

The Relationship Between Health Insurance Coverage and Catastrophic Health Expenditure Among Iranian Households

Farooqh Na'emani¹, Jafar Yahyavi Dizaj^{1*}

¹. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Jafar Yahyavi Dizaj, MSc Student in Health Economics, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: jyahyavi@razi.tums.ac.ir

Received: December 13, 2019

Revised: January 31, 2020

Accepted: February 22, 2020

Online Published: March 11, 2020

Abstract

Introduction: Financial and economic constraints are among the most important barriers to accessing health care services. Therefore, protecting the recipients of health services against the cost of health by using the insurance mechanism is one of the main strategies for achieving universal health coverage in societies; accordingly, the present study was designed and implemented to explain the status of health insurance coverage and its effect on catastrophic health expenditure among Iranian households.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2015-2018 using the Household Expenditure Survey data by Statistics Center of Iran. After data extraction and data cleaning, data on 37962 households were included in the study. Catastrophic health expenditure index was calculated based on WHO definition. Data were extracted by MSAccess2013 and MSEXcel2013 and analyzed using Logit regression technique with STATA v.14.1.

Result: The results of this study showed that insurance coverage in rural areas (77.66%) was more than urban areas (71%). In rural areas, urban and countrywide, respectively, health insurance, social security and health insurance covered the most of the population. There was no positive effect of insurance coverage on probability of households facing catastrophic health expenditures. Factors such as increasing number of elderly in households, being rented, being rural, income, unemployed were identified as contributing factors to the increased probability of facing catastrophic health expenditures.

Conclusion: According to the results of the present study, it seems that health insurance has not been able to prevent Iranian households with catastrophic health expenditures. While other socioeconomic factors may also be contributing to catastrophic health expenditures, what seems to be clear is that Iranian households with health insurance have not been exposed to the risk of being exposed to catastrophic health expenditures. Therefore, along with insurance policy reforms, other socioeconomic factors affecting the health of the household should also be considered.

Keywords: Iranian Households, CHE, OOP, Health Insurance Coverage

Citation:

Na'emani F, Yahyavi Dizaj J. The relationship between health insurance coverage and catastrophic health expenditure among Iranian households. *Iran J Health Insur.* 2020;2(4):216-227.

رابطه پوشش بیمه درمانی و مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن

فاروق نعمانی^۱، جعفر یحییوی دیزج^{۱*}

^۱ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: جعفر یحییوی دیزج، کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
پست الکترونیک: jyahyavi@razi.tums.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۰۳

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۱۱/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۲۲

مقدمه: محدودیت‌های مالی و اقتصادی یکی از مهم‌ترین موانع دسترسی به خدمات مراقبت‌های سلامت به شمار می‌رود و بنابراین، حفاظت مالی از گیرندگان خدمات در برابر هزینه‌های سلامت، با استفاده از مکانیسم بیمه، یکی از راهکارهای اصلی دستیابی به پوشش همگانی سلامت، در جوامع شناخته می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر نیز با هدف تبیین وضعیت پوشش بیمه درمانی و تأثیر آن بر هزینه‌های کمرشکن بین خانوارهای ایرانی طراحی و اجرا شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر به صورت مقطعی در دوره مطالعاتی ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ و با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه-درآمد خانوار مرکز آمار ایران انجام شد. پس از استخراج و پالایش داده‌های خام، به منظور دستیابی به هدف مطالعه، داده‌های مربوط به ۱۱۴ هزار و ۳۷۵ خانوار وارد مطالعه شدند. سنجش شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت در مطالعه حاضر براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت انجام شد. استخراج داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای کاربردی MSAccess2013 و Msexcel2013 و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار STATA v.14.1 براساس تکنیک رگرسیون لاجیت انجام شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پوشش بیمه‌ای در مناطق روستایی (۷۷/۶۶ درصد) بیشتر از مناطق شهری (۷۱ درصد) بود. در مناطق روستایی، شهری و کل کشور به ترتیب بیمه سلامت، تأمین اجتماعی و خدمات درمانی بیشترین جامعه را تحت پوشش قرار می‌دادند. تأثیر مثبت پوشش بیمه‌ای بر پیشگیری از احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مشاهده نشد. عواملی مانند افزایش تعداد سالمندان در خانوارها، نداشتن منزل شخصی، ساکن مناطق روستا بودن، درآمد پایین خانوار، تعداد شاغل کمتر در خانوار به‌عنوان عوامل موثر بر افزایش احتمال ابتلا به هزینه‌های کمرشکن سلامت شناسایی شدند.

نتیجه گیری: طبق نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد بیمه‌های درمانی پایه نتوانسته‌اند از ابتلای خانوارهای ایرانی به هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری کنند. با وجود اینکه عوامل اجتماعی و اقتصادی دیگری نیز در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن ممکن است دخیل باشند، اما آنچه به‌طور واضح به نظر می‌رسد، این است که خانوارهای ایرانی دارای بیمه درمانی از خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در امان نبوده‌اند. بنابراین در کنار اصلاحات سیاست‌های بیمه‌ای لازم است به سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی موثر بر اقتصاد سلامت خانوار نیز توجه شود.

واژگان کلیدی: خانوار ایرانی، هزینه کمرشکن، پرداخت مستقیم از جیب، پوشش بیمه درمانی

مقدمه

دسترسی به خدمات سلامت برای تمامی افراد فراهم باشد [۲]. در این راستا دولت ایران نیز در دهه‌های گذشته برنامه‌های مختلفی مانند پوشش بیمه همگانی روستایی، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها و بازبینی تعرفه خدمات را اجرایی کرده [۲] که هر یک از آنها، به نوبه خود نگرانی‌هایی را برای دسترسی به خدمات سلامت و حفاظت مالی از

سلامت همواره یکی از نیازهای اساسی و پایه‌ای انسان‌ها بوده و پذیرش آن به‌عنوان حق افراد، باعث می‌شود دولت‌ها، ملزم و متعهد به حفظ و ارتقای سطح سلامت آنها شوند [۱] و در این راستا اقدامات، برنامه‌ها و سیاست‌هایی برای پوشش همگانی سلامت به‌کار گیرند تا

خود نشان دادند که در کل کشور، مناطق شهری و مناطق روستایی به ترتیب ۳/۴۶ درصد، ۳/۰۲ درصد و ۴/۶۵ درصد خانوارها به هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار شده‌اند [۱۸] و استان‌های گلستان و سیستان و بلوچستان به ترتیب بالاترین (۶/۶ درصد) و پایین‌ترین (۰/۵ درصد) درصد مواجهه‌یافتگی با هزینه‌های کمرشکن سلامت را داشته‌اند (۱۸). مطالعات دیگری مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت را برای استان‌های تهران (۲۰۰۹) ۱۲/۶ درصد، سمنجان (۲۰۱۶) ۴/۸ درصد، استان مرکزی (۲۰۱۴) ۱۱/۲ درصد گزارش کرده‌اند [۱۹-۲۱]. براساس شواهد بیان شده میزان ابتلای خانوارها به هزینه‌های کمرشکن سلامت در کشور بالا بوده و این موضوع تابع عوامل مختلفی است. پوشش بیمه درمانی یکی از مهم‌ترین و اصلی‌ترین مکانیسم‌های تأمین مالی نظام‌های سلامت برای حفاظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های سلامت محسوب می‌شود [۲۲]. بیمه‌های درمانی با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌کنند [۲۳]. در ایران سازمان‌های موازی زیادی وجود دارد که تمام یا بخشی از فعالیت آنها را بیمه درمانی تشکیل می‌دهد [۲۴]. سازمان‌های بیمه‌ای نظیر سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی^(۶) و همچنین صندوق‌های وابسته به آنها از جمله صندوق کارکنان دولت، صندوق سایر اقشار، صندوق روستاییان و عشایر، صندوق بیمه درمان ایرانیان و صندوق بیمه سلامت همگانی، عمده‌ترین فعالیت‌های بیمه‌ای کشور را انجام می‌دهند.

مطالعات متعدد بیانگر تأثیر پوشش بیمه‌ای به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر کاهش پرداخت از جیب بیماران و محافظت خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت است [۲۴-۲۷]. محدود مطالعاتی نیز برخلاف ادبیات موجود نشان داده‌اند که بیمه درمانی ممکن است تأثیری بر خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت برای خانوارها نداشته باشد [۲۸-۳۲]. مطالعات مذکور به نوعی و برخی مطالعات دیگر، ناکارایی بیمه در محافظت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن را گزارش داده‌اند [۳۳، ۳۴]. آنچه با بررسی متون علمی به‌نظر می‌رسد، وجود شکاف اطلاعاتی و شواهد اندک درباره تأثیر پوشش بیمه درمانی بر مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن سلامت است و بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین وضعیت پوشش بیمه‌های درمانی و تأثیر آن بر هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای ایرانی، طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نظر ماهیت، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی گذشته‌نگر و به لحاظ هدف از نوع کاربردی است که به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. در این مطالعه از داده‌های پیمایشی سالانه هزینه-درآمد خانوارها که در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ توسط

خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت با خود به همراه داشته‌اند [۳]. برای مثال در طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، بیمارستان باید منابع مورد نیاز خود را تأمین کند و چنین ادعا می‌شود که اجرای این طرح، مدیریت و تخصیص منابع عمومی را بهبود بخشیده و موجب ارتقای پاسخگویی شده است [۴، ۵]؛ این در حالی است که برخی مطالعات اجرای طرح مذکور را عامل افزایش پرداخت مستقیم از جیب (OOP) و کاهش دسترسی به خدمات سلامت دانسته‌اند [۶]. همچنین رشد تعرفه‌های پزشکی توسط دولت، به‌ویژه در بخش خصوصی، موجب رشد پرداخت مستقیم از جیب شده است [۷].

تأمین هزینه‌های سلامت به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود و ایران نیز از این قاعده مستثنا نیست. در نظام سلامت ایران که الگوی تأمین مالی چندگانه‌ای دارد، مخارج سلامت به‌طور مشترک توسط دولت، سازمان‌های بیمه‌ای و پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌شود [۸، ۹] که سهم زیادی از این مخارج به‌صورت پرداخت مستقیم از جیب است [۸، ۱۰، ۱۱]. براساس آخرین اطلاعات موجود (تا سال ۲۰۱۶) میزان پرداخت مستقیم از جیب در جهان به‌طور متوسط ۱۸/۶ درصد کل هزینه‌های سلامت بوده است، در حالی که این میزان در ایران ۳۸/۸ و نشان‌دهنده بالا بودن آن از میزان متوسط جهانی است. پرداخت مستقیم از جیب، مانعی جدی برای دسترسی عادلانه خانوارها به خدمات مراقبت سلامت محسوب به شمار می‌رود [۱۱] و بر همین اساس حفاظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت نقش بسیار مهمی دارد [۱۲]. وجود موانع مالی همواره در نظام سلامت به‌عنوان نقص در کارکرد تأمین مالی نظام سلامت شناخته می‌شود [۱۳] و به یکی از مهم‌ترین اهداف و دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت بسیاری از کشورها تبدیل شده است [۱۴].

شاخص مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (CHE) یکی از رایج‌ترین سنجه‌ها برای تجزیه و تحلیل و ارزیابی وضعیت حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت است [۱۵]. روش‌های مختلفی برای برآورد نسبت خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت وجود دارد که یکی از این روش‌ها مواجهه‌یافتگی براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) است. براساس این تعریف، هرگاه هزینه‌های سلامت پرداخت از جیب خانوار برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد مخارج غیرخوراکی خانوار باشد، گفته می‌شود که خانوار به هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار شده است [۱۶]. البته گاهی هزینه‌های نسبتاً ناچیز برای سلامت می‌تواند برای خانواده‌های فقیر نیز تهدیدکننده باشد. به گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۱۵، مخارج سلامت ۱۷۹ میلیون خانوار بیش از ۲۵ درصد کل مخارج شان بوده و تخمین زده شده است ۹۷ میلیون نفر به دلیل مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در فقر شدید فرو رفته‌اند [۱۷].

مطالعات متعددی به ارزیابی وضعیت حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت اقدام کرده‌اند. یزدی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت انجام شد که بر اساس آن ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت را به‌عنوان حد آستانه مواجهه خانوار به هزینه‌های کمرشکن معرفی می‌کند [۳۹-۳۷].

$$Cata_h = \begin{cases} 1 & \text{If } ooppct_h > 0.4 \\ 0 & \text{If } ooppct_h < 0.4 \end{cases}$$

به منظور بررسی عوامل موثر بر مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت براساس بررسی متون علاوه بر پوشش بیمه‌ای، متغیرهای دیگری شامل توسعه یافتگی استان محل سکونت، تعداد اعضای خانواده، تعداد افراد شاغل خانوار، وضعیت تملک خانه، افراد سالمند در خانوار، سطح آموزش خانوار و داشتن بیماران خاص در خانوار استخراج و در مدل مورد تحلیل قرار گرفتند.

متغیر توسعه یافتگی بهداشت درمانی در این مطالعه با استفاده از مطالعه رضایور و همکاران (۲۰۱۴) که استان‌ها را براساس میزان دسترسی به منابع بهداشت و درمان و با در نظرگیری شاخص‌های مهم بهداشتی و درمانی اقدام به رتبه‌بندی استان‌ها کرده است [۴۰]، مورد استفاده قرار گرفته است. به منظور تحلیل و بررسی اثر متغیرهای اقتصادی و اجتماعی بر احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن از مدل آماری و اقتصادسنجی لاجیت (Logit) استفاده شد. در این مطالعه متغیر وابسته، «یک» برای حالتی که خانوار مواجهه با هزینه‌های کمرشکن می‌شود و «صفر» برای حالت مواجهه نشدن خانوار با هزینه‌های کمرشکن است، در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر استخراج داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای کاربردی MSAccess2013 و MSeExcel2013 و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار STATA v.14.1 انجام شد.

یافته‌ها

آمار توصیفی مطالعه نشان می‌دهد که ۷۷/۶۶ درصد جمعیت روستاها و ۷۱ درصد جمعیت ساکن شهرها و در کل کشور ۷۴/۳۳ درصد جمعیت دارای بیمه درمانی بودند. بیشترین جمعیت ساکن در مناطق روستایی به ترتیب تحت پوشش بیمه‌های سلامت، تأمین اجتماعی و خدمات درمانی بوده‌اند و بیشترین جمعیت ساکن مناطق شهری به ترتیب تحت پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و بیمه سلامت بوده‌اند.

مرکز آمار ایران تهیه شده، استفاده شده است. جامعه آماری مطالعه، کل خانوارهای ایرانی است و نمونه مورد بررسی این مطالعه در مناطق روستایی ۵۷۹۹۳ خانوار و در مناطق شهری ۵۶۳۸۲ خانوار و در مجموع ۱۱۴۳۷۵ خانوار برای کل کشور بوده است (جدول ۱). نمونه‌گیری مرکز آمار به صورت خوشه‌ای تصادفی ۳ مرحله‌ای صورت می‌گیرد [۳۵]. براساس این روش در مرحله اول طبقه‌بندی حوزه‌های سرشماری و انتخاب حوزه‌ها انجام می‌شود، مرحله دوم بلوک‌های شهری و آبادی‌های روستایی از حوزه‌های مشخص شده و در مرحله سوم نیز خانوارهای نمونه انتخاب می‌شوند [۳۶].

ابزار مورد استفاده در پیمایش مرکز آمار ایران، پرسشنامه «هزینه درآمد خانوار شهری و روستایی» است که از طریق مصاحبه با سرپرست خانوار تکمیل می‌شود. این پرسشنامه حاوی بسیاری از اطلاعات پیرامون ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی اعضای خانوار است که اطلاعات محل سکونت، دارایی زندگی، مخارج خوراک، غیرخوراک و درآمد خانوار را جمع‌آوری می‌کند.

پس از تهیه داده‌ها به صورت خام (داده اولیه جمع‌آوری شده) در قالب MSAccess از مرکز آمار، متغیرها که هر کدام شامل یک یا چند سوال در پرسشنامه هستند، استخراج و به اکسل منتقل شد. سپس داده‌ها پالایش و خانوارهایی که دارای اطلاعات غیر نرمال بودند حذف شدند. در مرحله بعد همه اطلاعات به صورت مرتب و اطلاعات مربوط هر خانوار در یک سطر قرار گرفت و در نهایت داده‌ها برای برآورد مدل رگرسیونی به نرم‌افزار STATA منتقل شد.

پوشش بیمه‌ای در مطالعه حاضر براساس تقسیم‌بندی مرکز آمار به ۵ گروه شامل بیمه‌های خدمات درمانی (بخشی از کارکنان دولت، نیروهای مسلح و...)، بیمه تأمین اجتماعی، بیمه سازمان‌های عمومی (بهزیستی، کمیته امام خمینی^(۵) و...)، بیمه سلامت (بیمه روستاییان، عشایر و بیمه سلامت) و سایر بیمه‌ها (بیمه‌های دی، سامان، البرز، دانا، آسیا و...) تقسیم می‌شود. همچنین معیار تعیین پوشش بیمه‌ای و نوع آن براساس اظهار سرپرست خانوار مبنی بر پرداخت هزینه برای حق بیمه بوده است. بنابراین ممکن است خانواری تحت پوشش بیمه بوده باشد، اما به دلیل پرداخت نکردن حق بیمه قابل شناسایی نبوده است. سنجش شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت در مطالعه حاضر

جدول ۱ | نمونه مورد استفاده برای هر سال برای مناطق شهری و روستایی

سال	روستایی	شهری	مجموع
۱۳۹۴	۱۹۳۸۲	۱۸۸۷۲	۳۸۲۵۴
۱۳۹۵	۱۹۳۴۰	۱۸۸۰۹	۳۸۱۴۹
۱۳۹۶	۱۹۲۶۱	۱۸۷۰۱	۳۷۹۶۲
مجموع	۵۷۹۹۳	۵۶۳۸۲	۱۱۴۳۷۵

شدند. همچنین این درصد برای مناطق نیمه توسعه یافته و توسعه یافته به ترتیب ۳/۲۷ درصد و ۳/۲۳ درصد بود. میزان مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن براساس متغیرهای مورد مطالعه شامل بعد خانوار، تعداد افراد شاغل در خانوار، وضعیت تملک خانه، محل سکونت، افراد سالمند در خانوار، وضعیت سطح آموزش خانوار و داشتن بیماران خاص در جدول ۴ بیان شده است.

نتایج برآورد رگرسیونی مدل اول نشان می‌دهد، نسبت شانس متغیر بیمه نسبت به خانوار بدون بیمه ۱/۱۲ است؛ یعنی خانوارهای دارای بیمه نسبت به خانوارهایی که بدون بیمه بوده‌اند از خطر مواجهه هزینه‌های کمرشکن سلامت در امان نبوده‌اند. به عبارتی بیمه داشتن خانوار عامل بازدارنده خانوار در ابتلا به هزینه‌های کمرشکن نبوده است. (جدول ۵). برای بررسی دقیق تأثیر پوشش بیمه‌ای بر مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت در مدل دوم به تفکیک نوع بیمه شانس مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج نشان داد خانوارهای دارای بیمه سلامت (نسبت شانس ۱/۱۶) و سایر بیمه‌ها (نسبت شانس ۱/۴۹) نسبت به خانوارهای دارای بیمه‌های خدمات درمانی (نسبت شانس ۰/۶۶) و بیمه تأمین اجتماعی

کمترین پوشش بیمه در مناطق روستای و شهری را به ترتیب بیمه‌های سازمان‌های عمومی و سایر بیمه‌ها دارا بودند (جدول ۲).

آمار توصیفی متغیرهای اجتماعی - اقتصادی مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیشتر خانوارهای مورد مطالعه، ساکن استان‌های توسعه یافته هستند و اکثریت خانوارها ۳ تا ۴ نفر عضو دارند. همچنین حدود ۲۵ درصد، ۵۵ درصد و ۲۰ درصد خانوارها بترتیب بدون بدون شاغل، دارای یک شاغل و دارای ۲ و بیش از ۲ شاغل بودند. بررسی‌ها از نظر وضعیت سکونت خانوار نشان می‌دهد ۲۱ درصد خانوار بدون منزل شخصی (اجاره، رهن و...) و ۷۹ درصد خانوار دارای منزل شخصی هستند. ۷۶ درصد خانوارها بدون فرد سالمند در خانوار بودند و ۱۷ درصد و ۷ درصد خانوار به ترتیب دارای یک فرد سالمند و ۲ بیش از ۲ فرد سالمند بوده‌اند. از نظر سواد، ۷۸ درصد خانوارها ۲ و بیش از ۲ فرد باسواد داشتند و حدود یک درصد خانوارها دارای یک فرد مبتلا به بیماری‌های خاص (تالاسمی، دیالیز و نظایر آن) بودند (جدول ۳).

نتایج مربوط به وضعیت مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن نشان می‌دهد از ۱۰۰ درصد افرادی که در مناطق محروم زندگی می‌کردند، ۲/۳۸ درصد آنها به هزینه‌های کمرشکن مبتلا

جدول ۲ | وضعیت و نوع پوشش بیمه‌ای خانوارهای ایرانی در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶

شهر	روستا	نوع پوشش بیمه	شهر	روستا	وضعیت پوشش بیمه ای	سال
			%۳۱	%۲۷	خانوارهای بدون بیمه	
%۲۱	%۵	خدمات درمانی	%۶۹	%۷۳	خانوارهای دارای بیمه	۱۳۹۴
%۳۸	%۱۷	تأمین اجتماعی				
%۹	%۳	سایر بیمه‌ها				
%۲	%۱	بیمه عمومی				
%۳۰	%۷۴	بیمه سلامت				
			%۲۸	%۲۶	خانوارهای بدون بیمه	
%۱۷	%۵	خدمات درمانی	%۷۲	%۷۴	خانوارهای دارای بیمه	۱۳۹۵
%۴۴	%۲۲	تأمین اجتماعی				
%۷	%۳	سایر بیمه‌ها				
%۲	%۱	بیمه عمومی				
%۳۰	%۶۹	بیمه سلامت				
			%۲۸	%۱۴	خانوارهای بدون بیمه	
%۱۹	%۵	خدمات درمانی	%۷۲	%۸۶	خانوارهای دارای بیمه	۱۳۹۶
%۳۳	%۱۷	تأمین اجتماعی				
%۹	%۳	سایر بیمه‌ها				
%۲	%۱	بیمه عمومی				
%۳۷	%۷۴	بیمه سلامت				

فقط در مدل دوم در سطح ۹۹ درصد معنادار بود). خانوارها در مناطق روستایی بیشتر با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه بوده‌اند و همچنین، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهایی که تعداد بیشتری افراد شاغل (با درآمد) دارند، کمتر با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه بوده‌اند. متغیر وضعیت تملک نشان داد خانوار دارای منزل شخصی نسبت به خانوار بدون منزل شخصی (اجاره، رهن و...) کمتر با هزینه‌های کمرشکن مواجه داشته‌اند. وجود تعداد بیشتری افراد سالمند در خانواده، احتمال مواجهه آنها را با هزینه‌های کمرشکن به شدت بالا برده است و نسبت شانس این متغیر در خانواری که ۲ و بیش از ۲ سالمند دارند بالای ۲ است. همچنین در خانوارهایی که افراد باسواد بیشتری دارند، مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت نسبت به خانوار بدون فرد باسواد کمتر بوده است. خانوارهای دارای فرد مبتلا به

(نسبت شانس ۰/۶۶) در سطح معناداری ۹۹ درصد، مواجهه بیشتری با هزینه‌های کمرشکن سلامت داشته‌اند. بیمه سازمان‌های عمومی از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۵).

نسبت شانس متغیر سطح توسعه یافتگی بهداشتی- درمانی خانوار ساکن در استان‌های نیمه توسعه یافته (۱/۴۴) و توسعه یافته (۱/۲۶) نسبت به خانوار ساکن در استان‌های محروم (۱) بالای یک بوده که نشان دهنده شانس بیشتر مواجهه آن خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت است که این نتیجه در دو مدل نیز تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان نرخ مواجهه بیشتر هزینه‌های کمرشکن سلامت را به خانوار ساکن در استان‌های توسعه یافته از نظر امکانات بهداشتی- درمانی نسبت به استان‌های دارای سطح توسعه یافتگی بهداشتی- درمانی کمتر نسبت داد. خانواری که در دهک‌های درآمدی بالاتری قرار دارند، دارای شانس بیشتر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بوده‌اند (این متغیر

جدول ۳ | توزیع ویژگی اقتصادی و اجتماعی خانوارهای ایرانی در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶

متغیر	۱۳۹۶		۱۳۹۵		۱۳۹۴		گویه
	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	
توسعه یافتگی							خانوارهای ساکن استان‌های محروم
							خانوارهای ساکن استان‌های نیمه توسعه یافته
							خانوارهای ساکن استان‌های توسعه یافته
بعد خانوار							خانوار داری ۱-۲ نفر
							خانوار داری ۳-۴ نفر
							خانوار داری ۵ نفر و بیشتر
تعداد افراد شاغل							خانوار بدون شاغل
							خانوار دارای یک نفر شاغل
							خانوار دارای ۲ و بیش از ۲ نفر شاغل
وضعیت تملک خانه							خانوار دارای منزل استیجاری
							خانوار دارای منزل تملیکی
افراد سالمند در خانوار							خانوار بدون سالمند
							خانوار دارای یک نفر سالمند
							خانوار دارای دو نفر و بیش از دو نفر سالمند
سطح آموزش خانوار							خانوار بدون فرد باسواد
							خانوار دارای یک نفر باسواد
							خانوار دارای دو نفر و بیش از دو نفر باسواد
بیماران خاص							خانوار دارای بیمار خاص
							خانوار بدون بیمار خاص

آثار سنگینی بر اقتصاد خانوار دارد؛ از جمله کاهش توان خرید خانوار، جلوگیری از تأمین نیازهای ضروری خانوار مانند تحصیل، لباس و تغذیه. بنابراین، یکی از برنامه‌های جدی دولت‌ها، کاهش درصد خانوار مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت است که در برنامه‌های ملی توسعه ایران نیز جزو اهداف در نظر گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد که پوشش بیمه‌ای ساکنان روستاها (۷۷/۶۶ درصد) بیشتر از ساکنان شهرها (۷۱ درصد) است که احتمالاً به دلیل اجرا شدن پوشش

بیماری خاص نسبت به خانوارهای بدون فرد مبتلا به بیمار خاص بیشتر به هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار شده بودند (جدول ۵).

بحث

مطالعه حاضر تأثیر پوشش بیمه‌ای درمانی و نوع آن را بر درصد مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن سلامت را مورد بررسی قرار داده است. مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت،

جدول ۴ | توزیع ویژگی اقتصادی و اجتماعی خانوارهای ایرانی در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶

مجموع	آیا خانوار با هزینه‌های کمرشکن مواجه شده است؟				گویه	متغیر
	خیر		بله			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۳۵۰۶۸	۹۷/۶۲	۳۴۲۳۵	۲/۳۸	۸۳۳	محروم	توسعه یافتگی
۳۶۲۲۶	۹۶/۷۳	۳۵۰۴۰	۳/۲۷	۱۱۸۶	نیمه توسعه یافته	
۴۳۰۶۶	۹۶/۷۷	۴۱۶۷۷	۳/۲۳	۱۳۸۹	توسعه یافته	
۲۹۰۹۱	۹۷/۰۵	۲۸۲۳۲	۲/۹۵	۸۵۹	۲-۱ نفر	بعد خانوار
۵۸۶۶۷	۹۷/۰۷	۵۶۹۴۹	۲/۹۳	۱۷۱۸	۳-۴ نفر	
۲۶۶۰۲	۹۶/۸۸	۲۵۷۷۱	۳/۱۲	۸۳۱	۵ نفر و بیشتر	
۲۸۴۴۸	۹۵/۰۸	۲۷۰۴۷	۴/۹۲	۱۴۰۱	بدون شاغل	تعداد افراد شاغل
۶۴۵۲۰	۹۷/۶۰	۶۲۹۷۳	۲/۴۰	۱۵۴۷	یک نفر شاغل	
۲۱۳۹۲	۹۷/۸۵	۲۰۹۳۲	۲/۱۵	۴۶۰	۲ و بیش از ۲ نفر شاغل	
۲۳۴۲۱	۹۷/۴۱	۲۲۸۱۵	۲/۶۰	۶۰۶	غیر تملیکی (استیجاری، رهن و...)	وضعیت تملک خانه
۹۰۹۳۹	۹۷	۸۸۱۳۷	۳	۲۸۰۲	تملیکی	
۵۶۳۸۱	۹۷/۶۰	۵۵۰۲۷	۲/۴۰	۱۳۵۴	شهر	محل سکونت
۵۷۹۷۹	۹۶/۴۶	۵۵۹۲۵	۳/۵۴	۲۰۵۴	روستا	
۸۷۰۹۷	۹۷/۷۷	۸۵۱۵۷	۲/۲۳	۱۹۴۰	بدون سالمند	افراد سالمند در خانوار
۱۹۷۴۲	۹۵/۰۵	۱۸۷۶۴	۴/۹۵	۹۷۸	یک نفر سالمند	
۷۵۲۱	۹۳/۴۸	۷۰۳۱	۶/۵۲	۴۹۰	دو نفر و بیش از دو نفر سالمند	
۱۳۰۹۳	۹۳/۸۵	۱۲۲۸۸	۶/۱۵	۸۰۵	بدون فرد باسواد	سطح آموزش
۱۲۲۸۴	۹۵/۴۷	۱۱۷۲۸	۴/۵۳	۵۵۶	یک نفر باسواد	
۸۸۹۸۳	۹۷/۷۰	۸۶۹۳۶	۲/۳۰	۲۰۴۷	دو و بیش از دو نفر باسواد	
۱۱۳۱۸۵	۹۷/۱۸	۱۰۹۹۹۷	۲/۸۲	۳۱۸۸	دارای بیمار خاص	بیماران خاص
۱۱۷۵	۸۱/۲	۹۵۵	۱۸/۷۲	۲۲۰	بدون بیمار خاص	

جدول ۵ | نتایج آنالیز رگرسیونی رابطه بین نوع پوشش بیمه درمانی خانوار با هزینه‌های کمرشکن

متغیر	سنجه	مدل اول			مدل دوم		
		p-value	Conf. Interval (۹۵٪)	OR	p-value	Conf. Interval (۹۵٪)	OR
نوع بیمه خانوار	بدون بیمه	-	-	-	-	-	-
	دارای بیمه	۱/۱۲	(۱/۰۳-۱/۲۱)	<۰/۰۰۱	-	-	-
	بدون هیچ نوع بیمه درمانی	-	-	-	-	-	پایه
	داری بیمه خدمات درمانی	-	-	-	<۰/۰۰۱	(۰/۵۷-۰/۷۶)	۰/۶۶
	داری بیمه تأمین اجتماعی	-	-	-	<۰/۰۰۱	(۰/۶-۰/۷۴)	۰/۶۶
	داری سایر بیمه‌ها	-	-	-	<۰/۰۰۱	(۱/۲۸-۱/۷۳)	۱/۴۹
	داری بیمه عمومی	-	-	-	۰/۹۶	(۰/۷۶-۱/۳)	۱/۰۲
وضعیت توسعه یافتگی	داری بیمه سلامت	-	-	-	۰/۰۰۱	(۱/۰۵-۱/۲۶)	۱/۱۶
	استان‌های محروم	پایه	-	-	-	-	پایه
	استان‌های نیمه توسعه یافته	۱/۴۴	(۱/۳۳-۱/۵۷)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۱/۳۱-۱/۵۷)	۱/۴۳
دهک درآمدی	استان‌های توسعه یافته	۱/۲۶	(۱/۱۵-۱/۳۷)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۱/۱۵-۱/۳۸)	۱/۲۶
	محل سکونت خانوار	۱/۰۱	(۰/۹۹-۱/۰۲)	۰/۰۵	<۰/۰۰۱	(۱/۰۲-۱/۰۵)	۱/۰۴
بعد خانوار	روستایی	پایه	-	-	-	-	پایه
	شهری	۰/۷	(۰/۶۵-۰/۷۵)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۰/۷۲-۰/۸۵)	۰/۷۸
	۱-۲ نفر	پایه	-	-	-	-	پایه
	۳-۴ نفر	۰/۸	(۰/۷۱-۰/۸۸)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۰/۷۱-۰/۸۸)	۰/۷۹
تعداد افراد شاغل خانوار	۵ نفر و بیشتر	۰/۶۴	(۰/۵۶-۰/۷۴)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۰/۵۴-۰/۷۲)	۰/۶۳
	بدون شاغل	پایه	-	-	-	-	پایه
	دارای یک نفر شاغل	۰/۷۱	(۰/۶۵-۰/۷۷)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۰/۶۵-۰/۷۸)	۰/۷۱
	دارای دو و بیش از دو شاغل	۰/۶۰	(۰/۵۳-۰/۶۸)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۰/۵-۰/۶۶)	۰/۵۸
وضعیت تملک خانه	بدون منزل شخصی (اجاره، رهن و...)	پایه	-	-	-	-	پایه
	دارای منزل شخصی	۰/۹۲	(۰/۸۳-۱/۰۱)	۰/۰۹	۰/۰۸۲	(۰/۸۳-۱/۰۱)	۰/۹۲
وضعیت افراد سالمند خانوار	بدون سالمند	پایه	-	-	-	-	پایه
	دارای یک نفر سالمند	۱/۵۹	(۱/۴۴-۱/۷۴)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۱/۴۲-۱/۷۱)	۱/۵۶
	دارای ۲ و بیش از ۲ سالمند	۲/۱۳	(۱/۹-۲/۳۹)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۱/۸۳-۲/۳۱)	۲/۰۶
سطح آموزش خانوار	بدون فرد باسواد	پایه	-	-	-	-	پایه
	دارای یک نفر باسواد	۰/۹۷	(۰/۸۶-۱/۱)	۰/۷	۰/۵۷۵	(۰/۸۵-۱/۰۸)	۰/۹۶
	دارای دو و بیش از دو با سواد	۰/۸۱	(۰/۷۱-۰/۹۳)	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	(۰/۷۲-۰/۹۵)	۰/۸۲
وضعیت بیماری خاص خانوار	بدون بیمار خاص	پایه	-	-	-	-	پایه
	دارای بیمار خاص	۸/۱	(۶/۹۷-۹/۵)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	(۷/۰۲-۹/۵۸)	۸/۲
Log likelihood		۱۴۵۴۴-۱۹۹			۵۶۱۸-۱۰		

همچنین نتایج نشان داد خانوار دارای بیمه سلامت و سایر بیمه‌ها نسبت به خانوار دارای بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی مواجهه بیشتری با هزینه‌های کمرشکن سلامت داشته‌اند. بیمه سازمان‌های عمومی از نظر آماری معنادار نبود، اما سایر بیمه‌ها در سطح ۹۹ درصد معنادار بود. طاهری و احمدی (۲۰۱۷) با مدل پروبیت رتبه‌بندی شده بیان کردند که خانوارهای دارای بیمه‌های روستایی، تأمین اجتماعی، مکمل و خدمات درمانی به ترتیب هزینه سلامت کمتری را پرداخت کرده‌اند [۲۴]. همچنین قیاسی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که بیمه مکمل ارتباط معناداری در جلوگیری از مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت داشته و برنامه‌های دولتی سلامت تأثیری در جلوگیری از بروز هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی نداشته است [۳۴] که با نتایج این مطالعه نیز همخوانی دارد.

طبق نتایج در مناطق روستایی خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، بیشتر از مناطق شهری بوده است که مطالعات حاجی‌زاده و همکاران (۲۰۱۰) و پوراصغری (۲۰۱۶) نیز نشان می‌دهند خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است [۴۳، ۴۴]، اما مطالعه نکویی مقدم و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد خانوارهای ساکن شهرها نسبت به ساکنان روستاها بیشتر در معرض مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند [۳۱] که این اختلاف می‌تواند ناشی از متدولوژی مطالعه مذکور با مطالعه حاضر باشد. البته اینکه روستاییان بیشتر در معرض هزینه‌های کمرشکن هستند می‌تواند مرتبط با نوع دفترچه آنان باشد که از نوع روستایی است و دریافت خدمات تحت پوشش منوط به تأییدیه سیستم ارجاع است و چنانچه سطوح ارجاع به درستی رعایت نشود، ناگزیر افراد روستایی هنگام مراجعه به مراکز درمانی در شهرها مجبور به پرداخت هزینه‌های درمانی خارج از پوشش بیمه‌ای هستند که این موضوع می‌تواند عامل افزایش دهنده خطر مواجهه خانوارهای روستایی با هزینه‌های کمرشکن سلامت باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده مواجهه بیشتر خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در استان‌های با سطح توسعه‌یافتگی بالا نسبت به استان‌های با سطح توسعه‌یافتگی پایین است که یافته‌های مطالعات یزدی و همکاران (۲۰۱۸) و کاووسی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نتیجه آن را تأیید می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که استان‌های دارای توسعه یافتگی بهداشتی- درمانی کمتر مانند استان‌های ایلام، کهگیلویه و بویراحمد کمترین شیوع مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را داشته‌اند [۴۵، ۴۶]. همچنین استان‌های توسعه‌یافته مانند فارس دارای درصد مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بالاتر از سایر استان‌ها بوده‌اند [۴۶]. در مطالعه حاضر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانواده‌های کم جمعیت بیشتر از خانواده‌های پر جمعیت بود. یافته‌های مطالعه بریندا و همکاران (۲۰۱۴) موید یافته مطالعه حاضر است، در حالی که یافته‌های

بیمه درمان روستاییان در سال ۱۳۸۰ بوده است. همچنین در مناطق روستایی بیمه‌های سلامت و سازمان‌های عمومی به ترتیب بیشترین و کمترین درصد پوشش بیمه‌ای را داشتند و در مناطق شهری بیمه‌های تأمین اجتماعی و بیمه سازمان‌های عمومی به ترتیب بیشترین و کمترین درصد پوشش بیمه‌ای بودند.

اگرچه در نگاه اول، با توجه به مکانیسم بیمه درمانی (تجمع ریسک)، پوشش بیمه‌ای باید یک عامل محافظت از خانواده‌ها در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت باشد، اما طبق نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد بیمه‌های درمانی نتوانسته‌اند از مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری کنند. البته سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن ممکن است دخیل باشند، اما آنچه به طور واضح به نظر می‌رسد، این است که خانوارهای ایرانی دارای بیمه درمانی از خطر مواجهه هزینه‌های کمرشکن سلامت در امان نبوده‌اند و پوشش بیمه درمانی به تنهایی نتوانسته عامل بازدارنده‌ای برای ابتلای خانوار به هزینه‌های کمرشکن باشد.

به دلیل اهمیت پوشش بیمه‌های بهداشتی و درمانی در کاهش میزان پرداخت مستقیم از جیب که مورد تأیید مطالعات پناهی و همکاران (۲۰۱۴) و محمدی و زارعی (۲۰۱۷) نیز قرار دارد [۲۵-۴۱]. با توجه به ادبیات غنی موجود در زمینه عوامل موثر بر مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت، از جمله مطالعه سامکوترا و همکاران (۲۰۰۸) که پوشش بیمه‌ای را جزو مهم‌ترین عوامل محافظت از خانواده‌ها در مقابل هزینه‌های کمرشکن سلامت نام می‌برد [۲۷]، نتیجه مطالعه حاضر از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. البته برخی مطالعات مانند مطالعات اکمن در سال ۲۰۰۷ نشان می‌دهد که بیمه درمانی به دلیل تشویق مردم به استفاده از سرویس‌های بیشتر و همچنین خدمات پیشرفته‌تر باعث افزایش خطر ابتلا به هزینه‌های کمرشکن سلامت برای خانوار می‌شود [۲۸-۳۰، ۳۲، ۴۲] و به دلایلی مانند ناکارآمدی بیمه درمانی از لحاظ فقدان پوشش خدمات بهداشتی و کافی نبودن عمق پوشش [۲۸-۴۲]، همچنین افزایش تقاضای القایی [۲۹] بیمه‌ها می‌تواند خطر ابتلا به هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش دهند. مطالعه رضاپور و همکاران (۲۰۱۶) انجام‌شده در تهران نیز نتایج تحقیق حاضر را تأیید می‌کند [۴۲]. بنابراین مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت تحت تأثیر سایر نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی بوده و پوشش‌های بیمه‌ای نقش مؤثری در کاهش آن نداشته‌اند.

شایان ذکر است، در وضعیت تغییرات پوشش بیمه‌ای با تغییرات مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در ۳ سال مورد مطالعه در پژوهش حاضر، تغییر محسوس رخ نداده است. اگرچه در سال ۱۳۹۴ شاهد افزایش ارزش نسبی خدمات بودیم، اما با وجود این به نظر نمی‌رسد این موضوع نتوانسته باشد بر مواجهه خانوارها بر هزینه‌های کمرشکن تأثیرگذار بوده باشد.

انسانی در جمع آوری اطلاعات، محاسبه هزینه‌ها و دقت ناکافی در دسته‌بندی هزینه‌های سلامت را می‌توان نام برد.

نتیجه‌گیری

بررسی عوامل موثر بر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت نشان می‌دهد حضور سالمندان، خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوار را افزایش می‌دهد. بنابراین سیاست‌های توانمندسازی خانوار دارای سالمند و همچنین ایجاد پوشش بیمه ای ویژه برای سالمندان، می‌تواند خانواده‌های سالمند را در مقابل هزینه‌های کمرشکن سلامت محافظت کند. یکی از مسائل مهم در اقتصاد ایران، هزینه بالای تأمین مسکن است و خانوارهایی که صاحب خانه نیستند، به دلیل هزینه اجاره مسکن بالا، بخش زیادی از بودجه خود را صرف هزینه‌های مسکن می‌کنند و بر همین اساس، بیشتر در معرض مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت قرار می‌گیرند. بنابراین سیاست‌های حمایت مالی در هزینه‌های سلامت برای اجاره‌نشین‌ها بر محافظت مالی خانوار بسیار موثر خواهد بود. از مهم‌ترین ابزار حفاظت خانواده‌ها در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت، پوشش بیمه‌ای است. نتایج مطالعه حاضر فقدان حفاظت مالی خانواده‌های دارای بیمه درمانی در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را نشان می‌دهد که احتمالاً ریشه در کافی نبودن پوشش بیمه دارد و نیاز به بازنگری اساسی، به ویژه در خدمات پوششی است. وقوع هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت در سطح خانوار بیانگر عملکرد ناموفق نظام سلامت در دستیابی به محافظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های سلامت است و یکی از عوامل موثر بر کارآمدی سیاست‌های اجرایی دولت برای حفاظت مالی از خانواده‌ها در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، در نظر گرفتن عوامل موثر در مواجهه خانوارها به هزینه‌های کمرشکن سلامت در اجرای برنامه‌های حمایتی است. بنابراین سیاست‌گذاران باید با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی خانوار که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته، به اجرای برنامه در گروه و جمعیت‌های هدف برای محافظت مالی خانوار در برابر هزینه‌های سلامت بپردازند. لازم است تأکید شود منظور از اصطلاح بیمه درمانی، صرفاً بیمه درمانی پایه است، زیرا شواهد نشان می‌دهد بیمه‌های خصوصی یا بیمه تکمیلی، نقش قابل توجهی در پیشگیری از مواجهه با هزینه‌های کمرشکن دارند. نکته دیگر نیز وجود تفاوت بین انواع دفترچه‌های بیمه سلامت است که توسط سازمان بیمه سلامت صادر می‌شود، به خصوص بیمه ایرانیان، بیمه روستایی، بیمه کارمندی و سایر اقشار که پوشش‌های مختلفی را شامل می‌شوند. به نظر می‌رسد تفاوت میان انواع مختلف دفترچه‌های بیمه سلامت نیز باید بررسی شود. در واقع می‌توان این موضوع را محدودیت تحقیق نیز برشمرد، زیرا اطلاعات در دسترس برای این تفکیک کافی نبود و پیشنهاد می‌شود در مطالعات دقیق‌تر دیگری این موضوع بررسی شود.

مطالعه سو و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌کند به‌ازای هر نفر که به جمعیت خانوارها افزوده شود، احتمال بروز هزینه‌های کمرشکن افزایش خواهد یافت [۴۷]. این موضوع به نظر می‌رسد نیازمند یافته‌های بیشتر حاصل از مطالعات آینده باشد که بتواند وضعیت بعد خانوار بر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در بین خانوارها را مورد مطالعه قرار دهد.

خانوار با سطح تحصیلات بالاتر، کمتر با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجهه شده‌اند. با توجه به اینکه فرصت تحصیل در خانواده‌های مرفه بیشتر است و داشتن تحصیلات، فرصت‌های اقتصادی بهتری برای افراد ایجاد می‌کند، بنابراین این نتیجه مورد انتظار است. همان‌طور که انتظار می‌رود، افزایش تعداد شاغلان درآمد در خانواده شانس مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را کاهش می‌دهد. این نتیجه مطابق با مطالعات انجام‌شده توسط حاجی‌زاده (۲۰۱۱)، پال و همکاران (۲۰۱۰) و مندال و همکاران (۲۰۱۰) است [۴۸]. همچنین نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است خانوارهایی که در خانه‌های رهنی یا اجاره‌ای زندگی می‌کنند، به احتمال بالاتری از کسانی که دارای خانه هستند در خطر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت قرار دارند، زیرا این خانوار بخشی از درآمد خود را برای سکونت منزل بابت رهن و اجاره می‌پردازند و ممکن است در صورت مواجهه با مشکلات سلامت، سهم بالایی از درآمد خود را به هزینه‌های سلامت اختصاص دهند و در نتیجه، احتمال مواجهه آنها با هزینه‌های کمرشکن بالاتر باشد. اکمن (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود نشان داد مالکیت مسکن از متغیرهای مانع مواجهه خانوار با هزینه کمرشکن خدمات درمانی است [۲۸]. خانوارهای دهک‌های پایین‌تر خطر احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بیشتر دارند که نتایج مطالعات سو و همکاران (۲۰۰۶) و اکمن (۲۰۰۷) هم‌راستا با این نتیجه پژوهش حاضر است [۲۸-۴۷].

افزایش جمعیت سالمند در خانوار، احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش می‌دهد با توجه به اینکه افراد سالمند یا افراد بالای ۶۵ سال، به‌عنوان گروه آسیب‌پذیر و در معرض هزینه‌های بالای درمانی هستند، وجود این افراد در خانوارها اثر مثبت و معناداری بر احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت داشته است. مطالعه سامکوترا و همکاران (۲۰۰۹)، پال (۲۰۱۲) و مارلیز و همکاران (۲۰۰۶) نیز نتیجه به‌دست آمده را تأیید می‌کنند [۲۶، ۴۹، ۵۰]. برخی مطالعات در کشورهای پیشرفته نیز این عامل را در ایجاد هزینه‌های کمرشکن مؤثر یافته‌اند [۵۱، ۵۲].

از محدودیت‌ها مطالعه حاضر، می‌توان به خطای انسانی مربوط به آنالیز داده‌ها نام برد؛ زیرا حجم بسیار زیاد داده‌های ثبت شده سطح فردی در نرم افزار ACCESS در قالب میکرو دیتا که لازم بود به داده‌های خانوار تبدیل شده و سپس به نرم افزار Excel منتقل شود. محدودیت‌هایی نیز ممکن است مربوط به پیمایش کشور هزینه - درآمد خانوار توسط مرکز آمار ایران باشد؛ از جمله آن وجود خطای

References

1. Frenk J, De Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *The Lancet*. 2012;380(9845):862-4.
2. Chen M, Zhao Y, Si L. Who pays for health care in China? The case of Heilongjiang province. *PLoS One*. 2014;9(10):e108867.
3. Rad EH, Khodaparast M. Inequity in health care financing in Iran: progressive or regressive mechanism? *The Eurasian journal of medicine*. 2016;48(2):112.
4. Castaño R, Bitrán R, Giedion U. Monitoring and evaluating hospital autonomization and its effects on priority health services. 2004.
5. Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals: The World Bank; 2003.
6. Mir Hosein Mousavi, Hosein Raghfar, Zahra Fazel. Analysis Equity in Financing of Household's Health in Development Programs of Iran. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2018;21(1):1-12.
7. Pouragha B, poor Reza A, Hosseinzadeh H. Proportion of public and private tariffs for visiting general practitioners with the insured's household budget. *Teb va tazkiye journal*. 2017;21(1):14-21(persian).
8. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdoost A, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total health expenditures and proportion of out-of-pocket payments in Iranian provinces; 2008-2014. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12(5Special Issue):1-12.
9. Emamgholipour S, Akbari Sari A, Geravandi S, Mazrae H. Estimation of out-of-pocket and catastrophic expenditures among patients with cardiovascular diseases in Khuzestan. *Journal of Payavard Salamat*. 2017;11(3):297-307.
10. Savojipour S, Assari AA, Agheli L, Hassanzadeh A. Modeling Healthcare Expenditure among Iranian Households. 2018.
11. Ahmadi A, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of packet payments in health system of Iran, using two part regression model. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2014;17(56).
12. Organization WH. Global tuberculosis report 2013: World Health Organization; 2013.
13. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*. 2006;368(9549):1828-41.
14. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Dolci GF, Ávila MH. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):186.
15. Yazdi-Feyzabadi V, Mehrolhassani MH, Darvishi A. Measuring Catastrophic Health Expenditures and its Inequality: Evidence from Iran's Health Transformation Program. *Health Policy and Planning*. 2019.
16. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramadini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 2003;362(9378):111-7.
17. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization; 2015.
18. Yazdi Feyzabadi V, Bahrapour M, Rashidian A, Haghdoost A, Abolhallaje M, Najafi B, et al. Incidence and intensity of catastrophic health expenditures in Iranian provinces; 2008-2014. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12:40-54.
19. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a Longitudinal study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Research Journal*. 2009;12(2):38-47. [Persian]
20. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *Int J Health Policy Manag* 2016;5(7):417.
21. Anbari Z, Mohammadbeigi A, Mohammad-salehi N, Ebrazeh A. Health expenditure and catastrophic costs for inpatient-and out-patient care in Iran. *International journal of preventive medicine*. 2014;5(8):1023.
22. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
23. Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaeili M. Problems of health insurance systems and the need for implementation of a reform approach. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2011;14(44).
24. Ghaderi S. The Impact of medical Insurances on out-of-pocket payments among urban households in Iran: A Double-Sample selection Model. *Journal of Health Administration*. 2019;22(2):41-54.
25. Mohamadi E, Zariaei G. Investigating the effect of health care improvement plan on the payment of the insured in Iranian health insurance organization (case study: hospitalized patients in collegiate hospitals of Ilam city in december 2013 and 2014). 2017. [Persian]
26. Somkotra T, Lagrada LP. Which households are at risk of catastrophic health spending: experience in Thailand after universal coverage. *Health affairs*.

- 2009;28(3):w467-w78.
27. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in financing healthcare: impact of universal access to healthcare in Thailand. 2008.
 28. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health policy*. 2007;83(2-3):304-13.
 29. Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China. *Journal of health economics*. 2008;27(4):990-1005.
 30. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki M, Shabaninejad H. Determinants of catastrophic medical payments in hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences 2009. *Hakim Research Journal*. 2010;13(3):145-54.
 31. Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. Households exposure to catastrophic health expenditures and the affecting factors in Kerman province. *Iran J Manage Med Inform Sch*. 2014;1(2):74-85.
 32. O'donnell O, Van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of health economics*. 2008;27(2):460-75.
 33. Yahyavi Dizaj J, Emamgholipour S, Pourreza A, Nommani F, Molemi S. Effect of Aging on Catastrophic Health Expenditure in Iran During the Period 2007-2016. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018;16(3):216-27.
 34. Ghiasi A, Baghi A, Rezapour A, Alipour V, Ahadinezhad B, Mahmoudi M, et al. Health insurance, medicine expenses and catastrophic health expenditures. *Journal of Health Administration*. 2016;18(62):64-74.
 35. Naghdi S, Azami SR, Naghdi A, Faghi Solouk F, Ghiasvand H. The Inequity of Expenditure Ratios on Health and Food among Different Deciles of Iranian Households. 2013.
 36. Statistical Center of Iran. <https://www.amar.org.ir/english>. Accessed in 10 August 2018.
 37. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health policy*. 2008;85(3):263-76.
 38. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC health services research*. 2009;9(1):69.
 39. Rashidian A, Soofi M. Methodology of the Assessment of Financial Protection Against Health Costs. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2015;11(1):82-93.
 40. Safaei Pour M, Maveddat E. Assessment of areas with an emphasis on social indicators - economic and human development indicators in combination with the use of GIS techniques and TOPSIS. *Scientific Journal Management System*. 2013;1(3):11-27.
 41. Panahi H, Falahi F, Mohammadzadeh P, Janati A, Narimani M, Sabaghizadeh L. Factors influencing the out-of-pocket payments by patients in the hospital in Tabriz-Iran. *Health Inf Manage*. 2014;11:199-207.
 42. Nekoeimoghadam M, Akbari-Javar M, Amiresmaili M, Baneshi M, Ganjavai S. Households exposure to catastrophic health expenditures and the affecting factors in Kerman province. *Iran J Manage Med Inform Sch*. 2014;1:74-85.
 43. Hajizadeh M, Connelly LB. Equity of health care financing in Iran: the effect of extending health insurance to the uninsured. *Oxford Development Studies*. 2010;38(4):461-76.
 44. Poursaghari H, Jafari M, Bakhtiari M, Keliddar I, Irani A, Afshari M. Analysis of equality in Iranian household healthcare payments during Iran's fourth development program. *Electronic physician*. 2016;8(7):2645.
 45. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrampour M, Rashidian A, Haghdoost A-A, Javar MA, Mehrolihasani MH. Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. *International journal for equity in health*. 2018;17(1):44.
 46. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. *International journal of health policy and management*. 2014;3(5):243.
 47. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:21-7.
 48. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *International journal of health care finance and economics*. 2011;11(4):267.
 49. Pal R. Analysing catastrophic OOP health expenditure in India: Concepts, determinants and policy implications. 2012.
 50. Merlis M, Gould D, Mahato B, Fund C. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets: Citeseer; 2006.
 51. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*. 2007;26(4):972-83.
 52. Wyszewianski L. Families with catastrophic health care expenditures. *Health services research*. 1986;21(5):617.