

هدف‌مندسازی پرداخت یارانه‌ها به بخش سلامت

دکتر بهزاد نجفی

کارشناس امور دارویی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان میانه

برابر نابرابری‌ها و سختی‌هایی چون تغییر قیمت‌ها و شرایط عرضه کالا و خدمات حمایت می‌شود تا به حدی از توان اقتصادی برسند که دیگر نیازی به کمک نداشته باشند. به این نوع حمایت اقتصادی «یارانه» (Subsidy) می‌نامند. هدف اصلی دادن یارانه به اقشار آسیب‌پذیر در یک اقتصاد سالم و منظم، هماهنگ کردن این اقشار با سرعت توسعه اقتصادی است، بی‌آن‌که آسیبی به آن‌ها برسد. به عبارت دیگر، روند شتابان و پرنوسان توسعه اقتصادی هرگز به سبب ناتوانی عده‌ای از همراهی با آن، متوقف نمی‌شود و برعکس این گروه‌های ضعیف هستند که ناچارند با بهره‌گیری از حمایت‌های اقتصادی، خود را با شتاب توسعه در جامعه هماهنگ کنند.

■ پرداخت یارانه‌های اقتصادی، گره‌گشا یا مشکل‌ساز؟

وقتی نهال نوپایی را در باغچه خانه خود می‌کاریم، معمولاً برای حراست از آن بذر برابر وزش باد و طوفان، چوب کوتاهی را به عنوان «قیم» و حامی در کنارش قرار می‌دهیم تا نهال نوپا، با اتکا به آن رشد کند و ببالد و به حدی از استقامت برسد که دیگر نیازی به حمایت نداشته باشد هم‌چنین بزرگترها، با رفتاری منطقی و درست، به کودکان خود هنگام عبور از عرض خیابانها کمک می‌کنند تا حادثه‌ای برای آنها رخ ندهد.

در علم اقتصاد نیز این‌گونه حمایت‌های منطقی وجود دارد و تحت شرایطی خاص و در یک دوره زمانی معین و محدود، از گروه‌های ضعیف جامعه در

جامعه را تنبل و سست می‌کند و انگیزه تحرک و پویایی اقتصادی را از بین می‌برد. علاوه بر این هزینه‌های سنگینی را به صورت یارانه‌های مختلف به بودجه کشور تحمیل می‌کند که می‌توان آنها را در راه ایجاد زیر ساخت‌های محکم و استوار و اصلاح روش‌ها به کار برد.

■ هدف‌مندسازی یارانه‌های عمومی برای سلامت

در سرتاسر جهان، دولت‌ها مقادیر قابل توجهی از منابع مالی خود را به بخش سلامت اختصاص می‌دهند.

سهم دولت‌ها از هزینه‌های سلامت، هم در کشورهای فقیر و هم در کشورهای غنی، به مانند یکدیگر بالاست؛ هر چند با افزایش ثروت کشور، این سهم نیز افزایش می‌یابد.

چرا نقش دولت‌ها در بخش سلامت تا این حد حیاتی است؟ دو هدف اساسی عمده در این میان وجود دارد: یکی از آنها بهبود کارایی و دیگری ارتقای عدالت است. اکثر بخش‌های اقتصادی مختلف، به درجات مختلف دچار نارسایی‌های بازار هستند. به دلیل این نارسایی‌ها، عدم مداخله دولت جهت تصحیح آنها باعث ناکارآمدی کارکرد بخش مربوطه می‌شود؛ یعنی نوع و میزان خدمات تولید و مصرف شده، با حالت بهینه و ایده‌آل آن از نظر اجتماعی فاصله می‌گیرد.

درباره بخش سلامت این دیدگاه مکرراً وجود داشته است که سرآمد موارد نارسایی بازار است. این موارد نارسایی عبارتند از: نارسایی‌های اطلاعاتی، بازارهای ناقص، نارسایی در رقابت، اشاره می‌کند.

به این سبب، آنچه در این میان اهمیت بسیار دارد، چگونگی یاری رسانی و پرداخت یارانه به گروه‌های آسیب‌پذیر است.

در میان پژوهشگران و کارشناسان مسائل اقتصادی هنوز هم بحث بر سر این موضوع مطرح است که آیا اساساً پرداخت یارانه به اقشار آسیب‌پذیر ضرورت دارد یا اینکه باید شیوه‌های مناسب‌تری برای حمایت از این گروه در برابر اقشار آسیب‌پذیر به کدام گروه از افراد جامعه گفته می‌شود و ملاک آسیب‌پذیری یا توانمندی افراد چیست؟

■ ضرورت‌های پرداخت یارانه

در تبیین ضرورت‌های پرداخت یارانه هم‌چنین این پرسش مطرح است که پرداخت یارانه در یک کشور در حال توسعه به چه عواملی بستگی دارد و آن دسته از نیازهای زندگی مردم که باید با اهرم یارانه برطرف شود، کدام است؟

در کشور ما نیز هنوز پاسخ مشخصی به این پرسش‌ها داده نشده و ابهام در برداشت از موضوع ضرورت پرداخت یارانه به مردم سبب شده است که این مسئله روند توسعه و آهنگ رشد اقتصادی را کند نماید.

برخی از کارشناسان اقتصادی با تاکید بر لزوم حمایت دولت از گروه‌های ضعیف در برابر نوسانهای اقتصادی معتقدند: این باور که پرداخت یارانه در کشورهای رو به توسعه باید مداوم، نامحدود و فراگیر باشد، درست نیست و بی‌گمان سرعت توسعه و توانمندی‌های اقتصادی اقشار آسیب‌پذیر را کاهش می‌دهد.

عادت کردن به حمایت اقتصادی دولت، مردم

عدالت، دومین هدف راهنمای اقدامات دولت در امر سلامت است. در اینجا نیز به مثابه سایر بخش‌های اقتصاد، توزیع منابع طبق نیروهای بازار یعنی عرضه و تقاضا، لزوماً به تخصیص عادلانه منابع منتهی نمی‌شود؛ خصوصاً اگر توزیع نابرابر درآمد را که مشخصه اکثر جوامع در حال توسعه است، در نظر بگیریم.

بنابراین حتی اگر بخش سلامت به گونه‌ای هدایت و رهبری شود که کارکردی کارا داشته باشد، احتمال زیادی وجود دارد که برخی افراد، از دسترسی بهتری به خدمات سلامت نسبت به بقیه برخوردار باشند؛ بنابراین، دولت در اینجا هم نقش کلیدی در از بین بردن بی‌عدالتی‌ها در بخش سلامت بازی می‌کند.

■ ارزشیابی تاثیر مصارف دولت در امر سلامت

برای ارزشیابی موفقیت یا تاثیر هزینه‌های عمومی صرف شده در امر سلامت، لازم است بدانیم که دولت‌ها تلاش می‌کنند دقیقاً چه چیزی به دست آورند.

به عنوان مثال، اگر هدف اصلی، تحصیل بیشترین منافع ممکن درباره کارایی در سلامت باشد، ارزشیابی باید به بهبود وضعیت سلامت توجه نماید که قابل انتساب به مداخلات تامین مالی شده توسط دولت باشد و سپس ارتباط بین این منافع و منابع صرف شده را مشخص نماید. از سوی دیگر، اگر هدف عمده، بهبود عدالت است، آن وقت ارزشیابی متفاوتی مورد نیاز خواهد بود؛ آن وقت باید بررسی کرد که چگونه فعالیت‌های دولتی توانسته است در پر کردن شکاف موجود بین

گروه‌های جمعیتی مختلف در وضعیت سلامت، در دسترسی به مراقبت سلامت و یا در توزیع منابع عمومی مختص سلامت، کمک نماید.

البته مشخصاً در بخش سلامت، دولت‌ها همزمان هر دوی این اهداف را دنبال می‌کنند و بنابراین همیشه نمی‌توان هزینه‌های دولت در امر سلامت را به یکی از این هدف خاص نسبت داد.

خوشبختانه، این مشکل، غیرقابل حل نیست، با وجود این، ارزشیابی تاثیر مصارف دولت در امر سلامت از زوایای مختلف امکان‌پذیر است.

■ تخصیص یارانه‌های عمومی برای سلامت:

هدفمندسازی

تخصیص یارانه‌های عمومی، ابزاری برای سیاستگذاری است که در دست دولت قرار دارد. دولت شایسته و هدفمند که آرزوی ارتقای عدالت در بخش سلامت را دارد، از این ابزار به گونه‌ای معقول و منطقی استفاده خواهد کرد و منابع محدود خود را برای دستیابی به بالاترین منافع عادلانه ممکن، تخصیص خواهد داد.

بنابراین، زمانی که اهداف عدالت مطرح باشد، چنین دولتی تلاش خواهد کرد یارانه‌های سلامتی را به سمت و سوی گروه‌های جمعیتی دارای بیشترین نیاز یا آسیب‌پذیری، هدایت نماید.

به عنوان مثال، دولت ممکن است مراکز سلامت را در مناطق فقیرنشین تاسیس نماید به این امید که آنهایی که از ارائه خدمات طبی عمومی رایگان بهره می‌برند، عمدتاً افراد محلی کم درآمد این مناطق باشند؛ اینکه ممکن است به دنبال اعطای بن دولتی برای مراقبت خصوصی یارانه‌ای فقط جهت افرادی

مثل هزینه و اثربخشی خاص خود را دارا است هزینه هدف‌مندی سازی، ارزش اقتصادی تمام منابعی است که به تلاش‌ها و اقدامات صورت گرفته برای هدف‌مندی سازی اختصاص داده می‌شود.

به عنوان مثال، چنانچه قرار باشد یارانه‌ای بر مبنای وضعیت اقتصادی - اجتماعی فرد تعیین و پرداخت شود، آن وقت هزینه هدف‌مندی سازی عبارت خواهد بود از بررسی پیمایشی خانوار در سطح ملی برای ارزیابی وضعیت اقتصادی - اجتماعی یا حقوق‌های مددکاران اجتماعی که برای ارزیابی وضعیت افراد به کار گمارده شده‌اند.

اثربخشی هدف‌مندی سازی، نسبتی از یارانه‌هاست که به درستی به افراد گروه هدف می‌رسد. با ترکیب دو مقوله هزینه و اثربخشی، می‌توان سنجه‌ای به دست آورد که مشخص نماید یک سیاست هدف‌مندی سازی خاص، تا چه حدی کارایی دارد (یا معادل آن، چقدر هزینه - اثربخش است).

به عنوان مثال، راهبردی را در نظر بگیرید که هیچ‌گونه هدف‌مندی سازی در آن صورت نمی‌گیرد و همزمان، بخش عمده یارانه‌ها به سمت افراد غیرفقیر سوق داده می‌شود. بدیهی است که چنین راهبردی، کارایی ندارد. راهبرد دیگری که به همین میزان ناکارایی خواهد داشت این است که تلاش‌ها و اقدامات هدف‌مندی سازی آن، آنقدر هزینه بر باشد که یارانه اندکی برای افراد هدف باقی بگذارد.

موفق‌ترین سیاست هدف‌مندی سازی آن است که بدون هزینه یا با هزینه اندک، به هدایت و جهت‌دهی عمده یارانه‌ها به افراد گروه هدف بپردازد.

همان‌گونه که پیشتر ذکر شد، در سرتاسر جهان،

باشد که از طریق آزمون سنجش استطاعت مالی یا سایر روش‌های دیگر، فقیر بودن یا توانایی اندک پرداخت آنها اثبات و تایید شده است.

متأسفانه دولت‌ها همیشه نتوانسته‌اند با موفقیت، یارانه‌های سلامت خود را به سمت نیازمندترین افراد جهت‌دهی و هدایت کنند. در حقیقت، دولت‌ها ممکن است اطلاعات محدودی راجع به تعیین بهترین شیوه تخصیص یارانه‌های سلامت در اختیار داشته باشند یا ممکن است کفایت لازم را برای طراحی روش‌های اثربخش در جهت متمرکز ساختن یارانه‌های خود نداشته باشند یا حتی فشارهای موجود، تخصیص این یارانه‌ها را به سمت و سوی سوق دهد که به نفع افراد غیرفقیر باشد.

هدف‌مندی سازی اشاره به اقداماتی دارد که دولت از طریق آن، یارانه‌های خود را به سوی گروه‌های جمعیتی هدف، سوق می‌دهد. دولتی که به دنبال عادلانه‌تر ساختن بخش سلامت است، در صورتی در هدف‌مندی سازی یارانه‌های سلامت خود موفق خواهد بود که کل یارانه (یا بخش عمده آن را) به افراد آسیب‌پذیر برساند؛ یعنی آن‌هایی که محدودیت فیزیکی یا مالی در دسترسی به مراقبت سلامت مناسب دارند.

چنانچه بخش قابل توجهی از یارانه‌های سلامت به دست افراد گروه هدف نرسد و در عوض، به سمت گروه‌های جمعیتی دیگری سوق داده و توسط آنها استفاده شود، دولت در هدف‌مندی سازی یارانه‌های خود موفق نبوده است.

روش‌های متعددی برای هدف‌مندی سازی یارانه‌های سلامت دولتی وجود دارد که هر یک، مشخصه‌هایی

دولت‌ها به یارانه‌دهی جهت ارایه کالای سلامت خصوصی نیز مبادرت می‌ورزند.

اینکه چرا چنین اتفاقی می‌افتد، سوالی است که در بخش فعلی به آن پاسخ می‌دهیم. اگر تامین مالی عمومی برای کالاهای سلامت خصوصی از نظر اقتصادی توجیه‌پذیر باشد، کدام کالاها باید یارانه دریافت کنند؟

واضح است که در شرایط محدودیت منابع، همه آنها نمی‌توانند یارانه دریافت کنند. بنابراین اگر دولت قصد دارد برخی از کالاهای سلامت خصوصی را تحت پوشش یارانه قرار دهد، باید تصمیم‌گیری کند که پرداخت یارانه به کدامیک از آنها را صورت دهد.

بنابراین، انتخاب مجموعه خدمات سلامت تحت پوشش یارانه عمومی نیازمند آن است که دولت، قوانین تصمیم‌گیری خاص یا اشکالی از اولویت‌بندی را مورد استفاده قرار دهد.

اما امروزه اولویت‌بندی، موضوع بحث‌انگیز بسیار داغ و سوال بسیار سخت و جدی در سیاستگذاری عمومی در سرتاسر جهان است. پیش از اینکه به سراغ نظریه اقتصادی برای یافتن پاسخ‌های احتمالی برویم، خوب است به بررسی این موضوع پردازیم که دولت‌ها واقعا چه کار می‌کنند. در بسیاری از کشورهای صنعتی مثل کانادا و انگلستان، خدمات سلامت تحت پوشش تامین مالی عمومی قرار دارند و به‌صورت رایگان به آحاد مردم کشور ارایه می‌شوند.

به دلیل ثروت قابل توجه آنها، این کشورها می‌توانند از عهده تامین مالی و مجموعه وسیعی از خدمات برآیند؛ از مراقبت اولیه سلامت در

تسهیلات سرپایی (که ارزان قیمت است) گرفته تا اقدامات تشخیصی - درمانی گران قیمت و پیچیده در بیمارستان‌های سطح سوم. به هر حال در چنین شرایطی، خواه ناخواه ساز و کارهایی برای سهمیه‌بندی یا جیره‌بندی وجود خواهد داشت مثل فهرست انتظار و محدودیت در فراهم‌سازی اقدامات نگهدارنده برای بیماران مراحل انتهایی؛ چنین امری غیرقابل اجتناب است.

هم‌چنین برای برخی اقدامات، پرداخت مبالغی از سوی مصرف‌کنندگان نیز در نظر گرفته شده است. با وجود این تامین مالی عمومی برای کالاهای سلامت خصوصی، غالب است.

در اکثر کشورهای در حال توسعه، دولت‌ها تلاش کرده‌اند که برای ارایه خدمات سلامت خصوصی نیز یارانه پرداخت کنند تا راهی برای ارتقای دسترسی همگانی به مراقبت سلامت فراهم شود. البته به دلیل اعتبارات عمومی بسیار محدودتر در این کشورها، مجموعه خدماتی که این دولت‌ها می‌توانند تقبل نمایند، بسیار محدودتر از کشورهای ثروتمندتر است.

بنابراین در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، دولت‌ها اینگونه ابراز می‌کنند که می‌توانند تمام خدمات سلامت خصوصی را برای همه شهروندان تامین مالی نمایند اما در عمل در این کار شکست می‌خورند. مشخصا جیره‌بندی و سهمیه‌بندی گسترده‌ای برای مراقبت تخصصی و بیمارستانی به چشم می‌خورد با روش‌هایی مثل؛ جیره‌بندی از طریق فهرست‌های انتظار طولانی‌مدت، از طریق اعمال نفوذ سیاسی، از طریق ارایه خدمات در برخی مناطق خاص و نه در مناطق اعمال پرداخت‌های

این نارسایی‌ها اشاره کردیم. یکی از نارسایی‌های عمده نبود بیمه سلامت است. در سرتاسر جهان. بدون هیچ‌گونه مداخله‌ای از سوی دولت، بازارهای خصوصی نمی‌توانند بیمه سلامت ارائه کنند. این امر، ضرر مهمی به رفاه افراد و جامعه وارد می‌کند. اکثر حوادث و بیماری‌ها، به‌صورت تصادفی بروز می‌کنند و هزینه درمان بعضی از آنها برای برخی از افراد یا خانواده‌ها ممکن است بسیار بالا باشد.

این مشکلات تحت عنوان مشکلات کمرشکن سلامت شناخته می‌شوند، چرا که پرداخت هزینه‌های درمان، فاجعه مالی جدی برای فرد یا خانوار محسوب می‌شود. اکثر افرادی که منابع کافی در اختیار دارند ترجیح می‌دهند که حق بیمه صحیح و محاسبه شده‌ای پرداخت کنند تا اینکه احتمال یا خطر مواجهه با ورشکستگی و ضایعه مالی را در صورت بروز حادثه یا مشکل سلامت جدی در خانواده را بپذیرند.

اقدام دولت برای مقابله با نارسایی بازار بیمه، به اشکال مختلفی صورت می‌گیرد. یکی از روش‌ها آن است که دولت، افراد یا کارفرمایان (یا هر دوی آنها را مشترکاً) را موظف می‌کند تا بیمه سلامت برای کارگران و افراد تحت تکفل آنها خریداری نمایند. این کار در ایالات متحده و شیلی انجام شده است.

یکی دیگر از آنها عبارتست از ارائه خدمات سلامت یارانه‌ای از سوی دولت برای مواردی که کمرشکن محسوب می‌شوند تا این خدمات، به‌صورت همگانی یا برای گروهی منتخب (برحسب توان پرداخت آنها یا سایر خصوصیات فردی‌شان) فراهم باشد.

رسمی یا غیررسمی از سوی مصرف‌کنندگان که منابع مالی کمکی برای ارائه خدمات فراهم می‌کند و در عین حال مراقبت را بر حسب توان پرداخت، جیره‌بندی می‌کند.

بنابراین شواهد بیانگر آن است که اکثر کشورها (فقیر و غنی) از منابع مالی عمومی برای پرداخت جهت کالاهای سلامت خصوصی استفاده می‌کنند. سوال مدنظر اقتصاددانان این است که آیا چنین کاری، مطابق با آنچه نظریه اقتصادی مطرح می‌کند هست یا خیر.

دواستدلال اقتصادی به نفع کالاهای سلامت خصوصی یا تامین مالی عمومی برای آنها وجود دارد. نخست، تمایل دولت به تضمین این مساله است که جمعیت کشورش از پوشش بیمه سلامت به میزان کافی بهره‌مند است. دوم، برای اینکه جامعه‌ای از عدالت برخوردار باشد، تمام شهروندان باید از مجموعه حداقلی از خدمات سلامت (هم خصوصی و هم عمومی) برخوردار باشند که در زمان نیاز، از آنها استفاده کنند.

اما به دلیل اینکه برخی از افراد آنقدر فقیر هستند که نمی‌توانند به‌صورت مستقیم از جیب خود برای دریافت چنین خدماتی پول پرداخت کنند، اعطای یارانه از سوی دولت ضروری خواهد بود.

اجازه دهید این دو موضوع را مجزای از یکدیگر بررسی کنیم.

■ بیمه سلامت برای خدمات سلامت خصوصی

در بحث مقدماتی خود راجع به نارسایی‌های بازار در بخش سلامت و نیاز به اقدام دولت برای غلبه بر

روش سوم این است که دولت، بیمه سلامت را اجباری می‌کند و حق بیمه افرادی را که توان پرداخت‌شان محدود است، به صورت یارانه‌ای پرداخت می‌کند.

مساله کلیدی که در زمینه بیمه سلامت با تامین مالی عمومی مطرح می‌شود آن است که چه نوع پوششی ارایه شود و یا معادل آن، چه خدمات سلامتی در این شیوه تامین مالی گنجانده شوند. آیا جراحی بای‌پس‌کرونر باید جزو خدمات تحت پوشش گنجانده شود؟ یا پیوند مغز استخوان جزو آن باشد؟ یا دیالیز بیماران کلیوی مرحله انتهایی؟ این موارد، برای اکثر ساکنین کشورهای با درآمد کم و متوسط، جزو حوادث کمرشکن سلامت محسوب می‌شوند. به همین دلیل، سیاستگذاری عمومی بر سر یک دوراهی گیر می‌افتد: آیا عاقلانه است که منابع محدود عمومی را به ارایه این خدمات گران قیمت اختصاص دهیم که غالباً میزان منافع آنها در مزایای سلامت، به ازای هر دلار صرف شده، متوسط است؟ یا اینکه باید اولویت را به تخصیص منابع موجود به سایر مداخلات مراقبت سلامت داد که منافع سلامتی بیشتری به ازای هر دلار صرف شده به همراه دارند؟

پیش از پاسخ دادن به این سوال آخر، لازم است که همین‌جا توقف کنیم و به سوال اصلی مان برگردیم: آیا از نظر اقتصادی، توجیه پذیر است که یارانه‌های عمومی را به پرداخت برای کالاهای سلامت عمومی اختصاص دهیم؟ (با این همه، بیشتر مشکلات سلامتی که بیمه سلامتی پوشش می‌دهد کالای خصوصی است) پاسخ مثبت است.

با پرداخت حق بیمه‌ها یا از طریق تامین مالی مستقیم برای ارایه خدمات سلامت گران قیمت، دولت در واقع دو چیز را به دست می‌آورد:

۱ - بهبود رفاه: مردم کشور، شاداب‌تر زندگی می‌کنند به دلیل بیمه بودن، ایمنی مالی بیشتری احساس می‌کنند.

۲ - سلامت بهتر: که از طریق خدماتی به دست آمده است که توسط بیمه، تامین مالی می‌شوند. بنابراین، ارایه بیمه سلامت برای پوشش کالاهای سلامت خصوصی برای عموم مردم، درجاتی از اولویت‌بندی را به همراه خواهد داشت که برای این امر، هزینه - اثربخشی ابزار مناسبی به نظر می‌رسد. دوم، مساله هدفمندسازی نیز در زمینه بیمه سلامت با تامین مالی دولتی مطرح می‌شود؛ سوال در اینجا آن است که چه کسی (کسانی) باید یارانه‌های بیمه دولتی را دریافت کنند. درباره این موضوع، در مباحث بعدی این مجموعه صحبت خواهیم کرد.

■ حداقل میزان دسترسی تضمین شده به کالاهای سلامت خصوصی

بسیاری از دولت‌ها (و اقتصاددانان) از این دیدگاه حمایت می‌کنند که برای اینکه نظام سلامت عادلانه باشد، تمام افرادی که با شرایط سلامت مشابهی مواجه هستند، باید از دسترسی برابر و یکسانی به حداقل مجموعه قابل قبولی از خدمات سلامت برخوردار باشند. این خدمات، نه فقط شامل کالاهای عمومی یا کالاهای دارای آثار خارجی عمده می‌شود بلکه برخی از کالاهای سلامت خصوصی یا نیمه خصوصی (مثلاً آپاندکتومی) را نیز در برمی‌گیرد.

صاحب نظران مختلف، تاکنون می‌ها یا شیوه‌های طبقه‌بندی گوناگونی را برای روش‌های هدف‌مندی‌سازی فعلی، مطرح کرده‌اند. ما از چهار دسته‌بندی زیر استفاده خواهیم کرد:

۱- هدف‌مندی‌سازی بر مبنای ارزیابی فردی

اینکه چه کسی، حق دریافت خدمات سلامت یارانه‌ای را داشته باشد (که تحت عنوان استحقاق شناخته می‌شود)، از طریق ارزیابی خصوصیات فردی مثل درآمد، وضعیت سلامت، رفتار، وضعیت تغذیه یا معیارهای دیگر، قابل تعیین است. جمعیت هدفی که به این شکل تعیین می‌شود می‌تواند مراقبت سلامت رایگان یا خدمات مرتبط با سلامت دریافت کند (به عنوان مثال، مکمل‌های غذایی، مراقبت گنجانده شده در بسته پایه خدمات سلامت و یا خدمات پیشگیرانه یا درمانی رایگان).

۲- هدف‌مندی‌سازی بر مبنای خصوصیات گروهی

ارزیابی خصوصیات فردی، همواره امری آسان نیست و غالباً ناکارایی دارد. به عنوان مثال، فرض کنید مشخص شده است که اکثریت عمده ساکنین یک منطقه جغرافیایی خاص، افراد گروه هدف هستند.

در این حالت، ارائه خدمات یارانه‌ای به همه ساکنین منطقه، بسیار کارایی بیشتری خواهد داشت تا اینکه تلاش کنیم با هزینه‌های اجرایی بالا، به ارزیابی خصوصیات فردی هر یک از آن‌ها بپردازیم و گروه غیرهدف باقیمانده را که مشمول مزایا و منافع قرار نمی‌گیرند، مشخص کنیم.

البته این حقیقت وجود دارد که برخی از افراد، آنقدر فقیر هستند که نمی‌توانند به صورت پرداخت مستقیم (از جیب)، برای این کالاهای سلامت خصوصی بپردازند که در این حالت، اعطای یارانه از سوی دولت ضرورت پیدا می‌کند.

آیا معقول به نظر می‌رسد که به دلایل مربوط به عدالت، دولت الزاما برای مصرف خدمات سلامت خصوصی، یارانه بپردازد؟ بله؛ درست مانند آنچه در بسیاری از کشورها به وفور پذیرفته شده است که دولت باید برای سایر کالاها و خدماتی که حق شهروندان محسوب می‌شوند (مثل مسکن و آموزش پایه)، یارانه اعطاء کند. بنابراین، سوال مطرح شده این نیست که آیا یارانه عمومی باید به کالاهای سلامت خصوصی تعلق بگیرد یا خیر. بلکه مانند بیمه سلامت، دو سوال مهمی که در بستر اعطای یارانه به کالاهای سلامت خصوصی مطرح می‌شود آن است که:

۱- چه خدماتی باید یارانه عمومی دریافت کنند؟

۲- چه کسانی باید از یارانه‌های عمومی بهره‌مند شوند؟

■ روش‌های هدف‌مندی‌سازی یارانه‌های سلامت در بخش دولتی

چگونه می‌توان یارانه‌های دولت برای سلامت را هدف‌مند ساخت؟ روش‌های متعددی به صورت نظری وجود دارند اما اینکه کدامیک، در عمل بهترین کارکرد را داشته باشد بستگی به عواملی مانند زیر دارد: امکان‌پذیری و هزینه‌های اجرایی، پایداری سیاسی و همچنین تاثیر آن‌ها بر تقاضا.

۴ - هدفمندسازی برحسب نوع خدمت

ایده مربوط به این شیوه از هدفمندسازی به این صورت است که خدمات یارانه‌ای ارائه شوند که تقاضای نامتناسبی توسط فقرا و یا گروه هدف نسبت به آنها وجود دارد (با در نظر گرفتن شرایط خاص سلامتی که دارند و محدودیت‌های درآمدی که با آن مواجه هستند).

این ایده، طرز فکر اصلی است که در عرضه بسته پایه خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه نهفته است. خدمات زایمانی و پیش از تولد، درمان اسهال و عفونت‌های حاد تنفسی فوقانی، مکمل‌های غذایی و درمان بیماری‌های آمیزشی و سل، همگی مثال‌هایی از خدماتی هستند که چنانچه به صورت همگانی در دسترس باشند، خصوصاً به فقرا فایده می‌رسانند.

منابع

1. Bitran R, Willis C. Targeting public subsidies for health. *Equity in health* February 1998.
2. Birtan R, Willis. Targeting public subsidies for health: Background and motivation. February 1998.
3. Birtan R, Willis. Targeting public subsidies for health: Methods of targeting government health subsidies. February 1998.



در چنین مواردی، منافع در سطح گروه ارایه می‌شوند. به صورتی که گروه می‌تواند یک منطقه جغرافیایی باشد که عمدتاً افراد آن بسیار فقیر هستند یا تمام کودکانی باشند که در مدارس عمومی تحصیل می‌کنند.

۳ - خود هدفمندسازی

در خود هدفمندسازی، هیچ تلاشی برای تعیین استفاده‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت یارانه‌ای صورت نمی‌گیرد؛ چرا که افراد، خودشان انتخاب می‌کنند.

یعنی خدمات به گونه‌ای ارایه می‌شوند که افراد گروه هدف، آزادانه جلو می‌آیند و خدمات مورد نیاز را تقاضا می‌نمایند در حالی که افراد غیر گروه هدف، خدمات مراقبتی غیریارانه‌ای را از جای دیگری تقاضا خواهند کرد به عنوان مثال، این کار را می‌توان از طریق گرداندن یک مرکز سلامت در یک مکان فقیر انجام داد.

اکثر استفاده‌کنندگان، افراد بسیار فقیری هستند که در یک مکان فقیرانه زندگی می‌کنند در حالی که تعداد افراد بسیار کمتری از خارج از منطقه، تصمیم به دریافت مراقبت از منطقه فقیرنشین می‌گیرند. صف‌های انتظار طولانی و نبود تسهیلات و آسایش کافی، تقاضاها را به گونه‌ای جیره‌بندی می‌کند که اکثر استفاده‌کنندگان ممکن است از گروه جمعیت هدف باشند. البته هدفمندسازی از طریق جیره‌بندی، بعضاً هزینه‌های خصوصی بالا برای استفاده‌کنندگان آتی به وجود می‌آورد که گروه هدف را از دریافت خدمات یارانه‌ای باز می‌دارد.