

بررسی میزان مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت

دکتر مهدی یوسفی^۱، دکتر عباس عصارى آرانى^۲، دکتر بهرام سجابى^۳
دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۴، دکتر سمیه فضائلی^۵

چکیده

زمینه و هدف: موضوع مشارکت مالی خانوار در سلامت یکی از مهمترین مباحث حوزه سلامت می باشد. هدف مطالعه‌ی حاضر تعیین شاخص‌های مرتبط با میزان مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت است. **روش بررسی:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی بود که با روش سازمان جهانی بهداشت، داده‌های مرکز آمار ایران در خصوص هزینه-درآمد خانوارهای شهری و روستایی کشور در سال ۹۰ را جهت محاسبه شاخص‌های میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، فقر و مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت ایران مورد بررسی قرار داد. این شاخص‌ها بر اساس تحلیل مخارج کلی و سلامت و همچنین ظرفیت پرداخت خانوارها محاسبه شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که نسبت مشارکت مالی در نظام سلامت در بین خانوارهای مناطق روستایی بیش از مناطق شهری است. بیش از سه درصد از خانوارهای مورد مطالعه، با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند و حدود ۱/۵ درصد نیز به زیر خط فقر کشیده شده‌اند. شاخص مشارکت مالی عادلانه در مناطق روستایی ۵۹ درصد و در مناطق شهری ۶۵ درصد بود.

نتیجه‌گیری: محاسبه‌ی شاخص‌های مربوط به مشارکت مالی خانوارها در نظام سلامت در ایران، نشان دهنده‌ی لزوم پیش‌بینی، اجرای پایش و ارزیابی برنامه‌های نظام سلامت، به منظور افزایش میزان عدالت در مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت است که می‌تواند اثربخشی منابع آن را بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: خدمات سلامت، مشارکت مالی، عدالت

* نویسنده مسئول:

دکتر عباس عصارى آرانى؛
دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه
تربیت مدرس

Email :
Assari_a@modares.ac.ir

- دریافت مقاله: آبان ۱۳۹۳ پذیرش مقاله: بهمن ۱۳۹۳

مقدمه

از پیش با مشکلات مختلف اجتماعی، محیطی و روانی رویارویی داشته است. این موارد باعث شکل‌گیری انتظارات زیادی جهت دسترسی به مراقبت سلامت شده است (۱).

در واقع، این موضوع باعث شده است دایره‌ای که نظام‌های سلامت باید در آن به ایفای نقش بپردازند با افزایش آگاهی مردم، از تاثیر مسائل جدید توسعه بر سلامت مانند: صنعتی شدن جامعه، حمل و نقل، جاده‌ای، آسیب‌های محیطی و جهانی شدن تجارت، وسیعتر شود و نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت

در طول قرن بیستم، انسان از نظر شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی، مسائل بهداشتی و پزشکی بیش از تمام تاریخ دستخوش دگرگونی بوده و بیش

^۱ استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار گروه توسعه و برنامه ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه اقتصاد نظری، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۴ استاد گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۵ استادیار گروه مدارک پزشکی و فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ظرفیت پرداخت آن خانوار" تعریف می‌شود که در حقیقت بیانگر بار مالی تحمیل شده بر خانوار به علت پرداخت‌های هزینه‌های سلامت است و اگر این نسبت برای تمام خانوارها یکسان باشد، مشارکت مالی عادلانه خواهد بود(۳).

با توجه به اهمیت موضوع سلامت و دسترسی به خدمات سلامت برای مردم و تاکید قوانین بالادستی ایران مانند برنامه چهارم و پنجم توسعه بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و بهبود وضعیت عدالت در تامین مالی نظام سلامت(۱۱ و ۱۰)، هدف مطالعه حاضر تعیین و معرفی شاخص‌های مرتبط با میزان مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت در سال ۱۳۹۰ می‌باشد. در این راستا، مخارج سلامت خانوار در مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۹۰ تعیین و شاخص‌های مشارکت مالی خانوارها در سلامت مانند میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، میزان مواجهه با فقر به دلیل جبران هزینه‌های سلامت، شاخص مشارکت مالی عادلانه برای خانوارهای شهری و روستایی محاسبه و مقایسه شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی - توصیفی بود. جامعه مورد بررسی در این مطالعه شامل ۱۷۵۲۳ خانوار شهری و ۱۸۵۴۸ خانوار روستایی در سال ۱۳۹۰ بود که اطلاعات مربوط به هزینه‌ی درآمد آنها توسط مرکز آمار ایران جمع‌آوری شد(۱۲). آمار هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی کشور به صورت سالانه توسط مرکز آمار ایران منتشر می‌شود. طرح مذکور، با استفاده از توصیه‌های سازمان ملل متحد به روش آمارگیری نمونه‌ای، از طریق مراجعه به

ارتقای سلامت افراد و پاسخ دادن به انتظارات مردم را داشته باشند، بلکه به دلیل کسش قیمتی پایین تقاضا برای اکثر خدمات سلامت و اجتناب ناپذیر بودن استفاده از آنها در هنگام نیاز(۲)، مسئولیت حفاظت از خانوارها در برابر هزینه‌های مالی دریافت خدمات سلامت را نیز بر عهده داشته باشند(۳).

مطالعات مختلف، شواهدی در مورد فروش دارایی و قرض گرفتن توسط خانوارها به منظور پرداخت هزینه‌های سلامت را ارائه داده‌اند. مطالعه‌ای در کامبوج نشان داد که ۲۰ درصد بیماران برای درمان خود از وام دهندگان خصوصی وام گرفته‌اند و ماهانه سودی معادل ۲۰ تا ۳۰ درصد پرداخت نموده‌اند(۴). در دو منطقه‌ی روستایی در اوگاندا ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران نیز هزینه‌ی بهداشت و درمان خود را از طریق فروش زمین یا احشام خود یا قرض گرفتن پرداخت کرده‌اند(۵). در ویتنام ۳۶ درصد از فقرا از ۴/۵ درصد از ثروتمندان برای پرداخت هزینه‌های سلامت پول قرض می‌گیرند(۶). در گرجستان تقریباً یک پنجم از افراد دارای نیاز به خدمات سلامت برای تامین هزینه‌ی مربوط، دارایی‌های خود را می‌فروشند یا پول قرض می‌گیرند(۷). ۱۵ درصد از خانوارهای تایلندی دارای فرد مسلول، برای تامین هزینه‌ی مراقبت، دارایی‌های خود را فروخته و ۱۰ درصد آنها وام می‌گیرند(۸). چشم پوشی از دریافت خدمات سلامت نیز موضوعی است که در صورت عدم توانایی مالی خانوار برای جبران هزینه‌های سلامت ممکن است، رخ دهد(۹).

وجود این مسائل باعث شد که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ یکی از اهداف نظام سلامت را "مشارکت مالی عادلانه" قرار دهد. مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت به صورت "نسبت پرداخت‌های یک خانوار برای نظام سلامت به

صرفه جویی به مقیاس محاسبه می‌شود. اصل صرفه جویی به مقیاس بدین معنی است که هزینه‌های خانوار با افزایش تعداد اعضای خانوار به طور غیرخطی افزایش می‌یابند. برای مثال، اگر هزینه‌ی اجاره‌ی مسکن برای یک خانوار تک نفره یک میلیون ریال در ماه باشد برای خانوار دو نفره کمتر از دو برابر یک میلیون ریال خواهد بود. به عبارتی، با بالا رفتن مقیاس به دلیل اشتراک هزینه‌ها، طبق هزینه‌ی سر جمع، سرشکن شده و کاهش می‌یابد. مطالعات تجربی روی داده‌های ۵۹ کشور، فرمول غیرخطی زیر را به عنوان رابطه‌ی بعد معادل با بعد شمارش خانوار ارائه داده است که میزان ضریب تعدیل کننده در آن برابر با ۰/۵۶ تخمین زده شده است:

$$eqsize_h = hhsz_h^\beta$$

در این رابطه $eqsize_h$ بعد معادل خانوار، $hhsz_h$ بعد شمارش یا بعد واقعی خانوار و β ضریب تعدیل کننده است. بر این اساس، برای تعیین حداقل مخارج معاش خانوار، طبق پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت ابتدا خانوارها بر اساس "نسبت مخارج غذایی تقسیم بر مخارج کل خانوار" تنظیم و خانوارهای مابین صدک‌های ۴۵ تا ۵۵ درصد مشخص شدند. سپس میانگین مقادیر مخارج غذایی سرانه تعدیل شده خانوار برای خانوارهای قرار گرفته در این محدوده محاسبه شد. با ضرب مخارج غذایی سرانه‌ی تعدیل شده‌ی خانوار در بعد معادل خانوار هزینه‌ی معاش خانوار به دست می‌آید (۱۴). در صورتی که مخارج معاش خانوار از کل مخارج خانوار بیشتر باشد، این خانوار از قبل فقیر بوده و در صورتی که کل مخارج خانوار بیشتر از مخارج معاش خانوار باشد اما با کسر مخارج سلامت از کل مخارج خانوار، مقدار باقی مانده از مخارج معاش خانوار کمتر شود در این حالت گفته می‌شود خانوار به علت هزینه‌های سلامت فقیر

خانوارهای نمونه در نقاط شهری و روستایی انجام می‌گیرد. پرسش نامه مورد استفاده در این طرح شامل چهار قسمت اصلی است که قسمت سوم آن مربوط به هزینه‌های خوراکی و غیر خوراکی خانوار می‌باشد. هزینه‌های خوراکی و غیر خوراکی خانوار متشکل از ۱۴ بخش بوده که بخش شش آن هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوار در ماه گذشته است. داده‌های هزینه-درآمد خانوار مربوط به هم‌همی استان‌های کشور است و از هر استان، حداقل داده‌های ۱۰۰۰ خانوار جمع آوری شد (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر، تمامی خانوارهایی که اطلاعات آنها در طرح هزینه-درآمد توسط مرکز آمار ایران جمع آوری شده بود بررسی شدند. معیار خروج برخی از خانوارها از مطالعه، نقص در اطلاعات جمع آوری شده مربوط به آنها بود. برای محاسبه‌ی شاخص‌های مورد نظر، داده‌های مربوط به مخارج سلامت خانوار، مخارج غذایی خانوار، کل مخارج خانوار و بعد خانوار از داده‌های خام و پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۹۰ استخراج شدند. سپس این داده‌ها بررسی شده و مواردی که دارای اطلاعات ناقص بودند، حذف و همگی برای مدت یک ماه تعریف شدند.

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، خانوارهایی که مخارج سلامت آنها برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت آنهاست، دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شده‌اند. ظرفیت پرداخت به صورت کل مخارج خانوار منهای مخارج معاش خانوار تعریف می‌شود. البته در حالتی که مخارج خوراکی خانوار بیشتر از مخارج معاش خانوار باشد، ظرفیت پرداخت به صورت کل مخارج خانوار منهای مخارج خوراکی آن تعریف می‌شود (۱۳). برای محاسبه‌ی مخارج غذایی سرانه‌ی خانوار، مخارج خوراکی خانوار بر بعد معادل خانوار تقسیم شد. این متغیر با توجه به اصل

بیانگر تقسیم مخارج سلامت خانوار h ام بر ظرفیت پرداخت خانوار h ام است. همچنین $OOPCTP_o$ از طریق تقسیم مجموع مخارج سلامت خانوارها بر مجموع ظرفیت پرداخت خانوارها به دست می‌آید. کمترین مقدار این شاخص ۰ و بیشترین آن ۱ می‌باشد. حالت ۱ همان وضعیت ایده آل عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت است (۱۴). در پژوهش حاضر جهت سازماندهی داده‌های مربوط به خانوارها از نرم افزارهای Access 2007 و Excel 2007 استفاده شد. همچنین نرم افزار SPSS جهت تسهیل محاسبات به کار گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه در چند بخش شامل بررسی توصیفی برخی متغیرهای مربوط به مخارج خانوار، تعیین میزان مواجهه خانوارها با مخارج سلامت، بررسی شاخص رفتن به زیر خط فقر به دلیل مخارج سلامت و بررسی شاخص مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت ارائه گردید.

شده است. مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت از رابطه‌ی تقسیم مخارج سلامت بر ظرفیت پرداخت خانوار به دست می‌آید. این میزان مشارکت در مقادیر ۱۰ تا ۲۰ درصد، ۲۰ تا ۳۰ درصد، ۳۰ تا ۴۰ درصد و برابر یا بیش از ۴۰ درصد دسته بندی شده است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، دسته آخر با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند و خانوارهایی که ۳۰ تا ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خود را به مخارج سلامت اختصاص داده‌اند، مستعد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند (۱۳). شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFC) در نظام سلامت طبق فرمول معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت به صورت زیر محاسبه گردیده است:

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |oopctp_h - oopctp_o|^3}{\sum w_h}}$$

در این فرمول w_h بیانگر وزن خانوارها در حالتی است که نمونه گیری با نسبت واقعی جمعیت در مناطق روستایی و شهری متفاوت باشد. $OOPCTP_h$

جدول ۱: بررسی توصیفی برخی متغیرهای مربوط به مخارج خانوار برای مناطق شهری در سال ۹۰

نام متغیر	پنجک‌های هزینه‌ای*				
	۱	۲	۳	۴	۵
میانگین مخارج خانوار (هزار ریال)	۳۶۰۵	۶۱۶۷	۸۵۷۶	۱۱۸۶۹	۲۱۱۲۹
میانگین مخارج خوراکی خانوار (هزار ریال)	۱۲۷۵	۲۰۰۲	۲۵۵۵	۳۱۷۳	۴۳۶۶
میانگین مخارج سلامت خانوار (هزار ریال)	۲۵۱	۴۲۱	۵۳۳	۷۹۴	۱۵۵۱
میانگین مخارج غذایی سرانه تعدیل شده (هزار ریال)	۷۴۱	۱۰۱۵	۱۲۲۹	۱۴۸۸	۱۹۸۶
میانگین ظرفیت پرداخت خانوار (هزار ریال)	۲۴۸۳	۴۳۵۲	۶۴۱۰	۹۴۸۶	۱۸۷۷۴
میانگین نسبت مخارج سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار (به درصد)	۰/۱	۰/۱	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸

* پنجک به این معنی است که اگر خانوارها بر اساس متغیر کل مخارج خانوار از کمترین مقدار به بیشترین مقدار تنظیم شوند، ۲۰ درصد اول آنها در پنجک یک، ۲۰ درصد دوم در پنجک دو و به همین صورت ۲۰ درصد پنجم به عنوان پنجک پنجم در نظر گرفته می‌شود.

پرداخت خانوار این افزایش را نشان نمی‌دهد. این یافته‌ها نشان داد که میانگین مخارج سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار در پنجهای بالاتر کمتر است.

در جدول ۱ برخی متغیرهای مربوط به مخارج خانوارهای شهری به تفکیک پنجهای هزینه‌ای ارائه شده است. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد در حالی که میانگین ظرفیت پرداخت خانوار در پنجهای افزایش می‌یابد، میانگین مخارج سلامت به ظرفیت

جدول ۲: بررسی توصیفی برخی متغیرهای مربوط به مخارج خانوار برای مناطق روستایی در سال ۹۰

پنجهای هزینه‌ای					نام متغیر
۵	۴	۳	۲	۱	
۱۴۹۶۷	۷۹۸۶	۵۷۳۷	۴۰۶۰	۲۲۲۴	میانگین مخارج خانوار (هزار ریال)
۴۸۸۷	۳۱۵۲	۲۴۸۱	۱۸۶۴	۱۰۷۶	میانگین مخارج خوراکی خانوار (هزار ریال)
۱۰۱۸	۵۲۶	۳۳۴	۲۵۸	۱۵۲	میانگین مخارج سلامت خانوار (هزار ریال)
۲۰۸۱	۱۴۲۱	۱۱۷۸	۹۵۲	۶۷۶	میانگین مخارج غذایی سرانه تعدیل شده (هزار ریال)
۱۲۳۱۷	۵۵۰۰	۳۵۵۶	۲۳۱۱	۱۲۱۲	میانگین ظرفیت پرداخت خانوار (هزار ریال)
۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۱۲	میانگین نسبت مخارج سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار (به درصد)

افزایش میانگین مخارج خانوار کاهش می‌یابد. بررسی جدول ۱ و ۲ نشان داد که تقریباً میانگین مخارج سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار در مناطق روستایی برای تمامی پنجهای بیشتر از مناطق شهری است.

در جدول ۲ برخی متغیرهای مربوط به مخارج خانوار برای مناطق روستایی در سال ۹۰ ارائه شده‌اند. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مخارج سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار با

جدول ۳: بررسی سطوح مختلف مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت

منطقه	نوع شاخص	سطوح مختلف مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت			
		۱۰ تا ۲۰ درصد	۲۰ تا ۳۰ درصد	۳۰ تا ۴۰ درصد	برابر یا بیش از ۴۰ درصد*
روستایی	تعداد	۳۱۵۶	۱۲۵۸	۵۸۹	۷۴۶
	درصد**	۱۷/۰۲	۶/۷۸	۳/۱۸	۴/۰۲
شهری	تعداد	۲۷۸۴	۹۸۷	۴۱۶	۴۷۴
	درصد	۱۵/۸۹	۵/۶۳	۲/۳۷	۲/۷۱
کشوری	تعداد	۵۹۴۰	۲۲۴۵	۱۰۰۵	۱۲۲۰
	درصد	۱۶/۴۷	۶/۲۲	۲/۷۹	۳/۳۸

* خانوارهایی که هزینه‌های سلامت آنها برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت آنها را شکل می‌دهد، دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شده‌اند (۱۵).

** درصد از کل خانوارهای روستایی برای مناطق روستایی و درصد از کل خانوارهای شهری برای مناطق شهری و درصد از کل خانوارهای کشور برای کشور مدنظر بوده است.

پرداخت خانوار" در مناطق روستایی در تمام سطوح بیشتر از مناطق شهری است. این جدول نشان می‌دهد که بیش از سه درصد از خانوارهای مورد مطالعه در سطح کشور در سال ۱۳۹۰ با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند.

جدول ۳ سطوح مختلف مواجهه خانوارها با مخارج سلامت را به تفکیک مناطق روستایی، شهری و برای کل کشور نشان می‌دهد. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت یا همان "سهم پرداخت از جیب به ظرفیت

جدول ۴: بررسی شاخص فقیر شدن به دلیل مخارج سلامت

منطقه	نوع شاخص	فقیر قبل از تحمیل شدن هزینه های سلامت	رفتن به زیر خط فقر به دلیل مخارج سلامت
روستایی	تعداد	۱۳۸۵	۳۷۶
	درصد *	۷/۴۷	۲/۰۳
شهری	تعداد	۳۱۹	۱۷۳
	درصد	۱/۸۲	۰/۹۹
کشور	تعداد	۱۷۰۴	۵۴۹
	درصد	۴/۷۲	۱/۵۲

* درصد از کل خانوارهای روستایی برای مناطق روستایی و درصد از کل خانوارهای شهری برای مناطق شهری و درصد از کل خانوارهای کشور برای کشور مدنظر است.

بحث

امروزه نبود محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت به عنوان یک نقص عمده در نظام‌های سلامت شناخته شده است که روشن‌ترین نشانه‌ی آن بدین صورت مشخص می‌گردد که خانوارها به هنگام نیاز به دریافت خدمات سلامتی، نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت خود نیز رنج می‌برند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که حدود ۳/۳۸ درصد از خانوارهای کشور در سال ۱۳۹۰ با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند و حدود ۱/۵ درصد نیز به دلیل جبران هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر غذایی سقوط کرده‌اند. این در حالی است که طبق قوانین بالادستی کشور این شاخص‌ها باید بسیار

از آنجا که میزان مشارکت مالی خانوار در سلامت می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر برخی از خانوارها داشته باشد، در جدول ۴ به بررسی این موضوع پرداخته شده است که چند درصد از خانوارهای روستایی، شهری و کل کشور از قبل فقیر بوده‌اند یا اینکه به دلیل تحمیل مخارج سلامت بر آنها (مشارکت مالی خانوار) به زیر خط فقر رفته‌اند. این جدول نشان می‌دهد که مخارج سلامت تاثیر بیشتری روی مردم روستایی گذاشته و حدود ۲/۰۳ درصد از آنها را به کام فقر کشانده است. محاسبه‌ی شاخص مشارکت مالی عادلانه در سلامت نشان داد که میزان این شاخص برای مناطق روستایی برابر با ۵۹ درصد برای مناطق شهری ۶۵ درصد و برای کل کشور برابر ۶۳ درصد می‌باشد.

خدمات سلامت پرداخت کرده‌اند. این نتایج در مطالعه‌ی کاووسی و همکاران (۱۳۸۸) نیز تایید شده است (۹). مطالعه O'Donnell و همکاران (۲۰۰۸) در ۱۳ کشور آسیایی نشان داد که خانوارهای با وضعیت اقتصادی بهتر به ویژه در کشورهایی با اقتصاد پایین و متوسط نسبت بالاتری از توانایی پرداخت خود را صرف خدمات سلامت می‌نمایند (۱۶).

مطالعه‌ی مهرآرا و همکاران نشان داد که در سال ۱۳۸۶ شش درصد از مردم بین سی تا چهل درصد توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت کرده‌اند (۱۷). این میزان در مطالعه فعلی ۲/۷۹ درصد است. از طرف دیگر مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۳/۳۸ درصد از خانوارهای کشور در سال ۹۰ دچار هزینه‌های کمر شکن سلامت شده‌اند؛ در حالی که رضوی و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمر شکن سلامت بین ۱/۹۷ درصد در سال ۱۳۷۶ تا ۲/۳۲ درصد در سال ۱۳۸۶ بوده و در مجموع در این سال‌ها روند افزایشی داشته است (۱۸) و با مقایسه این روند با مطالعه فعلی می‌توان دریافت که این سیر صعودی تا زمان حاضر ادامه یافته است. از مهمترین دلایل افزایش این شاخص‌ها می‌توان به عدم توجه عملی دولت‌ها به سلامت و در اولویت نبودن تامین عادلانه‌ی خدمات سلامت برای همه مردم دانست. اجرای مرحله اول هدفمندی یارانه‌ها در کشور در دی ماه ۱۳۸۹ نیز احتمالاً تاثیر قابل توجهی بر افزایش میزان مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمر شکن داشته است که البته این موضوع نیازمند بررسی بیشتر است. نتایج گزارش‌های پیشین نیز نشان داد که ۲/۵ درصد از مردم در سال ۱۳۸۶ با هزینه‌های کمر شکن سلامت مواجه شده‌اند و طبق این مطالعه نیز میزان مواجهه افزایش یافته است. این در حالی است که

پایین‌تر از مقدار فعلی می‌بودند (۱۰ و ۱۱). لذا تبیین دقیق و به موقع این معضل می‌تواند سیاستگذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست‌های پیشگیرانه و شیوه‌های مناسب جهت رفع آن یاری رساند. بر این اساس، در مطالعه‌ی حاضر سعی شد تا با رویکردی کاربردی نشان داده شود کشور ایران به لحاظ اصلی‌ترین شاخص‌های مربوط به مشارکت مالی خانوارها در حوزه‌ی سلامت چه وضعیتی دارد.

Xu و همکاران (۲۰۰۷) در مقاله‌ی خود با عنوان "محافظت خانوارها در برابر پرداخت‌های کمر شکن سلامت" به بررسی هزینه‌های سلامت در ۸۹ کشور که بیش از ۸۰ درصد جمعیت جهان را پوشش می‌دهد، به این نتیجه دست یافتند که به طور کلی سالانه ۱۵۰ میلیون نفر از فاجعه‌ی مالی ناشی از پرداخت برای سلامت رنج می‌برند. یافته‌های آن‌ها بیانگر این است که تفاوت قابل توجهی در میزان هزینه‌های کمر شکن سلامت بین کشورهای مختلف وجود دارد که تقریباً از صفر در اسلواکی، بریتانیا و جمهوری چک تا بیش از ۱۰ درصد در برزیل و ویتنام متغیر است. این یافته نشان داد که کشورهایی با درآمد پایین و متوسط نسبت به کشورهایی با درآمد بالا از نظر مواجهه با هزینه‌های کمر شکن سلامت در وضعیت بدی هستند (۱۵).

نتایج مطالعه‌ی فعلی نیز نشان می‌دهد که میزان مواجهه ۳/۳۸ درصدی با هزینه‌های کمر شکن سلامت برای ایران متناسب با این مقدار برای کشورهای با درآمد متوسط و البته متوسط متمایل به پایین در مطالعه فوق است.

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که خانوارهای ساکن در مناطق روستایی معمولاً مخارج کمتری نسبت به مناطق شهری دارند و در همین وضعیت، سهم بیشتری از ظرفیت پرداخت خانوار را برای دریافت

پیش‌رو اشاره شد، برخی از خانوارها از مطالعه خارج شدند. این محدودیت به این دلیل ایجاد شد که اطلاعات هزینه‌ای خانوارهای مذکور مخصوصاً اطلاعات سلامت آنها دارای نقص‌های جدی بود. با این وجود با توجه به پایین بودن درصد این خانوارها (کمتر از ۱۰ درصد) تحلیل‌ها با قبول این محدودیت انجام شد.

نتیجه گیری

بر طبق الگوی ارائه شده‌ی سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت، عملکرد نظام در مقایسه با میزان دستیابی به اهداف آن سنجش می‌شود. بر این اساس، برنامه‌هایی که تا به حال در کشور جهت کاهش رویارویی مردم با هزینه‌های کمرشکن سلامت اجرا شده است، نتوانسته است تاثیر قابل توجهی بر کاهش این شاخص داشته باشد. لذا بر اساس نتایج حاصل از پژوهش فعلی، پیشنهاد می‌گردد به صورت منظم و سالانه شاخص‌های مربوط به مشارکت مالی خانوار در سلامت اندازه‌گیری شود و از این طریق میزان تاثیر هر یک از برنامه‌های حوزه‌ی سلامت در خصوص کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و افزایش عدالت در مشارکت مالی عادلانه در سلامت سنجش شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های ویژه‌ای برای حمایت از خانوارهای ساکن در مناطق روستایی جهت محافظت از آنان در برابر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر طراحی گردد. تعیین و اولویت بندی عوامل اجتماعی و اقتصادی خانوار که نقش تعیین کننده‌ای در مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن و فقر دارد می‌تواند سیاستگذاران حوزه سلامت کشور را برای تعریف برنامه‌های مناسب یاری رساند.

طبق قوانین برنامه‌ی چهارم و پنجم توسعه‌ی کشور، یکی از اهداف اصلی این برنامه‌ها در حوزه سلامت کاهش هزینه‌های پرداختی مستقیم از جیب برای سلامت توسط خانوارها و در نهایت، کاهش درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن می‌باشد (۱۰ و ۱۱).

مطالعه‌ی Yardim و همکاران (۲۰۱۰) در ترکیه نشان داد که به صورت متوسط ۰/۴ درصد از خانوارهای مورد مطالعه به علت هزینه‌های سلامت زیر خط فقر رفته‌اند و این میزان در خانوارهایی که در پنجم اول یعنی در گروه کمترین مخارج قرار گرفته بودند معادل ۱/۷ درصد بوده است (۱۹).

مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که خانوارهای ساکن در مناطق روستایی بیشتر به علت مخارج سلامت زیر خط فقر رفته‌اند. اما یافته‌ها نشان می‌دهد که در ایران ۱/۵۲ درصد از خانوارها به علت مخارج سلامت زیر خط فقر رفته‌اند، که این میزان بیش از سه برابر کشور ترکیه است.

نتایج به دست آمده در خصوص شاخص مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت در مناطق شهری و روستایی دلالت بر نابرابری بیشتر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری دارد که این یافته در مطالعه‌ی مهرآرا و همکاران نیز تایید شده است (۱۷)، اما در پژوهش حاضر میزان این شاخص برای کل کشور ۶۳ درصد محاسبه شد. این در حالی است که در مطالعه‌ی مهرآرا و همکاران این شاخص ۸۳ درصد اعلام گردید. تفاوت این دو میزان می‌تواند ناشی از مواردی مانند افزایش بی‌عدالتی در مشارکت مالی یا تفاوت در ضریب دهی به خانوارها در هنگام محاسبه‌ی حداقل مخارج معاش باشد.

همانطور که در قسمت روش بررسی مقاله‌ی

تشکر و قدردانی

محققان، بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه استادان و کارشناسانی که با صرف وقت خود زمینه‌ی انجام
چنین مطالعه‌ای را فراهم کردند، صمیمانه تقدیر و
تشکر نمایند.

منابع

1. Salehi B, Solhi H, Fotovat AR, Motamedi D, Moradi SH & Ebrahimi S. The comparison of the psychiatric disorders between opium addicts' families referring to opium withdrawal clinics and non-addicts' families referring to blood transmission centers. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2012; 15(3): 32-8[Article in Persian].
2. Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B & Kazemnejad A. Direct and indirect costs of household health expenditure. *Hospital* 2014; 12(4): 51-61[Article in Persian].
3. WHO. The world health report 2013: Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013: 5-21.
4. Whitehead M, Dahlgren G & Evans T. Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet* 2001; 358(9284): 833-36.
5. Van Damme W, Van Leemput L, Por I, Hardeman W & Messen B. Out of pocket health expenditure and debt in poor households: Evidence from Cambodia. *Tropical Medicine & International Health* 2004; 9(2): 273-80.
6. Sauerborn A, Adams A & Hein M. Household strategies to cope with economic costs of illness. *Social Science and Medicine* 1996; 43(3): 291-301.
7. Skarbiniski J, Walker HK, Baker LC, Kobaladze A, Kirtava Z & Raffin TA. The burden of out of pocket payments for health care in Tbilisi, republic of Georgia. *Jama* 2002; 287(8): 1043-9.
8. Kamolratankul P, Sawert H, Kongsin S, Lertmaharit S, Sriwongsa J, Na-songkhla S, et al. Economic impact of tuberculosis at the household level. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease* 1999; 3(7): 596-602.
9. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh SR, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: A longitudinal study in zone 17 of Tehran. *Hakim Research Journal* 2009; 12(2): 38-47[Article in Persian].
10. Islamic Republic of Iran. The law of the fourth economic, social and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran. Available at: <http://paris21.org/sites/default/files/2924.pdf>. 2004.
11. Islamic Republic of Iran. The law of the fifth economic, social and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran. Available at: <http://www.isacmsrt.ir/files/site1/pages/banamepanjom.pdf>. 2010.
12. Statistical Centre of Iran. Household, expenditure and income for 2011. Available at: <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=339&agentType=View&PropertyID=1116>. 2015.
13. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2005: 1-7.

14. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J & Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: A multicounty analysis. *The Lancet* 2003; 362(1): 111-7.
15. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Evans T & Musgrove P. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs* 2007; 26(4): 972-83.
16. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Grag CC, et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics* 2008; 27(2): 460-75.
17. Mehrara M, Fazaeli AA & Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: An analysis of household survey data. *Journal of Health Administration* 2010; 13(40): 51-62[Article in Persian].
18. Razavi SM, Hasanzadeh A & Basmanji K. Fairness in financial contribution in health care. *Iran: Andishmand*; 2005: 35-70[Book in Persian].
19. Yardim MS, Cilingiroglu N & Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010; 94(1): 26-33.

The Financial Contribution Of Households Using By Health Services

Yousefi Mehdi¹ (Ph.D) - Assari Arani Abbas² (Ph.D) - Sahabi Bahram³ (Ph.D)
Kazemnejad Anushiravan⁴ (Ph.D) - Fazaeli Somayeh⁵ (Ph.D)

1 Assistant Professor, Health Economics & Management Sciences Department, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2 Assistant Professor, Development and Economic Planning Department, School of Management & Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Economics Department, School of Management & Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4 Professor, Biostatistics Department, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

5 Assistant Professor, Medical Records & Health Information Technology Department, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Received : Nov 2014
Accepted : Feb 2015

Background and Aim: The Household financial contribution is one of the most important issues in health system. This study aims to determine and present some indices of household financial contribution in health system in Iran.

Materials and Methods: In this cross sectional- descriptive study, the methods were introduced by World Health Organization. Fair Financing Contribution Index (FFCI), catastrophic health expenditure and impoverishment in Iran were calculated from a national representative data derived from Iranian Statistics Center, Household Budget Survey, and Consumption Expenditures, at 2011. The indicators have been calculated on the basis of the total cost analysis, health and capacity to pay Iranians households.

Results: Household financial contribution in the health system for households living in rural areas is more than urban areas. In this study, more than 3 percent of the households were facing catastrophic health expenditure. Also 1.5 percent of the households have been impoverished. Fair Financing Contribution Index in rural and urban areas was 59 and 65 percent respectively.

Conclusion: Calculation of the indicators related to households financial contribution in Iranian health system need to predict and implement appropriate plans, as well as monitoring and assessment of health system programs in order to increase the equity in the household financial contribution and effectiveness of Utilization of resources.

Key words: Health Services, Household Financial Contribution, Equity

* Corresponding

Author:

Assari Arani A;

E -mail:

Assari_a@modares.ac.ir