

## بررسی روند و سهم هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خانوار بر اساس دهک‌های هزینه‌ای در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵

رضوانه الوندی<sup>۱</sup>، ایرج حریرچی<sup>۲</sup>، ژاله عبدی<sup>۳</sup>، الهام عبدالمالکی<sup>۴</sup>، حسین میرزایی<sup>۵</sup>، مهشاد گوهری مهر<sup>۶</sup>، الهام احمدنژاد<sup>۷\*</sup>

۱- کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲- استاد، عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳- استادیار، عضو هیأت علمی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴- کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۵- کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۶- کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۷- استادیار، عضو هیأت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\*نویسنده مسئول: تهران- خیابان وصال شیرازی- خیابان بزرگمهر شرقی- پلاک ۷۰- موسسه ملی تحقیقات سلامت، تلفن: ۰۲۱-۶۲۹۲۱۲۸۶-۲۱  
پست الکترونیک: ahmadnezhad@tums.ac.ir

دریافت: ۹۶/۱۲/۱۰ پذیرش: ۹۷/۴/۵

### چکیده

**مقدمه:** بخشی از هزینه‌های هر خانوار در هر کشور صرف دریافت خدمات سلامت می‌شود. این مقاله با هدف بررسی روند و سهم هزینه‌های سلامت خانوارهای شهری و روستایی از هزینه‌های کل خالص و تاثیر احتمالی اجرای طرح تحول سلامت بر روند این هزینه‌ها در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ به انجام رسید.

**روش کار:** در این مطالعه از داده‌های هزینه-درآمد خانوارها، جمع‌آوری شده توسط مرکز آمار ایران، استفاده شد؛ تعداد خانوارها در هر سال تقریباً معادل ۳۸ هزار است. از متوسط سالانه هزینه‌های پرداخت از جیب و نسبت هزینه‌های خیلی ضروری و ضروری به کل هزینه‌های خالص سالانه خانوارها برای بررسی روند هزینه‌های سلامت استفاده شد.

**یافته‌ها:** روند پرداخت از جیب خانوارهای شهری و روستایی در ایران با کاهش بسیار کندی همراه بوده، و متوسط نسبت هزینه‌های سلامت به کل هزینه‌های خانوارهای شهری و روستایی طی سال‌های مورد بررسی در خانوارهای دهک‌های دهم و اول به ترتیب ۲۶٪ و ۱/۳٪ و در کل جمعیت ۷٪ بود. تفاوت پرداخت از جیب خانوارهای دهک‌های اول و دهم شهری و روستایی در سال ۹۵ به ترتیب ۲۹,۹۴۲,۵۳۴ و ۱۵,۴۴۱,۱۱۳ ریال بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشانگر تفاوت قابل توجه پرداخت‌های خانوارهای فقیر و ثروتمند برای دریافت خدمات سلامت است؛ هرچند روند کلی هزینه‌های سلامت در خانوارها طی این سال‌ها ثابت بوده است. علیرغم پوشش همگانی بالای بیمه در ایران، همچنان تفاوت چشمگیری در هزینه‌های سلامت مشاهده می‌شود، اما به‌طور کلی مقادیر خالص پرداخت برای هزینه‌های سلامت در ایران در میان تمامی دهک‌ها نسبت به سایر هزینه‌ها پایین‌تر است.

**کل‌واژگان:** طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب، دهک‌های هزینه‌ای

### مقدمه

هزینه‌های بزرگ سلامتی نیز می‌توانند منجر به رخداد فاجعه‌های بزرگ مالی و ورشکستگی، حتی برای خانوارهای ثروتمند شوند. سوم، ممکن است برخی خانوارها به جای روبه رو شدن با عواقب عمیق مالی ناشی از پرداخت‌های سلامت، از دریافت خدمات ضروری سلامت خودداری کنند که این خود باعث به وجود آمدن دوره‌ای از بیماری‌ها، معلولیت، و فقر در جامعه می‌شود (۱، ۲)؛ بنابراین یکی از اهداف مهم هر نظام سلامت، حفاظت مالی از خانوارها در برابر پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت است. در اوایل سال ۱۳۹۳، دولت ایران در راستای دستیابی به ابعاد پوشش فراگیر خدمات سلامت، همچون کاهش پرداخت از جیب و حفاظت مالی خانوارها، با اجرای طرح تحول نظام سلامت اصلاحات وسیعی را آغاز نمود؛ اما

پرداخت مستقیم از جیب جهت دریافت هزینه‌های سلامت، توانایی مردم برای استفاده از این قبیل خدمات را کاهش می‌دهد؛ این نوع پرداخت‌ها برای دریافت خدمات سلامت به سه دلیل می‌تواند به یک نگرانی بزرگ تبدیل شود: اول، پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت می‌تواند خانوارهای غیرفقیر را فقیر، و خانوارهای فقیر را فقیرتر کند. دوم، خانوارهایی که با هزینه‌های سلامت روبه رو می‌شوند ممکن است از دیگر پرداخت‌های ضروری چشم‌پوشی کنند؛ برای خانواری فقیر با بودجه‌ای محدود، پرداخت از جیب‌های نسبتاً کوچک می‌تواند یک فاجعه مالی محسوب شده، باعث کاهش در پرداخت برای دریافت سایر نیازهای اولیه مانند غذا، مسکن، پوشاک و آموزش شود. به همین ترتیب

تابستان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

خدماتی است که به مصرف خانوارها رسیده، مهمترین ابزار برای اندازه‌گیری میزان تورم قیمت‌ها در اقتصاد هر کشور است. این شاخص کاربردهای گوناگونی در اندازه‌گیری روند درآمد و هزینه واقعی خانوارها، تعدیل دستمزدها و حقوق، برآورد حساب‌های ملی به قیمت ثابت و غیره داشته و به صورت زیر محاسبه می‌شود (۶):

$$100 \times \frac{\text{قیمت کالا در سال جاری}}{\text{قیمت کالا در سال پایه}} = \text{شاخص قیمت مصرف‌کننده}$$

با توجه به اینکه بررسی هزینه-درآمد خانوارها در ایران در مدت زمان بیش از یک ماه انجام می‌شود و نرخ تورم در این مدت روند صعودی دارد، بر اساس شاخص قیمت مصرف‌کننده، تمامی هزینه‌ها برای سال جاری، با در نظر گرفتن سال ۱۳۹۰ به عنوان سال پایه، تورم‌زدایی می‌شوند (۶).

### هزینه‌های مورد بررسی

در این مطالعه هزینه‌های سلامت و مسکن به عنوان هزینه‌های ضروری و هزینه‌های مواد خوراکی به عنوان هزینه‌های خیلی ضروری خانوارهای شهری و روستایی در نظر گرفته شدند.

### انتخاب دهک‌های هزینه‌ای

در دهک‌بندی خانوارها، خانوارهای دهک اول قشر کم برخوردار جامعه، و خانوارهای دهک دهم قشر ثروتمند جامعه محسوب شدند. آنچه خانوارهای دهک‌های هزینه‌ای را از هم مجزا می‌کند، وزن کالاها و در واقع اقلام مصرفی موجود در سبد مصرفی آنهاست. در خانوارهای دهک اول، به علت درآمد کمتر، بیشترین سهم از هزینه‌ها را خوراکی‌ها و آشامیدنی‌ها تشکیل داده، سهم کمتری به هزینه‌های غیرضروری مانند تفریح و سرگرمی و حتی سلامت تعلق می‌یابد؛ در واقع، وزن این کالاها در سبد مصرفی آنها کمتر و بیشترین هزینه‌ها معطوف به ضروریات زندگی می‌شود. اگر در کالا‌های ضروری (یعنی مواد خوراکی) خانوارهای دهک اول گرانی اتفاق افتد، این افزایش قیمت بسیار محسوس و ملموس بوده، با افزایش تورم، فشار بر این خانوارها و بالطبع، سهم هزینه‌های مواد خوراکی از کل هزینه‌های زندگی جمعیت این دهک نیز افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، اگر تورم ناشی از افزایش قیمت سایر کالا‌های غیرخوراکی باشد، فشار تورمی بر دهک‌های بالا، یعنی خانوارهای ثروتمند، تخلیه خواهد شد (۷)؛ از این رو، این دو دهک به دلیل امکان نمایش وضعیت هزینه‌کرد خانوارهای خیلی ثروتمند و خیلی فقیر، به عنوان معرف این دو گروه از جامعه مورد بررسی قرار گرفتند.

بر خلاف انتظارات، کاهش پرداخت از جیب با روند بسیار کندی روبه رو شد. اصلاحات وسیع در نظام سلامت سایر کشورها با هدف حفاظت مالی خانوارها معمولاً با موفقیت همراه بوده؛ به طوری که در کشورهای ترکیه و تایلند، این سهم بلافاصله پس از اصلاحات، کاهش قابل توجهی داشته است (۳، ۴). در مطالعه حاضر، روند هزینه‌های مستقیم از جیب و سایر هزینه‌های خیلی ضروری خانوارهای شهری و روستایی در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول سلامت مورد بررسی قرار گرفته، علل کندی در کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها در سطح کل و دهک‌های هزینه‌ای اول و دهم مورد بازبینی قرار گرفت. به دلیل امکان نمایش وضعیت هزینه‌کرد دهک‌های خیلی ثروتمند و خیلی فقیر، این دو دهک به عنوان معرف این دو گروه از جامعه انتخاب شدند.

## روش کار

### منبع داده‌ها

مطالعه حاضر از نوع روش‌های تحلیل ثانویه بوده است و در آن از داده‌های هزینه-درآمد خانوارها، گردآوری شده توسط مرکز آمار ایران در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵، به عنوان منبع داده استفاده شده است. بررسی هزینه-درآمد خانوارها در ایران همه ساله با هدف به دست آوردن ضرایب مصرف برای محاسبه شاخص هزینه زندگی به طور متوسط برای ۱۹ هزار خانوار روستایی و ۱۸ هزار خانوار شهری توسط مرکز آمار ایران انجام می‌شود (۵). پرسشنامه طرح هزینه-درآمد خانوار شامل ۴ قسمت خصوصیات اجتماعی اعضای خانوار، مشخصات محل سکونت و تسهیلات و لوازم عمده زندگی، هزینه‌های خوراکی و غیر خوراکی، و درآمدهای خانوار است. بخش ششم و قسمتی از بخش سیزدهم هزینه‌های غیرخوراکی پرسشنامه، به هزینه‌های بهداشت و درمان اختصاص یافته است.

### تعریف مفاهیم اولیه

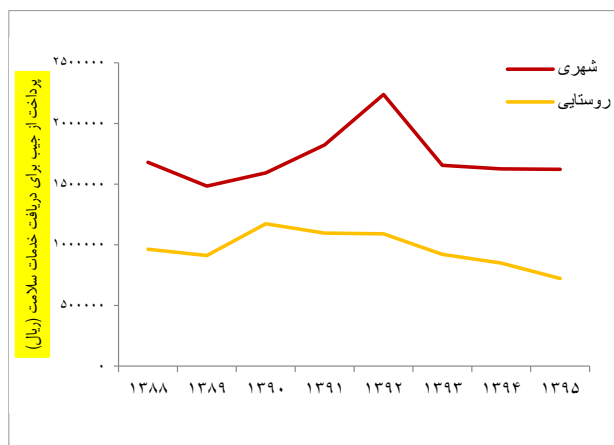
هزینه‌های مستقیم پرداخت از جیب برای سلامت: هزینه‌هایی که توسط خانوار به هنگام دریافت خدمات سلامت به ارائه‌کنندگان این خدمات پرداخت می‌شود، «هزینه‌های سلامت مستقیم از جیب» نام دارد. این پرداخت‌ها به طور معمول شامل خرید دارو، انجام مشاوره‌های پزشکی، و پرداخت صورت‌حساب بیمارستان است. هزینه‌های مربوط به طب سنتی نیز مشمول پرداخت مستقیم از جیب می‌شوند، اما هزینه‌های حمل و نقل برای دریافت خدمات و خرید خوراکی‌های خاص در این مقوله نمی‌گنجد؛ در واقع اینگونه هزینه‌ها خالص از هرگونه بازپرداخت بیمه هستند (۶).

شاخص قیمت (بها) مصرف‌کننده: شاخص قیمت مصرف‌کننده، معیار سنجش تغییرات در قیمت کالاها و

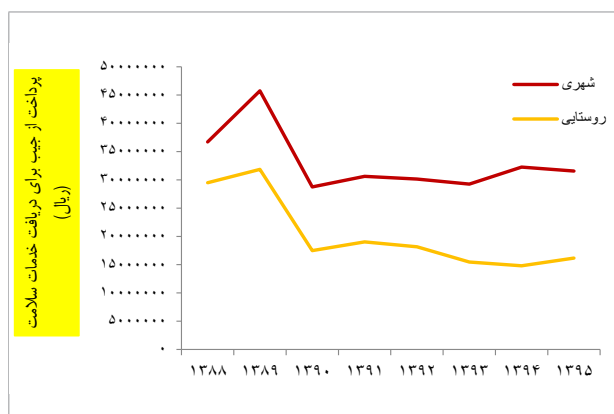
## نتایج

داده‌های نمونه به طور متوسط شامل ۳۸ هزار خانوار شهری و روستایی بود که از بررسی سالانه هزینه-درآمد خانوارها، توسط مرکز آمار ایران، به دست آمدند. نمودارهای ۱ و ۲ سهم هزینه‌های سلامت را از کل هزینه‌های خالص خانوارهای شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ نشان می‌دهند. براساس این دو نمودار، جمعیت‌های ثروتمند شهری و روستایی (خانوارهای دهک دهم) نسبت به جمعیت‌های فقیر (خانوارهای دهک اول) سهم خیلی بالایی از هزینه‌های خود را صرف دریافت خدمات سلامت کرده‌اند. متوسط این سهم‌ها در سال‌های مورد بررسی برای خانوارهای شهری و روستایی دهک دهم ۲۶٪، و برای خانوارهای شهری و روستایی اول تنها ۱/۳۰٪، و برای کل خانوارهای شهری و روستایی تقریباً ۷٪ محاسبه شد. نمودارهای ۳-۵ روند هزینه‌های سلامت را برای خانوارهای شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ نشان می‌دهند. با توجه به نمودار ۳، از سال ۱۳۹۰ پرداخت از جیب برای خانوارهای فقیر روستایی روند کاهشی کندی داشته

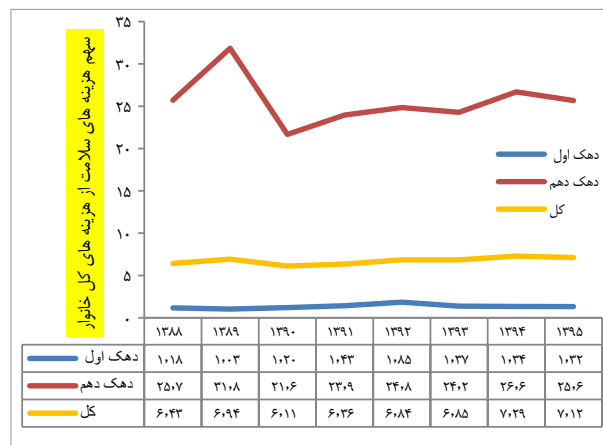
و همانطور که نمودار ۶ نشان می‌دهد، سهم مواد خوراکی از کل هزینه‌های سلامت این خانوارها در این سال‌ها افزایش و سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها کاهش داشته است. نمودار ۴، روند هزینه‌های پرداخت از جیب خانوارهای ثروتمند شهری و روستایی را نشان می‌دهد. رخداد این هزینه‌ها پس از کاهش بسیار زیاد در سال ۱۳۹۰، در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ اندکی افزایش و پس از آن در سال ۱۳۹۳ برای جمعیت‌های ثروتمند روستایی کاهش یافته است. نمودار ۶ متوسط نسبت هزینه‌های ضروری و خیلی ضروری خانوارها را از هزینه‌های کل خالص، در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵، نشان می‌دهد. با توجه به نمودار ۶، سهم هزینه‌های سلامت در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ کاهش یافته، اما در این سال‌ها و سال‌های بعد از آن سهم هزینه‌های مواد خوراکی (هزینه خیلی ضروری) از کل هزینه‌های خالص برای خانوارهای شهری و روستایی افزایش یافته است. با توجه به نمودار ۵، هزینه‌های پرداخت از جیب برای کل جمعیت نیز پس از کاهش در سال ۱۳۹۰ برای خانوارهای شهری و روستایی یک روند کاهشی تقریباً کند و ثابتی را نشان می‌دهد.



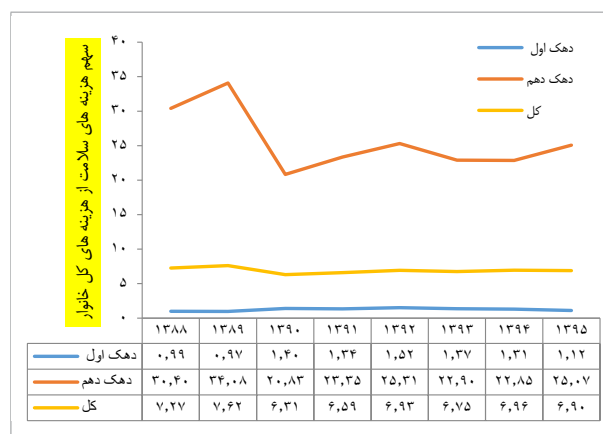
نمودار ۳: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای دهک اول شهری و روستایی



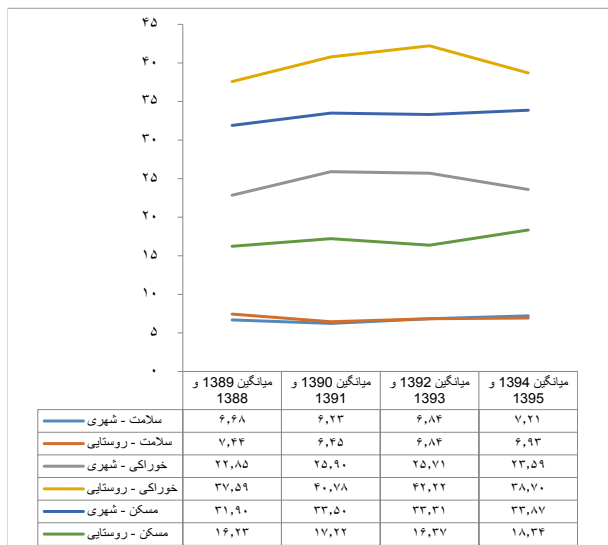
نمودار ۴: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای دهک دهم شهری و روستایی



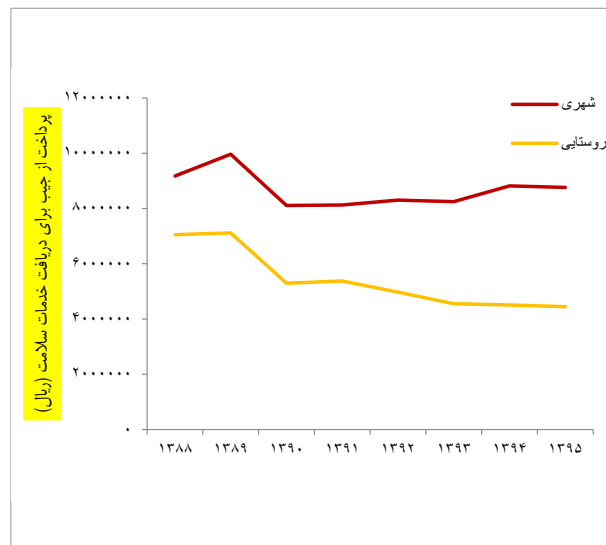
نمودار ۱: سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار (شهری)



نمودار ۲: سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار (روستایی)



نمودار ۶: سهم هزینه‌های ضروری و خیلی ضروری خانوار از هزینه‌های کل خانوار



نمودار ۵: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در کل خانوارهای شهری و روستایی

جدول ۱. تفاوت پرداخت از جیب بین خانوارهای دهک‌های اول و دهم هزینه‌ای (بر حسب ریال) به تفکیک مناطق شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵

	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸
شهری	۲۹,۹۴۲,۵۳۴	۳۰,۶۴۴,۹۴۱	۲۷,۵۱۷,۷۸۱	۲۷,۸۹۴,۹۵۲	۲۸,۷۹۳,۶۷۴	۲۷,۱۵۹,۰۴۵	۴۴,۲۶۲,۵۱۷	۲۵,۰۲۰,۳۵۱
روستایی	۱۵,۴۴۱,۱۱۳	۱۳,۹۵۱,۷۰۵	۱۴,۵۳۲,۳۴۶	۱۷,۰۶۵,۷۳۹	۱۷,۹۳۳,۱۵۸	۱۶,۳۲۱,۱۶۴	۳۰,۹۴۰,۳۷۸	۲۸,۵۳۱,۷۷۷

مقطع زمانی قابل بحث است. کاهش پرداخت از جیب در خانوارهای روستایی و متقابلاً کاهش سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها در فاصله سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ می‌تواند ناشی از تحریم‌های اقتصادی اعمال شده بر کشور و افزایش تورم در بخش مواد خوراکی باشد؛ این مداخله خود می‌تواند باعث افزایش سهم هزینه‌های مواد خوراکی از کل هزینه‌های خانوارهای روستایی، به‌خصوص خانوارهای دهک اول، و چشم‌پوشی این خانوارها از پرداخت هزینه برای دریافت خدماتی (هزینه‌های سلامت) شود که نسبت به مواد خوراکی از ضرورت کمتری برخوردارند. در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵، همزمان با کاهش سهم هزینه‌ای مواد خوراکی از کل هزینه‌های خانوارها از ۴۲٪ به ۳۸٪، سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها افزایش یافت. نتایج همچنین بیانگر روند کند کاهش پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در جمعیت‌های روستایی است، که این امر می‌تواند متأثر از اجرای طرح تحول نظام سلامت و عملکرد مثبت آن در کاهش پرداخت از جیب این خانوارها باشد. با این حال، نتایج گویای این موضوع است که با اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ و اعمال پوشش بیمه برای ۱۱ میلیون خانوار، برخلاف انتظارات کاهش چشم‌گیری در پرداخت از جیب مردم به‌وجود نیامده و روند این هزینه‌ها تقریباً ثابت باقی مانده است. با توجه به اینکه نسبت جمعیتی که با طرح بیمه سلامت پوشش داده می‌شوند شاخص ضعیفی برای حفاظت مالی

جدول ۱ تفاوت میان هزینه‌های پرداخت از جیب خانوارهای دهک اول و دهم هزینه‌ای را به تفکیک مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد؛ تفاوت هزینه‌های پرداخت از جیب در خانوارهای شهری دهک اول و دهم هزینه‌ای در سال ۱۳۹۵ معادل ۲۹,۹۴۲,۵۳۴ ریال و در خانوارهای روستایی برابر با ۱۵,۴۴۱,۱۱۳ ریال بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، پوشش همگانی سلامت در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی به خدمات سلامت و کاهش پرداخت مستقیم از جیب از جمله مقولات محوری سیاست‌های نظام سلامت کلیه کشورها بوده است؛ بنابراین یکی از شاخص‌های مهم تعیین‌کننده وسعت و اندازه حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت در هر کشور، پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها برای دریافت خدمات سلامت است. این مطالعه با هدف بررسی تفاوت هزینه‌های انجام‌شده در فقیرترین و ثروتمندترین اقشار جامعه صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای شهری دهک اول از سال ۱۳۹۳، همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت، کاهش پیدا کرده است؛ اما برای خانوارهای روستایی همه نمودارهای ترسیم شده بیانگر کاهش میزان پرداخت از جیب در دهک‌های اول و دهم هزینه‌ای و در سطح کل خانوارها از سال ۱۳۹۰ بودند؛ این مقوله در دو

دهک اول می‌تواند به دو دلیل عدم نیاز به خدمات سلامت یا ناتوانی خانوارهای فقیر در پرداخت هزینه‌های سلامت باشد که برای بررسی بیشتر این مورد، ادغام برآوردهای هزینه‌های سلامت، که از مطالعه هزینه-درآمد خانوار بدست می‌آید، با نیازهای سلامتی خانوارها پیشنهاد می‌گردد. در ایران مطالعه‌ای که مشخص کند چشم‌پوشی از نیازهای سلامتی متأثر از هزینه‌های آن بوده یا خیر، هنوز به انجام نرسیده است (۸).

در نهایت این مطالعه به‌خوبی تفاوت هزینه‌کرد خانوارهای ثروتمند و فقیر را در جامعه ایرانی نشان داده، اما نمی‌توان با استفاده از نتایج آن دلیل این تفاوت را شناسایی نمود. به همین جهت پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در سطح ملی به‌منظور یافتن دلیل تفاوت هزینه‌کرد خانوارهای حاضر در دهک‌های مختلف هزینه‌ای به انجام رسد.

### کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست گذاری‌ها در نظام سلامت

این مطالعه روندهای پرداخت مرتبط با سلامت را میان فقیرترین و ثروتمندترین اقشار مورد مطالعه قرار داده؛ موضوعی که مطالعات قبلی کمتر به آن پرداخته‌اند. برای اجرای مداخلات در سطح ملی، به‌منظور کاهش مقدار هزینه‌های پرداخت شده برای سلامت در بین اقشار مختلف جامعه، از جمله توسعه بیمه‌همگانی سلامت، ضروری است تحلیلی بر روند این پرداخت‌ها در جامعه به انجام رسد. مطالعه حاضر به‌دلیل این که روند پرداخت از جیب را میان دو قشر خیلی فقیر و خیلی ثروتمند به مقایسه گذارده، می‌تواند به سیاست‌گذاری‌های مربوط به کاهش پرداخت در این گروه‌ها کمک کند. مخاطب بالقوه این مقاله، گروه سیاستگذار ارشد وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی است.

### تعارض منافع

بدینوسیله، نویسندگان مقاله حاضر عدم تضاد منافع در ارائه نتایج این مقاله را اعلام می‌دارند.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق (IR.TUMS.VCR.REC.۱۳۹۷.۳۷۵) تایید شد.

خانوارها محسوب می‌شود (۸)، یکی دیگر از دلایل روند کند کاهش پرداخت از جیب خانوارها می‌تواند بیمه کردن همه خانوارها بدون توجه به دهک‌های هزینه‌ای آن‌ها باشد. از اینرو، شناسایی خانوارهای فقیر و طراحی بسته‌های خدماتی منحصر به آن‌ها، شناسایی بیمارهایی که در ایران مشمول بیشترین هزینه‌ها هستند، اعمال پوشش کامل بیمه و خدمات برای آن‌ها، و اعمال خدمات کم هزینه برای خانوارهای ناتوان و دارای عضو سالمند، در کنار پوشش همگانی بیمه، می‌تواند به کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت کمک کند (۹). همچنین بررسی‌های صورت گرفته در این مطالعه نشان داد که متوسط سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها در ایران تقریباً ۷٪ و برای خانوارهای دهک دهم و دهک اول به ترتیب ۲۶٪ و ۱۳٪ است. در مطالعه Ke Xu و همکاران، به‌دنبال بررسی ۵۰ پیمایش<sup>۱</sup> سازمان جهانی بهداشت، سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های خانوارها معادل ۶/۹٪ و برای ۳۷ پیمایش دیگر<sup>۲</sup> برابر با ۳/۴٪ در سال ۲۰۰۹ گزارش شد (۱۰). در بررسی هزینه‌های سلامت خانوارهای ترکیه‌ای در سال ۲۰۰۶، سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های ماهیانه خانوارها برای خانوارهای پنجک اول ۱/۴۴٪، برای خانوارهای پنجک پنجم ۲/۵۸٪، و متوسط آن برای کل جمعیت ۲/۱۸٪ بود (۱۱). این سهم در بررسی هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای چینی در سال ۲۰۰۹ برای خانوارهای پنجک اول ۱۲/۷٪ و برای خانوارهای ثروتمند ۱۲/۳٪ بود (۱۲). در مقایسه با سایر کشورها، خانوارهای ثروتمند در ایران هزینه‌های بیشتری برای سلامت می‌پردازند؛ اما این پرداخت از جیب‌ها نسبت به درآمد و منابع درآمدی آن‌ها شاید تغییری در سطح زندگی و رفاه این خانوارها ایجاد نکند؛ ولی در خانوارهای فقیر، پرداخت از جیب‌های حتی خیلی کم می‌تواند اثر بزرگی روی سطح رفاهی این خانوارها گذاشته، باعث فقیرتر شدن آن‌ها شود که بررسی این تغییرات در سطح زندگی و رفاه خانوارهای ایرانی مستلزم انجام یک مطالعه به روش جمع‌آوری داده‌های پانل (برای ارزیابی چند مرحله‌ای خانوارها) است (۱۳). از سویی، سهم کم هزینه‌های پرداخت از جیب از کل هزینه‌های خانوار برای خانوارهای

## References

- 1- Kimani, Diana and Thomas, Maina. Catastrophic Health Expenditures and Impoverishment in Kenya, Health Policy Project. University of Nairobi, Futures Group: USA, Washington, DC. 2015: 1.
- 2- Xu, K., et al., Protecting households from catastrophic health spending. Health affairs, 2007. 26(4): 972-983.
- 3- Tangcharoensathien, V., et al., Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. PLoS Medicine, 2014. 11(9): p. e1001726.
- 4- Atun, R., et al., Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet, 2013. 382(9886): p. 65-99.
- 5- Statistical Center of Iran. Household expenditures-income survey. (2018 May 16). <https://www.amar.org.ir/>.
- 6- Xu, Ke and World Health Organization. Distribution of health

<sup>1</sup> Living Standard Measurement Survey

<sup>2</sup> Household Budget Survey and Income and Expenditure Survey

- payments and catastrophic expenditures methodology. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2005: 6.
- 7- Arman mehr M and Farahmandmanesh A .Studying the Effect of Price Changes on the Welfare of Urban Households Disaggregated By Income Deciles and Commodity Groups. *Economical Modeling* 2018; 11(3): 49-74.
  - 8- Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M, Chepynoga K, Buisman L, et al., Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 2017. 6 (2):169–179.
  - 9- Choi, J.-W., et al., Association between chronic disease and catastrophic health expenditure in Korea. *BMC health services research*, 2015. 15(1): p. 26.
  - 10- Xu, K., et al., Assessing the reliability of household expenditure data: results of the World Health Survey. *Health policy*, 2009. 91(3): p. 29.
  - 11- Yardim, M.S., N. Cilingiroglu, and N. Yardim, Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health policy*, 2010. 94(1): p. 26-33.
  - 12- Li, Y., et al., Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012. 90(9): p. 664-671.
  - 13- Adhikari, S.R. and V.P. Sapkota, Catastrophic Effects of Out-of-Pocket Payments for Health Care Using Synthetic Panel Data. *Economic Journal of Development Issues*, 2018. 21(1-2): p. 22-41.

## Trend of Share of Health Expenditures on Total Household Expenditures Based on Expenditure Deciles (2009 – 2016)

Rezvaneh Alvandi <sup>1</sup>, Iraj Harirchi <sup>2</sup>, Zhaleh Abdi <sup>1</sup>, Elham Abdalmaleki <sup>1</sup>, Hossein Mirzaei <sup>1</sup>, Mahshad Goharimehr <sup>1</sup>, Elham Ahmadnezhad <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Background:** A significant portion of household's expenses is allocated to health services. This study aimed to investigate the share of health expenditure in total households' expenditure during 2009 - 2016 and capture the changing patterns of health expenditure associated to the implantation of the Health Transformation Plan.

**Methods:** The study relied on data from the Household, Expenditure and Income survey, which the sample size is about 38000 households per year. The average annual out-of-pocket (OOP) expenses paid by households as well as the ratio of necessary expenditure in total consumption expenditure were calculated in order to study the trend of health expenditure.

**Results:** Out of pocket payment among all households has a slow decreasing trend. The ratio of health expenditure to total consumption expenditure in the 10th and 1st declines of urban and rural population was 26% and 1.3%, respectively; the national level was 7% in this period. The difference in OOP between the 1st and 10th decline in urban and rural households was 29942534 Rials and 15441113 Rials, respectively in 2016.

**Conclusions:** The results indicate that there is a considerable difference between OOP paid by the poorest and the richest households. However, the share of health expenditure in total households' expenditure was almost stable during these years. Despite, the increased coverage of universal health insurance in recent years, the difference between health expenditures among income groups is almost considerable. Nevertheless, health expenditure represents a lower share of total households' expenditure compared with other expenditures among all expenditure deciles.

**Keywords:** Health Transformation Plan; Out of Pocket Payment; Expenditure Deciles

---

### Please cite this article as follows:

Alvandi R, Harirchi I, Abdi Zh, Abdalmaleki E, Mirzaei H, Goharimehr M, Ahmadnezhad E. Trend of Share of Health Expenditures on Total Household Expenditures Based on Expenditure Deciles (2009 – 2016). *Hakim Health Sys Res* 2018; 21(2): 64- 70.

---

\*Corresponding Author: MD, Ph.D., National Institute for Health Research, No. 70, Bozrgmehr St., Vesal Shirazi St., Keshavarz Blvd., Tehran, Iran. Tel: +98-2162921268, Email: ahmadnezhad@tums.ac.ir