

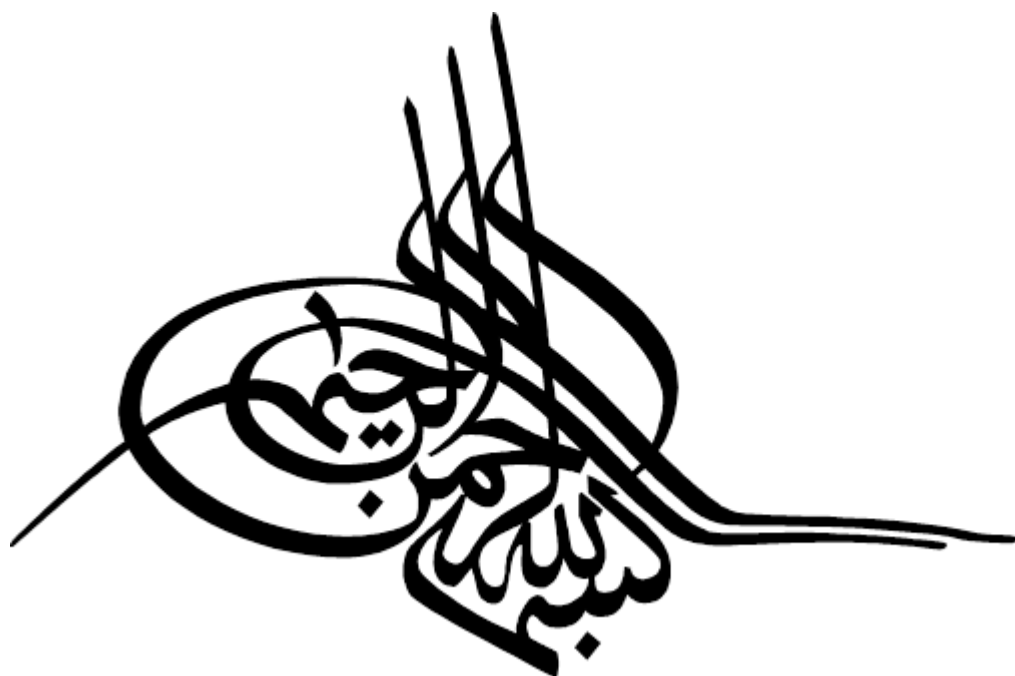
گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی تاثیرات تکانه‌های اقتصادی (از جمله تحریم‌های اقتصادی) بر پایداری
منابع نظام سلامت

مجری طرح

محبوبه دلفان

موسسه ملی تحقیقات سلامت



خلاصه اجرایی طرح

اقتصاد ایران همچون سایر کشورها همواره در معرض تکانه‌های اقتصادی^۱ قرار داشته است که از دیدگاه نظری، این تکانه‌ها باعث ایجاد مشکلات فراوان در بخش‌های مختلف اقتصادی می‌شود. حال چنانچه وجود این اثرات پذیرفته شود انتظار بر آن است که بخش سلامت نیز به نحوی با آثار این تکانه‌ها روبرو باشد. لیکن با وجود تحقیقات مختلف درباره تاثیر تکانه‌های اقتصادی بر سلامت، رابطه بین این دو به‌طور شفاف بیان نشده‌است؛ بنابراین انجام تحقیقات وسیع‌تری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

مهم‌ترین تکانه‌های وارده بر اقتصاد ایران طی چند سال گذشته از کانال تحریم‌های اقتصادی اخیر بوده که از سال ۱۳۸۸ تاکنون اقتصاد کشور را درگیر کرده است. تحریم‌های اعمال شده علیه ایران طی سالهای اخیر در مرحله اول درآمدهای نفتی را تحت تاثیر قرار خواهد داد و با کاهش میزان فروش نفت کشور باعث ایجاد تکانه منفی نفتی بر کشور شده است. کاهش درآمدهای ارزی کشور همراه با تحریم بانک مرکزی منجر به کاهش توان بانک مرکزی در مدیریت نرخ ارز شده که نهایتاً این موضوع منجر به افزایش نرخ ارز یا تکانه منفی نرخ ارز شده است. از سوی دیگر به دلیل کاهش درآمدهای نفتی و وابستگی شدید درآمد و مخارج دولت به درآمدهای نفتی تحریم‌ها باعث ایجاد تکانه منفی مخارج دولت نیز شده است. علاوه بر تکانه‌های فوق تحریم بر سر راه واردات کالاها و خدمات نیز باعث ایجاد تکانه منفی تجاری و همچنین تکانه منفی تکنولوژی و بهره‌وری کل گردیده است.

به طور کلی می‌توان گفت وضعیت اقتصادی کشور و تکانه‌های وارد به آن طی سال‌های اخیر، باعث ایجاد محدودیت در منابع مالی و افزایش هزینه‌های دولت شده‌است که طبیعتاً انتظار بر آن است که این محدودیت‌ها منجر به ناپایداری منابع مالی بخش سلامت گردد. این در حالی است که علاوه بر هزینه‌هایی که تکانه‌های اقتصادی بر بخش سلامت وارد کرده‌اند، عوامل دیگری از جمله رشد جمعیت، تغییر هرم سنی از جوانی به سمت میانسالی، رشد بیماری‌های صعب‌العلاج، تغییر سطح انتظارات، استفاده از تجهیزات مدرن و گران‌قیمت پزشکی، تورم عمومی در کشور، عدم استفاده بهینه از تجهیزات و منابع نظام سلامت نیز منجر به رشد فزاینده هزینه‌های بهداشت و درمان کشور طی چند سال اخیر شده است. گواه این ادعا آن است در حالی که شاخص هزینه‌های کل در کشور طی ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است؛ اما هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است [۱]. این چالش‌ها باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات عدیده‌ای دست به‌گریبان باشد. با این وجود از آنجایی که اختصاص منابع کافی و باثبات به بخش سلامت به منظور استمرار آن حیاتی به نظر می‌رسد، کاهش منابع درآمدی دولت از یک سو و رشد هزینه‌های سلامت از سوی دیگر این سوال را مطرح کرده است که آیا با بروز تکانه‌های اقتصادی، منابع نظام سلامت از پایداری لازم برخوردار بوده است؟ در جهت پاسخگویی به سوال فوق این مطالعه تلاش دارد به بررسی اثرات تکانه‌های اقتصادی بر بخش سلامت از دو بعد کلان و خرد پردازد.

در بعد کلان، به منظور عینیت‌بخشی به چگونگی اثرات کلان تکانه‌ها، برخی از مهم‌ترین شاخص‌های اقتصادی بخش سلامت طی سال‌های اخیر مورد تحلیل قرار گرفته است. از جمله این شاخص‌ها می‌توان به میانگین سهم منابع تامین مالی بخش سلامت، روند اسمی منابع تامین مالی بخش سلامت، تورم بخش

^۱Economic Shocks

سلامت، روند واقعی منابع تامین مالی بخش سلامت، سهم منابع مختلف تامین مالی، نسبت مخارج کل بخش سلامت به هزینه ناخالص داخلی اشاره کرد.

از آنجایی که شاخص پرداخت از جیب خانوار می‌تواند منبع ناپایداری برای تامین مالی سلامت محسوب شود، از این‌رو تحلیل تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوار می‌تواند در راستای بررسی موضوع این مطالعه باشد. بنابراین در بعد خرد نیز تلاش شده است با استفاده از یک مدل اقتصادسنجی تاثیرات تکانه‌های اقتصادی را به عنوان عاملی تاثیرگذار بر پرداخت از جیب خانوارها به تفکیک شهری و روستایی در نظر گرفت، به عبارتی دیگر معناداری و میزان تاثیرگذاری تکانه‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوارها به تفکیک شهری و روستایی در قالب یک مدل اقتصادسنجی تحلیل شده است.

همانطور که به لحاظ تئوریک نیز انتظار بر پایداری بیشتر بیمه خصوصی و عمومی در مقایسه با پرداخت از جیب و منابع دولتی است، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیمه خصوصی روندی پایدار دارد، روند بیمه خصوصی تا سال ۹۲ در حال افزایش است ولی بعد از اجرای طرح تحول روند بیمه خصوصی نزول کرده است، این در حالی است که با اجرای طرح تحول شیب فزاینده بیمه اجتماعی نسبت به قبل قابل مشاهده است این مساله می‌تواند دلالت بر نتایج مثبت طرح تحول سلامت باشد. اما به طور کلی روند منابع تامین مالی بخش سلامت به خوبی از پایداری قابل ملاحظه‌تر بیمه‌های اجتماعی و خصوصی در مقایسه با پرداخت از جیب و بخش دولتی در تامین مالی سلامت کشور طی سال‌های اخیر حکایت دارد.

نتایج حاکی از آن است که سهم پرداخت از جیب و دولت تا سال ۹۳ در حل کاهش هستند ولی از سال ۹۳ به بعد سهم بخش دولتی در حال افزایش است ولی پرداخت از جیب همچنان در حال کاهش است. با اجرای طرح تحول سهم پرداخت از جیب به زیر ۴۰ درصد رسیده است در حالی که سهم بخش دولتی به بالای ۳۰ رسیده است، این مساله به آن معناست که پرنوسان‌ترین منبع (پرداخت از جیب) با منبعی (دولت) که نوسانات کمتری دارد جابه‌جا شده است. اما توجه به این نکته ضروری است که مخارج دولت نیز نوسانات قابل توجهی دارد. با جود نوسانات مخارج دولت، صرف این‌که طرح تحول باعث شود مخارج دولتی جایگزین پرداخت از جیب شود، کافی نیست. به طور کلی با طرح تحول سهم دولت و بیمه اجتماعی در حال افزایش است ولی برای ایجاد منابع پایدار صرف افزایش سهم دولت در منابع تامین مالی کافی نیست زیرا وابستگی تامین مالی سلامت به درآمدهای نفتی به عنوان یک منبع ناپایدار مطلوب نیست و اثرات نوسانی درآمدهای نفتی به بخش سلامت نیز خواهد رسید.

بررسی روند نسبت مخارج کل بخش سلامت به هزینه ناخالص داخلی نیز نشان می‌دهد در سال ۸۸ با ایجاد تحریم سهم بخش سلامت از GDP افزایش پیدا کرده است. از آنجایی که بخش سلامت کشش درآمندی و قیمتی پایینی نسبت به سایر بخش‌ها دارد، انتظار بر این است که در مقایسه با سایر بخش‌ها به میزان کمتری تحت تاثیر شرایط اقتصادی قرار می‌گیرد. افزایش در نسبت فوق نشان‌دهنده واریزی منابع بخش‌های دیگر به این بخش است.

نتایج تخمین مدل اقتصادی نشان می‌دهد متغیر مجازی تحریم - همانطور که از نظر تئوریک نیز انتظار می‌رود- تاثیر منفی و معناداری بر میزان پرداخت از جیب خانوار شهری دارد به نحوی که با وجود تحریم، پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری ۷ درصد کاهش می‌یابد. متغیر مجازی تحریم بر میزان پرداخت از جیب خانوار روستایی نیز تاثیر منفی و معناداری دارد اما درباره میزان تاثیرگذاری آن باید گفت که اعمال تحریم منجر به کاهش

پرداخت از جیب خانوار به میزان حدوداً ۳۰ درصد شده است. این نتیجه بر تاثیرات بزرگتر تحریم بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی در مقایسه با خانوار نمونه شهری دلالت دارد.

درباره تاثیرات منفی تحریم بر متغیر پرداخت از جیب می‌توان گفت در بررسی سری‌های زمانی منابع مختلف تامین مالی سلامت نیز همانطور که بیان شد سری‌های مذکور بر روند کاهشی پرداخت از جیب طی سال‌های بعد از تحریم دلالت داشت. این در حالی است که نتایج خروجی این مدل نیز بر روند کاهشی پرداخت از جیب بعد از سال‌های تحریم صحنه می‌گذارد. رابطه منفی میان تحریم و پرداخت از جیب خانوار می‌تواند بیانگر وجود تاثیرات منفی تحریم‌ها بر قدرت خرید افراد باشد.

متغیر تحریم با احتمال ۰,۰۱ خانوار نمونه شهری را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. این متغیر با احتمال ۰,۰۲ خانوار نمونه روستایی را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. نتایج نشان می‌دهد با وجود تحریم احتمال کمرشکن کردن هزینه‌های سلامت برای خانوار نمونه روستایی دو برابر خانوار نمونه شهری است. بررسی روند تورم بخش سلامت در این مطالعه نشان داد که با اعمال تحریم‌های اقتصادی علیه ایران، تورم بخش سلامت نسبت به سال‌های قبل تحریم افزایش یافته است. علاوه بر این بالاتر بودن تورم سلامت نسبت به تورم عمومی خود بر احتمال مثبت کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت با وجود تحریم‌ها دلالت دارد.

به طور کلی با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت؛ باتوجه به اینکه عمده درآمد دولت در کشور از محل فروش و صادرات منابع نفت و گاز است و با توجه به اعمال تحریم‌های اقتصادی علیه کشور طی سالیان اخیر که تاثیرات آن تمام بخش‌های اقتصادی را فراگرفته است، درآمدهای نفتی دولت در چند سال اخیر با کاهش اساسی مواجه شده است بنابراین منابع مالی دولت و به تبع آن بودجه‌ای که دولت در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌دهد تحت تاثیر شرایط اقتصادی و تکانه‌های وارد بر اقتصاد کشور قرار خواهد گرفت از این رو منابع مالی سلامت از ناپایداری وارده آسیب خواهد دید. بنابراین اتکا کمتر وزارت بهداشت به منابع دولتی و خلق روش‌های نوین برای ایجاد منابع جدید درآمدی برای بخش سلامت، در هدایت بخش سلامت برای پیمودن مسیر پایداری منابع کمک قابل توجهی خواهد کرد.

افزایش منابع درآمدی بخش سلامت و تلاش در جهت کاهش هزینه‌های این بخش می‌تواند به پایدار و کافی بودن منابع این بخش کمک‌های قابل ملاحظه‌ای می‌کند. به منظور مصون ماندن بخش سلامت از تکانه‌های وارد بر اقتصاد و پایدار ماندن منابع مالی این بخش، تعریف منابع جدید درآمدی (غیرنفتی) در جهت پاسخگویی به این هزینه‌های فزاینده ضروری به نظر می‌رسد. وضع مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان بر سلامت مانند مواد غذایی چرب، قندی و نمکی که می‌توانند منشا بیماری‌های قلبی، عروقی و بیماری‌های ناشی از چاقی باشند، همچنین بستن مالیات بر انواع دخانیات مانند تنباکو که منشا بیماری‌های ریوی است و درصد بالایی از مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد می‌تواند از یک سو کاهش مصرف از این کالاها توسط مردم را به دنبال داشته باشد و از سوی دیگر به خلق منابع جدید درآمدی برای وزارت بهداشت کمک کند. آنچه در این میان حائز اهمیت است توجه بیشتر به بخش بهداشت در مقایسه با گذشته است. در توجیه این مساله ذکر این کافی است که هزینه‌ها در پیشگیری به مراتب بسیار پایین‌تر از هزینه‌های سنگین درمان است و از آنجایی که پیشگیری نیز مستلزم توسعه و ارتقای بهداشت و سلامت عمومی در جامعه است لذا انتظار بر این است که در طرح تحول نظام سلامت تمامی منابع به حوزه درمان اختصاص نیابد و به بخش بهداشت نیز توجه کافی مبذول شود.

بنابراین تاکید نظام سلامت به طور عام و طرح تحول به طور خاص باید بر منابع پایداری از جمله منابع مالیاتی باشد. اختصاص بخشی از منابع حاصل از مالیات به سلامت کشور گامی در جهت پایداری کردن منابع تامین مالی این بخش محسوب می‌شود. چنانچه طرح تحول به دنبال ایجاد منابع پایدار است باید منابع درآمدی ایجاد کند که متکی بر مالیات باشند به عنوان مثال مالیات بر کالاهای خاص (از جمله مالیات بر کالاهای آسیب رسانی مانند انواع دخانیات که کثرت قیمتی و درآمدی آنها پایین است)، اتخاذ این رویه باعث ایجاد منابع باثبات تری برای تامین مالی بخش سلامت خواهد شد. علاوه بر این تاکید بیشتر بر منابع تامین مالی بیمه اجتماعی نیز به عنوان منبعی پایدار بهینه به نظر می‌رسد.

علاوه بر این با توجه به نتایج حاصل از تخمین مدل‌های اقتصادی، تاثیرگذاری تحریم‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب بابت مخارج سلامت و همچنین کمرشکن کردن این هزینه‌ها برای خانوارهای روستایی بزرگتر از خانوارهای شهری است بنابراین لزوم حمایت بیشتر از خانوارهای روستایی به منظور کاهش آسیب‌پذیری این خانوارها از پیامدهای منفی تحریم‌های اقتصادی بسیار ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا نظام سلامت نیازمند ارائه راهکارهای عملیاتی جدیدی در جهت حمایت بیش از پیش از خانوارهای آسیب دیده روستایی است. نتایج این مطالعه می‌تواند تصویر روشنی از وضعیت هزینه‌های مستقیم پرداختی توسط خانوارها بابت خدمات سلامت طی سال‌های اخیر ارائه دهد و از این رو کمک شایانی به مسئولان در اتخاذ ملاحظات سیاستی در رابطه با بهبود وضعیت سلامت خانوارهای ایرانی به تفکیک شهری و روستایی داشته باشد و به این ترتیب راهگشای مناسبی نیز در جهت پیشبرد اهداف سیاستی بخش سلامت محسوب شود.

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

۷.....	فصل اول - تکانه‌های اقتصادی
۷.....	مقدمه
۷.....	تعریف تکانه اقتصادی
۷.....	انواع تکانه های اقتصادی
۸.....	تکانه‌های سمت تقاضا
۹.....	تکانه‌های سمت عرضه
۱۱.....	تکانه نفتی
۱۴.....	تکانه نرخ ارز
۱۶.....	تکانه‌های پولی و مالی
۱۷.....	تکانه تکنولوژی و بهره وری
۱۹.....	فصل دوم - تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع سلامت
۱۹.....	مقدمه
۱۹.....	تعریف پایداری
۲۱.....	روشهای تامین مالی سلامت
۲۱.....	ضوابط ارزیابی روشهای تامین مالی سلامت
۲۵.....	مطالعه موردی سیستمهای تامین مالی بینالمللی
۲۸.....	تامین مالی بخش سلامت ایران
۳۰.....	تبعات تکانه‌های اقتصادی بر نظام سلامت
۳۱.....	تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع عمومی بخش سلامت
۳۱.....	تاثیرات تکانه‌ها بر شاخصهای اقتصادی
۳۱.....	تاثیرات زیست محیطی تکانه‌ها
۳۲.....	اثرات بر دارو و مراقبتهای پزشکی
۳۴.....	اثرات بر تجهیزات و لوازم پزشکی
۳۴.....	تاثیرات تکانه‌ها بر پایداری منابع خصوصی بخش سلامت
۳۴.....	عدم دسترسی به منابع مالی برای خانوار
۳۵.....	کاهش در درآمد خانوار
۳۵.....	افزایش هزینه‌های درمان خانوار
۳۶.....	کاهش تقاضا برای نیروی کار
۳۶.....	کاهش هزینه فرصت تحصیل
۳۷.....	فصل سوم - مروری بر مطالعات خارجی و داخلی مرتبط
۳۷.....	مقدمه

۳۷.....	مطالعات خارجی
۴۰.....	مطالعات داخلی
۴۲.....	فصل چهارم - تاثیرات تکنهها بر پایداری منابع بخش سلامت ایران از بعد کلان
۴۲.....	مقدمه
۴۲.....	تحریمهای اقتصادی
۴۴.....	بررسی روند شاخصهای مختلف حسابهای ملی سلامت ایران
۴۴.....	رشد تولید ناخالص داخلی کشور
۴۵.....	میانگین سهم منابع تامین مالی بخش سلامت در دوره ۸۱-۸۸
۴۶.....	روند اسمی منابع تامین مالی بخش سلامت به تفکیک اجزاء آن
۴۷.....	روند واقعی منابع تامین مالی بخش سلامت
۴۹.....	سهم منابع مختلف تامین مالی
۵۰.....	نسبت مخارج کل بخش سلامت به هزینه ناخالص داخلی
۵۱.....	فصل پنجم - تاثیرات تکنهها بر پایداری منابع بخش سلامت ایران از بعد خرد
۵۱.....	مقدمه
۵۲.....	پرداخت از جیب خانوارها به عنوان یک منبع ناپایدار برای تامین مالی سلامت
۵۳.....	مدل اقتصادی
۵۵.....	مروری بر مدل‌های با دادههای ترکیبی
۵۷.....	مروری بر مدل‌های لاجیت و پروبیت
۶۶.....	تحلیل اثرات نهایی در مدل پروبیت
۶۶.....	روش پژوهش
۶۹.....	تحلیل نتایج تخمین مدل POOLED برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری
۷۱.....	تحلیل نتایج تخمین مدل PROBIT برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری
۷۴.....	نتایج تخمین مدل POOLED برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی
۷۶.....	نتایج تخمین مدل PROBIT برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی
۷۹.....	منابع

فصل اول – تکانه‌های اقتصادی

مقدمه

اهمیت تکانه‌های اقتصادی و تاثیرگذاری آنها بر اقتصاد موضوعی غیرقابل انکار است اما به جرات می‌توان گفت که تاثیرگذاری قابل توجه این تکانه‌ها بر اقتصاد کشورمان به عنوان یک اقتصاد در حال توسعه که در معرض آسیب-پذیری بیشتری در مقایسه با اقتصادهای پیشرفته قرار دارد نیازمند بررسی و مطالعه همه‌جانبه‌تری است. در این فصل ضمن تعریف تکانه اقتصادی، به تقسیم‌بندی آن‌ها در دو دسته کلی تکانه طرف تقاضا و عرضه پرداخته خواهد شد. اهمیت این دسته‌بندی از آنجا نشأت می‌گیرد که با شناخت علل بروز نوسانات می‌توان سیاست‌های اقتصاد کلان را به شکل مطلوب در راستای باثبات‌سازی اقتصاد و کاهش انحرافات رشد اقتصادی از مسیر رشد بلندمدت به کار گرفت. در ادامه نیز انواع مختلف تکانه‌هایی اقتصادی به طور مفصلی تشریح خواهند شد.

تعریف تکانه اقتصادی

در ادبیات اقتصادی، هرگونه انحراف مقادیر متغیرها از روند بلندمدت انتظاری آنها تکانه نامیده می‌شود. در این نگرش با توجه به ماهیت متغیرها، ساختار اقتصادی و بستر زمانی که متغیرها در آن شکل گرفته‌اند، روند انتظاری متفاوتی برای هر متغیر اقتصادی و در نتیجه تکانه‌های اقتصادی مرتبط مختلفی متصور خواهد بود [۲].

انواع تکانه‌های اقتصادی

از جمله مشخصه‌های اصلی اقتصاد آن است که همواره فعالیت‌های اقتصادی از دوره رونق (که در آن رشد اقتصادی وجود دارد) به دوره رکود^۲ (که در آن اقتصاد رشد منفی را تجربه می‌کنند) و بالعکس در نوسان است. ماهیت و علل بروز این دوره‌ها که به ادوار تجاری^۳ شهرت دارند، مرکز ثقل بسیاری از تحقیقات کلان اقتصادی در چند دهه اخیر بوده است. مکاتب مختلف اقتصادی در بیان ماهیت و علل ایجاد ادوار تجاری دیدگاه‌های مختلف دارند. برخی از مکاتب بی‌ثباتی‌های ادواری را به تکانه‌های تقاضای کل و برخی دیگر به تکانه‌های طرف عرضه کل نسبت می‌دهند. با توجه به تاثیرات متفاوت هر یک از این دو نوع تکانه بر اقتصاد، اهمیت تقسیم‌بندی تکانه‌های اقتصادی به تکانه‌های سمت تقاضا و سمت عرضه به واکنش‌های سیاستی مختلفی اشاره دارد که توسط سیاست‌گذاران اقتصادی برای مقابله با تاثیرات مخرب این تکانه‌ها و کنترل شاخص‌های اقتصادی در جهت اهداف اقتصادی اتخاذ می‌شود [۳].

عملکرد مناسب اقتصاد بسیار وابسته به تغییرات ساختاری و سیاست‌های اقتصادی است که اولی مربوط به سمت عرضه و دومی وابسته به سمت تقاضا است. اهمیت تکانه‌های تقاضا (مانند سیاست‌های پولی و مالی) در برابر تکانه‌های عرضه (مانند بهره‌وری، عرضه نیروی کار و اصلاحات ساختاری) در نوسانات تولید یک مقوله حل نشده در اقتصاد کلان تجربی و نظری محسوب می‌شود [۴]. براساس نظر کینزی متعارف در مورد نوسان‌های اقتصاد کلان،

^۱ Boom

^۲ Recession

^۳ Business Cycle

تکانه‌های عرضه در کوتاه‌مدت، تولید و قیمت را در جهت معکوس یکدیگر تغییر می‌دهند، در حالی که تکانه‌های طرف تقاضا آنها را به شکل هم‌جهت متاثر می‌سازند. مطابق این نظریه تکانه‌های تقاضا در کوتاه‌مدت و تکانه‌های عرضه در بلندمدت نقش مسلط را در نوسان‌های تولید ایفا می‌کنند. به این ترتیب، سیاست‌های مدیریت تقاضا ابزار مفیدی برای مقاصد تثبیت اقتصادی به حساب می‌آید. از آنجایی که اثر تکانه‌های تقاضا موقتی بوده و در نهایت منجر به تغییرات قیمت می‌شود، بنابراین براساس دیدگاه یاد شده، تولید بلندمدت تنها تحت تاثیر تکانه‌های طرف عرضه قرار می‌گیرد. این نگرش سنتی اولین بار توسط نلسون و پلاسر^۱ (۱۹۸۲) مورد چالش قرار گرفت. آنها دریافته‌اند که رفتار تولید حقیقی و بسیاری از سری‌های زمانی دیگر در آمریکا با یک الگوی رشد تصادفی سازگار است. این نتیجه، یک تحول بنیادین در اقتصاد کلان نظری و تجربی به وجود آورد. زیرا طبق این نتیجه، تاثیر تکانه‌های وارد بر متغیرهای کلان اقتصادی دایمی بوده و بنابراین، الگوهای استاندارد اهمیت تکانه‌های تقاضا در نوسان‌های تولید را بیش از حد ارزیابی می‌کنند. به این ترتیب، آنها سهم زیادی از نوسان‌های تجاری را به تکانه‌های طرف عرضه نسبت دادند. پژوهش‌های بعدی توسط واتسون^۲ (۱۹۸۷)، کمپل و منکیو^۳ (۱۹۹۲)، گالی^۴ (۱۹۸۶) و فانک^۵ (۱۹۹۷) نتایج مشابهی را ارائه کردند. نتایج تجربی پلاسر و نلسون با ظهور رویکرد جدیدی به دوره‌های تجاری همراه گردید که متدولوژی ادوار تجاری حقیقی خوانده می‌شود. در این رویکرد جدید، تکانه‌های طرف عرضه به ویژه تغییرات تکنولوژی، منبع اصلی نوسان‌های تولید به حساب می‌آید و مطابق با آن، دوره‌های تجاری هر چند نامطلوب بوده، اما محصول رفتار بهینه یابی آحاد اقتصادی در رویارویی با تکانه‌های طرف عرضه است. البته دوگانگی اکید تقاضا در برابر عرضه از نظر بسیاری از اقتصاددانان احتمالا صحیح به نظر نمی‌رسد اما ممکن است هنوز اطلاعات مفیدی در پیش‌بینی رفتار تولید نسبت به الگوهای رقیب به دست دهد [۵].

به طور خلاصه می‌توان گفت که در زمینه‌ی نوسانات اقتصاد کلان دو دیدگاه کلی وجود دارد: در یک طرف مدل‌های پولیون و کینزی‌ها قرار دارند که معتقدند تکانه‌های طرف تقاضا عامل برتر یا مسلط نوسانات اقتصاد کلان است. در سوی دیگر مدل‌های کلاسیکی و ادوار تجاری واقعی معتقدند که تنها تکانه‌های طرف عرضه می‌توانند سبب ایجاد نوسانات اقتصادی شوند [۶].

تکانه‌های سمت تقاضا

تکانه تقاضا یک رویداد ناگهانی است که به طور موقت تقاضای کل کالاها و خدمات را افزایش یا کاهش می‌دهد. تکانه مثبت تقاضا، تقاضای کل را افزایش می‌دهد در حالی که تکانه منفی تقاضا، تقاضا کل را کاهش می‌دهد. تکانه مثبت و منفی تقاضا هر دو بر شاخص قیمت کالاها و خدمات تاثیرگذار هستند. برنامه‌های محرک دولتی از جمله عواملی است که می‌تواند تکانه‌های تقاضا ایجاد کند.

^۱Nelson and Plosser

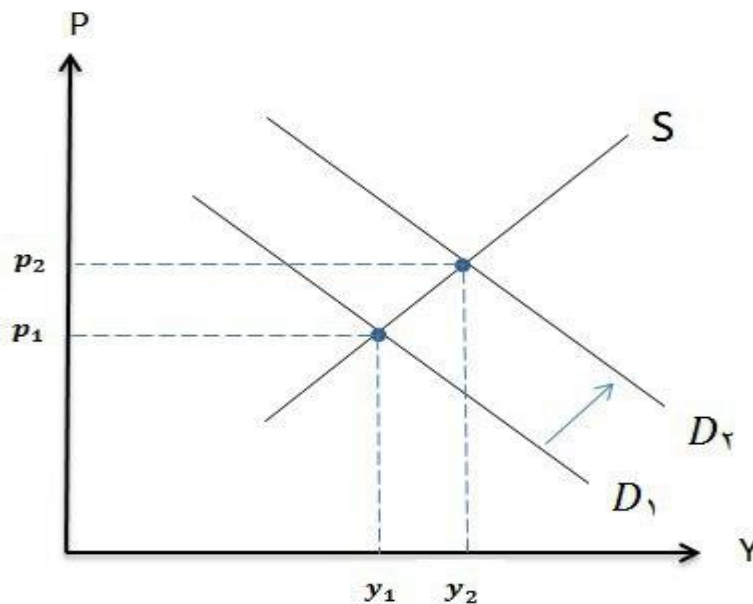
^۲Watson

^۳Campel and Mankiw

^۴Gali

^۵Funke

به طور کلی رابطه تعادلی بلندمدت در طرف تقاضا مبتنی بر الگوی تعادل همزمان بازار کالاها و خدمات و بازار پول تصریح می‌شود. در بخش تقاضا تکانه‌ها می‌تواند ناشی از بی‌ثباتی در برخی از اجزای بازار کالا و خدمات باشد که مورد تاکید کینز و مدل‌های کینزی بوده است و یا ممکن است از بی‌ثباتی در بخش پولی ناشی شود که مورد تاکید پول‌گرایان است. تکانه‌های طرف تقاضای کل می‌تواند به صورت تکانه سیاست پولی و یا تکانه مخارج دولت صورت گیرد. به عبارتی سیاست‌های مالی و سیاست‌های پولی مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده تکانه‌های تقاضا محسوب می‌شوند که در ادامه به طور مختصر به آنها پرداخته خواهد شد.



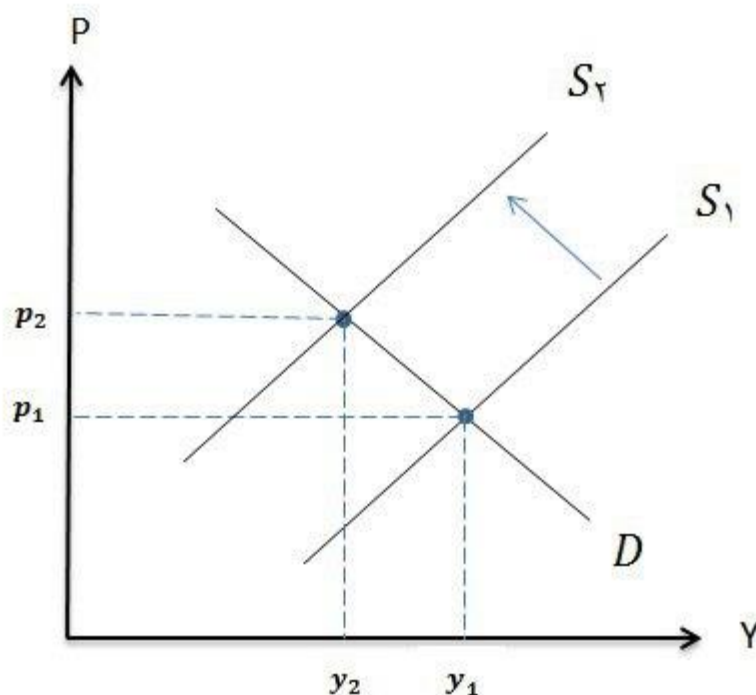
شکل ۱-۱- تکانه مثبت تقاضا

همانطور که از شکل ۱-۱ مشخص است، منحنی S و D_1 به ترتیب منحنی‌های عرضه و تقاضای اولیه هستند که تقاطع آنها مقدار تعادلی کالاها و خدمات کل اقتصاد (Q_1) و سطح عمومی قیمت تعادلی (P_1) اولیه را به دست می‌دهد. با فرض ثابت ماندن منحنی عرضه، با تکانه مثبت تقاضا منحنی تقاضا به بالا و راست (از D_1 به D_2) منتقل خواهد شد و بدین ترتیب شاخص قیمت و مقدار تعادلی کالا و خدمات به ترتیب به سطح P_2 و Q_2 افزایش خواهد یافت.

تکانه‌های سمت عرضه

تکانه عرضه یک رویداد غیرمنتظره محسوب می‌شود که موجب تغییرات عرضه کل و تغییرات ناگهانی قیمت می‌شود. تکانه عرضه می‌تواند منفی (کاهش در عرضه) یا مثبت (افزایش در عرضه) باشد. با این وجود تقریباً همیشه تکانه‌های عرضه منفی‌اند و به ندرت مثبت هستند. با فرض اینکه منحنی تقاضای کل بدون تغییر می‌ماند، تکانه منفی عرضه موجب افزایش سطح قیمت‌ها می‌شود و تکانه مثبت کاهش در سطح قیمت‌ها را در پی خواهد داشت.

تکانه مثبت عرضه با انتقال منحنی عرضه به سمت راست نشان داده می‌شود که قیمت کالا و خدمات را کاهش می‌دهد. اما برعکس تکانه منفی عرضه با انتقال منحنی عرضه به سمت چپ نشان داده می‌شود که به دنبال آن قیمت کالا و خدمات افزایش می‌یابد.



شکل ۱-۲: تکانه منفی عرضه

همانطور که از شکل ۱-۲- پیداست منحنی S_0 و D_0 به ترتیب منحنی‌های عرضه و تقاضای اولیه هستند که تقاطع آنها مقدار تعادلی کالاها و خدمات کل اقتصاد (Q_0) و سطح عمومی قیمت‌های اولیه (P_0) را به دست می‌دهد. با فرض ثابت ماندن منحنی تقاضا، با تکانه منفی عرضه منحنی عرضه به بالا و چپ (از S_0 به S_1) منتقل خواهد شد و بدین ترتیب سطح عمومی قیمت تعادلی کالا و خدمات به P_1 افزایش یافته و مقدار تعادلی کالاها و خدمات به سطح Q_1 کاهش می‌یابد.

از جمله عواملی که می‌تواند باعث ایجاد تکانه عرضه در اقتصاد گردد عبارتند از: تغییر در سطح تولید و عرضه کالاها و خدمات به علت تغییر فناوری تولید، تغییرات نرخ ارز، تغییر وضعیت آب و هوا، تغییر حجم عوامل تولید و یا تغییر قیمت انرژی، تغییر مالیات‌ها و تغییر در واردات، جنگ، تحولات سیاسی و آشوب‌های کارگری که عملکرد جاری و ساختار اقتصاد را مختل می‌سازد. همچنین تکانه‌های بهره‌وری که ناشی از تغییرات در کیفیت نهاده‌های سرمایه و کار، عملکرد مدیریت جدید، توسعه محصولات جدید و ورود تکنولوژی جدید نیز نوعی تکانه عرضه محسوب می‌شود. در ادامه انواع تکانه‌های مذکور و کانال‌های محتمل تاثیرگذاری هر یک بر بخش سلامت تشریح خواهد شد.

تکانه نفتی

به منظور بررسی تکانه‌های مختلف اقتصادی می‌توان در درجه اول به تکانه‌ی نفتی به عنوان یکی از مهم‌ترین تکانه‌های وارده بر اقتصاد ایران به عنوان یک کشور صادرکننده نفت اشاره کرد. نفت از جمله کالاهای راهبردی جهان و به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تولید در سراسر دنیا شناخته می‌شود. در نتیجه تکانه‌های نفتی (تکانه‌های مثبت یا منفی)، تاثیرات به‌سزایی در اقتصاد کشورها دارد.

به طور کلی تکانه‌های قیمت نفت از دو طریق می‌توانند فعالیت‌های اقتصادی یک کشور را تحت تاثیر قرار دهند. یکی از طریق تاثیر بر طرف عرضه اقتصاد است که این تغییرات اصولاً با وقفه نمایان می‌گردند و با تاثیرگذاری بر ظرفیت تولیدی کشور نقش خود را آشکار می‌سازند. دیگری از طریق تاثیر بر تقاضای کل می‌باشد که می‌تواند در کوتاه‌مدت آثار خود را بر فعالیت‌های اقتصادی کشور برجای گذارد.

کشورها از لحاظ چگونگی تاثیرپذیری از تکانه‌های نفتی به دو دسته تفکیک می‌شوند. در این دو دسته تکانه‌های نفتی آثار متفاوتی دارد.

کشورهای واردکننده نفت

در این دسته از کشورها افزایش شدید قیمت نفت باعث پایین آمدن رشد اقتصادی و افزایش تورم می‌شود. افزایش قیمت نفت در کشورهای واردکننده نفت باعث افزایش قیمت انرژی به عنوان مواد اولیه برای تولید بنگاه‌ها شده که این مساله عامل افزایش هزینه تولید بنگاه‌ها و کاهش سود آنها می‌شود. کاهش سود بنگاه‌ها منجر به کاهش تمایل بنگاه‌ها برای خرید کالاهای سرمایه‌ای جدید شده که این امر در بلندمدت منجر به کاهش عرضه کل و افزایش سطح قیمت‌ها در این دسته از کشورها می‌شود (Manera and cologne, 2007). بنابراین می‌توان تکانه نفتی را به عنوان یک تکانه طرف عرضه برای کشورهای واردکننده نفت در نظر گرفت. [۲].

کشورهای صادرکننده نفت

مکانسیم اثرگذاری تکانه نفتی برای کشورهای صادرکننده نفت کاملاً با کشورهای واردکننده نفت متفاوت است. در ادبیات اقتصادی این گونه بیان می‌شود که کشورهای دارای منابع طبیعی غنی از جمله نفت و گاز، با صادرات بی‌رویه نفت درآمدهای هنگفتی را کسب می‌کنند. این درآمدها ممکن است در یک برهه زمانی خاص ناشی از افزایش ناگهانی قیمت نفت باشد. کسب درآمدهای حاصل از صادرات بی‌رویه نفت و افزایش قیمت نفت باعث به‌وجود آمدن پدیده‌ای به نام "بیماری هلندی"^۱ در این کشورها می‌شود. این واژه برای نخستین بار در سال ۱۹۷۷ توسط نشریه اکونومیست لندن در توصیف این پدیده استفاده شد. در دهه ۷۰ میلادی برخی از کشورها از جمله انگلستان و ایران با این پدیده مواجه شدند.

پدیده بیماری هلندی برای اولین بار در هلند بعد از اکتشاف بزرگ گاز در دهه ۱۹۶۰ رخ داد. در این زمینه می‌توان به مطالعات کردن و نری (۱۹۸۲)^۲، کروگمن (۱۹۸۷)^۱ و نری و وان ویجنبرگن (۱۹۸۶)^۲ مراجعه کرد. ادبیات اقتصادی

^۱Dutch Disease

^۱Corden and Neary (۱۹۸۲)

^۲Krugman (۱۹۸۷)

^۳Neary and wijnbergen (۱۹۸۶)

درباره بیماری هلندی در کشورهای صادرکننده نفتی بیان می‌دارد که افزایش برونزای درآمدهای ارزی حاصل از منابع نفتی (به دلیل افزایش قیمت یا تولید آنها) منجر به کاهش در نرخ ارز و کاهش در تولید و اشتغال بخش کالاهای قابل مبادله‌ی غیر نفتی خواهد شد.

افزایش شدید در قیمت نفت باعث کسب درآمدهای هنگفت برای کشورهای صادرکننده آن می‌شود که از جمله پیامدهای آن، تقویت پول کشور مورد نظر یا کاهش نرخ ارز می‌باشد که می‌توان این موضوع را در هر دو سیستم نرخ ارز ثابت و شناور مشاهده کرد. در سیستم نرخ ارز شناور، ورود ارزهای نفتی باعث بالا رفتن ارزش پول ملی شده که در نتیجه آن قدرت رقابت‌پذیری کالا داخلی در برابر کالاهای وارداتی کاهش می‌یابد، این موضوع خود رکود اقتصادی، بیکاری و تورم بالا را در این کشورها در پی خواهد داشت [۲]؛ این فرآیند می‌تواند یک تکانه عرضه محسوب شود.

اما اگر سیستم نرخ ارز ثابت باشد یا توسط دولت کنترل شود، ورود ارز خارجی به داخل کشور باعث افزایش حجم پول شده که این موضوع افزایش نقدینگی و در نهایت انبساط تقاضا و افزایش قیمت‌ها را در پی خواهد داشت. [۲]. کارشناسان اقتصادی نه تنها تکانه‌های منفی قیمت نفت بلکه تکانه‌های مثبت را نیز به سود کشورهای صادرکننده نفت نمی‌دانند. غالباً این دسته از کشورها تحت تاثیر تکانه‌های منفی قیمت نفت، مجبور می‌شوند واردات کالا و خدمات خود کاهش دهند تا از این طریق منابع ارزی جهت تامین نیازهای ضروری کشور و بازپرداخت به موقع تعهدات خارجی فراهم گردد. با توجه به اینکه اکثر کشورهای صادرکننده نفت کشورهای در حال توسعه هستند، بخش عمده‌ای از واردات آنها را کالاهای سرمایه‌ای و مواد اولیه مورد نیاز بخش تولیدی تشکیل می‌دهد، در نتیجه محدودیت اعمال شده بر واردات می‌تواند آثار نامساعدی بر بخش تولیدی این کشورها بر جای بگذارد. نتیجه اجتناب ناپذیر چنین شرایطی، بروز فشارهای تورمی، افزایش نرخ ارز، رکود اقتصادی و افزایش بیکاری خواهد بود. تکانه‌های مثبت قیمت نفت به گونه‌ای دیگر اقتصاد کشورهای صادرکننده نفت را تحت تاثیر منفی قرار خواهند داد. در یک مطالعه تجربی که توسط آلن گلب و دیگران^۳ (۱۹۸۸) صورت گرفته، نشان می‌دهد که افزایش قیمت نفت در اوایل دهه ۱۹۷۰ موجب شد تا کشورهای صادرکننده نفت در بلندمدت در وضعیت نامناسب‌تری در مقایسه با کشورهایی که تغییر چندانی در قیمت محصولات صادراتی آنها به وجود نیامده قرار گیرند. آثار منفی ناشی از نوسان‌های قیمت‌ها، پیش‌بینی غلط قیمت‌ها و در نتیجه افزایش ریسک در تصمیم‌گیری و استفاده نادرست از منابع بادآورده (در نتیجه افزایش ناگهانی قیمت نفت) از عواملی هستند که آثار مثبت احتمالی تکانه‌های مثبت قیمت نفت را از بین می‌برند.

^۴van der Ploeg, R. and T. Venables (۲۰۰۹)

اینکه تکانه‌های قیمتی نفت در واقع تا چه اندازه و چگونه می‌توانند فعالیت‌های اقتصادی یک کشور را تحت تاثیر قرار دهند، به چند عامل بستگی دارد. از جمله این عوامل این است که قیمت نفت به چه میزان و با چه سرعتی تغییر می‌یابد؟ کشورهای صادرکننده نفت درآمد اضافی ناشی از افزایش ناگهانی قیمت نفت را چگونه و با چه سرعتی خرج می‌کنند؟ کاهش درآمد ناشی از کاهش قیمت نفت را از چه طریقی تامین خواهند کرد؟ واحدهای مختلف اقتصادی در مقابل این تکانه‌ها چه واکنشی از خود نشان می‌دهند؟ سطح عمومی قیمت‌ها و نرخ دستمزد در نتیجه تغییرات ناگهانی قیمت نفت چگونه تغییر می‌کنند و اینکه دولت‌ها در کنترل این تکانه‌ها چه سیاست‌هایی را در دستور کار خود قرار می‌دهند؟

در ادامه به برخی از مهمترین تکانه‌های نفتی در دهه‌های گذشته اشاره می‌شود. اولین تکانه نفتی به دنبال تلاش اوپک در ۱۹۷۴-۱۹۷۳ روی داد و ماحصل آن افزایش قیمت نفت از هر بشکه ۱,۹ دلار به ۱۰,۴۱ دلار بود. در طول این دوره قیمت نفت بیش از ۵ برابر افزایش یافت. دومین تکانه نفتی در سال ۱۹۷۸ یعنی ۱۳۵۷ خورشیدی روی داد که بروز انقلاب و اعتصاب کارکنان صنعت نفت ایران سبب قطع صادرات نفت ایران به عنوان یکی از بزرگترین صادرکنندگان نفت در دنیا و افزایش قیمت نفت گردید.

سومین تکانه نفتی برخلاف دو تکانه اول و دوم، سقوط قیمت نفت در سال ۱۹۸۵ را در پی داشت که در طول آن سال قیمت نفت تا ۱۱ دلار سقوط کرد.

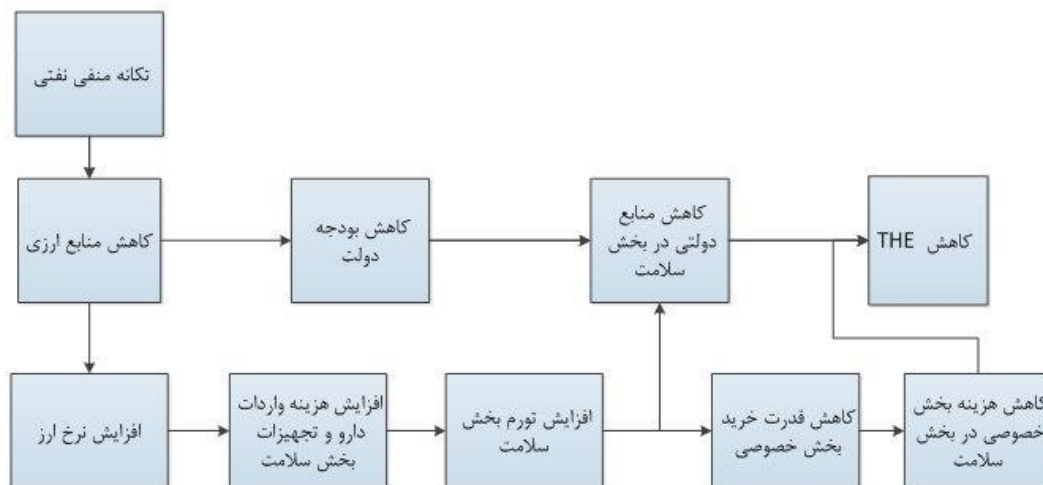
چهارمین تکانه نفتی در سال ۱۹۹۱ به دنبال اشغال کشور کویت توسط ارتش عراق و به دنبال آن حمله آمریکا و متحدینش به عراق پدید آمد و قیمت نفت تا ۴۰ دلار افزایش یافت.

اهمیت بخش نفت در اقتصاد ایران به گونه‌ای است که تغییرات تولید و درآمد ناشی از آن همواره در جهت‌های مثبت و منفی بر روند تحولات اقتصادی کشور تاثیر می‌گذارد و رونق و یا رکود نسبی به همراه می‌آورد. طبعاً تا زمانی که تولیدات و درآمدهای دیگر بخش‌های اقتصاد کشور، به ویژه گروه صنایع و معادن و خدمات مولد وابسته به آن، نتوانند جای بخش نفت را پر کنند، بخش یاد شده همچنان اهمیت و اثرگذاری خود را در آینده نیز حفظ خواهد کرد. بخش نفت در دو زمینه اصلی در اقتصاد کشور نقش مهم و تعیین کننده داشته است و سهم عمده‌ای از تولید و درآمد ملی را به خود اختصاص می‌دهد:

الف. تدارک ارز خارجی برای رفع نیازهای مصرف خصوصی و دولتی و تقویت جریان تشکیل سرمایه در کشور

ب. منبع درآمد برای بودجه عمومی دولت

اقتصاد کشور در شرایط کنونی در هر دو زمینه به جریان تولید و درآمد صادراتی نفت وابسته است و به نظر نمی‌رسد که حداقل طی دو دهه آینده نیز در صورت تداوم وضعیت موجود اقتصادی در ایران و در سطح بین‌المللی، بتواند خود را از این نیاز و وابستگی خارج سازد. نقش نفت به عنوان تامین کننده سوخت ارزان و تامین کننده مواد اولیه صنایع پالایشگاهی و پتروشیمی، در مقایسه با نقش مالی و ارزی آن هنوز در درجه دوم اهمیت قرار دارد. صنعت نفت ایران تنها یک کارکرد پایه‌ای داشته و آن نیز تامین ارز بوده است. [۷].



کشور صادرکننده نفتی

شکل ۱-۳: مکانیسم تاثیرگذاری تکانه‌ی منفی نفت بر بخش سلامت

تکانه منفی از نوع کاهش درآمدهای نفتی، کاهش منابع ارزی برای یک کشور صادر کننده نفتی را به دنبال خواهد داشت. با کاهش عرضه ارز، افزایش نرخ ارز مشاهده خواهد شد. از آنجایی که در کشورهای صادرکننده نفتی از جمله ایران بودجه دولتی وابسته به درآمدهای نفتی است لذا با افت درآمدهای نفتی و متعاقباً کاهش بودجه دولت، منابع دولت در بخش سلامت نیز کاهش خواهد یافت.

از سوی دیگر از آنجایی که برخی از داروهای داخلی وارداتی هستند و بسیاری از داروهای تولید داخل نیز نیازمند استفاده از مواد اولیه وارداتی هستند بنابراین افزایش نرخ ارز منجر به گران تر شدن قیمت دارو و تجهیزات پزشکی خواهد شد. این زنجیره افزایش تورم بخش سلامت و کاهش قدرت خرید بخش خصوصی از کالاها و خدمات سلامت را نیز به دنبال خواهد داشت.

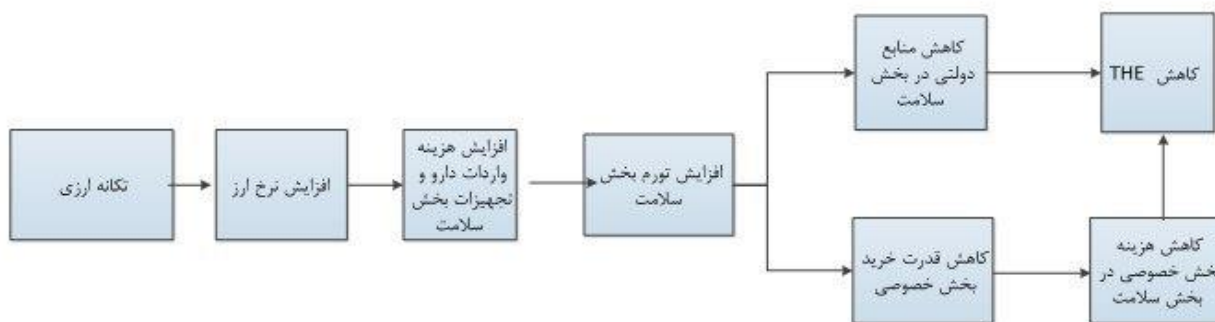
کاهش منابع دولتی و قدرت خرید بخش خصوصی (به عنوان دو منبع تامین مالی سلامت) در صورتی که به وسیله سایر منابع تامین مالی سلامت جبران نشوند می‌تواند کاهش خدمات این بخش را در دوره‌های آتی در پی داشته باشد.

تکانه نرخ ارز

نرخ ارز از متغیرهای مهم در نظام اقتصادی است و در کشورهایی نظیر ایران که قسمت عمده‌ی درآمد دولت از محل عایدات ارزی ناشی از صدور منابع طبیعی تامین می‌شود، اهمیت آن به مراتب بیشتر از سایر متغیرهاست. نرخ ارز به عنوان مهم‌ترین متغیر کلیدی دربرگیرنده‌ی اثرات ناشی از تحولات و روابط خارج از اقتصاد بر متغیرهای اقتصادی مطرح می‌باشد و تاثیر آن بر سایر متغیرهای کلان اقتصاد اهمیت ویژه‌ای می‌یابد [۸].

نوسان‌های نرخ ارز بر تقاضای کل اقتصاد از طریق واردات، صادرات و تقاضای پول و همچنین بر عرضه کل اقتصاد از طریق هزینه‌های کالاهای واسطه‌ای و وارداتی تاثیر خواهد داشت. بنابراین تغییرات این متغیر به راحتی، بر ساختار اقتصادی کشورها اثر می‌گذارد. به طور کلی در بازار کالاها، تکانه‌های مثبت نرخ ارز موجب گران شدن کالاهای وارداتی و ارزان تر شدن کالاهای صادراتی می‌گردد و در نتیجه افزایش تقاضا برای کالاهای داخلی را در پی خواهد داشت. از سوی دیگر با کاهش ارزش پول ملی، تقاضای نقدینگی بنگاه‌های اقتصادی افزایش یافته و این امر موجب افزایش تقاضای پول نیز می‌شود. در بخش عرضه اقتصاد نیز در کشورهای در حال توسعه تکانه‌های مثبت نرخ ارز که باعث کاهش ارزش پول ملی می‌گردند سبب افزایش هزینه‌های وارداتی کالاهای واسطه‌ای و در نتیجه گران تر شدن کالاهای واسطه‌ای وارداتی و متعاقب آن باعث افزایش هزینه‌های تولید و سطح قیمت‌ها می‌گردند [۸].

مباحث نظری جدید و به دنبال آن بررسی‌های تجربی انجام گرفته، حاکی از آن است که تکانه‌های نرخ ارز، اثرات متفاوتی بر متغیرهای کلان اقتصادی در اقتصادهای مختلف بر جای خواهد گذاشت؛ به گونه‌ای که چگونگی و اندازه این تاثیر بر متغیرها متفاوت و بستگی به شرایط اولیه هر اقتصاد دارد. چنانچه بسیاری از کشورها برای جلوگیری از تکانه نرخ ارز، ارزش پول خود را در مقابل ارزهایی که از بیشترین اهمیت برخوردارند، تثبیت می‌نمایند، با این حال مشاهده می‌شود که برخی از کشورهای دیگر با امتناع از تثبیت نرخ ارز و قبول سیستم نرخ ارز شناور، تکانه‌های نرخ ارز را می‌پذیرند [۹].



شکل ۱-۴: مکانیسم تاثیرگذاری تکانه‌ی منفی نرخ ارز بر بخش سلامت

متعاقب تکانه منفی ارزی با افزایش نرخ ارز و تضعیف پول ملی کشور، بالا رفتن هزینه واردات دارو و تجهیزات بخش سلامت تجربه خواهد شد. کاهش منابع دولتی و قدرت خرید بخش خصوصی (به عنوان دو منبع تامین مالی سلامت) با فرض ثابت ماندن سایر منابع تامین مالی سلامت می‌تواند کاهش خدمات این بخش را در دوره‌های آتی در پی داشته باشد.

تکانه تجاری

تکانه‌های وارد بر صادرات و کالاها و خدمات و ورود و خروج سرمایه را تکانه‌های تجاری گویند. تکانه‌های تجاری با تغییر منابع مالی دولت، وجوه واریزی دولت به سمت سرمایه‌گذاری در بخش‌های مختلف و همچنین میزان سطوح و کیفیت خدمات اجتماعی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. به عنوان مثال تکانه‌های منفی تجاری از نوع

صادرات با کاهش درآمدهای صادراتی، منجر به کاهش درآمد ملی و به تبع آن کاهش درآمد دولت می‌شود. کاهش منابع مالی دولت سطوح پایین‌تر خدمات اجتماعی و کاهش در کیفیت این خدمات را نیز به دنبال دارد. با وجود اینکه کاهش در تولید ناخالص ملی و درآمد ملی سرانه، هر فردی را به طور اساسی تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی افراد فقیرتر بیش‌تر آسیب می‌بینند بنابراین درجه نابرابری در جامعه افزایش می‌یابد. هیچ کدام از این تاثیرات اقتصاد نه به وسیله کمک‌های بشردوستانه قابل جبران هستند و نه با پایان تکانه‌ها به سرعت از بین می‌روند.

محدودیت‌های متعدد صادراتی و وارداتی تولید کل را نه تنها در صنعت بلکه در کشاورزی به دلیل وابستگی آن به نهاده‌های وارداتی کاهش می‌دهند. اشتغال در بخش‌های صادرات محور^۱ کاهش می‌یابد. ذخایر ارزی خارجی کاهش و پرداخت بدهی‌ها به تعویق می‌افتد.

به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تکانه‌های تجاری می‌توان به تحریم‌های تجاری علیه ایران اشاره کرد. در ۳۰ آوریل سال ۱۹۹۵ میلادی رئیس‌جمهور وقف آمریکا (کلینتون^۲) ممنوعیت وسیعی برای تجارت و سرمایه‌گذاری در ایران وضع کرد^۳. در سال ۲۰۱۰ بارک اوباما^۴ همانند جرج بوش^۵ این تحریم را تمدید نمود. البته در بهار ۲۰۱۳ میلادی تعدادی از شرکت‌های پتروشیمی و تجاری ایران در صنعت خودرو نیز برای اولین بار به لیست سیاه تحریم‌ها اضافه شدند^۶.

تکانه‌های پولی و مالی

سیاست‌های پولی و مالی مجموعه‌ای از تصمیمات و اقداماتی است که به وسیله مقامات پولی و مالی به منظور تحت تاثیر قرار دادن مجموعه فعالیت‌های اقتصادی به کار گرفته می‌شود. این سیاست‌ها معمولاً در جهت تنظیم و کنترل تقاضای کل طرح می‌شود.

سیاست‌های پولی عمدتاً به تغییرات عرضه پول توسط بانک مرکزی برمی‌گردد و سیاست‌های مالی نیز شامل تغییرات مخارج مصرفی دولت، یارانه‌ها و مالیات‌ها توسط دولت می‌شود. مقامات پولی می‌توانند سطح کل فعالیت‌های اقتصادی را به وسیله تغییر در عرضه پول و یا تغییر در انتظارات مردم و یا هر دو برای تغییر در نرخ بهره‌ی آینده تحت تاثیر قرار دهند. دولت نیز می‌تواند سطح تقاضای کل را با تغییر در هزینه‌های عمومی و یا تغییر در درآمدهای خود تحت تاثیر قرار دهد. اعمال سیاست‌های پولی و مالی به صورت همزمان می‌تواند زمینه ثبات اقتصادی و خروج از بحران‌های اقتصادی را فراهم آورد [۱۰].

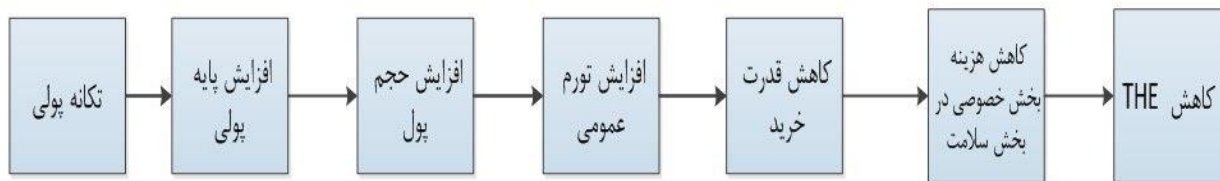
^۱Export-oriented

^۲Bill Clinton

^۴Barack Obama

^۳ آیین نامه اجرایی ۱۲۹۵۹ سازمان خزانه داری آمریکا

^۱ به این بهانه که برخی از تجهیزات این صنعت برای زیرساخت‌های هسته‌ای استفاده می‌شود



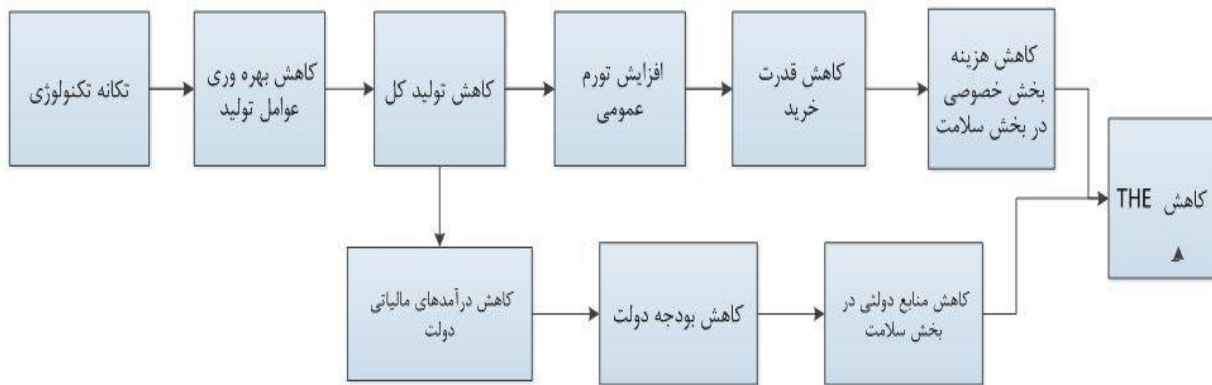
شکل ۱-۵: مکانیسم تاثیرگذاری تکانه‌ی مثبت پولی بر بخش سلامت

سیاست‌های پولی انبساطی با افزایش پایه پولی و حجم پول، افزایش تورم عمومی کشور را موجب می‌شود که با کاهش قدرت خرید بخش خصوصی، یکی از کانال‌های اصلی تامین مالی بخش سلامت در ایران به طور اساسی با کاهش چشم‌گیر مواجه خواهد شد، چنانچه سایر منابع تامین مالی سلامت کاهش یابد، می‌تواند کاهش خدمات این بخش را در دوره‌های آتی در پی داشته باشد.

تکانه تکنولوژی و بهره‌وری

بهبود تکنولوژی یا فناوری تولید به معنای امکان تولید سطوح قبلی با نهاده‌های کمتر و یا تولید بیشتر با همان سطح نهاده قبلی است. بهره‌وری نیز به معنای استفاده بهینه از منابع (اعم از نیروی کار، سرمایه، زمین، مواد، انرژی، ماشین‌آلات، ابزار و تجهیزات و اطلاعات) در فرآیند تولید کالاها و ارائه خدمات است. به عبارتی نسبت ستانده به داده را بهره‌وری گویند.

وارد شدن تکانه‌ی مثبت به تکنولوژی و یا بهره‌وری به عنوان یک تکانه مثبت عرضه محسوب خواهد شد که منجر به انتقال منحنی عرضه به سمت راست و پایین خواهد شد. از نظر تئوریک انتظار بر این است که بهبود در تکنولوژی با افزایش در بهره‌وری عوامل همراه باشد اما بهبود در بهره‌وری عوامل لزوماً ناشی از تکانه مثبت تکنولوژی نیست، افزایش بهره‌وری عوامل می‌تواند ناشی از برخی عوامل دیگر از جمله ارتقاء مهارت‌های نیروی کار یا به عبارتی رشد سرمایه انسانی باشد.



شکل ۱-۶: مکانیسم تاثیرگذاری تکنانه‌ی منفی تکنولوژی بر بخش سلامت

تکنانه منفی تکنولوژی با کاهش بهره‌وری عوامل تولید موجبات کاهش تولید کل را فراهم می‌کند، با تکنانه منفی عرضه افزایش تورم عمومی مشاهده می‌شود، انتظار بر این است که افزایش تورم عمومی با کاهش قدرت خرید، موجبات کاهش هزینه بخش خصوصی در بخش سلامت را ایجاد می‌کند. علاوه بر این از آنجایی که درآمدهای مالیاتی دولت تابعی از تولید کل است با تکنانه منفی عرضه و کاهش درآمدهای مالیاتی دولت، کاهش بودجه دولت رخ خواهد داد، این مساله نیز کاهش منابع دولتی در بخش سلامت را فراهم خواهد کرد.

به طور کلی در اثر کاهش هزینه بخش خصوصی و کاهش منابع دولتی در بخش سلامت، دو جزء از منابع تامین مالی کاهش یافته است. بنابراین چنانچه این دو کانال تامین مالی توسط سایر کانال‌های تامین مالی جبران نشود، کاهش هزینه‌های کل در بخش سلامت اتفاق خواهد افتاد.

فصل دوم - تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع سلامت

مقدمه

نگرانی در ارتباط با پایداری مخارج سلامت منحصر به کشور ما نیست. با تغییر جمعیت و تکنولوژی و افزایش بیماری‌های مزمن بسیاری از کشورها به دنبال پاسخ به این سوال هستند که چگونه می‌توان از پایداری منابع بخش سلامت در آینده خود اطمینان حاصل کنند. پایداری یک مفهوم نسبی است و مستلزم ارزیابی سطح مخارج سلامت در ارتباط با سطح درآمد ملی کشور است. در این فصل ابتدا ضمن تعریف پایداری، روش‌های تامین مالی سلامت و ضوابط ارزیابی این روش‌های تامین مالی بیان خواهند شد.

در ادامه به صورت موردی به سیستم‌های تامین مالی بین‌المللی و تامین مالی بخش سلامت ایران پرداخته خواهد شد، در انتهای فصل تبعات تکانه‌های اقتصادی بر نظام سلامت از دو جنبه کلان (کشور) و خرد (خانوار) نیز مورد تحلیل قرار خواهند گرفت.

تعریف پایداری

در حوزه سلامت، WHO پایداری را توانایی پاسخگویی به نیازهای فعلی بدون ایجاد اختلال در توانایی پاسخگویی به نیازهای آینده تعریف کرده است. در ادبیات پایداری منابع مالی بین مفهوم اقتصادی و مالی پایداری تمایز وجود دارد، پایداری اقتصادی اشاره به رشد مخارج بخش سلامت به عنوان درصدی از درآمد ملی دارد. در نتیجه چنانچه هزینه فرصت^۱ مخارج سلامت از ارزش ایجاد شده از این منابع تجاوز کند مخارج بخش سلامت از نظر اقتصادی ناپایدار است. از سوی دیگر پایداری مالی زمانی است که درآمدهای عمومی توانایی پرداخت مخارج عمومی بخش سلامت را داشته باشد. در مورد ایالات متحده و اتحادیه اروپا برآورد عمومی این است که نرخ فعلی رشد در هزینه‌های بهداشتی، به دلیل عدم رکود طولانی مدت، به لحاظ اقتصادی پایدار خواهد بود. با این حال، در یک اقتصاد که با رکود مواجه بوده، رشد هزینه‌های بهداشتی به عنوان یک درصد از درآمد ملی می‌تواند زمینه‌های دیگر فعالیت اقتصادی را تهدید کند، به طوری که نگرانی‌های مشروع در مورد پایداری اقتصادی را افزایش دهد [۱۱].

مخارج سرانه کل بخش سلامت بصورت میانگین ۶,۴ درصد سالانه در کشورهای اتحادیه اروپا، استرالیا، کانادا نیوزلند و اتحادیه اروپا در دوره ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ افزایش یافته است (OECD, ۲۰۰۹). در پاسخ به این سوال که چه عواملی باعث این افزایش مخارج شده است؟ به مقایسه میان مخارج سلامت در میان کشورها معمولاً بر سه فاکتور اصلی درآمد ملی، ساختار سنی جمعیت و ویژگی‌های نهادی نظام سلامت تمرکز می‌شود [۱۲].

به طور کلی نتایج مطالعات نشان می‌دهد که درآمد کل، مهم‌ترین عامل است، زیرا افزایش درآمد منجر به افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود^۲ به دنبال بهبود وضعیت اروپا بعد از جنگ جهانی دوم، سیستم‌های سلامت

^۱ Opportunity cost

^۲ اکثر مطالعات مراقبت‌های بهداشتی را به عنوان یک کالای لوکس در نظر گرفته‌اند، با افزایش درآمد طبقه بندی می‌کنند که منجر به افزایش نسبتاً بیشتر در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. با این حال، بالتاجی و همکاران (۲۰۱۰) رابطه بلندمدت بین هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درآمد را با استفاده از ۲۰ کشور OECD در سال ۱۹۷۱ مشاهده می‌کنند. آنها دریافته‌اند که مراقبت‌های بهداشتی کالایی ضروری است نه لوکس و با افزایش درآمد افزایش نسبتاً کوچکتری در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در طول زمان رخ می‌دهد.

بعد از سال ۱۹۵۰ ظاهر شدند. دولت‌ها نسبت به تقاضای عمومی برای دسترسی عموم مردم به خدمات سلامت پاسخگو بودند، تا سال ۱۹۷۰ سیستم‌های سلامت یک دغدغه مشترک داشتند: چگونه به طور متوسط ۷ درصد تولید ناخالص داخلی از محل مالیات‌ها و مشارکت نیروی کار به خدمات سلامت اختصاص داده شود؟ در همین راستا دو نوع سیستم سلامت اصلی ظاهر شد:

- سیستم‌های بیسمارک^۱، مبتنی بر بیمه اجتماعی، با جمعیت کثیری از صندوق‌های بیمه عمومی، که با مشارکت کارفرمایان و کارکنان مستقل از ارائه سلامت تامین مالی می‌شوند. بلژیک، فرانسه و آلمان نمونه‌هایی از این نوع هستند.

- سیستم‌های بورلیج^۲، که در آن تامین مالی عمومی و ارائه خدمات سلامت در یک ساختار تامین مالی مبتنی بر مالیات صورت می‌گیرد، از قبیل خدمات ملی سلامت^۳ در انگلستان و در برخی ایالات شمالی اروپا. از آن زمان بحث‌های شدیدی درباره این دو نوع سیستم با تمرکز بر دسترسی، کیفیت و هزینه صورت گرفته است. تامین مالی "عملکرد سیستم سلامت برای تحرک، تجمیع و تخصیص منابع پولی برای پوشش نیازهای سلامت افراد به صورت انفرادی و جمعی" است. در گزارش ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی، هدف تامین مالی سلامت به این صورت آمده است: "در دسترس قرار دادن وجوه و ایجاد انگیزه مالی مناسب برای ارائه‌دهندگان به منظور تضمین اینکه همه افراد به بهداشت عمومی و مراقبت سلامت موثر دسترسی دارند" [۱۳]. این تعریف در سال ۲۰۰۷ به این صورت گسترش یافت: "یک سیستم تامین مالی خوب وجوه کافی برای سلامت ایجاد می‌کند، به طوری که مردم می‌توانند از خدمات مورد نیاز استفاده کنند ضمن اینکه از هزینه‌های فقرزا و کمرشکن مربوط به پرداخت برای این خدمات محافظت شوند". به طوری که انگیزه‌هایی برای ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان ایجاد می‌کند که کارا باشند. با رکود اخیر، پوشش جهانی، پایه اصلی همبستگی‌های اجتماعی و رفاه با دلالت‌های عمیق درباره برابری و محافظت مالی به خطر افتاده است.

اصابت تامین مالی و تداوم سیستم سلامت اخیرا به یک موضوع اصلی سیاست‌های سلامت نه تنها در اروپا و انگلستان بلکه همچنین در آمریکا و کانادا تبدیل شده است. پایداری مالی به عنوان یک موضوع اصلی سلامت در قرن ۲۱ همچنان مورد بحث است، در ابتدا سازمان همکاری و توسعه اقتصادی بحث درباره پایداری مالی را همراه با ابتکارات دیگری در سطح اتحادیه اروپا درباره خدمات سلامت پایدار در ۲۰۱۳ آغاز کردند. جلساتی توسط سازمان توسعه و همکاری اقتصادی در ۲۴-۲۵ آوریل با هدف شناسایی و منتشر کردن شیوه‌های مدیریت بودجه مراقبت سلامت و پایداری مالی سیستم‌های مراقبت سلامت در کشورهای توسعه نیافته در پاریس برگزار شد. نهایتا چنین نتیجه‌گیری شد که باید محرک‌های مخارج سلامت و سیاست‌های مربوط به مدیریت مخارج را بررسی کرد و ارزش پول را ارتقاء بخشند. اگرچه این موارد عمدتا نگرانی‌های طرف عرضه هستند، یکی از خواسته‌های نشست‌های ۲۰۱۳

^۱Bismarck systems

^۲Beveridge systems

^۳NHS: National Health Service

سازمان توسعه و همکاری اقتصادی این است که نشست‌های ۲۰۱۴ باید بر سیاست‌های اصلاحی در مراقبت سلامت مشتمل بر موضوع تقاضا متمرکز شوند [۱۴].

به طور کلی منابع تامین مالی سلامت یک موضوع اساسی است که کمتر به آن پرداخته شده است، این موضوع به عنوان یکی از نتایج اهداف توسعه پایدار باید در نظر گرفته شود. می‌توان گفت منابع پایداری سلامت در اقتصاد ایران به معنای این است که منابع این بخش با درآمدهای نفتی گره نخورد، به عبارتی منابعی که سهل‌الوصول باشند و نگرانی در جهت تامین آن وجود نداشته باشد، منابعی که تحت تاثیر نوسانات اقتصادی قرار نگیرند.

روش‌های تامین مالی سلامت

مکانیسم‌های اصلی برای هر سیستم تامین مالی سلامت شامل درآمدهای مالیاتی جمع‌آوری شده توسط دولت، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی و پرداخت‌های از جیب است. سیستم‌های تامین مالی سلامت شامل ترکیبی از مکانیسم‌های مختلف است و هیچ مدل تامین مالی واحدی وجود ندارد که به طور بین‌المللی دنبال شود. در ادبیات بین‌المللی تامین مالی سلامت، سیستم‌ها با توجه به منبع اصلی تامین مالی طبقه‌بندی می‌شوند: سیستم مبتنی بر مالیات (به عنوان مثال استرالیا، کانادا، ایرلند، نیوزیلند، سوئد و انگلستان)؛ سیستم‌های بیمه اجتماعی سلامت (به عنوان مثال آلمان)؛ سیستم‌ها خصوصی (به عنوان مثال آمریکا) و غیره.

نهایتاً همه منابع در دسترس برای تامین مالی سلامت از افراد نشأت می‌گیرد. روش‌هایی وجود دارد که در آنها این منابع می‌تواند ایجاد شوند، از پرداخت‌های مستقیم از جیب صورت توسط استفاده کنندگان از خدمات سلامت گرفته تا روش‌های غیر مستقیم‌تری از قبیل مالیات، بیمه و ...

تامین مالی سلامت بخشی از جریان کامل منابع در سیستم مراقبت سلامت است و تصمیم‌گیری در یک بخش از سیستم می‌تواند بر سایر مولفه‌های سیستم تاثیرگذار و با آنها تعامل داشته باشد. در هر سیستم سلامت تصمیم‌گیری‌های مهمی در مورد اینکه چگونه منابع سلامت ایجاد می‌شوند اتخاذ خواهد شد و علاوه بر آن رویکردهای به کار گرفته شده برای تخصیص منابع باید در راستای تخصیص موثر منابع عمل کنند. به طور کلی چهار مکانیسم اصلی برای تامین مالی بخش سلامت وجود دارد، این مکانیسم‌ها عبارتند از: مالیات، بیمه اجتماعی سلامت، بیمه خصوصی سلامت و پرداخت از جیب افراد. در ادامه هر یک از این مکانیسم‌ها به اختصار تعریف خواهند شد.

مالیات: مالیات شامل درآمدهای مستقیم، غیر مستقیم و سایر درآمدهای دولتی می‌شود.

بیمه اجتماعی سلامت: بیمه سلامت اجتماعی بر لیست حقوق وضع می‌شوند و معمولاً توسط کارفرماها و کارکنان پرداخت می‌شود، با سهم‌هایی برای بیکاران، بازنشستگان و سایر وابستگان بدون کار پوشش داده شده به روش‌های مختلف (به عنوان مثال سهم‌های پوشش داده شده توسط دولت).

بیمه خصوصی سلامت: پرداخت‌های بیمه‌ای توسط افراد که متکی بر مخارج احتیاطی است و با تمایل به پرداخت افراد و توانایی آنها برای پرداخت ارتباط دارد.

پرداخت از جیب: پرداخت‌های استفاده کنندگان برای مراقبت سلامت پرداخت‌های رسمی هستند که توسط بیماران در هنگام استفاده انجام می‌شود.

ضوابط ارزیابی روش‌های تامین مالی سلامت

هر چهار مکانیسم اصلی مالیات، بیمه اجتماعی سلامت، بیمه خصوصی سلامت و پرداخت‌های از جیب با توجه به مجموعه ضوابط زیر ارزیابی می‌شوند، این ضوابط بر پایه اهداف سیاستی بین‌المللی برای تامین مالی سلامت هستند [۱۱].

زمانی که چگونگی سازگاری مکانیسم‌های تامین مالی موجود با سایر مولفه‌های جریان کلی منابع در یک سیستم سلامت در نظر گرفته می‌شوند، این ضوابط مرتبط هستند. به عنوان مثال مکانیسم‌های منابع سلامت که قابل پذیرش و باثبات هستند می‌تواند تامین مالی پایدار برای مراقبت سلامت را ایجاد کنند. مکانیسم‌های منابعی که رابطه شفاف بین بسته خدماتی که در دسترس هستند ارائه می‌کنند و تامین بودجه این خدمات پاسخگویی و کارایی بیشتری را در فرآیند تخصیص منابع تسهیل می‌کند. مکانیسم‌های مشارکت منابع می‌تواند اثرات انگیزه‌ای متفاوتی را بر روی رفتارهای افراد در سیستم داشته باشد (به عنوان مثال پرداخت‌هایی که از نظر استفاده از مراقبت سلامت مورد نیاز است می‌تواند استفاده از آنها را سست کند). درک اثرات انگیزه‌ای احتمالی مکانیسم‌های مختلف بر استفاده کنندگان از مراقبت سلامت به منظور شناسایی درجه همترازی با انگیزه‌هایی که سایر عوامل در سیستم مواجه می‌شوند (به عنوان مثال ارائه کنندگان مراقبت سلامت) اهمیت دارد.

۳-۲-الف-پذیرش و شفافیت: رابطه ی شفاف بین پرداخت بابت خدمات سلامت و خدمات سلامتی که به ازای این پرداخت‌ها در دسترس هستند.

پرداخت‌های استفاده کنندگان برای مراقبت سلامت پرداخت‌های رسمی هستند که توسط بیماران در هنگام استفاده انجام می‌شود و از این رو ارتباط بین آنچه پرداخت می‌شود و آنچه که استفاده‌کنندگان مدعی دریافت آن هستند مستقیم و شفاف است. پرداخت از جیب به عنوان شفاف‌ترین مکانیسم تامین مالی برشمرده می‌شود. از نظر شفافیت و قابلیت پذیرش یکی از مزایای کلیدی سیستم بیمه اجتماعی سلامت شفافیت درباره ارتباط مستقیم قابل مشاهده میان منابع سلامت و ^۱ خدمات مورد انتظار از مراقبت سلامت است. بیمه اجتماعی سلامت می‌تواند به دلیل رابطه قابل رویت بین سهم‌هایی که افراد پرداخت می‌کنند و خدمات مورد انتظاری که به وسیله این سهم‌ها تامین بودجه می‌شوند، مورد حمایت مردم باشد.

سهم بیمه سلامت اجتماعی می‌تواند به دلیل شفافیت جریان منابع و ارتباط مستقیم بین مشارکت کننده و داشتن حق و حقوق از حمایت قوی برخوردار باشد [۱۵]. ارتباط صریح و شفاف بین پرداخت‌ها برای مراقبت سلامت و ایجاد حقوق نسبت به سلامت می‌تواند حقوق بیمار را به عنوان مصرف‌کننده مراقبت سلامت با تاثیر بالقوه بر کیفیت و پاسخگویی خدمات مراقبت سلامت تقویت کند. اما در عمل صندوق‌های بیمه اجتماعی به وسیله مالیات دولتی مبتنی بر انتقالات/کمک‌ها تکمیل می‌شوند و از این رو شفافیت را کاهش می‌دهد.

همانند بیمه اجتماعی سلامت، بیمه خصوصی سلامت رابطه شفاف بین آنچه برای مراقبت سلامت پرداخت می‌شود و حقی که برای دریافت آن خدمات است ایجاد می‌کند (مانند بسته منافع خاص). با این وجود کمک مالی بیمه خصوصی سلامت به وسیله منابع دولتی شفافیت بین منابع بیمه خصوصی سلامت را کاهش می‌دهد و می‌تواند اثرات انگیزشی ناخواسته‌ای را در استفاده از خدمات بیمه شده خصوصی ایجاد می‌کند.

^۱ health care entitlements

مالیات‌های عمومی یک شکل قابل پذیرش جمع‌آوری درآمد در همه کشورهای توسعه یافته است. به هر حال، مراقبت سلامت با سایر اهداف دولتی در تخصیص منابع رقابت می‌کند (نرمند و همکاران^۱، ۲۰۰۹) و ممکن است در واکنش به فرایندهای بودجه‌ای سیاستی، نسبت به سهم بیمه اجتماعی آسیب‌پذیرتر باشند. فقدان شفافیت در اینکه چگونه منابع عمومی مبتنی بر مالیات تخصیص می‌یابند می‌تواند قابلیت پذیرش مکانیسم این منابع برای تامین مالی سلامت را کاهش دهد.

۳-۲-ب- عدالت در تامین مالی: پرداخت برای خدمات سلامت بر اساس توانایی مالی افراد برای پرداخت باشد و دریافت خدمات سلامت به میزان نیاز افراد از خدمات سلامت باشد.

تفکیک بین آنچه مردم برای مراقبت سلامت پرداخت می‌کنند و آنچه آنها دریافت می‌کنند، اجازه می‌دهد خدمات سلامت بر اساس یک اصل انتخابی تامین مالی شوند (به عنوان مثال توانایی افراد برای پرداخت) و توسط ارائه‌دهندگان بر اساس یک اصل متفاوت تحویل داده شوند (به عنوان مثال با توجه به نیازها به جای توانایی برای پرداخت تحویل داده شوند). هرکجا پرداخت‌ها برای مراقبت سلامت بر اساس توانایی پرداخت باشد اما دریافت مراقبت سلامت بر پایه نیاز باشد، نوعی کمک مالی از افراد ثروتمندتر به افراد فقیرتر و از افراد سالم‌تر به افراد بیمارتر محسوب می‌شود. مشارکت‌های در مالیات عمومی و بیمه اجتماعی سلامت هر دو بین آنچه مردم برای مراقبت سلامت پرداخت می‌کنند و آنچه آنها دریافت می‌کنند تفکیک قائل می‌شوند [۱۱]. منابع جمع‌آوری شده که توسط افراد به اشتراک گذاشته می‌شوند، به وسیله واسطه‌هایی مدیریت می‌شوند و به ارائه‌کنندگان تخصیص داده می‌شوند (به عنوان مثال بنده دولتی، صندوق‌های بیمه اجتماعی سلامت و ...) و ارائه‌کنندگان به نوبه خود این خدمات را به افراد اختصاص می‌دهند.

تحلیل‌های مربوط به عدالت در آنچه مردم برای مراقبت سلامت پرداخت می‌کنند بر این اصل متمرکز شده‌اند که پرداخت‌ها با توانایی افراد برای پرداخت مربوط باشد. به طور خاص تمرکز بر روی پرداخت‌های تصادفی است که به وسیله آن نه تنها افراد ثروتمندتر بیش از افراد فقیرتر پرداخت می‌کنند بلکه آنها نسبت بالاتری از درآمدشان را نسبت به افراد با درآمد پایین‌تر پرداخت می‌کنند.

یک انتقاد متداول درباره پرداختی‌های استفاده‌کنندگان بر تاثیرات منفی از بعد عدالت متمرکز است. نرخ یکسان پرداختی‌های استفاده‌کنندگان فشار نسبتاً بالاتری بر گروه‌های درآمدی پایین‌تر در مقایسه با گروه‌های درآمدی بالاتر وارد می‌سازد و این نوع از تامین مالی به عنوان تامین مالی نزولی لقب داده می‌شود. نزولی بودن پرداخت از جیب در تحلیل‌های دامنه‌ای از کشورهای توسعه یافته شناسایی شده است [۱۶]. با فرض کشش قیمتی بالاتر تقاضا برای سلامت در میان افراد فقیرتر (مک پیک و همکاران، ۲۰۰۸)، عدم استطاعت مالی استفاده‌کنندگان برای پرداخت می‌تواند منجر به محروم شدن کامل گروه‌های با درآمد پایین از درخواست مراقبت سلامت در هنگام نیاز یا در مناسب‌ترین مکان‌ها شود. مفاهیم عدالت درباره بیماری‌های مزمن نیز افزایش یافته است. افراد با بیماری‌های مزمن نیازمند استفاده از خدمات سلامتی و از این رو پرداخت از جیب مستمرتری در مقایسه با افراد سالم‌تری که غالباً نیاز به

^۱Normand et al, ۲۰۰۹.

مراقبت سلامت ندارند هستند و از این رو لازم نیست پرداخت از جیب زیادی داشته باشند [۱۷]. بنابراین به طور کلی بیان می‌شود که پرداخت از جیب پایین‌ترین عدالت را در میان سایر اجزاء تامین مالی دارد. عدالت در تامین مالی مبتنی بر مالیات به ترکیب مالیات‌ها (به عنوان مثال مالیات بر درآمد، مالیات بر ارزش افزوده و ...) و به ساختار مالیات‌ها (به عنوان مثال نرخ‌های مالیات بر درآمد بالاتر برای درآمدهای بالاتر، سقف‌ها، معافیت‌ها و ...) بستگی دارد.

سهم‌های بیمه سلامت اجتماعی تحت تاثیر ساختار پرداخت‌ها (به عنوان مثال آیا سقف‌هایی وجود دارد، آیا برخی از افراد شامل معافیت از این پرداخت‌ها می‌شوند) هستند. مروری بر شواهد کشورها بر این نکته دلالت دارد که در عمل، سیستم‌های مبتنی بر مالیات‌ها نسبت به سیستم‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت پیشرفته‌تر هستند ([۱۶]). مالیات‌ها پتانسیل قوی برای برقراری عدالت دارند، مالیات‌های تصاعدی و مالیات بر کالاهای لوکس از این قبیل هستند.

اینکه ثروتمندان نسبت به فقرا نسبت بیشتری از درآمد خود را صرف برای خدمات سلامت بپردازند نیز به ساختار مکانسیم بیمه سلامت اجتماعی و مالیات بستگی دارد. ساختار پرداخت تصاعدی به‌طور ذاتی در هیچ یک از این دو روش وجود ندارد اما این ساختار پرداختی می‌تواند در هر دو این مکانسیم‌ها تعبیه شود. تقاضا برای مراقبت سلامت نسبت به قیمت‌ها بی‌کشش است اما افراد فقیرتر کشش قیمتی بالاتری نسبت به افراد ثروتمند دارند [۱۸]، برای یک افزایش قیمتی مشخص برای یک کالا، کشش قیمتی بالاتر به معنای کاهش بیشتر تقاضا است. از این رو، اثرات بازدارنده پرداخت از جیب برای مراقبت سلامت برای افراد فقیرتر به دلیل کشش قیمتی تقاضا بالاتر برای آنها بزرگتر است.

به طور کلی شواهد بیانگر آن است که پرداختی از جیب افراد ابزار مناسبی برای تعیین سهم تقاضای بی‌مورد مراقبت سلامت نیست، زیرا مانع استفاده از مراقبت سلامت هم موثر و هم غیر موثر می‌شود [۱۹]. عدم توانایی بیمار برای تفکیک بین تقاضای بی‌مورد و بامورد به معنای آن است مثلاً با توجه به عدم تشخیص به موقع فشار خون بی‌علامت، فرد مبتلا به این بیماری ناچار است معاینه فشار خون را حتی در زمان‌هایی که فشارخونش تنظیم است را داشته باشد و همین مورد درباره مدیریت سایر بیماری‌های مزمن نیز مطرح است.

۳-۲-ج- هزینه‌های اجرایی پایین: هزینه‌های مربوط به انجام امور اداری و روندهای درون سازمانی.

جمع‌آوری منابع مراقبت سلامت از طریق سیستم مالیات عمومی هزینه‌های اجرایی را با استفاده از مکانسیم تولید درآمد موجود کنترل می‌کند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه هزینه‌های اجرایی در بیمه اجتماعی بالاتر از سیستم‌های مبتنی بر مالیات است [۲۰]. هزینه‌های اجرایی تحت تاثیر تعداد صندوق‌های بیمه اجتماعی سلامت هستند. همانطور که مشاهده شد درجه بالاتر کنترل هزینه‌ها برای مکانسیم مالیات نسبت به بیمه اجتماعی سلامت، عمدتاً مربوط به موضوعات اجرایی است. انحصار در خرید (به عنوان مثال یک بازار با چندین ارائه‌کننده، فروشنده و تنها یک خریدار) وضعیتی را ایجاد می‌کند که پاسخگویی برای بدنه عمومی برلی جمع‌آوری و تخصیص منابع مالیاتی سطح بالایی از کنترل در مورد اینکه چه چیزی و در چه قیمتی ارائه شود را مجاز می‌شمارد. [۲۱].

در سیستم بیمه اجتماعی سلامت با صندوق‌های چندگانه هزینه‌های اجرایی اضافی مورد نیاز است. در مواردی که صندوق‌های چندگانه وجود دارد، یک سیستم برابر کننده ریسک مورد نیاز است (به عنوان مثال برای جبران صندوق‌هایی که جذب اعضای آنها گرانتر است) [۱۵]. به هر حال، ریسک‌ها نیازمند ترتیبات پیچیده‌ای برای پرهیز از عدم کفایت در سیستم به منظور تسهیم ریسک مناسبی در میان صندوق‌های بیمه است. همچنین تعدیل کامل ریسک حتی در مورد سیستم پیچیده‌ای که در هلند مورد استفاده قرار می‌گیرد مشاهده نشده است (که برای سن، جنس، منطقه، وضعیت اشتغال، ناتوانی، گروه‌های هزینه تشخیص، گروه هزینه دارویی) [۲۱]. حتی اگر تعدیل کامل برای ریسک امکانپذیر باشد، نسبت هزینه‌های انواع مختلف درمان می‌تواند در طول زمان با تغییرات تکنولوژی تغییر کند، این مساله فی‌الغافه عدم مزیتی برای بیمه اجتماعی سلامت محسوب نمی‌شود اما شاید بحث‌هایی علیه صندوق‌های چندگانه در مکانیسم بیمه اجتماعی سلامت ایجاد کند.

۳-۲-۵- پایداری؛ سازمان جهانی بهداشت پایداری را توانایی پاسخگویی به نیازهای فعلی بدون ایجاد اختلال در توانایی پاسخگویی به نیازهای آینده تعریف کرده‌است.

همه انواع مشارکت در منابع به خصوص در طول یک دوره رکود نهایتاً می‌توانند ناپایدار باشند. به نظر می‌رسد پرداخت از جیب پایین‌ترین پایداری را در مقایسه با سایر روش‌های تامین مالی دارد. زیرا پرداخت از جیب افراد تحت تاثیر قدرت خرید آنهاست. با وقوع یک رکود اقتصادی و افزایش نرخ بیکاری، منابع مالی افراد و از این رو قدرت خرید آنها از کالا و خدمات بخش سلامت با کاهش اساسی مواجه خواهد شد چنانچه این رکود توأم با تورم نیز باشد (همانند آنچه که طی سالیان اخیر اقتصاد ایران تجربه کرده است)، افزایش تورم نیز به صورت مضاعف قدرت خرید آنها را تحت تاثیر قرار خواهد داد.

تامین مالی بیمه خصوصی سلامت نسبت به بیمه اجتماعی سلامت و بیمه مبتنی بر مالیات از پایداری کمتری برخوردار است، زیرا بیمه خصوصی سلامت متکی بر مخارج احتیاطی است که با تمایل به پرداخت افراد و توانایی آنها برای پرداخت ارتباط دارد.

مالیات‌ها نسبت به بیمه اجتماعی پایداری کمتری دارند زیرا مالیات‌های جمع‌آوری شده تحت تاثیر ادوار تجاری هستند و با کاهش تولید به دلیل رکود اقتصادی، درآمدهای مالیاتی نیز کاهش می‌یابند.

اما بیمه‌های اجتماعی از آنجایی که نوعی پیش‌پرداخت محسوب می‌شوند که قبل از وقوع رکود اقتصادی از حقوق و دستمزد کارکنان و یا توسط کارفرمایان آنها پرداخت شده است بنابراین کمتر از سایر اجزاء تامین مالی سلامت تحت تاثیر نوسانات اقتصادی قرار می‌گیرند.

مطالعه موردی سیستم‌های تامین مالی بین‌المللی

در ادامه به بررسی شواهد بین‌المللی درباره روش‌های متفاوت تامین مالی مراقبت سلامت پرداخته خواهد شد. مکانیسم‌های اصلی برای هر سیستم تامین مالی سلامت شامل درآمدهای مالیاتی جمع‌آوری شده توسط دولت، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی و پرداخت‌های از جیب است. سیستم‌های تامین مالی سلامت شامل ترکیبی از مکانیسم‌های مختلف است و هیچ مدل تامین مالی واحدی وجود ندارد که به طور بین‌المللی دنبال شود. در ادبیات بین‌المللی تامین مالی سلامت، سیستم‌ها با توجه به منبع اصلی تامین مالی طبقه‌بندی می‌شوند: سیستم

مبتنی بر مالیات (به عنوان مثال استرالیا، کانادا، ایرلند، نیوزیلند، سوئد و انگلستان)؛ سیستم‌های بیمه اجتماعی سلامت (به عنوان مثال آلمان)؛ سیستم‌ها خصوصی (به عنوان مثال آمریکا).

- سیستم سلامت ایرلند به طور غالب با منابع مالیاتی عمومی تامین مالی می‌شود، همراه با نسبت کوچکتری از منابع پرداخت از جیب و بیمه سلامت خصوصی.
- در انگلستان، درآمدهای ملی مالیاتی به عنوان بزرگترین نسبت در تامین مالی کل سلامت در نظر گرفته می‌شود. پرداخت‌های از جیب برای مشارکت در پرداخت‌های دارویی، دندانپزشکی و مراقبت‌های چشمی مورد نیاز است. بیمه درمانی خصوصی تکمیلی به وسیله نسبت کوچکی از جمعیت خریداری می‌شود.
- در کانادا، مالیات‌های استانی منبع اصلی تامین مالی سلامت را تشکیل می‌دهند. پرداخت‌های از جیب برای داروها و سایر کالا و خدمات مربوط به سلامت خصوصی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیمه سلامت خصوصی برای خدماتی پوشش ارائه می‌دهد که با بودجه دولتی پوشش داده نمی‌شود و این یک منبع اصلی تامین بودجه برای مراقبت‌های دندانپزشکی و داروهای تجویزی است.
- در نیوزیلند درآمدهای ملی مالیاتی به عنوان منبع اصلی تامین مالی سلامت به کار گرفته می‌شوند و پرداخت‌های از جیب برای مراقبت‌های اولیه (از قبیل پزشک عمومی، داروها، مراقبت‌های دندانپزشکی) مورد نیاز هستند. کمتر از ۴۰ درصد جمعیت بیمه مکمل سلامت خصوصی خریداری می‌کنند.
- در استرالیا، فدرال و ایالت مالیات‌ها مهم‌ترین منبع تامین مالی سلامت را ارائه می‌دهند. پرداخت از جیب برای مشارکت در پرداخت‌های (به عنوان مثال داروها، ویزیت‌های پزشک) و پرداخت‌های مستقیم (به عنوان مثال مراقبت‌های دندانپزشکی) مورد نیاز هستند. بیش از ۴۰ درصد جمعیت بیمه سلامت خصوصی را حفظ کرده‌اند.
- در سوئد مالیات‌های محلی مهم‌ترین منبع تامین مالی سلامت هستند. بیمه سلامت اجتماعی اضافی دیگری برای کمک هزینه داروهای تجویز شده و مراقبت‌های دندانپزشکی و سایر طرح‌های مستثنی شده مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرداخت‌های از جیب برای اکثر خدمات مراقبت سلامت مورد نیاز است. کمتر از ۳ درصد جمعیت بیمه سلامت خصوصی تکمیلی نگاه‌داری می‌کنند.
- در آلمان برای همه شهروندان خرید بیمه سلامت چه اجتماعی و چه خصوصی اجباری است. بیمه سلامت اجتماعی منبع اصلی تامین مالی سلامت است. همه افراد با درآمدهای پایین‌تر از سطح درآمد ناخالص مشخصی نیازمند خرید بیمه سلامت اجتماعی هستند. این مشارکت‌ها در یک "صندوق سلامت" متمرکز با یک یارانه دولتی مبتنی بر مالیات (به منظور پوشش هزینه بیمه کودکان) ترکیب شده‌اند. پرداخت‌ها از جیب برای پوشش پرداخت‌ها و هزینه‌ها برای منافی که با طرح بیمه سلامت خصوصی یا اجتماعی پوشش داده نمی‌شوند به کار گرفته می‌شوند. بیمه سلامت خصوصی توسط کسانی که واجد شرایط نیستند یا کسانی که از طرح بیمه سلامت اجتماعی خودداری می‌کنند استفاده می‌شود. بیمه سلامت خصوصی متمم برای خدمات اضافی و بیمه سلامت خصوصی مکمل برای پوشش مشارکت در هزینه‌ها در دسترس هستند.

- در آمریکا، فدرال و ایالت مالیات‌ها برای تامین مالی سلامت بزرگسالان با درآمد پایین و کودکان واجد شرایط و افراد ۶۵ ساله و مسن‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیمه سلامت خصوصی منبع اصلی تامین بودجه سلامت بیش از ۶۰ درصد جمعیت است (و با گسترده‌تر شدن اصلاحات مراقبت بهداشتی، بیمه سلامت خصوصی برای خانوارهای با درآمد پایین‌تر مقرون به صرفه‌تر خواهد بود). پرداخت‌ها از جیب نیز برای پوشش همکاری در پرداخت مورد نیاز است.

- در هلند، مراقبت‌های سلامت هم‌اکنون با بیمه سلامت اجباری و حق بیمه‌ها تامین بودجه می‌شوند. همه ساکنان قانونی نیازمند خرید بیمه سلامت از بیمه‌گران سلامت خصوصی هستند. این با مشارکت‌های متناسب با درآمد و حق بیمه‌های با نرخ یکسان تامین مالی می‌شود. پرداخت از جیب برای مشارکت در هزینه‌های بیمه مورد نیاز هستند. منابع مالیاتی دولت عمدتاً برای کمک به طرح‌های بیمه سلامت اجباری به کار گرفته می‌شوند (به عنوان مثال پرداخت‌های حق بیمه برای افراد زیر ۱۸ سال). نسبت بالایی از افراد بیمه تکمیلی سلامت خصوصی را به صورت داوطلبانه به کار می‌گیرند.

مروری که در بالا صورت گرفت بر دو نکته کلیدی تاکید دارد. اول، پراکنده‌ای گسترده‌ای در اینکه چگونه منابع مختلف تامین مالی سلامت در هر سیستمی به کار گرفته می‌شود وجود دارد. دوم اینکه ترکیب منابع در سیستم سلامت به طور فزاینده‌ای در حال پیچیده‌تر شدن است. در این راستا بررسی مزیت‌ها و عدم مزیت‌های هر یک از مکانیسم‌ها و اینکه از شواهد بین‌المللی برای سیستم سلامت ایران درس‌های کلیدی اتخاذ شود بسیار حائز اهمیت خواهد بود.

به طور کلی اهداف تامین مالی در نظام‌های سلامت عبارتند از: در دسترس قراردادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و یا جلوگیری از تهی‌شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌هاست. هر کشور باید درباره یک راهبرد تامین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تامین مالی برای تامین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی یا مالیات‌های تعیین شده^۱، حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی^۲، حق بیمه‌ها برای بیمه خصوصی^۳، تامین مالی جامعه‌ای^۴، پرداخت مستقیم توسط افراد^۵، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها^۶ که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند [۲۲].

تامین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آن‌ها توزیع شده است تا خطر خود بیماری. یک نظام با

^۱ General revenue or earmarked taxes

^۲ Social insurance contribution

^۳ Private insurance premiums

^۴ Community financing

^۵ Direct out of pocket payment

^۶ External aid

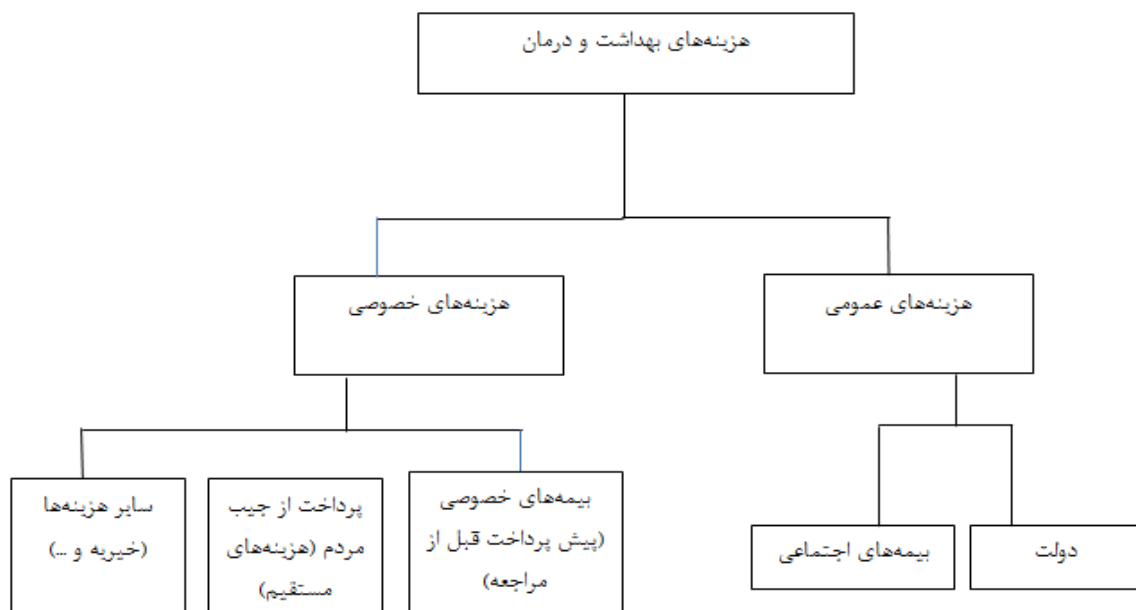
تامین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید و نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضا در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت مشخصه اکثر کشورهای توسعه نیافته و برخی از کشورهای با درآمد در حال توسعه یا توسعه یافته است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند اما در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولا سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت است.

نیازهای روزافزون و نامحدود به خدمات مراقبت سلامت در جامعه از یک طرف و محدودیت منابع مالی نظام سلامت از طرف دیگر، این تصور را که در آینده بتوان سازمان‌های مراقبت سلامتی را یافت نمود که برنامه‌ریزی‌های خود را بدون توجه به درونداها و منابع تامین مالی نظام سلامت انجام دهند، غیرممکن می‌سازد.

تامین مالی بخش سلامت ایران

به طور کلی تامین مالی نظام سلامت در ایران از دو بخش خصوصی و عمومی صورت می‌گیرد. هر نظام سلامت را باید بر مبنای منابعی که واقعا در حال مصرف شدن هستند قضاوت کرد نه منابعی که اصولا به سلامت اختصاص می‌یابد اما ممکن است صرف امور دیگری شود. درآمد کل کشور مهم نیست بلکه هزینه مصرف شده در امر سلامت مهم است (کشورهای با درآمد یکسانی وجود دارد که هزینه‌های متفاوتی در امر سلامت صرف می‌کنند). تاکنون اکثر کشورهای جهان حتی کشورهای توسعه یافته علی‌رغم اینکه بخش قابل توجهی از تولید ناخالص ملی خود را در بخش بهداشت و درمان صرف کرده‌اند ملاحظه می‌شود که با صف‌های طولانی انتظار، افزایش نارضایتی بیماران و در نهایت حتی با عدم دریافت خدمات از طرف برخی از بیماران مواجه هستند. به طور مثال کشور آمریکا با تخصیص بیش از ۱۵ درصد از تولید ناخالص ملی خود که رقم بسیار قابل ملاحظه‌ای می‌باشد نتوانسته است نسبت به ارائه خدمات به تمامی اقشار مردم موفق گردد به طوری که در حدود ۴۵ میلیون نفر دارای هیچ‌گونه بیمه درمانی نمی‌باشند و سطح هزینه‌ها بسیار بالاست و حتی گروهی از مردم از دریافت خدمات اورژانس محروم هستند.

منابع تامین مالی بهداشت و درمان در نظام سلامت کشور به شکل ذیل است:



شکل ۲-۱: منابع تامین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان در ایران [۲۳]

طبق گزارش سازمان سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران، سهم کل مخارج بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، به طور متوسط ۶ درصد بوده است که در آن سهم دولت و بخش خصوصی به ترتیب ۴۳٫۶ و ۵۶٫۴ می‌باشد. به طور متوسط ۵۳٫۵ درصد از کل مخارج سلامت در فاصله این سالها در کشور (به جز هزینه‌های تامین اجتماعی برای سلامت) به طور مستقیم توسط خانوارها پرداخت شده است [۲۴]. یکی از مهم ترین اهداف طرح تحول سلامت کاهش پرداخت از جیب مردم است در حالی که با توجه به اعداد و ارقام یاد شده می‌توان گفت متأسفانه در کشور ایران خانوارها یکی از منابع عمده تامین مالی نظام سلامت به شمار می‌آیند. در صورتی که اتکا به جیب خانوار به عنوان یک منبع مالی برای هزینه‌های سلامت نوعی ناپایداری در منابع سلامت ایجاد خواهد کرد.

درباره پایداری منابع تامین سلامت برای اقتصاد ایران می‌توان گفت در کشور ما بخش اندکی از منابع بخش دولتی از طریق مالیات‌ها حاصل می‌شود و درآمدهای دولت عمدتاً به منبع کاملاً ناپایدار درآمدهای نفتی که منبعی درآمدی برونزا و خارج از کنترل دولت است بستگی دارد و از این طریق تامین می‌شود در نتیجه به صورت کلی اتکا بر تامین مالی از طریق دولت در کشور ما نسبت به تامین مالی از طریق مالیات بسیار ناپایدار است.

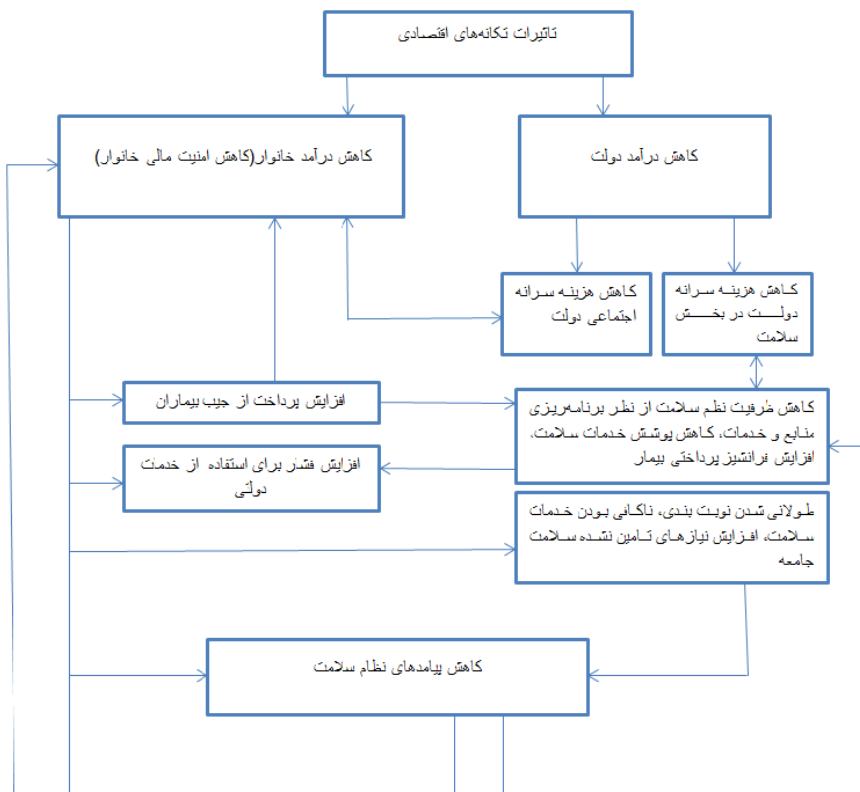
علاوه بر این با وقوع رکودهای اقتصادی و افزایش نرخ بیکاری، منابع درآمدی افراد و از این رو قدرت خرید آنها کاهش پیدا می‌کند، چنانچه رکود توام با تورم باشد (همانند اقتصاد ایران که طی سالهای اخیر با تورم رکودی درگیر بوده است)، تورم نیز در کنار بیکاری به صورت مضاعف قدرت خرید افراد را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد. به دلایل ذکر شده واضح است که بحران‌های اقتصادی منجر به کاهش قدرت خرید افراد می‌شود از این رو پرداخت از جیب

بابت خدمات سلامت نیز تحت تاثیر این بحران‌ها هستند، به این دلیل پرداخت از جیب خانوارها همواره یکی از ناپایدارترین منابع تامین مالی سلامت محسوب می‌شود.

در ادامه به طور مفصل‌تری تحلیل خواهد شد که چگونه تکانه‌های منفی اقتصادی با محدود ساختن درآمدها و منابع مالی دولت، وزارت بهداشت و درمان را با کمبود اساسی منابع مالی مواجه خواهند ساخت، از آنجایی که یکی از مهم‌ترین اهداف نظام سلامت حمایت از مردم و کاهش پرداخت از جیب آنهاست بنابراین اتکا منابع بهداشت و درمان به پرداخت از جیب مردم به عنوان یک منبع ناپایدار تامین مالی باید روندی کاهنده داشته باشد، از این رو تعریف منابع مالی پایدار برای بهداشت و درمان به نحوی که تحت تاثیر تکانه‌های اقتصادی قرار نگیرند بسیار ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اعمال تحریم‌های اقتصادی علیه ایران که کاهش منابع درآمدی دولت را به دنبال داشت و هزینه اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی نیز به شکل قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت، تعریف و خلق منابع جدید درآمدی پایدارتر نیز برای نظام سلامت اهمیتی دو چندان خواهد داشت.

تبعات تکانه‌های اقتصادی بر نظام سلامت

شکل شماره (۲-۲) پیامدهای تکانه اقتصادی را از دو جنبه کلان (کشور) و خرد (خانوار) به وضوح نشان می‌دهد.^۱



شکل ۲-۲:- تبعات تکانه‌های اقتصادی بر نظام سلامت

^۱Maresso, Anna, et al, ۲۰۱۵.

همانطور که در شکل (۲-۲) نمایان است تکانه‌های اقتصادی، دو بلوک دولت و خانوار را متاثر می‌سازد. لذا به طور کلی ابعاد مختلف اثرگذاری تکانه‌های اقتصادی ایران با تاکید بر تحریم‌های اقتصادی و مسیرهای اثرگذاری آنها بر بخش سلامت عبارتند از:

تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع عمومی بخش سلامت

در این بخش برای توضیح مکانیسم‌های تاثیرگذاری تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع سلامت، علاوه بر بیان تئوریک کانال‌های تاثیرگذاری تکانه‌ها بر منابع بخش سلامت، کانال‌هایی که هزینه‌های بهداشت و درمان عمومی را نیز تحت تاثیر قرار خواهد داد بیان می‌شوند، زیرا افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان به نوعی محدودیت منابع مالی این بخش را به دنبال خواهد داشت و بالعکس.

تاثیرات تکانه‌ها بر شاخص‌های اقتصادی

تکانه‌ی کاهش درآمدهای نفتی در یک اقتصاد صادرکننده نفت همچون ایران علاوه بر اینکه منجر به رکود در بخش صنایع نفتی شده‌است، مهمترین منبع درآمدهای دولت را که می‌توانست تا حدودی اثرات تورمی و رکودی شکل گرفته در کشور را مدیریت نماید به صورت چشم‌گیر کاهش داده است. در نتیجه‌ی مکانیسم‌های یاد شده، نرخ‌های تورم شدید تجربه شده در سال‌های ابتدای دهه ۱۳۹۰ و به دنبال آن رکود شدید اقتصادی کشور در سال‌های بعد تا به امروز را می‌توان مشاهده کرد.

به دلیل کمبود ارز ناشی از محدودیت‌های تجاری احتمال افزایش نرخ ارز و در نتیجه افزایش قیمت کالاهای وارداتی وجود دارد. کمبود نقدینگی ارزی، نبود یا سختی مبادلات ارزی میان بانک‌های خارجی با کشور و افزایش قیمت مواد اولیه مورد نیاز برای تولیدات داخلی منجر به افزایش سطح تورم از کانال‌های کاهش عرضه کالا و خدمات، افزایش بهای تمام شده کالا و خدمات وارداتی و افزایش انتظارات تورمی شده است. افزایش تورم نیز با کاهش قدرت خرید جامعه و سطح تقاضای کل اقتصاد منجر به کاهش توان تولیدی بنگاه‌های اقتصادی و سطح سرمایه‌گذاری خصوصی در کشور شده است که ثمره آن رکود اقتصادی و افزایش بیکاری در کشور بوده است. با افزایش سطح تورم قدرت خرید مردم برای خرید کلیه کالاها شامل مواد غذایی، داروها و خدمات (مشمول بر خدمات پزشکی و بهداشتی) کاهش یافته و سلامت آن‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

تاثیرات زیست محیطی تکانه‌ها

بسیاری از تکانه‌های مختلف اقتصادی که کاهش منابع مالی دولت را موجب می‌شود واردات تکنولوژی‌های جدید و به روز را با محدودیت اساسی مواجه می‌سازد این مساله استفاده از ماشین‌آلات فرسوده قبلی را به دنبال دارد، به این ترتیب میزان آلودگی افزایش می‌یابد و از این حیث سلامت افراد جامعه به خطر خواهد افتاد. نکته‌ی دیگر این است که گاهی کشوری که با محدودیت‌های مختلف برای واردات این تکنولوژی‌ها روبه‌رو است ممکن است برای جبران کمبود برخی از اقلام ضروری برای زندگی، خود اقدام به تولید آن‌ها می‌کند. اما معمولاً به دلیل عدم دسترسی به

دانش و تکنولوژی‌های به روز برای تولید این کالاها این امکان وجود دارد که کالاهای تولیدی کیفیت پایینی داشته باشند و در نتیجه از این حیث، سلامت شهروندان تهدید شود.

بنابراین تکانه‌های اقتصادی به آب و هوای کشور آسیب‌هایی وارد کرده‌اند که به محدودیت در استفاده از فناوری‌های روز در کارخانه‌ها، عدم بازیافت پساب‌ها و پسماندها و کاهش کیفیت خودروها به دلیل عدم استفاده از تکنولوژی‌های روز مربوط می‌شود. اثرات تکانه‌های اقتصادی همه جانبه در حوزه محیط زیست خود را به شکل آلودگی روز افزون آب و هوا در سال‌های اخیر نشان داده است. بر اثر این تکانه‌ها بیماری‌های لاعلاجی همچون سرطان، بیماری‌های زنان و بیماری‌های نوزادان در کشور افزایش یافته است.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، آلودگی هوا سالانه ۳/۲ میلیون مرگ زودرس و حدود ۷۴ میلیون سال زندگی سالم از دست رفته را سبب می‌شود که از این میان ۸۰۰۰۰۰ نفر بر اثر سرطان ریه، بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی ناشی از آلودگی هوا فوت می‌کنند. طبق گزارش همین سازمان بیشترین میزان ریسک مربوط به کشورهای در حال توسعه آسیایی می‌باشد (آسیا بیشترین سطح آلودگی را در جهان دارد). بر طبق گزارش بانک جهانی، ایران سالانه ۲٫۸ برابر بیشتر از سایر کشورهای خاورمیانه بر اثر آلودگی هوا خسارت می‌بیند. بر اساس رتبه‌بندی‌های بین‌المللی، ایران در بین ده کشور آلوده‌ی جهان در سال ۲۰۱۲ رتبه هفتم را کسب نموده و شهر تهران نیز در همین سال بعد از دو شهر جاکارتای اندونزی و کلکته هند سومین شهر آلوده جهان بوده است. در مطالعات انجام شده رابطه بین آلاینده‌های هوا و میزان بروز بیماری‌های تنفسی و ریوی (آسم، آمفیزم، برونشیت مزمن)، بیماری‌های قلبی، عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های پوستی و زنان و کودکان اثبات شده است [۲۵].

کمبود امکانات مورد نیاز برای تصفیه‌ی آب نیز می‌تواند یکی دیگر از پیامدهای نامطلوب تکانه‌های اقتصادی باشد. که در نتیجه‌ی آن دستیابی به آب تصفیه شده کاهش می‌یابد، آب آلوده سبب بروز بیماری‌هایی در مردم، به خصوص کودکان و اقشار آسیب‌پذیر می‌شود. به طور کلی می‌توان گفت کاهش مواد اولیه و کالاهای واسطه‌ای برای تولید کالاهای بهداشتی به اثر منفی تکانه بر سلامت دامن می‌زند، به نحوی که بسیاری از بیماری‌ها از آلودگی آب یا هوا نشأت می‌گیرند [۲۷].

هر کدام از این بیماری‌ها بار اقتصادی عمده‌ای را به صورت هزینه‌های مستقیم شامل هزینه‌های درمان سرپایی، بستری، تشخیصی و دارو و هزینه‌های غیرمستقیم شامل غیبت از کار، کاهش کارایی، از کارافتادگی و نیز درد و رنج بیمار و خانواده‌اش، بر بخش بهداشت و درمان وارد می‌کنند. بنابراین شاهد رشد فزاینده هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از کانال مذکور خواهیم بود. [۲۷].

اثرات بر دارو و مراقبت‌های پزشکی

تکانه‌های اقتصادی به طور کلی و تحریم‌های اقتصادی به طور خاص به علت مشکلات مالی که برای کشورها ایجاد می‌کنند مانع از رسیدن آن‌ها به اهداف و برنامه‌هایشان می‌شود که از جمله آنها حفظ سلامت جامعه و دسترسی به داروهای دسترس‌ی به دارو است. دسترسی به دارو تحت تاثیر عوامل متعددی است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به مواردی مانند انتخاب و مصرف منطقی دارو، قیمت مناسب دارو، سیستم مناسب مالی و سیستم پایدار تامین دارو اشاره

کرد. تکانه‌ی اقتصادی می‌تواند به شکل مستقیم یا غیرمستقیم هر یک از این چهار فاکتور را تحت تاثیر قرار داده و سبب کاهش دسترسی به دارو شود.

با توجه به انتشار گزارش‌های متعدد از بخش دولتی و خصوصی مبتنی بر کمبود دارو و مشکلات بیماران در دستیابی به داروی مناسب در دوران تکانه‌ها و اهمیت بررسی تاثیر تکانه‌ها بر سلامت جامعه و همچنین با توجه به اینکه برخی از تحریم‌های اقتصادی اعمال شده بر ایران سابقه‌ای در جاهای دیگر دنیا ندارند، انجام مطالعات متعددی در داخل کشور برای درک چگونگی تاثیرگذاری تکانه‌های اقتصادی بر بخش سلامت بسیار ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه حدود ۸۰ درصد داروها تولید داخل و ۲۰ درصد آنها وارداتی بوده است و سهم عمده‌ای از تولیدات داخلی از مواد اولیه وارداتی استفاده می‌کنند، افزایش قیمت مواد اولیه در اثر تحریم‌ها موجب افزایش قیمت این داروها شده است^۱. البته این نکته هم شایان ذکر است، برخی مواد شیمیایی که جزء مواد اولیه داروها هستند نیز حتی در لیست کالاهایی بودند که معامله آنها با ایران ممنوع بود و این امر خود سبب محدودیت واردات آنها شد [۲۷]. با ادامه تحریم‌ها، واردات داروهای مجاز کاهش و واردات داروهای غیرمجاز و تقلبی افزایش می‌یابد که به کاهش کارایی این داروها و عوارض جانبی شدید می‌انجامد [۲۸]. کمبود داروهای مناسب، مقامات را به تشویق داروسازان برای تهیه داروهای قدیمی سوق می‌دهد و مردم را به خوددرمانی و استفاده از داروهای سنتی وامی‌دارد. با این که داروها و غذاها از فهرست کالاهای تکانه‌ی مستثنی هستند، اما به دلیل محدود شدن صادرات کشورهای تحت تکانه، غالباً ارزش کافی برای واردات این کالاها وجود ندارد و یا حتی اگر هم ارزش خارجی کافی وجود داشته باشد، انجام مبادلات ارزی، معمولاً بسیار سخت است و لذا کمبود دارو فراگیر می‌شود. این در حالی است که شاید امکان تولید برخی از داروهای کمیاب در داخل کشور مورد تکانه وجود داشته باشد، اما این بار کاهش واردات مواد اولیه باعث کمبود داروها نسبت به تقاضای آن می‌گردد.

ستایش و مکی (۲۰۱۶) در مطالعه خود ویژگی‌های کلیدی کمبود داروهای ایرانی را بررسی کردند و ۷۳ داروی کمیاب شناسایی شد که فشار بسیاری بر روی بیماران نیازمند به آنها ایجاد کرده است، علاوه بر این، ۴۴ درصد این داروها توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان داروهای ضروری طبقه‌بندی شده‌اند. اکثریت این داروها تحت معافیت‌های کنترل صادرات هستند که به صورت تئوریک باید دسترسی به آنها را راحت سازد ولی کمبودها همچنان برقرار هستند.

تکانه‌های اقتصادی کیفیت مراقبت پزشکی را هم تحت تاثیر قرار می‌دهند که این قضیه دلالت‌های مهمی برای سلامت افراد جامعه دارد. واکسیناسیون ناکافی در کشورهای تحت تحریم ممکن است به شیوع بیماری‌های واگیردار بین کودکان بیانجامد. کمبود گاز، نفت و برق به معنای قطع مکرر برق و کمبود سوخت است که بر خدمات پزشکی اورژانسی، گرمایش بیمارستان‌ها و انتقال بیماران به بیمارستان‌ها اثر نامطلوب دارد. علاوه بر آن، بیمارستان‌ها در این شرایط خدمات کمتری ارائه می‌دهند [۲۸]. این شرایط در بیمارستان‌ها به افزایش مرگ و میر ختم می‌شود. زیرساخت‌های ضعیف پزشکی به دلیل فقدان واردات حیاتی، در کنار کاهش در بودجه دولتی برای سرمایه‌گذاری، هزینه‌های حفظ و نگهداری (در نتیجه ممنوعیت) بر توانایی سیستم سلامت برای ارائه خدمات و پاسخگویی به

^۱ امام‌قلی‌پور، ۱۳۹۳.

ضرورت‌های پزشکی تاثیرگذار است. در نتیجه کمیت و کیفیت خدمات سلامت کاهش می‌یابد و افراد انگیزه کمتری برای ادامه استفاده از آنها را دارند.

اثرات بر تجهیزات و لوازم پزشکی

دسترسی محدود به تجهیزات و لوازم پیشرفته پزشکی از مشخصه‌های اقتصادهای کمتر توسعه یافته است. این مشخصه‌ها می‌توانند تحت تاثیر تکانه‌های اقتصادی قرار گیرند و با بروز تکانه‌های مختلف اقتصادی تشدید شوند. زیرا برخی از لوازم و تجهیزات پزشکی وارداتی هستند، بنابراین کاهش منابع مالی دولت، افزایش نرخ ارز، ممنوعیت‌های تجاری بر سر واردات این دسته از کالاها و ... که خود از پیامدهای تکانه‌های اقتصادی مختلف هستند به عنوان مانعی بر سر واردات آنها عمل می‌کند.

بررسی آمار صادرات و واردات تجهیزات پزشکی نشان می‌دهد که سهم تولید داخلی در این بازار بسیار پایین است و این کالاها عمدتاً هم از نوع سرمایه‌ای و یا مصرفی با دوام هستند، البته سهم عمده بازار لوازم پزشکی (که عمدتاً مصرفی می‌باشند) داخلی هستند. میزان واردات تجهیزات پزشکی از ۷۱۸,۴ دلار در سال ۲۰۱۲ به ۷۶۶,۵ میلیون دلار در ۲۰۱۳ افزایش یافته است. افزایش نرخ ارز منجر به افزایش هزینه واردات تجهیزات و افزایش قیمت خدمات درمانی می‌شود. ضمن اینکه با وجود تحریم‌ها ممکن است کیفیت تجهیزات وارداتی و خدمات پس از فروش آنها به دلیل نوع کشور وارد کننده و نوع قراردادها کاهش یابد. راهکاری که برای این مشکل وجود دارد این است که با توجه به توانمندی‌هایی که در داخل کشور وجود دارد، تولید داخلی تجهیزات پزشکی مورد حمایت واقع شود تا از خروج ارز جلوگیری شود [۲۵].

تاثیرات تکانه‌ها بر پایداری منابع خصوصی بخش سلامت

عدم دسترسی به منابع مالی برای خانوار

واکنش سیاست اقتصاد کلان نسبت به یک بحران کلی غالباً همراه با افزایش در نرخ بهره است، قرض گرفتن توسط خانوارها محدودتر خواهد شد زیرا افراد قادر نیستند از سایر افرادی که خودشان از تاثیرات منفی تکانه‌ها رنج می‌برند نیز قرض بگیرند. با توجه به اینکه امکان افزایش عرضه نیروی کار نیز وجود ندارد، خانوارها نسبت به تکانه‌ها خود را باید با کاهش باروری، مخارج سلامت و تخصیص مجدد مصرفشان تطبیق دهند.

تحقیقات درباره اثرات سلامت ناشی از رکودهای اقتصادی گذشته یافته‌هایی را نشان می‌دهند که ممکن است متضاد به نظر برسند. برخی داده‌های جمع‌آوری شده نشان داده‌اند که نزول اقتصادی ممکن است اثرات منفی اندکی بر وضعیت سلامت در کشورهای با درآمد بالا داشته باشد و حتی اینکه زمانی که اقتصاد آهسته حرکت می‌کند مرگ و میر ممکن است کاهش یابد و زمانی که اقتصاد سریع حرکت می‌کند مرگ و میر افزایش یابد. این اثرات بر سلامت حداقل در کوتاه‌مدت ملاحظه شده است، از چارچوب‌های مختلف، وجود اثرات بر حسب گروه‌های سنی، جنسیت و بیماری مختلف است و به شاخص‌های مورد استفاده برای اندازه‌گیری تغییرات اقتصادی بستگی دارند. اگرچه این نتایج برای برخی محققان غیرمنطقی به نظر می‌رسد یک توجیه ممکن این است که رکود اقتصادی سلامت افراد را از طریق افزایش خواب و زمان فراغت که می‌تواند برای فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت (مانند ورزش) استفاده شود

بهبود می‌بخشد و باعث می‌شود مردم استفاده از غذاهای ناسالم و الکل (زیرا آنها پول کمتری دارند) و کمتر رانندگی می‌کنند (که منجر به مرگ و میر کمتر ناشی از تصادفات جاده‌ای می‌شود). نتایج برخی دیگر از تحقیقات درباره نوسانات اقتصادی در اروپا نشان داد که بدتر شدن اشتغال و سایر شاخص‌های اقتصادی (تولید ناخالص داخلی سرانه، ساعات کار و بیکاری) مرگ و میر ناشی از دلایل خاص را به روش‌های گوناگون افزایش می‌دهد. یک افزایش یک درصدی در بیکاری با افزایش در خودکشی و قتل همراه است اما تصادفات جاده‌ای را کاهش می‌دهد. به طوری که افزایش ۳ درصدی یا بیشتر بیکاری با افزایش در مرگ و میرهای مربوط به الکل مرتبط است. اثرات بیکاری روند افزایشی یکنواخت نخواهد داشت و ممکن است به طور قابل ملاحظه‌ای با حمایت‌های اجتماعی تقلیل یابد. دو کشور فنلاند و سوئد در برخورد با این وضعیت به خوبی عکس-العمل نشان دادند زیرا آنها ارتباط میان افزایش سریع در بیکاری در اوایل دهه ۱۹۹۰ را از نرخ‌های خودکشی قطع کردند. این دو کشور با استفاده از برنامه‌هایی که اثرات حمایتی بر سلامت مردم داشتند خود را ملزم به حمایت‌های اجتماعی قوی در طول بحران‌ها می‌دانستند.

نتایج مطالعات دیگری حاکی از آن است که بیکاری تاثیرات مخربی بر سلامت افراد خواهد داشت. برای مثال شیوع مسائل روانی در افراد بیکار (۳۴ درصد) بیش از دو برابر افراد شاغل (۱۶ درصد) است و اثرات منفی بیکاری بر سلامت روحی در کشورهایی با سیستم‌های حمایتی قوی شاغلین کمتر از کشورهای با حمایت‌های ضعیف شاغلین است. سلامت ضعیف در گروه‌های بیکار عمدتاً یکی از نتایج منابع مالی کاهش یافته است، زیرا از دست دادن درآمد منجر به تغذیه ضعیف و به طور بالقوه مانعی در دستیابی به مراقبت سلامت است. مارتیکینن و والکونن نشان دادند که عوامل اقتصادی اجتماعی و جمعیت‌شناختی باعث می‌شود مردم بیکار مرگ و میر بالاتری نسبت به همتای شاغل خود داشته باشند. موری و همکاران دریافتند که دوره زمانی بیکاری با ریسک افزایش یافته مرگ و میر هم-بستگی دارد. بیکاری با افزایش رفتارهای ناسالم ارتباط دارد و سلامت روحی را متاثر می‌سازد که منجر به افزایش اختلالات رفتاری و روانشناختی می‌شود و ریسک بیماری‌های روانی و خودکشی را افزایش می‌دهد.

کاهش در درآمد خانوار

بحران تاثیر مخربی بر درآمد خانوار داشته است. نرخ‌های بیکاری در همه کشورها افزایش یافته است. کاهش در درآمد خانوار همراه با افزایش زیاد در شاخص قیمت مصرف کننده منجر به کاهش مخارج در همه‌ی مولفه‌های مصرفی می‌شود. سهم بودجه‌ای غذا افزایش می‌یابد اما همزمان مخارج غیرغذایی کاهش می‌یابد. تاثیرات بر وضعیت سلامت خانوارهای با درآمدهای پایین شامل موارد زیر می‌شود: تاخیر در جستجوی مراقبت، تغییر به سمت انواع ارزاتر مراقبت‌های سلامت از جمله خود مراقبتی، مصرف مواد غذایی با ارزش غذایی پایین. تاثیر این تصمیمات ممکن است در آینده عواقبی بر وضعیت سلامت ایجاد کند. فشار بودجه‌ای بر درآمد خانوار و قیمت‌های بالای مواد غذایی منجر به کاهش در مصرف مواد غذایی و جانسپین کردن مواد غذایی با ارزش غذایی پایین می‌شود.

افزایش هزینه‌های درمان خانوار

در حوزه درمان، به دلیل تحریم‌های اعمال شده، هزینه‌های درمان در اثر افزایش تعرفه خدمات گوناگون افزایش می‌یابد. از آنجایی که خدمات تشخیصی مانند آزمایشگاه، سیتی اسکن و رادیولوژی و... به عنوان مکمل درمان می-

باشند افزایش قیمت آنها ممکن است تقاضا برای مراجعات ضروری سرپایی یا بستری را کاهش دهد. به عبارت دیگر هنگامی که افراد به دلیل گرانی خدمت نتوانند آزمایشی را که پزشکشان برایشان نوشته انجام دهند، تعداد مراجعات خود به پزشک را هم کاهش می‌دهند. از طرف دیگر خدماتی که فرآیند درمان را کامل می‌کنند مانند خدمات پرتو درمانی، رادیوتراپی و ... از آنجائیکه فی‌الفسه دارای قیمت بالایی هستند هنگامی که با افزایش تعرفه مواجه می‌شوند بار هزینه زیادی را بر دوش بیماران تحمیل می‌کنند و این موجب افزایش هزینه‌های کمرشکن سلامت خواهد شد. زیرا بخش عمده‌ای از آنها تحت پوشش بیمه‌ها قرار ندارند و پرداخت به طور مستقیم از جیب افراد صورت می‌گیرد.

کاهش تقاضا برای نیروی کار

اگرچه تمام افراد به نوعی از تکانه‌های اقتصادی تاثیرپذیرند اما تحصیلات سرپرست خانوار و سکونت در روستا یا شهر توسط خانوار از جمله مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده چگونگی تاثیرگذاری بحران بر خانوارهاست. به طور کلی در واکنش به بحران‌ها و تکانه‌های منفی اقتصادی، مصرف خانوار به طرز چشم‌گیری کاهش می‌دهد این مساله حاکی از آن است که خانوارها نمی‌توانند به طور کامل تاثیرات تکانه‌ها را بر روی درآمد خود هموار سازند. نتایج مطالعات خارجی در این راستا بیانگر آن است که ساختار خانوار در طول بحران چندان تغییر نمی‌کند، در طول بحران احتمالا خانوار نه از هم نمی‌پاشد و نه بعد خانوار گسترش می‌یابد. در حالی که افزایش عرضه نیروی کار در واکنش به چنین تکانه‌هایی مناسب به نظر می‌رسد اما استراتژی اضافه کردن تعداد اعضای خانوار به نیروی کار و افزایش ساعات کاری اعضای خانوار چندان به کار گرفته نمی‌شود. از آنجایی که یک تکانه کلی منجر به ضعیف شدن تقاضای نیروی کار می‌شود بنابراین در واکنش به بحران‌های اقتصادی کاهش در رشد مشارکت نیروی کار مشاهده می‌شود.

کاهش هزینه فرصت تحصیل

کاهش در فرصت‌های بازار کار هزینه فرصت مدرسه رفتن را کاهش می‌دهد، نتایج مطالعات متعدد خارجی نشان می‌دهد نرخ حضور در مدرسه میان افراد ۱۸-۱۵ سال در طول بحران افزایش می‌یابد. یک مکانیسم که خانوارها به کار می‌گیرند کاهش در باروری در طول بحران است. اگر خانوارها صرفا فرزند داشتن را به بعد از بحران به تعویق بیندازند این استراتژی تاثیرات بلندمدت کمتری را در مقایسه با سایر مکانیسم‌های ممکنه مانند ترک تحصیل دادن فرزندان و یا فروختن دارایی‌های مولد خواهد داشت. برخلاف عرضه نیروی کار، این مکانیسم تطبیق برای تکانه‌های کلی و مشخص به یک اندازه معتبر است. اما آنچه که مشخص است این است که این استراتژی برای همه خانوارها در دسترس نیست، فقط برای خانوارهایی که قصد بچه دار شدن را دارند کاربرد دارد. به عبارت دیگر بسیاری از خانوارها با اصلاح ترکیب مصرفشان به این تکانه‌ها واکنش نشان می‌دهند. با توجه به افزایش سطح عمومی قیمت‌ها بعد از تکانه‌های منفی، خانوارها برای تخصیص سهم نسبی بالاتری از بودجه شان به غذا، حبوبات، تخم مرغ و روغن و چربی‌ها مصرف برخی از کالاها شامل مراقبت سلامت اولیه و کمک‌های بلاعوض را کاهش می‌دهند. همراه با کاهش در نرخ پس‌انداز، این راهکار ترکیبی مهم‌ترین مکانیسم تطبیق برای خانوارها در طول بحران است.

فصل سوم – مروری بر مطالعات خارجی و داخلی مرتبط

مقدمه

با توجه به محدود بودن مطالعاتی که تاکنون در خصوص بررسی تاثیرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع سلامت انجام شده است، با در نظر داشتن این نکته که تاثیرات بحران اقتصادی بر بخش سلامت مشابه با تاثیرات ناشی از تحریم اقتصادی بوده و به عبارت دیگر یکی از عوامل ایجاد بحران اقتصادی در کشورها، اعمال تحریم اقتصادی بر آنها است.

مطالعاتی که در ایران و جهان جهت بررسی تاثیر تحریم‌ها و بحران‌های اقتصادی بر بخش سلامت انجام شده است، مروری و توصیفی بوده و کمتر مطالعه‌ای به بررسی و اندازه‌گیری کمی تاثیر بحران‌های اقتصادی بر نظام سلامت با استفاده از مدل‌های اقتصاد سنجی پرداخته است. اغلب مطالعات موجود به بررسی وضعیت سلامت جامعه در جریان تحریم، بررسی تاثیر تحریم بر شاخص‌های سلامت جامعه و یا به بررسی سیاست‌های اتخاذ شده برای مقابله با تاثیرات منفی تحریم بر نظام سلامت پرداخته‌اند. در ادامه بخشی از مطالعات مرتبطی که به بررسی تاثیرات هم بحران و هم تحریم اقتصادی بر نظام پرداخته‌اند مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته‌اند.

مطالعات خارجی

کچ و همکاران (۲۰۱۷)^۱ به بررسی مخارج پرداخت از جیب خانوار و حمایت مالی در نظام سلامت شیلی پرداختند. آنها به دنبال بررسی این واقعیت بودند که چه درجه‌ای از مخارج پرداخت از جیب، هزینه‌های مصیبت‌باری را بر خانوارها تحمیل می‌کند و نابرابری در حمایت‌های مالی در نظام مالی این کشور چگونه است. نتایج مطالعه آنها نشان می‌دهد که حمایت مالی نظام سلامت برای گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر ناکافی است.

ستایش و مکی (۲۰۱۶)^۲ به بررسی موضوع تاثیر تحریم‌های اقتصادی بر کمبود داروها پرداختند. نتایج مطالعه آنها نشان می‌دهد توسعه تحریم‌های اقتصادی علیه ایران نقش کلیدی در ایجاد کمبودهای دارویی برای شهروندان ایرانی و نقض حقوق اولیه انسانی نسبت به سلامت دارد.

ماریسو و همکاران (۲۰۱۵)^۳ بیان می‌کنند که شوک‌های اقتصادی، سلامت و عملکرد سیستم سلامت را با افزایش نیاز خانوارها برای خدمات سلامت تهدید می‌کنند و دسترسی به خدمات سلامت را دشوار می‌سازند. این شوک‌ها همچنین موجب کاهش در مخارج دولت در حوزه سلامت و سایر خدمات اجتماعی می‌شود اما این تاثیرات متفی می‌توانند از طریق اعمال سیاست‌های مناسب توسط دولت کنترل شوند.

^۱Koch,kira Johanna and et al (۲۰۱۷)

^۲Maresso, Anna, et al (۲۰۱۵).

^۳Setayesh, S., & Mackey, T. K. (۲۰۱۶).

در مطالعه دیگری که توسط ولگر و همکارانش در سال ۲۰۱۱ انجام شد به بررسی سیاست‌های دارویی اتخاذ شده در دوران بحران اقتصادی اروپا پرداخته است. این مطالعه نشان داد، نظام سلامت و از جمله نظام دارویی به عنوان بخش مهمی از نظام سلامت، در شرایط وقوع بحران‌های اقتصادی کاملاً تحت تاثیر قرار گرفته و این امر می‌تواند سبب کاهش دسترسی مردم به داروهای اساسی و مورد نیازشان شود که لزوم دخالت دولت‌ها و اتخاذ سیاست‌هایی را برای تضمین دسترسی بیماران به داروها و برقراری عدالت در سلامت را ایجاد می‌کند.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ توسط واندوروس در خصوص سیستم دارویی یونان در جریان بحران اقتصادی سال ۲۰۰۸ انجام شده است نشان داد، به علت کاهش دسترسی به منابع در بخش سلامت، دسترسی به خدمات سلامت از جمله دسترسی به دارو در این کشور کاهش داشته است. در این راستا نظام سلامت یونان از طریق اتخاذ سیاست‌هایی از جمله کاهش هزینه‌های بخش سلامت به خصوص کاهش هزینه‌های دارویی سعی در افزایش دسترسی بیماران به دارو داشته است.

مطالعه دیگری که به بررسی تاثیر بحران اقتصادی اروپا در ایتالیا در سال ۲۰۱۲ پرداخته است نشان داد، بحران اقتصادی بر هر دو بخش عمومی و خصوصی سلامت این کشور تاثیر داشته است. نظام سلامت ایتالیا سیاست‌های مختلفی برای مقابله با تاثیرات منفی تحریم از طریق کاهش هزینه‌های سلامت و هزینه‌های دارویی اتخاذ کرده است.

ماتاریا و همکاران (۲۰۱۰)^۱ به بررسی شدت و درصد مواجهه پرداخت‌های سلامت کمرشکن خانوارهای فلسطینی طی سال‌های ۲۰۰۷-۱۹۹۸ پرداختند. در این مطالعه مخارج خانوار به عنوان شاخصی از کل منابع وی و مجموع هزینه‌های خانوار روی کالاها و خدمات بهداشتی برای تخمین پرداخت‌های سلامت استفاده شده‌اند.

در مطالعه‌ای که توسط لوئیس در سال ۲۰۱۰ جهت بررسی تاثیر بحران مالی اروپا انجام شده است، مشخص شد بحران‌های اقتصادی سبب تخریب توسعه نظام‌مند سیاست کشورها شده و اهداف طولانی مدت آنها را تحلیل می‌برد. این مطالعه نشان داد، بحران اقتصادی اروپا سبب افزایش آسیب‌پذیری خانوارها شده که لزوم حمایت دولت‌ها را ایجاد می‌کند. همچنین نشان داد که حمایت دولت‌ها در جریان بحران اقتصادی از دو موضوع آموزش و سلامت افزایش داشته است.

راسل (۲۰۰۴)^۲ تعریف جامعی از هزینه‌های سلامت فقرزا^۳ ارائه کرد: این واژه دلالت بر سطوحی از مخارج دارد که احتمالاً خانوارها را ناچار به قطع مصرف سایر نیازهای حداقلی‌شان، فروش دارایی‌های مولد و یا بالا آوردن سطوح زیادی از بدهی می‌کند و در نهایت منجر به سقوط خانوار به زیر خط فقر خواهد شد.

در دو مطالعه‌ای که توسط گارفیلد و استیف برای بررسی تاثیر تحریم اقتصادی بر بخش سلامت کوبا در سال ۱۹۹۷ انجام شده است، نشان داده شده که کوبا به علت داشتن سیستم کارآمد در بخش سلامت و تخصیص بهینه منابع سلامت خود در جریان تحریم، به خوبی توانست با تاثیرات تحریم اقتصادی بر این بخش و دسترسی به دارو مقابله کند.

^۱ Awad and et al (۲۰۱۰)

^۲ Russell (۲۰۰۴).

^۳ Impoverishment

ویزویانسکی (۱۹۸۶)^۱ در مطالعه‌ی بیان می‌دارد که مخارج بالای پرداخت از جیب برای سلامت الزاما به معنای کمرشکن بودن آنها نیست، بلکه به تناسب درآمد برای خانوارهای فقیر مقادیر کوچکی از هزینه‌های سلامت نیز می‌تواند مخرب باشد.

همچنین مطالعات مختلفی به سفارش سازمان‌های بین‌المللی یا توسط آنها در خصوص بررسی تاثیر تحریم‌ها و بحران‌های اقتصادی بر وضعیت سلامت و دسترسی به دارو در کشورها انجام شده است. در میان آنها بیشترین سفارش مطالعات مربوط به سازمان ملل متحد بوده است. در تمام این مطالعات این نتیجه‌گیری شده است که بحران‌های اقتصادی سبب کاهش دسترسی کشورها به خدمات سلامت و داروها به عنوان بخش مهمی از هزینه‌های سلامت شده است. همچنین از این دسترسی جامع به خدمات سلامت و داروها به عنوان بخش سلامت شده است. همچنین از این مطالعات استنتاج می‌شود، علی‌رغم اینکه تحریم‌های اقتصادی با هدف متاثر ساختن ساختار سیاسی کشور اعمال می‌شوند، لیکن عموم جامعه را نیز تحت تاثیر گذاشته و مسائل انسانی مانند دسترسی به غذا، خدمات سلامت و داروها نیز دچار اختلال می‌کنند. این مطالعات نشان‌دهنده حساس بودن بخش سلامت به تحریم و بحران‌های اقتصادی و تاثیرپذیری از آنهاست.

برخی از مطالعات انجام شده به بررسی رابطه علیتی بین تحریم و شرایط نامطلوب سلامت پرداخته‌اند و با استفاده از متدولوژی‌های متفاوت این موضوع را بررسی کرده‌اند. آنچه در نتایج تمامی آنها دیده می‌شود تاثیرگذاری تحریم بر پیامدهای سلامت به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم است.

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۶ توسط هومدس انجام شد، به بررسی تاثیرات بحران اقتصادی اروپا در دسترسی به دارو در کشور برزیل و آرژانتین پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد به علت افزایش قیمت داروها به خصوص افزایش چشم‌گیر قیمت داروهای وارداتی، توانایی تهیه داروهای حیاتی و اساسی بیماری‌های مزمن در دوران بحران اقتصادی کاهش پیدا کرده بود. در این راستا این کشورها جهت بهبود دسترسی به دارو، سیاست‌های مختلفی را اتخاذ کرده‌اند.

همانطور که از مطالعات ارائه شده مشخص می‌شود، بیشترین سیاست‌هایی که توسط اغلب کشورها مدنظر قرار گرفته‌اند، افزایش توانایی تهیه داروها و اصلاح رفتار ارائه‌کننده خدمت بودند.

همچنین مشاهده می‌شود یکی از سیاست‌های اتخاذ شده در بخش دارو در دوران بحران‌های اقتصادی، کاهش هزینه‌های دارویی است، متأسفانه مطالعاتی که به بررسی سیاست‌های مالی در دارو پرداخته باشند نیز بسیار محدود است.

البته برخی از سیاست‌های به کار گرفته شده مانند سیاست افزایش پرداخت از جیب بیماران، نهایتاً سبب کاهش دسترسی به دارو شده بودند که از طریق ترویج یا اجبار ژنریک نویسی سعی در رفع آن داشتند.

به طور کلی اینگونه استنتاج می‌شود، بحران‌های اقتصادی تاثیر زیادی بر روی هزینه‌های دولت و خانوار داشته که میزان این تاثیر متغیر و وابسته به شدت رکود اقتصادی، رویکردهای دولت‌ها و درآمد آنها بوده است. علی‌رغم تفاوت چشم‌گیری که در سیاست‌های اتخاذ شده در مقابله با بحران‌های اقتصادی بین کشورهای صنعتی و کشورهای در

^۱Wyszewianski, L. (۱۹۸۶)

حال توسعه دیده می‌شود، شواهد نشان می‌دهد در کل در شرایط بحران، حمایت دولت‌ها از دو موضوع آموزش و سلامت افزایش پیدا کرده است.

کشورهای با درآمد پایین رویکرد محدود کردن و قطع هزینه‌ها را در جریان بحران مانند کاهش ثبت نام در مدارس و کاهش استفاده از خدمات سلامت را ارئه کرده‌اند، در حالی که سیاست‌های کشورهای ثروتمند و توسعه یافته اغلب به صورت افزایش هزینه‌ها در طول مدت بحران بوده است. رویکرد کشورهای با درآمد متوسط بین این دو بوده و اغلب آنها از هزینه‌های اجتماعی حمایت کرده‌اند. آنچه پرواضح است وجود آلترناتیوهای بیشتر و انعطاف پذیری بالاتر کشورهای ثروتمند سبب اعتماد بیشتر به شبکه امنیت کشور و افزایش در برنامه‌های آموزش و سلامت عمومی و حمایت از خانوارها در این کشورها می‌شود که این مطلب در کشورهای در حال توسعه دیده نمی‌شود.

نکته حائز اهمیت این است که دولت‌ها باید مراقب باشند که کاهش هزینه‌های دارویی منجر به کاهش کیفیت نشود که یکی از راهکارهای آن افزایش بهره‌وری می‌تواند باشد تا از طریق آن صرفه‌جویی در هزینه‌ها، بخش سلامت را از اهداف اصلی خود دور نسازد. به عنوان مثال سیاست اعمال شده در راستای اولویت‌بندی خدمات سلامت بر اساس میزان اثربخشی آنها و تدوین گایدلاین درمانی، ابزارهای مناسبی برای جایگزینی داروهای با هزینه اثربخشی کمتر با داروهای دارای ارزش درمانی بالاتر و افزایش بهره‌وری است، ولی این دو زمان بر بوده و برای اصلاحات فوری قابل استفاده نخواهد بود.

علی‌رغم اینکه برخی از کشورها مانند لیتوانی ادعا کرده‌اند که سیاست‌هایی که در دوران بحران اقتصادی اتخاذ کرده بودند اثربخش بوده است، تاکنون مطالعه‌ای که شواهدی در خصوص اثربخشی این سیاست‌ها ایجاد کرده باشند، انجام نشده است و جای مطالعاتی که از طریق مدل‌های آماری و اقتصادسنجی مانند مدل‌های سری زمانی به این مهم پرداخته باشد، خالی است.

مطالعات داخلی

احمدی و همکاران (۱۳۹۵) به مطالعه عوامل موثر در پرداخت‌های مستقیم خانوارهای ایرانی با استفاده از آمارهای خرد و به کارگیری مدل رگرسیون دو بخشی، بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ پرداختند. یافته‌های مطالعه آنها نشان می‌دهد که در این دوره پرداخت‌های مستقیم سلامت ۷۴ درصد افزایش یافته است. خانوارهای بالاترین گروه درآمدی، ۲/۵ برابر پایین‌ترین گروه درآمدی پرداخت داشته‌اند، در حالی که احتمال استفاده از خدمات برای آنها ۱۷ درصد بیشتر بوده است. ضریب پوشش بیمه نشان می‌دهد که نظام بیمه تنها موفق شده است ۱۵ درصد از بار هزینه‌های مستقیم خانوارها را کاهش دهد و تنها ۲ درصد احتمال برخورداری آنها از خدمات سلامت را افزایش دهد. مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۴ توسط کریمی و همکارانش ایجاد شده است که به بررسی تاثیر تحریم اقتصادی ایران بر بیماران تالاسمی و هموفیلی پرداخته است. در این مطالعه نشان داده شد، دسترسی بیماران به داروهای تالاسمی و هموفیلی به دنبال تحریم دچار کاهش معنی دار شده است.

امام‌قلی‌پور (۱۳۹۳) اثرات مختلف تحریم‌های اقتصادی غرب را در بخش بهداشت و درمان به استناد آمارهای رسمی به ویژه طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۰ تحلیل کرد. افزایش تعرفه‌های درمانی، کمبود داروهای وارداتی در بازار دارویی

کشور، رشد هزینه واردات تجهیزات تشخیص طبی و افزایش سهم پرداخت مستقیم مردم از هزینه‌های درمانی بخشی از این اثرات به شمار می‌روند.

در مطالعه‌ای که توسط دکتر چراغعلی در سال ۱۳۹۳ انجام شده مشخص شد، اگرچه دارو و غذا از تحریم مستثنی هستند ولی به دلیل اختلال در حمل و نقل و تامین مالی مشکلاتی در آنها ایجاد می‌شود. همچنین نشان داده شد، تحریم‌ها سبب افزایش مرگ گروه آسیب‌پذیر جامعه می‌شوند که به علت کاهش دسترسی به داروهای اساسی و شیوع بیماری‌های مزمن است. مطالعه مذکور نشان داد، به دنبال تحریم شرکت‌های تولید دارو در ایران، دچار مشکلاتی در تامین مواد اولیه و محصولات نهایی شدند و از سوی دیگر کاهش ارزش ریال نسبت به دلار هم سبب افزایش قیمت داروها و کمبود دارو شد.

مطالعه مشابهی در ایران توسط حسینی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است که نشان داد، صنعت داروسازی این کشور تحت تاثیر تحریم قرار گرفته است. این مطالعه به بررسی و ارائه سیاست‌های دارویی اتخاذ شده توسط سازمان غذا و داروی ایران برای مقابله با تاثیرات منفی تحریم اقتصادی بر دسترسی به دارو پرداخته است.

کشاورز و همکاران (۱۳۹۰) پرداخت مستقیم از جیب بیماران شهر قزوین را برای سال ۱۳۸۸ بررسی کردند. مطالعه آنها از نوع توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۸۴ خانوار قزوینی و با استفاده از پرسش‌نامه صورت گرفته است. یافته‌های تحقیق آنها نشان می‌دهد میانگین پرداخت از جیب بیماران نسبت به کل هزینه‌های پزشکی در دوره مورد مطالعه ۵۹/۷ درصد بوده است که بیشترین میزان مربوط به دهک اول (۶۷/۵ درصد) و کمترین میزان مربوط به دهک پنجم (۴۵/۵) است.

فصل چهارم – تاثیرات تکانه‌ها بر پایداری منابع بخش سلامت ایران از بعد کلان

مقدمه

مهم‌ترین تکانه‌های وارده بر اقتصاد ایران طی چند سال گذشته از کانال تحریم‌های اقتصادی اخیر بوده که از سال ۱۳۸۸ تاکنون اقتصاد کشور را درگیر کرده است. تحریم‌های اعمال شده علیه ایران طی سالهای اخیر در مرحله اول درآمدهای نفتی را تحت تاثیر قرار خواهد داد و با کاهش میزان فروش نفت کشور باعث ایجاد تکانه منفی نفتی بر کشور شده است، کاهش درآمدهای ارزی کشور همراه با تحریم بانک مرکزی منجر به کاهش توان بانک مرکزی در مدیریت نرخ ارز شده که نهایتاً این موضوع منجر به افزایش نرخ ارز یا تکانه منفی نرخ ارز شده است. از سوی دیگر به دلیل کاهش درآمدهای نفتی و وابستگی شدید درآمد و مخارج دولت به درآمدهای نفتی تحریم‌ها باعث ایجاد تکانه منفی مخارج دولت نیز شده است. علاوه بر تکانه‌های فوق تحریم بر سر راه واردات کالاها و خدمات نیز باعث ایجاد تکانه منفی تجاری و همچنین تکانه منفی تکنولوژی و بهره‌وری کل گردیده است. بنابراین در ادامه ضمن بیان ابعاد مختلف تحریم‌های اقتصادی اخیر به تحلیل روند برخی از مهم‌ترین شاخص‌های حساب‌های ملی سلامت طی سال‌های اخیر پرداخته خواهد شد. در تحلیل این روندها عوامل اقتصادی تاثیرگذار بر آنها با تاکید بر کانال تحریم‌های اقتصادی بیان می‌شوند.

تحریم‌های اقتصادی

بررسی تاریخی تحریم‌های اقتصادی در سطح جهانی نشان می‌دهد که دولت آمریکا همواره بزرگترین سهم را در کاربرد سیاست تحریم اقتصادی داشته است و در مجموع دو سوم تحریم‌های اقتصادی جهان توسط دولت آمریکا اعمال گردیده است. در فاصله جنگ جهانی اول تا سال ۱۹۹۰، یعنی در طول نزدیک به ۷۵ سال، در مجموع ۱۱۵ تحریم اقتصادی علیه کشورهای مختلف تصویب و به اجرا گذاشته شد که به طور متوسط برابر است با ۱٫۵ تحریم در سال. دولت آمریکا مسئول ۷۷ مورد از کل ۱۱۵ تحریم اقتصادی جهان، یعنی ۶۷ درصد از کل تحریم‌ها در طی دوره ۱۹۱۴-۱۹۹۰ بوده است.

اما از سال ۱۹۹۰ به دنبال فروپاشی اتحاد شوروی و پایان جنگ سرد، سهم آمریکا در کاربرد سیاست تحریم اقتصادی و تعداد تحریم‌های اقتصادی به شدت افزایش یافته است. به گونه‌ای که طی دوره ۱۹۹۹-۱۹۹۰ سهم آمریکا در کل تحریم‌های اقتصادی جهان به ۹۲ درصد افزایش یافت. تنها در دوره اول ریاست جمهوری کلینتون، دولت آمریکا ۶۱ تحریم اقتصادی را علیه ۳۵ کشور جهان، با جمعیتی بالغ بر ۲/۳ میلیارد نفر، یعنی ۴۲ درصد کل جمعیت جهان و ۷۹۰ میلیارد دلار صادرات، یعنی ۱۹ درصد صادرات جهان، به اجرا گذاشت. اهداف ظاهری این تحریم‌ها عمدتاً عبارت بودند از: جلوگیری از نقض حقوق بشر (۲۲ مورد)؛ مبارزه با تروریسم بین‌المللی (۱۴ مورد)؛ منع گسترش سلاح‌های هسته‌ای (۹ مورد)؛ حمایت از حقوق کارگران (۶ مورد)؛ حفظ محیط زیست (۳ مورد) و جلوگیری از گسترش مناقشات و جنگ‌های داخلی (۷ مورد). نکته قابل توجه این است که آمریکا توانست در بیشتر تحریم‌های خود در دهه ۱۹۹۰ و در بسیاری از تحریم‌ها پس از سال ۲۰۰۰ نهادهای بین‌المللی یا کشورهای دیگر اروپایی را با خود همراه می‌کند و سیاست آمریکا بیش‌تر بر این بود که کشور یا گروهی را به تنهایی مورد تحریم قرار ندهند تا علاوه بر افزایش تاثیر تحریم‌ها واکنش‌های بین‌المللی را علیه خود کاهش دهد.

می‌توان ادعا کرد در میان تکانه‌هایی که از سالیان گذشته فضای اقتصادی ایران را ملتهب کرده، تحریم‌های اقتصادی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین تکانه‌های وارده بر اقتصاد کشور محسوب می‌شود. تحریم‌های اقتصادی ایران مشتمل بر تکانه درآمد‌های نفتی، جهش نرخ ارز، تکانه تجاری و تحریم‌های بانکی (از جمله بانک مرکزی) بوده است. این تحریم‌های همه جانبه تمامی معاملات داخلی و بین‌المللی کشور را دگرگون ساخته و با ایجاد نوعی بی‌ثباتی و عدم اطمینان در کلیه معاملات داخلی و خارجی، کشور را با چالش‌های گوناگونی در تمامی عرصه‌ها مواجه ساخته است. تاثیر یک تکانه بر اقتصاد در طولانی مدت و البته با اتخاذ اقدامات سیاستی مناسب کم‌رنگ خواهد شد، اما نکته حائز اهمیت درباره تحریم‌های اقتصادی در این است که این تحریم‌ها خود شامل دامنه وسیعی از تکانه‌هاست و اتخاذ اقدامات سیاستی مناسب توسط مسئولین و کارشناسان داخلی به عنوان عکس‌العمل مناسب در جهت فروکش کردن تاثیرات مخرب آنها به نوبه خود اگرچه تاثیرگذار است ولی به تنهایی کافی نیست بلکه تغییر رویکرد سیاسی کشورهای اعمال کننده تحریم علیه ایران در این راستا نقش کلیدی و حائز اهمیتی خواهد داشت. بنابراین در این مطالعه اثرات تحریم‌های اقتصادی اخیر نیز به عنوان نوعی تکانه‌ی وارده بر اقتصاد در کنار سایر تکانه‌های اقتصادی در نظر گرفته می‌شود.

به طور کلی می‌توان بیان داشت که تحریم‌های اقتصادی علیه ایران مشتمل بر تحریم نفتی، ممنوعیت‌های تجاری، تحریم بانکی از جمله بانک مرکزی بوده است. لازم به ذکر است که تحریم‌های مذکور علیه ایران با محدودیت ورود ارز به ایران، جهش نرخ ارز را در کشور به دنبال داشته است. باتوجه به اینکه تکانه نفتی، تجاری و نرخ ارز در بخش قبلی به اختصار شرح داده شد، در ادامه به اختصار تحریم بانکی نیز بیان خواهد شد.

در میان تحریم‌هایی که از سالیان گذشته فضای اقتصادی ایران را ملتهب کرده، تحریم بانکی در سال ۱۳۹۰ بیش از دیگر تحریم‌ها، فعالیت‌های اقتصادی و به ویژه فعالیت بخش خصوصی را تحت الشعاع قرار داد. تاثیر این تحریم در سال ۲۰۱۲ معادل ۱۳۹۱ هجری شمسی، همزمان با تکانه تحریم بانک مرکزی ایران به اوج خود رسید و بسیاری از معاملات تجاری ایران را تحت تاثیر قرار داد و سبب کاهش در منابع سلامت شد. به طور کلی می‌توان ادعا کرد مرور تکانه‌های اعمال شده بر کشورهای گوناگون ثابت کننده تاثیر تکانه بر نظام سلامت کشورها است، در این راستا محدودیت منابع نظام سلامت به عنوان یکی از پیامدهای تکانه سیستم بانکی هر کشوری محسوس خواهد بود.

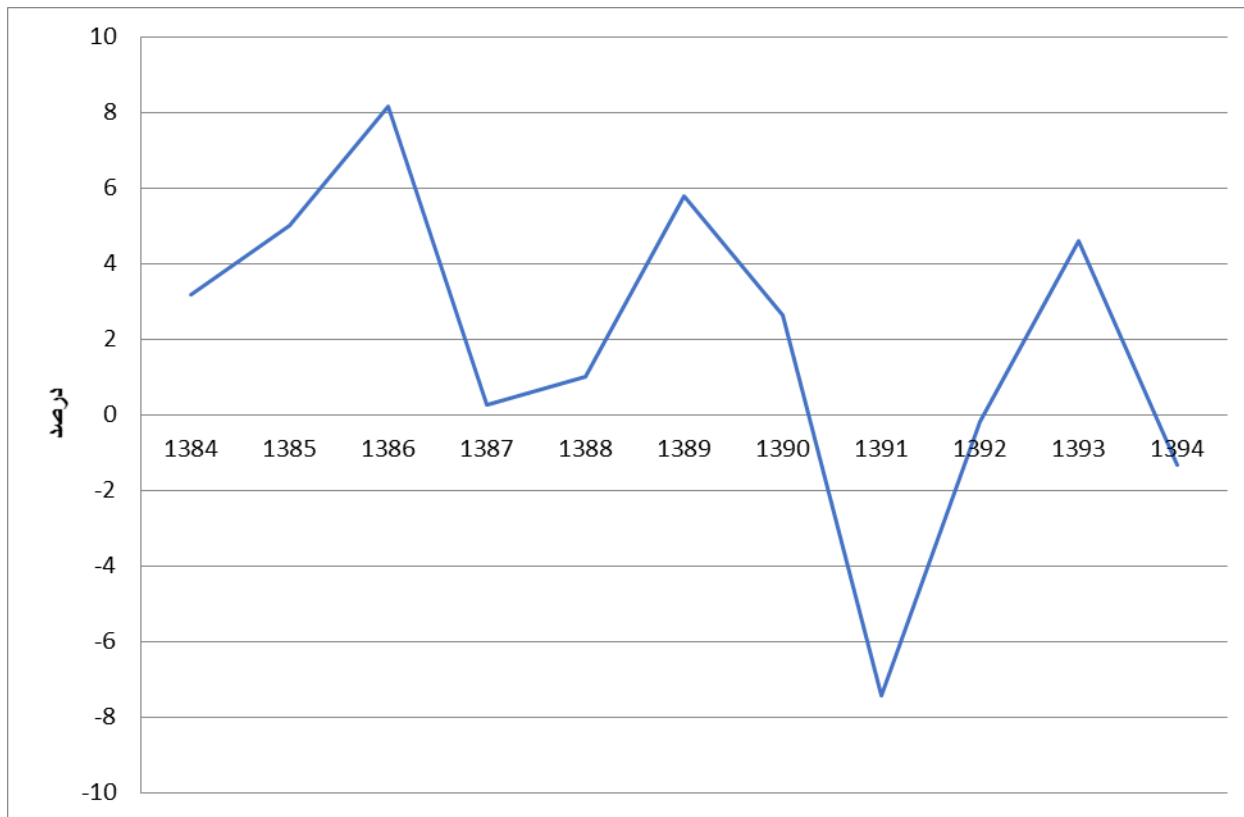
تحریم بانک‌ها از یک سو، کلیت سیستم مالی و پولی کشور هدف را تحت تاثیر قرار داده و در نتیجه آن، شاهد کاهش ذخیره‌های ارزی، افزایش مخاطره و هزینه عملیات بانکی، افزایش ریسک اعتباری و افزایش قیمت کالاهای سرمایه‌ای خواهیم بود و از سوی دیگر، سودآوری شرکت‌های طرف معامله را تحت تاثیر قرار می‌دهد. آنچه مشخص است، تکانه بانک مرکزی که نگهدارنده بودجه عمومی کشور است، تاثیرات بیشتری بر اقتصاد کشور داشته به نحوی که شاهره حیاتی اقتصاد کل کشور را متاثر می‌سازد.

نظام سلامت در تمام کشورها برای دستیابی به اهداف مورد نظر همواره بر فاکتورهایی نظیر، دسترسی به منابع و تخصیص و استفاده بهینه از آنها تمرکز دارد که تحریم اقتصادی می‌تواند از طریق کاهش دسترسی به منابع، مانع از رسیدن آنها به اهدافشان شود.

بررسی روند شاخص‌های مختلف حساب‌های ملی سلامت ایران

رشد تولید ناخالص داخلی کشور

با توجه به این حجم از تکانه‌ها انتظار بر این است که تولید ناخالص داخلی با مشکلات زیاغدی روبه‌رو شود بر همین اساس در ادامه روند رشد واقعی تولید ناخالص داخلی (به قیمت ثابت سال ۹۰) ترسیم شده است.



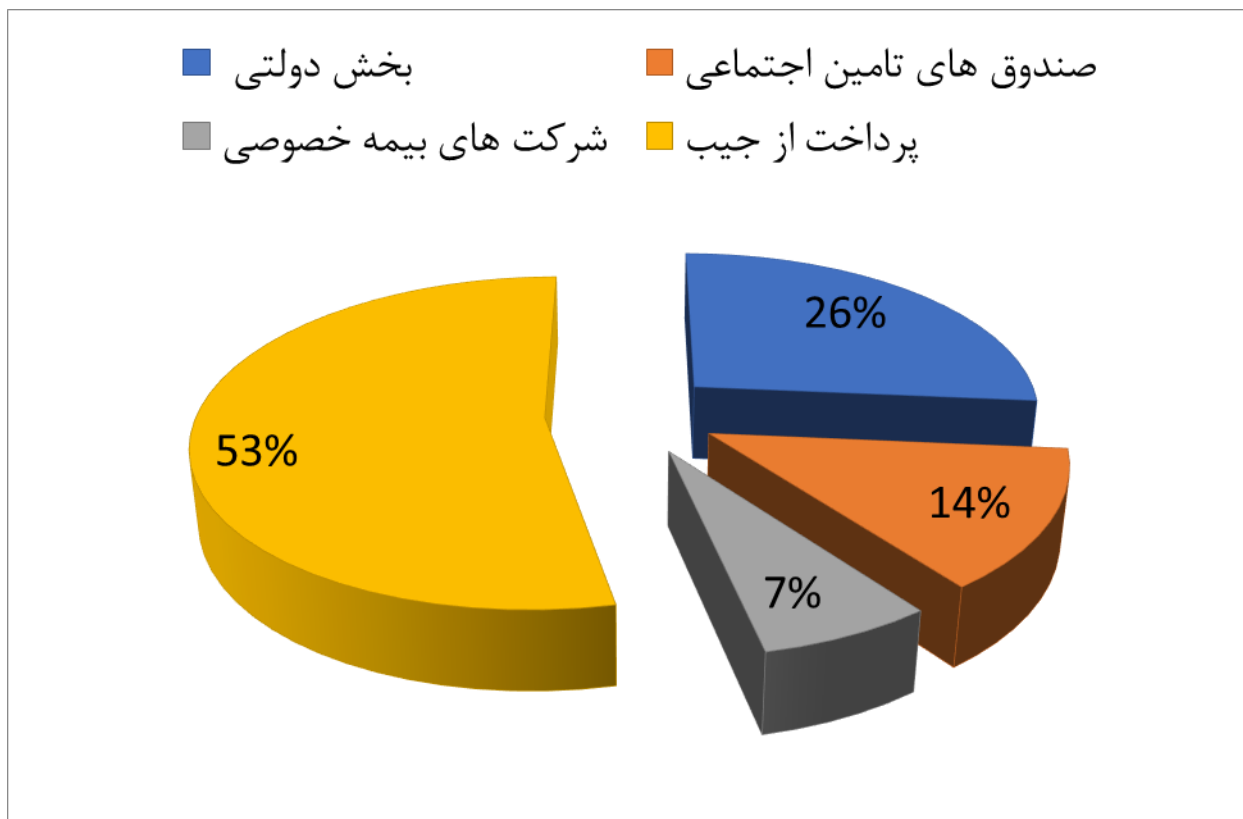
نمودار ۴-۱: روند رشد واقعی تولید ناخالص داخلی

همانطور که ملاحظه می‌شود در سال ۸۹ اقتصاد ایران تقریباً رشد ۵,۵ درصدی را تجربه کرده است این به آن معناست که تحریم‌های اقتصادی هنوز آنچنان تاثیری بر روی اقتصاد نگذاشته است اما از سال ۸۹ به بعد روند کاهش در رشد تولید ناخالص داخلی مشاهده می‌شود به طوری که در سال ۹۱ رشد حدود منفی ۷,۵ درصد ملاحظه می‌شود. رشد منفی تا سال ۹۴ ادامه دارد، اما تنها در سال ۹۳ برای یک دوره رشد اقتصادی مثبت وجود دارد ولی مفهوم خروج از رکود به این معناست که چند دوره متوالی رشد مثبت اتفاق افتد.

رشد مثبت سال ۹۳ ممکن است به دلیل ورود دولت جدید و بهبود انتظارات در فضای کسب و کار باشد، در سال ۹۳ رشد مثبت اندکی نسبت به سال ۹۲ وجود دارد ولی این رشد به معنای رشد اقتصادی پایدار نخواهد بود، رشد مثبت ۹۳ با رشد مثبت سال ۸۹ فاصله دارد.

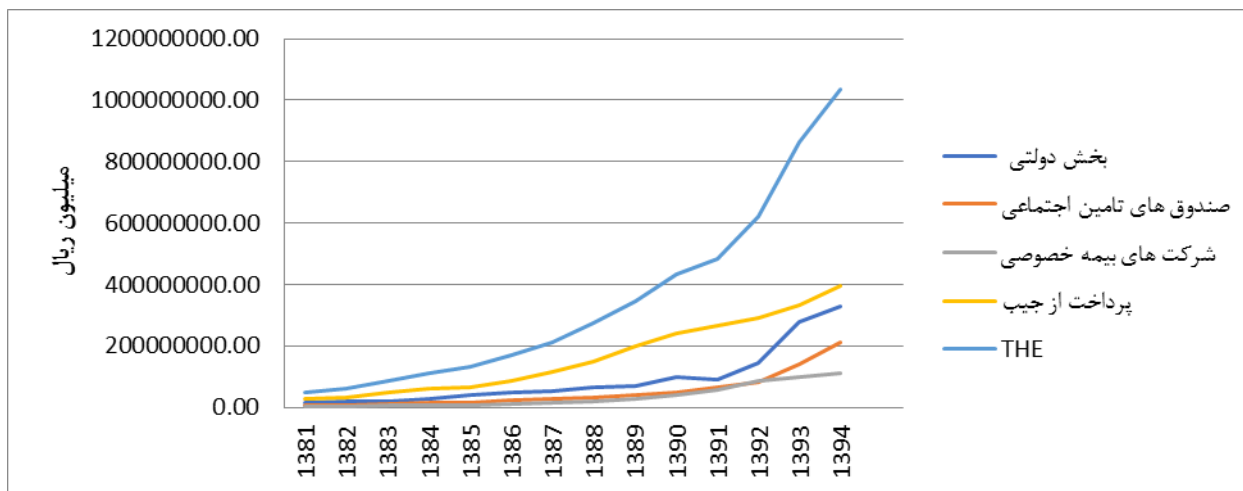
میانگین سهم منابع تامین مالی بخش سلامت در دوره ۸۱-۸۸

در این جدول میانگین سهم منابع مختلف تامین مالی بخش سلامت طی دوره ۸۱ تا سال ۸۸ (به عنوان سال شروع تحریم‌های اقتصادی) آورده شده است. در اینجا قسمتی از منابع تامین اجتماعی که توسط دولت تامین می‌شود به عنوان منابع بخش دولتی در نظر گرفته شده است و در سهم شرکت‌های بیمه خصوصی علاوه بر بیمه‌های تکمیلی پرداخت از شرکت‌های خصوصی مثل بانک‌ها در نظر گرفته شده است. به طور میانگین حدود ۷۹ درصد از منابع بخش سلامت ایران متکی به پرداخت از جیب و بخش دولتی است، این در حالی است که این منابع از نظر تئوریک ناپایدار محسوب می‌شوند پس انتظار بر این است که با ایجاد تکانه‌ها بر اقتصاد (تحریم‌ها به عنوان مجموعه‌ای از تکانه‌ها) منابع بخش سلامت ناپایدار باشند.



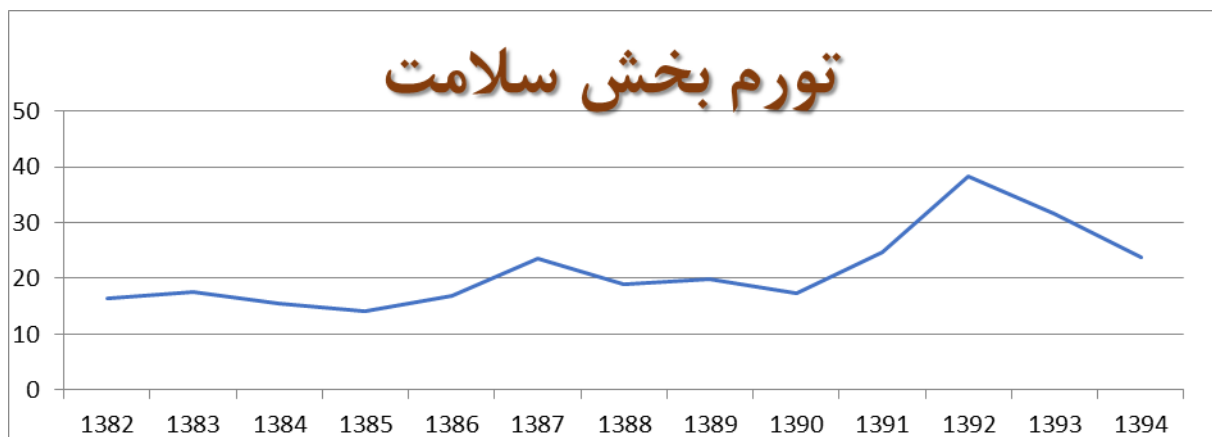
جدول ۴-۱: میانگین سهم منابع تامین مالی بخش سلامت در دوره ۸۱-۸۸

روند اسمی منابع تامین مالی بخش سلامت به تفکیک اجزاء آن



نمودار ۴-۲: روند اسمی منابع تامین مالی بخش سلامت

نمودار بالا روند اسمی منابع تامین مالی سلامت را نشان می‌دهد همانطور که دیده می‌شود از سال ۸۸ به بعد شیب روند هزینه‌های سلامت فزاینده است که از نظر تئوریک انتظار بر این است که به علت مواجه اقتصاد با تکانه‌های حاصل از تحریم‌ها روند اسمی منابع تامین مالی سلامت بعد از تحریم‌ها دارای شیبی فزاینده‌تر از پیش باشد، این مساله از تورمی ناشی شده است که اقتصاد کشور بعد از تحریم‌ها با آن درگیر بوده است. در اینجا لازم به ذکر است که همواره دو کانال برای رشد هزینه‌های سلامت می‌تواند وجود داشته باشد؛ مقدار ارائه کالا و خدمات در این بخش یا قیمت کالا و خدمات ارائه شده، بنابراین این روندها فقط افزایش در هزینه‌های سلامت را نشان می‌دهند و صرف ملاحظه روند اسمی این هزینه‌ها نمی‌تواند بیانگر کانال ایجاد کننده آن باشد.

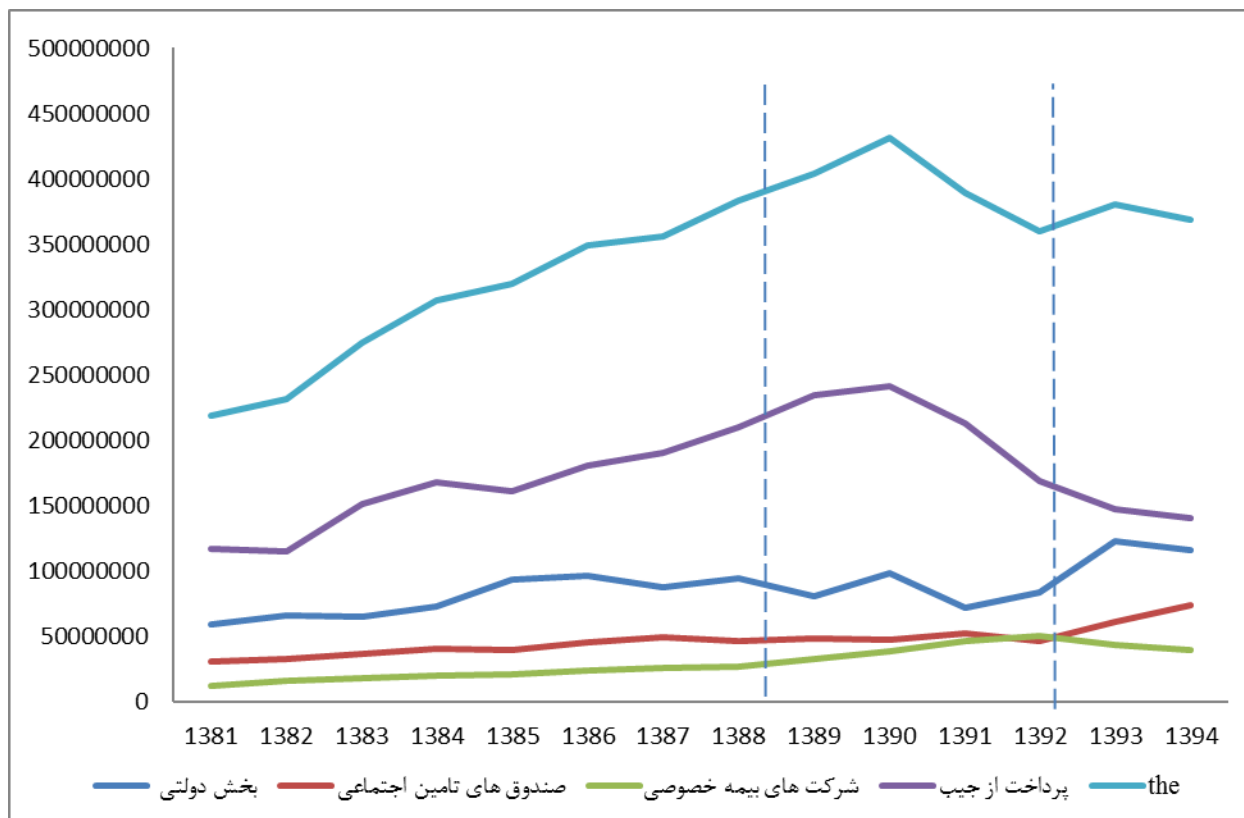


نمودار ۴-۳: روند تورم بخش سلامت

با توجه به تورم قابل ملاحظه بخش سلامت که دامنه حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد را در سال‌های بعد از تحریم تجربه کرده است، تحلیل روند واقعی هزینه‌های سلامت کاملاً ضروری است.

روند واقعی منابع تامین مالی بخش سلامت

برای محاسبه روند واقعی منابع تامین مالی سلامت، روند اسمی این هزینه‌ها تقسیم بر شاخص قیمت سلامت شده است. در بررسی روند واقعی کل هزینه‌های سلامت، سه دوره مورد بررسی قرار می‌گیرد، دوره اول: قبل از سال ۸۸، دوره دوم: سال ۸۸-۹۳ و دوره سوم: سال ۹۳ تاکنون. تا سال ۸۸ روند واقعی هزینه‌های سلامت و اجزای آن نشان می‌دهد هزینه‌های مذکور همگی در حال افزایش هستند، رشد اقتصادی کشور از سال ۸۹ به بعد شروع به کاهش کرده است، از آنجایی که رشد اقتصادی معمولاً تاثیر خود را بر جیب افراد می‌گذارد و THE کشور نیز عمدتاً تابعی از پرداخت از جیب است، بنابراین کل هزینه‌های سلامت نیز با وقفه و بعد از سال ۱۳۹۰ شروع به کاهش کرده است. از آنجایی که پرداخت از جیب به عنوان ناپایدارترین منبع تامین مالی برای ایران مطرح است، همانطور که از نظر تئوریک نیز انتظار می‌رود پرداخت از جیب نسبت به سایر منابع تامین مالی با سرعت بیشتری شروع به کاهش کرده است و روند کاهش آن شدیدتر از بقیه اجزاء تامین مالی است.



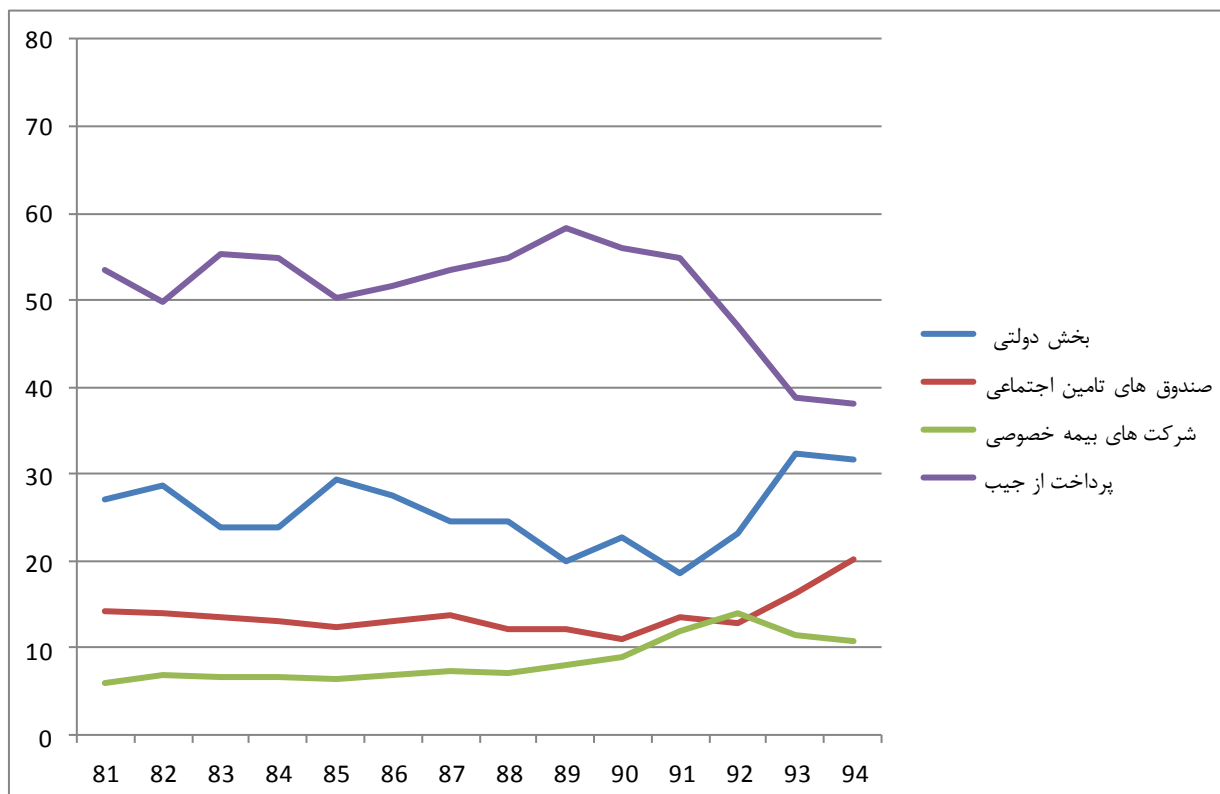
نمودار ۴-۴: روند واقعی منابع تامین مالی بخش سلامت به تفکیک اجزاء آن

این در حالی است که منابع واقعی دولت به صورت آنی بعد از تحریم ۸۸ شروع به کاهش کرده است زیرا منابع دولتی رابطه مثبت با درآمدهای نفتی دارند و تحریم‌ها بلافاصله منجر به کاهش آنی درآمدهای دولتی می‌شود. با وجود اینکه روند کاهش منابع واقعی بخش دولتی بعد از تحریم تا سال ۹۳ دچار نوساناتی بوده است اما تا سال ۹۲ در حال کاهش بوده است به طوری که می‌توان گفت متوسط منابع واقعی دولت از ۸۸ تا ۹۲ در حال کاهش بوده است.

در سال ۹۳ با طرح تحول سلامت منابع به صورت چشم‌گیری افزایش پیدا کرده است، افزایش THE در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲ به طرح تحول سلامت اشاره دارد. این در حالی است که پرداخت از جیب بعد از اجرای طرح تحول سلامت همچنان در حال کاهش است این کاهش می‌تواند همچنان بیانگر وجود تاثیرات تحریم‌ها بر قدرت خرید افراد باشد.

همانطور که به لحاظ تئوریک نیز انتظار بر پایداری بیشتر بیمه خصوصی و عمومی در مقایسه با پرداخت از جیب و منابع دولتی است، نمودار فوق نشان می‌دهد بیمه خصوصی روندی پایدار دارد، روند بیمه خصوصی تا سال ۹۲ در حال افزایش است ولی بعد از اجرای طرح تحول روند بیمه خصوصی نزول کرده است، این در حالی است که با اجرای طرح تحول شیب فزاینده بیمه اجتماعی نسبت به قبل قابل مشاهده است این مساله می‌تواند دلالت بر نتایج مثبت طرح تحول سلامت باشد. اما به طور کلی روند فوق به خوبی از پایداری قابل ملاحظه‌تر بیمه‌های اجتماعی و خصوصی در مقایسه با پرداخت از جیب و بخش دولتی در تامین مالی سلامت کشور طی سال‌های اخیر حکایت دارد.

سهام منابع مختلف تامین مالی

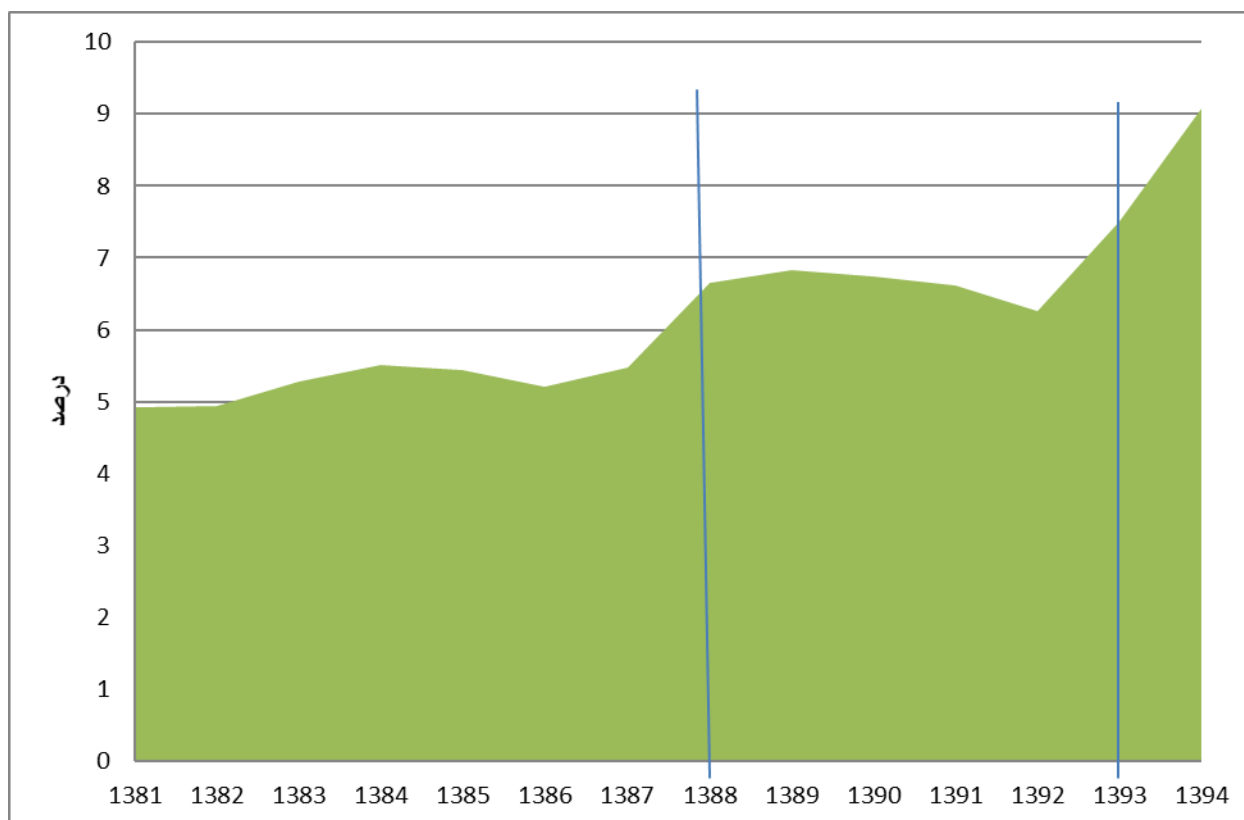


نمودار ۴-۵: روند سهم منابع مختلف تامین مالی

همانطور که ملاحظه می‌شود سهم پرداخت از جیب و دولت تا سال ۹۳ در حل کاهش هستند ولی از سال ۹۳ به بعد سهم بخش دولتی در حال افزایش است ولی پرداخت از جیب همچنان در حال کاهش است. با اجرای طرح تحول سهم پرداخت از جیب به زیر ۴۰ درصد رسیده است در حالی که سهم بخش دولتی به بالای ۳۰ رسیده است، این مساله به آن معناست که پرنوسان‌ترین منبع (پرداخت از جیب) با منبعی (دولت) که نوسانات کمتری دارد جابه‌جا شده است. اما توجه به این نکته ضروری است که مخارج دولت نیز نوسانات قابل توجهی دارد. با جود نوسانات مخارج دولت، صرف اینکه طرح تحول باعث شود مخارج دولتی جایگزین پرداخت از جیب شود، کافی نیست. به طور کلی با طرح تحول سهم دولت و بیمه اجتماعی در حال افزایش است ولی برای ایجاد منابع پایدار صرف افزایش سهم دولت در منابع تامین مالی کافی نیست زیرا وابستگی تامین مالی سلامت به درآمدهای نفتی به عنوان یک منبع ناپایدار مطلوب نیست و اثرات نوسانی درآمدهای نفتی به بخش سلامت نیز خواهد رسید. بنابراین تاکید نظام سلامت به طور عام و طرح تحول به طور خاص باید بر منابع پایداری از جمله منابع مالیاتی باشد. اختصاص بخشی از منابع حاصل از مالیات به سلامت کشور گامی در جهت پایداری منابع تامین مالی این

بخش محسوب می‌شود. چنانچه طرح تحول به دنبال ایجاد منابع پایدار است باید منابع درآمدی ایجاد کند که متکی بر مالیات باشند به عنوان مثال مالیات بر کالاهای خاص (از جمله مالیات بر کالاهای آسیب رسانی مانند انواع دخانیات که کشش قیمتی و درآمدی آنها پایین است) این رویه باعث ایجاد منابع باثبات تری برای تامین مالی بخش سلامت خواهد شد. علاوه بر این تاکید بیشتر بر منابع تامین مالی بیمه اجتماعی نیز به عنوان منبعی پایدار بهینه به نظر می‌رسد.

نسبت مخارج کل بخش سلامت به هزینه ناخالص داخلی



نمودار ۴-۶: روند نسبت مخارج کل بخش سلامت به هزینه ناخالص داخلی

همانطور که نمودار فوق نشان می‌دهد در سال ۸۸ با ایجاد تحریم سهم بخش سلامت از GDP افزایش پیدا کرده است. از آنجایی که بخش سلامت کشش درآمدی و قیمتی پایینی نسبت به سایر بخش‌ها دارد، انتظار بر این است که در مقایسه با سایر بخش‌ها به میزان کمتری تحت تاثیر شرایط اقتصادی قرار می‌گیرد. افزایش در نسبت فوق نشان‌دهنده واریزی منابع بخش‌های دیگر به این بخش است.

فصل پنجم - تاثیرات تکانه‌ها بر پایداری منابع بخش سلامت ایران از بعد خرد

مقدمه

از آنجائیکه سلامت افراد فقط حاصل فرایند درمان نیست و عوامل گوناگونی در افزایش و حفظ ذخیره سلامت افراد تاثیر گذارند بنابراین باید تاثیر عوامل اقتصادی در نظر گرفته شود. بخشی از آثار تکانه‌ها بر بخش بهداشت و درمان به طور آشکارا خود را نشان می‌دهند مانند گران شدن خدمات این بخش و افزایش هزینه‌های کمرشکن افراد و بخشی نیز مدتها بعد و تدریجی تاثیر می‌گذارند. برای مثال طی سال‌های اخیر، افزایش قیمت فرآورده‌های لبنی موجب کاهش مصرف سرانه آنها در کشور شده است و این کاهش مصرف، تبعاتی را برای کودکان و زنان باردار در بردارد.

به طور کلی می‌توان گفت اثرات تکانه‌ها بر سلامت به ندرت مستقیم هستند و اغلب سالها بعد از کمبود منابع خود را نشان می‌دهد. یکی از اثرات مهم آن تاثیر بر تولید، واردات و توزیع کالاهای اساسی می‌باشد. اثرات دیگر شامل تهدیدهایی است که متوجه نظام اجتماعی است. اندازه‌گیری اثرات تکانه‌ها بر سلامت از یک سو به دلیل وجود اثرات غیرمستقیم و از سویی به علت تاثیرگذاری عوامل دیگر دشوار است. وجود فشارهای اقتصادی و تنش‌های موجود موجب افزایش نابهنجاری‌های اجتماعی و پدیده‌های اعتیاد و طلاق می‌شود و به دنبال آن سلامت روان جامعه نیز علاوه بر سلامت جسمی به خطر می‌افتد [۲۵].

با توجه به اینکه طی سال‌های اخیر تحریم‌های همه جانبه اقتصادی مشتمل بر تحریم‌های تجاری، نفتی، بانکی و ... تکانه‌های بزرگی به اقتصاد کشور وارد ساخته است بنابراین تاثیرات تحریم‌های اقتصادی نیز به عنوان تکانه‌ی اقتصادی باید در نظر گرفته شود. تحریم‌های اقتصادی به خاطر ایجاد رنج و سختی برای اقشار اجتماعی در کشورهای هدف همواره مورد نقد قرار می‌گیرند. حتی عوامل دست‌اندرکار اعمال تحریم‌های اقتصادی هم می‌پذیرند که تحریم‌ها پیامدهای گوناگون برای مردم به دنبال دارند^۱. تحریم‌های اقتصادی به چند طریق بر مردم کشورهای تحریم شده اثر می‌گذارند، یکی از مستقیم‌ترین راه‌هایی که تحریم‌ها، سلامت اقشار جامعه را تحت تاثیر قرار می‌دهند، کمبود تغذیه‌ی مناسب است. کاهش واردات غذا باعث کمبود کالری جذب شده و سوء تغذیه می‌شود که کودکان و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر بیماران مزمن را در معرض بیماری‌های واگیردار قرار می‌دهد. افزایش قیمت خوراک سبب تغذیه‌ی ضعیف مادران شده، آثار منفی بر نوزادان بر جای می‌گذارد (Garfield, ۱۹۹۷).

با توجه به اینکه موضوع مطالعه حاضر بررسی اثرات تکانه‌های اقتصادی بر پایداری منابع نظام است، نتایج فصل گذشته حاکی از آن بود که پرداخت از جیب خانوارها بابت سلامت کمترین میزان پایداری را در میان منابع مختلف تامین مالی سلامت دارد. از این رو در این فصل سعی خواهد شد به بررسی عوامل موثر بر پرداخت از جیب خانوارها در قالب مدل اقتصاد سنجی پرداخته شود.

^۱ آلبریت در سرمقاله‌ی سال‌نامه‌ی طب داخلی در سال ۲۰۰۰ این گونه اذعان می‌کند که "هنگامی که سازمان ملل یا آمریکا علیه یک نظام تحریمی وضع می‌کنند به دنبال ایجاد سختی و مشکل برای مردم بی‌گناه، به خصوص کودکان و نوزادان نیست. اما نیت‌های خوب خود به خود به نتایج خوب نمی‌انجامند".

در این راستا این مطالعه بر آن است با تخمین یک مدل اقتصادی به تحلیل اثرات تحریم‌های مذکور بر پرداخت از جیب خانوارها برای دریافت خدمات سلامت به تفکیک درآمدی بپردازد. علاوه بر این در این مطالعه یک مدل اقتصادی دیگر نیز برای بررسی تاثیرات تحریم‌های اقتصادی بر هزینه‌های کمرشکن سلامت به تفکیک خانوارهای شهری و روستایی تخمین زده خواهد شد. نتایج این مدل‌ها می‌تواند تصویر روشنی از تاثیرات متغیرهای مختلف -با تاکید بر تحریم‌های اقتصادی- بر هزینه‌های مستقیم پرداختی توسط خانوارها بابت خدمات سلامت و کمرشکن بودن این خدمات طی سال‌های اخیر ارائه دهد و از این رو این مطالعه می‌تواند کمک شایانی به مسئولان در اتخاذ ملاحظات سیاستی در رابطه با بهبود وضعیت سلامت خانوارهای ایرانی داشته باشد و راهگشای مناسبی نیز در جهت پیشبرد اهداف سیاستی بخش سلامت محسوب شود.

پرداخت از جیب خانوارها به عنوان یک منبع ناپایدار برای تامین مالی سلامت

سلامتی از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسان‌ها بوده و به عنوان یکی از پیش شرط‌های اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. مردم برای ارتقاء و بازگرداندن سلامتی خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی خرید آن خدمات می‌باشند. در این میان بیماران باید به نحوی از پرداخت کامل هزینه‌های درمان در امان باشند و پرداختی که برای خرید آن خدمات انجام می‌دهند نباید به گونه‌ای باشد که آن‌ها را از سایر نیازهای زندگی خود بی‌بهره سازد.

رشد پرشتاب هزینه‌های بهداشتی و درمانی در کشور که به طور عمده ناشی از عوامل مختلفی مانند رشد جمعیت، تغییر سطح انتظارات، گرایش روز افزون به استفاده از فن‌آوری نوین و گران قیمت درمانی می‌باشد، آنان را مجبور به خرید خدمات سلامت نموده و طبیعی است که صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت این خدمات می‌تواند سطح استاندارد زندگی آنها را در کوتاه مدت و بلندمدت تهدید کند، آن‌چنان که در کوتاه‌مدت خانوار باید از مصارف جاری سایر کالا و خدمات چشم‌پوشی کند و در بلندمدت نیز عواقبی مانند فروش و حراج دارایی‌ها، اتمام پس‌انداز و یا انباشت بدهی در انتظار خانوار می‌باشد و بدین ترتیب خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی در نظام سلامت رنج می‌برند. در چنین مواقعی که هزینه‌های بخش بهداشت و درمان در ایران و جهان همراه با رشد فزاینده‌ی فن‌آوری و تغییرات جمعیتی افزایش می‌یابد [۲۶]. توجه به مفاهیم اقتصادی در این بخش ضرورت یافته و این بخش به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سرو کار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم به طور فزاینده مورد توجه قرار می‌گیرد. هم‌چنان که مردم، از یک سو با پرداخت حق بیمه، مالیات و تحمل هزینه‌های گزاف بهداشت و درمان و در کنار آن با افزایش آگاهی، انتظارات فزاینده‌ای از بیمارستان و دیگر بنگاه‌های ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی دارند و از سوی دیگر سرمایه‌گذاری کلان جهت بهره‌گیری از فن‌آوری نوین درمان و افزایش هزینه‌های کارکنان و به کارگیری نیروهای تخصصی و فوق تخصصی موجب گران تر شدن خدمات بهداشتی و درمانی گردیده است و بالا بودن این هزینه‌ها که با گذشت زمان روند افزایشی داشته، مانع دسترسی بیماران به خدمات سلامت شده و بدین ترتیب درصد خانوارهایی که هزینه‌های مصیبت‌بار سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد. هم‌چنان که مطالعات نیز نشان داده است که به علت بالا بودن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بیش تر بار مالی هزینه‌های مراقبت و

خدمات سلامت بر دوش خانوار بوده، آمار سازمان بهداشت جهانی حاکی از مواجه شدن سالانه ۱۵۰ میلیون نفر با فلاکت‌های ناشی از هزینه‌های بهداشتی می‌باشد.

امروزه متولیان سلامت و در راس آنها سازمان بهداشت جهانی برای رفع نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت، حفاظت مردم در برابر این هزینه‌ها را به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است و در این راستا در ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه کشور تاکید ویژه‌ای به " برقراری عدالت بین خانوارها در تامین مالی خدمات سلامتی " در نیل به هدف غایی نظام سلامت که "تامین و تضمین سلامتی با استاندارد قابل قبول" است، گردیده است.

هزینه‌ی خدمات درمانی یک هزینه‌ی پیچیده، مبهم و غیرقابل پیش‌بینی و در عین حال حیاتی برای زندگی بشر است. این هزینه‌ها که بستگی به نوع بیمه‌ی فرد، بیمارستان، خدمت، سطح تخصصی ارائه‌دهنده‌ی خدمت و ... داشته معمولاً به صورت هزینه‌های نامحسوس، مستقیم و غیرمستقیم توسط خانوارها پرداخت می‌شود، ولی آنچه که بیشتر از همه مورد توجه متولیان سلامت می‌باشد، پرداخت مستقیم از جیب بیماران بوده و آن حجم از پرداخت‌های مستقیمی است که خانوار برای دریافت خدمات سلامتی در یک دوره‌ی زمانی معین آن را پرداخت می‌کند.

پرداخت مستقیم از جیب بیماران (oop) یکی از ساده‌ترین و در عین حال کم اثربخش‌ترین شیوه‌های پرداخت است. این نوع پرداخت حجم زیادی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ میلادی، در ایران هزینه‌های سلامت ۵/۶ درصد از تولید ناخالص ملی و هزینه‌های خصوصی از کل هزینه‌های بهداشتی ۵۶/۶ درصد و کل پرداختی از جیب مردم از کل هزینه‌های خصوصی ۹۶/۶ درصد است که بیان‌گر این است که به طور تقریبی نزدیک به ۱۰۰ درصد از هزینه‌های سلامت خصوصی را خانوارها می‌پردازند.

یکی از اهداف نظام سلامت مشارکت در تامین عادلانه‌ی منابع مالی به منظور دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های درمانی می‌باشد، ولی برخلاف رشد بیمه‌های تکمیلی، هنوز بیش از نصف هزینه‌های خدمات درمانی در همه‌ی گروه‌های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌شود و هرچه پرداخت مستقیم از جیب بیماران در یک نظام سلامت بیش‌تر باشد، میزان دسترسی به خدمات سلامت کم‌تر شده و ناعدالتی در سلامت افزایش می‌یابد.

بنابراین با توجه به تاثیرگذاری شرایط رکود و رونق اقتصادی بر کلیه‌ی هزینه‌های خانوارها از جمله هزینه‌های پرداختی خانوار برای دریافت خدمات سلامت، پژوهش پیش رو تلاش دارد در ادامه اثرات تحریم‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوارها در بخش سلامت و درمان را به‌عنوان مکانسیم مستقیم اثرگذاری تحریم‌ها بر خانوارها بررسی کند. بنابراین یکی از مهم‌ترین اهداف این مطالعه استفاده از داده‌ها و متغیرهای خرد اقتصادی به منظور ارزیابی عوامل موثر بر هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی (پرداخت از جیب خانوار به طور خاص) و میزان تاثیر-پذیری این هزینه‌ها از تحریم‌های اقتصادی طی سال‌های اخیر است.

مدل اقتصادی

از آنجایی که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه سهم بزرگی از هزینه‌های سلامت خانوارها به صورت مستقیم از جیب آنها پرداخت می‌شود، بنابراین پرداخت از جیب خانوار یا همان پرداخت‌های مستقیم خانوار به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی سیستم تامین مالی سلامت در این کشورها مطرح بوده است این در حالی است که تامین بخش

بزرگی از منابع مالی سلامت از طریق پرداخت‌های مستقیم، سازو کار مناسبی در بحث تامین مالی هزینه‌های مذکور نمی‌باشد. این مساله در سیستم سلامت این دسته از کشورها به عنوان یک چالش اساسی توجه محققین، سیاست‌گذاران و مسئولان بخش سلامت را به خود معطوف کرده است. اگر خانواری نیازمند به استفاده از مراقبت‌های درمانی توانایی پرداخت آن را نداشته باشد، با مشکلی بزرگ مواجه خواهد شد و برای تامین آن ممکن است به قرض کردن، فروش دارایی یا کاستن از هزینه‌های سایر بخش‌ها روی بیاورد.

ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه با این چالش درگیر است. آمارها نشان می‌دهد که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ سهم پرداخت‌های مستقیم خانوارهای ایرانی از کل هزینه‌های سلامت از ۵۳ درصد به ۵۹ درصد افزایش یافته است که بیشترین مقدار آن مربوط به سال ۸۸ و برابر با ۵۹ درصد می‌باشد. بالا بودن سهم پرداخت‌های مستقیم خانوار از کل هزینه‌های سلامت، خطر مواجه شدن خانوار با هزینه‌های کمرشکن را افزایش می‌دهد.

هزینه‌های مستقیم خانوار سهم بزرگی از منابع تامین مالی سلامت را تشکیل داده است که به نوبه خود می‌تواند مانعی جدی در برخورداری عادلانه از خدمات سلامت باشد. بنابراین یکی از مهم‌ترین اهداف سیاست‌های بخش سلامت هر کشوری، از جمله ایران، کاهش پرداخت‌های مستقیم از طریق جایگزین کردن آن با روش‌های تامین مالی عادلانه‌تر می‌باشد. بر همین اساس شناسایی و تحلیل عواملی که روی پرداخت‌های مستقیم خانوار اثر می‌گذارد، یکی از کلیدی‌ترین موضوعات در سیاست‌گذاری سلامت می‌باشد که طی سال‌های اخیر تلاش‌هایی در سیستم سلامت کشور برای حل این مساله صورت گرفته است.

غالب مطالعاتی که در زمینه هزینه‌های سلامت انجام شده‌اند، در بعد کلان و در کشورهای توسعه یافته، با استفاده از داده‌های حساب‌های ملی سلامت به مقایسه کل هزینه‌های سلامت در سطح ملی با سایر کشورها پرداخته‌اند. در تعدادی از کشورهای در حال توسعه نیز مطالعاتی در این زمینه انجام شده است. نتایج حاصل از این تحقیقات نشان می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم خانوار نسبت به گذشته، بسیار افزایش یافته است. در ایران نیز مطالعاتی در سطح کلان به منظور بررسی هزینه‌های سلامت صورت گرفته است، اما تمام آن‌ها کل هزینه‌های سلامت خانوار را مورد مطالعه قرار داده‌اند و به طور مشخص، پرداخت‌های مستقیم خانوار را بررسی نکرده‌اند.

با توجه به اهمیتی که افراد و خانوارها در پرداخت‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه دارند، اهمیت مولفه‌های تعیین کننده هزینه‌های سلامت پرداخت شده توسط آن‌ها در این کشورها افزایش می‌یابد. بنابراین ارزیابی بهتر این مولفه‌ها در تصمیم‌گیری‌های دولت‌ها نقش به‌سزایی ایفا می‌کنند. برای مثال تخمین کسش‌های درآمدی می‌تواند طراحی شبکه‌های ایجاد امنیت اجتماعی که از فقرا حمایت می‌کند را بهبود بخشد. متأسفانه در بعد خرد (خانوار) در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران مطالعات زیادی در این زمینه ایجاد نشده است و مطالعات اندکی از این دیدگاه به این موضوع پرداخته‌اند.

در این پژوهش سعی خواهد شد تغییرات پرداخت از جیب خانوارها به علت تحریم‌ها مورد مطالعه قرار گیرد. اما توجه به این نکته ضروری است که صرف بررسی روند هزینه‌های خانوارها طی سال‌های قبل و بعد تحریم نمی‌تواند صرفاً نشان‌دهنده میزان تاثیرگذاری تحریم‌های اقتصادی بر این هزینه‌ها باشد. لذا با توجه به تاثیرگذاری عوامل مختلف اقتصادی-اجتماعی بر میزان تغییرات هزینه‌های سلامت خانوارها، تخمین یک مدل اقتصادی می‌تواند به طرز صحیح

و دقیقی بیانگر میزان تاثیرات تحریم‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوار برای سلامت باشد. در این مدل اقتصادی علاوه بر متغیرهای مختلف تاثیرگذار بر پرداخت از جیب خانوارها، تحریم‌های اقتصادی نیز به عنوان یک متغیر مجازی در نظر گرفته خواهد شد.

همانطور که در بخش‌های قبلی نیز توضیح داده شد، با توجه به تاثیرگذاری عوامل مختلف اقتصادی-اجتماعی بر میزان تغییرات هزینه‌های سلامت خانوارها، در صورت دسترسی به داده‌های خرد اقتصادی (اطلاعات اقتصادی به تفکیک خانوارها) تخمین یک مدل اقتصادی (pooled model) می‌تواند به طرز صحیح و دقیقی بیانگر میزان تاثیرات تحریم‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوار برای سلامت باشد. به منظور تحلیل تحریم‌های اقتصادی بر پرداخت از جیب خانوارها در این مدل اقتصادی علاوه بر در نظر گرفتن متغیرهای مختلف تاثیرگذار بر متغیر وابسته، تحریم اقتصادی به عنوان یک متغیر مجازی در نظر گرفته شده است. همچنین یک مدل اقتصادی دیگر (probit model) نیز برای بررسی تاثیرات متغیر مجازی تحریم بر کمرشکن بودن هزینه‌های پرداختی توسط خانوار به تفکیک شهری و روستایی تخمین زده خواهد شد. بنابراین در ادامه به طور مختصر مبانی نظری موجود درباره این دو مدل مرور می‌شود.

مروری بر مدل‌های با داده‌های ترکیبی

در حالت کلی مدل زیر نشان دهنده‌ی یک مدل با داده‌های ترکیبی^۱ است:

$$Y_{it} = \beta_1 i_{it} + \sum_{k=2}^K \beta_k i_{it} x_{kit} + e_{it}$$

داده‌های ترکیبی مجموعه‌ای از داده‌هاست که شامل چند مقطع و یک دوره زمانی می‌باشد. مقطع می‌تواند بیانگر افراد، گروه‌ها، بنگاه‌ها، صنایع، کشورها و ... باشد. در حالت کلی، تعداد مقطع با n نشان نشان داده می‌شود. دوره زمانی نیز می‌تواند روز، هفته، ماه، فصل و سال باشد. طول دوره زمانی با T در نظر گرفته می‌شود. بدین ترتیب مشاهدات مربوط به متغیرهای Y ، X را با X_{it} و Y_{it} نشان می‌دهیم که مقطع‌ها شامل $i=1, \dots, n$ و زمان شامل $t=1, \dots, T$ می‌باشد.

برای هر متغیر nT مشاهده وجود دارد و اگر X شامل بیش از یک متغیر شود، آنگاه XK_{it} بیانگر مشاهدات مربوط به متغیر K ام در مقطع i و در زمان t می‌باشد که $k=1, 2, \dots, K$ است.

داده‌های ترکیبی به دلیل آنکه هم تغییرات زمانی و هم تغییرات درون هر مقطع را منعکس می‌کند، می‌تواند اطلاعات بیشتری را منعکس نماید. بسیاری از نکاتی که در تحلیل سری‌های زمانی نادیده گرفته می‌شود و یا غیر قابل مشاهده هستند، در تحلیل داده‌های ترکیبی روشن می‌شوند. به ویژه ناهمگنی‌هایی که غالباً در تحلیل سری زمانی از آنها چشم‌پوشی می‌شود و اصطلاحاً غیرقابل مشاهده هستند، در تحلیل داده‌های ترکیبی امکان استفاده از آنها فراهم می‌شود. به عنوان مثال در برآورد تابع تولید یک صنعت که شامل تعدادی بنگاه است، اگر از داده‌های سری زمانی استفاده شود، به طور ضمنی فرض شده که بنگاه‌ها همگن هستند. اما از طرف دیگر، وقتی از داده‌های مقطعی استفاده می‌شود، فقط تفاوت بنگاه‌ها را لحاظ کرده‌ایم و تغییرات زمانی آنها نادیده گرفته شده است. بدین ترتیب داده‌های ترکیبی امکان بررسی هر دو تغییر (مقطعی و زمانی) را فراهم می‌کند.

^۱Panel data

به طور کلی، برای بررسی داده‌های ترکیبی می‌توان بحث را با معادله رگرسیونی زیر شروع نمود:

$$Y_{it} = \beta X_{it} + \alpha Z_i + \varepsilon_{it}$$

X_{it} متغیر توضیحی است که هم در طول زمان و هم در بین گروه‌ها تغییر می‌کند. Z_i خصوصیات ویژه هر فرد یا گروه را نشان می‌دهد که در واقع ناهمگنی‌های بین گروهی را منعکس می‌کند، مانند تفاوت یک فرد با فرد دیگر، یا تفاوت بنگاه‌ها و مانند آن. Z_i شامل یک جمله ثابت و مجموعه‌ای از متغیرهای خاص هر فرد یا گروه است که ممکن است قابل مشاهده باشد؛ مانند سن، جنس، مکان و ... و یا غیر قابل مشاهده باشند، مانند ویژگی‌های خاص هر خانواده، ناهمگنی‌های فردی در مهارت یا ترجیحات و فرض بر این است که تمام این ناهمگنی‌ها در طول زمان به قوت خود باقی است و ثابت می‌ماند. اگر Z_i برای همه افراد قابل مشاهده باشد، در این صورت مدل فوق را می‌توان مانند یک مدل خطی معمولی در نظر گرفت و آن را با OLS برآورد نمود. اما به طور کلی چند حالت وجود دارد که به بررسی آنها می‌پردازیم.

۱- رگرسیون تجمعی^۱: اگر Z_i فقط شامل یک جمله ثابت باشد که برای همه گروه‌ها یکسان است، در این صورت معادله زیر را خواهیم داشت:

$$Y_{it} = \beta X_{it} + \alpha + \varepsilon_{it}$$

این معادله با روش OLS قابل برآورد است که تخمین‌های آن سازگار و کارا خواهند بود.

۲- اثرات ثابت^۲: اگر Z_i "مشاهده شده" نباشد اما با X_{it} همبستگی داشته باشد، در این صورت برای هر گروه یک عرض از مبدا (α_i) خواهیم داشت که معادله آن عبارت است از:

$$Y_{it} = \beta X_{it} + \alpha_i + \varepsilon_{it}$$

در اینجا $\alpha_i = \alpha Z_i$ که تمام اثرات قابل مشاهده را دربردارد و بیانگر یک میانگین شرطی قابل تخمین می‌باشد. یعنی به جای αZ_i یک میانگین شرطی برای گروه i معرفی می‌کند که برابر α_i است. به عبارت دیگر متغیر غیرقابل مشاهده Z_i را حذف کرده و به جای آن α_i قرار داده شده است. بدیهی است که تخمین معادله اخیر با OLS منجر به نتایج ناسازگار به خاطر مشکل "متغیرهای حذف شده" می‌شود.

در روش اثرات ثابت به هر گروه یک مقدار ثابت مانند α_i اختصاص داده می‌شود. بایستی توجه داشت که اصطلاح "ثابت" بدان معناست که "در طول زمان تغییر نمی‌کند" ولی از یک گروه به گروه دیگر دچار تغییر می‌شود.

^۱Pooled regression

^۲Fixed effect

^۳Random effect

۳- اثرات تصادفی: اگر ناهمگنی‌های فردی یا مقطعی قابل مشاهده نباشند، می‌توان فرض کرد که این ناهمگنی‌ها با متغیرهای توضیحی همبستگی ندارند. در چنین حالتی اگر فرض شود که تفاوت‌های گروهی ناشی از عوامل تصادفی است آنگاه αZ_i را می‌توان تصادفی فرض نمود که مستقل از X_{it} است. برای هر متغیر تصادفی می‌توان رابطه زیر را نوشت:

$$\alpha Z_i = E(\alpha Z_i) + U_i$$

رابطه فوق نشان می‌دهد که αZ_i از دو جزء تشکیل شده است: یکی جزء مورد انتظار که فرض می‌شود برای همه گروه‌ها یکسان است و عوامل تصادفی نقشی در آن ندارند و لذا به صورت $E(\alpha Z_i) = \alpha$ نوشته می‌شود. دیگری جزء تصادفی است که به خاطر وجود عوامل تصادفی، در اطراف α نوسان می‌کند که آن را با U_i نشان می‌دهند. در واقع U_i برابر با $\alpha Z_i - E(\alpha Z_i)$ است. به این ترتیب معادله زیر برقرار خواهد شد:

$$Y_{it} = \beta X_{it} + \alpha + U_i + \varepsilon_{it}$$

در روش تصادفی تصریح می‌شود که U_i عنصر تصادفی مختص هر گروه است.

مروری بر مدل‌های لاجیت و پروبیت^۲

ویژگی اساسی در این مدل‌ها آن است که متغیر وابسته یا تابع، به صورت موهومی یا مجازی^۳ می‌باشد. برای مثال زمانی که تاثیر میزان درآمد فرد، سطح تحصیلات فرد، وضعیت اشتغال و... بر روی اعتیاد فرد بررسی می‌شود، متغیر وابسته که همان معتاد بودن یا معتاد نبودن فرد است، خود ماهیتاً بیانگر دو گروه است که هر یک مقادیر صفر و یک را اختیار می‌کند. این در حالی است که در تخمین‌های معمول، متغیر وابسته به صورت پیوسته در نظر گرفته می‌شود.

با این اوصاف از آنجا که محقق در بسیاری از مسائل علوم اجتماعی با متغیرهای گسسته دوتائی یا طبقه بندی شده مواجه خواهد بود، روش‌های معمول اقتصادسنجی قادر به تحلیل این مسائل نخواهد بود و به مدل‌هایی متفاوت نیاز وجود دارد. سه روش عمده که عموماً برای تخمین چنین مدل‌هایی به کار می‌روند عبارتند از: مدل احتمالی خطی (LPM)^۴، مدل لاجیت و مدل پروبیت.

^۲Logit & Probit

^۳Dummy Variable

^۴Linear Probability Model

مدل ساده زیر را در نظر بگیرید:

$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 X_i + u_i$$

که در آن X نشان دهنده درآمد فرد می باشد و $Y=1$ است اگر فرد معتاد باشد و $Y=0$ است اگر فرد معتاد نباشد. β_1 و β_2 ضرایب تخمین هستند و u_i جزء اخلاص می باشد. مدل‌هایی مانند مدل فوق را که در آن متغیر وابسته به عنوان تابعی خطی از متغیرهای توضیحی به دو گروه تقسیم می شود، مدل‌های احتمال خطی می نامیم؛ چرا که در این حالت، امید ریاضی شرطی Y_i بر حسب X_i معین، یعنی $E(Y_i|X_i)$ را می توان به احتمال شرطی وقوع حادثه مورد نظر به شرط X_i معین یعنی $pr(Y_i = 1|X_i)$ تعبیر نمود. بنابراین در مثال فوق، $E(Y_i|X_i)$ بیانگر احتمال معتاد شدن فرد به شرط درآمد معین و معلوم فرد می باشد. با فرض معمول $E(u_i) = 0$ برای حصول تخمین زندهای ناتورش خواهیم داشت:

$$E(Y_i|X_i) = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

حال چنانچه P_i برابر احتمال وقوع حادثه مورد نظر بوده $Y_i = 1$ و $1 - P_i$ احتمال عدم وقوع حادثه مورد نظر باشد ($Y_i = 0$)، طبق تعریف امید ریاضی داریم:

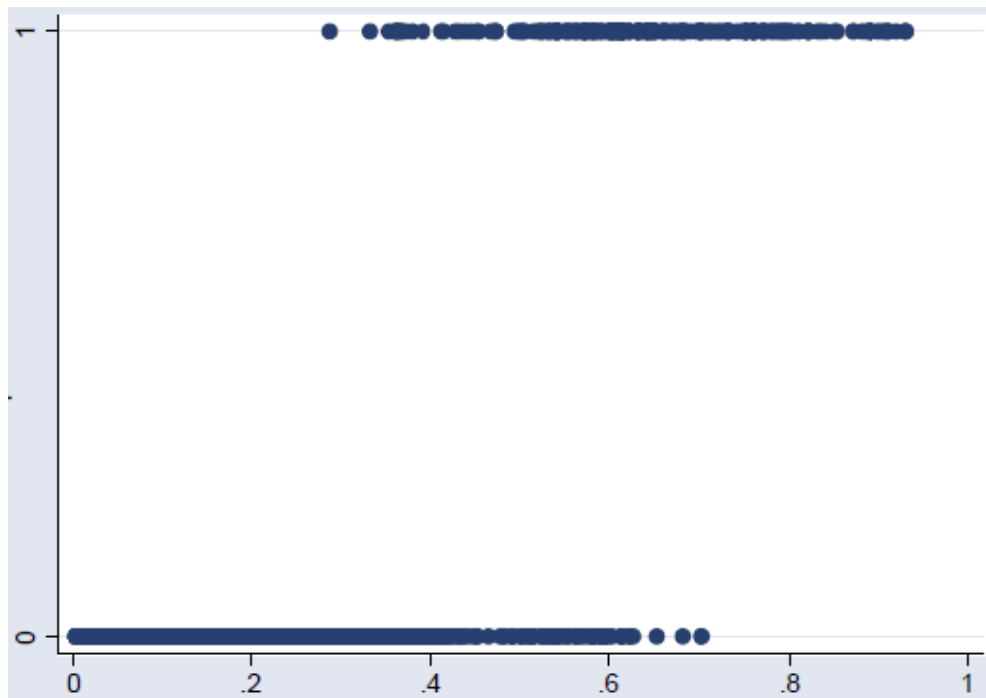
$$E(Y_i) = 0(1 - P_i) + 1(P_i)$$

نظر به اینکه احتمال P_i بایستی بین صفر و یک باشد، لذا محدودیت زیر را خواهیم داشت:

$$0 \leq E(Y_i|X_i) \leq 1$$

یعنی امید ریاضی شرطی فوق که بیانگر احتمال شرطی است، بایستی بین صفر و یک باشد. اما استفاده از مدل‌های احتمالی خطی (LPM) دارای مشکلات و ایراداتی است از جمله: غیر نرمال بودن توزیع u_i ها (زیرا u_i ها نیز مثل Y_i ، تنها دو مقدار صفر و یک را اختیار می کنند)، ناهمسانی واریانس اجزاء اخلاص، عدم تامین شرط $0 \leq E(Y_i|X_i) \leq 1$ در عمل و زیر سوال رفتن R^2 به عنوان معیار خوبی برازش؛ دو مشکل آخر را می توان با توجه به شکل زیر توضیح داد.

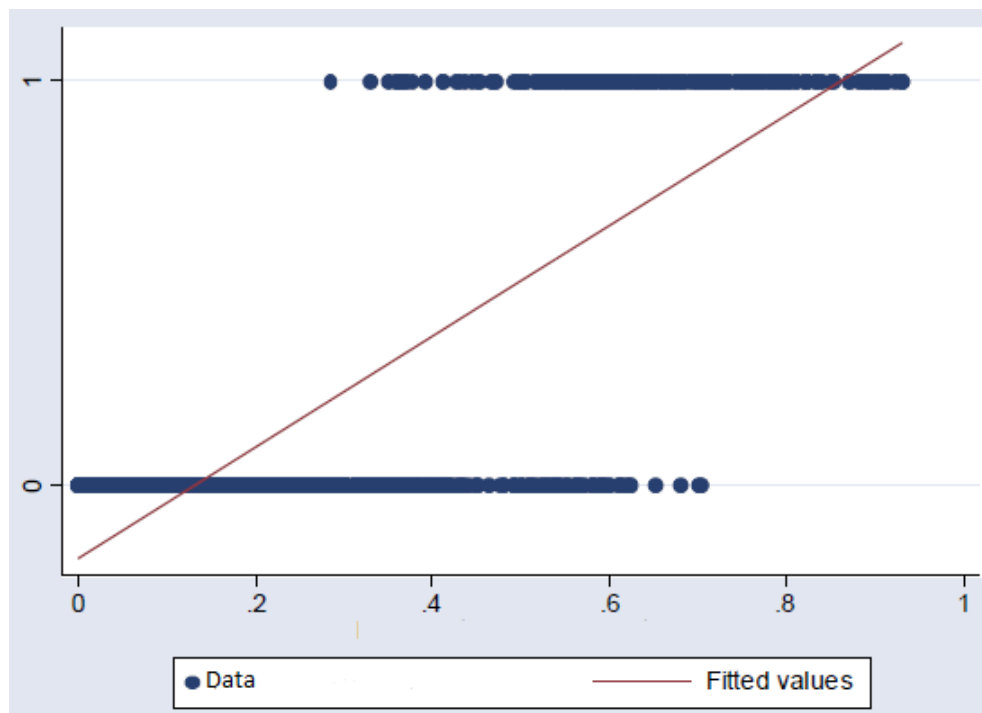
¹ - Conditional Expectation



شکل ۵-۱: پراکنش داده‌های دوتایی

شکل داده‌هایی را نشان می‌دهد که در نمودار افقی، مقادیر مربوط به متغیر مستقل و در نمودار عمودی، مقادیر متغیر وابسته نمایش داده شده است. هر نقطه مربوط به یک مشاهده است و متغیر وابسته، گسسته و با مقادیر دوتایی می‌باشد و بنابراین تمام مقادیر Y ، یا روی خط $Y=1$ و یا روی محور X ها قرار می‌گیرد. حال اگر به شیوه معمول، داده‌های فوق برازش شوند، می‌توان انتظار داشت که هیچ مدل احتمال خطی ای قادر نباشد چنین پراکنشی را به خوبی برازش نماید. از این روست که اغلب توصیه می‌شود "در مدل‌های دارای متغیر وابسته کیفی، باید از کاربرد ضریب تعیین به عنوان یک تابع آزمون مشخص کننده خصوصیات مدل اجتناب نمود"^۱ حتی می‌توان انتظار داشت که خط برازش زیر صفر و بالای یک برود که اگر Y ، احتمال یک پیشامد باشد، احتمالات زیر صفر و بالای یک، هیچ مفهومی نخواهد داشت.

^۱ - "Linear Probability, Logit and Probit Models" Sage Publications, Beverley Hills, Calif. ۱۹۸۴.p۱۰



شکل ۵-۲: برازش داده‌های دوتایی با مدل احتمال خطی

لازم به ذکر است که این مشکلات دارای راه‌حلهایی نیز می‌باشند، به عنوان مثال، می‌توان روش حداقل مربعات وزنی^۱ یا WLS را برای حل مساله ناهمسانی واریانس به کار برد و یا برای به حداقل رساندن شدت اثرات غیر نرمال بودن u_i ها، حجم نمونه را بالا برد و یا به کمک تکنیک‌های برنامه‌ریزی ریاضی کاری کرد که احتمال‌های تخمین زده شده بین صفر و یک واقع شوند.

اما باید گفت که حتی با حل این مشکلات باز هم مدل LPM از نظر منطقی چندان قابل قبول نیست، چرا که این مدل فرض می‌کند که $P_i = E(Y = 1|X)$ به طور خطی با X افزایش می‌یابد، یعنی اثر نهایی یا نموی X در سرتاسر طول تغییرات ثابت است.

به عنوان یک مثال اگر فرض شود در یک مدل احتمال خطی، متغیر مستقل سطح درآمد خانوار و متغیر وابسته، صاحب خانه بودن یا نبودن خانوار باشد، مدل LPM فرض می‌کند هر یک واحد افزایش در درآمد خانوار در هر سطحی، تاثیر یکسانی بر احتمال خانه دار شدن خانوار دارد. حال اگر تخمین LPM نشان دهد هر یک میلیون تومان افزایش درآمد ماهانه خانوار، به میزان یک دهم (۱۰ درصد) احتمال خانه دار شدن خانوار را افزایش دهد بدین معنی است که بدون توجه به سطح درآمد اولیه، افزایش یکسان درآمد، احتمال خانه دار شدن را به میزان ثابتی افزایش می‌دهد. اما در دنیای واقعی می‌توان انتظار داشت که P_i به طور غیر خطی به X_i مربوط باشد، یعنی در سطوح درآمدی پایین، یک خانوار صاحب خانه نخواهد بود بلکه از یک سطح به اندازه کافی بالای درآمد (X^*) به احتمال قوی می-

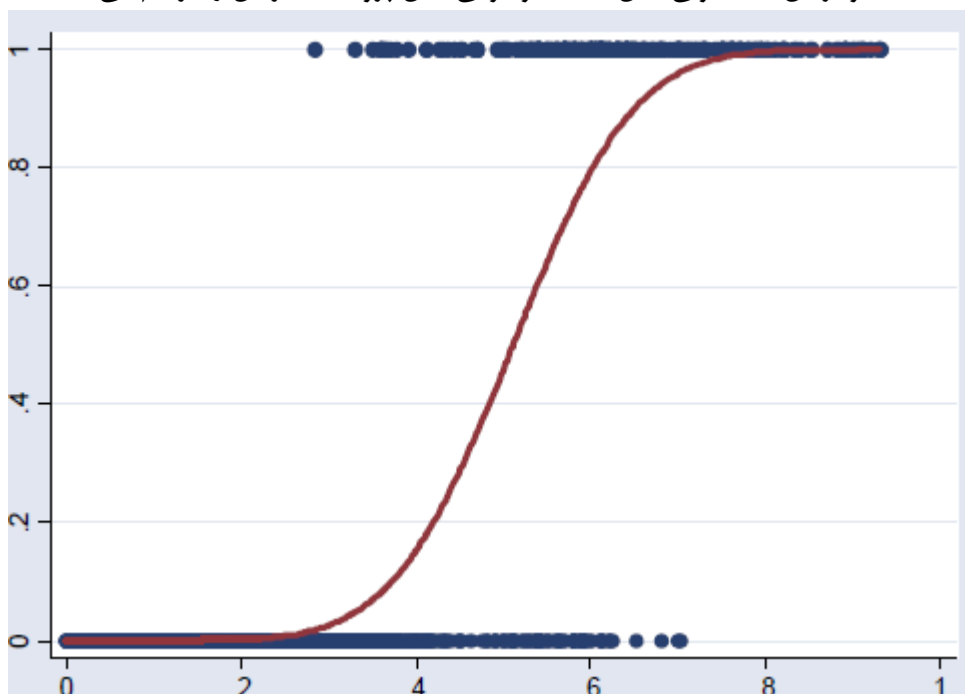
^۱ - Weighted Least Squares

توان انتظار داشت که خانوار مذکور صاحب خانه باشد. به این ترتیب هر افزایش بالاتر از X^* تاثیر کمتری در احتمال خانه دار شدن خانوار خواهد داشت. با این اوصاف، عملاً در هر دو ناحیه انتهایی توزیع درآمد، احتمال صاحب خانه بودن با افزایش های کوچک در X ، کمتر از نقاط دیگر تاثیر می پذیرد. بنابراین آنچه که مورد احتیاج است یک مدل احتمالاتی است که دو خصوصیت زیر را داشته باشد:

(۱) همچنان که X افزایش می یابد، $P_i = E(Y = 1|X)$ نیز افزایش یابد، اما هیچگاه از محدوده صفر و یک فراتر نرود.

(۲) ارتباط بین P_i و X_i غیر خطی باشد، یعنی مدلی مورد نیاز است که در آن احتمال فوق وقتی X_i کوچکتر می شود با نرخ کمتری به سمت صفر میل کرده و وقتی X_i خیلی بزرگ می شود باز هم با نرخ کمتری این بار به سمت یک میل کند.

به طور هندسی مدل مورد نیاز ما، چیزی شبیه منحنی نمایش داده شده در شکل زیر است. به راحتی می توان دریافت که این منحنی S شکل بسیار به تابع توزیع تخمینی تجمعی^۱ (انباشته) متغیرهای تصادفی شباهت دارد که به راحتی می توان شکلی از تابع توزیع تخمین تجمعی (CDF) را برای مدل های رگرسیونی دارای متغیر وابسته متشکل از دو گروه با مقادیر صفر و یک به کار برد. اما CDF هایی که عموماً برای این مدل ها به کار می روند عبارتند از: لاجستیک و نرمال^۲ که اولی مدل لاجیت و دومی مدل پروبیت یا نرمال را فراهم می کند.



شکل ۵-۳: برازش داده‌های دوتایی توسط تابع توزیع تخمین تجمعی

^۱- Cumulative Distribution Function

^۲- Logistic and Normal

با این اوصاف آنچه در گذار از مدل LPM به مدل‌های لاجیت و پروبیت انجام می‌شود این است که متغیر دوتایی Y را به متغیر پیوسته ای مانند Y' تبدیل کرد به نحوی که $Y' \in (-\infty, \infty)$ و تابعی که این تبدیل را انجام می‌دهد، تابع توزیع تجمعی می باشد که مقادیر پیوسته بین صفر و یک را اختیار می کند. برای توضیح بیشتر، مثال قبلی در مورد تاثیر درآمد بر اعتیاد فرد را ادامه می دهیم. دیدیم که در مدل LPM، تخمین به صورت زیر بود:

$$P_i = E(Y = 1 | X_i) = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

که X نشان دهنده درآمد فرد می باشد و Y برای نشان دادن اعتیاد یا عدم اعتیاد فرد است. اینک برای توضیح پدیده فوق، از رابطه زیر استفاده می‌شود:

$$P_i = E(Y = 1 | X_i) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 + \beta_2 x_i)}}$$

که e ، پایه لگاریتم طبیعی می باشد. رابطه را به صورت زیر بازنویسی می‌شود:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-z_i}}, \quad z_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

معادله فوق بیانگر آن چیزی است که تحت عنوان توزیع تجمعی لاجستیک معروف شده است. بررسی این نکته که در این حالت همچنانکه z_i بین $-\infty$ تا $+\infty$ تغییر می‌کند P_i بین صفر و یک مقادیر خود را اختیار خواهد کرد و نیز آنکه P_i به طور غیر خطی به z_i (یعنی X_i) مربوط است (دو شرط مورد نیاز برآورده می شود) ساده است. اما علی رغم تامين دو شرط فوق، مساله ای در باب تخمین این مدل به وجود آمده و آن اینکه P_i نه تنها بر حسب X بلکه بر حسب β ها هم غیر خطی است. این امر به معنای آن است که روش معمول OLS دیگر برای تخمین پارامترهای مدل مذکور قابل کاربرد نیست. اما نشان داده می شود که برخلاف ظاهر قضیه می توان رابطه تخمین را به صورت رابطه خطی بر حسب پارامترها تبدیل نمود.

اگر P_i یعنی احتمال معتاد بودن فرد بیان شده باشد، در این صورت $1 - P_i$ احتمال عدم معتاد بودن خواهد بود و به صورت زیر می باشد:

$$1 - P_i = \frac{1}{1 + e^{z_i}}$$

بنابراین داریم:

$$\frac{P_i}{1 - P_i} = \frac{1 + e^{z_i}}{1 + e^{-z_i}} = e^{z_i}$$

حال به طور ساده $(P_i / (1 - P_i))$ نسبت احتمال حادثه مورد نظر بر آلترناتیو ۱ آن است که در اینجا بیانگر میزان برتری احتمال وقوع حادثه معتاد بودن بر عدم آن می باشد (نسبت مزیت حادثه مورد نظر بر آلترناتیو آن). به عبارت دیگر در این مثال این کمیت بیانگر نسبت احتمال آنکه فرد معتاد باشد بر احتمال عدم اعتیاد فرد مذکور است.

^۱ - Odds Ratio

بنابراین، چنانچه $P_i = 0.8$ باشد، می‌توان گفت که نسبت برتری فوق ۴ به ۱ به نفع اعتیاد فرد مربوطه است. حال چنانچه از رابطه قبلی لگاریتم طبیعی بگیریم، نتیجه جالب توجه زیر به دست می‌آید:

$$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = Z_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

یعنی L که لگاریتم نسبت برتری یا مزیت است، نه تنها بر حسب X بلکه بر حسب پارامترها نیز خطی است (نکته مهم از نظر تخمین). در رابطه بالا، L به نام لاجیت معروف است. بنابراین اسم مدل لاجیت به مدل‌هایی مانند مدل فوق اطلاق می‌شود. حال می‌توان ویژگی‌های مدل لاجیت را مورد بررسی قرار داد:

۱- همچنانکه P بین صفر و یک (یعنی Z بین $-\infty$ تا $+\infty$) نوسان می‌کند L لاجیت از $-\infty$ تا $+\infty$ تغییر می‌کند. یعنی اگر چه احتمال (بر حسب ضرورت) بین صفر و یک قرار می‌گیرد اما مدل‌های لاجیت در این فاصله محدود نیستند.

۲- اگر چه L بر حسب X خطی است، اما خود احتمالها این طور نیستند. یعنی این مدل برخلاف مدل LPM است که در آن احتمالها به طور خطی همراه با X افزایش می‌یابند.

۳- تعبیر مدل فوق (لاجیت) به قرار زیر است: β_2 (ضریب زاویه) میزان تغییر در L را به ازاء یک واحد تغییر در X یا به عبارت دیگر میزان تغییر در لگاریتم نسبت پیشامد (اعتیاد فرد) را به ازاء یک واحد تغییر در درآمد اندازه می‌گیرد. ضریب عرض از مبدا β_1 بیانگر مقدار لگاریتم نسبت مزیت یا برتری به نفع اعتیاد در سطح درآمد صفر می‌باشد. اما باز متذکر می‌شویم که همانند عرض از مبدا بسیاری از مدل‌های دیگر، در اینجا هم عرض از مبدا ممکن است که منضم معنای فیزیکی نباشد.

۴- اگر منظور تخمین خود احتمال اعتیاد (و نه نسبت مزیت به نفع آن) در یک سطح معینی از درآمد مثل X^* باشد، آنگاه این امر مستقیماً با در دست داشتن تخمین‌های β_1 و β_2 امکانپذیر است. به منظور تخمین مدل‌های لاجیت رابطه مربوطه را به ترتیب زیر بازنویسی می‌کنیم:

$$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_1 + \beta_2 X_i + u_i$$

حال برای تخمین مدل فوق جدای از مقادیر X_i به مقادیر لاجیت L_i نیازمندیم، اما در اینجا با چند مشکل مواجه خواهیم بود: اولاً اگر ما داده‌های مربوط به افراد را داشته باشیم $P_i = 1$ برای زمانی خواهد بود که فرد معتاد بوده و $P_i = 0$ برای حالتی است که فرد مورد نظر معتاد نباشد. حال اگر این مقادیر را مستقیماً در L_i قرار دهیم خواهیم

داشت: $L_i = \ln\left(\frac{1}{0}\right)$ اگر فرد معتاد باشد و $L_i = \ln\left(\frac{0}{1}\right)$ اگر فرد معتاد نباشد. به وضوح می‌توان دریافت که

این عبارات معنی ندارند، لذا اگر محقق داده‌های فوق را به طور انفرادی به کار گیرد قادر به تخمین به وسیله روش OLS معمول نخواهد بود و در این حالت از روش حداکثر درست نمایی (MLE) برای تخمین پارامترها استفاده خواهد شد.

البته اگر داده‌ها به صورت طبقه بندی شده و بر اساس یک جدول فراوانی تنظیم گردد، می‌توان فراوانی نسبی هر طبقه را به عنوان تخمینی از P_i حقیقی متناظر X_i (چنانچه N_i به اندازه کافی بزرگ باشد) به کار برد و تخمین‌های مناسبی از L_i به دست آورد و سپس با استفاده از روش حداقل وزنی یا WLS (به علت داشتن واریانس ناهمسان جملات اخلاص) به تخمین پارامترهای مربوطه اقدام نمود.

چنانچه ملاحظه گردید برای توضیح رفتار یک متغیر وابسته گسسته دوتائی می‌توان یک CDF مناسب به کار برد که در این زمینه مدل لاجیت از تابع لاجستیک جمعی استفاده می‌کند. اما این تابع تنها CDF ای نیست که می‌توان به کار برد. در بعضی کاربردها استفاده از CDF نرمال، مفید واقع می‌شود. مدل تخمینی که از CDF نرمال ناشی می‌شود، عموماً به مدل پروبیت و گاهی اوقات به مدل نرمیت معروف است. در واقع می‌توان گفت برای تحلیل فوق می‌توان CDF نرمال را جایگزین CDF لاجستیک نمود و سپس همان مراحل قبلی را پیمود. اما به جای این طریقه، ما مدل پروبیت را بر مبنای تئوری مطلوبیت یا جنبه انتخاب عقلایی رفتاری (ارائه شده توسط مک فادن^۱) معرفی خواهیم نمود.

برای بررسی مدل پروبیت، فرض کنید که در مثال مالکیت خانه، به منظور تصمیم i امین خانوار به تملک خانه یا عدم تملک آن، از شاخص مطلوبیت غیر قابل مشاهده^۲ I_i تبعیت می‌کند که خود به وسیله یک یا چند متغیر توضیحی (مثل درآمد X_i) به گونه ای تعیین می‌شود که هر چه مقدار شاخص I_i بزرگتر باشد، احتمال تملک خانه توسط خانوار بیشتر گردد. این شاخص I_i را به طریق زیر بیان می‌کنیم:

$$I_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

که X_i درآمد i امین خانوار است و $Y=1$ است اگر خانوار مالک خانه باشد و $Y=0$ برای حالت غیر آن منظور شده است. حال منطقی خواهد بود اگر فرض کنیم برای هر خانوار یک سطح بحرانی یا آستانه^۳ از شاخص فوق وجود دارد که آن را I_i^* می‌نامیم به گونه ای که اگر I_i از I_i^* بزرگتر باشد، خانوار فوق صاحب خانه خواهد بود و در غیر اینصورت خانه ای در تملک نخواهد داشت. مقدار بحرانی I_i^* مانند I_i غیر قابل مشاهده است، اما اگر فرض کنیم که دارای توزیع نرمال با میانگین و واریانس مشخص باشد در آن صورت نه تنها تخمین پارامترهای شاخص مذکور در معادله قبل وجود دارد، بلکه کسب اطلاع راجع به خود شاخص غیرقابل مشاهده نیز وجود خواهد داشت. به این ترتیب که با فرض داشتن توزیع نرمال، احتمال آنکه I_i^* کمتر یا مساوی I_i باشد قابل محاسبه از CDF نرمال استاندارد به طریق زیر می‌باشد:

^۱ - Mc Fadden

^۲ - Unobservable Utility Index

^۳ - Critical or Threshold Level

$$P_i = \Pr(Y = 1) = \Pr(I_i^* \leq I_i) = F(I_i) \frac{1}{\sqrt{\tau}\pi} \int_{-\infty}^{I_i} e^{-\frac{t^2}{\tau}} dt$$

$$= \frac{1}{\sqrt{\tau}\pi} \int_{-\infty}^{\beta_1 + \beta_\tau X_i} e^{-\frac{t^2}{\tau}} dt$$

که $t \sim N(0, 1)$ متغیر نرمال استاندارد است یعنی

نظر به اینکه P_i احتمال آن است که پیشامد رخ دهد (در اینجا احتمال تملک خانه)، لذا این احتمال قابل محاسبه از طریق سطح زیر منحنی نرمال استاندارد از $-\infty$ تا I_i می باشد. حال برای کسب اطلاع راجع به شاخص مطلوبیت I_i و نیز β_1 و β_τ اگر معکوس رابطه قبلی را به دست آوریم، داریم:

$$I_i = F^{-1}(I_i) = F^{-1}(P_i) = \beta_1 + \beta_\tau X_i$$

که F^{-1} معکوس CDF نرمال است. لذا احتمال تجمعی تملک خانه با $I_i^* \leq I_i$ معلوم به دست می آید، در حالی که می توان مقدار I_i متناظر با مقدار معلوم P_i را نیز به دست آورد که این امر دقیقاً عکس کار انجام شده در حالت قبلی است.

تحلیل اثرات نهایی در مدل پروبیت

در رگرسیونهای خطی، اگر ضریب به دست آمده برای متغیر توضیحی X_i برابر β به دست آمده باشد، بدین معنی است که ۱ واحد افزایش در متغیر توضیحی X_i ، متغیر وابسته Y را به میزان β افزایش می دهد.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n, \text{ so}$$

$$\frac{\partial Y}{\partial x_i} = \beta_i$$

اما در مدل پروبیت، ضریب β به دست آمده، بدین معنی است که ۱ واحد افزایش در متغیر توضیحی X_i ، آماره Z احتمال رخداد $Y = 1$ را به میزان β افزایش می دهد.

$$Y = \Phi(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n), \text{ so}$$

$$\frac{\partial Y}{\partial x_i} = \beta_i \phi(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n)$$

بنابراین افزایش یکسان متغیر توضیحی X_i در مقادیر مختلف خود، اثر یکسانی بر Y دارد، اما این بدین معنی نیست که بر خود متغیر وابسته Y نیز اثر ثابتی دارد، بلکه میزان این تاثیر بستگی به نقطه شروع تغییر دارد.

بنابراین مهمترین نکته در تحلیل اثرات نهایی در مدل پروبیت این است که اثر نهایی تغییر در یکی از متغیرهای توضیحی بر روی متغیر وابسته ثابت نیست، بلکه بستگی به مقدار خود متغیر توضیحی و سایر متغیرهای موجود در تخمین دارد؛ بنابراین برای محاسبه دقیق و اصولی اثر نهایی تغییر یک متغیر توضیحی X_i بر متغیر وابسته Y ، باید این اثر به ازای مقادیر خاص و مشخص تمامی X_i ها تعیین گردد.

روال معمول این است که تحلیل اثرات نهایی به ازای میانگین یا میانه تمامی X_i ها تعیین می شود. روش دیگر این است که تمامی X_i ها در یک مقدار خاص فیکس شده و X_i را از مقدار مینیمم تا مقدار ماکسیمم تغییر می دهیم؛ در این صورت می توان تغییرات اثر نهایی X_i را در مقابل مقادیر مختلف خود X_i رسم نمود.

روش پژوهش

بر اساس مبانی نظری مربوطه و مطالعات انجام شده در این زمینه متغیرهای تاثیرگذار بر پرداخت از جیب خانوارها بابت مخارج سلامت و کمرشکن بودن این مخارج شناسایی شدند. با مراجعه به سایت مرکز ملی آمار ایران و استخراج داده‌های هزینه - درآمد خانوار طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۸۵ مدل pooled برای بررسی متغیرهای تاثیرگذار بر پرداخت از جیب خانوارها بابت مخارج سلامت به تفکیک خانوارهای شهری و روستایی تخمین زده شد [۲۹]. به منظور بررسی چگونگی تاثیرگذاری هر یک از این عوامل بر هزینه‌های کمرشکن برای سلامت مدل probit نیز به تفکیک شهری و روستایی تخمین زده شد. برای تخمین این مدل‌ها از نرم افزار stat ۱۴ در این مطالعه استفاده شده است.

از آنجایی که ممکن است تبعات تحریم‌های اقتصادی به میزان متفاوتی دامن‌گیر خانوارهای شهری و روستایی شود، بنابراین تفکیک خانوارها به شهری و روستایی امکان بررسی تاثیرات متفاوت تحریم‌های اقتصادی بر میزان پرداخت از جیب خانوارها و کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت را در الگوی سنجی فراهم می‌کند.

همچنین انتظار تئوریک بر این است که درآمد خانوار نیز به عنوان یک متغیر توضیحی نقش موثری در تعیین میزان پرداخت از جیب واقعی خانوارها (پرداخت از جیب تعدیل شده با سطح عمومی قیمت‌های بخش بهداشت و درمان) و کمرشکن بوده هزینه‌های سلامت طی سالهای قبل از تحریم با سال‌های تحریم داشته باشد. به این مفهوم که فشارهای مالی حاصل از تحریم‌ها اثرات متفاوتی بر روی خانوارهای با سطوح درآمدی مختلف خواهد داشت لذا به منظور بررسی دقیق‌تر میزان شدت و حساسیت خانوارهای مختلف، پرداخت واقعی از جیب خانوارها و کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت برای آنها به تفکیک پنج‌گانه درآمدی طی سال‌های تحریم با سال‌های قبل از آن مقایسه می‌شوند تا میزان آسیب وارد شده به تفکیک درآمدی بررسی شود. به طور تجربی، تمام مطالعات نشان داده‌اند که بین وضعیت اقتصادی افراد و هزینه‌های سلامت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از آنجایی که افراد بخشی از منابع خود (از قبیل دانش، پول، قدرت و ...) را برای پرهیز از ریسک و اتخاذ استراتژی‌های محافظتی برای سلامت خود بهره می‌گیرند، بنابراین افرادی که از منابع مالی بیشتری برخوردار هستند، توانایی بالاتری نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر برای استفاده از خدمات مراقبت سلامت دارند. بنابراین با توجه به تاثیرگذاری فقر بر میزان آسیب‌پذیری خانوارها در برابر بحران‌ها لازم است اثرات تحریم‌ها بر وضعیت پرداخت از جیب خانوارها بابت سلامت و کمرشکن بودن این هزینه‌ها به تفکیک درآمدی بررسی شود، به این منظور متغیر توضیحی درآمد به تفکیک پنج‌گانه درآمدی در مدل‌ها وارد شده است.

متغیر وابسته در مدل pooled پرداخت از جیب خانوارها و در مدل probit کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت است، متغیرهای مستقل (توضیحی) نیز شامل تحریم‌های اقتصادی، برخی از متغیرهای اجتماعی-جمعیت‌شناختی^۱ خانوار (از قبیل جنسیت سرپرست خانوار، تعداد افراد سالمند در خانوار و تحصیلات سرپرست خانوار)، تعداد افراد بیمه شده در خانوار، درآمد خانوار می‌باشند. دامنه مورد مطالعه پژوهش حاضر از بعد جغرافیایی، گستره جغرافیای جمهوری اسلامی ایران را در برمی‌گیرد و همچنین از بعد زمانی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۵ خواهد بود. برای بررسی آثار تحریم‌های اقتصادی کشور سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۹ به‌عنوان سال‌های قبل از تحریم و دوره زمانی سال‌های ۱۳۸۸ تاکنون به عنوان دوره‌ی تحریم‌ها مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرند.

متغیرهای مورد استفاده در این مدل عبارتند از:

^۱Socio-demographic characteristics of household

جدول ۱-۵: متغیرهای مورد استفاده در مدل

اسم متغیر	تعریف متغیر	نوع متغیر	توضیحات
Loop_r	لگاریتم پرداخت از جیب خانوار بابت خدمات سلامت که با تقسیم آن بر شاخص قیمت بهداشت و درمان تعدیل و اثرات تورمی آن خارج شده است	متغیر وابسته در مدل pooled	
Z	نسبت مخارج خانوار برای سلامت به کل هزینه‌های خانوار، چنانچه خانوار بیش از ۱۰ درصد کل هزینه‌های خود را صرف سلامت کند در اینصورت هزینه‌های سلامت برای وی کمرشکن محسوب شده است	متغیر وابسته در مدل probit	$Z=1$ ؛ چنانچه هزینه‌های سلامت برای خانوار کمرشکن باشد $Z=0$ ؛ در غیر اینصورت
San	متغیر مجازی تحریم اقتصادی		
Sex	متغیر مجازی جنسیت سرپرست خانوار	متغیر توضیحی در هر دو مدل	$San=1$ ؛ سال‌های بعد از تحریم $San=0$ ؛ سال‌های قبل از تحریم
More_60	تعداد افراد بالای ۶۰ سال در خانوار	متغیر توضیحی در هر دو مدل	
Insu	تعداد افراد بیمه شده در خانوار	متغیر توضیحی در هر دو مدل	
Edu	تحصیلات سرپرست خانوار	متغیر توضیحی در هر دو مدل	$Edu=1$ ؛ بی سواد و دارای تحصیلات ابتدایی $Edu=2$ ؛ دارای تحصیلات دیپلم $Edu=3$ ؛ دارای تحصیلات لیسانس $Edu=4$ ؛ تحصیلات بالاتر از لیسانس
Income	پنجک‌های درآمدی	متغیر توضیحی در هر دو مدل	$Income=1$ ؛ پنجک اول درآمدی

اسم متغیر	تعریف متغیر	نوع متغیر	توضیحات
			Income=۲؛ پنجم دوم درآمدی
			Income=۳؛ پنجم سوم درآمدی
			Income=۴؛ پنجم چهارم درآمدی
			Income=۵؛ پنجم پنجم درآمدی

تحلیل نتایج تخمین مدل pooled برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری

جدول ۲-۵: نتایج تخمین مدل pooled برای خانوار نمونه شهری

```
. reg loop_per_r san i.income more_60 i.edu sex insu,r
```

Linear regression	Number of obs	=	150,280
	F(11, 150268)	=	3442.92
	Prob > F	=	0.0000
	R-squared	=	0.2062
	Root MSE	=	1.2658

loop_per_r	Coef.	Robust Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
san	-.077915	.0079224	-9.83	0.000	-.0934427	-.0623872
income						
2	.4461047	.0098549	45.27	0.000	.4267892	.4654201
3	.7835973	.0100107	78.28	0.000	.7639765	.803218
4	1.172767	.0103378	113.44	0.000	1.152505	1.193029
5	1.830197	.0114559	159.76	0.000	1.807743	1.85265
more_60	.2174494	.0044663	48.69	0.000	.2086955	.2262033
edu						
2	-.0817222	.007964	-10.26	0.000	-.0973316	-.0661129
3	-.1903301	.0115763	-16.44	0.000	-.2130194	-.1676407
4	-.3556038	.0385373	-9.23	0.000	-.4311362	-.2800715
sex	.2183632	.0106564	20.49	0.000	.197477	.2392495
insu	-.0017227	.0049905	-0.35	0.730	-.0115041	.0080586
_cons	8.07409	.0157916	511.29	0.000	8.043139	8.105041

نتایج تخمین جدول ۵-۲ حاکی از معناداری تاثیرات تمامی متغیرهای توضیحی (به جز تعداد افراد بیمه شده در خانوار) بر متغیر وابسته لگاریتم پرداخت از جیب حقیقی است، علاوه بر این علامت تمامی ضرایب انتظارت تئوریک را برآورده می‌سازند.

- همانطور که از نظر تئوریک انتظار می‌رود متغیر مجازی تحریم تاثیر منفی و معناداری بر میزان پرداخت از جیب خانوار شهری دارد به نحوی که با وجود تحریم، پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری ۷ درصد کاهش می‌یابد. درباره تاثیرات منفی تحریم بر متغیر پرداخت از جیب می‌توان گفت با توجه به روند سری‌های زمانی منابع مختلف تامین مالی، در فصل گذشته سری‌های مذکور بر روند کاهشی پرداخت از جیب طی سال‌های بعد از تحریم دلالت داشت. این در حالی است که نتایج خروجی این مدل نیز بر روند کاهشی پرداخت از جیب بعد از سال‌های تحریم صحه می‌گذارد. رابطه منفی میان تحریم و پرداخت از جیب خانوار می‌تواند بیانگر وجود تاثیرات منفی تحریم‌ها بر قدرت خرید افراد باشد.

- با تفکیک درآمد خانوار به پنجک‌های درآمدی مشاهده می‌شود که با انتقال از پنجک اول درآمدی به پنجک دوم پرداخت از جیب خانوار ۰,۴۴ افزایش می‌یابد. با انتقال از پنجک دوم به پنجک‌های بالاتر نیز میزان پرداخت از جیب افزایش می‌یابد.

- تعداد افراد بالای ۶۰ سال نیز تاثیر مثبتی بر پرداخت از جیب خانوار دارد و به ازاء افزایش هر یک نفر سالمند در خانوار، پرداخت از جیب وی ۰,۲۱ افزایش می‌یابد. نتایج مطالعات خارجی و سایر مطالعات داخلی نیز نشان می‌دهند که افزایش سن باعث افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود [۳۰].

- تحصیلات سرپرست خانوار تاثیری منفی بر پرداخت از جیب دارد، با بالا رفتن تحصیلات سرپرست خانوار، پرداخت از جیب وی به میزان بیشتری کاهش می‌یابد.

- تغییر جنسیت از زن به مرد منجر می‌شود پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری حدود ۰,۲۲ افزایش یابد.

تحلیل نتایج تخمین مدل probit برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه شهری

جدول ۳-۵: اثرات نهایی مدل probit برای خانوار نمونه شهری

```
. probit z i.san i.income i.sex i.insu i.edu i.more_60
```

```
note: 4.more_60 != 0 predicts failure perfectly
      4.more_60 dropped and 20 obs not used
```

```
Iteration 0: log likelihood = -76283.574
Iteration 1: log likelihood = -75078.529
Iteration 2: log likelihood = -75076.868
Iteration 3: log likelihood = -75076.868
```

```
Probit regression              Number of obs      =    150,260
                               LR chi2(17)             =    2413.41
                               Prob > chi2              =    0.0000
Log likelihood = -75076.868    Pseudo R2         =    0.0158
```

z	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
1.san	.0416299	.0087631	4.75	0.000	.0244545	.0588053
income						
2	.0009783	.0127276	0.08	0.939	-.0239675	.025924
3	.0461067	.0125672	3.67	0.000	.0214754	.070738
4	.1420395	.0124402	11.42	0.000	.1176571	.1664218
5	.2303415	.0125832	18.31	0.000	.2056788	.2550041
2.sex	.1216858	.0125802	9.67	0.000	.0970291	.1463426
insu						
1	.0314038	.0213831	1.47	0.142	-.0105063	.073314
2	.0811649	.0239869	3.38	0.001	.0341515	.1281784
3	.0604593	.0336537	1.80	0.072	-.0055008	.1264194
4	-.0376743	.0427683	-0.88	0.378	-.1214987	.0461501
5	.0067091	.0611208	0.11	0.913	-.1130855	.1265037
edu						
2	-.0887654	.0090922	-9.76	0.000	-.1065859	-.070945
3	-.212008	.012824	-16.53	0.000	-.2371426	-.1868734
4	-.2259872	.0399772	-5.65	0.000	-.3043412	-.1476333
more_60						
1	.1584382	.0106154	14.93	0.000	.1376324	.179244
2	.2864897	.0104775	27.34	0.000	.2659541	.3070253
3	.230473	.0689147	3.34	0.001	.0954028	.3655433
4	0	(empty)				
_cons	-.9895169	.012198	-81.12	0.000	-1.013425	-.9656092

	Delta-method					[95% Conf. Interval]	
	dy/dx	Std. Err.	z	P> z			
1.san	.0116067	.0024206	4.80	0.000	.0068624	.0163509	
income							
2	.0002538	.0033203	0.08	0.939	-.0062186	.0067262	
3	.012213	.0033203	3.68	0.000	.0057053	.0187207	
4	.0392401	.0034033	11.53	0.000	.0325697	.0459105	
5	.0659894	.0035496	18.59	0.000	.0590322	.0729465	
2.sex	.0355887	.0038159	9.33	0.000	.0281098	.0430677	
insu							
1	.0089275	.0061521	1.45	0.147	-.0031305	.0209855	
2	.0235417	.0071701	3.28	0.001	.0094886	.0375948	
3	.0173916	.0099102	1.75	0.079	-.0020319	.0368152	
4	-.0104036	.0116224	-0.90	0.371	-.0331831	.0123759	
5	.0018879	.0172464	0.11	0.913	-.0319144	.0356901	
edu							
2	-.0253338	.0025794	-9.82	0.000	-.0303894	-.0202782	
3	-.0574048	.0032997	-17.40	0.000	-.0638721	-.0509374	
4	-.0608113	.0097294	-6.25	0.000	-.0798805	-.0417421	
more_60							
1	.0447091	.0031048	14.40	0.000	.0386239	.0507943	
2	.0849989	.0032928	25.81	0.000	.0785452	.0914526	
3	.066938	.0217923	3.07	0.002	.0242258	.1096501	
4	.	(not estimable)					

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

لازم به ذکر است در مدل probit بالا، متغیر وابسته، متغیری مجازی و بیانگر کمرشکن بودن یا نبودن هزینه‌های سلامت برای خانوار نمونه شهری است در صورتی که خانوار بیش از ۱۰ درصد کل هزینه‌های خود را صرف سلامت خود کند در اینصورت هزینه‌های سلامت برای وی کمرشکن محسوب شده است و متغیر مجازی مقدار یک را به خود می‌گیرد و در صورتی که خانوار کمتر از ۱۰ درصد کل هزینه‌های خود را صرف سلامت خود کند هزینه‌های سلامت برای وی کمرشکن نبوده و این متغیر مجازی مقدار صفر را می‌گیرد.

نتایج تخمین این مدل نیز حکایت از معناداری تاثیرات تمامی متغیرهای توضیحی (به جز تعداد افراد بیمه شده در خانوار) بر متغیر وابسته کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت دارد، علاوه بر این علامت تمامی ضرایب انتظارات تئوریک را برآورده می‌سازند.

-متغیر تحریم با احتمال ۰,۰۱، خانوار نمونه شهری را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. بررسی روند تورم بخش سلامت در فصل گذشته نشان داد که با اعمال تحریم‌های اقتصادی علیه ایران، تورم بخش سلامت نسبت به سال-

های قبل تحریم افزایش یافته است. علاوه بر این بالاتر بودن تورم سلامت نسبت به تورم عمومی خود بر احتمال مثبت کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت با وجود تحریم‌ها دلالت دارد.

- با تفکیک پنجک‌های درآمدی نتایج تخمین مدل نشان می‌دهد احتمال کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت برای خانوارهای با پنجک‌های بالاتر درآمدی نسبت به خانوار پایه (پنجک اول درآمدی) افزایش می‌یابد. این مساله نشان می‌دهد خانوارهای با درآمدهای بالاتر حاضرند سهم بالاتری از مخارج خود را معطوف سلامت سازند.

- خانوارهای با سرپرست مرد نسبت به حالت پایه (خانوار با سرپرست زن) با احتمال $0,03$ با هزینه‌های کمرشکن بابت سلامت مواجه می‌شوند. زیرا انتظار می‌رود خانوارهای با سرپرست مرد نسبت به حالت پایه توانایی مالی بالاتری دارند و از این رو نسبت به آنها، کمتر نیازهای سلامت خود را نادیده می‌گیرند. این دلایل موجب می‌شود احتمال مواجهه خانوارهای با سرپرست مرد نسبت به حالت پایه (خانوار با سرپرست زن) به میزان $0,03$ افزایش یابد.

- بالا رفتن تحصیلات سرپرست خانوار نسبت به حالت پایه (خانوارهای بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی) احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را کاهش می‌دهد، می‌توان گفت دلیل این مساله تا حدی افزایش خود مراقبتی و رعایت بهداشت در خانوارهای با تحصیلات بالاتر نسبت به خانوارهای بی‌سواد و کم سواد خواهد بود.

- نتایج تخمین نشان می‌دهد که هرچه تعداد افراد مسن (تعداد افراد بالای ۶۰ سال) در خانوار بیشتر شود نسبت به حالت پایه (خانوار بدون عضو سالمند) احتمال کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت برای خانوار افزایش می‌یابد. مطابق با نتایج مطالعات داخلی انتظار تئوریک در این باره تأیید می‌شود. زیرا انتظار می‌رود با افزایش سن احتمال بروز بیماری در افراد بیشتر شود و در نتیجه هزینه‌های پرداخت آنها بابت سلامت نیز افزایش می‌یابد [۳۱].

نتایج تخمین مدل pooled برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی

جدول ۴-۵: نتایج تخمین مدل pooled برای خانوار نمونه روستایی

```
. reg loop_per_r san i.income i.more_60 i.edu sex insu i.year, r
note: 11.year omitted because of collinearity
```

```
Linear regression               Number of obs   =   158,931
                               F(23, 158907)  =   1757.41
                               Prob > F              =   0.0000
                               R-squared              =   0.2076
                               Root MSE           =   1.2075
```

loop_per_r	Robust		t	P> t	[95% Conf. Interval]	
	Coef.	Std. Err.				
san	-.2999625	.0149171	-20.11	0.000	-.3291998	-.2707253
income						
2	.4523952	.0093301	48.49	0.000	.4341085	.470682
3	.7562583	.0093162	81.18	0.000	.7379988	.7745178
4	1.096602	.0095053	115.37	0.000	1.077972	1.115232
5	1.655745	.0102464	161.59	0.000	1.635662	1.675828
more_60						
1	.2568923	.0084828	30.28	0.000	.2402661	.2735184
2	.4708991	.0078965	59.63	0.000	.4554221	.4863761
3	.4219772	.0473692	8.91	0.000	.3291346	.5148198
4	.2299879	.2672099	0.86	0.389	-.2937379	.7537137
edu						
2	.0168164	.0085549	1.97	0.049	.0000491	.0335838
3	-.1381269	.0211528	-6.53	0.000	-.179586	-.0966678
4	.0716287	.1133453	0.63	0.527	-.1505258	.2937832
sex	.3607684	.0103857	34.74	0.000	.3404127	.3811241
insu	.0002651	.0026074	0.10	0.919	-.0048453	.0053755
year						
2	-.0118578	.0161599	-0.73	0.463	-.0435308	.0198153
3	.0551571	.0156673	3.52	0.000	.0244495	.0858647
4	.4313775	.01444	29.87	0.000	.4030753	.4596796
5	.4829189	.0141177	34.21	0.000	.4552484	.5105894
6	.501277	.0134078	37.39	0.000	.474998	.5275561
7	.5022397	.0132833	37.81	0.000	.4762046	.5282747
8	.4665418	.0133112	35.05	0.000	.4404521	.4926315
9	.2990907	.0132811	22.52	0.000	.2730601	.3251214
10	.1547804	.013296	11.64	0.000	.1287204	.1808403
11	0	(omitted)				
_cons	7.469794	.0172875	432.09	0.000	7.435911	7.503677

- متغیر مجازی تحریم بر میزان پرداخت از جیب خانوار روستایی نیز تاثیر منفی و معناداری دارد اما درباره میزان تاثیرگذاری آن باید گفت که اعمال تحریم منجر به کاهش پرداخت از جیب خانوار به میزان حدوداً ۳۰ درصد شده است. این نتیجه بر تاثیرات بزرگتر تحریم بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی در مقایسه با خانوار نمونه شهری دلالت دارد.
- با تفکیک درآمد خانوار به پنجک‌های درآمدی مشاهده می‌شود که با انتقال از پنجک اول درآمدی به پنجک دوم پرداخت از جیب خانوار ۰,۴۵ افزایش می‌یابد. با انتقال از پنجک دوم به پنجک‌های بالاتر نیز میزان پرداخت از جیب افزایش می‌یابد.
- تعداد افراد بالای ۶۰ سال نیز تاثیر مثبتی بر پرداخت از جیب خانوار دارد، از نظر تئوریک نیز وجود این رابطه مثبت انتظار می‌رود.
- چنانچه سرپرست خانوار دارای تحصیلات دیپلم باشد پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی افزایش می‌یابد اما داشتن تحصیلات لیسانس منجر به کاهش پرداخت از جیب بابت سلامت خواهد شد، این در حالی است که تحصیلات سرپرست خانوار نمونه شهری همواره تاثیری منفی بر پرداخت از جیب آنها دارد.
- تغییر جنسیت سرپرست از زن به مرد منجر می‌شود پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی ۰,۳۶ افزایش یابد. داشتن سرپرست مرد در خانوار نمونه روستایی نسبت به خانوار شهری تاثیرات بیشتری بر افزایش پرداخت از جیب خانوار دارد.

نتایج تخمین مدل probit برای تعیین میزان اثرگذاری عوامل مختلف بر پرداخت از جیب خانوار نمونه روستایی

جدول ۵-۵: نتایج تخمین مدل probit برای خانوار نمونه روستایی

Probit regression	Number of obs	=	158,923
	LR chi2(26)	=	3172.46
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -82323.281	Pseudo R2	=	0.0189

z	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
1.san	.0744098	.0082579	9.01	0.000	.0582246	.0905951
income						
2	-.0127396	.0122822	-1.04	0.300	-.0368123	.0113332
3	-.0103867	.0120938	-0.86	0.390	-.0340902	.0133168
4	.0407438	.0119016	3.42	0.001	.0174172	.0640704
5	.0957662	.0117894	8.12	0.000	.0726594	.1188729
2.sex	.2907464	.0118012	24.64	0.000	.2676164	.3138764
insu						
1	.1637877	.0185628	8.82	0.000	.1274053	.2001702
2	.1487595	.0184929	8.04	0.000	.112514	.1850049
3	.0791798	.0240517	3.29	0.001	.0320393	.1263202
4	.018596	.0270595	0.69	0.492	-.0344397	.0716316
5	.002119	.0347411	0.06	0.951	-.0659722	.0702103
6	.0015357	.046985	0.03	0.974	-.0905533	.0936247
7	.0361532	.0658768	0.55	0.583	-.0929629	.1652692
8	-.2818502	.1033233	-2.73	0.006	-.4843602	-.0793403
9	.0672249	.1368351	0.49	0.623	-.200967	.3354169
10	-.1805808	.191692	-0.94	0.346	-.5562902	.1951287
11	-.3219613	.2853289	-1.13	0.259	-.8811957	.2372731
12	-.3487146	.556775	-0.63	0.531	-1.439974	.7425443
13	-.532464	.5346216	-1.00	0.319	-1.580303	.515375
14	0	(empty)				
15	0	(empty)				
edu						
2	.0077533	.0101082	0.77	0.443	-.0120584	.0275649
3	-.1752577	.0249403	-7.03	0.000	-.2241398	-.1263756
4	.0815871	.1229095	0.66	0.507	-.1593111	.3224853
more_60						
1	.1960175	.0097514	20.10	0.000	.1769052	.2151298
2	.3580046	.0092012	38.91	0.000	.3399705	.3760387
3	.3894432	.0540448	7.21	0.000	.2835172	.4953691
4	.9649253	.4432187	2.18	0.029	.0962327	1.833618
_cons	-1.028949	.0118535	-86.81	0.000	-1.052181	-1.005716

بررسی تاثیرات تکانه‌های اقتصادی (از جمله تحریم‌های اقتصادی) بر پایداری منابع نظام سلامت

	Delta-method				[95% Conf. Interval]	
	dy/dx	Std. Err.	z	P> z		
1.san	.0215195	.0023524	9.15	0.000	.0169088	.0261302
income						
2	-.0036405	.0035118	-1.04	0.300	-.0105234	.0032424
3	-.002971	.0034615	-0.86	0.391	-.0097554	.0038134
4	.0118957	.0034643	3.43	0.001	.0051058	.0186856
5	.0285601	.0034881	8.19	0.000	.0217236	.0353966
2.sex	.0924899	.0040205	23.00	0.000	.0846098	.1003701
insu						
1	.050595	.0060358	8.38	0.000	.0387649	.062425
2	.0457101	.0059577	7.67	0.000	.0340334	.0573869
3	.02372	.0074086	3.20	0.001	.0091994	.0382406
4	.0054426	.0079752	0.68	0.495	-.0101885	.0210738
5	.0006162	.0101103	0.06	0.951	-.0191996	.0204319
6	.0004464	.0136673	0.03	0.974	-.026341	.0272339
7	.010654	.0196837	0.54	0.588	-.0279252	.0492333
8	-.0724412	.0230612	-3.14	0.002	-.1176402	-.0272422
9	.0200481	.0418452	0.48	0.632	-.0619669	.1020631
10	-.048612	.0474568	-1.02	0.306	-.1416256	.0444015
11	-.0811962	.0609136	-1.33	0.183	-.2005847	.0381922
12	-.086822	.1153124	-0.75	0.451	-.31283	.1391861
13	-.1209579	.0882156	-1.37	0.170	-.2938573	.0519414
14	.	(not estimable)				
15	.	(not estimable)				
edu						
2	.0022874	.0029876	0.77	0.444	-.0035683	.0081431
3	-.0479409	.006336	-7.57	0.000	-.0603592	-.0355225
4	.0247505	.0383988	0.64	0.519	-.0505098	.1000107
more_60						
1	.0564192	.002906	19.41	0.000	.0507236	.0621148
2	.1094309	.0029456	37.15	0.000	.1036576	.1152043
3	.12032	.0188371	6.39	0.000	.0833999	.1572401
4	.3411134	.176498	1.93	0.053	-.0048164	.6870432

Note: dy/dx for factor levels is the discrete change from the base level.

همانطور که نتایج جدول ۵-۵-۵ نشان می‌دهد:

- متغیر تحریم با احتمال ۰,۰۲ خانوار نمونه روستایی را با هزینه‌های کمرشکن مواجه می‌کند. نتایج نشان می‌دهد با وجود تحریم احتمال کمرشکن کردن هزینه‌های سلامت برای خانوار نمونه روستایی دو برابر خانوار نمونه شهری است.

- با تفکیک پنجک‌های درآمدی نتایج تخمین مدل نشان می‌دهد احتمال کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت برای خانوارهای با پنجک‌های چهارم و پنجم نسبت به خانوار پایه (پنجک اول درآمدی) افزایش می‌یابد. این مساله نشان می‌دهد خانوارهای پنجک‌های چهارم و پنجم حاضرند سهم بالاتری از مخارج خود را معطوف سلامت سازند.

- خانوارهای نمونه روستایی با سرپرست مرد نسبت به خانوارهای با سرپرست زن با احتمال ۰,۰۹ با هزینه‌های کمرشکن بابت سلامت مواجه می‌شوند. در مقایسه با خانوار نمونه شهری می‌توان گفت این احتمال در خانوارهای نمونه روستایی تقریباً سه برابر شده است. بنابراین می‌توان ادعا کرد تأثیرات جنسیت بر احتمال کمرشکن کردن هزینه‌های سلامت در خانوارهای روستایی بسیار بزرگتر از خانوارهای شهری است.

- در خانوارهای روستایی تنها تحصیلات در سطح لیسانس تأثیر معناداری بر احتمال کمرشکن کردن هزینه‌های سلامت خواهد داشت. داشتن تحصیلات لیسانس سرپرست خانوار نسبت به حالت پایه (خانوارهای بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی) احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت را به میزان ۰,۰۴ کاهش می‌دهد. این سطح از تحصیلات تأثیر بزرگتری در خانوار شهری داشته است.

- نتایج تخمین نشان می‌دهد که هرچه تعداد افراد مسن (تعداد افراد بالای ۶۰ سال) در خانوار بیشتر شود نسبت به حالت پایه (خانوار بدون عضو سالمند) احتمال کمرشکن بودن هزینه‌های سلامت برای خانوار افزایش می‌یابد. تأثیرات تعداد اعضاء مسن بر احتمال کمرشکن کردن هزینه‌های سلامت در خانوار روستایی در مقایسه با خانوار شهری بزرگتر است.

منابع

- ^۱Central Bank of Islamic Republic of Iran. The main economic indicators [Online]. ۲۰۱۲ [cited ۲۰۱۲ May ۵]; Available from: URL: www.cbi.ir/
- ^۲صمدی، سعید، یحیی آبادی، ابوالفضل، معلمی، نوشین، (۱۳۸۸)، "تحلیل تاثیر تکانه‌های قیمتی نفت بر متغیرهای اقتصاد کلان در ایران"، فصلنامه پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی، سال هفدهم، شماره ۵۲، صص ۲۶-۵.
- ^۳صیادزاده، علی، آلن دیکاله، جمال، (۱۳۸۷)، "بررسی ویژگی‌های ادوار تجاری در اقتصادی ایران در دوره ۱۳۳۸-۱۳۸۵"، فصلنامه پژوهش‌ها و سیاست‌های اقتصادی، سال شانزدهم، شماره ۴۶، صص ۶۳-۸۲.
- ^۴آبریشمی، حمید (۱۳۸۱)، "منابع نوسانات اقتصادی در ایران"، مجله تحقیقات اقتصادی، شماره ۶۰، صص ۵۷-۱.
- ^۵آبریشمی، حمید، مهرآرا، محسن (۱۳۸۰)، "اثرات متقابل متغیرهای اسمی و حقیقی در یک الگوی تصحیح خطای ساختاری (مطالعه موردی ایران)"، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، شماره ۹.
- ^۶عرب مازار، عباس و حسن گلمرادی؛ (۱۳۸۹). "بررسی اثر تکانه‌های ساختاری بر متغیرهای اقتصاد کلان اقتصاد ایران"، مجله اقتصاد دانشکده علوم اقتصادی و سیاسی شهید بهشتی، شماره ۱.
- ^۷ابونوری، اسماعیل، محمودزاده، محمود، شهرکی، مهدیه (۱۳۹۲)، "تکانه‌های نفتی و تاثیرات آن بر اقتصاد"، ماهنامه اجتماعی، اقتصادی، علمی و فرهنگی کار و جامعه، شماره ۱۵۸.
- ^۸غفاری، هادی، چگنی آشتیانی، علی، جلولی، مهدی، (۱۳۹۲)، "بررسی اثر افزایش نرخ ارز بر متغیرهای عمده اقتصاد کلان ایران در چهارچوب یک الگوی اقتصاد سنجی کلان ساختاری"، فصلنامه مطالعات اقتصادی کاربردی ایران، سال دوم، شماره ۸، صص ۹۱-۱۱۳.
- ^۹سامتی، مرتضی، خانزادی، آزاده و یزدانی، مهدی (۱۳۸۹)، "بررسی فرضیه وجود اثرات نامتقارن تکانه‌های نرخ ارز بر سطح تولید و قیمت، مطالعه موردی: کشور ایران"، فصلنامه پول و اقتصاد، شماره ۴.
- ^{۱۰}ستوده‌نیا، سلمان، عابدی، فریبا (۱۳۹۲)، "تاثیر سیاست‌های پولی و مالی در تثبیت مالی ایران"، فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، سال اول، شماره سوم، صص ۱۰۳-۱۱۵.
- ^{۱۱}Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (۲۰۰۹). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization.
- ^{۱۲}Propper, C. (۲۰۰۱). Expenditure on Healthcare in the UK: A Review of the Issues. Fiscal Studies, ۲۲(۲), ۱۵۱-۱۸۳.
- ^{۱۳}www.who.org
- ^{۱۴}Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. International Journal for Equity in Health. ۲۰۱۵ Dec; ۱۴(۱):۸۰.
- ^{۱۵}Thomas, S., Normand, C. & Smith, S. (۲۰۰۶) Social Health Insurance Options for Ireland. Dublin, The Adelaide Hospital Society.
- ^{۱۶}Wagstaff A, Van Doorslaer E, Van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, Gerdtham UG, Gerfin M, Gross L, Häkinnen U, Johnson P. Equity in the finance of health care: some further international comparisons^۱. Journal of health economics. ۱۹۹۹ Jun ۱; ۱۸(۳):۲۶۳-۹۰.

۱۷ Joseph P. Newhouse, Rand Corporation. Insurance Experiment Group. Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment. Harvard University Press; ۱۹۹۳.

۱۸ Smith S, Nolan A, Normand C, McPake B. Health economics: an international perspective. Routledge; ۲۰۱۳ Jun ۷.

۱۹ Robinson R. User charges for health care. Funding health care: options for Europe. ۲۰۰۲ Jan ۱:۸۳-۱۶۱.

۲۰ Figueras J, Saltman RB, Busse R, Dubois HF. Patterns and performance in social health insurance systems. Series editors' introduction. ۲۰۰۴ Sep ۱:۸۱.

۲۱ Normand ST. Effective Foundations for the Financing and Organisation of Social Health Insurance in Ireland.

۲۲ فتاح‌زاده، امیرعباس و دیگران (۱۳۸۴) اصلاحات نظام سلامت؛ چاپ اول، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.

۲۳ دانش جعفری، داوود، (۱۳۹۴)، "پانل منابع مالی بخش سلامت"، همایش نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت.

۲۴ Berman, P. A. (۱۹۹۷). National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. Health Economics, ۶(۱), ۱۱-۳۰.

۲۵ امام‌قلی‌پور سفید دشتی، سارا (۱۳۹۳)، "اثرات تحریم‌های اقتصادی بر بخش بهداشت و درمان با تاکید بر ایران"، دومین کنفرانس بین‌المللی اقتصاد در شرایط تحریم.

۲۶ مهرآرا، محسن، فضایی، علی اکبر (۱۳۸۹)، "رابطه هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (منا)"، فصلنامه مدیریت سلامت، شماره ۳۵.

۲۷ Petrescu IM. The Humanitarian Impact of Economic Sanctions (Working Papers, American Enterprise Institute). Retrieved from. ۲۰۱۰.

۲۸ Gibbons E, Garfield R. The impact of economic sanctions on health and human rights in Haiti, ۱۹۹۱-۱۹۹۴. American Journal of Public Health. ۱۹۹۹ Oct;۸۹(۱۰):۱۴۹۹-۵۰۴.

۲۹ www.amar.org.ir

۳۰ احمدی، علی محمد، طاهری، احسان (۱۳۹۵)، "بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های سلامت خانوارها در ایران"، کاربرد مدل پروبیت رتبه‌بندی شده، فصلنامه مدیریت سلامت، جلد ۲۰، شماره ۶۷، ۸۹-۹۸.

۳۱ Witter S, Ensor T, Thompson R, Jowett M. Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide. MacMillan Education; ۲۰۰۰.