

# بررسی مفهوم هزینه‌های کمرشکن سلامت و سیاست‌هایی برای محافظت مالی





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۱۹۶۵۸  
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های  
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:  
۱۴۰۲/۱۲/۱۶

عنوان گزارش:

بررسی مفهوم هزینه‌های کمرشکن سلامت و سیاست‌هایی برای محافظت مالی

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی (گروه سلامت)

تهیه و تدوین:

سید عبدالرضا موسوی

مدیر مطالعه:

محمد بختیاری علی آباد

ناظر علمی:

مهدی مختاری پیام

اظهار نظرکننده خارج از مرکز:

علی اکبر فضائلی (هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

ناظر علمی خارج از مرکز:

علی درویشی

(پژوهشگر مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

ویراستار ادبی:

سیده مرضیه موسوی راد

گرافیک و صفحه‌آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

تاریخ شروع مطالعه:

۱۴۰۲/۰۲/۰۱



واژه‌های کلیدی:

۱. نظام سلامت
۲. مخارج کمرشکن سلامت
۳. محافظت مالی



## فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱.مقدمه.....	۸
۲.مفهوم محافظت مالی در برابر مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت.....	۹
۳.سیاست های محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت در کشور ایران.....	۱۱
۴.مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت.....	۱۶
۵.سهم پرداخت از جیب بابت خدمات سلامت در ایران.....	۱۷
۶.نقش پرداخت های غیررسمی خانوار بر مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت.....	۲۰
۷.عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر وقوع هزینه های کمرشکن سلامت در ایران.....	۲۱
۸.جمع بندی و پیشنهاد.....	۲۲
منابع و مأخذ.....	۲۴

## فهرست جداول، اشکال و نمودارها

جدول ۱.پیشنهادهای تقنینی و نظارتی.....	۸
جدول ۲.قوانین، سیاست ها و برنامه های اجرایی کشور جهت محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت.....	۱۲
جدول ۳.مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس ظرفیت پرداخت خانوار.....	۱۶
جدول ۴.سهم پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت های سلامت از مجموع هزینه های مصرفی خانوار.....	۱۹
شکل ۱.موانع و مشکلات مالی برای دسترسی به مراقبت های سلامت.....	۱۰
شکل ۲.قوانین، سیاست ها و برنامه های اجرایی کشور جهت محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت.....	۱۱
نمودار ۱.مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس ظرفیت پرداخت خانوار.....	۱۷
نمودار ۲.درصد هزینه های سلامت به صورت پرداخت از جیب طی سال های ۱۳۹۸-۱۳۹۰.....	۱۸
نمودار ۳.اجزای تشکیل دهنده هزینه های سلامت به صورت پرداخت از جیب طی سال های ۱۳۹۸-۱۳۹۰.....	۱۸
نمودار ۴.درصد پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت های سلامت از مجموع هزینه های مصرفی خانوار.....	۱۹
نمودار ۵.میانگین سهم خدمات مختلف از پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت های سلامت.....	۲۰
نمودار ۶.مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در کل جمعیت و خانوارهای با پرداخت های غیررسمی.....	۲۱



## بررسی مفهوم هزینه‌های کمرشکن سلامت وسایست‌هایی برای محافظت مالی



طبق آمارهای منتشر شده مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور ایران براساس شاخص ظرفیت پرداخت خانوار، از ۲/۳۷ درصد در سال ۱۳۹۵ با طی یک روند نوسانی به ۲/۴۲ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است که این میزان با هدف تعیین شده در برنامه ششم توسعه (یک درصد) فاصله دارد. همچنین میانگین شاخص سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران از کل هزینه‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰، برابر ۴۲/۲ درصد و در سال ۱۳۹۸ نیز ۳۷/۴۲ درصد بوده است که با هدف مندرج در برنامه ششم توسعه مبنی بر کاهش این شاخص تا ۲۵ درصد فاصله دارد. بنابراین علی‌رغم تدوین قوانین و مقررات مختلف در کشور طی دهه‌های اخیر جهت حفاظت مالی از خانوارها، کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت آن گونه که قوانین تأکید کرده‌اند، محقق نشده است.

برای تحقق اهداف مرتبط با محافظت مالی از خانوارها در برابر

از جمله اهداف اصلی نظام‌های سلامت علاوه بر ارائه خدمات سلامت مورد نیاز، محافظت از افراد در برابر مشکلات مالی مرتبط با هزینه‌های بهره‌مندی از این خدمات است. در نظام سلامت کشور ایران دستیابی به این هدف از طریق راهبردهایی مانند گسترش پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب، ارائه یارانه و افزایش منابع بخش سلامت طی قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مدنظر قرار گرفته است. یکی از رایج‌ترین رویکردها برای سنجش محافظت مالی، بررسی شاخص مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت اگر مجموع پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت برابر یا بیش از ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت خانوار باشد، مخارج کمرشکن سلامت رخ داده است. این گزارش به بررسی وضعیت مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور ایران طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۰ پرداخته است.

به ویژه خدماتی که بیشترین سهم از هزینه‌های پرداخت از جیب دارند؛ نظیر خدمات ضروری دندان پزشکی و داروها.

■ ایجاد سازوکارهای نظارتی و ارزیابی سیاست‌های حمایتی اتخاذ شده مربوط به محافظت مالی از افراد در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.

■ ایجاد نظام داده‌ای پویا و به روز جهت ارزشیابی شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت کشور و آگاهی از تغییرات آتی بخش سلامت و مراقبت‌های سلامت مورد نیاز.

مخارج سلامت و کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، پیشنهاد می‌شود:

■ تقویت تأمین مالی نظام سلامت کشور با محوریت اولویت‌دهی به مراقبت‌های پیشگیری، پایدارسازی منابع مالی، گسترش نظام پیش پرداخت و کاهش پرداخت از جیب.

■ بازنگری و بازتعریف سیاست‌های حمایتی و مداخلات هدفمند جهت افزایش محافظت مالی از گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.

■ افزایش تعهدات و عمق پوشش بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر پایه،

## خلاصه مدیریتی



### بیان/شرح مسئله

از جمله اهداف اصلی نظام‌های سلامت در سراسر دنیا، علاوه بر ارائه خدمات مورد نیاز، **محافظت** از افراد در برابر مواجهه با مشکلات مالی مرتبط با هزینه‌های بهره‌مندی از این خدمات است. یکی از رایج‌ترین مفاهیم برای سنجش حفاظت از افراد در برابر خطرات مالی، شاخص مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت اگر مجموع پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت برابر یا بیش از **۴۰ درصد** از ظرفیت پرداخت آن خانوار باشد، مخارج کمرشکن سلامت رخ داده است. فقدان نظام اثربخش محافظت از افراد در برابر مخاطرات مالی، علاوه بر اینکه باعث سقوط جمعیت زیادی از افراد به زیر **خط فقر** می‌شود، احتمال صرف نظر بیماران از دریافت خدمات سلامت مورد نیاز را نیز افزایش داده و در نتیجه باعث کاهش سطح سلامت می‌شود. در نظام سلامت کشور ایران دستیابی به محافظت مالی در برابر مخارج سلامت از طریق راهبردهایی مانند **گسترش پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب، ارائه یارانه و افزایش منابع بخش سلامت** طی قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مدنظر قرار گرفته است.

### نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

طبق آمارهای منتشر شده مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در کشور براساس شاخص ظرفیت پرداخت خانوار، از ۲/۳۷ درصد در سال ۱۳۹۵ با طی یک‌روند نوسانی به ۲/۴۲ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است که این میزان با هدف تعیین شده در برنامه ششم توسعه (یک درصد) فاصله دارد. در این دوره زمانی (۱۳۹۵-۱۴۰۰) میزان مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در خانوارهای روستایی بیشتر از خانوارهای شهری بوده است. همچنین برحسب داده‌های حساب‌های ملی سلامت میانگین شاخص سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران از کل هزینه‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰ برابر ۴۲/۲ درصد و در سال ۱۳۹۸ نیز ۳۷/۴۲ درصد بوده است که با هدف مندرج در برنامه ششم توسعه مبنی بر کاهش این شاخص تا ۲۵ درصد فاصله دارد.

براساس نتایج پیمایش هزینه در آمد خانوار، طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ به‌طور متوسط ۳۰ درصد از مجموع پرداخت از جیب خانوار صرف تهیه دارو شده است، خدمات دندان پزشکی و خدمات بستری نیز به ترتیب ۱۹ درصد و ۱۸/۷ درصد از مجموع پرداخت از جیب خانوار را تشکیل داده‌اند.

علی‌رغم تدوین قوانین و مقررات در کشور طی دهه‌های اخیر، جهت حفاظت مالی در برابر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، این هدف تحقق نیافته است.



## پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

جدول ۱. پیشنهادهای تقنینی و نظارتی

متن پیشنهاد	نوع پیشنهاد	کمیسیون تخصصی / دستگاه‌های مرتبط
تقویت تأمین مالی نظام سلامت کشور با محوریت اولویت‌دهی به مراقبت‌های پیشگیری، پایدارسازی منابع مالی، گسترش نظام پیش پرداخت و کاهش پرداخت از جیب	تقنینی / نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
بازنگری و بازتعریف سیاست‌های حمایتی و مداخلات هدفمند جهت افزایش محافظت مالی از گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت	تقنینی / نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / شورای عالی بیمه سلامت
ویژه‌افزایش تعهدات و عمق پوشش بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر پایه، به خدماتی که بیشترین سهم از هزینه‌های پرداخت از جیب دارند؛ نظیر خدمات ضروری دندان پزشکی و داروها	تقنینی / نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / شورای عالی بیمه سلامت
ایجاد سازوکارهای نظارتی و ارزیابی سیاست‌های حمایتی اتخاذ شده مربوط به محافظت مالی از افراد در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت	تقنینی / نظارتی	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / شورای عالی بیمه سلامت
ایجاد نظام داده‌ای پویا و به روز جهت ارزشیابی شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت کشور و آگاهی از تغییرات آتی بخش سلامت و مراقبت‌های سلامت مورد نیاز	تقنینی / نظارتی	مرکز آمار کشور / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / شورای عالی بیمه سلامت

### ۱. مقدمه

از جمله اهداف اصلی نظام‌های سلامت در سراسر دنیا علاوه بر ارائه خدمات مورد نیاز، محافظت از افراد در برابر مشکلات مالی مرتبط با هزینه‌های بهره‌مندی از این خدمات است. این موضوع جزء کلیدی پوشش همگانی سلامت بوده که به‌عنوان دسترسی به خدمات سلامت مورد نیاز با کیفیت مناسب و بدون مواجهه با مشکلات مالی تعریف می‌شود [۱]. در نظام سلامت کشور ایران نیز دستیابی به این هدف از طریق راهبردهایی مانند گسترش پوشش بیمه سلامت و کاهش پرداخت از جیب طی قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مدنظر قرار گرفته است. همچنین براساس اصل بیست‌ونهم قانون اساسی کشور ایران برخورداری از تأمین اجتماعی از جمله خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی حق همگانی بوده و دولت موظف به تأمین این خدمات برای تمام افراد کشور از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم است.

پرداخت از جیب به‌عنوان تنازلی‌ترین شکل تأمین مالی در نظام سلامت، یکی از منابع اصلی تأمین مالی مراقبت‌های سلامت بوده و بار مالی سنگینی را بر میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تحمیل می‌کند [۱]. این رویکرد تأمین مالی علاوه بر تأثیر منفی بر عدالت، موجب سوق دادن گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به سمت فقر می‌شود [۳]. در کشور ایران نیز پرداخت از جیب بخش عمده‌ای از مخارج سلامت را تشکیل می‌دهد، براساس داده‌های حساب‌های ملی سلامت کشور ایران ۳۷/۴ درصد مخارج سلامت کشور در سال ۱۳۹۸ به‌صورت پرداخت از جیب تأمین شده است [۴]، این در حالی است که میانگین این شاخص در سال ۲۱۹ میلادی در سراسر دنیا ۱۸ درصد و در کشورهای با درآمد زیاد، متوسط و پایین به‌ترتیب ۱۳/۶ درصد، ۳۵ درصد و ۴۴/۷ درصد بوده است [۵]. فقدان

نظام مناسب و اثربخش محافظت از مردم در برابر مواجهه با مخاطرات مالی، علاوه بر سقوط جمعیت زیادی از مردم به زیر خط فقر، احتمال صرف نظر بیماران از دریافت خدمات سلامت مورد نیاز را نیز افزایش داده و در نتیجه باعث کاهش سطح سلامت می‌شود. این موضوع در همه کشورها با هر سطحی از درآمد و توسعه اقتصادی با درجات مختلفی رخ می‌دهد [۲]. یکی از رایج‌ترین رویکردها برای سنجش حفاظت از خانوارها در برابر خطرات مالی، استفاده از شاخص مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت است. مخارج کمرشکن سلامت زمانی رخ می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای مراقبت‌های سلامت نسبت به منابع موجود به حدی باشد که خانوار از مصرف سایر کالاها و خدمات ضروری محروم شود [۱]. وقوع مخارج کمرشکن سلامت می‌تواند منجر به کاهش مصرف و پس‌انداز در کوتاه‌مدت و همچنین فروش دارایی و استقراض و در نتیجه کاهش استانداردهای زندگی در بلندمدت شود [۶].

در گزارش حاضر، ابتدا مفهوم محافظت مالی در برابر مخارج کمرشکن سلامت تشریح شده، سپس مفاد مرتبط با این هدف در قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی نظام سلامت کشور بررسی شده است. در ادامه وضعیت مواجهه خانوارهای ایرانی با مخارج کمرشکن سلامت طی سال‌های اخیر و عوامل مؤثر بر آن بررسی و پیشنهادهایی برای افزایش اثربخشی سیاست‌های محافظت مالی ارائه شده است. در راستای پاسخ به اهداف فوق به مرور مطالعات، اسناد و گزارش‌های منتشر شده در این زمینه پرداخته شده است.

## ۲. مفهوم محافظت مالی در برابر مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت

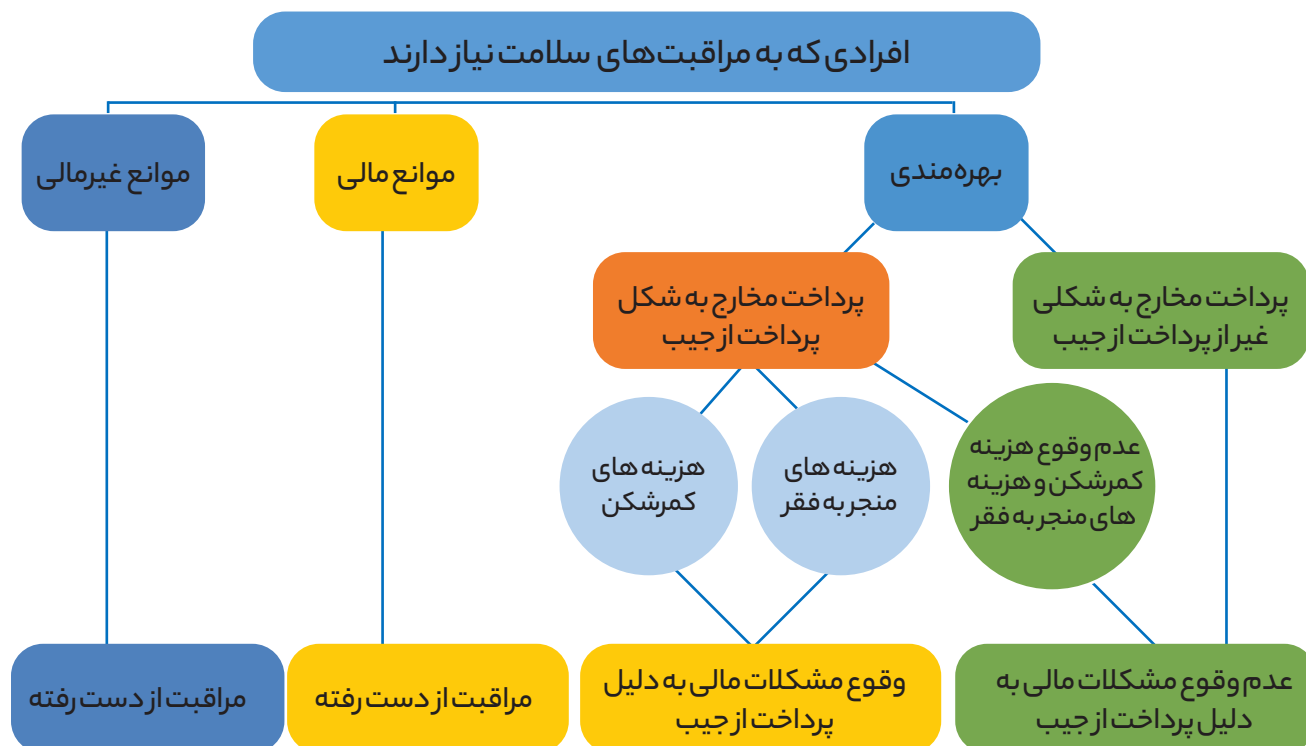
در دریافت و یا عدم بهره‌مندی از مراقبت‌های مورد نیاز می‌شود. در صورت دسترسی و بهره‌مندی از مراقبت سلامت اگر پرداخت مستقیم از جیب سهم قابل توجهی از ظرفیت پرداخت خانوار باشد، این موضوع منجر به ایجاد مشکلات مالی می‌شود. در این حالت مخارج سلامت، استانداردهای زندگی افراد را تهدید کرده یا دسترسی به کالاهای ضروری مانند خوراک، مسکن، پوشاک و آموزش را به خطر می‌اندازد. بعد حفاظت مالی پوشش همگانی سلامت زمانی حاصل می‌شود که هیچ مانع مالی برای دسترسی وجود نداشته باشد و پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت مراقبت‌های سلامت منشأ مشکلات مالی نباشد [۸].

محافظت مالی از خانوار در برابر مخارج سلامت هسته اصلی پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup> است. سیاست تأمین مالی سلامت مستقیماً بر حمایت مالی تأثیر می‌گذارد. مکانیسم‌های ناکافی محافظت مالی در بخش سلامت منجر به ایجاد مشکلات مالی به دلیل پرداخت از جیب و محدودیت در دسترسی به مراقبت‌های سلامت می‌شود. کلید محافظت مالی، اطمینان از پیش‌پرداخت و تجمیع منابع برای سلامت، به جای اتکا به پرداخت از جیب در زمان استفاده از خدمات سلامت است [۷].

همان‌طور که در شکل ۱، مشاهده می‌شود، محدودیت‌های مالی و غیرمالی موجود در دسترسی به مراقبت‌های سلامت منجر به تأخیر

1. Universal Health Coverage (UHC).

شکل ۱. موانع و مشکلات مالی برای دسترسی به مراقبت‌های سلامت



مأخذ: گزارش پیگیری پوشش همگانی سلامت، ۲۰۲۳ [۸].

کشور نیز بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است، به بررسی وقوع مخارج کم‌رشدن سلامت در کشور ایران طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵ پرداخته شده است. در ادامه مفاهیم مورد استفاده در این رویکرد تعریف شده است [۹]:

هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت از جیب: این هزینه‌ها پرداخت‌هایی است که خانوار هنگام دریافت خدمات سلامت به ارائه‌کننده می‌پردازد.

ظرفیت پرداخت خانوار: درآمد غیر معیشتی خانوار است که از کسر مخارج معیشتی از درآمد مؤثر خانوار و یا هزینه‌های خانوار به دست می‌آید. در حالی که هزینه خوراک خانوار کمتر از مخارج معیشتی خانوار باشد، هزینه‌های غیر خوراکی خانوار به عنوان ظرفیت پرداخت در نظر گرفته می‌شود.

هزینه‌های کم‌رشدن سلامت: هزینه‌های کم‌رشدن سلامت زمانی رخ می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت برابر یا بیشتر از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت یا مخارج غیر معیشتی آن خانوار باشد.

از جمله معیارهای رایج و مورد استفاده در مطالعات جهت سنجش حفاظت مالی، شاخص مواجهه خانوارها با مخارج کم‌رشدن سلامت است. تعاریف مختلفی برای سنجش این شاخص وجود دارد از جمله:

**نسبت مخارج سلامت به کل مخارج یا درآمد خانوار:**<sup>۱</sup> در صورتی که مخارج صرف شده برای سلامت بیش از ۱۰ درصد (یا ۲۵ درصد) مجموع هزینه‌ها یا درآمدهای خانوار باشد، مواجهه با مخارج کم‌رشدن سلامت رخ داده است [۷].

نسبت پرداخت از جیب برای سلامت به ظرفیت پرداخت خانوار: اگر مجموع پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت برابر یا بیش از ۴۰ درصد از ظرفیت پرداخت آن خانوار باشد، مخارج کم‌رشدن سلامت رخ داده است [۲]، البته برای برآورد میزان هزینه‌های کم‌رشدن سلامت ممکن است کشورهای مختلف آستانه متفاوتی از ۴۰ درصد به کار گیرند.

در این گزارش با در نظر گرفتن ظرفیت پرداخت خانوار که شاخص مورد استفاده سازمان جهانی بهداشت بوده و در مطالعات داخل

۱. این شاخص برای نظارت بر محافظت مالی در میان اهداف توسعه پایدار به کار می‌رود.

۲. هزینه‌های معیشتی خانوار حداقل نیازمندی برای امرار معاش در جامعه است. خط فقر به عنوان هزینه‌های معیشتی در تحلیل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

## ۳. سیاست‌های محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت در کشور ایران



برنامه‌های مختلف مدنظر قرار گرفته است. در شکل ۲، برخی از اهم قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی نظام سلامت کشور ناظر به محافظت مالی از خانوار در برابر مخارج سلامت ارائه شده است. جزئیات این موارد در جدول ۲، گزارش شده است.

در نظام سلامت کشور ایران تحقق محافظت مالی از خانوار در برابر مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت، از طریق راهبردهایی مانند گسترش پوشش بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب، ارائه یارانه و افزایش منابع بخش سلامت طی قوانین، سیاست‌ها و

شکل ۲. قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی کشور جهت محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت





جدول ۲. قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی کشور جهت محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت

قانون یا سیاست	نوع سیاست حمایتی	موارد مرتبط به حفاظت مالی از افراد در برابر مخارج سلامت
قانون اساسی	ارائه پوشش بیمه جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی	اصل بیست‌ونهم: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حق همگانی بوده و دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمد‌های عمومی و درآمد‌های حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق‌رای برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.
سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی ۱۳۹۳)	ارائه پوشش همگانی بیمه پایه درمان افزایش منابع بخش سلامت و تأکید بر تأمین مالی پایدار آن	<p>۱ بند (۹): در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی: همگانی ساختن بیمه پایه درمان.</p> <p>۲ پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان.</p> <p>۳ بند (۱۰): جهت تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت: افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت بالاتر از میانگین کشورهای منطقه و همچنین تحقق اهداف سند چشم‌انداز.</p> <p>۳ پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.</p>
قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۸)	افزایش سهم هزینه‌های بهداشت در هزینه‌های دولت	۱ بند (۴-۳-۳): بودجه وضع مالی دولت: اولویت دادن به بخش‌های اجتماعی (آموزش، بهداشت و تأمین اجتماعی) در برنامه اول و افزایش سهم هزینه‌های آنها در کل هزینه‌های دولت از ۳۲/۸ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۴۵/۷ درصد در سال ۱۳۷۲.
قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۳)	تأمین پوشش بیمه خدماتی درمانی برای همه مردم مشارکت دولت در تأمین منابع مالی بیمه خدمات درمانی، جهت استقرار بیمه همگانی	<p>۱ هدف پنجم بخش خط مشی‌های اساسی: قرار دادن همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخر برنامه دوم و پرداخت سهم سرانه دولت مطابق ضوابط قانون بیمه خدمات درمانی.</p> <p>۲ هدف نهم بخش خط مشی‌های اساسی: تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی.</p> <p>۳ بند (د): تبصره (۱۳): تأمین نیازهای درمانی خاص جانبازان و تأمین صد درصد حق سرانه موضوع قانون بیمه خدمات درمانی جانبازانی فاقد بیمه خدمات درمانی.</p> <p>۴ تبصره (۱۸): پرداخت مابه‌التفاوت هزینه درمان بیمه‌شدگان پس از کسر سرانه سهم بیمه شده و فرانشیز پرداختی توسط آنها توسط دولت به سامان‌های ذی‌ربط به عنوان سرانه دولت، مطابق مقررات قانون بیمه همگانی</p>
قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹)	تأمین بیمه خدمات درمانی برای همه مردم پرداخت تمام و با بخشی از حق بیمه درمانی برخی گروه‌های خاص ارائه رایگان خدمات بهداشتی	<p>۱ ماده (۳۶): تأکید بر اجرای مفاد اصل بیست‌ونهم قانون اساسی از جمله فراهم آوردن پوشش بیمه همگانی برای تمام افراد کشور</p> <p>۲ ماده (۳۷): تعیین تعهدات و خدمات بیمه‌ای در دو بخش همگانی و مکمل</p> <p>۳ بند (ج): ماده (۳۷): تأمین صد درصد هزینه بیمه همگانی و مکمل جانبازان و درمان خاص آنها (خدمات ناشی از مجروحیت) توسط دولت</p> <p>۴ بند (۲): ماده (۳۸): پرداخت سرانه بیمه درمان در چارچوب نظام بیمه همگانی خدمات درمانی برای نیازمندان.</p> <p>۵ بند (الف): ماده (۱۹۲): ارائه رایگان کلیه خدمات بهداشتی توسط دولت به منظور افزایش کارایی و توسعه خدمات بهداشتی درمانی در کشور و ایجاد تسهیلات جهت دسترسی آحاد مردم به این خدمات و تعیین حدود تصدی بخش دولتی و غیردولتی</p>



موارد مرتبط به حفاظت مالی از افراد در برابر مخارج سلامت	نوع سیاست حمایتی	قانون یا سیاست
<p><b>۱</b> ماده (۹۰): جهت ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که: ارتقای شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۹۰ درصد، افزایش نیافتن سهم مردم از هزینه‌های سلامت به بیش از ۳۰ درصد، کاهش میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت، به یک درصد،</p> <p><b>۱</b> ماده (۹۱): جهت افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی: تعیین شورای عالی بیمه خدمات درمانی به عنوان مرجع تدوین قوانین بیمه‌های پایه و مکمل، فراهم نمودن تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی، تعریف و اجرا خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه براساس سرانه واقعی.</p> <p><b>۱</b> ماده (۹۶): اجرای سیاست پوشش جمعیتی، خدمات و حمایت‌های مالی مورد نظر در اصل بیست و نهم قانون اساسی، طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، از طریق فعالیت‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با اولویت زیر: ارائه پوشش کامل جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی.</p>	<p>تدوین شاخص‌های سنجش محافظت مالی از خانوار برای نخستین بار در قوانین برنامه‌های توسعه</p> <p>تقویت و توسعه بیمه خدمات درمانی</p> <p>ارائه پوشش کامل جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات درمان</p>	<p>قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳)</p>
<p><b>۱</b> ماده (۲۷): تبیین جایگاه بیمه‌های درمانی پایه و همچنین بیمه‌های مکمل درمان.</p> <p><b>۱</b> ماده (۳۴): اختصاص ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها در ردیف خاص بودجه سالیانه وزارت بهداشت، علاوه بر اعتبارات بخش سلامت برای تحقق برخی اهداف از جمله اهداف مرتبط با حوزه محافظت مالی شامل:</p> <p>ایجاد و حفظ یکپارچگی در تأمین، توسعه و تخصیص عادلانه منابع عمومی سلامت به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت.</p> <p>ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی.</p> <p>کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج.</p> <p><b>۱</b> ماده (۳۸): به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد.</p> <p>تدوین و ابلاغ سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت توسط دولت تا پایان سال اول برنامه و فراهم کردن زمینه‌های لازم برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه در قالب بودجه‌های سنواتی.</p> <p>متمرکز نمودن کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در سازمان بیمه سلامت ایران.</p> <p>تعریف خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان و اجرای آن متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده.</p> <p>در نظر گرفتن حمایت ۱۰۰ درصدی حق بیمه اقشار نیازمند با استفاده از بودجه عمومی دولت.</p> <p><b>۱</b> ماده (۳۹): تأکید بر توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی.</p>	<p>افزایش اعتبارات بخش سلامت از طریق تخصیص درصدی از وجوه حاصل از هدفمندی یارانه‌ها</p> <p>شاخص‌های سنجش محافظت مالی از خانوار</p> <p>دسترسی عادلانه به خدمات سلامت مورد نیاز</p> <p>ارائه پوشش بیمه سلامت پایه همگانی</p> <p>تشکیل سازمان بیمه سلامت</p> <p>تأمین حق بیمه سلامت افراد نیازمند براساس منابع بودجه عمومی</p>	<p>قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۹)</p>



موارد مرتبط به حفاظت مالی از افراد در برابر مخارج سلامت	نوع سیاست حمایتی	قانون یا سیاست
<p>۱ ماده (۳۹): اختصاص بخشی از وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت.</p> <p>۲ ماده (۷۰): انجام اقدامات زیر در سال اول برنامه در راستای تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کپی و کپی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>اجباری بودن پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور.</li> <li>برخوردار از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع، همچنین پرداخت صد درصد حق بیمه خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش توسط دولت در قالب بودجه سنواتی.</li> </ul> <p>۳ ماده (۷۸): مکلف شدن دولت به طراحی و اجرای برنامه‌های لازم در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به برای نیل به اهداف زیر اقدام و ارائه گزارش پیشرفت کار هر شش ماه یکبار به مجلس:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>کاهش درصد مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت از طریق تعمیم و ارتقای بیمه‌های اجتماعی درمانی به ۱ درصد در پایان سال ۱۴۰۰</li> <li>افزایش ضریب پوشش بیمه‌های اجتماعی درمانی پایه به ۱۰۰ درصد در سال ۱۴۰۰.</li> <li>کاهش سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت به ۲۵ درصد در سال ۱۴۰۰.</li> <li>افزایش ضریب پوشش بیمه‌های اجتماعی به ۷۵ درصد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش اعتبارات بخش سلامت از طریق تخصیص بخشی از وجوه حاصل از اجرای هدفمندی یارانه‌ها</li> <li>ارائه پوشش بیمه پایه سلامت همگانی</li> <li>حمایت مالی از حق بیمه افراد نیازمند</li> <li>تدوین شاخص‌های سنجش محافظت مالی از خانوار</li> </ul>	<p>قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶)</p>
<p>۱ ماده (۴): فراهم کردن شرایط لازم برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد متقاضی بیمه خدمات درمانی توسط دولت.</p> <p>۲ ماده (۹): تعیین حق بیمه و فرانشیز با در نظر گرفتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شوند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور.</p> <p>۳ ماده (۱۲): حمایت دولت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، از طریق پرداخت بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده از محل بودجه عمومی و ارائه این اعتبارات به صورت ردیف مستقل در قانون بودجه سالانه.</p> <p>۴ ماده (۱۴): تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه (فاقد توانایی پرداخت) با محوریت کمیته مشترک کمیته‌امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه و به صورت ردیف مستقل در قانون بودجه هر سالانه</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ارائه پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی</li> <li>تعیین حق بیمه براساس سطح درآمد افراد</li> <li>حمایت مالی در پرداخت حق بیمه گروه‌های نیازمند</li> </ul>	<p>قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور؛ (مصوب ۱۳۷۳)</p>
<p>۱ ماده (۳۷): علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً یک واحد درصد در هر سال به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و همزمان با دریافت مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، واریز می‌گردد. صد درصد منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می‌یابد.</p> <p>۲ ماده (۴۶): اختصاص واریز ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت تحقق اهداف زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد هزینه‌های سلامت.</li> <li>ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی.</li> <li>کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تسهیل وابستگی‌گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی.</li> <li>کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش منابع بخش سلامت از طریق وجوه حاصل از مالیات بر ارزش افزوده و قانون هدفمندی یارانه‌ها</li> </ul>	<p>قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱۳۹۳)</p>



قانون یا سیاست	نوع سیاست حمایتی	موارد مرتبط به حفاظت مالی از افراد در برابر مخارج سلامت
آیین‌نامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر مصوب سال ۱۳۸۳	■ حمایت مالی از حق بیمه افراد نیازمند	<p>۱ بند «ب» ماده (۷): مشارکت دولت در تأمین مالی از طریق مشارکت در بیمه خدمات درمانی (رجوع به ماده (۱۱)).</p> <p>۲ ماده (۱۰): ارائه خدمات درمانی به عنوان یکی از بیمه‌های اجتماعی آیین‌نامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر.</p> <p>۳ ماده (۱۱): دریافت دقت‌ترجه بیمه خدمات درمانی توسط بیمه شده با پرداخت ۱۰ درصد حق بیمه سرانه خدمات درمانی مصوب هیئت وزیران، پرداخت بقیه هزینه سرانه توسط دولت.</p>
تشکیل سازمان بیمه سلامت (۱۳۹۱)	■ ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به طور یکسان به تمام ایرانیان در قالب یک سازمان	۴ ماده (۶): اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی براساس قوانین و مقررات.
طرح تحول نظام سلامت (۱۳۹۳)	<p>■ کاهش پرداخت از جیب بابت خدمات سلامت</p> <p>■ افزایش دسترسی به خدمات سلامت</p>	۱ اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت در اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ با هدف کاهش پرداخت از جیب بیماران، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و بهبود کیفیت خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب سال ۱۳۸۳)	■ گسترش بیمه پایه خدمات درمانی	۱ بند «الف» ماده (۳): گسترش نظام بیمه‌ای (شامل بیمه خدمات درمانی) و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال
قوانین بودجه‌های سنواتی	■ تأمین اعتبارات لازم جهت تحقق اهداف نظام سلامت	تأمین اعتبارات ارائه خدمات سلامت، از جمله: <p>■ تأمین اعتبارات ارائه خدمات درمانی.</p> <p>■ تأمین اعتبارات برنامه سیاست‌گذاری، راهبری و توسعه خدمات بیمه درمانی.</p> <p>■ تأمین اعتبارات برنامه‌های توسعه خدمات حمایتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و نادر.</p>
سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی (ابلاغی ۱۴۰۱)	■ ارائه پوشش بیمه همگانی	۲ جزء «۳» بند «۵»: امور بیمه پایه برای آحاد جامعه متناسب با وضع آنان از محل حق بیمه سهم بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت.



### ۱-۳. جمع‌بندی قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی کشور جهت محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت

بررسی قوانین برنامه‌های توسعه، سیاست‌ها و اصلاحات نظام سلامت کشور طی سه دهه اخیر بیانگر این موضوع است که محافظت مالی از مردم در برابر مخارج سلامت همواره جزء اهداف مهم نظام سلامت بوده و از طریق سیاست‌های زیر مورد توجه قرار گرفته است:

گسترش بیمه سلامت: گسترش بیمه سلامت و ارائه پوشش بیمه همگانی یکی از محورهای اصلی قوانین برنامه‌های توسعه، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی بوده است. هدف تشکیل سازمان بیمه سلامت نیز گسترش بیمه سلامت و ارائه پوشش بیمه همگانی بوده است. یارانه و حمایت‌های مالی: مشارکت دولت در تأمین منابع مالی بیمه خدمات درمانی از طریق پرداخت تمام یا بخشی از حق بیمه

اقتدار نیازمند و تعیین حق بیمه براساس سطح درآمد افراد از دیگر محورهای اصلی این برنامه‌ها بوده است.

تأمین مالی پایدار: افزایش منابع بخش سلامت و تأمین مالی پایدار آن در برنامه پنجم و ششم توسعه و سیاست‌های کلی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، هدفی که در قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت [۲]، از طریق تخصیص بخشی از منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها برای سلامت دنبال شده است.

کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب و کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت: تدوین شاخص‌های کمی برای سنجش محافظت مالی از افراد در برابر مخارج کمرشکن سلامت و کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت برای نخستین بار در برنامه چهارم توسعه مورد توجه قرار گرفته و در قوانین برنامه‌های توسعه پنجم و ششم نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

### ۴. مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت



شده است [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. در جدول ۳، روند مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵ در سطح کل جمعیت، منطقه سکونت و پنجگ هزینه‌ای ارائه شده است.

طی سالیان اخیر مطالعات مختلفی به بررسی وقوع مخارج کمرشکن سلامت در کشور پرداخته‌اند، در این مطالعه براساس گزارش‌های رسمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس ظرفیت پرداخت طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۰ گزارش

جدول ۳. مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس ظرفیت پرداخت خانوار طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵ (درصد)

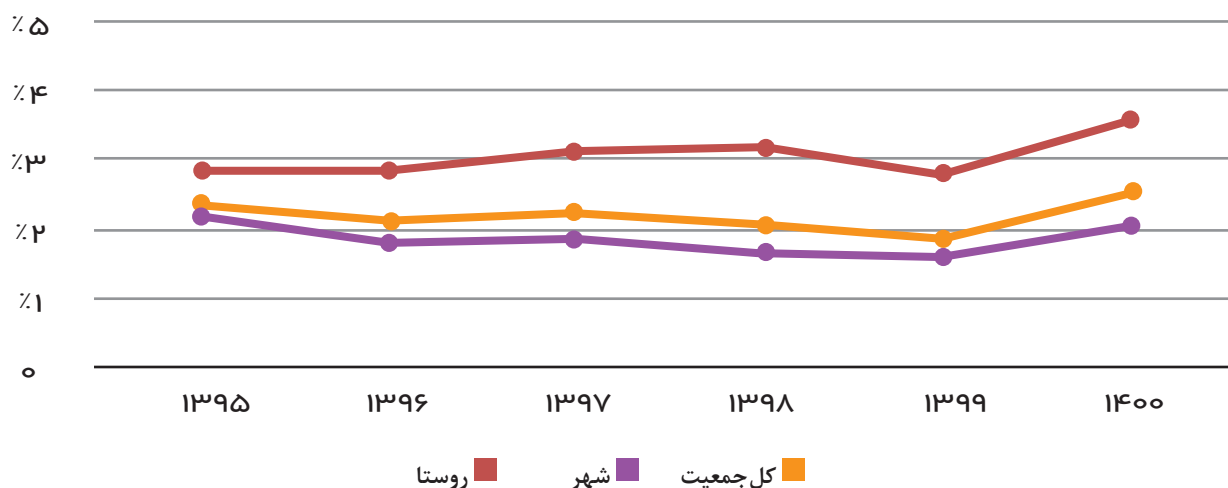
سال	مناطق جغرافیایی		پنجگ هزینه‌ای <sup>۱</sup>			
	شهری	روستایی	کل	اول	دوم	سوم
۱۳۹۵	۲/۲	۲/۸۳	۲/۳۷	۱/۴۷	۱/۶۱	۲/۵۱
۱۳۹۶	۱/۸۵	۲/۸۸	۲/۱۱	۱/۲۴	۱/۶۱	۱/۷۹
۱۳۹۷	۱/۸۹	۳/۱۲	۲/۲	۱/۳۹	۱/۶۱	۱/۸۸
۱۳۹۸	۱/۶۸	۳/۱۳	۲/۵۴	۱/۳۴	۱/۷۸	۱/۹۳
۱۳۹۹	۱/۶	۲/۸۴	۱/۹	۱/۱۱	۱/۵۹	۱/۷۷
۱۴۰۰	۲/۵۶	۳/۵۶	۲/۴۲	۱/۹۴	۲/۵۴	۲/۳۷

مآخذ: گزارش وضعیت هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵].

۱. پنجگ اول فقیرترین گروه و پنجگ پنجم ثروتمندترین گروه محسوب می‌شود.

در نمودار ۱، روند مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۰ ترسیم شده است.

نمودار ۱. مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت براساس ظرفیت پرداخت خانوار طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۰۰ (درصد)



مأخذ: همان.

همچنین ابزار جمع‌آوری داده‌ها و نحوه تجمیع داده‌ها نیز بر میزان این شاخص مؤثر است. براساس مطالعه‌ی فراتحلیلی [۱۶] که به بررسی مطالعات صورت گرفته در این زمینه در کشور ایران پرداخته است، وقوع هزینه‌های کمرشکن سلامت در سطح جمعیت ۴/۷ درصد و در سطح بیماری‌ها ۲۵/۳ درصد بوده است. به‌طور کلی براساس نتایج گزارش شده، علی‌رغم تدوین قوانین و مقررات مختلف طی دهه‌های اخیر در راستای حفاظت مالی از خانوارها، کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت به ۱ درصد (هدف مدنظر در برنامه ششم توسعه) محقق نشده است [۱۷، ۱۸، ۱۹].

براساس نمودار ۱، مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه‌های کمرشکن سلامت براساس شاخص ظرفیت پرداخت خانوار، از ۲/۳۷ درصد در سال ۱۳۹۵ با طی یک روند نوسانی به ۲/۴۲ درصد در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است. در همه سال‌های مورد بررسی میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای روستایی بیشتر از خانوارهای شهری بوده است. در اکثر سال‌ها میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت با افزایش پنجگانه هزینه‌های خانوارها، افزایش یافته است. باید توجه داشت میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در سطح جمعیت و در سطح بیماری متفاوت است.

## ۵. سهم پرداخت از جیب بابت خدمات سلامت در ایران

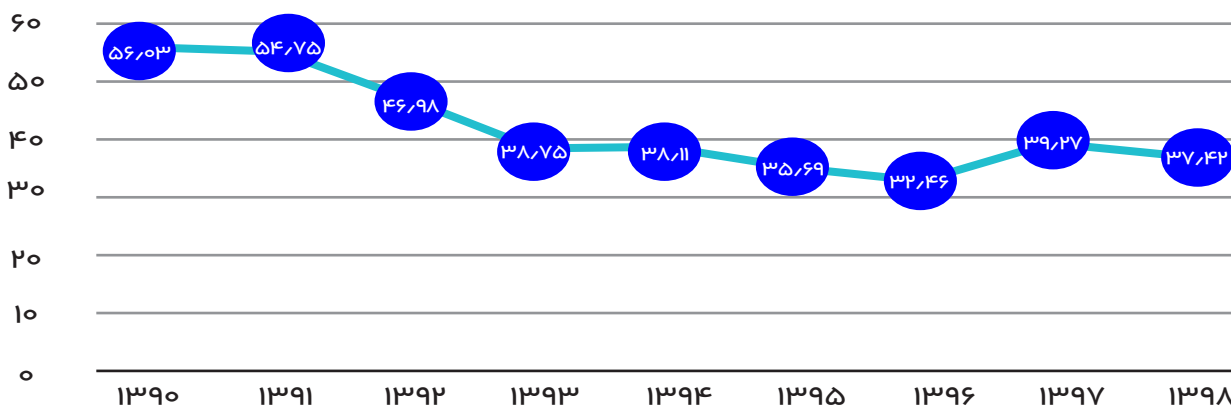


این شاخص در طی سال‌های اخیر به معنای افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت است.

در نمودار ۲، تغییرات سهم پرداخت از جیب از مجموع هزینه‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۸ ترسیم شده است. بالا بودن



نمودار ۲. درصد هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۸



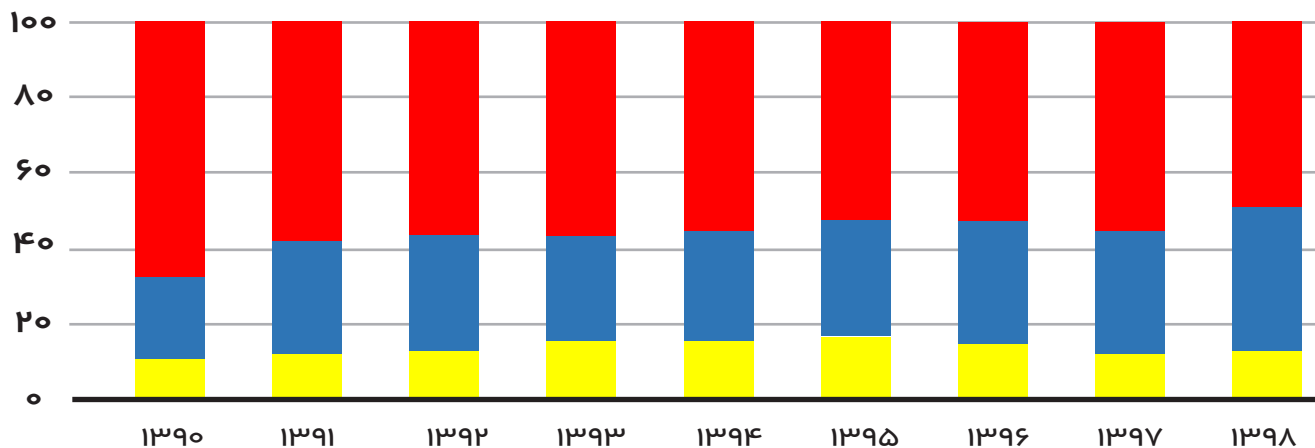
مأخذ: حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار جمهوری اسلامی ایران [۴].

علاوه بر کمک به تحقق عدالت در سلامت، می‌تواند منجر به کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت شود [۱۶]. علاوه بر این جهت کاهش نابرابری اجتماعی-اقتصادی در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن پیشنهاد می‌شود سیاست‌هایی مانند کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای مراقبت‌های سلامت، با اولویت و تمرکز بر خانواده‌های کم‌درآمد اجرا شود [۲۰]. همچنین با توجه به نوسانات منابع مالی بخش سلامت، بازنگری و باز تعریف مکانیسم‌های حمایتی و مداخلات هدفمند به نفع افراد فقیر و گروه‌های آسیب‌پذیر و همچنین بیماری‌های مزمن، شدید و پرهزینه ضروری است [۱۹].

در نمودار ۳، اجزای تشکیل دهنده هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۸ گزارش شده است.

علی‌رغم روند نزولی شاخص سهم پرداخت از جیب بیماران از کل هزینه‌های سلامت در کشور ایران، میانگین این شاخص طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۸ برابر ۴۲/۲ درصد بوده است. این شاخص در سال ۱۳۹۶ به ۳۲/۴۶ درصد کاهش یافته، اما مجدداً روند صعودی در پیش گرفته و در سال ۱۳۹۸ به ۳۷/۴۲ درصد افزایش یافته که بیشتر از هدف تعیین شده در برنامه ششم توسعه، مبنی بر کاهش این شاخص تا ۲۵ است. در سال ۱۳۹۸ میانگین این شاخص در سطح دنیا ۱۸ درصد بوده است [۵]. با توجه به سهم زیاد پرداخت از جیب در تأمین مالی بخش سلامت کشور و آثار نامطلوب آن بر بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت و افزایش مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت ضروری است در این زمینه اصلاحاتی صورت گیرد. طراحی یک سیستم تأمین مالی مناسب

نمودار ۳. اجزای تشکیل دهنده هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت از جیب طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۸ (درصد)



مأخذ: همان. خدمات درمانی (قرمز) دارو وسایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی (آبی) سایر خدمات جانبی (زرد)

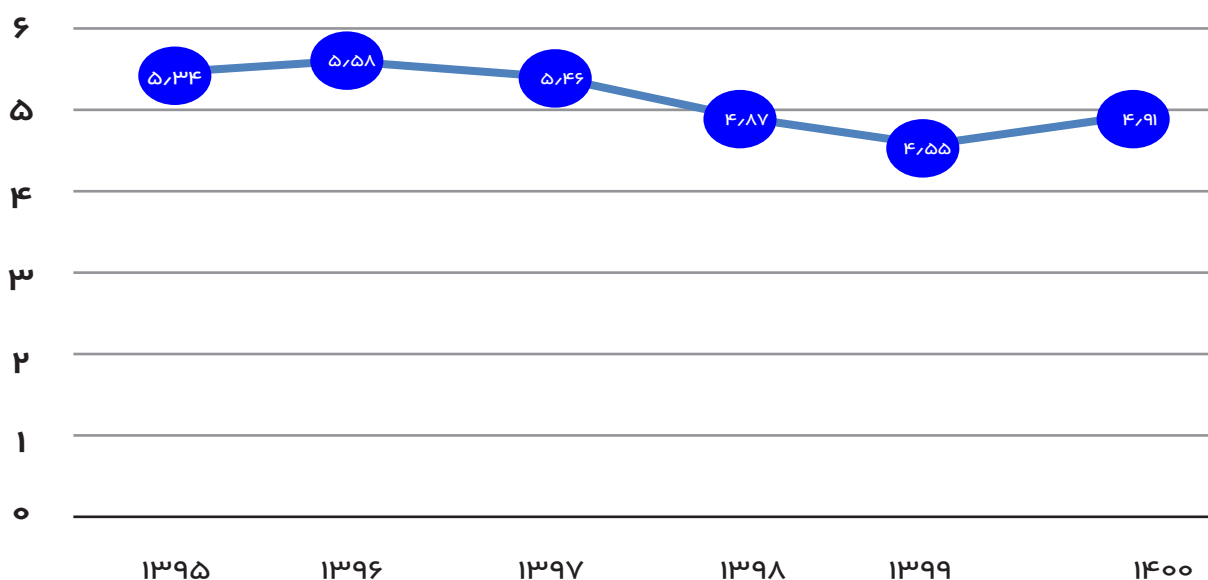
می‌رود، این ارقام طی سال‌های اخیر افزایش بیشتری یافته باشد. در جدول ۳ و نمودارهای ۴ و ۵، سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت از مجموع هزینه‌های مصرفی خانوار و همچنین سهم خدمات مختلف از این شاخص، براساس نتایج پیمایش هزینه و درآمد خانوار گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۵ به‌طور میانگین ۵/۱۲ هزینه‌های مصرفی خانوار صرف پرداخت‌های مستقیم از جیب برای سلامت شده است. همچنین بیشترین سهم از پرداخت جیب خانوارها بابت دارو، خدمات دندان پزشکی و خدمات بستری بوده است [۱۰]، [۱۱]، [۱۲]، [۱۳]، [۱۴]، [۱۵].

همان‌طور که در نمودار ۳، مشاهده می‌شود، طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۰ به‌صورت میانگین تقریباً ۵۶ درصد مخارج سلامتی که به شکل پرداخت از جیب صورت گرفته، صرف مخارج درمانی و ۳۱ درصد نیز صرف دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی شده است. در طی این سال‌ها سهم پرداخت از جیب بابت خدمات درمانی کاهش و در مقابل سهم پرداخت از جیب بابت انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی افزایش یافته است. دلیل این موضوع را می‌توان افزایش نرخ ارز و پوشش بیمه‌ای کم و نامناسب برای داروها عنوان کرد، البته با توجه به تغییرات نرخ ارز و چالش‌های مربوط اجرای طرح دارو یاری انتظار

جدول ۴. سهم پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت‌های سلامت از مجموع هزینه‌های مصرفی خانوار (۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰)

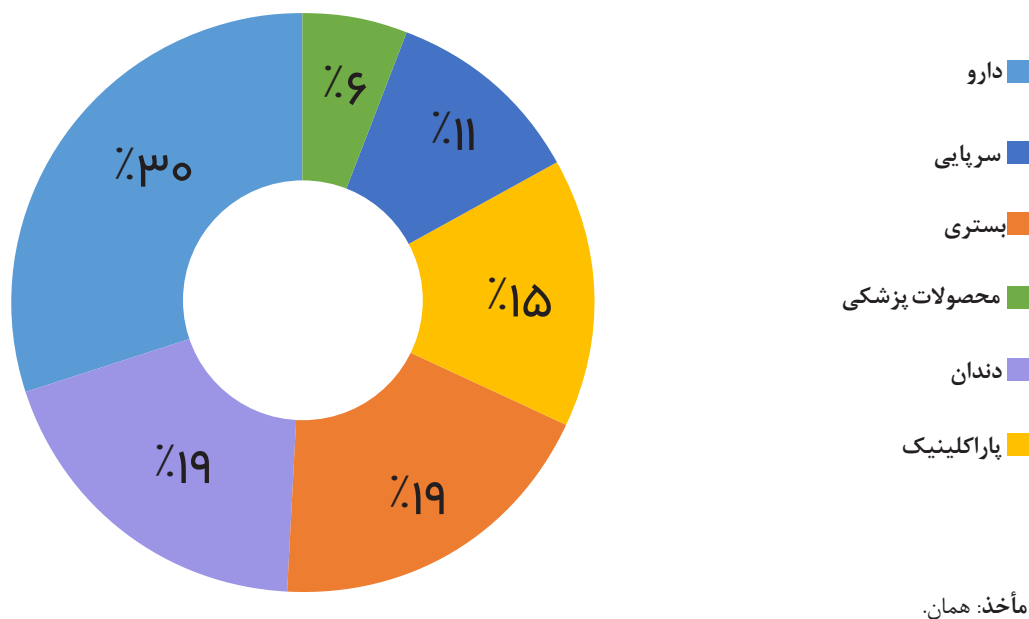
سال	سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای سلامت از مجموع هزینه‌های مصرفی خانوار	سهم خدمات مختلف از مجموع پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار					
		دارو	بستری	دندان	پاراکلینیک	سرپایی	محصولات پزشکی
۱۳۹۵	۵/۳۴	۳۰/۲۱	۱۹/۰۲	۱۷/۴۲	۱۶/۳۵	۱۳/۳۹	۳/۲۷
۱۳۹۶	۵/۵۸	۲۹/۵۷	۲۰/۰۹	۱۷/۳۳	۱۶/۷	۱۲/۵۷	۳/۴۹
۱۳۹۷	۵/۴۶	۲۸/۵	۱۹/۲۷	۲۲/۷۹	۱۴/۳۲	۱۰/۹۷	۴/۰۲
۱۳۹۸	۴/۸۷	۲۹/۶۴	۱۷/۸۹	۱۹/۳۱	۱۴/۲۹	۹/۵۱	۹/۱۵
۱۳۹۹	۴/۵۵	۳۱/۳۶	۱۷/۶۵	۱۶/۷۳	۱۵/۳۱	۹/۱۳	۹/۲۹
۱۴۰۰	۴/۹۱	۸۴/۳۱	۱۷/۹۵	۲۱/۱۴	۱۳/۹۸	۹/۵۲	۵/۱۵
میانگین	۵/۱۲	۳۰/۱۹	۱۸/۶۵	۱۹/۱۲	۱۵/۱۶	۱۰/۸۵	۵/۷۳

نمودار ۴. درصد پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت‌های سلامت از مجموع هزینه‌های مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰



مآخذ: گزارش وضعیت هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران [۱۰]، [۱۱]، [۱۲]، [۱۳]، [۱۴]، [۱۵].

نمودار ۵. میانگین سهم خدمات مختلف از پرداخت از جیب خانوار بابت مراقبت‌های سلامت طی سال‌های ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۰



داروها نشود، با وجود این بنا به اعلام یکی از اعضا کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی «طرح دارویاری به دلایلی مانند عدم وجود اعتبارات بودجه‌ای لازم به صورت کامل اجرایی نشد و بر همین اساس شاهد بروز مشکلاتی در زمینه دارویی هستیم» [۲۱]. همچنین به گفته رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی «طرح دارویاری برخلاف آنچه هدف آن بود پرداختی از جیب مردم را افزایش داده و بیماران مجبورند داروهای خود را با چند برابر قیمت تهیه کنند» [۲۲].

همان‌طور که از نمودارهای ۵ و ۶ مشخص است، داروها بخش قابل توجهی از پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت را تشکیل می‌دهد. مشکلات موجود در حوزه دارو، از جمله مشکلات صنایع دارویی و قاچاق داروها... منجر به طراحی و اجرای برنامه دارویاری در سال ۱۴۰۱ شد. براساس این برنامه یارانه دارو به صورت مستقیم به بیمه‌ها پرداخت شده و سیاست اختصاص ارز ۴۲۰۰ تومانی به صورت کامل حذف شد. هرچند بنا بود اجرای طرح دارویاری منجر به افزایش سهم پرداخت از جیب افراد بابت

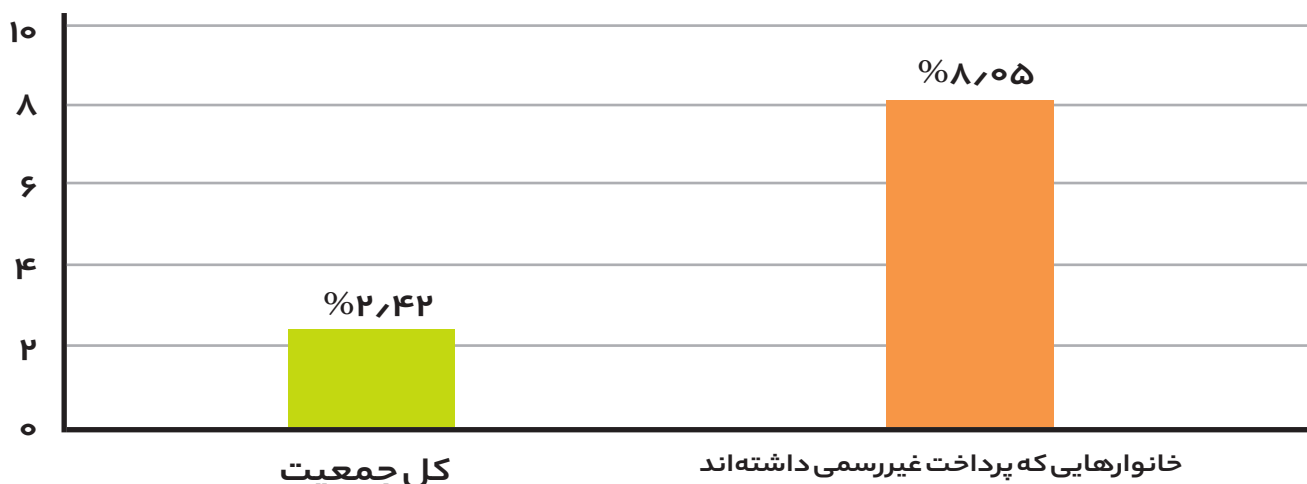
## ۶. نقش پرداخت‌های غیررسمی خانوار بر مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت

۸ درصد از خانوارهایی که برای مراقبت‌های سلامت پرداخت غیررسمی<sup>۱</sup> داشته‌اند با هزینه‌های کمرشکن سلامت روبه‌رو شده‌اند. این آمار در خانوارهای روستایی و شهری به ترتیب ۱۴/۲ درصد و ۶/۵۶ درصد بوده است [۱۵]. مطابق انتظار خانوارهایی که برای دریافت خدمات سلامت پرداخت غیررسمی داشته‌اند، در مقایسه با کل جمعیت، بیشتر به مخارج کمرشکن سلامت دچار شده‌اند.

پرداخت غیررسمی نوعی پرداخت به افراد یا ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت است که توسط بیماران فراتر از مکانیسم‌های پرداخت رسمی صورت می‌گیرد [۲۳]. این‌گونه پرداخت‌ها علاوه بر آثار نامطلوب بر در دسترس بودن و مفید بودن خدمات، کیفیت خدمات، شفافیت و اعتماد به نظام سلامت موجب افزایش پرداخت از جیب خانوار شده و می‌تواند احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را نیز افزایش دهد [۲۴].

براساس پیمایش هزینه درآمد خانوار در سال ۱۴۰۰ تقریباً

### نمودار ۶. مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در کل جمعیت و خانوارهای با پرداخت‌های غیررسمی



مأخذ: همان.

## ۷. عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر وقوع هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران



بیماری بخش قابل توجهی از درآمد خود را صرف مخارج سلامت می‌کنند و بنابراین احتمال مواجهه این گروه با مخارج کمرشکن سلامت افزایش می‌یابد، البته باید در نظر داشت از آنجایی که افراد دارای بیمه درمانی را می‌توان به استفاده بیشتر از خدمات درمانی تشویق کرد، پوشش بیمه درمانی در مواردی نیز می‌تواند مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش دهد. بهبود وضعیت اقتصادی با افزایش ظرفیت درآمدی خانوار، احتمال مواجهه با مخاطرات مالی به دلیل هزینه‌های سلامت را کاهش می‌دهد. در مقابل وجود عضو سالمند در خانواده، وجود عضو با بیماری مزمن در خانواده، استفاده از خدمات بستری، سرپایی و دندانپزشکی موجب افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌شود [۱۶].

شناسایی عوامل مؤثر بر میزان وقوع هزینه‌های کمرشکن سلامت، جهت تأمین دسترسی به فناوری‌ها و لوازم مورد نیاز برای ارتقا و بهبود سلامت و همچنین پیشگیری از بیماری ضروری است. عوامل مؤثر بر وقوع هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز مانند میزان مواجهه با آن متأثر از مواردی مانند جمعیت مورد مطالعه، ابزار جمع‌آوری داده‌ها و نحوه تجمیع داده‌هاست.

در ادامه براساس مطالعات صورت گرفته در کشور، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت گزارش شده است: داشتن پوشش بیمه سلامت، شاغل بودن، باسواد بودن و مرد بودن سرپرست خانوار از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که موجب کاهش احتمال مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت می‌شود. خانوارهای فاقد پوشش بیمه سلامت در صورت ابتلا به



## ۸. جمع‌بندی و پیشنهاد



مخارج کمرشکن سلامت به سه دلیل عمده رخ می‌دهد [۲۵]:  
بالا بودن سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت، پایین بود  
ظرفیت درآمدی خانوار و ضعیف بودن ساز و کارهای پیش‌پرداخت  
و تجمیع ریسک در تأمین مالی مراقبت‌های سلامت. کشورها  
می‌توانند از طریق گسترش طرح‌های مبتنی بر پیش‌پرداخت و  
کاهش سهم پرداخت از جیب، احتمال وقوع مخارج کمرشکن  
خدمات سلامت را کاهش دهند، البته در کنار گسترش  
پیش‌پرداخت، تقویت بسته بیمه‌های پایه سلامت و عمق پوشش  
خدمات نیز ضروری است.

از جمله ملاحظات مهم هنگام بررسی میزان وقوع مخارج کمرشکن  
سلامت، در نظر گرفتن بحث بهره‌مندی از خدمات سلامت است.  
زیرا میزان استفاده از خدمات بر میزان مواجهه با مخارج کمرشکن  
سلامت اثر گذار است. به‌طور کلی برخی از خانوارها به‌علت نداشتن  
درآمد کافی برای دریافت خدمات سلامت مورد نیاز در زمان  
مناسب مراجعه نمی‌کنند و به همین دلیل ممکن است با مخارج  
کمرشکن هم مواجه نشوند که این موضوع در محاسبات مخارج  
کمرشکن سلامت در نظر گرفته نمی‌شود. برای مثال کاهش میزان  
مواجهه با مخارج کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۹ به همه‌گیری  
کووید ۱۹ و کاهش تقاضا و بهره‌مندی از خدمات انتخابی نسبت  
داده می‌شود. بنابراین هنگام بررسی روند مواجهه با مخارج  
کمرشکن سلامت باید روند بهره‌مندی از خدمات سلامت نیز در  
نظر گرفته شود، البته به دلیل در دسترس نبودن اطلاعاتی به‌روز  
در مورد میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، پرداختن  
به موضوع بهره‌مندی از خدمات سلامت در کنار میزان مواجهه با  
هزینه‌های کمرشکن سلامت در گزارش حاضر امکان‌پذیر نبود.  
براساس گزارش‌های رسمی منتشر شده، آخرین پیمایش مربوط  
به بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور مربوط به سال ۱۳۹۴  
است.

طبق آمار منتشر شده، میزان مواجهه خانوارهای ایرانی با  
هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۴۰۰، برابر با ۲/۴۲ درصد  
بوده که این میزان با هدف تعیین شده در برنامه ششم توسعه  
(۱ درصد) فاصله دارد. بنابراین علی‌رغم تأکید بر محافظت مالی  
از خانوار در برابر مخارج کمرشکن سلامت در قوانین برنامه‌های  
توسعه و سیاست‌های کلان سلامت کشور طی سال‌های گذشته

این هدف محقق نشده است.

از جمله دلایل اصلی وقوع هزینه‌های کمرشکن سلامت، بالا بودن  
سهم پرداخت از جیب خانوار از هزینه‌های سلامت است، در سال  
۱۳۹۸ میانگین سهم پرداخت از جیب از مجموع هزینه‌های  
سلامت در سطح دنیا ۱۸ درصد بوده، در حالی که این شاخص در  
کشور ایران در همین سال ۳۷/۴۲ درصد گزارش شده است که با  
میزان تعیین شده در برنامه ششم توسعه مبنی بر ۲۵ درصد فاصله  
دارد. تحقق این هدف در گرو تقویت تأمین مالی نظام سلامت  
مبتنی بر پیش‌پرداخت و افزایش خدمات و تعهدات مورد پوشش  
بیمه‌هاست.

ارائه مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه مؤثر که احتمال وقوع  
بیماری‌های فاجعه‌بار را کاهش می‌دهد، عموماً هزینه‌های  
تشخیص و درمان بعدی برای عوارض و هزینه‌های مراقبت  
طولانی‌مدت را نیز کاهش می‌دهد [۲۶]. بنابراین افزایش سهم  
منابع بخش بهداشت و پیشگیری می‌تواند از طریق سرمایه‌گذاری  
در سلامت نیاز به درمان‌های گران‌قیمت و هزینه‌های کاهش دهد  
و علاوه بر بهبود وضعیت سلامت از وقوع هزینه‌های سنگین درمانی  
در آینده نیز جلوگیری کند. براساس اطلاعات حساب‌های ملی  
سلامت کشور ایران حد فاصل سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۸۱ از مجموع  
هزینه‌های سلامت به‌طور میانگین ۵/۱ درصد آن صرف امور  
خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری شده است [۴].

فراهم کردن بیمه پایه سلامت برای تمام ایرانیان، علی‌رغم تأکید  
در برنامه‌های قوانین توسعه و سیاست‌های ابلاغی سلامت،  
صرف‌نظر از میزان تحقق این هدف، بالا بودن سهم پرداخت از جیب  
بیماران بیانگر این موضوع است که در کنار افزایش جمعیت تحت  
پوشش، باید به گسترش تعهدات بیمه‌ها به‌خصوص برای خدماتی  
که بیشترین سهم از پرداخت از جیب را داشته و در نتیجه احتمال  
مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را افزایش می‌دهند، مانند  
داروها، خدمات ضروری دندان‌پزشکی و خدمات بستری اقدام شود.  
همچنین اختلاف تعرفه بخش دولتی و بخش خصوصی، موجب  
افزایش پرداخت از جیب بیمارانی می‌شود که برای دریافت خدمات  
مورد نیاز به بخش خصوصی مراجعه کرده یا راجع داده می‌شوند.  
(در صورت مراجعه افراد به بخش خصوصی، تا سقف تعهدات در  
بخش دولتی، خدمات مورد استفاده بیماران تحت پوشش بیمه

قرار می‌گیرد.)

پایداری منابع مالی و افزایش منابع مالی در دسترس عاملی مهم جهت کاهش پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت است. علی‌رغم اینکه در سیاست‌های ابلاغی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت مورد تأکید قرار گرفته است و همچنین در قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت نیز ۱۰ درصد خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به اعتبارات بخش سلامت افزوده شده، اما در برخی مقاطع این تخصیص با تأخیر و حتی کمتر از مقدار تعیین شده در بودجه سنواتی بوده است [۲۷].

سیاستگذاری برای کاهش هزینه‌های کمرشکن سلامت نیازمند اتخاذ راهبردهایی برای بهبود همکاری بین بخش‌های مرتبط از طریق تعیین اهداف و ایجاد چشم‌انداز مشترک است. در این راستا تقویت نقش تولیت وزارت بهداشت، طراحی سازوکارهای نظارت و ارزیابی سیاست‌های حمایتی، مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات در فرایند سیاستگذاری برای افزایش تعهدات، افزایش اراده سیاسی و پشتیبانی رسانه‌ای، پیش‌بینی تغییرات آتی بخش سلامت و مراقبت‌های سلامت مورد نیاز و اتخاذ تصمیمات آگاه از شواهد ضروری است [۱۷].

برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای بهبود وضعیت شاخص‌های سلامت، مستلزم پایش مستمر وضعیت نظام سلامت براساس داده‌های معتبر و به‌روز است. شایان ذکر است آخرین داده‌های منتشر شده در مورد حساب‌های ملی سلامت نیز مربوط به سال ۱۳۹۸ می‌باشد، براساس داده‌های حساب‌های ملی سلامت است که می‌توان وضعیت تأمین مالی بخش سلامت، سهم پرداخت از جیب و... را مورد ارزیابی قرار داد.

ذکر این نکته ضروری است که علی‌رغم اینکه در برنامه‌های توسعه همواره بر کاهش میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت تا ۱ درصد تأکید شده است، با این حال شاخص مدنظر به صورت صریح معین نشده است. زیرا چندین روش برای محاسبه میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت وجود دارد که البته به دلیل در نظر گرفتن متغیرها و آستانه‌های مختلف نتایج متفاوتی به دست می‌آید. بنابراین جهت بررسی میزان موفقیت در حصول به اهداف تعیین شده، ضروریست که تعریف دقیقی از این شاخص در برنامه‌ها ارائه شود.

### برای تحقق سیاست محافظت مالی از افراد در برابر مخارج کمرشکن سلامت پیشنهاد می‌شود:

- تقویت تأمین مالی نظام سلامت کشور با محوریت اولویت‌دهی به مراقبت‌های پیشگیری، پایدارسازی منابع مالی، گسترش نظام پیش پرداخت و کاهش پرداخت از جیب.
- بازنگری و بازتعریف سیاست‌های حمایتی و مداخلات هدفمند جهت افزایش محافظت مالی از گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.
- افزایش تعهدات و عمق پوشش بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر پایه، به‌ویژه خدماتی که بیشترین سهم از هزینه‌های پرداخت از جیب دارند؛ نظیر خدمات ضروری دندانپزشکی و داروها.
- ایجاد سازوکارهای نظارتی و ارزیابی سیاست‌های حمایتی اتخاذ شده مربوط به محافظت مالی از افراد در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت.
- ایجاد نظام داده‌ای پویا و به‌روز جهت ارزشیابی شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت کشور و آگاهی از تغییرات آتی بخش سلامت و مراقبت‌های سلامت مورد نیاز.



1. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial Risk Protection and universal Health Coverage: Evidence and measurement Challenges. Plos Medicine. 2014;11(9):e1001701.
2. Rashidian A, Soofi M. Methodology of the Assessment of Financial Protection Against Health Costs. Iranian Journal of Epidemiology. 2015;11(1):82-93.
3. Jalali FS, Bikineh P, Delavari S. Strategies for Reducing out of pocket Payments in the health System: a scoping Review. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2021;19(1):1-22.
4. حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.
5. The World Bank [Accessed 2023]. Available from: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.OOPC.CH.ZS&country=>
6. Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. Health economics. 2007;16(11):1159-84.
7. World Health Organization. Catastrophic health spending (and related indicators) Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>.
8. Organization WH. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. 2023.
9. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology. Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology 2005.
10. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2020). Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2022 (Winter).
11. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2019). Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2021 (Winter).
12. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2018). Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2020 (Winter).
13. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National statistical Center of Iran, 2017). National Institute for Health Research. 2019 (winter).
14. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2016). Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2019(Winter).
15. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2021).

- Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2023 (Winter).
16. Doshmangir L, Yousefi M, Hasanpoor E, Eshtiagh B, Haghparast-Bidgoli H. Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2020;18(1):1-21.
17. Hedayati M, Masoudi Asl I, Maleki M, Fazaeli AA, Goharinezhad S. Policy analysis of the protection of Iranian households against catastrophic health expenditures: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):1-21.
18. Yazdi-Feyzabadi V, Bahrapour M, Rashidian A, Haghdoost A-A, Akbari Javar M, Mehrolhassani 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;17:1-13.
19. 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;34(4):316-25.
20. Rezaei S, Hajizadeh M. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2019;52(4):214.
۲۱. خانه ملت، خبرگزاری مجلس شورای اسلامی  
(<https://www.icana.ir/Fa/News/520233>).
۲۲. خانه ملت، خبرگزاری مجلس شورای اسلامی  
(<https://www.icana.ir/Fa/News/521467>).
23. Wang F, Wang J-D, Huang Y-X. Health expenditures spent for prevention, economic performance, and social welfare. *Health Economics Review*. 2016;6(1):1-10.
24. Khodamoradi A, Ghaffari MP, Daryabeygi-Khotbehsara R, Sajadi HS, Majdzadeh R. A systematic review of empirical studies on methodology and burden of informal patient payments in health systems. *The International journal of health planning and management*. 2018;33(1):e26-e37.
25. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient Health Care In Post-Health Transformation Plan Period: Evidence From Iran. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-14.
26. Ghasvand H, Hadian M, Maleki MR, Shabaninejad H. Determinants of Catastrophic medical Payments in hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences 2009 *Hakim Journal*. 2010;13(3):145-54.

۲۷. بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور (۷۶): اعتبارات حوزه درمان.





## گزیده سیاستی

بر اساس بررسی صورت گرفته میزان مواجهه خانوارهای ایرانی با هزینه کمرشکن سلامت بیش از میزان هدفگذاری شده در اسناد بالادستی (۱ درصد) می‌باشد، بنابراین لازم است در راستای محافظت مالی مؤثر از خانوارها در برابر وقوع مخارج کمرشکن سلامت اقدامات جدی صورت گیرد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روپروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: [mrc@majles.ir](mailto:mrc@majles.ir)

وبسایت: [rc@majles.ir](http://rc@majles.ir)