

# اندازه‌گیری و تحلیل روند فقر سلامت در خانوارهای شهر تهران در سال- های ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱ با استفاده از شاخص مشارکت مالی خانوار و به- کارگیری رویکرد نسلی

مهدی نصرت آبادی<sup>۱</sup>، مریم شریفیان ثانی<sup>۲</sup>، مروّنه وامقی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، دکترای تخصصی علوم اجتماعی، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، روانپزشک، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: تهران، گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مریم شریفیان ثانی

E-mail: Sani-53@yahoo.com

وصول: ۹۳/۵/۴، اصلاح: ۹۳/۶/۹، پذیرش: ۹۳/۶/۲۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** تحلیل مشارکت مالی خانوار به‌عنوان شاخصی از عدالت مالی در هزینه‌های سلامت خانوارها قلمداد می‌شود و مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن، فقر در این حوزه را به بار می‌آورد. هدف نگارش مقاله‌ی حاضر، محاسبه و تحلیل روند فقر سلامت خانوارهای تهرانی طی دوره‌ی زمانی ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱ می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه - درآمد خانوارهای کشور طی دوره‌ی مورد مطالعه، جریان فقر سلامت سرپرستان خانوار تهرانی با رویکرد داده‌های شبه‌ترکیبی (و استفاده از شاخص فقر فوستر، گریر و توربک) مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که در انجام محاسبات از نرم‌افزارهای Stata 11 و Excel استفاده شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه با تقسیم‌بندی سرپرستان خانوارهای تهرانی به ۸ گروه سنی، فقر سلامت در این گروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. در بین سال‌های مطالعه، سال ۱۳۷۸ بالاترین میزان فقر سلامت را در اکثر گروه‌های سنی به خود اختصاص داده بود و این میزان در انتهای برنامه‌ی چهارم توسعه و منتهی به سال ۱۳۹۱ برای همه‌ی گروه‌های سنی صعودی بوده است. در مقایسه‌ی گروه‌های سنی، این مطالعه نشان داد که از سال ۱۳۷۳ (انتهای برنامه‌ی اول توسعه) تا سال ۱۳۹۱ بیشترین میزان فقر سلامت مربوط به گروه‌های سنی جوان‌تر (۲۶-۲۱ ساله و ۳۱-۲۷ ساله) بوده است.

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی در گروه‌های سنی سرپرستان خانوارهای تهرانی نرخ و شدت فقر سلامت در طول سال‌های مطالعه، نوسانات زیادی داشته و در سال‌های اخیر صعودی بوده است. نوسانات بالای فقر سلامت در طول برنامه‌های توسعه نشان می‌دهد که سیاست‌های پایدار و منسجمی برای کاهش مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت تدوین نگردیده است.

**واژه‌های کلیدی:** فقر سلامت، شاخص مشارکت مالی خانوار، رویکرد نسلی.

## مقدمه

سلامت، به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. علاوه بر داشتن شیوه‌ی زندگی سالم، مردم برای ارتقاء و بازگرداندن سلامت خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به‌عبارتی خرید آن خدمات می‌باشند. براساس نوع نظام سلامت، بهره‌مندی از این خدمات فشارهای مالی متفاوتی را بر مردم در جوامع مختلف تحمیل می‌نماید. هزینه‌های اقتصادی مرتبط با بیماری را در دو گروه عمده می‌توان قرارداد: هزینه‌های خدمات به‌کار رفته جهت تشخیص و درمان بیماری و کاهش درآمد ناشی از افت بازدهی و ظرفیت کاری فرد بیمار. در هر حال، این هزینه‌ها باعث ایجاد مشکلات مالی برای خانوارها گردیده و ممکن است آنها را به دام فقر بیندازد (۱). طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت، سالانه تقریباً ۴۴ میلیون خانوار یا بیشتر از ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان، با هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic Expenditures) سلامت، مواجه و حدود ۲۵ میلیون خانوار یا بیشتر از ۱۰۰ میلیون نفر به‌خاطر پرداخت برای خدمات سلامت در دام فقر گرفتار می‌شوند (۲). سازمان جهانی بهداشت حفاظت مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت را به‌عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام‌های سلامت معرفی کرده است. حفاظت مالی به این معنی است که هر خانوار، باید سهم متناسبی از درآمدش را برای خدمات سلامت پرداخت کند. این مفهوم ضرورت حمایت از درآمد خانوارها را به‌منظور حفاظت آنها از افتادن در دام فقر بیان می‌کند (۳).

تحلیل مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت، می‌تواند شاخصی برای فقر در تامین مالی هزینه‌های سلامت قلمداد شود که در این مقاله تحت عنوان هزینه‌های فقرزای سلامت یا تلویحاً "فقر سلامت" از آن نام برده می‌شود که در مطالعاتی نیز به این عنوان اشاره شده است (۵-۴). تحلیل نتیجه‌ی مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت

را می‌توان به‌وسیله‌ی دو رویکرد انجام داد: رویکرد درآمدی و رویکرد بار مالی. در رویکرد درآمدی، تغییر در توزیع درآمد برحسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که براساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به‌علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند، سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تاثیر آن یا تجارب پریشان‌کننده‌ی ناشی از آن بر خانوار، همانند محاسبه‌ی شاخص انصاف در مشارکت مالی (Fairness in Financial Contribution) و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های های کمرشکن (۳)، بررسی می‌گردد.

سازمان جهانی بهداشت شاخص انصاف در مشارکت مالی را برای تعریف توزیع بار پرداخت‌های سلامت در جامعه معرفی کرده است که می‌تواند بین صفر و یک تغییر کند. صفر، بیانگر حداکثر بی‌انصافی و ۱ بیانگر کامل‌ترین شکل انصاف است. همچنین هزینه‌های کمرشکن سلامت زمانی است که پرداخت برای خدمات سلامت از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود (۶). به گونه‌ای که هزینه‌های سلامت یک خانوار در صورتی کمرشکن تلقی می‌شوند که این هزینه‌ها فراتر از ۴۰ درصد درآمد باقی‌مانده‌ی خانوار بعد از رفع نیازهای اساسی باشد و این درآمد، بعد از رفع نیازهای اساسی تحت عنوان توان پرداخت خانوار (Capacity To Pay) شناخته می‌شود (۷).

پرداخت‌های کمرشکن لزوماً به‌معنای هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامت نیست. برای مثال حتی مخارج نسبتاً کم برای یک بیماری معمولی می‌تواند برای خانوارهای فقیرتر که تحت پوشش بیمه نیستند، از نظر مالی مصیبت‌بار و کمرشکن باشد. نکته‌ی اصلی مخارج کمرشکن، مساله‌ی عدالت یا انصاف در تامین مالی است. با این‌که دیدگاه‌های متنوعی در متون درباره‌ی عدالت در تامین مالی وجود دارد، اما بارزترین دیدگاه بیان می‌کند که خانوارها باید در پرداخت هزینه‌های سلامت براساس

توانایی پرداخت‌شان مشارکت‌کنند(۸). هنگامی که خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌شوند، ممکن است پس‌انداز و دارایی‌های خود را خرج‌کنند یا مخارج خود را روی سایر نیازهایشان (مانند غذا، آموزش و مسکن) کم‌کنند و در نهایت به سمت فقر کشیده شوند.

کی‌زو و همکاران (۲۰۰۳) هزینه‌های کمرشکن را در تحلیل چندکشور مورد بررسی قرارداد و توسط رگرسیون متغیرهای مورد نظر را بر هزینه‌های کمرشکن سلامت تحلیل کرده‌اند. نتایج نشان داد که سهم پرداخت‌های کمرشکن گسترش متنوعی در میان کشورها داشته و کشورهای درحال گذار و آمریکای جنوبی، بیشترین درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن را داشته‌اند(۷). در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۶، کاووسی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای، به بررسی اندازه‌گیری طولی مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن در منطقه‌ی هفده تهران پرداختند. در این مطالعه، هزینه‌های کمرشکن براساس ظرفیت پرداخت خانوار محاسبه شد و نتایج نشان داد که خانوارهای مواجه‌یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۱۲/۶ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۱۱/۸ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته که البته این تفاوت معنادار نبود(۹).

در سال ۱۳۸۶، آذریبوند به بررسی عدالت در سلامت در مناطق مختلف ایران به تفکیک شهری و روستایی پرداخت. براساس نتایج این پژوهش، میزان شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها در مناطق شهری و روستایی ۰/۸۴ و ۰/۸۲ و درصد هزینه‌های کمرشکن در مناطق شهری و روستایی ۰/۲ و ۰/۳ به دست آمده است(۱۰). در مطالعه‌ی راغفر و همکاران (۱۳۹۱) به اندازه‌گیری نابرابری در هزینه‌های سلامت در ایران پرداختند و با استفاده از ریزداده‌های پیمایش هزینه‌ی درآمد خانوار و شاخص‌های نابرابری نتیجه‌گیری نمودند که ضمن بالابودن نابرابری در هزینه‌های سلامت، این شاخص‌ها دستخوش نوسانات زیادی بوده‌اند(۱۱).

با توجه به این مرور می‌توان اشاره کرد که این منابع عمدتاً تنها به محاسبه‌ی خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن یا نابرابری در هزینه‌های سلامت پرداخته و شاخص‌های وقوع (سرشمار) و شدت فقر سلامت را مورد بررسی قرار نداده‌اند که این امر در تحقیق حاضر مورد لحاظ قرار خواهد گرفت. مزیت عمده‌ی دیگر مطالعه‌ی حاضر نسبت به سایر تحقیقات، استفاده از رویکرد نسلی (کوهورت) است که از این طریق، روند فقر سلامت در طی سال‌های مختلف (مقارن با اجرای برنامه‌های توسعه‌ی کشوری و تحولات در هزینه‌های سلامت خانوار) در هشت نسل سنی سرپرستان خانوار مورد اندازه‌گیری و تحلیل قرار می‌گیرد.

در کشور ما (در نقشه سلامت و نیز در برنامه پنجم توسعه)، به‌صراحت به حمایت از خانوارها در جهت جلوگیری از سقوط به ورطه‌ی فقر در اثر هزینه‌های سلامت تاکید شده و این مساله به‌وضوح در قالب دو هدف مورد تاکید قرار گرفته است: (۱) کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب (Out of pocket) به ۳۰ درصد تا پایان برنامه‌ی پنجم (۲) کاهش نسبی از جمعیت که مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند به کمتر از یک درصد تا پایان برنامه‌ی پنجم. با توجه به موارد فوق، مطالعه‌ی حاضر در نظر دارد با استفاده از رویکرد نسلی (روند فقر سلامت با استفاده از داده‌های شبه پانل) و نیز شاخص مشارکت مالی خانوارهای تهرانی، به بررسی فقر در این حوزه بپردازد و روند شاخص‌های آن را از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱ مورد اندازه‌گیری و تحلیل قرار دهد.

## مواد و روش‌ها

### نوع مطالعه

تحقیق حاضر در قالب مطالعات «روند» جای می‌گیرد که با استفاده از کوهورت بندی سنی سرپرستان خانوارها (با استفاده از داده‌های شبه‌ترکیبی) به بررسی روند فقر سلامت در طی سال‌های اجرای برنامه‌های

توسعه‌ی کشوری می‌پردازد. منظور از داده‌های شبه‌ترکیبی یا شبه‌پانل، داده‌هایی است که به صورت "مقطعی تکرار شده" جمع‌آوری شده‌اند و برخلاف داده‌های پانل گروه‌های مشخصی از افراد در طول زمان پیگیری نمی‌شوند.

### جامعه، نمونه‌ی آماری و روش جمع‌آوری داده‌ها

جامعه‌ی آماری این تحقیق خانوارهای ساکن شهرستان تهران (شهری و روستایی) می‌باشند. نمونه‌ی تحقیق شامل سرپرستان خانوارهای تهرانی (در ۸ گروه سنی) است که اطلاعات آنها توسط مرکز آمار ایران (طرح هزینه-درآمد خانوار) جمع‌آوری شده است. پیمایش درآمد-هزینه‌ی خانوار مرکز آمار ایران، داده‌های لازم برای انواع مطالعه پیرامون رفتار مصرف‌کنندگان و محاسبه‌ی شاخص‌های فقر و توزیع درآمد را فراهم می‌سازد.

### روش اجرا

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران)، گروه‌های مشخصی از افراد در طول زمان پیگیری نمی‌شوند. این امر، لزوم استفاده از سایر متدها برای تحلیل روندهای فقر را ناگزیر می‌سازد که یکی از این موارد، استفاده از رویکرد شبه‌ترکیبی است که در تحقیق حاضر برای تحلیل روند فقر سلامت خانوارهای تهرانی از آن استفاده می‌شود. به عبارت دیگر، در مواقعی که در یک کشور داده‌های ترکیبی (تابلویی) وجود ندارد، یک امکان استفاده از داده‌های مقطعی تکرار شده است (۱۲). در مطالعه‌ی حاضر برای بررسی روند فقر سلامت در خانوارهای تهرانی براساس پیشنهادهای وربک (۱۳)، با استفاده از ریزداده‌های مرکز آمار ایران (پیمایش هزینه - درآمد خانوار) و براساس سن سرپرست خانوار (با دامنه‌ی سنی پنج‌ساله) و نیز با لحاظ دامنه‌ی سنی ۶۰-۲۰ سال برای سرپرست خانوار در سال‌های منتخب (شروع و پایان برنامه‌های توسعه‌ی کشوری)، هشت گروه سنی ۲۶-۲۱، ۳۱-۲۷، ۳۶-۳۲، ۴۱-۳۷، ۴۶-۴۲، ۵۱-۴۷، ۵۶-۵۲ و

۶۱-۵۷ ساله از سرپرستان خانوار در هر سال تشکیل می‌شود و سپس با استفاده از شاخص فوستر، گریز و توربک (FGT) تحولات فقر سلامت در گروه‌های سنی فوق مورد بررسی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، در این تحقیق ۸ نسل (سنی) از خانوارهای تهرانی تشکیل شدند و براساس فواصل سالی پنج‌ساله، روند تحولات فقر سلامت در این نسل‌ها مورد محاسبه قرار گرفت.

روش کار و محاسبه‌ی شاخص‌ها به این شکل بود که پس از جدا کردن سرپرستان خانوارهای تهرانی (با استفاده از کد بستگی با سرپرست خانوار) اطلاعات هزینه‌های بهداشتی این خانوارها، تفکیک و سپس با تعریف آستانه‌ی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت (خط فقر سلامت براساس آستانه‌ی ۰/۴ نسبت هزینه‌های بهداشت به توان پرداخت خانوار (۷))، شاخص‌های فقر سلامت برآورد گردیدند.

در این تحقیق، از مجموعه‌ی شاخص‌های FGT

(فوستر، گریز و توربک) برای نشان دادن میزان، شکاف و شدت فقر سلامت خانوارهای تهرانی استفاده گردید. این شاخص، کلیه‌ی سنج‌های سرشمار فقر، شکاف فقر و مجذور شکاف فقر را اندازه‌گیری می‌کند. فرمول کلی این گروه از شاخص‌های فقر به پارامتر  $\alpha$  بستگی دارد که بیانگر درجه‌ی انزجار از فقر است. شاخص نسبت سرشمار فقر، توزیع فراوانی خانوارهای دچار فقر سلامت را در جامعه نشان می‌دهد، اما از بیان عمق فقر در سطح جامعه ناتوان است. شاخص نسبت شکاف فقر برعکس شاخص نسبت سرشمار، به درصد فراوانی خانوارهای دچار فقر کاملاً غیرحساس بوده و اظهار نظری در این مورد نمی‌کند، اما عمق فقر در سطح جامعه را بیان می‌کند. در حالی که شکاف فقر فاصله‌ای را که فقیران از خط فقر دارند، در نظر می‌گیرد، اما شدت فقر مجذور، این فاصله را محاسبه می‌کند. در این حالت، وزن بیشتری به فقیرانی داده می‌شود که شدت فقر در آنها بیشتر است (۱۴) لازم به ذکر است که پردازش و محاسبه

و نمودار ذیل، وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۲۱-۲۶ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۶۳) تا سال خروج (۱۳۹۱) در استان تهران را نشان می‌دهد:

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد روند شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی شماره‌ی یک (خانوارهای گروه سنی ۲۱ تا ۲۶ ساله‌ی سال ۱۳۶۳ تا ۵۶-۵۲ سال‌های ۱۳۹۱) دارای نوساناتی می‌باشد. در بین این سال‌ها، بالاترین میزان فقر سلامت مربوط به سال ۱۳۷۸ می‌باشد که این گروه سنی، به سن ۴۱-۳۷ سالگی رسیده‌اند و پس از آن، این روند کاهشی می‌شود (از ۰/۱۷ در سال ۱۳۷۸ به ۰/۰۷ در سال ۱۳۹۱).

یکی دیگر از کاربردهای رویکرد داده‌های شبه-ترکیبی، بررسی اثرات گروه سنی خاص پیرامون وقوع شاخص مورد نظر (که در اینجا منظور از آن فقر سلامت می‌باشد) در سال‌های مختلف است. جدول و نمودار ذیل، روند فقر سلامت گروه‌های سنی مختلف را در سال‌های مورد بررسی نشان می‌دهد:

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد به طور کلی روندهای نرخ فقر سلامت در گروه‌های سنی مختلف دارای نوسان بوده و در دوره‌ی منتهی به سال ۱۳۹۱ این

شاخص‌ها توسط نرم‌افزارهای اکسل و STATA (Version 11) صورت گرفت.

## یافته‌ها

جدول ذیل، گروه‌های سنی و پیگیری خانوارها را (که در این تحقیق بر مبنای سن سرپرست خانوار در فواصل سالی و سنی پنج‌ساله ایجاد گردیده‌اند) نشان می‌دهد.

مطابق جدول شماره‌ی ۱، هشت گروه سنی از خانوارها تشکیل شده‌است و براساس سال ورود سرپرستان به مطالعه و رفتن به گروه سنی بالاتر (با فواصل سنی پنج‌ساله) جریان فقر سلامت این چهار گروه سنی مورد پیگیری قرار می‌گیرد. در این جدول اعداد داخل پرانتز شماره‌ی گروه سنی (یا نسل) را نشان می‌دهد که با تغییر سنی (فواصل سنی پنج ساله) در دوره‌های زمانی پنج ساله مشخص می‌گردند. در اینجا به علت اجتناب از جدول‌ها و نمودارهای زیاد، گروه سنی ۲۱-۲۶ ساله از نظر جریان شاخص فقر سلامت از سال ورود ۱۳۶۳ تا سال خروج ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس روند شاخص‌های فقر سلامت گروه‌های سنی مختلف مقایسه می‌شود. جدول

جدول ۱: وضعیت کوهورت بندی گروه‌های سنی سرپرستان خانوارها به منظور محاسبه‌ی شاخص‌های فقر سلامت در مطالعه

سال	گروه سنی (نسل)							
	۲۱-۲۶	۲۷-۳۱	۳۲-۳۶	۳۷-۴۱	۴۲-۴۶	۴۷-۵۱	۵۲-۵۶	۵۷-۶۱
۱۳۶۳	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۶۸	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۷۳	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۷۸	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۸۳	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۸۸	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)
۱۳۹۱	۲۱-۲۶ (۱)	۲۷-۳۱ (۲)	۳۲-۳۶ (۳)	۳۷-۴۱ (۴)	۴۲-۴۶ (۵)	۴۷-۵۱ (۶)	۵۲-۵۶ (۷)	۵۷-۶۱ (۸)

جدول ۲: پیگیری شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۲۶-۲۱ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۶۳) تا سال خروج در استان تهران

سلامت			گروه سنی
P <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>0</sub>	
۰/۴۹	۰/۴	۰/۱۸	۱۳۶۳ (گروه سنی ۲۶-۲۱)
۰/۳۴	۰/۲۶	۰/۱۰	۱۳۶۸ (گروه سنی ۳۱-۲۷)
۰/۴۱	۰/۳۲	۰/۱۳	۱۳۷۳ (گروه سنی ۳۶-۳۲)
۰/۵	۰/۴	۰/۱۷	۱۳۷۸ (گروه سنی ۴۱-۳۷)
۰/۳۲	۰/۲۵	۰/۱۰	۱۳۸۳ (گروه سنی ۴۶-۴۲)
۰/۲	۰/۳	۰/۰۷	۱۳۸۸ (گروه سنی ۵۱-۴۷)
۰/۳۰	۰/۱۸	۰/۰۷	۱۳۹۱ (گروه سنی ۵۶-۵۲)

جدول ۳: روند تغییرات نرخ فقر سلامت در گروه‌های سنی مختلف طی سال‌های مطالعه

سال	نرخ فقر شاخص‌های سلامت در استان تهران طی سال‌های مختلف مطالعه						نرخ فقر
	۱۳۹۱	۱۳۸۸	۱۳۸۳	۱۳۷۸	۱۳۷۳	۱۳۶۸	
گروه سنی ۲۱-۲۶	۰/۱۸	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۲۹	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۸
گروه سنی ۲۷-۳۱	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۱۵
گروه سنی ۳۲-۳۶	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۴
گروه سنی ۳۷-۴۱	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۳
گروه سنی ۴۲-۴۶	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۱۲
گروه سنی ۴۷-۵۱	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۲
گروه سنی ۵۲-۵۶	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۱۵	۰/۱۷	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۱۶
گروه سنی ۵۷-۶۱	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۱۳	۰/۱۸

به عبارتی برای محاسبه فقر سلامت از شاخص مشارکت مالی خانوار، استفاده و آستانه‌ی خط فقر ۰/۴۰ در نظر گرفته شد به گونه‌ای که اگر نسبت هزینه‌ی بهداشت به توان پرداخت خانوار از ۰/۴۰ تجاوز کند، خانوار دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شود.

نتایج نشان داد به‌طور کلی در گروه‌های سنی، نرخ فقر سلامت دارای نوسان و میزان آن نیز در سال‌های مطالعه بالا بوده است. اگر بخواهیم به‌طور جزئی‌تر و براساس گروه‌های سنی مورد مطالعه به تحلیل نتایج پردازیم، باید اشاره کنیم که در طول دوران جنگ تحمیلی (در این مطالعه‌ی دوره‌ی زمانی ۶۷-۶۳) روند نرخ فقر سلامت گروه‌های سنی کاهش یافته است. به‌نظر می‌رسد در این دوران به دلیل شرایط خاص اقتصادی - سیاسی حاکم بر کشور، سلیق ترجیحی مردم برای خدمات سلامت بیشتر به خدمات ارزان‌تر همچون خدمات اولیه‌ی سلامت (PHC) گرایش داشته است (در مقایسه با خدمات گرانتقیمت‌تر). در این دوران، بالاترین میزان فقر سلامت مربوط به گروه‌های مسن‌تر سرپرست

نرخ برای همگی گروه‌های سنی صعودی بوده است. در بین سال‌های مطالعه، سال ۱۳۷۸ بالاترین میزان فقر سلامت را در اکثر گروه‌های سنی به خود اختصاص داده بود. روند دیگری که در شاخص‌ها نمایان است، متفاوت بودن سیر شاخص‌ها در سال‌های اجرای برنامه‌های توسعه است.

## بحث

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند. (اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران).

همانطور که اشاره شد در این مقاله برای اندازه‌گیری فقر سلامت از رویکرد تحلیل مشارکت مالی خانوار در هزینه‌های سلامت (مواجهه با هزینه‌های کمرشکن) استفاده شد.

خانوار بوده است (۵۶-۵۲ و ۶۱-۵۷ ساله) که می‌تواند بیانگر آن باشد که این گروه‌های سنی در تامین هزینه‌های سلامت خود به علت‌های مختلفی (چون به‌دوش کشیدن بار بیشتر مشکلات سلامت در این دوران و عدم پوشش هزینه‌های بستری و درمانی بیماری‌ها) در تنگنا بوده‌اند.

در طول برنامه‌های توسعه‌ی اول و دوم در اکثر گروه‌های سنی، شاهد افزایش نرخ فقر سلامت خانوارهای تهرانی بوده‌ایم. در تبیین این نوسانات می‌توان اشاره کرد که طی این سال‌ها (به دلایلی از جمله اعمال سیاست‌های تعدیل ساختاری) سیاست‌های بهداشتی و درمانی دولت در قیاس با سیاست‌های آن در حوزه‌های دیگر از ثبات چندانی برخوردار نبوده و سیاست‌گذاری‌های دولت به‌جای آنکه بیشتر تحت تاثیر برنامه‌ریزی‌های استراتژیک و در راستای چشم‌اندازهای بلندمدت باشد، بیشتر تحت تاثیر مسائل روز صورت پذیرفته است. در بین سال‌های مطالعه، سال ۱۳۷۸ (دوره‌ی اجرای برنامه‌ی دوم توسعه) بالاترین میزان فقر سلامت را در گروه‌های سنی به خود اختصاص داده است. با استناد به مفاد و سیاست‌های اقتصادی در این دوره، همواره متوسط تورم بخش بهداشت و درمان بیش از تورم کل کشور بوده است (۱۵). شدیدترین افزایش قیمت کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی نیز مربوط به برنامه‌ی اول و دوم توسعه بوده که کاهش یارانه‌ها، آزاد شدن نسبی نرخ ارز و چرخش در سیاست‌گذاری‌های اقتصادی را می‌توان از موارد عمده و اساسی آن دانست (۱۶) که یافته‌های تحقیق حاضر نیز این مطلب را تایید می‌کند. در مطالعه‌ی رضوی و همکاران (۱۷) نشان داده شد که در طول برنامه‌ی دوم توسعه و سال‌های ابتدایی برنامه‌ی سوم، شاخص‌های عدالت در تامین مالی هزینه‌های سلامت روندی نامطلوب و فزاینده داشته است و در طی این دوره، هر ساله حداقل ۲ درصد از خانوارها به دلیل پرداخت هزینه‌های درمانی کمرشکن به ورطه فقر افتاده‌اند. براساس نتایج تحقیق شاخص‌های فقر سلامت خانوارهای تهرانی در طول برنامه‌ی سوم و چهارم

توسعه (۱۳۷۸-۱۳۸۸) روندی کاهشی داشته‌اند. مطالعه‌ی نشان داده بود سهم جمعیتی که در کل کشور به دلیل هزینه‌های درمانی به ورطه فقر می‌افتادند، از کل جمعیت در دوره‌ی ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ (برنامه‌ی سوم و چهارم توسعه) از ۰/۰۱۲ به ۰/۰۰۸ درصد کاهش یافته است. میزان این شاخص در مناطق روستایی به‌طور چشمگیری از مناطق شهری بیشتر بود. همچنین شاخص سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوار طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ (برنامه‌ی سوم و شروع برنامه چهارم) در مناطق شهری از ۰/۰۶۶ به ۰/۰۵۱ و در مناطق روستایی از ۰/۰۸۳ به ۰/۰۷۱ کاهش یافته بود. باهمی اینها، در سال ۱۳۸۵ میانگین هزینه‌های درمانی پرداخت شده توسط خانوارهای شهری، ۱/۲۳ برابر خانوارهای روستایی بوده است (۱۸).

در تحلیل این وضعیت می‌توان اشاره کرد که در شهرها، سهم کالاهایی از قبیل مسکن در کل هزینه‌های غیرخوراکی بسیار بیشتر از روستاها می‌باشد و این موضوع خود به خود باعث می‌شود که با فرض ثابت ماندن سایر شرایط، رشد قیمت نسبی این کالاها عاملی شود که سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوارهای شهری کاهش یابد. این نکته در حالت کلی نیز می‌تواند صادق باشد. به‌طوری‌که وجود شرایط تورمی در ایران به-خصوص افزایش قیمت کالاهای خوراکی همچون مسکن، به اجبار باعث افزایش سهم آنها در هزینه‌های خانوار به قیمت کاهش یافتن سهم هزینه‌های درمانی می‌شود که در این دوره‌ی زمانی مشهود بوده است (۱۹).

براساس نتایج تحقیق، نرخ فقر سلامت در انتهای برنامه‌ی چهارم توسعه و شروع برنامه‌ی پنجم در همه‌ی گروه‌های سنی افزایش یافته است. هرچند که برنامه‌ی پنجم توسعه، یکی از جامع‌ترین برنامه‌هایی است که در حوزه سلامت مصوب شده است و در آن به مواردی چون عوارض مالیات بر سلامت، واقعی کردن هزینه‌های درمان از جیب مردم تا سقف ۳۰ درصد و هزینه کردن ۱۰ درصد از درآمدهای دولت از محل هدفمند کردن یارانه‌ها اشاره

خانوارهای میان‌سال‌تر و مسن‌تر بوده‌است و آنها سهم بیشتری از توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌نمودند. با توجه به اثرات ماندگاری که فقر سلامت به خصوص در اوایل شکل‌گیری زندگی می‌تواند بر رفاه و بهزیستی خانوارها داشته‌باشد، این یافته می‌تواند دلالت‌هایی به‌منظور تدوین سیاست‌های حمایتی برای سلامت خانوارها برای سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت کشور داشته‌باشد.

باتوجه به نتایج پژوهش به‌عنوان یک بسته‌ی سیاستی می‌توان تحت پوشش قراردادادن خدمات گران-قیمت سلامت به‌خصوص برای گروه‌های محروم و زیرخط فقر درآمدی، توجه خاص به رفاه و سلامت خانوارهای جوان‌تر به‌ویژه در زمینه‌ی کالاهای مربوط به مسکن و تغذیه (در راستای تامین نیازهای اساسی و کاستن از بار هزینه‌های کمرشکن سلامت)، هدفمندنمودن یارانه‌ها در قالب ارئه‌ی خدمات تغذیه و سلامت به-خصوص برای گروه‌های جمعیتی خانوارهای جوان و درنهایت پایش مداوم طرح جدید تحول نظام سلامت به-منظور ارتقای شاخص عدالت در تامین منصفانه‌ی هزینه‌های مالی سلامت خانوارها را پیشنهاد نمود. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی باتوجه به ویژگی‌های خانوارها (همچون شغل، بُعد خانوار و میزان آسیب‌پذیری نسبت به فقر) روندهای فقر سلامت مورد محاسبه قرارگیرد و باعنایت به نتایج، به ارائه‌ی بسته‌های سیاستی خاص هر مورد مبادرت ورزید.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی است که با حمایت مالی مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران صورت پذیرفته است. از این‌رو از مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی به سبب حمایت مالی و از جناب آقای دکتر حسین راغفر به‌سبب راهنمایی‌های ارزنده تشکر می‌گردد.

شده‌بود، اما در عمل یافته‌های این مطالعه نشان‌داد که خانوارها بار بیشتری را در اختصاص هزینه‌های سلامت متحمل شده‌اند و مفاد قانونی این برنامه حداقل در سال اول برنامه، به‌خوبی اجرایی نگردیده‌است. شاید بتوان یکی از دلایل مهم بالا بودن شاخص‌های فقر سلامت در برخی از مقاطع و نیز نوسانات آن را با متغیر مصرف خدمات سلامت تبیین نمود. مصرف خدمات سلامت، یکی از تعیین‌کننده‌های مهم در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت به حساب می‌آید. در مطالعاتی همچون نکویی مقدم (۲۰) و Somkotra (۲۱) نشان داده شده که میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت با متغیرهایی مانند میزان مصرف خدمات دندان‌پزشکی، پاراکلینیک سرپایی و بستری رابطه‌ی معناداری دارد. به گونه‌ای که خانوارهایی که از خدمات بستری و دندان‌پزشکی استفاده می‌نمایند، با توجه به گران بودن این خدمات و عدم پاسخ‌گویی بیمارستان‌های دولتی و استفاده از خدمات بستری بیمارستان‌های خصوصی با وجود داشتن بیمه‌ی درمانی، بازم با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه می‌شوند و گران بودن و تحت پوشش بیمه‌نبودن خدمات دندان-پزشکی نیز علت دیگر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده است. در مطالعه‌ی کاوسی و همکاران (۹) نشان داده‌شد که مواجهه با هزینه‌های کمرشکن با متغیر مصرف خدمات سلامت به‌ویژه خدمات دندان‌پزشکی و بستری مرتبط بوده‌است. براساس مطالعه‌ی وی و همگام با نتایج مطالعه‌ی ما نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای تهرانی از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ (دوره‌ی اجرای برنامه‌ی توسعه چهارم) روندی کاهشی داشته‌است. در مقایسه‌ی گروه‌های سنی، مطالعه نشان‌داد که از سال ۱۳۷۳ (انتهای برنامه‌ی اول توسعه) تا سال ۱۳۹۱، بیشترین میزان فقر سلامت مربوط به گروه‌های سنی جوان‌تر (۲۶-۲۱ و ۳۱-۲۷ ساله) بوده‌است. این یافته، دلالت دارد که در این سال‌ها، سهم هزینه‌های سلامت در سبد خانوارهای جوان‌تر همواره بالاتر از



## References

1. Murray CJL, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, Aguilar-Rivera AM, Evans DB. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. *Health System Performance Assessment*. 2003: 565-72.
2. Xu K, B. Evans, D, Carrin G, Aguilar-Rivera A. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *World Health Organization; Health Financing for Universal Coverage*. 2005:32.
3. Hatt L. Measuring risk factors for catastrophic health expenditures in Peru, and their effects on families over time. Dissertation to Johns Hopkins University for PHD Degree. Baltimore, Maryland. .2006:151.
4. Brzezinski, M, Accounting for trends in health poverty: A decomposition analysis for Britain, 1991-2008, Working Papers, University of Warsaw, Faculty of Economic Sciences. 2013, 2(87): 1-16.
5. Sumner A. The Evolution Of Education And Health Poverty During Economic Development: The Case Of Indonesia, 1991–2007, Working Paper in Economics and Development Studies, King's College London, Available from: <http://econpapers.repec.org/paper/unpwpaper/201311.htm>
7. Doorslaer Ev, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Raj Adhikari SH, Garg ChC, Harbianto D, Alejandro P, Nazmul Huq M, Ibragimova SH, 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.
8. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*. 2003; 362(9378): 111- 7.
9. The World Health Report 2000-Health system improving performance. Genova. World health report. 2000 :135
10. Kavosi, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, Arab M. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: a Longitudinal Study in Zone 17 of Tehran. *Hakim*. 2009; 12(2):38-47. [Persian].
11. Azarpeyvand Z. Estimation of fairness in health contribution in Iran: 2006. Master's Thesis, University of Alzahra. 2008:45. [Persian].
12. Raghfar H, Zargari N, Sangari Mohazzab K. Measuring Inequality in Households' Health Care Expenditures in Iran. *Hakim*. 2013; 16(2):89-92. [Persian].
13. Deaton A. The Analysis of Household Surveys. A Microeconomic Approach to Development Policy. World Bank and Johns Hopkins University Press. 1997:479
14. Verbeek M, Vella F. Estimating Dynamic Models from Repeated Cross-Sections, *Journal of Econometrics*. 2005; 127(1):83-102.
15. Foster J, Greer J, Thorbecke E. The Foster-Greer-Thorbecke (FGT) poverty measures: 25 years later. *J Econ Inequal*. 2010; 8(4):491-524.
16. Health Policy Council. Health financing of Islamic republic of Iran in Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan, 8th revision. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. [Persian].
17. Nori M, Farjad GH, Monazm K, Moridi S. exploring of external environment of ministry of health, a Report study. Ministry of Health and Medical Education. 2008. [Persian]
18. Razavi M, Hasanzadeh A, Basmani K. Fairness in Financial Contribution. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2005:52 [Persian].
19. Karimi S, Bahman Ziari N. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs. *Health Information J*. 2012; 9(7). [Persian].
20. Alizadeh HM, Fazaeli A. Measuring equity in health financing index of Iran. *Soci Welfare J* 2005; 5(1): 253-78. [Persian].
21. Nekoei Moghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S.
22. Households Exposure to Catastrophic Health Expenditures and the Affecting Factors in Kerman Province, Iran. *J Manage Med Inform Sch*. 2014; 1(2): 74-85. [Persian]
23. Somkotra T, Lagrada LP. Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in Thailand after universal coverage. *Health Aff*. 2009; 28(3): 467-78.-

# Analysis of Health Poverty trend in Tehran Housholds using Health Financial Contribution and cohort approach:1984-2012

**Mehdi Nosratabadi.,**

PhD student of social welfare and health, Social welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

**Maryam Sharifian sani.,**

Assistant Professor, PhD in social research, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

**MeroehVameghi.,**

Assistant professor, Psychiatric, Social welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

Received:26/07/2014, Revised:31/08/2014, Accepted:14/09/2014

## Corresponding Author:

Maryam Sharifian sani ,  
Social Welfare Education Group,  
University of social welfare and  
Rehabilitation. E-mail: Sani-  
53@yahoo.com

## Abstract

**Background:** The analysis of household financial contribution is considered as an indicator of financial equity in health. Households facing catastrophic payments lead to household poverty. This paper tends to measure and analyse trends of health poverty of Tehran households during 1984-2012.

**Materials & Methods:** In this Trend study we used the statistical data on Household budgets (based on cohort data) for measuring health poverty in households with heads residing in Tehran city (Using FGt index). For analyzing data, we used STATA and Excel Software.

**Results:** Households with heads divided into 8 groups. The results showed that, in most age groups, both the rate and the severity of health poverty in 1999 had the highest values. Health poverty indices in the last of Forth Development Plan and ending in 2012 has been rised for all age groups. Comparing age groups, since 1994 (the end of the First Development Plan) until 2012, the result showed the highest health poverty rate being related the younger age groups (26-21 years and 31-27 years), respectively.

**Conclusion:** Overall, health poverty rate was high in all age groups and is associated with large fluctuations. The high fluctuation of the health poverty index during the Development Plans show stable and consistent policy has not been developed to reduce households facing catastrophic health expenditure.

**Key words:** Health poverty, Household financial contribution, cohort approach