فصلنامه علمي پژوهشي رفاه اجتماعي،

بررسي رابطه فقر و سلامت در ايران

دكتر علي ماهر*

همواره يكي از دغدغه هاي اساسي كارشناسان مديريت و اقتصاد بهداشت در جهان اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت بوده است.

در ابتدا آنچه بيشتر مدنظر بود و مورد توجه قرار مي گرفت اثر پديده فقر بر سلامت بود يعني اعتقاد بر اين بود كه اگر فردي داراي توان اقتصادي كافي نباشد، امكان تغذيه مناسب، كسب آموزش كافي در زمينه بهداشت و نهايتاً تامين سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ اين اعتقا د زمينه ساز كمك‌هاي مالي كشورهاي دارا به كشورهاي ندار به منظور تامين كالري لازم براي نيازمندان در اين كشورها شد.

شكي نيست كه ثروت سلامت را افزايش مي دهد زيرا افراد ثروتمند دسترسي بيشتري به كالاهاي افزايش‌دهنده سلامتي دارند ولي آنچه از اهميت بيشتري برخوردا ر است همانا اثر سلامت بر كاهش فقر و رشد اقتصادي هر كشور

* فوق‌دكتري اقتصاد بهداشت، عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي ايران <dralimaher@hotmail.com>

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

است زيرا سرمايه فرد نيازمند همان بدن وي مي‌باشد و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وي و در نتيجه افزايش فقر در جامعه و كاهش رشد اقتصادي كشور مي‌گردد؛ اين امر در گزارش سالانه سازمان جهاني بهداشت اين‌گونه منعكس گرديده است : كشورهايي كه افرادي آموزش‌ديده و سالم دارند و داراي وضعيت سياسي با ثباتي مي باشند، از رشد اقتصادي مناسبتري برخوردار بوده اند؛ در واقع اين رابطه بايد به صورت يك رابطه تعاملي مورد نقد و بررسي واقع گردد.

با عنايت به مطالب فوق الذكر در اين مقاله علاوه بر بررسي وضعيت ايران به مباحث زير نيز پرداخته شده است:

- دسترسي فقرا به خدمات سلامتي؛
- توزيع عادلانه خدمات سلامتي؛
- ارتباط فرهنگ و سلامتي؛
- چگونگي شناسايي فقرا؛
- و نقش سلامت در توسعه اقتصادي.

كليد واژه‌ها: ايران، توسعه، سلامت، فقر

تاريخ دريافت مقاله: 84/1/25 تاريخ پذيرش مقاله: 84/5/5

مقدمه

همواره براي بررسي و ارزيابي وضعيت اقتصادي يك كشور شاخص هايي مورد استفاده قرار مي گيرد كه مي‌تواند جايگاه آن كشور را در مقايسه با ديگر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

كشورها مشخص كند؛ در اين ميان برخي شاخص ها همچون درآمد سرانه، توليد ناخالص ملي و ... بيش از ديگر شاخص ها داراي اهميت بوده و بدان توجه شده است.

از طرفي وضعيت بهداشت و درمان كشورها نيز از طريق بررسي آمار اپيدميولوژيك بيماري ها، مرگ و مير كودكان، مادران و غيره مورد بررسي قرار گرفته و عمدتاً رابطه بين وضعيت اقتصادي و وضعيت بهداشتي ـ درماني مغفول مانده است.

گرچه برخي از شاخص‌ها همچون سهم بهداشت و درمان از توليد ناخالص ملي تا حدي رابطه مذكور را بررسي مي‌نمايد ولي چندان معيار قابل اعتمادي نمي‌باشد. زيرا از اين طريق اثر هزينه انجام شده بر افزايش سطح سلامت جامعه و نحوه توزيع آن قابل دستيابي نيست؛ معهذا اگر تغييرات شاخص هاي اقتصادي كشورها را در كنار تغييرات شاخص هاي سلامتي مورد بررسي قرار دهيم خواهيم ديد روابط معناداري بين اين دو يافت مي گردد كه در دهه گذشته توجه دانشمندان جهان را به خود جلب نموده است؛ به همين دليل از سال 2000 سازمان جهاني بهداشت با تشكيل كميسيوني با عنوان «اقتصاد كلان و سلامت» سعي نموده است بيش از پيش اثرات سلامت بر اقتصاد كلان كشورها و بالعكس را بررسي نموده و راهكارهايي را براي كشورها خصوصاً كشورهاي در حال

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

توسعه و كمتر توسعه‌يافته پيشنهاد نمايد.

براساس يك معيار بين المللي در حدود 1/2 ميليارد نفر زير خط فقر كامل به سر مي‌برند. اگر ملاك تعيين سطح فقر 2 دلار در روز باشد اين تعداد به 2/8 ميليارد يعني تقريباً نيمي از جمعيت جهان مي‌رسد. (ساريخاني، 1384:31)

مطالعات انجام شده نشان مي‌دهد عموما با بهبود وضعيت اقتصادي، وضعيت سلامتي مردم بهبود يافته است (Health Economic Growth, Poverty Reduction, 2001: 67). اما همان‌گونه كه سازمان جهاني بهداشت در گزارش كاري گروه پنجم كميسيون «اقتصاد كلان و سلامت» منتشر شده در پاييز 2001 آورده است اين امر يك قانون هميشگي نبوده و مي توان آن را تا حدي تعديل نمود، براي مثال كشور آمريكا علي‌رغم داشتن يكي از بالاترين درآمدهاي سرانه و همچنين بالاترين هزينه سرانه سلامتي در جهان از نظر شاخص هاي سلامتي از جايگاه مناسبي برخوردار نيست.

براي اثبات اين مطلب توجه خوانندگان محترم را به گزارش سازمان جهاني بهداشت در سال 2000 در اين ارتباط جلب مي‌نمايم (جدول شماره 1).

همان‌طور كه در جدول شماره 1 مشاهده مي‌گردد رتبه كشورها از نظر كارآمدي نظام بهداشت و درمان رابطه مستقيمي با هزينه انجام شده در بهداشت و درمان ندارد، بدين منظور مقايسه بين

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

جايگاه آمريكا، عمان و ايران مي‌تواند قابل تامل باشد.

امروزه با توجه به سرعت تحولات اقتصادي و بحثهايي همچون پديده جهاني شدن نگراني هايي در ميان كليه دانشمندان خصوصاً دانشمندان رشته هاي اقتصاد و مديريت سلامتي پديد آمده است كه اين‌گونه تحولات چه اثرات مستقيم و غيرمستقيمي بر سلامتي افراد خصوصاً افراد فقير دارد و بالعكس سلامتي افراد چه اثرات قابل سنجشي بر وضعيت اقتصادي آنان مي‌گذارد.

ساچس بدين‌گونه به بيان اين مطلب در ابتداي يكي از گزارشات مهم سازمان جهاني بهداشت پرداخته است: امروزه فناوري و سياست بيش از هر زمان ديگري كشورهاي جهان را به هم نزديك كرده است. (Sachs, J. Dletal, 2001)

جدول 1: رتبه كشورها از نظر كارآمدي نظام بهداشت و درمان و هزينه آن

نام كشورها	هزينه سرانه	سهم هزينه‌هاي سلامت از توليد ناخالص داخلي (درصد)	رتبه
فرانسه	2/369	9/8	1
ايتاليا	1/855	9/3	2
سان‌مارينو	2/257	7/5	3
آندورا	1/368	7/5	4
مالت	551	6/3	5
سنگاپور	876	3/1	6
اسپانيا	1/071	8	7
عمان	370	3/9	8
استراليا	2/277	9	9

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

ژاپن	2/373	7/1	10
آمريكا	4/187	13/7	11
ايران	108	4/4	12

مأخذ: گزارش سلامت جهاني 2001، سازمان جهاني بهداشت

جهاني شدن، منافع بسيار هنگفتي را به صورت بالقوه دربردارد، زيرا اشتراك ايده ها، فرهنگها، فناوريهاي حفظ كننده حيات و فرآيندهاي كارآمد توليد را افزايش مي‌دهد.

با اين حال، جهاني شدن هنوز در مرحله آزمون قرار دارد. تا حدودي به اين دليل است كه منافع آن هنوز عايد صدها ميليون انسان فقير در سراسر جهان نمي‌شود و به اين دليل و صدها دليل ديگر جهاني شدن چالشهايي را در سطح جهان ايجاد نموده است.

جهاني شدن مي‌تواند هر مخاطره اي را سريع‌تر به تمام جهان منتقل نمايد.

رهبران سياسي جهان بارها تصميم به كاهش يا حذف فقر از جهان گرفته اند كه آخرين بار در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد (Millennium Summit of The United Nations) در سپتامبر سال 2000 مورد پذيرش قرار گرفت.

در اين همايش كاهش چشمگير فقر و ارتقاي قابل ملاحظه سطح سلامت فقرا تا سال 2015 پيش‌بيني شده است.

حال سؤال اساسي اين است كه اهداف همايش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

فوق‌الذكر چگونه قابل دستيابي است.

واضح است كه اين اهداف خود به خود محقق نخواهد شد؛ ارتقاي سطح سلامت فقرا و افزايش متوسط طول عمر آنان همان‌گونه كه بر شاخص هاي توسعه اقتصادي كشورها اثرگذار است به شدت نيازمند بهبود همان شاخص‌هاست.

عموماً بار بيماري ها (Burden of Disease) در هر كشور رابطه مستقيم و به مراتب قوي‌تر از آن‌چه پنداشته مي‌شود با شاخص‌هاي اقتصادي دارد زيرا انسان فقير به دليل نداشتن درآمد كافي توان به دست آوردن غذا، مسكن و شغل مناسب را نداشته و به همين دليل بيشتر در دام بيماري اسير مي‌گردد و از طرف ديگر دسترسي كمتري نيز به خدما ت سلامتي دارد و در نتيجه درآمد وي همواره رو به كاهش است و اين چرخه ادامه مي يابد. اين امر با بررسي اجمالي وضعيت سلامتي در كشورهاي توسعه يافته و در حال توسعه ثابت مي گردد. جدول شماره 2 نشانگر صحت مطلب فوق مي‌باشد.

جدول 2: ميزان اميد به زندگي و مرگ‌ومير بر حسب ميزان توسعه‌يافتگي كشورها (سال 2000)

ميزان توسعه‌يافتگي	جمعيت (1999) به ميليون نفر	ميانگين درآمد سالانه (به دلار آمريكا)	ميزان اميد به زندگي در بدو تولد (به سال)
كشورهاي كمتر توسعه‌يافته	643	296	51
كشورهاي در حال	1777	538	59

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

توسعه كم‌درآمد			
كشورهاي توسعه‌يافته پردرآمد	891	25730	78

مأخذ: گزارش سلامت جهاني 2002، سازمان جهاني بهداشت

نكته ديگري كه شايان توجه مي باشد همانا نحوه توزيع درآمد در بين اقشار جامعه است؛ اين مطلب در بسياري از كشورها همچون چين، هند، ايران و غيره كه از درآمد سرانه متوسطي برخوردارن د ولي توزيع اين درآمد چندان يكنواخت نيست بيشتر خود را نشان مي‌دهد.

جدول 3: مقايسه تطبيقي اميد به زندگي و شاخصهاي اقتصاد كلان بهداشت در چند كشور منتخب

شاخص / كشور	اميد به زندگي در بدو تولد (سال 2001)	هزينه‌هاي صرف شده از سوي منابع عمومي در امر سلامت (درصد از توليد ناخالص داخلي)	هزينه‌هاي صرف شده براي سلامت (سرانه برابري قدرت خريد دلار آمريكا در سال 2000)
مصر	68/3	1/8	143
اردن	70/6	4/3	341
كويت	76/3	2/7	538
عربستان سعودي	71/9	3/5	641
مالزي	72/8	1/8	310
هلند	63/3	0/9	71
پاكستان	72/8	0/9	76
كشورهاي درحال‌توسعه	64/4	—	—
ايران	69/8	2/7	356

مأخذ: گزارش سلامت جهاني 2002، سازمان جهاني بهداشت

در اكثر كشورهاي كمتر توسعه يافته و كشورهاي در حال توسعه با كنترل بيماري هاي واگير دار،

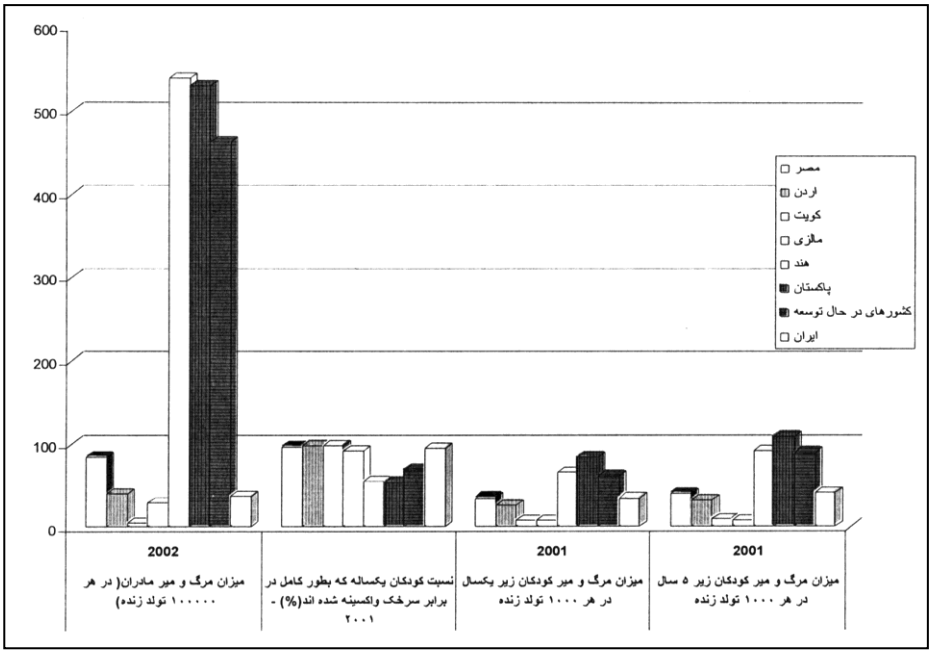
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

ارتقاي سلامت مادر و كودك و كاهش آثار معلوليت‌هاي جسمي و ذهني جامعه خصوصاً افراد كم‌درآمد مي توان تاثير قابل توجهي بر شاخص هاي اقتصادي اين‌گونه كشورها گذاشت.

بدين صورت خانواده هاي فقير نه تنها مي توانند از يك زندگي طولاني تر، سالم تر و با بهره وري بيشتر برخوردار شوند، بلكه مي توانند تعداد فرزندان كمتري داشته باشند زيرا خيال راحتي دارند كه اين فرزندان زنده مي مانند و در نتيجه مي‌توانند سرمايه‌گذاري بيشتري روي آموزش و سلامت آن‌ها انجام دهند . متاسفانه فقر بر روي عادات فرهنگي نظير استعمال دخانيات و الكل در كشورهاي كمتر توسعه يافته نيز اثر مي گذارد و افراد فقيرتر معمولاً بيشتر به استعمال دخ انيات، مواد مخدر و الكل مي‌پردازند كه عمدتاً ناشي از جهل و ناداني آنان نسبت به اثرات اين مواد مي باشد. (Improving Health Outcomes for the Poor, 2001:5.) كه از طرفي باعث هزينه زيادتر و از طرف ديگر باع ث كاهش درآمد و در نتيجه فقيرتر شدن آنان مي شود. ضمناً با اثر گذاشتن بر سلامتي، متوسط عمر و در نتيجه متوسط زمان توليد درآمد آنان را نيز كاهش مي دهد؛ اين‌گونه افراد به سرعت دچار ناتواني و فوت مي‌شوند و فشار اقتصادي شديدي بر خانواده و جامعه خويش تحميل مي‌نمايند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

نمودار 1: مقايسه تطبيقي شاخص‌هاي اساسي سلامت در چند كشور منتخب



مأخذ: گزارش سلامت جهاني 2003، سازمان جهاني بهداشت

امكان رسيدن به اهداف همايش هزاره سازمان ملل متحد در زمينه ارتقاي سطح سلامت كشورهاي فقير داراي پيچيدگي هاي بسياري است كه از آن جمله مي‌توان به دو نكته زير اشاره نمود.

الف) نخست آن‌كه توسعه اقتصادي به خودي خود نمي‌تواند شاخص هاي سلامتي را بهبود بخشد زيرا توسعه اقتصادي خود زاييده افزايش سطح سلامت جامعه است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

ب) دوم آنكه رشد اقتصادي اگرچه مهم است ولي كافي نيست زيرا ديده مي شود كشورهاي توسعه يافته نيز داراي سطح سلامتي بسيار متفاوتي مي‌باشند.

در اين ميان نبايد مشكلاتي همچون فساد، سوء مديريت و ضعف بخش دولتي در كشورهاي كمتر توسعه‌يافته را از ياد برد.

بنابراين به نظر مي‌رسد سازمان‌هاي بين‌المللي و كشورهاي توسعه يافته بايد با كمك به كشورهاي كمتر توسعه يافته سعي نمايند تا اين كشورها بتوانند من ابع مالي بيشتري را به امر سلامتي اختصاص دهند، شفافيت بيشتري ايجاد كنند و كمك كنند كه جامعه در اين كشورها اطمينان حاصل نمايد كه نظام‌هاي سلامت با تامين مالي كافي و به صورت اثربخش كار مي‌كنند و به مسائل اصلي سلامتي جامعه مي‌پردازند.

در اين راستا شناسايي صحيح فقرا در اين‌گونه كشورها، توزيع مناسب خدمات و شفافيت و پاسخگويي سازمان‌هاي ارائه‌دهنده خدمات مي‌تواند كمك زيادي به بهبود وضعيت سلامتي فقرا در اين كشورها نمايد.

مسئله ديگري كه در اين‌گونه كشورها بايد مورد تاكيد قرار گيرد همانا بسترسازي فرهنگي براي ارتقاي سطح سلامتي در جامعه است كه از اهميت بسيار زيادي برخوردار است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

حال كه رابطه فقر سلامتي مورد بحث قرار گرفت بايد ديد در كشور براي ارتقاي سطح سلامت فقر چه تمهيداتي انديشيده شده است.

1) دسترسي فقرا به خدمات سلامتي در ايران

براساس مطالعات حساب هاي ملي سلامت در كشو ر، بيش از نيمي از منابع بخش سلامت، در زمان بيماري و به صورت پرداخت مستقيم خانوار تامين مي شود. به همين لحاظ در رتبه بندي سال 2000 سازمان جهاني بهداشت، كشور جمهوري اسلامي ايران از نظر شاخص مشاركت عادلانه در تامين منابع مالي بخش سلامت، بين 191 كشور رتبه 112 را احراز كرد.

هم از نظر مفهومي و هم از نظر عملي، شاخص مشاركت عادلانه مردم در تامين منابع مالي، توسعه‌يافته و شاخص هاي دقيق‌تر و عملي تري براي محاسبه ميزان عادلانه بودن نظام سلامتي در تامين منابع توسط خانوار ارائه شده است.

براساس آخرين مطالعات انجام شده (مؤسسه ابن‌سيناي بزرگ، 1381) در اين خصوص و با استفاده از نتايج آمارگيري هزينه و درآمد خانوار و حساب‌هاي ملي، نتايج زير حاصل گرديده است:

- شاخص مشاركت عادلانه خانوار در تامين منابع سلامتي 0/83 محاسبه گرديده است.
- در بيشتر خانوارهايي كه با هزينه هاي كمرشكن سلامتي مواجه بوده اند، 50 درصد از هزينه هاي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

سلامتي مربوط به هزينه‌هاي بيمارستاني بوده است.

- تركيب هزينه اي براي افراد بيمه شده و غيربيمه شده از الگوي مشابهي برخوردار بوده است.

- 3/33 درصد از خانوارها مواجه با پرداخت هزينه‌هاي كمرشكن سلامتي بوده اند. به عبارت ديگر حدود دو ميليون نفر از جمعيت كشور با اين‌گونه هزينه‌ها مواجه بوده‌اند.

آن‌چه در جمهوري اسلامي ايران در قالب برنامه‌هاي مشخص و رسمي در راستاي حمايت هاي درماني به نيازمندان مدنظر قرار مي گيرد به دو بخش اصلي تقسيم مي‌گردد: برنامه‌هاي بيمه درمان و برنامه‌هاي غيربيمه اي. در اين مقاله برنامه ها براساس تعاريف رسمي سازمان مديريت و برنامه ريزي ارائه مي‌گردد.

در اين مورد آن چه بايد متذكر گردد وجود بيمه‌هاي اجتماعي است كه دربردارنده خدمات درماني براي افراد تحت پوشش مي باشد. در اين مورد دو سازمان بزرگ عهده‌دار امور بيمه اجتماعي درمان مي‌باشند كه عبارتند از سازمان بيمه خدمات درماني و سازمان تامين اجتماعي.

جدول 4: برنامه‌هاي بيمه‌اي درمان به ترتيب شماره طبقه‌بندي

شماره‌طبقه‌بندي	عنوان	فعاليت
30412	بيمه درمان اقشار آسيب‌پذير	

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

30413	بيمه درمان روستاييان	سرانه بيمه درمان روستاييان
30414	بيمه درمان خويشفرمايان	كمك‌به‌بيماران خاص‌خويشفرما و بيمه‌درمان‌خويشفرمايان
30415	بيمه درمان پرسنل نظامي و انتظامي	
30416	بيمه درمان جانبازان	
30417	بيمه درمان كارمندان دولت	
30418	بيمه درمان خانواده‌هاي شاهد	
30419	بيمه درمان روحانيون و طلاب علوم ديني	
30420	بيمه درمان آزادگان	
30428	بيمه تكميلي درمان	
30438	بيمه درمان بسيجيان	

سازمان بيمه خدمات درماني در قالب برنامه هاي مشخص، اعتبارات مورد نياز خود را از طريق سازمان مديريت و برنامه ريزي دريافت مي دارد و سازمان تامين اجتما عي تنها در قالب برنامه شماره 30401 تحت عنوان بيمه اجتماعي كارگران مبالغي به عنوان كمك دولت كه در حدود 3 درصد ميزان دستمزد كارگران مي باشد دريافت مي دارد كه حدود يك سوم اين مبلغ (سهم دولت) صرف ارائه خدمات درماني به بيمه شدگان كارگر مي گردد. همچنين برنامه دي گري نيز وجود دارد با عنوان بيمه اجتماعي نيازمندان با شماره طبقه‌بندي 30402

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

كه گرچه عنوان بيمه را به همراه خود دارد در حقيقت تمام بار مالي آن بر دوش دولت بوده و مشاركتي از اعضا از حيث تامين منابع مالي وجود ندارد از اين رو اين بخش در حمايت‌هاي غيربيمه‌اي توضيح داده خواهد شد.

ب) برنامه‌هاي غيربيمه اي كه دربردارنده فعاليت‌هاي گسترده تري علاوه بر خدمات درماني مي‌باشد. (جدول شماره 5)

جدول 5: برنامه‌هاي غيربيمه‌اي به ترتيب شماره طبقه‌بندي

شماره طبقه‌بندي	عنوان	فعاليت
30404	خدمات رفاهي	شامل بيمه عمر و حوادث جانبازان
30405	توانبخشي	شامل: كمك به مركز نگهداري فرزندان معلول كارگران و كمك به موسسات خيريه، نگهداري و توانبخشي معلولين و سالمندان در ميان خانواده، توانبخشي حرفه‌اي و اشتغال معلولين، خدمات توانبخشي معلولين، كمك به امر ساماندهي و توانبخشي بيماران رواني مزمن در خانواده و مراكز غيردولتي
30409	حمايت خانواده	شامل فعاليت‌هايي همچون حق پرستاري جانبازان بالاي50 درصد و اعصاب و روان بالا 25درصد
30411	امور خانواده‌هاي شاهد	

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

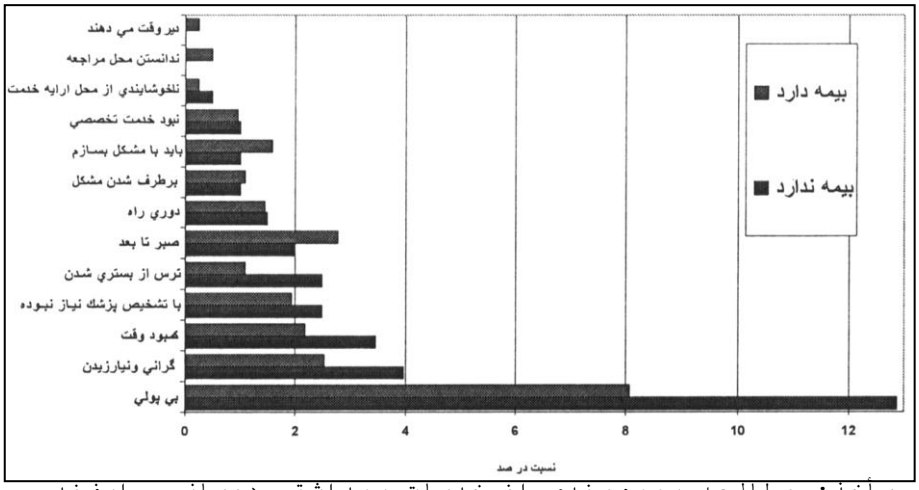
30421	پيشگيري از معلوليت‌ها و آسيب‌هاي اجتماعي.	پيشگيري از معلوليت‌ها، درمان سرپايي معتادين، مشاوره حضوري و تلفني
30424	حمايت از زنان و كودكان بي‌سرپرست	
30439	تعرفه‌هاي ترجيحي درمان بستري مناطق محروم	
30304	خدمات بهداشتي درماني روستايي	
30307	خدمات درمان سرپايي روستاييان	
30334	كمك به بيماران خاص (تالاسمي، هموفيلي)	
30342	كمك به درمان بيماران نيازمند	
30318	برنامه كمك به نهادهاي مدني (بيماري‌هاي خاص)	
30311	خدمات دارويي و ملزومات مصرفي پزشكي	
30308	خدمات دارويي درمان سرپايي روستاييان	
30303	خدمات درماني	
503708	كمك به جذاميان كشور	

خدمات فوق‌الذكر غالبا جنبه خدمات سلامتي داشته و گروه هدف آن گروه‌هاي خاص افراد نيازمند جامعه است، بديهي است اين‌گونه تخصيص بودجه باعث كاهش نابرابري اجتماعي در دسترسي به خدمات سلامتي مي‌گردد؛ اما آن‌چه شايان ذكر است اين مطلب است كه متاسفانه آمار دقيقي از وضعيت سلامت فقرا در ايران وجود ندارد؛ نتايج پژوهشي كه ت وسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي در اسفند سال 1381 انجام شده است نشان دهنده آن است كه بيشتر كساني كه بايد از خدمات سلامتي بهره‌مند مي‌شدند و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

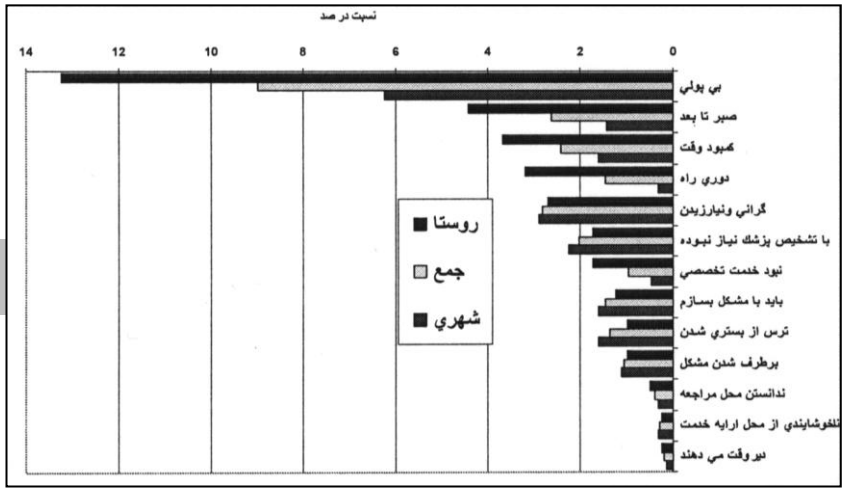
از اين خدمات محروم مانده اند به دليل فقدان توان مالي كافي بوده است.

نمودار 2: نسبتي از جامعه كه طي سال گذشته احساس نياز به بستري شدن داشته‌اند ولي براي بستري شدن مراجعه نكرده‌اند



مأخذ: مطالعه بهره‌مندي از خدمات بهداشتي درماني، اسفند 1381

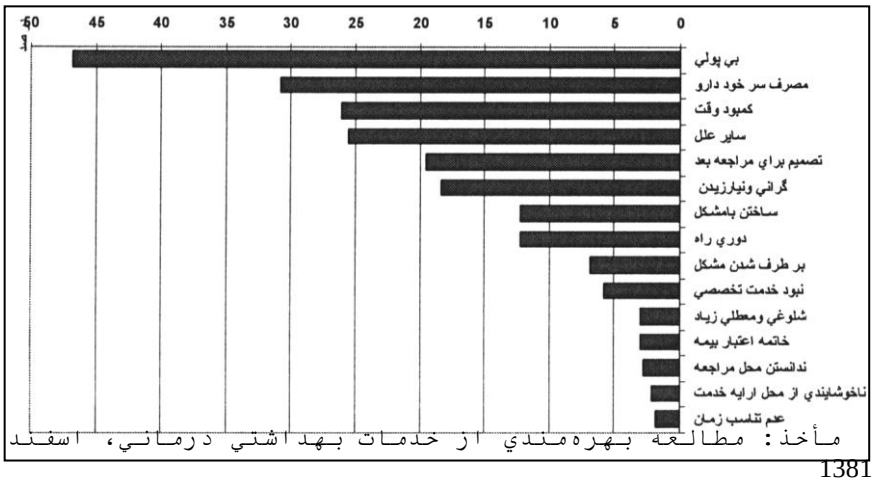
نمودار 3: نسبتي از جامعه كه طي سال گذشته احساس نياز به بستري شدن داشته‌اند ولي براي بستري شدن مراجعه نكرده‌اند



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

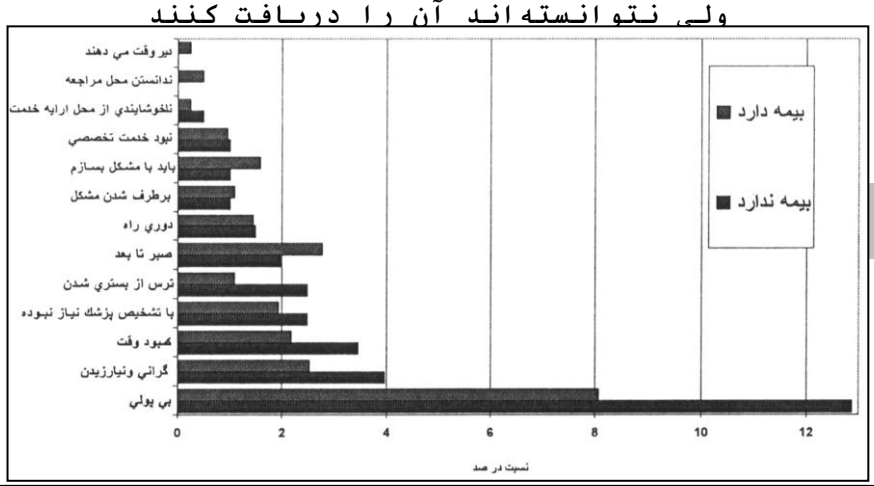
مأخذ: مطالعه بهره مندي از خ دمات بهداشتي درماني، اسفند 1381

نمودار 4: علل عدم اقدام در افرادي كه طي دو هفته قبل احساس نياز به مراجعه سرپايي داشته‌اند ولي اقدامي نكرده‌اند



مأخذ: مطالعه بهره‌مندي از خدمات بهداشتي درماني، اسفند 1381

نمودار 5: نسبتي از افراد نيازمند به خدمات درماني كه براي دريافت آن طي دو هفته اخير اقدام كرده‌اند ولي نتوانسته‌اند آن را دريافت كنند



[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

مأخذ: مطالعه بهره‌مندي از خدمات بهداشتي درماني (اسفند 1381)

با اين حال در سال هاي اخير تلاش شده است به صورت بال قوه دسترسي به خدمات سلامتي از طريق بيمه اجتماعي براي تمامي مردم ايجاد شود.

مروري بر عملكرد عمومي بخش بهداشت در طي سالیان طي شده برنامه سوم اين امر را تا حدودي اثبات مي‌كند:

ـ افزايش اميد به زندگي در بدو تولد از 70 در سال 79 به 71 در پايان سال 81؛

ـ كاهش مي‌زان مرگ‌ومير كودكان زير پنج سال 36 در هزار تولد در پايان سال 81؛

ـ كاهش ميزان مرگ ومير كودكان زير يك سال 28/6 در هزار تولد زنده در پايان سال 81؛

ـ كاهش قابل توجه مرگ‌ومير كودكان و مادران ناشي از افزايش دسترسي مردم به مراقبت هاي بهداشتي اوليه، افزايش در پوشش واكسيناسيون، مراقبت مادر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

و كودك و تنظيم خانواده؛
ـ افزايش تعداد خانه هاي بهداشت از 16050 باب در سال 1379 به 16561 باب در سال 1381؛
ـ افزايش واحدهاي توانبخشي از 1373 واحد در سال 1379 به 1326 واحد در سال 1381؛

لازم به توضيح است كه پوشش بيمه اي روستاييان تا سال 1384 تنها شامل خدمات بستري مي شد كه اكنون شامل خدمات سرپايي و بستري با تاكيد بر استفاده از شبكه بهداشتي و درماني كشور مي گردد و روستاييان در اين مورد حق سرانه بيمه پرداخت نمي‌نمايند و فرانشيز خدمات بستري آنان نيز از 25 درصد به 10 درصد كاهش يافته است.

همچنين بر اساس بند هـ تبصره 10 قانون بودجه كل كشور دولت موظف شده از سال 1381 نسبت به بيمه نمودن كليه افرادي كه تحت پوشش هيچ گونه بيمه درماني قرار ندارند اقدام و به طور رايگان همه آن‌ها را بيمه نمايد. عمليات اجرايي اين طرح در سال 1381 بدون دريافت حق سرانه د رمان با تخصيص 320 ميليارد ﷼ اعتبار تامين شده است.

2) دستگاه‌هاي متولي امور حمايتي خدمات درماني

در ايران عمده ترين دستگاه هاي متولي در اين زمينه شامل سازمان بهزيستي، كميته امداد امام خميني، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي، بنياد شهيد انقلاب اسلامي، سازم ان امور جانبازان،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

جمعيت هلال احمر جمهوري اسلامي ايران، ستاد رسيدگي به امور آزادگان، جمعيت هاي خيريه، انجمن‌هاي نيكوكاري و سازمان هاي شبه عمومي مي‌باشند.

دستگاه هاي مزبور بخشي از فعاليت هايشان مرتبط با ارائه خدمات درماني به محرومان مي باشند و هيچ سازماني به طور كامل وظيفه ارائه خدمات درماني به محرومان را ندارد . از سوي ديگر در ايران نظام شناسايي خانوارهاي كم درآمد و فقير نيز وجود ندارد و معمولاً برنامه ها امكان تفكيك خانوارهاي فقير و غيرفقير را ندارند و بر اساس اقشار اجتماعي و شغلي عمل مي كنند مانند روستاييان، معلولان، آزادگان، خانواده شهدا و يا همانند يارانه‌ها كه عموم جامعه را دربرمي‌گيرد.

محدوديت‌هايي كه اين نابساماني را باعث مي شود عبارتند از:

ـ محدوديت‌هاي اعتباري؛

ـ عدم شناخت كافي از ميزان مشاركت‌هاي مردمي و استفاده بهينه از آنان؛

ـ عدم وجود آمار و اطلاعات لازم در زمينه تعداد نيازمندان، ميزان پراكندگي و تعيين سطح نياز؛

ـ عدم وجود هماهنگي در دستگاه هاي متولي؛

ـ عدم وجود پايگاه هاي اطلاعات درآمدي؛

ـ تعدد نهادها و دستگاه هاي اجرايي.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

جدول 6: برنامه‌هاي حمايت‌هاي درماني به تفكيك سازمان متولي به‌عنوان دستگاه

شماره رديف	عنوان برنامه	دستگاه متولي
30405	توانبخشي	بهزيستي
30409	حمايت خانواده	
30412	بيمه درمان اقشار آسيب‌پذير	
503708	كمك به جذاميان	
	پيشگيري از معلوليت‌ها و آسيب‌هاي اجتماعي	
30409	حمايت خانواده	كميته امداد امام خميني
30412	بيمه درمان اقشار آسيب‌پذير	
30439	تعرفه‌هاي ترجيحي درمان بستري در نقاط محروم	
30311	خدمات دارويي ملزومات مصرفي پزشكي	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي
30334	كمك به بيماران خاص	
30342	كمك به بيماران نيازمند	
30303	كمك بلاعوض به بيماران اعزام به خارج	
30413	بيمه درمان روستاييان	سازمان بيمه خدمات درماني
30412	بيمه درمان اقشار آسيب‌پذير	
30414	بيمه درمان خويش‌فرمايان	
3017	بيمه درمان كارمندان دولت	
30439	تعرفه هاي ترجيحي درمان بستري در مناطق محروم	
30405	توانبخشي	وزارت كار و امور اجتماعي
30438	بيمه درمان بسيجيان	ستاد مشترك سپاه پاسداران انقلاب اسلامي
30405	توانبخشي	دانشگاه علوم بهزيستي و توانبخشي

ادامه جدول 6

30405	توانبخشي	جمعيت هلال احمر
30439	تعرفه‌هاي ترجيحي بستري نقاط محروم	سازمان تامين اجتماعي نيروهاي مسلح
30428	بيمه تكميلي درمان	

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

30415	بيمه درمان پرسنل نظامي و انتظامي	
30405243	تعمير و تجهيز آسايشگاه ها و مراكز بازتواني جانبازان	سازمان امور جانبازان
30311	خدمات دارويي و ملزومات پزشكي	
30416	بيمه درمان جانبازان	
30409	حمايت خانواده	
30418	بيمه درمان خانواده هاي شاهد	بنياد شهيد
30412	بيمه درمان اقشار آسيب‌پذير (سازمان آموزش و پرورش استثنايي)	وزارت آموزش و پرورش
30420	بيمه درمان آزادگان	ستاد رسيدگي به امور آزادگان
30428	بيمه تكميلي درمان	
30419	بيمه درمان روحانيون و طلاب علوم ديني	مركز خدمات حوزه علميه قم
30428	بيمه تكميلي درمان	سازمان تامين اجتماعي
30428	بيمه تكميلي درمان	صندوق بازنشستگي كشوري

اما نكته اي كه براي دستيابي به عدالت در دسترسي به خدمات سلامتي حايز اهميت است؛ مكانيزم شناسايي افراد به منظور ارايه خدمات و اختصاص يارانه به آن‌ها است.

اصولاً براي اين كار چهار روش در جهان وجود دارد:

الف) بازرسي؛
ب) مشخصات گروهي؛
ج) ادعاي خود فرد؛
د) پوشش همگاني.

هر كدام از روش هاي فوق داراي مزايا و معايبي است كه باعث گرديده هيچ كشوري از يكي از اين

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

شيوه ها به‌صورت مطلق استفاده ننمايد. براي مثال در ايران براي يارانه دارو از مكانيزم پوشش همگاني، براي بيمه افراد ك مدرآمد از مشخصات گروهي مانند بيمه روستاييان يا افراد تحت پوشش كميته امداد و از روش ادعاي فرد براي صدور كارت بيمه بستري شهري استفاده مي‌گردد.

نكته مهم در اين مقوله اين است كه مكانيزم انتخابي، ارتباط تنگاتنگي با نظام اطلاعاتي هر كشور در زمينه هاي مختلف از ج مله درآمد افراد دارد.

به نظر مي‌رسد با انجام فعاليت‌هاي زير در كشور مي‌توان به شناسايي بهتر افراد كم درآمد اقدام نمود:

ـ ايجاد نظام جامع اطلاعاتي براي شناسايي خانوارهاي كم‌درآمد؛

ـ هدفمند كردن يارانه ها به سمت بهره مندي گروه هاي كم‌درآمد؛

ـ هماهنگي بين سازمان‌هاي مسئول؛

ـ استفاده و ترغيب بخش خصوصي به ارايه خدمات درماني عام‌المنفعه.

بنابراين در ايران تصوير شفاف و روشني از تعداد فقرا وجود ندارد و اجباراً به آمارهاي برآوردي حاصل از نمونه گيري‌ها بسنده مي شود كه چندان قابل اعتماد نيست. در آخرين آمار منتشره

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

از سوي سازمان مديريت و برنامه ريزي موسوم به گزارش «اهداف توسعه هزاره» تعداد افراد با يك دلار درآمد در روز بر مبناي برابري قدرت خريد 2 درصد و تعداد افراد با دو دلار درآمد در روز بر مبناي برابري قدرت خريد 5 درصد جمعيت كشور برآورد شده است.

3) نتيجه‌گيري

آن‌چه مسلم است رابطه بين ثروت و سلامت رابطه اي دوسويه است كه افزايش هر كدام بر ديگري مستقيماً اثرگذار است زيرا همان طور كه قبلاً اشاره شد با بهبود وضعيت اقتصادي سطح سلامت افزايش يافته و از طرف ديگر با افزايش سطح سلامتي و توان جسمي و ذهني، وضعيت اقتصادي افراد نيز به بود مي‌يابد. در اين ميان نبايد از تاثير متغيرهاي فرهنگي و سياسي بر اين دو غافل شد زيرا هر كدام مي‌توانند نقشي كليدي در بهبود وضعيت اقتصادي و سلامتي مردم بازي نمايند.

جمع‌بندي مطالب فوق الذكر ما را به اين نتيجه مي‌رساند كه توجه به وضعيت سلامتي و اقتصادي مردم خصوصاً نيازمندان، يكي از راه هاي افزايش قدرت اقتصادي كشور است. در اين راستا بهبود وضعيت سلامتي افراد خصوصاً قشر جوان و مولد جامعه از اهميت بيشتري برخوردار است كه با كاهش پرداخت مستقيم مردم و توزيع عادلانه منابع در نظامِ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

سلامت، محقق خواهد شد.

برنامه‌هاي رفاهي همچون بيمه هاي اجتماعي سلامت روستاييان و نيازمندان مي تواند كمك شاياني به تحقق اهداف فوق‌الذكر نمايد.

خوشبختانه در برنامه چهارم توسعه به اين امر تا حدي توجه شده است *. اما براي تحقق اين امر نياز به عزم جدي مسئولين، افزايش آگاهي عمومي خصوصاً در زمينه سلا متي و همكاري مردم براي دستيابي به اهداف تعيين شده در سند برنامه مي‌باشد.

* **ماده 90 :** به منظور ارتقاي عدالت توزيعي در دسترسي عادلانه مردم به خدمات بهداشتي و درماني و در جهت كاهش سهم خانوارهاي كم‌درآمد و آسيب‌پذير از هزينه‌هاي بهداشتي و درماني آنها، توزيع منابع و امكانات بهداشتي و درماني بايد به نحوي صورت گيرد كه «شاخص مشاركت عادلانه مالي مردم» به 90 درصد ارتقا يابد و سهم مردم از هزينه هاي سلامت حداكثر از 30 درصد افزايش نيابد و ميزان خانوارهاي آسيب‌پذير از هزينه هاي غيرقابل تحمل سلامت ، به يك درصد كاهش يابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مكلف است، با مشاركت سازمان مديريت و برنامه ريزي كشور، آيين‌نامه چگونگي متعادل نمودن سهم مردم در تامين منابع بهداشت و درمان براي تحقق اهداف مذكور را ظرف مدت شش ماه پس از تصويب اين قانون تهيه و براي تصويب به هيأت وزيران ارائه نمايد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]

منابع
References

1. سازمان مديريت و برنامه ريزي، (1384). **قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي كشور.**
2. ساريخاني، فاطمه ، (1384). **فقر سلامتي و توسعه**، نشر پژواك كيوان.

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-01]