

هدفمندی سازی یارانه‌های بخش سلامت

دکتر ایروان مسعود اصل^۱، دکتر علی اخوان بهبهانی^۲

چکیده

زمانی که رعایت عدالت به عنوان یک هدف برای دولت مطرح است دولت‌ها تلاش می‌کنند یارانه‌ها به سمت و سوی گروه‌هایی با بیش‌ترین نیاز هدایت شوند. اما در خصوص یارانه‌های سلامت معمولاً تنها به رساندن خدمت به جامعه اکتفا می‌شود و هدفمندی یارانه‌ها معادل توزیع آن در نظر گرفته می‌شود. اطلاعات لازم در این مطالعه از طریق مراجعه به تحقیقات و مستندات موجود در این حوزه گردآوری شده است. در مجموع چهار روش هدفمندی سازی فردی، هدفمندی سازی گروهی، هدفمندی سازی بر حسب نوع خدمت و خود هدفمندی سازی وجود دارد که می‌توان بسته به نوع خدمت و شرایط جامعه هدف انتخاب و استفاده نمود. بدون شک هیچ یک از روش‌های موجود را به طور مطلق برای یک کشور نمی‌توان توصیه کرد. حتی در یک کشور برای خدمات مختلف شیوه‌های مختلف توصیه می‌شود که هر شیوه‌ای باید با توجه به ساختار اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور بومی و استفاده شود.

کلید واژه: سلامت، هدفمندی سازی، یارانه

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیات علمی و مدیر گروه اجتماعی مرکز

پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

۲. پزشک عمومی، عضو هیات علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

مقدمه

در اکثر کشورهای جهان دولت‌ها مقادیری از منابع مالی خود را به بخش سلامت اختصاص می‌دهند. این منابع غالباً به صورت یارانه‌های سلامت در اختیار مردم قرار می‌گیرد. مثال‌های متعددی از این یارانه‌ها در بخش سلامت وجود دارد که به عنوان مثال می‌توان از واکسیناسیون رایگان، یا ارائه خدمات پیشگیری از بارداری رایگان در کشور نام برد. تخصیص یارانه‌های سلامت یکی از ابزارهای سیاست‌گذاری دولت‌ها در بخش سلامت محسوب می‌شود. طبیعی است که هر دولتی تعادل دارد منابع محدود خود را برای دستیابی به بالاترین منافع اختصاص دهد. مشروط بر این که عدالت نیز رعایت شده باشد. زمانی که رعایت عدالت به عنوان یک هدف مطرح است دولت‌ها تلاش می‌کنند یارانه‌ها به سمت و سوی گروه‌هایی با بیشترین نیاز یا به عبارتی گروه‌های آسیب‌پذیر هدایت شوند. در اینجا است که بحث هدفمندی یارانه‌های بخش سلامت مطرح می‌شود.

تعریف یارانه

در فرهنگ مک میلان یارانه را چنین تعریف می‌کند: یارانه پرداختی است که توسط دولت (یا احتمالاً به وسیله اشخاص) خصوصی صورت می‌گیرد و باعث ایجاد شکاف بین قیمتی که مصرف‌کننده می‌پردازد و هزینه‌هایی که تولیدکننده متحمل می‌شود می‌گردد (قیمتی که کم‌تر از هزینه نهایی باشد).^۱

در فرهنگ منوچهر یارانه این‌گونه تعریف شده است: کمک مالی یا معادل آن که به یک خدمت داده می‌شود، اگر چه از نگاه سود این خدمت اقتصادی نباشد ولی از حیث رفاه عمومی الزام داشته باشد.^۲

در دایره المعارف کلمبیا یارانه به صورت کمک مالی اعطا شده به وسیله دولت یا بنیاد خیریه به یک شخص یا انجمن با هدف ارتقای بنگاهی است که فرض شده برای رفاه عمومی مفید است.^۳

۱. مک میلان، ۱۹۸۶، ۴۰۶.

۲. منوچهر فرهنگ، ۱۳۸۴، ۱۱۸۵.

براساس تعریف سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یارانه هرگونه پرداخت انتقالی را گویند که به‌منظور حمایت از اقشار کم‌درآمد و بهبود توزیع درآمد، از محل خزانه دولت و هر آنچه می‌تواند به خزانه دولت واریز گردد به صورت نقدی یا جنسی به خانوارها و تولیدکنندگان کالا و خدمات تعلق می‌گیرد. در این مقاله نیز این تعریف مورد نظر است.

۱. هدفمندسازی یارانه

هدفمندسازی شامل اقداماتی است که دولت‌ها از طریق آن یارانه‌های خود را به سوی گروه‌های جمعیتی هدف سوق می‌دهند. در صورتی برنامه هدفمندسازی یارانه‌ها موفق خواهد بود که کل یارانه یا بخش قابل توجهی از آن به افراد آسیب‌پذیر برسد. افراد آسیب‌پذیر معمولاً شامل کسانی است که محدودیت‌های فیزیکی یا مالی در دسترسی به مراقبت‌های مناسب سلامت دارند. طبیعی است که اگر به ازای گروه هدف این یارانه‌ها به سمت گروه‌های جمعیتی دیگر برود دولت در برنامه هدفمندسازی یارانه‌های سلامت خود موفق نبوده است.

۲. اهمیت هدفمندسازی

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در اکثر کشورهای جهان به‌عنوان حقی اولیه و ضروری برای انسان‌ها شناخته می‌شود. در کشور ما نیز طبق اصل ۲۹ قانون اساسی سلامت حقی است همگانی که دولت موظف به تأمین آن است.

ارائه همگانی خدمات بهداشتی و درمانی از طریق نظامی متمرکز و اختصاص یارانه‌های سلامت به آن راهبرد سنتی است که در اکثر کشورهای جهان برای دریافت حداقل خدمات قابل قبول برای شهروندان لحاظ شده است. اما شواهد نشان می‌دهد در اکثر کشورهای در حال توسعه این روش کارایی لازم را ندارد و حتی چندان عادلانه نیست. علاوه بر آن منابع ناکافی اکثر این کشورها موجب می‌شود اکثر منابعی که برای مداخلات سلامت تخصیص داده می‌شود کافی نباشد. این امر موجب می‌شود فقرا به دلایل مختلف کم‌تر از این منابع بهره‌مند شوند که این موضوع با عدالت در تضاد است.

هدفمندسازی یارانه‌ها مفهوم جدیدی نیست. اما هدفمندسازی یارانه‌های سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مفهومی جدید و ناآشناست. هر چند با رواج برنامه‌های

فقرزدایی و نگرش‌های عدالت محور به نظر می‌رسد جهت‌دهی یارانه‌های سلامت به گروه‌های هدف «در مقابل یارانه‌های همگانی» به تدریج در حال طرح شدن است.^۱

۳. روش‌های هدفمندسازی

به صورت تئوری روش‌های متعددی برای هدفمندسازی یارانه‌های سلامت وجود دارد. این نکته که در عمل کدام روش بهترین کارکرد را دارد بستگی به عوامل گوناگونی دارد که بعداً به آن اشاره خواهد شد. محققان مختلف شیوه‌های طبقه‌بندی گوناگونی را برای روش‌های هدفمندسازی مطرح کرده‌اند.

گروش سه روش اصلی: ۱. سازوکارهای ارزیابی فردی، ۲. هدفمندسازی گروهی یا جغرافیایی، ۳. خود هدفمندسازی را ذکر کرده است.^۲

گلوو و وان درگاگ بین دو شیوه هدفمندسازی تفکیک قائل شدند. بر این اساس هدفمندسازی خصوصیتی (معادل هدفمندسازی گروهی گروش و هدفمندسازی مستقیم و بر مبنای ارزیابی مستقیم از فرد یا خانوار) را مطرح نمودند.^۳ ویلیس نیز این طبقه‌بندی را مورد تأیید قرار داد.^۴

بانک جهانی در دسته‌بندی خود چهار روش: ۱. هدفمندسازی فردی، ۲. هدفمندسازی گروهی، ۳. هدفمندسازی بر حسب نوع خدمت، ۴. خود هدفمندسازی را طرح نموده است.^۵ دسته‌بندی ارائه شده در این مقاله بیش‌تر رویکرد آخر را مدنظر قرار داده و به تشریح آن می‌پردازد.

۱-۳. هدفمندسازی بر مبنای ارزیابی فردی

استحقاق فرد برای دریافت خدمات از طریق ارزیابی خصوصیات فردی مثل درآمد، رفتار، وضعیت تغذیه، سن، وضعیت سلامت یا معیارهای دیگر قابل تعیین است. جمعیت هدفی که

1 . Briggs A., 2006.

2 . Grosh, M., 1995.

3 . Glewwe, Paul, and van der Gaag, Jacques, 1988.

4 . World Bank, 1993.

5 . World Bank, 1993.

به این صورت مشخص می‌شوند می‌توانند یارانه‌های سلامت یا احیاناً مراقبت‌های رایگان سلامت را دریافت کنند. معمولاً در این شرایط سایر افراد برای دریافت خدمات مشابه باید هزینه واقعی آن را پرداخت کنند. در برخی شرایط نیز افراد را در این روش به صورت پلکانی طبقه‌بندی می‌کنند به نحوی که گروه هدف خدمات رایگان دریافت می‌کنند و گروه‌های دیگر با افزایش توان خرید، هزینه‌های بالاتری را می‌پردازند.

۲-۳. هدفمندسازی براساس خصوصیات گروهی

ارزیابی خصوصیات فردی معمولاً کاری مشکل است و در عمل چندان کارایی ندارد. اگر مشخص باشد از لحاظ اقتصادی اکثریت ساکنین یک منطقه جغرافیایی گروه هدف برای دریافت یارانه محسوب می‌شوند؛ در این شرایط ارائه یارانه به همه ساکنین منطقه کارایی بسیار بیشتری خواهد داشت تا این‌که بخواهیم با هزینه‌های اجرایی بالا به ارزیابی خصوصیات فردی هر یک از افراد پردازیم و گروه غیرهدف را که مستحق دریافت مزایا نیستند مشخص نماییم. در این موارد معمولاً یارانه در سطح گروه ارائه می‌شود. مثال واضح این مورد ارائه خدمات رایگان سلامت در روستاهای مناطق محروم است.

۳-۳. خود هدفمندسازی

در خود هدفمندسازی دولت سعی در تعیین استفاده‌کنندگان از خدمات یارانه‌ای سلامت نمی‌کند. در واقع این افراد خود این خدمات را انتخاب می‌کنند. در این حالت خدمات به گونه‌ای ارائه می‌شوند که افراد گروه هدف به دلخواه خود مراجعه می‌کنند و خدمات مورد نیاز را تقاضا می‌کنند در حالی که افراد دیگر خدمات غیر یارانه‌ای را از محل‌های دیگر دریافت می‌کنند.

مثال این مورد بیمارستان‌های دولتی در برخی کشورهاست. صف‌های انتظار طولانی، نبود آسایش کافی، تسهیلات اندک و گاهی کیفیت پایین‌تر خدمات تقاضاها را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که اکثر استفاده‌کنندگان از گروه هدف باشند. تأسیس مراکز درمانی در مناطق فقیرنشین حاشیه شهرها نوعی دیگر از ارائه خدمات به این شکل است.

۳-۴. هدفمندسازی بر حسب نوع خدمت

در این روش خدماتی یارانه‌ای ارائه می‌شوند که گروه هدف یا فقرا نسبت به دریافت آن‌ها انگیزه‌ای ندارند. خدمات پیش از زایمان و ارائه مکمل‌های غذایی نمونه‌ای از این خدمات هستند. این شیوه هدفمندسازی ایده اصلی در عرضه بسته پایه خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه است.

نابرابری بین فقرا و غیرفقرا، بهتر عمل می‌کند؛ چرا که در صورت هدفمند شدن یارانه‌ها، غیرفقرا در این حالت، هیچ مزیت و سود رایگان دریافت نمی‌کنند یا به مقدار اندکی دریافت می‌کنند.

۴. خطاهای رایج در هدفمندسازی

در شرایط مطلوب هدفمندسازی باید دقیقاً منابع و مزایا را به سمت جمعیت هدف سوق دهد یعنی نه هیچ یک از افرادی که در گروه هدف هستند فراموش شوند و نه اجازه دهد که منافع و مزایا به خارج از گروه هدف برود. اما هدفمندسازی ندرتاً به این صورت اتفاق می‌افتد. به‌طور معمول امکان بروز دو خطا در برنامه هدفمندسازی وجود دارد (جدول ۱). خطای اول دسته‌بندی برخی افرادی که واقعاً جزء گروه هدف هستند به‌عنوان غیرهدف است. بنابراین بعضی از افراد واقعاً نیازمند از دریافت منافع و مزایا محروم می‌شوند. این خطا به معنای آن است که از دسترسی بخش معینی از جمعیت به خدمات مراقبت سلامت مورد نیازشان ممانعت به عمل آید.

این اشتباه به دلایل متعددی از جمله سازوکارهای غربالگری سختگیرانه، مقاومت گروه هدف به دلایل اجتماعی، عدم آگاهی از مزایا و ... ممکن است رخ دهد. کاهش این خطا با بهبود رفاه نسبی فقرا باعث ارتقای عدالت می‌شود.

دسته دوم خطاهایی هستند که در آن برخی از افراد غیرمستحق به‌عنوان گروه هدف انتخاب می‌شوند و در نتیجه موجب رسیدن منافع به افراد غیرگروه هدف می‌شود. این خطا به معنای آن است که خدمات یارانه‌ای به افرادی ارائه می‌شود که خود توان پرداخت هزینه آن را دارند. بنابراین از منابع محدود سلامت به صورتی نامناسب استفاده می‌شود.

هدفمندسازی یارانه‌های بخش سلامت

جدول شماره ۱. خطاهای رایج در هدفمندسازی یارانه‌های سلامت وضعیت واقعی

| | | گروه هدف | گروه غیرهدف | |
|--------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| دسته‌بندی به عنوان | گروه هدف | یارانه به درستی به آن‌ها تعلق می‌گیرد | | خطای دوم |
| | گروه غیرهدف | | خطای اول | مزایا به درستی به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد |

۵. ارزیابی شیوه‌های گوناگون هدفمندسازی یارانه‌های سلامت

در حالت ایده‌آل برنامه‌های هدفمندسازی باید آنقدر دقیق باشند که تخصیص غیرواقعی را به صفر برسانند و در عین حال تمام جمعیت هدف نیز تحت پوشش قرار گرفته باشند. در عمل چنین چیزی به ندرت امکان‌پذیر است.

یارانه عمومی قیمت پراشیده‌ترین روش برای ارائه مزایای گروه هدف (فقرا) و رد شدن گروه غیرهدف (غیرفقرا) از فیلترهای دسته‌بندی است. در این روش تلاش برای عدم دریافت خدمات رایگان دولتی توسط گروه غیرهدف به عمل نمی‌آید بنابراین یارانه‌ها به سوی آن‌ها سوق پیدا می‌کند. این کار باعث به هدر رفتن منابع می‌شود. به جای آنکه خدمات یارانه به سمت افرادی سوق پیدا کند که به این خدمات نیاز دارند اما قادر به پرداخت هزینه آن‌ها نیستند. در این حالت علاوه بر این که هزینه‌های دولت بابت یارانه‌ها به علت افزایش افراد استفاده‌کننده بالا می‌رود؛ بسیاری از افرادی که نیازمند واقعی هستند چون ارزش خدمات را نمی‌دانند یا به دلیل فاصله جغرافیایی به خدمات دسترسی کافی خواهند داشت و کم‌تر از افراد غیرفقیر از مزایا برخوردار می‌شوند.

مشکل دیگر یارانه‌های عمومی قیمت این است که در این موارد، منافع بخش خصوصی کاهش می‌یابد و موجب نارضایتی آن‌ها یا عدول از قیمت‌های تعیین شده، می‌شود. مثال واضح این حالت تعیین تعرفه‌های پزشکی کم‌تر از میزان واقعی آن است.

در مقابل این روش، مزایایی مانند افزایش دسترسی فقرا به خدمات سلامت و هزینه اجرائی بسیار پایین برای هدفمندسازی را نیز به همراه دارد.

در مواردی که گروه هدف بخش عمده‌ای از جمعیت را تشکیل می‌دهد و مقدار مزایایی که به هر فرد می‌رسد کم باشد، اگر هزینه‌های هدفمندسازی بالا باشد یارانه‌های عمومی قیمت می‌تواند شیوه مناسبی باشد.

همچنین اگر هدف اصلی دولت افزایش دسترسی فقرا به خدمات باشد این شیوه می‌تواند مورد استفاده واقع شود.

در سوی دیگر طیف هدفمندسازی بر مبنای خصوصیات فردی فعالیت بسیار دقیق‌تری از بابت جهت‌دهی مزایا به سمت فقرا است؛ اما این روش نیاز به اطلاعات بسیار بیشتر و دقیق‌تر نیز دارد.

این نوع هدفمندسازی تمام مزایای برنامه یارانه‌ای را به سمت فقرا هدایت می‌کند، اجازه نمی‌دهد که هیچ‌یک از افراد غیرگروه هدف (غیرفقرا) به مزایا دست پیدا کنند، احتمال وارد نشدن افراد فقیر در برنامه بسیار کم است؛ اما از سوی دیگر ممکن است بسیار هزینه‌بر باشد چرا که نیازمند اطلاعات واقعی وضعیت اقتصادی تمام افرادی است که بالقوه مشمول یارانه هستند.^۱

علاوه بر هزینه‌بری این شیوه هدفمندسازی مشکلاتی را نیز به خاطر گزارش‌دهی فردی به همراه دارد. معمولاً اطلاعات اقتصادی درباره افراد یا خانوارهای مشمول طرح توسط خود آنها ارائه می‌شود. این امر فرصتی برای آن‌ها ایجاد می‌کند که اطلاعات مربوط به درآمد، بعد خانوار یا سایر شاخص‌های وضعیت اقتصادی خود را به گونه‌ای کاذب بیان کنند یا از بیان برخی موارد خودداری کنند تا از مزایای برنامه بهره‌مند شوند. البته می‌توان این مورد یعنی گزارش‌دهی کم‌تر از حد درآمد را حل کرد و هدفمندسازی را دقیق‌تر کرد؛ اما این کار مستلزم صرف وقت و هزینه‌های بیشتر برای جمع‌آوری اطلاعات اضافه‌تر است.

هدفمندسازی بر مبنای خصوصیات گروهی از نظر دقت و نیازهای اطلاعاتی مابین هدفمندسازی مستقیم و یارانه‌های عمومی قیمت قرار دارد. برخلاف یارانه‌های عمومی قیمت، هدفمندسازی بر مبنای خصوصیات گروهی، کوشش مختصری برای تمایز بین فقیر از غیرفقیر صورت می‌دهد. در این روش رتبه‌بندی بر مبنای خصوصیات عمومی که غالباً با فقر ارتباط دارند مانند موقعیت جغرافیایی نسبت قد برای سن، سن صورت می‌گیرد. در این نوع هدفمندسازی احتمال خطا زیاد است، زیرا بنابر ماهیت خود ممکن است بعضی فقرا را در

گروه هدف قرار ندهد و از طرفی یارانه را در اختیار افراد مرفه بگذارد. در مجموع این روش در هدایت یارانه‌ها به سمت فقرا اثربخش است اما اثربخشی آن کم‌تر از هدفمندسازی بر مبنای خصوصیات فردی دارد. البته نیازهای اطلاعاتی کم‌تری را نیز در مقایسه با هدفمندسازی بر مبنای خصوصیات فردی دارد.

۶. ارائه همگانی در مقابل هدفمندسازی

علی‌رغم مزیت نظری و نتایج مطلوبی که روش هدفمندسازی در کشورهای در حال توسعه از خود نشان داده است، اما کماکان روش نسبتاً نامتداولی برای جهت‌دهی یارانه‌های سلامت دولتی باقی مانده است. در حقیقت، شایع‌ترین روشی که در کشورهای در حال توسعه برای در دسترس قرار دادن خدمات سلامت دولتی یارانه‌ای یا رایگان برای فقرا مورد استفاده قرار گرفته، ارائه همگانی مراقبت یارانه‌ای است که تحت عنوان یارانه‌های عمومی قیمت نیز شناخته می‌شود.^۱

معنی ارائه همگانی مراقبت یارانه‌ای در کشورهای در حال توسعه آن است که نظام سستی ارائه‌کنندگان خدمات که متشکل از وزارتخانه‌های سلامت ملی و یا دفاتر منطقه‌ای آن‌هاست، به ارائه مراقبت یارانه‌ای یا رایگان به تمام بیماران بپردازند و غالباً این کار را صرف‌نظر از توان پرداخت آن‌ها انجام دهند. ون دوال^۲ در این خصوص می‌نویسد:

«ارائه همگانی، بسیار پرهزینه است و غالباً نمی‌تواند تأثیر عمده‌ای بر فقر بگذارد، در حالی که هدفمندسازی می‌تواند هزینه - اثربخشی را ترویج کند و ارتقا بخشد. بنابراین، در شرایط فشارهایی که برای کاهش هزینه‌های عمومی صرف شده اعمال می‌شود، این دیدگاه بسیار جاافتاده است که هدفمندسازی، به دولت‌ها اجازه می‌دهد که فقرزدایی را با هزینه پایین‌تر و اثربخشی بیش‌تر، انجام دهند».^۳

یارانه‌های عمومی قیمت به صورت مشخص باعث می‌شود که یارانه‌های زیادی به سمت غیرفقرا سوق داده شوند. در حقیقت، حجم گسترده‌ای از شواهد از آمریکای لاتین و آفریقا به دست آمده است که درصد عظیمی از خدمات سلامت یارانه‌ای دولت، به ساکنین مرفه شهرها

1 . Neuschler Ed, 2003.

2 . Van de Walle

3 . Van de Walle, D. 1995.

می‌رسد.^۱ هدفمندسازی ممکن است به دو دلیل بر یارانه‌های عمومی قیمت، ارجح باشد: نخست، منابع بیشتری را می‌توان برای کسانی که نیاز دارند فراهم کرد و دوم دولت می‌تواند منابع خود را برای اهداف اجتماعی دیگری حفظ کند. با کاهش مزایا به عموم مردم، هدفمندسازی به دولت امکان می‌دهد که جابه‌جایی مزایا را به سمت گروه هدف، افزایش دهد و در عین حال، هزینه‌های صرف شده دولت را در همان حد سابق حفظ کند یا حتی کاهش دهد؛ بنابراین منابع موجود را با کارایی بیشتری نسبت به روش یارانه‌های عمومی، بین فقرا توزیع کند.

۷. اولویت‌بندی خدمات

هدفمندسازی یارانه‌ها تنها قدم در راه استفاده بهتر از منابع نیست. بلکه نحوه تخصیص در کنار آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

دولت‌ها علاوه بر این‌که باید مشخص کنند چه کسانی قرار است یارانه‌ها را دریافت کنند باید معین کنند پرداخت برای چه کالاها و خدماتی باید انجام گیرد. در این‌جا بحث اولویت‌بندی خدمات مطرح می‌شود.

علم اقتصاد قوانین پایه‌ای را برای تعیین این‌که چه خدماتی باید تحت حمایت دولت قرار گیرد مشخص نموده است.^۲ اما علاوه بر آن شرایط دیگری نیز بر کشورها حاکم است که بحث و بررسی آن خارج از حوصله این مقاله است. صرفاً یادآور می‌شود که بحث تخصیص یارانه‌های سلامت یا به بیان ساده این‌که به چه خدمات یا کالاهایی یارانه بدهیم باید در کنار هدفمندسازی مورد توجه قرار گیرد.

۸. ملاحظات سیاسی

صرف‌نظر از مباحث اقتصادی ملاحظات سیاستگذاری نیز در هدفمندسازی یارانه‌های سلامت مهم است. در برخی موارد از نظر سیاسی هدفمندسازی امکان‌پذیر نیست. به‌عنوان مثال شاید در یک کشور ملاحظات سیاسی اجازه ندهد نظامیان از معافیت‌ها برخوردار نباشند. یا سابقه

1. Health Economics Unit, 1992.M. Baker, Judy L. 1992.

2 . Feldstein, Paul J. 1988.

هدفمندسازی یارانه‌های بخش سلامت

تاریخی در کشور اجازه قطع مزایای رایگان (نظیر معافیت از پرداخت در مراجعه مستقیم به مراکز ملکی تأمین اجتماعی) را ندهد.

از سوی دیگر اقتصاد سیاسی هدفمندسازی ممکن است منافع تولیدکنندگان را نیز به خطر بیاندازد و این امر مخالفت آنان را در پی داشته باشد.^۱ هر چند تولیدکنندگان خدمات در بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها قشر کوچکی را تشکیل می‌دهند؛ اما باید توجه داشت این گروه غالباً نفوذ بالایی در نظام حاکمیتی کشور دارند و باید مخالفت تولیدکنندگان را در این بخش در نظر داشت.

جمع‌بندی

در کشورهای مختلف شیوه‌های گوناگونی برای هدفمندسازی یارانه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر چند این موضوع در کشورهای در حال توسعه موضوع جدیدی محسوب می‌شود. باور غالب در اکثر کشورهای در حال توسعه این است که رساندن خدمات یارانه‌ای مطلوب به جامعه به معنای هدفمندشدن آن است. البته این باور در حال تغییر است. در این مقاله شیوه‌های مختلف پیشنهادی برای هدفمند کردن یارانه‌های سلامت تشریح شد. همان طور که گفته شد هیچ یک از این روش‌ها را به طور مطلق برای یک کشور نمی‌توان توصیه کرد. حتی در یک کشور برای خدمات مختلف شیوه‌های مختلف توصیه می‌شود که هر شیوه‌ای با توجه به ساختار اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور باید بومی و استفاده شود. ولی آنچه مسلم است بودجه دولت در بخش سلامت محدود است پس باید بتوان از یارانه‌های قلیل به نحو مطلوب و عادلانه استفاده نمود.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، نظام هدفمند یارانه‌ها، گزارش مرحله اول شهریور ۱۳۸۰.
۲. فرهنگ منوچهر فرهنگ علوم اقتصادی: انگلیسی - فارسی، نشر آسیم، ۱۳۸۴.

منابع انگلیسی

1. Baker, Judy L. 1992b. "The Jamaican Student Loan Program," in Grosh, Margaret, ed., "From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America: Volume II, Case Studies," Latin America and the Caribbean Technical Department Report No. 21, The World Bank, Washington D.C..
2. Briggs A, Claxton K, Sculpher M. Decision Modelling for Health Economic Evaluation. Oxford: Oxford University Press 2006.
3. Bitrán, Ricardo and Block, Steven. 1992. "Provider Incentives and Productive Efficiency in Government Health Services: Phase 1: Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design," Abt Associates, Inc., Cambridge, MA, (draft).
4. Feldstein, Paul J. 1988. "Health Care Economics," 3rd ed., John Wiley and Sons, New York.
5. Glewwe, Paul, and van der Gaag, Jacques. 1988. "Confronting Poverty in Developing Countries: Definitions, Information, and Policies," Living Standards Measurement Study Working Paper No. 48, The World Bank, Washington D.C..
6. Grosh, M. 1995. "Toward Quantifying the Trade-Off: Administrative Costs and Incidence of Targeted Programs in Latin America. The Johns Hopkins University Press for the World Bank.
7. Health Economics Unit, Ministry of Public Health and Social Affairs, Central African Republic. 1992. "Current Health Care Cost Recovery Systems in the Central African Republic," Health Financing and Sustainability Note no. 15, Health Financing and Sustainability Project, Bethesda.
8. MacMillan Dictionary of modern economics ed. David W. Pearce 3rd ed. 1986.
9. Neuschler Ed, Curtis Rick 2003. Use Of Subsidies To Low-Income People For Coverage.
10. Through Small Employers. Market Watch 21 May 2003, pp 227-236.
11. Tarsicio Castañeda ,Targeting Social Spending To The Poor With Proxy-Means Testing: Colombia's SISBEN System The World Bank, June 2005.
12. Van de Walle, D. and K. Nead (eds.). 1995. Public Spending and the Poor. Theory and Evidence. The Johns Hopkins University Press for the World Bank.
13. World Bank. 1993. "Targeting the Poor," Development Brief No. 9, The World Bank. Washington, D.C.. The Columbia Encyclopedia six Edition 2001-2005, available at: <http://www.bartleby.com/65/su/subsidy.html> (June 2007)