فصلنامه علمی اقتصاد و بانکداری اسلامی، شماره بیست و نهم، زمستان ۱۳۹۸، صفحات ۲۶۳ - ۲۳۳

آسیب‌شناسی عملکرد بخش سلامت در ایران از منظر عدالت با تأکید بر ملاحظات اسلامی

امیرحسین مزینی[۱]
راضیه محمدی‌صابر[۲]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۱۴

چکیده:

توجه به سلامت افراد جامعه به‌عنوان یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه‌ی پایدار، از طریق اثرگذاری بر عملکرد نیروی انسانی، زمینه‌های ارتقاء شرایط اقتصادی را فراهم نموده و از این طریق دستیابی به اهدافی همچون رفاه عمومی، رشد اقتصادی و عدالت را که از مهم‌ترین اهداف یک جامعه‌ی اسلامی هستند، میسر می‌سازد. مطالعه حاضر با بررسی و تجزیه و تحلیل تعدادی از شاخص‌های سلامت، به‌دنبال بررسی هم‌سویی و یا عدم‌هم‌سویی عملکرد حوزه‌ی سلامت در ایران از منظر عدالت با ایده‌آل‌های یک جامعه‌ی اسلامی می‌باشد و بدین منظور با تأکید بر برخی شاخص‌های ارزیابی در حوزه سلامت (همچون امید به زندگی در بدو تولد، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال، شاخص‌های پرداخت از جیب، پوشش بیمه، ضریب نفوذ بیمه و سلامت روان) به بررسی عملکرد حوزه‌ی سلامت در کشور طی سال‌های اخیر پرداخته است. نتایج حکایت از آن دارد که هر چند در دهه‌های اخیر اقدامات مثبتی در حوزه سلامت کشور انجام شده و بهبودهایی در این حوزه ایجاد شده است. اما شرایط حاکم بر بخش سلامت در ایران چندان مطلوب و منطبق با معیارهای موجود در زمینه جامعه سالم از منظر اسلامی نمی‌باشد.

کلمات کلیدی: سلامت، عدالت، اسلام، هزینه‌های سلامت، بیمه و اقتصاد ایران.
طبقه‌بندی JEL: I1، D63،N3، G22

---

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول) mozayani@modares.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشگاه تربیت مدرس r.mohammadisaber@modares.ac.ir

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

مقدمه

سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد (نیدو، ویلز[1]، ۲۰۰۰) ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد (کر[2]، ۲۰۰۰). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ میلادی در تعریف خود از «سلامت» به سه حوزه «سلامت جسمی» و «سلامت اجتماعی» و «سلامت روانی» اشاره کرده است؛ این سازمان برای تفهیم سلامت و بیماری، تعریفی از سلامتی ارائه می‌کند که عبارت است از: "سلامت حالتی از رفاه و راحتی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است و نه دقیقاً نبود بیماری یا ضعف و سستی" (آزاد، ۱۳۸۹). از این‌رو در دهه‌های اخیر بنا به تحقیقات پزشکان و روان‌شناسان مختلف، توجه نشان دادن به بُعد معنوی انسان و "سلامت معنوی" (در کنار دیگر ابعاد سلامت) از سوی دست‌اندرکاران نظام سلامت و سازمان بهداشت جهانی نیز اجتناب ناپذیر شده است.

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت همراه با طول عمر قابل‌قبول و بدون بیماری و ناتوانی، حق همگانی است که در مکتب اسلام، اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر (ماده‌ی بیست و پنجم) و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۳، ۲۹، ۴۳) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت و تولیت این امر به‌عهده‌ی دولت‌ها بوده و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه‌ی پایدار به‌شمار می رود. (برجی، ۱۳۹۰). اهمیت موضوع سلامت باعث شده است تا در سند چشم‌انداز بیست ساله ایران به‌عنوان یک کشور اسلامی نیز، بر ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند تأکید شده و همچنین به‌صورت مستقیم به مقوله سلامت در این سند مهم راهبردی اشاره شود.

از منظر آموزه‌های دینی "ایجاد و تضمین سلامت" یکی از کارکردهای مهم ادیان الهی در ابعاد مختلف فردی و اجتماعی است. در فرهنگ اسلامی سلامت از ارزش والایی برخوردار است تا جایی که خداوند قرآن را کتاب هدایت و سلامت معرفی می‌کند. مطالعه در قرآن حکایت از رهنمودهای مختلف بهداشتی در مورد سلامت دارد. (مرز بند و افضاری،۱۳۹۲). "سلامت" در آیات قرآنی و روایات اسلامی جایگاه بسیار بلندی دارد، به‌طوری که می‌توان گفت که میزان سالم بودن انسان با میزان کامل بودن او تناسب دارد. قرآن کریم، خبر از ساحتی در وجود انسان می‌دهد که امکان دارد مریض یا سالم باشد؛ سالم بودن آن، نقش اساسی در نجات و بهشتی شدن انسان دارد؛ و آن ساحت "قلب" است: "یَوم لا یَنفَعٌ مال و لا بَنون؛ إلاَ مَن أتی الله بَقلبٍ سلیم" (الشعراء: ۸۸و ۸۹).

1. Naidoo, Wills
2. Kerr

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

این آیات در ابتدای مناجات حضرت علی(ع) استفاده شده است؛ آنجا که حضرت، می‌خواهد تذکر دهد که در روز قیامت، هیچ چیز غیر از "قلب سلیم" موجب امان و مفید به حال انسان نیست: "اللّهُمّ إِنّی أسَألَکَ الأمان یَوْمَ لایُنَفُعٌ مال و لا بَنون إلّا من أتی الله بِقلب سلیم» (کفعمی،۱۴۱۸ق:۳۲۰). شاید بتوان گفت که نگاه به اسلام به‌عنوان "دین سلامتی" و قرآن کریم از منظر "کتاب سلامتی" دیدگاه جالبی باشد؛ زیرا خدای سبحان از طریق دین اسلام که دین اعتدال است انسان‌ها را به سوی سلامتی رهنمون شده است و راه سالم شدن و سالم ماندن را به او می‌آموزد: براساس تعلیمات دینی، خدای متعال "سالم"[۱] و "سلام"[۲] است و انسان‌ها را به سوی "سرای سلامت" فرا می خواند: "وَ الله یدعوا إلی دار السلام" (یونس: ۲۵). طبق آیه ۱۶سوره مائده، خدای سبحان به وسیله‌ی قرآن، انسان‌ها را به راه‌های سلامت راهنمایی می‌کند، راهی که منطبق بر صراط مستقیم است و موجب خروج از تاریکی‌ها و ورود به قلمرو نور و روشنایی می شود.[۳] مقصد چنین انسان‌هایی "سرای سلامت" نزد پروردگارشان است:" لهم دار السلام عند ربهم" (الانعام: ۱۲۷). در این راستا آنچه در مستندات اسلامی از مقوله سلامت آمده می‌تواند سلامت جسمی، سلامت روانی و ... را شامل شود.

نظر به اهمیت مقوله سلامت و تأکید فراوان بر آن در متون اسلامی و اسناد بالادستی بدون شک برقراری حداقل‌های لازم در جامعه در حوزه سلامت را می‌توان یکی از وظایف حاکمیت و مصادیق برقراری عدالت دانست که (برقراری عدالت) یکی از اصول و اهداف اولیه اسلامی می‌باشد. به‌گونه ای که می‌توان یکی از معیارهای برقراری عدالت در جامعه را برقراری حداقل استانداردهای لازم در حوزه سلامت (به معنای عام آن) دانست، موضوعی که در دستور کار مطالعه حاضر قرار دارد. بدین منظور پس از بررسی ادبیات موضوع (مبانی نظری و مروری بر مطالعات انجام شده) به بررسی وضعیت شاخص‌های منتخب سلامت در ایران با تأکید بر مقوله‌ی عدالت پرداخته شده و وضعیت حاکم بر اقتصاد کشور طی سال‌های اخیر از منظر شاخص‌های منتخب استخراج و مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. جمع‌بندی، تحلیل و نتیجه‌گیری پایان بخش مقاله حاضر خواهد بود.

---

۱. دعای جوشن کبیر، بند ۲۹

۲. هو الله الّذی لا إله الا هو الَملک الْقّدوس السلام الْمؤمن الْمهیمُن الْعزیز الْجّبار الْمتکبر سبحان الله عما یشرکون (الحشر:۲۳)

۳. یهدی بِه الله منّ اتبع رضوانَه سبل السلام و یخرجهم مِن الظلمات إلَی النّور بِإذنه وَ یْهدیهم إلی صراط مستقیم« (المائده:۱۶) خدا به‌وسیله آن (کتاب) هرکه را از خشنودی او پیروی کند، به راه‌های سلامت رهنمون می‌شود، (و به توفیق خویش) آنان را از تاریکی‌ها به سوی روشنایی بیرون می‌برد و به راهی راست هدایتشان می‌کند.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۱. مبانی نظری

یکی از مهم‌ترین پارامترهای مؤثر بر عملکرد نیروی انسانی، بهداشت و سلامت فردی است که در آموزه‌های اسلامی نیز بر آن تأکید شده است. از این‌رو سلامتی یک مسئله چندبعدی است و علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم دربرمی‌گیرد. ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم وی و نیز هر دوی آنها بر جامعه اثر می‌گذارند، از این‌رو اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی، روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. در ادامه ابعاد مختلف سلامتی مورد اشاره قرار می گیرند.

۱- *بعد جسمی*: معمول‌ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضاء بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه‌ی سلامت جسمی است.

۲- *بعد روانی*: در این بعد از سلامت تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد. بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تاثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد.

۳- *بعد معنوی*: یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدف‌دار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود.

۱-۱. سلامت در فرهنگ اسلام

سلامت در فرهنگ اسلام به‌عنوان یک ارزش مطرح‌شده و با تعبیرهای زیبایی مانند برترین نعمت ها، گواراترین بهره‌ها و نصیب‌ها، سرمایه زندگی و .... توصیف شده است و اصولاً سلامت ایده‌آل (از دیدگاه معصومین) یا حد مطلوب آن، سلامتی است که کامل، همه جانبه شفابخش و مهم‌تر از همه رو به تکامل و تزاید و در بردارنده سلامت دنیا و آخرت باشد (فراز دوم از دعای بیست وسوم صحیفه سجادیه). به‌همین لحاظ طبیعی است تلاش برای دستیابی به‌چنین نعمت ارزش مندی کاملاً مورد توجه، تأیید و حمایت آئین اسلام باشد و برای تحقق آن در قالب احکام

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

تکلیفی اعم از حلال وحرام، مستحب، مکروه و مباح و یا در قالب توصیه‌ها، رهنمودهایی مطرح کرده باشد. اسلام بر بهداشت و نظافت تأکید فراوان دارد و آن را لازمه ایمان می‌داند. یکی از ویژگی های دین اسلام، تشویق انسان به رعایت پاکی در ابعاد گوناگون زندگی است؛ زیرا خواسته ذاتی هر انسان، دوری از آلودگی ها است (لطفعلی پور، برجی، ۱۳۸۹).

در قرآن و حدیث واژه ی سلامت بیانگر ابعاد مادی و معنوی زندگی انسان است و از ارزش برتر برخوردار است. پیامبر گرامی اسلام همواره امت خود را به پاکیزگی تشویق و ترغیب می‌کرد (مستدرک الوسائل، ص ۳۱۹ جلد۱۶) و می‌فرمود خداوند پاک است و پاکیزگی را دوست دارد (میزان الحکمه، ص ۳۳۰۲، جلد ۴). امیر مومنان علی (ع) نیز فرموده اند: لا لباس اجمل من السلامه، جامه ای زیباتر از سلامتی نیست (تصنیف غرر الحکم و درر الکلم: ۴۸۳) سلامتی در این حدیث پاکی از گناهان، عیب ها، دردها و بیماری ها و رهایی از آفات و آسیب های روحی و بدنی را شامل می‌شود. در حدیث دیگری که به جایگاه سلامت اشاره دارد این چنین آمده است: لا وقایه امنع من السلامه، هیچ حافظ و نگه دارنده ای بلند مرتبه تر از سلامتی نیست. این حدیث نیز به نبود امراض روحی و روانی و جسمی و بدنی اشاره دارد. آموزه های وحیانی توجه به سلامت جسمی را با در نظر گرفتن اصول تنوع غذایی، ایمنی و طیب بودن مورد توجه قرار داده‌اند و با دعوت به غذای حلال و پرهیز از غذای حرام و نیز پذیرش خداوند به‌عنوان رزاق حقیقی، معنویت در سلامت را جستجو می‌کنند. این نگرش معنوی، شاخص‌های سلامت معنوی از قبیل آرامش، اخلاق مداری و عمل صالح را بدنبال دارد، امری که در قرآن بر آن تأکید شده است. (مرزبند و افضاری،۱۳۹۲).

از سوی دیگر در تعالیم اسلامی روش‌هایی برای مقابله با استرس‌ها و سازگاری با سختی‌ها آمده است که خود این تعالیم و آموزه‌ها نشان می‌دهد که استرس و سلامت روانی در اسلام مورد تأکید است. آن روش‌ها را می‌توان در سه بخش روش‌های شناختی، روش‌های عاطفی ـ معنوی و روش‌های رفتاری (به‌شرح زیر) طبقه‌بندی کرد (صانعی، ۱۳۸۲):

۱. روش‌های عاطفی- معنوی (یاد خدا، دعا، توسل به ائمه معصومین علیهم السلام)،
۲. روش‌های شناختی (ایمان و توکل به خدا، اعتقاد به مقدرات الهی، بینش نسبت به وقوع سختی‌ها)،
۳. روش‌های رفتاری (صبر، تفریحات سالم، روابط خانوادگی مطلوب، حمایت اجتماعی).

در روش‌های عاطفی- معنوی، فرد نوعی ارتباط عاطفی با خدا و اولیای دین برقرار کرده که انسان را در مواجهه با مشکلات و حل آنها مساعدت می‌کند. روش شناختی شیوه‌ای است که با شناخت و عقاید فرد سروکار دارد و در روش رفتاری دستورات و توصیه‌های عملی در مقابله با سختی‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد (لطفعلی‌پور، برجی، ۱۳۸۹).

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۱-۲. اهمیت جایگاه عدالت در متون اسلامی

عدالت همواره دغدغه خاطر انسان و به‌ویژه متفکران هر عصر بوده است؛ از عصر باستان تا دوره‌های پس از آن، نه تنها از جایگاه مهم و عمیق عدالت چیزی کاسته نشده، بلکه با گذشت زمان، حجم ادبیات مربوط به آن بیشتر شده است. در غرب، از دوره‌ی کلاسیک (اندیشه‌های افرادی چون افلاطون و ارسطو) تا زمان معاصر و دوره‌ی تجدّد، (اندیشه‌ی جان راولز) این مسئله در کانون توجه و مطالعات اندیشمندان بوده است. در فرهنگ اسلامی نیز از عصر نزول تا زمان‌های بعد و در اندیشه‌ی فیلسوفان و متفکران مسلمان، حجم وسیعی از ادبیات عدالت مشاهده می‌شود. عدالت از موضوعاتی است که جدای از توصیه افراد به التزام به آن، یکی از وظایف و دغدغه‌های حکومت اسلامی نیز معرفی شده است.

یکی از صریح‌ترین توصیه‌های اسلام در زمینه عدالت آیه ۱۳۵ سوره نساء است که می‌فرماید: «يَاأَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ بِالْقِسْطِ شُهَدَاءَ لِلَّهِ وَلَوْ عَلَى أَنْفُسِكُمْ أَوِ الْوَالِدَيْنِ وَالْأَقْرَبِينَ؛ ای کسانی که ایمان دارید، عدالت را بپا دارید و باید خدا را گواه خود قرار داده و گرچه عدالت به ضرر شما یا پدر و مادر و بستگان شما باشد». همان‌گونه که مطرح شد مقوله عدالت و التزام به آن در سطح کلان و محیط اجتماع نیز مطرح می‌شود. در این باره حضرت علی(ع) می‌فرماید: «العدلُ اساسٌ بِهِ قِوامُ العالمِ؛ عدل پایه و ستونی است که هستی بدان پابرجا و استوار است». **در اصل، عدالت، عامل بقای دولت‌ها و ضامن استمرار ملت‌هاست**. تعبیری که قرآن مجید دارد، ارزش عدالت را بسیار شفاف ساخته است، آنجا که پروردگار عالم را اولین اقامه‌کننده عدل معرفی می‌کند که خودش و ملائکه و صاحبان دانش گواه این ماجرا هستند: «شَهِدَ اللَّهُ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ وَالْمَلَائِكَةُ وَأُولُو الْعِلْمِ قَائِمًا بِالْقِسْطِ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ» (آل عمران، ۱۸) (عیسی زاده و عیسی زاده،۱۳۹۶).

در جایی دیگر خداوند متعال قیام مردم برای تحقق قسط و عدالت را فلسفه ارسال رسل معرفی کرده می‌فرمایند: «لقد ارسلنا رسلنا بالبینات و انزلنا معهم الکتاب و المیزان لیقوم الناس بالقسط» (به راستی ما پیامبران خود را با دلایل آشکار روانه کردیم و با آنها کتاب و ترازو را فرود آوردیم تا مردم به قسط برخیزند). با عنایت به توضیحات فوق مقوله عدالت در یک جامعه در سطوح مختلفی قابل طرح است که به‌صورت نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- عدالت در بعد فردی که ناظر بر رفتارهای فردی و تعامل افراد جامعه با یکدیگر است.
- عدالت در عرصه قضایی (آنچه توسط قوه قضاییه دنبال می‌شود).
- عدالت سیاسی (که مقولاتی چون دموکراسی، مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌های حاکمیتی و ... می‌توانند از مصادیق آن باشند).

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

- عدالت در عرصه اجتماعی (مواردی چون توزیع عادلانه فرصت‌ها و امکانات و ... می توانند از مصادیق آن باشند).
- عدالت در عرصه اقتصادی (مواردی چون نظام مالیات ستانی بهینه، توزیع مطلوب درآمد، نبود فقر و هزینه‌های کمرشکن در معیشت شهروندان، پوشش مناسب نظام تأمین اجتماعی، نبود رانت و . . .)

۱-۳. عدالت در سلامت

عدالت در سلامت با این تعریف که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و به‌طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود به‌دنبال حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست بلکه در پی حذف و یا کاهش برخی عواملی است که قابل پرهیز بوده یا نامناسب هستند. بنابراین عدالت در سلامت عبارت است از : (حسن زاده، ۱۳۸۶)

- دسترسی برابر به مراقبت‌های در دسترس برای نیاز برابر
- بهره‌مندی برای نیاز برابر
- کیفیت برابر از مراقبت‌ها برای همه

نابرابری در سلامت نیز مطابق تعریف سازمانی جهانی بهداشت عبارت است از تفاوت در وضعیت سلامت یا توزیع تعیین‌کننده‌های اجتماعی آن در گروه‌های مختلف اجتماعی و زمانی که این نابرابری‌ها قابل‌اجتناب و غیرعادلانه باشند (سازمان جهانی بهداشت،۲۰۱۰)[1] بی‌عدالتی بین جمعیت ها نتیجه‌ی تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیک، سبک زندگی، محیط و عوامل اقتصادی اجتماعی است که به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معروف هستند. درصورتی‌که بپذیریم نابرابری و بی عدالتی در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت عامل نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت هستند، شاخص های عدالت در سلامت بایستی بتوانند به نوعی تأثیر این تعیین‌کننده‌ها را به‌عنوان شاخص ورودی، خروجی، پیآمد و اثر نهایی به ما نشان دهند (گراهام، ۲۰۰۴)[2]. برای بررسی عدالت در سلامت از شاخص‌های مختلفی استفاده می‌شود که در ادامه تعدادی از آنها بیان شده است:

- پرداخت از جیب[3] : نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که مستقیما ازجیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می‌شود[1].

1. WHO
2. Graham
3. Out Of Pocket

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

- هزینه‌های کمرشکن[۲]: به پرداخت برای خدمات سلامت که از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود گفته می‌شود (درسلیر و همکاران، ۲۰۰۶)[۳]. در متون مختلف آستانه‌ی مورد توافقی برای این حد معین وجود ندارد و منابع مختلف آستانه‌های مختلفی را در نظر گرفته و خانوارها به شیوه‌های گوناگونی شناخته می‌شوند (ویسزویانسکی،۱۹۸۶)[۴].
- هزینه‌های فقرزا[۵]: این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت به سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند به عبارتی فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند.
- ضریب جینی[۶]: ضریب جینی یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب جینی پایین برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می دهد درحالی‌که ضریب جینی بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می‌کند.
- شاخص مشارکت مالی عادلانه[۷] : شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در سال ۲۰۰۰ از سوی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یکی از ۳ هدف عمده یک نظام سلامت مطرح شده است. (گزارش توسعه انسانی، ۲۰۰۵)[۸]

۲. مروری بر مطالعات انجام شده

- لطفعلی پور (۱۳۸۹) در مقاله‌ی تحت عنوان "بررسی تأثیر سلامت بر توسعه‌ی اقتصادی و سازگاری آن با آموزه‌های اسلامی" به این نتیجه رسیده است که با افزایش طول عمر افراد و ارتقای سلامتی، میزان پس اندازها افزایش و در نتیجه روند سرمایه گذاری تسهیل خواهد شد. همچنین افزایش امید به زندگی، بازگشت سرمایه انسانی، سرمایه گذاری در نیروی انسانی و در

---

۱. یک نظام سلامت عادلانه نظامی است که در آن خانوارها متناسب با استطاعت مالی و درآمدی‌شان در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت مشارکت داشته باشند و بیش از توانایی پرداخت خود که منجر به بروز پرداخت‌های کمرشکن می‌شود، پرداخت نکنند.

2. Catastrophic Expenditure
3. Doorslaer et al
4. Wyszewianski
5. Medical Impoverishment
6. Gini Coefficient Index
7. Fairness in Financial Contribution Index
8. Human Development Report

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نهایت سرمایه‌گذاری کل اقتصاد را افزایش می‌دهد. چرا کـه سـال‌های بهره‌برداری از ایـن منبـع را بیشتر کرده و تعداد سال‌هایی که سرمایه‌گذاری بازده مثبـت دارد را افزایش می‌دهد. همچنین پس انداز و سرمایه‌گذاری بخـش خصوصـی و هـمچنـین سـرمایه‌گـذاری مستقیم خارجی تشویق شـده و گام بلندی در بهبود شرایط اقتصادی کشور برداشته می‌شود. شادابی نیز باعث می‌شود که افراد با انگیزه و نشاط بیشتری به کار و فعالیت بپردازند که نتیجه ایـن نوع زندگی سـالم، افـزایش رشـد و تولید درجامعه خواهد بود. در نهایت این شرایط مورد تأیید و منطبق با آموزه‌های اسـلامی دانسـته شده است.

- دالوندی و همکاران (۱۳۹۱) در مقاله‌ای تحت عنوان "تبیین سبک زندگی سلامت محـور مبتنـی بر فرهنگ اسلامی" بیان کرده‌اند که انحراف از اعتدال فکری، اعتقـادی و رفتـاری بـه‌عنوان متغیـر مرکزی یا مشکل اساسی روانی–اجتماعی پدیده‌ی سبک زندگی سلامت محور بـر مبنـای فرهنـگ اسلامی می‌باشد. در این مطالعه براساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، هفت طبقه‌ی اصلی شامل تعلـیم و تربیت اسلامی، ساختار سیاست‌گذاری در نظام سلامت، جریان معارف اسـلامی در زنـدگی خـانواده محور، روابط، معاشرت و مشارکت، شهروند اخلاق و قانون محـور، تحـرک و اوقـات فراغـت و کـار و تلاش و معاش مشخص و سپس نتیجه‌گیری شده است که ظرفیت‌سازی در خانواده، توانمندسـازی آن و اصلاح الگوی سبک زندگی در روند دستیابی به سرمایه اجتماعی و جامعه سالم با بهره‌گیری از آموزه‌های دینی می‌تواند راه‌حل مناسبی برای مشکلات زندگی سالم در عصر حاضر محسوب گـردد. نهادهای مرتبط با تعلیم و تربیت نظیر آموزش و پرورش و آموزش عـالی بایسـتی ضـمن توجـه بـه فرهنگ کار و تلاش، نوع محتواهای آموزشی و تنـوع آمـوزش خـود را در جهـت مهـارت آمـوزی و توانمند کردن فرزندان جامعه جهت ایفای نقش خود در زندگی خانوادگی و اجتماعی قـرار دهنـد و آنان را به استفاده از معارف اسلامی تشویق و ترغیب نمایند.

- عبدالملکی و مهدوی (۱۳۹۲) در مقاله‌ای تحت عنـوان "تحلیـل تـأثیر شـاخص‌های سـلامت بـر توسعه منطقه‌ای در ایران؛ رهیافت اقتصادسنجی داده‌های تلفیقی "به نتایج زیر رسیده‌اند:

الف: عامل سلامت بر سطح توسعه منطقه‌ای مؤثر بـوده اسـت. شـاخص‌های بخـش سـلامت ضـمن اثرگذاری بر میزان بهره‌وری و کیفیت نیروی کار، بر سـطح تولیـد و نیـز سـایر شـاخص‌های کـلان اقتصادی در سطح مناطق و از جمله آنها بر سطح توسعه منطقـه‌ای مـؤثر هسـتند. شـواهد تجربـی مربوط به سایر کشورها نیز این موضوع را تأیید می‌کند.

ب: در میان شاخص‌های سلامت، شاخص امید به زندگی اثر مثبـت و معنـاداری بـر سـطح توسـعه منطقه‌ای در ایران به جای گذارده است. شاخص دیگر سلامت ـ بودجه بهداشتی دولتی در منـاطق اثری منفی و البته بسیار ناچیز در تغییـر متغیـر وابسـته داشـته اسـت. در میـان سـایر متغیرهـای

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

توضیحی نیز[1] نسبت تولید خصوصی، سرمایه انسانی بخش خصوصی و سرمایه اجتماعی (مشارکت های اجتماعی) اثرات مثبت و معناداری داشته‌اند.

- اکبری و ستوده (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی سازگاری و نقش آموزه‌های اسلامی با شاخص‌های نوین توسعه اقتصادی" به نتایج زیر رسیده‌اند:

الف: عمر طولانی همراه با تندرستی اجمالاً مطلوب و مورد تأیید دین اسلام می‌باشد اما مشروط به اینکه این عمر طولانی در مسیر نیکو و شایسته باشد. درغیراین صورت طول عمر و افزایش سال‌های زندگی معضلاتی برای انسان ایجاد خواهد نمود. بنابراین می‌توان بیان داشت که اجمالاً بین شاخص طول امر در HDI و آموزه‌های اسلامی ناسازگاری جدی وجود ندارد. هرچند که در HDI به‌طور مطلق و بدون هیچ قید و شرطی طول عمر بیشتر موجب ارتقاء این شاخص می‌گردد ولی در آموزه های اسلامی طول عمری که در مسیر نیکو و شایسته باشد، موجب سعادتمندی و رسیدن به حیات طیبه می‌گردد.

ب: نه تنها بین شاخص کسب دانش و آموزه‌های اسلامی سازگاری وجود دارد بلکه به نظر می‌رسد با پیگیری آموزه‌های اسلامی در این خصوص اهداف بلند پروازانه در شاخص کسب دانش نیز کاملاً قابل دسترس گردند.

ج: اسلام سطح مناسب زندگی را بسیار فراتر از حد نیازهای معیشتی می‌داند و کاملاً معتقد به سطح شایسته و مناسب زندگی به معنای واقعی کلمه برای همه افراد جامعه می‌باشد.

- مکیان و همکاران (۱۳۹۵) در مقاله‌ای تحت عنوان "هزینه‌های سلامت و امید به زندگی در کشورهای اسلامی" با استفاده از روش رگرسیونی با رویکرد داده‌های ترکیبی به بررسی هزینه‌های صرف‌شده سلامت بر امید به زندگی در ۲۹ کشور اسلامی پرداخته و نشان داده‌اند رابطه‌ی منفی بین متغیر امید به زندگی و مخارج بهداشتی افراد وجود دارد. مخارج بهداشتی دولت در کشورهای با درآمد سرانه بالا رابطه‌ی مثبت و در گروه کشورهای با درآمد سرانه‌ی پایین رابطه‌ی منفی با متغیر امید به زندگی دارد. همچنین در این مطالعه رابطه‌ی مثبت بین متغیر امید به زندگی با هریک از متغیر های آموزش، بهبود منابع آبی و درآمد ملی سرانه وجود داشته است. مشاهده می شود آنچه در اسلام مورد تأکید است فراتر از سلامت جسمی است و به‌نظر می‌رسد می‌توان این‌گونه قضاوت نمود که جامعه سالم (به معنای عام آن) یکی از پیش‌نیازهای جامعه اسلامی است.

---

۱. به‌دلیل در دسترس نبودن آمار سهم بخش خصوصی از تولید ناخالص داخلی در استان‌های کشور، در این مقاله از نسبت شاغلین بخش خصوصی به کل شاغلین کشور استفاده شده است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۳. بررسی وضعیت شاخص‌های سلامت در ایران از منظر عدالت و با تأکید بـر ملاحظـات اسلامی

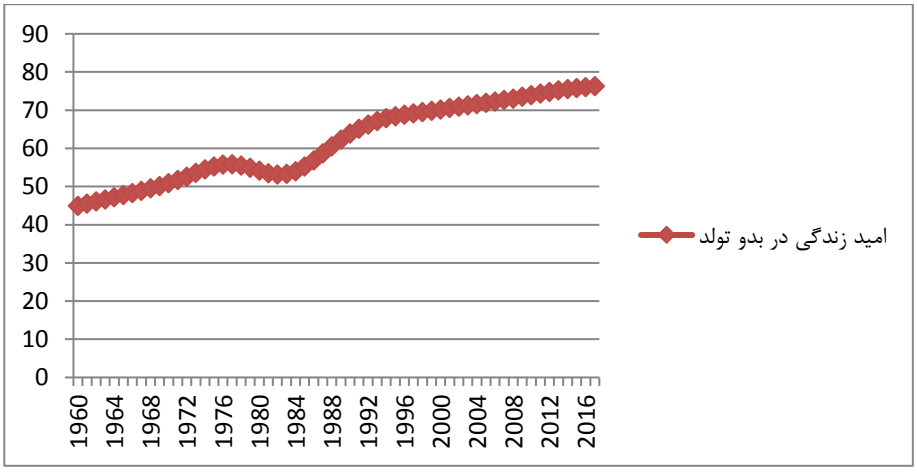
به منظور ارزیابی مقوله عدالت درسلامت در ایران در مقاله‌ی حاضر برای پوشش دو موضوع عـدالت در سلامت و تأکید بر آموزه‌های اسلامی در بخش سلامت، با توجه به مبانی نظری و تجربی موجود، شاخص‌های مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، امید به زندگی در بدو تولد، ضریب نفوذ بیمه در کشـور، سهم پرداخت از جیب خانوارها از هزینه‌های سـلامت، پوشـش نسـبی بیمه‌شـدگان اصـلی و تبعـی استان‌های کشور و تعداد بیمه‌شدگان صندوق بیمه اجتماعی کشـاورزان، روسـتاییان و عشـایر (بـه شرح زیر) در دستور کار قرار می گیرند.

۳-۱. شاخص‌ها

۳-۱-۱. امید زندگی در بدو تولد

امید به زندگی متوسط سال‌هایی است که درصورت ثابت بودن شرایط زیستی و الگوی مـرگ‌ومیـر در جامعه، انتظار می‌رود هر فرد واقع در یک سن خاص، عمر کند. همان‌گونه که نمـودار (۱) نشـان می‌دهد امید به زندگی در بدو تولد در ایران از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۶ علی‌رغم نزولی که در ۱۹۷۶ تـا ۱۹۸۴ داشته است در مابقی سال‌ها روند صعودی را طی نموده است. که این روند صعودی نشـان از مساعد بودن وضعیت این شاخص در ایران در بازه زمانی نشان داده شده است.

نمودار ۱. امید به زندگی در بدو تولد



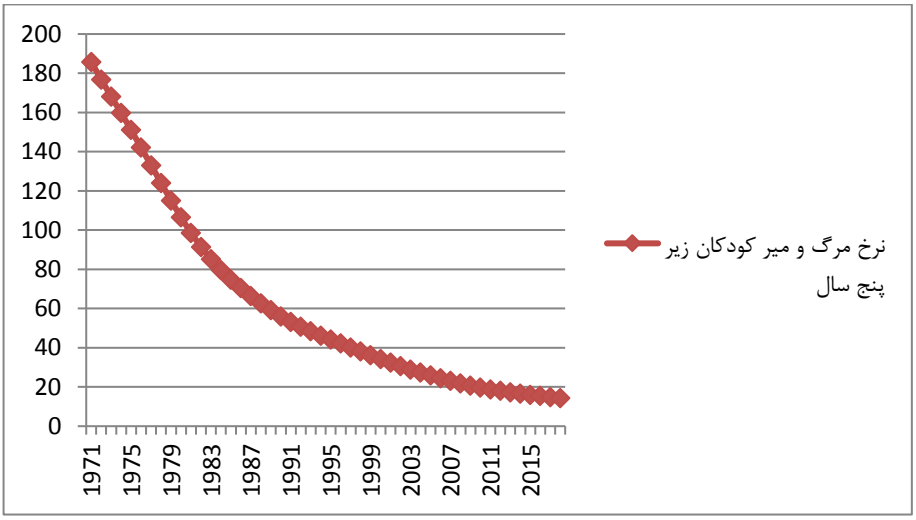
منبع: برگرفته از داده‌های بانک جهانی

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۳-۱-۲. نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال

نمودار (۲) نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال را از سال ۱۹۷۱ تا ۲۰۱۶ برای ایران نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل دیده می‌شود روند این نرخ در طی سال‌های مورد بررسی نزولی بوده و بنابراین در بازه زمانی مورد مطالعه با کاهش متمادی نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال مواجه بوده‌ایم.

نمودار ۲. نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال



منبع: برگرفته از داده‌های بانک جهانی

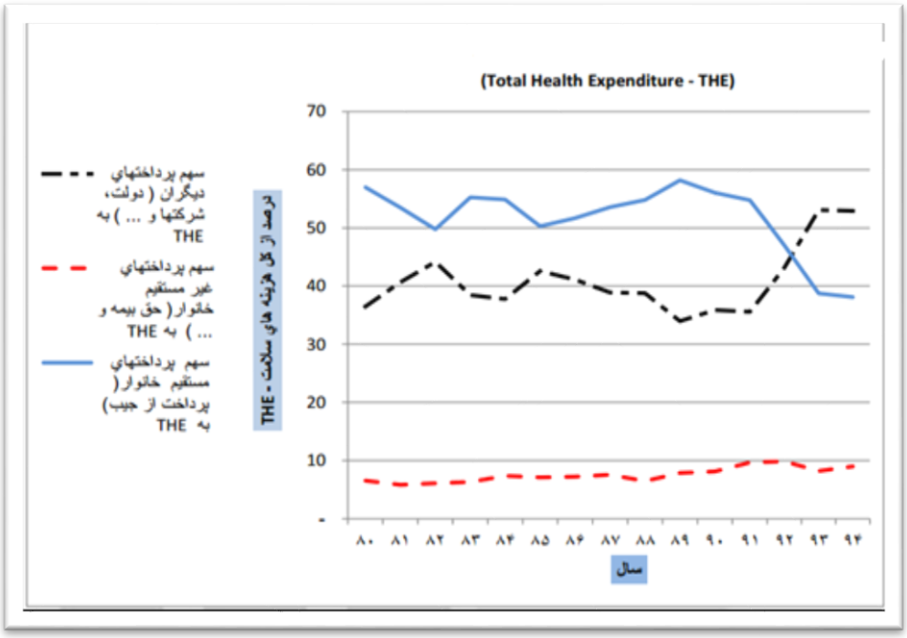
۳-۱-۳. سهم پرداخت از جیب خانوار از هزینه‌های سلامت

پرداخت‌های مستقیم از جیب، مقدار هزینه‌های پزشکی را نشان می‌دهد که خانوار مستقیماً در زمان استفاده از خدمات متقبل می‌شوند و شامل پرداخت‌های از محل بیمه‌های تکمیلی و اجتماعی نمی‌شود. هرچه سهم پرداخت از جیب خانوارها کمتر باشد احتمال مواجه شدن خانوار با هزینه‌های ناگهانی بهداشت و درمان و هزینه‌های کمرشکن و فقرزای درمان کمتر می‌شود. براساس اطلاعات بانک جهانی میانگین جهانی سهم پرداخت از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت در سال‌های ۲۰۱۲، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ به ترتیب برابر ۱۸،۰۵ ، ۱۸،۳۶و ۱۸،۱۵ درصد می‌باشد. حال آنکه میانگین سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار به کل هزینه‌های سلامت در ایران طی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ برابر ۵۳،۵۹ است و از ۵۶،۹۷ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۴۶،۹۸ درصد در سال ۱۳۹۲ رسیده است. براساس آمار گزارش شده در حساب‌های ملی سلامت (۱۳۹۵) سهم پرداخت از جیب

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

خانوار ها از ۵۶،۹۷ درصد در سال ۱۳۸۰، پس از فراز و نشیب‌های بسیار در سال ۱۳۹۵ بـه ۳۵،۶۶ درصد رسیده است یعنی طی ۱۶ سال سهم پرداخت از جیب خانوار معـادل ۲۱،۳۱ درصـد کـاهش یافته است، در مقابل، سهم پرداخت‌های دیگـران یعنـی دولـت و شـرکت‌ها ۱۸،۵۴ درصـد و سـهم پرداخت‌های غیرمستقیم خانوار ۲،۷۸ درصد افزایش یافته است.

نمودار ۳. سهم منابع تأمین مالی سلامت در کل هزینه‌های سلامت ۱۳۹۴-۱۳۸۰



منبع : گزارش حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴ (این گزارش آخرین گـزارش منتشـر شـده از سـوی مرکز آمار است و گزارش حساب‌های ملی سلامت برای سال‌های ۹۵ و ۹۴ در دست اجراست).

در ایران در سال ۱۳۹۵ ، ۳،۷ درصد از جمعیت زیر خط فقر قرار داشته‌اند که از این تعداد ۱،۴ درصد پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت داشته‌اند. در ایـن سـال شـش دهـم درصد از جمعیت غیرفقیر به علت هزینه‌های سلامت فقیر، و هزینه‌های روزانه‌ی آنها زیر خـط فقـر قرار گرفته است. به‌طور کلی هزینه‌های سلامت باعث شده است ۲،۰۱ درصد از جمعیت کشـور بـه علت پرداخت مستقیم از جیب برای اولین بار فقیر شوند و یا قبلاً فقیر بوده‌اند و هم اکنـون بـا ایـن پرداخت‌ها فقیرتر شوند. در ارتباط با درصد جمعیت فقیر و شاخص هزینه‌های فقـرزای سـلامت بـه

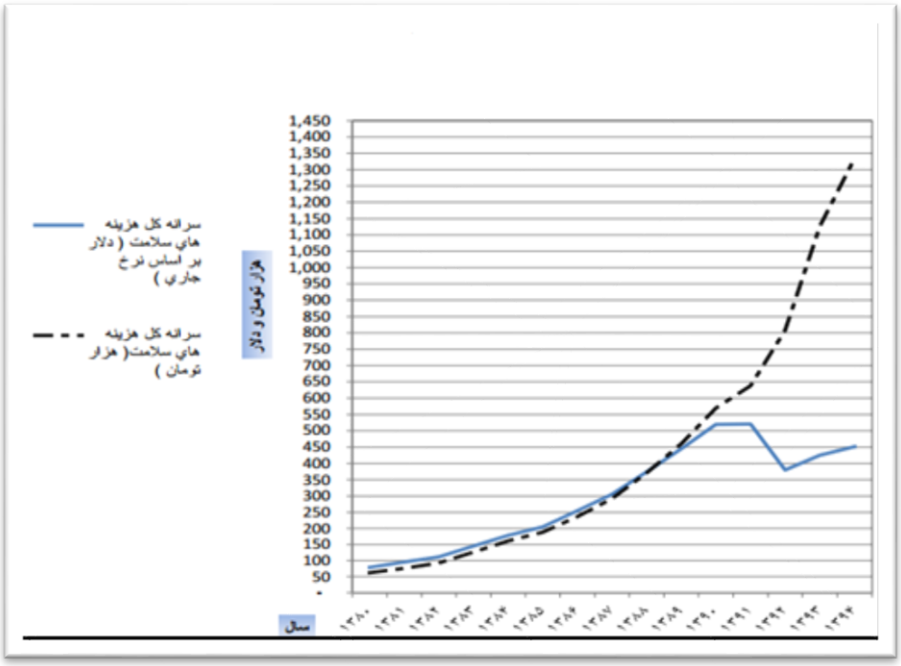
[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

تفکیک جمعیت شهری و روستایی در ایران می‌توان گفت: در سال ۱۳۹۵ هزینه‌های روزانه زندگی برای بیش از ده درصد از جمعیت‌های روستایی زیر خط فقر بوده است که حدود ۳,۷۹ درصد از آنها پرداخت مستقیم از جیب نیز داشته‌اند که این پرداخت‌ها می‌تواند باعث فقیرتر شدن آنها شده باشد.

براساس این نتایج پرداخت‌های مستقیم از جیب به ترتیب برای ۰,۳۳ و ۱,۳۶ درصد از جمعیت های غیر فقیر شهری و روستایی فقرزا بوده‌اند. به‌طور کلی هزینه‌های سلامت بر جمعیت روستایی نسبت به جمعیت شهری اثر منفی بیشتری در سال ۱۳۹۵ داشته است به‌طوری که ۵,۱۵ درصد از جمعیت‌های غیرفقیر روستایی به‌علت پرداخت‌های مستقیم از جیب یا فقیر شده‌اند و یا قبلاً فقیر بوده‌اند و هم اکنون فقیرتر شده‌اند. این درحالی است که این عدد برای جمعیت شهری ۰,۸۵ درصد بوده است. (حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴). نمودار مقایسه‌ای دیگری که می‌تواند تصویر واقعی تری از سیمای سلامت در کشور را نشان دهد، سرانه هزینه سلامت در کشور براساس واحد پولی جاری کشور و دلار است، با علم به اینکه تبدیل ارقام ریالی به دلار لزوماً بیانگر ارقام واقعی سلامت نیست چرا که دلار خود نیز در معرض نوسان ارزش است ولی از آنجا که نوسان ارزش دلار بسیار کمتر از ارزش ریال است به‌خصوص طی سال‌های موردنظر، از این تبدیل ارزش برای نمایش بهتر واقعیت‌ها استفاده و در نمودار زیر ترسیم شده است. قابل ذکر است برای نمایش روشن‌تر نمودار، ارقام ریالی به هزار تومان تبدیل شده است (حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴).

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نمودار ۴. سرانه‌ی هزینه سلامت طی سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۰ (با نرخ هزار تومان و دلار)



منبع : گزارش حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴ (این گزارش آخرین گزارش منتشر شده از سوی مرکز آمار است و گزارش حساب‌های ملی سلامت برای سال‌های ۹۵ و ۹۴ در دست اجراست).

سرانه کل هزینه سلامت در کشور از ۶۲ هزار تومان، معادل ۷۹ دلار در سال ۱۳۸۰ به ۱۳۳۵ هزار تومان، معادل ۴۵۱ دلار در سال ۱۳۹۴ رسیده است، تورم بالا و کاهش ارزش پول کشور که از سال ۱۳۸۹ شروع شده است، طی سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ منجر به ایجاد فاصله بسیار و حتی جهت متفاوت بین سرانه هزینه سلامت بر حسب پول جاری و دلار شده است، لیکن از سال ۱۳۹۳ به دلیل کاهش کند ارزش ریال و همچنین افزایش هزینه‌های سلامت، هر دو نمودار جهت افزایشی را نشان می‌دهند (حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴).

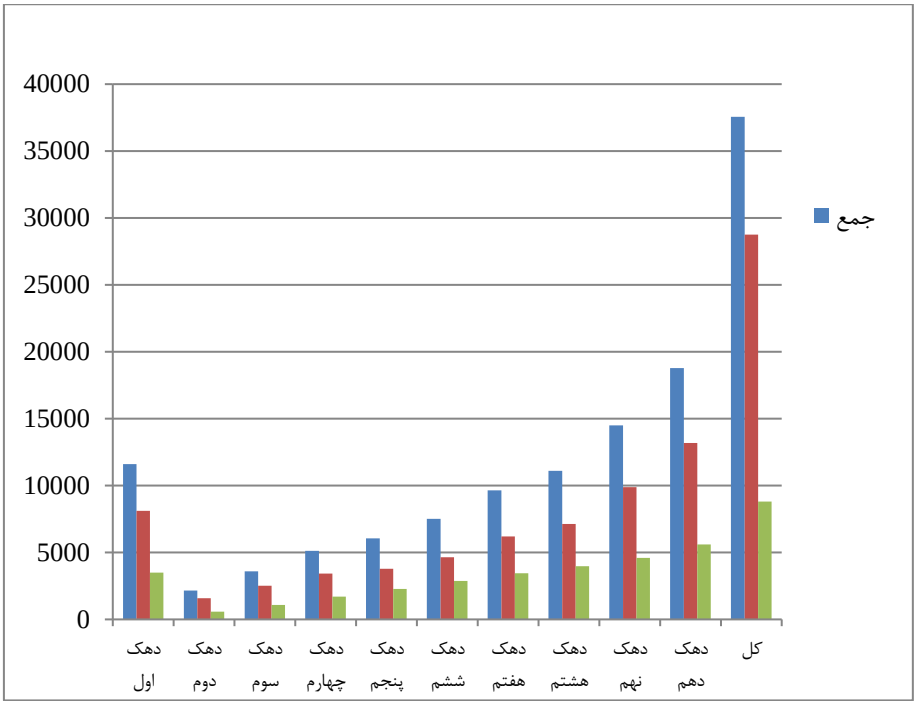
۳-۱-۴. بررسی وضعیت بیمه‌های اجتماعی در ایران

تا پایان سال ۱۳۹۷، ۳۲ شرکت بیمه در ایران فعالیت نموده‌اند، که شامل شرکت بیمه دولتی ایران، ۲۳ شرکت بیمه غیردولتی، ۶ شرکت بیمه در مناطق آزاد ویژه‌ی اقتصادی و ۲ شرکت بیمه در

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

زمینه‌ی عملیات اتکایی هستند. بیمه تأمین اجتماعی بزرگ‌ترین سازمان بیمه‌ای و یکی از انواع بیمه‌های درمانی در ایران است. براساس آمار منتشر شده تعداد نیروی کار بیمه شده تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی تا پایان سال ۹۵ معادل ۱۳ میلیون و ۷۷۹ هزار و ۶۲۰ نفر بوده که این رقم در سال ۹۴ معادل ۱۳ میلیون و ۷۱۱ هزار و ۷۲۶ نفر بوده است. در ادامه ابتدا نگاهی بر متوسط هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای شهری و روستایی در سال‌های ۹۱ و ۹۶ خواهیم داشت و سپس آمار بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایران در قالب نمودار ارائه و تحلیل می‌شود.

نمودار ۵. متوسط هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۱ (هزار ریال)

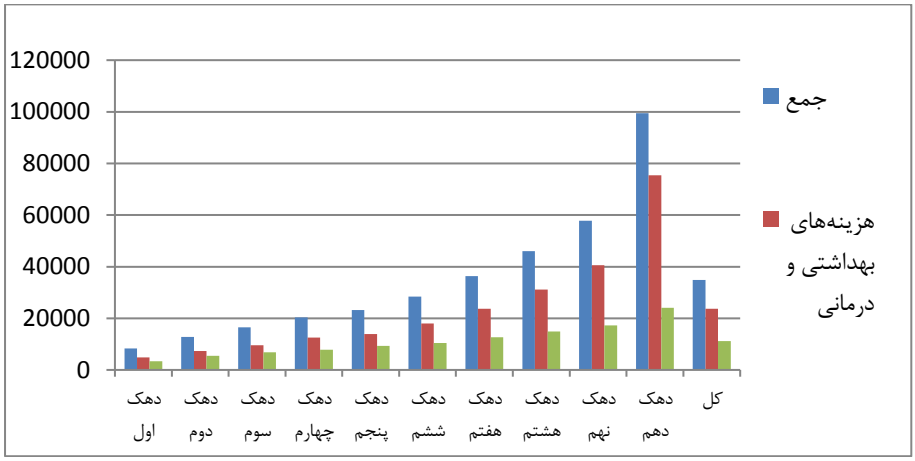


منبع: استخراج از گزیده‌های آماری، وزرات تعاون ، کار و رفاه اجتماعی ، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

همان‌طور که نمودار (۵) نشان می‌دهد متوسط هزینه‌های درمانی خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۵ در دهک دهم از سایر دهک‌ها بیشتر بوده است، از دهک دوم تا دهک دهم نیز شاهد افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی و هزینه‌ی بیمه‌ها (اجتماعی و درمانی) هستیم. سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در تمامی دهک‌های درآمدی از هزینه بیمه‌های اجتماعی و درمانی بیشتر بوده است. نکته جالب توجه در نمودار فوق پیشی گرفتن سهم هزینه‌های درمانی دهک اول از دهک‌های دوم تا هفتم است که همچنان در این دهک نیز سهم هزینه‌های بیمه از هزینه‌های بهداشتی و درمانی کمتر بوده است. شاید بتوان فشار افزایش هزینه‌های سلامت در این دهک که منجر به شکل گیری الگوی فوق شده است را دلیلی بر شکل‌گیری هزینه‌های کمرشکن برای این گروه دانست.

نمودار ۶. متوسط هزینه‌های بهداشت و درمان سالانه خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۶ (هزار ریال)

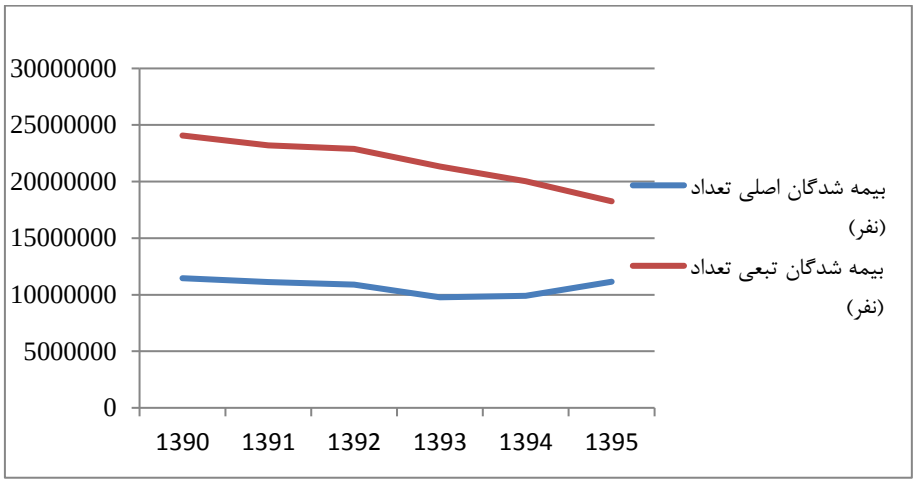


منبع: استخراج از گزیده‌های آماری، وزرات تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

در سال ۱۳۹۶، دهک اول با کاهش چشم‌گیر هزینه‌های سلامت به پایین‌ترین میزان هزینه‌ی بهداشت و درمان در میان سایر دهک‌ها رسیده است. به‌نظر می‌رسد اجرای طرح تحول سلامت که از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز شد توانسته است بخش قابل توجه‌ای از هزینه‌های درمانی این دهک را کاهش دهد. کل هزینه‌های بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۶ نیز نسبت به سال ۱۳۹۱ کاهش داشته است. بهتر شدن وضعیت دهک‌های پایین درآمدی خصوصاً دهک اول و نیز کاهش کلی هزینه‌های درمان در سال ۱۳۹۶ می‌تواند نشان دهنده‌ی دسترسی بهتر دهک‌های مختلف درآمدی به بهداشت و درمان بوده باشد.

نمودار ۷. تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی سازمان بیمه سلامت

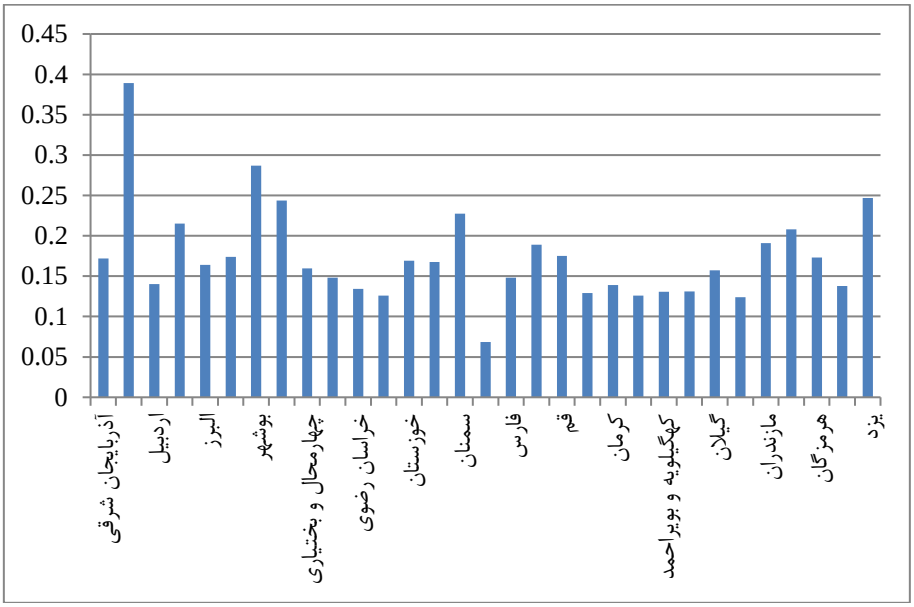


منبع: گزیده‌های آماری، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

نمودار (۷) تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران را از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد. تعداد بیمه‌شدگان اصلی در انتهای دوره‌ی مذکور روند افزایشی و تعداد بیمه‌شدگان تبعی در این بازه روند نزولی داشته است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نمودار ۸. پوشش نسبی بیمه‌شدگان اصلی تأمین اجتماعی سال ۱۳۹۵ در سطح استانی

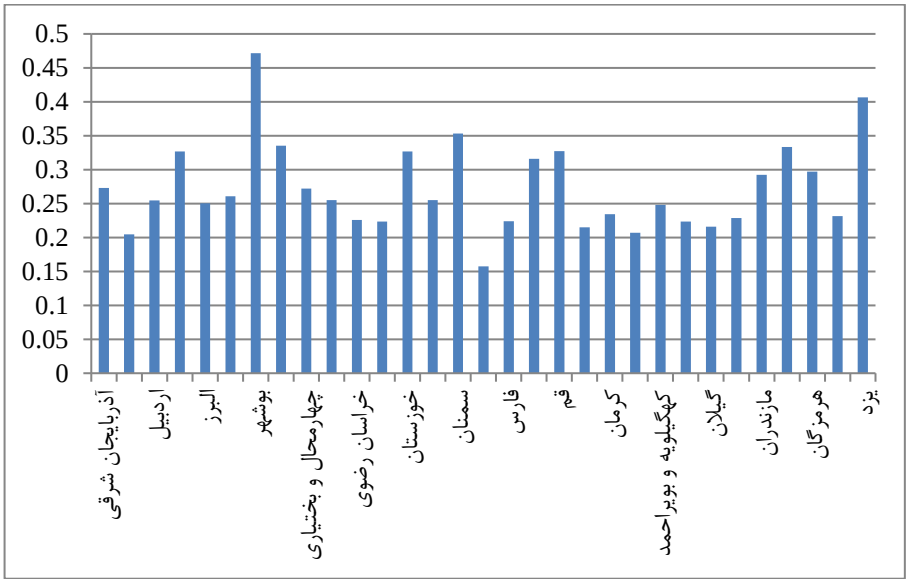


منبع: استخراج از گزیده‌های آماری، وزرات تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

نمودار (۸) پوشش نسبی بیمه‌شدگان اصلی تأمین اجتماعی را در سال ۱۳۹۵ به‌صورت استانی نشان می‌دهد. منظور از پوشش نسبی اعمال اثر جمعیت هر استان بر میزان پوشش بیمه‌ای گزارش شده است. دلیل انتخاب سال ۹۵ برای تحلیل، دسترسی به آخرین آمار موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی بوده است. استان آذربایجان غربی بالاترین پوشش نسبی بیمه‌شده اصلی و سیستان و بلوچستان پایین‌ترین سهم را به خود اختصاص داده است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نمودار ۹. پوشش نسبی بیمه‌شدگان تبعی سازمان تأمین اجتماعی سال ۱۳۹۵ در سطح استانی

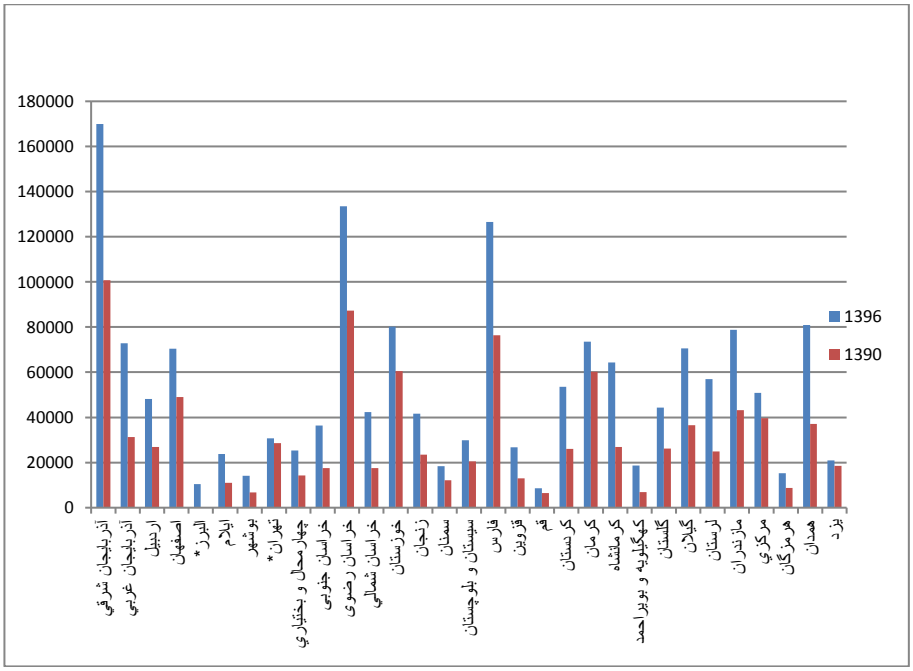


منبع: استخراج از گزیده‌های آماری، وزرات تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

پوشش نسبی بیمه‌شدگان تبعی سازمان تأمین اجتماعی نیز در نمودار (۹) گزارش شده است که استان بوشهر بالاترین میزان و مجدداً استان سیستان و بلوچستان کمترین سهم را به خود اختصاص داده است. این دو نمودار نشان می‌دهد استان سیستان بلوچستان که از استان‌های محروم ایران است به لحاظ پوشش بیمه‌ای وضعیت نامناسبی دارد. لازم به‌ذکر است شهرهای با جمعیت بالای سه میلیون نفر در ایران در رده‌های میانی پوشش بیمه‌ای قرار دارند.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نمودار ۱۰. تعداد بیمه‌شدگان صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر در سال ۱۳۹۶ بر حسب استان و سال



منبع: استخراج از گزیده‌های آماری، وزرات تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، ۱۳۹۷

با توجه به آن که آمار تفکیک شده‌ای از جمعیت کشاورزان، روستاییان و عشایر به تفکیک استان در دسترس نیست، در نمودار (۱۰) به جای ارقام نسبی از ارقام مطلق گزارش شده جهت تحلیل استفاده شده است. استان‌های آذربایجان شرقی، خراسان رضوی و فارس بیشترین تعداد بیمه‌شدگان در این گروه را داشته‌اند. استان‌های البرز، بوشهر، هرمزگان و قم نیز تعداد بیمه‌شدگان کمی در این گروه دارند. لازم به‌ذکر است برخی استان‌های کشور با وجود داشتن جمعیت قابل توجهی از کشاورزان، روستاییان و عشایر، پوشش بیمه‌ای قابل‌توجهی برای این اقشار ندارند که این مهم می‌تواند به دلیل فقر فرهنگی و اقتصادی و عدم توجه به این اقشار آسیب‌پذیر باشد. به جهت برقراری عدالت اجتماعی در میان این اقشار که عموماً افراد با دهک‌های پایین درآمدی را نیز تشکیل می‌دهند، توجه بیشتر به دلایل و راه‌کارها امری ضروری به‌نظر می‌رسد.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۳-۱-۵. ضریب نفوذ بیمه

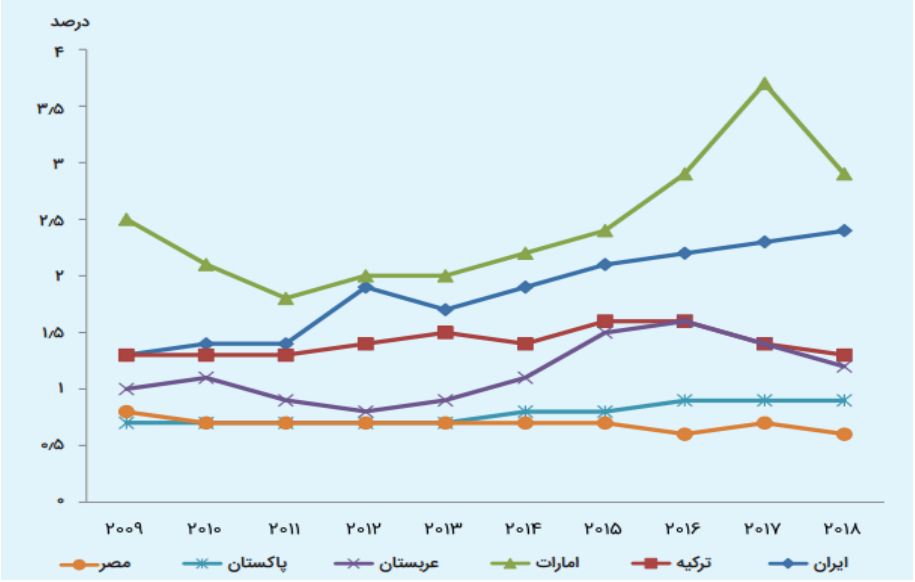
برای مقایسه وضعیت نسبی صنعت بیمه کشور در کل اقتصاد از شاخص ضریب نفوذ بیمه استفاده می‌شود. این شاخص حاصل تقسیم حق بیمه تولیدی به تولید ناخالص داخلی (بر حسب قیمت جاری) است و بیانگر حرکت سریع‌تر (یا آهسته‌تر) صنعت بیمه در مقایسه با مجموعه اقتصاد کشور است (سال‌نامه آماری صنعت بیمه، ۱۳۹۷).

صنعت بیمه به‌طور کلی به دو قسمت بیمه زندگی و بیمه غیرزندگی تقسیم می‌شود. در سال ۱۳۹۵ سهم بیمه‌های غیرزندگی از حق بیمه‌های موجود در کشور حدود ۸۷ درصد و سهم بیمه های زندگی (عمر) حدود ۱۳ درصد بوده، درحالی است که سهم بیمه‌های زندگی در دنیا (در سال ۲۰۱۶) حدود ۵۵ درصد است. همچنین از لحاظ تعداد بیمه‌نامه‌ها نیز ۹۵ درصد بیمه‌نامه‌های صادرشده در کشور متعلق به بیمه‌های غیرزندگی بوده است (سال‌نامه آماری صنعت بیمه سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷).

لازم به‌ذکر است شاخص ضریب نفوذ بیانگر حرکت سریع‌تر یا آهسته‌تر صنعت بیمه در مقایسه با مجموعه اقتصاد کشور است. مقدار این ضریب بعد از انقلاب تا سال ۱۳۶۷ روند نزولی داشته، به‌طوری که مقدار آن در سال ۱۳۶۷ تنها ۲۱ درصد بوده است. بعد از جنگ تحمیلی تا سال ۱۳۹۵ روند این ضریب صعودی بوده و در سال ۱۳۹۵ به مقدار ۲,۱۸ درصد می‌رسد که ۱۳ واحد درصد بیشتر از سال قبل است. ضریب نفوذ بیمه در ایران در سال ۱۳۹۶، ۲,۳ درصد و در سال ۱۳۹۷، ۲,۳۸ درصد گزارش شده است. این درحالی است که ضریب نفوذ بیمه در سال ۱۳۹۶ در منطقه و جهان به ترتیب ۲ و ۶,۱ درصد و در سال ۱۳۹۸ ، ۱,۹ و ۶,۱ می‌باشد. شایان ذکر است ضریب نفوذ بیمه در استان‌های کشور نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای با هم دارند. بیشترین ضریب نفوذ بیمه متعلق به استان تهران با ۳,۷ درصد و کمترین ضریب نفوذ بیمه به استان کهگیلویه و بویراحمد با ۵ درصد اختصاص دارد (سال‌نامه آماری صنعت بیمه سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷).

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

نمودار ۱۱. ضریب نفوذ بیمه در ایران و چند کشور منتخب



ماخذ: سال‌نامه آماری صنعت بیمه، ۱۳۹۷

۳-۱-۶. سلامت روان

سلامت روان یا بهداشت روانی زمینه‌ای تخصصی در حوزه‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی است و هدف آن ایجاد سلامت روان به‌وسیله‌ی پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بیماری‌های روانی، تشخیص زودرس بیماری‌های روانی، پیش‌گیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سال برای برقراری روابط صحیح انسانی است. بیماری‌های روانی تحت تأثیر ژنتیک، سابقه خانوادگی، حوزه جغرافیایی، وضعیت اقتصادی و بسیاری موارد دیگر بروز می‌کنند. طبق تحقیقات، بخش زیادی از مردم جامعه دست‌کم یک بار در زندگی خود با یکی از انواع اختلالات روانی مواجه می‌شوند.

معیار سلامت روانی در مکتب اسلام، تحت عنوان رشد به‌کار رفته است. اصطلاح رشد به معنای قائم به خود بودن، هدایت، نجات، صلاح و کمال آمده است. دستیابی به پایین‌ترین حد رشد، مجوزی برای انجام کارهای مستقل، انجام معاملات و دخالت در دارایی دانسته شده و در این مورد معنای قائم به خود بودن و توانایی داشتن زندگی مستقل، بیشتر مورد توجه است (شاکری نیا، ۱۳۷۹). دستیابی به بیشترین حد رشد که مترادف با تکامل به‌کار می‌رود، در حقیقت، فلسفه‌ی

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

زندگی از دیدگاه اسلام است. براساس آیات قرآن[۱] نتیجه‌ی ایمان به خدا و اجابت دعوت او رشد و تکامل است و در حقیقت هدف از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم، دستیابی به تکامل روانی است. در حقیقت وقتی جهان‌بینی و فلسفه‌ی زندگی از دیدگاه مکتب اسلام در حرکت تکاملی خلاصه شود، انسانی که در این راه حرکت می‌کند از معیار آرمانی سلامت فکر برخوردار و به همان اندازه‌ای که از این مسیر فاصله داشته باشد از سلامت روانی دور خواهد بود (شاکری نیا، ۱۳۷۹).

در ایران پیمایش سلامت روان هر هفت سال یک بار انجام می‌شود و به همین دلیل آخرین آمارهای رسمی کشور در این حوزه به سال ۱۳۹۰ برمی‌گردد. در این پیمایش افراد ۱۵ تا ۶۴ سال که ۵۰ میلیون نفر از جمعیت کشور را تشکیل می‌دادند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند که طبق نتیجه، ۲۳,۶ درصد مردم دست‌کم از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند و نیازمند مداخلات دارویی و غیردارویی هستند. در نتیجه، براساس این آمار، ۱۲ و نیم میلیون نفر از جمعیت ایران نیازمند مراجعه به پزشک هستند. عددی که اگر با آمار کشورهای اروپایی و آمریکایی مقایسه شود، چندان بالا نیست، اما به هر حال رقم قابل توجهی محسوب می‌شود.

براساس ارقام گزارش شده از این پیمایش اختلال افسردگی با ۱۲,۷ درصد و اختلالات اضطرابی با ۱۵,۶درصد، شایع‌ترین اختلالات روانی در کشور قلمداد می‌شوند. در مقابل، اختلالات سایکوتیک و خلقی تنها سهم حدود ۲ درصدی دارند. همچنین زنان به واسطه مراجعه بیشتر به مراکز درمانی و همچنین تحمل فشار خانوادگی و اجتماعی سهم بیشتری از این اختلالات می‌برند. بر همین اساس، اختلالات اضطرابی برای زنان ۱۹,۴ و برای مردان ۱۲ درصد عنوان شده است. مجموعه اختلالات خلقی هم آمار ۱۷,۳ برای زنان و ۱۱,۹ برای مردان را نشان می‌دهد. (گزارش موسسه ی ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۸).

لازم به‌ذکر است سهم برخی مناطق کشور در درگیری با اختلالات روانی بیشتر است. از یک طرف زندگی در شهرهای بزرگ به واسطه ترافیک، آلودگی صوتی و آلودگی هوا، استرس بیشتر و... بستر بروز اختلالات روانی را تشدید می‌کند. از طرف دیگر مناطق محروم به واسطه دور ماندن از مرکز امکانات به شکل دیگری درگیر این اختلالات می‌شوند. اما در مجموع مناطق شمال غرب، جنوب شرق و جنوب کشور دارای میزان بالاتری از اختلالات روانی هستند.

---

۱. سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۱۸۶

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۴. تحلیل و آسیب شناسی وضع موجود

یکی از مهم‌ترین پارامترهای مؤثر بر عملکرد نیروی انسانی، بهداشت و سلامت فردی است. برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت همراه با طول عمر قابل‌قبول و بدون بیماری و ناتوانی، حق همگانی است که در مکتب اسلام، اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر (ماده‌ی بیست و پنجم) و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۳، ۲۹، ۴۳) مورد تأکید قرار گرفته است و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه‌ی پایدار به‌شمار می‌رود. اهمیت موضوع سلامت باعث شده است که در سند چشم‌انداز بیست ساله ایران به‌عنوان یک کشور اسلامی نیز، بر ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی که منجر به سلامت می شوند تأکید و همچنین به‌صورت مستقیم به مقوله سلامت در این سند مهم راهبردی اشاره شود. این پژوهش نیز با اتکا به شواهد و دلایل ذکر شده که حاکی از ارتباط میان سلامت و آموزه‌های اسلامی است، درصدد بررسی تعدادی از شاخص‌های سلامت در راستای هم‌سویی یا عدم‌هم‌سویی آنها با اهداف و آموزه‌های اسلامی بوده است. ازاین‌رو براساس آخرین آمارهای منتشر در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی به تجزیه و تحلیل شاخص‌های امید به زندگی در بدو تولد، نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال، پرداخت از جیب، پوشش بیمه‌های اجتماعی، ضریب نفوذ بیمه و سلامت روان در ایران پرداخته شد. می‌توان نتایج حاصله را به‌شرح زیر خلاصه نمود:

- ✓ امید به زندگی در بدو تولد در ایران از سال ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۶ علی‌رغم نزولی که در ۱۹۷۶ تا ۱۹۸۴ داشته است در مابقی سال‌ها روند صعودی را طی نموده است که از این حیث وضعیت موجود و تحولات آن مثبت ارزیابی می‌شود.
- ✓ نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال در طی سال‌های ۱۹۷۱ تا ۲۰۱۶ روند نزولی داشته بنابراین در بازه زمانی مورد مطالعه با کاهش متمادی نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال مواجه بوده‌ایم. لذا در این خصوص نیز وضعیت موجود و تحولات آن مثبت ارزیابی می‌شود.
- ✓ سهم پرداخت از جیب خانوارها از ۵۶،۹۷ درصد در سال ۱۳۸۰، پس از فراز و نشیب‌های بسیار در سال ۱۳۹۵ به ۳۵،۶۶ درصد رسیده است. یعنی طی ۱۶ سال سهم پرداخت از جیب خانوار معادل ۲۱،۳۱ درصد کاهش یافته است (که البته هنوز فاصله‌ی معناداری تا میانگین جهانی سهم پرداخت از جیب دارد) در مقابل، سهم پرداخت‌های دیگران یعنی دولت و شرکت‌ها ۱۸،۵۴ درصد و سهم پرداخت‌های غیرمستقیم خانوار ۲،۷۸ درصد افزایش یافته است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

- در سال ۱۳۹۵ ، ۳,۷ درصد از جمعیت زیر خط فقر قرار داشته‌اند که از این تعداد ۱,۴ درصد پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت داشته‌اند. در این سال ۰,۶ درصد از جمعیت غیرفقیر به‌علت هزینه‌های سلامت فقیر، و هزینه‌های روزانه‌ی آنها زیر خط فقر قرار گرفته است. به‌طور کلی هزینه‌های سلامت باعث شده است ۲,۰۱ درصد از جمعیت کشور به‌علت پرداخت مستقیم از جیب برای اولین بار فقیر شوند و یا قبلاً فقیر بوده‌اند و هم اکنون با این پرداخت‌ها فقیرتر شوند.
- در سال ۱۳۹۵ هزینه‌های روزانه زندگی برای بیش از ده درصد از جمعیت‌های روستایی زیر خط فقر بوده است که حدود ۳,۷۹ درصد از آنها پرداخت مستقیم از جیب نیز داشته‌اند که این پرداخت‌ها می‌تواند باعث فقیرتر شدن آنها شده باشد. براساس این نتایج پرداخت‌های مستقیم از جیب به ترتیب برای ۰,۳۳ و ۱,۳۶ درصد از جمعیت‌های غیرفقیر شهری و روستایی فقرزا بوده‌اند. به‌طور کلی هزینه‌های سلامت بر جمعیت روستایی نسبت به جمعیت شهری اثر منفی بیشتری در سال ۱۳۹۵ داشته است به‌طوری که ۵,۱۵ درصد از جمعیت‌های غیرفقیر روستایی به‌علت پرداخت‌های مستقیم از جیب یا فقیر شده‌اند و یا قبلاً فقیر بوده‌اند و هم اکنون فقیرتر شده‌اند. این درحالی است که این عدد برای جمعیت شهری ۰,۸۵ درصد بوده است.
- متوسط هزینه‌های درمانی خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۵ در دهک دهم از سایر دهک‌ها بیشتر بوده است، از دهک دوم تا دهک دهم نیز شاهد افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی و هزینه‌ی بیمه‌ها (اجتماعی و درمانی) هستیم. سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در تمامی دهک‌های درآمدی از هزینه بیمه‌های اجتماعی و درمانی بیشتر بوده است. در سال ۱۳۹۶، دهک اول با کاهش چشم‌گیر هزینه‌های سلامت به پایین‌ترین میزان هزینه‌ی بهداشت و درمان در میان سایر دهک‌ها رسیده است. به‌نظر می‌رسد اجرای طرح تحول سلامت که از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز شد توانسته است بخش قابل توجه‌ای از هزینه‌های درمانی این دهک را کاهش دهد. کل هزینه‌های بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۶ نیز نسبت به سال ۱۳۹۱ کاهش داشته است.
- آمار پوشش نسبی بیمه‌شدگان اصلی نشان می‌دهد استان آذربایجان غربی بالاترین و استان سیستان و بلوچستان پایین‌ترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند. پوشش نسبی بیمه‌شدگان تبعی نیز نشان داده است استان بوشهر بالاترین و مجدداً استان سیستان و بلوچستان کمترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند. شهرهای با جمعیت بالای سه میلیون نفر در ایران در رده‌های میانی پوشش‌های بیمه‌ای اصلی و تبعی قرار دارند.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

- ✓ استان‌های آذربایجان شرقی، خراسان رضوی و فارس بیشترین تعداد بیمه‌شدگان کشاورز، روستایی و عشایر را به خود اختصاص داده‌اند. استان‌های البرز، بوشهر ، هرمزگان و قم نیز تعداد بیمه‌شدگان کمی در این گروه دارند.
- ✓ ضریب نفوذ بیمه در ایران بعد از انقلاب تا سال ۱۳۶۷ روند نزولی داشته، به‌طوری که مقدار آن در سال ۱۳۶۷ تنها ۲۱ درصد بوده است. بعد از جنگ تحمیلی تا سال ۱۳۹۵ روند این ضریب صعودی بوده و در سال ۱۳۹۵ به مقدار ۲,۱۸ درصد می‌رسد که ۱۳ واحد درصد بیشتر از سال قبل است. ضریب نفوذ بیمه در ایران در سال ۱۳۹۶ ، ۲,۳ درصد و در سال ۱۳۹۷، ۲,۳۸ درصد گزارش شده است. این درحالی است که ضریب نفوذ بیمه در سال ۱۳۹۶ در منطقه و جهان به ترتیب ۲ و ۶,۱ درصد و در سال ۱۳۹۸ ، ۱,۹ و ۶,۱ می باشد.
- ✓ اطلاعات آخرین پیمایش سلامت روان در ایران که در سال ۱۳۹۰ انجام شده است نشان داده است ۲۳,۶ درصد از مردم دست‌کم از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند و نیازمند مداخلات دارویی و غیردارویی هستند. از این‌رو ۱۲ و نیم میلیون نفر از جمعیت ایران نیازمند مراجعه به پزشک هستند. عددی که اگر با آمار کشورهای اروپایی و آمریکایی مقایسه شود، چندان بالا نیست، اما به هرحال رقم قابل‌توجهی محسوب می‌شود. براساس نتایج به‌دست آمده، اختلال افسردگی با ۱۲,۷ درصد و اختلالات اضطرابی با ۱۵,۶درصد، شایع‌ترین اختلالات روانی در کشور قلمداد می‌شوند. در مقابل، اختلالات سایکوتیک و خلقی تنها سهم حدود ۲ درصدی دارند. برهمین اساس، اختلالات اضطرابی برای زنان ۱۹,۴ و برای مردان ۱۲ درصد عنوان شده است. مجموعه اختلالات خلقی هم آمار ۱۷,۳ برای زنان و ۱۱,۹ برای مردان را نشان می‌دهد.
- ✓ طبق آخرین آمار از سرشماری سال ۱۳۹۵ (که براساس خوداظهاری مردم به ثبت رسیده است) حدود ۱۰,۲ درصد از جمعیت کشور از پوشش بیمه سلامت برخوردار نیستند. این درحالی است که با اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ دولت کلیه‌ی افرادی که فاقد هرگونه بیمه پایه‌ی سلامت بودند را از طریق سازمان بیمه سلامت ایران و به‌صورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه‌ی سلامت قرار داده است. افراد فاقد پوشش بیمه‌ی سلامت نیز عمدتاً افرادی از دهک‌های پایین درآمدی هستند که نیازمند حمایت مالی از سوی دولت می‌باشند. البته باید توجه داشت که دستیابی به پوشش همگانی بیمه به دلایلی از جمله محدویت منابع کار دشواری است.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۵. نتیجه‌گیری

همان‌گونه که مطرح گردید چنانچه ارزیابی عملکرد اقتصاد ایران در حوزه سلامت از منظر اسلامی مدنظر باشد مراتب از ابعاد مختلفی قابل بررسی است. در مقاله حاضر به‌صورت نمونه، موضوع با تأکید بر هزینه‌های پرداختی توسط ایرانیان و نیز پوشش‌های بیمه‌ای در دستور کار قرار گرفت و بدین منظور تصویری از حوزه سلامت از منظر اقتصادی در قالب چند شاخص معین ارایه گردید. اجمالاً اینکه مشاهده گردید هرچند در برخی شاخص‌ها همچون پرداخت از جیب طی سالیان اخیر بهبود قابل‌توجهی در کشور ایجاد شده است. اما کماکان وضعیت هزینه‌های وارده بر مردم در حوزه سلامت نامناسب است. به‌ویژه در مناطق روستایی که این شرایط نامطلوب بیشتر احساس می‌شود.

از سوی دیگر مشاهده گردید از منظر پوشش بیمه شکاف قابل‌توجهی میان استان‌های کشور وجود دارد که نوعی تبعیض در این حوزه محسوب می‌شود که در این رابطه می‌توان به شرایط نامناسب استان سیستان و بلوچستان اشاره نمود. در پایان به اقدامات مثبت حاکمیت در گسترش بیمه پایه و به‌ویژه اجرای طرح تحول سلامت اشاره گردید که تأثیر قابل‌توجه و معنی‌داری بر کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان مردم در کل کشور و به‌ویژه بر وضعیت دهک اول درآمدی داشته است. دو طرح فوق (گسترش بیمه پایه و طرح تحول سلامت) هر چند از حیث نتیجه و خروجی‌ها باعث بهبود شاخص‌های حوزه سلامت شده‌اند. اما واقعیت آن است که از آنجا که این قبیل اقدامات صرفاً به پشتوانه اعتبارات دولتی در دستور کار قرار گرفته و منابع مالی پایدار و قابل اعتماد در یک افق میان و بلندمدت برای آنها در نظر گرفته نشده است نمی‌توان آنها را چندان قرین توفیق (از منظر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری) دانست. چرا که اساساً ادامه موفقیت‌آمیز آنها نیز در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.

در مجموع می‌توان این‌گونه مطرح نمود که هرچند در دهه‌های اخیر اقدامات مثبتی در حوزه سلامت کشور انجام شده و موفقیت‌های نسبی هم به‌دست آمده اما وضعیت حاکم بر بخش سلامت کشور (از منظر بار هزینه‌ای وارده بر مردم، به‌ویژه در مناطق روستایی و نیز توزیع نامناسب پوشش‌های بیمه‌ای) چندان مطلوب و منطبق با معیارهای عدالت ارزیابی نمی‌شود. این بدان معناست که وضعیت موجود را نمی‌توان منطبق با تعالیم و یا آنچه در معیارهای اسلامی مطرح شده‌اند دانست. بدیهی است در این شرایط انتظارات مترتب بر جامعه به‌عنوان یک جامعه اسلامی نیز باید تعدیل گردد. چرا که جامعه ایران حداقل در حوزه سلامت با جامعه مطلوب از منظر اسلام فاصله (قابل‌توجهی) دارد. این واقعیت (نارسایی‌های موجود در سلامت شهروندان) می‌تواند دلیل برخی از چالش‌ها در سایر حوزه‌ها در اقتصاد ایران باشد.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

منابع:

۱. قرآن‌مجید
۲. صحیفه سجادیه
۳. ابن‌عربی، محی‌الدین (۱۳۸۸). "کشف المعنی عن سر أسمائه الحسنی"، شرح و ترجمه علی زمانی، قم: آیت اشراق.
۴. أزدی، عبدالله‌بن‌محمد (بی‌تا)، کتاب الماء، تصحیح: محمدمهدی اصفهانی، ۳جلدی، تهران: مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی.
۵. اکبری، نعمت‌الله و ستوده، مهین، (۱۳۸۷). "بررسی سازگاری و نقش آموزه‌های اسلامی با شاخص‌های نوین توسعه اقتصادی". همایش اقتصاد اسلامی و توسعه .
۶. اکبری، نعمت‌الله، (۱۳۶۷). "نقش اندیشه دینی در توسعه". مجله علمی و پژوهشی شاهد. دانشگاه شاهد. تهران.
۷. آزاد، حسین (۱۳۸۹). "روانشناسی سلامت"، تهران: انتشارات بعثت.
۸. برجی، معصومه، (۱۳۹۰). "بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران" ، نشریه مدیریت سلامت، ۱۴ (۴۶) :۵۷-۷۰ .
۹. پوررضا، ابوالقاسم، (۱۳۸۲) . "اقتصاد بهداشت، عرصه‌ها و چشم اندازها" ، فصلنامه‌ی پایش، شماره‌ی ۴، ۲۹۷-۳۰۲.
۱۰. تمیمی آمدی، عبدالواحدبن‌محمد (۱۴۱۰ق). غررالحکم و دررالکلم، دارالکتاب الإسلامی.
۱۱. سالنامه آماری صنعت بیمه، ۱۳۹۴-۱۳۹۷
۱۲. حسن زاده، علی (۱۳۸۶). مبانی نظری عدالت در سلامت، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم ، شماره بیست و هشتم.
۱۳. دالوندی ، اصغر؛ مداح، سیدباقر؛ خانکه، حمیدرضا؛ بهرامی، فاضل؛ پروانه، شهریار؛ حسام‌زاده, علی؛ دالوندی، نیوشا و کیانی، تیام (۱۳۹۱). "تبیین سبک زندگی سلامت محور مبتنی بر فرهنگ اسلامی"، مجله‌ی تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۴۳-۳۲۲.
۱۴. زریباف، سیدمهدی، (۱۳۹۴). "عدالت به مثابه روش؛ سیر رویکردهای روش‌شناختی در اقتصاد اسلامی"، دوفصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات اقتصاد اسلامی، سال هشتم، شمارهٔ اول ، صص ۱۴۷-۱۸۷.
۱۵. سالنامه آماری ۱۳۹۷ صنعت بیمه، معاونت طرح و توسعه دفتر برنامه‌ریزی و امور فنی، اداره تحلیل‌های آماری.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۱۶. شاکری نیا، ایرج، (۱۳۷۹). "دین نیاز دیروز، امروز و فردای انسان". اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۱۷. صانعی، سیدمهدی، (۱۳۸۲). "بهداشت روان در اسلام"، مؤسسه بوستان کتاب قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی
۱۸. طباطبایی، محمدحسین، (۱۳۱۱ق). نهایةالحکمة"، انتشارات جامعه مدرسین قم.
۱۹. عزتی، مرتضی. (۱۳۹۴). "گزارش اقتصاد اسلامی ایران"، پژوهشکده‌ی اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس.
۲۰. عبدالملکی، حجت‌الله و مهدوی، مهین، (۱۳۹۲). "تحلیل تأثیر شاخص‌های سلامت بر توسعه منطقه‌ای در ایران؛ رهیافت اقتصادسنجی داده‌های تلفیقی"، فصلنامه‌ی اخلاق زیستی، سال سوم، شماره ی۸.
۲۱. عبدالرحیمی، محمد، (۱۳۹۴). "جایگاه سلامت در دین اسلام و تبیین نقش قلب و عقل در سلامت معنوی"، فصلنامه‌ی بصیرت و تربیت اسلامی، ص ۷۴-۱۰۵.
۲۲. عیسی‌زاده، خالد و عیسی‌زاده، بشارت، (۱۳۹۶). "جایگاه عدالت در حکومت اسلامی"، حبل المتین، دوره ششم، شماره ۲۱،صص ۱۲۰-۱۳۶.
۲۳. فخر زارع، سیدحسین، (۱۳۸۸). "عدالت؛ جوهره انقلاب اسلامی"، زمانه، شماره ۸۴ و ۸۵، http://ensani.ir/fa/article/10647/%D8%B9%D8%AF%D8%A7%D9%84%D8%AA-%D8%AC%D9%88%D9%87%D8%B1%D9%87-%D8%A7%D9%86%D9%82%D9%84%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%DB%8C
۲۴. فیض کاشانی، محمدبن‌شاه مرتضی، (۱۴۱۵ق). "تفسیرالصافی"، مکتبه‌الصدر.
۲۵. قنبری، علی، (۱۳۸۷). "بررسی اثرات تغییر هزینه سلامتی دولت بر رشد اقتصادی ایران"، مجله تحقیقات اقتصادی، شماره ۸۳، صص ۱۸۷-۲۲۴.
۲۶. کریمی، ایرج، (۱۳۸۳). "اقتصاد سلامت"، انتشارات گپ.
۲۷. کفعمی، ابراهیم‌بن‌علی عاملی، (۱۴۱۸ق). "البلد الأمین و الدرع الحصین"، بیروت: مؤسسه الأعلمی للمطبوعات.
۲۸. گزیده‌های آماری، وزرات تعاون، کار و رفاه اجتماعی، مرکز آمار و اطلاعات راهبردی، زمستان ۱۳۹۷.
۲۹. لطفعلی‌پور، محمدرضا؛ برجی، معصومه، (۱۳۸۹). "بررسی تأثیر سلامت بر توسعه اقتصادی و سازگاری آن با آموزه‌های اسلامی"، همایش اقتصاد اسلامی، دانشگاه فردوسی مشهد.

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

۳۰.متقی، سمیرا، (۱۳۹۳). "عوامل مؤثر بر امید به زندگی در کشورهای منتخب اسلامی (براساس گروه‌های همگن درآمدی)"، فصلنامه پژوهشنامه‌ی اقتصادی، (۵۵): ۱۸۵-۲۰۵.

۳۱.مکیان، سیدنظام‌الدین؛ طاهرپور، عفت؛ زنگی‌آبادی، پروانه (۱۳۹۵). "هزینه‌های سلامت و امید به زندگی در کشورهای اسلامی"، فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، سال چهارم، شماره سیزدهم، صفحات ۲۵-۴۰.

۳۲.مجلسی، محمدباقر، (۱۴۰۳ق). بحار الأنوار، ط- بیروت: دار إحیاء التراث العربی.

۳۳.محمدی ری شهری، محمد، (۱۴۰۴). میزان‌الحکمه، مکتبه‌الاعلام الاسلامی، قم

34. Baqerilankarani K, Lotfi F, Karimian Z.(2010). " Introduction to Equity in health system, Health Policy Research Center", Shiraz University of Medical Sciences and Education Development Center.
35. Doorslaer VE, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. (2000). "Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data". The Lancet, 368: 1357- 64.
36. Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? J Soc Policy 2004; 33(01):115-31.
37. Keshtkar, M. (1994). "Economic evaluation of health service delivery system", [Thesis in Persian], University of Teacher Training.
38. Naidoo , Jennie & Wills, Jane, (2000) . "Health promotion : foundations for practice".
39. Park, JI. (2004), "General health: textbook of community medicine", Translated by Shojaei Tehrani, Hosein, Tehran, Iran: Samat Publications, [In Persian].
40. United Nations, Human Development Report, New York: United Nations Press; 2005.
41. Wyszewianski L. (1986). "Families with catastrophic health care expenditures". Health Serv Res; 21(5): 617–34.
42. WHO, world health statistics, (2017).
43. WDI. World Development Indicators. Washington, DC: The World Bank; 2010.
44. World Health Organization. Socialdeterminants of health. Key concepts 2010; Available at http://www.WHO.int/socialdeterminants/thecommission/finalreport/key conce pts/en/index.html. [cited 2013 Feb 20].

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]

[Downloaded from mieaoi.ir on 2026-11-09]