

تحلیل عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر فقر و نابرابری حوزه سلامت طی سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۰

Analysis of Socio-economic Factors Affecting Poverty and Health Inequalities During the Years 2011-2015

Masoomah Baoosh<sup>1</sup>, Malihe Shiani<sup>2</sup>, Meisam Mousaei<sup>3</sup>

**Introduction:** Health is a fundamental and indisputable right of every human being and is considered as an important factor in the socio-economic field. Health can be used as a starting point for social change and for achieving a high-priority objective such as justice. The impact of poverty and inequality mechanism in the field of health is so that the economic inequalities cause inequality in accessing the health services by making a social slope. Therefore, the importance and necessity of studying the factors affecting inequality in health comes from the fact that health is referred to as a universal right. Therefore, the purpose of this study is to examine the socioeconomic factors causing health inequality as well as the current situation of each of the variables in Iranian society. Because Justice is one of the main principles of ethics in the healthcare system, and its establishment at macro level depends on formulation of appropriate policies

1. Ph.D. Student in sociology
2. Ph.D. in sociology, <mshiani@ut.ac.ir>
3. Ph.D in Economics

معصومه باوش<sup>\*</sup>، ملیحه شبانی<sup>\*\*</sup>، میثم موسایی<sup>\*\*\*</sup>

**مقدمه:** سلامت از حقوق اصلی و تبعیض ناپذیر هر انسانی به شمار می‌رود و به‌عنوان عاملی مهم در حوزه اجتماعی-اقتصادی مطرح است. از حوزه سلامت می‌توان به‌عنوان نقطه شروعی برای تحول در حوزه اجتماعی و دستیابی به هدف والایی مانند عدالت بهره برد. تأثیر مکانیزم فقر و نابرابری در حوزه سلامت به‌گونه‌ای است که نابرابریهای اقتصادی با ایجاد شیب اجتماعی سبب نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی می‌شوند از این‌رو اهمیت و ضرورت مطالعه عوامل مؤثر بر نابرابری در سلامت از آنجا نشأت می‌گیرد که سلامت به‌عنوان یک حق همگانی از آن یاد می‌شود. از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی که موجب نابرابری سلامت می‌گردند و اینکه وضعیت فعلی هر یک از متغیرها در جامعه ایران چگونه است؟ می‌پردازد. زیرا عدالت از مبانی اساسی اخلاق در نظام سلامت محسوب می‌شود و برقراری آن در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاستهای مناسب از سوی سیاست‌گذاران و متولیان

- ۱- مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای «تحلیل عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر فقر و نابرابری حوزه سلامت طی سالهای ۱۳۹۴-۱۳۹۰» واحد دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی است.
- \* دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصاد توسعه، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز
- \*\* دکتر جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)، <mshiani@ut.ac.ir>
- \*\*\* دکتر اقتصاد، دانشگاه تهران

by policy-makers and healthcare providers. Health care policies and payment and reimbursement systems have a significant impact on health system's efficiency and cost control. Equity in health implies that all the individuals who need healthcare services must be able to access them timely and adequately. The inability to cover health care costs is affected by social and economic variables, which, with their improvement, poverty and inequality in health decrease which is addressed in this study.

**Method:** This is a descriptive-analytic study. In terms of purpose, this study is an applied study. In addition to illustrating what exists, explaining the reasons for how and why the situation is and its dimensions have been discussed. This research was a qualitative study in which secondary analysis was applied. To explain and justify the reasons, the reasoning in the literature and theoretical research have been used. The data collection method used in this study was library and documentary method. A documentary analysis was conducted in the form of reference to the published documents of the Statistical Center of Iran, the Ministry of Cooperatives, Social Welfare and the

سلامت است در این میان سیاستهای سلامت و نظامهای دریافت و پرداخت تأثیر بسیار مهمی بر کارایی نظام سلامت و کنترل مطلوب هزینه‌ها دارد. عدالت در سلامت نشان‌دهنده آن است که تمامی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی و بهره‌مند شوند و ناتوانی در تأمین هزینه‌های بهداشتی متأثر از متغیرهای اجتماعی و اقتصادی است که با بهبود آنها فقر و نابرابری در سلامت کاهش می‌یابد. که در این مطالعه به آن پرداخته شده است.

روش: این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی و برحسب هدف از نوع کاربردی است. به طوری که علاوه بر تصویرسازی آنچه هست به تشریح و تبیین دلایل چگونگی بودن و چرایی وضعیت مسئله و ابعاد آن پرداخته شده است. روش‌شناسی تحقیق، کمی و روش آن تحیل ثانویه بوده است. برای تبیین و توجیه دلایل، از تکیه‌گاه استدلالی در ادبیات و مباحث نظری پژوهش استفاده شده است. گردآوری داده‌ها از طریق تحلیل اسنادی صورت گرفته است از تحلیل اسنادی در قالب مراجعه به مستندات منتشر شده مرکز آمار ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، بانک مرکزی، مرکز پژوهش‌های مجلس، جست‌وجوی کتب، مجلات و مقالات و پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه نابرابری و عدالت در سلامت و فقر استفاده شده است.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج به دست آمده میان فقر مطلق، هزینه‌های کمرشکن سلامت، فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن سلامت، تورم، ضریب جینی، شهرنشینی و بیکاری به‌عنوان متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت به‌عنوان متغیر وابسته رابطه معنادار و منفی

Ministry of Health and Medical Education, the Central Bank, the Research Center of the Majlis, the search for books, journals, articles and researches carried out in the field of inequality and justice in health and well-being.

**Findings:** Based on the results, there is a significant and negative relationship between absolute poverty, health extremely high expenditures, poverty caused by health extremely high expenditures, inflation, Gini coefficient, urbanization, unemployment as independent variables and equity in health as a dependent variable. In other words, by increasing one indicator, another index value is reduced. There is also a positive and significant relationship between education and economic participation rates. The findings also indicate that the socio-economic status of individuals and macro-economic sources affect the health of individuals.

**Discussion:** Regarding the results achieved in the field of health, the increase in cost of health systems due to the expansion of new and expensive health technologies, the increase in community expectations regarding the health systems and the growth of chronic diseases cause significant growth in health expenditure of the

وجود دارد به عبارتی با افزایش یک شاخص، مقدار شاخص دیگر کاهش می‌یابد. همچنین میان آموزش و نرخ مشارکت اقتصادی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یافته‌ها نشان از آن دارد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و مولفه‌های کلان اقتصادی، سلامت افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد.

**بحث:** نتایج به دست آمده حاکی از آن است که در حوزه سلامت، افزایش روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت ناشی از گسترش فن‌آوری‌های جدید و گران‌قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن، هزینه‌های سلامت در سبد خانوار رشد قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند. برخی از مشکلات حوزه سلامت ساختاری و برخی از بخش‌های خارج از حوزه سلامت و سیاست‌های کلان سلامت منشأ گرفته‌اند لذا ارتقاء سلامت در افراد محروم و آسیب‌پذیر از طریق برنامه‌های متناسب برای این اقشار از جوامع، کاهش شکاف بین گروه‌های فقیر و غنی در جامعه و ایجاد شیب سلامتی مثبت برای تمام اقشار اجتماعی-اقتصادی باید مورد توجه دولت قرار گیرد و توسعه و تعهد واقعی مسئولین به سلامت به‌عنوان هدف اجتماعی و به حساب آوردن آن به‌عنوان جزء مهم توسعه می‌تواند از علل موفقیت در حوزه سلامت افراد و جامعه باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت، عوامل اجتماعی و اقتصادی، نابرابری در سلامت

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۳

households. Some of the problems of the health field are structural and some others are caused by sectors outside the health field and health macro policies. Therefore, promotion of health in deprived and vulnerable people through appropriate programs for these groups of the population, reducing the gap between poor and rich communities in the society and creating a positive health slope for all social and economic strata should be considered by the government. The actual commitment of the authorities to health as a social goal and considering it as an important component of development can be a cause of success in the health of individuals and society.

**Keywords:** Health, Health inequalities, Social and economic factors

## مقدمه

امروزه سلامت<sup>۱</sup> به مثابه پدیده‌ای چندبعدی و چندلایه در زمره حقوق اولیه انسانی است و اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵) برخورداری از یک زندگی سالم و عاری از بیماری و ناتوانی را حقی همگانی می‌داند که از طریق برابری در دستیابی به خدمات بهداشتی و درمانی در یک جامعه محقق می‌شود و لزوم پایبندی پایدار بر عدالت و برابری پیش شرط اصلی موفقیت نظام سلامت محسوب می‌شود (مرکز پژوهشهای مجلس، ۱۳۸۳). براین اساس تأمین سلامت افراد مورد توجه دولت‌ها و سیاست‌گذاران قرار گرفت و تلاش جهت

کاهش نابرابری در سلامت به‌عنوان هدف نظام سلامت و تحقق آن در قالب برنامه‌های رفاهی و سیاست‌گذاری متمرکز شد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰).

برابری و عدالت در سلامت بعد از طرح اولیه در دهه ۱۹۹۰ موجب شد رویکرد اجتماعی و اقتصادی در کنار رویکرد پزشکی مورد توجه قرار گیرد، زیرا رویکردهای یک بعدی و تک‌رشته‌ای برای شناخت کامل پیچیدگیها و مدیریت بر مسائل مرتبط با فقر و نابرابری در سلامت، کافی نیست و مقولاتی همچون عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت، مشارکت مالی عادلانه در اولویت سیاست‌گذارها قرار گرفت (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵) و برای اندازه‌گیری

1. health

پیشرفت جوامع از آن استفاده روزافزون می‌شود. از این تاریخ به بعد بحث‌های عدالت و نابرابری در سلامت در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و اقتصاد سلامت متمرکز شد که تأکید بر تفاوت میان افراد از نظر دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی دارد (کریمی، ۱۳۸۷) و عنوانی برای نشان دادن وضعیت عمومی سلامت در یک جامعه است که با معیارهای اجتماعی و اقتصادی تعیین می‌شود عواملی همچون فقر، بیکاری، اشتغال، آموزش، تورم، هزینه‌های کمرشکن سلامت و پرداخت از جیب را شامل می‌شود (حکیمی، ۱۳۹۵).

در سالهای اخیر به واسطه نقشی که فقر و نابرابری در سلامت در ناتوانی و سلامت فردی و اجتماعی دارد، از اهمیت بسزایی در تحقیقات اقتصاد سلامت و جامعه‌شناسی پزشکی برخوردار شده است و از آنجا که یکی از رسالت‌های نظام سلامت، حفظ جایگاه انسانی و امنیت افراد در زمان بیماری و برقراری عدالت در سلامت و به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت می‌باشد، پرداختن به این موضوع ضروری به نظر می‌رسد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴).

در ایران توجه به این موضوع در وجه مطالعات علمی و سیاست‌گذاری از دو بعد خرد و کلان ضرورت و اهمیت دارد؛ در بعد کلان این مفهوم را می‌توان در مواردی همچون ارزیابی اثرات سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی و نابرابری اجتماعی-اقتصادی یک جامعه جستجو کرد و در بعد خرد آن توجه به مکانیسم تأمین منابع مالی بخش سلامت و پرداخت از جیب اهمیت بیشتری می‌یابد به طوری که شیوه تأمین منابع در این بخش هرچقدر بیشتر از محل منابع عمومی و پیش‌پرداختها (قبل از بروز بیماری) باشد، نظام سلامت عادلانه‌تر خواهد بود و هر چه تأمین منابع بیشتر از محل پرداخت از جیب و در زمان بیماری صورت گیرد، نظام تأمین منابع مالی سلامت غیرعادلانه‌تر خواهد بود.

وضعیت فقر و نابرابری در سلامت با توجه به مطالعات انجام پذیرفته، نشان می‌دهد

رتبه ایران از نظر شاخص عدالت و برابری در سلامت در جایگاه مناسبی نسبت به سایر کشورها وجود ندارد (رتبه ۱۱۸) (نظری، ۱۳۹۴) و در حدود ۳/۱۰ درصد از جمعیت بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خود را صرف هزینه‌های درمانی می‌کنند و اصطلاحاً در گروه خانوارهای با «هزینه‌های کمرشکن سلامت» قرار گرفته و بالغ بر ۱/۳۰ درصد از جمعیت صرفاً به دلیل هزینه‌های کمرشکن سلامت در دام فقر گرفتار می‌شوند.

فقر و نابرابری در سلامت از سیاست‌های کلان و خرد تأثیر می‌پذیرند و این مفهوم، رفاه اجتماعی یک جامعه را به تصویر می‌کشد، بنابراین بررسی مستمر شاخص فقر و نابرابری در سلامت ضروری است در این مقاله سعی بر آن است تا تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر فقر و نابرابری در سلامت مورد بررسی قرار گیرد و پرسش اصلی آن است که با وجود بهبود شاخص‌های عملکردی در حوزه سلامت همچون افزایش امید به زندگی (سازمان ثبت احوال کشور ۱۳۹۵-۱۳۹۲)، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲) به چه دلایلی فقر و نابرابری در سلامت افزایش یافته است؟ که با تأکید بر عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر فقر و نابرابری این مسئله مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### پیشینه تجربی

پژوهش‌های داخلی و خارجی مختلفی پیرامون عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر فقر و نابرابری در سلامت وجود دارد که از میان آنها مهم‌ترین و جدیدترین پژوهش‌های داخلی و خارجی به صورت دسته‌بندی شده به شرح ذیل آورده شده است:

محمدزاده موسی کندی (۱۳۹۲) به موضوع ماهیت و اهمیت نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی در بخش سلامت ایران پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد سلامتی افراد، ارتباط مستقیم با تأمین مالی بخش سلامت دارد. سهم اندک بخش سلامت از تولید ناخالص ملی و درعین حال سهم زیاد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها (بین ۵۰ تا ۶۰ درصد) از

مهم‌ترین مشکلات در این بخش است و عدم کارایی بیمه‌ها در محافظت افراد در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت، احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا، تعدادی از جمعیت را تهدید می‌کند.

یافته‌های پژوهش یوسفی (۱۳۹۲) با عنوان «خانوارها و هزینه‌های سلامت: اجزا، ابعاد و تعیین‌کننده‌ها» نشان داد بیش از دو درصد از خانوارهای مورد مطالعه با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شده‌اند و حدود یک درصد نیز به زیرخط هزینه امرار معاش کشیده شده‌اند. هزینه‌های کمرشکن با عدالت در سلامت رابطه منفی دارد.

حسینی (۱۳۹۳) در مطالعه بررسی چالش‌های عمده سیاست‌گذاران نظام سلامت و نحوه تأمین مالی خدمات سلامت به این نتیجه رسید که در ایران پرداخت‌های مستقیم از جیب، شیوه رایج تأمین مالی است و در نتیجه احتمال بروز هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی بالاست. کاهش ضریب جینی، نرخ بیکاری و نرخ تورم، اثری کاهنده بر نسبت مواجهه خانوارهای با هزینه کمرشکن سلامت دارد.

احمدی (۱۳۹۳) در مطالعه ارزیابی عدالت در نظام سلامت ایران آورده است نابرابری قابل توجهی بین گروه‌های مختلف درآمدی وجود داشته به گونه‌ای که خانوارهای پردرآمدتر، احتمال استفاده از خدمات سلامت بیشتری داشته‌اند، اوایل و اواخر دهه ۸۰ بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت به نفع ثروتمندان وجود داشته است و نابرابری درآمد و شهرنشینی دو علت اصلی بی‌عدالتی هستند.

نظری (۱۳۹۴) در نتایج مطالعه خود با عنوان وضعیت نابرابری در نظام سلامت طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۹۳ آورده است، شاخص تمرکز هزینه‌های سلامت برای خانوارهای شهری، روستایی و کل کشور در سالهای مورد بررسی همواره با افزایش همراه بوده است و موجب گردیده شاخص عدالت در سلامت کاهش یابد. همچنین رابطه میان عدالت در سلامت با درصد افراد زیرخط فقر، تورم و هزینه‌های کمرشکن منفی و معنادار است.

حکیمی (۱۳۹۵) به موضوع ماهیت و اهمیت نابرابریهای اجتماعی - اقتصادی در بخش سلامت ایران پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد سلامتی افراد، ارتباط مستقیم و معناداری با فقر و تورم در حوزه بهداشتی دارد.

کانستانتین<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه خود به این نتیجه می‌رسد که ناکارایی سیستم سلامت، با درآمد سرانه و نابرابری درآمدی مرتبط است. زمانی که هزینه‌های بخش سلامت از جیب اشخاص پرداخت می‌شود سیستم سلامت کارایی بیشتری نسبت به حالتی که بخش عمومی در این زمینه هزینه و سرمایه‌گذاری انجام می‌دهد، خواهد داشت.

عباس و هیمنز<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) آورده‌اند شهرنشینی تأثیر مبهمی بر هزینه‌های سلامت دارد و ممکن است اثر مثبت یا منفی بر مخارج سلامت داشته باشد. تأثیر منفی شهرنشینی را بر هزینه‌های سلامت به این صورت بیان می‌کند که شهرنشینی منجر به در دسترس بودن بیشتر خدمات بهداشتی شده و تقاضا برای هزینه‌های سلامت را جبران می‌کند ولی یکی از دلایلی که این ارتباط منفی را ممکن می‌سازد، زیرساختهای شهری نسبت به مناطق روستایی به‌خوبی توسعه یافته است (مانند حمل و نقل عمومی در مناطق شهری) که باعث تسهیل خدمت‌رسانی و کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود.

مارکوس<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) اشاره دارد بیکاری منجر به از دست دادن منافع مالی و غیرمالی حاصل از اشتغال می‌شود با کاهش درآمد ناشی از بیکاری، افراد توانایی تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان را نخواهند داشت.

بجا<sup>۴</sup> (۲۰۱۴) آورده است نرخ تورم و نرخ بیکاری اجزای اصلی اندازه‌گیری بدبختی در قالب شاخص فلاکت هستند. شاخص فلاکت به‌عنوان مقیاسی برای فقدان رفاه اقتصادی یک کشور بیان می‌کند که رفاه از دست‌رفته با استفاده از مقادیر تورم و بیکاری قابل اندازه‌گیری

1. Constantin  
3. Markus

2. Abbas and Hymanes  
4. Baja



است.

در مطالعه وو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) بیکاری به عنوان یکی از اجزای شاخص فلاکت ارتباط منفی با هزینه‌های سلامت دارد، بیکاری منجر به کاهش درآمد فردی و ملی می‌شود. و از سوی دیگر، با کاهش درآمد سهم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کاهش بیشتری نسبت به نیازهای اساسی دیگر در سبد خانوار دارد.

مطالعه اندوروز<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در شهر دوبلین نشان می‌دهد سلامتی در ارتباط مستقیم با شاخصهای سطح سواد و درآمد سرانه می‌باشد و همچنین ارتباط معنی داری بین سلامت و شاخص مشارکت در تأمین مالی وجود دارد.

جدول (۱) سایر مطالعات تجربی

ردیف	مجری (سال)	نتایج
۱	چو و وانگ (۲۰۰۹)	نابرابری درآمدی بر نابرابری مخارج سلامت در مناطق روستایی و فقیرنشین تأثیر منفی دارد.
۲	سن و روت (۲۰۰۷)	نتایج مطالعه بیانگر تأثیر مثبت و معنادار درآمد و آموزش بر هزینه‌های سلامت خانوار است. درآمد خانوار تأثیر قابل توجه و معناداری بر هزینه‌های سلامت دارد؛ اما تأثیر آموزش ناچیز است
۳	هانسن و کینگ (۱۹۹۶)	درآمد ارتباط مثبت و معناداری با هزینه‌های سلامت دارد. علاوه بر این، نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال و بالای ۶۵ سال و قیمت نسبی مراقبت‌های بهداشتی نیز می‌تواند تعیین‌کننده هزینه‌های سلامت باشد.
۴	کاظمیان و جوادی‌نسب (۱۳۹۳)	افزایش سن، سطح تحصیلات، درآمد و تعداد اعضای خانوار بر هزینه‌های سلامت خانوارهای کم‌درآمد در بخش غیررسمی تأثیر مثبت و افزایش نرخ بیکاری شهری بر هزینه‌های سلامت خانوارهای کم‌درآمد تأثیر منفی دارد.
۵	فتاحی و همکاران (۱۳۹۲)	آلودگی هوا، شهرنشینی، بار تکفل، درآمد سرانه و اندازه دولت تأثیر مثبت و آموزش تأثیر منفی و معناداری بر هزینه‌های عمومی سلامت کشورهای موردبررسی دارد.

1. Wow
2. Andoro

تحلیل پیشینه‌های داخلی و خارجی دربرگیرنده نکاتی است که در اینجا به آن اشاره می‌شود:

- پژوهش‌ها گویای این مطلب است که مفهوم فقر و نابرابری در سلامت در علوم متنوع کاربرد دارد و یک مفهوم میان رشته‌ای است و دامنه شمول بالایی دارد. با وجود این وسعت، بعد اجتماعی و اقتصادی به صورت توأمان کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و اکثر پژوهش‌ها در حوزه نابرابری یا عدالت در سلامت صورت گرفته است در حالی که فقر سلامت مورد توجه قرار نگرفته است. طیف وسیعی از پژوهش‌ها از مفاهیمی چون فقر، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، تورم و نابرابری درآمدی و ضریب جینی استفاده شده است. در بین مطالعات انجام گرفته، علاوه بر مفاهیم اقتصادی، به مفاهیمی اجتماعی مختلفی از قبیل بیکاری، اشتغال، پوشش بیمه درمان و شهرنشینی به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر نابرابری در سلامت پرداخته شده است. بررسی پیشینه‌های داخلی و خارجی حاکی از آن است که نابرابری در سلامت تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد و تأثیر همزمان عوامل اجتماعی و اقتصادی بر فقر سلامت و نابرابری در سلامت در کشور مورد مطالعه قرار نگرفته است. بدین ترتیب پرداختن به این موضوع در پژوهش حاضر به نوعی نوآوری محسوب می‌شود.

### چارچوب نظری

در این بخش از مطالعه قبل از پرداختن به چارچوب نظری مروری هر چند گذرا بر مفاهیم اصلی ضروری به نظر می‌رسد.

سلامت (Health) ریشه لغوی واژه انگلیسی «health» است. سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و

فرهنگی قرار می‌گیرد (نیدو، ۲۰۰۰). بر اساس تعریفی از سازمان جهانی بهداشت (WHO)<sup>۱</sup> سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (لست، ۱۳۶۷).

سازمان جهانی بهداشت نابرابری در سلامت را تفاوت در وضعیت سلامت به علت تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی در گروه‌های مختلف تعریف مینماید بنابراین بی‌عدالتی در سلامت شامل آن دسته از نابرابریهایی است که ناعادلانه بوده و یا به دلیل برخی عدم دسترسها ایجاد شده است (ویلکسون و مارموت، ۲۰۰۳).

در چارچوب نظری پژوهش باید اشاره داشت سه رویکرد مطرح در جامعه‌شناسی پزشکی و اقتصاد سلامت مرتبط با نابرابری در سلامت مطرح است که شامل رویکرد زیست‌شناسی، جامعه‌شناسی فقر و نظریه ساخت‌یابی می‌باشد که به شرح ذیل آورده شده است:

### ۱- رویکرد زیست‌شناسی

در این رویکرد عوامل نابرابری در سلامت غالباً در دو طیف عمده قرار می‌گیرد. در یک طرف، دیدگاه‌هایی قرار دارد که در آن بر نقش عوامل ساختاری در توزیع سلامت و بیماری تأکید شده است. در مقابل، در دیدگاه زیستی، بر عوامل فردی به‌عنوان عامل عمده نابرابریهای سلامت تأکید دارند.

### دیدگاه‌های زیستی

این دیدگاه بر عوامل زیستی و ژنتیکی در ایجاد طبقات و نابرابریهای سلامت تأکید دارد. (کارپینو و همکاران، ۲۰۰۶). مطابق این تئوری قدیمی منشاء نابرابری اجتماعی-اقتصادی عوامل زیست‌شناختی است و طبیعت و اقتضائات طبیعی منشاء اصلی حق محسوب می‌شود

1. World Health Organization

و از آنجا که انسانها در اصل طبیعت خود نابرابر خلق شده‌اند، بنابراین در بهره‌مندی از مواهب و حقوق اجتماعی نیز برابر نیستند و عده‌ای از افراد پس از تولد با کمترین امکانات خود را به مراتب بالای اجتماعی و اقتصادی می‌رسانند و بر دیگران مسلط می‌شوند و از نظر روانشناختی نیز آمادگی بیشتری برای رهبری و مدیریت دیگران و دستیابی به موقعیت اجتماعی و اقتصادی همچون مشاغل پردرآمد، سطوح سواد بالاتر و سلامت بهتر و... دارند. در این رهیافت نابرابریها در وضعیت سلامت افراد تا اندازه‌ای به تشکیلات ژنتیک انسان وابسته است.

### دیدگاه انتخابی

بر اساس این دیدگاه وضعیت سلامت، خود عامل دستیابی افراد به موقعیتهای اجتماعی و قرار گرفتن در طبقات مختلف است. این رویکرد با تأکید بر انتخاب غیرمستقیم<sup>۱</sup> شانس دستیابی به سلامت مناسب و پایدار را متأثر از رخدادهایی که در طول زندگی یک فرد از سالهای اولیه کودکی و حتی پس از آن رخ می‌دهد، می‌داند. بنابراین افرادی که در کودکی از وضعیت سلامت نامساعدی برخوردارند به احتمال زیاد در بزرگسالی در طبقات اجتماعی محروم قرار می‌گیرند. آنچه در این دیدگاه مورد توجه است نابرابریهای سلامت بازتاب محرومیتهای زیستی، روانی و اجتماعی تجربه شده فرد در دیگر دوره‌های زندگی است (بارتلی، ۲۰۰۴).

### دیدگاههای مادی

از مباحث عمده‌ای مطرح در این بحث اثرات نابرابریهای اجتماعی و چگونگی تأثیر نابرابری درآمدی بر سلامت است. بر اساس این دیدگاه توزیع نابرابر درآمد در جوامع مختلف عامل اصلی نابرابریهای سلامت است و در دو سطح خرد و کلان مطرح می‌شود (ماچینکا، ۲۰۰۳). در سطح خرد، توجه به فرآیندهای روان‌شناختی ناشی از مقایسه

1. indirect selection

اجتماعی افراد و گروههای درآمدی مختلف با یکدیگر دارد که می‌تواند منجر به ایجاد احساس محرومیت نسبی و درنهایت نابرابری در سلامت شود. متقابلاً، در سطح کلان به تأثیر نابرابریهای درآمد بر فرسایش سرمایه اجتماعی و فروپاشی سازمانهای اجتماعی و مدنی تأکید می‌کند (کاوچی، ۱۹۹۷). چنین امری می‌تواند منجر به کاهش مشارکت مؤثر مردم در کنترل و نظارت بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی و سیاسی مرتبط با سلامت شود. در این سطح از تحلیل، سرمایه اجتماعی، یک ویژگی بوم‌شناختی محیطی قلمداد می‌شود که توزیع متفاوت آن در جوامع و نواحی مختلف می‌تواند با توزیع نابرابر سلامت مرتبط باشد (کاوچی، ۱۹۹۹).

## ۲- رویکرد جامعه‌شناسی فقر

در به‌کارگیری این رویکرد در حوزه نابرابری در سلامت می‌توان چنین گفت که سلامت انسانها نه تنها تحت تأثیر فقر مالی بلکه تحت تأثیر محرومیت اجتماعی که یکی دیگر از اثرات نادیده‌گرفته‌شده فقر است قرار می‌گیرد به طوری که فقرا به‌علت توان اقتصادی ناکافی، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی و تأمین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت که این موضوع باعث سرکوب نیازهای درمانی افراد خواهد شد. رویکرد جامعه‌شناسی فقر (فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) را می‌توان با فقر سلامت مرتبط کرد و در این زمینه به ۳ نظریه به شرح ذیل اشاره می‌شود؛

## نظریه داورنیسم اجتماعی فقر

این نظریه در تلاش برای تبیین فقر با توجه به نگرشها و رفتارهای افراد فقیر برآمده است. طبق این نظریه، فقیران به‌دلیل برخورداری از خصایص و رفتارهایی چون فرار از کار سخت، ولخرجی و نداشتن آینده‌نگری فقیر هستند. در برخی نظرات ضرایب هوشی و توان

ذهنی پایین، خصایص ژنتیکی و نظایران هم اشاره شده است (شیانی، ۱۳۸۴). بر اساس این نظریه افراد با استعدادها، ویژگیها و توانمندی و مهارتهایشان بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شان تأثیر می گذارند. بنابراین فقر ناشی از کفایت و صلاحیت فرد است چراکه فقر نتیجه کنش عقلانی او است و فقدان انگیزه پیشرفت در افراد فقیر منجر به تداوم فقر آنها شده است و این گروه به دلیل فقر، ناتوان از رفع نیازهای درمانی خود خواهند بود و با نسلی شدن فقر این شرایط سخت ترمی شود.

### فرهنگ فقر

نظریه دیگر به نام فرهنگ فقر در سال ۱۹۵۹ توسط اسکار لوئیس اشاعه یافته است. طبق این نظر، فرهنگ فقر سندرم ویژه‌ای است که در برخی شرایط رشد می‌کند و فقرا تجسم مجموعه مشترک ارزشها، هنجارها و الگوهای رفتاری هستند که از فرهنگ غالب و عمومی متفاوت است. در حقیقت فقرا شیوه زندگی یا خرده فرهنگ خاص خود را دارند (شیانی، ۱۳۸۴). نظریه پردازان این گروه معتقدند، فقر از طریق انتقال مجموعه‌ای از باورها، ارزشها، هنجارها و مهارتها، از یک نسل به نسلهای بعدی منتقل می‌شود و افراد مسئول فقر خود نیستند بلکه آنها قربانیان فقر هستند که تحت تأثیر شرایط بد خرده فرهنگ و فرهنگ شان به آن دچار شده‌اند. این نظریه پلی میان فقر فرهنگی و فقر سلامت را بازگو می‌کند که تحت تأثیر ارزشها، هنجارها و الگوهای رفتاری افراد قرار دارد که موجب نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت می‌شود و افراد نیز تلاشی برای بهبود وضعیت خود ندارد.

### نظریه موقعیتی فقر

این نظریه رفتارهای فقرزا را به دلیل نداشتن منابع و فرصتهای انطباق با شیوه‌های طبقه متوسط توضیح می‌دهد و وجود زیربنای اقتصادی در مناطق مختلف یا فقدان آن یکی از عوامل

جغرافیایی مؤثر بر شکل‌گیری ساختارهایی است که فقر می‌آفرینند یا آن را از بین می‌برد. در این نظریه، فقر به انباشت (تراکم) اقتصادی مربوط است. پیدایش بخشهای صنعتی جدید و قوی، مثل شرکتهای بزرگ، بازارهای پررونق تولید محصولات مازاد بر نیاز مردم، خدمات حمایتی زیادی را برای ساکناناش فراهم می‌سازد. ولیکن شرایطی که منجر به فقر و پیامدهای آن (جرم، خدمات اجتماعی نابرابر و...) می‌شود. در مناطقی دیده می‌شود که مازاد اقتصادی نداشته و اقتصاد آن مناطق کفاف زندگی (حداقل معیشت) را نمی‌دهد. پایین بودن هزینه‌های زندگی، ارزانی قیمت خانه و اجاره‌خانه در مناطق حاشیه‌نشین و محروم، فقرا را به سوی خود جذب می‌کند و یک خرده‌فرهنگ فقر را در این مناطق رقم می‌زند و نابرابریهای سلامت در این نظریه با توزیع نامناسب بیمارستانها، پزشکان در مناطق مختلف ارتباط می‌یابد.

### ۳- دیدگاه ساخت‌یابی

دیدگاههای قبلی در یکی از رویکردهای کنش یا ساختار قرار خواهند گرفت با توجه به اهمیت این موضوع در سالهای اخیر نظریه‌های مختلفی از سوی برخی از صاحب‌نظران در جهت نشان دادن تعامل بین عاملیت و ساختار مطرح شده است که در این مورد می‌توان به نظریه ساخت‌یابی اشاره کرد.

رویکرد ساخت‌یابی، عاملیت فردی کنشگران در ارتباط متقابل با ساختارهای اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. براین اساس، نظریه ساخت‌یابی دربر دارنده مفهومی از دوسویگی است که به طبیعت اساساً بازاندیشانه زندگی اجتماعی و وابستگی دوجانبه ساخت و عاملیت مرتبط است. در کنار مفهوم قدرت به‌عنوان محور عمده نظریه ساخت‌یابی بررسی راهبردهای مقاومت و نحوه بازتولید ساختار از سوی عاملان اجتماعی اهمیتی اساسی دارد. لذا با توجه به دوسویه بودن مناسبات قدرت در نظریه ساخت‌یابی، حتی گروههای فرودست نیز که در رابطه اجتماعی نابرابری قرار دارند، می‌توانند جریان توزیع منابع و شکل‌گیری قواعد را با

کنش خود متأثر سازند (گیدنز، ۱۳۸۴).

در به‌کارگیری این نظریه در حوزه نابرابری در سلامت می‌توان به محدودیت عاملیت فردی و تشدید سلطه و اقتدار در روابط پزشک/بیمار به دلیل کاهش استقلال در نقش عاملی افراد بیمار، اشاره کرد در این زمینه، مشارکت بیماران در شبکه‌های حمایت و گروه‌های خودیاری 'صورت دیگری از توانمندی عاملان اجتماعی است که می‌تواند منجر به تقویت ارتباط و تعامل فرد با ساختارهای محیطی شود (بوری و گاب، ۲۰۰۴). بنابراین، نابرابری‌های بین افراد در زمینه سلامت و بیماری بیش از آنکه ناشی از ظرفیت زیستی و جسمانی آنان باشد ناشی از وضعیت فرد در روابط اجتماع و میزان کنترل بر تعیین‌کننده‌های سلامت می‌باشد (کریچر، ۲۰۰۱).

## روش

### ماهیت و نوع تحقیق

پژوهش حاضر از نوع پژوهش کمی است که با روش تحلیل ثانویه اجرا شده است. زیرا یافته‌های آن با توسل به عملیات آماری حاصل شده است و مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است به طوری که علاوه بر تصویرسازی آنچه هست به تشریح و تبیین دلایل چگونه بودن و چرایی وضعیت مسئله و ابعاد آن پرداخته شده است. برای تبیین و توجیه دلایل، از تکیه‌گاه استدلالی در ادبیات و مباحث نظری پژوهش استفاده شده است. همچنین این پژوهش برحسب هدف از نوع کاربردی است.

### جامعه آماری

جامعه پژوهش در برگیرنده کلیه خانوارهای شهری و روستایی است که اطلاعات آن از

---

1. self-help group



طریق طرح آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی همه ساله توسط مرکز آمار ایران به اجرا گذاشته می‌شود، مورد استفاده قرار گرفته است.

### سنجش‌ها

عوامل اجتماعی: (متغیر مستقل): عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شامل شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد، زندگی و کار می‌کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸). عوامل اجتماعی در این تحقیق با استفاده از شاخصهای اشتغال، بیکاری، آموزش، شهرنشینی عملیاتی گردیده است.

عوامل اقتصادی: (متغیر مستقل): عوامل اقتصادی شامل آن دسته از عواملی که به حوزه مالی و پولی در سطح کلان و در سطح خانوار به‌عنوان قدرت خرید و یا هزینه اطلاق می‌شود. این عوامل در دسترسی و رفع نیازهای سلامت انسان نقش بسزایی دارند و از طریق اثراتی که بر خانوار خواهند داشت، در سلامت افراد جامعه مؤثرند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸). عوامل اقتصادی در این تحقیق از طریق فقر مطلق، تورم، ضریب جینی و هزینه‌های کمرشکن سلامت عملیاتی گردیده است.

نابرابری در سلامت (متغیر وابسته): طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) نابرابری در سلامت عبارت از تفاوت در وضعیت سلامت به علت تعیین‌کننده‌های اجتماعی و اقتصادی در گروههای مختلف است. به عبارتی تفاوت‌های موجود از نظر برخورداری از خدمات سلامت در میان افراد یک جامعه (کریمی، ۱۳۸۷). این متغیر از طریق شاخص عدالت در سلامت عملیاتی گردیده است.

فقر سلامت (متغیر وابسته): به معنای محرومیت خانوار از استانداردهای زندگی بر اساس آستانه ۳۰ درصد است که از طریق شاخص فقر چندبعدی عملیاتی گردیده است.

## گردآوری داده‌ها

گردآوری داده‌ها از طریق تحلیل اسنادی صورت گرفته است. از تحلیل اسنادی در قالب مراجعه به مستندات منتشرشده مرکز آمار ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، بانک مرکزی، مرکز پژوهش‌های مجلس، جست‌وجوی کتب، مجلات و مقالات و پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه نابرابری و عدالت در سلامت و فقر استفاده شده است.

## تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌ها ابتدا همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و وابسته بررسی شده است و سپس به منظور تحلیل دقیق‌تر با استفاده از رگرسیون چندمتغیره و روش تحلیل مسیر میزان تأثیرگذارترین متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته به دست آمده است.

## یافته‌ها

### فقر خانوارهای شهری و روستایی

مطابق بند پ از ماده اول آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مصوب هیأت دولت، «فقر شدید وضعیتی است که در آن اگر تمامی درآمد خانوار صرف تهیه غذا شود، سرپرست خانوار قادر به تأمین ۲۰۰۰ کیلوکالری روزانه برای هر یک از افراد خانوار، بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد. مطابق بند ت از ماده اول آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مصوب هیأت دولت، «فقر مطلق وضعیتی است که در آن خانوار به لحاظ درآمدی قادر به تأمین حداقل نیازهای اساسی خوراکی و غیر خوراکی (مسکن، پوشاک، درمان و آموزش) خود نباشد.

جدول (۲) خط فقر شدید و مطلق ماهانه (هزار ریال) و نسبت خانوارهای زیر خط فقر شدید (%).

خانوار	شاخص	۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲		۱۳۹۳		۱۳۹۴	
		شدید	مطلق	شدید	مطلق	شدید	مطلق	شدید	مطلق	شدید	مطلق
شهری	خط فقر سرانه	۷۴۱	۲۳۴۸	۱۲۹۵	۳۹۴۲	۱۷۵۱	۴۷۶۱	۱۶۶۱	۴۹۳۴	۱۷۰۰	۵۰۱۰
	نسبت خانوار زیر خط فقر	۰/۳۴	۱۷/۹	۰/۸۷	۳۳/۴	۱/۱۹	۳۳/۷	۰/۹۶	۳۱/۸	۰/۹۷	۳۳/۴
روستایی	خط فقر سرانه	۷۱۸	۱۷۰۳	۱۱۴۷	۲۴۹۶	۱۵۵۲	۳۲۹۰	۱۶۲۲	۳۷۹۱	۱۶۹۹	۳۹۰۰
	نسبت خانوار زیر خط فقر	۲/۲۳	۲۶/۶۵	۴/۷	۴۰/۰۷	۴/۹	۳۸/۷	۳/۶	۳۰/۱	۳/۹	۴۰/۱

در جدول شماره (۲) خط فقر شدید و نسبت خانوار زیر خط فقر شدید به تفکیک شهری و روستایی ارائه شده است. براین اساس خط فقر شدید در سال ۱۳۹۴ برای مناطق شهری رقم ۱۷۰ هزار تومان در ماه برای یک نفر بزرگسال است. این خط فقر در روستاها ۱۶۹ هزار تومان برای یک نفر می‌باشد. همچنین در سال ۱۳۹۲ نسبت خانوارهای زیر خط فقر شدید روستایی و شهری بیش از سایر سالهای مورد بررسی است

با توجه به ارقام جدول شماره (۲)، خط فقر مطلق در سال ۱۳۹۴ برای خانوارهای شهری به ازای هر نفر ۵۰۱ هزار تومان و برای خانوارهای روستایی به ازای هر نفر ۳۹۰ هزار تومان است. نسبت خانوارهای شهری و روستایی زیر خط فقر مطلق نشان می‌دهد. در سال ۱۳۹۴ بیش از ۳۳/۴ درصد خانوارهای شهری و ۴۰/۱ درصد خانوارهای روستایی زیر خط فقر

مطلق قرار گرفته اند. بیشترین نسبت خانوارهای زیر خط فقر مطلق در شهرها متعلق به سال ۱۳۹۲ با ۳۳/۷ درصد و کمترین آن مربوط به سال ۱۳۹۰ با ۱۷/۹ درصد است بیشترین نسبت خانوارهای زیر خط فقر مطلق در روستاها متعلق به سال ۱۳۹۴ با ۴۰/۱ درصد و کمترین آن مربوط به سال ۱۳۹۰ با ۲۶/۶ درصد است.

### شاخص مصرفی کالا و خدمات (CPI کل و بهداشت و درمان)

شاخص قیمتی مصرف کننده، تغییرات قیمت در سطح مصرف کننده، برای سبد ثابت کالا و خدماتی که توسط آنها پرداخت می شود را اندازه گیری می کند. این شاخص شامل قیمت اقلام مواد غذایی، پوشاک، مسکن، سوخت، حمل و نقل، بهداشت و دیگر کالا و خدماتی است که افراد به صورت روزانه می خرند. همان طور که در جدول شماره (۳) ملاحظه می شود، از سال ۱۳۹۳ به بعد شاخص بهای کل کالا و خدمات از شاخص بهای بهداشت و درمان اندکی کمتر است. این روند بازگو کننده این نکته است که تغییرات قیمت حوزه بهداشت و درمان در سطح مصرف کننده از تغییرات قیمت کل کالاها در طی سالهای ۱۳۹۴-۹۳ بیشتر بوده است و نشانگر رشد سریع تر سطح قیمتهای بهداشت و درمان نسبت به سایر کالاها و خدمات است.

جدول (۳) شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی شهری و روستایی بر مبنای سال پایه (۱۳۹۰=۱۰۰)

سال	شاخص کل		شاخص بهداشت و درمان		نسبت شاخص بهداشت و درمان به شاخص کل	
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی
۱۳۹۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱	۱
۱۳۹۱	۱۲۰/۸	۱۳۲/۷	۱۲۱/۵	۱۲۲	۰/۹۱	۰/۹۵
۱۳۹۲	۱۶۹/۸	۱۸۰/۶	۱۶۸/۶	۱۷۲/۸	۰/۹۵	۰/۹۹
۱۳۹۳	۱۹۵	۲۰۵/۳	۲۰۳/۷	۲۰۹/۷	۱/۰۲	۱/۰۴
۱۳۹۴	۲۱۷	۲۲۶/۹	۲۳۴/۴	۲۴۲/۶	۱/۰۶	۱/۰۸

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۴-۱۳۹۰

## ضریب جینی

شاخصهای نابرابری توزیع درآمد از جمله ضریب جینی، آماره‌هایی هستند که شدت نسبی میزان پراکندگی مقادیر درآمد در الگوی توزیع را اندازه‌گیری می‌کنند اهمیت این شاخص در حوزه سلامت از آنجاست که بیشترین هزینه اجتماعی نابرابری درآمدی، بی‌عدالتی و نابرابری در وضعیت سلامت افراد یک جامعه است. پیامد نابرابری در توزیع درآمد به‌گونه‌ای است که سلامت کلیه اعضای جامعه را صرف نظر از سطوح درآمدشان تحت تأثیر قرار می‌دهد و در شکل ساده‌تر آن، سلامت فقیرترین افراد جامعه را متأثر می‌سازد. به‌طوری‌که دهکهای بالای درآمدی به دلیل دسترسی به کالا و خدماتی مانند مراقبتهای درمانی و بهداشتی، تغذیه و مسکن بهتر، از سلامتی بیشتری برخوردار هستند. (راغفر، ۱۳۸۶)

بر اساس آمار منتشره مرکز آمار ایران ضریب جینی در دوره زمانی ۹۴-۹۰ در مناطق شهری و روستایی و به تبع آن در کل کشور نوساناتی داشته است در مناطق شهری بالاترین مقدار شاخص مربوط به سال ۱۳۹۴ (۰/۳۷۰) و کمترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۲ (۰/۳۵۱۲) است در مناطق روستایی نیز بالاترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ (۰/۳۴۰۱) و کمترین مقدار مربوط به سال ۱۳۹۲ (۰/۳۲۴۳) است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۵). افزایش ضریب جینی در سال ۱۳۹۳ یکی از پیامدهای تورم بالا و رکود عمیق می‌باشد به‌طوری‌که تا سال ۱۳۹۲ پرداخت یارانه نقدی (۴۵ هزار و ۵۰۰ تومانی) به‌طور مساوی بین همه گروههای درآمدی صرفنظر از چگونگی وضعیت درآمدی خانوارها به همه ایرانیان یکی دیگر از دلایل تغییرات ضریب جینی است از آنجایی که این میزان یارانه نقدی برای دهک اول نسبت به دهک دهم درصد بالایی از میزان درآمد بود، بنابراین میزان هزینه دهک اول را بیشتر نسبت به دهک دهم بالا برده و به‌طور موقت وضعیت توزیع درآمد را بهبود بخشیده است و باعث تقویت قدرت خرید طبقات پایین جامعه گردیده و موجب ایجاد نوعی عدالت نسبی در اقشارمختلف جامعه شده است. ولی ازسالهای ۱۳۹۳ به بعد

تورم باعث کمرنگ شدن تأثیر هدفمندی بر روی ضریب جینی شده است

### عدالت در سلامت

عدالت در سلامت به معنای آن است که همهٔ آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی در میزان سلامت آنها تأثیری نداشته باشد قبل از پرداختن به موضوع عدالت در تأمین مالی نظام سلامت لازم است وضعیت شاخصهای هزینه‌های کمرشکن فاجعه (CE)<sup>۱</sup> و هزینه‌های فقرزا (MI)<sup>۲</sup> و سپس به شاخص عدالت مشارکت مالی عادلانه (FFCI)<sup>۳</sup> اشاره شود.

شاخص هزینه‌های کمرشکن شامل کل هزینه‌های سلامت پرداخت شده از جیب برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار باشد، اطلاق می‌شود. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴)

جدول (۴) خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (%)

و افراد زیر خط فقر رانده شده به دلیل هزینه‌های کمرشکن (نفر)

سال	خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن (%)	افرادی زیر خط فقر رانده شده به دلیل برخورد با هزینه‌های کمرشکن سلامت (%)	عدالت در مشارکت مالی سلامت
۱۳۹۰	۲/۴۳	۱/۱۵	۰/۸۳۱
۱۳۹۱	۲/۸۷	۱/۱۸	۰/۸۲۹
۱۳۹۲	۲/۹۰	۱/۲۰	۰/۸۲۷
۱۳۹۳	۳	۱/۲۹	۰/۸۰۱
۱۳۹۴	۳/۱۰	۱/۳	۰/۷۹۶

1. catastrophic expenditure
2. medical impoverishment
3. fairness in financial contribution index

مطابق جدول شماره (۴) روند نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های حالت اسف‌بار درمانی، ۲/۴ الی ۳/۱۰ درصد طی سالهای مورد بررسی، حکایت از فشار مالی تأمین هزینه‌های درمانی داشته و سالیانه حداقل بین ۱/۱۵ الی ۱/۳ درصد از خانوارها پس از تأمین هزینه‌های سلامتی به زیرخط فقر رانده می‌شوند.

شاخص عدالت در مشارکت مالی سلامت گویای آن است که هر خانوار متناسب با میزان استطاعت مالی و درآمد خود در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت کند و هرچه این شاخص به یک نزدیک‌تر باشد نشانگر آن است که تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان عادلانه‌تر است و هرچه مقدار آن از یک فاصله داشته باشد، تأمین منابع مالی بخش بهداشت ناعادلانه‌تر است. بر اساس جدول شماره (۴) شاخص عدالت در تأمین مالی در سالهای مورد بررسی همواره روندی نزولی داشته که نشان از آن دارد که با وجود اجرای طرحها و برنامه‌های متعدد به منظور کاهش نابرابریهای سلامت و ارتقاء عدالت در تأمین مالی نظام سلامت ولی پرداخت هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها بر اساس توان پرداخت آنها نبوده و بی‌عدالتی در مشارکت مالی در هر سال بیشتر شده است.

#### شاخصهای اجتماعی مؤثر بر حوزه سلامت

**شهرنشینی:** شهرنشینی به واسطه تمرکز خدمات بهداشتی و درمانی، دسترسی افراد به خدمات سلامت را به دلیل توسعه زیرساختهای شهری فراهم می‌کند و این امر باعث تسهیل خدمت‌رسانی در شهرها می‌شود.

نتایج آمارگیری سالهای ۹۴-۹۰ توسط مرکز آمار ایران حاکی از کاهش نسبت جمعیت روستایی کشور به زیر ۳۰ درصد است. گسترش سلامت همگام با گسترش شهرها و در اولویت قرار دادن سلامت در سیاست‌گذاریهای شهری و داشتن شهری سالم از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است.

**سواد:** باسوادی از دو منظر در حوزه بهداشت و درمان قابل ذکر است نخست در بهبود وضعیت اقتصادی خانواده و دوم در سواد سلامت. به طوری که باسوادی عاملی برای ارتقای کیفیت زندگی است و در کاهش هزینه‌های درمانی نیز مؤثر است سواد سلامت ظرفیت انجام کار، پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای تصمیم‌گیریهای مناسب در زمینه سلامت را شامل می‌شود. سازمان جهانی بهداشت سواد را به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت در حوزه اجتماعی معرفی کرده است.

**بیکاری و نرخ مشارکت اقتصادی:** بیکاری مهم‌ترین علت افزایش بزهکاریهای اجتماعی و مادر بسیاری از معضلات اجتماعی است و عاملی برای از دست رفتن مهارتها، کاهش سطح سلامت، درآمد و افزایش ریسک فقر در بلندمدت است. نخستین تأثیر بیکاری، کاهش درآمد خانوار است، با کاهش درآمد خانوارها ناشی از بیکاری، بسیاری از نیازهای مراقبت بهداشتی درمانی مرتفع نخواهد شد و کاهش رفاه خانوار از دیگر تبعات سوء بیکاری در عرصه اجتماع است به طوری که این معضل اجتماعی نه فقط یک خانوار، بلکه کل جامعه را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد.

جدول (۵) نرخ بیکاری و مشارکت اقتصادی در جمعیت ۱۰ ساله و بیشتر برحسب مناطق شهری و روستایی

شرح	۱۳۹۰		۱۳۹۱		۱۳۹۲		۱۳۹۳		۱۳۹۴	
	بیکاری	مشارکت اقتصادی	بیکاری	مشارکت اقتصادی	بیکاری	مشارکت اقتصادی	بیکاری	مشارکت اقتصادی	بیکاری	مشارکت اقتصادی
کل	۱۲/۳	۳۶/۹	۱۲/۱	۳۷/۴	۱۰/۴	۳۷/۶	۱۰/۶	۳۷/۲	۱۱/۰	۳۸/۲
شهری	۱۳/۷	۳۵/۸	۱۳/۸	۳۶/۵	۱۱/۸	۳۶/۹	۱۱/۶	۳۶/۵	۱۲/۲	۳۷/۵
روستایی	۸/۹	۳۹/۸	۸/۲	۴۰/۰	۷/۰	۳۹/۷	۷/۹	۳۹/۱	۸/۱	۴۰/۰

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰



بر اساس نتایج طرح آمارگیری نیروی کار که توسط مرکز آمار ایران منتشر شده است، میانگین نرخ بیکاری در سال ۱۳۹۰ معادل ۱۲/۳ درصد می‌باشد و در سال ۱۳۹۴ با کاهش ۱/۳ درصدی به ۱۱ درصد رسیده است. با توجه به اینکه تعداد جمعیت فعال (شاغل و بیکار) در کشور ۲۴ میلیون و ۷۰۱ هزار و ۱۷۷ نفر است که از این تعداد ۲ میلیون و ۷۲۹ هزار و ۹۲ نفر بیکار هستند. نرخ بیکاری برای سال ۱۳۹۴ در مناطق شهری کشور ۱۲/۲ درصد و در نقاط روستایی ۸/۱ درصد گزارش شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۵).

آزمون رابطه بین متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت و فقر سلامت

جدول (۶) همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت و فقر سلامت

اشغال	بیکاری	سواد	تجربه شغلی	ضرورت درمان	هزینه کم‌تر شکر	سلامت	فقر	عدالت
-۰/۰۲	-۰/۰۳	-۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۱	فقر سلامت
۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۰۲	عدالت در سلامت

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره (۶) نشان می‌دهد:

-فقر مطلق و عدالت در سلامت: بر اساس یافته‌های تحلیل بین فقر و عدالت در سلامت رابطه منفی و معناداری وجود دارد و رابطه معنادار و مثبت با فقر چندبعدی دارد. این رابطه گویای آن است که در شرایط فقر خانوارها مجبورند از هزینه‌های ضروری خود مانند بهداشت، خوراک، پوشاک و... بکاهند. در این وضعیت فقر عامل اصلی برآورده نشدن نیازهای سلامت افراد فقیر است و گاهی خانوارها جهت تأمین هزینه‌های سلامت، اقدام به فروش دارایی و یا استقراض می‌کنند و تأمین هزینه‌های سلامت عامل ایجاد فقر خانوار محسوب می‌شود. استمرار فقر طی سالهای مورد بررسی منجر شده افراد در خرید برخی از

کالاهاى مصرفى و خدمات بهداشتى و درمانى صرفه‌جویى کنند. این رابطه لزوم پرداختن به مساله «فقر» و «محرومیت اجتماعى» که دو مفهوم مرتبط با هم هستند، را نشان مى‌دهد که افراد فقیر به‌طور سیستماتیک از فرصتها و منابع جامعه که برای افراد قابل دسترسی است، محروم هستند و بخشی از افراد جامعه توانایی<sup>۱</sup> وارد شدن در چرخه رفع نیاز سلامت را نداشته و سلامت آنها نیز در معرض خطر قرار مى‌گیرد و سایه سنگین عدم‌توازن در توزیع امکانات باعث شد مناطق برخوردار، کم‌برخودار و محروم در پهنه کشور شکل گیرند. در تبیین نتایج فقر مى‌توان به رویکرد جامعه‌شناسى فقر (فرهنگ فقر و فقر موقعیتی) و نظریه ساختارى اشاره کرد.

-شاخص تورم در حوزه بهداشت و درمان: بر اساس نتایج به‌دست آمده میان تورم در حوزه بهداشت و درمان و عدالت در سلامت رابطه منفى و معنادار وجود دارد و با فقر چند بعدى رابطه مثبت است. این بدان معناست با افزایش تورم، عدالت در سلامت کاهش مى‌یابد ولى برای فقر چندبعدى بالعکس است. در تبیین نتایج حاصله مى‌توان اشاره کرد نرخ تورم بالا در حوزه سلامت به دلایل مختلفی از جمله افزایش قیمت داروها، افزایش تعرفه‌ها در بیمارستانهاى خصوصى یا افزایش قیمت خدمات در مراکز خصوصى و عوامل بسیار دیگر همچون گستردگی کاربرد تکنولوژى و میزان وابستگی حوزه سلامت به واردات (ارزبرى آن) و بخش اعظم آن ناشى از فقدان نظارت بر تعرفه‌ها و دریافتى از بیماران است. آنچه مسلم است شرایط موجود تورمى در دو حوزه عرضه (کیفیت ارائه خدمات بهداشتى درمانى) و تقاضای بخش سلامت تأثیرگذار است، به‌طوری‌که با روند روبه‌رشد تورم، تقاضا برای خدمات درمانى کاهش مى‌یابد و سلامت افراد به‌دلیل سرکوب نیازهاى درمانى با خطر روبه‌رو مى‌شود، به‌ویژه درمورد درمانهاى اساسى که هزینه‌بر است. درحوزه عرضه نیز ارائه‌دهندگان خدمت به علت وجود تورم و ناکافى بودن دستمزدها از کیفیت و کمیت

1. capability

خدمات خود می‌کاهند و در نتیجه اثربخشی خدمات آنها و حتی مراقبت‌های پزشکی کاسته خواهد شد. در تبیین تورم می‌توان به نظریه موقعیتی فقر، دیدگاه مادی و ساخت‌یابی اشاره کرد.

- ضریب جینی: بر اساس نتایج به دست آمده نابرابری درآمد تأثیر منفی و معناداری بر عدالت در سلامت و رابطه مثبت با فقر چند بعدی دارد. آنچه در تحلیل این رابطه قابل ذکر است، اثرات تأخیری تورم در افزایش شکاف طبقاتی، در ضریب جینی انعکاس یافته است. با عنایت به تورم ۴۰ درصدی در سال ۹۰ و روند نزولی این نرخ در سال ۹۴ به حدود ۱۱/۹ درصد به معنای کاهش بیش از ۲۸ درصدی نرخ تورم است، انتظار می‌رود ضریب جینی که نشانگری برای فاصله طبقات درآمدی جامعه است، روندی کاهشی در سال ۹۴ به خود گیرد که متأسفانه این موضوع محقق نشده است بلکه در سال ۱۳۹۴ وضع نابرابری بیشتر از سالهای قبل شده است و الگوی توزیع درآمد در جامعه و افزایش شکاف طبقاتی به نفع گروه‌های پُردرآمد به وجود آورده است و از سوی دیگر شاخص عدالت در سلامت شیب نزولی را نشان می‌دهد. بنابراین کاهش تورم ناشی از اجرای سیاست‌های انقباضی دولت نه مهار تورم. در تبیین این متغیر می‌توان اشاره به نظریه دیدگاه مادی و نظریه ساختاری داشت.

- خانوارهای مواجه به هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقر ناشی از آن: نتایج تحلیل خانوارهای مواجه به هزینه‌های کمرشکن سلامت رابطه منفی و معناداری با عدالت در سلامت و رابطه مثبت با فقر چندبعدی را نشان می‌دهد، رابطه به دست آمده نشان‌دهنده افزایش سهم هزینه سلامت در سبد خانوارهای ایرانی است. در تبیین این رابطه می‌توان از نظریه عاملیت و ساختار استفاده کرد.

همچنین درصد افراد به زیر خط فقر رانده به دلیل هزینه‌های کمرشکن سلامت با عدالت در سلامت رابطه‌ای معنادار و منفی و با فقر چندبعدی رابطه مثبت دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در نظام سلامت فعلی که افراد یا خانوارها گاهی به علت خرید مراقبت

مورد نیازشان در ورطه فقر می‌غلطند و یا مانع از بهره‌مندی از مراقبت مورد نیازشان به علت ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها شود، ناعادلانه است. وجود نقیصه‌هایی در نظام تأمین مالی هزینه‌های بخش سلامت که منجر به بروز مواردی نظیر حالت هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها می‌شود می‌تواند عامل زایش فقر آبی یا پایدار باشد. در این شرایط پرداخت هزینه‌های سلامت از طریق قربانی کردن سایر نیازهای اساسی خانوار صورت می‌پذیرد که پیامدهای جدی برای سلامت خانوار به همراه خواهد داشت.

- شهرنشینی: نتایج مطالعه نشان‌دهنده آن است که ارتباط معنادار و منفی میان نرخ شهرنشینی و عدالت در سلامت و رابطه مثبت میان شهرنشینی با فقر چندبعدی وجود دارد. توجه و اهتمام بیشتر به حوزه بهداشت و سلامت یکی از علایم بهبود رفتارهای اجتماعی افراد در قالب شهرنشینی است که دسترسی بیشتر و بهتر به امکانات، تجهیزات و مراقبت‌های بهداشتی در شهرها را برای افراد هموار می‌سازد. البته شاید شهرنشینی در تئوری بتواند با فراهم آوردن امکانات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بهتر سلامت را برای شهرنشینان همراه داشته باشد، اما در عمل شهرنشینی با افزایش هزینه‌های زندگی، اثراتی منفی برای سلامت افراد پدید آورده است و سلامت آنها تا حد زیادی تحت تأثیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی قرار دارد. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه موقعیتی فقر اشاره داشت.

- باسوادی: هم‌چنین بر اساس نتایج، متغیر آموزش با عدالت در سلامت دارای رابطه مثبت و با فقر چند بعدی رابطه منفی و از جنبه آماری نیز معنادار است؛ افزایش سطح تحصیلات منجر به افزایش دانش و آگاهی افراد در حوزه بهداشت و سلامت، شناخت روش‌های بهتر مراقبت‌های بهداشتی، شناخت انواع بیماری‌ها و روش‌های پیشگیری از ابتلا می‌شود. باسوادی علاوه بر اینکه در حوزه اقتصاد خانواده و افزایش قدرت خرید خدمات تأثیر دارد بلکه با خود سواد سلامت را به همراه دارد سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی،

درک و به‌کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها شود، معرفی کرده است.

-بیکاری و مشارکت اقتصادی: بر اساس نتایج حاصله رابطه منفی و معناداری بین بیکاری و عدالت در سلامت و رابطه مثبت با فقر چندبعدی وجود دارد. در تبیین این رابطه می‌توان اشاره کرد آنچه برای جمعیت کشور به‌عنوان یک چالش در ایجاد نابرابری در سلامت می‌تواند مطرح شود، وجود بیکاری و نداشتن درآمد در گروه سنی فعال و متعاقب آن ناتوانی در خرید خدمات سلامت است به‌طوری‌که افرادی که به مدت طولانی در معرض بیکاری و به تبع آن محدودیتهای اقتصادی قرار می‌گیرند از آسیب‌پذیری بیشتری ناشی از شرایط محیطی و اجتماعی و اقتصادی برخوردارند و این موضوع عامل مهمی در کاهش توان اقتصادی افراد جهت خرید خدمات بهداشتی و درمانی است، علاوه برآن بیکاری یک عامل بالقوه در ایجاد بیماریهای روانی و قرارگرفتن در معرض آسیبهای اجتماعی محسوب می‌شود که می‌تواند حوزه سلامت را متأثر کند. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه‌های موقعیتی و ساختاری فقر اشاره داشت

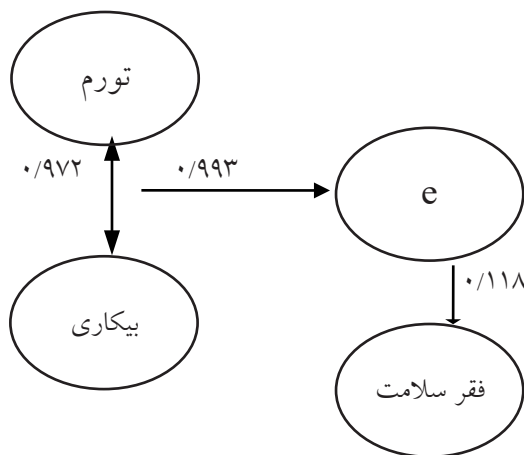
همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعه رابطه میان اشتغال و عدالت رابطه مثبت و با فقر سلامت منفی و معنادار وجود دارد این بدان معناست که با افزایش اشتغال، عدالت در سلامت نیز افزایش می‌یابد. اشتغال موجب می‌شود قدرت خرید خدمات بهداشت و درمان خانوار افزایش یابد و دسترسی بیشتر برای رفع نیازها مهیا شود. در تبیین این رابطه می‌توان به نظریه‌های موقعیتی و مادی فقر اشاره داشت.

جدول (۷) ارتباط بخش تحلیل با توجه به مباحث نظری و تجربی

تحقیقات تجربی	نظریه	نتایج همبستگی پیرسون		توصیف شاخصها	متغیر مستقل	ابعاد
		فقر چندبعدی (فقر سلامت)	عدالت (نابرابری)			
اقتصادی	فقر مطلق	معنادار و مثبت	معنادار و منفی	روند افزایشی	فقر مطلق	اقتصادی
	هزینه‌های کمرشکن	معنادار نیست	معنادار و منفی	روند افزایشی	هزینه‌های کمرشکن	
	تورم	معنادار و مثبت	معنادار و منفی	روند افزایشی	تورم	
	ضریب جینی	معنادار و مثبت	معنادار و منفی	روند افزایشی	ضریب جینی	
اجتماعی	شهرنشینی	مثبت و معنادار	معنادار و منفی	روند افزایشی	شهرنشینی	اجتماعی
	سواد	معنادار و منفی	معنادار و مثبت	روند افزایشی	سواد	
	بیکاری	معنادار و مثبت	معنادار و منفی	روند کاهشی	بیکاری	
	اشتغال	معنادار و منفی	معنادار و مثبت	روند افزایش	اشتغال	

### تحلیل مسیر تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر فقر سلامت

تحلیل مسیر در این مقاله با توجه به ضرایب بتا استخراج شده از جداول رگرسیونی اثرات مستقیم و غیر مستقیم هریک از متغیرهای مستقل بر عدالت در سلامت محاسبه شده است. در تحلیل رگرسیونی از روش گام به گام استفاده شده است.



شکل (۱) دیاگرام نهایی مربوط به عوامل مؤثر بر فقر سلامت

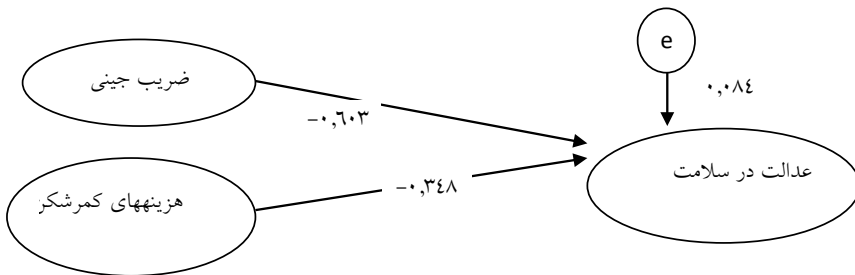
جدول (۸) میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر رفتار انحرافی کاری در مدل نهایی

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
بیکاری	۰/۹۹۳	ندارد	۰/۹۹۳
تورم	ندارد	۰/۹۷۲	۰/۹۷۲

با توجه به مدل علی نهایی در جدول (۸) نکات ذیل قابل درک است: متغیر بیکاری با دارا بودن اثر کل به اندازه (۰/۹۹۳) در تبیین واریانس متغیر فقر سلامت از بیشترین قدرت برخوردار است. بعد از این متغیر، تورم با اثر کل ۰/۹۷۲ در مرتبه بعدی

قرار دارد که رابطه مثبت با متغیر فقر سلامت دارند. بدین معنی که هرچه نرخ بیکاری و تورم بیشتر شود میزان فقر سلامت در جامعه نیز افزایش می‌یابد و بالعکس.

### تحلیل مسیر تأثیرگذاری متغیرهای مستقل بر عدالت در سلامت



شکل (۲) دیاگرام نهایی مربوط به عوامل مؤثر بر عدالت در سلامت

جدول (۹) میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر عدالت در سلامت

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
ضریب جینی	-۰/۶۰۳	ندارد	-۰/۶۰۳
هزینه‌های کمرشکن سلامت	-۰/۳۴۸	ندارد	-۰/۳۴۸

با توجه به مدل علی نهایی در جدول شماره (۹) نکات ذیل قابل درک است: متغیر ضریب جینی با دارا بودن اثر کل به اندازه (-۰/۶۰۳) در تبیین واریانس متغیر ناپرابری در سلامت از بیشترین قدرت برخوردار است. بعد از این متغیر، هزینه‌های کمرشکن سلامت با اثر کل -۰/۳۴۸ در مرتبه بعدی قرار دارد که رابطه منفی با متغیر عدالت در سلامت دارند. بدین معنی که هرچه ضریب جینی و هزینه‌های کمرشکن سلامت کاهش یابد میزان عدالت در سلامت در جامعه افزایش می‌یابد و بالعکس.



## بحث

از قدیم الایام وضعیت اقتصادی-اجتماعی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سلامت افراد شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی تعیین می‌شود، در این شرایط یکی از رسالت‌های نظام سلامت، حفظ جایگاه انسانی و امنیت افراد در زمان بیماری، برقراری عدالت در سلامت و به حداقل رساندن تفاوت‌های قابل اجتناب در سلامت است. به طوری که نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند، پاسخ دهد، لذا به مرور زمان رویکردهای اجتماعی-اقتصادی از سلامت مورد توجه کشورها و محافل بین المللی قرار گرفت و نظریه‌های همچون جامعه‌شناسی فقر مشتمل بر فقر فرهنگی، ساختاری و موقعیتی و نظریه ساخت‌یابی نابرابری در سلامت را از جهات مختلف مورد تبیین قرار دادند.

در کشور ایران افزایش روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت ناشی از گسترش فن‌آوری‌های جدید و گران‌قیمت سلامت، افزایش انتظارات افراد از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن باعث شده هزینه‌های بهداشت و درمان در سبد خانوار رشد قابل ملاحظه‌ای یابد و شاخص عدالت در سلامت را تحت تأثیر خود قرار دهد البته تلاش‌های زیادی برای ارتقاء عدالت در سلامت در کشور از طریق اجرای برنامه‌هایی همچون پزشک خانواده، طرح تحول سلامت، بیمه رایگان ایرانیان و..... صورت گرفته است؛ اما هنوز دستاوردهای قابل انتظار برآورده نشده است.

نتایج این مطالعه نشان از آن دارد که هر چه فقر مطلق و شدید افزایش یابد، فقر سلامت نیز افزایش و عدالت در سلامت کاهش می‌یابد. نتایج پژوهش حکیمی (۱۳۹۵) و نظری (۱۳۹۴) نیز نشان می‌دهد که میان فقر و عدالت رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه دوم حاکی از آن است که هرچه تورم در حوزه بهداشت و درمان افزایش یابد،

عدالت کاهش و فقر سلامت افزایش می‌یابد. نتایج یوسفی (۱۳۹۲) و نظری (۱۳۹۴) نیز تأییدکننده این رابطه است همچنین در مطالعه محسن حسنی (۱۳۹۳) تورم اثرکاهنده بر نسبت مواجه خانوارها با هزینه کمرشکن سلامت دارد.

نتیجه سوم پژوهش نشان داد که هرچه هزینه‌های کمرشکن افزایش یابد عدالت کاهش و فقر چندبعدی (سلامت) افزایش می‌یابد. پژوهش یوسفی (۱۳۹۲) و نظری (۱۳۹۴) تأییدکننده این رابطه است.

نتیجه چهارم پژوهش نشان داد که هرچه ضریب جینی و نابرابری درآمدی بیشتر می‌شود، فقر چندبعدی افزایش و عدالت در سلامت کاهش می‌یابد. نتایج علی احمدی (۱۳۹۳) و کانسانتین (۲۰۱۱) تأییدکننده این رابطه است.

نتیجه پنجم پژوهش نشان داد که شهرنشینی رابطه مثبت و معناداری با فقر چند بعدی و رابطه منفی با عدالت دارد نتایج احمدی (۱۳۹۳) و فتاحی و همکاران (۱۳۹۲) نیز آن را تأیید می‌کند و عباس و هیمنز (۲۰۱۱) تأثیر مبهم شهرنشینی بر هزینه‌های سلامت را آورده است.

نتیجه ششم پژوهش نشان داد سواد و آموزش تأثیر منفی بر فقر سلامت و مثبت بر عدالت در سلامت دارد. نتایج کاظمیان و جوادی نسب (۱۳۹۳) و سن ورت (۲۰۰۷) نیز تأییدکننده نتایج است. البته در مطالعه فتاحی و همکاران (۱۳۹۲) تأثیر آموزش منفی را نشان می‌دهد.

نتیجه هفتم به دست آمده نشان داد هرچه بیکاری افزایش یابد فقر چندبعدی افزایش و عدالت کاهش می‌یابد و افزایش اشتغال باعث کاهش فقر چندبعدی و افزایش عدالت در سلامت می‌شود. نتایج تحقیقات کاظمیان و جوادی نسب (۱۳۹۳) و وود و همکاران (۲۰۱۴) ارتباط منفی بیکاری با هزینه سلامت را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل مسیر نشان داد بیکاری بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته فقر چند بعدی (سلامت) داراست بنابراین توجه به سیاستهای مهارتی و حرفه‌ای، ایجاد سیستم رفاهی اجتماعی و مالیات می‌تواند به گسترش اشتغال کمک کند و افزایش سهم تولید ناخالص

داخلی برای اجرای برنامه‌های بازار کار ضروری است و تلاش برای بالا بردن اشتغال باید در اولویت قرار گیرد. متغیر تورم به‌عنوان دومین متغیر تأثیرگذار بر فقر چندبعدی اثر دارد. همچنین ضریب جینی بیشترین تأثیر را بر متغیر وابسته عدالت در سلامت داراست از آنجایی که نابرابری در توزیع درآمدها، سرچشمه بی‌عدالتیهای مانند اختلاف طبقاتی بر اساس ثروتها، درآمدها، مصرف و درنهایت رفاه اقتصادی میان افراد جامعه است، دستیابی به توزیع عادلانه درآمد مستلزم استفاده صحیح از ابزارهای اقتصادی است که سیاست مالی، سیاستهای جبرانی و فقرزدایی از جمله مهم‌ترین ابزار است. بعد از این متغیر هزینه‌های کمرشکن سلامت به‌عنوان دومین متغیر تأثیرگذار بر عدالت در سلامت به‌دست آمده است. نتایج مطالعات انجام گرفته حاکی از آن است که بررسی متغیر فقر سلامت تقریباً در هیچ پژوهشی در نظر گرفته نشده است لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی عوامل مؤثر بر فقر سلامت مورد بررسی قرارگیرد زیرا با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان به‌قدری زیاد است که سالانه تعدادی از جمعیت، به‌دلیل هزینه‌های بهداشت و درمان زیر خط فقر رانده می‌شوند در چنین شرایطی که پرداخت مستقیم خانوار بیش از سهم پرداختی آنها از هزینه مصرفی بهداشت و درمان است نظام تأمین مالی بخش سلامت با تحمیل هزینه‌های ریسک بیماری به خود بیماران، شرایط نابرابری رابه آنها تحمیل می‌کند که مقادیر شاخص عدالت در سلامت گویای این موضوع است.

همچنین با بروز تورم شدید و افزایش نرخ ارز، خانوارها سالانه مبالغ قابل ملاحظه‌ای بابت جبران تورم یا افزایش بهای دارو و خدمات پرداخت می‌کنند و بسیاری از خانوارهای فقیر ترجیح می‌دهند که به‌جای فقیرتر شدن از استفاده از خدمات درمانی اجتناب کنند. بنابراین بهبود متغیرهای اجتماعی و اقتصادی اثرگذار، می‌تواند در کاهش نابرابریهای استفاده از مراقبتهای سلامت مؤثر باشد. در مطالعه موجود بهبود دسترسی به‌عنوان یک موضوع بسیار مهم است. از این منظر، این پژوهش نشان‌دهنده نیاز به اصلاح

مراقبت‌های سلامت در ایران برای رسیدگی نظام‌مند به این نابرابری است. از طرفی دیگر دسترسی کافی به مراقبت سلامت به‌عنوان هدف بسیار مهم سیاست‌گذاری سلامت محسوب می‌شود که اثرات فقر را محدود و نابرابریها را تقلیل می‌دهد. با اینحال، حاکم شدن یک روند تصاعدی و دستیابی به عدالت افقی بیشتر به‌عنوان یک نشانگر بالقوه‌ای از موفقیت تلاش‌های سیستم سلامت کشور در بهبود دسترسی و بهره‌مندی به‌ویژه در بین فقرا محسوب می‌شود، بایستی در راس برنامه‌های جامعه‌قرا رگیرد.

پژوهش حاضر با محدودیتهای از جمله کمبود آمار و مطالعات قبلی در حوزه فقر سلامت مواجه بوده و از دیگر محدودیتهای سختی در دسترسی به آمارهای خام برخی از سازمانها را می‌توان ذکر کرد.

- آدام، ف. و هر تسلیک، ک. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی* (ترجمه ل. د- کتبی). تهران: نشر نی.
- حکیمی، م. (۱۳۹۵). فقر در حوزه سلامت. *مجله تندرستی*، ۱ (۳)، ۱۵-۱۸.
- راغفر، ح. (۱۳۸۶). *اندازه‌گیری نابرابری درآمدی*. تهران: دانشگاه الزهرا.
- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۲-۱۳۹۵). سالنامه‌ها .
- شبانی، م. (۱۳۸۴). فقر، محرومیت و شهروندی در ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۵ (۱۸)، ۶۴-۴۱.
- کریمی، ا. (۱۳۸۷). *اقتصاد سلامت*. تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۴). *مسائل محوری در نظریه اجتماعی، کنش، ساختار و تناقض در تحلیل اجتماعی* (ترجمه م. رضایی). تهران: انتشارات سعادت.
- لست، ج. (۱۳۶۷). *فرهنگ اپیدمیولوژی* (ترجمه ک. ناصری). تهران: مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۳). گزارش جهانی سلامت. تهران: *نشر مرکز پژوهشها مجلس شورای اسلامی*.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). *نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن*.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). *نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن*.
- نظری، ز. (۱۳۹۴). فقر سلامت و کاربرد آن در اقتصاد سلامت. *ماهنامه دارو و درمان*، ۵ (۱۰)، ۱۵-۴.
- وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، (۱۳۸۷). *سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن*، تهران، انتشارات موفق.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۰). *گزارش عدالت در سلامت*. تهران: نشر شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۲). *گزارش عملکرد و دستاوردهای نظام کشوری مراقبت مرگ مادران*. تهران: نشر شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۴). *برنامه استراتژیک پیشنهادی سه‌ساله عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران*.
- Bartley, M. (2004). *Health Inequality, Environment & Planning: Society & Space*. London: Routledge.
- Bury, M. & Gabe, J. (2004). *The Sociology of Health & Illness*. London: Routledge.
- Carpiano, Richard M, B, G. Link and JC Phelan (۲۰۰۶). Social Inequality and Health: *Future Directions for the Fundamental Cause Explanation*. Working Paper ([www.nyu.edu/fasassr/socialclass/papers/futuredirections/pdf](http://www.nyu.edu/fasassr/socialclass/papers/futuredirections/pdf))

- Kawachi, I. (1999). Income Inequality & Health Pathways & Mechanism, *Health Services Research*, p218
- Kawachi, I.& Kennedy, B. (1997). *Socioeconomic Determinants of Health: Health & Social Cohesion: Why care about income* (<http://www.bmj.com/cgi/content>)
- Krieger, N. (2001). Theories of Social Epidemiology in The 21St. Century an Ecosocial Perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30 (4), 318-333.
- Naidoo, J.&Wills, J. (2000). *Health Promotion Foundations for Practice*. Second Edition, Harcourt Publishers.
- Macinka, J.& Starfield, S. H. (2003). Income Inequality & Critical Review: The Literature. *Medical Care Research & Review*, 60 (4), 50-71.
- Williams, Gareth H, (۲۰۰۳). The Determinants of Health: Structure, Context & agency. *Sociology of Health & Illness*. Vol, 25 No3.
  - <https://www.amar.org.ir/>
  - <http://www.cbi.ir/>