

مبانی نظری عدالت در سلامت، بررسی عدالت در سلامت ایران

دکتر علی حسن‌زاده^۱

چکیده

مطالعات نشان می‌دهد که در اغلب کشورهای جهان، گروه‌های غیر برخوردار شانس کمتری برای بقا دارند و در سنین پایین‌تری از دنیا می‌روند. شکاف زیادی بین جمعیت‌های شهری و روستایی و بین نواحی مختلف در یک کشور دیده می‌شود. گروه‌های فقیر نه تنها بار بیماری بیشتری دارند، بلکه شیوع بیماری‌های مزمن و معلولیت در آنان در سنین جوان‌تری اتفاق می‌افتد. این موضوع نه تنها در کشورهای فقیر بلکه در گروه‌های فقیر کشورهای پیشرفته نیز صادق است.

مطالعات انجام شده در کشور ایران نیز گویای نابرابری موجود در برخورداری گروه‌های مختلف جمعیتی از خدمات سلامتی است. در این مقاله ضمن بررسی ابعاد نظری و فلسفی موجود در زمینه عدالت در سلامت، دلایل بروز نابرابری‌ها مورد بررسی قرار گرفته است و با اشاره به قوانین برنامه‌های بلندمدت در کشور، و مطالعات انجام شده؛ ضرورت توجه به پوشش همگانی را تنها راه نیل به عدالت در مشارکت برای تأمین مالی بخش سلامت؛ مورد تأیید قرار داده است. مقاله راه مقابله با نقصان عملکرد نظام مالی سلامت در روستاها را عمق بخشیدن به طرح بیمه روستاییان می‌داند.

۱. جراح و متخصص بیماری‌های چشم، مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی و عضو شورای پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

کلید واژه‌ها: عدالت، سلامت، اندازه‌گیری بی‌عدالتی، توان پرداخت، هزینه‌های اسف‌بار، پوشش همگانی، نقصان عملکرد مالی.

مقدمه

شواهد نشان می‌دهد که در اغلب کشورهای جهان، گروه‌های غیربرخوردار شانس کمتری برای بقا دارند و در سنین پایین‌تری از دنیا می‌روند. شکاف زیادی بین جمعیت‌های شهری و روستایی و بین نواحی مختلف در یک کشور دیده می‌شود. گروه‌های فقیر نه تنها بار بیماری بیشتری دارند بلکه شروع بیماری‌های مزمن و معلولیت در آنان در سنین جوان‌تری اتفاق می‌افتد. این موضوع نه تنها در کشورهای فقیر بلکه در گروه‌های فقیر کشورهای پیشرفته نیز صادق است. بنا به علل زیر عدالت در بخش سلامت از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است:

۱. بر اساس بررسی‌های به عمل آمده، فقر مهم‌ترین عامل مرگ، بیماری و ناتوانی قابل پیشگیری است. به‌طور متوسط کودکی که در خانواده فقیر متولد می‌شود دو برابر بیش‌تر از کودکی که در گروه بالای جامعه متولد می‌شود، شانس مرگ تا قبل از رسیدن به سن پنج سالگی را دارد. از طرف دیگر مطالعه توزیع منابع و مصارف عمومی نشان می‌دهد که در بیش‌تر کشورهای درحال توسعه برقراری یارانه‌ها به نفع پولدارهاست. به‌طور مثال در هند داراها سه برابر بیش‌تر از ندارها از یارانه سود می‌برند. (فقرا ۱۰/۱ درصد، گروه دوم ۱۳/۴٪، گروه میانه ۱۷/۸٪، گروه چهارم ۲۵/۶ درصد و ثروتمندان ۳۳/۱٪ از یارانه‌های عمومی بهره می‌برند)، لذا فقرا بیش‌ترین بار بیماری‌ها را به‌دوش می‌کشند ولی سهم کمتری از مراقبت‌های سلامت دارند که از آن تحت عنوان «مراقبت‌های معکوس»^۱ نام برده می‌شود. این موضوع، هم در کشورهای فقیر و هم در گروه‌های اجتماعی کشورهای پیشرفته صادق است.
۲. در بسیاری از مباحث عدالت، سر در گمی زمانی بروز می‌کند که یک گروه در خصوص بی‌عدالتی، سطح و کیفیت سلامت را در گروه‌های مختلف جمعیتی مد نظر دارند، در صورتی که گروهی دیگر آن را در سطح تدارک و توزیع خدمات بحث می‌کنند.
۳. اگر چه به‌طور طبیعی عوامل تعیین‌کننده تفاوت در سلامت افراد در موارد زیرخلاصه می‌شود ولی آیا بی‌عدالتی در سلامت با این موضوعات قابل توجیه است؟

- تفاوت‌های طبیعی مانند تفاوت‌های بیولوژیک،
- رفتارهای انتخابی مخاطره‌آمیز سلامت مانند برخی ورزش‌ها و تفریحات،
- مزیت سلامتی یک گروه بر دیگری زمانی که آن گروه زودتر از گروه دیگر رفتار ارتقادهنده سلامت را برگزیند،
- رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت زمانی که درجه انتخاب سبک زندگی به شدت محدود شده باشد،
- تماس با شرایط زندگی و کاری غیرسالم و پرسترس،
- دسترسی ناکافی به خدمات اساسی سلامت و سایر خدمات عمومی،
- انتخاب طبیعی یا تحرکات اجتماعی مرتبط با سلامت که موجب می‌شود افراد بیمار در معیار اجتماعی به گروه‌های پایین‌تر اجتماعی - اقتصادی سوق پیدا کنند.

۱. ابعاد نظری عدالت در سلامت

برای درک موضوع، ضرورت ارائه یک تعریف کاربردی برای عدالت در سلامت مطرح می‌شود. این تعریف به این گونه است که «هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و به‌طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود». با این تعریف، هدف عدالت در سلامت، حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست. بلکه باید عواملی کاهش یافته یا حذف شود که قابل پرهیز بوده یا نامناسب است. با این نگاه عدالت در سلامت عبارتست از:

- دسترسی برابر به مراقبت‌های در دسترس برای نیاز برابر،
- بهره‌مندی برابر برای نیاز برابر،
- کیفیت برابر از مراقبت‌ها برای همه.

بنابراین، عدالت در سلامت به این معنی نیست که هر فردی سطح یکسانی از سلامت داشته، به یک اندازه خدمات را مصرف کرده و از منابع بدون توجه به نیاز بهره‌برد. بیشتر جوامع اعتقاد دارند که منابع و مزایای مراقبت‌های سلامتی در جامعه به‌گونه‌ای بایستی توزیع شود که تناسب و عدالت را ایجاد نماید. به همین دلیل قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم تحلیل فلسفی است. در این ارتباط سه دیدگاه مبنای چنین قضاوت‌هایی

است: سودگرایی^۱، لیبرالیسم^۲ و جامعه‌گرایی^۳.

۱-۱. سودگرایی: معتقد است که ما باید براساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد.

۱-۲. لیبرالیسم: به حقوق و فرصت‌ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه برپایان کار. این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت سلامت (یا حتی حق سلامت) هستند، نشان‌دهنده تفکرات لیبرالی است.

۱-۳. جامعه‌گرایی: نوع جامعه‌ای را که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند مهم می‌داند. در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه‌گرایی می‌تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد زیرا القای اجباری فضیلت ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد را به حداکثر نمی‌رساند یا آزادی فردی را محدود می‌کند.

۱-۱. سودگرایی

پرطرفدارترین رویکرد فلسفی در مورد عملکرد بخش سلامت بوده و رویکردی مبتنی بر پیامدهاست. به‌طور کلی این رویکرد چنین می‌پندارد که «هدف وسیله را توجیه می‌کند»^۴. براساس این نظریه به هنگام قضاوت در مورد یک سیاست از خود باید پرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آن وقت گزینه‌ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، کلی تندرستی افراد را ارتقا بخشیده و به حداکثر برساند. به این منظور لازم است به چند سؤال پاسخ داده شود. تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چه قدر؟ چگونه می‌توان تندرستی را عملاً مورد سنجش قرار داد؟ چگونه پاسخ به این سؤالات است که دو سنت فکری عمده یعنی «سودگرایی عینی و سودگرایی غیرعینی»^۵ را پدید می‌آورد. هر دوی این

1. utilitarianism
2. liberalism
3. communitarianism
4. the end justifies the means
5. subjective & objective utilitarianism

رویکردها در پی استفاده کارا از منابع برای ایجاد حداکثر خوبی هستند، اما تفاوت‌های مهمی در روش‌ها و کاربردهای آنها وجود دارد.

۱-۱-۱. سودگرایی غیرعینی

بر اساس این نظریه، خود فرد بهتر از هرکس دیگری می‌تواند در مورد آنچه او را خوشحال می‌کند قضاوت نماید. افراد برحسب سلیقه‌ها و ترجیح‌های خاص خود، در موقعیت‌های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت را تجربه می‌کنند. عمل درست عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد در بر داشته باشد» براساس این رویکرد همه افراد اهمیت دارند و اهمیت همه افراد با هم برابر است. با این رویکرد قضاوت در مورد یک سیاست نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هریک از گزینه‌های سیاستگذاری برای همه افراد با هم جمع شده و سیاست مذکور با جایگزین‌های آن مقایسه گردد. سپس سیاستی انتخاب شود که به بیشترین مطلوبیت منجر می‌گردد.

اقتصاددانان این چارچوب تحلیلی را یک قدم جلوتر می‌برند. آنها طرفدار استفاده از تحلیل «هزینه - فایده» برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد نماید. به این معنی که مشخص شود تمامی کسانی که به صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می‌برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت چه مبلغی دارند؟ سپس این تمایل با هزینه برنامه مقایسه می‌شود. اگر منافی که برآورد می‌شود، بیشتر از هزینه‌ها باشد، آنگاه این سیاست بیشترین خیر را برای بیشترین تعداد افراد در پی خواهد داشت. باید پذیرفت که این نوع تحلیل، هم هزینه‌ها و هم منافع را به زبان پول ارزشیابی می‌کند. از دیدگاه سودگرایان غیرعینی، سلامت یک کالای ویژه نیست بلکه تنها یکی از کالاهایی است که شهروندان می‌توانند بنا به انتخاب خود آن را بخرند یا نخرند. از آنجا که فقط خود افراد هستند که واقعاً می‌دانند چه چیزی آنها را شاد می‌کند، باید به انتخاب آنها احترام گذاشت. با این حال خوش‌بینی نظریه سودگرایی غیرعینی به انتخاب‌های افراد، از دید بسیاری از منتقدان، امری قابل تأیید نیست. این منتقدان نمی‌توانند بپذیرند که کل سیاستگذاری اجتماعی برخواست‌ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد.

۱-۱-۲. سودگرایی عینی

سیاست‌گذاری که می‌خواهند تندرستی افراد را ارتقا بخشند، اما به پایایی و روایی انتخاب‌های

فردی شک دارند، معتقدند تصمیم‌ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد، و این امر به صورتی عینی و توسط گروهی از متخصصان تعریف شود. این دیدگاه سودگرایی عینی نامیده می‌شود. دیدگاه فلسفی پشت‌تحلیل بار بیماری از طریق سنجه‌هایی مثل DALY (سال‌های عمر تعدیل شده برحسب ناتوانی)^۱ و QALY (سال‌های عمر تعدیل شده بر حسب کیفیت)^۲ که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت انجام شده است مثالی از سودگرایی عینی است. این رویکرد، (برخلاف تحلیل هزینه - فایده) دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی‌کند.

۲-۱. لیبرالیسم

به بیان فلسفی، سودگرایان قصد دارند عده‌ای از افراد را هدف و عده‌ای دیگر را وسیله در نظر بگیرند و عده‌ای را به پای دیگران قربانی کنند. مفهوم بنیادی از نظر لیبرال‌ها مسأله حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل است که به دو روش مختلف تفسیر می‌شود. **آزادی خواهان**^۳ معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق، آزادی فردی را تضمین می‌کند تا افراد بتوانند آنچه را که می‌خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب‌های فردی خود انجام دهند. در مقابل **لیبرال‌های مساوات طلب**^۴ معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی‌معنی است. آنها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران نیازمند فراهم کردن پیش شرط‌های لازم برای ممکن ساختن حق انتخاب است. از این رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منافع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت‌ها خواهد بود. فردی که گرسنه است، خانه‌ای ندارد، از تحصیلات محروم و مبتلا به بیماری است، فرصت چندانی برای انتخاب معنادار ندارد.

عدالت در سلامت به این معنی است که «سطح پایه و اساسی» خدمات سلامتی برای کلیه آحاد جامعه فراهم شود. اگرچه این تعریف نارساست. دو کلمه «عدالت» و «برابری»^۵ همیشه با همدیگر اشتباه می‌شود. در اولی منظور ایجاد تناسب است در عین اینکه ممکن است برابر هم نباشند. در مراقبت‌های سلامتی گاهی عدالت ممکن است به معنای دسترسی نابرابر به

1. disability adjusted life years
2. quality adjusted life years
3. liberals
4. egalitarian liberals
5. equity and equality

خدمات باشد چراکه افراد بیمارتر بایستی دسترسی بیش‌تری داشته باشند و برعکس دو بیمار با شرایط یکسان بایستی دسترسی برابر داشته و به‌طور برابر تحت درمان قرار گیرند.

۱-۳. جامعه‌گرایی

سومین رویکرد عمده به نظریه اخلاقی چنین استدلال می‌کند که برای قضاوت در مورد سیاست‌های عمومی، آنچه اهمیت دارد نوع جامعه و نوع فردی است که سیاست‌ها در صورت اجرایی شدن، طالب ایجاد آن هستند. این دیدگاه بر ماهیت جامعه تأکید دارد و از این رو «جامعه‌گرایی» نامیده می‌شود و بر این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می‌دهند بستگی دارد. از این رو، دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نمایند. جامعه‌گرایان نیز به دو دسته تقسیم می‌شوند.

۱-۳-۱. جامعه‌گرایان جهانی^۱

که معتقدند یک الگوی جهانی منفرد برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد. مثال‌های فراوانی در این مورد چه مذهبی و چه غیرمذهبی وجود دارد. ادیان تک‌خدایی که به تبلیغ مذهبی می‌پردازند، نمونه‌هایی از جامعه‌گرایی جهانی هستند.

۱-۳-۲. جامعه‌گرایان نسبی‌گرا^۲

دومین نوع جامعه‌گرایان، رفتارهای فرهنگی در جهان و شدت نقش بستن این فرهنگ‌ها در افراد را شناسایی می‌کنند. جامعه‌گرایان نسبی‌گرا بر این اصل تأکید دارند که هر جامعه خود باید در مورد هنجارها و روش سازماندهی اجتماعی خود تصمیم بگیرد.

در جمع‌بندی باید گفت که هر یک از نظریه‌های اخلاقی سؤالات خاص خود را دارد که منعکس‌کننده موضوعات حل نشده است و هر کدام نیز بصیرت مهمی را فراهم می‌کند که راهنمای اتخاذ تصمیم در سیاستگذاری نظام سلامت است. این سؤالات عبارتند از:

- برای سودگرایان، تندرستی چگونه باید اندازه‌گیری و سنجیده شود؟

1. universal communitarians

2. relativist communitarians

- برای لیبرال‌ها، افراد چه حقوقی دارند؟
- برای جامعه‌گرایان، محدوده‌ها و ارزش‌های جامعه خوب کدامند؟
در پاسخ باید گفت که:
 - سودگرایان بر پیامدها تأکید دارند - مردم به کجا باید برسند -
 - لیبرال‌ها بر حقوق و فرصت‌ها تأکید می‌کنند - مردم از کجا آغاز کنند -
 - جامعه‌گرایان بر انواع افراد و جوامعی که باید خلق شوند؛ تأکید می‌ورزند.

۲. عدالت در سلامت از دیدگاه کاربردی

صرف نظر از دیدگاه‌های فلسفی، به لحاظ کاربردی باید معلوم شود که چگونه می‌توان در موضوع سلامت به عدالت دست پیدا کرد. در ادبیات اجتماعی، اصل عدالت به دو بخش افقی و عمودی تقسیم می‌شود. این عبارت برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم بیان می‌شود، به تعبیر او عدالت افقی عبارتست از اینکه برابرها بایستی برابر درمان شوند^۱ و عدالت عمودی یعنی اینکه نابرابرها نابرابر درمان شوند^۲. از دید بهداشت و درمان این دو در مفهوم دسترسی و بهره‌مندی از خدمات معنی می‌شود که بر اساس نیاز تنظیم شده و فارغ از شرایط اجتماعی، اقتصادی افراد می‌باشد. بر این اساس افرادی که نیاز بیشتری دارند در اولویت قرار دارند. نیاز بر سه اصل ذیل تعریف می‌شود:

۱. نیاز به عنوان شدت بیماری،
 ۲. نیاز به عنوان توانایی برخورداری،
 ۳. نیاز به عنوان حداقل منابع نورم برای تخلیه ظرفیت بهره‌برداری.
- بر اساس تعریف، دورنما این است که اولویت به آنهایی داده شود که سود بیشتری از مراقبت‌ها می‌برند ولی بعضی عقیده دارند که همین امر خود موجب بی‌عدالتی می‌شود زیرا کسانی که به‌طور حاشیه‌ای توانایی بهره‌بردن بیشتری دارند، عمدتاً افراد ثروتمندتر و سالم‌تر یا هر دو هستند. صرف نظر از نگاه‌های مختلف به مقوله عدالت در سلامت، آنچه از مطالعات بدست آمده است بیانگر شرایط ناعادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

1. equals should be treated equally
2. unequal should be treated unequally

۱-۲. عدالت افقی^۱

از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارتست از درمان برابر برای شرایط برابر؛ و در واقع درمان برابر برای نیازهای برابر است. لازم است تفاوت مهمی را بین مطلوبیت و دسترسی قایل شد چرا که مطلوبیت برابر برای نیاز برابر مستلزم استاندارد کردن روش‌های درمانی برای شرایط بیماری است. به‌طور مثال دو بیمار که مبتلا به شکستگی لگن هستند و در دو منطقه مختلف از کشور زندگی می‌کنند، باید درمان و فیزیوتراپی یکسان دریافت دارند. دسترسی برابر برای نیاز برابر به این مفهوم است که افراد فرصت یکسانی برای استفاده از مراقبت‌های سلامت داشته باشند در نتیجه عدالت در مصارف و مطلوبیت به این معنی است که مراقبت درمانی برای هر نوع نیاز استاندارد شده است. عدالت در دسترسی زمانی مشکل‌ساز می‌شود که لازم می‌شود برای سبک سنگین کردن^۲ بین عدالت و کارایی هزینه پرداخت شود. به‌طور مثال عدالت اینست که واحدهای CCU - که شدیداً حساس به منابع نیز هستند - در نقاط مختلف کشور (هم کم جمعیت و هم پر جمعیت) راه‌اندازی شود - که قطعاً استراتژی صحیحی نمی‌باشد - بنابراین لازم است قیمت عدالت در رابطه با عمر از دست رفته و کیفیت زندگی به دست آمده، سنجیده شود به‌گونه‌ای که از منابع بهره‌ورترین استفاده صورت گیرد.

۲-۲. عدالت عمودی^۳

عدالت عمودی به این مهم می‌پردازد که افراد نابرابر در جامعه بایستی به روش‌های متفاوت درمان شوند که البته روش مورد قبولی در طب است چرا که درمان نزدیک بینی با درمان بیماری‌های زنان متفاوت است. هدف عدالت مالی، ایجاد سیستم پرداخت یکسان براساس توانایی پرداخت است که فرضیه درستی است چرا که اولاً شرایط «سلامت - بیماری» نامطمئن و غیرقابل پیش‌بینی است و از طرف دیگر اثرات هزینه‌های سلامت می‌تواند بسیار نامطلوب باشد که این امر در مورد افراد فقیر به مراتب شدیدتر است و بنابراین حمایت در این راستا منطقی و قابل قبول است. ثانیاً مصرف در سلامت از دید جامعه مهم تلقی می‌شود. بنابراین رفع موانع مالی در این رابطه نیز از اهمیت برخوردار خواهد بود. فرضیه عدالت مالی در دو

1. horizontal equity
2. trade off
3. vertical equity

مرحله بایستی بررسی شود: اولاً پذیرش برابری عمودی به مفهوم پرداخت براساس توان پرداخت، و دوماً در بین گروه‌های دارای وضعیت مالی برابر، پرداخت واقعی برای اقدام مناسب وجود دارد. عدالت عمودی در سلامتی منتهی به دو سؤال مهم می‌شود:

الف) توانایی در پرداخت را چگونه می‌توان توصیف کرد؟

ب) رابطه بین توانایی در پرداخت و پرداخت‌ها چگونه باید باشد؟

ویژگی‌های دو رویکرد عدالت افقی و عمودی در جدول زیر خلاصه شده است.

تعاریف عملیاتی عدالت

ویژگی‌های عدالت افقی

- مصرف برابر برای نیازهای برابر مانند هزینه پرستاری برابر به ازای تخت در کلیه بیمارستان‌های اورژانس
- مطلوبیت برابر برای نیاز برابر مانند اقامت بستری برابر برای نیاز سلامتی مشابه
- دسترسی برابر برای نیاز برابر مانند مدت انتظار برابر برای شرایط بیماری مشابه
- بهداشت و درمان برابر به ازای نابرابری‌های سلامتی مانند نرخ مرگ‌ومیر استاندارد که با سن و جنس در کلیه مناطق تحت پوشش سلامت تنظیم شده است.

ویژگی‌های عدالت عمودی

- درمان نامساوی برای نیازهای نامساوی مانند عدم تساوی در درمان بیماری‌های قابل درمان عادی و بیماری شدید و بحرانی
- تأمین پیشرونده^۱ منابع مبتنی بر توانایی پرداخت مانند مالیات بر درآمد پیشرونده، و تأمین انحصاری منابع از مالیات بر درآمد

مطالعات نشان می‌دهد که چهار هدف همزمان برای مراقبت‌های سلامتی تعریف شده است:

۱. القای سطح اجتماعی کارا از مطلوبیت در مراقبت‌های سلامتی
۲. توزیع ریسک در کل جمعیت

۳. توزیع ریسک در طول حیات افراد

۴. توزیع منابع براساس نیاز

اگرچه لازم است سبک سنگین کردن بین اهداف صورت پذیرد، به‌طور مثال جامعه‌ای علاقمند به دستیابی به هدف اول و سوم است، بنابراین استراتژی تأمین منابع ممکن، این خواهد بود که از قیمت‌های بازار در نقطه مصرف استفاده شده، ولی دوره برگشت^۱ طولانی شود. از طرف دیگر اگر سه هدف آخری تعقیب می‌شود (در ازای هزینه کرد هدف اول)، بنابراین بایستی از منابع عمومی مالیاتی برای تأمین منابع سلامتی استفاده شود و طبیعتاً باز توزیع با چگونگی پیشرفت سیستم مالیات بر درآمد تعیین شود.

یک سیستم سلامت مبتنی بر تأمین منابع از مالیات‌ها یا یک سیستم بیمه اجتماعی می‌تواند منجر به دستیابی به درجاتی از عدالت عمودی گردد. سیستم‌های سلامتی که عمدتاً بر پرداخت‌های خارج از جیب^۲ متکی هستند، نیازمند ایجاد مقررات اضافی هستند به‌گونه‌ای که بتوانند افراد کم‌درآمد و افرادی که نیاز به استفاده مکرر از خدمات سلامتی دارند را تحت چتر حمایت خود داشته باشند. نتیجه اینکه در تنظیم اهداف اقتصادی سیستم‌های سلامت، کارایی و عدالت بایستی مدنظر قرار گیرد. کارایی در دو سطح پیگیری می‌شود، «کارایی تخصیصی»^۳ که ارزشمند بودن برنامه‌ها را می‌سنجد و «کارایی عملیاتی»^۴ که بهترین راه تولید برنامه‌های ارزشمند را تعریف می‌کند. عدالت نیز از دو دیدگاه مدنظر است، «عدالت مالی» و «عدالت فرصت» در استفاده از منابع سلامتی. عدالت مالی، باز توزیع مالی بدست آمده از گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی را ارزیابی می‌کند و بنابراین پرداخت هزینه مبتنی بر توانایی در پرداخت است. آنجایی که دسترسی یک عبارت نسبی است بنابراین فرصت برابر در استفاده از منابع، موضوع پیچیده‌ای است ولی در شرایط ایده‌آل عبارتست از دسترسی برابر برای نیازهای برابر که خود را در اهداف برابری افقی به نمایش می‌گذارد.

۳. عدالت در سلامت از نگاه فردی

در ارتباط با عدالت توزیعی در امر سلامت و از نگاه فردی، هفت نگرش وجود دارد:

1. pay back
2. out of pocket
3. allocative efficiency
4. operational efficiency

۱. مساوات طلبی^۱: آحاد جامعه بایستی از سطح سلامت یکسان برخوردار باشند.
 ۲. تخصیص براساس نیاز^۲: متکی برتعریف کافی از « نیاز» است.
 ۳. قانون نجات^۳: اشاره به وظیفه اخلاقی دارد که اعلام می‌کند بایستی هر کاری را که ممکن است برای کمک به مردمی که در شرایط اضطراری و تهدیدکننده به مرگ قرار دارند انجام داد.
 ۴. برابری در دسترسی^۴: که شکل عملیاتی برابری بوده ولی نیازمند تعریف دسترسی و نیاز است.
 ۵. تفکر تأمین حداقل‌ها با حفظ عزت و کرامت انسانی^۵: که نیازمند تعریف بسته اساسی از خدمات سلامت می‌باشد.
 ۶. اصل بزرگ داشتن^۶: که بیانگر سیاست‌های اجتماعی در راستای به حداکثر رساندن جایگاه اقشار پایین اجتماعی است.
 ۷. اختیارگرایی^۷: که بدنبال توزیع منابع براساس استحقاق^۸ است.
اگرچه موارد فوق نگاه‌های فردی است ولی این وظیفه سیاستمداران است که نگاه عدالت‌طلبانه خود را برای جامعه اعلام نمایند. از طرف دیگر بسیاری از این نگاه‌ها تئوریک است تا عمل‌گرایانه. بنابراین کلیه نگاه‌های فوق را می‌توان تحت عنوان دو تیر خلاصه کرد که قابلیت نگاه اقتصادی از دید اولویت‌بندی دارد و مزایا و هزینه‌ها را در کنار هم مورد بررسی قرار می‌دهد.
- الف) مفهوم نیاز^۹: مقوله استحقاق و سزاوار بودن^{۱۰} را در بر دارد.
- ب) عدالت مرتبط با دسترسی به خدمات^{۱۱}: باتوجه به فرضیه اول یعنی عدالت به

-
1. egalitarian
 2. allocation according to need
 3. rule of rescue
 4. equity of access
 5. decent minimum
 6. maximum principle
 7. libertarian
 8. entitlement
 9. concept of need
 10. deservingness
 11. access to services

- مفهوم شایستگی، استحقاق، و سزاوار بودن؛ و در ارتباط با تخصیص منابع موارد ذیل مطرح است:
- ظرفیت بهره‌بردن از مراقبت‌های سلامت (که به دنبال به حداکثرسانی سلامت در مقوله عدالت است).
 - سلامت آینده مورد انتظار (که به دنبال هدایت منابع، به افراد دارای سلامت بالقوه پایین‌تری است).
 - تجارب گذشته سلامتی (که به دنبال هدایت منابع به افرادی است که از بُعد تاریخی از سلامت پایین‌تری برخوردار هستند).
 - قانون نجات (هدایت منابع به سمت اشخاص دارای نیاز آبی و فوری).
 - سایر فرضیه‌های نیاز.
- در کلیه موارد فوق بجز اولی بخشی از وجوه اجتماعی در آن مطرح است و مقوله نیاز در ازای دستاوردهای سلامت سنجیده می‌شود.

۴. اندازه‌گیری بی‌عدالتی در سلامت

برای پرداختن به عدالت در تأمین مالی سلامت باید به این سؤال پاسخ داد که چه کسی هزینه خدمات سلامت را می‌پردازد؟ و به این نکته توجه داشت که سیستم تأمین مالی زمانی عادلانه است که این پرداخت براساس «توان پرداخت»^۱ باشد. به همین دلیل برای اندازه‌گیری نیازمندان دسترسی به دو نوع اطلاعات به‌طور همزمان هستیم که شامل سطح اجتماعی - اقتصادی^۲ آحاد جامعه، و میزان پرداخت برای مراقبت‌های سلامت (شامل مالیات، حق بیمه، پرداخت‌های مستقیم از جیب) است. دو رویکرد تحلیلی به اندازه‌گیری وجود دارد:

الف) تحلیل آستانه^۳: که از دو روش هزینه‌های اسف‌بار^۴، و هزینه‌های منجر به فقر^۵ استفاده می‌کند.

1. ability to pay
2. socio-economic status
3. threshold analysis
4. catastrophic cost
5. impoverishing expenditures

ب) تحلیل پیش‌روندگی^۱: که از دو روش جدول‌بندی ساده پیش‌روندگی^۲، و روش‌های پیچیده اندازه‌گیری با استفاده از مواردی مانند منحنی تراکم، اندکس تراکم، و ... بهره می‌برد. با توجه به رویکردهای فوق روش‌های مختلف اندازه‌گیری بی‌عدالتی در سلامت به‌طور خلاصه توضیح داده می‌شود:

۴-۱. هزینه‌های اسفبار

به منظور تحلیل دقیق‌تر وضعیت عدالت در مشارکت مالی یک مبحث تکمیلی تحت عنوان هزینه‌های اسفبار و کمرشکن خدمات بهداشتی و درمان در ادبیات موضوع مطرح شده است. چنانچه کمی در مفهوم هزینه‌های اسفبار دقیق‌تر بنگریم، می‌بینیم که 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 به‌ناچار هزینه کند. بدیهی است تحقق چنین شرایطی به هیچ وجه مطلوب نمی‌باشد. اندازه‌گیری در این عنوان بر سه نوع است:

۴-۱-۱. آستانه اسفبار

در این روش چنانچه هزینه‌ها از درصد مشخصی از درآمد تجاوز نماید اسفبار تلقی می‌شود. چنانچه میزان پرداخت از جیب یک خانوار به میزان مثلاً ۸۰ درصد برسد عملاً بنیان اقتصادی چنین خانواری متلاشی شده و خانوار قادر به تأمین سایر مایحتاج ضروری نظیر خوراک بیش از حد خط فقر، پوشاک، مسکن و سایر اقلام هزینه‌ای نمی‌باشد و با رنجش و زحمت فراوان روبرو خواهد شد. به همین منظور برای میزان پرداخت از جیب یک خانوار حد بحرانی «آستانه» تعریف می‌شود که تجاوز از این حد بحرانی را به‌عنوان حالت اسفبار و کمرشکن تأمین مالی خدمات بهداشت و درمانی نامیده‌اند (در برخی متون قانونی و آیین‌نامه‌ای غیرقابل تحمل نیز ترجمه شده است). متخصصین اقتصاد بهداشت بنا به مطالعات و تجربیات این مرز بحران را در حد ۴۰ درصد تعیین نموده‌اند.

۴-۱-۲. سرشماری خانوارهای مواجه با پرداخت اسفبار^۳:

در این روش تعداد خانوارهایی که میزان هزینه کرد آنها برای سلامت از درصد مشخصی از درآمد تجاوز نموده و اسفبار تلقی شده‌اند شمارش می‌شود.

1. progressivity analysis
2. simple tabulations of progressivity
3. catastrophic payment headcount

۳-۱-۴. شکاف پرداخت اسفبار^۱:

در این روش شناسایی از طریق پاسخ به سؤال «چه میزان از هزینه‌ها بالاتر از آستانه اسفبار است؟» صورت می‌گیرد.

۳-۲-۴. هزینه‌های منجر به فقر (فقر ناشی از درمان)^۲:

در این روش خانوارهایی که از نظر درآمدی بعد از کسر پرداخت به سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند (شیوع و عمق).

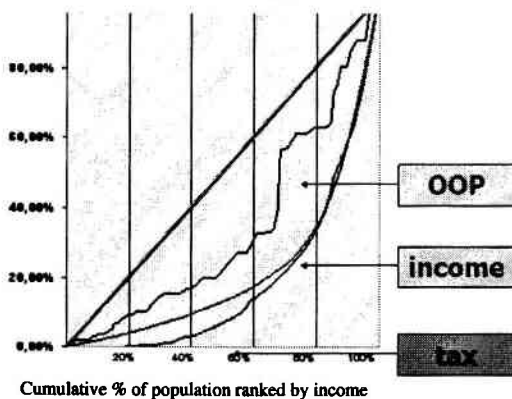
۳-۳-۴. جدول‌بندی ساده پیش‌روندگی

در این روش سطح اجتماعی - اقتصادی هر خانوار (شامل درآمد، هزینه، امتیاز دارایی، و...) مشخص شده و رتبه‌بندی می‌گردد. سپس پرداخت برای سلامت هر خانوار به ازای مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی، و پرداخت مستقیم از جیب شناسایی شده و دهک‌بندی می‌شود.

۴-۴-۴. روش‌های پیچیده اندازه‌گیری

در این روش، نمودار توزیع درآمد، توزیع پرداخت مستقیم از جیب، و توزیع مالیات پرداختی ترسیم می‌شود (شکل زیر).

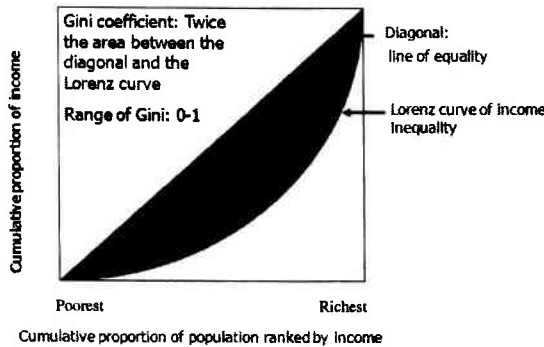
شکل ۱. توزیع تجمعی مالیات



1. catastrophic payment gap
2. medical impoverishment

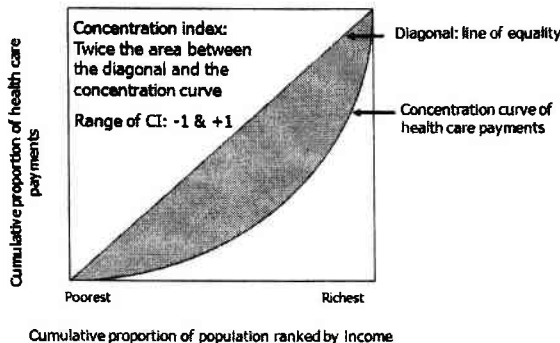
در گام نخست نابرابری درآمدی مشخص می‌شود (منحنی لورنز) و از آن ضریب جینی محاسبه می‌گردد که عبارتست از مجذور سطح بین قطر نمودار (خط برابری) و منحنی لورنز. باید توجه کرد که چنانچه توزیع درآمدی منطبق بر قطر باشد متعادل‌ترین حالت است و هرچه منحنی لورنز به قطر نزدیک باشد نابرابری درآمدی کوچک‌تر است و در نتیجه ضریب جینی کوچک‌تر است و هرچه منحنی لورنز از قطر دورتر باشد ضریب جینی بزرگ‌تر بوده و نابرابری بیشتر است.

گام اول: نابرابری درآمدی



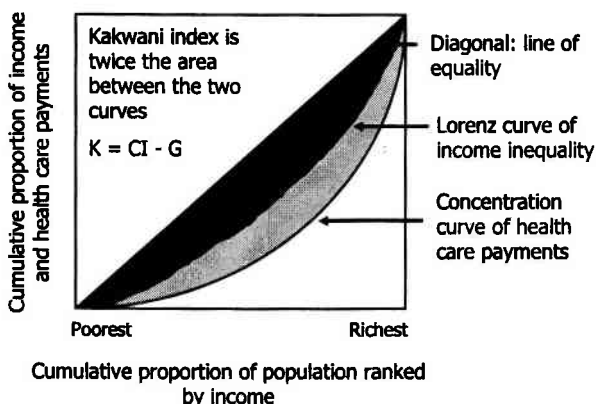
در گام دوم، «نابرابری در پرداخت‌های مراقبت‌های سلامتی» قابل محاسبه است که شامل منحنی تراکم و اندکس تراکم است. اندکس تراکم عبارتست از: مجذور سطح بین منحنی تراکم و قطر نمودار، و محدوده آن از -1 تا $+1$ است.

گام دوم: نابرابری در پرداخت‌های مراقبت‌های سلامت



در گام سوم «اندازه‌گیری اندکس کاکوانی»^۱ است که عبارتست از مجذور سطح بین «منحنی نابرابری درآمدی لورنز» و «منحنی تراکم پرداخت برای مراقبت‌های سلامت».

گام سوم: شاخص کاکوانی



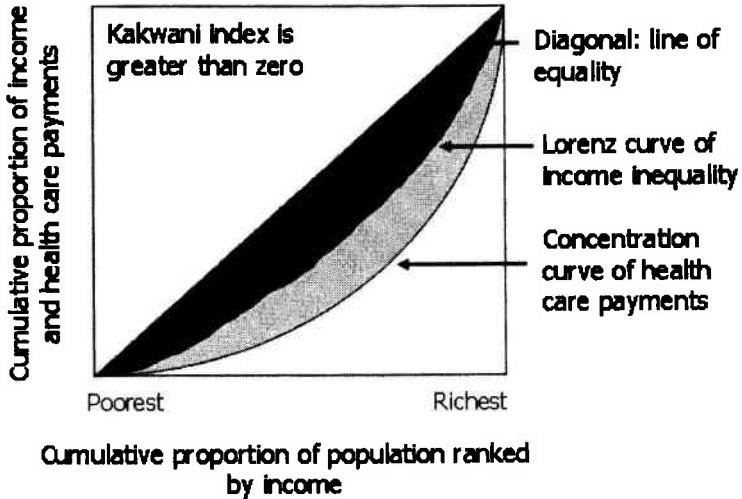
شاخص کاکوانی نشان‌دهنده بی‌عدالتی عمودی است. زمانی که این شاخص بزرگتر از صفر است در این صورت تأمین مالی پیشرونده است و زمانی کمتر از صفر است در این صورت با روش تأمین مالی پس‌رونده مواجه هستیم.

در باب منحنی تراکم و اندکس تراکم^۲ توجه به این موضوع ضروری است که برای نخستین بار در سال ۱۹۸۷ دولت برزیل برنامه سلامت مادر و کودک پیچیده‌ای را اجرا کرد که نتایج خوبی را بدنبال داشت. نکته جالب آن کاهش تفاوت بین اغنیا و فقرا بود. ترسیم نموداری با کودکان زیر پنج سال دچار سوء تغذیه در یک طرف و گروه‌های درآمدی در طرف دیگر منحنی بدست داد که از آن با نام «منحنی تراکم» اسم برده شد. قطر این نمودار خط تعادل است. ارقام بالای خط بی‌عدالتی به نفع اغنیا و زیرخط به نفع فقراست که در نمونه برزیل بی‌عدالتی در راستای منافع اغنیا و عدالت به نفع فقرا بود. در این منحنی درصد کودکان مبتلا به کمی وزن در سال‌های ۱۹۸۷ و ۱۹۹۴ مقایسه شده است.

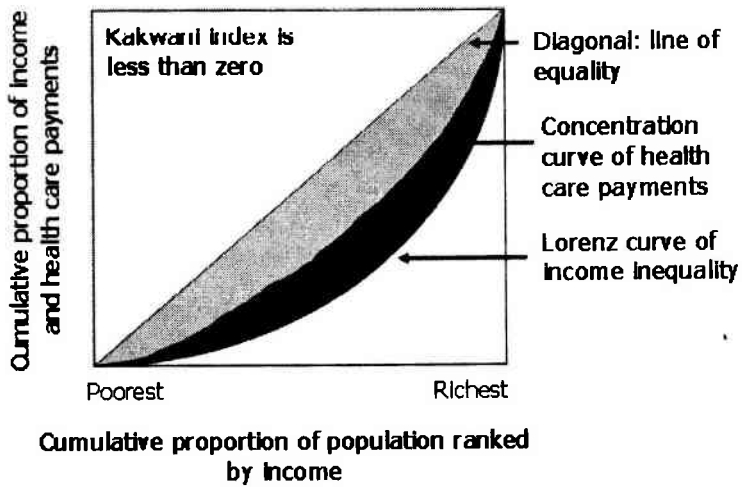
1. kakwani index

2. concentration curve and concentration index

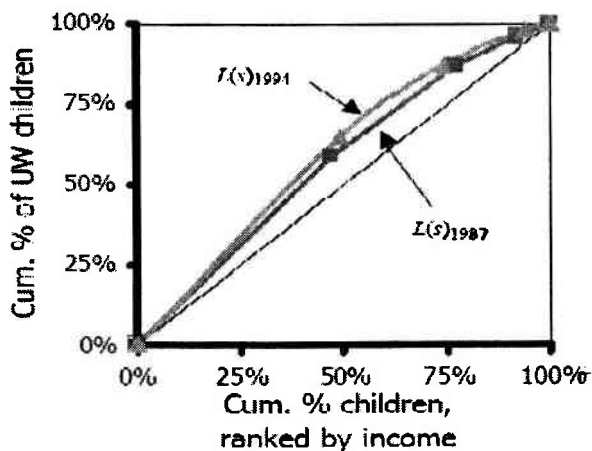
شکل ۲. تأمین مالی پیش‌رونده



شکل ۳. تأمین مالی پس‌رونده



شکل ۴. درصد کودکان مبتلا به کمی وزن در برزیل در سال‌های ۱۹۸۷-۱۹۹۴



زمانی که مقایسه ساده و مستقیم است منحنی تراکم جوابگوست ولی در مواردی که مقایسه‌ها گسترده است مانند سطوح بین‌المللی، از اندکس تراکم استفاده می‌شود که با حرف C نمایش داده شده و عبارتست از مجذور سطح محاط بین قطر و منحنی (Ls) و در صورتی که بالای قطر باشد مثبت و در غیر این صورت منفی است.

۵. عوامل تقریبی تعیین‌کننده نابرابری‌های سلامت^۱

علاوه بر مواردی که در بخش قبلی به آن اشاره شد و به‌طور مستقیم بی‌عدالتی در سلامت را اندازه‌گیری می‌کند، به‌طور غیرمستقیم نیز می‌توان آن را سنجید. بنابراین اگر فرض کنیم کلیه نابرابری‌های درآمدی حذف شوند (اگرچه در فضای واقعی امکانپذیر نیست زیرا گروه‌ها در میانگین سن باهم متفاوتند) و مرگ‌ومیر بالغین را در نظر بگیریم قطعاً سلامت یک فرد ۸۵ ساله با یک جوان ۲۰ ساله قابل مقایسه نیست و اگر سالمندان در یک گروه بیشتر باشند منحنی تراکم در بالای قطر قرار خواهد گرفت که به علت رابطه بین سن و درآمد، و رابطه بین سن و سلامت است. در این ارتباط سه عامل شناخته شده است که عبارتند از: عوامل تعیین‌کننده در

1. proximate determinants of inequality

سطح خانوار، سطح جامعه، و نظام سلامت و بخش‌های وابسته به آن. در سطح خانوار، درآمد (ثروت مالی) و سطح سواد و دانش عامل کلیدی است، اگرچه در درون خانوار تبعیض جنسیتی عامل اصلی است. سبک غذایی و تغذیه کودکان، رعایت بهداشت مانند شستن دست‌ها و دفع صحیح فضولات با افزایش درآمد بهبود پیدا می‌کند.

آموزش و سواد منجر به بهبود پیامدهای سلامت می‌شود. مادران باسواد سطح بهره‌مندی بالاتری از خدمات، نوع فراهم کننده، و روش‌های تغذیه و رعایت بهداشت دارند.

در سطح اجتماعی - اقتصادی بعدی، یعنی جامعه، جغرافیا و محیط زیست مانند فراهم بودن جاده و فصل‌های بارانی اهمیت دارد. رعایت بهداشت در فقدان آب و شرایط بد زیستی مشکل است. جامعه بر رفتارهای خانوارها از طریق نهادهای اجتماعی مانند کلوب‌های جوانان، گروه‌های زنان، و سایر نهادهای مدنی به‌طور غیرمستقیم اثر می‌گذارد. واژه «سرمایه اجتماعی» گاه‌ها برای تعریف نُرْم‌ها و شبکه‌هایی که فعالیت‌های اجتماعی را تسهیل می‌کند - مانند تنظیم برنامه‌های تغذیه - استفاده می‌شود. سه لایه کلیدی سرمایه اجتماعی وجود دارد:

- هم‌پیمانی^۱ در درون جامعه - اتصال^۲ -

- روابط بین اعضای جوامع مختلف - پل ارتباطی^۳ -

- ارتباط بین جوامع و نهادهای رسمی - ارتباط^۴ -

در بحث تعیین‌کننده‌های نظام سلامت شواهد کافی دال بر اثر آن بر نتایج سلامت، و بهره‌مندی از خدمات در قالب فراهم بودن، قابلیت دسترسی، قیمت و کیفیت وجود دارد. فراهم بودن به معنی حضور کارکنان در مراکز بهداشتی؛ قابلیت دسترسی به مفهوم سهولت رسیدن به مرکز از جمله مدت زمان رسیدن تا مرکز وجود وسائل ارتباطی، راه و زیرساخت‌های جاده‌ای است. قیمت بر چگونگی بهره‌مندی اثرگذار است و بهای بالا کاهش بهره‌مندی را بدنبال دارد. و در موضوع تمایل به پرداخت، کیفیت خدمات در میزان استفاده اثرگذار است.

1. ties
2. bonding
3. bridging
4. linking

۶. توزیع عوامل تعیین کننده سلامت

در سطح خانوار مهم ترین منشأ نابرابری در پیامدهای سلامت، درآمد خانوار است. در کشورهای درآمد متوسط پایین، ضریب جینی از ۰/۲ و ۰/۳ (اروپای شرقی) تا ۰/۶ (برزیل، سیرالئون و افریقای جنوبی) متغیر است. عامل کلیدی دیگر نابرابری در سواد^۱ به خصوص دانش مادران است. نابرابری درون خانوار بالاخص جنسیتی در بین خانوارهای فقیر وجود دارد.

از بعد سرمایه اجتماعی فقرا دارای مقادیر زیادی از سرمایه اجتماعی از نوع اتصال، مقدار متوسطی از نوع پل ارتباطی، و مقدار بسیار اندکی ارتباط هستند. در نظام سلامت با توجه به بُعد جمعیت، فقرا مشکلات بیشتری دارند اگر چه در فراهمی^۲ مشکل کمتر است ولی در موضوع دسترسی^۳ به علت مسائل حمل و نقل مشکلات بیشتری دارند. و نکته آخر اینکه بهای خدمت در محل ارائه آن برای فقرا بالاتر از اقشار برخوردار است. توجه به این نکته ضروری است که همچنان که از توزیع اجتماعی اقتصادی به تنهایی نمی توان نتیجه گرفت که کدام عامل تقریبی نقطه محوری نابرابری های سلامت است همین طور نمی توان نتیجه گرفت که کدام عوامل اجتماعی اقتصادی مرتبط ترین علت در توزیع دهک های درآمدی است. اگر چه مطالعه نشان می دهد عوامل عمده در بقای کودکان شامل سطح آموزش مادران، درآمد خانوار، پوشش بیمه، فراهم بودن آب سالم، فاصله تا محل ارائه خدمت و... است. از بین عوامل فوق مهمترین عامل، درآمد بوده است.

در باب سیاست های عمومی، حکومت ها چه از درون و چه از بیرون بخش سلامت اثرات بسیار قوی بر شکاف بین فقیر و غنی در موضوع سلامت می گذارند. همچنان که در شکل زیر دیده می شود قلمرو سیاستی شامل موارد زیر است:

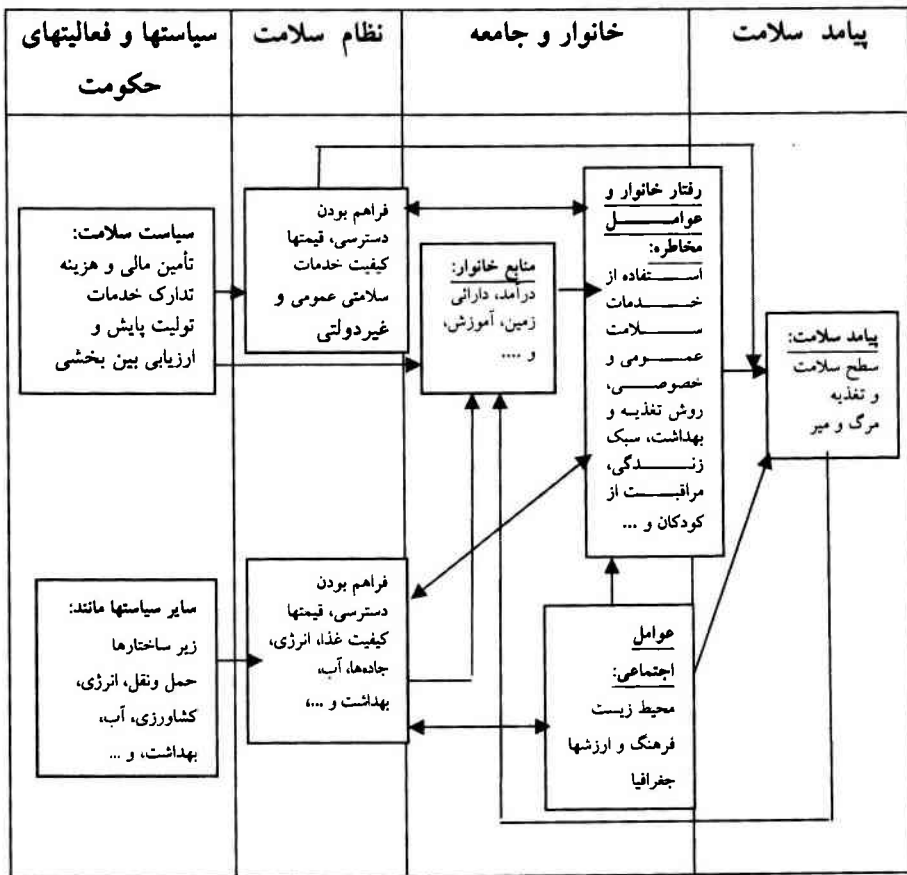
۱. تخصیص مصارف سلامت،
۲. تأمین مالی و تمهید منابع،
۳. تأمین و ارائه خدمات،
۴. تولید نظام سلامت عبارتست از سیاستگذاری، استقرار سیاست، تدوین مقررات، تضمین کیفیت، در بخش های عمومی و خصوصی،

1. education
2. availability
3. accessibility

۵. پایش و ارزیابی،

۶. سیاست‌های خارج از وزارت بهداشت شامل آموزش، انرژی، پشتیبانی اجتماعی، محیط زیست، حمل و نقل و زیر ساختارها.

نمودار ۱. عوامل تعیین کننده پیامد سلامت



اگر چه در اصل سیاستها در هر قلمرویی بر عوامل مختلف اجتماعی اقتصادی و نظام سلامت اثرگذارند، ولی در عمل بر برخی از آنها اثر بیشتری اعمال می‌کنند. دولت‌ها از طریق

«تصمیم در چگونگی مصارف» بر فراهم بودن، دسترسی و کیفیت خدمات در مناطقی که فقرا زندگی می‌کنند اثر می‌گذارند، از طریق «تصمیم بر چگونگی تأمین مالی و تولید منابع» بر بهای خدمات سلامت، و معافیت هزینه‌ای فقرا، اثر گذاشته و در نهایت از طریق «فعالیت‌های تولی‌گری» بر بخش خصوصی و غیردولتی اثر می‌گذارند.

۷. بررسی عدالت در سلامت ایران

در سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت در رویکرد جدید خود سه هدف عمده را برای یک نظام سلامت ایده‌آل ارائه نمود که شامل: تأمین و تضمین سلامت خوب با استانداردهای قابل قبول، پاسخگویی ایده‌آل، و برقراری تناسب در مشارکت مالی بین خانوارهاست. بر این مبنا تناسب در مشارکت خانوارها در سلامت قابل مقایسه با فرضیه عدالت در علوم اقتصادی و اجتماعی است و همانند توزیع درآمد و موضوعات مربوط به آن در گروه‌های مختلف جمعیتی (مانند دهک‌های درآمدی) که با اندکس‌هایی مانند ضریب جینی، و اندکس تایل، ارزیابی و برآورد می‌شود. تناسب مشارکت مالی نیز به صورت اندکس در سلامت قابل اندازه‌گیری است. و به این حقیقت می‌پردازد که چگونه هر خانوار در ارتباط با توان پرداخت خود و سطح درآمدی خانوار در هزینه‌های سلامت مشارکت می‌کند. قابل ذکر است که خانوارها صرف نظر از توان درآمدی بایستی از سطح یکسان استنادی از سلامت برخوردار باشند. باید بدانیم که دامنه واریانس شاخص^۱ بین صفر (حداقل) و یک (حداکثر) متغیر است. هرچه این شاخص به ۱ نزدیک‌تر می‌شود سطحی متناسب‌تر و عادلانه‌تر تصویر می‌گردد.

به لحاظ مفهومی عدالت در مشارکت مالی تمرکز و توجه به این نکته دارد که آیا هر خانوار متناسب با استطاعت مالی و درآمدش در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارد یا اینکه مشارکت خانوارها تناسب منطقی با سطح رفاهی و درآمدشان ندارد. درحاشیه باید یادآور شد که بهره‌مندی از میزان و استناد خدمات، لزوماً باید کم و بیش یکسان و مستقل از توان درآمدی خانوار باشد. اکنون بافرض اخیر یعنی یکسان بودن سطح و استناد خدمات آیا مشارکت مالی متناسب با توان مالی است؟ با یک مثال کمی می‌توان موضوع را روشن‌تر کرد. منطبق با رویکرد اخیر چنانچه همه آحاد یک جامعه اعم از سالم یا بیمار، غنی

یا فقیر، شهری یا روستایی با پرداخت سالیانه ۱۰ درصد از کل درآمدشان قادر باشند به استاندارد کم و بیش یکسانی از سلامت جسمی و روانی دست پیدا کرده و آن را با بهره‌گیری از خدمات بهداشتی و درمانی به موقع حفظ کنند در این صورت می‌توان ادعا کرد که جامعه آرمانی مذکور در شرایط ایده‌آل از لحاظ عدالت در مشارکت مالی قرار دارد. بالعکس چنانچه ساختار مشارکت مالی به گونه‌ای نامتناسب باشد که گروهی از خانوارها جهت دسترسی و تأمین مخارج خدمات بهداشتی و درمانی حیاتی و ضروری ناتوان بوده یا با روش‌های خانمان‌برانداز و استقراض‌های غیرمعمول از پس هزینه‌ها برآیند و در همان جامعه گروه دیگری با پرداخت کمتر از دو درصد از درآمدشان قادر به دسترسی به خدمات لوکس بهداشتی و درمانی باشند می‌توان گفت در این جامعه شرایط ناعادلانه‌ای حکم‌فرما است. در این خصوص باید به این نکته ظریف اشاره کرد که نسبت مشارکت به ظرفیت و توان درآمدی خانوارها ملاک محاسبه عدالت بوده و نه میزان مطلق رقم پرداختی از سوی خانوارها.

شاید سؤال شود چرا مسئله عدالت در تأمین مالی این‌قدر مورد توجه قرار گرفته و آن را به لحاظ اهمیت هم سطح با خدمات بهداشت و درمان ارزیابی می‌کنند. طراحان چارچوب نوین ارزیابی نظام سلامت چهار مورد مخاطره و عواقب بسیار جدی را به‌عنوان تبعات شرایط غیرعادلانه به شرح ادامه برشمرده‌اند:

۱. خانوارها بخصوص اقشار آسیب پذیر، به واسطه تأمین منابع مالی دستیابی به خدمات درمانی با رنج و زحمت فراوانی مواجه شده و در ازای تأمین این مخارج از مخارج ضروری دیگر خود می‌کاهند که این امر باعث تنزل شرایط رفاهی خانوار خواهد شد.
۲. بار مالی هزینه‌های سلامت به سبب تقلیل پس‌انداز و تخصیص درآمد خانوار به سایر مصارف به خصوص اقلامی نظیر خوردوخوراک مناسب یا تحصیل و آموزش، که به مثابه انباشت سرمایه انسانی به‌خصوص برای فرزندان خانوارها تأثیر غیرقابل انکاری دارد، توان تولید خانوارها به‌عنوان کلیدی‌ترین عامل در فرایند تولید ملی را کاهش می‌دهد. بنابراین به وضوح می‌توان تأثیر منفی نقصان عملکرد نظام مالی بخش بهداشت و درمان را در فرایند انباشت سرمایه و از آنجا تولید و رشد و توسعه اقتصادی آتی جامعه ملاحظه نمود.
۳. امکان دارد گروهی از خانوارها بخاطر عدم توانایی یا دشواری تأمین هزینه‌ها از پیگیری درمان صرف‌نظر کرده که این موضوع باعث تنزل سطح سلامت و بهداشت خانوار و جامعه خواهد شد.

۴. برخی خانوارهای کم‌درآمد که در حول و حوش حداقل خط فقر زندگی می‌گذرانند توان معیشتی درآمد و دارایی‌های خود را به دلیل تأمین اجباری مخارج درمانی از دست می‌دهند و بدین سبب به کام فقر فرو می‌روند.

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ به سفارش دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی^۱ سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است، نتایج محاسبه دو شاخص IFFC و نسبت خانوارها با هزینه اسف‌بار را نشان می‌دهد. روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسف‌بار^۲ طی چهار سال از سال ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۱ از یک طرف و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی IFFC در همین دوره نشان از عملکرد غیرهماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت‌خواهانه این بخش دارد.

صرف‌نظر از روند نامطلوب شاخص‌ها درصد خانوارهای مواجه با حالت اسف‌بار در خوش‌بینانه‌ترین حالت به حدود ۲/۱ درصد، حکایت از فشار مالی تأمین هزینه‌های درمانی جمعیت بالای یک و نیم میلیون نفری، اعم از شهری و روستایی، در کشور داشته و لزوم اصلاحات بنیادی در نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور را گوشزد می‌کند. فراموش نکنیم که محدودیت‌های آماری مانع از دستیابی به یک تخمین قابل استناد - از جمعیتی از کشور که به دلیل فقر مادی یا عدم دسترسی به خدمات سلامتی از گرفتن خدمت صرف‌نظر کرده و بدین دلیل جان خود را از دست داده یا با تن و روان بیمار ادامه حیات می‌دهند - شده است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد، خانوارهایی که مشخصات اقتصادی - اجتماعی ذیل را دارند احتمال مواجهه با حالت اسف‌بار و کمرشکن تأمین هزینه‌های بهداشتی در آنان بیشتر از سایر خانوارها می‌باشد:

- خانوارهایی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند،
- خانوارهایی که تحت سرپرستی افراد بی‌سواد و کم‌سواد قرار دارند،
- خانوارهایی که تعداد فرزندان خردسال زیر ۱۲ سال بیشتری دارند،
- خانوارهایی که اعضای مسن بالای ۶۰ سال بیشتری دارند،
- خانوارهایی که سرپرست‌شان در بخش غیردولتی و خارج از چتر حمایتی اشتغال دولتی قرار گرفته‌اند،

1. EMRO
2. catastrophic ratio

- خانوارهایی که تعداد اعضای شاغل و صاحب درآمد کمتری دارند،
- خانوارهای گروه‌های میانی درآمدی،
- خانوارهایی که پوشش بیمه درمانی ندارند.

جدول شماره ۱. روند زمانی تغییرات شاخص عدالت ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۱

سال	شاخص عدالت در تأمین مالی IFFC	نسبت خانوارهای مواجه با حالت اسفبار
۱۳۷۴	۰/۸۳۴۵	٪۲/۱۳
۱۳۷۵	۰/۸۳۳۴	٪۲/۱۳
۱۳۷۶	۰/۸۴۱۶	٪۱/۹۷
۱۳۷۷	۰/۸۳۵۵	٪۲/۱۳
۱۳۷۸	۰/۸۳۷۰	٪۲/۱۴
۱۳۷۹	۰/۸۳۸۵	٪۲/۱۸
۱۳۸۰	۰/۸۳۳۷	٪۲/۱۹
۱۳۸۱	۰/۸۳۳۰	٪۲/۳۲

بررسی شاخص‌های نسبت سرشمار فقر^۱ و شکاف فقر^۲ - که از مجموعه شاخص‌های اندازه‌گیری بی‌عدالتی در سلامت است - برای آمار سال ۱۳۸۱ نشان می‌دهد که چنانچه در نبود نهادهای ثالث نظیر بیمه‌های درمان یا خدمات یارانه‌ای دولتی خانوارهای کم‌درآمد مجبور به پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی باشند ۱/۱۲ درصد از خانوارها به زیر خط فقر رانده شده و شکاف فقر به میزان ۰/۶۸ درصد افزایش می‌یابد. این میزان تغییر در شاخص‌های فقر هنوز خوش‌بینانه به نظر می‌رسد چرا که اگر بتوان به‌گونه‌ای مسأله «صرف‌نظر^۳» و صدمات ناشی از آن را برای خانوارهای فقیر یا محروم از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی که در هیچ جای آمارها منعکس نشده نیز در مقایسه منظور کنیم، تفاوت‌ها بیشتر و قابل ملاحظه‌تر خواهند بود.

1. head count ratio
2. poverty gap
3. exemption

به‌طور خلاصه پدیده زایش فقر ناشی از هزینه‌های سلامت دو پیامد دارد؛ اول اینکه گروهی از خانوارهای غیرفقر را به کام فقر می‌کشاند و دوم این‌که دسته‌ای از خانوارهای فقیر ولی مستعد برون رفت از شرایط فقر را برای ابد یا مدت طولانی‌تری در شرایط تهی‌دستی گرفتار می‌کند.

جدول شماره ۲. روند زمانی تغییرات شاخص عدالت ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۱

سال	درصدی از خانوارها که به دلیل تأمین هزینه‌های سلامت زیر خط فقر می‌افتند
۱۳۷۴	۱/۲۲٪
۱۳۷۵	۱/۱۱٪
۱۳۷۶	۱/۹۵٪
۱۳۷۷	۱/۰۶٪
۱۳۷۸	۱/۱۲٪
۱۳۷۹	۱/۲۵٪
۱۳۸۰	۱/۱۱٪
۱۳۸۱	۱/۱۲٪

همچنان که ملاحظه می‌شود طی دوره مورد بررسی سالیانه حداقل ۱/۱ درصد از خانوارها پس از تأمین هزینه‌های سلامتی به زیر خط فقر رانده شده و چه بسا به دلیل شرایط خاص پویایی فقر در تله فقر و سیکل معیوب حرمان و تنگدستی ماندگار شده‌اند. نتایج به دست آمده از مطالعه استان‌ها در سال ۱۳۸۱ نشان می‌دهد که استان چهارمحال و بختیاری حائز بهترین رتبه (۰/۸۸۱۸) و استان قم بدترین رتبه (۰/۷۹۷۲) در شاخص عدالت IFFC بوده است. در همین ارتباط استان قم بیشترین (۴/۷۲٪) و استان چهارمحال و بختیاری کمترین (۰/۶۷٪) خانوارهای مواجه با هزینه اسفبار را دارد. همچنین استان خراسان (۲/۶۹٪) بیشترین و استان تهران (۲/۲۷٪) کمترین خانوارهای فقیر شده را داشته است.

جدول شماره ۳. نتایج بدست آمده در استان‌ها در سال ۱۳۸۱

نام استان	شاخص عدالت IFFC	خانوارهای مواجه با هزینه اسفبار	خانوارهای فقیر شده
مرکزی	۰/۸۲۹۰	٪۲/۲۵	٪۱/۳۰
گیلان	۰/۸۱۴۴	٪۳/۳۶	٪۱/۴۸
مازندران	۰/۸۲۵۹	٪۲/۸۰	٪۱/۱۹
آذربایجان شرقی	۰/۸۲۴۷	٪۳/۱۹	٪۱/۲۶
آذربایجان غربی	۰/۸۴۳۸	٪۲/۶۹	٪۱/۷۴
کرمانشاه	۰/۸۰۹۸	٪۳/۷۸	٪۱/۱۳
خوزستان	۰/۸۶۹۲	٪۱/۳۰	٪۰/۳۶
فارس	۰/۸۴۸۳	٪۱/۷۸	٪۰/۷۸
کرمان	۰/۸۴۴۶	٪۲/۲۴	٪۰/۶۴
خراسان	۰/۸۱۲۰	٪۲/۹۸	٪۲/۶۹
اصفهان	۰/۸۱۹۱	٪۳/۴۳	٪۱/۶۴
سیستان و بلوچستان	۰/۸۳۵۸	٪۱/۸۱	٪۱/۵۸
کردستان	۰/۸۱۹۶	٪۳/۰۰	٪۱/۶۲
همدان	۰/۸۱۶۹	٪۲/۹۵	٪۰/۹۲
چهارمحال و بختیاری	۰/۸۸۱۸	٪۰/۶۷	٪۱/۴۱
لرستان	۰/۸۵۱۳	٪۱/۷۲	٪۰/۹۹
ایلام	۰/۸۵۱۳	٪۱/۱۴	٪۰/۷۱
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۸۶۰۲	٪۱/۴۱	٪۰/۵۰
بوشهر	۰/۸۷۳۱	٪۰/۸۹	٪۰/۳۶
زنجان	۰/۸۴۷۹	٪۱/۵۹	٪۱/۱۰
سمنان	۰/۸۴۲۵	٪۱/۶۸	٪۰/۸۵
یزد	۰/۸۴۸۲	٪۱/۵۳	٪۱/۳۲
هرمزگان	۰/۸۵۸۹	٪۱/۳۱	٪۰/۸۳
تهران	۰/۸۲۱۲	٪۲/۴۹	٪۰/۲۷
اردبیل	۰/۸۴۸۱	٪۲/۰۱	٪۱/۱۸
قم	۰/۷۹۷۲	٪۴/۷۲	٪۰/۸۸
قزوین	۰/۸۲۷۳	٪۲/۷۴	٪۱/۱۴
گلستان	۰/۸۳۷۸	٪۲/۱۸	٪۱/۵۷

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نتایجی که از مباحث مطرح شده و تحلیل‌های انجام شده بدست می‌آید، در قالب توصیه‌های سیاستی زیر قابل ارائه است:

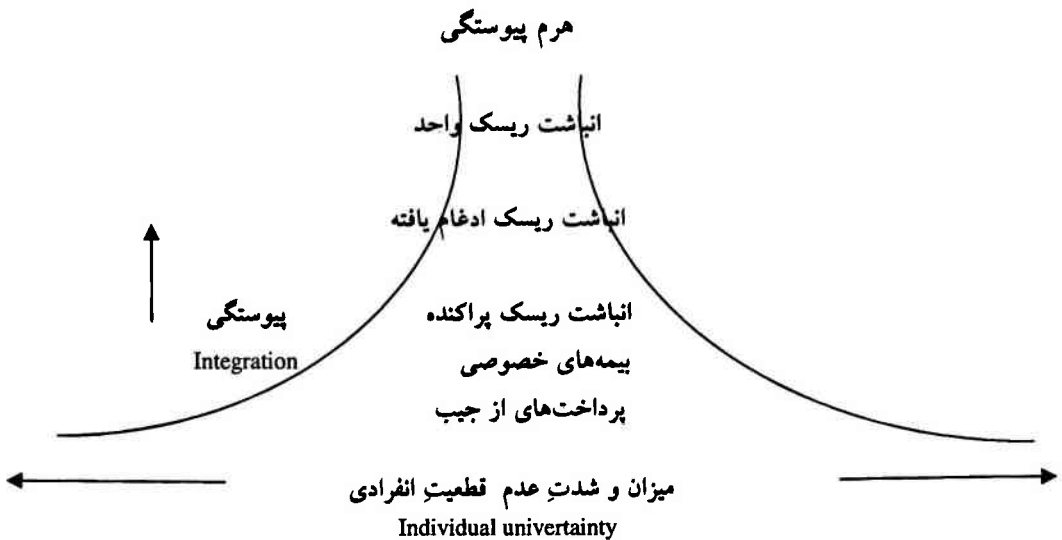
- تنها راه نیل به عدالت در مشارکت برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت حصول پوشش همگانی^۱ می‌باشد.

- قدم اول در این رویکرد شناخت دقیق ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی اقشار هدف و مرور سیاست‌های فعلی نظام مالی بخش بهداشت و درمان است.

- نظام بیمه درمان در کشور باید با در نظر گرفتن دو ملاحظه کلیدی ساماندهی شود. اول اینکه نسبت به تأمین منابع و تدارک سازوکارهای لازم نسبت به تحت پوشش گرفتن اقشار خارج از سیستم بیمه‌ای مبادرت کند. ثانیاً در بخش تأمین منابع از محل مشارکت اعضا به فراخور وسع درآمدی خانوارها و به‌روش پیش‌رونده و تصاعدی نسبت به تأمین منابع صندوق‌های بیمه عمل نماید. طبیعتاً تحت چنین شرایطی است که نظام بیمه درمان کشور ضمن حفظ تعادل مالی پایدار می‌تواند به‌عنوان ابزار مؤثری برای حصول عدالت گام بردارد. این مکانیزم بازتوزیع و مشارکت عادلانه آحاد بر مبنای میزان درآمد و ثروت در نظام مالیاتی نیز مقبولیت و کاربرد جهانی دارد. نکته مهم در این موضوع این است که تصور می‌شود برای دستیابی به پوشش همگانی ناگزیر از ادغام سازمان‌های بیمه‌ای هستیم در صورتی که با توجه به هرم پیوستگی از آنجایی که کشور در مرحله انباشت ریسک پراکنده قرار دارد قبل از رفتن به مرحله ریسک واحد ضرورت گذار از ریسک ادغام یافته وجود دارد. بنابراین پیش‌نیاز ادغام سازمان‌های بیمه‌ای در گام اول وحدت در نحوه تأمین منابع و سپس وحدت در نحوه ایفای تعهدات و در نهایت وحدت در ساختار می‌باشد.

- با توجه به نتایج و تحلیل‌های ارائه شده و ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی اقشار مواجه با شوک‌های هزینه سلامت، دولت باید در سیاست حمایت‌های اجتماعی به اقشار پیش‌گفته توجه بیش از پیش داشته باشد. در این ارتباط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با طراحی مکانیزم‌های شناسایی دقیق‌تر اقشار در دو بعد ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی و بعد منطقه‌ای و استانی می‌تواند هدفمند بودن حمایت‌ها و یارانه‌های دولت را تا حدود زیادی تضمین نموده و اثربخشی هزینه‌ها و منابع را به میزان قابل توجهی افزایش دهد.

1. universal coverage



- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به‌عنوان حوزه ستادی و هماهنگی سیاست‌های حمایت اجتماعی کشور باید مرجعیت نهادینه‌سازی مطالعات مرتبط با عدالت در مشارکت مالی را نیز عهده‌دار شود و نسبت به تمهیدات لازم و طراحی سازوکار متناسب مبادرت نماید.
- از آنجایی که مهم‌ترین شعار دولت نهم «عدالت‌گستری» است ضرورت انجام مطالعات مربوط به اندازه‌گیری شاخص IFFC با توجه به ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه - که از تکالیف دولت در راستای دستیابی به عدالت، کاستن از درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسفبار، و کاهش میزان پرداخت از جیب مردم است - وجود دارد. وزارت رفاه باید نسبت به سفارش آمارهای کمی و کیفی در حد ملی و استانی به‌عنوان ملزومات اولیه این سری مطالعات اقدام نماید.
- با توجه به اینکه یک معضل اصلی خانوارهای آسیب‌پذیر (اگر نگوییم تنها معضل ایشان) وضعیت نابسامان اشتغال این خانوارهاست. اکنون با توجه به این که بهره‌مندی از مزایای بیمه درمان یا به عبارتی شرط ورود به نهادهای بیمه‌گر بر اساس وضعیت اشتغال و از آنجا مشارکت دستمزدی تعیین گردیده، لذا پیدا کردن یک راه‌حل برای شکستن این مانع با حفظ اصول حاکم بر مدیریت مالی و حفظ تعادل نهادهای بیمه درمان اصلی‌ترین وظیفه سیاستگذار است. بالا بودن نرخ بیکاری و وسعت نگران‌کننده اشتغال غیررسمی در کشور

مانع از دستیابی جمعیت قابل توجهی از کشور به منافع انکارناپذیر بیمه‌های درمانی شده است. اتفاقاً این قشر به‌جهت سایر ویژگی‌ها نظیر محل سکونت و شرایط تغذیه و مسکن با حجم بیشتری از مخاطرات سلامت مواجه بوده و احتمال وقوع آسیب برای این گروه‌ها از سایرین بیشتر است. مساعدت دولت با تکیه بر منابع عمومی به منظور بیمه نمودن این گروه‌های اجتماعی تا رفع قطعی مشکل اشتغال و خودکفایی آنان یک ضرورت انکارناپذیر است. در این ارتباط منابع موجود صندوق‌ها حتی با فرض تصاعدی نمودن شدید حق بیمه اعضای فعلی به هیچ وجه کفاف تأمین هزینه‌های این جمعیت قابل توجه تازه وارد را نمی‌دهد.

— از آنجایی که ساکنین مناطق روستایی به مراتب بیشتر از شهرنشینان در معرض مخاطرات ناشی از نقصان عملکرد نظام مالی سلامت بوده و مصونیت کمتری در مواجهه با شوک‌های هزینه‌ای درمان دارند. بنابراین لازم است که عمق بخشیدن به طرح بیمه روستاییان با سرعت بیشتری عملیاتی شود تا این قشر که بیش از یک سوم جمعیت کل کشور را شامل می‌شود بتواند با حمایت نظام بیمه درمان از معضلات برشمرده شده نجات یابد.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. کتاب *عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت*، تألیف سید معاون رضوی با همکاری علی حسن‌زاده، کاووس باسمنجی، نشر اندیشمند، ۱۳۸۴.
۲. کتاب *اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارائی*، ترجمه و ویرایش امیرعباس فتح‌زاده، ... {و دیگران}، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۴.
۳. قانون برنامه چهارم توسعه، مصوب ۸۳/۶/۱۱ مجلس شورای اسلامی.

منابع انگلیسی

1. Davidson R. Gwatkina, *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Are Free Government Health Services The Best Way To Reach the Poor?* The World Bank, Washington D.C., USA.
2. Margaret Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, EUR/ICP/RPD 414, 7734r.

3. Adam Wagstaff, *Research on Equity, Poverty and Health Outcomes, Lessons for the Developing World*, the International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, October 2000.
4. "Sustainable health financing", Universal coverage and social health insurance, WHA58.33, 5/May/2005.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf
5. Ann Kern & Jo Ritzen, *Dying for change: poor people experience of health and ill – health*, WHO – World bank, 2001.
6. Josep Figueras, "Purchasing to improve health systems performance", Ray Robinson and Elke Jakubowski, Open University Press McGraw, Hill Education, Berkshire- England first published, 2005.
7. Alexander S. Preker and John C. Langenbrunner, "*Spending Wisely*" *buying health services for the poor*, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, *ADVANCE CONFERENCE EDITION*, The World Bank, World Health Organization, 2005.
8. Marc J. Roberts, *Getting Health Reform Right: a guide to improve performance and equity/ ... (etal)*, Oxford University Press, 2004.
9. World Bank, technical notes, www.worldbank.org/poverty.
10. *Advanced Flagship Course on Quality, Equity and Health Systems*, December 9-14, 2006, Tehran, Islamic Republic of Iran, Equity Module, Lecture on "Measuring equity in health care financing" , Melitta Jakab, Harvard University.