فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره چهل و هشتم، پاییز ۱۴۰۳- صفحات ۵۰۶-۴۸۷

عدالت اقتصادی و مصادیق مهم آن در جامعه ایران: امنیت غذایی و سلامت

نوع مقاله: پژوهشی

سارا امامقلی‌پور[۱،۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۲۹

چکیده

نابرابری‌های درآمد، حق دستیابی به سلامت و تغذیه مناسب را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند و موجب توزیع نابرابر رفاه در کشورها می‌شوند، بنابراین مخارج خوراکی و بهداشتی شاخصهای مهمی هستند که وضعیت فقر و نابرابری را در میان جوامع نشان می‌دهند. باتوجه به جایگاه سلامت و تغذیه در دستیابی به اهداف رفاه-محور و عدالت-محور کشورها، هدف مطالعه حاضر تعیین وضعیت عدالت در توزیع مخارج خوراکی و مخارج سلامت در ایران می‌باشد.

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بوده که با استفاده از اطلاعات هزینه درآمد خانوارها در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. برای سنجش عدالت در سلامت، هزینه های کمرشکن سلامت با استفاده از رویکرد ظرفیت پرداخت به تفکیک مناطق شهری و روستایی و دهکهای درآمدی محاسبه شده‌اند و برای سنجش امنیت غذایی از شاخص آسیب پذیری اقتصادی ناشی از ناامنی غذایی به صورت سهم مخارج خوراک از کل مخارج خانوار استفاده شده است. همچنین برای سنجش نابرابری، ضریب جینی، شاخص‌های تمرکز مخارج سلامت و مخارج خوراکی و شاخص‌های کاکوانی برای هردوگروه مخارج محاسبه شده است.

نتایج نشان می دهد که به طور متوسط حدود ۳٫۵ درصد مردم در جوامع شهری و ۷ درصد مردم در جوامع روستایی با هزینه های فاجعه‌بار سلامت مواجه هستند به‌گونه‌ای که در مناطق شهری، میزان مواجهه فقرا حدود ۱٫۵ برابر ثروتمندان و در مناطق روستایی این شکاف بیشتر و حدود ۲ برابر می‌باشد. همچنین میزان مواجهه خانوارها با ناامنی‌غذایی در مناطق شهری و روستایی به ترتیب حدود ۸ و ۳۴ درصد است و در شهرها میزان مواجه فقرا با ناامنی غذایی حدود ۹ برابر ثروتمندان و در روستاها، ۳ برابر می‌باشد. همچنین حدود نیمی از استانها ناامنی غذایی بیشتر از میانگین کشوری دارند. استانهای ایلام، خراسان جنوبی، سیستان بلوچستان سه استانی هستند که ۴۰ تا ۵۰ درصد خانوارها دارای ناامنی غذایی هستند. از سوی دیگر شاخص کاکوانی منفی نشان می‌دهد نحوه توزیع مخارج سلامت و توزیع مخارج غذایی به ضرر خانوارهای فقیر می‌باشد. همچنین

۱ استاد اقتصاد، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران s-emamgholipour@tums.ac.ir
۲ مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

قدرمطلق این شاخص برای مخارج غذایی بیشتر از مخارج سلامت است به این معنی که سربار مالی که هزینه های خوراک برای فقرا ایجاد می‌کنند بیشتر از هزینه های سلامت است و نیز این سربار مالی برای فقرا در روستاها بیشتر از شهرها می‌باشد.

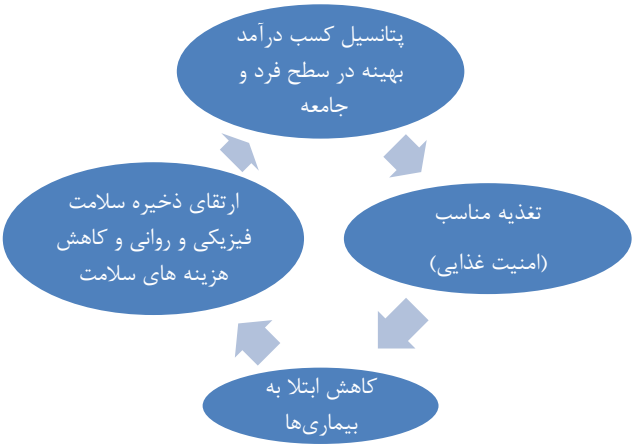
کلمات‌کلیدی: مخارج سلامت، ناامنی غذایی، عدالت اقتصادی، درآمد سرانه، شاخص کاکوانی، هزینه‌های کمرشکن

طبقه بندی JEL : I14, I13, I32, I3, H5, D3, D6, c4

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

مقدمه

رفاه اقتصادی، سلامت و تغذیه موضوعاتی هستند که درهم تنیده شده و چه در سطح فرد و چه جامعه بر یکدیگر اثرات متقابل دارند. وضعیت اقتصادی مناسب، دسترسی به تغذیه بهینه را فراهم می کند که به نوبه خود در کنار سایر عوامل موجب کاهش بار بیماریها می شود، از سوی دیگر افراد سالم تر غالبا، بهره وری بالاتر، هوشمندی بیشتر و درامد بالاتر دارند. اگر در این چرخه مشکلی ایجاد شود، موجب شکل گیری دور باطل شده و بدون اتخاذ اقدامات و سیاستهای مناسب، بقای جوامع انسانی را دچار مخاطره می‌کند.



نمودار(۱)- چرخه اقتصاد، سلامت و تغذیه

منبع: چاپرا، ۲۰۰۴

بنابراین باتوجه به چرخه موجود، وجود نابرابریها در هریک از اجزای چرخه، قابل انتقال به بقیه بخشها می باشد. افراد فقیرتر زمان و درآمد بیشتری را برای دستیابی به غذای ایمن صرف می کنند و احتمال مواجهه آنها با ناامنی غذایی بیشتر است(چاپرا[۱]، ۲۰۰۴). از سوی دیگر ناامنی غذایی، آسیب پذیری افراد و جوامع را در برابر بیماریها و سایر شوکهای خارجی افزایش می دهد، کیفیت زندگی آنها را کاهش داده، موجب کاهش بهره وری و توان درآمدزایی آنها می شود.

۱. Chopra

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

براساس ماده ۲ بند الف منشور حقوق شهروندی، "شهروندان از حق زندگی شایسته و لوازم آن مانند آب بهداشتی، غذای مناسب، ارتقای سلامت، بهداشت محیط، درمان مناسب، دسترسی به دارو، تجهیزات، کالاها و خدمات پزشکی درمانی و بهداشتی منطبق با معیارهای دانش روز و استانداردهای ملی، شرایط محیط زیستی سالم و مطلوب برای ادامه زندگی برخوردارند". داشتن حق زندگی سالم و بالنده مترادف با توانمندسازی مادی، روانی-اجتماعی و سیاسی افراد، جوامع و ملتها می باشد. قابل ذکر است که ابعاد سه گانه توانمندسازی با یکدیگر مرتبط می باشند. توانمندسازی مادی به افراد کمک می کند تا اقتضائات و نیازهای ضروری شان برای زندگی را فراهم کنند اما توانمندسازی های روانی-اجتماعی و سیاسی بر مادی نیز تاثیرگذار هستند(فرایل و بیکر[۱]، ۲۰۰۹). وجود نابرابریها در جوامع، حق دستیابی به سلامت و تغذیه مناسب را تحت الشعاع قرار می دهد و موجب توزیع نابرابر بروندادهای سلامت در کشورها می شود. توانمندسازی همه گروههای اجتماعی برای سالمتر زندگی کردن و داشتن امنیت غذایی تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند محیط فیزیکی، منابع مالی، تجربیات اجتماعی، دسترسی و کیفیت آموزشی، شرایط زندگی مادی و درجه حمایتهای اجتماعی ارائه شده می باشد.

اهمیت عدالت در توزیع مخارج سلامت

عدالت جزو موضوعاتی است که هم در اهداف میانی سیاستهای تامین مالی سلامت(در قالب عدالت در توزیع منابع و بهره مندی) و هم در اهدف نهایی نظام سلامت(عدالت در سلامت) دیده می شود. باتوجه به شیوه‌های تأمین مالی در هر نظام سلامت، میزان مشارکت مالی خانوارها در تأمین هزینه‌های سلامت یکی از شاخص‌های سنجش عدالت می باشد. همچنین تأمین مالی نامناسب که منجر به افزایش پرداخت مستقیم از جیب افراد برای خدمات بهداشتی درمانی می شود، دسترسی به خدمات سلامت را نیز کاهش می دهد. بنابراین از آنجایی‌که عدالت در توزیع منابع و بهره‌مندی جزو اهداف میانی بوده و عدالت در سلامت و عدالت در تأمین مالی جزو اهداف نهایی نظام‌های سلامت می باشند، نحوه تأمین مالی بخش سلامت نقش کلیدی در دستیابی به عدالت در سطوح میانی و نهایی دارد و میزان دستیابی به این اهداف شاخصی برای ارزیابی مکانیسم‌های مختلف تأمین مالی محسوب می شود(امامقلی پور، ۱۴۰۱).

کاهش پرداخت از جیب مردم نه تنها برای محافظت از افراد و خانواده ها در برابر هرگونه خطر مالی ضروری است، بلکه یک عنصر اجتناب‌ناپذیر برای ریشه‌کنی فقر است و سهم بالای پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار می‌تواند منجر به هزینه‌های کمرشکن سلامت و در درازمدت منجر به ایجاد

۱ . Friel & Baker

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

مشکلات مالی و فقر گردد. در این حالت، استانداردهای زندگی افراد مورد تهدید قرار گرفته و یا دسترسی به کالاهای ضروری مانند خوراک، مسکن، پوشاک و آموزش را به خطر می‌اندازد و بنابراین، بعد حفاظت مالی پوشش همگانی سلامت(UHC)[۱] زمانی حاصل می‌شود که هیچ مانع مالی برای دسترسی وجود نداشته باشد و نیز، پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت مراقبت‌های سلامت منشأ مشکلات مالی نباشد(بانک جهانی، ۲۰۲۳).

بررسی قوانین برنامه‌های توسعه، سیاست‌ها و اصلاحات نظام سلامت کشور طی سه دهه اخیر نشان می‌دهد که محافظت مالی از مردم در برابر مخارج سلامت همواره جز اهداف نظام سلامت بوده‌اند و سیاست‌های مختلفی در این راستا از جمله گسترش بیمه سلامت، ارائه یارانه و حمایت‌های مالی، افزایش منابع بخش سلامت و تأمین مالی پایدار(در برنامه پنجم و ششم توسعه و در قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، از طریق تخصیص بخشی از منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها برای سلامت) و تدوین چند شاخص کمی برای سنجش محافظت مالی افراد در برابر مخارج کمرشکن سلامت و کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت موردتوجه قرار گرفته است(مرکز پژوهشهای مجلس، ۱۴۰۲). نکته قابل توجه این است که باوجود بهبود شاخصهای سلامت به طور کلی، هنگامی که بی‌عدالتی‌های سلامت همچنان وجود دارند، توجه دولت را در این زمینه می‌طلبد. بنابراین، پایش نابرابری در سلامت و فراهم آوری شواهد در زمینه بی‌عدالتی و نابرابری ضروری بوده و دیدگاه مناسبی برای سیاست‌گذاری و شناسایی نقاط ضعف و قوت سیاست‌های اعمال شده فراهم می‌آورد.

پرداخت از جیب که یکی از بدترین شیوه های تامین مالی مراقبتهای سلامت است، مخارجی هستند که مستقیما توسط فرد/خانوار پرداخت می شوند و توسط طرف ثالث(مانند برنامه های بیمه سلامت) نیز جبران نمی شوند. از سوی دیگر، مخارج سلامت هنگامی تبدیل به کمرشکن می شوند که پرداخت از جیب[۲](oop) برای مراقبتهای بهداشتی درمانی از یک آستانه مشخص براساس درآمد یا توانایی پرداخت بیشتر شود. پرداخت از جیب های بالا موجب می شود مراقبتهای درمانی برای افراد نیازمند غیرقابل دسترس شوند(آمایا و ریز[۳]، ۲۰۱۱). براساس مطالعه پایش جهانی، ۱۵۰ میلیون نفر مواجه با هزینه کمرشکن سلامت هستند که ۹۰درصد آنها در کشورهای کم درامد هستند و هر سال هزینه های کمرشکن موجب می شوند ۱۰۰ میلیون نفر فقیر شوند(بانک جهانی، ۲۰۲۳).

---

۱ . Universal Health Coverage (UHC)

۲ . out of pocket

۳ . Amaya & Ruiz

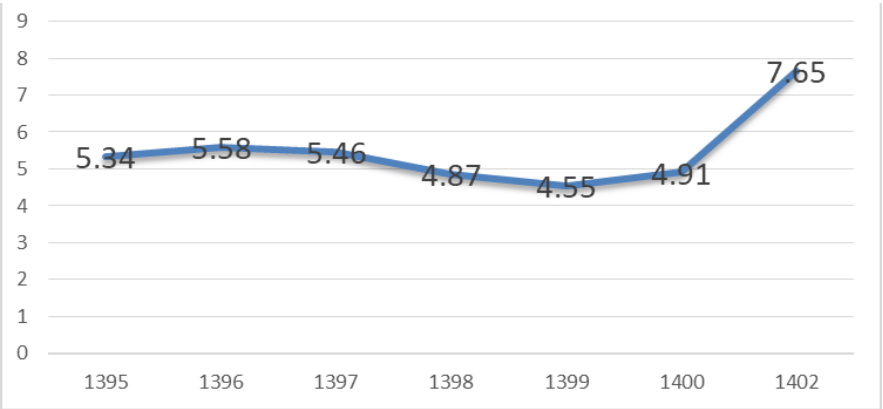
[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

میانگین جهانی مخارج پرداخت از جیب، ۱۶٫۳٪ از کل مخارج سلامت می باشد. برای گروه کشورهای پردرآمد این میانگین ۱۲٫۱۲٪ و برای گروه کشورهای کم درامد ۴۱٫۹۶٪ می‌باشد(بانک جهانی، ۲۰۲۳).

براساس رویکرد سهم بودجه که توسط بانک جهانی معرفی شده‌است، مخارج کمرشکن سلامت هنگامی روی می‌دهند که سهم پرداخت از جیب از کل درآمد یا مخارج خانوار ۱۰٪ یا ۲۵٪ بیشتر باشد. اگر مخارج پرداخت از جیب بیش از حد بزرگ شود موجب می‌شود خانوار مخارج ضروری دیگری مانند غذا، مسکن و آموزش را فداکند.

بر اساس رویکرد ظرفیت پرداخت، مخارج کمرشکن سلامت هنگامی روی می‌دهند که پرداخت از جیب از استانه مشخصی از ظرفیت پرداخت خانوار بیشتر شود. هنگامی که ظرفیت پرداخت را منهای هزینه غذا درنظر بگیریم، آستانه ۲۵٪-۴۰٪ است.

در ایران حدود نیمی از مخارج سلامت در قالب پرداخت از جیب می باشد، به گونه ای که به طور متوسط ۷٫۶۵ درصد از کل مخارج خانوار در سال ۱۴۰۲ بابت خدمات بهداشتی درمانی صرف شده که نسبت به سال ۱۴۰۰، حدود ۱٫۶ برابر افزایش یافته و همین موضوع احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن خانوارها را افزایش می دهد.



نمودار(۲)- میانگین سهم پرداخت از جیب بابت سلامت از کل مخارج خانوار

منبع: مرکز آمار ایران

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

اهمیت عدالت در توزیع مخارج غذایی

براساس استاندارد بانک جهانی، دسترسی غذایی به معنی درصد جمعیتی که می‌توانند رژیم غذایی سالمی دریافت کنند، یکی از شاخصهای امنیت غذایی می‌باشد، رژیم غذایی که بیش از ۵۲ درصد درآمد خانوار را به خود اختصاص دهد، غیرقابل دسترس تعریف می‌شود.

ناامنی غذایی یکی از پیشگویی کننده‌های بیماری است و با بسیاری پیامدهای نامطلوب در سلامت جمعیت عمومی مردم مانند سوتغذیه، اضافه وزن، چاقی، استرس، افسردگی، عملکرد مدرسه نامناسب در کودکان و میزان استفاده از مراقبتهای درمانی و هزینه های آنها و ... مرتبط می باشد(انا و همکاران[۱]، ۲۰۱۷، گارسیا و همکاران[۲]، ۲۰۱۳). اگرچه برای برنامه ها و سیاستهای کاهش ناامنی غذایی در سطح جهانی سرمایه گذاریهای قابل توجهی صورت گرفته است اما به دلیل تغییرات اقلیمی، بحرانهای انسان ساز مانند جنگ و درگیری و دشواریهای مالی و تخریب زنجیره عرضه پس از پاندمی کووید، شیوع و شدت آن افزایش یافته است(فائو، ۲۰۲۱).

توزیع ناامنی غذایی چه در سطح مناطق جهانی و چه در سطوح ملی درون کشورها به طور یکسانی توزیع نشده است و برای گروههای اسیب پذیر مانند زنان و کودکان، سالمندان و افراد فقیر اهمیت بیشتری دارد. همچنین درک اهمیت نتایج ناامنی غذایی در ۱۰۰۰ روز اول زندگی(پیش از تولد تا ۲ سال پس از تولد) نوزادان ضرورت دارد زیرا سلامت مادران یکی از قوی ترین تعیین کننده‌های سلامت کودکان و نوزدان است(گاربارسکی[۳]، ۲۰۱۴).

برخی مطالعات نرخ تورم مواد غذایی را به عنوان نشانگر ناامنی غذایی درنظر می گیرند اما این شاخص محدودیتهایی دارد به گونه ای که محصولات غذایی با قیمتهای مشابه نیز می توانند سطوح متفاوتی از ناامنی غذایی را در میان جامعه ایجاد کنند زیرا درآمد و قدرت خرید افراد با یکدیگر متفاوت است.

شاخص گرسنگی جهانی[۴](GHI) از ترکیب ۴ زیرشاخص سوء تغذیه، بازماندگی از رشد در کودکان، کم‌وزنی در کودکان و مرگ و میر کودکان محاسبه می‌شود: سوءتغذیه(درصد جمعیت کشور که کالری کافی دریافت نمی‌کنند)، بازماندگی از رشد(درصد کودکان زیر ۵ سال که رشد قدی مناسب نداشته اند)، کم وزنی کودکان(درصد کودکان زیر ۵ سال که وزن قدی پایینی دارند).

---

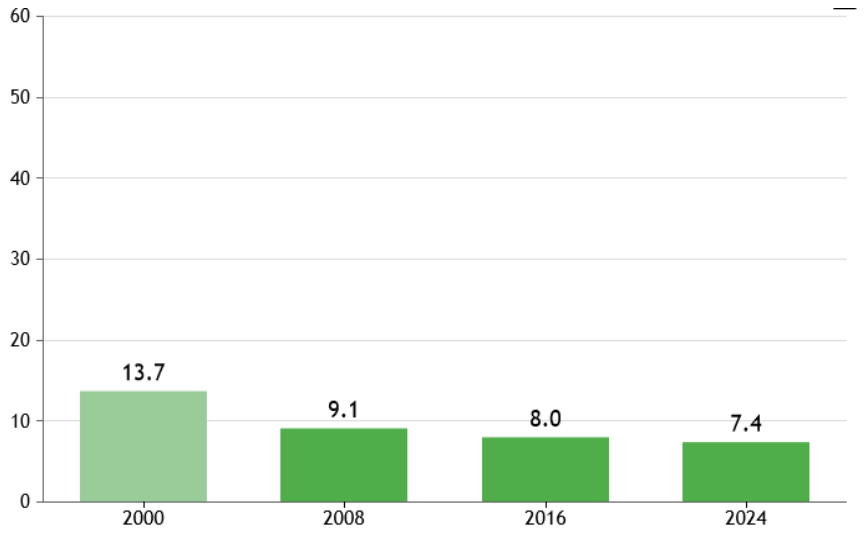
۱ . Onah et al

۲ . Garcia et al

۳ . Garbarski

۴ . Global Hunger Index

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]



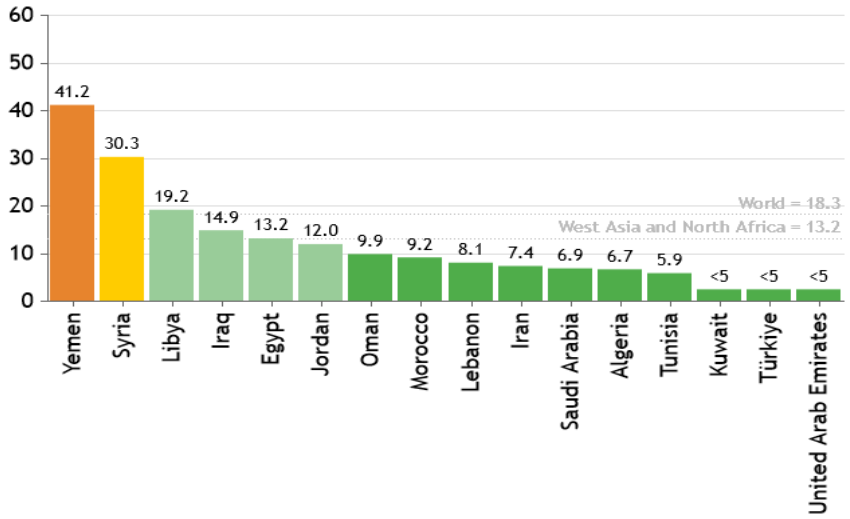
نمودار(۳)- شاخص گرسنگی(GHI) برای ایران

منبع: GHI, 2024

در سال ۲۰۲۴، ۶,۵ درصد جمعیت کشور دچار سو تغذیه بوده اند، ۵,۳ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی، ۴,۱ درصد کودکان دچار کم وزنی و ۱,۲ درصد مرگ و میر زیر ۵ سال بوده است.

اگرچه وضعیت کشور در دامنه قابل قبول برای گرسنگی قرار گرفته است اما مقایسه با سایر کشورهای منطقه نشان می دهد که می توان برای ارتقای این شاخص برنامه ریزی کرد. درحال حاضر شاخص گرسنگی در کشورهایی مانند عربستان، الجزائر، تونس، کویت، ترکیه و امارات نسبت به کشور ما پایین تر است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]



نمودار(۴)- مقایسه نمره شاخص گرسنگی در آسیای غربی و شمال افریقا

منبع: GHI, 2024

باتوجه به جایگاه سلامت و تغذیه در دستیابی به اهداف رفاه-محور و عدالت-محور کشورها، هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت عدالت در سلامت و عدالت در دستیابی به امنیت غذایی در ایران می باشد.

روش پژوهش و نمونه مورد مطالعه

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی کمی می باشد که به طور مقطعی برای سال ۱۴۰۲ انجام شده است.

روش محاسبه هزینه های کمرشکن: برای سنجش عدالت در تامین مالی سلامت از محاسبه میزان مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامت در خانوارهای شهری و روستایی استفاده شده است. اطلاعات پایه هزینه درآمد خانوار از مرکز آمار ایران دریافت شد، پس از پالایش داده ها، سهم مخارج بهداشتی درمانی خانوار نسبت به درآمد منهای مخارج خوراکی محاسبه شد. برای محاسبه هزینه کمرشکن سلامت از رویکرد ظرفیت پرداخت استفاده شد، که براساس آن، مخارج کمرشکن سلامت هنگامی روی می دهند که پرداخت از جیب از استانه مشخصی از ظرفیت پرداخت خانوار بیشتر شود. هنگامی که ظرفیت پرداخت کل را مخارج منهای هزینه غذا درنظر بگیریم، آستانه ۲۵٪-۴۰٪ است. نمونه آماری مورد مطالعه برای محاسبه هزینه کمرشکن، ۱۳۲۱۹ خانوار شهری و ۱۲۳۷۸ خانوار روستایی

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

هستند. قابل ذکر است در مطالعه حاضر، آستانه ۴۰٪ برای وقوع هزینه های کمرشکن لحاظ شده است.

روش محاسبه ناامنی غذایی: برای محاسبه ناامنی غذایی در سطح دهکها و استانها و به تفکیک مناطق شهری و روستایی، نمونه مورد مطالعه ۱۹۵۷۳ خانوار شهری و ۱۸۱۴۰ خانوار روستایی هستند. همچنین جایگاه ایران از نظر امنیت غذایی در سطح بین‌الملل با استفاده از شاخص گرسنگی جهانی مورد بررسی قرار گرفت.

شاخصی که برای محاسبه ناامنی غذایی مورد استفاده قرارگرفته، سهم مخارج خوراکی از کل مخارج خانوار می‌باشد که برای تمامی خانوارهای شهری و روستایی محاسبه شده و برگرفته از راهنمای دیتون و زیدی[۱](۲۰۰۲) در موسسه بین المللی تحقیقات سیاست غذایی(IFPRI)، می‌باشد. آستانه های این گایدلاین براساس مطالعه اسمیت و سوباندورو[۲](۲۰۰۷) هستند.

Share of food expenditure(%) =household food expenditure/ total expenditure

جدول(۱)- راهنمای موسسه بین‌المللی تحقیقات سیاست غذایی برای تفسیر درصد مخارج خانوار روی غذا

ناامنی غذایی	درصد مخارج خوراکی
خیلی بالا	+ 75%
بالا	65%-75%
متوسط	50%-65%
پایین	<50%

براساس طبقه بندی برای آسیب پذیری اقتصادی امنیت غذایی به این صورت تعریف شده است: آسیب پذیری خیلی شدید(سهم مخارج غذا بیش از ۷۵ درصد)، آسیب پذیری شدید(سهم مخارج غذا ۶۵-۷۵ درصد)، آسیب پذیری متوسط(سهم مخارج غذا ۵۰-۶۵ درصد) و آسیب پذیری پایین(سهم مخارج غذا کمتر از ۵۰ درصد).

۱ . Deaton and Zaidi

۲ . Smith & Subandoro

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

روش سنجش عدالت در توزیع مخارج: برای تعیین نحوه توزیع مخارج سلامت و مخارج غذایی در بین دهکهای مختلف درامدی از شاخص تمرکز[۱](CI) و شاخص کاکوانی[۲](K)استفاده شده است. شاخص تمرکز که درصد تجمعی سهم خانوار در هزینه‌های بهداشت و درمان و هزینه های خوراکی خانوار در برابر درصد تجمعی خانوارهای مرتب شده براساس درامد را نشان می‌دهد. دامنه شاخص تمرکز بین ۱- و ۱+ قرار دارد. مقادیر مثبت نشان دهنده منحنی تمرکزی هستند که زیر خط قطری قرار گرفته و بیانگر تمرکز هزینه های سلامت برای ثروتمندان می باشند و مقادیر منفی نشان دهنده توزیع تنازلی و تمرکز بار مالی به ضرر فقرا می باشد، به گونه ای که منحنی تمرکز بالای خط قطری قرار می گیرد(ادانل و همکاران[۳]، ۲۰۰۸).

$$CI = 1 - \sum_{i=1}^{N}(x_i - x_{i-1})(y_i + y_{i-1}) \qquad (۱)$$

که x_i ، یک نقطه روی محور x (درآمد) و y_i یک نقطه روی محور y (هزینه های بهداشت و درمان) می باشد.

شاخص کاکوانی(K) هم مبتنی بر تفاوت ضریب جینی درامدی(G_y) قبل از پرداخت مخارج با ضریب تمرکز مخارج خانوارها(C_{oop}) می باشد.

$$K=C_{oop} - G_y \qquad -2<K<+1 \qquad (۲)$$

اگر مقدار $K>0$ ، مخارج پرداختی خانوارها تصاعدی[۴] هستند به عبارت دیگر افراد ثروتمند نسبت به افراد فقیر سهم بیشتری از درآمدشان را بابت بهداشت و درمان یا خوراک پرداخت می کنند. اگر $K=0$ ، مخارج، تناسبی[۵] هستند و اگر $K<0$ مخارج، نزولی[۶] هستند، به عبارت دیگر فقرا نسبت به ثروتمندان سهم بیشتری از درآمدشان را بابت مخارج پرداخت می کنند.

نتایج مطالعه

وضعیت عدالت در توزیع مخارج سلامت

محاسبات هزینه های کمرشکن نشان می‌دهند متوسط نرخ مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامت در سال ۱۴۰۲ در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۳,۴۵ و ۶,۹۹ درصد بوده درحالیکه براساس

---

۱ . Concentration Index

۲ . Kakwani

۳ . O'Donnel et al

۴ . Progressive

۵. Proportional

۶ . Regressive

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

قانون برنامه ششم توسعه باید درصد مواجهه خانوارها با هزینه های کمرشکن تا آخر سال ۱۴۰۰ به یک درصد کاهش می یافت.

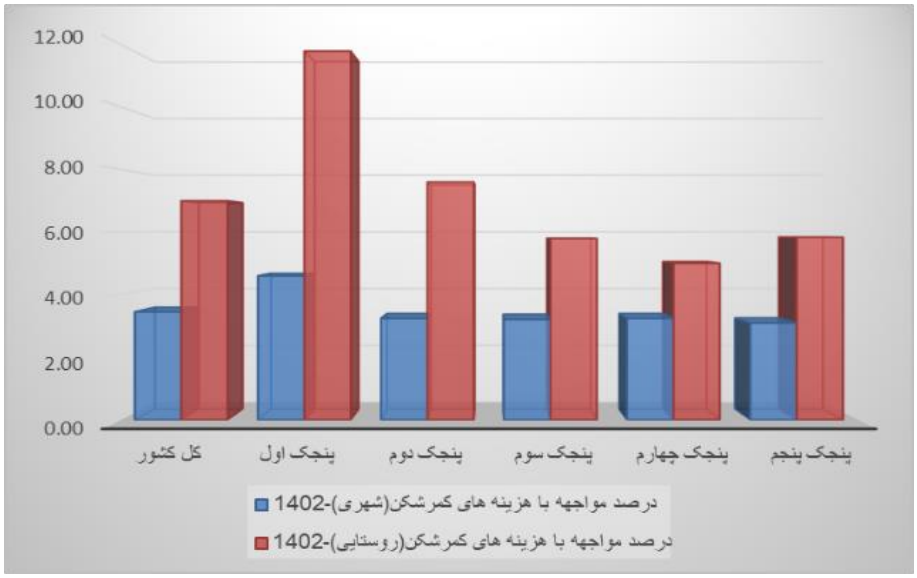
جدول(۲)- درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن مناطق شهری و روستایی به تفکیک دهکهای درآمدی-۱۴۰۲

	کل کشور	پنجک اول	پنجک دوم	پنجک سوم	پنجک چهارم	پنجک پنجم
مناطق شهری	3.45	4.60	3.24	3.21	3.24	3.09
مناطق روستایی	6.99	11.77	7.59	5.79	5.00	5.83

منبع: محاسبات محقق

همچنین نتایج نشان می دهند که در مناطق شهری، میزان مواجهه فقرا حدود ۱,۵ برابر ثروتمندان و در مناطق روستایی این شکاف بیشتر و حدود ۲ برابر می باشد.

طبق آخرین گزارش مرکز پژوهشهای مجلس میزان مواجهه خانوارها در سال ۱۴۰۰، ۲,۴۲ درصد بوده است که نشان دهنده روند افزایشی طی سالهای اخیر بوده است.



[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

نمودار(۵)- میزان‌مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در خانوارهای شهری و روستایی به تفکیک دهک‌های درآمدی-۱۴۰۲

منبع: محاسبات محقق

وضعیت عدالت در توزیع ناامنی غذایی

وضعیت نامنی غذایی ایران و توزیع ان براساس دهکهای درامدی به صورت زیر می باشد:

جدول(۳)- مواجه خانوارها با ناامنی غذایی به تفکیک دهک‌های درامدی- ۱۴۰۲

	متوسط درصد خانوارهای مواجه با ناامنی غذایی خیلی شدید تا متوسط	درصد خانوارهای مواجه در دهک اول درآمدی	درصد خانوارهای مواجه در دهک آخر درآمدی	میزان مواجهه فقرا نسبت به ثروتمندان
مناطق شهری	۸,۰۵٪	۱۷,۴٪	۱,۹۴٪	۸,۹۷
مناطق روستایی	۳۳,۸۹٪	۴۹,۷۴٪	۱۸,۳۲٪	۲,۷

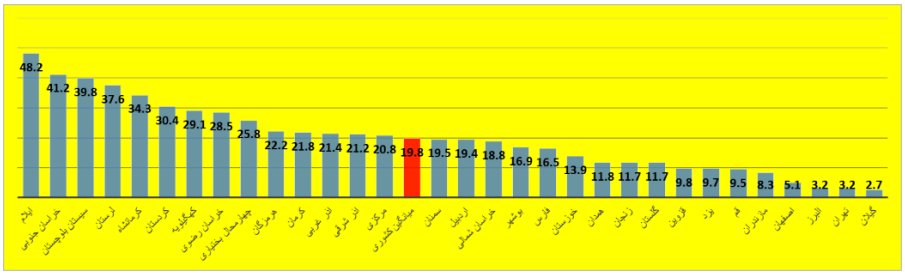
منبع: محاسبات محقق

براساس نتایج حاصله، میزان آسیب پذیری اقتصادی ناشی از ناامنی غذایی در مناطق روستایی بیشتر از شهری می باشد، به بیان دیگر به طور متوسط حدود ۳۴ درصد از خانوارهای روستایی و ۸ درصد خانوارهای شهری با توجه به هزینه های خوراک نمی توانند رژیم غذایی سالم دریافت کنند و بیش از ۵۰ درصد مخارج خود را صرف خوراک می کنند. در شهرها و روستاها به ترتیب میزان مواجه فقرا با این ناامنی غذایی حدود ۹ برابر و ۳ برابر بیشتر از ثروتمندان می باشد.

براساس گزارشهای منتشر شده توسط فائو، طی سالهای ۲۰۲۳-۲۰۲۱، شیوع ناامنی غذایی شدید در ایران، ۶,۴٪ (حدود ۵,۷ میلیون نفر) بوده است.

توزیع مواجهه با ناامنی غذایی در استان‌ها

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]



نمودار(۶)- درصد مواجهه با ناامنی غذایی در ایران-۱۴۰۲

منبع:محاسبات محقق

بررسی توزیع مواجهه ناامنی در استانهای ایران در سال ۱۴۰۲ نشان می دهد که حدود ۴۵ درصد از استانها ناامنی غذایی بیشتر از میانگین کشوری دارند. استانهای ایلام، خراسان جنوبی، سیستان بلوچستان سه استانی هستند که بین ۴۰ تا ۵۰ درصد خانوارها دارای ناامنی غذایی هستند و کمترین ناامنی غذایی در گیلان، تهران و البرز می‌باشد.

نابرابری در توزیع مخارج سلامت و مخارج خوراکی

مقدار شاخص کاکوانی برای خانوارهای شهری و روستایی هم برای مخارج سلامت و هم مخارج غذایی منفی می باشد که دلالت بر رگرسیو بودن توزیع این مخارج در میان خانوارها دارد. به عبارت دیگر، نحوه توزیع مخارج سلامت و توزیع مخارج غذایی به ضرر خانوارهای فقیر می باشد. همچنین قدرمطلق این شاخص برای مخارج غذایی بیشتر از مخارج سلامت است به این معنی که سربار مالی که هزینه های خوراک برای فقرا ایجاد می کنند بیشتر از هزینه های سلامت می باشد و همچنین این سربار مالی برای فقرا در روستاها بیشتر از شهرها می باشد.

جدول(۴)- نابرابری در توزیع مخارج سلامت و مخارج خوراکی- ۱۴۰۲

	شاخص تمرکز مخارج سلامت	شاخص کاکوانی مخارج سلامت	شاخص تمرکز مخارج خوراکی	شاخص کاکوانی مخارج خوراکی
شهری	0.26	-0.04	0.19	-0.12
روستایی	0.23	-0.11	0.22	-0.13

منبع: محاسبات محقق

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

نمودار(۷)- منحنی تمرکز مخارج سلامت، مخارج خوراکی و منحنی لورنز درآمد-۱۴۰۲

منبع: محاسبات محقق

منحنی های لورنز و تمرکز نیز تایید کننده ضریب کاکوانی می باشند به گونه ای که فاصله بین منحنی لورنز و تمرکز برای مخارج خوراکی بیشتر از مخارج سلامت می باشد به این معنی که توزیع مخارج خوراکی وضعیت بدتری نسبت به مخارج سلامت داشته است. برای سه دهک فقیرتر جامعه، تمرکز مخارج سلامت بیشتر از مخارج خوراکی می باشد. به عبارت دیگر ۳۰درصد فقیرترین جمعیت، درحالیکه فقط ۱۳ درصد درآمد را دراختیار دارند، به طور متوسط ۱۸ درصد مخارج خوراک و ۱۸ درصد مخارج سلامت را متقبل شده اند.

در سال ۱۴۰۲، سهم ۱۰ درصد فقیرترین جمعیت از درآمد حدود ۲٪ می باشد، ۱۰ درصد ثروتمندترین جامعه ۲۵ درصد درآمد را دراختیار دارند و درحالی‌که ۲۰ درصد فقیرترین مردم به حدود ۷٪ درآمد دسترسی دارند، ۲۰درصد ثروتمندترین، حدود ۴۰درصد درآمد را در اختیار دارند.

نتیجه گیری و بحث

نتایج مطالعه نشان دادند که نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت و امنیت غذایی در ایران چالش قابل توجهی می باشد. به ویژه، خانوارهای با درآمد پایین‌تر و ساکنان مناطق روستایی به طور نامتناسبی تحت تأثیر هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و ناامنی غذایی قرار دارند. این نابرابری‌ها نه تنها

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

بر سلامت و رفاه افراد تأثیر می‌گذارد، بلکه به چالش‌های جدی در زمینه عدالت اجتماعی و توسعه پایدار می‌انجامد.

نتایج نشان می‌دهند که دسترسی به خدمات سلامت و امنیت غذایی در ایران وابسته به وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد است. خانوارهای فقیر به دلیل محدودیت‌های مالی، قادر به تأمین هزینه‌های بالای درمان و خرید مواد غذایی با کیفیت نیستند. این امر منجر به بروز مشکلات بهداشتی جدی، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت افزایش شکاف‌های اجتماعی می‌شود.

به طور متوسط حدود ۳,۵ درصد مردم در جوامع شهری و ۷ درصد مردم در جوامع روستایی با هزینه های فاجعه‌بار سلامت مواجه هستند به‌گونه‌ای که در مناطق شهری، میزان مواجهه فقرا حدود ۱,۵ برابر ثروتمندان و در مناطق روستایی این شکاف بیشتر و حدود ۲ برابر می‌باشد. همچنین میزان مواجهه خانوارها با ناامنی‌غذایی در مناطق شهری و روستایی به ترتیب حدود ۸ و ۳۴ درصد است و در شهرها میزان مواجه فقرا با ناامنی غذایی حدود ۹ برابر ثروتمندان و در روستاها، ۳ برابر می‌باشد. همچنین حدود نیمی از استانها ناامنی غذایی بیشتر از میانگین کشوری دارند. استانهای ایلام، خراسان جنوبی، سیستان بلوچستان سه استانی هستند که ۴۰ تا ۵۰ درصد خانوارها دارای ناامنی غذایی هستند.

باتوجه به تفاوت‌های منطقه‌ای در دسترسی به خدمات سلامت و امنیت غذایی می توان گفت مناطق روستایی به دلیل محدودیت‌های زیرساختی، دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی و کشاورزی سنتی‌تر، وضعیت نامطلوب‌تری دارند. این امر نشان می‌دهد که سیاست‌های توسعه‌ای گذشته نتوانسته‌اند به طور یکسان به همه مناطق کشور خدمت‌رسانی کنند. این مساله علاوه بر ایران در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز مشاهده می‌شود.

از سوی دیگر آسیب پذیری اقتصادی ناشی از ناامنی غذایی به توانایی افراد در تامین غذا مربوط می شود. خانوارهایی که از نظر اقتصادی آسیب پذیر هستند قادر به خرید غذا نیستند و یا مخارج غذایی سهم قابل توجهی از بودجه شان را به خود اختصاص می دهد و مجبور هستند کمیت یا کیفیت غذایشان را برای پایین نگه داشتن مخارج فدا کنند. نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ناامنی غذایی، پیامد تصمیمات سیاستی نامناسب است. ناامنی غذایی با دستمزدهای پایین، شرایط نامطلوب اقتصادی و اجتماعی، دسترسی محدود به غذاهای سالم، عدم دسترسی به مسکن مناسب و نابرابریها در جامعه مرتبط است. همچنین ناامنی‌غذایی، ریشه های اقتصادی دارد. طی چندین دهه گذشته، اقتصاد سیاسی به عنوان عامل تئوریک کلیدی برای تحلیل پویاییهای سیستم‌های غذایی عمل کرده است(فائو، ۲۰۱۸). در ایالات متحده نرخ شیوع سوتغذیه ۱۱,۱٪ است و میزان شیوع ان در خانوارهای زن سرپرست و ایالتهای کم درامد بیشتر است. قابل‌ذکر است که افراد در گروههای درامدی مختلف

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

دسترسی های یکسانی به انتخابهای متنوع غذایی ندارند حتی آموزش نیز به اندازه توانایی خرید و سطح درامد افراد، بر دسترسی به گزینه‌های متنوع غذایی تاثیر ندارد(درنووسکی[۱]، ۲۰۲۲). همچنین لازم به ذکر است که لزوما به تبع ناامنی غذایی، گرسنگی روی نمی‌دهد به دلیل اینکه اغلب خانوارهای مواجه با ناامنی غذایی به سمت غذاهای کم هزینه، پرکالری، همراه با چربی، نمک و شکر افزوده و با کمترین ارزش غذایی می‌روند. در این حالت، اولین گام برای کاهش و کنترل بودجه غذا موجب اضافه وزن و چاقی خواهد شد و ناامنی غذایی، غذاهای پرکالری ارزان و کمبود ریزمغذی ها، ویتامینها و مواد معدنی دست‌دردست یکدیگر هستند(درنووسکی، ۲۰۲۲).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که متوسط سهم مخارج خوراکی از کل مخارج به ترتیب ٪۲۷ و ٪۳۸ برای خانوارهای شهری و روستایی است. در حالیکه سهم مخارج خوراکی خانوار در عربستان سعودی، به طور متوسط ٪۲۰، در آذربایجان ٪۴۲,۴، پاکستان حدود ٪٪۴۰ ، امارات حدود ٪۱۳,۵، عمان ٪۲۲، ترکیه ٪۲۵,۴، ایالات متحده ٪۶,۷، استرالیا ٪۱۰ ، سوییس ٪۹,۳، انگلیس ٪۸.۵ می باشد(بانک جهانی، ۲۰۲۲). می توان گفت کشورهای توسعه یافته تر سهم مخارج خوراکی کمتری دارند. براساس قانون انگل، افراد ثروتمند مقدار بیشتری صرف خوراک خود می کنند اما سهم آن از درآمد کمتر است.

قابل ذکر است اگرچه کشورهایی مانند ترکیه و ایران سهم مخارج خوراکی نسبتا مشابه است اما سرانه مخارج خوراکی در ترکیه معادل ۱۵۹۲ دلار و حدود ۴ برابر بیشتر از ایران(۴۳۵دلار) است. سرانه مخارج خوراکی بالاتر معمولاً تنوع غذایی و کیفیت مناسبتری را فراهم کند. عربستان سعودی با سهم مخارج خوراکی ۲۰,۴ درصدی، سرانه مخارج خوراکی معادل ۲۳۰۶ دلار دارد و در کشورهایی مانند ایالات متحده و سوئد سرانه مخارج خوراکی حدود ۳ تا ۴ هزار دلار است. قابل ذکر است که عواملی مانند سطح درآمد کشورها، نرخ تورم مواد غذایی، سازگاری الگوهای کشاورزی با تغییرات اقلیمی، تحریمهای اقتصادی، تغییر سبک زندگی و تغذیه در پایین بودن سرانه مخارج خوراکی تاثیرگذار هستند.

علامت منفی شاخص کاکوانی برای نابرابری در توزیع مخارج سلامت و غذایی خانوارها در میان خانوارهای شهری و روستایی دلالت بر رگرسیو بودن توزیع این مخارج در میان خانوارها دارد. به عبارت دیگر، نحوه توزیع مخارج سلامت و توزیع مخارج غذایی به ضرر خانوارهای فقیر می باشد. همچنین قدرمطلق این شاخص برای مخارج غذایی بیشتر از مخارج سلامت است به این معنی که سربار مالی که هزینه های خوراک برای فقرا ایجاد می کنند بیشتر از هزینه های سلامت می باشد و همچنین این سربار مالی برای فقرا در روستاها بیشتر از شهرها می‌باشد.

---

۱ . Drewnowski

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

توزیع مخارج خوراکی وضعیت ناعادلانه‌تری نسبت به مخارج سلامت دارد و برای سه دهک فقیرتر جامعه، وضعیت بدتر است. ۳۰درصد فقیرترین جمعیت، درحالیکه فقط ۱۳ درصد درآمد را دراختیار دارند، به طور متوسط ۱۸ درصد مخارج خوراک و ۱۸ درصد مخارج سلامت را متقبل شده اند.

عوامل متعددی در ایجاد و تداوم این نابرابری‌ها نقش دارند که از جمله آنها می توان به نابرابری درآمدی، نقصان پوشش بیمه‌ای، نابرابری در دسترسی به خدمات، نوسانات اقتصادی، سیاست‌های نادرست در حوزه سلامت، تغذیه و توسعه روستایی نیز می‌توانند به تشدید این نابرابری‌ها کمک کنند.

در سال ۱۴۰۲، سهم ۱۰ درصد فقیرترین جمعیت از درآمد حدود ۲٪ بوده ولی۱۰ درصد ثروتمندترین جامعه ۲۵ درصد درآمد را دراختیار دارند و نیز ۲۰ درصد فقیرترین مردم حدود ۷٪ درآمد ولی ۲۰درصد ثروتمندترین، حدود ۴۰درصد درآمد را در اختیار دارند.

مطالعه اسدالله و خان[۱](۲۰۲۴) نشان می‌دهد که نابرابری در مخارج خوراکی در مناطق روستایی پاکستان بیشتر از مناطق شهری است. مقایسه نتایج مطالعه قیاسوند که در سال ۱۳۹۱ انجام شده با شاخص کاکوانی مخارج غذایی(۰,۱۲-) و مخارج سلامت(۰,۰۸-) در مطالعه حاضر نشان می دهد که پس از گذشت ۱۴ سال بهبودی در وضعیت نابرابری مخارج خوراکی خانوارها روی نداده و وضعیت نابرابری مخارج سلامت از پروگرسیو به رگرسیو تبدیل شده و به عبارتی ناعادلانه تر شده است.

باتوجه به نتایج مطالعه و با بهره گیری از تجارب کشورهای موفق می‌توان گفت برای ارتقای عدالت در توزیع مخارج سلامت، توسعه سیستم‌های بیمه سلامت همگانی، سرمایه‌گذاری در پیشگیری و بهداشت به طور خاص در مناطق محروم و برای جمعیت های فقیر، آموزش بهداشت و تغذیه با تمرکز بر مناطق روستایی، استفاده از مشارکت جامعه مدنی برای تامین مالی و افزایش دسترسی ها می توانند موثر باشند. برای ارتقای عدالت در توزیع مخارج خوراکی نیز اصلاحات اقتصادی مانند کاهش تورم مواد غذایی، سیاستهای حمایتی تغذیه ای هدفمند، کاهش آسیب پذیری بخش کشاورزی نسبت به شوکهای داخلی و خارجی، توجه به درآمد و رفاه خانوارها می تواند تاثیرگذار باشد.

قدردانی

بخشی از مطالعه حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب در مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1402.157 می باشد.

۱ . Asadullah & Khan

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

منابع

۱. امامقلی پور، سارا، رویکردهای نوین تامین مالی نظام سلامت، نشر نور علم، ۱۴۰۲.

۲. مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، بررسی مفهوم هزینه های کمرشکن سلامت و سیاست هایی برای محافظت مالی. گزارش های کارشناسی. ۱۴۰۲;۱۶۳(۳۱):۵۱۳-۴۰.

3. Amaya Lara JL, Ruiz Gómez F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota. Colombia Int J Health care Finance Econ. 2011;11:83–100. doi: 10.1007/s10754-011-9089-3.
4. Chopra, M. (2004). Food security, rural development and health equity in Southern Africa. South Africa: EQUINET.
5. Drewnowski, A. (2022). Food insecurity has economic root causes. *Nature food*, *3*(8), 555-556.
6. FAO. (2021). The state of food security and nutrition in the world 2021. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html
7. Friel S, Baker PI. Equity, food security and health equity in the Asia Pacific region. Asia Pac J Clin Nutr. 2009;18(4):620-32. PMID: 19965356.
8. Gamlath S, Lahiri R. Health expenditures and inequality: a political economy perspective. *Journal of Economic Studies*. ۲۰۱۹;.۴۶:۹۴۲-۶۴.
9. Garbarski, D. (2014). The interplay between child and maternal health: Reciprocal relationships and cumulative disadvantage during childhood and adolescence. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(1), 91–106. https://doi.org/10.1177/0022146513513225
10. Garcia, J., Hromi-Fiedler, A., Mazur, R. E., Marquis, G., Sellen, D., Lartey, A., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Persistent household food insecurity, HIV, and maternal stress in Peri-Urban Ghana. *BMC Public Health*, 13(1), 215. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-215
11. Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S. (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: Psychiatry and adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 321–331. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0706-5
12. O'Donnel O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M.(2008). Analyzing health equity using household survey data – a guide to techniques and their implementation. Washington DC: WBI Learning Resources Series.
13. World Bank, Poverty Manual, All, JH Revision of August 8, (2005).
14. Smith LC, Subandoro A. *Measuring food security using household expenditure surveys.* Vol 3: Intl Food Policy Res Inst; 2007.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]

15. World Bank, https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health.]
16. World Bank, Tracking Universal Health Coverage: Global Monitoring Report, (2023), p 1-11.
17. Xu, K., Evans, D., Carrin, G., & Aguilar-Rivera, A. M. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure.
18. Ghiasvand H, Naghdi S, Abolhassani N, Shaarbafchizadeh N, Moghri J. Iranian Households' Payments on Food and Health Out-of-Pocket Expenditures: Evidence of Inequality. Iran J Public Health. 2015 Aug;44(8):1103-13. PMID: 26587474; PMCID: PMC4645730.
19. Asadullah, A., & Khan, A. (2024). Measuring Consumption Inequality at Household Level in Pakistan 2005-2019. Business Review, 19(2), 36-53.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-02-16]