

تخصیص منابع مالی نظام مراقبت سلامت: دیدگاه اخلاقی

احسان شمس‌کوشکی^۱

مینو علی‌پوری سخا^۲

حکیمه مصطنوی^۳

چکیده

کلیه نظام‌های مراقبت سلامت در دنیا با مشکل محدودیت منابع مواجه هستند، لذا تخصیص عادلانه منابع از چالش‌های مهم هر نظام سلامت و بخش اصلی در فرآیند تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. جهت برقراری عدالت در نظام مراقبت‌های سلامت و تخصیص عادلانه منابع نیازمند بکارگیری معیارهای اخلاقی در توزیع منابع هستیم. این مقاله با هدف مروری بر روش‌های تخصیص منابع مالی نظام مراقبت‌های سلامت از دیدگاه اخلاقی تدوین شده است. با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی (PUBMED و Google Scholar) همچنین کتب و مقالات، به بررسی روش‌های مورد استفاده جهت تخصیص منابع مالی نظام مراقبت‌های سلامت پرداختیم. به نظر می‌رسد ترکیب مناسبی از شاخص‌های جمعیت، مرگ‌ومیر، هزینه‌های اضافی مربوط به مناطق دورافتاده و روستایی و شاخص‌های اقتصادی اجتماعی می‌تواند به بهبود عدالت در تخصیص و توزیع منابع مالی نظام مراقبت‌های سلامت منجر شود.

واژگان کلیدی

تخصیص منابع مالی، اخلاق پزشکی، نظام مراقبت سلامت

۱. دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: sakha_minoo@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
نوع مقاله: مروری تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۱۵

مقدمه

بخش سلامت از مهم‌ترین بخش‌های خدماتی و عملکرد آن یکی از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی است. (عبادی فردآذر، ۱۳۹۰ ش.). امروزه بسیاری از کشورها به دلیل مشکلات تأمین مالی، قادر به ارائه خدمات مورد نظر در بخش مراقبت سلامت نیستند. تقریباً در تمام کشورها هزینه‌های مراقبت سلامت^۱ به دلیل تغییرات جمعیت شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها و فناوری‌های جدید در حال افزایش است و تأثیرات چنین تغییراتی بر محدودیت‌های شدید بودجه و منابع اقتصادی محدودی که برای سلامت در نظر گرفته شده، سایه افکنده است. (فتاح‌زاده، ۱۳۸۴ ش.). از آنجایی که کلیه نظام‌های مراقبت سلامت دنیا با مشکل کمبود منابع مواجه هستند، تخصیص عادلانه منابع یکی از دغدغه‌های مهم هر نظام سلامت و بخش اصلی فرآیند تصمیم‌گیری در آن محسوب می‌شود. (سینگر و همکاران، ۱۹۹۸ م.) کارایی^۲ و عدالت، معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد و هدف عمده سیاست‌گذاری هر نظام سلامتی محسوب می‌شود. نظام سلامت در صورتی به کارایی اقتصادی دست خواهد یافت که بروندهای^۳ سلامت با حداقل درونداها^۴ حاصل شود. (عبادی فردآذر، ۱۳۹۰ ش.) عدالت که بنابر تعریف، عدم وجود تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه در یک یا چند جنبه از سلامت در بین افراد یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی جمعیت‌شناختی، اجتماعی یا جغرافیایی آن جمعیت است، یک مفهوم اخلاقی به منظور توزیع عادلانه منابع بین افراد است. از این رو جهت برقراری عدالت در نظام مراقبت‌های سلامت و به عبارتی تخصیص عادلانه منابع ناگزیر از بکارگیری معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات به هنگام توزیع آن‌ها هستیم. (زالی، ۲۰۰۹ م.؛ عبادی فردآذر، ۱۳۹۰ ش.)

نظریه‌های اخلاقی متداول مانند نظریه پیامدگرایی، وظیفه‌گرایی و اخلاق مبتنی بر اصول الزاماتی کلی برای انجام اخلاقی اعمال عرضه می‌دارند. نظریه اخلاق مبتنی بر اصول یکی از رویکردهای فلسفی است که امروزه بیش از هر رویکرد دیگری در حوزه اخلاق زیست‌پزشکی مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد ریشه‌های فلسفی خود را مدیون ارایه تلفیقی موفق از نظریه‌های اخلاقی مطرح دوره مدرن به ویژه نظریه «اخلاق وظیفه‌گرای کانتی» و نظریه‌های اخلاقی «نتیجه‌گرا» و «اخلاق در نظر اول» است. اصول مد نظر در این نظریه در واقع هنجارهایی از اخلاق عمومی هستند که برای اخلاق زیست‌پزشکی هنجارهایی بنیادی شمرده می‌شوند. اغلب قریب به اتفاق نظریه‌های اخلاقی این اصول را به نحوی از انحاء در خود جای داده‌اند. این اصول که عبارتند از اصل احترام به خودآیینی^۵، فایده‌رسانی^۶، عدم ضرررسانی^۷ و عدالت^۸؛ در نظریه اصل‌گرایی به عنوان یک چارچوب تحلیلی^۹ عمل می‌کنند که در واقع بیانگر هنجارهای کلی اخلاق مشترک^{۱۰} هستند و نقطه‌ی آغاز مناسبی برای تحلیل اخلاقی مسایل موجود در علوم زیست‌پزشکی به شمار می‌آیند. این اصول به عنوان رهنمودهایی کلی برای ایجاد قواعد اختصاصی‌تر عمل می‌کنند و کاربرد آن‌ها در توجیه و تجویز گزینه‌های «درست» است. البته این اصول هنجارهای عمومی بوده و یک فضای کلی برای قضاوت ایجاد می‌کنند و نمی‌توانند به عنوان راهنمای دقیقی برای عمل مورد استفاده قرار گیرند. (بوچامپ و همکاران، ۲۰۰۱ م.)

در مواجهه با موضوع تخصیص منابع مراقبت‌های سلامت، عدالت اولین ملاحظه اخلاقی است، چراکه این اصل به موضوع انصاف در توزیع خدمات بین مردم می‌پردازد. (سینگر و همکاران، ۱۹۹۸ م.) از این رو، بیشترین ارتباط را با موضوعات برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری دارد. (کنی و همکاران، ۲۰۰۵ م.) احترام به

خودآیینی نیز یک ارزش اخلاقی است که حق کلیه افراد را برای مشارکت در تعیین سیاست‌های سلامت خاطر نشان می‌کند و افراد جامعه از طریق سازوکارهای دموکراتیک می‌توانند اراده خود را در توزیع منابع مالی تعیین بخشند. (سینگر و همکاران، ۱۹۹۸ م.) اصل فایده‌رسانی نیز که به معنی تعلق بیشترین سود به بیشترین افراد با کم‌ترین هزینه است با اصل عدالت در توزیع منابع هماهنگ است بدین معنا که منابع اختصاص یافته باید بیشترین کارایی و قابلیت را در ارائه خدمات داشته باشد. (زالی، ۲۰۰۹ م.) در مورد اصول فایده‌رسانی و عدم ضرررسانی، مشکل بنیادی برای سیاست‌گذاران چگونگی تعیین و قضاوت در مورد منافع و مضرات یک برنامه است. (کنی و همکاران، ۲۰۰۵ م.)

تخصیص که به معنای توزیع درآمدها از طریق اعطای بودجه به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت است. (هارلی، ۱۹۹۸ م.) در سه سطح کلان، میانه و خرد انجام می‌شود. در سطح کلان که سطح استراتژیک و سیاست‌گذاری است، دولت تصمیم می‌گیرد که چه میزان از تولید ناخالص ملی به بخش سلامت در معنای عام^{۱۱} آن تخصیص داده شود. این سطح نشانگر جهت‌گیری کلی دولت و سیاست‌ها و اولویت‌های آن می‌باشد. (پوررضا، ۱۳۸۷ ش.) عدالت و توزیع منصفانه منابع در بحث تخصیص کلان منابع، از سابقه‌ای طولانی برخوردار است برای مثال افلاطون و ارسطو نظراتی در مورد نحوه تخصیص منابع عمومی ابراز داشته‌اند و ارسطو آن را «به هر کس به اندازه مشخص» تعبیر می‌کند. جان راولز عدالت در سطح کلان را تأمین حداکثر آزادی برای افراد و توزیع منابع به گونه‌ای که محروم‌ترین افراد هم بتوانند بیشترین سود را ببرند تعریف می‌کند. (زالی، ۲۰۰۹ م.) در سطح میانی توزیع منابع مالی در درون نظام سلامت و بین فعالیت‌ها و برنامه‌های مختلف سلامت صورت می‌گیرد. به عنوان مثال تعیین می‌کند که

از بین مواردی مانند پیشگیری یا درمان و بهره‌برداری از تکنولوژی‌های مدرن یا تأمین آب سالم کدامیک برای نهاد سیاست‌گذار و توزیع‌کننده منابع اولویت دارند. نیاز سنجی‌های دقیق و کارایی تخصیصی^{۱۲} مختص این سطح است. در کارایی تخصیصی این موضوع مطرح می‌شود که تا چه حد منابع به افراد، گروه‌ها و واحدها تخصیص یابد تا حداکثر منافع حاصل شود. در سطح خرد یا سطح سوم، تخصیص منابع به واحدهای اجرایی مانند بیمارستان‌ها مد نظر قرار می‌گیرد. کارایی فنی^{۱۳} بدین مفهوم که با مصرف میزان معینی از عوامل تولید حداکثر محصول قابل دسترسی پدید می‌آید و محاسبه شاخص‌های اقتصادی مانند محاسبه هزینه خدمات مربوط به این سطح است. (پوررضا، ۱۳۸۷، ش؛ عبادی فردآذر، ۱۳۹۰، ش).

در چند سال اخیر سیاست‌گذاران بخش سلامت به اهمیت موضوع عدالت در این بخش پی برده و دستگاه‌های اجرایی در راستای ارتقای سلامت و توزیع عادلانه منابع و فرصت‌ها در تنظیم بودجه هزینه‌ای خود، سیاست‌هایی را جهت بهینه‌سازی منابع و مصارف و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم در سلامت به منظور دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی درمانی را مورد توجه قرار داده‌اند. (بخش نامه بودجه، ۱۳۹۱، ش). آنچه که در این مورد بسیار مهم است وجود یک مبنای نظری مشخص و تعریف شده برای تخصیص اخلاقی (عادلانه) منابع در نظام سلامت است. در این راستا شناخت دیدگاه‌های اخلاقی و نظریه‌های عدالت جهت تخصیص و توزیع منابع مالی نظام مراقبت‌های سلامت و بکارگیری آن‌ها در نظام مراقبت سلامت کشورمان ضروری خواهد بود. این مقاله با هدف مروری بر روش‌های تخصیص منابع مالی بودجه‌ای در سطح دوم تخصیص منابع با نگاهی بر دیدگاه‌های مختلف اخلاقی در حوزه مراقبت‌های سلامت تدوین شده است. بر این

اساس ابتدا دیدگاه‌های اخلاقی تعریف می‌شوند سپس انواع روش‌های تخصیص منابع در برخی کشورهای نمونه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

روش

در این مطالعه جهت تبیین چارچوب مفهومی از بانک‌های اطلاعاتی PUBMED و Google Scholar همچنین کتب و مقالات معتبر در خصوص نظریه‌های اخلاقی و روش‌های تخصیص منابع بودجه‌ای بخش مراقبت سلامت استفاده و روش‌های تخصیص منابع بودجه بخش بهداشت و درمان نظام مراقبت‌های سلامت کشورهای منتخب بررسی شد.

تئوری‌های عدالت در تخصیص منابع

همان‌طور که قبلاً اشاره شد اصل اخلاقی که بیشترین ارتباط را با موضوعات برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری دارد اصل عدالت است. (کنی و همکاران، ۲۰۰۵ م.) عدالت در مراقبت سلامت به عنوان دسترسی مساوی به خدمات سلامت در دسترس در شرایط نیاز یکسان، بهره‌مندی یکسان در موارد نیاز یکسان و کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه تلقی می‌گردد. حق «دسترسی مساوی به خدمات سلامت در دسترس در شرایط نیاز یکسان»، در واقع دلالت بر یک توزیع عادلانه خدمات سلامت در کل کشور بر پایه نیازهای مراقبت سلامت و آسانی دسترسی در هر ناحیه جغرافیایی دارد. کیفیت مساوی خدمات به این مفهوم است که هر فرد فرصت مساوی در زمینه برخورداری از خدمات با توجه به منابع محدود از طریق شیوه‌های منصفانه بر اساس نیاز نه براساس عوامل اجتماعی داشته باشد. بر این اساس در بحث عدالت در مراقبت‌های سلامت به عدالت افقی

و عدالت عمودی در زمینه دسترسی پرداخته می‌شود. عدالت افقی در دسترسی به چگونگی توزیع خدمات سلامت در سراسر اجتماع اشاره دارد یعنی دسترسی مساوی همه مردم با نیازهای مساوی به خدمات مراقبت سلامت، بدون توجه به مکان، جنسیت، نژاد و سایر عوامل تعیین‌کننده^{۱۴}، به همین جهت تلاش شده فرمولی تهیه شود که کسانی که نیازها و هزینه‌های مشابهی دارند مبالغ سرانه یکسانی دریافت می‌کنند. (هارلی، ۱۹۹۸ م.) عدالت عمودی در دسترسی، به دسترسی غیر یکسان به خدمات سلامت برای نیازهای غیر یکسان اطلاق می‌گردد، (مطلق، ۱۳۸۷ ش.) یعنی توزیع نابرابر منابع بین افراد بر حسب میزان و نوع نیاز آنها، لذا سعی می‌شود منابع به نحوی تخصیص یابد که مناطق با نیازهای سلامت بیشتر سهم بیشتری از بودجه دریافت کنند. مبنای منصفانه بودن یا نبودن می‌تواند بر حسب سطوح نیاز، موقعیت جغرافیایی، جنس، سن و سطح درآمد باشد. (هارلی، ۱۹۹۸ م.)

گویند و همکارانش در مروری بر معیارهای تخصیص منابع در نظام مراقبت‌های سلامت دریافتند که در دسته‌بندی چارچوب تخصیص منابع، چارچوب‌های مفهومی عدالت و بی‌طرفی، کارایی و اثر بخشی و علاقه و فشار ذی‌نفعان به ترتیب دارای بیشترین اولویت بوده‌اند. (گویندو و همکاران، ۲۰۱۲ م.) در چارچوب مفهومی عدالت، به عدالت توزیعی یعنی عدالتی که مقرر می‌دارد منافع و مضار چگونه باید توزیع شود پرداخته می‌شود. (کالانا و همکاران، ۱۹۸۳ م.) عدالت توزیعی در زمینه منابع سلامت به مفهوم «چگونگی تخصیص منابع کمیاب بین افراد با نیازمندی‌های متفاوت توسط دولت و نهادهای مسؤول» است. (رومر، ۱۹۹۸ م.) عدالت توزیعی به ویژه در مراقبت‌های سلامت به دلیل عدم هماهنگی بین تقاضا و منابع در دسترس نمود بیشتری می‌یابد و باعث بروز دوراهی‌های^{۱۵}

اخلاقی هم در سطح کلان و هم در سطح خرد نظام سلامت و به تبع آن چالش‌های عمده‌ای در تصمیم‌گیری می‌شود. (کرگیا، ۲۰۰۹ م.)

در چارچوب مفهومی اثربخشی و کارایی، بیشتر کارایی تخصیصی مد نظر است. دین معنی که منابع به نحوی بین برنامه‌های مختلف تخصیص می‌یابد که در مجموع سلامت جامعه را بیشینه سازد. بنابراین کارایی تخصیصی به دنبال تأمین مالی برنامه‌هایی است که در یک مقیاس اجتماعی منافع آن‌ها از هزینه‌هایشان بیشتر بوده و بار بیماری‌ها را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد موضوع عدالت و برابری در توزیع مراقبت‌های سلامت در مقایسه با بحث کارایی تخصیصی موضوعی پیچیده‌تر بوده و چالش برانگیزتر است. عدالت دسترسی کسانی را که نیاز بیشتری به خدمات سلامت دارند مد نظر دارد، اما کارایی خواستار تخصیص بودجه به بخش‌هایی است که بیشترین بازده را فراهم کند. (هارلی، ۱۹۹۸ م.) به علاوه ارزیابی این‌که آیا منابع، عادلانه توزیع شده‌اند یا نه مبتنی بر داوری‌های ارزشی و هنجاری بوده و وقتی پای اخلاقیات و برابری می‌آید توافقی بر سر عدالت عمودی و عدالت افقی و یا دستیابی به عدالت در دسترسی، بهره‌مندی یا پیامدهای آن وجود ندارد. (تاشویا، ۲۰۰۶ م.)

نظریه‌های عدالت توزیعی مانند فایده‌گرایی^{۱۶}، مساوات طلبی^{۱۷} و جامعه‌گرایی^{۱۸} به بحث‌های توصیفی و تجویزی در رابطه با تخصیص منابع در بخش سلامت پرداخته و اصول اخلاقی یک تخصیص منابع عادلانه را ترسیم می‌کند. (کنی، ۲۰۰۵ م؛ بن باسات، ۲۰۰۳ م.) این نظریه‌های اخلاقی برداشت‌های متفاوتی از عدالت دارند که هر یک از آن‌ها به نحوی به ارزیابی چگونگی تخصیص متناسب منافع و هزینه‌ها بسته به ارزش‌های مورد پذیرش و اهداف خود می‌پردازند، (بارنت، ۲۰۰۹

م. اخلاقیون و سیاستگزاران در مواجهه با نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی سه دیدگاه اخلاقی عمده فوق را مبنای تصمیمات خود قرار می‌دهند. اولین دیدگاه فایده‌گرایی است که در واقع یکی از شناخته‌شده‌ترین انواع نتیجه‌گرایی^{۱۹} است. در این نظریه مداخلاتی اهمیت دارد که بیشترین منفعت را برای بیشترین افراد و با حداکثر دامنه فراهم آورد. فایده‌گرایی شامل دو دسته عمده است: ذهنی^{۲۰} و عینی^{۲۱}. فایده‌گرایی ذهنی اعتقاد دارد که خود فرد بهتر از هر کس دیگری می‌تواند در مورد آنچه برای او لذت‌بخش است قضاوت کند. (رابرتز و همکاران، ۲۰۰۲ م.) اقتصاددانان نیز بر این رویکرد تکیه می‌کنند و بحث تحلیل هزینه - منفعت^{۲۲} را مطرح می‌کنند. (داوودی، ۱۳۸۷ ش.) آن‌ها معتقدند اگر کالا یا خدمتی برای کسی فایده داشته باشد شخص آماده پرداخت بهای آن است. (شادپور، ۲۰۰۶ ش.) آن‌ها به بازار علاقه داشته و معتقدند مصرف‌کنندگان خدماتی را می‌خرند که تمایل به پرداخت برای آن‌ها بیشتر از هزینه تولید آن‌ها باشد. قضاوت در مورد یک سیاست با این رویکرد نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هر یک از گزینه‌های سیاستگزاری برای همه افراد با هم جمع زده شود و سیاست مذکور با جایگزین‌های آن مقایسه شود، سپس سیاستی که بیشترین لذت را به همراه می‌آورد انتخاب شود، اما در عمل به دلایل نارسایی بازار سلامت و نیز نادیده‌گرفتن مسایل مهم مربوط به عدالت و این مسأله که سیاست‌گذاری نباید بر خواست‌ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد، باید به دقت در مورد استفاده از آن اندیشیده شود. (رابرتز، ۲۰۰۴ م.) فایده‌گرایی عینی با استفاده از تکنیک‌های هزینه - اثربخشی^{۲۳} و کالی^{۲۴} و دالی^{۲۵} به مقایسه منافع با هزینه‌ها می‌پردازند. (رابرتز و همکاران، ۲۰۰۲ م.) این رویکرد به ما می‌گوید سیاست‌هایی را انتخاب کنیم که بیشترین لذت را عاید عموم کند و این لذت بر اساس دستاوردهای سلامت

سنجیده می‌شود و مبنایی برای هزینه اثر بخشی فراهم می‌کند. (رابرتز، ۲۰۰۴ م.)
 فایده‌گرایان معتقدند که قضاوت ما درباره یک سیاست باید بر اساس پیامدهای آن و تأثیر آن بر مجموع کل سلامتی افراد یک جامعه استوار باشد، بنابراین سیاستی انتخاب می‌شود که بیش از همه مجموع کل تندرستی افراد را ارتقا بخشد. این دیدگاه که نظریه‌ای پرطرفدار است ایجاد بیشترین دستاورد بدون توجه به عادلانه بودن آن‌ها را ملاک داوری در باره مطلوبیت می‌داند. عدم توجه به گروه‌های اقلیت از ایرادهای بزرگ نظریه فایده‌گرایی محسوب می‌شود. بنابراین سیاستگذاران فایده‌گرا ممکن است نسبت به بیمارانی که حفظ جان آن‌ها بسیار گران تمام خواهد شد، بی‌اعتنا باشند و همچنین ممکن است عده‌ای محدود را به خاطر عده زیادی قربانی کنند. (شادپور، ۱۳۸۴ ش؛ فضایی، ۱۳۸۶ ش.)

دومین دیدگاه نگاه لیبرالیستی^{۲۶} به مقوله عدالت است. این دیدگاه بر آزادی فرد و پاسداری از حقوق افراد تا حدی که به حقوق دیگران تجاوز نشود اهمیت می‌دهد و کاری به اثربخش بودن کارها ندارد و معتقد است آزادی منجر به پیدایش اخلاقی در جامعه می‌شود که در آن نیازی به باز توزیع منابع وجود ندارد. آن‌ها بر بازار آزاد و رویکردهای مبتنی بر شبه بازار و تبادل آزاد و بدون نظارت کالا و خدمات تأکید دارند. (روگر، ۲۰۰۶ م.) این نگاه لیبرالیستی بر دو دسته است: اول گروهی که اعتقاد دارند تنها حقوق منفی^{۲۷} شایسته محافظت هستند و دولت باید نقش محدودی در محافظت از حقوق مالکیت فردی و آزادی‌های فردی داشته باشد و آزادی‌خواهان مساوات طلب^{۲۸} که به باز توزیع منابع در جامعه اعتقاد دارند، یعنی از آنکه دارد باید گرفت و به آنکه ندارد داد تا سطح حداقلی برای همه فراهم باشد. این دسته معتقدند که سلامت حقی مثبت برای افراد به حساب می‌آید. گروهی از مساوات‌طلبان معتقدند اگر جامعه خدمات را فراهم

کرده و کاری به استفاده مردم از این خدمات نداشته باشد در آن صورت وضعیت سلامت افراد، نتیجه انتخاب‌های فردی خواهد بود که با استدلال آمارتیا سن^{۲۹} که معتقد است جامعه متعهد ایجاد فرصت‌ها برای شهروندانی است که حق انتخاب دارند، نه مسوول انتخاب آن‌ها، همخوانی دارد. (شادپور، ۱۳۸۴ش؛ فضایی، ۱۳۸۶ ش.) جان راولز^{۳۰} در تئوری خود به نام عدالت به مثابه انصاف^{۳۱} معتقد است تصمیم‌گیری‌های اخلاقی باید مبتنی بر تصور یک وضعیت فرضی به نام «پرده تجاهل»^{۳۲} در ذهن افراد باشد. بدین مفهوم که انتخابی عادلانه و اخلاقی است که در آن فرد همه تعلقات نژادی و عقیدتی خود را فراموش کرده و فقط به تصمیمی فکر کند که بیشترین سود را برای جامعه دارد. (زالی، ۲۰۰۹ م.) طبق اصل حداکثری - حداقلی^{۳۳}، راولز فقط نظامی را می‌پذیرد که موقعیت بدترین افراد را بهبود بخشد. چنین شرایطی نه تنها متضمن برابری کامل درآمدها و منابع از جمله مراقبت‌های سلامتی نیست، بلکه حتی دور شدن از برابری کامل به شرط آنکه باعث بهبود وضعیت عده زیادی از افرادی که بدترین موقعیت را در جامعه دارند شود را مجاز می‌شمارد. تحت یک نظام عدالت اجتماعی مبتنی بر عقاید راولز، فرض می‌شود که خدمات مراقبت سلامتی اگر یک ضرورت برای افراد فقیر جامعه محسوب شود می‌باید به آن‌ها ارائه گردد. (فضایی، ۱۳۸۶ ش.)

دیدگاه سوم جامعه‌گرایی^{۳۴} است که بر قراردادهای اجتماعی آشکار یا ضمنی موجود در جامعه می‌پردازد. (روگر، ۲۰۰۶ م.) این نظریه چنین استدلال می‌کند که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می‌دهند، بستگی دارد و از این رو دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نمایند. (فضایی، ۱۳۸۶ش.) در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با

جامعه در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه‌گرایی ممکن است هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد، چراکه القای اجباری فضیلت و خوبی ممکن است در برگزیده اقداماتی باشد که سلامت افراد را به حداکثر نمی‌رساند یا آزادی افراد را محدود می‌کند. جامعه‌گرایان نیز به دو دسته جهانی و نسبی‌گرا تقسیم می‌شوند. دسته اول معتقد به وجود هنجارهای جهانی هستند و جامعه‌گرایان نسبی‌گرا معتقدند که هر جامعه‌ای خود باید هنجارهای خاص خود را تعریف نماید. (سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۸ ش).

روش‌های تخصیص منابع در کشورهای مختلف

عبارت تخصیص منابع اشاره به توزیع منابع مالی مراقبت‌های سلامت بین نیازهای مختلف سلامت دارد و کشورهای مختلف روش‌های مختلفی را برای تخصیص منابع اتخاذ می‌نمایند. این روش‌ها شامل طیفی از مدل تأمین مالی خطی^{۳۵}، رویکردهای مبتنی بر نیازهای جمعیتی با هدف بیشینه‌سازی منافع، رویکردهای اقتصادی که کارآمدترین روش‌های تخصیص منابع را در جهت افزایش رفاه اجتماعی و منافع سلامت به کار می‌گیرد، رویکردهای مبتنی بر چانه‌زنی و مکانیزم بازار می‌باشند. (بایلی، ۲۰۰۶ م؛ پی کاک، ۲۰۰۹ م؛ کرگیا، ۲۰۱۱ م).

رویکرد اقتصادی اولویت‌گذاری تخصیص منابع، تجزیه تحلیل هزینه - منفعت بوده و در آن از هزینه فرصت و آنالیز حاشیه‌ای استفاده می‌شود. قاعده اساسی در اینجا این است که برای ارائه خدمات بیشتر یا باید خدمات را با هزینه کم‌تری انجام بدهیم یا این که منابع را از دیگر برنامه‌ها و نواحی تخصیص مجدد کنیم که این امر مستلزم اندازه‌گیری هزینه‌ها و منافع برنامه‌های مراقبت‌های سلامت است.

در واقع تجزیه تحلیل هزینه - منفعت مقایسه بین منافع یک نوع استفاده از منابع کمیاب با منافع استفاده دیگر از آن منابع است. تجزیه و تحلیل هزینه - منفعت به عنوان یک ابزار بودجه‌ریزی برنامه‌ای و مدیریت خدمات عمومی است. در واقع این روش منعکس‌کننده یک رویکرد جامع اقتصادی برای مدیریت منابع است و در صورت استفاده از آن مدیران باید محدوده‌ای از موضوعات عمل‌گرایانه و اخلاقی را مد نظر داشته باشند. رویکردهای اقتصادی در مدیریت منابع در سطح محلی موفقیت محدودی داشته‌اند، زیرا چالش‌های عملی و اخلاقی که متخصصان مراقبت‌های سلامت و مدیران در اولویت‌گذاری‌ها با آن‌ها مواجه بودند را پاسخ‌گو نبوده است و تنها به میزان منابع صرف شده و پیامدهای حاصله می‌پردازد و توجهی به نحوه توزیع این پیامدها در بین افراد مختلف ندارد و در عمل اغلب کارایی اهمیت بیشتری یافته است. رویکرد دیگری که به برابری در اولویت‌گذاری اهمیت فراوانی قایل است، چارچوب اخلاقی پاسخ‌گویی در برابر عدالت دانلیز و ساین^{۳۶} است. در این چارچوب فرآیند اولویت‌گذاری هنگامی عادلانه است که چهار شرط عمومیت^{۳۷}، مرتبط‌بودن^{۳۸}، استیفای حق^{۳۹} و تضمین^{۴۰} را داشته باشد. این چارچوب در ارزشیابی بودجه برنامه‌ای با موفقیت بکار رفته است. همچنین شروط این چارچوب می‌تواند به عنوان بخشی از فرآیند اولویت‌گذاری در نظر گرفته شود و به تبع آن ارزیابی اخلاقی در کنار ارزیابی اقتصادی صورت گرفته و مشکلات ناشی از تاخت‌زدن تخصیص منابع یک خدمت به خدمات دیگر نیز مرتفع می‌شود. (بی‌کاک، ۲۰۰۶ م؛ عبادی فردآذر، ۱۳۹۰ ش.)

در روش تخصیص مالی خطی، توزیع منابع بر پایه هزینه‌های سال قبل صورت می‌گیرد. رایس و اسمیت ذکر کرده‌اند که توزیع منابع به این روش بیشتر به دلایل مدیریتی است و مبتنی بر فرمول خاصی نمی‌باشد. آن‌ها اعتقاد دارند که

در کوتاه مدت تأمین منابع به این روش برای استفاده کارآمد از ساختارهای موجود خدمات واقع بینانه است، اما در دراز مدت به دلیل توزیع نامناسب زیر ساختارها الگوهای نابرابرانه و ناعادلانه توزیع منابع را تشدید خواهد کرد. (رایس و همکاران، ۲۰۰۱ م.) هانسون و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که تخصیص منابع بر اساس بودجه خطی، تعداد تخت و بهره‌مندی از خدمات، نتایج یکسانی داشته و منجر به افزایش بی‌عدالتی و چرخه مصرف بالا - مصرف منابع بیشتر جهت عرضه بیشتر - شده و باعث تقاضای بیشتر افراد غنی در مقایسه با افراد فقیر می‌گردد. (کرگیا، ۲۰۰۹ م.) بنابراین شاید رویکرد تخصیص منابع بر اساس سرانه مبتنی بر نیاز، هدف عدالت افقی در دسترسی به مراقبت سلامت را بیشتر تأمین کند. (دبدریچسان، ۲۰۰۴ م.) با توجه به نارسایی‌های ذاتی متعدد بازار سلامت و جهت جلوگیری از ناکارایی که امری غیر اخلاقی است نیاز به مفهوم ظرفیت سود بردن افراد به ازای هر واحد از منابع صرف شده، مبنای تخصیص منابع نظام سلامت در نظر گرفته می‌شود. (محمدزاده، ۱۳۸۶ ش.) در واقع در سال‌های اخیر روش‌های موجود تخصیص منابع از روش سرانه به سرانه تعدیل یافته با ارزیابی نیازهای مناطق و گروه‌های جمعیتی و بهای تمام شده خدمات تمایل یافته است. (هارلی، ۱۹۹۸ م؛ گرین، ۲۰۰۰ م.) بسیاری از کشورها و ایالات مانند سوئد، نیوزیلند، اسکاتلند، آفریقای جنوبی، ولز و ایالت آلبرتای کانادا از یک سیستم تخصیص منابع مبتنی بر نیازهای جمعیتی بر گرفته از رویکرد کارگروه تخصیص منابع RAWP^{۴۱} بهره گرفته‌اند. معیار عدالت در این فرمول فرصت برابر در دستیابی بیماران با نیازهای مشابه، بدون توجه به محل زندگی آن‌هاست. (کرگیا، ۲۰۰۹ م.) سیستم سلامت انگلیس اولین سیستمی است که منابع درآمدی خود را بین مناطق جغرافیایی مختلف بر اساس نیاز جمعیت توزیع کرده است. (آستانا، ۲۰۰۴ م.) این

سیستم با استفاده از مدلی حاوی اجزای نیازهای سلامت گروه‌های خاص، هزینه‌های نسبی خدمات مختلف، هزینه‌های نسبی در مناطق مختلف، هزینه‌های جنبی غیر مرتبط با ارائه خدمات مانند هزینه‌های آموزش، میزان استفاده از خدمات یک منطقه توسط افراد غیر ساکن (ارجاع از دیگر مناطق) فرمول RAWP را ارائه داد. مهم‌ترین جز این فرمول همان نیاز سنجی است که شامل موارد زیر است: اندازه جمعیت، نسبت سن و جنس، میزان ابتلای مستقیم، میزان مرگ‌ومیر به عنوان یک نشانگر کلی سطوح مختلف نیاز و شاخص‌های اختصاصی محرومیت. (گرین، ۲۰۰۰ م.) فرمول RAWP در سال ۱۹۹۷ توسط کمیته تخصصی مستقل تخصیص منابع مورد بازنگری قرار گرفت که در آن یک الزام دیگر به آن اضافه شد با این مضمون که تخصیص منابع باید منجر به کاهش بی‌عدالتی‌های اجتناب‌پذیر در سلامت شود. (کرگیا، ۲۰۰۰ م.) در فرآیند بازنگری همچنین هزینه‌های مربوط به آمبولانس‌های مورد نیاز روستاها و مناطق دور افتاده به عنوان هزینه‌های تولید خدمات سلامت در این مناطق معرفی شد و برای تعدیل از شاخص‌هایی مانند میزان دستمزد و نرخ اجاره سرمایه و زمین در مناطق جغرافیایی مختلف استفاده شد. (یوسفی، ۱۳۸۹ ش.) رایس و اسمیت در مطالعه خود رویکردها و شاخص‌های تخصیص منابع کشورهای مختلف را مورد بررسی قرار داده‌اند. مبنای طراحی این شاخص‌ها شواهد تجربی و نیز قضاوت‌های سیاسی است. مهم‌ترین شاخص‌ها در این کشورها که تخصیص منابع بر اساس مناطق جغرافیایی صورت می‌گیرد شامل شاخص‌های تعدیل‌شده بر اساس سن، جنس و مرگ‌ومیر مناطق روستایی و دورافتاده است. در آمریکا به دلیل سهم بیشتر بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت، هزینه نیروی کار به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کلان تخصیص منابع نظام سلامت تعیین شده است. در ولز برای

تعیین میزان بودجه مورد نیاز هر منطقه، آمار بیماری‌ها و خدمات سلامتی ارائه شده در گروه‌های مختلف سنی و جنسی آن منطقه محاسبه شده سپس متوسط هزینه بیماری یا خدمت در هر گروه محاسبه و از این طریق میزان نیاز تعیین می‌شود. همچنین از شاخص‌هایی چون مرگ‌ومیر استاندارد شده زیر ۷۵ سال، دوری از مرکز و میزان مصرف دارو استفاده می‌شود. در ولز ابتدا بودجه بین دسته‌های مختلف برنامه‌های سلامت توزیع شده و سپس بر اساس سطوح نیاز هر منطقه جغرافیایی، بودجه تخصیص می‌یابد. (رایس، ۱۹۹۹ م؛ یوسفی، ۱۳۸۹ ش.) در استرالیا فرمول تخصیص منابع (RDF^{۴۲}) به عنوان ابزار برنامه‌ریزی برای توزیع منابع بین ۱۷ منطقه موجود و همچنین پایش پیشرفت در زمینه دستیابی به عدالت و برابری در تأمین مالی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نحوه توزیع منابع بدین شکل است که ابتدا یک بودجه سالیانه کلی بین ۹ برنامه مراقبت سلامت تقسیم می‌شود. برای هر برنامه درصدی از بودجه بدون توجه به اندازه جمعیت تخصیص می‌یابد و مابقی با استفاده از روش سرانه توزیع می‌شود. اجزای این فرمول شامل جمعیت بر اساس سن و جنس، فاکتور بی‌سرپناهی، تعدیل مراقبت در بیمارستان خصوصی، فاکتور روستانشینی و نیز تخمین درآمد حاصل از حق‌الزحمه پرداختی توسط بیماران خصوصی می‌باشند. جز نیاز فرمول RDF در واقع یک شاخص عمومی نیاز است که دربرگیرنده میزان مرگ‌ومیر استاندارد شده زیر ۷۰ سال، شاخص وضعیت شغلی و آموزشی و روستانشینی است. (رایس، ۱۹۹۹ م.)

در رویکرد تخصیص منابع مبتنی بر بازار، تخصیص منابع بر پایه فعالیت یا به صورت دوره‌ای انجام می‌شود. در این سیستم پرداخت به ارائه‌کنندگان بیشتر بر اساس دوره‌های ارائه خدمت انجام می‌شود تا این‌که نیازسنجی اجرا شود و بین

تأمین‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت قراردادهایی بر اساس هزینه - حجم خدمت، هزینه - دوره و یا قراردادهای موردی منعقد می‌شود. عمده‌ترین روش پرداخت نیز ارزیابی هزینه گروه‌های وابسته تشخیصی^{۴۳} است. در مراقبت‌های پیشگیری و اولیه انواع سرانه تعدیل‌شده بر پایه شاخص‌های اصلی اجتماعی اقتصادی و مرگ‌ومیر جهت افزایش کارایی و عدالت بکار می‌رود، اما در مراقبت‌های سرپایی، پرداخت به شکل کارانه^{۴۴} است. این مکانیزم بیشتر در آمریکا مورد استفاده قرار می‌گیرد و بازپرداخت‌ها به شکل گروه‌های وابسته تشخیصی است، گرچه گروه‌های وابسته تشخیصی اولین قدم در رویکرد بازار جهت کنترل منابع محدود است، اما بیشتر روی بهره‌مندی و استفاده از خدمات تأثیر داشته است تا بر تخصیص منابع. (کرگیا، ۲۰۰۹ م.) نمونه‌های بسیار کمی از فرمول‌های تخصیص منابع مبتنی بر نیاز در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط وجود دارد. اوگاندا یکی از کشورهایی است که فرمولی را برای تخصیص منابع بودجه مراقبت‌های سلامت بین مناطق مختلف جغرافیایی ارائه کرده است که بر اساس متغیرهای زیر است: ۶۰٪ تخصیص بر پایه شاخص اندازه جمعیت در گروه‌های سنی مختلف، ۲۰٪ تخصیص بر پایه معکوس شاخص توسعه انسانی و ۲۰٪ تخصیص بر مبنای معکوس شاخص هزینه‌های صرف‌شده سرانه توسط اهداگران و نهادهای غیر دولتی. (دیدریچسان، ۲۰۰۹ م.) زامبیا بودجه سرانه خود را با توجه به تفاوت‌های نواحی از نظر تراکم جمعیت، قیمت سوخت و شیوع وبا در منطقه تعدیل کرده است. در ایالت بریتیش کلمبیای این کشور فرمول توزیع وجوه منطقه‌ای با توجه به ترکیب سنی و جنسی جمعیت و تفاوت نیازهای بهداشتی جمعیت که از طریق نسبت مرگ‌ومیر استاندارد شده اندازه‌گیری می‌شود، تعدیل شده است. (هارلی، ۱۹۹۸ م.)

نتیجه‌گیری

تخصیص منابع مالی در نظام مراقبت‌های سلامت گرچه ماهیت اقتصادی دارد، لیکن از لحاظ ذاتی موضوعی است که در حوزه اخلاق مورد بحث قرار می‌گیرد. روش و تحلیل فلسفی بکار گرفته‌شده در حل تعارضات مربوط به تخصیص منابع می‌تواند هم چارچوبی را که طی آن تصمیمات مرتبط فرموله و تنظیم می‌شود و هم چگونگی اتخاذ تصمیمات را تحت‌الشعاع قرار دهد.

نظریه‌های مختلف اخلاقی بر اساس هنجارها، ارزشها، اصول و قواعد خود که برگرفته از محتوای فرااخلاقی آنهاست روش‌های مختلفی را برای توزیع منابع پیشنهاد می‌کنند که هر یک از این روش‌ها به دنبال معرفی هنجارهایی مرتبط^{۴۵} برای توزیع منابع می‌باشند. این هنجارها گاه به شکل قواعد بنیادی، مرجعیت تصمیم‌گیری و رویه‌ای هستند که جنبه‌های مختلف توزیع منابع را روشن می‌کنند و به شکل‌گیری ارکان مختلف یک نظریه جامع برای توزیع منابع کمک می‌نمایند.

در این راستا نظام‌های سلامت، سیاست تأمین عدالت در تخصیص منابع را بر دو محور پایه‌ریزی می‌کنند: منصفانه‌بودن فرآیند توزیع منابع یا عادلانه‌بودن نتایج تخصیص. در اصل اول روش‌های عادلانه الزاما به توزیع عادلانه منابع منتهی می‌شود، اما در اصل عادلانه‌بودن پیامد، برخورد یکسان با افراد دارای موقعیت یکسان و برخورد متفاوت با کسانی که موقعیت‌های متفاوت دارند مد نظر است. طرفداران نظریه‌های اخلاقی مختلف ممکن است بر معیارهای متفاوتی جهت تخصیص عادلانه منابع و ارتقای عدالت در مراقبت سلامت تأکید کنند. سودگرایان به نتایج متمرکز می‌شوند و بیشترین منافع سلامت را از بودجه تخصیص داده‌شده انتظار دارند. لیبرال‌ها به حقوق فرصت‌ها تمرکز داشته و

جامعه‌گرایان بر انواع افراد و جوامعی که سعی در خلق آن‌ها دارند. به نظر می‌رسد درجاتی از تکثرگرایی در بینش اخلاقی مفید باشد.

صرف نظر از دیدگاه‌های فلسفی، به لحاظ کارکردی؛ عدالت در تخصیص منابع مراقبت‌های سلامت به مفهوم دسترسی و بهره‌مندی از خدمات می‌باشد که بر اساس نیاز تعریف می‌شود. سیاست‌گذاران سلامت و اقتصاددانان رفاه جهت بررسی ارتباط بین عدالت و تخصیص منابع، توزیع منطقی و معقول منابع خدمات سلامت را مد نظر قرار می‌دهند. تخصیص منابع ایده‌آل بدین معناست که افراد بدون توجه به تفاوت‌های اقتصادی و جغرافیایی، نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت خدمات پایه یکسانی دریافت کنند و دسترسی اغلب آنان به خدمات سلامت با کیفیت یکسان تضمین گردد.

لکن شواهد بیانگر آنست که مطابق قانون «مراقبت‌های معکوس»^{۴۶} فقرا بیشترین بار بیماری را بر دوش می‌کشند، نابرابری جغرافیایی توزیع منابع خدمات سلامت در اغلب کشورها وجود دارد و مردم در گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین، سرانه کم‌تری نسبت به مناطق مرفه‌تر دریافت می‌کنند و فراهمی خدمات پزشکی با نیاز آن‌ها نسبت عکس دارد، لذا در ارتباط با عدالت توزیعی، تخصیص بر اساس نیاز^{۴۷}، قانون نجات^{۴۸}، اصل بزرگ‌داشتن^{۴۹}، سلامت آینده مورد انتظار و تجارب گذشته سلامت می‌تواند صورت گیرد. افراد مختلف بر حسب نیاز، اولویت‌بندی و سپس بر اساس میزان جدی‌بودن بیماری یا احتمال بروز ناتوانی‌شان مداوا شوند. بسیاری از افراد به دلایل موانع اجتماعی و محیطی توانایی محدودی در تلاش و رقابت با افراد سالم و توانمند دارند، لذا هدایت عادلانه منابع باید با در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی مانند افراد ناتوان و پیر صورت پذیرفته و منابع به سمت

افرادی که از بعد تاریخی از سلامت پایین‌تری برخوردارند، مانند اقلیت‌های نژادی هدایت شوند.

عدالت در دسترسی اما زمانی مشکل‌ساز می‌شود که لازم باشد برای تاخت‌زدن بین عدالت و کارایی، هزینه‌ای پرداخت شود. در واقع یکی از چالش‌های تخصیص منابع در مناطق جغرافیایی مختلف قیمت عدالت در رابطه با هزینه است که باید به گونه‌ای باشد که بهره‌وری کامل در استفاده از منابع لحاظ شود و بین اثربخشی و انصاف تعادل برقرار شود.

جهت طراحی یک فرمول تأمین مالی با تعدیل بی‌عدالتی، تشخیص و حل موضوعات در حیطه‌های تعیین مداخلات اثر بخش جهت کاهش بی‌عدالتی، تعیین گروه‌های محروم جهت انجام مداخله، تعیین منطقه جغرافیایی افراد، تخصیص منابع بر اساس ترکیب گروه در یک منطقه جغرافیایی و حصول اطمینان از صرف منابع در گروه‌های محروم و انجام مداخلات مورد نیاز جزو ضروریات است.

در این ارتباط در نظر گرفتن ترکیبی از شاخص‌های مناسب و مبتنی بر شواهد (فرمول یورک) مانند میزان بیماری‌های مزمن محدودکننده استاندارد شده زیر ۷۵ سال، مرگ‌ومیر استاندارد شده (زیر ۷۵ سال)، نسبت افراد مولد از نظر اقتصادی و بیکار و نسبت افراد بازنشسته که به تنهایی زندگی می‌کنند، می‌تواند مفید باشد.

در کشور ما ایران، علیرغم تحولات بسیار نظام بهداشتی و درمانی کشور طی سال‌های بعد از پیروزی انقلاب، مشکلات در دسترسی‌ها و نابرابری در افراد و گروه‌های مختلف اقتصادی به دلیل وسعت کشور، پراکندگی جمعیت و وجود شرایط اقلیمی متفاوت همراه با عوامل اقتصادی همچنان موجود بوده و لازم است توزیع منابع اصلاح و مصارف مطابق با نیازهای بخش جهت داده شوند. در روش موجود تخصیص بودجه در ایران دسترسی جغرافیایی با نیازسنجی‌هایی که

معاونت توسعه وزارت بهداشت انجام می‌دهد و دسترسی مالی نیز با اعمال ضریب محرومیت^{۵۰} در فرمول تخصیص بودجه لحاظ شده است. در واقع سیاست تخصیص منابع مالی به ظاهر فرآیند محور است، لیکن برخی شاخص‌ها مانند وضعیت سلامت جمعیت منطقه و ترکیب سنی و جنسی آن در نظر گرفته نمی‌شود. به نظر می‌رسد دیدگاه‌های غالب در تخصیص بودجه به روش سرانه تعدیل شده که در سیستم مراقبت سلامت کشورمان استفاده می‌شود تلفیقی از فایده‌گرایی و لیبرالیسم مساوات‌طلب باشد، لیکن سیستم موجود دارای نقاط ضعفی است که بی‌عدالتی‌هایی را در پی دارد.

این مقاله با این انگیزه به بررسی متون مربوط به این موضوع پرداخت که با توجه به فقدان یک نظریه نظام‌مند در نظام تخصیص منابع حوزه سلامت در ایران، باب گفتگو و اندیشه را حول این موضوع بیش از پیش باز کند.

در پایان پیشنهاد می‌شود تا روش فعلی توزیع منابع مالی در حوزه سلامت ایران به دقت مورد بررسی قرار گیرد تا روشن شود که آیا جنبه‌های مختلف این نظام توزیع در یک چارچوب نظری قابل تئوریزه کردن است یا خیر و در صورتی که چنین امکانی وجود دارد ابعاد مختلف چنین نظریه‌ای چه خواهد بود. در صورتی که نظام توزیع منابع مالی بخش سلامت ایران فاقد همگنی لازم برای شکل‌دادن یک نظریه مشخص باشد آنگاه لازم است که بر اساس اصول و ارزش‌های حاکم بر جامعه برای تدوین یک نظریه جامع تلاش گردد.

جدول ۱: شاخص‌های تخصیص منابع در برخی کشورها

بر اساس مطالعه رایس و اسمیت (۲۹-۳۵)

کشور	شاخص‌های خرد تخصیص منابع	شاخص‌های کلان تخصیص منابع
استرالیا	سن، جنس، بی‌خانمانی، گروه‌های نژاد	مناطق روستایی، میزان مرگ‌ومیر، سطح آموزش
آمریکا	میزان ناتوانی و وابستگی افراد	هزینه نیروی کار
سوئد	سن، وضعیت تأهل، اشتغال، مسکن، ناخوشی	-
نیوزلند	سن، جنس، نژاد و وضعیت رفاهی	مناطق روستایی
کانادا	سن، جنس، نژاد و وضعیت رفاهی	مناطق دورافتاده

پی‌نوشت‌ها

1. Health care

۲. کارایی به معنای کسب حداکثر منافع از منابع موجود است.

3. Output

4. Input

5. Respect for Autonomy

6. Beneficence

7. Non maleficence

8. Justice

9. Analytical Framework

10. Common Morality

۱۱. به معنای بودجه کل بخش بهداشت و درمان است. سلامت در معنای عام.

12. Allocative efficiency

13. Technical efficiency

14. Social Determinants

15. Dilemma

16. Utilitarianism

17. Egalitarianism

18. Communitarianism

19. Consequentialism

20. Subjective

21. Objective

22. Cost- Benefit Analysis

23. Cost – Efficiency Analysis

24. QALY(quality adjusted life years)

25. DALY(disability adjusted life years)

26. Liberalism

۲۷. حقوق منفی یعنی آن دسته از حقوقی ذاتی که می‌بایست از تعرض مصون به مانند مانند حق

آزادی بیان، حقوق شهروندی، حق بهره‌مندی از امنیت جنایی، حق در امان بودن از برده‌داری و... در

واقع قانون و اخلاق تعرض به این حقوق را منع می‌کند. در مقابل حقوق مثبت آن دسته از حقوق

هستند که از لحاظ قانونی و اخلاقی می‌بایست برای افراد در نظر گرفته شوند، مانند سلامت، اشتغال،

مسکن، تأمین اجتماعی و... .

28. Egalitarian

29. Amartya Kumar Sen
30. John Rawls
31. Justice as Fairness
32. Veil of Ignorance
33. Maximum- minimum
34. Communitarism
35. Historical
36. Norman Daniels & James E. Sabin
37. Publicity
38. Relevance
39. Appeals
40. Enforcement
41. Resource Allocation Working Party
42. Resource Distribution Formula
43. DRG(Diagnostic Related Groups)
44. FFS(Fee For Service)
45. Relevant
46. Inverse care law
47. Allocation according to need

۴۸. اشاره به وظیفه اخلاقی دارد که هر کار را که ممکن است برای کمک به مردمی که در شرایط تهدیدکننده به مرگ قرار دارند، انجام داد.

۴۹. بیانگر سیاست‌های اجتماعی در راستای بیشینه‌نمودن جایگاه اقشار پایین اجتماعی است.

۵۰. ضریب محرومیت به عنوان یک شاخص اقتصادی اجتماعی استفاده می‌شود و از واحد عمرانی معاونت راهبردی ریاست جمهوری و همچنین واحد پزشک خانواده وزارت بهداشت استعلام می‌شود.

فهرست منابع

- Asthana, S. Gibson, A. Moon, G. Dicker, J. Brigham, P. (2004). The pursuit of equity in NHS resource allocation: should morbidity replace utilization as the basis for setting health care capitations?. *Soc Science Med.* 58 (3): 539-51.
- Bailey, TM. Haines, C. Rosychuk, RJ. Marrie, TJ. Yonge, O. Lake, R. Herman, B. Ammann, M. (2011). Public engagement on ethical principles in allocating scarce resources during an influenza pandemic. *Vaccine.* 29 (17): 3111-7.

- Barnett, DJ. Taylor, HA. Hodge, JGJR. Links, JM. (2009). Resource allocation on the frontlines of public health preparedness and response: report of a summit on legal and ethical issues. *Public Health Reports*. 124 (2): 295.
- Beauchamp, TL. Childress, JF. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Benbassat, J. (2003). Barriers to the fair allocation of health care resources. *Harefuah*. 142 (2): 103-8, 159.
- Callahan, D. Jennings, B. (1983). *Ethics, the social sciences, and policy analysis*. Plenum Publishing Corporation
- Davoodi, S. (1387). *Introduction to health system reform*. Asare moaser publications.
- Diderichsen, F. (2004). *Resource Allocation for Health Equity: Issues and Methods*. Washington DC, USA: World Bank Publication.
- Ebadi, A. Rezapour, A. (1390). *Economics of Health Care*.
- Fazaeli, AA. (1385). Equality in health sector from the perspective of ethical schools. *Social Welfare Quarterly*. 5 (20): 11-26.
- Green, A. Ali, B. Naeem, A. Ross, D. (2000). Resource allocation and budgetary mechanisms for decentralized health systems: experiences from Baluchistan, Pakistan. *Bulletin of the world health Organization*. 78 (8): 1024-35.
- Guindo, LA. Wagner, M. Baltussen, R. Rindress, D. Til, JV. Kind, P. Goetghebeur, MM. (2012). From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Effective Resource Allocation*. 10 (1): 9.
- Health policy making council. (1389). *Achievements, challenges and threats of the health system of the Islamic Republic of Iran*. Ministry of health.
- Health policy making council. (1388). *Health of republic Iran in Fifth Economic, Social and Cultural development Plan*. Ministry of health.

- Holmes, RL. (1389). *Basic moral philosophy*. translated by Olya Masoud. Ghoghnoos publications.
- Hurley, JD. Feeny, M. Giacomini, P. Grootendorst, J. Lavis, G. Stoddart, G. (1999). *Introduction to the Concepts and Analytical Tools of Health Economics*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis. Health Policy Special Report.
- Kenny, N. Giacomini, M. (2005). Wanted: a new ethics field for health policy analysis. *Health Care Analysis*. 13 (4). 247-60.
- Kirigia, DG. (2009). *Beyond Needs-Based Health Funding: Resource Allocation and Equity at the State and Area Health Service levels in New South Wales - Australia*. School of Public Health & Community Medicine, Faculty of Medicine, University of New South Wales.
- Motlagh, M. (1387). *Health and its social determinants*. Movafagh publications. 20-37
- Najafi, B. Mohammadzadeh, M. (1386). *Principles of Health Economics, Cost - effectiveness and cost - benefit Analysis in health sector*. Foruzesh publications.
- Peacock, S. Ruta, D. Mitton, C. Donaldson, C. Bate, A. Murtagh, M. (2006). Using economics to set pragmatic and ethical priorities. *BMJ*. 332 (7539): 482-5.
- Pourreza, A. (2008). *Study of equity in financing and resource allocation in the health sector*, Social Welfare Quarterly. 28:107-132
- Prah-Ruger, J. (2006). Health, capability, and justice: toward a new paradigm of health ethics, policy and law. *Cornell journal of law and public policy*. 15 (2): 101-87.
- Rice, N. Smith, PC. (2001). Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*. 27 (4): 256.

- Rice, N. Smith, P. (1999). *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. University of York. 25-87.
- Roberts, MJ. Hsiao, W. Berman, P. Reich, MR. (2004). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford university press.
- Roberts, MJ. Reich, MR. (2002). Ethical analysis in public health. *The Lancet*. 359 (9311): 1055-9.
- Roemer, JE. (1998). *Theories of distributive justice*. Harvard Univ Pr.
- Shadpour, K. (2006). Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim*. 9 (3):1-18.
- Singer, PA. Mapa, J. (1998). Ethics of Resource Allocation. *Hospital Quarterly*. 1 (4): 29.
- Tashobya, CK. Ssenkooba, F. Oliveira-Cruz, V. (2006). *Health systems reforms in Uganda: processes and outputs*. London school of hygiene and tropical medicine. Health systems development programme. 109-18.
- Yousefi, M. Akbari, S. Oliaeemanesh, A. (2010). Methods of Resource Allocation Based on Needs in Health Systems, and Exploring the Current Iranian Resource Allocation System. *Hakim Research Journal*. 13 (2): 80-90.
- Zali, D. (2009). Role of medical ethics in the health system. *Medical Ethics*. 1 (3): 11-32

یادداشت شناسه مؤلفان

احسان شمس‌گوشکی: دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مینو علی‌پوری سخا: دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: sakha_minoo@yahoo.com

حکیمه مصطفوی: دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

Health care system resource allocation: an ethical view*E. Shamsi Gooshki**M. Alipoori Sakha**H. Mostafavi***Abstract**

All health care systems around the world are faced with the problem of limited resources. Therefore a fair allocation of resources is one of the most important challenges of health systems and it is the main section in the decision-making process. Having a fair health care system and equitable allocation of resources in the health care systems needs to use ethical criteria for distribution of resources.

This paper has been developed to present an overview of the financial allocation methods in an ethical perspective. We used some data bases (PUBMED and Google Scholar) and books and papers to study the methods used for the financial allocation in the health care systems. It seems an appropriate combination of population indicators, mortality and additional costs related to rural and remote areas and socio-economic indicators can improve fairness in allocation and distribution of funds in the health care systems

Keywords

Health Care System, Resource Allocation, Medical Ethics