

## تقاضای کلان مقیاس برای خدمات درمانی در ایران

دکتر فریبرز رئیس دانا

### مقدمه

در بررسی حاضر که در حوزه اقتصاد کاربردی انجام گرفته است، برای شناخت رفتار مصرف نوعی از خدمات خاص و مهم، یعنی خدمات پزشکی (شامل درمان، پیشگیری، تشخیص، مصرف دارو و خدمات پاراکلینیکی) از قاعده تشخیص تابع مصرف برای ارائه الگوی عرضه و تقاضا در بیمه درمان مکمل و تعیین حق سرانه و مصرف هریک از خدمات درمانی کمک گرفته شده است. مصرف هر کالا (از جمله خدمات بهداشت و درمان) تابع عوامل متعددی است، از جمله: درآمد، طبقه و شغل، سطح قیمت‌ها، مالیات، یارانه، قیمت‌های انتظاری، نرخ بهره و وضعیت عمومی اقتصادی، عادت‌ها، فرهنگ، آگاهی، تبلیغات و سلیقه زمان، عوامل سیاسی و گروه‌های فشار، مقررات، ترکیب خانوار و .... در روش به کار برده شده هدف، تعیین رابطه بین مصرف خدمات پزشکی با سطح درآمد گروه‌های مختلف درآمدی بوده است. در این بررسی رابطه کلی بین مصرف (تقاضا) خدمات پزشکی با سطح قیمت آن‌ها و مقایسه آن با تابع درآمدی این نوع مصرف، بر حسب گروه‌های اجتماعی اساسی و تفسیر نتایج حاصل برای دست‌رس به یک رفتار مصرفی خدمات بهداشت و درمان مورد نظر بوده است.

نتیجه محاسبه ضریب کشش پذیری هزینه‌های خدمات درمانی در ایران نشان می‌دهد که این ضریب در رده‌های بالا قرار دارد، بنابر این درصد افزایش این خدمات از افزایش درآمد بیشتر است. نتیجه‌گیری این است که هزینه بهداشت و درمان که تقاضای مصرفی ضروری به حساب می‌آید، تمایل به افزایش دارد. برای قشرهای میانی و میانی بالا و بالا، سهم مزبور در حال افزایش است، در حالی که در بخش‌های پایین‌تر رو به

کاهش نسبی است که علت آن فشار تورم و گرانی هزینه‌های بهداشت و درمان در قیاس با درآمد است. به این ترتیب، بر اثر گسترش بیمه خدمات درمانی دولتی، تقاضا در همه گروه‌ها افزایش خواهد یافت که معنی آن، نیاز به سرمایه‌گذاری روزافزون در این بخش و نیاز به گسترش روزافزون امکانات است. اما با توجه به این که امکان ارائه پوشش بیمه برای همه خدمات درمانی میسر نیست، گروه‌های بالاتر خدمات پیچیده‌تر و گران‌تری را که نیازمند سرمایه‌گذاری سنگین است طالب خواهند بود که بی‌پوشش بیمه، هر زمان که نیاز باشد به طور خصوصی در اختیار می‌گیرند. زیرا که اولویت‌های تعیین شده اجتماعی و اقتصادی که در شرایط تنگناها در سطح کل جامعه تعیین می‌شود، آن‌ها را اساسی و فوری تشخیص نمی‌دهد.

فعال کردن بخش خصوصی در زمینه بیمه خدمات درمانی، با ایجاد امکان سرمایه‌گذاری برای بخش خصوصی، به کارگیری کارآمد نیروی انسانی، کاهش هزینه‌ها، جذب سرمایه‌های سرگردان و نیروی انسانی خواهد توانست ضمن فراهم کردن تنوع در پوشش‌های مورد نیاز جامعه، بخشی از بار مالی دولت را کاهش و مشکلات اداری و سازمانی گسترش واحدها و دیوان سالاری سازمان دولتی را تقلیل دهد. با این ترتیب، هدف‌های بلند مدت دولت در مورد فراهم کردن بیمه خدمات درمانی، در همه سطوح، در چارچوب فعلی امکانات و شرایط، با جذب سرمایه‌ها و نیروی انسانی بخش خصوصی سریع‌تر به نتیجه خواهد رسید. در این جهت، یارانه‌ها و هزینه‌های دولت به طور یکنواخت برای کلیه قشرها به کار نمی‌رود و ارائه خدمات با کیفیت مطلوب‌تر برای قشرهای کم‌توش و توان نیز ممکن خواهد شد.

## ۱. توصیف تابع مصرف

به طور کلی رفتار مصرفی بیان‌گر آن است که مقدار و نوع مصرف افراد، خانوارها یا گروه‌های اجتماعی چگونه تحت تأثیر شماری از عوامل اقتصادی و غیراقتصادی قرار می‌گیرد و چگونه در طول زمان و تحت شرایط عوامل محیطی، مقدار مصرف تغییر می‌یابد. بی‌شک این رفتار کلی مصرفی باید از نوعی ثبات نسبی برخوردار باشد. به هر حال افراد و زیرگروه‌های مختلف اجتماعی در هر جامعه، رفتارهای مصرفی متفاوتی دارند. عوامل اقتصادی مهم در رفتار مصرفی و تابع مصرف عبارتند از: قیمت کالاها (قیمت‌های مطلق و قیمت‌های نسبی)، درآمد (پولی و واقعی) و آینده‌نگری (مربوط به

پس‌انداز و ارزش‌داری‌ها). اما جز عوامل اقتصادی، مجموعه‌متنوعی از عوامل فرهنگی و اجتماعی و سیاسی نیز بر رفتار مصرفی تأثیر می‌گذارند.

نظریه‌ها و روش‌های ارزیابی رفتار مصرف در اقتصاد بسیار توسعه یافته‌اند. اقتصاددانان متخصص اندازه‌گیری رفتارها و رفتارهای مصرفی می‌دانند که چگونه عوامل را از یکدیگر تفکیک کنند و چگونه سهم عوامل کمی و مادی را بر مصرف مشخص سازند و چگونه عوامل خارجی و غیراقتصادی تغییر دهنده جهت و سطح مصرف را بیابند و نتایج کار خود را از حیث عملی و نظری آزمون کنند.

در بررسی حاضر، ما در حوزه اقتصاد کاربردی، برای شناخت رفتار مصرف یک نوع خدمت خاص و مهم، یعنی خدمات پزشکی (شامل درمان، پیش‌گیری، تشخیص، مصرف دارو و خدمات پاراکلینیکی) قرار داریم. در این حوزه از قاعده تشخیص تابع مصرف برای ارائه الگوی عرضه و تقاضا در بیمه درمان مکمل و تعیین حق سرانه و مصرف هریک از خدمات درمانی کمک می‌گیریم. نخست باید دقیق‌تر بدانیم که تابع مصرف چیست؟ تابع مصرف عبارت است از بیان ارتباط کمی بین مقدار مصرف و عوامل اقتصادی مؤثر بر آن، ضمن محفوظ داشتن اثر جانبی عوامل خارجی (شامل عوامل فرهنگی و جغرافیایی و همانند این‌ها). تابع مصرف در ساده‌ترین شکل، به صورت روابط تشریحی، یا با بیان آمار و ارقام مصرف و عوامل مؤثر بر آن بیان می‌شود. تابع مصرف را می‌توان به صورت هندسی با رسم نمودارها نمایش داد. تابع مصرف را اقتصادسنج‌ها و ریاضی اقتصاددانان با روابط ریاضی بیان می‌کنند. این روابط می‌تواند با الهام از واقعیت و نظریه پایه‌ای مصرف، از شکل‌های ساده شروع و به شکل‌های پیچیده برسد.

روش‌های آماری و اقتصادسنجی در ارزیابی تابع مصرف پیشرفت‌های زیادی کرده است. با این وصف هنوز از دیدگاه اقتصاددانان منتقد، نارسایی‌ها و نادرستی‌های زیادی در آن وجود دارد. علت اصلی، به تنوع رفتار انسانی مربوط می‌شود. به هر حال، ناگزیر از استفاده از روش‌های ریاضی، آماری و در صورت لزوم کمک‌گیری از نرم‌افزارهای رایانه‌ای ویژه هستیم. مصرف هر کالا (از جمله خدمات بهداشت و درمان)، ممکن است تابع عوامل زیر باشد:

۱. سطح درآمد و گروه‌بندی‌های اجتماعی - اقتصادی مربوط به آن.

۲. عوامل طبقاتی و مشاغل.

۳. عوامل اقتصادی مانند سطح قیمت (چه قیمت کالا یا کالاهای مورد بحث، چه کالاهای جایگزین و مکمل و در نهایت شامل قیمت‌های نسبی، قیمت‌های مطلق و سطح قیمت‌ها).

۴. یارانه و مالیات.

۵. مقدار و سطح مصرف و تغییرات آن در گذشته (چه برای کالای مورد نظر و چه برای سایر کالاها).

۶. پیش‌بینی‌ها و آینده‌نگری‌های مصرف‌کنندگان در زمینه قیمت‌ها، سود، بهره و درآمد.

۷. عوامل اقتصادی کلان مقیاس (مانند نرخ ارز، سرمایه‌گذاری کلان، شمار پروانه‌های ساختمانی، رونق و رکود، سطح اشتغال و متغیرهای همانند).

۸. پیش‌بینی‌ها در زمینه عوامل اقتصاد کلان.

۹. عوامل فرهنگی مربوط به ساختار مصرف (مانند عادت‌های مصرفی و سلیقه‌های ناشی از سنت‌ها، تربیت‌ها، طرز تلقی، و جز آن).

۱۰. عوامل اجتماعی اقتصادی (مانند منش، پایگاه، هم‌چشمی، فرهنگ پذیری و جامعه‌پذیری).

۱۱. عوامل اجتماعی اساسی (مانند سواد، تخصص، آگاهی و نظایر این‌ها).

۱۲. تبلیغات و شست و شوی مغزی، یا پسند و سلیقه زمانه‌ای).

۱۳. عوامل سیاسی (مانند نفوذ و دستور رهبران و شخصیت‌ها، سیاست و فشار دولت‌ها، شرایط بحرانی یا عادی سیاسی).

۱۴. عوامل حقوقی و مقررات بازدارنده با برانگیزاننده.

۱۵. عوامل پیش‌بینی نشده زمانی و مکانی (مانند شورش، اعتصاب و انقلاب).

۱۶. موقعیت سنی، جنسی و ترکیب خانوار.

۱۷. تغییر ناگهانی عوامل اقلیمی و طبیعی.

۱۸. شماری از عوامل ویژه و استثنایی که معمولاً برای اقتصاددانان قابل شناسایی می‌شوند، یا در هر وضعیت، به گونه‌ای خاص، مؤثر می‌افتند.

به هر حال، در شمار زیادی از تحلیل‌های مربوط به رفتار مصرفی، رابطه بین مقدار مصرف و درآمد و نیز رابطه بین مقدار مصرف و قیمت در چارچوب‌های معین مطرح و سپس عوامل مؤثر بر این رابطه (چه فزاینده، چه کاهنده) شناسایی و اندازه‌گیری

می‌شوند. ما نیز در بررسی خود روش زیر را پی می‌گیریم:

- الف) تشخیص مصرف انواع و اقسام خدمات پزشکی و کمی کردن آن.
- ب) تعیین رابطه بین مصرف خدمات پزشکی و خدمات وابسته (از حیث مقدار و یا از حیث ارزش) با سطح درآمد گروه‌های مختلف درآمدی که خود تحت تأثیر شرایط مشخص فرهنگی، آگاهی و تبلیغی متفاوت هستند.
- پ) تعیین رابطه کلی بین مصرف (تقاضا) خدمات پزشکی و خدمات وابسته (از حیث مقدار و یا از حیث ارزش) با سطح قیمت آن‌ها (تابع قیمت) و مقایسه آن با تابع درآمدی مصرف خدمات مزبور، برحسب گروه‌های اجتماعی شناسایی شده اساسی.
- ت) تفسیر نتایج به دست آمده بر حسب شغل غالب، فرهنگ و تحصیل غالب.
- ث) دست‌یابی به یک رفتار مصرفی کلان مقیاس برای مصرف بهداشت و درمان.

## ۲. تشخیص چند نوع تابع مصرف اساسی قابل انطباق با جامعه ایران

در اقتصاد کلاسیک، مصرف کننده، فردی صاحب درآمد است. وی در تقسیم درآمد خود به دو بخش مصرف و پس‌انداز، از نیازهای اساسی خود الهام می‌گیرد؛ در تصمیم‌گیری او سطح قیمت‌ها، رفتار و هنجار مصرفی او (البته با توجه به موقعیت طبقاتی و فرهنگی)، درآمد وی و آخر الامر نرخ بهره، پس‌انداز او را مشخص می‌کنند. اولی یک تابع غیر مستقیم است (یعنی مصرف تابع منفی قیمت کالا است). دومی یک تابع مستقیم است (یعنی پس‌انداز تابع مثبت نرخ بهره است). بنا بر این، می‌توان گفت که در دید اقتصاد کلاسیک، فروشندگان نیروی کار تقریباً تمامی درآمد خود را مصرف و در پایین‌ترین سطح معیشت زندگی می‌کنند، زیرا که زاد و ولد و رقابت، شرایط را برای حداقل دستمزد (قانون مفرغ) مشخص می‌سازد. اما قشرهای بالایی، پس‌انداز دارند و برای پس‌انداز کردن بر حسب نرخ بهره تصمیم می‌گیرند. وقتی نرخ بهره بالا می‌رود مقدار پس‌انداز بالا می‌رود و مصرف پایین می‌آید. اگر چنین باشد باید برای اقتصاد ایران در چارچوب دیدگاه کلاسیک نتیجه بگیریم که

الف) در بخش‌های کم درآمد، همه درآمد به امر مصارف ضروری می‌رسد. در این بخش مصرف خدمات پزشکی اولویت و سطح بالا را ندارد. این چیزی است که بنا به واقعیت‌ها تا حدی می‌توان در ایران آن را پذیرفت (در بحث‌های بعدی نوسان‌های در

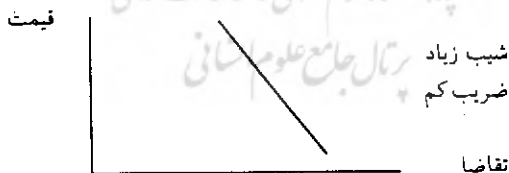
مصارف پزشکی را در سال‌های مختلف و در گروه‌های درآمدی متفاوت مطرح خواهیم کرد).

ب) در گروه‌های میانی و میانی پایین، باید افزایش قیمت خدمات پزشکی را عامل کاهش مصرف آن به حساب آوریم. در این مورد نیز شاید موضوع در ایران تا حدی صدق کند ولی به هر حال برای گروه‌های مختلف مردم، مصرف خدمات پزشکی در مقایسه با قیمت آن، ککش پذیری محدودی دارد.<sup>۱</sup> این محدودیت تا حد زیادی به علت تبلیغ و تأثیر گذاری و ایجاد ترس از جان در بیماران است.<sup>۲</sup>

۱. ضریب ککش پذیری در هر قیمت (با فاصله در قیمت) معین برای هر کالا عبارت است از:

$$\bullet < \frac{\text{درصد تغییرات مقدار مصرف}}{\text{درصد تغییرات مقدار قیمت}} = \text{ضریب ککش پذیری قیمتی}$$

بنابر این، ضریب ککش پذیری بیانگر آن است که به ازای یک درصد کاهش یا افزایش قیمت، چند درصد کاهش یا افزایش مقدار مصرف پدید می‌آید. این ضریب همواره منفی است، زیرا که رابطه قیمت و تقاضا معکوس است. از سوی دیگر می‌توان نشان داد که اگر شیب متوسط منحنی تقاضا کم شود، قدر مطلق ضریب ککش پذیری زیاد می‌شود. اگر ضریب مساوی منهای یک باشد، یعنی یک درصد افزایش در قیمت باعث یک درصد کاهش در مصرف می‌شود، و برعکس، اگر ضریب بیشتر از منهای یک باشد یعنی تقاضا به قیمت حساسیت زیادی دارد و حالت برعکس وقتی است که ضریب به سمت صفر می‌رود. معمولاً وقتی شیب منحنی تقاضا (تابع تقاضا در برابر قیمت) کم می‌شود ضریب ککش پذیری بالا می‌رود (و برعکس)، زیرا که در شیب‌های کم تغییرات قیمت (مخرج کسر ضریب ککش پذیری) کمتر است:



می‌توان ضریب ککش پذیری را بر حسب درآمد حساب کرد:

$$\bullet > \frac{\text{درصد تغییرات مقدار تقاضا}}{\text{درصد تغییرات مقدار درآمد}} = \text{ضریب ککش پذیری درآمدی}$$

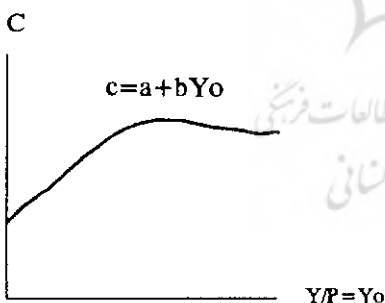
این ضریب را معمولاً مثبت در نظر می‌گیرند، زیرا که معمولاً رابطه درآمد و مصرف مستقیم است. اگر درآمد یک نفر ۵۰ درصد زیاد شود و مصرف او نیز برای خدمات پزشکی به همان اندازه ۵۰ درصد بالا برود آن‌گاه ضریب مزبور ۱+ است. ضریب ممکن است صفر، بین صفر و یک و بزرگ‌تر از یک و یا عدد خیلی بالایی باشد.

۲. نمونه آن ایجاد وحشت از مرگ نوزاد یا مادر، سخت‌زایی یا عوارض بعدی در زایمان طبیعی است. نتیجه امر این است که نسبت سزارین در ایران، براساس اطلاع، بسیار بالا و بالاتر از شمار بسیار هیادتری از ←

پ) در گروه‌های پردرآمد و میانی بالا قاعدتاً باید افزایش قیمت تأثیر چندانی بر مصرف نگذارد، ولی به هر حال گویا مسأله نرخ بهره پس‌انداز برای این گروه‌ها و گروه‌های قبلی خیلی مهم است. اگر نرخ نسبی بالا برود آن‌ها از مصرف خدمات پزشکی خود کم می‌کنند. وجود چنین رابطه‌ای در ایران قابل اثبات نیست (شاید بررسی‌های اقتصاد سنجی بعدی در این باره ما را بیشتر یاری کند ولی در محدوده بحث حاضر بهتر آن است که وجود چنین رابطه‌ای را نپذیریم).

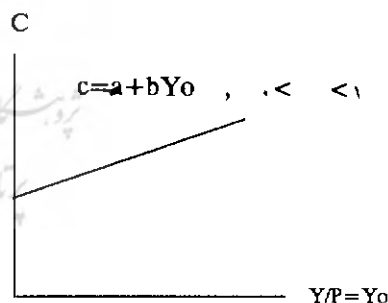
براساس نظریه کینز، درآمد واقعی عامل عمده تعیین‌کننده مخارج مصرفی است. به گمان وی، تابع مصرف در مقوله قانون [اساسی] و خدشه‌ناپذیر روان‌شناسی قرار دارد. توضیح این که انسان با افزایش درآمد (البته درآمد واقعی، یعنی درآمد پولی بخش بر سطح قیمت‌ها، یا  $Y/P$ ، قاعدتاً مصرف خود را بالا می‌برد ولی نه به همان نسبت افزایش درآمد. البته در دوره‌های کوتاه، انسان به سبب وجود عادت‌های مصرفی، مصرف خود را به همان نسبت درآمد بالامی‌برد، ولی در بلندمدت چنین نمی‌کند. اما اگر دو منحنی شماره ۱ و ۲ را در نظر بگیریم، مقوله مصرف خدمات پزشکی در کجای آن‌ها جای می‌گیرد؟

نمودار ۲. تابع مصرف بلندمدت کینز



$$b = MPC = dC/dY$$

نمودار ۱. تابع مصرف کوتاه مدت کینز



$$MPC = dC/dY = bYo$$

(پس MPC یا میل نهایی به مصرف خود تابع  $Y/P$  است)

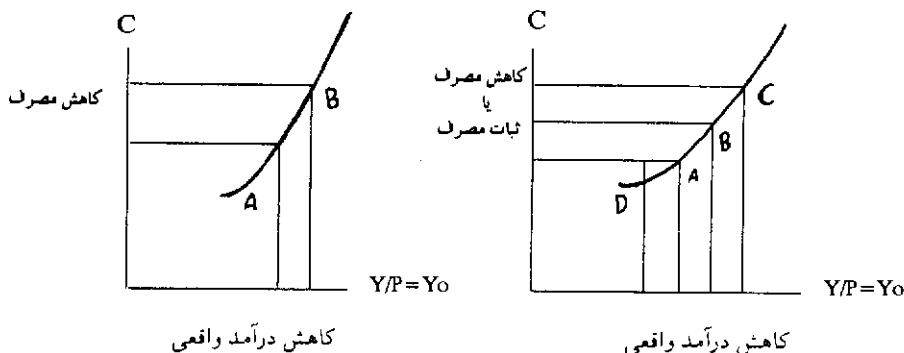
در این نمودارها، MPC بیانگر میل نهایی به مصرف؛ یا نسبت تغییر در مصرف به تغییر درآمد است. به عبارت دیگر، یعنی  $dC/dY$  که می‌توان به مشتق تابع تبدیل کرد (چنان که در زیر نمودار شماره ۲ می‌بینیم). منحنی شماره ۱، تابع کوتاه مدت مصرف کینز است. منحنی شماره ۲ تابع بلند مدت را نشان می‌دهد. در نمودار (تابع) اول، همواره  $dC/dY = MPC$  برابر با مقداری ثابت است. ولی در نمودار دوم  $dC/dY$  یا MPC مرتباً کاهش می‌یابد، یعنی وقتی درآمد بالا می‌رود، مصرف با نسبت کمتری بالا می‌رود. حالا پرسش این است که آیا با افزایش درآمد فرد یا گروه معین در طول زمان، مصرف به نسبت سابق بالا می‌رود، یا این که از لحاظ نسبی تمایل به کاهش پیدا می‌کند؟ واقعیت این است که رفتار منحنی مصرف کینزی، به سطح درآمد و فرهنگ مصرفی آنان وابسته است: برای قشرهای مختلف مردم متعلق به گروه‌های اجتماعی پایین‌تر و کم درآمدتر، واقعاً وقتی درآمد واقعی بالا می‌رود تمایل به مصرف، حداقل معادل با نسبت افزایش درآمد است. هرچه سطح درآمد بالاتر برود نسبت  $dC/dY$  ممکن است بالاتر برود، ولی خود آن هم البته حدی دارد، مگر آن که مسأله سلامت و خطرهای جانی یا وسواس اجتماعی برای بهزیستی در گروه‌های اجتماعی مطرح باشد. خلاصه آن که، به نظر نمی‌رسد برای قشرهایی که از حیث درآمد رو به رشد هستند منحنی مصرف رو به سمت راست خمیدگی پیدا کند. این، هم برخلاف کالاهای معمولی و هم برخلاف کالاهای موسوم به گیفن است. در کالاهای معمولی، سرانجام پس از مقداری افزایش درآمد، نشانه‌های کنترل مصرف ظاهر می‌شود. در کالاهای گیفن، افزایش قیمت کالا که موجب کاهش درآمد واقعی مصرف‌کننده می‌شود، در عین حال باعث افزایش مصرف آن کالا نیز می‌شود.

برای قشرهای کم درآمد، کاهش درآمد واقعی خیلی سریع‌تر از آن که بر روی مواد غذایی تأثیر بگذارد، بر روی خدمات پزشکی اثر می‌گذارد. برای مثال، قشرهای کم درآمد و کارگران وقتی با افت جدی درآمد روبه‌رو می‌شوند، معمولاً خیلی سریع از خدمات درمانی و بهداشتی خود که گمان می‌کنند زیادی است، می‌زنند، گرچه حداقلی از هزینه که سطح آن را نیز سطح آگاهی و وابستگی و عادت به خدمات پزشکی تعیین می‌کند، به هر حال باقی می‌ماند. برای قشرهای کم درآمد، رابطه تغییرات مصرف خدمات پزشکی و کالاهایی چون برخی از مواد غذایی و لوازم منزل در برابر تغییرات درآمد، در دو نمودار شماره ۳ و ۴ داده شده است.



نمودار ۳. الگوی مصرف برای مجموعه‌ای از کالاهای کمتر ضروری برای قشرهای کم درآمد

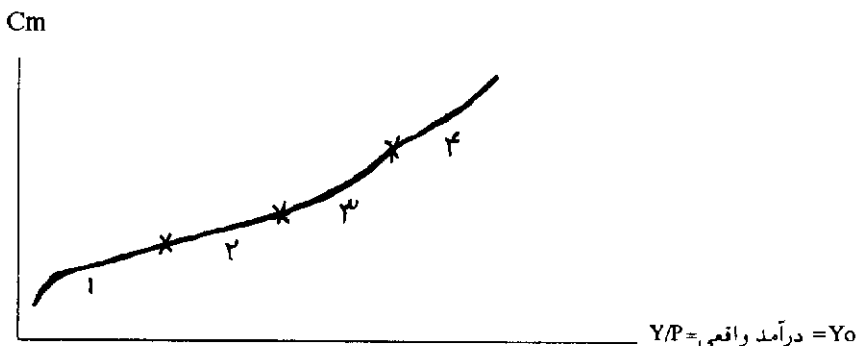
نمودار ۴. الگوی مصرف خدمات پزشکی برای قشرهای کم درآمد



از مرحله معینی به بعد (بالتر از نقطه B) کاهش درآمد موجب کاهش مصرف می‌شود. ولی در یک سطح مصرف حداقل، کاهش درآمد اثر اندکی بر روی مصرف می‌گذارد (پایین‌تر از نقطه A). این امر برای کارگران شهری و طبقه متوسط مصداق بیشتری دارد. در درآمدهای بالاتر (بالتر از C) کاهش درآمد به شدت مصرف را پایین می‌آورد. حتی در درآمدهای پایین‌تر نیز وضع چنین است ولی نه به شدت حالت قبل. در درآمد بین A و D مصرف ثابت می‌ماند.

در ایران به نظر می‌رسد که رابطه بین  $C_m$  (مصرف خدمات پزشکی) و  $Y_o$  (درآمد واقعی) باید به صورت نمودار شماره ۵ باشد. یعنی، گروه‌های فقیر تقریباً نمی‌توانند مصرف خدمات پزشکی خود را بالا ببرند ولی گروه‌های دوم و سوم تقریباً متناسب با درآمد، مصرف خود را زیاد می‌کنند.

نمودار ۵. درآمد واقعی و مصرف خدمات پزشکی در چهار گروه درآمدی



گروه چهارم با افزایش درآمد، میل نهایی به مصرف بالایی در خدمت پزشکی دارد. حتی ممکن است این برای گروه سوم نیز که تحت تأثیر اثر خودنمایی مصرفی یا اثر سنویسم باشد، وجود داشته باشد.

وقتی درآمد بالا می‌رود، میان شماری از افراد یا گروه‌های اجتماعی تمایل بر آن است که میل نهایی به مصرف به سطحی بالاتر از سابق برسد و مصرف به نسبتی بالاتر از نسبت افزایش درآمد بالا برود، ولی وقتی درآمد پایین می‌آید مصرف، به کاهش جدی از خود تمایل نشان نمی‌دهد. گفته می‌شود که تعدادی از این رفتار مصرفی به علت اثر سنویسم یا خودنمایی مصرفی است. بنابر این نظر، چنین رفتار و اثری در میان افراد یا گروه‌های تازه به درآمد رسیده یا نوکیسه متداول‌تر است. در این مورد که آیا هزینه‌های مربوط به بهداشت و درمان مشمول رفتار تابع مصرفی دوزبری می‌شود یا خیر، جای بحث فراوان است، اما به نظر می‌رسد که بخشی از این هزینه‌ها وقتی ناگهانی و در گروه‌های درآمدی بالا، افزایش می‌یابد ممکن است از قانون مزبور تبعیت کند.

### ۳. بررسی هزینه درآمد خانوار

در سال ۱۳۷۵ هزینه‌های ناخالص غیرخوراکی و خوراکی یک خانوار شهری و دهک‌های هزینه‌ای (از ۱۰ درصد شمار خانوارهای نمونه که کمترین هزینه را داشته‌اند تا ۱۰ درصد خانوارها با بیشترین هزینه) به شرح جدول شماره ۱ بوده است. در این جدول می‌بینیم که به طور متوسط ۴/۰ درصد از کل هزینه خانوار (در سال ۱۳۷۵) و ۵/۶ درصد از هزینه‌های غیرخوراکی خانوار (در همان سال) به مصرف هزینه‌های بهداشت و درمان رسیده است. هم چنین، ملاحظه می‌شود که دو جهش در سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در دهک‌های یکم تا دهم صورت گرفته است:

اولی در دهک ششم یا هفتم (که به نظر می‌رسد به دلیل حضور قشرهای تحصیل کرده در این دهک و دهک‌های بالاتر باشد) و دیگری در دهک دهم (که به علت افزایش شدید درآمدها رخ داده است). نتیجه‌ای که از این جدول می‌گیریم (با توجه به این فرض که ساختار اصلی توزیع و رفتار مصرف خدمات مورد بحث ما، براساس گزارش‌های مرکز آمار ایران، در سال‌های قبل تغییر جدی نکرده) این است که افزایش درآمد موجب بالا رفتن نسبت هزینه بهداشت و درمان می‌شود. از این حیث با الگوی

نمودار شماره ۵ روبرو هستیم. این نظر در افزایش درآمد در دهک دهم به مراتب صادق است. نکته دیگر این که افزایش سطح سواد و تحصیل تابع تقاضا را برای خدمات بهداشت و درمان رو به بالا منتقل می کند.

بررسی آمار سال‌های گذشته نیز در این زمینه ما را یاری می دهد: در سال ۱۳۷۴ نسبت هزینه بهداشت و درمان به کل هزینه متوسط خانوار ۴/۸ درصد بوده است. در آن سال، بعد متوسط خانوار به ۵/۰ بالغ می شود در حالی که در سال ۱۳۷۵ بعد خانوار عدد ۴/۸ بود. با مطالعه جدول شماره ۲ به طور کلی می توان اظهار داشت که سهم هزینه بهداشت و درمان در سهم هزینه کل خانوار تقریباً ۵ نفری نسبت به کل هزینه (ودرآمد) متوسط خانوار ممکن است قابل تغییر باشد. مشاهده می شود که سهم بهداشت و درمان پس از سال ۱۳۷۲ به طور کلی بالا رفته است.

جدول ۱. متوسط هزینه‌های غیرخوراکی، خوراکی و هزینه کل خانوارها برحسب دهک‌ها در

(ارقام به هزار ریال)

سال ۱۳۷۵

شرح	دهک	متوسط	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم
متوسط بعد خانوار	۴/۸	۳/۰۸	۲/۳۵	۲/۵۰	۲/۸۵	۲/۹۱	۵/۲۲	۵/۲۰	۵/۲۸	۵/۲۸	۵/۲۸	۵/۲۰
هزینه‌های ناخالص غیرخوراکی	۸۳۶۶/۵	۱۴۳۳/۶	۲۵۲۰/۱	۳۴۰۹/۴	۳۳۱۱/۱	۵۲۸۴/۹	۶۴۱۶/۵	۷۹۳۴/۵	۱۰۰۱۱/۸	۱۳۵۳۸/۰	۱۷۸۹۰/۶	۲۸۹۰۰/۶
هزینه‌های ناخالص خوراکی	۳۴۰۷/۷	۹۳۳/۶	۱۶۴۱/۹	۲۱۲۰/۵	۲۵۲۶/۹	۲۹۳۰/۲	۳۴۰۹/۷	۳۸۴۲/۴	۴۴۱۱/۲	۵۲۸۱/۴	۷۰۲۶/۱	۹۰۲۶/۱
هزینه‌های بهداشت و درمان	(۲۷۲/۲)	(۷۰/۶)	(۱۱۸/۴)	(۱۴۸/۵)	(۱۶۶/۶)	(۲۵۵/۷)	(۳۷۱/۰)	(۳۱۸/۴)	(۵۱۷/۹)	(۷۹۰/۴)	(۱۹۹۴/۶)	(۱۹۹۴/۶)
کل هزینه‌های ناخالص خوراکی و غیرخوراکی	۱۱۷۷۴/۲	۳۳۱۷/۲	۴۱۶۲/۰	۵۵۲۹/۹	۵۸۳۸/۰	۸۲۱۵/۱	۹۸۲۶/۲	۱۱۷۷۶/۹	۱۴۴۳۳/۰	۱۸۸۱۹/۴	۲۵۹۲۶/۷	۳۵۹۲۶/۷
درصد هزینه‌های بهداشت و درمان به کل هزینه‌های غیر خوراکی	۵/۶	۵/۰	۴/۷	۴/۴	۳/۹	۲/۶	۴/۳	۵/۰	۵/۲	۵/۸	۶/۹	۶/۹
درصد هزینه‌های بهداشت و درمان به کل هزینه‌ها	۴/۰	۳/۰	۲/۸	۲/۹	۲/۴	۳/۰	۲/۸	۲/۸	۳/۶	۴/۲	۵/۶	۵/۶

علت امر را با یکسان گرفتن بعد خانوار باید در افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان جست و جو کرد. از آن جا که هزینه بهداشت و درمان در مناطق شهری ممکن است تا حد زیادی کشتش ناپذیر باشد، لذا افزایش هزینه، به دلیل بالا رفتن قیمت دارو و تعرفه پزشکی و خدمات پزشکی، موجب بالا رفتن سهم هزینه می‌شود. زیرا که خانوار، به ویژه برای فرزندان خردسال، خود را مجبور به پرداخت بیشتر می‌بیند. اما این امر در مورد خانواده‌های بسیار کم درآمد صدق نمی‌کند. آن‌ها با گران شدن خدمات بهداشت و درمان، ناگزیر از هزینه‌های بهداشت و درمان خود می‌کاهند در این مورد از آوردن جدول ویژه‌ای که تغییر در سهم هزینه بهداشت و درمان دهک‌های مختلف یا گروه‌های مختلف درآمدی در سال‌های مختلف را نشان می‌دهد، خودداری کرده‌ایم (خواننده می‌تواند به سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران مراجعه کند).

جدول ۲. نسبت هزینه‌های درمانی به هزینه کل متوسط و هزینه‌های غیرخوراکی متوسط در مناطق شهری (۱۳۶۷-۱۳۷۵)

سال	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
متوسط هزینه خوراکی	۸۰۲۹۴۵	۹۱۶۱۳۹	۷۴۸۳۸۸	۹۵۸۹۸۵	۱۱۷۱۹۵۳	۱۴۴۰۵۸۰	۲۰۴۳۲۰۷	۳۰۵۰۳۲۹	۳۴۰۷۶۶۶
متوسط هزینه غیرخوراکی	۹۱۷۳۸۳	۱۱۶۹۹۹۹	۱۵۴۵۳۸۱	۳۰۹۱۷۰۶	۲۸۱۲۶۷۳	۳۴۰۱۳۳۰	۴۵۱۵۳۷۵	۶۳۶۷۲۸۰	۸۳۶۶۵۰۰
متوسط هزینه کل	۱۸۰۰۳۲۸	۲۱۸۶۱۳۸	۲۲۹۱۳۷۹	۳۰۵۵۶۹۱	۳۹۸۴۶۲۶	۴۸۴۲۹۱۰	۶۵۵۸۵۸۲	۹۴۱۷۸۰۹	۱۱۷۷۴۱۶۶
متوسط هزینه درمان	۷۷۵۵۱	۷۲۸۳۸	۹۱۵۹۸	۱۲۰۶۷۱	۱۵۵۰۰۰ (تقریبی)	۱۸۳۲۲۵	۲۶۸۷۷۴	۴۵۴۸۷۷	۴۷۲۲۴۴
نسبت هزینه درمان به هزینه غیرخوراکی	۷/۸	۶/۲	۵/۹	۵/۷	۵/۵	۵/۴	۶/۶	۷/۱	۶/۹
نسبت هزینه درمان به هزینه کل	۴/۳	۳/۵	۴/۰	۳/۹	۳/۹	۳/۸	۴/۶	۴/۸	۵/۶
بعد متوسط خانوار	۵/۰	۴/۹	۵/۱	۵/۱	۵/۱	۴/۸	۵/۰	۵/۰	۴/۸

مأخذ: مرکز آمار ایران، سالنامه آماری، سال‌های مربوط.

ضرایب کشتش‌پذیری: می‌دانیم که ضریب کشتش‌پذیری در کالا نشان می‌دهد که به

ازای یک درصد افزایش یا کاهش درکل درآمد خانوار چند درصد هزینه برای آن کالا، بالا یا پایین می آید. در ضمن، لازم است که به معادلاتی که ضرایب کشش پذیری از روی آن‌ها حساب می شود توجه کنیم. برای این امر لازم است بدانیم:

$C =$  هزینه مصرفی در شهر و  $C' =$  هزینه مصرفی در روستا؛ هر حرف زیر  $C$  یا  $C'$  بیانگر یک کالای خاص است. برای مثال،  $b$  برای نان به کار می رود و لذا  $C'b$  یعنی هزینه مصرفی خانوار روستایی برای نان.

$N$  و  $N'$  به ترتیب بیانگر بعد خانوار شهری و روستایی هستند.

$Y =$  درآمد خانوار شهری و  $Y' =$  درآمد خانوار روستایی.

با وجود آن که معادلات رفتار مصرفی برای انواع کالاها متفاوتند ولی ضریب کشش پذیری همیشه به معنای آن است که

$$E_i = \frac{i}{\text{درصد هزینه مصرفی خانوار برای کالای } i} \text{ درصد تغییر درآمد سالیانه خانوار}$$

$$i = C_h, C_e, C_c, \dots, C_s$$

پس از مرور معادله‌های برآورد شده زیر (همراه با کشش‌های درآمدی که در زیر هر معادله با علامت  $E$  ظاهر شده‌اند). بر مبنای تحقیقی از مرکز آمار ایران، می‌توانیم متغیر خود را ارائه دهیم. معادله‌ها با علامت « $\gg$ » برای مناطق روستایی و بی‌علامت برای شهرها هستند.  $L$  علامت لگاریتم در پایه طبیعی است.

۱. پوشاک (C)

$$C_c = -60080/61 + 0/12 Y \quad \text{شهری:}$$

$$E_c = 1/24$$

$$C'_c = 7231/38 + 0/18 Y' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_c = 1/33$$

۲. مسکن (h)

$$C_h = 1/09 + 0/85 LY \quad \text{شهری:}$$

$$E_h = 0/85$$

$$C'_h = 2/23 + 0/69 LY' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_h = 0/69$$

۳. لوازم شخصی و زینتی (I)

$$LCI = -18/68 + 1/95 LY$$

شهری:

$$EI = 1/95$$

$$LC'I = -18/60 + 1/95 LY'$$

روستایی:

$$E'I = 1/95$$

۴. تحصیل و آموزش و مطالعه (e)

$$LCe = -5/65 + 0/96 LY + 1/0 LN$$

شهری:

$$Ee = 0/96$$

$$LC'e = -1/12 + 0/97 LY' - 1/96 LN'$$

روستایی:

$$E'e = 0/9$$

۵. بهداشت و درمان (m)

$$LCm = -11/8 + 1/53 LY$$

شهری:

$$Em = 1/55$$

$$LC'm = -6/3 + 1/2 LY'$$

روستایی:

$$E'm = 1/2$$

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

۶. نان (b)

$$LCb = 10/77 - 32316/22 I/Y$$

$$Eb = 0/13$$

$$LC'b = 4/33 + 0/31 L(X'/P)$$

روستایی:

$$E'b = 0/31$$

۷. گوشت (p)

$$LCP = -1700846/6 + 149008/7 LY - 169646/9 LN$$

$$Ep = 0/86$$

$$L(Cp/N)' = 0/35 - 0/78 LY'$$

روستایی:

$$E'p = 0/78$$

۸. روغن چربی (o)

$$L(\text{Co}/N) = -2/62 - 0/87 L(Y/N) \quad \text{شهری:}$$

$$E_o = 0/87$$

$$L(\text{Co}/N)' = 9/56 - 184612/9 L(Y/N)' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_o = 0/64$$

۹. میوه و سبزی (v)

$$L(\text{Cv}/N) = 173411/5 + 15429/4 L(Y/N) \quad \text{شهری:}$$

$$E_v = 60$$

$$L(\text{Cv}/N)' = 2/82 + 0/56 L(Y/N)' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_v = 0/56$$

۱۰. چای (t)

$$C_t/N = -15899/4 + 1538/6 L(Y/N) \quad \text{شهری:}$$

$$E_t = 0/39$$

$$L(C_t/N)' = 3/19 + 0/44 L(Y/N)' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_t = 0/44$$

۱۱. دخانیات (s)

$$(C_s/N) = -53738/3 + 4824/8 L(Y/N) \quad \text{شهری:}$$

$$E_s = 0/52$$

$$(C_s/N)' = -49920/9 + 4540/4 L(Y/N)' \quad \text{روستایی:}$$

$$E'_s = 0/72$$

توضیحات:

– از ضرایب کشش پذیری ۱۱ قلم کالای مورد بحث ما، ضریب مربوط به لوازم شخصی و زینتی بالاترین است (۱/۹۵ در شهر و ۱/۹۵ در روستا). در حالی که ضریب کشش پذیری نان کمترین است (۰/۱۳ در شهر و ۰/۴۱ در روستا). این یافته بدین معناست که با افزایش درآمد به ندرت مصرف نان زیاد می شود (آن هم در روستا بیشتر

از شهر)، در حالی که مصرف لوازم شخصی و زینتی بیشتر از افزایش درآمد بالا می‌رود (۱۰۰ درصد افزایش درآمد، ۱۹۵ درصد مصرف لوازم شخصی و زینتی را بالا می‌برد).  
 - هزینه بهداشت و درمان در میان رده‌های بالای کشتش‌پذیری قرار دارد. رقم برای شهر ۱/۵۵ و برای روستا ۱/۲۰ است. یعنی اگر درآمدهای پولی ظرف چند سال دو برابر شوند (۱۰۰ درصد افزایش) هزینه درمان در مناطق شهری ۱۵۵ درصد و در روستا ۱۲۰ درصد بالا می‌رود.

- برای خدمتی مانند تحصیل و آموزش، رقم در شهر و روستا تقریباً معادل ۱ است؛ به عبارت دیگر، ۱۰۰ درصد افزایش درآمد، همان ۱۰۰ درصد افزایش هزینه‌های تحصیل و آموزش را، چه در شهر و چه در روستا، بالا می‌برد.

#### ۴. خلاصه، نتیجه‌گیری و پیشنهاد

تابع مصرف بهداشت و درمان: اگر مصرف بهداشت و درمان را بر حسب هزینه خانوار در اقتصاد ایران بیان کنیم، در می‌یابیم که در حدود ۶ تا ۷ درصد از کل هزینه‌های غیرخوراکی و در حدود ۴ تا ۵ درصد از کل هزینه خانوار شهری (براساس آخرین داده‌ها) به این امر اختصاص می‌یابد. تفاوت نسبتاً زیادی بین سهم هزینه‌های بهداشت و درمان برای گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد، به نحوی که سهم در رقم کل هزینه از حدود ۲/۵ درصد برای قشرهای پایینی به حدود ۳/۵ تا ۴ درصد برای قشرهای میانی و به بالای ۷ درصد برای قشرهای بالایی می‌رسد.

از مدت‌ها قبل، هزینه بهداشت و درمان در جامعه ایران، به ویژه در جامعه شهری بزرگ و در میان قشرهای تحصیل‌کرده، خود را به مثابه یک تقاضای مصرفی ضروری مطرح کرده است. به ویژه هزینه‌های پیشگیری، مایه‌کوبی اطفال، زایمان، برخی آزمایش‌ها در سنین خاص و هزینه‌های درمانی اطفال، جنبه بسیار جدی به خود گرفته است. در مناطق روستایی نیز جدی بودن و پایدار بودن این قلم هزینه (و در اصطلاح اقتصادی کم کشتش بودن مصرف آن نسبت به کاهش درآمد) در ۲۰ تا ۳۰ سال اخیر، به ویژه در میان نسل جوان‌تر مطرح شده است.

رشد و گسترش خدمات درمانی پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به همت نهادهای مختلف دولتی و افزایش شمار پزشکان و پیراپزشکان و توزیع آن‌ها در نقاط مختلف کشور، سطح تازه‌ای از تقاضاها را پدید آورده است. جان کلام این‌که، به افزایش در سهم



هزینه‌های بهداشت و درمان در جامعه تمایل وجود دارد. در حالی که معمولاً پس از آن که مدتی از فراگرد رشد خدمات درمان و بهداشت بگذرد و جامعه به سطحی از تأمین بهداشت برسد، آن گاه مدتی سهم مزبور متوقف می‌شود. سپس با رشد درآمد (و هزینه)، خانوار و ثابت ماندن قدر مطلق هزینه‌های بهداشت و درمان، این سهم رو به کاهش می‌گذارد؛ ولی گفته می‌شود (و دیده شده است) که در جوامع بسیار پردرآمد سهم مزبور، دست کم برای بخش‌های میانی جامعه مجدداً رو به افزایش می‌گذارد. به هر حال، آنچه در ایران اتفاق افتاده است و به نظر می‌رسد اتفاق می‌افتد آن است که برای قشرهای میانی، میانی بالا و بالا (به استثنای قشرهای بسیار بالا)، سهم مزبور هنوز در مرحله افزایش است. اما نیروی آن را در بخش‌های مهمی از جامعه به ویژه در سطوح پایینی رو به پایین می‌کشد.

فشارهای تورمی و درآمد بدون امکان افزایش خانوارهای با درآمد ثابت و به ویژه گرانی هزینه بهداشت و درمان و کاهش یا حذف شدن خدمات دولتی موجب می‌شود که قشرهای پایینی به اولویت بندی مجدد درآمد خود اقدام کنند. اینان ناگزیرند که از سهم مصرف بهداشت و درمان به نفع اقلام اساسی‌تر (مانند خوراک و مصرف) بکاهند. این اتفاق البته برای همه گروه‌های درآمدی پیش نمی‌آید. اگر چنین اتفاقی در سهم هزینه متوسط خانوار متوسط در جامعه اتفاق نیفتد، این امر نشان از آن دارد که فشارهای تورمی توانسته است ساختار کلی را در جامعه تحت تأثیر قرار دهد، گرچه کماکان کسان و گروه‌هایی هستند که از تورم در جهت کاهش رقم مطلق یا سهم هزینه‌های مصرفی برای بهداشت و درمان اثر نمی‌پذیرند.

به این ترتیب، می‌توان سه نتیجه را در کنار یکدیگر قرار داد: اول، گرایش عمومی به بالا بردن مطلق هزینه بهداشت و درمان ناشی از افزایش آگاهی و توسعه خدمات درمانی و درک عمومی و تا حدی افزایش درآمدها (بسته به گروه‌های مختلف)؛ دوم، گرایش افزایش سهم هزینه مزبور برای گروه‌های میانی بالا، کاهش سهم در گروه‌های بالا و ثبات سهم در گروه‌های میانی و پایین به علت رسیدن یا نرسیدن به مرز اشباع شدگی در چارچوب یک جامعه در حال توسعه؛ و سوم، گرایش به کاهش مطلق و حتی کاهش سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در گروه‌های میانی و پایین و شاید میانی بالا به علت فشار تورم و به ویژه گرانی هزینه‌های مورد بحث.

مصرف معقول در زمینه بهداشت و درمان: شاید بتوان گفت که مصرف برخی از

داروها، چه سرخود باشد و چه با دستور پزشک، در ایران جنبه غیرعادی و نامعقول دارد، ولی در مقایسه با شمار زیادی از کشورهای جهان نمی‌توان گفت که هزینه‌های بهداشت و درمان غیرعادی و همراه با وسواس و با بالا رفتن درآمد و تمایل‌های غیر عادی به مراجعه به خدمات درمانی بالا رفته است.

در مجموع، مشکلات خدمات درمانی و دست‌یابی به امکانات بیمارستانی و گران‌بها، مردم عادی را از رفتن به سمت این خدمات باز می‌دارد، یا دست کم انگیزه آنان را کاهش می‌دهد. با این وصف هنوز یک نکته روشن و قابل دفاع وجود دارد: افزایش عرضه خدمات درمانی، به منزله بخشی از فراگرد آگاهی بخش و انگیزه بخش ممکن است بیشتر از مقداری که به رفع نیاز می‌پردازد موجب افزایش تقاضاهای جدید شود. حتی اگر این افزایش از حیث شمار مراجعان به اندازه رفع نیاز نباشد، ممکن است از حیث میزان هزینه درمانی و بالا رفتن کیفیت و پیچیدگی تقاضاها موجب بالا رفتن کل هزینه‌های مصرف خدمات بهداشت و درمان شود. به عبارت دیگر، وقتی که در یک محیط تقریباً محروم از حیث خدمات بهداشتی، مقداری امکانات بهداشتی و درمانی ارائه می‌شود پس از مدتی مسئولان متوجه کمبودهایی می‌شوند که بیشتر از گذشته است؛ زیرا که ارائه خدمات درمانی، موجب آگاهی و انگیزه بخشی می‌شود و تقاضاها را بالا می‌برد. برای مثال، افزایش امکانات آموزشی در روستاها، نه تنها موج مهاجرت را مهار نمی‌کند بلکه ممکن است بر میزان مهاجرت به انگیزه ادامه تحصیل بیفزاید.

به هر حال، جنبه‌هایی از خدمات پزشکی هستند که با توجه به ارزانی نسبی آنها، یا در چارچوب تقاضاهای ناشی از درآمدهای بسیار بالا حاصل می‌شوند. نمونه‌های آن عبارتند از: مراجعات وسواسی، مراجعات مستقیم به متخصصان، درخواست زیباسازی‌های نالازم (ظاهرسازی بی آن که با منظر و شخصیت فرد تضادی به وجود آمده باشد)، مراجعه برای خدماتی که معمولاً باید از طریق رعایت بهداشت و رژیم فردی به دست آیند و جز آن. برخی از راهنمایی‌های نسبی، یا بی‌توجهی به نیاز واقعی بیمار نیز ممکن است مراجعات غیرعادی ایجاد کند. نوشتن آزمایش‌های نالازم و عکسبرداری‌ها، یا نوشتن داروها در دفترچه‌های بیمه، نمونه آن هستند. در واقع، توجه کافی به احوال بیمار و برخورد جدی و مسئولانه با مراجعه کنندگان و یارگیری پزشکان بیمه در جهت راهنمایی مناسب ایشان، در این مورد چاره کار خواهد بود.

آینده نگری: پیش بینی‌ها برای آینده ایران این است که

(الف) متوسط هزینه مطلق خدمات بهداشت و درمان با رشدی بالاتر از افزایش کل هزینه خانوار بالا خواهد رفت؛

(ب) در نزد قشرهای میانی با درآمد بالا و پر درآمد، شتاب افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان بالاتر از شتاب افزایش سایر قشرها خواهد بود؛

(پ) فشارهای تورمی برای قشرهای پایینی موجبات کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان به قیمت‌های واقعی را فراهم می‌آورد؛

(ث) سهم نسبی متوسط هزینه‌های بهداشت و درمان در هزینه‌های متوسط خانوار، البته با نوسان‌هایی به علت درآمد و تورم، رو به رو خواهد بود، اما گرایش افزایشی (نه چندان پرشتاب) خواهد داشت؛

(ج) افزایش عرضه و ارائه خدمات درمانی و توسعه شهرنشینی، تقاضاها برای خدمات بهداشت و درمان را بالا خواهد برد؛

(چ) ناامنی و کم‌پناهی بهداشتی و درمانی در میان قشرهای متوسط و پایین‌تر، امکان افزایش دارد؛

(ح) به نظر می‌رسد که روند معقول‌سازی هزینه‌های درمانی در آینده شتاب بیشتری خواهد گرفت؛ و

(خ) تمایل به امنیت درمانی و بهداشتی در آینده بسیار بالاتر خواهد بود زیرا که با فشار تقاضاها و فشار تورم و محدودیت احتمالی درآمد در گروه کثیری از مردم و آشنا شدن با بیمه‌های درمانی، راه حلی جز پیدا کردن خدمات بیمه درمانی برای بخش وسیعی از مردم، به ویژه شهرنشینان باقی نمی‌ماند.

توسعه خدمات بیمه و بیمه خصوصی: در شرایطی که هم نیازها و هم تقاضاها برای خدمات درمانی رو به افزایش می‌گذارد و در شرایطی که رشد خدمات درمانی، شهرنشینی و آگاهی مردم، خود موجبات تازه‌تری برای افزایش تقاضاها فراهم می‌آورد، به کار بردن ابزارهای مناسب برای کارآمد کردن خدمات درمانی (شامل تسریع در ارائه خدمات، کاهش هزینه‌ها، ایجاد شرایط برای ساختارهای مناسب، به کارگیری کارآمد نیروی انسانی خدمات پزشکی و جز آن) ضروری می‌شود. ولی از دیگر سو، در شرایطی که مکانیسم بازار و فعالیت‌های آزاد بخش خصوصی در سراسر اقتصاد وجود دارند، شبکه‌های موبیگی بیمه و نهاد بیش از حد پای بند تشریفات اداری به کارگیرنده آن، امری ناسازگار با سیستم است که مشکل بتواند به نیازها پاسخ کافی بدهد.

برای توسعه خدمات بیمه درمانی، تشویق و هدایت بخش خصوصی به ایجاد امکانات بیمه مضاعف (تکمیلی) می‌تواند در گسترش خدمات بیمه درمانی و پاسخگویی به تقاضا و ایجاد امنیت اجتماعی، که ضروری‌ترین ابراز توسعه است، مؤثر افتد. افراد جامعه با پرداخت حق سرانه بیمه درمانی و بخش خصوصی با قبول مسئولیت بیمه‌گری (به ویژه از حیث بیمه مضاعف که به کم شدن بار مالی دولت منجر می‌شود) می‌توانند در چارچوب فشارهای احتمالی تورمی، افزایش سطح سواد و آگاهی، افزایش قیمت و بالا رفتن درآمدهای پولی (که همگی به افزایش تقاضاهای متنوع و غافل‌گیرکننده منجر می‌شوند) به بهینه‌سازی نظام بیمه کمک کنند. با این کار از یک سو، احساس امنیت و تأمین بالا می‌رود و تقاضاهای زاید مهار می‌شود و از دیگر سو، توان پاسخ‌دهی به تقاضاها بالا می‌رود. به هر حال، در جهت منافع اجتماعی و فردی و نیز حفظ اقتصاد از نوسان‌های مالی و تأمین درآمدهای مالیاتی، نظارت دولتی امری کافی و ضروری است. ■

