

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

طرح حفاظت مالی در برابر هزینه‌های کمر شکن و فقرزای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

مجری طرح

حسام قیاسوند

ژاله عبدی

مشاوران طرح

علی ماهر

علیرضا اولیائی منش

امیرعباس فضائلی

محمد رضا مبینی زاده

موسسه ملی تحقیقات سلامت

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش خلاصه طرح

از جمله ابعاد مهم در دیده‌بانی نظام سلامت وضعیت حفاظت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت است. به‌طور کلی حفاظت مالی از جمله الزامات نیل به پوشش فراگیر سلامت است و به معنای توان و ظرفیت نظام‌های سلامت در مواجهه خانوارها با تنگنای مالی و نیز فقر در هنگام بهره‌مندی از خدمات سلامت است. در همین راستا نوشتار حاضر باهدف تبیین وضعیت موجود حفاظت مالی از خانوارهای ایرانی در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت به نگاهی شده است. مأخذ داده‌ها پیمایش‌های سالیانه بین ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۲ است که توسط مرکز آمار ایران به‌صورت سالیانه به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری گردآوری شده است. برآورد سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار بین خانوارهای روستایی و شهری طی دوره‌ی مورد مطالعه، شاخص مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌های سلامت، نسبت سرشمار هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت، شدت و یا شکاف هزینه‌های مذکور و وضعیت توزیع آن بین سطوح مختلف هزینه‌ای از جمله برون‌دادهای گزارش حاضر است.

در این راستا از روش‌های جاری و معتبر برای برآورد شاخص‌های مذکور استفاده شده است که این رویکردها شامل رویکرد حداقل معاش سازمان جهانی سلامت و نیز رویکرد پژوهشگران بانک جهانی است.

نتایج حاصله نمایانگر رشد سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های مصرفی به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری است. همچنین شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی طی دوره‌ی مورد نوساناتی اندک داشته ولی در مجموع برای خانوارهای روستایی نسبت به خانوارهای شهری بیشتر بوده است. نسبت سرشمار هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت نیز بر اساس رویکرد سازمان جهانی سلامت مقادیر کمتری نسبت به بقیه رویکردها داشته که این مهم درخور توجه می‌باشد. البته به‌طور کلی نسبت سرشمار هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در خانوارهای روستایی نسبت به شهری بیشتر بوده است.

با توجه به یافته‌های این گزارش باید توجه نمود که طی دوره‌ی مورد مطالعه روند نوسانی شاخص‌های محافظت مالی نشان‌دهنده‌ی عدم وجود یک برنامه و طرح سیستماتیک و مؤثر با هدف‌گذاری وضعیت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا بوده است. از سوی دیگر در خصوص روش‌شناسی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت و محدودیت‌های آن و اعتبار داده‌های حاصل از پیمایش هزینه-درآمد خانوار به‌منظور برآورد وضعیت مواجهه با هزینه‌های مذکور مستلزم توجه جدی سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور می‌باشد.

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۳
اهداف پژوهش	۵
فصل دوم - روش پژوهش	۷
نوع پژوهش	۷
جامعه پژوهش	۷
نمونه پژوهش (شامل حجم نمونه و روش نمونه‌گیری)	۷
محیط انجام پژوهش	۷
ابزار گردآوری داده‌ها	۷
روش گردآوری داده‌ها	۷
روش تحلیل داده‌ها	۷
فصل سوم - یافته‌های پژوهش	۱۳
میزان هزینه پرداخت‌شده توسط خانوارهای روستایی و شهری طی دوره مورد مطالعه	۱۳
وضعیت عدالت در مشارکت در تأمین هزینه‌های سلامت توسط خانوارهای ایرانی	۱۴
میزان، شدت و عوامل تعیین‌کننده مواجهه هزینه‌ی کمرشکن در خانوارهای ایرانی	۱۵
فصل چهارم - بحث، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات	۳۷
منابع	۴۹
پیوست‌ها	۵۵

فصل اول – مقدمه

تأمین به‌موقع و کافی منابع جهت ارائه خدمات سلامت از جمله ضروریاتی است که می‌تواند در روند بازبایی و یا ارتقای کاربران نظام سلامت تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای داشته باشد. در این بین منابع مالی به‌واسطه نقش اساسی که در جبران خدمات نهاده‌های تولیدی نظام سلامت دارد؛ از اهمیت مضاعفی برخوردار می‌باشد. بحث تأمین مالی خدمات سلامت همواره دارای دو بعد اساسی است: اولاً سطح منابع مالی و اعتبارات موجود، تکافوی نیازهای نظام سلامت را بدهد. ثانیاً مشارکت دولت‌ها، بیمه‌ها و خانوارها در تأمین این اعتبارات با تکیه بر ملاحظات برابری باشد (۱، ۲ و ۳). هر دو بعد مذکور دارای اهمیت بوده و به‌منظور ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت مورد توجه قرار می‌گیرند. چه اینکه در بعد اول سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، سهم هزینه‌های دولتی از کل مخارج سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های عمومی دولت، سرانه هزینه سلامت، سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت و ... بسیار مورد تأکید بوده است. همچنین در بعد دوم شاخص‌های کمرشکن بودن و فقرزایی خدمات سلامت و نیز وضعیت توزیع هزینه‌های سلامت بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی مورد استفاده اندیشمندان و پژوهشگران بوده است (۴).

مسئله اساسی در اینجا، طراحی و تدوین چارچوب مفهومی و درعین حال کاربردی جهت سیاست‌گذاری و پیاده‌سازی دو بعد مذکور تأمین مالی است. پوشش فراگیر خدمات سلامت از جمله چارچوب‌های رایج و معتبری است که توسط سازمان جهانی سلامت تدوین و بسط داده شده است. این چارچوب مفهومی در سال ۲۰۰۵ ارائه شده و به معنای «تضمین دسترسی به خدمات سلامت در مواقع نیاز بدون تحمیل تنگنا و فشار مالی برای بیمار است» (۵).

طی دو دهه گذشته دولت‌های بسیاری از کشورهای در حال توسعه و حتی فقیر، در قالب برنامه‌های مدون و سیستماتیک به دنبال نیل به هدف پوشش فراگیر بوده و برخی از آنان در این راه دستاوردهای چشمگیری داشته و برخی دیگر هنوز در حال تلاش می‌باشند (۶). از جمله الزامات مورد نیاز جهت نیل به پوشش فراگیر، طراحی و پیاده‌سازی یک نظام تأمین مالی است که تضمین‌کننده سطح کفایت اعتبارات و وجوه در گردش و همچنین توانایی آن برای حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت است (۲).

نکته قابل‌ملاحظه این است که در کشورهای در حال توسعه و فقیر، شکل غالب تأمین مالی پرداخت از جیب بوده و سهم دولت‌ها و بیمه‌ها در این کشورها از مشارکت‌های مالی نظام سلامت ناچیز و اندک است (۷). تحت چنین شرایطی نیل به پوشش فراگیر نیازمند تعهد جدی و مستمر دولتمردان بوده و باید علاوه بر تضمین منابع مالی تخصیصی به بخش سلامت، سطح کافی و نیز توزیع عادلانه‌ای از آن را برای آحاد جامعه فراهم آورند.

کنترل نرخ مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت طی سالیان گذشته موجب ارائه‌ی برنامه‌ها و طرح‌های حمایتی مختلف در کشورهای دنیا به‌ویژه کشورهای آسیایی و آفریقایی شده است. طرح‌های بیمه‌ای مختلفی باهدف حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های مذکور در کشورهایی نظیر چین، هند، مکزیک، تایلند،

برزیل، پرو، آفریقای جنوبی، ترکیه، بنگلادش، ویتنام، غنا، اندونزی و... اجرا شده‌اند (۸). در چین میزان مواجهه خانوارهای روستایی با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت در سال ۲۰۰۸، به ترتیب برابر با ۱۴,۳ درصد و ۸,۲ درصد بوده که به دلیل پیاده‌سازی برنامه بیمه‌ای تحت عنوان برنامه جدید تعاون پزشکی روستایی^۱، حدود ۹,۹ درصد از بروز هزینه‌های کمرشکن و حدود ۷,۷ درصد از بروز هزینه‌های فقرزای خدمات سلامت در مناطق روستایی چین کاسته شده است (۹).

در غنا نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که پس از اجرای برنامه ملی سلامت^۲، میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت در خانوارهای تحت پوشش این برنامه در سال ۲۰۰۷، حدود ۰,۹ درصد بوده در حالی که در خانوارهای خارج از این برنامه حدود ۲ درصد بوده است (۱۰).

پس از اجرای برنامه تأمین مالی برای فقرا^۳ در ویتنام، نتایج مطالعه‌ای با استفاده از پیمایش بودجه خانوار ویتنامی‌ها، نشان می‌دهد که میزان بروز هزینه‌های کمرشکن در کل نمونه مورد بررسی حدود ۶ درصد بوده، در حالی که همین شاخص در خانوارهایی که تحت پوشش برنامه مذکور بوده‌اند حدود ۷ درصد بوده است (۱۱). در اثر اجرای برنامه تأمین اجتماعی عمومی نظام سلامت^۴ در کلمبیا، میزان مواجهه خانوارهای تحت پوشش این برنامه با هزینه‌های کمرشکن ۳,۲ درصد بوده در حالی که در خانوارهایی که تحت پوشش هیچ برنامه‌ی بیمه‌ای و حمایتی نیستند، این میزان ۱۳,۱ درصد در سال ۲۰۰۸ بوده است (۱۲). در ترکیه نیز میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت در سال ۲۰۰۶ - سه سال پس از اجرای برنامه تحول سلامت^۵ - به ترتیب ۰,۶ درصد و ۰,۴ درصد بوده است (۱۳). ارزیابی طرح بیمه‌ای کشور مکزیک با عنوان بیمه سلامت فراگیر توسط داده‌های هزینه - درآمد خانوار در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که خانوارهای تحت پوشش برنامه مذکور به میزان ۶,۶۴ درصد و سایر خانوارها به میزان ۹,۳۹ درصد با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت مواجه شده‌اند (۱۴).

در ایران مطالعات مختلف در خصوص برآورد نسبت سرشمار مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن و فقرزای سلامت انجام شده است. در سال ۱۳۸۱ حدود ۱/۹ درصد از جمعیت کشور با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت مواجه شده‌اند (۱۵). مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۳۸۶ به این نتیجه رسیده است که ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در سال ۱۳۸۶ با این هزینه‌های مواجه شده‌اند (۱۶). در یک مطالعه مربوط به سال ۲۰۱۲ نیز میزان بروز هزینه‌های کمرشکن در کشور حدود ۲,۸ درصد گزارش شده است (۱۷). همچنین در سطح منطقه‌ای نیز نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که ۱۱,۸ درصد از خانوارهای منطقه‌ی ۱۷ تهران در سال ۱۳۸۶ با هزینه‌های اسفبار خدمات سلامت مواجه شده‌اند

^۱ - New Rural Cooperative Medical Scheme (NRCMS)

^۲ - National Health Insurance

^۳ - Health Financing for Poor

^۴ - General Social Security Health System

^۵ - Health Transformation

(۱۸). مطالعه‌ای در شهرستان کرمانشاه، نشان داد که ۲۲,۲ درصد از خانوارهای این شهرستان در سال ۱۳۸۷ تجربه‌ی مواجهه با هزینه‌های اسفبار خدمات سلامت را داشته‌اند (۱۹). مطالعه‌ای دیگر در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران نشان داد که میزان بروز هزینه‌ی کمرشکن برای کل خانوارهای مورد مطالعه حدود ۳,۶ درصد بوده است (۲۰). در خصوص نسبت سرشمار هزینه‌ی فقرزای سلامت نیز مطالعات گذشته دامنه‌ای بین ۰,۷ تا ۱,۱ درصد برای سال‌های مختلف نشان داده‌اند (۲۱ و ۲۲).

لذا ضروری است که اولاً تصویر مطلوبی از الگوی زمانی بروز هزینه‌های اسفبار و فقرزای خدمات سلامت باشیم و ثانیاً با توجه به مقتضیات کشور و شرایط پیش روی خانوارها به ارائه و پیاده‌سازی الگوی اثربخش حمایت از خانوارها در برابر چنین هزینه‌هایی بپردازیم.

اهداف پژوهش

- (۱) تعیین میانگین هزینه‌های پرداخت‌شده توسط خانوارهای شهری و روستایی برای خدمات سلامت، ۱۳۸۲-۱۳۹۲.
- (۲) محاسبه میزان عدالت در مشارکت برای پرداخت هزینه‌های سلامت به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری، ۱۳۸۲-۱۳۹۲.
- (۳) محاسبه نسبت سرشمار، شدت و نحوه‌ی توزیع مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت و در خانوارهای شهری و روستایی ایران، ۱۳۸۲-۱۳۹۲.
- (۴) شناسایی عوامل تعیین‌کننده‌ی مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای شهری و روستایی ایران در سال‌های منتخب دوره مورد مطالعه.

فصل دوم – روش پژوهش

نوع پژوهش

پژوهش از نوع تحلیلی و سری زمانی می‌باشد.

جامعه پژوهش

کلیه‌ی خانوارهای شهری و روستایی ایران جامعه‌ی پژوهش حاضر می‌باشند.

نمونه پژوهش (شامل حجم نمونه و روش نمونه‌گیری)

نمونه‌ی پژوهش شامل خانوارهای شهری و روستایی است که هرساله توسط مرکز آمار ایران با روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای نمونه‌گیری انجام می‌شود. حجم نمونه‌ی انتخابی بین سال‌های مورد مطالعه، متفاوت می‌باشد. بیشترین حجم نمونه ۱۸۸۸۸ برای خانوارهای شهری و ۱۹۴۳۷ برای خانوارهای روستایی در سال ۱۳۹۲ است. همچنین کمترین حجم نمونه ۱۳۷۴۳ برای خانوارهای شهری و ۱۴۳۲۷ برای خانوارهای روستایی در سال ۱۳۸۳ می‌باشد. میانگین حجم نمونه طی ده سال مورد مطالعه ۱۸۶۳۲ خانوار روستایی و ۱۷۸۴۳ خانوار شهری می‌باشد.

محیط انجام پژوهش

در این مرحله محیط انجام پژوهش، دفتر اطلاع‌رسانی مرکز آمار ایران بوده است.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها، فرم محقق ساخته‌ای است (پیوست ۱) که دربرگیرنده‌ی اطلاعات مربوط به کد خانوار، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، تعداد اعضای خانوار، سن افراد خانوار، وضعیت تملک مسکن و خودرو، تعداد افراد زیر سن ۵ سال و بالای ۶۵ سال در خانوار، وضعیت و نوع پوشش بیمه‌ای، جنسیت سرپرست خانوار، تعداد مراجعات به بیمارستان طی یک سال اخیر، استفاده‌ی از خدمات سرپایی، نوع خدمات سلامت دریافت شده هزینه‌ی پرداختی برای دریافت دارو و خدمات سلامتی دریافت شده می‌باشد.

روش گردآوری داده‌ها

با مراجعه حضوری پژوهشگر به دفتر اطلاع‌رسانی مرکز آمار ایران داده‌ها جمع‌آوری می‌شوند.

روش تحلیل داده‌ها

نسبت سرشمار هزینه کمرشکن و نیز شدت به‌صورت زیر محاسبه شده است:
بدین منظور از دو رویکرد استفاده شده است.

رویکرد اول: مربوط به WHO می‌باشد. در این رویکرد، اگر میزان پرداخت خانوار برای هزینه‌های سلامت برابر یا بیشتر از ۴۰٪ ظرفیت پرداختش باشد، آنگاه خانوار با هزینه کمرشکن مواجه شده است. این رویکرد طی گام‌های زیر محاسبه شده است (۳):

محاسبه بعد معادل‌سازی شده خانوار به صورت زیر: در این گام، ابتدا به منظور استانداردسازی تأثیر بعد خانوار بر سطح هزینه‌های سلامت و نیز هزینه‌های مصرفی، بعد هر خانوار به توان ۰,۵۶ می‌رسد. این عدد تأثیر بعد خانوار را بر سطح هزینه‌های یک‌دست می‌نماید و از مطالعه‌ی پژوهشگران سازمان جهانی سلامت روی ۵۶ کشور مختلف به دست آمده است. به زعم پژوهشگران مذکور اضافه شدن هر عضو به خانوار موجب افزایش هزینه‌های خوراکی خانوار خواهد شد، اما افزایش مذکور به اندازه‌ی افزایش بعد خانوار نیست و به میزان کمتری می‌باشد.

$$Equi.HSize_i = (H.H.Size_i)^{0.56} \quad \text{فرمول (۱-۳)}$$

Equi.HSize همان بعد معادل‌سازی شده خانوار و H.H.Size بعد خانوار است.

محاسبه هزینه خوراک بر حسب بعد معادل‌سازی شده خانوار:

$$(Equi.Food.Exp.)_i = \frac{FoodExpenditure_i}{Equi.HSize_i} \quad \text{فرمول (۲-۳)}$$

در این رابطه Equi.Food.Exp. هزینه خوراک بر حسب بعد معادل‌سازی شده خانوار، Food Expenditure_i، هزینه خوراک هر خانوار و Equi.HSize_i همان بعد معادل‌سازی شده مرحله قبل است.

محاسبه خط فقر: بدین منظور خانوارها بر اساس کل هزینه مصرفی از کمترین تا بیشترین مرتب‌سازی شده، سپس میانگین هزینه خوراک بر حسب بعد معادل‌سازی شده خانوار برای خانوارهای موجود در صدک ۴۵ ام تا ۵۵ ام به عنوان خط فقر محاسبه شده است.

$$(MEqui.Food.Exp.)_{45th-55th} = \frac{\sum_{45th}^{55th} (Equi.Food.Exp.)_{45th-55th}}{W_{45th-55th}}$$

در رابطه فوق، (MEqui.Food.Exp.)_{45th-55th} همان میانگین هزینه خوراک معادل‌سازی شده برای صدک ۴۵ ام تا ۵۵ ام است که از این پس خط فقر یا حداقل هزینه معاش نامیده می‌شود و W_{45th-55th} وزن مربوط به هر خانوار در صدک مذکور است.

خط فقر (حداقل هزینه معاش) برای هر کدام از خانوارها با ضرب نمودن خط فقر صدک ۴۵ ام تا ۵۵ ام در بعد معادل‌سازی شده آن خانوار محاسبه شده است.

$$PLi(S.E.i) = PL_{45th-55th} (SE_{45th-55th}) \times Equi.HSize_i \quad \text{فرمول (۴-۳)}$$

در رابطه مذکور PLi(S.E.i)، خط فقر و یا حداقل هزینه معاش برای هر خانوار، PL_{45th-55th} (SE_{45th-55th})، خط فقر محاسباتی در مرحله قبل و Equi.HSize_i بعد معادل‌سازی شده هر خانوار است.

ظرفیت پرداخت هر خانوار از کم کردن خط فقر (حداقل هزینه معاش) هر خانوار از کل هزینه‌های مصرفی آن خانوار محاسبه می‌شود، سپس کل هزینه‌های پرداختی هر خانوار برای خدمات سلامت بر ظرفیت پرداخت آن تقسیم شده در صورتی که خارج قسمت برابر یا بزرگ‌تر از ۰,۴ باشد، خانوار با هزینه کمرشکن مواجه شده در غیر این صورت خیر.

$$(CTP)_i = (Total\ Expenditure)_i - (PL_i(S.E._i)) \quad (5-3)$$

$(CTP)_i$ ظرفیت پرداخت هر خانوار، $(Total\ Expenditure)_i$ کل هزینه‌های مصرفی خانوار و $(PL_i(S.E._i))$ همان (خط فقر یا حداقل هزینه معاش هر خانوار) می‌باشد.

اگر مقدار فرمول (۵-۳) منفی شود آنگاه به منظور تخمین ظرفیت پرداخت، کل هزینه‌های مصرفی خانوار از هزینه‌های خوراک همان خانوار کم شده (در واقع همان هزینه‌های غیر خوراک خانوار) به عنوان ظرفیت پرداخت در نظر گرفته می‌شود.

$$(OOPCTP)_i = \frac{OOP_i}{CTP_i} \quad (6-3)$$

If the $(OOPCTP)_i \geq 0,4$, called catastrophic health payments.

رویکرد دوم (۷): سایر رویکردهای محاسبه میزان مواجهه به هزینه کمرشکن خدمات سلامت، علاوه بر رویکرد WHO در این پژوهش از دو رویکرد دیگر نیز استفاده شده است (۷، ۱۳). رویکرد اول مبتنی بر کل هزینه مصرفی خانوار است که طی آن اگر میزان پرداخت از جیب خانوار برای هزینه‌های سلامت از ۱۰٪، ۲۰٪ یا ۳۰٪ کل هزینه‌های مصرفی اش بیشتر باشد، خانوار با هزینه کمرشکن مواجه شده است. در رویکرد سوم اگر میزان پرداخت از جیب خانوار برای هزینه‌های سلامت از ۱۰٪، ۲۰٪ و یا ۲۵٪ هزینه‌های غیرخوراکی بیشتر شود با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده است.

$$(CHE)_i = (OOP/TE)_i \geq 0,1, 0,2 \text{ or } 0,3$$

$$(CHE)_i = (OOP/Nonfood)_i \geq 0,1, 0,2 \text{ or } 0,3$$

نسبت سرشمار هزینه کمرشکن^۶ از تقسیم تعداد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن بر تعداد کل خانوارهای به تفکیک روستایی و شهری محاسبه شده است. از طرف دیگر سنجش شدت هزینه‌های کمرشکن^۷ بر اساس فرمول زیر محاسبه شده است:

$$Catastrophic\ Overshoot = \sum_{i=1}^N O_i, \text{ Which the } O_i = E_i \left(\frac{T_i}{X_i} \right) - Z \quad (7-3)$$

۶-Catastrophic Health Expenditure Headcount Ratio

۷ - Catastrophic Health Expenditure Intensity Ratio

در آن، Catastrophic Overshoot همان سنجه شدت مواجهه با هزینه کمرشکن، $\left(\frac{T_i}{X_i}\right)$ نسبت پرداخت از جیب هر خانوار به کل هزینه‌های مصرفی (ظرفیت پرداخت، هزینه‌های غیر خوراک) و Z حدود آستانه در نظر گرفته شده برای هزینه کمرشکن (۱۰٪، ۲۰٪ و ۳۰٪) می‌باشد. همچنین به منظور محاسبه‌ی میزان فقر زایی هزینه‌های خدمات سلامتی، از رویکرد سازمان سلامت جهانی استفاده شده است:

این رویکرد در ادامه نحوه محاسبه هزینه کمرشکن خدمات سلامت است که به عنوان آخرین گام محاسباتی بکار گرفته می‌شود. در این رویکرد اگر حاصل تفریق هزینه‌های صرف شده برای سلامت توسط خانوار از کل هزینه‌های مصرفی‌اش کمتر از هزینه حداقل معاش (خط فقر) برای همان خانوار باشد، آنگاه هزینه فقرزای خدمات سلامت روی داده است.

۱. عملیات محاسباتی برای نسبت سرشمار فقر هزینه‌های خدمات سلامت به شرح زیر است:

نسبت سرشمار فقر از تقسیم نمودن تعداد خانوارهای فقیر بر تعداد کل خانوارهای یک کشور به دست می‌آید. این نسبت از رابطه‌ی زیر استخراج می‌شود:

$$H_{pov}^{pre} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N P_i^{pre}$$

فرمول (۸-۳)

از طرف دیگر به منظور تعیین عوامل مؤثر بر احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامتی از رگرسیون لاجستیکی استفاده می‌شود. شکل کلی این رگرسیون به صورت زیر است (۶۵):

$$Pr[y = 1] = \frac{\exp(x_i\beta)}{1 + \exp(x_i\beta)}$$

فرمول (۹-۳)

در فرمول (۹-۳)، یک تابع توزیع فراوانی تجمعی مبتنی بر احتمالات دیده می‌شود که بیانگر میزان احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن و یا فقرزای به ازای تغییر در متغیرهای توضیحی می‌باشد. در واقع در رگرسیون مذکور به ازای درصد معین تغییر در فراوانی متغیرهای اسمی و یا رتبه‌ای مشخص می‌شود که احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت چند درصد تغییر خواهد داشت. از طرف دیگر تفسیر ضرایب رگرسیونی در مدل لاجستیک بر اساس مقادیر نسبت شانس و نیز اثرات نهایی می‌باشد. نسبت شانس، آماره‌ای است که نشان دهنده‌ی میزان شانس مواجهه

با هزینه کمرشکن با توجه به متغیر توضیحی است - مثلاً میزان احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن یا عدم مواجهه با آن بین گروه‌های جنسی زن و مرد و ... - از طرف دیگر اثر نهایی نشان‌دهنده‌ی این است که به ازای یک درصد تغییر در فراوانی یکی از زیرگروه‌های متغیر توضیحی - مثلاً در مورد متغیر جنسیت به ازای یک درصد افزایش در نسبت زنان به مردان - چه میزان احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن تغییر می‌نماید.

به‌طور کلی در فرمول (۳-۹)، متغیر (y) عبارت است از احتمال مواجهه خانوارها با هزینه کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت است. اگر خانوارهای مورد مطالعه با این هزینه‌ها مواجه شده باشد، y برابر با ۱ و در غیر این صورت برابر با ۰ است. X_j یکسری از متغیرهایی را دربر می‌گیرد که بر احتمال وقوع هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت تأثیر دارند. این متغیرها عبارت‌اند از: محل سکونت خانوار، سطح درآمد و یا هزینه‌های مصرفی خانوار، تعداد اعضای خانوار، وضعیت و نوع پوشش بیمه‌ی خانوار، جنسیت سرپرست خانوار، وجود افراد زیر پنج سال و بالای ۶۵ سال در خانوار، تعداد دفعات استفاده از خدمات بستری و سرپایی سلامت، وضعیت تملک دارایی‌های خانوار و ... β نیز ضرایبی است که نشان‌دهنده‌ی میزان تأثیر هر کدام از متغیرهای توضیحی بر میزان احتمال بروز هزینه‌ی کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت است که ممکن است دارای علامت مثبت و یا منفی باشد.

در گام پایانی این مرحله، به‌منظور تحلیل نحوه‌ی توزیع هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت بین دهک‌های مختلف درآمدی، به محاسبه‌ی شاخص تمرکز به تفکیک دهک‌های درآمدی می‌پردازیم. شاخص مذکور با استفاده از رابطه‌ی زیر محاسبه‌شده است (۲۳):

$$C = \frac{2}{N\mu} \sum_{i=1}^N h_i r_i - 1 - \frac{1}{N} \quad \text{فرمول (۳-۱۰)}$$

در این رابطه، h_i نشان‌دهنده‌ی میزان شکاف هزینه‌های سلامت خانوار از حدود آستانه‌ی در نظر گرفته‌شده برای هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامتی، μ میانگین این متغیر، $T_i = \frac{i}{N}$ رتبه‌ی نسبی فرد i در توزیع وضعیت استاندارد زندگی است که $i=1$ برای فقیرترین و $i=N$ برای غنی‌ترین فرد یا خانوار می‌باشد. در واقع N نشان‌دهنده‌ی آخرین فرد (خانوار) مورد مطالعه است؛ و چون به‌صورت ترتیب درآمدی (ثروت) در فرمول نوشته می‌شود، همان غنی‌ترین فرد (خانوار) است (۶). محاسبه‌ی شاخص تمرکز با استفاده از بسته‌ی DASP نسخه‌ی ۲ و در محیط STATA انجام‌شده است.

فصل سوم - یافته‌های پژوهش

میزان هزینه پرداخت‌شده توسط خانوارهای روستایی و شهری طی دوره مورد مطالعه در این بخش میزان هزینه‌ای که توسط خانوارهای روستایی و شهری ایرانی برای خدمات سلامت پرداخت شده است به تفکیک سرپایی و بستری طی دوره مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول (۴-۱): میانگین هزینه پرداخت‌شده توسط خانوارهای روستایی و شهری برای خدمات سلامت (۱۳۸۲-۱۳۹۲) (ریال)

سهم سلامت از هزینه‌های غیرخوراکی (%)	هزینه‌های غیرخوراکی خالص	هزینه‌های سلامت		
۹,۹	۱۵۴۴۸۱۸۲	۱۵۲۹۶۲۶	روستایی	۱۳۸۲
۷,۲	۳۰۳۴۶۸۴۲	۲۱۸۵۵۴۱	شهری	
۱۰,۳	۲۰۵۱۲۸۵۱	۲۱۲۵۵۳۵	روستایی	۱۳۸۳
۷,۳	۳۸۲۸۱۳۵۷	۲۷۷۱۴۳۴	شهری	
۱۰,۲	۲۳۱۸۹۸۵۲	۲۳۶۶۹۹۸	روستایی	۱۳۸۴
۸,۳	۴۴۹۸۸۰۵۴	۳۷۲۵۰۶۰	شهری	
۱۰,۶	۲۶۰۵۷۲۵۳	۲۷۶۱۶۰۰	روستایی	۱۳۸۵
۷,۶	۵۲۰۹۷۶۱۴	۳۹۶۶۲۹۳	شهری	
۱۰	۳۰۶۴۳۳۱۲	۳۰۳۳۸۰۳	روستایی	۱۳۸۶
۷,۹	۶۵۴۰۲۵۸	۵۱۹۲۸۱۸	شهری	
۱۰	۳۵۸۴۱۱۰۳	۳۶۳۶۷۴۰	روستایی	۱۳۸۷
۸,۱۴	۷۲۸۵۳۹۴۲	۵۹۳۳۳۹۴	شهری	
۷,۶۷	۵۲۵۲۵۷۸۶	۴۰۳۲۷۵۰	روستایی	۱۳۸۸
۸,۸	۷۶۶۸۲۵۷۶	۶۷۴۸۰۱۶	شهری	
۷,۵	۵۷۳۴۸۵۱۶	۴۳۰۲۵۷۴	روستایی	۱۳۸۹
۸,۶	۸۷۵۲۶۵۶۸	۷۴۹۶۵۲۴	شهری	
۸,۷	۵۹۱۳۳۸۵۶	۵۱۴۶۸۳۴	روستایی	۱۳۹۰
۸	۹۹۹۶۵۸۲۸	۸۰۵۴۹۲۴۵	شهری	
۸,۵	۶۲۳۹۱۵۷۶	۵۲۶۵۷۲۵	روستایی	۱۳۹۱
۸,۲	۱۲۹۷۱۱۵۲۸	۵۸۴۱۰۶۷۲	شهری	
۷,۹	۷۵۳۵۰۷۵۴	۵۹۵۶۷۰۲	روستایی	۱۳۹۲
۷,۶	۱۵۹۱۵۷۶۲۵	۱۲۰۳۸۶۲۵	شهری	
۹,۱	۴۰۲۷۲۲۶۰	۳۶۵۰۸۰۸	روستایی	میانگین

سهم سلامت از هزینه‌های غیر خوراکی (%)	هزینه‌های غیر خوراکی خالص	هزینه‌های سلامت	شهری	
۷,۸	۷۲۵۵۹۲۹۰	۱۲۸۴۳۵۹۴		

بر اساس جدول شماره (۴-۱) بیشترین میزان هزینه پرداختی توسط خانوارهای روستایی و شهری در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است. هزینه‌های پرداختی دارای روندی نوسانی بوده است. به‌طور کلی سهم هزینه‌های سلامت از هزینه‌های غیر خوراک خانوار در روستانشینان بیشتر از شهرنشینان بوده است.

وضعیت عدالت در مشارکت در تأمین هزینه‌های سلامت توسط خانوارهای ایرانی

چگونگی توزیع هزینه‌های پرداخت شده برای خدمات سلامت توسط خانوارها از جمله معیارهای اساسی در ارزیابی توفیق نظام‌های سلامت در نیل به هدف عدالت است. در این راستا می‌توان به شاخص مشارکت عادلانه در پرداخت هزینه‌های سلامت استفاده نمود که تصویر کلی از میزان نابرابری در مشارکت مالی خانوارها بر اساس توان (ظرفیت پرداخت) آن‌ها نشان می‌دهد. در جدول شماره (۴-۲) شاخص مذکور برای سال‌های مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول شماره (۴-۲): مقادیر شاخص عدالت در مشارکت مالی هزینه‌های سلامت به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری

روستایی	شهری	
۰,۸۵۴۲[۰,۸۲۵۱-۰,۸۷۳۳]	۰,۸۷[۰,۸۵۷-۰,۸۸۲]	۱۳۸۲
۰,۸۵۱[۰,۸۳۶-۰,۸۷۴]	۰,۸۷۳[۰,۸۰۶-۰,۸۹۴]	۱۳۸۳
۰,۸۶۲[۰,۸۴۱-۰,۸۸۳]	۰,۸۷۴[۰,۸۳-۰,۸۹۳]	۱۳۸۴
۰,۸۵۱[۰,۸۲-۰,۸۷۱]	۰,۸۳۳[۰,۸۱۱-۰,۸۵۴]	۱۳۸۵
۰,۸۶۶[۰,۸۴۲۱-۰,۸۸۲۱]	۰,۹[۰,۸۸۶-۰,۹۲۴]	۱۳۸۶
۰,۸۵[۰,۸۴۲-۰,۸۶۱]	۰,۸۷[۰,۸۵۳-۰,۸۹۴]	۱۳۸۷
۰,۸۵[۰,۸۴۵-۰,۸۷۳]	۰,۸۷۴[۰,۸۵۷-۰,۸۸۶]	۱۳۸۸
۰,۸۶[۰,۸۴۵-۰,۸۷۳]	۰,۸۷۱[۰,۸۶-۰,۸۸۲]	۱۳۸۹
۰,۸۵[۰,۸۴۲-۰,۸۶]	۰,۸۷[۰,۸۵۸-۰,۸۸]	۱۳۹۰
۰,۸۶[۰,۸۰۱-۰,۸۷۳]	۰,۸۵۲[۰,۸۴۷-۰,۸۵۸]	۱۳۹۱
۰,۸۳۶[۰,۸۳۶۳۸-۰,۸۳۶۶۷]	[۰,۸۵۷۷۵-۰,۸۵۸۱]۸۰,۸۵	۱۳۹۲

مطابق با جدول (۲-۴) شاخص مشارکت عادلانه نوسانات اندک داشته و روند افزایشی یا کاهشی منظمی نشان نمی‌دهد. به‌طور کلی مقدار شاخص در خانوارهای شهری بیشتر بوده که به‌نوعی بیانگر برابری بیشتر بین خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی طی دوره مورد مطالعه می‌باشد. بیشترین مقدار شاخص برای خانوارهای شهری مربوط به سال ۱۳۸۴ و کمترین آن ۱۳۸۵ می‌باشد. همچنین در خانوارهای روستایی بیشترین مقدار مربوط به سال ۱۳۸۶ و کمترین مربوط به سال ۱۳۹۲ بوده است.

میزان، شدت و عوامل تعیین‌کننده مواجهه هزینه‌ی کمرشکن در خانوارهای ایرانی

در این پژوهش، نسبت سرشمار، شدت مواجهه با هزینه کمرشکن، وضعیت توزیع نسبت سرشمار و نیز شدت هزینه کمرشکن بین گروه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی به‌عنوان بخشی از تحلیل وضعیت موجود مورد نظر بوده است. جدول شماره (۳-۴) نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت را بر اساس سایر رویکردهای مورد نظر ارائه شده است:

جدول شماره (۴-۳): نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن در خانوارهای روستایی و شهری (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی		هزینه کل			
%۴۰	%۲۰	%۳۰	%۲۰	%۳۰	%۲۵		
۱,۳۵[۰,۰۱۳۳۱-۰,۰۱۳۷۱]	۴,۳۸[۰,۰۴۰۳۱-۰,۰۴۳۹۲]	۳,۹۳[۰,۰۳۷۲-۰,۰۴۰۱۲]	۸,۰۲۲[۰,۰۷۹۱۲-۰,۰۸۲۱۵]	۲,۰۵۲[۰,۰۲۰۱۱-۰,۰۲۰۸۴]	۴,۲۱[۰,۰۴۰۲-۰,۰۴۳]	روستایی	۱۳۸۲
۱,۳[۰,۰۱۲۵-۰,۰۱۳۶۲]	۴,۵۲[۰,۰۴۳۱-۰,۰۴۶۳]	۵,۶۶[۰,۰۵۱۲-۰,۰۶۰۱۳]	۷,۹۸[۰,۰۷۱-۰,۰۸۳]	۲,۱[۰,۰۱۹۴-۰,۰۲۲۵]	۳,۹۱[۰,۰۳۶۴-۰,۰۴۴]	شهری	
۱,۲۹[۰,۰۱۰۸۱-۰,۰۱۶۳]	۴,۰۹[۰,۰۳۹۶-۰,۰۴۱۴]	۳,۵۱[۰,۰۳۱۵-۰,۰۳۸۲]	۶,۶۱[۰,۰۶۲۵-۰,۰۶۹]	۲,۳۱[۰,۰۲۱۷-۰,۰۲۵۱]	۳,۷۷[۰,۰۳۳۴-۰,۰۴۱۱]	روستایی	۱۳۸۳
۳,۰۴[۰,۰۲۸۷-۰,۰۳۲۱]	۴,۹۲[۰,۰۴۶-۰,۰۵۸]	۵[۰,۰۴۹-۰,۰۵۱۲]	۵,۹۱[۰,۰۵۵-۰,۰۶۴]	۲,۴۲[۰,۰۲۱۵-۰,۰۲۶۲]	۴,۰۲[۰,۰۳۷۲-۰,۰۴۴۱]	شهری	
۱,۲۱۵[۰,۰۱۰۳-۰,۰۱۴۲۳]	۴,۲[۰,۰۳۹۱-۰,۰۴۵۳]	۳,۴۲[۰,۰۳۱۵-۰,۰۳۷]	۶,۷[۰,۰۶۱۲-۰,۰۷۱]	۲,۱۶[۰,۰۱۹۸-۰,۰۲۴]	۳,۱[۰,۰۲۸۲-۰,۰۳۴]	روستایی	۱۳۸۴
۱,۴۲[۰,۰۱۲۷-۰,۰۱۵۷]	۵,۰۲[۰,۰۴۸۲-۰,۰۵۳۱]	۵,۶۲[۰,۰۵۰۲-۰,۰۶۱]	۸,۹[۰,۰۸۳-۰,۰۹۱۳]	۲,۵۲[۰,۰۲۱-۰,۰۲۷۱]	۴,۶۶[۰,۰۴۲۱-۰,۰۵۰۳]	شهری	
۱,۸[۰,۰۱۶۴-۰,۰۱۹۴]	۵,۷[۰,۰۵۲۱-۰,۰۵۹۵]	۶,۳[۰,۰۶۱-۰,۰۶۴۲]	۷,۷[۰,۰۷۱-۰,۰۹۱]	۳,۶۷[۰,۰۳۲۵-۰,۰۳۹۱]	۴,۷۵[۰,۰۴۱-۰,۰۵۱۲]	روستایی	۱۳۸۵
۱,۲[۰,۰۱۰۶-۰,۰۱۳۳]	۴,۴۴[۰,۰۴۱۵-۰,۰۴۶۲]	۳,۶۹[۰,۰۳۲۴-۰,۰۴۲۱]	۶,۹۵[۰,۰۶۳۸-۰,۰۷۲۶]	۲,۲۴[۰,۰۲۰۵-۰,۰۲۴۲]	۴,۰۲[۰,۰۳۸۵-۰,۰۴۱۵]	شهری	
۱,۳۸[۰,۰۱۲۴-۰,۰۱۵۱]	۴,۲۳[۰,۰۳۹۲-۰,۰۴۴۱]	۳,۶۲[۰,۰۳۴۶-۰,۰۳۸۴]	۶,۸۹[۰,۰۶۵۲-۰,۰۷۰۲]	۲,۲۶[۰,۰۲۰۱-۰,۰۲۴۱]	۴,۰۵[۰,۰۳۷۵-۰,۰۴۳۱]	روستایی	۱۳۸۶
۱,۴۴[۰,۰۱۲۷-۰,۰۱۶۲]	۵,۲[۰,۰۴۸۲-۰,۰۵۴۵]	۵,۹[۰,۰۵۷-۰,۰۶۲]	۹,۱۴[۰,۰۸۷-۰,۰۱۱]	۲,۵۶[۰,۰۲۰۳-۰,۰۳]	۵,۰۱[۰,۰۴۸-۰,۰۵۶]	شهری	
۱,۷۸[۰,۰۱۶۵۶-۰,۰۱۹۲۲]	۵,۸۶[۰,۰۵۶۱-۰,۰۶۱۲]	۶,۳[۰,۰۵۶-۰,۰۷۱]	۶,۸۷[۰,۰۶۱-۰,۰۷۵۳]	۲,۹۸[۰,۰۲۳-۰,۰۳۶۲]	۵,۱[۰,۰۴۷-۰,۰۵۳۷]	روستایی	۱۳۸۷
۱,۵[۰,۰۱۰۲-۰,۰۱۷۲]	۴,۷[۰,۰۴۱۴-۰,۰۵۲۱]	۳,۹۶[۰,۰۳۲-۰,۰۴۲]	۶,۷۵[۰,۰۶۲-۰,۰۷۲]	۱,۴۸[۰,۰۱۱-۰,۰۱۹]	۴,۳۵[۰,۰۴۱۳-۰,۰۴۹۱]	شهری	
۱,۹۸[۰,۰۱۸۴-۰,۰۲۱۴]	۶,۵۸[۰,۰۶۳۱-۰,۰۶۷۲]	۳,۳۵[۰,۰۳۰۷-۰,۰۳۶۳]	۶,۵۳[۰,۰۶۱-۰,۰۶۸۲]	۶,۸۲[۰,۰۶۲-۰,۰۷۲۱]	۵,۸[۰,۰۵۱-۰,۰۶۲]	روستایی	۱۳۸۸
۱,۶۵[۰,۰۱۵۲-۰,۰۱۷۹]	۵,۶۳[۰,۰۵۳۱-۰,۰۵۹۲]	۴,۶۶[۰,۰۴۲-۰,۰۵۰۲]	۸,۷[۰,۰۸۲۱-۰,۰۹۱۳]	۲,۸۴[۰,۰۲۴-۰,۰۳۱۲]	۵,۱۲[۰,۰۵-۰,۰۵۶]	شهری	
۱[۰,۰۰۸۳-۰,۰۱۲]	۲,۸۷[۰,۰۱۱-۰,۰۳۹]	۷,۰۱[۰,۰۶۴-۰,۰۷۸]	۱۰,۴[۰,۰۹۶-۰,۰۱۲۵]	۴,۹۳[۰,۰۴۱-۰,۰۵۲]	۷,۶[۰,۰۷۱-۰,۰۸۲]	روستایی	۱۳۸۹
۱,۹۴[۰,۰۱۳-۰,۰۲۵۶]	۲,۱[۰,۰۱۸-۰,۰۲۷]	۵,۱[۰,۰۴۶-۰,۰۵۶۲]	۹,۴۶[۰,۰۹۰۱-۰,۰۹۹۲]	۳,۲۲[۰,۰۳۰۱-۰,۰۳۵]	۵,۸۲[۰,۰۵۱-۰,۰۶۱۲]	شهری	
۱,۳[۰,۰۰۹۲-۰,۰۱۶]	۴,۸۶[۰,۰۳۹-۰,۰۵۶]	۶,۲[۰,۰۵۸-۰,۰۶۴]	۹,۶۲[۰,۰۸۷-۰,۰۱۱]	۲,۱[۰,۰۱۸-۰,۰۲۲]	۵,۰۵[۰,۰۴۸۵-۰,۰۵۶۱]	روستایی	۱۳۹۰
۰,۷۴[۰,۰۰۷۱-۰,۰۰۷۶]	۴[۰,۰۳۱-۰,۰۴۱]	۳[۰,۰۲۵۱-۰,۰۳۴۴]	۷,۲۷[۰,۰۶۶-۰,۰۷۶]	۱,۵[۰,۰۱۳-۰,۰۱۵۳]	۳,۸۱[۰,۰۳۴۲-۰,۰۴۲۵]	شهری	
۰,۸۷[۰,۰۰۷۱-۰,۰۰۹۸]	۴,۴۴[۰,۰۳۸۷-۰,۰۴۸۲]	۵,۳۵[۰,۰۴۸۱-۰,۰۶۲]	۱۰,۸[۰,۰۸۹-۰,۰۱۱]	۱,۸۴[۰,۰۱۶۲-۰,۰۲۰۱]	۳,۹۱[۰,۰۳۴۸-۰,۰۴۳۱]	روستایی	۱۳۹۱
۰,۶۶[۰,۰۰۵۴-۰,۰۰۸۳]	۳,۵۵[۰,۰۳۴۸-۰,۰۳۸۲]	۳,۲۱[۰,۰۳-۰,۰۳۷۲]	۶,۹[۰,۰۶۸-۰,۰۰۷]	۳,۵۴[۰,۰۳۴-۰,۰۳۶۲]	۲,۱[۰,۰۱۹۵-۰,۰۲۵۳]	شهری	
۰,۵[۰,۰۰۴-۰,۰۰۶]	[۰,۰۲۶-۰,۰۰۳]۹,۲	۲,۹۵[۰,۰۲۱-۰,۰۰۳۵]	۴,۶[۰,۰۳۹-۰,۰۰۴۸]	]۰,۰۱۱-۰,۰۱۰[۱,۰۰۳	]۰,۰۱۸-۰,۰۲۹۱[۲,۰۲۱	روستایی	۱۳۹۲
۰,۴۸[۰,۰۰۴-۰,۰۰۶]	۲,۲[۰,۰۱۸-۰,۰۰۳۰]	۲,۸[۰,۰۱۹-۰,۰۰۳۱]	۴,۴۵[۰,۰۴۳۴-۰,۰۰۴۶]	۱,۰۷۵[۰,۰۱۰-۰,۰۱۲]	۲,۱۴[۰,۰۱۸-۰,۰۰۲۶۱]	شهری	

مطابق با جدول شماره (۳-۴)، رویکرد پژوهشگران سازمان جهانی سلامت - ۴۰٪ ظرفیت (توانایی) پرداخت - کمترین مقادیر نسبت سرشمار در خانوارهای روستایی و شهری را به خود اختصاص داده است و در این بین سال پایانی مطالعه - سال ۹۲ - کمترین میزان نسبت سرشمار هزینه کمرشکن را داشته است. از طرف دیگر رویکرد مبتنی بر ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی بیشترین مقادیر نسبت سرشمار هزینه کمرشکن را نشان داده است. همچنین بر اساس رویکردهای مختلف در برخی از مقاطع زمانی نسبت سرشمار کمرشکن در خانوارهای روستایی بیشتر بوده و در برخی مقاطع دیگر در خانوارهای شهری بیشتر بوده است. روند زمانی نسبت مذکور نیز در هر دو نوع خانوارهای روستایی و شهری دارای الگوی خاص افزایشی یا کاهشی نبوده و نوسانی بوده است. از دیگر شاخص‌های مهم در زمینه حفاظت مالی میزان شدت مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری طی دوره‌ی مورد مطالعه می‌باشد. این بخش در قالب جدول (۴-۴) در صفحه بعد ارائه شده است.

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

جدول شماره (۴-۴): میزان شدت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت در خانوارهای روستایی و شهری ایران (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی		هزینه کل			
٪۴۰	٪۲۰	٪۳۰	٪۲۰	٪۳۰	٪۲۵		
۱۴,۳۶۶[۰,۱۴۱۴۲-۰,۱۴۳۸۵]	۷,۹۱۴[۰,۰۷۷۲۶-۰,۰۸۱۲۱]	۱۶,۱۳[۰,۱۵۸۲۶-۰,۱۶۲۶۵]	۱۴,۸۳۴[۰,۱۴۵۱۳-۰,۱۵۰۲۱]	۱۵,۳۷۳[۰,۱۵۱۴۱-۰,۱۵۵۸۱]	۱۴,۵۱[۰,۱۴۱-۰,۱۴۵]	روستایی	۱۳۸۲
۱۳,۷۴[۰,۱۳۰۳-۰,۱۴۱۴]	۸,۱۲۰[۰,۰۷۴۵-۰,۰۸۳۱]	۱۷,۷۳[۰,۱۶۲۵-۰,۱۷۶۳۱]	۱۷,۰۶۱[۰,۱۶۵۱-۰,۱۷۴۸۲]	۱۶,۰۲[۰,۱۵۷۳-۰,۱۶۳۱]	۱۴,۹۶[۰,۱۴۲-۰,۱۵۲]	شهری	
۱۳,۷۲[۰,۱۳۶۷۶-۰,۱۳۷۶]	۱۶,۴۲[۰,۱۶۲۵-۰,۱۶۶۴]	۹,۵۵[۰,۰۹۲۵-۰,۰۹۸۴]	۱۷[۰,۱۶۸۵-۰,۱۷۲]	۱۵,۹۶[۰,۱۵۳۲-۰,۱۶۲۷]	۱۶,۷۹[۰,۱۶۲-۰,۱۷۲]	روستایی	۱۳۸۳
۱۶,۷۷[۰,۱۶۷۱-۰,۱۶۸۴]	۱۶,۳۱۸[۰,۱۶۰۲-۰,۱۶۶۲۵]	۱۷,۸۱۳[۰,۱۷۴۲-۰,۱۸۰۳۱]	۱۶,۳۲[۰,۱۶۰۲-۰,۱۶۵۱]	۱۵,۹۸[۰,۱۵۵۲-۰,۱۶۱۲۵]	۱۶,۳۳[۰,۱۶-۰,۱۶۹]	شهری	
۱۶[۰,۱۵۳-۰,۱۶۲]	۲۰[۰,۱۹۸۳-۰,۲۱۵]	۱۷,۲[۰,۱۶۸-۰,۱۷۸]	۱۵,۹۶[۰,۱۵۱-۰,۱۶۴۱]	۱۵,۸[۰,۱۵-۰,۱۶۲]	۱۶,۹۱[۰,۱۶۲-۰,۱۷۱]	روستایی	۱۳۸۴
۱۶,۷[۰,۱۶۶-۱۶۷۶]	۱۵,۵[۰,۱۵۲۱-۰,۱۵۸۱]	۱۷,۲۴[۰,۱۶۹-۰,۱۷۵]	۱۶,۲[۰,۱۵۸۴-۰,۱۶۴]	۱۷,۱[۰,۱۶۸۲-۰,۱۷۴۲]	۱۵,۹۱[۰,۱۵۳-۰,۱۶۲]	شهری	
۱۳,۲[۰,۱۳۱۷-۱۳۲۶]	۱۷,۴[۰,۱۶۹-۰,۱۷۶]	۱۰[۰,۰۹۶۱-۰,۱۱۲]	۳۲[۰,۳۱۵-۰,۳۳]	۱۸[۰,۱۷۴-۰,۱۸۳]	۱۷,۲[۰,۱۶۷-۰,۱۷۹]	روستایی	۱۳۸۵
۱۷,۹۷[۰,۱۷۹۳-۰,۱۸۰۲]	۱۶[۰,۱۵۴۳-۰,۱۶۱]	۱۷,۳[۰,۱۶۷-۰,۱۷۷]	۱۶,۵[۰,۱۶۱-۰,۱۶۹]	۱۷,۱۹[۰,۱۶۸۲-۰,۱۷۳]	۱۶,۱۵[۰,۱۵۵۵-۰,۱۶۴۵]	شهری	
۱۶,۱۶[۰,۱۶۱۲-۰,۱۶۲]	۱۶,۶۱[۰,۱۶۲۵-۰,۱۶۹۲]	۱۷,۸[۰,۱۷۳-۰,۱۸۰۴]	۱۶,۶[۰,۱۶۰۴-۰,۱۶۹۱]	۹,۷۷[۰,۰۹۰۴-۰۱۱۵]	۱۶,۸۵[۰,۱۶۴۵-۰,۱۷۲]	روستایی	۱۳۸۶
۲۰[۰,۱۹۹-۲۰۰۹]	۱۹,۷[۰,۱۸۹۴-۰,۰۲۰۳]	۱۶,۵[۰,۱۵۸۵-۰,۱۷۱۲]	۸,۷۴[۰,۰۷۹۲-۰,۰۹۲۳]	۱۶,۲۴[۰,۱۵۸۱-۰,۱۶۸۲]	۱۴,۲۱[۰,۱۴-۰,۱۴۷۹]	شهری	
۱۵,۶۵[۰,۱۵۱-۰,۱۶۲]	۱۵,۹۳[۰,۱۵۱-۰,۱۶۶۳]	۱۶,۶۹[۰,۱۶۱-۰,۱۷۳]	۹,۲۷[۰,۰۸۵۲-۰۱۱]	۱۷,۰۵[۰,۱۶۳-۰,۲۳۵]	۱۶,۲۴[۰,۱۵۶-۰,۱۶۷۱]	روستایی	۱۳۸۷
۱۷,۲۳[۰,۱۷۱۹-۰,۱۷۳۷]	۱۶,۸[۰,۱۲۲-۰,۱۷۱]	۱۷,۷۷[۰,۱۷۴-۰,۱۸]	۱۶,۲[۰,۱۵۸-۰,۱۶۶]	۱۷,۹[۰,۱۷۴-۰,۱۸۵]	۱۷,۳۲[۰,۱۶۷-۰,۱۷۷]	شهری	
۱۹,۷۴[۰,۱۹۷-۰,۱۹۸]	۱۶[۰,۱۵۲-۰,۱۶۷]	۹,۱۷[۰,۰۸۷-۰,۰۹۳۵]	۳۲[۰,۳۱۵-۰,۳۳۶]	۱۷,۳[۰,۱۶۴۲-۰,۱۷۹۳]	۱۶,۲۱[۰,۱۵۹-۰,۱۶۷]	روستایی	۱۳۸۸
۱۶,۲[۰,۱۵۸-۰,۱۶۷]	۱۵,۷[۰,۱۵۳-۰,۱۶۰۲]	۱۷[۰,۱۶۳-۰,۱۷۶]	۱۵,۷[۰,۱۴۸-۰,۱۶۲]	۱۷,۲[۰,۱۶۶-۰,۱۷۶]	۱۶,۸[۰,۱۶۴۷-۰,۱۷۰۵]	شهری	
۱۸,۷[۰,۰۱۷۶-۰,۱۹۴]	۱۹,۵[۰,۰۱۸۸-۰,۲۱]	۱۹,۸[۰,۱۱۷-۰,۱۵]	۱۸,۴[۰,۱۷۸-۰,۱۹۲]	۱۹,۶[۰,۱۸۸-۰,۲۳]	۱۶,۳۵[۰,۱۵۶-۰,۱۶۹]	روستایی	۱۳۸۹
۱۷[۰,۱۶۵-۰,۱۸۴]	۱۷[۰,۱۶۱-۰,۱۸۱]	۱۸,۳[۰,۱۷۸-۰,۱۸۸]	۱۷,۱[۰,۱۶۳-۰,۱۷۸]	۱۸,۱[۰,۱۶۹۲-۰,۱۹۸۲]	۱۷,۱۱[۰,۱۶۵۴-۰,۱۷۶]	شهری	
۱۳,۲[۰,۱۱۸-۰,۱۴۱]	۱۳,۲[۰,۱۲۷-۰,۱۳۹]	۱۴,۶[۰,۱۳۷-۰,۱۵]	۱۳,۵[۰,۱۲۷-۰,۱۴۱]	۹,۴[۰,۰۸۶-۰,۱]	۱۵,۰۵[۰,۱۴۴-۰,۱۵۷]	روستایی	۱۳۹۰
۱۱,۵[۰,۰۱۰۵-۰,۱۱۹]	۱۱[۰,۰۱۰۵-۰,۱۱۶]	۱۳,۲[۰,۱۲۸-۰,۱۳۶]	۱۲,۳[۰,۱۱۸-۰,۱۲۶]	۵,۶۹[۰,۰۰۵-۰,۰۶۲]	۱۱,۱۴[۰,۱۱۲-۰,۱۱۹۴]	شهری	
۱۱,۹۲[۰,۱۱۹-۰,۱۱۹۵]	۱۱,۷[۰,۱۱۱-۰,۱۲۰۳]	۱۴[۰,۱۲۷-۰,۱۴۸]	۲۸[۰,۲۶۷-۰,۲۹۸]	۱۲,۶[۰,۱۲۵۵-۰,۱۲۶۸]	۱۲,۱۲[۰,۱۱۸-۰,۱۲۴]	روستایی	۱۳۹۱
۱۲,۹۵[۰,۱۲۳-۰,۱۳۶]	۱۱,۸۲[۰,۱۱۲-۰,۱۲۵۳]	۱۲,۹[۰,۱۲۲-۰,۱۳۵]	۱۲,۸[۰,۱۲-۰,۱۳۵]	۱۲,۶۶[۰,۱۱۹-۰,۱۳]	۱۲,۲۱[۰,۱۱۷۱-۰,۱۲۶]	شهری	
۱۱,۷ [۰,۰۸۶ - ۰,۱۴۶]	۱۱ [۰,۰۷۵ - ۰,۱۴۲]	۱۸,۷۱[۰,۱۶۳- ۰,۱۹۰]	۱۱,۶۵[۰,۱۱۶- ۰,۱۱۷]	۱۸,۷۲[۰,۱۶۵ - ۰,۱۹۰]	۱۱,۹۵[۰,۱۱۵۱ - ۰,۱۲۳]	روستایی	۱۳۹۲
۱۱,۴۵[۰,۱۱۴- ۰,۱۱۵]	۱۰,۹۸[۰,۱۰۴-۰,۱۱۳]	۱۷,۷۴[۰,۱۷۷- ۰,۱۷۸]	۱۱,۳[۰,۱۱۳- ۰,۱۱۴]	۱۲,۱۵[۰,۱۱۸- ۰,۱۲۵]	۱۱,۲۷[۰,۱۱۲- ۰,۱۱۶۴]	شهری	

در جدول (۴-۴)، مقادیر متوسط شکاف موجود بین نسبت کل هزینه‌های سلامت به کل هزینه مصرفی (هزینه غیرخوراکی یا ظرفیت پرداخت) خانوارها با سطوح آستانه مورد انتظار برای هزینه‌ی کمرشکن (۲۰٪، ۲۵٪، ۳۰٪ و ۴۰٪) ارائه شده است. مقادیر محاسباتی روند منظم افزایشی یا کاهشی برای دوره موردنظر در خانوارهای روستایی و شهری نشان نمی‌دهد. همچنین مقدار حداکثر و حداقل شدت مواجهه با هزینه کمرشکن در خانوارهای روستایی برابر با ۳۲٪ و ۹،۲۷٪ بوده است که به ترتیب مربوط رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی در سال ۱۳۸۵ و ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی در سال ۱۳۸۸ می‌باشد. در مورد خانوارهای شهری حداکثر و حداقل مقادیر برابر با ۲۰٪ و ۵،۶۹٪ است که متعلق به رویکردهای ۴۰٪ ظرفیت پرداخت و ۳۰٪ هزینه کل به ترتیب در دو سال ۱۳۸۶ و ۱۳۹۰ بوده است. در اینجا نیز روند بیشتر بودن یا کمتر بودن منظمی در خانوارهای روستایی نسبت به شهری مشاهده نشد و در برخی مقاطع مقادیر شدت مواجهه در خانوارهای روستایی و در مقاطع دیگر در خانوارهای شهری بیشتر بوده است.

در ادامه وضعیت توزیع نسبت سرشمار و شدت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن با استفاده از دو شاخص تمرکز و رتبه (جایگاه) موزون ارائه خواهد شد. شاخص دوم به ما کمک می‌کند تا با توجه به سهم متفاوتی که هر کدام از چندکهای درآمدی/هزینه‌ای در بهره‌مندی و پرداخت هزینه‌های سلامت دارند، میزان نابرابری را با توجه به وزن دهی به موقعیت (رتبه) درآمدی/هزینه‌ای خانوارها بسنجیم. نتایج در قالب جدول شماره (۴-۵) ارائه شده است:

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

جدول شماره (۴-۵): وضعیت نابرابری در توزیع نسبت سرشمار مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت

ظرفیت پرداخت				هزینه غیر خوراکی				هزینه کل					
٪۳۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۵			
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index		
۰,۰۱	۰,۱۵	۰,۰۳۸	۰,۱۳	۰,۰۳۷۷	۰,۰۴۱	۰,۰۷۸۵	۰,۰۲۱	۰,۰۱۶	۰,۲۱	۰,۱۵۷	۰,۰۱۹۵	روستایی	۱۳۸۲
۰,۰۱۲	۰,۰۹۶	۰,۳۵۷	۰,۱۸۵	۰,۵۰۹۴	۰,۱	۰,۱۱۵	۰,۰۴	۰,۰۱۸	۰,۱۱	۰,۰۵۲	۰,۰۱۵۸	شهری	
۰,۱۵	۰,۰۰۸	۰,۰۴	۰,۰۵	۰,۱۰۴	۰,۰۹۲	۰,۰۷۲	۰,۰۸۵	۰,۰۲۵۴	۰,۱	۰,۰۴	۰,۰۲۸	روستایی	۱۳۸۳
۰,۰۲۶	۰,۱۴	۰,۰۹۴	۰,۰۵۳	۰,۰۴۹	۰,۰۳۷	۰,۰۸۹	۰,۰۹۷	۰,۰۲۱	۰,۱۴۴	۰,۰۵۱	۰,۰۹۵	شهری	
۰,۰۰۹	۰,۲۹	۰,۰۳۸	۰,۰۸۴	۰,۰۳۱	۰,۰۸۶	۰,۰۶۴	۰,۰۴۴	۰,۰۳۵	۰,۱۶۶	۰,۰۴۴	۰,۰۸۸۲	روستایی	۱۳۸۴
۰,۰۱۲	۰,۱۶۶	۰,۱۵	۰,۰۴۵۵	۰,۰۵۵	۰,۰۱۶	۰,۱۱	۰,۰۰۸	۰,۰۲۳	۰,۰۹۷	۰,۰۵۸	۰,۰۵۲	شهری	
۰,۰۱۸	۰,۰	۰,۰۶	۰,۰	۰,۰۶۳	۰,۰	۰,۱۲	۰,۰	۰,۰۳۷	۰,۰	۰,۰۵	۰,۰	روستایی	۱۳۸۵
۰,۰۰۸	۰,۳	۰,۰۴۱	۰,۰۸۱۳	۰,۰۳۴	۰,۰۶۶	۰,۰۶۷	۰,۰۳۵۱	۰,۰۱۸۸	۰,۱۶۲	۰,۰۳۱	۰,۰۸	شهری	
۰,۰۱۱	۰,۲۲	۰,۰۴	۰,۰۷۱	۰,۰۳۵	۰,۰۴	۰,۰۶۷	۰,۲	۰,۰۲	۰,۱۳۵	۰,۰۵۴	۰,۰۹۱	روستایی	۱۳۸۶
۰,۰۱	۰,۲۷۱	۰,۰۴۸	۰,۰۷۵	۰,۰۵۶	۰,۰۵۱	۰,۱۱	۰,۰۲۷	۰,۰۲۲	۰,۱۵۴	۰,۰۶۲	۰,۰۸۱	شهری	
۰,۰۱۳	۰,۲۹	۰,۰۵۴	۰,۰۹	۰,۰۶	۰,۰۹۵	۰,۱۱۳	۰,۰۵	۰,۰۲۴۵	۰,۱۷۷	۰,۰۹	۰,۱۱	روستایی	۱۳۸۷
۰,۰۱۱	۰,۲۶	۰,۰۶	۰,۱	۰,۰۳۷	۰,۰۷	۰,۰۷۵	۰,۰۳۶	۰,۰۲۱	۰,۱۵۵	۰,۰۳۳	۰,۰۹۳	شهری	
۰,۰۱۴	۰,۳۱	۰,۰۵۹	۰,۰۹۴	۰,۰۶	۰,۱۱۱	۰,۱۲۶	۰,۰۵۷	۰,۰۲۷	۰,۱۸۷	۰,۰۸۲	۰,۱۲	روستایی	۱۳۸۸
۰,۰۵۲	۰,۰۸۳	۰,۰۱۲	۰,۲۸	۰,۰۴۳	۰,۰۸۲	۰,۰۸۳	۰,۰۴۴	۰,۰۲۴	۰,۱۶۵	۰,۰۶۲	۰,۰۸۹	شهری	
۰,۰۰۷	۰,۲	۰,۰۱۷	۰,۳	۰,۰۶۷	۰,۱	۰,۰۵۴	۰,۰۸	۰,۰۳	۰,۲۵	۰,۰۰۹	۰,۰۶	روستایی	۱۳۸۹
۰,۰۵۴	۰,۱۱	۰,۰۱۳	۰,۳۵	۰,۰۴۵	۰,۱۱۵	۰,۰۸۸	۰,۰۶	۰,۰۲۶	۰,۱۹	۰,۰۵	۰,۰۱	شهری	
۰,۰۱	۰,۳	۰,۲۱	۰,۰۷	۰,۲۴	۰,۰۹۳	۰,۰۸۵	۰,۱	۰,۲۴	۰,۰۹	۰,۲	۰,۰۵	روستایی	۱۳۹۰
۰,۰۰۴	۰,۴۳	۰,۰۳۷	۰,۰۸	۰,۱۳	۰,۰۰۸	۰,۱۲۲	۰,۰۰۸	۰,۰۱۲	۰,۲۱۶	۰,۰۴۲	۰,۰۷۵	شهری	
۰,۰۰۶	۰,۲۴۵	۰,۰۴۲	۰,۰۴۸	۰,۰۵۱	۰,۰۳۷	۰,۱۱	۰,۰۱۸	۰,۰۱۶	۰,۱۲	۰,۰۴	۰,۰۵	روستایی	۱۳۹۱
۰,۰۰۳	۰,۴۲	۰,۰۳۲	۰,۱۱	۰,۰۳	۰,۱۱	۰,۰۶۵	۰,۰۵	۰,۰۱	۰,۲۶	۰,۰۳	۰,۱۵	شهری	
۰,۰۰۹	-۰,۰۸۶	۰,۰۲۸۸	-۰,۱۷	۰,۰۲۴	-۰,۳۱	۰,۰۵۲	-۰,۱۲	۰,۰۱۵	-۰,۴۲	۰,۰۲۹	-۰,۱۸	روستایی	۱۳۹۲
۰,۰۰۸	۰,۰۷۸	۰,۰۳	۰,۰۲۳	۰,۱۸	۰,۰۱۷	۰,۱۳	۰,۰۲	۰,۰۰۵	۰,۰۵۰	۰,۰۴	۰,۰۳	شهری	

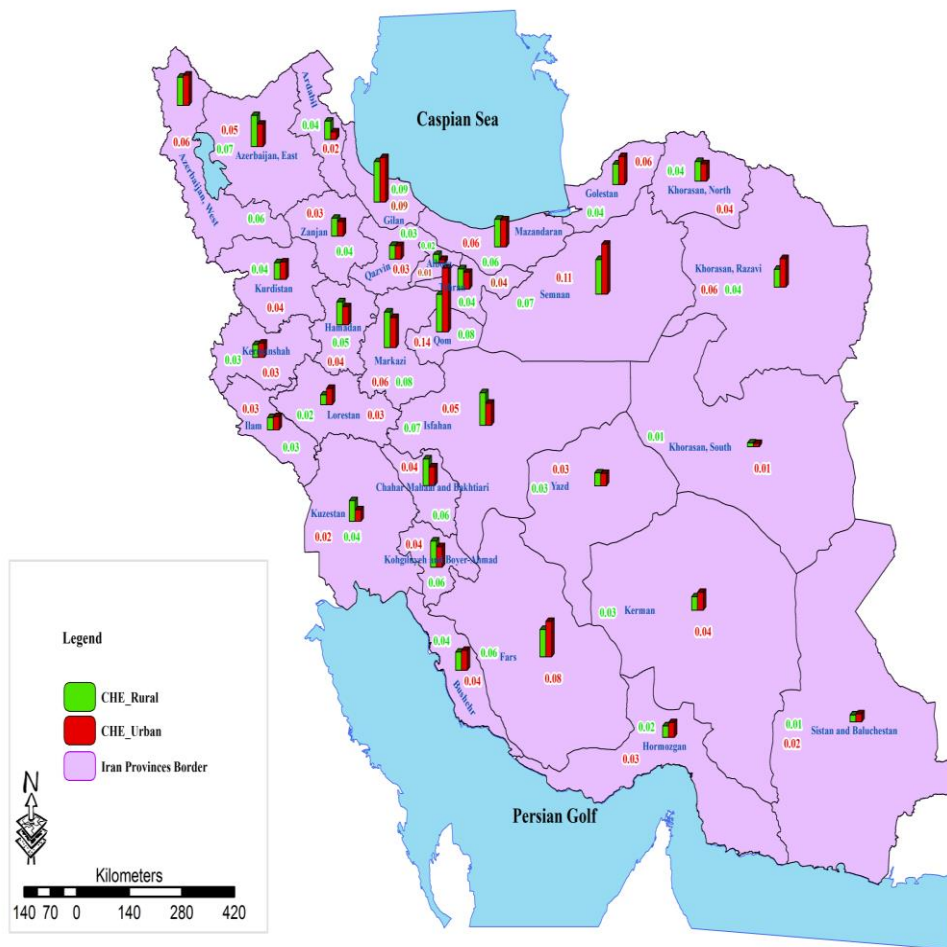
بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره (۴-۵)، مقادیر شاخص تمرکز برای نسبت سرشمار هزینه کمرشکن؛ به‌جز سال ۱۳۹۲ و در مورد خانوارهای روستایی که منفی می‌باشد در مابقی سال‌ها مثبت ولی دارای مقادیری بین دامنه صفر بر اساس تمامی رویکردهای موردنظر در سال ۱۳۸۵ تا ۰,۲۵ بر اساس رویکرد ۳۰٪ هزینه کل متغیر بوده است. همچنین اگر میزان اثرپذیری از نابرابری را بر اساس رتبه‌ای که خانوار دارد موردتوجه قرار دهیم مقادیر بین ۰,۰۰۶ در سال ۱۳۸۹ تا ۰,۲۴ در سال ۱۳۹۰ به ترتیب بر اساس رویکرد ۲۰٪ کل هزینه مصرفی و ۳۰٪ کل هزینه‌های مصرفی و ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی برای خانوارهای روستایی متغیر بوده است. در خانوارهای شهری شاخص تمرکز برای نسبت سرشمار کمرشکن بین ۰,۰۰۸ در سال‌های ۸۴ و ۹۰ بر اساس رویکردهای ۲۰٪ و ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی تا ۰,۴۳ بر اساس رویکرد ۳۰٪ ظرفیت پرداخت در سال ۱۳۹۰ متغیر بوده است. در خانوارهای شهری نابرابری موزون بر اساس موقعیت اقتصادی (رتبه اقتصادی) خانوارها بین ۰,۰۰۳ در سال ۱۳۹۱ بر اساس رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت تا حدود ۰,۵۱ در سال ۱۳۸۲ بر اساس رویکرد ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی متغیر بوده است. وضعیت نابرابری در مورد متغیر شدت مواجهه با هزینه کمرشکن نیز برای دوره مورد مطالعه محاسبه و به‌قرار جدول (۴-۶) در صفحه بعد می‌باشد.

جدول شماره (۴-۶): وضعیت نابرابری توزیع شدت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی						هزینه کل					
		%۴۰		%۲۰		%۳۰		%۲۰		%۳۰				%۲۵
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index
۰,۰۴۳	۰,۱	۰,۰۲۳	۰,۱۵	۰,۰۴	۰,۱۵	۰,۰۳۴	۰,۰۹	۰,۰۱۸	۰,۱۳۱	۰,۰۱۹	۰,۱۵	روستایی	۱۳۸۲
۰,۱۱۹۵	۰,۱۳	۰,۰۷۴۳۸	۰,۰۸۴	۰,۱۴۶	۰,۱۷۴	۰,۰۱۴۵	۰,۱۸	۰,۱۴۴۱۸	۰,۱	۰,۱۲	۰,۱۶	شهری	
۰,۱۵۱	۰,۱	۰,۱۸۶	۰,۱۳	۰,۱۰۳	۰,۰۸	۰,۰۰۲۵	۰,۰۴	۰,۱۷۵	۰,۰۹۵	۰,۰۱۶	۰,۰۷	روستایی	۱۳۸۳
۰,۱۴	۰,۱۶	۰,۱۷	۰,۱۴	۰,۱۷۱۶	۰,۰۳۷	۰,۱۶۳۲	۰,۰۰۱۱	۰,۱۵۸	۰,۲۱۶	۰,۱۵	۰,۰۲	شهری	
۰,۰۰۸	۰,۲۹	۰,۰۳۸	۰,۰۸	۰,۱۷	۰,۰۱۷	۰,۱۶	۰,۰۱۸	۰,۱۵۴	۰,۰۲۳	۰,۱۶	۰,۰۲	روستایی	۱۳۸۴
۰,۱۶۷	۰,۰۰۵	۰,۱۵۴	۰,۰۰۶	۰,۱۷	۰,۰۰۹	۰,۱۶	۰,۰۱	۰,۱۵۳	۰,۰۰۹	۰,۱۷	۰,۰۰۸	شهری	
۰,۱۷	۰,۰	۰,۱۳۲	۰,۰	۰,۱	۰,۰	۰,۳۲	۰,۰	۰,۱۸	۰,۰	۰,۱۷	۰,۰	روستایی	۱۳۸۵
۰,۱۸	۰,۰۰۶	۰,۱۶	۰,۰۱۵	۰,۱۶۳	۰,۱۲	۰,۱۷	۰,۱۱	۰,۱۷	۰,۰۱	۰,۱۲	۰,۰۱۷	شهری	
۰,۱۶	۰,۰۰۶	۰,۱۶۵	۰,۰۰۶۳	۰,۱۸	۰,۰۱۲	۰,۱۶۴	۰,۰۱۳	۰,۰۹۵	۰,۰۲۳	۰,۱۶۴	۰,۰۱۳	روستایی	۱۳۸۶
۰,۱۹۹	۰,۰۰۶۳	۰,۱۹۶	۰,۰۰۶۴	۰,۱۶	۰,۰۱۱۲	۰,۰۸۵	۰,۰۲۱۲	۰,۱۶	۰,۰۱۳	۰,۱۴۷	۰,۰۱۴	شهری	
۰,۱۵	۰,۰۳۳	۰,۰۳۲	۰,۱۴	۰,۰۹	۰,۰۳۲	۰,۱۶۳	۰,۰۱۸	۰,۱۷	۰,۰۱۲	۰,۱۸	۰,۰۲	روستایی	۱۳۸۷
۰,۱۷	۰,۰۲۲	۰,۱۷	۰,۰۸۵	۰,۱۷۵	۰,۰۱۴	۰,۱۶	۰,۰۱۵	۰,۱۷۷	۰,۰۱۴	۰,۱۶۷	۰,۰۱۵	شهری	
۰,۱۹۷	۰,۰۰۷	۰,۱۶	۰,۰۰۸	۰,۰۸۸	۰,۰۳۴	۰,۳۲	۰,۰۱	۰,۱۷۱	۰,۰۱۲	۰,۱۶	۰,۰۱۳	روستایی	۱۳۸۸
۰,۱۵۶	۰,۰۰۷	۰,۱۶۱	۰,۰۰۷	۰,۱۶۹	۰,۰۱۵۳	۰,۱۶۳	۰,۰۱۶	۰,۱۶۸	۰,۰۱۵۱	۰,۰۱۵۱	۰,۰۱۶	شهری	
۰,۲	۰,۰۸	۰,۱۵	۰,۰۷۵	۰,۱۵	۰,۰۵	۰,۱۴۳	۰,۰۴	۰,۲	۰,۰۲۹	۰,۱۲	۰,۰۳۲	روستایی	۱۳۸۹
۰,۱۷	۰,۰۰۹	۰,۱۶	۰,۰۰۸	۰,۱۸	۰,۰۲	۰,۱۷	۰,۰۲۱	۰,۱۸	۰,۰۱۷	۰,۱۶۶	۰,۰۲	شهری	
۰,۱۵	۰,۰۵	۰,۱۶	۰,۰۰۶	۰,۱۵	۰,۰۸	۰,۲۳	۰,۰۹	۰,۲۸	۰,۰۱	۰,۱	۰,۰۰۷	روستایی	۱۳۹۰
۰,۱۱۴	۰,۰۰۳	۰,۱۱	۰,۰۰۳	۰,۱۳۲	۰,۰۰۵	۰,۱۲۲	۰,۰۰۵	۰,۱۱	۰,۰۰۳	۰,۰۰۶	۰,۰۰۶	شهری	
۰,۱۱۸	۰,۰۱۸	۰,۰۴۶	۰,۰۴۴	۰,۱۴	۰,۰۰۴	۰,۲۸	۰,۰۰۲	۰,۱۲	۰,۰۰۵	۰,۱۲۵	۰,۰۰۴	روستایی	۱۳۹۱
۰,۱۳	۰,۰۰۳	۰,۱۲	۰,۰۰۳۵	۰,۱۳	۰,۰۰۷	۰,۱۲۷	۰,۰۷۵	۰,۱۳	۰,۰۰۶	۰,۱۱۸	۰,۰۰۶	شهری	
۰,۱۱۴	-۰,۰۴	۰,۱۲	۴-۰,۰	۰,۲۶	-۰,۰۰۵۳	۰,۱۲	-۰,۰۵	۰,۰۱۲	-۰,۱۳	۰,۱۳۳	-۰,۱۴	روستایی	۱۳۹۲
۰,۱۱۴	۰,۰۲۴	۰,۱۱	۰,۰۰۸	۰,۰۱۸	۰,۰۱	۰,۱۸	۰,۰۱۴	۰,۰۱۶	۰,۰۰۶	۰,۰۸۳	۰,۰۱۱	شهری	

در جدول شماره (۴-۶) به جز در مورد خانوارهای روستایی در سال ۱۳۹۲ که با مقادیر منفی نابرابری در توزیع شدت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجهیم در مابقی سال‌ها اعداد مثبت و اغلب کوچک می‌باشد. در جدول مذکور کمترین و بیشترین مقادیر شاخص تمرکز برای شدت مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت ۰ تا ۰,۲۹ به ترتیب متعلق به تمامی رویکردهای موردنظر در سال ۱۳۸۵ و نیز ۴۰٪ ظرفیت (توان) پرداخت در سال ۱۳۸۴ بین خانوارهای روستایی است. در خانوارهای روستایی نابرابری موزون بر اساس جایگاه درآمدی (رتبه درآمدی/هزینه‌ای) خانوارها نیز بین ۰,۰۰۲۵ تا ۰,۳۳ هر دو مربوط به رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی ولی برای سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۵ بوده است. در خانوارهای شهری نیز کمترین و بیشترین مقادیر شاخص تمرکز برای نسبت سرشمار هزینه کمرشکن سلامت برابر با ۰,۰۰۳ و ۰,۲۱۶ می‌باشد که مربوط به رویکردهای ۳۰٪ هزینه کل و ۲۰٪ ظرفیت پرداخت برای کمترین مقدار در سال ۱۳۹۰ و رویکرد ۳۰٪ هزینه کل برای بیشترین مقدار شاخص در سال ۱۳۸۳ بوده است. در خانوارهای شهری میزان نابرابری موزون بر اساس رتبه درآمدی/هزینه‌ای خانوارها بین ۰,۰۱۴۵ در سال ۱۳۸۲ مربوط به رویکرد ۳۰٪ هزینه‌های غیر خوراک تا ۰,۱۹۶ مربوط به رویکرد ۲۰٪ ظرفیت پرداخت در سال ۱۳۸۵ متغیر بوده است.

در این بخش به منظور ارائه تصویر مقتضی از وضعیت توزیع نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت علاوه بر آنچه تاکنون بیان شد، توزیع متغیر مذکور به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری برای سال ۱۳۹۲ روی نقشه ایران در قالب شکل (۴-۱) ارائه شده است.



شکل (۴-۱): وضعیت توزیع نسبت سرشمار هزینه‌های کم‌رشدن در مناطق شهری و روستایی ایران (۱۳۹۲)

مطابق با شکل (۳-۴)، نسبت سرشمار هزینه کمرشکن در مناطق روستایی خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و البرز کمترین و در استان‌های گیلان، قم و مرکزی بیشترین بوده است. همچنین مقدار نسبت سرشمار کمرشکن در مناطق شهری خراسان جنوبی، البرز و اردبیل کمترین و در مناطق شهری قم، سمنان و گیلان بیشترین مقدار بوده است.

در بخش پایانی یافته‌های کمی پژوهش حاضر، به ارائه نتایج حاصل از رگرسیون لاجستیک به منظور شناسایی عوامل تعیین کننده احتمال مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه کمرشکن خدمات سلامت می‌پردازیم. بدین منظور نتایج تخمین رگرسیون لاجستیک سه سال ۱۳۸۲-به‌عنوان سال ابتدایی موردنظر، سال ۱۳۸۷-به‌عنوان سال پایانی موردنظر- و سال ۱۳۹۲-به‌عنوان سال پایانی موردنظر- در این بخش ارائه و نتایج مابقی سال‌ها در پیوست ارائه شده است.

نتایج رگرسیون لاجستیک برای عوامل تعیین کننده احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت در سال ۱۳۹۲-به‌عنوان سال پایانی مطالعه- در جدول (۱۲-۴) به صورت صفحه بعد ارائه شده است.

جدول شماره (۱۲-۴): عوامل تعیین کننده مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای ایرانی (۱۳۹۲)

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
۰,۱۹۲	-۱,۳	۰,۰۰۴	-۰,۰۰۵[-۰,۱۲۷, ۰,۰۰۲]	۰,۱۴	۰,۷۹[۰,۵۶, ۱,۱۲]	سرپرست خانوار (مرد)
۰,۵	۰,۶۸	۰,۰۰۵	۰,۰۰۳۴۲[-۰,۰۰۶۴, ۰,۰۱۳۳]	۰,۲۱	۱,۱۴[۰,۸, ۱,۶۳]	وضعیت تا هل ^۱ : همسرفوت کرده
۰,۷	۰,۳۸	۰,۰۰۱	۰,۰۰۰۳[-۰,۰۱۵, ۰,۰۲۲]	۰,۳۹	۱,۱۴[۰,۵۸, ۲,۴۲]	متارکه
۰,۰۵۷	۱,۹	۰,۰۰۱	۰,۰۱۵۴[-۰,۰۰۴, ۰,۰۳۵]	۰,۴۲	۱,۶۳[۰,۹۸۵, ۲,۷]	مجرد
۰,۷	-۰,۴	۰,۰۰۲	-۰,۰۰۱[-۰,۰۰۵۵, ۰,۰۰۳۶]	۰,۰۹	۰,۹۶[۰,۸, ۱,۶]	وضعیت سواد (بی‌سواد)
۰,۰۳۷	۲,۰۹	۰,۰۰۲۷	۰,۰۰۰۶[۰,۰۰۰۳, ۰,۰۱۱]	۰,۱۳۲	۱,۲۵[۱,۰۱, ۱,۵۴]	سکونت در روستا
۰,۶۴	۰,۴۷	۰,۰۰۲	۰,۰۰۰۱[-۰,۰۰۳, ۰,۰۰۵۱]	۰,۰۸۶	۱,۰۴[۰,۸۸۴, ۱,۲۲]	عضو بالای ۶۵ سال
۰,۶۲	-۰,۴۹	۰,۰۰۲	۰,۰۰[-۰,۰۰۴۵, ۰,۰۰۲۷]	۰,۰۷	۱[۰,۸۴, ۱,۱۲]	عضو زیر پنج سال
۰,۴	۰,۸۵	۰,۰	۰,۰۰[-۰,۰۰۰۰۷۴, ۰,۰۰۰۰۲]	۰,۰۰۲۷	۱,۰۰۲[۰,۹۹۷, ۱,۰۰۷]	سن سرپرست
۰,۷	۰,۳۹	۰,۰۰۶	۰,۰۰۰۲[-۰,۰۰۱, ۰,۰۰۱]	۰,۰۲۳	۱,۰۰۱[۰,۹۶۵, ۱,۰۰۵]	بعد خانوار
۰,۵۸	۰,۵۵	۰,۰۰۳	۰,۰۰۰۱۴[-۰,۰۰۳۷, ۰,۰۰۰۶۵]	۰,۱۱	۱,۰۶[۰,۸۶۸, ۱,۲۹]	وضعیت تملک مسکن ^۲ :
۰,۹۷	-۰,۰۴	۰,۰۰۸	۰,۰۰۰۰۶۵	۰,۳۱۴	۱,۰۱[۰,۵۵, ۱,۸۶]	مستأجر

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
۰,۶۱	۰,۵۱	۰,۰۰۳	۰,۰۰۰۳[-۰,۰۱۵, ۰,۰۱۶] ۰,۰۰۱۵[-۰,۰۰۴, ۰,۰۰۷۷]	۰,۱۲	۱,۰۶[۰,۸۴, ۱,۳۴]	در برابر خدمت سایر
۰,۶۲	۰,۴۹	۰,۰۰۲	۰,۰۰۰۹[-۰,۰۰۳, ۰,۰۰۴۷]	۰,۰۷۸	۱,۰۴[۰,۸۹۵, ۱,۲]	پوشش بیمه پایه
۰,۰۰۱	۳,۲	۰,۰۰۷	۰,۰۱۷[۰,۰۰۴, ۰,۰۳]	۰,۳	۱,۷۳[۱,۲۳, ۲,۴۱]	پوشش بیمه خصوصی
۰,۱۳۵	-۱,۵	۰,۰۰۲	-۰,۰۰۳[-۰,۰۰۷, ۰,۰۰۱]	۰,۰۷۴	۰,۸۸[۰,۷۵, ۱,۰۴]	پوشش بیمه روستایی
۰,۰۳۷	-۲,۰۷	۰,۰۰۲۷	-۰,۰۰۵۶[-۰,۰۱۱, -۰,۰۰۳]	۰,۰۷۹	۰,۸۲[۰,۶۷, ۰,۹۸۸]	سطح هزینه‌های مصرفی ^۳ :
۰,۰۰۰	-۳,۸۲	۰,۰۰۲۶	-۰,۰۰۱[-۰,۰۱۵۴, -۰,۰۰۵]	۰,۰۷	۰,۶۷[۰,۵۵, ۰,۸۲]	پنجک دوم
۰,۰۲۴	-۲,۲۵	۰,۰۰۲۷	-۰,۰۰۶۲[-۰,۰۱۱۷, -۰,۰۰۰۸]	۰,۰۷۹	۰,۸[۰,۶۵, ۰,۹۷]	پنجک سوم
۰,۰۳۹	-۲,۰۷	۰,۰۰۳	-۰,۰۰۵۸[-۰,۰۱۱, -۰,۰۰۳]	۰,۰۸۲	۰,۸۱[۰,۶۶, ۰,۹۸۹]	پنجک چهارم پنجک پنجم
تعداد مشاهدات: ۳۸۹۸۶ (۲۰) LR chi square(۲۰): ۰,۰۲ Pseudo R ² : ۰,۰۰ Liklehood: -۷۸۹۱,۳						آماره‌ها

بر اساس جدول (۱۲-۴)، از زیرمجموعه متغیر وضعیت تأهل؛ مجرد بودن سرپرست خانوار، سکونت در روستا، داشتن پوشش بیمه خصوصی و نیز تمامی زیرمجموعه‌های متغیر سطح هزینه‌های مصرفی خانوار با احتمال مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه کمتر شدن سلامت ارتباط آماری معنادار داشته است. میزان مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های فقرزای خدمات سلامت وضعیت مواجهه با هزینه‌های فقرزای خدمات سلامت به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری طی دوره مورد مطالعه در قالب جدول شماره (۴-۷) به صورت زیر ارائه شده است.

طرح حفاظت مالی در برابر هزینه‌های کم‌رشدن و فقرزای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

جدول شماره (۴-۷): نسبت سرشمار مواجهه با هزینه‌های فقرزای خدمات سلامت در خانوارهای روستایی و شهری (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

	ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی		هزینه کل		روستایی	شهری
	٪۴۰	٪۲۰	٪۳۰	٪۲۰	٪۳۰	٪۲۵		
۱۳۸۲	۰,۸۵[۰,۰۰۶۹۲-۰,۰۰۹۱]	۱,۴۲[۰,۰۱۲۵-۰,۰۱۵۱]	۱,۴[۰,۰۱۰۵-۰,۰۱۸۵]	۲,۷۳[۰,۰۱۸۵-۰,۰۳۰۱]	۰,۹۳[۰,۰۰۸۴۱-۰,۰۰۹۶۲]	۱,۲[۰,۰۱۰۵-۰,۰۱۶]	روستایی	
	۰,۸۷[۰,۰۰۷۱-۰,۰۰۹۳]	۱,۵۱[۰,۰۱۲۷-۰,۰۱۷۴]	۱,۵۲[۰,۰۱۲۶-۰,۰۱۷۳]	۳,۳۲[۰,۰۲۷۶-۰,۰۳۸۵]	۱,۰۲[۰,۰۰۹۲-۰,۰۱۱۳]	۱,۵[۰,۰۱۱۲-۰,۰۱۹۳]	شهری	
۱۳۸۳	۰,۷۶[۰,۰۰۷۱-۰,۰۰۸]	۱,۲۵[۰,۰۱۱-۰,۰۱۶۲]	۱,۶۳[۰,۰۱۲-۰,۰۱۹۲]	۲,۵۶[۰,۰۲۱۳-۰,۰۲۸]	۱,۰۲[۰,۰۰۸۹-۰,۰۱۲]	۱,۱۱[۰,۰۱-۰,۰۱۷۱]	روستایی	
	۱,۰۲[۰,۰۰۹۷-۰,۰۱۰۵]	۱,۸۵[۰,۰۱۴-۰,۰۲۰۲]	۱,۴۷[۰,۰۱۲-۰,۰۱۵۴]	۳,۱۵[۰,۰۳-۰,۰۳۳۱]	۱,۰۵[۰,۰۱-۰,۰۱۸۵]	۱,۲۵[۰,۰۱۲-۰,۰۱۴۴]	شهری	
۱۳۸۴	۱,۱۴[۰,۰۰۹۲-۰,۰۱۳۴]	۱,۹۲[۰,۰۱۸۴-۰,۰۲۴۱]	۲,۱[۰,۰۱۶-۰,۰۲۴]	۲,۲۴[۰,۰۱۹۴-۰,۰۲۶۳]	۰,۷۶[۰,۰۰۵۳-۰,۰۰۹]	۰,۷۵[۰,۰۰۶-۰,۰۱۱۴]	روستایی	
	۰,۸۲[۰,۰۰۷۳-۰,۰۰۹۳]	۱,۲[۰,۰۰۹۱-۰,۰۱۵]	۱,۰۱۵[۰,۰۰۹۷-۰,۰۱۲۵]	۲,۴۶[۰,۰۲۱۴-۰,۰۲۹]	۰,۸۵[۰,۰۰۷۹-۰,۰۰۸۶]	۰,۹[۰,۰۰۷۱-۰,۰۱]	شهری	
۱۳۸۵	۰,۸[۰,۰۰۷۲-۰,۰۰۸۴]	۱,۱۴[۰,۰۱۰۱-۰,۰۱۳]	۲,۰۳[۰,۰۱۸-۰,۰۲۱۲]	۲,۸[۰,۰۲۶۴-۰,۰۳]	۱,۰۲[۰,۰۰۸۲-۰,۰۱۱۲]	۱,۰۳[۰,۰۰۹۰۵-۰,۰۱۲]	روستایی	
	۰,۹۲[۰,۰۰۸-۰,۰۱۲]	۱,۱۳[۰,۰۱۱-۰,۰۱۳]	۱,۱۱[۰,۰۱-۰,۰۱۲]	۰,۹۸[۰,۰۰۸۳-۰,۰۱۱]	۱,۲۱[۰,۰۱۰۳-۰,۰۱۳۲]	۱[۰,۰۰۸۵-۰,۰۱۲۶]	شهری	
۱۳۸۶	۰,۹[۰,۰۰۷۶-۰,۰۱۱]	۱,۲[۰,۰۰۹۸-۰,۰۱۴۵]	۱,۰۶[۰,۰۰۹۵-۰,۰۱۱۳]	۱,۰۲[۰,۰۰۹۶-۰,۰۱۲۱]	۱,۱[۰,۰۰۹۵-۰,۰۱۴]	۱,۰۵[۰,۰۰۹۱-۰,۰۱۲۲]	روستایی	
	۰,۸۳[۰,۰۰۷۷-۰,۰۰۸۵]	۱,۳۲[۰,۰۱۰۲-۰,۰۱۵]	۱,۸۵[۰,۰۱۰۵-۰,۰۲۶]	۲,۹۵[۰,۰۲-۰,۰۳۵]	۱[۰,۰۰۹-۰,۰۱۲]	۱,۳۷[۰,۰۱۱۷-۰,۰۱۹]	شهری	
۱۳۸۷	۱[۰,۰۰۸۴-۰,۰۱۱۵]	۱,۶۵[۰,۰۱۲-۰,۰۲۱]	۲,۱۲[۰,۰۱۸۵-۰,۰۲۳۵]	۳,۴۳[۰,۰۳۲-۰,۰۳۷۱]	۱,۱۳[۰,۰۱۰۱-۰,۰۱۳]	۱,۸[۰,۰۱۲-۰,۰۲۴]	روستایی	
	۱[۰,۰۰۷۴-۰,۰۱۰۷]	۱,۳[۰,۰۱۲۳-۰,۰۱۳۵]	۲,۱۲[۰,۰۱۹-۰,۰۲۵۱]	۲,۶[۰,۰۲۳-۰,۰۲۹۴]	۱,۲[۰,۰۱۱-۰,۰۱۲۳]	۱,۴۲[۰,۰۱۱-۰,۰۱۷۶]	شهری	
۱۳۸۸	۱,۴۶[۰,۰۱۲-۰,۰۱۹۴]	۲,۷[۰,۰۲۲-۰,۰۳۶]	۲,۳[۰,۰۲۰۱-۰,۰۲۷۸]	۲,۳۵[۰,۰۲۰۳-۰,۰۲۸۴]	۱,۵۲[۰,۰۱۳-۰,۰۱۶۳]	۲,۶۵[۰,۰۲-۰,۰۳۱۲]	روستایی	
	۱,۰۲[۰,۰۰۸۳-۰,۰۱۱]	۱,۳۶[۰,۰۱۲۴-۰,۰۱۴۳]	۲,۷۵[۰,۰۲۳-۰,۰۳۰۲]	۳,۲[۰,۰۲۸۴-۰,۰۳۴۱]	۱,۳۵[۰,۰۱۲۶-۰,۰۱۵۲]	۱,۴۲[۰,۰۱۰۴-۰,۰۱۷۲]	شهری	
۱۳۸۹	۰,۶۵[۰,۰۰۲۴-۰,۰۰۹۵]	۱,۹[۰,۰۱۱-۰,۰۲۳۱]	۲,۶۵[۰,۰۲-۰,۰۳۲]	۳,۸[۰,۰۳۱-۰,۰۴۶۲]	۱,۶[۰,۰۱-۰,۰۱۹۳]	۳,۰۵[۰,۰۲۸۷-۰,۰۳۳]	روستایی	
	۰,۷۲[۰,۰۰۶۵-۰,۰۰۹]	۱,۱[۰,۰۰۹-۰,۰۱۴]	۲,۴[۰,۰۱۸-۰,۰۳۱]	۳,۴[۰,۰۲۷۵-۰,۰۳۹۱]	۱,۳۳[۰,۰۰۹۷-۰,۰۱۸۴]	۲,۲۵[۰,۰۱۹-۰,۰۲۹]	شهری	
۱۳۹۰	۰,۱[۰,۰۰۰۷۸-۰,۰۰۱۴]	۱,۰۹[۰,۰۰۹۲-۰,۰۱۳۲]	۱,۲[۰,۰۱-۰,۰۱۶۲]	۲,۳[۰,۰۱۸-۰,۰۲۶۴]	۱[۰,۰۰۸-۰,۰۱۰۴]	۱,۱۵[۰,۰۰۹۷-۰,۰۱۶]	روستایی	
	۰,۰۵[۰,۰۰۰۱-۰,۰۰۰۱]	۱[۰,۰۰۶۴-۰,۰۱۴]	۱,۴[۰,۰۰۸۵-۰,۰۱۸]	۲,۵[۰,۰۱۶۵-۰,۰۲۹۲]	۰,۳۶[۰,۰۰۱۵-۰,۰۰۵]	۱,۰۲[۰,۰۰۹-۰,۰۱۴۴]	شهری	
۱۳۹۱	۰,۸۷[۰,۰۰۰۶-۰,۰۰۹۵]	۱,۷۱[۰,۰۱۱۳-۰,۰۲۱]	۲,۳۴[۰,۰۲-۰,۰۲۸]	۵,۸[۰,۰۰۵-۰,۰۰۶۵]	۱,۱۷[۰,۰۱۱-۰,۰۱۲۱۴]	۱,۶۵[۰,۰۱۴-۰,۰۱۹۲]	روستایی	
	۰,۷۵[۰,۰۰۵۷-۰,۰۰۸۷]	۱,۷[۰,۰۱۲-۰,۰۲۲]	۳,۰۳[۰,۰۲۸-۰,۰۳۲]	۳,۴۳[۰,۰۳۱۱-۰,۰۳۷]	۱,۴۸[۰,۰۱۱-۰,۰۱۶۴]	۱,۲۲[۰,۰۱-۰,۰۱۸۵]	شهری	
۱۳۹۲	۰,۰۳۱[۰,۰۰۰۲-۰,۰۰۰۴۲]	۰,۸۲[۰,۰۰۶۹-۰,۰۰۹]	۰,۶۷[۰,۰۰۵۱-۰,۰۰۷۲]	۱,۸۵[۰,۰۰۹۶-۰,۰۲۴]	۰,۶۶[۰,۰۰۵-۰,۰۰۷۳]	۰,۷۱[۰,۰۰۰۵۹-۰,۰۰۰۸۱]	روستایی	
	۰,۰۲۹[۰,۰۰۰۲-۰,۰۰۰۴]	۰,۸۳[۰,۰۰۶۹-۰,۰۰۹۲]	۰,۷۱[۰,۰۰۶۴-۰,۰۰۸۱]	۱,۷۶[۰,۰۰۸۳-۰,۰۲۶]	۰,۶۳[۰,۰۰۵۲-۰,۰۰۷۴]	۰,۸[۰,۰۰۰۷-۰,۰۰۰۹۵]	شهری	

بر اساس جدول (۴-۷) کمترین مقادیر نسبت سرشمار هزینه‌ی فقرزای خدمات سلامت در هر دو خانوارهای روستایی و شهری مربوط به رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت و در سال ۱۳۹۲ می‌باشد که برابر با ۰,۰۳۹ و ۰,۰۲۹ درصد به ترتیب برای خانوارهای روستایی و شهری می‌باشد. همچنین بیشترین نسبت سرشمار فقر برای خانوارهای روستایی ۵,۸٪ و برای خانوارهای شهری ۳,۴۳٪ بر اساس رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی در سال ۱۳۹۱ بوده است. بحث شدت (شکاف) مواجهه با هزینه فقرزای سلامت نیز در قالب جدول (۴-۸) ارائه شده است:

جدول (۴-۸): میزان شدت مواجهه با هزینه فقرزای خدمات سلامت در خانوارهای روستایی و شهری ایران (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

	ظرفیت پرداخت		هزینه غیرخوراکی		هزینه کل			
	۴۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۲۰٪	۳۰٪	۲۵٪		
روستایی	۱۲۴-۰,۰۴۲[۰,۷,۸۷]	۲۱[۶۶-۰,۰۱۱[۰,۰۹۳]	۱۵۴-۰,۰۹۵[۰,۱,۱۲]	۱۲۱-۰,۰۶۳[۰,۷,۹]	۱۵-۰,۰۸۵[۰,۱,۱۱]	۱-۰,۰۶۲[۰,۸,۱]	۱۳۸۲	شهری
روستایی	۹۸-۰,۰۲۱[۰,۸,۵]	۰,۶۵-۰,۰۱[۰,۳,۲]	۱۴-۰,۰۸۷[۰,۵,۱۱]	۱-۰,۰۴[۰,۳,۸]	۱۳۵-۰,۰۷۶[۰,۲,۱۰]	۱۲-۰,۰۶۷[۰,۱,۱۰]	۱۳۸۳	شهری
روستایی	۰,۹۵-۰,۰۵۴[۰,۶,۷]	۱۲۲-۰,۰۶۵[۰,۴,۸]	۱۲-۰,۰۶۴[۰,۷,۸]	۱۵-۰,۰۹۵[۰,۱۱]	۱۲-۰,۰۷۳[۰,۶,۸]	۱۲۲-۰,۰۹۵[۰,۵۴,۱۰]	۱۳۸۴	روستایی
روستایی	۱۲-۰,۰۸۵[۰,۵,۱۰]	۱۴۲-۰,۰۸۵[۰,۵,۱۱]	۱۳۲-۰,۰۶۵[۰,۲,۱۰]	۱۲-۰,۰۶۳[۰,۲,۹]	۱۴۹-۰,۰۸۷[۰,۲,۱۰]	۱۲۷-۰,۰۸۷[۰,۱۱]	۱۳۸۵	شهری
روستایی	۱۳-۰,۰۵۴[۰,۹,۸]	۱۱۷-۰,۱۰۲[۰,۱۴,۴]	۱۴-۰,۰۸۶[۰,۳,۱۱]	۱۴۳-۰,۰۷۴[۰,۲,۱۰]	۱۲-۰,۰۵۴[۰,۵,۸]	۱۲-۰,۰۸۴[۰,۱۰]	۱۳۸۶	روستایی
روستایی	۰,۱۴-۰,۰۷[۰,۱,۱۰]	۱۱-۰,۰۵۴[۰,۸,۷]	۱۴-۰,۰۸۶[۰,۳,۱۲]	۱۳۴-۰,۰۷۲[۰,۱۱]	۱۱-۰,۰۶۴[۰,۹]	۱۱-۰,۰۴[۰,۲,۷]	۱۳۸۷	شهری
روستایی	۰,۱۳۶-۰,۰۴۳[۰,۲,۹]	۱۴-۰,۰۶۴[۰,۱,۱۰]	۵۲-۰,۰۰۷[۰,۲]	۱۹-۰,۰۱[۰,۱۵]	۱۳۷-۰,۰۹۷[۰,۱۱]	۱۲-۰,۰۸۶[۰,۱۰,۱]	۱۳۸۸	روستایی
روستایی	۱۶۵-۰,۱۰۳[۰,۲۳,۱۴]	۱۴۳-۰,۰۷۶[۰,۱۰,۷]	۱۵۶-۰,۰۸۶[۰,۱,۱۱]	۱۴۵-۰,۰۶۵[۰,۲,۱۰]	۱۳-۰,۰۳[۰,۱,۹]	۱۲-۰,۰۵۲[۰,۸,۷]	۱۳۸۹	شهری
روستایی	۱۱-۰,۰۵۴[۰,۸,۸]	۱۲۴-۰,۰۷۵[۰,۴,۹]	۱۱۲-۰,۰۶۴[۰,۷,۸]	۱۱-۰,۰۶۳[۰,۴,۹]	۵۲-۰,۰۰۰[۰,۴,۲]	۱۲-۰,۰۹۶[۰,۱۱,۱۰]	۱۳۹۰	روستایی
روستایی	۰,۱۵۴-۰,۰۷۵[۰,۱۲]	۱۳۲-۰,۰۶۴[۰,۵,۹]	۱۲-۰,۰۵۴[۰,۴,۸]	۵-۰,۰۰۹[۰,۲۳,۸,۴]	۱۲۳-۰,۰۴۳[۰,۶,۷]	۱۰-۰,۰۵۹[۰,۴۱,۷]	۱۳۹۱	شهری
روستایی	۹۷-۰,۰۳۴[۰,۸,۶]	۱۱-۰,۰۵۴[۰,۸,۷]	۱۴-۰,۰۵۴[۰,۷,۱۰]	۰,۰۵۶-۰,۰۴۳[۰,۵,۲]	۱۱-۰,۰۵۴[۰,۶,۸]	۱۱-۰,۰۶[۰,۳۱,۷]	۱۳۹۲	روستایی
روستایی	۱۲-۰,۰۴۷[۰,۶,۸]	۱۲۷-۰,۰۵۴[۰,۵,۷]	۱۲-۰,۰۵۴[۰,۲,۸]	۱۰-۰,۰۴[۰,۸,۷]	۱۲-۰,۰۶۵[۰,۳,۹]	۱۰۵-۰,۰۴۸[۰,۸]	۱۳۹۳	شهری
روستایی	۱۱-۰,۰۳۴[۰,۶,۸]	۱۲-۰,۰۴[۰,۷,۵]	۰,۰۹۳۵[۰,۱۴[۰,۶,۴]	۱۸۷-۰,۱۱[۰,۱۳]	۱۱۲-۰,۰۵۶[۰,۶,۸]	۱۱-۰,۰۳۹[۰,۷,۰۱]	۱۳۹۴	روستایی
روستایی	۱-۰,۰۳۴[۰,۷]	۰,۹۵-۰,۰۳۱[۰,۰۷,۵]	۱۲۱-۰,۰۵۴[۰,۷,۹]	۱۱-۰,۰۳۴[۰,۰۹,۶]	۱۱-۰,۰۳۴[۰,۸,۶]	۱-۰,۰۵۸۵[۰,۱۲,۷]	۱۳۹۵	شهری
روستایی	۱۲-۰,۰۶۴[۰,۰,۳,۹]	۱۲-۰,۰۴[۰,۸]	۱۳-۰,۰۴۳[۰,۲,۷]	۱۱-۰,۰۵۷[۰,۵,۸]	۱۲-۰,۰۵۴[۰,۸]	۰,۹۲-۰,۰۴۲[۰,۵,۵۲]	۱۳۹۶	روستایی
روستایی	۰,۸-۰,۰۳۲[۰,۶,۵]	۰,۹۵-۰,۰,۴۷[۰,۷,۲۳]	۱۲۶-۰,۰۴۸[۰,۴۳,۸]	۱۳۲-۰,۰۴۱[۰,۰,۷]	۱۱۵-۰,۰۵۳[۰,۸۷,۷]	۱۰۳-۰,۰۵۲[۰,۷,۲۱]	۱۳۹۷	شهری
روستایی	۰,۸۶-۰,۰۱۴[۰,۸۵,۴]	۰,۷۵-۰,۰۲۴[۰,۲۱,۵]	۰,۹۵-۰,۰۴۲[۰,۱۸,۶]	۰,۹۸-۰,۰۰۶[۰,۱۲,۷]	۰,۸۴-۰,۰۲۱[۰,۴,۵]	۱۰-۰,۰۴۲[۰,۵۵,۷]	۱۳۹۸	روستایی
روستایی	۰,۹۵-۰,۰۰۱۸[۰,۲۱,۴]	۰,۷۱-۰,۰۰۹[۰,۳,۸]	۰,۸۵-۰,۰۱۲[۰,۵,۱]	۰,۵۶-۰,۰۰۹۵[۰,۸,۳]	۰,۰۶۲[۰,۰۸[۰,۴,۲]	۰,۷۵-۰,۰۴۱[۰,۵,۸۱]	۱۳۹۹	شهری
روستایی	۰,۵۷-۰,۰۰۹[۰,۸,۳]	۰,۹۵-۰,۰۲۸[۰,۲,۵]	۱۲-۰,۰۲۱[۰,۸]	۱۸۵-۰,۰۹۵[۰,۱۳,۵]	۰,۶۹-۰,۰۰۲[۰,۷,۴]	۰,۶۵-۰,۰۲۲[۰,۷۸,۴]	۱۴۰۰	روستایی
روستایی	۰,۷۱-۰,۰۱۲[۰,۰,۸,۴]	۰,۶۸-۰,۰۱[۰,۰,۸,۳]	۰,۴۸-۰,۰۰۱۵[۰,۴۵,۲]	۰,۴۲-۰,۰۰۹۸[۰,۵۸,۳]	۰,۷۶-۰,۰۰۱[۰,۸,۴]	۰,۴۹۶-۰,۰۲۱[۰,۸۶,۲]	۱۴۰۱	شهری

ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی		هزینه کل		روستایی	شهری	۱۳۹۲
%۴۰	%۲۰	%۳۰	%۲۰	%۳۰	%۲۵			
]۰۷۴ - ۰.۰۱ [۰.۱۲.۳	]۰۴۵ - ۰.۰۰۹ [۰.۲,۴	]۰۹۴ - ۰.۰۳۲ [۰.۳۲.۶	]۰۸۵ - ۰.۰۱۵ [۰.۳.۴	]۰۹۵ - ۰.۰۳۴ [۰.۸.۵	]۰۶۵ - ۰.۰۳۱ [۰.۱۱.۴			
]۰۶۵ - ۰.۰۱۸ [۰.۲.۳	]۰۵۶ - ۰.۰۱۸ [۰.۳.۲	]۰۸۴ - ۰.۰۳۲ [۰.۶.۵	]۰۵ - ۰.۰۰۵.۳ [۰.۱	]۰۴۵ - ۰.۰۰۸۵ [۰.۸.۲	]۰۴۵ - ۰.۰۱۵ [۰.۷۵.۲			

مطابق با جدول (۴-۸) کمترین مقدار شدت (شکاف) فقرزایی در خانوارهای شهری مربوط به سال ۱۳۹۲ و رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی است. در خانوارهای روستایی کمترین میزان شکاف فقرزایی مربوط به سال ۱۳۸۵ و رویکرد ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی است. بیشترین مقدار شدت (شکاف) فقرزایی در خانوارهای شهری مربوط به سال ۱۳۸۵ در خانوارهای روستایی بر اساس رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی می‌باشد. در مقابل بیشترین مقدار شدت (شکاف) فقرزایی در خانوارهای شهری مربوط به سال ۱۳۸۵ و بر اساس رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت است. وضعیت توزیع نسبت سرشمار هزینه فقرزای سلامت طی دوره‌ی مورد مطالعه در قالب جدول (۴-۹) به صورت زیر ارائه شده است:

جدول شماره (۴-۹): وضعیت نابرابری در توزیع نسبت سرشمار مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت

ظرفیت پرداخت		هزینه غیر خوراکی						هزینه کل					
%۴۰		%۲۰		%۳۰		%۲۰		%۳۰		%۲۵			
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index		
۰,۱۵۴	۰,۱۹	۰,۱۳۴	۰,۱۶	۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۰۴۵	۰,۰۵	۴۰,۰	۱۶۰	۰,۰۴۷۵	۵۰,۰	روستایی	۱۳۸۲
۰,۱۷	۰,۲۲	۰,۱۶	۰,۱۹۷	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۸۸	۰,۰۹۷	۴۸۰,۰	۱۸۰	۰,۰۶۱	۶۵۰,۰	شهری	
۰,۱۴	۰,۱۷	۰,۱۲۷	۰,۱۵	۰,۱۱۳	۰,۱۳	۰,۰۶۱	۰,۰۶۵	۲۰,۰	۰,۰۲۹۱	۶۰,۰	۰,۰۳	روستایی	۱۳۸۳
۰,۱۳۴۴	۰,۱۶	۰,۱۱۳	۰,۱۳	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۰۶	۰,۱۲	۹۰,۰	۱۰	۰,۰۹۴	۰,۱۰۵	شهری	
۰,۱۰۶	۰,۱۲	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۸۷	۰,۰۹۶	۰,۰۹	۰,۱	۴۸۰,۰	۰۹۵۰	۰,۰۷۹	۸۷۰,۰	روستایی	۱۳۸۴
۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۷۹	۰,۰۸۷	۰,۰۶	۰,۰۸	۰,۰۹۳۲	۰,۱۰۴	۶۰,۰	۰۶۵۰	۰,۰۵۷۳	۰,۰۶۱	شهری	
۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۳۸۴	۰,۰۴	۰,۰۵۶	۰,۰۶	۸۰,۰	۰,۰۶	۰,۰۰۰۴	۴۰,۰۰	روستایی	۱۳۸۵
۰,۰۹	۰,۱	۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۹	۰,۱۲	۰,۱۴	۴۰,۰	۹۰,۱	۰,۰۹۸	۰,۱۱	شهری	
۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۳	۰,۱۲	۰,۹۸۰	۰,۱۱	۰,۱۴	۰,۱۷	۷۰,۰	۸۰,۱	۰,۰۸۶	۰,۰۹۵	روستایی	۱۳۸۶
۰,۱۱۳	۰,۱۳	۰,۱	۰,۰۹	۰,۰۸۷	۰,۰۹۷	۰,۱۲	۰,۱۴	۴۰,۰	۰,۱۵	۰,۰۹	۰,۱	شهری	
۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۲	۰,۱۳	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۱	۲۵۰,۰	۲۵۰,۱	۰,۱۲۷۵	۰,۱۵	روستایی	۱۳۸۷
۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۰۹	۰,۰۹۵	۰,۰۴۵	۰,۱	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۹۰,۰	۲۰,۱	۰,۰۸۲	۹۰,۰	شهری	
۰,۰۱۶	۰,۲	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۰۸۳	۰,۰۹۲	۰,۱۲	۰,۱۴	۱۹۰,۰	۹۰,۱	۰,۰۸۳۵	۰,۰۹۲	روستایی	۱۳۸۸
۰,۱۸۸	۰,۲۵	۰,۲۱۴	۰,۳۱	۰,۰۴۷	۰,۰۹۶	۰,۰۸۷	۰,۰۹۷	۹۰,۰	۰,۱	۰,۰۸۱	۰,۰۹	شهری	
۰,۰۲۱	۰,۳	۰,۲۲	۰,۳۴	۰,۰۷	۰,۰۷۶	۰,۱۶۶	۰,۲۱	۲۱۰,۰	۲۹۰	۳۱۰,۰	۰,۰۳۲	روستایی	۱۳۸۹
۰,۱۹۷	۰,۲۷	۰,۲۴	۰,۴	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۲۰,۰	۱۴۰	۰,۰۴	۰,۰۴۲	شهری	
۰,۰۷۴	۰,۰۸	۰,۰۸۶	۰,۰۹۵	۰,۰۷۳	۰,۰۸	۰,۰۸۱	۰,۰۸۹	۰۸۰	۵۰,۰	۰,۰۸۳	۰,۰۹۱	روستایی	۱۳۹۰

ظرفیت پرداخت				هزینه غیرخوراکی				هزینه کل					
٪۴۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۵			
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index		
۰,۱۰۶	۰,۱۲	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۰۹۸	۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۱	۱۲۰.	۱۵۰.	۰,۰۶۵	۰,۰۷	شهری	۱۳۹۱
۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۱	۰,۰۹	۰,۰۷۳	۰,۰۷۹	۰,۱۰۶	۰,۱۲	۱۶۰.	۲۰.	۰,۱۰۵	۰,۱۲	روستایی	
۰,۰۲۴	۰,۴	۰,۱۸۸	۰,۲۵	۰,۱۷۷	۰,۲۳	۰,۰۹	۰,۱	۱۶۶۰.	۲۱۰.	۰,۱۶۶	۰,۲۱	شهری	
۰,۲۸۳	-۰,۲۳	-۰,۳۴۳	-۰,۲۷	۰,۴۱	-۰,۳۱	-۰,۱۳۴	-۰,۱۲	۳۹۰.-	۳۰۰.	۰,۲۴-	-۰,۲	روستایی	۱۳۹۲
۰,۱۱۳	۰,۱۳	۰,۱۲۷۵	۰,۱۵	۰,۰۹	۰,۱	۰,۷۴	۰,۰۸	۸۲۰,۰	۹۰,۰	۰,۶۵	۷۰۰.	شهری	

در قسمت پایانی این گزارش میزان نابرابری در توزیع شدت (شکاف) هزینه فقرزای سلامت در قالب جدول (۴-۱۰) ارائه شده است:

جدول (۴-۱۰): وضعیت نابرابری توزیع شدت مواجهه با هزینه‌های فقرزای سلامت (۱۳۸۲-۱۳۹۲)

ظرفیت پرداخت				هزینه غیرخوراکی				هزینه کل					
٪۴۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۵			
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index		
۰,۰۷۹	۰,۰۸۷	۰,۰۹	۰,۱	۰,۱۱	۰,۱۲۵	۰,۰۷۸	۰,۰۸۶	۰,۱۰۵	۰,۱۲	۰,۰۹۸	۰,۱۱	روستایی	۱۳۸۲
۰,۰۷۶	۰,۰۸۳	۰,۰۹	۰,۱	۰,۱	۰,۱۱۳	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۱	۰,۱۳	۰,۰۱	۰,۱	شهری	
۰,۰۸۳	۰,۰۹۱	۰,۰۷۳	۰,۰۷۹	۰,۰۸۳	۰,۰۹۲	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۷۷	۰,۰۸۵	۰,۰۷۲	۰,۰۸	روستایی	۱۳۸۳
۰,۰۶۴	۰,۰۶۹	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۷	۰,۰۷۷	۰,۰۵۱	۰,۰۵۴	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۷	۰,۰۷۵	شهری	
۰,۰۶۳	۰,۰۷۴	۰,۰۵۶	۰,۰۶	۰,۰۵۸	۰,۰۶۲	۰,۰۵۴	۰,۰۹	۰,۰۵۱	۰,۰۵۴	۰,۰۹	۰,۱	روستایی	۱۳۸۴

طرح حفاظت مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت در جمهوری اسلامی ایران

ظرفیت پرداخت				هزینه غیرخوراکی				هزینه کل					
٪۴۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۰		٪۳۰		٪۲۵			
H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index	H ^w	Cons.Index		
۰,۰۵۵	۰,۰۵۸	۰,۰۴۹	۰,۰۵۲	۰,۰۴۹	۰,۰۵۲	۰,۰۵۶	۰,۰۶	۰,۰۵۶	۰,۰۶	۰,۰۶۴	۰,۰۷	شهری	
۰,۰۵۱	۰,۰۵۴	۰,۰۶۴	۰,۰۶۹	۰,۰۴۶	۰,۰۴۸	۰,۰۸۵	۰,۰۸	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۷۲	۰,۰۸	روستایی	۱۳۸۵
۰,۰۶۲	۰,۰۶۷	۰,۰۴۷۵	۰,۰۵	۰,۰۴۸	۰,۰۵۱	۰,۰۷۹	۰,۰۸۷	۰,۰۴۳	۰,۰۴۵	۰,۰۲۹	۰,۰۳	شهری	
۰,۱۱	۰,۱۲۸	۰,۰۹	۰,۱	۰,۱	۰,۱۱۴	۰,۱۲	۰,۱۴	۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۰۷۲	۰,۰۸۲	روستایی	۱۳۸۶
۰,۰۸۳	۰,۰۹۱	۰,۰۷۶	۰,۰۸۳	۰,۰۵۹	۰,۰۶۳	۰,۱۲	۰,۰۹۸	۰,۰۴۸	۰,۰۵	۰,۰۶۴	۰,۰۷	شهری	
۰,۰۷۵	۰,۰۸۲	۰,۰۸۸	۰,۰۹۸	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۷۷	۰,۰۸۵	۰,۰۹	۰,۱	۰,۱۱۳	۰,۱۳	روستایی	۱۳۸۷
۰,۰۶	۰,۰۶۴	۰,۰۶۷	۰,۰۷۳	۰,۰۷۸	۰,۰۸۶	۰,۰۵۶	۰,۰۶	۰,۱۱	۰,۱۳	۰,۰۶۵	۰,۰۸	شهری	
۰,۰۸۴	۰,۰۹۳	۰,۰۸۲	۰,۰۹	۰,۰۸۷	۰,۰۹۷	۰,۱۱	۰,۱۳	۰,۰۸۷	۰,۰۹۷	۰,۰۸۱	۰,۰۹	روستایی	۱۳۸۸
۰,۰۷۷	۰,۰۸۴	۰,۰۷۴	۰,۰۸	۰,۰۶۷	۰,۰۷۲	۰,۰۸۷	۰,۰۹۷	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۱۲	۰,۱۴	شهری	
۰,۰۶۸	۰,۰۷۴	۰,۰۷	۰,۰۷۶	۰,۰۷۴	۰,۰۸۱	۰,۰۴۸	۰,۰۵	۰,۰۷۸	۰,۰۸۶	۰,۰۴۷۵	۰,۰۵	روستایی	۱۳۸۹
۰,۰۶۷	۰,۰۷۲	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۶	۰,۰۶۵	۰,۰۴۸	۰,۰۵	۰,۰۵۹	۰,۰۶۳	۰,۰۴۳	۰,۰۴۵	شهری	
۰,۰۹۸	۰,۱۱	۰,۱۰۵	۰,۱۲	۰,۰۸۵	۰,۰۹۴	۰,۱۱۷	۰,۱۳۵	۰,۰۷۶	۰,۰۸۳	۰,۰۴۷۵	۰,۰۵	روستایی	۱۳۹۰
۰,۰۸۸	۰,۰۹۸	۰,۱	۰,۱۱۵	۰,۰۶۶	۰,۰۷۱	۰,۰۹۵	۰,۱۰۷	۰,۰۶۸	۰,۰۷۳	۰,۰۳۸۴	۰,۰۴	شهری	
۰,۰۷۹	۰,۰۸۷	۰,۰۸۲	۰,۰۹	۰,۰۷۶	۰,۰۸۳	۰,۰۷۶	۰,۰۸۳۲	۰,۰۸۶	۰,۰۹۵	۰,۰۶۵۱	۰,۰۷	روستایی	۱۳۹۱
۰,۰۸۴	۰,۰۹۳	۰,۰۷۳	۰,۰۷۹	۰,۰۷	۰,۰۷۶	۰,۰۶۹	۰,۰۷۵۲	۰,۰۶۳	۰,۰۶۸	۰,۰۶	۰,۰۶۴	شهری	
-۰,۱۷	-۰,۱۵	-۰,۱۲۹	-۰,۱۱۶	-۰,۱	-۰,۰۹۳	-۰,۰۹۴	-۰,۰۸۷	-۰,۱۰۶	-۰,۰۹۸	-۰,۱۰۷	-۰,۰۹	روستایی	۱۳۹۲
۰,۰۶۸	۰,۰۷۴	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۶۵	۰,۰۷	۰,۰۷۸	-۰,۰۷۳	۰,۰۹	۰,۱	۰,۰۷	۰,۰۷۶	شهری	



در ادامه با تخمین رگرسیون لاجستیک عوامل تعیین‌کننده‌ی مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه فقرزای سلامت در سال ۱۳۹۲ مشخص شده‌اند. نتایج رگرسیون در قالب جدول (۴-۱۱) به صورت زیر ارائه شده است:

جدول شماره (۴-۱۱): عوامل تعیین‌کننده مواجهه با هزینه فقرزای سلامت در خانوارهای ایرانی (۱۳۹۲)

$P>|Z|$	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
۰,۲۴	-۰,۷۵	۰,۰۰۱۱	-۰,۰۰۱۱[-۰,۰۰۰۷, ۰,۰۰۳۱]	۰,۰۸۵	۰,۱۹[۰,۰۵, ۰,۸۶]	سرپرست خانوار (مرد)
۰,۶۱ ۰,۹۲ ۰,۰۶۹	۰,۹ ۰,۸ ۰,۷۶	۰,۰۰۲ ۰,۰۰۷۸ ۰,۰۰۰۸	۰,۰۰۲۲[-۰,۰۰۱, ۰,۰۰۱۱] ۰,۰۰۱۵[۰,۰۰۰۳, ۰,۰۰۳۴] ۰,۰۰۲[-۰,۰۰۰۴, ۰,۰۰۳۵]	۰,۰۶۲ ۰,۸۲ ۰,۶۹	۰,۷۷[۰,۱, ۱,۰۷] ۰,۶۱[۰,۲۵, ۱,۳۳] ۰,۷[۰,۲۹, ۱,۳۷]	وضعیت تأهل ۱: همسرفوت کرده متارکه مجرد
۱,۰۷	-۱,۶	۰,۰۱۵	-۰,۰۰۵۶[-۰,۰۰۰۹, ۰,۰۰۶۹]	۰,۰۰۷۶	۰,۰۷[۰,۰۰۵, ۰,۱۱]	وضعیت سواد (بی سواد)
۰,۰۲	۵,۹۴	۰,۰۳۹	۰,۰۱۲[۰,۰۰۲, ۰,۰۷۵]	۰,۷۲	۱,۷۴[۰,۰۹, ۲,۸]	سکونت در روستا
۱,۰۷	۰,۹۱	۰,۰۲۸	۰,۰۰۴۵[-۰,۰۰۲, ۰,۰۰۹۸]	۰,۱۹۵	۲,۷۵[۰,۹۵۴, ۳,۰۲]	عضو بالای ۶۵ سال
۰,۰۹	-۱,۸۳	۰,۱۸	۰,۰۰۷[-۰,۰۳۱, ۰,۰۵۹]	۰,۳۲	۱,۰۹[۰,۳۹, ۲,۲۵]	عضو زیر پنج سال
۰,۷۹	۱,۳۲	۰,۶۵	۰,۰۰۱[-۰,۰۰۷۴, ۰,۰۰۹۶]	۰,۰۷۹	۱[۰,۱۲, ۲,۲۳]	سن سرپرست
۰,۵۴	۰,۹۴	۰,۰۸۲	۰,۰۰۵[۰,۰۰۰۷, ۰,۰۷۴۶]	۰,۵۵	۱,۳[۰,۳۴, ۲,۹۴]	بعد خانوار
۰,۸۷ ۰,۲۱ ۰,۶۵	۰,۹ -۱,۲۴ ۰,۷۶	۰,۱۶ ۰,۷۷ ۰,۷	۰,۰۰۱[۰,۰۰۰۲, ۰,۰۰۸۸] ۰,۰۰۰۶۵[۰,۰۰۰۰۳, ۰,۰۰۸۶]	۰,۷ ۰,۸۹ ۰,۹۶	۱,۸۲[۰,۳۶, ۲,۹] ۱,۲۱[۰,۲۱, ۲,۹۵] ۱[۰,۰۲, ۲,۸]	وضعیت تملک مسکن ۲: مسکن مستأجر در برابر خدمت سایر

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
			[-۰,۰۰۱, ۰,۰۰۴, ۰,۰۰۷۷]			
۰,۰۰۲	۳,۲	۰,۵۸	[-۰,۰۰۵, ۰,۰۱۵, ۰,۰۸۸]	۰,۷۴	۰,۹۶[۰,۰۸۶, ۲,۱۹]	پوشش بیمه پایه
۰,۰۰۱	۴,۴۵	۰,۹	[-۰,۰۰۱, ۰,۰۰۴, ۰,۰۳]	۰,۸۶	۱,۰۶[۰,۱۸, ۲,۴۱]	پوشش بیمه خصوصی
۰,۱۳۵	-۱,۵	۰,۸۷	[-۰,۰۰۹, ۰,۰۱۷]	۰,۶۳	۰,۶۱[۰,۰۲۳, ۲,۴۷]	پوشش بیمه روستایی
۰,۰۵۷	-۵,۲	۰,۴۳	[-۰,۰۰۴, ۰,۰۰۸, ۰,۰۲۱]	۰,۷۶	۰,۹۶[۰,۰۳۴, ۱,۷]	سطح هزینه های مصرفی ^۳ :
۰,۰۰۵	-۶,۱	۰,۸۹	[-۰,۰۰۲, ۰,۰۰۷۵]	۰,۸	۰,۵[۰,۰۱, ۱,۷]	پنجک دوم
۰,۰۰۵۹	-۴,۲۵	۰,۷	[-۰,۰۰۰۹, ۰,۰۰۹, ۰,۰۷۵]	۰,۸۷	۰,۴۳[۰,۰۰۸۷, ۱,۳۹]	پنجک سوم
۰,۰۰۵۱	-۵,۱۹	۰,۶۵	[-۰,۰۰۲, ۰,۰۰۱, ۰,۰۰۵۴]	۰,۶۹	۰,۳۸[۰,۰۵, ۱,۴۵]	پنجک چهارم
			[-۰,۰۰۷, ۰,۰۰۸]			پنجک پنجم
تعداد مشاهدات: ۳۸۹۸۶ LR chi square(۲۰): ۰,۰۰ Prob>Chi ^۲ : ۰,۰۰ Pseudo R ^۲ : ۰,۰۰۹ Log Likelihood: -۲۳۸۶,۹						آماره ها

فصل چهارم - بحث، تحلیل یافته‌ها، نتیجه‌گیری، پیشنهادات

میانگین هزینه‌های صرف شده برای خدمات سلامت: طی دوره مورد مطالعه میانگین هزینه سلامت در خانوارهای روستایی حدود ۳۶۰۰۰۰۰ ریال و برای خانوارهای شهری حدود ۱۲۸۰۰۰۰۰ ریال بوده است. همچنین بیشترین مقدار هزینه مربوط به خانوارهای شهری و حدود ۱۲۰۰۰۰۰۰ ریال و در مورد خانوارهای روستایی حدود ۶۰۰۰۰۰۰ ریال در سال ۱۳۹۲؛ کمترین مقادیر برای خانوارهای شهری حدود ۲۲۰۰۰۰۰ ریال و برای خانوارهای روستایی حدود ۱۵۳۰۰۰۰ ریال، هر دو در سال ۱۳۸۲ بوده است. در طول دوره هزینه‌های سلامت برای هر دو نوع خانوار روستایی و شهری همواره روند صعودی داشته است. همچنین متوسط هزینه‌های سلامت خانوارهای شهری همواره از خانوارهای روستایی بیشتر بوده است. در ابتدای دوره - سال ۱۳۸۲ - شکاف بین خانوارهای روستایی و شهری نسبت به انتهای دوره - سال ۱۳۹۲ - کمتر بوده و در طول دوره این شکاف رو به فزونی بوده است. از طرف در اکثر سال‌های مورد مطالعه سهم هزینه سلامت از هزینه‌های غیرخوراکی در خانوارهای روستایی از خانوارهای شهری بیشتر بوده است.

۲-۲-۵) تحلیل نتایج شاخص عدالت در مشارکت تأمین مالی سلامت: از جمله ضروریات تحلیل‌های حوزه رفاه و سلامت توجه هم‌زمان به هر دو بعد یعنی سطح و کمیت از یک طرف و توزیع و کیفیت یک متغیر از طرف دیگر می‌باشد. شاخص مشارکت عادلانه از جمله شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت توزیع یا برابری در مشارکت خانوارها در تأمین مالی خدمات سلامت است. بر اساس یافته‌ها، شاخص مذکور طی دوره مورد مطالعه دارای میانگین ۰,۸۷ و ۰,۷۷۵ به ترتیب برای خانوارهای شهری و روستایی بوده است. همچنین به‌طور کلی شاخص مذکور طی سال‌های مورد مطالعه و نیز به‌صورت میانگین دوره در خانوارهای روستایی نسبت به شهری کمتر بوده است. مقادیر محاسباتی نشان‌دهنده نوعی نابرابری نسبی در توزیع مشارکت در پرداخت و تأمین مالی سلامت در کشور طی دوره مورد مطالعه می‌باشد. این شاخص جزء شاخص‌هایی بوده که در برنامه چهارم توسعه مورد تأکید قرار گرفته ولی نتایج این پژوهش نشان‌دهنده عدم تغییر محسوس آن طی دوره مورد مطالعه می‌باشد. اساساً چنین به نظر می‌رسد که دولت‌ها طی دوره‌ی ۱۱ ساله اخیر اقدام اصلاحی خاص و فراگیری برای بهبود شاخص‌های عدالت در تأمین مالی نداشته‌اند. لذا با توجه به نبود برنامه مدون و مشخص و اجرا و پیاده‌سازی مؤثر، نمی‌توان انتظار تغییرات محسوس داشت. حتی در سال ۱۳۸۴ با اجرا و پیاده‌سازی برنامه بیمه روستائیان و عشایر و متعاقب آن پزشک خانواده به نظر شوک مؤثری در جهت بهبود و تغییر این شاخص ایجاد نشده است. باید در نظر داشت که عدالت در سلامت و تأمین مالی به‌عنوان زیرمجموعه آن هدفی میان‌مدت بوده و نیل آن مستلزم ایجاد تغییرات متوالی، به‌هم‌پیوسته و مداوم می‌باشد. از جمله اقدامات مذکور می‌تواند به کاهش تدریجی سهم مردم از هزینه‌های سلامت، ایجاد یک نظام مشارکت مالی در خدمات سلامت بر اساس توانایی پرداخت و بهره‌مندی متناسب با نیاز از خدمات است. متأسفانه الگوهای جاری تأمین مالی و بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور هیچ‌کدام از الزامات مذکور را محقق نساخته و برنامه‌های اصلاحی نیز به‌صورت کلی و بدون در نظر گرفتن زیرمجموعه‌های جمعیتی - از جمله توجه به سطح

هزینه‌ها و یا وضعیت سلامت و ...- به اجرا درآمده‌اند. از طرف دیگر مقادیر شاخص مشارکت عادلانه در مناطق شهری از مناطق روستایی تا حدودی بیشتر بوده که نشان‌دهنده عدالت و برابری بیشتر در مشارکت در پرداخت توسط خانوارهای شهری نسبت به روستایی طی دوره مورد مطالعه بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشی که در سال ۱۳۸۶ انجام شده، از این نظر مشابهت داشته ولی از نظر ارقام و اعداد محاسباتی دارای تفاوت اندک و ناچیز می‌باشد که ممکن است به دلیل تفاوت در نحوه برخورد پژوهشگر با داده‌های پرت، یا داده‌های بارزش مفقوده باشد (۲۴). در مطالعه‌ای دیگر، مقدار شاخص مشارکت عادلانه بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰ به تفکیک خانوارهای روستایی و شهری ایران برآورد شده است که در سال ۲۰۰۳ مقدار شاخص حدود ۰٫۸۳ در خانوارهای روستایی و ۰٫۸۴ در خانوارهای شهری و نیز در سال ۲۰۱۰، مقدار آن حدود ۰٫۸۲ و ۰٫۸۴ به ترتیب برای خانوارهای روستایی و شهری بوده است (۲۵)؛ اما در مطالعه دیگری که در تهران انجام شده است، مقدار شاخص در سال ۲۰۱۴ حدود ۰٫۶۸ در خانوارهای ساکن شهر تهران برآورد شده است (۲۶). در این مطالعه نتایج بامطالعه ملی انجام شده تفاوت‌های بسیار اندکی دارد که ممکن است ناشی از نحوه مدیریت داده‌های مورد تحلیل و نیز در نظر گرفتن پارامتر وزن هر خانوار در محاسبات باشد ولی از این جهت که مقدار شاخص در خانوارهای روستایی از خانوارهای شهری کوچک‌تر بوده است، مشابهت در نتیجه‌گیری وجود دارد. از طرف دیگر مطالعه‌ای که در تهران انجام شده دارای تفاوت در حجم نمونه‌ها و نیز تفاوت در روش‌شناسی محاسباتی بوده و لذا تفاوت در نتایج منطقی به نظر می‌رسد.

۳-۲-۵) نسبت سرشمار، شدت و نابرابری در هزینه‌ی کمرشکن سلامت:

الف) نسبت سرشمار و شدت مواجهه با هزینه کمرشکن: از جمله اهداف موردنظر در این مطالعه بررسی وضعیت مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌ی کمرشکن خدمات سلامت بوده است. بدین منظور از رویکردهای مختلفی نیز استفاده شده است. مقادیر متنوعی از نسبت سرشمار و نیز شدت مواجهه با هزینه مذکور طی دوره مورد مطالعه به دست آمده است. علت تنوع مقادیر، تفاوت در رویکردهاست که این تفاوت در رویکردها به دو عامل بستگی دارد یکی تفاوت در متغیر نمایانگر وضعیت اجتماعی- اقتصادی و دیگری تفاوت در حدود آستانه موردنظر برای کمرشکن شدن سطح هزینه‌های سلامت. استفاده از رویکردهای مختلف به دو دلیل در این پژوهش موردنظر بوده است؛ اول اینکه طبق نظر پژوهشگران سازمان جهانی سلامت و بانک جهانی، تورش‌ها و خطاهایی در پایگاه‌های اطلاعاتی مربوط به سلامت و رفاه و اجتماعی - مانند پیمایش‌های سنجش وضعیت اجتماعی- اقتصادی و نیز سلامت خانوارها- به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد. لذا همواره با مقدار قابل توجهی عدم قطعیت و نا اطمینانی در مقادیر تخمین زده شده برای میزان پرداخت از جیب، نسبت سرشمار و شدت هزینه‌های کمرشکن و فقرزای خدمات سلامت مواجهیم. یکی از روش‌های برطرف نمودن چنین مسئله‌ای استفاده از روش‌های گوناگون تخمین شاخص‌های مذکور و قضاوت در مورد انتخاب بهترین آن‌ها بر اساس مقتضیات اجتماعی- اقتصادی کشور است (۳ و ۷). دوم اینکه اتخاذ رویکردهای مختلف این امکان را می‌دهد که

مخاطبان بر اساس واقعیات موجود در کشور و نیز درکی که از شرایط دارند، خود به قضاوت در مورد بهترین گزینه‌ای که توصیف‌کننده شرایط است بپردازند.

طبق نتایج در هر کدام از رویکردهای موردنظر کمترین، بیشترین و میانگین مقادیر مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت به صورت زیر بوده است.

در رویکرد ۲۵٪ کل هزینه‌های مصرفی خانوار، میانگین مواجهه با هزینه کمرشکن در خانوارهای روستایی حدود ۴٫۵٪ و کمترین میزان مواجهه با هزینه کمرشکن حدود ۲٫۲۱ در سال ۱۳۹۲ و بیشترین میزان مواجهه حدود ۷٫۶٪ در سال ۱۳۸۹ بوده است.

میانگین مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای شهری حدود ۴٫۰۸٪ کمترین نسبت سرشمار حدود ۲٫۱٪ در سال ۹۱ و بیشترین نسبت سرشمار حدود ۵٫۸۲٪ در سال ۸۹ در خانوارهای شهری بوده است.

در رویکرد ۳۰٪ کل هزینه‌های مصرفی خانوار، میانگین مواجهه در خانوارهای روستایی حدود ۲٫۹۲٪، کمترین و بیشترین مقدار به ترتیب برابر با ۱٫۰۳٪ در سال ۱۳۹۲ و ۶٫۸۲٪ در سال ۸۸ و در خانوارهای شهری میانگین ۲٫۳۲٪، کمترین و بیشترین مقادیر نیز به ترتیب حدود ۱٫۰۷۵٪ در سال ۱۳۹۲ و ۳٫۵۴٪ در سال ۱۳۹۱ بوده است.

در رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی؛ میانگین نسبت سرشمار برای دوره مورد مطالعه در خانوارهای روستایی حدود ۷٫۷۱٪ با بیشترین مقدار ۱۰٫۸٪ در سال ۹۱ و کمترین مقدار ۴٫۶۵٪ در سال ۹۲ بوده است. در مورد خانوارهای شهری نیز، مقدار میانگین حدود ۷٫۵٪، کمترین مقدار حدود ۴٫۴۵٪ در سال ۹۲ و بیشترین مقدار حدود ۹٫۱۴٪ در سال ۸۶ بوده است.

در رویکرد ۳۰٪ هزینه غیرخوراکی، میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن در خانوارهای روستایی ۴٫۷۲٪ که کمترین و بیشترین مقدار حدود ۲٫۹۵٪ و ۷٫۰۱٪ به ترتیب در سال‌های ۹۲ و ۸۹ بوده است. از طرفی در همین رویکرد، در مورد خانوارهای شهری میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن حدود ۴٫۴۲٪ که کمترین و بیشترین مقدار حدود ۲٫۸٪ و ۵٫۹٪ به ترتیب در سال‌های ۹۲ و ۸۶ بوده است.

در رویکرد ۲۰٪ ظرفیت پرداخت میانگین مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای روستایی ۴٫۵۵٪ با کمترین مقدار حدود ۲٫۸۷٪ در سال‌های ۱۳۹۲ و ۸۹ و بیشترین مقدار ۶٫۵۸٪ در سال ۸۸ می‌باشد. همچنین در خانوارهای شهری میانگین نسبت سرشمار حدود ۴٫۲۱٪، کمترین میزان ۲٫۱٪ در سال ۸۹ و بیشترین مقدار ۵٫۶۳٪ در سال ۱۳۸۸ بوده است.

در رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت، در خانوارهای روستایی میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن حدود ۱٫۳۲٪ که کمترین مقدار حدود ۰٫۵٪ در سال ۱۳۹۲ و بیشترین مقدار حدود ۱٫۹۸٪ در سال ۸۸ بوده است. همچنین میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن حدود ۱٫۴٪ بوده که کمترین مقدار ۰٫۴۸٪ در سال ۹۲ و بیشترین مقدار حدود ۳٫۰۴٪ در سال ۸۳ بوده است.

در مطالعه‌ای در برزیل سطوح مختلف آستانه برای محاسبه نسبت سرشمار هزینه کمرشکن خدمات سلامت از سه منظر توانایی پرداخت، کل هزینه‌های مصرفی و هزینه‌های غیرخوراکی بکار گرفته شده‌اند. در مطالعه مذکور نیز همانند مطالعه حاضر کمترین نسبت سرشمار مربوط به رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت از طرف دیگر در مطالعه مذکور بیشترین نسبت سرشمار مربوط به رویکرد کل هزینه‌های مصرفی ولی در این پژوهش مربوط به رویکرد هزینه‌های غیرخوراکی می‌باشد (۲۷). همچنین در مطالعه دیگری که در کنیا انجام شده است، بیشترین میزان نسبت سرشمار مربوط به زمانی است که ۱۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی و کمترین میزان مربوط به زمانی است که معیار ۴۰٪ کل هزینه‌های مصرفی است (۲۸).

در دیگر مطالعات انجام شده با استفاده از داده‌های هزینه-درآمد خانوار، نتایج به دست آمده بر اساس رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت به عنوان مبنای محاسبه نسبت سرشمار هزینه کمرشکن با مطالعه حاضر تفاوت‌هایی دیده می‌شود. در مطالعه فضائی (۲۰۱۲) یافته‌های حاکی از آن است که میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در سال ۲۰۱۰ حدود ۲,۱٪ بوده است (۲۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر توسط نکویی مقدم و همکاران نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۸ میزان مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن سلامت حدود ۲,۸٪ بوده است (۲۲). عمده تفاوت‌های مذکور به سه دلیل زیر برمی‌گردد؛ اولاً در پژوهش‌های مذکور از پارامتر وزن مخصوص هر خانوار که نشان‌دهنده جایگاه و اهمیت هر خانوار در نمونه مورد مطالعه می‌باشد، استفاده نشده است و میانگین‌های محاسباتی میانگین موزون نبوده و ساده بوده است. دوم اینکه در مطالعات مذکور در پاره‌ای از موارد به دلیل عدم سازش بین نتیجه محاسبه میانگین موزون هزینه‌های خوراکی تعدیل شده برحسب بعد خانوار در صدک ۴۵ تا ۵۵ هزینه‌ای با واقعیات اقتصادی کشور، از همان میانگین ساده هزینه خوراک بدون تعدیل آن برحسب بعد خانوار-استفاده شده است. سوم، بخش دیگری از تفاوت‌ها احتمالاً به نحوه برخورد با متغیرهای بارزش مقفوده و حذف احتمالی و یا عدم حذف آنان توسط پژوهشگر برمی‌گردد.

در مورد شدت مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت نیز، نتایج به تفکیک میانگین، کمترین و بیشترین مقدار برای خانوارهای روستایی و شهری به قرار زیر است:

بر اساس رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های مصرفی خانوار، در خانوارهای روستایی میانگین شدت مواجهه حدود ۱۵,۴۷٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱۴,۸۵٪ بوده است. بر اساس رویکرد ۳۰٪ هزینه‌های مصرفی خانوار، در خانوارهای روستایی حدود ۱۵,۴۲٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱۵,۱۱٪ بوده است.

در رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی؛ میانگین شدت مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت در خانوارهای روستایی حدود ۱۹٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱۴,۵۶٪ می‌باشد. در رویکرد ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی نیز میانگین شدت مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت در خانوارهای روستایی حدود ۱۴,۷۸٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱۶,۷٪ بوده است.

در نهایت بر اساس رویکرد ۲۰٪ ظرفیت پرداخت، میانگین شدت مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت، در خانوارهای روستایی حدود ۱۵٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱۴,۴۵٪ بوده است. در اینجا ذکر چند نکته

ضروری است، اول اینکه به‌طور کلی میانگین شدت در خانوارهای روستایی از خانوارهای شهری بیشتر است و دوم اینکه مانند نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن در اینجا نیز الگوی خاص صعودی و یا نزولی مشاهده نمی‌شود. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که همانند نسبت سرشمار هزینه‌ی کمرشکن، در مورد شدت مواجهه با هزینه کمرشکن نیز رویکردهای ۲۰٪ هزینه‌های مصرفی، ۳۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی و ۲۰٪ ظرفیت پرداخت دارای نتایج سازگارتر با شرایط حاکم بر نظام اقتصادی و سلامت کشوری طی دهه گذشته داشته است.

بر اساس واقعیات اقتصادی کشور به‌ویژه در پنج سال اخیر به نظر می‌رسد، به نظر می‌رسد که اتخاذ رویکرد ۲۵٪ هزینه کلی، یا ۳۰٪ هزینه غیر خوراک و یا ۲۰٪ هزینه ظرفیت پرداخت رویکردهای منطقی‌تری برای قضاوت در خصوص نسبت سرشمار مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت باشد. البته علاوه بر ملاک مذکور میزان تفاوت و نوسان نسبت مذکور نیز دارای اهمیت است که به نظر در سه رویکرد فوق، این امر بهتر دیده می‌شود.

تحت چنین رویکردهای می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگر سازگاری بیشتری داشته و نتایج به یکدیگر نزدیک‌تر می‌شوند. البته باید توجه نمود که مقادیر نسبت سرشمار روند افزایشی و یا کاهش‌ی خاصی را نشان نداده و از طرف دیگر در طول دوره در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بوده است. عدم کاهش و روند نوسانی نشان‌دهنده عدم اعمال سیاست مؤثر و کارآمد توسط دستگاه‌ها و نهادهای ذی‌ربط و از طرف دیگر نوسانات کلان اقتصادی به‌ویژه در پنج سال اخیر بوده است.

طی پانزده سال اخیر مقدار پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های خصوصی سلامت و نیز کل هزینه‌های سلامت افزایش داشته و بیش از ۸۰٪ از هزینه‌های خصوصی سلامت و بیش از ۵۰٪ کل هزینه‌های سلامت از طریق سازوکار پرداخت از جیب تأمین شده است. البته افزایش مذکور به‌ویژه طی پنج سال اخیر به دو علت بوده است: اول بی‌ثباتی‌های اقتصادی در سطح کشور که خود ناشی از محدودیت‌های تعاملات اقتصادی با دیگر کشورها و نیز سوء مدیریت اقتصاد کلان کشور بوده است، دوم افزایش قابل‌ملاحظه هزینه ارائه خدمات در بخش سلامت به‌ویژه قیمت دارو، تجهیزات و وسایل پزشکی که عمدتاً در بازار غیردولتی و نیز غیررسمی و با هزینه‌های قابل‌توجه توسط مردم تهیه شده‌اند. از طرف دیگر بیمه‌های پایه و تکمیلی موجود، با در نظر گرفتن سازوکارهای انقباضی تا حد ممکن تعهدات خود را در قبال تسهیم هزینه‌ها و نیز به‌روزرسانی گستره خدمات و کالاهای سلامت تحت پوشش محدود نموده‌اند. برآیند چنین شرایطی افزایش میزان پرداخت از جیب توسط خانوارها را در پی داشته و متعاقباً محدودیت‌های شدید مالی گریبان‌گیر خانوارها شده است.

سیاست‌گذاری و نظارت در دو بخش ارائه خدمات و تأمین مالی سلامت با ایرادات جدی مواجه بوده است. طی دو دهه گذشته شاهد افزایش روزافزون فارغ‌التحصیلان گروه‌های پزشکی - به‌ویژه پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان - بوده‌ایم؛ و از طرف دیگر عدم راهبری مطلوب خدمات سرپایی و بستری موجب افزایش قابل‌ملاحظه ارائه‌دهندگان خدمات خصوصاً در بخش سرپایی خصوصی بوده‌ایم که عمدتاً

تحت نظارت اثربخش به‌ویژه از نظر تعرفه نبوده و در این زمینه شاهد پایش غیرفعال می‌باشیم. در نتیجه در حال حاضر بیش از ۸۵٪ منشأ پرداخت از جیب توسط خانوارهای ایرانی در بخش سرپایی بوده که از این بین سهم بخش خصوصی حدود ۷۵٪ بوده است (۳۰ و ۳۱). در این بین بیمه‌های پایه سلامت مبنای تعهدات خود را برای خرید خدمت در هر دو بخش خصوصی و دولتی، تعرفه‌های دولتی قرار داده و در بخش سرپایی خصوصی ۷۰٪ تعرفه دولتی و در بخش ستري خصوصی ۹۰٪ تعرفه دولتی را پرداخت می‌نماید. این در شرایطی است که تعرفه‌های بخش خصوصی در خدمات سرپایی حدود ۲،۳ و در خدمات بستری حدود ۴،۳ برابر تعرفه‌های بخش دولتی است. البته در کنار سهم و نقش اندک بیمه‌های پایه در حمایت از بیمه‌شدگان خود، سهم سلامت از بودجه عمومی دولتی نیز طی پنج سال اخیر با نوساناتی همراه بوده و به‌عنوان مثال در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ کاهش ۵ درصدی داشته است و کل سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی کشور حدود ۶٪ بوده است (۳۲ و ۳۳).

مطابق با گزارش نتایج هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۲ حدود ۲۸٪ از ویزیت‌های خانوارهای ایرانی مورد مطالعه، توسط پزشکان عمومی بخش خصوصی و ۶٪ آن توسط بخش دولتی، همچنین حدود ۴۵٪ از ویزیت‌های پزشکان متخصص در بخش خصوصی و ۲٪ در بخش دولتی انجام شده است. بر اساس همین گزارش حدود ۸۰٪ خدمات دندانپزشکی و حدود ۱۴٪ از خدمات تشخیصی-شامل آزمایشگاه و تصویربرداری‌های پزشکی- توسط بخش خصوصی در خانوارهای مورد مطالعه ارائه شده است (۳۴). در نمونه مورد مطالعه مذکور، حدود ۱۲٪ از اعمال جراحی در بخش دولتی و حدود ۳٪ در بخش خصوصی انجام شده است که میانگین پرداخت از جیب خانوارهای ایرانی در بخش دولتی حدود ۴۱۰۰۰۰ ریال (۱۳ دلار آمریکا) و در بخش خصوصی حدود ۲۵۰۰۰۰ ریال (۸ دلار آمریکا) بوده است. شواهد مذکور به‌خوبی نشان‌دهنده‌ی علل بالا بودن سهم پرداخت از جیب خانوارهای ایرانی در تأمین هزینه‌های سلامت بوده است.

البته در سطح کلان نیز چالش‌های قابل ملاحظه‌ای در تأمین و حمایت مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت وجود دارد. چهار بیمه‌گر پایه سازوکارهای اطلاعاتی کارآمد جهت مقاصد شناسایی دقیق وضعیت سلامت و اجتماعی-اقتصادی بیمه‌شده‌های خود را نداشته و در حال حاضر بخشی از منابع مالی آن‌ها به علت عدم کارایی مدیریتی هدر می‌روند. پراکندگی ساختاری و نیز سیاستی این بیمه‌ها نیز مانع از ایجاد یک سازوکار واحد و بزرگ انباشت منابع شده و در نتیجه امکان انتقال یارانه‌ای بین بیمه‌شدگان به نحو مطلوب وجود ندارد (۳۵-۳۷). از طرف دیگر سازوکارهای تأمین مالی بیمه‌گرهای مذکور متفاوت بوده و از نظر پایداری با چالش جدی مواجه‌اند. به‌عنوان مثال صندوق تأمین اجتماعی وابسته به مشارکت‌های مالی ناشی از حق بیمه‌ی افراد تحت پوشش می‌باشد که مبتنی بر ۳۰٪ سطح درآمد بیمه‌شده می‌باشد. از ۳۰٪ مذکور، ۲۱٪ توسط کارفرما، ۶٪ توسط بیمه‌شده و ۳٪ توسط دولت باید پرداخت شود که سهم بخش دولتی همواره با تاخیرات قابل ملاحظه پرداخت می‌شود و دولت از بدهکاران بزرگ تأمین اجتماعی است (۳۸ و ۳۹).

بیمه خدمات درمانی خود مشتمل بر ۵ صندوق بوده که نحوه تأمین مالی متفاوت داشته و برای بیمه روستایی و عشایری، دانش‌آموزی و طلاب حق بیمه رایگان از محل سرانه پرداختی توسط دولت تأمین می‌شود، ولی در بخش بیمه‌شدگان کارکنان دولتی حق بیمه‌ای از حقوق و دستمزد آنان کسر می‌شود. کمیته امداد امام خمینی نیز از محل بودجه عمومی دولت تأمین مالی شده و خانوارهای فقیر و بی‌سرپرست به‌ویژه در مناطق روستایی را پوشش می‌دهد که این امر خود ممکن است موجب همپوشانی بیمه‌شدگان با بیمه خدمات درمانی شود. این همپوشانی در خصوص بیمه نیروهای مسلح نیز وجود دارد که نیروهای مسلح و خانوارهای آنان را از حق بیمه‌های ناچیز که از حقوق آنان کسر می‌شود را پوشش می‌دهد.

گذشته از این‌ها دولت و بیمه‌های پایه در حال حاضر سازوکارهای شناسایی برای حمایت مالی از خانوارهای بی‌بضاعت و حاشیه‌نشین را نداشته و در هدف‌گذاری این گروه از جمعیت جهت کاهش پرداخت از جیب و میزان هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت با ناکامی مواجه است. البته لازم به ذکر است که بسیاری از خانوارهای فقیر و بی‌بضاعت به دلیل عدم تمکن دسترسی بهره‌مندی از خدمات سلامت ندارند.

ضعف در نظام بیمه‌ای کشور موجب شده توان نظارتی در کنترل مخاطرات اخلاقی به‌ویژه مخاطرات اخلاقی پزشکان نداشته باشند و در غیاب گایدلاین‌های ارائه خدمات، خرید راهبردی و سازوکارهای پرداخت مؤثر امکان تحمیل هزینه‌های غیرضروری و فزاینده به بیمه‌گران و بیمه‌شده‌ها میسر است.

ب) میزان نابرابری در توزیع نسبت سرشمار و شدت هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت: به‌طور کلی مقادیر محاسبه‌شده برای سنجش نابرابری در نسبت سرشمار و شدت مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت طی دوره مورد مطالعه در هر دو گروه خانوارهای روستایی و شهری اندک بوده است. به عبارتی نتایج نشان‌دهنده‌ی میزان پایین نابرابری در توزیع این هزینه‌ها بین سطوح مختلف هزینه‌ای می‌باشد. این امر به‌ویژه در خصوص خانوارهای شهری چشمگیرتر می‌باشد و مقادیر محاسبه‌شده برای شاخص هزینه‌های کمرشکن پایین و نزدیک به صفر است که نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط بسیار ضعیف بین سطوح درآمدی و اقتصادی با وضعیت مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت می‌باشد. البته در مورد خانوارهای روستایی تقریباً در تمامی طول دوره به‌جز استثنائاتی، مقادیر محاسبه‌شده نابرابری از خانوارهای شهری بیشتر بوده و در سال پایانی منفی شده است. در نتیجه در خصوص خانوارهای شهری می‌توان گفت که بار اصلی هزینه کمرشکن به میزان بسیار ناچیز بر دوش پنجه‌های بالاتر درآمدی بوده است.

البته ذکر این نکته ضروری است که مقادیر شاخص تمرکز محاسبه‌شده بیشتر به عدد صفر نزدیک است و شاید تفسیر آن به این صورت است که ارتباطی بین جایگاه درآمدی خانوارها و احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن وجود نداشته است. این مسئله خود یکی از ضعف‌های نظام فعلی تأمین مالی خدمات سلامت در ایران بوده که به مفهوم عدم مشارکت خانوارهای شهری برحسب توانایی و ظرفیت پرداخت آنان در تأمین مالی هزینه‌های سلامت است. البته در خصوص خانوارهای روستایی مقادیر شاخص تمرکز منفی و تقریباً قابل ملاحظه بوده و نشان‌دهنده بار مالی تأمین هزینه‌های سلامت بر خانوارهای با درآمد پایین و

فقیر می‌باشد. در این بین مقادیر rank-weighted نسبت‌های سرشمار و شدت هزینه‌های کمرشکن اندک و نشان‌دهنده مستعد بودن اغنیا برای مشارکت بیشتر در تأمین مالی خدمات سلامت می‌باشد. این نتایج با مطالعه wagstaff و همکاران برای کشور ویتنام همخوانی دارد (۴۰). در مقابل نتایج مطالعه‌ای که در کنیا انجام شده است، نشان‌دهنده منفی بودن مقادیر شاخص مذکور بوده و نشان‌دهنده تمایل کمتر اغنیا در مشارکت بیشتر در تأمین مالی خدمات سلامت است (۲۸).

ت) نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای سلامت: بر اساس رویکردهای موجود، مقادیر متنوعی برای نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای سلامت محاسبه شده است. بر اساس رویکرد ۲۰٪ هزینه‌های مصرفی میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای حدود ۱٫۶۳٪ در خانوارهای روستایی و حدود ۱٫۴۳٪ در خانوارهای شهری بوده است. همچنین بر اساس ۳۰٪ هزینه مصرفی خانوار، میانگین نسبت مذکور در خانوارهای روستایی حدود ۱٫۰۸٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱٫۰۴٪ بوده است.

در رویکرد ۲۰٪ هزینه غیرخوراکی، میانگین نسبت مواجهه با هزینه فقرزای سلامت در خانوارهای روستایی حدود ۲٫۸٪ و در خانوارهای شهری ۲٫۷٪ است. اگر در این رویکرد ۳۰٪ هزینه غیرخوراکی را ملاک قرار دهیم، آنگاه میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای سلامت حدود ۱٫۷۷٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱٫۷۶٪ بوده است.

بر اساس رویکرد ۲۰٪ ظرفیت پرداخت، میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای خانوارهای روستایی حدود ۱٫۵۳٪ و در خانوارهای شهری حدود ۱٫۱۴٪ بوده است. اگر رویکرد ۴۰٪ ظرفیت پرداخت را به عنوان معیار در نظر بگیریم، آنگاه میانگین نسبت سرشمار مواجهه با هزینه فقرزای سلامت طی دوره مورد مطالعه در خانوارهای روستایی حدود ۰٫۷۸٪ و در خانوارهای شهری حدود ۰٫۷۳٪ در طول دوره مورد مطالعه بوده است.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ انجام شده است، نسبت سرشمار هزینه فقرزای سلامت برابر با ۲٫۱٪ (۳۰)، در مطالعه راغفر و همکاران حدود ۲٪، (۳۱). همچنین واعظ مهدوی و همکاران نسبت سرشمار فقرا را حدود ۴٫۷٪ برای خانوارهای تهرانی در سال ۱۳۹۰ محاسبه نموده‌اند (۳۲).

ت) توزیع جغرافیایی نسبت سرشمار هزینه کمرشکن در کشور: در مناطق روستایی خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و البرز کمترین و در استان‌های گیلان، قم و مرکزی بیشترین بوده است. همچنین مقدار نسبت سرشمار کمرشکن در مناطق شهری خراسان جنوبی، البرز و اردبیل کمترین و در مناطق شهری قم، سمنان و گیلان بیشترین مقدار بوده است. نتایج مطالعه‌ای که با استفاده از داده‌های سال ۲۰۰۸ هزینه-درآمد خانوار انجام شده است، نشان‌دهنده کمترین مقادیر نسبت سرشمار کمرشکن در مناطق روستایی خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد و سیستان و بلوچستان و در مناطق شهری اردبیل، سمنان و بوشهر کمترین مقادیر را داشته‌اند (۲۲). این شواهد با انتظارات پژوهشگران چندان سازگار نبوده و در نگاه اول میزان بروز هزینه کمرشکن خدمات سلامت می‌بایست در استان‌های کمتر توسعه‌یافته مانند خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان بیشتر می‌بود. شاید یکی از دلایل این امر

احتمالاً دسترسی و بهره‌مندی کمتر مناطق شهری و مخصوصاً روستایی استان‌های مذکور به خدمات سلامت می‌باشد.

ج) تحلیل نتایج رگرسیون‌های تخمینی: شناسایی عوامل تعیین‌کننده احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت از دیگر اهداف مطالعه‌ی حاضر بوده است. بدین منظور رگرسیون لاجستیک برای سال ۱۳۹۲ به‌عنوان سال پایانی مطالعه تصریح شده است.

در سال ۱۳۹۲ متغیرهای زیرمجموعه متغیر وضعیت تأهل؛ مجرد بودن سرپرست خانوار، سکونت در روستا، داشتن پوشش بیمه خصوصی و نیز تمامی زیرمجموعه‌های متغیر سطح هزینه‌های مصرفی خانوار با احتمال مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه کمرشکن سلامت ارتباط آماری معنادار داشته است.

روستائینی و نیز سطح هزینه‌های مصرفی خانوارها از عوامل تعیین‌کننده احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت بوده است. از طرف دیگر وجود پوشش‌های بیمه‌ای به‌طور موردی بر احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت تأثیر داشته‌اند. در این امر دو نکته مطرح است، اول اینکه بیمه روستائیان و عشایر هم‌زمان با شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از سال ۱۳۸۲ شروع و در سال ۱۳۸۴ به‌صورت فراگیر پیاده‌سازی شد. در واقع قرار بر این بوده است که نظام ارجاع و پزشک خانواده و بیمه روستایی مکمل یکدیگر باشند، ولی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به‌گونه‌ای مطلوب پیاده‌سازی نشد و از این برنامه تنها چاپ، انتشار و توزیع دفترچه‌های بیمه‌ی روستایی بین ذی‌نفعان به‌خوبی پیاده شد. این امر از یک طرف این امید و انگیزه را در ذی‌نفعان آن که عمدتاً تا پیش از آن پوشش بیمه‌ای نداشتند به وجود آورد، که می‌توانند با تکیه بر این بیمه تقاضاهای بالقوه خود را بالفعل نموده و بخش عمده‌ای هزینه‌های درمانی خود را از طریق آن جبران نمایند. از طرفی سقف تعهدات بیمه مذکور چندان تفاوتی با تعهدات دیگر صندوق‌های تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایرانیان نداشته و عملاً از نظر جبران هزینه‌های خدمات سلامت، حدود و ثغور و سقف تعهدات نامکفی و نامطلوب دارد. لذا علیرغم آشکار شدن تقاضاهای پنهانی به دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای و مالی سازمان و نیز عدم تعهد سیاسی و اقتصادی دولت در تحقق اهداف حوزه‌ی سلامت، مشاهده می‌شود که پوشش بیمه‌ای مذکور در سال ۱۳۹۲ موجب کاهش احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن نشده است. از طرف دیگر در خصوص بیمه‌های پایه نیز شاهد اثرگذاری معنادار پوشش بیمه پایه بر احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت نمی‌باشیم.

پوشش بیمه خصوصی از دیگر انواع پوشش‌های بیمه‌ای در کشور است که در سال ۱۳۹۲ به‌صورت معنادار از عوامل تعیین‌کننده مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت بوده است. با توجه به بی‌نظمی حاکم بر نظام سلامت کشور، به‌ویژه بین سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۲ و نیز افزایش روزافزون هزینه‌های درمانی به‌ویژه در بخش دارو، تجهیزات، خدمات دندانپزشکی و خدمات تشخیصی و سرپایی و عدم نظارت مؤثر نهادهای ذی‌ربط وقوع چنین امری در این سال طبیعی است. بسیاری از مردم به دلیل محدودیت‌های اساسی بیمه‌های پایه به‌ویژه در مورد دارو، تجهیزات، ویزیت و خدمات تشخیصی و دندانپزشکی - در بخش خصوصی - مجبور به تهیه بیمه‌های خصوصی درمان گردیده‌اند. بیمه‌های مذکور بیش از اینکه به

پوشش خدماتی که تحت پوشش بیمه پایه نیستند بپردازند، اقدام به پرداخت مابه‌التفاوت هزینه‌های درمانی و تشخیصی با تعرفه‌های مصوب نمودند و در قبال آن حقیقه‌های نامتعارفی نیز دریافت نموده‌اند. چنین رویکردی موجب ایجاد یک بازار تضمین‌شده برای بخش خصوصی شد و در شرایطی که عدم نظارت مطلوب نیز وجود دارد موجب افزایش هزینه‌های تحمیل‌شده به مردم شده است.

در مطالعات انجام‌شده طی سال‌های گذشته مشخص شده است که بیمه‌های سلامت در کشور، یا تأثیر معناداری بر حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌ی کمرشکن نداشته است و یا اینکه تأثیر مذکور بسیار اندک و ناچیز بوده است (۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲ و ۲۳). چنین امری نشان‌دهنده‌ی چند نقیضه اصلی در سیاست‌گذاری نظام تأمین مالی کشور است. اولاً بیمه‌های سلامت در حال حاضر سهم اندکی از گردش مالی نظام سلامت کشور دارند و طبق آخرین گزارش حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۸۷، سهم آن‌ها ۱۸٪ از کل این گردش مالی بوده است (۴۱). از طرف دیگر سازوکارهای نظارتی بیمه‌ها نیز به خاطر همین نقش آفرینی اندک مخدوش شده است. در حال حاضر نظام تأمین مالی کشور از الگوی خاصی پیروی نمی‌کند و باید تکلیف آن مشخص شود. یکی از انواع روش‌های تأمین مالی باید به‌عنوان پایه و اساس در نظر گرفته شود و مابقی روش‌های تأمین مالی به فراخور و اقتضای شرایط باید مورد استفاده قرار گیرند. در حال حاضر هنوز مشخص نیست نظام تأمین مالی در کشور ما به سمت مالیات است یا بیمه اجتماعی است؟ از این گذشته سازمان‌های بیمه‌گر در کشور ما هنوز صندوق هستند و بیشتر نقش پرداخت‌کننده صورتحساب‌های درمانی و خدمات سلامت را بر عهده‌دارند. عدم وجود سازوکارهای مطلوب پرداخت، عدم وجود راهنماهای بالینی، عدم دسترسی به یک نظام اطلاعاتی منسجم و کارآمد، عدم توان اجرای خرید راهبردی و تکه‌تکه بودن صندوق‌های مذکور، عملاً شرایطی را فراهم آورده که در نظام تأمین مالی سلامت با چالش‌های اساسی مواجه شده‌ایم و نمی‌توان به هدف حمایت مالی به‌صورت شایسته دست‌یافت (۴۲ و ۴۳).

روستانشینی از دیگر متغیرهای اثرگذار برافزایش احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت است. احتمالاً وجود هزینه‌های غیرمستقیم و جانبی تحمیلی بیشتر به روستاییان و نیز پوشش بیمه‌ای ناکارآمد روستاییان و شاید هم ارجاع دیر هنگام آنان برای دریافت فرآیندهای تشخیصی و درمانی - زمانی مراجعه می‌کنند که بیماری حاد شده و مستلزم صرف هزینه‌های تشخیصی و درمانی قابل ملاحظه می‌باشد - از عوامل مؤثر برافزایش احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت می‌باشند. در مطالعات دیگر نیز روستانشینی به‌عنوان یک متغیر افزایش‌دهنده احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸، ۱۹، ۲۱ و ۴۳).

سطح اقتصادی خانوارها که در اینجا با استفاده از پنجک‌های هزینه‌ای مشخص شده است از جمله متغیرهای دیگری است که ارتباط معنادار آماری با احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت داشته است. نکته جالب توجه در این مطالعه عدم اثر حمایتی ارتقای سطح اقتصادی خانوارها در برابر هزینه‌ی کمرشکن سلامت است. بدین مفهوم که برخلاف انتظار با افزایش سطح هزینه‌ای خانوارها، احتمال مواجهه آن‌ها با هزینه‌ی کمرشکن سلامت افزایش یافته است. در مطالعات دیگر نتایج به‌دست‌آمده در

برخی مشابه با این مطالعه و در برخی دیگر مخالف با این مطالعه می‌باشد. کاووسی و همکاران، در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیده‌اند که وضعیت اقتصادی خانوارها با احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن رابطه معکوس دارد. آن‌ها اعتقاد دارند که بسیاری از خانوارهای فقیر برای دریافت خدمات سلامت مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه بهره‌مندی از خدمات سلامت نداشته و هزینه‌ای نیز برای آن‌ها ثبت نخواهد شد (۱۸). از طرف دیگر نکوئی مقدم و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که ارتقا سطح اقتصادی خانوارها اثر حمایتی بر احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت داشته است. آن‌ها بیان داشته‌اند که سطح اقتصادی بالاتر به مفهوم ظرفیت پرداخت بالاتر بوده و در نتیجه احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن کمتر می‌شود (۱۷).

فضائلی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که با افزایش چندک درآمدی احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن افزایش یافته است و علت آن را مراجعه‌ی بیشتر اقشار پردرآمد به بخش خصوصی و گران‌تر بودن خدمات در این بخش می‌داند (۱۵).

در مطالعات خارجی نیز نوعی تناقض در یافته‌ها در این خصوص وجود داشته و برخی به این نتیجه رسیده‌اند که وضعیت اقتصادی اثر حمایتی و برخی دیگر معتقدند که اثر غیر حمایتی بر احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن داشته‌اند (۴۴-۴۸)

منابع

۱. Social Determinants of Health, ۲nd Edition. (۲۰۱۰). Eds, Marmot M, Wilkinson R. Oxford: Oxford University Press, ۲۰۰۶, p. ۳۷۶.
۲. World Health Organization (۲۰۱۰). The world health report; health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, Switzerland.p:۳۶.
۳. Xu K (۲۰۰۵). Distribution of health payments and catastrophic expenditures. World Health Organization.Geneva, Switzerland. p:۱.
۴. Health Systems ۲۰/۲۰ (۲۰۱۲). The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version ۱,۷۵. www.healthsystemassessment.org.
۵. World Health Organization (۲۰۰۵). Technical brief for policy makers; achieving universal health coverage developing the health financing system. World Health Organization Department of Health System Financing. Geneva. Switzerland.
۶. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR (۲۰۱۴). Universal health coverage for inclusive and sustainable development. A synthesis of ۱۱ country case studies. International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank. Washington, DC.
۷. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M (۲۰۰۸). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington DC: The World Bank Institute. Pp: ۲۰۳-۲۱۲.
۸. Xu K, Even DB, Kawabata K, Zeramdindini R, Klaus J, Murray CJL (۲۰۰۳). Household catastrophic health expenditure: a multicounty analysis, The Lancet, ۳۶۲. Pp: ۱۱۱-۷.
۹. Li W, Wu Q, Liu C, Kang Z, Xie X, Yin H, et al (۲۰۱۴). Catastrophic health expenditure and rural household impoverishment in China: what role does the new cooperative health insurance scheme play? PLoS One; ۹(۴).
۱۰. Nguyen HT, Rajkotia Y, Wang H. (۲۰۱۱). The financial protection effect of Ghana National Health Insurance Scheme: evidence from a study in two rural districts. Int J Equity Health; ۱۹: ۴. doi: ۱۰,۱۱۸۶/۱۴۷۵-۹۲۷۶-۱۰-۴.
۱۱. van Minh H, Phuong NTK, Saksena P, James CD, X Ke. (۲۰۱۲). "Financial burden of household out-of-pocket health expenditure in Viet Nam: findings from the National Living Standard Survey ۲۰۰۲-۲۰۱۰." Social Science & Medicine.

۱۲. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Analis MO (۲۰۱۱). Catastrophic health expenditures in twelve Latin American and Caribbean countries. *salud pública de méxico* ;۵۳:۸۵- ۹۵.
۱۳. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N (۲۰۱۰). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey, *Health Policy* ۹۴. Pp: ۲۶-۳۳.
۱۴. Galarraga O, Sosa-Rubi SG, Salinas A, Sesma S (۲۰۰۸). The impact of universal health insurance on catastrophic and Out-Of-Pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable, *Health Econometrics and Data Group Working Paper* ۰۸/۱۲, The University of York.
۱۵. Alizadeh Henjeni, H., A.A., Fazaeli, Equity in healthcare financing in Iran, *Social Welfare Journal*, ۵ (۱۹): ۲۷۹-۳۰۰. [In Persian].
۱۶. Mehara M, Fazaeli AA, Fazaeli A (۲۰۱۰). Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (۱۳۸۲-۱۳۸۶), *Journal of Health Administration summer*; ۱۳(۴۰):۵۱-۶۲. [In Persian].
۱۷. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. (۲۰۱۲). Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. *Iran J Public Health.*; ۴۱(۹):۶۲-۷۰.
۱۸. Kavousi Z, Rashidian A, Pourreza AB, Majzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR., Kazem M, Arab M (۲۰۱۲). Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran, *Health Policy Plan*, doi: ۱۰.۱۰۹۳/heapol/czs۰۰۱.
۱۹. Karami M, Najafi F, Karami MB (۲۰۰۹). Catastrophic health expenditures in Kermanshah, West of Iran: magnitude and distribution, *J Res Health Sci*, Vol. ۹, No. ۲. pp.۳۶-۴۰.
۲۰. Khammarnia M, Keshtkaran A, Kavosi Z, Hayati R. (۲۰۱۴). The household health spending and impoverishment: findings from the households survey in Shiraz, Iran. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. ۲۰۱۴ Aug;۴۰(۲):۵۸-۶۲.
۲۱. Rezapour A, Ghaderi H, EbadiFard Azar F Larijani B, Gohari MR. (۲۰۱۲). Effects of health Out-of-pocket payment on households in Iran;

catastrophic and impoverishment: population based study in Tehran. Life Sci J 2013;10(3):1457-1469.

۲۲. Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. (۲۰۱۳). Households Exposure to Catastrophic Health Expenditures and the Affecting Factors in Kerman Province, Iran. ۳; ۱ (۲): ۱۰۱-۹۰ [Persian].
۲۳. Greene, W., (۲۰۰۳), Econometric analysis. New Jersey: Prentice Hall International Inc.
۲۴. Fazaeli, A. (۲۰۰۶). Measuring equity in health financing Index of Iran: ۲۰۰۳-۲۰۰۶. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Coordination and applied research; Tehran, I.R. of Iran.
۲۵. Fazaeli A, Seyedin H, Vosough Moghaddam A, Delavari A, Salimzadeh H, Varmazyar H, et al. (۲۰۱۵). Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend Analysis of National Household Income and Expenditure, ۲۰۰۳-۲۰۱۰. Global Journal of Health Science; Vol. ۷, No. ۵.
۲۶. Rezapour A, Ebadifard Azar F, Azami Aghdas S, Tanoomand A, Hosseini Shokouh SM, Yousefzadeh N, et al. (۲۰۱۵). Measuring equity in household's health care payments (Tehran- Iran ۲۰۱۳): technical points for health policy decision makers. Med J Islam Repub Iran, Vol. ۲۹:۲۴۶.
۲۷. Boing AC, Bertoldi AD, Barros AJ, Posenato LG, Peres KG. (۲۰۱۴). Socioeconomic inequality in catastrophic health expenditure in Brazil. Rev Saude Publica ; ۴۸(۴):۶۳۲-۴۱.
۲۸. Chuma J, Maina T. (۲۰۱۲). Catastrophic health care spending and impoverishment in Kenya. BMC Health Serv Res; ۱۲:۴۱۳-۲۲
۲۹. Fazaeli AA, Ghaderi H, Abbas Fazaeli A, Lotfi F, Salehi M, Mehrara M. (۲۰۱۵). Main determinants of catastrophic health expenditures: a Bayesian logit approach on Iranian household survey data (۲۰۱۰). Glob J Health Sci.; ۷(۴):۳۳۵-۴۰.
۳۰. Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B, Kazemnejad A, Fazaeli S. (۲۰۱۵). The Financial Contribution Of Households Using by Health Services. Journal of Payavard Salamat; Volume ۸, Number ۶.
۳۱. Raghfar H, Atrkar-Roshan S, Atefi, M. (۲۰۱۳). Measurement of the Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in Different

- Regions OF IRAN, ۱۹۸۴-۲۰۱۰. HAKIM FALL ۲۰۱۳ , Volume ۱۶ , Number ۳; Page(s) ۱۸۲ To ۱۹۱.
۳۲. Vaez Mahdavi MR, Asadi-Lari M, Faghihzadeh S, Haeri H, Golmakani M. eds. Urban Health Equity Assessment and accountability: to explain the experience of Tehran. Second National Conference and the First International Conference on experiences and good practices of primary health care; ۲۰۱۳; Tehran, Iran: North Khorasan University of Medical Sciences Journals System.
۳۳. Ghiasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. (۲۰۱۴). Hospitalization and catastrophic medical payment: evidence from hospitals located in Tehran. Arch Iran Med ۱۷:۵۰۷-۱۳.
۳۴. Iranian Statistics Iran . Iranian rural expenditure- income annual report. Tehran, IR Iran: Iranian Statistics Center Publications; ۲۰۱۲.
۳۵. Pouragha B, Khabiri R, Pourreza A, Zarei E. (۲۰۱۳). Behavior of under the Iranian social security organization-insured persons on utilization of laboratory and imaging services. J Mazandaran Univ Med Sci ; ۲۳(۱۰۶):۳۸-۴۷.
۳۶. Davari M, Haycox A, Walley T. (۲۰۱۲). Health care financing in Iran; is privatization a good Solution? Iran J Public Health. ۴۱(۷):۱۴-۲۳.
۳۷. Ibrahimipour H, Maleki MR, Brown R, Gohari MR, Karimi I, Dehnavieh R. A (۲۰۱۱). qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. Health Policy Plan.; ۲۶(۶):۴۸۵-۹۵.
۳۸. NHA (National Health Accounts) Study Group. ۲۰۱۲. "National Health Accounts of Thailand ۲۰۰۹-۲۰۱۰." Nonthaburi. <http://ihppthaigov.net/NHA>.
۳۹. Nadan D. (۲۰۱۰). National Rural Health Mission: Turning into Reality. Indian J Community Med ; ۳۵(۴): ۴۵۳-۴۵۴.
۴۰. Wibulpolprasert, S. (۲۰۱۱). Thailand Health Profile ۲۰۰۸-۲۰۱۰. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
۴۱. NHA (National Health Accounts) Study Group. ۲۰۱۲. "National Health Accounts of Thailand ۲۰۰۹-۲۰۱۰." Nonthaburi. <http://ihppthaigov.net/NHA>.

۴۲. Davari M, Haycox A, Walley T. (۲۰۱۲). Health care financing in Iran; is privatization a good Solution? *Iran J Public Health*. ۴۱(۷): ۱۴-۲۳.
۴۳. Ibrahimipour H, Maleki MR, Brown R, Gohari MR, Karimi I, Dehnavieh R. A (۲۰۱۱). qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health Policy Plan.*; ۲۶(۶): ۴۸۵-۹۵.
۴۴. World Bank (۲۰۱۱). On the definition of subjective poverty lines, see "Measuring Poverty Using Qualitative Perceptions of Welfare." World Bank Policy Research Working Paper, Washington, DC, USA.
۴۵. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya P, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al (۲۰۰۷). Catastrophic payment for health in Asia. *Health Econ*. ۱۶: ۱۱۵۹-۱۱۸۴.
۴۶. Ghosh S (۲۰۱۱). Catastrophic payments and impoverishment due to Out-of-Pocket health spending. *ECON POLIT WEEKLY* , xlvii (۴۷): ۶۳-۷۰.
۴۷. Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N (۲۰۱۳). Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme. *Health Policy and Planning*, ۱-۱۶.
۴۸. Ghosh S (۲۰۱۰). Catastrophic payments and impoverishment due to Out-of-Pocket health spending: The effects of recent health sector reforms in India, Asia Health Policy Program working paper, working paper series on health and demographic change in the Asia-Pacific, Stanford University.

پیوست‌ها

عوامل تعیین‌کننده‌ی احتمال مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن سلامت در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۷، و منحنی لورنز توزیع نسبت سرشمار هزینه‌ی کمرشکن

جدول (۱): عوامل تعیین‌کننده مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای ایرانی (۱۳۸۲)

$P>|Z|$	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
۰,۷۸۵	-۰,۱۶	۰,۰۰۸	-۰,۰۰۱۲[-۰,۰۱۶, ۰,۱۳۱]	۰,۲	۰,۹۶۷[۰,۶۳۷, ۱,۴۷]	سرپرست خانوار(مرد)
۰,۹۷۲	-۰,۰۳	۰,۰۰۷۹	-۰,۰۰۰۳[-۰,۰۱۵۷, ۰,۱۵۲۴]	۰,۲	۰,۹۴[۰,۶۲, ۱,۴۲]	وضعیت تأهل: ^۱ همسرفوت کرده متارکه مجرد
۰,۹۸	-۰,۰۲	۰,۰۱۸	-۰,۰۰۰۳۳[-۰,۰۳, ۰,۰۳۴]	۰,۴۷	۰,۹۹[۰,۳۹, ۲,۵]	
۰,۸۵	۰,۱۹	۰,۰۱	۰,۰۰۲[-۰,۰۱۷, ۰,۰۲۱]	۰,۲۷	۱,۰۵[۰,۶۴, ۱,۷۳]	
۰,۶	۰,۵۳	۰,۰۰۳۳	۰,۰۰۱۸[-۰,۰۰۵, ۰,۰۰۸۳]	۰,۹۴	۱,۰۵[۰,۸۸, ۱,۲۵]	
۰,۰۲۱	۴,۶	۰,۰۰۴	۰,۰۰۲۳[۰,۰۰۱, ۰,۰۰۹]	۰,۱۲	۱,۰۶۲[۰,۹۱, ۱,۶۲]	سکونت در روستا
۰,۵۷	۰,۵۷	۰,۰۰۳۳	۰,۰۲[-۰,۰۰۵, ۰,۰۰۸]	۰,۰۹	۱,۰۵[۰,۸۸۸, ۱,۲۴]	عضو بالای ۶۵ سال
۰,۳۲۴	۰,۹۹	۰,۰۰۳	۰,۰۰۳[-۰,۰۰۳, ۰,۰۰۸۱]	۰,۰۷۸	۱,۰۷۵[۰,۹۳۲, ۱,۲۴]	عضو زیر پنج سال
۰,۳	۱,۰۳	۰,۰۰۰۱	۰,۰۰۰۱[۰,۰, ۰,۰۰۰۳]	۰,۰۰۳	۱,۰۰۲[۰,۹۹۷, ۱,۰۰۸]	سن سرپرست
۰,۴۹۳	-۰,۷	۰,۰۰۶	-۰,۰۰۰۴[-۰,۰۰۱۷, ۰,۰۰۸۱]	۰,۰۱۷	۰,۹۸۸[۰,۹۵۵, ۱,۰۲]	بعد خانوار
۰,۱۵	۱,۱۵	۰,۰۰۴۵	۰,۰۰۹۲[۰,۰۰۳, ۰,۰۱۸]	۰,۱۳۳	۱,۲۶[۱,۰۲۴, ۱,۵۵]	وضعیت تملک مسکن: ^۲ مستأجر در برابر خدمت سایر
۰,۰۲۹	۲,۱۹	۰,۰۰۵۴	-۰,۰۰۹[-۰,۰۴, ۰,۰۱۸]	۰,۱۶	۰,۹۴[۰,۷۵, ۱,۵۷]	
۰,۳	-۱,۰۹	۰,۰۰۷۳	-۰,۰۰۸[-۰,۰۲۲, ۰,۰۰۶۴]	۰,۲	۰,۷۸[۰,۴۸, ۱,۲۸]	
۰,۹۲	۰,۱	۰,۰۰۳	۰,۰۰۰۳[-۰,۰۰۰۶, ۰,۰۰۷]	۰,۰۹۴	۱,۰۰۹[۰,۸۴, ۱,۲۱]	پوشش بیمه پایه
۰,۷	۰,۳۸	۰,۰۰۶	۰,۰۰۲[-۰,۰۰۹, ۰,۰۱۳]	۰,۱۶	۱,۰۶[۰,۸, ۱,۴۱]	پوشش بیمه

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
						خصوصی
۰,۰۱۷	۲,۳۹	۰,۰۰۴	۰,۰۰۹[۰,۰۱۶, ۰,۰۱۶]	۰,۱۲	۱,۲۶[۱,۰۵, ۱,۵۲]	پوشش بیمه روستایی
۰,۰۰۱	۳,۴۶	۰,۰۰۳۵	۰,۰۱۲[۰,۰۰۵۴, ۰,۰۱۹]	۰,۱۹	۱,۵۴[۱,۲, ۱,۹۶]	سطح هزینه‌های مصرفی ^۳ :
۰۰۰	۵	۰,۰۰۴	۰,۰۱۹[۰,۰۱۱, ۰,۰۲۶]	۰,۲۲	۱,۸۲[۱,۴۴, ۲,۳۱]	پنجک دوم
۰۰۰	۵,۵۲	۰,۰۰۴	۰,۰۲۱[۰,۰۱۴, ۰,۰۲۸]	۰,۲۳	۱,۹۴[۱,۵۳, ۲,۴۵]	پنجک سوم
۰۰۰	۶,۹۶	۰,۰۰۴	۰,۰۲۸[۰,۰۲, ۰,۰۳۶]	۰,۲۶	۲,۲۴[۱,۷۷, ۲,۸۲]	پنجک چهارم پنجک پنجم
LR chi square(۲): ۷۹,۹۷ Prob>Chi2: ۰,۰۰۰ Pseudo R2: ۰,۰۱ Log Likelihood: -۳۸۵۲						تعداد مشاهدات: ۲۳۱۳۴ آماره‌ها

توضیحات جدول: ۱- متأهل به عنوان گروه پایه در نظر گرفته شده است. ۲- مالک به عنوان گروه پایه در نظر گرفته شده است. ۳- پنجک اول به عنوان گروه پایه در نظر گرفته شده است

مطابق با جدول (۱)، از بین متغیرهای توضیحی لحاظ شده در مدل رگرسیون لاجستیک، سطح هزینه‌های مصرفی خانوار در هر چهار پنجک مورد تحلیل، وجود پوشش بیمه روستایی، سکونت در منزل سازمانی (در برابر خدمت) از سه سطح مورد تحلیل وضعیت تملک مسکن و روستانشینی ارتباط معنادار آماری با احتمال مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه کمرشکن در سال ۱۳۸۲ - به عنوان سال ابتدایی مطالعه - داشته‌اند.

همچنین نتایج تحلیل رگرسیونی برای سال ۱۳۸۷ - به عنوان سال میانی دوره مورد مطالعه - در قالب جدول (۲) در صفحه بعد ارائه شده است.

جدول شماره (۲): عوامل تعیین کننده مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت در خانوارهای ایرانی (۱۳۸۷)

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
۰,۴	-۰,۸۴	۰,۰۰۴	-۰,۰۰۳۲[-۰,۰۱, ۰,۰۰۴]	۰,۰۸	۰,۹۳۳[۰,۷۹۳, ۱,۱]	سرپرست خانوار(مرد)
۰,۱۶	۱,۴۱	۰,۰۰۴۲	۰,۰۰۶[-۰,۰۰۲۳, ۰,۰۱۴۱]	۰,۰۹۲	۱,۲۷[۰,۹۶, ۱,۳۲]	وضعیت تأهل ^۱ : همسرفوت کرده
۰,۶۲	۰,۵	۰,۰۱۹		۰,۴۱		متارکه
۰,۶۱	-۰,۵۲	۰,۰۱۱	۰,۰۰۹[-۰,۰۳, ۰,۰۴۵]	۰,۲۳	۱,۸۸[۰,۶۳, ۱,۸۸]	مجرد

P>|Z|	آماره Z	خطای استاندارد (اثر نهایی)	اثر نهایی (فاصله اطمینان ۹۵٪)	خطای استاندارد (نسبت شانس)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	
			-۰,۰۰۶[-۰,۰۲۷, ۰,۰۱۵]		۲,۳۴ ۰,۸۷۵[۰,۵۳, ۱,۴۵]	
۰,۰۳ ۵	۲,۱۱	۰,۰۰۳	۰,۰۰۷[۰,۰۰۴۶, ۰,۰۱۳]	۰,۰۷۲	۱,۴۷[۱,۰۱۴, ۱,۳]	وضعیت سواد(بی‌سواد)
۰,۰۲ ۷	۳,۸۵	۰,۰۰۶	۰,۰۰۱۲[۰,۰, ۰,۰۰۴۱]	۰,۰۶۴	۱,۰۸[۰,۷۶۲- ۱,۳۱]	سکونت در روستا
۰,۰	۵,۸۵	۰,۰۰۴	۰,۰۲۳[۰,۰۱۴, ۰,۰۳۱]	۰,۱۱۴	۱,۵۴[۱,۳۳, ۱,۷۸]	عضو بالای ۶۵ سال
۰,۳	-۱,۰۱	۰,۰۰۴	-۰,۰۰۲۸[-۰,۰۰۸, ۰,۰۰۲۶]	۰,۰۰۶	۰,۹۴[۰,۸۶, ۱,۰۶]	عضو زیر پنج سال
۰,۸۷	۰,۱۷	۰,۰	۰,۰	۰,۰۰۲	۱[۰,۹۹۶, ۱,۰۰۵]	سن سرپرست
۰,۰	۴,۱۷	۰,۰۰۰۶	-۰,۰۰۲۶[-۰,۰۰۳۸, - ۰,۰۰۱۴]	۰,۰۱۲۷	۰,۹۵[۰,۹۲, ۰,۹۷]	بعد خانوار
۰,۰۴ ۰,۳۳ ۰,۰۰ ۱	۲,۰۶ -۰,۹۷ ۳,۴	۰,۰۰۴ ۰,۰۰۷ ۰,۰۰۴۵	۰,۰۰۷[۰,۰, ۰,۰۱۵] -۰,۰۰۷۳[-۰,۰۲۲, ۰,۰۰۷۵] ۰,۰۱۵[۰,۰۰۶, ۰,۰۲۴]	۰,۰۸۸ ۰,۱۶ ۰,۱	۱,۶۶[۱, ۱,۰۳۵] ۰,۸۴[۰,۵۷, ۱,۳۳] ۱,۳۴[۱,۱۵, ۱,۶]	وضعیت تملک مسکن ^۲ : مستأجر در برابر خدمت سایر
۰,۱۱	-۱,۵۹	۰,۰۰۳	-۰,۰۰۴[-۰,۰۰۹۷, ۰,۰]	۰,۰۵۳	۰,۹۱[۰,۸۱, ۱]	پوشش بیمه پایه
۰,۹۲ ۲	-۰,۱	۰,۰۰۶۱	-۰,۰۰۰۶[-۰,۰۱۲۶, ۰,۰۱۱]	۰,۱۳	۰,۹۸۷[۰,۷۶۳, ۱,۳]	پوشش بیمه خصوصی
۰,۰۱ ۷	۲,۳۸	۰,۰۰۳	۰,۰۰۷[۰,۰۰۱۱, ۰,۰۱۲]	۰,۰۶۷	۱,۱۵[۱,۰۲, ۱,۳]	پوشش بیمه روستایی
۰,۰۴ ۸ ۰,۰ ۰,۰ ۰,۰	۱,۹۸ ۴,۹۹ ۷,۵۱ ۱۱,۸۶	۰,۰۰۳ ۰,۰۰۳۱ ۰,۰۰۳ ۰,۰۰۴	۰,۰۰۵۷[۰,۰۰, ۰,۰۱۱۳] ۰,۰۱۶[۰,۰۰۹۵, ۰,۰۲۲] ۰,۰۲۵[۰,۰۱۹, ۰,۰۳۲] ۰,۰۴۴[۰,۰۳۷, ۰,۰۵]	۰,۰۱ ۰,۱۲ ۰,۱۴ ۰,۱۸۴	۱,۱۸[۱, ۱,۳۸] ۱,۴۹[۱,۲۷, ۱,۷۵] ۱,۸[۱,۵۴, ۲,۱] ۲,۴۲[۲,۰۹, ۲,۸۲]	سطح هزینه‌های مصرفی ^۳ : پنجک دوّم پنجک سوم پنجک چهارم پنجک پنجم
Log ۰,۰۲Pseudo R۲: : Prob>Chi۲۰۰ LR chi square(۲۰): ۳۰۱۰۸ تعداد مشاهدات: ۳۰۱۰۸ Likelihood: -۷۸۹۱,۳						آماره‌ها

مطابق با جدول (۲) در سال ۱۳۸۷- به‌عنوان سال میانی مطالعه حاضر- زیرگروه‌های مربوط به متغیر وضعیت تأهل سرپرست خانوار، بی‌سواد بودن سرپرست خانوار، روستانشینی، وجود عضو بالای ۶۵ سال در خانوار، مستأجر بودن و سکونت در خانه‌سازمانی- در برابر خدمت- از زیرمجموعه وضعیت تملک مسکن، بعد خانوار، پوشش بیمه سلامت روستایی و نیز تمامی زیرمجموعه‌های سطح هزینه‌های مصرفی خانوار با احتمال مواجهه با هزینه کمرشکن خدمات سلامت ارتباط معنادار آماری داشته است.