

## کل مخارج سلامت و سهم پرداخت از جیب در استان‌های ایران؛ دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳

محمدحسین مهرالحسنی<sup>۱</sup>، بهزاد نجفی<sup>۲</sup>، وحید یزدی فیض آبادی<sup>۳</sup>، علی اکبر حق دوست<sup>۴</sup>، مسعود ابوالحلاج<sup>۵</sup>،

مینا انصاری<sup>۶</sup>، رضا دهنویه<sup>۷</sup>، مریم رمضانیان<sup>۸</sup>، فرهاد کوهی<sup>۹</sup>، محمد جعفری<sup>۱۰</sup>، مرضیه لشکری<sup>۱۱</sup>

- ۱- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
  - ۲- استادیار اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
  - ۳- دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
  - ۴- استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
  - ۵- استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دفتر بودجه و پایش عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
  - ۶- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
  - ۷- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
  - ۸- دانشجوی دکتری آینده پژوهی در سلامت، دفتر بودجه و پایش عملکرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
  - ۹- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران
  - ۱۰- دکترای مدیریت استراتژیک، سازمان بیمه خدمات درمانی استان کرمان، کرمان، ایران
  - ۱۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- نویسنده رابط: مرضیه لشکری، نشانی: کرمان، بزرگراه هفت باغ، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشگاه تهران، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، تلفن: ۰۳۴۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیک: m.lashkari88@gmail.com
- تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۲؛ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۲

**مقدمه و اهداف:** سهم پرداخت مستقیم از جیب یکی از شاخص‌های کلیدی در تأمین منابع مالی سلامت است که توزیع خطر و انباشت ریسک را نشان می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف محاسبه کل مخارج سلامت، سرانه آن و همچنین سهم پرداخت از جیب در استان‌ها برای سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ انجام شد.

**روش کار:** داده‌های استانی هزینه‌های بخش سلامت از سازمان‌های عمومی و خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ جمع‌آوری شد. همچنین داده‌های هزینه سلامت خانوارها از مرکز آمار ایران جمع‌آوری شد.

**نتایج:** پرداخت مستقیم از جیب از حیث مقادیر مطلق ریالی روند افزایشی داشته اما از نظر سهم از ۵۱/۹ درصد در سال ۱۳۸۷ به ۴۰/۶ درصد در سال ۱۳۹۳ رسیده است. مقادیر ریالی کل مخارج سلامت و سرانه آن در کلیه استان‌های کشور افزایش یافته و حدود ۳/۵ برابر گردید. در تمامی سال‌های مطالعه استان‌های تهران و سیستان و بلوچستان به ترتیب بیشترین و کمترین سرانه کل مخارج سلامت را داشتند و این اختلاف از ۲/۱۲ در سال ۱۳۸۷ به ۱۰/۵۶ میلیون ریال در سال ۱۳۹۳ افزایش یافت.

**نتیجه‌گیری:** اگرچه سهم پرداخت مستقیم از جیب در تمامی استان‌ها کاهش یافت، اما همچنان با اهداف تعیین شده در برنامه‌های توسعه ملی (کاهش به ۳۰٪) فاصله دارد. برای بهبود شاخص‌های مورد مطالعه و کاهش نابرابری‌های استانی، تمرکز بیشتر بر سازوکارهای مبتنی بر پیش پرداخت، بهبود نظام بیمه‌ای و توزیع عادلانه منابع ملی متناسب با محرومیت منطقه و زیرساخت‌های آن ضروری است.

**واژگان کلیدی:** کل مخارج سلامت، سرانه سلامت، پرداخت مستقیم از جیب، استان‌های ایران

### مقدمه

فناوری‌های جدید بسیاری از کشورها در تأمین مالی مورد نیاز در بخش سلامت دارای چالش جدی می‌باشند (۳).

تأمین مالی، یکی از کارکردهای تعریف‌شده نظام سلامت جهت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت محسوب می‌شود که با تأثیر بر دیگر کارکردهای نظام سلامت، زمینه تحقق عدالت، افزایش

سلامت یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی شناخته شده است (۱) و سبب گردیده که بسیاری از دولت‌ها و نهادهای بین‌المللی در جایگاه حاکمیتی، منابع لازم را در راستای حفظ، بهبود و ارتقای سلامت اختصاص دهند (۲). امروزه با توجه به تغییرات جمعیت‌شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها و رشد

خانوارها هنگام دریافت خدمات سلامت پرداخت شده است (۱۰). بعلاوه پرداخت از جیب خانوارها احتمال بروز مخارج کمرشکن سلامت را افزایش می‌دهد. به طوری که مطالعات مختلفی در ارتباط با مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در نتیجه سهم بالای پرداخت از جیب در کشور انجام شده است که در این بین یکی از مطالعات جدید نشان می‌دهد که بر اساس داده‌های هزینه-درآمد خانوار در سال ۱۳۹۳، به طور متوسط ۳/۱۵ درصد خانوارها در سطح کشور دچار مخارج کمرشکن سلامت شدند (۱۱). علیرغم وجود برآوردهایی در سطح جهانی از وضعیت کل مخارج سلامت و سهم پرداخت مستقیم از جیب، نه تنها مطالعات کافی از این شاخص‌ها در سطوح استانی وجود ندارد، بلکه شواهدی نیز بعد از اجرای برنامه تحول سلامت در این زمینه یافت نشد. با توجه به اهمیت فراهم نمودن شواهد کافی برای سیاست‌گذاران در ارتباط با تأثیر سیاست‌ها و اطلاعات تأمین مالی، مطالعه حاضر با هدف بررسی کل مخارج سلامت، سرانه آن و سهم پرداخت مستقیم از جیب ایران به تفکیک استان‌ها انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که بر روی داده‌های مرتبط با هزینه‌های بخش سلامت از سازمان‌های عمومی و خصوصی سلامت مربوط به سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ به تفکیک واحدهای تابعه هر سازمان در استان‌ها انجام شد. این داده‌ها بعد از مراجعه به مراکز آمار سازمان‌های ذیربط و تأیید مراجع قانونی هر سازمان (تأیید هیئت‌امنا و یا هیئت‌مدیره) جمع‌آوری شد. سازمان‌های مورد مطالعه شامل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، نیروهای مسلح، سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و شرکت‌های بیمه تکمیلی دولتی و خصوصی بود.

همچنین، داده‌های مرتبط با هزینه‌های سلامت خانوارها به‌صورت سالیانه و به تفکیک هر استان از مرکز آمار ایران جمع‌آوری شد. این داده‌ها هر سال از طریق پیمایش‌های هزینه-درآمد خانوار با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری می‌شود که حجم نمونه این پیمایش برای سال‌های مورد مطالعه از ۳۶۷۷۲ تا ۳۹۰۰۸ خانوار متغیر بود. این رقم برای خانوارهای روستایی از ۱۸۱۶۶ تا ۱۹۷۳۹ خانوار و برای خانوارهای شهری از ۱۸۵۰۲ تا ۱۹۳۳۸ خانوار متغیر بود. برای محاسبه هزینه‌های سلامت خانوارها، کدهای مرتبط با هزینه‌های سلامت در پرسشنامه مربوطه شناسایی و این هزینه‌ها از داده‌های مربوط به هزینه

دسترسی، کیفیت و کارایی را فراهم آورده و در دستیابی به اهداف آن نظام، تأثیر بسزایی دارد. دستیابی به اهداف نظام سلامت در گرو بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و عادلانه بوده و کارایی خدمات سلامت و عادلانه بودن آن نیز مستلزم مدیریت صحیح منابع و بهبود سیاست‌های تأمین مالی نظام سلامت می‌باشد (۴).

از جمله اهداف کارکرد تأمین مالی نظام سلامت، در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی همه افراد جامعه به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت سلامت فردی می‌باشد (۵) و این امر مستلزم افزایش توان پرداخت و یا جلوگیری از فقیر شدن افراد جامعه در نتیجه پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت است (۶). در این راستا، دولت‌ها ترکیبی از روش‌های مختلف تأمین مالی را در بخش سلامت بکار می‌گیرند که از جمله می‌توان به درآمدهای عمومی (مالیات)، بیمه‌های اجتماعی دولتی، بیمه‌های خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب<sup>۱</sup> مردم، کمک‌های خارجی و خیریه اشاره کرد (۷).

پرداخت مستقیم از جیب بیماران، یکی از ساده‌ترین و ناکارآمدترین شیوه‌های تأمین منابع بخش سلامت است که در این روش در زمان ارائه خدمات، فرد پول را مستقیم به ارائه‌کننده خدمت می‌پردازد. این شیوه پرداخت با تأمین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت همخوانی ندارد؛ چرا که در این روش برخی خانوارها به واسطه خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند (۸). در حالی که توزیع هزینه‌های سلامت در میان خانوارها هنگامی عادلانه است که بر حسب توان پرداخت آن‌ها باشد و نه خطر بروز بیماری (۹).

در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولاً بخش خصوصی سهم بیشتری در تأمین کل مخارج سلامت<sup>۲</sup> دارد. در ایران نیز، پرداخت مستقیم از جیب یکی از منابع مهم تأمین مالی نظام سلامت به شمار می‌آید. به طوری که بر اساس مطالعه اخیر وزارت بهداشت در خصوص حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۸۷، سهم بخش دولتی از کل مخارج سلامت ۴۳/۸ درصد و سهم بخش خصوصی ۵۶/۲ درصد بوده است که از این میان ۵۳/۷۹ درصد از کل مخارج سلامت در این سال‌ها بطور مستقیم توسط

<sup>۱</sup> Out-of-pocket (OOP)

<sup>۲</sup> Total Health Expenditure (THE)

چهارم کل مخارج سلامت کشور را دربرگرفت. در حالی که کمترین رقم مربوط به استان خراسان جنوبی بود (جدول شماره ۱). شکل شماره ۱ اختلاف و پراکندگی مقادیر مطلق ریالی کل مخارج سلامت را در نقشه نشان داده است.

در کل استانهای کشور سرانه کل مخارج سلامت در طی سالهای مورد مطالعه روند افزایشی نشان داد که بیشترین حق سرانه مربوط به استان تهران و کمترین مربوط به استان سیستان و بلوچستان بود. این رقم در سال ۱۳۹۳ برای استان تهران، ۱۵/۹۲ میلیون ریال و برای استان سیستان و بلوچستان ۵/۳۶ میلیون ریال بود. نمودار شماره ۱، چارکهای توزیع سرانه کل مخارج سلامت را برای هر سال نشان می‌دهد که بر اساس داده‌های جدول شماره ۱ ترسیم شده است. طبق این نمودار، در طول سالهای مورد مطالعه شکاف کل سرانه مخارج سلامت بین بیشترین و کمترین (دو استان تهران و سیستان و بلوچستان) افزایش یافته است که نشان دهنده نابرابری و پراکندگی نسبتاً بالای توزیع منابع در بین استان هاست.

همانگونه که در نمودار شماره ۲ نشان داده شده است در کل کشور سهم پرداخت مستقیم از جیب از هزینه کل سلامت از حدود ۵۱/۹ درصد سال ۱۳۸۷ به حدود ۴۰/۶ درصد در سال ۱۳۹۳ رسیده است. در حالی که بر اساس نمودار شماره ۳، از نظر مقادیر مطلق ریالی، پرداخت مستقیم از جیب طی سالهای مورد مطالعه روند افزایشی داشته است که مقدار آن از حدود ۱۰۰ هزار میلیارد ریال به ۳۳۵ هزار میلیارد ریال افزایش داشته است.

شکل شماره ۲ پراکندگی جغرافیایی سهم پرداخت مستقیم از جیب بر حسب استانهای کشور را در دوره ۱۳۸۷-۱۳۹۳ بر روی نقشه نشان می‌دهد. استان های اصفهان، آذربایجان شرقی و گیلان در هر ۷ سال، آذربایجان غربی در ۶ سال و استانهای فارس، قم و مرکزی در ۵ سال از سالهای مورد مطالعه جز استانهایی با بالاترین سهم پرداخت مستقیم از جیب بودند. به طوری که کمترین رقم برای این استانها مرتبط با استان مرکزی با ۲۹/۸۷٪ در سال ۱۳۸۷ و بیشترین مربوط به استان فارس با ۷۲/۴۸٪ در سال ۱۳۸۹ بود.

استانهای خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان و یزد در ۷ سال، بوشهر در ۶ سال و کهگیلویه و بویراحمد و کردستان در ۵ سال از ۷ سال مورد مطالعه، جزء استانهایی با کمترین سهم پرداخت مستقیم از جیب بودند. برای این استان ها، کمترین رقم مربوط به استان خراسان جنوبی با ۱۱/۶۵٪ در سال ۱۳۹۰ و بیشترین مربوط به استان کهگیلویه و بویراحمد با ۵۶/۲۶٪ در

خانوار استخراج شد (فصل ۶ و کد شش مربوط به فصل ۱۳). لازم به توضیح است که متغیر وزن برای هر خانوار برای تعمیم نتایج به کل کشور با توجه به نسبت متفاوت جمعیت روستایی و شهری در آنالیزها برای محاسبه میانگین هزینه سلامت خانوار لحاظ شد (۱۲). سپس میانگین هزینه سلامت خانوار به تفکیک شهری و روستایی در تعداد خانوارهای هر استان (گزارش شده توسط مرکز آمار)، ضرب و مقادیر مطلق ریالی پرداخت مستقیم از جیب برای هر استان در هر سال محاسبه شد (۱۳).

در مطالعه حاضر شاخص های کل مخارج سلامت<sup>۱</sup>، سرانه کل مخارج سلامت و سهم پرداخت از جیب به تفکیک هر استان محاسبه شد. کل مخارج سلامت دربرگیرنده هزینه‌های خدمات درمانی (بستری و سرپایی مراقبت‌های روزانه)، خدمات پاراکلینیکی، دارو و تجهیزات، مراقب‌های در منزل، هزینه‌های بهداشتی و پیشگیری و هزینه‌های اداری بیمه سلامت و همچنین سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها می‌باشد. اما این شاخص، هزینه‌هایی از جمله آموزش و پژوهش را در بر نمی‌گیرد در حالی که این هزینه‌ها در محاسبه مخارج عمومی سلامت<sup>۲</sup> لحاظ می‌شود. سرانه کل مخارج سلامت، از تقسیم مقدار مطلق ریالی کل مخارج سلامت بر جمعیت هر استان بدست می‌آید و شاخصی است که علاوه بر نشان دادن برابری در توزیع هزینه‌ها و منابع می‌توان در تحلیل ارتباط این سرانه با سطح سلامت، رفتارهای جمعی در الگوی مصرف و موانع دسترسی فرهنگی و توسعه یافتگی بخش سلامت از نظر زیرساخت‌ها بکار رود. سهم پرداخت مستقیم پرداخت از جیب عبارت است از: درصدی از کل مخارج سلامت که توسط مردم به طور مستقیم در هنگام دریافت خدمات سلامت پرداخت می‌شود و هزینه‌های مربوط به انواع پیش پرداخت‌ها و حق سرانه بیمه را شامل نمی‌شود. از این جهت این شاخص بسیار حایز اهمیت است که علاوه بر نشان دادن سهم تامین مالی مستقیم توسط مردم، وضعیت توزیع خطر و انباشت ریسک را نشان داده و بالا بودن آن بیانگر ناعادلانه بودن تامین مالی بوده و نشان دهنده عملکرد نامطلوب تامین مالی در بخش سلامت است (۱۴).

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد در طول دوره مطالعه، بیشترین رقم مطلق ریالی کل مخارج سلامت مربوط به استان تهران بود که حدود یک

<sup>۱</sup> Total health expenditure (THE) per Capita

<sup>۲</sup> GHE: General Health Expenditure

تغییرات ۳۵/۱۶ تا ۴۸/۰۸) را دارا بوده و در یکسال از سال های مورد مطالعه جز ده استان با کمترین سهم پرداخت مستقیم از جیب بوده است.

سال ۱۳۸۸ بود. البته از نظر میزان سرانه کل مخارج سلامت، استان یزد بیشتر از بقیه استان‌هایی با کمترین سهم پرداخت مستقیم از جیب بوده است. استان تهران با وجود بیشترین مخارج کل سلامت، سهم پرداخت مستقیم از جیب متوسطی (با دامنه

جدول شماره ۱- کل مخارج سلامت، سرانه کل مخارج سلامت و سهم پرداخت مستقیم از جیب به تفکیک استان‌ها برای سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۹۳ (اعداد به میلیون ریال)

ردیف	استان	شاخص	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳
۱	آذربایجان شرقی	کل مخارج سلامت	۱۱,۷۵۶,۲۲۸/۵۸	۱۱,۲۹۳,۸۸۲/۶۲	۱۶,۴۰۱,۱۷۴/۸۹	۱۸,۱۸۵,۸۹۰/۷۲	۱۹,۹۵۲,۰۷۸/۲۸	۳۳,۸۶۴,۰۷۹/۱۳	۴۲,۴۹۵,۶۰۲/۳۷
		سرانه کل مخارج سلامت	۳/۲۲	۳/۰۷	۴/۴۳	۴/۸۸	۵/۳۲	۸/۹۸	۱۱/۱۹
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۶۱/۴۹	۴۸/۹۴	۵۹/۵۵	۵۳/۱۲	۴۸/۹۹	۶۱/۰۱	۴۸/۷۲
۲	آذربایجان غربی	کل مخارج سلامت	۸,۷۵۲,۴۹۵/۵۵	۹,۱۸۲,۶۲۷/۰۵	۱۱,۵۳۰,۷۵۹/۵۰	۱۲,۳۸۰,۷۴۱/۲۸	۱۷,۲۵۷,۱۸۳/۴۶	۲۱,۵۱۹,۵۳۵/۸۸	۲۴,۱۴۲,۸۷۶/۳۱
		سرانه کل مخارج سلامت	۲/۹۶	۳/۰۶	۳/۷۹	۴/۰۲	۵/۵۳	۶/۸۰	۷/۵۴
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۶۷/۱۷	۵۹/۰۸	۶۲/۴۱	۵۲/۲۰	۵۸/۱۷	۶۰/۰۲	۲۸/۵۴
۳	اردبیل	کل مخارج سلامت	۳,۱۸۳,۳۷۲/۸۹	۳,۶۳۹,۵۹۶/۹۹	۴,۸۲۴,۸۴۰/۷۷	۵,۲۸۸,۷۸۰/۹۰	۶,۹۲۸,۸۸۴/۰۳	۹,۷۰۸,۶۵۴/۴۴	۱۱,۴۴۷,۲۰۸/۰۸
		سرانه کل مخارج سلامت	۲/۵۸	۲/۹۳	۳/۸۸	۴/۲۴	۵/۵۳	۷/۷۳	۹/۰۸
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۵۱/۱۹	۴۳/۰۷	۴۷/۹۲	۳۶/۴۰	۳۹/۲۳	۴۲/۱۹	۲۷/۰۱
۴	اصفهان	کل مخارج سلامت	۱۶,۰۷۳,۵۰۱/۸۷	۱۷,۹۶۰,۲۲۹/۹۴	۲۰,۴۴۶,۹۸۵/۲۶	۲۴,۷۰۱,۰۱۰/۳۳	۲۷,۵۵۰,۱۱۷/۷۷	۴۱,۸۹۵,۵۴۳/۵۸	۶۰,۲۵۵,۴۸۸/۳۴
		سرانه کل مخارج سلامت	۳/۴۳	۳/۷۸	۴/۲۵	۵/۰۶	۵/۵۷	۸/۳۷	۱۱/۸۸
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۶۱/۷۹	۵۶/۳۶	۵۶/۹۲	۵۳/۵۲	۵۱/۵۹	۵۹/۳۹	۵۴/۱۰
۵	البرز	کل مخارج سلامت	۲,۲۰۲,۱۸۸/۷۱	۲,۷۲۵,۷۱۱/۴۴	۳,۱۰۴,۸۵۱/۹۴	۳,۶۸۸,۸۹۵/۲۸	۷,۰۰۳,۴۷۶/۴۷	۱۲,۷۴۵,۲۱۸/۶۹	۲۴,۸۴۸,۴۹۱/۲۵
		سرانه کل مخارج سلامت	۱/۲۹	۱/۲۵	۱/۳۳	۲/۷۷	۲/۸۵	۵/۰۹	۹/۷۵
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	_*	_*	_*	۳۹/۹۱	۳۴/۷۴	۵۱/۱۹	۵۹/۱۶
۶	ایلام	کل مخارج سلامت	۱,۷۲۹,۳۳۹/۳۵	۱,۹۳۳,۸۰۵/۳۷	۱,۸۷۵,۱۷۳/۷۴	۲,۹۲۸,۰۱۸/۳۱	۲,۰۰۲,۴۸۳/۴۵	۳,۸۸۶,۹۳۲/۴۱	۵,۲۴۱,۵۲۹/۶۷
		سرانه کل مخارج سلامت	۳/۱۴	۳/۵۰	۳/۳۸	۵/۲۵	۳/۵۸	۶/۹۱	۹/۲۸
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۵۵/۶۵	۴۷/۷۷	۳۸/۵۵	۴۵/۹۷	۱۲/۱۹	۴۲/۹۹	۲۷/۲۲
۷	بوشهر	کل مخارج سلامت	۲,۳۱۶,۰۵۲/۴۱	۳,۳۰۲,۶۶۸/۰۰	۳,۰۷۷,۵۴۶/۱۲	۳,۵۳۷,۴۸۴/۴۷	۳,۳۹۵,۳۴۲/۸۱	۶,۰۶۲,۳۴۸/۷۱	۹,۷۱۰,۱۱۱/۱۵
		سرانه کل مخارج سلامت	۲/۴۵	۳/۳۹	۳/۰۷	۳/۴۳	۳/۲۰	۵/۵۶	۸/۶۷
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۴۳/۰۱	۴۷/۲۱	۳۵/۹۲	۲۴/۷۹	۱۰/۱۵	۳۵/۵۶	۳۱/۰۹
۸	تهران	کل مخارج سلامت	۴۴,۱۶۶,۱۴۷/۰۶	۵۷,۴۰۹,۳۸۲/۷۷	۶۱,۴۶۳,۰۹۰/۲۷	۷۲,۵۵۰,۵۲۷/۳۴	۹۷,۲۳۰,۲۳۲/۲۹	۱۴۸,۲۳۹,۸۵۴/۶۶	۲۱۴,۳۶۳,۶۰۰/۹۶
		سرانه کل مخارج سلامت	۳/۴۲	۴/۵۳	۴/۸۲	۵/۶۲	۷/۴۳	۱۱/۱۷	۱۵/۹۲
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۴۵/۸۲	۴۸/۰۸	۴۱/۸۱	۳۵/۱۶	۴۲/۸۵	۴۵/۳۱	۴۲/۰۷
۹	چهارمحال	کل مخارج سلامت	۲,۲۷۰,۰۸۴/۷۳	۲,۹۷۵,۳۸۶/۷۶	۴,۱۳۵,۶۳۸/۵۷	۴,۴۸۸,۲۷۰/۷۳	۵,۱۶۵,۲۳۱/۲۵	۷,۴۸۴,۴۳۳/۶۶	۱۱,۳۹۸,۸۴۵/۶۵
		سرانه کل مخارج سلامت	۲/۶۰	۳/۲۸	۴/۶۶	۵/۰۱	۵/۷۲	۸/۲۲	۱۲/۴۲
		سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)	۴۸/۳۲	۴۸/۷۳	۵۶/۷۷	۴۴/۰۹	۳۹/۳۹	۴۹/۹۹	۴۴/۴۹

۵,۶۷۶,۴۶۰/۳۲	۳,۶۱۸,۶۵۲/۰۳	۲,۳۸۵,۹۰۱/۴۵	۱,۸۱۳,۲۱۹/۷۲	۱,۴۹۰,۴۶۷/۷۵	۱,۱۸۷,۰۴۵/۸۴	۹۷۸,۸۴۲/۹۹	کل مخارج سلامت	خراسان جنوبی	۱۰
۸/۴۱	۵/۴۰	۳/۵۹	۲/۷۵	۲/۲۷	۱/۸۲	۱/۵۲	سرانه کل مخارج سلامت		
۲۱/۸۳	۳۰/۱۳	۲۴/۶۳	۱۱/۶۵	۱۹/۳۷	۱۱/۷۲	۲۱/۱۶	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۵۰,۱۹۳,۶۸۸/۳۹	۳۷,۱۶۷,۰۰۷/۰۱	۲۲,۱۱۶,۰۵۵/۳۵	۱۷,۸۴۶,۱۰۹/۶۰	۱۸,۳۳۷,۰۹۹/۹۱	۱۳,۲۱۷,۳۹۹/۹۶	۱۲,۰۲۱,۵۴۰/۵۶	کل مخارج سلامت	خراسان رضوی	۱۱
۸/۰۶	۶/۰۴	۳/۶۴	۲/۹۸	۳/۰۸	۲/۲۷	۲/۰۹	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۶/۰۱	۴۹/۳۲	۳۲/۸۸	۲۹/۳۶	۴۷/۶۰	۳۷/۳۹	۴۶/۵۶	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۶,۸۵۷,۱۵۰/۸۲	۴,۶۹۹,۳۵۹/۰۰	۳,۳۳۱,۸۳۹/۴۱	۲,۵۷۹,۱۰۲/۱۰	۲,۶۳۶,۴۳۸/۱۶	۲,۲۶۶,۸۷۷/۳۵	۱,۶۳۹,۰۷۵/۸۶	کل مخارج سلامت	خراسان شمالی	۱۲
۷/۶۱	۵/۲۸	۳/۷۹	۲/۹۷	۳/۰۸	۲/۶۸	۱/۹۵	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۵/۲۷	۴۵/۳۶	۴۰/۷۷	۳۱/۸۱	۵۱/۴۰	۵۱/۵۶	۴۸/۵۱	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۴۶,۴۸۱,۷۶۶/۷۴	۳۱,۹۹۳,۴۶۹/۲۸	۲۱,۸۳۰,۸۸۱/۱۳	۱۶,۹۴۵,۵۳۰/۲۴	۱۷,۹۷۹,۴۷۴/۶۰	۱۳,۳۲۳,۳۸۴/۱۹	۱۰,۱۶۷,۴۷۲/۸۴	کل مخارج سلامت	خوزستان	۱۳
۹/۹۲	۶/۹۱	۴/۷۶	۳/۷۴	۴/۰۱	۳/۰۱	۲/۳۲	سرانه کل مخارج سلامت		
۴۵/۵۳	۵۲/۵۰	۴۶/۶۷	۴۱/۵۴	۵۷/۲۲	۴۸/۸۸	۴۷/۷۹	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۱۰,۰۵۳,۰۶۰/۷۸	۸,۱۹۶,۸۰۰/۸۷	۶,۳۹۹,۳۸۸/۳۸	۴,۶۳۳,۴۵۱/۶۷	۴,۰۸۰,۰۱۰/۹۳	۲,۷۴۶,۹۰۷/۴۰	۲,۱۹۸,۶۸۴/۲۹	کل مخارج سلامت	زنجان	۱۴
۹/۶۲	۷/۹۲	۶/۲۴	۴/۵۵	۴/۰۶	۲/۷۶	۲/۲۳	سرانه کل مخارج سلامت		
۲۵/۷۰	۳۸/۷۹	۴۳/۸۲	۳۹/۴۹	۴۸/۰۷	۳۷/۶۳	۴۲/۳۵	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۷,۰۳۸,۶۲۹/۶۱	۵,۷۷۰,۶۸۱/۲۱	۳,۳۸۰,۶۳۷/۱۶	۲,۹۴۱,۴۶۸/۴۹	۲,۵۸۸,۸۰۵/۱۰	۲,۳۰۷,۶۰۲/۹۰	۱,۵۷۹,۵۱۰/۵۷	کل مخارج سلامت	سمنان	۱۵
۱۰/۸۰	۸/۹۶	۵/۳۱	۴/۶۸	۴/۱۷	۳/۷۶	۲/۶۱	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۱/۸۹	۵۰/۷۴	۳۴/۸۲	۳۱/۸۴	۴۲/۸۲	۴۴/۲۰	۳۶/۵۹	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۱۴,۰۰۳,۰۷۷/۰۵	۹,۴۵۵,۱۳۳/۴۱	۶,۸۸۰,۲۰۹/۱۹	۶,۱۱۵,۱۳۶/۲۳	۴,۹۶۵,۲۱۳/۴۷	۳,۹۲۸,۱۹۶/۶۳	۳,۱۹۲,۸۵۸/۸۰	کل مخارج سلامت	سیستان و بلوچستان	۱۶
۵/۳۶	۳/۶۶	۲/۶۹	۲/۴۱	۱/۹۸	۱/۵۸	۱/۳۰	سرانه کل مخارج سلامت		
۱۴/۳۵	۲۳/۷۲	۲۳/۸۳	۲۳/۷۰	۳۰/۸۳	۲۵/۹۴	۳۱/۶۷	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۵۰,۵۸۳,۹۱۲/۵۱	۳۶,۵۰۳,۳۸۷/۹۷	۳۳,۰۹۰,۶۱۰/۷۴۳	۲۸,۴۸۸,۴۳۶/۵۲	۲۷,۸۳۹,۹۵۸/۸۳	۲۱,۳۶۳,۹۳۶/۵۹	۱۱,۶۵۹,۰۲۷/۸۱	کل مخارج سلامت	فارس	۱۷
۱۰/۶۶	۷/۷۸	۷/۳۰	۶/۲۰	۶/۱۳	۴/۷۶	۲/۶۳	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۸/۸۵	۵۱/۸۶	۶۱/۸۷	۶۴/۵۶	۷۲/۴۸	۶۳/۵۶	۴۹/۰۶	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۱۱,۲۲۶,۷۰۵/۷۹	۸,۶۲۴,۴۷۳/۸۵	۵,۱۹۰,۴۷۲/۶۴	۴,۰۰۲,۳۳۳/۳۴	۳,۵۰۲,۴۸۰/۵۶	۲,۹۰۸,۵۱۶/۷۳	۳,۳۱۴,۱۸۹/۶۶	کل مخارج سلامت	قزوین	۱۸
۹/۰۸	۷/۰۴	۴/۲۸	۳/۳۳	۲/۹۴	۲/۴۷	۲/۸۴	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۹/۵۸	۵۲/۱۵	۳۷/۵۳	۳۳/۹۳	۴۱/۲۹	۳۹/۳۱	۵۸/۵۰	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۱۱,۸۰۴,۰۵۱/۸۴	۸,۳۰۱,۱۱۱/۶۰	۵,۵۶۸,۵۲۱/۸۵	۵,۰۸۹,۴۷۳/۴۱	۴,۱۲۰,۴۷۴/۳۳	۲,۹۰۶,۳۴۸/۸۳	۲,۲۱۵,۶۰۳/۹۴	کل مخارج سلامت	قم	۱۹
۹/۷۲	۶/۹۶	۴/۷۵	۴/۴۲	۳/۶۴	۲/۶۲	۲/۰۴	سرانه کل مخارج سلامت		
۴۴/۵۷	۵۲/۲۳	۴۷/۴۹	۵۱/۶۸	۵۵/۶۵	۴۷/۵۱	۴۵/۸۱	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۱۲,۸۹۸,۷۸۴/۳۵	۹,۶۴۵,۷۳۳/۵۲	۵,۲۴۶,۰۳۲/۸۳	۴,۵۴۳,۷۶۸/۵۲	۴,۱۵۸,۱۳۵/۰۵	۳,۵۳۱,۹۷۲/۴۵	۲,۳۴۰,۷۹۱/۲۹	کل مخارج سلامت	کردستان	۲۰
۸/۴۶	۶/۳۷	۳/۶۲	۳/۰۴	۲/۸۰	۲/۴۰	۱/۶۰	سرانه کل مخارج سلامت		
۳۰/۷۲	۴۴/۵۲	۳۰/۶۲	۳۳/۶۷	۴۱/۳۹	۴۲/۱۴	۳۵/۹۸	سهم پرداخت مستقیم از جیب (%)		
۲۳,۰۴۴,۳۱۵/۵۸	۱۷,۰۹۴,۰۹۶/۹۱	۱۱,۷۹۵,۳۱۳/۰۴	۹,۸۹۷,۰۶۲/۹۹	۸,۹۷۴,۸۳۸/۷۶	۷,۹۰۱,۷۴۷/۸۱	۷,۲۰۳,۷۶۹/۶۱	کل مخارج سلامت	کرمان	۲۱

۳/۴۱	۵/۶۰	۳/۹۴	۳/۳۷	۳/۱۲	۲/۸۰	۲/۶۰	سرانه كل مخارج سلامت		
۳۷/۹۸	۵۰/۳۶	۳۸/۱۴	۳۸/۷۸	۵۰/۰۲	۵۰/۰۰	۵۷/۶۲	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۹,۶۴۸,۸۷۸/۸۷	۱۳,۴۸۶,۹۴۵/۶۱	۹,۷۸۳,۶۰۴/۸۸	۷,۸۵۷,۶۲۶/۳۳	۷,۳۲۴,۰۱۲/۷۹	۵,۲۶۳,۵۸۰/۸۳	۵,۰۶۲,۷۱۹/۸۸	كل مخارج سلامت		
۹/۹۰	۶/۸۴	۵/۰۰	۴/۰۴	۳/۷۹	۲/۷۴	۲/۶۶	سرانه كل مخارج سلامت	كرمانشاه	۲۲
۴۱/۳۳	۵۰/۷۹	۴۹/۲۳	۴۵/۱۸	۵۴/۷۸	۴۴/۷۳	۵۵/۱۵	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۷,۱۴۰,۲۵۴/۵۹	۴,۵۶۵,۱۷۲/۵۴	۲,۹۳۳,۸۲۰/۷۲	۲,۷۱۲,۷۹۱/۷۶	۲,۰۹۸,۷۹۲/۱۱	۲,۷۶۳,۴۲۴/۸۲	۱,۲۵۷,۷۴۱/۰۰	كل مخارج سلامت		
۱۰/۶۱	۶/۸۳	۴/۴۲	۴/۱۲	۳/۲۱	۴/۲۶	۱/۹۵	سرانه كل مخارج سلامت	كهگیلویه	۲۳
۳۴/۶۱	۴۰/۰۶	۲۸/۹۹	۲۶/۲۲	۳۵/۱۵	۵۶/۲۶	۲۶/۵۹	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۵,۷۴۸,۵۶۷/۸۶	۱۰,۴۳۱,۳۵۴/۶۲	۷,۳۷۷,۵۱۹/۵۷	۶,۰۷۴,۷۸۰/۴۷	۵,۵۱۰,۷۵۰/۲۹	۴,۳۳۳,۱۲۲/۴۱	۳,۵۷۱,۶۳۲/۸۰	كل مخارج سلامت		
۸/۴۲	۵/۶۷	۴/۰۸	۳/۴۲	۳/۱۶	۲/۵۳	۲/۱۳	سرانه كل مخارج سلامت	گلستان	۲۴
۳۷/۵۱	۴۴/۹۷	۳۹/۷۱	۲۵/۲۷	۴۷/۸۶	۴۱/۹۸	۴۴/۹۹	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۲۹,۷۷۷,۴۸۴/۱۵	۲۲,۷۶۵,۶۵۹/۴۹	۱۷,۶۴۰,۱۸۵/۷۳	۱۲,۲۹۵,۷۰۸/۰۴	۱۰,۲۷۷,۱۰۴/۳۴	۱۰,۲۷۸,۱۱۳/۴۸	۷,۰۷۴,۱۴۳/۲۷	كل مخارج سلامت		
۱۱/۷۹	۹/۰۷	۷/۰۷	۴/۹۶	۴/۱۷	۴/۱۹	۲/۹۰	سرانه كل مخارج سلامت	گیلان	۲۵
۵۵/۱۷	۶۲/۶۵	۶۱/۹۷	۵۱/۷۶	۵۷/۳۰	۶۳/۱۲	۵۷/۹۳	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۲,۴۹۴,۵۵۴/۶۸	۸,۰۹۶,۲۳۸/۴۰	۸,۱۶۹,۶۵۰/۴۳	۶,۳۵۰,۷۱۵/۵۸	۵,۷۹۲,۸۶۱/۲۲	۵,۰۵۸,۵۷۷/۱۹	۳,۷۱۱,۵۴۲/۹۴	كل مخارج سلامت		
۷/۰۲	۴/۵۸	۴/۶۴	۳/۶۲	۳/۳۲	۲/۹۱	۲/۱۴	سرانه كل مخارج سلامت	لرستان	۲۶
۲۴/۴۲	۳۳/۷۸	۴۸/۴۹	۳۹/۷۲	۵۲/۷۴	۵۲/۷۸	۵۰/۲۷	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۳۱,۷۹۱,۴۳۴/۸۲	۲۶,۳۱۵,۹۹۱/۰۶	۱۶,۹۵۲,۵۶۶/۲۱	۱۴,۰۱۶,۳۳۶/۷۰	۱۴,۹۵۱,۱۱۶/۴۲	۹,۱۸۰,۶۶۸/۴۷	۸,۷۰۴,۳۷۲/۹۱	كل مخارج سلامت		
۱۰/۰۵	۸/۴۰	۵/۴۶	۴/۵۶	۴/۹۱	۳/۰۵	۲/۹۲	سرانه كل مخارج سلامت	مازندران	۲۷
۳۶/۶۱	۵۵/۹۰	۴۶/۲۲	۴۴/۲۴	۶۰/۸۲	۴۴/۴۷	۵۴/۳۴	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۵,۱۵۴,۵۷۰/۰۴	۱۱,۷۶۳,۷۸۶/۷۳	۹,۶۱۳,۹۰۴/۵۲	۷,۹۹۱,۱۹۱/۵۲	۶,۹۱۳,۲۸۷/۴۳	۴,۱۲۷,۱۹۶/۶۱	۲,۳۶۴,۷۰۵/۱۸	كل مخارج سلامت		
۱۰/۴۴	۸/۱۸	۶/۷۴	۵/۶۵	۴/۹۳	۲/۹۷	۱/۷۲	سرانه كل مخارج سلامت	مرکزی	۲۸
۴۲/۴۶	۵۴/۸۵	۵۹/۲۱	۵۷/۷۵	۶۳/۱۳	۴۷/۳۶	۲۹/۸۷	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۶,۱۳۳,۸۲۹/۴۶	۸,۱۱۶,۷۳۴/۷۵	۵,۳۲۲,۷۱۰/۴۵	۴,۲۶۰,۲۸۹/۴۸	۳,۸۲۹,۹۹۷/۲۵	۳,۷۰۳,۹۴۰/۲۳	۳,۱۰۹,۸۰۸/۴۷	كل مخارج سلامت		
۹/۶۰	۴/۹۳	۳/۳۰	۲/۷۰	۲/۴۸	۲/۴۶	۲/۱۱	سرانه كل مخارج سلامت	هرمزگان	۲۹
۴۸/۳۷	۳۷/۸۹	۳۱/۳۸	۲۵/۵۹	۳۹/۱۰	۴۴/۹۶	۵۰/۸۴	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۴,۶۸۷,۱۰۶/۶۵	۹,۷۰۳,۵۵۹/۰۶	۷,۳۸۶,۸۰۲/۳۱	۵,۲۰۸,۴۶۹/۴۰	۵,۸۰۹,۹۰۴/۸۰	۴,۳۸۳,۷۶۵/۵۴	۳,۶۳۹,۵۷۲/۳۴	كل مخارج سلامت		
۱۳/۰۹	۸/۷۸	۶/۷۸	۴/۸۶	۵/۵۰	۴/۲۲	۳/۵۶	سرانه كل مخارج سلامت	همدان	۳۰
۳۰/۳۴	۳۸/۰۰	۳۸/۸۹	۳۲/۸۹	۴۹/۴۹	۴۲/۷۳	۴۷/۲۲	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		
۱۲,۳۹۲,۷۴۸/۲۵	۷,۶۱۷,۴۱۰/۲۹	۵,۵۸۳,۰۹۷/۴۴	۴,۷۲۲,۰۷۲/۴۱	۳,۹۴۶,۱۷۸/۷۱	۳,۴۶۸,۴۳۷/۰۸	۳,۰۳۱,۹۳۳/۶۷	كل مخارج سلامت		
۱۱/۸۵	۷/۳۶	۵/۴۵	۴/۶۵	۳/۹۳	۳/۴۹	۳/۰۸	سرانه كل مخارج سلامت	یزد	۳۱
۲۶/۵۸	۲۷/۸۳	۲۱/۷۹	۲۲/۴۲	۲۹/۲۷	۳۰/۲۲	۳۷/۷۳	سهام پرداخت مستقيم از جيب (%)		





## بحث

توسط مردم در مدیریت کلان برنامه‌های نظام سلامت مورد توجه سیاست‌گذار قرار گیرد. چرا که بالا رفتن مبلغ ریالی پرداختی از سوی خانوارها در سبد هزینه‌های خانوار می‌تواند موجب مخارج کمرشکن سلامت و فقر ناشی از پرداخت‌های سلامت شود.

از نتایج چنین تفسیر می‌شود که در ارتباط با میزان کل مخارج سلامت، سرانه آن و همچنین پرداخت مستقیم از جیب در سطح استانی، استان‌ها را به سه الگوی استان‌های کمتر توسعه یافته، اول، استان‌های خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان در سال‌های مورد مطالعه، کمترین میزان سرانه کل مخارج سلامت و سهم پرداخت از جیب را داشتند که احتمالاً این مسأله می‌تواند در نتیجه زیرساخت‌های ناکافی و محدود برای دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت، پایین بودن بنیه اقتصادی خانوارهای این استان‌ها (دسترسی مالی محدود) و موانع مرتبط با دسترسی فرهنگی باشد. جهت افزایش دسترسی مناسب و بهنگام به خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از اصول اساسی پوشش همگانی سلامت علاوه بر وجود و توزیع مناسب این امکانات و خدمات باید به حفاظت مالی در قبال دریافت این خدمات نیز توجه نمود. چون در بعضی از مناطق به ویژه محروم علاوه بر ضعف در دسترسی کافی به خدمات سلامت، هزینه‌های سلامت نیز مانعی بر استفاده از خدمات سلامت می‌باشد (۱۸).

در الگوی دوم، استان‌هایی نظیر اصفهان، فارس و آذربایجان غربی احتمالاً از یک سو بواسطه دارا بودن مراکز پیشرفته ارائه دهنده خدمات سلامت و همچنین فعالیت بیشتر بخش خصوصی و از سوی دیگر بالا بودن بنیه اقتصادی خانوارها در این استان‌ها و بسترهای فرهنگی از جمله سطح بالاتر سواد، بر میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت و افزایش سهم پرداخت از جیب آن‌ها تأثیر داشته است. میزان دسترسی جغرافیایی به خدمات درمانی یکی از مهم‌ترین عوامل در بهره‌مندی از خدمات سلامت محسوب می‌شود که بیانگر آن است که در کشورهای در حال توسعه، تسهیلات و منابع معمولاً به صورت نامتوازن تخصیص می‌یابد (۱۹). البته لازم است در خصوص رابطه بین هزینه کرد در زیرساخت‌ها و میزان تقاضا در بخش درمان بررسی بیشتری صورت گیرد که احتمالاً هزینه کردن در ایجاد و توسعه زیرساخت‌ها، منجر به افزایش تقاضا می‌گردد.

الگوی سوم مرتبط با استان‌هایی نظیر تهران و یزد است که به دلیل برخورداری از مراکز پیشرفته و متعدد ارائه دهنده خدمات سلامت، بخش قابل توجهی از بار مراجعات آن‌ها می‌تواند مرتبط

این پژوهش شواهد لازم برای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران در حوزه تولید به‌منظور مدیریت بهینه جمع‌آوری منابع حوزه سلامت در سطح استانی فراهم کرده و با رصد وضعیت فعلی، زمینه دستیابی به اهداف نظام سلامت به‌ویژه مشارکت عادلانه در تامین و توزیع منابع را تسهیل می‌نماید.

نظام تأمین مالی در کشور، نظامی مختلط و ترکیبی بوده که توسط مردم، دولت و سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌پذیرد که همواره سهم بخش خصوصی (به ویژه پرداخت مستقیم از جیب) در تأمین هزینه‌های بخش سلامت در مقایسه با بخش عمومی (منابع دولتی و بیمه‌ای) قابل توجه بوده است (۱۵) که حتی این سهم پرداخت مستقیم از جیب توسط مردم در پیمایش انجام شده توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۷ حدود ۵۴ درصد از منابع بخش سلامت بود (۱۰). البته یکی از مهم‌ترین دلایل اختلاف این رقم با رقم بدست آمده در مطالعه فعلی در سال ۱۳۸۷، تفاوت در ابزار سنجش برای محاسبه مخارج سلامت خانوار بوده است. بدین صورت که در مطالعه فعلی از داده‌های ملی جمع‌آوری شده توسط پرسشنامه مرسوم مرکز آمار ایران و در مطالعه انجام شده توسط وزارت بهداشت بر اساس پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت، تغییراتی در پرسشنامه مرکز آمار ایران داده شد و داده‌ها جمع‌آوری شد (۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد اگر چه در تمامی استان‌ها سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل مخارج بخش سلامت کاهش یافته است، اما از نظر مقادیر مطلق ریالی، روند افزایشی داشته است. البته همین روند کاهشی سهم پرداخت مستقیم از جیب در استان‌های مختلف پراکندگی قابل توجهی داشت و تقریباً در تمامی استان‌ها دارای یک حرکت سینوسی بوده و کاهش شدیدی در سال ۱۳۹۱ نشان داد که از دلایل احتمالی آن می‌توان به کاهش مراجعات از سوی خانوارها و تأثیرات تورمی بخش‌های دیگر نظیر مسکن در بودجه خانوار اشاره کرد. این در حالی است که با اجرای طرح تحول در ابتدای سال ۱۳۹۳ نیز، این سهم کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت که به طور عمده به دلیل افزایش سهم منابع عمومی (دولتی و بیمه‌ای) در مراکز ارائه دهنده دولتی بوده است. از آنجا که یکی از پیامدهای اصلی هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب، فقری است که در نتیجه استفاده از خدمات سلامت بوجود می‌آید (۱۷)، باید علاوه بر پایش سهم پرداخت مستقیم از جیب به مقادیر مطلق ریالی پرداخت مستقیم از جیب

سلامت گردیده است که این بیانگر آن است که عملکرد جمع‌آوری منابع مالی و نحوه توزیع آن در حوزه سلامت در راستای تحقق حفاظت مالی، کاهش ریسک و توزیع خطر، مناسب عمل نکرده و از منظر پوشش همگانی خدمات سلامت، چالش برانگیز و نیازمند اصلاحات ساختاری است. برای تحقق این مهم، باید راهبردی اتخاذ گردد تا منابع لازم برای هزینه کرد بخش سلامت با استفاده از سازوکارهای مبتنی بر پیش‌پرداخت‌ها توسط مردم (و نه پرداخت مستقیم) نظیر درصدی از مالیات، عوارض و حق بیمه تأمین گردد تا قبل از بروز بیماری در زمان سلامتی منابع لازم و پایدار تأمین گردد و از طرفی وابستگی منابع به درآمدهای دولتی حاصل از فروش نفت کاهش یابد. لذا بر افزایش توجه به نظام بیمه‌ای و بسته‌های حمایتی اقشار و مناطق محروم و همچنین بازنگری سطح بندی خدمات در چاقوب آمایش سرزمینی و همچنین توزیع عادلانه منابع ملی متناسب با محرومیت منطقه و زیرساخت‌های آن تأکید می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت دفتر بودجه و پایش عملکرد معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اجرا گردید. نویسندگان از کلیه سازمان‌هایی که در جمع‌آوری داده‌های مطالعه، مشارکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

با مراجعات صورت گرفته از سایر استان‌ها یا استان‌های همجوار باشد و بالا رفتن استفاده از منابع بیمه‌ای و دولتی از یک سو و همچنین لحاظ نمودن صرفاً هزینه خانوارهای همان استان، سهم پرداخت از جیب پایین‌تر از عدد مورد انتظار باشد که این سهم در استان یزد بسیار قابل ملاحظه است که جز کمترین استان‌ها با سهم پرداخت مستقیم از جیب قرار گرفته است و دارای روندی کاهشی می‌باشد و البته از نظر سهم سرانه کل مخارج سلامت، جز استان‌هایی با سهم بالا می‌باشد. بنابراین در این استان‌ها علاوه بر افزایش سهم منابع دولتی، احتمالاً مراجعه بیماران از سایر استان‌ها در کاهش سهم پرداخت از جیب نقش اساسی داشته است.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد اگرچه سهم پرداخت از جیب در طول سال‌های مورد مطالعه کاهش یافته است، اما هنوز با هدف تعیین شده در برنامه‌های توسعه ملی و سیاست‌های کلی بخش سلامت کشور (کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب به ۳۰٪)، فاصله دارد. بعلاوه، شاخص در سطح کشور دارای پراکندگی زیادی بوده به نحوی که در استان‌هایی با زیرساخت‌های آرایه خدمات ضعیف، کم و در استان‌هایی با زیرساخت مناسب، زیاد بود. همچنین تزیق منابع به ویژه دولتی باعث شکاف بیشتر سرانه کل هزینه

### منابع

- Zarzosa Espina P, Somarriba Arechavala N. An Assessment of Social Welfare in Spain: Territorial Analysis Using a Synthetic Welfare Indicator. *Social Indicators Research*. 2013; 111: 1-23.
- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights*. 2011; 11: 13.
- Savedoff WD. *Transitions in Health Financing and Policies for Universal Health Coverage*. Results for Development Institute Washington DC. 2012.
- Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78: 717-31.
- Obansa S, Orimisan A. Health care financing in Nigeria: prospects and challenges. *Mediterr J Soc Sci*. 2013; 4: 221-36.
- Orem JN, Zikusooka CM. Health financing reform in Uganda: How equitable is the proposed National Health Insurance scheme? *International Journal for Equity in Health*. 2010; 9: 23.
- Chongsuvivatwong V, Phua KH, Yap MT, Pocock NS, Hashim JH, Chhem R, et al. Health and health-care systems in southeast Asia: diversity and transitions. *The Lancet*. 377: 429-37.
- Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*. 373: 2078-81.
- World Health Organization. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*: Geneva: World Health Organization; 2010.
- Zakeri M, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Kazemian M, Rashidian A, Abouhalaj M, et al. The financing of the health system in the Islamic Republic of Iran: A National Health Account (NHA) approach. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 29: 243-.
- Yazdi Feyzabadi V, Bahrampour M, Rashidian A, Haghdoust AA, AKbari Javar MR, Mehrolhassani MH. Catastrophic Health Care Expenditures in Iran From 2008 to 2015: A National Study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017. [Submitted]
- Statistics Center of Iran. Crude data for households income and expenditure survey from 2008 to 2014 2016 [Available from: <https://www.amar.org.ir/%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D9%85%D9%88%D8%B6%D9%88%D8%B9%DB%8C/%D9%87%D8%B2%DB%8C%D9%86%D9%87-%D9%88-%D8%AF%D8%B1%D8%A2%D9%85%D8%AF-%D8%AE%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%B1#492641---->].
- Statistics Center of Iran. Estimation for number of Iranain Households by provinces and residency area from 2006 to 2016. 2016 [Available from: <https://www.amar.org.ir/%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%>].

- %D9%85%D9%88%D8%B6%D9%88%D8%B9%DB%8C/  
%D8%AC%D9%85%D8%B9%DB%8C%D8%AA#48526---  
-.
14. OECD, Eurostat, and WHO. A System of Health Accounts. OECD Publishing; 2011.
  15. Mehrolohasani MH, Jafari M, Zeinali J, Ansari M. Provincial health accounts in Kerman, Iran: an evidence of a "mixed" healthcare financing system. *International journal of health policy and management*. 2014; 2: 69.
  16. Olyaeemanesh A, Abouhalaj M, Zanganeh M, Zakeri M, Rashidian A, Kazemian M, et al. Report of Iran's National Health Accounts in 2008. Tehran: Sarneveshtsazan, 2013.
  17. Bredenkamp C, Mendola M, Gragnolati M. Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans. *Health policy and planning*. 2011; 26: 349-56.
  18. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny M-P, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med*. 2014; 11: e1001731.
  19. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008; 1136: 161-71.

## Total Health Expenditures and Proportion of Out-Of-Pocket Payments in Iranian Provinces; 2008–2014

Mehrolhassani MH<sup>1</sup>, Najafi B<sup>2</sup>, Yazdi Feyzabadi V<sup>3</sup>, Haghdoost AA<sup>4</sup>, Abolhallaje M<sup>5</sup>, Ansari M<sup>6</sup>, Dehnavieh R<sup>7</sup>, Ramezani M<sup>8</sup>, Kouhi F<sup>9</sup>, Jafari M<sup>10</sup>, Lashkari M<sup>11</sup>,

1- Associate Professor in Health Services Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor in Health Economics, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3- PhD in Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Professor in Epidemiology, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5- Assistant Professor in Health Services Management, Budgeting and performance Monitoring Center, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

6- MSc in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

7- Associate Professor in Health Services Management, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

8- PhD Student of Futures Studies in Health, Budgeting and performance Monitoring Center, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

9- MSc in Health Economics, Social Security Organization, Tehran, Iran

10- PhD in Strategic Management, Kerman Health Insurance Organization, Kerman, Iran

11- Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding author:** Lashkari M, m.lashkari88@gmail.com

**Background and Objectives:** Out-of-pocket (OOP) expenditure is one of the main indicators in health financing, indicating risk pooling and risk spreading. This study aimed to calculate the total health expenditure (THE), the THE per capita and share of OOP in each province from 2008 to 2014.

**Methods:** The present cross-sectional study was done by collecting provincial health expenditure data from public and private organizations during 2008-2014. The data were approved by board of trustees or board of directors in each organization. The relevant data on household health expenditures were collected from the Statistical Centre of Iran, as well.

**Results:** Even though the absolute monetary value (IRR) of OOP in the study years showed an increase, it decreased from 51.9% in 2008 to 40.6% in 2014 in terms of share. The absolute monetary value (IRR) of THE and THE per capita increased about 3.5 times in all provinces. So, during the study years, Tehran and Sistan and Baluchistan Provinces had the highest and lowest absolute monetary values (IRR) in THE per capita and this difference increased from 2.12 million Rials in 2008 to 10.56 million Rials in 2014.

**Conclusion:** Although the share of OOP decreased in all provinces in the country during the study years, it is still far from the objective of the national development plans (30% OOP). In order to improve the study indices and reduce the provincial inequity, it is suggested to put more emphasis on prepaid-based mechanisms, insurance system improvement, and equitable distribution of financial resources should be compatible with the deprivation of the area and its infrastructures.

**Keywords:** Total health expenditure (THE), Health per capita (THE per capita), Out of pocket (OOP), Iranian provinces