





دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد
پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
رشته توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی

عنوان:

**اندازه‌گیری نابرابری در دسترسی مالی به خدمات سلامت
در ایران در سال‌های منتخب**

استاد راهنما:

دکتر صدیقه عطرکار روشن

استاد مشاور:

دکتر حسین راغفر

دانشجو:

نیلوفر زرگری

آذر ۱۳۹۰

"کلیه دستاوردهای این تحقیق متعلق
به دانشگاه الزهراء (س) است."

پروردگارا:

من در کلبه حقیر دلم چیزی دارم که تو در عرش کبریایی ات نداری، من خدایی چون تو دارم که تو نداری.

و تقدیم جهت سپاس و تشکر به استادان گرانقدرم:

سرکار خانم دکتر صدیقه عطرکار روشن و جناب آقای دکتر حسین راغفر

که در تهیه و تنظیم این پایان نامه چراغ راهم شدند و با صداقت و محبت خاص همه عالمان که چون پیامبران راهنمای بشریت اند، راهنمایم شدند و بی دریغ دانسته ها و بایسته هایشان را در اختیارم نهادند و به من توانایی به انجام رسانیدن راه بخشیدند و من با تواضع و خضوع تمام، تنها در سپاس و قدردانی از ایشان می توانم بگویم:

صهباى دانش آموختن بر شما گوارا

و سرمستی علم و ادب پیوسته همدم جان آگاهتان باد

تقدیم و سپاس از سرکار خانم مهذب که برای به انجام رسانیدن این پایان نامه از بذل مهر و محبت کوتاهی نکردند و صمیمانه مرا یاری نمودند. **"توفیقشان با خداوند رحمان."**

چکیده

سلامت آحاد هر جامعه از اصلی ترین مولفه رفاه فردی و اجتماعی محسوب می شود. رابطه مستقیم بین سلامت و توسعه اقتصادی اجتماعی پدیده ای پذیرفته شده است. به شکل همزمان ضعف کیفیت سلامت آحاد جامعه از جمله عوامل اصلی عقب ماندگی اقتصادی و کیفیت نازل زندگی است.

هدف این پژوهش اندازه گیری نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت در میان آحاد مردم ایران در مناطق شهری و روستایی طی سال ۱۳۶۳ و سال های نخست برنامه های توسعه اقتصادی اجتماعی و نیز سال ۱۳۸۸ می باشد.

در این مطالعه با استفاده از شاخص های کاکوانی، تمرکز و ضریب جینی نابرابری در دسترسی به سلامت در مناطق شهری و روستایی طی سال های منتخب اندازه گیری شده است. سپس با استفاده از شاخص آتکینسون نابرابری به مولفه های درون منطقه ای و بین منطقه ای تفکیک شده و سهم هر یک، از نابرابری کل محاسبه شده است. داده های مورد استفاده در این مطالعه از ریزداده های پیمایش هزینه- درآمد خانوارهای شهری و روستایی مرکز آمار ایران برای سال های منتخب استخراج شده است. از آنجائیکه یکی از ویژگی های کشورهای در حال توسعه وجود پدیده دوگانگی در توسعه یافتگی- تفاوت های فاحش در سطوح توسعه مناطق شهری و روستایی و یا محروم و برخوردار- است. استان های مجاور کشور با ویژگی های اقتصادی و اجتماعی مشابه، در ۹ منطقه تلفیق شدند و شاخص های یادشده فوق برای مناطق ۹ گانه محاسبه و مقایسه شدند.

محاسبات انجام شده نشان می دهد شاخص تمرکز هزینه های سلامت برای خانوار های شهری، روستایی و کل کشور طی دوره مورد مطالعه همراه با نوسانات اندکی بوده است و تغییر چندانی نشان نمی دهد که می تواند، بیانگر ناکافی بودن اثربخشی سیاست های بخش عمومی (در سال های منتخب) باشد.

نتایج مربوط به محاسبه شاخص کاکوانی هزینه های سلامت کل کشور طی دوره مورد مطالعه مثبت بوده است. این شاخص برای خانوار های شهری در دو سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸ نسبت به سایر سال های مورد مطالعه اندکی بیشتر است. این شاخص برای خانوار های روستایی در سال های ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸ کاهش یافته و در سایر سال ها روند نوسانی می تواند حاکی از اثربخشی نازل سیاست ها در نظام سلامت (در سال های منتخب) باشد.

با توجه به محاسبات انجام شده بر اساس شاخص آتکینسون نابرابری در هزینه های سلامت در دوره مورد مطالعه بهبود چندانی نداشته و صرف نظر از نوسانات جزئی تقریباً ثابت بوده است.

واژه های کلیدی: نابرابری - دسترسی به سلامت - شاخص تمرکز - شاخص کاکوانی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول (کلیات پژوهش)

۲	۱-۱ مقدمه
۳	۲-۱ بیان مسئله
۴	۳-۱ اهداف پژوهش و ضرورت آن
۵	۴-۱ فرضیات پژوهش
۴	۵-۱ اطلاعات مربوط به روش شناسی پژوهش
۵	۱-۵-۱ نوع پژوهش
۵	۲-۵-۱ جامعه آماری
۶	۳-۵-۱ روش نمونه گیری و حجم تقریبی نمونه
۶	۶-۱ سازماندهی پژوهش

فصل دوم (مبانی نظری و ادبیات پژوهش)

۸	۱-۲ مقدمه
۸	۲-۲ سلامت
۹	۳-۲ نظام سلامت
۹	۴-۲ اهداف نظام سلامت
۱۰	۵-۲ وظایف نظام سلامت
۱۰	۶-۲ بخش سلامت
۱۰	۷-۲ دسترسی
۱۰	۸-۲ تامین منابع مالی
۱۳	۹-۲ تفاوت در نظام های تامین مالی بخش سلامت

- ۱۰-۲ انواع عمده تامین مالی برای سلامت ۱۳
- ۱۱-۲ تامین منابع مالی بخش سلامت در ایران ۱۵
- ۱۲-۲ عدالت در اقتصاد ۱۸
- ۱۳-۲ عدالت در اقتصاد از دیدگاه مکاتب مختلف ۱۸
- ۱۴-۲ اهمیت نابرابری در اقتصاد و آسیب های ناشی از آن ۲۲
- ۱۵-۲ عدالت در سلامت ۲۳
- ۱۶-۲ عدالت در تامین منابع مالی بخش سلامت ۲۵
- ۱۷-۲ عدالت عمودی ۳۱
- ۱۸-۲ عدالت افقی ۳۱
- ۱۹-۲ توانایی پرداخت ۳۱
- ۲۰-۲ اهمیت نابرابری در سلامت و آسیب های ناشی از آن ۳۲
- ۲۱-۲ منحنی لورنز ۳۴
- ۲۲-۲ ضریب جینی ۳۵
- ۲۳-۲ منحنی تمرکز ۳۷
- ۲۴-۲ شاخص تمرکز ۴۰
- ۲۵-۲ شاخص تصاعدی کاکوانی ۴۲
- ۲۶-۲ شاخص آتکینسون ۴۳
- ۲۷-۲ شاخص قطبی شدن ۴۴

فصل سوم (مروری بر مطالعات تجربی)

- ۱-۳ مقدمه ۴۷
- ۲-۳ مطالعات انجام گرفته در خارج از کشور ۴۷
- ۳-۳ مطالعات انجام شده در ایران ۵۴

فصل چهارم (روش شناسی پژوهش)

۶۱	۱-۴ مقدمه
۶۲	۲-۴ برآورد نابرابری درآمدی در سال های منتخب
۶۵	۳-۴ برآورد شاخص تمرکز هزینه های سلامت در سال های منتخب
۶۹	۴-۴ برآورد شاخص کاکوانی هزینه های سلامت در سال های منتخب
۷۳	۵-۴ برآورد نابرابری هزینه های سلامت بر اساس شاخص آتکینسون در سال های منتخب
۷۹	۶-۴ تجزیه نابرابری هزینه های سلامت بر اساس شاخص آتکینسون ۰/۵
۸۰	۷-۴ مقایسه ضریب جینی هزینه کل و شاخص تمرکز هزینه سلامت در سال های منتخب
۸۱	۸-۴ برآورد شاخص قطبی شدن هزینه های سلامت در سال های منتخب
۸۳	۹-۴ برآورد نابرابری درآمدی در مناطق ۹ گانه کشور در سال های منتخب
۹۵	۱۰-۴ برآورد شاخص تمرکز هزینه های سلامت در مناطق ۹ گانه در سال های منتخب
۱۰۸	۱۱-۴ برآورد شاخص کاکوانی هزینه های سلامت در مناطق ۹ گانه در سال های منتخب
	۱۲-۴ برآورد نابرابری هزینه سلامت بر اساس شاخص آتکینسون در مناطق ۹ گانه در سال های
۱۱۹	منتخب

فصل پنجم (نتیجه گیری و پیشنهادات)

۱۳۳	۱-۵ مقدمه
۱۳۴	۲-۵ جمع بندی و نتیجه گیری
۱۳۹	۳-۵ پاسخ به فرضیات پژوهش
۱۴۰	۴-۵ توصیه های سیاستی
۱۴۰	۵-۵ پیشنهادات برای پژوهش های آتی
۱۴۱	فهرست منابع و مآخذ
۱۴۸	پیوست ها

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

یکی از بحث‌های اساسی که از دیرباز تاکنون ذهن برنامه‌ریزان، اقتصاددانان، سیاستمداران و سایر متصدیان امور عمومی را به خود معطوف داشته، ایجاد رفاه عمومی است. از زمانی که ضرورت دولت رفاه مورد توجه، قبول و عمل قرار گرفته است، در اکثر جوامع وظایف دولت از حوزه اموری چون تأمین حقوقی و قضایی، حفظ و حراست از مرزهای کشور فراتر رفته و مسئولیت‌های سنگینی در زمینه‌های فرهنگی و آموزشی، خدمات سلامت و تأمین اجتماعی را به عنوان هدفی عمده مورد توجه قرار داده‌اند؛ لذا در جهت حصول این هدف، دولت‌ها مشارکت موثر در ارائه خدمات تأمین اجتماعی، خدمات آموزشی و سلامت را دارند.

در این میان سلامت به عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی هر جامعه‌ای تلقی می‌شود، به نحوی که حکومت‌های مختلف جهان، امروزه از جمله بهترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه مناسب خدمات سلامت می‌دانند، به طوری که اگر در کشوری یا جامعه‌ای مسأله سلامت به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی شده و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع جامعه می‌شود. بنابراین به دلایل فوق‌الذکر مسأله سلامت، نحوه ارائه، دسترسی و تأمین مالی اینگونه خدمات همواره مورد توجه بوده است. در دهه‌های اخیر به ویژه با توجه به هزینه‌های بالای خدمات پزشکی، که ناشی از توسعه و تکامل فناوری‌های پزشکی از یک سو و افزایش سطح آگاهی و انتظارات افراد از سوی دیگر می‌باشد، مشکلاتی را در زمینه مسائل سلامت برای افراد جامعه بوجود آورده است. بنابراین دسترسی به خدمات سلامت نسبت به قبل از اهمیت بیشتری برخوردار گشته، به طوری که یکی از جنبه‌های مهم نظام بهینه ارائه خدمات سلامت، عدالت در این زمینه می‌باشد.

۱-۲- بیان مسئله

هرچند که بحث عدالت در مسائل اجتماعی دارای سابقه تاریخی طولانی است لیکن مطرح شدن آن در رابطه با خدمات سلامت، به طور کلاسیک همراه با شکل گیری شاخه اقتصاد سلامت بوده است. متخصصان این رشته معتقدند که هر چند در مکتب مارکسیست تأکید روی "نیاز" شده و در نوشته های آنها از قانون توزیع براساس نیاز یاد می شود که اغلب تأمین این نیاز در چارچوب اقتصاد بازار براساس توانایی مالی صورت می گیرد؛ لیکن عقیده بر این است قانون توزیع براساس نیاز یک قانون صرفاً مارکسیستی نیست بلکه جزئی از مکتب انسان دوستی است؛ براساس این مکتب گفته می شود که مراقبت های سلامت حق هر شهروندی است و این حق نباید تحت تأثیر درآمد و ثروت قرار گیرد (دورسلائر و وگستاف^۱، ۱۹۹۳).

با توجه به اینکه مراقبت های سلامت یکی از نیازهای اساسی بشر می باشد، لذا ماده ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، حق برخورداری از مراقبت های سلامت را برای همه شهروندان ایرانی تضمین می کند. در این زمینه باید توجه داشت که تضمین یا دسترسی به مراقبت های سلامت همواره از دو جنبه جغرافیایی و مالی مورد بحث قرار می گیرد. علاوه بر این دولت ایران در سال های اخیر مراحل برای ارتقاء دسترسی به خدمات سلامت به عنوان یکی از اهداف خود در برنامه قانون چهارم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی (سازمان مدیریت و برنامه ریزی، ۱۳۸۴) به منظور دستیابی به برابری بیشتر در بخش سلامت انجام داده است (حاجی زاده و کانلی^۲، ۲۰۱۰).

در واقع اصلی ترین وظیفه نظام سلامت تدارک خدمات سلامت برای جامعه است ولی با توجه به اینکه مخارج سلامت افزایش قابل ملاحظه ای در سطح جهانی داشته است، به طوری که براساس آمار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) از میزان ۳ درصد از کل تولید ناخالص داخلی

1 - Van Doorslaer & Wagstaff (1993)

2 - Conneli (2010)

جهان در سال ۱۹۸۴ به حدود ۸ درصد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. مسأله تأمین مالی نظام سلامت و اینکه افراد از لحاظ مالی امکان دستیابی به مراقبت های سلامت داشته باشند بیش از پیش در کشورها مورد توجه قرار گرفته است.

حساب ملی سلامت^۱ سازمان بهداشت جهانی^۲ در گزارش سال ۲۰۰۶ خود اعلام نموده است که افزایش پیوسته ای در بخش سلامت در ایران مشهود است. افزایش در مخارج سلامت از ۵/۳٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۷۵ به ۷/۸٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۸۵ ثبت گردیده است.

با توجه به اهمیت دسترسی مالی برای مراقبت های سلامت، سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۰ خود در بیان اهداف نظام های سلامت، مشارکت مالی عادلانه را به عنوان یکی از اهداف اصلی این نظام ها معرفی می کند و برای بررسی عملکرد نظام سلامت در نیل به این هدف، از شاخص مشارکت مالی عادلانه^۳ استفاده می کند. در این ارتباط سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود ۱۹۱ کشور را با توجه به این شاخص رده بندی می کند که جایگاه ایران در این رده بندی در مکان ۱۱۲ می باشد. ارتقاء این رتبه مستلزم پژوهش های متعدد و توجه بیشتر و برنامه ریزی بهتر مسئولین نظام سلامت کشور است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

۱-۳- اهداف پژوهش و ضرورت آن

با توجه به اهمیت موضوع، هدف اصلی این پژوهش اندازه گیری نابرابری دسترسی به سلامت در ایران از طریق بودجه خانوار با استفاده از شاخص کاکوانی در سال های منتخب می باشد.

1 - National Health Account

2 - World Health Organization

3- Fairness of Financial Contribution

ارتقاء سلامتی بدون هیچ ابهامی، هدف اولیه هر نظام سلامت است. با توجه به اهمیت عدالت در سلامت، شاخص کاکوانی یکی از شاخص هایی است که به امر آشکارسازی مسأله عدالت در بخش سلامت کمک قابل ملاحظه ای می نماید به طوری که این شاخص همچنین می تواند مورد استفاده سیاست گذاران امور سلامت، به عنوان ابزاری در تحلیل سیاست های مالی اتخاذ شده در نظام سلامت قرار گرفته و از این طریق زمینه را برای به کارگیری راهبرد و سیاست های مناسب مالی فراهم نماید.

۱-۴- فرضیات پژوهش

- نابرابری دسترسی به سلامت برای خانوارهای شهری طی سال های منتخب روند افزایشی داشته است.
- نابرابری دسترسی به سلامت برای خانوارهای روستایی طی سال های منتخب روند افزایشی داشته است.
- نابرابری دسترسی به سلامت برای خانوارهای روستایی در مقایسه با خانوارهای شهری طی سال های منتخب بیشتر بوده است.

۱-۵- اطلاعات مربوط به روش شناسی پژوهش

۱-۵-۱- نوع پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعه کاربردی می باشد

۱-۵-۲- جامعه آماری

جامعه آماری کل کشور است و منبع آماری مورد استفاده ریزداده های پیمایش های هزینه-درآمد خانوارها طی سال های ۱۳۶۳، ۱۳۶۸، ۱۳۷۴، ۱۳۷۹، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۸ می باشد.

۱-۵-۳- روش نمونه گیری و حجم تقریبی نمونه

از آنجائیکه اطلاعات و آمار این پژوهش مربوط به کل خانوارهای شهری و روستایی می باشد لذا نمونه مورد استفاده در این پژوهش باید به کل جامعه قابل تعمیم باشد. برای این منظور داده های هزینه و درآمد خانوارها که هر سال توسط مرکز آمار ایران محاسبه می شود، مورد استفاده قرار گرفته و در این مطالعه نیاز به نمونه گیری مجدد نبوده است. در نمونه گیری مرکز آمار ایران حجم نمونه در سال های مورد مطالعه تقریباً ۳۰۰۰۰ خانوار را در سطح کشور شامل می شود.

۱-۶- سازماندهی پژوهش

برای رسیدن به هدف اندازه گیری نابرابری دسترسی به سلامت این پایان نامه در ۵ فصل تنظیم شده است، شامل: فصل اول که در آن اهمیت موضوع و اهداف پژوهش بیان شده است. در فصل دوم به مفاهیم مرتبط با پژوهش در حوزه سلامت و تأمین مالی آن و سپس آسیب های ناشی از نابرابری در سلامت پرداخته شده است. در ادامه این فصل شاخص های مورد استفاده در این پژوهش جهت اندازه گیری نابرابری در دسترسی به سلامت بحث شده است. در فصل سوم به مطالعاتی که به منظور بررسی نابرابری در سلامت در ایران و خارج از کشور انجام گرفته است، پرداختیم. در فصل چهارم با استفاده از شاخص هایی که در فصل دوم معرفی گردیده، محاسبات انجام شده است و در فصل پایانی نتایج حاصل از فصل چهارم مورد تجزیه و تحلیل و بحث قرار گرفته است.

فصل دوم

مبانی نظری و ادبیات پژوهش

۲-۱- مقدمه

اگرچه سلامتی انسان نقش اساسی در جامعه ایفا می کند، کاربری اصول علم اقتصاد در این مقوله، تنها در سال های اخیر مطرح شده و رواج یافته است. اقتصاد بهداشت و درمان و به عبارت دیگر اقتصاد سلامت، به معنای کاربری اصول اقتصاد در اموری است که به نحوی با سلامتی آحاد جامعه ارتباط می یابد.

با توجه به پیشرفت های روزافزون دانش و تکنولوژی و روش های درمانی از یک سو، تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی، تغییر الگوی بیماری ها و نیازهای پزشکی مردم و رشد شتابان جمعیت، از سوی دیگر - که همگی از عوامل اصلی رشد سریع هزینه های بهداشتی و درمانی در دهه های اخیر می باشند - مسأله عرضه خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات و موانع جدیدی روبرو ساخته است (آصف زاده، ۱۳۸۵).

در این فصل تلاش می شود تا به منظور روشن تر شدن هرچه بیشتر جوانب تحقیق، چارچوب نظری موضوع معرفی و مروری بر ادبیات نظری مورد بررسی انجام گیرد.

۲-۲- سلامت^۱

سازمان بهداشت جهانی در اساسنامه سال ۱۹۸۴ خود، سلامت را "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و نبود معلولیت" تعریف کرده است و تاکید دارد که سلامتی به توانایی داشتن یک زندگی که از نظر اقتصادی و اجتماعی مثمر ثمر باشد نیز گفته می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۱).

از بین تمام کالاهای سرمایه ای بازدهی و اثربخشی سلامت بیش از هر کالای دیگری حائز اهمیت است و البته سلامتی یک حق همگانی در سراسر جهان شمرده شده به طوری که هیچ

1- Health

فرد یا گروهی نباید به علت نژاد، مذهب، ملیت، طبقه اجتماعی و مانند آن از خدمات سلامت محروم شود.

۲-۳- نظام سلامت^۱

به مجموعه ای از ساختار، قوانین و مقررات، خدمات و تمام فعالیت هایی که در ارتباط با سلامت افراد جامعه صورت می گیرد گفته می شود. افراد، نهادها و موسسه ها و منابع که در پیوند با یکدیگر، برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه تلاش می کنند نیز نظام سلامت گفته می شود (کریمی، ۱۳۸۷).

۲-۴- اهداف نظام سلامت

سلامت بهتر بدون تردید **هدف اصلی** هر نظام سلامت است. اما چون ممکن است مراقبت از سلامت هزینه های کمرشکن به دنبال داشته باشد و نیاز به آن، غیر قابل پیش بینی باشد، سازوکارهای مشارکت، تسهیم خطر و حمایت مالی، بسیار حائز اهمیت هستند. از این رو **هدف دوم** نظام سلامت مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع مالی است.

پاسخ گویی به انتظارات مردم در مورد مسائلی غیرپزشکی مرتبط با سلامت، **هدف سومی** است که حاکی از اهمیت توجه سریع، احترام به شأن، قدرت انتخاب، مشارکت در تصمیم گیری، برقراری ارتباط و کیفیت محیط اطراف در جریان دریافت خدمات سلامت است (سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ۱۳۸۸).

۲-۵- وظایف نظام سلامت

نظام های سلامت چهار وظیفه عمده دارند؛ ثبت و پیگیری لازم برای تصویب قوانین و مقررات، اعمال حاکمیت، تأمین منابع و ارائه خدمات سلامت.

۲-۶- بخش سلامت^۱

مجموعه ای از نهادها و سازمان های اقتصادی جامعه که در امر سیاست گذاری، برنامه ریزی، نظارت، کنترل و عرضه خدمات سلامت برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه مسئولیت دارند. از سوی دیگر بخش سلامت قسمت مهمی از مجموعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی کشور است (کریمی، ۱۳۸۷).

۲-۷- دسترسی^۲ به خدمات سلامت

دسترسی تمام افراد به خدمات سلامت یکی از موارد قابل تأمل می باشد که تنها به کشورهای فقیر و در حال توسعه اختصاص ندارد. بلکه در جوامع صنعتی نیز دسترسی تمام جمعیت به خدمات سلامت، همچنان به صورت یک چالش باقی مانده است. عواملی مانند فاصله زمانی و مکانی، هزینه خدمات سلامت، منبع تأمین مالی، باورهای فرهنگی و اجتماعی بر میزان دسترسی اثر می گذارد (بهرامی، ۱۳۸۸).

۲-۸- تأمین منابع مالی

تأمین منابع مالی نظام سلامت فرآیندی است که به وسیله آن درآمدها از منابع دست اول^۳ (خانوارها و بنگاه ها) و دست دوم^۱ (دولت ها و سازمان های حمایت کننده) وصول شده و در

1 - Health Sector

2 - Accessibility

3 - Primary Sources

صندوق های مالی^۲ جمع آوری و به خدمات ارائه شده توسط ارائه کنندگان تخصیص می یابد. برای هدف تجزیه و تحلیل، تقسیم نظام تأمین مالی سلامت به سه وظیفه فرعی مفید خواهد بود: وصول درآمدها^۳، یک کاسه کردن منابع مالی^۴ و خرید^۵ خدمات و کالاها. در ادامه به هر یک از وظایف ذکر شده می پردازیم.

وصول درآمد:

به جمع آوری منابع مالی (پولی) از منابع دست اول و منابع دست دوم اشاره دارد. سرمایه می تواند از هشت مکانیسم اساسی تأمین مالی شود:

پرداخت مستقیم، بیمه اختیاری با حق بیمه متناسب با درآمد، بیمه اختیاری با حق بیمه متناسب با خطر، بیمه اجباری، مالیات های عمومی، مالیات های مستقیم، هدایی ها به وسیله سازمان های غیر دولتی و اعتبارات از محل کارگزاران اهدا کننده (لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر تنها پرداخت های مستقیم مورد بررسی قرار می گیرد).

تعیین استراتژی وصول درآمد، به طور اساسی در عملکرد نظام سلامت تاثیر گذار می باشد، برخی از وضعیت های کلیدی که تصمیم گیران در ارتباط با این وظیفه با آن مواجه هستند عبارتند از: پرداخت های اجباری در مقابل پرداخت های اختیاری، پیش پرداخت ها در مقابل پرداخت های مستقیم، حق بیمه متناسب با ریسک یا درآمد. یک بعد بسیار مهم که بر نظام های ساختاری وصول درآمد تاثیر بسیار زیادی دارد، دامنه بخش عمومی در برابر بخش خصوصی نظام تأمین مالی است.

1 - Secondary Sources
2 - Fund Pools
3 - Revenue Collection
4 - Fund Poolin
5 - Purchasing

یک کاسه کردن سرمایه:

بر جمع آوری درآمدها از طریق مشارکت ها برای استفاده عمومی دلالت دارد، به نظر حاجی زاده (۱۳۸۱)، در حقیقت یک کاسه کردن به مفهوم این است که منابع تأمین مالی موجود در صندوق (کاسه) به یک مشارکت کننده خاص تعلق نمی گیرد و مشارکت کنندگان در خطر مالی سهیم می شوند. یک کاسه کردن از وصول درآمد مجزا می باشد، همچنانکه برخی از مکانیسم های وصول درآمد، مثل حساب پس اندازهای پزشکی^۱، کمکی به مشارکت کنندگان در رفع خطر مالی نمی کند.

خرید:

فرآیندی است که طی آن درآمدهای ذخیره شده در صندوق های مالی به ارائه دهندگان سازمانی یا انفرادی، تخصیص می یابد. خرید ممکن است به صورت بودجه بندی ساده و عمومی (دولتی) باشد، که دولت درآمدها را از طریق مالیات عمومی وصول می کند و آن را به برنامه ها و تسهیلات برای نیروی کار و دیگر هزینه ها تخصیص می دهد. یا شامل استراتژی های بسیار پیچیده ای باشد که در آنها واحد های مشخصی از داده ها و ستانده ها خریداری می شوند.

۱ - حساب های پس انداز پزشکی در کشورهایی نظیر سنگاپور، آمریکا، چین و مالزی وجود دارد و در این کشورها افراد و کارفرمایان می توانند پرداخت های معاف از مالیات به حساب های شخصی تحت عنوان پس انداز پزشکی داشته باشند. این حساب ها توسط کارفرمایان، بانک ها یا دولت اداره می شود و در حین وقوع بیماری، این حساب ها برای هزینه مداوا مورد استفاده قرار می گیرند. اگر ذخیره فرد در حساب شخصی تمام شود، بیمه پشتیبان نیز ارائه می شود. اما فرانشیز زیادی دارد و مبلغ ثابتی باید قبل از شروع بیمه نامه برای تأمین هزینه ها پرداخت گردد. بیمه پشتیبان توسط دولت، بخش خصوصی یا با ترکیبی از هر دو قابل ارائه است. هر ذخیره موجود در حساب در پایان سال به سال بعد منتقل می شود. هنگام بازنشستگی، یا وقتی ذخیره حساب به سطح مشخصی برسد، ممکن است افراد آن را مطالبه کنند و فقط مبلغ کمی برای هزینه های آتی بماند. ذخیره، هنگام فوت قابل انتقال به اعضای خانواده است و از دست نمی رود. رویکرد فوق طراحی می شود تا مسئولیت فردی را در تصمیمات مربوط به استفاده از مراقبت سلامت تقویت کند (ویتر و همکاران، ۲۰۰۰).