

# تعیین چارچوب مفهومی برای دستیابی به شاخص‌های عدالت در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی

دکتر آریتا سالاریان<sup>۱</sup>

## چکیده

در حوزه تأمین مالی خدمات بهداشتی درمانی شاخص‌هایی چون FFC، شاخص نابرابری تیل، شاخص متوسط انحراف لگاریتمی، شاخص اتکینسون و شاخص HFC به کار برده می‌شوند. همچنین با استفاده از منحنی لورنس و ضریب جینی توزیع عادلانه درآمدها و وضعیت عدالت در پرداخت‌های سلامتی بررسی می‌شود. شاخص کاکوانی نیز در نظام‌های بهداشتی و درمانی برای درک تصاعدی بودن یا نزولی بودن نظام تأمین مالی به کار گرفته می‌شود. شاخص‌های بررسی میزان دسترسی عادلانه به صورت مقایسه نسبت‌ها و تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار می‌گیرد و در تعیین وضعیت عدالت در سلامت نیز شاخص‌هایی چون ضریب جینی استفاده می‌شود.

در پایان اگر قصد و هدف برقراری عدالت در هر بخش بهداشتی درمانی از جمله در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی وجود دارد بایستی تلاش‌هایی جهت پایه‌ریزی و استقرار ساختارها و عملیاتی که توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد را از این خدمات بپروراند صورت گیرد. فرایند پرورش فرد و جامعه فرصتی را در نهایت برای جوامع و افراد ایجاد می‌کند تا قابلیت‌های برابر توسعه یابد و حرکت به سمت عدالت اجتماعی که یکی از ارکان توسعه ملی است میسر شود.

---

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

**کلیدواژه‌ها:** عدالت، تأمین مالی خدمات بهداشتی درمانی، دسترسی به خدمات، سلامت، شاخص‌های عدالت.

### مقدمه

اغلب مردم بر این باورند که سلامتی یکی از اجزای اساسی کیفیت زندگی می‌باشد و به همین دلیل برای حفظ این مهم نقش خدمات بهداشتی درمانی بسیار حائز اهمیت است. سؤال مشکلی که غالباً سیستم‌های بهداشتی و درمانی با آن مواجهند این است که این خدمات چگونه باید تأمین مالی شوند و چه کسانی باید به آن‌ها دسترسی داشته باشند و با چه هزینه‌ای از این خدمات بهره‌مند شوند.

نظام‌های مختلف درمانی پاسخ‌های مختلفی به این سئوالات می‌دهند اما آنچه همواره باید مورد توجه قرار گیرد رعایت اصل اساسی عدالت در تمامی مراحل برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد. (Layte & et al, 2004)

در واقع آنچه در هر سازمان تأمین سلامتی حائز اهمیت است برقراری عدالت در برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی برای همگان می‌باشد. عدالت در سلامت و برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی از مسائل بسیار مهم است و اغلب نظام‌های بهداشتی درمانی آن را به‌عنوان یکی از اهداف اساسی خود قرار داده‌اند. البته این اهداف بیشتر جنبه اخلاقی و غیررسمی را دارد. (Black & et al, 2002)

عدالت یکی از آرمان‌هایی است که انسان در طول تاریخ در ابعاد اخلاقی، سیاسی، و اجتماعی به آن توجه داشته است. در دوره‌های مختلف مفهوم عدالت و نحوه تحقق آن نیز دچار تحول و تغییر شده است. اما، در هر حال انسان لحظه‌ای از اندیشیدن به این آرمان عظیم غافل نمانده است. ادیان الهی نیز توجهی درخور به این مسئله داشته‌اند. تا جایی که قرآن کتاب آسمانی مسلمانان هدف از ارسال پیامبران را برپایی قسط و عدل دانسته است و به انسان‌ها سفارش می‌کند که در همه حال قائم به قسط باشند. (مرامی، ۱۳۷۸)

اهمیت حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، در ایجاد سلامت برای انجام فعالیت‌های اجتماعی است، بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است. در واقع حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه می‌شود. (Martin & et al, 2003)

لی گرانت انگلیسی در ۱۹۷۸ میلادی در مطالعه‌ای عنوان کرد که دریافت خدمات بهداشتی درمانی باید منطبق بر نیاز باشد نه شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد. (Culyer, 2000) عدالت در خدمات بهداشتی درمانی تأکید بر این دارد که هرکس باید فرصتی برابر برای به دست آوردن سلامت داشته باشد، و هیچکس نباید از این بابت دچار خسارت و زیان شود. البته باید توجه داشت که مفهوم عدالت از مفهوم برابری<sup>۱</sup> متمایز است. برابری تأکید بر درمان برابر بدون توجه به سایر عوامل مؤثر بر این امر دارد. اما هدف عدالت در نظر گرفتن تفاوت‌های بین افراد جامعه است تفاوت‌هایی که اکثرآبی مورد هستند و قابل کنترل می‌باشند. (Black & et al, 2002)

بر اساس تعاریف موجود برای عدالت، عدالت اجتماعی که یکی از ارکان توسعه ملی است زمانی حاصل می‌شود که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر اساس نیاز افراد نیازمند به آن توزیع شود. امروزه بخش خصوصی شرایطی ایجاد کرده که افرادی که از رفاه بیشتر برخوردارند و توانایی پرداخت بیشتری دارند از خدمات بهتری بهره‌مند می‌شوند. در این بخش عقیدهٔ اختیار و حق انتخاب آزادانه افراد بر مسئله عدالت در دسترسی به خدمات تقدم دارد. (Gulloford, 2003)

این در حالیست که عدالت اجتماعی موضوعی نیست که در آن حق تقدم و ارجحیت معنی داشته باشد. تمام آن چیزی که قضاوت درباره عدالت را می‌سازد به میزان توجه و علاقه کسانی که آن را می‌سازند ارتباط ندارد. عدالت اجتماعی از مجموعه‌ای از اصول و قواعدی تشکیل شده که برای همگان باید برقرار باشد و به‌عنوان قانون پذیرفته شود. (Williams, 2000)

نظام تأمین اجتماعی به‌عنوان مهمترین اهرم برقراری عدالت اجتماعی در جامعه تلقی می‌شود که با هدف توسعه ملی فعالیت می‌نماید. در شعار اصلی انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی<sup>۲</sup> که ایران نیز در آن عضویت دارد بر این معنا تصریح شده است: تحقق عدالت اجتماعی بدون تأمین اجتماعی میسر نخواهد بود.

اعلامیه حقوق بشر نیز تأمین اجتماعی را از حقوق انسان‌ها دانسته است. «هرکس به‌عنوان یک عضو جامعه حق برخورداری از حمایت‌های تأمین اجتماعی را دارد و مجاز است که از طریق مساعی ملی و همکاری بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را که لازمه رشد و نمو آزادانه شخصیت اوست در حد امکانات و منابع هر کشور بدست آورد.» سازمان تأمین اجتماعی با مأموریت اجرا، تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی و

1. equality

2. International Social Security Assosiation (ISSA)

استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی تشکیل شده است. سازمان تأمین اجتماعی با بیش از ۴۰۰ واحد بیمه‌ای فعال و ۱۴ هزار نفر پرسنل در بخش بیمه‌ای و ۱۶ هزار نفر در بخش درمان بزرگترین سازمان بیمه‌ای کشور محسوب می‌شود. این سازمان در سال ۷۷ دارای ۲۶۰ واحد بیمارستان کلینیک و درمانگاه تحت مالکیت خود (درمان مستقیم) بود. به علاوه جهت ارائه خدمات به بیمه شدگان تحت پوشش در بخش درمان غیرمستقیم با ۲۴ هزار واحد بیمارستانی پزشکی و پاراکلینیکی اقدام به عقد قرار داد نموده است. به این ترتیب سازمان تأمین اجتماعی یکی از ارکان برقراری عدالت اجتماعی است. (شورای پژوهشی مؤسسه، ۱۳۷۸)

#### ۱. تعریف عدالت در بخش بهداشت و درمان

انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، عدالت را به این صورت تعریف می‌کند: فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی اجتماعی، دموگرافی، جغرافیایی. (Shin, 2003)

مفهوم عدالت در خدمات سلامتی در طی سالیان مختلف همواره مورد بحث بوده است. البته عدالت از جنبه‌های مختلف تعریف می‌شود ولی تمامی تعاریف موجود حول یک محورند. «توزیع منصفانه هر چیزی مانند خدمات بهداشتی و درمانی در بین افراد و گروه‌های مختلف جامعه». (Zero & et al, 2007)

مفاهیم عدالت در مکاتب مختلف متفاوت است. گیلان (۱۹۸۶) خلاصه‌ای مفید از تئوری‌هایی که در حوزه عدالت اجتماعی مطرح شده و کاربرد آن‌ها در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را مورد بحث و بررسی قرار داده است. لیبرال‌ها (آزادی‌خواهان) به زعم وی، تنها به یک جنبه از قوانین طبیعت تأکید فراوان دارند. به خصوص بر دو قانون طبیعی لاک توجه نشان داده‌اند. یعنی قانون زندگی و تصرف کردن. زمانی که افراد دارایی خود را بدست می‌آورند و آن را انتقال می‌دهند بدون اینکه از قوانین تخلف کنند این کسب دارایی بر اساس قوانین لیبرالیست‌هاست. (Martin & et al, 2003)

بر اساس دیدگاه دسته‌ای از آزادی‌خواهان به نام مساوات‌طلبان<sup>۱</sup> تأمین هدف عدالت افقی از اهمیت بالایی برخوردار است یعنی برابرها به‌طور مشابهی درمان شوند و در شکل عمودی

1. egalitarian

نابرابرها به‌طور نابرابر درمان شوند. در خدمات پزشکی اصول عدالت افقی معمولاً به این صورت ترجمه می‌شود: «درمان نابرابر برای نیاز پزشکی نابرابر». بدون توجه به سایر شرایط و مشخصات فردی مانند درآمد، نژاد، محل سکونت و غیره.

در عمل برقراری عدالت افقی بدون در نظر گرفتن عدالت عمودی غیرممکن است. محققان معمولاً این‌گونه فرض می‌کنند که اشکال عدالت عمودی ارتباط بین به‌کارگیری خدمات درمانی و نیاز به آن است که به‌طور متوسط در یک سیستم ارائه خدمات دیده می‌شود. معتقدین به اصل بهره‌وری<sup>۱</sup>، در مقابل، هدفشان بدست آوردن حداکثر بهره‌مندی از شرایط رفاهی و ایجاد رفاه بیشتر است، لذا بسیاری از معتقدین به اصل بهره‌وری مفهوم اختیار را نیز به این مطلب اضافه کرده‌اند. (Wagstaff & et al, 2004)

مارکسیست‌ها بر نیازها<sup>۲</sup> تأکید دارند و اصل توزیع براساس نیاز را مطرح می‌کنند. بنا بر اعتقاد مارکسیست‌ها این اصل توأم با اصل «تناسب با توانایی فرد» است که در این جا می‌توان آن را به صورت تناسب با توانایی پرداخت مطرح نمود. (Culyer, 2000)

رالز<sup>۳</sup> (۱۹۷۱) دو اصل عدالت اجتماعی را مطرح کرد. به این صورت که افراد باید ماکزیم آزادی را داشته باشند و ناعدالتی‌ها عمدی نادرست و ناحق است، به جز آنهایی که در نهایت به نتایج سودمند می‌رسند. هنوز دیدگاه دیگری نسبت به عدالت اجتماعی است که معتقدند برای عدالت پاداش شایسته‌ای باید در نظر گرفت.

گیلان پیشنهاد می‌کند که تخصیص منابع پزشکی با غیرپزشکی بسیار متفاوت است. اما مطرح می‌کند که اصل توزیع خدمات بر اساس نیاز به‌طور وسیع بین پزشکان و سایر کسانی که در حوزه بهداشتی درمانی کار می‌کنند حمایت می‌شود. (Culyer, 2000)

امی گوتمن<sup>۴</sup> در ۱۹۸۱ بیان کرد که دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و درمانی صورت خارجی ندارد زمانی که اغلب مؤسسات و خدمات در جامعه از تساوی بشر دور هستند. اگر ناعدالتی‌های اساسی در آموزش، درآمد و رفاه قابل قبول هستند عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بعید است که مورد قبول باشد. اگر عدالت یک ایده‌آل و آرمان

1. utilitarian
2. needs
3. Rawls
4. Amy Gutmann

است، پس امکان دارد که انحرافات از آن را بتوان اندازه‌گیری کرد و در توسعه سیاست‌ها از آنها استفاده نمود. (Martin & et al, 2003)

دو تئوری عدالت که بیشتر مواقع در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از: تئوری لیبرالیست‌ها و تئوری مارکسیست. بر اساس نظرات گیلان اصل «توزیع خدمات بر اساس نیاز» منحصراً مربوط به مارکسیست نیست. به علاوه این اصل یکی از اجزای کلیدی مکتب تساوی بشر در قرن بیستم است.

ویلیامز در ۱۹۹۳ به مقایسه لیبرالیست و مکتب تساوی بشر پرداخت. وی مطرح کرد که در مکتب تساوی بشر (مساوات) دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جزو حقوق همه افراد جامعه است، همانند حق دسترسی به صندوق آرا یا دسترسی به دادگاه و این امر نباید تحت تأثیر عواملی چون سطح درآمد افراد و سطح رفاه آنها ضایع گردد. در مقابل در مکتب آزادی‌خواهی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به‌عنوان بخشی از سیستم پاداش اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است.

بر اساس نظرات ویلیامز مردم باید به مراقبت‌های بهتر و بیشتر دسترسی داشته باشند. مکتب مساوات یا تساوی بشر و مکتب آزادی‌خواهی بر اساس نظرات ویلیامز تفاوت اندکی در پرداختن به نظام‌های بهداشتی و درمانی دارند. بر اساس نظر طرفداران مساوات بشر یک نظام مالی دولتی باید بر خدمات بهداشتی و درمانی مسلط باشد و مراقبت‌های بهداشتی درمانی بر اساس نیاز در اختیار افراد قرار گیرند و بر اساس توانایی پرداخت اداره مالی شوند. براساس نقطه‌نظر آزادی‌خواهان نظام خصوصی مالی در بخش بهداشت و درمان مؤثرتر است و اولویت در دسترسی به خدمات مورد نیاز بر اساس سطح رفاه و توانایی پرداخت برای آن خدمات می‌باشد. دولت موظف است تا حداقل استانداردهای درمانی و مراقبتی را برای افراد فقیر فراهم سازد. در عمل اغلب کشورهای جهان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود را به وسیله مخلوطی از این دو نظام مطرح شده دریافت می‌کنند.

در اروپا سیاستگذاران بیشتر تأکید بر نظریات مکتب مساوات دارند و در امریکا در مورد عدالت در بخش بهداشت و درمان کمتر توافق نظر وجود دارد. در میان بسیاری از سیاستگذاران اروپایی این توافق نظر وجود دارد که پرداخت‌ها باید بر اساس توانایی پرداخت مردم باشد. در صورتی که در امریکا کمتر این امر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین بسیاری از مباحثات مربوط به سلامت مردم در رفورم کلیتون در ۱۹۹۰ در جهت برقراری مسئله عدالت بوده است.

مدارکی در دست است که حاکی از آن می‌باشد که در بسیاری از کشورهای اروپایی سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان باور دارند که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی حق همه مردم است و همگان باید به آن دسترسی داشته باشند. در بسیاری از کشورها پا را از این فراتر گذاشته و مطرح کرده‌اند که دسترسی به خدمات باید بر اساس نیاز باشد نه بر اساس توان مالی افراد. مسئله دسترسی برابر و عادلانه برای همه افراد جامعه در کشورهایی نظیر امریکا نیز مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است.

بر اساس گفته‌های دیویس در ۱۹۹۳ بسیاری از مباحثات درباره رفورم و اصلاحات در امریکا در دهه ۱۹۹۰ مربوط به رشد ناعدالتی‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی بوده است.

تعدادی از کشورها سعی در کاهش ناعدالتی‌های بخش بهداشت و درمان داشته‌اند. از جمله انگلستان، که در این کشور دولتمردان دو گروه را مأمور بررسی ناعدالتی‌های بخش بهداشت و درمان در طی ۱۰ سال قبل کرده‌اند. در کشورهای اسکانديناوی نیز ناعدالتی‌ها در سیاستگذاری به‌طور وسیعی به چشم می‌خورد که به خصوص در هلند این امر قابل توجه است. (Culyer, 2000)

مطالعات و بررسی‌های زیادی که امریکا و اروپا در حوزه عدالت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی انجام شده، با موضوعات متعددی که در زمینه توزیع بر اساس نیاز نه بر اساس توان مالی بود آغاز گردید. اندرسون امریکایی در ۱۹۷۵ بیان داشت که توزیع برابر و عادلانه در خدمات بهداشتی و درمانی آن است که مقدار خدمات ارائه شده بیشتر با سطح نیازها مرتبط باشد تا با متغیرهایی مثل سطح درآمد. این تعریف مطابق با مطالعه بنهام در ۱۹۷۵ است که درباره عدالت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در امریکا قبل و بعد از مدیکیر و مدیکیت می‌باشد.

روزنویگ و شولتز<sup>۱</sup> در ۱۹۹۱ در تجزیه و تحلیل چگونگی توزیع مراقبت‌های پزشکی برای زنان باردار در امریکا فرضیات متعددی را مورد بررسی قرار دادند. این فرضیات شامل خدماتی بود که بر اساس نیاز پزشکی بوجود می‌آید.

علاوه بر این مطالعات، تعداد بی‌شماری پژوهش و تحقیق در زمینه ناعدالتی‌های بهداشتی درمانی انجام شده که بسیاری از این‌ها توسط غیراقتصاددانان انجام گرفته است. مفهومی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چگونه سلامت به‌طور نابرابر توزیع می‌شود. به خصوص در بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی مانند گروه‌های با سطح درآمد متفاوت.

مطالعات دیگری نیز در حوزه مالی بخش بهداشت و درمان صورت گرفته که توانایی پرداخت برای خدمات را مورد بررسی قرار می‌دهد. در کشورهای فنلاند، فرانسه، آلمان، ایتالیا، هلند، پرتغال، سوئیس، و انگلستان توزیع مجدد خدمات بر اساس درآمد خالص افراد مورد مطالعه قرار گرفته است و بر اساس نظریات مکتب تساوی بشر کاهش ناعدالتی‌ها با توجه به درآمد نهایی فرد به‌عنوان هدف عدالت مطرح شده است. نتایج این تحقیقات هنوز ارائه نگردیده است. (Culyer, 2000)

در انگلستان و سوئد و هلند مطالعاتی که بر روی ناعدالتی انجام شده بر مکانیزم‌هایی که شیب اجتماعی اقتصادی در سلامت، بیماری و مرگ‌ومیر ایجاد می‌کند تمرکز دارد. در واقع در این جا عملکرد اتیولوژی بیماری‌ها و راه‌حل‌های در رابطه با افزایش پیشگیری از آن‌ها عدالت به شمار می‌رود. در کشورهای در حال توسعه مسئله دسترسی به خدمات درمانی بیشتر مورد توجه است.

در پژوهشی با عنوان «چشم‌اندازهای بین‌المللی به ناعدالتی‌های سلامتی و سیاست‌های بالینی» که در سال ۲۰۰۱ انجام شده بیان شده که اگر چه تأمین سلامت فقرا هدف مهمی است ولیکن عدم مساوات و بی‌عدالتی تنها به وضع این گروه از جامعه مربوط نمی‌باشد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته که فقر بسیار کم است عدم تساوی در وضعیت بهداشتی دیده می‌شود. در واقع ناعدالتی در برخورداری از خدمات به عوامل متعددی مربوط می‌شود که تنها مسئله فقر را در بر نمی‌گیرد. (Leon & et al, 2001)

در مطالعه‌ای که در کشور غنا در سال ۲۰۰۴ توسط «اندرسون» انجام شده است، درمان‌های متفاوت برای بیماران، توسط کارکنان بهداشتی درمانی در مؤسسات افریقایی مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعه کیفی به بررسی چگونگی ایجاد و مشروعیت درمان‌های متفاوت که از طرف ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌شود پرداخته است. در این پژوهش بیمارستان‌های شمال غنا مورد مطالعه قرار گرفتند و به ارتباط بین عوامل فرهنگی اجتماعی، بیومدیکال و عوامل بورکراتیک با توجه ویژه بر طبقه‌بندی بیماران پرداخته شد. در نتیجه‌گیری این مطالعه محقق شد که سرزنش نمودن پرسنل بهداشتی درمانی برای انجام درمان‌های متفاوت در میان بیماران توضیح و راهکار کافی نمی‌باشد. درک این امر مهم است که تفاوت‌های درمانی را می‌توان به کمک وسایل تشخیص داد و به وضعیت و موقعیت کار بیمارستانی و به برداشت و درک تخصصی و اجتماعی کارکنان بهداشتی ارتباط دارد. (Anderson, 2004)



برای مشخص نمودن میزان برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی بررسی وضعیت مهاجران نیز می‌تواند کمک کننده باشد. جامعه پناهندگان زخم‌پذیرترین جامعه نسبت به شرایط پزشکی بدون دریافت درمان کافی است و موانع بسیاری برای اینان در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی وجود دارد. در مطالعه‌ای که بر روی ویتنامی‌های پناهنده امریکا انجام شده دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی در نظام بهداشتی درمانی در استان تارنت بررسی شده است. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که ۴۵/۸ درصد هیچ بیمه درمانی ندارند. ۱۷/۴ درصد تحت پوشش مدیکیت هستند. ۵۳/۷ درصد تحت مراقبت‌های پزشکی برای مراقبت‌های اولیه نیستند و ۵۷/۴ درصد پناهندگان سالمندان ویتنامی که در آمریکا ساکنند بین ۷ تا ۱۰ سال است که بیمه مدیکیت و SSI آنها تمام شده است.

در بین پناهندگان ویتنامی عوامل زیر به عنوان موانع مهم دسترسی به خدمات می‌باشد: زبان ۱۴ درصد، شرایط قانونی ۱۷ درصد، دریافت نادرست از سیستم بهداشتی درمانی ۱۵ درصد، از دست دادن بیمه ۱۴ درصد و فرهنگ متفاوت ۱۱ درصد. این نتایج می‌تواند به آژانس‌های بهداشتی سلامتی کمک کند تا خدمات خود را افزایش دهند و برای مسائل قانونی وکیل داشته باشند که بتوانند این موانع را برای دسترسی بهتر به خدمات بهداشتی درمانی جهت پناهندگان تغییر دهند. (Tuan, 2004)

همچنین بر اساس مطالعه‌ای با عنوان «دسترسی، هزینه مراقبت‌ها و بهداشت و درمان در افراد بالغ شاغل غیربیمه» که بر روی ۳۷۹ فرد بالغ مهاجر انجام شد رابطه قوی بین متغیرهای وابسته زیر مشاهده شد: مشکلات بدست آوردن مراقبت‌های بهداشتی درمانی مورد نیاز، ویزیت پزشک، ویزیت اتاق‌های اورژانس، بستری در بیمارستان و ادامه درمان‌های پزشکی. یافته‌ها نشان می‌دهد که عدم وجود پوشش خدمات، رقابت در نیازها و مشکلاتی در سیستم بهداشتی درمانی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی اثرگذار است. لذا برای نتایج غیرقابل اجتناب خدمات طولانی‌مدت و کوتاه‌مدت بهداشتی دوره تغییراتی در برنامه‌ها و سیاست‌ها بایستی اخذ شود. (Queen, 2004)

آنالیز عدالت در یک نظام بهداشتی و درمانی کار بسیار مشکلی می‌باشد. اما اگر تفاوت‌های بین عدالت افقی و عمودی درک شود بسیار کمک‌کننده خواهد بود. (Green, 1998) لذا در اینجا ابتدا به تعریف این دو بعد عدالت پرداخت و سپس راه‌های رایج برای اندازه‌گیری آنها بیان می‌شود.

## ۲. عدالت افقی و عدالت عمودی

عدالت افقی به معنای درمان برابر برای نیاز برابر است. منظور از عادلانه بودن افقی یعنی نظام بهداشتی و درمانی در درمان دو فرد که مشکل مشابهی دارند با روش مشابهی به درمان آنها بپردازد. اما عدالت عمودی مربوط به کسانی است که مشکل مشابهی ندارند و از راه‌های مختلفی درمان می‌شوند. یعنی درمان نابرابر برای نیاز نابرابر که به معنای درمان بیشتر برای وضعیت‌های وخیم‌تر یا تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس توانایی پرداخت، برای مثال مالیات بر درآمد تصاعدی. (Green, 1998)

عدالت افقی بیشتر در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. یعنی جایی که هدف اصلی اطمینان حاصل کردن از این است که افراد با نیازهای برابر به صورت برابر و یکسان مورد درمان قرار گیرند. عدالت افقی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مستلزم آن است که دسترسی برابر برای افرادی که نیازهای برابر و همسان دارند فراهم شود. این اصل در هر یک از سه معیار دسترسی به کار برده شده است. یعنی در فراهم بودن خدمات، بهره‌گیری از خدمات و خروجی یا پیامد ناشی از خدمات بهداشتی و درمانی.

عدالت افقی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مستلزم آن است که دسترسی برابر برای افرادی که نیازهای برابر و همسان دارند فراهم شود. این اصل در هر یک از سه معیار دسترسی به کار برده شده است. یعنی در فراهم بودن خدمات، بهره‌گیری از خدمات و خروجی یا پیامد ناشی از خدمات بهداشتی و درمانی. (Martin & et al, 2003)

مفهوم فراهم بودن خدمات را می‌توان در اینجا به توزیع تمامی منابع بهداشتی و درمانی تعبیر نمود. عدالت در خروجی‌های بهداشتی و درمانی مهم‌ترین معیار عدالت هستند چرا که منعکس‌کننده هدف تهیه خدمات بهداشتی و درمانی است که خود باعث بهبود سلامتی و بهداشت و درمان می‌شود.

در سیاست‌های بهداشتی و درمانی به نظر می‌رسد اجماع نظر قوی درباره عادلانه بودن توزیع منابع بهداشتی و درمانی عمومی وجود دارد. بنابراین مسئله ایجاد فرصت‌های برابر برای دسترسی به خدمات وجود دارد. اما تعهد برای عدالت در سلامتی در واقع بسیار ضعیف است. (Martin & et al, 2003)

موضوع عدالت افقی در تأمین مالی بخش بهداشت و درمان امری است که نسبتاً کمتر به آن توجه شده است. عدالت افقی را می‌توان برحسب وسعت آن به این صورت تعریف نمود: «توانایی برابر برای پرداخت و ایجاد پرداخت‌های برابر بدون توجه به فاکتورهایی مانند سن،

جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت یا عضویت در جای به خصوصی و امثال آن». ناعدالتی افقی به دلایل متعددی ایجاد می‌شود. در بیمه‌های خصوصی گروه‌های پرخطر مثل سالمندان، سیگاری‌ها و وجود بیماری زمینه‌ای حق بیمه بیشتری نسبت به افراد کم‌خطر با توانایی پرداخت برابر می‌پردازند. (Culyer, 2000)

عدالت افقی بیشتر در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. یعنی جایی که هدف اصلی اطمینان حاصل کردن از این است که افراد با نیازهای برابر به صورت برابر و یکسان مورد درمان قرار گیرند. در حقیقت گروه‌های مختلف جمعیت از لحاظ نیازها دارای تفاوت‌هایی هستند. مونی در سال ۲۰۰۰ عنوان می‌کند که عدالت عمودی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود که گروه‌های با نیازهای متفاوت به تناسب درمان‌های متفاوتی دریافت می‌کنند. این امر می‌تواند ریشه مهمی در یافتن ناعدالتی‌های موجود در بهداشت و درمان باشد.

در سیستم‌هایی که مالیات مستقیم دریافت می‌کنند، ناعدالتی افقی زیادی به‌طور غیراصولی در بین مالیات بر درآمد افراد ایجاد می‌شود. مثلاً معافیت مالیاتی در پرداخت‌های برای رهن یا در حق بیمه‌های خصوصی. در سیستم بیمه‌های اجتماعی گروه‌های مختلف ممکن است واجد شرایط برای بیمه‌های مختلف درمانی باشند و از این رو با فهرست توزیع متفاوتی روبرو می‌شوند.

در بعضی موارد ممکن است گروه‌ها بر حسب درآمد یا پرداخت‌شان تعریف شوند ولی این امر نتواند به درستی توانایی پرداخت را برای آنها مشخص کند. در این صورت خانواده‌های با توانایی مشابه برای پرداخت از لحاظ پوشش خدمات دچار تفاوت‌هایی شوند. برای مثال روتن و جانسون در ۱۹۸۷ به این نتیجه رسیدند که در کشور هلند به دلیل گوناگونی طبقه‌بندی افراد، افراد مجرد با درآمد ۱۷۰۰۰ DFL<sup>۱</sup> در ۱۹۸۱ کمتر از ۲ درصد از درآمدشان را برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌پردازند. افراد زیر ۶۵ سال ۱۳ درصد از درآمدشان را برای این امر می‌پردازند. تفاوت‌های افقی از این نوع به خصوص بین بیمه‌شدگان خصوصی و دولتی عامل مهمی در تحت فشار گذاشتن سیستم‌های بهداشتی و درمانی کشورهایی مثل آلمان و هلند برای ایجاد رفورم در آنها شده است. (Wagestaff & et al 1998)

۱. DFL: واحد پول هلند (فلورنس هلند) که معادل ۰/۵ دلار آمریکاست، دسامبر ۲۰۰۷.

ناعدالتی‌های افقی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را می‌توان با به‌کار گرفتن معیارهای کیفی دسترسی، نیاز و وضعیت اجتماعی اقتصادی یا سایر معیارهای ناعدالتی تخمین زد. (Martin & et al, 2003)

مطالعات انجام شده در رابطه به رفورم‌های انجام شده در کشورهای در حال توسعه در دو دهه اخیر مشخص ساخت که عدالت چه از لحاظ دسترسی طبقات مختلف اجتماعی و چه از نظر مناطق جغرافیایی در کانون توجه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی و درمانی این کشورها قرار داشته است. افزایش تفاوت درآمد اقشار جامعه خود به‌طور غیرمستقیم می‌تواند به طرق مختلف اثرات مخربی را روی وضعیت بهداشتی و درمانی جامعه به‌جای گذارد.

تأثیر توزیع درآمد بر بخش بهداشت و درمان به حدی است که برخی صاحب‌نظران و کارشناسان شاخص توزیع درآمد را از جمله شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت سلامتی جوامع می‌دانند. افزایش ناعدالتی درآمد در ساده‌ترین شکل خود موجب خواهد شد تا از یک طرف تقاضا برای خدمات گران‌قیمت از جمله خدمات تجملی پزشکی افزایش یابد و از سوی دیگر قدرت خرید و تقاضا برای خدمات ضروری پزشکی برای اقشار کم درآمد جامعه کاهش یابد. بر همین اساس به علت افزایش روزافزون هزینه‌های بهداشتی و درمانی و در شرایطی که بخش عمده‌ای از هزینه‌ها مستقیماً به سبد خانوارها تحمیل می‌گردد، افزایش اختلاف درآمد در جامعه می‌تواند چشم‌انداز بسیار نگران‌کننده‌ای در پیش رو قرار دهد. (صدقیانی، ۱۳۸۰)

معیارهای متعددی برای اندازه‌گیری عدالت افقی در توزیع درآمدها و تأمین مالی عمومی در تئوری مطرح شده است. به جز نظریه آرنسون<sup>۱</sup> و همکارانش که در سال ۱۹۹۴ مطرح شد هیچ یک از تئوری‌های دیگر رضایت‌بخش نبوده‌اند. معیار معروف و مشهوری که توسط اتکینسون<sup>۲</sup> در ۱۹۸۰ و پلوتینک<sup>۳</sup> در ۱۹۸۱ و کینگ<sup>۴</sup> در ۱۹۸۳ پیشنهاد شد به ارزیابی رتبه‌بندی‌های توزیع درآمد قبل از وصول مالیات و بعد از آن پرداخته است. آرنسون و همکارانش بر این امر تأکید داشتند که ناعدالتی افقی مربوط به درمان هم‌رتبه و مساوی است و رتبه‌بندی به درمان ناعدالتی‌ها می‌پردازد. نظریه آرنسون و همکارانش منجر به افتراق واضح و مشخصی بین رتبه‌بندی و عدالت افقی می‌شود.

1. Aronson
2. Atkinson
3. Plotnick
4. King

ناعدالتی افقی را برحسب متغیر مالیات یا پرداخت‌های بهداشتی درمانی در گروه‌های پیش از مالیات و پس از مالیات اندازه‌گیری می‌کنند. اگر این متغیر موجود نباشد پس ناعدالتی افقی هم وجود ندارد. متغیر در هر دو گروه پیش از پرداخت مالیات با ضریب جینی اندازه‌گیری شده و بعد برای هر کدام از گروه‌ها وزنی داده شده است. وزن‌های انتخابی محصول مربع سهم جمعیت گروه پیش از پرداخت و سهم درآمد پس از پرداخت مالیات است. علت انتخاب این وزن‌ها اندازه‌گیری درجه ناعدالتی افقی است که می‌تواند بعداً بر حسب تأثیر آن‌ها بر توزیع درآمدها اندازه‌گیری شود، این تأثیر می‌تواند تصاعدی باشد و به رتبه‌بندی مجدد مرتبط با مالیات‌ها بپردازد. برای اندازه‌گیری میزان ناعدالتی‌ها می‌توان از فرمول‌های به خصوص استفاده نمود (که در اینجا از ذکر آنها امتناع شده است. برای مطالعه بیشتر به منبع رجوع شود). (Culyer, 2000)

عدالت عمودی به معنای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی نابرابر برای افراد با نیازهای نابرابر است. یعنی افرادی که نیازهای مختلف بهداشتی و درمانی دارند به شیوه‌های مختلف درمان می‌شوند. این مفهوم با در نظر گرفتن نیازهای مختلف گروه‌های اجتماعی اقتصادی بیشتر مشخص می‌شود. همچنین با توجه به خدمات ارائه شده به گروه‌های مختلف ارتباط آن بیشتر شناخته می‌شود. عدالت عمودی از طریق تعیین اولویت‌ها شکل می‌گیرد. یعنی در این مفهوم ایده افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای گروه‌های مختلف جمعیت که نیازهای بهداشتی و درمانی دارند مطرح می‌شود. در مفهوم عدالت عمودی این پرسش مطرح می‌شود که هدف‌گذاری در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در گروه‌های مختلف جمعیت با نیازهای مختلف چقدر درست و صحیح می‌باشد. (Martin & et al, 2003)

خدمات بهداشتی و درمانی برای افراد سالمند، بیماران روانی، معلولین و سایر بیماران نیازمند به مراقبت‌های طولانی مدت عموماً کمتر منابع لازم را در اختیار دارند. مطالعاتی برای مقایسه مخارج بیماران بستری در بیمارستان‌های با اقامت کوتاه‌مدت در بیماری‌های حاد و بیمارستان‌های با اقامت طولانی‌مدت در مورد بیماری‌های مزمن انجام شده است. تفاوت‌های موجود در مخارج این دو باعث ایجاد ناعدالتی عمودی می‌شود.

در مقابل عدالت عمودی از طریق تعیین اولویت‌ها شکل می‌گیرد. یعنی در این مفهوم ایده افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی برای گروه‌های مختلف جمعیت که نیازهای بهداشتی و درمانی دارند مطرح می‌شود. در مفهوم عدالت عمودی این پرسش مطرح می‌شود

که هدف‌گذاری در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در گروه‌های مختلف جمعیت با نیازهای مختلف چقدر درست و صحیح می‌باشد. (Martin & et al, 2003)

در سیاست‌گذاری عدالت و کارایی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تفاوت‌هایی وجود دارد. از لحاظ تکنیکی نیز بین عدالت و کارایی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی تمایز وجود دارد.

خدمات بهداشتی و درمانی کارآمد ممکن است که دسترسی بیشتری را به منابع بهداشتی و درمانی فراهم کنند اما همیشه همراه با عدالت و مساوات نیست. چرا که دسترسی به خدمات به‌طور منصفانه‌ای در بین گروه‌های مختلف مردم توزیع نشده است. تلاش‌هایی که جهت افزایش مساوات و عدالت انجام می‌شود اغلب باعث کاهش میزان کارایی خدمات می‌گردد. به‌طور مثال ایجاد خدمات پزشکی تخصصی در یک منطقه روستایی عدالت را در خدمات‌دهی بهداشتی و درمانی تأمین می‌کند اما کارایی را کاهش می‌دهد، چرا که این خدمات آن‌طور که باید بهره‌گیری نمی‌شود. خدمات پیشگیری ممکن است که کارآمد باشد اگر اکثریت را در بر بگیرد اما با عدالت همراه نیست چرا که باعث افزایش ناعدالتی می‌شود اگر گروه‌های اقلیت را در بر نگیرد. عدالت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یک هدف شناخته شده در نظام بهداشتی و درمانی است و می‌تواند بر اساس فراهم بودن به‌کارگیری و نتایج حاصل از آن مورد ارزیابی قرار گیرد. (Wagestaff & et al 1998)

### ۳. اندازه‌گیری عدالت در بخش بهداشت و درمان

در سیاست‌های بهداشتی و درمانی موضوع عدالت اغلب مفهومی بسیار وسیع‌تر از آنچه در عمل مشاهده می‌شود دارد. در ادبیات اقتصاد بهداشت همواره مباحث متعددی در باب اهمیت جنبه‌های مختلف عدالت و نحوه اندازه‌گیری آن‌ها وجود دارد. بسیاری از محققان بر این باورند که عدالت از جنبه دسترسی عادلانه به خدمات درمانی باید تعریف شود. در حالی که اقتصاددانان آنالیز عدالت را از جنبه بهره‌وری حائز اهمیت می‌دانند. (Layte & et al, 2004)

از اوایل دهه ۸۰ میلادی مونی و لی گرانت دو محقق برجسته اقتصاد سلامت، این عقیده را بسط دادند که در اغلب برنامه‌های بهداشتی و درمانی، عدالت در دسترسی به خدمات باید مورد ارزیابی و اندازه‌گیری قرار گیرد. یعنی کسانی که نیاز برابر به درمان دارند باید فرصت برابری نیز برای بهره‌گیری از خدمات درمانی را داشته باشند یا هزینه مشابهی برای درمان برابر

بپردازند. اما مسئله این است که نیاز برابر به خدمات درمانی برای افراد مختلف راه‌های دسترسی مختلفی را به همراه دارد. به این معنا که افراد تحت تأثیر عوامل مختلف تقاضای متفاوتی برای رفع نیازهایشان دارند. به همین دلیل صرف تمرکز بر عدالت در بهره‌گیری از خدمات موضوعی اشتباه و ناصواب است.

دورسلر و همکارانش در سال ۱۹۹۲ به بحث درباره موضوع منحنی تقاضا در جامعه پرداختند و بر روی علل تغییرات این منحنی پرداختند و رابطه درآمد و تغییرات تقاضا را بررسی نمودند. (Layte & et al, 2004)

امروزه یکی از مهمترین اصول نظام‌های سلامتی در کشورهای توسعه یافته مبحث عدالت است. ادبیات وسیعی برای تعریف، عملی کردن و اندازه‌گیری عدالت در خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. معمولاً عدالت را در سه حوزه مطرح می‌شود: دسترسی عادلانه و برابر به خدمات بهداشتی درمانی برای افراد با نیازهای مشابه، درمان مشابه برای بیماران مشابه و سلامت عادلانه برای افراد با شرایط مشابه. (Ward & et al, 2007)

البته برای اندازه‌گیری عدالت عموماً این مفهوم را در بخش بهداشت و درمان در سه حوزه زیر بررسی و آنالیز می‌کنند:

۱-۳. عدالت در تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی،

۲-۳. عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی،

۳-۳. عدالت در سطح سلامت افراد جامعه.

### ۱-۳. عدالت در تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی

کشورها از لحاظ تأمین مالی نظام‌های سلامتی خود متفاوت عمل می‌کنند. اکثر کشورها تنها بر نظام مالیاتی برای تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی تکیه دارند. عده‌ای بیمه‌های اجتماعی دارند و عده‌ای هنوز بر منابع خصوصی تأکید دارند که همان بیمه خصوصی و پرداخت‌های مستقیم را شامل می‌شود. این منابع از لحاظ تصاعدی بودن متفاوتند. از خصوصیات یک سیستم تصاعدی این است که سهم افراد کم درآمد جامعه در درآمد اجتماعی کمتر و سهم افراد با درآمد بالا بیشتر است.

در مالیات بر درآمد سهم بالایی از درآمد افراد ضعیف جامعه برای پرداخت‌های سلامتی تخصیص می‌یابد. در نظام منابع خصوصی نیز افراد با درآمد پایین سهم بیشتری پرداخت می‌کنند. به این ترتیب این نظام‌ها اصطلاحاً نزولی عمل می‌کنند و سهم افراد با درآمد بالا در

در هزینه‌های اجتماعی کمتر است. این نظام‌ها کاملاً ناعادلانه بوده و فشار مالی بر افراد ضعیف‌تر جامعه اعمال می‌نمایند. (Doorslaer & et al, 2006)

سیستم تأمین مالی با اخذ مالیات مستقیم در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارای سیستمی تصاعدی بوده است. مالیات‌های غیرمستقیم وضعیتی نزولی داشته و مالیات‌های عمومی که متوسط مستقیم و غیرمستقیم است تصاعدی عمل می‌کند و بیمه اجتماعی ساختاری تصاعدی دارد. (Wagestaff & et al 1998)

در مطالعه‌ای که توسط ون دورسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۶ انجام شده کشورهای منتخب OECD از لحاظ تصاعدی بودن سیستم مالی بررسی شده‌اند و یافته‌ها حاکی از آن است که منابع خصوصی سیستمی نزولی ایجاد می‌کند. در این خصوص پرداخت‌های مستقیم بیشتر نزولی بوده و بعد از بیمه‌های خصوصی قرار دارند که منجر به آن می‌شود که سیستم برای افراد کم‌درآمد فشار مالی ایجاد کند. بیمه‌های اجتماعی بیش از نظام مالیاتی تصاعدی عمل می‌کند.

به واسطه این گزارش دانمارک و فرانسه دو کشوری هستند که بیمه خصوصی به‌طور متفاوتی در آنها جاری می‌باشد. به این صورت که بیمه خصوصی در دانمارک تصاعدی و در فرانسه نزولی عمل می‌کند. به این معنی که در فرانسه بیشتر از دانمارک بیمه خصوصی در مقابل مشارکت بخش دولتی گسترش در بین افراد کم‌بضاعت جامعه دارد که حاکی از مشارکت بیشتر در پرداخت‌هاست. این نوع اول می‌باشد.

دسته دوم از کشورهای مورد مقایسه آنهایی هستند که بیمه خصوصی به‌عنوان بیمه مکمل و تکمیلی افراد را تحت پوشش قرار می‌دهد. در کشورهای ایتالیا، پرتغال، اسپانیا و انگلستان این نوع بیمه دیده می‌شود. بیمه خصوصی در این کشورها تصاعدی است به جز در اسپانیا و در کشورهای ایتالیا، پرتغال و انگلستان به‌عنوان یک کالای لوکس می‌باشد.

دسته سوم کشورهایی هستند که بیمه خصوصی در آنها یک منبع اختصاصی و محدود است. این کشورها مثل آلمان، هلند، سوئیس و آمریکا می‌باشند. در این گروه سوئیس وضعیتی غیرمعمول دارد به‌طوری که در آن بیمه خصوصی توسط اغلب افراد خریداری می‌شود و در بقیه کشورها تنها کسانی این بیمه را خریداری می‌کنند که تحت پوشش بیمه دولتی نباشند یا محدودیتی داشته باشند. در آمریکا قسمت عمده جامعه تحت پوشش بیمه خصوصی هستند. در صورتی که در هلند تنها ۳۶ درصد مردم بیمه خصوصی هستند. (Williams, 2000)



با وجود تفاوت‌هایی که در پوشش جمعیت در این کشورها وجود دارد ولی در امریکا و سوئیس این نوع بیمه حالت نزولی دارد. شاخص مثبت در یونان و آلمان حاکی از آن است که بیمه خصوصی در این کشورها اغلب بوسیله افراد غنی جامعه خریداری می‌شود. در ایرلند و به درجاتی در امریکا و سوئیس، دو یا بیشتر از این گروه‌ها مشاهده می‌شوند. در این سه کشور بیمه خصوصی نزولی می‌باشند. در ایرلند این امر منعکس‌کننده آن است که حق بیمه پرداختی برای بیمه خصوصی معاف از مالیات محاسبه می‌شود که باعث می‌شود فواید آن به خانوارها برسد. جالب اینجاست که در امریکا مقیاس کمی شاخص کاکوانی برای بیمه‌های خصوصی مربوط به فاصله پوشش و زیر پوشش بودن افراد کم درآمد جامعه است.

پرداخت‌های مستقیم<sup>۱</sup> یا زیر میزی، ابزاری نزولی در افزایش درآمدها هستند. این پرداخت‌ها به‌ویژه در ایرلند و هلند نزولی نبوده و حاکی از پوشش ناکامل جمعیت توسط بیمه‌های خصوصی می‌باشند. در صورتی که این پرداخت‌ها در امریکا و سوئیس بسیار نزولی بوده و حاکی از آن است که افراد فقیر جامعه محکوم به پرداخت‌های مستقیم هستند. در صورتی که در بسیاری از کشورهای اروپایی از پرداخت هر وجهی معافیت وجود دارد. این امر یا به دلیل درآمد کم افراد و یا به علت عوامل دیگری مانند بیماری مزمن یا وضعیت بازنشستگی و امثال آنها می‌باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه در رابطه با تصاعدی بودن سیستم‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی یافته‌های واگستاف در ۱۹۹۲ را مورد تأیید قرار می‌دهد. تأمین مالی سیستم بهداشتی و درمانی در دو کشور از سه کشور دارای بیمه اجتماعی (یعنی در آلمان و هلند) نزولی است. در صورتی که در کشور فرانسه تصاعدی است. در سیستم‌های مبتنی بر مالیات در عوض سیستم تأمین مالی نسبتاً یا به‌طور متوسط تصاعدی است که استثناً در اینجا پرتغال است که سیستم آن نزولی است. این امر نشان‌دهنده میزان بالای پرداخت‌های مستقیم در سال ۱۹۹۰ است. نهایتاً اینکه در دو کشور امریکا و سوئیس سیستم تأمین مالی نزولی می‌باشد.

در دهه گذشته توجه و علاقه زیادی به مفهوم نحوه مشارکت خانوارها در تأمین مالی خدمات سلامتی شده است. در سال ۲۰۰۰ در گزارش سازمان جهانی بهداشت شاخص مشارکت مالی عادلانه<sup>۲</sup> برای اندازه‌گیری سهم مشارکت خانوارها پیشنهاد شد که در حال حاضر

1. out of pocket

2. Fairness Financial Contribution Index (FFC)

مورد استفاده قرار می‌گیرد. امروزه توجه ویژه به پرداخت‌های خانوارها در خدمات سلامتی نقش مهمی در سیاست‌های ملی بسیاری از کشورها بازی می‌کند. (Murray & et al, 2003)

بحث تأمین مالی تصاعدی در بهداشت و درمان با شکل‌گیری جداول پرداخت‌ها بر اساس گروه‌های با درآمد مختلف به وجود آمد. در مقایسه‌ای که بین کشورهای بریتانیا، کانادا و ایالات متحده آمریکا صورت گرفت، جداولی توسط هارست<sup>۱</sup> در ۱۹۸۵ ارائه شد که در آنها به متوسط پرداخت‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در گروه‌های درآمدی مختلف در کشورهای مختلف اشاره شده بود. با اینکه پرداخت‌ها به صورت خالص به‌عنوان بخشی از درآمد ارائه شدند ولیکن امکان دسترسی به درجه تصاعدی بودن سیستم مالی کشورهای مورد بررسی وجود نداشت. گزارش کانتور<sup>۲</sup> در ۱۹۸۸ در آمریکا برای تفسیر و تعبیر ساده‌تر این موضوع می‌باشد. این گزارش حاکی از آن است که بخشی از درآمد که صرف بخش بهداشت و درمان می‌شود با افزایش درآمدها کاهش می‌یابد و در واقع یک سیستم مالی نزولی در اینجا وجود دارد. گاتسچاک<sup>۳</sup> و همکارانش در ۱۹۸۹ به بررسی و مقایسه سیستم مالی بخش بهداشت و درمان در کشورهای هلند، انگلستان و آمریکا پرداختند. نتایج تحقیقات آن‌ها حاکی از آن است که سیستم آمریکایی سیستمی نزولی است. به‌طوری که افراد با حداقل درآمد در سال ۱۹۸۱، ۱/۴ درصد از درآمد کشور را دارا بودند ولی ۳/۹ درصد از پرداخت‌های بخش بهداشت و درمان را تشکیل می‌دادند.

تناسب درآمد صرف شده برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و سهم درآمد از درآمد کل کشور نمی‌تواند پاسخگوی این سؤال باشد که یک سیستم چقدر تصاعدی است؟ بهترین پاسخی که می‌دهند این است که آیا سیستم تصاعدی، نزولی یا متناسب است یا نه. برای ارزیابی تصاعدی بودن سیستم‌های مالی در بخش بهداشت و درمان باید از شاخص‌های تصاعدی استفاده نمود. یکی از شناخته‌شده‌ترین این شاخص‌ها شاخص کاکوانی است. (Wagestaff & et al 1998)

شاخص کاکوانی میزان تصاعدی بودن یا نزولی بودن سیستم تأمین مالی را نشان می‌دهد. منظور از تصاعدی بودن این است که پرداخت‌های افراد از درآمد خود به طرق مختلف و برای دریافت خدمات به صورت سهمی از درآمد همراه با افزایش درآمد افزایش می‌یابد و نزولی بودن یعنی با افزایش درآمد کاهش می‌یابد. در تصاعدی بودن هرچه درآمد افراد بالاتر باشد

1. Hurest
2. Contor's Report
3. Gottschak

سهم بیشتری از درآمد آنها به صورت مالیات، بیمه اجتماعی و پرداخت مستقیم برای تأمین خدمات بهداشتی و درمانی اختصاص می‌یابد که این سیستم به مفهوم توزیع عادلانه بار مالی هزینه‌هاست. اما سیستم نزولی بر خلاف عدالت اجتماعی است. کشورهایی که سیستم تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی‌شان عمدتاً بر اساس پرداخت‌های خصوصی است نزولی‌ترین ساختار را دارند و آنها که بر اساس بیمه تأمین اجتماعی است بعد از آن قرار می‌گیرند و آنها که از طریق مالیات است دارای ساختار تصاعدی هستند. (کری، ۱۳۸۳)

شاخص کاکوانی بیانگر تناسب توزیع درآمد در جمعیت موردنظر می‌باشد. برای تعیین چگونگی توزیع درآمدها که آیا عادلانه است یا خیر از منحنی به نام لورنس استفاده می‌شود که در محور عمودی آن درصد درآمد تعلق گرفته به جمعیت و در محور افقی درصد جمعیت قرار گرفته است. حال اگر به هر درصد جمعیت همان درصد درآمد تعلق گیرد توزیع کاملاً عادلانه است. قطر این مربع نشان دهنده توزیع عادلانه است. هر چه تحذب این منحنی بیشتر باشد توزیع ناعادلانه‌تر و هر چه به سمت قطر برود عادلانه‌تر است. (Culyer, 2000)

برای ارزیابی عدالت در تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی روش‌های خاصی وجود دارد. برای نیل به این هدف نظام‌های بهداشتی درمانی نیازمند تجزیه و تحلیل میزان مشارکت خانوارها در پرداخت‌های بهداشتی درمانی هستند. اصولاً برای این منظور دو روش کلی وجود دارد: راهکار بررسی وضعیت درآمد جامعه و راهکار بررسی بار تحمیلی به خانوارها.

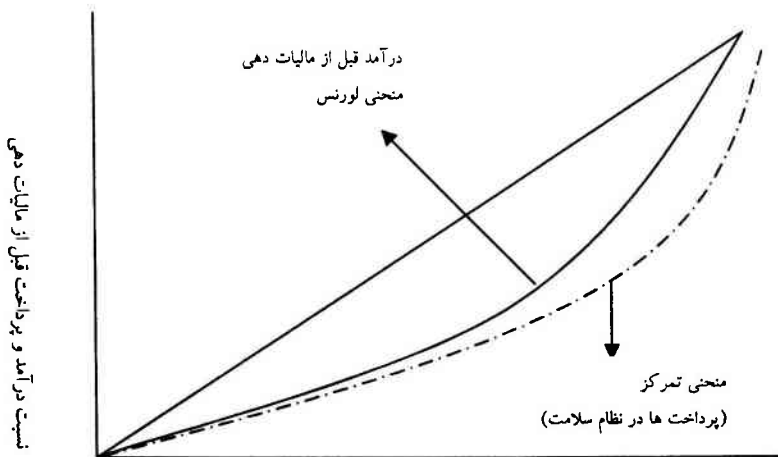
در شکل نخست بیشتر توجه به نحوه پرداخت‌ها و تأثیر آن بر درآمد افراد می‌باشد. در واقع تأثیر نهایی هزینه‌های بخش سلامت بر درآمد کل خانوارها اندازه‌گیری می‌شود. اما در روش اندازه‌گیری بار تحمیلی پرداخت‌ها بر خانوارها روش متداول FFC مورد استفاده قرار می‌گیرد. ابزاری که برای تعیین چگونگی توزیع درآمدها به کار می‌رود منحنی لورنس است. اگر به هر درصد جمعیت همان درصد درآمد تعلق گیرد توزیع کاملاً عادلانه است. قطر این نمودار توزیع کاملاً عادلانه را نشان می‌دهد. در منحنی لورنس هر چه تحذب بیشتر باشد توزیع درآمد ناعادلانه‌تر و هر چه به سمت قطر باشد عادلانه‌تر است.

ضریب جینی<sup>۱</sup> بیشتر در مطالعات بهداشتی و درمانی به کار گرفته می‌شود. ضریب جینی از منحنی لورنس بدست می‌آید که توزیع درآمد را نسبت به جمعیت بیان می‌کند. ضریب جینی مقیاسی برای ناعدالتی‌های در سطح درآمد افراد است. همچنین می‌تواند برای برآورد ناعدالتی در توزیع سلامت (یا دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی) در جمعیت به کار گرفته شود.

1. gini – like coefficients

واگستاف و همکارانش معتقدند که ضریب جینی معیاری برای ناعدالتی‌های سلامتی است که می‌تواند نشان‌دهنده کاهش ناعدالتی زمانی که مقدار بیماری کاسته می‌شود باشد. چرا که این ایندکس وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد را اندازه نمی‌گیرد. موری و همکارانش در سال ۲۰۰۱ به بحث در مورد ناعدالتی‌های بهداشتی و درمانی پرداختند و آن را با عوامل ایجادکننده ناعدالتی‌ها مرتبط دانستند. در صورتی که سایر محققان معتقدند که ناعدالتی‌های بهداشتی و درمانی با ناعدالتی‌های اجتماعی اقتصادی در جوامع موازی است.

### شکل ۱. توضیح شاخص تصاعدی

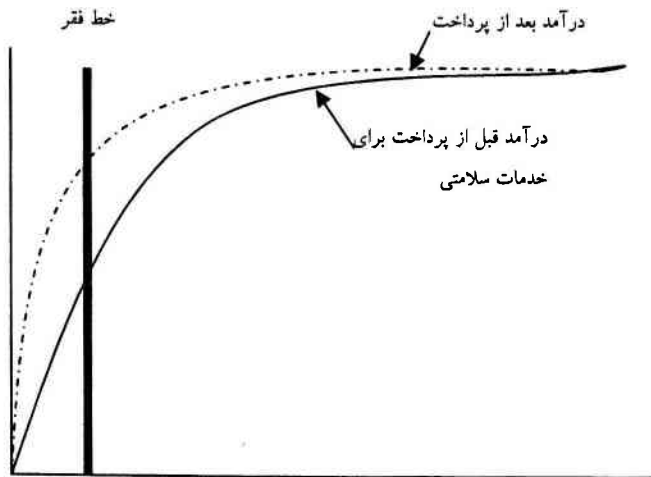


محور نسبت کل خانوارها

ون دورسلر و همکارانش در مطالعاتشان (۲۰۰۰-۱۹۹۳) به اندازه‌گیری ناعدالتی‌ها براساس ضریب تمرکز پرداختند. ضریب تمرکز بر اساس ضریب جینی محاسبه می‌شود. در این روش نسبتی از جمعیت که بر اساس درآمد رتبه‌بندی شده‌اند در روی محور افقی قرار گرفته و نسبتی از بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی یا نیاز یا دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در محور عمودی قرار می‌گیرد. منحنی تمرکز توزیع ناعدالتی‌های مرتبط با درآمد را

نشان می‌دهد. قطر نمودار توزیع برابر بهره‌وری از خدمات یا نیازها را نشان می‌دهد که در شکل نشان داده شده است. (Wagestaff & et al 1998)

## شکل ۲. منحنی توزیع درآمد و فقر



در ضریب جینی  $G$  نسبت بین منحنی لورنس و قطر چهار ضلعی است. فضای زیر قطر عدالت کامل را نشان می‌دهد. ارزش عددی ضریب جینی بین ۰ و ۱ است. در نظام مالیاتی تصاعدی متوسط میزان مالیات با افزایش درآمد افزوده می‌شود و در نظام نزولی عکس این حالت است. در نظام مالیاتی تصاعدی نابرابری درآمدی کاهش می‌یابد در حالی که در نظام نزولی کاملاً ناعدالتی وجود دارد. شاخص کاکوانی در نظام تصاعدی بین شاخص تمرکز و ضریب جینی قرار می‌گیرد. در این نظام کاکوانی مثبت است و در نظام نزولی منفی است. (Murray & et al, 2003)

بر اساس یافته‌های دورسلر و واگستاف که در نمودار مشاهده می‌شود قبل از پرداخت‌های سلامتی ۳۰ درصد مردم زیر خط فقرند. اما بعد از پرداخت‌های سلامتی ۵۰ درصد مردم زیر خط فقر قرار می‌گیرند، بنابراین این پرداخت‌ها می‌تواند نقش قوی در ایجاد فقر داشته باشد و لذا باید حساب شده انجام شود. (Murray & et al, 2003)

### ۳-۱-۱. میزان مشارکت مالی خانوار

میزان مشارکت مالی خانوارها یا HFC<sup>۱</sup> بار مالی خانوارها را در قبال خدمات نظام بهداشتی درمانی نشان می‌دهد. این مقیاس نسبی است که بسته به مخارج کل خانوار برای خدمات سلامتی (HE)<sup>۲</sup> از طریق مالیات‌های عمومی، سهم مشارکت در بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم محاسبه می‌شود و نسبت به ظرفیت پرداخت خانوار یا CTP<sup>۳</sup> سنجیده می‌شود

$$HFC = \frac{HE}{CTP}$$

HFC را معمولاً سالانه محاسبه می‌کنند. البته بهتر است این معیار ماهانه محاسبه شود تا دقت لازم در آن محفوظ بماند. (Murray & et al, 2003)

### - مروری بر شاخص‌های مشارکت مالی خانوار

دو نوع شاخص عمومی برای بررسی ناعدالتی در تأمین مالی وجود دارد. یکی تفاوت‌های بین فردی<sup>۴</sup> را اندازه‌گیری می‌کند و دیگری متوسط تفاوت‌های فردی<sup>۵</sup> را محاسبه می‌کند. (Murray & et al, 2003)

۳-۱-۱-۱. شاخص FFC یا شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی: شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در جامعه طی سالیان اخیر از سوی سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. این شاخص با توجه به ویژگی‌های منحصر به فردی که در ارزیابی دقیق‌تر میزان نیل به اهداف عدالت‌گرایانه بخش سلامت داراست به جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌های میان‌مدت کشورهای مختلف دست یافته است.

یک نظام سلامت زمانی عادلانه تأمین مالی می‌شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. بر این اساس عدالت عبارت است از برابر بودن سهم حق مشارکت‌ها از ظرفیت پرداخت در میان

1. Household Financial Contribution (HFC)
2. Health Expenditure (HE)
3. Capacity To Pay (CTP)
4. interindividual
5. individual - mean

خانوارها. در روش اندازه‌گیری FFC تعاریف زیر باید در ابتدا روشن شوند تا اندازه‌گیری فوق قابل انجام شود.

۳-۱-۱-۲. *پرداخت‌های مستقیم*: هزینه درمانی پرداخت شده از جیب که شامل پرداخت‌های صورت گرفته در محل دریافت خدمات توسط خانوارها می‌باشد.

۳-۱-۱-۳. *مخارج خانوار*<sup>۱</sup>: هزینه‌های مصرفی خانوار که کلیه پرداخت‌های نقدی یا کالایی خانوار را در بر می‌گیرد.

۳-۱-۱-۴. *بار مالی پرداخت‌های سلامتی*: همه هزینه‌های خانوار که صرف خوراکی شده به اضافه ارزش پولی خوراک تولید شده توسط خانوار که خودش آن را مصرف کرده منهای هزینه‌های مصرف خوراک در خارج از منزل و هزینه سیگار و الکل را شامل می‌شود. این شاخص در قالب سهم پرداخت از جیب به ظرفیت پرداخت محاسبه می‌شود.

۳-۱-۱-۵. *هزینه‌های کمرشکن*: هزینه‌های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار یا بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیرخوراکی او باشد.

۳-۱-۱-۶. *ظرفیت پرداخت خانوار*: ظرفیت پرداخت خانوار برای پرداخت هزینه‌های غیرمعیشتی را شامل می‌شود.

برای آن که امکان مقایسه فراهم شود توزیع مشارکت مالی بین خانوارها با استفاده از یک شاخص به نام مشارکت مالی عادلانه تبیین می‌شود. این شاخص به‌گونه‌ای طراحی شده که خانوارهایی که وزن بیشتری از درآمدهای غیرمعیشتی خود را صرف سلامتی می‌کنند، بدهد. بنابراین شاخص با اینکه بیانگر بی‌عدالتی کلی نظام سلامت است اما به‌طور ویژه کسانی که با هزینه‌های کمرشکن روبرو هستند را مورد توجه قرار می‌دهد. شاخص  $FFCi$  مبتنی بر ریشه سوم اختلاف بین بار مالی پرداخت‌های سلامتی یک خانوار و متوسط آن نمونه می‌باشد. مقدار عددی این شاخص بین صفر و یک است و هر چه به یک نزدیک‌تر باشد نشانگر عدالت بیشتر است. در مطالعه‌ای که در سال ۸۱ انجام شده این شاخص در ایران  $0/81$  بوده است که حدود  $3/94$  درصد خانوارها نیز بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خود را صرف این هزینه‌ها می‌کنند و اصطلاحاً در گروه خانوارهای با هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامتی قرار می‌گیرند. در همین حال  $8/5$  درصد خانوارها نیز در معرض سقوط به گروه خانوارهای با هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامتی هستند. (علیزاده هنجنی، ۱۳۸۴)

۷-۱-۳. شاخص نابرابری تیل<sup>۱</sup>: شاخصی است که ارزش حوادث مختلف را با جنبه احتمال وقوع آن‌ها می‌سنجد. این مقیاس به اندازه‌گیری درجه امکان‌پذیری حوادث مختلف که چقدر عادلانه‌اند می‌پردازد. شاخص تیل تفاوت‌های بین حداکثر و مقدار قابل انتظار یک وضعیت را مشخص می‌سازد. ارزش این شاخص منفی نمی‌شود. صفر حاکی از برابری و با افزایش نابرابری عدد افزوده می‌شود.

۸-۱-۳. متوسط انحراف لگاریتمی: شاخص دیگری که برای اندازه‌گیری نابرابری‌های در درآمد خانوارها مورد استفاده قرار می‌گیرد شاخص MLD می‌باشد. ارزش عددی صفر در این شاخص وضعیت عدالت کامل و اعداد بالاتر ناعدالتی را نشان می‌دهند. این شاخص مانند شاخص تیل محدودیت پایین و عدد زیر صفر ندارد.

هر دو معیار تیل و MLD مربوط به شاخص‌های نابرابری متوسط خانواده می‌باشد که به مقایسه سهم مشارکت افراد با میانگین می‌پردازد. همچنین توجه ویژه‌ای به پتانسیل پرداخت‌های کمرشکن سلامتی دارد. به طوری که میزان‌های بالاتر نشان‌دهنده سهم مشارکت بیشتر خانوار است. (Murray & et al, 2003)

۹-۱-۳. شاخص اتکینسون<sup>۲</sup>: این شاخص وضعیت عملی رفاه اجتماعی و وضعیت زیر رفاه و ارتباط بین تغییرات حاصله در این مورد و ناعدالتی را بیان می‌کند. این شاخص بین صفر (عدالت کامل) و یک (ماکزیمم بی‌عدالتی) قرار دارد.

اتکینسون تنها شاخصی است که اغلب برای آنالیز مزایای خدمات بهداشتی درمانی موثر واقع می‌شود. شاخص‌های دیگر بیشتر برای آنالیز حساسیت هستند. در مطالعه جاناتان لوی مشخص شده که شاخص نابرابری برای آنالیز مزایای سلامتی زمانی که خطر از افراد کم‌خطر به پرخطر حرکت کند شاخص کاهش ندارد بلکه اگر برعکس باشد شاخص با کاهش روبرو می‌شود.

باید به خاطر سپرد که هیچ شاخصی به تنهایی نمی‌تواند وضعیت ناعدالتی را در مشارکت مالی خانوار معین کند. FFC سهم مشارکت خانوارها را مشخص می‌کند و ابزاری است برای سیاستمداران بهداشتی و درمانی تا به ارزیابی این سهم پردازند و درجه عادلانه بودن آن را حساب کنند. تا بتوانند زمانی که بار مالی پرداخت‌ها از توان پرداخت خانوارها خارج است را مشخص کنند. (Levy & et al, 2004)

1. Theil  
2. Atkinson



جدول شماره ۱. مقایسه شاخص‌های مشارکت مالی خانوار

شاخص	ارتباط با مخرج کمرشکن	تفاوت‌های میانگین افراد	متغیر ثابت پایدار <sup>۱</sup>	واحدهای تفسیرپذیری <sup>۲</sup>
FFC	+	+	+	+
ÖHFC <sub>0</sub>	-/+	+	+	+
تیل	-/+	+	-	-
MLD	-/+	+	-	-
اتکینسون	+	+	-	+

### ۲-۳. عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

باید توجه داشت که در هر ارزیابی عدالت در سیستم بهداشتی درمانی لازم است تنها به مقدار پرداخت مردم برای خدمات ارائه شده توجه نشده بلکه به اینکه چه مقدار از خدمات بهره می‌گیرد توجه شود. محققین بیان می‌کنند که اغلب مشخصه‌های سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی نه تنها بر مقدار خدماتی که مردم به کار می‌گیرند اثر می‌گذارد بلکه بر نوع خدمات مورد استفاده آنها و توزیع بهره‌گیری و مقدار پرداخت برای آنها نیز تأثیرگذار است. (Martin & et al, 2003)

اغلب سیاستمداران بهداشتی درمانی در بازارهای اقتصادی خود نظام‌های پوشش همگانی جمعیت برای دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی را گسترش داده‌اند. آنچه در نظام‌های بهداشتی درمانی حائز اهمیت فراوان است پایش اثربخشی سیاست‌های سلامتی و برقراری اهداف عدالت در این نظام‌هاست.

در اندازه‌گیری عدالت در نظام‌های سلامتی دنیا بیشتر دسترسی به خدمات مثل دسترسی به پزشک عمومی، متخصص، خدمات بستری و سرپایی مورد توجه قرار می‌گیرد. البته تعریف نیاز در نظام‌های مختلف اندکی تفاوت دارد و باید این تعاریف در ابتدا کاملاً مشخص و روشن شود. (Hanratty & et al, 2007)

سئوالاتی همواره در نظام‌های سلامتی مورد توجهند، آیا افرادی که نیاز برابر درمانی دارند به شکلی مشابه درمان می‌شوند؟ و آیا درجه بهره‌گیری از خدمات از کشوری به کشور دیگر فرق می‌کند؟ آیا تفاوت‌های موجود به دلیل ساختار نظام‌های بهداشتی و درمانی است؟ قطعاً

1. constant invariance  
2. interpretable units

پاسخگویی به این سئوالات نیازمند اندازه‌گیری دسترسی به خدمات درمانی می‌باشد. (Doorslaer & et al, 2004)

آنچه در دسترسی به خدمات حائز اهمیت فراوان است مسئله عدالت در برخورداری از خدمات می‌باشد. عدم تساوی و بی‌عدالتی در بهداشت و درمان مدت‌های مدیدی است که در مرکز توجه افکار عمومی قرار گرفته است. دولت‌های بسیاری توجه به این امر را در رأس امور خود قرار داده‌اند. البته عدالت در برخورداری از خدمات در کشورهای مختلف به صورت مختلف درک می‌شود.

عدالت در دسترسی را می‌توان از طرق مختلف تعریف نمود و عملی کرد. در مطالعه‌ای با عنوان «عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در سوئد» درجه ناعدالتی اندازه‌گیری شده در این پژوهش یافته‌ها حاکی از آن است که درآمد، تحصیلات و وضعیت مدنی فرد بر دسترسی به خدمات اثرگذار است. (Steen, 1999)

در پژوهشی با عنوان «ناعدالتی در دسترسی و بهره‌گیری از خدمات بهداشتی درمانی» که در سال ۲۰۰۱ بر روی آمریکایی‌های آفریقایی‌الاصیل انجام شده است، به مقایسه دسترسی و بهره‌گیری از خدمات بهداشتی درمانی در میان آمریکایی‌های آفریقایی و سفیدان غیربومی آمریکا پرداخته شده است. گروه سنی مردان ۱۸ تا ۶۵ سال در ایالات متحده آمریکا انتخاب شدند.

در این مطالعه به بررسی و مقایسه به‌کارگیری پزشکان، بیمارستان‌ها، و مشکلات بهره‌گیری از خدمات پرداخته شده است. در این پژوهش ۷ فرضیه مورد توجه بوده است.

نخست، فرض بر آن است که آمریکایی‌های آفریقایی (مردان) در گروه سنی فعال دسترسی کمتری به خدمات بهداشتی درمانی دارند (یعنی به پزشک و بیمارستان و دندانپزشک) و گزارشات بیشتری مبنی بر تأخیر یا مشکل در دریافت خدمات مورد نیاز از سوی این گروه دریافت شده است.

دوم، فرض بر آن است که کنترل وضعیت سلامتی در مردان فعال آمریکایی - آفریقایی کمتر است. سوم اینکه بهره‌گیری از خدمات در این گروه کمتر می‌باشد (پوشش بیمه خصوصی و دولتی کمتر).

فرض چهارم تا ششم بهره‌گیری از پزشک و بیمارستان و دندانپزشک و کنترل متغیرهای وضعیت فقر و سلامتی و وضعیت سلامتی مشکل است. در نهایت، در نتایج مشکلاتی دیده شده که بیمه سلامت ملی برای ایجاد اطمینان در برخورداری از خدمات درمانی پیشنهاد شده است. بر اساس نظرات مرکز سلامت اجتماعی تمامی افراد اعم از بیمه‌شده و بیمه‌نشده، کم

درآمد، و افراد با ریسک بالا و سالمندان باید تحت پوشش بیمه مدیکیر و مدیکیت باشند. (شورای پژوهشی مؤسسه، ۱۳۷۸)

در مطالعه‌ای که در کشور بلژیک در سال ۲۰۰۲ انجام شده است، یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که ناعدالتی و عدم مساوات در بهره‌گیری از خدمات پزشکی عمومی و دریافت خدماتی چون واکسیناسیون علیه آنفولانزا، تست کنترل کلسترول خون، ماموگرافی، و پاپ اسمیر برای افراد ضعیف وجود دارد. محقق در این تحقیق بیان می‌کند خدمات پیشگیری در پزشکی بیش از سایر خدمات بهداشتی درمانی همراه با ناعدالتی و عدم مساوات است.

نواحی محروم و دورافتاده در کشور همواره وضعیت بدتری از لحاظ بهداشتی و درمانی نسبت به نواحی دیگر دارند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ صورت گرفته که نشان‌دهنده آن است که کاهش دسترسی کافی به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی در اغلب نواحی دورافتاده و محروم کشور امریکا باعث بدتر شدن وضعیت سلامتی افراد می‌شود. بررسی اکولوژیکال انجام شده در ۵۰ ایالت امریکا بر روی ارتباط سیگار و ناعدالتی سطح درآمد افراد حاکی از آن است که ۲۲/۹ درصد کاهش مرگ‌ومیر در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اثر افزایش شمار به‌کارگیری خدمات بهداشتی اولیه توسط پزشکان در این تعداد جمعیت دیده شده است. بر اساس نتایج این تحقیق خدمات پیشگیری مؤثر و کارآمد در تخفیف اثرات فقر مؤثر است. مشابه چنین تحقیقی در کشورهای دیگر نیز انجام شده و نتایج مشابهی به همراه داشته است.

برای اندازه‌گیری میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیز شاخص‌هایی وجود دارد که به اندازه‌گیری کمی میزان دسترسی می‌پردازد. در این میان روش رگرسیون استفاده بیشتری دارد. (Martin & et al, 2003)

### ۱-۲-۳. شاخص‌های ارزیابی عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

۱-۲-۳-۱. مقایسه نسبت‌ها: نسبت دسترسی در گروه‌های مختلف مردم انجام می‌شود. استفاده از روش مقیاس مطلق (یعنی تفاوت بین نسبت‌های بین گروه‌های شاهد و مورد) و روش مقیاس نسبی (میزان نسبت‌های بین گروه‌های شاهد و مورد) برای ارائه و معرفی وضعیت ناعدالتی‌ها به کار گرفته می‌شود.

برای تخمین تأثیر کامل ناعدالتی‌های اجتماعی و اقتصادی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی لازم است که اندازه نسبی گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی را بدست آورد. برای برآورد اندازه نسبی این گروه‌ها می‌توان افرادی که قابل استناد هستند را در نظر گرفت که خود

منجر به تخمین اینکه چقدر دسترسی به خدمات افزایش یافته می‌شود. اگر تمام جمعیت از یک سطح دسترسی به خدمات بهره بگیرند برای کسانی که در طبقه‌بندی اجتماعی اقتصادی در بالاترین سطح قرار می‌گیرند راه ابتدایی برای ارزیابی عدالت در خدمات بهداشتی و درمانی بر مقایسه کمی نیاز و بهره‌وری از خدمات تأکید دارد که به صورت میزان‌های بهره‌وری نیاز می‌باشد.

لی گراند<sup>۱</sup> مطالعه‌ای در ۱۹۸۷ انجام داد تا نسبت بهره‌وری از خدمات بهداشتی و درمانی را به افراد بیمار در گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی در انگلستان را بررسی کند. در بررسی که کالینز و کلین<sup>۲</sup> در ۱۹۸۰ انجام دادند مردم را به گروه‌های مختلف از لحاظ نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی تقسیم کردند. همچنین آنها از لحاظ اجتماعی و اقتصادی نیز گروه‌بندی شدند. این گروه‌ها شامل افراد سالم بدون بیماری، بیماران با بیماری حاد، بیماران با بیماری مزمن یا بدون محدودیت حرکت می‌شدند. این تقسیم‌بندی بسیار مهم بود چرا که گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی از لحاظ الگوی بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به نیازها متفاوت می‌باشند. به ویژه فرض اینکه افرادی که بیماری‌شان گزارش نشده مراقبت بهداشتی و درمانی دریافت نمی‌کنند بی‌مورد است. (Martin & et al, 2003)

۱-۲-۳. روش تحلیل رگرسیون: روش‌های رگرسیون روش دیگری را برای گروه‌های متفاوت با هم در برآورد میزان‌های ناعدالتی ایجاد می‌کند. روش‌های رگرسیون معمولاً در تولید مقیاس‌های جامع اندازه‌گیری ناعدالتی در دسترسی به خدمات به‌کار می‌روند. در این روش فرض بر این است که مقیاس انتخابی وضعیت اجتماعی اقتصادی افراد درجه اختلاف را نشان دهد. مثلاً مدل رگرسیون می‌تواند تخمین تغییرات در دسترسی را با هر سال آموزش یا هزار پوند افزایش درآمد را بیان کند. دامنه ناعدالتی را می‌توان از راه ساده‌ای بدست آورد. نسبت مجموع جمعیت در طبقات مختلف اجتماعی اقتصادی تخمین زده می‌شود و نقطه مرکزی هر طبقه به‌عنوان نقطه پیش‌بینی مشخص می‌شود. این عدد معمولاً عددی بین صفر و یک است. ضریب رگرسیون (دامنه ناعدالتی‌ها) تفاوت دسترسی بین دو نقطه بالایی و پایینی درجه اقتصادی اجتماعی را نشان می‌دهد.

مدل‌های رگرسیون برای ارزیابی بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

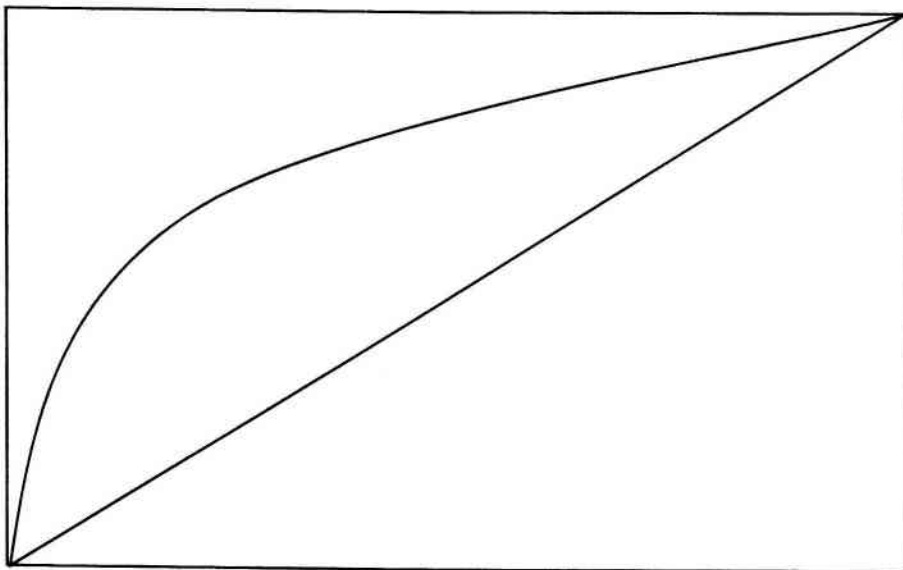
1. Le Grand  
2. Collins & Klein

به کار گرفته می‌شود که از طریق تجزیه و تحلیل داده‌های فردی در دسترسی به این خدمات بر اساس طبقه اجتماعی اقتصادی آنها بعد از استاندارد نمودن نیازها بدست می‌آید. متغیرهای وابسته معیار انتخابی برای دسترسی به خدمات هستند که می‌توانند فراهم بودن خدمات و به‌کارگیری یا خروجی خدمات را نشان دهند.

متغیرهای مستقل شامل نیاز بهداشتی درمانی (نیازمند یا عدم نیازمندی)، وضعیت اجتماعی و اقتصادی (مثل درآمد، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال) می‌باشد. متغیرهای دموگرافیک مانند سن و جنس هم می‌توانند به‌عنوان متغیرهای مستقل باشند. ضریب رگرسیون بر طبقات مختلف اجتماعی اقتصادی معیاری برای تفاوت عمده در دسترسی به خدمات برحسب طبقه اجتماعی اقتصادی و بر اساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی است. ضریب رگرسیون برای به دست آوردن مقدار درجه ناعدالتی در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی به کار گرفته می‌شود. (Martin & et al, 2003)

### شکل ۳. نمایش بی‌عدالتی در توزیع بهره‌وری از خدمات بهداشتی و درمانی یا نیازها

نسبت بهره‌وری



نسبت جمعیت بر اساس درآمد

ون دورسلر و همکارانش در مطالعاتشان (۲۰۰۰-۱۹۹۳) به اندازه‌گیری ناعدالتی‌ها براساس ضریب تمرکز پرداختند. ضریب تمرکز بر اساس ضریب جینی محاسبه می‌شود. در این روش نسبتی از جمعیت که بر اساس درآمد رتبه‌بندی شده‌اند، در روی محور افقی قرار گرفته و نسبتی از بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی یا نیاز یا دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در محور عمودی قرار می‌گیرد. منحنی تمرکز توزیع ناعدالتی‌های مرتبط با درآمد را نشان می‌دهد. قطر نمودار توزیع برابر بهره‌وری از خدمات یا نیازها را نشان می‌دهد که در شکل نشان داده شده است.

زمانی که فقرا سهم کمتری از بهره‌وری از خدمات بهداشتی و درمانی یا نیازها نسبت به ثروتمندان را دارا می‌باشند، منحنی زیر خط قطر قرار می‌گیرد و زمانی که بیشترین سهم را در بهره‌وری برای فقرا داشته باشد منحنی بالای قطر قرار می‌گیرد.

ضریب تمرکز در دو ناحیه بین منحنی‌ها و قطر برآورد می‌شود. ارزش عددی آن صفر است زمانی که هیچ بی‌عدالتی وجود نداشته باشد و زمانی یک است که ماکزیمم بی‌عدالتی وجود دارد. عدد مثبت حاکی از ناعدالتی به سمت ثروتمندان و عدد منفی به معنای بی‌عدالتی به سمت فقراست. توزیع نیازها معمولاً به سمت فقرا تمرکز دارد.

برای ارزیابی نمودن سطح مورد انتظار بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی در تمامی گروه‌های درآمدی و میزان ناعدالتی افقی در این گروه‌ها بر اساس سهم نیاز آنها می‌توان از طریق استاندارد کردن غیرمستقیم توزیع بهره‌گیری از خدمات با توجه به نیازها استفاده نمود. منحنی تمرکز برای بهره‌گیری مشاهده شده از خدمات را می‌توان با منحنی سطح مورد انتظار بهره‌گیری از خدمات بعد از استاندارد کردن نیازها مقایسه نمود. ایندکس یا شاخص ناعدالتی افقی توسط ون دورسلر در سال ۲۰۰۰ به کار گرفته شد. مقدار مثبت اشاره بر بهره‌گیری بیشتر از خدمات بهداشتی و درمانی دارد و مقدار منفی حاکی از ناعدالتی برای فقراست.

امروزه از شاخص منحنی تمرکز در بررسی بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی به وفور استفاده می‌شود. به‌طور مثال لورنت به بررسی نتایج تحقیقی که در بلژیک در سال ۲۰۰۲ انجام شده پرداخت. در این مطالعه به وضعیت اجتماعی اقتصادی که در برگیرنده وضعیت درآمد، سطح آموزش، تخصص و وضعیت مسکن بود پرداخته شده است. شاخص تمرکز برای نیاز (بر اساس سن و جنس) و برای بهره‌گیری از خدمات (شامل خدمات اولیه، ثانویه و پیشگیری) تخمین زده شده است. (Martin & et al, 2003)

### ۳-۳. نابرابری در سطح سلامتی جامعه

علی‌رغم پیشرفت تکنولوژی پزشکی و بهبود وضعیت کلی سلامتی جوامع؛ متأسفانه همچنان نابرابری‌هایی در وضعیت سلامت افراد جوامع مختلف وجود دارد. کشورهای در حال توسعه با مسائل متعددی چون زوال هزینه‌های بهداشتی درمانی و خدمات اجتماعی، افزایش بیماری‌های مسری و غیرمسری و سیستم‌های اقتصادی که توجه ویژه به فقرا ندارند مواجهند. لذا سازمان جهانی بهداشت به دلیل چنین معضلات بهداشتی درگیر در این کشورها کمیسیونی در جهت بسط مفاهیم عدالت در سلامت و برطرف کردن نابرابری‌های سلامتی در این جوامع تشکیل داده است. (London, 2003)

تفکر کنونی اهمیت پرداختن به سلامت افراد جامعه را بسیار مهم می‌داند. بانک<sup>۱</sup> و همکارانش در ۱۹۹۴ تحقیقی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که مراقبت‌های پزشکی به‌طور متوسط ۵ سال به امید به زندگی افراد می‌افزاید. آنها معتقدند که اگر درمان‌های کارآمد و مؤثر صورت گیرد پتانسیل بیشتری برای افزایش امید به زندگی وجود دارد.

بنابراین ناعدالتی و عدم مساوات در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی اولیه با کیفیت بالا می‌تواند اثرات فراوانی بر سطح سلامتی افراد جامعه به جای بگذارد. لذا توجه به ارزیابی مداخلات انجام شده جهت بهبود دسترسی به خدمات اولیه پزشکی برای تمام مردم در حال حاضر افزایش یافته است. (Martin & et al, 2003)

آیا افراد مرفه جامعه از سطح سلامتی بالاتری برخوردارند؟ آیا سطح سلامتی افراد در جوامع مختلف فرق می‌کند؟ علت این تفاوت‌ها در میان کشورها چیست؟

برای پاسخگویی به این سئوالات اندازه‌گیری نابرابری‌های سطح سلامتی جامعه لازم است. و برای درک بهتر این سئوالات در نظر گرفتن تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی ضروری می‌باشد. (Doorslear & et al, 2004)

### ۳-۳-۱. شاخص‌های ارزیابی نابرابری در سطح سلامتی جامعه

با به‌کارگیری روش‌های نوین و اندازه‌گیری از طریق شاخص تمرکز سلامت<sup>۲</sup> می‌توان نابرابری‌های سلامتی را بدست آورد. ضریب جینی نیز برای اندازه‌گیری برابری در سطح سلامت استفاده می‌شود. (Murray & et al, 2003)

1. Bunk  
2. concentration index

## ۲-۳-۳. شاخص‌های ارزیابی عدالت در نظام بهداشتی و درمانی

به‌طور کلی عدالت را در بخش بهداشت و درمان می‌توان با شاخص‌های مختلف مورد ارزیابی قرار داد. عدالت در پوشش خدمات را می‌توان با شاخص‌های زیر بررسی نمود:

- درصدی از افراد جامعه که توسط خدمات بهداشتی و درمانی تحت پوشش قرار گرفته‌اند.
- وسعت پوشش برنامه‌های واکسیناسیون کودکان زیر یک سال.
- پوشش مادران باردار تحت مراقبت افراد متخصص.
- درصد زنانی که از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند، در صورت امکان تفریق بین روش‌های جراحی و غیرجراحی.
- در توزیع منابع بخش بهداشت و درمان شاخص‌های زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:
  - هزینه سرانه کل بهداشت و درمان کشور.
  - نرخ هزینه سرانه دولتی از کل هزینه سرانه این بخش.
  - تعداد پزشک برای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت.
  - تعداد پرستار حرفه‌ای برای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت.
  - تعداد تخت بیمارستانی برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت.
- در صورت امکان تفاوت‌های بین بخش خصوصی و دولتی در موارد بالا.
  - دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی شاخص‌های زیر مطرح می‌شود:
    - درصد مرگ‌ومیر بدون علت پزشکی.
    - درصد جمعیت روستایی که بیشتر از یک ساعت با اولین مرکزی که خدمات بهداشتی و درمانی را ارائه دهد فاصله دارند و درصد جمعیت شهری که بیش از ۳۰ دقیقه با اولین مرکز بهداشتی و درمانی فاصله دارند.
  - امکان برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در طول همان روز مراجعه در مراکز اولیه ارائه‌دهنده خدمات.
  - درصد تسهیلاتی بهداشتی و درمانی که موانع دسترسی عملی را کاهش داده‌اند (مثل زبان، نمودارهای بهداشتی و درمانی و ...).
  - لیست‌های انتظار جراحی (یا زمان متوسط برای دریافت خدمات) برای سه پروسیجر انتخابی.



- در بهره‌وری از منابع، عدالت را می‌توان با شاخص‌های زیر اندازه‌گیری نمود:
- تعداد مشاوره‌های بیماران سرپایی در ۱۰۰۰ نفر.
- هزینه سرانه برای ۱۰۰۰ نفر.
- درصد ارائه خدمات بوسیله افراد متخصص و کارآزموده (WHO, 1998)

در پایان اگر قصد و هدف برقراری عدالت در بخش بهداشت و درمان وجود دارد بایستی تلاش‌هایی جهت پایه‌ریزی و استقرار ساختارها و عملیاتی که توانایی‌ها و قابلیت‌های افراد را از این خدمات پروراند صورت گیرد. فرایند پرورش فرد و جامعه در راهکار جامعه‌گرایان فرصتی را در نهایت برای جوامع و افراد ایجاد می‌کند تا قابلیت‌های برابر توسعه یابد. مخصوصاً در جوامعی که ایجاد این قابلیت‌ها در آن‌ها به علت عوامل تاریخی یا ساختار اجتماعی غیرممکن است این امر بسیار مهم می‌باشد. البته مطالعات نشان داده که نگرش‌ها و عقاید نسبت به خود می‌تواند بر گسترش بیماری‌ها و سلامت تأثیرگذار باشد و فقط توانایی دسترسی به خدمات بر این مسئله مؤثر می‌باشد.

افراد و جوامع مورد ظلم واقع شده نه تنها بیشتر در معرض گسترش بیماری‌ها هستند بلکه قابلیت کمتری هم برای به‌کارگیری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی لازم دارند. توانایی افراد باید به صورت اختیاری آزادانه و با حق انتخاب همراه باشد. توانایی باید همراه با بدست آوردن مطلوب‌ترین عملکرد برای بهبودی باشد. در این صورت است که توانایی همراه با عدالت خواهد بود.

امروزه کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی مرفه‌ترین و سالم‌ترین کشورهای دنیا هستند. اغلب این کشورها به پوشش همگانی جمعیت کشور برای دریافت خدمات سلامتی دست یافته‌اند. کشورهای عضو این سازمان نه تنها متضمن ارائه خدمات با کیفیت بالا هستند بلکه دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را تضمین می‌نمایند. در اغلب این کشورها دسترسی به خدمات پزشکان با کیفیت عالی بدون هزینه یا با حداقل هزینه انجام می‌شود که دلیل آن بیمه دولتی وسیعی است که دسترسی عادلانه را به وجود آورده است. بدلیل وجود چنین مدل قابل پرداخت و عادلانه، بسیاری از کشورها در نظر دارند نظام‌های درمانی مخلوط دولتی خصوصی خود را مورد بازنگری قرار دهند و در جهت افزایش کارایی و حفظ عدالت تلاش بیشتری کنند. (Culyer, 2000)

جامعه‌گرایان تنها با یک مسئله واحد در جوامع روبرو نیستند. نکته کلیدی برای آنها سطح برخورداری افراد جامعه از حق تصمیم‌گیری و داشتن اختیار و قدرت انتخاب مثلاً در انتخاب

منابع مختلف در دسترس می‌باشند. گسترش حیطه قدرت پزشکان در دهه‌های اخیر باعث شده که قدرت اختیار جامعه و بیماران تحت الشعاع قرار بگیرد و در نتیجه باعث ایجاد عدم آسایش و آرامش افراد در برخورد با متخصصان و مدیران بخش بهداشت و درمان شده است. بعلاوه از قدیم تأکید فراوان بر کار متخصصان به‌عنوان مدیران خدمات بهداشتی و درمانی و کنترل جوامع وجود داشته است. البته بیشتر این جوامع مذهبی بودند که به‌طور سستی از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بهره می‌گرفتند. بر اساس فلسفه جامعه‌گرایان یک تعریف مشترک از عدالت در خدمات بهداشتی و درمانی نمی‌تواند جنبه جهانی داشته باشد و برای همه جوامع یکسان باشد. در واقع در هر جامعه‌ای این تعریف متفاوت می‌باشد. (Black & et al, 2002)

برخلاف آنچه بسیاری از سیاستگذاران بر آن باور دارند، منطقاً همه افراد نمی‌توانند به‌طور همزمان دسترسی عادلانه به خدمات مختلف بهداشتی و درمانی داشته باشند. همین‌طور همه نمی‌توانند بر اساس نیاز به منابع دست پیدا کنند و سلامتی برابر داشته باشند. در واقع افراد می‌توانند یک انتخاب از بین اینها داشته باشند.

بنابر آنچه محققان بدان دست یافته‌اند، تنها از میان سه فاکتور دسترسی، تخصیص منابع براساس نیاز و عدالت در سلامتی می‌توان به یک عامل دست یافت و آن دستیابی به منابع براساس نیاز است. در واقع با از دست دادن دو عامل دیگر یعنی دسترسی عادلانه و عدالت در سلامتی تحقق این امر امکان‌پذیر می‌شود.

در تحقیقاتی که مونی و همکارانش در سال‌های ۱۹۹۲ و ۱۹۹۱ و همچنین در سال ۱۹۹۴ انجام دادند قویاً بر مسئله عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی تأکید کردند. آنها معتقدند که تأمین مراقبت‌های پزشکی و درمانی برحسب نیاز و یا نیل به عدالت در سطح سلامتی با زیر پا گذاشتن اولویت‌های مصرف‌کنندگان حاصل می‌شود. بر اساس نظرات مونی و همکارانش برای یک فرد باید دسترسی به خدمات عادلانه باشد و سپس قبول کند که از استفاده از کدام منابع صرف نظر کند.

مبحث دسترسی عادلانه این سؤال را مطرح می‌کند که چرا مراقبت‌های پزشکی دسترسی عادلانه را مطرح می‌کند و خدمات تفریحی مثل اسکی یا مثلاً در مورد استفاده از استخرهای شنا این مسئله بررسی نمی‌شود.

توجیه چگونگی توزیع منابع به صورت عادلانه و دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و درمانی نیز کار مشکلی می‌باشد. فلاسفه معنوی در فلسفه ارسطویی معتقدند که آنچه که سلامت را می‌سازد آن چیزی است که برای رشد و ترقی هر فرد انسانی لازم است. به طوری که مراقبت‌های پزشکی برای سلامتی لازم است و این امر توجیه منطقی برای توجه به توزیع خدمات درمانی به جای توجه به خدمات رفاهی مانند اسکی است. همچنین استفاده از واژه «نیاز» در خدمات پزشکی کاربرد دارد و در خدمات رفاهی مورد مصرف قرار نمی‌گیرد. اما نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی تا چه مقدار می‌باشد. به طوری که بعضی از خدمات درمانی مانند تعویض مفصل ران به طور چشمگیری باعث ارتقای سطح سلامتی فرد می‌شود و خدماتی مانند IVF شاید چنین اثری را ایجاد نکنند.

بحث‌های متعددی در مورد نیاز در بخش بهداشت و درمان مطرح است. سن<sup>۱</sup> حقیقت وسیعی را بر روی فرق و تمایز بین عملکرد<sup>۲</sup> و توانایی‌های<sup>۳</sup> فرد اعمال نمود. عملکرد به آنچه افراد انجام می‌دهند مربوط می‌شود. سن معتقد است که انجام کارهایی جهت اجتناب از مرگ نابهنگام یا معلولیت ناخواسته مثال‌هایی از عملکرد می‌باشند و فعالیت‌هایی چون بهبود بخشیدن به وضع تغذیه، داشتن حس احترام به خود و دارا بودن یک زندگی اجتماعی، توانایی‌های فرد می‌باشد. هر فرد می‌تواند فرصتی برای بهبود وضع سلامتی یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی داشته باشد. نظریه سن در مورد عدالت در توانایی برای عملکرد می‌باشد. دو نفر ممکن است از نظر توانایی و قابلیت مشابه یکدیگر باشند مثلاً از لحاظ انتخاب کردن اما از نظر عملکرد مانند هم عمل نکنند. چنانکه یک فرد می‌تواند شرکت در فعالیت‌های اجتماعی را در نظر بگیرد و دیگری با داشتن این فرصت به دنبال آن نرود یا اینکه یکی به خوردن مواد غذایی بی‌ارزش ضرردار پردازد و دچار سوءتغذیه شود یا اینکه فرصت و امکان تغذیه خوب را داشته باشد. این امر اشاره مهمی را در بردارد. سطح عملکرد افراد محدود است و در نتیجه سطح توانایی‌های فرد نیز پایین است. این موضوع این سؤال را ایجاد می‌کند: آیا عملکردها باعث توزیع عدالت می‌شوند یا توانایی‌ها؟ در واقع در جایی که افراد اهداف

1. Sen  
2. functioning  
3. capabilities

گوناگونی دارند و در انتخاب آنچه می‌خواهند آزاد می‌باشند از نظر خود کوتاه می‌آیند. بنا بر آنچه گفته شد نمی‌توان نتیجه گرفت که تمام بی‌عدالتی‌ها در سلامت غیرقابل کنترل است. آنچه مهم می‌باشد اینست که لازم نیست همه سطح سلامتی یکسانی داشته باشند ولی لازم است که همه فرصت مشابهی را برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشند.

این مسئله در تئوری ساده می‌باشد ولی در عمل افرادی که در سطح سلامتی پایینی قرار دارند یا در جوانی می‌میرند توانایی‌های لازم را داشته‌اند اما نتوانسته‌اند که از آنها استفاده کنند یا اینکه این توانایی‌ها را به موقع به کار نبستند. آنچه سن و همکارانش در طی مطالعات خود بدست آوردند تمرکز بر آن چیزی است که افراد در طول فرصت‌های زندگی شان بدست آوردند نه آن چیزی که باید بدست بیاورند.

تعهد سیاستگذاران در کشورهای OECD برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر اساس توانایی پرداخت افراد این سؤال را مطرح می‌سازد، چه چیزی تحت این تعهد قرار می‌گیرد؟ در بعضی از اوقات مسئله تأمین مالی بهداشت و درمان بر اساس توانایی پرداخت مشتریان میل به ایجاد و گسترش عدالت در ارائه مراقبت‌های پزشکی دارد. ممکن است این اعتقاد وجود داشته باشد که بهره‌وری در پرداخت‌ها مانع از دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی می‌شود و در نتیجه شانس فرد برای دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی کاهش می‌یابد.

توجیه و اثبات درستی اصل توانایی پرداخت برای خدمات بهداشتی و درمانی که راهی برای جلوگیری از پرداخت‌های زیرمیزی است باید از جای دیگر ناشی شده باشد. امکان دارد که ناشی از مفهوم توزیع درآمد بعد از پرداخت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار گرفته باشد.

بحث بین اقتصاددانان بر سر طبیعت عدالت در بخش بهداشت و درمان بسیار داغ است ولی هنوز هم سئوالات بی‌شماری بی‌پاسخ مانده است. از جمله موارد بسیار مسئله‌ساز تعریف واژه «دسترسی» و «نیاز» است. لی گرانث در ۱۹۹۱ می‌نویسد که آیا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیابستی به طور منطقه‌ای با بودجه آن منطقه عدالت و تناسب داشته باشد. هنوز این ایده مضحک به نظر می‌رسد که افراد می‌توانند دسترسی برابر به بعضی موارد داشته باشند اما به بقیه نه. بحث‌های اخیر به دنبال جستجوی سازگاری بین تعابیر مختلف عدالت است.

(Culyer, 2000)

## منابع و مآخذ

### منابع فارسی

۱. شورای پژوهشی مؤسسه، *نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی*، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۷۸.
۲. صدقیانی، ابراهیم، *طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی*، مطالعه چشم اندازها در ایران و جهان، انتشارات سازمان مدیریت صنعتی، ۱۳۸۰.
۳. کریمی، ایرج، *اقتصاد سلامت*، انتشارات گپ، تهران، ۱۳۸۳.
۴. علیزاده هنجنی، «وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۱۹، ۱۳۸۴.
۵. مرامی، علیرضا، *بررسی مقایسه‌ای مفهوم عدالت*، مرکز اسناد انقلاب اسلامی، تهران، ۱۳۷۸.

### منابع انگلیسی

1. Addo, Sakyi., "Inequality in access to and utilization of health care: the case African American and non hispanic white males", Ph.D., university of North Texas, 2001.
2. Anderson, Helle Max., "Villagers: Differential treatment in a Ghanaian hospital", *Social Science & Medicine*, university of Copenhagen, 2004.
3. Black, Megan and Gavin Mooney., *Equity in health care from a communitarian stand point*, Kluwer Academic publisher, Netherlands, 2002.
4. Couceiro, A., "the levels of health justice and the distribution of resources", *An Sist Sanit Navar*, 2006; 29 Suppl 3, pp 61-74, 2006.
5. Culyer, A.J. and J.P. New house , "Hand book of health economics", Volume 1 B, Elsevier Science, North Holland, 2000.
6. Doorslaer, Eddy van. and Cristina Masseria and Xander Koolman, *Inequalities in access to medical care by income in developed countries*, CMAJ • January 17, 174 (2), 2006.
7. Doorslear, Eddy Van., and Andrew Jones. Equity project, "The Equity group consists of participants from the following EU countries: Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Netherlands, Spain, Sweden, United Kingdom. Other participants are from Norway, Switzerland and United States", Erasmus University, 2004.
8. Green, Martin, *the economics of health care*, Watford Grammar School, ISE LTD, London, 1998.
9. Gulliford, Martin and Myfanuy Morgan, *Access to health care*, New Fetter Lan, London, 2003.
10. Hanratty, B. and T. Zhang and M. Whitehead, "How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services?", A systematic review. *Int J Health Serv.*; 37(1), pp 89-109, 2007.
11. Layte, Richard and Brian Nolan, "Equity in the utilization of health care in Irland", working paper 2 , university of Ulster, 2004.
12. Leon, A. and Walt David and Gill. "International perspectives on health inequalities and policy – clinical review", *British medical Journal*, 2001.
13. Levy, Jonathan I. and Susan M. Chemerynski. *Incorporating concepts of inequality and inequity into health benefits analysis*, *Int J Equity Health.*; 5: 2, 2006.

14. London, Leslie. 'Issues of equity are also issues of rights': Lessons from experiences in Southern Africa, BMC Public Health, pp 7, 14, 2007.
15. Murray, Christopher J.L. and Jan. Klavus. *Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application*, health systems performance assessment, WHO, pp 513-531, 2003.
16. Queen, Courtney, "Uninsured adult working age population in Tarrant County access, cost of care, and health: Hispanic immigrants", M.S, university of North Texas, 2004.
17. Shin, Hosung, "Income related inequity in health care access and delivery", PHD, university of South Carolina, 2003.
18. Steen, Katarina. "Equality of access in health care (Sweden)", PHD, Lund's university, Sweden, 1999.
19. Tuan, Le., "Barriers to health care access among Vietnamese refugee in Tarrant County", MPH, university of North Texas, 2004.
20. Wagestaff, A. and Van Doorslaer, "Masuring and testing for inequity in the delivery of health care", journal of human resources, forthcoming, 2000.
21. Wagstaff, A. and Eddy Van Doorslear. "Measuring inequity in health service delivery", technical note 13, Erasmus University, 2004.
22. WHO, *Methodology for Monitoring and Evaluation of Health sector Reform in Latin America and Caribbean*, Health sector reform initiative, 1998.
23. Williams, A. and R. Cookson, *Equity in health*, in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., Handbook of health economics, Elsevier, Amsterdam, 2000.
24. Ward, Paul R. and Peter R. Noyce. "How equitable are GP practice prescribing rates for statins?: an ecological study in four primary care trusts in North West England", Int J Equity Health; 6: 2, 2007.
25. Zero, Eyob and Custodia Mandlhate, "Equity in health care in Namibia: developing a needs-based resource allocation formula using principal components analysis", Int J Equity Health.; 6: 3, 2007.