

پیش‌بینی تأثیرپذیری بخش سلامت از هدف‌سازی یارانه‌ها

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره تاپی: ۱۰۷۳۶

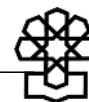
فروردین‌ماه ۱۳۹۰

دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۳	تاریخچه
۴	۱. مرور قانون هدفمندی یارانه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی آن
۱۳	۲. ویژگی‌های سلامت و بازار
۱۵	۳. وضعیت تورم در بخش سلامت کشور
۱۷	۴. مقایسه تورم عمومی و بخش سلامت براساس شاخص بهای خرده‌فروشی کالاها و خدمات
۱۹	۵. هدفمندی یارانه‌ها و تجارب سایر کشورها
۲۲	۶. سنجش آثار هدفمندی یارانه‌ها بر بخش سلامت
۲۳	۷. امنیت غذایی و تغییرات اقتصادی
۲۵	۸. برآورد آثار هدفمندی یارانه‌های غذایی بر سلامت مردم ایران
۲۶	۹. پیشنهاد برای کاهش مخاطرات
۲۷	منابع و مأخذ



پیش‌بینی تأثیرپذیری بخش سلامت از هدفمندسازی یارانه‌ها

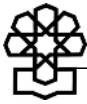
چکیده

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در مکتب اسلام و در اصول سوم، بیست‌ونهم و چهل‌وسوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵)) مورد تأکید قرار گرفته است.

ابعاد مختلف سلامت به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر مثبت یا منفی عواملی هستند که تعیین‌کننده‌های سلامت نامیده می‌شوند. نکته مهم آن است که عوامل اجتماعی - اقتصادی آثار نامطلوب خود را بیشتر بر سلامت طبقات پایین‌تر جامعه نشان می‌دهند و از این رو باعث ایجاد بی‌عدالتی در وضعیت سلامت در جوامع می‌شوند. لذا لازم است تصمیم‌گیران در سیاست‌گذاری‌های عمومی نگاه ویژه‌ای به عوامل اجتماعی - اقتصادی به‌عنوان تهدیدکننده اصلی سلامت به‌خصوص در طبقات پایین‌تر و محروم‌تر جامعه داشته باشند.

هدفمند کردن یارانه‌ها به‌عنوان یکی از بسته‌های سیاستی مهم آن، در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۵ در مجلس تصویب و ابلاغ گردید. شواهد حاکی از آن است که نگاه اقتصادی محض به مسائل اجتماعی پیچیده و چندبعدی جوامع نمی‌تواند راهگشا باشد بنابراین هدفمندسازی یارانه‌ها با هدف افزایش کارآیی اقتصادی جامعه باید با دقت نظر و هوشیاری انجام گردد. در این گزارش سعی شده با نگاهی به روند تورم به گروه‌های کالاهای سبد مصرفی خانوار و تورم زیرگروه‌های بخش بهداشت و درمان تصویری از تأثیرات تورم بر بخش بهداشت و درمان ارائه شود.

پیش‌بینی می‌شود اگر با آزادسازی قیمت‌ها توجه کافی به مواد خوراکی اصلی خانوار ایرانی نشود با افزایش قیمت کالاهای اساسی و ثابت ماندن درآمدها در جوامع شهری و روستایی، ناامنی غذایی و سوءتغذیه افزایش یابد. لذا به‌منظور کاهش خطرات ناامنی غذایی و پیشگیری از سایر آثار ناخواسته هدفمندسازی یارانه‌ها بر سلامت اتخاذ برخی سیاست‌ها از جمله: مشارکت هرچه بیشتر بخش سلامت در اجرا، اصلاح سیاست‌های بیمه‌ای و تعرفه‌گذاری حمایتی بر خدمات سلامت، بالا بردن سطح دانش عمومی مردم و ترویج شیوه زندگی سالم و... پیشنهاد می‌شود.



مقدمه

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول چهل و سوم، بیست و نهم و سوم قانون اساسی)، اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵)) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت و تولیت این امر برعهده دولت‌ها بوده و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه پایدار به‌شمار می‌رود. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) نیز برخوردار از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی بیان می‌کند.

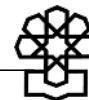
از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارتست از: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی» و از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی،^۱ سلامتی افراد یک «ذخیره سرمایه» است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر^۲ مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌گردد و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت، درمان و بازتوانی) این استهلاک را جبران می‌کند. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به عبارت اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند. برآوردهای آماری نشان می‌دهد هر ۱۰ درصد بهبود در امید زندگی در بدو تولد، حداقل رشد اقتصادی معادل ۰/۳ تا ۰/۴ را در صورت ثابت بودن سایر عوامل دربر دارد.

سلامت در فرهنگ متعالی اسلام به‌عنوان یک ارزش با تعبیرهای زیبایی مانند برترین نعمت‌ها، گواراترین بهره‌ها و نصیب‌ها، سرمایه زندگی و... توصیف شده است، سلامت مطلوب از دیدگاه معصومین، سلامتی است که کامل، همه‌جانبه شفافبخش و مهمتر از همه رو به تکامل، تزاید و دربر دارنده سلامت دنیا و آخرت باشد^۳ بدون هیچ‌گونه شک و تردیدی می‌توان ادعا کرد در هیچ مکتب فکری خواه قدیم و خواه جدید و هیچ نظام اعتقادی و الهی و یا غیر آن به اندازه اسلام زمینه رشد، شکوفایی و گسترش و تکامل سلامت فراهم نبوده و همچنین پشتوانه‌ای با قدرت اجرایی (درونی و بیرونی و مسئولیت شرعی و ثواب و عقاب دنیوی و اخروی) همانند اسلام وجود ندارد.

ابعاد مختلف سلامت به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر مثبت یا منفی عواملی هستند که تعیین‌کننده‌های سلامت نامیده می‌شوند، بررسی‌ها نشان می‌دهد که سهم اثر هر یک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت به ترتیب عبارت است از: وضعیت اجتماعی - اقتصادی (۵۰ درصد)، نظام مراقبت سلامت (۲۵ درصد)، ژنتیک یا بیولوژی فردی (۱۵ درصد) و محیط

1. Human Capital Theory
2. Natural Aging

۳. فراز دوم از دعای بیست و سوم صحیفه سجاده.



فیزیکی (۱۰ درصد).^۱

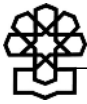
در این گزارش سعی شده با نگاهی بر روند تورم در گروه‌های کالاهای سبب مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۳۶۴ تا ۱۳۸۶ و تورم زیرگروه‌های بخش بهداشت و درمان تصویری از تأثیرات تورم بر بخش بهداشت و درمان ارائه شود. در این راستا سعی شده تجارب کشورهای مختلف از تأثیر تورم بر بخش سلامت با معبود تجارب موجود از تأثیر هدفمندسازی یارانه‌ها بر بخش سلامت بهره گرفته شود. هدف اصلی این گزارش تشریح این نکته مهم است که عوامل اجتماعی - اقتصادی آثار نامطلوب خود را بیشتر بر سلامت طبقات پایین‌تر جامعه نشان می‌دهند و از این رو باعث ایجاد بی‌عدالتی در وضعیت سلامت در جوامع می‌شوند. لذا لازم است تصمیم‌گیران در سیاستگذاری‌های عمومی نگاه ویژه‌ای به عوامل اجتماعی - اقتصادی به‌عنوان تهدیدکننده اصلی سلامت به‌خصوص در طبقات پایین‌تر و محروم‌تر جامعه داشته باشند.^۲

تاریخچه

در دهه ۱۹۵۰ با مطرح شدن تفکر توسعه و ضرورت توجه به شاخص‌های رفاه اجتماعی و کاهش فقر دخالت دولت‌ها در فعالیت‌های اقتصادی پررنگ‌تر شد. در این دوران از دولت به‌عنوان پیشران توسعه یاد می‌شد. این نقش را اقتصاددانان کلاسیک توسعه برای دولت تعریف کرده بودند و از آنجا که این گروه از نظریه‌پردازان لازمه توسعه اقتصادی را صرفاً در سرمایه‌گذاری‌های کلان فیزیکی و زیرساخت‌های اقتصادی می‌دیدند، بیشتر دولت‌ها را به دخالت در این زمینه‌ها توصیه می‌کردند، ولی از دهه ۱۹۷۰ با شکل‌گیری تفکر محوریت انسان در توسعه، این آگاهی ایجاد شد که برای مواجهه با مسائل مبتلا به توسعه‌نیافتگی کشورها سرمایه فیزیکی کافی نیست و حداقل به اندازه سرمایه فیزیکی، مسائل و سیاست‌های اجتماعی و شکل‌گیری سرمایه انسانی هم ضرورت دارند. بنابراین در این دوره سیاست‌های حمایتی، اجتماعی در قالب دولت‌های رفاه، سیاست‌های یارانه‌ای و... سرلوحه برنامه‌های توسعه کشورها قرار گرفت. آنچه در زمینه پرداخت یارانه‌ها مورد غفلت قرار گرفت هدفگیری صحیح این سیاست‌ها بود، به نحوی که بیشتر کشورهای یارانه‌ها را به‌صورت همگانی و عمومی پرداخت می‌کردند، اما در دهه ۱۹۸۰ به‌دنبال بحران بدهی‌ها و رکود جهانی و تقابل تجربه کشورهای شرق آسیا، آمریکای لاتین، جنوب آسیا و صحرای آفریقا، تأکید راهبردهای توسعه به سمت بهبود مدیریت اقتصاد و پذیرفتن نقش بیشتر نیروهای بازار تغییر کرد

۱. سلامت در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، ۱۳۸۸.

2. Slim Haddad, Enis Bariş, Delampady Narayana "Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability", AFRICA WORLD PRESS, 2008.



که در چارچوب این رویکرد جدید اکثر کشورها نسبت به اصلاحات در برنامه یارانه‌ها اقدام کردند.^۱ در ایران نیز از سال ۱۳۷۰ هدفمندسازی یارانه‌ها در دولت‌های مختلف به شیوه‌های گوناگون پیگیری شده است، در آخرین تلاش در راستای اجرای اصل یکصد و بیست و سوم قانون اساسی و مصوبات قانون برنامه سوم و چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، طرح تحول اقتصادی در سال ۱۳۸۸ تدوین شد و هدفمندکردن یارانه‌ها به عنوان یکی از بسته‌های سیاستی مهم آن در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۵ در مجلس تصویب و ابلاغ گردید. به منظور اجرایی کردن این قانون براساس بخشنامه دولت، در هر دستگاه باید «ستاد عملیاتی هدفمند کردن یارانه‌ها» به ریاست بالاترین مقام و انتصاب یکی از معاونان به عنوان قائم مقام تشکیل شود. ستاد موظف است با برنامه‌ریزی و برگزاری مستمر جلسات برای هماهنگی بین معاونت‌ها و سازمان‌های تابعه ملی و استانی و تشکل‌های حرفه‌ای ذیربط اقدامات لازم را انجام دهد.

شواهد حاکی از آن است که نگاه اقتصادی محض به مسائل اجتماعی پیچیده و چندبعدی جوامع نمی‌تواند راهگشا باشد. بنابراین هدفمندسازی یارانه‌ها با هدف افزایش کارایی اقتصادی جامعه باید با دقت نظر و هوشیاری انجام گردد. صندوق بین‌المللی پول توصیه می‌کند برای حمایت از اقشار فقیر جامعه و کسب حمایت سیاسی، حذف یارانه‌های سوخت می‌باید با حمایت‌های اجتماعی که به صورت مناسبی هدفمند شده‌اند، همراه شود و پس‌انداز بودجه‌ای حاصل از کاهش یارانه‌های سوخت باید مستقیماً به اولویت‌های بالاتر نظیر افزایش دسترسی و بهبود کیفیت آموزش و مراقبت‌های سلامت، بهبود زیرساخت‌های فیزیکی یا کاهش مالیات‌ها تعلق یابد. با وجود آثار مثبت هدفمندسازی یارانه‌ها که در تئوری مطرح می‌شود، مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد که اجرای برنامه تعدیل ساختاری به عنوان بارزترین برنامه اصلاحات اقتصادی در کشورهای در حال توسعه تأثیرات مهمی بر روندهای طلاق، سرقت، خودکشی، جرائم کودکان و نوجوانان، بیکاری، اختلاس و ارتشا، امید به زندگی با کیفیت، شیوع سوءتغذیه و هوش جامعه خواهد داشت.^۲

۱. مرور قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی آن

قانون هدفمندسازی یارانه‌ها در روز سه‌شنبه مورخ ۱۵ دی ۱۳۸۸ در مجلس شورای اسلامی مصوب شد. مواردی که مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت جامعه و بر خدمات و محصولات بخش سلامت تأثیرگذار خواهند بود به‌طور خلاصه عبارتند از:

۱. هدفمندسازی یارانه‌ها؛ تجربه کشورها، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، معاونت هدفمند نمودن یارانه‌ها و رفاه اجتماعی و دفتر یارانه‌ها، مهرماه ۱۳۸۷.

۲. بررسی آثار هدفمندسازی یارانه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.



ماده (۱)

دولت مکلف است با رعایت این قانون قیمت حامل‌های انرژی را اصلاح کند:

الف) قیمت فروش داخلی بنزین، نفت گاز، نفت کوره، نفت سفید و گاز مایع و سایر مشتقات نفت، با لحاظ کیفیت حامل‌ها و با احتساب هزینه‌های مترتب (شامل حمل‌ونقل، توزیع، مالیات و عوارض قانونی) به تدریج تا پایان برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کمتر از ۹۰ درصد (۹۰٪) قیمت تحویل روی کشتی (فوب) در خلیج فارس نباشد.

ب) میانگین قیمت فروش داخلی گاز طبیعی به‌گونه‌ای تعیین شود که به تدریج تا پایان برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، معادل حداقل ۷۵ درصد (۷۵٪) متوسط قیمت گاز طبیعی صادراتی پس از کسر هزینه‌های انتقال، مالیات و عوارض شود.

ج) میانگین قیمت فروش داخلی برق به‌گونه‌ای تعیین شود که به تدریج تا پایان پنج‌ساله برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران معادل قیمت تمام شده آن باشد.

تبصره «۱» - درخصوص قیمت‌های برق و گاز طبیعی، دولت مجاز است با لحاظ مناطق جغرافیایی، نوع، میزان و زمان مصرف قیمت‌های ترجیحی را اعمال کند.

تبصره «۲» - قیمت حامل‌های انرژی برای پس از سال پایه براساس قیمت ارز منظور شده در بودجه سالانه تعیین می‌گردد.

ماده (۲)

دولت مجاز است برای مدیریت آثار نوسان قیمت‌های حامل‌های انرژی بر اقتصاد ملی قیمت این حامل‌ها را در صورتی که تا ۲۵ درصد (۲۵٪) قیمت تحویل در روی کشتی (فوب) خلیج فارس نوسان کند بدون تغییر قیمت برای مصرف‌کننده از طریق اخذ مابه‌التفاوت و یا پرداخت یارانه اقدام نماید و مبالغ مذکور را در حساب تنظیم بازار حامل‌های انرژی در بودجه سنواتی منظور کند. در صورتی که نوسان قیمت‌ها بیش از ۲۵ درصد (۲۵٪) شود، در قیمت تجدیدنظر خواهد نمود.

ماده (۳)

دولت مجاز است با رعایت این قانون قیمت آب و کارمزد جمع‌آوری و دفع فاضلاب را تعیین کند.

الف) میانگین قیمت آب برای مصارف مختلف با توجه به کیفیت و نحوه استحصال آن در کشور به‌گونه‌ای تعیین شود که به تدریج تا پایان برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران معادل قیمت تمام شده آن باشد.

تبصره «۲» - تعیین قیمت ترجیحی و پلکانی برای مصارف مختلف آب با لحاظ مناطق جغرافیایی، نوع و میزان مصرف مجاز خواهد بود.



ماده (۴)

دولت موظف است به تدریج تا پایان برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، نسبت به هدمند کردن یارانه گندم، برنج، روغن، شیر، شکر، خدمات پستی، خدمات هواپیمایی و خدمات ریلی (مسافری) اقدام نماید.

ماده (۵)

دولت موظف است یارانه آرد و نان را به میزانی که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می‌شود با روش‌های مناسب در اختیار مصرف‌کنندگان متقاضی قرار دهد.

ماده (۷)

دولت مجاز است حداکثر تا ۵۰ درصد (۵۰٪) خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را در قالب بندهای زیر هزینه نماید:

الف) یارانه در قالب پرداخت نقدی و غیرنقدی با لحاظ میزان درآمد خانوار نسبت به کلیه خانوارهای کشور به سرپرست خانوار پرداخت شود.

ب) اجرای نظام جامع تأمین اجتماعی برای جامعه هدف از قبیل:

۱. گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقای سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج.
۲. کمک به تأمین هزینه مسکن، مقاوم‌سازی مسکن و اشتغال،
۳. توانمندسازی و اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی.

تبصره «۱» - آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل چگونگی شناسایی جامعه هدف، تشکیل و به‌هنگام‌سازی پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نیاز، نحوه پرداخت به جامعه هدف و پرداخت‌های موضوع این ماده حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون با پیشنهاد وزرای امور اقتصادی و دارایی، رفاه و تأمین اجتماعی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

تبصره «۲» - دولت می‌تواند حساب هدمندسازی یارانه‌ها را به‌نام سرپرست خانواده‌های مشمول یا فرد واجد شرایط دیگری که توسط دولت تعیین می‌شود افتتاح نماید. اعمال مدیریت دولت در نحوه هزینه‌کرد وجوه موضوع این حساب از جمله زمان مجاز، نوع برداشت هزینه‌ها و برگشت جوهری که به اشتباه واریز شده‌اند مجاز است.

**ماده (۸)**

دولت مکلف است سی درصد (۳۰٪) خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را برای پرداخت کمک‌های بلاعوض، با یارانه سود تسهیلات و یا وجوه اداره شده برای اجرای موارد زیر هزینه کند:

الف) بهینه‌سازی مصرف انرژی در واحدهای تولیدی، خدماتی و مسکونی و تشویق به صرفه‌جویی و رعایت الگوی مصرف که توسط دستگاه اجرایی ذیربط معرفی می‌شود،

د) گسترش و بهبود حمل‌ونقل عمومی در چارچوب قانون توسعه حمل‌ونقل عمومی و مدیریت مصرف سوخت و پرداخت حداکثر تا سقف اعتبارات ماده (۹) قانون مذکور،

و) حمایت از تولید نان صنعتی،

ز) حمایت از توسعه صادرات غیرنفتی،

ه) توسعه خدمات الکترونیکی تعاملی با هدف حذف و یا با کاهش رفت‌وآمدهای غیرضرور،

تبصره - آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل چگونگی حمایت از صنایع، کشاورزی و خدمات و نحوه پرداخت‌های موضوع این ماده حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون با پیشنهاد وزرای امور اقتصادی و دارایی، صنایع و معادن، جهاد کشاورزی، بازرگانی، نفت، نیرو، کشور، اتاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران، اتاق تعاون و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده (۱۰)

دریافت کمک‌ها و یارانه‌های موضوع مواد (۷) و (۸) این قانون منوط به ارائه اطلاعات صحیح می‌باشد، در صورت احراز عدم صحت اطلاعات ارائه شده، دولت مکلف است ضمن جلوگیری از ادامه پرداخت، درخصوص استرداد وجوه پرداختی اقدامات قانونی لازم را به‌عمل آورد.

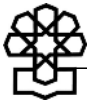
آیین‌نامه اجرایی این ماده حداکثر سه ماه پس از ابلاغ این قانون توسط وزرای دادگستری، امور اقتصادی و دارایی، رفاه و تأمین اجتماعی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور پیشنهاد و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده (۱۱)

دولت مجاز است تا بیست درصد (۲۰٪) خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را به‌منظور جبران آثار آن بر اعتبارات هزینه‌ای و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای هزینه کند.

ماده (۱۴)

جابجایی اعتبارات موضوع این قانون در مواد (۷)، (۸) و (۱۱) حداکثر ده واحد درصد در بودجه



سنواتی مجاز است، به طوری که کل وجوه حاصل در موارد پیش‌بینی شده در این قانون مصرف شود.

ماده (۱۵)

به دولت اجازه داده می‌شود ظرف مدت یک ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، سازمانی با ماهیت شرکت دولتی به نام سازمان هدفمندی‌سازی یارانه‌ها با استفاده از منابع (امکانات، نیروی انسانی و اعتبارات) موجود، جهت اجرای این قانون با لحاظ قانون برنامه ایجاد کرده یا با اصلاح ساختار و ادغام شرکت‌های موجود تأسیس نماید.

دولت مجاز است وجوه حاصل از اجرای این قانون را که به خزانه واریز می‌شود، عیناً پس از وصول و کسر سهم دولت موضوع ماده (۱۱) به طور مستمر برداشت و به عنوان کمک صرفاً جهت اجرای اهداف و تکالیف مقرر در مواد (۷) و (۸) این قانون در اختیار سازمان قرار دهد تا برابر آن هزینه کند.

وزرای رفاه و تأمین اجتماعی، امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، راه و ترابری، جهاد کشاورزی، صنایع و معادن، نفت، نیرو و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور عضو مجمع عمومی سازمان می‌باشند.

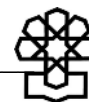
اساسنامه شرکت شامل ارکان، وظایف و اختیارات، توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

اعتبارات موضوع این قانون مشمول قانوه نحوه هزینه کردن اعتباراتی که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنا هستند - مصوب ۱۳۶۴/۱۱/۶ - می‌باشد.

سازمان مکلف است گزارش عملکرد، دریافت و پرداخت منابع حاصل از هدفمندی‌سازی یارانه‌ها را به تفکیک مواد (۷) و (۸) در پایان هر ۶ ماه در اختیار کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات و سایر کمیسیون‌های ذیربط مجلس شورای اسلامی قرار دهد.

ماده (۱۶)

دولت مجاز است از ابتدای سال ۱۳۸۹ معافیت مالیاتی موضوع ماده (۸۴) قانون مالیات‌های مستقیم را علاوه بر افزایش سالانه آن، متناسب با تغییر و اصلاح قیمت‌های موضوع این قانون با پیشنهاد وزارت امور اقتصادی و دارایی طی پنج سال حداکثر تا دو برابر افزایش دهد.



آیین‌نامه اجرایی ماده (۷) قانون هدفمندسازی یارانه‌ها

براساس تبصره «۱» ماده (۷) قانون هدفمندسازی یارانه‌ها آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل چگونگی شناسایی جامعه هدف، تشکیل و به‌هنگام‌سازی پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نیاز، نحوه پرداخت به جامعه هدف و پرداخت‌های موضوع این ماده بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی و رفاه و تأمین اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهوری تاریخ ۱۳۸۹/۲/۱۱ به تصویب هیئت وزیران رسید. موارد مرتبط با بخش سلامت عبارتند از:^۱

ماده (۲)

سازمان^۲ موظف است به‌منظور شناسایی گروه‌های درآمدی کشور با استفاده از روش‌های ارزیابی فردی و سایر روش‌ها از بانک‌های اطلاعاتی کشور و سایر امکانات موجود نسبت به تکمیل و هنگام‌سازی پایگاه اقدام کند.

ماده (۳)

پایگاه در سازمان ایجاد و مستقر می‌شود و تمام اطلاعات و منابع موضوع این ماده به‌صورت طبقه‌بندی شده نگهداری خواهد شد و افشا و انتشار آن در مورد اشخاص ممنوع است مگر در مواردی که قانون تجویز کند.

تبصره - دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و دستگاه‌های متولی بانک‌های اطلاعات آماری مربوط موظفند با درخواست سازمان، اطلاعات، اسناد و مدارک مورد نیاز در اجرای قانون را در اختیار سازمان یاد شده قرار دهند. استرداد وجوه از اشخاصی که اطلاعات نادرست ارائه دهند.

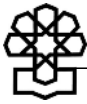
ماده (۵)

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با استفاده از پایگاه نسبت به گروه‌بندی خانوارهای جامعه هدف با توجه به میزان درآمد خانوارها اقدام کند.

تبصره - گروه‌های درآمدی مشمول دریافت‌های نقدی و غیرنقدی موضوع این آیین‌نامه به‌صورت سالانه با پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب مجمع عمومی سازمان تعیین می‌شود.

۱. مصوبه نامه شماره ۴۴۵۲۰/۲۸۶۱۰ مورخ ۱۳۸۹/۲/۱۱.

۲. منظور سازمان هدفمندسازی یارانه‌هاست.

**ماده (۶)**

سهم پرداخت نقدی، غیرنقدی و نظام جامع تأمین اجتماعی به پیشنهاد سازمان به تصویب مجمع عمومی سازمان مزبور می‌رسد.

تبصره «۱» ماده (۷) - خانوارهای کم‌درآمد موضوع این ماده با تأیید وزارت رفاه و تأمین

اجتماعی به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف) اقشار آسیب‌پذیر تحت پوشش نهادهای حمایتی،

ب) ساکنان مناطق محروم کشور،

ج) سایر اقشار نیازمند حسب مورد.

تبصره «۳» ماده (۷) - میزان پرداخت نقدی و غیرنقدی به هریک از دریافت‌کنندگان یارانه به

تفکیک خانوارهای کم‌درآمد، درآمد متوسط و درآمد بالا (پس از شناسایی) و در نظر گرفتن سقف

۶ نفر به ازای هر خانوار به پیشنهاد سازمان به تصویب مجمع عمومی سازمان یاد شده می‌رسد.

ماده (۸)

کمک‌های نقدی و غیرنقدی موضوع این آیین‌نامه به خانوار تعلق می‌گیرد. کمک‌های مربوط به هر خانوار به سرپرست قانونی آن خانوار یا کسی که طبق ماده (۹) این آیین‌نامه تعیین می‌شود، پرداخت می‌شود.

ماده (۹)

در مواردی از قبیل اعتیاد سرپرست خانوار به مواد مخدر، زندانی بودن، فوت یا مفقود یا مجنون شدن، عدم حضور سرپرست در محل زندگی خانوار (مثل زندگی در خارج کشور)، عدم صلاحیت سرپرست خانوار و افرادی که در مرکز شبانه‌روزی نگهداری می‌شوند و فاقد سرپرست هستند، کمک‌های موضوع این آیین‌نامه به تشخیص سازمان، به سرپرست دیگری پرداخت خواهد شد.

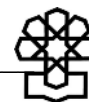
ماده (۱۱)

آن بخش از اعتبارات موضوع این آیین‌نامه که برای گسترش و تقویت نظام جامع تأمین اجتماعی اختصاص می‌یابد، توسط سازمان برای اجرای بندهای زیر قابل تخصیص است:

الف) بیمه درمان

۱. افزایش بسته خدمتی بیمه‌های پایه درمان،

۲. افزایش بسته خدمتی درخصوص پوشش دارویی و درمان بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج.



تبصره «۱» - در راستای کاهش پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت توسط مردم، سازمان می‌تواند از محل منابع موضوع این ماده نسبت به افزایش سطح تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر در زمینه تعرفه خدمات پزشکی بخش خصوصی اقدام کند.

تبصره «۲» - میزان پوشش هزینه‌های بندهای فوق و همچنین میزان پوشش تعرفه‌ها و در صورت لزوم تعیین تعرفه خدمات پزشکی بخش خصوصی، سالانه با توجه به منابع مصوب با پیشنهاد سازمان به تصویب مجمع عمومی سازمان یاد شده می‌رسد.

ب) بیمه‌های اجتماعی

کمک به گسترش پوشش بیمه اجتماعی از طریق پرداخت بخشی از حق بیمه گروه‌های هدف به تشخیص وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

ج) حمایتی و توانمندسازی

۱. تأمین بخشی از هزینه‌های اجرای طرح تأمین آتیه مهر امام رضا (ع) موضوع تصویبنامه شماره ۱۳۸۸/۸/۱۸، مورخ ۵/۴/۳۳۴۳ ه.ت/۱۶/۴/۲۰

۲. کمک به تأمین بخشی از هزینه‌های مربوط به مسکن، تحصیل دانشجویان و ازدواج جوانان برای گروه‌های هدف،

۳. کمک به تأمین مسکن جوانان برتر (در زمینه‌های علمی، فرهنگی، ورزشی و پژوهشی)،

۴. تغذیه زنان باردار و کودکان زیر ۶ سال،

۵. طرح گسترش خدمات مالی خرد برای گروه‌های هدف از طریق صندوق مهر امام رضا (ع) یا بانک‌ها،

۶. توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار و دختران خودسرپرست، معلولان، فرزندان ترخیص شده از مراکز حمایتی و فرزندان مددجویان،

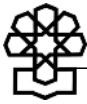
۷. کمک به اشتغال جوانان.

تبصره - سازمان با همکاری دستگاه‌های اجرایی زیربط حسب مورد سهمیه تخصیصی

بندهای این ماده و سقف پرداختی و سازوکار اجرایی در هر مورد را همه‌ساله تعیین و برای تصویب به مجمع عمومی سازمان یاد شده ارائه خواهد کرد.

ماده (۱۲)

به منظور جلوگیری از پرداخت‌های مضاعف به مشمولان ماده (۷) قانون در قالب برنامه‌های مختلف این آیین‌نامه، سقف پرداخت همه‌ساله به پیشنهاد سازمان و تصویب مجمع عمومی سازمان یاد شده تعیین می‌شود.

**ماده (۱۳)**

دستورالعمل‌های لازم برای اجرای این آیین‌نامه توسط سازمان با همکاری دستگاه‌های ذیربط (حسب مورد) تهیه و ابلاغ می‌شود.

نکات مهم قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی آن

با دقت نظر در قانون هدفمندسازی یارانه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی آن موارد مهمی آشکار می‌شود که با قوانین و مقررات موجود تعارض دارد و تولید آن در سایر دستگاه‌های اجرایی می‌باشد و نیازمند توجهی ویژه است:

- تشکیل سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها با اختیارات خاص و عضویت وزرای رفاه و تأمین اجتماعی، امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، راه و ترابری، جهاد کشاورزی، صنایع و معادن، نفت، نیرو و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور در مجمع عمومی آن بدون حضور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دفاع از حقوق سلامتی مردم،

- محول شدن افزایش بسته خدمات پایه بیمه درمان به سازمان‌های هدفمندسازی یارانه‌ها،

- محول شدن افزایش سطح تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص تعرفه‌های بخش

خصوصی به سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها،

- اجازه افزایش بسته خدمتی در خصوص پوشش دارویی و درمان بیماری‌های خاص و

صعب‌العلاج به سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها،

- محول شدن تعرفه خدمات پزشکی بخش خصوصی در صورت لزوم به سازمان هدفمندسازی

یارانه‌ها،

- پرداخت بخشی از حق بیمه گروه‌های هدف براساس درآمد خانوار با تشخیص وزارت رفاه و

تأمین اجتماعی.

متأسفانه نکات فوق با قانون تشکیل وزارت بهداشت (۱۳۶۴)، قانون سازمان نظام پزشکی

(۱۳۸۳) و... مغایرت دارد و سبب نادیده انگاشتن جایگاه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به‌عنوان متولی سلامت کشور و مخدوش شدن یکی از وظایف اساسی آن در تهیه و ابلاغ بسته‌های

خدمات سلامت و همچنین تعرض به مأموریت شورای عالی بیمه خدمات درمانی در امر هماهنگی و

سیاستگذاری بیمه‌های درمان خواهد شد. می‌توان پیش‌بینی نمود که عواقب مهم ذیل در نتیجه نقطه

ضعف‌های فوق به بار خواهد آمد:

- رشد هزینه‌های صندوق‌های بیمه‌گر درمان،

- خصوصی‌سازی بی‌رویه در بخش سلامت،

- افزایش مراجعات به بیمارستان‌های دولتی و بالطبع افزایش هزینه‌های آنها.



۲. ویژگی‌های سلامت و بازار

مطالعات مختلف بیانگر چهار نگرش اصلی به موضوع سلامت می‌باشند که در ذیل اشاره مختصری به آنها می‌شود:^۱

الف) سلامت به‌عنوان حق

در این دیدگاه حکومت موظف است کلیه موانع دسترسی به سلامت را از میان بردارد و شرایطی که برای حفظ سلامت همه آحاد جامعه لازم است را فراهم نماید که در آن صورت مراقبت‌های سلامت فقط جزئی از آن است.

ب) مراقبت‌های سلامتی به‌عنوان حق

در این حالت دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامت، هدف اصلی است و دسترسی به مراقبت سلامت همانند برابری در دسترسی به غذا، مسکن و... تلقی می‌شود. در این ارتباط مراقبت‌های پایه سلامت در مقابل کلیه سطوح سلامت اولویت دارد.

ج) سلامت به‌عنوان کالای مصرفی

در این دیدگاه، سلامت از نگاه افراد مهم است. حکومت مسئولیت خاصی در تأمین آن ندارد و وظیفه حکومت محدود می‌شود به تضمین کیفیت مراقبت‌ها (مانند سایر کالاها) و وظیفه‌ای در مقابل دسترسی عادلانه به خدمات سلامت ندارد.

د) سلامت به‌عنوان سرمایه‌گذاری

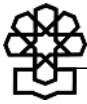
در این نگاه، سلامتی به‌عنوان حفظ توانایی و بهره‌وری نیروی کار تلقی می‌شود که بر تولید از طریق کاهش غیبت از کار و کاهش آثار معلولیت‌زا، اثرگذار است. در این نگاه سلامت وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف است.

رقابت‌پذیری، حاکمیت مشتری، آزادی در انتخاب، جریان آزاد اطلاعات و آگاهی مشتری، تصمیم‌گیری عقلایی، همگونی محصول و بازار کامل پیش‌شرط‌های استقرار بازار آزاد و عملکرد مفید آن است. لکن به دلایل زیر اجرای پیش‌شرط‌های فوق در بخش سلامت تقریباً ناممکن است:^۲

۱. بخش عمده‌ای از خدمات سلامت کالای عمومی است، جنبه همگانی دارد و رقابت‌ناپذیر است.

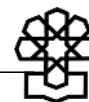
۱. اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی، دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، آذرماه ۱۳۸۴.

۲. سند ملی بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور، معاونت هماهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.



۲. حیاتی بودن خدمات سلامت و در نتیجه عدم حساسیت^۱ به تغییرات قیمت، قدرت تصمیم‌گیری را در بسیاری موارد از فرد می‌گیرد و به این دلیل حاکمیت مشتری مخدوش می‌شود.
 ۳. محدودیت واحدهای ارائه خدمات و حیاتی بودن خدمات سلامت می‌تواند باعث انحصار شود.
 ۴. عدم تقارن در اطلاعات بهداشتی و پزشکی بین عرضه‌کننده و دریافت‌کننده خدمت، قدرت تصمیم‌گیری و آزادی در انتخاب را از دریافت‌کننده خدمت می‌گیرد.
 ۵. حیاتی بودن خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات زمینه ایجاد تقاضای القایی^۲ را فراهم می‌کند.
 ۶. منافع خارجی^۳ حاصل از خدمات سلامت و اثربخشی آن نقش بزرگی در سایر بخش‌های توسعه دارد.
 ۷. شواهد عینی مبین وجود عدم اطمینان^۴ گسترده‌ای در این بخش است.
 ۸. خدمات سلامتی ماهیت و کیفیت یکسانی ندارند و همگون نمی‌باشند.
 ۹. با پدیده افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی مواجه هستیم.
- حیاتی بودن خدمات سلامت، عدم تقارن اطلاعات، عدم اطمینان و وضعیت انحصاری در ارائه آنها، رقابت‌پذیری، آزادی در انتخاب و حاکمیت مشتری را به‌طور اساسی مخدوش می‌کند، نامتقارن بودن اطلاعات و تقاضای القایی بر آگاهی مشتری و تصمیم‌گیری عقلایی او تأثیر جدی دارد، آثار خارجی و ناهمگونی خدمات به‌ترتیب بازار ناکامل و محصول ناهمگون ایجاد می‌کنند و همچنین افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی آزادی در انتخاب و تصمیم‌گیری عقلایی مشتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا با توجه به عوامل فوق در ارائه خدمات سلامت با پدیده شکست بازار^۵ مواجه هستیم. بنابراین خدمات سلامتی بنابه ماهیتی که دارند باید به‌طور پیوسته و با حمایت حاکمیت ارائه شوند. نظریه‌های اقتصادی، حوزه‌های متفاوتی را برای مداخله دولت در بخش سلامت معرفی می‌کند. این حوزه‌ها شامل اطمینان یافتن از تولید کالای عمومی، اصلاح یا تعدیل شرایط شکست بازار در بیمه‌های سلامت، تنظیم قیمت‌ها، تأمین منابع کافی از طریق روش‌های عادلانه (بیمه اجتماعی یا تأمین مالی دولتی) و اعطای یارانه به مصرف‌کنندگان در جهت برابری در دسترسی به بسته خدمات پایه سلامت می‌باشد.

1. Elasticity
2. Induced Demand
3. Externality
4. Uncertainty
5. Market Failure



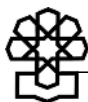
۳. وضعیت تورم در بخش سلامت کشور^۱

تورم به معنی افزایش قیمت‌ها از پدیده‌های عام و جاری تمام اقتصادهای جهان است. بسیاری از اقتصاددانان و اندیشمندان بر این باورند که تورم اندک، نقش به‌سزایی بر رونق و افزایش تولید دارد. بحران زمانی به وقوع می‌پیوندد که میزان تورم از کنترل خارج شده و میزان افزایش قیمت‌ها به نحو روزافزونی روبه افزایش گذارد. در این شرایط میل به گریز از تولید و سوق به سمت کارهای غیرمولد و افزایش رانت‌جویی تشدید شده و گروه‌های اجتماعی خاص و به‌ویژه توده‌های مردم پیوسته قدرت خرید خود را از دست می‌دهند، اما گروهی دیگر از تورم شتابان سود برده و پیوسته به ثروت خود می‌افزایند و لذا باعث تشدید فاصله طبقاتی بین آحاد مختلف جامعه می‌گردد. در جدول زیر روند تورم در گروه‌های کالاهای سبد مصرفی خانوار طی سال‌های ۱۳۶۴-۱۳۸۶ نشان داده شده است.

جدول ۱. تورم گروه‌های عمده کالایی طی دوره ۱۳۶۴-۱۳۸۶ (درصد)

سال	Cpi	خوراکی	پوشاک	مسکن	اثاثیه	بهداشت و درمان	حمل‌ونقل و ارتباطات	سرگرمی	سایر
۱۳۶۴	۶	۱۰	-۱	۸	۰	۷	۵	۱۱	۲
۱۳۶۵	۲۴	۲۸	۸	۱۹	۳۳	۷	۱۷	۸۶	۲۰
۱۳۶۶	۲۸	۱۹	۴۱	۲۱	۶۰	۳	۴۴	۴۶	۳۴
۱۳۶۷	۲۸	۱۹	۵۶	۲۴	۵۴	۵	۳۷	۴۰	۱۵
۱۳۶۸	۱۸	۱۵	۳۷	۱۶	۲۱	۱۷	۱۱	۰	۱۴
۱۳۶۹	۹	۴	۲۲	۹	۳	۱۵	۲۲	-۷	۱۸
۱۳۷۰	۲۱	۲۴	۱۲	۲۰	۶	۳۰	۳۴	۸	۱۵
۱۳۷۱	۲۴	۲۹	۱۰	۲۵	۱۳	۵۴	۲۲	۱۲	۱۴
۱۳۷۲	۲۳	۲۳	۱۶	۱۹	۲۱	۴۳	۲۱	۳۱	۳۷
۱۳۷۳	۳۵	۳۷	۳۹	۲۱	۴۳	۴۱	۴۵	۴۸	۴۵
۱۳۷۴	۴۹	۶۰	۶۱	۲۹	۵۵	۳۳	۴۵	۶۱	۴۷
۱۳۷۵	۲۳	۱۵	۳۵	۳۵	۱۸	۳۴	۱۶	۲۷	۳۲
۱۳۷۶	۱۷	۱۴	۱۳	۳۰	۸	۲۷	۱۴	۹	۱۰
۱۳۷۷	۱۸	۲۵	۵	۲۱	۷	۲۲	۱۵	۷	۱۴
۱۳۷۸	۲۰	۲۳	۶	۱۹	۱۵	۲۴	۲۷	۱۸	۲۱
۱۳۷۹	۱۳	۸	۷	۱۱	۱۰	۱۶	۹	۶	۶
۱۳۸۰	۱۱	۸	۷	۲۷	۵	۲۰	۷	۲۵	۲۹
۱۳۸۱	۱۶	۱۹	۴	۲۰	۶	۱۶	۱۰	۱۴	۹
۱۳۸۲	۱۶	۱۵	۸	۱۹	۱۰	۱۷	۱۴	۱۳	۲۰
۱۳۸۳	۱۵	۱۴	۹	۱۸	۱۶	۱۷	۱۱	۱۵	۱۵
۱۳۸۴	۱۲	۱۰	۹	۱۴	۱۲	۱۹	۸	۱۵	۱۲

۱. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، ویرایش ۸، وزارت بهداشت، ۱۳۸۸.



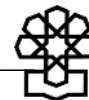
سال	Cpi	خوراکی	پوشاک	مسکن	اثاثیه	بهداشت و درمان	حمل و نقل و ارتباطات	سرگرمی	سایر
۱۳۸۵	۱۴	۱۴	۹	۱۵	۱۱	۱۸	۸	۱۷	۱۲
۱۳۸۶	۱۸	۲۲	۱۵	۲۱	۱۶	۱۷	۱۴	۱۴	۱۶
متوسط تورم طی دوره ۱۳۶۴-۱۳۸۶	۲۰	۱۹	۱۸	۲۰	۱۸	۲۱	۱۹	۲۱	۱۹
متوسط تورم طی برنامه اول	۱۹	۲۰	۱۵	۱۸	۱۰	۳۵	۲۵	۱۰	۲۱
متوسط تورم طی برنامه دوم	۲۰	۱۹	۱۴	۲۶	۱۲	۲۷	۱۸	۱۵	۱۹
متوسط تورم طی برنامه سوم	۱۵	۱۴	۷	۲۱	۹	۱۸	۱۰	۱۷	۱۸
متوسط تورم سه سال اول برنامه چهارم	۱۶	۱۸	۱۲	۱۸	۱۴	۱۸	۱۱	۱۶	۱۴

مأخذ: مصطفی نوری، غلامعلی فرجادی، کامبیز منظم و همکاران، بررسی وضعیت موجود محیط خارجی وزارت بهداشت، گزارش مطالعه بخش سلامت کشور ایران، بررسی اطلاعات ثانویه، ۱۳۸۷.
توضیح: اعداد در جدول گرد شده‌اند.

همچنین در جدول زیر روند میزان تورم در زیرگروه‌های بخش بهداشت و درمان طی دوره ۱۳۶۴-۱۳۸۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. تورم زیرگروه‌های بخش بهداشت و درمان طی دوره ۱۳۶۴-۱۳۸۳ (درصد)

سال	بهداشت و درمان	خدمات بستری	ویزیت	دارو	خدمات دندانپزشکی	خدمات پاراکلینیکی	سایر
۱۳۶۴	۷	۷	۱۲	۲	۴	۱۹	۱۲
۱۳۶۵	۷	۹	۱۰	۳	۹	۳	۱۰
۱۳۶۶	۳	۹	-۵	۲	۶	-۸	۳
۱۳۶۷	۵	۷	۳	۱	۱۰	-۲۱	۱۱
۱۳۶۸	۱۷	۱۱	۵	۱۶	۱۵	۶۱	۱۸
۱۳۶۹	۱۵	۵	۲	۷	۲۸	۸	۱۶
۱۳۷۰	۳۰	۵۶	۴۵	۵	۲۷	۴۸	۴۸
۱۳۷۱	۵۴	۶۶	۲۸	۱۰۹	۲۹	۳۶	۴۴
۱۳۷۲	۴۳	۴۹	۲۲	۶۷	۳۴	۱۳	۳۱
۱۳۷۳	۴۱	۳۸	۲۹	۴۷	۴۸	۳۱	۳۰
۱۳۷۴	۳۳	۴۴	۳۸	۱۴	۴۱	۲۲	۴۸
۱۳۷۵	۳۴	۶۵	۲۳	۱۵	۲۸	۳۵	۵۴
۱۳۷۶	۲۷	۳۷	۲۱	۱۳	۲۰	۴۴	۳۸
۱۳۷۷	۲۲	۳۵	۲۱	۲۱	۱۹	۱۸	۲۱
۱۳۷۸	۲۴	۲۴	۲۹	۲۳	۲۲	۲۳	۲۶
۱۳۷۹	۱۶	۸	۲۶	۱۷	۱۵	۲۲	۱۸
۱۳۸۰	۲۰	۱۴	۲۵	۱۸	۱۸	۳۰	۲۳
۱۳۸۱	۱۶	۲۰	۲۲	۱۱	۱۷	۱۳	۱۸
۱۳۸۲	۱۷	۱۶	۲۳	۱۵	۲۰	۷	۱۷
۱۳۸۳	۱۷	۲۳	۲۵	۱۲	۲۱	۵	۱۷
متوسط تورم طی دوره ۱۳۶۴-۱۳۸۳	۲۲	۲۶	۲۰	۱۹	۲۱	۱۹	۲۴



سال	بهداشت و درمان	خدمات بستری	ویزیت دارو	خدمات دندانپزشکی	خدمات پاراکلینیکی	سایر
متوسط تورم طی برنامه اول	۳۵	۴۲	۲۳	۴۱	۲۹	۲۵
متوسط تورم طی برنامه دوم	۲۷	۳۹	۲۸	۱۸	۲۲	۳۰
متوسط تورم طی برنامه سوم	۱۸	۱۸	۲۴	۱۴	۱۹	۱۳

مأخذ: همان.

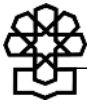
اندازه‌گیری تورم براساس شاخص بهای خرده‌فروشی کالاها و خدمات (CPI) نشان می‌دهد که این شاخص طی دوره ۱۳۶۳-۱۳۷۰ سه برابر شده و طی دوره ۱۳۷۰-۱۳۷۶ نیز بیش از ۴ برابر افزایش داشته است. شاید علت افزایش این شاخص طی سال‌های برنامه اول توسعه ناشی از چرخش در سیاست‌های اقتصادی کشور و اعمال سیاست‌های تعدیل در این سال‌ها باشد.

۴. مقایسه تورم عمومی و بخش سلامت براساس شاخص بهای خرده‌فروشی کالاها و خدمات

همان‌گونه که در نمودار زیر مشاهده می‌شود شاخص (CPI) در بخش سلامت در سال ۱۳۶۳-۱۳۶۴ با بخش عمومی تقریباً برابر بوده و سپس طی دوره ۱۳۶۵-۱۳۷۶ از شاخص عمومی کمتر بوده است. شاید علت کاهش نسبت این شاخص، برخورداری بخش سلامت از یارانه‌های دولتی برای خرید دارو و تجهیزات در سال‌های دفاع مقدس و پس از آن و همچنین ثابت ماندن و یا تغییر اندک تعرفه‌های خدمات پزشکی در آن سال‌هاست.

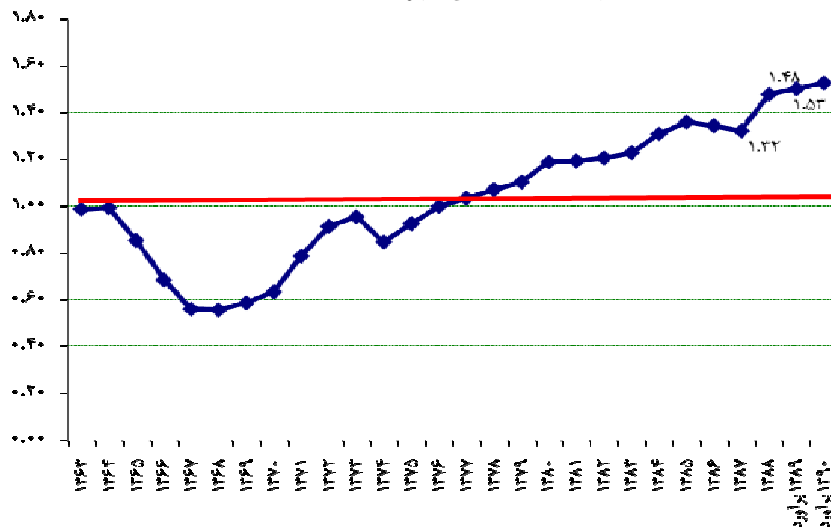
در طی سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۸۶ مقدار این شاخص بیشتر از بخش عمومی شده است و نسبت آن به تورم عمومی نیز افزایش نشان می‌دهد. شاید علت افزایش نسبت این شاخص طی سال‌های برنامه اول توسعه ناشی از اعمال سیاست‌های تعدیل در این سال‌ها باشد که پس از مدتی (۳-۴ سال) در بخش سلامت اثر گذاشته است. باید توجه داشت که حذف برخی یارانه‌ها در بخش سلامت با تأخیر بیشتری عملیاتی شد. نکته مهم افزایش پرداخت مستقیم مردم به هنگام دریافت خدمات سلامت است که با افزایش تعرفه‌ها (ورود تعرفه خصوصی در سال ۱۳۸۳) و همچنین با دریافت مابه‌التفاوت در پاراکلینیک و... روندی افزایشی داشته است.

روند افزایشی شاخص قیمت بخش سلامت (CPI بخش سلامت) در طی سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۸۶ نشان می‌دهد که این شاخص روبه رشد است و هرچه به سال‌های اخیر نزدیک می‌شویم، رشد این شاخص نسبت به شاخص عمومی بیشتر می‌شود. اگر این روند را ثابت فرض کنیم در سال ۱۳۸۹ تورم بخش بهداشت ۱/۴ برابر تورم عمومی خواهد بود.



نمودار نسبت CPI بخش بهداشت و درمان

به CPI کل طی دوره ۱۳۶۳-۱۳۹۰



در جدول زیر روند سرانه درمان و در مقایسه با نرخ تورم اعلام شده بانک مرکزی و تورم بخش سلامت به تصویر کشیده شده است همان طور که ملاحظه می شود در تمامی سال ها تورم بخش سلامت بیش از تورم عمومی بوده است.

جدول ۳. سرانه درمان و نرخ تورم، ۱۳۷۴ - ۱۳۸۵

سال	سرانه درمان (تومان)	درصد رشد سرانه	نرخ تورم براساس اعلام بانک مرکزی	رشد تورم در بخش سلامت	رشد وزنی تعرفه ها
۱۳۷۴	۴۲۰۰		۴۹/۴		
۱۳۷۵	۴۸۶۰	۱۶	۲۳/۲		
۱۳۷۶	۵۶۰۰	۱۵	۱۷/۳	۲۶/۷	۱۳/۵
۱۳۷۷	۶۳۵۰	۱۳	۱۸/۱	۲۲/۲	۱۵
۱۳۷۸	۷۲۹۰	۱۵	۲۰/۱	۲۴/۴	۲۳
۱۳۷۹	۱۰۸۰۰	۴۸	۱۲/۶	۲۰/۷	۳۱
۱۳۸۰	۱۵۶۵۰	۴۵	۱۱/۴	۱۵/۳	۱۴/۵
۱۳۸۱	۱۸۱۷۰	۱۶	۱۵/۸	۱۶/۳	۲۴
۱۳۸۲	۱۸۱۷۰	۰	۱۵/۶	۱۶/۹	۱۵/۸
۱۳۸۳	۲۸۰۰۰	۵۴	۱۵/۲	۱۷/۴	۲۷
۱۳۸۴	۳۵۰۵۰	۲۵	۱۰/۴	۱۹/۳	۲۳/۸
۱۳۸۵	۳۹۰۰۰	۱۱	۱۱/۹	۱۳/۸	۱۰
متوسط	۱۶۰۹۵	۲۵/۸	۱۸/۴۲	۱۹/۳	۱۹/۷۶

مأخذ: همان.



۵. هدفمندی یارانه‌ها و تجارب سایر کشورها^۱

هدفمندی یارانه‌ها، اشاره به اقداماتی دارد که دولت از طریق آن، یارانه‌های خود را به گروه‌های جمعیتی هدف سوق می‌دهد. مطلوب‌ترین سیاست هدفمندی، روشی است که با کمترین هزینه به هدایت عمده یارانه‌ها به کلیه افراد گروه هدف بپردازد.

دولت‌ها برای ترویج مصرف برخی از کالاها و خدمات با هدف ارتقای عدالت، کارآیی، امنیت، سلامت و یا همه آنها از طریق کاهش قیمت برای بخشی از جمعیت یا تمام آن تصمیم به پرداخت یارانه می‌گیرند، اگر قرار است که کالاهای عمومی به اندازه کافی ارائه شوند، باید تأمین مالی آنها نیز به شیوه عمومی صورت بگیرد، آن‌دسته از کالاهای عمومی باید تأمین مالی شود که ارزش و اثربخشی مناسبی داشته باشند.

انواع یارانه براساس اهداف دولت‌ها به گروه‌های زیر تقسیم‌بندی می‌شوند:

اقتصادی: با هدف کاهش هزینه‌های تولید یا حمایت از مصرف‌کنندگان کالا و خدمت خاص.

اجتماعی: با هدف یارانه‌های مستقیم برای پیشگیری از بروز خسارت‌های احتمالی از جمله زمینه‌های سلامت، آموزش، تربیت‌بدنی.

فرهنگی: با هدف حمایت از بخش فرهنگ و هنر.

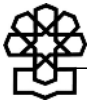
توسعه‌ای: با هدف تقویت زیربناهای اقتصادی و اجتماعی، کمک به ایجاد مؤسسات تحقیقاتی و انتقال علوم و تکنولوژی، کمک به تحصیل دانشجویان داخل و خارج از کشور به‌منظور تقویت سرمایه انسانی.

روش‌های گوناگونی برای پرداخت یارانه وجود دارد که در جدول زیر مزایا و معایب آنها مقایسه شده است:

جدول ۴. انواع روش‌های موجود برای پرداخت یارانه

عنوان	مزایا	معایب
کالایی	قابلیت مدیریت و کنترل افراد واجد شرایط عدم نیاز به روش‌های پیچیده شناسایی	بالا بودن هزینه‌های اجرایی (هزینه حمل‌ونقل و ذخیره‌سازی مواد غذایی) تأخیر و اتلاف مواد غذایی به هنگام تحویل
قیمتی عمومی	تعیین اقلام کالایی مورد نیاز گروه‌های هدف	اختلال در نظام بازار
کالابریگی	پوشش تمامی نیازهای اساسی	وابستگی بیشتر ذینفعان به کمک‌های دولتی

۱. بررسی آثار هدفمندی یارانه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.



عنوان	مزایا	معایب
نقدی	آثار اخلاقی کمتر در سازوکار بازار گسترش دامنه انتخاب افراد	ابقای مشکل اساسی یارانه همگانی (خطای شمول و محرومیت) ایجاد توقع در تمامی آحاد جامعه افزایش نقدینگی، نیاز به اطلاعات وسیع و جامع
	مشروط بودن آن به لحاظ رفتاری	مشروط

همچنین روش‌های هدفمندسازی را می‌توان به‌گونه زیر تقسیم‌بندی کرد:

بر مبنای ارزیابی فردی: استحقاق فرد بر اساس درآمد، سطح سلامت، رفتار، وضعیت تغذیه و ...

بر مبنای ارزیابی گروهی: وقتی که قریب به اتفاق افراد یک جامعه دارای ویژگی مشابهی

هستند، مثلاً فقیر هستند.

خودهدفمندسازی: خدمات به‌گونه‌ای ارائه می‌شود که افراد گروه هدف خود مراجعه کرده و

خدمت می‌گیرند.

بر مبنای نوع خدمت: ارائه بسته خدمت مشخص امکان‌پذیری اجرایی، پایداری سیاسی و میزان تأثیر

بر تقاضا مهمترین عوامل مؤثر بر انتخاب کارآمدترین و بهترین روش هدفمندسازی یارانه‌ها هستند.

مراحلی که برای هدفمندسازی یارانه‌ها باید طی کرد عبارتند از:

۱. تفکیک حوزه‌های مشمول یارانه (اعم از یارانه کالایی، مصرف‌کننده، خانوار، تولیدکننده و ...).

۲. بررسی سبب غذایی خانوارهای شهری و روستایی.

۳. اندازه‌گیری آثار رفاهی ناشی از کاهش یا حذف یارانه بر اقتصاد جامعه و خانوار.

۴. شناسایی خانوارهای مستحق دریافت یارانه با توجه به ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی.

۵. تعیین معیارها و میزان مطلوب اختصاص یارانه.

۶. انتخاب بهترین شیوه و راهکار پرداخت یارانه.

شواهد و تجربیات حاکی از آن است که به‌هنگام هدفمندسازی یارانه‌ها اشکالات و خطاهای زیر

ممکن است ایجاد شود که باید در برنامه‌ریزی اجرایی راهکارهای مناسب برای کنترل آن در نظر گرفت:

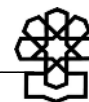
اول: بی‌بهره یا حذف شدن بسیاری از خانواده‌های فقیر و کم‌بضاعت و لازم‌الحمایه.

دوم: احتمال تحت پوشش قرار گرفتن خانواده‌های غیرفقیر (مطالعات بسیاری نشان داده است

که این خطا بیش از خطای اول است).

سوم: عدم اتفاق نظر در مورد یک تعریف جامع و مانع از یارانه‌ها.

چهارم: اشکال در نحوه شناسایی گروه‌های هدف برای پرداخت یارانه.



تجربیات کشورها

مطالعات اقتصادی نشان می‌دهد بیش از ۵۰ درصد آثار سیاست‌های کلان اقتصادی - اجتماعی بر اقشار کم‌درآمد جامعه، ناشی از تغییر در چهار مؤلفه زیر است:

۱. سطح معیشت عمومی،

۲. الگوی مصرف خانوار،

۳. رفتار مصرف‌کنندگان،

۴. اولویت سهم هزینه‌های سلامت از سبد هزینه خانوار.

بانک جهانی در تحلیل تحولات اقتصادی جهان در سال ۲۰۰۵ افزایش تورم را نوعی بحران

چندبعدی با چهار حوزه اثر معرفی می‌نماید:

- افزایش فقر و نابرابری،

- تغییر منفی در وضعیت تغذیه‌ای،

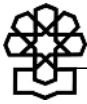
- کاهش بهره‌مندی از خدمات سلامت،

- استهلاک شدید سرمایه‌ها و کاهش نگهداشت تسهیلات همزمان با کاهش خدمات عمرانی.

در اغلب کشورهای دنیا هزینه پرداخت شده برای یارانه‌های سوخت بیشتر از هزینه صرف شده توسط دولت برای خدمات سلامت است. در سال ۲۰۰۹ میلادی نسبت یارانه‌های سوخت به هزینه‌های سلامت در آنگولا ۱۷۰ درصد بود و در کشور نیجریه به ۱۶۸ درصد رسید. این نسبت در کشور بنگلادش ۳۶۲ درصد و در کشور هند ۲۱۳ درصد بود. هرچه سهم یارانه‌های سوخت نسبت به هزینه‌های بهداشت و درمان کمتر باشد، نشان‌دهنده هدفمندی بیشتر یارانه‌ها و توجه به مصالح اجتماعی و اقتصادی است.

در سال ۱۹۷۷ مصر با حمایت صندوق بین‌المللی پول به اصلاح نظام یارانه‌ها اقدام کرد. این اقدام با افزایش یک‌باره قیمت کالاهای یارانه‌ای شروع شد ولی با وجود تدابیر اندیشیده شده به علت تبعات اجتماعی، این برنامه متوقف گشت. لذا این کشور به ناچار به اصلاح تدریجی نظام یارانه در طول دهه ۱۹۸۰ با ملحوظ قرار دادن شرایط اجتماعی و سیاسی روی آورد.

در تجربه شییلی یارانه‌های نقدی به خانواده‌ها پرداخت شد که یارانه سلامت هم جزئی از آن یارانه نقدی بود، اما قیمت‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بسیار بالا رفت. استدلال دولت شییلی این بود که ما پول سلامت را به خود مردم داده‌ایم و مردم می‌توانند با همین هزینه بالا، خدمات سلامت را دریافت کنند، اما آنچه که در عمل اتفاق افتاد این بود که مردم تمام یارانه‌های نقدی‌شان را در بخش‌های واجب‌تر خود هزینه کردند و هزینه‌های بخش سلامت، آموزش، رفاه و تفریحات قربانی هزینه‌های مسکن و خوراک شد.



آثار بحران اقتصادی بر سلامت جامعه در کشورهای شرق آسیا حاکی از آن است که شوک ناشی از حذف یارانه‌های انرژی و غذا آثار زیانبارتری بر شاخص‌های سلامت به‌جا می‌گذارند. (جدول زیر) به این ترتیب نگاه اقتصادی محض به حل مسائل اجتماعی پیچیده و چندبعدی جوامع، نمی‌تواند راهگشا باشد.

جدول ۵. آثار اصلی بحران اقتصادی بر سلامت جامعه در کشورهای شرق آسیا (۱۹۹۷-۱۹۹۸)

(درصد)

شاخص معرف	افزایش پس از بحران
آنمی در مادران	۲۰-۱۰
وزن پایین هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم)	۱۰-۵
کوتاهی قد نسبت به سن	۷-۳
کم‌وزنی نسبت به قد	۱۶-۸
مرگ‌ومیر کودکان	۱۵-۳

مأخذ: گزارش بررسی هدفمندسازی یارانه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.

۶. سنجش آثار هدفمندسازی یارانه‌ها بر بخش سلامت

آثار هدفمندسازی یارانه‌ها بر بخش سلامت حداقل باید در دو محور زیر مورد ارزیابی قرار گیرد:

الف) آثار قیمتی: ناشی از هرگونه تغییر در سقف اعتبارات مصوب برنامه‌های کشوری موجود در بخش سلامت شامل: بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش می‌باشد.

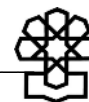
ب) آثار غیرقیمتی: ناشی از هرگونه تغییر در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت همه‌جانبه افراد است که غالباً به‌صورت پیامدهای: امید به زندگی، بروز و شیوع بیماری‌ها، مرگ‌ومیر، فقر، اشتغال، مسکن، تغذیه، سطح سواد و نظایر آن مشاهده می‌گردند.

همچنین آثار هدفمندسازی یارانه‌ها بر بخش سلامت می‌تواند متناسب با زمان بروز نتایج اجرایی آن نیز مورد بررسی قرار گیرد:

آثار کوتاه‌مدت

مستقیم: به‌علت تغییرات افزایشی در مؤلفه‌های اصلی اثرگذار بر قیمت کالاها و خدمات در نتیجه تغییر در نرخ تورم عمومی و قیمت تمام شده است.

تبعی: ناشی از آثار روانی مؤثر بر رفتارهای بهداشتی مصرف‌کنندگان در قبال افزایش واقعی قیمت‌ها و بروز نرخ‌های کاذب کالاهای اصلی و پشتیبان که به «اثر سایه‌ای» معروف است.



آثار بلندمدت

این آثار به علت دشواری محاسبه نیازمند انجام مطالعات گذشته‌نگر، وسیع و چندبعدی به‌منظور اثبات همبستگی معنی‌دار و تقارن زمانی بروز شیب تغییر در شاخص‌های سلامت، متناسب با میزان ناپایداری درآمدها و دیگر مؤلفه‌های اقتصادی جامعه می‌باشند و غالباً به‌صورت درصد بیان می‌گردند. به‌طور مثال:

- گزارش سال ۱۹۹۰ کره شمالی، از کاهش نرخ بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان معده و کبد و در مقابل افزایش نرخ خودکشی متناسب با افت شاخص‌های درآمدی طی یک مطالعه گذشته‌نگر پنج‌ساله حکایت دارد.

- گزارش ۱۹۵۰-۱۹۸۰ هلند، افزایش شدید میزان مرگ‌ومیر ناشی از تغییر همزمان فاکتورهای فرهنگی و اقتصادی را نشان می‌دهد.

- نتایج تحریم کوبا زیرساخت‌های بهداشتی را دگرگون ساخته و سطح تغذیه عمومی را به‌شدت کاهش داده است.

- در یوگسلاوی در سال ۱۹۷۵ مرگ‌ومیر نوزادان در تحول اقتصادی به‌شدت افزایش یافت و رابطه مستقیم نرخ کم‌خونی فقر آهن با تغییر شاخص‌های درآمدی اثبات شد.

- در پرو به‌دنبال بحران اقتصادی سال ۲۰۰۲ مرگ‌ومیر نوزادان تا ۵/۲ درصد رشد داشته است.

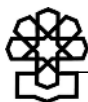
۷. امنیت غذایی و تغییرات اقتصادی

در نشست جهانی غذا در سال ۱۹۹۶ دسترسی آسان به غذای سالم، کافی و مقوی که نیازهای غذایی یک انسان سالم و فعال را به‌طور مستمر برآورده کند، مورد تأکید قرار گرفت. در این نشست سه مقوله «موجود بودن غذا»، «دسترسی به غذا» و «پایداری در دریافت غذا» محورهای اصلی هستند. در این اجلاس اکثر کشورها از جمله ایران متعهد به کاهش میزان گرسنگی به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۱۵ شدند.

علل ناامنی غذایی ابعاد وسیعی از پدیده‌هایی نظیر قحطی، بی‌ثباتی در عرضه غذا، فقر، بیکاری، تورم اقتصادی، بیسوادی، ناآگاهی‌های تغذیه‌ای، حوادث، خشکسالی و سایر بلایا را دربر می‌گیرد.

وضعیت اقتصادی و هزینه‌های خانوار در سال ۱۳۸۵ و سیمای تغذیه‌ای کشور در سال ۱۳۸۰

در جداول زیر نشان داده شده است:



جدول ۶. منابع تأمین درآمد خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۵ (درصد)

منابع تأمین درآمد خانوار			بیکاری	جمعیت غیرفعال
درآمدهای متفرقه	مشاغل آزاد (زراعی و غیرزراعی)	مشاغل مزدبگیر		
۴۴/۵	۲۱/۳	۳۴/۲	۲۳	<۵۰

جدول ۷. هزینه‌های خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۵ (درصد)

هزینه‌های خانوار روستایی				هزینه‌های خانوار شهری			
غیرخوراکی		خوراکی		غیرخوراکی		خوراکی	
۶۱/۴		۳۸/۶		۷۷/۳		۲۲/۷	
باقی	مسکن	باقی	نان و غلات	باقی	مسکن	باقی	گوشت
۵۳	۲۷	۷۵/۹	۲۴/۱	۵۷	۴۳	۷۵/۹	۲۴/۱

مأخذ: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵.

جدول ۸. وضعیت تغذیه‌ای خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۵ (درصد)

از نظر کمی		
دریافت مطلوب	اضافه دریافت	کمبود دریافت
۴۰	۴۰	۲۰

جدول ۹. وضعیت تغذیه‌ای خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۵ (درصد)

از نظر کیفی		
دریافت مطلوب	اضافه دریافت	کمبود دریافت
۲۰	۳۰	۵۰

مأخذ: انستیتو تحقیقات تغذیه، ۱۳۸۰.

همان‌طوری که مشاهده می‌شود ایران با چالش ناامنی غذایی در دو بعد کمی (دریافت انرژی به‌منظور رفع گرسنگی) و کیفی (دریافت سایر مواد مغذی علاوه‌بر انرژی) روبرو است. شواهد موجود حاکی از آن است که سوءتغذیه در کودکان زیر ۶ سال و کمبود ریزمغذی‌ها از مشکلات مهم تغذیه‌ای کشور ماست، سوءتغذیه کودکان با عوارض متعددی همراه است همانند:

- اختلال رشد جسمی و تکامل مغزی،
- کاهش بهره هوشی،
- کاهش قدرت یادگیری و افت تحصیلی،
- افزایش موارد ابتلا به بیماری‌ها،



- پوکی استخوان.

سوءتغذیه کودکان هزینه‌های زیر را به دولت‌ها تحمیل می‌کند که در کوتاه‌مدت و بلندمدت آثار زیانباری بر پیشرفت کشور خواهد داشت:

هزینه‌های مستقیم

- درمان عفونت‌ها به دلیل کاهش مقاومت بدن در اثر سوءتغذیه.
- افزایش مرگ‌ومیر کودکان به دلیل ابتلا به بیماری‌های مختلف.

هزینه‌های غیرمستقیم

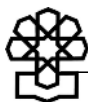
- کاهش بهره هوشی کودکان، کاهش توانمندی جسمی و کاهش قدرت تولید.
- کاهش قدرت یادگیری، افت تحصیلی و تغییرات رفتاری،
- ضعف در برقراری ارتباط با مردم و اطرافیان،
- کاهش توانمندی و کارآیی جامعه و تشدید فقر،
- کاهش توان سرمایه‌گذاری برای فقرزدایی،
- صرف منابع مالی بیشتر برای خرید و واردات نیازهای مختلف.

۸. برآورد آثار هدفمندسازی یارانه‌های غذایی بر سلامت مردم ایران

آمارها نشانگر این است که:^۱

- ۳۰ درصد کودکان ایرانی دچار فقر تغذیه‌ای پروتئین و انرژی هستند.
 - ۱۳ تا ۵۳ درصد دختران و زنان، ۱۲ تا ۳۰ درصد کودکان و ۸ درصد مردان دچار کم‌خونی ناشی از سوءتغذیه هستند.
 - ۱۰ درصد کودکان زیر خط وزن ایدئال و ۱۶ درصد آنها زیر خط قد طبیعی هستند.
 - فقط ۲۰ درصد مردم (از لحاظ میزان و نوع پروتئین و انرژی) در حد مناسب هستند.
- برآوردها نشان می‌دهد که سوءتغذیه برحسب محاسبه در ابتدای برنامه چهارم توسعه، سالیانه حدود ۵/۵ میلیارد دلار به کشور زیان می‌رساند. لذا سبد غذایی براساس تأمین انرژی جهت جبران این زیان پیشنهاد شد. در این سبد غذایی نیاز همه افراد به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر مد نظر قرار دارد و پیشنهاد شده تا غذاهای زیر مشمول یارانه شوند: نان، حبوبات، شیر، پنیر، پروتئین و ریزمغذی‌ها.

۱. انستیتو تحقیقات تغذیه، ۱۳۸۵.



جدول زیر وضعیت پرداخت یارانه به محصولات غذایی را در بازه زمانی ۱۳۷۸-۱۳۸۳ نشان

می‌دهد.

جدول ۱۰. پرداخت‌های دولت بابت یارانه محصولات غذایی ۱۳۷۸-۱۳۸۳

(میلیارد ریال)

سال	گندم	برنج، روغن، شکر	پنیر	شیر	گوشت
۱۳۷۸	۵۲۰۰	۱۱۸	۱۹۰	۲۹۱	۳۳۵
۱۳۷۹	۵۸۳۵	۱۶۰	۱۹۳	۲۰۰	۳۲۳
۱۳۸۰	۶۸۱۹	۴۳۹	۲۴۷	۴۵۲	۳۲۸
۱۳۸۱	۱۰۰۶۰	۵/۴	۱۹۷	۴۶۸	۳۹۸
۱۳۸۲	۱۱۷۸۸	۸۰۶	۳۵۷	۹۲۲	۴۱۵
۱۳۸۳	۱۴۰۴۹	۳۶۲۳	۵۱۴	۱۷۴۳	۵۰۴

مأخذ: گزارش سالیانه بانک مرکزی ایران، ۱۳۸۴.

در قانون هدفمندکردن یارانه‌ها در ماده (۴) آمده است که: دولت موظف است به تدریج تا پایان برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، نسبت به هدفمند کردن یارانه گندم، برنج، روغن، شیر، شکر، خدمات پستی، خدمات هواپیمایی و خدمات ریلی (مسافری) اقدام نماید. همچنین در ماده (۵) دولت موظف شده است یارانه آرد و نان را به میزانی که در لایحه بودجه سالیانه مشخص می‌شود با روش‌های مناسب در اختیار مصرف‌کنندگان متقاضی قرار دهد.

به این ترتیب:

- با آزادسازی قیمت‌ها و عدم توجه به مواد خوراکی اصلی خانوار ایرانی،
 - افزایش قیمت کالاهای اساسی و ثابت ماندن درآمدها در جوامع شهری و روستایی.
- نامنی غذایی و سوءتغذیه افزایش خواهد یافت.^۱

۹. پیشنهاد برای کاهش مخاطرات

- به منظور کاهش خطرات نامنی غذایی و پیشگیری از سایر آثار ناخواسته هدفمندسازی یارانه‌ها بر سلامت سیاست‌های زیر پیشنهاد می‌شود:
- مشارکت هرچه بیشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فرآیند شناسایی و اجرای هدفمندسازی یارانه‌ها.
- جلوگیری از فقر و نامنی غذایی حداقل در گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر با هدف

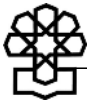
۱. محمودی و نجفی، بررسی وضعیت امنیت غذایی در اقشار کم‌درآمد بعد از حذف یارانه نان.



- مدیریت آثار تورمی کوتاهمدت (بازتوزیع نقدی).
- هدفمندی کامل با شناسایی گروه‌های هدف براساس تغییر دهک‌های درآمدی متناسب با تغییر در شاخص‌های پرداخت مستقیم به هنگام دریافت خدمات سلامت و شاخص مشارکت عادلانه مالی در سلامت و
 - امکان‌سنجی تأمین منابع جایگزین در بلندمدت از طریق افزایش اعتبارات و یا تعدیل بهره‌ورانه هزینه‌ها.
 - اعمال سیاست‌های بازرگانی، پولی، بانکی همزمان با مدیریت منابع انسانی و تأمین مالی در مواجهه با تبعات ادواری «قانون هدفمندی».
 - تداوم پرداخت یارانه‌های سلامت و پرداخت سهم مناسبی از درآمدهای حاصل از هدفمندی یارانه‌های انرژی برای پیشگیری و جبران خسارات به سلامت جامعه.
 - استقرار نظام اجباری بیمه همگانی پایه سلامت با پوشش ۱۰۰ درصد و دسترسی عموم مردم به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر روستایی - عشایری، حاشیه و درون شهرها به خدمات پایه سلامت با عمق مناسب و هزینه قابل تحمل.
 - اصلاح سیاست‌های بیمه‌ای و تعرفه‌گذاری حمایتی بر خدمات سلامت (دولتی، خصوصی و نیمه خصوصی).
 - تأکید بر گروه‌های هدف در معرض خطر، شناسایی مناطق محروم و غیربرخوردار در گسترش پوشش نظام ارجاع و پزشک خانواده.
 - بالابردن سطح دانش عمومی مردم و ترویج شیوه زندگی سالم جهت اصلاح الگوی مصرف.
 - دیده‌بانی وضعیت سلامت و امنیت غذایی و حفاظت مالی مردم از هزینه‌های سلامت براساس شاخص‌های روا و پایا در طول اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها و انتشار گزارش‌های تحلیلی مناسب در تواتر حداقل سالیانه.

منابع و مآخذ

۱. گزارش سلامت در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ویرایش ۸، آبان‌ماه ۱۳۸۹.
۲. گزارش هدفمندی یارانه‌ها، تجربه کشورها، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، معاونت هدفمندی یارانه‌ها و رفاه اجتماعی و دفتر یارانه‌ها، مهرماه ۱۳۸۷.
۳. گزارش بررسی آثار هدفمندی یارانه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.
۴. گزارش اصول و مبانی سیاست ملی سلامت ایران براساس مطالعات تطبیقی، دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، آذرماه ۱۳۸۴.



۵. گزارش سند ملی بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور، معاونت هماهنگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴.
۶. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور، ویرایش ۸، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.
۷. بررسی آثار هدفمندسازی یارانه‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸.
۸. گزارش آماری انستیتو تحقیقات ایران، آمار موجود در انستیتو تحقیقات تغذیه، ۱۳۸۵.
۹. محمودی و نجفی. گزارش بررسی وضعیت امنیت غذایی در اقشار کم‌درآمد بعد از حذف یارانه نان.
10. Slim Haddan, Enis Baris, Delamady Narayana, "Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability", AFRICA World Press, 2008.



شناسنامه گزارش

شماره مسلسل: ۱۰۷۳۶

عنوان گزارش: پیش‌بینی تأثیرپذیری بخش سلامت از هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه بهداشت و درمان)

تهیه و تدوین‌کنندگان: عباس وثوق‌مقدم، حسن سالاریان‌زاده

همکار: مریم رهبری

ناظران علمی: سیداحسان خاندوزی، علی اخوان‌بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۰/۱/۱۵