مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت پرداخت‌های مستقیم از جیب برای خدمات سلامت در راستای پوشش همگانی سلامت درسال ۱۳۹۶ در کشور

رضوانه الوندی[۱]، ژاله عبدی[۲]، سهند ریاضی اصفهانی[۲]، الهام احمدنژاد[۳]*

۱- دانشجوی دکترای آمار زیستی، دپارتمان اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- استادیار، عضوهیئت علمی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران،ایران.
۳- دانشیار، عضو هیئت علمی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** آدرس: تهران، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰، مؤسسهٔ ملی تحقیقات سلامت، E-mail: ahmadnezhad@sina.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۴ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰**

چکیده

مقدمه: *بر اساس مفهوم پوشش همگانی سلامت انواع خدمات سلامت شامل ارتقای سلامت، پیشگیری، درمانی، توانبخشی و طب تسکینی هستند. این مطالعه با هدف بررسی سهم هر یک از خدمات سلامت بر پرداخت از جیب و شاخص‌های حفاظت مالی اجرا شده است.*

روش‌کار: *در این مطالعه پرداخت‌های مستقیم از جیب از داده‌های پیمایش هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ با حجم نمونه ۳۷۸۶۶ خانوار استخراج شد. شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت به صورت مقدار آستانه‌ای ۱۰درصد کل هزینه‌های مصرفی و شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت، بر اساس روش سازمان جهانی بهداشت محاسبه شدند. برای بررسی اثر پرداخت برای خدمات سلامت به تفکیک نوع خدمات بر مواجهٔ یک خانوار با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت از رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد.*

یافته‌ها: *مطابق پرسشنامه خدمات سلامت در ۴ دستهٔ خدمات درمانی، پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی قابل طبقه‌بندی بود و سوالی اختصاصاً در مورد ارتقا و طب تسکینی پرسیده نشده است. خدمات درمانی با ۸۱ درصد، بیشترین سهم پرداخت از جیب را داشتند. در خانوارهای شهری نسبت به روستایی، سرانه پرداخت از جیب در همهٔ جنبه‌های خدمات سلامت بیشتر بود. خدمات درمانی به‌تنهایی علت ۷۵ و ۸۹ درصد از مواجهٔ خانوارها به ترتیب با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت بودند. پرداخت از جیب برای همهٔ انواع خدمات سلامت، روی مواجههٔ یک خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارای اثر معنادار بود.*

نتیجه‌گیری: *تمرکز و اجرای مداخلات مناسب برای کاهش پرداخت از جیب خدمات درمانی، می‌تواند با بهبود شاخص‌های حفاظت مالی باعث دستیابی هرچه سریع‌تر به پوشش همگانی سلامت شود.*

واژگان کلیدی: *پوشش همگانی سلامت، خدمات سلامت، پرداخت مستقیم از جیب، هزینه‌های کمرشکن و فقرزای*

مقدمه

طبق پوشش همگانی سلامت[۱] لازم است همهٔ مردم به ویژه فقرا که احتمال دریافت نکردن خدمات سلامت در آنها بیشتر است، خدمات مورد نیاز خود را بدون مواجهه با سختی‌های مالی دریافت کنند. خدماتی که در راستای ارتقای سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و تسکین بیماری‌ها ارائه می‌شوند و از کیفیت کافی برای اثربخشی برخوردارهستند [۱]. پیشروی به‌سمت دستیابی به پوشش همگانی سلامت یعنی کاهش محدودیت‌ها در دسترسی و دریافت همهٔ خدمات سلامت مانند پرداخت‌های مستقیم از جیب[۲] و استفاده از آن به‌عنوان یک روش دیده‌بانی مشترک، تضمین تمرکز مداوم در گسترش برابری در سلامت است [۲].

1. Universal Health Coverage

2. Out Of Pocket

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

دســتیابی به پوشش همگانی ســلامت تا سال ۲۰۳۰ یکی از اهداف رســمی بخش سلامت در همه کشورهاست. برهمین اســاس کشورها موظف هستند در راستای تقویت نظام ســلامت و ارتقای نظام تأمین مالی ســلامت خود در دستیابی به آن کوشــش کنند [۳]. بنابراین ضرورت دارد که به‌صــورت منظم پایــش و دیده‌بانی پوشــش همگانی ســلامت در هــر دو بُعد آن به‌صورت همزمان انجام شــود [۴]. پایش بُعد اول پوشش همگانی سلامت -پوشش همهٔ خدمات ســلامتِ باکیفیت و اثربخش برای همهٔ افراد تنها بــرای۱۶ خدمت ضروری ســلامت صــورت می‌گیرد و در قالب یک شــاخص کلی بررسی می‌شود. علت این موضوع این اســت که همــهٔ دولت‌ها قادر به تأمیــن همهٔ خدمات ســلامت نیســتند و از ســوی دیگر به‌علت محدودیت در منابع داده‌ها، جمع‌آوری داده برای پوشــش همه خدمات سلامت امکان‌پذیر نیســت [۱,۲]. از این رو اغلب مقالات، پایش شاخص پوشش خدمات سلامت را تنها برای خدمات ضروری ســلامت ارائه می‌کننــد، در حالی که نیاز به توجه به همهٔ جنبه‌های سلامت وجود دارد و هزینه‌های سلامت بــرای همهٔ جنبه‌های ســلامت از قبیل توانبخشــی و طب تســکینی پرداخت می‌شــود. بُعــد دوم پوشــش همگانی ســلامت، الزام حفاظت از افــرادی را بیان می‌کند که برای خدمات سلامت هزینه می‌کنند. در اکثر مقاله‌ها تفکیکی از پرداخت‌های مســتقیم از جیب برای انواع خدمات سلامت ارائه نمی‌شود و پایش و دیده‌بانی این بُعد معمولاً در سطح کل پرداخت‌های مســتقیم از جیب و با ارائهٔ دو شــاخص هزینه‌های کمرشــکن و فقرزای ســلامت صورت می‌گیرد [۱۰-۵]. در ایران پرداخت‌های مســتقیم از جیب ســالانه به‌تفکیک انواع خدمات ســلامت جمع‌آوری می‌شود. برای بررســی اینکه پرداخت‌های مســتقیم از جیب بیشتر برای دریافت کدام جنبه از خدمات سلامت بوده و تمرکز بیشتر مداخــلات ســلامت باید در کــدام جنبه از خدمــات قرار بگیرد، در این مقاله بررسی پرداخت‌های مستقیم از جیب به عنوان یکی از موانع اصلی دســتیابی به پوشش همگانی ســلامت براساس طیف خدمات ســلامت از منظر پوشش همگانی سلامت، یعنی ارتقا، پیشگیری، درمان، توانبخشی و تسکینی ارزیابی و پایش شده است.

روش کار

۱- منبع داده‌ها

در این مطالعه از داده‌های پیمایش هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ استفاده شد. طبقه‌بندی خدمات سلامت با رویکرد پوشش همگانی سلامت در تمام طیف‌ها انجام شد. به‌طورکلی خدمات سلامت بر اساس مفهوم پوشش همگانی سلامت در ۶ دسته طبقه‌بندی می‌شوند [۴]: ۱. ارتقای سلامت ۲. پیشگیری ۳. تشخیص ۴. درمان ۵. توانبخشی و ۶. طب تسکینی. در این مطالعــه برای تحلیل و محاســبهٔ هزینه‌هــا، ابتدا همهٔ خدمات ســلامت موجود در پرسشــنامهٔ پیمایش مذکــورّ صرف‌نظر از طبقــه‌ای که در آنها قرار گرفته‌اند، براســاس دســته‌های فوق طبقه‌بندی و ســپس مجموع پرداخت‌های مســتقیم از جیب براساس این طبقه‌ها برای همهٔ خانوارها محاسبه شد.

۲- تعریف متغیرها

خدمات پیشــگیری: در پزشــکی به خدمــات و اقداماتی گفته می‌شــود که احتمال ابتلا به بیماری را کاهش می‌دهند. واکسیناســیون، مراجعه به متخصص تغذیه به‌منظور تناســب وزن و داشتن رژیم غذایی سالم، داروها و وسایل مورد استفاده در تنظیم خانواده در این دسته از خدمات قرار گرفتند [۱۱].

خدمات تشــخیصی: خدمات ســازمان‌یافته‌ای هستند که بــا هدف ارائهٔ تشــخیص به‌منظور ارتقا و حفظ ســلامت انجام می‌شــوند. خدمات آزمایشگاهی و پاتولوژی در این دسته‌بندی قرار گرفتند [۱۲].

خدمات درمانی: خدمات درمانــی به فعالیت‌ها و خدماتی اطلاق می‌شوند که به‌منظور کمک به افراد برای حفظ یا بهبود عملکرد فیزیولوژیکی، عاطفی و رفتاری و جلوگیری از شرایطی که موانعی برای عملکرد شخص ایجاد می‌کند طراحی شده‌اند. دارو برای بیماری‌های خاص در این دســته‌بندی قرار می‌گیرد [۱۳].

خدمات توانبخشی: فعالیت‌ها و اقدامات درمانی برای بهبود بیماری، آسیب و ناتوانی است که بخشی از درمان، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت است. خدمات مربوط به ترک و درمان اعتیاد، طب سنتی (حجامت و ماساژ طبی) در این دسته‌بندی قرار می‌گیرند [۱۴].

خدمات ارتقای ســلامت: فرآیند قادر ســاختن مردم برای افزایش کنترل و بهبود وضعیت سلامتی آنهاست [۱۱].

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

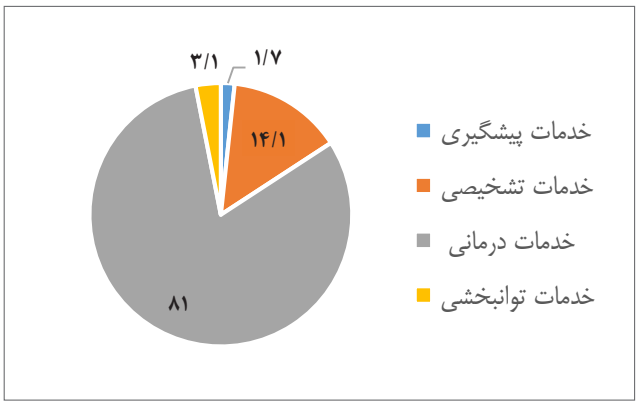
خدمات طب تسکینی: مراقبت تسکینی اغلب با درمان و همچنین پیشگیری همراه است، اما هدف از آن و سایر اقدامات مراقبت‌های سلامتی، ارائه خدمات سلامتی به افراد در حال مرگ است نه اینکه آنها را درمان کند. در واقع مراقبت تسکینی مراقبت‌های سلامت برای تسکین درد و رنج در پایان زندگی است [۱۵].

۳- شاخص‌ها

در این مطالعه، شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت به صورت نسبتی از خانوارهای کشور (به صورت درصد) که در آنها مقدار پرداخت از جیب برای خدمات سلامت بالاتر از ۱۰درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار بود، در نظر گرفته شده است. برای محاسبه شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت، خط فقر بر اساس متد سازمان جهانی بهداشت، به صورت قرارگرفتن میانگین وزنی هزینه سرانهٔ تعدیل شدهٔ مواد خوراکی به کل هزینه‌های مصرفی خانوار بین صدک ۴۵ تا ۵۵ در نظر گرفته شد [۱۶]. محاسبه دو شاخص هزینه های کمرشکن و هزینه های فقرزای سلامت با احتساب پرداخت از جیب به تفکیک نوع خدمات سلامت صورت گرفت. همچنین اثر پرداخت از جیب برای دریافت جنبه‌های مختلف خدمات سلامت بر روی مواجههٔ خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت با استفاده از رگرسیون لجستیک باینری و در سطح معناداری ۵درصد بررسی شد.

یافته‌ها

حجم نمونه در سال ۱۳۹۶، برابر با ۳۷۸۶۶ خانوار بود که از این تعداد ۱۹۲۰۷ خانوار ساکن مناطق روستایی و ۱۸۶۵۹ خانوار ساکن مناطق شهری بودند. خدمات سلامت درج شده در پرسشنامه تنها در ۴ دستهٔ پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی قرار گرفتند و کد خدمتی در این پرسشنامه درج نشده بود که در دو دستهٔ ارتقای سلامت و طب تسکینی قرار بگیرد. بنابراین ارائهٔ نتایج تنها براساس ۴ دستهٔ مذکور است. خدمات مربوط به درمان با بیش از ۴۰ کد (از ۶۳ کد موجود در پرسشنامه برای خدمات سلامت) بیشترین تعداد و خدمات تشخیصی با ۴ کد کمترین تعداد کد را در این ۴ طبقه دارا بودند.



شکل ۱- سهم پرداخت از جیب خدمات سلامت به درصد از پرداخت از جیب کل در سال ۱۳۹۶

جدول ۱- متوسط سرانهٔ پرداخت از جیب و سهم آن از پرداخت از جیب کل برای خدمات سلامت به تفکیک محل سکونت و پنجک هزینه‌ای در سال ۱۳۹۶

		متوسط سرانهٔ پرداخت از جیب (ریال)				سهم از پرداخت از جیب کل (درصد)			
		پیشگیری	تشخیص	درمانی	توانبخشی	پیشگیری	تشخیص	درمانی	توانبخشی
محل سکونت	شهری	۹۷۲۴۰	۸۳۷۵۶۷	۴۹۳۴۱۱۰	۱۹۳۶۹۰	۱/۶	۱۳/۹	۸۲/۱	۳/۲
	روستایی	۶۰۲۶۷	۴۷۴۰۸۶	۲۵۷۶۴۰۹	۷۸۵۶۱	۱/۹	۱۵	۸۱/۵	۲/۵
پنجک هزینه‌ای	۱	۲۵۰۹۳	۸۶۰۴۵	۸۳۲۲۲۵	۷۹۲۰	۲/۷	۹/۲	۸۸/۸	۰/۸
	۲	۴۰۳۸۴	۲۷۴۴۴۵	۱۷۱۱۳۸۸	۳۹۴۹۵	۱/۹	۱۳/۴	۸۳/۶	۱/۹
	۳	۶۲۱۶۱	۵۲۸۲۰۵	۲۶۸۶۰۶۹	۶۶۱۰۶	۱/۸	۱۵/۹	۸۱	۲
	۴	۱۱۱۳۰۵	۸۸۲۸۰۶	۴۵۸۴۹۲۸	۱۵۵۰۶۹	۱/۹	۱۵/۵	۸۰/۷	۲/۷
	۵	۲۰۰۳۰۹	۱۹۵۴۸۰۱	۱۱۸۶۲۱۳۸	۵۵۳۶۶۸	۱/۴	۱۳/۵	۸۲	۳/۸

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

جدول ۲- شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت (۱۰ درصد کل هزینه‌های مصرفی) و شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت (روش سازمان جهانی بهداشت) به تفکیک خدمات سلامت در سال ۱۳۹۶

هزینه‌های کمرشکن سلامت		کل پرداخت از جیب	پرداخت از جیب خدمات پیشگیری	پرداخت از جیب خدمات تشخیصی	پرداخت از جیب خدمات درمانی	پرداخت از جیب خدمات توانبخشی
کل		۱۶/۹۵ (۱۶/۵۷ - ۱۷/۳۲)*	۰/۰۸ (۰/۰۵ - ۰/۱۱)	۱/۷۸ (۱/۶۵ - ۱/۹۲)	۱۲/۶۹ (۱۲/۳۵ - ۱۳/۰۲)	۰/۳۸ (۰/۳۲ - ۰/۴۴)
محل سکونت	شهری	۱۶/۹۸ (۱۶/۴۵ - ۱۷/۵۲)	۰/۰۸ (۰/۰۴ - ۰/۱۲)	۱/۶۶ (۱/۴۸ - ۱/۸۵)	۱۲/۶۴ (۱۲/۱۶ - ۱۳/۱۱)	۰/۴۳ (۰/۳۴ - ۰/۵۳)
	روستایی	۱۶/۸۳ (۱۶/۳۰ - ۱۷/۳۶)	۰/۰۹ (۰/۰۵ - ۰/۱۳)	۲/۱۳ (۱/۹۳ - ۲/۳۴)	۱۲/۸۳ (۱۲/۳۵ - ۱۳/۳۰)	۰/۲۳ (۰/۱۶ - ۰/۳۰)
پنجک هزینه‌ای	۱	۱۰/۳۴ (۹/۷۳ - ۱۰/۹۶)	۰/۱۱ (۰/۰۴ - ۰/۱۷)	۰/۹۱ (۰/۷۲ - ۱/۱۰)	۸/۷۱ (۸/۱۴ - ۹/۲۷)	۰/۰۵ (۰/۰۱ - ۰/۱۰)
	۲	۱۵/۵۳ (۱۴/۷۷ - ۱۶/۲۹)	۰/۰۷ (۰/۰۱ - ۰/۱۲)	۱/۷۹ (۱/۵۱ - ۲/۰۷)	۱۱/۱۹ (۱۰/۵۳ - ۱۱/۸۵)	۰/۳۳ (۰/۲۱ - ۰/۴۵)
	۳	۱۷/۲۳ (۱۶/۳۸ - ۱۸/۰۸)	۰/۰۶ (۰/۰۰۴ - ۰/۱۱)	۲/۲۰ (۱/۸۷ - ۲/۵۳)	۱۱/۹۰ (۱۱/۱۷ - ۱۲/۶۲)	۰/۳۰ (۰/۱۸ - ۰/۴۳)
	۴	۲۰/۰۰ (۱۹/۰۶ - ۲۰/۹۴)	۰/۰۷ (۰/۰۱ - ۰/۱۴)	۲/۲۵ (۱/۹۰ - ۲/۶۰)	۱۵/۳۴ (۱۴/۴۸ - ۱۶/۱۹)	۰/۵۲ (۰/۳۵ - ۰/۶۹)
	۵	۲۱/۶۳ (۲۰/۵۰ - ۲۲/۷۵)	۰/۰۹ (۰/۰۱ - ۰/۱۸)	۱/۷۷ (۱/۴۱ - ۲/۱۳)	۱۶/۳۰ (۱۵/۳۰ - ۱۷/۳۱)	۰/۷۰ (۰/۴۷ - ۰/۹۳)
هزینه‌های فقرزای سلامت		کل پرداخت از جیب	پرداخت از جیب خدمات پیشگیری	پرداخت از جیب خدمات تشخیصی	پرداخت از جیب خدمات درمانی	پرداخت از جیب خدمات توانبخشی
کل		۰/۵۳ (۰/۴۶ - ۰/۶۰)	۰/۰۰۴ (-۰/۰۰۲ - ۰/۰۴)	۰/۰۳ (۰/۰۱ - ۰/۰۴)	۰/۴۷ (۰/۴۱ - ۰/۵۴)	۰/۰۰۳ (-۰/۰۰۳ - ۰/۰۰۹)
محل سکونت	شهری	۰/۲۰ (۰/۱۴ - ۰/۲۷)	۰	۰/۰۰۱ (-۰/۰۰۴ - ۰/۰۰۷)	۰/۱۹ (۰/۱۳ - ۰/۲۵)	۰
	روستایی	۱/۴۹ (۱/۳۲ - ۱/۶۶)	۰/۰۲ (-۰/۰۰۱ - ۰/۰۳۶)	۰/۰۱ (۰/۰۶ - ۰/۱۵)	۱/۳۱ (۱/۱۴ - ۱/۴۷)	۰/۰۱ (-۰/۰۰۳ - ۰/۰۲۸)
پنجک هزینه‌ای	۱	۲/۲۸ (۱/۹۸ - ۲/۵۸)	۰/۰۲ (-۰/۰۱ - ۰/۰۴)	۰/۱۳ (۰/۰۶ - ۰/۲۰)	۲/۰۵ (۱/۷۶ - ۲/۳۳)	۰/۰۱ (-۰/۰۱ - ۰/۰۲)
	۲	۰/۳۱ (۰/۲۰ - ۰/۴۳)	۰/۰۱ (-۰/۰۱ - ۰/۰۲)	۰/۰۱ (-۰/۰۱ - ۰/۰۲)	۰/۲۹ (۰/۱۸ - ۰/۴۰)	۰/۰۱ (-۰/۰۱ - ۰/۰۳)
	۳	۰/۰۵ (۰/۰۰۱ - ۰/۱۱)	۰	۰	۰/۰۴ (-۰/۰۱ - ۰/۰۸)	۰
	۴	۰/۰۱ (-۰/۰۱ - ۰/۰۲)	۰	۰	۰	۰
	۵	۰	۰	۰	۰	۰

* فاصله اطمینان ۹۵ درصد

جدول ۲- شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت (۱۰ درصد کل هزینه‌های مصرفی) و شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت (روش سازمان جهانی بهداشت) به تفکیک خدمات سلامت در سال ۱۳۹۶

متغیر وابسته: شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت

		نسبت شانس	آمارهٔ Z	مقدار احتمال	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
پیشگیری	بدون پرداخت از جیب *	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب ❋	۰/۷۹۲۰	-۳/۲۰	کمتر از ۰/۰۰۱	(۰/۶۸۶۶ - ۰/۹۱۳۵)
تشخیص	بدون پرداخت از جیب	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب	۴/۸۷۸۲	۳۰/۰۹	کمتر از ۰/۰۰۱	(۴/۳۹۹۷ - ۵/۴۰۸۷)
درمان	دارای پرداخت از جیب	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب	۵۷/۸۲۶۰	۱۵/۹۲	کمتر از ۰/۰۰۱	(۳۵/۰۹۱۱ - ۹۵/۲۹۰۳)
توانبخشی	دارای پرداخت از جیب	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب	۶/۳۳۵۶	۱۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۰۱	(۴/۴۲۵۵ - ۹/۰۷۰۱)
متغیر وابسته: شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت					
		نسبت شانس	آمارهٔ Z	مقدار احتمال	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
پیشگیری	بدون پرداخت از جیب ❋	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب	۰/۵۸۷۸	-۱/۵۶	۰/۱۱۸	(۰/۳۰۱۹ - ۱/۱۴۴۵)
تشخیص	بدون پرداخت از جیب	-	-	-	-
	دارای پرداخت از جیب	۰/۸۱۲۷	-۱/۰۳	۰/۳۰۲	(۰/۵۴۸۰ - ۱/۲۰۵۲)
درمانی	بدون پرداخت از جیب	-	-	-	-
	دارای پرداخت از جیب	۵۱/۱۸۶۹	۵/۷۷	کمتر از ۰/۰۰۱	(۱۳/۴۵ - ۱۹۴/۷۶)
توانبخشی	بدون پرداخت از جیب	-	-	-	-
	بدون پرداخت از جیب	۰/۵۷۸۹	-۱/۲۱	۰/۲۲۸	(۰/۲۳۸۲ - ۱/۴۰۷۱)

* گروه بدون پرداخت از جیب به عنوان رفرنس در نظر گرفته شده است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

شکل ۱، سهم انواع خدمات درمانی، پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی را از پرداخت از جیب کل در سطح کل جمعیت نشان می‌دهد. خدمات مرتبط با درمان با ۸۱ درصد بیشترین سهم از پرداخت‌های مستقیم از جیب و خدمات مربوط به پیشگیری با ۱/۷ درصد، کمترین سهم از پرداخت‌های مستقیم از جیب را دارا بودند.

جدول ۱ متوسط سرانهٔ پرداخت از جیب براساس طیف خدمتی مورد استفاده در این مقاله را به تفکیک محل سکونت خانوار و پنجک‌های هزینه‌ای نشان می‌دهد. برای خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی متوسط سرانهٔ پرداخت از جیب برای دریافت خدمات درمانی، توانبخشی، تشخیصی و پیشگیری به‌ترتیب ۱/۹۴، ۲/۴۶، ۱/۷۶ و ۱/۶۱ برابر بود. براساس این جدول متوسط سرانهٔ پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات درمانی در جمعیت‌های ثروتمند (پنجک پنجم) نسبت به جمعیت‌های فقیر (پنجک اول) بیش از ۱۴ برابر بود.

جدول ۲، شاخص هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت را با احتساب پرداخت از جیب کل و پرداخت از جیب به تفکیک خدمات درمانی، پیشگیری، تشخیصی و توانبخشی را نشان می‌دهد. در سال ۱۳۹۶، ۱۶/۹۵ درصد از جمعیت با صرف بیش از ۱۰درصد از کل هزینه‌های مصرفی خود برای سلامت با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده‌اند که ۷۵درصد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (معادل با ۱۲/۶۹ درصد از جمعیت) تنها به علت داشتن پرداخت از جیب برای دریافت خدمات درمانی بوده است. پس از خدمات درمانی، خدمات تشخیصی علت دومین مواجهۀ خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده است. بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در همۀ سطوح و در همۀ جنبه‌های خدمات سلامت در جمعیت‌های پنجک‌های بالاتر اتفاق افتاده است. نتایج نشان داد که بیشترین جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت جمعیت‌های فقیر بوده‌اند و علت ۸۹درصد از آن، پرداخت از جیب برای دریافت خدمات درمانی بوده است. در واقع خدمات درمانی علت مواجهۀ ۴۷درصد از جمعیت با هزینه‌های فقرزای سلامت در این سال بوده است.

جدول ۳: نتایج بررسی اثر پرداخت از جیب انواع خدمات سلامت بر رخداد هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک باینری

جدول ۳ نتایج بررسی اثر پرداخت از جیب به تفکیک خدمات را بر روی مواجهۀ خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت نشان می‌دهد. پرداخت از جیب برای هر جنبه از خدمات روی مواجهۀ خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت اثر معناداری داشته است. شانس مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهایی که برای خدمات درمانی پرداخت از جیب داشته‌اند، نسبت به خانوارهایی که نداشته‌اند، بیش از ۵۷ برابر بوده است. نتایج نشان داد که خدمات درمانی تنها خدماتی هستند که دارای اثر معنادار بر روی مواجهۀ خانوارها با هزینه‌های فقرزای سلامت بوده‌اند، به‌طوری که شانس مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت در خانوارهایی که پرداخت از جیب درمانی داشته‌اند، نسبت به خانوارهایی که نداشته‌اند، بیش از ۵۱ برابر بوده است.

بحث

مطالعۀ حاضر با هدف بررسی پرداخت‌های مستقیم از جیب برای جنبه‌های مختلف خدمات سلامت (از ارتقا تا طب تسکینی) انجام شده است. مطالعات قبلی تفکیک پرداخت‌ها را به تفکیک نوع خدمت مانند خدمات سرپایی، خدمات بستری/ خدمات بیمارستانی انجام داده و تفکیک خدمت به روش استفاده شده در این مطالعه جنبه‌های مختلف هزینه‌کرد را برای ارزیابی رسیدن به پوشش همگانی سلامت می‌تواند تسهیل کند.

نتایج این مطالعه نشان داد که خدمات درمانی با ۸۱درصد سهم از کل پرداخت از جیب‌ها، علت ۷۵درصد از مواجهۀ خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند و سبب فقیر شدن ۴۷درصد از جمعیت شده‌اند. براساس نتایج این مطالعه، جمعیت‌های شهری نسبت به جمعیت‌های روستایی در همۀ خدمات سلامت سرانه پرداخت مستقیم از جیب بیشتری داشتند و پرداخت‌های مستقیم از جیب برای خدمات درمانی در جمعیت‌های پنجک‌های پنج بیش از ۱۴ برابر پرداخت‌های مستقیم از جیب در جمعیت‌های پنجک یک بود. این اختلاف می‌تواند به دلیل فقدان دسترسی مناسب جمعیت‌های فقیر و روستایی به خدمات مورد نیاز، برطرف نکردن نیازهای سلامت به‌علت مقرون به‌صرفه نبودن

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

یا رفع نیازهای سلامت مورد نیاز و رخداد حفاظت مالی باشد [۱۷] که در این مطالعه به‌دلیل فقدان دسترسی به داده‌های پوشش خدمات سلامت در هر جنبه از خدمت و در تفکیک‌های مختلف گروه‌های اقتصادی و اجتماعی و محل سکونت، امکان بررسی دلیل اصلی آن نبود. اما ذکر این نکته لازم است که در نظام سلامت ایران همهٔ جمعیت‌ها صرف نظر از وضعیت درآمدی از یک بستهٔ پوششی بیمهٔ درمانی می‌توانند برخوردار شوند. نتایج به‌دست آمده در این مطالعه همسو با نتایج مطالعه‌ای در بنگلادش بود که نشان می‌داد جمعیت‌های پنجک پنجم متوسط پرداخت‌های مستقیم از جیب بالاتری برای سلامت (۳۲/۴۶ دلار) در مقابل پنجک اول (۱۲/۸۲ دلار) برای دریافت مراقبت‌های سلامتی دارند [۱۷] و همچنین نتایج مطالعه [۱۸] که نشان می‌داد پرداخت‌های مستقیم از جیب برای مراقبت‌های سلامتی به طور قابل توجهی با جوامع شهری همراه هستند.

با توجه به اینکه نتیجه‌گیری قطعی درمورد رخ دادن یا رخ ندادن حفاظت مالی مشروط بر بررسی پوشش خدمات سلامت در هر جنبه از خدمات سلامت است [۴] این مطالعه به‌علت نداشتن دسترسی به داده در زمینهٔ پوشش خدمات سلامت قادر به ارائهٔ یک نتیجه‌گیری کلی درمورد رخداد حفاظت مالی سلامت نبود. بنابراین این از مهم‌ترین ضعف‌های این مطالعه بود. از دیگر سو به دلیل آنکه کد خدمتی مرتبط با ارتقای سلامت و خدمات طب تسکینی در پرسشنامهٔ پیمایش هزینه_درآمد خانوار وجود نداشت [۱۹] در این مطالعه امکان بررسی پرداخت‌های مستقیم از جیب در این جنبه از خدمات وجود نداشت. به نظر می‌رسد حتی درصورت پرداخت برای این جنبه‌های خدمتی، این موارد یا جزو هزینه‌های درمانی لحاظ می‌شود و یا اصلا سنجیده نمی‌شود که در هر دو مورد تخمین دور از واقعیت رخ خواهد داد. پایش و دیده‌بانی پرداخت‌های مستقیم از جیب و مهم‌ترین شاخص‌های هزینه‌ای مرتبط با آن در همهٔ جنبه‌های خدمات سلامت یکی از نقاط قوت این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

باوجود موفقیت نسبی مداخلات نظام سلامت در سال‌های اخیر برای کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب، روند پرداخت‌های مستقیم از جیب برای خدمات سلامت در کشور وضعیت افزایشی داشته و از حدود ۲ درصد کل هزینه‌های خانوار در سال ۱۹۹۱ به بیش از ۱۰ درصد در سال ۲۰۱۷ رسیده است [۲۰,۲۱]. در کشورها تا زمانی که نظام سلامت آنها متکی بر پرداخت‌های مستقیم از جیب برای درمان‌های پزشکی پرهزینه یا مراقبت‌های اساسی پیشگیرانه باشد، دستیابی به پوشش همگانی سلامت سخت خواهد بود [۲۲]. در واقع باید به همهٔ طیف‌های خدمات، از پیشگیری تا درمان، توجه کافی شود و میزان پرداخت از جیب در تمام موارد خدمات سلامت کاهش داده شود. در ایران خدمات درمانی در بین همهٔ خدمات سلامت بیشترین میزان پرداخت از جیب را به خود اختصاص می‌دهد و علت بیشترین مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت هستند و تا زمانی که مداخلات بیشتری در راستای کاهش پرداخت از جیب این طیف از خدمات صورت نگیرد، حفاظت مالی ۱۰۰درصد از هزینه‌های سلامت در ایران اتفاق نمی‌افتد. یک راهکار می‌تواند ایجاد پوشش و دسترسی مناسب‌تر به خدمات بیشتر پیشگیری و ارتقای سلامت باشد تا شاید بتوان میزان هزینه برای درمان را کاهش داد و گامی در راستای رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت برداشت. همچنین در ایران، سیستم بیمهٔ سلامت موجود، نیاز به گسترش بسته مزایا و کاهش در بازپرداخت‌ها و تمرکز بیشتر بر فقرا و جمعیت‌های آسیب‌پذیر دارد و توجه به آن می‌تواند راهکار دوم به‌منظور کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب باشد. هدف اصلی این مطالعه افزایش توجه به طیف‌های مختلف خدمات سلامت است که به نظر می‌رسد همچنان هزینه‌کردهای درمان در اولویت هزینه‌کردها قرار دارد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

این مطالعه با مشخص کردن جنبه‌ای از خدمات که در سطوح مختلف پنجک‌های هزینه‌ای و نواحی مختلف سکونت علت اصلی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در کشور هستند، می‌تواند به سیاست‌گذاران نظام سلامت کمک کند تا بتوانند مداخلاتی کارآ و عدالت‌محور با هدف دستیابی هر چه سریع‌تر به پوشش همگانی سلامت در کشور تدوین و اجرا کنند. همچنین می‌توان از نتایج کمّی ارائه شده در این مطالعه به عنوان شاخص‌های پایه برای مقایسه وضعیت این

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

شاخص‌ها در آینده با هدف ارزیابی و پایش مداخلات اجرا شده در کشور استفاده کرد.

سپاسگزاری

در این مطالعه از داده‌های پیمایش کشوری هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ که توسط مرکز آمار ایران اجرا شده، استفاده شده است. محققان از زحمات این مرکز در اجرای پیمایش و همچنین ارائه داده‌های آن تشکر می‌کنند.

References

1. World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2020: 7.
2. Ahmadnezhad E, Murphy A, Alvandi R, Abdi Z. The impact of health reform in Iran on catastrophic health expenditures: Equity and policy implications. The International Journal of Health Planning and Management. 2019;34(4):e1833-e45.
3. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2015: 6-14.
4. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2017: 23–27.
5. Yazdi-Feyzabadi V, Mehrolhassani MH, Darvishi A. Measuring catastrophic health expenditures and its inequality: Evidence from Iran's health transformation program. Health policy and planning. 2019;34(4):316-25.
6. Doshmangir L, Yousefi M, Hasanpoor E, Eshtiagh B, Haghparast-Bidgoli H. Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2020 Dec;18(1):1-21.
7. Ghorbanian A, Rashidian A, Lankarani KB, Kavosi Z. The prevalence and determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. Health Scope. 2017;8(1):e63210.
8. Vahedi S, Rezapour A, Khiavi FF, Esmaeilzadeh F, Javan-Noughabi J, Almasiankia A, et al. Decomposition of socioeconomic inequality in catastrophic health expenditure: an evidence from Iran. Clinical Epidemiology and Global Health. 2020;8(2):437-41.
9. Abdi Z, Hsu J, Ahmadnezhad E, Majdzadeh R,

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

Harirchi I. An analysis of financial protection before and after the Iranian Health Transformation Plan. Eastern Mediterranean Health Journal. 2020;26(9):1025-33.

10. Mehdizadeh P, Daniyali H, Meskarpour-Amiri M, Dopeykar N, Uzi H. Catastrophic and impoverishing health expenditures and it's affecting factors among health staffs in Iran: A case study in Tehran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2019;33:120.
11. World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. Accessed October 11, 2021. Available from: http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html.
12. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2005). Good clinical diagnostic practice: a guide for clinicians in developing countries to the clinical diagnosis of disease and to making proper use of clinical diagnostic services. Accessed October 11, 2021. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/119735.
13. World Health Organization. Primary Health Care. Accessed October 11, 2021. [Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care.
14. World Health Organization. Rehabilitation. Accessed October 11, 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation.
15. World Health Organization. Palliative care. Accessed October 11, 2021. Available from: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en.
16. World Health Organization. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2005: 3-8.
17. Mahumud RA, Sarker AR, Sultana M, Islam Z, Khan J, Morton A. Distribution and determinants of out-of-pocket healthcare expenditures in Bangladesh. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2017 Mar;50(2):91.
18. Onwujekwe OE, Uzochukwu BS, Obikeze EN, Okoronkwo I, Ochonma OG, Onoka CA, Madubuko G, Okoli C. Investigating determinants of out-of-pocket spending and strategies for coping with payments for healthcare in southeast Nigeria. BMC health services research. 2010 Dec;10(1):1-0.
19. Statistical Centre of Iran. Household Expenditures and Income Survey 2020. Accessed October 11, 2021. Available from: https://www.amar.org.ir/.
20. Rezaei S, Woldemichael A, Ebrahimi M, Ahmadi S. Trend and status of out-of-pocket payments for healthcare in Iran: equity and catastrophic effect. Journal of the Egyptian Public Health Association. 2020 Dec;95(1):1-8.
21. Abdi Z, Hsu J, Ahmadnezhad E, Majdzadeh R, Harirchi I. An analysis of financial protection before and after the Iranian Health Transformation Plan. Eastern Mediterranean Health Journal. 2020;26(9):1025-33.
22. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet. 2012 Sep 8;380(9845):924-32.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]

Out-of-pocket payments for health services in line with Universal Health Coverage in 2017 in Iran

Rezvaneh Alvandi[1], Zhaleh Abdi[2], Sahand Riazi-Isfahani[2], Elham Ahmadnezhad[3*]

1. PHD Candidate in Biostatistics, Department of Epidemiology & Biostatistics, School of Public Health, National Institute of Health Research (NIHR), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant-Professor, National Institute of Health Research (NIHR), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate-Professor of Epidemiology, National Institute of Health Research (NIHR), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: According to the concept of Universal Health Coverage (UHC), health services include health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliative services. The aim of this study was to investigate the contribution of each health service to out-of-pocket payments (OOP) and financial protection.

Methods: In this study, OOP were extracted from the 1396 (2017) national household income expenditure survey with a sample of 37866 households. Catastrophic health expenditures were defined as health expenses greater than 10 percent of a household's expenditures and impoverishing health expenditures were calculated using WHO method. Binary logistic regression test was used to examine the effect of payment for different health services on households having catastrophic and impoverishing health expenditures.

Results: According to the survey questionnaire, health services could be classified into 4 categories of treatment, prevention, diagnosis and rehabilitation services, and questions about promotion and palliative services were not been asked specifically. Treatment services accounted for the largest out-of-pocket share with 81%. In urban households, Per capita OOP payments in all aspects of health services were higher than rural households. Treatment services alone were alone responsible 75% and 89% of households suffering from catastrophic and impoverishing health expeditures respectively. OOP payments for all types of health services had a significant effect on a household's exposure to catastrophic and impoverishing health expenditures.

Conclusion: Focusing and implementing interventions to reduce out-of-pocket payments for Treatment services can significantly improve financial protection indicators, paving the way to the achievement of UHC in Iran.

Keywords: Universal Health Coverage, Out-of-Pocket Payments, catastrophic and impoverishing health expenditures, Services Provision

Please cite this article as follows:

Alvandi R, Abdi Z, Riazi-Isfahani S, Ahmadnezhad E. Out-of-pocket payments for health services in line with Universal Health Coverage in 2017 in Iran. Hakim Health Sys Res.2021;24 (2): 119-127.

***Corresponding Author:** No 70, Bozorgmehr St., National Institute of Health Research, Tehran, Iran. Tell: 021 62921275, E-mail: ahmadnezhad@sina.tums.ac.ir.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-17]