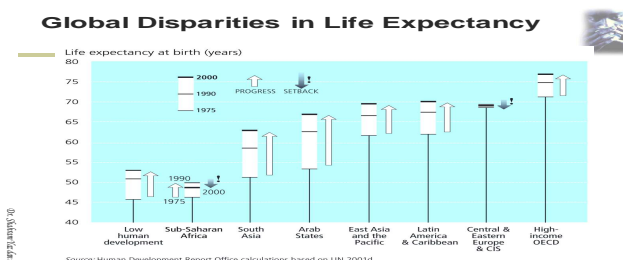


عنوان : عدالت در سلامت^۱

مقدمه

در ابتدا مقدمه ای از نظریه ها و دیدگاه های حاکم بر عدالت در سلامت بیان می شود. سلامت با سایر خدمات ، مواهب یا کالاهایی که می توان خریداری کرد و یا در اختیار داشت تفاوت عمده ای دارد. سلامت به واسطه اهمیت بنیادینی که دارد، حق مسلم و اساسی مردم دانسته می شود. در بیانیه حقوق بشر حق برخورداری از بالاترین استانداردهای زندگی و مواهب سلامت به عنوان یکی از حقوق اساسی مردم در کنار حق مسکن و غذا مطرح شده است. پس سلامت به عنوان حق مثبت در نظر گرفته شده و مورد تاکید زیادی است. صرف اینکه در بیانیه های بین المللی از جمله بیانیه حقوق بشر در رابطه با سلامت صحبت و تاکید شده ، باعث توزیع عادلانه سلامت نشده است. در سطح دنیا رویکردهای مختلفی در عدالت در سلامت (از جمله سلامت ، مواهب و پیامدهای سلامت) دیده می شود . در برهه زمانی 25 ساله افزایش عمده ای در امید به زندگی^۲ در کشورهای مختلف دنیا بوجود آمده است. در کشورهای پیشرفته و برخی کشورهای عرب افزایش خوبی داشته است. در جنوب آسیا از جمله کشور ایران با وجود افزایش امید به زندگی فاصله زیادی با کشورهای دیگر وجود دارد. ولی در خیلی از مناطق از جمله شرق اروپا و آفریقای زیر صحرا کاهش طول زندگی دیده شده است



در مطالعه ای که در کشور آمریکا انجام شده میزان مرگ و میر (پس از انجام تعدیل بر اساس سن) در سیاه پوستان آمریکایی از سفید پوستان بیشتر است. این مسئله در بیماریهای مختلف متفاوت است. مثلاً در سیاه پوستان آمریکایی احتمال مرگ و میر بعلت سکته مغزی 77٪ بیشتر از سفید پوستان است و یا به دنبال سرطان 34 درصد و یا در بیماری HIV 65 درصد یا در بیماریهای قلبی نیز 47 درصد احتمال مرگ و میر سیاه پوستان بیشتر از سفید پوستان است. این مسئله مختص آمریکا نیست و بدرجاتی در همه کشورها در گروه های مختلف قومی و یا سطوح اقتصادی - اجتماعی دیده

¹ -Health Equity

² -Life Expectancy

می شود. مثلاً در یکی از استان های جنوب شرقی کشور ایران امید به زندگی 13 سال از استانی که بالاترین امید به زندگی را دارد کمتر است .

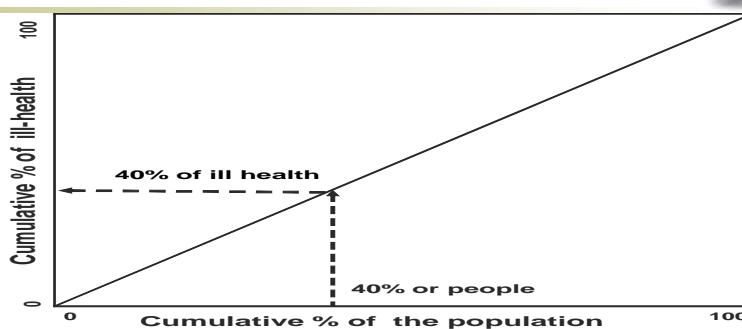
اگر بخواهیم به بحث عدالت در سلامت فکر کنیم چارچوب فکری را چطور باید تنظیم کنیم ؟ در تمام نظریه های عدالت در سلامت یک پیش فرض وجود دارد ،مبنی بر اینکه در جامعه با دیدگاه عدالت اجتماعی (social justice) سطوح مختلف اجتماعی - اقتصادی وجود دارد و طبقات مختلفی از نظر اقتصادی وجود دارد. (در اینجا مسئله ای مطرح می شود که چرا بصورت اولیه طبقات اقتصادی و اجتماعی یکی نمی شود که انشاءالله درجلسات دیگر در این رابطه صحبت خواهد شد.) پس از اینجا قرار است مشخص شود که با در نظر گرفتن پیش فرض ذکر شده، برخورداری از خدمات سلامت یا پیامدهای سلامت چگونه می تواند باشد؟

در گراف ساده ذیل در محور ایکس ها^۳ درصد تجمعی جامعه بر اساس وضعیت اقتصادی قرار دارد (یعنی اگر مثلاً 20٪ باشد منظور همان 20٪ غیر برخوردار جامعه می باشد) و در محور ایگرگها^۴ به صورت تجمعی موضوع بیماری و دارا نبودن سلامت^۵ را داریم (مثلاً اگر 20٪ باشد به معنی 20٪ از بیماریهای جامعه می باشد). اگر در جامعه ای که از نظر عدالت در سلامت کاملاً در وضعیت عدالت قرار دارد ارتباط بین ایکس ها و ایگرگ ها را مشخص کنیم، به خطی می رسمیم که نیمساز محور می باشد. در این وضعیت 40 درصد بیماران که فقیر و نابرخوردار هستند 40 درصد بار بیماری را بیشتر به دوش می کشند و نه بیشتر. اگر 60٪ جمعیت فقیر جامعه را در نظر بگیریم 60٪ بار بیماری جامعه را به دوش خواهند کشید. پس عملاً مشخص می شود که افراد نابرخوردار یا فقیر بار بیماری بیشتر یا نامتناسبی از بیماریها را به دوش نمی کشند.

Relation of socioeconomic conditions and ill health

Perfect Equity Condition

Dr. S. H. Hosseini



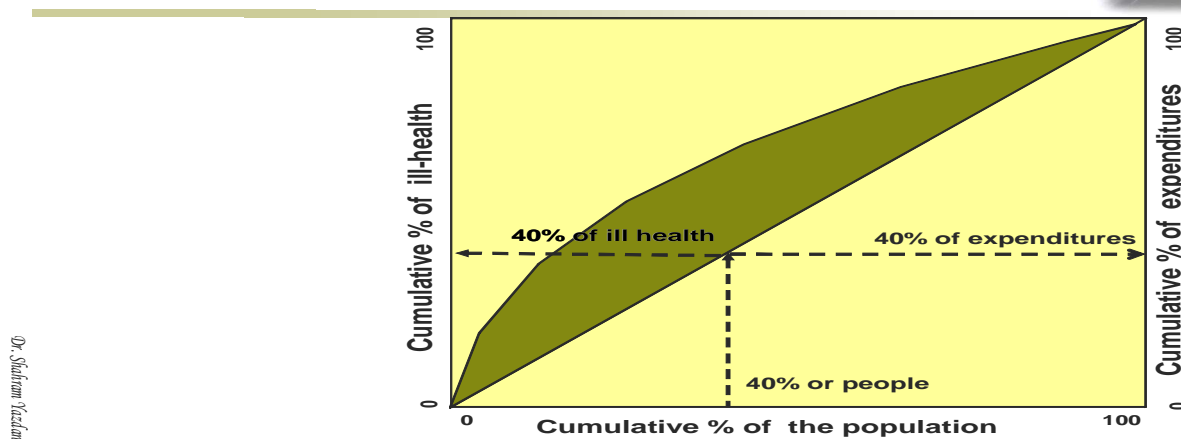
³ - X

⁴ - Y

⁵ - ill health

در همین شرایط منحنی دیگری را رسم می کنیم . در قسمت راست منحنی مجدداً میزان هزینه ای که به صورت تجمعی برای سلامت مردم می شود ، قرار دارد ، که در شرایط عدالت کامل می باشد. باز هم دیده می شود 40٪ درصد افراد نابرخوردار جامعه 40 درصد هزینه نظام سلامت برای آن ها صورت می گیرد. بدین معنی که از یک سو بار بیماری در سطوح مختلف اجتماعی و اقتصادی بطور متناسب توزیع شده و از سوی دیگر هزینه هایی که برای سلامت انجام میشود نیز در سطوح مختلف به صورت متناسب صورت گرفته است. البته این امری است که در هیچ کشوری در دنیا به این صورت دیده نمی شود. اما آنچه واقعاً رخ می دهد و مبنای تحلیلی و محاسباتی را ایجاد می کند اینطور نیست . آنچه که معمولاً اتفاق می افتد ارتباط بین درصد تجمعی جامعه از نظر اجتماعی و اقتصادی و درصد تجمعی بیماری ، معمولاً روی این خط قرار نمی گیرد و منحنی لگاریتمی همانند نمودار زیر را ایجاد می کند . یعنی به عنوان مثال 40 درصد نابرخوردار جامعه 65 درصد بار بیماری ها را به دوش می کشند و یا مثلاً 10 درصد نابرخوردار 20 درصد بار بیماری جامعه را به دوش می کشند .

Burden of Disease Concentration Index



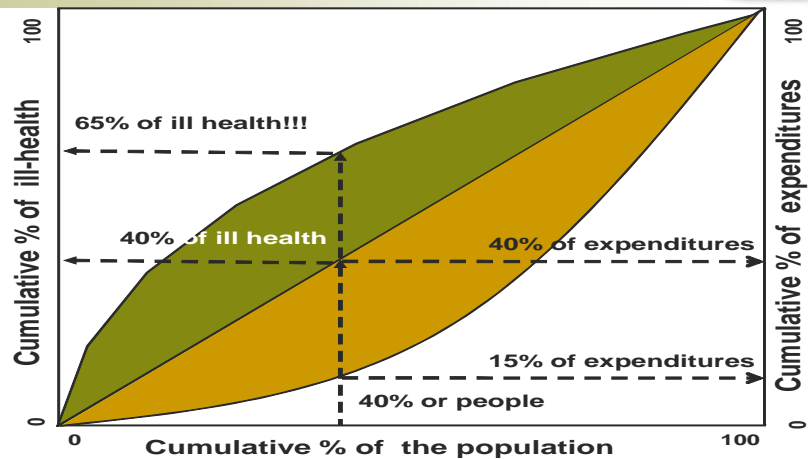
در شرایط واقعی توزیع بار بیماری ها مستقل از سطوح مختلف اقتصادی و اجتماعی نیست بلکه وابسته به آن است و تجمعی از بار بیماری ها در سطوح پایین اقتصادی و اجتماعی دیده می شود. موضوع زمانی بغرنج تر می شود که منحنی واقعی ارتباط بین درصد تجمعی جامعه از بابت سطوح مختلف اجتماعی و اقتصادی را در مقابل هزینه هایی که برای سلامت مردم در نظر می گیریم بکشیم. شکل عجیب تری بدست خواهد آمد (شکل زیر) بدین معناست که همین 40 درصد فقیر جامعه که 65 درصد بار بیماری را به دوش می کشند 15 درصد هزینه کرد سلامت جامعه به آن ها اختصاص دارد .

Burden of Health Expenditure Concentration Index



Inequity Condition

Dr. Shahram Vafaei



منحنی بالا در تمام کشور های دنیا و جدای از ایدئولوژی افراد (کاپیتالیست، سوسیالیست،...) صادق است. آن چیزی که بین کشور ها متفاوت است مدل منحنی نیست. زمانی که بیماری ها را ترسیم می کنیم یعنی در تمام کشورها این تجمع در سطوح پایین اقتصادی اجتماعی دیده می شود و تجمع هزینه کرد در سطوح بالا دیده می شود. تفاوتی که وجود دارد در سطح منحنی است. یعنی هر چه که درجه عدالت بیشتر باشد این منحنی ها به نیمساز نزدیک تر خواهند بود. این شکل از نمایش عدالت و به تبع آن بی عدالتی اصطلاحاً لورانس^۷ نامیده می شود. سطحی که بین این منحنی ها و خط نیمساز بدست می آید را محاسبه می کنند که شاخص تجمع^۸ نامیده می شود. سطح زیر منحنی معنا دارد. سطح بین منحنی بالا تا نیمساز که همان قسمت سبز رنگ است محاسبه می شود و هر چه عدد بدست آمده کوچکتر باشد (مثلاً اگر مربع را یک در یک در نظر بگیریم هرچه عدد به صفر نزدیک شود) از عدالت بیشتری برخوردار است. هرچه این منحنی از نیمساز ربع^۹ اول دورتر شود، به تبع آن سطح زیر منحنی بیشتر می شود یعنی تجمع بیماری در سطوح پایین اقتصادی اجتماعی بیشتر بوده و بی عدالتی نیز بیشتر خواهد بود. پایین منحنی هم بطور مستقل از بالا قابل تفسیر است. سوالی مطرح می شود که آیا عملاً هزینه های سلامت، در سطوح بالای اقتصادی و اجتماعی تجمع دارد یا خیر؟ هرچه سطح زیر منحنی این قسمت بیشتر باشد به بی عدالتی نزدیک تر خواهد بود. در کشورهای مختلف مطالعاتی انجام شده است. کشورهایی که از این بابت وضعیت بهتری دارند، ایندکس جمعی کوچکتری دارند و عدد بدست آمده کوچکتر است و برخی کشورها عدد بیشتری دارند. در کشور ایران از این بابت وضعیت خوبی نداریم. در مطالعه ای که در رابطه با مصرف خدمات توسط آقای دکتر نقوی در ایران انجام شده نشان می دهد مصرف خدمات سلامت در آحاد سالم جامعه ما به مراتب

⁶-Plat

⁷-Laurence

⁸-Concentration Index

⁹-QUADRANT

بیش از سطوح فقیر است. مثل اینست که دو نفر را با نیازهای مختلف (گرسنه/سیر) داشته باشیم و تجمع لقمه غذا جلوی فرد سیر قرار گرفته باشد.

تعاریف و متریکس‌های مختلفی از وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی¹⁰ وجود دارد. در مطالعه‌ای که با همکاری دانشکده دندانپزشکی انجام شده ماتریکس سطوح مختلف اجتماعی و اقتصادی برای ایران تعریف شد. تعریفی که بدست آمد به این صورت است که تلفیقی از درآمد و ثروت و مایملک و مواهبی که فرد می‌تواند داشته باشد، در کنار هم شاخصی را شکل می‌دهد که تحت عنوان وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی یا SES نامیده می‌شود. عملاً کسانی که درآمد بیشتر و برخورداری بیشتر از مواهب رفاهی دارند در سطح بالا قرار می‌گیرند و بالعکس. اینکه به این شاخص چه عددی بین صفر تا صد داده می‌شود تعاریف متعددی وجود دارد که برای کشورها و مناطق جغرافیایی مختلف متفاوت است. مثلاً داشتن ماشین ظرفشویی یا دسترسی به اینترنت در 20 سال قبل جزء شاخص کشور ما قرار نداشت ولی با توجه به مطالعاتی که انجام شده و با توجه به تعریفی که از SES در کشور ما وجود دارد این دو مورد جزء شاخص‌ها قرار گرفته است پس در طول زمان با تغییر فرهنگ‌ها تعاریف وضعیت‌های اقتصادی اجتماعی و شاخص‌های آن تغییر می‌کنند.

در منحنی که قبلاً ذکر گردید و از طریق آن برداشتی کلی از عدالت ارائه شد، اگر محور ایکس‌ها ثابت در نظر گرفته شود (درصد تجمعی جامعه بر اساس وضعیت اجتماعی اقتصادی)، می‌توان در محور ایگرگها موارد مختلفی مانند دسترسی به خدمات سلامت، مصرف خدمات سلامت، فرصت سالم بودن، پیامدهای سلامت را قرار داد. به این نحو تعاریف متعددی از equity شکل می‌گیرد. در همه این تعاریف یک نکته ثابت وجود دارد، هیچ‌کس انصاف¹¹ در مقابل برابری¹² در نظر نمی‌گیرد. یعنی انصاف در اینست که سهم‌های غیر برابر وجود داشته باشد. یک تعریف خیلی رادیکال از انصاف، اینست که انصاف به معنی برابری است. البته این تعریف در دنیای امروز تعریفی عملیاتی به حساب نمی‌آید. اغلب اوقات انصاف به عنوان برخورداری از یک سطح حداقلی از مواهب که از دیدگاه اجتماع قابل قبول باشد در نظر گرفته می‌شود (minimal social acceptable level).

عملاً رویکردهای مختلف به عدالت در سلامت از همین موضوع نشات می‌گیرد. بعنوان مثال گاهی میزان برابر یا یک حداقل قابل قبول اجتماعی از دسترسی به خدمات سلامت را به عنوان عدالت در نظر می‌گیریم. یعنی همه به طور برابر به خدمات سلامت دسترسی داشته یا اینکه حداقل به یک میزان دسترسی داشته باشند. گاهی میزان ارائه خدمات به سطوح مختلف و یا بالعکس برخورداری یا مصرف خدمات سلامت مبنا قرار داده می‌شوند. گاهی مشارکت مالی آحاد مختلف جامعه در تأمین و تخصیص مالی سیستم سلامت مبنا قرار داده می‌شوند. یا فرصت سالم زیستن بعنوان مبنا قرار داده می‌شوند و در بعضی مواقع بسیار پیامدنگر به موضوع نگاه می‌شود به این صورت که پیامدهای برابر سلامت در سطوح

¹⁰ -social economic statuses

¹¹ -Equity

¹² -Equality

مختلف جامعه در نظر گرفته می شوند. دیدیم در انتهای گفتار قبل در مثال مقایسه دو کشور انگلستان و سوئد ، در کشور انگلستان پیامد های سلامت در سطوح مختلف اجتماعی و اقتصادی متفاوت بود در حالی که در کشور سوئد این پیامد ها تا حد زیادی به هم نزدیک بود .

شاید بتوان پیش شرط لازم برای هر شکل از عدالت در سلامت را، همان عدالت در دسترسی به خدمات سلامت به معنی دسترسی برابر یا حداقل سطح دسترسی در نظر گرفت. مثلاً در شمال شهر تهران در هر محله ای که زندگی می کنیم ممکن است کمتر از 20 دقیقه پیاده روی و 10 دقیقه با ماشین به بیمارستان یا مرکز ارائه خدمات تخصصی برسیم . در صورتی که **equity** را معادل **equality** در نظر بگیریم بدین معنی خواهد بود که در هر منطقه و محله از ایران همه افراد شرایط مشابهی داشته باشند و این مسئله در کل کشور صادق باشد که البته غیر ممکن است . حداقل قابل قبول اجتماعی را تعریف می کنیم بدین صورت که یک شهروند بتواند با 2 ساعت حرکت یک خودرو خود را به بیمارستانی برسد بالاتر از این حداقل هم معنی ندارد. پس این حداقل بعنوان آنچه حق شهروندان برای برخورداری است یعنی حق مثبت پذیرفته می شود و برخورداری بالاتر از آن هم معنی ندارد. البته این بتنهایی کفایت نمی کند. زیرا غیر از عوامل دسترسی فیزیکی عوامل متعدد زیاد دیگری نیز در برخورداری نهایی افراد از خدمات سلامت تاثیر می گذارد. برای مثال فردی که می تواند با یک ساعت پیاده روی به بیمارستان برسد ، با چوپانی که باید گله های خود را یک ساعت رها کند و تا به بیمارستان برسد احتمال دریدن گله توسط گرگها می رود متفاوت است . یعنی عوامل مختلف که ممکن است هزینه های غیر مستقیمی را در بر داشته باشند باعث می شوند افراد دسترسی اثر بخشی به مواهب و خدمات سلامت نداشته باشند. این مسئله خود شرط لازم است نه شرط کافی.

خیلی از اوقات نیز برابری مصرف خدمات یا حداقل مصرف یا برخورداری از خدمات سلامت در نظر گرفته می شود. یعنی داشتن دسترسی، متفاوت از برخورداری واقعی از این خدمات می باشد . پس دسترسی یکسان و اثر بخش یک پیش شرط لازم و نه کافی می باشد این مسئله قابل سنجش می باشد مطالعاتی که در ایران انجام شده نشان می دهد که درصد برخورداری از خدمات سلامت در استانهای مختلف ایران به چه میزان می باشد. تئوری های زیادی در این زمینه ارائه شده است. در این زمینه می توان عدالتهای افقی و عمودی را مطرح نمود

اگر افرادی که نیاز برابر به خدمات سلامت دارند به طور یکسان از خدمات در سلامت بهره ببرند ، این را عدالت در برخورداری **سلامت افقی** گویند و اگر نیاز فردی از فرد دیگر بیشتر باشد باید از مواهب خدمات سلامت بیشتری برخوردار گردد عدالت در برخورداری **سلامت عمودی** گویند.

اغلب اوقات این سوال مطرح می شود که اگر افراد مختلف یک حداقل سطح قابل پذیرش از نظر اجتماعی (**minimal social acceptable level**) برخورداری از خدمات سلامت را دارا باشند ، کدام یک از قسمت ها ما را به سمت بی

عدالتی سوق می دهند؟ در اغلب تعاریفی که از عدالت در سلامت می شود ، از افرادی که بیش از حداقل سطح قابل پذیرش از نظر اجتماعی برخوردار می شوند به عنوان مصداق بی عدالتی نام برده نمی شود اما اگر با در نظر گرفتن نیاز و حداقل سطح قابل پذیرش از نظر اجتماعی ، بین برخورداری از خدمات سلامت فاصله باشد ، به عنوان فاصله عدالتی (equity gap) در نظر گرفته می شود . پس عملاً یک سطح حداقلی مشخص شده و عدالت بر اساس آن سطح حداقلی تعریف گردیده است که کاملاً درست می باشد. اصولاً در مورد هر حق مثبتی دو مفهوم مستتر است که اگر در همانجا دیده نشود نشاندهنده این نکته است که معنای حق مثبتی درک نشده است .موضوع اول سقف آن است. به عنوان مثال در قانون اساسی کشور ایران چند تا حق مثبتی از جمله مسکن ، تحصیلات و سلامت وجود دارد. البته سقفی وجود دارد . یعنی یک شهروند می تواند مطالبه کند و دولت مکلف است به او ارائه کند. ولی در محدوده یک سقف اینکار را انجام می دهد. این طور نیست که فرد از دولت مسکنی با زیربنای زیاد در هر جایی بخواهد. در بحث سلامت نیز مثلاً حق مثبت ارائه خدمات است ولی به این معنی نیست که فرد هر هفته پت اسکن درخواست کند و تکلیف دولت باشد همان زمان ارائه کند. پس این ها سقفی دارند . در مبحث آموزش تحصیلی زمانی در قانون اساسی پنج کلاس سواد داشتن حق مثبتی بود و در حال حاضر هشت کلاس می باشد و دولت مکلف است تا این سقف ارائه دهد. پس توزیع آموزش تا کلاس هشتم باید ملی و با پوشش کشوری باشد. اما اگر امروز کل دبیرستانها و دانشگاه های کشور خصوصی شوند منع قانونی وجود ندارد چون قانون اساسی برای این حق مثبتی سقف گذاشته است. این موضوع در رابطه با خدمات سلامت بعنوان بسته حداقلی ارائه خدمت تعریف می شود. دولت بر اساس حداقل حق مثبتی برای برخورداری همه آحاد جامعه ، شبکه سلامت درست می کند. اما در رابطه با حد بالاتر از این بسته حداقلی ادعایی نمی توان نمود.

در مورد حق مسکن با وجود اینکه به عنوان حق مثبتی آمده است به هیچ وجه سقف آن مشخص نشده است که اشتباه و خطا می باشد. یعنی مفهوم حق مثبتی درک نشده است.

دومین موضوعی که در هر حق مثبتی باید ذکر گردد توزیع ثروت می باشد . یعنی در عین حالی که بسته های حداقلی تعریف می شوند و حق مثبتی تعیین می گردد ، افرادی هستند که از نظر مالی توان برخورداری از این مواهب و خدمات و حقوق مثبتی ها را ندارند. فرد با جیب خالی همه این موارد را شامل سلامت ، مسکن ، آموزش فرزند خود می خواهد. سوالی که مطرح می شود اینست که دولت از کجا اینها را تامین کند؟ پاسخ اینست که از طریق توزیع مجدد ثروت و جیب دیگر افراد تامین می گردد. این مسئله برای هر حق مثبتی یک امر محتوم می باشد. اگر ساز و کار توزیع ثروت مشخص نشود مجدداً نشاندهنده اینست که مفهوم واقعی حق مثبتی درست درک نشده است.

پس آنچه امروزه در اغلب شکل‌های ایدئولوژیک مطرح می شود انصاف (equity) است نه برابری (equality) . که بعنوان حداقل قابل قبول اجتماعی تعریف می شود. البته این حداقل ها متفاوت هستند.

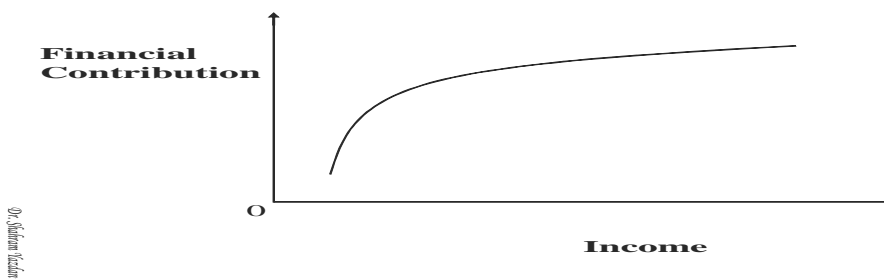
مشارکت مالی در تامین و تخصیص مالی در سیستم سلامت^{۱۳}

اشاره کوتاهی هم به مشارکت مالی داشته باشیم . در تامین و تخصیص مالی در سلامت ، تعریف عدالت افقی و عدالت عمودی را داریم .اینکه افرادی که از یک میزان درآمد و ثروت برخوردارند باید به یک میزان مشارکت مالی در سیستم سلامت را داشته باشد راعدالت افقی گویند و افرادی که درآمد بیشتر دارند نسبت به افرادی که درآمد کمتری دارند مشارکت مالی بیشتری باید داشته باشند عدالت عمودی گویند. این همان اساس و روح یارانه غنی به فقیر است یا در واقع ساز و کار باز توزیع ثروت را ایجاد می کند و اگر این دو شکل عدالت معنا نداشته باشد شکل قبلی که عدالت هر کس به اندازه نیاز برخوردار باشد هم محقق نمی شود و باید بتوانیم عدالت در مشارکت مالی واقعی کنیم . اگر یارانه غنی به فقیر رخ ندهد اصولاً حرف زدن یک شعار است پس اتفاقی که باید بیفتد عملاً در بحث قبل نیاز یکسان ، برخورداری یکسان است اما اینجا توان مالی بیشتر ، مشارکت مالی بیشتر است و یا توان مالی صفر مشارکت مالی صفر است پس این امری پذیرفته می باشد.

توزیع مجدد ثروت امری است که اشاره کوتاهی به آن داریم . بنا بر این شد که افراد غنی تر پول بیشتری وسط بگذارند اما به چه میزان بیشتر باشد؟ مثلاً این تفاوت در افرادی با درآمدهای صد هزار ، یک میلیون یا چهل میلیون چقدر باید باشد. از واژگان رگرسیو ، پروگرسیو ، پروپورشنال برای تعیین این تفاوت استفاده می شود.

در شکل اول^{۱۴} regressive ، افراد فقیر درصد بیشتری از درآمد خود را در سیستم سلامت هزینه می کنند مثلاً فردی که یک میلیون تومان درآمد دارد 50 هزار تومان پول بیمه یا مالیات می دهد و فردی که 10 میلیون تومان درآمد دارد 100 هزار تومان یعنی دو برابر پول بیمه می دهد ، پس فردی که فقیرتر و درآمد کمتری دارد ، 2 درصد از درآمدش را برای بیمه پرداخت می کند و فرد دیگر 1 درصد درآمد خود را برای بیمه می گذارد . درصد مشارکت مالی فرد فقیر بیشتر است هرچند مبلغ مشارکت در ظاهر بیشتر است. نمودار زیر که شکل لگاریتمی دارد و ابتدا افزایش یافته و مشارکت به تدریج کم می شود این موضوع را نشان می دهد.

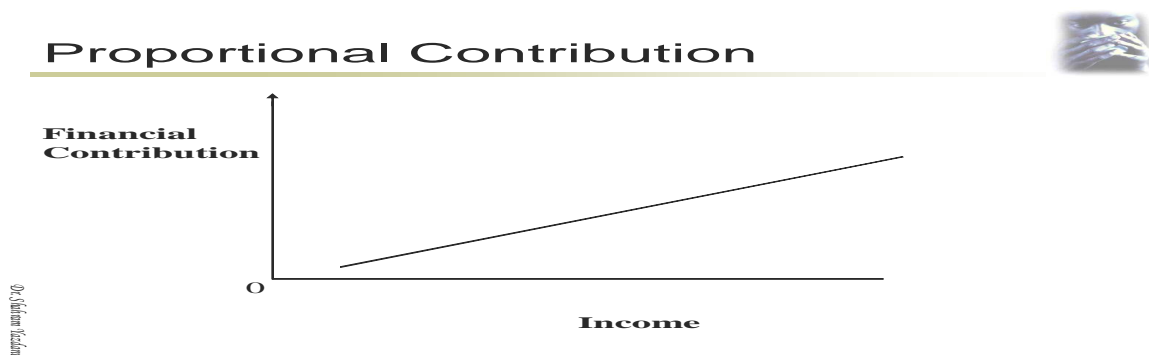
Regressive Contribution



¹³ -Equity in Financing

¹⁴ -Regressive

شکل دوم^{۱۵} proportional درصد ثابت در مشارکت مالی وجود دارد و غنی و فقیر به یک میزان درصد مشارکت مالی دارند که نمودار زیر که به صورت خطی افزایش پیدا کرده است. پس در اینجا با افزایش ثروت نه تنها مبلغ مشارکت بلکه درصد مشارکت افزایش یافته است.



در شکل سوم^{۱۶} Progressive هم درصد مشارکت مالی هم متفاوت است که با افزایش ثروت و درآمد درصد مشارکت مالی بیشتر است پس به طور قطع مبلغ پرداختی هم بیشتر خواهد شد.

هر سه شکل نشان می دهند که با افزایش درآمد میزان مشارکت مالی بیشتر می شود ولی تفاوت در شکل و رفتار منحنی ها است.

Progressive Contribution

**Financial
Contribution**

Dr. Shahram Vazdani

0

Income

مطالعات متعددی در حد اشباع صورت گرفته است که اگر در یک سیستم سلامت بخواهیم نظام تأمین و تخصیص مالی

¹⁵ - Proportional

¹⁶ - Progressive

بگونه ای باشد که بتواند برخورداری حداقلی را برای اقشار محروم تامین کند باید این سیستم یک سیستم پروگرسو باشد و دوشکل دیگر برای تامین مالی اقشار محروم که بار بیماری تجمع یافته بیشتری دارند، کفایت نمی کند. پس حتی اگر در سطح متناسب هم از اغنیا گرفته و به فقرا داده شود، چون بار بیماری در قسمت فقرا تجمع یافته تر است نمی توان حداقلی برای آنها تامین نمود. در سطح نظری همه این موضوع را می دانند ولی باید با ایدئولوژی آنها نیز همخوانی داشته باشد. در این صورت به سمت تامین و تخصیص مالی و در جهت عدالت پیش می رود، مثلاً در شمال اروپا که سیستم سوسیال دموکرات دارند، ولی در آمریکا اینطور نیست. برای این موضوع مثال های متعددی در ایران وجود دارد. مثلاً صنف خدمات درمانی که حق بیمه ثابتی را از همه اقشار می گیرد، مشخصاً به معنی رگرسو بودن آن است چون با هر سطح درآمدی یک حق بیمه پرداخت می شود.

سیستم تأمین اجتماعی در ایران یک درصد ثابت را از حقوق بر می دارد و تاحدودی اگر مینا درآمد رسمی باشد پروپشنال است ولی چون درآمدهای غیر رسمی نیز وجود دارند موضوع دیگری است که بعداً بحث می کنیم. مثال دیگر مالیات های پلکانی هستند که عملاً درآمدزایی پروگرسو است. در همین جا می توان به مسیرهای درآمد زایی در سیستم سلامت فکر کرد. به طور قطع حق بیمه ثابت و پرداخت از جیب^{۱۷} (یعنی من و شما با وجود درآمد متفاوت اگر مریض شویم حق ویزیت یکسان از خود پرداخت می کنیم) که مصداق رگرسو بودن است می توان نام برد.

پس اگر ساز و کار و سیستم درآمدزایی در سیستم سلامت، پروگرسو باشد می توان ادعا کرد یک بلوک پایه دیگر در نظام عدالت در سلامت درست شده است. اهداف باید قابل متر کردن باشند، چون هرچه را نتوانیم اندازه گیری کنیم نمیتوانیم مدیریت کنیم. شاخصی که برای این موضوع ابداع شده شاخص کاکوانی^{۱۸} نامیده می شود. که این شاخص عدد صفرش پروپشنال و عدد بالای صفرش پروگرسو و اعداد منفی رگرسو است و البته پرداخت از جیب هم عدد منفی دارد. و مالیات مستقیم بر درآمد هم در بسیاری از کشورها عددی مثبت است. ولی باز هم هوشمندی و عقلانیت می تواند در اینجا حرف بزند.

فرض کنید درمورد مالیات به خصوص مالیات بر مصرف صحبت می شود. زمانی که یک جنسی را از مغازه خریداری می کنید عملاً یک عدد ثابتی بر مالیات آن بسته می شود. در نتیجه مالیات بر مصرف رگرسو است چرا که مبلغ مالیاتی که همانجا محاسبه می شود و به مغازه دار پرداخت می شود درصد بیشتری از درآمد فرد فقیر خواهد بود. یعنی عدد ثابت و درصد متفاوت است. در کشورهای مختلف انواع و اقسام مختلفی از مالیات وجود دارد. اما در برخی از کشورها آن شکل از مالیات بر مصرف که عملاً باید همیشه منفی باشد در کشوری مثل کشور هلند عددی مثبت است و عملاً پروگرسو می باشد. به این ترتیب که کالاها و خدمات تقسیم بندی شدند، مثلاً کالاهای لوکس (superior good) یا کالاهای فقرا (inferior good) برای مثال می توان از گوشت و سویا نام برد. هر چه درآمد بیشتر باشد مصرف گوشت بیشتر می شود

¹⁷ -out of pocket

¹⁸ - Kakwani

ولی سویا کالایی است که با افزایش درآمد مصرف آن کم شده و گوشت جایگزین آن می شود. در هلند کالاهایی که در تقسیم بندی جزو کالاهای فقرا هستند مالیات بر آن قرار نمی دهند حتی به آن ها یارانه هم تعلق می گیرد. ولی برای کالای اغنیا مالیات تعیین می شود. تقسیم بندی کالاها بر اساس شاخص هایی از جمله کشش پذیری تقاضا به ازای درآمد (income elasticity of demand) انجام می گیرد. در ایران نیز تا حدودی دیده می شود. بعنوان مثال عوارض گمرکی ماشین آلمانی بیشتر است ولی هنوز در حد زندگی روزمره عقلانی نشده است. پس تا اینجا دیده شد که روش های مختلف کسب درآمد است از جمله پرداخت از جیب در تمام کشور ها رگرسو است ولی در بیمه های خصوصی موارد پروگرسو دیده می شود. بعنوان مثال در کشور سوئیس بیمه اجتماعی وجود ندارد ولی دارای بیمه های متعدد خصوصی می باشد که تمام آحاد جامعه الزاما باید در یک صندوق مشترک بیمه ای شرکت کنند. دولت بر سیستم حق بیمه های خصوصی نظارت می کند به صورتی که شکل پروگرسو پیدا کند یعنی بیمه خصوصی از اغنیا بیشتر از فقرا می گیرد. پس می توان با ترکیب های مختلفی از اینها ساز و کاری عقلانی برای سیستم سلامت ایجاد کرد. بنابراین این برچسب که مالیات های غیر مستقیم همیشه رگرسو هستند می تواند استثناء هایی داشته باشد.

تا اینجا مشخص شد که عدالت در برخورداری و تأمین و تخصیص مالی الزاماً عدالت در پیامد سلامت را بیمه نمی کند. که در ایران این دو مورد را نداریم. تصور کنید که اگر یک مدینه فاضله که تمام مراکز ارائه خدمات سلامت دارای توزیع مناسب هستند، بسته حداقلی خدمات بدرستی طراحی شده، برخورداری از آن برای همه تضمین شده و سیستم تأمین و تخصیص مالی سلامت کاملاً پروگرسو است، بر اساس توان مالی پول گرفته می شود و از افراد فقیر پولی دریافت نمی شود. آیا به این معناست که به عدالت در سلامت رسیدیم. برای مثال بچه یک پزشک بیماری اسهال و استفراغ گرفته و حالا بچه دیگر از خانواده ای فقیر بعنوان مثال کارگر کوره آجرپزی هم اسهال و استفراغ گرفته و هر دو به بیمارستان مراجعه می کنند. مشارکت مالی پدر پزشک بیشتر است و پدر کارگر مشارکت مالی اش صفر است. درمانی که هر دو این بچه ها دریافت می کنند یکسان است. بعد هر دو به منزل مراجعت می کنند. اتفاقی که می افتد اینست که فرزند پزشک بدلیل عواملی نظیر سطح اقتصادی، خانه گرم و خشک با والدین تحصیل کرده بهبود پیدا می کند، ولی ممکن است فرزند خانواده دیگر به دلیل داشتن خانه مرطوب، والدین معتاد و غیره بهبود پیدا نکند. پس عدالت در سلامت تماماً محدود به ارائه خدمات و تأمین و تخصیص مالی عادلانه نمی شود. به نظر می آید که عوامل اجتماعی و اقتصادی نقش اساسی در سلامت مردم دارند و تأمین و تخصیص مالی عادلانه شرط لازم است ولی کافی نیست، بنابراین باید کارهای دیگری صورت گیرد. سیستم های سلامتی که بدنبال عدالت هستند باید در رابطه با توزیع مجدد ثروت سیاستهای رادیکال تری در پیش بگیرند. در ایران باید کارهای اساسی در این راستا صورت گیرد. سیاست هایی که سطح حداقلی از رفاه را برای مردم تأمین می کنند می توانند همان سیاستهایی باشند که دستیابی به عدالت کامل در سلامت را محقق می کنند. در جلسات آتی در رابطه با این دو مورد بحث خواهد شد تا ما را به سمت عدالت در سلامت هدایت کند. همه تعاریفی که از عدالت می شود شامل عدالت در سلامت، عدالت در دسترسی یا بهره وری و یا تخصیص و تأمین مالی نیست بلکه عدالت در پیامد های سلامت

نیز باید از تعاریف عدالت محسوب شود. در صورتیکه کلیه آحاد جامعه فرصت یکسان برای سالم بودن داشته باشند ، برای ناسالم بودن افراد در مقابل افراد سالم تنها دو علت می تواند وجود داشته باشد . دلایل ژنتیکی و نیز داشتن رفتارهای پرخطر عواملی هستند که خارج از اختیار دولت ها هستند و بنابراین در این دو حیطة قابل سرزنش نمی باشند. پس ایجاد شرایط برابر برای سالم زیستن و داشتن عدالت در سلامت به این معناست که دولت ها در رابطه با داشتن یک سیستم و نظام کارآمد با همه اجزای آن به تکلیف خود عمل نموده اند و دغدغه وجدانی و اخلاقی نخواهد داشت. آنچه که تحت عنوان پیامدهای سلامت مطرح می شود در سطح فرد معنا ندارد چرا که افراد از نظر ژنتیکی با هم متفاوت هستند ، اما این مطلب در مورد گروه های اجتماعی اقتصادی معنا دارد وقابل تحقق است. بعنوان مثال دهک بالا و دهک پایین درآمدی در جامعه باید میانگین سلامتی یکسانی داشته باشند .و یا مثلا گروه های قومیتی مختلف ، میانگین سلامت یا پیامدهای سلامت میانگین برابر داشته باشند. در مثال جلسه قبل مشخص شد که در کشور سوئد پیامدهای سلامت در دهک سوم درآمدی بهتر از دهک اول بود.

بحثی که در عدالت در سلامت انجام شد بحث مقدماتی بود .عمق تئوری قضیه را در دوره دکتری آموزش پزشکی داریم اما انشاءالله مباحثی که در جلسات آتی ارائه خواهد گردید تا حد زیادی می تواند ما را به سمت مداخلات هدایت کند.