Iranian households expenditure pattern between 2013 and 2018 with emphasis on health care expenditure trends after Iran's health transformation plan (IHTP)

Mohammad Hossein Mehrolhassani[1,2],Vahid Yazdi-Feyzabadi[2,3],Ali Darvishi[4,5], Mohammadreza Sheikhy-Chaman[6]

1. Associate Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ORCID: 0000-0002-2412-9277.
2. Department of Health Management, Policy and Economics, Faculty of Management and Medical Information Sciences, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ORCID: 0000-0002-8009-470X.
4. Ph.D. Candidate, Students' Scientific Research Center (SSRC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran., (Corresponding Author), Tel: 021-88989129, Email: alidarvishieco@gmail.com, ORCID: 0000-0002-3173-9065.
5. Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. 0000-0002-3173-9065
6. Ph.D Student, Department of Health Economics, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0002-7381-2005

ABSTRACT

Background and Aim: Estimation and analysis of household expenditure patterns can always be considered as one of the most suitable tools to raise awareness of policy makers. The aim of this study was to investigate shares of different parts of Iranian household expenditures with emphasis on health care cost.

Material and Methods: This descriptive study was conducted by using raw data about households expenditure obtained from Iran statistical center (1392-1396). The household expenditure patterns of 6 subcategories were analyzed. The share of health care expenditures on the basis of income quintiles were reviewed before and after the Iran's health hransformation program (1392-1396). Excel 2010 and Stata 14 softwares were used for data analysis and drawing the charts.

Results: In urban households, the cost of housing and in rural households cost of food and clothing had the highest shares in household expenditures. The costs of education in both groups of urban and rural households had the lowest share in household expenditures. The share of health care expenditures in urban and rural households has increased in the study years and after IHTP in all quintiles. Except for the fifth quintile in urban households, the results were similar.

Conclusion: The results showed significant alterations in the household expenditure pattern. The shares of health care expenditure after the IHTP has increased, indicating that the program has not been successful to achieve the goal of household financial protection.

Keywords: Expenditure pattern, Health care expenditures, Iran's health transformation program, Income quintiles

Received: May 15, 2019 **Accepted:** Oct 3, 2020

How to cite the article: Mohammad Hossein Mehrolhassani,Vahid Yazdi-Feyzabadi,Ali Darvishi, Mohammadreza Sheikhy-Chaman. Iranian households expenditure pattern between 2013 and 2018 with emphasis on health care expenditure trends after Iran's health transformation plan (IHTP). SJKU. 2021;26(3):117-128.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non-Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و شش / مرداد و شهریور ۱۴۰۰/۱۲۸-۱۱۷

الگوی مخارج خانوارهای ایرانی در فاصله سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ با تأکید بر روند مخارج سلامت بعد از طرح تحول سلامت

محمدحسین مهرالحسنی[۱و۲]، وحید یزدی فیض آبادی[۲و۳]، علی درویشی[۴و۵]، محمدرضا شیخی چمان[۶]

۱.دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
کد ارکید: ۹۲۷۷-۲۴۱۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲. گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
کد ارکید: ۰۰۰۰X-۰۰۰۲-۸۰۰۹-۴۷۰

۴ .دانشجوی دکتری تخصصی، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول) پست الکترونیک: alidarvishieco@gmail.com، تلفن ثابت: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹ کد ارکید: ۹۰۶۵-۳۱۷۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۵. مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۶. دانشجوی دکتری تخصصی ، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران .
کد ارکید: ۲۰۰۵-۷۳۸۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: تحلیل و برآورد الگوی مخارج خانوارها می‌تواند به عنوان یکی از ابزارهای مناسب جهت آگاهی بخشی به سیاست‌گذار محسوب شود. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سهم بخش‌های مختلف مخارج خانوارهای ایرانی با تأکید بر بخش بهداشت و درمان انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش توصیفی حاضر با استفاده از داده‌های خام طرح آمارگیری مرکز آمار ایران سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶ انجام‌شده است. بررسی الگوی مخارج خانوارها به تفکیک سهم ۶ زیرگروه نسبت به کل مخارج خانوارها انجام شد. سهم مخارج بهداشت و درمان به تفکیک پنجک های درآمدی نیز در سال های قبل و بعد از طرح تحول سلامت بررسی شد. برای رسم نمودارها از نرم افزارهای Excel 2010 و STATA 14 استفاده شد.

یافته ها: در خانوارهای شهری هزینه های مسکن و در خانوارهای روستایی هزینه خوراک و پوشاک بیشترین سهم را در مخارج خانوار داشته است. از طرفی نیز هزینه‌های آموزش و تحصیل در هر دو گروه خانوارهای شهری و روستایی دارای کمترین سهم در مخارج خانوار بوده است. سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی در سال‌های مطالعه و بعد از طرح تحول سلامت با افزایش همراه بوده و در تمامی پنجک ها به جز پنجک پنجم در خانوارهای شهری نتایج مشابه است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که تغییراتی قابل ملاحظه در الگوی مخارج خانوارها اتفاق افتاده است. سهم بهداشت و درمان بعد از طرح تحول سلامت همچنان افزایش یافته که نشان می دهد این طرح نتوانسته به خوبی در راستای هدف حفاظت ملی اقدام نماید.

کلمات کلیدی: الگوی مخارج، مخارج بهداشت و درمان، طرح تحول سلامت، پنجک های درآمدی

وصول مقاله:۹۸/۲/۲۵ اصلاحیه نهایی:۹۹/۷/۷ پذیرش:۹۹/۷/۱۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

مقدمه

بررسی چگونگی و روند تغییرات مخارج خانوارها در بخش‌های مختلف هزینه های زندگی و همچنین تحلیل و برآورد الگوی مخارج خانوارها می‌تواند همواره به عنوان یکی از ابزارهای مناسب جهت آگاهی بخشی به سیاست‌گذار محسوب شود تا از وضعیت رفتارهای مصرفی و غیر مصرفی خانوارها و تغییرات این رفتارها در طی زمان اطلاع پیدا نماید. الگوی هزینه کرد خانوار موضوعی چندبعدی است که تحقیقات مختلف با تکیه بر رویکردهای مختلف اقتصادی و اجتماعی به آن پرداخته اند و این الگو در طی چند دهه گذشته چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی دچار تغییراتی شده است که افزایش سهم هزینه های مسکن، بهداشت و درمان و ارتباطات در مقابل کاهش سهم هزینه های خوراک از مهم‌ترین این تغییرات بوده است(۱). توجه به اینکه مخارج مصرفی از مهم‌ترین رویکردهایی است که جهت تعیین استاندارد زندگی خانوارها از آن استفاده می‌شود به‌گونه‌ای که خانوارها با انتخاب ترکیبی از مخارج سعی در حداکثر کردن رفاه حال و آینده خود دارند؛ بنابراین الگوی مخارج مصرفی خانوارها نشانگر سطح رفاهی است که هر کشور تجربه می‌کند(۲).

با توجه به اینکه سلامت به عنوان یکی از پیش‌شرط‌های رفاه اجتماعی مطرح می شود (۳) همواره خانوارها، دولت‌ها و نهادهای حاکمیتی سعی در اختصاص منابع مالی ویژه‌ای به این بخش دارند (۴). پرداخت مستقیم از جیب یکی از ساده‌ترین راه‌های تأمین مالی مخارج سلامت است که هر چند این سازوکار ناکارامدترین روش تأمین مالی سلامت می‌باشد(۵)؛ اما در کشورهای مختلف و حتی ایران برای بخش قابل توجهی از خدمات از این روش استفاده می‌شود(۶). طرح تحول سلامت در ایران در سال ۱۳۹۳ با اهداف مختلفی در خصوص شاخص‌های مختلف سلامتی اجرا شد. یکی از مهم‌ترین اهداف این طرح کاهش سطح پرداخت از جیب خانوارها برای خدمات سلامت بود. با توجه به این، بررسی و توصیف تغییرات الگوی مخارج خانوارها خصوصاً سهم مخارج بهداشتی درمانی بعد از اجرای این طرح نیز می‌تواند شواهد اولیه مناسبی را به همراه داشته باشد.

در ایران، مطالعات محدودی در زمینه بررسی الگوی مصرف خانوارهای ایرانی بر اساس داده‌های کلان صورت گرفته است. برای مثال شیری و همکاران در سال ۱۳۹۴ با انجام مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی نقش عوامل اجتماعی و جمعیتی در تغییرات الگوی مصرف خانوارهای شهری و روستایی ایران» عنوان کردند که بین مناطق شهری و مناطق روستایی از حیث الگوی مصرف خانوار تفاوت وجود دارد به‌گونه‌ای که در مناطق روستایی سهم هزینه های مصرفی خوراک، مسکن و بهداشت و درمان از مهم‌ترین هزینه های مصرفی خانوارهاست. در مقابل، در مناطق شهری، سهم هزینه های مصرفی و مسکن از سایر هزینه های مصرفی خانوار بالاتر بوده و هزینه های خوراک و بهداشت و درمان در درجه دوم اهمیت قرار دارد. همچنین بر طبق نتایج این مطالعه، هزینه ارتباطات خانوار در هر دو خانوارهای شهری و روستایی افزایش قابل توجهی داشته است (۱).«تجزیه و تحلیل رفتار بین نسلی هزینه‌ی مصرفی خانوارهای شهری با استفاده از داده‌های شبه تابلویی «عنوان پژوهش راغفر و همکاران در سال ۱۳۹۳ بود که با بررسی روند تغییرات هزینه مصرفی طی ۲۹ سال به این نتیجه رسیدند که هزینه مصرفی نسل‌های جدید در مقایسه با نسل‌های قبلی در سنین مشابه افزایش یافته است؛ اما نرخ و روند آن کاهشی است.

بر طبق نظر محققان به دلیل اینکه الگوی مصرف خانوارها در طی زمان دچار تغییرات شدید نمی شود مگر در مواردی که خانوارها چشم انداز نامعلومی را برای آینده اقتصاد کشور پیش بینی کنند، کاهش هزینه های مصرفی خانوار می تواند زنگ خطری برای وضعیت اقتصادی کشور باشد (۷). هادیان و همکاران در مطالعه توصیفی خود با موضوع «نابرابری در هزینه های سلامت و خوراکی، مطالعه خانوارهای شهری و روستایی ایران» عنوان کردند که هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری، هزینه های خوراک بخش قابل‌ملاحظه‌ای از هزینه های مصرفی خانوار را به خود اختصاص می دهد و بالا بودن این هزینه به ویژه در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

مناطق روستایی می تواند موجب محدودیت های هزینه‌ای خانوار جهت رسیدگی به سایر نیازها باشد و غفلت از نیازهایی همچون تفریح و سرگرمی بر سطح سلامت خانوار تأثیرگذار هستند (۸). همچنین قهرودی و همکاران در سال ۱۳۹۰ با انجام مطالعه توصیفی تحلیلی تحت عنوان«الگوی مصرف در چرخهٔ زندگی خانوارهای شهری » به این نتیجه رسیدند که الگوی هزینه خانوارهای شهری در بخش های مختلف هزینه ای در طول سال‌های بررسی شده تغییر یافته است. به گونه ای که در سال ۱۳۷۵ سهم هزینه های غیر خوراک تقریباً ۲/۵ برابر هزینه های خوراک بوده است در حالی که در سال ۱۳۸۷ این سهم به ۴ برابر رسیده است؛ و همچنین سهم هزینه های بهداشت و درمان افزایش یافته است (۹).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت بررسی الگوی مخارج و روند آن در بخش‌های مختلف به عنوان شواهد تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری و از طرفی تغییرات احتمالی این الگو در اثر مسائل بین‌المللی و سیاست‌های کلان کشوری از جمله طرح تحول سلامت که ممکن است موجب تغییرات الگوهای هزینه کرد خانوارها در بخش های مختلف شده باشد، هدف از انجام این مطالعه بررسی وضعیت سهم بخش های مختلف مخارج خانوارهای ایرانی در سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ با تأکید بر بخش بهداشت و درمان و همچنین بررسی این روندها در پنجک های درآمدی است.

مواد و روش ها

در پژوهش توصیفی حاضر به منظور بررسی وضعیت الگوی هزینه کرد خانوارهای ایرانی در سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ از داده های خام طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوارها مرکز آمار ایران استفاده شده است که بر روی آن‌ها تحلیل ثانویه انجام گرفت(۱۰). طرح آمارگیری از هزینه و درامد خانوارهای شهری و روستایی یکی از قدیمی‌ترین طرح‌های آمارگیری اجراشده توسط مرکز آمار ایران است که با قدمتی ۵۰ ساله به صورت گسترده در کشور اجرا می شود. این طرح با هدف برآورد میانگین هزینه های سالانه خوراکی، غیر خوراکی و کل و برآورد میانگین درامد سالانه ی یک خانوار در سطح مناطق شهری و روستایی هر یک از استان‌ها و کل کشور اجرا شده و از منابع غنی اطلاعاتی در زمینهٔ مطالعات اقتصادی و اجتماعی خانوارهاست. کاربردهای اساسی و متنوع از نتایج این آمارگیری شامل بررسی الگوی مصرف و هزینه خانوارها، مطالعه روند مصرف کالاها و خدمات، اهمیت استفاده از داده های این آمارگیری را در بررسی ها و برنامه ریزی های اقتصادی اجتماعی کشور نشان می دهد.

جامعه آماری این پژوهش خانوارهای کل کشور و نمونهٔ مورد بررسی نیز از جمعیت کل کشور انتخاب شده است. زیر گروه های ۱۳ گانه هزینه ای خانوار مورد استفاده در این مطالعه بر اساس پرسشنامه مرکز آمار ایران طبقه بندی شده است و به منظور امکان توصیف ساده تر و جلوگیری از پیچیدگی نتایج، مطالعه حاضر با ادغام برخی سرفصل های مرتبط بر اساس ۶ زیرگروه عمده انجام گرفته است. این زیرگروه‌ها به ترتیب عبارت‌اند از: ۱-مخارج خوراک و پوشاک، ۲- مخارج مسکن آب و برق و روشنایی و لوازم‌خانگی بادوام و نگهداری، ۳- مخارج بهداشت و درمان، ۴- مخارج حمل‌ونقل و ارتباطات خانوار، ۵- مخارج خدمات فرهنگی و تفریحات و متفرقه و ۶-مخارج آموزش و تحصیل خانوار.

شاخص‌هایی که در این مطالعه به دنبال محاسبه و بررسی روند آن‌ها در طی سال‌ها بودیم سهم هر کدام از زیرگروه‌های شش‌گانه در ترکیب مخارج خانوار است. بر این اساس سهم هر یک از زیر گروه ها بر اساس داده های خانوارهای شهری و روستایی مربوط به سال های مختلف از کل مخارج خانوار محاسبه شد. به صورت ویژه روند و تغییرات سهم مخارج سلامت (پرداخت از جیب) در نمونه‌ها خصوصاً در سال‌های بعد از طرح تحول نظام سلامت ایران بررسی شد. همچنین خانوارها بر اساس میزان مخارج مصرفی‌شان به پنج طبقه اقتصادی تقسیم شدند و بررسی‌های

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

مشابه انجام شد. لازم به ذکر است که در طرح هزینه و درآمد خانوار، فرض برابری تغییرات میزان مصرف خانوار با تغییرات میزان هزینه های مصرفی خانوار وجود دارد و یا به بیانی دیگر مقدار هزینه های پولی که خانوار برای تأمین اقلام مصرفی مختلف خود صرف می‌کند حاکی از میزان مصرف خانوار است.

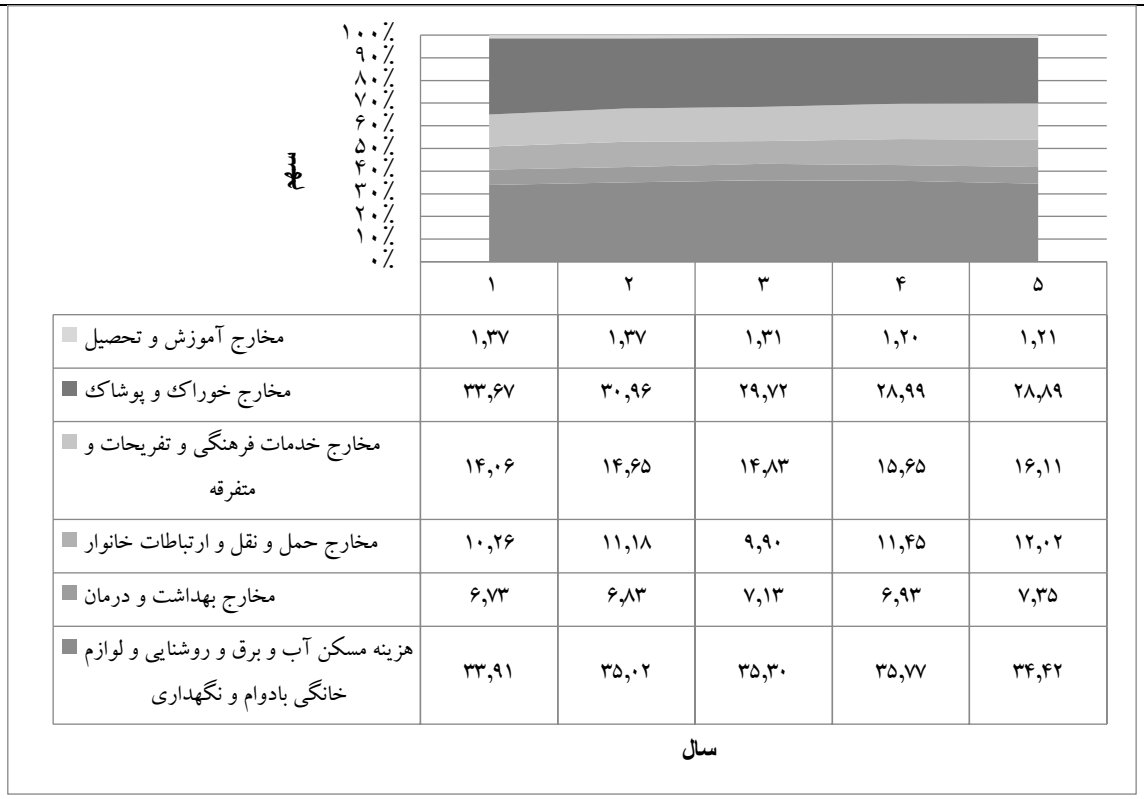
داده‌های هزینه درآمد خانوارها به طور متوسط شامل ۳۸۰۰۰ خانوار شهری و روستایی در هر سال بود که از بررسی سالانه هزینه-درآمد خانوارها بین سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ توسط مرکز آمار ایران به دست آمدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری در ابتدا مرتب شده و با استفاده نرم افزار اکسل سهم زیرگروه‌های شش‌گانه بر اساس کدهای معرف مرکز آمار ایران از کل مخارج خانوار در نمونه‌های خانوارهای شهری، روستایی و کل برآورد شد. همچنین برای مشخص کردن پنجک های درآمدی با استفاده از نرم افزار STATA 14، خانوارهای نمونه شهری و روستایی مورد بررسی در هر سال به پنج طبقه مختلف درآمدی تقسیم شدند. همچنین جهت توصیف بهتر نتایج از نمودارهایی بدین منظور استفاده شد که با استفاده از نرم افزار Excel 2010 ترسیم گردید. لازم به ذکر است که در تمامی مراحل انجام محاسبات وزن نمونه‌گیری خانوارها به عنوان سطح معرف پذیری نمونه از جامعه واقعی لحاظ شد.

یافته ها

نمودار شماره ۱ نشان دهنده سهم زیر گروه‌های شش‌گانه از کل مخارج خانوارهای شهری در فاصله سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ است. همان‌طور که مشخص است در خصوص خانوارهای شهری هزینه های مسکن و کالای بادوام بیشترین سهم را در مخارج خانوار به خود اختصاص داده است و کمترین سهم مخارج نیز مربوط به هزینه های آموزش و تحصیل است. سهم هزینه های مسکن و کالای بادوام از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ صعودی بوده و در سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است، سهم هزینه های خوراک و پوشاک و هزینه های آموزش و تحصیل در این سال ها برخلاف هزینه های خدمات فرهنگی و تفریحات، همواره حالت نزولی داشته، سهم هزینه های بهداشت و درمان نیز جز بین سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ همواره صعودی بوده است و درنهایت سهم هزینه های حمل‌ونقل و ارتباطات خانوارهایی شهری در سال هایی با افزایش و در سال هایی با کاهش مواجه بوده است (سایر جزئیات از روی نمودار ۱ قابل‌مشاهده است).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

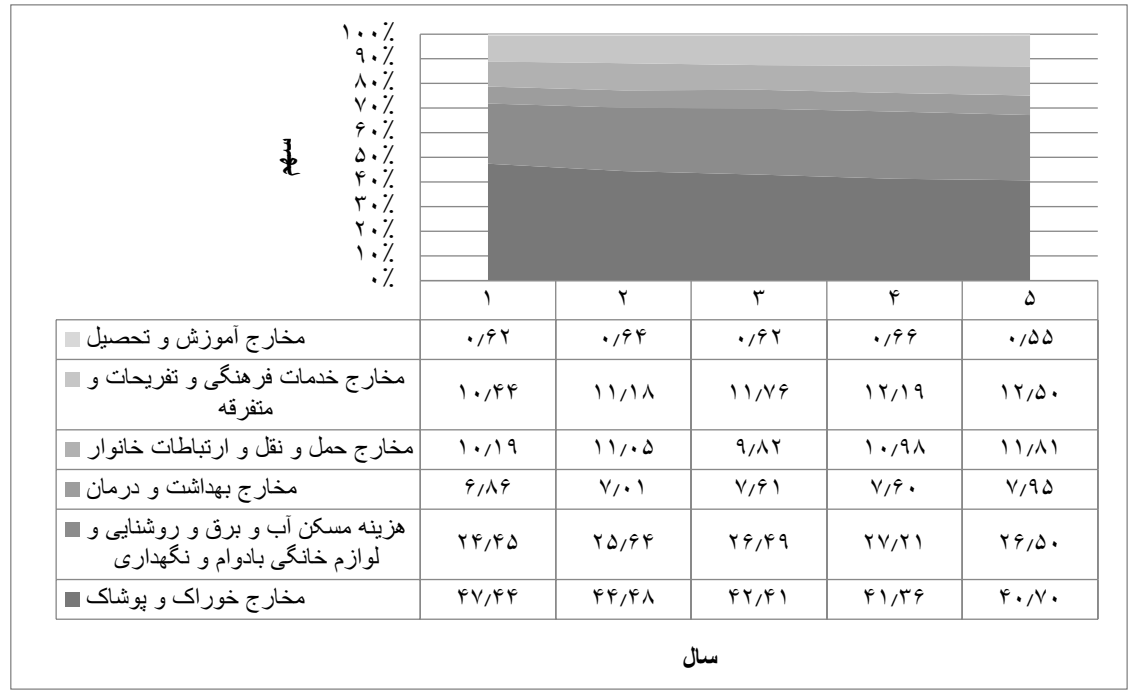


	۱	۲	۳	۴	۵
مخارج آموزش و تحصیل	۱,۳۷	۱,۳۷	۱,۳۱	۱,۲۰	۱,۲۱
مخارج خوراک و پوشاک	۳۳,۶۷	۳۰,۹۶	۲۹,۷۲	۲۸,۹۹	۲۸,۸۹
مخارج خدمات فرهنگی و تفریحات و متفرقه	۱۴,۰۶	۱۴,۶۵	۱۴,۸۳	۱۵,۶۵	۱۶,۱۱
مخارج حمل و نقل و ارتباطات خانوار	۱۰,۲۶	۱۱,۱۸	۹,۹۰	۱۱,۴۵	۱۲,۰۲
مخارج بهداشت و درمان	۶,۷۳	۶,۸۳	۷,۱۳	۶,۹۳	۷,۳۵
هزینه مسکن آب و برق و روشنایی و لوازم خانگی بادوام و نگهداری	۳۳,۹۱	۳۵,۰۲	۳۵,۳۰	۳۵,۷۷	۳۴,۴۲

سال

* در محور افقی نمودارها ۱تا ۵ نشان دهنده سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶هستند.

نمودار ۱. نمودار روند وضعیت الگوی هزینه کرد خانوارهای شهری ایران



	۱	۲	۳	۴	۵
مخارج آموزش و تحصیل	۰/۶۲	۰/۶۴	۰/۶۲	۰/۶۶	۰/۵۵
مخارج خدمات فرهنگی و تفریحات و متفرقه	۱۰/۴۴	۱۱/۱۸	۱۱/۷۶	۱۲/۱۹	۱۲/۵۰
مخارج حمل و نقل و ارتباطات خانوار	۱۰/۱۹	۱۱/۰۵	۹/۸۲	۱۰/۹۸	۱۱/۸۱
مخارج بهداشت و درمان	۶/۸۶	۷/۰۱	۷/۶۱	۷/۶۰	۷/۹۵
هزینه مسکن آب و برق و روشنایی و لوازم خانگی بادوام و نگهداری	۲۴/۴۵	۲۵/۶۴	۲۶/۴۹	۲۷/۲۱	۲۶/۵۰
مخارج خوراک و پوشاک	۴۷/۴۴	۴۴/۴۸	۴۲/۴۱	۴۱/۳۶	۴۰/۷۰

سال

* در محور افقی نمودارها ۱تا ۵ نشان دهنده سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶هستند

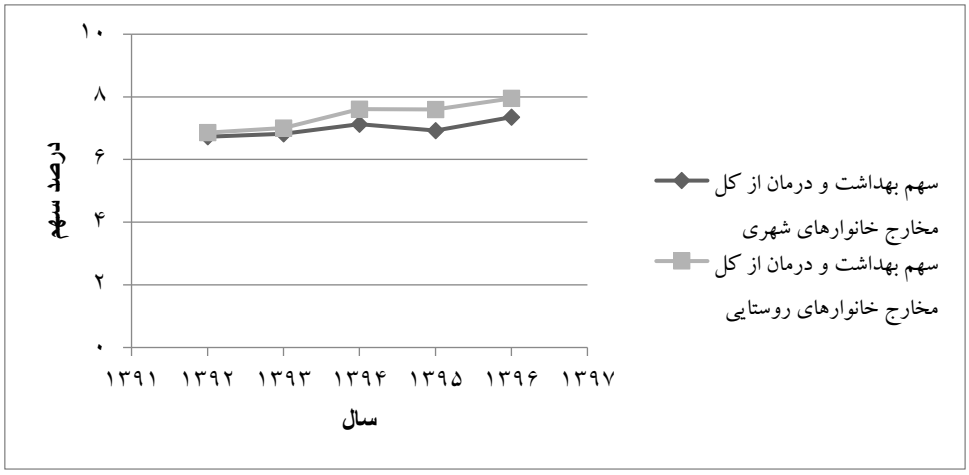
نمودار ۲. نمودار روند وضعیت الگوی هزینه کرد خانوارهای روستایی ایران

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

نمودار ۲ نشان دهنده سهم زیرگروه‌های شش‌گانه از کل مخارج خانوارهای روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ است. همان‌طور که مشخص است در رابطه با خانوارهای روستایی هزینه خوراک و پوشاک بیشترین سهم را در مخارج خانوار به خود اختصاص داده است و کمترین سهم مخارج نیز مربوط به هزینه های آموزش و تحصیل است. همانند خانوارهای شهری سهم هزینه های مسکن و کالای بادوام از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ صعودی بوده و در سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است. سهم هزینه های خوراک و پوشاک همواره حالت نزولی و سهم هزینه های خدمات فرهنگی و تفریحات همواره حالت صعودی داشته است. هزینه های آموزش و تحصیل، بهداشت و درمان و همچنین هزینه های حمل و نقل و ارتباطات در سال هایی با افزایش و در سال هایی با کاهش مواجه بوده است (سایر جزئیات از روی نمودار قابل مشاهده است).

نمودار ۳ نشان دهنده روند سهم مخارج بهداشت و درمان خانوارهای روستایی و شهری ایران در سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ است. با توجه به این نمودار، در بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶، میزان پرداخت از جیب با نوساناتی همراه بوده است؛ اما در مجموع سهم هزینه بهداشت و درمان از کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی با افزایش همراه بوده و این افزایش سهم در خانوارهای روستایی از خانوارهای شهری بیشتر مشاهده شده است.

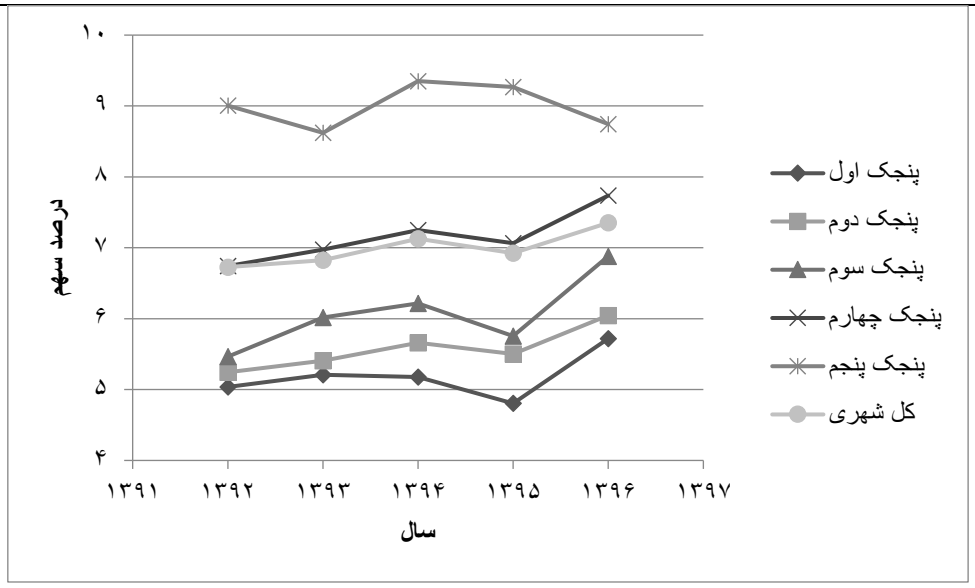


نمودار ۳. سهم بهداشت و درمان از مخارج کل خانوارهای شهری و روستایی

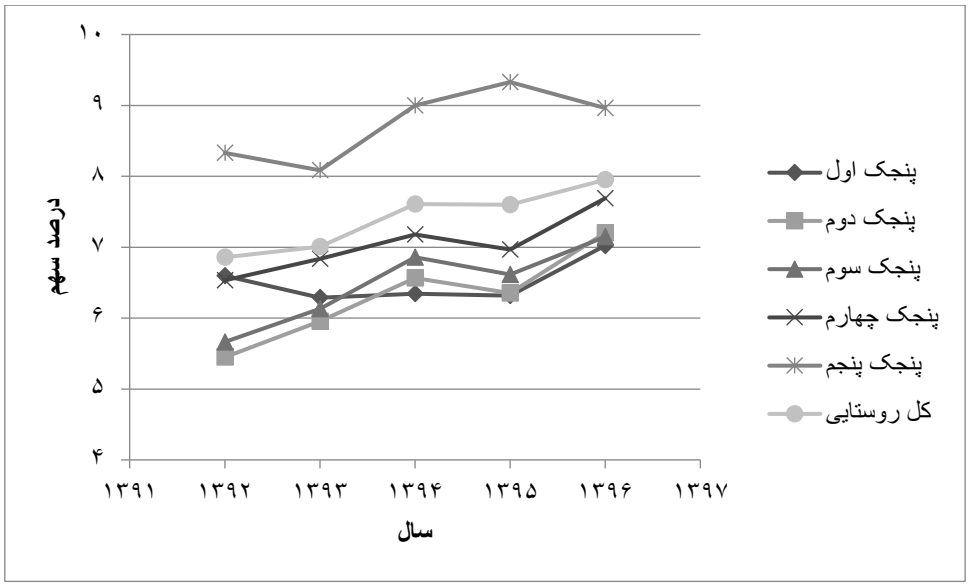
جدول ۱ و نمودار ۴ نشان دهنده سهم هزینه بهداشت و درمان خانوارهای شهری ایران از کل مخارج به تفکیک پنجک های درآمدی در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ است (پنجک اول ۲۰ درصد کم درآمدترین خانوارها و پنجک پنجم ۲۰ درصد پر درآمدترین خانوارها). به‌طورکلی خانوارهای پنجک پنجم بیشترین سهم را از مخارج خود به بهداشت و درمان اختصاص می‌دهند و کمترین سهم مربوط به پنجک اول است. بر خلاف پنجک های دوم تا پنجم درآمدی، در پنجک اول مخارج بهداشت و درمان خانوارهایی شهری در سال ۱۳۹۶ کمتر از سال ۱۳۹۲ است؛ اما در سایر پنجک ها با وجود اینکه این روند با افزایش و کاهش هایی همراه بوده است؛ اما در مجموع خانوارها در سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۲ مقدار بیشتری از مخارج خود را به بهداشت و درمان اختصاص داده‌اند (سایر جزئیات از روی جدول و نمودار قابل استنباط است).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]



نمودار ۴. سهم هزینه بهداشت و درمان در پنجک های درآمدی خانوارهای شهری



نمودار ۵. سهم هزینه بهداشت و درمان در پنجک های درآمدی خانوارهای روستایی

جدول ۲ و نمودار ۵ نشان دهنده سهم هزینه بهداشت و درمان خانوارهای روستایی ایران از کل مخارج به تفکیک پنجک های درآمدی در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ است. همانند خانوارهای شهری به طور کلی خانوارهای روستایی پنجک پنجم بیشترین سهم از مخارج خود را در مقایسه با سایر پنجک ها به بهداشت و درمان اختصاص می دهند و کمترین سهم در دو سال اول مربوط به پنجک دوم و سه سال بعدی متعلق خانوارهای پنجک اول می‌باشد. در کل با وجود اینکه روند سهم مخارج بهداشت و درمان خانوارهای روستایی در پنجک های درآمدی مختلف با افزایش و کاهش‌هایی همراه بوده است؛ اما در مجموع خانوارها در سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۲ مقدار بیشتری از مخارج خود را به بهداشت و درمان اختصاص داده‌اند (سایر جزئیات از روی نمودار قابل استنباط است).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

جدول ۱. سهم هزینه بهداشت و درمان در پنجک های درآمدی خانوارهای شهری

سال	سهم هزینه بهداشت و درمان از کل مخارج خانوار				
	پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم	کل
۱۳۹۲	۰۵/۰۳	۰۵/۲۴	۰۵/۴۶	۰۶/۷۴	۰۹/۰۰	۰۶/۷۲
۱۳۹۳	۰۵/۲۰	۰۵/۴۰	۰۶/۰۱	۰۶/۹۷	۰۸/۶۲	۰۶/۸۲
۱۳۹۴	۰۵/۱۷	۰۵/۶۶	۰۶/۲۱	۰۷/۲۴	۰۹/۳۵	۰۷/۱۲
۱۳۹۵	۰۴/۸۰	۰۵/۵۰	۰۵/۷۵	۰۷/۰۶	۰۹/۲۶	۰۴/۹۲
۱۳۹۶	۰۵/۷۱	۰۶/۰۴	۰۶/۸۸	۰۷/۷۳	۰۸/۷۴	۰۷/۳۵

جدول ۲. سهم هزینه بهداشت و درمان در پنجک های درآمدی خانوار های روستایی

سال	سهم هزینه بهداشت و درمان از کل مخارج خانوار				
	پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم	کل
۱۳۹۲	۰۶/۵۹	۰۵/۴۴	۰۵/۶۶	۰۶/۵۳	۰۸/۳۲	۰۶/۸۵
۱۳۹۳	۰۶/۲۸	۰۵/۹۵	۰۶/۱۳	۰۶/۸۳	۰۸/۰۸	۰۷/۰۰
۱۳۹۴	۰۶/۳۴	۰۶/۵۶	۰۶/۸۵	۰۷/۱۷	۰۸/۹۹	۰۷/۶۰
۱۳۹۵	۰۶/۳۱	۰۶/۳۵	۰۶/۶۱	۰۶/۹۶	۰۹/۳۲	۰۷/۶۰
۱۳۹۶	۰۷/۰۲	۰۷/۲۰	۰۷/۱۴	۰۷/۶۹	۰۸/۹۶	۰۷/۹۵

بحث

مطالعه توصیفی حاضر با هدف بررسی وضعیت الگوی مخارج خانوارهای ایرانی در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ و با تأکید بر روی وضعیت مخارج بهداشت و درمان انجام گرفت. اطلاعات هزینه‌ای همواره به عنوان اهرم تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری در حوزه های مختلف مورد توجه بوده است. بر پایه یافته‌های حاصل از این مطالعه، در خانوارهای شهری هزینه های مسکن و در خانوارهای روستایی هزینه خوراک و پوشاک بیشترین سهم را در مخارج خانوار داشته است. از طرفی نیز هزینه های آموزش و تحصیل در هر دو گروه خانوارهای شهری و روستایی دارای کمترین سهم در مخارج خانوار بوده است و همچنین روند آن نیز در طی سال‌ها تغییر محسوسی نداشته است. همچنین سهم هزینه بهداشت و درمان از کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی در این سال‌ها با افزایش همراه بوده است. به نظر می‌رسد در نواحی شهری به دلیل محدودیت زمین، مهاجرت خانوارها از روستاها به شهرها برای اشتغال و دسترسی بیشتر به مراکز تفریحی و درمانی و امکانات باعث شده است هزینه های مسکن دارای بیشترین سهم در مخارج خانوارهای شهری باشد. در نقطه مقابل خانوارهای روستایی بیشتر درآمد خود را به تهیه خوراک و پوشاک اختصاص داده و به نوعی درصدد رفع نیازهای اولیه خود هستند؛ اما نکته مهم این است که در سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶، هزینه های خوراک و پوشاک روند نزولی و هزینه خدمات فرهنگی و تفریحات روند صعودی به خود گرفته است یعنی خانوارهای روستایی در حال گذر از توجه صرف به نیازهای اولیه و حرکت به سمت دیگر مخارج

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

هستند که می تواند با افزایش کیفیت و رضایت زندگی آن‌ها همراه باشد.

درباره روندهای مشترک بین خانوارهای شهری و خانوارهای روستایی مشاهده می‌شود که در هر دو گروه کمترین سهم هزینه‌ها مربوط به مخارج آموزش و تحصیل است که می تواند ناشی از آماده بودن بستر تحصیل رایگان در همه مقاطع در کشور باشد یعنی خانوارها تمایل چندانی ندارند که با وجود فراهم بودن تحصیل در مراکز دولتی از مراکز آموزشی غیردولتی استفاده کنند. از طرفی ممکن است به علت محدودیت‌های بودجه خانوار پس از مخارج ضروری بخش عمده‌ای برای صرف در تحصیل و آموزش بیشتر برای خانوار باقی نماند. همچنین سهم هزینه خدمات فرهنگی و تفریحات در هر دو گروه صعودی است و همان گونه که پیش‌تر نیز بحث شد استفاده بیشتر خانوارها از این دست خدمات می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی اعضای خانوار شود. مخارج حمل و نقل و ارتباطات خانوارها در هر دو گروه بین سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ افزایش، بین سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۴ کاهش و از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۶ افزایش یافته است یعنی در سال ۱۳۹۴ مردم به نسبت هزینه کمتری برای این دسته از مخارج داشته اند و در حالت کلی سهم این مخارج از مخارج کل خانوار در این مدت رشد داشته است که می‌تواند چند دلیل داشته باشد. در دوره‌ای مردم به دلیل نبود زیرساخت‌های حمل‌ونقل عمومی از وسیله شخصی استفاده کرده‌اند و سپس با افزایش قیمت حامل‌های انرژی و بهبود وضعیت حمل و نقل عمومی(تاکسی، اتوبوس، مترو و ...) استفاده از وسیله نقلیه شخصی کمرنگ شده است. مؤلفه مهم دیگر در این دسته از هزینه، موضوع ارتباطات است. در سال‌های اخیر با ورود گوشی‌های تلفن همراه هوشمند به کشور و فراگیرشدن شبکه های اجتماعی، افراد با کاستن از ارتباطات حضوری، مدت زمان زیادی را صرف ارتباطات غیرحضوری کرده و به طبع هزینه هایی را نیز برای این موضوع متحمل می شوند. به دلیل اهمیت هزینه های بهداشت و درمان خانوارها مطالعه حاضر با تأکید بر این زیر گروه مخارج انجام شده است با توجه به این نکته که در واقع زیر گروه بهداشت و درمان داده های هزینه درآمد خانوار نشان دهنده میزان پرداخت از جیب خانوارها برای خدمات سلامت می باشد. به طور کلی نتایج مطالعه نشان داد که سهم مخارج بهداشت و درمان از کل مخارج خانوارها در هر دو گروه شهری و روستایی در سال ۱۳۹۶ نسبت به سال ۱۳۹۲ افزایش داشته است که در این بین سهم خانوارهای روستایی همواره بالاتر بوده است. بررسی روندها نشان می‌دهد که تنها در فاصله دو سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ سهم بهداشت و درمان کاهشی بوده است و در تمامی دوره های دیگر روند افزایش نشان می‌دهد. مهم‌ترین سیاست بکارگرفته شده در نظام سلامت در دهه اخیر طرح تحول نظام سلامت بود که این سیاست از سال ۱۳۹۳ اجرایی شد. همان‌طور که گفته شد یکی از اهداف اولیه طرح کاهش درصد پرداخت از جیب خانوارها برای هزینه های سلامت و حفاظت مالی خانوارها در مقابل مخارج سلامت بود. بر اساس مطالعه حاضر در بین سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۶، در مجموع سهم هزینه بهداشت و درمان از کل مخارج خانوارهای شهری و روستایی با افزایش همراه بوده است. این موضوع نشان دهنده این است که خانوارهای ایرانی به طور کلی در این بازه زمانی بعد از اجرای طرح تحول سلامت درصد بیشتری از کل بودجه خود را به صورت پرداخت از جیب صرف سلامت می‌کردند که می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد(۱۱). اولین دلیل افزایش تقاضای القایی بعد از طرح تحول سلامت و افزایش مصرف خدمات غیر ضرور می تواند باشد. دومین دلیل نیز می تواند افزایش مخارج جانبی سلامت به علت تحریک تقاضا از طرف سیاست‌گذار برای خدمات سلامت باشد و سومین دلیل را نیز می‌توان افزایش چند برابری تعرفه خدمات پزشکی با وجود کاهش درصد فرانشیز دانست(۱۱)؛ که تمامی این موارد نشان دهنده عدم کارکرد صحیح طرح تحول در راستای هدف پیش بینی شده است. از طرف دیگر مطالعات مختلفی بیان کرده اند که برخلاف انتظارات، کاهش چشمگیری در میزان پرداخت از جیب مردم پس از طرح تحول سلامت بوجود نیامده است(۱۲). این درحالی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

است که اصلاحات مشابه در نظام های سلامت سایر کشورها با هدف حفاظت مالی خانوارها معمولاً با موفقیت نسبی همراه بوده است به طوری که در کشورهای ترکیه و تایلند، سهم پرداخت از جیب بلافاصله پس از اصلاحات کاهش قابل توجهی داشته است (۱۳, ۱۴). نکته قابل توجه در این رابطه این است که نتایج مطالعه نشان دهنده افزایش درصد پرداخت از جیب صرفاً از منظر خانوار است در حالی که از منظر حساب‌های ملی سلامت سهم هزینه خانوارها کاهش یافته اگرچه میزان آن افزایش داشته است (۱۵).

سهم مخارج بهداشت و درمان به تفکیک پنجک ها (پنجک اول ۲۰ درصد کم درآمدترین خانوارها و پنجک پنجم ۲۰ درصد پر درآمدترین خانوارها) هم نشان می دهد که در خانوارهای شهری همه پنجک ها جز خانوارهای پنجک پنجم سهم بیشتری به بهداشت و درمان در بعد از طرح تحول اختصاص دادند. به این صورت که تنها خانوارهای پنجک پنجم سهم مخارج بهداشت و درمانشان در سال‌های ۹۳ تا ۹۶ کمتر از سال ۹۲ بوده است. در خانوارهای روستایی مشاهده می شود که سهم بهداشت و درمان در تمامی پنجک در بعد از طرح تحول افزایشی بوده است که این نیز به احتمال نشان دهنده عدم موفقیت طرح تحول در راستای هدف حفاظت مالی است، با توجه به اینکه انتظار می‌رود حداقل خانوارهای طبقات اقتصادی ضعیف‌تر با کاهش سهم پرداخت از جیب مواجه شوند و از این نظر اهداف طرح تحول را محقق کنند. بیمه کردن همه خانوار بدون توجه به دهک های درآمدی نیز یکی دیگر از دلایل روند کند کاهش پرداخت از جیب خانوارها می‌تواند باشد. از این رو به نظر می‌رسد مکانیسم‌های موجود در این خصوص در ادامه راه اجرای طرح تحول نظام سلامت، نیاز به بازنگری دارد. نکته دیگر اینکه در طرح تحول سلامت بسته‌های حمایتی برای اقشار پایین کمتر مورد توجه قرار گرفت این در صورتی است که این مورد یکی از توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی هم بود(۱۶).

عدم دسترسی به داده های همگن با سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ در خصوص هزینه درآمد خانوارها یکی از محدودیت های این پژوهش بود که باعث شد سال های قبل از ۱۳۹۲ از مطالعه حذف شوند. همچنین در این مطالعه روند تغییرات هزینه کرد خانوارها در حالت کلی مورد بحث قرار گرفت و دلایل احتمالی هر زمینه ذکر شد؛ اما باید توجه داشت که در سال های اخیر در هر کدام از بخش ها(مسکن، سلامت، حمل و نقل، انرژی و ...) سیاست های در کشور اجرا شده است که می تواند الگوها را تغییر دهد و این بخش از دید مطالعه حاضر پنهان مانده است؛ بنابراین پیشنهاد می شود که مطالعات تخصصی تر در هر کدام از حوزه های موردبحث انجام گرفته و دلایل افزایش و یا کاهش سهم هزینه های خانوار در هر حوزه و به شکل دقیقی مشخص شوند تا نتیجه برگرفته از این مطالعات بتواند در سیاست‌گذاری‌های کلان مورد استفاده تصمیم گیران قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که بنا بر دلایل مختلف و سیاست‌های اجرایی گوناگون در کشور، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در الگوی مخارج خانوارها اتفاق افتاده است و از طرفی در بین خانوارهای شهری و روستایی اشتراکات و تفاوت‌هایی از حیث نوع هزینه کرد وجود دارد. به طور کلی خانوارها نسبت به گذشته سهم کمتری از هزینه های خود را به خوراک و پوشاک، آموزش و تحصیل اختصاص داده و در مقابل برای ارتباطات و حمل و نقل، خدمات فرهنگی و تفریحات و بهداشت و درمان بیشتر هزینه می‌کنند. همچنین سهم بهداشت و درمان و پرداخت از جیب خانوارها در سال‌های بعد از طرح تحول همچنان افزایش یافته است و سهم بهداشت و درمان در تمامی پنجک ها به جز پنجک پنجم خانوارهای شهری در بعد از طرح تحول افزایشی بوده است که نشان دهنده این است که این طرح نتوانسته است به خوبی در راستای رسیدن به هدف حفاظت ملی اقدام نماید.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل همکاری و حمایت‌های مالی از این مطالعه اعلام می‌دارند. بدین وسیله تصریح می‌گردد هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

منابع:

1.Shiri M, Ghazi-Tabatabaei M, Sadeghi R, Raghfar H. The study of effect of social and demographic factors on consumption pattern in rural and urban areas of Iran. J Community Dev. 2015;7(1):1-28.
2.Paytakhti-Oskouei SA Emami K. Investigating the Effect of Targeted Subsidies Plan on Consumer Patterns of Urban Households in Iran. J Eco Modelling. 2016;7(2):33-48.
3.Espina PZ, Arechavala NS. An assessment of social welfare in Spain: Territorial analysis using a synthetic welfare indicator. Soc Indic Res. 2013;111(1):1-23.
4.Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC Int Health Hum Rights. 2011;11(1):13.
5.Yates R. Universal health care and the removal of user fees. The Lancet. 2009;373(9680):2078-81.
6.Zakeri M, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Kazemian M, Rashidian A, Abouhalaj M, et al. The financing of the health system in the Islamic Republic of Iran: A National Health Account (NHA) approach. Med J Islam Repub Iran. 2015; 29 (1) :659-666.
7.Raghfar H, Babapoor M . The intergenerational analysis of urban household expenditure by using the Pseudo panel. Quarterly J AESI. 2014;3(10):177-99.
8.Hadiyan M, Ghorbani A, Ghiyasvand H, Naghdi S. Inequality in health and food expenditure, study of Iranian urban and rural households. Quarterly J Sabzevar University Med Sci. 2013;20(4):435-46.
9.Rezaei-Ghahroudi Z, Mostafavi N, Eftekhari S. Pattern of consumption in the life cycle of urban households. Soc Welfare Quarterly. 2013;13(49):243-98.
10.Iran Statistics Center. Statistical Survey; Households Income and Expenditure Survey.
Available from: http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1507.
11. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. Payesh. 2018; 17(5): 481-494.
12.Alvandi R, Abdi Zh, Abdalmaleki E, Mirzaei H, Goharimehr M, Ahmadnezhad E. Trend of Share of Health Expenditures on Total Household Expenditures Based on Expenditure Deciles (2009 – 2016. Hakim Res J. 2018;21(2):64-70.
13.Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet. 2013;382(9886):65-99.
14.Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. PLoS med. 2014;11(9):e1001726.
15. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi-Feyzabadi V, Haghdoost A, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total Health Expenditures and Proportion of Out-Of-Pocket Payments in Iranian Provinces; 2008-2014. Iran J Epidemiol. 2017; 12 :1-12.
16. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezanian M, Dehnavieh R, et al . A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. Iran J Epidemiol. 2017; 12 :74-84.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.52547/sjku.26.3.117]