

# نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی- درمانی

## وضعیت بهداشت- درمان قشر کم درآمد

دی. آر. گواتکین \*

ترجمه کیهزاد آذرهوش



محتوای این بخش موضوعی<sup>۱</sup> از بولتن سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> در زمینه نابرابریهای موجود در بهداشت و درمان دارای هدفی دوگانه است. الف) ارائه نتایج مهم حاصل از دور جدیدی از پژوهشهای انجام شده در پاسخ به علایق و نگرانیهای تازه در مورد نابرابری بهداشتی- درمانی، ب) تشویق اقدامات لازم در جهت رفع مشکلات شناخته شده توسط این پژوهش.

یافته‌های حاصل از پژوهش مورد بحث طی پنج مقاله ذیل ارائه شده است. این بررسی تحلیلی دو قدم اساسی برای اقدام لازم در جهت تخفیف مشکل پیشنهاد می‌کند؛ سایر پیشنهادات ضمن یک بحث گروهی<sup>۳</sup> توسط شرکت‌کنندگان ارائه شده و بعد از انتشار این مقالات به چاپ رسیده است. بخش موضوعی باگزیده‌هایی از نوشته‌های کلاسیک ویلیام فار<sup>۴</sup>، پیشاهنگ مقوله بهداشت عمومی در قرن نوزدهم، که، به تأیید طیف وسیعی از صاحب‌نظران، به عنوان یکی از بنیانگذاران شیوه بررسی

\* D.R. Gwatkin مدیر برنامه جهانی بهداشت و درمان بانک جهانی

1. Theme section

2. Bulletin of the World Health Organization (WHO)

3. round table discussion

4. William Farr

علمی موضوع نابرابری در بهداشت- درمان شناخته شده است، همراه با تفسیری از موضوع به نظر خوانندگان می‌رسد.

این بررسی با پیشنهاد دو قدم اولیه به شرح زیر در مذاکرات مربوط به اقدامات لازم مشارکت می‌کند:

● کارشناسان و صاحب‌نظرانی که اولویتی در سطح بسیار بالا برای اهداف متمایز اما مرتبط با کاهش فقر، کاهش نابرابری و افزایش عدالت و انصاف قائلند این نکته را تشخیص دهند که علایق و نگرانیهای مشترک آنها در مورد جنبه‌های توزیعی سیاست بهداشتی- درمانی از هر نوع اختلاف نظرهایی که ممکن است آنها را از یکدیگر دور کند، بسیار مهمتر است.

● اهداف سیاست بهداشتی- درمانی که زیر عنوان میانگین‌های کلی اجتماعی<sup>1</sup> بیان می‌شوند مورد بازنگری قرار گرفته، و دوباره تنظیم شوند، به نحوی که اختصاصاً شرایط (بهداشتی- درمانی) موجود در میان قشر نیازمند و همچنین فاصله بین نیازمندان و قشرهای مرفه را مورد توجه قرار دهند. به طور مثال، نرخ مرگ و میر نوزادان و کودکان قشر نیازمند، یا اختلاف بین میزان مرگ و میر کودکان قشرهای مرفه و فقیر شاخصی بمراتب مفیدتر از نرخهای میانگین مرگ و میر در کل جامعه است.

## مقدمه

### اهداف و ساختار بخش موضوعی زمینه نابرابریهای بهداشتی- درمانی

در طول چند سال اخیر علاقه‌مندی و نگرانی مجدد در مورد نابرابریهای بهداشتی- درمانی و همچنین بهداشت و درمان قشر نیازمند، یافته‌های مهمی را موجب شده است. اولین هدف مقاله‌های این بخش موضوعی درباره نابرابری در بهداشت- درمان این شماره بولتن ارائه نتایج مهم حاصل از دور جدید پژوهشهایی است که سطح آگاهی ما را در مورد ماهیت و شدت مشکلات مبتلا به طبقات محروم - که موجب جدایی آنها از طبقات مرفه شده است - به مقیاس وسیعی افزایش می‌دهد. لکن، این آگاهی، با وجود دارا بودن اهمیت بسیار، به تنهایی توانایی نجات زندگیها و بهبود کیفیت سلامت انسانها را ندارد. آنچه پژوهش انجام شده تاکنون به آن دست نیافته است، تنظیم یک استراتژی مناسب برای عبور از مرحله درک و آگاهی و کاربرد (عملی) این دانش در حل مشکلات و چالشهای شناخته شده در این زمینه است. بنابراین، هدف دوم این بخش تشویق به، و تسهیل گذر از،

1. societal averages

مرحله (نظری) تجزیه و تحلیل به مرحله (عملی) اقدام به منظور اصلاح و حل مشکلات شناخته شده توسط پژوهش حاضر است.

اولین هدف طی پنج گزارش پژوهشی تخصصی-که رویکردهای برگزیده برای روبه‌رویی با دو جنبه عمده مشکل را تشریح می‌کند-مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. یکی از گزارشها-به منظور تعیین نابرابریها در میان اعضای تشکیل دهنده یک جمعیت-به توضیح درباره راههای مختلف طبقه‌بندی/درجه‌بندی افراد مزبور می‌پردازد؛ گزارش دوم با مسئله چگونگی توزیع برابر یا نابرابر جنبه‌های گوناگون بهداشت و درمان در محدوده یک جمعیت سروکار دارد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. ابعاد نابرابریهای بهداشتی-درمانی، بررسی شده در گزارشهای فنی بخش موضوعی بولتن		
جنبه‌های گوناگون بهداشت و درمان		شیوه‌های گوناگون طبقه‌بندی / درجه‌بندی اعضای جمعیت
استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی و تأمین منابع مالی	وضعیت بهداشت-درمان	
گزارش ماکینن و دیگران <sup>۲</sup> ، کاسترو لیل و دیگران <sup>۳</sup>	گزارش وگستف <sup>۱</sup> گزارش بروکرهف <sup>۴</sup> گزارش گاکیدو و دیگران <sup>۵</sup>	وضعیت اقتصادی وابستگی تباری (نژادی) وضعیت از نظر بهداشت-درمان

اولین ستون جدول ۱ نشان می‌دهد که افراد یک جمعیت می‌توانند برحسب وضعیت اقتصادی، وابستگی قومی/تباری، و وضعیت سلامت طبقه‌بندی شوند. وضعیت اقتصادی رویکردی است که توسط وگستف، ماکینن و دیگران، و کاسترو لیل و دیگران در پیش گرفته شده است، لکن بهیچوجه تنها مشخصه یا وسیله بررسی به شمار نمی‌رود. دیگر پژوهشگران عامل موقعیت جغرافیایی

1. Wagstaff  
5. Gakido et al

2. Makinen et al

3. Castro leal et al

4. Brockerhoff

(به طور مثال، تفاوت‌های ناشی از شهرنشینی یا ده‌نشینی)، نوع اشتغال (با اشاره تلویحی به طبقه اجتماعی و نیز وضعیت اقتصادی)، جنس و خصوصیات تباری (نژادی) مورد علاقه بروکرهف و هیوت<sup>۱</sup> را نیز مورد نظر قرار داده‌اند. با وجود این، رویکرد دیگری حاوی طبقه‌بندی اعضای جمعیت صرفاً از لحاظ میزان برخورداری از بهداشت و درمان - یعنی تقسیم آنها به افراد برخوردار از کمترین تا بیشترین حد سلامت - نیز وجود دارد که گاکید و دیگران آن را ترجیح می‌دهند.

جدول شماره ۱ همچنین نشان می‌دهد که جنبه‌های گوناگون بهداشت - درمان می‌تواند ذیل دو سر فصل وضعیت بهداشت و درمان و خدمات بهداشتی - درمانی و شیوه‌های تأمین منابع مالی آن قرار گیرد. سه تا از گزارش‌های یاد شده در بالا منحصرأ به وضعیت بهداشت و درمان پرداخته‌اند: وگستف، بروکرهف و هیوت بیشترین حد تمرکز را متوجه مرگ و میر کودکان و نوزادان کرده‌اند، در حالی که گاکید و دیگران از دامنه امید به زندگی توأم با سلامت<sup>۲</sup> - یعنی مقیاسی که شامل هر دو مقوله مرگ و میر کودکان و ابتلای به بیماری در همه رده‌های سنی می‌شود - استفاده می‌کنند. دو گزارش دیگر چگونگی کاربرد خدمات بهداشتی - درمانی و تأمین منابع مالی آنها را مورد بررسی قرار داده‌اند: ماکینن و دیگران به استفاده از خدمات درمانی و همچنین پرداخت‌های افراد بابت هزینه خدمات یاد شده نظر دارند، در حالی که کاسترو لیل و دیگران به بررسی این موضوع می‌پردازند که کدام گروه اقتصادی از نظر مالی بیشتر از دیگران از هزینه خدمات درمانی دولت استفاده می‌کند.

بیشتر نکات باقیمانده در بخش موضوعی این شماره بولتن متوجه دومین هدف، یعنی شناسایی رویکردهایی با هدف کاهش نابرابری و مشکل فقر است که پژوهش جاری به فراهم کردن مستندات پشتیبانی‌کننده آنها می‌پردازد.

مقالات این بررسی تحلیلی حاوی دو قدم اولیه پیشنهادی برای گذر از مرحله پژوهش به مرحله عمل است. این پیشنهادها مبنایی برای بحث گروهی - که به دنبال تنظیم گزارش‌های پژوهشی / تخصصی رخ می‌دهد - به دست می‌دهد. در این گفت و گوهای گروهی هیئت<sup>۳</sup> مرکب از چهره‌های بین‌المللی متخصص در زمینه بهداشت و درمان دو قدم یاد شده در بالا را مورد ارزیابی و انتقاد قرار داده، مهمتر از آن، پیشنهادهای جدیدی نیز مطرح می‌کنند.

در این شماره بولتن - به منظور نشان دادن تأثیر تجربیات گذشته بر کوششهایی که برای پیشرفت به عمل می‌آید - گزیده‌ای از آثار و نوشته‌های ویلیام فار، اپیدمیولوژیست انگلیسی قرن نوزدهم - که به خاطر ابتکار و پایه‌گذاری استفاده از روش عامی در بررسی موضوع نابرابری

1. Hewet

2. health expectancy

3. panel

بهداشتی- درمانی اعتباری چشمگیر کسب کرده بود - به عنوان نوشتاری کلاسیک در مقوله بهداشت عمومی، دوباره چاپ شده است.

مطالب مزبور که در حدود یکصد سال پیش نوشته شده است، حتی امروز نیز به عنوان الگویی برای تجزیه و تحلیل آماری کاربردی، یعنی استفاده مؤثر از یافته‌های آماری در تأیید سیاستهای دولتی در جهت کاهش فقر اعتبار خود را حفظ کرده است. امروزه، مدل عمل‌گرای مبتنی بر تجزیه و تحلیل فاز به همان اندازه صحیح و مرتبط با موضوع مورد بحث است که در زمان خود وی بود.

## زمینه محیطی موضوع

### نگرانیهای تازه درباره نابرابری در بهداشت- درمان

در سالهای اخیر، علاقه‌مندی و توجه جامعه جهانی نسبت به نابرابری در توزیع خدمات بهداشتی- درمانی دستخوش تغییری محسوس شده است. این توجه از حدود نیمه دهه ۱۹۷۰ تا نیمه دهه ۱۹۸۰ بسیار بارز بود. در آن زمان بود که این علاقه‌مندی جای خود را به توجهی عمیقتر، یعنی کارایی نظام بهداشتی- درمانی، قابلیت دوام و به‌طور کلی ارزش نظام مزبور داد. در سالهای اخیر، توجه به برابری، رعایت عدل و انصاف، و سلامت افراد کم درآمد دوباره رو به افزایش نهاده است. فراز و نشیبهای اولیه. از نظر کسانی که به موضوع نابرابریهای بهداشتی- درمانی و مقوله‌های مرتبط با آن می‌اندیشند، ده سال فاصله بین نیمه دهه ۷۰ تا نیمه دهه ۸۰ دوره‌ای مطلوب به شمار می‌رفت. در بخش توسعه اقتصادی، تمرکز بر رشد کلی<sup>۱</sup> به شدت مورد مخالفت هواداران توسعه تدریجی به شیوه از پایین به بالا<sup>۲</sup> - با تأکید بر نیازهای اولیه انسانها - قرار گرفت.

در بخش بهداشت و درمان، این گرایش فکری در قالب نهضت «بهداشت برای همه» - که تا حد زیادی با الهام از مصوبات کنفرانس بین‌المللی درباره مراقبتهای بهداشتی- درمانی ۱۹۷۸ آلمان تسریع شد - نشان داده شده است. این نهضت، با پشتیبانی از، و تشویق، توسعه خدمات مراقبتی بهداشتی- درمانی رایگان در راستای پوشش دادن به تمامی افراد جمعیت توسط دولتها، به تمرکز بر قدرت بر جامعه‌گرایی منجر شد. با توجه به الگوهای اپیدمیولوژیکی غالب در میان طبقات نیازمند، خدمات ارزان قیمت توسط کارکنان بخش پیراپزشکی مستقر در روستاها برای دستیابی به

1. overall growth

۲. Trickle-up. نظریه‌ای است درباره تحریک رشد اقتصادی از طریق پرداختهای مستقیم (از جمله کمک هزینه رفاهی) توسط دولت به طبقات نیازمند. نظریه مخالف آن Trickle-down است که در بخشهای بعدی این مقاله توصیف شده است.

این هدف اختصاصاً مناسب و مرتبط به نظر می‌رسید. این خدمات و سایر انواع مشابه در آنچه بعدها «مراقبت‌های اولیه بهداشتی-درمانی»<sup>۱</sup> نامیده شد نقشی اساسی ایفا کرد. طولی نکشید که یونیسف<sup>۲</sup> با حمایت مجدانه خود از برنامه «تحول اساسی برای بقای کودکان» بر مبنای اقدامات (اولیه) مراقبتی ویژه به این نهضت پیوست.

با وجود این، این حال و هوا دوامی نیافت، و با رسیدن به نیمه دهه ۱۹۸۰ موقعیت از سه جهت دستخوش تغییر شد: اول، تصویر توسعه کلی (همه جانبه)، به سبب وقوع مشکلات جدی اقتصادی تجربه شده توسط بسیاری از کشورهای فقیر تیره شده بود. تصویر مزبور این نکته را روشن کرد که اهداف آرمان‌گرای خدمات بهداشتی-درمانی دولتی و رایگان برای همه تحقق نخواهد یافت - حداقل نه در کوتاه مدت. دوم، تغییرات ریشه‌ای و مهم در فلسفه اقتصادی در کشورهای سوسیالیست اروپای شرقی و چین اعتماد قبلی به توفیق‌آمیز بودن رویکردهای هدایت‌شونده توسط دولت در زمینه توسعه را از بین برد. این تغییرات به درون زمینه خدمات بهداشتی-درمانی نیز نفوذ کرده، به تدریج درباره مناسب بودن و به صلاح بودن نقش محوری دولت در تأمین بهداشت و درمان شک و تردیدی به وجود آورد. سوم، واقعیت به تدریج جایگزین احساس نشاط و رضامندی روزهای خوش اولیه دوران «نهضت بهداشت برای همه» شد؛ بررسی دقیق‌تر سابقه مراقبت‌های اولیه بهداشتی-درمانی، به درستی یا به اشتباه، بسیاری را بر آن داشت که توانایی نهضت مزبور در تولید منفی که در ابتدا از آن انتظار می‌رفت مورد تردید قرار دهند.

بدین ترتیب، پاندول از نهایت «بهداشت و درمان برای همه» دور شد و به سمت دیگر-یعنی آنچه «اصلاحات بخش بهداشت و درمان» نام گرفت-گرایش یافت. به یقین می‌توان گفت آمار و ارقام مربوط به موضوعهای فقر، عدالت و انصاف، و خدمات پایه‌ای کماکان به صورتی چشمگیر در نشریاتی از قبیل «گزارش توسعه جهانی در زمینه بهداشت و درمان سال ۱۹۹۳ بانک جهانی»، «اولین گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره بهداشت و درمان جهانی» منتشر شده در سال ۱۹۹۵، و همچنین گزارش سالانه (۱۹۹۵) رئیس سازمان بهداشت-درمان قاره امریکا<sup>۳</sup> منعکس بود. با وجود این مقوله بهداشت و درمان محرومان دیگر، به صورتی فزاینده و محسوس-به ویژه پس از انتشار طرح مؤثر تأمین مالی خدمات بهداشتی-درمانی بانک جهانی در ۱۹۹۷-به‌طور انحصاری در مرکز توجه صاحب‌نظران علاقه‌مند به مشکلات بهداشتی-درمانی کشورهای در حال توسعه قرار نمی‌گرفت، بلکه به تمرکز به سمت پایایی و قابلیت دوام-به نحوی که در فعالیت فشرده انجام شده

1. primary health care

2. UNICEF

3. Pan American Health Organization

برای تأمین مالی برنامه بهداشت و درمان منعکس شده است - و همچنین به سمت مقوله کارایی - آن طور که در فشار ایجاد شده برای افزایش میزان بهره‌وری از هزینه‌ها مشاهده می‌شود - گرایید. به تعبیر اپیدمیولوژیکی، توجه از فشارهای بیماریها بر قشر نیازمند و آسیب‌پذیر به سمت فشار و عوارض آنها بر جامعه جهانی به عنوان یک کل منعطف شده و بر مرحله گذر دموگرافیکی / اپیدمیولوژیکی به وجود آورنده طبقات میانی و بالایی جدید در کشورهای فقیر متمرکز شد. مشخصه‌های بیماریهای آن مرحله بیشتر به غرب شباهت داشت تا به (بیماریهای) نیازمندان جهانی.

**اولین وهله پیدایش نگرانی مجدد.** با آغاز هزاره سوم، نشانه‌هایی از اولین وهله نگرانیهای تازه (شده) درباره فقر، و رعایت عدالت در توزیع خدمات بهداشتی - درمانی به چشم می‌خورد. یکی از نشانه‌ها پیدایش بیش از یک دوجین پروژه مشترک میان کشورها در زمینه‌های بهداشت و درمان، فقر، و عدالت و انصاف است که توسط طیف وسیعی از کشورهای کمک دهنده حمایت می‌شود و متجاوز از یکصد کشور را پوشش می‌دهد. شاخص دیگر اهمیت است که در استراتژی جاری بانک جهانی برای فعالیت در زمینه بهداشت و درمان، تغذیه و جمعیت<sup>1</sup> (تعیین شده در سال ۱۹۹۷)، برای بهبود بهداشت و درمان قشرهای نیازمند مشاهده می‌شود. بر اساس این استراتژی اولویت اول برنامه HNP بانک همکاری با کشورها در جهت بهبود نتایج حاصل از خدمات بهداشت - درمان، و تغذیه جمعیت نیازمند جهان است. بیانیه دکتر گروهارلم براندتلند<sup>2</sup> مدیرکل سازمان جهانی بهداشت عامل انگیزشی دیگری به وجود آورد. به طور مثال، نامبرده در پیام مقدماتی خود ضمن گزارش بهداشت جهانی سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت نظرات خود درباره زمینه‌های نیازمند تلاش به منظور بهبود شرایط بهداشت و درمان در جهان را اعلام کرده است. وی همچنین این نکته را خاطر نشان کرد که، «اولین و فوری‌ترین» موضوع و زمینه بررسی، نیاز به کاهش قابل ملاحظه مشکل آزاردهنده مرگ و میر و ابتلای مفرط به بیماری در طبقات کم درآمد است.

احتمالاً به نظر می‌رسد نگرانیهای تازه حداقل تا یکی دو سال آینده ادامه داشته باشد. این، بعضاً ناشی از توجه روزافزون به مسئله فقر و نابرابری در زمینه (وسیع تر) توسعه کلی و تا حدی نیز ناشی از عوارض و نتایج پیشرفتهای به دست آمده در جامعه جهانی بهداشت است. یکی از دلایل برای پیش‌بینی توجه فزاینده به مقوله فقر و نابرابری تأکید خاص بر موضوع فقر در گزارش سالانه آتی بانک جهانی است. مشورت‌های اولیه گروه مسئول تهیه گزارش سالانه بانک با مقامات مربوط در

1. Health, Nutrition, Population (HNP)

2. Dr. Gro Harlem BrandtLand

کشورهای در حال توسعه تاکنون منجر به جلب توجه عده زیادی از صاحب نظران به مشکل فقر شده است، و در صورتی که تجربیات گذشته بتواند چراغ راه آینده شود، می توان انتظار داشت، در سایه این علاقه مندی، در طول ماههای باقیمانده تاگردهمایی بعدی بانک جهانی و برای مدت حداقل یک یا دو سال بعد - یعنی زمانی که یافته های بانک به شیوه ای فراگیر در اختیار همگان قرار گیرد - ادامه داشته باشد. در این صورت، تأکید بر فقر گزارشهای تحلیلی و انتشارات برنامه توسعه سازمان ملل<sup>۱</sup> را - که گزارش توسعه جوامع انسانی<sup>۲</sup> سال ۱۹۹۹ خود را به موضوع فقر اختصاص داده است، و همچنین در شماره های بعدی نشریه (دوباره دیگر موضوعها) توجه اصلی را معطوف مشکل فقر و نابرابری کرده است - تقویت خواهد کرد. «شاخص توسعه انسانی»<sup>۳</sup> با گرایش به مشکل فقر، در گزارش توسعه جوامع انسانی، توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است، و دلایلی کافی برای باور کردن این نکته وجود دارد که گزارش مزبور در آینده نیز مورد توجه صاحب نظران در موضوع فوق و مسائل مربوط به آن قرار خواهد داشت؛ در این مسیر، ادامه همراهی با، و استفاده از تخصص، پروفیسور آمارتیا سن<sup>۴</sup> - که دریافت جایزه نوبل ۱۹۹۸ در علم اقتصاد ارج و شهرتی چشمگیر به خاطر استفاده از دانش صاحب نظران علم اقتصاد برای حل مشکل فقر به وی بخشید - نیز بهره مند خواهد شد.

در چارچوب بخش بهداشت و درمان، می توان پیش بینی کرد یافته های مقالات پژوهشی فنی ارائه شده در این بخش موضوعی و همچنین در چندین نشریه دیگر، که قرار است در آینده نزدیک منتشر شوند، میزان آگاهی در زمینه بهداشت و درمان فقرا و همچنین درباره نابرابری بین بهداشت و درمان نیازمندان و طبقات مرفه را افزایش دهد. افزایش دانش در دسترس در این زمینه جلب توجه به موضوعهای مرتبط (با دانش مزبور) و حتی مهمتر از آن، توسعه استراتژی برای اصلاح مشکلاتی که شناخته می شوند را نیز آسانتر خواهد کرد.

محرک و مشوق بیشتری می توان از سازمانهایی از قبیل بنیاد راکفلر<sup>۵</sup> - که طرح ابتکاری آن، برابری جهانی بهداشت و درمان، تا این تاریخ کمک عمده ای در این زمینه به شمار آمده است، و اخیراً نیز، برابری در بهداشت و درمان را به عنوان موضوعی حائز اولویت برای اقدام و تأمین منابع مالی لازم انتخاب کرده است و دپارتمان توسعه بین المللی انگلیس<sup>۶</sup>، که هم اکنون به بررسی پیشنهادها

1. United Nations Development Program (UNDP)

2. Humam Development Report (HDR)

3. human development index

4. Amartya Sen

5. Rockefeller Foundation

6. United Kingdom International Development Department



مربوط به بهداشت و درمان مطرح شده در نشریه وایت پی پر<sup>۱</sup> پرداخته است. اتحادیه اروپا<sup>۲</sup> که اقدامات مشابهی برای بررسی عوارض ضمنی فعالیتهای بهداشتی - درمانی خود به نفع نیازمندان را آغاز کرده است؛ و بالاخره، مؤسسات امدادی با گرایش به فقر، از قبیل آنهایی که در کشورهای هلند و اروپای شمالی به تلاشی دامنه‌دار در این زمینه دست زده‌اند، انتظار داشت. حتی احتمال زیادی وجود دارد سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی علاقه‌مندی بیشتری نیز در این مورد نشان دهند. سازمان جهانی بهداشت اخیراً یک گروه کار در حد یک مؤسسه برای توسعه استراتژی مرتبط با موضوع فقر ایجاد کرده است، و بانک جهانی نیز، همراه با صندوق بین‌المللی پول<sup>۳</sup> در جریان برنامه‌ریزی اقداماتی ابتکاری در راستای کاهش فشار و امها بر کشورهای فقیر و دارای بدهیهای سنگین و همچنین تشویق کشورهای در حال توسعه به افزایش تعهد خود در مورد تأمین بهداشت و آموزش و پرورش طبقات محروم کشورهای مزبور است.

عوارض ضمنی کاربرد در بلند مدت. با وجود اینکه همه اقدامات مزبور از نظر علاقه‌مندان به رعایت عدالت در توزیع خدمات بهداشتی - درمانی و همچنین سلامت نیازمندان دلگرم‌کننده است، با اقداماتی که تضمین‌کننده بهبودی قابل ملاحظه در موقعیت فعلی باشد فاصله‌ای بسیار دارد. مشکلات جدی ناشی از توزیع نابرابر خدمات بهداشتی - درمانی میان نیازمندترین افراد، اقداماتی به مراتب بیشتر از چند مورد اعلام سیاست، انجام مطالعات آماری، و برگزاری چند گردهمایی بین‌المللی را می‌طلبد. بدیهی است پیشرفت عمده در مبارزه موفقیت‌آمیز با مشکلات مزبور مستلزم تعهد و تمایل صادقانه و بلند مدت در راستای ایجاد تحولات عمده در استراتژی‌های بهداشت و درمان و توسعه است. مفهوم این بیان آن است که برای ایجاد تکانه و نیرویی مؤثر در جهت ایجاد تحول در این زمینه لازم است رخدادهای امیدوارکننده توسعه را مبنای عمل قرار داده و حتی از آن فراتر رفت. تشخیص و تعیین چگونگی انجام این حرکت به بهترین وجه نشان دهنده یکی از مبارزه‌طلبی‌های عمده پیش روی علاقه‌مندان به موضوع نابرابری در مقوله بهداشت و درمان است.

هر نوع استراتژی با هدف از بین بردن یا کاهش این نابرابریها بدون تردید متمایل به قائل شدن بیشترین حد اولویت برای کاهش مشکل فقر، به طور کلی، از طریق توسعه اساسی و بنیادین اجتماعی - اقتصادی است. این کار، بی‌گمان، نیازمند حد و درجه‌ای تأثیرگذار از اراده سیاسی، شامل

۱. White Paper، نشریه‌ای است که بالاترین میزان اولویت را برای موضوع کاهش فقر قائل است.

2. European Union (EU)

3. International Monetary Fund (IMF)

تصمیم قاطع رهبران ملی و بین‌المللی به موضع‌گیری و قیام بر علیه «دارندگان»<sup>۱</sup> به منظور نیل به آرمانهای «نه دارندگان»<sup>۲</sup> است. ملاحظاتی از این دست صاحب‌نظران در زمینه بهداشت و درمان را ترغیب می‌کند به جای محدود کردن فعالیتهای خود به کار در بخش بهداشت و درمان، به خاطر رسیدن به برابری سیاسی و اقتصادی، خود را برای ورود به جرگه سیاست آماده کنند.

در عین حال، این نکته نیز باید تشخیص داده شود که اگرچه بخش بهداشت و درمان لزوماً مهمترین مسیر برای برخورد با مشکل نابرابری نیست، میدانی است که در آن متخصصان بهداشت و درمان از بالاترین حد‌کردانی و تخصص، و به همین مناسبت، از امتیازات نسبی بیشتری برخوردارند. این نکته برای متخصصان مزبور دلایلی منطقی و قانع‌کننده برای صرف حداقل بخشی از وقت و انرژی خود در بخش بهداشت به دست می‌دهد. این کار به آنها امکان می‌دهد این نکته را دریابند که در چارچوب این بخش، برای حمایت از تلاشهایی که در جهت ایجاد جامعه‌ای بیشتر برخوردار از برابری به عمل می‌آید، چه کاری از آنها ساخته است. بدین لحاظ، بقیه محتوای این مقاله بر بخش بهداشت و درمان تمرکز دارد و دو قدم اولیه‌ای که کارشناسان بهداشت و درمان می‌توانند به عنوان بخشی از کوشش بسیار وسیعتر مورد نیاز در این جهت بردارند، پیشنهاد می‌کند: قدمهایی به سمت افزایش درجه و میزان تأثیرگذاری (احساس) علاقه‌مندی و نگرانی درباره نابرابریهای بهداشتی-درمانی.

## هدفگذاری

### رسیدن به توافق در مورد تفاوت‌های فقر، برابری و عدالت

اولین قدم در این زمینه تفکر روشن‌تر درباره اهداف است، بدین معنا که در اولین وهله لازم است در مورد سه جریان یا مکتب فکری موجود در جامعه جهانی در مورد تعیین مناسب‌ترین هدف در تنظیم و اجرای برنامه‌های بهداشت و درمان گروه‌های جمعیتی محروم به توافقی عملی دست یافت. نقاط تمرکز جریانات فکری مورد اشاره به این ترتیب است: (۱) بهبود بهداشت و درمان نیازمندان؛ (۲) کاهش نابرابری بین طبقات مرفه و فقیر، و (۳) اصلاح سیاستها و روشهای متهمی به بی‌عدالتی.

● موارد تشابه و تمایز میان سه جریان فکری. افراد علاقه‌مند به موضوع فقر و نیز آنهایی که بیشتر به کاهش نابرابری و بی‌عدالتی توجه دارند همگی در این مورد اشتراک نظر دارند که در زمینه بهداشت و درمان نیز، همانند سایر زمینه‌های متعدد، میانگین‌های اجتماعی نوعاً به همان اندازه که به

1. Haves

2. Have nots

روشن کردن واقعیت می‌پردازند، گمراه‌کننده نیز هستند. به این ترتیب توجه و نگرانی آنها نه به شرایط بهداشتی-درمانی غالب در جامعه به عنوان یک کل، بلکه به شرایط گروه‌های گوناگون اجتماعی/اقتصادی درون آن جامعه - به ویژه به شرایط حاکم در پایین‌ترین و محروم‌ترین گروه‌ها معطوف است. لکن در متن این توجه و نگرانی مشترک مواردی از افتراق وجود دارد. آنان که از دیدگاه فقر به موضوع بهداشت و درمان برخوردار می‌کنند، نوعاً، در بدو امر، صرفاً به بهبود شرایط بهداشت و درمان نیازمندان توجه دارند تا به کاهش فاصله بین دو گروه فقیر و غنی. از نظر کسانی که دارای گرایش برابری‌اند، هدف اصلی کاهش اختلاف بین فقیر و غنی، از حیث خدمات بهداشتی-درمانی است، و کسانی که نگران بی‌عدالتی در ارائه خدمات مزبور هستند، به اصلاح بی‌عدالتی - که به صورت نابرابری در ارائه خدمات به، یا شرایط بهداشتی-درمانی ناکافی در میان، محرومان ظاهر می‌شود - توجه دارند.

● **نتایج ضمنی/عملی موارد تشابه و تفاوت.** تمایز میان فقر، برابری و عدالت در بیشتر موارد از اهمیت واقعی (عملی) کمی برخوردار است. با وجود این موقعیتهایی می‌توان یافت که در آنها تمایز حائز اهمیت می‌شود.

● **موضع منطقی در قبال فقر، نابرابری و بی‌عدالتی.** این نکته در عین حال مشکل‌ترین و مهم‌ترین موضوع به شمار می‌رود. آنچه باید در اینجا مورد بحث و توجه قرار گیرد آن است که نکات مشترک میان طرفداران دیدگاه‌های گوناگون به مراتب مهم‌تر از مواردی است که آنها را از هم جدا می‌کند، و اینکه رسیدن به توافق عمومی به نفع هر یک از دیدگاه‌های مزبور به تنهایی، بسیار کم اهمیت تراز تسامح و قابلیت انعطاف متقابل به منظور تسهیل پیشرفت است.

لکن، قبل از پیشنهاد هر نوع جزئیات نکات و مفاهیم مزبور بهتر است به توضیح کامل‌تری درباره محتوای رویکردهای دارای گرایش به فقر و برابری در برخورد با موضوع بهداشت و درمان، چگونگی ارتباط هر یک از آنها با عدالت در توزیع خدمات بهداشتی-درمانی، و همچنین درباره عوارض ضمنی مترتب بر انتخاب هر یک از رویکردها توجه کنیم.

**فقر و بهداشت و درمان.** فقر، موضوع اصلی مورد تمرکز اولین مکتب فکری، به شرحی که در بالا اشاره شد، در شکل دادن به طرز تفکر و نظریه موجود درباره توسعه عمومی به مدت دو دهه نقشی اساسی داشته است. این نظریه در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰، در واکنش به اهمیت و تأکید غالب آن زمان بر نرخهای رشد درآمد سرانه کلی<sup>۱</sup> کشورها بروز کرد. در آن دوران چنین

1. overall per capita income rates.

پنداشته می‌شد که توجه به توزیع، احتمالاً اهمیت رشد کلی اقتصاد را - که برای کاهش فقر در بلند مدت شرطی لازم به شمار می‌آمد - کمتر جلوه خواهد داد. در آن زمان، تمرکز، در وهله اول، بر رشد کلی / عمومی نظریه‌ای فراگیر بود. نتیجه این طرز فکر می‌توانست افزایش نابرابری در کوتاه مدت باشد، اما در نهایت، مزایای حاصل از اعمال نظریه مزبور (تحریک رشد اقتصادی از بالا به پایین)<sup>۱</sup> عاید قشر نیازمند شده و در بلند مدت به زندگی بهتری - از آنچه می‌توانست در چارچوب یک استراتژی توسعه مبتنی بر تأمین نیازهای فوری آنان فراهم شود - دست می‌یافتند.

مکتب فکری "تحریک رشد اقتصادی" از "پایین به بالا" و "نیازهای اساسی انسانها" که در تقابل و تضاد با نظریه "از بالا به پایین"، به وجود آمد، طرفدار رسیدگی به، و کوشش در راستای، بهبود وضعیت نیازمندان، به عنوان بهترین وسیله ایجاد رشد پایا است. بحثهای متعدد در مورد بهترین شیوه تعریف گروههای جمعیتی مورد نظر منجر به ایجاد دو رویکرد زیر شد:

● اولین رویکرد که بر مبنای آنچه اغلب "فقر مطلق"<sup>۲</sup> نامیده می‌شود، بنا شده است. دارای ماهیتی جهانی است، و فقر را براساس سطح معینی از درآمد یا مصرف - که به طور عادلانه درخور و مناسب برای افراد جمعیت در هر نقطه جهان است - تعریف می‌کند. این کار معمولاً با تعریف "خط فقر"<sup>۳</sup> به عنوان کمترین مقدار پولی که برای تهیه مقدار غذای لازم - برای فراهم کردن حداقل رژیم غذایی (ضمن باقی‌ماندن مبلغی برای خرید دیگر ملزومات) - کفایت می‌کند، انجام می‌شود. یک مرجع معروف استفاده‌کننده از این رویکرد بانک جهانی است که وقت و کوشش بسیاری مصروف تعریف یک خط فقر جهانی مناسب و برآورد تعداد افرادی که در زیر خط مزبور زندگی می‌کنند کرده است. خط فقر جهانی جاری در حد میانگین مصرف سرانه یک دلار آمریکا در روز (به دلار سال ۱۹۸۵) - که با توجه به تفاوت‌های قدرت خرید میان کشورها تنظیم و تعدیل شده است - قرار دارد. سطح مصرف در حدود ۱۳۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان در زیر این خط قرار دارد، و تقریباً تمامی این جمعیت یعنی کمی کمتر از یک - چهارم مجموع جمعیت دنیا در آسیای جنوبی، نواحی زیر صحرای آفریقا و چین زندگی می‌کنند.

۱. Trickle-down. نظریه‌ای است اقتصادی که معتقد است کمکهای دولت (مرکزی) و سوق دادن اعتبارات به درون نظام اقتصادی، از طریق توزیع میان سازمانها (کسب و کارها) موجب تحریک رشد اقتصادی می‌شود و نتایج آن از بالا به پایین هرم اجتماعی جریان یافته، شامل طبقات زیرین نیز می‌شود. این تعریف از کتاب: Dictionary of Business and Management نوشته Rosenbery اقتباس شده است. م.

2. absolute poverty                      3. poverty line

● رویکرد دوم: که بیشتر با ویژگیهای هر کشور سازگاری دارد، به آنچه معمولاً "فقر نسبی"<sup>۱</sup> نامیده می‌شود، اشاره می‌کند. در اینجا، شیوه عمل مبتنی بر تعریف خط فقر از حیث ارتباط با وضعیت یک جامعه بخصوص است. این کار، به‌طور نوعی، به یکی از دو طریق زیر انجام می‌شود: یک راه قابل قیاس با رویکرد بین‌المللی (اشاره شده در بالا)، تعیین میزان درآمد مورد نیاز برای یک زندگی مناسب، براساس برخی از تعاریف محلی معمول برای "مناسب بودن" است. این نوع خط فقر در هر دو گروه کشورهای توسعه‌یافته و نیافته مورد عمل قرار می‌گیرد. به‌طور مثال، در امریکا - براساس برآورد سازمان سرشماری کشور<sup>۲</sup> - یک خانواده چهار نفری در سال به ۱۶,۰۰۰ دلار برای تهیه حداقل غذای لازم برای یک رژیم متناسب و تأمین سایر اقلام ضروری نیاز دارد، و ضمناً ۱۲/۷ درصد جمعیت کشور نیز در زیر این خط زندگی می‌کنند. رویکرد دوم خط فقر ملی را صرفاً سهمی - معمولاً به دلخواه تعیین شده - از میانگین مصرف یا درآمد سرانه یک جامعه تعریف می‌کند. در انگلیس، ضمن آمارهای ثبت‌شده متعدد برای تعیین دامنه فقر، به بخش یا درصدی از جمعیت (در حال حاضر کمی کمتر از یک چهارم) اشاره می‌شود که با درآمدی کمتر از نصف متوسط درآمد سرانه کشور زندگی می‌کنند.

همان‌طور که از اشارات مکرر (به شرح فوق) به درآمد و مخارج برمی‌آید، فقر، به‌طور سنتی، توسط هر دو رویکرد از نظر وضعیت اقتصادی تعریف شده است. به‌طور کلی می‌توان گفت وضعیت بهداشت و درمان از عناصر تشکیل‌دهنده این تعریف نبوده است. بعدها، ضمن نظریه‌های مربوط به فقر، موضوع بهداشت و درمان - بدواً به عنوان خدمتی که باید در اختیار افراد فقیر (براساس معیار میزان درآمد یا هزینه) قرار گیرد - نیز مطرح شد. به این ترتیب، به عنوان مثال، گزارش توسعه جهانی سال ۱۹۹۰ بانک جهانی در زمینه فقر، افراد قشر نیازمند را از حیث وضعیت اقتصادی تعریف، و برنامه‌های بهداشت و درمان را در شمار خدمات اجتماعی توصیه شده برای کمک به فقرا اعلام کرد.

با وجود این، احتمال می‌رود در سالهای آینده نزدیک تغییرات مهمی در این زمینه رخ دهد. مهمترین عامل در تعریف «درآمد/مخارج» فقر به شیوه‌ای جدی یا مخالفت متفکران پیشتازی چون آمارتیا سن - که به جای تعریف فوق تعریف دیگری از فقر بر مبنای ظرفیت و توان فقرا برای بهبود زندگی‌شان ارائه می‌کند، و وضعیت بهداشت و درمان (و آموزش و پرورش) را در این مورد از حیث اهمیت همسنگ درآمد می‌داند - رو به‌رو شده است. مؤسساتی نظیر برنامه توسعه سازمان ملل متحد

1. relative poverty

2. The US Census Bureau

که فقر را از حیث شاخص توسعه انسانی ارزیابی می‌کنند. شاخصی که علاوه بر میزان درآمد شامل شرایط بهداشت، درمان و آموزش و پرورش هم می‌شود. نیز با این تفکر همصدا شده‌اند. به زعم نویسندگان این مقاله، به نظر می‌رسد به احتمال قوی بانک جهانی نیز - در جریان تهیه و تنظیم شماره آینده نشریه گزارش توسعه جهانی (۲۰۰۱-۲۰۰۰) درباره موضوع فقر- درصدد ایجاد نوعی مبنای وسیع‌تر برای تعریف فقر خواهد بود. به سبب پیشرفته‌ها و تحولاتی نظیر آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد بهداشت و درمان در انتظار حرکتی چشمگیر به سمت موضوع اصلی تفکر درباره فقر- به عنوان یک عامل تشکیل‌دهنده تا صرفاً تعیین‌کننده آن- قرار دارد.

**نابرابری در بهداشت و درمان.** در عین حال که علاقه‌مندی و توجه به کاهش فقر و بهبود وضعیت بهداشت و درمان فراگیر شده است، به هیچ وجه رویکردی مرجح همگان نیست. بسیاری از صاحب نظران بیشتر فکر خود را بر نابرابری، هم به طور کلی و هم خصوصاً از حیث بهداشت و درمان، متمرکز کرده‌اند.

تمرکز اینچنین مدت‌هاست که جای ویژه مهمی را در اندیشه‌های مربوط به موضوعهای مرتبط با بهداشت و درمان جهانی اشغال کرده است. گفتن اینکه تمرکز منحصرأ بر نابرابری بوده است، مبالغه در ارزیابی موضوع تلقی خواهد شد زیرا در اسناد مهم مربوط به بهداشت جهانی، حداقل از تاریخ امضای اعلامیه آما آتا (۱۹۷۸) به بعد می‌توان به اظهار نظرهایی حاکی از علاقه‌مندی به موضوع فقر اشاره کرد.

لکن، به ندرت می‌توان در یک بیانیه مهم بین‌المللی در زمینه بهداشت و درمان مشاهده کرد که حداقل وزن و اهمیتی برابر - اگر نه بیشتر - با کاهش نابرابری به آن داده نشده باشد. به طور مثال، در عین حال که اعلامیه آما آتا نشان‌دهنده توجه و نگرانی امضاکنندگان از نابرابری غیرقابل قبول در وضعیت بهداشت و درمان حاکم بر زندگی صدها میلیون مردم فقیر جهان است، از مراقبت‌های اولیه بهداشتی- درمانی - به خاطر توان بالقوه آن در حذف فاصله بین "دارا" و "ندار"، یعنی کاهش نابرابریها در زمینه بهداشت و درمان حمایت می‌کند. گزارش سال ۱۹۹۵ بهداشت جهانی، یاد شده در پیش که حرف بسیاری برای گفتن در زمینه بهداشت و درمان فقرا داشت، به عنوان فرعی «پلی بر فاصله‌ها»<sup>۱</sup> - که به نابرابریهای موجود بین فقرا و افراد مرفه اشاره داشت - شناخته شد. یک مصوبه عمده سازمان جهانی بهداشت، در این زمینه، اهمیت توجه به نابرابری بهداشتی- درمانی بین قشر فقیر و غنی به جای تمرکز توجه صرف بر بهداشت و درمان نیازمندان را مورد تأکید قرار می‌دهد.

به همین ترتیب، نابرابریهای بهداشتی- درمانی نقشی بسیار مهمتر از بهداشت و درمان نیازمندان به تنهایی، در یک سنت قدیمی اروپایی (علاقه‌مندی به موضوع) داشته است. بنابراین، به طور مثال، گزارش سال ۱۹۸۰ بلاک<sup>۱</sup> که در مقیاس وسیعی در انگلیس معرفی شده بود، نابرابریهای بهداشت و درمان نام گرفت. این در تکوین گزارش خلف خود، یعنی گزارش سال ۱۹۹۸ آچسن<sup>۲</sup> تأثیری فراوان داشت. در همین راستا، هدفهای سال ۱۹۸۴ دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت برای اروپا دایر بر کاهش نابرابریهای بین فقیر و غنی تدوین شد. تصمیم نامه سازمان جهانی بهداشت که هدفهای مزبور ضمن آن ارائه داده شد، حاکی از آن است که "با رسیدن به سال ۲۰۰۰، تفاوتهای واقعی موجود در زمینه بهداشت و درمان میان کشورها و گروههای داخلی آنها باید از طریق بهبود سلامت ملل و گروههای محروم حداقل تا ۲۵ درصد کاهش یابد."

با وجود این، دقیقاً همان‌طور که در زمینه کاهش فقر رویکردهای مناسب‌گوناگونی وجود دارد، به همین ترتیب، نظرات گوناگونی نیز درباره مناسبترین استراتژی‌ها در جهت کاهش نابرابریها ارائه می‌شود. نکات زیر روشنگر مقوله‌هایی است که به هنگام بحث درباره کاهش نابرابریهای بهداشتی- درمانی مطرح می‌شود:

● **مهمترین جنبه‌های نابرابری.** سنتی‌ترین رویکرد در این مورد بررسی و ارزیابی تفاوتهای موجود در وضعیت بهداشت- درمان براساس درآمد یا وضعیت اقتصادی فرد است. دیدگاهی که توسط بیشتر نویسندگان مقالات این بخش موضوعی تصویر شده است در همین راستا است. با وجود این، بعد اقتصادی بهیچوجه تنها عامل حائز اهمیت نبوده و برخی از صاحب‌نظران جنبه‌هایی حتی مهمتر از این را مورد نظر قرار می‌دهند. در سالهای اخیر، نابرابریهای مرتبط با جنس مراجعان در وضعیت بهداشت و درمان توجه زیادی را به خود معطوف کرده است. نابرابریهای ناشی از تبار و نژاد<sup>۳</sup> در بهداشت و درمان، موضوع نوشته‌ای توسط بروکرهف و هیووت نگرانیهای بسیاری، به ویژه در امریکا و افریقای جنوبی پدید آورده است. درجه و رشته تحصیلی و نوع اشتغال نیز به عنوان مبنایی برای تفکیک و تقسیم‌بندی جمعیت‌ها در جریان ارزیابی تفاوتهای بین گروهی در زمینه بهداشت و درمان، به صورتی فراگیر به کار برده شده است - هر چند، بیشتر به عنوان جانشینی برای وضعیت اقتصادی تا به عنوان شاخصهای علاقه‌مندی به حقوق فردی آنان. با اینهمه، رویکرد دیگری که در نوشته گاکیدو و دیگران از آن دفاع شده است، می‌تواند نابرابری "خالص" بهداشتی- درمانی - یعنی طبقه‌بندی افراد براساس وضعیت سلامت آنها از سالم‌ترین تا ناسالم‌ترین و قطع نظر از هر میزان

درآمد یا هر مشخصه دیگر به منظور سنجش نوع و میزان تنوع وضعیت بهداشتی- درمانی در یک جامعه- نامیده شود. کسانی که از این رویکرد استفاده می‌کنند به تدریج به سنت قدیمی بررسی موضوع از حیث توزیع درآمد می‌گریند.

● **شیوه اندازه‌گیری نابرابری.** همان‌طور که در نوشته گاکبید و می‌توان دید، تقریباً به تعداد آمارشناسان تعریف آماری نابرابری وجود دارد، و تعاریف مختلف می‌تواند تفسیرهای متفاوتی در مورد یک موقعیت یا روند واحد به دست دهد. تا این اواخر، یک مقیاس خاص- ضریب جینی<sup>۱</sup>- بیش از بقیه - حداقل در نظریه اقتصادی توسعه یافته و تکمیل شده از طریق مقایسه بین ۲۰ درصد فقیرترین و ۲۰ درصد غنی‌ترین قشرهای جمعیت (یا افراد واقع در زیر خط فقر و بالای خط مزبور) در مواردی که اطلاعات موجود برای محاسبه ضریب مزبور کفایت نمی‌کرد- رایج بود. با وجود اینکه ضریب جینی احتمالاً، حتی در این دوران، بارها به عنوان رایج‌ترین شاخص مورد استفاده شناخته شده است، موقعیت آن بدون دست یافتن به توافق همگانی مشخص درباره شق مرجع، در حال تضعیف است.

● **مهمترین جنبه‌های نابرابری.** همان‌طور که از مقالات فنی این بخش می‌توان دریافت، نقطه‌نظرهای متفاوت و متعددی در این ارتباط وجود دارد. برخی به نفع در نظر گرفتن وضعیت نابرابریهای بهداشت و درمان، به عنوان نتیجه‌ای که باید به محاسبه گرفته شود استدلال می‌کنند، و برخی دیگر به تمرکز بر خدمات بهداشتی- درمانی به عنوان تعیین‌کننده وضعیت بهداشت و درمان - عاملی که بسادگی تحت تأثیر نظرات متخصصان بهداشت و درمان قرار می‌گیرد - اعتقاد دارند. در درون هر یک از دو جریان فکری مزبور وجوه تمایز بیشتری نیز وجود دارد. به‌طور مثال، وضعیت سلامت می‌تواند یا به وسیله آزمایشهای فیزیکی یا به شیوه خود-ارزیابی تعیین شود (هر یک از دو رویکرد می‌تواند نتایجی کاملاً متفاوت با دیگری به دست دهد. به‌طور مثال، افرادی که از طریق معاینه بدنی بالنسبه ناسالم تشخیص داده می‌شوند، در همه موارد خود را ناسالمتر از افرادی که وضعیت سلامت آنها براساس همین آزمایش به‌صورتی قابل ملاحظه بهتر است، نمی‌پندارند. در ارتباط با خدمات بهداشت-درمان، وجوه تمایزی بین کاربرد و تأمین منابع مالی، بین خدمات غیرانتفاعی یا انتفاعی عمومی و / یا خصوصی با خدمات انتفاعی خصوصی و همچنین بین خدمات پیشگیری یا درمانی دیده می‌شود. کسانی که از لحاظ هر یک از این جهات پیشاهنگ به شمار می‌روند ممکن است از اهمیت و تأثیر جهات دیگر غافل بمانند.



● تمرکز ملی یا جهانی. مقالات فنی/تخصصی، همانند بیشتر نکات مذکور در این بخش، بدواً به نابرابری در درون کشورها پرداخته‌اند. اما در عین حال، میان کشورها و مناطق دنیا تفاوت‌هایی عمیق در این زمینه وجود دارد؛ بسیاری از کارشناسان و ناظران اولویتی حداقل برابر، و در بعضی موارد بیشتر، برای نابرابریهای حاصل از اختلافات بین -منطقه‌ای یا بین -کشوری قائلند.

رعایت عدالت در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی. فقر و نابرابری، آنچنانکه در پیش شرح داده شد، هر دو مفاهیمی عمدتاً حاصل تجربه‌اند. عدالت در تضاد با این مفاهیم، مفهومی مبتنی بر معیار یا هنجار<sup>۱</sup>، مسئله‌ای در باب ارزشها، و دارای ارتباطی نزدیک با مفهوم عدالت اجتماعی است. هنگامی که این مفهوم در مورد بهداشت و درمان به کار گرفته می‌شود، در اغلب موارد، به‌طور سنتی، با کاهش نابرابریها مرتبط بوده و ملازمه داشته است. بنابراین، یکی از متداول‌ترین تعاریف درباره بی‌عدالتی در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی تعریفی است که «به تفاوت‌های غیرمنصفانه و غیر عادلانه موجود در بهداشت و درمان اشاره می‌کند.» در حالی نظیر این، مصوبه سازمان جهانی بهداشت /دفتر منطقه‌ای اروپا درباره عدالت در بهداشت و درمان، به شرح فوق، خاطر نشان می‌کند، که «رعایت عدالت مستلزم کاهش موارد عدم تساوی غیر منصفانه است.» و اینکه، اعمال عدالت در بهداشت و درمان و توسعه مراقبتهای بهداشتی-درمانی به معنای کوشش در کاهش فاصله‌های اجتماعی غیرمنصفانه و غیر لازم در بهداشت و مراقبتهای بهداشتی-درمانی ... است.

با وجود این، عدالت را نباید موضوعی منحصرأ مربوط به کاهش نابرابریها دانست، بلکه می‌تواند با فقر نیز مرتبط باشد زیرا می‌توان چنین استدلال کرد که رضایت دادن به اینکه مردم به زندگی توأم با فقر ادامه دهند - در حالی که منابع کافی در جامعه، به‌طور کلی، برای بیرون کشیدن آنها از این ورطه وجود دارد - غیر منصفانه است. چنین ارتباطی به شکلی بارز در تفکر عام و کلی درباره عدالت اجتماعی به چشم می‌خورد، و در نوشته‌های مربوط به عدالت در بهداشت و درمان نیز مشاهده می‌شود.

یک مثال به‌ویژه مشهور تفکر عام فقرگرا درباره عدالت، اصل عدالت توزیعی ماکزیمین<sup>۲</sup> (بیشینه‌سازی کمینه) است که توسط جان راولز<sup>۳</sup> بیان شده است. اجرای این اصل و سایر اصول مشابه مستلزم وجود شیوه خاصی در توزیع منابع است که با اجرای آن افراد دارای «بدترین» وضعیت در یک اجتماع (آنهايي که در «پایین‌ترین» موقعیت قرار دارند)، از «حداکثر» مزایا و امکانات بهره‌مند می‌شوند. آنچه با اعمال چنین الگوی توزیع منابع به سر افراد مرفه می‌آید از نظر

اصل «فوق» غیر ذاتی و بیگانه است. حالت دیگری از این موضوع، آن‌طور که در مورد بهداشت و درمان به کار برده می‌شود، آن است که هر نوع دستاورد یا امتیاز بهداشتی مورد استفاده طبقه مرفه، ضمن کوششهایی که برای بهبود بهداشت و درمان نیازمندان به اجرا گذارده می‌شود، به سبب کم‌توان شدن فرایند کاهش نابرابری ناشی از امتیازات مزبور بیشتر- به عنوان مزایای جنبی خوشایند تلقی می‌شود تا موجهی برای تأسّف.

در شرایطی که به نظر نمی‌رسد تعداد زیادی از هواداران برابری‌گرای عدالت بهداشتی- درمانی تا این حد آمادگی پیشروی داشته باشند، تقریباً در بیانیه‌های همه آنها حداقل نشانه‌هایی از چنین تعریف عدالت فقرگرا جاداده شده است. نشانه‌ها را باید به روشنی هرچه بیشتر در تمایل مباحث مورد گفت‌وگوی برابری‌گرا در انکار علاقه‌مندی به یکی از راههای قابل بحث و بالقوه مؤثرتر کاهش نابرابریهای بهداشت و درمان بین غنی و فقیر، یعنی از بین بردن ثروتمندان مشاهده کرد. در مقابل این، تمرکز همه پیشنهادها شناخته شده عدالت بهداشتی- درمانی نابرابری‌گرا بر کاهش تفاوت‌های فقیر- غنی از طریق کوششهای ویژه برای بهبود وضعیت بهداشت / درمان فقراست - تمرکزی که موجب می‌شود پیشنهادها به صورتی حیرت‌آور با آنچه شخص ممکن است بخواهد در قالب یک رویکرد عدالت بهداشتی- درمانی فقرگرا انجام دهد، مشابه به نظر آید.

بنابراین، به‌طور مثال، تعریف عدالت بهداشتی- درمانی نابرابری‌گرای یادشده در پیش با اشاره به نابرابریهای ناعادلانه و غیرمنصفانه در زمینه بهداشت و درمان همراه با هدف عدالت بهداشتی- درمانی سازمان جهانی بهداشت و دفتر منطقه‌ای اروپا که با کاهش موارد عدم تشابه، از طریق بهبود شرایط بهداشت و درمان محرومان ملازمه داشت - شکل گرفت.

همچنین، تصمیم‌نامه سال ۱۹۹۶ سازمان جهانی بهداشت درباره عدالت بهداشتی- درمانی، ضمن مهمتر دانستن تفاوت‌های فقیر- غنی، با یادآوری اینکه «برای برخی "عدالت" به معنای آن است که همه گروه‌های هر اجتماع باید از یک سطح رفاهی و خدمات پایه‌ای حداقل استفاده کنند»، تضمین استاندارد متناسب برای همه اعضای جمعیت را خواستار شد.

با وجود این، قطع نظر از اینکه شخص عدالت در بهداشت و درمان را امری بیشتر مرتبط با نابرابری بداند یا با فقر، ارائه ملاحظات عدالت اجتماعی یا معیاری در برخورد با موضوع نیز پرسشهایی مطرح می‌کند:

● چه موقع نابرابری غیر عادلانه است. مطمئناً، نه همیشه. تصور موقعیتی با علائم و مشخصه‌های نابرابری بهداشتی- درمانی، لکن نه لزوماً غیر عادلانه، کاملاً میسر است. یک نمونه از این حالت

نوعی نابرابری چاره‌ناپذیر است. مثال دیگر می‌تواند وضعیت دو گروه جمعیتی با درآمدهای یکسان، اما با امید زندگی<sup>۱</sup> مشخصاً متفاوت و قابل ارتباط با سبک زندگی<sup>۲</sup> متفاوت باشد. در صورتی که افراد کمتر برخوردار از سلامت سبک زندگی خود را با آگاهی از خطرات مترتب بر آن برگزینند، تفاوت‌های حاصل در امید زندگی می‌تواند فقط به عنوان بازتاب تفاوت‌های موجود در مرجحات اجتماعی دو گروه دانسته شود تا ناشی از هر نوع بیعدالتی اساسی. به منظور روشن‌تر نمودن همین نکته به کمک مثالی عام‌تر می‌توان گفت، اگر دو نفر، در واقع، از حیث ظرفیت و استعداد خاص نابرابر باشند، رفتار برابر با هر دو برای فرد دارای ظرفیت و استعداد بیشتر غیر عادلانه خواهد بود. در چنین مواردی عدالت می‌تواند بحق مستلزم رفتار نابرابر باشد. به عبارت دیگر، مفاهیم عدالت و برابری بهیچوجه مترادف نبوده و باید با دقت از یکدیگر تمیز داده شوند.

● **مبنای تصمیم‌گیری در مورد کفایت منابع یک جامعه برای کاهش فقر.** «کفایت» مفهومی دوگانه (مرکب از دو عامل) نیست، به این ترتیب که به سطح معینی از قابلیت دسترسی به منابع اشاره کند که بالاتر از آن میزان قابلیت دسترسی کاملاً کافی، و پایین‌تر از آن کاملاً غیرکافی پنداشته شود، بلکه طیفی ممتد از فقدان کامل قابلیت دسترسی به منابع تا قابلیت دسترسی بی‌نهایت وجود دارد. این طیف اغلب دارای یک خط مرزی مشخص بین دو نهایت مزبور نیست. از سوی دیگر، تصورات یا دریافتهای متفاوت می‌تواند موجب شود منابعی که از نظر یک فرد کافی پنداشته می‌شود، از نظر دیگری غیرکافی بنماید.

اهمیت تمایز میان فقر - نابرابری - عدالت. در چند سال اخیر، گفت و گوهای پرحرارتی در مورد تمایز توصیف شده در بخشهای گذشته این نوشتار در زمینه فقر، نابرابری و بیعدالتی رخ داده است. اما، صرف وجود چنین بحث و گفت و گوهایی لزوماً به معنای ارزشمندی و تأثیرگذاری آنها نیست. با ارزش بودن مستلزم آن است که مطالب مورد بحث کاربردهای عملی مهمی نیز داشته باشند.

آنچه تا به حال گفته شده است مبنایی برای تردید، به‌طور کلی، درباره احتمال محدود بودن کاربردهای عملی فراهم می‌کند. همان‌طور که قبلاً نیز خاطر نشان شد، حتی آنهایی که با هم بیشترین اختلاف نظر را دارند - آنهایی که به نام عدالت بیشترین حد اولویت را برای کاهش میزان نابرابری بهداشتی - درمان بین دارا و ندار قائلند - و نیز آنهایی که به بهبود بهداشت و درمان نیازمندان

ابراز علاقه می‌کنند، در نهایت - آنگاه که یک طرف تشخیص می‌دهد رویکرد مرجح مدافعان کاهش نابرابری بیش از هر چیز دیگر، به بهبود بهداشت و درمان محرومان می‌اندیشند - به نوعی تشابه میان نظرات خود پی می‌برند.

نگاهی دقیق‌تر به موضوع، این عقیده را که تمایز میان فقر، برابری و عدالت اغلب تا حد زیادی جنبه نظری دارد، تقویت می‌کند. آشکارترین وضعیت در این ارتباط در کشوری کم‌درآمد، یعنی جایی است که در آن مقرون به صرفه‌ترین اقدامات (از نقطه نظر اثربخشی هزینه<sup>۱</sup>) در دسترس برای بهبود بهداشت و درمان در جامعه به عنوان یک کل یا مجموعه در عین حال همانهایی است که به‌ویژه برای فقرا نیز سودمند است. همان‌گونه که در گزارش توسعه جهانی سال ۱۹۹۳ خاطر نشان شده است، محتوای حداقل مجموعه‌های (بسته‌ها<sup>۲</sup>) خدمات که از نتایج آن اقدامات به شمار می‌رود - به‌طور مثال تدابیر مربوط به کودک بیمار، مراقبت از مادر و زایمان، تنظیم خانواده و غیره - به‌ویژه برای گروه‌های کم‌درآمد مفید و مناسب است. در چنین مواردی، برگزیدن عاقلانه‌ترین رویکرد برای نیازمندان برای آنها سودمندتر از افراد مرفه است، و بنابراین می‌توان از آن انتظار داشت، کاهش در تفاوت‌های فقیر - غنی به وجود آورد.

با وجود این، این نکته نیز باید یادآوری شود که حداقل شرایط و مقتضیات دیگری وجود دارد که در آن علاقه و توجه به موضوع فقر می‌تواند استفاده از رویکردی را ایجاب کند که با رویکرد ناشی از علاقه‌مندی به کاهش نابرابری متفاوت باشد. یک مثال بارز مربوط به تخصیص منابع بین - منطقه‌ای توسط نهادهای بین‌المللی است. سه مورد مشروح زیر می‌تواند عوارض ضمنی رویکردهای گوناگون را تصویر کند.

● **رویکرد فقر مطلق**<sup>۳</sup>. براساس ارقام (قیلاً یاد شده) بانک جهانی، در حدود ۹۰ درصد از ۱۳۰۰ میلیون نفری که زیر خط فقر قرار دارند در آسیا و آفریقا زندگی می‌کنند. در چنین موردی، یک نهاد بین‌المللی که منحصراً به هدایت هدف فقر مطلق عمل می‌کند مایل است عملاً همه منابع ویژه بهداشت - درمان را به این مناطق اختصاص دهد. در این مورد توجه ضعیف‌تری به نفع استفاده از این شیوه فکر و عمل در امریکای لاتین وجود دارد، و عملاً هیچ توجیهی برای فعالیتهای بهداشتی - درمانی در خاورمیانه یا اروپای شرقی - که در آنجا به زحمت می‌توان به افراد در حد زیر خط فقر جهانی برخورد کرد - وجود ندارد.

1. cost - effective

2. service package

3. absolute poverty

● **رویکرد فقر نسبی**<sup>۱</sup>. فقر نسبی در همه کشورها وجود دارد، بنابراین، از این دیدگاه می‌توان حمایت از فعالیتهایی که در یک منطقه از جهان به نفع نیازمندان انجام می‌شود، با همان قدرت برای دیگر مناطق نیز توجیه کرد.

● **رویکرد برابری‌گرا**. در صورتی که فرض کنیم اغلب نابرابریهای مشاهده شده در بخش بهداشت و درمان در دنیای در حال توسعه، در عین حال، غیر عادلانه نیز پنداشته می‌شوند و ضمناً اینکه مداخلات ناظر بر کاهش نابرابری نیز به یکسان تأثیر می‌کند، رویکردی که بر مبنای عدالت استوار است متضمن اولویتی به‌ویژه در سطح بالا برای کشورهایی خواهد بود که از نابرابریهای بهداشتی - درمانی بیشتر رنج می‌برند. پژوهش اخیر مانند آنی که توسط وگستاف در این بخش گزارش شد، به وجود تفاوت‌های عمده‌ای در میزان نابرابری در میان کشورها اشاره می‌کند - نابرابریهایی که به نوبه خود گویای آن است که بعضی از کشورها از دیدگاه رعایت عدالت، استحقاقی بسیار فراتر از دیگران دارند. بر اساس یافته‌های وگستاف، برزیل، نپال، نیکاراگوئه، و افریقای جنوبی درگیر نابرابریهای وسیعی در وضعیت بهداشت و درمان بوده و بنابراین واجد اولویتی در سطح بالا هستند، در حالی که وضعیت نابرابریها در غنا، پاکستان، و ویتنام در سطحی نازل قرار دارد و بر این اساس، کشورهای مزبور از اولویتی در سطح پایین برخوردارند.

موارد دیگر تفاوت‌های مستتر در گرایشهای مبتنی بر فقر و عدالت را می‌توان از دانش و تجربه اپیدمیولوژی (همه‌گیر شناسی) به دست آورد. اطلاعات در دسترس فاش کردن تجربیات «دنیای واقعی» را مجاز نمی‌داند، لکن نکته اصلی را می‌توان به وسیله دو مثال نمونه درباره اولویت در درمان بیماریها، از دیدگاه ملی و جهانی تصویر کرد.

● **اولویت جهانی در درمان بیماریها**. یک نهاد بین‌المللی که بر فقر مطلق تمرکز دارد به‌طور منطقی توجه اولیه و همچنین منابع خود را مصروف درمان بیماریهای واگیر می‌کند، چرا که آنها عوامل عمده مرگ و میر و ناتوانی در میان نیازمندان جهان به شمار می‌روند. در مؤسسه یا نهاد علاقه‌مند به فقر نسبی، موردی برای نگرانی بسیار وسیعتر وجود خواهد داشت. چنین مؤسسه‌ای، نه تنها با نیازمندان افریقا و آسیا سروکار خواهد داشت، بلکه به رفع گرفتاریهای جامعه‌های محروم در کشورهای اروپای شرقی - که در میان آنها بیماریهای غیر همه‌گیر می‌تواند مشکل عمده به شمار آید - نیز می‌پردازد.

● **اولویت در مورد بیماریها در کشورهای توسعه یافته و کشورهای در مرحله گذر (در حال توسعه).** در شرایطی که بیماریهای واگیر در میان فقرای جهانی غالب است، در کشورهای توسعه یافته و همچنین کشورهای در مرحله گذر، بیماریهای مزمن احتمالاً به عنوان عامل اکثریت موارد مرگ و میر و انواع ناتوانی در میان نیازمندان شناخته شده‌اند. اما، به احتمال تام با درصد کمتری در مورد نیازمندان و درصد بیشتری در میان افراد مرفه. عوارض ضمنی چنین موقعیتی را می‌توان با مراجعه به کشوری که در آن بیماریهای غیرواگیر عامل به وجود آورنده ۶۰ درصد مرگ و میر در میان فقرا و ۹۰ درصد در میان افراد مرفه است، بروشنی مشاهده کرد. از نقطه نظر ناراحتیها و فشار ناشی از بیماری، چنین ارقامی به بیماریهای غیرمصری به عنوان مرکز توجه و هدف طبیعی برای برنامه‌های مرتبط با کاهش فقر اشاره می‌کند، چراکه چنین بیماریهایی موجب اکثر مرگ و میرها می‌شود. لکن، چنین تمرکزی، در صورتی که در مقیاس کل جامعه واقع شود، می‌تواند به نحوی مؤثر منجر به افزایش نابرابری شود. دلیل این امر آن است که بیماریهای غیرواگیر، حتی برای ثروتمندان مهمتر از فقراست. بدین لحاظ سهم ثروتمندان از منافع هر نوع توزیع عمومی و یکنواخت کاهش در بیماریهای غیرواگیر به همان نسبت بیشتر خواهد بود. بنابراین، در موقعیتی اینچنین، استدلال مبتنی بر ملاحظات مربوط به ناراحتی و فشار بیماریها، از دیدگاه فقر بیشترین اولویت را برای یک نوع بیماری (مثلاً غیرواگیر)، و از دیدگاه کاهش نابرابری برای نوع دیگر (مثلاً واگیر) ایجاب می‌کند.

این مثال، آشکارا با نادیده گرفتن عامل اثربخشی هزینه و میزان سودمندی برنامه از این نقطه نظر و ملاحظات هدفگذاری که ممکن است کاملاً از عوامل فشار و ناراحتی ناشی از بیماریها در تعیین اولویت در خدمات بهداشتی مهمتر باشد، بیش از حد ساده جلوه داده شده است. لکن باید دانست که این ساده‌پنداری بیش از حد عمدی بوده و به منظور نشان دادن نکته‌ای که علی‌رغم آن معتبر باقی می‌ماند، طراحی شده است؛ آن نکته این است که بین رهنمودهای سیاست ملی مناسب و مطلوب برای بهبود بهداشت و درمان فقرا و آنهایی که برای کاهش نابرابریهای بهداشتی بهترین به شمار می‌روند. همگرایی و سازگاری اجتناب‌ناپذیر وجود ندارد.

**عوارض ناشی از کاربرد سیاست بهداشتی-درمانی.** با وجود اینکه تصاویر ارائه شده در بالا نشان‌دهنده آن است که وجوه تمایز میان رویکردهای ناظر بر بهداشت و درمان فقرا، کاهش نابرابریهای بهداشت-درمان، و عدالت در این زمینه می‌تواند مهم باشد، تصاویر مزبور نباید لزوماً

به عنوان شاخصی برای مهمتر بودن وجوه تمایز فوق از دیدگاه مشترک ارائه شده به وسیله طرفداران رویکردهای متفاوت در این زمینه به شمار آید. اگرچه طرفداران رویکردهای گوناگون، که طی سطور اخیر توصیف شده‌اند، از جهاتی بین خود نیز اختلاف نظر دارند، در مورد مهمترین عقاید که در ابتدای مقاله به طور خلاصه خاطر نشان شد، از وحدت نظر برخوردارند، به این معنا که آنچه مهم است، نه میانگین‌های اجتماعی از جهت بهداشت و درمان، بلکه بیشتر شرایط بهداشتی-درمانی متداول در میان گروه‌های مختلف یک جامعه، به ویژه در میان گروه‌های محروم است.

بنابراین، توجه به مقوله توزیع مزایای بهداشتی-درمانی مدافعان همه رویکردهای توصیف شده در این نوشتار را کاملاً رودرروی مکتب فکری غالب جهانی در حال حاضر درباره نظام‌های بهداشت و درمان-به گونه‌ای که در بخش‌های پیشین ذکر شد-قرار می‌دهد. اعضای این مکتب فکری، قبل از هر چیز، به کارایی سیستم‌های بهداشت و درمان در بهتر ساختن شرایط غالب بهداشت و درمان در کل جامعه علاقه‌مند بوده و همچنین به اصلاحات مورد نیاز برای رسیدن به این اهداف می‌اندیشند. موافقان نقطه نظر دیگر (دیدگاه فقر-برابری-عدالت)، که هم‌اکنون توصیف شد، به همان اندازه معتقد به اصلاحات در سیستم بهداشت و درمان هستند، لکن اصلاحات مورد نظر آنها دارای اهدافی بسیار متفاوت است؛ آنها مایلند اطمینان حاصل کنند که سیستم‌ها بیشتر عادلانه بوده و با کارایی بیشتری به رفع مشکلات بخش‌های آسیب‌پذیر پردازد تا به کل جامعه.

در مقایسه با تمایز بین کارایی کلی از یک سو، و فقر-برابری-عدالت از سوی دیگر، اختلاف بین طرفداران سیاست بهداشتی متمایل به فقر-به برابری و به عدالت به تدریج اهمیت خود را از دست می‌دهد. این نکته، به طور تلویحی بیانگر آن است که طرفداران اصلاح سیستم‌های بهداشت و درمان دارای گرایش فقر، برابری و عدالت می‌توانند با بیشترین حد سازندگی، بر آنچه آنها را متحد می‌کند تمرکز کنند تا بر وجوه تمایز بین خود. این وجوه تمایز می‌تواند از طریق تسامح متقابل و سیاستی مبتنی بر انتخاب آگاهانه مورد عمل قرار گیرد-سیاستی که نقطه توجه اصلی آن نه بر تلاش برای به کرسی نشاندن رویکرد خاص مورد نظر خود، بلکه برای حصول اطمینان از این نکته باشد که انتخاب‌کنندگان تا آنجا که ممکن است درباره دیگر رویکردهای گوناگون موجود، از دانش کافی برخوردار باشند. با رعایت این نکته امکان بروز اشتباه فاحش از جانب مجریان در هر یک از رویکردهای انتخاب شده و مورد نظر کاهش می‌یابد.

## اقدام بعدی

### تنظیم اهداف سیاست بهداشت - درمان از حیث توزیع

با حذف مفاهیم و نظریه‌های غیرمعتبر، قدم بعدی شروع تفکر عملیاتی یا اجرائی خواهد بود. این قدم، در نگاه اول، به معنای تنظیم اهداف سیاست بهداشتی - درمانی، با توجه بیشتر به مشکلات خاص نیازمندان است - مشکلاتی که موجب تمایز آنها از افراد مرفه می‌شود. شگفت‌آور اینکه این کار بندرت انجام شده است.

در سایه این علاقه‌مندی شدید به موضوع بهداشت و درمان نیازمندان طی سالهای دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، به‌طور منطقی می‌توان انتظار داشت اهداف بخش بهداشت و درمان، با توجه خاص نسبت به بهداشت و درمان محرومان تعیین شود، و همچنین اطلاعات اختصاصاً مربوط به نیازمندان و افراد مرفه برای سنجش و کنترل پیشرفت کار در جهت رسیدن به اهداف مزبور فراهم شود. چنین انتظاری، به سبب آنچه در زمینه توسعه اقتصادی رخ داده است، کاملاً منطقی می‌نماید. توسعه‌ای که شاهد چرخش توجه به سوی وضعیت فقرا در خلال دهه ۱۹۷۰، هم‌زمان با توسعه علاقه‌مندی مشابه توسط جامعه بهداشت و درمان جهانی بوده است.

در زمینه توسعه اقتصادی، ظهور مکتب فکری «نیازهای اولیه انسانها»، اعتبار راه و رسم سنتی بیان اهداف توسعه عمومی، نه از حیث رشد متوسط درآمد سرانه یک جامعه (به گونه‌ای که در گذشته مورد عمل بود)، بلکه از حیث تأثیری که بردارنده‌های افراد فقیر داشت، افزایش داد. این واقعه همچنین به ایجاد سیستم‌های جمع‌آوری اطلاعات در زمینه خاص مربوط به نیازمندان انجامید.

اما در زمینه بهداشت و درمان واقعه مشابهی رخ نداد. آنهایی که دلواپس فقر بودند، مقدماً به تکیه بر خواسته‌های انسانی - که تأثیر کامل خود را در فراهم آوردن پشتیبانی، بدون به کار گرفتن ابزارهای پر قدرت مبحث همه‌گیر شناسی (اپیدمیولوژی) برای اندازه‌گیری و سنجش تفاوت‌های فقیر - غنی و شرایط مسلط در میان فقرا به ثبوت رساند - متمایل شد. تا آنجا که کاربرد ابزارهای پر قدرت میسر بوده است، از آنها برای توسعه هدفهای همگانی برای جامعه‌ها، به عنوان یک کل استفاده شده است. نتیجه این کار پیدایش نقیصه‌ای حاوی دو جنبه بود: نبودن اهداف بهداشتی - درمانی متناسب برای فقرا، و نبودن اطلاعات مورد نیاز برای ردیابی و اصلاح مسیر پیشرفت به سمت اهداف مزبور.



نیاز به اهداف مناسبتر. اهداف بهداشتی - درمانی بندرت با اصطلاحاتی حاکی از افزایش عدالت یا کاهش فقر بیان شده‌اند. در واقع، هدف سال ۱۹۸۱ سازمان جهانی بهداشت/نهاد منطقه‌ای اروپا - که خواهان ۲۵ درصد کاهش عدم تساوی بود - تنها تصویر روشن یک هدف بهداشتی - درمانی عدالت‌گرا است که تاکنون شناخته شده است. هدفهای بهداشتی - درمانی تقریباً به صورتی اجتناب‌ناپذیر، از حیث برخی میانگین‌های اجتماعی - به‌طور مثال، یک کاهش چند درصدی در نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و مادران، یا یک افزایش چند سال به سالهای امید زندگی - بیان می‌شوند.

یک مثال برجسته در سالهای اخیر، که این نکته و همچنین تفاوت بین تفکر معاصر درباره اقتصاد و هدفهای بهداشتی را به‌خوبی تصویر می‌کند مجموعه اهداف مربوط به سال ۲۰۱۵ است که از مصوبات کنفرانس رؤسای تأمین اجتماعی کشورها در کنه‌هاگ توسط کمیته کمکهای توسعه<sup>۱</sup> سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی<sup>۲</sup> اقتباس و تنظیم شده است. این هدفها در پیوست این رساله ذکر شده است. در راستای رهنمودهای کنفرانس کنه‌هاگ، هدف اقتصادی با اصطلاحاتی منحصرأ توزیعی بیان شده است، به این معنا که هدف اقتصادی حاوی هیچ نوع اشاره‌ای به افزایش میانگین‌های درآمد سرانه - یعنی سنت پیشین در نظریه توسعه - نیست. بلکه، هدف، در توافق با رویکردهای جاری اقتصادی برای کاهش فقر، کاهش میزان فقر حداقل یک دوم آن بخش از مردمی است که در کشورهای در حال توسعه در فقر مفرط زندگی می‌کنند.

در تضاد با این هدف، هدف اصلی بهداشت - درمان اشاره‌ای به بهداشت و درمان کسانی که در فقر زندگی می‌کنند نکرده است، بلکه، به جای آن، هدفهای مزبور به صورت معادل بهداشت - درمان سنت پیشین بیان اهداف اقتصادی از حیث افزایش رشد متوسط درآمد سرانه تعریف شده است. این بدین معنا است که شاخصهای عمده بهداشت و درمان به کار برده شده (همان) نرخ مرگ و میر کودکان و نوزادان در سطح ملی است، که میانگین‌های اجتماعی به شمار می‌روند، و باید تا حدود دو سوم در هر یک از کشورهای در حال توسعه کاهش یابد.

با اطمینان می‌توان گفت شاخص نرخ مرگ و میر کودکان به صورتی قابل ملاحظه از برخی شاخصهای دیگر در سطح کل اجتماع، نظیر امید زندگی ارتباط بیشتری با وضعیت نیازمندان دارد - شاخصهایی که می‌توانست به سبب گرایش بیشتر موارد مرگ و میر به تمرکز در میان گروههای

1. Development Assistance Committee

2. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)

جوانتر طبقه نیازمند انتخاب شود. اما حتی نرخهای مرگ و میر کودکان کاملاً مرتبط با فقر نیست؛ به طور مثال، در جهان به عنوان یک مجمرعه و کل، بیش از نیمی از مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در میان مردمی رخ می‌دهد که فقیر به شمار نمی‌روند (بنابر تعریف، فقیر به کسانی گفته می‌شود که در شمار ۲۰ درصد مردمی هستند که در کشورهای دارای کمترین درآمد سرانه زندگی می‌کنند). در نتیجه، در عین حال که نیل به هدفهای سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی می‌تواند برای نیازمندان سودمند باشد، نیل به اهداف مزبور از طریق کاهش بیشتر قابل ملاحظه مرگ و میر به صورتی در میان افراد نیازمند نیز امکان‌پذیر است.

دامنه امکانات موجود می‌تواند، با در نظر گرفتن دو سناریوی کاملاً متفاوت - که به کمک آنها می‌توان به هدف سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی دایر بر کاهش مرگ و میر کودکان تا حدود دو سوم نیل شد - به روشنی نشان داده شود:

● تنظیم و اجرای استراتژی کاهش «از بالا به پایین» که در چارچوب آن کاهش در طبقات بالا مندم است و به دنبال آن کاهش در طبقه متوسط رخ می‌دهد، و فقط مدتی بعد از طریق بهبود شرایط در میان طبقات نیازمند نیز تحقق می‌یابد.

● تنظیم و اجرای استراتژی «از پایین به بالا»، چنانکه از عنوان آن برمی‌آید، در جهت عکس استراتژی «از بالا به پایین»، توصیف شده در پیش، عمل می‌کند. با اعمال این استراتژی کاهشهای مرگ و میر کودکان از فقیرترین بخش جمعیت شروع شده و سپس به بخش کمتر فقیر گسترش یافته و حرکت خود را به سمت بالاترین حد ایشیل اقتصادی ادامه داده، و نهایتاً به هدف سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی نیل می‌شود.

با استفاده از جداول اخیر اطلاعات خانوار از یک مجموعه مشهور مطالعات مربوط به ترکیب و آمار جمعیت (دموگرافی)<sup>۱</sup> و همچنین با مراجعه به بررسیهای مربوط به بهداشت و درمان، تهیه شده توسط بانک جهانی که ذیلاً تعریف می‌شود، نشان دادن عوارض ضمنی این دو استراتژی برای طبقات اجتماعی/اقتصادی مختلف جمعیت امکان‌پذیر شده است. این جدولها که در جای دیگر به شکلی کاملتر نشان داده شده است، اطلاعات مربوط به مرگ و میر کودکان در هر ۲۰ درصد جمعیت تعریف شده از نظر اقتصادی در مورد هر یک از ۴۸ کشور در حال توسعه به دست می‌دهد. جدولهای مزبور می‌تواند به منظور نشان دادن تأثیر کاهش در مرگ و میر کودکان بر نرخ میانگین کل

مرگ و میر، در هر گروه جمعیتی معین در یک کشور بخصوص، یا برعکس، برای نشان دادن الگوهای گوناگون مرگ و میر کودکان در تمامی ۲۰ درصد‌های جمعیتی که با هر نرخ میانگین یک کشور بخصوص همخوانی داشته باشد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

برای مقاصد فعلی، اطلاعات به دست آمده از سه کشور بولیوی، کوت داووار<sup>۱</sup>، و هند، به منظور نشان دادن دامنه امکانات موجود مورد استفاده واقع شده است. امکانات مزبور به وسیله یک برآورد دو بخشی برای هر کشور نشان داده شده است. یک بخش نتایج حاصل از کاربرد یک شکل افراطی رویکرد از «بالا به پایین» به شرحی که هم اکنون توصیف شد، نشان می‌دهد. اولین قدم در تنظیم این برآورد کاهش میزان مرگ و میر در قشر ۲۰ درصد مرفه‌ترین افراد جمعیت تا پایین‌ترین سطحی است که به طور معمول در دنیای صنعتی یافت می‌شود (که برای منظورهای این تمرین در حد ۷ مورد [مرگ و میر] در هر ۱۰۰۰ نفر تعیین شده است). سپس میزان مرگ و میر در ۲۰ درصد بعدی افراد مرفه جمعیت تا همان سطح کشورهای صنعتی کاهش داده می‌شود. این فرایند تا زمانی که نرخ میانگین کلی میزان مرگ و میر کودکان یک کشور به یک سوم سطح قبلی برسد، ادامه می‌یابد. (واسطه‌یابی خطی<sup>۲</sup> نرخ مرگ و میر کودکان در میان ۲۰ درصدها برای تسهیل برآورد تقریبی نزدیکترین درصد اعشاری انجام شده است).

برآورد دوم، تشخیص تأثیر قاطع برگزیدن افراطی‌ترین شکل رویکرد از «پائین به بالا» را میسر می‌کند. فرایند برآورد به آنی که در برآورد از «بالا به پایین» مورد استفاده قرار گرفت شباهت دارد که ضمن آن، نرخ مرگ و میر کودکان ابتدا در میان ۲۰ درصد قشر فقیرترین (به جای ۲۰ درصد مرفه‌ترین) کاهش یافته و کاهشهای بعدی به جای حرکت از بالا به پایین اشل اقتصادی به سمت بالای آن حرکت می‌کند.

جدول شماره ۲ سطحی از مرگ و میر کودکان را - که بعد از رسیدن سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی به هدفهای خود، از طریق استراتژی بالا-پایین و پایین-بالا در هر ۲۰ درصد جمعیت در حالت غالب قرار می‌گرفت - نشان می‌دهد. به منظور مقایسه اطلاعات مربوط به سطح فعلی مرگ و میر غالب در هر ۲۰ درصد جمعیت نیز ارائه شده است. اطلاعات ذکر شده در جدول شماره ۳ - با استفاده از دو شاخص نابرابری، یعنی نسبت مرگ و میر کودکان قشرهای بین ۲۰ درصد بالاترین و ۲۰ درصد پائین‌ترین در یک جمعیت، و همچنین شاخص فشردگی موارد، یعنی مقیاسی دقیق که با ضریب جینی برای توزیع درآمد شباهت دارد، موارد توزیع جدول ۲ را خلاصه می‌کند.

1. Cote d'Ivoire

2. linear interpolation

جدول شماره ۴: نرخهای مرگ و میر کودکان و نوزادان (الف)  
به تفکیک ۲۰ درصد قشر جمعیت از حیث میزان دارایی قبل و بعد از رسیدن به هدف ابرای - سی - دی

هدف		کوت داور				بولوی		سطح فعلی	
سطح بعد از رسیدن به هدف ابرای - سی - دی	از طریق هدف	سطح فعلی	از طریق هدف		از طریق هدف		سطح بعد از رسیدن به هدف ابرای - سی - دی		
			پایین به بالا	بالا به پایین	پایین به بالا	بالا به پایین			
۴۴	۷	۴۴/۰	۶۳/۳	۷	۶۳/۳	۲۵/۵	۲۵/۵	۲۰ درصد بالاترین قشر جمعیت	
۶۵/۶	۷	۶۵/۶	۷۸/۸	۷	۷۸/۸	۳۸/۶	۳۸/۶	بالا ترین ۲۰ درصد بعدی	
۳۱/۱	۷	۸۹/۷	۱۰/۸	۷	۸۶/۹	۵۲/۷	۷۵/۵	۲۰ درصد میانی	
۷	۷	۱۰۶/۳	۷	۷	۹۷/۳	۷	۸۵	۲۰ درصد پایین تر	
۷	۷	۱۰۹/۲	۷	۷	۱۱۷/۳	۷۴/۴	۱۰۶/۵	۲۰ درصد پایین ترین قشر جمعیت	
۲۸/۸	۲۸/۸	۸۶/۳	۳۰/۳	۳۰/۳	۹۰/۹	۲۴/۵	۷۳/۵	میانگین جمعیت (ب)	

الف) مرگ و میر زیر یک سال سن در هزار مورد تولد  
ب) میانگین های جمعیت براساس ارقام مربوط به ۲۰ درصدها است، که به وسیله تعداد تولدها در هر ۲۰ درصد موزون شده اند

حتی یک نگاه سریع و گذرا به جدول شماره ۳ برای نشان دادن تفاوت فاحش شرایط توزیعی ناشی از در پیش گرفتن استراتژی بالا - پایین و پایین - بالا کافی به نظر می‌رسد.

جدول شماره ۳. تفاوت‌های فقیر-غنی در زمینه مرگ و میر کودکان، قبل و بعد از رسیدن به هدف او - ای - سی - دی در مورد نرخ مرگ و میر کودکان					
شاخص تفاوت					
کشور	نسبت نرخ مرگ و میر در بالاترین ۲۰ درصد به نرخ مزبور در پایین ترین ۲۰ درصد		شاخص فشرده‌گی		
	نسبت اولیه	نسبت بعد از اجرای هدف بالا به پائین	نسبت بعد از هدف پائین به بالا	نسبت اولیه	بعد از هدف پائین - بالا
بولیوی	۴/۲:۱	۱۰/۶:۱	۱/۳۶	-۰/۲۱	۰/۲۹
کوت داووار	۱/۹:۱	۱۵/۸:۱	۱/۹۰	-۰/۱۱	+۰/۴۷
هند	۲۵:۱	۱۴/۵:۱	۱/۶۳	-۰/۱۵	-۰/۲۶

● در زمان حال، نرخ مرگ و میر کودکان در پایین ترین قشر ۲۰ درصد جمعیت به طور تقریب دو تا چهار برابر بیشتر از میزان آن در بالاترین قشر ۲۰ درصد جمعیت است. نسبت مزبور، در صورتی که از استراتژی بالا - پایین استفاده شود، تا مرحله رسیدن سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی به هدف تعیین شده، بسیار افزایش می‌یابد. به ویژه، مرگ و میر کودکان در پایین ترین ۲۰ درصد جمعیت در مرتبه‌ای ۱۱ تا ۱۶ برابر بیشتر از حد آن در بالاترین ۲۰ درصد مرفه خواهد بود. در صورتی که به جای استراتژی فوق از استراتژی پایین - بالا استفاده شود، نسبت معکوس خواهد شد، یعنی در زمان رسیدن سازمان مزبور به هدف تعیین شده، نرخ مرگ و میر کودکان در بالاترین ۲۰ درصد مرفه جمعیت به حدود چهار تا ۹ برابر پایین ترین قشر خواهد رسید.

● در این دوران، شاخص فشرده‌گی موارد مرگ و میر در سه کشور تحت پوشش پژوهش دارای ارزشی تقریباً معادل یک تا دودهم است، که نشانگر نابرابری نسبتاً کم تا متوسط است. اگر قرار باشد یکی از آنها با اجرای استراتژی بالا - پایین به هدف سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی نایل شود، ارزش شاخص فشرده‌گی تا حدود ۰/۵ تا ۰/۶ کاهش می‌یابد که نشانگر موقعیتی بی‌نهایت

واپس‌گرا یا نزولی است<sup>۱</sup>... و تغییری تقریباً معادل نصف فاصله از یک توزیع برابر (با ارزش شاخص فشردگی ۰/۰ تا نابرابرترین شکل قابل حصول توزیع (با ارزش شاخص فشردگی ۱/۰-) است. نیل به هدف سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی از طریق اجرای استراتژی پایین - بالا نتیجه‌ای مخالف حالت اول خواهد داشت، به این معنا که ارزش شاخص فشردگی از منطقه منفی به جایی در مرتبه ۰/۲۵+ تا ۰/۵۰+ افزایش می‌یابد - حالتی که نشان‌دهنده موقعیتی کاملاً رو به پیشرفت است.<sup>۲</sup>

با اطمینان می‌توان گفت، چنین تفاوت‌های عمده ناشی از برآوردهای موقعیتهایی است که در دو حد دامنه امکانات قابل حصول از نظر تئوری قرار دارند. در دنیای واقعی، اختلافات ناشی از کوشش مصممانه و مشخص برای اجرای یک استراتژی به جای استراتژی دیگر، یعنی استراتژی بالا - پایین یا پایین - بالا بدون تردید بسیار کوچکتر از آنهایی خواهد بود که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. با وجود این، نتایج ذکر شده در جدول شماره ۳ به دو دلیل قابل توجه است.

● اول، وسعت دامنه، هر چند به صورت نظری، به عنوان عاملی برای نشان دادن یک سری الگوهای توزیعی - که رسیدن به هدف سازمان مزبور می‌تواند آنها را فراهم کند - آموزنده است. این واقعیت که تنظیم‌کنندگان این هدف - که تعهدشان به کاهش فقر غیر قابل تردید است. به بیان هدف از جنبه توزیعی فکر نکرده‌اند مبین آن است که وجود چنین دامنه وسیعی از نتایج به طور مسلم قابل پیش‌بینی نیست.

● دوّم، دامنه می‌تواند به عنوان نقطه شروع تفکر درباره نتایج توزیعی احتمالی کوشش برای رسیدن به هدف سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی از طریق اقداماتی ابتکاری که فقط بر نرخ مرگ و میر متوسط جمعیت متمرکز باشد، مورد استفاده قرار گیرد - تمرکزی که ترکیب فعلی هدف آن را تشویق و تأیید می‌کند. چنین تفکری منجر به ایجاد این شبهه می‌شود که نتیجه نزدیکتری به آنچه در تصویر روش بالا - پایین ساخته شد، حداقل محتملتر از نتیجه حاصل از کاربرد رویه پایین - بالا است. به طور مسلم، شکل افراطی نتیجه حاصل از رویه بالا - پایین ممکن است کاملاً غیرمحمّل به نظر آید، اما با توجه به واقعیت‌های سیاسی جهان امروز و نقش ملاحظات سیاسی در شکل دادن به، و اتخاذ تصمیم در مورد سیاست بهداشت - درمان، به نظر می‌رسد، برخی از انواع آن به صورتی قابل ملاحظه از سناریویی که مایل است بیشتر دستاورد عاید فقیرترین قشرها شود - کمتر ناموجه است. تا آن حد که این تردید (نشان داده شده در بالا) صحیح است، اعتماد کردن به دسترسی به هدف

او - ای - سی - دی، یا هدفهای دیگر بیان شده بر مبنای میانگین‌های جمعیتی، در ایجاد بهبودهای قابل ملاحظه در سلامت نیازمندان، و حتی (اعتماد) کمتر به کاهش نابرابریهای فقیر - غنی غیر واقع‌بینانه است. به منظور بهره‌مند شدن فقرا از مزایا لازم است تلاشها متوجه نیل به هدفهایی باشد که با تعبیرهایی بسیار صریحتر از حیث ارتباط با منافع محرومان بیان شده باشند. به‌طور نمونه بهتر است افراد علاقه‌مند به کاهش فقر - به جای برگزیدن هدف کاهش مرگ و میر کودکان تا حد دوسوم تمامی جمعیت - به منظور نشان دادن تصمیم به کاهش مرگ و میر کودکان در سومین قشر ۲۰ درصدی جمعیت تا حد دوسوم، به‌طور مثال، هدفی «یک‌سوم، دوسوم» انتخاب کنند. آنهایی که بیشتر به کاهش نابرابری علاقه‌مندند، می‌توانند هدفی مبتنی بر «یک‌سوم، یک‌سوم، یک‌سوم» که تمایل به کاهش فاصله بین بالاترین و پایین‌ترین ۲۰ درصد قشر جمعیت را تا حد یک‌سوم نشان می‌دهد، برگزینند.

نیاز به اطلاعات مناسبتر. اگر قرار باشد اهدافی که بدرستی بیان شده‌اند بیشتر معنادار شوند، در آن صورت لازم است اطلاعات مورد نیاز برای تنظیم مسیر پیشرفت و هدایت اقدامات به سوی نیل به هدفهای مزبور آماده دسترس فوری باشد. در اینجا نیز بخش بهداشت - درمان تا این اواخر ضعیف مانده است. این ضعف می‌تواند به آسانی به وسیله تقابل و مقایسه اطلاعات مربوط به وضعیت بهداشت - درمان با داده‌های موجود اقتصادی درباره شرایط ناظر بر بهداشت و درمان فقرا و تفاوت وضعیت اقتصادی فقیر - غنی نشان داده شود.

در زمینه توسعه اقتصادی، نگرانی به‌وجود آمده در دهه ۱۹۷۰ کوششهای برنامه‌ریزی شده برای تولید اطلاعات پایه‌ای - به رهبری گروه‌های کارشناسی اقتصادی، به‌ویژه در بانک جهانی که از نظر آن فقر به نگرانی عمده‌ای مبدل شده بود - را افزایش داد. آنچه در این کوششها به‌طور برجسته به چشم می‌خورد تعیین خط فقر جهانی یادشده در پیش و تنظیم یک برنامه پژوهشی پرتوان - به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به خانوار - برای تهیه برآوردهای مربوط به تعداد افرادی در هر کشور / منطقه بود که میزان مصرفشان آنها را در زیر خط مزبور قرار می‌داد. دومین فعالیت مرتبط با موضوع انباشتن دوره‌ای اطلاعات درباره نابرابری میان کشورها، براساس اندازه‌گیری ضریب جینی بود.

در نتیجه، بانک جهانی اکنون به انتشار مجموعه‌ای سالانه از برآوردها درباره سطوح و روندهای فقر در دنیا و همچنین مجموعه‌هایی از داده‌ها درباره نابرابری میان کشورها از حیث درآمد - که انجام برآورد در مورد تفاوتها و روندها را امکانپذیر می‌کند - پرداخته است. تازه‌ترین اطلاعات منتشر شده از این دست، در ویژه‌نامه سال ۱۹۹۸ شاخصهای توسعه جهانی، حاوی جدولی سه

صفحه‌ای است که ضریب جینی برای تقریباً ۱۰۰ کشور، همچنین درصد میزان درآمد ملی اختصاص یافته به هر ۲۰ درصد قشر تعریف شده از نظر اقتصادی جمعیت در آن ذکر شده است. یک جدول سه صفحه‌ای دیگر درصد جمعیت زیرخط فقر را در تقریباً ۵۰ کشور نشان می‌دهد.

موقعیت از حیث بهداشت و درمان بسیار متفاوت است. به‌طور یقین، برخی جنبه‌های غیراقتصادی نابرابری‌های بهداشتی - درمانی مورد توجه فراوان قرار گرفته است. به‌ویژه، برآورد موارد مرگ و میر مرتبط با جنسیت مدتهاست که به وجهی بارز در مجموعه داده‌های دموگرافیکی مشاهده می‌شود؛ برآوردهای مزبور نقشی بس با اهمیت در تهیه مستندات آماری و در جلب توجه علاقه‌مندان به نابرابریها داشته‌اند. همچنین برنامه بررسی دموگرافیکی و بهداشت و درمان<sup>۱</sup> که با حمایت مالی امریکا<sup>۲</sup> انجام شد، جداولی حاوی مراقبت‌های پزشکی و درمان بیماری‌های کودکان به تفکیک میزان تحصیلات مادر، نوع حرفه پدر، و محل سکونت (شهر یا روستا) - بر مبنای بررسی‌های نظیر در تعدادی از کشورهای در حال توسعه - منتشر کرده است. این داده‌ها نیز، با وجود اینکه تفسیر آنها اغلب به سبب تفاوت‌های موجود، از حیث مکان و زمان یا دوره زندگی، در تعداد افراد هر یک از طبقات مشکل است، مفید بودن خود را به ثبوت رسانده است.

با وجود این، تا همین اواخر، کوشش‌های قابل ملاحظه‌ای برای تهیه داده‌های مرتبط با توزیع شرایط بهداشت - درمان و کاربرد خدمات درمانی در طبقات اقتصادی - نظیر آنچه اقتصاددانان به صورت روزمره در مورد درآمد و فقر فراهم می‌کنند - به عمل نیامده است. در نتیجه اطلاعات مورد نیاز برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت به سوی اهداف فقرگرا از نوع مورد علاقه طرفداران مذکور در بخش پیشین در دسترس نیست.

بنابراین، به‌طور مثال در نشریه سال ۱۹۹۸ شاخص‌های توسعه جهانی هیچ نوع داده مرتبط با توزیع خدمات بهداشت و درمان برای گزارش وجود نداشت، و نیز درباره تفاوت‌های درون‌کشوری در مورد شرایط بهداشت - درمان سخنی به میان نیامد. در عوض، همه اطلاعات بهداشتی - درمانی به شرایط موجود در هر کشور به عنوان یک کل مربوط می‌شود. اطلاعاتی در مورد مرگ و میر کودکان در میان تمامی جمعیت کشور وجود دارد، لکن درباره میزان مرگ و میر کودکان در فقیرترین ۲۰ درصد جمعیت چیزی مشاهده نشده است. داده‌ها به صورت درصد زایمان‌های انجام شده توسط کارکنان آموزش دیده بهداشت - درمان نشان داده می‌شوند - اما نه درباره درصد تولد کودکان در میان نیازمندیانی که از این خدمات استفاده می‌کنند، یا درباره وسعت دامنه اختلاف بین فقیر - غنی از این



لحاظ. به منظور نشان دادن مجموع مخارج بهداشت- درمان دولتی ارقامی فراهم و ارائه شده است، اما درباره چگونگی توزیع پراکندگی استفاده کنندگان از این مخارج در میان طبقات اقتصادی جامعه سخنی به میان نیامده است.

فقط در این زمان، که بیش از یک دهه از تاریخی که اقتصاددانهای فقرگرا جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای توسعه عادلانه را آغاز کرده‌اند، نشانه‌هایی وجود دارد که این موقعیت در آستانه تغییر است، و آمارشناسان بهداشت-درمان ممکن است بزودی در فراهم آوردن داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز سیاستگذاران برای تنظیم برنامه‌های فقر و تساوی‌گرا همپا شوند. در این برهه از زمان، حداقل سه اقدام زیر برای شروع منظم (سیستماتیک) گردآوری اطلاعات در جریان است:

● اجرای اولین اقدام را یک گروه مأمور از سازمان جهانی بهداشت عهده‌دار شده است. گروه مزبور فنون آماری پیشرفته‌ای را برای به دست آوردن ارقام (در سطح هر کشور) مربوط به چندین شاخص بهداشتی-درمانی برای فقرا و غیر آنها در ۴۸ کشور در حال توسعه به کار گرفته بود که نتیجه آن طی گزارش توسعه جهانی منتشر شده است.

● یافته‌های اولیه حاصل از دومین اقدام در مقاله وگستف در این شماره بولتن نشان داده شده است. رویکرد بسیار متفاوت نامبرده، داده‌های تولید شده در بررسی خانوارها را از طریق اقدامات کشورهای نظیر که (در ابتدا) در چارچوب برنامه پژوهشی بخش استانداردهای زندگی<sup>۱</sup> بانک جهانی تقبل شده است، به کار برده است. برنامه مزبور رویکردی را که قبلاً وگستف و وان دورسلانر<sup>۲</sup> تنظیم کرده، و آن را با موفقیت در کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی مورد استفاده قرار داده بودند، به کار گرفته و در کشورهای در حال توسعه گسترش دادند.

● سومین اقدام نیز بر مبنای اطلاعات مربوط به خانوار، لکن به دست آمده از منبعی متفاوت-یعنی بررسیهای مشابه انجام شده در مورد خانوار در ۴۸ کشور در چارچوب برنامه بررسی دموگرافیکی و بهداشت و درمان طرحریزی شده است. این اقدام اطلاعاتی در مورد ۳۰ شاخص در هر یک از کشورهای تحت بررسی، برای هر ۲۰ درصد قشر اقتصادی تعریف شده بر مبنای داراییهای خانوار فراهم می‌کند. یک نمونه از اطلاعاتی که به آن وسیله فراهم می‌شود (داده‌های اولیه در مورد مرگ‌ومیر در بولیوی، کوت داووار، و هند) در جدول شماره ۲ آمده است. نتایج کامل این فعالیت در شماره بعدی نشریه شاخصهای توسعه جهانی بانک جهانی، با هدف کمک به پر کردن فاصله‌ای که در بالا به آن اشاره شد گنجانده خواهد شد.

1. Living Standard Measurement Survey (LSMS)

2. Van Doorslaer

پاسخ به اینکه دقیقاً سه اقدام فوق تا چه حد در راستای تأمین نیاز مبرم به اطلاعات جامع و قابل اطمینان درباره نابرابریهای بهداشتی-درمان پیشرفت خواهد کرد، کماکان ناگفته می ماند. همان طور که می توان انتظار داشت، در یک زمینه جدید موضوعهای دیگری وجود دارد که باید به آنها نیز رسیدگی شود. از یک نظر، تفاوت های مهم در رویکرد و منابع اطلاعات به کار گرفته شده در سه مطالعه مزبور به روشنی نشان نمی دهد آیا مطالعات مزبور به نتایجی دارای همخوانی متقابل خواهد رسید یا نه.

سؤال دیگر آن است که آیا هیچ یک از رویکردها برای ردگیری و ارزیابی تغییرات در طول زمان، آن طور که برای کنترل پیشرفت لازم است، مفید خواهد بود یا نه. به طور مثال، اندازه های محدود مجموعه های حاوی داده های مربوط به خانوار-به کار گرفته شده در دومین و سومین اقدام، به شرح فوق -به دفعات موجب عدم اعتماد بسیار شده است، به این ترتیب فقط تغییرات بسیار پرحاشیه از یک دوره به دوره دیگر از نظر آماری با اهمیت به نظر می رسد.

به سبب ملاحظاتی از این قبیل اعلام توأم با اطمینان اینکه اطلاعات مورد نیاز برنامه ریزان بزودی فراهم خواهد شد، به وقت بیشتری نیاز دارد، لکن کسی نمی تواند این امکان را منتفی بداند؛ چراکه حتی در بدترین سناریو، بالاخره حرکت بسیار ضروری برای فراهم آوردن داده های توزیعی سیستماتیک درباره بهداشت-درمان آغاز شده و با حرکتی دلگرم کننده به پیش می رود. در نتیجه، کوشش در تولید اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی میزان پیشرفت به سوی اهداف بهداشت-درمان در جهت بهبود وضعیت در میان فقرا یا کاهش تفاوت های فقیر-غنی کاملاً در جریان بوده و جلوتر از چنین هدفهایی قرار دارد-این کار، موضوع افزایش توجه به تعیین اهداف مناسب را تقویت می کند.

## نتیجه گیری

### از پژوهش تا اجرا

همان طور که در ابتدا خاطر نشان شد. اعتقاد جهانی بیش از پیش تغییر جهت داده، به سمت توجه فزاینده به بهداشت-درمان فقرا و همچنین کاهش نابرابریها در توزیع خدمات بهداشتی-درمانی متمایل شده است. این توجه اکنون موقعیت بهتری از آنچه در دهه های گذشته یا بیشتر وجود داشته است برای حرکت به سوی اجرا فراهم می کند، محتوای گزارشهای فنی این بخش موضوعی بولتن نشان دهنده آن است که آغازی امیدوارکننده برای پی بردن به دامنه و ماهیت مشکل به وجود آمده است. در حالی که دانش بیشتر درباره بسیاری از موضوعها کماکان اهمیت حیاتی خود را حفظ کرده است، پیشرفت اخیر به معنای آن است که نبودن اطلاعات درباره شرایط مسلط دیگر

نمی‌تواند به عنوان مانعی عمده برای پیشرفت بیشتر پنداشته شود. امروزه، نیاز واجد اولویت شروع کاربرد عاملی قبلاً شناخته شده - به منظور به دست آوردن تعهد سیاسی و تنظیم استراتژی‌هایی به منظور مداخله مؤثر است.

این مقاله دو اقدام اولیه‌ای را که کارشناسان می‌توانند به منظور پاسخگویی به نیاز در پیش گیرند پیشنهاد می‌کنند:

● اول آنکه افراد نگران در مورد نابرابری‌های بهداشت-درمان و سلامت فقرا باید به ماورای مقوله‌هایی که آنها را از یکدیگر جدا کرده است توجه کرده، و بر عقاید بسیار مهمتری که با دیگران سهیم‌اند تمرکز کنند.

● دوم آنها هم خود را مصروف تعریف مجدد اهداف بهداشتی-درمانی که اکنون به طور مقدماتی از حیث میانگین‌های جمعیت بیان می‌شود، کنند، به طوری که اهداف مزبور مستقیماً به بهبود شرایط در میان گروه‌های فقیرتر و همچنین به کاهش تفاوت‌های میان آن گروه‌ها و گروه‌های اجتماعی دیگر، اشاره کند.

این پیشنهادها، با تشخیص کامل و اذعان به اینکه ذاتاً دارای ارزش محدودی هستند، و اینکه توجه به آنها ناشی از امکان مشارکتهای بالقوه آنان به عنوان بشارت‌دهنده یا تسهیل‌کننده اقدام بیشتر است- مطرح می‌شوند. بنابراین، اگر از این دیدگاه به موضوع بنگریم، می‌تواند مهم تلقی شوند. موافقت در مورد موضوعهای مفهومی، به طور مثال، ممکن است از دیدگاه سیاست فعلی، دارای اهمیت ذاتی کمی باشد، اما می‌تواند نقش مهمی در به وجود آوردن وحدت در میان نظرهای متفاوتی باشد که برای ایجاد یک نیروی سیاسی مهم لازم خواهد بود. مشابه با همین مورد، اهداف بهداشتی-درمانی متناسب به خودی خود جان مردم را نجات نمی‌دهند، لکن می‌توانند به عنوان راهی برای هدایت توجه سیاستگذاران به سوی نابرابری‌های بهداشتی-درمانی و همچنین تندرستی فقرا- و از آن طریق، هموار ساختن راهی برای توسعه مداخله‌های مؤثر به منظور رسیدگی به، و حل و فصل این موضوعها واجد ارزش باشند. فعالیتهای پیشنهاد شده، حتی در صورتی که ظرفیت بالقوه کامل آنها تشخیص داده شود، در مقایسه با مجموع نیازها، کافی به نظر نمی‌رسند. در صورتی که قرار بر بهبود بهداشت و درمان فقرا و کاهش نابرابری‌های بهداشت-درمان باشد، آنها، نمی‌توانند ادعایی مشروع برای نمایندگی و ارائه چیزی بیشتر از دو قدم اول در این مسیر طولانی که باید طی شود داشته باشند. هرچند، حتی قدمهای کوچک می‌توانند ارزشمند باشند، و اگر دو پیشنهاد مطرح شده در اینجا بتوانند توجه و همکاری شرکت‌کنندگان در بحث میزگرد را به ارائه نظراتی درباره قدمهای مهمتر مطرح شده در صفحات ۷۵-۸۵ شماره بولتن جلب کنند، کاملاً به اهداف خود نایل شده‌اند.

## پیوست

### هدفهای تعیین شده سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی برای قرن بیست و یکم

#### بهبود وضعیت اقتصادی

- تعداد افرادی که در کشورهای در حال توسعه در فقر مفرط به سر می‌برند باید تا سال ۲۰۱۵ حداقل تا یک‌دوم کاهش یابد.

#### توسعه اجتماعی

- تا سال ۲۰۱۵ باید در همه کشورهای جهان همه کودکان در سن تحصیل در دوره ابتدایی ثبت نام کرده باشند.
- تا سال ۲۰۰۵ باید پیشرفت به سوی برابری از حیث جنس و بهبود و تقویت وضعیت زنان در جامعه ضمن حذف عدم تساوی در جنسیت در مقاطع تحصیلی ابتدایی و متوسطه نشان داده شود.
- تا سال ۲۰۱۵ نرخ مرگ و میر کودکان زیر پنج سال باید در هر کشور در حال توسعه تا میزان دو سوم سطح سال ۱۹۹۰ کاهش یابد. طی همین مدت، نرخ مرگ و میر مادران (حین زایمان) نیز باید تا سه-چهارم کاهش داده شود.
- دسترسی به خدمات بهداشتی مرتبط با باروری از طریق نظام عمومی مراقبتهای بهداشتی اولیه برای همه افراد در سن متناسب با موضوع، از جمله روشهای سالم و مطمئن تنظیم خانواده باید هر چه زودتر و قبل از سال ۲۰۱۵ میسر شود.

#### پایایی و نوزایی محیط زیست

- تنظیم یک استراتژی ملی و جهانی جاری برای توسعه پایا در فرایندهای اجرایی مربوط در هر کشور تا پایان سال ۲۰۰۵ الزامی است، به گونه‌ای که روندهای فعلی انهدام منابع محیط زیست به صورتی مؤثر، در سطوح ملی و بین‌المللی واژگونه شود.