

## Analyzing Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditure Index and Comparing Post-Islamic Revolution Government Performances (1989-2021)

**Fatemeh Sadat Homayuni**<sup>1</sup>

*PhD Candidate, Department of Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

**Ali Baqaei Sarabi**<sup>2\*</sup>

*Assistant Professor, Department of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

**Mahmoud Issavi**<sup>3</sup>

*Associate Professor, Department of Islamic Economics, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran*

**Asmeh Ghasem**<sup>4</sup>

*Assistant Professor, Department of Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

**Abstract:** *The out-of-pocket health expenditure index is a novel indicator for assessing healthcare systems and has attracted the attention of policymakers, managers, and academics. This research employed a multivariate regression model, using the Generalized Method of Moments (GMM), to innovative examine the factors influencing out-of-pocket health expenditure, with a particular focus on macro-level social and economic factors across post-Islamic Revolution governments between 1989 and 2021. The estimation results show that variables like per capita income, healthcare infrastructure, population aging, and urban population share have statistically significant positive impacts on the out-of-pocket health expenditure index. On the other hand, the index was not significantly impacted by financial status or percentage of healthcare insurance coverage. Among the dummy variables representing different governments, only the "Moderation and Hope" government dummy variable showed statistical significance. This suggests that healthcare policy performance across post-revolutionary governments, excluding said specific administration, did not produce meaningful differences in out-of-pocket health expenditure indices.*

**Keywords:** *Out-of-Pocket Health Expenditure, Health Policymaking, Government, Health and Medical Care.*

---

<sup>1</sup> Email: fatemeh.homayouni@srbiau.ac.ir

<sup>2</sup> Email: a.baghaeisarabi@iauctb.ac.ir (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Email: meisavi@atu.ac.ir

<sup>4</sup> Email: asemeh\_ghasemi@yahoo.com

## بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و مقایسه عملکرد دولت‌های پس از انقلاب (۱۴۰۰-۱۳۶۸)

فاطمه السادات همایونی<sup>۱</sup>، علی بقائی سرابی<sup>۲\*</sup>، محمود عیسوی<sup>۳</sup>، عاصمه قاسمی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۱۴

### چکیده

شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب از جمله شاخص‌های جدید ارزیابی سیستم سلامت است که مورد توجه سیاست‌گذاران، مدیران و دانشگاهیان بوده است. این پژوهش که با استفاده از یک الگوی رگرسیونی چند متغیره که به روش گشتاورهای تعمیم‌یافته (GMM) مورد برآورد قرار گرفت، به بررسی نوآورانه عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب با تأکید بر عوامل اجتماعی و اقتصادی در سطح کلان پرداخته و عملکرد دولت‌های پس از انقلاب اسلامی در این خصوص را در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۶۸ مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاصل از برآوردها نشان می‌دهد متغیرهایی همچون درآمدهای سرانه، زیرساخت‌های بهداشتی، سالمندی جمعیت و سهم جمعیت شهری دارای اثر مثبت معنادار بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب می‌باشند. همچنین متغیرهای وضعیت مالی و درصد پوشش بیمه‌های درمانی اثر معناداری بر شاخص مورد نظر نشان نداده است. در بین متغیرهای مجازی به کار رفته برای دولت‌های مختلف، تنها متغیر مجازی دولت تدبیر و امید از معناداری لازم برخوردار است و این امر نشان‌دهنده آن است که عملکرد سیاست‌های بهداشت و درمان دولت‌های پس از انقلاب، به غیر از دولت مذکور تفاوت معناداری بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نداشته است.

**واژگان کلیدی:** مخارج سلامت پرداخت شده از جیب، سیاست‌گذاری سلامت، دولت، بهداشت و درمان.

### مقدمه:

سیاست اجتماعی برای دستیابی به موفقیت و نتایج مطلوب در زمینه رفاه به منظور نیل به توسعه اجتماعی و اقتصادی، می‌بایست به موضوع سلامت اهتمام ویژه‌ای داشته باشد؛ زیرا انسان سالم محور توسعه جامعه می‌باشد (سفیری و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین؛

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی سیاسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران  
(E mail: fatemeh.homayouni@srbiau.ac.ir)

<sup>۲</sup> استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)  
(E mail: a.baghaeisarabi@iauctb.ac.ir)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه اقتصاد اسلامی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران  
(E mail: meisavi@atu.ac.ir)

<sup>۴</sup> استادیار گروه علوم اجتماعی-جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران  
(E mail: asemeh\_ghasemi@yahoo.com)

برخورداری از سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی متفاوت افراد در جامعه است. همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل اجتماعی خود را انجام دهند که هم شخصاً خود را سالم دانسته و هم جامعه آن‌ها را برخوردار از سلامتی بداند (درویش و علیرضائزاد، ۱۴۰۰). از این رو، اولویت‌بخشی به دسترسی افراد به امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی بسیار اهمیت دارد. زیرا جامعه برای دست‌یابی به اهداف خود نیازمند به انسان‌های سالم، توانمند، کارآمد و برخوردار از سلامت جسمی و روانی است. بنابراین، تأمین سلامت افراد و دسترسی برابر به امکانات برابر بهداشتی و درمانی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار می‌باشد.

در جمهوری اسلامی ایران، دولت بازیگر اصلی سیاست اجتماعی است و این تلقی وجود دارد که سیاست اجتماعی در حوزه‌های تأمین اجتماعی و رفاه، سلامت و بهداشت، مسکن، آموزش، اشتغال و... محصول سیاست‌های دولت است که خود تحت تأثیر جریان‌های سیاسی و الگوهای متفاوت قدرت قرار داشته و این سیاست‌ها متأثر از رویکرد دولت‌ها تغییر می‌یابند (امجدی، مطلبی و گنجی، ۱۳۹۹). اصول ۱۲، ۲۱، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی به ضرورت اصل تأمین سلامت اشاره داشته و اصل ۲۹ به صراحت دولت را به این امر مکلف کرده است. قوانین بالادستی کشور، از جمله سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی)، ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، بند ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و... نیز همگی بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات بهداشت و درمان تأکید کرده‌اند.

بنابراین، یکی از شاخص‌های مورد توجه در ارزیابی عملکرد و کارایی دولت‌ها، میزان اهتمام آن‌ها به بخش سلامت، بهداشت و درمان است.

از سوی دیگر، حساب‌های ملی سلامت که از سال ۱۳۸۰ توسط مرکز آمار ایران ارائه می‌شوند، بر این موضوع اذعان دارند که تأمین مالی نظام سلامت در ایران با مشارکت سه بخش عمومی، خصوصی و منابع خارجی صورت می‌گیرد. بخش عمومی شامل دولت و صندوق‌های تأمین اجتماعی است و بخش خصوصی نیز متشکل از بیمه تکمیلی، مؤسسات غیر انتفاعی در خدمات خانوارها و پرداخت از جیب خانوارها می‌باشد که بر اساس گزارشات و آمارهای منتشره رسمی (مرکز آمار ایران ۱۴۰۰-۱۳۸۰)، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، ۱۴۰۰ الف و وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، ۱۴۰۰ ب، سهم بزرگی از این هزینه‌ها توسط خانوارها پرداخت می‌شود.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده عادلانه بودن تأمین مالی یک نظام سلامت، وضعیت انباشت و تسهیم ریسک (میزان پیش‌پرداخت) در کل هزینه‌ها است. پرداخت مستقیم از جیب، نزولی‌ترین و ارتجاعی‌ترین شیوه پرداخت برای سلامتی به شمار می‌رود و شیوه‌ای است که مردم را با بیشترین خطرات مالی فاجعه‌بار (کمرشکن) روبه‌رو می‌کند (Reinhardt & Cheng, 2000). از این رو است که رشد هزینه‌های سلامت و سهم آن در بودجه دولت و خانوار، پدیده‌ای است که همواره در میان سیاستمداران، مدیران و دانشگاهیان در بسیاری از کشورها مورد بحث و بررسی بوده و رویکردهای متفاوتی برای مدل‌سازی مخارج سلامت در ادبیات موضوع پژوهش مطرح شده است. مشخصه اول در این رویکردها، نوع داده‌های به کار رفته است. برخی از داده‌های سطح خرد (خانوار) و برخی از داده‌های سطح کلان اقتصاد استفاده کرده‌اند. همچنین شاخص‌های مختلفی هم برای هزینه‌های سلامت مورد بررسی بوده است. برخی مطالعات به مخارج دولت در بخش سلامت توجه داشته‌اند و گروهی دیگر مخارج بخش خصوصی و به طور خاص مخارج پرداخت شده از جیب را مورد بررسی قرار داده‌اند.

مخارج سلامت در هر کشوری به عوامل متعددی بستگی دارد؛ ظرفیت پرداخت یا به عبارتی تولید ناخالص داخلی و محدودیت‌های مالی دولت، می‌تواند بر میزان هزینه‌ها در بخش سلامت اثرگذار باشند. به طور کلی، نقش درآمد به عنوان یک عامل مهم و مؤثر بر مخارج سلامت در تمامی مطالعات شناخته و تأیید شده است، اما هنوز هیچ اتفاق نظری درباره عوامل دیگری

که ممکن است به تغییرات مخارج سلامت مربوط باشند، وجود ندارد. به عنوان مثال می توان از ثروت به جای درآمد به عنوان عامل مؤثر بر مخارج سلامت استفاده کرد، اما به دلیل عدم وجود معیار قراردادی مناسب برای مقایسه ثروت کشورهای مختلف بسیار مشکل است (عبداله میلانی، محمدی و توسلی، ۱۳۹۶ به نقل از: بالتاجی و ماسکان، ۲۰۱۰). بنابراین می توان نتیجه گرفت این موضوع از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و کمتر مطالعه‌ای به تحلیل آن در کشور ایران به خصوص در یک بازه زمانی ۳۲ ساله و در سطح کلان پرداخته است. بنابراین به منظور تبیین پیشینه پژوهش به بررسی مطالعات محدودی که عوامل مؤثر بر مخارج سلامت را در سطح کلان و جهانی بررسی کرده‌اند، می‌پردازیم:

عبداله میلانی، محمدی و توسلی (۱۳۹۶) به بررسی عوامل مؤثر بر مخارج سلامت با استفاده از داده‌های کلان ۱۴۸ کشور جهان طی سال‌های ۲۰۱۳-۱۹۹۵ پرداخته و از الگوی اقتصادسنجی داده‌های پانل استفاده کردند. متغیرهای کلان مورد استفاده در این پژوهش به عنوان عوامل اثرگذار بر مخارج سلامت سرانه، شامل سالمندی جمعیت (جمعیت بالای ۶۵ سال)، بودجه دولت (سهم مخارج دولتی از تولید ناخالص داخلی)، تولید ناخالص داخلی سرانه و سهم جمعیت کمتر از ۱۴ سال، چگالی جمعیت (تعداد افراد در هر کیلومتر مربع)، نرخ مشارکت زنان نرخ مشارکت زنان در نیروی کار و شاخص امید به زندگی بوده است. در این تحقیق ۱۴۸ کشور مورد بررسی به چهار دسته کشورهای با درآمد پایین، کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین و رو به بالا و کشورهای با درآمد بالا تقسیم‌بندی می‌شوند و هر گروه کشوری، در یک رگرسیون مجزا مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل در این مطالعه نشان می‌دهد که سالمندی جمعیت دارای اثر مثبت و معنادار بر مخارج سلامت بوده و این تأثیرگذاری در کشورهای با درآمد بالا که رشد جمعیت سالمندی بالاتری داشته‌اند، بیشتر از دیگر کشورها بوده است. همچنین تولید ناخالص داخلی و سهم جمعیت کمتر از ۱۴ سال نیز در هر چهار گروه کشورها اثر مثبتی بر مخارج سلامت نشان داده است. همچنین متغیر بودجه دولت در همه گروه‌های کشورها به جز با درآمد پایین، اثر مثبت و معنادار بر مخارج سلامت دارد.

کارگر ده‌بیدی، قربانیان و فتحی (۱۳۹۷) به بررسی عوامل مؤثر بر مخارج سلامت در کشورهای اسلامی گروه D-8 پرداخته‌اند و داده‌های کلان این کشورها را طی سال‌های ۲۰۱۴-۱۹۹۷ و یک الگوی خود توضیح با وقفه‌های توزیعی پانلی (Panel ARDL) برای برآورد الگو استفاده نمودند. متغیرهای توضیحی مورد استفاده در این تحقیق به عنوان عوامل اثرگذار بر مخارج سلامت شامل متغیرهایی همچون تولید ناخالص داخلی سرانه، مخارج داخلی سرانه و متغیرهای جمعیتی شامل درصد جمعیت بالای ۶۴ سال و درصد جمعیت زیر ۱۵ سال است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد تولید ناخالص داخلی سرانه و همچنین درصد جمعیت بالای ۶۴ سال، دارای اثر مثبت و معنادار بر مخارج سلامت سرانه بوده و درصد جمعیت زیر ۱۵ سال اثر منفی بر مخارج سلامت در کشورهای گروه D-8 است. همچنین متغیر مخارج دولتی اثر معناداری بر مخارج سلامت نداشته است.

حاجی بابائی، صادقی، فرجی دیزجی و احمدی (۲۰۲۰) با استفاده از روش داده‌های پانل به بررسی عوامل مؤثر بر مخارج سلامت در کشورهای توسعه یافته پرداخته‌اند. در این تحقیق متغیرهایی همچون درآمد (تولید ناخالص داخلی)، پیری جمعیت (سهم جمعیت سالمند)، سطح آموزش و پیشرفت تکنولوژی به عنوان متغیرهای مؤثر بر مخارج سلامت معرفی شده‌اند. نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد سطح تولید ناخالص داخلی با درآمد، سهم جمعیت سالمند و پیشرفت تکنولوژی دارای اثر مثبت بر مخارج سلامت و سطح آموزشی دارای اثر منفی کشورهای مورد بررسی داشته است.

پاون و سانچز (۲۰۱۹) به بررسی عوامل مؤثر بر پرداخت از جیب در سلامت در بین جمعیت فقیر کشور پرو در سال‌های ۲۰۱۰ الی ۲۰۱۴ پرداخته‌اند و اطلاعات مقطعی خانوار برای انجام رگرسیون استفاده کردند. متغیر وابسته میزان پرداخت از جیب در حوزه سلامت مربوط به افرادی که بر اساس دسته‌بندی‌های خدمات عمومی دولت به عنوان متغیر نسبی تلقی می‌شوند، بوده است. متغیرهای توضیحی شامل عضویت در برنامه بیمه سلامت، سطح مخارج سرانه خانوار، گروه سنی، وجود زن در سن فرزندآوری (۴۹-۱۵ سال)، وجود افراد سالمند (بالاتر از ۶۰ سال)، تعداد افراد خانوار به عنوان بار مالی خانوار و سطح پیچیدگی خدمات

سلامت بوده است. نتایج نشان می‌دهد که فقط ۵ درصد از جمعیت روستایی از سطح خدمات پیچیده بالا (بیمارستانی) برخوردارند و در مقابل ۱۶ درصد از جمعیت شهری از این سطح خدمات برخوردار می‌باشند. همچنین نتایج نشان می‌دهد میزان پرداخت از جیب رابطه مثبت با عدم پوشش بیمه، سطح مخارج خانوار، سطح پیچیدگی خدمات سلامت و وجود افراد مسن در خانوار دارد. مورمی و دیگران (۲۰۲۳) به بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های درمانی پرداخت شده از جیب در کشورهای با درآمد پایین و متوسط پرداختند. در این پژوهش از روش کتابخانه‌ای برای بررسی ادبیات موجود در حوزه مخارج درمانی پرداخت شده از جیب از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ به عنوان روش تحقیق استفاده شده است و ۳۹۳۳ مقاله که در زمینه مخارج سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط انجام شده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که عوامل مختلفی بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب می‌تواند اثرگذار باشد که از مهم‌ترین آن‌ها پوشش سیستم‌های بیمه‌ای، جمعیت شهری، جمعیت سالمند، خانوارهای دارای بیماری خاص، خانوارهای با سرپرست زن و فاصله تا امکانات درمانی می‌باشند.

جمع‌بندی این مطالعات حاکی از این است که شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نقش حیاتی در ارزیابی بار مالی که افراد در هنگام جستجوی خدمات بهداشتی مواجه می‌شوند، دارد. بنابراین، درک عوامل اقتصادی اثرگذار بر این هزینه‌ها برای توسعه سیاست‌های مؤثر برای اطمینان از دسترسی بهداشتی مناسب و سلامت جامعه بسیار ضروری است. به همین دلیل است که در سال‌های اخیر، هزینه‌های پرداخت از جیب در حوزه سلامت به دلیل تأثیر آن‌ها بر رفاه مالی افراد و همچنین سلامت جامعه توجه محققین را به خود جلب کرده است. از سوی دیگر، با توجه به افزایش هزینه‌های بهداشتی در سطح جهان، درک عوامل تعیین‌کننده هزینه‌های سلامت پرداخت شده از جیب برای سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و پژوهشگران از اهمیت بسیاری برخوردار است. بنابراین، با ارزیابی عوامل اقتصادی که بر این هزینه‌ها تأثیر می‌گذارند، می‌توانیم درک جامعی از چالش‌هایی که افراد در دسترسی به خدمات بهداشتی روبرو هستند و پیامدهای آن برای پایداری اقتصادی را به دست آوریم. علاوه بر این، تحلیل پرداخت از جیب در حوزه سلامت می‌تواند تصویر مناسبی از میزان کارآمدی مکانیسم‌های موجود در سیستم سلامت و بهداشت کشورها و دولت‌ها را ارائه دهد و لزوم مداخلات سیاستی دولت را در راستای بهبود و ارتقا سطح سلامت روشن نماید. با بررسی اینکه عواملی مانند سطح درآمد، پوشش بیمه و زیرساخت‌های بهداشت و درمان چگونه بر هزینه‌های خارج از جیب تأثیر می‌گذارند، می‌توانیم فرصت‌هایی را برای افزایش کارایی و بهبود سیستم بهداشت و سلامت شناسایی کنیم.

هدف این پژوهش، کمک به ادبیات موجود در زمینه عوامل مؤثر بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب با رویکرد کلان و همچنین ارزیابی و مقایسه عملکرد دولت‌های بعد از انقلاب در این شاخص است.

## روش تحقیق

در این تحقیق ضمن بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب در ایران به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال هستیم که آیا عملکرد دولت‌های مختلف با در نظر گرفتن شرایطی که به لحاظ عوامل اثرگذار بر مخارج سلامت در کشور حکم فرما بوده است، در این شاخص تفاوت معناداری دارد؟ در این راستا با توجه به ادبیات بررسی شده در بخش قبلی و با توجه به اینکه این تحقیق در سطح کلان کشور ایران انجام می‌شود از تخمین الگوی رگرسیون در فرم زیر استفاده می‌کنیم.

$$HE_t = \beta_1 + \beta_2 GDP_t + \beta_3 INS_t + \beta_4 G_t + \beta_5 HI_t + \beta_6 POP_t^{65} + \beta_7 UR_t + \beta_8 D_t + \varepsilon_t$$

HE = مخارج سلامت پرداخت شده از جیب به صورت درصدی از کل مخارج سلامت

GDP = تولید ناخالص داخلی سرانه به قیمت ثابت

INS = درصد پوشش بیمه‌های درمانی

$G_t$  = وضعیت مالی دولت به صورت نسبت درآمدهای دولت به GDP

HI = زیرساخت‌های بهداشت و درمان

POP<sup>65</sup> = سهم جمعیت بالای ۶۵ سال

UR = سهم جمعیت شهری

D = متغیر مخارج دولت

برای انجام این تخمین، داده‌های سری زمانی ایران از سال ۱۳۶۸ الی ۱۴۰۰ از سری زمانی نماگرها و شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۵۵ سال کشور مرکز آمار ایران، داده‌های اقتصادی از بانک اطلاعات سری‌های زمانی اقتصادی بانک مرکزی ایران، داده‌های مربوط به مخارج سلامت، زیرساخت‌های بهداشتی و از سالنامه‌های آماری کشور و حساب‌های ملی سلامت و داده‌های مربوط به پوشش بیمه از گزارش سازمان تأمین اجتماعی تحت عنوان «۶۰ سال سازمان تأمین اجتماعی از نگاه آمار ۱۴۰۰-۱۳۴۰» استخراج شده است.

در خصوص زیرساخت‌های بهداشت و درمان از تعداد تخت بیمارستانی به عنوان شاخص برای سطح زیرساخت‌های بهداشت و درمان و برای وضعیت مالی دولت از نسبت درآمدهای دولت به GDP استفاده می‌شود.

متغیر مجازی دولت در واقع تغییری است که به ازاء دولت‌های مختلف بعد از جنگ تحمیلی شامل دولت سازندگی (۱۳۷۵-۱۳۶۸)، دولت اصلاحات (۱۳۸۳-۱۳۷۶)، دولت مهر (۱۳۹۱-۱۳۸۴) و دولت تدبیر و امید (۱۴۰۰-۱۳۹۲) در نظر گرفته می‌شود. متغیر D برای سال‌هایی که دولت مورد نظر متصدی امور بوده است عدد یک و برای دیگر سال‌ها عدد صفر به خود می‌گیرد. بر این اساس با توجه به این که بعد از جنگ ۴ دولت در ایران فعالیت داشته‌اند، ۴ متغیر مجازی نیز در نظر گرفته و ۴ تخمین از معادله فوق انجام خواهد شد. در هر تخمین معنادار شدن متغیر مجازی دولت به آن معنی خواهد بود که عملکرد دولت مورد نظر در شاخص مخارج سلامت خارج شده از جیب با در نظر گرفتن سایر متغیرهای اثرگذاری همچون درآمد سرانه جامعه، وضعیت مالی دولت، شرایط سنی و جمعیتی کشور، تفاوت معناداری با دیگر دولت‌ها داشته است.

## یافته‌ها

در این بخش از مقاله ابتدا با استفاده از آزمون دیکی فولر تعمیم یافته مانایی متغیرهای الگو مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول شماره ۱ نتایج آزمون مانایی متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: نتایج آزمون مانایی دیکی فولر تعمیم یافته برای سطح متغیرها

متغیر	آماره آزمون	سطح عدم اطمینان (prob)
HE	-۳,۱۸	۰,۳۲۸
GDP	-۱,۲۲	۰,۶۵۲۴
INS	-۱,۵۴	۰,۴۹۶۲
GI	-۲,۳۰	۰,۱۷۸۲
HI	-۰,۲۱	۰,۹۶۸۵
POP65	-۲,۴۹	۰,۱۲۶۰
UR	-۳,۶۰	۰,۰۱۲۳

\* منبع: یافته‌های پژوهش

بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و مقایسه عملکرد دولت‌های پس از انقلاب (۱۳۶۸-۱۴۰۰) / ۱۳

در آزمون دیکی فولر تعمیم یافته فرضیه صفر وجود ریشه واحد است و از آنجا که سطح عدم اطمینان در خصوص رد فرضیه صفر به غیر از دو متغیر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و سهم جمعیت شهری بالاتر از ۰,۰۵ می‌باشد، بنابراین نمی‌توان با اطمینان ۹۵ درصد فرضیه صفر مبنی بر وجود ریشه واحد را رد کرد و لذا می‌توان گفت که کلیه متغیرها به غیر از مخارج سلامت و جمعیت شهری در سطح نامانا هستند. بر این اساس آزمون مانایی برای تفاضل مرتبه اول متغیرهایی که در سطح مانا نبودند انجام می‌شود. جدول ۲ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون مانایی دیکی فولر تعمیم یافته برای تفاضل مرتبه اول متغیرها

متغیر	آماره آزمون	سطح عدم اطمینان (prob)
GDP	-۴,۵۶	۰,۰۰۱۰
INS	-۲,۳۸	۰,۱۵۳۸
GI	-۶,۶۹	۰,۰۰۰۰
HI	۳,۷۲	۰,۰۰۹۲
POP65	-۲,۳۵	۰,۱۶۱۸

\* منبع: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج آزمون ریشه واحد برای تفاضل مرتبه اول متغیرها، فرضیه وجود ریشه واحد برای تفاضل مرتبه اول متغیرهای تولید ناخالص داخلی سرانه، وضعیت مالی دولت و زیرساخت‌های بهداشت و درمان با اطمینان ۹۵ درصد رد می‌شود، اما این فرضیه برای درصد پوشش بیمه‌های درمانی و جمعیت سالمند رد نمی‌شود. بنابراین متغیرهای تولید ناخالص داخلی سرانه، وضعیت مالی دولت و زیرساخت‌های بهداشت و درمان با یک بار تفاضل گیری مانا بوده و به عبارت دیگر جمعی از درجه یک می‌باشند. اما متغیرهای درصد پوشش بیمه‌های درمانی و جمعیت سالمند با یک بار تفاضل گیری هم مانا نشده و باید آزمون مانایی برای تفاضل مرتبه دوم آن‌ها انجام شود. با انجام آزمون ریشه واحد دیکی فولر تعمیم یافته برای تفاضل مرتبه دوم دو متغیر درصد پوشش بیمه‌های درمانی و جمعیت سالمند فرضیه صفر مبنی بر وجود ریشه واحد با اطمینان ۹۵ درصد رد شده و بنابراین این متغیرها با دو بار تفاضل گیری مانا بوده و به عبارت دیگر جمعی از درجه دو می‌باشند.

از آنجا که متغیرهای مدل مورد نظر در این تحقیق از درجات مانایی مختلف برخوردار بوده و جمعی از درجات صفر، یک و دو می‌باشند، بنابراین روش تخمین قابل اتکا برای این مدل روش گشتاورهای تعمیم یافته (GMM) خواهد بود. همچنین از آنجا که ممکن است بین برخی متغیرهای توضیحی نظیر تولید ناخالص داخلی، وضعیت مالی دولت و زیرساخت‌های بهداشت و درمان نیز ارتباط متقابل وجود داشته باشد، انتخاب روش GMM می‌تواند مشکل درون‌زایی متغیرها را هم برطرف نماید.

پس از انجام آزمون مانایی و انتخاب روش تخمین، معادله یک در چهار حالت مختلف به ازاء دولت‌های مختلف بعد از جنگ به روش گشتاورهای تعمیم (GMM) مورد برآورد قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۳ نتایج برآورد این الگوها را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ - نتایج برآورد الگوها به روش گشتاورهای تعمیم یافته (GMM)

متغیر توضیحی	مدل ۱: با متغیر مجازی دولت سازندگی		مدل ۲: با متغیر مجازی دولت اصلاحات		مدل ۳: با متغیر مجازی دولت مهر		مدل ۴: با متغیر مجازی دولت تدبیر	
	ضریب	prob	ضریب	prob	ضریب	prob	ضریب	prob
عرض از مبدأ	-۱۲۰,۳	۰,۰۰۵۴	-۱۰۷,۲	۰,۰۰۳۷	-۱۳۱,۴	۰,۰۱۵۸	-۱۲۲,۸	۰,۰۰۷۴

متغیر توضیحی	مدل ۱: با متغیر مجازی دولت سازندگی		مدل ۲: با متغیر مجازی دولت اصلاحات		مدل ۳: با متغیر مجازی دولت مهر		مدل ۴: با متغیر مجازی دولت تدبیر	
	ضریب	prob	ضریب	prob	ضریب	prob	ضریب	prob
GDP	۰,۰۶۷	۰,۰۱۷	۰,۰۱۲۴	۰,۰۰۹۶	۰,۰۷۱	۰,۰۲۰۱	۰,۰۵۶	۰,۰۳۵۶
INS	-۱,۶۷	۰,۲۱۸۵	-۰,۹۵	۰,۱۸۵۲	-۱,۳۷	۰,۱۷۶۹	-۱,۵۵	۰,۲۶۴۹
GI	۴,۶۴	۰,۵۴۲۹	۳,۷۲	۰,۶۲۹۸	۵,۱۶	۰,۲۱۹۶	۳,۸۶	۰,۱۸۸۱
HI	۰,۲۱۷	۰,۰۲۸۴	۰,۳۴۷	۰,۰۱۵۸۰	۰,۳۳۶	۰,۰۰۹۴	۰,۳۷۹	۰,۰۳۲۶
POP65	۱,۱۱۸	۰,۰۰۰۱	۱,۰۳۲	۰,۰۰۶۳	۱,۱۹۵	۰,۰۰۰۳	۱,۰۹۳	۰,۰۰۵۸
UR	۰,۷۴	۰,۰۴۶۸	۰,۸۶	۰,۰۴۳۲	۰,۶۷	۰,۰۳۵۶	۰,۷۱	۰,۰۴۷۳
D-Saz	۴,۶۵	۰,۰۷۶۳۲	---	---	---	---	---	---
D-eslah	---	---	-۶,۷۱	۰,۲۳۴۵	---	---	---	---
D-Mehr	---	---	---	---	۷,۴۵	۰,۳۴۹۶	---	---
D-Tadbir	---	---	---	---	---	---	-۱۶,۱۹	۰,۰۰۴۶

\* منبع: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج جدول شماره ۳، و با در نظر گرفتن ضرایبی که سطح عدم اطمینان یا prob آن‌ها کمتر از ۰,۰۵ باشد به عنوان ضرایبی که از معناداری ۹۵ درصدی برخوردارند می‌توان به موارد زیر به عنوان نتایج تخمین اشاره نمود:

درآمد سرانه در کلیه معادلات اثر مثبت و معناداری بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب دارد، بدان معنی که افزایش درآمد جامعه تقاضا برای مخارج سلامت را به عنوان یک کالای نرمال افزایش داده است و از این رو باعث افزایش شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب شده است. همچنین زیرساخت‌های بهداشتی، سالمندی جمعیت و سهم جمعیت شهری مخارج سلامت پرداخت شده از جیب را افزایش داده‌اند. بر این اساس توسعه زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و در دسترس قرار گرفتن این امکانات میزان رغبت و تقاضای افراد برای استفاده از خدمات سلامت را بالا برده و بنابراین پرداختی از جیب نیز افزایش داشته است. همچنین هر چه سهم جمعیت سالمند و جمعیت شهری از جمعیت کل بیشتر باشد، با توجه به نیاز بالاتر افراد سالمند به خدمات درمانی و همچنین سطح بالاتر خدمات درمانی مورد تقاضای جمعیت شهرنشین، مخارج سلامت پرداخت شده از جیب بالا می‌رود.

وضعیت مالی دولت و درصد پوشش بیمه‌های درمانی اثر معناداری بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نشان نداده است. این امر می‌تواند ناشی از آن باشد که دولت‌ها به تأمین بهداشت و سلامت به عنوان یکی از وظایف زیربنایی خود توجه داشته‌اند و لذا تغییر درآمدهای دولت نتوانسته است اثر معناداری بر خدمات‌رسانی دولتی و از این کانال بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب اثرگذار باشد. همچنین کمیت پوشش بیمه خانوارها به تنهایی نمی‌تواند اثر معناداری بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب داشته باشد و شاید نوع و کیفیت پوشش بیمه است که در نهایت بتواند اثر معناداری را از خود نشان دهد.

در بین متغیرهای مجازی دولت‌های مختلف، تنها متغیر مجازی دولت تدبیر و امید اثر منفی و معناداری بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نشان داده است. بدان معنی که رویکردها و سیاست‌های بخش سلامت در دولت‌های مختلف اگر چه که با هم متفاوت بوده است، اما تفاوت معناداری در شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نداشته و تنها در دولت تدبیر و امید این شاخص به طور معناداری نسبت به دولت‌های دیگر کاهش داشته است. این امر می‌تواند ناشی از اجرای طرح تحول نظام سلامت در دولت مورد نظر باشد.



## نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب پرداخته شد. عوامل مؤثر بر شاخص‌های سلامت و به خصوص مخارج سلامت در سطح کلان در مطالعات مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما اغلب این مطالعات به بررسی مخارج سلامت به صورت کلی و یا به نسبت تولید ناخالص داخلی پرداخته‌اند. در این مطالعه به عنوان نوآوری، عوامل کلان اجتماعی و اقتصادی بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب که یکی از شاخص‌های پیشرو و مورد توجه در بخش سیاست‌گذاری سلامت است، در یک بازه ۳۲ ساله در ایران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از انجام رگرسیون گشتاورهای تعمیم‌یافته (GMM) نشان می‌دهد درآمد سرانه بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب اثر مثبت و معناداری داشته است. این یافته با یافته‌های عبدالله میلانی، محمدی و توسلی (۱۳۹۶) و حاجی بابائی، صادقی، فرجی دیزجی و احمدی (۲۰۲۰) نیز تطبیق دارد. همچنین زیرساخت‌های بهداشتی کشور، سالمندی جمعیت و سهم جمعیت شهری نیز اثر مثبت و معناداری بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب دارد. این نتایج نیز با نتایج مطالعات عبدالله میلانی، محمدی و توسلی (۱۳۹۶)، حاجی بابائی، صادقی، فرجی دیزجی و احمدی (۲۰۲۰)، کارگر ده‌بیدی، قربانیان و فتحی (۱۳۹۷)، پاون و سانچز (۲۰۱۹) و مومی و دیگران (۲۰۲۳) هم‌سو می‌باشد. علیرغم مطالعه عبدالله میلانی و همکاران (۱۳۹۶)، در این پژوهش وضعیت مالی دولت اثر معناداری بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نداشته است. این امر می‌تواند ناشی از ضروری تلقی شدن و اولویت داشتن مخارج سلامت در بودجه دولتی و تلاش برای دسترسی به خدمات سلامت را برای مردم به خصوص اقشار آسیب‌پذیر باشد و کسری بودجه دولتی نقش کم‌رنگ‌تری بر تأمین مالی سلامت ایفا کرده است. همچنین متغیر درصد پوشش بیمه‌های درمانی اثر معناداری نشان نداده است که دلیل آن می‌تواند نقش دوگانه پوشش بیمه‌ای بر مخارج سلامت پرداخت شده از جیب باشد. به عبارتی افزایش پوشش بیمه‌ای از یک طرف سهم افراد را از هزینه‌های پرداختی کاهش می‌دهد و از طرفی موجب افزایش تقاضا برای خدمات سلامت توسط بیمه‌شدگان خواهد شد. بنابراین اینکه اثر پوشش بیمه‌ای بر سهم مخارج سلامت پرداخت شده از جیب چگونه است، به بر هم کنش این دو اثر بستگی دارد و لذا به این دلیل است که اثر معناداری در این مطالعه نشان نداده است.

همچنین در این مطالعه جهت بررسی و مقایسه عملکرد دولت‌های مختلف پس از انقلاب اسلامی در سیاست‌های حوزه سلامت از متغیرهای مجازی در نخستین الگوهای رگرسیونی استفاده شده و نتایج حاصل از این برآوردها نشان می‌دهند که تنها متغیر مجازی دولت تدبیر و امید از معناداری لازم برخوردار است و این امر نشان‌دهنده آن است که عملکرد سیاست‌های بهداشت و درمان دولت‌های پس از انقلاب، به غیر از دولت مذکور تفاوت معناداری بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب نداشته است. این امر می‌تواند ناشی از اجرای طرح تحول سلامت در دوره مذکور بوده باشد.

برآیند کلی از وضعیت نظام سلامت ایران طی سال‌های گذشته و یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که این نظام برای انجام وظایف خود در حوزه بیمه، تأمین مالی و ساختار سازمانی ارائه‌دهندگان خدمات از الگوی مشخصی پیروی نکرده و همین امر منجر به ایجاد یک نظام ترکیبی در تمام جنبه‌های آن شده است؛ به نحوی که در حال حاضر انواع ارائه‌کنندگان خدمات (از جمله ارائه‌کنندگان دولتی، عمومی، مطب‌ها، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های خصوصی و مراکز خیریه) با ماهیت و انگیزه‌های متفاوت در نظام سلامت مشغول به کار هستند. از طرفی دیگر، ماهیت تخصصی و متنوع خدمات سلامت، بر پیچیدگی بخش ارائه خدمت افزوده است. به علاوه، ساز و کار پرداخت به ارائه‌کنندگان در کنار برخی از اصلاحات درون مجموعه وزارت بهداشت، مانند نظام خودگردانی بیمارستان‌ها، منجر به گسترش روابط مالی بین ارائه‌دهندگان و بیماران شده است. توسعه بازار خدمات و محصولات سلامت نیز با سرعتی بسیار بالاتر از توانایی دولت برای کنترل و نظارت کافی بر این بازار همراه بوده است؛ در نتیجه ساز و کارهای نظارتی به خوبی و متناسب با نیازها توسعه نیافته و یا به دلیل تفویض برخی از اختیارات به نهادهای صنفی بخش خصوصی دچار

چالش شده است. با این پیچیدگی‌ها امکان تنظیم روابط ارائه‌کنندگان سلامت با بیمه‌ها و نظارت فنی بر فعالیت‌های ارائه‌کنندگان، به یک چالش عمده در حاکمیت و راهبری نظام سلامت تبدیل شده است (مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶).

یافته‌های پژوهش پیشین نگارندگان این پژوهش (همایونی، بقائی، عیسوی و قاسمی، ۱۴۰۲) نیز به این موضوع اذعان دارد که دولت‌های هشت‌گانه در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۶۸، با توجه به اقتضات کوتاه‌مدت سیاست‌گذاری سلامت را انجام داده و این سیاست‌گذاری‌ها یک خط واحد برای دستیابی به اهداف بلندمدت در نظام سلامت را دنبال ننموده‌اند. این امر می‌تواند آشفتگی و عدم انسجام در این سیاست‌ها را رقم زده و خطر ورود «سیاست‌گذاری سلامت» به عرصه «سیاست‌زدگی سلامت» را در پی دارد که موجب بروز مشکلات جدی در این حوزه خواهد شد.

از این رو، با توجه به یافته‌های این پژوهش، مقالات مورد استفاده در ادبیات نظری و گزارشات رسمی سازمان‌های دولتی برای رفع بخش کوچکی از این چالش‌ها، لازم است اقدامات ذیل در بخش سیاست‌گذاری سلامت به منظور کارایی هزینه‌های بخش سلامت و کاهش پرداخت از جیب توسط مردم صورت پذیرد:

۱- توجه به اسناد بالادستی در سیاست‌گذاری سلامت و وضع قوانین، از اهمیت بسیاری برخوردار است. تعارض قوانین وضع شده با اسناد بالادستی و عدم تمکین از این قوانین و اجرایی نشدن آن‌ها، موجب عدم کارایی قوانین وضع شده خواهد شد. همچنین اجرایی شدن اسناد بالادستی می‌تواند حجم عمده‌ای از مشکلات حوزه سلامت را مرتفع کند زیرا اجرایی شدن این قوانین به دلیل تأکید بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت، پوشش فراگیر و عادلانه خدمات بهداشتی و درمان را در پی خواهند داشت.

۲- عدم توجه کافی به زیرساخت‌های بهداشتی و پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت، یکی از چالش‌های عمده در این خصوص است. توجه جدی به ارائه خدمات بهداشتی کارکرد قابل توجهی در صیانت از سلامت مردم و کاهش بار مالی و هزینه‌های بهداشتی دولت و کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب مردم خواهد داشت. این مهم از طریق تقویت خانه‌های بهداشت به منظور آموزش همگانی در زمینه مسائل بهداشتی، بهبود غذا و تغذیه صحیح، تأمین آب سالم و کافی و بهسازی اساسی محیط، مراقبت‌های بهداشتی مادران، کودکان و سلامت باروری، ایمن‌سازی و واکسیناسیون، پیشگیری از بیماری‌های شایع و بومی و کنترل آن‌ها، درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث و پیش‌بینی و تدارک داروهای اصلی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود و افزایش سلامت مردم به ویژه نسل جوان - به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان مؤثر بر توسعه کشور- ایفا نمایند.

۳- هم‌پوشانی‌های بیمه‌ای نیز یکی از چالش‌های جدی در خصوص است. لزوم ایجاد بانک اطلاعاتی جامع و تشکیل پرونده سلامت الکترونیک می‌تواند گام بزرگی در منتفی شدن بسیاری از مشکلات در این عرصه باشد. تشکیل پرونده سلامت الکترونیک می‌تواند اطلاعات لازم را برای تعریف بسته ارائه خدمات سلامت مبتنی بر نیاز را در اختیار بیمه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی قرار داده از افزایش تقاضای غیر ضروری برای دریافت خدمات سلامت توسط بیمه‌شدگان و اتلاف منابع جلوگیری کرده و موجب توزیع منابع موجود به صورت عادلانه در جهت کاهش پرداخت هزینه‌ها از جیب شود.

۴- در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه سلامت برای اولین بار، از بخش عمومی افزایش پیدا کرد و از طرفی سهم بخش خصوصی که قسمت عمده آن شامل پرداختی از جیب خانوار است، کاهش یافت و موجب انتقال آن به دولت داخلی و بیمه سلامت و تأمین اجتماعی شد. این مهم دستاوردی ارزشمند برای نظام سلامت کشور محسوب می‌شد اما؛ نیازمند پایداری منابع و توجه به محدودیت مالی کشور برای تخصیص منابع مالی بیشتر به حوزه سلامت بود که به دلیل مخارج بالا، اجرای این طرح نیز متوقف شد. بنابراین لازم است به منظور تحقق اهداف اسناد بالادستی برای کاهش پرداخت از جیب مردم و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمان، اشکالات متعدد این طرح از جمله عدم یکپارچگی، عدم برخورداری از منطق صحیح اقتصادی، کسری شدید منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای و ... که موجب بروز آثار منفی در قالب تقاضای القایی، افزایش کل

بررسی عوامل مؤثر بر شاخص مخارج سلامت پرداخت شده از جیب و مقایسه عملکرد دولت‌های پس از انقلاب (۱۴۰۰-۱۳۶۸) / ۱۷

هزینه‌های درمانی، افزایش بار مراجعات مراکز دولتی، افزایش سهم هزینه‌های سلامت از سبد هزینه خانوار، افزایش نارضایتی کادر درمانی به دنبال بی‌عدالتی در پرداخت‌ها و افزایش اختلالات در زنجیره تأمین دارو شد، مورد بازنگری جدی قرار گیرد و با اجرای مجدد آن به استانداردهای جهانی بهداشت و درمان نزدیک‌تر شویم.

۵- با توجه به روند تغییرات جمعیتی در کشور و افزایش تعداد سالمندان در سال‌های آتی، بیماری‌ها و هزینه‌های آن در دوران سالمندی بار مالی قابل توجهی بر نظام سلامت خواهد داشت. از این رو ضروری است در ساختار بیمه‌های پایه و تکمیلی و تأمین مالی این حوزه تجدید نظر اساسی صورت پذیرد. چراکه با افزایش جمعیت بازنشسته نسبت به جمعیت فعال، بر تعداد مستمری‌بگیران افزوده شده و از تعداد افرادی که حق بیمه می‌پردازند، کاسته خواهد شد. این امر عدم پایداری منابع و افزایش مصارف آن را در پی خواهد داشت و در صورت عدم بازنگری قوانین و ساختارها، علاوه بر افزایش پرداختی‌های مردم و فشار اقتصادی مضاعف بر آن‌ها، ورشکستگی بیمه‌ها را در پی خواهد داشت.

## منابع

- امجدی، حوریه؛ مطلبی، مسعود و گنجی، قربانعلی. (۱۳۹۹). تحلیل مقایسه‌ای سیاست‌های اجتماعی-رفاهی در دولت‌های احمدی‌نژاد و روحانی، مطالعات توسعه اجتماعی ایران، شماره ۴۷، صفحه ۱۹۱-۱۷۷.
- بانک مرکزی ایران. (بی‌تا). بانک اطلاعات سری‌های زمانی اقتصادی، برگرفته از: <https://tsd.cbi.ir/Display/Content.aspx>
- جمشیدی، حمیدرضا، عزیزی، فریدون؛ مرندي، سیدعلیرضا و لاریجانی، باقر. (۱۴۰۰). سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۰ - ۱۳۵۷ جلد اول و دوم. تهران: انتشارات اطلاعات
- درویش، آذر و علیرضائزاد، سهیلا. (۱۴۰۰). توسعه انسانی، سن و رفتار سلامتی: مطالعه‌ای در شهر سمنان. مطالعات توسعه اجتماعی ایران، شماره ۵۱، صفحه ۶۸-۵۳.
- سازمان تأمین اجتماعی. (۱۴۰۱). ۶۰ سال سازمان تأمین اجتماعی از نگاه آمار ۱۴۰۰-۱۳۴۰.
- سفیری، خدیجه؛ شایسته، سولماز و شیرمحمدی، ایلناز. (۱۴۰۰). جامعه‌شناسی سلامت، تهران: انتشارات دانشگاه الزهراء (س)
- عبداله میلانی، مهنوش؛ محمدی، تیمور و توسلی، سلاله. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر مخارج سلامت با تأکید بر سالمندی جمعیت: یک مطالعه پانل بین کشوری. پژوهشنامه اقتصادی، شماره ۶۵، صفحه ۵۰-۲۵.
- کارگر ده بیدی، نوید؛ قربانپان، عفت و فتحی، فاطمه. (۱۳۹۷). ارزیابی عوامل مؤثر بر مخارج سلامت در کشورهای اسلامی گروه D-8. پژوهش‌های اقتصادی ایران. شماره ۷۷، صفحه ۲۱۵-۱۹۵.
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۰). سری زمانی نماگرها و شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۵۵ سال کشور.
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۰-۱۳۶۸). سالنامه آماری کشور.
- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۰-۱۳۸۰). حساب‌های ملی سلامت.
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۶). دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران.
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۰ الف). مجموعه گزارش‌های پایش فقر در سال ۱۴۰۰.
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۰ ب). مجموعه گزارش‌های فقر چند بعدی: گزارش فقر بهداشت و سلامت در ایران.
- همایونی، فاطمه‌السادات؛ بقائی سرابی، علی؛ عیسوی، محمود و قاسمی، عاصمه. (۱۴۰۲). تحلیل اسنادی سیاست‌گذاری سلامت در دولت‌های هشت‌گانه جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۶۸-۱۴۰۰ (با تأکید بر مصوبات هیأت دولت)، مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۱۵، شماره ۲، صفحه ۷۹-۶۵.

- Muremyi, R., Haughton, D., Niragire, F., & Kabano, I. (2023). Determining Factors Influencing Out-Of-Pocket Health Care Expenditures in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. In *Applied Research Conference in Africa* (pp. 441-450). Springer, Cham.
- Petrera Pavone, M., & Jiménez Sánchez, E. (2019). Determinants of out-of-pocket spending on health among the poor population served by public services of health in Peru, 2010–2014. *Rev Panam Salud Publica; 43, sept. 2019*.
- Reinhardt, U. E., & Cheng, T. M. (2000). The world health report 2000-Health systems: improving performance. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 1064-1064.