

تحلیل نسلی فقر در هزینه‌های سلامت خانوارهای دارای کودک در مناطق شهری و روستایی استان کرمان: ۹۲-۱۳۶۳

مهدی نصرت‌آبادی^۱، زهره حلوائی‌پور^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رفاه و بهزیستی کودک به طور مستقیم یا غیر مستقیم، از هزینه‌های صرف شده برای سلامت خانواده متأثر می‌شود. هدف از انجام مطالعه حاضر، تحلیل روند فقر در حوزه سلامت خانوارهای دارای کودک در مناطق شهری و روستایی استان کرمان طی سال‌های ۹۲-۱۳۶۳ بود.

روش بررسی: این پژوهش، کاربردی از نوع تحلیل روند بود که در آن با استفاده از داده‌های پیمایش هزینه-درآمد خانوارهای کشور طی دوره مورد مطالعه، خانوارهای دارای کودک استان کرمان به چهار گروه سنی تفکیک شد و با استفاده از رویکرد مشارکت مالی خانوار و سنجش‌های نرخ و شکاف، فقر سلامت خانوارهای دارای کودک مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. در انجام محاسبات از نرم‌افزارهای STATA و Excel استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که نرخ فقر سلامت در سال‌های مختلف مطالعه هم در مناطق شهری و هم روستایی با نوسانات زیادی همراه بوده است. بالاترین میزان فقر سلامت در مناطق شهری و روستایی استان، مربوط به سال ۱۳۶۸ بود. در طول برنامه توسعه اول تا سوم، کاهش نرخ و شکاف فقر سلامت در مناطق روستایی و شهری استان مشاهده شد، اما این روند در طول برنامه چهارم توسعه به صورت افزایشی بود. نرخ فقر سلامت در دوره اخیر (منتهی به سال ۱۳۹۲)، هم در مناطق روستایی و هم مناطق شهری افزایش داشت، اما شکاف فقر با نوسانات همراه بود.

نتیجه‌گیری: در مجموع، نرخ و شدت فقر سلامت در مناطق روستایی استان بیشتر از مناطق شهری بوده است و این امر نشان می‌دهد که در طول برنامه‌های توسعه، سیاست‌های منسجم و هدفمندی برای رفع مواجهه خانوارهای دارای کودک با هزینه‌های کمرشکن سلامت، به خصوص در مناطق روستایی استان اتخاذ نگردیده است.

واژه‌های کلیدی: تحلیل نسلی؛ خانوار؛ مشارکت مالی؛ فقر سلامت

پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۴/۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۳/۳۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۸/۲۶

ارجاع: نصرت‌آبادی مهدی، حلوائی‌پور زهره. تحلیل نسلی فقر در هزینه‌های سلامت خانوارهای دارای کودک در مناطق شهری و روستایی استان کرمان: ۹۲-۱۳۶۳. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۳ (۳): ۲۲۹-۲۳۴

درآمدی و دیگری رویکرد بار مالی می‌باشد. در رویکرد درآمدی، تغییر در توزیع درآمد بر حسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت مورد تأکید است که بر اساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند، فقر سلامت سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن یا تجارب پریشان‌کننده ناشی از آن بر خانوار بررسی می‌شود که مانند محاسبه شاخص انصاف در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه شده با پرداخت‌های کمرشکن می‌باشد (۶).

با لحاظ رویکرد دوم به پرداخت‌های سلامت، در تعریف هزینه‌های کمرشکن، سهم اختصاص یافته به هزینه‌های بهداشتی از هزینه‌های خالص از مخارج یا نیازهای اساسی محاسبه می‌گردد. هزینه‌های خالص از مخارج اساسی

مقدمه

در اغلب شاخص‌های ترکیبی همچون شاخص توسعه انسانی، شاخص‌های فقر انسانی، شاخص فقر چند بعدی و نیز اهداف توسعه هزاره، برخورداری (محرومیت) از سلامت بعد مهم و اثرگذاری در نظر گرفته شده است (۱). در این راستا، اهمیت سلامت برای کودکان به طور گسترده‌ای در اهداف توسعه هزاره منعکس گردید (هدف چهارم و پنجم) و در کنوانسیون حقوق کودک (Convention on the rights of the child) نیز موضوع سلامت مورد تأکید واقع شده (ماده ۶ و ۲۴) و به مسؤلیت‌پذیری دولت برای مقابله با بیماری و تضمین دسترسی به خدمات سلامت اشاره شده است (۲).

طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۴۴ میلیون خانوار یا بیشتر از ۱۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان با هزینه‌های کمرشکن سلامت (Catastrophic health care expenditures) مواجه هستند و حدود ۲۵ میلیون خانوار یا بیشتر از ۱۰۰ میلیون نفر به جهت پرداخت برای خدمات سلامت در دام فقر گرفتار می‌شوند که در کشور ما نیز از نگرانی‌های سیاست‌گذاران می‌باشد (۳). تحلیل مشارکت مالی خانوار (Household financial contribution) در نظام سلامت، شاخصی برای فقر در این حوزه قلمداد می‌گردد که از آن در قالب «فقر سلامت» یاد می‌شود و در مطالعاتی نیز به این عنوان اشاره شده است (۴، ۵). فقر سلامت را می‌توان با دو رویکرد مورد سنجش قرار داد. یکی رویکرد

مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۹۳/۱۳ می‌باشد که با حمایت معاونت پژوهشی

دانشگاه علوم پزشکی جیرفت انجام شده است.

۱- استادیار، گروه سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: nosratabadi@mng.mui.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی سیرجان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

اجرای برنامه‌های توسعه (۱۳۶۳ تا ۱۳۹۲) بررسی گردید. طبق تعریف کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل، افراد زیر هجده سال، کودک تعریف می‌شوند (۲)، اما به منظور رعایت فواصل سنی (تقسیم‌بندی ۵ ساله) خانوارهای دارای کودک ۱۹ و ۲۰ ساله نیز وارد مطالعه شدند. با توجه به پیشنهاد Verbeek و Vella، خانوارها بر اساس سن تولد کودک به چهار گروه دارای کودک ۰ تا ۵، ۶ تا ۱۰، ۱۱ تا ۱۵ و ۱۶ تا ۲۰ سال تقسیم شدند (۱۵). Foste و همکاران با استفاده از شاخص فقر تحولات فقر سلامت، خانوارهای دارای کودک استان کرمان را در این گروه‌ها بررسی نمودند (۱۶).

در تحقیق حاضر، 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 سال) 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 گردید. 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 شد. در تحقیق حاضر، تنها هزینه‌های بهداشتی معیار فقر سلامت قرار گرفت و بنابراین، شامل فقر غذایی نبود. از دو سنجه نسبت سرشمار فقر (p_0) و شکاف فقر (p_1) برای اندازه‌گیری نرخ و عمق فقر در هزینه‌های سلامت HFC (Health financing contribution) بر اساس شاخص مشارکت مالی خانوار دارای کودک استفاده گردید؛ به گونه‌ای که سهم هزینه‌های سلامت از توان پرداخت خانوار مورد محاسبه قرار گرفت و در نهایت، نرخ و شکاف فقر سلامت بر اساس آستانه ۰/۴ محاسبه شد. شاخص نرخ فقر سلامت (p_0)، توزیع فراوانی خانوارهای فقیر (درصد افراد فقیر) را در جامعه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، این شاخص به صورت نسبت خانوارهای زیر خط فقر به کل خانوارهای جامعه تعریف می‌شود. شاخص شکاف فقر (p_1) بر عکس شاخص نرخ فقر، به درصد فراوانی خانوارهای دچار فقر حساس نیست، اما عمق فقر را در سطح جامعه بیان می‌کند. شکاف فقر فاصله‌ای که فقرا از خط فقر دارد را در نظر می‌گیرد و آن را به صورت درصدی از خط فقر نشان می‌دهد (۱۶). پردازش و محاسبه شاخص‌ها توسط نرم‌افزارهای Excel و Stata نسخه ۱۱ صورت گرفت.

یافته‌ها

نتایج مربوط به روند نرخ و شکاف فقر سلامت گروه‌های سنی در سال‌های مختلف در مناطق شهری و روستایی استان کرمان در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

به توان پرداخت (Capacity to pay) تعبیر شده است. مسأله اساسی در صورت استفاده از توان پرداخت، تعریف هزینه‌های اساسی است که اغلب هزینه‌های غذایی در نظر گرفته می‌شود. اگرچه نیازهای ضروری دیگری نیز وجود دارد، اما هزینه‌های غیر غذایی بهتر از کل هزینه‌ها می‌تواند تمایز بین دهک‌های مختلف را نشان دهد (۸، ۷). هزینه‌های کمرشکن سلامت زمانی است که پرداخت برای خدمات سلامت از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود؛ به گونه‌ای که هزینه‌های سلامت یک خانوار در صورتی کمرشکن تلقی می‌شود 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 شناخته می‌شود (۹).

مطالعاتی در این زمینه به بررسی مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت صورت گرفته است. Hoang و همکاران در یک مطالعه طولی، فقر سلامت در کشور ویتنام را بر اساس الگوهای هزینه‌های بهداشتی مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که سهم مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در دوره مورد مطالعه افزایش یافته بود (۱۰). نکوی مقدم و همکاران با بررسی میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در استان کرمان، به این نتیجه رسیدند که ۴/۱ درصد از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده بودند و خانوارهای شهری نسبت به خانوارهای روستایی، به طور تقریبی ۱/۵ برابر بیشتر دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شده‌اند (۱۱). نصرت‌آبادی و همکاران در مطالعاتی (۱۳، ۱۲) وضعیت فقر خانوارهای دارای کودک در ابعاد مختلف از جمله سلامت را مورد مطالعه قرار دادند. در تحلیل فقر سلامت خانوارهای شهر تهران با استفاده از شاخص مشارکت مالی خانوار، نتایج نشان داد که بیشترین میزان فقر سلامت مربوط به گروه‌های سنی جوان‌تر (۲۶-۲۱ و ۳۱-۲۷ ساله) بوده است (۱۴).

با توجه به موارد ذکر شده، مطالعه حاضر با استفاده از رویکرد نسلی و شاخص مشارکت مالی خانوارهای دارای کودک، به تعیین فقر در این حوزه پرداخت و روند آن را از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۲ در استان کرمان مورد اندازه‌گیری و تحلیل قرار داد.

روش بررسی

این مطالعه، کاربردی از نوع Trend study بود که در سال ۱۳۹۳ در استان کرمان انجام شد. در این تحقیق با استفاده از گروه‌بندی سنی سرپرستان خانوارها (با به کارگیری داده‌های شبه ترکیبی)، بین ۵۰۰ تا ۱۲۰۰ خانوار دارای کودک در گروه‌های سنی مختلف (که اطلاعات آن‌ها توسط داده‌های مرکز آمار ایران جمع‌آوری شده بود)، وارد مطالعه شدند و روند فقر تغذیه آن‌ها طی سال‌های

جدول ۱: نرخ و شکاف فقر سلامت در مناطق شهری استان کرمان در سال‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی

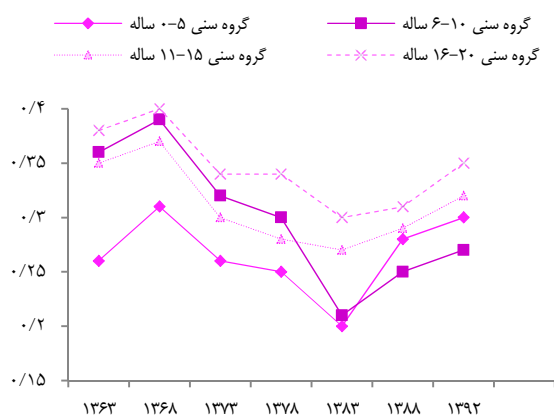
گروه سنی	سال						
	۱۳۶۳	۱۳۶۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۳	۱۳۸۸	۱۳۹۲
۰-۵ سال	p_0	۰/۲۵	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۲۵	۰/۲۱	۰/۲۴
	p_1	۰/۴۱	۰/۴۸	۰/۴	۰/۳۴	۰/۲۱	۰/۱۱
۶-۱۰ سال	p_0	۰/۳۱	۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۲۱	۰/۲۵
	p_1	۰/۴۱	۰/۴۲	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۲۵	۰/۱۹
۱۱-۱۵ سال	p_0	۰/۳۲	۰/۳۵	۰/۲۹	۰/۲۸	۰/۲۰	۰/۲۸
	p_1	۰/۲۹	۰/۳۲	۰/۲۳	۰/۲۸	۰/۲۲	۰/۱۶
۱۶-۲۰ سال	p_0	۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۳۵
	p_1	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۲۶

جدول ۲: نرخ و شکاف فقر سلامت در مناطق روستایی استان کرمان در سال‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی

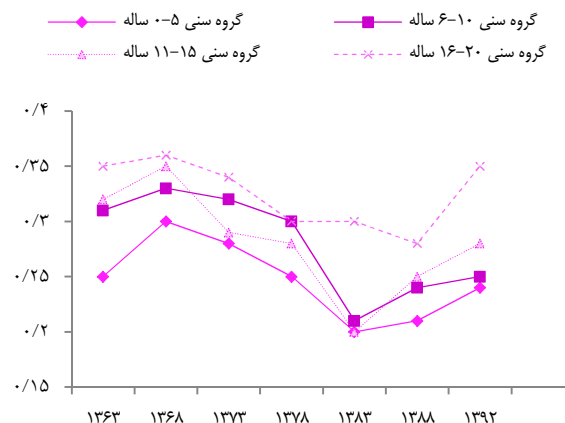
گروه سنی	سال						
	۱۳۶۲	۱۳۶۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۳	۱۳۸۸	۱۳۹۲
۰-۵ سال	p _۰	۰/۳۱	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۲۸	۰/۳۰
	p _۱	۰/۴۰	۰/۴	۰/۲۴	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۱۱
۶-۱۰ سال	p _۰	۰/۳۹	۰/۳۶	۰/۳۲	۰/۳۰	۰/۲۵	۰/۲۷
	p _۱	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۳۳	۰/۲۹	۰/۲۵
۱۱-۱۵ سال	p _۰	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۳۲
	p _۱	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۲۰
۱۶-۲۰ سال	p _۰	۰/۴۰	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۳۱	۰/۳۵
	p _۱	۰/۳۰	۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۲۰	۰/۱۸

دلیل شرایط جنگی، انواع تحریم‌ها و شوک‌های منفی نفتی، کشور با هزاران چالش و مشکلات متعدد اقتصادی و غیر اقتصادی مواجه گشت. مجموع این شرایط فرصتی حتی برای حل مسایل و مشکلات اقتصادی- اجتماعی ایجاد نکرد تا چه رسد به این که فرصتی برای تدوین سیاست‌های مربوط به کاهش مشارکت خانوارها در تأمین هزینه‌های سلامتی به وجود آید. در طول برنامه توسعه اول تا سوم (سال‌های ۸۳-۱۳۶۸) در مناطق روستایی و شهری استان، کاهش نرخ و عمق فقر سلامتی مشاهده شد. البته، باید اشاره داشت که علاوه بر متفاوت بودن حجم نمونه‌ها در گروه‌های سنی که ممکن است در نتایج به دست آمده اثرگذار باشد، برنامه اول توسعه کشور توسعه اقتصادی و رشد تولید ناخالص داخلی از طریق استفاده بهینه و کارآمد از ظرفیت‌های تولیدی جهت

بر اساس این جداول، نرخ فقر (درصد خانوارهای دچار فقر سلامت) در خانوارهای شهری و روستایی استان با نوسان‌های زیادی همراه بود. در مناطق شهری و روستایی در سال ۱۳۶۸، نرخ فقر سلامت تمام گروه‌های سنی بالاتر از سال‌های دیگر بود و در این مناطق نرخ فقر سلامت در دوره اخیر (منتهی به سال ۱۳۹۲) در اغلب گروه‌های سنی روند افزایشی داشت، اما شکاف فقر (میانگین فاصله افراد فقیر از خط فقر سلامت) به صورت عمده با کاهش همراه بود. مقایسه گروه‌های سنی مناطق شهری و روستایی استان کرمان نشان می‌دهد که هم در مناطق شهری و هم روستایی استان، فقر سلامت گروه سنی ۰ تا ۵ سال پایین‌ترین میزان را داشته است و گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال دارای بالاترین میزان فقر سلامت بود (شکل‌های ۱ و ۲).



شکل ۲: روند نرخ فقر سلامت خانوارهای دارای کودک مناطق روستایی استان کرمان بر اساس سال‌های مطالعه



شکل ۱: روند نرخ فقر سلامت خانوارهای دارای کودک مناطق شهری استان کرمان بر اساس سال‌های مطالعه

توسعه خدمات اجتماعی را محور قرار داده بود که در آن به بهبود توزیع امکانات معیشتی خانوارها و بهره‌مندی از خدمات و کالاهای اساسی به نفع اقشار کم درآمد توجه شده بود. در برنامه پنج ساله دوم، جایگاه رفیع فقر و محرومیت‌زدایی تحت عنوان خط مشی‌های اساسی و تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی (با اقداماتی مانند اصلاح سیستم مالیات و تعمیم، گسترش و بهبود نظام تأمین

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که به طور کلی نرخ فقر سلامت در اغلب گروه‌های سنی دارای نوسان و میزان آن نیز در سال‌های مطالعه بالا بود. در دوران جنگ (سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۶۸)، افزایش نرخ و شکاف فقر سلامت هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی استان کرمان وجود داشت. طی این سال‌ها به

شده‌اند و مفاد قانونی این برنامه حداقل در دو سال اول این برنامه به خوبی اجرایی نگردیده است.

محققان اختلاف رشد بین ساکنان شهری و روستایی را به تفاوت وضعیت تغذیه و سلامتی آن‌ها مرتبط دانسته‌اند (۲۳). تحقیقات نشان داده‌اند که این مشکل در استان‌های جنوب و جنوب شرق (شامل استان کرمان) در مقایسه با استان‌های شمالی و شمال غربی بیشتر و همچنین، یکی از مشکلات مناطق روستایی بوده است (۲۴، ۲۵). مطالعه حاضر نرخ و شدت فقر سلامت در جمعیت‌های روستایی خانوارهای دارای کودک استان را بیشتر از مناطق شهری نشان داد و در سایر مطالعه‌ها نیز فقر در خانوارهای روستایی بیشتر از خانوارهای شهری بوده است (۲۶، ۲۷). این امر لزوم بهره‌مندی عادلانه جمعیت‌های روستایی از هزینه‌های سلامتی و کاهش شکاف بین مناطق شهری و روستایی را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

مانند سایر پژوهش‌ها، در فرایند انجام تحقیق حاضر نیز محدودیت‌هایی وجود داشت که عمده آن‌ها از نبود داده‌های مناسب برای کودک ناشی می‌شود. با توجه به این محدودیت، «خانوارهای دارای کودک» از کل خانوارهای مجموعه داده‌های در دسترس تفکیک و داده‌های سطح خانوار برای محاسبات فقر در بعد هزینه‌های سلامت خانوار استفاده گردید.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، نرخ فقر سلامت خانوارهای دارای کودک در استان کرمان به ویژه در دوره‌های اخیر افزایشی بوده است و به دلیل نبود سیاست‌های پایدار و هدفمند در حوزه هزینه‌های سلامت، فاصله افراد فقیر از خط فقر سلامت در این دوره نیز با نوسانات بسیاری همراه بوده است. همچنین، مناطق روستایی استان از دامنه و عمق فقر بالاتری نسبت به مناطق شهری رنج برده‌اند. این امر نشان می‌دهد که تدابیر مناسبی برای رفع مواجهه خانوارهای روستایی دارای کودک با هزینه‌های کمرشکن اتخاذ نگردیده است.

پیشنهادها

با توجه به موارد مطرح شده و در راستای کاستن از هزینه‌های بالای سلامتی خانوارها به ویژه خانوارهای روستایی، پیشنهاد می‌شود که سیاست پرداخت هدفمند یارانه‌های نقدی با تقویت دسترسی خانوارها به کالاهای اساسی همچون سلامت و تغذیه دنبال گردد و خدمات گران‌قیمت و ضروری سلامت به خصوص برای گروه‌های محروم و زیر خط فقر درآمدی تحت پوشش نظام بیمه‌ای و حمایتی قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که در تدوین بسته‌های سلامت برای خانوارها به ویژگی‌های خانوارها (نوع شغل، بعد خانوار، شهری یا روستایی، میزان درآمد و میزان آسیب‌پذیری از فقر و وجود کودک در خانواده) توجه گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به سبب حمایت مالی طرح، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

اجتماعی و اصلاحات نظام سلامت) مورد توجه بود. در برنامه سوم، توسعه حمایت‌های بخش غیر بیمه‌ای پیشگیری، توان‌بخشی و حمایتی برای نیازمندان و خدمات ویژه در برنامه‌های بخش سلامت برای گروه‌های نیازمند مورد تأکید قرار گرفت (۱۷). در مطالعاتی نیز نشان داده شد که نرخ و شدت فقر در کالاهای اساسی از جمله سلامت طی سال‌های ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۶ و طی سال‌های برنامه سوم توسعه در خانوارهای ایران کاهش یافته بود (۱۸).

روند کاهش شاخص‌های فقر سلامت در دوران اجرای برنامه‌های دوم و سوم توسعه نشان دهنده گسترش بیمه‌های سلامت در این دوره، پوشش بیمه‌ای به طور تقریبی همه جمعیت روستایی و ساکنان شهرهای بیست هزار جمعیت با محوریت پزشک خانواده، رقم فزاینده هزینه‌های دولت برای سلامت می‌باشد. در این دوران، شاخص مشارکت مالی عادلانه FFCI (Fair financial contribution index) که بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیک‌تر می‌گردد، عادلانه‌تر می‌شود. در شهرها از ۰/۸۳ به ۰/۸۵ بهبود یافته است و درصد خانوارهایی که پرداخت‌های کمرشکن داشته‌اند، از ۳ به ۲/۸۹ درصد رسیده است که نقطه قوتی برای نظام سلامت می‌باشد (۱۹).

بر اساس نتایج تحقیق، نرخ فقر سلامت در انتهای برنامه چهارم توسعه و شروع برنامه پنجم در همه گروه‌های سنی افزایش یافته بود. نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند که درصد و شدت فقر در کل استان کرمان (مناطق شهری و روستایی) در طول برنامه چهارم توسعه سیر صعودی داشته است (۲۰، ۲۱). نتایج مطالعه‌ای پیرامون فقر سلامتی در مناطق شهری و روستایی استان کرمان نیز نشان داد که در سال پایانی برنامه چهارم توسعه، میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت در استان کرمان ۴/۱ درصد بوده است که با هدف این برنامه (کاهش به ۱ درصد) فاصله زیادی دارد (۱۱). مطالعه دیگری نیز نتیجه‌گیری کرد که در طول این برنامه و به خصوص سال ۱۳۸۷ (سال ماقبل پایانی برنامه چهارم توسعه) بالاترین میزان فقر در استان کرمان مشاهده شد (۲۱). این امر نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری و برنامه‌های توسعه‌ای استان طی این برنامه در حوزه‌هایی همچون سلامت و تغذیه خانوارها نتوانسته است میزان فقر سلامت خانوارهای دارای کودک استان را کاهش دهد. به عبارت دیگر، طی این دوره 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 وضعیت افرادی که فاصله بیشتری از خط فقر داشته‌اند (شکاف فقر)، هم در مناطق شهری و هم روستایی استان نیز بدتر شده است.

یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از روند افزایشی سهم مخارج خوراکی نسبت به کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی کشور در دوران اجرای برنامه چهارم بود که این مورد می‌تواند با توجه به سهم عمده مخارج خوراکی (و تأثیرگذاری آن بر ابعاد غذایی و سلامت خانوارها) در بالا بودن فقر خانوارهای استان طی این دوره مؤثر باشد (۲۲). با توجه به این که برنامه پنجم توسعه یکی از جامع‌ترین برنامه‌هایی است که در حوزه سلامت مصوب شده است و در آن به مواردی همچون عوارض مالیات بر سلامت، واقعی کردن هزینه‌های درمان از جیب مردم تا سقف ۳۰ درصد و هزینه کردن ۱۰ درصد از درآمدهای دولت از محل هدفمند کردن یارانه‌ها اشاره شده بود، اما در عمل یافته‌های این مطالعه نشان داد که خانوارها بار بیشتری را در اختصاص هزینه‌های سلامت متحمل

References

- Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, Land K, Michalos AC, Peterson M, et al. Quality of life indexes for national policy: review and agenda for research. *Social Indicators Research* 2001; 55(1): 1-96.
- United Nations. Convention on the rights of the child [Online]. [cited 1989 Nov 20]; Available from: URL: <http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>
- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- Yu J. Multidimensional poverty in China: findings based on the CHNS. *Social Indicators Research* 2013; 112(2): 315-36.
- Wagle UR. Multidimensional poverty: an alternative measurement approach for the United States? *Soc Sci Res* 2008; 37(2): 559-80.
- Murray CJL, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. In: Murray CJL, Evans DB, Editors. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. p. 513-31.
- van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet* 2006; 368(9544): 1357-64.
- World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance [Online]. [cited 2000]; Available from: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. *The Lancet* 2003; 362(9378): 111-7.
- Hoang VM, Oh J, Tran TA, Tran TG, Ha AD, Luu NH, et al. Patterns of health expenditures and financial protections in Vietnam 1992-2012. *J Korean Med Sci* 2015; 30(Suppl 2): S134-S138.
- 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 Sci* 2013; 1(2): 101-90. [In Persian].
- Nosratabadi M, Abdollahi A, Raghfar H, Salehi M. Poverty in Kerman province. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11(42): 315-36. [In Persian].
- Nosratabadi M, Sharifian Sani M, Raghfar H, Negin V, Rahgozar M, Babapour M. Measuring and analyzing nutritional poverty trend among households with child in Iran using generational approach: 1984-2012. *Social Welfare Quarterly* 2015; 15(56): 39-65. [In Persian].
- Nosratabadi M, Sharifian Sani M, Vamaghi M. Analysis of health poverty trend in Tehran households using health financial contribution and cohort approach: 1984-2012. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014; 21(6): 1045-54. [In Persian].
- Verbeek M, Vella F. Estimating dynamic models from repeated cross-sections. *Journal of Econometrics* 2005; 127(1): 83-102.
- Foste J, Greer J, Thorbecke E. The Foster-Greer-Thorbecke (FGT) poverty measures: 25 years later. *The Journal of Economic Inequality* 2010; 8(4): 491-524.
- Gholami Nataj S, Azimi M. *Pathology economic development programs after the victory of Islamic Revolution*. Tehran, Iran: Islamic Azad University of Tehran Publications; 2009. [In Persian].
- Khodadad Kashi F, Heydari K. The measurement of poverty indices based on Iranian household nutrition. *Journal of Economic Research* 2009; 9(34): 205-32. [In Persian].
- Karimi S, Bahman Ziari. Equity in financial indicators of the health in Iran during the third and fourth development programs. *Health Inf Manage* 2012; 9(7): 1113-22. [In Persian].
- Yazdanpanah M, Raghfar H. Child poverty in Iran, 1999-2007. *Social Welfare Quarterly* 2010; 9(35): 189-219. [In Persian].
- Eftekharian P, Salimifar M. A study on the status of poverty in urban areas of Kerman province in comparison with the whole country. *Journal of Economics Research* 2014; 14(54): 213-38. [In Persian].
- Abolhassani MH, Kolahdooz F, Majdzadeh R, Eshraghian M, Mirkazemi R, Djazayeri A. Prioritizing food security indicators in Iran: application of an integrated Delphi/AHP approach. *Iran Red Crescent Med J* 2016. [In Press].
- Liu H, Rizzo JA, Fang H. Urban-rural disparities in child nutrition-related health outcomes in China: The role of hukou policy. *BMC Public Health* 2015; 15: 1159.
- Alavi-Naieny A, Keyghobadi K, Djazayeri A, Boroomand M. The survey of the nutritional status of 25-36 month old rural children and some factors affecting it in the rural areas of Kerman. *J Kerman Univ Med Sci* 2003; 10(2): 112-8. [In Persian].
- Nosratabadi M, Halvaeppour Z. Nutritional poverty trend in children of urban and rural areas in Kerman province: Cohort approach (1984-2012). *J Qazvin Univ Med Sci* 2015; 19(3):27-34. [In Persian].
- Yildirim I, Ceylan M. Urban and rural households' fresh chicken meat consumption behaviors in Turkey. *Nutrition & Food Science*, 2008; 38(2): 154-63.
- Ghasemi Ardehaee A. A comparative study of welfare conditions in Iranian urban and rural households. *Journal of Village and Development* 2008; 11(2): 1-20. [In Persian].

Health Cohort Analysis of Poverty Trends in Health Costs of Households with Children in Urban and Rural Areas of Kerman Province, Iran, during 1984-2012

Mehdi Nosratabadi¹, Zohreh Halvaiepour²

Original Article

Abstract

Introduction: Child well-being is, either directly or indirectly, affected by the health expenditures of the household. This study aims to investigate the health poverty trends in the field of health within households with children in rural and urban areas of Kerman Province, Iran, between the years 1984 and 2012.

Methods: In this trend analysis, using the statistical data on health poverty indices of households during 1984-2012, the households of Kerman were divided into four age groups. Moreover, their health poverty status was measured using the household financial contribution approach and rate and gap measures. For data analysis, STATA and Excel Software were used.

Results: The health poverty rate showed large fluctuations in both urban and rural households with children. The highest rate of health poverty in urban and rural households was observed in the year 1989. A decline was observed in the rate and depth of health poverty during the first to third development plan in rural and urban areas. However, this trend showed an increase during the fourth development plan. Health poverty rate in the year 2012 (beginning of the fifth development program plan) increased in both rural and urban areas of the province, but poverty gap showed some fluctuations.

Conclusion: The present study showed that, in total, the rate and severity of health poverty was higher in rural areas compared to urban areas. These research findings showed the lack of efficient and effective policies to reduce household experience of catastrophic health care expenditures, especially in rural areas.

Keywords: Cohort Analysis; Households; Financial Contribution; Health Poverty

Received: 17 Nov, 2015

Accepted: 21 Jun, 2016

Citation: Nosratabadi M, Halvaiepour Z. **Health Cohort Analysis of Poverty Trends in Health Costs of Households with Children in Urban and Rural Areas of Kerman Province, Iran, during 1984-2012.** Health Inf Manage 2016; 13(3): 229-34.

Article resulted from research project No. 93/13 funded by Jiroft University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Department of Health and Social Welfare, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: nosratabadi@mng.mui.ac.ir

2- MSc, Department of Clinical Psychology, Sirjan School of Medical Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran