

## تأثیر اعمال ناقص قانون برنامه چهارم توسعه بر افزایش فقر ناشی از هزینه های کمرشکن سلامت

حسین راغفر<sup>۱</sup>

زینب واعظ مهدوی<sup>۲</sup>

کبری سنگری مهدب<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۶

### چکیده

خط فقر متمایز کننده خانوارهای فقیر از غیرفقیر است. برای تعیین خط فقر از یک سید معین از کالاهای اساسی استفاده می شود. کسانی که مخارج آنها کمتر از خط فقر باشد فقیر و کسانی که کل مخارج آنها بالاتر از خط فقر باشد، غیرفقیر محسوب می شوند. تمایز خانوارهای فقیر از غیرفقیر تنها با مشاهده مخارج کل خانوار می تواند همراه کننده باشد. خانواده ای که یک عضو با بیماری خاص دارد، می تواند با هزینه های درمان غیرمتعارف رو برو باشد که مخارج کل خانوار را متورم می کند؛ در حالی که ممکن است، این خانوار به دلیل تحمل هزینه بالای مصرفی در گروه خانوارهای غیرفقیر طبقه بندی شود. حال چنانچه این هزینه های نامتعارف از مخارج کل خانوار کسر شود، ممکن است مشاهده شود که این خانوار به زیر خط فقر سقوط کرده است. به این ترتیب، صرف تمرکز بر هزینه کل خانوار بدون توجه به نیازهای اساسی آن، نمی تواند ارزیابی دقیقی از توانایی خانوار در تأمین این نیازها باشد. در بسیاری از موارد، تحمل هزینه های نامتعارف به بودجه خانوار می تواند موجب کاهش مخارج کالاهای ضروری خانوار شود. در بسیاری از موارد نیز به دلیل حیاتی بودن تأمین هزینه های درمان، خانوارها ممکن است مجبور به تحمل استقراض، استفاده از پس انداز یا فروش دارایی های اساسی شوند. این مطالعه می کوشد تا با کسر مخارج سلامت از مخارج کل خانوارها ارزیابی مجددی از وضعیت فقیر یا غیرفقیر بودن خانوارها ارائه کند.

روش کار: این مطالعه با استفاده از ریز داده های هزینه-درآمد خانوار، به بررسی تأثیر هزینه های سلامت بر فقر خانوارها می پردازد. بدین منظور با استفاده از شاخص های فوستر-گریر-توریک (۱۹۸۴) شاخص های فقر را قبل و پس از کسر هزینه های سلامت، محاسبه و آنها را با یکدیگر مقایسه می کند. این مقایسه در سه سناریو انجام می گیرد: نخست، تعیین شاخص های فقر بدون کسر مخارج سلامت، دوم، شاخص های فقر پس از کسر کل مخارج سلامت، و سوم، شاخص های فقر با در نظر گرفتن سهم ۳۰ درصدی خانوار برای هزینه های سلامت مطابق ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه.

یافته های تحقیق نشان می دهند که به طور کلی، پرداخت های مستقیم خانوار برای هزینه های سلامتی سبب افزایش نرخ فقر در مناطق شهری و روستایی شده است؛ به طوری که در سال ۸۸ در مناطق روستایی نرخ فقر خانوارها در اثر تحمل هزینه های سلامت ۴ درصد افزایش یافته است که بیشترین میزان در سال های مورد بررسی بوده است. با فرض پرداخت سهم ۳۰ درصدی از مجموع هزینه های سلامت توسط مردم، درصد خانوارهای فقیر از ۴ درصد به ۲ درصد کاهش می یابد.

**واژگان کلیدی:** خط فقر، شاخص فقر فوستر-گریر-توریک، هزینه های کمرشکن سلامت، سلامت در قانون برنامه چهارم توسعه  
طبقه بندی: I32, I11, I14

raghf@alzahra.ac.ir

zvmahdavi@gmail.com

sangari@alzahra.ac.ir

۱. دکتری اقتصاد دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد

۲. دانشجوی دکتری اقتصاد دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات،

۳. دانشجوی دکتری توسعه اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)

## مقدمه

در تعیین خط فقر از متغیر مخارج کل یک خانوار نمونه با هزینه های متعارف زندگی، بدون در نظر گرفتن هزینه های غیرمتعارف سلامت، استفاده می شود. چنانچه مخارج خانوار مورد نظر از خط فقر به دست آمده کمتر باشد، فقیر محسوب می شود. چنانچه مخارج خانوار مورد نظر به دلیل هزینه های غیرمتعارف همچون مخارج غیرمتعارف سلامت متورم شود، به معنای این نیست که این سطح از مخارج، ضرورتاً نیازهای اساسی متعارف این خانوار را تأمین کرده است.

در نظر گرفتن بعضی از مخارج غیرمتعارف، سبب مصرفی خانوارها را متورم می کند و صرف توجه به میزان مخارج کل خانوار بدون توجه به ویژگی های سبد مصرفی خانوار، نمی تواند تضمینی برای ارزیابی توانایی خانوار در تأمین نیازهای اساسی یا مورد نظر خود در شرایط عادی باشد. به این ترتیب، چنانچه متورم شدن مخارج خانوار به دلیل هزینه های غیرمتعارف سلامت ایجاد شده باشد و مخارج کل خانوار بالاتر از خط فقر قرار گیرد، به معنای غیرفقیر بودن خانوار نیست. می توانیم به مثالی که آمارتیا سن (۱۹۹۸) مطرح می کند، استناد کنیم. وی با تأکید بر کاستی های رویکرد هزینه ای در محاسبه خط فقر، به این موضوع اشاره می کند که صرف مشاهده جمع مخارج یک خانوار در سطحی بالاتر از خط فقر، تضمینی بر غیرفقیر بودن یک خانوار نیست. سن علت این نکته را احتمال وجود مخارج دیالیز برای یکی از افراد این خانوار ذکر می کند که می تواند مخارج این خانوار را متورم کرده باشد. چنانچه در چنین مواقعی مخارج دیالیز را از مخارج متعارف خانوار کسر کنیم، ممکن است جمع مخارج برای سایر نیازهای اساسی خانوار مذکور، کمتر از خط فقری شود که بدون در نظر گرفتن مخارج سلامت محاسبه شده است که این موجب می شود خانوار مزبور به زیر خط فقر سقوط کند.

به این ترتیب، افزوده شدن مخارج خانوارها، به طور مثال با افزودن مخارج غیرمتعارف سلامت، می تواند موجب خطا در شناسایی خانوارهای فقیر شود. برای اینکه سیاستگذاران بخش سلامت تصویر دقیق تری از وضعیت خانوارهای فقیر به دست آورند، لازم است مخارج غیرمتعارف سلامت از مخارج کل خانوارها کسر شود.

از طرفی بنا بر ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، به منظور ارتقاء عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که سهم مردم از مجموع هزینه های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد. متأسفانه سیاستگذاری برای کاهش پرداخت از جیب خانوار برای هزینه های درمانی در هیچیک از سال های اجرای برنامه به هدف مورد نظر نزدیک نشده است، و همواره عمده بار پرداخت هزینه های مراقبت های سلامتی بر دوش خانوارها سنگینی

می کرده است (رشیدیان، ۱۳۸۹: ۸) (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰)

تأمین مالی مراقبت‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه هنوز با سهم بالاتر پرداخت‌های از جیب و فقدان نسبی سازوکارهای پیش پرداخت، همچون بیمه یا مالیات برای سلامت مشخص می‌شود. خانوارهای فاقد پوشش بیمه‌ای کامل خدمات سلامت، در صورت بروز بیماری با خطر متحمل شدن مخارج زیاد مراقبت سلامت مواجه می‌شوند. این خطر که تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد، موجب کاهش رفاه خانوار می‌شود. به علاوه، چنانچه یک عضو خانوار دچار بیماری شود، مخارج مراقبت‌های سلامت پرداخت شده از جیب می‌تواند موجب دشواری در استاندارد سطح زندگی خانوار شود. اگر مخارج مراقبت سلامت نسبت به منابع در اختیار خانوار بزرگ باشد، این دشواری در حفظ سطح زندگی را می‌توان به عنوان یک پدیده اسفبار دانست. یکی از برداشتهای از عدالت در تأمین مالی سلامت، این است که خانوارها باید در مقابل هزینه‌های کمرشکن درمانی مورد حمایت قرار گیرند (WHO, 2000).

در این مطالعه، وضعیت فقر را با این فرض که اگر قانون کاهش سهم پرداختی مردم برای هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد مجموع این هزینه‌ها در همه سال‌ها صورت می‌گرفت، مورد بررسی قرار می‌دهیم.

## ۱. مبانی نظری

### ۱-۱. پرداخت‌های مراقبت سلامت و فقر

یکی از اهداف اصلی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان سلامت در هر کشور، تأمین امنیت مالی خانوارها در برابر بیماری‌هایی است که منجر به پرداخت‌های مالی کمرشکن و فقر متعاقب آن می‌شود؛ زیرا فقر ناشی شده از پرداخت‌های مالی کمرشکن در سطح خانوار منجر به تغذیه نامناسب و شرایط غیر بهداشتی می‌شود، و اینها به نوبه خود، زمینه رشد بیماری‌ها را فراهم می‌کنند و در واقع، روز به روز بر شدت مشکلات سلامتی و فقر خانوار افزوده شده و این دو یکدیگر را تشدید می‌کنند (WHO, 2008).

پرداخت از جیب برای هزینه‌های درمانی موجب می‌شود که خانواری که متحمل هزینه‌های بیماری است، سهم قابل توجهی از مخارج کل خانوار را به تأمین هزینه‌های سلامت اختصاص دهد که این خود می‌تواند موجب کاهش رفاه خانوار از طریق کاهش مخارج مربوط به سایر نیازهای اساسی شود. ضمناً این سهم از مخارج بیماری‌ها می‌تواند موجب متورم شدن مخارج کل خانوار مزبور نیز بشود و جمع کل مخارج خانوار را بیشتر از خط فقر نشان دهد. این در حالی است که ممکن است مخارجی که صرف نیازهای ضروری دیگر شده است، کمتر از مخارج برای سید مصرفی مطلوب در تعیین خط فقر باشد.

بر اساس برآوردهای بانک جهانی در سال ۲۰۰۵، پرداخت مخارج سلامت موجب متورم شدن مخارج ۷۸ میلیون نفر از خانوارهای آسیایی شده، به نحوی که مخارج کل آنها بالاتر از خط فقر قرار گرفته است و به این ترتیب، این افراد جزء فقرا محسوب نشده اند (O'Donnell, 2008: 214).

همچنین بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۱۰ هر ساله در برخی کشورها تا ۱۱ درصد افراد با هزینه های کمرشکن سلامت مواجه می شوند و قریب به ۵ درصد این افراد در اثر این هزینه ها به زیر خط فقر سقوط می کنند (WHO, 2010).

با فرض ثابت بودن مخارج کل خانوار، افزایش سهم مخارج سلامت به صورت غیرمتعارف، می تواند به معنای کاهش سهم کالاهای اساسی دیگر همچون تغذیه، مسکن کافی، آموزش، حمل و نقل، پوشاک و از این قبیل شود.

## ۲-۱. شاخص های اندازه گیری فقر

اغلب بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی تفاوتی وجود دارد. خطر فقر مطلق در طول زمان و فضا ارزش واقعی ثابتی دارد، درحالی که خط فقر نسبی از مخارج متوسط حاصل می شود. گاهی اوقات خط فقر نسبی اشاره به خط فقری می کند که به صورت درصدی از درآمد متوسط یا میانه محاسبه می شود به اعتقاد راولیون به منظور کمک به تصمیم گیری در مورد سیاست های فقرزدایی و قابل مقایسه بودن تأثیر سیاست ها لازم است خط فقر مطلق محاسبه شود تا امکان مقایسه توانایی دسترسی به یک سبد مشخص از کالاها و خدمات امکان پذیر باشد (Ravallion, 1998: 133).

### ۱-۲-۱. اندازه گیری خط فقر

با مطالعه روش هایی که برای اندازه گیری خط فقر به کار رفته است، می توان به دو روش انرژی غذایی و روش هزینه نیازهای اساسی اشاره کرد.

#### - روش انرژی غذایی<sup>۱</sup>

محاسبه سطح مخارج مصرفی یا درآمدی که در آن سطح، انرژی غذایی جذب شده برای تأمین احتیاجات از پیش تعیین شده انرژی غذایی کافی باشد، روش عملی و متداولی در تعیین خط فقر به شمار می آید. این نیازها بین افراد مختلف و در طول زمان برای یک فرد معین متفاوت می باشند.

## 1. Food Energy Intake

### - روش هزینه نیازهای اساسی<sup>۱</sup>

در این روش، یک سبد مصرفی که به نظر می رسد نیازهای اساسی را تأمین می کند، تعیین و سپس هزینه این سبد برای هر زیرگروه که برای مقایسه از لحاظ میزان فقر در نظر گرفته شده اند، تخمین زده می شود؛ که نیازهای اساسی به عنوان حداقل نیازهای هنجاری که توسط جامعه برای اجتناب از فقر تعیین گردیده، تعریف می شود و در این صورت، فقر در مقایسه مخارج واقعی با مخارج برای نیازهای اساسی اندازه گیری می شود.

در رویکرد خط فقر مطلق، دو روش راونتری و اورشانسکی بیشتر متداول هستند. در روش راونتری بعد از تعیین خط فقر غذایی، مقداری درآمد ثابت برای تأمین هزینه حداقل سایر نیازهای اساسی (غیرغذایی) به آن افزوده می شود. با توجه به اینکه در این پژوهش برای محاسبه خط فقر از روش اورشانسکی استفاده شده است، به اختصار به توضیح آن می پردازیم.

### - روش اورشانسکی<sup>۲</sup>

این روش اولین بار توسط اورشانسکی (۱۹۶۵) برای تعیین خط فقر مطلق در ایالات متحده آمریکا استفاده شد، و امروز نیز در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما مورد استفاده قرار می گیرد. در این روش، ابتدا حداقل مخارج لازم برای تهیه مواد خوراکی مورد نیاز فرد تعیین می شود.

سپس هزینه مواد غیر خوراکی به صورت درصد معینی از هزینه های خوراکی به آن افزوده می شود. اگر بردار مواد غذایی مورد نیاز با  $X^f$  نشان داده شود و بردار قیمت آنها با  $P^f$ ، آنگاه خط فقر خوراکی

$$FC = P^f \times X^f$$

برابر است با:

که در آن،  $F$  حداقل هزینه های خوراکی،  $P^f$  قیمت مواد خوراکی و  $X^f$  مقدار مواد خوراکی اند.

حال ضریب انگل یا همان نسبت غذا به کل مخارج (درآمد) برابر خواهد بود با:

ER: نسبت غذا به درآمد کل (ضریب انگل)

$$ER = FC/TC$$

TC: کل مخارج (درآمد)

در این صورت خط فقر برابر خواهد بود با:

$$PL = FC/ER$$

یعنی در محاسبه خط فقر کل، از عکس ضریب انگل استفاده می شود.

در روش اورشانسکی، از میانگین هندسی نسبت هزینه غذا به مخارج برای کل افراد جامعه استفاده

می شود (Orshansky, 1965: 29-33).

1. Cost of Basic Needs
2. Orshansky

## ۲-۱. شاخص های اندازه گیری شدت فقر

شاخص فقر، خود یک تابع آماری است که مقایسه ابعاد رفاهی خانوار و خط فقر را به یک عدد برای کل جمعیت یا برای زیر گروهی از جمعیت تبدیل می کند. شاخص های جایگزین زیادی وجود دارند اما شاخص های زیر بیشترین کاربرد را دارا می باشند.

- شاخص سرشمار<sup>۱</sup>
- شاخص شکاف فقر<sup>۲</sup>
- شاخص مجذور شکاف فقر

### • شاخص نسبت سرشمار

این شاخص، درصدی از جمعیت را که قادر به تأمین سبد کالاهای اساسی نیستند، مشخص می کند. به این ترتیب، دامنه تغییرات در این شاخص بین صفر و یک است. در حالتی که هیچ فرد فقیری در جامعه وجود نداشته باشد، صفر، و درحالتی که درآمد کلیه افراد جامعه مساوی یا کمتر از درآمد متناظر با خط فقر باشد، برابر با یک است.

شاخص سرشمار فقر، درصد جمعیت فقیر از کل جمعیت است. این شاخص وقوع فقر را نشان

می دهد.

اگر جمعیتی به اندازه  $n$  داشته باشیم و  $q$  تعداد نفرات فقیر باشند، شاخص سرشمار فقر، به

صورت زیر تعریف می شود:

$$H = \frac{q}{n}$$

### • شاخص شکاف فقر

این شاخص، اطلاعاتی در خصوص فاصله درآمد خانوارها از خط فقر فراهم می نماید. این شاخص میانگین کسری درآمد یا مصرف کل را نسبت به خط فقر برای کل جمعیت محاسبه می نماید. به عبارت دیگر، شکاف فقر میانگین فاصله درآمد فقرا از خط فقر است. به عنوان مثال، اندازه شاخص شکاف فقر برابر با  $0/25$  به معنای آن است که به طور متوسط درآمد فقرا از خط فقر، معادل  $0/25$  خط فقر کسری درآمد دارد و چنانچه این مبلغ به درآمد آنها افزوده شود، فقر درآمدی از بین می رود. این میانگین با جمع کلیه کسری درآمد افراد فقیر از خط فقر و تقسیم آن بر خط فقری که برای کل جمعیت هدف نرمال شده باشد، به دست می آید.

این شاخص به صورت زیر تعریف می شود:

1. Headcount Ratio Index

2. Poverty Gap Ratio

$$PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[ \frac{z - y_i}{z} \right]$$

که در آن،  $n$  جمعیت،  $y$  درآمد یا مصرف،  $q$  تعداد نفرات فقیر و  $z$  خط فقر می باشد.

### ۳-۱. شاخص مجذور شکاف فقر (شدت فقر)

درحالی که شکاف فقر فاصله ای را که فقرا از خط فقر دارند در نظر می گیرد، مجذور شکاف فقر، مجذور این فاصله را محاسبه می کند. هنگامی که از مجذور شکاف فقر استفاده می شود، وزن بیشتری به فقرایی داده می شود که شدت فقر آنها بیشتر است و از فقر بیشتری رنج می برند. به عبارت دیگر، مجذور شکاف فقر نابرابری میان فقرا را در نظر می گیرد.

$$P_2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[ \frac{z - y_i}{z} \right]^2$$

شدت فقر، فاصله افراد فقیر را از خط فقر تعیین می کند و به این ترتیب، افرادی که فقیرتر هستند، فاصله بیشتری از خط فقر دارند و نسبت شکاف درآمدی، وزن بیشتری به این دسته از فقرا می دهد. شاخص فوستر-گریر-توربک (۱۹۸۴) کلیه سنجه های سرشمار فقر، شکاف فقر و مجذور شکاف فقر را اندازه می گیرد. فرمول کلی این گروه از شاخص های فقر، بستگی به پارامتر  $\alpha$  دارد که بیانگر درجه انزجار از فقر است. مقدار این پارامتر برای شاخص سرشمار فقر برابر صفر، برای شکاف درآمدی برابر یک، و برای مجذور شکاف فقر برابر دو است. فرمول شاخص فوستر و همکاران به صورت زیر است:

$$P_\alpha = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[ \frac{z - y_i}{z} \right]^\alpha$$

که در آن،  $n$  کل جمعیت،  $q$  تعداد فقرا،  $z$  خط فقر،  $y_n$  درآمد خانوار  $n$ م و  $\alpha$  ضریب انزجار از فقر است (Foster, 1984: 761-6).

### ۲. پیشینه تحقیق

مندال و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی روی ۳۱۵۰ خانوار در کشور هند، غرب بنگال، از مدل رگرسیون برای شناسایی عوامل مرتبط با هزینه های کمر شکن سلامتی استفاده کردند. نتایج نشان می دهد حدود ۳۰ درصد از خانوارها بیش از ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خود را برای مراقبت های درمانی هزینه می کنند. براین اساس، عواملی مانند شیوع عوارض بیماری مزمن میان اعضای خانواده، مراقبت های بستری و زایمان، سایر مشخصات خانواده مثل بعد خانوار و موقعیت مکانی (شهری یا

روستایی) معمولاً مهم ترین ویژگی های خانوارهای مواجه با مخارج کمر شکن هستند. از طرفی نشان داده می شود که نوع مراقبت های پزشکی، تعداد بیماران یا حضور یک فرد در خانواده با بیماری مزمن، هزینه های بستری و زایمان در بیمارستان، مهم ترین عواملی بودند که منجر به هزینه های کمر شکن می شدند (Mondal, 2010).

چارو (۲۰۰۸)، به بررسی تأثیر هزینه های پرداخت از جیب و اجزای آن مانند هزینه های مراقبت بیماران بستری و غیربستری و داروها بین مناطق توسعه یافته و کمتر توسعه یافته در هند می پردازد. براساس بررسی مخارج مصرفی و داده های حاصل از بررسی نمونه های ملی در سالهای ۱۹۹۹-۲۰۰۰، سهم مخارج خانوارها برای خدمات سلامتی و داروها مورد مطالعه قرار گرفته و تعداد افرادی را که زیر خط فقر شهری و روستایی در ۱۷ ایالت هند می باشند، با در نظر گرفتن هزینه های پرداخت از جیب برای سلامت و سایر هزینه ها محاسبه کرده است و این طور نشان می دهد که هزینه های پرداخت از جیب برای مراقبت های سلامتی در حدود ۵ درصد از کل هزینه خانوارها را تشکیل می دهد و در این میان، خرید دارو با ۷۰ درصد، بیشترین سهم از پرداخت هزینه های سلامتی از جیب را شامل می گردد. تقریباً ۳۲/۵ میلیون نفر در ۲۰۰۰-۱۹۹۹ به دلیل پرداخت از جیب برای هزینه سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده اند و دلالت بر این دارد که افزایش فقر به طور کلی پس از محاسبه هزینه های پرداخت از جیب<sup>۱</sup> برابر ۳/۲ درصد است (Charu C. Garg, 2008: 1-13).

لیمواتانانون و همکاران، به منظور توضیح و توصیف شمایی از هزینه های کمر شکن و بی نوایی با توجه به پرداخت از جیب خانوارها، دوره قبل و بعد از سیاست پوشش عمومی مراقبت های سلامتی را در خانوارهای تایلندی مورد مقایسه قرار داده و نتیجه گرفته اند اجرای سیاست مذکور توانسته روی کاهش هرچه بیشتر شیوع کلی هزینه های کمر شکن تأثیر زیادی داشته باشد (از ۳/۳ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۲/۸ درصد در سال ۲۰۰۴) و از این رو، تعداد خانوارهایی که به دلیل پرداخت از جیب برای هزینه های سلامتی به زیر خط فقر سقوط می کنند، کاهش یافته است (Limwattananon, 2007: 600-606).

ویم ون دمه و همکاران، نشان دادند که چگونه هزینه های پرداخت از جیب برای سلامت در جوامع روستایی کامبوج می تواند به قرض گرفتن منجر شود. در اینجا پس از شیوع بیماری همه گیر نرمی استخوان، به مطالعه و مصاحبه با ۷۲ خانوار در مورد هزینه های پرداخت از جیب و نحوه تأمین مالی این هزینه ها پرداخته شد و یک سال بعد ۲۶ خانواری که برای پرداخت با بدهی مواجه بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. خانوارها برای تأمین هزینه غیر قابل پیش بینی سلامت که می تواند به هزینه های کمر شکن منجر شود، از ترکیبی از صرفه جویی، فروش مواد مصرفی، فروش دارایی و قرض کردن پول برای تأمین مالی این هزینه ها استفاده کردند. یک سال بعد، اکثر خانوارها با

#### 1. Out of Pocket Payment (OOP)



بدهی های نخست، قادر به بازپرداخت این بدهی ها نبودند و مجبور به پرداخت نرخ های بهره بالا (از ۲/۵ تا ۱۵ درصد در هر ماه) شدند؛ به طوری که تعدادی از آنها ناچار به فروش زمین های خود شدند (Wim Van Damme, 2004: 273-280).

فالکینگهام (۲۰۰۴) با استفاده از داده‌های مربوط به استاندارد زندگی در تاجیکستان به این موضوع می‌پردازد که مقدار و وسعت پرداخت از جیب برای مراقبت‌های سلامتی که می‌تواند به عنوان هزینه های مصیبت بار تلقی شود، چگونه به عنوان موانعی بر سر راه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی عمل می‌کند.

آمارها نشان می‌دهند که تفاوت‌های معنی داری در میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی توسط گروه‌های اقتصادی- اجتماعی وجود دارد. این تفاوت‌ها به توانایی در پرداخت بستگی دارند؛ به طوری که تنها در استفاده خدمات بیمارستانی نرخ استفاده ثروتمندان ۷/۳ درصد می‌باشد، در حالی که این نرخ بین فقرا ۳/۵ درصد است (Falkingham, 2004: 247-258).

فضالی (۱۳۸۶) در قالب طرح پژوهشی نشان می‌دهد شاخص مشارکت مالی عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های درمان در مناطق شهری بین سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ به میزان چشمگیری بهبود یافته و از ۰/۸۴۱۱ به ۰/۸۵۴۴ رسیده است. اما روند تغییرات این شاخص در مناطق روستایی کندتر و در جهت کاهش بوده است. همچنین مشاهده می‌شود در سال ۱۳۸۵ بیش از ۱۶ درصد خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت در دهک دهم (بالاترین دهک) هزینه ای قرار دارند درحالی که سهم سایر دهکها بین ۸ تا ۱۰ درصد است.

کاووسی و همکاران (۱۳۸۸) به سنجش و مقایسه درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت در منطقه ۱۷ تهران در سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۶ و نیز شناخت عوامل ایجادکننده این هزینه‌ها می‌پردازند و نشان می‌دهند نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۱۲/۶ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۱۱/۸ در سال ۸۶ کاهش یافته است.

مهر آرا و همکاران (۱۳۸۹) به مطالعه ویژگی ها و درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت، بر اساس داده های بودجه خانوار در سال ۱۳۸۶ پرداخته اند. نتایج مطالعه نشان می‌دهد حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در معرض هزینه های فاجعه بار سلامت قرار داشتند و گروه خانوارهای روستایی، خانوارهای تحت تکفل بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان بالاتر از متوسط جامعه است و بدون چتر حمایتی بیمه هستند، با احتمال بیشتری مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت هستند.

راغفر و مهذب (۱۳۸۹) به محاسبه شاخص عدالت در سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن در شهر تهران می‌پردازند. بر این اساس شاخص عدالت در مشارکت مالی در کل

شهر تهران ۰/۸۲ و نرخ خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت در شهر تهران ۱۳/۳ درصد است. به بیان دیگر، ۱۳/۳ درصد از خانوارها بیش از ۴۰ درصد توان پرداخت خود را صرف هزینه های سلامت می کنند که نشان می دهد سیاست های بخش سلامت تأثیر قابل توجهی در کاهش نابرابری سلامت و تحقق سهم ۳۰ درصدی مردم از پرداخت هزینه های سلامت نداشته است.

### روش شناسی

این مطالعه بر اساس "تحلیل برابری در سلامت با استفاده از داده های پیمایش خانوار" که در سال ۲۰۰۸ توسط بانک جهانی انتشار یافته (O'Donnell, 2008: 213-219) و محاسبات آن، با کمک ریز داده های هزینه- درآمد خانوار که هر ساله توسط مرکز آمار ایران جمع آوری می شود، انجام شده است که به بررسی تأثیر هزینه های سلامت بر فقیرسازی خانوارها می پردازد. به این منظور برای تمرکز، و تحلیل بهتر در نتیجه گیری، سال های اول برنامه های توسعه انتخاب گردیده است. در این مطالعه، از خط فقر محاسبه شده برای این سالها استفاده می شود و با کمک نرم افزار استاتا (STATA<sub>11</sub>) به تخمین شاخص فقر فوستر- گریک- توربک که شامل سرشمار فقر P<sub>0</sub>، شکاف فقر P<sub>1</sub> و شدت فقر P<sub>2</sub> می باشد، برای مناطق شهری، روستایی و کل کشور می پردازیم.

پس از بررسی و تحلیل روند تغییرات شاخصهای مذکور در سالهای منتخب (سال های اول برنامه های توسعه)، در مرحله دوم، هزینه های پرداخت شده از جیب برای مخارج سلامت را از کل هزینه های صورت گرفته توسط خانوار کسر کرده و همانند مرحله اول با کمک نرم افزار استاتا شاخص های P<sub>0</sub>، P<sub>1</sub> و P<sub>2</sub> مورد محاسبه قرار می گیرند و در مرحله سوم که بخش اصلی این مطالعه را شامل می گردد، به بررسی سناریویی بر این اساس می پردازیم: در صورتی که قانون کاهش سهم پرداختی مردم از کل مخارج درمان (همانند آنچه در قانون برنامه چهارم توسعه مقرر شده) به ۳۰ درصد به درستی به اجرا در می آید، وضعیت شاخص های فقر به چه صورت دستخوش تغییر شده و در مناطق شهری، روستایی و کل کشور نسبت به شرایطی کنونی، چند درصد با فقر کمتر روبرو می شدند.

به این ترتیب، افزایش در میزان شاخص سرشمار فقر، بیانگر افزایش جمعیت افراد زیر خط فقر است، و همان طور که پیش تر بیان شد، این عده در آمار رسمی مربوط به فقر لحاظ نشدند. همین طور افزایش شاخص شکاف فقر، نشان می دهد که پرداخت مستقیم افراد برای هزینه های سلامت علاوه بر افزایش جمعیت فقیر به واسطه کاهش درآمد، منجر به فاصله گرفتن افراد زیر خط فقر از این آستانه بوده است. بررسی شاخص شدت فقر که به نوعی بیانگر نابرابری نیز می باشد، نشان دهنده وضعیت دورترین افراد به خط فقر یعنی فقیرترین ها را دارد.

در این مطالعه، از خط فقر مطلق به منظور شناسایی خانوارهای فقیر و محاسبه شاخص های فقر استفاده شده است. در محاسبه خط فقر از روش نیازهای اساسی استفاده شده است. به این ترتیب که ارزش سبد غذایی معادل ۲۰۸۰ کیلو کالری و بر اساس نتایج به دست آمده از محاسبات انستیتو تغذیه ایران صورت گرفته است و با ضرب در ضریب انگل (نسبت هزینه‌های کل به هزینه های خوراکی) و اعمال مقیاس معادل خط فقر به دست آمده است. خط فقر مورد استفاده در این مطالعه، مطابق جدول (۱) می‌باشد (قاعدی، ۱۳۹۰).

جدول ۱. خط فقر در مناطق شهری و روستایی در سال‌های منتخب (ارقام به ریال)

خط فقر	بعد خانوار					
	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۳۶۳	شهری	۱۸۹۷۶۳۲	۳۲۲۱۰۹۴	۳۸۴۱۳۲۱	۴۸۳۹۱۲۹	۵۲۷۱۴۷۵
	روستایی	۱۷۷۱۷۰۴	۲۹۴۲۱۲۵	۳۸۳۲۶۲	۴۲۳۳۹۰۵	۵۲۸۶۸۸
۱۳۶۸	شهری	۶۱۷۹۸۴۶	۸۵۷۲۲۵۸	۱۰۶۳۹۵۴	۱۲۶۶۷۲۲	۱۳۸۸۲۳۸
	روستایی	۸۱۴۷۱۲	۱۳۴۴۴۵	۱۷۴۷۳۵۲	۲۰۳۵۳۴۲	۲۳۸۱۴۳۸
۱۳۷۴	شهری	۳۲۸۰۱۸۳	۳۴۱۸۷۶۸	۴۲۶۳۰۷۲	۵۱۲۰۷۶۵	۵۵۷۰۷۲۳
	روستایی	۱۱۵۴۸۲۶	۲۰۲۱۱۹۶	۲۷۸۰۳۷۷	۳۱۷۹۰۶۷	۳۸۵۶۶۰۳
۱۳۷۹	شهری	۵۲۹۸۴۷۳	۹۰۰۹۰۸۲	۱۰۶۴۷۷۱	۱۳۱۷۲۷۹	۱۴۸۱۳۰۲
	روستایی	۳۲۲۳۲۴۳	۵۴۰۰۹۱۷	۶۹۲۳۳۸۸	۸۴۱۵۵۲۲	۹۵۶۸۳۹۵
۱۳۸۴	شهری	۱۱۲۱۹۶۸	۱۸۶۷۹۹۱	۲۲۹۸۳۰۲	۲۸۰۶۵۰۳	۳۲۴۷۲۴۰
	روستایی	۶۱۳۴۹۷۳	۱۰۲۶۳۱۴	۱۴۴۰۹۰۴	۱۷۰۳۲۴۳	۱۹۷۱۷۵۹
۱۳۸۸	شهری	۲۰۷۶۳۵۱	۳۷۰۸۹۱۵	۴۲۹۴۵۰۸	۵۲۶۵۷۲۱	۵۸۹۸۲۶۶
	روستایی	۱۲۶۰۶۴۸	۲۰۸۸۲۹۸	۲۸۵۹۸۴۵	۳۳۳۵۱۴۶	۳۹۵۰۹۳۲

مأخذ: قاعدی، ۱۳۹۰

### ۳. یافته‌های تحقیق

در مرحله اول همان طور که پیش تر آورده شد، با استفاده از خط فقر به محاسبه شاخص‌های نرخ فقر، شکاف فقر و شدت فقر برای مناطق مختلف شهری و روستایی در سال‌های منتخب می‌پردازیم. نتایج در جدول زیر گرد آوری شده است:

## جدول ۲. شاخص‌های اندازه‌گیری فقر (نرخ فقر، شکاف و شدت فقر) در سالهای منتخب

مناطق روستایی			مناطق شهری			کل کشوری			سال
p2	p1	p0	p2	p1	p0	p2	p1	p0	
۰.۱	۰.۲	۰.۵۴	۰.۰۴	۰.۰۹	۰.۲۹	۰.۰۷	۰.۱۴	۰.۴۱	۱۳۶۳
۰.۱۷	۰.۲۸	۰.۶۲	۰.۰۹	۰.۱۶	۰.۳۸	۰.۱۳	۰.۲۳	۰.۵۲	۱۳۶۸
۰.۰۹	۰.۱۷	۰.۴۶	۰.۰۷	۰.۱۶	۰.۴۶	۰.۰۸	۰.۱۶	۰.۴۶	۱۳۷۴
۰.۰۸	۰.۱۷	۰.۴۶	۰.۰۶	۰.۱۴	۰.۴۱	۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۴۴	۱۳۷۹
۰.۰۴	۰.۱	۰.۳۳	۰.۰۴	۰.۱	۰.۳۳	۰.۰۴	۰.۱	۰.۳۳	۱۳۸۴
۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۴۴	۰.۰۶	۰.۱۴	۰.۴۳	۰.۰۶	۰.۱۴	۰.۴۳	۱۳۸۸

مأخذ: محاسبات پژوهش

توضیح نتایج محاسبه شده در جدول (۲) به این شرح است. به عنوان مثال در سال ۱۳۸۸ شاخص سر شمار فقر، P0، در کل کشور معادل ۰/۴۳ است که معنای آن این است که ۰/۴۳ کل جمعیت کشور زیر خط فقر مطلق قرار دارند. برای شاخص شکاف فقر، P1، در همین سال عدد ۰/۱۴ به معنای آن است که به طور متوسط خانوارهای فقیر از خط فقر ۱۴ درصد کسر درآمد دارند. و برای شاخص مجذور شکاف فقر، P2، عدد ۰/۰۶ به نوعی نشانه نابرابری بین خانوارهای فقیر است. تفسیر این شاخص با توجه به روند آن نسبت به سالهای قبل معنا دار خواهد بود، به این معنی که رقم ۰/۰۶ در سال ۱۳۸۸ نسبت به رقم ۰/۰۴ برای همین شاخص در سال ۱۳۸۴ حکایت از افزایش نابرابری در بین خانوارهای فقیر دارد.

روند تغییرات شاخص سرشمار فقر، P0، طی سالهای مورد مطالعه، نشان می‌دهد که این شاخص در هر دو مناطق شهری و روستایی با نوساناتی روبرو بوده است. در ابتدای دوره مورد مطالعه، وقوع فقر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری بسیار فاحش است اما به تدریج از این فاصله کاسته می‌شود و در سالهای آخر مورد مطالعه، مشابه یکدیگر می‌شود.

بررسی این شاخص در کل کشور نشان می‌دهد روند عمومی شاخص های فقر در سال های ۶۸ تا ۸۴ دارای روند کاهشی بوده، به طوری که این میزان از ۵۲ درصد در سال ۶۸ تا ۳۳ درصد در سال ۸۴ کاهش یافته اما در دوره ۴ ساله ۸۴ تا ۸۸ نرخ شاخص سر شمار فقر در کشور با افزایش ۱۰ درصدی مواجه گشته است.

بررسی تغییرات شاخص شکاف فقر، P1، در کنار شاخص سرشمار فقر در سالهای مورد مطالعه نشان می‌دهد به رغم تبعیت هر دو این شاخص‌ها از الگوی افزایشی و کاهشی مشابه، میزان بالاتر شاخص سرشمار و شکاف فقر برای مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری و کل کشور در طول دوره مورد مطالعه، بیانگر نابسامانی در تغییرات وضعیت فقر در روستاهای کشور است. چنین اختلافی برای شاخص شکاف فقر نشان دهنده فاصله بیشتر درآمد خانوارهای فقیر روستایی با خط فقر نسبت به درآمد خانوارهای شهری می‌باشد؛ به طوری که برای رسیدن خانوارهای روستایی به خط فقر، نیاز به تزریق درآمد بیشتری است.

شاخص P2 که نمایان‌گر شدت فقر موجود در جامعه است، روند کاملاً مشابهی با شاخص شکاف فقر نشان می‌دهد. این دو شاخص، شاهد نوسان چندانی نبوده‌اند و پس از افزایش در سال ۶۸، تا سال ۸۴ روندی کاهشی را طی نموده‌اند و طی دوره ۸۴ تا ۸۸ افزایش می‌یابند. افزایش شدت فقر با افزایش سرشمار فقر و کاهش این دو با هم، نشان‌دهنده این است که با افزایش یا کاهش سرشمار فقر علاوه بر افزایش یا کاهش خانوارهای فقیر در کل خانوارها، خانوارهایی که از خط فقر بسیار دور هستند (فقیرترین خانوارها) نیز افزایش یا کاهش پیدا می‌کنند.

بالا تر بودن شاخص شدت فقر برای مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری در طول دوره مطالعه حکایت از نسبت بیشتر فقیرترین فقرا در روستاهای کشور نسبت به شهرها، و در واقع شدت نابرابری بین شهر و روستا دارد.

در مرحله دوم، شاخص‌های فقر پس از کسر هزینه‌های سلامت پرداخت شده توسط خانوارها در سالهای منتخب مورد محاسبه و ارزیابی قرار می‌گیرد. در واقع هدف از این کار، محاسبه نسبتی از خانوارها است که به دلیل مواجهه با هزینه‌های اسف‌بار سلامت، بخشی از درآمد خود را به جای اختصاص به سایر ردیف‌های هزینه‌ای، به هزینه‌های سلامت اختصاص داده‌اند و به تبع آن به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند.

جدول زیر شاخص‌های فقر پس از کسر کردن مخارج سلامت از سبد خانوارها را به تفکیک کل کشور، مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد. نتایج این جدول نیز همچنان با استفاده از شاخص فوستر-گریب-توریک محاسبه شده است. تحلیل نتایج این جدول مشابه توضیحاتی است که در مورد نتایج جدول (۲) صورت گرفت.

### جدول ۳. شاخص‌های فقر پس از کسر هزینه‌های سلامت از سبد هزینه‌های خانوار در سالهای منتخب

سال	کل کشور			مناطق شهری			مناطق روستایی		
	p2	p1	p0	p2	p1	p0	p2	p1	p0
۱۳۶۳	۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۴۳	۰.۰۳	۰.۱	۰.۰۴	۰.۰۱	۰.۲۱	۰.۵۶
۱۳۶۸	۰.۱۴	۰.۲۴	۰.۵۳	۰.۰۴	۰.۱۷	۰.۰۹	۰.۰۳	۰.۳۰	۰.۶۴
۱۳۷۴	۰.۰۹	۰.۱۸	۰.۴۹	۰.۰۹	۰.۱۷	۰.۰۸	۰.۰۳	۰.۱۸	۰.۴۹
۱۳۷۹	۰.۰۸	۰.۱۷	۰.۴۷	۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۰۷	۰.۰۳	۰.۱۸	۰.۴۹
۱۳۸۴	۰.۰۵	۰.۱۱	۰.۳۶	۰.۰۵	۰.۱۱	۰.۰۴	۰.۰۳	۰.۱۱	۰.۳۶
۱۳۸۸	۰.۱۵	۰.۱۶	۰.۴۷	۰.۰۶	۰.۱۶	۰.۰۹	۰.۰۳	۰.۱۶	۰.۴۸

مأخذ: محاسبات پژوهش

جدول فوق بیانگر شاخص‌های فقر در حالتی است که هزینه‌های سلامت از کل هزینه خانوارها کسر گردیده است. به عبارت دیگر، جدول (۳) بیانگر شاخص‌های فقر مربوط به هزینه سایر کالاها در سبد مصرفی خانوارها است. مقایسه شاخص سرشمار فقر در جداول (۲) و (۳) بیانگر این است که به طور مثال در سال ۱۳۸۸ شاخص سرشمار فقر در کل کشور از ۰.۴۳ در جدول (۲) به ۰.۴۷ در

جدول (۳) افزایش یافته است. این افزایش ۴ درصدی در نرخ فقر به دلیل تحمیل هزینه های سلامت به سایر هزینه های خانوار است، بدون اینکه این جمعیت ۴ درصدی در جدول (۲) در آمار رسمی مربوط به فقر منظور شده باشد. به همین ترتیب، در مناطق شهری در سال ۱۳۸۸ نیز شاخص سرشمار فقر از ۰,۴۳ به ۰,۴۶ افزایش یافته که بیانگر افزایش ۳ درصدی در شاخص سرشمار فقر در اثر تحمیل هزینه های سلامت به سایر هزینه های خانوار است. همچنین شاخص سرشمار فقر در مناطق روستایی نیز در سال ۱۳۸۸ از ۰,۴۴ به ۰,۴۸ افزایش یافته که بیانگر افزایش ۴ درصدی نرخ فقر در اثر تحمیل هزینه های سلامت به سایر هزینه های خانوار، در جدول (۳) نسبت به محاسبات جدول (۲)، است.

مقایسه جداول (۲) و (۳) در سایر سال های مورد بررسی نیز وضعیت مشابهی را نشان می دهد. به عبارت دیگر، کاهش هزینه های سلامت از کل هزینه خانوارها و تجدید نظر در محاسبه شاخص های فقر، بیانگر آن است که بخشی از خانوارها به علت تأثیر هزینه های بالای سلامت روی سایر هزینه ها دچار فقر می گردند، بدون اینکه این خانوارها در آمار رسمی سرشمار فقر در جدول (۲) منظور شده، و یا در برنامه ها و سیاست های فقرزدایی در نظر گرفته شده باشند.

مقایسه شاخص شکاف فقر در حالت اولیه در جدول (۲)، با وضعیت پس از کسر هزینه های سلامت از کل هزینه های خانوارها در جدول (۳)، نیز وضعیت مشابهی را نشان می دهد. به طوری که مقایسه شاخص شکاف فقر قبل و پس از کسر هزینه های سلامت، نشان دهنده افزایش شکاف فقر خانوارها پس از تأثیر هزینه های سلامت روی سایر هزینه ها نسبت به شکاف فقر پیش از در نظر گرفتن این تأثیر بوده است. به عنوان مثال، شاخص شکاف فقر در سال ۱۳۸۸ برای کل کشور قبل و پس از در نظر گرفتن تأثیر هزینه های سلامت روی سایر هزینه ها، از ۰,۱۴ در جدول (۲) به ۰,۱۶ در جدول (۳) افزایش یافته است. این موضوع بیانگر آن است که هزینه های سلامت باعث افزایش ۲ درصدی شکاف فقر خانوارها شده است. همچنین مقایسه مشابه در مورد شاخص شکاف فقر در جداول (۲) و (۳) در سال ۱۳۸۸ نشان می دهد که در مناطق شهری این شاخص از ۰,۱۴ به ۰,۱۶ و در مناطق روستایی از ۰,۱۴ به ۰,۱۵ افزایش یافته است که به ترتیب، افزایش ۲ و ۱ درصدی در شاخص شکاف فقر در مناطق شهری و روستایی را در سال ۱۳۸۸ نسبت به محاسبه این شاخص قبل از در نظر گرفتن تأثیر هزینه های سلامت روی هزینه سایر کالاها در سبد مصرفی خانوارها نشان می دهد. همچنین در بررسی شاخص شدت فقر، مقایسه جداول (۲) و (۳)، در دو حالت قبل از در نظر گرفتن تأثیر هزینه های سلامت و پس از در نظر گرفتن تأثیر هزینه های سلامت روی هزینه سایر کالاها در سبد مصرفی خانوارها، نتایجی مشابه با مقایسه انجام شده در مورد دو شاخص قبلی نشان می دهد. به عبارت دیگر، تأثیر هزینه های سلامت به صورت کاهش سایر هزینه ها مشاهده می شود

که این موضوع موجب افزایش شاخص شدت فقر شده و نابرابری بین خانوارها را افزایش داده است. مقایسه دو شاخص شدت فقر در جداول (۲) و (۳) در سال ۱۳۸۸ در کل کشور نشان می‌دهد که شدت فقر در اثر تحمیل هزینه‌های سلامت به سایر هزینه‌ها از ۰,۰۶ در جدول (۲) به ۰,۱۵ در جدول (۳) افزایش یافته است که بیانگر شدت فقر تا حدود ۹ درصد می‌باشد. در مناطق شهری و روستایی نیز در سال ۱۳۸۸، مقایسه جداول (۲) و (۳) بیانگر آن است که شدت فقر در مناطق شهری حدود ۳ درصد و در مناطق روستایی حدود ۱۴ درصد بیش از محاسبه شدت فقر بدون تأثیر تحمیل هزینه‌های سلامت روی سایر هزینه‌های خانوارها بوده است.

نکته حائز اهمیت این است که شاخص شدت فقر قبل و پس از در نظر گرفتن تأثیر هزینه‌های تحمیلی سلامت روی سایر هزینه‌ها، تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته است.

روند تغییرات در شاخص شدت فقر (P2) در جدول (۳) نشان می‌دهد این شاخص در سال ۱۳۶۸ برای مناطق روستایی ۰,۱۸ و برای مناطق شهری برابر ۰,۰۸ بوده است. بالاتر بودن شدت فقر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری نشانگر نابرابری بین این مناطق است. بررسی جدول شماره (۳) نشان می‌دهد اگرچه این نابرابری همواره در سال‌های مورد مطالعه وجود داشته، اما از سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۸۴، نابرابری بین مناطق شهری و روستایی رو به کاهش بوده است. شاخص شدت فقر در سال ۱۳۸۴ برای مناطق روستایی ۰,۰۵ و برای مناطق شهری ۰,۰۴ می‌باشد، و از این رو، می‌توان این سال را سالی دانست که نابرابری‌های شهر و روستا در کشور به حداقل خود می‌رسد. همچنین باید توجه داشت که در سال ۱۳۸۸ شاخص (P2) برای کل کشور نسبت به سال ۱۳۸۴ به طور غیر متعارفی بالا رفته است، به طوری که اختلاف (P2) بین شهر و روستا که در سال ۱۳۸۴ برابر ۰/۰۱ بوده، در سال ۱۳۸۸ به ۰/۱۲ افزایش می‌یابد.

در مرحله سوم، به جای آنکه مانند مرحله دوم، سهم هزینه‌های درمان را به طور کامل از کل مخارج مصرفی خانوارها کسر کنیم، با استناد به ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، به بررسی تغییر وضعیت شاخص‌های فقر می‌پردازیم. این ماده چنین بیان می‌دارد که به منظور ارتقاء عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد افزایش نیابد. به این منظور به سهم پرداخت مستقیم از جیب خانوارها برای هزینه‌های سلامتی در سال‌های منتخب نیاز داریم، که در جدول زیر ارائه شده است:

## جدول ۴. سهم پرداخت از جیب خانوارها برای هزینه‌های بهداشتی و درمانی در سال‌های

منتخب (بر حسب درصد)

سال	۱۳۶۳	۱۳۶۸	۱۳۷۴	۱۳۷۹	۱۳۸۴	۱۳۸۸
سهم OOP خانوار	۵۷/۷	۵۴/۶	۵۰/۱	۵۵/۹	۵۴/۸	۵۳/۶

مأخذ: کاظمیان (۱۳۸۰)

به منظور آشنایی با روش محاسباتی این مطالعه، به بررسی یک سال به طور نمونه می‌پردازیم. به عنوان مثال، سهم پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامتی برای سال ۱۳۷۴ معادل ۵۰ درصد می‌باشد. هدف، بررسی کاهش نرخ فقر در صورتی است که خانوار به جای ۵۰ درصد، ۳۰ درصد این هزینه‌ها را پرداخت می‌نمود. به این منظور ابتدا با تقسیم مقدار هزینه پرداخت شده توسط خانوار بر ۰٫۵۰ مقدار واقعی کل هزینه سلامت به دست آمده و سپس با ضرب آن در ۰٫۳۰، به میزانی از هزینه‌های درمانی خواهیم رسید که در صورتی اتفاق می‌افتاد که مطابق فرض برای اجرای کامل قانون، سهم مردم از کل هزینه‌های بهداشت و درمان به ۳۰ درصد می‌رسید.

برای این منظور به محاسبه شاخص‌های فقر همانند مرحله دوم و جدول (۳)، ولی با فرض سهم ۳۰ درصدی خانوارها از کل هزینه‌های بهداشت و درمان برای سال‌های منتخب می‌پردازیم.

بررسی تغییرات شاخص‌های فقر با در نظر گرفتن سهم ۳۰ درصدی مردم از هزینه‌های سلامت و با وضعیتی که در جدول (۵) نشان داده شده است، اندازه این شاخص را با در نظر گرفتن تحمیل هزینه‌های سلامت به سایر هزینه‌های خانوارها، بیش از شاخص‌ها در جدول (۲) نشان می‌دهد. به عبارت دیگر پرداخت ۳۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت توسط خانوارها، همچنان بخشی از خانوارها را دچار فقر می‌نماید. اما در مقایسه با جدول (۳) یا وضعیت فعلی که پرداختی از جیب خانوارها بیش از ۵۰ درصد کل هزینه‌های سلامت است، افزایش کمتری در شاخص‌های فقر برای سایر هزینه‌های خانوار ایجاد می‌نماید.

۱. بر گرفته از گزارش حساب‌های ملی سلامت سال‌های ۸۱-۸۷، مرکز آمار ایران.

۲. به دلیل عدم وجود شاخص پرداخت از جیب برای سال ۸۸ و محدودیت دسترسی به آمار این سال از میزان پرداخت از جیب برای سال ۸۷ (مندرج در گزارش حساب‌های ملی سلامت، سال‌های ۸۱ تا ۸۷) استفاده شده است.



**جدول ۵. شاخص‌های فقر پس از کسر هزینه‌های سلامت از سبد هزینه‌های خانوار با فرض سهم ۳۰ درصدی خانوارها از کل هزینه‌های سلامت در سال‌های منتخب**

روستایی			شهری			کل کشور			سال
p2	p1	p0	p2	p1	p0	p2	p1	p0	
۰.۱	۰.۲۱	۰.۵۵	۰.۰۴	۰.۰۹	۰.۲۹	۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۴۲	۶۳
۰.۱۷	۰.۲۹	۰.۶۳	۰.۰۹	۰.۱۶	۰.۴۹	۰.۱۴	۰.۲۳	۰.۵۳	۶۸
۰.۰۹	۰.۱۸	۰.۴۷	۰.۰۸	۰.۱۷	۰.۴۷	۰.۰۸	۰.۱۷	۰.۴۷	۷۴
۰.۰۸	۰.۱۷	۰.۴۷	۰.۰۶	۰.۱۴	۰.۴۴	۰.۰۸	۰.۱۶	۰.۴۵	۷۹
۰.۰۴	۰.۱۱	۰.۳۵	۰.۰۴	۰.۱	۰.۳۵	۰.۰۴	۰.۱	۰.۳۵	۸۴
۰.۱	۰.۱۶	۰.۴۶	۰.۰۷	۰.۱۵	۰.۴۴	۰.۰۸	۰.۱۵	۰.۴۵	۸۸

مأخذ: محاسبات پژوهش

مقایسه جداول (۵) و (۳)، مقایسه شاخص‌های فقر را در دو حالتی نشان می‌دهد که در یکی، تأثیر هزینه‌های سلامت روی سایر هزینه‌های خانوارها با پرداخت از جیب ۳۰ درصدی تعیین می‌شود (جدول ۵)، و در دیگری این تأثیر در وضعیت فعلی با پرداخت از جیب بیش از ۵۰ درصد مشخص می‌شود (جدول ۳). نتیجه این مقایسه در جدول زیر به صورت تفاضل شاخص (۵) از شاخص (۳) نشان داده شده است. هدف از این مقایسه آن است که دانسته شود اگر خانوارها مطابق قانون برنامه توسعه تنها متحمل ۳۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت می‌شدند، چه میزان تغییر در شاخص‌های فقر برای هزینه‌های سایر کالاها در سبد مصرفی خانوارها مشاهده می‌شد.

**جدول ۶. اختلاف شاخص سرشمار فقر بین حالت فعلی برای هزینه‌های سلامت و حالت کاهش سهم پرداختی خانوارها از کل هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد**

مناطق روستایی			مناطق شهری			کل کشور			سال
P2	P1	P0	P2	P1	P0	P2	P1	P0	
۰.۰۱	۰	۰.۰۱	۰	۰.۰۱	۰.۰۱	۰	۰	۰.۰۱	۱۳۶۳
۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۰۷	۰	۰.۰۱	۰.۰۰۶	۰	۰.۰۱	۰.۰۰۶	۱۳۶۸
۰	۰	۰.۰۱۳	۰	۰	۰.۰۱۳	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱۲	۱۳۷۴
۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱۷	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱۸	۰	۰.۰۱	۰.۰۱۷	۱۳۷۹
۰.۰۱	۰	۰.۰۱۴	۰	۰.۰۱	۰.۰۱۴	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱۵	۱۳۸۴
۰.۱۱	۰.۰۱	۰.۰۲۰	۰.۰۲	۰.۰۱	۰.۰۱۷	۰.۰۷	۰.۰۱	۰.۰۱۸	۱۳۸۸

مأخذ: محاسبات پژوهش

نتیجه نشان داده شده در جدول (۶)، مشخص می‌نماید که در حالت محدود نمودن هزینه سلامت خانوارها به ۳۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت، شاخص‌های فقر برای هزینه سایر کالاها در سبد خانوارها بین ۰.۶ تا ۲ درصد از حالت فعلی که خانوارها بیش از ۵۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کنند، کمتر افزایش می‌یافت.

نکته دیگر در مقایسه شاخص شدت فقر (P2) بین شرایط کاهش سهم پرداختی‌های مردم از هزینه‌های سلامتی به ۳۰ درصد و شرایط فعلی که هزینه‌های سلامتی سهم بالایی از کل هزینه‌های سلامت خانوار را شامل می‌شود، این است که این شاخص در جدول (۶) در همه سال‌های قبل از ۱۳۸۴ در دو حالت یاد شده، تفاوتی داشته که یا بدون تغییر بوده و یا کاهشی معادل ۰,۰۱ داشته است. تنها در سال ۱۳۸۸ می‌بینیم که با کاهش سهم پرداختی‌های خانوارها، شاخص شدت فقر (P2) با تغییرات زیادی روبرو می‌شود. به طور مشخص در شرایط اجرای قانون برنامه چهارم توسعه، شاخص شدت فقر (P2) در سال ۱۳۸۸ در کل کشور، با کاهشی معادل ۰,۰۷، در مناطق شهری با کاهشی معادل ۰,۰۲ و در مناطق روستایی با کاهشی معادل ۰,۱۱ مواجه می‌گردید.

#### ۴. نتیجه‌گیری و توصیه‌های سیاستی

بررسی شاخص‌های فقر با در نظر گرفتن پرداخت خانوار برای هزینه‌های سلامتی و بدون در نظر گرفتن این هزینه‌ها در مجموع هزینه‌های خانوار، نشان می‌دهد حذف هزینه‌های درمانی پرداخت شده از مخارج مصرفی خانوار سبب افزایش نرخ فقر برای مجموع کالاها و خدمات مصرفی از کمتر از یک درصد تا حدود ۴ درصد می‌گردد. این موضوع به دلیل کاهش رفاهی اتفاق می‌افتد که به سبب هزینه‌های سلامتی، برای خانوار پیش می‌آید و درآمدی را که می‌توانست صرف سایر نیازهای رفاهی خانوار شود، به هزینه‌های سلامت اختصاص داده است. درواقع، هزینه‌های سلامتی، هزینه واقعی خانوار برای سایر کالاها را کاهش می‌دهد؛ به طوری که سطح مصرف خانوار از سایر کالاها و خدمات پایین‌تر از خط فقر اولیه قرار می‌گیرد.

نکته حائز اهمیت این است که به دلیل نادیده گرفتن اثر هزینه‌های سلامتی روی کاهش مصرف سایر کالاها و خدمات، اثر شدت فقر ناشی از هزینه‌های سلامتی در محاسبه شاخص‌های فقر نیز نادیده گرفته می‌شود. به عبارت دیگر، شاخص‌های فقر محاسبه شده بر اساس مجموع هزینه‌های سلامت و سایر هزینه‌ها، هزینه بالای سلامت را مانند سایر هزینه‌های رفاهی خانوارها در نظر می‌گیرند، و به طور نادرست، افزایش هزینه سلامت در بودجه خانوار را عاملی برای افزایش مصرف و سطح رفاه خانوار محسوب می‌کنند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در وضعیتی که دولت و بیمه‌ها ۷۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت را پرداخت نمایند و سهم خانوارها از این هزینه‌ها بنا بر ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه به ۳۰ درصد کاهش یابد، تجدید محاسبه شاخص‌های فقر برای سایر کالاها و خدمات، افزایش شدت فقر را کمتر از شرايطی نشان می‌دهد که در حال حاضر خانوارها با پرداخت از جیب بیش از ۵۰ درصد با آن مواجه هستند. درواقع، در اکثر سال‌های مورد بررسی در صورت اجرای این قانون، شاخص‌های

فقر برای سایر کالاها و خدمات نسبت به وضعیتی که هزینه‌های درمانی برای خانوارها در شرایط فعلی تعیین می‌شود، کاهش معادل ۰,۰۶ تا ۲ درصد ایجاد می‌نمود.

از آنجا که اجرای قانون برنامه چهارم توسعه از سال ۱۳۸۴ مورد نظر بوده است، ارزیابی شاخص‌های فقر در شرایط اجرای این قانون برای سال ۱۳۸۸ اهمیت ویژه دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد کاهش سهم پرداختی مردم به ۳۰ درصد می‌توانست در مناطق شهری ۱,۷ و در مناطق روستایی تا ۲ درصد در کاهش شدت فقر مؤثر باشد. قابل توجه است چنانکه در طول سال‌های برنامه چهارم این قانون به درستی اجرا می‌شد، کاهش شدت فقر با نرخ‌های اشاره شده می‌توانست بیشترین میزان کاهش در شدت فقر در مجموع سال‌های مورد مطالعه باشد. این مساله نشان می‌دهد در پناه یک نظام تصمیم‌گیری درست و ساز و کارهای اجرایی شدن قوانین، و نیز وجود نهادهای نظارت بر اجرای صحیح قانون، جمعیت کمتری در اثر هزینه‌های کمر شکن سلامتی گرفتار فقر خواهند شد.

## منابع و مآخذ

- راغفر، حسین و کبری سنگری مهذب (۱۳۸۸) بررسی عدالت در سلامت در مناطق ۲۲گانه شهر تهران - سال ۱۳۸۷؛ همایش سلامت شهری.
- رشیدیان، آرش (۱۳۸۹) پوشش فراگیر سلامت در ایران؛ سلامت ایران: خیرنامه دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران، سال ششم، شماره دوم.
- فضائلی، امیرعباس (۱۳۸۶) اندازه گیری شاخص عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران - سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- قاعدی، سمانه (۱۳۹۰) آثار اقتصادی - اجتماعی فقر در ایران (۱۳۶۸ تا ۱۳۸۸)؛ دانشگاه الزهرا. کاظمیان، محمود (۱۳۸۰) «گزارش حساب‌های ملی بهداشت و درمان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال سوم، شماره ۳ (پیاپی ۱۰)، پاییز.
- کاوسی، زهرا؛ آرش رشیدیان؛ فرشاد پورملک؛ سیدرضا مجدزاده؛ ابوالقاسم پوررضا؛ کاظم محمد و محمد عرب (۱۳۸۸) اندازه گیری خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت: مطالعه طولی در منطقه ۱۷ تهران؛ مجله پژوهشی حکیم، جلد ۱۲، شماره ۲.
- مرکز آمار ایران، «گزارش حساب‌های ملی سلامت سال‌های ۸۱-۸۷»، ۱۳۹۰.
- مهرآرا، محسن؛ علی اکبر فضایی و امیر عباس فضایی (۱۳۸۹) بررسی برابری در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی»، نشریه مدیریت سلامت، جلد ۱۳ شماره ۴۰: ۶۲-۵۱.
- Charu, C. Garg & Anup, K. Karan (2008) Reducing Out-of-Pocket Expenditures to Reduce Poverty: A Disaggregated Analysis at Rural-Urban and State Level in India; Health Policy and Planning Advance Access published December 17: 1-13.
- Falkingham, Jane (2004) Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan; Social science & medicine 58: 247-258.
- Foster, J.E.; Greer, J. & Thorbecke, E. (1984) A Class of Decomposition Poverty Indices; Econometrica 52: 761-6.
- [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dpe\\_05\\_2distribution\\_of\\_health\\_payments.p](http://www.who.int/health_financing/documents/dpe_05_2distribution_of_health_payments.p). Accessed May 21, 2008.
- Limwattananon, Supon; Viroj Tangcharoensathien & Phusit Prakongsai (2007) Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand; Bulletin of the World Health Organization 85 (8): 600-606.
- Mondal, Swadhin; Barun Kanjilal; David H. Peters; Henry Lucas (2010) Catastrophic Out-of-Pocket Payment for Health Care and its Impact on Households: Experience from West Bengal; India: Future health systems innovations for equity.

- Orshansky, M. (1965) Counting the Poor: Another Look at the Poverty Profile; Social Security Bulletin 28(1): 3-29.
- Owen O'Donnell, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Magnus Lindel (2008) Analyzing Health Equity Using Household Survey Data; World bank: 213-219.
- Ravallion, Martin (1998) Poverty Lines in Theory and Practice; Living Standards Measurement Study; Working Paper 133, World Bank, Washington D.C.
- Sen, Amartia (2008) Development As Freedom; Oxford University Press.
- Wim Van Damme, Luc Van Leemput, Ir Por, Wim Hardeman and Bruno Meessen (2004) Out-of-Pocket Health Expenditure and Debt in Poor Households: Evidence from Cambodia; Tropical medicine and international health, Vol.9, No.2: 273-280.
- World Health Organization (2000) World Health Report; Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2010) The World Health Report; Geneva: World Health Organization.