

اثرهای بازتوزیعی هزینه‌های بهداشتی - درمانی در ایران

محمد حاجی‌زاده*

چکیده

منابع تأمین مالی نظام بهداشتی - درمانی به دو گروه عمده دولتی و خصوصی تقسیم می‌شوند. در ایران نیز با توجه به این تقسیم‌بندی هزینه‌های دولتی (هزینه‌های عمومی) بخش بهداشت و درمان شامل هزینه‌هایی است که دولت از محل درآمدهای خود (فروش نفت، اخذ مالیات و...) تأمین می‌کند. هزینه‌های خصوصی این بخش در ایران هم به طور عمده پرداختهای مستقیم خانوار را شامل می‌شود و هرکدام از این منابع اثرهای متفاوتی بر توزیع درآمد در طول سالهای مختلف داشته‌اند.

این مقاله ضمن اشاره به مباحث و ادبیات مربوط به بازتوزیعی هزینه‌های بهداشتی - درمانی، اثرهایی را بررسی می‌کند که بخش دوم منابع تأمین مالی یعنی هزینه‌های مستقیم و خصوصی خانوارها در مناطق شهری و روستایی بر بازتوزیع درآمد داشته است. این مطالعه نشان می‌دهد که هزینه‌های بهداشتی - درمانی اثرهای مثبتی بر بازتوزیع در شهرها و روستاها داشته و این هزینه‌ها در مناطق شهری در سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۹ و در مناطق روستایی در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ به ترتیب بیشترین و کمترین تأثیر را نشان می‌دهند.

* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

مقدمه

گسترش عدالت و کاهش نابرابری‌ها در بین تمام جوامع دارای اهمیت ویژه‌ای است، به طوری که بخش اعظم مباحث اقتصاد هنجاری را موضوع عدالت اقتصادی تشکیل می‌دهد. بر اساس تعابیر جدید، عدالت اقتصادی نه تنها بخش اصلی موضوع عدالت اجتماعی را تشکیل می‌دهد، بلکه حتی می‌توان گفت تمام ابعاد عدالت اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد.^۱

رسیدن به عدالت در توزیع درآمد به عنوان یکی از ارکان اساسی عدالت در ادبیات اقتصادی مطرح است و همواره جوامع مختلف در جهت رسیدن به این هدف از سیاستها و برنامه‌های مختلف بازتوزیعی استفاده می‌کنند.

تغییر در توزیع درآمد خانوارها ممکن است، توسط دولت به طور غیرمستقیم در بلندمدت از طریق اقداماتی نظیر اصلاح در نظام مالکیت ارضی، به کار بستن سیاست اشتغال، سیاست قیمت‌ها و درآمدها، راهنمایی در مورد انتخاب تکنولوژی معین و اقدام در زمینه آموزش و بهداشت عمومی به وجود آید. همچنین تغییر در توزیع درآمد ممکن است به صورت مستقیم و فوری از طریق مالیات‌بندی و هزینه‌های دولتی صورت گیرد.^۲

نقش مالیاتها در بازتوزیعی درآمد با طراحی مالیاتهای تصاعدی و نرخهای متعدد مالیاتی در دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به اوج خود رسید. لیکن انحراف‌زایی شدید و پیچیدگی نظامهای مالیاتی مزبور موجب روند رو به رشد اصلاحات در ساختار مالیاتی جهان شده است.

با وجود این نظامهای مالیاتی تصاعدی قانونی که در جهت رسیدن به عدالت در توزیع به کار گرفته می‌شوند، به ندرت منجر به نظامهای مالیاتی تصاعدی مؤثر (واقعی) شده‌اند و اغلب به خاطر تفاوت در برخورداری از امکان فرار در بین گروههای پرداخت‌کننده، نظام مالیاتی منجر به نابرابری افقی اساسی شده است.^۳

این امر باعث شد سیاستگذاران اقتصادی رفته‌رفته توجه خود را به راهکارهای جدیدی در بازتوزیعی درآمد، از جمله هزینه‌های بهداشتی - درمانی معطوف کنند.

1. Serge Christoph Kolm (1996), "Modern Theories of Justice", p. 31.

۲. پاکرت، فلکس، ژرمی دیس، دیمتری. لوکایون، ژاک. موریس، کریستین. بررسی تحلیلی توزیع درآمد و توسعه اقتصادی. ترجمه اخوی، احمد، چاپ اول، تهران: انتشارات وزارت امور خارجه، ۱۳۷۳، ص ۱۴۱.

3. Thirsk, Wanye, (1999), "Lessons From Tax Reform : on overview", Javad, Khalilzadeh Shirazyand Anwar Shah, eds, *Tax Policy Indevolving Countries, A World Bank Symposium*, W. B, p. 231.

۱. اثرهای بازتوزیعی تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی

اگرچه در یک فهرست بسیارمختصرازاهداف نظام بهداشتی، بازتوزیعی درآمد به عنوان هدف اولیه مطرح نبوده و در هر جامعه‌ای برای بازتوزیعی درآمد مکانیسم‌های مختلفی به غیر از پرداختهای مراقبتهای بهداشتی - درمانی وجود دارد، در برخی مواقع سیاسی، بازتوزیعی درآمد به وسیله ارائه خدمات بهداشتی رایگان از دیگر مکانیسم‌های بازتوزیعی مستقیم ممکن است آسانتر باشد.

باتوجه به اهمیتی که مراقبتهای بهداشتی - درمانی در برخی زمینه‌های بازتوزیعی دارند، شاید بتوان گفت بخش ارزشمند مباحث تأمین مالی عادلانه در بخش بهداشت و درمان، مربوط به بررسی بازتوزیعی درآمدها و ثروت از طریق پرداختهای بهداشتی - درمانی است. در تأمین مالی عادلانه بخش بهداشت - درمان، از پرداختهای مراقبت بهداشتی‌ای که اثری معکوس بر بازتوزیعی درآمد دارد، اجتناب شده است. این نگرش از عدالت در تأمین منابع مالی بهداشتی با استفاده از دو نوع استدلال زیر توجیه شده است:

- نظامهای بهداشتی باید به عنوان یکی از چندین مکانیسم توزیع درآمد مورد ملاحظه قرار گیرند. بنابراین باید بر اساس چگونگی نیل به این هدف ارزیابی شوند.
- استدلال دوم این است که نظامهای بهداشتی که درآمد را بازتوزیعی می‌کنند، در امر دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی برای بیشتر افراد فقیرمناسبتربوده و منجر به ستاندهای بهداشتی بهتر می‌شوند. نگرش اخیر به طور طبیعی به تحلیلهایی درارتباط با توزیع منافع خدمات بهداشتی منجر می‌شود. به طوری که اشاره خواهد شد مقیاس کلی اندازه‌گیری عدالت در تأمین مالی بهداشت، مجموع اثر مشارکتهای تأمین مالی بهداشتی، در بازتوزیعی درآمدست.^۱

۲. اندازه‌گیری و تجزیه اثرهای بازتوزیعی

با توجه به نوشته‌ها و مباحثی که درباره اثر مالیات بر توزیع درآمد در اقتصاد بخش عمومی

1. Murray Christopher J.L., Knaulf. Musgrove P., Xuk., Kawabata, (2000), "Defining and Measuring Fairness in Financial Contribution to the Health System"., GPE Discussion paper series, No. 24, Eip/GPE/FAR. Geneva, World Health Organization, p. 5-6.

وجود دارد، می توان اثرهای بازتوزیعی هزینه های بهداشتی - درمانی خانوارها را بر روی درآمد اندازه گیری و تجزیه کرد. به دلایل مشابهی همانند مالیاتها، اثرهای بازتوزیعی پرداختهای بهداشتی - درمانی را می توان به چهار عامل اساسی تجزیه کرد که عبارتند از:

۱. تصاعدی بودن نظام تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی.
۲. نسبت درامدی که در تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی استفاده می شود.
۳. درجه بی عدالتی افقی در روشی که نظام تأمین مالی می شود.
۴. دامنه ای از رده بندی مجدد^۱ در بین خانوارها در انتقال از توزیع درآمد پیش از پرداخت به توزیع درآمد پس از پرداخت.

در موردی که نابرابریهای درامدی به وسیله ضریب جینی اندازه گیری می شود، اثرهای بازتوزیعی به سادگی از تفاوت بین ضریب جینی درآمد پیش از پرداخت^۲ و ضریب جینی برای درآمد پس از پرداخت^۳ به دست می آید. لذا برای بررسی چهار عامل ذکر شده در بالا می توانیم از ترکیب اثرهای بازتوزیعی آرنسون و همکاران^۴ استفاده کنیم که به صورت روابط ۱ و ۲ نشان داده می شود:

$$RE = V - H - R \quad (1)$$

$$RE = \left[\frac{g}{1-g} \right] K - \alpha_x G_{F(x)} - (G_X - P - C_X - T) \quad (2)$$

در این رابطه V بازتوزیعی ناشی از بی عدالتی عمودی^۵، H میانگین اثر بازتوزیعی ناشی از بی عدالتی افقی^۶ و R اثرهای بازتوزیعی را که از رده بندی مجدد منتج شده است، نشان می دهد. در ادامه به توضیح هر کدام از این اجزای تفکیک شده در اثر بازتوزیعی کلی می پردازیم.^۷

1. reranking

2. Lpre

3. Lpay

4. Aronson et al

5. vertical inequity

6. equalizing effect

7. Wagstaff A, (2001), "Measuring Equity in Health Care Financing : Reflections and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financial Contribution index", p. 9-14.

۲-۱. بازتوزیع عمودی درآمد

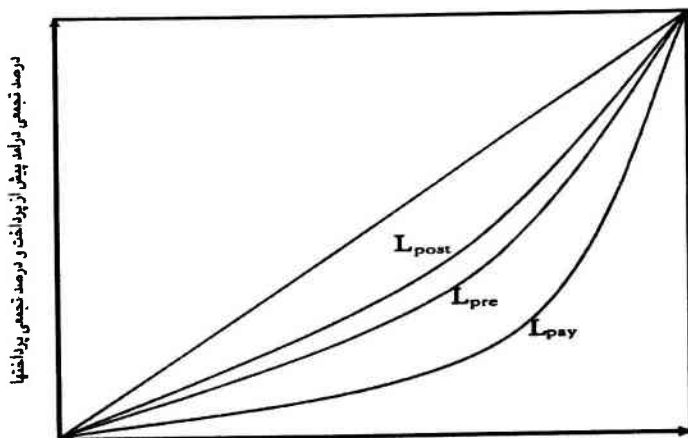
مقدار بازتوزیعی عمودی درآمد (در رابطه بالا با علامت V نشان داده شده است) به شرطی که افراد در هر سطح درآمد پیش از پرداخت یکسان، مقدار مشابهی برای مراقبت بهداشتی پرداخت کنند بستگی به دو عامل K و g خواهد داشت که K بیانگر شاخص تصاعدی کاکوانی و g بیانگر سهم درآمد پیش از پرداخت به مراقبتهای پزشکی است و به صورت رابطه ۳ بیان می‌شود.

$$V = \left(\frac{g}{1-g} \right) K \quad (3)$$

۲-۱-۱. بازتوزیعی عمودی درآمد - اثر تصاعدی بودن

اولین ترکیب بازتوزیعی عمومی درآمد V ، K است که در نمودار شماره ۱ به سطح بین منحنی لورنز پیش از پرداخت و منحنی تمرکز پرداخت اشاره دارد (نموداری که سهم تجمعی هزینه‌های مراقبت بهداشتی را در مقابل سهم تجمعی جمعیت که بر اساس درآمد پیش از پرداخت ردیف شده‌اند نشان می‌دهد). K یا شاخص تصاعدی کاکوانی، در واقع تفاوت بین شاخص تمرکز و ضریب جینی را بیان می‌کند. یک ارزش مثبت K ، ساختار تصاعدی را معرفی می‌کند و ارزش منفی شاخص، ساختار تنازلی را نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۱. شاخص کاکوانی و اثر تعدیلی پرداختهای تصاعدی



درصد تجمعی خانوارهای رده‌بندی شده بر اساس درآمد پیش از پرداخت

پرداختهایی که تصاعدی هستند بر روی درآمدهای پیش از پرداخت، اثر تعدیل‌کننده داشته‌اند و منحنی لورنز برای درآمدهای پس از پرداخت، در بالای منحنی لورنز برای درآمد پیش از پرداخت قرار خواهد گرفت.

از طرف دیگر پرداختهایی که تنازلی هستند بر روی درآمدهای قبل از پرداخت، اثر نابرابر سازی^۱ توزیع درآمدها را خواهند داشت. بنابراین درآمدهای پس از پرداخت زیر درآمدهای پیش از پرداخت قرار خواهد گرفت. بدین ترتیب سیاستگذار نظام بهداشتی، از اینکه پرداختهای بهداشتی تنازلی بوده و اثرهای معکوس در توزیع درآمد داشته باشد، رضایت نخواهد داشت.

۲-۱-۲. بازتوزیع عمودی درآمد - نقش سهم درآمد جذب‌شده به وسیله پرداختها
دومین ترکیب از V ، g است که در واقع سهم درآمد پیش از پرداخت را که بر روی مراقبت بهداشتی اختصاص یافته است نشان می‌دهد. هر قدر سهم پرداختی برای مراقبت بهداشتی بیشتر باشد، تأثیر بیشتری در بازتوزیعی درآمد خواهد داشت. بنابراین، برای مثال در مطالعات مربوط به اثرهای بازتوزیعی درآمد در نظامهای تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۲، وان‌دورسلار و همکاران ایشان (۱۹۹۹) نشان دادند که گرچه سهم مراقبتهای بهداشتی که به وسیله مالیاتهای عمومی تأمین می‌شوند در آمریکا در مقایسه با دیگر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه کمتر است، به دلیل اینکه سهم بزرگی از تولید ناخالص داخلی سازمانهای غیردولتی، در آمریکا صرف مراقبتهای بهداشتی می‌شود، مقدار مطلق هزینه‌ها برای مراقبتهای بهداشتی که از طریق نظام مالیاتی تأمین مالی می‌شود، زیاد شده و باعث افزایش اثرهای بازتوزیعی عمودی در این کشور در مقایسه با دیگر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه شده است که از مالیاتها، برای تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی خود استفاده می‌کنند.^۳

1. disequalizing

2. Organization of Economic Cooperation and Development(OECD)

3. Wagstaff A, (2001), "Measuring Equity in Health Care Financing : Reflections and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financial Contribution index", p. 9-14.

۲-۲. ناعدالتی افقی

در رابطه ۱، H ناعدالتی را در هر گروه درامدی نشان می‌دهد. در ترکیب پیشنهادی آرنسون و همکاران، خانوارها به گروههایی با درامد پیش از پرداخت مشابه تقسیم شده و ناعدالتی افقی به صورت دامنه‌ای از نابرابری در درامد پس از پرداخت در هر گروه تعریف می‌شود و مقدار آن از رابطه ۴ به دست می‌آید.

$$H = \alpha_x G_{F(x)} \quad (۴)$$

α_x = حاصل ضرب سهم جمعیت در سهم درامد پس از پرداخت خانوارهای با درامد پیش از پرداخت $G_{F(x)}$ = ضریب جینی برای درامد پس از پرداخت خانوارهای با درامد پیش از پرداخت
اگر در هر سطح درامد پیش از پرداخت یکسان همه خانوارها پرداخت مشابهی برای مراقبت بهداشتی داشته باشند، ناعدالتی در درامد پس از پرداخت برای هر گروه از درآمدهای پیش از پرداخت، برابر با صفر خواهد بود. هر نابرابری که در نتیجه پرداخت برای مراقبت بهداشتی در گروههای مشابه درامدی به وجود آمده باشد، تحت عنوان ناعدالتی افقی معرفی می‌شود. نابرابری در درامد پس از پرداخت در هر گروه به وسیله ضریب جینی $G_{F(x)}$ اندازه‌گیری می‌شود و یک جمع وزن داده شده را تشکیل می‌دهد که در این جمع وزن داده شده (H)، وزنها α_x هستند. شایان ذکر است که به علت اینکه ضریب جینی برای هر گروه از درآمدهای پیش از پرداخت منفی نیست، H هم منفی نخواهد بود. اما دلیل اینکه در رابطه ۴، H با علامت منفی نشان داده شده این است که ناعدالتی افقی ضرورتاً RE را کاهش نمی‌دهد. زیرا در حقیقت ناعدالتی افقی مستلزم نابرابری در درآمدهای پس از پرداخت یا حداقل در برخی از گروههای با درامد پیش از پرداخت یکسان می‌شود. این امر منجر می‌شود که توزیع درآمدها پس از پرداخت خیلی بیشتر از زمانی که بی‌عدالتی افقی وجود ندارد، نابرابر شود.^۱

۲-۳. رتبه‌بندی (رده‌بندی) مجدد

اصطلاح V در رابطه ۱ بیان می‌کند که چگونه نابرابریهای درامدی به علت حالت تصاعدی

۱. همان

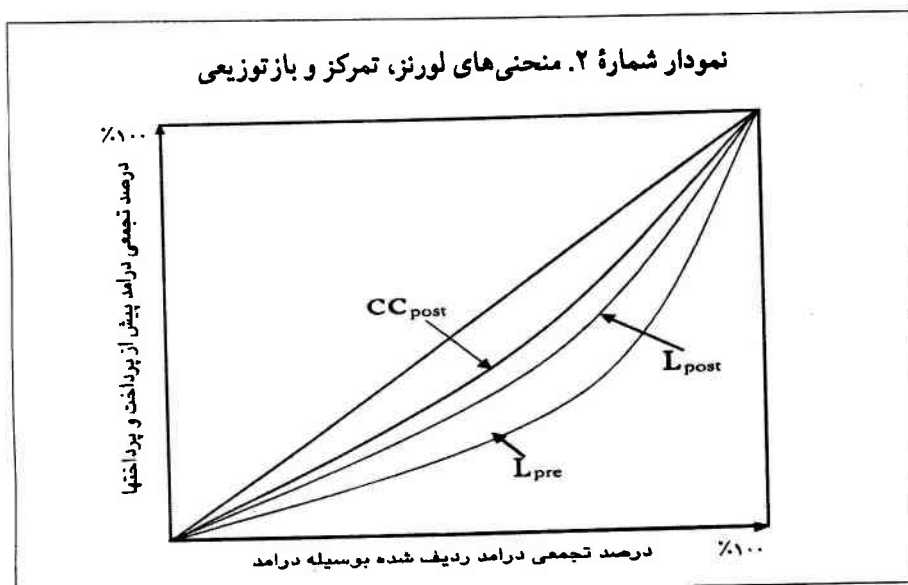
(تنازلی) بودن پرداختها، با فرض اینکه افراد در سطوح مشابه درآمدی پرداخت مشابهی برای مراقبت بهداشتی داشته باشند، کاهش (افزایش) می‌یابد. اصطلاح H به ما می‌گوید که تفاوت‌های افقی در هر سطح درآمدی مشابه، توزیع درآمد پس از پرداخت را بیشتر از قبل خواهند کرد به طوری که در مورد پرداختهای تنازلی H ، اثرهای نابرابر سازی V را تقویت و در نظامهای تصاعدی آن را حذف می‌کند.

اصطلاح V و H ما را از منحنی لورنز به منحنی جدیدی می‌رساند که در آن خانوارها با استفاده از درآمد پیش از پرداخت ردیف شده‌اند و ارزش بر روی محور عمودی، درآمد پس از پرداخت را نشان می‌دهد. اما اصطلاح R که نشان‌دهنده رتبه‌بندی مجدد خانوار پس از پرداخت بابت مراقبت بهداشتی است از رابطه ۵ محاسبه می‌شود.

$$R = G_{X-P} - C_{X-T} \quad (5)$$

G_{X-P} : ضریب جینی درآمد پس از مصرف برای مراقبت‌های بهداشتی
 C_{X-T} (در نمودار شماره ۲ CC_{post}): منحنی تمرکز پرداختها^۱ (بیانگر درصد تجمعی پرداختها در مقابل درصد تجمعی خانوارهایی است که با استفاده از درآمد پیش از پرداخت ردیف شده‌اند).
 منحنی CC_{post} تنها در صورتی بر منحنی لورنز برای درآمد پس از پرداخت منطبق خواهد شد که خانوارها در نتیجه پرداخت برای مراقبت‌های بهداشتی، در محور افقی (درصد تجمعی خانوارها) تغییر مکان ندهند و رده‌بندی مجدد صورت نپذیرد. اگر در حرکت از توزیع درآمد پیش از پرداخت به پس از پرداخت رتبه‌بندی مجدد به وجود آید، منحنی CC_{post} در بالای منحنی لورنز پس از پرداخت قرار خواهد گرفت. دلیل این امر ساده است، فرض کنید که تغییرات در رتبه‌بندی در همه دهکهای توزیع درآمدی وجود دارد، در نتیجه برخی از خانوارهایی که در بین دو دهک اول در توزیع درآمد پیش از پرداخت قرار گرفته‌اند، ممکن است در توزیع درآمد پس از پرداخت، در بین دو دهک اول قرار نگیرند. بنابراین سهم کل درآمد پس از پرداخت به خانوارها در دو دهک اول با توجه به توزیع خانوارها براساس درآمد پیش از پرداخت بیشتر از سهم کل

۱. تفاوتی که منحنی CC_{post} با L_{pay} دارد در این است که در اولی همان طور که اشاره شد در منحنی افقی خانوار با استفاده از درآمد پیش از پرداخت مرتب می‌شود، ولی در منحنی L_{pay} خانوار با توجه به درآمد پس از پرداخت مرتب می‌شود.



درآمد پس از پرداخت تعلق گرفته به دو دهک اول توزیع درآمد خواهد بود که بر اساس درآمد پس از پرداخت ردیف شده‌اند. در ضمن با توجه به اینکه CC_{post} هرگز نمی‌تواند در زیر منحنی درآمدهای پس از پرداخت قرار بگیرد، بلکه همواره در بالای آن واقع می‌شود، $CX-P$ هرگز بزرگتر از ضریب جینی برای درآمد پس از پرداخت نمی‌شود و R همواره مثبت است. رتبه‌بندی مجدد یک امر کاملاً محتمل است. در اصل رتبه‌بندی مجدد می‌تواند به یک یا دو دلیل زیر باشد:

۱. نرخ مالیات نهایی از ۱۰۰ درصد تجاوز کند، که این مسئله زیاد معمول نیست.
۲. وجود ناعدالتی افقی، که دارای اهمیت زیادی است.

در نمودار شماره ۳ رابطه بین بی‌عدالتی افقی و رتبه‌بندی مجدد نشان داده شده است. این شکل برای وضعیت است که پرداختها پیش‌رونده هستند و تغییر درآمد پس از پرداخت ($X-P$) را با درآمد پیش از پرداخت نشان می‌دهد.

همان طوری که مشاهده می‌شود همزمان با افزایش درآمد پیش از پرداخت، درآمد پس از پرداخت نیز با نرخ کاهنده افزایش می‌یابد. میانگین درآمد پس از پرداخت در هر سطحی از درآمد

تحقیقی که در ارتباط با بازتوزیعی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه انجام گرفت، نشان داد که اثرهای عمودی در تعیین اثر بازتوزیعی درآمد خیلی مهمتر از بی‌عدالتی افقی در رتبه‌بندی مجدد بوده، ولی اهمیت مربوط به آن در منابع پرداخت مختلف متفاوت است. در ضمن در این بررسی نشان داده شد که منابع تأمین مالی عمومی تمایل به اثرهای مثبت در بازتوزیعی درآمد دارند. در حالی که منابع تأمین مالی خصوصی اثر بازتوزیعی منفی زیادی دارند^۱.

۳. اثرهای بازتوزیعی هزینه‌های بهداشتی - درمانی در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰

در یک بیان کلی منابع تأمین مالی نظامهای بهداشتی به دو گروه عمده دولتی و خصوصی تقسیم می‌شود. در ایران نیز با توجه به این تقسیم‌بندی، هزینه‌های دولتی (عمومی) بخش بهداشت و درمان شامل هزینه‌هایی است که دولت از محل درآمدهای خود (فروش نفت، اخذ مالیات و...) در این بخش تأمین می‌کند و هزینه‌های خصوصی این بخش به طور عمده پرداختهای مستقیم خانوار را شامل می‌شود. لذا برای بررسی اثرهای بازتوزیعی درآمد در ایران باید به هر دو منبع تأمین مالی توجه شود.

همان طور که در ابتدای مقاله اشاره شد اثرهای بازتوزیعی هزینه‌های بهداشتی - درمانی را می‌توان به سادگی از تفاوت بین ضریب جینی درآمد پیش از پرداخت^۲ و ضریب جینی برای درآمد پس از پرداخت^۳ به دست آورد و در این ارتباط اثرهای مثبت و منفی پرداختها بر درآمد را به دست آورد. در ایران با توجه به اینکه داده‌های مورد نیاز برای بخش عمومی در دسترس نبوده، این مطالعه به بررسی بازتوزیعی بخش دوم منابع تأمین مالی، هزینه‌های مستقیم خانوار، می‌پردازد و در محاسبه از داده‌های نتایج تفصیلی هزینه و درآمد خانوارها استفاده شده است که سالانه توسط مرکز آمار ایران منتشر می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که در این بررسی با توجه به اینکه واریانس هزینه‌های جاری کمتر از واریانس درآمد در طول دوره بوده و در بیشتر

1. Van Doorslaere E. Wagstaff A, etal (1999) "The redistributive effect of Health Care Rinance in twelve OECD countries", Journal of Health Economics 18, p.29-315.

2. Gpre

3. Gpost

بررسی‌های درآمدی خانوارها، داده‌های هزینه‌ها نسبت به داده‌های درآمد قابل استنادتر است، لذا هزینه‌های خانوار به عنوان نماینده‌ای از درآمد خانوار در محاسبه ضریب جینی مورد استفاده قرار گرفته است و کل هزینه‌های بهداشتی - درمانی خانوارها شامل پرداختهای (هزینه‌های) بهداشتی - درمانی^۱ و پرداختهای (هزینه‌های) بیمه‌های اجتماعی و درمانی^۲ است.

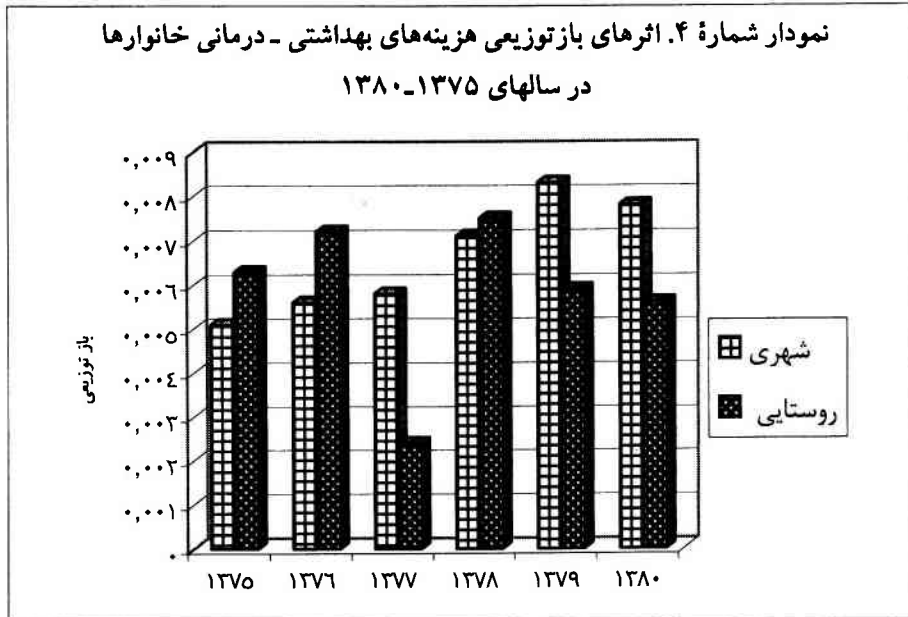
بررسی اثرهای بازتوزیعی کل هزینه‌های مستقیم خانوارها اعم از پرداختهای بهداشتی - درمانی و پرداختهای بیمه‌های اجتماعی - درمانی، بیانگر آن است که این هزینه‌ها، اثرهای مثبتی بر توزیع درآمد در مناطق شهری (سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۹ به ترتیب کمترین و بیشترین) و روستایی (سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ به ترتیب کمترین و بیشترین) در تمام سالهای مورد مطالعه داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت هزینه‌های مستقیم که صرف بخش بهداشت و درمان شده‌اند، توزیع درآمد را بهتر کرده و اگر ضریب جینی کل هزینه‌ها (درآمد) را بدون در نظر گرفتن هزینه‌های بهداشتی - درمانی در نظر بگیریم به مقداری که در جدول زیر و نمودار شماره ۴ نشان داده شده است، این ضریب کاهش یافته و به خط توزیع عادلانه درآمد یعنی برابری آن نزدیک شده است.

اثرهای بازتوزیعی هزینه‌های بهداشتی - درمانی خانوارها در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰						
سال	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰
شهری	۰/۰۰۵۱	۰/۰۰۵۶	۰/۰۰۵۸	۰/۰۰۷۱	۰/۰۰۸۳	۰/۰۰۷۸
روستایی	۰/۰۰۶۳	۰/۰۰۷۲	۰/۰۰۲۴	۰/۰۰۷۵	۰/۰۰۵۹	۰/۰۰۵۶

مأخذ: مرکز آمار ایران، نتایج تفصیلی آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای روستایی و شهری، تهران،

۱۳۷۵-۱۳۸۰

- این هزینه‌ها شامل هزینه‌های طبی و دارویی، لوازم و وسایل شخصی، خدمات پزشکی و سایر هزینه‌ها شامل هزینه‌های بیمارستان، کلینیک خصوصی، درمانگاه خصوصی و دولتی است.
- این هزینه‌ها شامل حق بیمه استعلاجی و بهداشتی مربوط به خدمات درمانی است که به وسیله خانوارها مستقیماً پرداخت شده یا از حقوق اعضای خانوار کسر شده است و همچنین شامل حق بیمه، سهم مستخدم و کارفرما، مربوط به بیمه‌های اجتماعی، حوادث و بیمه‌های درمانی است.



نتیجه

علاوه بر نقشی که سلامتی و بهداشت بر درآمد و توزیع آن از طریق افزایش بهره‌وری نیروی کار دارد، از دهه ۱۹۹۰ همواره هزینه‌های بهداشتی - درمانی به عنوان عاملی مستقیم (همانند مالیاتها) در بازتوزیعی درآمد مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که گرچه بازتوزیعی درآمد از اهداف ذاتی و اساسی نظام بهداشتی - درمانی نبوده، متخصصان اقتصاد بهداشت از منابع تأمین مالی بخش بهداشت و درمان به عنوان ابزاری برای توزیع درآمد یاد می‌کنند.

یافته‌های این پژوهش بیانگر این است که هزینه‌های خصوصی بخش بهداشت و درمان دارای اثرهای مثبتی بر بازتوزیعی بوده و باعث عادلانه شدن توزیع درآمد خانوارها شده است. لذا در جهت ادامه این روند پیشنهاد می‌شود ضمن مطالعه اثرهای هزینه‌های بهداشتی - درمانی بخش دولتی بر توزیع درآمد از طریق افزایش سهم بخش عمومی و پیش‌پرداختها در تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی - درمانی، ضمن افزایش اثرهای بازتوزیعی درآمد، زمینه برای افزایش دسترسی به این مراقبتهای به صورت عادلانه فراهم شود.