



The Impact of Inequality on the Financing of Household Health Costs; A Case Study of Tehran, Iran

Shahyayegh Vahdat¹ PhD, Asieh Khaleghi² BA, Arsalan Gholami³ MA, Korosh Soltanieh Zanjani⁴ MD, Farhad Lotfi⁵ PhD

¹ Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Health Services Management, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

³ Health Management and Economics Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of Children and Infants, Mofid Hospital, Tehran, Iran

⁵ National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

*Correspondence to: Farhad Lotfi, Email: lotfifarhad@gmail.com

Received: December 21, 2022

Revised: February 21, 2023

Accepted: March 14, 2023

Online Published: March 18, 2023

Abstract

Introduction: Lack of financial protection in health is known as a disease of health systems. The increase in the cost of health services, while creating problems in the field of financing the health costs of households, has become an important challenge in the health system. The purpose of this research is to investigate the impact of inequality dimensions on the financing of household health expenses.

Methods: The current study was descriptive-analytical and cross-sectional. The data collection tool was Saito's standard funding inequality questionnaire. Data on the variables of out-of-pocket costs for inpatient and outpatient care, diagnostic services, and drug costs were estimated for one year. The normality of the variables was confirmed by the Kolmogorov-Smirnov test. Regression and one-sample T-test were used to test the research hypotheses.

Results: Justice and economic status have no significant effect on financing household expenses ($P < 0.05$). But back-breaking costs, equal opportunity, and the type of insurance coverage have a positive and significant effect ($P < 0.05$). The values of the significant coefficients of each of the variables were equal to 0.14, 0.29 and 0.21, respectively, indicating the intensity of the positive effect of each of the variables of back-breaking costs, equal opportunity and the type of insurance coverage with the financing of household expenses.

Conclusion: According to the findings of the hypothesis test and the non-rejection of the influence of back-breaking costs variables, equal opportunity and type of insurance coverage on the financing of household health expenses, it can be said that the dimensions of inequality have a positive and significant effect on the financing of household expenses.

Keywords: Dimensions of Inequality, Financing, Household Health Costs, Household Head, Tehran

Highlights:

1. As the amount of equal opportunity, insurance coverage and back-breaking costs increase, the financing of household health costs increases.
2. Equal opportunity can be one of the most important influencing factors among the dimensions of inequality on the financing of household health expenses.

Citation:

Vahdat S, Khaleghi A, Gholami A, Soltanieh Zanjani K, Lotfi F. The impact of inequality on the financing of household health costs; a case study of Tehran, Iran. Iran J Health Insur. 2023;5(4):286-91.



تأثیر ابعاد نابرابری بر تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار مطالعه موردی شهرستان تهران

شقایق وحدت^۱ PhD، آسیه خالقی^۲ BA، ارسلان غلامی^۳ MA، کوروش سلطانیه زنجانی^۴ MD، فرهاد لطفی^۵ PhD

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران
^۳ مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۴ گروه کودکان و نوزادان، بیمارستان مفید، تهران، ایران
^۵ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فرهاد لطفی، پست الکترونیک: lotfifarahad@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۳

تصحیح: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰

چکیده

مقدمه: نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است. افزایش هزینه‌های خدمات سلامت ضمن ایجاد مشکلاتی در زمینه تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارها، چالش مهمی در نظام سلامت شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر ابعاد نابرابری بر تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد نابرابری تأمین مالی Saito بود. داده‌های مربوط به متغیرهای هزینه‌های پرداخت از جیب در مراقبت‌های بستری و سرپایی، خدمات تشخیصی و هزینه‌های دارویی برای یک سال برآورد شد. نرمال بودن مقدار متغیرها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و تأیید شد برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از رگرسیون و آزمون T تک‌نمونه‌ای استفاده شد.

یافته‌ها: عدالت و وضعیت اقتصادی، با تأمین مالی هزینه‌های خانوار تأثیر معناداری ندارند ($P > 0.05$). اما هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان، و نوع پوشش بیمه تأثیر مثبت و معناداری دارد ($P < 0.05$). مقادیر ضرایب معناداری هر یک از متغیرها به ترتیب برابر با ۰/۱۴، ۰/۲۹ و ۰/۲۱ نشان‌دهنده شدت تأثیر مثبت هر یک از متغیرهای هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان و نوع پوشش بیمه با تأمین مالی هزینه‌های خانوار بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه‌ها و رد نشدن تأثیر متغیرهای هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان و نوع پوشش بیمه بر تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار، می‌توان گفت ابعاد نابرابری بر تأمین مالی هزینه‌های خانوار تأثیر مثبت و معناداری دارد.

واژگان کلیدی: ابعاد نابرابری، تأمین مالی، هزینه‌های سلامت خانوار، سرپرست خانوار، تهران

نکات ویژه

- ۱- هرچه بر میزان فرصت یکسان، پوشش بیمه و هزینه‌های کمرشکن افزوده شود، تأمین مالی هزینه بهداشت خانوار افزایش می‌یابد.
- ۲- فرصت یکسان می‌تواند یکی از مهم‌ترین عامل تأثیرگذار از بین ابعاد نابرابری بر تأمین مالی هزینه بهداشت خانوار باشد.

مقدمه

زایش فقر آنی و یا پایدار باشد [۱]. افزایش هزینه‌های خدمات سلامت مشکلاتی در زمینه تأمین مالی هزینه‌های سلامت به وجود آورده و تأمین هزینه‌های سلامت خانوارها یک چالش مهم در نظام سلامت شده است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت اگر خانوار بیش از ۴۰ درصد توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت کند، در تأمین سایر مایحتاج لازم برای یک زندگی مناسب دچار مشکلات جدی خواهد شد. هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از فقدان

در دهه‌های اخیر، افزایش هزینه‌های خدمات سلامت ناشی از توسعه و تکامل تکنولوژی از یک سو و افزایش سطح آگاهی و انتظارات سلامتی افراد از سوی دیگر، مشکلاتی را در زمینه تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی برای افراد جامعه به وجود آورده است. وجود نواقصی در نظام تأمین مالی مخارج بهداشتی و درمانی که منجر به بروز مواردی نظیر حالت هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها می‌شود، می‌تواند یک عامل

میزان برابری در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در جامعه، طی سالیان اخیر از سوی سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است. این شاخص با توجه به برخورداری از ویژگی‌های منحصر به فرد در ارزیابی دقیق‌تر میزان نیاز به اهداف برابری در بخش سلامت، به جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌های میان‌مدت کشورهای مختلف دست یافته است. از این رو به منظور نیل به هدف دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات درمانی مورد نیاز، ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، این شاخص را مورد تأکید قرار داده است. پس یک نظام سلامت، زمانی عادلانه تأمین مالی می‌شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها، برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد [۹]. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر ابعاد نابرابری شامل عدالت، هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان، وضعیت اقتصادی و نوع پوشش بیمه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار در سال ۱۴۰۰ شهرستان تهران صورت پذیرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر از لحاظ نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران صورت پذیرفت. جامعه پژوهش خانوارهای ساکن در منطقه ۳ شمال شرق شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای- تصادفی و با توجه به معادله نمونه‌گیری کوکران ۲۰۰ خانوار به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استاندارد Saito استفاده شد [۱۰]. پرسش‌نامه دارای ۲ بخش کلی بود که بخش اول پرسش‌های مربوط به ویژگی‌های فردی و بخش دوم پرسش‌های مربوط به ابعاد نابرابری در اخذ خدمات سلامت است. پرسش‌نامه یاد شده به صورت سوالات بسته در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای شامل (۱) خیلی کم، (۲) کم، (۳) متوسط، (۴) زیاد و (۵) خیلی زیاد طراحی شد. در این پژوهش به منظور تعیین پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که این مقدار بر اساس داده‌های حاصله از پرسش‌نامه ۷۶ درصد بود. این عدد نشان‌دهنده آن است که پرسش‌نامه مورد استفاده از پایایی لازم برخوردار است. روایی پرسش‌نامه نیز توسط اساتید و خبرگان مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ صورت پذیرفت. روش تحلیل داده‌ها شامل ۲ بخش توصیف و تحلیل داده‌ها بود. در بخش آمار توصیفی به توزیع فراوانی پاسخ‌دهندگان از نظر جنس، سن، وضعیت تحصیلات و همچنین میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش

توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف باشد، بی‌عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر برابری در سلامت وقتی رخ می‌دهد که همه آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها در میزان بهداشت و سلامت آنها تأثیری نداشته باشد [۲].

تحلیل نتیجه مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را می‌توان به وسیله دو رویکرد انجام داد: رویکرد در آمدی و رویکرد بار مالی. در رویکرد درآمدی تغییر در توزیع درآمد بر حسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که بر اساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند، سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن یا تجارب پریشان‌کننده ناشی از آن بر خانوار بررسی می‌شود، مانند محاسبه شاخص انصاف در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه با پرداخت‌های کمرشکن [۳].

سازمان جهانی بهداشت شاخص انصاف در مشارکت مالی را برای تعریف توزیع بار پرداخت‌های سلامت در جامعه معرفی کرده است که می‌تواند بین صفر و یک تغییر کند. صفر بیانگر حداکثر بی‌انصافی و یک بیانگر شکل کامل انصاف است [۴]. هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز این‌گونه تعریف شده: پرداخت برای خدمات سلامت که از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود [۵]. بنابراین تشخیص به موقع این بیماری به وسیله سنجش و پایش میزان هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت و شناخت عواملی که یک خانوار را در معرض خطر مواجهه با این هزینه‌ها قرار می‌دهد، سیاست‌گذاران نظام‌های سلامت را در انتخاب سیاست‌های پیشگیرانه و شیوه‌های درمانی یاری خواهد رساند [۶].

نتایج نابرابری می‌تواند به سیاست‌گذاران کلان در جهت‌دهی نیروی کار به انتخاب بخش و نوع کار کمک کند و دولت‌ها قادر خواهند بود با برنامه‌ریزی‌های خاص، تبعیض بین دو جنس در بازار کار را کاهش دهند [۷]. بیشتر مطالعاتی که در زمینه بهداشت خانوار انجام شده، در بعد کلان و در کشورهای توسعه یافته، با استفاده از داده‌های حساب‌های ملی خانوار به مقایسه کل هزینه‌های خانوار در سطح ملی با سایر کشورها پرداخته‌اند [۸].

باتوجه به نتایج این پژوهش می‌توان تأثیر نابرابری در ابعاد مختلف خود شامل عدالت، هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان، وضعیت اقتصادی و نوع پوشش بیمه بر تأمین مالی هزینه‌های مالی سلامت خانوار را مشخص کرد. به علاوه، نتایج این پژوهش می‌تواند به مسئولان دانشگاه علوم پزشکی در تعیین اندازه هزینه‌های مالی سلامت خانوار کمک کند. از طرفی اندازه‌گیری

آزمون، $4/053$ است و با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($0/000$)، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. یعنی فرض صفر بودن ضریب رگرسیون متغیر هزینه کمرشکن رد می‌شود. به عبارت دیگر اثر مستقیم هزینه کمرشکن بر تأمین مالی هزینه‌های سلامت تأیید می‌شود. مقدار $R^2 = (0/025)$ نشان می‌دهد که متغیر فرصت یکسان، حدود ۲ درصد از تغییرات تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار را تبیین کرده است. با توجه به ضریب بتای به دست آمده ($0/29$) به ازای هر واحد تغییر در متغیر فرصت یکسان، تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار، به میزان $0/29$ افزایش می‌یابد. بنابراین رابطه دو متغیر مثبت و همسو است. هر چه بر میزان فرصت یکسان افزوده می‌شود، تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار، افزایش می‌یابد. مقدار t آزمون، $9/482$ است و با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($0/001$)، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. یعنی فرض صفر بودن ضریب رگرسیون متغیر فرصت یکسان، رد می‌شود. به عبارت دیگر اثر مستقیم فرصت یکسان بر تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار تأیید می‌شود. بر اساس نتایج آزمون، مقدار t

جدول ۱ | توزیع پاسخ‌گویان بر حسب جنسیت، تحصیلات و سن

درصد	فراوانی	جنسیت	
۷۱	۱۴۲	مرد	جنسیت
۲۹	۵۸	زن	
۲۱	۴۲	زیر دیپلم	تحصیلات
۱۸/۵	۳۷	دیپلم	
۱۳	۲۶	کاردانی	
۴۱/۵	۸۳	کارشناسی	
۲/۵	۵	کارشناسی ارشد	
۳/۵	۷	دکتری	
۱۰/۵	۲۱	کمتر از ۲۵ سال	سن
۳۶/۵	۷۳	۲۵ تا ۳۵ سال	
۲۳	۴۶	۳۵ تا ۴۵ سال	
۳۰	۶۰	۴۵ سال بیشتر	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	

جدول ۲ | نتایج آزمون کولموگروف

متغیر	تعداد	آماره (K-S)	سطح معناداری
وابسته	۲۰۰	۲/۱۱۱	۰/۱۱۸

پرداخته شد و در بخش آمار تحلیلی از آزمون T تک نمونه‌ای استفاده شد. به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. برآورد هزینه‌های پرداخت از جیب با استفاده از روش هزینه بیماری انجام شد. در این مطالعه تمام هزینه‌های پرداخت از جیب مربوط به مراقبت‌های بستری و سرپایی، خدمات تشخیصی و هزینه‌های دارویی ناشی از بیماری برای یک سال برآورد شد.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های جدول ۱، ۷۱ درصد معادل ۱۴۲ نفر از پاسخ‌گویان مرد و ۲۹ درصد معادل ۵۸ نفر نیز زن بودند. ۲۱ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۴۲ نفر دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۸/۵ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۳۷ دارای تحصیلات دیپلم، ۱۳ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۲۶ نفر دارای تحصیلات کاردانی، ۴۱/۵ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۸۳ نفر، دارای تحصیلات کارشناسی و ۲/۵ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۵ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و ۳/۵ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۷ نفر دارای تحصیلات دکتری بودند. سن ۱۰/۵ درصد معادل ۲۱ نفر از پاسخ‌گویان کمتر از ۲۵ سال، ۳۶/۵ درصد معادل ۷۳ نفر بین ۲۵ تا ۳۵ سال و ۲۳ درصد معادل ۴۶ نفر بین ۳۵ تا ۴۵ سال ۲۶/۵ درصد از پاسخ‌گویان معادل ۵۳ نفر، ۴۵ سال بیشتر بوده است. ۳/۵ درصد از پرسش‌نامه‌ها بی پاسخ بودند.

سطح معناداری آزمون کولموگروف برای توزیع داده‌های مربوط متغیر وابسته پژوهش $0/118$ محاسبه شد. از آنجا که سطح معناداری این متغیر بیشتر از $0/05$ است، فرض مبنی بر نرمال بودن داده‌های متغیر رد نمی‌شود. بنابراین داده‌های گردآوری شده، نرمال بوده و لازم است در تحلیل استنباطی از آزمون‌های پارامتریک استفاده شود (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون، مقدار t آزمون، $0/279$ است و با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($0/538$)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر بودن ضریب رگرسیون متغیر عدالت، تأیید می‌شود. به عبارت دیگر تأثیر مستقیم عدالت بر تأمین مالی هزینه سلامت خانوار رد می‌شود. مقدار $R^2 = (0/104)$ نشان می‌دهد که متغیر هزینه‌های کمرشکن، حدود $10/4$ درصد از تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار را تبیین کرده است. با توجه به ضریب بتای به دست آمده ($0/14$) به ازای هر واحد تغییر در متغیر هزینه‌های کمرشکن، تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار، به میزان $0/14$ افزایش می‌یابد. بنابراین رابطه دو متغیر مثبت و همسو است. هر چه بر میزان هزینه کمرشکن افزوده می‌شود، تأمین مالی هزینه بهداشت خانوار، افزایش می‌یابد. مقدار t

جدول ۳ | نتایج رگرسیونی تأثیر عدالت بر تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار

نام متغیر	R	R ²	a	ضریب B	خطای استاندارد	t	سطح معناداری
عدالت	۰/۱۴۱	۰/۰۰۹	۱۳/۹۵	۰/۲۱۴	۰/۲۵۸	۰/۲۷۹	۰/۵۸۳
هزینه کمرشکن	۰/۶۳۴	۰/۱۰۴	۱۵۳/۲۷	۰/۱۴۵	۰/۰۸۸	۴/۰۵۳	۰/۰۰۰
فرصت یکسان	۰/۵۴۲	۰/۰۲۵	۱۶/۱۱۸	۰/۲۹۴	۰/۰۸۱	۹/۴۸۲	۰/۰۰۱
وضعیت اقتصادی	۰/۰۵۱	۰/۰۰۳	۱۵۹/۱۳	۰/۱۴۲	۰/۲۵۸	۰/۵۸۳	۰/۵۰۱
نوع پوشش بیمه	۰/۱۲۶	۰/۰۰۵	۱۳۵/۷۲	۰/۲۱۲	۰/۰۳۳	۴/۵۷۳	۰/۰۰۰

آزمون، $0/583$ است و با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($0/501$)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد فرض صفر بودن ضریب رگرسیون متغیر وضعیت اقتصادی، تأیید می‌شود. به عبارت دیگر اثر مستقیم وضعیت اقتصادی بر تأمین مالی هزینه سلامت خانوار رد می‌شود. مقدار $R^2 = (0/805)$ نشان می‌دهد که متغیر پوشش بیمه، حدود $80/5$ درصد از تغییرات تأمین مالی هزینه سلامت خانوار را تبیین کرده است. با توجه به ضریب بتای به دست آمده ($0/21$) به ازای هر واحد تغییر در متغیر نوع پوشش بیمه، تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار، به میزان $0/21$ افزایش می‌یابد. بنابراین رابطه دو متغیر مثبت و همسو است. هر چه بر میزان نوع پوشش بیمه افزوده می‌شود، تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوار، افزایش می‌یابد. مقدار t آزمون، $4/573$ می‌باشد و با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($0/000$)، در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار می‌باشد. یعنی فرض صفر بودن ضریب رگرسیون متغیر نوع پوشش بیمه، رد می‌شود. به عبارت دیگر اثر مستقیم نوع پوشش بیمه بر تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار تأیید می‌شود (جدول ۳).

بحث

هزینه‌های کمرشکن می‌توانند در تمام کشورها و در تمام مراحل توسعه رخ دهد. در کل نظام‌های سلامت که نیازمند پرداخت مستقیم از جیب پایین‌تر هستند، محافظت بهتری را برای فقیران در مقابل هزینه‌های کمرشکن ارائه می‌کنند. جایی که هزینه‌های مستقیم از جیب از 15 درصد کل هزینه‌های سلامت کمتر باشد، خانوارهای بسیار کمی مستعد این خواهند بود که تحت تأثیر هزینه‌های کمرشکن قرار گیرند [۱۱]. سنجش خطر مالی به این سبب که اهمیت هر خطر خاص، هم به شدت خطر و هم به وضعیت اقتصادی (درآمد و دارایی‌ها) فرد مبتلا بستگی دارد، امری پیچیده است. هر چه فرد به خط فقر نزدیک‌تر باشد با هزینه کمتری به زیر این خط سقوط می‌کند. از این رو، چنین

افرادی به محافظت بیشتری در برابر خطرهای مالی نیاز دارند. سبب دیگر آن است که خود خطر مالی نیز می‌تواند بر وضع سلامت موثر باشد. بار مالی تحمیل شده بر افرادی که بیماری جدی دارند ممکن است منجر به جلوگیری از مراجعه آنان شود و در نتیجه مراقبت کافی دریافت نکنند. بنابراین آسیبی که این افراد از نبود محافظت در برابر خطرهای مالی می‌بینند غالباً خود را به صورت افت وضع سلامت و نه زیان اقتصادی نشان می‌دهد. لازم است تأکید شود که تعیین سطوح خطرهای مالی نیازمند داده‌های حاصل از بررسی پیمایشی خانوارها در مورد استفاده از مراقبت سلامت و هزینه‌های آن است. بر اساس نتایج مطالعات قبل وضعیت اقتصادی خانوار یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های مواجهه با هزینه کمرشکن سلامت است که این یافته با نتایج سایر مطالعات در این زمینه و به ویژه با مطالعات در کشورهای در حال توسعه شباهت دارد [۱۲].

نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش قبلی و همکاران (۱۳۹۶) که بیانگر این است که نابرابری درآمدی تأثیر معناداری بر هزینه سلامت دارد همخوانی دارد [۱۳]. مازوساز (۱۳۹۵) در پژوهش با عنوان «ارزیابی تأثیر شاخص‌های توسعه یافتگی بر نسبت مواجهه خانوارهای شهری با هزینه کمرشکن» استنباط کرد که نظام سلامت نتوانسته آنچنان که باید در راستای کنترل نسبت مواجهه خانوارها با هزینه کمرشکن سلامت عمل کند و این نسبت را براساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی به یک درصد کاهش دهد. شاخص‌های توسعه یافتگی (درآمد، سرانه، نابرابری درآمدی)، نرخ تورم و نرخ بیکاری، برای کنترل آن می‌تواند مورد توجه سیاست‌گذاران قرار بگیرد [۱۱].

توستی و موسکونه (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان «فاجعه و فقر در پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامت» نشان داد که بعد از اجرای پوشش بیمه همگانی هزینه‌های کمرشکن سلامت از خانوارهای فقیر به سمت خانوارهای ثروتمند تغییر جهت داده است. پژوهشگران علت آن را استفاده بیشتر فقرا از خدمات عمومی تحت پوشش نظام بیمه و استفاده بیشتر ثروتمندان از خدمات گرانیقیمت بخش خصوصی می‌دانستند [۱۴].

نتیجه‌گیری

به طور کلی با نگاهی به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش و سایر پژوهش‌های مرتبط می‌توان نتیجه گرفت که بین ابعاد نابرابری از میزان هزینه‌های کمرشکن، فرصت یکسان و نوع پوشش بیمه و تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل

References

1. Sen A, Sen MA, Foster JE, Amartya S, Foster JE. On economic inequality. Oxford university press; 1997.
2. Tosetti E, Moscone F. Health expenditure and income in the United State. Health Econ. 2010;19(12):1385-403. doi: 10.1002/hec.1552.
3. Abrishami H, Mehrara M. Applied econometrics (new approach). Tehran: Tehran University Publications. First Edition, 2016, Pp:28-40. [Persian]
4. Aboonoori A, Abbasi Ghaderi R. Estimating the effect of economic growth on poverty in Iran. Iranian Economic Research Quarterly. 2017;30:55-67. [Persian]
5. Jaber Khosroshahi N, Mohammadvand Nahidi M, Noroozi D. The effect of financial development on income inequality in Iran. Economic Growth and Development Research. 2012;2(6):173-208. [Persian]
6. Amini Anabad H, Meskarpour Amiri M. Financial Accessibility of Iranian Households to Health Care Services during 1983-2008. Hakim Research Journal. 2013;16(1):1-8. [Persian]
7. Beheshti M, Sojoodi S. Empirical analysis of the relationship between health expenditure and gross domestic product in Iran. Economic Studies Quarterly. 2016;4:115-35. [Persian]
8. Parvin S, Zeydi R. The effect of adjustment policies on poverty and income distribution (a case study of the policies of the first economic, social and cultural development plan of Iran). Economic Research. 2001;58:113-46. [Persian]
9. Aboonoori A, Tajeddin A. Estimating the effect of inflation on inequality in cost distribution in Iran using a non-parametric method (years 1350-1380). Economic Research. 2014;65:165-84. [Persian]
10. Saito E, Gilmour S, Yoneoka D, Gautam GS, Rahman MM, Shrestha PK, Shibuya K. Inequality and inequity in healthcare utilization in urban Nepal: a cross-sectional observational study. Health Policy Plan. 2016;31(7):817-24. doi: 10.1093/heapol/czv137.
11. Masoosaz S. Evaluating the impact of development indicators on the proportion of urban households facing the back-breaking cost of health in Iran during the years (1384-1390). [Master's Thesis] Tehran: Payam Noor University, Faculty of Economics, 2014. [Persian]
12. Ameri H, Vafaei H, Alizadeh H, Ghiasi H, Razavi A, Khalafi N. Estimation of exposure of households covered by Torbat Heydarieh University of Medical Sciences to back-breaking health costs in 2013. Scientific Quarterly Journal of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences. 2012;1(2):46-54. [Persian]
13. Ghanbari A, Nikravan A, Fattahi M. The impact of income inequality on people's health in selected countries using panel data. Journal of Health Administration. 2011;45:71-77. [Persian]
14. Tosetti E, Moscone F. Health expenditure and income in the United State. Health Econ. 2010;19(12):1385-403. doi: 10.1002/hec.1552.

از این پژوهش و تأیید تأثیر مثبت ابعاد نابرابری بر تأمین مالی هزینه‌های بهداشت خانوار و با توجه به مبانی نظری که به آن اشاره شد، می‌توان گفت ابعاد نابرابری و هزینه‌های بهداشت هر خانوار با هم رابطه مثبت و همسویی دارند. بنابراین بایستی بر سیاست‌های بین بخشی در راستای ارتقای وضعیت اقتصادی این خانوارها، ایجاد نظم فراگیر بیمه‌ای و بیمه‌های خاص برای فقرا و سالمندان، طرح‌های معافیت فقرا از برخی از پرداخت‌های درمانی و تشخیصی حیاتی مانند انواع تست‌های تشخیصی سرطان و بیماری‌های مزمن نظری دیابت و بازنگری بسته خدمات سلامت سازمان‌های بیمه و پوشش بیشتر خدمات توسط این سازمان‌ها تأکید شود. به طوری که بسیاری از خدمات تشخیصی و درمانی که هزینه‌های متوسط و متوسط به بالایی برای سیستم‌های بیمه‌ای دارند از لیست خدمات تحت پوشش این سازمان‌ها حذف شده‌اند و عملاً نظام بیمه‌ای از هدف اصلی خود که ارتقای سلامت است دور شده و به یک سازمان انتفاعی تبدیل شده است. همچنین باید سیاست‌هایی نیز به منظور اصلاح نظام ارائه خدمات، پایش عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات به ویژه بیمارستان‌ها و ایجاد سازمان ارزشیابی مستقل از وزارت بهداشت بر مراکز درمانی، اصلاح شیوه‌های پرداخت و هزینه‌های دریافتی تدوین شود.

در کل با توجه به اینکه فرآیند نابرابری یک فرآیند سازمانی سیاست‌محور است، توانایی‌ها و پشتیبانی‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات در زمینه نابرابری در بین سرپرست خانوار هم می‌تواند باعث افزایش نوآوری در سازمان بهداشت و مراکز درمانی شود. به عبارت دیگر، شبکه بهداشت و درمان با استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی با سرعت بیشتری می‌توانند به اطلاعات مورد نظر خود در زمینه برابری و عدالت در راستای بهبود هزینه‌های تأمین بهداشت خانوار دست یابند که این امر می‌تواند به افزایش سطح نوآوری و نابرابری کمک کند.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت قرار گرفت.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را اعلام نکردند.
سهام نویسندگان: شقایق وحدت: طراحی مطالعه و نظارت بر تدوین مقاله (۲۰ درصد)؛ آسیه خالقی: ویرایش و نظارت بر تدوین مقاله (۲۰ درصد)؛ ارسلان غلامی: نگارش و ویرایش مقاله (۱۰ درصد)؛ کوروش سلطانیه زنجانی: مرور مطالعات و جمع‌آوری داده (۲۰ درصد)؛ فرهاد لطفی: مرور مطالعات، ویرایش مقاله و تحلیل داده‌ها (۲۰ درصد).

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.