

Health Poverty Trend among families with child using Health Financial Contribution and cohort approach: 1984-2012

Mehdi Nosratabadi¹, Maryam Sharifian Sani^{*2}, Vahideh Negin³, Mitra Babapour⁴

1- PhD in Social Welfare and Health, Tehran, University of social welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

2- Assistant Professor in Social Research, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

3- PhD in Development Economics, Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare

4- M.Sc in Economics , Alzahra University, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background and Aims: Health is an important dimension in analyzing multidimensional child poverty. High life expenditure imposed on families has lead to the household's health poverty. Considering the importance of childhood and measuring health poverty indices to inform planners and towards distributive effects of policy strategies, as well as, family welfare, this paper tends to measure and analyse the trends of health poverty of Iranian "households with child" from 1984-2012.

Materials and Methods: In this trend study, statistical data on household budgets were considered to measure health poverty in households with child (using FGt index). The results were analyzed using STATA and Excel Software.

Results: The results showed that the poverty rate was the highest in terms of all age group's health in 1999. While, the health poverty rate among families with children in the age group of 11-15-year-old showed an upward trend in recent periods (the end of the fourth development goal and beginning of fifth Program), it was associated with fluctuations in other age groups.

Conclusion: Overall, health poverty rate was high in all age groups although it showed high fluctuations. The high fluctuations of the health poverty index during the development plans indicate that stable and consistent policy has not been developed to reduce households facing catastrophic health expenditure. At the end of this research, some recommendations have been offered to reduce the amount of household's health poverty.

Key words: health poverty, household financial contribution, cohort approach, child

*Corresponding Author:

Department of Social Welfare, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

Tel: +982122180048

Email: sani_53@yahoo.com

Received: 10 August 2014

Accepted: 17 February 2015

اندازه‌گیری و تحلیل روند فقر سلامت در خانوارهای دارای کودک در ایران با استفاده از شاخص مشارکت مالی خانوار و به‌کارگیری رویکرد نسلی: ۱۳۹۱-۱۳۶۳

مهدی نصرت‌آبادی^۱، مریم شریفیان ثانی^{۲*}، وحیده نگین^۳، میترا باباپور^۴

^۱ دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۲ استادیار گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
^۳ دکترای اقتصاد توسعه، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، تهران، ایران
^۴ کارشناسی ارشد اقتصاد، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سلامت یک از ابعاد مهم در تحلیل فقر چندبعدی کودک است، از طرفی مواجهه خانوارها با پرداخت‌های کمرشکن منجر به فقر سلامت خانوار می‌گردد. نظر به اهمیت دوران کودکی و نیز اندازه‌گیری شاخص‌های فقر سلامت در اطلاع‌رسانی به برنامه‌ریزان نسبت به اثرات توزیعی راهبردهای سیاستی و نیز رفاه خانوار، هدف مقاله حاضر محاسبه و تحلیل روند فقر سلامت خانوارهای دارای کودک در کشور طی دوره زمانی ۱۳۶۳-۱۳۹۱ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از جمله مطالعات روند می‌باشد که با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه - درآمد جریان فقر سلامت خانوارهای دارای کودک در چهار گروه سنی را با رویکرد داده‌های شبه ترکیبی (و استفاده از شاخص فقر فوستر، گریور و توربک) مورد بررسی قرار می‌دهد. برای انجام محاسبات از نرم‌افزارهای Stata ۱۱ و Excel بهره گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نرخ فقر سلامت در سال ۱۳۷۳ بالاتر از سالهای دیگر در تمام گروه‌های سنی بوده است. نرخ فقر سلامتی در خانوارهای دارای کودک در گروه سنی ۱۵-۱۱ ساله در دوره‌های اخیر (انتهای برنامه چهارم توسعه و شروع برنامه پنجم) روندی صعودی داشته اما در سایر گروه‌های سنی با نوساناتی همراه بوده است.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی در اغلب گروه‌های سنی نرخ فقر سلامت دارای نوسان و میزان آن نیز در سالهای مطالعه بالا بوده است. نوسانات بالای این شاخص در طول برنامه‌های توسعه نشان می‌دهد که سیاست‌های پایدار و منسجمی برای کاستن از مواجهه خانوارهای دارای کودک با هزینه‌های کمرشکن سلامت تدوین نگردیده است. در انتهای مقاله در راستای کاهش میزان و شدت فقر سلامت خانوارها پیشنهادهایی ارائه گردیده است.

کلید واژه‌ها: فقر سلامت، شاخص مشارکت مالی خانوار، رویکرد نسلی، کودک

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۴۸

Email: sani_53@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۰۱

مقدمه

طبق نظر آمارتیا سن (۱۹۹۰) فقدان سلامت هم علت و هم پیامد فقر می‌باشد و فرد را از کسب قابلیت‌های اساسی باز می‌دارد [۱]. سلامت به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. مطالعات بسیاری اهمیت وضعیت سلامتی برای دستیابی به سطح حیاتی رفاه و بهزیستی را مورد تأکید قرار داده‌اند و اینکه بعد سلامت بایستی یک از ابعاد جدانشدنی تحلیل فقر باشد [۶-۲]. کودکان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های هدف در نظام رفاه اجتماعی هر کشوری می‌باشند. فقر در کودکان (به علت آسیب‌پذیری‌های ناشی از سن و وابستگی آن‌ها) در مقایسه با بزرگسالان اثرات حادث‌تری دارد. اهمیت سلامت برای کودکان به‌طور گسترده‌ای در اهداف توسعه هزاره (MDGs) منعکس شده است (هدف چهارم و پنجم). همچنین موضوع سلامت در کنوانسیون حقوق کودک مورد تأکید واقع شده (ماده ۶ و ۲۴) و به مسئولیت‌پذیری دولت برای مقابله با بیماری و تضمین دسترسی به خدمات سلامت اشاره شده است [۷].

در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، خانوارها برای بهره‌مندی از خدمات سلامتی نسبت زیادی از درآمد قابل‌تصرف خود را خرج می‌کنند. نسبت هزینه‌ها در ارتباط با درآمد ممکن است به اندازه‌ای بالا باشد که منجر به لطمه مالی کمرشکن برای خانوار شود و یا در نتیجه آن بعضی خانوارها در دام فقر گرفتار شوند [۸]. امروز نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است، روشن‌ترین نشانه، آن است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از فقر اقتصادی و به عبارتی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت رنج می‌برند. بنابراین سنجش و پایش میزان فقر سلامت (مواجهه با هزینه‌های کمرشکن) در نظام سلامت می‌تواند سیاست‌گذاران را در اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه و بهبود وضعیت رفاهی خانوارها یاری رساند [۳،۹].

تحلیل مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت می‌تواند شاخصی برای فقر در تأمین مالی هزینه‌های سلامت قلمداد شود که تحت عنوان هزینه‌های فقرزای سلامت یا تلویحاً در این مقاله "فقر سلامت" از آن نام برده می‌شود که در مطالعاتی نیز به این عنوان اشاره شده است [۵،۴] و می‌تواند با دو رویکرد درآمدی و مالی آن را انجام داد. در رویکرد درآمدی تغییر در توزیع درآمد برحسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که بر اساس تغییر

در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت‌های سلامت به زیرخط فقر رانده شده‌اند، سنجیده می‌شود. در رویکرد مالی، پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن یا تجارب پریشان‌کننده ناشی از آن بر خانوار بررسی می‌شود (همانند محاسبه شاخص انصاف در مشارکت مالی (Fairness in Financial Contribution) و درصد خانوارهای مواجه با پرداخت‌های کمرشکن [۱۰]. هزینه‌های کمرشکن سلامت زمانی است که پرداخت برای خدمات سلامت از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود [۱۱]. به‌گونه‌ای که هزینه‌های سلامت یک خانوار در صورتی کمرشکن تلقی می‌شوند که این هزینه‌ها فراتر از ۴۰ درصد درآمد باقیمانده خانوار بعد از رفع نیازهای اساسی باشد و درآمد باقیمانده خانوار بعد از رفع نیازهای اساسی نیز تحت عنوان "توان پرداخت خانوار" (Capacity To Pay) شناخته می‌شود [۱۲].

کنوال و فرانک در مطالعه‌ای در خصوص بیمه سلامت در مکزیک نشان دادند که با گسترش پوشش بیمه‌ای خانوارها و در نتیجه کاهش مخارج مستقیم هنگام استفاده از خدمات مراقبت سلامت، شاخص مشارکت مالی عادلانه در سطح ملی از میزان ۰/۹۱۳ به ۰/۹۷۷ بهبود یافت و نیز ۳/۴ درصد از تعداد خانوارهایی که مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بودند (بیش از چهل درصد درآمد قابل‌تصرف خانواده، برای مراقبت سلامت هزینه شده بود) کاسته شد [۱۳].

فضائلی و همکاران به مطالعه ویژگی‌ها و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت بر اساس داده‌های بودجه خانوار سال ۱۳۸۶ پرداختند. نتایج مطالعه وی نشان داد که حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت قرار داشتند و گروه خانوارهای روستایی، تحت تکفل، بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان، بالاتر از متوسط جامعه است و افراد بدون چتر حمایتی بیمه، با احتمال بیشتری مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند [۹].

در مطالعه‌ای نکویی مقدم و همکاران به بررسی میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در استان کرمان پرداختند و دریافتند که ۴/۱ درصد از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده بودند و خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای ساکن روستایی به‌طور تقریبی ۱/۵ برابر بیشتر دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شده‌اند [۱۴].

در تحقیقی رضوی و همکاران نشان دادند که در گستره زمانی ۸ ساله ۷۴ تا ۸۱، شاخص عدالت در مشارکت مالی بیانگر وضعیت

این امر لزوم استفاده از سایر متدها برای تحلیل پویا از فقر را ناگزیر می‌سازد که یکی از این موارد استفاده از رویکرد شبه ترکیبی (شبه تابلویی) است که در تحقیق حاضر برای تحلیل روند فقر سلامت خانوارهای دارای کودک در کشور از آن استفاده می‌شود. به عبارتی در مواقعی که در یک کشور داده‌های ترکیبی (تابلویی) وجود ندارد، یک امکان استفاده از داده‌های مقطعی تکرار شده است [۱۹]. در مطالعه حاضر برای بررسی روند فقر سلامت خانوارهای دارای کودک بر اساس پیشنهاد های وربک [۱۹] و سن کودک (با دامنه سنی پنج‌ساله) برای سالهای منتخب (شروع و پایان برنامه‌های توسعه کشوری) چهار گروه سنی ۰-۵ ساله، ۶-۱۰ ساله و ۱۱-۱۵ ساله و ۲۰-۱۶ ساله از خانوارهای دارای کودک تشکیل و سپس با استفاده از شاخص فوستر، گریر و توربک (FGT) [۲۰] تحولات فقر سلامت در این گروه‌های سنی در دوره‌های زمانی پنج‌ساله مورد بررسی قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که به منظور حفظ توالی فواصل پنج‌ساله، سن نوزده و بیست‌سالگی نیز در این تحقیق به عنوان کودک مورد بررسی قرار گرفت.

در این تحقیق پس از تفکیک خانوارهای دارای کودک از همه خانوارها (با استفاده از کد بستگی با سرپرست خانوار)، ابتدا از هر خانوار یک کودک (در دامنه سنی ۰-۲۰ ساله) انتخاب گردید و سپس برای آن خانواری که کودکی در این دامنه سنی داشت، گروه سنی مورد نظر (برای مثال ۰-۵ سال) تعریف شد و در صورت وجود کودک در این گروه سنی، آن خانوار وارد محاسبات می‌گردد. در نهایت اطلاعات هزینه‌های سلامت این خانوارها برای گروه سنی مورد نظر تفکیک و بر اساس آستانه ۰/۴ (نسبت هزینه بهداشت به توان پرداخت خانوار)، شاخص‌های فقر سلامت برآورد گردیدند. همچنین تنها هزینه‌های بهداشتی در این تحقیق معیار فقر سلامت قرار گرفت و بنابراین فقر غذایی را شامل نمی‌شد. پردازش و محاسبه شاخص‌ها توسط نرم‌افزارهای اکسل و STATA (Version 11) صورت گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ گروه‌های سنی و کوهورت‌های پیگیری شده کودک (که در این تحقیق بر مبنای سن کودکان در فواصل سالی و سنی پنج ساله ایجاد گردیده‌اند) را نشان می‌دهد. بر اساس جدول شماره ۱، چهار گروه سنی از کودکان درون خانوار تشکیل شده است و بر اساس سال ورود کودکان به مطالعه و رفتن به گروه سنی بالاتر (با فواصل سالی پنج‌ساله) جریان فقر سلامت این گروه‌های سنی مورد پیگیری قرار گرفت.

نامطلوب در مشارکت مالی خانوارها در تأمین مالی هزینه‌های سلامت بوده و نیز هر ساله حداقل ۲ درصد از خانوارها به دلیل پرداخت از جهت هزینه‌های درمانی به ورطه فقر می‌افتند [۱۵]. در مطالعه‌ای هادیان و همکاران به بررسی روند نابرابری در هزینه‌های سلامت و خوراکی خانوارهای کشور طی دوره ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۸ پرداختند. نتایج نشان داد که ضریب جینی برای این هزینه‌های سلامتی هم در مناطق شهری و هم روستایی طی این مهروموم‌ها روندی نزولی داشته است [۱۶]. اهمیت کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در ایران نیز در سطوح مختلف قوانین ایران مانند اصول اول ۲۹، ۴۳ و ۴۸ قانون اساسی و مواد ۳۸ و ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴-۱۳۹۰) مورد تأکید قرار گرفته است [۱۷]. با توجه به موارد فوق، مقاله حاضر در نظر دارد با استفاده از رویکرد نسلی (روند فقر سلامت با استفاده از داده‌های شبه پانل) و نیز شاخص مشارکت مالی خانوارهای دارای کودک در کشور، به بررسی فقر در این حوزه بپردازد و روند آن را از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۱ مورد اندازه‌گیری و تحلیل قرار دهد.

مواد روشها

تحقیق حاضر در قالب مطالعات روند جای می‌گیرد که با استفاده از کوهورت بندی سنی سرپرستان خانوارها (با استفاده از داده‌های شبه ترکیبی) به بررسی روند فقر سلامت خانوارهای دارای کودک در طی سالهای اجرای برنامه‌های توسعه کشوری می‌پردازد. جامعه آماری این تحقیق خانوارهای دارای کودک در کشور می‌باشند. مطابق با تعریف کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل، کودک به عنوان افراد زیر هجده سال تعریف می‌گردد [۷]. چارچوب نمونه‌گیری این تحقیق طرح آمارگیری از هزینه - درآمد خانوارهای شهری و روستایی کشور (کل خانوارها) است و از آن نمونه تحقیق شامل خانوارهای دارای کودک (در چهار گروه سنی) انتخاب گردیدند. لازم به ذکر است که طرح آمارگیری از سال ۱۳۴۲ باهدف دسترسی به ساختار بودجه خانوار اجرا می‌شود و سالانه حدود سی هزار خانوار معمولی ساکن در مناطق شهری و روستایی کشور را دربرمی‌گیرد.

روش اجرا

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران) داده‌های خانوار تنها به صورت مقطعی تکرار شده (data repeated cross-sectional) وجود دارند و گروه‌های مشخصی از افراد در طول زمان پیگیری نمی‌شوند.

در این جدول اعداد داخل پراترژ شماره گروه سنی (یا نسلی) را نشان می‌دهد که با تغییر سنی (فواصل سنی پنج‌ساله) در دوره‌های زمانی پنج‌ساله مشخص می‌گردند. در این جدول همان‌طور که مشاهده می‌شود، گروه سنی شماره یک خانوارهای دارای کودک در گروه سنی ۰-۵ ساله را شامل می‌گردد که از سال ۱۳۶۳ وارد مطالعه گردیده‌اند و در سال ۱۳۶۸ (یعنی پنج سال بعد)، این گروه سنی به سن ۶-۱۰ ساله رسیده‌اند، در سال ۱۳۷۳ این گروه سنی به سن ۱۱-۱۵ ساله و در سال ۱۳۷۸ به سن ۱۶-۲۰ می‌رسند و در این سال با رسیدن به سن ۲۰ سالگی از دامنه سنی کودک خارج شده و دیگر رفتار آن‌ها مورد پیگیری قرار نمی‌گیرد (برای حفظ توالی فواصل پنج‌ساله، سن نوزده و بیست‌سالگی نیز به‌عنوان کودک مورد بررسی قرار گرفت) در اینجا به علت اجتناب از جداول و نمودارهای زیاد، گروه سنی ۰-۵ ساله (که در دامنه کامل سنی کودک قرار می‌گیرد)، از نظر جریان شاخص‌های فقر سلامت در سالهای ورود مختلف به مطالعه (۱۳۶۳، ۱۳۶۸، ۱۳۷۳، ۱۳۷۸) مورد بررسی قرار می‌گیرد و سپس روند شاخص‌های فقر سلامت گروه‌های سنی مختلف مقایسه می‌شود.

جدول ۱- وضعیت پیگیری گروه‌های سنی در سالهای مطالعه (کوهورت بندی)

گروه سنی (نسل) سال	۰-۵	۶-۱۰	۱۱-۱۵	۱۶-۲۰
۱۳۶۳	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۶۸	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۷۳	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۷۸	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۸۳	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۸۸	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)
۱۳۹۱*	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)

*در سال ۱۳۹۱ جهت رعایت فاصله با سال قبل به‌جای گروه سنی ۶-۱۰ ساله از کودکان گروه سنی ۸-۴، به‌جای گروه سنی ۱۱-۱۵ ساله از گروه سنی ۱۳-۹ ساله و به‌جای گروه سنی ۱۶-۲۰ ساله از کودکان گروه سنی ۱۸-۱۴ ساله استفاده گردید.

جدول ۲- وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۰-۵ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۶۳) تا سال خروج (۱۳۷۸) در کل کشور

سال (گروه سنی)				شاخص‌های فقر سلامت
۱۳۷۸	۱۳۷۳	۱۳۶۸	۱۳۶۳	
(گروه سنی ۱۶-۲۰)	(گروه سنی ۱۱-۱۵)	(گروه سنی ۶-۱۰)	(گروه سنی ۰-۵)	
۰/۴۰	۰/۴۸	۰/۲۵	۰/۳۲	P_0 (نرخ فقر)
۰/۶۲	۰/۶۱	۰/۴۵	۰/۵۰	P_1 (شکاف فقر)
۰/۷۰	۰/۶۸	۰/۵۴	۰/۵۷	P_2 (مجذور شکاف فقر)

سلامت داشته‌اند و این شاخص در سال ۱۳۷۸ با رسیدن به گروه سنی ۱۶-۲۰ سال به ۶۳ درصد افزایش یافته است. همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد ۳۱ درصد کودکان گروه سنی ۰-۵ ساله در سال ۱۳۶۸ دارای فقر سلامت بوده‌اند که این روند در سالهای بعدی با نوساناتی همراه بوده است. بیشترین میزان فقر سلامت هم مربوط به سال ۱۳۷۳ بوده است. روند شکاف فقر (فاصله از خط فقر) و مجذور شکاف فقر (شدت فقر) این گروه سنی نیز همگام با نوسانات نرخ فقر آن‌ها می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر در سال ۱۳۶۸ خانوارهای دارای کودک گروه سنی ۰-۵ ساله ۴۲ درصد کسری از خط فقر سلامت داشته‌اند که این کسری (همگام با نوسانات شاخص نرخ فقر) در سال ۱۳۷۳ به ۵۲ درصد می‌رسد و سپس روندی کاهشی را طی می‌کند.

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی شماره یک (خانوارهای دارای کودک گروه سنی ۰ تا ۵ ساله سال ۱۳۶۳ تا ۱۶-۲۰ ساله‌های ۱۳۷۸) با نوساناتی روندی تقریباً صعودی داشته‌اند. در سال ۱۳۶۳، ۳۲ درصد آن‌ها دارای فقر سلامت بوده‌اند که این روند در سال ۱۳۶۸ به ۲۵ درصد کاهش می‌یابد اما در سال ۱۳۷۳ این شاخص روندی افزایشی به خود می‌گیرد و به ۴۸٪ می‌رسد. شاخص شکاف فقر هم که میانگین فاصله افراد فقیر از خط فقر سلامت را به‌صورت نسبتی از خط فقر سلامت بیان می‌کند، دارای نوساناتی مشابه نسبت سرشماری (نرخ فقر) می‌باشد. برای مثال همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد خانوارهای دارای کودک گروه سنی ۰-۵ ساله در سال ۱۳۶۳، ۵۰ درصد کسری نسبت به آستانه فقر

جدول ۳- وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۰-۵ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۶۸) تا سال خروج (۱۳۸۳) در کل کشور

سال (گروه سنی)				شاخص فقر سلامت
۱۳۸۳	۱۳۷۸	۱۳۷۳	۱۳۶۸	
(گروه سنی ۰-۵)	(گروه سنی ۱۱-۱۵)	(گروه سنی ۱۰-۱۶)	(گروه سنی ۰-۵)	P_0 (نرخ فقر)
۰/۳۱	۰/۴۱	۰/۴۹	۰/۳۱	P_1 (شکاف فقر)
۰/۴۲	۰/۵۰	۰/۵۲	۰/۴۲	P_2 (مجذور شکاف فقر)
۰/۲۱	۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۲۶	

جدول ۴- وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۰-۵ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۷۳) تا سال خروج (۱۳۸۸) در کل کشور

سال (گروه سنی)				شاخص فقر سلامت
۱۳۸۸	۱۳۸۳	۱۳۷۸	۱۳۷۳	
(گروه سنی ۰-۵)	(گروه سنی ۱۱-۱۵)	(گروه سنی ۱۰-۱۶)	(گروه سنی ۰-۵)	P_0 (نرخ فقر)
۰/۲۶	۰/۱۸	۰/۲۳	۰/۴۵	P_1 (شکاف فقر)
۰/۲۵	۰/۱۴	۰/۱۹	۰/۲۳	P_2 (مجذور شکاف فقر)
۰/۲۸	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۳۰	

همان‌طور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد شاخص‌های فقر سلامت گروه سنی ۰-۵ ساله که از سال ۱۳۷۸ وارد مطالعه شده‌اند با نوساناتی روندی صعودی داشته است. به گونه‌ای که از ۲۵ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۲۹ درصد در سال ۱۳۹۱ رسیده است. شاخص‌های شکاف فقر (فاصله از خط فقر سلامت) و شدت فقر (نشان‌دهنده نابرابری بین فقرا) نیز تقریباً همگام با شاخص نرخ فقر بوده‌اند.

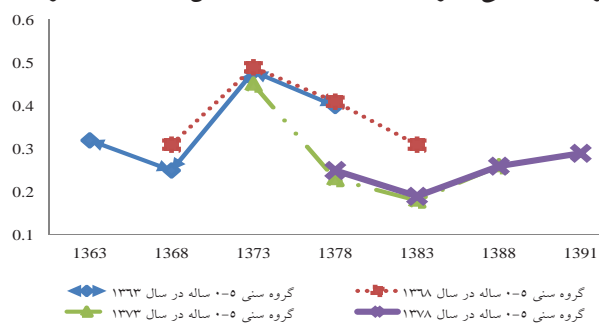
بر اساس جدول شماره ۴ روند شاخص فقر سلامت دارای نوساناتی می‌باشند. به گونه‌ای که میزان فقر سلامت در سال ورود این گروه تا سال ۱۳۸۳ کاهش یافته بوده است اما در سال ۱۳۸۸ که این گروه سنی به سن ۱۶-۲۰ سالگی می‌رسند نرخ فقر سلامت آن‌ها افزایش می‌یابد (۲۶ درصد). مجذور شکاف فقر که نابرابری بین فقرا را نشان می‌دهد از ۳۰ درصد در خانوارهای دارای کودک گروه سنی ۰-۵ ساله (سال ۱۳۶۳) به ۲۸ درصد در خانوارهای دارای کودک گروه سنی ۱۶-۲۰ رسیده است.

جدول ۵- وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه سنی ۰-۵ ساله از سال ورود به مطالعه (۱۳۷۸) تا سال خروج (۱۳۹۱) در کل کشور

سال (گروه سنی)				شاخص فقر سلامت
۱۳۹۱	۱۳۸۸	۱۳۸۳	۱۳۷۸	
(گروه سنی ۰-۵)	(گروه سنی ۱۱-۱۵)	(گروه سنی ۱۰-۱۶)	(گروه سنی ۰-۵)	P_0 (نرخ فقر)
۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۱۹	۰/۲۵	P_1 (شکاف فقر)
۰/۴۷	۰/۴۵	۰/۴۱	۰/۵	P_2 (مجذور شکاف فقر)
۰/۴۲	۰/۳۸	۰/۳	۰/۴۱	

* در سال ۱۳۹۱ جهت رعایت فاصله با سال قبل به جای گروه سنی ۱۶-۲۰ سال از کودکان گروه سنی ۱۴-۱۸ ساله استفاده گردید.

نمودار زیر روند نرخ فقر سلامت گروه‌های سنی ذکر شده (جدول ۲ تا ۵) این مطالعه را بهتر نشان می‌دهد.



نمودار ۱- روند فقر سلامت در گروه سنی ۰-۵ ساله در سالهای ورود مختلف به مطالعه (نتایج پژوهش)

یکی دیگر از کاربردهای رویکرد داده‌های شبه ترکیبی، بررسی اثرات گروه سنی در مورد شاخص مورد نظر (در اینجا فقر سلامت) در سالهای مختلف است. جدول زیر روند فقر سلامت گروه‌های سنی ۰-۵ ساله، ۶-۱۰ ساله، ۱۱-۱۵ ساله و ۱۶-۲۰ ساله را در سالهای مورد بررسی نشان می‌دهد.

همان‌طور که نمودار نشان می‌دهد نرخ فقر سلامت گروه سنی ۰-۵ ساله سال‌های ۱۳۶۸ و ۱۳۷۳ در سالهای بعدی پیگیری این گروه سنی، روندی کاهشی داشته است. اما این روند در سالهای دیگر ورود این گروه سنی به مطالعه با نوساناتی همراه بوده است.

جدول ۶- وضعیت شاخص‌های فقر سلامت در گروه‌های سنی در سالهای مورد مطالعه

سال	۱۳۶۳	۱۳۶۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۳	۱۳۸۸	۱۳۹۱*
گروه سنی ۰-۵ ساله	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۴۵	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۲۵	۰/۲۲
گروه ۶-۱۰ ساله	۰/۳۲	۰/۲۵	۰/۵۹	۰/۲۳	۰/۱۹	۰/۲۹	۰/۲۲
گروه ۱۱-۱۵ ساله	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۴۸	۰/۴۱	۰/۱۸	۰/۲۶	۰/۳۱
گروه ۱۶-۲۰ ساله	۰/۳۱	۰/۳۱	۰/۵۶	۰/۴	۰/۳۱	۰/۲۶	۰/۲۹

* در سال ۱۳۹۱ جهت رعایت فاصله با سال قبل به جای گروه سنی ۶-۱۰ ساله از کودکان گروه سنی ۸-۴، به جای گروه سنی ۱۱-۱۵ ساله از گروه سنی ۱۳-۹ ساله و به جای گروه سنی ۱۶-۲۰ ساله از کودکان گروه سنی ۱۸-۱۴ ساله استفاده گردید.



نمودار ۲- روند فقر سلامت در گروه‌های سنی بر اساس سالهای منتخب

سلامت را دارد و اینکه در مواقع بیماری و توان بخشی در راستای سلامت خود به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشد. همان‌طور که اشاره شد در تحقیق حاضر برای اندازه‌گیری فقر سلامتی از رویکرد تحلیل مشارکت مالی خانوار در هزینه‌های سلامت (مواجهه با هزینه‌های کمرشکن) استفاده شد. به عبارتی برای محاسبه فقر سلامت از شاخص مشارکت مالی خانوار استفاده گردید و آستانه خط فقر ۰/۴۰ در نظر گرفته شد. به گونه‌ای که اگر نسبت هزینه بهداشت به توان پرداخت خانوار از ۰/۴۰ تجاوز کند، خانوار دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شود. نتایج مطالعه نشان داد که به طور کلی در اغلب گروه‌های سنی خانوارهای دارای کودک، نرخ فقر سلامت دارای نوسان و میزان آن نیز در سالهای مطالعه بالا بوده است.

همان‌طور که جدول ۶ و نمودار ۲ نشان می‌دهد نرخ فقر سلامت در گروه‌های سنی از روند خاصی تبعیت نمی‌کند و این شاخص با نوسانات زیادی همراه است. نرخ فقر سلامت در سال ۱۳۷۳ بالاتر از سالهای دیگر در تمام گروه‌های سنی بوده است. همچنین نرخ فقر سلامتی در خانوارهای گروه سنی ۱۱-۱۵ ساله در دوره‌های اخیر روندی صعودی داشته اما در سایر گروه‌های سنی با نوساناتی همراه بوده است.

بحث

ماده ۶ کنوانسیون حقوق کودک دولت‌ها را متعهد می‌داند تا حد ممکن در بقا و رشد و تکامل کودکان بکوشند. ماده ۲۴ نیز اشاره دارد که هر کودکی حق بهره‌مندی از بالاترین معیارهای

هزینه‌های سلامتی را داشته‌اند، روند فقر سلامتی نزولی بوده است. بر اساس قانون برنامه چهارم در زمینه شاخص‌های کمی بخش سلامت، در انتهای برنامه چهارم توسعه می‌بایست سهم پرداختی از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های خانمان‌سوز سلامتی از ۳/۵ درصد به ۱ درصد برسد [۱۷]. با توجه به نتایج مطالعه (بالابودن و عدم ثبات در شاخص‌های فقر سلامت در گروه‌های سنی) می‌توان استدلال نمود که این برنامه نتوانسته در زمینه عدالت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت به اهداف مدنظر خود دست یابد.

نکته دیگری که می‌تواند در تبیین یافته‌ها و نوسانات شاخص فقر سلامت مورد استفاده قرار گیرد، افزایش سهم بهداشت در هزینه‌های خانوارهای سه دهک پایین درآمدی است. در مطالعه‌ای نشان داده شد که این روند در طی سالهای برنامه‌های توسعه، صعودی بوده است اما در خانوارهای متوسط و پردرآمد این روند کاهش یافته است. باید توجه داشت این پدیده در حالی روی داده که خانوارهای کم‌درآمد از بسیاری از خدمات به علت کمبود منابع مالی صرف‌نظر کرده‌اند [۲۲]. گروه‌های مرفه و با درآمد بالا تحت پوشش بیمه‌های خصوصی هستند و مشارکت مالی کمی (به هنگام دریافت خدمات) دارند. در مجموع گروه‌های با درآمد پایین، بیشتر پرداخت مستقیم خود را صرف هزینه‌هایی چون دارو می‌کنند. درحالی‌که گروه‌های پردرآمد سهم بیشتری را به خدمات انتخابی (مانند خدمات دندانپزشکی) اختصاص می‌دهند که این امر نیز می‌تواند یکی از دلایل تغییر و نوسان در شاخص‌های فقر سلامتی خانوارها در مطالعه حاضر باشد. در این تحقیق نشان داده شد که در دوره برنامه چهارم توسعه، شاخص‌های فقر سلامت در گروه‌های سنی مختلف روندی افزایشی داشته‌اند. مطالعاتی در ایران نشان داده است که در سال ۱۳۸۳ (سال انتهایی برنامه سوم توسعه و شروع برنامه چهارم) درصد بیشتری از خانوارهای با درآمد پایین به علت هزینه‌های بالای خدمات سلامت، فقیر شده‌اند و برآورد می‌شود که حدود ۳ الی ۴ درصد جمعیت در هر سال پرداخت مستقیم بیش از ۴۰ درصد میانگین درآمد ماهانه دارند که ملاحظات جدی و خطیری در رابطه با حفاظت مالی و فقیر شدن را به همراه دارد [۹]. پرداخت مستقیم مردم به هنگام دریافت خدمات به علت اینکه خارج از مکانیسم انباشت ریسک عمل می‌کند، بسیار مخاطره‌آمیز و ضد عدالت تلقی می‌شود. مطالعه‌ای نشان داده که این پرداخت‌ها از دهه ۱۳۵۰ به بعد در خانوارهای ایرانی با نوساناتی روندی افزایشی داشته است [۲۳].

همچنین شاخص‌های شکاف فقر و شدت فقر سلامت (که وزن بیشتری به افراد فقیر می‌دهند) نیز دارای نوساناتی عمدتاً همگام با نرخ فقر بوده است. این امر نشان می‌دهد که در طول سالهای مطالعه، وضعیت افرادی که فاصله بیشتری از خط فقر سلامت داشته‌اند، روند یکنواخت و (رو به کاهشی) را طی نموده است. در مطالعه‌ای در کشور نشان داده شد که متوسط سهم پرداخت مستقیم خانوار از جیب برای سلامت در طی برنامه‌های توسعه با میانگین ۵۳/۵ درصد به‌طورکلی روند صعودی و همراه با نوساناتی را داشته است که در راستای نتایج تحقیق حاضر است [۲۱]. در تبیین این نوسانات می‌توان اشاره کرد که طی این سالها سیاست‌های بهداشتی و درمانی دولت در قیاس با سیاست‌های آن در حوزه‌های دیگر از ثبات چندانی برخوردار نبوده و سیاست‌گذاری‌های دولت به‌جای آنکه بیشتر تحت تأثیر برنامه‌ریزی‌های استراتژیک و در راستای چشم‌اندازی بلندمدت باشد، بیشتر تحت تأثیر مسائل روز صورت پذیرفته است. در بین سالهای مطالعه، سال ۱۳۷۳ خانوارهای دارای کودک، بالاترین میزان فقر سلامت را داشته‌اند. این سال مقارن با سال پایانی برنامه اول توسعه و شروع برنامه دوم توسعه بوده است. با استناد به مفاد قوانین و سیاست‌های اقتصادی طی دوره ۸۶-۶۳ و نیز برنامه‌های توسعه، همواره متوسط تورم بخش بهداشت و درمان بیش از تورم کل کشور بوده است. شدیدترین افزایش قیمت کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی نیز مربوط به برنامه اول و دوم توسعه بوده که کاهش یارانه‌ها، آزاد شدن نسبی نرخ ارز و چرخش در سیاست‌گذاری‌های اقتصادی را می‌توان از موارد عمده و اساسی آن دانست.

همچنین بر اساس نتایج مطالعه در سالهای اخیر (انتهای برنامه چهارم توسعه و شروع برنامه پنجم) روند مشخصی در شاخص‌های فقر سلامت گروه‌های سنی خانوارهای دارای کودک وجود ندارد (جدول ۶)، به‌گونه‌ای که این روند در گروه‌های ۵-۰ ساله و ۱۰-۶ خانوارهای دارای کودک، کاهش یافته و در دو گروه سنی دیگر افزایشی است. این نتایج می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که در این سالها، سیاست مشخص و پایداری در جهت کاستن از هزینه‌های سلامتی خانوارها وجود نداشته است. به‌گونه‌ای که ممکن است در اثر تورم بالا در این دوره برخی از خانوارهای فقیر و تهیدست از دریافت خدمات سلامت محروم مانده‌اند و شاخص مشارکت مالی خانوارها در تأمین هزینه‌های سلامتی بیشتر از آستانه ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوارها بوده و این خانوارها را گرفتار فقر سلامت نموده است و در خانوارهای ثروتمند که توان تأمین

نتیجه گیری

با توجه به اینکه شاخص‌های فقر سلامت در گروه‌های سنی مختلف خانوارهای دارای کودک، نوسانات زیاد و در دوره‌هایی روندی افزایشی داشته‌اند، بنابراین در راستای کاهش میزان فقر سلامت، توصیه‌های سیاستی زیر پیشنهاد می‌گردد:

- حمایت از خانوارهای دارای کودک شامل کاهش پرداخت‌های از جیب برای خدمات سلامت.
- تدوین و اجرایی نمودن بسته تحولی برای کاستن از مواجهه خانوارها (به‌خصوص خانوارهای دارای کودک) از پرداخت‌های سلامتی که منجر به هزینه‌های کمرشکن می‌شود.

- تقویت و گسترش یک نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شامل تأمین مالی عادلانه هزینه‌های سلامت و بهبود امنیت تغذیه.
- توجه به ویژگی‌های خانوارهای دارای کودک (نوع شغل، بعد خانوار، شهری یا روستایی، میزان درآمد و میزان آسیب‌پذیری از فقر) در تدوین بسته‌های سلامت برای این خانوارها.
- تغییر در شیوه پرداخت یارانه‌های نقدی و تمرکز ویژه به هدفمند نمودن آن در قالب خدمات تغذیه و سلامت.

REFERENCES

1. Sen A. Development as Capability Expansion: Readings in Human Development. 2nd ed. New Delhi and New York: Oxford University Press; 2003.
2. Asselin L-M, Anh V. T. 2004. "Multidimensional Poverty Monitoring: A Methodology and Implementation in Vietnam". Vietnam's Socio-Economic Development Review, 41; 218
3. Mohanty S. K. Multidimensional poverty and the state of child health in India. Asian Research Centre Working Paper30. United Kingdom; 2010: Available at: <http://ssrn.com/abstract>
4. Yu J. Multidimensional poverty in China: Findings based on CHNS. Centre for Human and Economic Development Studies, Peking University China; 2008;39
5. Wagle U. Multidimensional poverty: An Alternative Measurement Approach for the United States? Social Science Research. 2008;37:559-8
6. Alkire S, Santos M.E. Acute multidimensional poverty: A new index for developing countries. Oxford University & Human Development Initiative (OPHI); 2010;30
7. UNRC. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25, 20 November 1989
8. Xu K, Evans DB, Carrington G, Aguilar-Rivera AM, Mugrove PM, Evan T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Affairs 2007; 26(4):972-83
9. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data, Journal of Health Administration 2010; 13 (40):51-61. (In Persian)
10. Murray CJL, Xu K, Evans D. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In: Murray C.J.L., Evans D.B. Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). WorldHealth Organization 2003: 565-72.
11. Doorslaer VE, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. The Lancet 2006; 368: 1357- 64
12. Xu K, Evans DB, Kawabata K. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. The Lancet 2003;362(28):111- 117.

13. Knaul F, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Affairs*, 2005; 24(6):1467-76
14. 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. (In Persian)
15. Razavi M, Hasanzadeh A, Basmani K. Fairness in Financial Contribution. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. 2005;22. (In Persian)
16. Hadian M, Ghorbani A, Ghasvand H, Naghdi S. Inequality in health and food expenditure, study of Iranian urban and rural households. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2013;20(4):435-445. (In Persian)
17. The Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran, (2010-2014), Ratified in 2009. (In Persian)
18. Deaton A. *The Analysis of Household Surveys. A Microeconomic Approach to Development Policy*. 2nd ed. New Yourk: World Bank and Johns Hopkins University Press 1997;479
19. Verbeek M, Vella F. Estimating Dynamic Models from Repeated Cross-Sections, *Journal of Econ* 2005;127:83-102
20. Foster JE, Greer J, Thorbecke e. A class of a decomposable poverty measures. *Econometrica*. 1984;52(3):761-5.
21. Maher A, Ahmadi A.M, Jamnani A. Identifying the methods of financing health systems In selected countries and provide new financing mechanisms in the health sector of Iran, *Journal of Economic Research* 2008;8(1):35-40.(In Persian)
22. Aboulhalaj M, Ramzani M, Kzemian M. National Health Accounts in Iran, Ministry of Health, Department of Development and Resource Management 2007.(In Persian)
23. Kazemian M. National Health Accounts.Social Security Quarterly 2002;3(10):11.(In Persian)