



# درآمدی بر عدالت در نظام سلامت

دکتر کامران باقری لنکرانی

با همکاری:

زهرا کریمیان

فرهاد لطفی

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

فروردین ۱۳۸۹

انتشارات نوید شیراز



سرشناسه : باقری لنکرانی، کامران، ۱۳۴۴ -  
عنوان و نام پدیدآور : درآمدی بر عدالت در نظام سلامت / کامران باقری لنکرانی، با همکاری  
فرهاد لطفی، زهرا کریمیان ؛ [ برای ] مرکز تحقیقات سیاستگذاری  
سلامت [ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ] .  
مشخصات نشر : شیراز: نوید شیراز، ۱۳۸۹.  
مشخصات ظاهری : ۶۴ ص.: مصور، جدول، نمودار.  
شابک : 978-964-358-951-6  
وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
موضوع : برابری -- جنبه‌های بهداشتی  
موضوع : پزشکی -- خدمات -- دستیابی  
شناسه افزوده : لطفی، فرهاد، ۱۳۵۴ -  
شناسه افزوده : کریمیان، زهرا، ۱۳۵۱ -  
شناسه افزوده : ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز تحقیقات  
سیاستگذاری سلامت.  
رده بندی کنگره : ۱۲۸۹ ۴د۲ب/۴۱۸۸۸  
رده بندی دیویی : ۳۶۲/۱  
شماره کتابشناسی، ملی : ۱۲۸۸۲۰۲

## درآمدی بر عدالت در نظام سلامت

تألیف: دکتر کامران باقری لنکرانی

با همکاری: فرهاد لطفی و زهرا کریمیان

طرح جلد: سعید فضلی □ لیتوگرافی و چاپ: واصف □ تیراژ: ۳۰۰۰ جلد

چاپ اول: ۱۳۸۹ □ حق چاپ محفوظ

ناشر : انتشارات نوید شیراز

دفتر شیراز - تلفن ۶۲-۲۲۶۶۶۱-۲۲۲۹۶۷۶-۰۷۱۱ □ ص.پ.: ۷۱۳۶۵/۶۶۶

دفتر تهران - تلفن ۵۹۴۵-۸۸۹۰۵۹۴۵-۸۸۹۲۱۵۲۲-۰۲۱

پست الکترونیکی: Navid\_Publication@Yahoo.com

وب سایت: www.navidshiraz-pub.com

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۵۸-۹۵۱-۶ ۹۷۸-۹۶۴-۳۵۸-۹۵۱-۶ ISBN: 978-964-358-951-6

## فهرست مطالب

| <u>صفحه</u> | <u>عنوان</u>                                 |
|-------------|--|
| ۱۱          | پیشگفتار .....                               |
| ۱۳          | مقدمه .....                                  |
| ۱۹          | عدالت در سلامت .....                         |
| ۲۵          | ابعاد عدالت در سلامت .....                   |
| ۲۵          | عدالت در تأمین منابع سلامت .....             |
| ۲۶          | پرداخت مستقیم از جیب مردم .....              |
| ۲۷          | شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت ..... |
| ۳۰          | هزینه‌های اسفبار و کمرشکن .....              |

|    |   |
|----|---|
| ۳۵ | ..... ضریب جینی   |
| ۳۷ | ..... کانون‌های هزینه در نظام سلامت ایران                 |
| ۳۹ | ..... تعرفه‌گذاری خدمات                                   |
| ۴۰ | ..... سرانه سلامت   |
| ۴۱ | ..... روش‌های پرداخت در نظام سلامت                        |
| ۴۵ | ..... اصلاح نظام تأمین مالی نظام سلامت                    |
| ۴۷ | چرا نمی‌توان نظام سلامت را براساس قوانین بازار اداره کرد؟ |
| ۴۹ | ..... تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت                        |
| ۵۳ | ..... چالش‌های نظام‌های سلامت در موضوع عدالت              |
| ۵۷ | ..... چه باید کرد؟  |

قُلْ أَمَرَ رَبِّي بِالْقِسْطِ (اعراف ۲۹)  
بگو پروردگارم امر به عدالت کرده است.

امام مجاهدان و مقتدای عارفان  
حضرت آیت الله العظمی امام خمینی قدس الله نفسه الزکیه:

خداوندا!

تو می‌دانی که ما در این قیام، رضای تو را می‌خواهیم  
و تو می‌دانی که ما از ظلم؛ ولو بر یک نفر بیزار هستیم  
و تو می‌دانی که ما برای اجرای عدالت قیام کرده‌ایم



### فرازهایی از بیانات رهبر فرزانه انقلاب مد ظله العالی

#### پیرامون مبحث عدالت

• معنای عدل اجتماعی این است که قانون، مقررات و رفتارها نسبت به همهٔ افراد جامعه یکسان باشد و کسی امتیاز ویژه‌ای بدون دلیل نداشته باشد. این معنای عدل اجتماعی است. (۱۳۷۵/۹/۵)

• عدالت، تندروی نیست، حق‌گرایی است؛ توجه به حقوق آحاد مردم است؛ جلوگیری از ویژه‌خواری است؛ جلوگیری از تجاوز و تعدی به حقوق مظلومان است. (۱۳۸۴/۵/۱۲)

• بزرگترین آرمان بشر از اول تاریخ انسان (یعنی از آن زمانی که انسان تعقلی یافته و فکری به سراغ او آمده، و به زندگی خود، نظم و ترتیبی داده است) تا امروز، آرزوی تحقق عدالت است. (۱۳۷۴/۹/۲۹)

• هدف ما، استقرار عدل در جامعه است. ما این را می‌خواهیم. همهٔ کارها برای اقامه‌ی عدل، ارزش پیدا می‌کند. در جامعه‌ی نابرابر، اگر ثروت هم زیاد شد، به سود یک قشر و یک گروه از مردم است. اما در جامعه‌ای که برابری و عدالت جریان داشته باشد، به سود همه است. (۱۳۷۱/۱۰/۱۷)

• فوری‌ترین هدف تشکیل نظام اسلامی، استقرار عدالت اجتماعی و قسط اسلامی است. قیام پیامبران خدا و نزول کتاب و میزان الهی، برای همین بود که مردم از فشار ظلم و تبعیض و تحمیل نجات یافته، در سایه‌ی قسط و عدل زندگی کنند و در پرتو آن نظام عادلانه، به کمالات انسانی نائل آیند. دعوت به نظام اسلامی، منهای اعتقادی

راسخ و عملی پیگیر در راه عدالت اجتماعی، دعوتی ناقص، بلکه غلط و دروغ است و هر نظامی هر چند با آرایش اسلامی، اگر تأمین قسط، عدل و نجات ضعفا و محرومین در سرلوحه‌ی برنامه‌های آن نباشد، غیر اسلامی و منافقانه است. (۱۳۶۹/۳/۱۰)

• عدالت اجتماعی، اساس است. اگر رونق اقتصادی در کشور باشد، اما عدل اجتماعی نباشد، این رونق اقتصادی به درد فقرا و مستضعفان نخواهد خورد و محرومیت را برطرف نخواهد کرد... ما در جامعه فقط رونق اقتصادی را نمی‌خواهیم. ما رونق اقتصادی همراه با عدالت اجتماعی را می‌خواهیم. البته نمی‌گوئیم عدالت اجتماعی باشد، اما رونق اقتصادی نباشد؛ چون در آن جایی که هیچ رونق اقتصادی نیست، عدالت اجتماعی عامل چندان مهمی نیست و در عین حال، جامعه به رفاه و به برخورداری لازم نخواهد رسید. اگر عدل اجتماعی همراه با پیشرفت اقتصادی باشد، جامعه شکوفا خواهد شد. (۱۳۷۹/۲/۱۴)

• اگر بخواهیم عدالت به معنای حقیقی خودش در جامعه تحقق پیدا کند، با دو مفهوم دیگر به شدت در هم تنیده است؛ یکی مفهوم عقلانیت است. دیگر معنویت. اگر عدالت از عقلانیت و معنویت جدا شد، دیگر عدالتی که شما دنبالش هستید، نخواهد بود؛ اصلاً عدالت نخواهد بود. عقلانیت به خاطر این است که اگر عقل و خرد در تشخیص مصادیق عدالت به کار گرفته نشود، انسان به گمراهی و اشتباه دچار می‌شود؛ خیال می‌کند چیزهایی عدالت است، در حالی که نیست؛ و چیزهایی را هم که عدالت است، گاهی نمی‌بیند. بنابراین عقلانیت و محاسبه، یکی از شرایط لازم رسیدن به عدالت است... اگر عدالت را از معنویت جدا کنیم - یعنی عدالتی که با معنویت همراه نباشد - این هم عدالت نخواهد بود. عدالتی که همراه با معنویت و توجه به آفاق معنوی عالم وجود و کائنات نباشد، به ریاکاری و دروغ و انحراف و ظاهر سازی و تصنع تبدیل خواهد شد. (۱۳۸۴/۶/۸)

• اسلام یک روش خاص خود دارد... اساس سیاست کلی اقتصادی کشور، عبارت است از رفاه عمومی و عدالت اجتماعی. البته ممکن است یک نفر با تلاش و استعداد



بیشتر، بهره‌ی بیشتری برای خودش فراهم کند. این مانعی ندارد. اما در جامعه فقربنا باید باشد. هدف برنامه‌ریزان باید این باشد. (۱۳۷۲/۵/۱۲)

• در عرصه‌ی اجتماعی توسعه باید با مردم گره بخورد؛ مردم باید محور توسعه باشند. عدالت حتماً یکی از شاخص‌های اصلی است. برنامه ریزی و سیاستگذاری که عدالت و توزیع عادلانه ثروت را در جامعه ندیده بگیرد. نمی‌تواند چشم‌انداز مورد نظر ما را تأمین کند. (۱۳۸۲/۵/۱۵)

• انتظار دارم در دوره‌ی پنجساله آینده اقدامات اساسی برای تدوین الگوی توسعه ایرانی - اسلامی که رشد و بالندگی انسان‌ها بر مدار حق و عدالت و دستیابی به جامعه‌ای متکی بر ارزش‌های اسلامی و انقلابی و تحقق شاخص‌های عدالت اجتماعی و اقتصادی در گرو آنست، توسط قوه‌ای سه گانه کشور صورت گیرد. (۱۳۸۷/۱۰/۲۱)

• به توفیق الهی، به اذن الله تعالی باید دهه‌ی چهارم این انقلاب - که در نزدیکی آن هستیم - دهه‌ی «عدالت و پیشرفت توأمان» باشد؛ یعنی پیشرفت چشمگیر و عدالت محسوس در سطح کشور. برنامه‌ها را باید اینجور تنظیم کرد. و این، ملت و کشور ما را آسیب ناپذیر می‌کند. دست یافتن به آرزوهای بزرگ ملی، نیازمند فکر روشن و عزم راسخ و شجاعت و اخلاص است، و جوان مؤمن که مبانی جمهوری اسلامی و راه امام بزرگوار را عمیقاً پذیرفته است، امیدبخش‌ترین نیرویی است که می‌تواند ملت ایران را در رسیدن به آرزوهای بزرگش یاری برساند. نقشه‌ی راه برای رسیدن به پیشرفت و عدالت در دهه‌ی چهارم را فقط با اذعان به این حقیقت می‌توان ترسیم کرد. (۱۳۸۷/۶/۴)

• گفتمان عدالت، یک گفتمان اساسی است و... همه چیز ماست. منهای آن، جمهوری اسلامی هیچ حرفی برای گفتن نخواهد داشت... این گفتمان را باید همه گیر کنید... هرچه می‌توانید، شعار اصلی عدالت و آنچه را مربوط به عدالت است، تقویت و همگانی و در ذهن‌ها تعمیق کنید و روی پشتوانه و فلسفه فکری آن کار کنید، اینها لازم است. (۱۳۸۳/۸/۱۰)

## پیشگفتار

در افق چشم‌انداز بیست ساله کشور، «ایران ۱۴۰۴، کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، دارای فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، به دور از فقر، فساد و تبعیض و بهره‌مند از محیط زندگی مطلوب»

سند چشم‌انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان «میثاق ملی» ویژگی‌های جامعه آرمانی فردایی نزدیک را به خوبی به تصویر کشیده که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و با در نظر داشتن عدالت به عنوان شاخص مهم مدیریت و راهبری است. پیچیدگی روز افزون نظام سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفاه و عدالت، لزوم توجه هرچه بیشتر مدیران به این مهم را تبیین می‌کند. در این میان دانشگاه‌ها به لحاظ در اختیار داشتن برترین و نخبه‌ترین نیروهای انسانی؛ به ویژه دانشجویان به عنوان سرمایه‌های فکری آینده‌ساز جامعه در به تصویر کشیدن فردایی بهتر، از جایگاهی مهم برخوردار می‌باشند. دانشگاه‌های علوم پزشکی به واسطه در بر داشتن سه نظام بنیادین آموزش، تحقیقات و سلامت نقش تعیین کننده‌ای در دستیابی به اهداف سند توسعه کشور دارند. مأموریت نظام آموزشی تربیت نیروهای انسانی عالم، توانمند، متفکر، منتقد، کارآمد، پاسخگوی نیازهای سلامت افراد و جامعه و تلاشگر در زمینه نظریه‌پردازی، تولید علوم و تصمیم‌گیری در علوم پزشکی است، به نحوی که بتوانند به بهترین وجه به ارایه خدمات کیفی و عادلانه در سطوح مختلف نظام سلامت بپردازند. تحول در نظام

آموزشی نیازمند کنشگرانی است که بتوانند خوب فکر کنند، خوب نظریه‌پردازی نمایند، استدلال کنند و نیز بتوانند نظریه‌های جدید را در عرصه عمل به کار گیرند. در نقشه جامع علمی سلامت کشور بر سه عنصر علوم پایه، بالینی و علوم اجتماعی و مدیریت به وضوح تأکید گردیده است. المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور ایده‌ای بود که در راستای نیل به این اهداف و به منظور ایجاد بستری مناسب برای رشد و توسعه توان فکری و ذهنی و مشارکت و همدلی دانشجویان در عرصه‌های علمی و با رویکردی بین رشته‌ای طراحی گردید و سال گذشته برای اولین بار برگزار شد. امید می‌رود تا در مسیری مداوم هر سال موضوعات متنوع بخش سلامت با حضور دانشجویان علوم پزشکی، این امیدهای فردای سلامت کشور به چالش کشیده شود و راه‌های نوینی در مسیر دستیابی به اهداف سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ گشوده گردد. این کتاب با هدف آشنایی با یکی از مهم‌ترین موضوعات دهه چهارم انقلاب اسلامی یعنی عدالت در سلامت تهیه شده که خوشبختانه در سال ۱۳۸۹ به عنوان محوری از محورهای دومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور در نظر گرفته شده است. در این کتاب بنا نبود که به صورت دایره‌المعارفی به موضوع پرداخته شود بلکه مباحث کاربردی با بیانی که برای غیرمتخصصین نیز قابل فهم باشد مبنای نوشتن قرار گرفت. در تهیه این نوشتار عزیزانی از جمله خانم زهرا کریمیان و آقایان فرهاد لطفی و مهدی جوانبخت با اینجانب همکاری داشته‌اند. در بخشی از متن کتاب، از جزوه ای که برای پیش‌نویس طرح اولیه برنامه توسعه پنجم توسط دوست و همکارم آقای دکتر وثوق تهیه شده بود استفاده گردید. امیدوارم این نوشتار بتواند حداقل اذهان بیشتری را متوجه اهمیت این موضوع راهبردی بنماید و این جز با لطف خدا محقق نخواهد بود.

**کامران باقری لنکرانی**

**استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز**

**رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت**

## مقدمه

عدالت مکررتری ن واژه در ادبیات اجتماعی همه ملت هاست. هیچ متفکری در عرصه اجتماعی و هیچ حکومتی در طول تاریخ بی توجه به این معنا نبوده و اغلب علیرغم همه اختلافات، تلاش کرده‌اند خود را داعیه دار عدل معرفی نمایند. چپستی عدالت همواره از سؤال‌های مهم در ذهن بشر بوده و هست که پاسخ‌ها بسیار متفرق و متشتتی دریافت کرده است. در مقام عمل و اجرا نیز کارنامه بشری درخشان نیست. جهان امروز ما، از این قاعده مستثنی نیست. بشر امروز بی‌عدالتی را در مقیاسی بسیار بالاتر از آنچه که تاکنون تصورش می‌رفت، تجربه می‌کند.

لحظه‌ای در این گزاره‌های خبری تأمل نمایید:

- سرمایه سه نفر از ثروتمندترین افراد دنیا بیشتر از مجموع درآمد ناخالص ملی ۴۸ کشور در حال توسعه دنیاست.
- برای سوادآموزی تمام بی‌سوادهای دنیا ۶ میلیارد دلار اعتبار لازم است. فقط در آمریکا سالیانه ۸ میلیارد دلار، صرف هزینه لوازم آرایشی می‌شود.
- برای تهیه آب سالم برای همه مردم نیازمند جهان، ۹ میلیارد دلار نیاز است فقط در اروپا سالیانه ۱۱ میلیارد دلار خرج خرید بستنی می‌شود.
- برای تأمین بهداشت اولیه برای مردم نیازمند جهان، ۱۳ میلیارد دلار اعتبار کافی است. در اروپا و آمریکا سالیانه ۱۷ میلیارد دلار، خرج خرید غذای حیوانات خانگی می‌شود.

اینها فقط بخشی از واقعیات دردناک جهان امروزی است. در چنین فضایی سخن گفتن از عدالت آنهم در مقوله حیاتی چون سلامت، ضرورتی صدچندان پیدا می‌کند.

اما به راستی عدالت چیست؟ متفکران بسیاری در این زمینه داد سخن گفته‌اند. (جدول ۱)

جدول ۱: دیدگاه نظریه پردازان مختلف در مورد عدالت

| دیدگاه در مورد عدالت   | نظریه پردازان |             |
|--|---------------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• نگاه به عدالت به عنوان یک فضیلت<sup>۱</sup></li> <li>• اعتقاد به جایگاه رفیع عدالت در میان فضایل چهارگانه (حکمت، شجاعت، خویشتن داری و عدالت)</li> <li>• نگاه طبقاتی به مفهوم عدالت به این معنی که اگر هر فرد در هر طبقه اجتماعی به وظیفه و مسئولیت خود در آن طبقه مشغول باشد، عدالت محقق شده است.</li> <li>• عدم اعتقاد به لزوم رعایت برابری در میان طبقات مختلف جامعه، لیکن اعتقاد به لزوم رعایت برابری در میان افراد هر طبقه</li> </ul> | افلاطون       | اروپای قدیم |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعریف عدالت به عنوان منفعت اقویا</li> <li>• وضع هنجارها و معیارهای عدالت در هر جامعه به وسیله نخبگان آن جامعه</li> <li>• اعتقاد به جایگاه رفیع عدالت در میان فضایل چهارگانه (حکمت، شجاعت، خویشتن داری و عدالت)</li> </ul>   | سقراط         |             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• توجه کمتر به جنبه فضیلت اخلاقی بودن عدالت</li> <li>• تعریف عدالت به عنوان آنچه مطابق قانون و از روی انصاف و مساوات است.</li> <li>• اعتقاد به رفتار برابر با افراد برابر و رفتار نابرابر با افراد نابرابر</li> </ul>   | ارسطو         |             |

| دیدگاه در مورد عدالت  | نظریه پردازان |          |
|---|---------------|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم اعتقاد به جنبه اخلاقی عدالت</li> <li>• تعریف عدالت به عنوان پایبندی افراد به روابط قراردادی</li> <li>• تعریف شده در جامعه</li> <li>• توجه به حفظ مصالح فردی در بحث عدالت</li> </ul>  | رابن          |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتقاد به تدوین اصول عدالت اجتماعی در هر جامعه برای مشخص نمودن حقوق و تکالیف و تقسیم منصفانه هزینه‌ها و منافع همکاری اجتماعی</li> <li>• اعتماد به نقش دولت رفاه در توزیع مجدد امکانات در جامعه و مجاز دانستن دخالت دولت جهت توزیع برابر امکانات در اقتصاد مبتنی بر نظام قیمت‌ها</li> </ul>   | رابن          |          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتقاد به نظریه اصالت فرد و جایگاه مهم فردگرایی در تعریف عدالت</li> <li>• اعتقاد به وجود برخی حقوق طبیعی از جمله مالکیت برای انسان‌ها که به هیچ وجه قابل انکار و یا تعرض نیست.</li> <li>• عدم اعتقاد به دخالت دولت جهت توزیع امکانات (به عنوان نمونه از طریق وضع مالیات) در جامعه و تلقی این نوع دخالت‌ها به عنوان تعرض به حقوق طبیعی افراد</li> </ul>   | رابن          | عصر مدرن |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• بستر حقوقی که ضامن نظام آزادی طبیعی است آزادی فردی را در سرتاسر جامعه برای کلیه افراد بطور مساوی تأمین می‌نماید.</li> <li>• نظام آزادی طبیعی نوعی هماهنگی منافع را بین افراد به وجود می‌آورد.</li> <li>• در چارچوب بازار بستری که هر کس در آن بتواند اهداف خود را دنبال کند فراهم می‌شود و لذا مکانیزیم بازار آزاد، تضمین کننده تحقق عدالت (اقتصادی) است.</li> <li>• تعادل اقتصادی محصول منطقی نظم بازار است و به هیچ وجه نمی‌توان آن را ناعادلانه دانست.</li> </ul> | رابن          |          |

منبع: نقل از کتاب مجموعه مقالات توسعه مبتنی بر عدالت، مرکز تحقیقات دانشگاه امام صادق (ع) و معاونت امور اقتصادی وزارت امور اقتصادی و دارایی (۱۳۸۷)

شاید نخستین متفکری که از او در مقوله عدالت سخنی تحلیلی-استدلالی ثبت شده افلاطون باشد. نگاه طبقاتی به عدالت مهم‌ترین مشخصه دیدگاه افلاطون است. همین دیدگاه کم و بیش در قرون بعد، نیز در بین اندیشمندان غربی نگاه غالب است. هابز؛ انسان را ذاتاً خودخواه می‌داند و انسان‌ها را نسبت به یکدیگر همانند گرگ تشبیه می‌نماید. این به معنای کشمکش دائمی انسان‌ها نیست؛ بلکه منظور وی این است که انسان‌ها مدام در پی تعرض به یکدیگرند و هیچکس از خطر دیگران ایمن نیست. در چنین وضعیتی تصور ظلم و عدل بالذاته معنا ندارد. هابز، در واقع ظلم و عدل را ساخته قانون می‌داند. به نظر او تنها بعد از تشکیل اجتماع و پیدایش قانون است که ظلم و عدل معنا می‌یابد. او در برابر این سؤال که اگر قوانین ظالمانه باشند چه باید کرد پاسخی ندارد. جان رالز حکومت‌ها را موظف به نوعی پشتیبانی و حمایت از فقرا می‌داند اما در ریشه‌یابی علت فقر و ظلم و جلوگیری از ایجاد بی‌عدالتی حرف چندانی ندارد. در مقابل، نوزیک عدالت را کاملاً فردی تعریف می‌کند و برای دولت‌ها نقشی در باز توزیع ثروت قائل نیست و این قبیل اقدامات را نوعی تعرض به حقوق طبیعی افراد می‌داند.

هایک نیز نظیر نوزیک معتقد است نظام آزاد، نوعی هماهنگی بین منافع افراد را لاجرم در پی خواهد داشت و لذا نظام بازار آزاد را تضمین‌کننده تحقق عدالت می‌داند.

بحران اخیر اقتصادی غرب که زلزله‌ای نه فقط در امور جاری اجتماعی جهان غرب بلکه تکانه‌ای گسترده در باورهای مبنایی غرب نیز بود؛ بطلان این نگرش به عدالت را بیش از همیشه بسیار شفاف، برجسته و روشن ساخت. این گزاره امروز مرتباً توسط اغلب نظریه‌پردازان اقتصاد غرب تکرار می‌شود که

«نمی‌توان صرفاً با تکیه بر اقتصاد آزاد! کشوری را اداره کرد و دولت باید نقش نظارتی و هدایتی بیشتری در اقتصاد ایفا کند.»

البته بیان چنین اعتراضی توسط متفکران اقتصاد آزاد خود بیانگر چالشی عمیق در اندیشه‌های مبنایی اقتصادی غرب است که نمی‌تواند بین مفاهیم مهمی چون عدالت، حق و حکومت ارتباط مبنایی را تعریف کند.

توجه به مفهوم عدالت بدون توجه به مفهوم حق امکان پذیر نیست. عدالت «اعطاء کل ذی حق حقه» تعریف شده است. به عبارتی عدل و حق با هم عجین هستند. عدالت مرحله اجرای حق است و حق خود از جنس امور ثابت است. حقوق انسان‌ها به دلیل اینکه 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.

در حقیقت اجرای عدالت موقوف بر سه اصل است:

۱- قوانین عادلانه

۲- اجرای عادلانه

۳- آگاهی مردم از حقوق خود

همچنین عادلانه بودن قوانین و عادلانه بودن اجراء در حکومت‌های بشری، چالشی حل‌نشده است و در جای خود اثبات شده است که این دو، جز در مردم سالاری دینی امکان وقوع ندارد.



### عدالت در سلامت

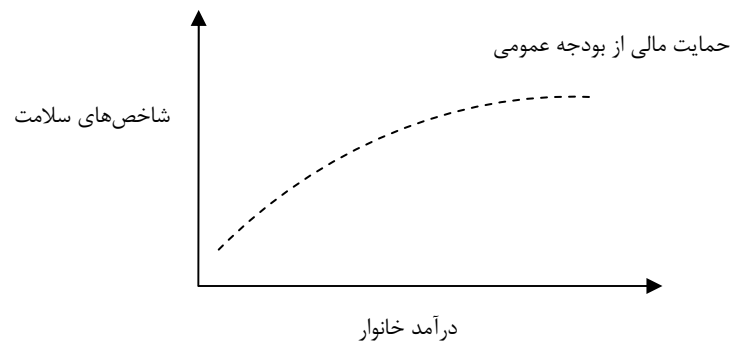
سلامت یکی از حقوق ثابت همه انسان‌هاست. همه انسان‌ها باید از سلامت برخوردار باشند عواملی که سلامت را به خطر می‌اندازد برای همه باید کاسته شود و در زمان بیماری هم باید بتواند از خدمات متناسب با نوع و شدت بیماری بهره‌مند گردند.

تقریباً در میانه قرن گذشته در شروع کار سازمان بهداشت جهانی، متفکران جهان بر این نکته تأکید داشتند که سلامت فقط منحصر به فقدان بیماری نیست. برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی به عنوان تعریف سلامت در طی قرن گذشته مورد قبول و اجماع متفکران قرار گرفت. این تعریف در طی چند دهه ارتقاء یافت. در ابتدا به رفاه کامل جسمی و روانی تأکید می‌شد؛ بعداً رفاه اجتماعی و نهایتاً آرامش اجتماعی نیز مورد توجه قرار گرفتند و نهایتاً این تعبیر چهار وجهی از سلامت که ابعاد مختلف حیات انسان را تا حدود زیادی در بر می‌گیرد مورد اتفاق نظر قرار گرفت.

اما واقعیت این است که علیرغم این مباحث نظری، در مقام اجراء در قرن گذشته اقدامات نظام‌های سلامت عمدتاً پی‌رامون سلامت طبی و فقدان بیماری آنهم بیماری جسمی بود.

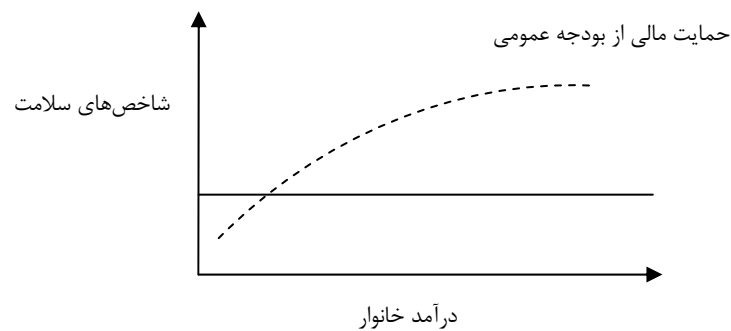
اهمیت پیشگیری و ارتقای سلامت هر چند در بیان مورد تأکید بودند و هستند ولی در عمل فقط با اختصاص ۲/۹٪ از کل بودجه سلامت جهان، چندان مورد توجه نبوده‌اند. بررسی در جوامع مختلف جهان نشان از وجود تفاوت‌ها در شاخص‌های سلامت در داخل یک جامعه و همچنین بین جوامع مختلف دارد. به عنوان مثال تقریباً تمام شاخص‌های سلامت برای سیاه‌پوستان آمریکایی بسیار ضعیف‌تر از سفید پوستان است. شیوع دیابت در آمریکایی‌های سیاه پوست ۶۰٪ بیشتر از سفید پوستان آمریکائی است (۱۱/۳۱ در برابر ۷٪)؛

در حالیکه سیاه‌پوستان فقط ۱۲٪ جمعیت ایالات متحده‌ی آمریکا را تشکیل می‌دهند، ۵۰٪ مبتلایان به ایدز در این کشور سیاه پوست هستند. نمودار شماره ۱، نشان می‌دهد که در عموم جوامع معمولاً با افزایش درآمد خانوار سطح سلامت به ویژه پیامدهای آن بهبود نسبی می‌یابند، اما این ارتباط پس از سطحی از درآمد به سمت ثابت میل می‌کند.



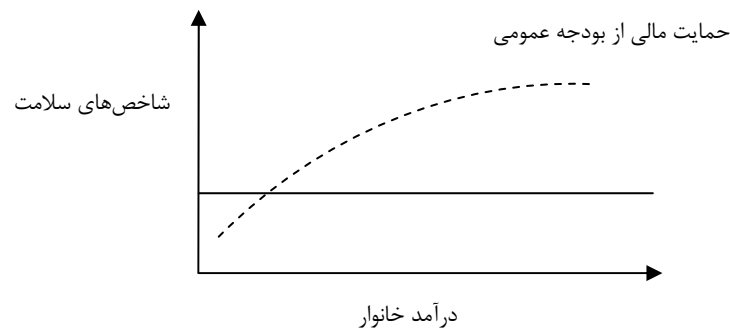
نمودار ۱ - رابطه درآمد خانوار و شاخص‌های سلامت

دلیل این موضوع، موانعی است که فقرا در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت با آنها روبرو هستند، چنانچه کمک‌ها و حمایت‌ها برای فقرا و ثروتمندان به صورت مساوی توزیع شود. این نابرابری‌ها کاهش نخواهد یافت.



## نمودار ۲ - مدل توزیع مساوی حمایت‌های دولتی

حتی به نظر می‌رسد با توزیع حمایت‌ها به صورت مساوی بین فقرا و ثروتمندان، فاصله بیشتر هم می‌شود. دلیل این امر امکان بهره‌مندی بهتر ثروتمندان از حمایت‌هاست. فقرا به دلیل گرفتاری‌های فراوانی که دارند حتی اگر حمایت هم شوند ترجیح می‌دهند به مشکلات روزمره و آتی خود نظیر غذا، مسکن و لباس بپردازند و کمتر به مقوله سلامت خواهند پرداخت. حال اگر در توزیع حمایت‌های مالی و غیر آن که از محل بودجه عمومی تأمین می‌شوند در تناسب معکوس با سطح درآمد خانوار انجام شود با این روش می‌توان به کاهش نابرابری‌ها امیدوار بود. (نمودار شماره ۳). این مدل در واقع همان هدفمند کردن یارانه‌هاست. به نحوی که کسانی که بیشترین نیاز را دارند و خود قادر به تأمین آن نیستند بیشترین حمایت را دریافت کنند.

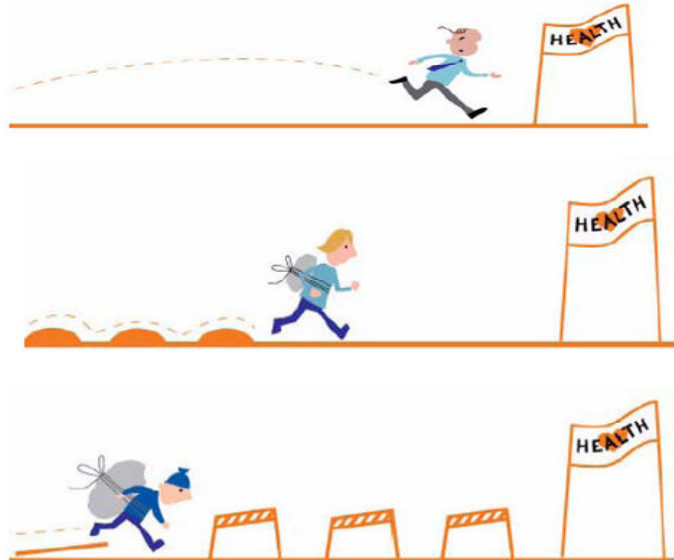


## نمودار ۳ - مدل توزیع متناسب حمایت‌های مالی از اقشار فقیر جامعه

در حال حاضر ۷۰٪ یارانه‌های عمومی در کشور صرف ۳۰٪ افراد ثروتمندتر جامعه می‌شود. دلیل این نابرابری، امکان بهره‌مندی بیشتر اقشار ثروتمند از خدمات است. به عنوان مثال یارانه بنزین و سوخت خودرو بیشتر مورد استفاده کسانی است که خودرو شخصی دارند؛ یا یارانه متعلق به بیمارستان‌های فوق

تخصصی دولتی که عمدتاً در شهرها مستقر هستند، بیشتر مورد استفاده ثروتمندان شهری قرار می‌گیرد تا فقرای روستائی.

تفاوت‌های اقشار فقیر و ثروتمند در بهره‌مندی از سلامت به کاریکاتوری که در شکل ذیل نشان داده شده، به خوبی ترسیم شده است. فقرا، هم با موانع بیشتری در دسترسی روبرو هستند و هم فشار زندگی و نیازهای فوری آنها را مجبور می‌کند بخش عمده‌ای از امکانات بسیار کم خود را نیز به همین امور اختصاص دهند تا زنده بمانند و همین؛ باعث می‌شود کمتر به سلامت خود به ویژه در مقولاتی چون پیشگیری و ارتقای سلامت توجه کنند.



در بین کشورها نیز این تفاوت‌ها بسیار چشمگیرند. جداول ۲ و ۳ چند شاخص را بین کشورهای مختلف مقایسه می‌کند. هر گاه این تفاوت در پیامدها 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 وقتی رخ می‌دهد که همهٔ آحاد جامعه بتوانند

سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها در میزان سلامت آنها تأثیری نداشته باشد.

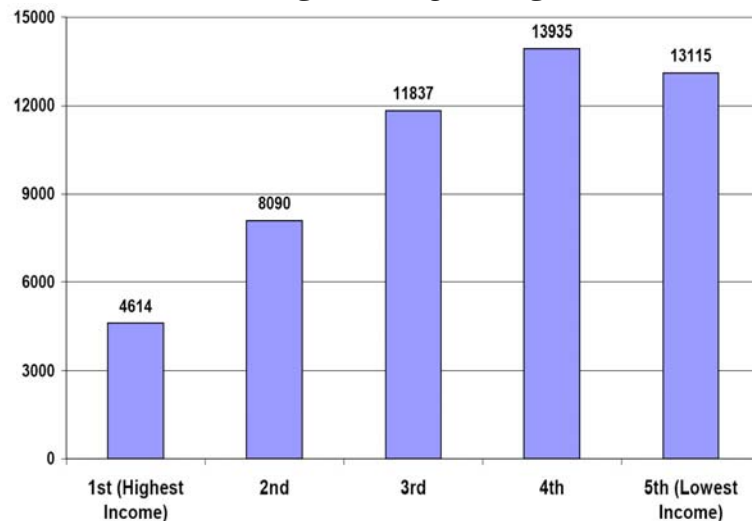
جدول ۲. احتمال مرگ و میر مردان سنین ۱۵ تا ۶۰ سال

| کشورها   | احتمال مرگ و میر(درصد) |
|----------|------------------------|
| لسوتو    | ۹۰/۲                   |
| روسیه    | ۴۶/۹                   |
| بولیوی   | ۲۶                     |
| سریلانکا | ۲۳/۸                   |
| کلمبیا   | ۲۳/۶                   |
| پاکستان  | ۲۲/۷                   |
| سوئد     | ۸/۳                    |

جدول ۳. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ازای هر هزار تولد زنده

| کشورها    |     |
|-----------|-----|
| سیرالئون  | ۳۱۶ |
| بولیوی    | ۸۰  |
| قرقیزستان | ۶۳  |
| سریلانکا  | ۲۰  |
| ایسلند    | ۳   |

نمودار شماره ۴، تفاوت در میزان مراجعه به بیمارستان برای درمان حملات قلبی بر اساس طبقه اقتصادی در یکی از ایالت‌های کانادا را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود شیوع حملات قلبی در فقرا بیشتر است.



نمودار ۴. میزان مراجعه به بیمارستان برای درمان حملات قلبی بر اساس طبقه اقتصادی در یکی از ایالت‌های کانادا (انتاریو)

در تعاریف عدالت در سلامت نوعاً بر دسترسی به خدمات سلامت توجه شده است، مراقبت و خدمات سلامت باید بر طبق نیاز توزیع شوند نه بر اساس توان مالی پرداخت کنندگان و یا تمایل دریافت کنندگان خدمت. البته بین دسترسی<sup>۱</sup> و استفاده از خدمات<sup>۲</sup> تفاوت مهمی وجود دارد که نباید از آن غفلت کرد. چه بسا خدمات، در دسترس باشند ولی بنا به دلایلی استفاده نشوند. در این خصوص بعداً توضیح بیشتری خواهیم داد.

1 - Access

2 - Utilization

عدالت به دو صورت عمودی و افقی در نظام سلامت قابل طرح هستند. در عدالت افقی تأکید بر این است که انسان‌ها در برابر نیازهای برابر، از خدمات برابر استفاده نمایند.

به عنوان مثال اگر آقای الف با درآمد ماهیانه ۴۰۰ هزار تومان دچار سکت قلبی شد، همان خدمتی را دریافت کند که آقای ب با درآمد ماهیانه ۲ میلیون تومان اگر سکت قلبی کند، دریافت خواهد کرد.

در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت‌های بیشتری دریافت کنند در مثال قبل آقای الف نه فقط برای درمان حاد سکت قلبی خود احتیاج به مراقبت دارد بلکه برای پیشگیری ثانویه نیز به دلیل اینکه درآمد خودش امکان پرداخت هزینه‌های پیشگیری ثانویه را نمی‌دهد باید حمایت و مراقبت شود؛ در حالیکه آقای ب می‌تواند خدمات پیشگیری ثانویه را خود تأمین نماید.

### ابعاد عدالت در سلامت

سه بعد در عدالت در سلامت قابل طرح می‌باشد.

۱. عدالت در تأمین منابع
۲. عدالت در خدمت رسانی
۳. عدالت در پیامدها

### عدالت در تأمین منابع سلامت

متأسفانه در تأمین منابع نظام سلامت، عمدتاً بر منابع مالی تأکید می‌شود و سایر منابع مورد نیاز به ویژه نیروی انسانی کارآمد، برنامه مشخص، قوانین مورد نیاز حمایت‌های سیاسی و اجتماعی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. ما نیز در این مقال چون بنا بر اختصار داریم بحث اصلی خود را در خصوص منابع، به منابع

مالی اختصاص می‌دهیم. اما این نکته را تأکید می‌کنیم که هر چند چالش منابع مالی، چالش مهم و اساسی در اغلب نظام‌های سلامت دنیاست اما این چالش نباید این نظام‌ها را از فراهم کردن سایر منابع که در بالا به آنها اشاره شد، غافل کند. در تأمین مالی نظام سلامت اصل اساسی پرداخت بر اساس توان و بهره‌مندی بر اساس نیاز است.

### پرداخت مستقیم از جیب مردم<sup>۱</sup>

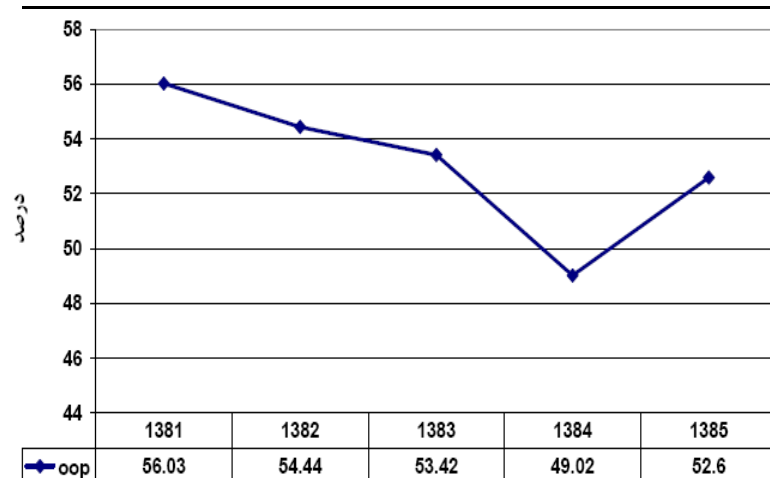
یکی از شاخص‌هایی که برای سنجش عدالت در سلامت مورد استفاده است پرداخت از جیب مردم است. بر اساس این شاخص متوسط درصد پرداخت هزینه از جیب مردم برای هزینه‌های سلامت در سطح کشور گزارش می‌شود. این شاخص در ایران در حال حاضر حدود ۵۲٪ برآورد می‌شود. روند این شاخص در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است. بر اساس محاسبات انجام شده در مطالعه حساب‌های ملی سلامت در وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت صورت زیر است:

---

1 - Out of Pocket (oop)

---





نمودار ۵: روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم در هزینه های سلامت

از محدودیت‌های این شاخص نسبی بودن آن است که عملاً اثرگذاری آن را در ظرفیت پرداخت خانواده به خوبی نشان نمی دهد. مثلاً اگر هزینه‌های سلامت ۱۰۰ هزار تومان در سال باشد و فرد ۳۰٪ آن یعنی ۳۰ هزار تومان را بپردازد این از نظر پرداخت از جیب با ۳۰۰ هزار تومان از یک میلیون تومان برابر است اما از نظر اثرگذاری بر اقتصاد خانوار طبیعتاً دومی ۱۰ برابر بیشتر از ظرفیت پرداخت خانواده را هزینه می کند. به همین دلیل تلاش شده است شاخص‌های دیگری که بررسی مقایسه‌ای با ظرفیت پرداخت خانوار را امکان‌پذیر سازد طراحی گردند.

#### شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت<sup>۱</sup>

1 - Fair Financial Contribution Index

در محاسبه این شاخص صورت کسر، هزینه هایی است که خانوار به صورت مستقیم صرف سلامتی خود و خانوار می نماید و مخرج کسر، هزینه غیر خوراکی خانوار را شامل می شود. هر چه این نسبت برای کل خانوارها برابر باشد، نظام تأمین منابع عادلانه تر خواهد بود و هر چه این نسبت بین خانوارها و گروه های مختلف اجتماعی و درآمدی فاصله بیشتری داشته باشد، نظام تأمین مالی غیرعادلانه تر خواهد بود.

از طریق فرمول زیر ضریب عدالت در مشارکت مالی را بدست می دهد:

$$FFC = 1 - \sqrt{\frac{\sum_{h=1}^n w_h / oopctp_h - oopctp_0}{\sum w_h}}$$

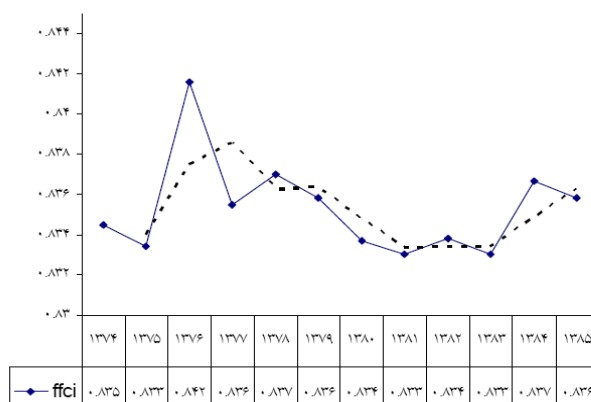
Out Of Pocket (OOP) (پرداخت از جیب): هزینه هایی که توسط خانوار هنگام دریافت کالا و خدمات سلامتی مستقیماً از جیب پرداخت می شود.  
Capacity To Pay (CTP) (ظرفیت پرداخت): توان پرداخت عبارت است از مابه التفاوت هزینه کل خانوار منهای مقدار حداقل متضمن بقاء (به عبارتی مخارج بخور و نمیر یا خط فقر خانوار). برای خانواری که هزینه خوراکش کمتر از حداقل بقاء باشد توان پرداخت برابر است با مابه التفاوت هزینه کل خانوار منهای هزینه خوراک خانوار.

OOP/CTP: نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم به توان پرداخت.

این شاخص از سال ۲۰۰۰ توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی و مطرح شده است. در عمل این سنجه میزان بی عدالتی در مشارکت مالی مردم در تأمین هزینه های سلامت را می نمایاند و بویژه پرداخت های کمرشکن را نشان می دهد.

در سال ۲۰۰۰، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده اند.

ایران، از این نظر در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده 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. این رتبه بندی در زمان اعلام، مورد انتقاد بسیاری از صاحب نظران قرار گرفت و از زمان اعلام آن یعنی ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۸) دیگر تکرار و روزآمد نشده است. مطالعات انجام گرفته در سال‌های اخیر وضعیت شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت را چنین نشان می‌دهد:



نمودار ۶. روند شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت

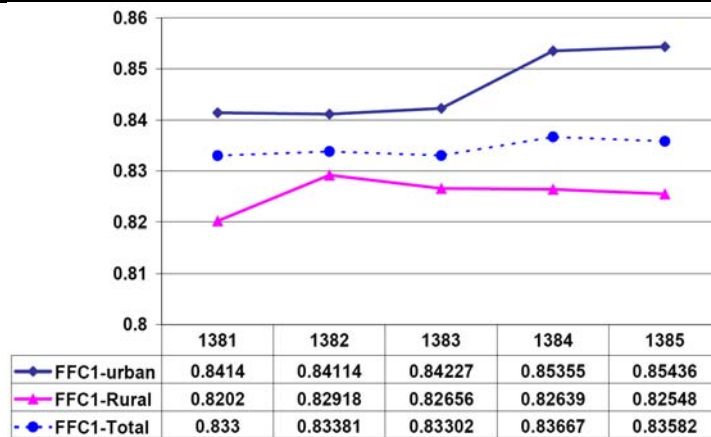
(FFCI) در کل کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

همانطور که در نمودار فوق مشاهده می‌شود، روند بهبود شاخص‌های FFC، که از سال ۱۳۷۴ آغاز شده بود تا سال ۱۳۷۸ تداوم یافت و سپس روند آن معکوس شده و تا سال ۱۳۸۱ ادامه یافت و مجدداً بهبود آن از سال ۱۳۸۲ شروع شد. در مجموع، بررسی روند تغییرات این شاخص که در نمودار با نقطه چین نشان داده شده است هم مبین این موضوع می‌باشد.

نکته مهم در این نمودارها افزایش FFC در جامعه شهری است که بهبود با شتاب بیشتری رخ داده است ولی در جامعه روستایی این شاخص حتی نوعی افت را نشان می‌دهد. این امر حاکی از نوعی نابرابری در جامعه روستایی در مقایسه با جامعه شهری است. البته دو نکته را در این میان باید مورد توجه قرار داد.

۱- با تعریف جدید از شهرنشینی بسیاری از روستاهای پرجمعیت که درآمد بالاتری داشته‌اند امروزه جزء جامعه شهری تلقی می‌شوند حال آنکه این مناطق پیش از این جزء جمعیت روستایی تلقی می‌شدند و در نتیجه شاخص FFC را در روستا ارتقاء می‌دادند. به عبارت دیگر روستاهایی که هنوز روستا تلقی می‌شدند در مجموع سطح درآمد پائین تری دارند.

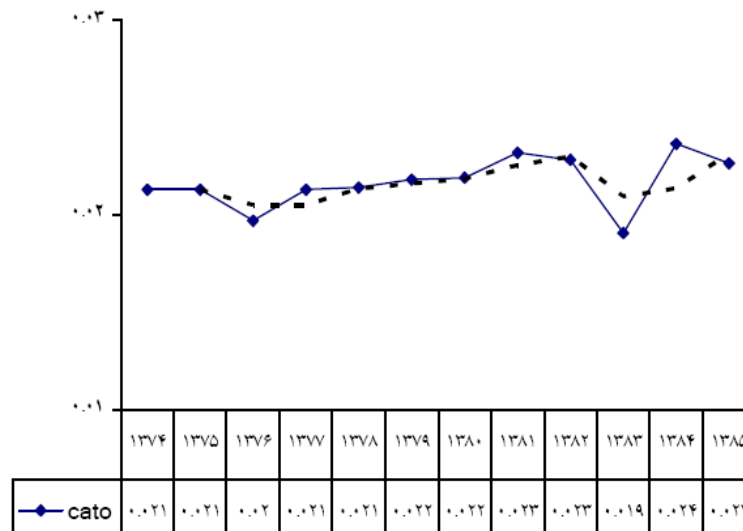
۲- با گسترده تر شدن بی‌مه روستائیان از سال ۱۳۸۶، به نظر می‌رسد روند FFC در طی سال ۱۳۸۶ نسبت به قبل بهبود یافته است.



نمودار ۷. روند شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت  
در خانوارهای شهری، روستایی و کل کشور از سال ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۵

### هزینه‌های اسف بار و کمرشکن

از نسبت هزینه‌های سلامت (اعم از مستقیم و غیر مستقیم) به ظرفیت پرداخت هر خانوار محاسبه می‌گردد. بالا رفتن این شاخص بدین معنی است که خانوار میزان غیرمنطقی از ظرفیت پرداخت خود را باید جهت نگاهداشت سطح سلامت و درمان اعضای خانوار بناچار هزینه کند. برای این شاخص یک حد بحران تعریف می‌شود که تجاوز از این حد بحرانی را به عنوان حالت اسفبار و کمرشکن تأمین مالی خدمات بهداشت و درمانی نامیده‌اند. متخصصین اقتصاد بهداشت بنا به مطالعات و تجربیات این مرز بحران را در حد ۴۰ درصد تعیین نموده‌اند.



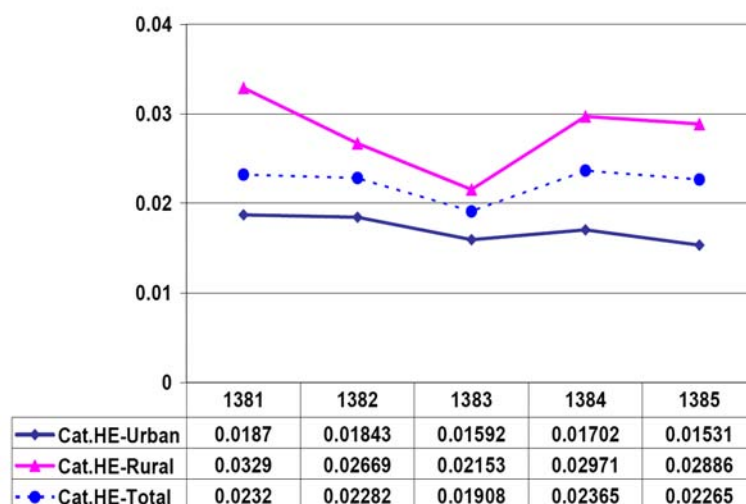
نمودار ۸. روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در کل کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت، همانگونه که در نمودار فوق هم ملاحظه می‌شود، طی دوره مورد بررسی، اگر چه با نرخ رشدی ملایم، همواره در حال افزایش است. این روند تغییرات که به صورت نقطه چین در نمودار نشان داده شده، باعث افزایش شاخص مذکور از ۲/۱۲٪ در سال ۱۳۷۴ به ۲/۲۶۵٪ در سال ۱۳۸۵ گردیده است.

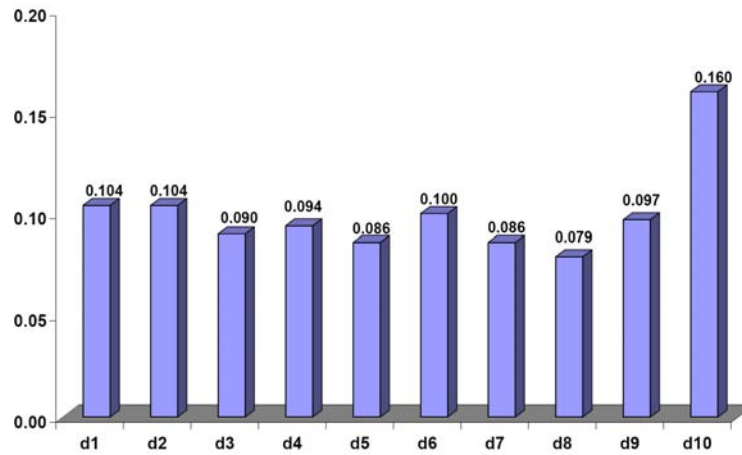
بررسی نمودارهای ۹، ۱۰ و ۱۱ نشان می‌دهد که هیچ طبقه اقتصادی از احتمال قرار گرفتن در هزینه‌های فاجعه بار سلامت مصون نیست؛ حتی ثروتمندترین طبقه اقتصادی نیز در معرض این خطر قرار دارد.

نکته قابل مقایسه بین طبقات اجتماعی، کانون هزینه‌ها است که برای خانوار ایجاد مشکل می‌کند؛ این کانون برای ثروتمندترین طبقه دارو و برای گروه‌های

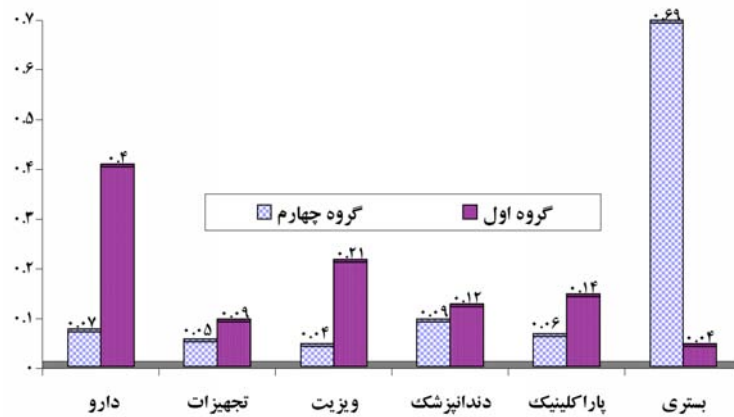
فقیرتر هزینه‌های بستری بوده است. تجویز داروهای گران قیمتی که عمدتاً در درمان سرطان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توان هزینه‌های حتی فوق طاقت طبقه ثروتمند را نیز ایجاد نمایند، داروهایی که در اصل اثربخشی آنها تشکیک فراوانی وجود دارد و نوعاً مستند به مقالات سفارشی خود شرکت‌های تولید کننده دارو به جامعه علمی معرفی می‌شوند. گروه‌های فقیرتر اصولاً به دلیل فقر مادی وارد این جرگه نمی‌شوند. در مقابل، این گروه‌ها در خطر هزینه‌های فاجعه بار بستری قرار دارند. هر چند وجود بیمارستان‌های دولتی با تعرفه نسبتاً پایین پوشش بیمه ای نظیر بیمه بستری یا بیمه ایرانیان امکان بهره‌مندی از خدمات بستری ارزان را نیز فراهم می‌کند اما این طبقات بعضاً به دلیل عدم اعتماد به بیمارستان‌های دولتی در زمان بیماری‌های شدید به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند و به دلیل تعرفه چند برابری در بخش خصوصی دچار هزینه‌های فاجعه بار می‌گردند.



نمودار ۹. روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در مناطق شهری، روستایی و کل کشور از سال ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۵



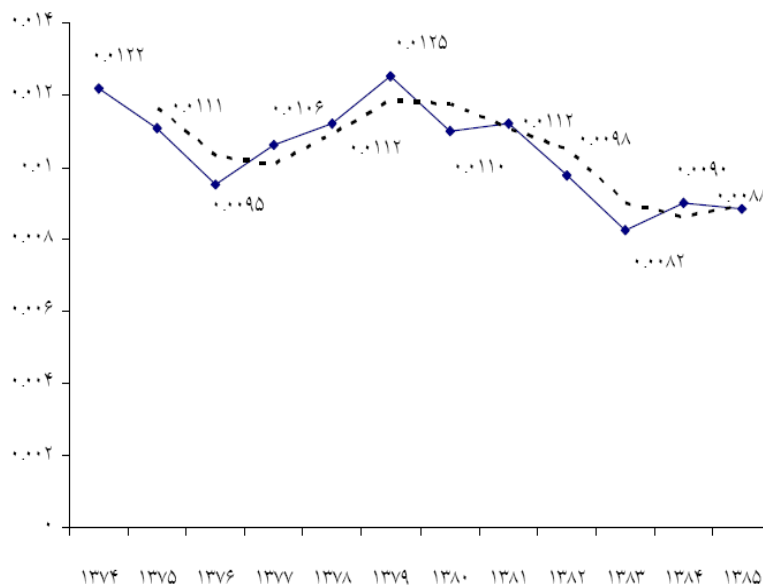
نمودار ۱۰. توزیع خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت بین دهکهای هزینه‌ای - ۱۳۸۵



نمودار ۱۱. سهم خدمات درمانی مصرف شده توسط خانوارهای گروه اول در مقایسه با خانوارهای گروه چهارم (دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت) - ۱۳۸۵

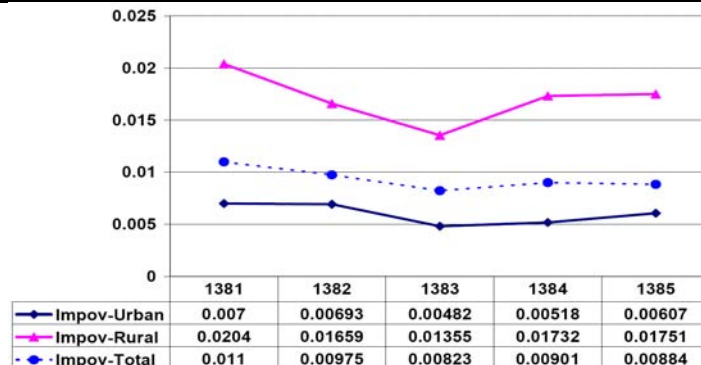
1 - منظور از گروه اول و چهارم، چارک بالا و پایین درآمدی جامعه است.





نمودار ۱۲. روند نسبت جمعیتی که به دلیل هزینه‌های درمانی در ورطه فقر می‌افتند در کل کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

در بررسی شاخص نسبتی از جمعیت که به دلیل هزینه‌های درمانی به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند، مشاهده می‌شود که سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۵ این شاخص از ۰/۱۲۲ به ۰/۰۸۸۴ کاهش یافته است. همچنین، بررسی روند تغییرات آن طی دوره مذکور که در نمودار فوق با نقطه چین نشان داده شده است، بیانگر تداوم یافتن روند کاهش این شاخص از سال ۱۳۷۸ به بعد می‌باشد. البته در اینجا باید به این نکته هم توجه داشت که در سال‌های پایانی دوره مورد بررسی به نظر می‌رسد که تغییرات شاخص لزوماً روند یکنواختی را تجربه نمی‌کند و با نوساناتی همراه است.



نمودار ۱۳. روند نسبت جمعیتی که به دلیل هزینه‌های درمانی در ورطه فقر افتاده‌اند به تفکیک مناطق شهری، روستایی و کل کشور از سال ۱۳۸۱ الی ۱۳۸۵

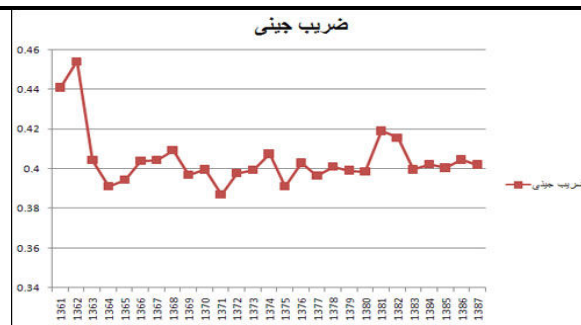
### شاخص ضریب جینی<sup>۱</sup>

معروفترین شاخصی که از طریق آن نحوه توزیع منابع و شکاف طبقاتی را در جوامع مختلف می‌سنجند ضریب جینی می‌باشد. ضریب جینی یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب جینی پای‌ین برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می‌دهد در حالی که ضریب جینی بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می‌کند. صفر یعنی همه درآمد و ثروت یکسان دارند (برابری مطلق) و عدد یک یعنی نابرابری مطلق به گونه‌ای که ثروت تنها در دست یک نفر است و مابقی هیچ درآمدی ندارد. درآمد جینی مشروط بر این است که هیچ کس دارای درآمد و ثروت خالص منفی نباشد. در دنیای حاضر، ضریب جینی بین

1 - Gini Coefficient Index

۰/۲۳۰ در سوئد تا ۰/۷۰۷ در نامی‌بی‌متغیر است البته تمامی کشورها در این ارزیابی وارد نشده‌اند.

گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ سازمان ملل حاکی است: ضریب جینی ۰/۳۸۳ در ایران از ۱۰۶ کشور دنیا کمتر است که نشان دهنده پایین تر بودن شکاف طبقاتی و عادلانه تر بودن توزیع درآمد در ایران از این تعداد کشورها است. بنابراین گزارش، دانمارک با ضریب جینی ۰/۲۴۷ کمترین شکاف طبقاتی و نامیبیا با ضریب جینی ۰/۷۴۳ بالاترین شکاف طبقاتی را دارند. این گزارش تصریح کرد: ضریب جینی در آمریکا ۰/۴۰۸ اعلام شده و بر این اساس شکاف طبقاتی در آمریکا بیشتر از ایران است. دفتر توسعه سازمان ملل متحد در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ از کاهش ضریب جینی در ایران به ۰/۳۸۳ خبر داد که افت محسوس شکاف طبقاتی و عادلانه تر شدن توزیع درآمد را نشان می‌دهد. در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ تصریح شده است: ده درصد فقیرترین مردم ایران ۲/۶ درصد کل درآمد و مخارج کشور را به خود اختصاص می‌دهند، این در حالی است که این رقم در گزارش سال گذشته ۲ درصد بوده است و این مساله حاکی از رشد سهم فقرا از درآمد و مصرف در ایران است. بنابراین گزارش، سهم ده درصد ثروتمندان ایران از درآمد و مصرف در کشور از ۳۳/۷ درصد در سال گذشته به ۲۹/۶ درصد در سال جاری کاهش یافته است که توزیع عادلانه تر درآمد و کاهش شکاف طبقاتی را نشان می‌دهد (نمودار ۱۴).



نمودار ۱۴. روند تغیی رات ضریب جینی ایران در طول سال های ۱۳۶۱ - ۱۳۸۷

### کانون های هزینه در نظام سلامت ایران

جدول ۲، کانون های هزینه در نظام سلامت را نشان می دهد. بخش دولتی علیرغم ارائه عمده خدمات بستری و  $\frac{1}{3}$  خدمات سرپایی فقط ۳۱٪ اعتبار سلامت را در سال ۱۳۸۱ جذب کرده است. این روند با توجه به افزایش ۱۰ برابری تعرفه های بخش خصوصی در سال ۱۳۸۴ احتمالاً روند نامتعادل تری را در حال حاضر دارد. دلیل عمده این تفاوت را باید در تفاوت تعرفه ها دانست. فقدان نظام کارآمد تعرفه گذاری در خدمات سلامت باعث شده که روند تعرفه ها از مبنای قابل قبولی برخوردار نباشد و بعضی از خدمات لوکس که برای سلامت ضرورت ندارد با اختصاص تعرفه های بالا خواه ناخواه ترویج گردند و در مقابل، خدمات ضروری به دلیل تعرفه های پایین کمتر ارائه می شوند.

جدول شماره ۴. مقایسه نسبت درصد سهم بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات و سهم دریافت پول از منابع دولتی و بطور مستقیم از جیب مردم در بازار سلامت ایران - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

|                    |                                   |                                  |                               |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| نسبت ارائه خدمت    | سهم خدمات سرپایی ارائه شده در بخش | سهم خدمات بستری ارائه شده در بخش | سهم دریافت پول از بازار سلامت |
| ارائه کنندگان خدمت |                                   |                                  |                               |

|            |   |   |                               |
|------------|---|---|-------------------------------|
| بخش دولتی  | ٪۳۴   | ٪۸۲   | ٪۳۱                           |
| بخش خصوصی  | ٪۶۶   | ٪۱۸   | ٪۶۹                           |
| ارقام پایه | ۸/۴ بارمراجعه<br>سریایی برای<br>هر ایرانی در<br>سال | ۶۱ هزارم بار<br>بستری در طول<br>سال برای هر<br>ایرانی | ۳۵۲۴ هزار<br>میلیارد<br>تومان |

این روند باعث شده است کانون اصلی هزینه‌های نظام سلامت که در دهه‌های قبل به بخش بستری مربوط می‌شد امروزه به بخش سرپایی، هزینه‌های دارویی و هزینه‌های خدمات تشخیصی شامل تصویربرداری و آزمایشگاه، منتقل شود. به عنوان مثال امروزه فردی که تحت پوشش بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت است اگر دچار آپاندیست شود، در بیمارستان دولتی با هزینه حدود ۳۰ هزار تومان جراحی و ترخیص می‌شود؛ این هزینه برای بیمار تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در بیمارستان تأمین اجتماعی تقریباً صفر است. اما اگر هر کدام از این دو، برای بررسی دوره ای<sup>۱</sup> آن هم فقط آزمایش‌های خون به آزمایشگاه طبی خصوصی مراجعه کنند با توجه به تفاوت تعرفه آزمایشگاه خصوصی و عدم تقبل آن توسط بیمه‌ها مجبور به پرداخت بیش از ۴۰ هزار تومان خواهند بود. ورود فن‌آوری‌های جدید نیز از دی‌گر کانون‌های هزینه و غیرضروری در نظام سلامت است. معمولاً تصویربرداری‌های جدید و یا جراحی‌های جدید تعرفه بالاتری از خدمات قبلی دارند. طبیعتاً ارائه‌کنندگان خدمات به سمت اینگونه خدمات کشیده می‌شوند به همین دلیل ضرورت دارد که در ورود هر فن‌آوری جدید بررسی عمیقی از نظر کارآمدی هزینه اثربخشی و تأثیر ورود آن خدمت در کل نظام سلامت به عمل آید. و به صرف ورود به بازار یا حتی تأیید مجامع بین‌المللی هر فن‌آوری را

---

1 - Check up

به نظام سلامت وارد نکرد. این فرآیند تحت عنوان **ارزیابی فناوری سلامت**<sup>۱</sup> جزء وظایف تولیدی در نظام سلامت است. برای ارزیابی فن آوری سلامت، تجزیه و تحلیل کارآیی بالینی، تجزیه و تحلیل اقتصادی و تجزیه و تحلیل تأثیرات آن فن آوری در نظام سلامت هر سه ضروری هستند.

در حال حاضر در کشور ما طبق قانون برنامه توسعه چهارم که در لایحه برنامه توسعه پنجم نیز مورد تأکید قرار گرفت. نظام ارائه خدمات بر اساس سطح بندی است. یعنی بر اساس نظام ارجاع خدمات پیچیده‌تر در مراکز درمانی سطوح بالاتر ارجاع، ارائه می‌گردند.

وجود خدمات پیچیده در مراکز درمانی سطوح پائین تر ارجاع، باعث می‌شود که این خدمات به صورت غیرضروری مورد استفاده قرار گیرند و هزینه‌های نظام سلامت افزایش یابد. توجه به این سطح بندی می‌تواند در کنترل هزینه‌ها با حفظ کیفیت خدمات تا حدودی مؤثر باشد.

### تعرفه گذاری خدمات

از چالش‌های فعلی در نظام مالی سلامت ایران روش تعرفه‌گذاری است. تعرفه‌گذاری در حال حاضر در ایران بر اساس افزایش درصدی به تعرفه‌های قبلی انجام می‌پذیرد و بین تعرفه‌های بخش خصوصی و بخش دولتی تفاوت‌ها بعضاً تا بیش از ۱۰ برابر نیز رسیده است. این روند پس از تصویب قانون جدید نظام پزشکی در سال ۱۳۸۲ و واگذاری اختیار تعرفه‌گذاری بخش خصوصی به شورای عالی نظام پزشکی شتاب بیشتری گرفت.

روند قبلی تعرفه‌گذاری به این صورت بود که ارزش خدمت تعیین می‌شد که جزء ثابت در تعرفه دولتی و خصوصی بود سپس برای بخش خصوصی

هزینه‌های استهلاک و سرمایه گذاری نیز اضافه می‌گردید. بدین ترتیب تعرفه بخش خصوصی همواره درصدی بیش از تعرفه بخش دولتی بود.

اما از آنجا که همواره ارزش خدمت به صورت غیرواقعی پایین نگه داشته می‌شد تا تعرفه‌ها افزایش نیابد موجی از نارضایتی در بین ارائه‌کنندگان خدمات وجود داشت. تصویب قانون جدید فرصتی را فراهم کرد تا فشرده شده نارضایتی با افزایش ۱۰ برابری تعرفه‌ها در سال اول اجرا در سال ۱۳۸۴ خود را رها کند. به نظر می‌رسد در یک نظام تعرفه گذاری صحیح باید ارزش خدمت بر اساس عوامل زیر تعیین شوند:

- میزان تحصیلات و تبحری که ارائه‌کننده برای ارائه آن خدمت باید داشته باشد.

- وقتی که برای ارائه خدمت باید گذاشته شود.

- مخاطراتی که ارائه خدمت برای ارائه‌کننده و دریافت‌کننده می‌تواند ایجاد نماید.

- تجهیزات و وسایلی که برای ارائه خدمت ضروری است.

- ضرورت خدمت و میزان انگیزشی که برای در دسترس بودن این خدمت باید ایجاد گردد.

سپس با توجه به استهلاک وسایل و تجهیزات و هزینه‌های سرمایه گذاری، افزایش متناسبی را برای بخش خصوصی در نظر گرفت. بیم آن می‌رود که با اجرای قانون هدفمند شدن یارانه‌ها، تفاوت‌های بین هزینه‌های دو بخش افزایش بیشتری هم پیدا کند این موضوع تا کنون هم در انگیزش ارائه‌کنندگان خدمات در بخش دولتی و کیفیت این خدمات تأثیر به‌سزایی داشته و می‌تواند از این به بعد هم تأثیر فزاینده‌ای داشته باشد.

**سرانه سلامت**

در بحث تأمین مالی سلامت یکی از اصطلاحاتی که زیاد به کار برده می‌شود سرانه سلامت است. سرانه سلامت در اصطلاح علمی سهمی از درآمد ناخالص کشور است که برای سلامت هزینه می‌شود، منابع این سهم فقط بودجه عمومی نیست بلکه شامل بودجه عمومی، پرداخت از جیب مردم و تأمین از طریق نظام‌های پیش پرداختی نظیر بیمه و حتی کمک خیرین نیز می‌گردد.

برای عدالت در سلامت نه فقط باید سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی را افزایش داد بلکه می‌بایست سهم بودجه عمومی در تأمین سلامت را نیز افزود و این افزایش را به صورت هدفمند انجام گیرد. به این معنا که عمده منابع مالی که از بخش عمومی تأمین می‌شود صرف طبقات محروم و فقیری گردد که امکان تأمین منابع مورد نیاز را از درآمد خود حتی به صورت پیش پرداخت نیز ندارند. در کشور ما وقتی از سرانه سلامت صحبت می‌شود؛ عمده توجهات معطوب به سرانه ای است که برای خدمات درمانی از طریق بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت اعم از کشوری و لشکری تأمین می‌گردد. بخشی از این سرانه (حدود  $\frac{1}{3}$  آن) از حقوق خود فرد و مابقی از کمک از بودجه عمومی تأمین می‌گردد. این رقم مبنای تعیین تعرفه خدمات درمانی قرار می‌گیرد. البته در دو سال اخیر طبق قانون بودجه این سرانه به درصدی از حقوق و مزایا تبدیل شده که در مقایسه با رقم ثابت از نوعی تجمیع ریسک برخوردار است. در گذشته هر کارمندی با هر حقوقی، پرداخت ثابتی برای بیمه شدن داشت. تبدیل حق بیمه به درصدی از حقوق و مزایا، درآمد بیمه‌ها را افزایش می‌دهد. اما این افزایش حقوق برای برخوردارترها انجام می‌شود نه افراد با حقوق پایین. این ساده سازی مفهوم سرانه سلامت چند اختلال مبنایی در اقتصاد سلامت کشور به وجود آورده است.

۱- در حال حاضر بیمه‌های مختلف با سرانه‌های مختلف فعالیت می‌کنند و پوشش خدمات آنها نیز بالتبع متفاوت است. این در حالی است که شماری از این بیمه‌ها به نوعی دولتی بوده یا از اعتبارات عمومی استفاده می‌نمایند.



همین امر باعث شده که تعرفه‌های مورد قبول بیمه‌های مختلف تا ۱۰ برابر برای یک خدمت یکسان متفاوت باشد.

۲- در حالیکه سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی و رقم مطلق بودجه عمومی سلامت هر دو در حال افزایش هستند به دلیل اینکه هزینه‌های سلامت با سرعت بسیار بالاتر از بودجه عمومی سلامت افزایش یافته است. در نهایت سهم بودجه عمومی از هزینه‌های سلامت کاهش پیدا کرده است. این امر یعنی تحمیل فشار مالی هزینه‌های سلامت بر گرده طبقات ضعیف‌تر جامعه.

### روش‌های پرداخت در نظام سلامت

روش‌های پرداخت در نظام سلامت از عوامل تأثیرگذار در رفتار ارائه‌کنندگان خدمات و بالتبع کیفیت خدمات می‌باشد. اگر بخواهیم به نابرابری‌های نظام سلامت پردازیم نمی‌توانیم نسبت به این موضوع بی‌تفاوت باشیم. برخی از روش‌های عمده پرداخت به شرح زیر هستند.

#### الف) پرداخت برای خدمت<sup>۱</sup>

پرداخت به ازای ارائه خدمت در ایران به کارانه مشهور شده است. در این روش هر چقدر تعداد انجام یک خدمت بیشتر باشد؛ پرداخت بیشتری انجام خواهد شد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش، می‌تواند آثار زیر را به بار آورد:

۱- توجه به پیشگیری کم رنگ شود.

۲- تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و فن آوری پیچیده تر شود.

۳- نیاز القایی برای دریافت خدمات به وجود آید. در حالیکه می‌توان عارضه‌ای را با هزینه‌های کمتر درمان کرد دریافت‌کنندگان خدمات به سمت خدمات پیچیده سوق می‌یابند.

---

1 - Fee for service

۴- فاصله‌ها را در دسترسی افزایش می‌دهد؛ چون خدمات گرانتر و بالتبع با درآمد بالاتر در مراکز بزرگتر قابل وصول هستند و متخصصین برای درآمد بیشتر تمایل دارند هر چه سریعتر مناطق دور افتاده را ترک کنند و به مراکز بزرگتر بیایند.

۵- تمایل برای غیر واقعی شدن تعرفه‌ها را افزایش می‌دهد. چون درآمد ارائه کنندگان بر اساس این تعرفه‌ها شکل می‌گیرد تمایل بر این خواهد بود هر چه می‌توان تعرفه‌ها را افزایش داد.

### ب) حقوق ثابت<sup>۱</sup>

عمده انتقاد به این روش فقدان اثر انگیزشی آن برای ارائه کنندگان خدمات است. چون حتی اگر خدمات هم توسط کارکنان ارائه شود حقوق ثابت پرداخت خواهد شد و بین افراد پرتلاش و کم تلاش در دریافت حقوق تفاوت معناداری وجود ندارد. سایر آثار این روش عبارتند از:

۱- سالیانه باید بدون توجه به کارآمدی مؤسسه حقوق را متناسب با تورم افزایش داد. در حالیکه بین این افزایش و افزایش درآمد مؤسسه ارتباطی وجود ندارد.

۲- برنامه رشد و ارتقای مؤسسه قابلیت اجرا ندارد.

۳- امکان رقابت پذیری مؤسسه با سایر مؤسسات از بین می‌رود.

### ج) سرانه<sup>۲</sup>

در این روش به ازای تعداد افراد تحت پوشش سرانه پرداخت می‌شود. مثلاً به ازای هر نفر تحت پوشش پزشک خانواده به وی پرداخت ثابتی انجام می‌گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و

---

1 - Salary

2 - Capitation

---

توانبخشی بر اساس بسته خدمتی مورد توافق است و چون معمولاً هزینه‌های درمان برای خود ارائه کننده خدمت نیز بالاتر است توجه وی به پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود. این روش معمولاً با کاهش هزینه در کل همراه است. در حالیکه از دریافتی ارائه کننده خدمت نیز کاسته نمی شود. بلکه حتی ممکن است پرداخت به وی افزایش یابد.

از آثار این روش می توان موارد زیر را نام برد:

۱- ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات پیشگیری می گردد.

۲- زمینه سازی برای نظام ارجاع و سطح بندی خدمات با این روش حاصل می شود.

۳- با توجه به تجمع بیماران و افراد سالم و ارائه سرانه ثابت برای همه آنها نوعی تجمع ری سک رخ می دهد.

۴- کیفیت خدمات ممکن است افت نماید.

#### د) پرداخت بر اساس مدت اقامت

در این روش به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان پرداخت ثابتی به ارائه کنندگان خدمات انجام می شود. این روش منحصراً برای بیماران بستری قابلیت استفاده دارد و آثار زیر را در نظام سلامت می تواند ایجاد کند:

۱- تعداد بیماران بستری را افزایش می دهد. در ضمن ضریب اشغال تخت بیمارستانی ارتقاء می یابد.

۲- هزینه‌های هر روز بستری کاهش می یابد. چون پرداخت به ازای تعداد روز بستری است، مؤسسه سعی خواهد کرد هزینه ها را کاهش دهد تا سود بیشتری بدست آورد.

۳- طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان بیشتر می شود.

۴- امکان بستری غیرضروری بیشتر می شود.

۵- مراقبت‌های سرپایی کاهش می‌یابد و تمایل برای بستری کردن بیماران بیشتر می‌شود.

۶- کیفیت خدمات بستری ممکن است کاهش یابد.

#### ه) پرداخت به ازای بیمار<sup>۱</sup>

این روش نی‌ز نظیر روش قبل، بیشتر برای بیماران بستری قابل استفاده است. در این روش به ازای هر بیمار بستری در بیمارستان صرف نظر از مدت اقامت و یا تنوع خدمات دریافتی، هزینه ثابتی به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌گردد. مدل ارتقاء یافته آن گروه‌های وابسته تشخیصی<sup>۲</sup> است که به ازاء هر بیمار بر اساس تشخیص و بسته خدمتی که برای آن تشخیص تعریف شده پرداخت ثابتی انجام می‌شود.

آثار این روش شامل موارد زیر است:

- ۱- تعداد بیماران بستری نظیر روش قبل افزایش می‌یابد.
- ۲- هزینه‌های هر روز بستری نظیر روش قبل کاهش می‌یابند.
- ۳- بر خلاف روش قبل در این روش تمایل برای کاهش مدت زمان بستری وجود دارد چون اساس پرداخت بر اساس تشخیص است نه طول مدت بستری.
- ۴- امکان بستری مجدد بیماران زی‌اد است.
- ۵- امکان بستری غیر ضروری نظیر روش قبل وجود دارد.

#### و) بودجه

در این روش برای بیمارستان یا مؤسسه ارائه‌کننده خدمات بودجه ثابتی از محل بودجه عمومی، کمک خیرین و یا سایر منابع تعریف می‌شود و بر آن اساس بیمارستان فارغ از درآمد یا میزان ارائه خدمات پرداخت خود را انجام

---

1 - Per case

2 - Diagnosis related group

---

می‌دهد. در این روش هزینه‌ها معمولاً کاهش می‌یابد و امکان برنامه‌ریزی و ارتقاء توسط ارائه‌کنندگان خدمات وجود دارد. برای کیفیت خدمات تضمینی وجود ندارد و اگر همراه با روش‌های پرداختی چون پرداخت عملکردی نباشد انگیزه کارکنان را نیز نمی‌توان بالا برد.

اغلب مؤسسات از روش‌های تلفیقی استفاده می‌کنند. در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز بسته به بخش عمومی غیردولتی نظیر تأمین اجتماعی، پزشک خانواده، بخش دولتی و یا بخش خصوصی از انواع این روش‌ها استفاده می‌شود. متأسفانه در انتخاب این روش‌ها کمتر به اثرات تبعی آنها توجه می‌شود و لازم است هر مؤسسه بر اساس رسالت خود روش پرداخت خود را انتخاب نماید.

#### اصلاح نظام تأمین مالی سلامت برای دستیابی به عدالت

با توجه به موارد پیشگفت، اصلاح نظام تأمین مالی سلامت از اولویت‌های اصلاحات نظام سلامت می‌باشد. اهداف چنین اصلاحی باید دقیقاً تعیین گردند. این موارد به عنوان اهداف پیشنهادی قابل طرح می‌باشند:

- ۱- تأمین منابع با ثبات در میان مدت و طولانی مدت
  - ۲- تثبیت منابع مالی مورد نیاز برای برنامه‌های اولویت دار نظام سلامت
  - ۳- کاهش پرداخت از جیب مردم
  - ۴- رفع موانع اقتصادی، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات
  - ۵- عدالت در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات
  - ۶- توجه به کارایی و بهره‌وری در تخصیص منابع
  - ۷- تأمین کیفیت مناسب برای خدمات
- برای تأمین این اهداف، اصول راهبردی زیر در تأمین مالی نظام سلامت پیشنهاد می‌شوند:

- ۱- افزایش سرمایه‌گذاری بخش عمومی در سلامت

۲- دستیابی به پوشش همگانی و تقویت شبکه‌های حمایتی برای گروه‌های در معرض خطر

۳- ایجاد سامانه پیش پرداخت برای کسانی که درآمد دارند نظیر بیمه یا مالیات

۴- پایش و ارزشیابی عملکرد به صورت مداوم در نظام سلامت باید وجود داشته باشد و باید در نظام پرداخت مؤثر باشند.

۵- مستندات مورد نیاز جهت توسعه سیاستگذاری تأمین مالی سلامت باید به توجه به شرایط جدید به طور مداوم فراهم و در اختیار سیاستگذاران قرار گیرد.

۶- از قوانین و مقررات به صورت هدفمند برای تأمین اهداف نظام سلامت استفاده شود.

عرصه‌های قانونگذاری که احتیاج به بازنگری دارند شامل موارد زیر هستند:

۱-۶- امکان پوشش همگانی خدمات نه فقط دسترسی بلکه اطمینان از بهره‌مندی از خدمت

۲-۶- اطمینان از تأمین منابع با ثبات برای نظام سلامت

۳-۶- تجمیع ریسک بین فقیر و غنی، بی‌کار و شاغل و بیمار و سالم

۴-۶- امکان خرید خدمت به صورت هدفمند برای تأمین سلامت بر اساس نیازهای واقعی نه خواسته‌های غیر ضروری

۵-۶- حمایت از روش‌های پرداختی که هم انگیزه و هم کیفیت و هم بهره‌وری نظام سلامت را بالا ببرد.

۶-۶- آموزش و توانمندسازی در نظام سلامت

**چرا نمی‌توان نظام سلامت را بر اساس قوانین بازار اداره کرد؟**

در اقتصاد آزاد، معمولاً هرگاه صحبت از نظارت و تعرفه گذاری می‌شود، پاسخ این است که عرضه و تقاضا خود باعث کنترل بازار می‌شوند. سؤال این است که آیا می‌توان نظام سلامت را همچون دیگر بازارهای خدماتی دانست و آن را بر اساس قانون عرضه و تقاضا اداره کرد؟ خدمات سلامت دارای ویژگی‌هایی است که آن را از سایر خدمات متمایز می‌کند:

الف) اگر بتوان سلامت را کالا نامید، سلامت کالایی عمومی و ضروری است که همه به آن احتیاج دارند. بقا و حیات انسان‌ها در دسترسی به سلامت تعریف می‌شود. و چون کالای ضروری است همگان صرف نظر از رتبه اقتصادی و اجتماعی باید به آن در زمان نیاز دسترسی داشته و بتوانند از آن بهره‌مند شوند.

ب) بین ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت، عدم تقارن وجود دارد. این عدم تقارن از جنبه‌های مختلف است.

**۱- عدم تقارن اطلاعاتی:** ارائه‌کنندگان خدمات در خصوص ضرورت و نوع خدمت مورد نیاز اطلاعاتی دارند که دریافت‌کننده به آنها دسترسی ندارد و یا برایش مفهوم نیستند. اگر به بیماری بگویید به جراحی فوری نیاز دارد و اگر جراحی نکند ظرف چند ساعت خواهد مرد؛ غالباً بیمار اگر خود پزشک حاذقی نباشد نمی‌تواند شخصا در خصوص صحت و یا سقم این گزاره قضاوت سریعی داشته باشد. این برخلاف سایر خدمات مورد نیاز فرد است که نوعاً دریافت‌کننده در خصوص آن اطلاعات حداقلی دارد که همان می‌تواند مبنای قضاوت قرار گیرد.

**۲- اضطرار دریافت‌کننده خدمت:** معمولاً دریافت‌کننده این خدمات هر چقدر هم از طبقات فرادست باشد با نوعی اضطرار و نگرانی به ارائه‌کننده خدمات مراجعه می‌کنند و همین اضطرار باعث می‌شود نتواند انتخاب عاقلانه و با تدبیری داشته باشد و در تصمیم به نظر ارائه‌کننده خدمات تکیه می‌کند.

ج) احتمال ایجاد انحصار و نوعی محدود سازی در دسترسی به خدمات بسیارمتصور است و رقابت پذیری در ارائه این خدمات به همین دلیل محدود است.

د) در قبال پرداخت هزینه از نتیجه کار نمی توان همی‌شه مطمئن بود. خرید این خدمات همیشه با نتیجه مطلوب همراه نیست؛ ممکن است هزینه فراوانی انجام شود ولی نتیجه، مرگ یا ناتوانی باشد.

همه این نکات روشن می‌سازد که ارائه خدمات سلامت نمی تواند بر اساس عرضه و تقاضا و نظام بازار مرسوم انجام پذیرد. حکومت به همه این دلایل باید: ۱- بر نحوه ارائه خدمات نظارت کند و کیفیت خدمات را پایش کند و با موارد تخلف برخورد کند.

۲- بر قیمت خدمات نظارت نماید.

۳- از تأمین خدماتی که توسط بخش غیر دولتی ارائه نمی شوند ولی ضروری هستند اعم از اینکه اصل خدمت ضروری است ولی درآمد زا نیست و یا در عمل مورد نیاز مثلاً مناطق محروم ارائه نمی گردد؛ اطمینان حاصل نماید به نحوی که دسترسی و بهره‌مندی همه اقشار به ویژه در زمان و محل مورد نیاز به خدمات سلامت حاصل شود.

۴- برای جلوگیری از انحصار، برنامه ریزی و اقدام کند.

اقدام حکومتی در همه این موارد می‌تواند بر حسب شرایط هر کشور از طریق دستگاه‌های دولتی، دستگاه‌های عمومی غیر دولتی و یا واگذاری انجام پذیرد و اما مهم نقش حکومتی در این موارد است.

### تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت

شرایط زندگی ما در نحوه زندگی ما تأثیر تام دارد. اگر انتخاب‌های ما محدود باشد طبیعتاً برای هر موضوع از بین همان انتخابها مجبور به گزینش است.



جوانی را در نظر بگیرید که برای گذراندن اوقات فراغت مجبور به گزینش است. زندگی در خانواده ای نسبتاً مرفه با امکان تأمین هزینه فعالیت‌های فوق برنامه، انتخاب‌های متعددی را فرا روی او می‌گذارد. اما اگر همین جوان از خانواده فقیر در محله‌ای فقیر نشین با تجمع کانون‌های اعتیاد و قاچاق مواد مخدر باشد، انتخاب‌های او برای گذراندن اوقات فراغت چه خواهد بود؟ و شرایط اجتماعی او را به سمت چه انتخابی خواهد کشاند؟ البته در باب موضوع اثر محیط و نقش اراده‌ی انسان‌ها و اینکه انسان‌ها در هیچ شرایطی مقهور کامل شرایط محیطی نیستند و به همین دلیل مختار و در عین حال پاسخگو آفریده شده‌اند، سخن بسیار است. اما به هر حال شرایط محیطی می‌توانند گزینش فرد را تحت تأثیر قرار دهند. همین موضوع در عادات غذایی نیز خود را نشان می‌دهد.

خانواده، پرجمعیتی که برای سیر کردن شکم اعضای خود مجبور به استفاده از غذاهای پرکالری با ارزش غذایی کم، نظیر چربی‌های نامناسب و کربوهیدرات‌هاست در برابر خانواده‌ای که می‌تواند هزینه خرید میوه، سبزی و گوشت را تأمین کند مسلماً در برابر مخاطرات بیشتری از نظر چاقی و سندرم متابولیک عوارض قلبی و عروقی آن قرار می‌گیرد. شاید به همین دلیل است که بیماری‌های قلبی عروقی که نیم قرن پیش بیماری ثروتمندان محسوب می‌شد با کنترل بیماری‌های عفونی، امروزه در بی‌ن فقرا شایعتر است. امروزه چاقی نیز در حال تبدیلی به بیماری افسار با درآمد کم جوامع بشری است. افزون بر مخاطرات غذایی، عدم دسترسی به فضاهای تفریحی و ورزشی و اصولاً نداشتن وقت برای ورزش در عین حال استرس بیشتر به دلیل فشارهای اقتصادی و اجتماعی در افزایش خطر بیماری‌های قلبی و عروقی در بین طبقات پایین اقتصادی و اجتماعی مؤثر است.

بدین ترتیب، می‌بینیم که سلامت بر خلاف تصور گذشته بیش از حد تصور متأثر از عوامل اجتماعی است.

- تحقیقات انجام شده جهانی حاکی از این است که عوامل مؤثر در سلامت بدین صورت قابل جمع بندی هستند:
- ۱- عوامل زیستی (۲۰-۱۵ درصد)
  - ۲- عوامل فیزیکی (۱۵-۱۰ درصد)
  - ۳- نظام مراقبت‌های بهداشتی- درمانی (۲۵-۱۰ درصد)
  - ۴- عوامل اجتماعی- اقتصادی (۵۰ درصد)

اهمیت تعیین این عوامل باعث شد که مدیر کل فقید قبلی سازمان بهداشت جهانی کمی‌سی‌ونی از صاحب نظران جهانی را در سال ۲۰۰۵ میلادی (۸۴-۱۳۸۳) برای بررسی این عوامل و شناخت و اولویت بندی نقاط مداخله ای که بتواند سلامت جامعه بشری را در کوتاه ترین مدت ممکن ارتقاء دهد، منصوب نماید. این کمی‌سی‌ون در سال ۲۰۰۸ میلادی (۱۳۸۷) گزارش خود را تحت عنوان پر کردن شکاف ها در یک نسل<sup>۱</sup> منتشر ساخت که متأسفانه چنانچه که باید و شاید مورد توجه بین المللی قرار نگرفت.

خوشبختانه در این کمی‌سی‌ون نماینده ای از جمهوری اسلامی ایران؛ جناب آقای دکتر مرنندی به عنوان یکی از ۲۰ نفر عضو، حضور داشتند و جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای همکار در تهیه این گزارش نقش مهمی داشت. این کمی‌سی‌ون در دی ماه سال ۱۳۸۴ چهارمین جلسه خود را در جمهوری اسلامی ایران برگزار کرد و طی آن با رهبر معظم انقلاب اسلامی مد ظله العالی دیدار کردند؛ دیداری که به گفته خود اعضای کمی‌سی‌ون، نقشی تأثیرگذار بر مباحث این کمی‌سی‌ون گذاشت. در این دیدار رهبر فرزانه انقلاب اسلامی، سلامت را یکی از اساسی ترین نیازهای بشر دانستند و با تأکید بر اینکه عوامل اجتماعی بیشترین تأثیر را در سلامت انسان دارد، خاطر نشان

---

1 - Closing the gap in a generation

---

کردند: امروز با وجود پیشرفت بشر در علم و دانش وضع سلامت جوامع بشری نگران کننده است و عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت بسیار افزایش یافته است.

مقام معظم رهبری در این دیدار با مشکلات کنونی و گرفتاری‌های مردم دنیا از جمله وضع نگران کننده سلامت را در جوامع بشری را ناشی از بی‌عدالتی، تبعیض و خودخواهی قدرت‌های بزرگ جهان دانستند و معضلاتی چون گرسنگی، بی‌بندوباری جنسی، مواد مخدر، مشروبات الکلی و جنگ‌های روانی دستگاه‌های تبلیغاتی دنیا از مهم ترین عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت در دنیای امروز بر شمرده‌اند. مقام معظم رهبری همچنین در این نشست بر ضرورت تشکیل کارگروهی در سازمان بهداشت جهانی برای بررسی عوامل اجتماعی تأثیرگذار در سلامت و انتقال تجربه و توصیه‌های لازم به کشورهای مختلف با توجه به اخلاق و ایمان دینی تأکید نمودند. ایشان با اشاره به تلاش سازمان یافته برای مقابله با ایمان دینی ملت‌ها خاطر نشان کردند ادیان مختلف از جمله دین اسلام توصیه‌های ارزشمندی در خصوص بهداشت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دارند که باید از این توصیه‌ها بیش از پیش استفاده شود. مقام معظم رهبری همچنین با اشاره به رشد شاخص‌های سلامت و بهداشت در کشور و پیشرفت‌های قابل ملاحظه پس از پیروزی انقلاب اسلامی افزودند با وجود همه این پیشرفت‌ها، هنوز راه طولانی تا نقطه مطلوب وجود دارد ولی با توجه به محوری بودن مسأله عدالت در کشور امید است اقدامات مفیدی به منظور بهبود بیش از پیش شاخص‌های سلامت و بهداشت انجام شود.



دیدار اعضای کمیسیون اجتماعی مؤثر بر سلامت با مقام معظم رهبری  
(۱۳۸۴/۱۰/۲۷)

برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به شرح زیرند:

- ۱- درآمد خانوار
- ۲- طبقه اقتصادی خانواده
- ۳- میزان برخورداری از حمایت اجتماعی
- ۴- سطح سواد و مهارت
- ۵- استقلال و شرایط کار
- ۶- محیط اجتماعی
- ۷- شرایط محیط زندگی و مسکن
- ۸- سال‌های امید به زندگی
- ۹- فرهنگ عمومی
- ۱۰- جنسیت
- ۱۱- حمل و نقل راه و ترابری
- ۱۲- ایمنی غذایی

نقش عوامل اجتماعی بر سلامت افراد و جوامع هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق تأثیر بر محیط، رفتار و میزان دسترسی و

بهره‌مندی از خدمات سلامت است. عوامل اجتماعی به عنوان علت العلل<sup>۱</sup> سلامت و یا فقدان آن شناخته شده‌اند. به دلیل همین عوامل اجتماعی، بیماری‌های مزمن افزایش یافته و فشار فزاینده‌ای را بر سلامت جهان وارد کرده و می‌کند. مؤثرین گلوگاه برای کاهش این بار، توجه به این عوامل اجتماعی است.

نکته مهم در این بین توجه به این مسأله است که این تفاوت‌ها و نابرابری‌ها را طبیعی فرض نکنیم و در برابر آنها بی‌تفاوت نباشیم. هیچ دلیلی علمی وجود ندارد که ساکنین یک کشور آفریقایی به جای چهل و چند سال امید به زندگی، به امید زندگی ۸۱ ساله نرسند. به همین ترتیب دلیلی برای عدم امکان رفع نابرابری‌ها در داخل و جامعه وجود ندارد. باید علل این نابرابری‌ها را شناخت و برای رفع آنها اقدام کرد.

#### چالش‌های نظام‌های سلامت در موضوع عدالت

علیرغم تأکید بر عدالت در سلامت و نقش مهم آن در مبنای نظری سلامت، متأسفانه تمام نظام‌های سلامت جهان کم و بیش از نوعی بی‌عدالتی رنج می‌برند. حتی در کشورهای نسبتاً ثروتمندی که افتخارشان نظام ملی سلامت و پوشش همگانی است، تفاوت‌ها در پیامدهای سلامت در بین طبقات اجتماعی گاه به جایی می‌رسد که پیامدها را در حد کشورهای فقیر تنزل می‌دهد. به عنوان مثال امید به زندگی در فقیرترین دهک اروپایی با امید به زندگی در کشورهای فقیر آسیایی برابری می‌کند. چالش‌های شایع در موضوع سلامت در نظام‌های مختلف سلامت را شاید بتوان به شرح زیر دسته بندی کرد:

---

1 - Causes of the cause

---

- ۱- **مراقبت معکوس**<sup>۱</sup>: در اغلب نظام‌های سلامت کسانی که به بیشترین خدمات نیاز دارند، کمترین خدمات را دریافت می‌کنند.
- ۲- **فقر آفرینی طبابت**: طبق برآوردهای خوشبینانه در سراسر جهان سالیانه حداقل ۴۴ میلیون خانوار یعنی نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر به دلیل هزینه‌های درمان دچار فقر می‌شوند.
- ۳- **مراقبت‌های تجزیه شده**<sup>۲</sup>: با شیوع بیماری‌های مزمن و سالمندی جوامع، تعداد بیمارانی که همزمان از چند عارضه رنج می‌برند و احتیاج به مراقبت طولانی مدت برای همه آنها دارند؛ در سراسر جهان رو به فزونی است. اما متأسفانه تخصص‌گرایی افراطی در طبابت منجر به این شده که مراقبت مداوم از این بیماران به صورت منسجم پاسخگو و به هنگام و با لحاظ کردن جنبه‌های پیشگیرانه کمتر ارائه شود.
- ۴- **مراقبت‌های غیرایمنی و یا با کیفیت پایین**: محور اصلی ارائه مراقبت باید عدم صدمه به بیماران باشد. سقراط قرن‌ها پیش به این نکته به عنوان رسالت طب اینگونه اشاره کرده است: «در پاره ای از اوقات درمان کند و در اغلب مواقع دردها را بکاهد ولی همیشه ایمن باشد». کاهش مهارت‌های بالینی و مهارت‌های ارتباطی در بین ارائه‌کنندگان مراقبت، در کنار مشکلات مالی و اعتباری؛ باعث کاهش کیفیت و بعضاً غیرایمن شدن مراقبت‌های سلامت به‌ویژه در بخش‌های عمومی در سراسر جهان گردیده است. از آنجا که مراجعه‌کنندگان به این بخش‌های عمومی، نوعاً اقشار کم درآمد اجتماع هستند عملاً این روند باعث کاهش کیفیت مراقبت از فقرا در اغلب کشورهای جهان گردیده است. آنچه که امروزه به عنوان حاکمیت بالینی<sup>۳</sup> در برخی از کشورهای توسعه یافته دنبال می‌شود، تلاشی است برای بهبود کیفیت مراقبت به ویژه در بخش‌های عمومی.

---

1 - Inverse care

2 - Fragmented care

3 - Clinical governance

---

**۵- خدمات کاذب:** در نظام سلامت باید مطابق نیاز<sup>۱</sup> و نه مطابق تمایل و درخواست<sup>۲</sup> خدمات را ارائه داد. نیازهای کاذب و بعضاً مضر، فضای ارائه مراقبت‌ها را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است.

ممکن است گفته شود در شرایطی که عده‌ای حاضر به پرداخت هزینه این خدمات هستند چرا باید جلوی آنها را گرفت. پاسخ به این سؤال روشن است. منابع در اختیار نظام سلامت اعم از منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی محدود است. اگر نیازهای کاذب و حتی غیرضروری این منابع را به خود جلب کنند؛ فرصت ارائه خدمات واقعی و ضروری گرفته می‌شود. ضمن اینکه بسیار رخ داده است که حتی خود افرادی که این خدمات کاذب را دریافت کرده‌اند از مراقبت‌های واقعی به ویژه سطح پیشگیری و ارتقای سلامت محروم مانده‌اند. پوشش بسیار کم واکسیناسیون و خدمات پیشگیری در کشوری مثل آمریکا که بالاترین سرانه سلامت جهان را هزینه می‌کند، مثال روشنی از اثرات زیانبار این ولنگاری در ارائه خدمات است. اثر این موضوع در پیامدهای سلامتی نیز خود را به وضوح نشان داده است.

**۶- فقدان مسؤل پایش عدالت در سلامت:** بسیاری از نظام‌های سلامت اصولاً نسبت به پایش بی‌عدالتی‌ها در نظام سلامت خود اقدامی نکرده و نمی‌کنند و از وجود چنین فاصله‌هایی در نظام سلامت خود بی‌اطلاع هستند. در صورتی هم که اطلاعاتی کسب کنند اغلب در برابر آن شانه بالا می‌اندازند و خود را مسؤل رفع آن نمی‌دانند. غرور ناشی از افزایش میانگین‌های پیامدهای سلامت، چشم بصیرت در برابر این فاصله‌ها را کور می‌کند و تدبیری را برای رفع آنها بر نمی‌انگیزاند.

---

1 - Need

2 - Want

---

۷- نگاه صرف اقتصادی به عدالت در سلامت : خلط در مفاهیم عدالت و هزینه ثمربخشی از چالش‌های مهمی است که متأسفانه گاه مورد کم توجهی قرار می‌گیرد. نظام سلامت باید عدالت محور باشد نه فقط هزینه ثمربخش. موضوع سلامت جان و راحتی انسان‌هاست. کالای که برای آن قیمتی را نمی‌توان برآورد کرد. بنابراین باید مبنا چنین باشد که همه بتوانند از مراقبت مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره‌مند گردند و موانع چنین دسترسی و بهره‌مندی برطرف گردد. پرواضح است که صرف دسترسی<sup>۱</sup> کفایت نمی‌کند و باید شرایطی فراهم شود که بهره‌مندی نیز همزمان<sup>۲</sup> رخ دهد. در ادبیات هزینه ثمر بخشی، عمده نگاه به صرفه اقتصادی و بهتری<sup>۳</sup> استفاده از منابع موجود است. اما در این نگاه؛ به آنچه که واقعاً مورد نیاز است و به پوشش همگان اهمیت داده نمی‌شود. هر چند استفاده بهتر از منابع موجود، بهره‌وری را بالا می‌برد اما اینکه اصولاً منابع، صرف چه اهدافی در نظام سلامت شود، کدام گروه‌ها را هدف قرار دهد و برای چه کسانی حمایت ایجاد کند؛ موضوعی است که با عینک عدالت محور می‌توان به پاسخ صحیح آن رسید. عدالت را نباید فقط موضوعی اقتصاد فرض کرد؛ باید پیامدها را هدف قرار داد، نه راه رسیدن به آن پیامدها را.

محور اصلی مباحث در سلامت امروزه باید از مباحث طبی به مباحث اجتماعی تری چون بهره‌مندی همه طبقات اجتماعی از خدمات، نحوه مشارکت بخش دولتی و خصوصی، ثروت آفرینی، توانمندسازی و مشارکت اجتماعی سوق پیدا کند.

وجود تردیدها و چالش‌های نظری در موضوع سلامت در جهان امروز، حداقل بیانگر این نکته است که سازماندهی فعلی نظام سلامت در جهان پاسخگوی نیازهای بشر امروزی نیست و کاری نو در این عرصه مورد توقع همه جهانیان است.

---

1 - Access

2 - Utilization

---



### چه باید کرد؟

فروغ گفتمان عدالت در سلامت، فراتر از شعار بلکه در مبانی نظری و الزامات عملی در بین سیاستگذاران، قانونگذاران و مجریان و عموم مردم از ضرورت‌های مهم برای رفع بی‌عدالتی در سلامت است. بر همین اساس، تلاش برای ترسیم مناسبی از نقاط تفاوت و پایش تغییرات آن قدم دوم محسوب می‌شود. درک این موضوع که تفاوت در پیامدها در بین کشورهای مختلف و در بین اقشار مختلف یک کشور طبیعی نیست پس از شناخت تفاوت‌ها ممکن است. این نگاه باعث خواهد شد تا برای رفع این تفاوت‌های غیرطبیعی در پیامدهای سلامت، برنامه‌ریزی و اقدام گردد. این گفتمان سازی با سرمایه نسل جوان دانشگاهی بسیار شدنی‌تر و مؤثرتر است. دکتر رودلف لودویگ کارل ویرشو<sup>۱</sup> پزشک و سیاستمدار آلمانی (متوفی در سال ۱۹۰۲ میلادی) در این خصوص تعبیری زی‌بایی دارد؛ او می‌گوید: «اگر طب می‌خواهد به وظیفه واقعی خود عمل کند بایست در حیات سیاسی و اجتماعی جامعه، اثرگذار باشد و موانع دستیابی به سلامت در اجتماع را معرفی و برای رفع آنها اقدام نماید».

اغلب دستاوردهای ارتقا یافته سلامت جوامع به بهبود عمومی شرایط زندگی و نه به پی‌شرفتهای بهداشتی و درمانی مربوط است. به عنوان مثال مرگ و میر سال‌ها قبل از شناخت باسیل و واکسی‌ناسیون و کشف داروها به سمت بهبود رفت و اتفاقاً شتاب این بهبودی در آن مرحله بسیار سریع‌تر بود. واکاوی روند ارتقای سلامت جامعه این نکته را روشن می‌سازد که این بهبود مرهون بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی است.

برای ریشه‌یابی و نگاهی علاج‌جویانه به معضلات نظام سلامت بایست بی‌نیش خود را وسعت داد و در بررسی سلامت به عوامل اجتماعی بیشتر توجه

---

1 - Rudolf Ludwig Karl Virchow

کرد. این تغییری نگاه به به کارگیری ذره بین عدالت<sup>۱</sup> تعبیر شده است. این نگاه جدید بلید بر نحوه غربالگری جمعیت و نحوه ارزیابی سلامت آنها و بر تحقیقات و برنامه‌ریزی و پایش برنامه‌ها اثر بگذارد. در زیر مثال‌هایی از تفاوت این نگاه در گزاره‌های پژوهشی ذکر می‌شوند.

**سوال کلاسیک:** چگونه می‌توان رفتارهای سالم را در جامعه ترویج کرد؟  
**ذره بین عدالت:** چگونه می‌توان جلوی گسترش رفتارهای پرخطر را گرفت؟ به عنوان مثال؛ چه ارتباطی بین سیاست‌های ساخت و ساز و حمل و نقل عمومی و تحرک افراد وجود دارد؟ چه ارتباطی بین غذا‌های در دسترس و محصولات صنایع غذایی و شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی وجود دارد؟ چرا جوانان به دخانیات تمایل دارند؟ در همه این‌ها چه سیاستی را می‌توان اتخاذ کرد تا رفتارهای سالم گسترش یابد؟

**سوال کلاسیک:** چگونه می‌توان نابرابری در سلامت و بیماری را در جامعه کاهش داد؟

**ذره بین عدالت:** علت این نابرابری‌ها چیست؟ چگونه می‌توان منابع در دسترس برای سلامت آحاد مردم را به سمت برابری برد؟

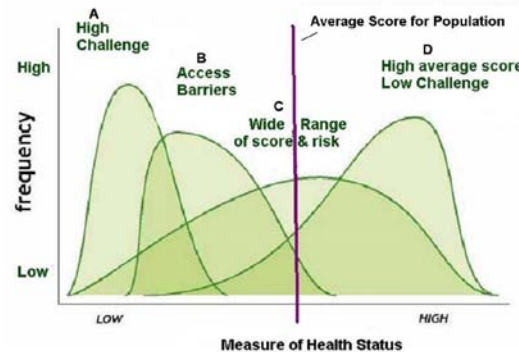
**سوال کلاسیک:** چه برنامه‌های اجتماعی و خدماتی برای کاهش نابرابری‌های سلامت ضروری است؟

**ذره بین عدالت:** چه تغیی‌رات اجتماعی و ساختاری برای رفع این نابرابری‌ها لازم است؟  
 مراحل پیشنه‌ادی برای بر طرف کردن نابرابری‌ها را می‌توان به این نحو جمع‌بندی نمود:

۱. تشخیص نابرابری‌های موجود
۲. تشخیص علل این نابرابری‌ها در زیر ساخت‌های اجتماعی فرهنگی اقتصادی تاریخی سیاسی و...
۳. تحلیل تجسیدی نحوه اثرگذاری این علل بر سلامت
۴. انتشار نتایج بررسی‌ها در جامعه و نیز در بین عناصر تصمیم ساز و جلب مشارکت آنها در برنامه‌ریزی‌ها و اجرا
۵. طراحی و اعمال تغییرات لازم در نظام سلامت
۶. ارزیابی و پایش بر اساس نتیجه

### تشخیص نابرابری‌های موجود

برای این کار باید مجدداً به بررسی داده‌های موجود پرداخت و لایه‌های جدیدی را از آن استخراج نمود. توزیع مکانی و توزیع در گروه‌های اجتماعی و اقتصادی و سایر زمانی شاخص‌ها را باید دانست. شناخت گروه‌های موجود در یک منطقه یا جمعیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اصطلاح جمعیت عمومی منطقه معمولاً گمراه کننده است. معدل شاخص، وضعیت را فقط در گروه اندکی نشان می‌دهد و اغلب شاخص‌ها دچار عدم توازن در توزیع هستند. باید منحنی زنگوله شکل توزیع را رمزگشایی کرد. اغلب می‌توان گروه‌های مختلفی را در همان منحنی شناسایی کرد.



نمودار ۱۵. مدل رمز گشایی از توزیع طبیعی

این داده کاوی مجدد می‌تواند مبنای برنامه ریزی و اجرا قرار گیرد. تنها در صورت کافی نبودن اطلاعات موجود و عدم پاسخ گویی به سوالات مطرحه در زمینه نابرابری‌ها تحقیق مجدد ضروری است. پژوهش‌های جدید زمانی ضرورت می‌یابد که یا اصولاً اطلاعاتی وجود ندارد و یا اطلاعات از عمق لازم برای پاسخ گویی به چرایی تفاوت‌ها برخوردار نیست. در بعضی از موارد لازم است موضوع تحقیق در نظام ثبت اطلاعات سلامت ادغام شود تا اطلاعات آن به صورت مداوم در دسترس باشد. در انجام تحقیقات برای اطمینان از صحت نتایج جامعیت و تعمیق تحقیق استفاده از روش سه سو سازی<sup>۱</sup> مؤثر است. این روش می‌تواند به صورت مختلف به کار گرفته شود. در جمع‌آوری داده‌ها استفاده از منابع متنوع و روش‌های مختلف جمع‌آوری و در تفسیر نتایج به کارگیری محققین متعدد با دیدگاه‌های متفاوت و تخصص‌های گوناگون این امکان را فراهم می‌آورد که منظرهای متفاوتی موضوع را تحلیل نمود. تحلیل سیاست‌ها و برنامه‌های موجود از منظر عدالت و موفقیت در دستیابی به برابری در سلامت نیز در شناخت وضعیت موجود اهمیت به

1 - Triangulation

سزایی دارد. برای اطلاع از این موضوع ارزیابی شاخص‌های موجود کسب نظر از صاحب‌نظران و مجری‌ان و مردم می‌تواند کمک کننده باشد. گاه از اطلاعاتی که به منظور دی‌گری نیز جمع‌آوری شده‌اند می‌توان برای این هدف هم بهره برد.

آفت شاخص‌های غیر مرتبط با کم‌اهمیت را باید به خاطر داشت و به صرف وجود شاخص رشدی‌ابنده در شرایطی که شاخص مزبور اهمیت چندانی در سلامت ندارد نباید به موفقیت برنامه خوش گمان شد. مراحل مختلف شناخت نابرابری‌ها به شرح زیر خلاصه شده است:

#### الف) شناخت محیط

۱. چه چیزی در این جمعیت (منطقه) ویژه است؟
۲. شاخص‌های جمعیتی و سلامت منطقه
۳. توصیف عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در این جمعیت

#### ب) شناخت عوامل مؤثر بر شاخص‌های سلامتی

۱. گروهی که بدترین شاخص‌های سلامت شامل می‌زان استفاده از خدمات را دارند چه گروهی هستند؟
۲. اثر درآمد بررسی شود.
۳. سایر عوامل اجتماعی مؤثر کدام هستند؟

#### ج) تحقیق

۱. مطالعه گروه‌های اولویت‌دار
۲. تحقیقات مشارکتی به همراه مردم برای پوشش حداکثری و جلب اعتماد و اثرگذاری
۳. مطالعات موردی و سایر مطالعات کیفی برای دستیابی به تجربیات واقعی در گروه‌های اولویت‌دار

۴. شناسایی مواردی که باید در گزارش مداوم نظام سلامت ادغام شود

#### د) تحلیل سیاست‌ها و برنامه‌های موجود با ذره بین عدالت

۱. این سیاست یا برنامه اصولاً برای چه هدفی طراحی شده است؟
۲. این سیاست و برنامه برای چه گروهی از مردم طراحی شده است؟
۳. برای چه سازمان‌ها و موسسات دی‌گری این برنامه حایز اهمیت است؟
۴. در حال حاضر چه کسانی از این برنامه بهره‌مند هستند؟
۵. در حال حاضر این برنامه برای چه گروهی (های) حایز اهمیت بیشتری است؟
۶. چه خصوصی‌تی در این گروه (ها) هدف وجود دارد که باعث تمایز آن (ها) از سایرین می‌گردد؟
۷. چگونه می‌توان به این گروه (ها) خدمت رسانی کرد؟
۸. آیا انجام این برنامه به تغییری در معنا داری در شاخص‌ها انجامیده است؟
۹. برنامه در شرایط فعلی به چه موفقیت‌هایی دست یافته و با چه چالش‌هایی روبروست؟
۱۰. آیا انجام این برنامه کماکان ضرورت دارد؟
۱۱. برای ادامه کار این برنامه چه تغییری راتی باید بنماید؟

#### تشخیص علل نابرابری‌ها

برای تشخیص علل نابرابری‌ها باید از مجموعه اطلاعات حاصله در مرحله قبل به همراه مطالعات کتابخانه‌ای و جمع‌بندی نظرات کارشناسان و دست‌اندرکاران مؤثر و خود اجتماع استفاده کرد. یافتن ارتباط بین وضعیت

---

اجتماعی و اقتصادی و شاخص‌های سلامتی رفتار جامعه و دانش آنها در زمینه سلامت عمده هدف در این مرحله است. اطمینان از کفایت اطلاعات موجود برای جمع‌بندی و تحلیل نباید به وسواس بی‌انجامد ولی در صورت عدم کفایت اطلاعات تحقیق مجدد ضروری است.

### انتشار دانش و نتایج

ایجاد احساس مالکیت در برنامه‌ریزی و اجرا در بین اعضای جامعه و مسئولین و مؤثرترین اجتماعی بی‌شک نقشی کلیدی در اجرای موفق هر برنامه اجتماعی به ویژه برنامه‌های کاهش نابرابری دارد. افزون بر این مشارکت اجتماعی در همه مراحل این برنامه از شناخت تا اجرا و پایش به جامعیت اثرگذاری و عملی بودن برنامه کمک می‌نماید. تحقیق مشارکتی که در مرحله شناخت نیز به آن اشاره شد باید هدفمند باشد به نحوی که بتواند مبنای عمل قرار گیرد. همچنین باید برای اعضای آن جامعه مفهوم باشد تا بتوانند در آن مشارکت نمایند. توانمندسازی جامعه برای چنین تحقیقی و سپس جلب حمایت آنها در برنامه و اجرا با طراحی برنامه به صورت مشارکتی روند امور را بسیار تسهیل خواهد کرد. در این جا امکان تضاد بین نیاز واقعی و خواسته‌های اعلامی وجود دارد که باید با توانمندسازی جامعه و انتشار دانش حتی‌الامکان از آن جلوگیری کرد یا آن را به حداقل رساند.

### طراحی و اعمال تغییرات لازم در نظام سلامت

در طراحی برنامه‌ها باید به موارد زیر توجه داشت

۱. این برنامه چه هدفی را دنبال خواهد کرد؟
۲. آیا این برنامه برای هدف مورد نظر موثر است؟
۳. آیا راه موثرتری برای تأمین این هدف وجود ندارد؟

۴. این برنامه چه آثار سوء احتمالی خواهد داشت؟
۵. آیا امکانات موجود اجازه اجرا این برنامه را می دهد؟
۶. اگر به منابع بیشتری برای اجرای این برنامه احتیاج است امکان فراهم آوری این منابع وجود دارد؟
۷. آیا برای اجرای برنامه حمایت لازم در جامعه و مؤثرین اجتماعی و مجریان و عنداللزوم سایر دستگاهها ایجاد شده است؟
۸. آیا برنامه جدید با سایر برنامهها هماهنگ است؟
۹. چه باید کرد تا همه بتوانند از منافع این برنامه استفاده کنند؟ (فراهم آوری امکان دسترسی یکسان و حتی دسترسی ترجیحی برای گروههای هدف جلوگیری از آثار سوء احتمالی)
۱۰. چگونه برنامه پایش خواهد شد؟

درکهای کلی و ذهنی مانع برنامه‌ریزی اجتماعی است. بدون شک با ادراک کلی از یک موضوع نمی‌توان برای تحقق آن موضوع برنامه‌ریزی نمود. بنابراین اولین نی‌از در مرحله تحقق ارائه تصویبی کاربردی از هدف می‌باشد.

توجه به مسئولیت اجتماعی در مقوله سلامت و این معنا که هر سیاست اجتماعی، سیاستی مؤثر بر سلامت<sup>۱</sup> است از الزامات ارتقای سلامت در روزگار ماست. باید توجه داشت بسیاری از سیاستگذاریها که در ابتدا به امید رفع نابرابریها تدوین شدند در عمل این تفاوت را بیشتر کردند. در واقع برخوردارها و کسانی که شرایط بهتر اقتصادی و اجتماعی دارند از هر خدمتی که به صورت عمومی ارائه می‌شوند بهره‌مندی بالاتری خواهند داشت که قبلاً به آن اشاره شد. برای رفع نابرابریها باید برنامهها، خدمات و حمایتها به صورت هدفمند

---

1 - Social policy is a health policy



برای گروه‌های آسیب پذیر طراحی گردند و در طول زمان نیز با پایش مکرر از وصول این خدمات به نیازمندترین گروه مطمئن شد. تأمین عدالت در سلامت احتیاج به مراقبت و برنامه‌ریزی دائمی دارد. جهت‌گیری‌های فعالیت‌های روزمره الزاما به سمت عدالت نیست و اگر ندای عدالت خواهی تقویت نشود روزمرگی‌ها معمولا فاصله‌ها را بی‌شتر می‌کند.

---