

عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های

سوم و چهارم توسعه*

سعید کریمی^۱، نجمه بهمن زیاری^۲

مقاله مروری

چکیده

سلامت یک پروسه‌ی چند محوری و در عین حال بسیار مهم است، از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد. آن چه در ارابه‌ی خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد، مسأله‌ی عدالت است. در این مقاله سعی شد تا با بررسی آمار موجود، عادلانه بودن خدمات سلامت کشور در فاصله‌ی سال‌های برنامه‌های سوم و چهارم توسعه مورد بررسی قرار گیرد. این مطالعه در پایان سال ۱۳۹۰ به صورت مروری انجام و برای گردآوری اطلاعات از موتورهای جستجو و منابع کتابخانه‌ای بهره‌گیری شد. سپس یافته‌ها با توجه به هدف اصلی پژوهش، انتخاب و مرتب گردید. همان طور که بررسی‌ها نشان داد، اگر چه برای گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه در کشورمان کاستی وجود ندارد، اما در اجرا، مسایل و مشکلات عدیده‌ای را ملاحظه می‌نماییم و با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، تحلیل آماری و گزارشات مدون سالیانه که به چه میزان اهداف برنامه محقق شده است، در دست نیست، اما طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است تا تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند. با این وجود، پیشرفت‌هایی نیز داشته‌ایم، اما لازم است که در این زمینه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد و علل ریشه‌ای عدم موفقیت برنامه‌ها بررسی شود.

واژه‌های کلیدی: عدالت؛ سلامت؛ شاخص‌های مالی سلامت؛ برنامه‌های توسعه

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

ارجاع: کریمی سعید، بهمن زیاری نجمه. عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۱۲۲-۱۱۱۳.

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و فقط نبود بیماری و معلولیت مد نظر نمی‌باشد (۱). با توجه به تعریف، سلامت دارای ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است که تحت تأثیر محیط اجتماعی، اقتصادی و زیستی قرار می‌گیرد (۲). به عبارت دیگر سلامت یک پروسه‌ی چند محوری و در عین حال بسیار مهم است، از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر، مقوله‌ی سلامت

تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد، به گونه‌ای که حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، لازمه‌ی هر حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود.

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: najmeh_bahmanziari@yahoo.com

وضعیت مناسب‌تری را نشان می‌دهد، اما تغییر عمده‌ای در طول سال‌های متمادی مشاهده نشده است و برنامه‌های توسعه و قوانین مختلف موجب بهبود وضعیت نشده‌اند.

در حال حاضر نیز پیشرفت‌های روز افزون دانش، روش‌ها و تکنولوژی‌های جدید در بهداشت و درمان از یک سو و تغییر شیوه‌ی زندگی، ساختار فرهنگی و اجتماعی، نیازهای پزشکی مردم و رشد شتابان جمعیت از سوی دیگر، مسأله‌ی عرضه‌ی امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات و موانع جدی روبه‌رو ساخته است (۱۳). حکومت‌های مختلف جهان، امروزه از جمله موفق‌ترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه‌ی مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند و همه‌ی سیستم‌های بهداشتی در سراسر دنیا در پی یافتن راه‌هایی برای پاسخ‌گویی بهتر به بیماران و جامعه‌ی تحت پوشش هستند (۱۴)؛ به طوری که اگر در کشوری یا جامعه‌ای مسأله‌ی بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت‌ها تلقی می‌شود و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع جامعه می‌گردد (۱۵).

نقش این بخش در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است؛ به طوری که کمبود دسترسی و پایین بودن کیفیت خدمات نه تنها کیفیت و سطح زندگی را کاهش می‌دهد، بلکه مانع بهبود سایر بخش‌های اقتصادی، افزایش بی‌عدالتی و نابرابری‌های اجتماعی و در نتیجه بروز مشکلات سیاسی می‌شود.

کشور ما نیز از جمله کشورهایی است که با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید در رویارویی با نوسانات بازار پول و کالا، مشکلاتشان دو چندان می‌شود، زیرا با وجود سیر صعودی تقاضا برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، همواره با محدودیت منابع روبه‌رو است؛ به طوری که پاسخ‌گویی کامل به نیاز مصرف‌کنندگان این بخش حتی در پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا نیز در حقیقت دور از دسترس به نظر می‌رسد.

در پاسخ به این مشکلات و چالش‌های ناشی از نیاز به عدالت و اهمیت مسأله‌ی کلیدی تأمین سلامت، توجه به

فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در تمام مراحل زندگی و زنجیره‌ی حیات او از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی به شمار می‌رود (۳) و آن چه در ارائه‌ی خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد، مسأله‌ی عدالت است. عدالت در خدمات بهداشتی - درمانی مفهومی چند بعدی است و نیل به آن از چالش‌های پیش‌روی سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت است (۴) که به صورت عملیاتی به حداقل رساندن نابرابری‌های قابل اجتناب در سلامت و عوامل مؤثر بر آن بین گروه‌هایی از مردم که دارای سطوح مختلف مزیت‌های اجتماعی یا امتیازات (سطوح مختلف قدرت، ثروت، یا اعتبار با توجه به موقعیت افراد در جامعه نسبت به گروه‌های دیگر) هستند، تعریف شده است (۵). این مسأله از آن جایی اهمیت می‌یابد که یکی از مقوله‌های اجتماعی مهم در معرض تأثیر مستقیم و غیر مستقیم فراگرد توسعه‌ی اقتصادی و نیز نابرابری درآمدی، وضعیت سلامت افراد جامعه است (۲).

Wagstaff در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ میلادی با عنوان فقر و نابرابری‌های بخش سلامت، عوامل اثرگذار بر فقر از طریق پرداخت برای بهداشت و درمان را پرداخت مستقیم از جیب به صورت کاهنده در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه و کشورهای در حال توسعه همانند بنگلادش، بروکینافاسو، چین، پاراگوئه و تایلند، هزینه‌های کمرشکن که در چندین کشور بیشتر از یک درصد از کل خانوارها، نیمی یا بیشتر از هزینه‌های غیر غذایی خود را جهت خدمات سلامت پرداخت کرده بودند و هزینه‌های فقرزا بیان می‌کند (۶).

جمشیدی (۷)، رضوی و همکاران (۸)، علیزاده و فضائی (۹)، حیدری (۱۰) و اکبری (۱۱)، نیز هر یک بررسی‌هایی در خصوص اندازه‌گیری برخی از شاخص‌ها و میزان عادلانه بودن خدمات سلامت در ایران انجام داده‌اند که بیانگر وضعیت چندان مناسبی نیست، اگر چه در مقایسه با برخی از کشورها مانند مالزی که ۷۳/۸ درصد تأمین منابع مالی بخش سلامت از طریق پرداخت مستقیم از جیب برآورد گردیده بود (۱۲)،

متخصصان سلامت نیز از تعابیر زیر برای توضیح عدالت در نظام سلامت استفاده نموده‌اند:

- هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف باشد، بی‌عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر عدالت در سلامت زمانی رخ می‌دهد که همه‌ی آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آن‌ها در میزان سلامت آن‌ها تأثیری نداشته باشد.

- عدالت در سلامت را می‌توان به صورت دسترسی بر اساس نیاز و پرداخت بر اساس توان نیز تعریف نمود.

انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، این مفهوم را این گونه بیان می‌نماید: عدالت در سلامت یعنی فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه، قابل بر طرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی (۱۸).

اما به طور کلی می‌توان گفت که در بحث ارزیابی خدمات مراقبت سلامت، سه تعبیر از عدالت مطرح است:

- عدالت به مفهوم فراهم کردن میزان حداقل استاندارد از درمان برای نیازمندان

- درمان برابر برای نیازهای برابر بدون توجه به درآمد افراد

- برابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی علاوه بر این‌ها، تعبیری دیگر از عدالت در رابطه با نحوه‌ی تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان وجود دارد که به معنی توزیع عادلانه، بار مالی هزینه‌های بهداشت و درمان در میان طبقات مختلف جامعه به کار رفته است (۱۹).

بایستی ذکر گردد که عدالت اغلب در دو سطح افقی و عمودی در نظر گرفته می‌شود و برای اولین بار تفکیک بین عدالت افقی و عمودی توسط ارسطو در یونان قدیم به صورت زیر تعریف گردید:

- عدالت افقی: با برابری‌ها باید، برابر رفتار شود.

- عدالت عمودی: با نابرابری‌ها باید، نابرابر رفتار شود (۱۸).

عدالت در ارزیابی خدمات سلامت

تعریف عدالت افقی و عمودی در نظام سلامت برگرفته از نظر

نابرابری‌های بهداشتی مشخص می‌شود. با این وجود اندازه‌گیری نابرابری سلامت در طول زمان و در سراسر کشورها هنوز هم به عنوان یک چالش مطرح است (۱۶).

این مقاله، بر آن بوده است تا با شناسایی اهداف برنامه‌های سوم و چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در رابطه با سلامت و عدالت اجتماعی و آمار موجود، میزان عادلانه بودن خدمات سلامت کشور در فاصله‌ی سال‌های اجرای این برنامه‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

روش بررسی

نوع مطالعه، مقاله‌ی مروری نقلی بود که جهت بررسی وضعیت کشور و میزان اثربخش بودن برنامه‌ها و اقدامات، در پایان سال ۱۳۹۰ به جستجوی مطالعات و آمار موجود پرداخته شد. در همین راستا به سایت‌های Google scholar، Google، SID و Magiran مراجعه و از کلید واژه‌های عدالت، نظام سلامت و شاخص‌های مالی سلامت استفاده گردید. هدف از این جستجو، یافتن مطالعاتی بود که به بررسی شاخص‌های مالی سلامت در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه در ایران پرداخته‌اند. در نهایت پس از بررسی ۴۲ مورد یافت شده، ۹ مورد از مطالعات مناسب و مرتبط به همراه منابع کتابخانه‌ای در دسترس انتخاب گردید.

شرح مقاله

مفهوم عدالت در سلامت

چیستی عدالت از سؤالات مهم در ذهن بشر می‌باشد که پاسخ‌های بسیار متفرق دریافت کرده است. اما به صورت کلی می‌توان بیان کرد که توجه به مفهوم عدالت بدون توجه به مفهوم حق امکان‌پذیر نیست. عدالت «اعطای کل ذی حق حقه» تعریف شده است. به عبارتی عدل و حق با هم عجین هستند. عدالت مرحله‌ی اجرای حق است و حق خود از جنس امور ثابت است. حقوق انسان‌ها به دلیل این که انسان هستند، حقوق مساوی است و عدل یعنی در شرایط مساوی، همه امکان برخورداری یکسان از امکانات را بیابند و همه بتوانند استعدادهای خود را شکوفا نمایند (۱۷).

ارسطو این گونه است:

در عدالت افقی تأکید بر این است که انسان‌ها در برابر نیازهای برابر، از خدمات برابر استفاده نمایند. اما در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت‌های بیشتری دریافت کنند (۱۷).

عدالت در تأمین مالی

تأمین عادلانه‌ی منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطرانی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آن‌ها توزیع شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه‌ی افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید.

نظام سلامتی که افراد یا خانوارها گاهی در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه‌ی اکثر کشورهای با درآمد پایین و برخی از کشورها با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند، اما در اکثر کشورهای در حال توسعه اغلب سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت می‌باشد.

تعریف عدالت افقی و عمودی در تأمین مالی نظام سلامت

عدالت افقی نیازمند آن است که خانوارها با توان یکسان، پرداخت یکسان داشته باشند.

عدالت عمودی یعنی خانوارهایی که توان نابرابر در پرداخت دارند، پرداخت نابرابر داشته باشند (۲۰، ۱۸).

شاخص‌های مالی سلامت

برای بررسی میزان عدالت نیز می‌توان از شاخص‌های زیر استفاده نمود:

- پرداخت از جیب (Out of pocket): نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که به طور مستقیم از جیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می‌شود. از این رو

کاهش هر چه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده است و به عنوان یک مورد در برنامه‌ی چهارم توسعه ذکر می‌شود (کاهش پرداخت مستقیم از جیب تا ۳۰ درصد).

- هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic expenditure): هزینه‌های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشد. کاهش هر چه بیشتر این شاخص نیز مثبت ارزیابی می‌شود و به عنوان یک مورد در برنامه‌ی چهارم توسعه ذکر گردیده است (کاهش نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت به کمتر از یک درصد).

- هزینه‌های فقرزا (Medical impoverishment): این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت به سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند، به عبارتی فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند.

- شاخص ضریب Gini (Gini coefficient index): ضریب Gini یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که اغلب برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه‌ی آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب Gini پایین برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می‌دهد، در حالی که ضریب Gini بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می‌کند (۱۷).

- شاخص مشارکت مالی عادلانه (Fairness in financial contribution index): 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 به عنوان یکی از ۳ هدف عمده‌ی یک نظام سلامت مطرح شده است (۲۱).

از نظر این شاخص نظام سلامت، زمانی تأمین مالی عادلانه خواهد بود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. بر این اساس عدالت عبارت

افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد. دولت نیز مکلف شده بود، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله‌ی دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه‌های پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را به اجرا بگذارد.

طبق مطالعه‌ی جمشیدی شاخص عدالت (Fairness in financial contribution index) در ایران برابر با ۰/۸۳ بود، حال آن که این شاخص برای کشورهای نظیر لوگزامبورگ و دانمارک که به صورت دولت رفاه اداره می‌شوند، به حدود ۰/۹۹ نیز می‌رسید.

حدود ۳/۳۵ درصد از خانوارها بیش از ۴۰ درصد از قدرت پرداخت خود را به اجبار بابت بهداشت و درمان پرداخته‌اند و به اصطلاح با حالت اسفبار مواجه می‌شدند و متأسفانه پوشش بیمه قادر به مصونیت خانوارها در مواجهه با حالت اسفبار نبوده است و حدود یک سوم از خانوارهای مواجه با حالت اسفبار به نوعی تحت پوشش یکی از صندوق‌های بیمه بوده‌اند. هر ساله ۱/۲ درصد از خانوارهای گروه‌های کم درآمد نیز به دلیل بار مالی پرداخت هزینه‌های سلامتی به کام فقر کشیده می‌شدند (۷).

مطالعه‌ای نیز به سفارش دفتر مدیران‌هی شرقی سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده بود، نتایج، محاسبه‌ی دو شاخص (Fairness in financial contribution index) و نسبت خانوارهای دارای هزینه‌های کمرشکن بهداشتی را نشان می‌داد. روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسفبار طی چهار سال از سال ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۱ از یک سو و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی FFCI در همین دوره نشان از عملکرد غیر هماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت خواهانه‌ی این بخش داشت.

است از برابر بودن سهم حق مشارکت‌ها از ظرفیت پرداخت خانوارها (۲۰، ۱۸).

در ایران نیز از ابتدای تصویب قوانین برنامه‌های سوم (۱۳۷۹) و چهارم (۱۳۸۳) توسعه در برنامه‌ریزی‌ها به عدالت در مراقبت‌های سلامت توجه ویژه‌ای شد.

در ماده ۱۹۳ قانون برنامه‌ی سوم توسعه آمده بود که به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های خارج از حد نیاز، سطح‌بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه‌ی نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصیص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. همچنین بیان شده بود که به منظور توسعه‌ی عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی و پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیر آن (حمایتی و امدادی) حقی همگانی است و دولت مکلف است تا طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین نماید.

در برنامه‌ی چهارم نیز در بخش سوم به توسعه‌ی سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی پرداخته شده است و در ماده‌ی ۹۰ این قانون مقرر شد که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه‌ی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد

در سال ۲۰۰۰ میلادی، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه‌ی مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده‌اند. ایران، از این نظر در رتبه‌ی ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده‌ی عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکستان ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشد. البته ایران نسبت به کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱ و سوریه ۱۴۱، از وضعیت بهتری برخوردار بوده است (۱۸، ۱۷).

در سال ۱۳۸۴ شمسی پژوهشی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط معاون رضوی و همکاران با عنوان عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت اجرا شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در گستره‌ی زمانی ۸ ساله‌ی ۷۴ تا ۸۱، شاخص عدالت در تأمین مالی بیانگر وضعیت نامطلوب عدالت در مشارکت خانوارها در تأمین مالی هزینه‌های سلامتی می‌باشد. همچنین هر ساله حداقل ۲ درصد از خانوارها به دلیل پرداخت از جهت هزینه‌های درمانی کمرشکن به ورطه‌ی فقر می‌افتند (۸).

فضالی در پژوهشی اقدام به اندازه‌گیری شاخص‌های عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران نمود که نتایج حاصل، از این قرار بود:

شاخص FFCI در مناطق شهری به میزان چشمگیری بهبود یافت و از ۰/۸۴۱۱ به ۰/۸۵۴۴ رسید، اما روند تغییرات این شاخص در مناطق روستایی کندتر و در جهت کاهش بوده است و نشان دهنده‌ی آن که طی سال‌های مورد بررسی از ۰/۸۲۹۲ به ۰/۸۲۵۵ رسیده بود. این شاخص در کل کشور طی این سال‌ها از ۰/۸۳۳۸۱ به ۰/۸۳۵۸۲ افزایش یافته بود. البته باید توجه داشت که قضاوت در این خصوص مستلزم توجه به سایر ابعاد عدالت در سلامت همچون عدالت در دسترسی و عدالت در پیامدها نیز می‌باشد.

نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در

سطح ملی، در سال ۱۳۸۵ به ۲/۶ درصد رسید. این شاخص، با وجود تغییرات جزئی، طی سال‌های مورد مطالعه تغییر چشمگیری نداشت و حدود ۰/۱۳ افزایش یافت. بررسی روند این شاخص در مناطق شهری نشان دهنده‌ی بهبود پیوسته‌ی آن می‌باشد و از ۰/۰۱۸ به ۰/۰۱۵ کاهش یافت، در حالی که در مناطق روستایی، میزان این شاخص که تا ۱۳۸۳ روند کاهشی داشت، در سال ۱۳۸۴ اندکی افزایش یافت و به نظر می‌رسد که در سال ۱۳۸۴ دوباره روند کاهشی آن شروع شده بود.

سهام خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار در مناطق روستایی ۹/۷ درصد بوده است که به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از مناطق شهری (۵/۸ درصد) بود.

در مناطق شهری، بالغ بر ۱/۵ درصد از افراد در منطقه‌ی مخارج فاجعه بار سلامت قرار داشتند که نصف شاخص مذکور در مناطق روستایی (۲/۹ درصد) بوده است. در رابطه با فراوانی افرادی که در خصوص تأمین مالی سلامت از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند، شرایط شهرها (۸۵ درصد جمعیت) به مراتب بهتر از روستاها (۷۸ درصد جمعیت) بود.

بیشترین فراوانی خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار در دهک دهم (بالا‌ترین دهک) هزینه‌های مشاهده می‌شد. بیش از ۱۶ درصد از خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت در این دهک قرار داشتند، در حالی که سهم سایر دهک‌ها بین ۸ تا ۱۰ درصد بود. نسبت شکاف فقر از ۲/۳۴ درصد به ۲/۸ افزایش پیدا کرده بود. در مجموع، متوسط هزینه‌های درمانی خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار ۴۴ برابر خانوارهای گروه نخست است که این نسبت برای خدمات بستری و دارو به ترتیب ۷۷۹ برابر و ۵ برابر بود.

سهم جمعیتی که در کل کشور به دلیل هزینه‌های درمانی به ورطه‌ی فقر می‌افتادند، از کل جمعیت در دوره‌ی ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ از ۰/۱۲۲ به ۰/۰۸۸ کاهش یافته بود. همچنین، میزان این شاخص در مناطق روستایی به طور چشمگیری از مناطق شهری بیشتر بود.

شاخص سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوار طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در مناطق شهری از

ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین: ۱۳/۵ (۱۰). طبق گفته‌ی اکبری، حدود ۹۰ درصد از مردم می‌توانند از مراقبت‌های بهداشتی، درمانی در سطوح مختلف بهره‌گیرند، این وضعیت در قیاس با کشورهای پیشرفته نیز از سطح عادلانه‌ی مناسبی برخوردار است. همچنین ۵/۷ درصد از درآمد ناخالص ملی صرف سلامت می‌شود که از این میان حدود ۴۳ درصد توسط بودجه‌ی عمومی (دولت و حاکمیت) و ۵۷ درصد توسط مردم تأمین می‌شود، این شاخص و مؤلفه با عدالت سازگاری ندارد، به ویژه اگر بدانیم که این پرداخت از جیب مردم بر چه تعداد و گروهی از جامعه تأثیر منفی خواهد داشت.

از شاخص‌های مهم اقتصادی سلامت، تأثیر هزینه‌ی یک بار بستری شدن به علت بیماری در درآمد، پس‌انداز و به طور کلی وضعیت زندگی خانواده است. در مطالعه‌ی بسیار ارزشمندی که تحت عنوان بررسی بهره‌مندی از امکانات بهداشتی درمانی در کشور صورت گرفت، مشخص شد که هزینه‌ی یک بار بستری شدن در کشور، برای ۲۵ درصد از جمعیت تأثیر اقتصادی ندارد و یا بسیار ناچیز است. ۳۰ درصد از جمعیت ناچار می‌شوند که علاوه بر مصرف تمامی درآمد، تمامی پس‌انداز خود را هم برای یک بار بستری شدن از دست بدهند. ۲۱ درصد از جامعه نیز ناچار هستند که در این زمینه علاوه بر از دست دادن تمامی درآمد و پس‌انداز برای بستری شدن مقروض نیز بشوند که بازگشت آن در همه‌ی مؤلفه‌های زندگی خانواده تأثیر خواهد گذاشت. اما نکته‌ی نگران‌کننده این است که ۸ درصد از جامعه برای یک بار بستری شدن در بیمارستان باید تمام دارایی خود را از دست بدهند و در سرازیری فقر و بیماری سقوط کنند که هرگز نمی‌توانند از آن خارج شوند. لازم به ذکر است که در این تحقیق معلوم شد که ۲۶ درصد از جامعه تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند و این در حالی است که درصد بالایی از جامعه همپوشانی بیمه‌ای دارند (۱۱).

آمار سری‌های زمانی بانک مرکزی نیز نشان می‌دهد که متوسط ضریب Gini در دوران انقلاب اسلامی یعنی سال‌های ۵۷ تا ۶۷ عدد ۰/۴۱، برای دهه‌ی دوم ۰/۳۹ و برای

۰/۰۶۶ به ۰/۰۵۱ و در مناطق روستایی از ۰/۰۸۳ به ۰/۰۷۱ کاهش یافته بود. با این همه، در سال ۱۳۸۵ میانگین هزینه‌های درمانی پرداخت شده توسط خانوارهای شهری ۱/۲۳ برابر خانوارهای روستایی بوده است. در این جا لازم است تا به این نکته هم توجه شود که در شهرها سهم کالاهایی از قبیل مسکن در کل هزینه‌های غیر خوراکی بسیار بیشتر از روستاها می‌باشد و این موضوع خود به خود باعث می‌شود که با فرض ثابت ماندن سایر شرایط، رشد قیمت نسبی این کالاها عاملی شود که سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوارهای شهری، کاهش یابد. این نکته در حالت کلی نیز می‌تواند صادق باشد؛ به طوری که وجود شرایط تورمی در ایران به خصوص افزایش قیمت کالاهای غیر خوراکی همچون مسکن به اجبار باعث افزایش سهم آن‌ها در هزینه‌های خانوار به قیمت کاهش یافتن سهم هزینه‌های درمانی می‌شود (۹).

بررسی مهرآرا و همکاران نشان داد که حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه بار سلامت قرار داشتند که شامل گروه‌های ذیل می‌شدند: خانوارهای روستایی، تحت تکفل بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان بالاتر از متوسط جامعه و بدون چتر حمایتی بیمه بود (۲۲).

باقری لنگرانی و همکاران نیز آماری در رابطه با برخی از شاخص‌های عدالت در سلامت ارائه داده‌اند که به این شرح بود: پرداخت از جیب ۵۲ درصد، هزینه‌های اسفبار و کمرشکن ۲/۶۵۲ درصد، ضریب Gini ۰/۳۸۳، سهم درآمد ۱۰ درصد ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین ۱۴/۸ (۱۷).

حیدری در نوشته‌ای بیان کرده است که بر اساس آمار مقدماتی بانک مرکزی از ۲ شاخص متداول ارزیابی توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور، یعنی ضریب Gini و سهم درآمد ۱۰ درصد ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین، کاهش فاصله‌ی طبقاتی و بهبود توزیع درآمد در مناطق شهری کشور در سال ۱۳۸۷ به بهترین وضعیت پس از انقلاب رسیده است: ضریب Gini: ۰/۳۸۵۹ سهم درآمد ۱۰ درصد

بوده است، ولی هیچ سازمان مسؤولی در این خصوص اظهار نظر نکرده است و برخی آمار غیر رسمی میزان پرداخت مستقیم از جیب را در حال حاضر ۶۰ تا ۷۰ درصد اعلام نموده‌اند. حتی این مورد در برنامه‌ی توسعه‌ی پنجم نیز به طور دقیق تکرار گردید و با توجه به روند سال‌های گذشته قابل پیش‌بینی خواهد بود که تا چه میزان موارد قانون به اجرا گذاشته خواهد شد.

توجه به عدالت و رعایت مساوات در میان آحاد جامعه، تا حد زیادی بسته به نوع جهان‌بینی حاکم در جامعه دارد. از آن جا که جهان‌بینی اسلامی شیعی حاکم بر کشور ما توجه ویژه‌ای به عدالت و عدالت محوری دارد، در نتیجه حرکت دولت در این زمینه با همراهی آحاد جامعه همراه خواهد بود (۲۴). بنابراین در وهله‌ی اول تغییر نگاه دولت مردان، تصمیم‌گیران و سیاستگذاران لازمی تحقق عدالت است، چرا که بدون تعهد و حمایت آنان برنامه‌ها و قوانین عملی نخواهند شد. از جمله اقداماتی نیز که در جهت افزایش عدالت اجتماعی به وسیله‌ی دولت می‌تواند صورت گیرد، مواردی چون توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور، تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی، پرداخت یارانه و مالیات‌های فزاینده می‌باشد. از سوی دیگر این گونه مداخلات مبتنی بر جامعه مستلزم مشارکت جامعه، تصمیمات سیاسی حمایتی، اقدامات بین بخشی، قانون‌گذاری‌های مقتضی، اصلاحات در زمینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و همکاری با سازمان‌های غیر دولتی، صنایع و بخش خصوصی می‌باشد (۲۵). جهت پایش مداوم اقدامات و نتایج حاصل نیز بایستی سیستم اطلاعاتی مناسبی ایجاد گردد. برنامه‌ی پیشنهادی پزشک خانواده نیز در صورت اجرای صحیح و اصلاحات لازم طرح مناسبی برای بهبود وضعیت سلامت و عدالت خواهد بود و بر شاخص‌های مالی اثر خواهد گذاشت.

دهه‌ی سوم ۰/۴۰ بوده است و در نهایت از عدد ۰/۴۰ در سال ۸۵ به ۰/۳۴ در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۲۳).

در مجموع همان طور که وزیر بهداشت- مرضیه وحید دستجردی- نیز اظهار داشته بود که شاخص‌های بهداشتی کشور ما در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی طی چند سال اخیر افت کرده است و بین ۱۱ تا ۱۳ می‌باشد، عدالت در سلامت را نیز نتوانستیم محقق کنیم و از این نظر در رتبه‌ی ۹۹ جهانی بین ۱۸۰ کشور جهان قرار داریم.

بحث

آن طور که اشاره شد، جهت گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه کاستی وجود ندارد، اما در اجراء مسایل و مشکلات عدیده‌ی را ملاحظه می‌نماییم و با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، تحلیل آماری و گزارشات مدون سالیانه که به چه میزان اهداف برنامه محقق شده است، در دست نیست، ولی طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است که تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند. بر طبق نتایج مطالعات موجود، پرداخت از جیب، هزینه‌های فقرزا، شاخص ضریب Gini، شاخص مشارکت مالی عادلانه و به ویژه هزینه‌های کمرشکن در طی این سال‌ها بهبود یافته‌اند، اما به میزان ناچیز و با آن چه که در برنامه‌های توسعه مد نظر قرار گرفته بود، فاصله دارد. برای مثال در برنامه‌ی چهارم معین شده بود که شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد که در آخرین بررسی‌ها این شاخص ۸۳ درصد و نیز سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد، در حالی که پرداخت از جیب طی آخرین بررسی ۵۰ درصد

References

1. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 16th ed. Jabalpur, India: M/S Banarsidas Bhanot; 2000.
2. Babakhani M. Economic development, health and income inequality in Iran. Social Welfare Quarterly 2008; 7(28): 239-59.

3. Asgari R, Ahmadi Gh, Ranjbar S. Equity in health system: Challenges and Solutions. *Health Inf Manage* 2008; 5(2(Special Issue)): 22. [In Persian].
4. Zandian H, Ghiasvand H, Nasimidoost R. Measurement of inequality in Ardebils health system resource distribution with lorenz curve and gini coefficients: 2001 - 2008. [Research Project]. Ardebil, Iran: Ardebil University of medical science. 2010; Available from URL: <http://eprints.arums.ac.ir/2447/>. [In Persian].
5. Braveman p. Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries. [Online]. Available from URL: <http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf>
6. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 97-105.
7. Jamshidi H. Equity in Health. *Equity in Health*. Proceedings of the 1st Congress of Equity in Health Care; 2009 Mar 10-11; Isfahan, Iran; 2009.
8. Razavi SM, Yasmani K, Hasanzadeh A. Fairness in financial contribution. Tehran, Iran; 2005. [In Persian].
9. Alizadeh HM, Fazaeli A. Measuring equity in health financing index of Iran. *Social Welfare Quarterly* 2005; 5(1): 253-78. [In Persian].
10. Heydari Z. Equitable distribution of Income in the state 2011. [Online]. 2012 [cited 25 Dec 2012]; Available from URL: <http://www.tebyan.net/newindex.aspx?pid=191244>. [In Persian].
11. Akbari MA. Equity in Health [Online]. 2006 [cited 2006 Apr 22]; Available from: URL: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=8501300591/>
12. Yu CP, Whynes DK, Sach TH. Equity in health care financing: The case of Malaysia. *Int J Equity Health* 2008; 7: 15.
13. Asefzadeh S. Health care economics. Qazvin, Iran: Hadise Emroz; 1992. [In Persian].
14. Javadi M, Karimi S, Yaghoubi M, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2011; 9(4): 11-20. [In Persian].
15. Karimi I. Health economics. Tehran, Iran: Gap; 2002. p. 214. [In Persian].
16. Karimi S, Moghadam SA. Designing a health equity audit model for Iran in 2010. *J Res Med Sci* 2011; 16(4): 541-52.
17. Bagherilankarani K, Lotfi F, Karimian Z. Introduction to Equity in health system. Shiraz, Iran: Navid Shiraz; 2010. [In Persian].
18. Mesgarpoor Amiri M. Equity in health system and looking at the situation of Iran. [Online]. 2011; Available from URL: <http://www.taamolnews.ir/fa/news/5343/>. [In Persian].
19. Keshtkar M. Economic evaluation of health service delivery system [Thesis]. Tehran, Iran: University of Teacher Training. 1994. [In Persian].
20. Doorslaer E, Wagstaff A. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: US: Oxford University Press; 1993.
21. United Nations. Human development report. New York, NY: United Nations Press; 2005.
22. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (1382-1386). *J Health Adm* 2010; 13(40): 51-62. [In Persian].
23. Balsini A. How were Indicators of social and economic equity in last years. [Online]. 2011; Available from URL: http://www.donnya.info/index.php?option=com_content&view=article&id=%20822:ad&catid=36:news&Itemid=55. [In Persian].
24. Yazdani Sh, Fatahzadeh A. Equity, balm for the health of individuals. [Online]. 2008 [cited 2008 Jun 4]; Available from: URL: http://www.aftabir.com/articles/view/health_therapy/other/c13c1213443930_poverty_p1.php/
25. Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. Economic burden and costs of chronic diseases in Iran and the world. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 984-96. [In Persian].

Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs*

Saeed Karimi, PhD¹; Najmeh Bahman Ziari²

Review Article

Abstract

Health is a multi-core processing and is very important. On the one hand, many factors involved in creating and sustaining it and is the result of the participation of all administrative units of a community and on the other hand, has a significant impact on other sectors of a society. What is important in the health care is equity. The present study aimed to review the fairness and justice of our health services during the third and fourth development programs. This study conducted in 2012 by reviewing the library and internet to collect information about the subject. Then the research findings were organized and arranged. As was stated, although there are no shortcomings in terms of legal content and planning for expanding equity in financial access, there are numerous problems and by ending the third and fourth development programs, there is no statistical analysis and annually documented reports to know to what extent the goals have been achieved. Reviews showed that health sector policies could not significantly improve equity in financial access. However, we have made improvements to some extent but more research is needed to find out the root causes of unsuccessful applications.

Keywords: Equity; Health; Financial Indicators of Health; Development Plans

Received: 11 Aug, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

Citation: Karimi S, Bahman Ziari N. **Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs.** *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 1113-22.

* This article was an independent research with no financial aid.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: najmeh_bahmanziari@yahoo.com