



درآمدی بر عدالت در نظام سلامت

دکتر کامران باقری لنکرانی

با همکاری:

زهرا کریمیان

فرهاد لطفی



مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز

فروردین ۱۳۸۹

قُلْ أَمَرَ رَبِّي بِالْقِسْطِ (اعراف ۲۹)

بگو پروردگارم امر به عدالت کرده است.

امام مجاهدان و مقتدای عارفان

حضرت آیت الله العظمی امام خمینی قدس الله نفسه الزکیه:

خداوندا!

تو می دانی که ما در این قیام، رضای تو را می خواهیم
و تو می دانی که ما از ظلم؛ ولو بر یک نفر بیزار هستیم
و تو می دانی که ما برای اجرای عدالت قیام کرده ایم...

پیشگفتار

در افق چشم انداز بیست ساله کشور، " ایران ۱۴۰۴، کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، دارای فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، به دور از فقر، فساد و تبعیض و بهره‌مند از محیط زندگی مطلوب "

سند چشم انداز بیست ساله نظام جمهوری اسلامی به عنوان « میثاقی ملی » ویژگی های جامعه آرمانی فردایی نزدیک را به خوبی به تصویر کشیده که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و با در نظر داشتن عدالت به عنوان شاخص مهم مدیریت و راهبری است. پیچیدگی روز افزون نظام سلامت به عنوان یکی از مهم ترین عوامل موثر بر رفاه و عدالت، لزوم توجه هرچه بیشتر مدیران به این مهم را تبیین می کند. در این میان دانشگاهها به لحاظ در اختیار داشتن برترین و نخبه ترین نیروهای انسانی؛ به ویژه دانشجویان به عنوان سرمایه های فکری آینده ساز جامعه در به تصویر کشیدن فردایی بهتر، از جایگاهی مهم برخوردار می باشند. دانشگاههای علوم پزشکی به واسطه در بر داشتن سه نظام بنیادین آموزش، تحقیقات و سلامت نقش تعیین کننده ای در دستیابی به اهداف سند توسعه کشور دارند. ماموریت نظام آموزشی تربیت نیروهای انسانی عالم، توانمند، متفکر، منتقد، کارآمد، پاسخگوی نیازهای سلامت افراد و جامعه و تلاشگر در زمینه نظریه پردازی، تولید علوم و تصمیم گیری در علوم پزشکی است، به نحوی که بتوانند به بهترین وجه به ارائه خدمات کیفی و عادلانه در سطوح مختلف نظام سلامت بپردازند. تحول در نظام آموزشی نیازمند کنشگرانی است که بتوانند خوب فکر کنند، خوب نظریه پردازی نمایند، استدلال کنند و نیز بتوانند نظریه های جدید را در عرصه عمل به کار گیرند. در نقشه جامع علمی سلامت کشور بر سه عنصر علوم پایه، بالینی و علوم اجتماعی و مدیریت به وضوح تاکید گردیده است. المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور ایده ای بود که در راستای نیل به

این اهداف و به منظور ایجاد بستری مناسب برای رشد و توسعه توان فکری و ذهنی و مشارکت و همدلی دانشجویان در عرصه های علمی و با رویکردی بین رشته ای طراحی گردید و سال گذشته برای اولین بار برگزار شد. امید می رود تا در مسیری مداوم هر سال موضوعات متنوع بخش سلامت با حضور دانشجویان علوم پزشکی، این امیدهای فردای سلامت کشور به چالش کشیده شود و راههای نوینی در مسیر دستیابی به اهداف سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴ گشوده گردد. این کتاب با هدف آشنایی با یکی از مهم ترین موضوعات دهه چهارم انقلاب اسلامی یعنی عدالت در سلامت تهیه شده که خوشبختانه در سال ۱۳۸۹ به عنوان محوری از محورهای دومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور در نظر گرفته شده است. در این کتاب بنا نبود که به صورت دایره المعارفی به موضوع پرداخته شود بلکه مباحث کاربردی با بیانی که برای غیر متخصصین نیز قابل فهم باشد مبنای نوشتن قرار گرفت. در تهیه این نوشتار عزیزانی از جمله خانم زهرا کریمیان و آقایان فرهاد لطفی و مهدی جوانبخت با اینجانب همکاری داشته اند. در بخشی از متن کتاب، از جزوه ای که برای پیش نویس طرح اولیه برنامه توسعه پنجم توسط دوست و همکارم آقای دکتر وثوق تهیه شده بود استفاده گردید. امیدوارم این نوشتار بتواند حداقل اذهان بیشتری را متوجه اهمیت این موضوع راهبردی بنماید و این جز با لطف خدا محقق نخواهد بود

کامران باقری لنکرانی

استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز

رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

فهرست مطالب

فرازهایی از بیانات رهبر فرزانه انقلاب پیرامون عدالت	الف
مقدمه	۱۰
عدالت در سلامت	۱۳
ابعاد عدالت در سلامت	۱۹
عدالت در تامین منابع سلامت	۱۹
پرداخت مستقیم از جیب مردم	۲۰
شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت	۲۱
هزینه های اسف بار و کمرشکن	۲۴
ضریب جینی	۲۸
کانونهای هزینه در نظام سلامت ایران	۳۰
تعرفه گذاری خدمات	۳۲
سرانه سلامت	۳۳
روشهای پرداخت در نظام سلامت	۳۴
اصلاح نظام تامین مالی نظام سلامت	۳۸
چرا نمی توان نظام سلامت را بر اساس قوانین بازار اداره کرد؟	۳۹
تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت	۴۱
چالش های نظام های سلامت در موضوع عدالت	۴۶
چه باید کرد؟	۴۹

فرازهایی از بیانات رهبر فرزانه انقلاب مد ظله العالی

پیرامون مبحث عدالت

- معنای عدل اجتماعی این است که قانون، مقررات و رفتارها نسبت به همه افراد جامعه یکسان باشد و کسی امتیاز ویژه‌ای بدون دلیل نداشته باشد. این معنای عدل اجتماعی است. (۱۳۷۵/۹/۵)
- عدالت، تندروری نیست، حق‌گرایی است؛ توجه به حقوق آحاد مردم است؛ جلوگیری از ویژه‌خواری است؛ جلوگیری از تجاوز و تعدی به حقوق مظلومان است. (۱۳۸۴/۵/۱۲)
- بزرگترین آرمان بشر از اول تاریخ انسان (یعنی از آن زمانی که انسان عقلی یافته و فکری به سراغ او آمده، و به زندگی خود، نظم و ترتیبی داده است) تا امروز، آرزوی تحقق عدالت است. (۱۳۷۴/۹/۲۹)
- هدف ما، استقرار عدل در جامعه است. ما این را می‌خواهیم. همه کارها برای اقامه عدل، ارزش پیدا می‌کند. در جامعه نابرابر، اگر ثروت هم زیاد شد، به سود یک قشر و یک گروه از مردم است. اما در جامعه‌ای که برابری و عدالت جریان داشته باشد، به سود همه است. (۱۳۷۱/۱۰/۱۷)
- فوری‌ترین هدف تشکیل نظام اسلامی، استقرار عدالت اجتماعی و قسط اسلامی است. قیام پیامبران خدا و نزول کتاب و میزان الهی، برای همین بود که مردم از فشار ظلم و تبعیض و تحمیل نجات یافته، در سایه قسط و عدل زندگی کنند و در پرتو آن نظام عادلانه، به کمالات انسانی نائل آیند. دعوت به نظام اسلامی، منهای اعتقادی راسخ و عملی پیگیر در راه عدالت اجتماعی، دعوتی ناقص، بلکه غلط و دروغ است و هر نظامی هر چند با آرایش اسلامی، اگر تأمین قسط، عدل و نجات ضعفا و محرومین در سرلوحه برنامه‌های آن نباشد، غیر اسلامی و منافقانه است. (۱۳۶۹/۳/۱۰)
- عدالت اجتماعی، اساس است. اگر رونق اقتصادی در کشور باشد، اما عدل اجتماعی نباشد، این رونق اقتصادی به درد فقرا و مستضعفان نخواهد خورد و محرومیت را برطرف نخواهد کرد.... ما در جامعه فقط رونق اقتصادی را نمی‌خواهیم. ما رونق اقتصادی همراه با عدالت اجتماعی را می‌خواهیم. البته نمی‌گوئیم عدالت اجتماعی باشد، اما رونق اقتصادی نباشد؛ چون در آن جایی که هیچ رونق اقتصادی نیست، عدالت اجتماعی عامل چندان مهمی نیست و در عین حال، جامعه به رفاه و به برخوردارگی لازم نخواهد رسید. اگر عدل اجتماعی همراه با پیشرفت اقتصادی باشد، جامعه شکوفا خواهد شد. (۱۳۷۹/۲/۱۴)



• اگر بخواهیم عدالت به معنای حقیقی خودش در جامعه تحقق پیدا کند، با دو مفهوم دیگر به شدت در هم تنیده است؛ یکی مفهوم عقلانیت است. دیگر معنویت. اگر عدالت از عقلانیت و معنویت جدا شد، دیگر عدالتی که شما دنبالش هستید، نخواهد بود؛ اصلاً عدالت نخواهد بود. عقلانیت به خاطر این است که اگر عقل و خرد در تشخیص مصادیق عدالت به کار گرفته نشود، انسان به گمراهی و اشتباه دچار می شود؛ خیال می کند چیزهایی عدالت است، در حالی که نیست؛ و چیزهایی را هم که عدالت است، گاهی نمی بیند. بنابراین عقلانیت و محاسبه، یکی از شرایط لازم رسیدن به عدالت است... اگر عدالت را از معنویت جدا کنیم - یعنی عدالتی که با معنویت همراه نباشد - این هم عدالت نخواهد بود. عدالتی که همراه با معنویت و توجه به آفاق معنوی عالم وجود و کائنات نباشد، به ریاکاری و دروغ و انحراف و ظاهر سازی و تصنع تبدیل خواهد شد. (۱۳۸۴/۶/۸)

• اسلام یک روش خاص خود دارد... اساس سیاست کلی اقتصادی کشور، عبارت است از رفاه عمومی و عدالت اجتماعی. البته ممکن است یک نفر با تلاش و استعداد بیشتر، بهره بیشتری برای خودش فراهم کند. این مانعی ندارد. اما در جامعه فقر نباید باشد. هدف برنامه ریزان باید این باشد. (۱۳۷۲/۵/۱۲)

• در عرصه اجتماعی توسعه باید با مردم گره بخورد؛ مردم باید محور توسعه باشند. عدالت حتماً یکی از شاخصهای اصلی است. برنامه ریزی و سیاستگذاری که عدالت و توزیع عادلانه ثروت را در جامعه ندیده بگیرد. نمی تواند چشم انداز مورد نظر ما را تأمین کند. (۱۳۸۲/۵/۱۵)

• انتظار دارم در دوره پنجاه ساله آینده اقدامات اساسی برای تدوین الگوی توسعه ایرانی - اسلامی که رشد و بالندگی انسانها بر مدار حق و عدالت و دستیابی به جامعه ای متکی بر ارزشهای اسلامی و انقلابی و تحقق شاخصهای عدالت اجتماعی و اقتصادی در گرو آنست، توسط قوه ای سه گانه کشور صورت گیرد. (۱۳۸۷/۱۰/۲۱)

• به توفیق الهی، به اذن الله تعالی باید دهه چهارم این انقلاب - که در نزدیکی آن هستیم - دهه «عدالت و پیشرفت توأمان» باشد؛ یعنی پیشرفت چشمگیر و عدالت محسوس در سطح کشور. برنامه ها را باید اینجور تنظیم کرد. و این، ملت و کشور ما را آسیب ناپذیر می کند. دست یافتن به آرزوهای بزرگ ملی، نیازمند فکر روشن و عزم راسخ و شجاعت و اخلاص است، و جوان مؤمن که مبانی جمهوری اسلامی و راه امام بزرگوار را عمیقاً پذیرفته است، امید بخش ترین نیروی است که می تواند ملت ایران را در رسیدن به آرزوهای بزرگش یاری برساند. نقشه راه برای رسیدن به پیشرفت و عدالت در دهه چهارم را فقط با اذعان به این حقیقت می توان ترسیم کرد. (۱۳۸۷/۶/۴)

• گفتمان عدالت، یک گفتمان اساسی است و ... همه چیز ماست. منهای آن، جمهوری اسلامی هیچ حرفی برای گفتن نخواهد داشت این گفتمان را باید همه گیر کنید ... هر چه می توانید، شعار اصلی عدالت و آنچه را مربوط به عدالت است، تقویت و همگانی و در ذهنها تعمیق کنید و روی پشتوانه و فلسفه فکری آن کار کنید، اینها لازم است.

(۱۳۸۳/۸/۱۰)

مقدمه

عدالت مکررترین واژه در ادبیات اجتماعی همه ملت‌هاست. هیچ متفکری در عرصه اجتماعی و هیچ حکومتی در طول تاریخ بی توجه به این معنا نبوده و اغلب علیرغم همه اختلافات، تلاش کرده اند خود را داعیه دار عدل معرفی نمایند. چستی عدالت همواره از سؤال‌های مهم در ذهن بشر بوده و هست که پاسخ‌ها بسیار متفرق و مشتتی دریافت کرده است. در مقام عمل و اجرا نیز کارنامه بشری درخشان نیست. جهان امروز ما، از این قاعده مستثنی نیست. بشر امروز بی عدالتی را در مقیاسی بسیار بالاتر از آنچه که تاکنون تصورش می‌رفت، تجربه می‌کند. لحظه‌ای در این گزاره‌های خبری تأمل نمایید:

- سرمایه سه نفر از ثروتمندترین افراد دنیا بیشتر از مجموع درآمد ناخالص ملی ۴۸ کشور در حال توسعه دنیاست.

- برای سواد آموزی تمام بیسوادهای دنیا ۶ میلیارد دلار اعتبار لازم است. فقط در آمریکا سالیانه ۸ میلیارد دلار، صرف هزینه لوازم آرایشی می‌شود.

- برای تهیه آب سالم برای همه مردم نیازمند جهان، ۹ میلیارد دلار نیاز است فقط در اروپا سالیانه ۱۱ میلیارد دلار خرج خرید بستنی می‌شود.

- برای تأمین بهداشت اولیه برای مردم نیازمند جهان، ۱۳ میلیارد دلار اعتبار کافی است. در اروپا و آمریکا سالیانه ۱۷ میلیارد دلار، خرج خرید غذای حیوانات خانگی می‌شود.

اینها فقط بخشی از واقعیات دردناک جهان امروزی است. در چنین فضایی سخن گفتن از عدالت آنهم در مقوله حیاتی چون سلامت، ضرورتی صدچندان پیدا می‌کند.

اما به راستی عدالت چیست؟. متفکران بسیاری در این زمینه داد سخن گفته اند (جدول ۱)

جدول ۱: دیدگاه نظریه پردازان مختلف در مورد عدالت

دیدگاه در مورد عدالت		نظریه پردازان	
اروپای قدیم	افلاطون	<ul style="list-style-type: none"> نگاه به عدالت به عنوان یک فضیلت^۱ اعتقاد به جایگاه رفیع عدالت در میان فضایل چهارگانه (حکمت، شجاعت، خویشتن داری و عدالت) نگاه طبقاتی به مفهوم عدالت به این معنی که اگر هر فرد در هر طبقه اجتماعی به وظیفه و مسئولیت خود در آن طبقه مشغول باشد، عدالت محقق شده است. عدم اعتقاد به لزوم رعایت برابری در میان طبقات مختلف جامعه، لیکن اعتقاد به لزوم رعایت برابری در میان افراد هر طبقه 	
	سقراط	<ul style="list-style-type: none"> تعریف عدالت به عنوان منفعت اقویا وضع هنجارها و معیارهای عدالت در هر جامعه به وسیله نخبگان آن جامعه اعتقاد به جایگاه رفیع عدالت در میان فضایل چهارگانه (حکمت، شجاعت، خویشتن داری و عدالت) 	
	ارسطو	<ul style="list-style-type: none"> توجه کمتر به جنبه فضیلت اخلاقی بودن عدالت تعریف عدالت به عنوان آنچه مطابق قانون و از روی انصاف و مساوات است. اعتقاد به رفتار برابر با افراد برابر و رفتار نابرابر با افراد نابرابر 	
عصر مدرن	فرد	<ul style="list-style-type: none"> عدم اعتقاد به جنبه اخلاقی عدالت تعریف عدالت به عنوان پایبندی افراد به روابط قراردادی تعریف شده در جامعه توجه به حفظ مصالح فردی در بحث عدالت 	
	رابر	<ul style="list-style-type: none"> اعتقاد به تدوین اصول عدالت اجتماعی در هر جامعه برای مشخص نمودن حقوق و تکالیف و تقسیم منصفانه هزینه ها و منافع همکاری اجتماعی اعتماد به نقش دولت رفاه در توزیع مجدد امکانات در جامعه و مجاز دانستن دخالت دولت جهت توزیع برابر امکانات در اقتصاد مبتنی بر نظام قیمت ها 	
	جورج	<ul style="list-style-type: none"> اعتقاد به نظریه اصالت فرد و جایگاه مهم فردگرایی در تعریف عدالت اعتقاد به وجود برخی حقوق طبیعی از جمله مالکیت برای انسان ها که به هیچ وجه قابل انکار و یا تعرض نیست. عدم اعتقاد به دخالت دولت جهت توزیع امکانات (به عنوان نمونه از طریق وضع مالیات) در جامعه و تلقی این نوع دخالت ها به عنوان تعرض به حقوق طبیعی افراد 	
	فرد	<ul style="list-style-type: none"> بستر حقوقی که ضامن نظام آزادی طبیعی است آزادی فردی را در سرتاسر جامعه برای کلیه افراد به طور مساوی تأمین می نماید. نظام آزادی طبیعی نوعی هماهنگی منافع را بین افراد به وجود می آورد. در چارچوب بازار بستری که هر کس در آن بتواند اهداف خود را دنبال کند فراهم می شود و لذا مکانیزیم بازار آزاد، تضمین کننده تحقق عدالت (اقتصادی) است. تعادل اقتصادی محصول منطقی نظم بازار است و به هیچ وجه نمی توان آن را ناعادلانه دانست 	

منبع: نقل از کتاب مجموعه مقالات توسعه مبتنی بر عدالت، مرکز تحقیقات دانشگاه امام صادق(ع) و معاونت امور اقتصادی وزارت امور اقتصادی و دارایی (۱۳۸۷)

¹ Virtue

شاید نخستین متفکری که از او در مقوله عدالت سخنی تحلیلی- استدلالی ثبت شده افلاطون باشد. نگاه طبقاتی به عدالت مهمترین مشخصه دیدگاه افلاطون است. همین دیدگاه کم و بیش در قرون بعد، نیز در بین اندیشمندان غربی نگاه غالب است. هابز؛ انسان را ذاتاً خودخواه می داند و انسان ها را نسبت به یکدیگر همانند گرگ تشبیه می نماید. این به معنای کشمکش دائمی انسان ها نیست؛ بلکه منظور وی این است که انسان ها مدام در پی تعرض به یکدیگرند و هیچکس از خطر دیگران ایمن نیست. در چنین وضعیتی تصور ظلم و عدل بالذاته معنا ندارد. هابز، در واقع ظلم و عدل را ساخته قانون می داند. به نظر او تنها بعد از تشکیل اجتماع و پیدایش قانون است که ظلم و عدل معنا می یابد. او در برابر این سؤال که اگر قوانین ظالمانه باشند چه باید کرد پاسخی ندارد. جان رالز حکومت ها را موظف به نوعی پشتیبانی و حمایت از فقرا می داند اما در ریشه یابی علت فقر و ظلم و جلوگیری از ایجاد بی عدالتی حرف چندانی ندارد. در مقابل، نوزیک عدالت را کاملاً فردی تعریف می کند و برای دولت ها نقشی در باز توزیع ثروت قائل نیست و این قبیل اقدامات را نوعی تعرض به حقوق طبیعی افراد می داند.

هایک نیز نظیر نوزیک معتقد است نظام آزاد، نوعی هماهنگی بین منافع افراد را لاجرم در پی خواهد داشت و لذا نظام بازار آزاد را تضمین کننده تحقق عدالت می داند.

بحران اخیر اقتصادی غرب که زلزله ای نه فقط در امور جاری اجتماعی جهان غرب بلکه تکانه ای گسترده در باورهای مبنایی غرب نیز بود؛ بطلان این نگرش به عدالت را بیش از همیشه بسیار شفاف، برجسته و روشن ساخت. این گزاره امروز مرتباً توسط اغلب نظریه پردازان اقتصاد غرب تکرار می شود که «نمی توان صرفاً با تکیه بر اقتصاد آزاد! کشوری را اداره کرد و دولت باید نقش نظارتی و هدایتی بیشتری در اقتصاد ایفا کند.»

البته بیان چنین اعتراضی توسط متفکران اقتصاد آزاد خود بیانگر چالشی عمیق در اندیشه های مبنایی اقتصادی غرب است که نمی تواند بین مفاهیم مهمی چون عدالت، حق و حکومت ارتباط مبنایی را تعریف کند.

توجه به مفهوم عدالت بدون توجه به مفهوم حق امکان پذیر نیست. عدالت «اعطاء کل ذی حق حقه» تعریف شده است. به عبارتی عدل و حق با هم عجین هستند. عدالت مرحله اجرای حق است و حق خود از جنس امور ثابت است. حقوق انسان ها به دلیل اینکه انسان هستند حقوق مساوی است و عدل یعنی در شرایط مساوی، همه امکان برخورداری یکسان از امکانات را بیابند و همه بتوانند استعدادهای خود را شکوفا نمایند.

در حقیقت اجرای عدالت موقوف بر سه اصل است:

۱- قوانین عادلانه

۲- اجرای عادلانه

۳- آگاهی مردم از حقوق خود

همچنین عادلانه بودن قوانین و عادلانه بودن اجراء در حکومت های بشری، چالشی حل نشدنی است و در جای خود اثبات شده است که این دو، جز در مردم سالاری دینی امکان وقوع ندارد.

عدالت در سلامت

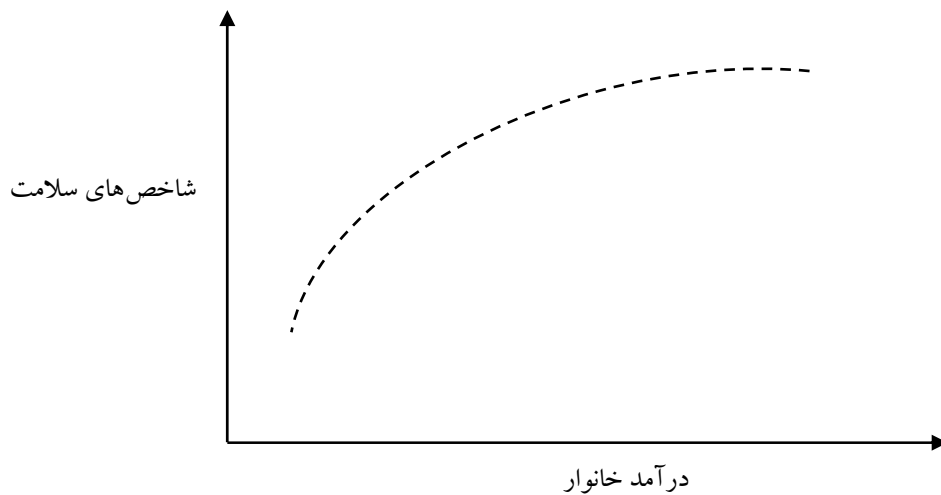
سلامت یکی از حقوق ثابت همه انسانهاست. همه انسان ها باید از سلامت برخوردار باشند عواملی که سلامت را به خطر می اندازد برای همه باید کاسته شود و در زمان بیماری هم باید بتواند از خدمات متناسب با نوع و شدت بیماری بهره مند گردند.

تقریباً در میانه قرن گذشته در شروع کار سازمان بهداشت جهانی، متفکران جهان بر این نکته تأکید داشتند که سلامت فقط منحصر به فقدان بیماری نیست. برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی به عنوان تعریف سلامت در طی قرن گذشته مورد قبول و اجماع متفکران قرار گرفت. این تعریف در طی چند دهه ارتقاء یافت. در ابتدا به رفاه کامل جسمی و روانی تأکید می شد؛ بعداً رفاه اجتماعی و نهایتاً آرامش اجتماعی نیز مورد توجه قرار گرفتند و نهایتاً این تعبیر چهار وجهی از سلامت که ابعاد مختلف حیات انسان را تا حدود زیادی در بر می گیرد مورد اتفاق نظر قرار گرفت.

اما واقعیت این است که علیرغم این مباحث نظری، در مقام اجراء در قرن گذشته اقدامات نظامهای سلامت عمدتاً پیرامون سلامت طبی و فقدان بیماری آنهم بیماری جسمی بود.

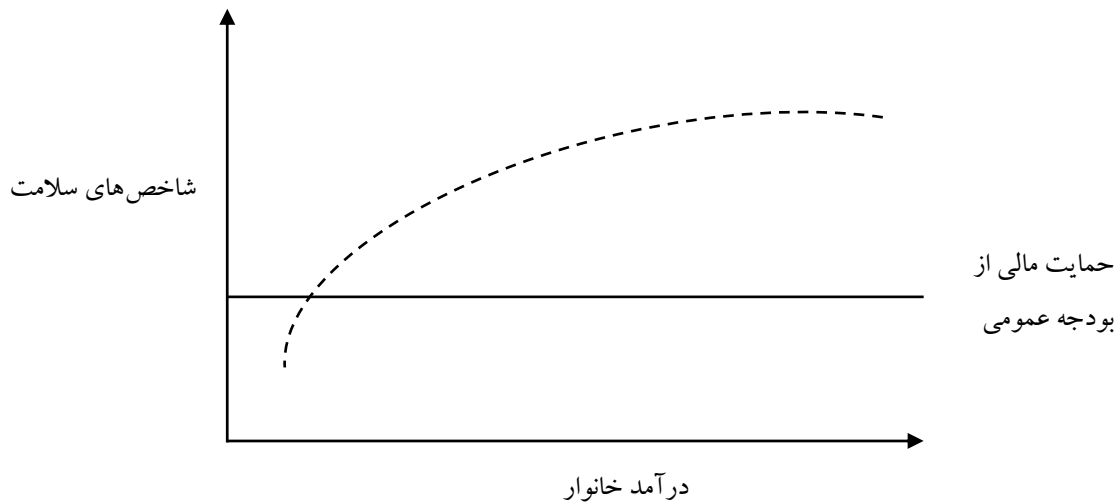
اهمیت پیشگیری و ارتقای سلامت هر چند در بیان مورد تأکید بودند و هستند ولی در عمل فقط با اختصاص ۲/۹٪ از کل بودجه سلامت جهان، چندان مورد توجه نبوده اند. بررسی در جوامع مختلف جهان نشان از وجود تفاوت ها در شاخص های سلامت در داخل یک جامعه و همچنین بین جوامع مختلف دارد. به عنوان مثال تقریباً تمام شاخص های سلامت برای سیاه پوستان آمریکایی بسیار ضعیف تر از سفید پوستان است. شیوع دیابت در آمریکاییهای سیاه پوست ۶۰٪ بیشتر از سفید پوستان آمریکائی است (۱۱/۳۱ در برابر ۷٪)؛ در حالیکه سیاه پوستان فقط ۱۲٪ جمعیت ایالات متحده آمریکا را تشکیل می دهند، ۵۰٪ مبتلایان به ایدز در این کشور سیاه پوست هستند.

نمودار شماره ۱، نشان می دهد که در عموم جوامع معمولاً با افزایش درآمد خانوار سطح سلامت به ویژه پیامدهای آن بهبود نسبی می یابند، اما این ارتباط پس از سطحی از درآمد به سمت ثابت میل می کند.



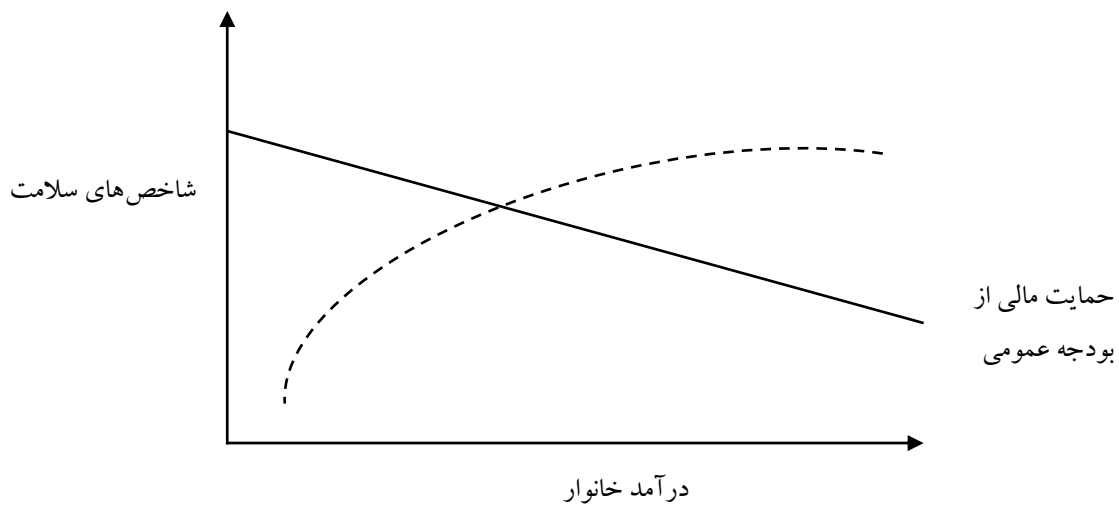
نمودار ۱: رابطه درآمد خانوار و شاخص های سلامت

دلیل این موضوع، موانعی است که فقرا در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت با آنها روبرو هستند، چنانچه کمک ها و حمایت ها برای فقرا و ثروتمندان به صورت مساوی توزیع شود. این نابرابری ها کاهش نخواهد یافت.



نمودار ۲: مدل توزیع مساوی حمایت های دولتی

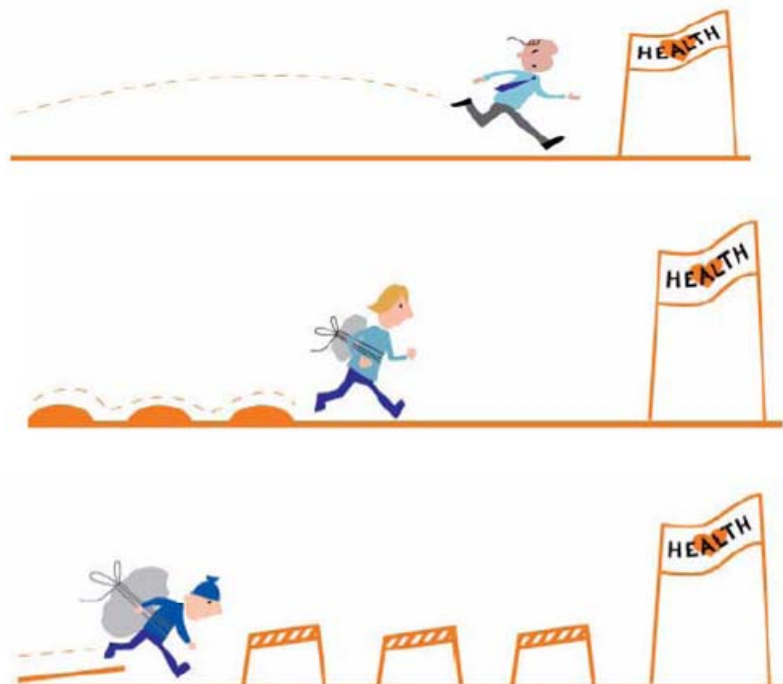
حتی به نظر می رسد با توزیع حمایت ها به صورت مساوی بین فقرا و ثروتمندان، فاصله بیشتر هم می شود. دلیل این امر امکان بهره مندی بهتر ثروتمندان از حمایت هاست. فقرا به دلیل گرفتاری های فراوانی که دارند حتی اگر حمایت هم شوند ترجیح می دهند به مشکلات روزمره و آتی خود نظیر غذا، مسکن و لباس پردازند و کمتر به مقوله سلامت خواهند پرداخت. حال اگر در توزیع حمایت های مالی و غیر آن که از محل بودجه عمومی تأمین می شوند در تناسب معکوس با سطح درآمد خانوار انجام شود با این روش می توان به کاهش نابرابری ها امیدوار بود. (نمودار شماره ۳). این مدل در واقع همان هدفمند کردن یارانه هاست. به نحوی که کسانی که بیشترین نیاز را دارند و خود قادر به تأمین آن نیستند بیشترین حمایت را دریافت کنند.



نمودار ۳: مدل توزیع متناسب حمایت های مالی از اقشار فقیر جامعه

در حال حاضر ۷۰٪ یارانه های عمومی در کشور صرف ۳۰٪ افراد ثروتمندتر جامعه می شود. دلیل این نابرابری، امکان بهره مندی بیشتر اقشار ثروتمند از خدمات است. به عنوان مثال یارانه بنزین و سوخت خودرو بیشتر مورد استفاده کسانی است که خودرو شخصی دارند؛ یا یارانه متعلق به بیمارستان های فوق تخصصی دولتی که عمدتاً در شهرها مستقر هستند، بیشتر مورد استفاده ثروتمندان شهری قرار می گیرد تا فقرای روستائی.

تفاوت های اقشار فقیر و ثروتمند در بهره مندی از سلامت به کاریکاتوری که در شکل ذیل نشان داده شده، به خوبی ترسیم شده است. فقرا، هم با موانع بیشتری در دسترسی روبرو هستند و هم فشار زندگی و نیازهای فوری آنها را مجبور می کند بخش عمده ای از امکانات بسیار کم خود را نیز به همین امور اختصاص دهند تا زنده بمانند و همین باعث می شود کمتر به سلامت خود به ویژه در مقولاتی چون پیشگیری و ارتقای سلامت توجه کنند.



در بین کشورها نیز این تفاوت ها بسیار چشمگیرند جداول ۲ و ۳ چند شاخص را بین کشورهای مختلف مقایسه می کند. هر گاه این تفاوت در پیامدها ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف باشد بی عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر عدالت در سلامت وقتی رخ می دهد که همه آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنها در میزان سلامت آنها تأثیری نداشته باشد.

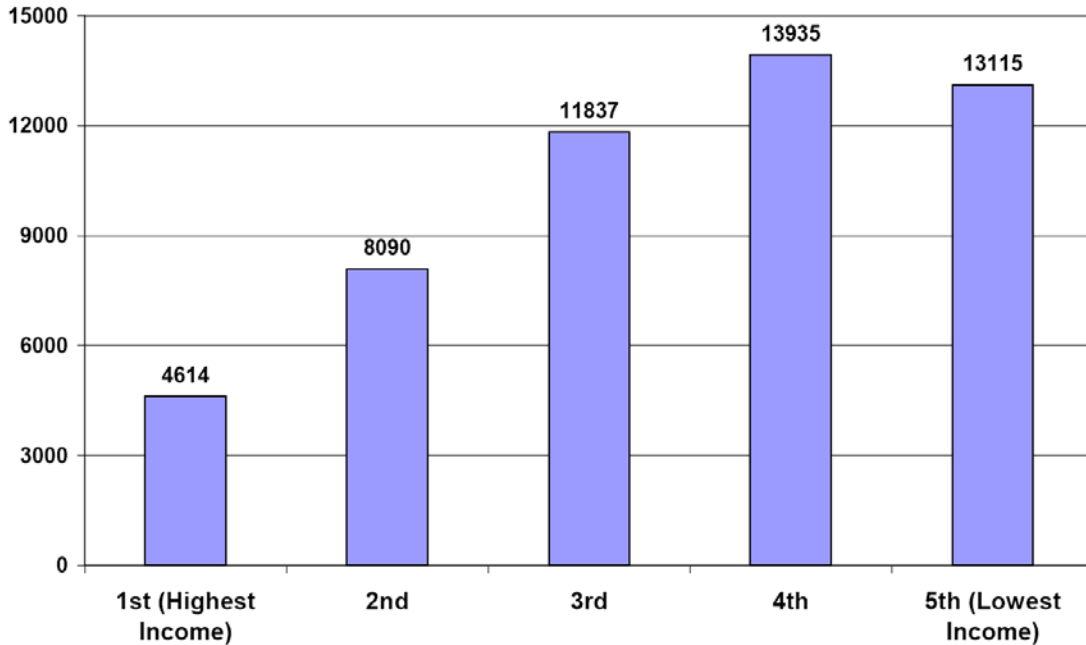
جدول ۲. احتمال مرگ و میر مردان سنین ۱۵ تا ۶۰ سال

کشورها	احتمال مرگ و میر (درصد)
لسوتو	۹۰/۲
روسیه	۴۶/۹
بولیوی	۲۶
سریلانکا	۲۳/۸
کلمبیا	۲۳/۶
پاکستان	۲۲/۷
سوئد	۸/۳

جدول ۳. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ازای هر هزار تولد زنده

کشورها	میزان مرگ و میر
سیرالئون	۳۱۶
بولیوی	۸۰
قرقیزستان	۶۳
سریلانکا	۲۰
ایسلند	۳

نمودار شماره ۴، تفاوت در میزان مراجعه به بیمارستان برای درمان حملات قلبی بر اساس طبقه اقتصادی در یکی از ایالت های کانادا را نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می شود شیوع حملات قلبی در فقرا بیشتر است.



نمودار ۴. میزان مراجعه به بیمارستان برای درمان حملات قلبی بر اساس طبقه اقتصادی

در یکی از ایالت های کانادا (انتاریو)

در تعاریف عدالت در سلامت نوعاً بر دسترسی به خدمات سلامت توجه شده است، مراقبت و خدمات سلامت باید بر طبق نیاز توزیع شوند نه بر اساس توان مالی پرداخت کنندگان و یا تمایل دریافت کنندگان خدمت. البته بین دسترسی^۱ و استفاده از خدمات^۲ تفاوت مهمی وجود دارد که نباید از آن غفلت کرد. چه بسا خدمات، در دسترس باشند ولی بنا به دلایلی استفاده نشوند. در این خصوص بعداً توضیح بیشتری خواهیم داد.

عدالت به دو صورت عمودی و افقی در نظام سلامت قابل طرح هستند. در عدالت افقی تأکید بر این است که

انسان ها در برابر نیازهای برابر، از خدمات برابر استفاده نمایند.

¹ Access

² Utilization

به عنوان مثال اگر آقای الف با درآمد ماهیانه ۴۰۰ هزار تومان دچار سکت قلبی شد، همان خدمتی را دریافت

کند که آقای ب با درآمد ماهیانه ۲ میلیون تومان اگر سکت قلبی کند، دریافت خواهد کرد.

در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت های بیشتری

دریافت کنند در مثال قبل آقای الف نه فقط برای درمان حاد سکت قلبی خود احتیاج به مراقبت دارد بلکه برای

پیشگیری ثانویه نیز به دلیل اینکه درآمد خودش امکان پرداخت هزینه های پیشگیری ثانویه را نمی دهد باید

حمایت و مراقبت شود؛ در حالیکه آقای ب می تواند خدمات پیشگیری ثانویه را خود تأمین نماید.

ابعاد عدالت در سلامت

سه بعد در عدالت در سلامت قابل طرح می باشد.

۱. عدالت در تأمین منابع
۲. عدالت در خدمت رسانی
۳. عدالت در پیامدها

عدالت در تأمین منابع سلامت

متأسفانه در تأمین منابع نظام سلامت، عمدتاً بر منابع مالی تأکید می شود و سایر منابع مورد نیاز به ویژه نیروی

انسانی کارآمد، برنامه مشخص، قوانین مورد نیاز حمایت های سیاسی و اجتماعی مورد توجه قرار نمی گیرند. ما

نیز در این مقال چون بنا بر اختصار داریم بحث اصلی خود را در خصوص منابع، به منابع مالی اختصاص می

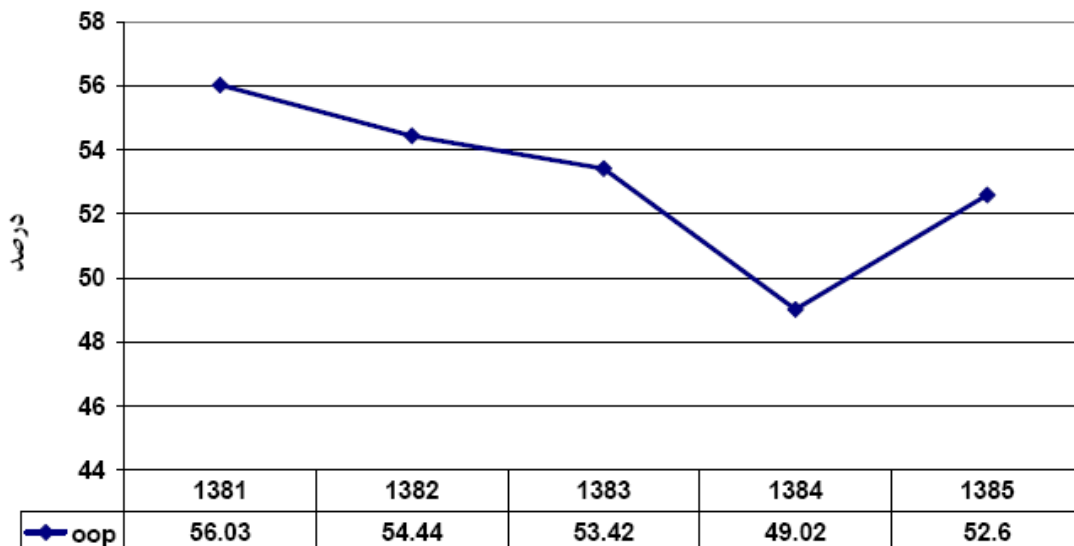
دهیم. اما این نکته را تأکید می کنیم که هر چند چالش منابع مالی، چالش مهم و اساسی در اغلب نظام های

سلامت دنیاست اما این چالش نباید این نظام ها را از فراهم کردن سایر منابع که در بالا به آنها اشاره شد، غافل

کند. در تأمین مالی نظام سلامت اصل اساسی پرداخت بر اساس توان و بهره مندی بر اساس نیاز است.

پرداخت مستقیم از جیب مردم^۱

یکی از شاخص‌هایی که برای سنجش عدالت در سلامت مورد استفاده است پرداخت از جیب مردم است. بر اساس این شاخص متوسط درصد پرداخت هزینه از جیب مردم برای هزینه‌های سلامت در سطح کشور گزارش می‌شود. این شاخص در ایران در حال حاضر حدود ۵۲٪ برآورد می‌شود. روند این شاخص در نمودار شماره ۵ نشان داده شده است. بر اساس محاسبات انجام شده در مطالعه حساب‌های ملی سلامت در وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب به کل هزینه‌های سلامت صورت زیر است:



نمودار ۵: روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم در هزینه‌های سلامت

از محدودیت‌های این شاخص نسبی بودن آن است که عملاً اثرگذاری آن را در ظرفیت پرداخت خانواده به خوبی نشان نمی‌دهد. مثلاً اگر هزینه‌های سلامت ۱۰۰ هزار تومان در سال باشد و فرد ۳۰٪ آن یعنی ۳۰ هزار تومان را پردازد این از نظر پرداخت از جیب با ۳۰۰ هزار تومان از یک میلیون تومان برابر است اما از نظر اثرگذاری بر اقتصاد خانوار طبیعتاً دومی ۱۰ برابر بیشتر از ظرفیت پرداخت خانواده را هزینه می‌کند. به همین دلیل تلاش شده است شاخص‌های دیگری که بررسی مقایسه‌ای با ظرفیت پرداخت خانوار را امکان‌پذیر سازد طراحی گردند.

^۱ Out of Pocket (oop)

شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت^۱

در محاسبه این شاخص صورت کسر، هزینه هایی است که خانوار به صورت مستقیم صرف سلامتی خود و خانوار می نماید و مخارج کسر، هزینه غیر خوراکی خانوار را شامل می شود. هر چه این نسبت برای کل خانوارها برابر باشد، نظام تأمین منابع عادلانه تر خواهد بود و هر چه این نسبت بین خانوارها و گروه های مختلف اجتماعی و درآمدی فاصله بیشتری داشته باشد، نظام تأمین مالی غیر عادلانه تر خواهد بود.

از طریق فرمول زیر ضریب عدالت در مشارکت مالی را بدست می دهد:

$$FFC = 1 - \sqrt{\frac{\sum_{h=1}^n w_h / oopctp_h - oopctp_0 / 3}{\sum w_h}}$$

Out Of Pocket (OOP) (پرداخت از جیب): هزینه هایی که توسط خانوار هنگام دریافت کالا و خدمات سلامتی مستقیماً از جیب پرداخت می شود.

Capacity To Pay (CTP) (ظرفیت پرداخت): توان پرداخت عبارت است از مابه التفاوت هزینه کل خانوار منهای مقدار حداقل متضمن بقاء (به عبارتی مخارج بخور و نمیر یا خط فقر خانوار). برای خانواری که هزینه خوراکش کمتر از حداقل بقاء باشد توان پرداخت برابر است با مابه التفاوت هزینه کل خانوار منهای هزینه خوراک خانوار.

OOP/CTP: نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم به توان پرداخت.

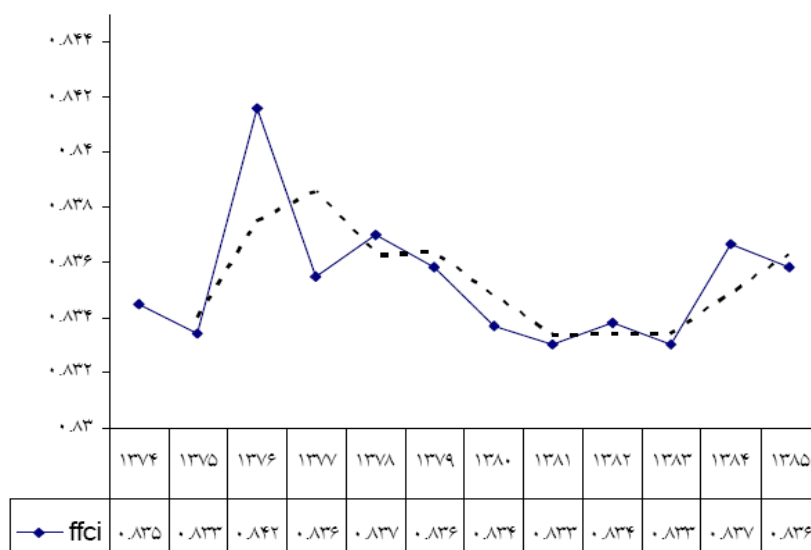
این شاخص از سال ۲۰۰۰ توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی و مطرح شده است. در عمل این سنججه میزان بی عدالتی در مشارکت مالی مردم در تأمین هزینه های سلامت را می نمایاند و بویژه پرداخت های کمرشکن را نشان می دهد.

^۱ Fair Financial Contribution Index

در سال ۲۰۰۰، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه مردم، در تأمین هزینه های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده اند.

ایران، از این نظر در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکستان ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می باشد. البته ایران نسبت به کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱، و سوریه ۱۴۱، از وضعیت بهتری برخوردار بوده است. این رتبه بندی در زمان اعلام، مورد انتقاد بسیاری از صاحب نظران قرار گرفت و از زمان اعلام آن یعنی ۲۰۰۰ میلادی (۱۳۷۸) دیگر تکرار و روزآمد نشده است. مطالعات انجام گرفته در سال های اخیر وضعیت شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت

را چنین نشان می دهد:



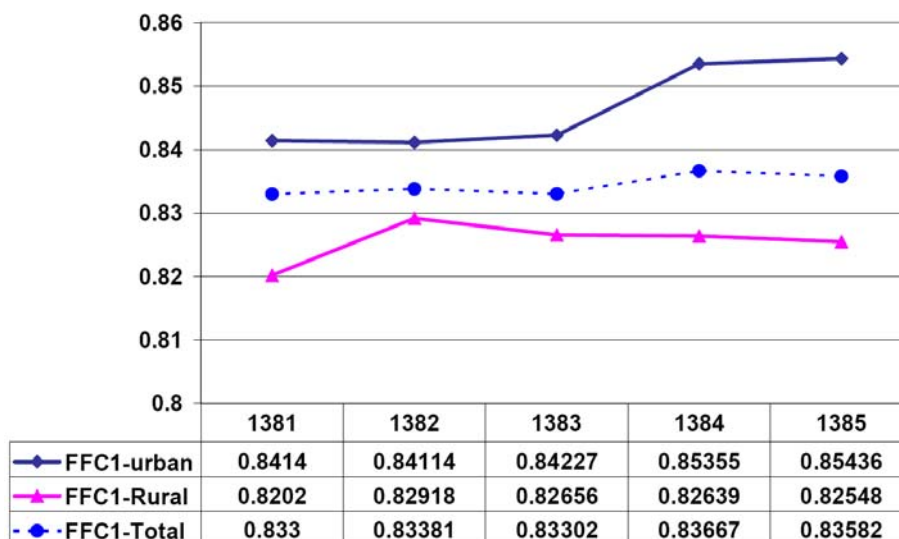
نمودار ۶. روند شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت (FFCI) در کل کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

همانطور که در نمودار فوق مشاهده می شود، روند بهبود شاخص های FFC، که از سال ۱۳۷۴ آغاز شده بود تا سال ۱۳۷۸ تداوم یافت و سپس روند آن معکوس شده و تا سال ۱۳۸۱ ادامه یافت و مجدداً بهبود آن از سال ۱۳۸۲ شروع شد. در مجموع، بررسی روند تغییرات این شاخص که در نمودار با نقطه چین نشان داده شده است هم مبین این موضوع می باشد.

نکته مهم در این نمودارها افزایش FFC در جامعه شهری است که بهبود با شتاب بیشتری رخ داده است ولی در جامعه روستایی این شاخص حتی نوعی افت را نشان می دهد. این امر حاکی از نوعی نابرابری در جامعه روستایی در مقایسه با جامعه شهری است. البته دو نکته را در این میان باید مورد توجه قرار داد.

۱- با تعریف جدید از شهرنشینی بسیاری از روستاهای پرجمعیت که درآمد بالاتری داشته اند امروزه جزء جامعه شهری تلقی می شوند حال آنکه این مناطق پیش از این جزء جمعیت روستایی تلقی می شدند و در نتیجه شاخص FFC را در روستا ارتقاء می دادند. به عبارت دیگر روستاهایی که هنوز روستا تلقی می شدند در مجموع سطح درآمد پائین تری دارند.

۲- با گسترده تر شدن بیمه روستائیان از سال ۱۳۸۶، به نظر می رسد روند FFC در طی سال ۱۳۸۶ نسبت به قبل بهبود یافته است.

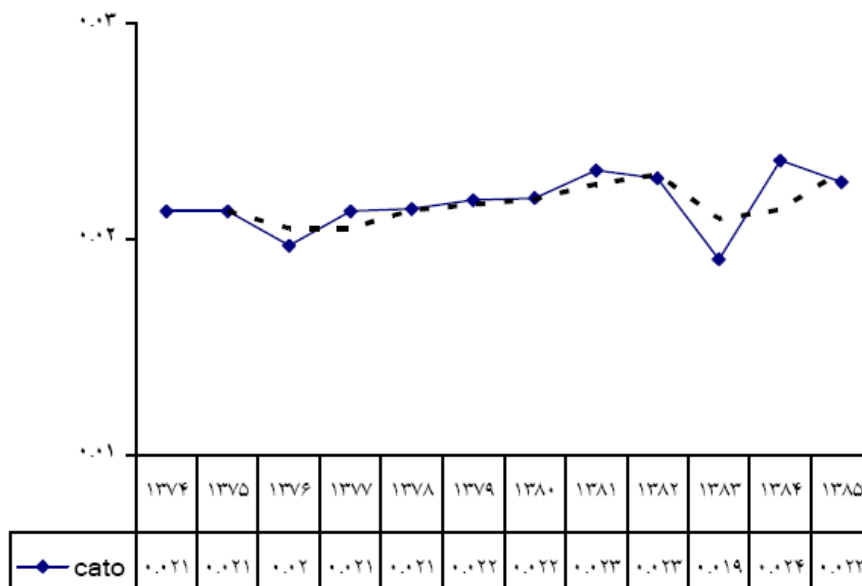


نمودار ۷. روند شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی سلامت در خانوارهای شهری، روستایی و کل کشور

از سال ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۵

هزینه های اسف بار و کمرشکن

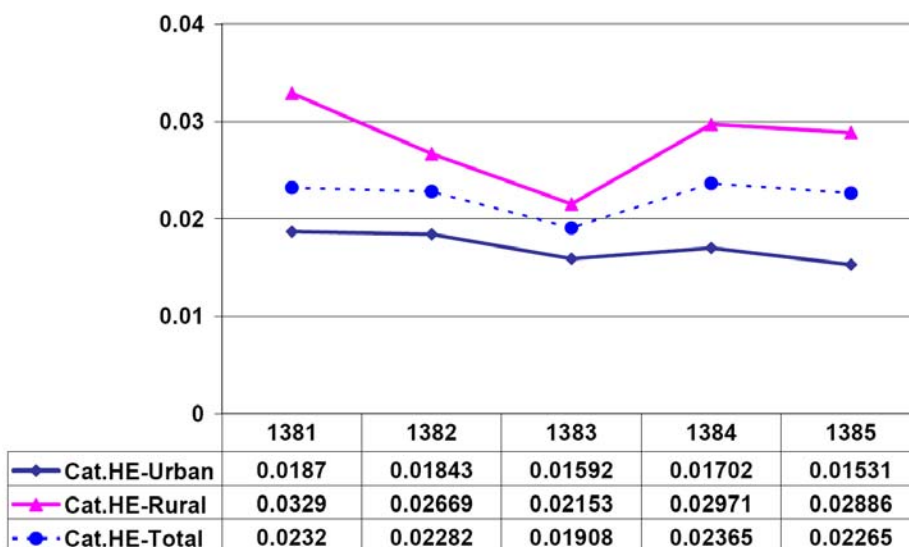
از نسبت هزینه های سلامت (اعم از مستقیم و غیر مستقیم) به ظرفیت پرداخت هر خانوار محاسبه می گردد. بالا رفتن این شاخص بدین معنی است که خانوار میزان غیرمنطقی از ظرفیت پرداخت خود را باید جهت نگاهداشت سطح سلامت و درمان اعضای خانوار بناچار هزینه کند. برای این شاخص یک حد بحران تعریف می شود که تجاوز از این حد بحرانی را به عنوان حالت اسف بار و کمرشکن تأمین مالی خدمات بهداشت و درمانی نامیده اند. متخصصین اقتصاد بهداشت بنا به مطالعات و تجربیات این مرز بحران را در حد ۴۰ درصد تعیین نموده اند.



نمودار ۸. روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت در کل کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

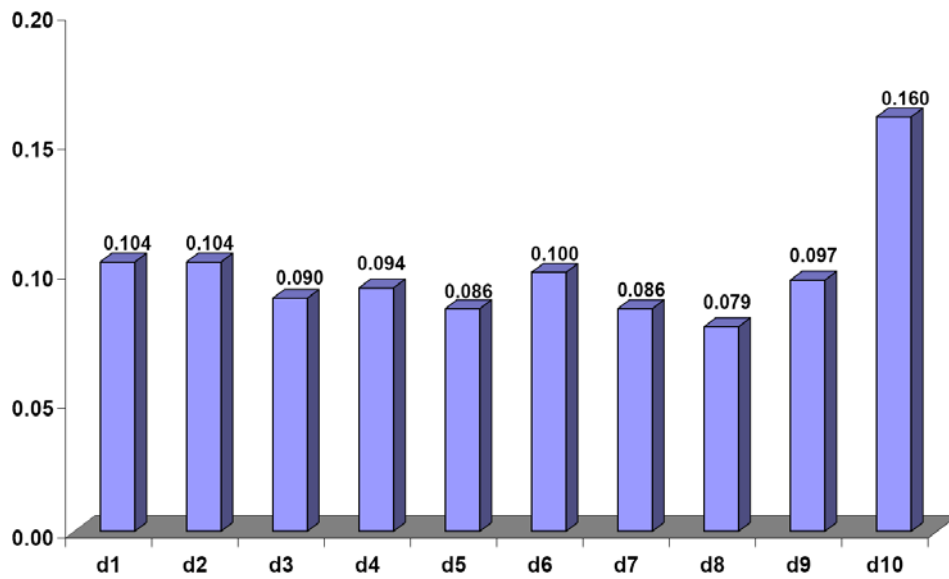
نسبت جمعیت مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت، همانگونه که در نمودار فوق هم ملاحظه می شود، طی دوره مورد بررسی، اگر چه با نرخ رشدی ملایم، همواره در حال افزایش است. این روند تغییرات که به صورت نقطه چین در نمودار نشان داده شده، باعث افزایش شاخص مذکور از ۲/۱۲٪ در سال ۱۳۷۴ به ۲/۲۶۵٪ در سال ۱۳۸۵ گردیده است.

بررسی نمودارهای ۹، ۱۰ و ۱۱ نشان می‌دهد که هیچ طبقه اقتصادی از احتمال قرار گرفتن در هزینه‌های فاجعه بار سلامت مصون نیست؛ حتی ثروتمندترین طبقه اقتصادی نیز در معرض این خطر قرار دارد. نکته قابل مقایسه بین طبقات اجتماعی، کانون هزینه‌ها است که برای خانوار ایجاد مشکل می‌کند؛ این کانون برای ثروتمندترین طبقه دارو و برای گروه‌های فقیرتر هزینه‌های بستری بوده است. تجویز داروهای گران قیمتی که عمدتاً در درمان سرطان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌تواند هزینه‌های حتی فوق طاقته طبقه ثروتمند را نیز ایجاد نمایند، داروهایی که در اصل اثربخشی آنها تشکیک فراوانی وجود دارد و نوعاً مستند به مقالات سفارشی خود شرکت‌های تولیدکننده دارو به جامعه علمی معرفی می‌شوند. گروه‌های فقیرتر اصولاً به دلیل فقر مادی وارد این جرگه نمی‌شوند. در مقابل، این گروه‌ها در خطر هزینه‌های فاجعه بار بستری قرار دارند. هر چند وجود بیمارستان‌های دولتی با تعرفه نسبتاً پائین پوشش بیمه‌ای نظیر بیمه بستری یا بیمه ایرانیان امکان بهره‌مندی از خدمات بستری ارزان را نیز فراهم می‌کند اما این طبقات بعضاً به دلیل عدم اعتماد به بیمارستان‌های دولتی در زمان بیماری‌های شدید به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند و به دلیل تعرفه چند برابری در بخش خصوصی دچار هزینه‌های فاجعه بار می‌گردند.

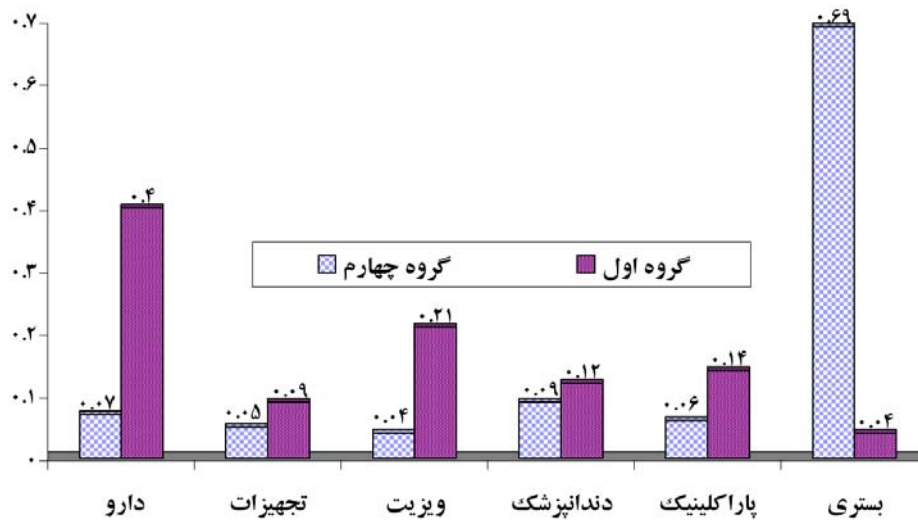


نمودار ۹. روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در مناطق شهری، روستایی و کل کشور

از سال ۱۳۸۲ الی ۱۳۸۵

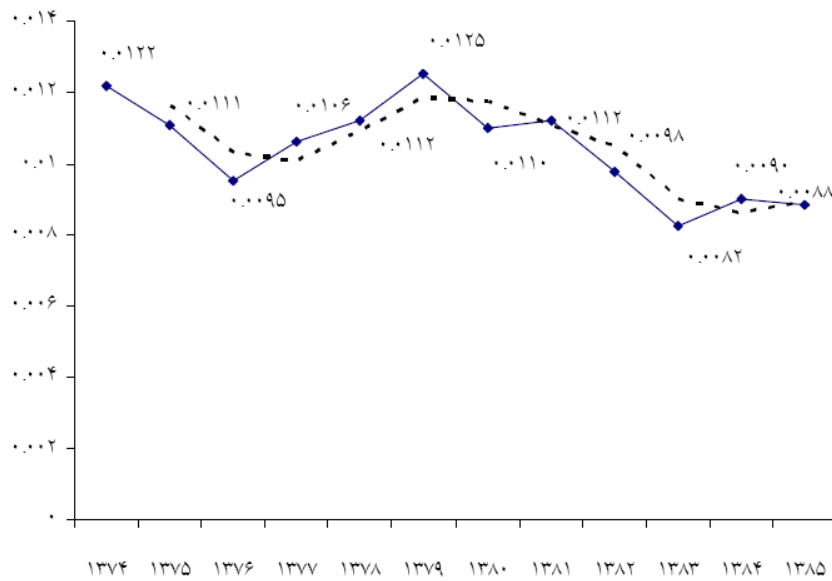


نمودار ۱۰. توزیع خانوارهای دچار هزینه های فاجعه بار سلامت بین دهکهای هزینه ای - ۱۳۸۵



نمودار ۱۱. سهم خدمات درمانی مصرف شده توسط خانوارهای گروه اول در مقایسه با خانوارهای گروه چهارم (دچار هزینه های فاجعه بار سلامت) - ۱۳۸۵^۱

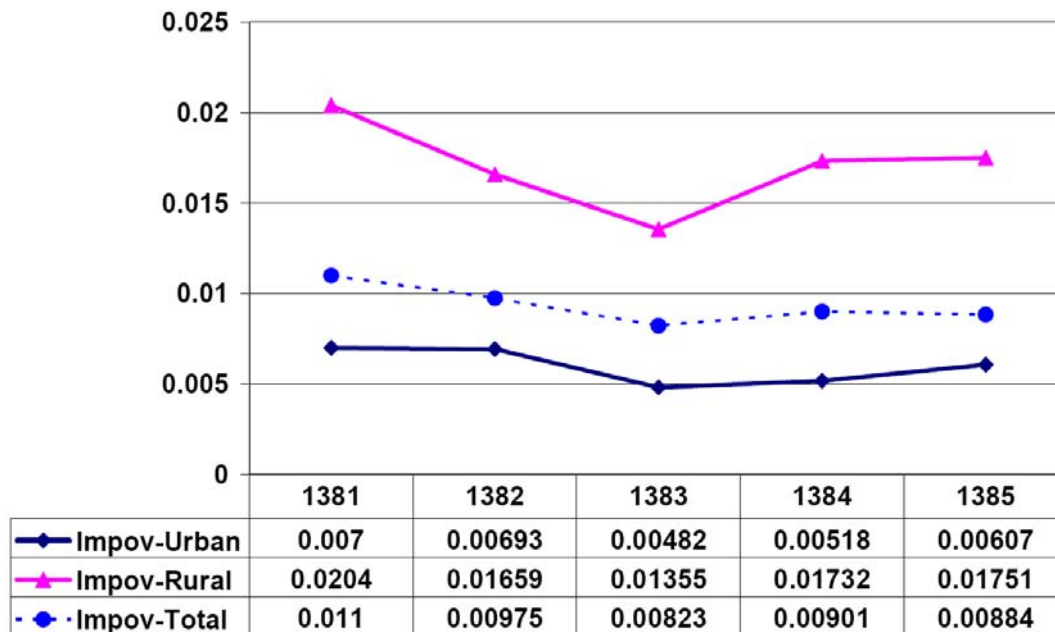
^۱ منظور از گروه اول و چهارم، چارک بالا و پایین درآمدی جامعه است.



نمودار ۱۲. روند نسبت جمعیتی که به دلیل هزینه های درمانی در ورطه فقر می افتند در کل کشور

از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۵

در بررسی شاخص نسبی از جمعیت که به دلیل هزینه های درمانی به زیر خط فقر سقوط کرده اند، مشاهده می شود که سال های ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۵ این شاخص از ۰/۰۱۲۲ به ۰/۰۰۸۸۴ کاهش یافته است. همچنین، بررسی روند تغییرات آن طی دوره مذکور که در نمودار فوق با نقطه چین نشان داده شده است، بیانگر تداوم یافتن روند کاهشی این شاخص از سال ۱۳۷۸ به بعد می باشد. البته در اینجا باید به این نکته هم توجه داشت که در سال های پایانی دوره مورد بررسی به نظر می رسد که تغییرات شاخص لزوماً روند یکنواختی را تجربه نمی کند و با نوساناتی همراه است.



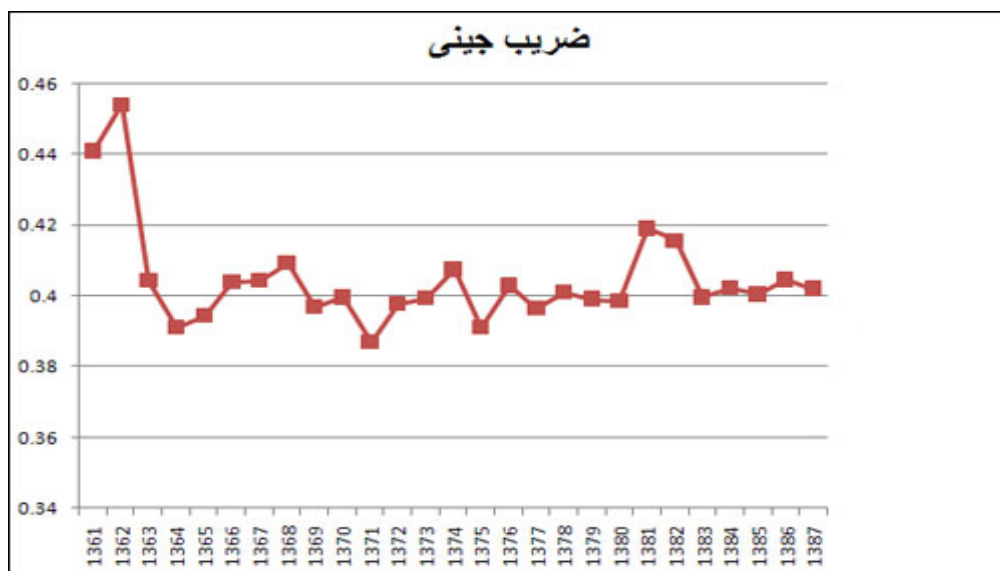
نمودار ۱۳. روند نسبت جمعیتی که به دلیل هزینه های درمانی در ورطه فقر افتاده اند به تفکیک مناطق شهری، روستایی و کل کشور از سال ۱۳۸۱ الی ۱۳۸۵

شاخص ضریب جینی^۱

معروفترین شاخصی که از طریق آن نحوه توزیع منابع و شکاف طبقاتی را در جوامع مختلف می سنجند ضریب جینی می باشد. ضریب جینی یک واحد اندازه گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می شود. این ضریب با نسبتی تعریف می شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب جینی پایین برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می دهد در حالیکه ضریب جینی بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می کند. صفر یعنی همه درآمد و ثروت یکسان دارند (برابری مطلق) و عدد یک یعنی نابرابری مطلق به گونه ای که ثروت تنها در دست یک نفر است و مابقی هیچ درآمندی ندارد. درآمد جینی مشروط بر این است که هیچ کس دارای درآمد و ثروت خالص منفی نباشد. در دنیای حاضر، ضریب جینی بین ۰/۲۳۰ در سوئد تا ۰/۷۰۷ در نامیبیا متغیر است البته تمامی کشورها در این ارزیابی وارد نشده اند.

^۱ Gini Coefficient Index

گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ سازمان ملل حاکی است: ضریب جینی ۰/۳۸۳ در ایران از ۱۰۶ کشور دنیا کمتر است که نشان دهنده پایین تر بودن شکاف طبقاتی و عادلانه تر بودن توزیع درآمد در ایران از این تعداد کشورها است. بنابراین گزارش، دانمارک با ضریب جینی ۰/۲۴۷ کمترین شکاف طبقاتی و نامیبیا با ضریب جینی ۰/۷۴۳ بالاترین شکاف طبقاتی را دارند. این گزارش تصریح کرد: ضریب جینی در آمریکا ۰/۴۰۸ اعلام شده و بر این اساس شکاف طبقاتی در آمریکا بیشتر از ایران است. دفتر توسعه سازمان ملل متحد در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ از کاهش ضریب جینی در ایران به ۰/۳۸۳ خبر داد که افت محسوس شکاف طبقاتی و عادلانه تر شدن توزیع درآمد را نشان می دهد. در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۹ تصریح شده است: ده درصد فقیرترین مردم ایران ۲/۶ درصد کل درآمد و مخارج کشور را به خود اختصاص می دهند، این در حالی است که این رقم در گزارش سال گذشته ۲ درصد بوده است و این مساله حاکی از رشد سهم فقرا از درآمد و مصرف در ایران است. بنابراین گزارش، سهم ده درصد ثروتمندان ایران از درآمد و مصرف در کشور از ۳۳/۷ درصد در سال گذشته به ۲۹/۶ درصد در سال جاری کاهش یافته است که توزیع عادلانه تر درآمد و کاهش شکاف طبقاتی را نشان می دهد (نمودار ۱۴).



نمودار ۱۴. روند تغییرات ضریب جینی ایران در طول سالهای ۱۳۶۱ - ۱۳۸۷

کانون های هزینه در نظام سلامت ایران

جدول ۲، کانون های هزینه در نظام سلامت را نشان می دهد. بخش دولتی علیرغم ارائه عمده خدمات بستری و $\frac{1}{3}$ خدمات سرپایی فقط ۳۱٪ اعتبار سلامت را در سال ۱۳۸۱ جذب کرده است. این روند با توجه به افزایش ۱۰ برابری تعرفه های بخش خصوصی در سال ۱۳۸۴ احتمالاً روند نامتعادل تری را در حال حاضر دارد. دلیل عمده این تفاوت را باید در تفاوت تعرفه ها دانست. فقدان نظام کارآمد تعرفه گذاری در خدمات سلامت باعث شده که روند تعرفه ها از مبنای قابل قبولی برخوردار نباشد و بعضی از خدمات لوکس که برای سلامت ضرورت ندارد با اختصاص تعرفه های بالا خواه ناخواه ترویج گردند و در مقابل، خدمات ضروری به دلیل تعرفه های پایین کمتر ارائه می شوند.

جدول شماره ۴. مقایسه نسبت درصد سهم بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات و سهم دریافت پول از منابع دولتی و بطور

مستقیم از جیب مردم در بازار سلامت ایران - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

نسبت ارائه خدمت ارائه کنندگان خدمت	سهم خدمات سرپایی ارائه شده در بخش	سهم خدمات بستری ارائه شده در بخش	سهم دریافت پول از بازار سلامت
بخش دولتی	۳۴٪	۸۲٪	۳۱٪
بخش خصوصی	۶۶٪	۱۸٪	۶۹٪
ارقام پایه	۸/۴ بارمراجعه سرپایی برای هر ایرانی در سال	۶۱ هزارم بار بستری در طول سال برای هر ایرانی	۳۵۲۴ هزار میلیارد تومان

این روند باعث شده است کانون اصلی هزینه های نظام سلامت که در دهه های قبل به بخش بستری مربوط می شد امروزه به بخش سرپایی، هزینه های دارویی و هزینه های خدمات تشخیصی شامل تصویربرداری و آزمایشگاه، منتقل شود. به عنوان مثال امروزه فردی که تحت پوشش بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت است اگر دچار آپاندیسیت شود، در بیمارستان دولتی با هزینه حدود ۳۰ هزار تومان جراحی و ترخیص می شود؛

این هزینه برای بیمار تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در بیمارستان تأمین اجتماعی تقریباً صفر است. اما اگر هر کدام از این دو، برای بررسی دوره ای^۱ آن هم فقط آزمایش های خون به آزمایشگاه طبی خصوصی مراجعه کنند با توجه به تفاوت تعرفه آزمایشگاه خصوصی و عدم تقبل آن توسط بیمه ها مجبور به پرداخت بیش از ۴۰ هزار تومان خواهند بود. ورود فن آوری های جدید نیز از دیگر کانون های هزینه و غیر ضروری در نظام سلامت است. معمولاً تصویربرداری های جدید و یا جراحی های جدید تعرفه بالاتری از خدمات قبلی دارند. طبیعتاً ارائه کنندگان خدمات به سمت اینگونه خدمات کشیده می شوند به همین دلیل ضرورت دارد که در ورود هر فن آوری جدید بررسی عمیقی از نظر کارآمدی هزینه اثربخشی و تأثیر ورود آن خدمت در کل نظام سلامت به عمل آید. و به صرف ورود به بازار یا حتی تأیید مجامع بین المللی هر فن آوری را به نظام سلامت وارد نکرد. این فرآیند تحت عنوان **ارزیابی فن آوری سلامت**^۲ جزء وظایف تولیتی در نظام سلامت است. برای ارزیابی فن آوری سلامت، تجزیه و تحلیل کارآیی بالینی، تجزیه و تحلیل اقتصادی و تجزیه و تحلیل تأثیرات آن فن آوری در نظام سلامت هر سه ضروری هستند.

در حال حاضر در کشور ما طبق قانون برنامه توسعه چهارم که در لایحه برنامه توسعه پنجم نیز مورد تأکید قرار گرفت. نظام ارائه خدمات بر اساس سطح بندی است. یعنی بر اساس نظام ارجاع خدمات پیچیده تر در مراکز درمانی سطوح بالاتر ارجاع، ارائه می گردند.

وجود خدمات پیچیده در مراکز درمانی سطوح پائین تر ارجاع، باعث می شود که این خدمات به صورت غیر ضروری مورد استفاده قرار گیرند و هزینه های نظام سلامت افزایش یابد. توجه به این سطح بندی می تواند در کنترل هزینه ها با حفظ کیفیت خدمات تا حدودی مؤثر باشد.

^۱ Check up

^۲ Health technology Assessment

تعرفه گذاری خدمات

از چالش های فعلی در نظام مالی سلامت ایران روش تعرفه گذاری است. تعرفه گذاری در حال حاضر در ایران بر اساس افزایش درصدی به تعرفه های قبلی انجام می پذیرد و بین تعرفه های بخش خصوصی و بخش دولتی تفاوت ها بعضاً تا بیش از ۱۰ برابر نیز رسیده است. این روند پس از تصویب قانون جدید نظام پزشکی در سال ۱۳۸۲ و واگذاری اختیار تعرفه گذاری بخش خصوصی به شورای عالی نظام پزشکی شتاب بیشتری گرفت.

روند قبلی تعرفه گذاری به این صورت بود که ارزش خدمت تعیین می شد که جزء ثابت در تعرفه دولتی و خصوصی بود سپس برای بخش خصوصی هزینه های استهلاک و سرمایه گذاری نیز اضافه می گردید. بدین ترتیب تعرفه بخش خصوصی همواره درصدی بیش از تعرفه بخش دولتی بود.

اما از آنجا که همواره ارزش خدمت به صورت غیرواقعی پایین نگه داشته می شد تا تعرفه ها افزایش نیابد موجهی از نارضایتی در بین ارائه کنندگان خدمات وجود داشت. تصویب قانون جدید فرصتی را فراهم کرد تا فشرده شده نارضایتی با افزایش ۱۰ برابری تعرفه ها در سال اول اجرا در سال ۱۳۸۴ خود را رها کند. به نظر می رسد در یک نظام تعرفه گذاری صحیح باید ارزش خدمت بر اساس عوامل زیر تعیین شوند:

- میزان تحصیلات و تبحری که ارائه کننده برای ارائه آن خدمت باید داشته باشد.
- وقتی که برای ارائه خدمت باید گذاشته شود.
- مخاطراتی که ارائه خدمت برای ارائه کننده و دریافت کننده می تواند ایجاد نماید.
- تجهیزات و وسایلی که برای ارائه خدمت ضروری است.
- ضرورت خدمت و میزان انگیزشی که برای در دسترس بودن این خدمت باید ایجاد گردد.

سپس با توجه به استهلاک وسایل و تجهیزات و هزینه های سرمایه گذاری، افزایش متناسبی را برای بخش خصوصی در نظر گرفت. بیم آن می رود که با اجرای قانون هدفمند شدن یارانه ها، تفاوت های بین هزینه های

دو بخش افزایش بیشتری هم پیدا کند این موضوع تا کنون هم در انگیزش ارائه کنندگان خدمات در بخش دولتی و کیفیت این خدمات تأثیر به سزایی داشته و می تواند از این به بعد هم تأثیر فزاینده ای داشته باشد.

سرانه سلامت

در بحث تأمین مالی سلامت یکی از اصطلاحاتی که زیاد به کار برده می شود سرانه سلامت است. سرانه سلامت در اصطلاح علمی سهمی از درآمد ناخالص کشور است که برای سلامت هزینه می شود، منابع این سهم فقط بودجه عمومی نیست بلکه شامل بودجه عمومی، پرداخت از جیب مردم و تأمین از طریق نظام های پیش پرداختی نظیر بیمه و حتی کمک خیرین نیز می گردد.

برای عدالت در سلامت نه فقط باید سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی را افزایش داد بلکه می بایست سهم بودجه عمومی در تأمین سلامت را نیز افزود و این افزایش را به صورت هدفمند انجام گیرد. به این معنا که عمده منابع مالی که از بخش عمومی تأمین می شود صرف طبقات محروم و فقیری گردد که امکان تأمین منابع مورد نیاز را از درآمد خود حتی به صورت پیش پرداخت نیز ندارند. در کشور ما وقتی از سرانه سلامت صحبت می شود؛ عمده توجهات معطوب به سرانه ای است که برای خدمات درمانی از طریق بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت اعم از کشوری و لشکری تأمین می گردد. بخشی از این سرانه (حدود $\frac{1}{3}$ آن) از حقوق خود فرد و مابقی از کمک از بودجه عمومی تأمین می گردد. این رقم مبنای تعیین تعرفه خدمات درمانی قرار می گیرد. البته در دو سال اخیر طبق قانون بودجه این سرانه به درصدی از حقوق و مزایا تبدیل شده که در مقایسه با رقم ثابت از نوعی تجمیع ریسک برخوردار است. در گذشته هر کارمندی با هر حقوقی، پرداخت ثابتی برای بیمه شدن داشت. تبدیل حق بیمه به درصدی از حقوق و مزایا، درآمد بیمه ها را افزایش می دهد. اما این افزایش حقوق برای برخوردارترها انجام می شود نه افراد با حقوق پایین. این ساده سازی مفهوم سرانه سلامت چند اختلال مبنایی در اقتصاد سلامت کشور به وجود آورده است.

۱- در حال حاضر بیمه های مختلف با سرانه های مختلف فعالیت می کنند و پوشش خدمات آنها نیز بالتبع متفاوت است. این در حالی است که شماری از این بیمه ها به نوعی دولتی بوده یا از اعتبارات عمومی استفاده می نمایند. همین امر باعث شده که تعرفه های مورد قبول بیمه های مختلف تا ۱۰ برابر برای یک خدمت یکسان متفاوت باشد.

۲- در حالیکه سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی و رقم مطلق بودجه عمومی سلامت هر دو در حال افزایش هستند به دلیل اینکه هزینه های سلامت با سرعت بسیار بالاتر از بودجه عمومی سلامت افزایش یافته است. در نهایت سهم بودجه عمومی از هزینه های سلامت کاهش پیدا کرده است. این امر یعنی تحمیل فشار مالی هزینه های سلامت بر گرده طبقات ضعیف تر جامعه.

روش های پرداخت در نظام سلامت

روش های پرداخت در نظام سلامت از عوامل تأثیر گذار در رفتار ارائه کنندگان خدمات و بالتبع کیفیت خدمات می باشد. اگر بخواهیم به نابرابری های نظام سلامت پردازیم نمی توانیم نسبت به این موضوع بی تفاوت باشیم. برخی از روش های عمده پرداخت به شرح زیر هستند.

الف) پرداخت برای خدمت^۱

پرداخت به ازای ارائه خدمت در ایران به کارانه مشهور شده است. در این روش هر چقدر تعداد انجام یک خدمت بیشتر باشد؛ پرداخت بیشتری انجام خواهد شد. از مزایای این روش، تشویق انجام خدمات با تعرفه مناسب است اما تأکید بیش از حد بر این روش، می تواند آثار زیر را به بار آورد:

۱- توجه به پیشگیری کم رنگ شود.

۲- تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و فن آوری پیچیده تر شود.

¹ Fee for service

- ۳- نیاز القایی برای دریافت خدمات به وجود آید. در حالیکه می توان عارضه ای را با هزینه های کمتر درمان کرد دریافت کنندگان خدمات به سمت خدمات پیچیده سوق می یابند.
- ۴- فاصله ها را در دسترسی افزایش می دهد؛ چون خدمات گرانتر و بالتبع با درآمد بالاتر در مراکز بزرگتر قابل وصول هستند و متخصصین برای درآمد بیشتر تمایل دارند هر چه سریعتر مناطق دور افتاده را ترک کنند و به مراکز بزرگتر بیایند.
- ۵- تمایل برای غیر واقعی شدن تعرفه ها را افزایش می دهد. چون درآمد ارائه کنندگان بر اساس این تعرفه ها شکل می گیرد تمایل بر این خواهد بود هر چه می توان تعرفه ها را افزایش داد.

(ب) حقوق ثابت^۱

- عمده انتقاد به این روش فقدان اثر انگیزی آن برای ارائه کنندگان خدمات است. چون حتی اگر خدمات هم توسط کارکنان ارائه شود حقوق ثابت پرداخت خواهد شد و بین افراد پرتلاش و کم تلاش در دریافت حقوق تفاوت معناداری وجود ندارد. سایر آثار این روش عبارتند از:
- ۱- سالیانه باید بدون توجه به کارآمدی مؤسسه حقوق را متناسب با تورم افزایش داد. در حالیکه بین این افزایش و افزایش درآمد مؤسسه ارتباطی وجود ندارد.
- ۲- برنامه رشد و ارتقای مؤسسه قابلیت اجرا ندارد.
- ۳- امکان رقابت پذیری مؤسسه با سایر مؤسسات از بین می رود.

(ج) سرانه^۲

- در این روش به ازای تعداد افراد تحت پوشش سرانه پرداخت می شود. مثلاً به ازای هر نفر تحت پوشش پزشک خانواده به وی پرداخت ثابتی انجام می گردد. در قبال این پرداخت وی موظف به ارائه خدمات پیشگیری - درمانی و توانبخشی بر اساس بسته خدمتی مورد توافق است و چون معمولاً هزینه های درمان برای

¹ Salary

² Capitation

خود ارائه کننده خدمت نیز بالاتر است توجه وی به پیشگیری نیز بیشتر خواهد بود. این روش معمولاً با کاهش هزینه در کل همراه است. در حالیکه از دریافتی ارائه کننده خدمت نیز کاسته نمی شود. بلکه حتی ممکن است پرداخت به وی افزایش یابد.

از آثار این روش می توان موارد زیر را نام برد:

- ۱- ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات پیشگیری می گردد.
- ۲- زمینه سازی برای نظام ارجاع و سطح بندی خدمات با این روش حاصل می شود.
- ۳- با توجه به تجمع بیماران و افراد سالم و ارائه سرانه ثابت برای همه آنها نوعی تجمع ریسک رخ می دهد.
- ۴- کیفیت خدمات ممکن است افت نماید.

(د) پرداخت بر اساس مدت اقامت

در این روش به ازای هر روز اقامت بیمار در بیمارستان پرداخت ثابتی به ارائه کنندگان خدمات انجام می شود. این روش منحصراً برای بیماران بستری قابلیت استفاده دارد و آثار زیر را در نظام سلامت می تواند ایجاد کند:

- ۱- تعداد بیماران بستری را افزایش می دهد. در ضمن ضریب اشغال تخت بیمارستانی ارتقاء می یابد.
- ۲- هزینه های هر روز بستری کاهش می یابد. چون پرداخت به ازای تعداد روز بستری است، مؤسسه سعی خواهد کرد هزینه ها را کاهش دهد تا سود بیشتری بدست آورد.
- ۳- طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان بیشتر می شود.
- ۴- امکان بستری غیرضروری بیشتر می شود.
- ۵- مراقبت های سرپایی کاهش می یابد و تمایل برای بستری کردن بیماران بیشتر می شود.
- ۶- کیفیت خدمات بستری ممکن است کاهش یابد.

ه) پرداخت به ازای بیمار^۱

این روش نیز نظیر روش قبل، بیشتر برای بیماران بستری قابل استفاده است. در این روش به ازای هر بیمار بستری در بیمارستان صرف نظر از مدت اقامت و یا تنوع خدمات دریافتی، هزینه ثابتی به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می گردد. مدل ارتقاء یافته آن گروههای وابسته تشخیصی^۲ است که به ازاء هر بیمار بر اساس تشخیص و بسته خدمتی که برای آن تشخیص تعریف شده پرداخت ثابتی انجام می شود.

آثار این روش شامل موارد زیر است:

- ۱- تعداد بیماران بستری نظیر روش قبل افزایش می یابد.
- ۲- هزینه های هر روز بستری نظیر روش قبل کاهش می یابند.
- ۳- بر خلاف روش قبل در این روش تمایل برای کاهش مدت زمان بستری وجود دارد چون اساس پرداخت بر اساس تشخیص است نه طول مدت بستری.
- ۴- امکان بستری مجدد بیماران زیاد است.
- ۵- امکان بستری غیر ضروری نظیر روش قبل وجود دارد.

و) بودجه

در این روش برای بیمارستان یا مؤسسه ارائه کننده خدمات بودجه ثابتی از محل بودجه عمومی، کمک خیرین و یا سایر منابع تعریف می شود و بر آن اساس بیمارستان فارغ از درآمد یا میزان ارائه خدمات پرداخت خود را انجام می دهد. در این روش هزینه ها معمولاً کاهش می یابد و امکان برنامه ریزی و ارتقاء توسط ارائه کنندگان خدمات وجود دارد. برای کیفیت خدمات تضمینی وجود ندارد و اگر همراه با روش های پرداختی چون پرداخت عملکردی نباشد انگیزه کارکنان را نیز نمی توان بالا برد.

¹ Per case

² Diagnosis related group

اغلب موسسات از روش های تلفیقی استفاده می کنند. در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز بسته به بخش عمومی غیر دولتی نظیر تأمین اجتماعی، پزشک خانواده، بخش دولتی و یا بخش خصوصی از انواع این روش ها استفاده می شود. متأسفانه در انتخاب این روش ها کمتر به اثرات تبعی آنها توجه می شود و لازم است هر مؤسسه بر اساس رسالت خود روش پرداخت خود را انتخاب نماید.

اصلاح نظام تأمین مالی سلامت برای دستیابی به عدالت

با توجه به موارد پیشگفت، اصلاح نظام تأمین مالی سلامت از اولویت های اصلاحات نظام سلامت می باشد. اهداف چنین اصلاحی باید دقیقاً تعیین گردند. این موارد به عنوان اهداف پیشنهادی قابل طرح می باشند:

- ۱- تأمین منابع با ثبات در میان مدت و طولانی مدت
 - ۲- تثبیت منابع مالی مورد نیاز برای برنامه های اولویت دار نظام سلامت
 - ۳- کاهش پرداخت از جیب مردم
 - ۴- رفع موانع اقتصادی، دسترسی و بهره مندی از خدمات
 - ۵- عدالت در دسترسی و بهره مندی از خدمات
 - ۶- توجه به کارآیی و بهره وری در تخصیص منابع
 - ۷- تأمین کیفیت مناسب برای خدمات
- برای تأمین این اهداف، اصول راهبردی زیر در تأمین مالی نظام سلامت پیشنهاد می شوند:

- ۱- افزایش سرمایه گذاری بخش عمومی در سلامت
- ۲- دستیابی به پوشش همگانی و تقویت شبکه های حمایتی برای گروه های در معرض خطر
- ۳- ایجاد سامانه پیش پرداخت برای کسانی که درآمد دارند نظیر بیمه یا مالیات
- ۴- پایش و ارزشیابی عملکرد به صورت مداوم در نظام سلامت باید وجود داشته باشد و باید در نظام پرداخت مؤثر باشند.

۵- مستندات مورد نیاز جهت توسعه سیاستگذاری تأمین مالی سلامت باید به توجه به شرایط جدید به طور

مداوم فراهم و در اختیار سیاستگذاران قرار گیرد.

۶- از قوانین و مقررات به صورت هدفمند برای تأمین اهداف نظام سلامت استفاده شود.

عرضه های قانونگذاری که احتیاج به بازنگری دارند شامل موارد زیر هستند:

۶-۱- امکان پوشش همگانی خدمات نه فقط دسترسی بلکه اطمینان از بهره مندی از خدمت

۶-۲- اطمینان از تأمین منابع با ثبات برای نظام سلامت

۶-۳- تجمع ریسک بین فقیر و غنی، بیکار و شاغل و بیمار و سالم

۶-۴- امکان خرید خدمت به صورت هدفمند برای تأمین سلامت بر اساس نیازهای واقعی نه خواسته های غیر

ضروری

۶-۵- حمایت از روش های پرداختی که هم انگیزه و هم کیفیت و هم بهره وری نظام سلامت را بالا ببرد.

۶-۶- آموزش و توانمندسازی در نظام سلامت

چرا نمی توان نظام سلامت را بر اساس قوانین بازار اداره کرد؟

در اقتصاد آزاد، معمولاً هرگاه صحبت از نظارت و تعرفه گذاری می شود، پاسخ این است که عرضه و تقاضا

خود باعث کنترل بازار می شوند. سؤال این است که آیا می توان نظام سلامت را همچون دیگر بازارهای

خدمت‌دانی دانست و آن را بر اساس قانون عرضه و تقاضا اداره کرد؟ خدمات سلامت دارای ویژگی هایی است که

آن را از سایر خدمات متمایز می کند:

الف) اگر بتوان سلامت را کالا نامید، سلامت کالایی عمومی و ضروری است که همه به آن احتیاج دارند. بقا و

حیات انسان ها در دسترسی به سلامت تعریف می شود. و چون کالای ضروری است همگان صرف نظر از رتبه

اقتصادی و اجتماعی باید به آن در زمان نیاز دسترسی داشته و بتوانند از آن بهره مند شوند.

ب) بین ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمت سلامت، عدم تقارن وجود دارد. این عدم تقارن از جنبه های مختلف است.

۱- **عدم تقارن اطلاعاتی:** ارائه کنندگان خدمات در خصوص ضرورت و نوع خدمت مورد نیاز اطلاعاتی دارند که دریافت کننده به آنها دسترسی ندارد و یا برایش مفهوم نیستند. اگر به بیماری بگویید به جراحی فوری نیاز دارد و اگر جراحی نکند ظرف چند ساعت خواهد مرد؛ غالباً بیمار اگر خود پزشک حاذقی نباشد نمی تواند شخصا در خصوص صحت و یا سقم این گزاره قضاوت سریعی داشته باشد. این برخلاف سایر خدمات مورد نیاز فرد است که نوعاً دریافت کننده در خصوص آن اطلاعات حداقلی دارد که همان می تواند مبنای قضاوت قرار گیرد.

۲- **اضطرار دریافت کننده خدمت:** معمولاً دریافت کننده این خدمات هر چقدر هم از طبقات فرادست باشد با نوعی اضطرار و نگرانی به ارائه کننده خدمات مراجعه می کنند و همین اضطرار باعث می شود نتواند انتخاب عاقلانه و با تدبیری داشته باشد و در تصمیم به نظر ارائه کننده خدمات تکیه می کند.

ج) احتمال ایجاد انحصار و نوعی محدود سازی در دسترسی به خدمات بسیار متصور است و رقابت پذیری در ارائه این خدمات به همین دلیل محدود است.

د) در قبال پرداخت هزینه از نتیجه کار نمی توان همیشه مطمئن بود. خرید این خدمات همیشه با نتیجه مطلوب همراه نیست؛ ممکن است هزینه فراوانی انجام شود ولی نتیجه، مرگ یا ناتوانی باشد.

همه این نکات روشن می سازد که ارائه خدمات سلامت نمی تواند بر اساس عرضه و تقاضا و نظام بازار مرسوم انجام پذیرد. حکومت به همه این دلایل باید:

۱- بر نحوه ارائه خدمات نظارت کند و کیفیت خدمات را پایش کند و با موارد تخلف برخورد کند.

۲- بر قیمت خدمات نظارت نماید.

۳- از تأمین خدماتی که توسط بخش غیر دولتی ارائه نمی شوند ولی ضروری هستند اعم از اینکه اصل خدمت ضروری است ولی درآمد زا نیست و یا در عمل مورد نیاز مثلاً مناطق محروم ارائه نمی گردد؛ اطمینان حاصل نماید به نحوی که دسترسی و بهره مندی همه اقشار به ویژه در زمان و محل مورد نیاز به خدمات سلامت حاصل شود.

۴- برای جلوگیری از انحصار، برنامه ریزی و اقدام کند.

اقدام حکومتی در همه این موارد می تواند بر حسب شرایط هر کشور از طریق دستگاه های دولتی، دستگاه های عمومی غیر دولتی و یا واگذاری انجام پذیرد و اما مهم نقش حکومتی در این موارد است.

تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت

شرایط زندگی ما در نحوه زندگی ما تأثیر تام دارد. اگر انتخاب های ما محدود باشد طبیعتاً برای هر موضوع از بین همان انتخابها مجبور به گزینش است. جوانی را در نظر بگیرید که برای گذراندن اوقات فراغت مجبور به گزینش است. زندگی در خانواده ای نسبتاً مرفه با امکان تأمین هزینه فعالیت های فوق برنامه، انتخاب های متعددی را فرا روی او می گذارد. اما اگر همین جوان از خانواده فقیر در محله ای فقیر نشین با تجمع کانون های اعتیاد و قاچاق مواد مخدر باشد، انتخاب های او برای گذراندن اوقات فراغت چه خواهد بود؟ و شرایط اجتماعی او را به سمت چه انتخابی خواهد کشاند؟. البته در باب موضوع اثر محیط و نقش اراده انسان ها و اینکه انسان ها در هیچ شرایطی مقهور کامل شرایط محیطی نیستند و به همین دلیل مختار و در عین حال پاسخگو آفریده شده اند، سخن بسیار است. اما به هر حال شرایط محیطی می توانند گزینش فرد را تحت تأثیر قرار دهند. همین موضوع در عادات غذایی نیز خود را نشان می دهد.

خانواده، پرجمعیتی که برای سیر کردن شکم اعضای خود مجبور به استفاده از غذاهای پرکالری با ارزش غذایی کم، نظیر چربی های نامناسب و کربوهیدراتهاست در برابر خانواده ای که می تواند هزینه خرید میوه، سبزی و گوشت را تأمین کند مسلماً در برابر مخاطرات بیشتری از نظر چاقی و سندرم متابولیک عوارض قلبی و عروقی آن قرار می گیرد. شاید به همین دلیل است که بیماری های قلبی عروقی که نیم قرن پیش بیماری ثروتمندان محسوب می شد با کنترل بیماری های عفونی، امروزه در بین فقرا شایعتر است. امروزه چاقی نیز در حال تبدیل به بیماری اقشار با درآمد کم جوامع بشری است. افزون بر مخاطرات غذایی، عدم دسترسی به فضاهای تفریحی و ورزشی و اصولاً نداشتن وقت برای ورزش در عین حال استرس بیشتر به دلیل فشارهای اقتصادی و اجتماعی در افزایش خطر بیماری های قلبی و عروقی در بین طبقات پایین اقتصادی و اجتماعی مؤثر است.

بدین ترتیب، می بینیم که سلامت بر خلاف تصور گذشته بیش از حد تصور متأثر از عوامل اجتماعی است.

تحقیقات انجام شده جهانی حاکی از این است که عوامل مؤثر در سلامت بدین صورت قابل جمع بندی هستند:

۱- عوامل زیستی (۲۰-۱۵ درصد)

۲- عوامل فیزیکی (۱۵-۱۰ درصد)

۳- نظام مراقبت های بهداشتی- درمانی (۲۵-۱۰ درصد)

۴- عوامل اجتماعی- اقتصادی (۵۰ درصد)

اهمیت تعیین این عوامل باعث شد که مدیر کل فقید قبلی سازمان بهداشت جهانی کمیسیونی از صاحب نظران جهانی را در سال ۲۰۰۵ میلادی (۸۴-۱۳۸۳) برای بررسی این عوامل و شناخت و اولویت بندی نقاط مداخله ای که بتواند سلامت جامعه بشری را در کوتاه ترین مدت ممکن ارتقاء دهد، منصوب نماید. این کمیسیون در سال ۲۰۰۸ میلادی (۱۳۸۷) گزارش خود را تحت عنوان پر کردن شکاف ها در یک نسل^۱ منتشر ساخت که متأسفانه چنانچه که باید و شاید مورد توجه بین المللی قرار نگرفت.

^۱ Closing the gap in a generation

خوشبختانه در این کمیسیون نماینده ای از جمهوری اسلامی ایران؛ جناب آقای دکتر مرنندی به عنوان یکی از ۲۰ نفر عضو، حضور داشتند و جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای همکار در تهیه این گزارش نقش مهمی داشت. این کمیسیون در دی ماه سال ۱۳۸۴ چهارمین جلسه خود را در جمهوری اسلامی ایران برگزار کرد و طی آن با رهبر معظم انقلاب اسلامی مد ظله العالی دیدار کردند؛ دیداری که به گفته خود اعضای کمیسیون، نقشی تأثیر گذار بر مباحث این کمیسیون گذاشت. در این دیدار رهبر فرزانه انقلاب اسلامی، سلامت را یکی از اساسی ترین نیازهای بشر دانستند و با تأکید بر اینکه عوامل اجتماعی بیشترین تأثیر را در سلامت انسان دارد، خاطر نشان کردند: امروز با وجود پیشرفت بشر در علم و دانش وضع سلامت جوامع بشری نگران کننده است و عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت بسیار افزایش یافته است.

مقام معظم رهبری در این دیدار با مشکلات کنونی و گرفتاری های مردم دنیا از جمله وضع نگران کننده سلامت را در جوامع بشری را ناشی از بی عدالتی، تبعیض و خودخواهی قدرت های بزرگ جهان دانستند و معضلاتی چون گرسنگی، بی بندوباری جنسی، مواد مخدر، مشروبات الکلی و جنگ های روانی دستگاه های تبلیغاتی دنیا از مهم ترین عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت در دنیای امروز بر شمردند. مقام معظم رهبری همچنین در این نشست بر ضرورت تشکیل کارگروهی در سازمان بهداشت جهانی برای بررسی عوامل اجتماعی تأثیر گذار در سلامت و انتقال تجربه و توصیه های لازم به کشورهای مختلف با توجه به اخلاق و ایمان دینی تأکید نمودند. ایشان با اشاره به تلاش سازمان یافته برای مقابله با ایمان دینی ملت ها خاطر نشان کردند ادیان مختلف از جمله دین اسلام توصیه های ارزشمندی در خصوص بهداشت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دارند که باید از این توصیه ها بیش از پیش استفاده شود. مقام معظم رهبری همچنین با اشاره به رشد شاخص های سلامت و بهداشت در کشور و پیشرفت های قابل ملاحظه پس از پیروزی انقلاب اسلامی افزودند با وجود همه این پیشرفت ها، هنوز راه طولانی تا نقطه مطلوب وجود دارد ولی با توجه به محوری بودن مسأله عدالت در کشور امید است اقدامات مفیدی به منظور بهبود بیش از پیش شاخص های سلامت و بهداشت انجام شود.



دیدار اعضای کمیسیون اجتماعی موثر بر سلامت با مقام معظم رهبری ۱۳۸۴/۱۰/۲۷

برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به شرح زیرند:

- ۱- درآمد خانوار
- ۲- طبقه اقتصادی خانواده
- ۳- میزان برخورداری از حمایت اجتماعی
- ۴- سطح سواد و مهارت
- ۵- استقلال و شرایط کار
- ۶- محیط اجتماعی
- ۷- شرایط محیط زندگی و مسکن
- ۸- سال های امید به زندگی
- ۹- فرهنگ عمومی
- ۱۰- جنسیت
- ۱۱- حمل و نقل راه و ترابری
- ۱۲- ایمنی غذایی

نقش عوامل اجتماعی بر سلامت افراد و جوامع هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق تأثیر بر محیط، رفتار و میزان دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت است. عوامل اجتماعی به عنوان علت العلیل^۱ سلامت و یا فقدان آن شناخته شده اند. به دلیل همین عوامل اجتماعی، بیماری های مزمن افزایش یافته و فشار فزاینده ای را بر سلامت جهان وارد کرده و می کند. مؤثرین گلوگاه برای کاهش این بار، توجه به این عوامل اجتماعی است.

^۱ Causes of the cause

نکته مهم در این بین توجه به این مسأله است که این تفاوت ها و نابرابری ها را طبیعی فرض نکنیم و در برابر آنها بی تفاوت نباشیم. هیچ دلیلی علمی وجود ندارد که ساکنین یک کشور آفریقایی به جای چهل و چند سال امید به زندگی، به امید زندگی ۸۱ ساله نرسند. به همین ترتیب دلیلی برای عدم امکان رفع نابرابری ها در داخل و جامعه وجود ندارد. باید علل این نابرابری ها را شناخت و برای رفع آنها اقدام کرد.

چالش های نظام های سلامت در موضوع عدالت

علیرغم تأکید بر عدالت در سلامت و نقش مهم آن در مبنای نظری سلامت، متأسفانه تمام نظام های سلامت جهان کم و بیش از نوعی بی عدالتی رنج می برند. حتی در کشورهای نسبتاً ثروتمندی که افتخارشان نظام ملی سلامت و پوشش همگانی است، تفاوت ها در پیامدهای سلامت در بین طبقات اجتماعی گاه به جایی می رسد که پیامدها را در حد کشورهای فقیر تنزل می دهد. به عنوان مثال امید به زندگی در فقیرترین دهک اروپایی با امید به زندگی در کشورهای فقیر آسیایی برابری می کند. چالش های شایع در موضوع سلامت در نظام های مختلف سلامت را شاید بتوان به شرح زیر دسته بندی کرد:

۱- مراقبت معکوس^۱

در اغلب نظام های سلامت کسانی که به بیشترین خدمات نیاز دارند، کمترین خدمات را دریافت می کنند.

۲- فقر آفرینی طبابت

طبق برآوردهای خوشبینانه در سراسر جهان سالیانه حداقل ۴۴ میلیون خانوار یعنی نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر به دلیل هزینه های درمان دچار فقر می شوند.

¹ Inverse care

۳- مراقبت های تجزیه شده^۱

با شیوع بیماری های مزمن و سالمندی جوامع، تعداد بیمارانی که همزمان از چند عارضه رنج می برند و احتیاج به مراقبت طولانی مدت برای همه آنها دارند؛ در سراسر جهان رو به فزونی است. اما متأسفانه تخصص گرایی افراطی در طبابت منجر به این شده که مراقبت مداوم از این بیماران به صورت منسجم پاسخگو و به هنگام و با لحاظ کردن جنبه های پیشگیرانه کمتر ارائه شود.

۴- مراقبت های غیر ایمنی و یا با کیفیت پائین

محور اصلی ارائه مراقبت باید عدم صدمه به بیماران باشد. سقراط قرن ها پیش به این نکته به عنوان رسالت طب اینگونه اشاره کرده است: "در پاره ای از اوقات درمان کند و در اغلب مواقع دردها را بکاهد ولی همیشه ایمن باشد". کاهش مهارت های بالینی و مهارت های ارتباطی در بین ارائه کنندگان مراقبت، در کنار مشکلات مالی و اعتباری؛ باعث کاهش کیفیت و بعضاً غیر ایمن شدن مراقبت های سلامت به ویژه در بخش های عمومی در سراسر جهان گردیده است. از آنجا که مراجعه کنندگان به این بخش های عمومی، نوعاً اقبال کم درآمد اجتماع هستند عملاً این روند باعث کاهش کیفیت مراقبت از فقرا در اغلب کشورهای جهان گردیده است. آنچه که امروزه به عنوان حاکمیت بالینی^۲ در برخی از کشورهای توسعه یافته دنبال می شود، تلاشی است برای بهبود کیفیت مراقبت به ویژه در بخش های عمومی.

۵- خدمات کاذب

در نظام سلامت باید مطابق نیاز^۳ و نه مطابق تمایل و درخواست^۱ خدمات را ارائه داد. نیازهای کاذب و بعضاً مضر، فضای ارائه مراقبت ها را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است.

^۱ Fragmented care

^۲ Clinical governance

^۳ Need

ممکن است گفته شود در شرایطی که عده ای حاضر به پرداخت هزینه این خدمات هستند چرا باید جلوی آنها را گرفت. پاسخ به این سؤال روشن است. منابع در اختیار نظام سلامت اعم از منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی محدود است. اگر نیازهای کاذب و حتی غیر ضروری این منابع را به خود جلب کنند؛ فرصت ارائه خدمات واقعی و ضروری گرفته می شود. ضمن اینکه بسیار رخ داده است که حتی خود افرادی که این خدمات کاذب را دریافت کرده اند از مراقبت های واقعی به ویژه سطح پیشگیری و ارتقای سلامت محروم مانده اند. پوشش بسیار کم واکسیناسیون و خدمات پیشگیری در کشوری مثل آمریکا که بالاترین سرانه سلامت جهان را هزینه می کند، مثال روشنی از اثرات زیانبار این ولنگاری در ارائه خدمات است. اثر این موضوع در پیامدهای سلامتی نیز خود را به وضوح نشان داده است.

۶- فقدان مسؤؤل پایش عدالت در سلامت

بسیاری از نظام های سلامت اصولاً نسبت به پایش بی عدالتی ها در نظام سلامت خود اقدامی نکرده و نمی کنند و از وجود چنین فاصله هایی در نظام سلامت خود بی اطلاع هستند. در صورتی هم که اطلاعی کسب کنند اغلب در برابر آن شان به بالا می اندازند و خود را مسؤؤل رفع آن نمی دانند. غرور ناشی از افزایش میانگین های پیامدهای سلامت، چشم بصیرت در برابر این فاصله ها را کور می کند و تدبیری را برای رفع آنها بر نمی انگیزاند.

۷- نگاه صرف اقتصادی به عدالت در سلامت

خلط در مفاهیم عدالت و هزینه ثمربخشی از چالش های مهمی است که متأسفانه گاه مورد کم توجهی قرار می گیرد. نظام سلامت باید عدالت محور باشد نه فقط هزینه ثمربخش. موضوع سلامت جان و راحتی انسانهاست. کالای که برای آن قیمتی را نمی توان برآورد کرد. بنابراین باید مبنا چنین باشد که همه بتوانند از مراقبت مورد نیاز در زمان و مکان مناسب بهره مند گردند و موانع چنین دسترسی و بهره مندی برطرف گردد.

پرواضح است که صرف دسترسی^۱ کفایت نمی کند و باید شرایطی فراهم شود که بهره مندی نیز همزمان^۲ رخ دهد. در ادبیات هزینه ثمر بخشی، عمده نگاه به صرفه اقتصادی و بهترین استفاده از منابع موجود است. اما در این نگاه؛ به آنچه که واقعاً مورد نیاز است و به پوشش همگان اهمیت داده نمی شود. هر چند استفاده بهتر از منابع موجود، بهره وری را بالا می برد اما اینکه اصولاً منابع، صرف چه اهدافی در نظام سلامت شود، کدام گروه ها را هدف قرار دهد و برای چه کسانی حمایت ایجاد کند؛ موضوعی است که با عینک عدالت محور می توان به پاسخ صحیح آن رسید. عدالت را نباید فقط موضوعی اقتصاد فرض کرد؛ باید پیامدها را هدف قرار داد، نه راه رسیدن به آن پیامدها را.

محور اصلی مباحث در سلامت امروزه باید از مباحث طبی به مباحث اجتماعی تری چون بهره مندی همه طبقات اجتماعی از خدمات، نحوه مشارکت بخش دولتی و خصوصی، ثروت آفرینی، توانمندسازی و مشارکت اجتماعی سوق پیدا کند.

وجود تردیدها و چالش های نظری در موضوع سلامت در جهان امروز، حداقل بیانگر این نکته است که سازماندهی فعلی نظام سلامت در جهان پاسخگوی نیازهای بشر امروزی نیست و کاری نو در این عرصه مورد توقع همه جهانیان است.

چه باید کرد؟

فروغ گفتمان عدالت در سلامت، فراتر از شعار بلکه در مبانی نظری و الزامات عملی در بین سیاستگذاران، قانونگذاران و مجریان و عموم مردم از ضرورت های مهم برای رفع بی عدالتی در سلامت است. بر همین اساس، تلاش برای ترسیم مناسبی از نقاط تفاوت و پایش تغییرات آن قدم دوم محسوب می شود. درک این موضوع که تفاوت در پیامدها در بین کشورهای مختلف و در بین اقشار مختلف یک کشور طبیعی نیست پس از شناخت

¹ Access

² Utilization

تفاوت‌ها ممکن است. این نگاه باعث خواهد شد تا برای رفع این تفاوت‌های غیرطبیعی در پیامدهای سلامت، برنامه‌ریزی و اقدام گردد. این گفتمان‌سازی با سرمایه‌نسل جوان دانشگاهی بسیار شدنی‌تر و مؤثرتر است. دکتر رودلف لودویگ کارل ویرشو^۱ پزشک و سیاستمدار آلمانی (متوفی در سال ۱۹۰۲ میلادی) در این خصوص تعبیر زیبایی دارد؛ او می‌گوید: "اگر طب می‌خواهد به وظیفه واقعی خود عمل کند باید در حیات سیاسی و اجتماعی جامعه، اثرگذار باشد و موانع دستیابی به سلامت در اجتماع را معرفی و برای رفع آنها اقدام نماید".

اغلب دستاوردهای ارتقا یافته سلامت جوامع به بهبود عمومی شرایط زندگی و نه به پیشرفتهای بهداشتی و درمانی مربوط است. به عنوان مثال مرگ و میر سل‌سالاها قبل از شناخت باسیل و واکسیناسیون و کشف داروها به سمت بهبود رفت و اتفاقاً شتاب این بهبودی در آن مرحله بسیار سریع‌تر بود. واکاوی روند ارتقای سلامت جامعه این نکته را روشن می‌سازد که این بهبود مرهون بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی است.

برای ریشه‌یابی و نگاهی علاج‌جویانه به معضلات نظام سلامت باید بینش خود را وسعت داد و در بررسی سلامت به عوامل اجتماعی بیشتر توجه کرد. این تغییر نگاه به به کارگیری **ذره بین عدالت**^۲ تعبیر شده است. این نگاه جدید باید بر نحوه غربالگری جمعیت و نحوه ارزیابی سلامت آنها و بر تحقیقات و برنامه‌ریزی و پایش برنامه‌ها اثر بگذارد. در زیر مثال‌هایی از تفاوت این نگاه در گزاره‌های پژوهشی ذکر میشوند.

سوال کلاسیک: چگونه میتوان رفتارهای سالم را در جامعه ترویج کرد؟

ذره بین عدالت: چگونه می‌توان جلوی گسترش رفتارهای پرخطر را گرفت؟ به عنوان مثال؛ چه ارتباطی بین سیاست‌های ساخت و ساز و حمل و نقل عمومی و تحرک افراد وجود دارد؟ چه ارتباطی بین غذا‌های در دسترس و محصولات صنایع غذایی و شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی وجود دارد؟ چرا جوانان به دخانیات تمایل دارند؟ در همه این زمینه‌ها چه سیاستی را میتوان اتخاذ کرد تا رفتارهای سالم گسترش یابد؟

^۱ - Rudolf Ludwig Karl Virchow

^۲ Equity Lens

سوال کلاسیک: چگونه میتوان نابرابری در سلامت و بیماری را در جامعه کاهش داد؟

ذره بین عدالت: علت این نابرابری ها چیست؟ چگونه میتوان منابع در دسترس برای سلامت آحاد مردم را به

سمت برابری برد؟

سوال کلاسیک: چه برنامه های اجتماعی و خدماتی برای کاهش نابرابری های سلامت ضروری است؟

ذره بین عدالت: چه تغییرات اجتماعی و ساختاری برای رفع این نابرابری ها لازم است؟

مراحل پیشنهادی برای بر طرف کردن نابرابری ها را می توان به این نحو جمع بندی نمود:

۱. تشخیص نابرابری های موجود

۲. تشخیص علل این نابرابری ها در زیر ساخت های اجتماعی فرهنگی اقتصادی تاریخی سیاسی و...

۳. تحلیل تجسیدی نحوه اثر گذاری این علل بر سلامت

۴. انتشار نتایج بررسی ها در جامعه و نیز در بین عناصر تصمیم ساز و جلب مشارکت آنها در برنامه ریزی ها

و اجرا

۵. طراحی و اعمال تغییرات لازم در نظام سلامت

۶. ارزیابی و پایش بر اساس نتیجه

تشخیص نابرابری های موجود

برای این کار باید مجدداً به بررسی داده های موجود پرداخت و لایه های جدیدی را از آن استخراج نمود. توزیع

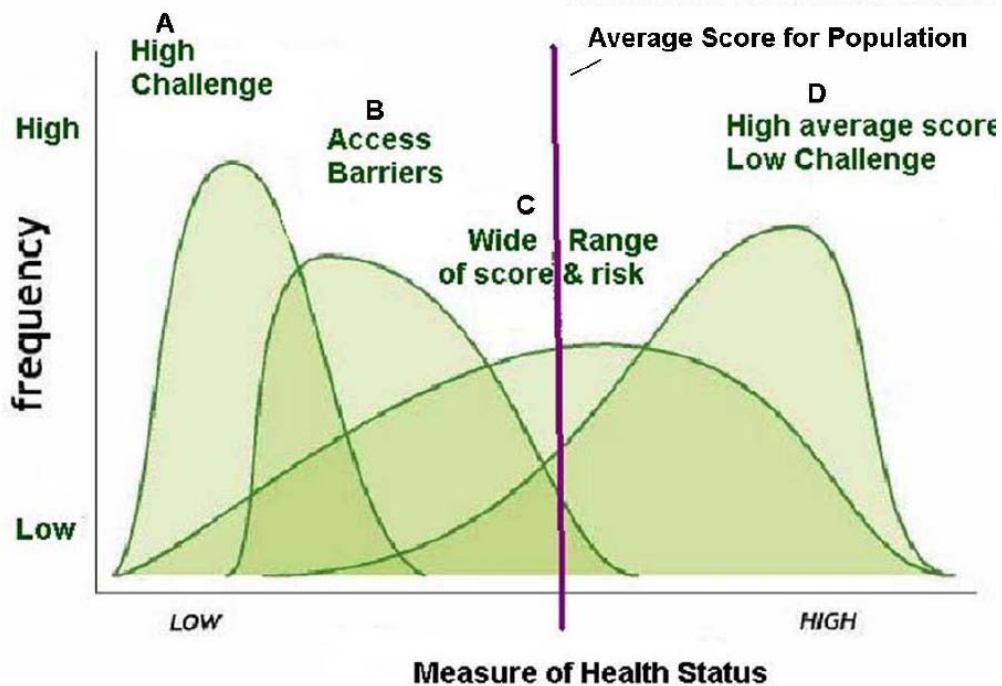
مکانی و توزیع در گروه های اجتماعی و اقتصادی و سیر زمانی شاخص ها را باید دانست. شناخت گروه های

موجود در یک منطقه یا جمعیت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اصطلاح جمعیت عمومی منطقه معمولاً

گمراه کننده است. معدل شاخص، وضعیت را فقط در گروه اندکی نشان می دهد و اغلب شاخص ها دچار عدم

توازن در توزیع هستند. باید منحنی زنگوله شکل توزیع را رمزگشایی کرد. اغلب می توان گروه های مختلفی را در

همان منحنی شناسایی کرد.



نمودار ۱۵. مدل رمز گشایی از توزیع طبیعی

این داده کاوی مجدد می تواند مبنای برنامه ریزی و اجرا قرار گیرد. تنها در صورت کافی نبودن اطلاعات موجود و عدم پاسخ گویی به سوالات مطرحه در زمینه نابرابری ها تحقیق مجدد ضروری است. پژوهشهای جدید زمانی ضرورت می یابد که یا اصولاً اطلاعاتی وجود ندارد و یا اطلاعات از عمق لازم برای پاسخ گویی به چرایی تفاوتها برخوردار نیست. در بعضی از موارد لازم است موضوع تحقیق در نظام ثبت اطلاعات سلامت ادغام شود تا اطلاعات آن به صورت مداوم در دسترس باشد. در انجام تحقیقات برای اطمینان از صحت نتایج جامعیت و تعمیق تحقیق استفاده از روش سه سو سازی^۱ موثر است. این روش می تواند به صور مختلف به کار گرفته شود. در جمع آوری داده ها استفاده از منابع متنوع و روش های مختلف جمع آوری و در تفسیر نتایج به کارگیری محققین متعدد با دیدگاه های متفاوت و تخصصهای گوناگون این امکان را فراهم می آورد که منظرهای متفاوتی موضوع را تحلیل نمود.

^۱ Triangulation

تحلیل سیاست ها و برنامه های موجود از منظر عدالت و موفقیت در دستیابی به برابری در سلامت نیز در شناخت وضعیت موجود اهمیت به سزایی دارد. برای اطلاع از این موضوع ارزیابی شاخص های موجود کسب نظر از صاحب نظران و مجریان و مردم می تواند کمک کننده باشد. گاه از اطلاعاتی که به منظور دیگری نیز جمع آوری شده اند میتوان برای این هدف هم بهره برد.

آفت شاخص های غیر مرتبط یا کم اهمیت را باید به خاطر داشت و به صرف وجود شاخص رشد یابنده در شرایطی که شاخص مزبور اهمیت چندانی در سلامت ندارد نباید به موفقیت برنامه خوش گمان شد.

مراحل مختلف شناخت نا برابری ها به شرح زیر خلاصه شده است:

الف) شناخت محیط

۱. چه چیزی در این جمعیت (منطقه) ویژه است؟
۲. شاخصهای جمعیتی و سلامت منطقه
۳. توصیف عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در این جمعیت

ب) شناخت عوامل موثر بر شاخصهای سلامتی

۱. گروهی که بدترین شاخصهای سلامت شامل میزان استفاده از خدمات را دارند چه گروهی هستند؟
۲. اثر درآمد بررسی شود.
۳. سایر عوامل اجتماعی موثر کدام هستند؟

ج) تحقیق

۱. مطالعه گروه های اولویت دار
۲. تحقیقات مشارکتی به همراه مردم برای پوشش حداکثری و جلب اعتماد و اثرگذاری
۳. مطالعات موردی و سایر مطالعات کیفی برای دستیابی به تجربیات واقعی در گروه های اولویت دار
۴. شناسایی مواردی که باید در گزارش مداوم نظام سلامت ادغام شود

د) تحلیل سیاست ها و برنامه های موجود با ذره بین عدالت

۱. این سیاست یا برنامه اصولاً برای چه هدفی طراحی شده است؟
۲. این سیاست و برنامه برای چه گروهی از مردم طراحی شده است؟
۳. برای چه سازمان ها و موسسات دیگری این برنامه حایز اهمیت است؟
۴. در حال حاضر چه کسانی از این برنامه بهره مند هستند؟
۵. در حال حاضر این برنامه برای چه گروهی(هایی) حایز اهمیت بیشتری است؟
۶. چه خصوصیتی در این گروه(ها) هدف وجود دارد که باعث تمایز آن(ها) از سایرین میگردد؟
۷. چگونه می توان به این گروه(ها) خدمت رسانی کرد؟
۸. آیا انجام این برنامه به تغییر معنا داری در شاخص ها انجامیده است؟
۹. برنامه در شرایط فعلی به چه موفقیت هایی دست یافته و با چه چالش هایی روبروست؟
۱۰. آیا انجام این برنامه کماکان ضرورت دارد؟
۱۱. برای ادامه کار این برنامه چه تغییراتی باید بنماید؟

تشخیص علل نابرابری ها

برای تشخیص علل نابرابری ها باید از مجموعه اطلاعات حاصله در مرحله قبل به همراه مطالعات کتابخانه ای و جمع بندی نظرات کارشناسان و دست اندر کاران موثر و خود اجتماع استفاده کرد. یافتن ارتباط بین وضعیت اجتماعی و اقتصادی و شاخص های سلامتی رفتار جامعه و دانش آنها در زمینه سلامت عمده هدف در این مرحله است. اطمینان از کفایت اطلاعات موجود برای جمع بندی و تحلیل نباید به وسواس بیانجامد ولی در صورت عدم کفایت اطلاعات تحقیق مجدد ضروری است.

انتشار دانش و نتایج

ایجاد احساس مالکیت در برنامه ریزی و اجرا در بین اعضای جامعه و مسئولین و موثرترین اجتماعی بی شک نقشی کلیدی در اجرای موفق هر برنامه اجتماعی به ویژه برنامه های کاهش نابرابری دارد. افزون بر این مشارکت اجتماعی در همه مراحل این برنامه از شناخت تا اجرا و پایش به جامعیت اثرگذاری و عملی بودن برنامه کمک می نماید. تحقیق مشارکتی که در مرحله شناخت نیز به آن اشاره شد باید هدفمند باشد به نحوی که بتواند مبنای عمل قرار گیرد. همچنین باید برای اعضای آن جامعه مفهوم باشد تا بتوانند در آن مشارکت نمایند. توانمند سازی جامعه برای چنین تحقیقی و سپس جلب حمایت آنها در برنامه و اجرا با طراحی برنامه به صورت مشارکتی روند امور را بسیار تسهیل خواهد کرد. در این جا امکان تضاد بین نیاز واقعی و خواسته های اعلامی وجود دارد که باید با توانمندسازی جامعه و انتشار دانش حتی الامکان از آن جلوگیری کرد یا آن را به حداقل رساند.

طراحی و اعمال تغییرات لازم در نظام سلامت

در طراحی برنامه ها باید به موارد زیر توجه داشت

۱. این برنامه چه هدفی را دنبال خواهد کرد؟
۲. آیا این برنامه برای هدف مورد نظر موثر است؟
۳. آیا راه موثرتری برای تامین این هدف وجود ندارد؟
۴. این برنامه چه آثار سوء احتمالی خواهد داشت؟
۵. آیا امکانات موجود اجازه اجرا این برنامه را می دهد؟
۶. اگر به منابع بیشتری برای اجرای این برنامه احتیاج است امکان فراهم آوری این منابع وجود دارد؟
۷. آیا برای اجرای برنامه حمایت لازم در جامعه و موثرترین اجتماعی و مجریان و عنداللزوم سایر دستگاه ها ایجاد شده است؟
۸. آیا برنامه جدید با سایر برنامه ها هماهنگ است؟

۹. چه باید کرد تا همه بتوانند از منافع این برنامه استفاده کنند؟ (فراهم آوری امکان دسترسی یکسان و

حتی دسترسی ترجیحی برای گروههای هدف جلوگیری از آثار سوء احتمالی)

۱۰. چگونه برنامه پایش خواهد شد؟

درک های کلی و ذهنی مانع برنامه ریزی اجتماعی است. بدون شک با ادراک کلی از یک موضوع نمی توان برای تحقق آن موضوع برنامه ریزی نمود. بنابراین اولین نیاز در مرحله تحقق ارائه تصویری کاربردی از هدف می باشد.

توجه به مسئولیت اجتماعی در مقوله سلامت و این معنا که هر سیاست اجتماعی، سیاستی مؤثر بر سلامت^۱ است از الزامات ارتقای سلامت در روزگار ماست. باید توجه داشت بسیاری از سیاستگذاری ها که در ابتدا به امید رفع نابرابری ها تدوین شدند در عمل این تفاوت را بیشتر کردند. در واقع برخوردارها و کسانی که شرایط بهتر اقتصادی و اجتماعی دارند از هر خدمتی که به صورت عمومی ارائه می شوند بهره مندی بالاتری خواهند داشت که قبلا به آن اشاره شد. برای رفع نابرابری ها باید برنامه ها، خدمات و حمایت ها به صورت هدفمند برای گروه های آسیب پذیر طراحی گردند و در طول زمان نیز با پایش مکرر از وصول این خدمات به نیازمندترین گروه مطمئن شد. تامین عدالت در سلامت احتیاج به مراقبت و برنامه ریزی دائمی دارد. جهت گیریهای فعالیتهای روزمره الزاما به سمت عدالت نیست و اگر ندای عدالت خواهی تقویت نشود روزمرگی ها معمولا فاصله ها را بیشتر می کند.

¹ Social policy is a health policy