

## بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران

دکتر علی ماهر\*

همواره یکی از دغدغه های اساسی کارشناسان مدیریت و اقتصاد بهداشت در جهان اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت بوده است.

در ابتدا آنچه بیشتر مدنظر بود و مورد توجه قرار می گرفت اثر پدیده فقر بر سلامت بود یعنی اعتقاد بر این بود که اگر فردی دارای توان اقتصادی کافی نباشد، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تامین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ این اعتقاد زمینه ساز کمک های مالی کشورهای دارا به کشورهای نادر به منظور تامین کالری لازم برای نیازمندان در این کشورها شد.

شکی نیست که ثروت سلامت را افزایش می دهد زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش دهنده سلامتی دارند ولی آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور

---

\* فوق دکتری اقتصاد بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران <dralimajer@hotmail.com>

است زیرا سرمایه فرد نیازمند همان بدن وی می‌باشد و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می‌گردد؛ این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این‌گونه منعکس گردیده است: کشورهای که افرادی آموزش‌دیده و سالم دارند و دارای وضعیت سیاسی با ثباتی می‌باشند، از رشد اقتصادی مناسب‌تری برخوردار بوده‌اند؛ در واقع این رابطه باید به صورت یک رابطه تعاملی مورد نقد و بررسی واقع گردد.

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

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

کلید واژه‌ها: ایران، توسعه، سلامت، فقر  
تاریخ دریافت مقاله: 84/1/25  
پذیرش مقاله: 84/5/5

## مقدمه

همواره برای بررسی و ارزیابی وضعیت اقتصادی یک کشور شاخص‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرد که می‌تواند جایگاه آن کشور را در مقایسه با دیگر

کشورها مشخص کند؛ در این میان برخی شاخص ها همچون درآمد سرانه، تولید ناخالص ملی و ... بیش از دیگر شاخص ها دارای اهمیت بوده و بدان توجه شده است.

از طرفی وضعیت بهداشت و درمان کشورها نیز از طریق بررسی آمار اپیدمیولوژیک بیماری ها، مرگ و میر کودکان، مادران و غیره مورد بررسی قرار گرفته و عمدتاً رابطه بین وضعیت اقتصادی و وضعیت بهداشتی - درمانی مغفول مانده است.

گرچه برخی از شاخصها همچون سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی تا حدی رابطه مذکور را بررسی می نمایند ولی چندان معیار قابل اعتمادی نمی باشد. زیرا از این طریق اثر هزینه انجام شده بر افزایش سطح سلامت جامعه و نحوه توزیع آن قابل دستیابی نیست؛ معهذاً اگر تغییرات شاخص های اقتصادی کشورها را در کنار تغییرات شاخص های سلامتی مورد بررسی قرار دهیم خواهیم دید روابط معناداری بین این دو یافت می گردد که در دهه گذشته توجه دانشمندان جهان را به خود جلب نموده است؛ به همین دلیل از سال 2000 سازمان جهانی بهداشت با تشکیل کمیسیونی با عنوان «اقتصاد کلان و سلامت» سعی نموده است بیش از پیش اثرات سلامت بر اقتصاد کلان کشورها و بالعکس را بررسی نموده و راهکارهایی را برای کشورها خصوصاً کشورهای در حال

توسعه و کمتر توسعه‌یافته پیشنهاد نماید.

بر اساس یک معیار بین المللی در حدود 1/2 میلیارد نفر زیر خط فقر کامل به سر می‌برند. اگر ملاک تعیین سطح فقر 2 دلار در روز باشد این تعداد به 2/8 میلیارد یعنی تقریباً نیمی از جم عیت جهان می‌رسد. (ساریخانی، 1384: 31)

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

برای اثبات این مطلب توجه خوانندگان محترم را به گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال 2000 در این ارتباط جلب می‌نمایم (جدول شماره 1). همان‌طور که در جدول شماره 1 مشاهده می‌گردد رتبه کشورها از نظر کارآمدی نظام بهداشت و درمان رابطه مستقیمی با هزینه انجام شده در بهداشت و درمان ندارد، بدین منظور مقایسه بین

جایگاه آمریکا، عمان و ایران می‌تواند قابل تامل باشد.

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

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

جدول 1: رتبه کشورها از نظر کارآمدی نظام بهداشت و درمان و هزینه آن

رتبه	سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)	هزینه سرانه	نام کشورها
1	9/8	2/369	فرانسه
2	9/3	1/855	ایتالیا
3	7/5	2/257	سان‌مارینو
4	7/5	1/368	آندورا
5	6/3	551	مالت
6	3/1	876	سنگاپور
7	8	1/071	اسپانیا
8	3/9	370	عمان
9	9	2/277	استرالیا

10	7/1	2/373	ژاپن
11	13/7	4/187	آمریکا
12	4/4	108	ایران

مأخذ: گزارش سلامت جهانی 2001، سازمان جهانی بهداشت

جهانی شدن، منافع بسیار هنگفتی را به صورت بالقوه دربردارد، زیرا اشتراك ایده ها، فرهنگها، فناوریهای حفظ کننده حیات و فرآیندهای کارآمد تولید را افزایش می دهد.

با این حال، جهانی شدن هنوز در مرحله آزمون قرار دارد. تا حدودی به این دلیل است که منافع آن هنوز عاید صدها میلیون انسان فقیر در سراسر جهان نمی شود و به این دلیل و صدها دلیل دیگر جهانی شدن چالشهایی را در سطح جهان ایجاد نموده است.

جهانی شدن می تواند هر مخاطره ای را سریع تر به تمام جهان منتقل نماید.

رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاهش یا حذف فقر از جهان گرفته اند که آخرین بار در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد (Millennium Summit of The United Nations) در سپتامبر سال 2000 مورد پذیرش قرار گرفت.

در این همایش کاهش چشمگیر فقر و ارتقای قابل ملاحظه سطح سلامت فقرا تا سال 2015 پیش بینی شده است.

حال سؤال اساسی این است که اهداف همایش

فوق‌الذکر چگونه قابل دستیابی است. واضح است که این اهداف خود به خود محقق نخواهد شد؛ ارتقای سطح سلامت فقرا و افزایش متوسط طول عمر آنان همان‌گونه که بر شاخص‌های توسعه اقتصادی کشورها اثرگذار است به شدت نیازمند بهبود همان شاخص‌هاست. عموماً بار بیماری‌ها (Burden of Disease) در هر کشور رابطه مستقیم و به مراتب قوی‌تر از آنچه پنداشته می‌شود با شاخص‌های اقتصادی دارد زیرا انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذاء، مسکن و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری اسیر می‌گردد و از طرف دیگر دسترسی کمتری نیز به خدمات سلامتی دارد و در نتیجه درآمد وی همواره رو به کاهش است و این چرخه ادامه می‌یابد. این امر با بررسی اجمالی وضعیت سلامتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ثابت می‌گردد. جدول شماره 2 نشانگر صحت مطلب فوق می‌باشد.

جدول 2: میزان امید به زندگی و مرگومیر بر حسب میزان توسعه‌یافتگی کشورها (سال 2000)

میزان توسعه‌یافتگی	جمعیت (1999) به میلیون نفر	میانگین درآمد سالانه (به دلار آمریکا)	میزان امید به زندگی در بدو تولد (به سال)
کشورهای کمتر توسعه‌یافته	643	296	51
کشورهای در حال	1777	538	59

			توسعه کم درآمد
78	25730	891	کشورهای توسعه یافته پر درآمد

مأخذ: گزارش سلامت جهانی 2002، سازمان جهانی بهداشت

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

### جدول 3: مقایسه تطبیقی امید به زندگی و شاخصهای اقتصاد کلان بهداشت در چند کشور منتخب

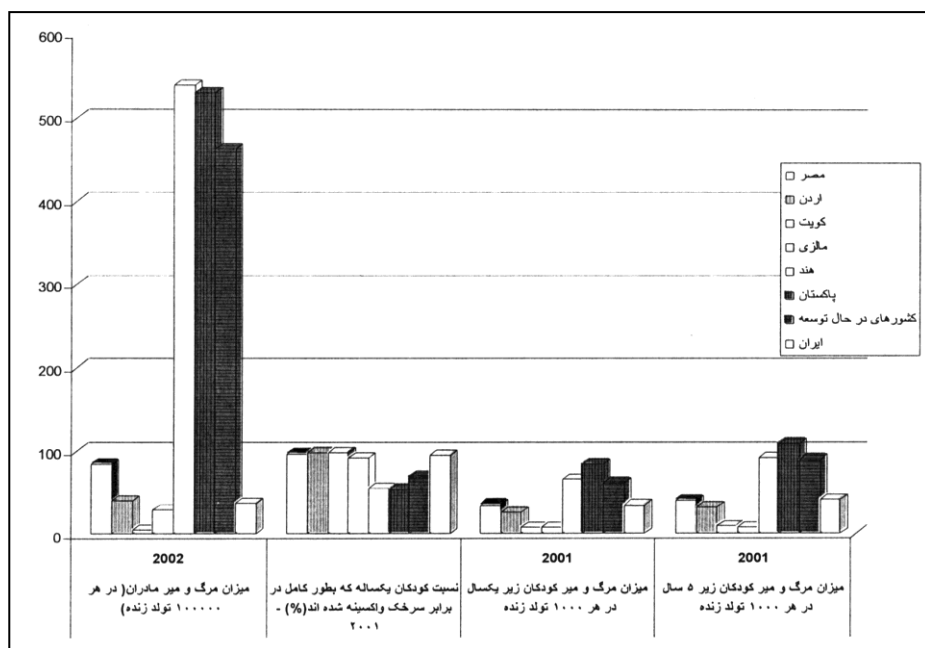
کشور	شاخص	امید به زندگی در بدو تولد (سال) (2001)	هزینه های صرف شده از سوی منابع عمومی در امر سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)	هزینه های صرف شده برای سلامت (سرانه دلار آمریکا در سال) (2000)
مصر		68/3	1/8	143
اردن		70/6	4/3	341
کویت		76/3	2/7	538
عربستان سعودی		71/9	3/5	641
مالزی		72/8	1/8	310
هلند		63/3	0/9	71
پاکستان		72/8	0/9	76
کشورهای در حال توسعه		64/4	—	—
ایران		69/8	2/7	356

مأخذ: گزارش سلامت جهانی 2002، سازمان جهانی بهداشت

در اکثر کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه با کنترل بیماری های واگیر دار،

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

### نمودار 1: مقایسه تطبیقی شاخص‌های اساسی سلامت در چند کشور منتخب



مأخذ: گزارش سلامت جهانی ۲۰۰۳، سازمان جهانی بهداشت

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

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

ب) دوم آن‌که رشد اقتصادی اگرچه مهم است ولی کافی نیست زیرا دیده می‌شود کشورهای توسعه یافته نیز دارای سطح سلامتی بسیار متفاوتی می‌باشند. در این میان نباید مشکلاتی همچون فساد، سوء مدیریت و ضعف بخش دولتی در کشورهای کمتر توسعه یافته را از یاد برد.

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

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

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

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

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

براساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت در کشور، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری و به صورت پرداخت مستقیم خانوار تامین می‌شود. به همین لحاظ در رتبه بندی سال 2000 سازمان جهانی بهداشت، کشور جمهوری اسلامی ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تامین منابع مالی بخش سلامت، بین 191 کشور رتبه 112 را احراز کرد.

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

براساس آخرین مطالعات انجام شده (مؤسسه ابن‌سینای بزرگ، 1381) در این خصوص و با استفاده از نتایج آمارگیری هزینه و درآمد خانوار و حساب‌های ملی، نتایج زیر حاصل گردیده است:

- شاخص مشارکت عادلانه خانوار در تامین منابع سلامتی 0/83 محاسبه گردیده است.

- در بیشتر خانوارهایی که با هزینه‌های کم‌ترکن سلامتی مواجه بوده‌اند، 50 درصد از هزینه‌های

سلامتی مربوط به هزینه‌های بیمارستانی بوده است.  
- ترکیب هزینه‌های برای افراد بیمه شده و غیربیمه شده از الگوی مشابهی برخوردار بوده است.

- 3/33 درصد از خانوارها مواجه با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی بوده‌اند. به عبارت دیگر حدود دو میلیون نفر از جمعیت کشور با این‌گونه هزینه‌ها مواجه بوده‌اند.

آنچه در جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های مشخص و رسمی در راستای حمایت‌های درمانی به نیازمندان مدنظر قرار می‌گیرد به دو بخش اصلی تقسیم می‌گردد: برنامه‌های بیمه درمان و برنامه‌های غیربیمه‌ای. در این مقاله برنامه‌ها براساس تعاریف رسمی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ارائه می‌گردد.

در این مورد آن چه باید متذکر گردد وجود بیمه‌های اجتماعی است که دربردارنده خدمات درمانی برای افراد تحت پوشش می‌باشد. در این مورد دو سازمان بزرگ عهده‌دار امور بیمه اجتماعی درمان می‌باشند که عبارتند از سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی.

**جدول 4: برنامه‌های بیمه‌ای درمان به ترتیب شماره طبقه‌بندی**

شماره طبقه‌بندی	عنوان	فعالیت
30412	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	

سرايه بيمه درمان روستاييان	بيمه درمان روستاييان	30413
كمك به بيماران خاصه و بيمه درمان خويشفرمايان	بيمه درمان خويشفرمايان	30414
	بيمه درمان پرسنل نظامي و انتظامي	30415
	بيمه درمان جانبازان	30416
	بيمه درمان كارمندان دولت	30417
	بيمه درمان خانواده هاي شاهد	30418
	بيمه درمان روحانيون و طلاب علوم ديني	30419
	بيمه درمان آزادگان	30420
	بيمه تكميلي درمان	30428
	بيمه درمان بسيجيان	30438

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 اجتماعي تنها در قالب برنامه شماره 30401 تحت عنوان بيمه اجتماعي كارگران مبالغه 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 طبقه بندي 30402

که گرچه عنوان بیمه را به همراه خود دارد در حقیقت تمام بار مالی آن بر دوش دولت بوده و مشارکتی از اعضا از حیث تامین منابع مالی وجود ندارد از این رو این بخش در حمایت‌های غیربیمه‌ای توضیح داده خواهد شد.

ب) برنامه‌های غیربیمه‌ای که دربردارنده فعالیت‌های گسترده تری علاوه بر خدمات درمانی می‌باشد. (جدول شماره 5)

**جدول 5: برنامه‌های غیربیمه‌ای به ترتیب شماره طبقه‌بندی**

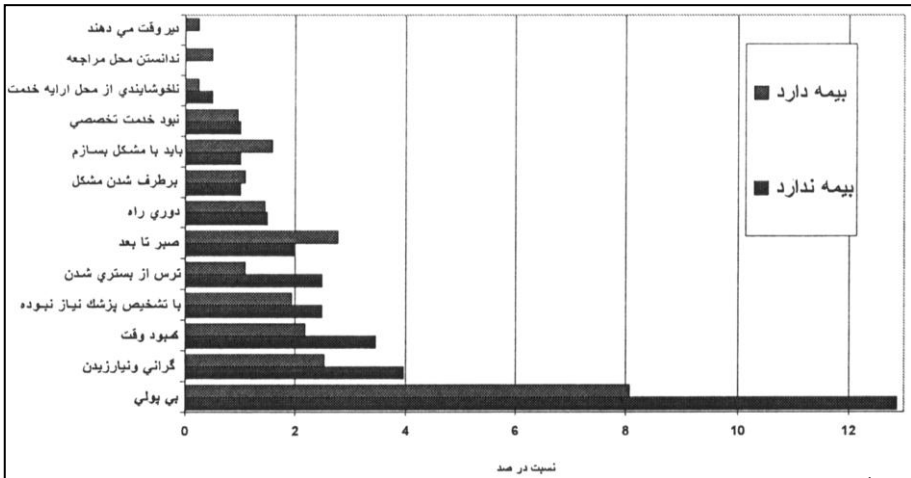
شماره طبقه‌بندی	عنوان	فعالیت
30404	خدمات رفاهی	شامل بیمه عمر و حوادث جانبازان
30405	توانبخشی	شامل: کمک به مرکز نگهداری فرزندان معلول کارگران و کمک به موسسات خیریه، نگهداری و توانبخشی معلولین و سالمندان در میان خانواده، توانبخشی حرفه‌ای و اشتغال معلولین، خدمات توانبخشی معلولین، کمک به امر ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن در خانواده و مراکز غیردولتی
30409	حمایت خانواده	شامل فعالیتهایی همچون حق پرستاری جانبازان بالای 50 درصد و اعصاب و روان بالا 25 درصد
30411	امور خانواده‌های شاهد	

پیشگیری از معلولیتها، درمان سرپایی معتادین، مشاوره حضوری و تلفنی	پیشگیری از معلولیتها و آسیبهای اجتماعی	30421
	حمایت از زنان و کودکان بیسرپرست	30424
	تعرفه‌های ترجیحی درمان بستری مناطق محروم	30439
	خدمات بهداشتی درمانی روستایی	30304
	خدمات درمان سرپایی روستاییان	30307
	کمک به بیماران خاص (تالاسمی، هموفیلی)	30334
	کمک به درمان بیماران نیازمند	30342
	برنامه کمک به نهادهای مدنی (بیماری‌های خاص)	30318
	خدمات دارویی و ملزومات مصرفی پزشکی	30311
	خدمات دارویی درمان سرپایی روستاییان	30308
	خدمات درمانی	30303
	کمک به جذامیان کشور	503708

خدمات فوق‌الذکر غالباً جنبه خدمات سلامتی داشته و گروه هدف آن گروه‌های خاص افراد نیازمند جامعه است، بدیهی است این‌گونه تخصیص بودجه باعث کاهش نابرابری اجتماعی در دسترسی به خدمات سلامتی می‌گردد؛ اما آنچه شایان ذکر است این مطلب است که متأسفانه آمار دقیقی از وضعیت سلامت فقرا در ایران وجود ندارد؛ نتایج پژوهشی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسفند سال 1381 انجام شده است نشان دهنده آن است که بیشتر کسانی که باید از خدمات سلامتی بهره‌مند می‌شدند و

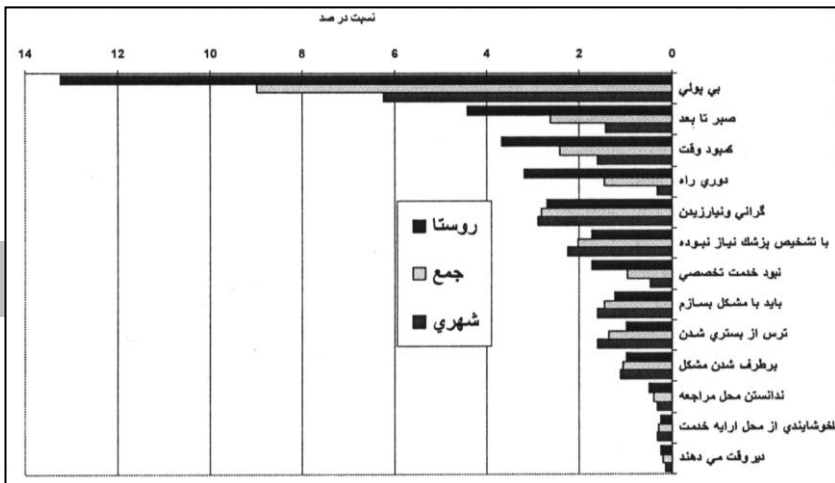
از این خدمات محروم مانده اند به دلیل فقدان توان مالی کافی بوده است.

نمودار 2: نسبتی از جامعه که طی سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن داشته‌اند ولی برای بستری شدن مراجعه نکرده‌اند

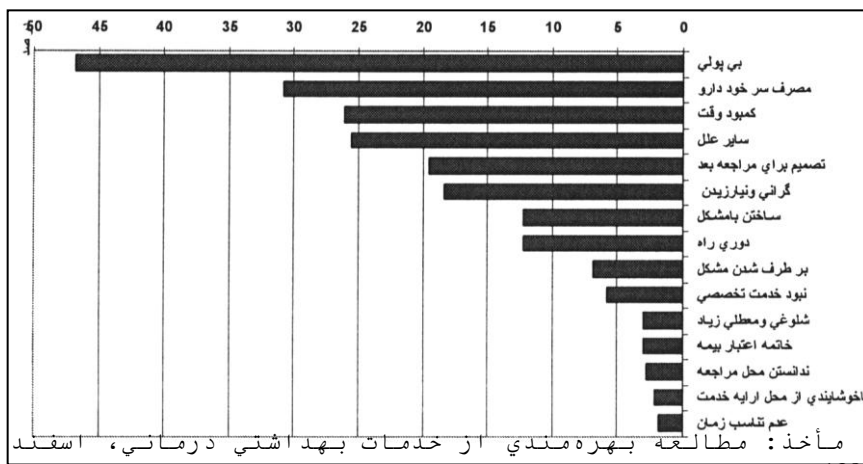


مآخذ: مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، اسفند

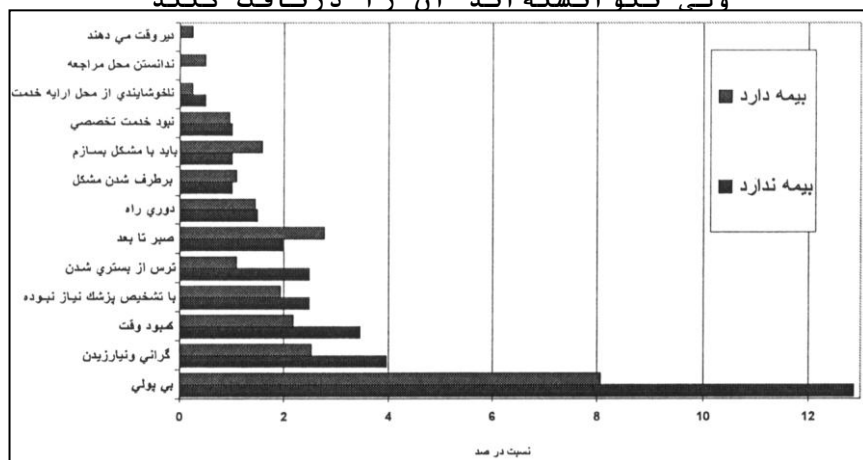
نمودار 3: نسبتی از جامعه که طی سال گذشته احساس نیاز به بستری شدن داشته‌اند ولی برای بستری شدن مراجعه نکرده‌اند



مأخذ: مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی، اسفند 1381  
 نمودار 4: علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته اند ولی اقدامی نکرده اند



نمودار 5: نسبتی از افراد نیازمند به خدمات درمانی که برای دریافت آن طی دو هفته اخیر اقدام کرده اند ولی نتوانسته اند آن را دریافت کنند



مأخذ: مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی (اسفند 1381)

با این حال در سال‌های اخیر تلاش شده است به صورت بال‌قوه دسترسی به خدمات سلامتی از طریق بیمه اجتماعی برای تمامی مردم ایجاد شود. مروری بر عملکرد عمومی بخش بهداشت در طی سالیان طی شده برنامه سوم این امر را تا حدودی اثبات می‌کند:

– افزایش امید به زندگی در بدو تولد از 70 در سال 79 به 71 در پایان سال 81؛

– کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال 36 در هزار تولد در پایان سال 81؛

– کاهش میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال 28/6 در هزار تولد زنده در پایان سال 81؛

– کاهش قابل توجه مرگ‌ومیر کودکان و مادران ناشی از افزایش دسترسی مردم به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افزایش در پوشش واکسیناسیون، مراقبت مادر

و كودك و تنظيم خانواده؛

– افزایش تعداد خانه های بهداشت از 16050 باب در سال 1379 به 16561 باب در سال 1381؛  
– افزایش واحدهای توانبخشی از 1373 واحد در سال 1379 به 1326 واحد در سال 1381؛

لازم به توضیح است که پوشش بیمه ای روستاییان تا سال 1384 تنها شامل خدمات بستری می شد که اکنون شامل خدمات سرپایی و بستری با تاکید بر استفاده از شبکه بهداشتی و درمانی کشور می گردد و روستاییان در این مورد حق سرانه بیمه پرداخت نمی نمایند و فرانشیز خدمات بستری آنان نیز از 25 درصد به 10 درصد کاهش یافته است.

همچنین بر اساس بند ه تبصره 10 قانون بودجه کل کشور دولت موظف شده از سال 1381 نسبت به بیمه نمودن کلیه افرادی که تحت پوشش هیچ گونه بیمه درمانی قرار ندارند اقدام و به طور رایگان همه آنها را بیمه نماید. عملیات اجرایی این طرح در سال 1381 بدون دریافت حق سرانه درمان با تخصیص 320 میلیارد ریال اعتبار تامین شده است.

## **2) دستگاه های متولی امور حمایتی خدمات درمانی**

در ایران عمده ترین دستگاه های متولی در این زمینه شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، سازمان امور جانبازان،

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ستاد رسیدگی به امور آزادگان، جمعیت های خیریه، انجمن های نیکوکاری و سازمان های شبه عمومی می باشند.

دستگاه های مزبور بخشی از فعالیت هایشان مرتبط با ارائه خدمات درمانی به محرومان می باشند و هیچ سازمانی به طور کامل وظیفه ارائه خدمات درمانی به محرومان را ندارد. از سوی دیگر در ایران نظام شناسایی خانوارهای کم درآمد و فقیر نیز وجود ندارد و معمولاً برنامه ها امکان تفکیک خانوارهای فقیر و غیرفقیر را ندارند و بر اساس اقشار اجتماعی و شغلی عمل می کنند مانند روستاییان، معلولان، آزادگان، خانواده شهدا و یا همانند یارانه ها که عموم جامعه را دربرمی گیرد. محدودیتهایی که این نابسامانی را باعث می شود عبارتند از:

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

جدول 6: برنامه‌های حمایت‌های درمانی به تفکیک سازمان متولی به‌عنوان دستگاه

شماره ردیف	عنوان برنامه	دستگاه متولی
30405	توانبخشی	بهبودی
30409	حمایت خانواده	
30412	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
503708	کمک به جذامیان	
	پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	
30409	حمایت خانواده	کمیته امداد امام خمینی
30412	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
30439	تعرفه‌های ترجیحی درمان بستری در نقاط محروم	
30311	خدمات دارویی ملزومات مصرفی پزشکی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
30334	کمک به بیماران خاص	
30342	کمک به بیماران نیازمند	
30303	کمک بلاعوض به بیماران اعزام به خارج	
30413	بیمه درمان روستاییان	سازمان بیمه خدمات درمانی
30412	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	
30414	بیمه درمان خویش‌فرمایان	
3017	بیمه درمان کارمندان دولت	
30439	تعرفه‌های ترجیحی درمان بستری در مناطق محروم	
30405	توانبخشی	وزارت کار و امور اجتماعی
30438	بیمه درمان بسیجیان	ستاد مشترک سپاه پاسداران انقلاب اسلامی
30405	توانبخشی	دانشگاه علوم بهداشتی و توانبخشی

ادامه جدول 6

30405	توانبخشی	جمعیت هلال احمر
30439	تعرفه‌های ترجیحی بستری نقاط محروم	سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح
30428	بیمه تکمیلی درمان	

	بیمه درمان پرسنل نظامی و انتظامی	30415
سازمان امور جانبازان	تعمیر و تجهیز آسایشگاه ها و مراکز بازتوانی جانبازان	30405243
	خدمات دارویی و ملزومات پزشکی	30311
	بیمه درمان جانبازان	30416
	حمایت خانواده	30409
بنیاد شهید	بیمه درمان خانواده های شاهد	30418
وزارت آموزش و پرورش	بیمه درمان اقشار آسیب پذیر (سازمان آموزش و پرورش استثنایی)	30412
ستاد رسیدگی به امور آزادگان	بیمه درمان آزادگان	30420
	بیمه تکمیلی درمان	30428
مرکز خدمات حوزه علمیه قم	بیمه درمان روحانیون و طلاب علوم دینی	30419
سازمان تامین اجتماعی	بیمه تکمیلی درمان	30428
صندوق بازنشستگی کشوری	بیمه تکمیلی درمان	30428

اما نکته ای که برای دستیابی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامتی حایز اهمیت است؛ مکانیزم شناسایی افراد به منظور ارائه خدمات و اختصاص یارانه به آن‌ها است.

اصولاً برای این کار چهار روش در جهان وجود دارد:

- الف) بازرسی؛
- ب) مشخصات گروهی؛
- ج) ادعای خود فرد؛
- د) پوشش همگانی.

هر کدام از روش‌های فوق دارای مزایا و معایبی است که باعث گردیده هیچ کشوری از یکی از این

شیوه‌ها به صورت مطلق استفاده ننماید. برای مثال در ایران برای یارانہ دارو از مکانیزم پوشش همگانی، برای بیمه افراد کم درآمد از مشخصات گروهی مانند بیمه روستاییان یا افراد تحت پوشش کمیته امداد و از روش ادعای فرد برای صدور کارت بیمه بستری شهری استفاده می‌گردد.

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

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

- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای شناسایی خانوارهای کم درآمد؛
- هدفمند کردن یارانہ ها به سمت بهره مندی گروه‌های کم درآمد؛
- هماهنگی بین سازمان‌های مسئول؛
- استفاده و ترغیب بخش خصوصی به ارائه خدمات درمانی عام‌المنفعه.

بنابراین در ایران تصویر شفاف و روشنی از تعداد فقرا وجود ندارد و اجباراً به آمارهای برآوردی حاصل از نمونه گیری‌ها بسنده می‌شود که چندان قابل اعتماد نیست. در آخرین آمار منتشره

از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی موسوم به گزارش «اهداف توسعه هزاره» تعداد افراد با یک دلار درآمد در روز بر مبنای برابری قدرت خرید 2 درصد و تعداد افراد با دو دلار درآمد در روز بر مبنای برابری قدرت خرید 5 درصد جمعیت کشور برآورد شده است.

### 3) نتیجه‌گیری

آنچه مسلم است رابطه بین ثروت و سلامت رابطه ای دوسویه است که افزایش هر کدام بر دیگری مستقیماً اثرگذار است زیرا همان طور که قبلاً اشاره شد با بهبود وضعیت اقتصادی سطح سلامت افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش سطح سلامتی و توان جسمی و ذهنی، وضعیت اقتصادی افراد نیز به بود می‌یابد. در این میان نباید از تاثیر متغیرهای فرهنگی و سیاسی بر این دو غافل شد زیرا هر کدام می‌توانند نقشی کلیدی در بهبود وضعیت اقتصادی و سلامتی مردم بازی نمایند.

جمع‌بندی مطالب فوق الذکر ما را به این نتیجه می‌رساند که توجه به وضعیت سلامتی و اقتصادی مردم خصوصاً نیازمندان، یکی از راه های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد خصوصاً قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام

سلامت، محقق خواهد شد.

برنامه‌های رفاهی همچون بیمه‌های اجتماعی سلامت روستاییان و نیازمندان می‌تواند کمک شایانی به تحقق اهداف فوق‌الذکر نماید.

خوشبختانه در برنامه چهارم توسعه به این امر تا حدی توجه شده است\* . اما برای تحقق این امر نیاز به عزم جدی مسئولین، افزایش آگاهی عمومی خصوصاً در زمینه سلا متی و همکاری مردم برای دستیابی به اهداف تعیین شده در سند برنامه می‌باشد.

---

\* ماده 90 : به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به 90 درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از 30 درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت، به یک درصد کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تامین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

1. سازمان مدیریت و برنامه ریزی، (1384). **قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور.**
2. ساریخانی، فاطمه، (1384). **فقر سلامتی و توسعه، نشر پژواک کیوان.**
3. Ebnecina. Persiablog.com (1381).
4. Maher, Ali. (2005), "**To review performance of health services For the poor population in Iran In 2003**", WHO, EMRO.
5. Sachs, J.D; et al. "**Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development**", world Health Organization: The Commission on Macroeconomics and Health, Dec 20, 2001.).
6. Suches, j. (2001), "**The strategic significant of global Inequality**", the Washington quarterly, summer, p 191.
7. UNDP. (2003), "**World Human Development Report**".
8. WHO. (2001)a, "**CMH Working Pager Series, Investing in health for economic development**", Geneva.
9. WHO. (2001)b, "**CMH Working Pager Series, Mobilization of domestic resources for health**", Geneva.
10. WHO. (2001)c, "**CMH Working Pager Series, Improving health outcomes for the poor**", Geneva.
11. WHO. (2001)d, "**CMH Working Pager Series, Health economic growth & Poverty reduction**", Geneva.
12. WHO. (2001)e "**Health Economic Growth, Poverty Reduction**", Geneva.
13. WHO. (2001)f "**Improving Health Outcomes for the Poor**", Geneva.
14. WHO. (2002), "**world health report**".
15. WHO. (2002), "**world health report**".