مقاله پژوهشی

سنجش عدالت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارها در برنامه‌های توسعه‌ی ایران

میرحسین موسوی[1*]، حسین راغفر[1]، زهرا فاضل[1]

۱- گروه اقتصاد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** تهران، خیابان شیخ بهایی شمالی، میدان شیخ بهایی، دانشگاه الزهرا، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، گروه اقتصاد، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۸۴۶۰۸، ۰۲۱-۸۵۶۹۲۴۱۸

پست الکترونیک: hmousavi@alzahra.ac.ir

دریافت: ۹۶/۱۰/۲۵ پذیرش: ۹۷/۱/۸

چکیده

مقدمه: *مشارکت ناعادلانه مالی مردم و پرداخت‌های مستقیم از جیب که متناسب با توان پرداخت آن‌ها نباشد، نه تنها موجب می‌شود خانوارهای بیشتری در گروه مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی قرار گیرند، بلکه ممکن است برخی خانوارها به خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه‌ها به زیر خط فقر سقوط کنند. این مطالعه با هدف بررسی دقیق وضعیت عدالت و برابری در تأمین مالی هزینه‌های سلامت در سطح کل کشور و همچنین به تفکیک پنج بیستک هزینه‌ای انجام گرفته است.*

روش کار: *در این مطالعه براساس رویکرد بانک جهانی با استفاده از شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها، شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و همچنین شاخص درصد هزینه‌های فقرزا، عدالت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت طی سال‌های منتخب بررسی شد. به همین منظور، از داده‌های پیمایش هزینه- درآمد خانوارهای (شهری) طی سال‌های ۱۳۹٤-۱۳٦۳ مرکز آمار ایران استفاده شد.*

یافته‌ها: *شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها طی سال‌های منتخب نوساناتی جزیی داشته است. درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن افزایش اما درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا طی سال‌های منتخب کاهش یافت. بیستک پنجم هزینه‌ای شاهد بیش‌ترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و کمترین میزان عدالت و بیستک اول شاهد بیش‌ترین میزان مواجه با هزینه‌های فقرزا بود.*

نتیجه‌گیری: *روند افزایشی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و همچنین افزایش بی‌عدالتی در مشارکت مالی خانوارها نشان داد که برنامه‌های اجرا شده طی سال‌های منتخب به حد کافی مؤثر نبوده و مشارکت مالی در پرداخت‌های سلامتی به خوبی هدفمند نشده است، درنتیجه نظام سلامت نتوانسته است آن‌چنان که باید در راستای حفاظت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن عمل کند.*

گل‌واژگان: *عدالت در مشارکت مالی سلامت، هزینه‌های کمرشکن، هزینه‌های فقرزا.*

مقدمه

سلامت یکی از محورهای توسعه پایدار و بخش جداناپذیر توسعه برای کیفیت زندگی و ارتقای آن محسوب می‌گردد (۱). در واقع سلامت یک پروسه چند محوری و در عین حال بسیار مهم است که از طرفی عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تأثیر قابل‌توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد (۲). شاخص سلامت به‌عنوان یکی از سه شاخص کلیدی در توسعه انسانی است که به نقش زیربنایی سلامت در توسعه کشورها اشاره دارد. سلامت از مهم‌ترین عوامل در زندگی انسان بوده و از اجزای مهم توانمندی‌های وی محسوب می‌گردد (۳). لذا یکی از اهداف بخش سلامت هر جامعه‌ای جلوگیری از اثرگذاری نابرابرهای اقتصادی- اجتماعی برروی سلامت افراد و هزینه‌های مرتبط با آن است (۲۲).

باید در نظر داشت که بین وضعیت اقتصادی- اجتماعی نامناسب (مانند فقر) و سلامتی، علیتی دو طرفه وجود دارد؛ وضعیت اقتصادی -اجتماعی نامناسب، سلامتی افراد را دچار مشکل می‌کند و مشکلات سلامتی نیز به نوبه خود سبب تثبیت و پایداری فقر و به عبارت دیگر وضعیت نامناسب اقتصادی- اجتماعی می‌شود. از منظر نابرابری، نابرابری‌های اقتصادی -اجتماعی در کل جامعه، شاخص‌های سلامت را دچار آسیب می‌کند و نابرابری‌های اقتصادی -اجتماعی در بخش سلامت، فقر و نابرابری کل جامعه را تعمیق می‌بخشد (۴). لذا باید در نظر داشت که بخش بهداشت و درمان به‌عنوان یکی از

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

مهم‌ترین بخش‌های خدماتی در جامعه، تأثیر قابل‌توجهی در وجود یا فقدان فقر[1] در جامعه دارد.

به‌دلیل هزینه‌های بالای خدمات در این بخش، بی‌توجهی به روش حمایت از افراد تحت پوشش جامعه باعث خواهد شد که در بسیاری از موارد بحرانی، کانون اقتصادی خانواده تحت یک فشار مالی به سمت فقر پیش رود. این مسئله از یک طرف به خروج نیروی انسانی سالم از جامعه خواهد انجامید و از طرف دیگر به تعداد خانوارهای فقیر در کشور خواهد افزود (۵). سقوط افراد و خانوارها به زیر خط فقر به جهت تحمل هزینه‌های سلامت ازجمله بحران‌های اجتماعی بخش سلامت محسوب می‌شود که سیاست‌گذاران موظف به توجه و برنامه‌ریزی جهت جلوگیری از آن هستند (۴). از سوی دیگر، مشکلات سلامتی و بیماری نیز می‌تواند منجر به فقر و مشکلات اقتصادی افراد شود. این رابطه دوطرفه می‌تواند منجر به تشدید و تعمیق بی‌عدالتی و نابرابری در کل اقتصاد گردد.

بحث پیرامون اثر مبالغ پرداخت از جیب روی پیامدهای فقر و سلامت به حدی زیاد بود که در سال ۲۰۰۵ سیاست‌گزاران سازمان بهداشت جهانی راه‌حلی را تصویب کردند که به موجب آن کشورها را تشویق نمودند تا سیستم‌هایی از تأمین مالی سلامت را توسعه دهند که هدف آن‌ها پوشش جامع خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری، درمانی و توانبخشی مردم با هزینه‌های قابل پرداخت باشد (۶). لذا یکی از اهداف اصلی نظام سلامت، تأمین عدالت در مشارکت مالی و حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های بهداشتی و درمانی و به حداقل رساندن گروه‌های مواجه با هزینه‌های کمرشکن است. مشارکت ناعادلانه مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت و پرداختی‌های از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد، نه‌تنها موجب می‌شود خانوارهای بیش‌تری در گروه مواجه با هزینه‌های کمرشکن قرار گیرند، بلکه ممکن است به خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه‌ها توسط برخی خانوارها باعث سقوط آنان به زیر خط فقر شود (۷).

جمهوری اسلامی ایران اقدامات زیادی را در زمینه درک و شناسایی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ی سلامت و طراحی و اجرای مداخلات به‌منظور حذف یا کاهش تأثیر منفی این عوامل بر سلامت در راستای کاهش نابرابری‌ها، محرومیت‌زدایی و توسعه‌ی عدالت در سلامت طی سال‌های پس از انقلاب اسلامی انجام داده است. در این راستا در پنج برنامه‌ی توسعه بعد از انقلاب مصوباتی مختص ایجاد برابری و عدالت در بخش سلامت وجود دارند که به شرح زیر می‌باشند:

برنامه‌ی ۵ ساله اول توسعه در دوره ۱۳۶۸ -۱۳۷۲ آغاز شد. کمبود امکانات بهداشتی درمانی و توزیع ناموزون امکانات و منابع فیزیکی و انسانی گروه پزشکی و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی سبب شد تا تکمیل شبکه خدمات‌رسانی و بهبود استانداردهای بهداشت و درمان در دستور کار قرار گیرد (۳۰). در قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴-۱۳۷۸) تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی جزء خط‌مشی‌های اساسی این برنامه آورده شده بود. در قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳) توجه جدی به بحث عدالت توزیعی در ارایه خدمات درمان بستری متناسب با نیاز در نقاط مختلف کشورشد، همچنین بازار دارو برای اولین بار در برنامه‌های توسعه مدنظر قرار گرفت، به این ترتیب که رویکردهای حمایتی کاهش یابد.

فصل هفتم برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) به موضوع سلامت اختصاص داشت. در ماده ۹۰ این قانون برای اولین بار بحث مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع در بخش سلامت به میان آمد و مقرر شد «شاخص مشارکت عادلانه مردم» به ۹۰٪ ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت از ۳۰٪ افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به ۱٪ کاهش یابد. برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۰-۱۳۹۴) در سال ۱۳۸۹ به تصویب رسید. در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه مواردی چون افزایش سلامت جسمی و روحی دانش‌آموزان، تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه، ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی تهدید کننده‌های سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و ایجاد بازار رقابتی برای بیمه‌های خدمات درمانی و ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای آمده بود (۳۰).

مطالعات تجربی متعددی جهت اندازه‌گیری شاخص‌های عدالت در تأمین هزینه‌های سلامتی و شناسایی عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر آن صورت گرفته است که برخی از آن‌ها به شرح زیر است:

- مطالعه‌ای در ترکیه توسط یاردیم[2] و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام گرفت. در این مطالعه از داده‌های خانوار مربوط به سال ۲۰۰۶، شامل مخارج غذا، سلامت و پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت دریافت خدمات سلامتی، به تفکیک شهر و روستا استفاده شده است. حجم نمونه شهری ۵۹۳۰ و روستایی ۲۶۲۸ خانوار می‌باشد. هدف از این مطالعه، محاسبه نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و درصد خانوارهایی که به خاطر این هزینه‌ها فقیر می‌شوند، بود. نتایج نشان دادند که نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در سال ۲۰۰۶، ۰/۶٪ و نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسف‌بار به تفکیک بیستک‌های درآمدی

[1] Poverty

[2] Yardim

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

به‌ترتیب از فقیرترین تا ثروتمندترین ۰/۵٪، ۰/۹٪، ۰/۶٪، ۰/۵٪ و ۰/۵٪ است. درصد خانوارهای مواجه با هزینه های فقرزا[3] در خانوارهای بیستک اول و دوم به ترتیب ۱/۷ و ۰/۱ درصد و در مجموع ۰/۴ درصد می‌باشد (۸).

- همچنین شهروات[4] و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای در کشور هند در رابطه با مخارج مستقیم از جیب و فقیر بودن انجام دادند. نتایج نشان داد که ۵/۳٪ از مردم هند زیر خط فقر قرار دارند و ۵٪ از مردم با هزینه‌های کمرشکن مواجه هستند. این مطالعه نشان داد در صورتی‌که پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت بستری شدن از میان برداشته شود، منجر به کاهش فقر در هند می‌شود. ولی درصورتی‌که پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت دارو و درمان سرپایی به تنهایی حذف شوند، منجر به کاهش شکاف فقر می‌شود. همچنین خانوارهای زیرخط فقر تعدادشان به ۰/۵٪ کاهش می‌یابد (۹).
- همچنین مطالعات مختلفی در جهان شواهدی از فروش دارایی و قرض گرفتن توسط خانوارها به‌منظور پرداخت هزینه‌های سلامت را ارایه داده‌اند. مطالعه‌ای در کامبوج نشان داد که ۲۰٪ بیماران برای درمان خود از وام‌دهندگان خصوصی وام گرفته‌اند و ماهانه سودی معادل ۲۰ تا ۳۰ درصد پرداخت نموده‌اند(۱۰). در ویتنام ۳۶٪ از فقرا، از ۴/۵٪ از ثروتمندان برای پرداخت هزینه‌های سلامت پول قرض می‌گیرند (۱۱). چشم پوشی از دریافت خدمات سلامت نیز موضوعی است که در صورت عدم توانایی مالی خانوار برای جبران هزینه‌های سلامت ممکن است، رخ دهد (۱۲).

با توجه به این‌که بی‌عدالتی در پرداخت هزینه‌های سلامت، رفاه خانوارها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب بروز اشکال مختلف آسیب‌های اجتماعی می‌شود، هدف این مقاله بررسی عدالت در پرداخت هزینه‌های سلامتی از طریق شاخص‌های عدالت در مشارکت مالی خانوار، شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن یا اسفبار و همچنین شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا است. همچنین در این پژوهش، برای بررسی جزیی‌تر وضعیت عدالت و برابری در مشارکت مالی بخش سلامت، محاسبات صورت گرفته به تفکیک پنج بیستک هزینه‌ای انجام گرفته است؛ لذا تصویر واضح‌تری از اوضاع عدالت و برابری در گروه‌های مختلف هزینه‌ای در جامعه‌ی ایران را می‌توان یافت. همچنین بررسی‌ها در دو سطح کل کشور و نمونه انجام گرفته است. علاوه بر آن، محاسبات صورت گرفته در دو حالت وزنی و بی‌وزن ارایه شده‌اند (برای انجام محاسبات در مرحله‌ی وزنی شده از داده‌ی وزن که از سال ۱۳۸۵ توسط مرکز آمار ایران ارایه شده است، استفاده می‌شود).

روش کار

در این بخش با توجه به اهداف پژوهش، با محاسبه شاخص «عدالت در مشارکت مالی مخارج سلامت» به بررسی عادلانه بودن سهم پرداختی خانوارها برای رفع نیازهای سلامتی طی سال‌های اجرای برنامه‌های توسعه در ایران پرداخته می‌شود. همچنین، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا از جمله نکات بسیار حائز اهمیت می‌باشند که در این تحقیق محاسبه شده‌اند. لازم به ذکر است که با توجه به کیفیت داده‌های مربوط به درآمد خانوارها، در مطالعات مربوط به این حوزه از اطلاعات هزینه خانوار به‌عنوان جانشینی برای میزان واقعی درآمد خانوار استفاده می‌شود. علاوه بر محاسبه شاخص‌های مذکور در کل کشور، این محاسبات به تفکیک بیستک‌های مخارج سرانه خانوار انجام گرفته است. این تفکیک بر حسب بیستک‌ها می‌تواند نسبت به محاسباتی که تنها در سطح کل کشور انجام گرفته است تصویر بهتری از میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا در گروه‌های مختلف درآمدی ارایه کند. از طرفی چون طی سال‌های مورد بررسی برای هرسال به‌طور متوسط حدود ۶۰۰۰ خانوار گزارشی جهت هزینه‌های بهداشتی ندارند (خانوارهای بدون هزینه‌ی سلامت)، محاسبات در دو حالت ۱) در برگیرنده تمامی خانوارها و ۲) نمونه (خانوارهای دارای هزینه سلامت) صورت گرفت. در هر کدام از دو حالت یاد شده، جهت افزایش دقت محاسبات از تعدیل‌های وزنی استفاده شد؛ برای این مرحله از وزن اختصاص یافته توسط مرکز آمار به خانوارها استفاده شد. ذکر این نکته الزامی است که خانوارهای فاقد هزینه‌ی خوراک از مطالعه کنار گذاشته شده‌اند. به‌منظور بررسی روند تحولات شاخص عدالت و شاخص تمرکز از داده‌های پیمایش هزینه -درآمد خانوار که به‌صورت الکترونیکی از سال‌های ۱۳۶۳-۱۳۹۴ در دسترس است، استفاده شده است. برای بررسی روند شاخص‌های عدالت و برابری در برنامه‌های توسعه‌ی ایران، سال‌های شروع اجرای برنامه‌های توسعه اقتصادی- اجتماعی اول تا چهارم، سال ۱۳۸۸ (پایان برنامه چهارم)، ۱۳۹۲(سال قبل از طرح تحول نظام سلامت) و ۱۳۹۳(سال شروع طرح تحول نظام سلامت) و ۱۳۹۴(سال بعد از طرح تحول نظام سلامت) را در نظر گرفته‌ایم که امکان مقایسه تأثیر سیاست‌های هر برنامه و دولت را فراهم می‌آورد.

شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن: برای محاسبه این شاخص و دیگر شاخص‌های موردنظر این پژوهش از روش بانک جهانی استفاده شد،

[3] Impoverishment
[4] Shahrawat

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

ابتدا متغیرهای زیر را به ازای هر خانوار محاسبه می‌کنیم:

۱-۱ بعد[5] خانوار: عبارت است از تعداد اعضای خانوار (**hhsize-h**)

۱-۲- هزینه کل ناخالص خانوار (exp_h[6]): عبارت است از جمع هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی به‌علاوه هزینه‌ی کالاهای بادوام.

۱-۳- هزینه‌های خوراکی ($food_h$): برابر است با جمیع هزینه‌های خوراکی خانوار به جز اقلام نوشابه‌های الکلی، سیگار و مواد دخانی، هزینه‌ی هتل و رستوران.

۱-۴- پرداخت از جیب خانوارها بابت بهداشت و درمان (oop_h[7]): عبارت است از هزینه‌هایی که خانوار هنگام دریافت کالا و خدمات سلامتی از جیب می‌پردازد و نوعاً شامل حق ویزیت پزشک، خرید دارو و تجهیزات پزشکی و داروی گیاهی و سنتی و هزینه‌ی بیمارستانی است. طبق روش‌شناسی مربوطه، هزینه‌ی حمل و نقل جهت دریافت خدمات، نباید در محاسبات منظور شود. توجه کنید که هزینه‌های بهداشت و درمان باید خالص از هرگونه کمک و مشارکت نهادهای بیمه‌گر باشند.

۱-۵- بعد تعدیل خانوار (اصل صرفه‌جویی در مقیاس): بدین‌معنی است که هزینه‌های خانوار با افزایش تعداد اعضای خانوار به‌طور غیرخطی افزایش می‌یابند. برای مثال اگر هزینه‌ی اجاره‌ی مسکن برای یک خانوار تک‌نفره یک میلیون ریال در ماه باشد، برای خانوار دو نفره کمتر از دو برابر خواهد بود؛ دلیل این امر آن است که با افزایش مقیاس به سبب مشترک بودن هزینه‌ها و صرفه‌جویی، هزینه کل روی اعضا سرشکن شده و کاهش می‌یابد. این مقیاس برابر است با:

$$eqsize_h = (hhsize_h)^{\beta} = (hhsize_h)^{0.56}$$

فاکتور تعدیل β از داده‌های پیمایش خانوار در ۵۹ کشور به‌دست آمده که ارزش آن، ۰/۵۶ برآورد شده است. این پارامتر به‌طور ضمنی بیان می‌کند که مصارف غذایی با افزایش تعداد اعضای خانوار افزایش می‌یابد، اما این افزایش در مصرف کمتر از نسبت افزایش در بعد خانوار است (۱۳).

۱-۶- مخارج حداقل معیشت (se_h[8]): این میزان به عبارتی خط فقر خانوار است. برای محاسبه این پارامتر، ابتدا برای هر خانوار نسبت هزینه‌ی خوراک به هزینه‌ی کل $food_{exph}$ محاسبه می‌شود.

$$Food_{exph} = food_h / exp_h$$

در مرحله‌ی بعد با تقسیم هزینه‌های غذایی خانوار بر بعد تعدیل شده خانوار، هزینه‌های غذایی تعدیل شده به‌دست می‌آید:

$$eqfood_h = \frac{food_h}{eqsize_h}$$

سپس خانوارها را بر اساس متغیر نسبت خوراک از کل $foodexp_h$ دسته‌بندی کرده و میانه نمونه را به‌دست می‌آوریم. برای جلوگیری از خطای اندازه‌گیری به جای تک خانوار، میانه خانوارهای صدک ۴۵ تا صدک ۵۵ را به‌عنوان میانه در نظر می‌گیریم. اکنون در این محدوده یعنی خانوارهای بین صدک ۴۵ تا ۵۵ میانگین وزنی متغیر eqfood را محاسبه می‌کنیم. این میانگین وزنی با pl[9] یعنی Poverty line به‌عنوان خط فقر معرفی می‌شود. این روش به روش محاسباتی مبتنی بر سهم خط فقر موسوم است.

$$Pl = \frac{\sum w_h * eqfood_h}{\sum w_h} \qquad food45 < foodexp_h < food55$$

برای هر خانوار مقدار pl را در بعد معادل $eqsize_h$ ضرب می‌کنیم تا حداقل هزینه به‌عنوان حداقل متضمن بقاء خانوار se_h به‌دست آید.

$$Se_h = p_l * eqsize_h$$

۱-۷- توان پرداخت (ctp_h): عبارت است از مابه‌التفاوت هزینه کل خانوار منهای مقدار حداقل معیشت . البته برای خانواری که هزینه خوراکش کمتر از حداقل معیشت باشد، توان پرداخت برابر است با مابه‌التفاوت هزینه کل خانوار منهای هزینه خوراک.

$$ctp_h = exp_h - se_h \qquad \text{اگر } se_h \le food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h \qquad \text{اگر } se_h > food_h$$

۱-۸- مخارج بهداشتی کمرشکن یا اسفبار (CHE): بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی هزینه مخارج بهداشتی کمرشکن مربوط به زمانی می‌شود که کل پرداخت‌های بهداشتی بزرگ‌تر یا برابر ۴۰ ٪ توانایی پرداخت خانوار یا مخارج غیر از حداقل معیشت باشد.

خانوارهای مواجه به هزینه‌های کمرشکن سلامت توسط یک متغیر مجازی (CHE[10]) تعریف شده است. به‌طوری که ارزش ۱ برای این متغیر، نشان‌دهنده مواجهه خانوار با مخارج کمرشکن و ارزش صفر، بیانگر قرار نگرفتن در گروه خانوارهای مواجه به هزینه‌های کمرشکن سلامت است.

$$CHE = 1 \qquad OOP_h / CTP_h \ge 0.4 \text{ اگر}$$

$$CHE = 0 \qquad OOP_h / CTP_h < 0.9 \text{ اگر}$$

شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوار: عدالت در مشارکت مالی عبارت است از «پرداخت یکسان سهم خانوارها برای تأمین و حفظ سلامتی متناسب با ظرفیت پرداخت

[5] Size
[6] Expenditure
[7] Out of Pocket
[8] Subsistence Household Expenditure
[9] Poverty Line Share Based
[10] Catastrophic Health Expenditure

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

خانوارها». به‌عبارت دیگر خانوارهای کم‌درآمد سهم کمتری از توانایی پرداخت‌شان را برای دریافت خدمات سلامتی پرداخت نمایند و در مقابل خانوارهای گروه‌های پردرآمد، سهم بیش‌تری از توانایی پرداخت خود را صرف پرداخت هزینه‌های سلامتی نمایند. دامنه تغییرات این شاخص بین ۰ و ۱ است و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد، گویای شرایط عادلانه‌تر در مشارکت مالی است (۴۱).

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^{n} W_h |HFC_h - HFC_0|^3}{\sum W_h}}$$

که در آن:

$$HFC_0 = \frac{\sum W_h OOP_h}{\sum W_h CTP_h}$$

شاخص مشارکت عادلانه مخارج سلامتی بین ۰ و ۱ قرار دارد. در نظام‌های سلامتی با تأمین مالی عادلانه، این شاخص به ۱ نزدیک‌تر می‌شود.

شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا: یک خانوار ممکن است به‌خاطر پرداخت مخارج سلامتی تضعیف (فقیر) شود. مشارکت ناعادلانه مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت و پرداخت‌های مستقیم از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد، نه‌تنها موجب می‌شود خانوارهای بیش‌تری در گروه مواجه با هزینه‌های کمرشکن قرار گیرند، بلکه ممکن است برخی خانوارها به‌خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه‌ها به زیر خط فقر سقوط کنند. متغیری که منعکس‌کننده فقر ناشی از پرداخت‌های سلامت (Impoorh) می‌باشد؛ زمانی‌که مخارج خانوار بزرگ‌تر یا مساوی خط فقر، ولی کمتر از خالص خط فقر، از پرداخت‌های بهداشتی شخصی باشد برابر با یک تعریف می‌شود. این متغیر درواقع نشان‌دهنده خانوارهایی است که به‌دلیل پرداخت‌های هزینه‌های سلامتی زیر خط فقر قرار می‌گیرند و زمانی‌که مخارج خانوار بزرگ‌تر یا مساوی خط فقر و نیز بزرگ‌تر از خالص خط فقر از پرداخت‌های بهداشتی شخصی باشد، صفر تعریف می‌شود.

$Impoor_h = ۱$ اگر $Exp_h - OOP_h < Se_h$ و $Exp_h \geq Se_h$

$Impoor_h = ۰$ اگر $Exp_h - OOP_h \geq Se_h$ و $Exp_h \geq Se_h$

هزینه‌های فقرزا ناشی از پرداخت هزینه‌های سلامت دو پیامد دارد؛ اول این‌که گروهی از خانوارهای غیرفقیر را به کام فقر می‌کشاند و دوم این‌که دسته‌ای از خانوارهای فقیر ولی مستعد برون‌رفت از شرایط فقر برای ابد و یا مدت طولانی‌تری در شرایط تهی‌دستی گرفتار می‌کند (۱۴).

بیستک‌های هزینه‌ای: بیستک‌های هزینه‌ای به‌وسیله‌ی هزینه‌های سرانه تعدیل شده خانوار طبقه‌بندی می‌شود **($eqexp_h$):**

$$eqexp_h = \frac{exp_h}{eqsize_h}$$

در نهایت، W_h وزنی است که به‌منظور تعدیل نمودن نمونه با توجه به ویژگی‌های جامعه جهت تلفیق مشاهدات برای ارایه‌ی تحلیل در سطح ملی، به فرمول محاسبه شاخص‌ها اضافه می‌شود (۱۵). (لازم به ذکر است باتوجه به این‌که متغیر وزن از سال ۱۳۸۵ به بعد، وارد لیست داده‌های مرکز آمار شده است لذا این وزن فقط در سال‌های ۸۸ و ۲۶۲ و ۹۳ در نظر گرفته شده است).

نتایج مربوط به محاسبه شاخص‌های مذکور در مناطق شهری در جداول و نمودارهای زیر ارایه شده‌اند. تمامی محاسبات با استفاده از نرم‌افزار Excel2013 و STATA13_SE صورت گرفته است.

یافته‌ها

نتایج محاسبات به‌ترتیب زیر هستند:

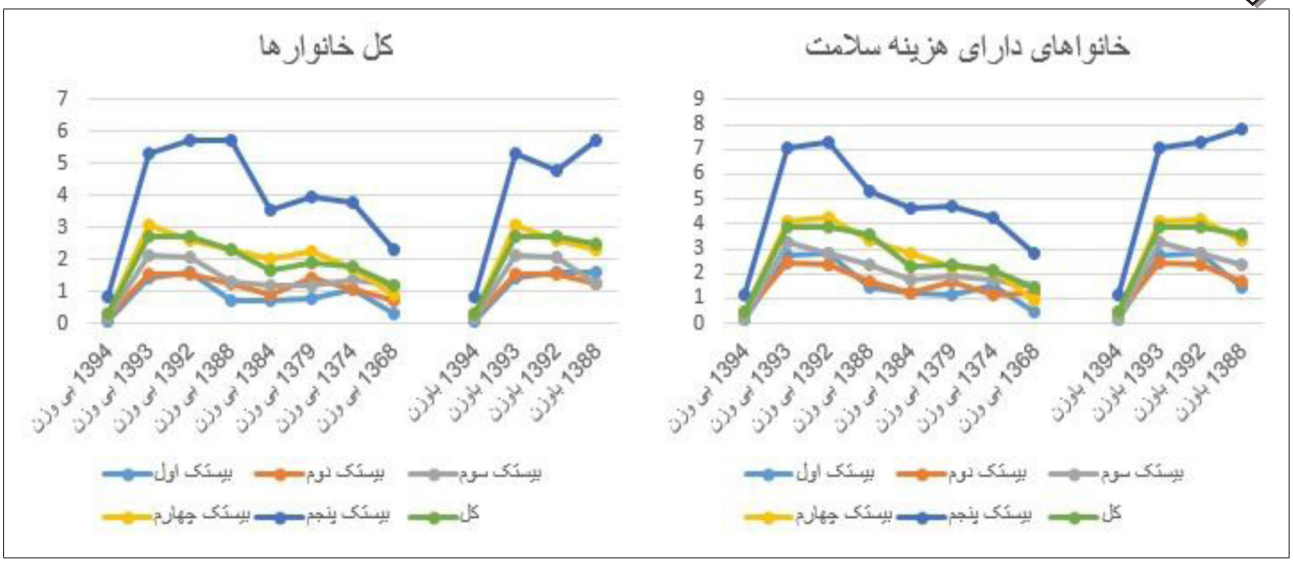
جدول ۱- درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن شهری کل کشور در هر دو حالت کل و نمونه در سال‌های منتخب

CHE_U	بدون وزن						با وزن					
سال	۶۸	۷۴	۷۹	۸۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴
کل (کشور)	۱/۱۷	۱/۷۸	۱/۹۱	۱/۶۴	۲/۲۸	۲/۷۰	۲/۷۰	۰/۲۸۳	۲/۳۰	۲/۷۰	۲/۷۰	۰/۲۸۳
کل (نمونه)	۱/۴۳	۲/۱۵	۲/۳۹	۲/۳۱	۳/۴۰	۳/۹۰	۳/۹۱	۰/۴۳۳	۳/۴۰	۳/۹۰	۳/۹۱	۰/۴۳۳

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج محاسبات درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن طی سال‌های منتخب نشان می‌دهند که در مرحله‌ی اول (بدون وزن) و در حالت اول (کل کشور)، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در بازه‌ی ۰/۲۸۳ تا ۲/۷۰ نوسان دارند. کمترین مقدار این شاخص متناظر با سال ۱۳۹۴ است و بیش‌ترین مقدار این شاخص مربوط به سال‌های ۹۲ و ۹۳ می‌باشد. نتایج به‌دست آمده از محاسبه این شاخص در مرحله دوم (با وزن) نشان می‌دهند که این شاخص برای کل کشور طی سال‌های مورد بررسی، افزایش یافته است. این شاخص بین ۰/۲۸۳ تا ۲/۷۰ نوسان دارد. مقادیر به‌دست آمده برای حالت دوم (نمونه) نشان می‌دهند که درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن، در مقایسه با حالت اول (کل کشور) بیش‌تر است، چراکه این مقادیر برای محاسبات کل کشور بین عدد ۰/۴۳۳ (برای سال ۹۴) و ۳/۹۱ (برای سال ۹۳) می‌باشند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]



نمودار ۱- شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن (بدون‌وزن و باوزن) به تفکیک بیستک‌های هزینه‌ای و کل کشور در حالت اول (کل خانوارها)، طی سال‌های منتخب (منبع: یافته‌های پژوهش)

با توجه به نمودار ۱ در هردو حالت با وزن و بدون وزن، در می‌یابیم که مقادیر به‌دست آمده برای این شاخص در بیستک‌های هزینه‌ای از بیستک اول هزینه‌ای (فقیرترین گروه) تا بیستک آخر (ثروتمندترین گروه)روندی نسبتاً صعودی دارند. درنتیجه بیستک پنجم هزینه‌ای بیش‌ترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن را نشان می‌دهند. شاخص مورد نظر طی سال‌های مورد بررسی روند نوسانی داشته است و این روند نوسانی در بیستک‌ها نیز مشاهده می‌شود. بررسی روند تغییرات شاخص کمرشکن طی سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۹۴ بیانگر آن است که در بیستک اول هزینه‌ای، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن تقریباً افزایش یافته است و از عدد ۰/۴۴ در سال ۱۳۶۸ به عدد ۲/۷۴ در سال ۱۳۹۳ رسیده است. روند این نوسانات در بیستک‌های دوم و سوم و چهارم هزینه‌ای نیز صعودی است. اما در بیستک پنجم هزینه‌ای مقادیر این شاخص رشد چشم‌گیری داشته است به‌طوری که از مقدار ۲,۷۹ در سال ۱۳۶۸ به مقدار ۷/۰۴ در سال ۱۳۹۳ رسیده است. بیش‌ترین درصد مواجهه خانوارها برای هزینه‌های کمرشکن در بیستک آخر مربوط به سال ۱۳۸۸ (۷/۸۳) می‌باشد. همانطور که در نمودارهای فوق مشخص است روند این شاخص در سال ۱۳۹۴ در همه گروه‌های هزینه‌ای و کل کشور افت شدیدی داشته است که می‌توان آن را از مزایای اجرای طرح تحول نظام سلامت دانست.

روند شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن را در بیستک‌های هزینه‌ای در مرحله دوم (با وزن) نشان می‌دهند. بادقت در این نمودار در می‌یابیم که در این مرحله همانند مرحله قبل (بدون وزن)، روند این شاخص تقریباً صعودی بوده و بیش‌ترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در بیستک پنجم هزینه‌ای قرار دارند.

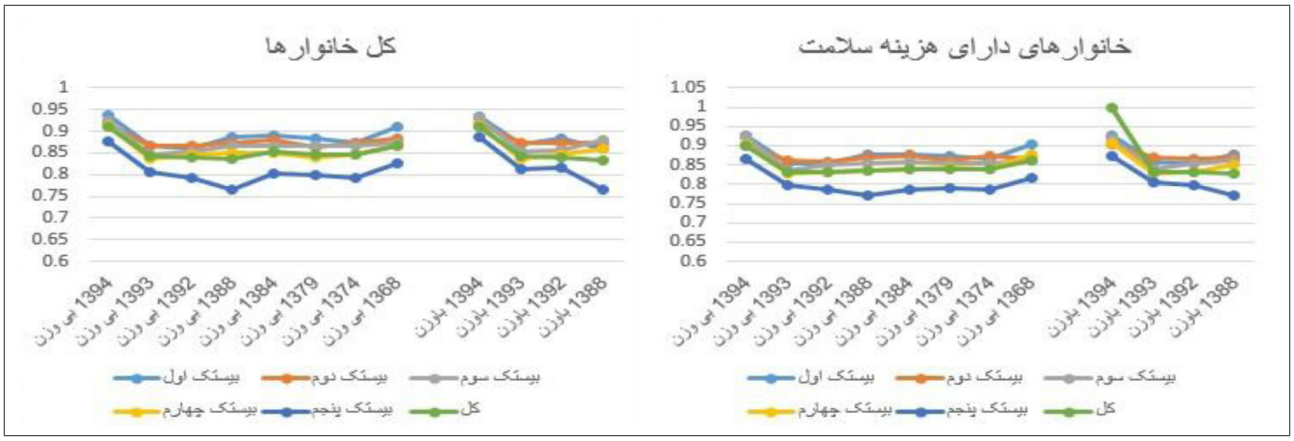
جدول۲- شاخص عدالت در مشارکت مالی کل کشور (شهری) در هر دو حالت کل و نمونه در سال‌های منتخب

FFCI_U	بدون وزن						با وزن					
سال	۶۸	۷۴	۷۹	۸۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴
کل (کشور)	۰/۸۶۸	۰/۸۴۶	۰/۸۴۶	۰/۸۵۲	۰/۸۳۶	۰/۸۴۱	۰/۸۵۴	۰/۹۱۰	۰/۸۳۲	۰/۸۴۱	۰/۸۴۲	۰/۹۰۹
کل (نمونه)	۰/۸۶۱	۰/۸۳۸	۰/۸۳۹	۰/۸۴۱	۰/۸۳۵	۰/۸۳۲	۰/۸۳۳	۰/۸۹۹	۰/۸۲۹	۰/۸۳۳	۰/۸۳۳	۰/۹۹۹

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهند که شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارهای شهری طی دوره مورد مطالعه با نوسانات اندکی همراه بوده است. عدد این شاخص در مرحله اول (بدون وزن) و در حالت اول (کل خانوارها) بین ۰/۸۳۶ تا ۰/۹۱۰ و در حالت دوم (نمونه) بین ۰/۸۳۵ تا ۰/۸۹۹ نوسان دارد، که در هردو حالت کمترین مقدار عدالت مربوط به سال ۱۳۸۸ و بیش‌ترین آن مربوط به سال ۱۳۹۴ می‌باشد. شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها در مرحله دوم (با وزن) و در حالت اول (کل خانوارها) بین ۰/۸۳۲ تا ۰/۹۰۹ و در حالت دوم (نمونه) بین ۰/۸۲۹ تا ۰/۹۹۹ نوسان دارند. همانند مرحله اول، کمترین میزان عدالت در این مرحله نیز مربوط به سال ۱۳۸۸ می‌باشد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]



نمودار ۲- شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوار (بدون‌وزن و باوزن) به تفکیک بیستک‌های هزینه‌ای و کل کشور، طی سال‌های منتخب (منبع: یافته‌های پژوهش)

با توجه به نمودار ۲ که هر دو مرحله‌ی با وزن و بدون وزن را نشان می‌دهند، در می‌یابیم که در هردو حالت کل خانوارها و نمونه، شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها روندی نوسانی داشته است مقایسه‌ی مقادیر این شاخص در میان بیستک‌های هزینه‌ای نشان می‌دهند که در بیستک پنجم هزینه‌ای، کمترین میزان عدالت در پرداخت هزینه‌های مالی وجود دارد و نتایج سایر بیستک‌ها اوضاع بهتری نسبت به بیستک بالای هزینه‌ای (بیستک پنجم) دارند. همانطور که ملاحظه کردید، بیستک پنجم هزینه‌ای کمترین میزان عدالت و بیش‌ترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن را دارا است.

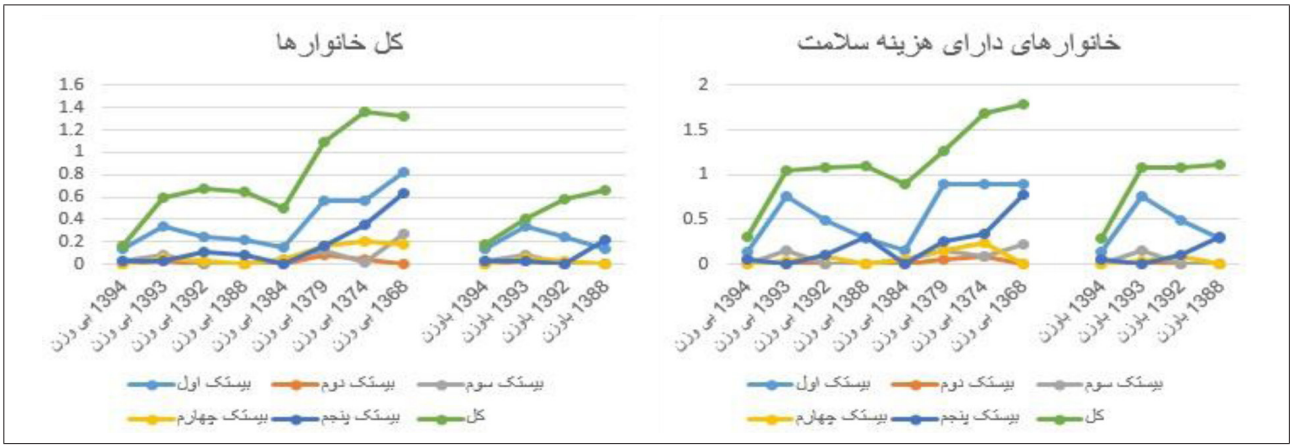
جدول۳- درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا خانوارهای کل کشور (شهری) در هر دو حالت کل و نمونه در سال‌های منتخب

Impoor_U	بدون وزن							با وزن				
سال	۶۸	۷۴	۷۹	۸۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴	۸۸	۹۲	۹۳	۹۴
کل (کشور)	۱/۳۲	۱/۳۶	۱/۰۹	۰/۵۰	۰/۶۵	۰/۶۷	۰/۵۹	۰/۱۶۴	۰/۶۶	۰/۵۸	۰/۴	۰/۳۰۳
کل (نمونه)	۱/۷۹	۱/۶۸	۱/۲۷	۰/۹	۱/۱۰	۱/۰۸	۱/۰۴	۰/۱۷	۱/۱۱	۱/۰۸	۱/۰۸	۰/۲۹۴

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به جدول ۳ ملاحظه می‌شود که بیش‌ترین مقدار این شاخص در مرحله بدون وزن برای کل کشور در سال ۱۳۷۴ (شروع برنامه دوم توسعه) اتفاق افتاده است که می‌تواند متأثر از تورم بالا (حدود ۵۰٪) در آن سال‌ها باشد و در نمونه برای سال ۱۳۶۸ (پایان جنگ ایران و عراق و سال شروع برنامه اول توسعه) می‌باشند. درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا طی سال‌های منتخب روندی نوسانی داشته و کمترین مقدار آن هم در هردو حالت کل کشور و نمونه برای سال ۱۳۹۴ اتفاق افتاده است.

در مرحله دوم (باوزن)، مقادیر به‌دست آمده برای کل کشور بین عدد ۰/۳۰۳ (برای سال ۹۴) تا عدد ۰/۶۶ (برای سال ۸۸) نوسان دارند. در حالت نمونه‌ای از مرحله وزنی شده نیز روندی مشابه را شاهد هستیم. در مرحله دوم (با وزن)، نتایج شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا تقریباً کمتر از مرحله بدون وزن است و روندی تقریباً مشابه را در هر دو مرحله شاهد هستیم.



نمودار ۳- شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا (بدون‌وزن و باوزن) به تفکیک بیستک‌های هزینه‌ای و کل کشور در حالت اول (کل خانوارها)، طی سال‌های منتخب (منبع: یافته‌های پژوهش)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

نمودار ۳ روند درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا را در بیستک‌های هزینه‌ای در هر دو مرحله‌ی باوزن و بدون وزن نشان می‌دهند. با توجه به نمودارهای درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا ، به‌وضوح می‌توان دریافت که آسیب‌پذیرترین گروه در میان بیستک‌های هزینه‌ای درحقیقت بیستک اول هزینه‌ای است و بعد از آن بیستک پنجم بیش‌ترین میزان مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های فقرزا را نشان می‌دهد. در اغلب بیستک‌های میانی، پدیده هزینه‌های فقرزا رخ نداده است و مقدار آن صفر بوده است؛ لذا می‌توان دریافت که بیستک‌های میانی کمتر در معرض هزینه‌های فقرزا می‌باشند.

بحث

در این پژوهش، شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوار، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا طی سال‌های منتخب (با لحاظ کل خانوارهای نمونه‌گیری شده، خانوارهای دارای هزینه سلامت غیر صفر، و در دو مرحله‌ی با وزن و بدون وزن) بررسی شدند. همان‌طور که بیان شد، نسبت پرداخت هزینه‌های بهداشتی به توان پرداخت یک خانوار مشارکت مالی خانوار نامیده می‌شود. اگر همه خانوارها در سهم یکسانی از توان پرداخت‌شان شرکت کنند، مشارکت مالی خانوار برابر با نسبت کل هزینه‌های بهداشتی به کل توان پرداخت است. شاخص عدالت در مشارکت مالی به میزان پراکندگی از ضابطه هزینه برابر تعریف می‌شود. این شاخص بین صفر و یک تغییر می‌کند و عدد یک نشان‌دهنده عدالت کامل است. اگر سهم پرداخت‌های بهداشتی از جیب از سطح آستانه مشخصی تجاوز کند، خانوار دچار هزینه‌های کمرشکن خواهد بود. منظور این است که در مقایسه با سهم مخارج کالاها و خدمات غیرپزشکی، سهم بزرگی از هزینه‌های خانوار به هزینه‌های سلامتی اختصاص داده شود. این هزینه فرصت ممکن است در کوتاه‌مدت با کاستن از هزینه‌های جاری و در بلندمدت از طریق مصرف پس‌اندازها، فروش دارایی‌ها یا از طریق اخذ وام اتفاق افتد. مقادیر مختلفی برای این سطح پیشنهاد می‌شود اما محققین سازمان بهداشت جهانی آستانه ۴۰٪ را وقتی سهم هزینه‌های بهداشتی نسبت به توان پرداخت درنظر گرفته شود، به کار برده‌اند. هزینه های فقرزا نیز زمانی اتفاق می‌افتد که خانوار بخاطر پرداخت‌های سلامتی فقیر شود، یعنی به زیر خط فقر سقوط کند.

یک جمع‌بندی کلی از نتایج محاسبات نشان می‌دهد که شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها طی سال‌های منتخب نوساناتی جزیی داشته است. علی‌رغم تأکید برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه برای رسیدن شاخص عدالت به عدد ۰/۹، این مصوبه طی سال‌های اجرای این دو برنامه، فقط در سال ۱۳۹۴ به‌دست آمد (سال بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت). روند درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن نیز کاملاً برعکس روند عدالت بود، و طی سال‌های منتخب سهم خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت افزایش یافت. شاخص هزینه‌های فقرزا طی سال‌های اجرای برنامه‌های توسعه در ایران روندی نزولی داشت. در میان بیستک‌های هزینه‌ای، با توجه به حضور تعدادی از خانوارها که به دلیل هزینه‌های بالای بخش سلامت در بیستک پنجم قرار گرفته‌اند، لذا بیستک پنجم هزینه‌ای شاهد بیش‌ترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و کمترین میزان عدالت بود. بیستک اول هزینه‌ای نیز آسیب‌پذیرترین گروه جامعه در برابر هزینه‌های فقرزا بود؛ این در حالی است که بیستک‌های میانی در برابر هزینه‌های سلامتی و نوسانات آن، آسیب‌پذیری کمتری نسبت به بیستک اول و آخر داشتند.

افزایش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و افزایش بی‌عدالتی در طی زمان برای کشور ایران، در مطالعه‌ی بین کشوری زو و همکاران در سال ۲۰۰۷ نیز پیش‌بینی شده بود (۱۷). همچنین یافته‌های این پژوهش با برآورد شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در مقاله راغفر و همکاران (۱۳۹۵) و نتایج یافته‌های راغفر و همکاران (۱۳۹۳) مطابقت دارد. لذا تأیید می‌شود که نابرابری و عدم عدالت در پرداخت هزینه‌های سلامتی در ایران وجود داشته است و سیاست‌های مربوطه برای کاهش نابرابری و برقراری عدالت در حوزه سلامت، به خوبی عمل نکرده است. تغییرات در بیستک‌ها بیانگر بالا بودن درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و پایین بودن میزان عدالت در مشارکت مالی خانوار، در بیستک اول و پنجم نسبت به بیستک‌های میانی هستند. اگرچه مشاهده‌ی این تغییر در بیستک پنجم دور از انتظار می‌باشد که دلیل اصلی آن تجزیه و تحلیل بر حسب هزینه‌های خانوار است؛ چراکه هزینه‌های بهداشت و درمان در سبد هزینه‌ای خانواده‌ها دارای وزن بالایی است، در نتیجه شمار قابل‌توجهی از خانوارها به دلیل پرداخت این هزینه‌ها، در بیستک‌های ثروتمند قرار می‌گیرند در حالی‌که در واقعیت ثروتمند نیستند[11] این گروه از افراد کسانی هستند که بخش قابل توجهی از دارایی‌های اساسی زندگی خود را فروخته و شاید با استقراض به تأمین مالی هزینه‌های سلامت پرداخته‌اند. به‌دلیل هزینه‌های بالای سلامت در گروه ثروتمند قرار گرفته و به اصطلاح در بیستک پر هزینه قلمداد شده‌اند. این افزایش درصد خانوارهای مواجه با

[11] باید این نکته را هم مدنظر داشت که خانوارهایی در این گروه هزینه‌ای ممکن است هزینه‌هایی را برای دریافت خدمات لوکس مانند جراحی‌های زیبایی پرداخت کرده باشند ولی به‌دلیل عدم امکان تفکیک هزینه‌های سلامت نمی‌توان درصد این نوع هزینه‌ها را به‌روشنی بیان کرد، لذا به همین علت، در این پژوهش تمام هزینه‌های سلامتی را به‌عنوان هزینه‌های ضروری در نظر گرفته‌ایم.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

هزینه‌های کمرشکن و اسفبار و نیز کاهش عدالت در پرداخت هزینه‌های سلامتی، یک هشدار و زنگ خطری برای مدیریت نظام سلامت و نظام تأمین اجتماعی و بیمه‌گری کشور به حساب می‌آید. باتوجه به اینکه روند این دو شاخص همواره عکس یکدیگر عمل کرده‌اند، لذا می‌توان استدلال کرد که هر تدبیری در جهت کنترل و ممانعت از رخداد و تحمیل شرایط بحرانی تأمین هزینه‌های سلامت به خانوارهای آسیب‌پذیر، بدون‌شک قدم مؤثری در نیل به فضای عادلانه‌تر در مشارکت مالی به حساب می‌آید و از سوی دیگر هر برنامه و تلاشی برای حصول شرایط مطلوب و عادلانه بدون طراحی چتر حمایتی و سازوکارهای مصونیت مالی خانوارهای مستعد بحران، بدون‌شک بی‌ثمر و محکوم به شکست خواهد بود (۲۴).

برای تحلیل روند شاخص‌های مذکور در برنامه‌های توسعه، برخی از مهم‌ترین سیاست‌ها و وقایع تأثیرگذار بر روند این شاخص‌ها در طول اجرای این برنامه‌ها را بررسی می‌کنیم؛ در سال‌های اولیه‌ی بعد از انقلاب، ایران با جنگی ۸ ساله روبرو شد. طی سال‌های جنگ، کشور و دولت با مشکلاتی وسیع روبرو بود، لذا دولت بخاطر تجربه‌ی سال‌های ۱۳۲۰ تصمیم به سهمیه‌بندی بخشی از کالاها گرفتند و درنتیجه به آن‌ها یارانه اختصاص دادند. اختصاص یارانه‌ها با هدف دسترسی مردم به حداقل کالاهای اساسی صورت گرفت. یکی از این اقلام، خدمات سلامتی بودند. بنابراین در دوران جنگ علی‌رغم مشکلاتی که کشور با آن‌ها روبرو بود، سیاست‌های اقتصادی به‌نحوی صورت گرفت که مشکلات دسترسی به خدمات درمانی از هر دوره‌ی دیگری کمتر بوده است و این مهم در یافته‌های تحقیق به وضوح پیداست. در سیاست‌های اقتصادی بعد از جنگ، سیاست‌های صورت گرفته، منجر به نارضایتی مردم شد. از جمله‌ی این سیاست‌ها مسئله‌ی خودگردانی بیمارستان‌ها بود که درنتیجه‌ی آن، بیمارستان‌ها بتوانند از فروش خدماتی که تولید کرده‌اند منابع خودشان را تأمین کنند. این سیاست در پی استقرار سیاست‌های تعدیل اقتصادی بود که در این دوره رخ داد. این تغییر ناگهانی موجب اعتراض و نارضایتی‌هایی گسترده شد که به‌دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی بود؛ از این جهت دولت این سیاست را تعدیل کرد ولی روند پولی کردن خدمات درمان عمومی را در پی گرفت و از آن سال تاکنون فرآیند اضافه شدن بخش‌هایی از خدمات درمانی به سبد خدمات پولی را صورت داده است (بازاری شدن کالاها و خدمات درمانی از قبیل دارو و درمان و خدمات جراحی‌ها و خدما سرپایی و بستری) که این سیاست‌ها آثاری منفی روی سلامت مردم گذاشته است. با اتخاذ سیاست‌های بخش بهداشت و درمان در سال‌های بعد از انقلاب سهم پرداخت از جیب خانوارها همواره از سهم پرداخت بخش عمومی بیش‌تر بوده است.

از دیگر مسایلی که کشور طی سال‌های بعد از انقلاب همواره با آن مواجه بوده است، مسئله‌ی تورم بالای قیمت‌ها است همراه با برنامه‌های اول و دوم توسعه به دنبال کاهش تدریجی یارانه‌ها و آزاد شدن نسبی نرخ ارز، همواره متوسط تورم بخش سلامت بیش از تورم کل کشور بوده است. این کاهش توانایی، در بخش سلامت به شدت تأثیرگذار بود. مردم برای تأمین کالاهای اساسی خود، مجبور به کاهش هزینه‌های دیگر زندگی از جمله هزینه‌های مرتبط با بخش سلامت شدند. افزایش مستمر هزینه‌ها، تورم فزاینده، افزایش ضرایب سنواتی حقوق و دستمزد و رشد تعهدات مالی بدون پشتوانه، هر سال کسری بودجه غیر قابل تأمینی را به اعتبارات بخش سلامت تحمیل می‌کند. با استناد به برآوردهای موجود به دنبال کاهش تدریجی یارانه‌ها و آزاد شدن نسبی نرخ ارز، همواره متوسط تورم بخش سلامت، بیش از تورم کل کشور بوده است. احتمالاً این امر می‌تواند به دلیل ناکارآمدی بیش‌تر سیاست‌های دولت در کاهش قیمت خدمات سلامت و به تبع آن فشار بیش از حد بر مردم باشد.کاهش قدرت خرید مردم در کنار افزایش قیمت این کالاها و خدمات، این احتمال را به ذهن متبادر می‌سازد که بیستک‌های پایین درآمدی به‌دلیل عدم قدرت خرید، قادر به مصرف این کالاها و خدمات نیستند و در معرض خطرات جدی سلامتی قرار دارند. با توجه به افزایش نرخ تورم کشور در سال‌های اخیر (برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه کشور) و به تبع آن تورم در بخش سلامت، خانوارهای کم‌درآمد بیش‌ترین صدمه را از افزایش قیمت کالاها و خدمات سلامت می‌بینند، زیرا در خانوارهای کم‌درآمد سهم هزینه‌های خوراکی، دخانی و مسکن، سهم قابل‌ملاحظه‌ای از بودجه خانوار را به خود اختصاص داده است.

از مهم‌ترین مسایل تأثیرگذار بر رشد هزینه‌های سلامت طی سال‌های اجرای برنامه‌های توسعه، تغییر بافت جمعیتی در ایران می‌باشد. در سال‌های اولیه‌ی بعد از انقلاب و همزمان با جنگ به دوران بیش‌زایی در ایران معروف است. نرخ رشد جمعیت در آن سال‌ها بالغ بر ۴/۵٪ بوده است. با گذشت زمان و ورود به دوره‌ی بعد از جنگ تا به امروز، نرخ رشد جمعیت در ایران کاهش یافت به‌طوری‌که این نرخ در سال ۱۳۹۰ به حدود ۲/۴٪ رسید. مطالعات گوناگونی بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله‌ی سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت (۱۶و۱۷و۱۸). علل این امر در سالمندی در مقایسه با سایر سنین عبارتند از: مصرف متوالی و به دفعات بیش‌تر خدمات سلامتی، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

مدت اقامت و دفعات بستری در بیمارستان‌ها و مراکز سلامتی) و گرانی هزینه‌های دارویی و درمانی در هر دوره از درمان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به جهت نوع بیماری و پاسخ‌دهی به درمان‌ها است (۱۹و۱۸). بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰٪ برآورد می‌شود (۲۳)، که به‌نظر می‌رسد تا سال ۲۰۵۰ از مرز ۲۰٪ عبور نماید. آنچه به‌عنوان روند افزایش جمعیت سالمندان در ایران عنوان گردید به خودی خود مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی از جمله بر منابع بخش بهداشت و درمان خواهد گذاشت، دارای اهمیت و نیازمند مطالعه‌ی جدی است (۲۰و ۲۱).

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

تحلیل نتیجه مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را می‌توان به وسیله‌ی دو رویکرد انجام داد: رویکرد درآمدی و رویکرد بار مالی. در رویکرد درآمدی، تغییر در توزیع درآمد برحسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که بر اساس تغییر خانوارهایی که به‌علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند و نیز تغییر در باز توزیع درآمد در بین خانوارها سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن‌ها یا تجارب پریشان‌کننده‌ی ناشی از آن‌ها بر خانوار بررسی می‌شود. محاسبه شاخص عدالت در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرکشن نمونه‌هایی از این رویکرد می‌باشد (۲۵). در این پژوهش، همانطور که مشاهده شد نمونه‌هایی از شاخص‌های هردو رویکرد محاسبه و بررسی شدند. حال اگر بخواهیم به این سوال پاسخ دهیم که چه کسی در ایران هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کند، باید به آمارهای مربوط به پرداخت مستقیم از جیب، هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر ناشی از سلامت نگاهی بیندازیم. افزون بر این، اگر بخواهیم بدانیم که نحوه‌ی توزیع بار پرداخت این هزینه‌ها در کشور به چه صورت است، باید نگاهی به شاخص عدالت در مشارکت مالی بیندازیم. آنچه این شاخص‌ها به ما نشان می‌دهند عبارت است از تصویری از میزان و شدتی که مردم از نظر مالی به‌خاطر هزینه‌های سلامت به زحمت می‌افتند ، گروه‌هایی از افراد که بیش‌تر دچار مشکل مالی می‌گردند و نوع خدماتی که بیش‌ترین مشکل را ایجاد می‌کنند. این تصاویر جهت تدوین پاسخ‌های سیاست‌گذاری مناسب کمک‌کننده می‌باشد (۲۶).

نتیجه‌گیری

عوامل تعیین‌کننده بی‌عدالتی اجتماعی می‌توانند مانعی بر سر راه بهبود وضعیت سلامت در یک کشور باشند. نابرابری می‌تواند عواقب وخیمی در توسعه بلندمدت کشور به جای گذارد. با هدف سیاست‌گذاری صحیح و توزیع عادلانه در بخش سلامت، در این پژوهش به اندازه‌گیری برابری و عدالت در مخارج سلامت خانوار و محاسبه شاخص‌های عدالت در مشارکت مالی خانوار، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا طی سال‌های منتخب پرداختیم.

با توجه به مطالب فوق و وضعیت شاخص‌های مذکور و محاسبه شده در کشور، می‌توان نتیجه گرفت که افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، افزایش سطح سلامت و توزیع عادلانه سطح سلامت در جامعه، نیازمند برنامه‌ی صحیح در استفاده از منابع عمومی است. علی‌رغم توجه دولت‌ها به مقوله سلامت و تخصیص اعتبارات، فقدان برنامه مناسب از سوی برنامه‌ریزان بخش سلامت سبب شده است شاخص‌های عدالت در مشارکت مالی بخش سلامت و شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن طی سال‌های منتخب بهبود نیابند (اگرچه در زمینه‌ی شاخص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا در میان خانوارهای ایرانی، مقدار این شاخص کاهش یافت)؛ بر اساس یافته‌های تحقیق، پس از اجرای طرح تحول سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن خانوارهای شهری نسبت به سال‌های قبل از آن به‌شدت کاهش یافت و این مسئله تا حدی چشمگیر بود که کاهش شاخص هزینه‌های کمرشکن را یکی از مهم‌ترین آثار طرح برشمرده‌اند، اما باید توجه داشت که محافظت در برابر خطرهای مالی، به افراد این امکان را نمی‌دهد که از کل هزینه‌های مراقبت سلامت مصون بمانند و به صفر رسیدن این شاخص‌ها، نیاز به اجرای برنامه‌های تکمیلی‌تری دارد. لذا قبل از هر چیز می‌بایست مقوله «سلامت» برای برنامه‌ریزان کشور به‌عنوان یک اولویت مطرح و تبیین گردد و نگاه صرفاً اقتصادی و هزینه‌ای به بخش بهداشت و درمان اصلاح شود. سپس با رویکرد نوینی به مقوله سلامت برنامه‌ریزی جهت دستیابی به اهداف برنامه‌های توسعه صورت پذیرد. در پایان، تأکید بر این نکته ضروری است که کلید اصلی حل مشکلات و چالش‌های بخش سلامت و سازماندهی نظام درمان، تنها تأمین منابع نیست، اگرچه منابع مالی نقش بسیار مهمی را ایفاء می‌کنند. افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی بر اساس برآورد کارشناسی و نیاز واقعی این بخش باید صورت گیرد و البته همزمان سیاست‌های مناسب برای استفاده بهینه از این منابع الزامی است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

References

1- Mooney G. Equity in the finance and delivery of health care, an international perspective. *J Epidemiol Community. 1993;*47(4):338-9. doi:10.1136/jech.47.4.338-c.

2- Keshtkar M. [Economic Evaluation of Health Service Delivery] [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 1994.

3- Sen A. Why health equity? *Health Econ. 2002;*11(8):659-66. doi:10.1002/hec.762. [PubMed:12457367].

4- Ganet GL. World Bank annual report 2004: year in review (English). Washington DC, USA; 2004Contract

5- Nejadlabbaf S. The effect of income distribution on health in developing countries, selected years 1995-2008, in health economics. Tehran: Tehran University of Medical sciences; 2013Contract

6- Gupta I. Out-of-pocket expenditures and poverty: Estimates from NSS 61st round. Consideration of the expert group on poverty, planning commission. Delhi: Institute of Economic Growth; 2009Contract

7- Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in financial indicators of the health in Iran during the third and fourth development programs. *Health Inf Manage. 2013;*9(7):1113-22.

8- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy. 2010;*94(1):26-33. doi:10.1016/j.healthpol.2009.08.006. [PubMed:19735960].

9- Shahrawat R, Rao KD. Insured yet vulnerable: out-of-pocket payments and India's poor. *Health Policy Plan. 2012;*27(3):213-21. doi:10.1093/heapol/czr029. [PubMed:21486910].

10- Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet. 2001;*358(9284):833-6. doi:10.1016/S0140-6736(01)05975-X. [PubMed:11564510].

11- Sauerborn R, Adams A, Hien M. Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Soc Sci Med. 1996;*43(3):291-301. [PubMed:8844932].

12- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh SR, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: a Longitudinal Study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Health Syst Res J. 2009;*12(2):38-47. Persian

13- Murray CJL, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003Contract

14- Xu K, World Health Organization. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology. Geneva, Switzerland: WHO, Department "Health System Financing" (HSF); 2005Contract

15- Mehara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: Analysis of Household Survey Data (1382-1386). *Health Manag. 2010;*13 (40):51-61. Persian

16- Dausch JG. Aging issues moving mainstream. *J Am Diet Assoc. 2003;*103(6):683-4. doi:10.1053/jada.2003.50155. [PubMed:12778036].

17- Hertzman C, Hayes M. Will the elderly really bankrupt us with increased health care costs? *Can J Pub Health (Rev Canad Sante Publique). 1985;*76(6):373-7.

18- Jenson J. Health care spending and the aging of the population. Washington DC, USA: Congressional Research Service (CRS) Reports and Issue Briefs; 2007Contract No.:RS22619.

19- Wagstaff A, Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Econ. 2003;*12(11):921-33. doi:10.1002/hec.776.

20- Blanchette PL. Age-based rationing of health care. *Hawaii Med J. 1995;*54(4):507-9. [PubMed:7601678].

21- Seshamani M, Gray A. Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Econ. 2004;*13(4):303-14.doi:10.1002/hec.826.[PubMed:15067669].

22- Mohammadzade Y. The determinants factors of health impoverishment costs in Iranian household. *J Iran Econ Essays. 2015;*11(22):117-54. Persian

23- Razavi SM, Hassanzadeh A, Basmenji K. *[Fairness in financial contribution in the health system]. Tehran: Andishmand Publication; 2005. p. 30-9. Persian*

*24- Akhavan Behbahani A. An analytical overview on Iran's health policies in development programs. J Med Counc Iran. 2013;*31(2):105-12. Persian

25- Murray CJL, Xu K, Evans D, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health System Performance Asseaament (Debates, Methods and Empiricism):* World Health Organization; 2003. p. 565-72.

26- Papanicolas I, Smith P. Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. Geneva: World Health Organization; 2013Contract

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]

Analysis Equity in Financing of Household's Health in Development Programs of Iran

Mir Hosein Mousavi (PhD) [1*], Hosein Raghfar (PhD) [1], Zahra Fazel (MD) [1]

[1] *Department of Economics Sciences, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, Tehran, Iran*

Abstract

Introduction: Unfair financial contribution and out of pocket payments that are not in line with the capacity to pay, not only leads to more households exposed to catastrophic health expenditures, but also result in impoverishment. Therefore the main goal of this essay is to analyze the situation of fairness and equality in financial contribution of health payments. These calculations have been done throughout the whole country. In addition, the household's expenditures in Iran are disaggregated into expenditure quintiles through selected years.

Methods: This study aimed to investigate health financing by using FFC index, catastrophic health expenditures index, and impoverishment expenditures index (based on World Bank Approach). To this end, Iran's annual household's survey data, which is produced by Iran statistic center, is used (1989 - 2014).

Results: The index of fairness in financial contribution of households during the selected years experienced minor fluctuations. The percentage of the households facing the catastrophic costs increased, however, the percentage of impoverishment expenditures decreased in these selected years. Among the quintiles, the households in the fifth quintile had the highest rate of inequality in health payments and the highest percentage of households facing catastrophic costs. The first quintile had the highest rate of impoverishment expenditures.

Conclusions: It is concluded that the performed programs during the selected years have not been effective enough and financial contributions in health payments has been poorly targeted. The health system has not had successful achievements in protecting the households against the catastrophic costs and impoverishment expenditures.

Keywords: Fair Financial Contribution Index; Catastrophic Household's Expenditures; Impoverishment Expenditures

Please cite this article as follows:

Mousavi MH, Raghfar H, Fazel Z. Analysis Equity in Financing of Household's Health in Development Programs of Iran. Hakim Health Sys Res 2018; 21(1): 1- 12

***Corresponding Author:** Department of Economics, Faculty of Social Sciences and Economics, Alzahra University, DehVanak, Tehran, Iran. Tel: +98-2185692418, E-mail: hmousavi@alzahra.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-15]