

# Financial Contribution of Iranian Urban Households in the Health System (2004-2016): With an Emphasis on the Health Transformation Plan

Ali Akbar Fazaeli (PhD)\*

*Social Determinants of Health Research Center, Department of Management and Health Economics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

\* **Corresponding Author:** Ali Akbar Fazaeli, Social Determinants of Health Research Center, Department of Management and Health Economics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: Afazaeli83@gmail.com

## Abstract

**Received:** 27/03/2017

**Accepted:** 29/05/2017

### How to Cite this Article:

Fazaeli AA. Financial Contribution of Iranian Urban Households in the Health System (2004-2016): With an Emphasis on the Health Transformation Plan. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1): 43-50. DOI: 10.18869/acadpub.jech.4.1.43

**Background and Objective:** One of the most important objectives of the health transformation plan (HTP) is to reduce out-of-pocket payment of households for healthcare services. In this study, we investigated the financial participation of Iranian urban households in the health sector before and after the development plan.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional retrospective study, we investigated healthcare payments of households considering their economic characteristics and using household budget survey in urban areas of Iran during 2004-2016. Descriptive statistics were used in Excel 2016 to analyze the data.

**Results:** Household health expenditures amounted to 11857892 IRR in 2012, with a significant growth of 16021227 IRR in 2013 and a slower growth to 19031440 IRR in 2014. In higher income deciles, health expenditure had a greater role in household expenditures, such that more than 6.3% of the expenditures of the 10th income decile were devoted to healthcare, while in the first decile it was less than 4.8%.

**Conclusion:** Growth of health care expenditures in 2014 was lower than in 2013. Although other factors, including decreasing inflation rate, have been effective in reducing the growth rate of household health costs, the HTP can be implicated in this change, as well.

**Keywords:** Health Transformation Plan (HTP); Out of Pocket (OOP); Total Health Expenditure (THE); Urban Households

## بررسی مشارکت مالی خانوارهای شهری ایرانی در نظام سلامت طی سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵: با تأکید بر طرح تحول نظام سلامت

علی اکبر فضائلی\*

دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول: علی اکبر فضائلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: Afazaeli83@gmail.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از مهم‌ترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، کاهش پرداخت از جیب خانوارها برای تأمین هزینه‌های سلامت می‌باشد. در این مطالعه مشارکت مالی خانوارهای شهری ایرانی در بخش سلامت قبل و بعد از طرح تحول مورد بررسی قرار گرفت.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد. در این مطالعه پرداخت‌های بهداشت و درمان خانوارها با توجه به ویژگی‌های اقتصادی آن‌ها و با استفاده از داده‌های گزارش بودجه خانوار در مناطق شهری ایران در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۵ مطالعه گردید. گفتنی است داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آماره‌های توصیفی در نرم‌افزار Excel 2016 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** براساس یافته‌های به‌دست آمده مشاهده شد که هزینه‌های سلامت خانوارها از ۱۱۸۵۷۸۹۲ ریال در سال ۱۳۹۱ با یک رشد قابل توجه به ۱۶۰۲۱۲۲۷ ریال در سال ۱۳۹۲ و با رشدی ملایم‌تر به ۱۹۰۳۱۴۴۰ ریال در سال ۱۳۹۳ رسیده است. همچنین گزارش شد که در دهک‌های درآمدی بالاتر، هزینه‌های سلامت نقش بزرگتری در هزینه‌های کل خانوار دارد؛ به‌طوری که بیش از ۶/۳ درصد هزینه‌های خانوار دهک دهم به سلامت اختصاص پیدا کرده است؛ در صورتی که این رقم در دهک اول کمتر از ۴/۸ درصد بوده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۳ شیب کمتری نسبت به سال ۱۳۹۲ داشته است. این رشد در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ نیز کمتر از سال ۱۳۹۳ بوده است. اگرچه عوامل دیگر از جمله: کاهش نرخ تورم نیز در کاهش نرخ رشد هزینه‌های سلامت خانوار مؤثر بوده؛ اما می‌توان طرح تحول سلامت را نیز در این مورد تأثیرگذار دانست.

**واژگان کلیدی:** پرداخت از جیب؛ خانوار شهری؛ طرح تحول نظام سلامت؛ هزینه‌های سلامت

### مقدمه

نظام تأمین مالی را برای دسترسی همه مردم به خدمات سلامت گسترش دهند؛ به‌طوری که افراد هنگام پرداخت هزینه مشکلی نداشته باشند. درخور ذکر است این هدف به‌عنوان پوشش همگانی سلامت مطرح شد. کاهش پرداخت از جیب، شاخص اصلی پیشرفت در راستای نیل به پوشش همگانی محسوب می‌شود. تأمین مالی خدمات سلامت باید به‌گونه‌ای باشد که برای عرضه‌کنندگان این خدمات انگیزه ایجاد کند و از طرف دیگر، دسترسی به خدمات را برای آحاد افراد جامعه تسهیل نماید. گفتنی است سازوکارهای گوناگونی در این زمینه برای تأمین مالی خدمات سلامت طراحی و اجرا شده است. این سازوکارها

پیشرفت تکنولوژی، تغییرات سبک زندگی در اثر صنعتی-شدن، رشد بی‌رویه جمعیت و بروز بیماری‌های جدید سبب افزایش فزاینده هزینه‌های سلامت در دهه‌های اخیر شده است [۱]. گفتنی است امروزه نگرانی رو به رشدی درباره تأثیر اقتصادی هزینه‌های سلامت بر خانوارهایی که با بیماری مواجه می‌شوند، وجود دارد. این هزینه‌ها به‌ویژه در مواردی که سیستم‌های پیش‌پرداخت وجود ندارد و خانواده‌ها مجبور به پرداخت از جیب برای استفاده از مراقبت‌های سلامت می‌باشند، نگران‌کننده است [۲]. در سال ۲۰۰۵ تمامی اعضای سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization) متعهد شدند که

مطالعه آنان افزایش هزینه‌های این بخش و بار مراجعه را نشان داد [۱۵]. آصف‌زاده نیز در مطالعه خود به‌منظور محاسبه هزینه‌های پرداخت‌شده از جیب خانوار در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های آموزشی استان قزوین بیان کرد که پرداخت از جیب بیشتر نزولی بوده است و خانوارهای با درآمد کمتر بیشتر تحت تأثیر این پرداخت‌ها قرار گرفته‌اند [۹]. هدف از انجام این پژوهش آن است که با استفاده از داده‌های بودجه خانوار شهری که هر ساله توسط بانک مرکزی منتشر می‌شود، آثار طرح تحول سلامت بر هزینه‌کرد خانوارها در بخش سلامت در قبل و بعد از طرح تحول (سال‌های قبل و بعد از ۱۳۹۳) بررسی شود.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد که با استفاده از داده‌های گزارش نتایج بررسی بودجه خانوار در مناطق شهری ایران که توسط بانک مرکزی در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۵ منتشر شده است، انجام شد. گفتنی است نتایج سال ۱۳۹۳ (سال‌ی که از نیمه بهار آن طرح تحول سلامت اجرایی شد) در این بازه زمانی قرار می‌گیرد. به دلیل آنکه بانک مرکزی در گزارش‌های سالانه خود خانوارهای شهری را مورد بررسی قرار می‌دهد، جامعه این پژوهش تمامی خانوارهای شهری در ایران بودند. همچنین ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی خانوارها از جمله: درآمد و دهک درآمدی خانوارها به تفکیک و جزئی و شاخص‌هایی نظیر سهم سلامت از بودجه خانوار شهری مورد مطالعه قرار گرفت. یکی از منابعی که با استفاده از آن می‌توان به نحوه هزینه‌کرد یک خانوار ایرانی برای گذران زندگی و دریافت خدمات پی برد، پرسشنامه بودجه خانوار می‌باشد. این پرسشنامه از اساسی‌ترین روش‌های مطالعات آماری است که از آن برای نیل به اهداف مختلف اقتصادی و اجتماعی، در بیشتر کشورهای جهان استفاده می‌شود. با این روش می‌توان به چگونگی هزینه‌ها و درآمدهای خانوار، روند تغییرات آن و آمار و اطلاعات گوناگون دیگر پی برد. بودجه خانوار در ایران نخستین بار در سال ۱۳۱۴ توسط بانک ملی در هفت شهر بررسی شد. از آن زمان تاکنون اصلاحات متعددی روی این پژوهش‌ها صورت گرفت. گفتنی است با توجه به طبقه‌بندی جدیدی که در سال ۱۳۸۳ سازمان ملل توصیه کرد، تغییراتی در این پرسشنامه ایجاد شد. مهمترین تغییرات اعمال‌شده، افزایش گروه‌های هزینه به ۱۲ گروه بود [۱۸، ۱۷]. به‌علت انتشار داده‌ها توسط بانک مرکزی و شماره و کد داشتن خانوارها و همچنین در دسترس بودن آن‌ها، برای جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در این مطالعه ملاحظات اخلاقی وجود ندارد. گفتنی است داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آماره‌های توصیفی در نرم‌افزار Excel 2016 تجزیه و تحلیل شد.

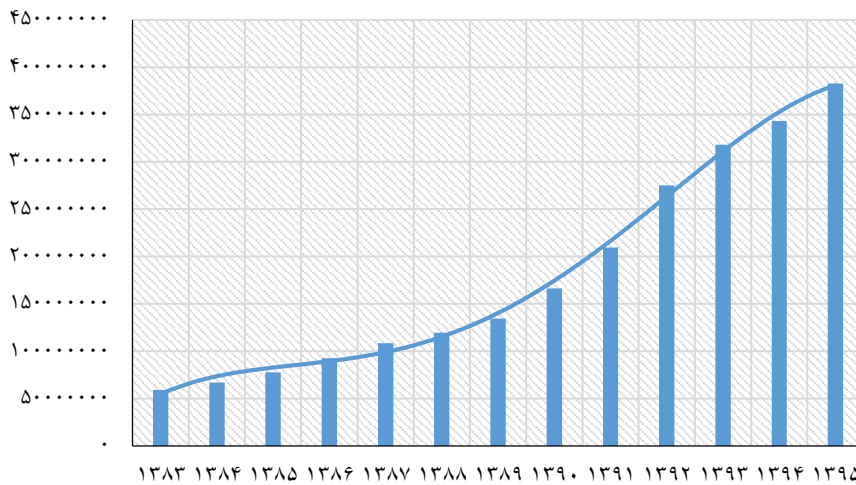
### یافته‌ها

در این مطالعه با استفاده از داده‌های گزارش نتایج بررسی

عبارتند از: پرداخت‌های مصرف‌کنندگان، مالیات‌های عمومی و اختصاصی و برنامه‌های پیش‌پرداخت [۳]. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و فقیر، میزان مشارکت کاربران در حال افزایش است و این امر در قالب پرداخت از جیب صورت می‌گیرد [۴]. رواج پرداخت از جیب به‌عنوان روش اصلی تأمین مالی خدمات سلامت، در کنار مشکلاتی همچون: دسترسی فیزیکی نداشتن یا توزیع ناعادلانه امکانات و منابع، سلامت شهروندان را به مخاطره انداخته است [۵]. یکی از ساده‌ترین و ناکارترین روش‌های تأمین مالی در نظام سلامت، پرداخت مستقیم از جیب بیماران می‌باشد [۶]. همچنین پرداخت از جیب خانوار ممکن است هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش دهد [۷]. شاخصه اصلی پیشرفت در راستای نیل به پوشش همگانی، کاهش پرداخت‌های مستقیم می‌باشد؛ بنابراین بزرگترین عامل ممانعت از پیشرفت در نظام‌های سلامت، استمرار وابستگی به پرداخت‌های مستقیم است. پرداخت‌های مستقیم آثار منفی بر سلامت دارد و باعث می‌شود افراد هنگامی که نیاز به مراقبت دارند از خدمات سلامت مخصوص ارتقای سلامت پیشگیری صرف‌نظر نمایند و حتی با پرداخت‌های نسبتاً کم به سوی فاجعه مالی کشانده شوند [۸]. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶، هر ساله حدود ۲۵ میلیون خانوار یعنی در حدود ۱۰۰ میلیون نفر، هنگام بیماری در اثر پرداخت هزینه‌ها به کام فقر کشیده می‌شوند که از مهم‌ترین دلایل آن، پرداخت مستقیم خانوار برای تأمین بودجه بخش سلامت می‌باشد [۹]. پرداخت مستقیم یک روش ارتجاعی است که براساس آن ثروتمندان و فقرا برای دریافت خدمات ویژه به یک اندازه پول پرداخت می‌کنند [۱۰]؛ بنابراین برای اینکه حرکت به سمت پوشش همگانی تسهیل شود ضروری است وابستگی به پرداخت‌های مستقیم کاهش یابد. سهم بالای پرداخت از جیب نشان‌دهنده پوشش نامناسب حفاظت اجتماعی سلامت است [۱۱]. داده‌های بخش سلامت در ایران نشان می‌دهد که در پایان دهه ۱۳۸۰، سهم پرداخت از جیب خانوار ایرانی حدود ۵۹ درصد بوده است [۱۲]. همچنین براساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت، درصد پرداخت از جیب در سال ۱۳۹۲، حدود ۴۹ درصد بوده [۱۱] که این مقدار در سال ۱۳۹۳ به ۴۰ درصد رسیده است. با وجود این، همچنان با اهداف قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه که رسیدن به حداکثر ۳۰ درصد کل هزینه‌های سلامت می‌باشد، فاصله وجود دارد [۱۳]. کشاورز و همکاران نیز در یک مطالعه برای استان قزوین در سال ۱۳۹۰، پرداخت از جیب را در خانوارهای شهری بیش از ۵۹ درصد برآورد کردند و اعلام نمودند هزینه‌های سلامت در بین دهک‌های پایین درآمدی، درصد قابل توجهی از درآمد خانوار را شامل می‌شود [۱۴]. در مطالعه حیدریان و وحدت در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان، تأثیر طرح تحول سلامت بررسی شد که نتیجه آن، اثر قابل توجه در کاهش سهم پرداخت از جیب خانوار در هزینه‌های بیمارستانی بود. همچنین نتایج

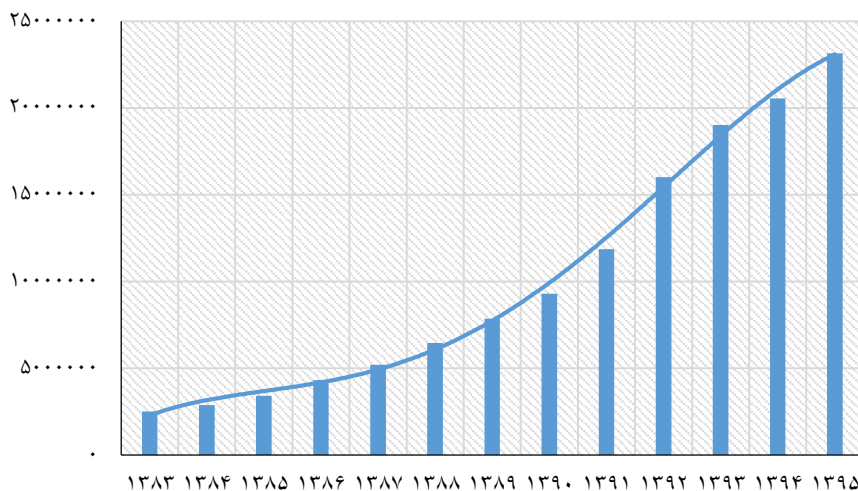
بیش از ۳۸ میلیون تومان در سال ۱۳۹۳ رسیده است. این هزینه‌ها در سال ۱۳۹۲، حدود ۲۷/۵ میلیون تومان بوده است که رشد ۱۵/۶ درصدی در سال ۱۳۹۳، رشد ۷/۲ درصدی در سال ۱۳۹۴ و رشد ۱۱/۴ درصدی در سال ۱۳۹۵ را نشان می‌دهد. در نمودار ۲، کل هزینه‌های سلامت خانوار نشان داده شده است. در این دوره زمانی این هزینه‌ها از ۲۵۰ هزار تومان به بیش از ۲ میلیون و ۳۰۰ هزار تومان رسیده است. در واقع، هزینه‌های سلامت دارای رشد شدیدتری نسبت به هزینه‌های کل خانوار در این دوره ۱۳ ساله بوده و در سال ۱۳۹۳ نیز هزینه‌های سلامت خانوار، رشد ۱۸ درصدی نسبت به سال ۱۳۸۲ داشته است. رشد هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ بسیار قابل توجه می‌باشد. در نتیجه، می‌توان گفت که رشد هزینه‌های سلامت آهنگ سریع‌تری نسبت به رشد هزینه‌های کل خانوار داشته است. در این بین، نکته مهم، کاهش رشد قابل توجه

بودجه خانوار در مناطق شهری ایران در سال ۱۳۹۲ (سال قبل از اجرای طرح تحول سلامت) و سال ۱۳۹۳ (سالی که از نیمه بهار آن طرح تحول سلامت اجرایی شد) آثار طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت‌های بهداشت و درمان خانوار بررسی گردید. گفتنی است بیشترین سهم از بودجه خانوار را مسکن و انرژی داشته است (تقریباً یک سوم کل هزینه‌ها)، بعد از آن نیز گروه خوراکی‌ها و آشامیدنی‌ها تقریباً یک چهارم از کل هزینه‌های خانوار را به خود اختصاص داده‌اند. بهداشت و درمان نیز رتبه پنجم را در رتبه‌بندی بودجه خانوار دارد. این رتبه‌بندی در سال‌های قبل از ۱۳۹۳ نیز تقریباً به این صورت بوده است. در نمودار ۱، کل هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۳ (سال تغییر در پرسشنامه بودجه خانوار) تا سال ۱۳۹۵ نشان داده شده است. براساس مطالعه حاضر، کل هزینه‌های اسمی خانوار با افزایش بیش از ۶/۶ برابری، از حدود ۶ میلیون تومان در سال ۱۳۸۳ به



منبع: گزارش بودجه خانوار شهری بانک مرکزی

نمودار ۱: کل هزینه‌های خانوار (ریال) در دوره زمانی (۱۳۸۳-۱۳۹۵)



منبع: گزارش بودجه خانوار شهری بانک مرکزی

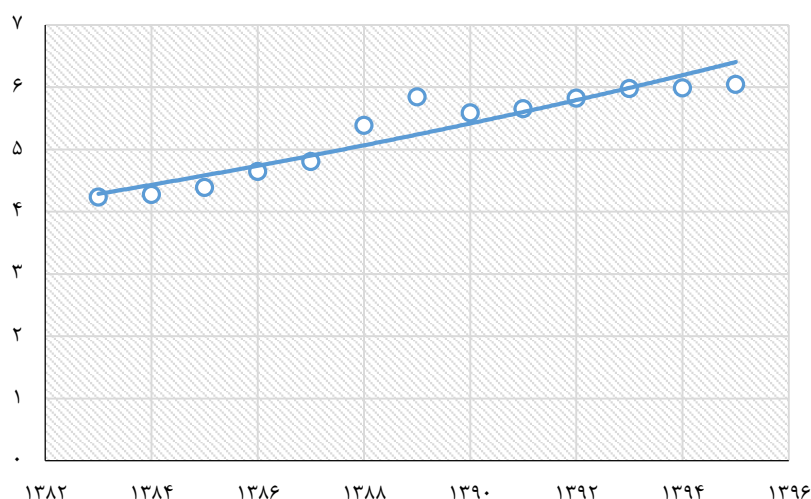
نمودار ۲: هزینه‌های سلامت خانوار (ریال) (۱۳۸۳-۱۳۹۳)

این سال‌ها حدود ۲ درصد از سایر هزینه‌ها کاسته شده و به بخش سلامت اختصاص یافته است. این آمار از یک سو نشان‌دهنده آن است که سلامت در سبد هزینه‌های خانوارها اهمیت پیدا کرده است که می‌تواند مرتبط با افزایش درآمد مردم در طی این سال‌ها باشد. از سوی دیگر این افزایش ممکن است به دلیل تأمین مالی نامناسب نظام سلامت در کشور و تکیه بر پرداخت خانوارها در این دوره زمانی صورت گرفته باشد. سهم هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۳ به بیش از ۵/۸ درصد کل هزینه‌های خانوار رسید که این رقم بالاترین میزان در ۱۱ سال گذشته بوده است. گفتنی است افزایش این سهم در سال ۱۳۸۸ نسبت به سال ۱۳۸۷ قابل توجه بوده است. در سال ۱۳۹۲ متوسط هزینه‌های سلامت خانوار بیش از یک میلیون و ۶۰۰ هزار تومان بوده است؛ اما این هزینه‌ها در سال ۱۳۹۵ به بیش از دو میلیون و ۳۰۰ هزار تومان رسیده است. در نمودار ۴، هزینه‌های سلامت در دهک‌های مختلف درآمدی

هزینه‌ها در سال ۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ به‌خصوص در بعد هزینه‌های سلامت می‌باشد.

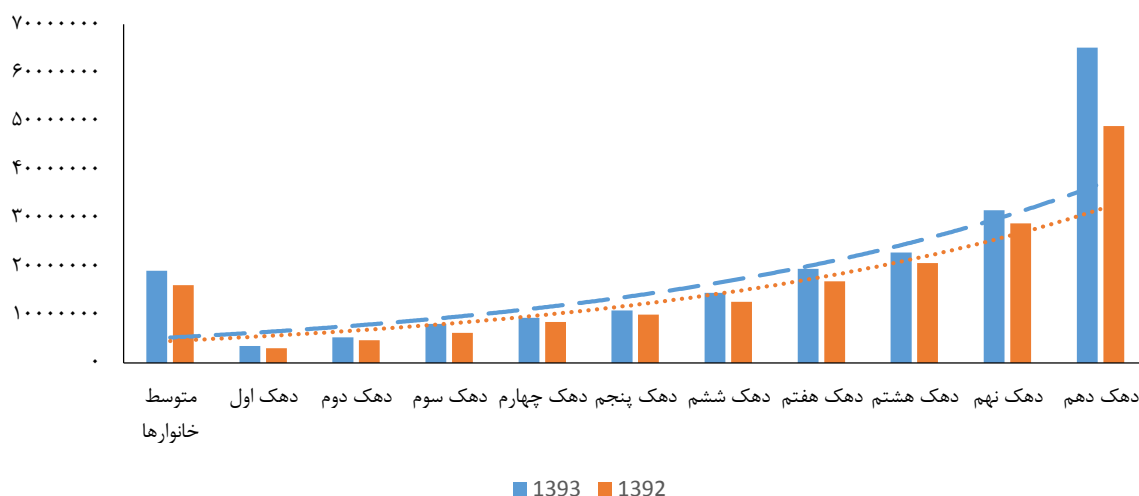
گفتنی است این کاهش در مقدار رشد هزینه‌ها بی‌سابقه بوده است. میانگین رشد هزینه‌های کل خانوار در طی این سال‌ها، ۱۷ درصد بوده؛ در حالی که در این دوره زمانی، هزینه‌های سلامت خانوار با میانگین ۲۲ درصد رشد کرده است. هزینه‌های سلامت خانوار در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ بالاترین رشد در این دوره زمانی روبه‌رو بوده است. در سال ۱۳۹۴، کمترین رشد هزینه‌های سلامت خانوار؛ ۸ درصد و در سال ۱۳۹۵ رشدی معادل ۱۲/۷ درصد در این هزینه‌ها رخ داده است.

در نمودار ۳، سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود این سهم یک روند صعودی داشته و از حدود ۴ درصد به بیش از ۶ درصد کل هزینه‌های خانوار رسیده است؛ بنابراین طی



منبع: گزارش بودجه خانوار شهری بانک مرکزی

نمودار ۳: سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار (درصد) (۱۳۸۳-۱۳۹۳)

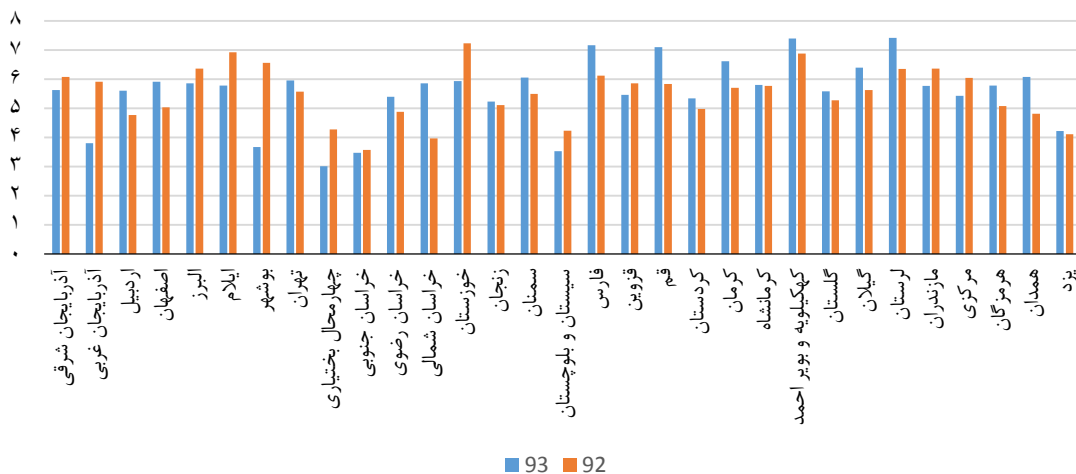


منبع: گزارش بودجه خانوار شهری بانک مرکزی

نمودار ۴: مقایسه هزینه‌های سلامت خانوار (ریال) به تفکیک دهک‌های درآمدی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

براساس منطقه جغرافیایی، خانوارهای تهرانی در سال ۱۳۹۳ بیش از ۴۸ میلیون تومان و در سال ۱۳۹۵ بیش از ۶۲ میلیون تومان هزینه کرده‌اند که بالاترین هزینه‌کرد خانوار در استان‌های کشور محسوب می‌شود. در سال ۱۳۹۳ بعد از استان تهران، استان کهگیلویه و بویر احمد رتبه دوم را از نظر میزان هزینه خانوار داشت. درخور ذکر است به‌علت آنکه سهم سلامت از بودجه خانوار در استان کهگیلویه و بویر احمد بالا می‌باشد، خانوارهای شهری این استان بیشترین هزینه‌کرد را در بخش سلامت در بین تمام استان‌ها داشته و مبلغی حدود ۳ میلیون و ۲۰۰ هزار تومان یعنی ۴۰۰ هزار تومان بیش از خانوارهای تهرانی در سال ۱۳۹۳ هزینه کرده‌اند. گفتنی است این رقم در سال ۱۳۹۵ به ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار تومان کاهش یافته و سهم سلامت از کل هزینه‌های خانوار بر خلاف سال‌های قبل به ۴ درصد رسیده است. همچنین برای خانوارهای تهرانی در سال ۱۳۹۵ رقمی معادل ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار تومان مشاهده شده است. مردم مناطق شهری سیستان و بلوچستان نیز در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ کمترین میزان هزینه‌کرد را در بخش سلامت داشته‌اند. از میان استان‌های کشور، خانوارها در استان‌های خراسان شمالی و جنوبی، هرمزگان و سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۹۲ زیر یک میلیون تومان و در سال ۱۳۹۳ نیز خانوارهای استان‌های سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری زیر یک میلیون تومان برای سلامت هزینه کرده‌اند. در سال ۱۳۹۵ فقط در استان هرمزگان کمتر از یک میلیون هزینه سلامت بر عهده خانوار شهری بوده است. نکته قابل توجه دیگر آنکه خانوارهای شهری پنج استان کشور در سال ۱۳۹۳ کمتر از سال ۱۳۹۲ برای سلامت هزینه کردند. همان‌طور که در نمودار ۵ مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۹۲ خراسان جنوبی با حدود ۳/۶ درصد هزینه خانوار کمترین سهم هزینه‌های سلامت در بودجه خانوار را به خود اختصاص داده است و بیشترین سهم مربوط به استان خوزستان با اختصاص بیش از ۷/۲ درصد هزینه‌های خانوار به بخش سلامت می‌باشد. در سال ۱۳۹۳ نیز،

مقایسه شده است. در هزینه‌های کل خانوار، دهک دهم درآمدی دو برابر دهک نهم درآمدی و بیش از ۱۴/۶ برابر دهک اول درآمدی در خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۳ هزینه می‌کند که این رابطه در سال ۱۳۹۲ حدود ۱۳/۶ برابر بوده است. این اختلاف در هزینه‌های سلامت شدیدتر است؛ به‌گونه‌ای که دهک دهم بیش از دو برابر دهک نهم و ۱۸/۶ برابر دهک اول در سال ۱۳۹۳ برای سلامت خود هزینه کرده است. در سال ۱۳۹۲، اختلاف بالاترین و پایین‌ترین دهک درآمدی، ۱۶/۱ برابر بوده است. گفتنی است در سال ۱۳۹۵ دهک دهم بیش از ۲۰ برابر دهک اول برای سلامت هزینه کرده است؛ براساس این آمار، افراد پولدارتر نسبت به سال ۱۳۹۲ پول بیشتری برای سلامت هزینه کرده‌اند. همچنین به‌علت آنکه افراد متعلق به دهک دهم برای سلامت هزینه بیشتری می‌کنند، بیشتر امکان دارد که دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت بشوند (بیش از ۴۰ درصد کل هزینه‌های غیرخوراکی خود را به سلامت اختصاص بدهند) [۴]؛ اما به‌دلیل بهره‌مندی از درآمد بالا، این هزینه‌های کمرشکن آن‌ها را فقیر نمی‌کند. در صورتی که افراد متعلق به دهک‌های میانی و پایین به‌علت درآمد پایین، حتی با یک افزایش کم در هزینه‌های خدمات سلامت، دچار هزینه‌های کمرشکنی می‌شوند که سبب فقیر شدن آنان می‌شود. در دهک دهم درآمدی رشد هزینه‌های سلامت، ۳۳ درصد شدیدتر از رشد کل هزینه‌های خانوار (۱۸/۹ درصد) می‌باشد؛ در حالی که رشد متوسط هزینه‌های سلامت در کل دهک‌ها درآمدی معادل ۱۸/۷ درصد و رشد متوسط کل هزینه‌های خانوار، ۱۵/۵ درصد بوده است. این امر نشان می‌دهد که علاوه بر هزینه‌های سلامت، رشد این هزینه‌ها در دهک پولدارتر بسیار بیشتر از سایر دهک‌ها بوده است. گفتنی است متوسط هزینه‌های سلامت خانوارها تقریباً با دهک هفتم درآمدی برابر است؛ در صورتی که در هزینه‌های کل، متوسط هزینه‌ها با دهک ششم برابری بیشتری دارد. این نکته نشان‌دهنده بالابودن متوسط هزینه‌ها در بخش سلامت نسبت به سایر گروه‌های هزینه‌ای می‌باشد.



منبع: گزارش بودجه خانوار شهری بانک مرکزی

نمودار ۵: سهم هزینه‌های سلامت از هزینه‌های کل خانوار به تفکیک استانی سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

کرمان به ترتیب بیشترین فقر ناشی از پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب را داشته‌اند [۱۱]. براساس مطالعه حاضر، در بین استان‌های کشور تفاوت بسیاری در عملکرد هزینه‌های خانوارها در بخش سلامت مشاهده شد. گفتنی است تفاوت بیش از چهار برابری که در بالاترین و پایین‌ترین هزینه وجود دارد می‌تواند ناشی از تفاوت در شیوه زندگی باشد. در مورد این اختلاف طرح تحول مداخله‌ای نداشته است.

### نتیجه‌گیری

براساس نتایج این مطالعه در دهه اخیر شدت رشد هزینه‌های سلامت بالاتر از هزینه‌های خانوار بوده؛ به‌گونه‌ای که سهم هزینه‌های سلامت در این دوره زمانی ۲ واحد درصد رشد کرده است. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد رشد هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۳ با شیب کمتری نسبت به سال ۱۳۹۲ همراه بوده است؛ به‌طوری که هزینه‌های سلامت خانوارها از حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار تومان در سال ۱۳۹۱ با یک رشد قابل توجه به یک میلیون و ۶۰۰ هزار تومان در سال ۱۳۹۲، با یک رشد ملایم‌تر به یک میلیون و ۹۰۰ هزار تومان در سال ۱۳۹۳ و با رشدی کمتر به حدود دو میلیون تومان در سال ۱۳۹۴ و به بیش از دو میلیون و ۳۰۰ هزار تومان در سال ۱۳۹۵ رسیده است. اگرچه عوامل دیگر از جمله: کاهش نرخ تورم در کاهش نرخ رشد هزینه‌های سلامت خانوار تأثیر داشته است؛ اما می‌توان طرح تحول سلامت را نیز در این مورد اثرگذار دانست. مطالعه دهک‌های درآمدی نشان داد دهک‌های درآمدی بالاتر و به‌ویژه دهک دهم هزینه‌های سلامت نقش بزرگتری در هزینه‌های کل خانوار دارد؛ به‌گونه‌ای که بیش از ۶/۳ درصد هزینه‌های خانوار دهک دهم به سلامت اختصاص پیدا کرده؛ درحالی که این رقم در دهک اول کمتر از ۴/۸ درصد بوده است. گفتنی است این موضوع می‌تواند با مطالعاتی که سلامت را کالای لوکس در نظر گرفته‌اند، تطبیق داشته باشد [۲۰].

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با استفاده از گزارش‌های سالانه نتایج بررسی بودجه خانوار در مناطق شهری ایران بانک مرکزی و با حمایت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام گردید. از راهنمایی‌های دکتر بهزاد نجفی و دکتر مجید براتی قدردانی می‌گردد.

### REFERENCES

- Moghadam MN, Bansi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. *Iran J Public Health*. 2012;41(9):62-70. PMID: 23193508
- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy*. 2010;94(1):26-33. PMID: 19735960 DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.08.006
- World Health Organization. The world health report 2000: health

کمترین سهم در استان چهارمحال و بختیاری و بیشترین سهم در استان کهگیلویه و بویر احمد مشاهده شد. نکته قابل توجه در مورد استان ایلام در سال ۱۳۹۵ می‌باشد که بیشترین سهم بین استان‌های کشور از هزینه‌های خانوار به سلامت، به این استان اختصاص پیدا کرده که برابر ۷/۹ درصد هزینه‌ها می‌باشد و روند کاهشی سال ۱۳۹۳ در مورد این استان ادامه پیدا نکرده است.

### بحث

یک نظام سلامت وقتی در عادلانه‌ترین وضعیت از نظر تأمین مالی قرار دارد که سهم پرداختی‌های خانوار برای سلامت از کل هزینه‌های سلامت پایین‌تر و پیش‌پرداخت‌ها متناسب با درآمد افراد باشد [۱۹، ۲۰]. در این مطالعه با مقایسه تطبیقی هزینه‌های خانوار در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۵، تغییرات در هزینه‌های سلامت خانوار با توجه به ویژگی‌های اقتصادی و جمعیتی آن‌ها بررسی شد. گفتنی است در سال بعد از اجرای طرح تحول، رشد پرداخت‌های سلامتی در دهک‌های درآمدی بالاتر، بیشتر از دهک‌های پایین درآمدی بوده است. با وجود آنکه طرح پزشک خانواده شهری در استان فارس در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ اجرا گردید؛ اما هزینه‌های سلامت خانوارها در این استان بالاتر از متوسط کشوری بود. در استان مازندران نیز در سال ۱۳۹۳ این هزینه‌ها بالاتر از متوسط کشوری بوده است. طبق یافته‌های این مطالعه، طرح تحول سلامت با وجود کاهش پرداخت از جیب به ۴۰ درصد کل هزینه‌های سلامت، در کاهش مقدار مطلق پرداختی خانوارها اثر معناداری نداشته است؛ اما به‌نظر می‌رسد توانسته است تا حدود زیادی رشد شدید هزینه‌های سلامت مردم را در سال ۱۳۹۲ کاهش دهد. مهرالحسنی و همکاران در مطالعه خود بیان کرده‌اند که شاخص پرداخت از جیب در سطح کشور پراکندگی زیادی دارد [۲۱]. احمدی و همکاران نیز در مطالعه خود برای سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ بیان کردند که نابرابری قابل توجهی در پرداخت‌های گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد؛ به‌طوری که خانوارهای دهک‌های بالای درآمدی پرداخت بیشتری انجام می‌دهند و احتمال دسترسی به خدمات سلامت بیشتری دارند [۲۲]. درواقع، می‌توان گفت در دهک‌های بالای درآمدی با اینکه پرداخت زیادی برای هزینه‌های سلامت می‌شود؛ اما به‌علت درآمد بالا هزینه‌های کمرشکن ایجاد نمی‌شود؛ درصورتی که در دهک‌های پایین با همان مقدار کم پرداخت، خانوار به شدت دچار مشکل می‌شود. نتایج مطالعه یزدی و همکاران نشان داد که استان‌های گلستان، خراسان شمالی و

- systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- O'donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data. Washington, DC: World Bank; 2008.
- Mehrara MO, Fazaali AA. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (2001-2007). *J Health Administ*. 2010;13(40):51-62. [Persian]
- Yates R. Universal health care and the removal of user fees.

- Lancet*. 2009;**373**(9680):2078-81. [PMID: 19362359](#) [DOI: 10.1016/S0140-6736\(09\)60258-0](#)
7. Fazaeli AA, Ghaderi H, Abbas Fazaeli A, Lotfi F, Salehi M, Mehrara M. Main determinants of catastrophic health expenditures: a Bayesian logit approach on Iranian household survey data (2010). *Global J Health Sci*. 2015;**7**(4):335-40. [PMID: 25946936](#) [DOI: 10.5539/gjhs.v7n4p335](#)
  8. Xu K, World Health Organization. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology. Geneva: World Health Organization; 2005.
  9. Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Peyravian F. Out of pocket expenditures for outpatient clinics in teaching hospitals. *Payesh*. 2014;**13**(3):267-76. [Persian]
  10. Murray CJ, Evans D. Health systems performance assessment. London: Office of Health Economics; 2006.
  11. Yazdi Feyzabadi V, Mehroolhassani M, Haghdoost A, Bahrapour M. The trend of impoverishing effects of out-of-pocket health expenditure in Iranian provinces in 2008-2014. *Iran J Epidemiol*. 2017;**12**(5):20-31. [Persian]
  12. Aeenparast A, Rezaie Y, Zandian H, Haeri AA. Catastrophic health expenditures in Iran: a review of the literature. *Payesh*. 2016;**15**(1):7-17. [Persian]
  13. Vosough Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzadeh M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years development plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iran J Public Health*. 2013;**42**(Supple1):42-9. [PMID: 23865015](#)
  14. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating out of pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. *Hospital*. 2012;**10**(4):71-7. [Persian]
  15. Heydarian N, Vahdat S. Effect of health sector evolution on pay out of pocket, in selected public hospitals in Isfahan. *J Med Council IRI*. 2015;**33**(3):187-94. [Persian]
  16. Ranjbar M, Pourreza A, Harirchi I, Bazdar M. Differentiation of out-of-pocket expenditures in cancer patients; a case study in the cancer institute of Iran. *Evid Based Health Policy Manag Econ*. 2017;**1**(2):65-73. [Persian]
  17. Central Bank of Iran. Household expenditure report 2014. Tehran: Central Bank of Islamic Republic of Iran; 2014. [Persian]
  18. Statistical Center of Iran. National health accounts: years 2002-2008. Tehran: Statistical Center of Iran; 2011. [Persian]
  19. Asefzadeh, S. Health care economics. 3<sup>rd</sup> ed. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences and Hadise Emroz Press; 2009. [Persian]
  20. Mehrara M, Fazaeli A. Relationship between health expenditures and economic growth in MENA countries. *Faslname Mod Salamat*. 2009;**12**(35):49-59. [Persian]
  21. Mehroolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdoost A, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total health expenditures and proportion of out-of-pocket payments in Iranian provinces; 2008-2014. *Iran J Epidemiol*. 2017;**12**(5):1-12. [Persian]
  22. Ahmadi A, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of packet payments in health system of Iran, using two part regression model. *J Health Administ*. 2014;**17**(56):7-18. [Persian]