



مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در استان‌های ایران:

مطالعه اختلاف جغرافیایی طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳

مجری طرح: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت  
با همکاری: دفتر بودجه و پایش عملکرد، معاونت توسعه و مدیریت منابع، وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی

### مشخصات مستند

**نام مستند:** مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت  
در استان‌های ایران: مطالعه اختلاف جغرافیایی طی  
سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۷

**ناشر:** مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،  
پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم  
پزشکی کرمان

**مسئولین:** دکتر وحید یزدی فیض آبادی، دکتر  
محمدحسین مهرالحسنی، محمدرضا اکبری جور

**زیر نظر:** دکتر علی اکبر حق دوست

**صفحه آرای:** رضا شیخزاده

**نوبت چاپ:** چاپ اول

**سال چاپ:** مردادماه ۱۳۹۴

**تیراژ:** ...

## فهرست مطالب

|  |    |
|--|----|
| پیام های کلیدی.....  | ۶  |
| ۱- خلاصه اجرایی.....   | ۱۰ |
| ۱-۱- مقدمه.....  | ۱۰ |
| ۲-۱- مراحل و روش اجرایی.....   | ۱۰ |
| ۳-۱- اهم نتایج.....  | ۱۱ |
| ۴-۱- نتیجه گیری.....   | ۱۲ |
| ۲. گزارش تفصیلی.....   | ۱۴ |
| ۱-۲- مقدمه.....  | ۱۴ |
| ۲-۲- ابزارهای سنجش مخارج کمرشکن سلامت.....                           | ۱۷ |
| ۱-۲-۲- پرسشنامه پیمایش هزینه-درآمد خانوار.....                       | ۱۸ |
| ۲-۲-۲- پرسشنامه پیمایش جهانی سلامت.....                              | ۲۱ |
| ۳-۲-۲- پیمایش بودجه خانوار بانک مرکزی ایران در مناطق شهری.....       | ۲۳ |
| ۳-۲- مهم ترین تفاوت های پیمایش های بانک مرکزی و مرکز آمار ایران..... | ۲۵ |
| ۴-۲- روش کار.....  | ۲۷ |
| ۵-۲- چارچوب مفهومی پروژه.....  | ۲۸ |
| ۶-۲- یافته ها.....   | ۳۳ |
| ۷-۲- بحث.....  | ۶۲ |
| ۸-۲- محدودیت های مطالعه.....   | ۶۹ |
| ۹-۲- راهکارها و پیشنهادها.....                                       | ۷۳ |
| ۱- راهکارهای مرتبط با محدودیت های متدولوژی.....                      | ۷۳ |
| راهکارهای پیشنهادی برای بهبود وضعیت شاخص های حفاظت مالی.....         | ۷۵ |

|         |                        |
|---------|------------------------|
| ۷۵..... | ۱۰-۲- نتیجه گیری.....  |
| ۷۸..... | ۱۱-۲- فهرست منابع..... |

## فهرست جداول

|   |         |
|---|---------|
| جدول ۱: حجم نمونه های مورد مطالعه در پیمایش هزینه-درآمد خانوار بر حسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....  | ۳۴..... |
| جدول ۲: میانگین مخارج کل مصرفی خانوار، مخارج خوراک و توانایی پرداخت خانوار در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....         | ۳۶..... |
| جدول ۳: میانگین بعد خانوار، خط فقر و مخارج بهداشت و درمان طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....                        | ۳۹..... |
| جدول ۴: سهم و نسبت مخارج بهداشت و درمان و خوراک خانوار به ظرفیت پرداخت خانوار در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....      | ۴۰..... |
| جدول ۵: شاخص نسبت دهکی برای تعیین اختلاف جغرافیایی درصد مخارج کمرشکن سلامت در کشور در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳..... | ۴۵..... |
| جدول ۶: سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در استانهای کشور طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....        | ۴۷..... |
| جدول ۷: درصد خانوارهای زیر خط فقر در کشور بر حسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....                       | ۶۱..... |

## فهرست اشکال

|  |         |
|--|---------|
| شکل ۱: توزیع جغرافیایی درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در مناطق روستایی در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....   | ۵۳..... |
| شکل ۲: توزیع جغرافیایی درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در مناطق شهری طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳.....    | ۵۵..... |
| شکل ۳: توزیع جغرافیایی درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در استانهای کشور طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳..... | ۵۹..... |

**شکل ۴:** اختلاف جغرافیایی درصد خانوارهای با مخارج کمرشکن سلامت بر حسب استانهای کشور در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳..... ۶۰

### فهرست نمودارها

**نمودار ۱:** میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور بر حسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳..... ۴۲

**نمودار ۲:** روند میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور بر حسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳..... ۴۴

## پیام‌های کلیدی

- روش‌های مختلفی برای برآورد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت وجود دارد و برای روش‌های یکسان نیز، نقاط برش متفاوتی می‌تواند بر اساس سیاست‌های ملی هر کشور در نظر گرفته شود.
- ابزارهای مختلف برای جمع‌آوری مخارج خانوار و سلامت در سطح کشور با تعداد سؤالات و همچنین دوره یاد آمد متفاوت بر محاسبه شاخص‌های حفاظت مالی سلامت به‌ویژه محاسبه سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت تأثیر می‌گذارد.
- در ایران در عمده مطالعات، خانوارهایی که سهم مخارج بهداشت و درمان آن‌ها حداقل ۴۰ درصد درآمد باقیمانده آن‌ها بعد از کسر مخارج معیشت باشد، به‌عنوان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در نظر گرفته می‌شود.
- نرخ مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در کشور از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ روند افزایشی داشته به‌طوری‌که افزایش ۲۰ درصدی را نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ نشان داد؛ اما در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ کاهش نشان داد و سپس در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ افزایش یافت.
- سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در هر دو مناطق شهری و روستایی نیز طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ افزایش نشان داد اما سهم آن در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ برای

مناطق شهری و روستایی کاهش نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ داشت و سپس در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ کمابیش افزایش را نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ نشان داد.

- طی سال‌های مورد مطالعه، شکاف بین استانی در ارتباط با سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به استثنای سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳، روند افزایشی داشت اما به‌طور کلی در تمامی سال‌ها پراکندگی متوسطی بین ۰/۴ تا ۰/۷۲ را نشان داد.
- سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری طی این سال‌ها به‌طور متوسط از حداقل ۳۷٪ تا ۱۰۰٪ بیشتر بود.
- طی سال‌های مورد مطالعه، مقادیر ریالی متوسط مخارج ماهیانه بهداشت و درمان خانوار در مناطق مختلف روستایی در مقایسه با مناطق شهری از ۴۱٪ تا ۷۱٪ کمتر بود؛ اما نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت برای مناطق روستایی در تمامی سال‌ها از حداقل ۳۷٪ تا ۱۰۰٪ بیشتر از مناطق شهری بود. این نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بالاتر خانوارهای روستایی نسبت به خانوارهای شهری با توجه به ظرفیت پرداخت کمتر آنان می‌باشد.
- ارزش ریالی خط فقر به ازای هر فرد طی سال‌های مورد مطالعه افزایش داشته و این میزان در سال ۱۳۹۳ نزدیک به ۳ برابر سال پایه ۱۳۸۷ رسیده است. همچنین درصد خانوارهای زیرخط فقر طی سال‌های مورد مطالعه، بین ۴/۰ تا ۶/۸ درصد متغیر بوده و روند یکنواختی نداشت.
- به‌رغم به‌کارگیری برخی سیاست‌های سلامت در حداقل یک دهه گذشته و به‌خصوص اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ به‌منظور بهبود نظام تأمین مالی سلامت، روند مخارج کمرشکن سلامت در تمامی سال‌ها به‌جز سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ افزایشی را نسبت به

سال پایه ۱۳۸۷ نشان داد؛ بنابراین این رقم در تمامی سال‌ها باهدف تعیین‌شده در برنامه‌های توسعه ملی پنج‌ساله چهارم و پنجم درزمینه کاهش شاخص خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به ۱٪ فاصله قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

- در سال ۱۳۹۳ با توجه به افزایش سهم دولت و بیمه‌ها در تأمین منابع مالی سلامت در نتیجه اجرای طرح تحول سلامت، اگرچه سهم پرداخت از جیب مردم کاهش یافته است، اما مخارج کمرشکن سلامت در مقایسه با سال قبل تغییری نداشته است و حتی در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ افزایش نشان می‌دهد. این مسئله می‌تواند به‌طور محتمل حداقل در نتیجه چهار علت نزدیک باشد. نخست، با توجه به برطرف شدن موانع دسترسی مالی به خدمات سلامت در مقایسه با سال‌های قبل و احتمالاً افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت با توجه به نیازهای برآورده نشده (Unmet Needs) مرتبط با سال‌های قبل باشد. دوم، مداخلات صورت گرفته در طرح تحول سلامت تمرکز بیشتری در بخش بستری آن‌هم دولتی و عمومی نسبت به سرپایی داشته و ضمن اینکه به‌طور مشخص بسته‌های حمایتی هدفمند از اقشار کم‌درآمد و فقیر جامعه تعیین نشده است. سوم، افزایش چشمگیر در نرخ تعرفه‌های سلامت به‌رغم افزایش سهم دولت و بیمه‌ها از کل مخارج سلامت می‌تواند رقم ریالی پرداخت از جیب خانوارها در مقایسه با سال‌های قبل افزایش دهد. چهارم اینکه اگرچه در این سال مقدار ریالی ظرفیت پرداخت خانوار در مقایسه با سال‌های قبل افزایش داشته، اما سهم مخارج مردم در بخش خوراک و خط فقر نیز افزایش یافته و این مسئله منجر به عدم کاهش مخارج کمرشکن سلامت شده است.



- شواهد جهانی نشان می‌دهد که تنها هنگامی که سهم مخارج پرداخت از جیب خانوار از مخارج کلی سلامت به ۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش یابد، مخارج کمرشکن سلامت ناچیز و جزئی خواهد بود.
- توجه به بازنگری در سیاست‌های بهبود حفاظت مالی در بخش سلامت با گسترش سازوکارهای تأمین مالی مبتنی بر پیش‌پرداخت و گسترش حفاظت اجتماعی هدفمند از اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر و دستیابی به پوشش همگانی جمعیت، بهینه‌سازی پوشش بسته خدمتی با تأکید بر سطح‌بندی و تداوم کاهش مخارج پرداختی برای دریافت خدمات سلامت، ضروری است.
- به‌منظور استقرار نظام پایش و ارزشیابی پایا، معتبر و قابل‌مقایسه در خصوص شاخص‌های محافظت مالی سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و رویه‌های ذینفعان اصلی شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک مرکزی و مرکز آمار ایران در ابزارهای جمع‌آوری داده، حجم نمونه، روش و نحوه نمونه‌گیری و مفاهیم عملیاتی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در غیر این‌طور مقایسه و تحلیل روند شاخص‌های این بخش را با دشواری مواجه می‌سازد.

## ۱- خلاصه اجرایی

### ۱-۱- مقدمه

عدالت در مشارکت مالی یکی از سه اهداف کلیدی هر نظام سلامتی است. مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت یکی از سنججه‌های مرتبط با پایش و ارزشیابی حفاظت مالی در پرداخت‌های بخش سلامت محسوب می‌شود. در طول حداقل ۱۰ سال گذشته، سیاست‌های تبیین شده در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ملی در ایران بر کاهش نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن تأکید داشته‌اند. بنابراین مطالعه حاضر باهدف اندازه‌گیری نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت و توزیع جغرافیایی آن در مناطق شهری و روستایی ایران در طول ۷ سال انجام شد.

### ۱-۲- مراحل و روش اجرایی

مطالعه توصیفی - گذشته‌نگر حاضر بر روی داده‌های حاصل از پیمایش هزینه-درآمد خانوارهای شهری و روستایی طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳ انجام پذیرفت. خانوارهایی که سهم مخارج بهداشت و درمان آن‌ها حداقل ۴۰ درصد درآمد باقیمانده آن‌ها بعد از کسر مخارج معیشت بود، به‌عنوان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی) و شاخص ضریب تغییرات مورد تحلیل قرار گرفت. از نرم‌افزارهای Excel نسخه ۲۰۰۷ و SPSS نسخه ۲۰,۰ برای تجزیه و تحلیل داده‌های خام و از ArcMap نسخه ۱۰,۱ برای ترسیم نقشه‌ها و نشان دادن اختلاف جغرافیایی

نرخ مخارج کمرشکن سلامت در استان‌ها استفاده گردید. ضمناً به بررسی روش‌شناختی و محدودیت‌های مرتبط با نظام پایش و ارزشیابی شاخص‌های حفاظت مالی سلامت نیز پرداخته شد.

### ۱-۳-۱-اهم نتایج

نرخ مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت به‌استثنای سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ از ۲/۵۷٪ در سال ۱۳۸۷ به ۳/۱۵٪ در سال ۱۳۹۳ افزایش یافت. به‌استثنای سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱، این نرخ در مناطق روستایی از ۳/۴۹٪ به ۴/۳۸٪ و در مناطق شهری از ۲/۱۵٪ به ۲/۶۹٪ تا سال ۱۳۹۳ افزایش ۲۵ درصدی را نشان داد. بعلاوه شاخص ضریب تغییرات برای تعیین پراکندگی و اختلاف مخارج کمرشکن سلامت در سطح استان‌های کشور به‌استثنای سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ افزایش داشته و به‌طورکلی در تمامی سال‌ها پراکندگی متوسطی بین ۴/۰ تا ۷۲/۰ را نشان داد. طی سال‌های مورد مطالعه، مقادیر ریالی متوسط مخارج ماهیانه بهداشت و درمان خانوار (پرداخت از جیب خانوار) در مناطق مختلف روستایی در مقایسه با مناطق شهری از ۴۱٪ تا ۷۱٪ کمتر بود؛ اما نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت برای مناطق روستایی در تمامی سال‌ها از حداقل ۳۷٪ تا ۱۰۰٪ بیشتر از مناطق شهری بود. بعلاوه محاسبه خط فقر در سال‌های مورد مطالعه نشان داد که خط فقر نسبی از سال ۱۳۸۷ از مبلغ ۸۱۲،۰۷۷ به ازای هر فرد در ماه به ۲،۳۹۳،۴۲۳ ریال افزایش داشته که این میزان افزایش نزدیک به ۳ برابر سال پایه بوده است. همچنین سهم پرداخت از جیب خانوار از ظرفیت پرداختی خانوار در تمامی سال‌های مورد مطالعه نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ افزایش نشان داد؛ به‌طوری که متوسط این رقم بین ۶/۲٪ تا ۸/۰٪ متغیر بود. همچنین

درصد خانوارهای زیرخط فقر طی سال‌های مورد مطالعه، بین ۴/۰٪ تا ۶/۸٪ متغیر بوده و روند یکنواختی نداشت.

#### ۴-۱- نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر چندین نتیجه عمده در برداشت.

- نخست اینکه با توجه به به‌کارگیری برخی سیاست‌ها در نظام سلامت طی سال‌های گذشته به‌خصوص اجرای طرح تحول سلامت باهدف بهبود نظام تأمین مالی سلامت، هنوز نرخ خانوارهای مواجه یافت با مخارج کمرشکن سلامت باهدف تعیین‌شده در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ملی (کاهش به ۱٪) اختلاف نسبتاً چشمگیری دارد.
- دوم، بعلاوه خانوارهای روستایی علیرغم متوسط پرداخت از جیب کمتر، مواجهه بیشتری با مخارج کمرشکن سلامت در مقایسه با خانوارهای شهری داشتند. این مسئله می‌تواند در نتیجه تفاوت در ظرفیت پرداخت خانوار، الگوی عمومی مصارف خانوار، بهره‌مندی از خدمات بهداشت و درمان و دسترسی اقتصادی و جغرافیایی به خدمات بهداشتی درمانی باشد. لذا لزوم توجه به بازنگری در سیاست‌های بهبود حفاظت مالی در بخش سلامت از طریق توسعه سازوکارهای تأمین مالی مبتنی بر پیش‌پرداخت و گسترش حفاظت اجتماعی نشان‌دار از اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر را می‌طلبد.
- سوم، ابزارهای مختلف برای جمع‌آوری مخارج خانوار و سلامت در سطح کشور با تعداد سؤالات و همچنین دوره یاد آمد متفاوت بر محاسبه شاخص‌های حفاظت مالی

سلامت به‌ویژه محاسبه سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت تأثیر می‌گذارد.

- چهارم، با توجه به وجود روش‌های مختلف برای برآورد مخارج کمرشکن سلامت و نقاط برش متفاوت برای روش‌های یکسان، باید روش یا روش‌های متناسب بر اساس سیاست‌های ملی کشور در نظر گرفته شود و به‌صورت منظم و دوره‌ای نسبت به پایش و ارزشیابی شاخص‌های حفاظت مالی سلامت اقدامات نظام‌مند، منسجم و هماهنگ بین مراجع مختلف داده‌های ملی صورت پذیرد.

- پنجم، به‌منظور استقرار نظام پایش و ارزشیابی پایا، معتبر و قابل‌مقایسه در خصوص شاخص‌های محافظت مالی سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و رویه‌های ذینفعان اصلی شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک مرکزی و مرکز آمار ایران در ابزارهای جمع‌آوری داده، حجم نمونه، روش و نحوه نمونه‌گیری و مفاهیم عملیاتی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در غیر این‌طور مقایسه و تحلیل روند شاخص‌های این بخش را دشوار می‌سازد

**کلیدواژه‌ها:** مخارج کمرشکن سلامت، اختلاف جغرافیایی، حفاظت مالی، ایران

بیماری و ناخوشی مشکلات عمده‌ای برای اقشار با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین جامعه و خانواده‌های ایشان ایجاد می‌کند. بیماری در خانوارهای فقیر پیامدهای مختلفی نظیر غیبت و ترک موقت یا دائمی از تحصیل، از دست دادن فرصت‌های کسب درآمد و یا حتی فروش دارایی‌های باارزش زندگی برای بازگرداندن وضعیت سلامت ایجاد می‌کند (۲،۱). بعلاوه بیماری و دریافت خدمات مرتبط با سلامت به علت مواجهه نمودن خانوار با مخارج مستقیم یا همان پرداخت از جیب خانوار<sup>۱</sup> برای خدمات سلامت و مخارج غیرمستقیم نظیر کاهش و از دست دادن درآمد و از دست دادن کار و هزینه‌های مسافرت و رفت‌وآمد، زمینه‌ساز فقر را فراهم آورد (۲-۴).

شواهد حاصل از مطالعات مختلف نشان داده است که پرداخت از جیب برای خدمات سلامت، می‌تواند باعث تنگناهای اقتصادی به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه شود (۲،۵،۶). بنابراین سهم بالای پرداخت از جیب بیانگر نابرابری‌ها و فقدان پوشش مناسب حفاظت اجتماعی سلامت است. این پرداخت به‌عنوان ناکارآمدترین سازوکار تأمین مالی برای بهداشت و درمان، بیشترین بار تحمیلی را بر فقرا داشته و با ریسک بالایی برای فقیر ساختن خانوار (۷) از طریق تحمیل مخارج کمرشکن سلامت<sup>۲</sup> مرتبط است. به‌طوری‌که، خانوارهایی که به دلیل عدم پوشش

<sup>۱</sup> - Out of Pocket Payment (OOP)

<sup>۲</sup> - Catastrophic Health Expenditures (CHE)

بیمه‌ای یا نقص در پوشش خدمات بیمه‌ای، متحمل پرداخت از جیب برای خدمات سلامت می‌شوند، در معرض خطر بیشتری برای مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت نسبت به خانوارهای با پوشش بیمه‌ای بهتر قرار می‌گیرند (۸). یک چنین شرایطی می‌تواند باعث نابرابری‌های بیشتر، افزایش فقر، مخارج کمرشکن سلامت و زیان درآمدی به دلیل فروش دارایی‌های و استقراض خانوارها برای تأمین مخارج سلامت شود (۴). برای این منظور، سازمان جهانی بهداشت بیش از همیشه بر راهبرد پوشش همگانی سلامت که هدف آن تضمین دسترسی تمامی افراد به خدمات سلامتی موردنیاز، بدون هرگونه تنگنای مالی هنگام دریافت خدمت، می‌باشد. در ایران برخی مطالعات، سهم پرداخت از جیب بالای خانوار تا بیشتر از ۵۰ درصد را گزارش داده‌اند (۹، ۱۰).

در این میان پرداخت از جیب سلامت می‌تواند زمینه تنگنای مالی را برای افراد آسیب‌پذیر فراهم نموده و در نتیجه مخارج کمرشکن سلامت خارج از ظرفیت و استطاعت مالی خانوار باعث شود. منظور از مخارج کمرشکن سلامت، پرداخت‌های مرتبط با خدمات سلامت است که از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود (۵). در متون مختلف آستانه موردتوافقی برای این حد معین وجود ندارد و منابع مختلف آستانه‌های مختلفی را در نظر گرفته‌اند و خانوارها به شیوه‌های گوناگونی شناخته می‌شوند. در تعاریف جدید مخارج کمرشکن، به درآمد و توانایی پرداخت خانوار توجه شده است و پرداخت بیش از درصد خاصی از درآمد (بیش از ۵ درصد تا ۲۰ درصد) برای سلامت، در مطالعه‌های گوناگون گزارش شده است (۱۱).

به طور کلی برای برآورد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت، روش‌های مختلفی وجود دارد. بعلاوه، برای روش‌های یکسان نیز، نقاط برش متفاوتی می‌تواند بر اساس سیاست‌های ملی هر کشور در نظر گرفته شود (۱۲). اما بر مبنای تعریف سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان رایج‌ترین روش، مخارج مراقبت‌های سلامت در صورتی کمرشکن محسوب می‌شود که مقادیر آن برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد درآمد باقیمانده خانوار بعد از کسر مخارج مرتبط با نیازهای اساسی معیشتی باشد. هزینه‌های مراقبت‌های سلامت خانوار که کمتر از این مقدار باشد، به‌عنوان مخارج غیر کمرشکن محسوب می‌شود (۸).

پایش و ارزشیابی سنجه‌ها (شاخص‌های) حفاظت مالی سلامت به‌خصوص خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت می‌تواند به سیاست‌گذاران برای شناسایی وضعیت موجود در مقایسه با دیگر کشورها و مقایسه وضعیت خود در گذشته کمک نماید تا بر اساس نتایج بتواند سیاست‌های اصلاحی مناسبی برای بهبود عدالت در تأمین مالی سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارزش‌های کلیدی نظام سلامت اتخاذ کند.

علاوه بر این، مطالعات دیگری برای سنجش سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت انجام شده‌اند. اما بیشتر این مطالعات یا مطالعاتی بوده‌اند که مبتنی بر پیمایش‌های کوچک منطقه‌ای و محلی بوده و یا در یک مقطع زمانی یک‌ساله گزارش داده‌اند، که این مسئله استنتاج و روند پایش این شاخص را با دشواری مواجه می‌سازد. علاوه بر این در طول دهه گذشته برنامه‌های پنج‌ساله چهارم و پنجم توسعه ملی در کشور توجه خود را معطوف



برخی سیاست‌های عمده سلامت نظیر پزشک خانواده، نظام ارجاع کارآمد و ادغام صندوق‌های مختلف و غیر نظام‌مند بیمه‌ای سلامت باهدف بهبود عدالت در دسترسی و حفاظت مالی عادلانه کرده‌اند. کاهش میزان پرداخت از جیب از ۵۰ درصد تا ۳۰ درصد و میزان مواجهه خانوارهای با مخارج کمرشکن سلامت تا کمتر از ۱ درصد از شاخص‌های عدالت در تأمین مالی و مخارج قابل پرداخت مراقبت‌های سلامت محسوب می‌شود (۱۴، ۱۳).

در طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳ و پیش از آن، نظام سلامت ایران شاهد تعریف برخی سیاست‌های سلامت نظیر استقرار برنامه پزشک خانواده روستایی، استقرار ساختار هیئت‌امنایی در بیمارستان‌های آموزشی، برنامه تمام‌وقتی جغرافیایی پزشکان و هدف‌گذاری در برنامه‌های توسعه ملی برای کاهش مخارج کمرشکن سلامت بوده است؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف برآورد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در استان‌های کشور و اختلاف جغرافیایی برای مناطق شهری و روستایی برای دوره زمانی ۷ سال ۱۳۸۷-۱۳۹۳ انجام شد.

## ۲-۲- ابزارهای سنجش مخارج کمرشکن سلامت

طراحی هر مطالعه‌ای در تعیین محافظت مالی خدمات سلامت، دربرگیرنده دو مؤلفه اصلی شامل شمار سؤالات و دوره یاد آمد برای مخارج سلامت می‌باشد. این دو مؤلفه می‌تواند بر برآورد پرداخت از جیب خانوار و مخارج کمرشکن سلامت تأثیر بگذارد. به همین منظور پرسشنامه‌های مختلف با تعداد سؤالات مختلف برحسب شمار سؤالات مورداندازه‌گیری برای یک سنجه می‌تواند بر خروجی حاصل از محاسبه پرداخت از جیب و مخارج کمرشکن سلامت

تأثیر بگذارد. شواهد نیز نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها، سطح پایین‌تر سؤالات و ایت‌م‌هایی که تشکیل به سنجه واحد را می‌دهند (برای مثال آیت‌م‌های مخارج سلامت)، برآورد پایین‌تری برای متوسط مخارج سلامت و دوره کوتاه‌تر یاد آمد به یک برآورد بالاتر می‌انجامد و زمانی که اثرات شمار سؤالات و دوره یاد آمد با یکدیگر ترکیب می‌شوند، پیش‌بینی اینکه کدام یک از این دو تأثیر بیشتری دارد، دشوار است (۱۵). بنابراین میزان پرداخت از جیب و مخارج کمرشکن سلامت متأثر شده از انتخاب دوره یاد آمد و شمار ایت‌م‌های مورد پرسش در طراحی مطالعه می‌باشد.

در خصوص سنجش پرداخت‌های از جیب خانوار در سلامت و مخارج کمرشکن سلامت در ایران سه ابزار عمده در مطالعات استفاده می‌شود. نخست ابزار پیمایش جهانی سلامت<sup>۱</sup> طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت، دوم پرسشنامه مرکز آمار ایران برای مطالعات بخش اقتصادی- اجتماعی یعنی پیمایش هزینه-درآمد خانوار و سوم پیمایش بودجه خانوار بانک مرکزی در مناطق شهری می‌باشد. در ادامه به توضیحاتی پیرامون این دو ابزار با تأکید بر بخش مرتبط با مخارج بهداشت و درمان و مخارج کلی خانوار به‌طور خاص پرداخته می‌شود.

#### ۲-۲-۱- پرسشنامه پیمایش هزینه-درآمد خانوار

طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوار از سال ۱۳۴۲ در مناطق روستایی و از سال ۱۳۴۷ در مناطق شهری به اجرا درآمده است. از سال ۱۳۵۳ علاوه بر هزینه‌های خانوار، اطلاعات درآمد نیز

<sup>1</sup> - World Health Survey (WHS)

گردآوری شده و تاکنون غیر از سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۵۷ و ۱۳۶۰، همه ساله انجام شده است. در این طرح اطلاعات مربوط به متوسط هزینه‌ها و درآمد یک خانوار شهری و یک خانوار روستایی در سطح کشور و استان و به صورت سالانه فراهم می‌گردد. اطلاعات حاصل از این طرح از طریق تکمیل پرسشنامه برای حدود ۲۰ هزار<sup>۱</sup> خانوار ایرانی که به روش مرحله‌ای<sup>۲</sup> نمونه‌گیری و وارد مطالعه شده‌اند گردآوری می‌شود. پرسشنامه این طرح در ۶۸ صفحه تنظیم شده و مشتمل سه بخش ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی خانوار، هزینه‌ها (مخارج خوراکی و غیرخوراکی خانوار اعم از مخارج بهداشت و درمان) و درآمد خانوار می‌باشد. زمان درآمد و هزینه خانوار، برحسب نوع سؤال مربوط به یک هفته گذشته، یک ماه گذشته یا ۱۲ ماه گذشته می‌باشد. یکی از ارکان موردبررسی در این طرح، هزینه خانوار در بخش سلامت بوده و با توجه به محتوی اطلاعات گردآوری شده در این زمینه و تواتر سالیانه در گردآوری داده‌ها، می‌تواند به عنوان یکی از منابع مهم در راستای پاسخگویی به سؤالات مطالعه حاضر تلقی گردد. پرسشنامه پیمایش هزینه-درآمد خانوار طراحی شده توسط مرکز آمار ایران، دارای چهار قسمت اصلی به شرح ذیل می‌باشد:

۱- خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار

۲- مشخصات محل سکونت و تسهیلات و لوازم عمده زندگی

<sup>۱</sup> بسته به سال اجرای مطالعه، حجم نمونه کل متفاوت است.

<sup>۲</sup> نمونه‌های این طرح طی سه مرحله و با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی انتخاب شده‌اند که در آن واحد نمونه‌گیری مرحله‌ی اول، شبه حوزه، واحد نمونه‌گیری مرحله دوم، قطعه و واحد نمونه‌گیری مرحله سوم، خانوار معمولی است.

۳- هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی خانوار: این قسمت خود به ۱۴ زیر بخش به شرح

ذیل تقسیم‌بندی می‌شود:

۱. هزینه‌های خوراک
۲. هزینه‌های نوشیدنی‌ها و دخانی‌ها
۳. هزینه‌ها پوشاک و کفش
۴. هزینه‌ای مسکن، آب، فاضلاب، سوخت و روشنایی
۵. هزینه‌های مبلمان، لوازم خانگی و نگهداری معمول
۶. هزینه‌های بهداشتی درمانی
  - ۶,۱. محصولات، وسایل و لوازم پزشکی،
  - ۶,۲. هزینه‌های مستقیم خدمات طبی سرپایی،
  - ۶,۳. هزینه‌های مستقیم خدمات طبی بستری
  - ۶,۴. هزینه‌های مستقیم ترک اعتیاد
۷. هزینه‌های حمل‌ونقل
۸. هزینه‌ای ارتباطات
۹. هزینه‌ای خدمات فرهنگی و تفریحات
۱۰. هزینه‌های آموزشی و تحصیل
۱۱. هزینه‌های غذاهای آماده، هتل و رستوران
۱۲. هزینه کالا و خدمات متفرقه

۱۳. تهیه و فروش کالاهای بادوام منزل سایر هزینه‌های خانوار و انتقالات

۱۴. سرمایه‌گذاری خانوار

دو مورد آخر دوره یادآوری ۱۲ ماه گذشته می‌باشد و بقیه موارد دوره یادآوری ۱ ماه گذشته می‌باشد. البته در مورد بخش شش برای هزینه‌های سرپایی و بستری دوره یاد آمد هم یک ماه (۴ هفته گذشته) و یک سال (۱۲ ماه گذشته) می‌باشد. آیتم مربوط به بیمه‌های بهداشت و درمان در بخش ۱۲ با کد اصلی ۱۲۵۳ و ۷ زیر کد اصلی استخراج می‌شود.

۱. درآمدهای خانوار: شامل ۳ زیر بخش زیر می‌باشد:

۱,۱. درآمدهای پولی اعضای خانوار از مشاغل مزد و حقوق‌بگیری

۱,۲. درآمدهای پولی اعضای خانوار از مشاغل غیرمزد و حقوق‌بگیری (آزاد)

۱,۲,۱. در این قسمت یک کار برگ مربوط به درآمد شاغلان بخش کشاورزی نیز

تکمیل می‌گردد

۱,۳. درآمدهای متفرقه خانوار (۱۲ ماه گذشته) (۱۶).

## ۲-۲-۲- پرسشنامه پیمایش جهانی سلامت

ابزار نخست مرتبط با پرسشنامه معتبر، پایا و قابل‌مقایسه پیمایش جهانی سلامت است که از طریق آن عملکرد نظام سلامت کشورهای مختلف مورد پایش قرار می‌گیرد و این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی گردیده است (۱۷).

این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی گردیده است؛ که هدف از این پیمایش بررسی وضعیت سلامت در کشورهای مختلف می‌باشد. این پرسشنامه برای کشورهای با درآمد بالا و پایین به صورت مجزا با تفاوت‌هایی طراحی گردیده است. به‌طور کلی این پرسشنامه شامل سه قسمت اصل ذیل می‌باشد:

۱- مشخصات پاسخ‌دهندگان

۲- پرسشنامه خانوار

۳- پرسشنامه فردی

پرسشنامه خانوار شامل واحدهای: فهرست خانوار، پوشش مداخلات سلامت، بیمه سلامت، مخارج سلامت، شاخص‌های درآمد پایدار و ثابت و حرفه سلامت می‌باشد (۱۷). در این پرسشنامه دوره یادآوری مخارج خانوار ۱ ماه می‌باشد که به صورت یک سؤال کلی پرسیده می‌شود و بعد مجدد به ۶ گروه مجزا سؤالات تقسیم می‌شود (غذا، آب، برق، گاز، سوخت، تلفن، هزینه‌ها و شهریه‌های تحصیل (مدرسه/ دانشگاه) و کلاس‌های آموزشی آزاد، هزینه‌های مربوط به سلامت و بیماری، بهداشت و درمان (به جز حق بیمه)، بیمه‌های اختیاری یا خویش فرما و تمام موارد دیگری که کالایی خریداری یا خدماتی دریافت کرده‌اید).

در قسمت پرسشنامه خانوار، دوره یاد آمد ۴ هفته برای مخارج کلی خانوار و مخارج سلامت

استفاده می‌شود. دوره یادآوری مخارج سرپایی ۴ هفته گذشته می‌باشد و برای مخارج بستری ۱۲

ماه گذشته در قسمت پرسشنامه فردی دوره یادآوری هزینه‌های سرپایی ۱۲ ماه گذشته و دوره

یادآوری خدمات بستری در ۵ سال (که البته در این قسمت در مورد هزینه‌ها سؤال نمی‌شود) گذشته می‌باشد. در قسمت پرسشنامه فردی بخشی با عنوان پاسخگو بودن نظام سلامت وجود دارد که تقریباً از ۲۵ سؤال بسته و باز تشکیل شده است (۱۸).

نکته مهم لازم به توضیح است که بر اساس استاندارد در هر دو ابزار هزینه‌های نوشیدنی‌ها و هزینه‌های مواد دخانی جزء مخارج خوراک محاسبه نمی‌شوند. این مسئله از نظر محاسبه مخارج خوراک برای محاسبه مخارج کمرشکن سلامت اهمیت دارد.

## ۲-۳- پیمایش بودجه خانوار بانک مرکزی ایران در مناطق شهری

اولین پیمایش بودجه خانوار در ایران در سال ۱۳۱۴ توسط بانک ملی ایران در ۷ شهر کشور صورت گرفت. هدف از این پیمایش تعیین ضرایب اهمیت کالاها و خدمات مصرفی برای محاسبه شاخص هزینه زندگی بر پایه سال ۱۳۱۵ بود. در سال ۱۳۳۸ به منظور تجدیدنظر در ضرایب اهمیت کالاها و خدمات جهت محاسبه شاخص هزینه زندگی، پیمایش ذکر شده توسط آن بانک در ۳۲ شهر کشور انجام شد.

با تأسیس بانک مرکزی و انتقال وظایف مربوط به گردآوری و تجزیه و تحلیل آمارهای گوناگون به این بانک، بررسی بودجه خانوار، طی سال‌های ۱۳۴۴ تا ۱۳۵۲ سالانه و به طور مرتب توسط بانک مرکزی در ۳۲ شهر کشور به مورد اجرا گذاشته شد.

در سال ۱۳۵۳ که به عنوان سال پایه شاخص‌ها انتخاب شده بود، تعداد شهرهای مورد بررسی به ۷۴ شهر افزایش یافت و بررسی بودجه خانوار توسط اداره آمار اقتصادی بانک مرکزی تا سال ۱۳۵۷ در ۷۴ شهر ادامه یافت و در سال ۱۳۵۸ فقط در شهر تهران صورت پذیرفت. طی سال‌های ۱۳۶۲-۱۳۶۱ این بررسی با مشارکت فنی و اجرایی اداره آمار اقتصادی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و مرکز آمار ایران به مورد اجرا گذاشته شد و از سال ۱۳۶۳ تاکنون آمار اقتصادی معجری انجام سالانه بررسی بودجه خانوار در مناطق شهری کشور بوده است.

در سال ۱۳۷۶ با تغییر در الگوی مصرفی خانوارها و نیز ضرورت تغییر سال پایه شاخص قیمت‌ها از سال ۱۳۶۹ به ۱۳۷۶ با توجه به آخرین توصیه‌های سازمان ملل (SNA) تغییراتی در پرسشنامه داده شد. سال پایه فعلی برای شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی سال ۱۳۸۳ می‌باشد. در سال مذکور با توجه به طبقه‌بندی جدید (COICOP) که توصیه شده توسط سازمان ملل می‌باشد، تغییراتی در پرسشنامه داده شد. مهم‌ترین تغییرات اعمال شده افزایش گروه‌های هزینه از ۸ گروه به ۱۲ گروه بوده است. سال ۱۳۹۰ آخرین سال پایه می‌باشد که در ۷۹ شهر و با افزایش حجم نمونه قابل توجهی نسبت به سال پایه قابل اجرا شده است.

دوره پرسش با توجه به عادت خرید کالاها و خدمات توسط خانوارها بدین صورت است که برای مواد خوراکی ۲ روز و ۷ روز قبل از روز آمارگیری و یک ماه قبل از ماه آمارگیری و در مورد مواد غیرخوراکی ۲ روز و ۷ روز قبل از روز آمارگیری و یک ماه و ۱۲ ماه قبل از ماه آمارگیری است. در مورد درآمد، اطلاعات مربوط به ماه و ۱۲ ماه قبل از ماه آمارگیری پرسش



می‌شود. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری سه مرحله‌ای شامل انتخاب شهرهای نمونه (تعداد ۷۹ شهر نمونه از کل مناطق شهری استان‌های مختلف کشور) و در مرحله بعد (انتخاب بلوک‌ها به روش سیستماتیک از بین بلوک‌های فهرست برداری شده در شهرهای منتخب در سال ۱۳۸۹) و با توجه به حجم بلوک مضربی از چهار خانوار به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب می‌گردند و در هر فصل ۲۵ درصد خانوارهای نمونه مورد بررسی قرار می‌گیرند. به‌طور متوسط تعداد حجم نمونه به‌عنوان مثال از ۷۹ شهر با حجم نمونه ۱۲۳۰۰ خانواری بوده است که در مقایسه با پیمایش مرکز آمار در مناطق شهری چیزی حدود ۶۵۰۰ نمونه کمتر است (۱۹).

### ۳-۲- مهم‌ترین تفاوت‌های پیمایش‌های بانک مرکزی و مرکز آمار ایران

۱. **اختلاف در گروه‌بندی‌های هزینه‌ای:** اختلافات عمده در این بخش شامل حداقل سه مورد ذیل است:

۱.۱. در بانک مرکزی ایران تغییرات اعمال‌شده در سال ۱۳۸۳ بدین‌صورت بود که گروه‌های هزینه از ۸ گروه به ۱۲ گروه افزایش یافت که اگرچه تقریباً گروه‌های هزینه‌ای مشابه مرکز آمار ایران بوده با این تفاوت که دو گروه هزینه‌ای شامل تهیه و فروش کالاهای بادوام منزل سایر هزینه‌های خانوار و انتقالات و سرمایه‌گذاری خانوار را شامل نمی‌شود.

۱،۲. علاوه بر آن نوشیدنی‌ها در این پیمایش با مخارج خوراک در نظر گرفته می‌شود درحالی‌که در مرکز آمار ایران در گروه دخانیات تحت عنوان دخانی و آشامیدنی تقسیم‌بندی می‌گردد.

۱،۳. همچنین تفاوت دیگر در زیرگروه‌های مخارج بهداشت و درمان است که در پیمایش بانک مرکزی دو زیرگروه تحت عنوان دارو، لوازم و مواد طبی و درمانی و گروه مرتبط با خدمات پزشکی، دندانپزشکی و پیراپزشکی و هزینه‌های بیمارستانی را شامل می‌شود؛ درحالی‌که در پیمایش مرکز آمار ۴ زیرگروه هزینه‌ای شامل محصولات، وسایل و لوازم پزشکی، هزینه‌های مستقیم خدمات طبی سرپایی، هزینه‌های مستقیم خدمات طبی بستری و هزینه‌های مستقیم ترک اعتیاد برای بهداشت و درمان تعلق گرفته است.

۲. **دوره یاد آمد برای هزینه‌ها:** دوره پرسش با توجه به عادت خرید کالاها و خدمات توسط خانوارها بدین‌صورت است که برای مواد خوراکی ۲ روز و ۷ روز قبل از روز آمارگیری و یک ماه قبل از ماه آمارگیری و در مورد مواد غیرخوراکی ۲ روز و ۷ روز قبل از روز آمارگیری و یک ماه و ۱۲ ماه قبل از ماه آمارگیری است. در صورتی که در کلیه گروه‌های هزینه‌ای در مرکز آمار ایران (غیر از گروه‌های ۱۳ و ۱۴ که در پیمایش بانک مرکزی لحاظ نمی‌شود) دوره یادآوری ۱ ماه گذشته می‌باشد. البته در مورد بخش بهداشت و درمان در پیمایش مرکز آمار ایران، برای هزینه‌های سرپایی و بستری دوره یاد آمد هم یک ماه (۴ هفته گذشته) و یک سال (۱۲ ماه گذشته) می‌باشد.

### ۳. حجم نمونه کمتر در مقایسه با پیمایش مرکز آمار ایران: به طور متوسط تعداد حجم

نمونه به عنوان مثال از ۷۹ شهر با حجم نمونه ۱۲۳۰۰ خانواری بوده است که در مقایسه با

پیمایش مرکز آمار در مناطق شهری چیزی حدود ۶۵۰۰ نمونه کمتر است

#### ۲-۴- روش کار

در مطالعه گذشته‌نگر حاضر، از داده‌های پیمایش هزینه و درآمد خانوار طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ استفاده شد. این پیمایش‌ها دربرگیرنده داده‌هایی از میزان هزینه‌ها و درآمد خانوارهای ساکن در کشور ایران می‌باشد که هر سال توسط مرکز آمار ایران اجرا می‌شوند. این داده‌ها به صورت خود-گزارشده‌ی از خانوارها جمع‌آوری می‌شود. تعدادی خانوار بر اساس روش نمونه‌گیری سه مرحله‌ای خوشه‌ای تصادفی با طبقات انتخاب می‌شوند. نمونه‌ها از هر دو مناطق شهری و روستایی انتخاب می‌شوند. طبق نمونه‌گیری مرکز آمار ایران طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفته‌اند. با توجه به اینکه متوسط هزینه‌ها و درآمد در ماه‌های مختلف سال متفاوت می‌باشد، نمونه‌ها در طی ماه‌های سال توزیع می‌شوند (۲۰). ابزار گردآوری اطلاعات توسط این سازمان پرسشنامه «طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی» بود. زمان انجام این مطالعه طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ می‌باشد. با توجه به هدف‌گذاری برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ملی، از داده‌های ۷ سال گذشته استفاده برای بررسی روند خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در سطح ملی و استانی استفاده گردید.

این پرسشنامه اطلاعاتی در خصوص خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار، مشخصات محل سکونت و دارایی‌های زندگی، مخارج خوراک و غیرخوراکی خانوار و درآمدهای خانوار جمع‌آوری می‌کند. برای تعیین میزان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت، اطلاعات مرتبط با تعیین این شاخص را از داده‌های خام استخراج گردید. اگرچه هم درآمد یک خانوار و هم هزینه‌های کلی یک خانوار را می‌توان از طریق پرسشنامه تخمین زد؛ اما میزان هزینه‌های کلی برای آنالیز نسبت به درآمد یک خانوار ترجیح داده می‌شود به دو دلیل، اول: واریانس هزینه‌های جاری نسبت به درآمدهای جاری کمتر است. داده‌های درآمدی بازتابی از شوک‌های تصادفی هستند درحالی‌که استفاده از داده‌های هزینه‌ای درک بهتری از اثر درآمدی دارند و اثر شوک‌های تصادفی درآمدی در آن لحاظ نمی‌شود که این را توانایی پرداخت بیان می‌کنند. دوم اینکه در اکثر پیمایش خانوارها، داده‌های هزینه‌ای نسبت به داده‌های درآمدی اعتبار (روایی) بیشتری دارند، به همین منظور در محاسبه‌ها هزینه خانوار به‌عنوان نماینده بهتر نسبت به درآمد گزارش شده به‌وسیله خانوار در نظر گرفته شد.

## ۲-۵- چارچوب مفهومی پروژه

اینکه محاسبه پرداخت از جیب خانوار و مخارج کمرشکن سلامت برای کدام گروه هدف تعریف شود، می‌تواند نتایج متفاوتی را به دنبال داشته باشد. به‌طوری‌که محاسبه مخارج کمرشکن سلامت در گروه جمعیت عمومی نتایج متفاوتی با سایر گروه‌های هدف مثلاً محاسبه این مخارج

در گروه بیماران صعب‌العلاج یا بیماری‌های مختلف مزمن باشد. بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج متناسب با گروه هدف مورد مطالعه می‌تواند متفاوت باشد.

اجماعی در خصوص استان‌ها و سرحد هزینه‌ای که میزان بیشتر از آن آستانه برای مخارج مراقبت سلامت، به‌عنوان کمرشکن محسوب شود، وجود ندارد (۴) سازمان جهانی بهداشت نقطه برش با مقادیر برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار را به‌عنوان نقطه برش برای در نظر گرفتن خانوار در مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در نظر گرفته است (۸) سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در کشورهای مختلف بسته به نظام سلامت، ساختار اجتماعی و نیمرخ‌های اقتصادی هر کشور متفاوت است (۲۱).

در مطالعه حاضر برای سنجش میزان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت از داده‌های پیمایش سالیانه هزینه-درآمد خانوار تهیه‌شده توسط مرکز آمار ایران، استفاده گردید؛ بنابراین پرسشنامه استفاده‌شده در این مطالعه با پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت برای سنجش مخارج سلامت خانوار متفاوت است و این تفاوت‌ها در ریز جزئیات و ماهیت مخارج سلامت و همچنین تفاوت در یاد آمد برای اخذ اطلاعات هزینه‌های خصوصی از خانوار می‌باشد.

از روش ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای محاسبه مخارج کمرشکن سلامت، استفاده گردید (۲۲). در این روش خانوارهایی به‌عنوان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت، در نظر گرفته می‌شوند که ۴۰٪ یا بیشتر از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار را صرف خارج سلامت کنند. ظرفیت پرداخت خانوار این‌گونه تعریف می‌شود: درآمد مؤثر

(مخارج کلی خانوار) منهای نیازهای اساسی معیشتی که برحسب اندازه خانوار تعدیل شده است. جزئیات روش محاسبه نرخ مخارج کمرشکن در ادامه آورده شده است (۲۱).

با توجه به اینکه دوره یادآوری برای مخارج خانوار متفاوت بود، تمامی متغیرها بر مبنای ماهیانه تبدیل شدند. بعلاوه چون بررسی مربوط به بیش از یک ماه بود و نرخ تورم در این ماهها بالا بود، همه این مخارج با شاخص قیمت مصرف کننده (CPI) تعدیل شدند.

(۱) توان پرداخت خانوار برای خدمات سلامتی، به عنوان درآمد مؤثر منهای نیازهای اساسی تعریف می شود. طبق گزارش جهانی سال ۲۰۰۰، مخارج غذای خانوارها مبنایی برای هزینه های اساسی بود. به همین دلیل خط فقر غذایی از داده های پیمایشی برای هر کشور، تقریبی از نیازهای اساسی در نظر گرفته می شود. چون خانوارها قبل از پرداخت های سلامتی باید سایر نیازهای اساسی خود را تأمین کنند. در این صورت طبق فرمول ذیل توان پرداخت خانوار محاسبه می شود:

$$if se_h \leq food_h$$

$$ctp_h = exp_h - se_h$$

در مخارج غذایی برخی از خانوارها ممکن است که یارانه های غذایی، خود تولیدی و دیگر منابع غیر پولی مصرف غذا را شامل نشود. در چنین شرایطی مخارج غذایی آنها کمتر از مخارج حداقل معیشت گزارش می شود. این نشان می دهد که مخارج غذای خانوار کمتر از خط معیشت

خانوار برآورد شده برای کشور است. برای این خانوارها ظرفیت پرداخت خانوار به شرح ذیل محاسبه شد: (۶-۷-۸-۹-۱۰).

$$\text{if } se_h > food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h$$

۲) بعد تعدیل شده خانوار برای هر خانوار: برای محاسبه خط فقر غذایی، ابتدا مخارج غذایی خانوارهای مورد مطالعه با استفاده روش مقیاس هم‌تراز برای خانوارهای با ابعاد متفاوت معادل‌سازی شد. سپس با توجه به ارزش سبد غذایی، خط فقر محاسبه شد. این خط فقر در تجزیه و تحلیل مخارج حداقل معیشت مورد استفاده قرار گرفت. هدف از محاسبه مقیاس هم‌تراز، مقایسه پذیر کردن رفاه خانوارها با ابعاد مختلف بود. با توجه به مقیاس اقتصادی مصرف خانوارها و بنا به اصل صرفه‌جویی به مقیاس، با افزایش تعداد اعضای خانوار، هزینه‌های خانوار بین اعضا سرشکن شده و به میزانی کمتر افزایش یافت. این مقیاس به‌جای بعد واقعی خانوارها استفاده شد. این مقیاس برابر است با:

$$eqsize = hysize$$

$$hysize = size^\beta$$

$$\beta = 0.56$$

$$eqsize = size^{0.56}$$

۳) سهم مخارج خوراکی از کل مخارج برای هر خانوار

$$foodexp_h = \frac{food_h}{exp_h}$$

۴) خانوارهای نمونه را برحسب «سهم خوراک از کل هزینه‌های خانوار» مرتب نموده و سپس به صد گروه مساوی تفکیک می‌کنیم هر کدام از این گروه‌ها یک صدک نامیده می‌شود صدک های ۴۵ و ۵۵ کل نمونه انتخاب و به ترتیب food 45 و food55 نامیده می‌شود.

۵) مخارج خوراک هر خانوار بر بعد تعدیل شده آن

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

۶) میانگین وزنی مخارج خوراکی در صدک های ۴۵ تا ۵۵ مخارج معاش سرانه (تعدیل شده) که همان خط فقر است را به تفکیک مناطق روستایی و شهری و کل کشور به دست می‌دهد.

$$food45 < foodexp_h < food55$$

$$pl = \frac{\sum w_h \times eqfood_h}{\sum w_h}$$

۷) مخارج معاش برای هر خانواده محاسبه می‌شود.

$$se_h = pl \times eqsize_h$$

۸) سهم پرداخت از جیب خانوار از ظرفیت پرداخت خانوار: در این بخش با توجه به مفهوم پرداخت از جیب خانوار در سلامت که شامل هزینه‌هایی می‌شود که یک خانوار در محل دریافت



خدمت می‌پردازد، سهم آن نسبت به ظرفیت پرداخت خانوار محاسبه می‌شود. در صورتی که رقم آن بیشتر یا مساوی ۰/۴ باشد، آن خانوار به‌عنوان خانوار مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در نظر گرفته می‌شود. طبق ذیل:

$$cata = 1 \text{ if } \frac{oop_h}{ctp_h} \geq 0.4$$

$$cata = 0 \text{ if } \frac{oop_h}{ctp_h} < 0.4$$

سپس نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن به تفکیک هر استان در سطح مناطق شهری و روستایی محاسبه گردید. تمامی مراحل مرتبط با آنالیز داده‌ها از نرم‌افزارهای Excel نسخه ۲۰۰۷ و SPSS نسخه ۲۰،۰ استفاده شد. برای تعیین اختلاف جغرافیایی بین مناطق روستایی و شهری در استان‌های کشور از شاخص ضریب تغییرات<sup>۱</sup> (Coefficient of variation) استفاده گردید. ترسیم نقشه‌ها برای نشان دادن اختلاف جغرافیایی نرخ مخارج کمرشکن سلامت در استان‌ها با استفاده از ArcMap نسخه ۱۰،۱ صورت گرفت.

۲-۶- یافته‌ها

به دلیل اینکه تعدادی از خانوارها مخارج خوراک خود را صفر گزارش کرده‌اند، از پژوهش حذف شدند. به‌طور کلی بعد از کنار گذاشتن خانوارهایی که مخارج خوراک آن‌ها گزارش نشده

<sup>۱</sup> - Coefficient of Variation (CV)

بود، تعداد ۲۶۶،۹۴۰ خانوار وارد آنالیز نهایی شد. بر اساس میانگین اندازه خانوار در طول ۷ سال مورد مطالعه (۳/۸۸ نفر)، حدود ۱،۰۳۵،۷۲۷ نفر در طول سال‌های مورد مطالعه در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به تفاوت نسبت جمعیتی در روستا و شهر (دوسوم جمعیت ساکن در شهر)، تعداد نمونه‌های مورد مطالعه در تمامی سال‌ها به استثنای سال ۱۳۸۸، در مناطق روستایی بیشتر از شهری بوده است؛ به طوری که نمونه‌های روستایی در کل سال‌های مورد مطالعه به تعداد ۳۹۸۰ نمونه بیشتر از مناطق شهری بوده است که البته با توجه به وزن دهی خانوارها در مناطق روستایی و شهری این مسئله کنترل و در آنالیز لحاظ گردیده است. در جدول ۱ اطلاعات مرتبط با حجم خانوارهای مورد مطالعه در هر سال از دوره مطالعه به تفکیک شهری و روستایی آورده شده است.

**جدول ۱:** حجم نمونه‌های مورد مطالعه در پیمایش هزینه-درآمد خانوار برحسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۹۳-

۱۳۸۷

| سال  | منطقه سکونت | تعداد نمونه‌های اولیه | تعداد نمونه‌های حذف شده* | تعداد نمونه‌های نهایی | تعداد کل نمونه |
|------|-------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| ۱۳۸۷ | روستایی     | ۱۹۷۰۷                 | ۳۷                       | ۱۹۶۷۰                 | ۳۹۰۰۸          |
|      | شهری        | ۱۹۳۸۱                 | ۴۳                       | ۱۹۳۳۸                 |                |
| ۱۳۸۸ | روستایی     | ۱۸۲۰۳                 | ۳۷                       | ۱۸۱۶۶                 | ۳۶۷۷۲          |
|      | شهری        | ۱۸۶۶۵                 | ۵۹                       | ۱۸۶۰۶                 |                |
| ۱۳۸۹ | روستایی     | ۱۹۵۸۴                 | ۵۷                       | ۱۹۵۲۷                 | ۳۸۱۷۶          |
|      | شهری        | ۱۸۷۰۱                 | ۵۲                       | ۱۸۶۴۹                 |                |
| ۱۳۹۰ | روستایی     | ۱۹۷۸۶                 | ۴۷                       | ۱۹۷۳۹                 | ۳۸۴۳۴          |
|      | شهری        | ۱۸۷۲۷                 | ۳۲                       | ۱۸۶۹۵                 |                |
| ۱۳۹۱ | روستایی     | ۱۹۶۵۷                 | ۴۲                       | ۱۹۶۱۵                 | ۳۸۱۱۷          |

|        |        |     |        |         |      |
|--------|--------|-----|--------|---------|------|
|        | ۱۸۵۰۲  | ۳۳  | ۱۸۵۳۵  | شهری    |      |
| ۳۸۲۴۴  | ۱۹۴۱۰  | ۲۶  | ۱۹۴۳۶  | روستایی | ۱۳۹۲ |
|        | ۱۸۸۳۴  | ۴۶  | ۱۸۸۸۰  | شهری    |      |
| ۳۸۱۸۹  | ۱۹۳۳۴  | ۵۶  | ۱۹۳۹۰  | روستایی | ۱۳۹۳ |
|        | ۱۸۸۵۵  | ۲۸  | ۱۸۸۸۵  | شهری    |      |
| ۲۶۶۹۴۰ | ۱۳۵۴۶۱ | ۳۰۲ | ۱۳۵۷۶۳ | روستایی | کل   |
|        | ۱۳۱۴۷۹ | ۲۹۳ | ۱۳۱۷۷۴ | شهری    |      |

\* خانوارهایی که هزینه‌های خوراک آنان گزارش نشده بود، از آنالیز نهایی حذف گردیدند.

### میانگین مخارج خوراک برای هر خانوار طی سال‌های مورد مطالعه روند افزایشی داشته

است؛ به طوری که در ۱۳۸۷ از مبلغ ۱،۶۹۵،۰۲۱ ریال به ۴،۶۷۰،۱۰۴ ریال در سال ۱۳۹۳ نزدیک به ۲/۸ برابر نسبت به سال پایه افزایش نشان داد. بعلاوه یافته‌ها نشان می‌دهد، اختلاف بسیار ناچیزی بین مخارج خوراک خانوار مناطق روستایی و شهری در سال‌های مورد مطالعه وجود دارد.

### در خصوص مخارج کل مصرفی خانوار، یافته‌ها نشان داد که مخارج کل مصرفی

خانوار در طی سال‌های مورد مطالعه روند رو به افزایشی داشته است؛ به طوری که رشد ۲/۵ برابری در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ از مبلغ ۷،۰۸۴،۳۲۹ ریال به ۱۷،۸۵۷،۳۵۳ ریال در سال ۱۳۹۳ را نشان داد. این افزایش در مناطق روستایی (۲/۶ برابر) در مقایسه با مناطق شهری (۲/۵ برابر) بیشتر بوده است. بعلاوه، اختلاف چشمگیری در خصوص مخارج مصرفی خانوار بین مناطق روستایی و شهری در تمامی سال‌های مورد مطالعه وجود دارد. به طوری که مخارج کل مصرفی یک خانوار شهری به طور متوسط ۵۲ تا ۷۶ درصد بیشتر از یک خانوار روستایی است.

**در خصوص توانایی پرداخت هر خانوار** نیز یافته‌ها بیانگر این بود که ظرفیت پرداخت در طی سال‌های مورد مطالعه روند افزایشی را نشان داده است؛ ظرفیت پرداخت هر خانوار از مبلغ ۵,۷۸۰,۰۲۰ ریال در سال ۱۳۸۷ به مبلغ ۱۴,۱۰۵,۱۲۸ ریال در سال ۱۳۹۳ به میزان ۲/۴ برابر نسبت به سال پایه افزایش نشان داد. این افزایش در مناطق روستایی و شهری تقریباً الگوی یکسانی داشت. بعلاوه اختلاف چشمگیری بین مناطق روستایی و شهری از نظر ظرفیت پرداخت خانوار وجود دارد. به طوری که در دوره مورد مطالعه مقدار ریالی ظرفیت پرداخت خانوار در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی بوده و حداقل اختلاف ریالی ۳,۴۳۵,۸۶۷ ریال بوده است که در طول سال‌های مورد مطالعه به تدریج افزایش داشته است. به عبارت دقیق‌تر ظرفیت پرداخت بک خانوار شهری بین ۸۰ تا ۱۰۳ درصد بیشتر از یک خانوار روستایی بوده است. جدول ۲، سایر اطلاعات جزئی در خصوص مخارج کل مصرفی خانوار، مخارج خوراک و ظرفیت پرداخت خانوار برای سال‌های مورد مطالعه و برحسب مقدار ریالی و ارزش دلار آمریکا نشان می‌دهد.

**جدول ۲:** میانگین مخارج کل مصرفی خانوار، مخارج خوراک و توانایی پرداخت خانوار در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳

| سال  | منطقه سکونت | مخارج کل<br>مصرفی خانوار<br>به ریال (US \$) | مخارج خوراک<br>خانوار به ریال (US \$) | ظرفیت پرداخت<br>خانوار به ریال<br>(US \$) | مخارج خوراک<br>فردی به ریال (US \$) |
|------|-------------|---|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ۱۳۸۷ | شهری        | (۸۴۶/۸)<br>۸,۱۰۱,۸۵۵                        | (۱۷۷/۳) ۱,۶۹۶,۲۰۱                     | (۷۱۰/۸) ۶,۸۰۰,۹۸۰                         | (۸۵/۰) ۸۱۳,۶۳۰                      |
|      | روستایی     | (۴۸۱/۲)<br>۴,۶۰۴,۰۶۷                        | (۱۷۶/۹) ۱,۶۹۲,۱۴۴                     | (۳۵۱/۷) ۳,۳۶۵,۱۱۳                         | (۷۹/۲) ۷۵۷,۷۸۶                      |
|      | کل          | (۷۴۰/۵)<br>۷,۰۸۴,۳۲۹                        | (۱۷۷/۲) ۱,۶۹۵,۰۲۱                     | (۶۰۴/۲) ۵,۷۸۰,۰۲۰                         | (۸۳/۳) ۷۹۷,۳۸۴                      |
| ۱۳۸۸ | شهری        | (۸۶۳/۵)<br>۸,۵۶۳,۳۶۵                        | (۱۸۲/۴) ۱,۸۰۸,۶۳۴                     | (۷۲۰/۷) ۷,۱۴۶,۸۹۸                         | (۸۸/۴) ۸۷۷,۱۶۷                      |
|      | روستایی     | (۵۰۹/۱)<br>۵,۰۴۸,۹۷۲                        | (۱۸۰/۱) ۱,۷۸۵,۷۸۸                     | (۳۷۲/۳) ۳,۶۹۲,۶۹۹                         | (۸۱/۲) ۸۰۵,۳۸۲                      |
|      | کل          | (۷۶۶/۵)<br>۷,۶۰۱,۲۱۰                        | (۱۸۱/۷) ۱,۸۰۲,۳۷۹                     | (۶۲۲/۰) ۶,۱۶۸,۴۱۹                         | (۸۶/۵) ۸۵۷,۵۱۴                      |
| ۱۳۸۹ | شهری        | (۹۴۲/۱)<br>۹,۷۳۶,۳۷۲                        | (۲۰۲/۹) ۲,۰۹۶,۵۸۳                     | (۸۷۲/۹) ۸,۰۹۱,۵۱۸                         | (۹۹/۴) ۱,۰۲۶,۸۴۲                    |
|      | روستایی     | (۵۶۴/۱)<br>۵,۸۳۰,۲۷۴                        | (۲۰۶/۱) ۲,۰۱۳,۰۹۱                     | (۴۱۲/۰) ۴,۲۵۷,۸۵۹                         | (۹۵/۳) ۹۸۴,۶۹۷                      |
|      | کل          | (۸۴۱/۷)<br>۸,۶۹۸,۶۳۱                        | (۲۰۳/۹) ۲,۰۱۰,۶۷۴                     | (۶۸۵/۰) ۷,۰۷۸,۹۹۷                         | (۹۸/۳) ۱,۰۱۵,۶۴۵                    |
| ۱۳۹۰ | شهری        | (۱۰۲۶/۹)<br>۱۱,۲۵۶,۴۲۶                      | (۲۴۰/۳) ۲,۶۳۳,۷۱۴                     | (۸۳۱/۱) ۹,۱۱۰,۲۷۲                         | (۱۱۸/۴) ۱,۰۲۹۷,۷۰۱                  |
|      | روستایی     | (۶۴۷/۷)<br>۷,۰۹۹,۹۷۷                        | (۲۴۵/۹) ۲,۶۹۵,۲۷۳                     | (۴۵۹/۰) ۵,۰۳۱,۸۵۳                         | (۱۱۴/۵) ۱,۰۲۵۴,۹۵۱                  |
|      | کل          | (۹۲۳/۹)<br>۱۰,۱۲۸,۱۰۴                       | (۲۴۱/۸) ۲,۶۵۰,۴۲۵                     | (۷۳۰/۴) ۸,۰۰۶,۳۳۹                         | (۱۱۷/۳) ۱,۰۲۸۶,۰۹۶                  |
| ۱۳۹۱ | شهری        | (۱۱۳۹/۷)<br>۱۳,۹۷۳,۳۲۴                      | (۲۹۳/۶) ۳,۵۹۹,۱۴۹                     | (۹۱۱/۱) ۱۱,۱۷۰,۳۵۵                        | (۱۴۶/۷) ۱,۵۹۸,۰۸۸                   |
|      | روستایی     | (۷۴۷/۳)<br>۹,۰۱۶۲,۲۳۴                       | (۳۰۴/۸) ۳,۷۳۶,۴۳۷                     | (۵۰۶/۳) ۶,۲۰۶,۷۷۳                         | (۱۴۴/۱) ۱,۵۶۷,۲۶۳                   |
|      | کل          | (۱۰۳۸/۳)<br>۱۲,۷۲۹,۵۸۹                      | (۲۹۶/۵) ۳,۶۳۴,۶۴۰                     | (۸۰۳/۰) ۹,۸۴۵,۴۲۶                         | (۱۴۶/۰) ۱,۵۷۰,۱۱۹                   |
| ۱۳۹۲ | شهری        | (۸۲۶/۸)                                     | (۲۰۸/۵) ۴,۴۳۰,۵۰۸                     | (۶۶۰/۲) ۱۴,۰۳۱,۸۱۶                        | (۱۰۵/۹) ۲,۰۲۴۹,۸۸۹                  |

|         |         |                   |                    |                   |
|---------|---------|-------------------|--------------------|-------------------|
|         |         |                   | ۱۷,۵۷۱,۴۵۰         |                   |
| روستایی | (۵۱۵/۹) | (۲۱۵/۶) ۴,۵۸۱,۸۰۴ | ۷,۳۳۳,۲۳۰ (۳۴۵/۰)  | ۲,۲۰۸,۶۹۵ (۱۰۳/۹) |
| کل      | (۷۴۴/۳) | (۲۱۰/۳) ۴,۴۷۰,۵۹۵ | ۱۲,۲۱۱,۲۲۰ (۵۷۴/۶) | ۲,۲۳۸,۹۵۴ (۱۰۵/۳) |
| شهری    | (۷۵۵/۷) | (۱۷۶/۱) ۴,۶۶۹,۱۹۱ | ۸,۰۱۹,۳۶۰ (۶۱۵/۰)  | ۲,۳۹۰,۳۰۹ (۹۰/۲)  |
| روستایی | (۴۴۳/۲) | (۱۷۶/۳) ۴,۶۷۲,۶۶۷ | ۸,۰۱۹,۳۶۰ (۳۰۲/۵)  | ۲,۲۷۱,۸۶۱ (۸۵/۷)  |
| کل      | (۶۷۳/۶) | (۱۷۶/۲) ۴,۶۷۰,۱۰۴ | ۱۴,۱۰۵,۱۲۸ (۵۳۲/۱) | ۲,۳۵۹,۲۱۱ (۸۹/۰)  |

میانگین بعد خانوار در طی سال‌های مورد مطالعه نشان داد که بُعد خانوار مناطق روستایی در تمامی سال‌های مورد مطالعه بالاتر از مناطق شهری می‌باشد، در حالی که میانگین کلی بعد خانوار از سال ۱۳۸۷ از ۴/۰ نفر به ۳/۵ نفر در سال ۱۳۹۳ کاهش داشته است.

**نتایج حاصل از خط فقر** نشان داد که متوسط خط فقر ماهیانه به ازای هر فرد در تمامی سال‌های مورد مطالعه در هر دو مناطق شهری و روستایی افزایش داشته است که سهم این افزایش برای هر یک از مناطق شهری و روستایی در سال ۱۳۹۳ نزدیک به ۳ برابر مقدار ریالی در سال پایه ۱۳۸۷ بوده است. خط فقر در مناطق روستایی پایین‌تر از مناطق شهری بوده و بیشترین اختلاف مرتبط با سال ۱۳۹۳، با مقدار ریالی ۱۳۰,۵۰۴ ریال بوده است.

**یافته‌های حاصل از مخارج بهداشت و درمان ماهیانه خانوار (پرداخت از جیب)** نشان داد که این مخارج در مناطق شهری بیشتر از روستایی بوده و اختلاف نسبتاً چشمگیری را از ۱۹۳,۴۰۳ در سال ۱۳۸۷ تا ۴۳۹,۱۸۳ ریال در سال ۱۳۹۳ نشان داد. بیشترین اختلاف مرتبط با سال ۱۳۹۳ بوده است. بعلاوه مخارج بهداشت و درمان طی سال‌های مورد مطالعه

در هر دو مناطق شهری و روستایی به‌استثنای سال ۱۳۹۰ روند صعودی داشته است. اطلاعات جزئی در خصوص میانگین بعد خانوار، خط فقر و مخارج بهداشت و درمان برحسب ریال و دلار (بر مبنای ارزش ریالی ارز) در جدول ۳ آورده شده است.

**جدول ۳: میانگین بعد خانوار، خط فقر و مخارج بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۷**

| سال  | منطقه سکونت | متوسط اندازه خانوار | متوسط خط فقر ماهیانه فردی به ریال (*US \$) | متوسط مخارج ماهیانه سلامت فردی به ریال (*US \$) | متوسط مخارج ماهیانه سلامت خانوار به ریال (*US \$) |
|------|-------------|---------------------|--|---|---|
| ۱۳۸۷ | شهری        | ۳/۸                 | ۸۰۹,۹۲۸ (۸۴/۷)                             | ۲۴۸,۳۸۰ (۲۶/۰)                                  | ۴۹۳,۵۹۰ (۵۱/۶)                                    |
|      | روستایی     | ۴/۳                 | ۷۲۷,۴۹۷ (۷۶/۰)                             | ۱۳۸,۳۴۶ (۱۴/۵)                                  | ۳۰۰,۱۸۷ (۳۱/۴)                                    |
|      | کل          | ۴/۰                 | ۸۱۲,۰۷۷ (۸۴/۹)                             | ۲۱۶,۳۷۰ (۲۲/۶)                                  | ۴۳۷,۳۲۸ (۴۵/۷)                                    |
| ۱۳۸۸ | شهری        | ۳/۸                 | ۸۹۹,۴۶۶ (۹۰/۷)                             | ۲۸۲,۳۱۴ (۲۸/۵)                                  | ۵۶۳,۴۵۲ (۵۶/۸)                                    |
|      | روستایی     | ۴/۲                 | ۷۷۴,۶۸۲ (۷۸/۱)                             | ۱۸۵,۶۲۹ (۱۸/۷)                                  | ۳۹۳,۹۶۹ (۳۹/۷)                                    |
|      | کل          | ۳/۹                 | ۹۱۲,۳۵۱ (۹۲/۰)                             | ۲۵۵,۸۴۴ (۲۵/۸)                                  | ۵۱۷,۰۵۲ (۵۲/۱)                                    |
| ۱۳۸۹ | شهری        | ۳/۷                 | ۱,۰۴۲,۱۷۷ (۱۰۰/۸)                          | ۲۱۹,۲۵۴ (۲۱/۲)                                  | ۷۰۳,۱۸۷ (۶۸/۰)                                    |
|      | روستایی     | ۳/۸                 | ۹۵۳,۹۳۸ (۹۲/۳)                             | ۱۲۸,۳۲۳ (۱۲/۴)                                  | ۴۴۳,۷۱۲ (۴۲/۹)                                    |
|      | کل          | ۴/۱                 | ۱,۰۱۱,۱۷۹ (۹۷/۸)                           | ۱۹۵,۰۹۶ (۱۸/۹)                                  | ۶۳۴,۲۵۲ (۶۱/۴)                                    |
| ۱۳۹۰ | شهری        | ۳/۷                 | ۱,۳۳۳,۹۰۸ (۱۱۸/۰)                          | ۳۱۲,۸۳۲ (۲۸/۵)                                  | ۵۹۵,۱۹۳ (۵۴/۳)                                    |
|      | روستایی     | ۴/۰                 | ۱,۲۰۳,۳۶۷ (۱۰۹/۸)                          | ۱۹۴,۶۶۰ (۱۷/۸)                                  | ۴۰۰,۶۱۵ (۳۶/۵)                                    |
|      | کل          | ۳/۸                 | ۱,۲۹۲,۹۳۹ (۱۴۰/۵)                          | ۲۸۰,۷۵۲ (۲۵/۶)                                  | ۵۴۲,۳۷۲ (۴۹/۵)                                    |
| ۱۳۹۱ | شهری        | ۳/۶                 | ۱,۷۲۲,۱۵۷ (۱۴۹/۲)                          | ۳۹۴,۲۱۷ (۳۲/۱)                                  | ۷۴۶,۰۱۰ (۶۰/۸)                                    |
|      | روستایی     | ۳/۹                 | ۱,۸۲۹,۳۷۱ (۱۴۶/۸)                          | ۲۶۱,۷۷۸ (۲۱/۳)                                  | ۵۲۸,۵۵۹ (۴۳/۱)                                    |
|      | کل          | ۳/۷                 | ۱,۸۰۰,۲۳۱ (۱۰۵/۰)                          | ۳۵۹,۹۸۰ (۲۹/۴)                                  | ۶۸۹,۷۹۶ (۵۶/۳)                                    |
| ۱۳۹۲ | شهری        | ۳/۵                 | ۲,۲۳۱,۱۴۲ (۱۰۵/۰)                          | ۶۲۳,۲۳۵ (۲۹/۳)                                  | ۱,۱۷۵,۵۹۵ (۵۵/۱)                                  |
|      | روستایی     | ۳/۸                 | ۲,۲۳۲,۶۸۲ (۱۰۷/۶)                          | ۳۷۵,۱۴۷ (۱۷/۶)                                  | ۷۴۹,۴۰۹ (۳۵/۳)                                    |
|      | کل          | ۳/۶                 | ۲,۲۸۶,۶۸۱ (۸۸/۸)                           | ۵۵۷,۳۸۲ (۲۶/۲)                                  | ۱,۰۶۲,۴۶۷ (۵۰/۰)                                  |
| ۱۳۹۳ | شهری        | ۳/۵                 | ۲,۳۵۳,۷۱۷ (۸۸/۸)                           | ۷۲۶,۱۴۰ (۲۷/۴)                                  | ۱,۳۴۱,۴۲۳ (۵۰/۶)                                  |
|      | روستایی     | ۳/۷                 | ۲,۲۲۳,۲۱۳ (۸۳/۸)                           | ۳۹۴,۱۱۱ (۱۴/۹)                                  | ۷۸۰,۶۰۶ (۲۹/۴)                                    |
|      | کل          | ۳/۵                 | ۲,۳۹۳,۴۲۳ (۹۰/۳)                           | ۶۳۸,۹۷۰ (۲۴/۱)                                  | ۱,۱۹۴,۱۸۶ (۴۵/۰)                                  |

\* نرخ ارز برای معادل‌سازی ریال به دلار، بر اساس میانگین نوسانات روزانه نرخ ارز در یک سال، از سایت بانک مرکزی استخراج گردید. ضمناً با توجه به رکود اقتصادی در سال‌های ۹۰ و ۹۱ و تفاوت بین نرخ ارز مرجع و ارز بازار، مبنای نرخ ارز، نرخ گزارش شده توسط بانک مرکزی در این سال‌ها مبنای قرار گرفت.

Source: [http://www.cbi.ir/exratesadv/exratesadv\\_fa.aspx](http://www.cbi.ir/exratesadv/exratesadv_fa.aspx)

جدول ۴، نسبت مخارج بهداشت و درمان (پرداخت از جیب خانوار برای بهداشت و درمان) و مخارج خوراک را نسبت به ظرفیت پرداخت خانوارها نشان می‌دهد. با توجه به این اطلاعات سهم مخارج بهداشت و درمان به توانایی پرداخت خانوارها در تمامی سال‌ها در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷، افزایش داشته است. نسبت مخارج خوراک به توانایی پرداخت خانوارها به‌استثنای سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۹۳ در مقایسه با سال قبل خود از روند صعودی برخوردار بوده است. اما در سال ۱۳۹۳ این نسبت در مقایسه با سال قبل کاهش نشان داده است.

**جدول ۴:** سهم و نسبت پرداخت از جیب و خوراک خانوار به ظرفیت پرداخت خانوار برحسب منطقه سکونت؛

۱۳۸۷-۱۳۹۳

| سال  | منطقه سکونت | *oop/ctp (%) | **foodexp/ctp (%) |
|------|-------------|--------------|-------------------|
| ۱۳۸۷ | شهری        | ۵/۸          | ۳۳/۹              |
|      | روستایی     | ۷/۸          | ۷۱/۲              |
|      | کل          | ۶/۲          | ۴۵/۳              |
| ۱۳۸۸ | شهری        | ۶/۵          | ۳۴/۱              |
|      | روستایی     | ۸/۸          | ۶۷/۹              |
|      | کل          | ۷/۲          | ۴۴/۱              |
| ۱۳۸۹ | شهری        | ۶/۸          | ۳۶/۰              |
|      | روستایی     | ۸/۷          | ۷۱/۹              |

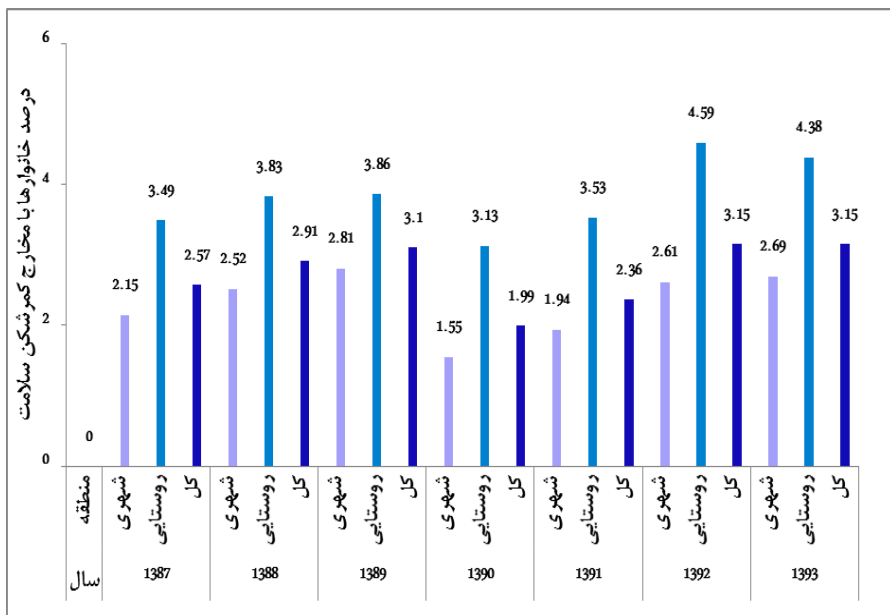


|      |     |         |      |
|------|-----|---------|------|
| ۴۵/۵ | ۷/۴ | کل      |      |
| ۳۹/۲ | ۶/۰ | شهری    | ۱۳۹۰ |
| ۷۴/۱ | ۸/۰ | روستایی |      |
| ۴۸/۱ | ۶/۶ | کل      |      |
| ۴۳/۰ | ۶/۱ | شهری    | ۱۳۹۱ |
| ۸۵/۳ | ۸/۳ | روستایی |      |
| ۵۴/۱ | ۶/۷ | کل      |      |
| ۴۲/۸ | ۷/۴ | شهری    | ۱۳۹۲ |
| ۸۷/۷ | ۹/۴ | روستایی |      |
| ۵۵/۰ | ۸/۰ | کل      |      |
| ۳۸/۴ | ۷/۳ | شهری    | ۱۳۹۳ |
| ۸۱/۱ | ۹/۱ | روستایی |      |
| ۵۰/۱ | ۷/۸ | کل      |      |

\* سهم مخارج بهداشت و درمان خانوار (پرداخت از جیب) به ظرفیت پرداخت خانوار (oop/ctp) \*\* نسبت مخارج خوراک به ظرفیت پرداخت خانوار (foodexp/ctp)

نمودار ۱ و ۲ درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت بر اساس توانایی پرداخت در کل جمعیت مورد مطالعه به تفکیک مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد. نرخ خانوارهای مواجهه یافته در طی سال‌های مورد مطالعه به استثنای سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۳ در مقایسه با سال قبل از خود روند افزایشی داشته است. این رقم در سال ۱۳۸۷، ۲/۵۷ و در سال ۱۳۹۳ به ۳/۱۵ درصد افزایش یافته است. تنها در سال ۱۳۹۰ این رقم از ۳/۱ در سال ۱۳۸۹ به ۱/۹۹ درصد کاهش داشته است که در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ نیز کاهش نشان می‌دهد. در سال ۱۳۹۳ این نرخ در مقایسه با سال قبل خود بدون تغییر بوده است و باز هم نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ همچنان افزایش

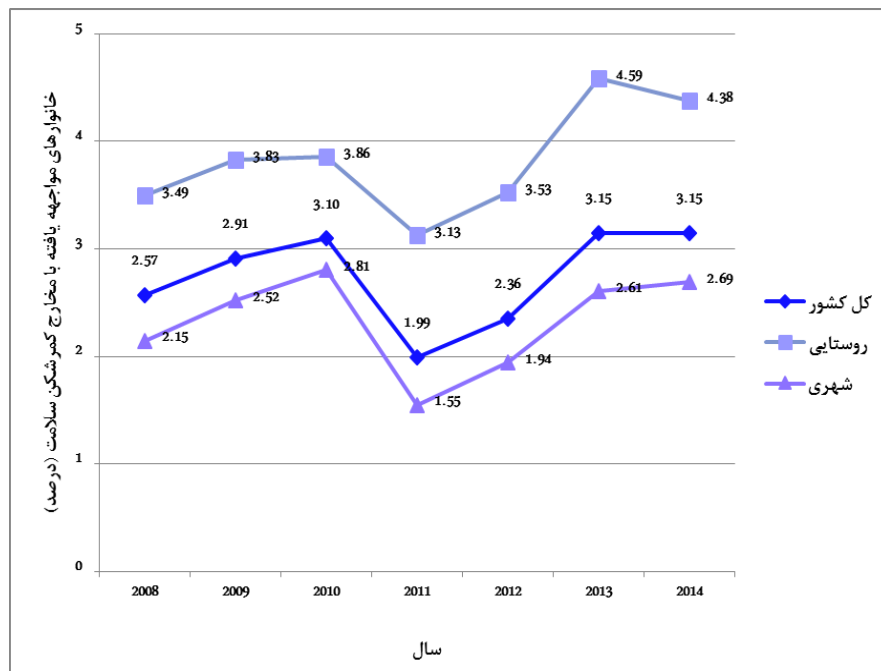
۲۰٪ را نشان می‌دهد. بعلاوه متوسط میزان ریالی پرداخت از جیب خانوارها در سال ۱۳۹۳ به‌رغم اجرای طرح تحول سلامت و اختصاص منابع ریالی قابل توجهی از محل منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت و ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده سلامت به‌منظور کاهش پرداخت از جیب خانوار، نسبت به سال قبل با نرخ مشابه ۳/۱۵ درصد ثابت مانده است. این نرخ در سال ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به بالاترین میزان خود رسیده است. به‌طور مثال در این سال‌ها از هر ۱۰۰۰ خانوار مناطق روستایی ۴۴ خانوار و از هر ۱۰۰۰ خانوار شهری ۲۷ خانوار متحمل مخارج کمرشکن سلامت شده‌اند.



**نمودار ۱:** میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور برحسب منطقه سکونت در دوره

۱۳۸۷-۱۳۹۳

بعلاوه بر اساس نمودار ۲، در تمامی سال‌های مورد مطالعه، سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده است که این شکاف در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به بالاترین سطح خود یعنی اختلاف ۶۲ و ۷۵ درصد رسیده است. همچنین یافته‌ها نشان داد درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در مناطق روستایی از رقم ۳/۴۹ در ۱۳۸۷ به ۴/۳۸ درصد در سال ۱۳۹۳، افزایش ۲۵٪ را نشان داد. تنها در سال ۱۳۹۰ نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در مقایسه با سال قبل از خود و همچنین سال پایه ۱۳۸۷ کاهش داشته است. در مناطق شهری نیز نتایج بدین صورت بود که در سال ۱۳۸۷، درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به میزان ۲/۱۵ درصد بوده است که در سال ۱۳۹۳ به ۲/۶۹ درصد افزایش یافته است که افزایش ۲۵٪ در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ نشان می‌دهد. در مناطق شهری تنها در سال ۱۳۹۰ نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در مقایسه با سال قبل از خود کاهش داشته است. همچنین این نرخ در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ کاهش داشته است.



**نمودار ۲:** روند میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور برحسب منطقه سکونت در دوره

۱۳۸۷-۱۳۹۳

در مطالعه حاضر برای نشان دادن ساده اختلاف بین استان‌های مختلف کشور از نظر سهم مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت از شاخص ضریب تغییرات استفاده گردید. در این شاخص انحراف معیار بین مناطق مختلف کشور بر میانگین کشوری تقسیم می‌شود. نتایج حاصل از این شاخص نشان داد که اختلاف جغرافیایی، از رقم  $0/43$  تا  $0/72$  در طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۱ افزایش و سپس در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به رقمی نزدیک به سال پایه ۱۳۸۷ کاهش یافت. به طوری که این اختلاف بین استان‌های کشور در طی سال‌های مورد مطالعه به تدریج بیشتر

شده است. جدول ۵ جزئیات درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت و شاخص ضریب تغییرات را در طی سال‌های مورد مطالعه به تفکیک منطقه سکونت نشان می‌دهد.

**جدول ۵:** شاخص ضریب تغییرات برای تعیین اختلاف جغرافیایی میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن

سلامت در کشور برحسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳

| سال  | شاخص               | منطقه سکونت |           |           |
|------|--------------------|-------------|-----------|-----------|
|      |                    | شهری        | روستایی   | کل        |
| ۱۳۸۷ | % CHE* ( $\pm$ Sd) | (۱/۱)۲/۱۵   | (۱/۶)۳/۴۹ | (۱/۱)۲/۵۷ |
|      | CV**               | ۰/۵۵        | ۰/۴۹      | ۰/۴۳      |
| ۱۳۸۸ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۲)۲/۵۲   | (۱/۷)۳/۸۳ | (۱/۳)۲/۹۱ |
|      | CV                 | ۰/۴۷        | ۰/۴۸      | ۰/۴۴      |
| ۱۳۸۹ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۲)۲/۸۱   | (۱/۹)۳/۸۶ | (۱/۴)۳/۱۰ |
|      | CV                 | ۰/۴۳        | ۰/۴۹      | ۰/۴۴      |
| ۱۳۹۰ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۳)۱/۵۵   | (۱/۹)۳/۱۳ | (۱/۴)۱/۹۹ |
|      | CV                 | ۰/۷۸        | ۰/۷۰      | ۰/۶۹      |
| ۱۳۹۱ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۴)۱/۹۴   | (۲/۱)۳/۵۳ | (۱/۵)۲/۳۶ |
|      | CV                 | ۰/۷۶        | ۰/۷۰      | ۰/۷۲      |
| ۱۳۹۲ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۲)۲/۶۱   | (۲/۳)۴/۵۹ | (۱/۳)۳/۱۵ |
|      | CV                 | ۰/۴۵        | ۰/۵۵      | ۰/۴۲      |
| ۱۳۹۳ | % CHE ( $\pm$ Sd)  | (۱/۵)۲/۶۹   | (۲/۱)۴/۳۸ | (۱/۵)۳/۱۵ |
|      | CV                 | ۰/۵۷        | ۰/۴۸      | ۰/۴۹      |

\*نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت (CHE) (% \*\* شاخص ضریب تغییرات (CV) که

نشان‌دهنده شدت پراکندگی نرخ مخارج کمرشکن سلامت به تفکیک مناطق شهری، روستایی و کل استان‌هاست.

(Coefficient of Variation)

جدول ۶، درصد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به تفکیک هر

استان در مناطق روستایی و شهری نشان می‌دهد.

جدول ۶: درصد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به تفکیک منطقه سکونت در استانهای

کشور طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳

| ردیف | نام استان | ۱۳۸۷ |      | ۱۳۸۸ |      | ۱۳۸۹ |      | ۱۳۹۰ |      | ۱۳۹۱ |      | ۱۳۹۲ |      | ۱۳۹۳ |      | متوسط ۷ سال |
|------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------|
|      |           | کل   | شهری | کل   | شهری | کل   | شهری | کل   | شهری | کل   | شهری | کل   | شهری | کل   | شهری |             |
| ۱    | مکزی      | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۱  | ۲/۳  | ۲/۳         |
| ۲    | گیلان     | ۰/۳  | ۰/۳  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۱  | ۲/۱  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷  | ۲/۷         |
| ۳    | مازندران  | ۰/۴  | ۰/۴  | ۲/۴  | ۲/۴  | ۲/۰  | ۲/۰  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵  | ۲/۵         |
| ۴    | آذربایجان | ۳/۰  | ۳/۰  | ۶/۴  | ۶/۴  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳  | ۳/۳         |
| ۵    | آذربایجان | ۲/۷  | ۲/۷  | ۴/۱  | ۴/۱  | ۳/۷  | ۳/۷  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴  | ۳/۴         |
| ۶    | کرمشاه    | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲         |
| ۷    | خوزستان   | ۲/۲  | ۲/۲  | ۴/۱  | ۴/۱  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲  | ۲/۲         |

|    |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ۸  | فارس                  | ۵/۲ | ۳/۶ | ۲/۱ | ۳/۲ | ۱/۲ | ۳/۱ | ۲/۶ | ۴/۰ | ۲/۵ | ۲/۷ | ۵/۲ |
| ۹  | کرمان                 | ۷/۴ | ۴/۲ | ۳/۷ | ۳/۸ | ۱/۴ | ۳/۰ | ۳/۴ | ۴/۴ | ۲/۷ | ۳/۵ | ۳/۵ |
| ۱۰ | خراسان                | ۴/۰ | ۳/۲ | ۱/۴ | ۳/۱ | ۱/۰ | ۱/۶ | ۲/۱ | ۳/۷ | ۲/۳ | ۲/۲ | ۲/۲ |
| ۱۱ | اصفهان                | ۴/۰ | ۶/۴ | ۲/۴ | ۳/۹ | ۰/۵ | ۳/۰ | ۳/۴ | ۴/۴ | ۴/۷ | ۲/۵ | ۴/۳ |
| ۱۲ | سیستان و<br>بلوچستان  | ۴/۳ | ۷/۶ | ۴/۳ | ۵/۴ | ۰/۹ | ۴/۹ | ۵/۰ | ۴/۶ | ۴/۷ | ۲/۳ | ۴/۳ |
| ۱۳ | کردستان               | ۳/۹ | ۲/۲ | ۲/۲ | ۲/۷ | ۱/۱ | ۲/۷ | ۳/۲ | ۲/۸ | ۲/۴ | ۲/۴ | ۲/۴ |
| ۱۴ | همدان                 | ۲/۵ | ۲/۲ | ۱/۰ | ۲/۲ | ۰/۲ | ۲/۲ | ۳/۲ | ۲/۶ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳ |
| ۱۵ | چهارمحال و<br>بختیاری | ۴/۰ | ۲/۶ | ۲/۱ | ۲/۸ | ۱/۴ | ۲/۱ | ۱/۲ | ۴/۱ | ۲/۶ | ۲/۲ | ۲/۲ |
| ۱۶ | لرستان                | ۴/۰ | ۲/۴ | ۲/۱ | ۲/۸ | ۱/۴ | ۲/۶ | ۲/۸ | ۴/۳ | ۱/۵ | ۲/۳ | ۲/۳ |
| ۱۷ | ایلام                 | ۲/۵ | ۲/۲ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۶ | ۲/۴ | ۲/۴ | ۲/۲ | ۲/۵ | ۲/۲ | ۲/۲ |

ادامه جدول ۶: درصد سهم خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به تفکیک منطقه سکونت در

استان‌های کشور طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۷





|    |     |     |     |     |     |      |     |     |    |        |     |     |        |     |        |     |       |     |     |              |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|----|--------|-----|-----|--------|-----|--------|-----|-------|-----|-----|--------------|
| ۲۶ | قیم | ۳/۵ | ۱/۸ | ۲/۶ | ۲۷  | فزون | ۱/۸ | ۲/۶ | ۲۸ | گلستان | ۲/۵ | ۲۹  | خراسان | ۳۰  | خراسان | ۳۱  | البرز | ۲/۷ | ۳۱  | میانگین کشور |
| ۲۷ | ۶/۶ | ۲/۴ | ۴/۴ | ۱/۸ | ۲/۴ | ۲۷   | ۲/۴ | ۴/۴ | ۲۸ | ۲/۴    | ۴/۸ | ۲/۴ | ۲/۴    | ۲/۴ | ۲/۴    | ۲/۴ | ۲/۴   | ۲/۵ | ۲/۵ | ۲/۵          |
| ۲۸ | ۳/۴ | ۱/۵ | ۳/۰ | ۲/۶ | ۳/۰ | ۲۸   | ۳/۰ | ۳/۰ | ۲۸ | ۳/۰    | ۲/۴ | ۳/۰ | ۳/۰    | ۳/۰ | ۳/۰    | ۳/۰ | ۳/۰   | ۳/۰ | ۳/۰ | ۳/۰          |
| ۲۹ | ۹/۳ | ۳/۷ | ۸/۰ | ۵/۱ | ۵/۱ | ۲۹   | ۵/۱ | ۵/۱ | ۲۹ | ۵/۱    | ۵/۱ | ۵/۱ | ۵/۱    | ۵/۱ | ۵/۱    | ۵/۱ | ۵/۱   | ۵/۱ | ۵/۱ | ۵/۱          |
| ۳۰ | ۴/۰ | ۲/۲ | ۵/۴ | ۳/۱ | ۴/۵ | ۳۰   | ۳/۱ | ۴/۵ | ۳۰ | ۳/۱    | ۳/۴ | ۳/۱ | ۳/۱    | ۳/۱ | ۳/۱    | ۳/۱ | ۳/۱   | ۳/۱ | ۳/۱ | ۳/۱          |
| ۳۱ | ۵/۴ | ۳/۱ | ۶/۵ | ۲/۰ | ۶/۵ | ۳۱   | ۲/۰ | ۶/۵ | ۳۱ | ۲/۰    | ۵/۸ | ۲/۰ | ۲/۰    | ۲/۰ | ۲/۰    | ۲/۰ | ۲/۰   | ۲/۰ | ۲/۰ | ۲/۰          |
| ۳۲ | ۹/۶ | ۳/۱ | ۲/۸ | ۳/۱ | ۲/۸ | ۳۲   | ۳/۱ | ۲/۸ | ۳۲ | ۳/۱    | ۱/۲ | ۳/۱ | ۳/۱    | ۳/۱ | ۳/۱    | ۳/۱ | ۳/۱   | ۳/۱ | ۳/۱ | ۳/۱          |
| ۳۳ | ۵/۲ | ۱/۲ | ۲/۳ | ۱/۲ | ۲/۳ | ۳۳   | ۱/۲ | ۲/۳ | ۳۳ | ۱/۲    | ۲/۴ | ۱/۲ | ۱/۲    | ۱/۲ | ۱/۲    | ۱/۲ | ۱/۲   | ۱/۲ | ۱/۲ | ۱/۲          |
| ۳۴ | ۶/۶ | ۱/۹ | ۳/۰ | ۱/۹ | ۳/۰ | ۳۴   | ۱/۹ | ۳/۰ | ۳۴ | ۱/۹    | ۲/۴ | ۱/۹ | ۱/۹    | ۱/۹ | ۱/۹    | ۱/۹ | ۱/۹   | ۱/۹ | ۱/۹ | ۱/۹          |
| ۳۵ | ۲/۰ | ۱/۰ | ۱/۸ | ۱/۰ | ۱/۸ | ۳۵   | ۱/۰ | ۱/۸ | ۳۵ | ۱/۰    | ۱/۶ | ۱/۰ | ۱/۰    | ۱/۰ | ۱/۰    | ۱/۰ | ۱/۰   | ۱/۰ | ۱/۰ | ۱/۰          |
| ۳۶ | ۲/۸ | ۰/۹ | ۲/۰ | ۰/۹ | ۲/۰ | ۳۶   | ۰/۹ | ۲/۰ | ۳۶ | ۰/۹    | ۱/۵ | ۰/۹ | ۰/۹    | ۰/۹ | ۰/۹    | ۰/۹ | ۰/۹   | ۰/۹ | ۰/۹ | ۰/۹          |
| ۳۷ | ۴/۰ | ۱/۴ | ۳/۷ | ۱/۴ | ۳/۷ | ۳۷   | ۱/۴ | ۳/۷ | ۳۷ | ۱/۴    | ۴/۹ | ۱/۴ | ۱/۴    | ۱/۴ | ۱/۴    | ۱/۴ | ۱/۴   | ۱/۴ | ۱/۴ | ۱/۴          |
| ۳۸ | ۶/۸ | ۱/۹ | ۴/۳ | ۱/۹ | ۴/۳ | ۳۸   | ۱/۹ | ۴/۳ | ۳۸ | ۱/۹    | ۶/۲ | ۱/۹ | ۱/۹    | ۱/۹ | ۱/۹    | ۱/۹ | ۱/۹   | ۱/۹ | ۱/۹ | ۱/۹          |
| ۳۹ | ۴/۰ | ۱/۱ | ۳/۵ | ۱/۱ | ۳/۵ | ۳۹   | ۱/۱ | ۳/۵ | ۳۹ | ۱/۱    | ۳/۸ | ۱/۱ | ۱/۱    | ۱/۱ | ۱/۱    | ۱/۱ | ۱/۱   | ۱/۱ | ۱/۱ | ۱/۱          |
| ۴۰ | ۴/۹ | ۱/۸ | ۴/۱ | ۱/۸ | ۴/۱ | ۴۰   | ۱/۸ | ۴/۱ | ۴۰ | ۱/۸    | ۴/۴ | ۱/۸ | ۱/۸    | ۱/۸ | ۱/۸    | ۱/۸ | ۱/۸   | ۱/۸ | ۱/۸ | ۱/۸          |
| ۴۱ | ۳/۹ | ۰/۸ | ۳/۰ | ۰/۸ | ۳/۰ | ۴۱   | ۰/۸ | ۳/۰ | ۴۱ | ۰/۸    | ۵/۳ | ۰/۸ | ۰/۸    | ۰/۸ | ۰/۸    | ۰/۸ | ۰/۸   | ۰/۸ | ۰/۸ | ۰/۸          |
| ۴۲ | ۲/۰ | ۲/۱ | ۲/۹ | ۲/۱ | ۲/۹ | ۴۲   | ۲/۱ | ۲/۹ | ۴۲ | ۲/۱    | ۳/۷ | ۲/۱ | ۲/۱    | ۲/۱ | ۲/۱    | ۲/۱ | ۲/۱   | ۲/۱ | ۲/۱ | ۲/۱          |
| ۴۳ | ۵/۷ | ۳/۴ | ۲/۹ | ۳/۴ | ۲/۹ | ۴۳   | ۳/۴ | ۲/۹ | ۴۳ | ۳/۴    | ۳/۹ | ۳/۴ | ۳/۴    | ۳/۴ | ۳/۴    | ۳/۴ | ۳/۴   | ۳/۴ | ۳/۴ | ۳/۴          |
| ۴۴ | ۱/۸ | ۱/۶ | ۳/۰ | ۱/۶ | ۳/۰ | ۴۴   | ۱/۶ | ۳/۰ | ۴۴ | ۱/۶    | ۵/۴ | ۱/۶ | ۱/۶    | ۱/۶ | ۱/۶    | ۱/۶ | ۱/۶   | ۱/۶ | ۱/۶ | ۱/۶          |
| ۴۵ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳ | ۴۵   | ۲/۳ | ۲/۳ | ۴۵ | ۲/۳    | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳    | ۲/۳ | ۲/۳    | ۲/۳ | ۲/۳   | ۲/۳ | ۲/۳ | ۲/۳          |

غ.ق.م: با توجه به تفکیک استان البرز طبق تقسیمات جغرافیایی از سال ۱۳۹۰، برای سال‌های قبل از ۱۳۸۹ داده‌های

هزینه-درآمد خانوار آن جز استان تهران محاسبه می‌شده است.

یافته‌ها نشان داد که در سال ۱۳۸۷، مناطق روستایی استان‌های ایلام، آذربایجان شرقی و قم به ترتیب با ۶/۷، ۵/۷ و ۶/۴ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد و کردستان به ترتیب با ۰/۷، ۱/۰ و ۰/۷ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۸۸، مناطق روستایی استان‌های فارس، چهارمحال بختیاری و خراسان شمالی به ترتیب با ۸/۵، ۵/۹ و ۵/۳ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان به ترتیب با ۰/۴، ۰/۴ و ۰/۹ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۸۹، مناطق روستایی استان‌های چهارمحال بختیاری، فارس و قم به ترتیب با ۷/۵، ۷/۳ و ۶/۸ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های تهران، لرستان و یزد به ترتیب با ۰/۹، ۱/۱ و ۱/۳ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۰، مناطق روستایی استان‌های فارس، مرکزی و آذربایجان شرقی به ترتیب با ۸/۷، ۷/۰ و ۵/۵ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های یزد، خراسان جنوبی و هرمزگان به ترتیب با ۰/۴، ۰/۵ و ۰/۶ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۱، مناطق روستایی استان‌های فارس، قم و مرکزی به ترتیب با ۹/۶، ۶/۶ و ۶/۲ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های ایلام بدون خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت و البرز و بوشهر به ترتیب با ۰/۳ و ۰/۹ کمترین مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

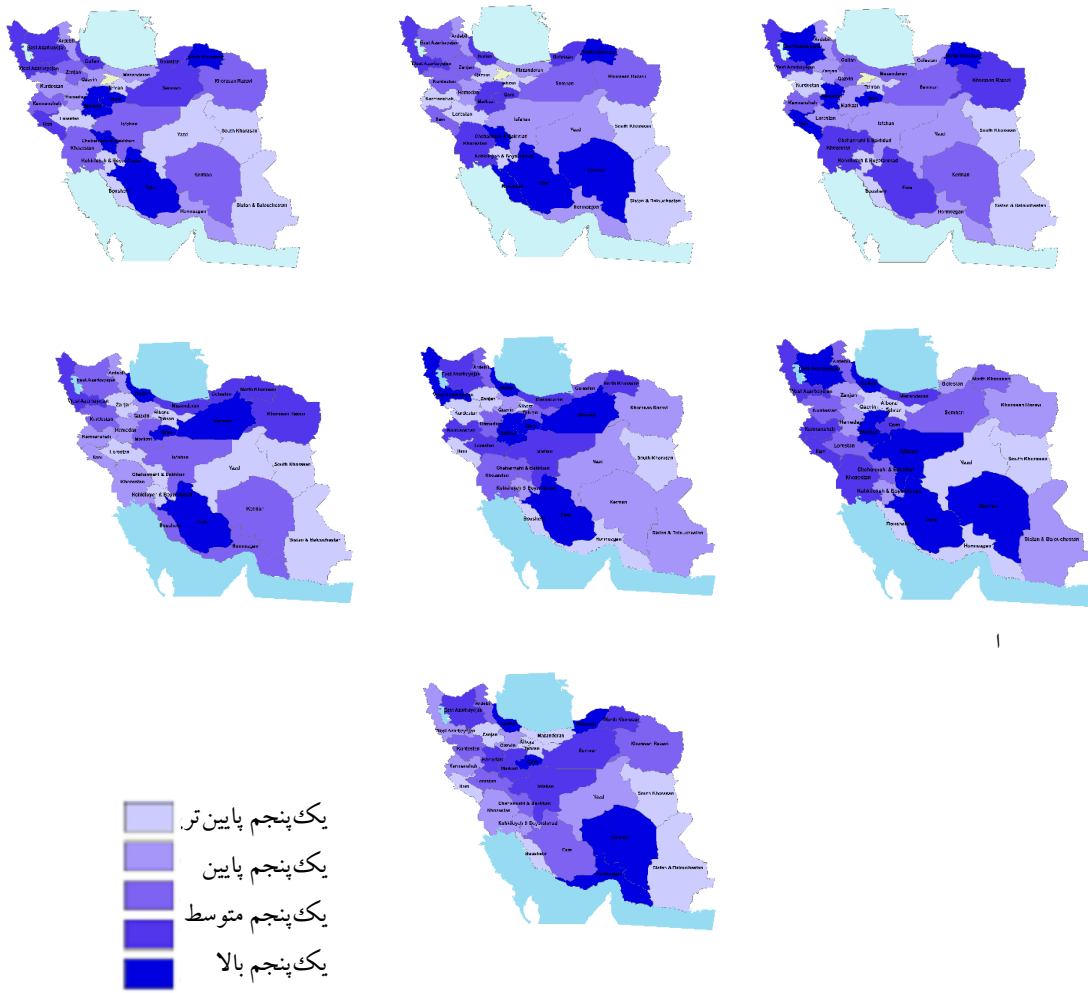
در سال ۱۳۹۲، مناطق روستایی استان‌های قم، گیلان و سمنان به ترتیب با ۹/۶، ۹/۰ و ۸/۷ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد به ترتیب با ۰/۳، ۱/۷ و ۱/۹ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۳، مناطق روستایی استان‌های قم، گلستان و گیلان به ترتیب با ۹/۳، ۸/۰ و ۷/۹ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های سیستان و بلوچستان، مازندران و البرز به ترتیب با ۰/۹، ۱/۲ و ۱/۵ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

طبق جدول ۶، مناطق روستایی استان‌های فارس، قم و گیلان خراسان شمالی و گلستان به ترتیب با متوسط ۷/۴، ۶/۶ و ۵/۸ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را برای دوره ۷ سال به خود اختصاص دادند. درحالی‌که مناطق روستایی استان‌های خراسان جنوبی، البرز و سیستان و بلوچستان به ترتیب با متوسط ۰/۹، ۱/۱ و ۱/۴ کمترین درصد را نشان دادند.

شکل ۱: نقشه‌های جغرافیایی توزیع درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در مناطق روستایی

استان‌های کشور طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۷ (از راست به چپ)



یافته‌ها نشان داد که در سال ۱۳۸۷، مناطق شهری استان‌های کرمان، ایلام و اصفهان به ترتیب

با ۴/۹، ۴/۱ و ۳/۴ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود

اختصاص دادند. درحالی که مناطق شهری استان‌های گیلان، مازندران و کردستان به ترتیب با ۰/۳، ۰/۴ و ۰/۴ کمترین درصد مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۸۸، مناطق شهری استان‌های لرستان، چهارمحال بختیاری و کرمان به طور مشابه با ۴/۳ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی که مناطق شهری استان‌های خراسان رضوی، قزوین و خراسان جنوبی به ترتیب با ۰/۶، ۰/۸ و ۰/۸ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۸۹، مناطق شهری استان‌های فارس، مرکزی و چهارمحال بختیاری به ترتیب با ۶/۰، ۵/۷ و ۵/۱ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی که مناطق شهری استان‌های یزد، قزوین و خراسان جنوبی به ترتیب با ۱/۲، ۱/۲ و ۱/۳ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۰، مناطق شهری استان‌های فارس، مرکزی و چهارمحال بختیاری به ترتیب با ۵/۰، ۴/۷ و ۴/۱ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی که مناطق شهری استان‌های خراسان جنوبی، هرمزگان خراسان رضوی به ترتیب ۰/۲، ۰/۳ و ۰/۴ کمترین درصد مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۱، مناطق شهری استان‌های فارس، مرکزی و گیلان به ترتیب با ۵/۱، ۴/۶ و ۴/۴ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. درحالی که مناطق شهری استان‌های ایلام و بوشهر بدون خانوارهای مواجهه یافته با مخارج

کمرشکن سلامت و مناطق شهری خراسان جنوبی با ۰/۱ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

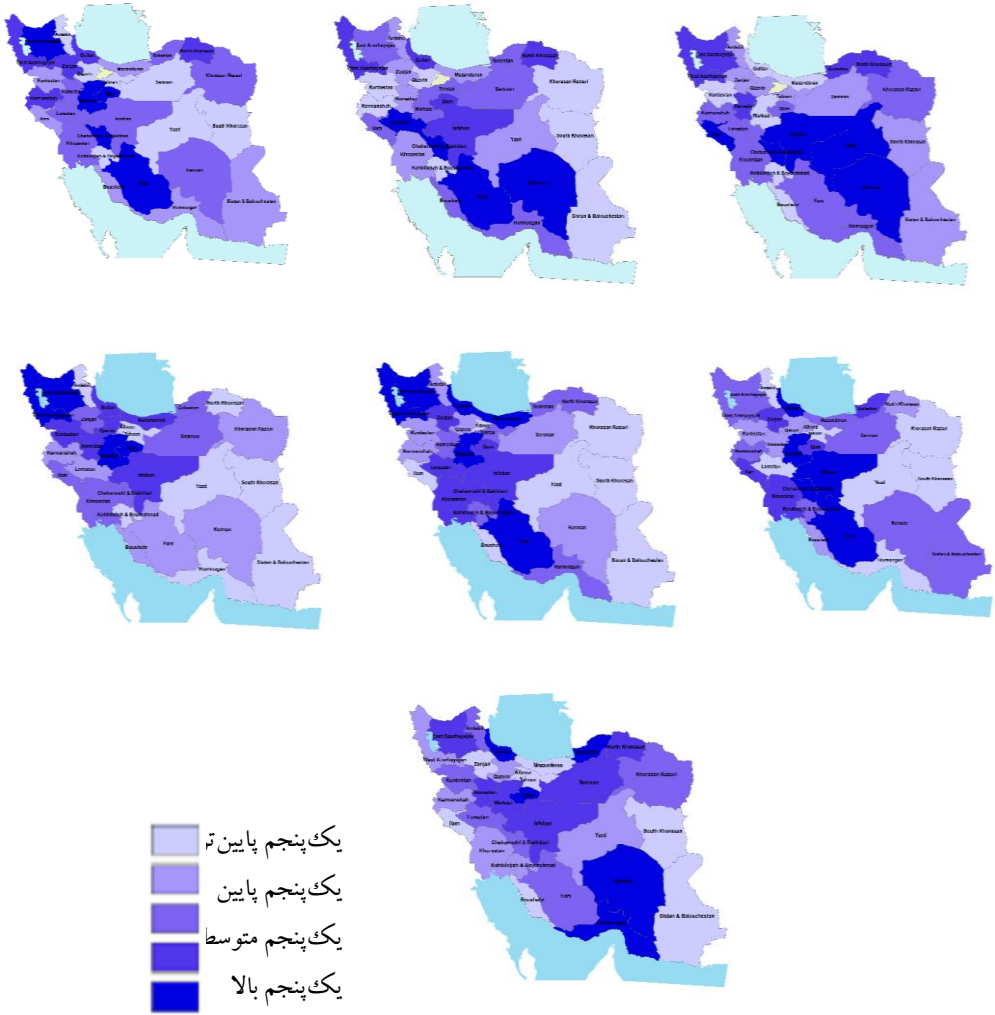
در سال ۱۳۹۲، مناطق شهری استانهای قم، آذربایجان غربی و مرکزی به ترتیب با ۵/۲، ۴/۸ و ۴/۳ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند. در حالی که مناطق شهری استانهای خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و هرمزگان به ترتیب با ۰/۱، ۰/۵ و ۰/۹ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۳، مناطق شهری استانهای کرمان، گلستان و هرمزگان به ترتیب با ۵/۵، ۵/۳ و ۴/۵ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را به خود اختصاص دادند؛ در حالی که مناطق شهری استانهای سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی و مازندران به ترتیب با ۰/۲، ۰/۵ و ۰/۶ کمترین درصد مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

یافته‌های حاصل از جدول ۶ نشان داد که مناطق شهری استانهای فارس، مرکزی و چهارمحال بختیاری به ترتیب با متوسط ۴/۰، ۳/۷ و ۳/۷ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را طی سال‌های مورد مطالعه به خود اختصاص دادند. در حالی که مناطق شهری استانهای خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و البرز به ترتیب با ۰/۶، ۱/۰ و ۱/۳ کمترین متوسط را نشان دادند.

**شکل ۲:** نقشه‌های جغرافیایی توزیع درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در مناطق شهری استان‌های

کشور طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳ (از راست به چپ)





یافته‌ها نشان داد که در سال ۱۳۸۷، استان‌های ایلام، کرمان و آذربایجان شرقی به ترتیب با ۵/۱، ۴/۲ و ۴/۰ بیشترین میانگین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های خراسان جنوبی، کردستان و کهگیلویه و بویراحمد به ترتیب با ۰/۶، ۰/۷ و ۰/۸ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۸۸، به‌طور کلی استان‌های فارس، چهارمحال بختیاری و کرمان به ترتیب با ۵/۷، ۴/۷ و ۵/۰ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد به ترتیب با ۰/۶، ۰/۹ و ۱/۰ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور داشتند.

در سال ۱۳۸۹، به‌طور کلی استان‌های فارس، چهارمحال بختیاری و مرکزی به ترتیب با ۶/۵، ۶/۳ و ۵/۸ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های یزد، قزوین و خراسان جنوبی به ترتیب با ۱/۲، ۱/۴ و ۱/۵ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

در سال ۱۳۹۰، به‌طور کلی استان‌های فارس، مرکزی و گیلان به ترتیب با ۶/۲، ۵/۴ و ۳/۷ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های خراسان جنوبی، هرمزگان و یزد به ترتیب ۰/۳، ۰/۴ و ۰/۵ کمترین درصد مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور داشتند.

در سال ۱۳۹۱، به‌طور کلی استان‌های فارس، مرکزی و گیلان به ترتیب با ۶/۶، ۵/۱ و ۴/۸ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های ایلام بدون مخارج کمرشکن سلامت، بوشهر و خراسان جنوبی به ترتیب با ۰/۲ و ۰/۵ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور داشتند.

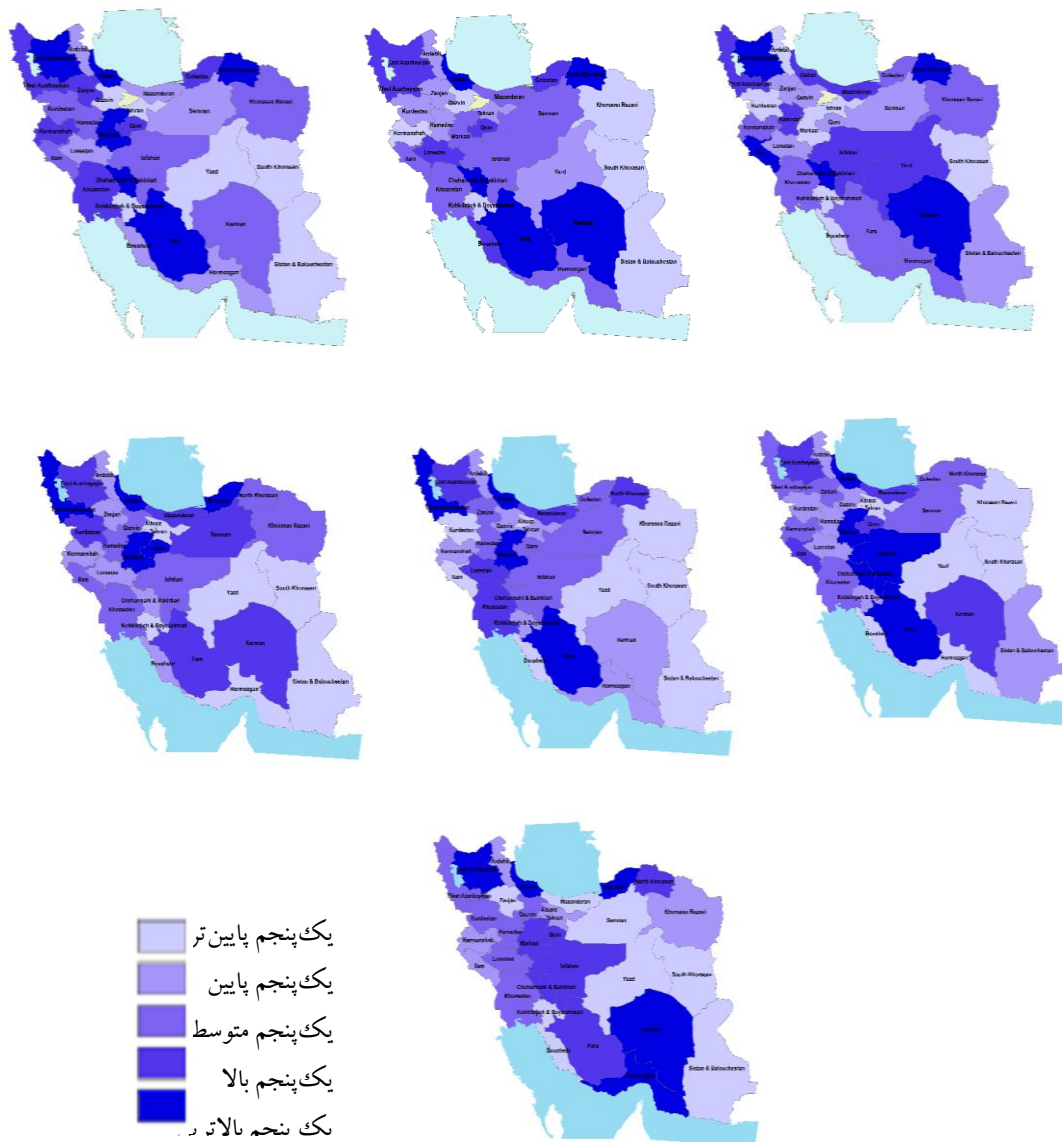
در سال ۱۳۹۲، به‌طور کلی استان‌های گیلان، قم و آذربایجان غربی به ترتیب با ۵/۵، ۵/۴ و ۵/۱ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و البرز به ترتیب با ۰/۲، ۱/۱ و ۱/۳ کمترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور داشتند.

در سال ۱۳۹۳، به‌طور کلی استان‌های گلستان، کرمان، هرمزگان و گیلان به ترتیب با ۶/۶، ۶/۴، ۵/۶ و ۵/۶ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در سطح کشور به خود اختصاص دادند. درحالی‌که استان‌های سیستان و بلوچستان، مازندران و خراسان جنوبی به ترتیب با ۰/۵، ۰/۹ و ۱/۳ کمترین درصد مخارج کمرشکن سلامت را داشتند.

طبق جدول ۶، یافته‌ها نشان داد که به‌طور کلی استان‌های فارس، گیلان و مرکزی به ترتیب با متوسط ۵/۲، ۴/۵ و ۴/۲ بیشترین درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت و استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و البرز به ترتیب با متوسط ۰/۷، ۱/۲ و ۱/۳ کمترین درصد از این شاخص را در طول سال‌های مورد مطالعه نشان دادند.

شکل ۳: نقشه‌های جغرافیایی توزیع متوسط درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن در استان‌های کشور

طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳ (از راست به چپ)

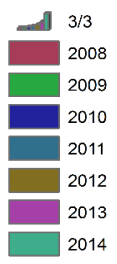


شکل ۴، اختلاف جغرافیایی درصد خانوارهای مواجهه یافته برحسب استان‌های کشور را در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳ بر روی نقشه نشان می‌دهد.

شکل ۵: اختلاف جغرافیایی درصد خانوارهای با مخارج کمرشکن سلامت برحسب استان‌های کشور در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳



% CHE in Iranian provinces-2008-2014



در این مطالعه درصد خانوارهای زیرخط فقر نیز محاسبه گردید. متوسط خطر فقر در طی سال‌های مورد مطالعه، ۵/۰ بود. با احتساب مخارج بهداشت و درمان در هزینه‌های خانوار، درصد خانوارهای زیرخط فقر در طی سال‌های مورد مطالعه الگوی خاصی نداشت این میزان طی این سال‌ها بین ۴/۰ تا ۶/۸ متغیر است. بعلاوه در تمامی سال‌های مورد مطالعه درصد خانوارهای زیرخط فقر در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده و نزدیک به ۴ تا ۶ برابر بیشتر از مناطق شهری می‌باشد. به طوری که میانگین درصد خانوارهای زیرخط فقر در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۲/۰ و ۱۱/۳ بود. جدول ۶، جزئیات درصد خانوارهای زیرخط فقر را طی سال‌های مورد مطالعه به تفکیک منطقه سکونت ارائه می‌دهد.

**جدول ۷:** درصد خانوارهای زیرخط فقر در کشور برحسب منطقه سکونت در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳

| سال  | منطقه سکونت | خانوارهای زیرخط فقر (درصد)* |
|------|-------------|-----------------------------|
| ۱۳۸۷ | شهری        | ۲/۱                         |
|      | روستایی     | ۱۱/۴                        |
|      | کل          | ۵/۸                         |
| ۱۳۸۸ | شهری        | ۲/۸                         |
|      | روستایی     | ۱۱/۵                        |
|      | کل          | ۶/۸                         |
| ۱۳۸۹ | شهری        | ۲/۳                         |
|      | روستایی     | ۱۱/۶                        |
|      | کل          | ۵/۱                         |
| ۱۳۹۰ | شهری        | ۱/۹                         |
|      | روستایی     | ۸/۲                         |
|      | کل          | ۴/۰                         |
| ۱۳۹۱ | شهری        | ۱/۷                         |
|      | روستایی     | ۱۲/۲                        |

|      |         |           |
|------|---------|-----------|
| ۴/۵  | کل      |           |
| ۱/۶  | شهری    |           |
| ۱۰/۵ | روستایی | ۱۳۹۲      |
| ۴/۳  | کل      |           |
| ۱/۶  | شهری    |           |
| ۱۳/۶ | روستایی | ۱۳۹۳      |
| ۴/۸  | کل      |           |
| ۲/۰  | شهری    | میانگین ۷ |
| ۱۱/۳ | روستایی | سال       |
| ۵/۰  | کل      |           |

\* خط فقر با احتساب مخارج بهداشت و درمان به عنوان بخشی از مخارج کلی خانوار

## ۲-۷- بحث

مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت طی ۷ سال در دو برنامه چهارم و پنجم توسعه در مناطق شهری و روستایی استان‌های ایران انجام شد. به‌طور کلی این پژوهش چند نتیجه اصلی در برداشت.

نخست، در طی سال‌های مورد مطالعه به‌جز سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ میزان کلی خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ افزایش یافته است. متوسط نرخ مخارج کمرشکن در طول ۷ سال ۲/۷۵ درصد برآورد گردید. مطالعه‌ای در یکی از ایالت‌های بورکینافاسو نشان داد که ۸/۶۶ خانوارها در معرض مخارج کمرشکن با نقطه برش بیش از ۴۰ درصد از مخارج غیر خوراک قرار گرفتند که در مقایسه با نرخ کلی در مطالعه حاضر بسیار بیشتر بود (۱۲) در این بین مطالعه دیگری توسط Xu et al بر روی داده‌های حاصل از پیمایش‌های ملی و

بین‌المللی ۵۹ کشور نشان داد که نرخ مخارج کمرشکن در سال‌های قبل از ۲۰۰۰ در کشورهای مورد مطالعه از رقمی بین ۰/۰۱ در جمهوری چک و اسلواکی تا ۱۰/۵ درصد در ویتنام متفاوت است. نرخ مخارج کمرشکن در اکثریت کشورهای توسعه‌یافته به دلیل برخورداری از نظام‌های سلامت برخوردار از تأمین مالی مبتنی بر مالیات و مؤسسات بیمه اجتماعی توسعه‌یافته کمترین میزان را داشت. در حالی که این نرخ در کشورهای در حال توسعه به بیشتر از ۳ درصد نیز می‌رسید و در کشورهای در حال گذار نظیر ویتنام، کامبوج، آذربایجان، اوکراین و کشورهای حوزه امریکای لاتین نظیر آرژانتین، برزیل، کلمبیا، پاراگوئه و پرو نرخ مخارج کمرشکن بیشترین میزان را داشت (۸).

مطالعات دیگر انجام شده در سطح استانی میزان خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت را در یکی از مناطق کرمانشاه ۲۲/۲٪ (۲۳)، در شهرهای یزد (۲۴) ۸/۳٪ و شیراز (۲۵) ۱۴/۲٪ برآورد گردید. در مطالعه حاضر در اغلب سال‌های مورد مطالعه خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در استان فارس و کرمان بیشتر از میانگین کشوری بود که با نتایج مطالعه کاووسی و همکاران در شهر شیراز مرکز این استان همخوانی داشت. مطالعه دیگری در منطقه ۱۷ تهران به‌عنوان یکی از مناطق کمتر برخوردار در پایتخت ایران در دو مرحله در سال ۲۰۰۳ و ۲۰۰۸ انجام شد که نتایج آن نشان داد که میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت به ترتیب ۱۲/۶٪ و ۱۱/۸٪ بود که تغییر معناداری در این دوره مشاهده نشد (۲۶). نکته قابل توجه اینکه در مطالعه حاضر نیز در طی سال‌های مورد مطالعه نرخ خانوارهای مواجهه یافته با

مخارج کمرشکن نسبت به سال ابتدایی مطالعه یعنی ۱۳۸۷ نه تنها کاهش نیافته بلکه افزایش نشان داده است. اگرچه در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ این نرخ روند کاهشی را نسبت به سال قبل از خود داشته است. البته علت اختلاف ارقام در مطالعات استانی بامطالعه حاضر مرتبط با ابزار اندازه‌گیری، روش و نقطه برش برای مخارج کمرشکن و همچنین منطقه جغرافیایی مورد مطالعه در مرکز استان یا منطقه شهری یا روستایی، سایر عوامل مرتبط با موانع دسترسی به خدمات سلامت و دسترسی آسان‌تر به تسهیلات و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز استانی نسبت به مناطق کمتر برخوردار می‌باشد.

اگرچه افزایش نرخ مخارج کمرشکن به شدت متأثر از تأثیر منفی عملکرد نظام سلامت در ارتباط با پرداخت از جیب، میزان دسترسی اقتصادی و جغرافیایی به خدمات سلامت و سازوکارهایی برای انباشت خطر و حفاظت خطر مالی کشورهاست (۸)، همچنین نرخ مخارج کمرشکن با توجه به افزایش خط فقر در طی سال‌های مورد مطالعه در نتیجه تأثیرات مرتبط با تورم و نرخ قیمت‌ها در بخش‌های عمومی، الگوی مصرفی خانوار و توانایی پرداخت خانوارها بعد از کسر مخارج معیشت بیش از ۴۰ درصد از مخارج باقی‌مانده صرف مخارج بهداشت و درمان، افزایش یافته است.

مطالعه‌ای در مکزیک باهدف تأثیر بیمه سلامت افراد فقیر بر مخارج پرداخت از جیب خانوار در سلامت و مخارج کمرشکن سلامت انجام شد نتایج نشان داد که اجرای بیمه سلامت فقرا تأثیر زیادی بر کاهش مخارج کمرشکن تا ۵۴٪ در سطح کشور گردیده است (۲۷). مطالعه دیگری در



ایالت گجرات هند نشان داد که اجرای برنامه بیمه سلامت اجتماع محور در مناطقی که ظرفیت نهادی برای سازمان دهی انباشت خطر در سراسر کشور بسیار ضعیف است، باعث حمایت از افراد کم درآمد و فقیر در مقابل خطرات عدم قطعیت مخارج پزشکی می شود (۲۸).

بعلاوه نتایج مطالعه Zare et al نیز نشان داد که تورم، مخارج بهداشت و درمان افراد فقیر را در مقایسه با افراد ثروتمند بیشتر متأثر کرده است و در مقایسه با نابرابری در توزیع درآمد، مخارج سلامت به طور مستمر نابرابری بیشتری در طول سه دهه گذشته را نشان می دهند (۲۹). بعلاوه با توجه به نظام تأمین مالی سلامت در ایران بر اساس مطالعات قبلی، بخش عمده‌ای از مخارج مرتبط با نظام سلامت از محل پرداخت از جیب توسط مردم تأمین می شود (۹). این مسئله احتمال اینکه افراد با پرداخت این هزینه‌ها در مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت قرار بگیرند را افزایش می دهد. ضمن اینکه شواهد جهانی نشان می دهد که هنگامی که سهم پرداخت از جیب خانوار از کل مخارج سلامت به ۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش یابد، نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت ناچیز و جزئی خواهد بود (۷).

دوم، سهم پرداخت از جیب خانوارها از ظرفیت پرداخت خانوارها در طی سال‌های مورد مطالعه متغیر و نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ رو به افزایش بوده است. این مسئله نشان می دهد که خانوارها با توجه به افزایش تعرفه‌های سلامت و تورم در بخش سلامت، سهم بیشتری را از ظرفیت پرداخت خانوار را به خدمات سلامت اختصاص می دهند و این می تواند خانوارها را با احتمال بیشتری دچار مخارج کمرشکن سلامت کند. این مسئله مستلزم توجه بیشتر به سیاست‌های حفاظت

مالی سلامت از اقشار محروم و با درآمد پایین می‌باشد؛ بنابراین تأثیر ناکارآمد نظام بیمه‌های سلامت در پوشش افراد آسیب‌پذیر و با درآمد پایین می‌تواند یکی از مهم‌ترین علل باشد. در مطالعه راغفر و همکاران (۳۰) نیز نتایج نشان داد که در طول سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۹ تحمیل هزینه‌های خانوارها برای دسترسی به خدمات سلامتی، سبب افزایش ۱ تا ۴ درصدی فقر برای مناطق مختلف شهری و روستایی شده است. بعلاوه مطالعه *Limwattan et al* در تایلند نشان داد که خانوارهایی که از خدمات بستری به‌ویژه در بیمارستان‌های خصوصی دریافت می‌کنند به‌احتمال بیشتری در مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت و فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب قرار می‌گیرند (۳۱). بنابراین استفاده از خدماتی که در بسته خدمتی پوشش همگانی خدمات مراقب سلامت نیست و استقرار نامناسب نظام دریافت خدمت مبتنی بر چارچوب تعریف‌شده سطح‌بندی از دلایل عمده مخارج کمرشکن و فقر ناشی از پرداخت مخارج سلامت است. در ایران استفاده از مراقبت‌های بهداشتی اولیه خصوصی و بیمارستان‌ها به‌ویژه در شهرهای بزرگ و سهم پرداختی دریافت‌کننده برای خدمات سرپایی تخصصی و مراقبت‌های بیمارستانی در بخش دولتی از دلایل عمده چالش افزایش پرداخت از جیب خانوارها برای خدمات سلامت و در نتیجه احتمال بیشتر مواجهه با مخارج کمرشکن است (۳۲).

سوم، به‌طور کلی نابرابری‌های در نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در درون استان‌های کشور در طول سال‌های مورد مطالعه افزایش نشان داده است. به‌طوری میانگین این نرخ در مناطق روستایی اکثریت استان‌ها بیشتر از مناطق شهری آن بوده است. به خاطر

تفاوت‌های فاحش در سطح توسعه‌یافتگی مناطق مختلف کشور دیده می‌شود که ظرفیت پرداخت خانوارها و میانگین درآمدی برای همه مناطق متفاوت است که خط فقر نسبی متفاوتی را بین مناطق مختلف ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر این مسئله نشان‌دهنده شکاف بین ظرفیت پرداخت خانوار در مناطق شهری و روستایی است که متأثر از بالاتر بودن خانوارهای با درآمد کمتر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری است. مطالعه Zare et al نیز نتیجه گرفت که در طول سه دهه گذشته در ایران نابرابری تشدید شده در مخارج سلامت با افزایش شکاف بین مناطق شهری و روستایی همراه بوده است (۲۹). بعلاوه در سایر مطالعات انجام شده در کشور (۳۳-۳۵) نیز نتایج نشان داد که نابرابری مخارج سلامت بالا بوده و نابرابری در مخارج سلامت در خانوارهای شهری و روستایی طی بیش از دو دهه گذشته بر اساس شاخص نابرابری اتکینسون روند کم‌ویش ثابت و بر اساس شاخص‌های بسط یافته تمرکز و موفقیت روند کم‌ویش افزایشی داشته است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مخارج بهداشت و درمان طی سال‌های مورد مطالعه در هر دو مناطق شهری و روستایی به استثنای سال ۱۳۹۰ روند صعودی داشته است. می‌تواند ثابت بودن را به دلیل ایجاد تقاضاهای برآورده نشده و به تأخیر انداختن افراد بی‌بضاعت برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی درمانی به دلیل شوک اقتصادی ناشی از کارآمدی پایین سیاست‌های اقتصادی و در نتیجه تأثیر بر الگوی مصرفی خانوار دانست. بعلاوه اگرچه مخارج بهداشت و درمان طی سال‌های مورد مطالعه در هر دو مناطق شهری و روستایی با توجه به افزایش انتظارت و پوشش نامناسب بسته خدمتی بیمه‌ای کم‌ویش روند صعودی داشته است، اما تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین میانگین مخارج ماهیانه بهداشت و درمان در مناطق شهری و روستایی وجود داشت؛ به طوری که مخارج بهداشت و

درمان خانوارهای شهری در تمامی سال‌ها بالاتر از خانوارهای روستایی بود. این مسئله می‌تواند بیانگر کاهش مخارج سلامت در مناطق روستایی با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع در دریافت خدمات سلامت در مقایسه با نبود نظام ارجاع کارآمد در مناطق شهری دانست. بعلاوه مقایسه مخارج بهداشت و درمان در سال‌های مختلف نتایج مرتبط با مخارج خانوار و مخارج بهداشت و درمان در مناطق شهری با منبع اطلاعاتی بانک مرکزی ایران، در نتیجه تفاوت در تعاریف مخارج و کدهای آن، حجم نمونه، نمونه‌گیری و روش جمع‌آوری و ابزار گردآوری می‌باشد.

چهارم، اختلاف جغرافیایی نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت میان استان‌های کشور در سال‌های ابتدایی مطالعه رو به افزایش و سپس در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به تدریج رو به کاهش و نزدیک به سال پایه ۱۳۸۷ رسید. این مسئله می‌تواند در نتیجه تغییر در الگوی مراجعات بهداشتی درمانی مردم و اجرای طرح تحول سلامت با مراجعه بیشتر مردم به بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی باشد.

پنجم، نرخ مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۳ با اجرای طرح تحول نسبت به سال ماقبل خود ثابت مانده و در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ افزایش نشان می‌دهد. اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳، منجر به اختصاص منابع قابل توجه به بخش سلامت به‌ویژه در بخش بستری و درمان و افزایش سهم دولت و بیمه‌ها، گردید. در این سال نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت در مقایسه با سال قبل ثابت مانده است. این مسئله احتمالاً

می‌تواند ناشی از حداقل ۴ علت نزدیک باشد. نخست افزایش میزان بار مراجعه و تقاضای ناشی از نیازهای برآورده نشده در سال‌های قبل در نتیجه رفع موانع دسترسی اقتصادی باعث افزایش رقم ریالی پرداخت از جیب خانوارها شده است. دوم، مداخلات صورت گرفته در طرح تحول سلامت تمرکز بیشتری در بخش بستری آن‌هم دولتی و عمومی نسبت به سرپایی داشته و ضمن اینکه به‌طور مشخص بسته‌های حمایتی هدفمند از اقشار کم‌درآمد و فقیر جامعه تعیین نشده است. سوم، افزایش چشمگیر در نرخ تعرفه‌های سلامت با ارزش گذاری نسبی خدمات سلامت به‌رغم افزایش سهم دولت و بیمه‌ها از کل مخارج سلامت می‌تواند رقم ریالی پرداخت از جیب خانوارها در مقایسه با سال‌های قبل افزایش دهد. چهارم اینکه به نظر می‌رسد کاهش پرداخت از جیب خانوار شرط لازم برای کاهش نرخ خانوارهای با مخارج کمرشکن سلامت است، اما کافی نیست. اگرچه در این سال مقدار ریالی ظرفیت پرداخت خانوار در مقایسه با سال‌های قبل افزایش داشته، اما سهم مخارج مردم در بخش خوراک و خط فقر نیز افزایش یافته و تغییر در الگوی کلی مصارف خانوار در بخش‌های دیگر نظیر مسکن منجر به عدم کاهش مخارج کمرشکن سلامت شده است.

## ۲-۸- محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه برخی محدودیت‌های عمده داشت. نخست، اگرچه روش مورد استفاده در این مطالعه برای محاسبه خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت یکی از متداول‌ترین روش‌های مورد استفاده برای سنجش محافظت مالی در برابر خدمات سلامت است، این شاخص،

بخشی از موارد عدم حفاظت مالی را نشان نمی‌دهد. در این روش افراد و خانواده‌هایی را که حتی قدرت پرداخت کمترین مقدار فرانشیز را هم ندارند و به‌ناچار از دریافت خدمت سلامت محروم می‌مانند دربر نمی‌گیرد. به‌عبارت‌دیگر این روش و ابزار سنجش به بررسی نیازهای برآورده نشده (Unmet Needs) توجهی نمی‌کند.

دوم اینکه، این شاخص هزینه‌های غیرمستقیمی که فرد برای دریافت خدمات سلامت متحمل می‌شود را به حساب نمی‌آورند؛ هزینه‌هایی نظیر هزینه‌های مسافرت جهت دریافت خدمات تخصصی‌تر که برای ساکنین مناطق کمتر برخوردار از نظر دسترسی به خدمات سلامت ملموس‌تر است و هزینه‌هایی نظیر کاهش و یا قطع درآمد بیمار و خانواده وی را دربر نمی‌گیرد.

سوم اینکه، بعلاوه میزان پرداخت از جیب و نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت متأثر از دو مؤلفه انتخاب دوره یادآوری برای پرداخت‌های سلامت و شمار ایتیم‌های مورد سؤال در مخارج بهداشت و درمان و مخارج خانوار به‌طور کلی است که می‌تواند در روش‌های مختلف پیمایشی، متفاوت در نظر گرفته شود (۱۵). بنابراین در مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات این مسئله می‌توانسته بر دقت نتایجمان تأثیر بگذارد.

چهارم، تفاوت‌ها بین داده‌های حاصل از این مطالعه در مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور و همچنین متوسط در سطح استان با مطالعات مشابه دیگر در سطح مناطق مختلف ناشی از عوامل مختلفی است. یکی از این عوامل این است که نمونه‌گیری انجام شده در سطح کل مناطق روستایی و شهری در طول سال‌های مورد مطالعه با توجه به افزایش جمعیت کم‌وبیش ثابت بوده

است. ضمن اینکه تفاوتی بین حجم نمونه در شهرها با روستاها با توجه به این نسبت که دوسوم جمعیت در مناطق شهری و یک‌سوم در مناطق روستایی سکونت دارند، وجود ندارد. اگر وزن دهی و اختصاص ضریب در آنالیز مبنا قرار گیرد، می‌تواند نتایج متفاوتی را بر اساس استان و به تفکیک در مناطق شهری و روستایی داشته باشد. عامل دیگر اینکه نمونه‌های انتخابی در سطح استان و در مناطق روستایی و شهری استان با مطالعات مشابه دیگر در مناطق همان استان از نظر نیازهای سلامت و مخارج سلامت متفاوت باشد. تفاوت‌های اقتصادی-اجتماعی نمونه‌های استانی با نمونه‌های سایر مطالعات یکی دیگر از دلایل تفاوت در نیازهای سلامت و مخارج سلامت خانوارها در مناطق مختلف باشد. عامل مهم دیگر اعتبار ابزارها و رویکردهای جمع‌آوری داده‌ها می‌باشد. داده‌های روتین جمع‌آوری شده توسط مرکز آمار ایران و بانک مرکزی ایران برای اهداف دیگر (نظیر استقرار الگوهای مخارج عمومی خانوار و سطوح ملی تورم) برای تحلیل مخارج سلامت کفایت نمی‌کند (۳۶). به طوری که در سایر مطالعات نیز تفاوت در مخارج کم‌رکن سلامت به تفاوت در ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها نسبت داده می‌شود (۳۷). از طرفی چالش عمده این است که همین داده‌های روتین و بانک مرکزی و مرکز آمار ایران نیز به دلیل تفاوت در روش جمع‌آوری، حجم نمونه و ابزار جمع‌آوری نتایج متفاوتی را در بردارد. این مسئله مستلزم شفاف‌سازی تعاریف بین مراکز مجموع‌آوری داده به منظور همسوسازی روش‌های مختلف و طراحی یک نظام اطلاعاتی یکپارچه واحد برای تولید اطلاعات پایا و قابل‌مقایسه و معتبر در مخارج خانوار و بهداشت و درمان می‌باشد.

پنجم، حجم نمونه برای تفسیر و تحلیل اطلاعات در سطح استانی می‌باشد. مطالعه حاضر بر اساس داده‌های خام هزینه درآمد خانوار در پیمایش‌های سالیانه مرکز آمار ایران انجام شده که اگرچه ادعا بر این است که این حجم نمونه در سطح کشور و منطقه‌ای قابل تفسیر و تحلیل است، اما تحلیل داده‌ها در مقیاس استانی باید با احتیاط صورت بگیرد. با این همه، بررسی اختلاف در سطح مناطق شهری و روستایی استان‌های کشور وجه تمایز عمده مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات انجام شده است که می‌تواند برای کاربردهایی برای سیاست‌گذاری مسئله داشته باشد. علاوه بر این مسئله دیگر در حجم نمونه، توجه به ساکنین مناطق حاشیه‌نشینی شهرها با توجه به روند افزایش این پدیده در سال‌های اخیر می‌باشد که با توجه به جمعیت قابل توجه این مناطق، می‌تواند سهمی را در حجم نمونه به خود اختصاص دهد. به نظر می‌رسد می‌توان سهم این مناطق را به صورت جداگانه در کنار نمونه‌گیری از مناطق روستایی و شهری به صورت جداگانه لحاظ شود و نتایج حاصل از این گروه به صورت جداگانه گزارش شود.

ششم، اگرچه در مطالعه حاضر از روش مرسوم میانگین وزنی مخارج خوراکی در صدک‌های ۴۵ تا ۵۵ مخارج معاش سرانه (تعدیل شده) برای خط فقر استفاده گردید، اما روش‌های مختلف دیگر محاسبه خط فقر و تعاریف متفاوت آن (۳۸) از سوی مراجع مختلف در سطح کشور نظیر بانک مرکزی و مرکز آمار ایران و همچنین محاسبه آن به صورت کلی و یا بر اساس مناطق روستایی و شهری می‌تواند بر تعیین مقادیر ریالی خط فقر برای خانوار در مناطق شهری و



روستایی تأثیر بگذارد و در نتیجه این مسئله بر محاسبه درصد خانوارهای زیرخط فقر و مواجهه آنان با مخارج کمرشکن سلامت تأثیر بگذارد.

## ۹-۲- راهکارها و پیشنهادها

در این بخش راهکارها و پیشنهادها در دو محور محدودیت‌های متدولوژی و راهکارهای مرتبط با نتایج مطالعه تقسیم می‌شود.

### ۱- راهکارهای مرتبط با محدودیت‌های متدولوژی

۱. طراحی، یکسان‌سازی و بهینه‌سازی ابزارهای استاندارد موجود باهدف خاص تعیین مخارج

خانوار در بخش سلامت

- تعریف یکسان از مخارج سلامت به تفکیک نوع هزینه‌ها و یکسان‌سازی این مفاهیم بر اساس نظر اجماعی سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، بانک مرکزی و مرکز آمار ایران و سایر ابزارهای استاندارد نظیر پرسشنامه‌های پیمایش جهانی سلامت طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت و حساب‌های ملی سلامت
- استفاده از دوره‌های یاد آمد متفاوت و ترجیحاً کوتاه برای سنجش مخارج سلامت در بخش بستری و سرپایی با توجه به سوگیری ناشی از یاد آمد در خانوارها
- استفاده از سؤالات و ایتیم‌های مشخص و جزئی شده برای احصای مخارج سلامت خانوار در بخش‌های مختلف بستری و سرپایی و نوع خدمات به تفکیک

- توجه به آیت‌هایی برای سنجش نیازهای برآورده نشده و افرادی که به دلیل عدم توانایی پرداخت، خدمات ضروری سلامت را دریافت نمی‌کنند.
- ۲. استقرار یک نظام پایش و ارزشیابی برای محافظت مالی در بخش سلامت با یک روش یکسان، معتبر، پایا و قابل مقایسه
- تعیین نقطه برش برای مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت با توجه به شرایط و ساختاری اقتصادی-اجتماعی و سیاست‌های نظام سلامت کشور
- ارائه گزارش شاخص‌های حفاظت مالی سلامت به‌عنوان بخشی از گزارش پیمایش هزینه-درآمد خانوار توسط مرکز آمار ایران با توجه به نقش این نهاد در رصد کردن شرایط اقتصادی و اجتماعی خانوار و به‌طور کلی جامعه
- توجه به حجم نمونه با قدرت مطالعه قابل قبول بر اساس تفاوت در نسبت‌های جمعیتی در مناطق روستایی و شهری در مطالعه مرکز آمار ایران
- انجام مطالعه به‌صورت فصلی با توجه به تفاوت در الگوی هزینه و درآمد خانوار در فصول و ماه‌های مختلف سال بر روی نمونه مشخص
- طراحی فرآیندی برای مغایرت‌گیری بین پیمایش‌های بانک مرکزی و مرکز آمار ایران در گزارش مخارج خانوار در مناطق شهری

## راهکارهای پیشنهادی برای بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی

- یکسان‌سازی سیاست‌های صندوق‌های بیمه‌ای در مراحل تأمین مالی شامل جمع‌آوری، انباشت، خرید راهبردی
- تعیین سازوکارهای حمایتی نشان‌دار از اقشار محروم جامعه و آسیب‌پذیر و بیماران صعب‌العلاج با نشان‌دار کردن سوبسیدهای بخش سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر خاص با تأکید بر مناطق روستایی
- پوشش کمی بیمه‌ای تمامی افراد جامعه
- استقرار و توسعه نظام سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در خصوص ارزیابی فناوری‌های نو ظهور سلامت
- استقرار گایدلاین‌های بالینی استاندارد سازگار با شرایط اپیدمیولوژیکی کشور
- تغییر نظام پرداخت از کارانه در بخش درمان به سایر نظام‌های پرداخت کارآمدتر نظیر

## DRG

### ۱۰-۲- نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در ایران به‌طور کلی طی سال‌های مورد مطالعه علاوه بر اینکه نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت به‌جز سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ رو به افزایش بوده است، نابرابری جغرافیایی میان و درون مناطق روستایی و شهری در بخش‌های مختلف افزایش داشته است. اگرچه در ایران همانند بسیاری از کشورهای با درآمد

متوسط، استفاده از خدمات سلامت به سرعت گسترش داشته است اما به تناسب آن عمده سیاست‌های سلامت طراحی شده در سال‌های قبل شامل: بیمه روی تخت برای خانوارهای شهری، پرداخت هزینه‌های درمانی مصدومین حوادث بر اساس ماده ۹۲ برنامه چهارم، تغییر نوع حق بیمه سازمان خدمات درمانی سابق از مبلغ ثابت به سهمی، استقرار برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، استقرار ساختار هیئت‌امنایی در بیمارستان‌های دولتی، برنامه تمام‌وقتی جغرافیایی پزشکان برنامه، قانون الزام ادغام صندوق‌های بیمه‌ای (که هنوز اجرایی نشده) و اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ باهدف بهبود نظام تأمین مالی و کاهش پرداخت از جیب مردم، به‌رغم برخی بهبودها، اهداف برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه ملی در کاهش پرداخت از جیب به ۳۰ درصد و کاهش نرخ مخرج کمرشکن سلامت به ۱٪ را تحقق نبخشیده است.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که علاوه بر بازنگری بر سیاست‌های اعمال شده و بهبود سازوکارهای تأمین مالی سلامت با تأکید بر رویکردهای پیش‌پرداخت در جهت حمایت از افراد آسیب‌پذیر، سازوکارهای سوبسیدهای نشان‌دار سلامت به افراد کم‌درآمد، برنامه پوشش همگانی بیمه سیاست‌هایی را در خصوص ارتقای بسته‌های خدمتی کافی و یکسان‌سازی سیاست‌ها و رویه‌های جمع‌آوری، انباشت، تأمین مالی و خرید راهبردی در تمامی صندوق‌های بیمه‌ای که دربرگیرنده حفاظت علیه مخرج کمرشکن باشد، مدنظر قرار گیرد. در سطح کشور، برنامه تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ با یکی از اهداف اصلی آن یعنی بهبود نظام تأمین مالی و کاهش پرداخت از جیب خانوار اجرایی شد و نتایج نشان داد که نرخ خانوارهای با مخرج کمرشکن سلامت در این سال

در مقایسه با سال قبل ثابت مانده و نسبت به سال پایه ۱۳۸۷ افزایش داشته است و باهدف تعیین شده در برنامه‌های توسعه فاصله دارد. شواهد نشان می‌دهد در شرایطی که مداخلات خاص حمایتی از اقشار محروم و آسیب‌پذیر و پرداخت از جیب خانوار به ۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش یابد، نرخ خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت جزئی و ناچیز خواهد بود. بنابراین به‌طور کلی پیش‌بینی حمایت مالی در نتیجه اجرای مداخلات مرتبط با پوشش همگانی بسیار پیچیده بوده و به‌شدت به محتوا و نحوه اجرای برنامه بستگی دارد؛ به‌طوری‌که محتوای برنامه با تعیین نحوه تأثیر برنامه بر میزان و کیفیت افزایش استفاده از خدمات، ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی جمعیت تحت پوشش و نیازهای سلامت برآورده نشده گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر، نوع، کیفیت و نسبت خدماتی که پوشش داده می‌شوند (خدمات پیشگیری/درمانی، بستری، سرپایی/مراقبت‌ها و خدمات/داروها و تجهیزات) و نحوه خرید خدمت و پرداخت به ارائه‌دهندگان، میزان موفقیت برنامه را در حمایت مالی از جمعیت تعیین می‌کند. در پایان مطالعات بیشتر برای تأثیر اجرای برنامه تحول بر روند سایر شاخص‌های حافظت مالی و پیامدی سلامت پیشنهاد می‌شود.

1. Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low-and middle-income countries. *Health Affairs*. 2009;28(4):1056-66.
2. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social science & medicine*. 2006;62(4):858-65.
3. Wagstaff A, Doorslaer Ev. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*. 2003;12(11):921-33.
4. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*. 2007;26(4):972-83.
5. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet*. 2006;368(9544):1357-64.
6. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo. 2005.
7. World Health Organization. *The World Health Report [2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage 2010*.
8. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. 2003;362(9378):111-7.

9. Abolhallaje M, Hasani SA, Bastani P, Ramezani M, Kazemian M .  
Determinants of Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2013;42(Supple1):155-60.
10. Hajizadeh M, Nghiem H. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(4):267-85.
11. Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health policy*. 2004;69(3):339-49.
12. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:21-7.
13. Islamic Parliament of Iran. Fourth Five-year National Development Plan of Iran 2005-2009. Available at: <http://parliran.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=2941>. Last accessed on 29 April 2015
14. Islamic Parliament of Iran. Fifth Five-year National Development Plan of Iran 2005-2009. Available at: <http://parliran.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=3362>. Last accessed on 29 April 2015 [http://www.cbi.ir/exratesadv/exratesadv\\_fa.aspx](http://www.cbi.ir/exratesadv/exratesadv_fa.aspx)
15. Lu C, Chin B, Li G, Murray CJ. Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:238-44D.
16. Iranian Statistics Center. The questionnaire of Households Income and Expenditure Survey. Available from: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1136&agentType=ViewType&PropertyTypeID=257>. Last accessed on 15 June 2015.
17. Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL. 2003. The World Health Surveys. In: Murray CJL, Evans DB (eds). *Health Systems Performance*

- Assessment (Debates, Methods and Empiricism). 1st edn. Geneva: World Health Organization, pp. 797–808.
18. World Health Organization. Health statistics and information systems: World Health Survey Instruments and Related Documents. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/instruments/en/>. Last accessed on 15 June 2015.
  19. Iranian Central Bank. Economic Statistics: Household Budget Survey Report. Available from: <http://www.cbi.ir/datedlist/1600.aspx>. Last accessed on 15 June 2015.
  20. Iranian Statistics Center. Statistical Survey; Households Income and Expenditure Survey. <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1507>. Last accessed on 29 April 2015.
  21. Xu K, Evans DB, Kawabata K et al. 2003c. Understanding household catastrophic health expenditures: a multi-country analysis. In: Murray CJL, Evans DB (eds). Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). 1st edn. Geneva: World Health Organization, pp. 565–72.
  22. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology. 2005.
  23. Karami M, Najafi F, Karami Matin B. Catastrophic Health Expenditures in Kermanshah, West of Iran: Magnitude and Distribution 2009.
  24. Amery H, Jafari A, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and Its Influential Factors on Families in Yazd Province. Journal of Health Administration. 2013;16(52):51-60.
  25. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. International Journal of Health Policy and Management. 2014;3(5):243-9.
  26. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy and Planning. 2012;27(7):613-23.



27. Galárraga O, Sosa-Rubí S, Salinas-Rodríguez A, Sesma-Vázquez S. Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *The European Journal of Health Economics*. 2010;11(5):437-47.
28. Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80:613-21.
29. Zare H, Trujillo A, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; an analysis of the past three decades (1984–2010). *International Journal for Equity in Health*. 2014;13(1):1-12.
30. Raghfar H, Khezri M, Vaez Mahdavi Z, Sangari Mohazab K. Impact of Health Insurance Inefficiency on Poverty among Iranian Households. *Hakim Research Journal*. 2013;16.۱۹-۹:(۱)
31. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85:600-6.
32. Manenti A. Health situation in Iran. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2011;25(1):1-7.
33. Zare H, Trujillo AJ, Leidman E, Buttorff C. Income elasticity of health expenditures in Iran. *Health Policy and Planning*. 2012.
34. Raghfar H, Gholami S. Households' Health Expenditure Inequality in Iran: 1984-2011. *Hakim Research Journal* 2014; 16(4): 302- 316.
35. Raghfar H, Zargari N, Sangari Mohazzab K. Measuring Inequality in Households' Health Care Expenditures in Iran. *Hakim Research Journal* 2013; 16(2): 89- 97.

36. Razavi SM, Hassanzadeh A, Basmenji K. 2005. Fairness in financial contribution in the health system. Tehran: Andishmand publication. [In Persian].
37. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. BMC health services research. 2009;9:69.
38. Callan T, Nolan B. Concepts of Poverty and the Poverty Line. *Journal of Economic Surveys* 1991; 5 (3): 243-61.