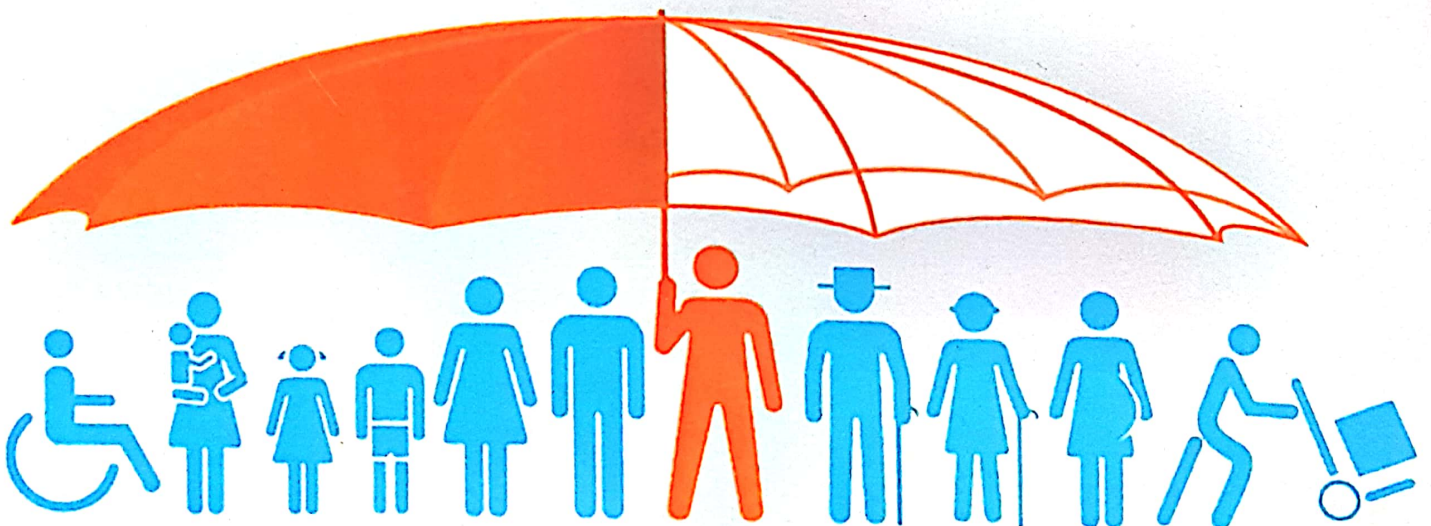


محافظت اجتماعے

برای فقرا سلامت

نگارنده:
منال اعتمادی



محافظت اجتماعی سلامت برای فقرا

مؤلف:
دکتر منال اعتمادی

عنوان و نام پدید آور	: محافظت اجتماعی سلامت برای فقرا/ منال اعتمادی
مشخصات نشر	: تهران، نشر سیاستگذار ۱۴۰۰
مشخصات ظاهری	: ۱۶۳ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۹۷۲۲۵-۴-۱
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: منال اعتمادی
یادداشت	: کتابنامه: ص ۱۴۷-۱۶۱
عنوان دیگر	: محافظت اجتماعی سلامت برای فقرا
موضوع	: سیاستگذاری -- سلامت -- محافظت اجتماعی
موضوع	: Policy sciences- Health- Social protection
موضوع	: سیاستگذاری سلامت، ایران، فقرا
موضوع	: Health policy, Iran, the poor
موضوع	: دسترسی به خدمات، حمایت، ایران
موضوع	: Access to services, Protection, Iran
شناسه افزوده	: اعتمادی، منال، ۱۳۶۷-
رده بندی کنگره	:
رده بندی دیویی	:
شماره کتابشناسی ملی	:

محافظت اجتماعی سلامت برای فقرا

نویسنده:	منال اعتمادی
طراح جلد:	عارفه محبی
ناشر:	سیاستگذار
چاپ اول:	تابستان ۱۴۰۰
شمارگان:	۵۰۰ نسخه
قیمت:	۴۰۰۰۰ تومان
شابک:	۹۷۸-۶۲۲-۹۷۲۲۵-۴-۱

فهرست

فصل اول: اهمیت پرداختن به فقر در نظام سلامت	۱۱
مقدمه	۱۱
تعریف فقر	۱۷
ارتباط فقر و سلامت	۲۰
جغرافیای فقر و سلامت	۲۳
جیره‌بندی خدمات سلامت و تاثیر آن بر فقرا	۲۶
فقرا و پوشش همگانی سلامت	۲۷
فضای سیاسی ارائه خدمات عمومی به افراد بی‌بضاعت	۲۹
بازیگران حمایت مالی از فقرا	۲۹
منابع	۳۲
فصل دوم: سیاست‌های سلامت و پوشش فقرا	۳۵
هدف‌مندی به عنوان مسیر پوشش فقرا در نظام سلامت	۳۵
انواع هدف‌مندی	۳۵
روش‌های هدف‌مندی	۳۷
کاهش اثرات پرداخت برای فقرا	۴۱
مکانیزم‌های حفاظت در برابر پرداخت مصرف‌کننده	۴۱
ویژگی‌های طراحی مکانیزم‌های معافیت فرد/خدمت	۴۲
تحلیل شمول مزایا	۴۴
مراحل انجام تحلیل شمول مزایا	۴۵
منابع	۴۷
فصل سوم: نوع شناسی نظام‌های رفاهی و ارتباط آن با پوشش سلامت	
فقرا	۴۹

۴۹	 مکاتب چپ، راست و میانه رو
۵۲	 انواع رژیم‌های رفاهی
۵۵	 الگوی دولت، بازار و خانواده برای تامین اجتماعی
۵۸	 نظام رفاهی کشور ایران
۶۱	 منابع

۶۳	 فصل چهارم: عدالت در نظام سلامت و جایگاه فقرا
۶۳	 نظریه‌های اخلاقی در مورد عدالت
۶۷	 نظریه عدالت اجتماعی فادن و پاور
۶۸	 نظریات اخلاقی حاکم بر نظام سلامت ایران
۷۰	 عدالت در تامین مالی مراقبت‌های سلامت
۷۳	 منابع

۷۵	 فصل پنجم: مطالعه‌ی تطبیقی سیاست‌های حمایت مالی از فقرا در دنیا ...
۷۷	 گرجستان
۸۷	 اندونزی
۹۶	 ویتنام
۱۰۵	 کانادا
۱۱۱	 تانزانیا
۱۱۸	 کوبا
۱۲۳	 ترکیه
۱۲۶	 ایران
۱۳۵	 درس‌های آموخته شده
۱۴۵	 مسیر پیش رو در ایران
۱۴۷	 منابع
۱۶۱	 واژه نامه

مقدمه مولف

پوشش همگانی سلامت بیش از هر چیز و پیش از هر چیز، فراهم کردن امکان دسترسی -در همه ابعاد آن از مالی تا جغرافیایی- به خدمات برای کسانی است که فقر اقتصادی، که با خود محرومیت از سایر نیازهای اساسی را به همراه دارد، از نعمت سلامت محرومشان داشته و از امکان دریافت خدمات سلامت بی بهره شان کرده است. عدالت در سلامت و در تامین مالی آن، در اولویت دادن به فقرا و تضمین دسترسی آن ها به خدمات ترجمه می شود. فقرا به واسطه محرومیت نهادینه خود، شکار اصلی هر دو گروه اصلی بیماری های واگیر و غیر واگیر هستند. سبک زندگی ناسالم، سطح پایین سواد و آموزش، عدم دسترسی به غذای سالم و کافی به ویژه در دوران کودکی، محل زندگی متراکم و فاقد امکانات اولیه زندگی، زمینه ساز ابتلای زودرس و شدیدتر به انواع بیماری ها و به ویژه بیماری های ناتوان کننده است و این معلولیت و ناتوانی مازاد بر فقر، چالش های دسترسی به خدمات سلامت را برای فقرا و به ویژه اعضای خانواده دوچندان می سازد. زمان تشخیص بیماری و اقدام برای درمان در فقرا، انحراف معیار بزرگی نسبت به میانگین مردم جامعه دارد، هم به دلیل شناخت کمتر علائم بیماری، هم ترس از جدی بودن بیماری، هزینه فرصت کسب درآمد روزانه و مهم تر از همه عدم استطاعت مالی برای پرداخت هزینه درمان.

سلامت، اولویت اول و حتی اول تا سوم زندگی فقرا نیست. در مبادله بین سلامت یا غذا، سلامت یا کار و سلامت یا رسیدگی به نیاز سایر اعضای خانواده،

سلامت همیشه بازنده قطعی است و این دقیقاً همان دلیل آشکاری است که چرا فقرا در نظام سلامت از سایر گروه‌ها مهم‌ترند و چرا باید باشند. فقرا توان مالی برای بیمار شدن ندارند، مرخصی استعلاجی ندارند، انگیزه‌ای برای درمان ندارند، در شرایطی که هر ریال اضافه‌تر برای درمان، به معنی تشدید گرسنگی کودکان یک خانواده خواهد بود و پدر یا مادر فقیر بیمار، گرسنگی فرزندانش را به بیماری خود به سختی خواهد فروخت. افسردگی، ناامیدی، میل به مرگ در فقرا بیشتر است و فقدان سلامتی شانه‌به‌شانه فقر پیش می‌رود. فقرا شناختی از ساختارهای نهادی ندارند، صدا و نماینده‌ای برای کمک خواستن ندارند، و بزرگ‌راه تصمیم‌گیری برای حیات یا مماتشان گاهی تنها به بلندای یک ثانیه است: شاید لحظه‌ای که هزینه یک جراحی نجات دهنده حیات را می‌شنوند.

یارانه‌های دولتی برای بخش سلامت بیش از آن که سهم فقرا شود سهم اغنیا خواهد شد که هم قادرند صف انتظار را دور بزنند و هم فناوری‌های پیشرفته را بهتر می‌شناسند. زمانی که صرف مراجعه به مراکز سلامت، انتظار برای ملاقات پزشک و دریافت خدمت می‌شود، به معنی از دست رفتن فرصت انجام کاری غیررسمی با حداقل درآمد است و بنابراین عدم امکان تهیه غذای آن‌روز برای اعضای خانواده. فقر بین نسلی، نتیجه عدم شناخت فقرا و یارانه دهی به سلامت آنها برای تضمین سلامت در نسل بعدی و کاهش بار بیماری در جامعه است. بنابراین به یاد بیاوریم که محافظت مالی از سلامت فقرا با شناخت درست فقرا و بیماری آن‌ها، ارائه خدمات پیشگیری و درمانی مناسب با نیاز آنها و مهم‌تر از همه محافظت مالی کافی، نه هزینه بلکه یک سرمایه‌گذاری بلندمدت در کشور است که کمک می‌کند کودکان بیمار امروز، نیروی کار ناتوانی برای فردا و بیماران مبتلا به بیماری‌های پیچیده و مزمن آینده نباشند.

باید بدانیم که نه تنها هر سیاستی در خارج از بخش سلامت بر محرومیت از سلامت فقرا اثرگذار است، بلکه هر سیاست طراحی شده در بخش سلامت، هر چند کوچک و حتی به ظاهر نامرتبط، ممکن است فقر

آن‌ها را تشدید و شانس دسترسی به خدمت را از آن‌ها سلب نماید. به همین دلیل است که می‌گوییم هر سیاست در نظام سلامت، بدون شک یک پیوست فقر لازم دارد که اثرات احتمالی بر سلامت فقرا را پیش بینی نموده، سیاست را متناسب با آن جرح و تعدیل و برای اثرات احتمالی آن بر فقرا، پاسخ‌ی سیاستی روشن طراحی کرده باشد. توجه به فقر در زمان تصمیم‌گیری به معنی نمایندگی فقرا در بدنه سیاست‌گذاری، یک ضرورت برای محافظت مالی از فقرا در برابر سیاست‌های سلامت هزینه‌ساز است. در نبود این نمایندگی توأم با منابع محدود، جیره‌بندی خدمات خواه به صورت هدفمند و خواه غیرهدفمند، فقرا را بیش از هر گروه دیگری خواهد بلعید.

کتاب پیش رو، ورود به مساله مهم محافظت اجتماعی برای فقرا در نظام سلامت است که با بیان مفاهیم، ارکان و ابعاد محافظت اجتماعی سلامت برای فقرا در جهان و ایران، نظامات و رویکردهای محافظتی و بیان سیاست‌های اتخاذ شده در نظام سلامت کشور در طول چهار دهه‌ی گذشته برای محافظت از فقرا و مقایسه آن با نظام‌های سلامت کشورهای منتخب، درصدد بوده است که با یادآوری این نکته مهم به سیاست‌گذاران نظام سلامت، بستر حمایت‌طلبی برای افزایش تمرکز نظام سلامت کشور بر گروه‌های‌های نیازمند باشد، به‌ویژه در شرایط بحران اقتصادی ناشی از تحریم‌های ظالمانه ایالات متحده بر کشور و کاهش رشد اقتصادی که بدون شک اثرات مهمی بر سلامت همه مردم به‌طور عام و فقرا به‌طور خاص داشته و خواهد داشت. مخاطب این کتاب، سیاست‌گذاران نظام رفاه اجتماعی و سلامت، دانشجویان علوم مرتبط با سلامت و نیز همه علاقمندان به عدالت در سلامت می‌باشد. امید است، نتیجه این تلاش، جلب تمرکز نهادهای سیاست‌گذار بر فقرا و سلامت آن‌ها باشد و کمتر ببینیم و بشنویم که فقر، شانس سلامت را از خانواده‌ای برباید.

تابستان ۱۴۰۰

منال اعتمادی

فصل اول

اهمیت پرداختن به فقر در نظام سلامت

مقدمه

فقر مشکلی چند وجهی است و بر اساس معیارهای مختلف برای اندازه‌گیری فقر، تعداد بسیاری از افراد در کشور در وضعیت فقر و نداری و زندگی می‌کنند و توان اداره زندگی خود را ندارند. خط فقر در کشور ما به‌طور رسمی اعلام نمی‌شود اما مطالعات پراکنده و گزارش‌های غیررسمی حاکی از آن است که فقر به عنوان یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی در کل کشور به عنوان یک مشکل عمده مطرح است. فقر موجب محرومیت اساسی از تغذیه و استانداردهای یک زندگی سالم می‌شود که منجر به بیماری و ناتوانی در فرد شده و به دلیل عدم توان اشتغال و کسب درآمد، فقر وی را تشدید می‌نماید که به حلقه معیوب فقر و بیماری معروف است. در صورتی که این حلقه معیوب در جایی شکسته نشود فقر بین نسلی پدید می‌آید و فقر همچنان پایدار می‌ماند. بنابراین بهبود سلامت فقرا در گرو همکاری تنگاتنگ کلیه بخش‌های توسعه و رفاه اجتماعی از جمله بهداشت، رفاه و تامین اجتماعی، کمیته‌ی امداد و سازمان بهزیستی می‌باشد.

بزرگترین دشمن سلامتی در کشورهای در حال توسعه فقر است. در دیدگاه سنتی فقر عبارت است از محرومیت مادی که با معیار درآمد یا

مصرف ستجیده می‌شود. اما امروزه این مساله از ابعاد مختلف سنجیده می‌شود. عقب ماندگی در آموزش و بهداشت را هم جزئی از آن می‌دانند. در گزارش بانک جهانی، فقر آسیب پذیری، فقدان قدرت و ابراز عقیده عنوان شده است. فقیر بودن یعنی گرسنه بودن، نداشتن سرپناه و پوشاک، بیمار بودن و درمان نشدن، بی‌سواد بودن و مدرسه نرفتن، نداشتن شغل، هراس از آینده، از دست دادن کودک به دلیل دسترسی نداشتن به آب پاکیزه که همه این محرومیت‌ها، قابلیت‌های یک فرد را محدود می‌نماید.

نهادهای دولتی یا جامعه، غالباً فقرا را به‌طور مناسب مورد حمایت قرار نمی‌دهند و فقرا نیز از قدرت لازم برای اثربخشی بر تصمیم‌گیری‌های کلیدی مسئولان در جهت بهبود زندگی خود برخوردار نیستند. خط فقر یک دلار در روز به عنوان استاندارد جهانی از فقر مفرط شناخته شده و در اهداف توسعه هزاره نیز آمده است. در گزارش سال ۲۰۰۸ بانک جهانی، خط فقر بین‌المللی با استفاده از داده‌های جدید نرخ‌های برابری قدرت خرید به ۱/۲۵ دلار افزایش یافت. هم‌چنین بانک جهانی خط فقر را در سال ۲۰۱۵ به یک دلار و ۹۰ سنت افزایش داده است.

حدود ۱/۳ میلیارد نفر در جهان در فقر مطلق به سر می‌برند (بیش از یک چهارم جمعیت در کشورهای در حال توسعه). بیش از نیمی از جمعیت فقیر کشورهای در حال توسعه در روستاها زندگی می‌کنند و بخشی از آنها نیز در حاشیه مراکز شهری متمرکز شده‌اند. ایران از کشورهای در حال توسعه و کمابیش گرفتار دور باطل فقر و توسعه نیافتگی است.

فقر مهم‌ترین علت بیماری و ناتوانی قابل‌پیشگیری است. گروه‌های فقیر نه تنها بار بیماری بیشتری دارند، بلکه شیوع بیماری‌های مزمن و معلولیت در آنان در سنین جوانتری اتفاق می‌افتد. این موضوع نه تنها در کشورهای

فقیر بلکه در کشورهای پیشرفته نیز صادق است. فقرا بیشترین بار بیماری را به دوش می کشند و ملی سهم کمتری از مراقبت های سلامت دارند که از آن تحت عنوان مراقبت های معکوس نام برده می شود. میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال در کشور ما در گروه های فقیر جامعه بیش از دو برابر گروه های ثروتمند است. در هند شیوع سل، مرگ و میر کودکان و مصرف سیگار در کم درآمده ترین گروه ها سه برابر بیشتر از گروه های با بالاترین درآمد است.

فقر را به دلیل ناتوانی در پرداخت خدمات مورد نیازشان به خدمات سلامت دسترسی ندارند. در حقیقت بین درآمد پایین و موانع درک شده برای دسترسی به مراقبت سلامت ارتباطی قوی وجود دارد. شرایط اجتماعی اقتصادی پایین تر باعث می شود که مراجعه جهت درمان در مراحل پیشرفته تر بیماری صورت بگیرد. در مطالعه ای در بین ۹۲ خانواده از فقیرترین خانواده ها در آنکارا، علت اصلی تاخیر در مراجعه یا عدم مراجعه برای درمان در افراد بی بضاعت، عدم توانایی مالی (۶۳ درصد) گزارش شده است. دهک های بالایی درآمدی شهرنشین در ایران در سال ۱۳۹۱ بیش از ۱۰ برابر دهک های پایین خرج خانوار خود در بخش بهداشت و درمان کردند. همچنین بر درآمد های روستایی ۱/۸ برابر فقرا برای بهداشت و درمان خانوارهای خود هزینه کردند. بر طبق شواهد شیوع مواجهه با هزینه های کمرشکن در گروه های آسیب پذیری همچون سالمندان بالاست (۱۱٪) و درآمد پایین خانوار با احتمال بالاتر آسیب ناشی از هزینه های کمرشکن مرتبط است، به طوری که بیشترین فراوانی مواجهه با هزینه های کمرشکن در دهک اول و دوم درآمدی مشاهده شده و نداشتن بیمه مکمل نیز عامل مهم دیگر در بروز مخارج مالی برای خانوار است. مطالعه داده های هزینه-

درآمد خانوار در سال ۱۳۹۶ نشان داده است که هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای بی‌بضاعت اجتماعی-اقتصادی متمرکز است و ۷۱/۷٪ از تمرکز هزینه‌های کمرشکن سلامت در ایران در بین فقراست.

امروزه با توجه به سرعت تحولات اقتصادی و بحث‌هایی همچون پدیده جهانی شدن، نگرانی‌هایی در میان دانشمندان رشته‌های اقتصاد و مدیریت سلامت پدید آمده است که این گونه تحولات چه اثرات مستقیم و غیرمستقیمی بر سلامت افراد خصوصاً افراد فقیر دارد. سرمایه‌گذاری در سلامت فقرا، فقر را خاتمه نمی‌دهد، رهایی از فقر را برای کسانی که فقیر به دنیا می‌آیند آسان‌تر می‌سازد و به کسانی که به مرور زمان فقیر شده‌اند اجازه می‌دهد به وضع قبلی خود بازگردند. سرمایه‌گذاری در سلامت فقرا مزایای مستقیم و غیر مستقیم دارد. از آنجا که فقرا بار بیماری بیشتری را متحمل می‌شوند ممکن است در شرایطی به عنوان مخزن عفونت عمل کنند. افزایش سطح آموزش و ظرفیت اقتصادی خانوار از مزایای غیرمستقیم آن است.

حمایت از فقرا یک استراتژی است که صرفاً به طرفداری از فقرا می‌پردازد؛ به طوری که فقرا بیشتر از ثروتمندان از منافع بهره ببرند. سیاست‌های کلانی در سطح بین‌المللی و ملی ناظر بر حمایت از سلامت فقرا وجود دارد. رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاهش یا حذف فقر از جهان گرفته‌اند که آخرین بار در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد در سپتامبر سال ۲۰۰۰ کاهش فقر و ارتقای قابل ملاحظه سطح سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ موردپذیرش قرار گرفت.

در کشور ما دسترسی عادلانه به خدمات سلامت در قانون برنامه سوم (۱۳۷۹)، چهارم (۱۳۸۴) و پنجم (۱۳۸۹) توسعه اجتماعی اقتصادی کشور، و در راس آن‌ها سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از مقام معظم رهبری (۱۳۹۳) مورد توجه قرار گرفته است. در اصل ۲۹ قانون اساسی کشور

نیز برخورداری از مراقبتهای بهداشتی و درمانی برای یک یک افراد کشور حقی همگانی بیان شده است. اما مطالعات متعددی نشان داده‌اند که میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور با درآمد رابطه مستقیم دارد و در گروه‌های بی بضاعت به میزان قابل توجهی کمتر از سایرین است.

آنچه در ایران در قالب برنامه‌های مشخص و رسمی در راستای حمایت‌های درمانی به نیازمندان مدنظر قرار می‌گیرد، به دو بخش اصلی تقسیم می‌گردد. برنامه‌های بیمه درمان و برنامه‌های غیر بیمه‌ای. در ایران دولت سالیانه مبالغ هنگفتی در زمینه درمان برای ایجاد رضایتمندی و قابل دسترس شدن خدمات برای گروه‌های مختلف یارانه پرداخت می‌نماید، ولی سرویس دهی و استفاده از امکانات بنا به دلایل زیادی به‌طور عادلانه و مناسب به تمام افراد جامعه نمی‌رسد.

یکی از اهداف اساسی سیاست‌گذاران در بخش بهداشت و درمان هر کشور، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی بوده به نحوی که همه ی اقشار جامعه بتوانند از این خدمات به نحو مطلوب بهره‌مند گردند. دسترسی مالی یا استطاعت مالی^۱ یکی از ابعاد سه گانه دسترسی به شمار می‌رود و منظور توانایی افراد برای پرداخت برای خدمات سلامت است بدون اینکه مشکل مالی برای آنها به وجود بیاید. بر اساس اصول عدالت در سلامت، فرد فقیری که هیچ درآمدی ندارد با فرد ثروتمند در دسترسی به خدمات باید برابر باشند.

سیاست پوشش همگانی سلامت^۲ از سوی بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی (مانند بانک جهانی^۳ و سازمان جهانی بهداشت^۴) به عنوان راهی

1. Financial accessibility

2. Universal Health Coverage(UHC)

3. World Bank

4. World Health Organization(WHO)

برای ارتقای کیفیت زندگی برای فقرا و بهبود دسترسی نابرابر به مراقبت سلامت توصیه شده است، گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت، دو عامل اساسی در پوشش همگانی سلامت را استطاعت مالی در استفاده از خدمات سلامت و حفاظت مالی افراد در زمانی که ریسک مالی ناشی از درمان آنها را تهدید می‌کند، معرفی می‌نماید. زیرا توجه به پوشش همگانی سلامت به معنای رسیدگی به فقرا و اقلیت‌هایی است که به خاطر مسائل سیاسی، هزینه‌ای برای آنها پرداخت نمی‌شوند و نماینده‌ای هم در مجلس ندارند اگر چه در بسیاری از کشورهایی که در مسیر پوشش همگانی سلامت گام برداشته‌اند، بعضی از گروه‌ها از جمله گروه‌های بی‌بضاعت شانس در دسترسی به خدمات سلامت نداشته‌اند. علیرغم اینکه مکعب پوشش همگانی سلامت در ایران در بعد حفاظت مالی نگران کننده است اما سیاست مشخصی برای تضمین دسترسی مالی افراد بی‌بضاعت به خدمات سلامت در کشور ما وجود ندارد.

این واقعیت که افراد با درآمد پایین‌تر به طور میانگین سلامت بدتری نسبت به افراد با درآمد بالا یا متوسط دارند به خوبی شناخته شده است: سلامتی ضعیف و فقیر ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. فقرا با موانع مالی برای دسترسی به خدمات سلامت مواجهند و به واسطه بیماری در معرض مخاطرات مالی قرار می‌گیرند. این دو مساله آنها را در معرض تله فقر سلامت قرار می‌دهد. بهداشت و درمان چه به صورت مطلق و چه به صورت نسبی می‌تواند بسیار گران قیمت باشد؛ به طوری که حتی خدمات سلامت ارزان نیز ممکن است برای فقرا کمرشکن باشد. تمرکز مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در بین خانوارهای کم‌درآمدتر است و بیشترین پیامدهای نابودکننده پرداخت‌های کمرشکن نیز به وسیله کسانی درک می‌شود که فقیرند و مجبورند هزینه‌های خود را به ضروریات پایه زندگی همچون غذا و مسکن محدود کنند تا توانایی پرداخت برای مراقبت‌های سلامت را داشته

باشند. فقرا همچنین با موانع دیگری نیز برای دسترسی به مراقبت سلامت مواجهند: بسیاری از فقرا در تعامل با پزشک به واسطه نوع بیمه یا نوع دسترسی به خدمت خود احساس ترس و بدرفتاری می‌کنند که این منجر به برآورده نشدن نیاز و سلامت نامطلوب می‌شود.

یکی از اهداف نظام‌های سلامت در دنیا عدالت در تامین مالی و محافظت از خطر مالی است. این هدف تضمین می‌کند که خانواده‌های فقیر نباید سهم بالاتری از هزینه‌های احتیاطی خود را نسبت به ثروتمندان صرف سلامت کنند و همه خانواده‌ها باید در برابر زیان‌های مالی کمرشکن مرتبط با بیماری محافظت شوند. کاهش بی‌عدالتی در سلامت بین فقرا و اغنیا یکی از چالش‌های بخش سلامت در ایران می‌باشد. بهره‌مندی از خدمات در کشور در فقیرترین چارک‌های درآمدی پایین‌تر است، ثروتمندان بیشتر از خدمات سلامت استفاده می‌کنند و بی‌عدالتی در نوع بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین فقرا و اغنیا وجود دارد.

تعریف فقر

فقر همواره به عنوان یک مسئله جهانی مطرح بوده است و ریشه‌گرفتاری‌ها و عقب ماندگی‌های بخش اعظم کره زمین، از جمله بخش مهمی از جامعه ما را تشکیل می‌دهد. تحقیقات مختلف از افزایش نابرابری و فقر در جهان خبر می‌دهد. در گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۳ برنامه توسعه سازمان ملل متحد، وضعیت فقر در پایان دهه ۱۹۹۰ این گونه توصیف می‌شود: در حال حاضر ۵۴ کشور فقیرتر از سال ۱۹۹۰ هستند. در ۲۱ کشور نسبت بیشتری از مردم در گرسنگی به سر می‌برند. در ۱۴ کشور، کودکان بیشتری قبل از ۵ سالگی می‌میرند. در ۱۲ کشور، نرخ ثبت نام مدارس کاهش یافته است. چنین پس‌رفت‌هایی در زندگی بشر بی سابقه بوده است. از میان ۶۷ کشور (فقیر)، نسبت جمعیت فقیر در ۳۷ کشور افزایش یافته است. در ۱۹

کشور بیش از یک چهارم افراد گرسنه‌اند و اوضاع در حال بدتر شدن است. در ۲۱ کشور، نرخ گرسنگی افزایش یافته است. در ۷ کشور تقریباً یک چهارم کودکان ۵ سالگی خود را نمی‌بینند. در دهه ۱۹۹۰ در ۱۲۵ کشور در حال توسعه و در حال گذار، رشد درآمد متوسط سرانه کمتر از ۳ درصد بوده و در ۵۴ کشور، درآمد متوسط سرانه کاهش یافته است. تنها در سه کشور، شکاف نرخ مرگ و میر کودکان میان گروه‌های ثروتمند و فقرا کمتر شده است. در پاسخ به چنین وضعیتی و به منظور جلوگیری از توسعه فقر بود که نهادهای بین‌المللی و منطقه‌ای، اقدامات نمادین و عملی را در پیش گرفتند. برای مثال، سازمان ملل، دهه ۲۰۰۶-۱۹۹۷ را دهه‌ی ریشه‌کنی فقر نام نهاد. بانک جهانی برای تحقق دنیایی رها از فقر، جهانیان را به اقدام موثر و برخورداری عمومی از بهداشت، مسکن و آموزش دعوت نمود. در همین راستا در سال ۱۹۹۶ سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی هدفگذاری کرد که از طریق مشارکت جهانی تا سال ۲۰۱۵، نیمی از افرادی که فقیر هستند، از شرایط فقر شدید خارج شوند. این اقدامات در بسیاری از مناطق جهان با موفقیت مواجه شد. در ایران نیز برای مبارزه با فقر پیش‌بینی‌هایی صورت گرفته و چندین بار لایحه فقرزدایی تهیه و تنظیم شده است، اما متأسفانه این اقدامات، نتایج چندان رضایت بخشی به همراه نداشته است.

گزارش توسعه‌ی جهانی سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰ دیدگاهی چند بعدی با عنوان ریشه‌کنی فقر ارائه نموده است. در این گزارش بر اهمیت افزایش دسترسی فقرا به فرصت‌ها، امنیت و توانمندسازی برای کاهش فقر و رشد اقتصادی تأکید شده است و چارچوب‌های راهبردی بانک جهانی در دو حوزه‌ی اولویت‌دار مورد حمایت این بانک برای کشورهای کمک‌گیرنده شامل ایجاد فضا و بستر مناسب برای سرمایه‌گذاری، اشتغال و رشد و همچنین توانمندسازی اقشار فقیر و سرمایه‌گذاری در دارایی‌های آنان به رسمیت شناخته شده است.

تعریف اینکه چه کسی فقیر است کار دشواری است زیرا چندین مفهوم از فقر وجود دارد. معمول‌ترین آنها شناسایی فقرا در پیمایش‌های ساده در کشورهای با درآمد پایین است که بر پایه یک مقیاس ترکیبی از کل مصرف ماهیانه خانوار (تعدیل شده بر حسب بعد و ترکیب خانوار) است. فقرا به کسانی اطلاق می‌شود که در خانواده‌ای زندگی می‌کنند که در زیر یک آستانه مشخص از مقیاس مذکور مانند یک یا دو دلار در روز و یا یک سطح مشخص ملی قرار دارند. رویکرد دیگر تقسیم جمعیت به گروه‌های مختلف مثلاً چارک‌ها مطابق با رتبه‌بندی مقیاس موردنظر است. جمع‌آوری داده‌های مصرف دشوار است بنابراین یک رویکرد دیگر تجمیع شاخص‌های مالکیت دارایی خانوار و ویژگی‌های مسکن در یک شاخص و سپس رتبه‌بندی خانوارهای مطابق با آن (چارک‌های دارایی یا ثروت) می‌باشد.

فقرا شامل افرادی که هر بعد از ابعاد مختلف فقر را تجربه می‌کنند، افراد آسیب‌پذیر یا در خطر فقر در کشورهای با درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط تعریف می‌شود. حتی در کشورهای با درآمد متوسط واژه فقیر شامل طیف وسیعی از جمعیت می‌شود، زیرا بیشتر افراد نمی‌توانند از پیامدهای شکست بازار کالاهای عمومی هم‌چون سلامت در امان بمانند. سطحی از رفاه به عنوان خط فقر در نظر گرفته می‌شود به گونه‌ای که افرادی که کمتر از آن رفاه دارند فقیر محسوب می‌شوند. دو نوع خط فقر مطرح است: خط فقر نسبی که نسبت به توزیع شاخص رفاه در منطقه مورد بررسی تعریف می‌شود و به صورت درصد معینی از میانه یا متوسط درآمد (معمولاً ۲۵ درصد یا ۵۰ درصد آن) تعریف می‌شود. خط فقر مطلق معادل ارزش پولی سبد کالاهای ضروری خانوار است. این کالاها می‌توانند شامل غذا، بهداشت، مسکن باشند. در این مفهوم احتیاجات اولیه نقش اساسی را ایفا می‌کنند و فردی فقیر محسوب می‌شود که درآمد کافی برای برطرف ساختن نیازهای اولیه اش نداشته باشد. بنابراین باید مجموعه‌ای از کالاهای اساسی شامل

مواد غذایی و غیر غذایی را که برای تامین نیازهای اولیه و ادامه حیات افراد ضرورت دارد تعیین و سپس درآمد لازم برای خرید این مجموعه به قیمت‌های رایج را محاسبه کرد. برای یک کشور در حال توسعه همچون ایران روش مناسب محاسبه خط فقر مطلق استفاده از غذای ضروری بر اساس کالری مورد نیاز و دیگر حداقل‌های هزینه‌ای است. خط فقر ماهیانه در سرشماری سال ۱۳۹۰ برای شهر تهران ۳۲۶۰۰۰، سایر شهرها ۲۴۸۰۰۰ و روستاها ۱۵۱۰۰۰ بوده است. از طرفی افرادی که زیر خط فقر بین‌المللی یک دلار و ۲۵ سنت یا یک دلار و ۹۰ سنت در روز زندگی می‌کنند، طبق تعریف جهانی، فقیر به شمار می‌روند.

در ایران تعریف فقرا در نظام سلامت شامل افرادی است که توان پرداخت حق بیمه^۱، سهم بیمار^۲ در خدمات بستری، سرپایی یا پاراکلینیک و سایر هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم برای دریافت خدمات سلامت را ندارند. یکی از راه‌های شناخت این افراد در حوزه سلامت از طریق سازمان‌ها و نهادهای حمایتی مانند بیمه کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی، بیمه شدگان بی‌بضاعت صندوق‌های بیمه سلامت همگانی و روستائیان بی‌بضاعت از سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد. همچنین افراد بی‌بضاعت فاقد پوشش بیمه درمان نیز در نظر گرفته می‌شوند.

ارتباط فقر و سلامت

فقر یک عامل اصلی در پیامدهای سلامتی ضیف است. افراد بی‌بضاعت امید به زندگی پایین‌تر، شیوع بیماری‌های مزمن بیشتر و نیازهای سلامتی برآورده نشده بیشتری نسبت به گروه‌های با درآمد متوسط و بالا

1. Premium

2. User Fee

دارند. عوامل مرتبط با درآمد پایین مانند سواد پایین، سکونت در مناطقی با سطوح بالای آلودگی نیز در سلامت ضعیف نقش دارد. رابطه علیتی بین فقر و سلامت نامناسب یک طرفه نیست. سلامت ضعیف یک عامل درآمد کم و فقر است. افراد مبتلا به شرایط مزمن عمدتاً فقیرند زیرا نمی‌توانند کار کنند و افرادی که به‌طور ناگهانی دچار بیماری می‌شوند بعد از از دست دادن شغل خود اغلب فقیر می‌شوند. به علاوه افراد با بیماری‌های مزمن اغلب به سختی به مراقب‌های پزشکی دسترسی پیدا می‌کنند زیرا به اندازه کافی به خود توجه نمی‌کنند، ارائه دهندگان خدمات بسیار کمی در اطرافشان وجود دارد و فقیر می‌مانند چون نمی‌توانند کار کنند. تاریخچه اخیر سیاست‌های عمومی برای کمک به افراد بی‌بضاعت در فراهم آوردن مراقبت سلامت ترکیبی از تلاش‌هایی در جهت پوشش دلایلی است که افراد بی‌بضاعت سلامت ضعیفی دارند.

فقرا و محرومین در کشورهای در حال توسعه خصوصاً کسانی که ساکن روستا هستند نه تنها سهم عادلانه‌ای از مزایای سرمایه‌گذاری در نظام‌های سلامت دریافت نمی‌کنند بلکه آنها مجبورند بار نابرابری در تامین مالی خدمات را تحت برنامه‌های پرداخت مصرف‌کننده^۱ که برای افزایش منابع دولت‌ها معرفی می‌شوند به دوش بکشند. این افراد سلامت بدتری نسبت به اغنیا دارند. رابطه علیتی دو طرفه است: فقر بیماری را به بار می‌آورد و بیماری مردم را فقیر نگه می‌دارد. فارغ از غنی یا فقیر بودن کشورها، افراد فقیرتر نسبت به اغنیا سلامت بدتری دارند که دلایل پیچیده‌ای شامل اولویت بندی، جغرافیا و دسترسی به نظام سلامت (و سازماندهی آن) می‌باشد.

تقریباً در همه جای کشورهای در حال توسعه، خدمات سلامت به اغنیا

بیشتر از فقرا نفع می‌رساند. حتی در برنامه‌هایی که به‌طور واضح برای پوشش نیازهای سلامت فقرا طراحی و تامین مالی می‌شوند- مانند تنظیم خانواده، مراقبت مادر و کودک و تغذیه کودکان- گروه‌های ثروتمند مزایای بیشتری را نسبت به محرومین به واسطه استفاده بیشتر از خدمات کسب می‌کنند. فقرا خدمات کمتری دریافت می‌کنند به دلایلی از قبیل: فقدان دانش، فقدان قدرت، در دسترس نبودن تسهیلات ارائه دهنده مراقبت‌های مناسب، ارائه دهندگان غیرپاسخگو و هزینه خدمات. برنامه‌های موفق برای غلبه بر این موانع برای رساندن سهم بیشتری از مزایای برنامه‌ها به نیازمندترین افراد کار می‌کنند. برخی برنامه‌های ملی پوشش همگانی سلامت برای تضمین پوشش فقرا را ارائه می‌دهند، برخی مستقیماً بر جوامع و خانواده‌های فقیر متمرکز می‌شوند و برخی ترکیبی از هر دو روش را دنبال می‌کنند.

شناخت کمتری نسبت به بیماری در گروه‌های کم درآمد نسبت به گروه‌های با درآمد بالاتر به‌ویژه در کشورهای فقیر وجود دارد. فقرا توان مالی بیمار شدن را ندارند (چه از نظر هزینه فرصت از دست دادن زمان کار و چه دسترسی ضعیف به خدمات سلامت)، در حالیکه گروه‌های پردرآمد دسترسی مناسبی به خدمات سلامت دارند و نیز از مزایای مرخصی استعلاجی درمان بیماری در مشاغل رسمی خود بهره‌مند می‌شوند. بزرگترین زیانی که فقرا ممکن است در نتیجه بیماری از آن متضرر شوند از دست دادن شغل است. وزارت خانه‌های بهداشت باید به‌طور نزدیکی با وزارتخانه‌های رفاه اجتماعی برای توسعه برنامه‌هایی که هزینه‌های غیرمستقیم بیماری‌ها را کاهش می‌دهند کار کنند.

نتایج یک مطالعه مروری نشان می‌دهد که صرف هزینه عمومی بر خدمات پایه یعنی مراقبت‌های اولیه سلامت به فقرا نفع می‌رساند، در حالیکه دینفعان اصلی یارانه‌های سطح سوم هزینه‌های بیمارستانی افراد غیر فقیرند.