



بررسی عدالت در تأمین مالی، تخصیص و توزیع منابع بخش درمان

دکتر ابوالقاسم پوررضا^۱

چکیده

در این مقاله مفاهیم توسعه، برابری و نابرابری، بیماری و سلامت و تحول و دگرگونی آنها در فرایند زمان به‌ویژه در سال‌های اخیر مورد بحث قرار می‌گیرد. همخوانی توسعه و عدالت از دیدگاه بعضی از تعاریف ارائه شده، مطرح و رویکردهای متفاوت نسبت به عدالت در متن جامعه و عرصه سلامت تبیین می‌شوند. ماهیت خدمات بهداشت و درمان و نقش اجتناب‌ناپذیر آن در طرح و گسترش عدالت، از یکسو و ضرورت شناخت دقیق آن به علت وجود ویژگی‌های فرافردی مثبت و منفی و به‌عنوان بستری که اقدامات ناظر به عدالت باید در آن پیاده شود، از سوی دیگر به اختصار تحلیل می‌شود و یک گروه‌بندی مقدماتی از دیدگاه یکی از اقتصاددانان کشور در رابطه با گروه‌هایی که یارانه، حداقل به‌عنوان ابزاری برای تحقق نسبی عدالت توزیعی به آنها می‌تواند تعلق گیرد ارائه می‌گردد. طرح تحولات ناظر به تئوری‌های بیماری‌ها در راستای تبیین دقیق‌تر عوامل مؤثر بر سلامت فردی و اجتماعی که به نحوی با عدالت اجتماعی و نگرش جامع به مسائل مطروحه در عرصه بهداشت و درمان مربوط می‌شود و می‌تواند گستره بصیرت در سیاستگذاری و تصمیم‌گیری را وسعت بخشد، به همراه ارائه شاخص‌ها و سنجه‌هایی برای سنجش عدالت/برابری در عرصه خدمات سلامت و شواهدی از

۱. دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

وضعیت موجود ساختاری و عملکرد نظام بهداشت و درمان کشور، بخش دیگری از این گفتار را شکل می‌دهد. شواهد و مستندات از پیوند سلامت، عدالت و اقتصاد و رشد اقتصادی از کشورهای مختلف جهان به منظور جلب توجه هرچه بیشتر تصمیم‌سازان و مدیران ارشد نظام سلامت برای رویکرد چندوجهی و بین‌رشته‌ای به مسئله سلامت ارائه و در نهایت جمع‌بندی فشرده‌ای از دریافت‌ها و مطالعات انجام شده، بحث را به پایان می‌برد.

کلیدواژه‌ها: عدالت، سلامت، تأمین مالی، تخصیص منابع، آمارتیا سن، مصرف خدمات.

۱. توسعه: برابری و نابرابری

جهان امروز به‌طور یکپارچه یک هدف را تعقیب می‌کند و در واقع تنها برای رسیدن یا زودتر رسیدن به این هدف است که تنش‌ها و تضادها را در گستره خاک دامن می‌زند. این هدف که آرمان همه جوامع انسانی است و سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی، خواسته یا ناخواسته و پیدا و پنهان در راستای آن شکل گرفته یا عمل می‌کنند، چیزی جز توسعه به معنی وسیع کلمه نیست. توسعه، امروزه کانون همه فعالیت‌های همه کشورها، سازمان‌ها و نهادها و حتی افراد است. اما توسعه واقعاً چیست؟ ابعاد آن کدام است؟ تحول آن و نهادها و شاخص‌های آن چگونه بوده است و ارتباط آن با سلامت و عدالت به چه شکلی تبیین می‌شود؟

بی‌آنکه وارد بحث فنی و جامعه‌شناختی توسعه و نقد و تحلیل الگوهای آن بشویم، دو تعریف فشرده از این مفهوم ارائه می‌کنیم، در تعریف اول توسعه، در فرایندها و برنامه‌های ناظر به کاهش تضاد و فاصله، تعبیر می‌شود و در تعریف دوم، تبدیل قوه به فعل به‌عنوان نماد توانمندی در حرکت به سمت توسعه و توسعه‌یافتگی، مورد توجه و تأمل قرار می‌گیرد. بنابراین توسعه یعنی کاهش تضاد، و نیز تبدیل قوه به فعل به ترتیب دو تعریف از توسعه در این گفتار به شمار می‌روند.

توسعه در آغاز در رشد و ارتقای شاخص‌های اقتصادی از جمله افزایش میزان تولید کالاهای صنعتی یا میزان مصرف بعضی کالاها در سطح جمعیت یک کشور و به‌طور خلاصه در افزایش سالانه درآمد/تولید ناخالص ملی خلاصه می‌شد. این تعریف نه در مورد توزیع درآمد ملی تصویر روشنی ارائه می‌داد و نه در ارتباط با عوامل مؤثر بر افزایش و کاهش دقیق خود تبیین موجهی ارائه می‌نمود و مهم‌تر آنکه در مورد دیگر عرصه‌های زندگی و کیفیت

زندگی چیزی برای عرضه نداشت. مثلاً بسیاری از کشورها بالاخص کشورهای نفت‌خیز بی‌آنکه افزایشی در تولیدات خود گزارش کنند تنها با بالارفتن نرخ قیمت و نوسانات آن، افزایش درآمدی چشمگیر در خزانه خود را شاهد بودند. با این همه دیگر شاخص‌های حیات اجتماعی بالاخص شاخص‌های بهداشتی نظیر مرگ‌ومیر کودکان و مادران، دسترسی به آب سالم، تسهیلات بهداشتی درمانی و بالاتر از همه متوسط عمر و امید به زندگی در آنها پیشرفت محسوسی نداشت. فاصله درآمدی نیز در سطوح مختلف جامعه و در بین اقشار مختلف نیز بسیار قابل ملاحظه و محسوس بود. امروزه نیز این وضعیت چندان تغییر نکرده است و رویکرد جوامع نسبت به توسعه در اغلب موارد رویکردی تک‌بعدی و گسسته است. به عبارت دیگر توسعه در بسیاری از کشورهای کمتر توسعه‌یافته یا در حال توسعه فاقد دو ویژگی اصلی خود یعنی توازن و تداوم است و گسست و عدم توازن در مجموعه حیات اجتماعی در این‌گونه کشورها بوضوح قابل مشاهده و بررسی است (Over halt, 1997).^۱

به هر حال سنجش سطح توسعه کشورها با تنها شاخص درآمد ملی یا افزایش آن به هیچ‌وجه قابل اتکا نبود و اندیشمندان و دست‌اندرکاران را برای ارزیابی سطح توسعه به چالش واداشته است. توسعه انسانی به‌عنوان مفهومی جامع‌تر و با شاخص‌های متنوع‌تر اقتصادی - اجتماعی و بهداشتی جایگزین توسعه اقتصادی شد.

توسعه انسانی ورای افزایش و کاهش صرف درآمد ملی و ناظر به گسترش حق انتخاب انسان است. در این نوع توسعه شاخص‌های متعددی مانند دسترسی به دانش و آگاهی، تغذیه بهتر و خدمات بهداشتی، امنیت معاش بیشتر، امنیت در مقابل جنایت و خشونت فیزیکی، آزادی‌های سیاسی و... مطرح و مورد تأمل قرار می‌گیرند تا محیط مناسبی برای زندگی مولد، سالم و طولانی فراهم شود؛ انسانها بتوانند توانایی‌های بالقوه خویش را توسعه دهند. در این رویکرد به توسعه، انسانها سرمایه اصلی هر کشور محسوب می‌شوند (World Bank, 2000).^۲

همان‌گونه که اشاره شد در توسعه انسانی شاخص‌های متعددی برای سنجش سطح توسعه کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد که غالباً آنها غیر اقتصادی و عمدتاً بهداشتی و اجتماعی است، این شاخص‌ها که امید به زندگی در بدو تولد، میزان باسواد بزرگسالان، استانداردهای

1. Over halt, A. Catherine, *Policy Choices and Practical Problems in Health Economics*, Development Institute of the World Bank, 1996.

2. Human Development Report, World Bank, 2000.

شایسته زندگی، برابری قدرت خرید، شاخص‌های توسعه مرتبط با جنسیت و توانمندسازی جنسیتی از آن جمله‌اند با دو تعریف مقدماتی که از توسعه در آغاز بحث ارائه شد. همخوانی چشمگیری دارند زیرا از یکسو به تبدیل قوه به فعل تکیه می‌کنند و از سوی دیگر کاهش تضاد و فاصله را هدف خود قرار می‌دهند. اهداف توسعه هزاره سازمان ملل^۱ با توجه به چنین ارزش‌هایی تنظیم و ارائه شده‌اند.

سلامت، عدم تبعیض و برابری به‌ویژه بین زن و مرد نقش محوری در اهداف توسعه هزاره دارند و رسمیت یافتن متغیرهایی مانند عدالت و سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی بیش از پیش نوید جامع‌نگری و جامعه‌نگری به عرصه سلامت و زندگی می‌دهد. اجازه بدهید مختصری پیرامون مفهوم عدالت و ارتباط آن با اهداف و عملکرد نظام‌های بهداشتی و همچنین قرابت آن با مفهوم توسعه بحث کنیم و سپس نقش آن را در تأمین و تخصیص منابع مالی تحلیل نماییم.

۲. عدالت: دیدگاه‌ها

مفهوم نابرابری هم بسیار ساده و هم بسیار پیچیده است. در یک سطح، ساده‌ترین مفهوم است که با چنان جاذبه‌ای مردم را تحت تأثیر قرار داده که تاکنون هیچ مفهوم دیگری چنین تأثیری نداشته است. اما در سطح دیگری به‌طور فزاینده پیچیده است، به نحوی که عباراتی را که در باب نابرابری بیان می‌شوند بسیار و خالص می‌کند و بنابراین موضوع تحقیقات زیادی توسط محققان آمار، نظریه‌پردازان سیاسی، جامعه‌شناس‌ها و اقتصاددانان بوده است. ظاهراً یک تضاد^۲ در بطن مفهوم عدالت وجود دارد که آن را همانند فلسفه هگل به مفهومی همیشه آستن، پویا و زنده تبدیل می‌کند (آمارتیا سن، ۱۳۸۱). این همان پارادوکس سادگی و پیچیدگی و همزیستی اجتناب‌ناپذیر واقعیت و ارزش در بطن این مفهوم است.

۱. برخی اهداف عمده هزاره که توسط سازمان ملل اعلام شده است:

۱. کاهش میزان گرسنگی به میزان ۵٪، ۲. کاهش محرومیت از دسترسی به آب سالم آشامیدنی به میزان ۵۰٪، ۳. دستیابی جهانی به آموزش همگانی در سطح ابتدایی، ۴. دستیابی به برابری جنسیتی در دسترسی به آموزش، ۵. کاهش مرگ‌ومیر مادران (ناشی از بارداری) به میزان سه چهارم، ۶. کاهش مرگ‌ومیر زیر پنج سال به میزان دو سوم، ۷. متوقف نمودن و کاهش شیوع AIDS/HIV، مالاریا و دیگر بیماری‌های عمده.

2. Paradox

در بحث از عدالت، گروهی عدالت را به عنوان فضیلتی مستقل در کنار سایر فضیلت‌های انسانی مانند عفت، شجاعت و حکمت قرار می‌دهند و گروهی دیگر آن را نه فضیلتی مستقل بلکه برآمده از همسویی و هماهنگی و توازن بین سه فضیلت یاد شده تلقی می‌کنند. به نظر می‌رسد هر دو طرز تلقی از عدالت، بیشتر به جنبه‌های فردی می‌پردازند و عدالت را به عنوان یک پدیده یا مسئله اجتماعی چندان پررنگ نمی‌بینند. از دیدگاه اندیشمندان یونان باستان به خصوص ارسطو، عدالت در بازگرداندن موجودات به منزلت طبیعی آنها خلاصه می‌شود. این تعریف که برخی از اندیشمندان اسلامی نیز به آن استناد می‌کنند با این انتقاد مواجه است که منزلت طبیعی موجودات چیست و چه کسی باید آن را تعیین کند؟ به اضافه این که نسبت دادن عدالت به یک وضعیت و پایگاه طبیعی به منزله تثبیت وضعیت موجود و حذف پویایی و تحرک از زندگی اجتماعی است و در حقیقت طبیعی تلقی کردن یک وضعیت با عادلانه توصیف کردن آن می‌تواند به عنوان مخالفت با هر نوع تغییر و حتی مخالفت با یک نظم و اراده برتر تلقی شده و به عنوان ابزاری در دست قدرتمندان جهت استفاده یا سوءاستفاده از جامعه و ظرفیت‌های آن بشود.

در هر حال، عدالت از نگاه ارسطو و پیروانش به دو شاخه «عدالت توزیعی» و «عدالت تعویضی یا مبادله‌ای» تقسیم می‌شود. عدالت توزیعی گویای چگونگی توزیع منابع و مواهب اجتماعی و طبیعی میان اعضای جامعه بوده و زمانی محقق می‌شود که سهم هر کدام از اعضای جامعه برحسب منزلت و شایستگی‌هایش تعریف و تعیین شود. عدالت تعویضی اما ناظر به چگونگی معامله یا دادوستد میان دو طرف مبادله است. عدالت تعویضی متضمن این نکته است که هر مبادله باید در عین حال یک معادله باشد یعنی آنچه داده می‌شود باید برابر باشد با آنچه ستانده می‌شود (غنی‌نژاد، ۱۳۷۹)^۱. مسئله و مشکل عمده در عدالت توزیعی، کماکان تعیین منزلت و شایستگی‌های اعضا، جامعه و در عدالت تعویضی ماهیت مبادله است. مبادله اساساً ناظر به تبادل «نیاز» و «توانمندی» است و این دو مقوله علاوه بر اینکه شرایط و ویژگی‌های متفاوتی دارند، عمیقاً (به‌ویژه نیازها)، کیفی و ذهنی بوده و برقراری توازن بین طرفین معامله را مشکل می‌نمایند.

۱. غنی‌نژاد اهری، موسی، «عدالت، عدالت اجتماعی و اقتصادی»، فصلنامه شماره ۶ تأمین اجتماعی، صص ۲۲-۹، ۱۳۷۹.

شاید بتوان گفت که «نیاز»، گران خریدن و ارزان فروختن را توجیه می‌کند (به‌ویژه در عرصه بهداشت و سلامت و البته بسته به شرایط بازار) و به علاوه برابری یا معادله در مبادله، انگیزه برای مبادله را ممکن است به‌طور کلی دچار مشکل نماید. در حقیقت فقدان یک معیار مشخص به‌ویژه در عدالت توزیعی یا عدالت در توزیع این مفهوم را به غایت پیچیده می‌کند. آیا تقسیم منابع به تساوی میان همه افراد یک راه‌حل برای تحقق عدالت است (بدون توجه به شایستگی، توانایی، تلاش، نیاز و...)? آیا چنین رویکردی ظلم بالسویه را معادل عدل قرار نمی‌دهد؟ آیا این امر به نوعی نمی‌تواند به ائتلاف منابع منجر می‌شود؟ و در این صورت آیا این خود حرکتی غیرمنصفانه و غیراقتصادی و ضدتوسعه نیست؟ در هر حال این رویکرد به عدالت نیز با بن‌بست‌هایی مواجه است و عملاً در طول تاریخ ما به ازای خارجی بر آن پیدا نمی‌شود. گفته می‌شود که مثلاً بحث در مورد «قیمت عادلانه براساس اصل ارسطویی تساوی در مبادله بیش از هزار سال دوام یافت ولی عملاً به نتیجه ملموس و مطلوبی منجر نشد» (غنی‌نژاد، ۱۳۷۹).

در بحث از عدالت در بهداشت و سلامت بی‌تردید ابعاد اجتماعی مسئله بسیار پررنگ‌تر است زیرا بهداشت (به معنی اخص کلمه و حتی بیش از درمان) یک مقوله اساساً اجتماعی است. آمارتیا سن معتقد است که ماهیت تاریخی مفهوم نابرابری را همواره باید قبل از آنکه وارد تجزیه و تحلیل اقتصادی نابرابری شویم، آن‌گونه که امروزه توسط اقتصاددانان مورد بررسی قرار می‌گیرد به خاطر بسپاریم. ضرورت توجه به اهمیت تاریخی مفهوم نابرابری از این ناشی می‌شود که در طول تاریخ و عرض جغرافیا تفاسیر و تعابیر متعددی از مفهوم برابری و نابرابری به‌عمل آمده است که این برداشت‌ها امروزه در عرصه بهداشت و درمان نیز ردپای مؤثری برجای گذاشته‌اند.

به قول آمارتیا سن همچنان‌که عدم تساهل قشریندی‌ها و تمایزات اجتماع رشد کرده است خود مفهوم نابرابری نیز دستخوش تحول ریشه‌ای شده است (آمارتیا سن، ۱۳۸۱). روشنفکران آتنی که مفهوم برابری را مورد بحث قرار می‌دادند، کنار گذاشتن توده‌ها از شرکت در بحث‌های خود را مضمّن‌کننده نمی‌دیدند و یکی از دلایلی که می‌توانستند چنین کنند این بود که اموراتشان با آن می‌گذشت و از آن منتفع بودند. عدالت حتی گاهی به‌عنوان یک ارزش مقدس عامل کشتارهای جمعی و گسترش گورستان‌ها معرفی شده است (شاملو، ۱۳۷۹).^۱

۱. شاملو، احمد، *مدایح بی‌صله*، انتشارات زمانه، تهران، ۱۳۷۹.

از دیدگاه‌های مختلف، عدالت، گاهی به‌عنوان ابزاری ضدتوسعه، ضدآزادی‌های فردی و گاهی به‌عنوان آرمانی، تاریخی، جهانی، الهی و ایدئولوژیک مطرح شده است. تأکید تئوری‌ها در عرصه عدالت یا بر بهره‌مندی تک تک افراد جامعه از خدمات سلامت یا بر آزادی افراد در برخورد با خود و دیگران یا تکیه و تأکید بر جامعه در مقابل فرد بوده است. مطلوبیت‌گرایی^۱، لیبرالیسم^۲ و جامعه‌گرایی^۳ که هرکدام شاخه‌های فرعی تئوریک هم دارند از مکاتب عمده مطرح در مسئله عدالت در سلامت می‌باشند. هریک از این مکاتب از یک جهت نور به پدیده عدالت تابانده و آن را از یک بعد تحلیل و مطالعه نموده‌اند، لذا هرکدام از اینها ضعف‌ها و قوت‌های خاص خود دارند و در عین حال می‌توانند سیاست‌های تأمین و تخصیص منابع را در عرصه‌های مختلف از جمله عرصه بهداشت و درمان به شدت تحت تأثیر قرار دهند (Roberts, J. Marc, et.al, 2004).

عدالت اجتماعی از قرن نوزدهم به بعد و پس از ظهور و اوج‌گیری نهضت‌های سوسیالیستی و شبه‌سوسیالیستی مطرح گردید. همان‌گونه که اشاره شد در بحث از عدالت در بهداشت و سلامت، عدالت اجتماعی بُعد پررنگ‌تری دارد. زیرا مسئله بهداشت (به معنی اخص کلمه و حتی بیش از درمان) یک مقوله اجتماعی و فرابخشی است. سلامت و بیماری در اقتصاد بهداشت جزء کالاهای عمومی طبقه‌بندی می‌شوند. این نوع کالاها ویژگی‌هایی دارند که عمیقاً آنها را از دیگر کالاها متمایز می‌کند. عوارض مثبت و منفی بیرونی، استثنای پذیرایی و رقابت‌ناپذیری (فرهنگ، ۱۳۸۱)^۴ از جمله ویژگی‌های پدیده‌های سلامت و بیماری است که آن را فراتر از حوزه‌های خصوصی افراد و خانواده‌ها در سطح جامعه مطرح می‌کند. به گفتگوی زیر که یک نمونه از گستره سلامت و بیماری است و فرابخشی بودن این عرصه را به‌خوبی نشان می‌دهد توجه فرمایید.

۳. فرابخشی و چندبخشی بودن عرصه سلامت و بیماری

رضا در بیمارستان است.

چرا رضا در بیمارستان است؟

برای این که پای او دچار عفونت خطرناکی شده است.

1. Utilitarianism
2. Liberalism
3. Communitarianism

۴. فرهنگ، منوچهر، فرهنگ بزرگ علوم اقتصادی، تهران نشر البرز، ۱۳۸۱.

ولی چرا پای او عفونی شده است؟
برای این که یک بریدگی در پای او بوده و عفونی شده است.
چرا پای او دچار بریدگی شده است؟
برای این که او در یک زباله‌دانی که اشیاء تیز و برنده و تراشه‌های آهن و فولاد در آنجاست بازی می‌کرده است.
چرا او در یک همچون جایی بازی می‌کرد؟
برای این که محله او از محلات پایین شهر است. بچه‌های زیادی آنجا بازی می‌کنند بی‌آنکه کسی مراقب آنها باشد.
ولی چرا او در این محل زندگی می‌کند؟
برای این که والدین او نمی‌توانند محل بهتری را برای زندگی تأمین کنند.
ولی چرا والدین او نمی‌توانند جای بهتری برای زندگی فراهم کنند؟
برای این که پدر او بیکار و مادر او مریض است.
ولی چرا پدر او بیکار است؟
برای این که او سواد زیادی ندارد و نمی‌تواند شغلی پیدا کند.
ولی چرا...؟

این مثال ساده چند محور مهم و کلیدی در زندگی اجتماعی را با یک بیماری و بستری شدن در بیمارستان بهم پیوند داده است. اوقات فراغت و تفریح کودکانه، فقر و مسکن نامطلوب در مکان‌های نامناسب، آموزش و سواد، اشتغال و درآمد و... و عفونت پا.

۴. تحول در تئوری‌های بیماری

واقعیت این است که بیماری فقط از ورود یک عامل بیماری‌زا به داخل بدن ایجاد نمی‌شود. بیماری‌های صعب‌العلاج امروزی بیش از آنکه فقط ناشی از ورود یک پاتوژن به درون اورگانسیم انسانی باشد نتیجه سبک و شیوه زندگی انسان‌ها و شرایط و موقعیت‌های اجتماعی آنها تلقی می‌شود. در گذشته‌های خیلی دور بیماری‌ها از ارواح خبیثه و عوامل خارج از دسترس انسانی ناشی می‌شدند. اما با ظهور پاستور و کشف میکروب به‌عنوان عامل بیماری‌زا این دریافت، دگرگون شد و بیماری به‌عنوان نتیجه فرایند عملکرد یک میکروارگانسیم در اورگانسیم انسان تعریف گردید. این تعریف و کشف پاستور هر چند راهگشای درمان بسیاری

از بیماری‌ها گردید اما هرگز بصورت یک تعریف جامع و مانع مورد قبول متخصصین و صاحبان حرف عرصه سلامت قرار نگرفت؛ چرا که قدرت عوامل بیماری‌زا در شرایط مختلف متفاوت می‌نمود و بعضی انسان‌ها علی‌رغم قرارگرفتن در معرض عوامل بیماری‌زا بیمار نمی‌شدند. این پدیده، اپیدمیولوژیست‌ها را برآن داشت تا به متغیرهای متعدد دیگری بیاورند که بتوانند ظهور و بروز بیماری‌ها را بهتر تبیین کنند. این گروه از اندیشمندان فاکتورهای «محیط»، و «میزبان» را به «عامل» بیماری‌زا افزودند و بدین ترتیب مثلث شرایط ظهور بیماری شکل گرفت. اما واقعیت این است که امروزه حتی با این سه عامل اپیدمیولوژیک هم بیماری‌های عصر جدید چندان قابل تبیین نیستند و اندیشمندان علوم پزشکی و بهداشتی، محیط کلان اقتصادی اجتماعی را در پیدایش و کنترل بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌هایی که امروزه از آنها به «اپیدمیولوژیک ترنزیشن» تعبیر می‌شود، مؤثر می‌دانند (Scambler, 1997).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) به‌عنوان متولی اهداف جهانی سلامت به تأکید از تعیین‌کننده‌ها و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت صحبت می‌کند و دولت‌ها را به تأمین محیط اقتصادی اجتماعی و زیستی سالم ترغیب می‌نماید. با عنایت به چنین تحولاتی است که اصلاحات در نظام‌های بهداشتی در دهه‌های اخیر رونق می‌گیرد و عدالت¹ به‌عنوان یک مقوله عمدتاً اقتصادی و اجتماعی وارد عرصه سلامت می‌شود. با چنین رویکردی بیماری و درمان، تعلق انحصاری خود به عرصه «پزشکی» به معنی اخص کلمه را وا می‌نهد و شاید به تبعیت از بوسوئه خطیب و سیاستمدار بزرگ فرانسه که می‌گفت «جنگ مهم‌تر از آن است که به نظامیان سپرده شود»، بتوان گفت که «درمان مهم‌تر از آن می‌شود که فقط به پزشکان سپرده شود». پیش از این گفتیم که بهداشت و سلامت پدیده‌ها و مفاهیمی عمیقاً اجتماعی‌اند. زیرا علاوه برآن‌که برخورداری از زندگی سالم یک حق انسانی محسوب می‌شود (World Bank, 2000)، بهداشت و سلامت یک شاخص توسعه و یک عامل مهم در رشد اقتصادی جوامع محسوب می‌شوند² (Spinaci, Set al, 2006).

سلامت و بیماری همان‌گونه که گفتیم دارای نتایج برونی بوده و سلامت و بیماری یک فرد می‌تواند دیگران را به شدت تحت تأثیر قرار دهد، حتی این ویژگی بیماری و سلامت از شرایط اقتصادی و اجتماعی کلان اقشار و گروه‌های اجتماعی متأثر است. شواهد متعدد و

1. equity

2. Spinaci, S. et al., *Tough Choices: Investing in Health for Development*, WHO, 2006.

تردیدناپذیری وجود دارد مبنی بر این که در کل جمعیت، من حیث المجموع بیماری و ضعف سلامت عمدتاً در گروه‌های محروم خانه دارد. برتولت برشت اندیشمند و نماینده‌نویس آلمانی در یکی از آثار خود می‌گوید «... تعداد پزشکان برای این که درآمد همه‌شان خوب باشد، زیاد است. اما این تعداد برای این که معالجه به‌خوبی صورت گیرد کم است. بسیاری از پزشکان اغلب بیکارند.... و درآمد پزشکانی که از همه بیشتر مریض دارند از سایرین کمتر است، چون اکثر مریض‌ها فقیرند. مردم فقیر بیشتر بیمار و کمتر معالجه می‌شوند» (حیبی، ۱۳۸۲).^۱

۵. عدالت در تخصیص و مصرف خدمات بهداشتی درمانی

برابری به نوعی مترادف با «انصاف و عدالت» است. عدالت جزء لاینفک دیدگاه ما از جهان است، زیرا انسان موجودی اجتماعی است و پدیده‌ها را به‌طور نسبی و مقایسه‌ای می‌سنجد. ما فقط با نگاه کردن به آنچه همسایه‌ها دارند می‌فهمیم که چه داریم. ارزیابی ما، از جایگاه خود، شادی و رضایت و انتظارات ما در سلسله مراتب اجتماعی تحت تأثیر این نگاه قرار می‌گیرد. عدالت به هر نحوی که تعریف شود، مسئله‌ای بنیانی و اساسی است، به‌ویژه اگر در عرصه بهداشت مطرح شود که فی‌نفسه برای سلامت و تندرستی ما مبرم و حیاتی است. در عرصه بهداشت و درمان تعابیر و تفاسیر متعددی از برابری وجود دارد که هر کدام می‌تواند در تأمین و تخصیص منابع به نحوی مورد استناد قرار گیرد. سوفی ویتز و همکارانش (۲۰۰۰) برابری در عرصه سلامت را در ابعاد زیر معرفی می‌کند.

۵-۱. برابری مصرف / منابع خدمات

به‌عنوان مثال، می‌توان چنین استدلال کرد که همه باید خدمات مشابهی دریافت کنند، یا منابع مشابه و یکسانی را بتوانند صرف آن خدمات کنند، اما این تعریف ممکن است از دیدگاه کارایی چندان معقول نباشد، زیرا نیازهای بهداشتی بسیار متفاوتند.

۵-۲. بهداشت برابر

آیا هرکس حق برخورداری از بهداشت برابر را دارد؟ این، تعبیری بلندپروازانه و شاید گمراه‌کننده

۱. اندیشه‌های هستی، ترجمه سروش حیبی، انتشارات آگاه، ۱۳۸۲.

باشد. مردم بهره‌مندی بسیار متفاوتی از سلامت و بهداشت دارند و بعضی‌ها به خوبی بعضی دیگر از خودشان مراقبت نمی‌کنند. اگر من بخواهم آن قدر بخورم که مرگ زودرس داشته باشم، آیا وظیفه دولت است که منابعی را برای حفظ و نجات من به مصرف برساند؟

۳-۵. عدالت قالبی

یک تفسیر دیگر از این مسئله به عدالت قالبی مربوط می‌شود. ممکن است ما یک سن هدف تعیین کنیم که مردم حق داشته باشند به آن برسند. سپس فعالیت‌های بهداشتی به گونه‌ای هدایت شوند که رسیدن تعداد هر چه بیشتری از مردم را به آن سن، ممکن و مقدر سازند. نتیجه این برداشت این است که افرادی که میراث ژنتیکی یا رفتاری‌شان آنها را مستعد مرگ زود هنگام یا معلولیت می‌کند، سهم نامتناسبی از منابع بهداشتی را دریافت می‌کنند، در حالی که افرادی که فراتر از سن هدف عمر می‌کنند فراموش می‌شوند، هر چند خدمات درمانی که برای آنها ارائه شود، کم‌هزینه باشد.

۴-۵. دسترسی / بهره‌مندی برابر براساس نیاز

این برداشت می‌تواند به‌طور محدود به‌عنوان برابری فاصله جغرافیایی تا مراکز بهداشت، یا به‌طور وسیع‌تر به‌عنوان برابری در کیفیت خدمات و قدرت خرید آنها تفسیر شود. اگر تفسیر اخیر (وسیع‌تر) منظور نظر باشد. ممکن است نرخ‌ها و تعرفه‌های متفاوت، یا بعضاً بازتوزیع درآمدها، برای اطمینان خاطر از تراز شدن هزینه‌های واقعی استفاده از خدمات بین گروه‌های درآمدی مختلف، مورد نیاز باشد. اگر هدف، بهره‌مندی و استفاده برابر باشد، آن هم ممکن است برچیدن موانع فرهنگی را که مانع استفاده کامل بعضی گروه‌ها (جنسی، قومی، مذهبی، و ...) از خدمات می‌شود، مطرح کند.

درمان یکسان برای نیازهای یکسان پایه اخلاقی فعالیت بالینی پزشکان است. این از اصل برابری افقی تبعیت می‌کند که مطابق آن مردم با مشکلات و مسائل مشابه به شیوه‌ای مشابه و یکسان درمان می‌شوند. این مهم است، اما مسئله تصمیم و رفتار در موارد غیرمشابه یا برابری عمودی را روشن نمی‌کند. مشکل‌ترین مسئله، چگونگی اولویت‌بندی بین گروه‌هایی است که مسائل بهداشتی متفاوتی دارند (مثلاً، کاهش مرگ‌ومیر مادران مهم‌تر است یا حل مسائل مربوط به بهداشت روان؟).

۵-۵. درمان براساس قابلیت مفید بودن

این تعریف، فراتر از نیاز و ناظر به این سؤال است که آیا کسی یا بیماری که مورد مداوا قرار می‌گیرد از درمان سود می‌برد یا نه. این، بستگی به تکنولوژی درمانی کارآمد و ویژگی‌های بیمار خواهد داشت که احتمال موفقیت یا عدم موفقیت درمان را پدید می‌آورد. این تعریف مورد حمایت اقتصاددانان است، زیرا عدالت را با اثر بخشی پیوند می‌دهد و دستاوردهای بهداشتی را به حداکثر می‌رساند. تصور بر این است که مبادا پول [یا اعتبارات درمانی] برای کسانی هزینه شود که کمترین ظرفیت سود بردن [از آن] را داشته باشند و همین طور این سیر نزولی ادامه پیدا کند تا جایی که دستاوردهای بهداشتی به صفر یا اعتبارات به پایان برسد.

این، یک اصل و قاعده کلی فنی به دست می‌دهد که مانع از اتخاذ تصمیم‌های روشن و سنجیده بین گروه‌های اجتماعی و بیماری می‌شود. اما در عمل ما قادر به اندازه‌گیری (کمترین ظرفیت) برای بهره‌بردن [از درمان] نیستیم و مجبور به داوری در مورد عملکرد این اصل خواهیم بود. به علاوه، چنانچه افرادی که دارای ظرفیت کمتر برای سود بردن (از خدمات درمانی) هستند، از درمان کنار گذاشته شوند، این رویکرد ممکن است سیمایی خشن و بیرحم پیدا کند. به‌عنوان مثال، اگر کسی سیگار می‌کشد، و احتمال دارد از فلان عمل جراحی، کمتر نفع ببرد، آیا باید از درمان محروم شود؟ یا ما باید در ترک دخانیات سرمایه‌گذاری کنیم و ظرفیت افراد را برای بهره‌بردن افزایش دهیم؟

این‌ها بعضی از تعاریف برابری محسوب می‌شوند. سه تعریف اول، بدون در نظر گرفتن نیازها و رفتارهای متفاوت گروه‌های مختلف مردم، به احتمال قوی بیش از حد مساوات طلبند. دسترسی برابر مطابق نیاز، با تفسیر رایج از برابری بیشترین همخوانی را دارد، اما نحوه تنظیم اولویت‌ها بین گروه‌های دارای نیازهای متفاوت را چندان روشن نمی‌کند. آخرین تعریف، به لحاظ تئوریک جاذبه‌هایی دارد اما ممکن است استفاده از آن در عمل مشکل باشد.

آیا مهم است که ما از کدام یک از این تعاریف استفاده می‌کنیم؟ جوامع متفاوت اولویت‌های متفاوتی دارند، اما اگر قرار است که اهداف برابری تحقق یابند، به اتفاق آرا، نیاز است. روشن کردن این نکته که دستیابی به برابری ممکن است هزینه بیشتری داشته باشد، همچنین میل و توان هزینه کردن، نیز مفید و مؤثر خواهد بود.

کلاً برابری و کارایی به موازات هم پیش می‌روند. بعضی از کم‌هزینه‌ترین مداخلات و اقدامات (مانند ارتقای استفاده از محلول‌های خوراکی برای جبران کمبود آب بدن در مبارزه با

اسهال)، به افراد فقیر به مراتب بیشتر از افراد مرفه و ثروتمند نفع می‌رساند. الگوی رایج، یعنی صرف بخش بزرگی از اعتبارات بخش بهداشت در مراقبت‌های سطح سوم (درمانی - تخصصی) در شهرهای بزرگ (پایتخت‌ها)، نه کارآمد است (به لحاظ تخصیصی)، و نه عادلانه. نباید الزاماً بین کارایی و برابری یکی را انتخاب کرد. باید به هر دو بیندیشیم.

۶. عدالت در سلامت: نگاهی به وضعیت ایران

مطالعات انجام شده در این عرصه از وجود نابرابری‌ها و نارسایی‌ها در ارائه خدمات بهداشتی به گونه‌ای که با شاخص‌های عدالت همسویی و همخوانی داشته باشد خبر می‌دهد. در مطالعه‌ای تحت عنوان عدالت در مشارکت مالی در نظام بهداشت چین آمده است:

- شاخص عدالت در تأمین مالی حدود ۰/۸۳ برآورد شده که بیانگر وضعیت نامطلوب عدالت در مشارکت خانوارها در تأمین مالی هزینه‌های سلامتی است.

- روند حرکت شاخص در دوره مورد مطالعه (۱۳۷۴ تا ۱۳۸۱) نزولی بوده و به هیچ‌وجه امیدوارکننده نیست. تداوم تنزل شاخص عدالت عواقب جبران‌ناپذیری برای خانوارها و بخصوص خانوارهای اقشار آسیب‌پذیر به جا خواهد گذاشت.

- هر ساله حداقل دو درصد از خانوارها با هزینه‌های غیرقابل تحمل بهداشت و درمان مواجه بوده و از شوک‌های ناگهانی مخارج سلامتی به شدت متأثر شده‌اند.

- در میان خانوارهای ایرانی خانوارهای گروه‌های ذیل احتمال مواجهه بیشتری با هزینه‌های غیرقابل تحمل درمان دارند: خانوارهای روستایی، خانوارهای تحت تکفل شاغلین غیردولتی نظیر حقوق‌بگیران بخش خصوصی، بازنشستگان، بیکاران جویای کار، شاغلین بخش غیررسمی و کارکنان مستقل، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اعضای مسن بالای ۶۰ سال آنان، بالاتر از متوسط است، خانوارهایی که سرپرست بی‌سواد و کم‌سواد دارند و خانوارهایی که خارج از چتر حمایتی بیمه درمان قرار داشته‌اند.

- هر ساله حداقل یک درصد از خانوارها بدلیل نقصان عملکرد نظام مالی سلامت و به دلیل پرداخت از جیب هزینه درمانی به کام فقر فرو می‌روند و بسته به بنیه خانوار و شرایط پیش رو چه بسا گروهی از این خانوارها تا ابد در ورطه فقر و تنگدستی بمانند (رضوی، ۱۳۸۴).

بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف گردید که با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق عدالت را تهیه و به هیأت وزیران ارائه نماید. وظایفی که قانون برنامه چهارم در این خصوص بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته بود در راستای ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی درمانی آنها بود. به‌طور مشخص تحقق اهداف عدالت مطابق ماده ۹۰ قانون فوق در بندهای زیر خلاصه می‌شود:

۱. کاهش سهم مردم از پرداخت‌های مرتبط با هزینه‌های سلامت به ۳۰٪،
۲. ارتقای شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم در تأمین منابع از ۰/۸۳ به ۰/۹۰،
۳. تقلیل شاخص خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت از ۳٪ به ۱٪ (میربافقی و نیری، ۱۳۸۴).^۱

عدالت توزیعی به‌ویژه در بعد هزینه‌های مالی که عمدتاً از طریق پرداخت یارانه‌ها صورت می‌گیرد قبل از هر چیز نیازمند شناخت گروه‌ها و اقشار بالفعل و بالقوه کم‌درآمد و در معرض تهدید به سقوط به زیر خط فقر است. بدون تردید در مورد حجم وسیع یارانه‌ها (به روایتی پیش از ۲۰,۰۰۰ میلیارد تومان) و اثربخشی آنها سؤالات متعددی به‌ویژه از دیدگاه عدالت و سلامت مطرح می‌شود. آیا این حجم بزرگ منابع چه مقدار به تولید سلامت یا ارتقای سطح سلامت مردم نیازمند کمک کرده است؟ آیا شاخص‌های سلامت در جمع گروه‌های نیازمند ارتقا یافته است؟ اساساً آیا صرف پرداخت یارانه می‌تواند در فقرزدایی مؤثر باشد؟ و آیا پرداخت یارانه واقعاً در جهت گسترش عدالت است؟ یا بی‌عدالتی هم می‌تواند در اثر پرداخت یارانه‌ها توسعه پیدا کند؟ و مهم‌تر از همه این که آیا یارانه‌ها واقعاً هدفمند و ناظر به گروه‌های نیازمند پرداخت می‌شوند و کارایی و اثربخشی آنها به‌عنوان سرمایه‌های ملی در این فرایند لحاظ می‌شود؟

با عنایت به ضرورت شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر به لحاظ درآمدی یک طبقه‌بندی از

۱. میربافقی، سیدحسین و ابراهیم مرادیان نیری، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، انتشارات کیومرث، تهران، ۱۳۸۴.

این گروه‌ها به شرح زیر ارائه شده است:

اول: گروه‌هایی که فاقد توانایی‌های جسمی و ذهنی لازم برای انجام کار و فعالیت اقتصادی و درآمدزا هستند. معلولان جسمی و ذهنی، از کارافتادگان و خانوارهای بدون سرپرست از این قبیل هستند.

دوم: گروه‌هایی که توانایی‌های لازم برای انجام کار و فعالیت و کسب درآمد را دارند لیکن اقتصاد کشور نتوانسته است فرصت‌های شغلی لازم را در اختیار آنان قرار دهد.

سوم: گروه‌هایی که به کار و فعالیت اشتغال داشته، ولی به دلیل مشکلاتی که برای واحدهای تولیدی پیش آمده از کار بیکار شده‌اند.

چهارم: گروه‌هایی که به کار و فعالیت اشتغال دارند، اما میزان درآمد آنها به قدری کم است که آنها را زیر خط فقر قرار می‌دهد.

پنجم: گروه‌هایی که به کار و فعالیت اشتغال دارند و در شرایط کنونی نیز بالای خط فقر قرار دارند، لیکن اعمال سیاست‌های اصلاح ساختاری، آنها را به زیر خط فقر می‌راند.

ششم: گروه‌هایی که در اثر حوادث و بلایای طبیعی از قبیل سیل و زلزله دارایی‌های خود را از دست می‌دهند.

هفتم: گروه‌هایی که در مناطقی از کشور زندگی می‌کنند که فاقد زیربنای لازم برای توسعه فعالیت‌های تولیدی است (مناطق کمتر توسعه یافته).

هشتم: گروه‌هایی هستند که در اثر تحمل خسارت‌های بیماری و پرداخت‌های سنگین بابت درمان به زیر خط می‌روند (نیلی، ۱۳۸۳).

فرا فردی بودن سلامت و بیماری، دست‌اندرکاران عرصه سلامت را برآن داشته است تا با طراحی و اجرای فرایندهایی بتوانند این مسئله را به‌گونه‌ای جمعی و به‌عنوان یک پدیده اجتماعی طرح و تحلیل کنند. براین اساس مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت به‌عنوان یکی از اهداف عمده سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۰ تعیین و نظام‌های بهداشتی کشورهای مختلف عملکرد در راستای این هدف را به‌عنوان یکی از ابعاد مهم اصلاحات در سیستم سلامت خود پذیرفتند^۱ (WHO, 2000).

تحقق این هدف، بنا به اظهار بعضی پژوهشگران، زمانی که تأمین مالی نظام‌ها از طریق

1. World Health Organization, *Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000.

منابع عمومی (مثلاً دولت) صورت می‌گیرد بیشتر فراهم و میسر است. این‌گونه اظهارنظرها شاید پیدا و پنهان به ماهیت خدمات بهداشتی که اقتصاددانان آن را در چتر مفهوم «کالای عمومی» تحلیل می‌کنند، ناظر باشد و عدالت در عرصه سلامت را به نوعی بخشی از عدالت اجتماعی طرح کنند. اما گفته می‌شود که حتی زمانی که پرداخت‌ها بابت خرید کالا یا خدمات از طریق افراد و مستقیماً از جیب پرداخت می‌شود، عدالت در تأمین مالی به‌عنوان یک هدف مطرح بوده و چگونگی اندازه‌گیری و نیل به آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

سنجه‌های نابرابری‌ای^۱ که در آثار اقتصادی عرضه شده‌اند را می‌توان تحت دو طبقه کلی قرار داد. از یک سو سنجه‌هایی قرار دارند که می‌کوشند میزان نابرابری را در یک مفهوم عینی اندازه‌گیری کنند - که معمولاً با استفاده از سنجه آماری تغییر نسبی درآمد - صورت می‌گیرند و از سوی دیگر سنجه‌هایی هستند که می‌کوشند تا نابرابری را برحسب یک مفهوم هنجاری از رفاه اجتماعی اندازه‌گیری کنند به نحوی که درجه نابرابری، بیشتر منعکس کننده سطح پایین‌تر رفاه اجتماعی برای سطح معینی از درآمد کل است. در رویکرد اول می‌توان بین «مشاهده» نابرابری و «ارزشگذاری» آن برحسب معیارهای اخلاقی تمیز قایل شد. در رویکرد

۱. چگونه می‌توانیم ملاحظات مربوط به برابری را در عمل شناسایی کنیم؟

منابع: اساس تأمین منابع مالی: آیا این مبنا (مثلاً مالیات‌ها) صعودی است (بار سنگین‌تر بر دوش خانوارهای ثروتمند است) یا نزولی (بار سنگین‌تر بر دوش خانوارهای فقیر است)؟، چه نسبتی از درآمد خالص (پس از کسر مالیات) خانوارها صرف بهداشت می‌شود؟، آیا مواردی از ناتوانی (مالی) پرداخت بابت دستمزدها (ویزیت‌ها)، داروها و غیره وجود دارد (مثلاً قرض گرفتن، استفاده نکردن از خدمات، راهکارهای جایگزین، مانند خود درمانی یا استفاده از طب سنتی)؟، هماهنگی و تناسب در سرمایه‌گذاری عمومی بین مراقبت‌های بهداشتی سطح اول، دوم و سوم چگونه است؟، توازن و تناسب بین تأمین مالی، خصوصی و دولتی در مراقبت‌های بهداشتی چگونه است؟، آیا مواردی برای الگوهای استفاده متفاوت از خدمات توسط گروه‌های مختلف درآمدی - تعدیل شده با نیازها- وجود دارد؟، آیا تخصیص منابع بین مناطق براساس نیازها صورت می‌گیرد؟، آیا مکانیسم‌های معافیت برای دارو، دستمزد یا هزینه‌های متفاوت دیگر، به گونه‌ای کارآمد به سوی نیازمندترین گروه‌ها هدایت می‌شود؟

زیرساخت: آیا خدمات در نقاط مختلف کشور به‌طور مساوی توزیع می‌شود، یا توزیع آن براساس نیاز صورت می‌گیرد؟، آیا کیفیت خدمات در مناطق مختلف یکسان است؟، آیا ملزومات، دارو، و نیروی انسانی، به‌طور برابر (عادلانه) موجود و در دسترس است؟

وضعیت بهداشتی / سلامت: آیا تفاوت‌های معنی‌داری در شاخص‌های سلامت بین گروه‌های مختلف درآمدی،

جنسی، قومی یا دیگر گروه‌های مشخص، وجود دارد؟

بررسی عدالت در تأمین مالی، تخصیص و توزیع منابع بخش درمان

دوم اما، نابرابری یک مفهوم عینی نیست و مشکل اندازه‌گیری، گرفتار مشکل ارزشگذاری اخلاقی نیز خواهد بود (آمارتیا سن، ۱۳۸۱).

در تحلیل‌های اقتصادی در رابطه با مبادله کالا و خدمات در بازار «پرداخت برای آنچه که می‌خواهید داشته باشید یا مصرف نمایید، امری بدیهی و عادلانه محسوب می‌شود، فروشنده در قبال کسب درآمد، کالا یا خدمت خود را عرضه می‌کند و مصرف‌کننده باتوجه به توان پرداخت، قدرت خرید و میزان مطلوبیتی که بدست می‌آورد آن را می‌خرد و هر دو طرف از این مبادله راضی هستند. اما زمانی که موضوع به عرصه سلامت و خدمات بهداشتی درمانی مربوط می‌شود، این تعریف ویژگی خود را از دست می‌دهد. در واقع در مبادله کالا بنا به گفته اندیشمندان کلاسیک مبادله تعویضی (حتی بصورت نسبی) تحقق می‌پذیرد اما در مورد مبادله خدمات سلامت و دفع بیماری این مبادله چارچوب چندان مشخص و مرزهای شناخته‌شده و تعریف‌شده ندارد. این ویژگی، محور طرح مسئله عدالت و مشارکت مالی عادلانه در نظام سلامت است (فضایلی، ۱۳۸۵).^۱ دلایلی که می‌توان در این خصوص ارائه نمود عبارتند از:

۱. بسیاری از افراد مسئول بیماری خود نیستند.

۲. بسیاری از افراد مسئول فقر خود نیستند.

لذا دولت‌ها به‌عنوان متولیان جوامع انسانی و مسئولین حفظ سلامت و کیفیت زندگی آحاد جامعه، ناچار از مداخله و تنظیم ترتیباتی هستند که آفت بیماری و فقر را در سطح جامعه کنترل یا کاهش دهد. اما تأمین مشارکت مالی عادلانه در عرصه سلامت شاید آسان‌ترین و عملی‌ترین بعد تأمین عدالت در سلامت باشد. عدالت/برابری در دیگر ابعاد و عرصه‌های فعالیت نظام‌های بهداشتی نیز می‌تواند مورد توجه و تأمل باشد. اما قبل از این که به این جنبه‌ها پردازیم اجازه بدهید اندکی در مورد تخصیص منابع مالی بخش بهداشت و اثر آن در رشد اقتصادی و ارتباط آن با عدالت بحث کنیم.

۷. تأمین، تخصیص و تحلیل عدالت

تخصیص منابع مالی برای نظام‌های بهداشتی به‌طور رایج در سه سطح صورت می‌گیرد. سطح

۱. فضایلی، امیرعباس، «ارائه شاخص‌ها و فرمولی برای توزیع عادلانه منابع مالی در سطوح ملی و استانی در ایران»، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و WHO، منتشر نشده، ۱۳۸۵.

اول که سطح استراتژیک و سیاستگذاری است سهم بخش سلامت را از تولید ناخالص ملی مشخص می‌کند. در این سطح، تخصیص منابع مالی به بخش سلامت نشانگر اولویت‌ها، سیاست‌ها و جهت‌گیری کلی نظام اجتماعی خواهد بود. به عبارت بهتر نگرش به بخش سلامت و میزان اهمیت آن در رأس هرم قدرت و تصمیم‌گیری جامعه در این سطح تا حدودی مشخص می‌شود.

در سطح دوم، توزیع منابع مالی در درون نظام سلامت و در بین بخش‌ها و عرصه‌های مختلف فعالیت بهداشتی درمانی صورت می‌گیرد. تخصیص منابع در این مرحله، اولویت‌ها و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در عرصه‌های مختلف مشخص می‌کند. این که بخش پیشگیری منابع بیشتری به خود اختصاص دهد یا بخش درمان یا بخش تشخیص، یا این که اولویت با تجهیز واحدهای درمانی به تکنولوژی مدرن باشد یا تأمین آب سالم برای مناطق محروم یا واکسیناسیون کودکان و... در این مرحله مشخص می‌شود. نیازسنجی دقیق و علمی و ارزشیابی جدی از برنامه‌ها، فعالیت‌ها و سنجش کارایی، به‌ویژه کارایی تخصیصی به این مرحله تعلق دارد.

در سطح سوم تخصیص منابع به یک واحد اجرایی مطرح می‌شود (مانند یک بیمارستان، یک خانه بهداشت، یک آزمایشگاه و...). کارایی فنی تخصیص منابع، محاسبات شاخص‌های اقتصادی فعالیت از جمله هزینه‌های سرانه خدمات یا هزینه واحد خدمات و ... در این سطح مقدور و محقق می‌شود.

تأمین منابع مالی و تخصیص آن به بخش‌های مختلف همانند عدالت در تمامیت پیکره سازمانی و نظام بهداشتی تأثیرگذار و نقش‌آفرین است. عدالت به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با یکایک اهداف کلان نظام سلامت پیوند اورگانیک دارد. دسترسی، کارایی، کیفیت و پایداری، هر کدام به نوعی از این مفهوم متأثرند. دسترسی چه به‌شکل فیزیکی و چه در بعد مالی، کارایی چه در قالب تخصیص بهینه سرمایه (کارایی تخصیصی) و چه در قالب استفاده و مصرف بهینه منابع مالی (کارایی فنی)، و کیفیت به‌عنوان برآیند همه مهارت‌های مدیریتی و اقتصادی در تولید کالا و خدمات در ارتباط با عدالت معنی روشن‌تر، شفاف‌تر و کارآمدتری پیدا می‌کنند. دسترسی فیزیکی به تسهیلات و مراکز بهداشتی درمانی به‌طور عادلانه در نقاط مختلف کشور یا توزیع آنها براساس نیاز یکی از شاخص‌های برابری در زیر ساخت‌های نظام‌های بهداشتی درمانی معرفی می‌شود. علاوه بر این تأمین و دسترسی عادلانه به ملزومات

دارویی و نیروی انسانی ارائه کننده خدمات سلامت نیز به عنوان یک شاخص برابری در این زمینه محسوب می شود. کیفیت خدمات و یکسان بودن آن در مناطق مختلف از دیگر سنجش های برابری در زیر ساخت خدمات بهداشتی عنوان شده است و این در هم تنیدگی واقعیت ها، ارزش ها، نیازها و فضیلت ها را در عرصه سلامت بخوبی نشان می دهد (ویتر، ۲۰۰۰).^۱ تأمین کارایی در ارائه خدمات یا در سرمایه گذاری در عرصه سلامت می تواند با حفظ کیفیت و منابع مالی، خدمات بیشتری را برای نیازمندان بیشتر فراهم کند و دسترسی به خدمات را برای جمعیت بیشتری فراهم آورد و بالقوه به کاهش محرومیت و فاصله بین گروه های اجتماعی منجر شود، و بدین ترتیب نقشی در تأمین عدالت ایفا نماید.

در تحلیل رویکرد عادلانه به تأمین منابع مالی برای بخش سلامت، جهت سنجش برابری سنجش های متعددی می تواند مورد استفاده قرار گیرد. از جمله این سنجش ها یکی اساس تأمین منابع مالی است. این که مبنای تأمین منابع مالی (مثلاً مالیات ها) صعودی است (بار سنگین بردوش خانوارهای ثروتمند است) یا نزولی (بار سنگین تر بردوش خانوارهای فقیر است)؟ شاخص بسیار مهمی در عدالت مالی در عرصه سلامت است. این شاخص به ویژه در کشورهایی که بخش سلامت آن عمدتاً از طریق مالیات تأمین مالی می شود، بسیار مهم است. در مورد کشورهایی که بیمه های اجتماعی یا پرداخت های مستقیم خریداران خدمات، بخش وسیعی از منابع مالی نظام های بهداشتی را تأمین می کند، حق سرانه و مکانیسم های معافیت از بعضی از هزینه ها (مثلاً دارو، حق ویزیت یا هزینه های متفاوت دیگر) از شاخص های سنجش برابری محسوب می شوند. در حقیقت این که این مکانیسم ها به گونه ای کارآمد به سوی نیازمندترین گروه ها هدایت می شود یا نه می تواند اثرات و نتایج بسیار متفاوتی داشته باشد.

پرداخت های مستقیم به عنوان یک منبع اصلی تأمین کننده منابع مالی خدمات سیستم سلامت، اثرات ناگواری روی عدالت، سلامت و شاخص های کمی و کیفی عملکرد نظام های بهداشتی می گذارد. گاه به علت محدودیت های بودجه، کشورهای زیادی پرداخت های مصرف کننده را افزایش یا آن را به عنوان سیاست استراتژیک خود طرح نموده اند. «این پرداخت ها نزولی بوده و به کاهش سطوح استفاده توسط جمعیت فقیر (مخصوصاً روستایی)،

۱. ویتر، سوفی و همکاران، *اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه*، ترجمه ابوالقاسم پوررضا، سازمان مدیریت و برنامه ریزی ۱۳۸۳، تهران، ۲۰۰۰.

بالاخص در عرصه مراقبت‌های پیشگیرانه و خدمات تعریف شده برای مراکز بهداشتی منجر شده است.»

در هند به‌ویژه در ایالت‌های «آندراپرادش» و «ماها راشترا» مطالعات انجام شده ارتباط بین کاهش حمایت بودجه‌های دولت با افزایش تکیه بر پرداخت‌های مصرف‌کننده و کاهش شدید دسترسی به مراکز بهداشت عمومی برای تعداد زیادی از مردم فقیر را بوضوح نشان داده است. کشور رواندا نیز که در ۱۹۹۶ پرداخت‌های مصرف‌کننده را به اجرا در آورد با کاهش ۲۳٪ ویزیت‌ها تا سال ۲۰۰۱ مواجه گردید.

تجربه چین در این خصوص، درس‌های مهمی برای کشورهای دیگر در بر دارد. اول این که کاهش نقش دولت در تأمین مالی خدمات بهداشت عمومی بنا به اظهارات کارشناسان WHO بر کاهش کارایی کلی در بخش بهداشت منجر می‌شود. دوم دریافت وجه بابت خدمات بهداشت عمومی می‌تواند کاهش تقاضا برای این خدمات و افزایش خطر انتقال بیماری را در پی داشته باشد. سوم، اصلاحات مالی به سبک بازار برای خدمات بهداشت عمومی نباید به‌عنوان یک گزینه سیاست‌گذاری نگریسته شود (Spinasi, et. al, 2006).

براساس سومین مطالعه ملی خدمات بهداشتی (NHSS) چین، در سال ۲۰۰۳، حدود ۷۰٪ افرادی که از دریافت مراقبت‌های بستری محروم شده‌اند مشکل مالی را به‌عنوان علت اصلی این محرومیت اعلام نموده‌اند.

شاخص دیگری که به‌ویژه در بعد مالی خدمات بهداشتی به‌عنوان سنجح عدالت/برابری مورد استفاده قرار می‌گیرد نسبت درآمد خالص (پس از کسر مالیات) خانوارهاست که صرف بهداشت می‌شود. ناتوانی مالی در پرداخت دستمزدها (حق ویزیت، دارو و ...)، قرض گرفتن، استفاده نکردن از خدمات، و راهکارهای جایگزین مانند خود درمانی یا استفاده از طب سنتی از دیگر متغیرهای مورد استفاده برای سنجش عدالت محسوب می‌شوند.

شاخص‌های عنوان شده در فوق بیشتر در رابطه با مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی طرح شده‌اند. به لحاظ سیاست‌گذاری در سطح کلان برای تأمین برابری و عدالت، شاخص‌هایی همچون توازن و تناسب بین تأمین مالی خصوصی و دولتی در مراقبت‌های بهداشتی، هماهنگی و تناسب در سرمایه‌گذاری عمومی بین مراقبت‌های بهداشتی سطح اول و دوم و سوم، تخصیص منابع بین مناطق براساس نیازها و ... مورد استفاده قرار می‌گیرند (ویتز، ۲۰۰۰).

مجموعه شاخص‌های اعلام شده در فوق (اعم از آن‌هایی که ناظر به مصرف‌کننده بودند یا

ناظر به سیاستگذاری و سرمایه‌گذاری در سطح کلان) تحت عنوان شاخص‌های عدالت مربوط به منابع طبقه‌بندی می‌شوند. شاخص‌های عدالت مرتبط با زیرساخت نیز بیش از این به اختصار بیان گردید. اما یک شاخص کلی و در حقیقت نهایی به‌عنوان شاخص اصلی عدالت در خدمات بهداشتی مطرح است که از آن تحت عنوان وضعیت سلامت/ بهداشت نام برده می‌شود.

تحت عنوان این شاخص تفاوت‌های چشمگیر و معنادار در سنجه‌های سلامت بین گروه‌های مختلف درآمدی، جنسی، قومی و ... مطالعه می‌شود. این شاخص که در سطح کلان ناظر به تضادهای طبقاتی، قومی، جنسی و محلی (روستایی و شهری) و ... است، به نوعی تداعی‌کننده تعریف اول، از مفهوم توسعه است. عدالت در عرصه این تضادها ناظر به کاهش فاصله و تعدیل شکاف‌های موجود است همان‌گونه که توسعه بنا به تعریف کاهش تضاد شناخته شده است. برای مطالعه در خصوص این شاخص به‌ویژه در رابطه با شرایط بهداشتی کشورمان به جداول ضمیمه و نیز به بررسی مفصل وزارت بهداشت با همکاری یونسف، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، و مرکز آمار ایران تحت عنوان «سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران» انجام شده است مراجعه فرمایید (وزارت بهداشت، ۱۳۷۹).^۱

۸. پیوندهای سلامت، اقتصاد کلان و عدالت

به نظر می‌رسد، سلامت، عدالت و توسعه به نحو بسیار اساسی و اورگانیکی بهم پیوند خورده‌اند. از یک طرف سلامت در توسعه نقش مهمی ایفا می‌کند و ارتقای شاخص‌های سلامت، ارتقای شاخص‌های توسعه را به دنبال دارد و از طرفی دیگر توسعه اقتصادی و اجتماعی موجب ارتقای شاخص‌های سلامتی می‌شود و فاصله بین گروه‌های اجتماعی و مناطق مختلف و اقلیت‌های متفاوت را کم می‌کند. کاهش توسعه در ارتقای سلامت بسیار بدیهی است و شاید نیاز به استدلال و ارائه شواهد متعدد نداشته باشد اما بسیاری شاید در تأثیر سلامت و سرمایه‌گذاری در عرصه سلامت برای اهداف توسعه دچار تردید باشند. برای رفع این نگرانی به چند مورد از جدیدترین یافته‌های بین‌المللی اشاره می‌کنیم. مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ یک سوم رشد اقتصادی مکزیک در

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت و...، ۱۳۷۹.

فاصله سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۵ مدیون عملکرد و سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت است، هر چند در این کشور هنوز در دسترسی و سطح پوشش خدمات به‌ویژه خدمات زایمان تحت نظارت کادر درمانی با صلاحیت، مشکلاتی وجود دارد و گاه مرگ‌ومیر نوزادان دو منطقه متفاوت از پایتخت الگوی مرگ‌ومیر فقیرترین کشورها (سودان) و پیشرفته‌ترین آنها (اروپای غربی) را تداعی می‌کند. مطابق این گزارش سخت‌ترین مسئله رویاروی مکزیک در عرصه سلامت در پایان هزاره دوم، فقدان برابری در مکانیزم‌های تأمین مالی بود، زیرا بیش از ۵۰٪ جمعیت کشور از سیستم‌های رسمی تأمین اجتماعی محروم و بیش از ۹۰٪ هزینه‌های بهداشت، جزء هزینه‌ها و پرداخت‌های مستقیم بودند. این پرداخت‌ها به‌عنوان بخشی از درآمد کلی خانوار، در جمع خانوارهای بسیار فقیر، با روند صعودی گزارش شده‌اند.

در کشور غنا هر سال حدود ۶/۴٪ تولید ناخالص ملی خود به علت ضعف بهداشت از دست می‌رود. علاوه بر این به نظر می‌رسد که امید به زندگی پایین در غنا (۵۷ سال)، این کشور را از ۶۲۰ میلیون دلار درآمد در سال محروم می‌کند.

تأثیر متقابل سلامت و اقتصاد بر یکدیگر و مجموع آنها در فرایند توسعه بیش از هر چیز چند بخشی بودن و فرابخشی بودن عدالت، سلامت و توسعه را مطرح می‌کند. در چین حدود ۱۲ وزارتخانه یا نهاد اداری، نقش در بهداشت ایفا می‌کنند. تعدد این نهادها و عوامل اثرگذار در سیاست‌های ناظر به سلامت، از یکسو، نشان می‌دهد که بدون بهبود و ارتقای کامل دیگر بخش‌ها مانند آموزش، آب و فاضلاب، محیط زیست، کشورها قادر به بهینه‌سازی سرمایه‌گذاری (کارایی تخصیصی) در بهداشت یا دستیابی به اهداف کلان ملی سلامت نخواهند بود و از سوی دیگر مشکل برنامه‌ریزی در تخصیص وجوه/اعتبارات و اولویت‌بندی نیازها را دامن می‌زند. این مشکل به‌ویژه زمانی که منبع تأمین مالی از خارج و از سوی اهداکنندگان، سازمان‌های بین‌المللی یا کشورهای دیگر باشد بیشتر شفاف و پررنگ‌تر می‌شود زیرا ممکن است وجوه موردنظر به جای تخصیص براساس نیازهای داخلی مستقیماً به نیازهای مورد توجه منابع تأمین‌کننده (خارجی) هدایت شود. این وضع ظاهراً در کامبوج رخ داده است (اسپیناسی و همکاران، ۲۰۰۶).

مسئله عدالت در سلامت در کشورهای در حال توسعه، هم به علت محدودیت منابع، هم به لحاظ تضادها متنوع و متعدد موجود در حیات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آنها، وضعیت پیچیده‌ای دارد. این وضعیت ظاهراً در آینده نه چندان دور ممکن است پیچیده‌تر هم بشود. علت این امر برداشت‌های نادرست از الگوی بیماری‌های نوین یا اپیدمیولوژیک ترنزیشن است.

بسیاری بر این باورند که بیماری‌های مزمن، بیماری‌های متعلق به طبقات ثروتمند و مرفه یا جوامع پیشرفته است اما مطابق مطالعات به عمل آمده ...، گفته می‌شود که بیماری‌های قلب و عروق (CVD) علت اصلی مرگ‌ومیر در بعضی کشورهای در حال توسعه شده است. ۸۰٪ مرگ‌های ناشی از CVD و ۸۷٪ معلولیت‌های مرتبط با CVD در کشورهای با درآمد کم یا متوسط رخ می‌دهد. برآورد می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، ۷۰٪ از ۱۰ میلیون مرگ‌ومیر ناشی از مصرف دخانیات در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد. یک تصور غلط دیگر در این خصوص این که بیماری‌های مزمن در مواردی به خطا به این عنوان که فقط افراد سالمند در سنین بازنشستگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و لذا تأثیر بسیار محدودی بر اقتصاد دارند، مورد غفلت قرار می‌گیرند. اما بخش بسیار مهمی از مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مزمن در آینده در سن رسمی اشتغال رخ خواهد داد. افزایش بیماری نیز بهره‌وری را کاهش و ظرفیت و توان افراد را برای مشارکت در بازار کار و تولید محدود خواهد نمود. سازوکارهای مدیریت مسئله نیز مانند خروج دختران جوان از عرصه آموزشی برای مراقبت از اعضای بیمار خانواده ... باید در مجموع هزینه‌ها لحاظ شود.

هزینه‌های این بیماری‌ها هم اکنون به‌طور شگفت‌انگیزی بالاست. در ایالات متحده، انجمن دیابت آمریکا هزینه‌های مستقیم دیابت در سال ۲۰۰۲ را معادل ۹۲ میلیارد دلار برآورد کرده است (بسیار فراتر از ۴۴ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۷). در مکزیک هزینه کل دیابت (مشمول بر هزینه‌های مستقیم) حدود ۳۲۰ میلیون دلار برای سال ۲۰۰۵ محاسبه شده است که ۲۵٪ افزایش در سه سال گذشته را نشان می‌دهد. در صورت ناکامی و عدم موفقیت در تبیین و توجه به ریسک فاکتورها و برطرف کردن آنها، شاهد تداوم سیر صعودی در هزینه‌ها خواهیم بود. مسئله زمانی حادث می‌شود که تغییر رفتار در اعماق جوامع در حال توسعه، مطرح می‌شود. فقیرترین گروه‌ها در این جوامع به‌طور اخص در مقابل ریسک فاکتورهایی مانند تغذیه نامناسب، سبک زندگی بدون تحرک فیزیکی، و استفاده از دخانیات آسیب‌پذیرند و نمی‌توانند خریدهای گرانتری را که برای بهداشت و سلامت طولانی مدت آنها ضرورت دارد، تقبل نمایند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

عدالت مفهومی چندبعدی است، گاه با نیاز تعریف می‌شود و گاه با امکانات سنجیده می‌شود. زمانی به‌عنوان یک ضرورت در حیات اجتماعی انسان طرح می‌شود، و زمانی دیگر توهین به

آزادی‌های فردی تلقی می‌گردد. عدالت گاه در آرمانی الهی و سیاسی خود را متبلور می‌کند، و گاه به‌عنوان ابزاری که گورستان‌ها از آن شکل گرفته‌اند، مورد استناد قرار می‌گیرد. بعضی‌ها آن را فضیلتی فردی می‌شمارند و عده‌ای دیگر به آن نقش اجتماعی و سیاستگذاری می‌بخشند و در نهایت، عدالت گاه معادل توسعه به حساب می‌آید، و گاه از آن به‌عنوان حرکتی ضد توسعه‌ای یاد می‌شود.

عدالت به هر شکلی که تعریف شود، در عمل برای اجرایی شدن نیاز به سنجه‌ها و امکانات/ منابع دارد. برخورد این مفهوم با واقعیت‌هایی که از آنها به منابع تعبیر می‌کنیم دو مسئله مهم و اجتناب‌ناپذیر را طرح می‌کند. اول این که محدودیت منابع، گزینش را اجتناب‌ناپذیر می‌کند و وجود گزینش برای تخصیص منابع ضمن ضروری بودن، محرومیت‌هایی را برای برخی گروه‌ها در پی خواهد داشت، و دوم این که، وقتی پای محدودیت منابع به میان می‌آید، کارایی و اثربخشی برنامه و تصمیمات اجتناب‌ناپذیر می‌شوند. در یک نگاه یک بعدی به مقوله عدالت، مدیریت منابع معمولاً به منابع مالی محدود می‌شود و لذا برای رفع این محدودیت و محرومیت، کمک‌های مالی مسقیم و غیرمسقیم، به‌عنوان یک راه‌حل آسان و پذیرفتنی مورد استقبال قرار می‌گیرند. اما کارایی چنین رویکردهایی گاه مورد تردید قرار می‌گیرد و نقش آن در کاهش فقر یا تعدیل و ترمیم شکاف مالی/ طبقاتی به زیر سؤال می‌رود، و مهم‌تر از آن این که، نفس پرداخت یارانه و منبع تأمین آن در رابطه با محل تخصیص آن به نقد کشیده می‌شود. سؤال ناظر به این امر این است: آیا می‌توان از ثروت ملی یا دارایی‌های عمومی برای رفع نیاز یا رفاه اقلیتی خاص استفاده نمود؟ مشروعیت این امر از کجا ناشی می‌شود؟

همه سؤالات عنوان شده در فوق، ممکن است به‌طور جدی در عرصه‌های اقتصادی مطرح و قابل دفاع باشند اما در عرصه سلامت و بیماری، وجود اثرات بیرونی سلامت و بیماری، و نقش مثبت و منفی آنها در تولید و رشد اقتصادی، و ماهیت فرافردی بودن این پدیده‌ها، مداخله نهادها و سازمانهای رسمی کشورها را در راستای تأمین سلامت آنها که بی‌تردید به نفع همگان و تأمین سلامت جامعه است، ضروری و مفید ساخته است. آنچه این مداخلات را کارآمدتر و اثربخش‌تر می‌کند، شناخت دقیق عرصه‌ها و گروه‌هایی است که سرمایه‌گذاری در سلامت آنها به رشد عمومی جامعه و سلامت با کیفیت‌تر همگان، بیانجامد. این نکته شایان

ذکر است که تعارضات مطرح شده در کالبدشکافی مفهوم عدالت، یا در رویکردها و نگرش‌های ناظر به آن، یا حتی در نقد سیاست‌های عملی مرتبط با آن، هر کدام به نوعی تجلی چالش‌های سنگین در این عرصه می‌باشد و عدالت تنها به توزیع، آن هم از نوع مالی و پولی محدود نشده و همه ابعاد حیات فردی و اجتماعی انسان را می‌تواند در بر گیرد.

در عرصه سلامت، برای تأمین عدالت، نه تنها در تأمین منابع، بلکه در تخصیص و توزیع آنها، ملاک‌ها و ضوابط متعددی مورد توجه قرار می‌گیرند، یا باید مورد توجه قرار گیرند که اثربخشی و کارایی را چه در مصرف و چه در سرمایه‌گذاری بهینه و بیشینه نمایند. تنها با رعایت این ضوابط است که گستره اقدامات ناظر به عدالت در سلامت می‌تواند وسعت بیشتری یابد و از عدالت از نوع افقی آن که پیچیدگی کمتری در اجرا دارد، به سمت عدالت از نوع عمودی آن که هنجاری است و مشکلات پیچیده‌تری در عمل با آن همراه است، حرکت نماید.

آنچه در حال حاضر در عرصه بهداشت و درمان کشور ما جاری است، سرشار از تفاوت و تضاد به‌ویژه در تخصیص منابع (اعم از فیزیکی، مالی، و انسانی) به لحاظ جغرافیایی و اقتصادی است که دسترسی را در ابعاد فیزیکی و مالی به خدمات بهداشتی، و بالاخص درمانی، برای مردم مناطق محروم و فقیر محدود می‌کند (به جداول ضمیمه نگاه کنید و به سیمای جمعیت و سلامت در ایران). البته اقداماتی جدی و سیاست‌هایی کاربردی از سوی سازمان‌های مسئول برای رفع این تنگناها به عمل آمده است که انعکاس بخشی از آنها را در سطح کلان، می‌توان در قوانین برنامه چهارم توسعه کشور دید.

این نکته را نباید از نظر دور داشت که تضاد و تبعیض در طول زمان شکل گرفته و در رگ‌وبی ساختارهای اجتماعی جوامع رسوب می‌کنند. لذا تعدیل نابرابری‌ها در راستای تحقق عدالت بی‌شک به زمان و یک مدیریت کارآمد نیازمند است و به نظر می‌رسد که با توجه به ماهیت خدمات عرصه سلامت و بیماری، مدیریت کارآمد حتی از دیگر منابع، به‌ویژه منابع مالی، نقشی مؤثرتر و پررنگ‌تر ایفا نماید.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. آمارتیا سن، در باب نابرابریهای اقتصادی، ترجمه حسین راغفر، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۸۱.

۲. اسپیناسی، سرجیو و همکاران، *گزینه‌های دشوار: سرمایه‌گذاری در سلامت برای توسعه*، WHO ترجمه ابوالقاسم پوررضا، دانشگاه علوم پزشکی تهران و وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، ۲۰۰۶.
۳. برتولت برشت، *اندیشه‌های متی*، ترجمه سروش حبیبی، انتشارات آگاه، ۱۳۸۲.
۴. رضوی، معاون، *عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.
۵. شاملو، احمد، *مدایح بی‌صله*، انتشارات زمانه، تهران، ۱۳۷۹.
۶. فرهنگ، منوچهر، *فرهنگ بزرگ علوم اقتصادی*، تهران، نشر البرز، ۱۳۸۱.
۷. غنی‌نژاد اهری، موسی، «عدالت، عدالت اجتماعی و اقتصادی»، *فصلنامه شماره ۶ تأمین اجتماعی*، ۱۳۷۹.
۸. فضایی، امیرعباس، *ارائه شاخص‌ها و فرمولی برای توزیع عادلانه منابع مالی در سطوح ملی و استانی در ایران*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و WHO، منتشر نشده، ۱۳۸۵.
۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، *سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، معاونت سلامت و...، ۱۳۷۹.
۱۰. میرباقری، سیدحسین و ابراهیم مرادیان نیری. *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، انتشارات کیومرث، تهران، ۱۳۸۴.
۱۱. نیلی، مسعود، *اقتصاد ایران و معماری توسعه‌نیافتگی*، دانشگاه صنعتی شریف، تهران، ۱۳۸۳.
۱۲. ویترو، سوفی و همکاران، *اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه*، ترجمه ابوالقاسم پوررضا، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ۱۳۸۳.

منابع انگلیسی

1. Over halt, A. Catherine, *Policy Choices and Practical Problems in Health Economics*, Development Institute of the World Bank, 1996.
2. "Human Development Report", World Bank, 2000.
3. Scambler, G., *Sociology as applied to Medicine*, W.B. Saunders Co, UK., 1997.
4. Health Systems: Improving Performance, WHO, Geneva, 2000.
5. Roberts. Marc, et.al., *Getting Health Reform Right, A Guide to Improving*, Performance and Equity, Oxford University Press, USA., 2004.

ضمائم

۱. سنجه‌های نابرابری
۲. آمار مؤسسات و واحدها و مراکز بهداشتی، درمانی اعم از دولتی و خصوصی به تفکیک استان در سال ۱۳۸۴.
۳. توزیع فراوانی واحدهای بهداشتی درمانی کشور برحسب استان و به تفکیک نوع وابستگی در سال ۱۳۸۴.
۴. توزیع فراوانی واحدهای بهداشتی درمانی کشور برحسب نوع مرکز و به تفکیک استان در سال ۱۳۸۴.
۵. توزیع فراوانی واحدهای بهداشتی درمانی کشور و نسبت جمعیت به یک واحد بهداشتی درمانی به تفکیک استان در سال ۱۳۸۴.
۶. آمار مؤسسات درمانی کشور بر حسب تعداد تخت ثابت و فعال و به تفکیک استان در سال ۱۳۸۴.
۷. توزیع فراوانی مؤسسات درمانی فعال (بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه) کشور برحسب جمعیت و به تفکیک استانها در سال ۱۳۸۴.
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمک به دانشگاههای علوم پزشکی بابت اعتبارات هزینه‌ای بخش بهداشت و درمان، موضوع ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه، سال ۱۳۸۶.