

بررسی روند سیزده ساله هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در ایران: ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۲

مهسا مجاهدی^۱، سهند ریاضی^۲، مریم رضایی^۱، الهام عبدالمالکی^۱، سارا صفارپور^۳، ژاله عبدی^۴، علی اکبری ساری^۵، الهام احمدنژاد^{۶*}

- ۱- کارشناسی ارشد آمار زیستی، دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- کارشناسی ارشد علوم و صنایع غذایی، دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۵- دکترای سیاست‌گذاری سلامت، استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۶- متخصص اپیدمیولوژی، استاد، دبیرخانه دیده‌بانی نظام سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. شماره تماس: ۰۲۱۶۲۹۲۱۲۸۶، پست الکترونیک: ahmadnezhad@sina.tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۷

چکیده

مقدمه: حفاظت مالی یکی از ابعاد مهم پوشش همگانی سلامت و از اصلی‌ترین اهداف نظام‌های سلامت است که رصد و پایش شاخص‌های مربوط به آن برای سیاست‌گذاران اهمیت زیادی دارد. از مهم‌ترین شاخص‌های حفاظت مالی، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی روند سیزده ساله مواجهه خانوارهای کشور با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت است.

روش کار: این مطالعه یک تحلیل مقطعی ثانویه بر روی داده‌های پیمایش مبتنی بر جمعیت ملی هزینه-درآمد خانوار از سال ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۲ است که توسط مرکز آمار ایران انجام شده است. روند هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت به تفکیک نوع خدمت، پنجگ هزینه‌ای و محل سکونت خانوار مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها: نسبت خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (هزینه سلامت برابر یا بیشتر از ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مصرفی خانوار) از ۳/۱۰ درصد (۱۳۹۰) به ۲/۸۵ درصد (۱۴۰۲) رسیده است. این نسبت برای خانوارهای شهری و روستایی در این مدت به ترتیب از ۳/۳۰ و ۳/۰۱ درصد به ۲/۵۵ و ۳/۸۶ درصد و در پنجگ‌های فقیرتر و ثروتمندتر به ترتیب از ۱/۲۸ و ۶/۳۱ درصد به ۱/۹۹ و ۵/۱۴ رسیده است. نسبت خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (با روش سازمان جهانی بهداشت) از ۰/۶۰ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۰/۸۰ درصد در سال ۱۴۰۲ و این نسبت برای خانوارهای شهری و روستایی به ترتیب از ۰/۳۲ و ۱/۲۹ درصد به ۰/۴۰ و ۲/۱۱ درصد رسیده است.

نتیجه گیری: روند افزایشی مواجهه با دشواری‌های مالی در پنجگ فقیرتر در ایران به طور مشخصی دستیابی به پوشش همگانی سلامت را با مشکل مواجه خواهد نمود و نشان می‌دهد حفاظت مالی نیازمند مداخلات جدی‌تر می‌باشد.

واژگان کلیدی: حفاظت مالی، هزینه‌های کمرشکن سلامت، هزینه‌های فقرزای سلامت، پرداخت مستقیم از جیب، پوشش همگانی سلامت، پیمایش مبتنی بر جمعیت

مقدمه

سلامت و محافظت از خانوارها در مقابل مشکلات مالی ناشی از این هزینه‌ها از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت کشورها است [۱]. حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت همچنین یکی از ابعاد مهم پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت است که کشورهای جهان از جمله

یکی از عوامل مهم و مؤثر در استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت، مقدار هزینه‌های پرداختی از سوی افراد برای دریافت این خدمات می‌باشد و به همین دلیل کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات

ایران برای دستیابی به آن متعهد شده‌اند [۲-۴].

منابع اصلی تأمین مالی در نظام سلامت ایران شامل بودجه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت عمومی، بیمه‌های سلامت خصوصی و پرداخت مستقیم از جیب است [۵، ۶]. نظام سلامت ایران در یک دهه اخیر مداخلات مهمی با هدف کاهش مقدار و سهم پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت جهت برقراری حفاظت مالی انجام داده است که طرح تحول نظام سلامت، پوشش بیمه همگانی سلامت و اجرای برنامه پزشک خانواده از جمله آنها می‌باشد [۷-۱۰]. دو شاخص اصلی برای ارزیابی حفاظت مالی، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت است [۱۱-۱۳]. یک خانوار زمانی با هزینه‌های کمرشکن سلامت روبه‌رو خواهد شد که سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های مصرفی و یا هزینه‌های مواد غیرخوراکی (ظرفیت پرداخت برای آن خانوار)، از مقدار آستانه‌ی معینی تجاوز کند [۱۴-۱۶]. اثر هزینه‌های فقرزای سلامت با بررسی تعداد افرادی که در نتیجه پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت به زیر خط فقر کشیده می‌شوند، ارزیابی می‌شود [۱۷، ۱۸]. این مطالعه به بررسی روند سیزده‌ساله شاخص‌های مربوط به پرداخت مستقیم از جیب خانوارها در ایران با تأکید بر تعیین مقدار مواجهه خانوارهای با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت و تغییرات آنها در طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ با هدف مشخص نمودن وضعیت ایران در زمینه حفاظت مالی و دستیابی به پوشش همگانی سلامت می‌پردازد.

روش کار

مطالعه حاضر یک تحلیل مقطعی ثانویه است که با استفاده از داده‌های پیمایش ملی هزینه-درآمد خانوار مرکز آمار ایران (سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲) انجام شده است. این پیمایش به‌صورت سالانه در حدود ۴۰ هزار خانوار ایرانی ساکن مناطق شهری و روستایی (سراسر کشور) انجام می‌شود. نمونه‌های پیمایش طی سه مرحله و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی انتخاب می‌شوند. اطلاعات پیمایش با استفاده از پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر چهار قسمت که شامل ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی خانوار، مخارج خوراکی و غیرخوراکی و درآمد خانوار است، جمع‌آوری می‌شود. داده‌ها و اطلاعات مربوط به هزینه‌های سلامت خانوارها در بخش ششم و سیزدهم از قسمت سوم پرسش‌نامه استخراج می‌شود [۱۹]. در این مطالعه، شاخص پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات

سلامت به‌صورت جاری، از مجموع پرداخت برای هفت خدمت سلامت به‌دست‌آمده است. برای محاسبه شاخص‌های مربوط به حفاظت مالی، شامل نسبت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت و خانوارهایی که برای خدمات سلامت پرداخت مستقیم از جیب داشته‌اند، مورد تحلیل قرار گرفتند.

برای محاسبه مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت از سه روش استفاده شده است. در روش اول و دوم حد آستانه ۱۰ و ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی برای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در نظر گرفته شده است؛ یعنی اگر هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال از ۱۰ یا ۲۵ درصد کل هزینه‌های خانوار بیشتر شود خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت روبه‌رو شده است. در روش سوم با استفاده از روش ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای هزینه‌های سلامت خانوار، آستانه ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت در نظر گرفته شد؛ یعنی اگر هزینه‌های سلامت خانوار از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار که عبارت است از درآمدی که پس از کسر هزینه‌های معیشتی خانوار باقی می‌ماند، بیشتر شود خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت روبه‌رو شده است [۶، ۲۰، ۲۱]. در مورد شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت، یک خانوار غیرفقیر زمانی دچار هزینه‌های فقرزای سلامت می‌شود که کل هزینه‌های مصرفی آن خانوار پس از کسر پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت، کمتر از خط فقر شود. برای محاسبه این شاخص، خط فقر بر اساس روش سازمان جهانی بهداشت به‌صورت میانگین وزنی هزینه سرانه تعدیل‌شده مواد خوراکی برای خانوارهایی که سهم هزینه‌های مواد خوراکی از کل هزینه‌های مصرفی خانوار آن‌ها بین صدک ۴۵ و ۵۵ قرار می‌گیرد، در نظر گرفته شده است [۱۷].

در این مطالعه روند سیزده‌ساله (۱۳۹۰ الی ۱۴۰۲) برای نسبت خانوارهایی که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند، نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت و متوسط سرانه مقدار پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت به‌تفکیک ناحیه محل سکونت (شهری/روستایی) و پنجک‌های هزینه‌ای (پنجک اول/پنجک پنجم) و مقدار و سهم پرداخت مستقیم از جیب به‌تفکیک هفت خدمت سلامت (هفت خدمت سلامت شامل: ترک و درمان اعتیاد، محصولات پزشکی و تجهیزات درمانی، دندان‌پزشکی، دارو، پاراکلینیک، خدمات بستری و خدمات سرپایی می‌باشد) ارائه شده است. همچنین برای پرداخت مستقیم از جیب به‌صورت کلی و برای خدمات سلامت، درصد

یافته‌ها

نتایج مربوط به روند سیزده‌ساله نسبت خانوارهایی است که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند، نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با آستانه‌های مختلف و نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت در جدول ۱ نشان داده شده است.

رشد با استفاده از درصد تغییرات سنجیده شده است. برای آن که نتایج به‌دست آمده قابل تعمیم باشند، برآورد شاخص‌ها با اعمال وزن انجام شده است. وزن مورد استفاده در این مطالعه وزن جمعیتی است که از حاصل ضرب وزن خانوار موجود در داده خام مرکز آمار در بُعد خانوار به‌دست می‌آید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata 14 انجام گرفت.

جدول ۱- روند سیزده‌ساله (۱۳۹۰-۱۴۰۲) نسبت خانوارهایی که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند، نسبت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن بر اساس ۱۰ و ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار و ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار و نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت بر اساس روش سازمان جهانی بهداشت

شاخص												
سال												
۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲
نسبت خانوارهایی که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند - درصد												
۶۷/۱۱	۶۶/۷۰	۶۸/۲۷	۶۸/۱۲	۶۹/۱۰	۶۸/۱۷	۷۱/۲۹	۶۸/۸۲	۶۹/۱۸	۷۲/۶۱	۷۱/۴۱	۶۷/۸۳	۶۵/۱۶
کل کشور												
۱۴/۱۷	۱۳/۹۰	۱۵/۸۶	۱۵/۹۸	۱۷/۰۹	۱۵/۸۵	۱۶/۹۵	۱۷/۰۰	۱۵/۳۵	۱۳/۸۲	۱۵/۲۶	۱۳/۹۳	۱۱/۵۶
شهری												
۱۳/۹۳	۱۳/۸۴	۱۵/۷۴	۱۵/۸۱	۱۷/۳۴	۱۶/۰۸	۱۶/۹۸	۱۶/۶۴	۱۵/۱۶	۱۳/۶۷	۱۵/۲۴	۱۳/۴۷	۱۰/۵۵
محل سکونت												
۱۴/۷۷	۱۴/۰۶	۱۶/۱۷	۱۶/۴۴	۱۶/۴۴	۱۵/۲۱	۱۶/۸۳	۱۸/۰۹	۱۵/۹۱	۱۴/۲۹	۱۵/۷۳	۱۵/۴۲	۱۴/۹۷
روستایی												
نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۱۰ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار) - درصد												
۹/۹۰	۹/۸۳	۱۰/۷۸	۱۱/۷۱	۱۱/۶۰	۹/۹۲	۱۰/۳۴	۱۱/۸۹	۱۰/۳۲	۸/۹۴	۱۰/۴۵	۱۱/۲۹	۱۰/۳۵
پنجک اول (فقیرترین)												
۱۹/۹۱	۱۹/۱۶	۲۱/۵۹	۲۱/۷۰	۲۴/۱۲	۲۲/۳۴	۲۱/۶۳	۲۲/۰۵	۲۰/۷۱	۱۸/۷۵	۱۹/۳۰	۱۸/۱۱	۱۴/۵۶
پنجک پنجم (ثروتمندترین)												
کل کشور												
۳/۱۰	۳/۲۳	۳/۷۹	۳/۸۱	۳/۹۵	۳/۸۳	۳/۷۶	۳/۷۰	۳/۴۶	۲/۹۷	۳/۶۶	۳/۰۹	۲/۸۵
شهری												
۳/۰۱	۳/۲۰	۳/۷۴	۳/۷۵	۳/۹۴	۳/۹۴	۳/۷۰	۳/۵۴	۳/۳۱	۲/۸۲	۳/۵۱	۲/۸۳	۲/۵۵
محل سکونت												
۳/۳۰	۳/۳۳	۳/۹۳	۳/۹۷	۳/۹۴	۳/۵۲	۳/۹۲	۴/۱۹	۳/۹۳	۳/۴۳	۴/۱۵	۳/۹۴	۳/۸۶
روستایی												
نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی خانوار) - درصد												
۱/۲۸	۱/۲۵	۱/۷۳	۱/۹۵	۲/۰۲	۱/۴۳	۱/۴۳	۱/۸۱	۱/۶۲	۱/۲۴	۲/۰۸	۱/۹۹	۱/۹۹
پنجک اول (فقیرترین)												
۶/۳۱	۶/۵۱	۷/۸۰	۷/۴۹	۷/۲۲	۷/۸۲	۶/۸۷	۶/۵۳	۶/۲۹	۶/۱۰	۶/۳۳	۵/۰۵	۵/۱۴
پنجک پنجم (ثروتمندترین)												
کل کشور												
۱/۸۲	۲/۳۳	۲/۵۴	۲/۴۵	۲/۴۸	۲/۳۷	۲/۱۱	۲/۲۰	۲/۰۴	۱/۹۰	۲/۴۲	۲/۱۳	۱/۸۵
شهری												
۱/۵۱	۲/۱۳	۲/۱۶	۲/۰۵	۲/۱۸	۲/۲۰	۱/۸۵	۱/۸۹	۱/۶۸	۱/۶۰	۲/۰۶	۱/۷۱	۱/۴۴
محل سکونت												
۲/۶۶	۲/۹۱	۳/۵۱	۳/۵۰	۳/۲۹	۲/۸۳	۲/۸۸	۲/۸۲	۳/۱۳	۲/۸۴	۳/۵۶	۳/۵۱	۳/۲۳
روستایی												
نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار) - درصد												
۱/۲۲	۱/۳۹	۱/۷۱	۲/۰۹	۱/۸۷	۱/۴۷	۱/۲۴	۱/۲۹	۱/۳۴	۱/۱۱	۱/۹۴	۲/۱۴	۱/۸۷
پنجک اول (فقیرترین)												
۳/۳۵	۴/۲۰	۴/۳۳	۳/۹۵	۳/۹۵	۴/۱۹	۳/۴۳	۳/۹۲	۳/۲۲	۳/۴۲	۳/۴۷	۲/۸۳	۲/۶۰
پنجک پنجم (ثروتمندترین)												
کل کشور												
-۵/۹۶	-۷/۹۲	-۷/۶۶	-۸/۰۴	-۷/۰۹	-۶/۰۰	-۵/۳۰	-۸/۶۰	-۷/۲۳	-۷/۳۵	-۸/۸۸	-۱۰/۴۰	-۷/۹۳
شهری												
-۲/۲۴	-۴/۵۵	-۴/۰۱	-۳/۳۰	-۳/۶۳	-۲/۲۶	-۲/۰۳	-۴/۱۲	-۳/۴۱	-۳/۵۹	-۵/۲۷	-۶/۱۹	-۴/۰۴
محل سکونت												
۱/۲۸۸	۱/۶۹۳	۱/۶۶۵	۲/۰۵۸	۱/۶۵۲	۱/۳۵۷	۱/۴۹۳	۲/۱۸۷	۱/۸۸۱	۱/۸۹۵	۲/۰۲۶	۲/۴۰۹	۲/۱۱۰
روستایی												
نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت (بر اساس خط فقر ملی) - درصد												
۲/۶۶۱	۳/۴۳۷	۳/۴۳۳	۳/۳۸۰	۳/۲۸۰	۲/۷۱۰	۲/۲۸۰	۲/۷۷۰	۳/۲۱۰	۳/۱۳۱	۳/۸۰۱	۴/۲۷۷	۳/۵۶۵
پنجک اول (فقیرترین)												
-۱/۰۱۰	-۱/۰۰۱	-۱/۰۳۴	-۱/۰۲۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۱۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۲۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۰۰	-۱/۰۱۰
پنجک پنجم (ثروتمندترین)												

و در بقیه دوره‌ها این مقدار در پنجک ثروتمند صفر یا بسیار نزدیک صفر است.

روند سیزده‌ساله متوسط مبلغ سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت بر اساس قیمت‌های جاری در جدول ۲ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مبلغ سرانه پرداخت مستقیم از جیب ۱,۸۲۷,۵۹۵ ریال در سال ۱۳۹۰ به ۲۷,۴۱۱,۳۸۵ ریال در سال ۱۴۰۲ رسیده و ۱۵ برابر شده است. در شکل ۱ متوسط سرانه پرداخت مستقیم از جیب بر اساس قیمت‌های جاری برای انواع خدمات سلامت و سهم هر یک از خدمات سلامت از کل سرانه پرداخت مستقیم از جیب در پراتز پایینی ارائه شده است. در بین خدمات سلامت، در تمام سال‌ها بیشترین مقدار و سهم پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت دارو می‌باشد. در سال ۱۳۹۰ مقدار پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت دارو ۵۱۸,۴۲۹ ریال بوده است که سهم ۲۸/۴۳ درصدی از کل پرداخت مستقیم از جیب را به خود اختصاص داده است و در سال ۱۴۰۲، ۱۷ برابر (۸,۷۱۳,۹۳۱ ریال) شده است که سهم ۳۱/۷۶ درصدی از پرداخت مستقیم از جیب کل را شامل می‌شود.

بحث

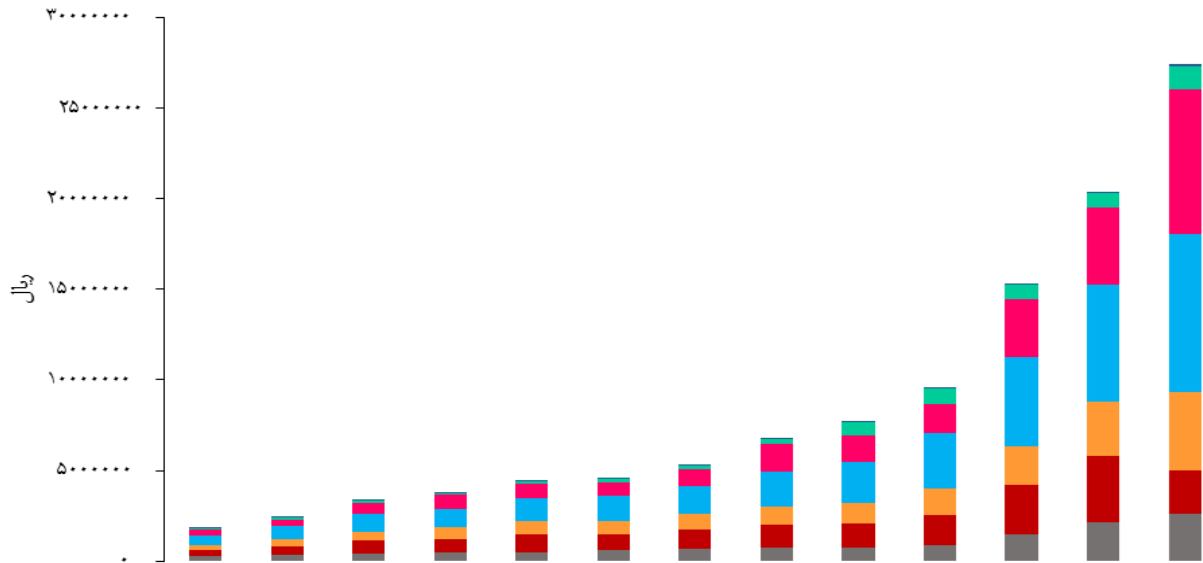
مطالعه حاضر باهدف بررسی روند سیزده‌ساله شاخص‌های مربوط به حفاظت مالی خانوارهای ایرانی در مقابل هزینه‌های دریافت خدمات سلامت از سال ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۲ با تمرکز بر مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت انجام شده است. بر اساس نتایج این مطالعه طی سیزده‌سال

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نسبت خانوارهایی که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند از ۶۷/۱۱ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶۵/۱۶ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است که ۳ درصد کاهش را نشان می‌دهد. نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی از ۳/۱۰ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۲/۸۵ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است که ۸ درصد کاهش داشته است. بیشترین کمترین نسبت مواجهه خانوارها به ترتیب در سال ۱۳۹۴ (۳/۹۵ درصد) و ۱۴۰۲ (۲/۸۵ درصد) بوده است. در سال ۱۴۰۲ این نسبت در خانوارهای شهری و روستایی به ترتیب ۲/۵۵ و ۳/۸۶ درصد و در خانوارهای پنجک اول (فقرترین) و پنجک پنجم (ثروتمندترین) به ترتیب ۱/۹۹ و ۵/۱۴ درصد بود.

نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های فقرزای سلامت از ۰/۶۰ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۳۳ درصد افزایش به ۰/۸۰ درصد ۱۴۰۲ رسید. بیشترین نسبت مواجهه خانوارها با هزینه‌های فقرزای سلامت طی یازده سال مورد بررسی در سال ۱۴۰۱ (۱/۰۴ درصد) و کمترین نسبت مواجهه در سال ۱۳۹۶ (۰/۵۳ درصد) رخ داده است. در سال ۱۴۰۲ این نسبت در خانوارهای شهری و روستایی به ترتیب ۰/۴۰ و ۲/۱۱ درصد و در خانوارهای پنجک اول (فقرترین) و پنجک پنجم (ثروتمندترین) به ترتیب ۳/۵۷ و ۰/۰۱ درصد بود. در پنجک فقیر بیشترین نسبت مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت در سال ۱۴۰۱ (۴/۲۸ درصد) رخ داده است. برای پنجک ثروتمند بیشترین نسبت مواجهه در سال ۱۳۹۲ (۰/۰۳ درصد) رخ داده

جدول ۲- روند سیزده‌ساله (۱۳۹۰-۱۴۰۲) متوسط مبلغ سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت (بر اساس قیمت‌های جاری - ریال)

شاخص	سال												
	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲
کل کشور	۱,۸۲۷,۵۹۵	۲,۳۸۷,۴۷۱	۳,۳۴۱,۰۲۷	۳,۷۷۶,۰۸۲	۴,۴۲۴,۱۷۹	۴,۵۲۹,۵۴۴	۵,۲۸۷,۴۰۹	۶,۷۴۲,۷۰۳	۷,۶۸۷,۱۳۸	۹,۵۸۶,۷۴۸	۱۵,۲۱۳,۳۳۸	۲۰,۳۸۵,۴۰۸	۲۷,۴۱۱,۳۸۵
محل سکونت	شهری	۲,۰۷۳,۴۱۰	۲,۶۶۸,۴۳۱	۳,۷۶۰,۹۱۲	۴,۳۲۰,۰۸۶	۵,۱۱۱,۱۸۰	۶,۰۱۰,۶۷۲	۷,۵۹۱,۸۴۲	۸,۷۰۳,۸۵۸	۱۰,۸۳۰,۰۳۰	۱۷,۱۶۲,۷۵۸	۲۲,۳۴۰,۶۷۸	۲۹,۸۵۰,۲۸۴
	روستایی	۱,۲۲۷,۹۶۰	۱,۶۴۲,۶۲۹	۲,۲۶۸,۵۶۰	۲,۳۶۲,۳۸۰	۲,۵۸۴,۹۹۴	۳,۱۶۳,۰۶۸	۴,۲۲۱,۲۰۶	۴,۶۰۱,۲۴۴	۵,۷۴۱,۸۱۲	۹,۴۹۷,۲۰۳	۱۴,۰۲۱,۸۴۷	۱۹,۱۵۷,۵۶۲
از جیب	پنجک اول	۳۷۸,۰۵۲	۴۹۴,۶۳۴	۷۰۳,۹۵۴	۷۵۲,۸۸۷	۸۱۶,۹۴۱	۸۱۰,۲۶۵	۹۳۶,۶۸۰	۱,۱۷۶,۶۴۹	۱,۳۵۹,۹۶۹	۱,۶۱۴,۹۹۲	۲,۹۵۰,۳۰۷	۴,۲۳۲,۷۴۴
	پنجک (فقرترین)												
	هزینه‌های پنجک پنجم (ثروتمندترین)	۵۰,۴۲,۸۳۶	۶,۷۰۴,۷۷۳	۹,۳۰۹,۴۴۵	۱۰,۶۷۱,۸۱۴	۱۲,۷۸۱,۸۲۸	۱۲,۹۴۰,۲۱۹	۱۴,۴۶۱,۱۶۷	۱۹,۶۶۸,۴۹۷	۲۲,۲۱۲,۳۵۸	۲۸,۱۰۸,۲۰۸	۴۲,۵۴۳,۴۸۸	۵۵,۳۱۲,۵۰۲



	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲
ترک و درمان اعتیاد	۲۴۴۸ (۰/۱۳)	۳۳۲۹ (۰/۱۴)	۴۱۵۰ (۰)	۴۲۷۵ (۰/۱۱)	۶۹۴۹ (۰/۱۶)	۱۵۴۹۶ (۰/۳۴)	۱۳۱۸۳ (۰/۲۵)	۹۲۰۰ (۰/۱۴)	۱۶۷۷۳ (۰/۲۲)	۴۹۵۱۸ (۰/۵۲)	۶۱۹۷۳ (۰/۴۱)	۳۹۶۴۴ (۰/۱۹)	۷۵۱۷۷ (۰/۲۷)
محصولات پزشکی و تجهیزات درمانی	۹۱۲۱۵ (۵۰/۱)	۹۹۶۰۷ (۴/۱۶)	۱۲۶۷۵۴ (۳/۸۰)	۱۲۲۰۱۹ (۳/۲۲)	۱۷۰۱۴۳ (۳/۸۵)	۱۴۸۳۰۸ (۳/۶۱)	۱۸۴۶۶۷ (۳/۷۴)	۲۷۰۹۵۴ (۴/۱۵)	۷۰۰۳۸۷ (۹/۳۷)	۸۸۹۶۶۲ (۹/۲۹)	۷۸۸۲۹۷ (۵/۱۵)	۸۴۹۳۴۴ (۴/۱۶)	۱۲۸۱۴۳۵ (۴/۶۸)
دندان پزشکی	۳۱۶۸۷۸ (۱۷/۳۹)	۳۷۱۹۸۴ (۱۵/۶۴)	۶۱۳۴۶۹ (۱۸/۵۰)	۷۵۲۲۲۱ (۱۹/۹۹)	۸۰۰۹۱۳ (۱۸/۱۳)	۷۸۶۷۴۷ (۱۷/۴۲)	۹۱۵۷۲۵ (۱۷/۳۳)	۱۵۳۵۱۵۴ (۲۲/۷۹)	۱۴۷۹۹۸۴ (۱۹/۳۱)	۱۵۹۹۴۰۹ (۱۶/۷۳)	۳۱۹۰۵۵۵ (۲۱/۱۴)	۴۲۴۹۳۶۴ (۲۰/۸۹)	۷۹۸۲۹۳۳ (۲۹/۲۱)
دارو	۵۱۸۴۲۹ (۲۸/۴۳)	۶۹۱۲۶۷ (۲۹)	۹۵۴۶۸۹ (۲۸/۶۰)	۱۰۳۶۵۱۸ (۲۷/۴۵)	۱۲۲۷۷۱۰ (۲۷/۷۸)	۱۳۶۹۲۹۳ (۳۰/۲۱)	۱۵۶۳۴۹۸ (۲۹/۵۷)	۱۹۲۲۳۵۶ (۲۸/۵۰)	۲۲۸۲۶۲۱ (۲۹/۶۴)	۳۰۱۰۰۱۰ (۳۱/۳۶)	۴۹۰۸۷۰۷ (۳۱/۸۴)	۶۴۳۷۴۸۶ (۳۱/۵۵)	۸۷۱۳۹۳۱ (۳۱/۷۶)
پاراکلینیک	۲۷۰۵۸۲ (۱۴/۷۳)	۳۷۸۷۵۶ (۱۵/۸۷)	۵۲۱۶۳۵ (۱۵/۶۶)	۶۳۷۹۳۸ (۱۶/۹۱)	۷۵۴۴۷۷ (۱۷/۰۷)	۷۴۰۵۰۶ (۱۶/۳۵)	۸۸۳۰۵۷ (۱۶/۷۰)	۹۶۶۰۰۸ (۱۴/۳۲)	۱۰۹۹۳۹۰ (۱۴/۲۹)	۱۴۶۹۷۴۱ (۱۵/۳۱)	۲۱۵۱۵۸۹ (۱۳/۹۸)	۲۹۸۵۹۹۸ (۱۴/۶۴)	۴۳۷۶۴۵۹ (۱۵/۹۷)
بستری	۳۷۸۸۷۷ (۲۰/۷۹)	۴۹۱۳۳۹ (۲۰/۶۱)	۷۰۳۳۹۳ (۲۰/۹۵)	۷۳۰۶۸۳ (۱۹/۳۸)	۹۶۳۶۳۷ (۲۱/۸۶)	۸۶۱۹۹۵ (۱۹/۰۲)	۱۰۶۲۲۶۱ (۲۰/۰۹)	۱۲۹۹۱۲۴ (۱۹/۲۷)	۱۳۷۵۰۹۰ (۱۷/۸۹)	۱۶۹۱۵۸۱ (۱۷/۶۵)	۲۲۴۸۱۷۳ (۱۷/۹۵)	۳۶۵۸۲۲۰ (۱۷/۹۶)	۳۳۵۷۰۳۹ (۸/۵۵)
سربازی	۲۴۹۱۶۷ (۱۳/۶۶)	۳۵۱۲۰۴ (۱۴/۷۲)	۴۱۶۹۱۹ (۱۲/۴۹)	۴۹۲۴۲۸ (۱۳/۰۴)	۵۰۰۳۵۰ (۱۱/۳۲)	۶۰۷۱۹۹ (۱۳/۲۹)	۶۶۵۰۱۸ (۱۲/۵۷)	۷۳۹۹۰۷ (۱۰/۹۷)	۷۳۲۸۹۴ (۹/۵۱)	۸۷۶۳۲۷ (۹/۱۳)	۱۴۶۴۹۶۵ (۹/۵۲)	۲۱۶۵۳۲۲ (۱۰/۶۲)	۲۶۲۲۴۱۱ (۹/۵۶)

شکل ۱- روند سیزده ساله متوسط سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای انواع خدمات سلامت بر اساس قیمت‌های جاری (ریال) در سطح کل خانوارها (سهام انواع خدمات سلامت از کل هزینه‌های سلامت یا پرداخت مستقیم از جیب کل - درصد)

مورد بررسی، علی‌رغم برخی نوسانات به‌طور کلی نسبت خانوارهایی که پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت داشته‌اند کاهش داشته است و از ۶۷/۱۱ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۶۵/۱۶ درصد در سال ۱۴۰۲ رسیده است. هر چند باید توجه داشت که ممکن است کاهش این نسبت، به دلیل کاهش استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت نیز باشد. نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی با ۸ درصد کاهش، از ۳/۱۰ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۲/۸۵ درصد

در سال ۱۴۰۲ رسیده است. این نسبت از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ همواره رو به افزایش بود به‌صورتی که بیشترین نسبت مواجهه (۳/۹۵ درصد) در سال ۱۳۹۴ اتفاق افتاده است. از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۹ این نسبت روند کاهشی داشته و مجدداً در سال ۱۴۰۰ افزایش پیدا کرد و به ۳/۶۶ درصد رسید و سپس روند کاهشی را شروع کرده است و به کمترین مقدار خود در سال ۱۴۰۲ رسیده است. نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن بر اساس آستانه ۱۰ درصد کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت نیز در سیزده سال مورد بررسی از این

الگوی کلی پیروی می‌کنند. نکته مهم در این مورد این است که در همه سال‌های تحت بررسی، نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای ثروتمند (پنجک پنجم) نسبت به خانوارهای فقیر (پنجک اول) تقریباً در حدود ۲ برابر بوده است اما افزایش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، در خانوارهای فقیر بیشتر از خانوارهای ثروتمند بوده است به طوری که در مدت سیزده ساله بررسی، در پنجک فقیر این نسبت ۵۵/۴۷ درصد افزایش داشته و از ۱/۲۸ به ۱/۹۹ درصد رسیده است اما در پنجک ثروتمند از ۶/۳۱ به ۵/۱۴ رسید که کاهش ۱۸/۵۴ درصدی را نشان می‌دهد. بررسی‌های قبلی در کشور نشان داده بودند که به دنبال اجرا شدن مداخلات طرح تحول سلامت، در سال ۱۳۹۵ در مقایسه با قبل از اجرای این مداخلات در سال ۱۳۹۲، رخداد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای پنجک اول (فقیر) نسبت به پنجک پنجم (ثروتمند) افزایش کمتری داشته است [۶]. اما نتایج این مطالعه نشان داد که در طولانی مدت، روند افزایشی رخداد خطرات مالی ناشی از هزینه‌های سلامت در پنجک فقیر بیشتر است و این موضوع به عنوان یک مانع مهم در دستیابی کشور به پوشش همگانی سلامت مطرح می‌باشد.

در سال‌های اخیر نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با دشواری‌های مالی به دلیل هزینه‌های سلامت در دنیا افزایش یافته است. بر اساس گزارش منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن با آستانه ۲۵ درصد کل هزینه مصرفی خانوار از ۱/۹ درصد در سال ۲۰۰۰، به ۳/۸ درصد در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است و در این مدت تنها در ۱۲ درصد از کشورهای دنیا جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت کاهش یافته است [۲۰]. در این گزارش نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه ۲۵ درصد کل هزینه‌های مصرفی در سال ۲۰۱۹ در منطقه مدیترانه شرقی و در کشورهای با درآمد متوسط به پایین به ترتیب ۲/۲ و ۵/۳ درصد بود. مقدار این شاخص در سال مشابه (۱۳۹۸) در کشور ۳/۴۶ درصد بود که نسبت به منطقه مدیترانه شرقی بالاتر و نسبت به میانگین جهانی و کشورهای با درآمد متوسط به پایین، پایین‌تر است. البته باید توجه داشت که منطقه مدیترانه شرقی از نظر درآمدی بسیار ناهمگن است و کشورهای بالاترین و پایین‌ترین درآمد سرانه ناخالص ملی در این منطقه قرار دارند.

در مورد محل سکونت، در این مطالعه نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری افزایش یافته بود به صورتی که در سیزده سال مورد بررسی، نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن با آستانه ۲۵ درصد در مناطق روستایی ۱۶/۹۷ درصد افزایش و در مناطق شهری ۱۵/۴۴ درصد کاهش داشتند. در مطالعاتی که برای بررسی روند شاخص‌ها بر اساس محل سکونت و پنجک هزینه‌ای در کشورها انجام شده است، در کشور کامبوج مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت با آستانه ۱۰ درصد در سال‌های ۲۰۰۹، ۲۰۱۴ و ۲۰۱۹ به ترتیب ۱۹/۱، ۱۳/۳ و ۱۷/۷ درصد بوده است و در این مطالعه افزایش مواجهه در پنجک فقیر بیشتر از پنجک ثروتمند و در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی بود [۲۲]. در مطالعه‌ای که در کشور بنگلادش انجام شد رخداد هزینه‌های کمرشکن سلامت با آستانه ۲۵ درصد در سال‌های ۲۰۰۵، ۲۰۱۰ و ۲۰۱۶ به ترتیب ۳/۹، ۳/۸ و ۸/۷ درصد بود و افزایش در پنجک فقیر بیشتر از پنجک ثروتمند و در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بود [۲۳]. بر اساس مطالعه‌ای در کشور ماریتیوس، رخداد هزینه‌های کمرشکن سلامت با آستانه ۲۵ درصد در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۰۶ و ۲۰۱۲ به ترتیب ۰/۷۲، ۱/۲۲ و ۱/۷۹ بود. اما در این مطالعه افزایش در پنجک ثروتمند بیشتر از پنجک فقیر گزارش شده بود به طوری که در پنجک فقیر این نسبت از ۰/۴۸ به ۰/۳۸ کاهش و در پنجک ثروتمند از ۹/۰۵ به ۱۵/۶۶ افزایش داشت [۲۴]. در مطالعه‌ای که در کشور چین انجام شد، طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ روند خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با مقدار آستانه ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار، از ۱۹/۳۷ به ۱۵/۱۱ درصد رسید که در این مطالعه مقدار کاهش در هزینه‌های فقرزای سلامت در خانوارهای روستایی بیشتر از خانوارهای شهری بود [۲۵]. در مطالعه‌ای در ارمنستان نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت با آستانه ۱۰ درصد کل هزینه‌های مصرفی و ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار به ترتیب از ۱۹/۸۶ و ۸/۵۰ درصد در سال ۲۰۱۴ به ۱۸/۷۱ و ۵/۵۳ درصد در سال ۲۰۱۸ کاهش پیدا کرده بود که این کاهش در پنجک پنجم (ثروتمند) بیشتر از پنجک اول (فقیر) بود [۲۶].

بر اساس مطالعه حال حاضر سرانه پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۳۹۰ در

با هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران نسبت به سال‌های قبل روندی کاهشی داشت. این کمتر شدن مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران می‌تواند به دلیل استفاده کمتر از خدمات سلامت به دلیل ترس از ابتلا به کووید-۱۹ در هنگام مراجعه به مراکز ارائه خدمات سلامت باشد [۳۲-۳۴].

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد نسبت خانوارهای مواجهه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در پنجک فقیر روند افزایشی دارد، در حالی که در پنجک ثروتمند این روند کاهشی است که نشان‌دهنده نابرابری در حفاظت مالی در بخش سلامت است. لازم است عوامل موثر در ایجاد این وضعیت شناسایی شوند و مداخلات مناسب برای مقابله با آن طراحی و اجرا شود. همچنین باید توجه داشت که علاوه بر شاخص‌های مربوط به حفاظت مالی، لازم است استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت و کیفیت آنها نیز مورد بررسی قرار گیرد تا جایگاه کشور از نظر دستیابی به پوشش همگانی سلامت بهتر مشخص شود.

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با نظام سلامت

مطالعه حاضر با ارائه تحلیل روند سیزده‌ساله مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، وضعیت این شاخص‌ها را به تفکیک مناطق شهری و روستایی، پنجک‌های هزینه‌ای و نوع خدمات سلامت ارائه کرده است. نتایج این مطالعه می‌تواند در تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری نظام سلامت کشور، از جمله طراحی مداخلات هدفمند برای کاهش فشار مالی در راستای دستیابی به حفاظت مالی و پوشش همگانی سلامت به سیاست‌گذاران کمک کند. یافته‌های مطالعه به‌طور مشخص نشان می‌دهد که برای بهبود وضعیت حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت در کشور، تمرکز مداخلات بر داروها و خدمات بستری، و حمایت هدفمند از خانوارهای فقیر و روستایی ضروری است.

تشکر و سپاسگزاری

در این مطالعه داده‌های سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ پیمایش هزینه-درآمد خانوار که توسط مرکز آمار ایران اجرا شده، مورد استفاده قرار گرفته است. نویسندگان این مقاله از زحمات مرکز آمار در اجرای این پیمایش و ارائه داده‌های آن تشکر می‌کنند.

کل جمعیت، خانوارهای شهری، خانوارهای روستایی، پنجک اول (فقیر) و پنجک پنجم (ثروتمند) به ترتیب ۱۵/۰۰، ۱۴/۴۰، ۱۵/۶۰، ۱۵/۵۱ و ۱۵/۳۷ برابر شده است. بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط مرکز آمار در سال ۱۴۰۲ نسبت به سال ۱۳۹۰ شاخص قیمت مصرف‌کننده خانوارهای کشور که به عنوان مبنای نرخ تورم استفاده می‌شود ۱۶/۹۸ برابر (تقریباً ۱۷ برابر) شده است [۲۷] که نشان می‌دهد مبلغ سرانه پرداخت مستقیم از جیب کمتر از نرخ تورم عمومی افزایش داشته است. نکته دیگر اینکه در طول مدت بررسی، مبلغ پرداخت مستقیم از جیب برای خانوارهای شهری تقریباً دو برابر خانوارهای روستایی و در پنجک پنجم (ثروتمند) بیش از ۱۳ برابر پنجک اول (فقیر) بود که ممکن است به دلیل استفاده خانوارهای مناطق شهری و پنجک پنجم از خدمات گرانت‌ر و مراجعه بیشتر به بخش خصوصی باشد. از سوی دیگر خانوارهای روستایی با نسبت بیشتری از هزینه‌های کمرشکن و فقرزا مواجه بوده‌اند. این تفاوت ممکن است به دلیل دسترسی محدودتر به خدمات بیمه‌ای، نبود مراکز درمانی پیشرفته و هزینه‌های بالای رفت‌وآمد برای دریافت خدمات باشد.

در این مطالعه در بین انواع خدمات سلامت، در تمام سال‌های مورد بررسی بیشترین سهم پرداختی مربوط به دارو بود که حدود ۳۰ درصد از کل مبلغ پرداخت مستقیم از جیب را به خود اختصاص داده بود. افزایش سهم هزینه‌های مربوط به دارو از ۲۸/۴۳ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۳۱/۷۶ درصد در سال ۱۴۰۲، نشان‌دهنده اهمیت کنترل هزینه‌های این بخش برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در کشور می‌باشد.

در بررسی‌های انجام شده در سایر کشورها نیز سهم دارو قابل توجه بود. به عنوان مثال در گزارش سازمان جهانی بهداشت در کشورهای منطقه اقیانوس آرام غربی، سهم دارو از پرداخت مستقیم از جیب در کشورهای کره جنوبی، ژاپن، فیلیپین و مغولستان به ترتیب ۴۱، ۴۷، ۶۲ و ۷۰ درصد بود [۲۸].

یکی از عواملی که ممکن است در طول مدت بررسی در این مطالعه بر روی هزینه‌های سلامت تاثیر داشته باشد، همه‌گیری کووید-۱۹ بود. بر اساس بررسی‌های انجام شده در برخی از کشورها در زمان همه‌گیری، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و مبلغ پرداخت مستقیم از جیب افزایش یافته بود [۲۹-۳۱]. بر اساس یافته‌های این مطالعه، در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ که همزمان با اوج همه‌گیری کووید-۱۹ بود، مواجهه

References

1. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS medicine*. 2014;11(9):e1001701.
2. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, Achadi EL, Taher A, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*. 2019;393(10166):75-102.
3. Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*. 2016;387(10020):811-6.
4. Kieny MP, Evans DB. Universal health coverage. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2013: 305-306.
5. Doshmangir L, Bazayr M, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H. Health financing consequences of implementing health transformation plan in Iran: achievements and challenges. *International journal of health policy and management*. 2019;8(6):384.
6. 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.
7. Abdi Z, Alvandi R, Haghdoost B, Sazgarnejad S, Ahmadnezhad E, Nadjafi B, et al. Measuring progress toward Universal Health Coverage in Iran: two years after the implementation of the Health Transformation Plan. *Journal of Biostatistics and Epidemiology*. 2022.
8. Harirchi I, Hajiaghajani M, Sayari A, Dinarvand R, Sajadi HS, Mahdavi M, et al. How health transformation plan was designed and implemented in the Islamic Republic of Iran? *International journal of preventive medicine*. 2020;11.
9. Khayat-zadeh-Mahani A, Takian A. Family physician program in Iran: considerations for adapting the policy in urban settings. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17(11):0-.
10. Doshmangir L, Bazayr M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*. 2021;20(1):1-14.
11. Darvishi A, Emamgholipour SS, Rajabi M, Mehroolhassani MH, Yazdi FV. Investigating Appropriate Threshold for Measuring the Occurrence and Intensity of Households' Exposure to Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*, 2021, Vol. 17, No. 1, fa34-fa43.
12. Njagi P, Arsenijevic J, Groot W. Understanding variations in catastrophic health expenditure, its underlying determinants and impoverishment in sub-Saharan African countries: a scoping review. *Systematic reviews*. 2018;7:1-23.
13. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. 1st ed. Washington DC, USA: The World Bank; 2008: 1-31
14. Zhang F, Jiang J, Yang M, Zou K, Chen D. Catastrophic health expenditure, incidence, trend and socioeconomic risk factors in China: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:997694.
15. Eze P, Lawani LO, Agu UJ, Amara LU, Okorie CA, Acharya Y. Factors associated with catastrophic health expenditure in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PloS one*. 2022;17(10):e0276266.
16. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 2003;362(9378):111-7.
17. Ke Xu. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology: World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2004: 1-11.
18. Wagstaff A, Flores G, Smits M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*. 2018;6(2):e180-e92.
19. Center IS. Iran Statistical Yearbook-HOUSEHOLD EXPENDITURE & INCOME Tehran. Iranian Statistics Center: Iran, Tehran. 2021-2022: 799-835. Available from: <https://www.amar.org.ir/english/Iran-Statistical-Yearbook/Statistical-Yearbook-2021-2022>.
20. Organization WH, The World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report: World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2023: 27-74.
21. Organization WH. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report: Switzerland, Geneva. 2021: 1-5.
22. Kaiser AH, Okorafor O, Ekman B, Chhim S, Yem S,

- Sundewall J. Assessing progress towards universal health coverage in Cambodia: Evidence using survey data from 2009 to 2019. *Social Science & Medicine*. 2023;321:115792.
23. Rahman T, Gasbarro D, Alam K. Financial risk protection in health care in Bangladesh in the era of Universal Health Coverage. *Plos one*. 2022;17(6):e0269113.
24. Nundoochan A, Thorabally Y, Monohur S, Hsu J. Impact of out of pocket payments on financial risk protection indicators in a setting with no user fees: the case of Mauritius. *International journal for equity in health*. 2019;18:1-11.
25. Zhao Y, Oldenburg B, Mahal A, Lin Y, Tang S, Liu X. Trends and socio-economic disparities in catastrophic health expenditure and health impoverishment in China: 2010 to 2016. *Tropical Medicine & International Health*. 2020;25(2):236-47.
26. Kazungu J, Meyer CL, Sargsyan KG, Qaiser S, Chukwuma A. The burden of catastrophic and impoverishing health expenditure in Armenia: An analysis of Integrated Living Conditions Surveys, 2014–2018. *PLOS Global Public Health*. 2022;2(10):e0000494.
27. Statistical Centre of Iran. statistical-information. [cited 2025 January 6, Monday]. Available from: <https://amar.org.ir/statistical-information/statid/28566>
28. Organization WH. Progress towards universal health coverage: monitoring financial protection in the Western Pacific Region. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. 2023: 1-48.
29. Haakenstad A, Bintz C, Knight M, Bienhoff K, Chacon-Torrico H, Curioso WH, et al. Catastrophic health expenditure during the COVID-19 pandemic in five countries: a time-series analysis. *The Lancet Global Health*. 2023;11(10):e1629-e39.
30. Rajalakshmi E, Sasidharan A, Bagepally BS, Kumar MS, Manickam P, Selva Vinayagam T, et al. Household catastrophic health expenditure for COVID-19 during March-August 2021, in South India: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):47.
31. Zavras D, Chletsos M. The impact of the COVID-19 pandemic on catastrophic health expenditure in Greece. *National Accounting Review*. 2023;5(4):338-55.
32. Pujolar G, Oliver-Anglès A, Vargas I, Vázquez M-L. Changes in access to health services during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(3):1749.
33. Ziedan E, Simon KI, Wing C. Effects of state COVID-19 closure policy on non-COVID-19 health care utilization. *National Bureau of Economic Research: USA, Massachusetts*. 2020: 1-65.
34. Xu S, Glenn S, Sy L, Qian L, Hong V, Ryan DS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on health care utilization in a large integrated health care system: retrospective cohort study. *Journal of medical Internet research*. 2021;23(4):e26558.

Investigating the Thirteen-Year Trend of Catastrophic and Impoverishing Health Expenditures in Iran: 2011–2023

Mahsa Mojahedi¹, Sahand Riazi-Isfahani², Maryam Rezaei¹, Elham Abdalmaleki¹, Sara Saffarpour³, Zhale Abdi⁴, Ali Akbari Sari⁵, Elham Ahmadnezhad^{6*}

1- M.Sc in Biostatistics, Health System Observatory Secretariate, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical, Tehran, Iran.

2- Community Medicine Specialist, Assistant Professor, Health System Observatory Secretariate, National Institute of Health, Tehran, Iran.

3- M.Sc in Food Science engineering, Health System Observatory Secretariate, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Ph.D. in Healthcare Management, Associate Professor, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical, Tehran, Iran.

5- Ph.D. in Health Policy and Management, Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Ph.D. in Epidemiology, Professor, Health System Observatory Secretariate, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Financial protection against health expenditures is one of the important dimensions of Universal Health Coverage (UHC) and a major goal of health systems. Monitoring and tracking indicators related to it are of great importance for policymakers. The aim of this study is to examine the eleven-year trend in households' exposure to Catastrophic Health Expenditures (CHE) and Impoverishing Health Expenditures (IHE).

Methods: This study is a secondary analysis of data from the 2011 to 2023 national household income and expenditure survey, obtained from the Statistical Center of Iran. The trend in households' exposure to CHE and IHE was analyzed by type of service, expenditure quintile, and place of residence.

Results: The proportion of households exposed to CHE (health expenditures exceeding 25% of total household expenditure) decreased from 3.10% in 2011 to 2.85% in 2023. In urban and rural households, this proportion changed from 3.01% and 3.30% to 2.55% and 3.86%, respectively, and in the poorest and richest quintiles, from 1.28% and 6.31% to 1.99% and 5.14%, respectively. The proportion of households exposed to IHE increased from 0.60% in 2011 to 0.80% in 2023. This proportion in urban and rural households changed from 0.32% and 1.29% to 0.40% and 2.11%, respectively.

Conclusion: The increasing trend of financial hardship among the poorest quintile in Iran significantly hinders the achievement of UHC, suggesting the necessity for more serious interventions.

Keywords: Iran, Financial protection, Catastrophic Health Expenditures, Impoverishing Health Expenditures, Out-of-Pocket Payments, Universal Health Coverage

Please cite this article as follows:

Mojahedi M, Rezaei M, Abdalmaleki E, Saffarpour S, Riazi-Isfahani S, Abdi ZH, AkbariSari A, Ahmadnezhad E Investigating of eleven-years trend of catastrophic and impoverishing health expenditures in Iran: 2011 to 2023. *Hakim Health Sys.* 2023; 26(1): 1-10.

*Corresponding Author: National Institute of Health Research, No. 70, Bozormehr East Street, Vasal Shirazi St., Keshavarz Blvd., Tehran. Tel: +98 21 62921286, E-mail: ahmadnezhad@sina.tums.ac.ir

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.