

## بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران

دکتر علی ماهر\*

همواره یکی از دغدغه‌های اساسی کارشناسان مدیریت و اقتصاد بهداشت در جهان اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت بوده است. در ابتدا آنچه بیشتر مدنظر بود و مورد توجه قرار می‌گرفت اثر پدیده فقر بر سلامت بود یعنی اعتقاد بر این بود که اگر فردی دارای توان اقتصادی کافی نباشد، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تامین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ این اعتقاد زمینه‌ساز کمک‌های مالی کشورهای دارا به کشورهای نادر به منظور تامین کالری لازم برای نیازمندان در این کشورها شد.

شکی نیست که ثروت سلامت را افزایش می‌دهد زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش‌دهنده سلامتی دارند ولی آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور است زیرا سرمایه فرد نیازمند همان بدن وی می‌باشد و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می‌گردد؛ این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این‌گونه منعکس گردیده است: کشورهایی که افرادی آموزش‌دیده و سالم دارند و دارای وضعیت سیاسی با ثباتی می‌باشند، از رشد اقتصادی مناسب‌تری برخوردار بوده‌اند؛ در واقع این رابطه باید به صورت یک رابطه تعاملی مورد نقد و بررسی واقع گردد.

با عنایت به مطالب فوق‌الذکر در این مقاله علاوه بر بررسی وضعیت ایران به مباحث زیر نیز پرداخته شده است:

---

\* فوق‌دکتری اقتصاد بهداشت، عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران <dralimahr@hotmail.com>

- دسترسی فقرا به خدمات سلامتی؛
- توزیع عادلانه خدمات سلامتی؛
- ارتباط فرهنگ و سلامتی؛
- چگونگی شناسایی فقرا؛
- و نقش سلامت در توسعه اقتصادی.

کلید واژه‌ها: ایران، توسعه، سلامت، فقر

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۱/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۵/۵

## مقدمه

همواره برای بررسی و ارزیابی وضعیت اقتصادی يك کشور شاخص‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرد که می‌تواند جایگاه آن کشور را در مقایسه با دیگر کشورها مشخص کند؛ در این میان برخی شاخص‌ها همچون درآمد سرانه، تولید ناخالص ملی و... بیش از دیگر شاخص‌ها دارای اهمیت بوده و بدان توجه شده است. از طرفی وضعیت بهداشت و درمان کشورها نیز از طریق بررسی آمار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، مرگ و میر کودکان، مادران و غیره مورد بررسی قرار گرفته و عمدتاً رابطه بین وضعیت اقتصادی و وضعیت بهداشتی - درمانی مغفول مانده است. گرچه برخی از شاخص‌ها همچون سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی تا حدی رابطه مذکور را بررسی می‌نمایند ولی چندان معیار قابل اعتمادی نمی‌باشند. زیرا از این طریق اثر هزینه انجام شده بر افزایش سطح سلامت جامعه و نحوه توزیع آن قابل دستیابی نیست؛ معهذا اگر تغییرات شاخص‌های اقتصادی کشورها را در کنار تغییرات شاخص‌های سلامتی مورد بررسی قرار دهیم خواهیم دید روابط معناداری بین این دو یافت می‌گردد که در دهه گذشته توجه دانشمندان جهان را به خود جلب نموده است؛ به همین دلیل از سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت با تشکیل کمیسیونی با عنوان «اقتصاد کلان و سلامت» سعی نموده است بیش از پیش اثرات سلامت بر اقتصاد کلان کشورها و بالعکس را بررسی نموده و راهکارهایی را برای کشورها خصوصاً کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته پیشنهاد نماید. براساس يك معیار بین‌المللی در حدود ۱/۲ میلیارد نفر زیر خط فقر کامل به سر می‌برند. اگر ملاک تعیین سطح فقر ۲ دلار در روز باشد این تعداد به ۲/۸ میلیارد یعنی تقریباً نیمی از جمعیت جهان می‌رسد. (ساریخانی، ۱۳۸۴: ۳۱)

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد عموماً با بهبود وضعیت اقتصادی، وضعیت سلامتی مردم بهبود یافته است (*Health Economic Growth, Poverty Reduction*, 2001: 67). اما همان‌گونه که سازمان جهانی بهداشت در گزارش کاری گروه پنجم کمیسیون «اقتصاد کلان و سلامت» منتشر شده در پاییز ۲۰۰۱ آورده است این امر یک قانون همیشگی نبوده و می‌توان آن را تا حدی تعدیل نمود، برای مثال کشور آمریکا علی‌رغم داشتن یکی از بالاترین درآمدهای سرانه و همچنین بالاترین هزینه سرانه سلامتی در جهان از نظر شاخص‌های سلامتی از جایگاه مناسبی برخوردار نیست. برای اثبات این مطلب توجه خوانندگان محترم را به گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ در این ارتباط جلب می‌نمایم (جدول شماره ۱).

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌گردد رتبه کشورها از نظر کارآمدی نظام بهداشت و درمان رابطه مستقیمی با هزینه انجام شده در بهداشت و درمان ندارد، بدین منظور مقایسه بین جایگاه آمریکا، عمان و ایران می‌تواند قابل تأمل باشد.

امروزه با توجه به سرعت تحولات اقتصادی و بحث‌هایی همچون پدیده جهانی شدن نگرانی‌هایی در میان کلیه دانشمندان خصوصاً دانشمندان رشته‌های اقتصاد و مدیریت سلامتی پدید آمده است که این‌گونه تحولات چه اثرات مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامتی افراد خصوصاً افراد فقیر دارد و بالعکس سلامتی افراد چه اثرات قابل سنجشی بر وضعیت اقتصادی آنان می‌گذارد.

ساجس بدین‌گونه به بیان این مطلب در ابتدای یکی از گزارشات مهم سازمان جهانی بهداشت پرداخته است: امروزه فناوری و سیاست بیش از هر زمان دیگری کشورهای جهان را به هم نزدیک کرده است. (Sachs, J. Dletal, 2001)

جدول ۱: رتبه کشورها از نظر کارآمدی نظام بهداشت و درمان و هزینه آن

رتبه	سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)	هزینه سرانه	نام کشورها
۱	۹/۸	۲/۳۶۹	فرانسه
۲	۹/۳	۱/۸۵۵	ایتالیا
۳	۷/۵	۲/۲۵۷	سان‌مارینو
۴	۷/۵	۱/۳۶۸	آندورا
۵	۶/۳	۵۵۱	مالت
۶	۳/۱	۸۷۶	سنگاپور

۷	۸	۱/۰۷۱	اسپانیا
۸	۳/۹	۳۷۰	عمان
۹	۹	۲/۲۷۷	استرالیا
۱۰	۷/۱	۲/۳۷۳	ژاپن
۱۱	۱۳/۷	۴/۱۸۷	آمریکا
۱۲	۴/۴	۱۰۸	ایران

مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۱، سازمان جهانی بهداشت

جهانی شدن، منافع بسیار هنگفتی را به صورت بالقوه دربردارد، زیرا اشتراك ایده‌ها، فرهنگ‌ها، فناوری‌های حفظ‌کننده حیات و فرآیندهای کارآمد تولید را افزایش می‌دهد. با این حال، جهانی شدن هنوز در مرحله آزمون قرار دارد. تا حدودی به این دلیل است که منافع آن هنوز عاید صدها میلیون انسان فقیر در سراسر جهان نمی‌شود و به این دلیل و صدها دلیل دیگر جهانی شدن چالش‌هایی را در سطح جهان ایجاد نموده است. جهانی شدن می‌تواند هر مخاطره‌ای را سریع‌تر به تمام جهان منتقل نماید. رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاهش یا حذف فقر از جهان گرفته‌اند که آخرین بار در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد (*Millennium Summit of The United Nations*) در سپتامبر سال ۲۰۰۰ مورد پذیرش قرار گرفت. در این همایش کاهش چشمگیر فقر و ارتقای قابل ملاحظه سطح سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ پیش‌بینی شده است.

حال سؤال اساسی این است که اهداف همایش فوق‌الذکر چگونه قابل دستیابی است. واضح است که این اهداف خود به خود محقق نخواهد شد؛ ارتقای سطح سلامت فقرا و افزایش متوسط طول عمر آنان همان‌گونه که بر شاخص‌های توسعه اقتصادی کشورها اثرگذار است به شدت نیازمند بهبود همان شاخص‌هاست.

عموماً بار بیماری‌ها (*Burden of Disease*) در هر کشور رابطه مستقیم و به مراتب قوی‌تر از آنچه پنداشته می‌شود با شاخص‌های اقتصادی دارد زیرا انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذا، مسکن و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری اسیر می‌گردد و از طرف دیگر دسترسی کمتری نیز به خدمات سلامتی دارد و در نتیجه درآمد وی همواره رو به کاهش است و این چرخه ادامه می‌یابد. این امر با بررسی اجمالی وضعیت سلامتی در کشورهای توسعه

یافته و در حال توسعه ثابت می‌گردد. جدول شماره ۲ نشانگر صحت مطلب فوق می‌باشد.

جدول ۲: میزان امید به زندگی و مرگ‌ومیر بر حسب میزان توسعه‌یافتگی کشورها (سال ۲۰۰۰)

میزان توسعه‌یافتگی	جمعیت (۱۹۹۹) به میلیون نفر	میانگین درآمد سالانه (به دلار آمریکا)	میزان امید به زندگی در بدو تولد (به سال)
کشورهای کمتر توسعه‌یافته	۶۴۳	۲۹۶	۵۱
کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد	۱۷۷۷	۵۳۸	۵۹
کشورهای توسعه‌یافته پر درآمد	۸۹۱	۲۵۷۳۰	۷۸

مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۲، سازمان جهانی بهداشت

نکته دیگری که شایان توجه می‌باشد همانا نحوه توزیع درآمد در بین اقشار جامعه است؛ این مطلب در بسیاری از کشورها همچون چین، هند، ایران و غیره که از درآمد سرانه متوسطی برخوردارند ولی توزیع این درآمد چندان یکنواخت نیست بیشتر خود را نشان می‌دهد.

جدول ۳: مقایسه تطبیقی امید به زندگی و شاخص‌های اقتصاد کلان بهداشت در چند کشور منتخب

شاخص کشور	امید به زندگی در بدو تولد (سال ۲۰۰۱)	هزینه‌های صرف شده از سوی منابع عمومی در امر سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)	هزینه‌های صرف شده برای سلامت (سرانه برابری قدرت خرید دلار آمریکا در سال ۲۰۰۰)
مصر	۶۸/۳	۱/۸	۱۴۳
اردن	۷۰/۶	۴/۳	۳۴۱
کویت	۷۶/۳	۲/۷	۵۳۸
عربستان سعودی	۷۱/۹	۳/۵	۶۴۱

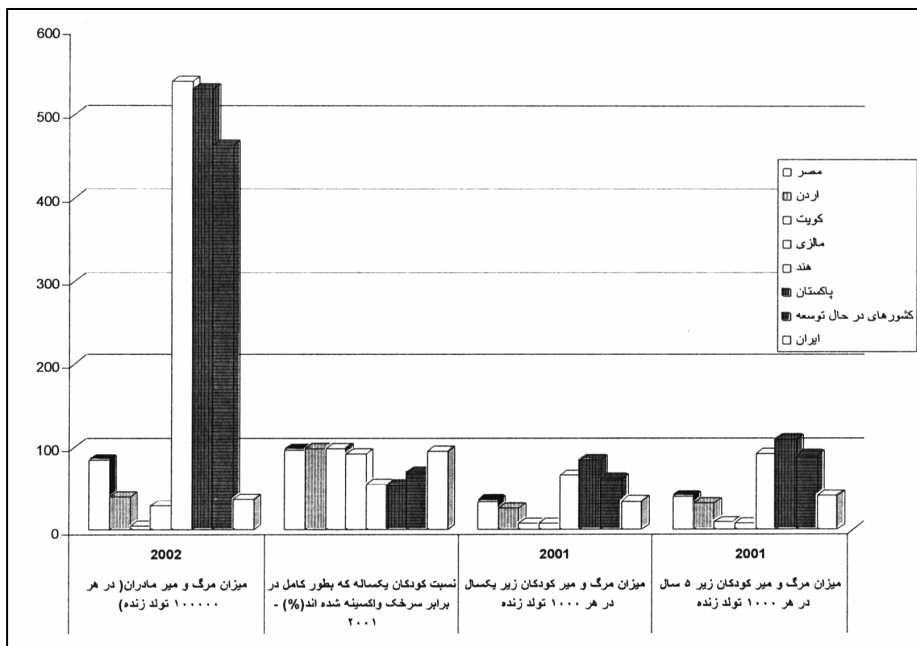
۳۱۰	۱/۸	۷۲/۸	مالزی
۷۱	۰/۹	۶۳/۳	هلند
۷۶	۰/۹	۷۲/۸	پاکستان
—	—	۶۴/۴	کشورهای در حال توسعه
۳۵۶	۲/۷	۶۹/۸	ایران

مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۲، سازمان جهانی بهداشت

در اکثر کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه با کنترل بیماری‌های واگیردار، ارتقای سلامت مادر و کودک و کاهش آثار معلولیت‌های جسمی و ذهنی جامعه خصوصاً افراد کم‌درآمد می‌توان تأثیر قابل‌توجهی بر شاخص‌های اقتصادی این‌گونه کشورها گذاشت.

بدین صورت خانواده‌های فقیر نه تنها می‌توانند از یک زندگی طولانی‌تر، سالم‌تر و با بهره‌وری بیشتر برخوردار شوند، بلکه می‌توانند تعداد فرزندان کمتری داشته باشند زیرا خیال راحتی دارند که این فرزندان زنده می‌مانند و در نتیجه می‌توانند سرمایه‌گذاری بیشتری روی آموزش و سلامت آن‌ها انجام دهند. متأسفانه فقر بر روی عادات فرهنگی نظیر استعمال دخانیات و الکل در کشورهای کمتر توسعه‌یافته نیز اثر می‌گذارد و افراد فقیرتر معمولاً بیشتر به استعمال دخانیات، مواد مخدر و الکل می‌پردازند که عمدتاً ناشی از جهل و نادانی آنان نسبت به اثرات این مواد می‌باشد. (*Improving Health Outcomes for the Poor, 2001:5*) که از طرفی باعث هزینه زیادتر و از طرف دیگر باعث کاهش درآمد و در نتیجه فقیرتر شدن آنان می‌شود. ضمناً با اثر گذاشتن بر سلامتی، متوسط عمر و در نتیجه متوسط زمان تولید درآمد آنان را نیز کاهش می‌دهد؛ این‌گونه افراد به سرعت دچار ناتوانی و فوت می‌شوند و فشار اقتصادی شدیدی بر خانواده و جامعه خویش تحمیل می‌نمایند.

نمودار ۱: مقایسه تطبیقی شاخص‌های اساسی سلامت در چند کشور منتخب



مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۳، سازمان جهانی بهداشت

امکان رسیدن به اهداف همایش هزاره سازمان ملل متحد در زمینه ارتقای سطح سلامت کشورهای فقیر دارای پیچیدگی‌های بسیاری است که از آن جمله می‌توان به دو نکته زیر اشاره نمود.

الف) نخست آن‌که توسعه اقتصادی به خودی خود نمی‌تواند شاخص‌های سلامتی را بهبود بخشد زیرا توسعه اقتصادی خود زائیده افزایش سطح سلامت جامعه است.

ب) دوم آن‌که رشد اقتصادی اگرچه مهم است ولی کافی نیست زیرا دیده می‌شود کشورهای توسعه‌یافته نیز دارای سطح سلامتی بسیار متفاوتی می‌باشند.

در این میان نباید مشکلاتی همچون فساد، سوء مدیریت و ضعف بخش دولتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته را از یاد برد.

بنابراین به نظر می‌رسد سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای توسعه‌یافته باید با کمک به کشورهای کمتر توسعه‌یافته سعی نمایند تا این کشورها بتوانند منابع مالی بیشتری را به امر سلامتی اختصاص دهند، شفافیت بیشتری ایجاد کنند و کمک کنند که جامعه در این کشورها اطمینان حاصل نماید که نظام‌های سلامت با تامین مالی کافی و به صورت اثربخش کار می‌کنند و به مسائل اصلی سلامتی جامعه می‌پردازند.

در این راستا شناسایی صحیح فقرا در این‌گونه کشورها، توزیع مناسب خدمات و شفافیت و پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات می‌تواند کمک زیادی به بهبود وضعیت سلامتی فقرا در این کشورها نماید.

مسئله دیگری که در این‌گونه کشورها باید مورد تاکید قرار گیرد همانا بسترسازی فرهنگی برای ارتقای سطح سلامتی در جامعه است که از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

حال که رابطه فقر سلامتی مورد بحث قرار گرفت باید دید در کشور برای ارتقای سطح سلامت فقر چه تمهیداتی اندیشیده شده است.

### ۱) دسترسی فقرا به خدمات سلامتی در ایران

بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت در کشور، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری و به صورت پرداخت مستقیم خانوار تامین می‌شود. به همین لحاظ در رتبه‌بندی سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، کشور جمهوری اسلامی ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تامین منابع مالی بخش سلامت، بین ۱۹۱ کشور رتبه ۱۱۲ را احراز کرد.

هم از نظر مفهومی و هم از نظر عملی، شاخص مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی، توسعه‌یافته و شاخص‌های دقیق‌تر و عملی‌تری برای محاسبه میزان عادلانه بودن نظام سلامتی در تامین منابع توسط خانوار ارائه شده است.

بر اساس آخرین مطالعات انجام شده (مؤسسه ابن‌سینای بزرگ، ۱۳۸۱) در این خصوص و با استفاده از نتایج آمارگیری هزینه و درآمد خانوار و حساب‌های ملی، نتایج زیر حاصل گردیده است:

- شاخص مشارکت عادلانه خانوار در تامین منابع سلامتی ۰/۸۳ محاسبه گردیده است.
- در بیشتر خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن سلامتی مواجه بوده‌اند، ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامتی مربوط به هزینه‌های بیمارستانی بوده است.
- ترکیب هزینه‌های برای افراد بیمه شده و غیربیمه شده از الگوی مشابهی برخوردار بوده است.



- ۳/۳۳ درصد از خانوارها مواجه با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی بوده‌اند. به عبارت دیگر حدود دو میلیون نفر از جمعیت کشور با این‌گونه هزینه‌ها مواجه بوده‌اند. آنچه در جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های مشخص و رسمی در راستای حمایت‌های درمانی به نیازمندان مدنظر قرار می‌گیرد به دو بخش اصلی تقسیم می‌گردد: برنامه‌های بیمه‌درمان و برنامه‌های غیربیمه‌ای. در این مقاله برنامه‌ها براساس تعاریف رسمی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ارائه می‌گردد. در این مورد آنچه باید متذکر گردد وجود بیمه‌های اجتماعی است که دربردارنده خدمات درمانی برای افراد تحت پوشش می‌باشد. در این مورد دو سازمان بزرگ عهده‌دار امور بیمه اجتماعی درمان می‌باشند که عبارتند از سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی.

جدول ۴: برنامه‌های بیمه‌ای درمان به ترتیب شماره طبقه‌بندی

شماره طبقه‌بندی	عنوان	فعالیت
۳۰۴۱۲	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
۳۰۴۱۳	بیمه درمان روستاییان	سرايه بیمه درمان روستاییان
۳۰۴۱۴	بیمه درمان خویش‌فرمایان	کمک‌به‌بیماران خاص خویش‌فرما و بیمه‌درمان‌خویش‌فرمایان
۳۰۴۱۵	بیمه درمان پرسنل نظامی و انتظامی	
۳۰۴۱۶	بیمه درمان جانبازان	
۳۰۴۱۷	بیمه درمان کارمندان دولت	
۳۰۴۱۸	بیمه درمان خانواده‌های شاهد	
۳۰۴۱۹	بیمه درمان روحانیون و طلاب علوم دینی	
۳۰۴۲۰	بیمه درمان آزادگان	
۳۰۴۲۸	بیمه تکمیلی درمان	
۳۰۴۳۸	بیمه درمان بسیجیان	

سازمان بیمه خدمات درمانی در قالب برنامه های مشخص، اعتبارات مورد نیاز خود را از طریق سازمان مدیریت و برنامه ریزی دریافت می‌دارد و سازمان تامین اجتماعی تنها در قالب برنامه شماره ۳۰۴۰۱ تحت عنوان بیمه اجتماعی کارگران مبالغی به عنوان کمک دولت که در حدود ۳ درصد میزان دستمزد کارگران می‌باشد دریافت می‌دارد که حدود یک سوم این مبلغ (سهم دولت) صرف ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان کارگر می‌گردد. همچنین برنامه دیگری نیز وجود دارد با عنوان بیمه اجتماعی نیازمندان با شماره طبقه بندی ۳۰۴۰۲ که گرچه عنوان بیمه را به همراه خود دارد در حقیقت تمام بار مالی آن بر دوش دولت بوده و مشارکتی از اعضا از حیث تامین منابع مالی وجود ندارد از این رو این بخش در حمایت‌های غیر بیمه‌ای توضیح داده خواهد شد.

ب) برنامه‌های غیر بیمه‌ای که در بردارنده فعالیت‌های گسترده‌تری علاوه بر خدمات درمانی می‌باشد. (جدول شماره ۵)

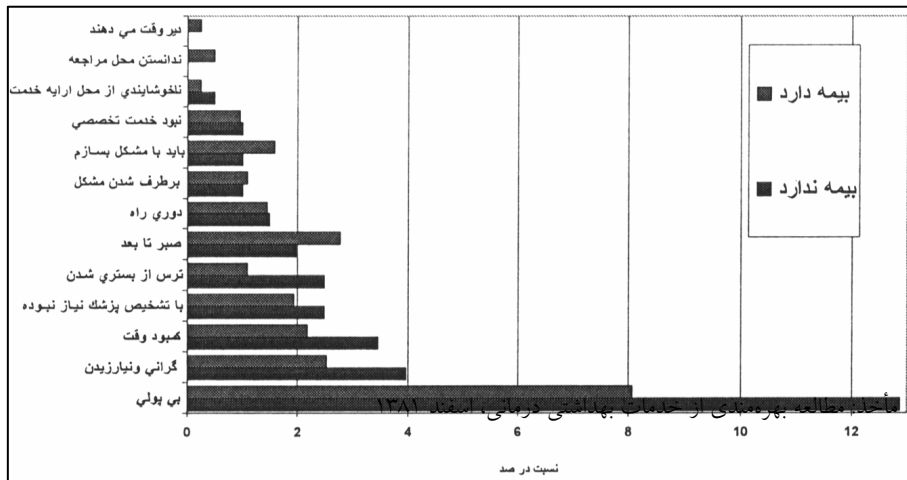
جدول ۵: برنامه‌های غیر بیمه‌ای به ترتیب شماره طبقه بندی

شماره طبقه بندی	عنوان	فعالیت
۳۰۴۰۴	خدمات رفاهی	شامل بیمه عمر و حوادث جانبازان
۳۰۴۰۵	توانبخشی	شامل: کمک به مرکز نگهداری فرزندان معلول کارگران و کمک به موسسات خیریه، نگهداری و توانبخشی معلولین و سالمندان در میان خانواده، توانبخشی حرفه‌ای و اشتغال معلولین، خدمات توانبخشی معلولین، کمک به امر ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن در خانواده و مراکز غیردولتی
۳۰۴۰۹	حمایت خانواده	شامل فعالیت‌هایی همچون حق پرستاری جانبازان بالای ۵۰ درصد و اعصاب و روان بالای ۲۵ درصد
۳۰۴۱۱	امور خانواده‌های شاهد	

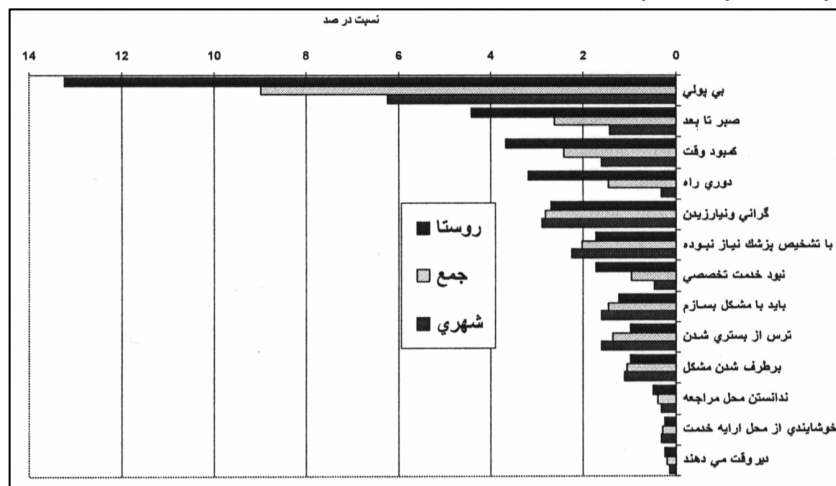
۳۰۴۲۱	پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	پیشگیری از معلولیت‌ها، درمان سرپایی معتادین، مشاوره حضوری و تلفنی
۳۰۴۲۴	حمایت از زنان و کودکان بی‌سرپرست	
۳۰۴۳۹	تعرفه‌های ترجیحی درمان بستری مناطق محروم	
۳۰۳۰۴	خدمات بهداشتی درمانی روستایی	
۳۰۳۰۷	خدمات درمان سرپایی روستاییان	
۳۰۳۳۴	کمک به بیماران خاص (تالاسمی، هموفیلی)	
۳۰۳۴۲	کمک به درمان بیماران نیازمند	
۳۰۳۱۸	برنامه کمک به نهادهای مدنی (بیماری‌های خاص)	
۳۰۳۱۱	خدمات دارویی و ملزومات مصرفی پزشکی	
۳۰۳۰۸	خدمات دارویی درمان سرپایی روستاییان	
۳۰۳۰۳	خدمات درمانی	
۵۰۳۷۰۸	کمک به جدامیان کشور	

خدمات فوق‌الذکر غالباً جنبه خدمات سلامتی داشته و گروه هدف آن گروه‌های خاص افراد نیازمند جامعه است، بدیهی است این‌گونه تخصیص بودجه باعث کاهش نابرابری اجتماعی در دسترسی به خدمات سلامتی می‌گردد؛ اما آنچه شایان ذکر است این مطلب است که متأسفانه آمار دقیقی از وضعیت سلامت فقرا در ایران وجود ندارد؛ نتایج پژوهشی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسفند سال ۱۳۸۱ انجام شده نشان دهنده آن است که بیشتر کسانی که باید از خدمات سلامتی بهره‌مند می‌شدند و از این خدمات محروم مانده‌اند به دلیل فقدان توان مالی کافی بوده است.

نمودار ۲: نسبتی از جامعه که طی سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن داشته‌اند ولی برای بستری شدن مراجعه نکرده‌اند

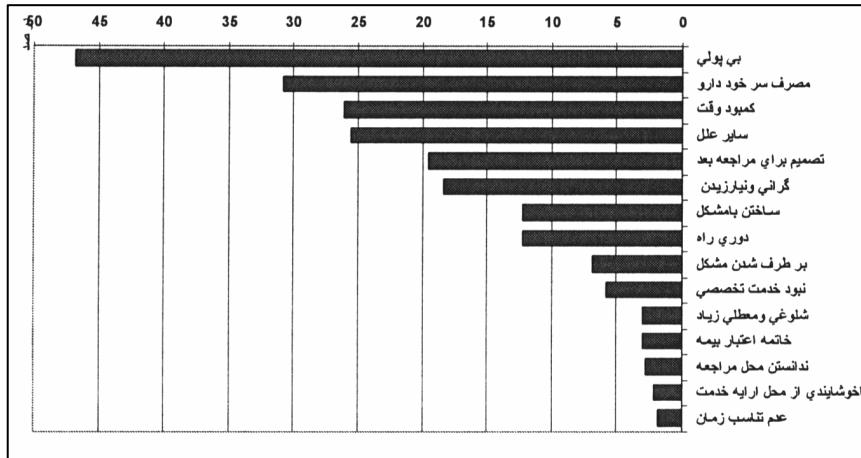


نمودار ۳: نسبتی از جامعه که طی سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن داشته‌اند ولی برای بستری شدن مراجعه نکرده‌اند



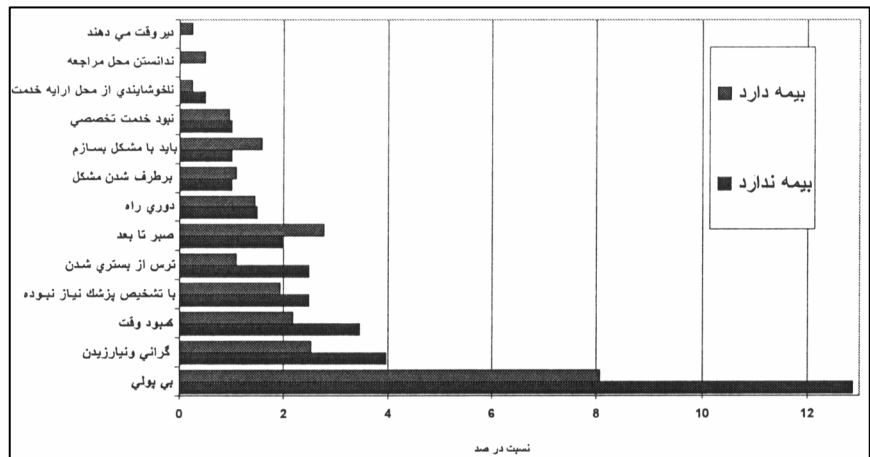
مأخذ: مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، اسفند ۱۳۸۱

نمودار ۴: علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدامی نکرده‌اند



مأخذ: مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، اسفند ۱۳۸۱

نمودار ۵: نسبتی از افراد نیازمند به خدمات درمانی که برای دریافت آن طی دو هفته اخیر اقدام کرده‌اند ولی نتوانسته‌اند آن را دریافت کنند



سلامتی از طریق بیمه اجتماعی برای تمامی مردم ایجاد شود. مروری بر عملکرد عمومی بخش بهداشت در طی سالیان طی شده برنامه سوم این امر را تا حدودی اثبات می‌کند:

- افزایش امید به زندگی در بدو تولد از ۷۰ در سال ۷۹ به ۷۱ در پایان سال ۸۱؛  
- کاهش میزان مرگومیر کودکان زیر پنج سال ۳۶ در هزار تولد در پایان سال ۸۱؛  
- کاهش میزان مرگومیر کودکان زیر یک سال ۲۸/۶ در هزار تولد زنده در پایان سال ۸۱؛

- کاهش قابل توجه مرگومیر کودکان و مادران ناشی از افزایش دسترسی مردم به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افزایش در پوشش واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک و تنظیم خانواده؛

- افزایش تعداد خانه‌های بهداشت از ۱۶۰۵۰ باب در سال ۱۳۷۹ به ۱۶۵۶۱ باب در سال ۱۳۸۱؛

- افزایش واحدهای توانبخشی از ۱۳۷۳ واحد در سال ۱۳۷۹ به ۱۳۲۶ واحد در سال ۱۳۸۱؛

لازم به توضیح است که پوشش بیمه‌ای روستاییان تا سال ۱۳۸۴ تنها شامل خدمات بستری می‌شد که اکنون شامل خدمات سرپایی و بستری با تاکید بر استفاده از شبکه بهداشتی و درمانی کشور می‌گردد و روستاییان در این مورد حق سرانه بیمه پرداخت نمی‌نمایند و فرانشیز خدمات بستری آنان نیز از ۲۵ درصد به ۱۰ درصد کاهش یافته است.

همچنین بر اساس بند هـ تبصره ۱۰ قانون بودجه کل کشور دولت موظف شده از سال ۱۳۸۱ نسبت به بیمه نمودن کلیه افرادی که تحت پوشش هیچ گونه بیمه درمانی قرار ندارند اقدام و به‌طور رایگان همه آن‌ها را بیمه نماید. عملیات اجرایی این طرح در سال ۱۳۸۱ بدون دریافت حق سرانه درمان با تخصیص ۳۲۰ میلیارد ریال اعتبار تأمین شده است.

## ۲) دستگاه‌های متولی امور حمایتی خدمات درمانی

در ایران عمده‌ترین دستگاه‌های متولی در این زمینه شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، سازمان امور جانبازان، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ستاد رسیدگی به امور آزدگان، جمعیت‌های خیریه، انجمن‌های نیکوکاری و سازمان‌های شبه‌عمومی می‌باشند.

دستگاه‌های مزبور بخشی از فعالیت‌هایشان مرتبط با ارائه خدمات درمانی به محرومان می‌باشند و هیچ سازمانی به‌طور کامل وظیفه ارائه خدمات درمانی به محرومان را ندارد. از سوی دیگر در ایران نظام شناسایی خانوارهای کم‌درآمد و فقیر نیز وجود ندارد و معمولاً برنامه‌ها امکان تفکیک خانوارهای فقیر و غیرفقیر را ندارند و بر اساس اقشار اجتماعی و شغلی عمل می‌کنند مانند روستاییان، معلولان، آزادگان، خانواده شهدا و یا همانند یارانه‌ها که عموم جامعه را دربرمی‌گیرد.

محدودیت‌هایی که این نابسامانی را باعث می‌شود عبارتند از:

- محدودیت‌های اعتباری؛
- عدم شناخت کافی از میزان مشارکت‌های مردمی و استفاده بهینه از آنان؛
- عدم وجود آمار و اطلاعات لازم در زمینه تعداد نیازمندان، میزان پراکندگی و تعیین سطح نیاز؛
- عدم وجود هماهنگی در دستگاه‌های متولی؛
- عدم وجود پایگاه‌های اطلاعات درآمدی؛
- تعدد نهادها و دستگاه‌های اجرایی.

جدول ۶: برنامه‌های حمایت‌های درمانی به تفکیک سازمان متولی به‌عنوان دستگاه

شماره ردیف	عنوان برنامه	دستگاه متولی
۳۰۴۰۵	توانبخشی	بهبودی
۳۰۴۰۹	حمایت خانواده	
۳۰۴۱۲	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
۵۰۳۷۰۸	کمک به جذامیان	
	پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	
۳۰۴۰۹	حمایت خانواده	کمیته امداد امام خمینی
۳۰۴۱۲	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
۳۰۴۳۹	تعرفه‌های ترجیحی درمان بستری در نقاط محروم	
۳۰۳۱۱	خدمات دارویی ملزومات مصرفی پزشکی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۰۳۳۴	کمک به بیماران خاص	آموزش پزشکی
۳۰۳۴۲	کمک به بیماران نیازمند	

	کمک بلاعوض به بیماران اعزام به خارج	۳۰۳۰۳
سازمان بیمه خدمات درمانی	بیمه درمان روستاییان	۳۰۴۱۳
	بیمه درمان اقشار آسیب پذیر	۳۰۴۱۲
	بیمه درمان خویش فرمایان	۳۰۴۱۴
	بیمه درمان کارمندان دولت	۳۰۱۷
	تعرفه های ترجیحی درمان بستری در مناطق محروم	۳۰۴۳۹
وزارت کار و امور اجتماعی	توانبخشی	۳۰۴۰۵
ستاد مشترک سپاه پاسداران انقلاب اسلامی	بیمه درمان بسیجیان	۳۰۴۳۸
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	توانبخشی	۳۰۴۰۵

ادامه جدول ۶

جمعیت هلال احمر	توانبخشی	۳۰۴۰۵
سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح	تعرفه های ترجیحی بستری نقاط محروم	۳۰۴۳۹
	بیمه تکمیلی درمان	۳۰۴۲۸
	بیمه درمان پرسنل نظامی و انتظامی	۳۰۴۱۵
سازمان امور جانبازان	تعمیر و تجهیز آسایشگاه ها و مراکز بازتوانی جانبازان	۳۰۴۰۵۲۴۳
	خدمات دارویی و ملزومات پزشکی	۳۰۳۱۱
	بیمه درمان جانبازان	۳۰۴۱۶
	حمایت خانواده	۳۰۴۰۹
بنیاد شهید	بیمه درمان خانواده های شاهد	۳۰۴۱۸
وزارت آموزش و پرورش	بیمه درمان اقشار آسیب پذیر (سازمان آموزش و پرورش استثنایی)	۳۰۴۱۲
ستاد رسیدگی به امور آزادگان	بیمه درمان آزادگان	۳۰۴۲۰
	بیمه تکمیلی درمان	۳۰۴۲۸



مرکز خدمات حوزه علمیه قم	بیمه درمان روحانیون و طلاب علوم دینی	۳۰۴۱۹
سازمان تامین اجتماعی	بیمه تکمیلی درمان	۳۰۴۲۸
صندوق بازنشستگی کشوری	بیمه تکمیلی درمان	۳۰۴۲۸

اما نکته‌ای که برای دستیابی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامتی حایز اهمیت است؛ مکانیزم شناسایی افراد به منظور ارائه خدمات و اختصاص یارانه به آن‌ها است. اصولاً برای این کار چهار روش در جهان وجود دارد:

الف) بازرسی؛

ب) مشخصات گروهی؛

ج) ادعای خود فرد؛

د) پوشش همگانی.

هر کدام از روش‌های فوق دارای مزایا و معایبی است که باعث گردیده هیچ کشوری از یکی از این شیوه‌ها به صورت مطلق استفاده ننماید. برای مثال در ایران برای یارانه دارو از مکانیزم پوشش همگانی، برای بیمه افراد کم‌درآمد از مشخصات گروهی مانند بیمه روستاییان یا افراد تحت پوشش کمیته امداد و از روش ادعای فرد برای صدور کارت بیمه بستری شهری استفاده می‌گردد.

نکته مهم در این مقوله این است که مکانیزم انتخابی، ارتباط تنگاتنگی با نظام اطلاعاتی هر کشور در زمینه‌های مختلف از جمله درآمد افراد دارد.

به نظر می‌رسد با انجام فعالیت‌های زیر در کشور می‌توان به شناسایی بهتر افراد کم‌درآمد اقدام نمود:

- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای شناسایی خانوارهای کم‌درآمد؛

- هدفمند کردن یارانه‌ها به سمت بهرهمندی گروه‌های کم‌درآمد؛

- هماهنگی بین سازمان‌های مسئول؛

- استفاده و ترغیب بخش خصوصی به ارائه خدمات درمانی عام‌المنفعه.

بنابراین در ایران تصویر شفاف و روشنی از تعداد فقرا وجود ندارد و اجباراً به آمارهای برآوردی حاصل از نمونه‌گیری‌ها بسنده می‌شود که چندان قابل اعتماد نیست. در آخرین آمار منتشره از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی موسوم به گزارش «اهداف توسعه هزاره» تعداد افراد با یک دلار درآمد در روز بر مبنای برابری قدرت خرید ۲ درصد و تعداد افراد با دو دلار درآمد در روز بر مبنای برابری قدرت خرید ۵ درصد جمعیت کشور برآورد شده است.

### ۳) نتیجه‌گیری

آنچه مسلم است رابطه بین ثروت و سلامت رابطه‌ای دوسویه است که افزایش هر کدام بر دیگری مستقیماً اثرگذار است زیرا همان طور که قبلاً اشاره شد با بهبود وضعیت اقتصادی سطح سلامت افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش سطح سلامتی و توان جسمی و ذهنی، وضعیت اقتصادی افراد نیز بهبود می‌یابد. در این میان نباید از تاثیر متغیرهای فرهنگی و سیاسی بر این دو غافل شد زیرا هر کدام می‌توانند نقشی کلیدی در بهبود وضعیت اقتصادی و سلامتی مردم بازی نمایند. جمع‌بندی مطالب فوق‌الذکر ما را به این نتیجه می‌رساند که توجه به وضعیت سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً نیازمندان، یکی از راه‌های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد خصوصاً قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت، محقق خواهد شد. برنامه‌های رفاهی همچون بیمه‌های اجتماعی سلامت روستاییان و نیازمندان می‌تواند کمک شایانی به تحقق اهداف فوق‌الذکر نماید. خوشبختانه در برنامه چهارم توسعه به این امر تا حدی توجه شده است\*. اما برای تحقق این امر نیاز به عزم جدی مسئولین، افزایش آگاهی عمومی خصوصاً در زمینه سلامتی و همکاری مردم برای دستیابی به اهداف تعیین شده در سند برنامه می‌باشد.

\* ماده ۹۰: به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت، به یک درصد کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تامین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

۱. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، (۱۳۸۴). قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور.
۲. ساریخانی، فاطمه، (۱۳۸۴). فقر سلامتی و توسعه، نشر پژوهاک کیوان.
3. Ebnecina. *Persiablog.com* (1381).
4. Maher, Ali. (2005), **"To review performance of health services For the poor population in Iran In 2003"**, WHO, EMRO.
5. Sachs, J.D; et al. **"Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development"**, world Health Organization: *The Commission on Macroeconomics and Health, Dec 20, 2001.*
6. Suches, j. (2001), **"The strategic significant of global Inequality"**, the *Washington quarterly*, summer, p 191.
7. UNDP. (2003), **"World Human Development Report"**.
8. WHO. (2001)a, **"CMH Working Pager Series, Investing in health for economic development"**, Geneva.
9. WHO. (2001)b, **"CMH Working Pager Series, Mobilization of domestic resources for health"**, Geneva.
10. WHO. (2001)c, **"CMH Working Pager Series, Improving health outcomes for the poor"**, Geneva.
11. WHO. (2001)d, **"CMH Working Pager Series, Health economic growth & Poverty reduction"**, Geneva.
12. WHO. (2001)e **"Health Economic Growth, Poverty Reduction"**, Geneva.
13. WHO. (2001)f **"Improving Health Outcomes for the Poor"**, Geneva.
14. WHO. (2002), **"world health report"**.
15. WHO. (2002), **"world health report"**.