

## Assessment of the Fairness in Financial Contribution Index in Iranian Health System from 2007 to 2017

Farooq Na'emani<sup>1</sup>, Shahram Tofighi<sup>2</sup>, Jafar Yahyavi Dizaj<sup>1\*</sup>, Majid Safaei Lari<sup>1</sup>, Pedram Noorizade<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Future Studies and Theory Building, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding Author:** Jafar Yahyavi Dizaj, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: j.yahyavi.d@razi.tums.ac.ir

Received: 16 May 2019

Revised: 28 May 2019

Accepted: 31 May 2019

Online Published: 18 June 2019

### Abstract

**Introduction:** Fairness in financial contribution is a fundamental objective for the health systems, which can improve access to health care services and health outcomes. Due to the importance of this issue, the current study aimed at assessing the fairness in financial contribution index (FFCI) in Iranian Health System from 2007 to 2017.

**Methods:** The current retrospective and cross-sectional study was conducted based on the annual income-expenditure survey of household data provided by the Statistics Center of Iran, from 2007 to 2017. The Statistics Center of Iran used a three-step clustered random method in the current study. The Fairness in Financial Contribution Index (FFCI) was calculated based on the formula presented by the World Health Organization (WHO) and using Excel software.

**Results:** The findings of the current study showed that the FFC index for the whole study period on average was 0.84, 0.82 and 0.83, in urban, rural and total country, respectively. In addition, in 2009 and 2010, the FFC index declined in rural and urban areas and across the country. In 2011, both in rural and urban areas, tangible incremental changes were observed in the FFC index. The FFC index dropped from 2012-2014, and in 2016 it remained unchanged compared to 2015. In 2017, the FFC index had a significant increase, and reached 0.86 for the country.

**Conclusions:** According to the current study results, the policies adopted in the health sector from 2007 to 2017 including the development of treatment insurance, the economic reform plan (2009), and the health reform plan (2014) failed to achieve the goals of the National Development Plan on Financing Justice In the health system (FFCI = 0.9), there was a significant difference, especially in rural areas, with the specified target. Therefore, the health system requires attention and specified planning by government and policymakers to promote this index.

**Keywords:** Health Costs, Financial Protection, FFC Index

### Citation:

Na'emani F, Tofighi S, Yahyavi Dizaji J, Safaei Lari M, Noorizadeh P. Assessment of the Fairness in Financial Contribution Index in Iranian Health System from 2007 to 2017. *Iran J Health Insur.* 2019;2(1):01-06.

## ارزیابی وضعیت شاخص مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت ایران: دوره

## مطالعاتی ۱۳۸۶-۱۳۹۵

فاروق نعمانی<sup>۱</sup>، شهرام توفیقی<sup>۲</sup>، جعفر یحوی دیزج<sup>۱\*</sup>، مجید صفایی لاری<sup>۱</sup>، پدram نوری زاده<sup>۱</sup>  
<sup>۱</sup> گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> گروه آینده‌نگری و نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: جعفر یحوی دیزج، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: j.yahyavi.d@razi.tums.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۰

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۰۳/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۲۶

## چکیده

**مقدمه:** عدالت در مشارکت مالی، یک هدف اساسی برای نظام‌های سلامت به شمار می‌رود؛ چراکه ممکن است دسترسی به خدمات درمانی و نتایج سلامت را بهبود بخشد. با توجه به اهمیت موضوع مذکور، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت شاخص مشارکت عادلانه هزینه‌های سلامت در ایران طی دوره مطالعاتی: ۱۳۸۶-۱۳۹۵ انجام شده است. **روش بررسی:** مطالعه گذشته‌نگر حاضر به صورت مقطعی، در دوره مطالعاتی بین سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۹۵، با استفاده از داده‌های پیمایش سالانه هزینه-درآمد خانوارها که توسط مرکز آمار ایران براساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی سه مرحله‌ای تهیه می‌شود، انجام گرفت. شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI) طبق فرمول ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) و با استفاده از نرم‌افزار Excel محاسبه شد. **یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که شاخص FFC به طور متوسط برای کل دوره در مناطق شهری، روستایی و کل کشور به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بوده است. علاوه بر این در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مقدار شاخص FFC هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری و به تبع آن در کل کشور روند کاهشی داشته است. در سال ۱۳۹۰ در هر دو مناطق روستایی و شهری، شاهد تغییرات افزایشی محسوس در شاخص FFC هستیم. از سال ۱۳۹۱-۱۳۹۳ مقدار شاخص FFC با کاهش همراه بوده و در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۱۳۹۳ بدون تغییر مانده است. در سال ۱۳۹۵ مقدار شاخص FFC تغییرات افزایشی محسوس داشته و برای کل کشور به مقدار ۰/۸۶ رسیده است. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج این مطالعه، سیاست‌های اتخاذ شده در بخش سلامت طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۹۵ از جمله: توسعه بیمه‌های درمان، طرح تحول اقتصادی در سال ۱۳۸۸ و طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ نتوانسته است موجب تحقق اهداف برنامه توسعه ملی در عدالت تأمین مالی در نظام سلامت (FFCI = ۰/۹) شود و اختلاف قابل توجهی به‌ویژه در مناطق روستایی، با هدف تعیین شده دارد. لذا نظام سلامت، نیازمند توجه و برنامه‌ریزی منسجم و عملی دولت و سیاستگذاران، جهت ارتقاء این شاخص می‌باشد. **واژگان کلیدی:** هزینه‌های سلامت، محافظت مالی، شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI)

## مقدمه

دستیابی به این اهداف وابسته به انجام درست و صحیح کارکردهای اصلی نظام‌های سلامت، از جمله تأمین مالی می‌باشد [۵]. تأمین مالی در نظام سلامت، یکی از مهمترین کارکردهای نظام سلامت است که دارای تأثیرات اساسی بر سایر کارکردهای نظام سلامت می‌باشد؛ لذا عدالت در تأمین مالی همواره مورد توجه نظام‌های سلامت بوده است. تأمین مالی در نظام سلامت، زمانی عادلانه خواهد بود که هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت برای خانوارها برحسب توان پرداخت آنها نه بر اساس خطر خود بیماری توزیع شده باشد [۶] و افراد حین نیاز به خدمات سلامت با هزینه‌های فاجعه‌بار مواجه نشوند [۷]. [۸]

به عبارت دیگر عدالت در تأمین مالی نظام سلامت می‌تواند تضمین‌کننده حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های سلامت باشد. حفاظت مالی به این معناست که هر خانوار باید سهم متناسبی از درآمدش را برای خدمات سلامت پرداخت کند [۹]. بنابراین نبود محافظت مالی یک نظام سلامت به‌عنوان بیماری آن نظام سلامت

مفهوم سلامتی به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری، موجب شده است که دولت‌ها و سیاستگذاران سلامت، ملزم و متعهد به درمان و پیشگیری بیماری‌ها شوند و تمام تلاش و منابع خود را بکارگیرند تا شرایطی مهیا شود که دسترسی به خدمات سلامت برای تمامی افراد وجود داشته باشد [۱]. آنچه در ارائه خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد مساله عدالت است. عدالت در نظام سلامت را می‌توان در ابعاد عدالت مالی، عدالت در دسترسی به خدمات و عدالت در سلامت افراد جامعه تعریف کرد و نیل به آن از چالش‌های پیش روی سیاستگذاران و یکی از بحث‌برانگیزترین مباحث حوزه بهداشت و درمان است [۳]. سازمان جهانی بهداشت طی اعلامیه جهانی سال ۲۰۰۰، نظام‌های سلامت را نه تنها مسئول تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی مردم می‌داند، بلکه به دلیل کثرت قیمتی پایین تقاضا برای اکثر خدمات سلامت و اجتناب‌ناپذیر بودن استفاده از آن‌ها در هنگام نیاز، حفاظت از خانوارها در برابر هزینه‌های خدمات سلامت را به‌عنوان سومین هدف و مسئولیت اصلی نظام‌های سلامت معرفی می‌کند [۴].

خوشه‌ای است. در این روش عناصر نمونه اصلی طی چند مرحله انتخاب می‌شوند. بدین منظور مرکز آمار کشور، ابتدا چند استان را به‌طور تصادفی از کل کشور برمی‌گزیند و سپس از بین هر استان چند واحد استانی (شامل شهر و روستا) را معین و پس از آن عناصر نمونه را از هر واحد به‌طور تصادفی انتخاب می‌کند [۱۴]. ابزار مورد استفاده در پیمایش مرکز آمار ایران، پرسشنامه "هزینه درآمد خانوار شهری و روستایی" است که از طریق مصاحبه با سرپرست خانوار تکمیل می‌گردد. این پرسشنامه حاوی اطلاعات مختلفی از جمله: ویژگی‌های اجتماعی اعضای خانوار، محل سکونت، دارایی‌های زندگی، مخارج خوراکی و غیرخوراکی خانوار می‌باشد [۱۵]. در این مطالعه به منظور محاسبه شاخص مشارکت عادلانه مالی (FFCI) از روش پیشنهاد شده توسط سازمان جهانی بهداشت استفاده گردید؛ که فرمول معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر محاسبه گردیده است:

الف) سهم هزینه‌های خوراکی از کل هزینه‌ها برای هر خانوار از طریق تقسیم هزینه‌های خوراکی بر کل هزینه‌های یک خانوار:

$$food_{exp_h} = food_h / exp_h$$

ب) سپس با در نظر گرفتن مقیاس اقتصادی مصرف خانوار (اصل صرفه‌جویی مقیاس)، از مقیاس بعد تعدیل شده خانوار به جای بعد واقعی خانوار استفاده می‌شود. بعد تعدیل شده خانوار برای هر خانوار به صورت زیر به دست می‌آید:

$$eqsize_h = hsize_h^{.56}$$

ت) هزینه‌های غذای تعدیل شده که از نسبت هزینه‌های غذایی به بعد خانوار تعدیل شده بدست می‌آید:

$$Eqfood_h = food_h / eqsize_h$$

ج) از تقسیم هزینه خوراک هر خانوار، به بعد تعدیل شده، هزینه خوراک تعدیل شده به دست می‌آید:

$$eqfood_h = \frac{food_h}{eqsize_h}$$

د) در این مرحله خانوارهای نمونه را بر حسب "سهم خوراک از کل هزینه‌های خانوار" و سپس به ۱۰۰ گروه مساوی تفکیک نمودیم که هر گروه یک صدک نامیده می‌شود. صدک‌های ۴۵ و ۵۵ کل نمونه انتخاب و به ترتیب شماره‌های ۴۵ و ۵۵ نامیده می‌شوند. اگر سرشماری یک متغیر وزنی خانوار را در بر داشته باشد، در محاسبه صدک‌ها می‌بایست وزن را هم لحاظ کرد.

ه) میانگین وزنی هزینه‌های خوراکی در صدک‌های ۴۵ و ۵۵ هزینه معاش سرانه تعدیل شده که همان خط فقر است را به دست می‌دهد:

$$pl = \frac{\sum W_h * eqfood_h}{\sum W_h} \quad , \quad food_{45} < food_{exp_h} < food_{55}$$

و) در نهایت از طریق فرمول زیر هزینه معاش برای هر خانواده بدست می‌آید:

$$se_h = pl * eqsize_h$$

ظرفیت پرداخت خانوار به صورت تفاوت هزینه‌های کل از هزینه‌های معیشتی و هزینه‌های غذایی به دست می‌آید:

$$ctp_h = exp_h - se_h \quad \text{if} \quad se_h \leq food_h$$

$$ctp_h = exp_h - food_h \quad \text{if} \quad se_h > food_h$$

شناخته می‌شود که بارزترین نشانه‌ی آن رنج بردن خانوارها از بار ناشی از فقر اقتصادی، علاوه بر بار بیماری می‌باشد [۱۰].

کشورهای مختلف بسته به شرایط مختلف اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، از روش‌های مختلفی شامل بیمه‌های مبتنی بر مالیات، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خصوصی و پرداخت از جیب مستقیم برای تأمین مالی نظام سلامتشان استفاده می‌کنند [۱۱] که میزان منصفانه بودن این روش‌های تأمین مالی براساس میزان سهم و مشارکت خانوارها در تأمین منابع مالی هزینه‌های سلامت تعیین می‌شود. لذا با در نظر گرفتن نیاز به عدالت و اهمیت مسأله کلیدی تأمین سلامت، توجه به نابرابری تأمین مالی بخش سلامت اهمیت بیشتری می‌یابد؛ اما با این وجود اندازه‌گیری عادلانه بودن تأمین مالی حوزه سلامت در طول زمان و در بسیاری از کشورها هنوز هم به‌عنوان یک چالش مطرح است [۱۲]. به منظور پاسخگویی به این چالش، دکترین و متخصصین حوزه سیاستگذاری نظام سلامت شاخص‌هایی را جهت اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت معرفی می‌نمایند که از این بین می‌توان به شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI: Fairness in Financial Contribution Index) اشاره کرد. شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در سال ۲۰۰۰ از سوی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از ۳ هدف عمده یک نظام سلامت مطرح شده است [۱۳]. براساس این شاخص، نظام سلامت زمانی عادلانه تأمین مالی می‌شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. براین اساس عدالت عبارت است از برابر بودن سهم حق مشارکت‌ها از ظرفیت پرداخت خانوارها. شاخص FFCI یکی از شاخص‌های مهم برای ارزیابی وضعیت عدالت در نظام سلامت می‌باشد. زیرا ارزیابی مفیدی از عملکرد نظام اقتصادی، اقتصاد خانواده و سیاست‌های حمایتی دولت ارائه می‌دهد.

با توجه به اهمیت شاخص مذکور، در مطالعه حاضر شاخص FFCI با استفاده از اطلاعات بودجه خانوار در دوره مطالعاتی بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ محاسبه گردیده است. نتایج این مطالعه می‌تواند در نوع خود بسیار مفید واقع شود و مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت قرار گیرد؛ زیرا در برآورد این شاخص‌ها، عموماً ارزیابی مفیدی از عملکرد نظام اقتصادی، اقتصاد خانواده و سیاست‌های حمایتی دولت ارائه می‌دهد و براساس آن دولت می‌تواند از میزان بهبود و تأثیر برنامه‌های خود آگاهی پیدا کند و در صورت اثربخش نبودن برنامه‌ها در حوزه عدالت تأمین مالی، آن را اصلاح کند.

## روش بررسی

مطالعه گذشته‌نگر حاضر به صورت مقطعی و با بررسی اطلاعات بودجه خانوار در دوره مطالعاتی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. در این مطالعه از داده‌های پیمایشی سالانه هزینه-درآمد خانوار که توسط مرکز آمار ایران تهیه می‌شود، استفاده شد. جامعه آماری مطالعه، کل خانوارهای ایرانی می‌باشند. به منظور قابلیت اجرایی پیمایش، مرکز آمار ایران اقدام به نمونه‌گیری از جامعه می‌نماید؛ که نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی سه مرحله‌ای صورت می‌گیرد. نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی سه مرحله‌ای شکل گسترده یافته نمونه‌گیری

مناطق روستایی و هم در مناطق شهری و به تبع آن در کل کشور با کاهش همراه بوده است. بدین شکل که از ۰/۸۲ در سال ۱۳۸۷ به ۰/۷۸۵ در سال ۱۳۸۹ در مناطق روستایی و از ۰/۸۴۲ به ۰/۷۷۸ در مناطق شهری رسیده است. همچنین تغییرات مقدار شاخص FFC در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ در هر دو مناطق روستایی و شهری با تغییرات افزایشی محسوس همراه بوده است.

جدول ۱: توزیع آماری خانوارهای مورد مطالعه به تفکیک جمعیت‌های روستایی و شهری در دوره مطالعاتی ۱۳۸۶-۱۳۹۵

سال	روستایی	شهری	مجموع
۱۳۸۶	۱۶۲۶۶	۱۵۰۱۹	۳۱۲۸۵
۱۳۸۷	۱۹۷۰۸	۱۹۳۸۲	۳۹۰۹۰
۱۳۸۸	۱۸۲۰۴	۱۸۶۶۶	۳۶۸۷۰
۱۳۸۹	۱۹۵۸۵	۱۸۷۰۲	۳۸۲۸۷
۱۳۹۰	۱۹۷۸۷	۱۸۷۲۸	۳۸۵۱۵
۱۳۹۱	۱۹۶۵۸	۱۸۵۳۶	۳۸۱۹۴
۱۳۹۲	۱۹۴۳۷	۱۸۸۸۱	۳۸۳۱۸
۱۳۹۳	۱۹۳۹۱	۱۸۸۸۶	۳۸۲۷۷
۱۳۹۴	۱۹۳۸۲	۱۸۸۷۲	۳۸۲۵۴
۱۳۹۵	۱۹۳۴۰	۱۸۸۰۹	۳۸۱۴۹
مجموع	۱۹۰۷۵۸	۱۸۴۴۸۱	۳۷۵۲۳۹

این مقدار در سال ۱۳۹۰ در مناطق شهری به بیشترین مقدار (۰/۸۶۶) خود در طی دوره مطالعاتی از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ رسیده است. در ادامه و در سری زمانی مورد مطالعه مقدار شاخص FFC در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ در مناطق شهری ثابت بوده است (FFCI = ۰/۸۴۱)؛ اما در مناطق روستایی با اندکی افزایش همراه بوده است و از ۰/۸۱۴ در سال ۱۳۹۲ به ۰/۸۲۱ در سال ۱۳۹۳ رسیده است و در سال ۱۳۹۴ این مقدار مجدداً بدون تغییر مانده است اما در مناطق شهری کاهش یافته و به مقدار ۰/۸۱ رسیده است. در سال ۱۳۹۵ برای دومین بار در طول دوره مطالعاتی شاهد تغییرات افزایشی محسوس در مقدار شاخص FFC هستیم به گونه‌ای که شاخص مذکور در سال ۱۳۹۵ به بیشترین مقدار خود در طی دوره مطالعاتی در مناطق روستایی می‌رسد (جدول ۲). تصویر ۱ نیز تغییرات مقدار شاخص FFC در طی دوره مطالعاتی را نشان می‌دهد.

oopctph یا کل هزینه‌های پرداخت شده از جیب، نسبت پرداخت‌های مستقیم از جیب برای سلامت به توانایی پرداخت مالی پرداخت برای خدمات سلامت را نشان می‌دهد و به عنوان پرداخت‌های مستقیم از جیب به صورت درصدی از توانایی پرداخت خانوار تعریف می‌شود.

$$oopctph = \frac{oop_h}{ctp_h}$$

شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI) وزن زیادی را برای خانوارهایی که نسبت بالایی از درآمد مؤثر آنها برای سلامت هزینه می‌شود را در نظر می‌گیرد. شاخص مذکور به طور کلی نابرابری را در مشارکت مالی خانوارها در نظام سلامت منعکس می‌کند. فرم مکعب به این منظور استفاده می‌شود که وزن بیشتری به خانوارهایی که در دنباله‌های توزیع هستند؛ داده شود.

و در نهایت محاسبه شاخص FFC بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$FFCI = 1 - \sqrt{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |oopctph - oopctph|^3}{\sum w_h}}$$

## یافته‌ها

کل نمونه مورد بررسی این مطالعه از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۵ در مناطق روستایی ۱۹۰۷۵۸ خانوار و در مناطق شهری ۱۸۴۴۸۱ خانوار و در مجموع ۳۷۵۲۳۹ خانوار برای کل کشور بوده است (جدول ۱). بر اساس نمونه مورد مطالعه، حدود ۴۹ درصد خانوارها، شهری و ۵۱ درصد روستایی بودند. ۷۷ درصد خانوارها دارای خانه شخصی و ۲۳ درصد آنها بدون خانه شخصی (رهن و اجاره) بودند. همچنین ۷۰ درصد سرپرست خانوارها با سواد و دارای شغل می‌باشند و ۸۷ درصد سرپرست خانوار مرد و ۱۳ درصد آنها زن می‌باشد. در کل نمونه مورد مطالعه، ۲/۹ درصد خانوار به هزینه‌های کمرشکن مبتلا شده‌اند. نتایج محاسبه شاخص FFC نشان می‌دهد که میزان این شاخص در سال ۱۳۸۶ در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۰/۸۴۱ و ۰/۸۱۷ بوده است. در سال ۱۳۸۷ این میزان در مناطق روستایی افزایش داشته و به ۰/۸۲ رسیده است؛ اما در مناطق شهری تغییر چشمگیری نداشته و در حدود ۰/۸۴ باقی مانده است. طی این دو سال مقدار شاخص FFC در کل کشور به ترتیب ۰/۸۲۹ و ۰/۸۳۱ بوده است (جدول ۲). در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ مقدار شاخص FFC هم در

جدول ۲: شاخص مشارکت مالی در بخش بهداشت و درمان

محل سکونت	سال									
روستا	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
شهر	۰/۸۴۱	۰/۸۴۲	۰/۸۳۵	۰/۷۷۸	۰/۸۶۶	۰/۸۶۳	۰/۸۴۱	۰/۸۴۱	۰/۸۱	۰/۸۶۵
کل	۰/۸۲۹	۰/۸۳۱	۰/۸۱۸	۰/۷۸۱	۰/۸۵۶	۰/۸۵	۰/۸۲۷	۰/۸۳۱	۰/۸۱۵	۰/۸۶

## بحث

بجز سال ۱۳۹۵ تغییرات چشمگیری نداشته است؛ و بین مقدار ۰/۸۲-۰/۸۶ در نوسان بوده است. به علاوه بر این سایر مطالعات انجام شده جهت ارزیابی وضعیت شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی در کشور بیانگر این مهم می‌باشند که مقدار شاخص مذکور در حد قابل قبولی نیست. طی مطالعه‌ای که توسط رضوی و همکارانش در سال ۱۳۸۴ انجام شد؛ نتایج حاکی از وضعیت نامطلوب عدالت در مشارکت خانوارها

طبق الگوی ارائه شده سازمان جهانی بهداشت، عملکرد نظام سلامت در مقایسه با میزان دستیابی به اهداف آن سنجیده می‌شود. شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت (FFC) یکی از شاخص‌های با اهمیت برای ارزیابی عدالت در بخش سلامت می‌باشد. نتایج حاصله در خصوص شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت، نشان می‌دهد که طی سال‌های مذکور مقدار این شاخص

بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص عدالت در مشارکت مالی در سلامت به ۰/۹ ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد همچنین میزان خانوار آسیب‌پذیر از هزینه‌های کمرشکن سلامتی به یک درصد کاهش یابد ولی براساس نتایج مطالعه حاضر در دوره مورد مطالعه، شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی تفاوت محسوسی نداشته و در حدود ۰/۸۴ برای مناطق شهری و حدود ۰/۸۲ برای مناطق روستایی درنوسان بوده است؛ به علاوه مقایسه مقادیر این شاخص برای مناطق شهری و روستایی دلالت بر نابرابری بیشتر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری از لحاظ مشارکت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت دارد که مطالعه راغفر و همکاران (۱۳۹۲) نیز وجود این نابرابری بین مناطق شهری و روستایی را تأیید می‌کند [۱۹].

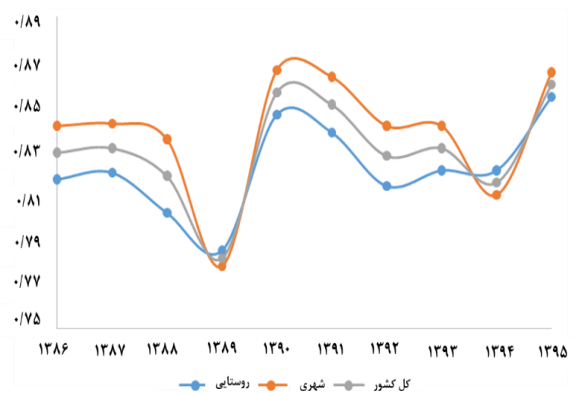
با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، اگر چه در سال ۱۳۹۵ شاهد افزایش چشمگیر در شاخص FFC در مناطق شهری و روستایی بود، اما در سال ۱۳۸۶ رسیده و بیانگر نتایج امیدبخش در راستای تحقق اهداف توسعه ملی می‌باشد؛ ولی همچنان شاهد عدم تحقق این اهداف در محافظت تأمین مالی سلامت هستیم.

نکته قابل تأمل دیگر این است که اگرچه برای گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه، کاستی وجود ندارد اما در اجرا، مسائل و مشکلات عدیده‌ای را ملاحظه می‌نماییم و با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های توسعه، گزارشات بدون سالیانه‌ای که نشان دهد به چه میزان اهداف مربوط به عدالت در نظام سلامت محقق شده در دست نیست. بنابراین طبق بررسی‌ها، روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته تغییر معناداری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند؛ لذا به نظر می‌رسد که این حوزه همچنان نیازمند توجه ویژه از طرف همه دستگاه‌ها و سازمان‌های درگیر در این مسئله می‌باشد و لازم است در این زمینه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد و علل ریشه‌ای عدم رسیدن به اهداف تدوین شده جهت دستیابی به عدالت در نظام سلامت بررسی شود.

### نتیجه‌گیری

شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت (FFCI) از نمادگرهای رفاه در جامعه و توسعه‌یافتگی کشور می‌باشد. سنجش این شاخص می‌تواند شواهد مناسبی برای سیاستگذاران سلامت در زمینه رصد کردن بهتر اثرات سیاست‌های تأمین مالی نظام سلامت فراهم آورد. طبق نتایج این مطالعه، سیاست‌های اتخاذ شده در بخش سلامت از جمله توسعه بیمه‌های درمان، طرح تحول اقتصادی در سال ۱۳۸۸ و طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ نتوانسته است موجب تحقق اهداف برنامه توسعه ملی در عدالت تأمین مالی در نظام سلامت شود و اختلاف قابل توجهی به‌ویژه در مناطق روستایی، با هدف تعیین شده (FFCI = ۰/۹) در برنامه‌های توسعه ملی دارد؛ اگرچه در سال ۱۳۹۵ بهبودهایی در راستای تحقق این اهداف دیده می‌شود. لذا نظام سلامت نیازمند توجه و برنامه‌ریزی منسجم و عملی دولت و سیاستگذاران سلامت جهت ارتقا این شاخص می‌باشد.

در تأمین مالی هزینه‌های سلامت در گستره زمانی ۸ ساله از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۱ بود [۱۶]. همچنین یافته‌های مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ به سفارش دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت (WHOEMRO: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean) در ایران انجام شده بود، بیانگر این موضوع هستند که روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن طی چهارسال از سال ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۱ از یک طرف و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی (FFCI) در همین دوره نشان از عملکرد ناهماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت‌خواهانه این بخش داشته است [۳]. همچنین طبق آخرین گزارش جهانی در زمینه مقایسه وضعیت شاخص مشارکت عادلانه مردم که در سال ۲۰۰۰، از طرف سازمان بهداشت جهانی منتشر شد، ایران در بین ۱۹۰ کشور جهان در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشته است که بیانگر وضعیت نامطلوب شاخص مذکور می‌باشد [۱۳]. علاوه بر این یافته‌های مطالعه فضائی در سال ۱۳۸۶ که با هدف اندازه‌گیری شاخص‌های عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۲ انجام شد؛ نشان می‌دهند که در دوره مورد مطالعه شاخص FFC در مناطق شهری بهبود یافته و از ۰/۸۴۱۱ به ۰/۸۵۴۴ رسیده بود اما روند تغییرات این شاخص در مناطق روستایی کندتر و در جهت کاهشی بوده است که طی سال‌های مورد بررسی از ۰/۸۲۹ به ۰/۸۲۵ رسیده بود. این شاخص در کل کشور طی این سال‌ها از ۰/۸۳۳۸۱ به ۰/۸۳۵۸۲ افزایش یافته بود [۱۷]. همچنین در مطالعه مطلق و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی تأثیر اجرای طرح تحول سلامت بر شاخص هزینه‌های کمرشکن و شاخص FFC در استان لرستان پرداخته بودند، نشان دادند که در دوره مطالعاتی مورد نظر از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ میزان شاخص FFC بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۴ در نوسان بوده است [۱۸].



تصویر ۱: شاخص مشارکت مالی در بخش بهداشت و درمان

میزان نوسانات مقدار شاخص FFC در مطالعه مطلق و همکاران کمتر از مقدار شاخص مذکور در مطالعه حاضر است که استانی بودن جامعه پژوهش در مطالعه آنان و انجام مطالعه حاضر در سطح کشوری و مقطع زمانی مورد مطالعه می‌تواند از علل تفاوت بین این دو مقدار باشد. ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه ملی بیان می‌کند؛ توزیع منابع و امکانات

## References

1. Kirby M. The right to health fifty years on: still skeptical? *Health Hum Rights*. 1999;4(1):6-25. [pmid: 10438553](#)
2. Leary VA. The right to health in international human rights law. *Health Hum Rights*. 1994;1(1):24-56. [pmid: 10395710](#)
3. Bagherilankarani K, Karimian Z. Introduction to Equity in health system. *Health Pol Res Cent*. 2010.
4. WHO. The world health report 2013: Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, 2013.
5. Reinhardt U. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
6. Wagstaff A. Measuring equity in health care financing: reflections on (and alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index: The World Bank; 1999.
7. WHO. How well do health systems perform? Geneva: World Health Organization; 2000.
8. WHO. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action: World Health Organization; 2007.
9. NosratAbadi M, Sharifian Sani M, Vamaghi M. Analysis of Health Poverty trend in Tehran Housholds using Health Financial Contribution and cohort approach:1984-2012. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 1970;21(6):1045-54.
10. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*. 2006;368(9549):1828-41. [doi: 10.1016/s0140-6736\(06\)69565-2](#)
11. Pal R. Measuring incidence of catastrophic out-of-pocket health expenditure: with application to India. *Int J Health Care Finance Econ*. 2012;12(1):63-85. [doi: 10.1007/s10754-012-9103-4](#) [pmid: 22351126](#)
12. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshtrati B, Mohammadsalehi N. Inequity in Health Measurement Indexes and Application to the Health Care Utilization Data. *Iran J Epidemiol*. 2013;9(2):1-14.
13. Reinhardt U, Cheng T. The world health report 2000-Health systems: improving performance. Geneva: Bulletin of the World Health Organization, 2000.
14. Statistics Center of Iran. [Survey Standards]: Statistics Center of Iran; 2008 [cited 2018]. Available from: [https://www.amar.org.ir/Portals/0/faradade/survey\\_standard\\_rev2.pdf](https://www.amar.org.ir/Portals/0/faradade/survey_standard_rev2.pdf).
15. Statistics Center of Iran. [Questionnaire 95]: Statistics Center of Iran; 2016 [cited 2018]. Available from: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/amarmozuii/hazinedarama/Questionnaire95.pdf>.
16. Razavi S. Fairness in financial contribution in health care. Iran: Andishmand; 2005.
17. Fazaeli A. Measuring Equity in health care financing in Iran (2003-2006). tehran: health deputy of ministry of health. *Appl Res Cent*. 2007.
18. Motlagh SN, Darvishi B, Haghghatfard P, Imani-Nasab M-H. Fairness of Health Financing before and after Introduction of Iranian Health Sector Evolution Plan: A Case Study. *J Clin Diagn Res*. 2018;12(6). [doi: 10.7860/jcdr/2018/35366.11699](#)
19. Raghfar H, Atrkar Roshan S, Atefi M. Measurement of the Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in Different Regions of Iran, 1984-2010. *Hakim Health Syst Res J*. 2013;16(3):182-91.