

برنامه‌ریزی برای عدالت: با تأکید بر عدالت در سلامت

محمدرضا واعظ مهدوی*

زینب واعظ مهدوی**

تاریخ پذیرش: ۸۹/۴/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱۱

چکیده

قرآن کریم «تحقق عدالت» را هدف نهایی بعثت انبیاء اعلام می‌فرماید. عدالت گمشده همیشگی تاریخ بشریت بوده و حرکت‌ها و نهضت‌های اجتماعی متعددی برای برپایی آن کوشیده‌اند. از طرف دیگر، تحولات توسعه آفرین دنیای معاصر نسبت به برپایی نظام‌های عدالت محور نا موفق بوده‌اند. پیشرفت اقتصادی و رشد کشورها با گسترش نابرابری‌های اجتماعی همراه بوده‌است. طبیعت رقابت اجتماعی، مترادف پیشی گرفتن توانمندان «به حق» یا «به ناحق» از ناتوانان می‌باشد و به تبع، شکاف و اختلاف طبقاتی عمیق شده، نابرابری‌های اجتماعی غیرقابل قبول و بی‌عدالتی را به همراه می‌آورد. برای دستیابی به عدالت اجتماعی باید خلاف جریان خودبه‌خودی رشد و توسعه اقتصادی «برنامه‌ریزی» کرد. در واقع، هدف برنامه‌ریزی، کاهش نابرابری‌ها، حمایت از ناتوانان برای برخورداری از مواهب رشد و توسعه و ایجاد شرایطی برای تسهیم بهره‌مندی‌ها فراتر از تنازع بقا و داروین‌سبم اجتماعی است.

یکی از مهمترین حیطه‌های عدالت اجتماعی، حیطه سلامت است. مطالعات متعدد ملی و بین‌المللی نشان داده‌است که چنانچه جریان منابع و مدیریت سلامت به خود و انهاده شود، منجر به شرایطی می‌شود که اقشار عظیمی از مردم از خدمات سلامتی مورد نیاز خود محروم می‌مانند و از آنجا که نیازهای سلامتی، نیازهایی غیرانتخابی، غیراختیاری و اجتناب‌ناپذیر هستند، عدم دسترسی به خدمات مورد نیاز منجر به معلولیت‌ها، مرگ و میر زودرس و شرایط کم‌رشک (کاتاستروفیک) در جامعه می‌شود و چرخه معیوب فقر بیماری معلولیت را تداوم می‌بخشد.

بر این اساس، برنامه‌ریزی برای کاهش نابرابری‌ها و تحقق عدالت در عرصه سلامت امری اجتناب‌ناپذیر است و مصداق مهمی از «برنامه‌ریزی برای کاهش نابرابری‌ها» و ایتیموم سازی عدالت اجتماعی را تشکیل می‌دهد.

*دانشیار دانشگاه شاهد و رئیس انجمن علمی اقتصاد بهداشت ایران

**دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد

قرآن کریم «تحقق عدالت» را هدف نهایی بعثت انبیاء اعلام می‌فرماید: «لقد ارسلنا رسلنا بالبینات و انزلنا معهم الکتاب و المیزان ليقوم الناس بالقسط»: «به یقین پیامبران خود را با دلایل روشن فرستادیم و کتاب و میزان همراهشان فرو فرستادیم تا آدمیان به عدالت برپا خیزند؛ همچنین، خطاب به پیامبر گرامی می‌فرماید: «فلذلک فادع و استقم كما أمرت و لا تتبع اهلک و هم ینکبوا علی اعقابک و انزلنا الذکر لعلک تتقون» [شیهه از پرستش] دعوت کنی و روی راست چنان داری که فرمان یافتی، و از خواهش‌های آنان پیروی مکن و بگو: به آن کتاب‌ها که خدا فرو فرستاد ایمان آوردم و دستور یافتم که در میان شما عدالت کنم». به عبارت دیگر، خداوند؛ پیاده‌سازی و تحقق «عدالت» را به پیامبر (ص) «فرمان» می‌دهد و هدف حکومت ایشان را برقراری عدالت در سرزمین‌ها اعلام می‌نماید.

سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران نیز جامعه ایرانی را در افق چشم‌انداز، جامعه‌ای برخوردار از سلامت، رفاه، تأمین اجتماعی، امنیت غذایی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد و... اعلام نموده و تحقق عدالت اجتماعی را هدف غایی اقدامات توسعه‌ای دانسته است.

برنامه‌ریزی عبارت است از کوششی در جهت انتخاب بهترین برنامه‌ها در جهت رسیدن به هدف‌های مشخص که ممکن است این کوشش‌ها و برنامه‌ها، تا مرحله‌ی نهایی هدف نیز پیش نرود، بلکه گام‌هایی در جهت رسیدن به آن باشد. (شیعه، ۱۳۷۵)

برنامه‌ریزی به معنای اندیشیدن و تنظیم پیشاپیش امور، قبل از بروز وقایع و رویدادهاست تا در اموری همچون بهداشت، سلامت، رفاه، آسایش و خوشبختی افراد جامعه، نتایج مطلوبی به دست آید. بدیهی است، با برنامه‌ریزی دقیق می‌توانیم اشتباهات گذشته را جبران کنیم و نسبت به آینده هوشیارتر عمل کنیم. (هیراسکار، ۱۳۷۶)

به گفته «چادویک»^۱ (۱۹۹۶) برنامه‌ریزی یک سیستم کلی ذهنی است. با ایجاد یک سیستم ذهنی مستقل اما منطبق بر سیستم دنیای واقعی، ابتدا پدیده تحول را شناخته، سپس آن را پیش‌بینی کرده و بالاخره آن را ارزیابی می‌کنیم، هدف بهینه‌کردن سیستم دنیای واقعی از طریق بهینه‌نمودن سیستم ذهنی می‌باشد. (کوین لی، ۱۳۶۶)

برنامه‌ریزی عبارت از تعیین هدف کوتاه و پیش‌بینی راه رسیدن به آنهاست. درواقع برنامه‌ریزی، نوعی تعهد به انجام فعالیت‌های معین برای تحقق هدف، به شمار می‌آید. برنامه‌ریزی عبارت است از تعیین هدف و یافتن یا پیش‌بینی کردن راه تحقق آن، و عبارت است از تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کارهایی باید انجام گیرد. (رضائیان، ۱۳۷۸: ۱۷۹)

باید دانست که روند خودبه‌خودی پیشرفت و توسعه جوامع، منجر به رشد نابرابری‌ها و افزایش فاصله‌های طبقاتی و اقتصادی می‌شود.

در حالت کلی می‌توان عنوان کرد که رشد اقتصادی رابطه‌ای متقابل، تفکیک‌ناپذیر و پیچیده با توزیع درآمد دارد. ارتباط متقابل از آن جهت که هم رشد اقتصادی بر توزیع درآمد اثر داشته است و هم توزیع درآمد بر رشد اقتصادی اثر خواهد گذاشت؛ تفکیک‌ناپذیر از آن جهت که نمی‌توان رشد را بدون اثرات توزیعی و توزیع درآمد را بدون اثر آن بر رشد مورد بررسی قرار داد و پیچیده از آن جهت که پارامترهای بسیاری مانند متغیرهای اقتصادی، سیاسی و غیره بر روابط آنها تأثیر می‌گذارند. (صادقی و دیگران، ۱۳۸۸: ۳۰)

اگر نظام مدیریتی کشور را ترکیب چهار محور «برنامه‌ریزی»، «اجرا»، «نظارت» و «ارزشیابی» بدانیم، «عدالت» و «برابری در برخورداری از مواهب توسعه اجتماعی، هدف برنامه‌ریزی در نظام مدیریتی تلقی می‌شود. منتزع از آنکه نابرابری و تفاوت در برخورداری‌ها به چه میزان بر پایه حقوق اساسی انسان‌ها استوار باشد و حاصل تفاوت در کار، مصرف، پس‌انداز و استعداد انسان‌ها باشد و یا ناشی از پایداری شدن حقوق بخشی از انسان‌ها توسط بخشی دیگر باشد، طبیعت رشد و توسعه اقتصادی، طبیعتی نابرابر است و منجر به برخورداری‌های «به حق» یا «به ناحق» گروه‌های اندک و نابرخورداری گروه‌های فراوان می‌شود و لذا نظام‌های برنامه‌ریزی و رویکرد «حکمرانی خوب» و مسئولیت‌پذیری حکومت‌ها ایجاب می‌کند تا تدابیری اتخاذ شود و اقداماتی در دستورکار قرار گیرد که گروه‌های نابرخوردار را از گرفتار شدن در چرخه سیاه تداوم فقر و ناداری نجات داده و شرایطی فراهم کنند تا مواهب توسعه برای «همگان» قابل دسترسی گردد.

توسعه را می‌توان به مثابه فرایند پایدار تقویت آزادی، رفاه و حیثیت همه افراد در یک جامعه عادلانه و امن دانست و در صورتی که به توسعه از منظر پایداری بنگریم، جلوگیری از تولید فقر انسانی و اجتماعی انبوه ناشی از اجرای سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای، یکی از اهداف اولویت‌های اصلی پایداری توسعه خواهد بود و جامعه‌ای که با فقر و نابرابری فزاینده، مشارکت کمتر و ریسک‌های اجتماعی بیشتری مواجه باشد از نظر اجتماعی جامعه پایداری نخواهد بود. از این رو، برای پایداری اجتماعی ضروری است که عدالت اجتماعی، مشارکت مردم در اداره امور و اجتماع بلافصلشان، امنیت انسانی و یکپارچگی اجتماعی در دستور کار توسعه قرار گیرد. بر این اساس، برای پایداری اجتماعی، رویکرد توسعه‌ای مطلوب است که نه تنها سیاست‌ها و سازوکارهای جدی برای کاهش فقر تعریف کرده و به اجرا بگذارد بلکه سیاست‌های

پیشگیرانه‌ای نیز برای جلوگیری از تولید و توزیع فقر داشته باشد. (جباری، ۱۳۸۴: ۲۶۶)

آیا نظام‌های مدیریتی در جهان امروز در تحقق این رسالت و وظیفه موفق بوده‌اند؟ و آیا روند پیشرفت جهان امروز با کاهش نابرابری‌ها و افزایش میزان دسترسی گروه‌های نابرابر به مواهب اجتماعی همراه بوده است؟ گزارش‌های متعدد بین‌المللی نشان داده‌اند که کاربست الگوهای توسعه اقتصادی در اغلب کشورهای در حال توسعه منجر به تشدید فواصل طبقاتی، گسترش فقر، عدم افزایش موزون درآمد سرانه، عدم بهبود کیفیت زندگی، و عدم ارتقاء شاخص‌های اجتماعی شده است. سردمداران جهانی توسعه بین‌المللی هم علیرغم اظهار زبانی به مبارزه با فقر، به بهانه‌های واهی مستمراً از ایفای تعهدات خود سر باز می‌زنند. (چامسکی، ۱۳۷۸: ۱۵۸) ممکن است میزان تولید ناخالص ملی (GNP) و توانایی تولید ملی افزایش یابد اما همزمان برعدم تعادل در الگوی توزیع ثروت جامعه افزوده شده و شکاف‌های طبقاتی بیشتر شود و یا به دنبال افزایش جمعیت بر تعداد افراد فقیر و آسیب‌پذیر جامعه افزوده شود. این پدیده‌ها به تعبیر اسملسر ناپیوستگی‌ها و گسستگی‌های فرایند توسعه هستند. (زاهدی مازندرانی، ۱۳۸۲: ۱۵) بر طبق برآورد برنامه ملی توسعه ملل متحد (UNDP) در سال ۲۰۰۳ میلادی، ۵۴ کشور جهان نسبت به سال ۱۹۹۰ فقیرتر شده‌اند، در ۲۱ کشور تعداد گرسنگان بیشتر شده است، در ۱۴ کشور کودکان بیشتری در سنین کمتر از ۵ سالگی می‌میرند، در ۱۲ کشور ثبت نام در مدارس ابتدایی رو به کاهش است و در ۳۴ کشور امید به زندگی رو به کاهش است. (گزارش توسعه انسانی، ۲۰۰۳: ۲۱). اثرات تقویت‌کننده از توسعه انسانی و اجتماعی به توسعه اقتصادی و برعکس، به معنای وجود یک دایره شوم و یک دایره نیکبختی است. کشورهای فقیر و مردم جهان سوم می‌توانند در یک دایره شوم گرفتار شوند. به طور کلی، دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ با عناوینی نظیر «دهه از دست رفته» و «دهه پر فاجعه» مورد خطاب قرار گرفته‌اند و نوعی اتفاق نظر حاصل شده است که سیاست‌های به کار گرفته شده توسعه اقتصادی نئولیبرالی با رویکرد تعدیل ساختاری، نقشی بزرگ در بازتولید دوره‌های باطل توسعه نیافتگی ایفا نموده‌اند. (مومنی، ۱۳۸۶: ۱۰). توسعه انسانی محدود، فرصت‌های اقتصادی را کمتر می‌کند و سرمایه‌گذاری در آموزش و بهداشت را دشوارتر می‌کند. برعکس مداخله هدفمند دولت در بهداشت و آموزش (و سایر حوزه‌های اجتماعی)، می‌تواند به شکل‌گیری یک دایره نیکبختی کمک کند. در مطالعات تطبیقی، عوامل جغرافیایی، تقسیم بندی‌های قومی و به ویژه سطح تحصیلات زنان در تبیین تفاوت وضع بهداشت در سطح درآمدهای یکسان مهم تلقی شده‌اند (بانک جهانی، ۱۳۸۱: ۱۳۷).

نزدیک به دو دهه است که الگوهای توسعه در جمهوری اسلامی ایران پسوند‌های «اجتماعی و فرهنگی» را به الگوی سنتی توسعه اقتصادی، ملحق ساخته و سعی در پی‌ریزی توسعه‌ای همه‌جانبه داشته است. علی‌الخصوص که مبانی نظری بنیادین انقلاب اسلامی و شعارهای اصلی آن، ناظر بر توسعه اجتماعی و انسانی، مبارزه با نابرابری‌های اجتماعی و بسط و گسترش عدالت اجتماعی بوده است. این تعهد حاکمیتی و مطالبه اجتماعی، به خودی خود راهبردها و برنامه‌هایی معطوف به اقشار فرودست اجتماعی (و مستضعفین) را در صحنه اجرایی و اولویت‌بندی‌های توسعه‌ای سازمان داده است که به نوبه خود از کارآمدی‌هایی هم برخوردار بوده و به بهبود چشمگیر شاخص‌های اجتماعی کشور منجر شده است (واعظ مهدوی و ارائی، ۱۳۸۵: ۱۹-۸). لکن فقدان هدف‌گذاری‌های مشخص و سنجه‌های کمی و قابل محاسبه در ارزیابی برنامه‌های توسعه، باعث گردیده تا میزان موفقیت در دستیابی به اهداف برنامه‌های توسعه، صرفاً در قالب شاخص‌های سنتی توسعه اقتصادی سنجیده شود و بدین سان «انگیزه‌های رفتاری» نهادهای اجرایی تنها در قالب ارتقاء این شاخص‌ها فعال گردد. به عبارت دیگر، همواره یک انفکاک قابل ملاحظه بین ادبیات نسبتاً جامع و همه‌جانبه برنامه‌های توسعه با شاخص‌های دستیابی به اهداف این برنامه‌ها وجود داشته که باعث شده است تا علیرغم وجود ادبیات «توسعه فرهنگی و اجتماعی» در متن برنامه‌ها، سنجه‌های معتبر و قابل محاسبه و نیز برنامه‌های آماری و مکانیسم‌های محاسبه‌ای کارآمد و دارای اعتبار و روایی متقن جهت سنجش پیشرفت فرهنگی و اجتماعی در کشور ایجاد نگردد. این نقیصه به نوبه خود منجر به این شده است که در برنامه‌های توسعه، کارکرد «رشد اقتصادی» بر «توسعه اجتماعی و فرهنگی» پیشی بگیرد و برنامه‌ها عملاً از دستیابی مطلوب به دستاوردهای جامع خود محروم بمانند. دستگاه‌های اداری و اجرایی هم که کارکرد آنان با شاخص‌های اقتصادی سنجیده شده، درنهایت هم خود را عمدتاً برای ارتقاء این شاخص‌ها مصروف داشته و هم باعث شده‌اند خلأ توسعه اجتماعی و فرهنگی برخلاف شعارها و مبانی اصیل انقلاب اسلامی در برنامه‌های توسعه چشمگیر به نظر آید.

سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، برنامه درازمدت قوای سه‌گانه کشور را برای دستیابی به اهداف پیش‌بینی شده تشکیل داده است و تعهد و وفاق دستگاه‌های اجرایی و نهادهای قانون‌گذاری برای تحقق این اهداف را پشتوانه خود ساخته است. تصویب این سند توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام، دولت، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و نهایتاً امضای مفاد آن توسط مقام معظم رهبری، مصادیق واضحی از این تعهد سیاسی^۲ را تشکیل داده است.

در حقیقت، گزارش‌های بین‌المللی و بررسی توزیع شاخص‌های رشد و توسعه انسانی امروز جهان نشان می‌دهند متأسفانه الگوهای امروزی توسعه از نظر عدالت و برابری مشکل‌زا بوده‌اند. امروزه شاهد گسترش «شهر نشینی برنامه ریزی نشده» و جدایی قشرهای فقیر بخصوص در جوامع شهری هستیم.

عدم تعادل فضایی و افزایش فاصله نواحی مختلف در اغلب کشورهای جهان و بخصوص در کلان شهرها رخ داده است.

شکاف بزرگی که در دهه ۱۹۵۰ بین امید به زندگی کشورهای در حال توسعه و امید به زندگی کشورهای توسعه یافته وجود داشت هم اکنون به شکاف بزرگی در این شاخص بین کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر بالا و سایر کشورهای جهان تبدیل شده است.

امید به زندگی از بدو تولد در سال ۲۰۰۲ از حدود ۷۸ سال برای زنان ساکن کشورهای توسعه یافته تا کمتر از ۴۶ سال برای مردان ساکن کشورهای جنوب صحرائی آفریقا متغیر بوده است که نشان دهنده تفاوت ۱/۷ برابری در امید به زندگی کلی می‌باشد. موارد استثنایی که در مورد افزایش امید به زندگی در اکثر مناطق جهان طی ۵۰ سال گذشته وجود دارد عبارتند از: آفریقا و کشورهای اروپای شرقی که سابقاً جزو اتحاد جماهیر شوروی بودند. در مورد این کشورهای اروپای شرقی، امید به زندگی مردان و زنان در بدو تولد طی دوره سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ به ترتیب به اندازه ۲/۹ سال و یک سال کاهش پیدا کرد. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۳: ۲۶)

عدم تحقق فرصت‌های برابر اجتماعی برای آموزش، برخورداری از سلامت، کسب مهارت و دسترسی به سرمایه‌های مالی و فیزیکی پدیده‌های شایع در شهرهای نوین را تشکیل می‌دهند. در سراسر جهان مرگ و میر کودکان در میان کودکان مذکر بیش از کودکان مؤنث است و این قانون کلی تنها چند استثنای محدود دارد. در کشورهای چین، نپال و پاکستان، مرگ و میر دختران بیش از مرگ و میر پسران است. این نابرابری به ویژه در چین که خطر مرگ در دختران ۳۳ درصد بیشتر از افراد مذکر هم سن و سال با آنهاست، به چشم می‌آید. تصور می‌شود که این بی‌عدالتی‌ها بر خاسته از رفتارهای خانواده‌ها در مرجع دانستن پسران برای درخواست مراقبت از سلامت و نیز تغذیه باشد.

تنوع قابل ملاحظه‌ای در مرگ و میر کودکان در میان گروه‌های درآمدی مختلف در داخل یک کشور وجود دارد. داده‌های جمع‌آوری شده از بررسی‌های پیمایشی سلامت و جمعیت‌شناسی در بیش از ۶۰ کشور نشان می‌دهد که در کودکان عضو خانوارهای فقیر نسبت به کودکان ساکن خانوارهای غنی تر، خطر مرگ بیش از ۵ سالگی به طور معنی‌داری بالاتر است. (همان: ۳۱)

شناسایی جمعیت‌های فقیر و غیر فقیر با استفاده از یک مقیاس جهانی مبتنی بر برآوردی از درآمد دائمی (که بر اساس اطلاعات مربوط به مالکیت دارایی‌ها، در دسترس بودن خدمات و ویژگی‌های خانواری ساخته شده است) صورت می‌پذیرد. مزیت این رویکرد آن است که امکان مقایسه سطوح اجتماعی اقتصادی را بین کشورهای مختلف فراهم می‌سازد. رویکرد مزبور حکایت از آن دارد که افرادی که تحت عنوان فقیر در بنگلادش مشخص شده‌اند، از وضعیت اقتصادی مشابهی با جمعیت‌های تعریف شده به عنوان فقیر در بولیوی و نیجریه برخوردار هستند. در تمام کشورها بر حسب وضعیت فقر تفاوت‌های معنی داری در خطر مرگ و میر کودکان وجود دارد، هرچند اندازه این شکاف متغیر است. خطر مرگ در دوران کودکی برای جمعیت فقیر ساکن نیجریه تقریباً ۱۳ نمره درصد^۳ بالاتر از جمعیت غیر فقیر این کشور است اما این تفاوت در مورد بنگلادش، کمتر از ۳ نمره درصد است.

میزان‌های مرگ و میر کودکان در میان جمعیت‌های فقیر ساکن آفریقا نسبت به تمام مناطق دیگر جهان علیرغم استفاده از سطوح درآمد مشابه برای فقر بالاتر است. احتمال مرگ کودکان فقیر در آفریقا تقریباً ۲ برابر بیشتر از کودکان فقیر در قاره آمریکا است. به همین ترتیب، کودکان آفریقایی که وضعیت بهتری دارند ۲ برابر بیش از همسالان خود در قاره آمریکا احتمال مرگ دارند. گذشته از این، خطر مرگ و میر کودکان برخوردار از وضعیت اقتصادی بهتر در آفریقا (۱۶ درصد) بالاتر از خطر مرگ کودکان فقیر در قاره آمریکا است (۱۴ درصد). (همان: ۳)

هزینه‌های بالای شهرنشینی و عدم کفایت فرصت‌های شغلی در شهرها در مقایسه با تقاضا و نیاز، سبب شده است که بسیاری از این جمعیت مهاجر امکان دستیابی به فرصت‌های مطلوب زندگی شهری را نیابند و به ناچار به «حاشیه» شهرها رانده شوند.

بنا بر اعلام مرکز اسکان بشر ملل متحد^۴ در سال ۱۹۹۶ یک پنجم جمعیت جهان فاقد خانه‌ای در شأن زندگی انسان بوده‌اند که دامنه گسترده‌ای از بی‌سرنه‌ها و خیابان‌خواب‌ها تا آلونک‌نشینان را در بر میگرفت. نگران‌کننده‌تر اینکه این نسبت و تعداد برای کشورهای «جنوب» در حال افزایش بوده به طوری که در منطقه با رونق اقتصادی آسیا - اقیانوسیه حدود ۶۰ درصد جمعیت شهری در سال ۲۰۰۰ طبق برآورد اسکاپ^۵ بدین گونه مسکن گزیده‌اند و در آخرین گزارش مرکز اسکان بشر ملل متحد آورده شده که بین یک سوم تا یک چهارم جمعیت شهری جهان در فقر مطلق به سر می‌برند و امروزه در آسیا تعداد فقرای شهری بیش از نیمه دهه ۹۰ میلادی است. (معاونت آموزشی جهاد دانشگاهی: ۳۱۵ - ۳۱۴)

در کشور ما نیز اسکان غیر رسمی با رشدی سریع‌تر از رشد شهرنشینی رسمی مواجه

بوده و برآورد می‌شود که یک پنجم جمعیت شهری در این‌گونه سکونت‌گاه‌ها مستقر باشند. (همان، ۳۱۵)

امروزه حاشیه‌نشینی به پدیده شایع و جزء لاینفک زندگی در شهرهای بزرگ بدل گردیده و پیدایش مناطق حاشیه‌ای که از حداقل امکانات زندگی محروم هستند، با ساکنینی که شرایط زیستی به مراتب بدتر از شرایط زیست‌روستاها دارند، بخش زیادی از ساکنان اجتماعات آلودگی تماماً در بخش غیررسمی اقتصاد و در مشاغل انگلی شهری (دستفروشی و غیره) به کار اشتغال دارند که خود بر نگرانی و اهمیت و همچنین پیامدهای بجامانده از این موضوع می‌افزاید. (همان، ۳۱۸)

همراه با سطح بهداشت و سلامت بسیار پایین، فقدان مدارس و سازمان‌های آموزش رسمی، جرائم و ناهنجاری‌های فراوان، اعتیاد به مواد مخدر، شیوع بیماری‌های ایدز، فحشاء، تجارت غیرقانونی زنان و کودکان، ساختارهای ناپایدار خانواده و نهایتاً جدایی و انزوای اجتماعی؛ در اغلب شهرهای بزرگ و کلان شهرها و متروپولیتن‌ها رخ داده است. نابرابری‌های اجتماعی امروزه در بین ساکنین مناطق اصلی شهرها و حاشیه‌نشینان شهری شدیدتر از گذشته آشکار است و عوامل تهدیدکننده سلامتی، جرائم اجتماعی، ناامنی، حضور و عضویت در باندهای مافیای قاچاق و مواد مخدر و آسیب‌های گوناگون اجتماعی در حاشیه شهرها به وفور و آشکارا قابل مشاهده است.

بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته رابطه معنی‌داری بین حاشیه‌نشینی و گرایش به رفتار بزهکارانه وجود دارد به طوری که میانگین نمره جوانان حاشیه‌نشین ۲۸/۹۴ بوده در حالی که این میانگین برای جوانان غیرحاشیه‌نشین ۲۲/۷۹ می‌باشد که این تفاوت در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار می‌باشد. (احمدی و ایمان، ۱۳۸۴: ۱۱۱)

جوانان حاشیه‌نشین در مقایسه با جوانان غیرحاشیه‌نشین علاوه بر آنکه بیشتر احساس سرشکستگی (مؤلفه فرهنگ فقر) می‌کنند، تمایل بیشتری نیز به رفتار بزهکارانه دارند. تعامل بین حاشیه‌نشینی و احساس سرشکستگی در رابطه با رفتار بزهکارانه و معنادار بودن این تعامل بیانگر آن است که شاخص‌های فرهنگ فقر در مناطق حاشیه‌نشین بیشتر است و به تبع آن جوانان این منطقه در مقایسه با سایر تمایل بیشتری به رفتار بزهکارانه دارند. (همان: ۱۱۴)

در جهان امروز ۸۵ درصد ثروت و منابع مالی در اختیار ۲۰ درصد جمعیت جهان است. وفقیرترین ۲۰ درصد جمعیت، تنها ۱/۷ درصد منابع جهانی را در اختیار دارند. نسبت منابع در اختیار این دو بیستک، بیش از ۵۰ برابر است یعنی یک پنجم جمعیت جهان یک پنجاهم یک

پنجم دیگر مردم جهان منابع و ثروت دارند و این در حالی است که مصرف جهانی کالاها و خدمات از مرز ۲۵ تریلیارد دلار فراتر رفته است. ۱/۵ میلیارد نفر از جمعیت جهان بیرون از حوزه خدمات بهداشتی می‌باشند. ۱/۳ میلیارد نفر این انسان‌ها به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند. ۲۵ درصد این انسان‌ها فاقد مسکن و سرپناه هستند و ۲۰ درصد دچار سوء تغذیه هستند. در سال ۲۰۰۳، ۱۵ کشور جهان نسبت به سال ۱۹۹۰ فقیرتر شده‌اند و در سال ۲۰۰۷، این تعداد به ۱۸ کشور رسیده است. در ۲۱ کشور تعداد گرسنگان بیشتر شده است، در ۱۴ کشور کودکان بیشتری در سنین کمتر از ۵ سالگی می‌میرند، در ۱۲ کشور ثبت نام در مدارس ابتدایی رو به کاهش است و در ۳۴ کشور امید به زندگی رو به کاهش است. ابعاد فقر و نابرابری در جهان امروز بسیار نگران کننده شده است.

عدالت و برنامه‌ریزی

لزوم برنامه‌ریزی و بسیج تعهد حاکمیتی برای مقابله با این ابعاد رشدیابنده محرومیت و انزوای اجتماعی، استقرار و اعمال سیاست‌های توزیعی و اجرایی برای تحقق تعادل بین طبقات برخوردار و محروم از مواهب طبیعی بخصوص در جوامع شهری بسیار بیشتر از گذشته احساس می‌شود. حکومت‌ها، مرجع اصلی برای «اقدام» در این زمینه هستند و رسالت برنامه‌ریزی و اتخاذ تدابیری عملی و کارآمد برای غلبه بر این روند رو به تزايد فقر و فاصله طبقاتی را برعهده دارند.

برخی عدالت را مساوات تعریف می‌کنند و مساوات را آن می‌دانند که تمام افراد بشر از لحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی زندگی در سطح همسانی زندگی کنند. عدالت یعنی همه مردم از چیزهایی که موجبات سعادت است، به طور برابر داشته باشند. اگر برخی عدالت را این‌گونه معنی کنند درست نیست. در واقع این وضعیت، عدالت نیست بلکه ظلم است. اگر مقصود این باشد که عدالت را به معنای رعایت تساوی در زمینه استحقاق‌های متساوی در نظر بگیریم، البته معنای درستی است. عدل، این چنین مساواتی را ایجاد می‌کند و این مساوات از لوازم عدل است. رعایت حقوق افراد و اعطای حقوق افراد، معنی حقیقی عدالت اجتماعی بشری است، یعنی عدالتی که در قانون بشری باید آن را محترم بشمارند همین معنی است. (مطهری، ۱۳۶۲: ۱۶)

بعضی فکر می‌کنند عدالت اجتماعی یعنی تقسیم به نسبت پول، در حالی که چنین نیست. عدالت اجتماعی یعنی هر منطقه باید بتواند به اندازه توان و ظرفیتی که دارد سرمایه و امکانات دریافت کند، یا هر انسانی به میزان کار و تلاشی که می‌کند سود عایدش شود. از این رو، باید به

مناطق محروم امکانات داده شود تا به توسعه دست یابند. هنگامی که چنین تفکری حاکم است، گرچه سرمایه‌گذاری‌های رفاهی و زیربنایی در بسیاری از مناطق هیچ توجیه اقتصادی ندارد، اما بر اساس این بینش باید در آن مناطق سرمایه‌گذاری کرد. پس تفاوت اساسی برنامه‌ریزی الهی و غیرالهی در عدالت اجتماعی (قسط) است. (پاپلی یزدی، ۱۳۷۵: ۲۴-۲۳)

قرآن کریم نیز حکومت و سرپرستی جامعه را به عنوان «امانت‌داری» و «نگهبانی» اجتماع می‌شناسد و حکومت عادلانه را ادای نوعی امانت که به حاکم سپرده شده است و باید ادا نماید، تلقی می‌کند و می‌فرماید: «ان الله یأمرکم ان تؤدوا الامانات الی اهلها و اذا حکمتم بین الناس ان تحکموا بالعدل»: «خداوند فرمان می‌دهد که امانت‌ها را به صاحبانش برگردانید و وقتی در میان مردم حکم می‌کنید به عدالت رفتار نمایید.» (سوره نساء: آیه ۵۸). علاوه بر این، تحقق عدالت و برخورداری همگانی از حداقل امکانات رفاهی ضروری، اصلی بنیادین برای توسعه انسانی و حرکت انسان‌ها به سوی کمال الهی و تعالی را تشکیل می‌دهد و حکومت‌ها باید اقدامی مؤثر برای تحقق این امر انجام دهند و ابزارهای مناسب و کارآمدی برای خروج از بی‌عدالتی و دستیابی به برابری در برخورداری‌های اجتماعی را به کار گیرند.

یکی از شاخص‌های مهم در عدالت اجتماعی چگونگی دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمان است.

به لحاظ مفهومی، عدالت در مشارکت مالی، تمرکز و توجه به این نکته دارد که آیا هر خانوار متناسب با استطاعت مالی و درآمدش در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت دارد یا این که مشارکت خانوارها تناسب منطقی با سطح رفاهی و درآمد آنها ندارد. در حاشیه باید یادآور شد که بهره‌مندی از میزان استاندارد خدمات لزوماً باید کم و بیش یکسان و مستقل از توان درآمد خانوار باشد. (رضوی، ۱۳۸۴: ۲۶۰)

یک نظام سلامت خوب، فراتر از همه چیز در دستیابی به سلامت خوب مشارکت می‌نماید. اما حفظ یا ارتقاء میانگین سلامت یک جمعیت، همیشه هم رضایت‌بخش و قابل قبول نیست، چنانچه به طور همزمان باعث تشدید نابرابری یا عدم کاهش آن شود. تشدید نابرابری یا عدم کاهش آن در شرایطی روی می‌دهد که فواید ناشی از حفظ یا ارتقای سلامت، به صورتی نامتناسب به افرادی که از سلامت بهتر برخوردارند، برسد. پس نظام سلامت این مسئولیت را نیز داراست که از طریق ارتقاء ترجیحی سلامت فقرا، در جهت کاهش این نابرابری‌ها تلاش نماید. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۲: ۵۸)

با توجه به این که یکی از مسئولیت‌های کلیدی نظام سلامت پر کردن شکاف‌های مربوط به

عدالت در حیطة سلامت که یک اصل بنیادی از مراقبت سلامت اولیه است، می باشد. درجه عادلانه بودن راهبردهای مورد استفاده در حوزه‌های توسعه نیروی کار، اطلاعات سلامت، راهبردهای تأمین مالی و سایر حوزه‌ها، معیار ارزیابی این راهبردها به شمار می رود. مکانیسم تقویت متقابل بین فقر و سلامت نامناسب هر روز بهتر شناخته می شود. شواهد روزافزونی وجود دارد که نشان می دهد منابع، اقدامات و پیامدها تا چه حد نا عادلانه و به صورت نابرابر توزیع شده اند.

در شرایطی که کشورها در زمینه ارتقاء پیامدهای سلامت و کاهش بی عدالتی، پیشرفت‌هایی حاصل نموده‌اند، سیاست‌های توسعه نظام‌های سلامت مجبور بوده‌اند «برخلاف جریان آب شنا کنند» تا با تورش bias خدمات‌رسانی در وهله اول به افراد دارای وضعیت (اقتصادی) مناسب، به طور آشکار مقابله کنند. ساختار خاص بخش سلامت یک کشور دارای هرگونه خصوصیتی که باشد، تولید اثربخش کل بخش سلامت، توسط دولت برای دستیابی به پیامدهای عادلانه، حیاتی است. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۳: ۱۶۲)

در سال ۲۰۰۱، تایلند برنامه‌ای را برای گسترش پوشش بیمه سلامت همگانی به افراد فاقد دسترسی به خدمات سلامت، آغاز نمود. در این برنامه جدید که با عنوان «طرح سلامت ۳۰ باتی» خوانده می شود، از افراد به عنوان بیماران مرتبط با ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت محلی ثبت نام به عمل می آید و آنها از آن پس می توانند کلیه خدمات مراقبت طبی مورد نیاز خود را با پرداخت ۳۹ بات (حدوداً ۰/۳۵ دلار آمریکا) دریافت کنند. تأمین مالی این نظام به صورت مشترک از طریق مالیات و حق بیمه دریافتی از کارکنان و پرسنل استخدام شده انجام می‌گردد و پرداخت به ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت به صورت سرانه صورت می‌گیرد. این برنامه عاری از مشکلات نیست اما نشان‌دهنده تلاشی قاطعانه جهت مبارزه با بی عدالتی‌ها در سلامت است. به عنوان یک نمونه موفقیت‌آمیز دیگر از گسترش پوشش بیمه در افراد بیمه شده، می توان به اصلاح بیمه سلامت در کلمبیا در اواسط دهه ۱۹۹۰ اشاره نمود. تعداد افراد استفاده‌کننده از نظام بیمه سلامت اجباری بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۱، از ۲/۹ میلیون نفر به ۲/۱۸ میلیون نفر افزایش یافت. در همان زمان این نظام به گونه‌ای اصلاح شد که بتواند به طور آشکار به فقرا و بیکاران، یارانه پرداخت نماید. در سال ۱۹۹۵، ۳ میلیون نفر از این یارانه‌ها استفاده می‌کردند. این رقم تا سال ۲۰۰۱ به ۱۱ میلیون نفر افزایش یافته بود. به این ترتیب میلیون‌ها نفر از افرادی که حق بیمه نمی‌پرداختند تقریباً به همان مجموعه خدماتی که افراد پرداخت‌کننده حق بیمه دست یافته بودند (در مراکز خصوصی یا عمومی بسته به انتخاب خودشان) و به همان شیوه‌ای که شهروندان

برخوردارتر که به طور منظم حق بیمه می‌پردازند، دسترسی پیدا کردند. (همان: ۱۶۵)

در برنامه چهارم توسعه تصریح شده است که هزینه‌های مستقیم پرداختی توسط مردم برای دریافت خدمات سلامت باید به ۳۰ درصد برسد. (برنامه چهارم توسعه، ماده ۹۰) این در حالی است که جریان خودبه‌خودی و بدون برنامه تخصیص منابع و کارکرد هدایت‌نشده بازار خدمات بهداشتی و درمانی، به همراه ضعف مدیریت و کسری اعتبارات سیستم سلامت کشور و ناتوانی در پرداخت هزینه خدمات درمانی توسط سازمان‌های بیمه‌گر؛ موجب رسیدن این نرخ به بیش از ۶۰ درصد شده است. تورم، باعث شده است هزینه‌های بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها و غیره افزایش یابد. واحدهای مذکور این افزایش‌ها را ناگزیر در تعرفه‌ها اعمال کرده و از مردم دریافت می‌کنند و یا باید سازمان‌های بیمه‌گر سهم بیشتری از هزینه‌ها را متقبل شوند. هزینه بیشتر سازمان‌های بیمه‌ای نیز به افزایش هزینه‌های سرانه می‌انجامد و بار مالی آن نهایتاً به بیمه‌شدگان و کارفرمایان تحمیل می‌شود و این امر متعاقباً با بالا بردن هزینه‌های تولید، به تورم مضاعف و افزایش یابنده در جامعه منجر شده است. از طرف دیگر، در شرایط تورمی، هزینه‌های دولت نیز افزایش می‌یابد و دولت ممکن است قادر به همین حجم پرداخت‌های کنونی به سازمان‌های بیمه‌گر نشود و سهم پرداختی مردم باز هم افزایش یابد. تجربه کاهش هزینه‌های دولت‌ها در هنگام مواجهه با بحران‌های مالی نشان داده است که اولین گروه هزینه‌هایی که مورد تعدیل قرار می‌گیرد، هزینه‌های آموزش و سلامت است. همه این موارد منجر به این می‌شود که گروه‌های وسیعی از مردم از دستیابی به خدمات ضروری و مورد نیاز خود در حوزه سلامت محروم بمانند. این افراد علاوه بر اینکه قادر به دریافت خدمات اجتناب‌ناپذیر مورد نیاز خود به دلیل عدم توان پرداخت بهای آن نیستند، در چرخه بیماری‌های مزمن و سپس معلولیت‌های ناشی از آن گرفتار می‌آیند و در نتیجه توان فعالیت بهره‌ور اقتصادی خود را هم از دست می‌دهند و بدین‌سان چرخه معیوب فقر و بیماری، محرومیت‌های اجتماعی آنان را شدیدتر کرده و فاصله طبقاتی و نابرابری اجتماعی در جامعه گسترش یافته و بی‌عدالتی تعمیق می‌یابد. جریان خودبه‌خودی و بی‌برنامه منابع، فقر و نابرخورداری اقشاری از جامعه را تشدید و در نتیجه فاصله طبقاتی را افزایش و بی‌عدالتی را گسترش می‌دهد. فقر، گسیختگی خانواده‌ها، مزمن شدن بیماری‌ها، بروز معلولیت‌های قابل اجتناب، بی‌ثباتی و عدم امنیت محل سکونت حاشیه‌نشینان و... منجر به گمنامی (آنومی اجتماعی) و روابط و مشارکت پایین آن‌ها در سازمان‌ها و فعالیت‌های محلی می‌شود. (برنارد و اسپین، ۱۹۹۸ و علیوردی‌نیا، ۱۳۸۷)

بی‌عدالتی اجتماعی، بخصوص در حوزه سلامت، باعث بروز «بی‌سازمانی اجتماعی»

می شود. از دیدگاه این نظریه، جامعه بی عدالت دچار ناهماهنگی اجتماعی می شود. زیرا بخشی از مردم قادر به درک و جذب هدف های جامعه نیستند و یا نمی توانند با وصول به هدف های مطلوب جامعه احساس رضایت و کفایت کنند و در نتیجه به سوی الکل و مواد مخدر روی می آورند تارضایتی را که نتوانسته اند در رابطه با اهداف جامعه کسب کنند، از طریق دیگر به دست آورند. در این حالت، هنجارهای اجتماعی برای ممانعت از آسیب ها و رفتارهای نامتعارف اجتماعی نیز از میان می رود و آسیب های اجتماعی و جرائم و ناامنی افزایش می یابد. (پائولسن و متیو، ۲۰۰۴)

برای غلبه بر چرخه شوم و قهقرایی فقر و نابرابری، باید «برنامه ریزی» کرد و اقداماتی هدفمند برای تغییر این روند نابرابرساز و آسیب زا را تحقق بخشید.

تحلیل هزینه های بهداشتی و درمانی خانوار و تبیین وضعیت موجود از منظر عدالت اجتماعی:

بررسی شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران (شاخص تورم) در سال ۱۳۸۸ نشان داده است که این شاخص به عدد ۲۰۳ رسیده است که نسبت به سال ۱۳۶۹ نزدیک به ۳۰ برابر و نسبت به سال پایه ۱۳۸۳ با رشد ۱۰۳ درصدی مواجه بوده است. این در حالی است که رشد شاخص خوراکی ها و آشامیدنی ها از شاخص کل بالاتر می باشد به نحوی که نسبت عددی این شاخص نسبت به سال ۱۳۶۹ حدود ۳۶ برابر می باشد. همچنین رشد ۱۱۸ درصدی این شاخص را نسبت به سال پایه ۱۳۸۳ شاهد هستیم. با توجه به اینکه خوراکی ها کماکان وزن اصلی کالاها و خدمات مصرفی در سبد هزینه خانوار را به خود اختصاص می دهند، روند افزایش قیمت آنها که حتی از شاخص کل نیز پیشی گرفته است، آسیب پذیری خانواده ها در حیطه هزینه مواد خوراکی و آشامیدنی مورد نیاز خود را نشان می دهد. مقایسه شاخص قیمت ها در سال ۱۳۸۸ نسبت به سال ۱۳۶۹ برای کلیه گروه ها، نشان

جدول ۱: مقایسه شاخص کالاها و خدمات مصرفی در گروه های منتخب در مناطق شهری ایران

سال	۱۳۶۹	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۳	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
شاخص کل	۶/۹	۳۱	۶۴/۸	۱۰۰	۱۲۳/۵	۱۴۶/۲	۱۸۳/۶	۲۰۳
خوراکی ها	۶/۱	۳۱/۳	۶۳/۶	۱۰۰	۱۲۵/۶	۱۵۲/۸	۱۹۸/۹	۲۱۸/۶
بهداشت و درمان	۳/۲	۲۳/۴	۶۲/۷	۱۰۰	۱۳۱/۷	۱۵۴/۱	۱۹۰	۲۲۶
ارتباطات	۹/۲	۴۷/۵	۷۵/۵	۱۰۰	۹۷/۳	۹۷/۱	۹۶/۹	۹۷/۳
آموزش و تحصیلات	۳/۸	۲۳/۴	۵۴/۶	۱۰۰	۱۴۳/۴	۱۶۳/۵	۱۸۷/۵	۲۱۷/۴

مأخذ: بانک مرکزی؛ شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران

می‌دهد که بیشترین افزایش قیمتها به ترتیب متعلق به گروه بهداشت و درمان (۷۱ برابر)، گروه تحصیل (۵۷ برابر) و گروه رستوران و هتل (۴۳ برابر) می‌باشد. این امر نشان دهنده این است که شاخص گروه بهداشت و درمان رشدی بیش از ۲ برابر شاخص کل نسبت به سال ۱۳۶۹ را تحمل کرده است. تورم و افزایش قیمت‌ها در خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۸ نسبت به سال قبل ۱۸/۹ درصد اعلام شده است در حالی که نرخ تورم در شاخص کل در همین سال ۱۰/۷ درصد بوده است. رشد شاخص بهداشت و درمان در سال قبل از آن ۲۳/۳ درصد و سال ۱۳۸۶ نیز ۱۷ درصد ثبت شده است.

رشد ۷۱ برابری قیمت خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به رشد ۲۹ برابری شاخص کل در فاصله سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۸، باعث گردیده تا سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در سبد هزینه‌های خانوار از حدود ۴ درصد در سال ۶۹ به ۷ درصد در سال ۸۸ برسد. این امر به معنای این است که خانوارها بار افزایش قیمت خدمات بهداشتی و درمانی را عملاً خود تحمل کرده‌اند. این امر سبب شده است تا میزان پرداخت از جیب خانوارها^۲ به بیش از ۶۰ درصد برسد. این امر نیز به نوبه خود باعث شده است تا ۲/۳ درصد از خانوارها در سال ۱۳۸۵ دچار هزینه‌های کمرشکن (کاتاستروفیک) درمان بشوند. برحسب اعلام وزیر سابق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این نسبت در سال ۱۳۷۴ به میزان ۲/۱۴ درصد بوده و در سال ۱۳۸۳ به زیر ۲ درصد رسیده لکن در سال ۱۳۸۴ به ۲/۴ و در سال بعد به ۲/۳ درصد رسیده است.

این مسئله یک هشدار و زنگ خطر جدی برای مدیریت نظام سلامت و نظام تأمین اجتماعی و بیمه‌گری کشور به حساب می‌آید. بد نیست بدانیم که در نظام‌های توسعه یافته دنیا حتی یک مورد خانوار هم طی این سالیان (۱۳۷۴-۱۳۷۹) مشاهده نمی‌شود که با شرایط اسف‌بار و کمرشکن مواجه شده باشد. (رضوی، ۱۳۸۴: ۲۶۷)

چه کسانی این هزینه‌ها را می‌پردازند؟ و چه کسانی دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شده‌اند؟ در مجموع، نحوه تأمین مالی مراقبت سلامت زمانی کاملاً عادلانه خواهد بود که نسبت

جدول ۲: روند جمعیت گرفتار هزینه‌های کمرشکن سلامت در فاصله سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۵ (درصد)

سال	۱۳۷۶	۱۳۷۵	۱۳۷۸	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵
جمعیت گرفتار هزینه‌های کمرشکن سلامت	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱	۲/۱

مأخذ: مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت (۱۳۸۹)

کل هزینه سلامت به کل هزینه غیر غذایی، مستقل از درآمد، وضعیت سلامت و یا استفاده آنها از نظام سلامت، برای همه خانوارها مشابه باشد. این شاخص بیانگر دیدگاه نافذ آنورین بوان^۱ است که «شالوده یک خدمت رضایت بخش آن است که فقیر و غنی، مشابه یکدیگر آن را دریافت می‌کنند، فقر در این میان یک ناتوانی نیست و ثروت، مزیتی محسوب نمی‌شود». واضح است زمانی که خانوارهای فقیرتر، سهم بیشتری را نسبت به غنی‌ترها در امر سلامت صرف می‌کنند، تأمین منابع مالی نا عادلانه است. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۲: ۷۰)

جدول ۳، سهم خانوارها از هزینه‌های بهداشت و درمان را در مقایسه با هزینه‌های پوشاک، مسکن، و لوازم منزل، به تفکیک دهک‌های درآمدی نشان می‌دهد.

چنانچه ملاحظه می‌شود، فقیرترین دهک درآمدی، در سال ۱۳۸۶، ۹۷۳ هزار ریال، معادل ۵/۹۴ درصد از درآمد خود را برای هزینه‌های بهداشت و درمان پراخته است. دهک دوم، ۱۶۴۶ هزار ریال، معادل ۵/۸۳ درصد، دهک پنجم ۳۳۸۳ هزار ریال معادل ۶/۳ درصد، دهک نهم ۸۶۵۳ هزار ریال معادل ۶/۸۸ درصد؛ ولیکن دهک دهم با یک افزایش ناگهانی ۲۶۱۵۹ هزار ریال، معادل ۱۱/۰۸ درصد هزینه‌های خود را به بهداشت و درمان اختصاص داده است. چه چیز باعث شده تا این دهک سالیانه دوملیون و ششصد هزار تومان هزینه بهداشتی و درمانی پرداخت کند؟ و کانون هزینه‌ها برای خانوارها کجاست؟

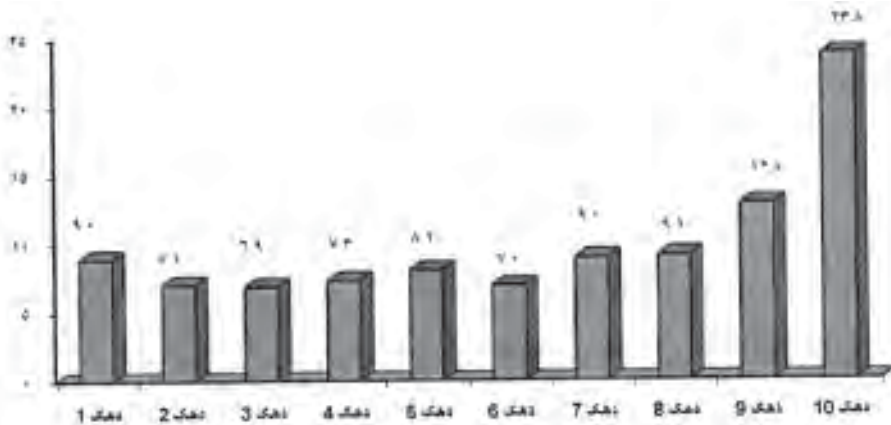
این کانون برای ثروتمندترین دهک، دارو و برای گروه‌های فقیرتر هزینه‌های بستری برآورد شده است. تجویز داروهای گران قیمتی که عمدتاً در درمان سرطان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اصل اثر بخشی آنها نیز تشکیک فراوانی وجود دارد و نوعاً توسط خود شرکت‌های تولید کننده دارو به جامعه علمی معرفی می‌شوند. گروه‌های فقیرتر اصولاً به دلیل فقر مادی وارد این جرگه نمی‌شوند بلکه آنها در معرض هزینه‌های فاجعه بار بستری قرار دارند... و به دلیل عدم اعتماد به بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند و به دلیل تعرفه چند برابری در بخش خصوصی دچار هزینه‌های فاجعه بار می‌شوند. (باقری لنکرانی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۲۹)

جدول ۳ ترکیب سبد هزینه‌ای خانوارها در دهک‌ها (۱۳۸۶) (ارقام به هزار ریال)

گروه‌های هزینه‌ای	دهک اول	دهک دوم	دهک سوم	دهک چهارم	دهک پنجم	دهک ششم	دهک هفتم	دهک هشتم	دهک نهم	دهک دهم
بهداشت و درمان	۲۶۸	۵۱۶	۹۴۲	۱۶۹۱	۲۲۲۱	۲۹۱۱	۳۴۲۹	۵۱۶	۱۹۴۲	۵۱۶۲
مسکن	۲۷۰۲	۲۹۹	۲۷۹۲	۲۶۹۱	۳۱۰۷۴	۲۶۸۱	۱۶۷۱۵	۲۹۱۲	۱۱۰۹۰	۲۹۹
لوازم منزل	۱۲۱	۲۹۱	۲۶	۲۹۲	۳۰۲۵	۲۲۲	۲۶۷	۲۹۲	۱۱۰۳	۲۹۱
پوشاک	۹۲	۵۱۶	۹۴۲	۱۶۹۱	۲۲۲۱	۲۹۱۱	۳۴۲۹	۵۱۶	۱۹۴۲	۵۱۶۲

ماخذ: سالنامه آماری ۱۳۸۶؛ مرکز آمار ایران

توزیع خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت بین دهک‌های هزینه ای ۱۳۸۶



مرجع: اندازه‌گیری شاخص عدالت در تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت هماهنگی، ۱۳۸۷.

در حقیقت فقدان اعمال نقش «تولیت» و مسئولیت‌پذیری متولی اصلی بخش سلامت، عامل این پرداخت اضافی و غیرضروری را تشکیل می‌دهد. جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که نزدیک به یک درصد جمعیت کشور در هر سال به دلیل هزینه‌های درمانی زیر خط فقر می‌افتند. جدول فوق بیانگر این است که ۱/۷ درصد جمعیت روستایی کشور و ۰/۶ درصد جمعیت شهری در سال ۸۵ تنها به دلیل هزینه‌های بهداشتی و درمانی که بنا به تصریح وزیر محترم سابق وزارت بهداشت، چندان ضروری هم نبوده‌اند؛ به فقر دچار شده‌اند. نابرابری بین جمعیت شهری و روستایی هم در این شاخص چشمگیر است. روستائیان نزدیک به سه برابر بیشتر از شهریان در اثر هزینه‌های بهداشتی و درمانی دچار فقر می‌شوند.

بحث و نتیجه گیری:

بررسی و تحلیل هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارها، شواهد متقنی از نابرابری و بی‌عدالتی‌های فزاینده موجود در نظام سلامت کشور، در اثر فقدان برنامه‌ریزی، جریان غیرخودبه‌خودی عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی و درمانی، حاکمیت مناسبات بازار و عدم ایفای نقش «تولیت» و پاسخگویی توسط وزارت ذیربط، را نشان می‌دهد. ظلمی که از این منظر و در اثر «القای نیازهای کاذب و غیرضروری» و حاکمیت کمپانی‌های چند ملیتی دارو

جدول ۴: جمعیتی که به دلیل هزینه‌های درمانی در ورطه فقر افتاده‌اند به تفکیک مناطق شهری و روستایی از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ (درصد)

سال	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵
مناطق شهری	۰/۱۷	۰/۴۹	۰/۳۸	۰/۵۷	۰/۴۰
مناطق روستایی	۲	۱/۶	۱/۳	۱/۷	۱/۷
کل	۱/۱	۱/۹۷	۱/۸۴	۱/۹۰	۱/۸۸

مأخذ: باقری لنگرانی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۵۹.

و تجهیزات پزشکی در عرصه سلامت بر مردم مظلوم کشور ما روا می‌شود، در اثر بی‌توجهی به مفهوم «برنامه‌ریزی» به طور اعم و به خصوص، عدم پیگیری مفاهیم و احکام قاطع برنامه چهارم توسعه کشور در سنجش و مانیتورینگ مستمر شاخص‌های عدالت در سلامت روا گردیده است. این شرایط ناهنجار، البته به هیچ عنوان نفی‌کننده کارهای ارزشمندی چون اجرای طرح ژنریک دارویی، اجرای قانون طرح اعزام نیروی انسانی به مناطق محروم، و ایجاد نظام شبکه بهداشت و درمان کشور و اجرای قانون بیمه همگانی که هر یک به سهم خود در گذشته نقش چشمگیری در گسترش عدالت و تحقق برخورداری اقشار محروم از موهبت «سلامت» داشته‌اند، نیست.

تحلیل جدول ۳ نشان می‌دهد بیشترین سهم پرداختی هزینه‌های بهداشت و درمان توسط دهک پردرآمد صورت می‌پذیرد و گویی سنگینی هزینه‌ها کمتر به گروه‌های کم‌درآمد و متوسط و بیشتر به ثروتمندان و پردرآمدها جهت داده شده است. آیا این برداشت صحیح است؟ و آیا این استنتاج آماری با مشاهدات اجتماعی منطبق است؟ زهرا کاوسی و همکاران، ۶ درصد از ۲۰ درصد پردرآمد ساکن در منطقه ۱۷ تهران و ۱۸ درصد از ۲۰ درصد کم‌درآمد آن منطقه را در سال ۱۳۸۶ گرفتار هزینه‌های کمرشکن درمانی گزارش کرده‌اند. (کاوسی و دیگران، ۱۳۸۸)

مهرآرا و همکاران؛ ۲۳/۸ درصد از خانوارهای واقع در دهک دهم (پر درآمد) را در سال ۱۳۸۶ گرفتار هزینه‌های کمر شکن سلامت محاسبه کرده‌اند؛ در حالی که این هزینه‌ها در میان سایر دهک‌ها ۱۰-۷ درصد بوده است. (مهرآرا و دیگران، ۱۳۸۹)

درحالی که سمنانی و کشتکار هم در مطالعه خود در سال ۸۸ در گرگان، ۷ درصد از درآمد جمعیت دهک دهم و ۲۸ درصد از درآمد جمعیت دهک فقیر را مصروف هزینه‌های بهداشتی و درمانی دانسته‌اند. (سمنانی و کشتکار، ۱۳۸۲)

سال‌هاست که به دلیل فقدان آمار و اطلاعات متقن از درآمد خانوار، طبقه‌بندی دهک‌های «درآمدی»، نه براساس درآمد واقعی آنان بلکه بر پایه هزینه‌های خانوار صورت می‌گیرد. (کاوسی و دیگران، ۱۳۸۸)

این پذیرفته شده است که خانوارها بر پایه میزان درآمدی که دارند، هزینه می‌کنند و لذا تقسیم‌بندی خانوارها بر اساس دهک‌های هزینه‌ای، معرف دهک‌های درآمدی تلقی شده است. از آنجا که الگوی هزینه‌های بهداشتی و درمانی به دلیل رشد تکنولوژی پزشکی و بکارگیری بی‌رویه آن در خدمات سلامتی و نیز افزایش آگاهی و انتظارات رفاهی اقشار متوسط شهری (و حتی روستایی)، تغییر کرده است و نیازهای القایی^۹ در اثر عدم کفایت ایفای نقش حاکمیتی دولت (و وزارت بهداشت) گسترش یافته است، بخش مهمی از خانوارهای نیازمند خدمات پزشکی، برای تأمین هزینه‌های درمانی خود، از سطح واقعی طبقه اقتصادی خود عدول می‌کنند و ناگزیر در اثر القای بخشی از جامعه پزشکی، و تحت هدایت کمپانی‌های واردکننده دارو یا تجهیزات پزشکی متحمل هزینه‌هایی می‌شوند که در خور و متناسب دهک واقعی آنان نیست. این گروه از خانوارها با فروش خانه و اتومبیل خود یا با اخذ وام از بانک‌ها و یا آشنایان، هزینه سنگین خدمات پزشکی القاء شده خود را می‌پردازند و به این ترتیب هزینه‌های بالا، آنان را در دهک بالاتری قرار می‌دهد و در واقع به ورطه ورشکستگی و افلاس می‌افتند. درصد بالای هزینه‌های بهداشتی و درمانی در دهک پردرآمد و همراه با آن درصد بالای هزینه‌های کمرشکن در این گروه خانوارها؛ مبین این کاتاستروفی ظالمانه در قشر متوسط شهری (و روستایی) می‌باشد.

این شرایط نامطلوب در اثر روند خودبه‌خودی تخصیص منابع و توزیع هزینه‌ها در حوزه بهداشت و درمان اتفاق افتاده است. مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی در عرصه حکمرانی خوب ایجاب می‌کند تا هزینه‌های کمرشکن بهداشتی و درمانی خانوارها توسط سیاست‌گذاری حاکمیتی جبران شود و روند گسترش فقر خانوارها در اثر هزینه‌های بهداشتی و درمانی متوقف شود. این مهم حاصل نمی‌شود مگر آنکه تدابیر برنامه‌ریزی شده‌ای علی‌الخصوص در جهت نظارت بر عملکرد واحدهای خصوصی ارائه‌کننده خدمات گسترش پوشش بیمه‌ای در جامعه با تأکید بر اقشار کم درآمد، جلوگیری از گسترش نیازهای القایی، و تخصیص بهینه و عادلانه منابع در کشور صورت پذیرد.

- ۱- Chadwick
- ۲- political commitment
- ۳- percentage point
- ۴- Habitat
- ۵- ESCAP
- ۷- out of pocket
- ۸- Aneurin Bevan
- ۹- induced demands
- ۱۰- Good Governance

۶- baht واحد پول کشور تایلند

منابع فارسی:

- احمدی، حبیب و محمدتقی ایمان، «فرهنگ فقر، حاشیه‌نشینی و گرایش به رفتار بزهکارانه در میان جوانان حاشیه‌نشین ده پیاله شیراز در سال ۱۳۸۳»، مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۸۴.
- باقری لنکرانی، کامران و همکاران، «درآمدی بر عدالت در سلامت»، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، انتشارات نوید شیراز، ۱۳۸۹.
- بانک جهانی، «گزارش توسعه جهانی سال ۲۰۰۱-۲۰۰۰»، ترجمه سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، معاونت امور اجتماعی؛ مرکز مدارک علمی و انتشارات، ۱۳۸۱.
- پاپلی یزدی، محمدحسین، «برنامه‌ریزی از دیدگاه اسلام و اثرات جغرافیایی آن»، فصلنامه تحقیقات جغرافیایی، مشهد انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۵.
- جبباری حسین، «رویکردهای اجتماع‌مدار در برنامه‌های کاهش فقر»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۸، پاییز ۸۴.
- جامسکی، نوام، «دولت‌های فرومانده: سوء استفاده از قدرت و یورش به دموکراسی»، ترجمه اکرم پدرام نیا، نشر افق، تهران، ۱۳۸۷.
- رضائیان، علی، «مبانی سازمان‌مدیریت»، انتشارات سمت، چاپ یازدهم، ۱۳۸۷.
- زاهدی مازندرانی، محمدجواد، «توسعه و نابرابری»، تهران، مازیار، ۱۳۸۲.
- سازمان بهداشت جهانی، «گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰»، ترجمه علیرضا احمدوند و ...، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۲.
- سازمان بهداشت جهانی، «گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳»، ترجمه محمد اسماعیل اکبری و ...، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تابستان ۱۳۸۳.
- سمنانی، شهریار و عباسعلی کشتکار، «برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان سال پنجم، شماره ۱۲، ۱۳۸۲.
- شعبه، اسماعیل، «مقدمه‌ای بر برنامه‌ریزی شهری»، مرکز انتشارات دانشگاه علم و صنعت ایران، چاپ پنجم، بهمن ۱۳۷۵.
- صادقی، حسین و دیگران، «رابطه رشد اقتصادی با فقر و نابرابری درآمدی در کشورهای در حال توسعه»،

- فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۳، تابستان ۱۳۸۸.
- علیوردی نیا، اکبر، «تبیین جامعه شناختی دستگیری های مواد مخدر: مطالعه موردی استان مازندران»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفتم شماره ۲۸، بهار ۱۳۸۷.
 - کاووسی زهرا، آرش رشیدیان، فرشاد پورملک، سیدرضا مجدزاده، ابوالقاسم پوررضا، کاظم محمد، محمد عرب، «اندازه گیری خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت مطالعه طولی در منطقه ۱۷ تهران»، مجله پژوهشی حکیم، جلد ۱۲ شماره ۲، ۱۳۸۸.
 - کوین لی، «مدل ها در برنامه ریزی شهری»، جهاد دانشگاهی دانشگاه تهران، چاپ اول، شهریور ۱۳۶۶.
 - مطهری، مرتضی، «عدل الهی»، تهران، صدرا، ۱۳۶۲.
 - معاون رضوی، «مفهوم عدالت در تأمین مالی نظام سلامت: بررسی وضعیت شاخص عدالت در ایران و ارائه راهکارهایی در جهت بهبود شاخص»، مقالات همایش سیاست ها و مدیریت برنامه های رشد و توسعه در ایران، ۱۳۸۴.
 - معاونت آموزشی جهاد دانشگاهی، «راهنمای جامع مدیریت شهری»، بی تا.
 - مومنی، فرشاد، «اقتصاد ایران در دوران تعدیل ساختاری»، نشر ونگار، تهران، ۱۳۸۶.
 - مهرآرا، محسن، علی اکبر فضائی، امیرعباس فضائی، «بررسی برابری در تأمین مالی هزینه های سلامت خانوارهای ایرانی»، مدیریت سلامت، سال سیزدهم، شماره ۴۰، ۱۳۸۹.
 - واعظ مهدوی، محمدرضا و سید محمد مهدی ارایبی، «گزارش وضعیت اجتماعی جهان در سال ۲۰۰۳ با مروری بر دستاوردهای اجتماعی ایران در سال های پس از انقلاب اسلامی»، نشر سمپاد، تهران، ۱۳۸۵.
 - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، «سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی»، ۱۳۸۸.
 - هیراسکار، جی کی، «درآمدی بر مبانی برنامه ریزی شهری»، ترجمه محمد سلیمانی و احمدرضا یکانی فرد، تهران: جهاد دانشگاهی تربیت معلم، ۱۳۷۶.

منابع انگلیسی

- Human Development report (2003); Millennium Development Goals, United Nations Development Programme (UNDP) New York 2003.
- Paulsen, D. J. & Mathew, B. R. (2004) Spatial Aspects of Crime :Theory and Practice. New York, Pearson)
- Vold, G. Bernard, T. & Spine, J. (1998), Theoretical Criminology: 4th Ed., New York, Oxford University.