

## 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 آموختش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تامین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ این اعتقاد زمینه ساز کمکهای مالی کشورهایی دارد که کشورهای ندار 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

---

\* فوقدکتری اقتصاد بهداشت، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران <[dralimaher@hotmail.com](mailto:dralimaher@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 : کشورهایی که افرادی آموخته شده و سالم دارند و دارای وضعیت سیاسی با ثباتی میباشند، از رشد اقتصادی مناسبتری برخوردار بوده اند؛ 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 فقراء؛
- 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 شاخص‌ها همچون درآمد سرانه، تولید ناخالص ملی و ... بیش از دیگر شاخص‌ها دارای اهمیت بوده و بدان توجه شده است.

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

گرچه برخی از شاخص‌ها همچون سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی تا حدی رابطه مذکور را بررسی می‌نماید ولی چندان معیار قابل اعتمادی نمی‌باشد. زیرا از این طریق اثر هزینه انجام شده بر افزایش سطح سلامت جامعه و نحوه توزیع آن قابل دستیابی نیست؛ معهذا اگر تغییرات شاخص‌های اقتصادی کشورها را در کنار تغییرات شاخص‌های سلامتی مورد بررسی قرار دهیم خواهیم دید روابط معناداری بین این دو یافت می‌گردد که در دهه گذشته توجه دانشمندان جهان را به خود جلب نموده است؛ به همین دلیل از سال 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.

براساس 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 جمیعت جهان می‌رسد. (ساریخانی، 31:1384)

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 تعديل نمود، برای مثال کشور آمریکا علی‌رغم داشتن یکی از بالاترین درآمدهای سرانه و همچنین بالاترین هزینه سرانه سلامتی در جهان از نظر شاخص‌ها 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 تامی باشد.

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

ساقس 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	oman
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 اشتراک ایده‌ها، فرهنگ‌ها، فناوری‌های حفظ کننده حیات و فرآیندهای کارآمد تولید را افزایش میدهد.

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

جهانی شدن می‌تواند هر مخاطره‌ای را سریع‌تر به تمام جهان منتقل نماید.

رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاوش یا حذف فقر از جهان گرفته‌اند که آخرین بار در اجلاس (Millennium Summit of The United Nations) در سپتامبر سال 2000 مورد پذیرش قرار گرفت.

در این همایش کاوش چشمگیر فقر و ارتقای قابل ملاحظه سطح سلامت فقراتا سال 2015 پیش‌بینی شده است.

حال سؤال اساسی این است که اهداف همایش

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

عموماً بار بیماری‌ها (Burden of Disease) در هر کشور رابطه مستقیم و به مراتب قویتر از آن‌چه پنداشته می‌شود با شاخص‌های اقتصادی دارد زیرا انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذا، مسکن و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری اسیر می‌گردد و از طرف دیگر دسترسی کمتری نیز به خدمات سلامتی دارد و در نتیجه درآمد وی همواره رو به کاهش است و این چرخه ادامه می‌یابد. این امر با بررسی اجمالی وضعیت سلامتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ثابت می‌گردد. جدول شماره 2 نشانگر صحت مطلب فوق می‌باشد.

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

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

پردرآمد	کشورهای توسعه یافته	توسعه کم درآمد
78	25730	891

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 دو لی توزیع این درآمد چندان یکنواخت نیست بیشتر خود را نشان میدهد.

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

کشور	شاخص زندگی در بدو تولد (سال (2001)	امید به زندگی در امروزه (سال (2001)	هزینه‌های صرف شده از سوی منابع عمومی در امر سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)	هزینه‌های صرف شده برای سلامت (سرانه برابری قدرت خرید دلار آمریکا در سال (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

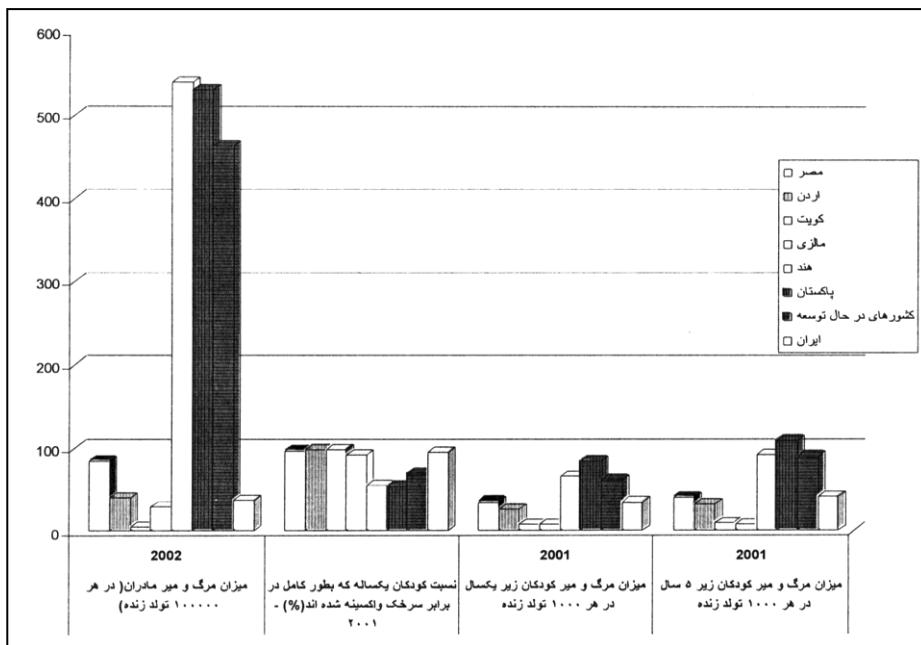
در اکثر کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه با کنترل بیماری های واگیر دار،

ارتقای سلامت مادر و کودک و کاهش آثار معلولیت‌های جسمی و ذهنی جامعه خصوصاً افراد کم درآمد 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 هزینه زیادتر و از طرف دیگر باعث کاهش درآمد و در نتیجه فقیرتر شدن آنان می‌شود. ضمناً با اثر گذاشتن بر سلامتی، متوسط عمر و در نتیجه متوسط زمان تولید درآمد آنان را نیز کاهش می‌دهد؛ این‌گونه افراد به سرعت دچار ناتوانی و فوت می‌شوند و فشار اقتصادی شدیدی بر خانواده و جامعه خویش تحمیل می‌نمایند.

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



مأخذ: گزارش سلامت جهانی 2003، 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 زاییده افزایش سطح سلامت جامعه است.

ب) دوم آنکه رشد اقتصادی اگرچه مهم است ولی کافی نیست زیرا دیده می شود کشورهای توسعه یافته نیز دارای سطح سلامتی بسیار متفاوتی می باشند. 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 می رسد سازمان های بین المللی 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 نظام های سلامت با تامین مالی کافی و به صورت اثربخش کار می کنند و به مسائل اصلی سلامتی جامعه می پردازند.

در این راستا شناسایی صحیح فقرا در این گونه کشورها، توزیع مناسب خدمات و شفافیت و پاسخگویی سازمان های ارائه دهنده خدمات می تواند کمک زیادی به بهبود وضعیت سلامتی فقرا در این کشورها نماید.

مسئله دیگری که در این گونه کشورها باید مورد تأکید قرار گیرد همانا بستر سازی 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 ۰/۸۳ محسوبه گردیده است.  
- در بیشتر خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن سلامتی مواجه بوده اند، ۵۰ درصد از هزینه‌های

سلامتی مربوط به هزینه‌های بیمارستانی بوده است.

- ترکیب هزینه‌ای برای افراد بیمه شده و غیربیمه شده از الگوی مشابهی برخوردار بوده است.

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

آنچه در جمهوری اسلامی ایران در قالب برنامه‌های مشخص و رسمی در راستای حمایت های درمانی به نیازمندان مدنظر قرار می‌گیرد به دو بخش اصلی تقسیم می‌گردد: برنامه‌های بیمه درمان و برنامه‌های غیربیمه ای. 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**

فعالیت	عنوان	شماره طبقه‌بندی
	بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر	30412

سرانه بیمه درمان روستاییان	بیمه درمان روستاییان	30413
کملبیه بیماران خامه و یشفرما و بیمه درمان خویش فرمایان	بیمه درمان خویش فرمایان	30414
	بیمه درمان پرسنل نظامی و انتظامی	30415
	بیمه درمان جان بازاران	30416
	بیمه درمان کارمندان دولت	30417
	بیمه درمان خانواده های شاهد	30418
	بیمه درمان روحانیون و طلاب علوم دینی	30419
	بیمه درمان آزادگان	30420
	بیمه تکمیلی درمان	30428
	بیمه درمان بسیجیان	30438

سازمان بیمه خدمات درمانی در قالب برنامه های مشخص، اعتبارات مورد نیاز خود را از طریق سازمان مدیریت و برنامه ریزی دریافت می دارد و سازمان تامین اجتماعی تنها در قالب برنامه شماره 30401 تحت عنوان بیمه اجتماعی کارگران مبالغی به عنوان کمک دولت که در حدود 3 درصد میزان دستمزد کارگران می باشد دریافت می دارد که حدود یک سوم این مبلغ (سهم دولت) صرف ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان کارگر می گردد. همچنین برنامه دیگری نیز وجود دارد با عنوان بیمه اجتماعی نیازمندان با شماره طبقه بندی 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 در برداشته فعالیت‌های گستردۀ تری علاوه بر خدمات درمانی می‌باشد. (جدول شماره 5)

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

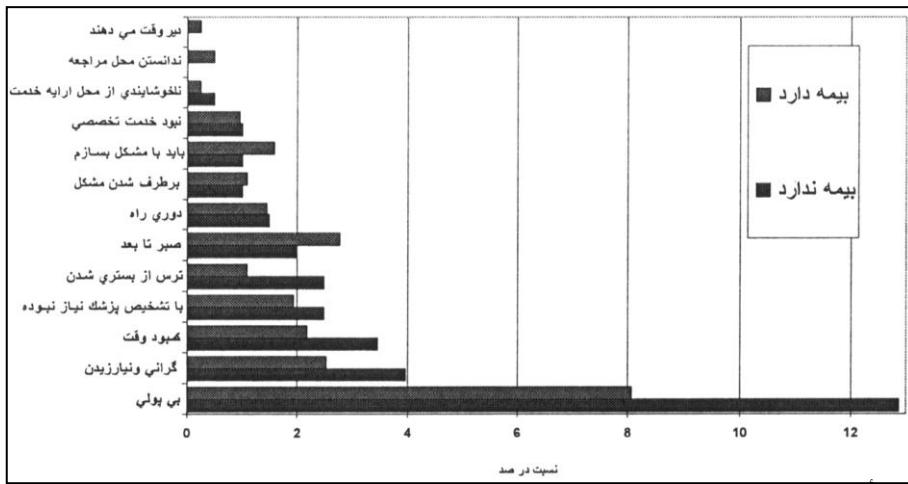
فعالیت	عنوان	شماره طبقه‌بندی
شامل بیمه عمر و حوادث جانبازان	خدمات رفاهی	30404
شامل: کمک به مرکز نگهداری فرزندان معلول کارگران و کمک به موسسات خیریه، نگهداری و توانبخشی معلولین و سالمندان در میان خانواده، توانبخشی حرفة‌ای و اشتغال معلولین، خدمات توانبخشی معلولین، کمک به امر ساماندهی و توانبخشی بیماران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

پیشگیری از معلولیت‌ها، درمان سرپایی معتادین، مشاوره حضوری و تلفنی	پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	30421
	همایت از زنان و کودکان بی‌سپریست	30424
	تعریفهای ترجیحی درمان بسترهای مناطق محروم	30439
	خدمات بهداشتی درمانی روستایی	30304
	خدمات درمان سرپایی روستاییان	30307
	کمک به بیماران خاص (تلاسمی، 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 فوق الذکر غالباً جنبه خدمات سلامتی داشته و گروه هدف آن گروه‌های خاص افراد نیازمند جامعه است، بدیهی است این‌گونه تخصیص بودجه باعث کاوش 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

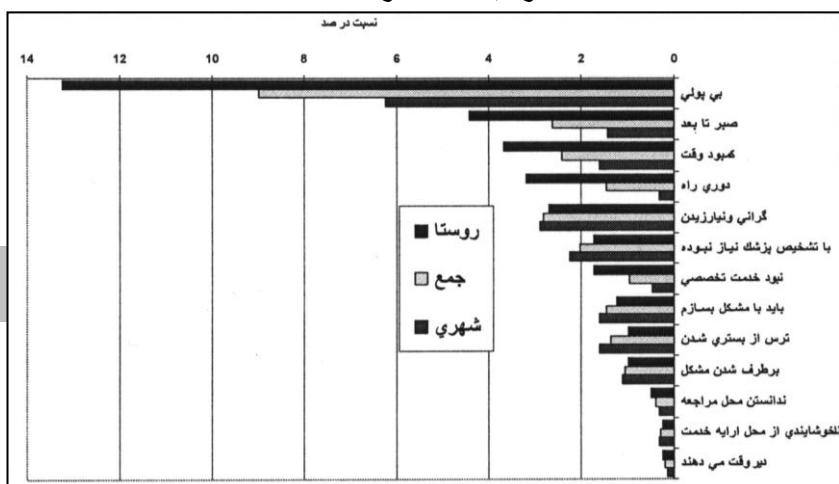
از این خدمات محروم مانده اند به دلیل فقدان توان مالی کافی بوده است.

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



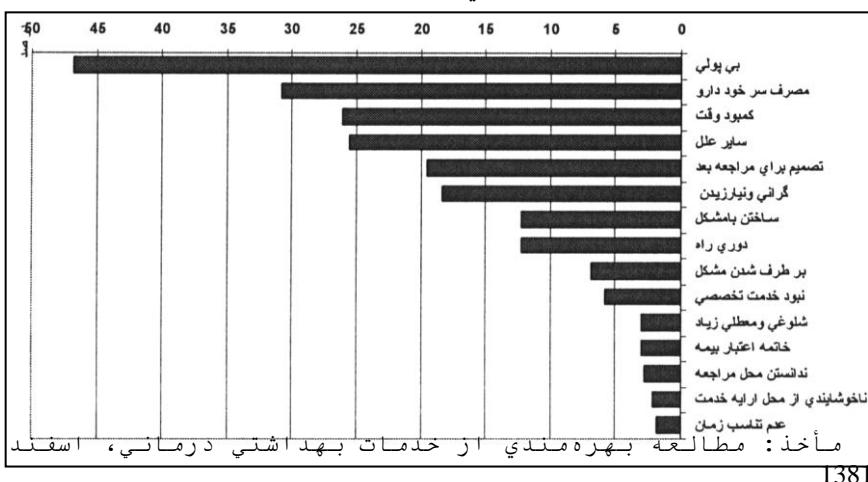
مأخذ: مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی، اسفند 1381

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

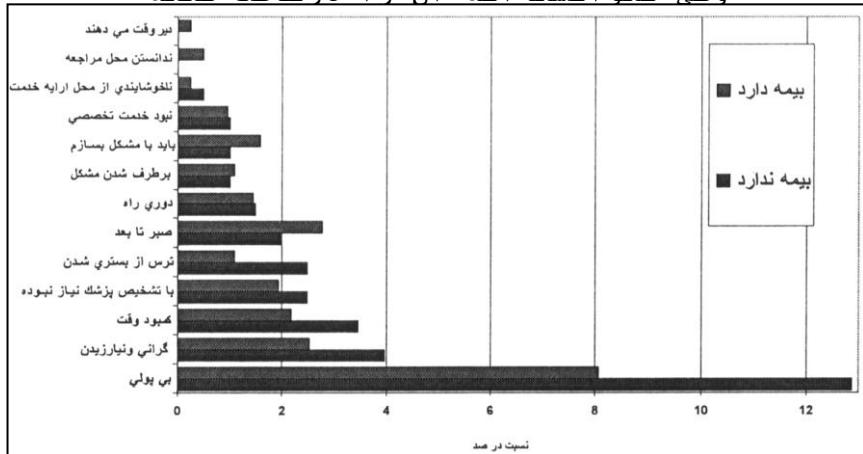


مأخذ: مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی،  
اسفند 1381

**نمودار 4: علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته  
قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و لی  
اقدامی نکرده‌اند**



**نمودار 5: نسبتی از افراد نیازمند به خدمات درمانی  
که برای دریافت آن طی دو هفته اخیر اقدام کرده‌اند  
ولی نتوانسته‌اند 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 و اکسیناسیون، مراقبت مادر

و کودک و تنظیم خانواده؛  
- افزایش تعداد خانه‌های 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 بسترهای می‌شد که اکنون شامل خدمات سرپایی و بسترهای با تأکید بر استفاده از شبکه بهداشتی و درمانی کشور می‌گردد و روستاییان در این مورد حق سرانه بیمه پرداخت نمی‌نمایند و فرانشیز خدمات بسترهای 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 لر اعتبار تامین شده است.

**(2) دستگاه‌های متولی امور حمایتی خدمات درمانی**  
در ایران عمدۀ ترین دستگاه‌های متولی در این زمینه شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، سازمان امور جانبازان،

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ستاد رسیدگی به امور 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 اقسام اجتماعی و شغلی عمل می کنند مانند روستاییان، معلولان، آزادگان، خانواده شهدا و یا همانند یارانه ها که عموم جامعه را دربرمیگیرد. محدودیت هایی که این نابسامانی را باعث می شود عبارتند از:

- محدودیت های اعتباری؛
- عدم شناخت کافی از میزان مشارکت های 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 به عنوان دستگاه**

دستگاه متولی	عنوان برنامه	شماره ردیف
بهزیستی	توانبخشی	30405
	حمایت خانواده	30409
	بیمه درمان اقساط آسیب‌پذیر	30412
	کمک به جذامیان	503708
	پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	
کمیته امداد امام خمینی	حمایت خانواده	30409
	بیمه درمان اقساط آسیب‌پذیر	30412
	تعارفه‌های ترجیحی درمان بستری در نقاط محروم	30439
	خدمات دارویی ملزومات مصرفی پزشکی	30311
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کمک به بیماران خاص	30334
	کمک به بیماران نیازمند	30342
	کمک بلاعوض به بیماران اعزام به خارج	30303
سازمان بیمه خدمات درمانی	بیمه درمان روستاییان	30413
	بیمه درمان اقساط آسیب‌پذیر	30412
	بیمه درمان خویش‌فرمایان	30414
	بیمه درمان کارمندان دولت	3017
	تعارفه‌های ترجیحی درمان بستری در مناطق محروم	30439
وزارت کار و امور اجتماعی	توانبخشی	30405
ستاد مشترک سپاه پاسداران انقلاب اسلامی	بیمه درمان بسیجیان	30438
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	توانبخشی	30405
<b>ادامه جدول 6</b>		
جمعیت هلال احمر	توانبخشی	30405
سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح	تعارفه‌های ترجیحی بستری نقاط محروم	30439
	بیمه تکمیلی درمان	30428

	بیمه درمان پرسنل نظامی و انتظامی	30415
سازمان امور جانبازان	تعمیر و تجهیز آسایشگاه‌ها و مراکز بازتوانی جانبازان	30405243
	خدمات دارویی و ملزومات پزشکی	30311
	بیمه درمان جانبازان	30416
	حمایت خانواده	30409
	بیمه درمان خانواده‌های شاهد	30418
وزارت آموزش و پرورش	بیمه درمان اقساط آسیب‌پذیر (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 طلب علوم دینی	30419
سازمان تامین اجتماعی	بیمه تکمیلی درمان	30428
صندوق بازنیستگی کشوری	بیمه تکمیلی درمان	30428

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

اصولاً برای این کار چهار روش در جهان وجود دارد:

الف) بازرگانی؛

ب) مشخصات گروهی؛

ج) ادعای خود فرد؛

د) پوشش همگانی.

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

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

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

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

- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای شناسایی خانوارهای کم‌درآمد؛
- هدفمند کردن یارانه‌ها به سمت بهره مندی گروه‌های کم‌درآمد؛
- هماهنگی بین سازمان‌های مسئول؛
- استفاده و ترغیب بخش خصوصی به ارایه خدمات درمانی عام‌المنفعه.

بنابراین در ایران تصویر شفاف و روشنی از تعداد فقرا وجود ندارد و اجباراً به آمارهای برآورده 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 قبل 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 راه‌های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد خصوصاً قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام

سلامت، محقق خواهد شد.

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

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

\* **ماده 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 مالي مردم» به 90 درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه های سلامت حد اکثر از 30 درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه های غیرقابل تحمل سلامت، به یک درصد کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، آیین نامه 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 پژوه اک کیوان.**
3. Ebneccina. 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 Paper Series, Investing in health for economic development**", Geneva.
9. WHO. (2001)b, "**CMH Working Paper Series, Mobilization of domestic resources for health**", Geneva.
10. WHO. (2001)c, "**CMH Working Paper Series, Improving health outcomes for the poor**", Geneva.
11. WHO. (2001)d, "**CMH Working Paper 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**".