

بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت

بین دهک‌های مختلف جامعه

(در قالب هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری)

کد موضوعی: ۲۱۰

شماره مسلسل: ۱۳۰۵۴

تیرماه ۱۳۹۲

دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۴	۱. لزوم تأکید بر عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت
۵	۲. بهره‌مندی از خدمات سلامت و نمودهای آن
۱۶	بحث و نتیجه‌گیری
۱۸	پیشنهادها
۲۰	پیوست
۲۴	منابع و مأخذ



بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت بین دهک‌های مختلف جامعه (در قالب هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری)

چکیده

سلامتی از جمله ابعاد مهم زندگی انسان‌هاست که همراه با آموزش و تغذیه، توانمندی و ظرفیت‌سازی سرمایه انسانی را به دنبال دارد. عرصه سلامتی^۱ و حوزه‌های مرتبط با آن همواره از ابعاد مختلفی مورد ارزیابی و قضاوت قرار گرفته‌اند. کمیت، کیفیت و نحوه توزیع و برابری در حوزه سلامت و برخی از ابعاد مرتبط با آن همگی به منظور ساختن جامعه‌ای سالم دارای اهمیت هستند. در این بین، یکی از مظاهر مهم عدالت و برابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت، میزان هزینه‌هایی است که به صورت خصوصی - توسط خود خانوارها - برای خدمات سلامتی پرداخته می‌شود. قدر مسلم صرف هزینه‌های بیشتر برای خدمات سلامتی توسط خانوارها نشان‌دهنده میزان اهمیت و جایگاه این مقوله در سبد مصرفی و اقتصاد خانوارهاست. با فرض ثبات سایر شرایط، هزینه بیشتر می‌تواند منجر به دسترسی بیشتر و متعاقب آن بهره‌مندی بیشتر از خدمات سلامتی و در نهایت بهبود و ارتقای احتمالی سطح سلامت فرد و خانوار باشد. براین اساس و شکاف در مخارج صرف شده برای خدمات سلامتی می‌تواند تعبیری باشد از نابرابری در دسترسی و بهره‌مندی خدمات سلامتی و این امر، ممکن است به وضعیت نامطلوب سلامتی بین افراد و خانوارهای با موقعیت مختلف اجتماعی - اقتصادی منجر شود.

در این نوشتار با استفاده از داده‌ها و اطلاعات برگرفته از مرکز آمار ایران و بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران هزینه‌های صرف شده برای خدمات سلامتی و وضعیت نابرابری در مخارج صرف شده برای خدمات سلامتی دهک‌های مختلف درآمدی خانوارهای روستایی و شهری کشور بررسی شده است. سنج‌های مورد استفاده عبارتند از: نسبت هزینه‌های صرف شده غنی به فقیر، شاخص تمرکز، کاکوانی و ضریب جینی. این محاسبات برای دوره ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ انجام شده است. براساس نتایج به دست آمده، سهم مالی هزینه‌های خوراکی دهک‌های پایین درآمدی سهم عمده‌ای از مخارج را تشکیل داده و سهم مخارج سلامت در این دهک‌ها اندک است.

الگوی جاری تأمین مالی خدمات سلامتی در ایران با وجود نقش انتقالی کم‌اثر هزینه‌ها،

۱. عرضه خدمات، تأمین مالی خدمات سلامت، تهیه و تدارک منابع مورد نیاز آن و حکمرانی و راهبری آن.

دهک‌های بالا به پایین، چندان مطلوب نبوده و نیازمند اتخاذ سازوکارهای مؤثرتر جهت انتقال بیشتر یارانه‌های بخش سلامت از خانوارهای ثروتمند به طبقات متوسط و پایین است. از طرف دیگر بخش عمده هزینه‌های مصرفی خانوارهای دهک‌های پایین درآمدی، صرف غذا و خدمات مربوط به آن شده که این امر خود مانعی جدی برای پرداختن خانوارها به سایر کالا و خدمات مؤثر بر سلامتی‌شان - مانند آموزش، تفریح و سرگرمی - شده و در بلندمدت آثار نامطلوبی بر وضعیت سلامتی این خانوارها خواهد داشت.

مقدمه

عدالت از جمله مفاهیم بنیادین زندگی انسان‌هاست که دارای ابعاد ارزشی، اخلاقی و انسانی است و به همین دلیل نیز همواره مورد توجه ویژه انسان‌ها در دوران مختلف تاریخی بوده است. اغلب حکومت‌ها و دولت‌ها در متن نهادی و ماهوی خود، عدالت و تسری آن به حوزه‌های مختلف زندگی آحاد جامعه را به‌عنوان نقطه کانونی سیاست‌ها و برنامه‌های خود قرار داده‌اند. در این جهت شرع مقدس اسلام نیز همواره در قالب آموزه‌های قرآنی^۱ و مکتوب خود، به عدالت و لزوم برقراری آن در جوامع اسلامی تأکید ویژه کرده و آن را به‌عنوان اساسی برای شکل‌دهی و سازماندهی جوامع بشری می‌شناسد.^۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران صریحاً طی اصول دوم، سوم، نوزدهم، بیستم و یکصد و هفتم قانون اساسی به موضوع عدالت پرداخته است، این مسئله نشان‌دهنده اهمیت مفهوم عدالت در مبانی جمهوری اسلامی ایران است.^۳ قانون برنامه پنجم توسعه کشور نیز با در نظر گرفتن پیشرفت و عدالت، تدوین، تصویب و به مرحله اجرا درآمده است.

از جمله حوزه‌هایی که مفهوم عدالت در آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است حوزه سلامت و بهداشت است.^۴ به عقیده مارگارت وایت‌هد^۵ عدالت در سلامت به معنای: «تفاوت‌های غیرضروری و قابل اجتناب‌اند که غیرمنصفانه و نادرست پنداشته می‌شوند». با توجه به گستردگی بخش سلامت و ساختار پیچیده و پویای آن به‌منظور تسهیل تحلیل‌های عدالت‌محور در این بخش، صاحب‌نظران و کارشناسان، چهار حوزه مرتبط را که دارای تعامل با یکدیگر هستند، برای این

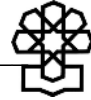
۱. قرآن کریم، سوره بقره: ۲۷۹، سوره انعام: ۱۵۲، سوره رحمان: ۹، سوره حدید: ۲۵.

۲. محمد رضا حکیمی و علی حکیمی، الحیات، ترجمه احمد آرام، تهران، نشر دلیل ما، چاپ نهم، ۱۳۸۶.

۳. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اصول دوم، سوم، نوزدهم، بیستم و یکصد و هفتم قانون اساسی به‌صورت مستقیم و سایر اصول به‌صورت غیرمستقیم.

4. Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., World Development Vol. 32, No. 1, pp. 1-13, 2004.

5. Whitehead M., The Concepts and Principles of Equity and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000.



مبحث در نظر گرفته‌اند:^۱

الف) پیامدهای سلامت،

ب) بهره‌مندی از خدمات سلامت،

ج) یارانه‌های دریافتی از طریق استفاده از خدمات سلامتی (عدالت در دریافت خدمات سلامتی

حمایت شده توسط دولت)،

د) تأمین مالی خدمات سلامتی،

پیامدهای سلامت

در بحث پیامدهای سلامت، توجه به تفاوت‌ها و تبعیضاتی است که بین وضعیت سلامتی افراد، خانوارها، گروه‌ها و اقشار یک جامعه وجود دارد و در قالب شاخص‌هایی مانند: میزان مرگ‌ومیرها، میزان ابتلا به بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها اندازه‌گیری می‌شوند.

بهره‌مندی از خدمات سلامت

در بهره‌مندی از خدمات سلامت تفاوت در دسترسی به خدمات، بین اقشار مختلف اجتماعی و اقتصادی مطرح می‌شود که هرکدام از آنان ممکن است به‌عنوان یک سد و یا مانع، جهت استفاده از خدمات سلامتی مطرح باشند.

یارانه‌ها

در بحث یارانه‌ها نیز تفاوت و تبعیض موجود بین افراد، در بهره‌گیری از خدماتی است که توسط دولت حمایت و یا عرضه می‌شود.

تأمین مالی

در تأمین مالی نیز به تفاوت و تبعیض در پرداخت هزینه‌های بهداشتی - درمانی بین فقرا و اغنیا پرداخته می‌شود (عدالت در تأمین مالی خدمات سلامت، به دلیل نقش تعیین‌کننده‌ای که بهره‌مندی از این خدمات در بهبود و ارتقای وضعیت سلامت مردم دارد، از اهمیت مضاعفی برخوردار است).

با عنایت به اهمیت عدالت در بحث سلامت و مقوله‌های مرتبط با آن و نیز قرار گرفتن آن به‌عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت کشور ایران طی چند ساله اخیر، گزارش حاضر به بررسی وضعیت توزیع هزینه‌های بهداشتی - درمانی و خوراکی - که از مصادیق بهره‌مندی از خدمات سلامتی است - در میان دهک‌های مختلف درآمدی مناطق روستایی و شهری طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ می‌پردازد.

1. O'Donnell O., Van Doorslaer, Wagstaff A., Lindelow M., Analyzing Health Equity Using Households Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2008.

داده‌های مربوط به هزینه‌های مصرفی خدمات سلامتی و خوراکی، بُعد خانوار و تقسیم‌بندی درآمدی خانوارهای روستایی و شهری کشور از مرکز آمار ایران جمع‌آوری شده و داده‌های مربوط به شاخص قیمت کالا و خدمات مصرفی نیز از بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران جمع‌آوری شده‌اند. به منظور تحلیل وضعیت توزیع هزینه‌های مذکور، از شاخص‌های نسبت (دهک بالای درآمدی به دهک پایین درآمدی)، جینی، تمرکز و کاکوانی استفاده شده است که شاخص اخیر - شاخص کاکوانی - نشان‌دهنده جهت نابرابری بین اقشار با پایگاه مختلف اجتماعی - اقتصادی است. محاسبه شاخص‌های مذکور با استفاده از بسته نرم‌افزاری STATA نسخه ۱۲ صورت گرفته است.

۱. لزوم تأکید بر عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به صورت: «برخورداری کامل هر فرد از سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و نه صرفاً نبود بیماری و یا ناتوانی»^۱. امروزه بر کسی پوشیده نیست که، سلامت حق و نیاز همه انسان‌هاست. در حال حاضر نیز توسعه‌یافتگی، هر جامعه را از روی کیفیت سلامت مردم آن جامعه، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طبقات مختلف اجتماعی ارزیابی می‌کنند.^۲ شواهد به دست آمده از کشورهای مختلف مؤید این امر است که اغلب دولت‌ها علاوه بر وظیفه ارائه خدمات سلامتی به سایر جنبه‌های مرتبط با ارتقای سلامت مانند برابری در عرضه خدمات و همچنین پاسخگویی به نیازهای بخش‌های متفاوت مردم نیز توجه ویژه دارند. در واقع مداخلات و برنامه‌های سازمان‌یافته دولتی مستلزم کاهش نابرابری در عرصه سلامت جامعه است.^۳ در این زمینه باید توجه داشت که یک وظیفه دوگانه متوجه دولت‌هاست، یعنی دولت‌ها در عین حال که موظف به ارائه خدمات سلامت به منظور بهبود و ارتقای شاخص‌های سلامت هستند، باید نابرابری‌های موجود در این عرصه را نیز به حداقل میزان ممکن برسانند.^۴ بهبود وضعیت عدالت در سلامت، به اقداماتی و رای تمرکز موجود بر روی علل فوری ایجادکننده بیماری‌ها نیاز دارد و لازم

۱. حسین حاتمی و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد اول، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۵.

۲. علی‌اکبر حق‌دوست، علیرضا اولیایی‌منش و مریم بهشتیان، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن: راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت، تهران، انتشارات موفق، ۱۳۸۷.

۳. گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰، سازمان جهانی سلامت، ترجمه دکتر احمدوند و همکاران، تهران، انتشارات ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۵.

4. Olyae Manesh A, Haghdoost AA, Beheshtian M, Tehrani Banihashemi A, Motlagh M, Progress towards Health Equity in I.R. of Iran through Last Three Decades. Iranian Journal of Public Health. vol 38. Suppl 1. pp.130-135, 2009.



است که این مسئله به‌طور ریشه‌ای مورد توجه قرار گیرد.^۱

۲. بهره‌مندی از خدمات سلامت و نمودهای آن

بهره‌مندی از خدمات سلامتی به معنای موجودیت خدمات مورد نیاز جامعه و سپس دسترسی به این خدمات (ورای موانع فیزیکی، مالی، فرهنگی و یا ساختاری) است که مطابق آنچه که پیشتر نیز بیان شد، عدالت در آن نیز به مفهوم دسترسی همه افراد و اقشار به این خدمات بدون توجه به زمینه‌ها و شرایط منطقه‌ای، اقتصادی - اجتماعی، قومیتی و نژادی و در نهایت جنسیتی است. از جمله نمودهای دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، میزان هزینه‌هایی است که این خدمات برای خانوارها دربردارد. درواقع با ردگیری میزان هزینه‌های خانوارها برای خدمات سلامتی می‌توان به میزان توانایی و ظرفیت مالی آنان جهت غلبه بر سد عدم تمکن مالی پی برده و همچنین میزان اهمیت خدمات سلامتی را در نزد خانوارها مشخص کرد.

۱-۲. میزان نابرابری در هزینه‌های مصرفی دهک‌های مختلف درآمدی در خانوارهای

شهری و روستایی

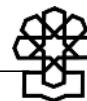
در این بخش وضعیت توزیع هزینه‌های مصرفی خدمات سلامتی و نیز خوراک توسط دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی و شهری به قیمت ثابت، در قالب شاخص‌های جینی، تمرکز و کاکوانی ارائه شده است. ویژگی شاخص کاکوانی در این است که علاوه بر انعکاس میزان و درجه نابرابری بین دهک‌های مختلف، جهت نابرابری (به سمت دهک‌های درآمدی پایین یا بالا) را نیز نشان می‌دهد. ابتدا به محاسبه ضریب جینی برای هزینه‌های مصرفی خانوارهای موجود در دهک‌های مختلف درآمدی به تفکیک شهر و روستا، برای کل هزینه‌های مصرفی دهک‌های مختلف درآمدی و سپس برای هزینه‌های غیرخوراکی (حداقل معاش) می‌پردازیم:

1. Gallup, J., and J. Sachs 2000. "The Economic Burden of Malaria," Working Paper No. 52. Harvard University, Center for International Development, Cambridge, MA. World Health Organization. 2001. World Health Report. Geneva.

جدول ۱. ضریب جینی هزینه‌های مصرفی و هزینه‌های غیرخوراکی به قیمت ثابت برای دهک‌های درآمدی روستایی و شهری

خانوارهای شهری		خانوارهای روستایی		نوع خانوار و نابرابری مربوطه	سال
ضریب جینی هزینه‌های غیرخوراکی	ضریب جینی کل هزینه‌های مصرفی	ضریب جینی هزینه‌های غیرخوراکی	ضریب جینی کل هزینه‌های مصرفی		
۰/۴۸	۰/۴۴	۰/۴۶	۰/۴۱		۱۳۷۶
۰/۴۸	۰/۴۳	۰/۴۸	۰/۴۵		۱۳۷۷
۰/۳	۰/۳۱	۰/۴۸	۰/۴۶		۱۳۷۸
۰/۵	۰/۴۴	۰/۴۸	۰/۴۳		۱۳۷۹
۰/۵	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۴۳		۱۳۸۰
۰/۵	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۴۳		۱۳۸۱
۰/۵	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۴۳		۱۳۸۲
۰/۴۸	۰/۴۸	۰/۵	۰/۴۵		۱۳۸۳
۰/۴۹	۰/۲۴	۰/۴۸	۰/۴۳		۱۳۸۴
۰/۵	۰/۴۵	۰/۵۱	۰/۴۶		۱۳۸۵
۰/۵	۰/۴۵	۰/۵۲	۰/۴۷		۱۳۸۶
۰/۴۹	۰/۴۵	۰/۵	۰/۴۷		۱۳۸۷
۰/۴۹	۰/۴۴	۰/۵	۰/۴۶		۱۳۸۸

به‌طور کلی میزان نابرابری در هزینه‌های مصرفی دهک‌های مختلف درآمدی چه در خانوارهای روستایی و چه در خانوارهای شهری نسبتاً زیاد و قابل ملاحظه است. بخش عمده‌ای از وضعیت نامطلوب نابرابری هزینه‌های مصرفی خانوارهای کشور به اقلام، خدمات و کالاهایی شامل مواد غذایی، بهداشت و درمان، تفریحات و سرگرمی، حمل‌ونقل، رستوران و هتل برمی‌گردد. بدین معنی که با بررسی تمامی اقلام موجود در هزینه‌های مصرفی خانوارهای کشور، متوجه خواهیم شد که کالاهای مذکور بیشترین میزان نابرابری را در بین کلیه کالاهای موجود در سبد مصرفی خانوار به‌خود اختصاص داده‌اند. جالب‌تر اینکه برخی از این کالاها و خدمات مانند بهداشت و درمان و نیز مواد غذایی از نوع کالاهای ضروری و اساسی محسوب شده و وجود نابرابری در آنها تبعات منفی بر رشد و توسعه اقتصادی و انسانی کشور خواهد داشت. از طرف دیگر، میزان نابرابری مذکور به‌ویژه در مورد هزینه‌های غیرخوراکی خانوارها - حداقل هزینه‌های معاش - بیشتر و قابل توجه‌تر می‌باشد. در مورد خانوارهای شهری بیشترین نابرابری بین دهک‌های درآمدی مربوط به سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶، ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ و در مقابل کمترین نابرابری بین دهک‌های مذکور بین سال‌های ۱۳۷۶، ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ بوده است. از طرف دیگر در مورد دهک‌های درآمدی موجود در خانوارهای شهری



بیشترین میزان نابرابری مربوط به سال‌های ۱۳۸۳، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ و کمترین میزان نابرابری نیز مربوط به سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۴ بوده است.

دیدگاه‌های رفاهی دولت‌های اخیر

در بررسی دوره‌ای سیاست‌های رفاهی دولت‌های گذشته، به دلیل تفاوت‌های دیدگاهی و کارکردی که بین دولت‌ها وجود داشته، در بسیاری از موارد شاهد تفاوت‌هایی آشکار در برنامه‌های رفاهی و بهزیستی هستیم.

به عنوان نمونه در دو دولت هفتم و هشتم برنامه‌هایی با همکاری سازمان‌های بین‌المللی مانند بانک جهانی در جهت فقرزدایی و توسعه انسانی تصویب و اجرا شد. تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی از دیگر اقدامات بوده است. همچنین تدوین و تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی هرچند که هیچ‌گاه به صورت کامل و جامع به اجرا درنیامد، از جمله دیگر اقدامات دولت‌های هفتم و هشتم با جهت‌گیری رفاه و بهزیستی و فقرزدایی بوده است. همچنین اقداماتی نظیر بررسی توسعه انسانی استان‌های مختلف کشور و محاسبه خط فقر در زمره فعالیت‌های این دو دوره در جهت برنامه‌ریزی به منظور فقرزدایی و کاهش شکاف طبقاتی بوده است.

در دولت نهم، بحث توسعه و فقرزدایی در کشور به گونه‌ای دیگر مورد تأکید قرار گرفت و بسیاری از برنامه‌ها و اقدامات انجام شده در دولت‌های هفتم و هشتم به تعلیق درآمد. از جمله سیاست‌های این دوره به منظور برقراری برابری و رفع فقر از چهره کشور، سفرهای استانی به مناطق مختلف کشور جهت شناسایی نقاط ضعف و همچنین اجرای برنامه‌های عدالت‌محور بوده است. اعطای وام به طور گسترده جهت ایجاد اشتغال و یا خرید مسکن و خودرو به خانوارهای کشور و تأمین مسکن ارزان از دیگر اقدامات این دولت در جهت برقراری عدالت و توانمندسازی خانوارهای کشور بوده است.

در نهایت می‌توان بیان کرد که در مجموع وضعیت نابرابری در هزینه‌های مصرفی و معاش، تغییر و کاهش محسوسی در دولت‌های گذشته نداشته و ضعف در برنامه‌ریزی و اقدامات اثربخش در جهت کاهش میزان نابرابری مشاهده می‌شود. کاهش نابرابری گرچه همواره به عنوان یکی از اهداف دولت‌های گذشته مطرح بوده است، و لکن در مرحله اجرا و پیاده‌سازی، توفیق چندانی نداشته است. تشتت در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های دولت‌ها و ناهماهنگی و عدم وجود برنامه‌ای جامع و بلندمدت که رای تغییرات در دولت‌ها تداوم داشته باشد، منجر به عدم اثربخشی سیاست‌های دولت‌ها در جهت کاهش از نابرابری هزینه‌های مصرفی خانوارها شده است.

همچنین جای خالی برنامه‌ها و سیاست‌های بلندمدت و جامع اقتصادی فقرزدا در جهت کاهش

نابرابری‌های موجود بسیار مشهود است. متأسفانه تفاوت در نگرش‌ها و رویکردهای دولت‌های گذشته به بحث رفاه و بهزیستی خانوارهای کشور، تا حدود زیادی موجب عدم تغییر محسوس در وضعیت توزیعی هزینه‌های مصرفی و معیشتی مردم شده و تفاوت آشکاری را در زمینه وضعیت رفاهی مردم ایجاد نکرده است. اتخاذ برنامه‌ها و رویکردهای فرادولتی و ادامه‌دار در قالب برنامه‌های رفاهی بلندمدت و نیز ایجاد ثبات اقتصادی در کشور و پیگیری سیاست‌های اشتغال‌زا به‌گونه‌ای مؤثر با همکاری کلیه نهادهای رفاهی، بیمه‌ای و حمایتی بسیار ضروری است. به‌عنوان نمونه تفاوت و تنوع در عملکرد نهادها و سازمان‌های مسئول برنامه‌های رفاهی کشور نه تنها موجب ناکارایی و تحمیل هزینه‌های اضافی بر دوش جامعه شده، بلکه ناکارآمدی نسبی در نیل به هدف رفع نابرابری‌ها و تبعیضات موجود را نیز به‌دنبال داشته است.

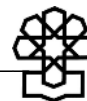
۲-۲. نابرابری در هزینه‌های خوراکی و سلامتی دهک‌های درآمدی به تفکیک خانوارهای

روستایی و شهری

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میزان نابرابری در هزینه‌های خوراکی و مواد غذایی بین دهک‌های درآمدی مناطق روستایی کشور چه براساس شاخص جینی و چه براساس شاخص تمرکز، نسبتاً چشمگیر و قابل ملاحظه هست به‌گونه‌ای که میزان نابرابری - براساس ضریب جینی و بر حسب قیمت ثابت - بین ۰/۳۱ در سال ۱۳۸۳ تا ۰/۴۲ در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ نوسان داشته است.

این امر براساس شاخص تمرکز نیز صادق است و میزان نابرابری براساس این شاخص نیز بین ۰/۲۸ در سال ۱۳۸۳ تا ۰/۴۱ در سال ۱۳۸۷ برحسب قیمت ثابت در نوسان بوده است. از طرف دیگر براساس مقادیر محاسبه شده برای شاخص کاکوانی، نابرابری در هزینه‌های خوراکی و مواد غذایی بین دهک‌های مختلف درآمدی مناطق روستایی کشور، به‌صورت خفیف و ملایم پس‌رونده (با توجه به علامت منفی شاخص کاکوانی) و به میزان اندکی به‌نفع دهک‌های بالا بوده است.

همچنین براساس مقادیر محاسبه شده برای سنجه نسبت هزینه‌های خوراکی بین دهک‌های اول و دوم، میزان نابرابری در مخارج خوراکی نسبتاً ملایم بوده و تفاوت‌ها، چندان چشمگیر نیست. این امر به‌ویژه بین سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۵ به میزان بیشتری مشاهده شده و عمق نابرابری بین دو دهک ابتدایی و انتهایی درآمدی در مناطق روستایی کاهش یافته است. در مورد نابرابری هزینه‌های خوراکی خانوارهای شهری به قیمت ثابت، شواهد وضعیت نابرابری توزیع هزینه‌های خوراکی دهک‌های درآمدی خانوارهای شهری براساس قیمت ثابت،



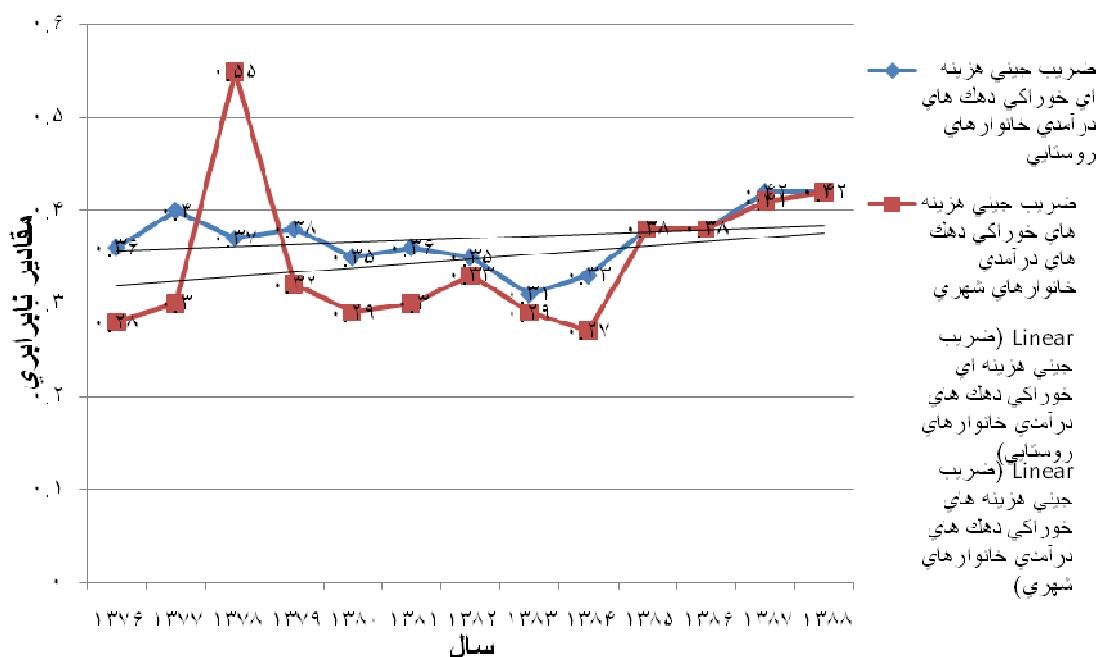
نشان‌دهنده میزان نسبتاً متوسطی از نابرابری هزینه‌های خوراکی دهک‌های درآمدی مناطق شهری کشور طی دوره مورد مطالعه است. بیشترین میزان نابرابری برحسب ضریب جینی به‌ترتیب مربوط به سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۷ و براساس شاخص تمرکز مربوط به سال‌های ۱۳۸۷ و سپس سال‌های ۱۳۸۸، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۵ است. در این بین شاخص کاکوانی نیز نشانگر پسرورندگی نابرابری هزینه‌های خوراکی خانوارهای روستایی برحسب قیمت ثابت است. براساس سنجه نسبت بین دهک به دهک اول، در اینجا نیز همانند آنچه که در مورد هزینه‌های خوراکی خانوارهای روستایی بیان شد، تفاوت و نابرابری ملایم بوده و خیلی چشمگیر نیست و در دو سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ به کمترین میزان خود رسیده است.

مورد روند نابرابری در هزینه‌های خوراکی بین دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی و شهری برحسب قیمت ثابت در نمودار ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. نابرابری در هزینه‌های خوراکی دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی و شهری ایران

شاخص سال	هزینه‌های خوراکی (قیمت ثابت) خانوارهای شهری						
	ضریب جینی	شاخص تمرکز	شاخص کاکوانی	نسبت دهک ۱۰ به دهک ۱	نسبت دهک ۱۰ به دهک ۱	نسبت دهک ۱۰ به دهک ۱	ضریب جینی
۱۳۷۶	۰/۲۸	۰/۲۶	۰/۱۸	۶	۱۲	۰/۳۶	۰/۳۳
۱۳۷۷	۰/۳	۰/۳	۰/۱۳	۸	۱۳	۰/۴	۰/۳۶
۱۳۷۸	۰/۵۵	۰/۱۵	۰/۱۶	۷/۷	۱۴	۰/۳۷	۰/۳۳
۱۳۷۹	۰/۳۲	۰/۳	۰/۱۴	۷	۱۴	۰/۲۸	۰/۳۴
۱۳۸۰	۰/۲۹	۰/۲۸	۰/۱۷	۶	۱۲	۰/۳۵	۰/۳۲
۱۳۸۱	۰/۳	۰/۲۹	۰/۱۶	۶/۲	۱۳	۰/۳۶	۰/۳۳
۱۳۸۲	۰/۳۳	۰/۳۲	۰/۱۳	۶/۲	۱۱	۰/۳۵	۰/۳۳
۱۳۸۳	۰/۲۹	۰/۲۸	۰/۲	۵/۲	۷	۰/۳۱	۰/۲۸
۱۳۸۴	۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۰۱	۵	۹	۰/۲۳	۰/۳۱
۱۳۸۵	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۰۹	۱۱	۹	۰/۲۸	۰/۳۵
۱۳۸۶	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۰۹	۱۰/۵	۱۰/۵	۰/۲۸	۰/۳۵
۱۳۸۷	۰/۴۱	۰/۴	۰/۰۵	۱۳	۱۳	۰/۴۲	۰/۳۹
۱۳۸۸	۰/۴۲	۰/۳۹	۰/۰۴	۶	۱۲	۰/۴۲	۰/۴۱

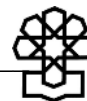
نمودار ۱. روند نابرابری توزیع هزینه‌های خوراکی دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی و شهری به قیمت ثابت



به طور کلی، روند نابرابری در هزینه‌های خوراکی و مواد غذایی بین دهک‌های مختلف درآمدی مناطق روستایی و شهری کشور براساس قیمت ثابت، طی دوره مورد مطالعه صعودی بوده، به‌ویژه از سال ۱۳۸۴ به بعد - براساس هر دو شاخص جینی و تمرکز - مشهودتر بوده و در نهایت در پایان سال ۱۳۸۷ به بیشترین میزان خود رسیده است. همچنین کمترین مقدار نابرابری بین دهک‌های درآمدی برای هزینه‌های خوراکی براساس قیمت ثابت، مربوط به سال ۱۳۸۴ بوده است.

تا پیش از سال ۱۳۸۴ مجموع سیاست‌های وزارت‌های کشاورزی و بازرگانی در جهت عرضه کافی و به قیمت مناسب مواد غذایی، از جمله برنامه خودکفایی در تولید گندم و برنامه‌های حمایتی از کشاورزان و دامداران در قالب اعطای وام‌های مناسب، اعطای یارانه‌ها و همچنین بیمه محصولات کشاورزی ضمن حمایت از تولیدکنندگان داخلی موجب بهبود وضعیت عرضه و تقاضای مواد غذایی خانوارها بوده است. همچنین به‌واسطه اعمال سازوکارهای کنترل تورم قیمت مواد خوراکی نوسانات و افزایش چشمگیری نداشته و این امر موجب بهره‌مندی نسبتاً مطلوب اقشار ضعیف و آسیب‌پذیر از مواد غذایی بوده است.

لکن پس از سال ۱۳۸۴ وضعیت حمایتی از کشاورزان و دامداران مطلوب نبوده و بازار محصولات کشاورزی در تعادل بلندمدت نبوده است همچنین حجم واردات محصولات کشاورزی و



دامی از کشورهای دیگر بیشتر شده و این به منزله افزایش فشار به تولیدکنندگان از یک طرف و تحمیل قیمت بیشتر این مواد غذایی به خانوارها از سوی دیگر بوده است. در همین راستا نوسانات شرایط اقتصادی کشور به ویژه در بخش ارزی موجب افزایش بهای مواد اساسی و ضروری از جمله مواد غذایی شد، که در نتیجه بخش قابل ملاحظه‌ای از آن بر اقشار فقیر و با سطح درآمد پایین تحمیل شده است. در واقع مجموعه سیاست‌های دولتی در بخش کشاورزی و دامداری که با امنیت غذایی شهروندان گره خورده است؛ علیرغم تأکیدات قانون چهارم و پنجم توسعه کشور، با نوعی بی‌توجهی مواجه بوده و همین امر باعث شده که نخست سهم هزینه‌های مواد غذایی از سبد مصرفی خانوارها بیشتر شده و دوم با وجود اهمیت امنیت غذایی شهروندان، نابرابری قابل توجه در برخورداری از مواد غذایی بین دهک‌های مختلف درآمدی قابل مشاهده است.

به‌عنوان مثال سهم هزینه‌های خوراکی از کل هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی در سال ۱۳۷۶ برای دهک اول و دوم درآمدی خانوارهای روستایی به ترتیب حدود ۰/۵ و ۰/۶ و برای دهک‌های درآمدی نهم و دهم حدود ۰/۴۲ و ۰/۴ بوده است. در مورد خانوارهای شهری نیز نسبت‌های مزبور به ترتیب حدود ۰/۳۵ و ۰/۳۴ برای دهک‌های اول و دوم، ۰/۲۱ و ۰/۱۳ برای دهک‌های نهم و دهم بوده است. برای سال ۱۳۸۷ در مورد خانوارهای شهری سهم هزینه‌های خوراکی از کل هزینه‌های مصرفی خانوار در دهک‌های اول و دوم درآمدی حدود ۰/۲۹ و ۰/۳ و برای دهک‌های نهم و دهم حدود ۰/۲۳ و ۰/۱۸ بوده است. در همین سال سهم هزینه‌های خوراکی از کل هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی برای دهک‌های اول و دوم درآمدی به ترتیب حدود ۰/۴۴ و ۰/۴۸ و برای خانوارهای موجود در دهک‌های نهم و دهم به ترتیب حدود ۰/۳۲ و ۰/۳۴ بوده است. نسبت‌های هزینه‌ای فوق نشان می‌دهد مواد خوراکی به‌عنوان یکی از مهمترین کالاهای مصرفی خانوارهای ایرانی به‌ویژه برای خانوارهای با سطح درآمد پایین و نیز خانوارهای روستایی می‌باشد. سهم بالای هزینه‌های خوراکی در سبد خانوارها به معنی توانایی اندک خانوارها در تأمین سایر کالاها و خدمات مورد نیازشان از جمله کالاها و خدماتی است که جنبه رفاهی و بهزیستی خانوارها را دربر می‌گیرد، نمونه‌ای از این خدمات می‌تواند خدمات بهداشتی - درمانی و همچنین تفریحات، سرگرمی و مسافرت باشند.

بنابراین برنامه‌های دولت‌های گذشته در جهت کاستن از بار هزینه‌های معیشتی خانوارهای کشور نیز چندان مؤثر نبوده و بازنگری در برنامه‌های اشتغالزا و توانمندساز خانوارها به‌گونه‌ای که سهم کمتری از درآمدهای خود را صرف برآوردن سایر نیازهای رفاهی نمایند، ضروری به نظر می‌رسد، البته برنامه‌هایی نیز در جهت اشتغالزایی به‌ویژه برای خانوارهای

فقیر و مستمند، توسط کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و نیز وزارت رفاه سابق و وزارت کار انجام شده است، اما این برنامه به دلیل نداشتن آمار دقیق و مطلوب از وضعیت فقر و همچنین عدم توجه به آثار بازتوزیعی این برنامه‌ها قابل نقد می‌باشد. گرچه باید پذیرفت که دولت نیز به‌عنوان متولی اصلی ایجاد رفاه و بهزیستی خانوارهای کشور همواره با محدودیت‌های بودجه‌ای مواجه بوده است.

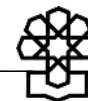
در این بین سهم هزینه‌های مسکن از کل هزینه‌های مصرفی خانوارهای کشور طی سال‌های اخیر به دلیل تورم قابل ملاحظه‌ای که این بخش داشته است، به‌طور چشمگیری رو به ازدیاد نهاده است و همین امر موجب شده است که سایر نیازهای رفاهی و بهزیستی خانوارهای کشور نیز - به‌ویژه در مورد خانوارهای با سطح درآمد متوسط و پایین و ساکنین شهرهای بزرگ کشور - تحت تأثیر قرار بگیرد. براساس آمارهای بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، هر خانوار ایرانی در سال ۱۳۷۸ معادل ۲۹ درصد از هزینه‌های سالیانه‌اش صرف مسکن شده است در حالی که در سال ۱۳۸۷ این رقم به ۳۵ درصد افزایش پیدا کرده است.^۱

۳-۲. نابرابری در هزینه‌های سلامت خانوارهای روستایی و شهری به قیمت ثابت

مبتنی بر جدول ۳ بیشترین نابرابری در هزینه‌های سلامت دهک‌های مختلف مبتنی بر جدول درآمدی مناطق روستایی کشور در سال ۱۳۷۸ و کمترین میزان نابرابری در هزینه‌های سلامت دهک‌های درآمدی مناطق روستایی کشور براساس قیمت ثابت به سال ۱۳۸۰ مربوط است. همچنین براساس مقادیر شاخص کاکوانی، نابرابری هزینه‌های سلامتی بین دهک‌های درآمدی مناطق روستایی به‌صورت خفیف و ملایم، پیش‌رونده و به‌نفع دهک‌های طبقاتی پایین بوده است. همچنین سنجه نسبت هزینه‌های دهک دهم به دهک اول نابرابری در هزینه‌ها قابل توجه است. همچنین مبتنی بر جدول ۳، نابرابری قابل ملاحظه در هزینه‌های سلامت خانوارهای شهری دهک‌های مختلف درآمدی طی دوره مورد مطالعه وجود دارد. نابرابری مذکور در سال ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ برحسب هر دو شاخص جینی و کاکوانی به بیشترین مقدار و در سال‌های ۱۳۸۰ و سپس ۱۳۸۸ به کمترین مقدار خود رسیده است.

شاخص کاکوانی مثبت در اینجا نشان‌دهنده پیش‌رونده بودن نابرابری توزیع هزینه‌های سلامت دهک‌های درآمدی خانوارهای شهری برحسب قیمت ثابت، طی دوره مورد مطالعه می‌باشد. بدین معنا که در اینجا، دهک‌های بالاتر درآمدی بار بیشتری از هزینه‌های تحمیلی خدمات سلامتی را به دوش

۱. گزارش شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری و روستایی ایران، بانک مرکزی ایران، سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۷.

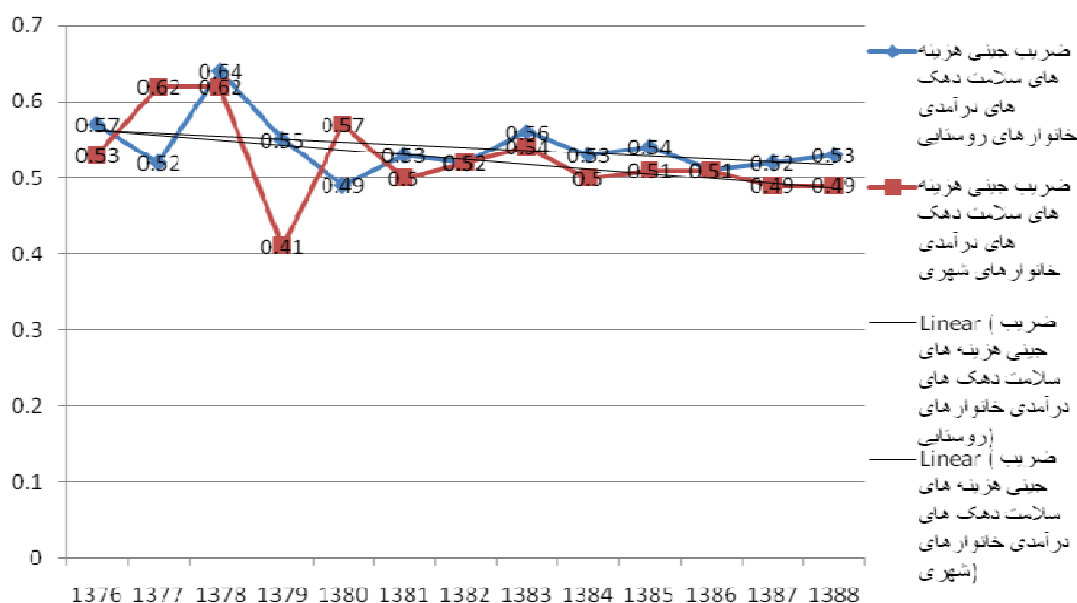


کشیده‌اند. در نهایت براساس سنجه نسبت هزینه‌های دهک دهم به دهک اول میزان نابرابری در هزینه‌های سلامتی بین دو دهک مذکور برای مناطق شهرنشین قابل ملاحظه و نسبتاً چشمگیر است.

جدول ۳. نابرابری در هزینه‌های سلامت دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی و شهری ایران به قیمت ثابت

شاخص	هزینه‌های سلامت (قیمت ثابت) روستایی				هزینه‌های سلامت (قیمت ثابت) شهری			سال
	شاخص کاکوانی	شاخص تمرکز	ضریب جینی	نسبت دهک ۱۰ به دهک ۱	نسبت دهک ۱۰ به دهک ۱	شاخص کاکوانی	شاخص تمرکز	
۱۳۷۶	۰/۱۵	۰/۵۶	۰/۵۷	۳۸	۳۰	۰/۰۸	۰/۵۲	۰/۵۳
۱۳۷۷	۰/۰۵	۰/۵	۰/۵۲	۲۰	۴۵/۵	۰/۱۸	۰/۶۱	۰/۶۲
۱۳۷۸	۰/۱۶	۰/۶۲	۰/۶۴	۵۷	۴۰/۵	۰/۲۹	۰/۶	۰/۶۲
۱۳۷۹	۰/۱	۰/۵۳	۰/۵۵	۲۵	۳۵	۰/۱	۰/۳۴	۰/۴۱
۱۳۸۰	۰/۲۳	۰/۲	۰/۲۱	۲۲	۲۵/۸	۰/۱۱	۰/۵۶	۰/۵۷
۱۳۸۱	۰/۰۹	۰/۵۲	۰/۵۳	۳۲	۱۲۲/۹	۰/۰۴	۰/۴۹	۰/۵
۱۳۸۲	۰/۰۸	۰/۵۱	۰/۵۲	۲۴	۲۲/۹	۰/۰۵	۰/۵	۰/۵۳
۱۳۸۳	۰/۰۹	۰/۵۴	۰/۵۶	۳۳	۱۸	۰/۰۵	۰/۵۳	۰/۵۴
۱۳۸۴	۰/۰۸	۰/۵۱	۰/۵۳	۲۹	۱۶	۰/۲۵	۰/۴۹	۰/۵
۱۳۸۵	۰/۰۵	۰/۵۱	۰/۵۴	۳۳	۱۹	۰/۰۵	۰/۵	۰/۵۱
۱۳۸۶	۰/۰۳	۰/۵	۰/۵۱	۲۳	۱۷	۰/۰۵	۰/۵	۰/۵۱
۱۳۸۷	۰/۰۵	۰/۵۲	۰/۵۲	۲۴	۳۰/۳	۰/۰۲	۰/۴۷	۰/۴۹
۱۳۸۸	۰/۰۸	۰/۵۳	۰/۵۳	۲۸		۰/۰۲	۰/۴۸	۰/۵

نمودار ۲. روند نابرابری توزیع هزینه‌های سلامت دهک‌های درآمدی خانوارهای روستایی به قیمت ثابت



به‌طور کلی، روند نابرابری در هزینه‌های سلامت خانوارهای روستایی بر حسب قیمت ثابت، طی دوره مورد مطالعه، روند نزولی ملایمی دارد (نمودار ۲). این روند همچنین در مورد خانوارهای شهری نیز طی دوره صادق است. همچنین مقادیر شاخص کاکوانی نیز مبین این است که به میزان اندکی بار هزینه‌های خصوصی سلامت بر دوش دهک‌های درآمدی بالا بوده است. همچنین بیشترین میزان نوسان برای نابرابری هزینه‌های سلامتی برای خانوارهای روستایی و شهری بین سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰ بوده است. لکن پس از سال ۱۳۸۰ روند کاهشی مذکور، منظم‌تر و یکنواخت‌تر شده است. در مجموع به دلیل کم بودن سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی و نیز عدم تخصیص به‌موقع و به اندازه بودجه و اعتبارات بخش بهداشت و درمان در طی زمان، محدودیت‌های مالی قابل ملاحظه‌ای در مسیر حمایت‌های کارآمد بیمه‌ای از خانوارها، همواره وجود داشته است.

نگاهی به میزان پرداخت‌های از جیب^۱ طی یک دهه اخیر، نشان‌دهنده سهم ۵۰ درصد خانوارهای ایرانی از هزینه‌های بهداشتی درمانی به‌طور متوسط بوده است. این درحالی است که مطابق قوانین برنامه چهارم و پنجم توسعه کشور باید این سهم به ۳۰ درصد کاهش یابد. عدم توفیق دولت‌های هفتم، هشتم، نهم و دهم در این امر تا حد زیادی به سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های پراکنده و بدون جامعیت به‌ویژه در حوزه بیمه‌ای کشور بوده است. این محدودیت‌های سیاستگذاری‌ها با وجود ذینفعان قدرتمندی مانند صنف پزشکان، داروسازان و دندانپزشکان و نفوذ زیاد آنها به‌ویژه در بخش خصوصی سلامت کشور، اوضاع را وخیم‌تر کرده و روابط و معادلات مالی بخش سلامت را تا حدود زیادی مختل کرده است.

گستره وسیع حوزه‌های تحت پوشش وزارت بهداشت از یکسو و به‌کارگیری روش‌ها، فناوری‌ها، داروها و وسایل گران و هزینه‌بر ازسوی دیگر، موجب افزایش قابل توجه هزینه‌های بخش سلامت کشور شده که این امر توسط بیمه‌ها به‌گونه‌ای ناقص پوشش داده می‌شود و در نهایت موجب افزایش شکاف بین دهک‌های درآمدی در هزینه‌های سلامتی می‌شود.

مطابق با مطالعه احمدی و همکاران^۲ میزان تورم بخش عمومی اقتصاد کشور در سال ۱۳۷۶ حدود ۱۷/۳۳ درصد و در سال ۱۳۸۶ حدود ۱۸ درصد بوده است، درحالی که این ارقام برای بخش سلامت کشور در دو سال مذکور ترتیب ۲۶/۷۴ درصد و ۲۲ درصد بوده است. در این جهت نرخ بالای تورم بخش سلامتی کشور می‌تواند یکی از عوامل تشدیدکننده شکاف هزینه‌های صرف شده

1. Out of Pocket Expenses

۲. علی‌محمد احمدی، مهدی یوسفی و سمیه فضائلی، بررسی و تحلیل شاخص تورم در بخش عمومی و بخش سلامت کشور ایران، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، سال دهم، شماره اول، بهار ۱۳۸۹، صص ۹۹-۱۱۱.



خانوارهای دهکهای مختلف درآمدی باشد، با این حال در چهار دوره اخیر دولت‌ها در قالب‌های سیاست‌های تأمین مالی خدمات سلامت که بر پوشش جمعیتی و خانوارهای کشور تأکید شده است و در همین راستا اکثر خانوارهای روستایی و شهری کشور تحت پوشش بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح قرار گرفته‌اند.

در این بین آنچه از نگاه دولت‌های گذشته مغفول واقع شده، عمق پوششی این برنامه‌های بیمه‌ای از نظر میزان مشارکت این بیمه‌ها در جبران هزینه‌های خدمات سلامتی^۱ و نیز گستره خدمات تحت پوشش این بیمه‌ها بوده است. این دو مورد در مجموع منجر به وضعیت کنونی و نابرابری در هزینه‌های سلامت خانوارهای دهکهای مختلف درآمدی کشور شده است.

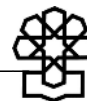
متأسفانه تمهیدات و تقویت‌های اعتباری و مالی لازم برای پوشش کافی و اثربخش خدمات، داروها، امکانات و تجهیزات، فناوری‌های درمانی و تشخیصی هم‌سنگ با پوشش جمعیتی پیش نرفته است. در واقع نظام بیمه‌ای کشور در حال حاضر با تعداد قابل توجهی بیمه شده مواجه است که دفترچه‌های بیمه‌ای را خریداری و حق بیمه را پرداخت می‌کنند، اما خدماتی به اندازه نیاز و با قیمت و هزینه منصفانه دریافت نمی‌دارند. اگرچه مطابق با نمودار ۲، روند نابرابری هزینه‌های سلامتی به قیمت ثابت برای خانوارهای شهری و روستایی پس از سال ۱۳۸۰ روند منظم‌تر و باثبات‌تری گرفته که نشان‌دهنده ثبات و انضباط سیاستی و برنامه‌ای دولت در تأمین مالی خدمات سلامتی است. به‌واقع تا قبل از سال ۱۳۷۶ بخش بهداشت و درمان کشور چندان مورد توجه دولت نبوده و بیشتر به مباحث سلامت پایه و خدمات اولیه مانند ایمن‌سازی کودکان، بهداشت محیط و کودکان و مادران توجه می‌شد. لکن با گذشت زمان و به دلیل بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور، دیدگاه دولتمردان کشوری به بخش سلامت نیز با تغییراتی مواجه شده و این امر به‌ویژه در سال‌های پس از ۱۳۸۰ نمود بیشتری پیدا کرده است. برنامه‌های وزارت بهداشت در زمینه ارتقای وضعیت سلامتی خانوارهای کشور در کنار توجه به توزیع و برابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال‌های اولیه دهه ۱۳۹۰، از جمله این تغییرات می‌باشد. همچنین در همین راستا برنامه پزشک خانواده که نقطه آغاز آن پوشش بیمه‌ای خانوارهای روستایی کشور بوده است، از جمله اقدامات دیگر وزارت بهداشت چهار دولت گذشته بوده است. یکی از اهداف اصلی این برنامه نیز کاهش میزان نابرابری در هزینه‌های سلامتی خانوارهای کشور است (لکن این برنامه تاکنون به دلایل محدودیت‌های تولیدی و بین‌بخشی توفیق چندانی نداشته است). در این بین اجرای برنامه‌هایی مانند بیمه شهری و بیمه تخت نیز برای بیماران بستری در بیمارستان‌ها که تحت

پوشش هیچ نوع بیمه‌ای نبوده‌اند، به‌نظر اندک آثاری در جهت بهبود وضعیت نابرابری در هزینه‌های سلامتی خانوارهای کشور داشته است، زیرا پس از سال ۱۳۸۰ اندکی بهبود در وضعیت نابرابری هزینه‌های سلامت بین خانوارهای کشور مشاهده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

تفاوت بین هزینه صرف شده برای خدمات سلامتی بین دهک‌های درآمدی چه در سطح روستاها و چه در سطح شهرها، نشان‌دهنده نوعی نابرابری در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی - درمانی و یا دسترسی و استفاده از مواد غذایی و خوراکی است. طبعاً وضعیت سلامتی افراد و خانوارها تحت تأثیر عوامل مختلفی هستند، که سطح درآمد - به‌عنوان متغیر تعیین‌کننده ظرفیت بالقوه خانوار برای صرف هزینه‌های مرتبط با کالا و خدمات مصرفی - از جمله مهمترین این عوامل است. بی‌شک تفاوت در سطح درآمد برون‌دای جز کاهش توانایی خانوارها برای صرف مخارج در حوزه‌های مهمی مانند سلامت و غذا نخواهد شد. این امر به خودی خود هم می‌تواند سطح سلامت افراد و خانوارها را در زمان حال تهدید کند و هم می‌تواند موجب عدم دسترسی آنها به خدمات بهداشتی - درمانی و یا بهره‌مندی ناقص و ناکامل از این خدمات شود. بنابراین ملاحظه می‌شود که تفاوت در سطح هزینه‌های صرف شده برای کالا و خدمات مصرفی خود را در قالب تفاوت در بهره‌مندی از خدمات و کالاها و در نهایت به‌صورت تغییر در سطح سلامت فردی و حتی اجتماعی نشان می‌دهد. از طرف دیگر دولت به‌عنوان بدنه مسئول تأمین مالی و عرضه خدمات سلامتی در سطح کشور، متأسفانه در حوزه استقرار و پیاده‌سازی یک نظام تأمین مالی کارآ و اثربخش که منابع مالی کافی را فراهم و به‌صورت عادلانه تخصیص دهد، توفیق چندانی نداشته است. سهم بیشتر مردم از هزینه‌های بهداشتی - درمانی در قالب سازوکار پرداخت از جیب و کمبود و ضعف نظام‌های بیمه سلامت، به‌ویژه در سطح دوم و سوم خدمات، می‌تواند منجر به افزایش نابرابری‌های اشاره شده در بخش پیشین این مطالعه شده و متعاقب آن شرایط ناخوشایند سلامتی برای خانوارها به‌وجود آورد.

لازم به‌ذکر است که نابرابری به‌ویژه در عرصه سلامتی انسان‌ها بیشترین آثار نامطلوبش را روی گروه‌ها و اقشار آسیب‌پذیر شامل فقرا و مستمندان، کهنسالان، مادران و کودکان دارد. از طرف دیگر در کشور ما علیرغم تأکیدات فراوان قوانین و برنامه‌های بالادستی و دغدغه‌های فراوان مسئولین و سیاستگذاران، شاهد برنامه و نقشه اجرایی جامع، مدون و عملیاتی از طرف نهادها و دستگاه‌های مربوطه نمی‌باشیم. گرچه اقداماتی به‌صورت پراکنده و سلیقه‌ای به‌صورت مقطعی انجام می‌شود، اما در عمل همچنان شاهد وضعیت نامطلوب نابرابری‌ها بین اغنیا و فقرا در امر



مهمی مانند سلامت و یا خوراک هستیم. برای توضیح بیشتر این بحث، می‌توان به بررسی روند نابرابری هزینه‌های خوراکی و سلامت بین دهک‌های درآمدی مناطق شهری و روستایی پرداخت. مطابق آنچه در قسمت پیشین این نوشتار به آن اشاره شد، متأسفانه روند تغییر نابرابری در وضعیت هزینه‌های خوراکی و سلامت دهک‌های درآمدی خانوارهای شهری و روستایی محسوس و قابل ملاحظه نیست. در بازه زمانی ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ که سه دولت متفاوت حاکم بوده، از یک طرف روند نابرابری بین اغنیا و فقرا در هزینه‌های مرتبط با سلامتی آنها، بعضاً با تغییری مواجه نبوده و یا حتی روند صعودی داشته است، از طرف دیگر، بررسی نقطه‌ای و روندی مقادیر شاخص کاکاوانی - که نشان‌دهنده گروهی (فقیر یا غنی) است که بار مالی هزینه‌های سلامت و خوراکی بر آنها تحمیل شده است، نیز شاهد الگوی مشخص کاهشدهنده و یا فزاینده نیستیم.

در کل براساس مقادیر محاسبه شده برای شاخص مذکور، پرداخت‌های خانوارها برای خدمات سلامتی به‌صورت ملایم بر دوش ثروتمندان بوده است. این امر اگرچه مطلوب به‌نظر می‌رسد و تا حدی بیانگر انتقال بخشی از بار مالی خدمات سلامتی به دوش خانوارهای دهک‌های بالای درآمدی است، لکن چندان محسوس و قابل ملاحظه نیست.

البته در اینجا ذکر این نکته ضروری است، که مطابق با گزارش مرکز آمار ایران، هزینه‌های سلامتی دربرگیرنده همه هزینه‌هایی است که خانوار برای استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی طی یک ماهه گذشته صرف کرده‌اند و ممکن است هزینه‌هایی مانند عمل جراحی زیبایی و یا سزارین را دربرگیرد. هزینه‌های مذکور به‌نظر اثر چندانی در ارتقای سطح سلامت خانوارها ندارند و نمی‌توانند نماینده‌ای واقعی از بهره‌مندی از خدمات ضروری و پایه سلامتی باشند. ازسوی دیگر روند تحمیل هزینه‌های خوراکی به‌صورت ملایم و خفیف بر دوش فقرا بوده است. درواقع خانوارهای دهک‌های پایین‌تر درآمدی سهم بیشتری از درآمد خود را صرف تهیه غذا و امور مرتبط با آن کرده‌اند. این امر موجب می‌شود که خانوارهای مذکور ظرفیت درآمدی کمتری برای پرداختن به سایر هزینه‌هایی که پایه و اساس سلامتشان است، داشته باشند. به‌عنوان مثال صرف بیشتر هزینه برای غذا موجب می‌شود که خانوارها از توانایی مالی مطلوب جهت پرداختن به آموزش، تفریح و سرگرمی برخوردار نباشند. توجه اندک به این کالا و خدمات نیز در درازمدت موجب کاهش سطح سلامتی این خانوارها خواهد شد. همچنین گذر زمان و تغییر در دولت‌ها نیز تأثیر محسوس و مؤثری بر روند مذکور - تحمیل هزینه‌های پرداخت شده به دهک‌های پایین‌تر درآمدی کشور - نداشته است.

قدر مسلم، حتی در پیشرفته‌ترین کشورها نیز، همواره نابرابری به‌ویژه در عرصه سلامت وجود داشته و یکی از دغدغه‌های اصلی سیاستگذاران این کشورها نیز همین امر است، اما اینکه میزان این نابرابری‌ها چقدر باشد و اینکه چه تلاش‌ها و اقداماتی در جهت کاهش بار نابرابری‌ها بین

فقرا و اغنیا برداشته می‌شود، از مواردی است که بین کشورها متفاوت بوده و نیازمند توجه و بعضاً الگوبرداری از کشورهای موفق است.

بخش عمده وضعیت موجود نیز به نبود سازوکارهای فراگیر و مطلوب تأمین مالی خدمات سلامت در کشور ما مربوط می‌شود. ضعف در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی برای بهبود وضعیت تأمین مالی خدمات سلامتی، کمبود ظرفیت‌ها و زیرساخت‌ها و نقصان در نظارت بر اجرا و پیاده‌سازی سازوکارهای تعیین شده، موجب شده است که در حال حاضر سپر حمایتی کارآمد و مطلوبی برای پشتیبانی مالی از خانوارها هنگام استفاده از خدمات سلامتی نداشته باشیم. در نتیجه، عمده بار مالی پرداخت‌های خدمات سلامتی به دوش مردم افتاده است. طی دهه اخیر در قالب برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، قوانین و مواد مطلوبی توسط قانونگذار در راستای حمایت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌های بهداشتی - درمانی طراحی و تصویب شده‌اند، اما در عمل شاهد تحقق این اهداف و قوانین نبوده‌ایم. توسعه نیافتن زیرساخت‌های اساسی مانند نظام اطلاعات سلامت، بی‌ثباتی در مدیریت‌ها به‌ویژه در قسمت‌های مرتبط با امور تأمین مالی، نبود اشراف و مطالعه جامع و دقیق قانونگذاران به‌هنگام تهیه و تدوین برنامه‌ها و قوانین و تکلیف‌های دولت برای بخش سلامت و نیز نبود همکاری و هماهنگی بین‌بخشی و سازمانی با وزارت بهداشت از جمله موانع تحقق اهداف فوق بوده‌اند.

پیشنهادهای

به‌منظور کاهش نابرابری در وضعیت معیشتی، خوراکی و سلامتی خانوارهای کشور موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. به‌دلیل بنیانی بودن مقوله نابرابری وضعیت معیشتی و امور مرتبط با رفاه و بهزیستی خانوارهای کشور بهتر است برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در این زمینه به‌صورت بلندمدت و جامع بوده و توسط مجلس خط‌مشی‌های کلی آن تعیین شده و به‌عنوان یک مطالبه سیستماتیک همواره پیگیری شود. تغییرات دولت‌ها و به تبع آن تغییر در نگرش و رویکردهای آنها نسبت به توسعه، فقرزدایی و کاهش نابرابری‌ها موجب محدودیت‌های اساسی برای برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای نیل به موارد مذکور شده است. به همین دلیل به‌نظر می‌رسد که در حال حاضر حداقل در مقوله‌های توسعه اقتصادی، فقرزدایی و کاهش نابرابری، نیاز به برنامه‌ها و سیاست‌های تعیین شده توسط نهادهای حکومتی بوده که دولت‌ها ملزم به اجرا و پیاده‌سازی آن می‌باشند.
۲. توجه به مناطق روستایی، حاشیه‌نشین و در کانون قرار گرفتن آنها در برنامه‌های رشد و



توسعه اقتصادی.

۳. برنامه‌ریزی در جهت ایجاد کارآفرینی‌های مبتنی بر مشاغل کوچک و خانواده‌محور در مناطق فقیرنشین و روستایی کشور، در قالب ترویج برنامه‌های کارآفرینی‌های کوچک و خانواده‌محوری باشد که نقش دولت در آن بیشتر هدایتی بوده و بار مالی کمتری برای دولت دارد. نمونه این دست سیاست‌ها در کشورهایمانند چین، برزیل و هند وجود دارد.

۴. اجرا و پیاده‌سازی برنامه‌های ارزیابی و سنجش وضعیت فقر و درآمدی به‌صورت پایلوت (مقدماتی یا پیشین) در مناطق روستایی، فقیرنشین و کپرنشین. چنین برنامه‌هایی در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته مانند کشورهای منطقه اسکاندیناوی وجود دارد. در این برنامه‌ها هدف، طبقه‌بندی اقشار مختلف مردم برحسب وضعیت فقر و یا درآمدی آنها می‌باشد. گرچه اجرای چنین برنامه‌هایی ممکن است هزینه‌بر و وقت‌گیر باشد لکن با توجه به منافع بلندمدتی که برای توسعه اقتصادی و کاهش نابرابری‌ها دارد، توجیه‌پذیر و مطلوب می‌باشد.

۵. تأمین امنیت غذایی از طریق سازوکارهای حمایت از کشاورزان و دامداران در قالب برنامه‌های اعطای وام به گروه‌های مزبور، بیمه محصولات و خسارات دام و ممانعت از واردات بی‌رویه محصولات ارزبر و پرهزینه خارجی. مجموع این سیاست‌ها را می‌توان در قالب یک بسته حمایتی از کشاورزان، پیاده‌سازی نموده و از طریق آن می‌توان تا حدود زیادی تورم را کنترل و قیمت‌های مواد غذایی را مهار کرد و از فشار بیشتر به اقشار جامعه جلوگیری کرد.

۶. در مورد هزینه‌های سلامتی و نابرابری در آنها، پوشش بیمه‌ای باید به‌صورت هدفمند و در جهتی باشد که با توجه به وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانوارها و گروه‌های جمعیتی باشد. بدین معنی که در پرداخت حق بیمه، فرانشیز و مشارکت‌های مردمی در پرداخت هزینه‌های سلامتی باید مرزبندی شده و طبقه‌بندی دقیقی بین اقشار مختلف جامعه وجود داشته باشد. لازمه این امر نیز ایجاد یک ساختار اطلاعاتی جامع و دقیق و مبتنی بر شرایط گروه‌های جمعیتی است.

۷. پوشش بیمه‌ای نه تنها باید به تعداد نفرات تحت پوشش، بلکه باید به دو بُعد میزان هزینه پوشش داده شده توسط بیمه و نیز خدمات سلامتی تحت پوشش آن نیز توجه نماید. در این زمینه به‌منظور رفع هرچه بیشتر نابرابری‌ها بهتر است که خدماتی بیشتر تحت پوشش بیمه قرار بگیرند که نخست بیشتر مورد نیاز اقشار ضعیف و آسیب‌پذیر بوده و دوم موجب بهبود چشمگیری در وضعیت شاخص‌های کلیدی سلامت، مانند امید به زندگی و میزان ناتوانی‌ها شود.

پیوست

سنجه‌های اندازه‌گیری نابرابری‌ها

شاخص جینی^۱ و منحنی لورنز^۲، نسبت سهم بالاترین دهک به پایین‌ترین دهک^۳ در بین شاخص‌های نابرابری ضریب جینی اهمیت زیادی دارد و معرفیت آن به‌خاطر رابطه مستقیم آن با منحنی لورنز است. این شاخص محدوده‌ای از منحنی لورنز را که از خط برابری کامل فاصله می‌گیرد اندازه‌گیری می‌کند و بین صفر (برابری کامل) و یک (نابرابری شدید یا کامل) قرار می‌گیرد.^۴ بدیهی است که صفر درصد جمعیت، صفر درصد درآمد را دارا هستند و ۱۰۰ درصد جمعیت کل درآمد را دارند. بنابراین منحنی لورنز در یک مربع یک در یک از یک گوشه این مربع آغاز می‌گردد و به گوشه مخالف در سمت دیگر قطر مربع کشیده می‌شود. اگر همه اشخاص درآمدی یکسان را به‌دست آورند، منحنی لورنز به‌سادگی تبدیل به قطر می‌گردد. ولی در صورت عدم برابری مطلق، گروه‌های درآمدی پایین به‌طور نسبی سهم درآمدی پایین‌تری را به‌دست خواهند آورد. بنابراین واضح است که هر منحنی لورنز الزاماً باید زیر قطر قرار گیرد و همچنان که به سمت بخش‌های غنی‌تر جمعیت به جلو می‌رویم شیب آن به‌طور فزاینده‌ای رو به افزایش می‌گذارد و به هیچ عنوان کاهش نمی‌یابد. ضریب جینی نسبت تفاضل بین خط برابری مطلق (قطر) و منحنی لورنز به ناحیه مثلثی پایین قطر است.^۵

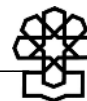
1. Gini Coefficient

2. Lorenz Curve

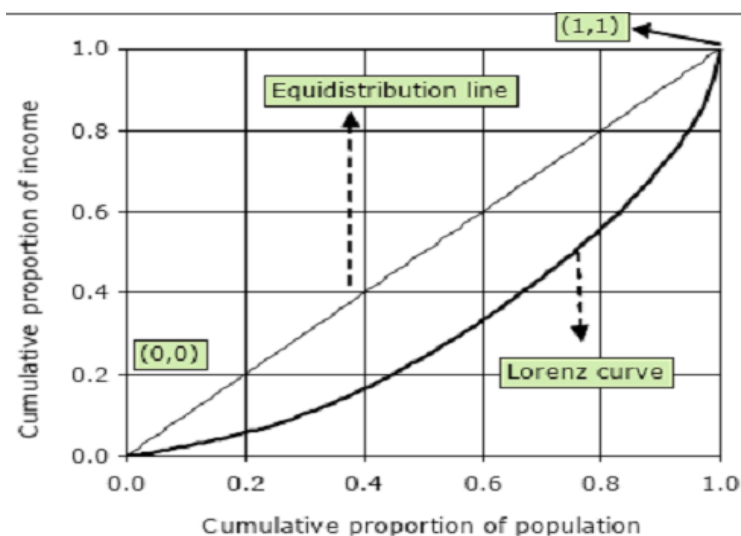
3. Ratio of the Share of the Top to the Bottom 10 Percent of the Households

4. Kakwani N. and Son Hyun: On measures of Inequality and Poverty with Welfare Implications, Edited by: Shah, Anwar (2003), Bringing Civility in Governance, vol. 3 of Handbook on Public Performance Reviews, Washington D.C.: The World Bank, 2003.

۵. مرکز آمار ایران، توزیع درآمد در خانوارهای شهری و روستایی کشور، ۱۳۷۶-۱۳۸۶، تهران مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، صص ۵-۷.



نمودار ۱. منحنی لورنز نحوه محاسبه شاخص جینی



ویژگی‌های ضریب جینی

۱. ضریب جینی ویژگی‌های سهولت برآورد، وضوح محتوا و مفهوم، محدود بودن دامنه تغییرات بین صفر و یک، عدم حساسیت نسبت به تغییر متناسب کلیه درآمدها و حساسیت نسبت به تغییر ثابت کلیه درآمدها را تأمین می‌کند.
 ۲. ویژگی‌های حساسیت متفاوت نسبت به انتقال درآمد بین افراد دارای رتبه متفاوت در الگوی توزیع درآمد (اصل انتقال نزولی) و تجزیه‌پذیری در ضریب جینی مصداق ندارد.
 ۳. ویژگی حساسیت نسبت به انتقال درآمد بین افراد جامعه (اصل پیگو - دالتون) در مواردی در این شاخص نابرابری تأمین نمی‌شود.
 ۴. در صورتی‌که منحنی لورنز الگوی توزیع درآمد دو جامعه، همدیگر را قطع نکنند، ضریب جینی شاخص مناسبی برای رتبه‌بندی میزان نابرابری آنهاست، لکن اگر این دو منحنی همدیگر را قطع کنند، ضریب جینی ممکن است رتبه‌بندی نادرستی از نابرابری آنها را نشان دهد.^۱
- نسبت سهم بالاترین دهک به پایین‌ترین دهک: از دیگر شاخص‌های رایج و مورد استفاده است که بیانگر میزان تفاوت بین درآمد و یا هزینه‌های صرف شده دهک‌ها و چندک‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی در یک جامعه است. معادله محاسباتی این شاخص به قرار زیر است:

1. Kakwani N. and Son Hyun: Onmeasure of Inequality and Poverty With Welfare Implication, edited by: shah: Anwar (2003), Bringing civility in Governance, Vol. 3 of Hand book on Public Performance reviews, Washington D.C: The World Bank (2003).

$$\text{نسبت سهم بالاترین دهک به پایین‌ترین دهک} = \frac{\text{متوسط درآمد (هزینه‌ها) بالاترین دهک}}{\text{متوسط درآمد (هزینه‌ها) پایین‌ترین دهک}}$$

این سنج‌ه همچنین برای چارک و یا پنجم هزینه‌ای و یا درآمدی نیز به‌کار می‌رود. مزیت اصلی این سنج‌ه در آسان بودن و سهولت فهم آن است. لکن عیب آن در تأثیر دادن تنها دو گروه از تمامی گروه‌های موجود و همچنین تحت تأثیر شدید نوسانات دو گروه فوق می‌باشد.

شاخص تمرکز

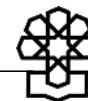
این شاخص از منحنی تمرکز به‌دست می‌آید، این شاخص از دو برابر کردن، مساحت ناحیه بین منحنی تمرکز و خط برابری کامل (نیمساز ۴۵ درجه محورهای متعامد منحنی) به‌دست می‌آید. به‌طور ایدئال اگر هیچ‌گونه نابرابری اقتصادی - اجتماعی بین خانوارها و افراد در یک جمعیت وجود نداشته باشد، مقدار شاخص برابر صفر می‌باشد، حال اگر منحنی تمرکز بالای خط برابری کامل قرار گیرد، مقدار شاخص منفی می‌شود که نشان‌دهنده تمرکز نامتوازن یک متغیر خاص سلامتی (در اینجا یارانه خدمات سلامتی) بین گروه‌های جمعیتی به ضرر فقراست، مثلاً مقدار منفی شاخص در اینجا به معنی توزیع نامناسب یارانه به ضرر فقرا می‌باشد. حال اگر منحنی تمرکز پایین خط برابری کامل قرار گیرد، شاخص تمرکز مثبت خواهد بود. شکل کلی معادله محاسباتی شاخص تمرکز به‌صورت زیر است:

$$C = 1 - 2 \int_0^1 L_h(p) dp .$$

در معادله فوق، p نشان‌دهنده درصد تجمعی نمونه رتبه‌بندی شده براساس وضعیت اقتصادی - اجتماعی و $L(p)$ نقطه نظیر هرکدام از p ها روی محور افقی است. درواقع این معادله، نشان‌دهنده این است که شاخص تمرکز برابر با دو برابر مساحت ناحیه بین خط برابری کامل و منحنی تمرکز می‌باشد. مقدار شاخص بین -۱ تا +۱ می‌باشد. لکن در عمل، به‌منظور محاسبه شاخص تمرکز براساس داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده از سطح خانوارها و افراد، می‌توان فرمول زیر را به‌کار گرفت:

$$C = \frac{2}{N\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{N}$$

در این رابطه، h_i متغیر سلامتی مورد نظر، μ میانگین این متغیر، $\frac{i}{N} r_i =$ رتبه‌ی نسبی فرد i با توجه به سطح استاندارد زندگی است که $i=1$ برای فقیرترین و $i=N$ برای غنی‌ترین فرد یا خانوار است. از طرفی در عمل به‌منظور سهولت بیشتر محاسبه شاخص تمرکز، این شاخص را براساس



کواریانس بین متغیر سلامتی مورد نظر و رتبه نسبی در توزیع استاندارد زندگی به صورت زیر تعریف می‌کند:

$$C = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h, r).$$

باید توجه کرد که شاخص تمرکز نشان‌دهنده وضعیت توزیعی یک متغیر خاص سلامتی با توجه به رتبه متغیر استاندارد زندگی خانوارها و افراد می‌باشد، نه براساس خود شاخص استاندارد زندگی.^۱

شاخص کاکوانی^۲

شاخص کاکوانی، از دیگر شاخص‌های مهم در سنجش میزان نابرابری توزیع شاخص‌های مالی (یارانه، مالیات، پرداخت مستقیم از جیب، مشارکت بیمه‌ای) می‌باشد، که علاوه بر محاسبه مقدار نابرابری، دلالت بر پیش‌روندگی و یا پس‌روندگی توزیع متغیر مذکور نیز دارد. این شاخص به صورت دو برابر مساحت ناحیه بین منحنی لورنز با منحنی تمرکز به دست می‌آید. همچنین فرمول کلی محاسبه شاخص کاکوانی به صورت زیر است:

$$\Pi_k = C - G$$

که در این فرمول، C بیانگر مقدار شاخص تمرکز و G بیانگر مقدار ضریب جینی سنجه استاندارد زندگی می‌باشد. مقدار شاخص کاکوانی بین دامنه -2 تا $+1$ می‌باشد. در صورتی که منحنی تمرکز بر منحنی لورنز غالب شود، مقدار شاخص مثبت و در صورت غلبه منحنی لورنز بر منحنی تمرکز مقدار شاخص منفی خواهد شد. حال در صورتی که منحنی تمرکز بالا منحنی لورنز قرار گیرد، مقدار شاخص کاکوانی صفر می‌شود، البته این شرط برای صفر شدن شاخص کاکوانی کافی است، ولی لازم نیست چراکه در صورتی که دو منحنی لورنز و تمرکز همدیگر را قطع کنند، نیز شاخص کاکوانی برابر با صفر می‌شود.

همچنین شاخص کاکوانی را می‌توان با استفاده از یک رگرسیون ساده که ترکیبی از شاخص‌های جینی و تمرکز است، محاسبه کرد. شکل این رگرسیون به قرار زیر است:

$$2\sigma_r^2 \left[\frac{s_i}{\hat{\mu}_s} - \frac{y_i}{\hat{\mu}_y} \right] = \alpha + \beta r_i + u_i,$$

1. O' Donnell, Van Doorslaer, Wagstaff A., Lindelow M., Analyzing Health Equity Using Households Survey Data: A Guid to Techniques and their Implementation. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2008.

2. Kakwani Index

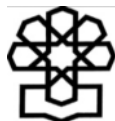
در رگرسیون فوق، S_i یارانه دریافتی توسط فرد i ام، $\hat{\mu}_S$ تخمینی از میانگین یارانه پرداختی، y_i سنجه استاندارد زندگی، $\hat{\mu}_y$ تخمینی از میانگین سنجه استاندارد زندگی، I_i رتبه نسبی موزون خانوار یا فرد i ام در توزیع استاندارد زندگی موجود و σ_r^2 واریانس رتبه موزون مذکور است. این رگرسیون را می‌توان با استفاده از روش حداقل مربعات معمولی^۱ (OLS) تخمین زد و مقدار β را که همان تخمینی از شاخص کاکوانی است، محاسبه کرد.^۲

منابع و مآخذ

- به صورت پاورقی در متن گزارش درج شده است.

1. Ordinary Least Square

2. O' Donnell, Van Doorslaer, Wagstaff A., Lindelow M., Analyzing Health Equity Using Households Survey Data: A Guid to Techniques and their Implementation. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2008.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۳۰۵۴

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت بین دهک‌های مختلف جامعه (در قالب هزینه‌های مصرفی خانوارهای روستایی و شهری)

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: حسام قیاسوند

ناظران علمی: رضا زمانی، علی اخوان بهبهانی، ایوان مسعودی اصل

همکار: مریم رهبری

متقاضی: معاونت پژوهش‌های اجتماعی - فرهنگی

ویراستار تخصصی: —

ویراستاران ادبی: علی خلیلی، فرزاد جعفری

واژه‌های کلیدی:

۱. دهک‌های درآمدی

۲. هزینه‌های خوراکی

۳. هزینه‌های سلامت

۴. نابرابری

۵. ضریب جینی

۶. شاخص تمرکز

۷. شاخص کاکوانی

تاریخ انتشار: ۱۳۹۲/۴/۱۱