

اقتصاد بهداشت

سرفصل های هر سه سی دی به تفکیک دروس و مباحث هر درس اقتصاد بهداشت

سی دی ۳	سی دی ۲	سی دی ۱
<p>سایر انواع کثش پذیری در بازار سلامت</p> <p>۱- تعریف کثش پذیری عرضه در مقابل قیمت</p> <p>۲- تعریف کثش پذیری تقاضا در مقابل درآمد</p> <p>بازار درونداد برای خدمات پزشکی</p> <p>۱- ارتباط بازار درونداد و بیرونداد خدمات پزشکی</p> <p>۲- نسبت بینه پزشک به جمعیت</p> <p>۳- علل تقاضای برآورده نشده ورود به دانشکده های پزشکی</p> <p>تعاریف اولیه در مورد کارایی</p> <p>۱- تعریف کارایی فنی</p> <p>۲- تعریف کارایی اقتصادی</p> <p>۳- تعریف کارایی تخصیصی</p> <p>عدالت در سلامت</p> <p>۱- مقایسه ابعاد افقی و عمودی عدالت در سلامت</p> <p>۲- استفاده از منحنی لورنتز در نمایش بی عدالتی در سلامت</p>	<p>عرضه و منحنی عرضه</p> <p>۱- ویژگی های منحنی عرضه</p> <p>۲- عوامل تاثیرگذار بر عرضه</p> <p>تعادل بازار</p> <p>۱- تعریف تعادل بازار</p> <p>۲- عوامل تاثیرگذار بر تعادل بازار</p> <p>کثش پذیری تقاضا در مقابل قیمت</p> <p>۱- تعریف کثش پذیری تقاضا در مقابل قیمت</p> <p>۲- عوامل تاثیرگذار بر کثش پذیری تقاضا در مقابل قیمت</p> <p>۳- تاثیر کثش پذیری تقاضا در مقابل قیمت بر سیاست های سلامت</p>	<p>مقدمه ای بر اقتصاد سلامت</p> <p>۱- تعریف اقتصاد سلامت</p> <p>۲- شاخه های مختلف اقتصاد سلامت</p> <p>مقدمه ای بر بازار مراقبتهای سلامت</p> <p>۱- تعریف بازار مراقبت های سلامت</p> <p>۲- پیش فرض های رقابت کامل</p> <p>۳- علل شکست بازار سلامت</p> <p>تقاضا و منحنی تقاضا</p> <p>۱- قانون تقاضا</p> <p>۲- عوامل تاثیرگذار بر تقاضا</p> <p>۳- تعریف کالای مکمل و جایگزین</p>

فهرست

سی دی ۱..... ۱

درس ۱ گفتار اول: مقدمه ی بر اقتصاد سلامت..... ۱

درس ۲ گفتار دوم: مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت..... ۱۲

درس ۳ گفتار سوم: تقاضا و منحنی تقاضا..... ۲۳

سی دی ۲..... ۴۱

درس ۴ گفتار اول: عرضه و منحنی عرضه..... ۴۱

درس ۵ گفتار دوم: تعادل بازار..... ۵۲

درس ۶ گفتار سوم: کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت..... ۶۰

سی دی ۳..... ۷۱

درس ۷ گفتار اول: سایر انواع کشش پذیری در بازار سلامت..... ۷۱

درس ۸ گفتار دوم: بازار درونداد برای خدمات پزشکی..... ۷۸

درس ۹ گفتار سوم: تعاریف اولیه در مورد کارایی..... ۹۰

درس ۱۰ گفتار چهارم: عدالت در سلامت..... ۱۰۱

سی دی ۱

درس ۱ گفتار اول: مقدمه ی براققتصاد سلامت

جلسه اول اقتصاد سلامت:

۱- تعریف اقتصاد سلامت ۲- شاخه های مختلف اقتصاد سلامت

اسلاید اول:

مبحث اول از مجموعه مباحث اقتصاد سلامت را در خدمت شما هستیم. در این مبحث یک مقدمه ای بر مفاهیم پایه اقتصاد سلامت خواهیم داشت.

The Situation: (اوضاع، شرایط)

اسلاید دوم:

The Situation ,
Constantly changing and expensive technology, MRI scanners, etc
New medical treatments
Increase in elderly population
New diseases such as CJD, AIDS and others.
Recurrence of old diseases, Tuberculosis, Meningitis, Influenza
Resistance to Antibiotics, penicillin, etc.
Higher expectations of health care
But unwillingness of Society/Politicians to increase budget.

وضعیت فعلی که ما در آن داریم کار میکنیم و خدمت ارائه میکنیم در نظام سلامت وضعیتی است که به نوعی درگیر افزایش فزاینده هزینه های خدمات سلامت هست. اگر بدقت نگاه کنیم می بینیم که اتفاقی که میافتد این هست که فن آوریهای جدید وارد نظام سلامت میشود و هرکدام از اینها جدای از اینکه از بعد علمی و فن آورانه مزایایی را برای ما دارد اما به نوعی در کنار این مزایا هزینه هایی را به نظام سلامت تحمیل میکنند.

درمانهای جدید طبی داره اضافه میشه. از طرفی گذار دموگرافی جمعیت رو داریم جمعیت ما داره پیر میشه و به همین دلیل هزینه های سلامت افزایش پیدا میکند.

بیماریهای بازپدید و نوپدید را داریم که خود اینها هزینه هایی را به نظام سلامت تحمیل میکند.

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

برخی از مداخلاتی که موثر محسوب میشدند مانند آنتی بیوتیکها با شکل گیری مقاومت دارویی تاثیر ندارند و بایستی با داروهای جدید و گرانتر جایگزین شوند.

از طرفی توقع مردم از خدمات سلامت افزایش پیدا کرده و میبینیم که در اقصی نقاط کشور ودور افتاده توقع مردم بالاتر رفته و با آن چیزی که قبلاراضی میشدند راضی نمیشوند.

میبینیم که همه اینها یک **snapshot** یا عکس فوری از نظام ارائه خدمات سلامت محیا میکند و خواهیم دید این عکس فوری با هزینه های زیادتمییز داده میشود از هزینه های قبلی.

Scarcity:

اسلاید سوم :

Scarcity ,

Scarcity has two sides: the infinite nature of human wants and the finite or limited nature of resources available to produce goods and services.

آنچه که ما درگیرش هستیم و باید در این وضعیت تصمیم گیری کنیم در سطح خرد و کلان اصطلاحی هست که به آن **scarcity** میگوییم.

اسکارسیتی چی هست؟ وضعیت کمبود منابع.

فکر نکنید که این اسکارسیتی مختص مملکت ماست یا شرایط امروزه و فردا از بین خواهد رفت .همه نظامهای سلامت حتی در برخوردارترین کشورها مشکل اساسی آنها این هست که چگونه در وضعیت محدودیت منابع باید تصمیم گیری کنند.

این محدودیتها بعضا در سطح بهورز یا پزشک هست، در سطح خرد تصمیم گیری است. بعضا در سطح کلان تصمیم گیری است مثلا در سطح مدیریتی یا حتی بالاتر از آن در سطح سیاستگذاری .

ما در هر سه سطح که اشاره کردیم یعنی ارائه خدمت، مدیریت نظام سلامت ، و سیاستگذاری نظام سلامت در هر سه سطح تصمیم گیری ما با یک **boundary** یا یک محدوده همراه میشود که این محدوده را عملا محدودیت منابع برای ما رقم میزند.

پس اصطلاح اسکارسیتی رو خوب بشناسیم زیاد باهش برخورد خواهیم کرد .

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

و عملاً اگر بخواهیم تعریف کنیم بواسطه ماهیت نامحدود توقعات و انتظارات بشری و ماهیت محدود منابع نظام سلامت رقم میخورد چون یکی از این ماهیت ها یعنی توقع ما نامحدوده و اون یکی که بودجه و اعتبارات بخش سلامت هست محدود است.

همیشه ما وضعیت کمبود منابع را حس خواهیم کرد و اصطلاح اسکارسیتی را در موردش بکار میبریم.

Reallocation of resources for health:

اسلاید چهارم :

Reallocation of resources for health ,

Reallocation can be of five main types:

among health care activities

among non-health care activities within the health system (e.g. seat-belt legislation)

between health care and non-health care activities within the health system

between the health system and other systems (e.g. education)

among other systems

عملاً وقتی که توی یک مملکت بحث تامین بودجه و تخصیص منابع میشود همیشه رقابت وجود دارد. شما تصور بکنید هر کشوری حتی متمول ترین کشور دنیا رو در نظر بگیرید وقتی میخواهد بودجه خود را تخصیص بدهد همیشه رقابتها بلافاصله شروع میشود برخی از این رقابتها رقابتی هستند که در سطح پایین صورت میگیرد مثلاً در نظام ارائه خودمان ممکنه بین فعالیتهای ارائه دهنده سلامت (**health care activities**) مختلف رقابت وجود داشته باشد. مانند یک بیمارستان شهرستان، در مورد یک بخش که راه بیاندازد یا تجهیز کند یا یک درمانگاه را بخواهد فعال کند یک رقابتی وجود داشته باشد.

بعضی از بیمارستانها بحثشان این هست که حالا من یک دستگاه اکو بیاورم و در درمانگاه خودم بگذارم یا به عنوان مثال بیایم و تعداد تخت های بخشم را بیشتر بکنم.

بیمارستان مرکز استان یک جور دیگر هست مثلاً من یک آی سی یو نوزادان راه اندازی کنم یا یک مرکز انتقال یا پیوند مغز استخوان را تاسیس کنم.

میبینیم که در سطح خدمات ما همیشه یک رقابت را داریم اگر ما محدودیت منابع نداشتیم این رقابت وجود نمی داشت میگفتیم که همه این کارها رو انجام میدم چرا که همه این کارها خوب هست، اما چون محدودیت منابع داریم این رقابت همیشه در سطح خدمات بالینی مان وجود دارد.

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

همین رقابت وجود دارد بین خدمات بالینی و خدمات سلامت عمومی (public health) یعنی ممکن هست که همین جور مقایسه کنیم همان افزایش تخت بیمارستانی را با یک جنبش ملی یا استانی یا شهرستانها صورت میگیرد. برای اینکه مثلا مردم وشهروندان با ایمنی در رانندگی آشنا بشوند. خوب آن هم هزینه دارد این جور نیست که بگوییم حالا که در بیمارستان رخ نمیدهد هزینه ندارد. چرا که یک تبلیغ هم که بخواهید بکنید چه در رسانه های جمعی چه بصورت پوستر و هر شکلی که میخواهد باشد چه آموزش در سطح مدارس و مجامع عمومی ، آن هم هزینه خودش را خواهد داشت. پس یک رقابت خواهیم داشت بین خدمات بالینی و خدمات بهداشت عمومی یا سلامت عمومی.

باز هم یک اتفاق دیگری که شما میبینید رخ میدهد ، یک رقابت بین بخش سلامت و سایر بخشها است.

همینطور شما نگاه میکنید که در سطح یک مملکت بحث **allocation** و **Reallocation** تخصیص منابع و تخصیص مجدد منابع یا توزیع جدید منابع همیشه یک مسئله هست و همیشه رقابت وجود دارد. و عملا در سطح خدمت و در سطح بخش همیشه ما باید توجیه کنیم که اگر این منابع را به من تخصیص بدهید منافع بیشتری در بر خواهد داشت مثلا برای سلامت مردم یا برای کل کشور . پس رقابت یک امر دائمی برای دریافت یا تخصیص منابع همیشه وجود دارد.

What is Economics?

اسلاید پنجم:

What Is Economics? ,

Economics can be defined as “the study of the allocation of resources among competing ends”

اقتصاد چی هست؟

وقتی بحث اکونومیکس یا اقتصاد رو میکنیم در واقع اون حیطه از علم یا دانش هست که تخصیص منابع محدود بین گزینه های رقابتی را بررسی میکند و پیامدهای هر کدام از تخصیص ها را با همدیگر مقایسه میکند.

پس در واقع اقتصاد علمی است که تخصیص منابع محدود را بین گزینه ها و پیامدهای رقابتی بررسی میکند.

حالا میفهمیم که اقتصاد چه اهمیتی پیدا میکند. اقتصاد هست که میتواند به ما کمک بکند تا درست تصمیم بگیریم و این منابع محدود را بدرستی تخصیص بدهیم.

What Is Health Economics ,

The branch of economics dealing with the use of scarce resources (medical and non-medical) to achieve health-related objectives

اقتصاد سلامت چی هست؟

اقتصاد سلامت در واقع یک شاخه از اقتصاد هست. خود اقتصاد دهها شاخه دارد که یکی از شاخه های اقتصاد ،اقتصاد سلامت هست. همان تعریف اقتصاد را در نظر بگیرید حالا در بخش سلامت.

یعنی وقتی میگوییم اقتصاد در بخش سلامت چی هست درواقع یک زیر شاخه از اقتصاد هست که منابع محدود طبی یا غیر طبی را برای حصول اهداف مرتبط با سلامت بررسی میکند که چگونه باید تخصیص داده بشود. پس همانطور که مشاهده میکنید عملاً اینجا با تعریف اقتصاد مشابهت دارد فقط اینجا منابع، منابع سلامت هست و آن گزینه ها و پیامدها ،گزینه ها و پیامدهای مرتبط با سلامت هست.

اسلاید هفتم:

Definition of Health Economics ,

Health economics can be defined broadly as the application of the theories, concepts and techniques of economics to the health sector. It is thus concerned with such matters as:

the allocation of resources between various health-promoting activities

the quantity of resources used in health delivery

the organization and funding of health institutions

the efficiency with which resources are allocated and used for health purposes

the effects of preventive, curative and rehabilitative health services on individuals and society.

تعریف اقتصاد بهداشت. یک تعریف پایه ای تر از اقتصاد سلامت داشته باشیم که بر اساس آن وقتی در مورد اقتصاد سلامت صحبت میکنیم میگوییم که ما همه نظریات ، تمام مفاهیم، تکنیکها و روشها که در علم اقتصاد وجود دارد وقتی میاییم در بخش سلامت بکار میبریم اسمش میشود اقتصاد سلامت یعنی عملاً این تعریف به نوعی اذعان به این موضوع دارد که اقتصاد سلامت از نظر متدولوژیک، روش شناسی واز نظر نظریات و مفاهیم هیچ تفاوتی با علم اقتصاد ندارد. همان نظریات، همان روشها، همان مفاهیم، فقط حیطه بکارگیری میشود در بخش سلامت و عملاً به نوعی استقلال علم اقتصاد سلامت را زیر سوال میبرد. خیلی ها به این موضوع اعتقاد دارند و میگویند که اقتصاد سلامت بطور ذاتی تفاوتی با علم

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی بر اقتصاد سلامت

اقتصاد ندارد و همان روشها را در بخش سلامت بکار میبریم و اسمش میشود اقتصاد سلامت. پس این هم یک جور دیگر از تعرف اقتصاد سلامت است که ارائه شده است.

Branches of Economics

اسلاید هشتم:

Branches of Economics ,

Economic appraisal

The evaluation of the relative costs and benefits of different programs (in health, education, the environment, etc.)

Positive economics

Understanding and predicting the behavior of consumers, insurers, providers, etc.

Normative economics (welfare economics)

Evaluating the efficiency (less often, equity) consequences of different arrangements.

شاخه های اقتصاد:

بینیم که علم اقتصاد چه شاخه هایی دارد. وقتی در مورد علم اقتصاد صحبت میکنیم به صور مختلف تقسیم بندی داریم. سه شکل از متداولترین تقسیم بندی ها را برای شما خواهم گفت.

اولین تقسیم بندی ، تقسیم بندی هست که علم اقتصاد سه حیطه پیدا میکند:

یکی این هست که به آن ارزیابی اقتصادی (Economic appraisal) میگوییم. ارزیابی اقتصادی یک زیر شاخه از علم اقتصاد هست که میاید هزینه های نسبی و منافع نسبی برنامه های مختلف را با هم دیگر اول اینکه ارزیابی میکند و دوم اینکه با هم دیگر مقایسه میکند به عنوان مثال داروی **A** و داروی **B** هر کدام چه هزینه ای دارد و هر کدام چه منافی دارد اینها با هم دیگر بررسی و مقایسه میشوند. به نوعی اکونومیک اپرازیا یا ارزیابی اقتصادی میشود گفت ابزاری است که اگر در دست خودمان نداشته باشیم علم اقتصاد سلامت معنی پیدا نمیکند. یعنی عملا این ارزیابی داده های پایه را مهیا میکند برای اینکه تازه ما بتوانیم کارهای بعدی را روی آن انجام بدهیم.

دومین شاخه از علم اقتصاد که اصطلاحا به آن Positive economics یا اقتصاد مثبت آن قسمتی است که بحثش این خواهد بود که حالا ما این داده های پایه را از طریق ارزیابی اقتصادی بدست آوردیم آیا میتوانیم بیاییم ارتباطاتی را برقرار کنیم بین رفتار مشتریان ، سیاستهای بیمه ای یا سیاستهایی که در نظام ارائه خدمت داریم با هم دیگر، مرتبط با مقوله اقتصادی. یعنی بحثش این هست که حالا که ما داده های پایه ای را داریم میتوانیم ارتباطات رفتارها، تفاوتها، الگوها و پترن هایی را از بازار سلامت بدست بیاوریم یا نمیتوانیم؟ بله میتوانیم.

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

عملا پازتیو اکونومیکس آن قسمتی است که مارا میرساند به مدلهای، به فرمولها، به پیش بینی ها و پیش گویی ها، به توجیهای یعنی آن جایی هست که شما میایید میبینید که عملا یک بررسی میشود مطالعه میشود و مثلا بین روش پرداخت به پزشک که م حقوق باشد یا کارانه باشدو مثلا کیفیت خدمات ، یک ارتباطی برقرارمیشود .بین به عنوان مثال سقفی که برای تعرفه خدمات گذاشته میشود و مثلا کمیت خدماتی که ارائه میشود یک ارتباطی برقرار میشود و عملا در قالب یک مدل میتوانیم پیش بینی کنیم که اگر ما بیاییم و سیاست تعرفه خودمان را به این شکل تغییر بدهیم یا روش پرداخت خودمان را به شکل دیگر تغییر بدهیم نتیجه اش چه خواهد بود؟ یعنی چی ؟ یعنی از اینجا از پازتیو اکونومیک هست که علم اقتصاد توان توجیه و پیشگویی و پیش بینی را خواهد داشت.

یعنی چه یعنی توی اکونومیک اپراز یال داده ها خام هست. بله این روش نسبت به روشهای دیگر پرهزینه تر هست اما پاسخی برای ما نخواهد داد که اگر این روش را اتخاذ کنم در آینده چه اتفاقی میافتد. عملا شما نگاه میکنید که عمده حجم علم اقتصاد به قسمت پازتیو اکونومیکس الان معطوف شده و تخصیص داده شده.

یعنی چی یعنی عملا در علم اقتصاد بخش زیادی از مباحثی که مطرح میشود دقیقا سعی میکنند که یک ابزاری دست سیاستگذار بدهند که بتواند عواقب سیاستهای اقتصادی خودش را پیش بینی کند.

مثلا اگر ما امروز بیاییم نرخ دلار رو بطور تصنعی پایین بیاوریم نتیجه اش چه خواهد بود؟

یا مثلا اگر درهای بازار مملکت ما باز بشود بسوی کالاهای خارجی چه اتفاقی میافتد؟

این پیش بینی ها برخی تا بحال شهودی بوده یعنی افراد، زعما عقلای قوم مینشستن حدث میزدن یا از قوای عاقله خودشان استفاده میکردن.

اما امروزه روز قسمت پازتیو اکونومیک به ما کمک میکند تا بر اساس نظریات و تئوریهای که وجود دارد ومدلهایی که وجود دارد برخی از این مدلهای،مدلهای کمی به شکل فرمول هست. برخی بصورت نرم افزاری و سیمولیشن است به ما کمک میکند که بتوانیم پیش بینی کنیم که نتیجه سیاستهای ما چه میتواند باشد.

پازتیو اکونومیکس یا اقتصاد مثبت یک قسمت خیلی مهم از اقتصاد محسوب میشود.

سومین شاخه از اقتصاد براساس این تقسیم بندی را ما اصطلاحا " اقتصاد هنجاری یا اقتصاد رفاه گفته میشود. **Normative economics** اقتصاد هنجاری که نورمیتیو مفهوم هنجاری دارد.

و **Welfare economics** اقتصاد رفاهی که ولفیر مفهوم رفاه را دارد.

حالا بحثش چی هست؟ ما در قسمت اول که اکونومیک اپرز یال بود داده های پایه مون رو بدست آوردیم قسمت دوم که پازتیو اکونومیک بود توانستیم تفاوتها و ارتباطات را و شاید بشود گفت همبستگیهای بین این داده ها را در قالب یک سری

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

مدل ریاضی بدست بیاوریم. قدرت پیش بینی به ما داد. اما هیچ کدام از اینها تا بحال به ما نگفتن که چی خوبه؟ چی بده؟ چی کافیه؟ چی ناکافیه؟ یعنی عملا حتی پازتیو اکونومیک به ما میگه پیش بینی میتوانیم بکنیم اما حالا که پیش بینی کردیم این پیش بینی رخ داد آیا خوبه یا بده؟ یعنی به ما میگه این سیاست شما منجر به همچنین اتفاقی میشود اما این اتفاق، این پیامد خوبه یا بده ما این را نمیدانیم.

به عنوان مثال شما ممکن است یک سیاست داشته باشید و شما بر اساس آن مدلها که در اقتصاد مثبت (اکونومیک پازتیو) دارید به این نتیجه برسید که اجرای این سیاست باعث افزایش کارایی نظام ارائه خدمت میشود اما یک مقدار از عدالتش کم میکند یعنی یک وجه خوب و یک وجه بد. حالا این خوبه یا بده؟ ما این را نمیدانیم پازتیو اکونومیک فقط پیش بینی میکند. این نورمیتیو اکونومیکس یا اقتصاد هنجاری هست که بحث خوب و بد و کافی و ناکافی را برای ما مطرح میکند. عملا در واقع قسمتی که قضاوت ارزشی میشود و نهایتا جهت بخش هست همین قسمن نورمیتیو اکونومیکس یا اقتصاد هنجاری است و آن قسمتی که منبعت از ایدئولوژی ها و جهانبینی مختلف هست همین قسمت است.

یعنی عملا شما خواهید دید که یک سیاست واحد در دو کشور یک نتیجه واحد ایجاد میکند یعنی با دید اقتصاد مثبت اما توی یک کشور این نتیجه مطلوب تلقی میشود و توی یک کشور دیگر نامطلوب تلقی میشود. لازم نیست زیاد دور برویم یک سیاست واحد که بازار سلامت را آزاد میگذراد توی کشور آمریکا که نوع ایدئولوژی اش لیبرال دمکراسی هست یک سیاست مطلوب و مثبت محسوب میشود. اما در کشور دیگر مثلا سوئد که ایدئولوژی سوسیال دمکراتیک دارد یک سیاست نامطلوب تلقی میشود پس نورمیتیو اکونومیکس بحثش این است که بگوید چه چیزی خوب است و چه چیزی بد است و این خوب و بد را در واقع این ارتباطات و خط و ربط های ایدئولوژیک و جهانبینانه مشخص میکند.

Different Economic Inquiry

Different Economic Inquiry ,

Descriptive

Direct observation based on fact with a view to knowing what is happening. Predictive (explanation)

Development of models to predict services used, costs and health status with a view to understanding why trends are happening

Evaluative

Determining costs and benefits of alternative interventions, with a view to recommending best practices

یک تقسیم بندی دیگر در رابطه با نوع **Inquiry** یا استعلام، آن طلب علمی که در اقتصاد داریم صورت گرفته که خیلی بی شباهت به تقسیم بندی قبلی نیست اما واژگانش متفاوت است. این راهم یاد بگیریید خوب خواهد بود در جلسات بعد با آن برخورد خواهیم کرد .

طبق این تقسیم بندی که تقسیم بندی دوم ما هست علم اقتصاد را از نظر شیوه جمع آوری اطلاعات و تولید دانشش به سه سطح تقسیم بندی میکنند. خواهید دید که مشابهت وجود دارد با تقسیم بندی قبلی یکی از آن سطح را **Descriptive** یا توصیفی میگوییم و بخشی از علم اقتصاد معطوف به این موضوع میشود که چه اتفاقی در نظام ارائه خدمت ما دارد میافتد. توصیف میکند.

مثلا تورم قیمتتها در بخش دارو چگونه هست و تمایل پزشکان به ارائه خدمات جنبی و لوکس و زیبایی به چه شکل تغییر دارد میکند. توصیف میکند هیچ تحلیلی هم ممکن است پشت آن نباشد.

قسمت دوم اقتصاد ما قسمت **Predictive** یا پیش گوینه هست و توجیه میکند تحلیل میکند. عملا در این قسمت بحث تحلیل بحث توجیه و بحث پیش بینی همش باهم شکل میگیرد یعنی بحث این میشود که چرا پزشکان ما تمایل زیادی در آنها دارد شکل میگیرد به سمت خدمات زیبایی و لوکس . این چرایی ها را بحث میکند. چه چیزی با چه چیزی ارتباط دارد؟ چرا اگر امروز بیاویم و تعرفه پزشکان خانواده را بالا ببریم ممکن است که یک تورم عمومی در قیمتتهای بخش سلامت شکل بگیرد؟

بحثش در واقع از توصیف گذشته . توصیف یک امر کاملا خام هست و تحلیل یک امری است براساس محاسبات ریاضی روی آن مواد خام ما شکل میگیرد.

درس اول گفتار اسی دی ۱ مقدمه ی براققتصاد سلامت

قسمت سومش هم **Evaluative** یا ارز شیایی هست که اینجا قضاوت ارزشی میکند که این خوبه، بده و توصیه میکند پس این کار را بکنید.

عملا در یک سطح توصیف میکنیم در یک سطح تحلیل میکنیم و در یک قسمت خوب و بدش را مشخص میکنیم و نهایتا توصیه میکنیم. که این قسمت **Evaluative** بحث قضاوت ارزشی و توصیه در آن همزمان مستتر هست.

اسلاید دهم:

Different Levels of Economics? ,

A more common distinction is that between microeconomics and macroeconomics:

Microeconomics: Study of individual markets. Macroeconomics: Study of the economy as a whole: inflation, unemployment, productivity growth, and how fiscal and monetary policy affect these, etc...

Health economics, in its positive and normative aspects, is microeconomics (economic appraisal is not really part of either micro- or macroeconomics)

نهایتا یک تقسیم بندی در اقتصاد داریم و آن این است که اقتصاد را به اقتصاد خر و اقتصاد کلان تقسیم بندی میکنیم. **Microeconomics** اقتصاد خرد و **Macroeconomics** اقتصاد کلان.

ما وقتی بحث اقتصاد کلان را داریم میکنیم کل بازار و رفتار آن را در موردش بحث میکنیم. کل نظام اقتصادی که اصلا به آن میگوییم اکنونومی. (اکنونومیکس نیست) اکنونومی کل نظام اقتصادی است با تمام عرض و طول و ابعادش را بحث میکنیم. بحث تورم، بحث تولید، بحث راندمان، بحث رشد اقتصادی، بحث بیکاری، بحث سرانه درآمد ملی. همه در سطح ماکرو اکنونومیکس یا اقتصاد کلان مطرح میشود.

حالا اگر مفاهیم یا مباحثات ما در سطح یک بازار خرد باشد، یک قسمت کوچک از این اقتصاد کلان باشد، قسمت زیر مجموعه اش باشد مثلا بگوییم بازار سلامت این دیگر مفاهیمش در سطح خرد خواهد بود.

پس به عنوان یک اصل کلی اول اینکه در نظر بگیرید که اقتصاد سلامت اعم از اینکه بخش پارتیو یا مثبت باشد یا قسمت نرمیتیو یا هنجاریش باشد هیچ فرقی نمیکند در هر صورت اقتصاد سلامت یک اقتصاد خرد، یک میکرو اکنونومیکس محسوب میشود و هر چند که ممکن است از تعاملات و تراکنشها و تغییراتی که در سطح کلان صورت میگیرد متاثر بشود که میشود. تورم که در مملکت بالا میرود قطعاً باعث افزایش قیمتها در بخش سلامت هم خواهد شد.

اما بحث های ما بطور خاص در اقتصاد سلامت بحث های اقتصاد خرد است. بله ممکن است یک پژوهشگر بیاید ارتباط بین اقتصاد خرد و کلان را به هم بررسی کند ایرادی ندارد اما بحث های ما در بخش سلامت بحث اقتصاد خرد هست.

Economics and Health Policy ,

Many, if not most, highly visible issues in health care policy have economic aspects, and economics has much to contribute to evaluating the consequences of policy alternatives:

private insurance

user fees and medical savings accounts

physician and nursing supply

Other issues that are less visible, such as physician and hospital payment mechanisms, also have important economic aspects.

آخرین اسلاید در این بحث ارتباط بین اقتصاد و سیاستگذاری سلامت

در هر صورت همون طور که به عنوان مثال شما در رشته خودتان میاید علوم پایه میخوانیدمثلا آناتومی میخوانید، فیزیولوژی میخوانید و مثلا در واحدهای بعدی خودتان تشخیص و درمان را یاد میگیرید و آن علوم پایه کاربردش در تصمیم گیری شما در تشخیص و درمان هست، اقتصاد هم همینجوری هست اقتصاد عملا در واقع میاید و شاید بشود گفت به نوعی آن مواد خام سیاستگذاری و تصمیم گیری را در سیاستگذاری سلامت برای ما مهیا میکند. به نوعی میشود گفت که علم اقتصاد مثل علم پایه یکی از علوم پایه سیاستگذاری سلامت است. جامعه شناسی سلامت هم همینجوره یعنی ما وقتی در رابطه با سوشیولوژی یا جامعه شناسی سلامت بحث میکنیم آن هم داده هایی که ازش خارج میشود یا اطلاعاتش میاید و به نوعی میشود درونداد سیاستگذاری سلامت.

پس سیاستگذاری سلامت همیشه نگاهش به علم اقتصاد هست . بخش زیادی از سیاستهایی که ما در بخش سلامت داریم متاثر از آن دانشی هست که در علم اقتصاد سلامت دارد تولید میشود. پس علم اقتصاد سلامت یک علم بسیار مهم هست و آگاهی از آن باعث میشود که بتوانیم سیاستهای مناسبتری در نظام سلامت وضع کنیم.

اسلاید دوازدهم و آخر: با مقدمات علم اقتصاد سلامت آشنا شدیم . در اینجا به پایان بحثمون میرسیم .

از بذل توجه و حوصله شما متشکرم

درس ۲ گفتار دوم: مقدمه ی بر بازار مراقبت‌های سلامت

جلسه دوم اقتصاد سلامت درس دوم گفتار دوم از سی دی ۱: مقدمه ی بر بازار مراقبت‌های سلامت

مقدمه ای بر بازار مراقبت‌های سلامت
۱- تعریف بازار مراقبت های سلامت
۲- پیش فرض های رقابت کامل
۳- علل شکست بازار سلامت

اسلاید اول: مبحث دوم از مجموعه مباحث اقتصاد سلامت را خدمت شما خواهیم داشت در مبحث مقدماتی در ارتباط با مفاهیم پایه ای اقتصاد سلامت خدمت شما گفتم و در این مبحث یک مقدمه ای بر مفهوم بازار مراقبت‌های سلامت یا **Health care Market** خواهیم گفت.

Market

اسلاید دوم:

مارکت چی هستش؟ بازار چی هستش؟

بازار: هرگونه ترتیبی که اجازه بدهد خریدار و فروشنده بتوانند با هم تعامل برقرار کنند و در طی این تعامل خدمات یا کالاهایی را یا منابعی را در واقع خرید و فروش کنند را بازار می‌گوییم. در حله اول تعریف تعریف ساده‌ای هست اما می‌بینیم که مفاهیمی در آن هست که بعداً با آنها کار خواهیم داشت.

به عنوان مثال اینجا می‌بینیم که در بازار عرضه کننده وجود دارد و تمایلی برای عرضه دارد و فردی هم هست بنام مشتری که متقاضیه و تقاضا داره مفهوم این عرضه و تقاضا بازار دو تا مفهوم کلیدی است که بخش عمده ای از علم اقتصاد و به تبع آن علم اقتصاد سلامت معطوف میشود به تحلیل و درک این مفهوم عرضه و تقاضا و اینکه چه تاثیراتی برهمدیگر دارند و چه تاثیری می‌پذیرند از سایر عوامل. پس هرگونه **arrangement** هرگونه ترتیبی که اجازه برقراری ارتباط را بین عرضه کننده و متقاضی خدمات و کالا بدهد ما به آن می‌گوییم بازار.

What is a market

اسلاید سوم:

عملاً در واقع می‌بینیم که اینجا در بازار یک مفهوم کلیدی وجود دارد به اسم **price** یا قیمت. چرا این مفهوم کلیدی هست؟ برای اینکه مفهوم **price** یا قیمت عملاً دارد یکسری اطلاعات به ما میدهد. به ما اطلاعات میدهد که چقدر خریدار مایل هست این کالا یا خدمات را بخرد. عملاً این **price** یا قیمت یک جور جانشین مفهوم تقاضا دارد میشود

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

برای ما. از طرفی همین مفهوم را در مورد عرضه هم دارد یعنی چی؟ یعنی بنوعی تمایل تولید کننده یا عرضه کننده برای عرضه را مشخص میکند. عملا ما وقتی میگوییم که:

تمایل خریدار برای پرداخت کردن پول، اسمش میشود تقاضا یا **Demand**. وقتی میگوییم تمایل تولید کننده یا عرضه کننده برای ارائه آن خدمت یا محصول اسمش میشود عرضه یا **Supply**.

مفهوم **Demand** و **Supply** دو تا مفهوم کلیدی برای ما محسوب میشوند و کل بحث مارکت و بازار هدفش این است که بتواند تعامل بین عرضه و تقاضا را برقرار کند.

اسلاید چهارم: Free Market

بازار آزاد چی هست؟ ما موقعی به کل بازار آزاد میگوییم که **exchange** یا تبادل بین پول و آن خدمت یا کالا کاملا بصورت آزادانه صورت بگیرد بدون دخالت دولت. یعنی چی؟ یعنی هر جایی که بازار کار خودش رو به خوبی انجام داد بدون اینکه مشکلی پیش بیاد همه اتفاقاتی خوب افتاد، یک کالا با قیمت کم و کیفیت بالا عرضه شد و دولت هم توش دخالت نکرد بطور قطع معلوم میشه که بازار آزاد بخوبی داره کار خودشو انجام میده.

این میان یک مفهوم کلیدی وجود دارد بنام / اینفورمیشن یا / اطلاعات. یعنی چی؟ یعنی اینکه هر بازار آزادی برای اینکه خوب کار کند جریان اطلاعات توی اون بازار آزاد باید یک جریان کاملا درستی باشد و صحیح باشد. برای چی؟ برای اینکه اگر در واقع مشتری کاملا اطلاعات را در مورد محصول داشته باشد بتواند محصول خوب و بد را از هم تمیز بدهد، قطعاً سراغ محصول خوب میرود.

همه تولید کنندگان هم به سمت تولید خوب پیش خواهند رفت. اینجا اطلاعات هست که دارد کار خودش را انجام میده و باعث میشود که بازار آزاد بخوبی عمل بکند اما اگر این اطلاعات بنوعی متوقف بشود، مخدوش بشود با مثلا مشتریانی این اطلاعات را نداشته باشند. مشتری نمیتواند بین محصول خوب و بد تمیز بگذارد و به همین دلیل هم هست که تولید کننده هیچ انگیزه ای برای تولید جنس خوب نخواهد داشت. بازار کار خودش را بخوبی انجام نخواهد داد. پس / اطلاعات یا / اینفورمیشن یک مفهوم اساسی و حیاتی در هر بازار محسوب میشود.

Perfect Competition

اسلاید پنجم

یک اصطلاح دیگری که ما در بازار با آن برخورد میکنیم رقابت کامل یا **perfect competition** هست. ببینیم این پرفکت کامپتیشن چی هست؟

شما تصور بکنید که یک یازاری وجود دارد و مثلا دوتا تولید کننده می خواهند محصول خودشان را در این بازار ارائه نمایند.

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

حالا برای اینکه یک مقدار ذهن ما نزدیک بشود فرض کنیم که دوتا وسیله، دوتا فشارسنج، دوتا برند، دوتا مارک، دوتا تولید کننده دارن فشارسنج تولید میکند و توی بازار ما ارائه میدهند و با هم رقابت دارند. کاری کنند که پزشکان بیایند و از فشارسنج اینها بخرند. چه جوری میتوانند سهم خودشان را از بازار بیشتر کنند پس این یعنی رقابت کامل.

رقابت کامل یعنی چی؟ یعنی اینکه عملاً آن چیزی که باعث میشود که یک تولید کننده من پزشک را متقاعد کند که بیایم فشارسنج او را بخرم یا محصول او را بخرم. دوتا موضوع میتواند باشد:

۱- این فشارسنج را باقیمت کمتر به من بدهد.

۲- به من نشان بدهد و من را متقاعد بکند که کیفیت فشارسنجش بهتر از کیفیت فشارسنج رقیب هست.

پس اولاً تولید کننده ها هر دو شان برای اینکه سهم بازار خودشان را حفظ کنند یا سهم بازار خودشان را افزایش بدهند تلاش میکنند که با سازوکارهای مدیریتی مثلاً در کارخانه هایشان کاری کنند که محصولشان با کمترین قیمت در بیاید. بعد به من میگن که ببین محصول من ارزانتره. با کیفیت برابر محصول من را بخرین به نفع شماست و من آن را خواهم خرید چون ارزانتر است.

دوم کاری که میکنند این هست که سعی میکنند روز به روز کیفیت کارشان را بالا ببرند و بعد به من اطلاع رسانی کنند. یعنی حتی خودشان سعی میکنند که عدم اطلاع من را رفع کنند و بیایند به من اطلاع رسانی کنند. و میان به من میگن دکتر یزدانی ببین محصول ما این ویژگی رو داره این مزایا رو داره و من در واقع این اطلاعات رو کسب میکنم و باور میکنم که محصول آنها کیفیتش بالاتر است.

حالا در خصوص این دو مورد دولت در کدامیک دخالت میکند؟ هیچکدام. عملاً رقابت آزاد هست که اینجا باعث میشود قیمت بیاید پایین روز به روز و مثلاً کیفیت برود بالاتر.

این همان ویژگی است که در بازار آزاد بدون دخالت دولت باعث می شود که بازار آزاد کار خودش را بکند.

آقای آدام اسمیت نزدیک به دویست سال قبل در کتاب معروفی بنام ثروت ملل میگوید انگار یک دست نامرئی در بازار آزاد کمک میکند برای اینکه قیمتها بیاید پایین و کیفیت برود بالا این دست نامرئی چیزی نیست جز رقابت کامل که باعث میشود به من خریدار دوتا سیگنال فرستاده شود سیگنال قیمت پایین و سیگنال کیفیت بالا.

اگر باور کنیم که این سیگنالهاست که باعث میشود من خریدار بروم به سمت خرید محصول خواهیم دید که همین سیگنالها باعث میشوند که تولید کننده دائم دغدغه قیمت کمتر و کیفیت بالاتر را داشته باشد و این همان چیزی است که مامیخواهیم و لازم نیست دولت اینجا دخالت کند.

The Assumptions of Perfect Competition

اسلاید ششم:

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

این پرفکت کامپتیشن یا رقابت کامل بالاخره یکسری ویژگی دارد. توی چه بازاری این رقابت کامل رخ میدهد توی هر بازاری که رخ نمیدهد که .

اگر ما این **assumptions** یا پیش فرضهای رقابت کامل را بشناسیم آنوقت میتونیم قضاوت کنیم . مثلا در بخش دارو یا در بخش خدمات سلامت آیا میتونیم یک رقابت کامل داشته باشیم یا نداشته باشیم؟ پس این ویژگیها را بشناسیم بعدا دوباره به این ویژگیها مراجعه کنیم ببینیم این ویژگیها در بخش سلامت وجود دارد یا وجود ندارد.

پس بحث ما **ویژگیهای رقابت کامل** است. رقابت کامل هم آن چیزی بود که باعث میشه بازار آزاد خوب کار بکند. ببینیم اولین ویژگی چی هست؟

۵ تا ویژه گی رقابت کامل:

- ۱- اولین موضوع: **Numerous Participants**: تعداد زیادی تولید کننده یا عرضه کننده یا ارائه دهنده
- ۲- **Homogeneity of Products**: محصولات با ویژه گیهای یکسان و مشخص
- ۳- **Freedom of entry and exit**: سومین ویژگی این هست که بازار ورود و خروجش آزاد باشد
- ۴- **Perfect information**: اطلاعات مشتری از کالا است
- ۵- **No externalities**: تاثیرات، مزایا و مضار فرافردی

۱- اولین موضوع: **Numerous Participants**: تعداد زیادی تولید کننده یا عرضه کننده یا ارائه دهنده

اولین ویژگی این هست که ما تعداد زیادی تولید کننده یا عرضه کننده یا ارائه دهنده خدمت یا کالا داشته باشیم. برای چی؟ برای اینکه وقتی من یک نفر هستم مثلا به عنوان یک جراح ارتوپد در یک شهرستان هستم و خودم تنها هستم کسی هم با من رقابت ندارد چس من هر خدمتی را با هر قیمتی و با هر کیفیتی ارائه بدهم مشتری مجبور هست از من بخرد. پس رقابت معنا پیدا نمیکند .

پس یکی از ویژگیهای رقابت کامل این هست که افراد و طرفهای ارائه کننده یا تولید کننده متعدد باشند تا رقابت معنی پیدا بکند. هر چه بیشتر بهتر.

این یک موضوع هست. هر جاکه شما دیدید که یک دست در کار است اصطلاحا ما به آن میگوییم مونوپولی.

اگر دستهای کمی در کار باشد اصطلاحا به آن میگوییم الیگوپولی. چند نفر این کار را انجام میدهند. میتوانند با هم بیایند زد و بند کنند و قیمت را بالا نگهدارند و کیفیت را پایین نگهدارند.

اما اگر دستها زیاد باشد اینها با هم زد و بند نکنند رقابت اینها باعث میشود که بازار، بازار خوبی بشود. دستهای زیاد در بازار به نفع بازار هست. این اولین موضوع بود.

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

۲-Homogeneity of Products: محصولات با ویژه گیهای یکسان و مشخص

دومین موضوع اینکه در واقع این کالای ما یکسری ویژگیهای مشخص داشته باشد. شما فرض کنید که یکی هست به شما بگوید که این دارو را مصرف کن مثلا بنام داروی ضد فشارخون. یه کس دیگه یه دارویی به شما بدهد و بگوید داروی ضد فشارخون است. این دوتا اثراشان عوارضشان همه چیزشان با همدیگر فرق داشته باشد. اصلا در واقع مقایسه اینها با همدیگر نمیشود اینها با هم رقابت نخواهند داشت.

رقابت موقعی معنی پیدا میکند که شما بتوانید یک کالای با ویژگیهای تقریبا یکسان را توسط فروشندگان مختلف بتوانید عرضه کنید آن موقع است که رقابت معنی زیادی پیدا میکند. این موضوع به این معنی نیست که کالاها یا خدمات عینا یکی باشد اما یک سطحی از یکسانی بینشان وجود داشته باشد.

ما میگوییم که مثلا جارو برقی جاروبرقیه . حالا یه جاروبرقی که رادیو اضافه دارد یک چیزی اضافه کرده به جاروبرقی. خوب این یک مزیت ایجاد کرده. جاروبرقی جاروبرقیه اما وقتی قیمتش پایین آمد حالا بالاخره یک ویژگی مثبت برای ما تلقی میشه این که ما به چه چیزی جارو برقی میگوییم جارو برقی تعریف دارد واز یک سطحی از کیفیت شاید بشود گفت **utility** را داشته باشد باید بتواند یک سرویس خاصی به ما بدهد تا بتوانیم این اسم را به آن اطلاق کنیم . این میشود دومین ویژگی.

۳-Freedom of entry and exit: سومین ویژگی این هست که بازار ورود و خروجش آزاد باشد

سومین ویژگی این هست که بازار ورود و خروجش آزاد باشد. شما اگر حساب کنید که اگر در بازاری که رانتهی حاکم باشد هرکسی نتواند وارد این بازار بشود یکی دوتا دست پر رنگ آن وسط باشد جلوی ورود و خروج دستهای جدید را بگیرد. محصول وارد نشود، فروشنده جدید وارد نشود، وارد کننده جدید وارد نشود خوب بله اینجا رقابت معنی پیدا نمیکند پس آزادی ورود و خروج از بازار یکی از ویژگیهای خیلی خوب هست که باعث میشود این رقابت کامل رخ بدهد.

شما خودتان این موضوع را در بازار داخلی خودمان دیده اید مثلا بحث این هست که اگر قانون تجارت جهانی را ما بپذیریم یا پذیرفته شویم آن طرف، درهای بازار مملکت ما باز خواهد شد به سمت کالاهای خارجی وبعد حالا کالاهای داخلی ما باید بتوانند خودشان را در رقابت با این کالاهای خارجی بکشند بالا ، کیفیت بالاتر قیمت پایین تر، رقابتی تا بتوانند زنده بمانند.

حالا اگر درها بسته باشند ، مایک مونوپولی درونی داشته باشیم، یک کارخانه در داخل یک چیزی را تولید میکند اجازه ورود دیگری هم نمیدهیم خوب این کارخانه هیچ انگیزه ای برای افزایش کیفیت یا کاهش قیمت نخواهد داشت. پس آزادی ورود و خروج به بازار سومین ویژگی است که باعث میشود ما یک رقابت کامل در بازار را داشته باشیم.

۴-Perfect information: اطلاعات مشتری از کالا است

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

چهارمین بحث بحث پرفکت اینفورمیشن هست. اطلاعات مشتری از کالا است که باعث رقابت کامل میشود. چرا؟ اگر به عنوان مثال شما بدنبال خرید یک کالای الکترونیکی هستید اگر شما یک کالا را ببینید قیمت آن یک میلیون تومان است و یک کالا پانصد هزار تومان و شما اطلاعی نتوانید کسب کنید که کدام یکی بهتر است واقعا نمیتوانید تصمیم بگیرید. از یک سمت هم دغدغه این را دارید که نکنه این یک میلیونیه چون قیمتش بالاتره پس بهتره. از یک سمت قضیه چون اطلاعات ندارید این موضوع برای شما هیچ وقت اثبات نمیشود.

عملا بازار کار خودش را درست انجام نخواهد داد زمانی بازار به سمت کیفیت بالاتر خدمات پیش میرود که این کیفیت از سمت مشتریان حس بشود و درک بشود. موقعی که مشتری درکی از کیفیت ندارد هیچوقت سراغ کیفیت بالاتر نخواهد رفت. وقتی مشتری دنبال کیفیت بالاتر نرود هیچ وقت تولید کننده کیفیت بالاتر برای شما ایجاد نخواهد کرد. زمانی کیفیت بالاتر تولید خواهد شد در سطح تولید که مشتری دنبال کیفیت باشد و زمانی مشتری دنبال کیفیت بالا هست که بتواند درکی از کیفیت داشته باشد. اطلاعات کاملی نسبت به آن موضوع داشته باشد.

پس هر بازار که شما احساس کنید که میتوانید با یک مقدار پرس و جو و یک مقدار جستجو اطلاعاتتان را نسبت به کالا کامل بکنید مطمئن باشید بازار خوبی خواهد بود. مثلا در بازار اتومبیل وقتی شما دوتا اتومبیل میبینید یکی ۲۰ میلیون و یکی ۱۰۰ میلیون تومان. قطعاً آن کسی که اتومبیل ۱۰۰ میلیونی را میخرد قبل از خرید توجه میشود که چرا من این را میخرم مثلا سیستم های الکترونیکی که در این وجود دارد در آن یکی وجود ندارد. مثلا ایمنیش بیشتره توان موتورش بیشتره بالاخره با این اطلاعات یک جوری توجه میشود که این ۸۰ میلیون تومان پول اضافه را که میدهد توجه برایش دارد. اگر اطلاعات یکسان نباشد هیچ کس دنبال فن آوری جدید در ساخت خودروها نخواهد رفت پس این چهارمین ویژگی است که برای ما مهم هست.

۵- No externalities: تاثیرات، مزایا و مضار فرافردی

و نهایتاً ما بحثمان این هست که بحث خرید و فروش موقعی در یک بازار آزاد معنی پیدا میکند و دولت لزومی ندارد در آن دخالت کند که عملاً نفع خریدار به خودش برگردد یعنی وقتی من یک ماشین میخرم خودم از آن لذت میبرم دولت هم کاری ندارد که حالا چه تعداد از فلان مارک ماشین فروخته میشود در بازار. اما شما فرض کنید که بجای این ماشین اسم واکسن را شما بگذارید حالا برای دولت مهم میشود. یعنی اگر به عنوان مثال من آمدم واکسن نزدم یک بیماری در مملکت ما کنترل نمیشود افراد دیگر متضرر خواهند شد. اگر من واکسن بزنم افراد دیگر منتفع میشوند پس دولت برایش مهم میشود که من به عنوان یک فرد واکسن میزنم یا نه.

بخشی از این نفع واکسن زدن به من بر میگردد و دولت دغدغه اش را دارد. اگر دولت احساس کند که مثلاً بازار فروش واکسن قیمتش جوری هست که کسی نمیخرد. این را ممکن است که در یک سطح فکر کنیم که حالا کسی که نخرد خودش ضرر میکند اشکال ندارد اگر عقلش میرسید میخرد ضرر نمیکرد. اما بحث این نیست بحث این است که اگر این

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

فرد نخرد جامعه ضرر میکند. پس دولت میاید به بازار آزاد اعتماد نمیکند. اینجا دیگر رقابت آزاد معنی ندارد و خودش میاید به نوعی قیمت را پایین میاورد یا سوپسید میدهد یا حتی مجانی میکند و جوری که بالاخره من بیایم این واکسن را بخرم یا از آن استفاده کنم.

برای اینکه فقط بحث بحث نفع من نیست نفع دیگران هم هست. شما با کلمه اکسترنالیتی بعدا برخورد خواهید کرد. اکسترنالیتی به معنی تاثیرات، مزایا و مضار فرافردی است. یعنی ان چیزی که دیگر در سطح من نیست. منی که خدمت را مصرف میکنم منی که کالا را مصرف میکنم جدای از نفع خودم نفع و ضرری برای دیگران دارم. آن موضوع مهمی است که دولت میتواند نسبت به ان دغدغه داشته باشد و به نوعی قواعد بازار را زیر پا بگذارد و در این بازار آزاد دخالت کند.

اسلاید هفتم: *Speshial Features of Health care*

خوب حالا که ما این پنج ویژگی را شناختیم ببینیم که بخش سلامت چه شکل و شمایلی دارد.

واقعیت قضیه این هست که ما در بخش سلامت مشخصه های متعددی داریم که باعث میشود یک رقابت کامل در بازار سلامت رخ ندهد و به همین سبب هست که ما معتقد هستیم که بازار سلامت را نمیشود به حال خودش رها کرد یک بازار کامل نیست بدان معنی که بازار را دست دولت بدهیم کنترل بکند کیفیتش را حفظ کند قیمتش را پایین بیاورد.

واقعیت قضیه این هست که ما اصطلاحی را بکار میبریم در این مورد که به آن مارکت فیلر یا شکست بازار سلامت میگوییم. بازار سلامت وقتی به حال خودش رها میشود نه کیفیت را بالا میبرد نه قیمت را پایین میاورد و این خیلی بد است. در حالیکه ما دیدیم که در مورد شامپو و شوینده ها و خیلی از وسایلی که ما در زندگی شخصی استفاده میکنیم بازار آزاد بدون دخالت دولت قیمت را پایین میاورد و کیفیت را میبرد بالا.

Uncertainty:

اسلاید هشتم: عدم قطعیت

ببینیم ویژگی های بازار سلامت که باعث میشود ما نتوانیم به آن اعتماد کنیم و دولت مجبور بشود این بازار را مدیریت کند یا کنترل کند چیست.

اولین موضوع عدم قطعیت هست. ببینید وقتی که شما به عنوان مشتری میروید و یک ماده خوراکی را میخرید شما میتوانید پیش بینی کنید که مثلا از استفاده از این، از خوردن این یک لذتی خواهید برد. مثلا یک **utility** یک مطلوبیتی برای شما حاصل خواهد شد. فرض شما میاید یک ماشین آخرین سیستم را میخرید یا هر ماشینی میخرید میتوانید پیش بینی کنید که این روی کیفیت زندگی شما تاثیر میگذارد.

اما واقعیت قضیه این هست که ما در بازار سلامت با یک عدم قطعیت و آنسرتینتی همراه هستیم .

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

عدم قطعیت چی به ما میگه؟ میگه که شما نه میدانید کی بیمار میشوید و نه حتی وقتی یک خدمت سلامت را مصرف کردید حالا یک دارو یک مراجعه به پزشک یک جراحی، خیلی هم نمیتوانید پیش بینی کنید که عواقبش چی هست این در واقع عدم قطعیت که وجود دارد در بازار سلامت باعث میشود که ما نمیتوانیم در دراز مدت برنامه ریزی کنیم برایش. مثلا یک زوج جوان میتوانند پیش بینی کنند که حالا با این درآمدی که داریم مثلا سال پنجم زندگی مشترک خودمان ماشین میخریم و سال دهم هم منزل مسکونی میخریم حس هم میکنند که هر دو مورد باعث افزایش کیفیت زندگیشان میشود برایشان قابل پیش بینی است. اما خیلی اوقات یک فرد جوان نمیتواند فکر بکند به این که کی مریض میشود یا اگر مریض شد چقدر هزینه دارد یا اگر هزینه کرد چقدر به نفعش میشود این عدم قطعیت یکی از ویژگیهای بازار سلامت است که باعث میشود منجر میشود به شکست بازار یا مارکت فیلر.

اسلاید نهم: اطلاعات نابرابر Asymmetric Information

دومین موضوعی که در بازار سلامت وجود دارد اطلاعات نابرابر هست که به آن آسیمتریک اینفورمیشن میگوییم. اطلاعاتی که نامتقارن است یعنی چه؟ یعنی همیشه اطلاعات پزشک نسبت به اطلاعات بیمار بیشتر است. به عنوان مثال یک فردی مراجعه میکند به پزشک و حالا دل درد دارد پزشک تشخیص آپاندیسیت میگذارد و میگوید بایستی شکم شما باز شود حالا آیا بیمار میتواند بگوید نه من اینجا اطلاعات بیشتری دارم بین جراحی و عدم جراحی میخواهم خودم تصمیم بگیرم خیر.

عملا در واقع اینجا با یک سیستم پدر سالارانه و **paternalistic** بیمار اعتماد میکند چاره ای جز اعتماد ندارد. یا به عنوان مثال پزشکی که توی نسخه بیمارش میاید و پنج قلم دارو مینویسد و مثلا میگوید برو از ۱۳ آبان از یک داروخانه تک نسخه ای بگیر عملا بیمار میتواند بگوید این دارو بدرد من نمیخورد یک داروی دیگر برایم بنویس؟ نه نمیتواند یعنی عملا به نوعی برخلاف بازارهای دیگر که خود مشتری کالاها را بررسی میکند جیب خودش را هم نگاه میکند که چقدر پول توی جیبش هست و این کالا چقدر قیمت دارد می ارزد یا نمی ارزد. خودش تصمیم میگیرد واقعیت قضیه این هست که چون اطلاعاتش برابر نیست اینجا هر قدر هم که جستجو کند حالا ما میگوییم اینترنت هست کتابها هستند هر قدر هم که تحصیل کرده باشد جستجو کند و بخواند باز هم معمولا نمیتواند. یعنی سوادش یا درکش یا قضاوتش در حدی نخواهد بود که بخواند جایگزین سواد و اطلاعات و قضاوت پزشک بشود. این یکی از ویژگیهاست.

حالا این باعث چه چیز میشود؟ این باعث میشود که اصولا بیمار درک درستی از کیفیت خدمات نداشته باشد. شما تصور کنید بیماری را که مراجعه میکند به دوتا پزشک، یکی از این پزشکها یک مطب محقر دارد مثلا یک منشی بد اخلاق دارد و وقتی بیمار رفت داخل برایش نسخه مینویسد و یا یک دارو توی نسخه اش مینویسد. پزشک دیگر که مثلا یک مطب لوکس دارد مثلا خیلی خوب با او رفتار میشود وقتی میرود داخل چندین دارو توی نسخه اش نوشته میشود و میاید بیرون. اینجا درک بیمار از کیفیت یک درک کاملا سطحی است و احتمالا مورد دوم را با کیفیت بالاتر تلقی میکند اما از نظر علمی ممکن است که پزشک اول کار درست را کرده باشد که یک دارو داده.

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

عملا اینجا هیچ وقت یا در اغلب موارد بیمار نمیتواند قضاوت کند که کیفیت خوب چه چیزی هست. حالا اگر بیمار نمیتواند قضاوت کند که کیفیت خوب چه چیزی هست چه انگیزه ای برای پزشکان حالا خارج از بحث وجدان وجود دارد که دنبال کیفیت بروند ما میگفتیم که در بازار ازاد چون مشتری دنبال کیفیت خوب میروند ارائه دهنده یا فروشنده هم کیفیت خوب را برایش مهیا میکند اما توی بازار سلامت که بیمار نمی فهمد که کیفیت خوب چیست چه انگیزه ای وجود دارد که یک پزشک کار علمی انجام بدهد چه انگیزه ای وجود دارد که یک پزشک بروز باشد آخرین اطلاعات روز را داشته باشد؟ هیچ انگیزه ای وجود ندارد.

این عدم تقارن اطلاعات باعث میشود که ما نتوانیم به این بازار اعتماد کنیم. دولت باید بیاید نظارت کند روی کار پزشک پرستار و غیره و ذالک و آنجایی که خدمتی ارائه میشود و کیفی نیست جلو آن را بگیرد.

اسلاید دهم **Externalities**: اکسترنالیتهی یا منافع و مضار فرافردی بطور خیلی زیادی وجود دارد.

ممکن هست یک فردی با گلودرد بیاید و احتمالا گلودردش ویروسی هست حالا اینجا پزشک میاید یا بیمار میخواهد برایش آنتی بیوتیک تجویز میکند و ممکن است بیمار بگوید حالا برای من که ضرر ندارد آنتی بیوتیک را میخورم عارضه ای هم که ندارد تمام میشود. اما همین آنتی بیوتیک وقتی در سطح جامعه زیاد مصرف میشود باعث مقاومت دارویی میشود این مقاومت دارویی و گسترش سوشها و سویه های مقاوم به دارو توی مملکت میتواند یک بحران ایجاد کند. ممکن است این موضوع دغدغه آن فرد یعنی بیمار نباشد دغدغه پزشک هم نباشد اما دغدغه نظام سلامت هست. پس ما نمیتوانیم اینجا بسپاریم به نظام سلامت که حالا اینجا عرضه و تقاضای آنتی بیوتیک رقم بزند میزان مصرف آنتی بیوتیک را. نه دولت باید دست خودش را دراز کند و بیاید کنترل کند بازار مصرف آنتی بیوتیک را.

برعکس این هم مبحث واکسن هست که ما نمیتوانیم بگوییم که بله حالا توی مملکت ما مثلا واکسن سرخک با این قیمتی که وجود دارد این عرضه و تقاضا یش جووری هست که مثلا ۳۰ درصد افرادی که باید واکسن بزنند واکسن میزنند ایراد هم ندارد عرضه و تقاضا توی این نقطه به تعادل رسیده. میگییم نه دولت باید دستش را دراز کند و به هر روشی که شده کاری بکند که پوشش واکسیناسیون سرخک ۱۰۰ درصد باشد.

دولت دخالت میکند چرا؟ برای اینکه درمورد آنتی بیوتیک یک ضرر فرافردی به سمت جامعه متوجه بود. و در مورد واکسن یک نفع فرافردی به جامعه متوجه هست و دولت نمیتواند در قبل این مضار و منافع فرافردی بیتفاوت بنشیند.

رفتار مشتری بر اساس ضرر و نفع فردیش هست و این مشتری در تعامل با پزشک نه فکر میکند و نه اصلا به مخیله اش میگذرد که این مزایا و مضار فرافردی چقدر هست و چگونه هست. اگر هم حتی بداند روی تصمیمش تاثیر نخواهد گذاشت پس میبینیم که عملا در نظام سلامت این منافع و مضار فرافردی باعث میشود که نتوانیم به بازار به خودی خود و مستقلا اعتماد کنیم.

بازار آزاد نمی تواند تامین کننده عدالت سلامت باشد **Markets do not advance other health system objectives**.

یک موضوع دیگر این هست که ما در مورد کالاهای دیگر بحث عدالت خیلی ممکن هست برای ما مهم نباشد مثلا ما میگوییم که آیا همه افراد باید سوار ماشین آلمانی بشوند؟ میگوییم نه هرکس داشت سوار میشود هرکس نداشت سوار نمیشود یه چیز دیگری سوار میشود یا از وسایل نقلیه عمومی استفاده میکند. اما واقعا در مورد سلامت میتوانیم اینجوری بگوییم که حالا همه افراد جامعه باید سالم باشند. هرکس داشت سالم باشد هرکس نداشت سالم نباشد. نمیشود سلامت از یک ارزش بنیادین برخوردار هست سلامت حق مردم هست.

ما میتوانیم حق مردم را بسپاریم به بازار؟ که حالا قیمتی تعیین بشود توی بازار که حالا هرکس داشت آن قیمت را بدهد و از سلامت برخوردار بشود و هرکس نداشت ندهد نه این فرق میکند اینجا خدمات سلامت و سلامت با بنز و بی ام وی جنسش فرق میکند چرا؟ برای اینکه بنز و بی ام وی جزء اقلام و اجزای اساسی زندگی من و شما نیست اما سلامت هست پس دولت در مورد توزیع عادلانه سلامت و خدمات سلامت باید دغدغه داشته باشد.

آیا بازار هیچ وقت دغدغه عدالت را دارد؟ نه هرگز شما میبینید یک کالای خیلی لوکس مثال اتومبیل لامبورگینی توی ایران ممکنه بازارش زیر ۱۰۰ تا باشد یا زیر ۱۰ تا باشد حتی کسی دغدغه نداره نه واردکننده نه خریدارش که آیا عادلانس که مثلا ۱۰ نفر توی مملکت داشته باشند گفته میشود خوب هرکس نداشت میروود و مارک و برند پایین تر را میخرد ایرادی ندارد که .

اصلا بطور کلی بازار آزاد دغدغه عدالت ندارد اما در مورد سلامت همیشه دغدغه عدالت را داریم .

بازار آزاد هرگز تامین کننده عدالت توزیعی نیست. پس اینجا هم دست دولت باید دراز بشود دخالت بکند و این عدالت را برقرار بکند یعنی ما باید بگوییم که ما سلامت و خدمات سلامت را به عنوان حق مثبت همه مردم و آحاد جامعه برایشان تضمین میکنیم و تامین میکنیم. این دیگر از بازار آزاد برآورده نمیشود.

اسلاید دوازدهم: دخالت دولت Government intervention:

اینجاست که میرسیم به دخالت دولت. اینجاست که عملا بجای آن دست نامرئی که آقای آدام اسمیت ۲۰۰ سال قبل مطرح کرد و گفت دست نامرئی رقابت آداد بازار آزاد را میجرخاند میگوییم نه در بازار سلامت دست نامرئی دستی هست که ناکاراست کار خودش را انجام نمیدهد. بجای این دست نامرئی دست دولت است که باید دراز بشود و دخالت کند در بازار. به نوعی ما در بازار سلامت یک بازار مدیریت شده باید داشته باشیم. یک رقابت مدیریت شده باید داشته باشیم و خدماتی که ارائه میشود باید به نوعی مدیریت شده باشد.

درس دوم گفتار ۲ سی دی ۱ مقدمه ی بر بازار مراقبتهای سلامت

اعمال مدیریت نظام سلامت و دولت در بازارهای سلامت یک امر حتمی و محتوم تلقی میشود و حتما دولت دخالت خودش را در این قسمت میکند.

اسلاید سیزدهم و آخر:

ما با مفاهیم پایه بازار سلامت آشنا شدیم و فهمیدیم که بازار سلامت ویژگیهای یک بازار کامل را ندارد و اگر بحال خودش رها بشود دچار عارضه شکست بازار میشود و مردم متضرر خواهند شد. در اینجا به پایان بحثمان میرسیم . از بذل توجه و حوصله شما بسیار متشکرم.

درس ۳ گفتار سوم: تقاضا و منحنی تقاضا

سومین مبحث سی دی ۳ از مجموعه مباحث اقتصاد سلامت را خدمت شما خواهیم داشت. در این مبحث مفهوم تقاضا و منحنی تقاضا را با همدیگر بحث خواهیم کرد.

Demand Versus Need

اسلاید دوم:

Demand versus Need ,

Demand: Goods and services people want because they feel it increases their utility, and they are therefore willing and able to pay something to get it

People may not really “need” some of the goods and services they want in the sense such goods and services are not really important to their survival

وقتی بحث تقاضا مطرح میشود مفهومی که پشت تقاضا هست تمایل برای پرداخت هست یعنی چی؟

یعنی به عنوان مثال شما یک خدمت یا یک کالا را در نظر بگیرید که مردم احساس میکنند با دریافت آن خدمت یا خرید آن کالا کیفیت زندگیشان افزایش پیدا میکند. مطلوبیت زندگیشان افزایش پیدا میکنند.

مردم حاضر هستند برای افزایش این کیفیت و مطلوبیت زندگیشان پول پرداخت کنند. عملاً به نوعی مثل هر چیز دیگری که ما میخریم یا دریافت میکنیم خدمت سلامت هم همچنین ویژگی را دارد ما موقعی برایش پول پرداخت میکنیم که احساس کنیم کیفیت و مطلوبیت زندگی ما افزایش پیدا میکند. حالا تقاضا مفهومش چیست؟

تقاضا مفهومش این هست که میزان تمایل مردم برای پرداخت برای یک خدمت خاص یا یک کالای خاص، ما به این تقاضا میگوییم.

همانطور که میدانید بحث تقاضا با نیاز یکی نیست یعنی خیلی از خدمات، خیلی از کالاها هستند که مردم نیاز زیادی ممکن هست به آنها نداشته باشند اما تقاضا برای آن وجود دارد. در بخش سلامت می بینید خیلی ها مراجعه میکنند برای اعمال جراحی زیبایی که ممکن است نیاز نباشد، تقاضا هست.

یا مردم مراجعه میکنند برای ویتامین های تزریقی که نیازی برایش وجود ندارد، تقاضا وجود دارد.

بخش زیادی از طب مکمل و طب جایگزین عملاً ما نیاز اثبات شده برایش نداریم. وقتی میگوییم نیاز یعنی از نظر علمی واقعا اثبات شود که این فرد یک کمبودی دارد و دریافت این خدمت و کالا باعث رفع این کمبود میشود.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحني تقاضا

تقاضا فقط یک حس درونی است و به همین دلیل هست که تقاضا تحت تاثیر تبلیغات قرار میگیرد در حالیکه نیاز یک امر ثابتی میتواند باشد.

اسلاید سوم: Starting Point in Analyzing Demand in the Market Place:

Starting Point in Analyzing Demand in the Market Place ,

Quantify how much of a good or service people want – or will demand – at different prices

Get real data from functioning markets and record how quantities demanded go up or down, as prices go up or down.

Plot the data to make a real demand “curve”

ما وقتی میخواهیم تقاضا را توی یک بازار تحلیل کنیم نقطه شروع ما چی هست؟ اگر به یک کالا یا به یک خدمت خاص فکر کنیم اولین کاری که ما برای تحلیل تقاضا در رابطه با آن خدمت خاص یا کالای خاص انجام میدهیم این هست که می آییم بررسی میکنیم ببینیم که برای هر قیمت که برای این کالا یا خدمت میگذاریم میزان تقاضا توی جامعه چقدر است.

شما تصور کنید به عنوان مثال همین امروز گفته بشود که مثلا جراحی زیبایی بینی رینوپلاستی مثلا ۵۰۰ هزار تومان قطعا توی همین کشور ممکن است در یکسال چند میلیون نفر این کار را انجام بدهند.

این ۵۰۰ هزار تومان بشود ۵ میلیون تومان قطعا این چند میلیون نفر ممکن است بشوند چند صد هزار نفر. بشود ۵۰ میلیون تومان مطمئن باشید میشود چند ده هزار نفر. بشود ۵۰۰ میلیون تومان ۱۰۰ نفر خواهد بود. میخواهیم بگوییم که بررسی اینکه با افزایش قیمت رفتار مردم یا تقاضا ایشان چقدر تغییر میکند، اولین کاری است که ما میکنیم.

همیشه هم اینجور نیست که این شیب تندی که در این مثال برای شما مطرح کردم باقی بماند.

شما حساب کنید داروهایی که برای شیمی درمانی هست مثلا سرطانهای شایع که توی بچه ها استفاده میشود. وقتی قیمتش بالا میرود مردم به هر دری میزنند بالاخره تهیه اش میکنند یعنی مثلا داروی شیمی درمانی بچه ها مثلا قیمتش ۵۰۰ هزار تومان باشد و مثلا سالی ۵ هزار نفر مصرف کننده داشته باشد به تعداد افرادی که سرطان میگیرند. حالا اگر بشود ۵ میلیون تومان باز هم ۵ هزار نفر باقی میمانند. مردم فرش زیر پایشان را میفروشند. اگر بشود ۵۰ میلیون تومان باز هم ۵ هزار نفر باقی میمانند. ممکن است حالا ۵ هزار نفر بشود ۴۸۰۰ نفر خیلی کم نمیشود. مردم میروند قرض میکنند. خدای ناکرده به خلاف می افتند این چیزی است که ثابت شده هست.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

شما می بینید که بسته به جنس آن خدمت رفتار تقاضای مردم متفاوت میشود براساس تغییر قیمتها اما فرقی نمیکند در هر صورت وقتی ما میخواهیم تقاضا را در بازار تحلیل کنیم اولین قدم این هست که یک جدول درست میکنیم. و میگوییم قیمت اول چه میزان تقاضا قیمت دوم چه میزان تقاضا قیمت سوم چه میزان تقاضا و بعد حتی میتوانیم در فالب یک منحنی رسم کنیم.

یک منحنی توی محور x و y قیمت و میزان تقاضا را میگذاریم و رسم میکنیم یک منحنی رسم میشود که اصطلاحا به این منحنی میگوییم منحنی تقاضا.

اسلاید چهارم:

تقاضا و منحنی تقاضا

The Demand Schedule

Demand Schedule For Telephone Calls	
PRICE (PER CALL)	QUANTITY DEMANDED (CALLS PER MONTH)
\$ 0	30
0.50	25
3.50	7
7.00	3
10.00	1
45.00	0

- ❖ A **demand schedule** is a table showing how much of a given product a household would be willing to buy at different prices.
- ❖ Demand curves are usually derived from demand schedules.

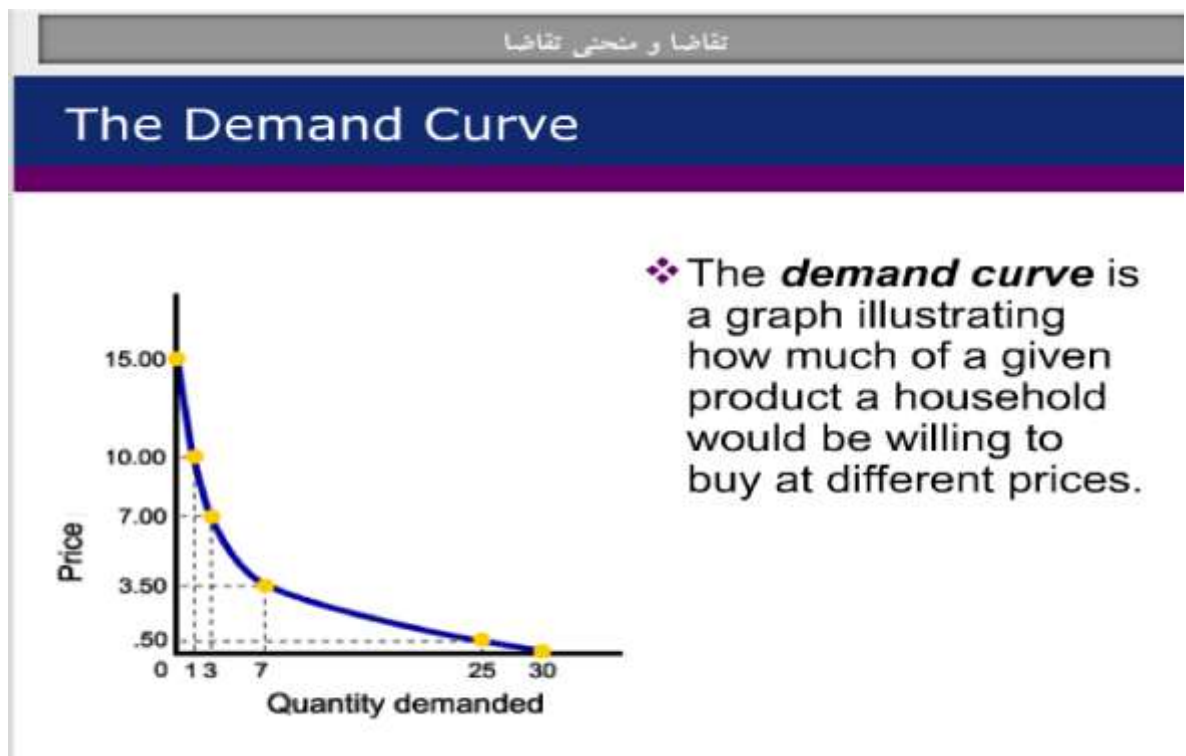
این جدول در واقع یک جدولی است که یک مثال خیلی ساده است. که قیمت‌های مختلفی که برای یک تماس با موبایل توی یکی از کشورهای غربی بررسی شده است. مثلا دیده بودند که اگر قیمت این تماس صفر باشد بیشتر از ۳۰ تماس در ماه گرفته نمیشود. البته توی مملکت ما ممکن است این عدد دور از ذهن باشد. ما شاید خیلی بیش از این تماس بگیریم. اگر نیم دلار باشد هر تماس ۲۵ تا تماس گرفته میشود. این معنیش این هست که واقعا عملا ۲۵ تماس ضروری واقعا اینها دارند. ۳/۵ دلار بشود ۷ تماس میشود ۷ دلار بشود ۳ تا تماس میشود. میبینیم که ۱۵ دلار میشود تماس صفر میشود. این

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

موضوع یک مثال هست اول اینکه شما نگاه میکنید که با افزایش قیمت تقاضا و کمیت تقاضا دارد کم میشود. با کمیت مورد تقاضا در واقع یک نسبت عکس دارد با قیمت.

دوتا ویژگی دیگر اینجا میبینیم. دوتا صفر توی این جدول میبینیم واقعیت قضیه این هست که حالا قیمت صفر آیا باعث میشود کمیت مورد تقاضای ما بینهایت شود یعنی مثلا اگر قیمت یک غذا مثلا همبرگر صفر بشود، ما توی ماه مثلا هزار تا همبرگر میخوریم خیر. یک سقفی دارد چرا این سقف وجود دارد برای اینکه بالاخره ماهم یک ظرفیتی برای مصرف داریم بالاخره زمان میبرد یا خیلی چیزهای دیگر، مسائل جنبی آن هست بالاخره محدودش میکند. از آن طرف قضیه هم شما می بینید با یک قیمت خاص تقاضا صفر میشود. برای اینکه درآمد مردم محدود است یعنی شما هر کالایی را قیمتش را برید بالا و بالاتر به یک جایی میرسید که تقاضا صفر میشود عملا ما یک تعداد غیر بینهایت برای قیمت صفر داریم و باز هم یک مبلغ غیر بینهایت برای تقاضای صفر داریم. عملا در واقع این چیزی است که مفهوم دارد. بعدا در مورد منحنی تقاضا بیشتر بحث خواهیم کرد.

اسلاید پنجم:



این یک منحنی تقاضای کلاسیک و تیپیک هست همینطور که مشاهده میکنید مقادیر مختلف مورد تقاضا **Quantity demanded** اصطلاحا نامیده میشود یا کمیت های مورد تقاضا که در محور **x** ایکس ما تصویر شده است و قیمت **price** در محور **y** ایگرگ ما تصویر شده است. مشاهده میکنید با قیمت $\frac{3}{5}$ دلار ۷ مورد تقاضا وجود دارد قیمت نیم دلار ۲۵ مورد

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

این همان جدول هست که در مورد تلفن اشاره شد. و همانطور که مشاهده میکنید این منحنی شما هم محور x ایکس های شما را قطع میکند. و هم محور y ایگرگ های شما را قطع میکند چرا؟

ما گفتیم بالاخره با قیمت صفر هم تقاضا بی نهایت نیست پس در واقع یک جا عملا ما محل تقاطع با محور x را خواهیم داشت. شما میبینید با قیمت صفر باز هم ۳۰ تا تلفن بیشتر فرد نمیزند. حالا اگر قیمت موبایل صفر بشود شبانه روز که تلفن دست نمیگیریم و همش گوشی دستمان باشد چرا که کیفیت زندگیمان افت میکند.

از آن طرف قضیه نگاه میکنیم میبینیم که این منحنی محور y ایگرگ های شما را قطع میکند. چرا قطع میکند توی نقطه ۱۵؟ برای اینکه بالاخره قیمت از یک حدی که بالاتر برود فرد میگوید که من با این قیمت اگه پرداخت کنم کیفیت زندگیم افزایش پیدا نمیکند. نمی صرفد برای من. من این کار را نمیکنم این ۱۵ دلار را خرج یک جای دیگر میکنم که به کیفیت زندگیم هم بیشتر اضافه کند. پس عملا معمولا اینجور اشاره میشود که منحنی تقاضا محور ایکس ها و ایگرگها را قطع میکند و همینطور که مشاهده میکنیم شیب ان منفی هست عملا با افزایش قیمت ما کاهش تقاضا داریم یعنی در واقع این ارتباط یک ارتباط معکوس هست.

Quantity Demanded:

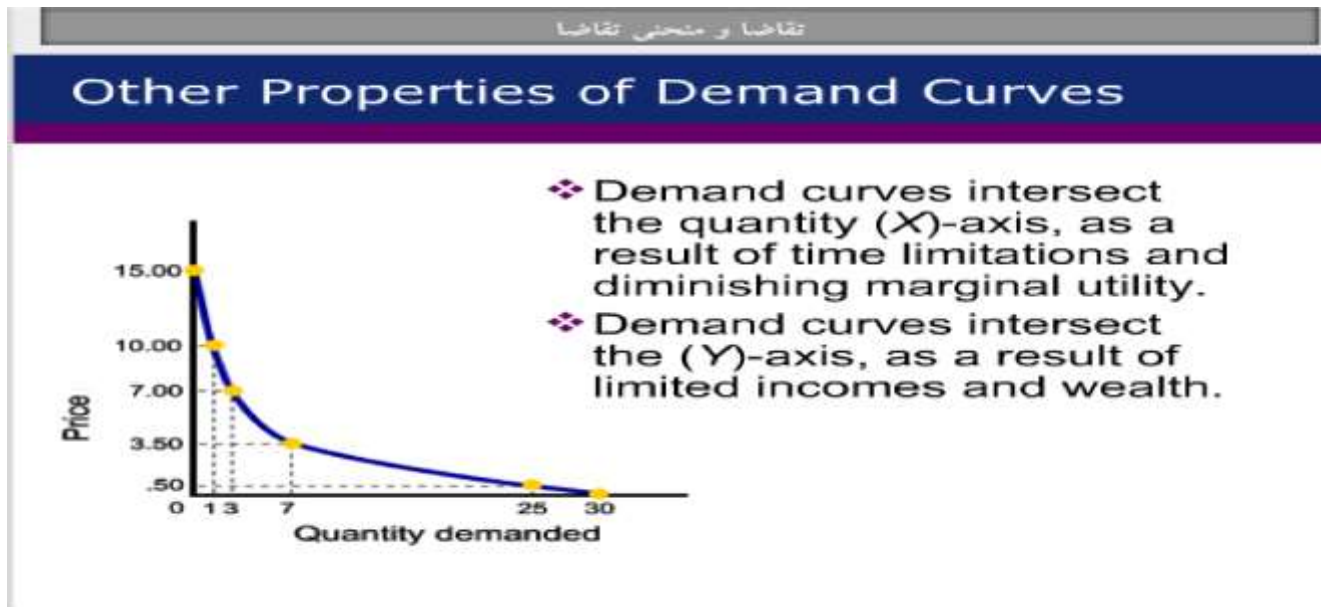
اسلاید ششم:

Quantity Demanded ,

Quantity demanded is the amount (number of units) of a product that a household would buy in a given time period if it could buy all it wanted at the current market price.

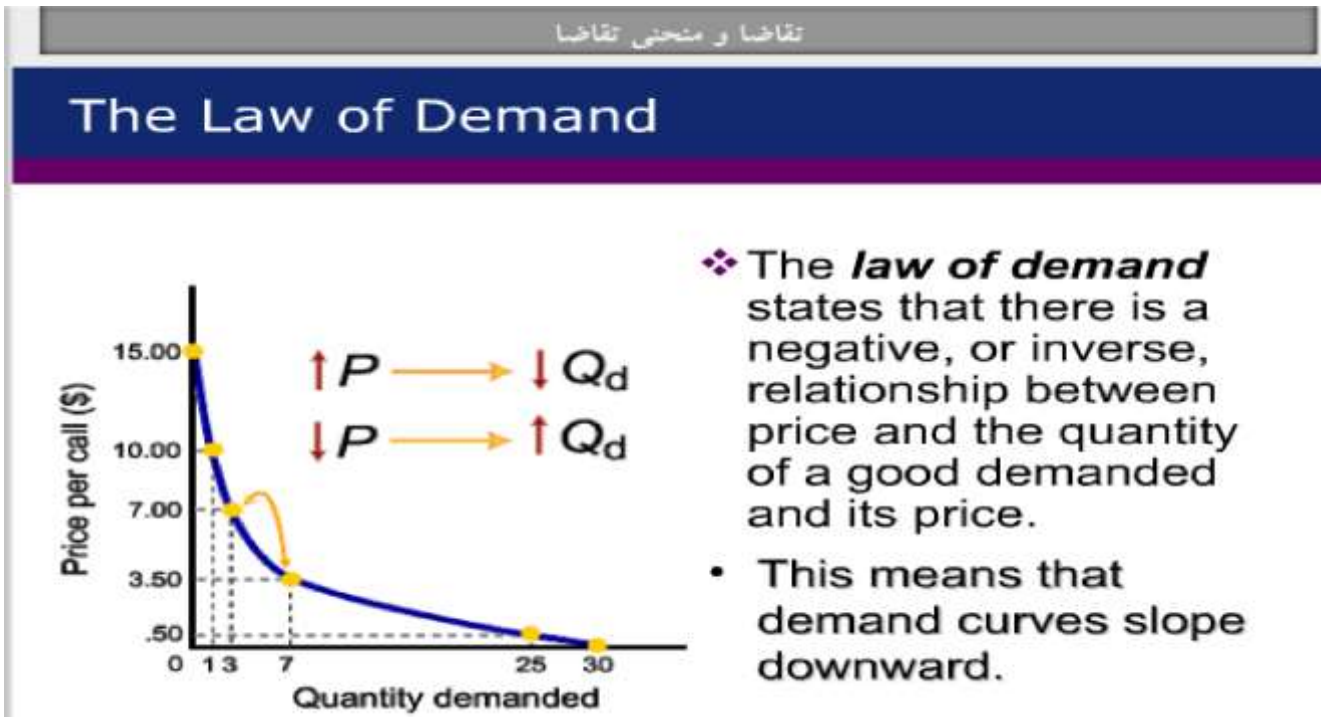
اصطلاح تقاضا و کمیت مورد تقاضا را با همدیگر ما از الان باید فرقیشان را بتدریج بفهمیم

وقتی میگوییم کمیت مورد تقاضا تعدادی از واحد آن خدمت یا کالا است که یک شهروند برای هر قیمت خاص حاضر است که توی یک زمان خاص بخرد مثلا میگوییم زمان یکماه کالا هم همبرگر در نظر بگیریم میگوییم حالا همبرگر توی مملکت ما با قیمت ۵ هزار تومان هر شهروند بطور متوسط چند تا توی ماه ممکن است خریداری کند یا مصرف بکند؟ یک عددی در میآید. برای هر قیمت یک عددی درمی آید اگر قیمت کم بشود عدد بیشتر خواهد شد. یک عدد است که این عدد با قیمت تفاوت خواهد کرد به این میگوییم کمیت مورد تقاضا.



همینطور که مشاهده میکنید چند ویژگی که اشاره شد باز هم مجدد میتوانیم اشاره کنیم و مجدد مورد تاکید قرار بگیرد. می بینیم که منحنی تقاضای ما محور ایکس های ما را قطع میکند بواسطه اینکه ما مثلا محدودیت زمان داریم اگر که کالایی را خیلی مصرف کنیم از یه حدی بیشتر مطلوبیتش برای ما کم میشود مثلا ممکن است به شما بگویند که امروز یک جایی نذری میدهند کاسه اول آشی را که بخورید خیلی لذت میبرید کاسه دوم را ممکن است به زور بخورید کاسه سوم را نمیتوانید بخورید. این جور نیست که چون آش نذری است و مجانی است من تا بینهایت خواهم خورد پس عملا دارید می بینید که هرچه که مصرف ما میرود جلوتر بتدریج منفعت آن کم میشود برای ما. بتدریج لذت و مطلوبیتش برای ما کم میشود. مثلا ممکن است تلفن اولی که به شما میگویند مجانی است یک تلفن خیلی ضروری بزنید برای شما خیلی مهم خواهد بود. تلفن میزنید به اقوام نزدیکتان که مدتهاست با او صحبت نکرده اید مثلا خارج از کشور.

بگویند تلفن دوم میگویید خوب زنگ میزنم به یکی از دوستانم که حالا چند سالی هست خارج از کشور است تلفن هم مجانی است حالا آن هم یک مقدار کمتر مطلوبیت خواهد داشت. تلفن سوم شما نمیدانید به چه کسی زنگ بزنید. شما زنگ نمیزنید. عملا محور ایکس ها حتما قطع میشود و محور ایگرگ ها هم چون درآمد و ثروت ما محدود است حتما قطع خواهد شد.



یک قانون داریم بنام قانون تقاضا. قانون تقاضا چی هست؟ این هست که متوسط تقاضا با افزایش قیمت کاهش پیدا میکند. این همان چیزی است که مشاهده میکنید. می بینید که افزایش **Price** در واقع افزایش **P** باعث کاهش کمیت مورد تقاضا میشود. و کاهش **Price** باعث افزایش کمیت مورد تقاضا میشود. این مثال را شما بسادگی میتوانید توی منحنی ببینید.

مثلا افزایش قیمت از ۳/۵ دلار به ۷ دلار باعث کاهش کمیت مورد تقاضا از ۷ به ۳ شده است پس جهت ها اگر به جهت پیکان نگاه کنید جهت ها معکوس همدیگر هستند. قانون تقاضا همین هست که جهت تقاضا و قیمت با همدیگر معکوس هست.

Determinants of Household Demand ,

A household's decision about the quantity of a particular output to demand depends on:

The price of the product in question.

The household's tastes and preferences.

The income available to the household.

The household's amount of accumulated wealth.

The household's expectations about future income, wealth, and prices. The prices of related products available to the household.

Price of Substitutes

Price of Complements ,

چه چیزهایی میتواند روی تقاضای یک شهروند تاثیر بگذارد؟ به این موضوع فکر کنید در مورد قیمتش گفتیم ما میدانیم که کمیت مورد تقاضای هر شهروند تحت تاثیر قیمت قرار میگیرد. قیمت برود بالا کمیت مود تقاضا کم میشود .

یکی از موارد تاثیر گذار ذائقه فرد هست . هر چند وقت یک مرتبه یک چیزی مد میشود. ذائقه مردم تغییر پیدا میکند . یک زمان مردم ذائقه خاص پیدا میکنند یک مد جدید میشود پس فردا مد و ذائقه عوض میشود و کمیت مورد تقاضا هم تغییر خواهد کرد در مورد کالاهای مختلف.

یکی هم درآمد خانواده ها هست بطور قطع هر چه درآمد خانواده ها بیشتر بشود روی کمیت مورد تقاضا نشان تاثیر خواهد گذاشت. حالا آیا همیشه افزایش درآمد باعث افزایش کمیت مورد تقاضا میشود؟ الزاما نه در مورد این بحث خواهیم کرد. در مورد بعضی از کالاها وقتی درآمد ما زیاد میشود بله ذائقه ما به آن سمت میرود که بیشتر استفاده کند مثال جامعه خودمان را در نظر بگیرید. در مورد یک شهروند اگر درآمد متوسط شهروندهای ایرانی زیاد بشود احتمالا کمیت مورد تقاضایشان در مورد گوشت قرمز زیاد خواهد شد. بالاخره گوشت یک کالای گرانی هست الان. درآمد بیشتر مصرف بیشتر.

آیا در مورد سویا هم این اتفاق می افتد خیر . ما عملا خیلی اوقات سویا را بجای گوشت داریم مصرف میکنیم حالا اگر درآمدمان بیشتر بشود احتمالا در مورد سویا کمتر مصرف میکنیم پس یک فرقی وجود دارد بین گوشت و سویا که من بعدا به آن اشاره خواهم کرد. در جلسات بعد هم در این مورد بحث خواهیم کرد.

ولی در هر صورت میدانیم که تغییر درآمد باعث تغییر کمیت مورد تقاضا میشود حالا در مورد بعضی از کالاها بیشترش میکند و در مورد بعضی از کالاها کمترش میکند. این موضوع فقط در رابطه با درآمد نیست در مورد ثروت انباشته شده هم

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

هست. یعنی یک موقعی میگوییم درآمد یعنی ماهانه من از ۷۰۰ هزار تومان شد یک میلیون تومان، یک وقت هست میگوییم ثروت انباشته شده من یعنی آن چیزی که من توی حساب بانکی دارم بله آن هم تاثیر دارد. و آن ثروت انباشته شده مستقل از درآمد باعث تاثیر روی کمیت مورد تقاضای من میشود.

مورد بعدی بحث **توقعات** یا اکسپکتیشن ها (**expectations**) هست. نگاه کنید من وشما همین امروز اگر به ما گفته بشود از ماه آینده یا سال آینده درآمدت زیاد میشود با وجود اینکه هنوز این درآمد زیاد نشده چون توقع افزایش درآمد داریم از همین الان ما رفتار خریدمان فرق میکند یعنی در واقع کمیت مورد تقاضای ما تغییر میکند.

یا اگر انتظار داشته باشیم که ثروتمان تغییر کند مثلا یک ارثی به ما برسد از همین الان رفتار ما تغییر میکند. یا اگر انتظار داشته باشیم که قیمتها تغییر بکند شما انتظار تان این هست که میشنوید که قیمتها میرود بالا از همین الان کوانتیتی دیماندد (کمیت مورد تقاضا) ی شما زیاد میشود.

ببینید نیاز شما زیاد نشده اما همین که میشنوید قیمتها میخواد برود بالا کوانتیتی دیماندد هم میرود بالا. میگویید امروز بخرم که فردا نخرم. برعکس این هم هست به شما بگویند که انتظار داریم قیمتها بیاید پایین کوانتیتی دیماندد میاید پایین. حتی اگر نیاز هم داشته باشید نمی خرید میگویید صبر میکنم قیمتها بیاید پایین آن موقع میخرم. پس می بینیم که انتظارات ما در مورد وقایع آینده اعم از میزان درآمد و ثروت انباشته شده و قیمتها میتواند روی کمیت مورد تقاضای امروز ما تاثیر بگذارد.

مورد آخر بحث در مورد قیمت کالاهای مرتبط هست. ببینید ما دو شکل کالای مرتبط داریم به یکی از اشکال کالای مکمل و به یکی دیگر کالای جایگزین میگوییم. ببینیم فرق این دوتا چی هست. با یک مثال برای شما عنوان میکنیم. ببینیم قیمت کالاهای مرتبط مثلا کالای مکمل و کالای جایگزین ما چه تاثیری روی کمیت مورد تقاضای ما دارد. فرض کنید که امروز در جامعه لب تاپ که مخریم در جامعه ایرانی ماهی ۱۰ هزار لب تاپ کمیت مورد تقاضای ما هست حالا بیاییم اول از همه به کالای جایگزین فکر کنیم.

حالا جا این لب تاپ را چه چیزی میتواند بگیرد؟ مثلا از این پالم هایی که ما دستمان میگیریم مثلا پی دی ای یا اسمارت فن. هرچی بالاخره یک جورایی بخشی از کار یک لب تاپ را برای ما میتواند انجام بدهد. یا مثلا نه اصلا بگوییم آن دسک تاپ ما، آن کامپیوتر رومیزی ما اینها کالای جایگزین هستند دیگر.

اگر قیمت این کالاهای جایگزین یهو بالا برود یعنی قیمت دسکتاپ، کامپیوتر رومیزی یا پالم با هم بالا برود ما عملا سوق پیدا میکنیم به سمتی که لب تاپ بخریم یعنی افزایش قیمت کالای جایگزین باعث افزایش کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما میشود.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

برعکسش را شما فرض کنید که قیمت پالم بیاید پایین شما میگویید بجای اینکه لب تاپ بخرم پالم میخرم توی جیبم هم میگذارم مثلا. عملا کاهش قیمت کالای جایگزین باعث کاهش کمیت مورد تقاضای اصلی میشود. این در مورد کالای جایگزین بود.

حالا بیاییم در مورد کالای مکمل فکر کنیم. کالای مکمل چی هست؟

فرض کنید لب تاپی که به شما میفروشند ادابتورش را به شما ندهند یعنی ادابتورش را به عنوان یک کالای جداگانه مکمل این محسوب بشود. به شما گفته میشود لب تاپ یک قیمت است ادابتورش را هم جداگانه بخرید و فرض کنید اینگونه باشد. حالا اگر قیمت ادابتور بیاید پایین شما تمایلتان برای خرید لب تاپ افزایش پیدا میکند. در واقع کاهش قیمت کالای مکمل باعث افزایش کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما میشود. برعکس اگر بگویند قیمت ادابتور رفته است بالا ۲ میلیون تومان مثلا شما میگویید خوب لب تاپ یک میلیون تومان ادابتور ۲ میلیون تومان پس من لب تاپ نمیخرم چون بدون ادابتور هم معنی ندارد. یعنی افزایش قیمت کالای مکمل باعث کاهش کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما میشود.

همینطور که مشاهده میکنید جهت ما در مورد کالاهای مکمل و کالاهای جایگزین متفاوت بود. دیدیم که قیمت کالای جایگزین با کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما هم جهت بود. قیمت آن که میرفت بالا کمیت مورد تقاضای ما در مورد کالای اصلی افزایش پیدا میکرد. اما می بینیم قیمت کالای مکمل با کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما جهتش معکوس است مثلا ادابتور قیمتش که قیمتش میرود بالا تقاضای ما در مورد لب تاپ میاید پایین جهت آن معکوس است.

پس می بینیم که قیمت کالاهای مرتبط که مکمل و جایگزین هستند تاثیر میگذارد روی کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما.

Related Goods and Services:

اسلاید دهم:

Related Goods and Services ,

Substitutes are goods that can serve as replacements for one another; when the price of one increases, demand for the other goes up. Perfect substitutes are identical products.

Complements are goods that “go together”; a decrease in the price of one results in an increase in demand for the other, and vice versa.

خوب این بحث کالای مکمل و کالای جایگزین یکی از بحث های خیلی مهم است که در نظام سلامت هم معنی پیدا میکند. شما خیلی جاها نگاه میکنید میبینید به عنوان مثال بخش خصوصی، بخش دولتی، خدمت بخش خصوصی و بخش دولتی عملا به نوعی جایگزین همدیگر محسوب میشوند اگر تعرفه های دولتی افزایش پیدا بکند می بینید مردم به سمت

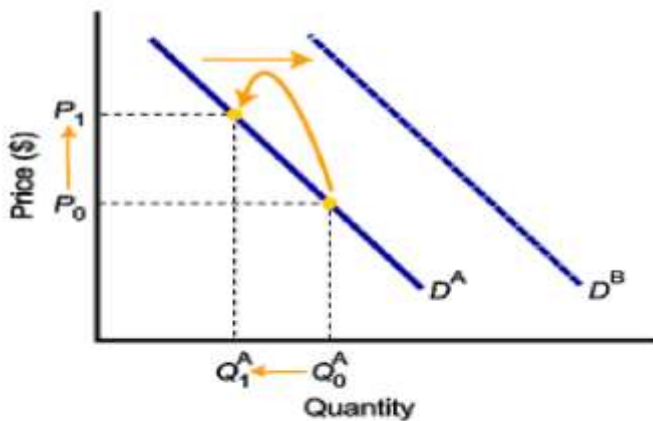
درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

بخش خصوصی سوق پیدا میکنند. یعنی افزایش قیمت کالای جایگزین باعث افزایش کمیت مورد تقاضای کالای اصلی ما میشود از آن ور قضیه در مورد کامپلیمنت کالای مکمل هم همین است به عنوان مثال به شما گفته میشود که جراحی تعویض مفصل زانو تعرفه اش یک میلیون تومان است میگویم خوب ان پروتز که باید بخرم تو زانو بگذارم چی؟ میگن اون رو باید از بازار بخری حالا بحث این خواهد بود که اگر قیمت این پروتز توی بازار برود بالا مثلا بشود ۱۰ میلیون تومان تقاضای مردم برای عمل جراحی که یک میلیون تومان بود کاهش پیدا میکند عملا ان پولی که مردم پرداخت به پزشک یا بیمارستان یا خرید تجهیزات یا داروها اینها همش مکمل هم محسوب میشود یکی که برود بالا تقاضا برای بقیه کاهش پیدا میکند پس در نظام سلامت هم این اتفاق به کرات میافتد.

اسلاید یازدهم:

تقاضا و منحنی تقاضا

Shift of Demand Versus Movement Along a Demand Curve



- A change in **demand** is not the same as a change in **quantity demanded**.
- In this example, a higher price causes lower **quantity demanded**.
- Changes in determinants of demand, other than price, cause a change in **demand**, or a **shift** of the entire demand curve, from D_A to D_B .

دو تا مفهوم را میخواهم تفاوتش را برای شما بگویم این خیلی مهم هست ما گاهی اوقات میگوییم تغییر کمیت مورد تقاضا گاهی اوقات میگوییم تغییر تقاضا این دو تا مفهوم کاملا با همدیگر فرق میکنند و خیلی مهم است که شما این دو تا مفهوم را با همدیگر تمیز بگذارید. خلی متفاوت هست.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

ببینید یک موقع هست که ما میگوییم که کمیت مورد تقاضا تغییر کرده منظورمان این هست که منحنی تقاضای ما سر جای خودش هست. شما بجای یک تقاضای خطی میبینید توی این تصویر که من با D^A نشانش دادم یک منحنی تقاضا است.

حالا همینطور که مشاهده میکنید قیمت از P_0 به P_1 یعنی قیمت زیاد بشود خواهید دید تقاضایتان از Q^A_0 به Q^A_1 کاهش پیدا میکند. اما خود این منحنی تقاضا تغییر نکرده یک منحنی هست که سر جای خودش هست یعنی ما اصطلاحاً به آن میگوییم تقاضا تغییر نکرد اینجا در این مورد خاص کمیت مورد تقاضا تغییر کرد.

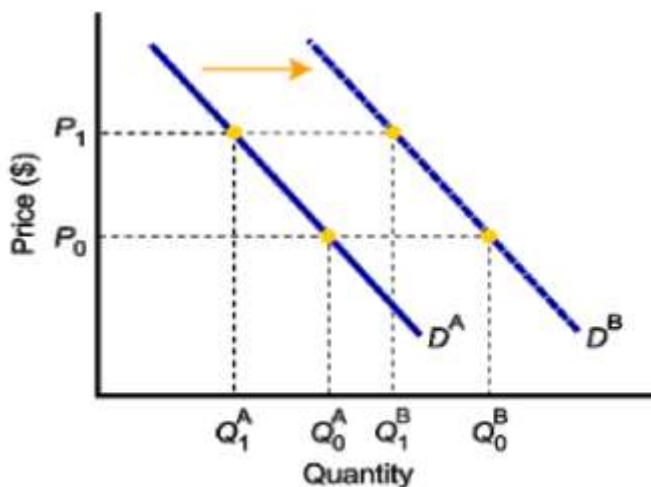
یک موقع هست که ما میگوییم که تقاضا تغییر میکند یعنی یک اتفاقی میافتد که اصلاً خود این منحنی جابه جا میشود یک مفهوم کاملاً متفاوت هست یعنی توی بازار اتفاق میافتد که اصلاً منحنی تقاضای ما جابجا میشود یعنی ما بجای D^A یک چیز دیگری خواهیم داشت. همینطور که مشاهده میکنید الان این پیکانی که با رنگ نارنجی نشان داده شده تغییر کمیت مورد تقاضا را نشان میدهد که در واقع همان P_0 به P_1 و Q_0 به Q_1 را نشان میدهد و همینطور که مشاهده میکنید یک وضع تغییر تقاضا را داریم که وقتی میگوییم تقاضا یعنی کل خط D^A ما به D^B ما جابجا میشود ما اصطلاحاً به این میگوییم تغییر تقاضا. به مورد اول میگفتیم تغییر کمیت مورد تقاضا.

دوازدهم:

اسلاید

تقاضا و منحنی تقاضا

A Change in Demand Versus a Change in Quantity Demanded



- When **demand shifts** to the right, demand increases. This causes **quantity demanded** to be greater than it was prior to the shift, **for each and every price level**.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

ببینیم که هر کدام از اینها تحت تاثیر چه عواملی میتوانند باشند وقتی تقاضا تغییر میکند مثلا به سمت راست تغییر میکند شما نگاه میکنید که برای هر قیمت ثابتی کمیت مورد تقاضا افزایش پیدا میکند. یعنی شما مشاهده میکنید الان منحنی تقاضای شما از D^A به سمت راست حرکت کرد به D^B برسید ما اصطلاحا وقتی به سمت راست حرکت میکند میگوییم تقاضا زیاد شد.

شما نگاه کنید برای P_0 (پی صفرتان) مقدار کوانتیتی دیمانند کمیت مورد تقاضا زیاد شد. برای P_1 هم همینطور برای هر قیمتی این اتفاق میافتد. یعنی عملا مشاهده میکنید میبینید برای قیمت P_0 کمیت مورد تقاضا زیاد شد برای P_1 کمیت مورد تقاضا بیشتر شد اولاً وقتی میگوییم تغییر تقاضا برای هر قیمت کمیت مورد تقاضا زیاد میشود. اما وقتی بحث ما تغییر کمیت مورد تقاضا با یک تقاضای برابر بود میگوییم با تغییر قیمت کمیت مورد تقاضا تغییر میکند. در مورد بحث تغییر تقاضا یا منحنی تقاضا با یک قیمت ثابت کمیت مورد تقاضا متفاوت میشود به این تفاوت شما باید فکر بکنید و یک مقدار شاید وقت ببرد تا کامل آن را درک کنید.

اسلاید سیزدهم:

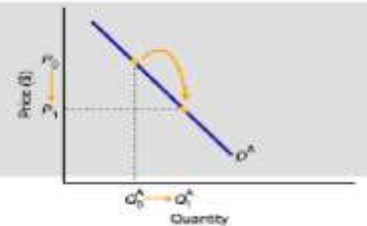
تقاضا و منحنی تقاضا

A Change in Demand Versus a Change in Quantity Demanded

To summarize:

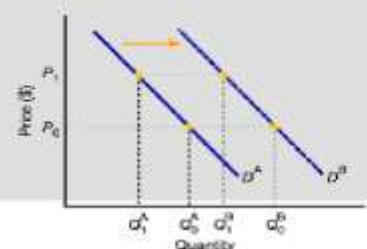
Change in price of a good or service leads to

Change in *quantity demanded* (Movement along the curve).



Change in income, preferences, or prices of other goods or services leads to

Change in demand (Shift of curve).

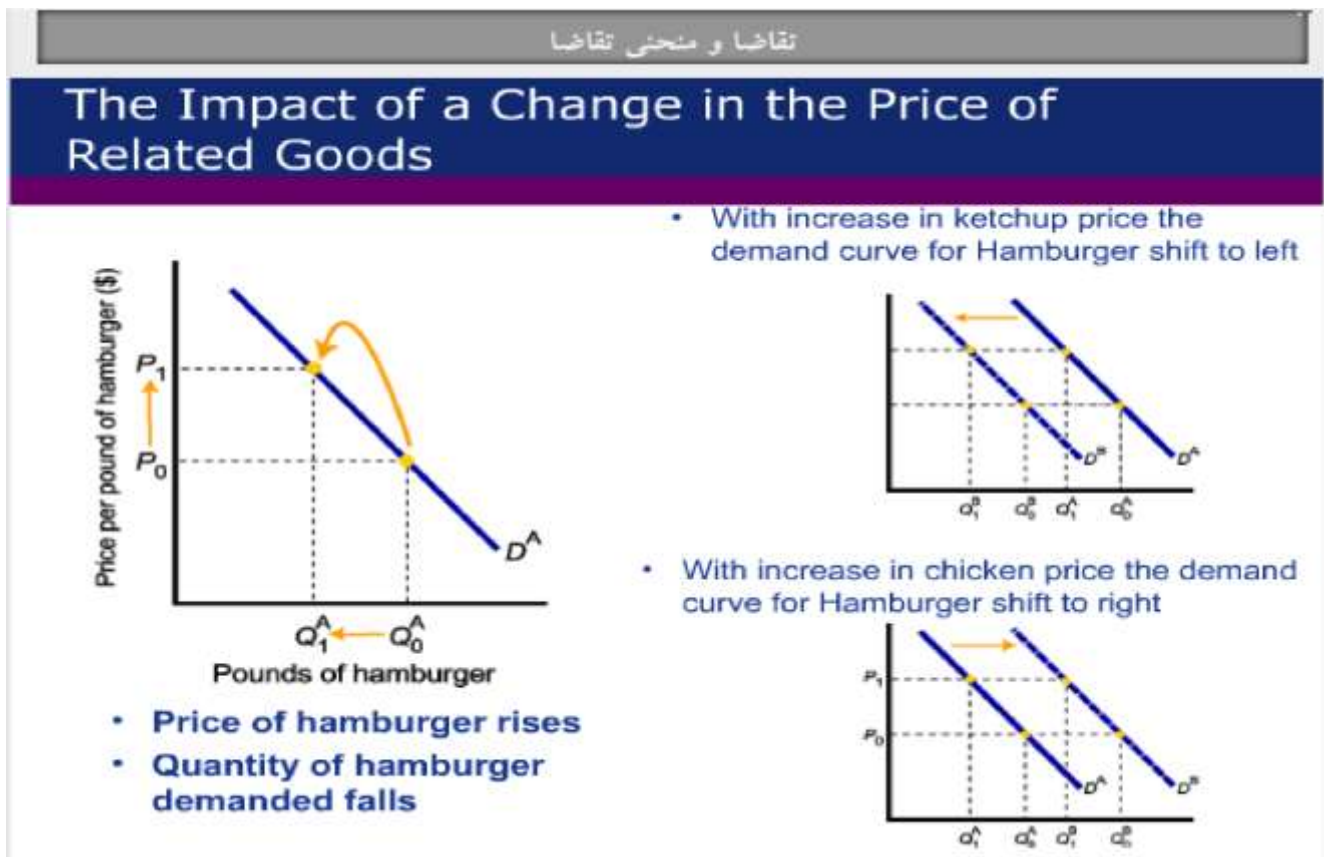


درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

باز این موضوع برای اینکه بیشتر ملکه ذهنتان بشود من اینجا آمدم این دوتا را در یک تصویر به شما نشان دادم. در قسمت باکس بالا در جعبه خاکستری رنگ بالا شما تغییر کمیت مورد تقاضا را میبینید. میبینید که حرکت روی منحنی تقاضاست یعنی منحنی تقاضا سر جای خودش ثابت مانده.

در باکس پایین مستطیل پایین شما تغییر تقاضا را نگاه میکنید میبینید که دیگر کل منحنی D^A ما جابجا شده و حتی برای یک قیمت ثابت مثلا P_0 کمیت تفاوت کرد که به این میگوییم تغییر تقاضا.

اسلاید چهاردهم:



بینیم که تاثیر قیمت روی کالاهای مرتبط چگونه است در این مورد ما بحث کردیم. ما در مورد کالاهای مرتبط و کالاهای جایگزین و کالاهای مکمل بحث کردیم حالا با منحنی میخواهیم بینیم چه اتفاقی میافتد. من مثال را با یک مثال خوراکی میزنم مثلا همبرگر و همبرگر توی مملکت ما یک محصول غذایی است که یک منحنی تقاضای خاص خودش را هم دارد قیمتش برود بالا تقاضایش کم میشود قیمتش بیاید پایین تقاضایش زیاد میشود. کمیت مورد تقاضایش تغییر میکند حالا اول از همه ما تغییر کوانتیتی دیماندد را بحث میکنیم اما شما فرض کنید قیمت همبرگر برود بالا خوب قطعاً کمیت مورد تقاضای همبرگر کم میشود و اینجا ما می بینیم که روی منحنی یک حرکت داریم ما به این میگوییم تغییر کمیت تقاضا به این میگوییم تغییر تقاضا. تقاضا سر جای خودش هست.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

حالا شما فرض کنید که مکمل کالای همبرگر چی هست. ما با همبرگر سس میخوریم سس گوجه فرنگی کچاپ میخوریم. شما فرض کنید یهو توی بازار قیمت کچاپ برود بالا مثلا حالا از جعبه یک هزار تومان دو هزار تومان بشود ۱۰ هزار تومان ۲۰ هزار تومان. قطعاً افزایش قیمت این کالای مکمل باعث کم شدن تقاضای ما نسبت به همبرگر خواهد شد.

و بعکس اگر کچاپ قیمتش بیاید پایین تقاضای مورد نیاز ما تغییر خواهد کرد پس همینطور که مشاهده میکنید افزایش قیمت کچاپ باعث جابجا شدن منحنی تقاضای ما به همبرگر به سمت چپ میشود ما همیشه میگوییم افزایش قیمت کالای مکمل باعث کاهش تقاضا میشود. این دیگر بحث بحث کاهش تقاضا هست نه کمیت مورد تقاضا. یعنی برای هر قیمت خاص همبرگر باز ما تقاضایمان کم شده است چون بالاخره ما همبرگر را با کچاپ میخوریم.

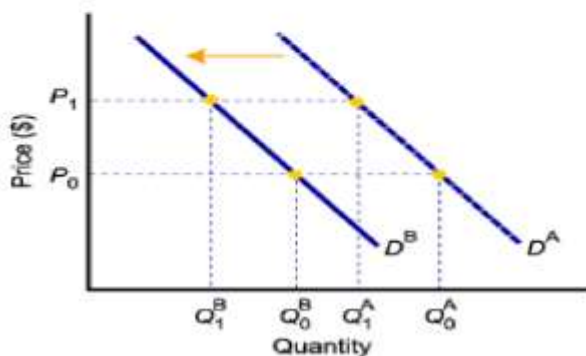
حالا یک اتفاق دیگر را بگوییم فرض کنید بگوییم کالای جایگزین همبرگر چی هست؟ خیلی از افراد توی مملکت ما چون وقتش را ندارند فست فود مصرف میکنند. حالا یک فست فود دیگر نام ببریم مثلا جوجه سوخاری.

شما فرض کنید که قیمت جوجه سوخاری توی مملکت برود بالا حالا وقتی قیمت میروود بالا چه اتفاقی میافتد این کالای جایگزین هست همیشه میگوییم قیمت کالای جایگزین که افزایش پیدا میکند تقاضا برای کالای اصلی افزایش پیدا میکند شما مشاهده میکنید اگر منحنی تقاضای اولیه ما نسبت به همبرگر باشد میدانیم که افزایش قیمت کالای جایگزین که جوجه سوخاری هست باعث افزایش تقاضای ما به همبرگر میشود می بینیم که منحنی جابجا شد و این جابجایی بین منحنی هاست نه در درون یک منحنی.

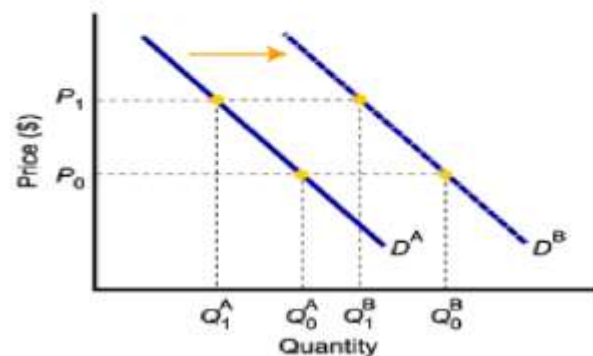
شما مشاهده کردید با یک مثال خوب ما فرق تغییر کمیت مورد تقاضا با خود تقاضا را فهمیدیم چی هست.

The Impact of a Change in Income

- Higher income decreases the demand for an *inferior* good



- Higher income increases the demand for a *normal* good



بحث درآمد را بحث کنیم ما در مورد درآمد یه بحثی کردیم گفتیم با افزایش درآمد ما تقاضایمان تغییر میکند یک مثال بزیم به عنوان مثال بعضی از کالاها هستند که این کالاها اصطلاحاً به آنها میگویند کالاهای فقرا **Inferior good** حالا حساب کنید وقتی وضعیت مالی مردم بالا میرود در جامعه مردم کمتر سراغ چنین چیزهایی میروند.

مثلاً سویا را بجای گوشت اشاره کردم یا مثلاً یک چراغ علاءالدین را در نظر بگیرید چراغ فیتیله ای کوچک، کالایی نیست که مردم با ثروتمند شدن بگویند من یک چراغ فیتیله ای داشتم حالا که ثروتم زیاد شده میروم و ۱۰ تا چراغ فیتیله ای میخرم. خیر وقتی شما ثروتمان زیاد شد چراغ فیتیله ای را میگذارید کنار. اصلاً میروید یک وسیله گرمایشی بهتر برای خودتان محیا میکنید پس برخی از کالاها کالاهای فقراست ما اصطلاحاً به آن **Inferior good** میگوییم.

در مورد کالاهای فقرا شما نگاه میکنید که افزایش درآمد مردم باعث کاهش تقاضا میشود مردم با افزایش درآمدشان کلاً برای هر قیمت ثابت از سویا کمتر سویا میخرند.

برخی از کالاها هستند که دیگر کالای فقرا نیستند کالای طبیعی هستند یا سوپریور هم به اینها گفته میشود. در مورد این کالاها کالاهایی هستند که عملاً با افزایش درآمدتان ممکن است ذائقه یا میل بیشتری برای خرید آن کالاها داشته باشید. عملاً در واقع بعضی از این کالاها بنحوی هستند که اصلاً کالاهای لاکسچری کالاهای لوکس به آنها گفته میشود. یعنی به شدت با افزایش درآمد ما ذائقه ما برای آنها افزایش پیدا میکند.

درس سوم گفتار ۳ سی دی ۱ تقاضا و منحنی تقاضا

تقاضا یا دیماندا زیاد میشود مثلا فرض کنید که امروز بطور ناگهانی یک سیاست اقتصادی باعث بشود که درآمد مردم توی مملکت ده برابر بشود قطعاً تقاضا برای ماشینهای لوکس خارجی بیشتر خواهد شد این را شک نداریم ما یعنی عملاً در مورد این کالاها افزایش درآمد باعث جابجایی به سمت راست میشود. تقاضا را زیاد میکند.

دیدیم در مورد فقرا افزایش درآمد باعث کاهش تقاضا میشد پس می بینیم که خود صرف افزایش درآمد به تنهایی نمیتوانیم قضاوت کنیم که به چه شکل تقاضا را تغییر میدهد بسته به جنس آن خدمت یا کالا تقاضا تغییر خواهد کرد.

From Household to Market Demand:

اسلاید شانزدهم:

From Household to Market Demand ,

Demand for a good or service can be defined for an individual household, or for a group of households that make up a market.

Market demand is the sum of all the quantities of a good or service demanded per period by all the households buying in the market for that good or service.

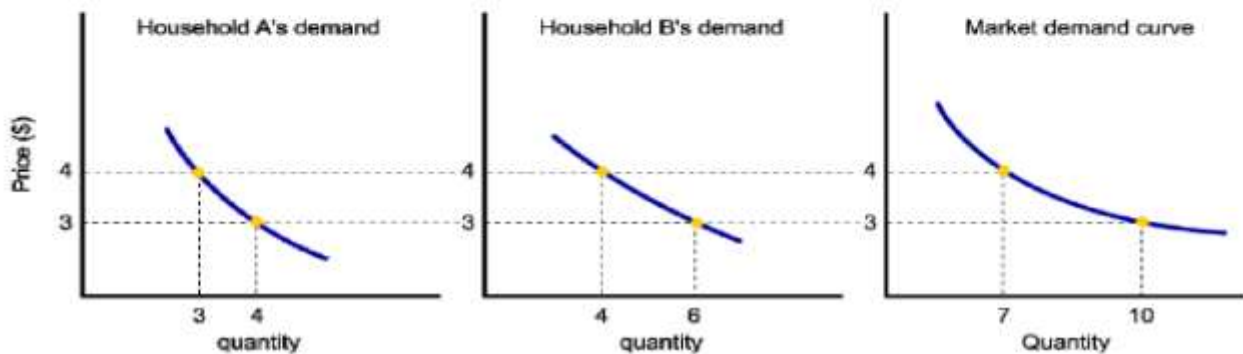
ما همه بحث هایی که در مورد تقاضا داریم هم میتوانیم در سطح یک خانوار یا یک فرد در نظر بگیریم هم در سطح کل جامعه.

مثلاً همان بحث همبرگر را در نظر بگیرید شما میتوانید بگویید فرد اول آقای X با درآمدهای مختلفش سا با قیمتهای مختلف همبرگر ماهی چند تا همبرگر مصرف میکند؟ فرد دوم با قیمتهای مختلف همبرگر ماهی چند تا همبرگر مصرف میکند؟ فرد سوم چقدر؟

وقتی اینها را سرجمع میکنیم بحث منحنی تقاضا در سطح کل جامعه معنی پیدا میکند.

From Household Demand to Market Demand

❖ Assuming there are only two households in the market, market demand is derived as follows:



مثلا توی یک جامعه دو نفره شما نگاه میکنید که شهروند A ما یک منحنی تقاضایی دارد برای قیمت ۴ می بینیم با قیمت ۴ دلار ۳ تا مصرف میکند با قیمت ۳ دلار ۴ تا مصرف میکند .

شهروند دوم یک منحنی تقاضای دیگر دارد مثلا با قیمت ۴ دلار ۴ تا مصرف میکند با قیمت ۳ دلار ۶ تا مصرف میکند. توی این جامعه دو نفری اگر بازار ما یک بازار دونفره باشد منحنی کل تقاضای ما به چه شکل میشود؟ سر جمع اینها میشود در واقع ان قیمت سر جای خودش هست یعنی همان ۴ دلار سر جای خودش است اما با ۴ دلار ۷ تا مصرف میشود در کل بازار دونفره ما.

با ۳ دلار ۱۰ عدد مصرف میشود این ۱۰ جمع ۶ و ۴ است که با قیمت ۳ دلار شهروند اول و دوم مصرف میکردند. این در سطح کل یک مارکت و بازار بزرگ هم همین اتفاق میافتد یعنی مادر سطح شهر و در سطح کل بازار میتوانیم منحنی تقاضا را رسم کنیم

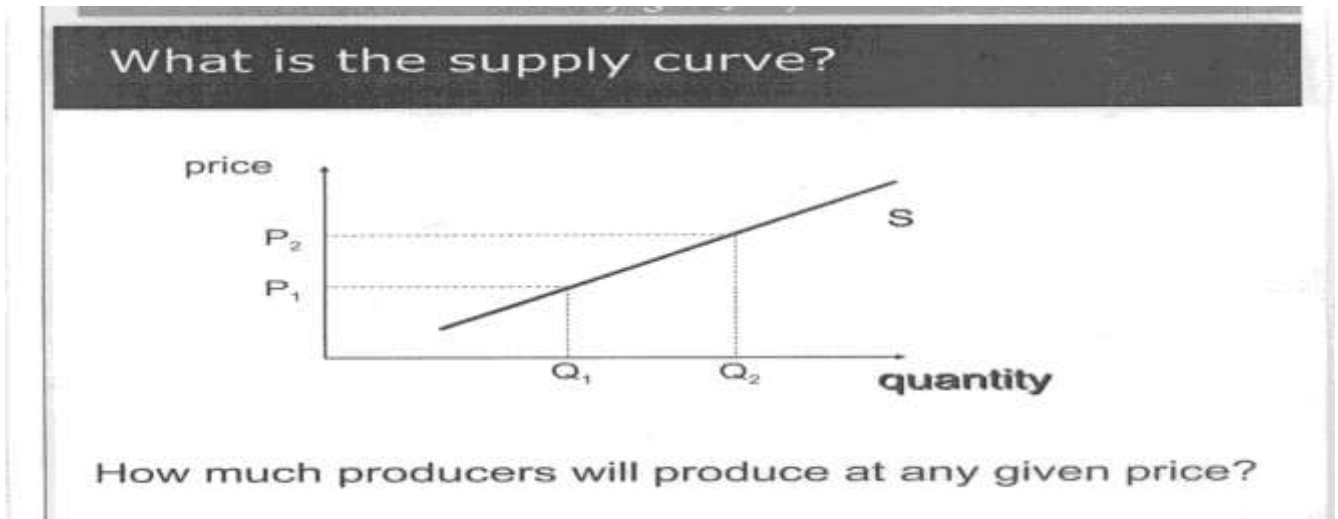
اسلاید هجدهم و آخر:

خوب شما با مفاهیم پایه تقاضا و منحنی تقاضا آشنا شدید مفاهیم خیلی مهم است و کاربرد زیادی در آینده خواهد داشت. در اینجا به پایان بحثمان میرسم از بذل توجه و حوصله شما بسیار متشکر

سی دی ۲

درس ۴ گفتار اول: عرضه و منحنی عرضه

اسلاید دوم:



مبحث چهارم از مباحث اقتصاد سلامت را خدمت شما عرضه خواهیم داشت. در این قسمت بحث عرضه و منحنی عرضه را مورد بحث قرار خواهیم داد.

- در مبحث قبل که بحث تقاضا شد ما رفتار خریدار خدمت یا خریدار کالا را با تغییرات قیمت کالا مورد بررسی قرار دادیم.

همانطور که مشاهده کردید یک ارتباط معکوس وجود داشت بین قیمت کالا و تقاضای مشتریان. می بینیم در اینجا بین قیمت کالا و میزان عرضه یک ارتباط مستقیم باهم پیدا می کنند. هرچه قیمت بالاتر می رود عرضه کننده یا تولید کننده خدمت یا کالا تمایل بیشتری برای عرضه با تولید آن کالا یا خدمت خواهد داشت. علت آن کاملاً مشخص است افزایش قیمت به معنای افزایش سود حاشیه ای است به ازای هر مورد فروش یا هر مورد ارائه خدمت.

عملاً هرچه قیمت بالاتر می رود به ازای هر مورد ارائه خدمت سود حاشیه ای بیشتری نصیب ارائه کننده یا تولید کننده خدمت خواهد شد و این انگیزه ای است برای تولید بیشتر. پس اولین تفاوتی که شما در اینجا می بینید تفاوت میان منحنی ها است. تفاوت بین منحنی **supply** یا منحنی عرضه که شیب آن مثبت است. یک نسبت مستقیم بین قیمت و کمیت ارائه یا عرضه وجود دارد.

The Supply Schedule ,

A supply schedule is a table showing how much of a product firms will supply at different prices. ,

Quantity supplied represents the number of units of a product that a firm would be willing and able to offer for sale at a particular price during a given time period. ,

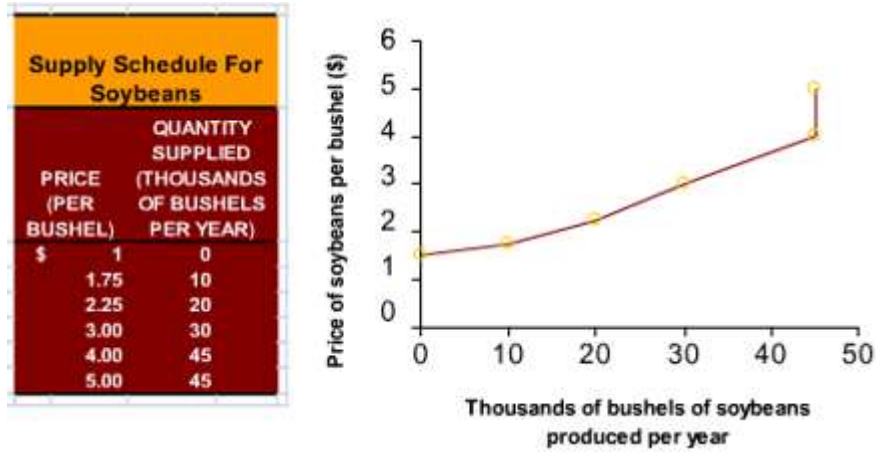
Supply Schedule For Soybeans	
PRICE (PER BUSHEL)	QUANTITY SUPPLIED (THOUSANDS OF BUSHELS PER YEAR)
\$ 1	0
1.75	10
2.25	20
3.00	30
4.00	45
5.00	45

بعنوان مثال در کشور خودمان یک کالا یا محصول کشاورزی (در اینجا سبوس) را در نظر بگیرید به ازای هر تن یا هر بشکه از این کالای کشاورزی قیمتی تعیین می شود.

فرض کنید قیمت یک دلار برای هیچکس صرف نمی کند که تولیدش کند و تولید نخواهد شد. این محصول قیمت مثلا ۱/۷۵ دلار یک عده ممکن است آنرا تولید کنند قیمت مثلا ۵ دلار یا ۴ دلار شما در واقع حساب کنید این افزایش پیدا می کند میزان تولید و عرضه این کالای خاص با افزایش قیمت ، ما به این جدول اصطلاحا می گوئیم **supply schedule** یا جدول عرضه و وقتی آنرا رسم می کنیم می شود نمودار عرضه یا منحنی عرضه.

The Supply Curve ,

A supply curve is a graph illustrating how much of a product a firm will supply at different prices. ,

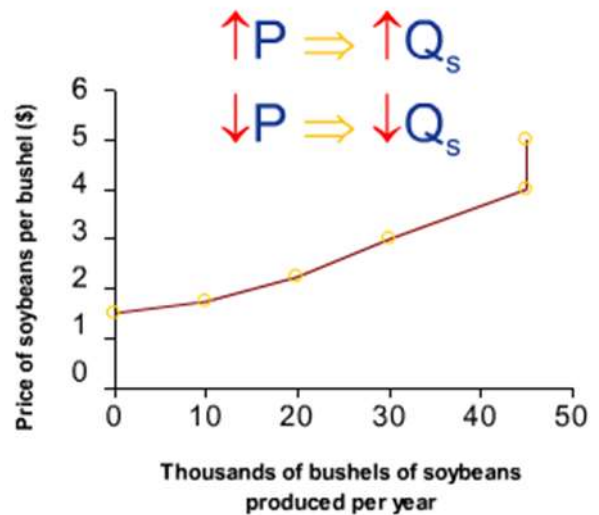


همانطور که مشاهده می کنید در این نمودار عرضه، عرضه ما افزایش پیدا می کند با افزایش قیمت اما انتهای سمت راست این منحنی را نگاه کنیم در اینجا بحث، بحث عرضه مثلا به ازای هر هزار تن شما نگاه کنید به یک جایی می رسد که با افزایش قیمت عرضه دیگر نمی تواند افزایش پیدا کند. این بدیهی است ما معمولا انتهای منحنی عرضه مان دیگر صاف می شود به سمت بالا برای چه؟ برای اینکه بالاخره مملکت زمین های کشاورزی محدود است مردم و تعداد کشاورزان محدود است اما شما به یک جایی می رسید که فرد هرچه قیمت بالاتر برود نمی تواند تولید کند مثلا اینکه شما بگویید با افزایش صنعت نفت، تولیدات نفتی افزایش پیدا می کند، بله درست است ولی در اینجا خریدار مورد بحث است توان تولیدمان مورد بحث است از یک مقداری هرچه قدر قیمت هم بالاتر برود عرضه زیاد نخواهد شد به همین دلیل است که شیب، شیب مثبت است منحنی عرضه ولی انتهای آن یک خط عمودی خواهد شد.

شما در همین جدول عرضه مشاهده می کنید که دیگر فرقی نمی کند قیمت هر تن دانه سویا ۴ دلار یا ۵ دلار بشود فرقی نمی کند و در واقع نمی تواند بیش از ۴۵ تن تولید کنند و عملا این سقف تولیدشان است، اینجا دیگر متوقف می شود. از یک حد به بعد در ستون دوم مان در جدول عرضه مان اعداد دیگر اعداد ثابتی می شود و قیمت دیگر افزایش پیدا نمی کند و منحنی بصورت عمودی در می آید.

The Law of Supply , The law of supply states that there is a positive relationship between price and quantity of a good supplied.

This means that supply curves typically have a positive slope. ,



قانون تقاضا چیست ؟ نسبت بین قیمت کالا و تقاضا و عرضه کالا یک نسبت مستقیم است افزایش قیمت یا افزایش **P (price)** نتیجه می دهد افزایش **Q** یا **Quantity** یا کمیت عرضه را. کاهش قیمت کالا نتیجه می دهد کاهش کمیت مورد عرضه را . پس مستقیم بودن این نسبت در واقع قانون **supply** یا قانون عرضه گویند در مباحث قبل افزایش قیمت باعث کاهش عرضه و برعکس می شد ولی در اینجا افزایش قیمت باعث افزایش عرضه می شود .

Determinants of Supply ,

The price of the good or service.

The cost of producing the good, which in turn depends on:

The price of required inputs (labor, capital, and land),

The technologies that can be used to produce the product,

The prices of alternative products.

Number of producers

چه چیزهایی می توانند این عرضه را رقم بزنند.

۱- **price** (قیمت) یکی از این موارد است دیدیم که با افزایش قیمت کمیت مورد عرضه افزایش پیدا می کرد.

۲- هزینه تولید کالا یا خدمت: هرچه این هزینه بیشتر شود سود حاشیه کمتر می شود این هزینه یا **cost** از **price** یا قیمت کم کنیم سود ما بدست می آید.

همانطور که گفتیم **price** افزایش پیدا کند قیمت افزایش پیدا بکند ما کمیت بیشتری عرضه خواهیم کرد اگر قیمت در واقع کاهش یابد ما کمیت کمتری را عرضه خواهیم کرد. **cost** هم این چنین است البته ارتباط معکوس می شود. اگر هزینه های تولید ما زیاد شود سود حاشیه ای ما کمتر می شود پس ما کمیت کمتری را عرضه خواهیم کرد.

اگر هزینه های تولید ما کم شود سود حاشیه ای ما زیاد می شود و کمیت بیشتری را عرضه خواهیم کرد.

این هزینه به چیزهای مختلفی بستگی (مرتبط) دارد:

الف - قیمت مواد اولیه: این مواد اولیه شیمیایی هستند:

ب - نیروی کار: به عنوان **input** یا درون داد سیستم ما معنی پیدا می کند. اگر توی مملکت مزایا یا حقوق نیروی کار افزایش پیدا کند به نوعی هم هزینه تولید زیاد می شود پس در واقع سود حاشیه ای کم خواهد شد، با قیمت برابر و ثابت انگیزه ما برای تولید و کمیت تولید و عرضه ما کاهش پیدا خواهد کرد.

ج - فن آوری (**technologies**) : در خیلی از جاهای دنیا کاربرد فن آوری در صنایع، باعث کاهش قیمت است. بنابراین با فن آوری نوین قیمت ها را کم می کنیم بنابراین جای نیروی کار ما را می گیرد، راندمان کاریمان را بالا می برد. این فن آوری ها هزینه های ما را کم می کند و سود حاشیه ای ما را با قیمت یکسان و ثابت افزایش می دهد. پس معمولاً ورود فن آوری جدید با افزایش سود حاشیه ای تمایل ما را برای عرضه بیشتر خواهد کرد و کمیت مورد عرضه ما افزایش پیدا می کند.

درس چهارم گفتار ۱ سی دی ۲ عرضه و منحنی عرضه

۳- قیمت سایر محصولات که تولید یا عرضه می شوند که این سایر محصولات به هیچ وجه مفهومی محصولات مکمل یا جایگزین نیست.

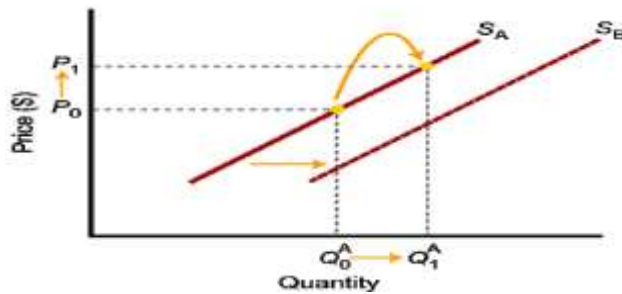
بعنوان مثال: یک کشاورز را در نظر بگیرید که می تواند مثلا امروز برنج بکارد یا می تواند چای بکارد توی زمین خودش. حالا آیا چای جایگزین برنج است توی سبد مصرفی مردم؟ خیر

شما یک برنج کار را در نظر بگیرید نگاه می کند می بیند قیمت چای در بازار بالا رفت پیش خودش فکر می کند اگر من به جای برنج چای بکارم به نفع من خواهد بود پس این افزایش **alternative** یا **products** گزینه دومش می شود افزایش قیمت آن باعث کاهش کمیت تولید برنجش خواهد شد.

۴- تعداد تولیدکنندگان: شما تصور کنید توی یک بازار کار شما دست اول هستید تمایل شما برای تولید زیاد است و بازار در انحصار شماست و شما عرضه کننده غالب هستید ولی بعدها یواش، یواش دست ها زیاد می شود وقتی زیاد شد سهم شما از بازار کم می شود. زمانی که سهام شما در بازار کم شد تمایل شما برای عرضه بیشتر کاهش پیدا خواهد کرد. تعداد تولیدکننده در تمایل تولیدکننده برای عرضه کمیت بیشتر کاهش می دهد و این تمایل کم می شود.

A Change in Supply Versus a Change in Quantity Supplied , A change in supply is not the same as a change in quantity supplied. ,

In this example, a higher price causes higher quantity supplied, and a move along the demand curve



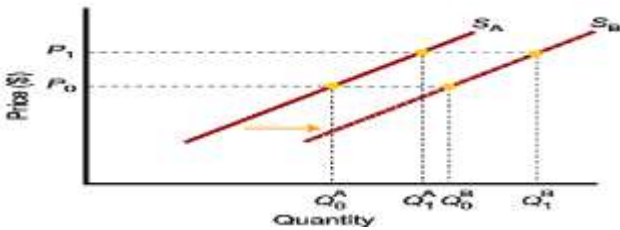
In this example, changes in determinants of supply, other than price, cause an increase in supply, or a shift of the entire supply curve, from SA to SB. ,

همانطور که ما بین کمیت مورد تقاضا و تقاضا فرق می گذاشتیم بین کمیت مورد عرضه و عرضه تفاوت است این دو تا با همدیگر تفاوت دارند همانطور که مشاهده می کنیم.. اینجا شما یک منحنی عرضه را می بینید بعنوان **SA** مشخص شده و شما نگاه می کنید روی همان منحنی عرضه افزایش قیمت از p_0 به p_1 باعث افزایش کمیت عرضه از Q_0 به Q_1 شده است. اینجا دیگر بحث تغییر کمیت عرضه است آیا عرضه تغییر کرده است؟ خیر، چون عرضه و منحنی یک مفهوم برای ما دارد **SA** سر جای خودش است اما اگر شرایط بنحوی تغییر کند اصولاً منحنی عرضه جابجا شود به سمت راست یعنی در اینجا دیگر **SB** است. اینجا مفهوم متفاوت می شود اینجا دیگر افزایش عرضه است نه افزایش کمیت عرضه.

A Change in Supply Versus a Change in Quantity Supplied

اسلاید ۸:

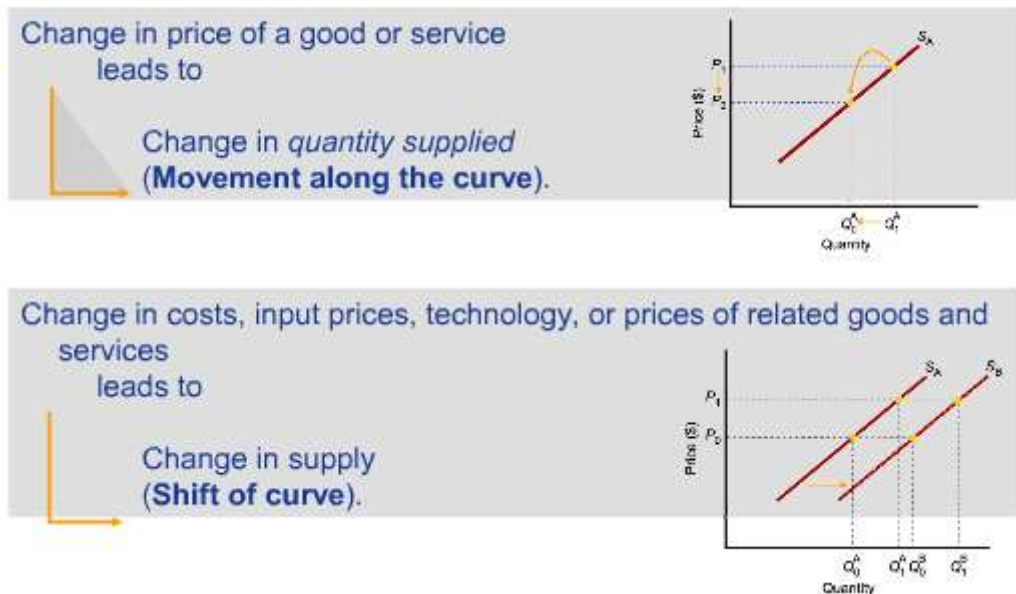
When supply shifts to the right, supply increases. This causes quantity supplied to be greater than it was prior to the shift, for each and every price level. .



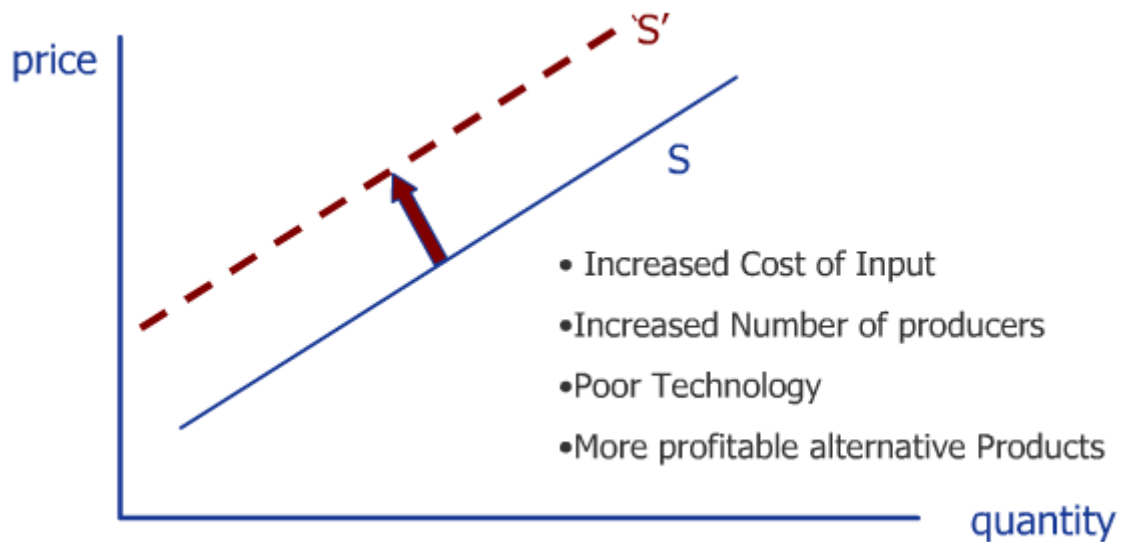
همانطور که مشاهده می کنید وقتی بحث از افزایش عرضه می شود شما با یک قیمت ثابت مثل P_0 کمیت در واقع عرضه افزایش پیدا می کند شما می دانید که قبلا با P_0, Q_0^A را عرضه می کردید الان با همان P_0, Q_0^B را عرضه می کنید که مقدارش بیشتر است. پس به ازای هر قیمت شما می بینید وقتی که کمیت عرضه زیاد می شود معنیش این است که منحنی عرضه کلا جابجا شده است. این مفهوم با افزایش عرضه که کلا روی یک منحنی مفهوم پیدا می کند کاملا متفاوت است.

اسلاید ۹:

To summarize:



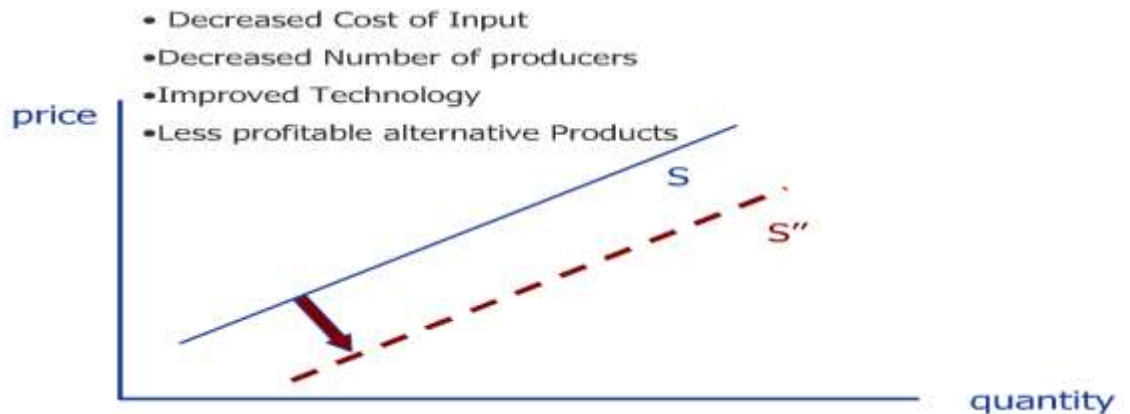
برای اینکه ملکه ذهنتان بشود این دو تصویر را باهم مقایسه کنید در **BOX** بالا، شما بحث افزایش عرضه را می بینید مثلا کمیت عرضه را می بینید با افزایش قیمت از P_0 به P_1 ، کمیت عرضه از Q_0^A به Q_1^A افزایش پیدا می کند و در **BOX** پایین شما افزایش عرضه را می بینید که دیگر منحنی از **SA** به **SB** جابجا می شود. که اینجا جابجایی در خود منحنی صورت می گیرد نه روی منحنی.



چه چیزهایی باعث می شود عرضه تغییر کند نه کمیت عرضه. چه چیزهایی باعث می شود عرضه تغییر کند پس عرضه تغییر کند یعنی منحنی اش جابجا شود.

بعضی عوامل باعث می شود عرضه کم شود یا منحنی عرضه به سمت چپ جابجا شود یا برای هر قیمت ثابت کمیت مورد عرضه کم بشود اینها همه مفاهیمش یکی است. چه چیزهایی می تواند باعث این موضوع شود شما فرض کنید الف (قیمت مواد اولیه تان زیاد بشود خوب قطعا کل منحنی به سمت چپ جابجا می شود یا ب) تعداد تولیدکنندگان زیاد شوند کل منحنی به سمت چپ جابجا می شود و عرضه کم می شود ج) فن آوری با تکنولوژی افت پیدا کند به هر دلیل یا علتی در خیلی از مراکز استهلاک فن آوری باعث افت فن آوری می شود که باعث می شود منحنی به سمت چپ جابجا شود و عرضه کم می شود.

د) یا شما کالاهای جایگزینی پیدا می کنید که سود بیشتری برای شما دارد مثلا کارخانه شما قبلا پنج خط تولید داشته یک کالا را تولید کرده ولی الان شما کالایی را می بینید اگر خط تولید آنرا تولید کند سود بیشتری بدست می آورید این کالای جدید که سود بیشتری برای شما دارد باعث می شود عرضه کالای اولیه شما کم شود حالا دیگر از پنج خط تولید به یک خط تولید کاهش پیدا می کند.



به همین نسبت در واقع برخی موارد هستند که توی بازار باعث می شود عرضه زیاد شود بعنوان مثال کاهش قیمت مواد اولیه، بهبود فن آوری، کاهش تعداد تولیدکننده ها یا عرضه کننده ها یا اینکه کالاهایی که می توانید تولید کنید قیمتشان کم بشود، کالای دیگر جایگزین بشود قیمتشان کم بشود. حالا که قیمت چای پایین آمد پس من همان برنجی که تولید می کردم و اگر ۱۰٪ چای تولید می کردم، همه را برنج تولید می کنم پس وقتی قیمت کالاهای جایگزین پایین آمد بطوری که تولید کالای اول که همان برنج است تمایل نشان می دهد. منحنی عرضه به سمت راست **shift** یا جابجایی پیدا می کند.

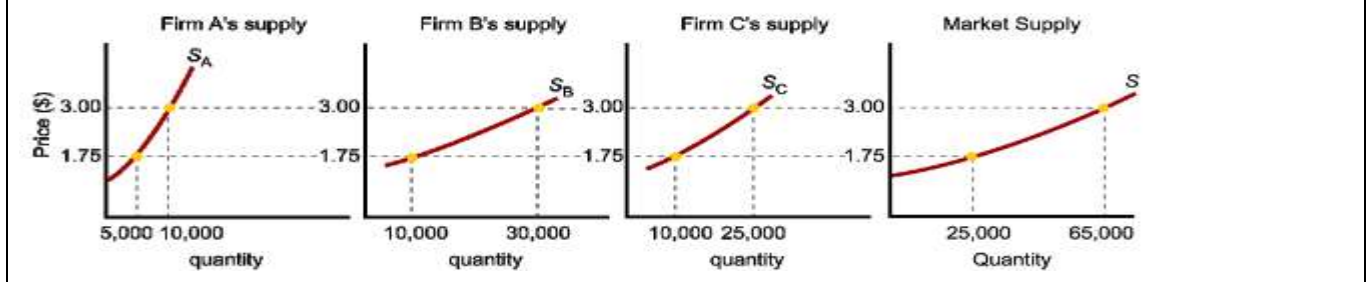
From Individual Supply to Market Supply ,

The supply of a good or service can be defined for an individual firm, or for a group of firms that make up a market or an industry.

Market supply is the sum of all the quantities of a good or service supplied per period by all the firms selling in the market for that good or service.

همان بحثی که ما داشتیم در مورد تقاضا در سطح فرد و اعضا در سطح و تقاضا در سطح جامعه، ما همین مفهوم را در سطح یک بازار هم داریم در مورد عرضه هم می توان همین موضوع را داشته باشیم. یعنی شما می توانید عرضه در سطح یک فرد، یا یک کمپانی یا یک موسسه تولیدکننده و عرضه در سطح کل بازار این هر دو مفهوم باهم قابل مقایسه هستند.

Market Supply , As with market demand, market supply is the horizontal summation of individual firms' supply curves



اگر مشاهده کنید شما می بینید سه تا تولیدکننده یا سه عرضه کننده دارید به ازای هر قیمت مثلاً قیمت ۱/۷۵ دلار یا ۳ دلار شما می بینید که در واقع **quantity** یا کمیت متفاوتی هر کدام دارند تولید می کنند مثلاً می بینید تولیدکننده **A** شما برای یک قیمت مثلاً ۱/۷۵ دلار دانه ۵۰۰۰ واحد تولید می کند یا ۳ دلار، ۱۰۰۰۰ واحد تولید می کند می بینید تولید کننده **B** با ۱/۷۵ دلار، ۱۰۰۰۰ واحد و با ۳ دلار، ۳۰۰۰۰ واحد تولید می کند به همین طور تولیدکننده **C** اگر بصورت افقی جمع بزنید همانطور که مشاهده می کنید **market supply** شما در واقع عرضه در سطح بازار که سمت راست است جمع افقی در واقع سه تا منحنی **A** و **B** و **C** است. همانطور که مشاهده می کنید ۱/۷۵ و ۳ دلار سر جای خودش است اما ۲۵۰۰۰ جمع ۵۰۰۰ و دو تا ۱۰۰۰۰ است و ۶۵۰۰۰ جمع ۱۰۰۰۰ و ۳۵۰۰۰ و ۲۵۰۰۰ است جمع افقی سه تا منحنی عرضه شما در سطح **firms** عرضه در سطح تولیدکننده می شود عرضه در سطح کل بازار که در واقع ویژگی ها و رفتار بازار را می شود از روی آن بررسی کنیم.

درس ۵ گفتار دوم: تعادل بازار

جلسه دوم

اسلاید ۲:

In perfectly competitive markets... ,

Individuals demand goods and services until the marginal value of each is equal and equal to their price

Suppliers adjust supply until the marginal cost is equal to the market price

The price mechanism acts as a regulator, adjusting until D and S are in equilibrium

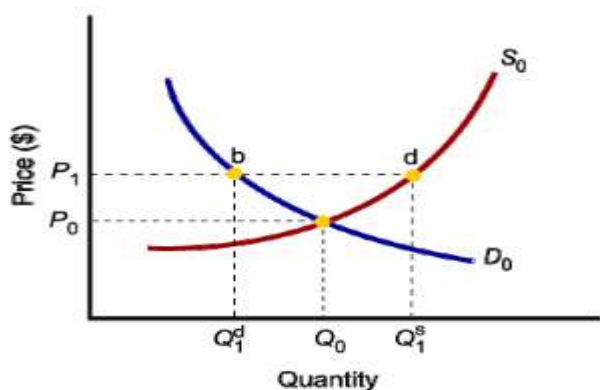
The resulting allocation of resources is efficient

در یک بازار رفتار عرضه و تقاضا به نوعی به قیمت بستگی دارد اما خود این قیمت هم از میزان عرضه و هم میزان تقاضا متاثر است. اتفاقی که بطور واقع در یک بازار کاملاً کامل و رقابتی می افتد این است که معمولاً این میزان عرضه و تقاضا و قیمت معمولاً اینقدر در واقع تغییر می کند تا جایی که در واقع بازار به یک تعادل می رسد. عملاً در واقع تا جایی که قیمت آن کالا در واقع بیشتر از میزان آن *utility* یا مطلوبیت استفاده از آن کالا نشود ما آن کالا را خواهیم خرید از سمت ارائه دهنده یا فروشنده هم تا جایی که قیمت کالا کمتر از هزینه های تولیدش نشود ممکن است این کار ادامه بدهد، اما در هر صورت قیمت اینقدر تغییر می کند تا در یک نقطه ما به تعادل خواهیم رسید و توی این تعادل علی القاعده هم مشتری باید راضی باشد یعنی عملاً توی این قیمت خاص هم آن مطلوبیتی که برای مشتری وجود دارد از قیمت بیشتری برای مشتری می صرفه هم این قیمت از هزینه های تولید برای تولید کننده بیشتر است پس برای تولیدکننده هم در واقع این تولید می صرفه اگر در واقع شرایط بازار غیر از این باشد عملاً در واقع بازار در وضعیت تعادل قرار ندارد.

Market Equilibrium ,

Only in equilibrium is quantity supplied equal to quantity demanded. ,

At any price level other than P_0 , the wishes of buyers and sellers do not coincide. ,

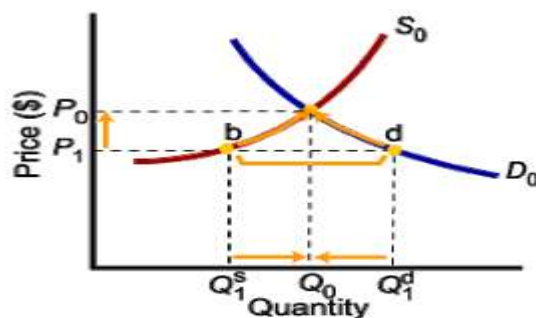


وقتی بحث تعادل بازار می شود ما نگاه کنیم به وضعیت منحنی های عرضه و تقاضا بعنوان مثال شما یک بازار را در نظر بگیرید و منحنی D_0 ما در واقع منحنی تقاضا باشد عملاً در واقع موقعی که کمیت مورد عرضه برابر شود با آن کمیت مورد تقاضا در یک قیمت خاص بازار به تعادل می رسد ، یعنی چه؟ یعنی منحنی **supply** یا منحنی عرضه را نگاه کنید که در اینجا با S_0 نشان داده شده است . فقط و فقط در یک نقطه است که این دو منحنی همدیگر را قطع می کنند و در آن نقطه است که با یک قیمت برابر کمیت مورد تقاضا با کمیت مورد عرضه با هم برابر می شوند در هر قیمت دیگر و در هر قیمت دیگری که شما در نظر بگیرید این ویژگی وجود نخواهد داشت . همانطور که مشاهده می کنید وقتی بحث ما بحث تعادل در بازار می شود ما در یک **price** یا یک **Quantity** یک قیمت و کمیتی داریم بحث می کنیم که تو این در واقع قیمت خاص کمیتی که داریم کمیت مشترک ما می شود وقتی Q_0 / این Q_0 هم کمیت مورد تقاضا است و کمیت مطلوب برای عرضه است عملاً می بینیم که توی این قیمت است که با کمیت برابر می شود یعنی اینجا شما نه عرضه اضافه دارید و نه تقاضای اضافی داریم همه چیز در واقع سر جای خودش قرار می گیرد. توی هر نقطه دیگری خارج این نقطه P_0 قیمت قرار بگیرد عملاً کمیت عرضه و تقاضا با همدیگر برابر نخواهد بود و پس بازار در وضعیت تعادل نخواهد بود بعنوان مثال شما نقطه P_1 را در نظر بگیرید همانطور که مشاهده می کنید می بینید عملاً در واقع کمیت مورد تقاضای شما Q_1^d خواهد بود و کمیت عرضه شما Q_1^s خواهد شد و این دوتا خیلی با هم فاصله دارند یکی نیستند چون این دو کمیت با هم یکی نیستند پس بازار در وضعیت تعادل قرار ندارد بازار تغییر خواهد کرد و به سمت تعادل پیش می رود.

Market Disequilibria: Excess Demand ,

Excess demand, or shortage, is the condition that exists when quantity demanded exceeds quantity supplied at the current price. ($P < P_0$,

When quantity demanded exceeds quantity supplied, price tends to rise until equilibrium is restored. ,



برای اینکه موضوع را بیشتر بفهمیم با دو تا اصطلاح آشنا بشویم

۱- **excess demand** یا تقاضای اضافه: کسی دی مند در واقع موقعی است که شما به هر شکلی میزان عرضه کفایت تقاضا را نمی کند، احساس کمبود کالا یا خدمت را در بازار می کنیم . مثالش در نقطه p_1 است همانطور که مشاهده می کنید وقتی **price** (قیمت) کمتر از قیمت تعادلی که در واقع همان p_0 است باشد. توی این طبقه چون قیمت کم است همانطور که مشاهده می کنید محل تقاطعش با منحنی تقاضا می شود Q_1^d که عدد بالایی است . قیمت پایین تقاضای بالا را ایجاد می کند از این سمت چون قیمت کم است عرضه کننده تمایلی برای عرضه ندارد پس کمیتی که عرضه می کند کم خواهد بود که Q_1^s است فاصله بین Q_1^s و Q_1^d یعنی آن کمیت عرضه شده و کمیت مورد تقاضا ، این **فاصله تقاضای برآورده نشده** در بازار است شما به اندازه Q_1^d تقاضا دارید اما همه اش برآورده نمی شود چون عرضه Q_1^s است خیلی کمتر از پس، اینجا یک فاصله ای داریم که **تقاضای برآورده نشده** در بازار است حالا چه اتفاقی می افتد می دانیم که این وضعیت ، وضعیت تعادلی نیست تعادل تنها موقعی رخ می دهد که یک قیمتی داشته باشیم که در آن عرضه و تقاضا ، کمیتش با همدیگر برابر شود و آن موقع است که تعادل برقرار می شود . چه اتفاقی می افتد عرضه کم ؛ تقاضا زیاد معمولاً قیمت زیاد می شود پس قیمت یواش یواش شروع می کند به زیاد شدن . قیمت که زیاد شد چه اتفاقی می افتد ؟ هر هزار تومانی که قیمت زیاد می شود تمایل خریدار برای خرید کم می شود ولی تمایل تولیدکننده برای تولید زیاد می شود عملاً چه اتفاقی می افتد با افزایش قیمت فاصله Q_1^s و Q_1^d در واقع کمیت مورد تقاضا و کمیت مورد عرضه کم خواهد شد این فاصله آن قدر کم می شود به جایی می رسیم که نقطه تعادلی ماست . در واقع می رسیم به قیمت p_0 که آنجا کمیت عرضه و تقاضا با همدیگر برابر می شود پس دیدید که مکانیسم رسیدن به تعادل کاملاً مشخص بود وقتی که عرضه کمتر از تقاضا است متقاضی دنبال کالا است ولی کالا گیرش نمی آید قیمت بالا می رود وقتی قیمت بالا رفت تقاضا کم می شود ولی عرضه زیاد می شود و این **Gape** یا فاصله بتدریج از بین می رود و وقتی که به هم رسید عملاً بازار در وضعیت تعادل قرار می گیرد.

درس پنجم گفتار ۲ سی دی ۲ تعادل بازار

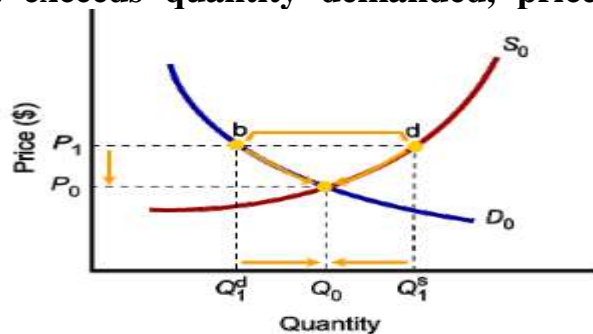
همانطور که مشاهده می کنید اینجا در واقع به پیکانها نگاه می کنیم جهت تغییر **price** یا قیمت به سمت افزایش است جهت تغییر کمیت عرضه به سمت افزایش است و جهت تغییر کمیت تقاضا به سمت کاهش است تا به نقطه تعادل می رسیم.

اسلاید ۵:

Market Disequilibria: Excess supply ,

Excess supply, or surplus, is the condition that exists when quantity supplied exceeds quantity demanded at the current price. ($P > P_0$) ,

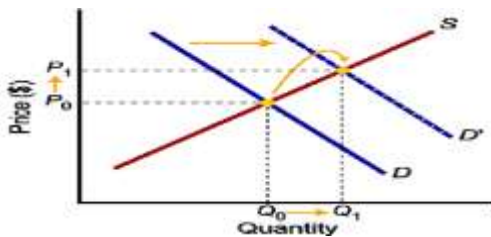
When quantity supplied exceeds quantity demanded, price tends to fall until



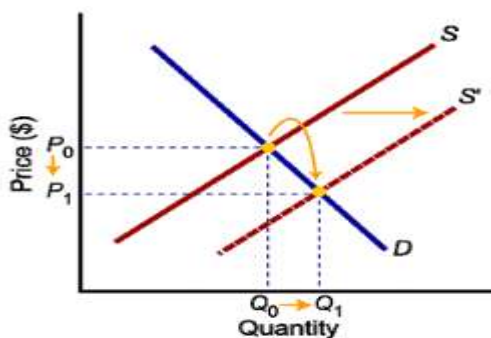
equilibrium is restored. ,

۲- عرضه اضافه: **excess supply**: یک تولیدکننده جدید به بازار می آید یا واردات کالای بی رویه را داریم نگاه می کنیم می بینید عرضه آن کالا یا خدمت بیش از تقاضا شده است عملاً شما نگاه می کنید ببینید چه زمانی همچنین چیزی رخ می دهد مثلاً موقعی که قیمت شما بیش از قیمت تعادلی می باشد. وقتی قیمت شما بیش از قیمت تعادلی شما می باشد این قیمت بالا باعث کم شدن تقاضا می شود و همین قیمت بالا باعث هجوم عرضه کننده ها به سمت عرضه و تولید آن کالا. اتفاقی که می افتد این است که اینجا فاصله بین کمیت مورد تقاضا و کمیت عرضه رخ می دهد در این شکلی که شما مشاهده می کنید Q_1^s شما برعکس دفعه قبل بیشتر Q_1^d شماست یعنی کمیت عرضه شما بیشتر کمیت مورد تقاضای شماست جنس و کالای توی بازار زیاد است خریدار هم ندارد و مشتری هم ندارد چه اتفاقی اتوماتیک می افتد بصورت خود بخود اتفاقی که می افتد این است که قیمت ها شروع می کند به کاهش یافتن وقتی قیمت کم می شود به ازای هر هزار تومان کاهش قیمت عملاً تقاضا زیاد می شود هر یک تومان یا هزار تومان که قیمت کم می شود عرضه هم کم می شود. قیمت با عرضه نسبت مستقیم دارد. پس نگاه می کنیم می بینیم که فاصله بین کمیت عرضه و کمیت تقاضا کم خواهد شد. به جایی می رسیم که عرضه و تقاضا کمیتش به هم می رسد و می رسیم به قیمت تعادلی و بازار با یک بازار خود تنظیمی خودش را به تعادل می رساند ما عملاً در نقطه ای که به تعادل می رسیم کمیت عرضه و کمیت تقاضا مجدداً با همدیگر یکی می شوند جهت تغییر را می بینیم که قیمت کاهش پیدا می کند عرضه کاهش پیدا می کند و تقاضا زیاد می شود تا به نقطه تعادل خودمان برسیم ممکن است بازار چند مرتبه بالا و پایین شود تا در یک نقطه ثابت شود.

Increases in Demand and Supply



Increases in Demand and Supply , Higher demand leads to higher equilibrium price and higher equilibrium quantity



Higher supply leads to lower equilibrium price and higher equilibrium quantity, .

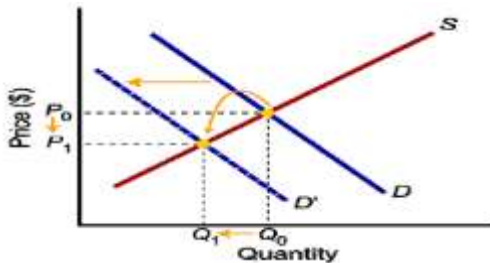
حالا ما موقعی داریم که **DEMAND** و **SUPPLY** افزایش پیدا می کند بعنوان مثال به هر علتی توی بازار یک اتفاقی در بازار می افتد و شما نگاه می کنید می بینید تقاضا زیاد شد مثلا مردم وضع مالیشان خوب می شود در مورد یک کالای لوکس یا قیمت کالای جایگزینش افزایش پیدا کرده ، تقاضا برای کالای پایه مان زیاد می شود یا قیمت کالای مکملمان کم شده ، تقاضا زیاد می شود به هر شکلی که توی بازار تقاضا زیاد می شود ما در واقع در منحنی سمت چپ مان از **D** به **D'** حرکت کنیم وقتی تقاضا زیاد شود اتفاقی که می افتد این است که تعادل بازار به هم می خورد و در یک نقطه جدیدی به تعادل می رسد این نقطه تعادلی جدید ویژگی اش مشخص است شما نگاه می کنید به **SUPPLY** یا عرضه ثابت است تقاضا زیاد شده است . نقطه جدید تعادلی ما ویژگی اش چیست؟ کمیت بالاتر و قیمت بالاتر پس هر وقت توی بازار یک مداخله باعث افزایش تقاضا می شود بازار رفت و برگشت می کند توی نقطه جدید به تعادل می رسد که ویژگی اش کمیت بالاتر و قیمت بیشتر است. فرض کنید به هر علتی عرضه بیشتر شود مثلا قیمت مواد اولیه کم شود یا فناوری جدیدی شکل بگیرد یا به هر شکلی چون سود حاشیه ای بیشتر می شود عرضه را بیشتر می کند . عرضه بیشتر باعث چه می شود ؟ همانطور که مشاهده می کنید باعث می شود که بازار تعادلش به هم بخورد و توی یک نقطه جدید به تعادل برسد ویژگی این نقطه تعادلی جدید چیست؟ همانطور که مشاهده می کنید کمیت بیشتر و قیمت کمتر است. همانطور که مشاهده می کنید اینجا **Q** و **p** را اگر باهم مقایسه کنید **p** از **p** کمتر است و **Q** از **Q** کمتر است در منحنی سمت راست پس همانطور که مشاهده کردید عرضه و تقاضا وقتی زیاد شوند هر دو باعث افزایش کمیت تعادلی

درس پنجم گفتار ۲ سی دی ۲ تعادل بازار

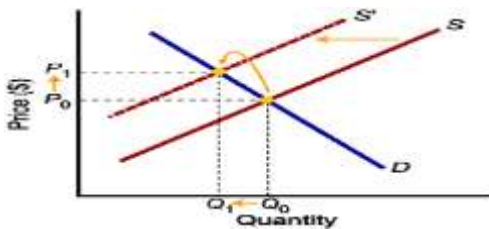
می شوند اما افزایش تقاضا باعث افزایش قیمت هم می شود؟ در کنار افزایش کمیّت ولی افزایش عرضه باعث کاهش قیمت می شود در کنار افزایش کمیّت .

اسلاید ۷:

Decreases in Demand and Supply



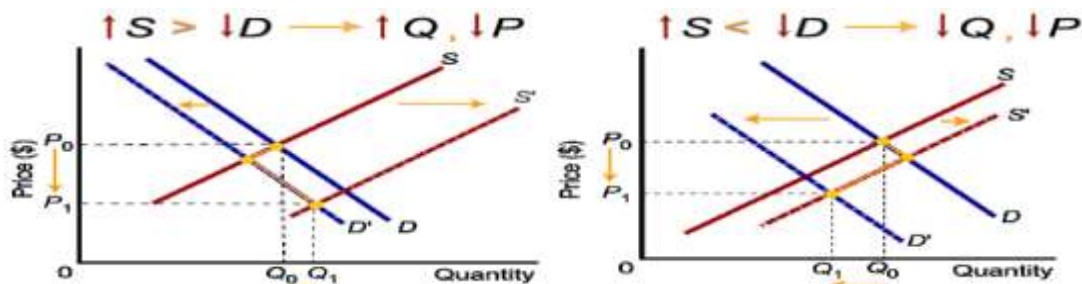
Decreases in Demand and Supply , Lower demand leads to lower price and lower quantity exchanged.



Lower supply leads to higher price and lower quantity exchanged, .

حالا برعکس کاهش عرضه و تقاضا چه اتفاقی می افتد؟ توی بازار، بعنوان مثال شما فرض کنید تقاضا کم بشود وضعیت اقتصادی مردم بد می شود یا قیمت کالای جایگزین شما کم می شود مردم برای کالای اصلی تقاضای کمتری دارند به هر علتی تقاضا برای کالا کم می شود معمولا در منحنی یا شکل سمت چپ شما D به D' تغییر پیدا می کند ولی همانطور که مشاهده می کنید یک طبقه تعادلی جدید در بازار رخ می دهد که با p_1 و Q_1 مشخص می شود بازار توی این منطقه به تعادل جدید خودش می رسد مشخص است که p_1 از p_0 کمتر است و Q_1 از Q_0 کمتر است و معنایش این است که با کاهش تقاضا هم قیمت کم می شود و هم کمیّت تعادلی ما کم می شود برعکس قضیه مواردی داریم که به هر علتی عرضه کم می شود عرضه از طریق واردات است و شما نگاه می کنید که واردات کنترل می شود و عرضه شما کم می شود همانطور که مشاهده می کنید در واقع S شما به S' تغییر پیدا می کند در منحنی سمت راست شما و شما در یک وضعیت جدید به تعادل می رسید. این وضعیت تعادلی جدید چیست؟ کمیّت کمتر و قیمت بیشتر. پس عرضه کمتر باعث کمیّت کمتر تعادلی و قیمت بیشتر تعادلی می شود.

Relative Magnitudes of Change



Relative Magnitudes of Change , The relative magnitudes of change in supply and demand determine the outcome of market equilibrium

گاهی تغییرات ممکن است تغییرات ترکیبی باشد اینجوری نیست که همیشه عرضه ثابت باشد و فقط تقاضا تغییر کند و به عکس می بینید با هم تغییر می کند حالا که باهم تغییر می کنند ممکن است حالات مختلفی را پیش بیاورند. که چند مورد را مورد بحث قرار می دهیم .

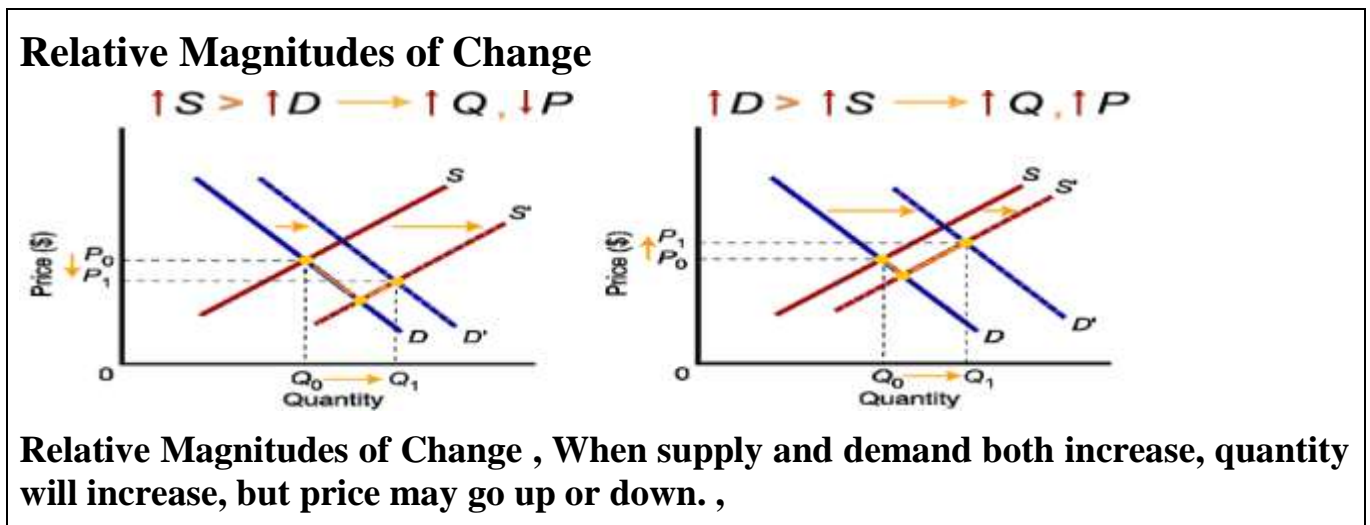
بعنوان مثال:مثلا موقعی که عرضه زیاد و تقاضا کم شده است بدهی است وقتی که عرضه زیاد و تقاضا کم می شود ما می دانیم اتفاقی که می افتد این است که D به D' جابجا شده است و S به S' جابجا شده است حالات مختلفی ممکن است رخ بدهد بعنوان مثال شما منحنی سمت راست را با منحنی سمت چپ مقایسه کنید در هردو منحنی این ویژگی وجود دارد در هردو منحنی در منحنی عرضه، به سمت راست حرکت کرده یعنی عرضه زیاد شده و منحنی تقاضا به سمت چپ حرکت کرده یعنی تقاضا کم شده است اما تکلیف کمیت و قیمت تعادلی ما چیست ، در هردو مورد همانطور که مشاهده می کنید قیمت ما کم می شود این بدیهی است وقتی شما عرضه را زیاد می کنید تقاضا را کم می کنید قطعا قیمت کم می شود جنس توی بازار می ریزد کسی هم نمی خرد اما کمیت چه بلایی سرش می آید در واقع برای کمیت چه اتفاقی می افتد همانطور که مشاهده می کنید افزایش عرضه و کاهش تقاضا ، هردو باعث کاهش قیمت می شود اما اثر این دو تغییر روی کمیت متفاوت خواهد بود اگر افزایش عرضه را به تنهایی ببینیم توی اسلاید قبلی را دیدیم باعث افزایش کمیت می شود اما اگر افزایش تقاضا را به تنهایی ببینیم باعث کاهش کمیت می شود حالا اگر باهم هستند چه اتفاقی می افتد مقدارشان همانطور که در منحنی سمت چپ می بینید اگر میزان افزایش عرضه نسبت میزان کاهش تقاضا بیشتر باشد اینجا افزایش عرضه بر کاهش تقاضا می چربد و عملا قیمت را که پایین آورده کمیت را بالا می برد بنابراین اثر افزایش کمیت دارد اما اگر میزان افزایش عرضه نسبت به میزان کاهش تقاضا کمتر باشد اینجا تاثیر کاهش تقاضا بر روی افزایش عرضه می چربد و باعث کاهش کمیت تعادلی ما می شود این موضوع را شما در شکل می توانید ببینید.

همانطور که مشاهده می کنید در هردو مورد ما در افزایش عرضه و کاهش تقاضا حتما کاهش قیمت را خواهیم داشت اما اینکه کمیت چه وضعی پیدا کند برمی گردد بر میزان کاهش و افزایش مطلق چقدر است و این در واقع کمیت تعادلی ما را رقم می زند در شکل سمت چپ شما می بینید که Q_0 افزایش پیدا می کند به Q_1 و در شکل سمت راست شما می

درس پنجم گفتار ۲ سی دی ۲ تعادل بازار

بینید که Q_0 کاهش پیدا می کند به Q_1 در هر دو مورد هم نگاه بکنید که p_1 ما از p_0 کمتر است. پس میزان نسبی تغییرات است که جهت را برای ما مشخص می کند.

اسلاید ۹:

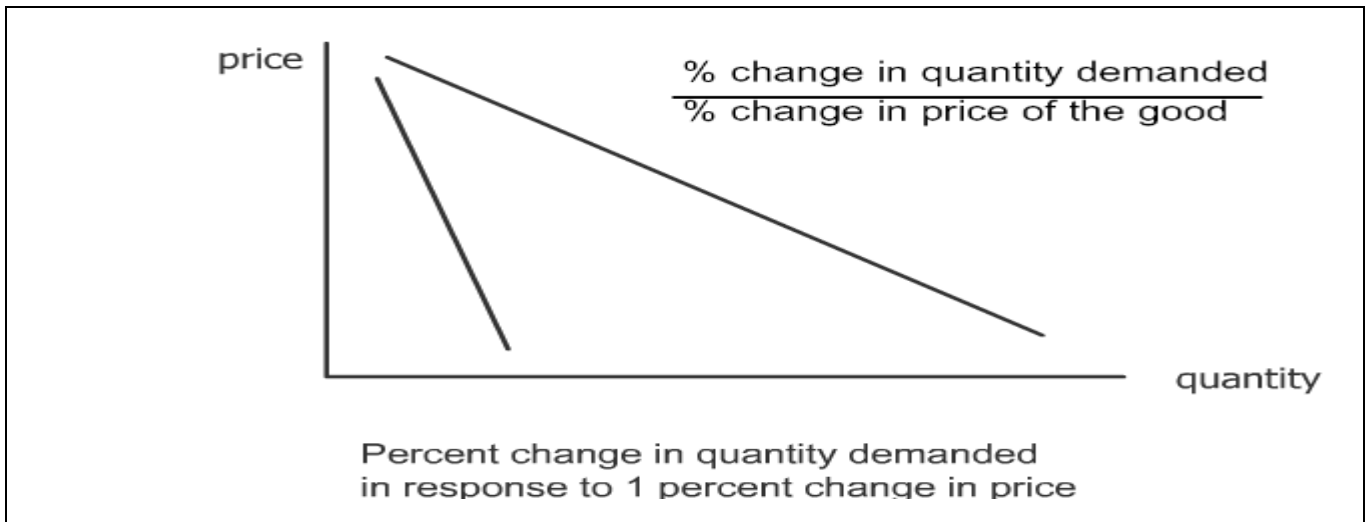


همین موضوع را مثالی دیگر برای شما می زنیم فرض کنید عرضه و تقاضا هر دو افزایش پیدا کند یک مثال است. وقتی عرضه و تقاضا هر دو افزایش پیدا کنند افزایش عرضه باعث افزایش کمیت تعادلی می شود و افزایش تقاضا باعث افزایش کمیت تعادلی می شود پس آنچه ثابت است می دانیم که در هر صورت وقتی عرضه و تقاضا افزایش می یابد کمیت تعادلی ما بیشتر می شود. چه اتفاقی برای قیمت تعادل می افتد اینجا دی گره عرضه و تقاضا هم جهت عمل نمی کنند ما می دانیم افزایش عرضه به سمت کاهش قیمت است و افزایش تقاضا به سمت افزایش قیمت است. حالا اینجا کدام یک بر دیگری می چربد تکلیف قیمت تعادلی را مشخص می کند همانطور که مشاهده می کنید اگر افزایش عرضه بیش از از افزایش تقاضا باشد مثلاً بازار در وضعیت تعادلی است و واردات ماشین ۱۰۰۰۰ دستگاه در سال افزایش پیدا می کند اما تقاضای مردم ۵۰۰۰ دستگاه افزایش پیدا کرده است اینجا افزایش عرضه بیش از افزایش تقاضا می باشد اتفاقی که می افتد این است که بله قطعاً کمیت تعادلی ما زیاد می شود اما قیمت ها هم کاهش پیدا می کند چون میزان افزایش عرضه بیش از میزان افزایش تقاضا است منحنی سمت چپ را دقت بفرمایید: افزایش کمیت و کاهش قیمت، فرض کنید باز هم عرضه و تقاضا زیاد بشود مثلاً عرضه ما زیاد بشود ماشین ۵۰۰۰ دستگاه نسبت به قبل بیشتر وارد کنیم اما تقاضا یک مرتبه خیلی زیاد بالا می رود مردم وضعیت مالیشان خوب است مردم ۲۰۰۰ واحد تقاضایشان بالا می رود هر دو بالا می رود اما میزان افزایش تقاضا بیش از میزان افزایش عرضه است که بتواند کفاف بدهد به همین دلیل است که اینجا شما نگاه کنید می بینید قیمت افزایش پیدا می کند کمیت هم در هر دو مورد افزایش پیدا می کرد. پس مشاهده می کنیم در وضعیت های ترکیبی آن تغییرات نسبی است که برای ما مشخص می کند که وضعیت نهایی تعادلی بازار چگونه است. یعنی عملاً می بینیم در هر دو صورت افزایش عرضه و تقاضا را داریم حتماً کمیت افزایش پیدا می کند اما قیمت می تواند کم شود می تواند افزایش یابد.

درس ۶ گفتار سوم : کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت

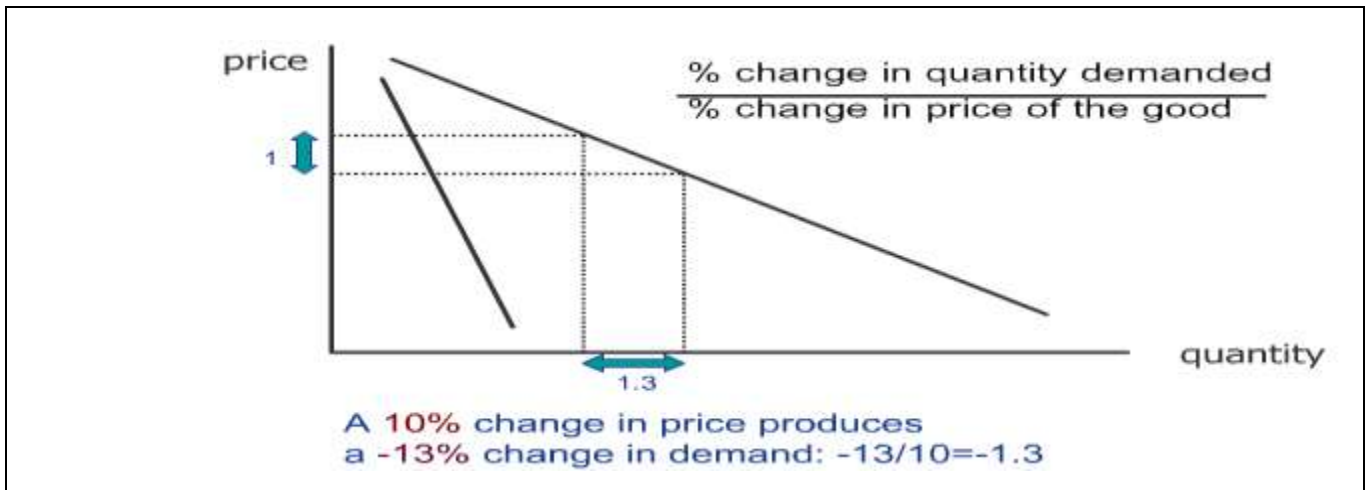
درس ۶ گفتار سوم سی دی ۲ کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت

اسلاید ۲:

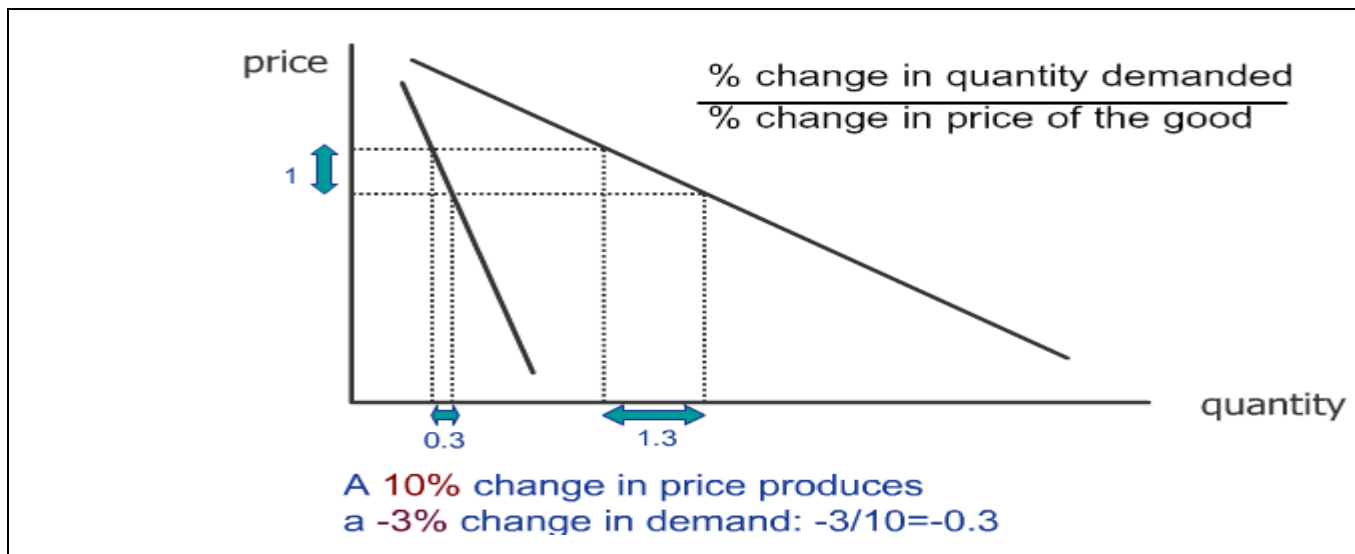


ما در جلسه قبل با مفهوم تقاضا، عرضه و منحنی متناظر آن آشنا شدیم بعنوان مثال شما الان در این تصویر دو منحنی تقاضا رو می بینید همانطور که از ظاهرش هم مشخص است شیب های متفاوتی دارد یک مفهومی در بحث اقتصاد مطرح می شود بنام کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت. مفهوم آن این است که همه ما می دانیم که با تغییر قیمت - تقاضا تفاوت خواهد کرد اما بحث مهم این است به چه میزان تغییر خواهد کرد در واقع میزان تغییرش برای ما خیلی مهم است بعضی خدمات یا کالاها هستند که وقتی قیمت تغییر می کند خیلی تقاضای آنها افت پیدا می کند مثلاً - وقتی قیمت بالا می رود و بعضی کالاها هستند بواسطه ویژگی خاصی که دارند با تغییر قیمت خیلی تقاضای آنها تغییر پیدا نمی کند یا خیلی کم تغییر می کند در هر صورت یک نسبت را که درصد تغییر در تقاضا تقسیم بر درصد تغییر در قیمت است را اسمش می گذاریم price elasticity of demand یا کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت

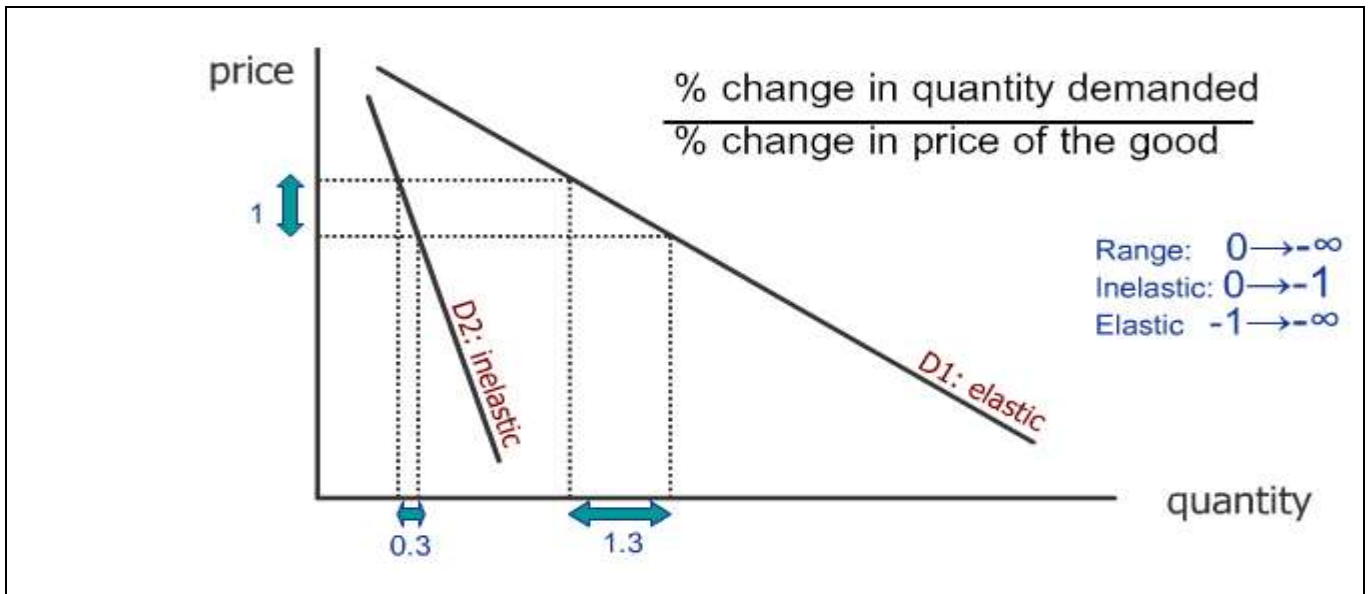
به نوعی می توانیم بگوییم که اگر یک درصد قیمت، تغییر پیدا بکند چند درصد تقاضای ما تغییر می کند این شکل قضیه رو می توانیم بهش نگاه کنیم.



بعنوان مثال همانطور که مشاهده می کنید الان با یک درصد تغییر در **price** (قیمت) در منحنی که یک مقدار شیب کمتری دارد می بینیم که ۱۰٪ یا ۱۳٪ یا ۱/۳ درصد، تغییر می بینیم همانطور که مشاهده می کنید و انتظارش را هم داریم این تغییر یک تغییر ناهم جهت است . یعنی با یک درصد افزایش قیمت، ۱/۳ درصد کاهش تقاضا داریم پس نسبت ما می شود $\frac{1/3}{-1}$ یا $\frac{1/3}{-1}$ تقسیم بر منهای یک و عملاً یک نسبتی برای **price elasticity of demand** که $1/3 -$ می شود . حالا همانطور که مشاهده می کنید این عدد یک عدد منفی است انتظار هم غیر از این نبود . در مورد تقاضا چون تغییرات **price** به تغییرات **demand** ناهم جهت است پس این کسری که ما داریم علی القاعده باید نتیجه اش در اغلب موارد یک عدد منفی بشود.



در مورد خطی که شیب تندتر دارد اگر نگاه بکنید می بینید اینجا ما با ۱٪ تغییر در **price** (قیمت) می بینیم ۳٪ تغییر در تقاضای خودمان می بینیم یعنی این تقاضا شاید تغییر زیاد هم نکرده باشد قطعا در مورد رفتار این دو **demand** (تقاضا) یا رفتار این دو بازار، رفتار خرید این دو کالا در میان مردم متفاوت است. این تفاوت برای ما شاید گفت ارزش زیادی دارد و باید دقت زیادی بر روی آن بکنیم.



ما مواقعی که با تغییر قیمت تقاضا بطور قابل ملاحظه و فاحش تغییر می کند می گوئیم منحنی تقاضای ما **elastic** یا انعطاف پذیر است یا کشش پذیر است. و موقعی که با تغییر قیمت، تقاضای ما تغییر خیلی زیاد یا فاحش نمی کند اصطلاحاً می گوئیم منحنی ما یا تقاضای ما **In elastic** یا کشش ناپذیر یا انعطاف ناپذیر است. همانطور که اشاره شد کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت که با **PED** هم بطور اختصار نشان می دهیم و مخفف **price elasticity of demand** است یک عدد معمولاً منفی است دامنه **PED** یا کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت یک عددی است بین صفر تا منهای بینهایت. حالا موقعی که این عدد یعنی **PED** ما یا کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت، بین صفر تا -۱ باشد اصطلاحاً می گوئیم تقاضای ما کشش ناپذیر است یا انعطاف ناپذیر است و موقعی که بین -۱ تا -∞ باشد اصطلاحاً می گوئیم کشش پذیر است خود اینها هم همانطور که مشاهده می کنید یک رنجی دارد تو هر کدام از این ها رفتار متفاوت است اما ما طبق یک قرارداد عدد -۱ را رمز قرار می دهیم و بر اساس آن تعاریف خودمان را انجام می دهیم بدیهی است وقتی یک کالا کشش پذیر است رفتارش مثل خط **D1** است در اسلاید دیگر مشاهده می کنید البته قیمت ها را بالا می آورد و مردم آن چیز را نخواهد خرید. و خیلی از اقلام غیر ضرور ما شاید چنین ویژگی داشته باشند وقتی قیمت بالا می رود ما از خیر آن ها خواهیم گذشت و البته خیلی از اقلام ضروری زندگی، رفتارش مثل منحنی **D2** است و **inelastic** یا کشش ناپذیر هستند حتی وقتی قیمت بالا می رود ما مجبوریم با هر زحمتی که شده آنها را بخریم و فشاری از نظر مالی بر خانواده و اقتصاد خانواده وارد خواهد شد.

Determinants of Demand Elasticity ,

Availability of substitutes -- demand is more elastic when there are more substitutes for the product.

Importance of the item in the budget -- demand is more elastic when the item is a more significant portion of the consumer's budget.

Time frame -- demand becomes more elastic over time.

عوامل موثر در کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت :

۱- وجود جایگزین: بعنوان مثال شما در سبد غذایی خانوار یک آیتم یا کالا را در نظر بگیرید که اگر حذف بشود بتوانیم کالا یا چیز دیگری را جایگزین آن کنیم. خیلی از موارد هستند که شاید این چنین رفتاری وجود داشته باشد مردم بالاخره ممکن است یک میوه نسبتا گران نتوانند بخرند مردم از خیرش بگذرند و میوه ارزان تری را می خرنند در مورد آن میوه گران قیمت کشش پذیر خواهد بود تقاضا با افزایش قیمت مردم دیگر آنرا را نمی خرنند اما در مورد یک قلم اساسی دیگر مثل نان را در نظر بگیرید شاید جایگزینی برای آن نداشته باشیم ارزان تر از خودش حالا می گوییم نان جایگزین برنج ولی چه جایگزین نان در این مورد دیگر کشش ناپذیر یا In elastic می شود مردم نمی توانند نان نخرند چاره ای ندارند پس وجود یک جایگزین خیلی مهم است و وجود جایگزین خوب سبب کشش پذیری تقاضا نسبت به کالای اولیه، خواهد شد. ۲- چه میزان آن « آیتم یا مورد در بودجه خانواده مهم است ؟ اگر در واقع یک آیتمی باشد که در سبد هزینه خانواده، سهم زیادی از هزینه ها را به عهده داشته باشد حتی اگر یک درصد کوچک در افزایش قیمت آن یک مرتبه فشارش بر روی بودجه خانواده زیاد خواهد شد به عنوان مثال شما در نظر بگیرید یک آیتمی ۳۰٪ از هزینه های خانواده را تشکیل می دهد و یک مرتبه قیمت آن دو برابر شود دیگر نمی شود، ۶۰٪ هزینه های خانواده را به آن اختصاص دهیم عملا کشش پذیری کم خواهد شد. به نوعی که این برای ما مهم خواهد بود و این درصد هزینه خانواده که توسط یک آیتم تشکیل داده می شود عملا کشش پذیری را رقم خواهد زد هرچه این درصد بیشتر باشد کشش پذیری بیشتر است و عملا ما از خیرش خواهیم گذشت حالا برعکسش اگر این آیتم یک درصد از هزینه های خانواده ما را تشکیل بدهد حتی اگر قیمتش پنج برابر شود حالا ممکن است این تغییر قیمت از یک درصد به پنج درصد خیلی روی سبد هزینه های خانواده ما تاثیری نداشته باشد پس در کنار وجود جایگزین بحث سهم آن آیتم در سبد هزینه های خانواده است که هرچه بیشتر باشد تقاضا برای آن کالا یا کشش پذیرتر خواهد بود .

۳- چارچوب زمانی یا **time frame**: خیلی از کالاها یا خدمات وقتی قیمتش بالا می رود در زمان کوتاه یا اصطلاحا **shourt round course** یک دوره کوتاه کشش ناپذیر است در یک دوره کوتاه اگر قیمت هم بالا برود ما می خریم اما در مدت دراز تر اگر کشش ناپذیر بشود شاید در واقع موضوعی که اینجا پیش بیاید دو موضوع است ۱- ما بتدریج به عدم مصرف آن کالا خودمان را عادت می دهیم **lung round course** دوره زمانی طولانی می بینیم که یواش یواش از خیرش می گذریم عملا **demand** کم می شود نسبت به آن پس در طول زمان کشش پذیر می شود ۲- پیدا کردن

درس ششم گفتار ۳ سی دی ۲ کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت

جایگزین برای آن است وقتی خدمتی از ما گرفته می شود و قیمتش بالا می رود ما در کوتاه مدت شاید جایگزینی برایش نداشته باشیم و یا به فکرش نبوده باشیم یا پیدا نکرده باشیم مجبوریم بخریم پس در **in elastic shurte round** می شود و در **elastic, lung round** خود چارچوب زمانی یکی از مقولاتی است که روی بحث کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت تاثیر می گذارد و به همین دلیل است که خیلی وقت ها وقتی که می خواهیم کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت را تعریف بکنیم یا محاسبه بکنیم پیوند زمانی با دوره زمانی اشاره می کنیم مثلا کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت در یک دوره یک ماهه در یک دوره یک ساله متفاوت خواهد بود.

اسلاید ۷:

Hospital care	-0.14 to -0.17
Physician care	-0.16 to -0.35
Cigarettes	-0.30 to -0.50
Apples	-1.15
Foreign travel	-3.10
Cinema tickets	-3.40
Source: As summarized in Sherman Folland, et al. 2004, <i>The Economics of Health and Health Care: Fourth Edition</i> (New Jersey: Prentice Hall)	

در رابطه با بحث کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت کالاهای مختلف تخمین های متفاوتی داریم بعنوان مثال در مورد یک چیزی مثل سیب این عدد ۱/۱۵- است ما گفتیم وقتی اعداد بین صفر و ۱- هست ما در واقع می گوییم **inelastic** یا کشش ناپذیر اما بین ۱- تا $-\infty$ کشش پذیر است یعنی وقتی که قیمت سیب زیاد می شود مردم بطور فراینده ای مصرف سیب را کم خواهد کرد یک جورایی می گوییم جز سبب کالای خانواده ما نسبت در مورد سفر خارجی وقتی مثلا یک درصد قیمت سفرهای خارجی زیاد می شود ۳/۱٪ میزان سفرهای خارجی کم می شود پس شدیداً **elastic** است وقتی قیمت بلیط گران است سفر نمی کنیم یا مثلا بلیط سینما، خیلی مقوله های فرهنگی اینچنین است شدیداً **elastic** است یعنی وقتی مردم تحت فشار اقتصادی قرار می گیرند معمولاً اولین چیزی که می زنند از فرهنگ خودشان می زنند می بینیم در مورد بلیط سینما اینچنین است. وقتی یک درصد قیمت بلیط افزایش می یابد ۳/۴ درصد از میزان رفتن به سینما کم خواهد شد. اما چیز دیگری که جای تاسف دارد مصرف سیگار است همانطور که مشاهده می کنید مصرف سیگار یک مقوله **inelastic** است یعنی وقتی یک درصد قیمت سیگار بالا می رود فقط ۰/۵ تا ۰/۳ مصرف سیگار پایین می آید یعنی یک آدم معمولی که سیگار می کشد و سیب هم می خورد وقتی قیمت عمومی و تورم بالا می رود از سیب خودش می زند ولی سیگار خودش را می کشد این خیلی بد است به همین ترتیب دو مقوله ای که اول جدول می بینید عمده خدمات سلامت یک فضای **inelastic** دارند وقتی قیمت شان بالا می رود ما به هر ترتیبی آنها را خرید خدمت می کنیم پس خدمات سلامت مثل خدمات بیمارستان یا خدمات پزشکان سرپایی مثلا در مطب شان اینها هر دو شان وضعیت **inelastic** دارند و همانطور که مشاهده می کنید **price elasticities of demand** یا کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت آنها بین صفر تا ۱- است.

Empirical evidence from US

Empirical evidence from US , Early PED - ۰.۱۴ to -۱.۵

Famous RAND experiment found

- overall: -0.2
- hospital: -0.17 to -0.31
- outpatient: -0.17 to -0.22



Clearly inelastic but not perfectly

Does not vary with income, health, site of research

Cost-sharing had the same effect on appropriate and inappropriate care ,

در این رابطه مطالعات زیادی تو دنیا انجام شده است بالاخره در کشور های مختلف اعداد هم تا حدودی متفاوت بوده است . بعنوان مثال در کشور آمریکا یکسری مطالعه داریم در این زمینه به ما نشان می دهد در مورد خدمات مختلف سلامت ،کشش پذیری بین ۰/۱۴ تا ۱/۵ است حالا ممکن است برسید ۰/۱۴ یعنی چه؟ این بحث کشش پذیری مثبت برای خودش موضوع عجیبی است جای تامل دارد علی القاعده انتظار ما این است وقتی قیمت بالا می رود به هر حال یک مقدار مصرف کم بشود یا حداکثر مصرف ماتغییر نکند.

ولی انتظار نداریم با افزایش قیمت مصرف هم زیاد بشود این موضوعی است که متاسفانه وجود دارد و توی خیلی از بازارها ،شاید مختص بازار سلامت هم نیست.اینکه مردم نمی دانند طبابت خوب چه هست؟ طبابت بد چه هست؟یا اینکه پزشک بد کیست؟ پزشک خوب کیه؟کی خوب **reanyplasty** انجام می دهد کسی بد **reanyplasty** انجام می دهد واقعا نمی تواند خوب قضاوت کنند. فقط چشمشان دنبال این است کی پول بیشتری می گیرد.آن کسی که پول بیشتری را می گیرد یا شاید قیمت بیشتری دارد کار بهتری انجام می دهد و به سمت آن رو می آورند یعنی چه؟ در مورد بعضی مقولات است که حتی با افزایش قیمت تقاضا هم بیشتر می شود به نوعی در این گونه مواقع ،قیمت را جایگزین کیفیت قرار می دهیم با افزایش قیمت می گوییم لابد کیفیتش بیشتر است .و به سمت آن هجوم می آوریم در مورد خیلی مقولات مثلا جواهرات این چنین است ویعنی خیلی اوقات دو تا جواهر یکسان ،کیفیت یکسان بگذارید روی یکی قیمت کمتر و روی دیگری قیمت بیشتر احتمالا خیلی افراد بطرف جواهری که قیمتش بیشتر دارد می روند و می گویند این جواهری که قیمت کمتری دارد لابد کیفیت پایین تری دارد و لابد بدلی است.پس می تواند حتی در برخی موارد حتی با افزایش قیمت ،تقاضا مان بیشتر شود.بخصوص در مورد افرادی که ما در سیستم سلامت برای آنها اهمیت قائل هستیم.مثلا دیده شده برخی خدمات،مثلا بیماری اطفال ،پدر و مادر چون برای بچه خودشان اهمیت قائل هستند ویزیت گران تری را جای کیفیت بهتر می گیرند و به سمت آن هجوم می آورند به هر حال یک مقوله **paradoxical** به شکل عجیبی اینجا وجود دارد.یک مطالعه معروفی به نام مطالعه **ranged** در کشور آمریکا انجام شده در آن مطالعه نیز نشان داده شد که در مجموع خدمات سلامت کشش ناپذیر هستند و یک **pED** ، ۰/۲- دارند و همین مطالعه در مورد خدمات بیمارستانی و سرپایی یک **renge** برابری از **pED** ۱۷- تا ۰/۲- در سرپایی ۰/۱۷- تا ۰/۳- در بستری داشته ایم.خوب این در واقع یک موضوع مهمی است

درس ششم گفتار ۳ سی دی ۲ کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت

و همین جوری اگر از ما بپر سند خدمات سلامت انعطاف پذیر است یا تقاضاشان نسبت به کیفیت یا تقاضاشان نسبت به قیمت کشش پذیر است می گوئیم خیر.

اسلاید ۹:

Empirical evidence from Indonesia ,

Health center

Children: - ۱.۰۷

Adults: - ۱.۰۴

Elderly: - ۰.۴۷,

Source: Gertler and Molyneaux(۱۹۹۷)

توی کشور های جهان سوم مطالعاتی این چنین هم انجام شده است و البته هم نتایج یک مقداری متفاوت بوده است. بعنوان مثال مطالعه ای در کشور اندونزی در سال ۱۹۹۷ انجام شده و نتایج آن تا حدود زیادی برای ما جالب است. بعنوان مثال در کشور اندونزی بحث در کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت را در مورد خدمات سلامت در گروه های سنی مختلف بررسی کردند مشاهده شد که در بچه ها و در بزرگسالان تا حدی کشش پذیر است. همانطور که مشاهده می کنید در واقع بین ۱- تا ∞ است ۱/۰۷- و ۱/۰۴- است و در سالمندان کشش ناپذیر است ۰/۴۷- حال این موضوع چگونه توجیه می شود. فرهنگی که ما در جنوب شرقی آسیا می بینیم برای سالمندان خودشان خیلی ارزش قائل هستند. می بینیم وقتی قیمت های خدمات سلامت بالا برود ممکن است خدمات سلامت را از بچه خودشان دریغ کنند اما از فرد مسنی که در خانواده اش هست مضایقه نخواهد کرد. باید عکس این موضوع را در کشور خودمان یا خیلی از کشورهای خاورمیانه ببینیم که گاهی ما برای بچه های خودمان بیش از سالمندان ارزش قائل هستیم همانطور که مشاهده می کنید اینجا یک جزء فرهنگی تاثیر فرهنگی خیلی پررنگ را در بحث کشش پذیری در مطالعه انجام شده و در اندونزی مشاهده می کنید.

Empirical evidence from Peru

❖ Low income individuals

- Private doctor: -0.44
- Hospital outpatient: -0.67
- Health clinic: -0.76

❖ High income individuals

- Private doctor: -0.12
- Hospital outpatient: -0.33
- Health clinic: -0.30

Source: Gertler and van der Gaag (1990)

مطالعه دیگری که در پرو انجام شده است خیلی جالب است شما مشاهده می کنید که بحث درآمد هم، میزان درآمد و ثروت خانواده روی کشش پذیری تاثیر می گذارد همانطور که مشاهده می کنید می بینیم که بحث مراجعه به پزشکان خصوصی در افرادی که درآمد بالایی دارند کاملاً **inelastic** است -0.12 در افرادی که درآمد آنها کم است باز هم **inelastic** است ، -0.44 محسوب می شود اما همانطور که مشاهده می کنید چهار برابر بیش از قشر مرفه تغییر خواهد کرد در هر صورت تغییرات کم است همانطور که مشاهده می کنید اما می بینیم این **elastic** در کلینیک های عمومی و بیمارستان های دولتی بیشتر **elastic** است یعنی وقتی قیمت ها بالا می رود مردم خیلی سریع از خدمات دولتی می گذرند چرا که خیلی به کیفیت اعتقاد ندارند می گویند حالا که قیمت ها بالا رفته است و کیفیت هم پایین بود مراجعه نمی کردیم اگر قبلاً مراجعه می کردیم نه بواسطه کیفیت بلکه بواسطه قیمت پایینش بود از آن می گذرند چون **PED** 0.76 توی اقبال محروم برای مراجعه به **health clinic** یا کلینیک های سلامت دولتی می بینیم اما در مورد بخش خصوصی چون به کیفیتش اعتقاد دارند علی رغم افزایش قیمت ، میزان افت تقاضا کمتر است این یک موضوعی است که باید برای ما اهمیت داشته باشد و برای ما قابل تفسیر است و می توانیم به وضوح فکر کنیم که این یک طور نگرش مردم به بخش خصوصی و بخش های دولتی نشان می دهد نگرش مردم به بخش خصوصی نگرش مثبت تری است و به همین دلیل است که خدمات بخش خصوصی با تغییر قیمت ، تقاضا برای آنها کمتر تغییر می کند در واقع کشش ناپذیر تر است.

Empirical evidence from Pakistan

❖ Low income female children

- Traditional healer: -0.43
- Public clinic: - 0.43
- Private doctor:- 0.17
- Pharmacist: -0.44

❖ High income female children

- Traditional healer: -0.24
- Public clinic: - 0.23
- Private doctor:- 0.09
- Pharmacist: -0.25

❖ Low income male children

- Traditional healer: -0.43
- Public clinic: - 0.43
- Private doctor:- 0.17
- Pharmacist: -0.44

❖ High income male children

- Traditional healer: -0.26
- Public clinic: - 0.27
- Private doctor:- 0.10
- Pharmacist: -0.27

Source: Alderman and Gertler (1997)

ما می توانیم این بحث را در مورد تفاوت های جنسی نگاه کنیم همانطور که مشاهده می کنید ما در برخی کشورها، بحث تفاوت یا تبعیض جنسی خیلی معروف است البته بعضی از مطالعات این را تایید نکرده اند بعنوان مثال در کشور پاکستان یکی از کشور هایی است که تبعیض جنسی یا خیلی مقولات در آنجا پررنگ است اما این مطالعه در بخش سلامت در سال ۱۹۹۷ صورت گرفته این موضوع را نشان نداده و همانطور که مشاهده می کنید هم در خانواده های فقیر هم در خانواده های غنی تفاوتی بین PED یا کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت میان بچه های پسر و بچه های دختر شان وجود ندارد و این نشان می دهد برای آن تبعیض جنسی عمومی که ممکن است در آن جامعه وجود داشته باشد لاقلمی می توانیم ادعا کنیم در بخش خدمات سلامت آن خانواده پاکستانی بین دختر و پسرشان تبعیض قائل نیستند.

Implication for health policy ,

Consider the effect of introducing cost-sharing in an affluent country

Will it reduce utilization?

Will it reduce inappropriate utilization?

What is the effect on cost containment?

Consider the effect of cost sharing in a developing country

Do you expect elasticity estimates be similar or different? Why?

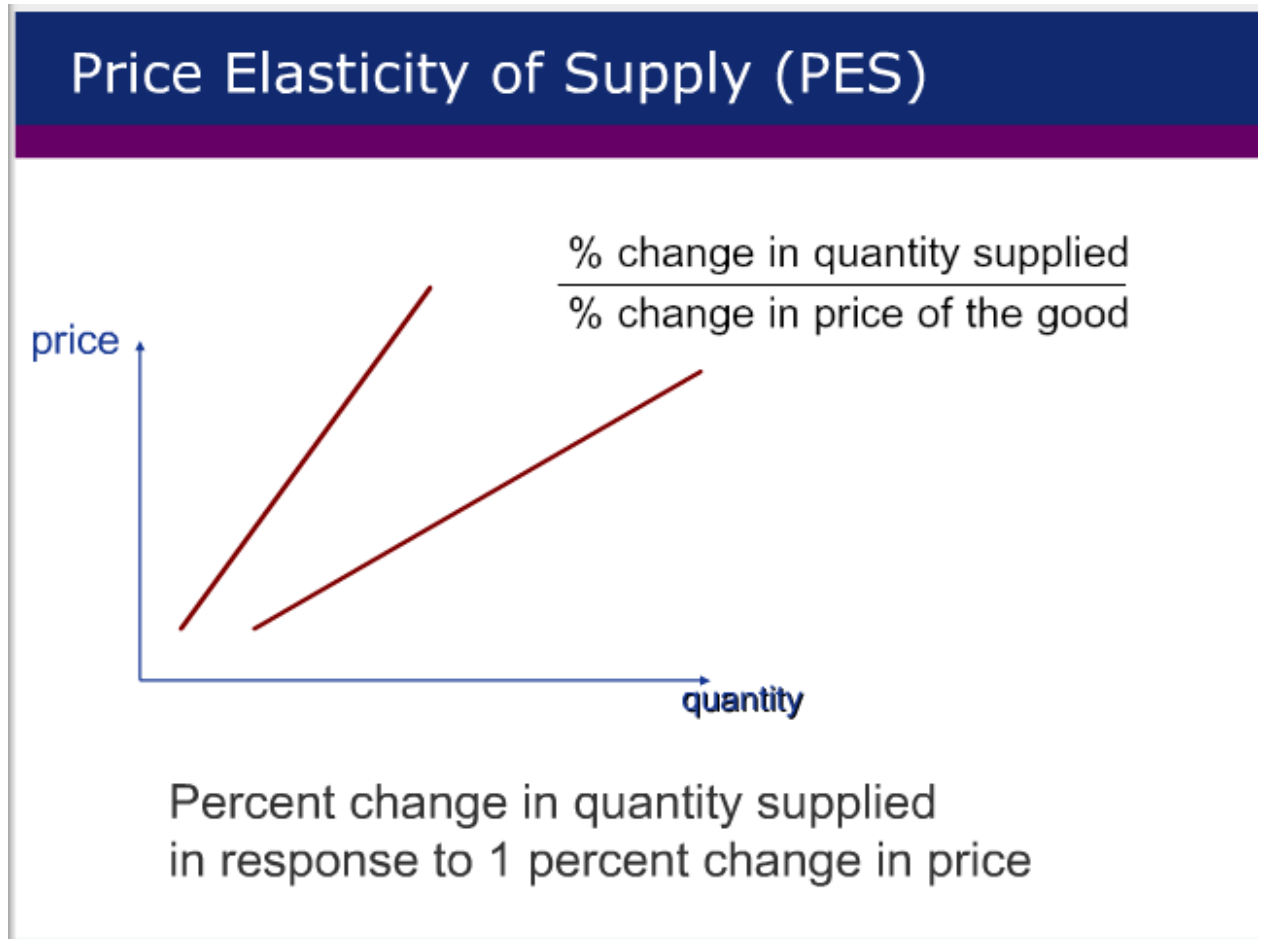
What is the policy implication of your hypothesis?

در هر صورت همانطور که مشاهده می کنید بحث کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت بحثی است که ما خیلی استفاده های متعدد می توانیم از آن بکنیم بعنوان مثال شما ممکن است از خودتان بپرسید که در یک کشور غنی اگر ما فرانشینز خدمات را زیاد بکنیم چه می شود؟ آیا مصرف کم می شود؟ آیا مصرف غیر ضرور کم می شود؟ آیا هزینه ها کاهش پیدا می کند علی القاعده هیچکدام از این اتفاقات نمی افتد و ممکن است از خودتان بپرسید در یک کشور فقیر چه اتفاقی می افتد؟ آیا مصرف کم می شود آیا مصرف غیر ضرور کم می شود؟ آیا هزینه ها کم می شود می بینیم که جواب این سوالات فقط در مقوله ی **price elasticities of demand** یا کشش پذیری تقاضا نسبت به قیمت است.

سی دی ۳

درس ۷ گفتار اول: سایر انواع کشش پذیری در بازار سلامت

ما در مبحث قبل بحث کشش پذیری تقاضا در مقابل قیمت را بحث کردیم و در این مبحث سایر انواع کشش پذیری یا **Elasticity** که در موضوع اقتصاد سلامت مورد بحث قرار می گیرند را با هم خواهیم داشت .



اسلاید دوم :

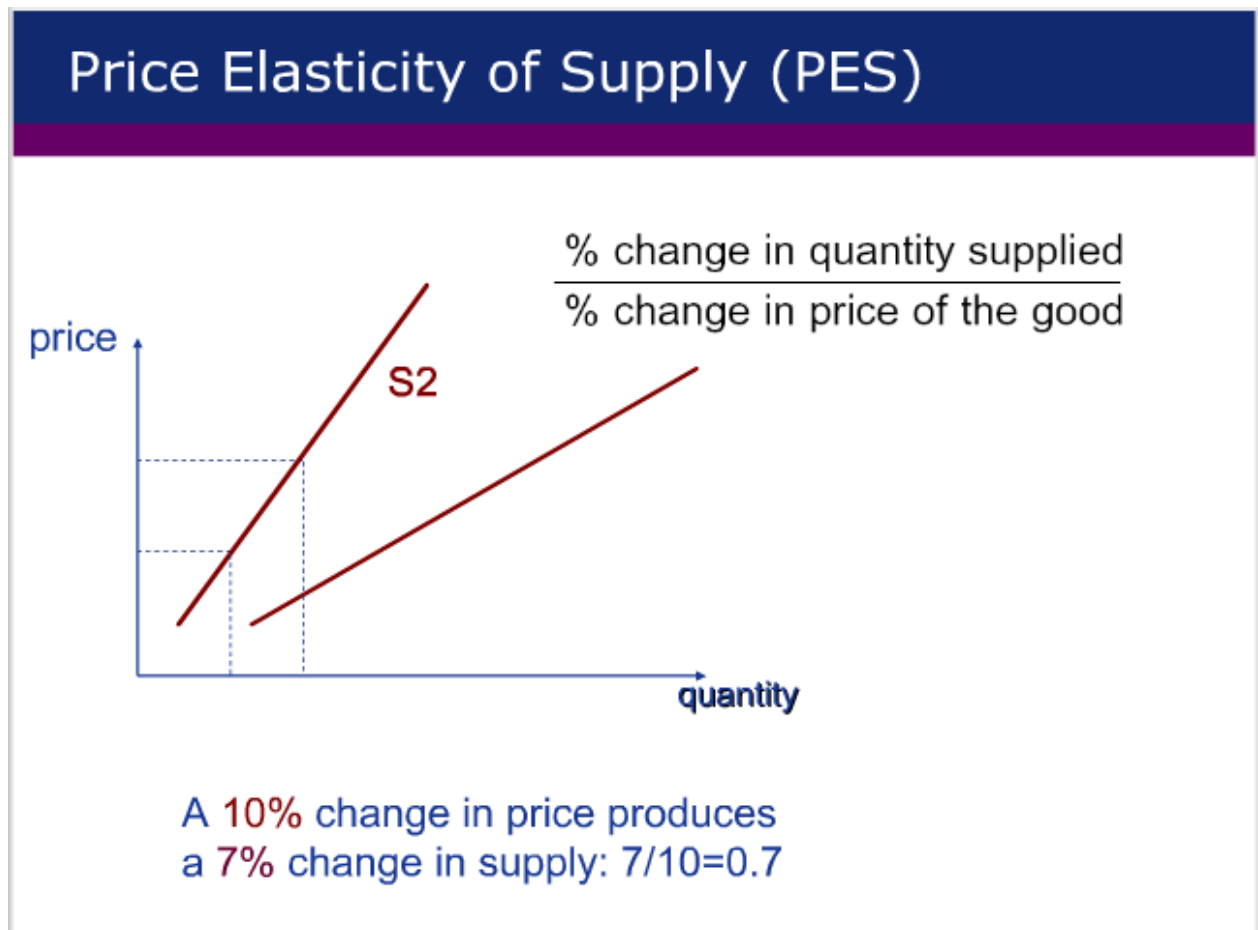
یک شکل بسیار مهم دیگر از کشش پذیری ها در اقتصاد سلامت کشش پذیری عرضه در مقابل قیمت است. ما قبلا در مباحث قبل بحث کردیم وقتی قیمت تغییر می کند هم عرضه و هم تقاضا تغییر می کند. البته جهت آنها یکی نیست با افزایش قیمت عرضه زیاد و تقاضا کم می شود اما در بحث تقاضا می دانیم با افزایش قیمت تقاضا کم می شود اما اینکه چه مقدار کم می شود موضوعیت پیدا می کند. در مورد عرضه یا **Supply** هم همین است، در اغلب موارد با افزایش قیمت عرضه زیاد می شود و با کاهش قیمت عرضه کم می شود برای محاسبه این میزان از شاخص کشش پذیری عرضه در مقابل قیمت استفاده می کنیم.

Price Elasticity of Supply(PES)

که فرمول آن درصد تغییرات در کمیت عرضه شده تقسیم بر درصد تغییرات در قیمت کالا است .

یعنی اگر درصد قیمت ما تغییر کند چند درصد عرضه تغییر می کند این دو هم جهت هستند پس PES

یا کشش پذیری عرضه در مقابل قیمت یک امر مثبت است .

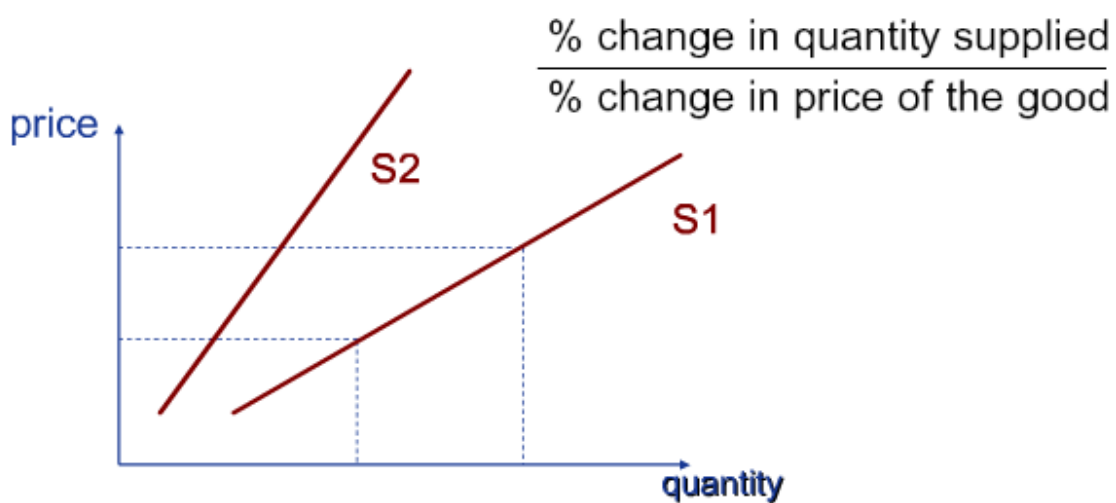


اسلاید سوم :

در شکل دو منحنی عرضه را می بینیم که یکی شیب تندتری دارد و کشش پذیری آن 0.7 است .

به ازای 1% تغییر در قیمت 0.7% تغییر در کمیت عرضه خود خواهیم داشت یا به ازای 10% افزایش در قیمت 7% تغییر در عرضه خواهیم داشت .

Price Elasticity of Supply (PES)

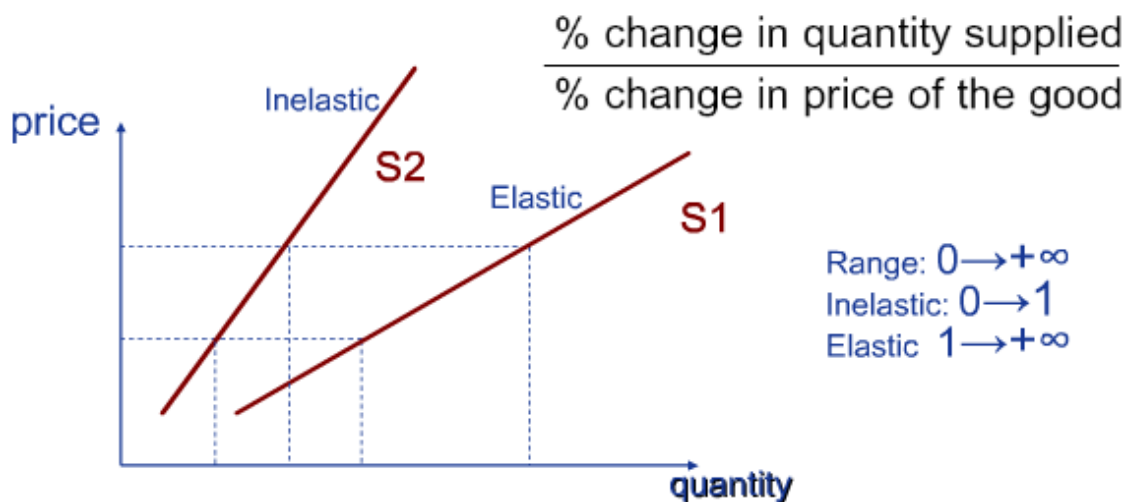


A 10% change in price produces
a 16% change in supply: $16/10=1.6$

اسلاید چهارم :

در مقابل منحنی S_1 را می بینیم اینجا به نظر می آید کشش پذیری بیشتری داریم با ۱۰٪ تغییر در قیمت ۱۶٪ تغییر در عرضه داریم یعنی کشش پذیری عرضه در مقابل قیمت ۱/۶٪ است . رفتار بازار عرضه ما و رفتار منحنی های عرضه ما می تواند متفاوت باشد و تفاوت بین S_1 و S_2 کاملاً مشهود است اما تعاریف کشش پذیری چیست .

Price Elasticity of Supply (PES)



اسلاید پنجم :

اصولا بازه و اسپکتروم طیف تغییرات کشش پذیری عرضه نسبت به قیمت بین صفر تا بی نهایت مثبت است و اصولا یک عدد مثبت می باشد. هرگاه PES ما یا کشش پذیری عرضه نسبت به قیمت بین ۰ تا ۱ باشد به آن کشش ناپذیر یا

Inelastic گویند مثل منحنی S_۲ و هرگاه PES بین ۱ تا بی نهایت باشد کشش پذیر است مثل منحنی S_۱

ما تفسیرهای متفاوتی می توانیم نسبت به این اندکس یا شاخص داشته باشیم .

مثال : در بازار جهانی نفت استخراج و تولید نفت سقف مشخصی دارد یا در بازار بنزین ظرفیت تبدیل نفت به بنزین سقفی دارد یعنی در سقف خودش عمل می کند اگر در دنیا قیمت بنزین افزایش یابد بدون هیچ محدودیتی از جانب اپک در خصوص تولید هیچ تغییری در عرضه رخ نمی دهد چون کشورهای تولید کننده با حد اکثر توان تولید خود فعالیت

درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

دارند پس رفتار عرضه نفت و بنزین نسبت به قیمت یک رفتار کشش ناپذیر است مثل منحنی S_2 . اما در بعضی مقولات که جا برای تولید است مثل محصولات آرایشی که کارخانه می تواند ظرفیت تولید را بالا ببرد در این موارد با افزایش قیمت در بازار عرضه زیاد می شود و اینجا یک رفتار کشش پذیر وجود دارد مثل منحنی S_1

هرگاه تولید کننده محدودیتی در توان تولید و عرضه خود داشته باشد ما یک رفتار کشش ناپذیر داریم

ما انتظار داریم با کاهش قیمت میزان عرضه کم شود در بازار سلامت استثنائاتی می بینیم مثلا در جایی پزشکی است که جایگزینی برای در آمد خود ندارد اگر تعرفه خدمات را کم کنیم پزشک ناچار می شود برای جبران در آمد خود عرضه بیشتر یا ساعات بیشتری کار کند و این رفتار پارادوکسیکال و عجیبی است و یک رفتار کشش ناپذیر را می بینیم بعضا کاهش تعرفه پزشکی میزان ارائه و عرضه خدمت را بالا تر می رود و این مورد استثنا است .

پس رنج بین صفر تا بی نهایت امری عمومی است ولی استثنائاتی هم دارد .

Income elasticity

❖ Definition: percent change in quantity demanded in response to 1 percent change in income

- If $IE > 1$: Luxury good
- If $1 > IE > 0$: Normal good
- If $IE < 0$: Inferior good

❖ 2 effects of income change

- demand more health services
- demand better quality services

Income elasticity ,

Definition: percent change in quantity demanded in response to ۱ percent change in income If $IE > ۱$: **Luxury good** If $۱ > IE > ۰$: **Normal good** If $IE < ۰$: **Inferior good**

Inferior good

effects of income change demand more health services demand better quality services

سومین شکل **Elasticity** را که بحث می کنیم و مهم است در رابطه با مقولاتی مثل عدالت اجتماعی بحث کشش پذیری تقاضا نسبت به در آمد است دو شکل قبلی کشش پذیری رضه و تقاضا **PES** و **PED** نسبت به قیمت بود نه در آمد اینجا موضوع خانواده مطرح است نه موضوع کالا یعنی وقتی در آمد خانواده تغییر می کند میزان تمایلشان برای خرید چگونه تغییر می کند .

این شاخص بسیار مهمی است و برای تعریف آن می گوییم اگر ۱٪ تغییر در درآمد داشته باشیم چند درصد تغییر در تقاضا خواهیم داشت در اینجا کل موضوع متفاوت است بحث خانواده و توزیع ثروت و در آمد تاثیر گذار است . بعضی کالاها اگر ۱٪ در آمد خانواده زیاد شود بطور قابل ملا حظه ای تقاضا برای آن زیاد می شود به این کالاها **Luxury good** گوییم مصرف این کالاها رادر خانواده های متمول می بینیم .در بعضی کالاها برعکس است یعنی اگر ۱٪ در آمد زیاد شود تقاضا بر عکس کم می شود به این کالاها **Inferior good** گوییم یعنی تقاضا منفی می شود .(کالاهای فقرا)

یعنی اگر مثلا چراغ علاءالدین که وسیله گرمایی و پخت و پز در خانواده های فقیر است و در خانواده های متمول دیده نمی شود با افزایش ثروت میل مردم برای خرید آن زیاد نمی شود یا اگر خانواده ای بدلیل درآمد کم دو کیلو سویا مصرف می کند اینچنین نیست که اگر این خانواده در آمدش بالا رود ۱۰ کیلو سویا بخرد بلکه به جای آن گوشت می خورد. یعنی تقاضا برای خرید سویا با افزایش ثروت بالا نمی رود بلکه کاهش می یابد .

درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

بعضی کالاها **IE** بین صفر و یک داشته و کالاهای معمولی هستند.

کالاها یا خدمات سلامت چگونه هستند ما دو موضوع را دیدیم

- ۱- با افزایش در آمد میل بیشتری برای خدمات سلامت داریم .
- ۲- با افزایش در آمد بدنبال کیفیت بالاتر در خدمات سلامت هستیم .

اسلاید هفتم

**Empirical evidence ,
Cross-national studies imply that health care is a luxury good**

OECD countries: $IE > 1$

۳۰ African countries: $IE = 1$

چندین مطالعه در کشورهای مختلف صورت گرفته و نشان داده اند که بیشتر کالاها و خدمات سلامت رفتار لوکس دارند. ما در کشورهای با در آمد بالا یا توسعه یافته **OECD** اکثراً **IE** بیش از یک بوده است یعنی کالای لوکس بوده اند یعنی خدمات سلامت اکثراً در خانواده های ثروتمند مصرف شده است و این بد است و یک بی عدالتی در مصرف خدمات سلامت است .

در کشورهای فقیر و آفریقایی نشان داده شده است یک **IE** برابر یک دارند که به نوعی یک کالای معمولی محسوب شده است و این هم در مرز لوکس بودن است .

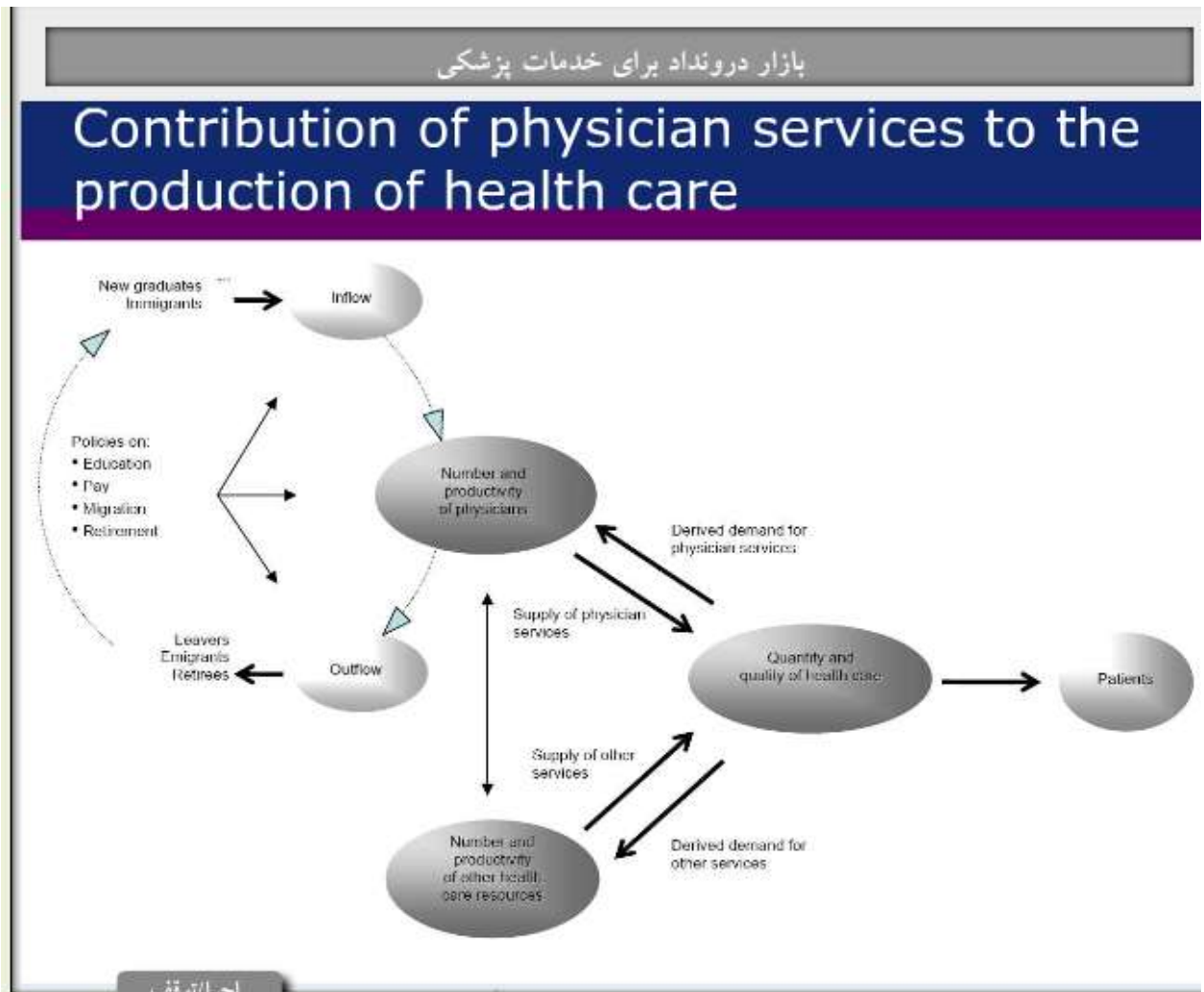
آیا خدمات سلامت یک خدمت لوکس است برداشت عمومی این است که وقتی خانواده ها متمول می شوند بطور قابل ملاحظه ای بیش از حد مصرف خدمات سلامتشان بالا می رود و بر عکس وقتی در آمدشان کم می شود مصرف خدمات سلامت کاهش میابد در طیف ثروت و در آمد در جامعه میزان مصرف خدمات سلامت کاملاً متفاوت است

در سر متمول این طیف خدمات سلامت به طور قابل ملاحظه ای زیاد مصرف می شود و در سر فقیر آن به طور قابل ملاحظه ای کم مصرف می شود و به نوعی این یک دغدغه خاطر را بوجود می آورد که خدمات سلامت در جامعه مصرفش غیر عادلانه است .

درس ۸ گفتار دوم : بازار درونداد برای خدمات پزشکی

درس ۸ گفتار دوم سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

اسلاید اول : مبحث هشتم از مجموع مباحث اقتصاد سلامت را خدمتتان خواهیم داشت در این مبحث بازار درونداد برای خدمات پزشکی را مورد بحث قرار خواهیم داد .



اسلاید دوم : همانطور که می دانیم عمده بحثی که تا به حال داشتیم در مورد خدمات سلامت بود یعنی ما یک بازار در رابطه با خدمات سلامت داریم یا کالاهای سلامت یا داروها که عرضه تقاضا و تعادل خاص خود را دارند.

اما در این بین یک بازار دیگر وجود دارد که به نام بازار دروندادهای خدمات سلامت است یعنی اتفاقی باید بیفتد افرادی مثل پزشک و پرستار تربیت شوند که این افراد دروندادهای بازار سلامت را ایجاد می کنند. خود این بحث دانشگاهها و دانشکده هایی که اینها را تربیت می کنند برای خودش بازار را تشکیل می دهد که در آنجا مثلاً فردی که می خواهد در دانشگاه آزاد اسلامی یا بین الملل تحصیل کند و پزشک شود و پولی پرداخت کند مثل این است که چیزی را می خرد و

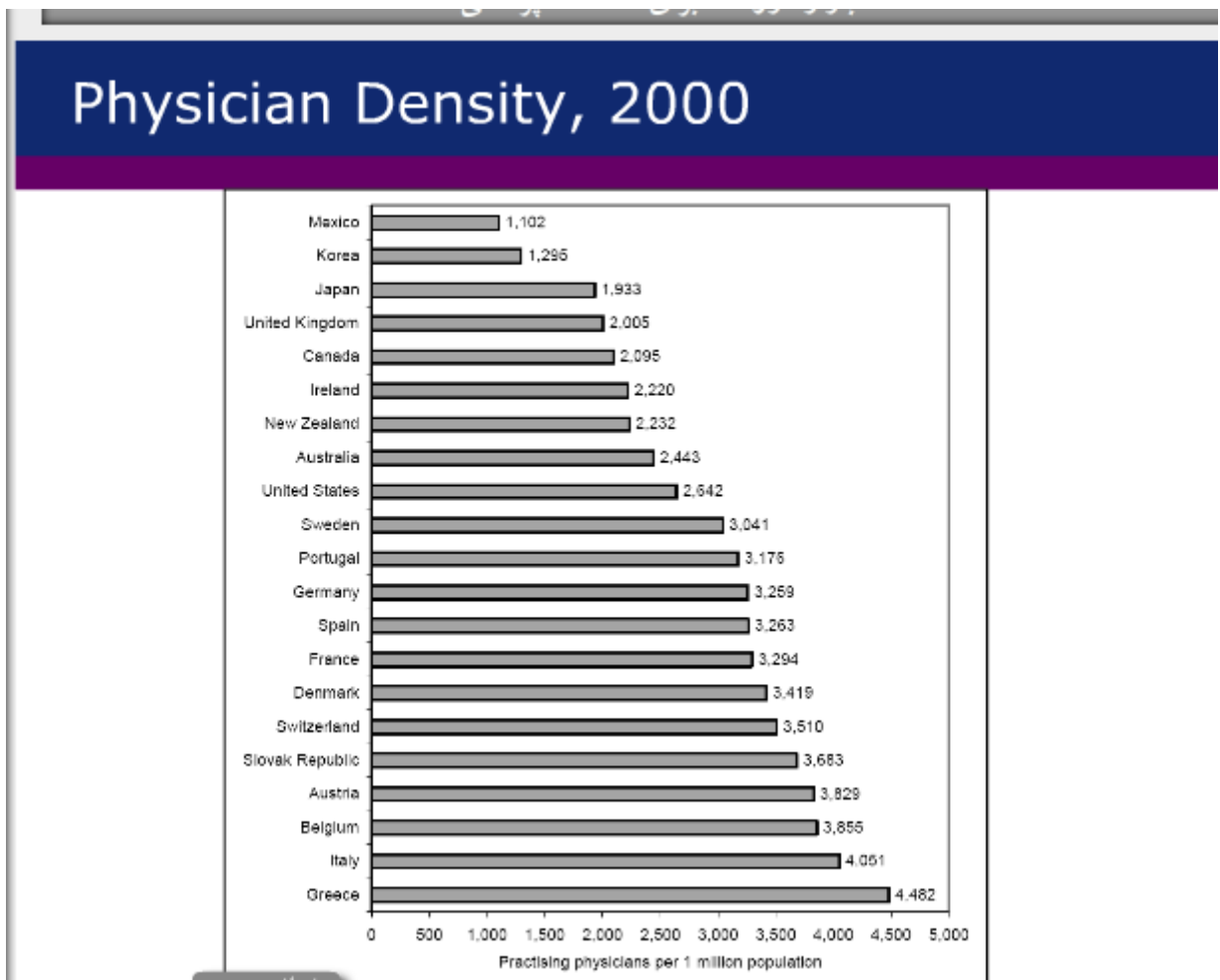
درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

دریافت می کند آنجا هم بحث عرضه و تقاضا وجود دارد می دانیم تقاضا برای ورود به رشته پزشکی زیاد است و عرضه کم است تعادلش بسیار مهم است .

در اسلاید می بینیم ما یک درونداد یا **Inflow** داریم برای بازار درونداد خدمات سلامت که سبب می شود افرادی با یک تعداد و کارایی خاص وارد بازار سلامت می شوند (پزشک ، پرستار و ارائه کنندگان خدمت) و عده ای از این بازار خارج می شوند یا باز نشسته می شوند یا تغییر شغل می دهند یا از کشور مهاجرت می کنند .

بحث پروداکتیویتی هم خیلی مهم است همه افرادی که وارد بازار سلامت می شوند بصورت تمام وقت کار نمی کنند مثلا بسیار از خانمهای پزشک یا پرستار بصورت پاره وقت یا نیمه وقت کار می کنند ممکن است دو نفر خانم به اندازه یک آقا پروداکتیویتی داشته باشد نهایتا قضیه این افراد تعدادش و میزان کارکردش تابعی است از کمیت که در بازار خدمات سلامت نیاز به آن داریم . و اگر تعداد این افراد کم باشد ممکن است بخشی از خدمات آنها را از طریق سایر ارائه دهندگان خدمت جایگزین کنیم مثل طب سنتی طب جایگزین .

پس دو بازار در هم تنیده اند یکی بازار خدمت سلامت است یکی بازار درونداد خدمات سلامت است .

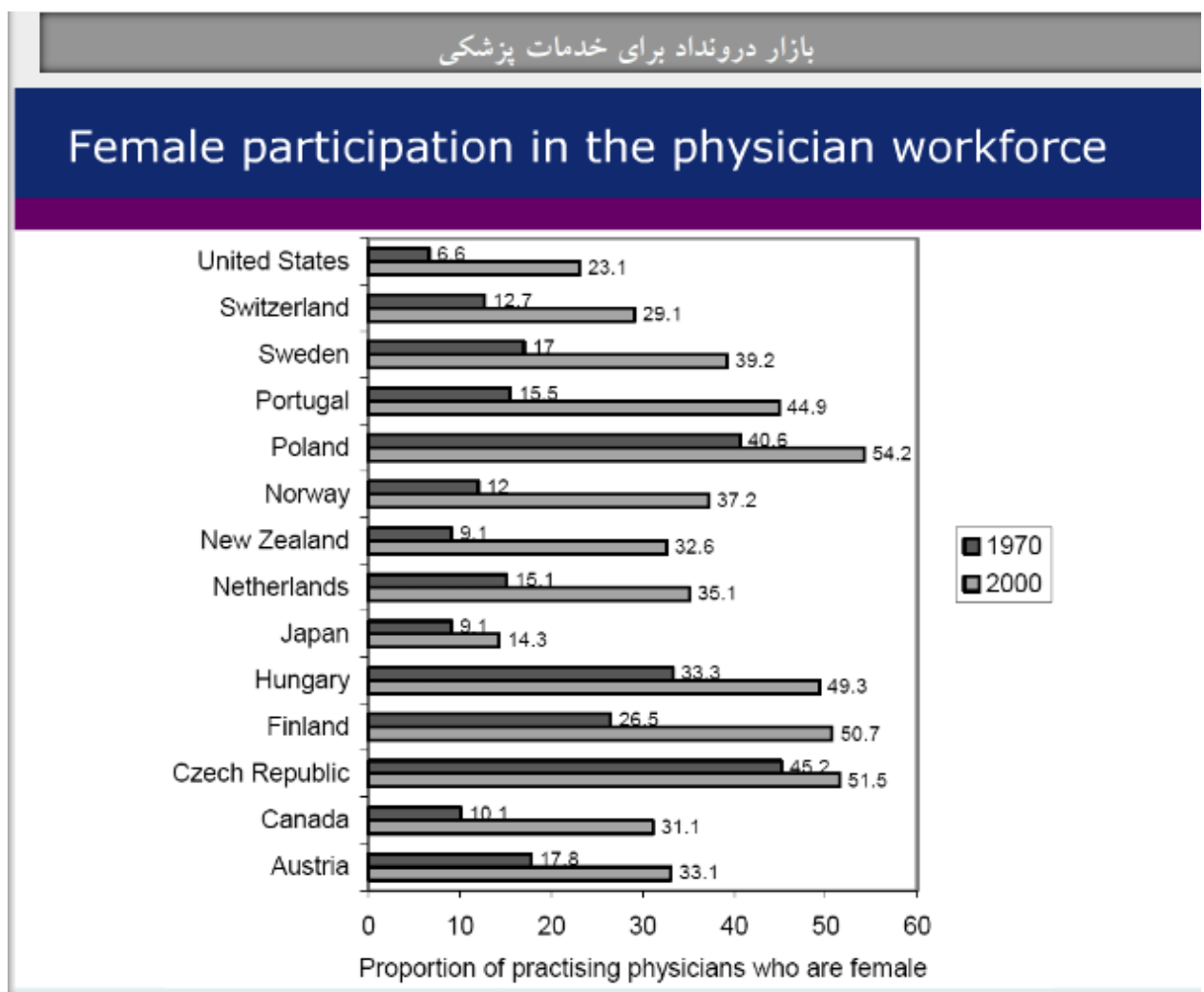


درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

اسلاید سوم: بحثهای زیادی در این مورد وجود دارد که ما در بحث اول یا **Inputmarket** یا بازار دروندادمان چه تعداد افراد تربیت شوند با چه کیفیتی تربیت شود اصولاً دانسیته یا تراکم یا نسبت پزشکان در یک میلیون نفر جمعیت عدد متفاوتی است. به طور مثال در برخی کشورهایی مثل ژاپن کره مکزیک یا کشورهای **OECD** تعداد پزشک به ازای ۱ میلیون نفر جمعیت ۱۱۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر است.

در بلژیک ایتالیا یا یونان اعداد بالاتر است مثلاً در یونان به ازای ۱ میلیون نفر جمعیت ۴۴۰۰ پزشک موجود است. در کشوری مثل آمریکا ۲۶۰۰ نفر پزشک به ازای یک میلیون نفر جمعیت وجود دارد.

در مجموع رنجی در خصوص نسبت پزشک به جمعیت وجود دارد که در مورد نسبت بهینه آن در دنیا بحثهای زیادی صورت گرفته است.



اسلاید چهارم:

بحث جنسیت هم در اینجا قابل بحث است ما می بینیم که به صورت تاریخی نسبت پزشکان خانم در طول زمان در سراسر دنیا افزایش یافته است.

درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

در امریکا در سال ۱۹۷۰ ۶٪ پزشکان خانم بوده اند که در سال ۲۰۰۰ به ۲۳٪ افزایش یافته است

در سوئیس در سال ۱۹۷۰ ۱۲٪ پزشکان خانم بوده اند که در سال ۲۰۰۰ به ۲۹٪ افزایش یافته است

در لهستان ۴۰٪ به ۵۴٪ و در فنلاند از ۲۶٪ به ۵۰٪ افزایش یافته است

پس می بینیم که این نسبت یک نسبت رو به فزونی است که این برای خودش تاثیرات خاص خود را دارد قبلا اشاره شد که خانمها فول تایم اکیووالات (فرد تمام وقت) کمی دارند یعنی یک خانم فول تایم اکیووالاتش ۰/۴ یک پزشک مرد است .

هر ۲/۵ نفر خانم به اندازه یک اقا کار می کند پس محاسبه تعداد پزشک مورد نیاز در جمعیت یک مقوله و ترکیب جنسیتی آن یک مقوله دیگر است ما سرانه یا شمارش افراد برایمان مهم نیست بلکه پزشک تمام وقت برایمان مهم است .

اسلاید ۵

European Union Working-Time Directive ,

A maximum ۴۸ hour working week averaged over a reference period;

A minimum daily rest period of ۱۱ consecutive hours a day;

A rest break where the working day is longer than six hours;

A minimum rest period of one day a week;

A statutory right to annual paid holiday of four weeks;

Night working must not exceed eight hours a night on average.

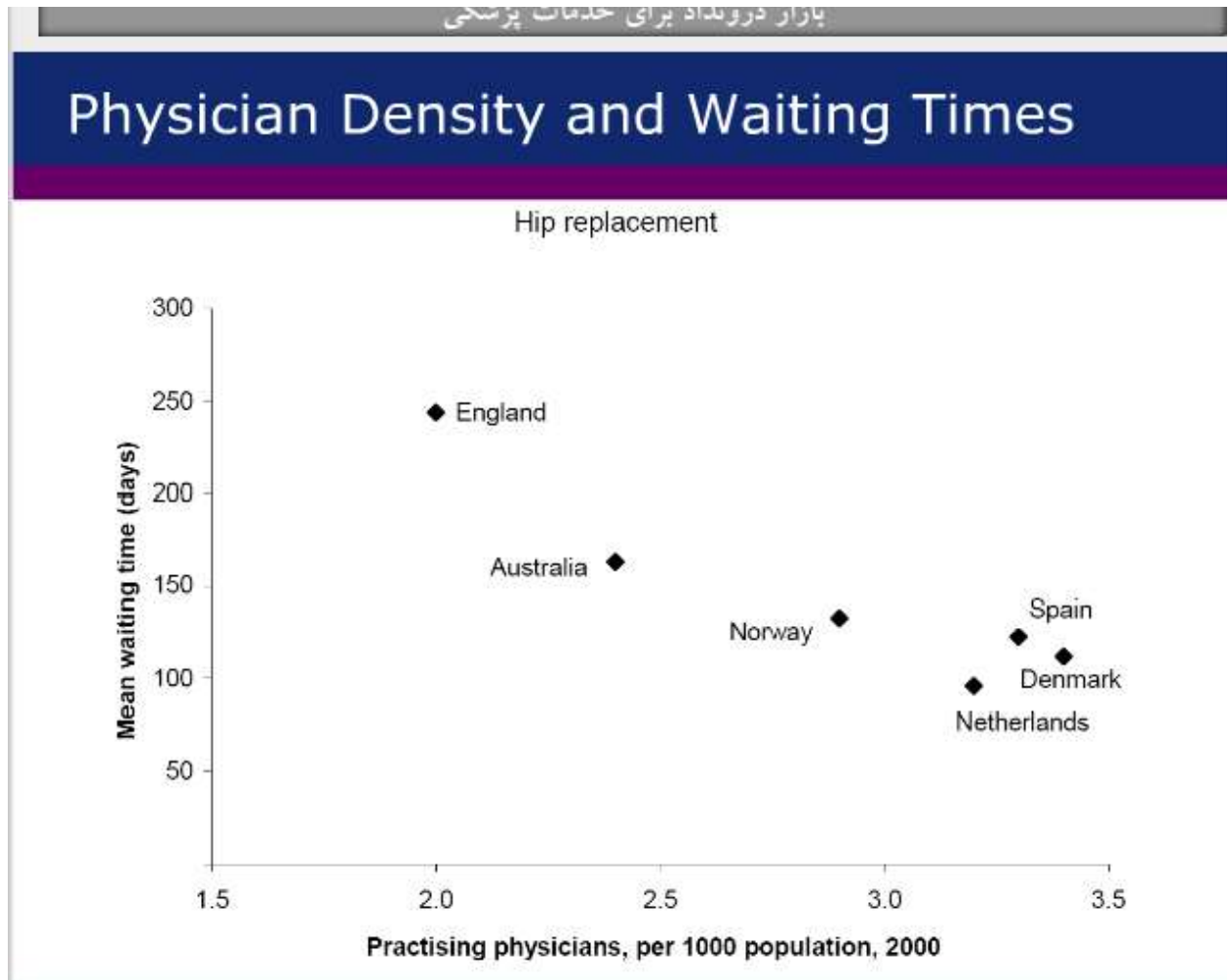
از آنسوی قضیه قوانین کاری هم آمده تاثیر گذار شده است قبلا شاید پزشک ساعتهای زیادی کار می کرد و اشکالی بوجود نمی آمد ولی در حال حاضر قوانین کاری جهت جلوگیری از خطای کاری پزشکی بدلیل خستگی ساعت خدمت پزشک را محدود کرده است به همین دلیل اگر قبلا در کشوری به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت ۱۵۰۰ نفر پزشک کفایت می کرد با قوانین جدید در حال حاضر شاید این رغم به ۲۵۰۰ نفر برسد چرا که قوانین باعث شده فرد نتواند زیاد کار کند .

مثلا در اروپا می گوئیم یک پزشک بیش از ۴۸ ساعت در هفته فعالیت کاری نداشته باشد و ساعت استراحت پزشک در طول روز حد اقل ۱۱ ساعت بصورت پیاپی باشد یعنی ساعت کاری نباید بیش از ۱۳ ساعت باشد یا اگر ساعت کاری پزشک بیش از شش ساعت باشد یک زمان استراحت نیاز دارد این جدای از یازده ساعت استراحت متوالی است .

و هیچ پزشکی نباید به نحوی کار کند که هفت روز کامل را کار کند و حتما یک روز استراحت داشته باشد . قانون دیگر چهار هفته تعطیلات با حقوق پرداخت شده برای پزشک وجود دارد .

درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

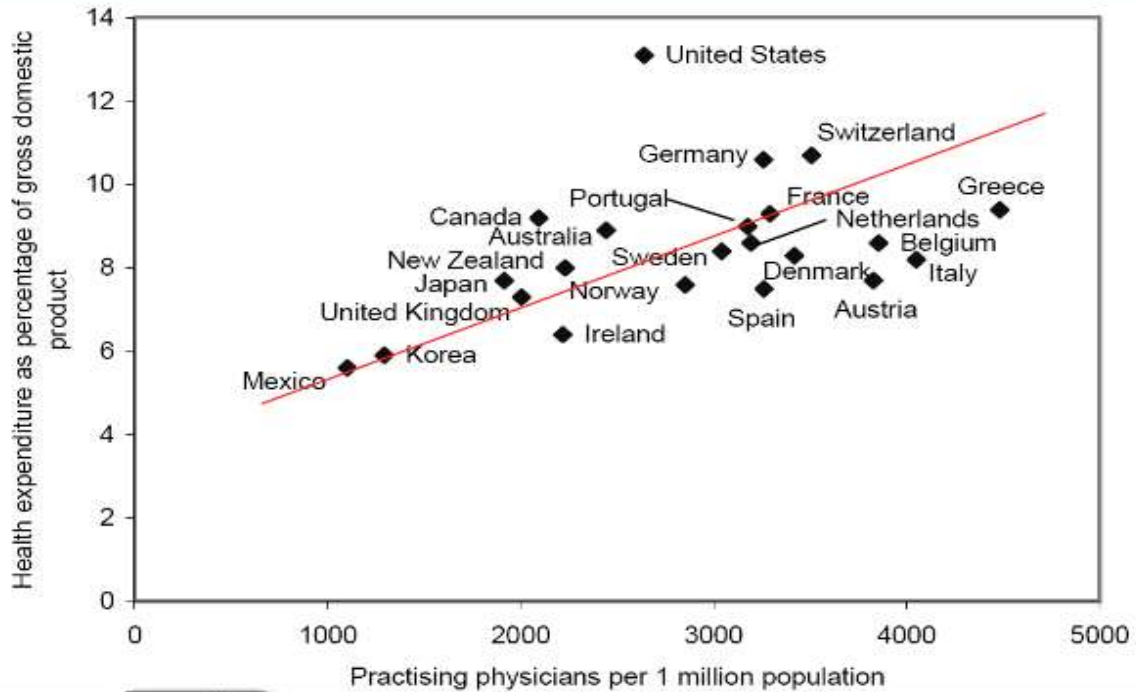
و یا در مورد کار شب قانون داریم هیچ پزشکی در طول شب نباید بیش از ۸ ساعت کار کند شاید خیلی از قوانین در مملکت ما رعایت نشود چون ایمنی بیماران در گرو ساعت کاری پزشک است اگر رعایت شود تعداد معادلات ما در مورد پزشک و پرستار و بهورز به هم می خورد پس در محاسبه تعداد مناسب پزشک به ازای یک میلیون نفر جمعیت بایستی قوانین کار و ترکیب جنسیتی لحاظ شود .



اسلاید ششم :

خوب همانطور که مشاهده می کنیم وقتی بحث از تعداد بهینه پزشک است وقتی پزشک زیاد می شود عملاً زمان انتظار بیماران کمتر می شود شما چند کشور را می بینید که زمان انتظار بیماران برای تعویض مفصل هیپ کم شده است .

Physician density and health expenditure



اسلاید هفتم:

و اگر هم بی محابا تعداد پزشک زیاد شود هزینه های سلامت افزایش می یابد در منحنی تعداد پزشک را می بینیم و از طرفی هزینه های سلامت را می بینیم که با شیب قرمز مشخص شده است .

Optimal Density of Physicians ,

In Australia, a benchmark was proposed of ۲.۰۵۱ full-time equivalent practicing physicians per ۱,۰۰۰ population based on ۱۹۹۴ data (Australian Medical Workforce Advisory Committee and Australian Institute of Health and Welfare, ۱۹۹۶).

In England, the National Health Service Plan set forward a target number of ۰.۵۵۷ full-time-equivalent primary care physicians per ۱,۰۰۰ population weighted for need in each area in England (Secretary of State for Health, ۲۰۰۰).

In the United States, the Council on Graduate Medical Education proposed a range of physician requirements of ۰.۶ to ۰.۸ primary care physicians and ۰.۸ to ۱.۰ specialist physicians per ۱,۰۰۰ population (Council on Graduate Medical Education, ۱۹۹۴).

در مجموع چه عددی برای نسبت پزشک برای جمعیت مناسب شناخته شده است

اعداد در همه جای دنیا یکسان دیده نشده است مثلاً در استرالیا عدد ۲ پزشک تمام وقت برای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در نظر گرفته اند. یا در کشور انگلستان نسبت تعداد پزشکان عمومی به ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۰/۵۵ در نظر گرفته شده است یعنی یک پزشک برای ۲۰۰۰ نفر است .

در امریکا قاعده ای که استفاده شده است به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۰/۶ تا ۰/۸ پزشک عمومی خدمات اولیه و به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۰/۸ یا یک پزشک متخصص دیده شده است .

همانطور که مشاهده می کنیم در امریکا استرس بیشتری روی پزشک متخصص گذاشته شده است در همه موارد بحث پزشک تمام وقت است فول تایم اکیووالانت است. یعنی اگر یک پزشک به ازای ۲۰۰۰ نفر جمعیت در نظر گرفته شود در موارد خدمت پاره وقت بایستی دو پزشک در نظر گرفته شود پس در انتخاب نسبت مناسب پزشک به جمعیت موضوع جنسیت - قوانین ساعت کار و بحث فول تایم بودن پزشک بایستی لحاظ گردد.

Input Markets and Output Markets



- Payments flow in the opposite direction as the physical flow of resources, goods, and services (counterclockwise).

❖ **Output, or product, markets** are the markets in which goods and services are exchanged.

❖ **Input markets** are the markets in which resources—labor, capital, and land—used to produce products, are exchanged.

همانطور که می بینیم ارتباط بین **Outputmarket** که بازار خدمات سلامت است و **Inputmarket** که بازار جذب پزشکان و ارائه دهندگان خدمت است با همدیگر کاملاً در تعامل و ارتباط هستند.

Prices and Quantities ,

The number of physicians supplying health care is regulated by licensing laws, including provisions for students trained outside the US, and the capacity of the ۱۲۶ US medical schools.

About ۱۶,۰۰۰ students graduate from U.S. medical schools each year, and these are joined by ۵,۰۰۰ immigrant physicians.

The accumulation of these flows has built the current stock of ۵۵۰,۰۰۰ physicians in active practice, a stock that is growing at about ۱.۵% per year.

More than half of all physicians are part of a group practice.

بحثی که در اینجا پیش می آید این است که هرچه در آمد ارائه کنندگان خدمات یا پزشکان بیشتر باشد به نوعی جذابیت این رشته جهت ورود به این رشته زیاد می شود و در تمام دنیا نیز همینطور است به همین دلیل رقابت زیادی جهت ورود به رشته طب وجود دارد .

در امریکا سالانه ۱۶۰۰۰ پزشک فارغ التحصیل و ۵۰۰۰ پزشک مهاجر هم اضافه می شود یعنی ۲۰۰۰۰ پزشک به جمعیت ۵۵۰۰۰۰ نفری پزشکان امریکا اضافه می شود و با توجه به وضعیت باز نشستگان و خروجیها امریکا یک رشد ۱/۵ درصدی را حفظ کرده است .

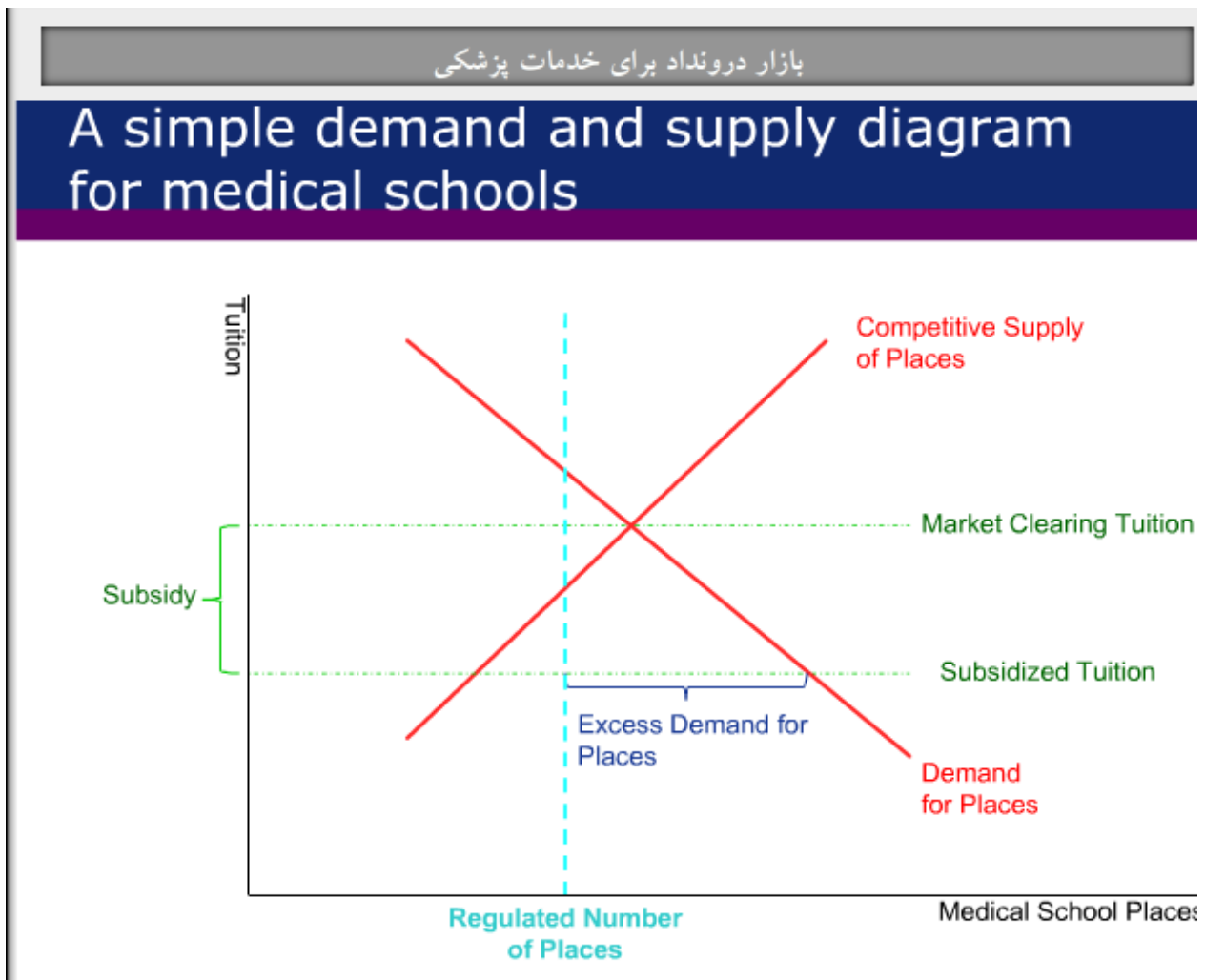
Physician Income 1994

	% of total	Average income
All physicians		\$182,400
Specialty		
General/family practice	15%	\$121,200
Pediatrics	8%	\$126,200
Psychiatry	7%	\$128,500
Internal medicine	28%	\$174,900
Pathology	3%	\$182,500
Obstetrics/gynecology	6%	\$200,400
Anesthesiology	5%	\$218,100
Radiology	5%	\$237,400
Surgery	14%	\$250,200
Type of practice		
Employee or contractor	33%	\$158,400
Self-employed	67%	\$210,200
Solo – 49%		
2 + MDs – 51%		

اسلاید ۱۱

درآمدها خوب یک انگیزه مهم برای ورود به این بازار هستند مثلاً کسی که می‌تواند شهریه لازم را برای ورود به این رشته پرداخت کند در غرب یا در کشور خودمان عملاً انتظار دارد به ازای شهریه اش در آمد نیز کسب کند پس این درآمدها مهم است و در جاهای مختلف دنیا متفاوت است در خاور میانه جاهایی هست که در آمد پزشک پایین است مثل سوریه و در کشوری مثل کویت بسیار بالاست و در کشور ما در آمد متوسط است .

در امریکا ۱۸۲۰۰۰ دلار در آمد متوسط سالانه یک پزشک است ۱۲۱۰۰۰ پزشک عمومی یا خانواده و ۲۵۰۰۰۰ دلار یک جراح در آمد دارد و این در مجموع در آمد بالایی است که جذابیت ایجاد می‌کند.



اسلاید ۱۲

خوب ببینیم این جذابیت باعث چه می شود چرا ماهمیشه در جامعه خودمون یک تشنگی و عطش برای پول داریم که هیچ وقت سیراب نمی شود همانطور که مشاهده می کنیم اگر یک بازار آزاد را در نظر بگیریم فرض کنیم دولت به هیچ وجه روی شهریه دانشجویان پزشکی کنترلی نکند و محدودیتی ایجاد نکند و عملاً یک بازار آزاد داشته باشیم که عطش و ولع و دیمانند و تقاضای دیپلمه ها را در مقابل توان تربیت پزشک در دانشگاههای ما یعنی عدد دانشجویان پزشکی و شهریه ها را مشخص کند مثل هر بازار آزاد دیگر. همانطور که مشاهده می کنیم یک **Demand for places** داریم تقاضا برای اشغال صندلی دانشجوی پزشکی و یک **Supply of places** داریم ظرفیتی که می توانیم دانشجو تربیت کنیم .

در بازار آزاد ما یک نقطه تعادل داریم **market cleaning Tuition** شهریه ای که بازار مشخص می کند و تعدادی که بازار مشخص می کند .

درس هشتم گفتار ۲ سی دی ۳ بازار درونداد برای خدمات پزشکی

چه اتفاقی می افتد در اغلب کشورهای دنیا شهریه صفر می شود و یا سوبسید شدید به آن تعلق می گیرد که خود این امر باعث می شود بین منحنی عرضه و تقاضای ما فاصله بیفتد با این عدد سوبسید خورده حالا موضوع متفاوت است از یک طرف خیلی از کشورهای دنیا نمی گویند تعداد دانشجویان ما دست دانشگاه باشد و هر تعداد که می خواهند تربیت کنند بلکه بر اساس تحلیل و نیاز سنجی در بازار سلامت سقفی می گذارند مثلا سالیانه ۵۰۰۰ نفر پس تعداد صندلیهای جدید ما کنترل می شود.

این دو موضوع در کنار هم یک تقاضای ارضا نشده در بازار ایجاد می کند چرا چون از یک طرف سوبسید می دهیم با این سوبسید قیمت پایین تقاضا بالاست از یک سمت محدود می کنیم و تقاضا بالا و عرضه پایین است پس همیشه یک تقاضای ارضا نشده داریم و این دیماند ارضا نشده سبب ایجاد رقابت در ورودیه رشته پزشکی می گردد.

درس ۹ گفتار سوم : تعاریف اولیه در مورد کارایی

بنام خدا

درس ۹ گفتار سوم سی دی ۳ تعاریف اولیه در مورد کارایی

اسلاید ۲

Health System: an inefficient system ,

A set of ۱۸۵ publicly-funded interventions in the United States cost about ۲۱.۴\$ billion per year, for an estimated saving of ۵۹۲ ۰۰۰ years of life (considering only premature deaths prevented).

سیستم سلامت: یک سیستم غیر بهینه (ناکارا):

یک دسته ۱۸۵ تائی از مداخلات و ناهنجاری ها در حوزه ی بودجه عمومی در ایالات متحده ۲۱/۴ \$ بلیون هزینه در هر سال صرف خود کرد، که یک سپرده تخمین زده شده برای ۵۹۲۰۰۰ نفر سال زندگی است.

اصولا نظام های سلامت سیستم های خیلی کارایی نیستند یعنی اینکه بیشترین و بهترین استفاده از اون بودجه و پولی که واردشان میشود را نمی برند. به عنوان مثال در یک کشور مثل امریکا که عمدتا یک سیستم خصوصی در انجا حاکم است دولت می اید و یک پولی را میگذارد در سال حدود ۲۱ میلیارد دلار برای اینکه ۱۸۵ خدمت اساسی را که برای جامعه اهمیت دارد و اساسی است را خرید خدمت میکند . و ادعا این است که با این ۲۱ میلیارد دلار برای ۱۸۵ خدمت در هر سال دولت دارد ۵۹۲ هزار نفر سال را **save** میکند و نجات میدهد. این میتواند دست آورد خوبی باشد به ازای این پول ۵۹۲ هزار نفر سال زندگی نجات پیدا میکند که عدد کمی نیست .

Health System: an inefficient system ,

Re-allocating those funds to the most cost-effective interventions could save an additional ۶۳۸ ۰۰۰ life years if all potential beneficiaries were reached.

سیستم سلامت: یک سیستم غیر بهینه:

تخصیص دوباره ی وجوهی که بیشترین هزینه را به خود اختصاص داند می تواند ۶۳۸۰۰۰ نفر سال زندگی (مازاد) را در هر سال ذخیره دهد اگر همه ی مزایای پتانسیل آن تأمین شود.

اما مطالعات نشان داده اگر این پول ۲۱ میلیارد دلار را به جای اینکه صرف ان خدمات کنند بیایند و صرف خدماتی کنند که هزینه اثر بخشی بیشتری دارد . غیر از ان ۵۰۰ هزار نزدیک ۶۳۸ هزار نفر سال زندگی دیگر را میتواند نجات دهد . یعنی چه؟ یعنی اینکه نظام سلامت در کشور امریکا پولی را که دارد خرج میکند یعنی این ۲۱ م.د را که دارد خرج میکند حدود ۴۰٪ از ان بهره برداری میکند . و بقیه اش صرف خدماتی میشود که علی القاعده نفع زیادی برای مردم ندارد و به ازای پولی که در مورد ان موارد دارد خرج میشود باز گشت کافی را ندارد . این تعریف **in efficiency** یا ناکارایی است یعنی اینکه دولتی که میتواند با ۲۱ م . د یک میلیون و صد هزار نفر سال زندگی را نجات بدهد با همان پول ۵۰۰ هزار نفر سال زندگی را نجات میدهد خوب اینجا یک جای کار مشکل دارد . اسم این مشکل میشود ناکارایی

Health System: an inefficient system ,

At the level of specific services, the cost per year of life saved can be as low as ۲۳۶\$ for screening and treating newborns with sickle-cell anemia or as high as ۵.۴\$million for radionuclide emission control

سیستم سلامت: یک سیستم غیر بهینه:

در تراز سرویس های خاصی، هزینه ذخیره شده هر سال زندگی می تواند کمتر از ۲۳۶\$ برای پوشش و درمان نوزادانی باشد که دچار بیماری خونی انمی سیکل سل هستند یا بیش از ۵/۴ میلیون برای کنترل کهولت سن میباشد.

به عنوان مثال بررسی کردند و دیدند که همین خدماتی که در امریکا دارند خرید خدمت میکنند خدمتی وجود دارد که با ۲۳۶ دلار ش یک نفر سال زندگی نجات پیدا میکند و خدمتی هم وجود دارد که با ۵ میلیون دلار یک نفر سال زندگی نجات پیدا میکند یعنی این دو تا همگن و هم عرض نیستند . علی القاعده وقتی شما با ۲۰۰ یا ۲۳۶ دلار میتوانید یک نفر سال را نجات دهید نباید بیایی و ان پول را هزینه کنی برای خدمتی که با ۵ میلیون دلار که یک نفر سال را نجات بدهی این دو از یک جنس نیستند . و هر چه ما به سمت خدماتی برویم که با هزینه کمتر عمر های بیشتری را بتواند نجات دهد قطعاً نظام سلامت ما کاراتری خواهد بود . در مملکت خودمان مثالهایی را میتوانیم مطرح کنیم . به عنوان مثال شما در سیستم شبکه خودمان میبینید که با یک هزینه بسیار اندک و خرید و تجویز یک بسته پودر او اس میتوان جان یک بچه اسهالی را نجات داد اما سمت دیگر قضیه هم وجود دارد که ممکن است برای شیمی درمانی یک سرطان پستان حدود ۷۰ میلیون تومان هزینه درمان و سلامت بدهیم که یک نفر سال بخواهد طول عمر بیشتری داشته باشد . بلا خره صرف صد تا یک تومنی که میتواند جان یک بچه را نجات دهد (بچه ای که میتواند ۷۰ سال عمر کند) این مهم تر است یا ۷۰ میلیون تومان هزینه برای اضافه کردن یک سال به عمر یک کسی قطعاً این دو تا قابل مقایسه نیست . وقتی نظام های سلامت می آیند و و بودجه خودشان را برای خدمات لوکس و پر هزینه و کم اثر خرج میکنند مسلماً نظام های سلامت نا کار آمد میشوند . اما وقتی نظام سلامت پول خودشان را صرف خدمات ضروری و کم هزینه و پر اثر میکنند اون نظام سلامت کارا یا **efficient** میشوند .

Efficiency ,

Efficiency measures whether healthcare resources are being used to get the best value for money.

کارایی : اندازه گیری کارایی خوب وقتی است که منابع سلامت وقتی که مصرف میشوند (خرج میشوند) بدست بیاورند بهترین ارزش به ازای پول هزینه شده (خرج کرد)

پس وقتی صحبت کارایی میشود منظور ما این است که منابع سلامت : منابع مالی نظام سلامت وقتی دارند خرج میشوند آیا بیشترین ارزش را به ازای پولی که هزینه کرده اند میتوانند بدست بیاورند . مثلا با این پول شما میتوانید کارهای زیادی بکنید میتوان این پول را آتش زد . میتوان این پول را خرج تحصیلات کرد . توی نظام سلامت هم همینطور است . پولی که وارد نظام سلامت میشود بعضا آتش زده میشود . واقعیت این است که وقتی این پول را خرج خدمات و داروها و تکنولوژی هایی میکنند که بسیار پر هزینه است اما چیزی عاید فرد و خانواده و جامعه نمی کند بیشتر میشود گفت که مصداق آتش زدن برایش بسیار مناسب است . ما به دنبال **best value for money** بیشترین ارزش برای پولی که خرج میکنیم هستیم . این تعریف کارایی یا **efficiency** است .

Efficiency ,

Efficiency is concerned with the relation between resource inputs (costs, in the form of labor, capital, or equipment) and either intermediate outputs (numbers treated, waiting time, etc) or final health outcomes (lives saved, life years gained, quality adjusted life years (QALYs)).

راندمان یا کارایی : راندمان مربوط به رابطه ی بین منابع ورودی (پول - یک فرم آزمایش و ...) یا واسطه های خروجی (تعداد ویزیت ها - زمان انتظار و سایر چیزها) یا نتایج مربوط به سلامت نهائی (نجات زندگی - نفر سال عمر ذخیره شده و مرگهایی که پیشگیری شده) است

خود کارایی مفاهیم متعددی در آن مستتر است ما از یک سمت قضیه داریم در واقع درون داد سیستم سلامت خودمان را میسنجیم این درون داد در واقع میتواند دارو باشد سرمایه باشد نیروی کار یا پول باشد. از یک سمت دیگر ممکن است که برون دادهای متوسط یا بینا بینی خودمان را بسنجیم . تعداد افرادی را که درمان شده اند . زمانی را که معطل مانده اند یا ممکن است که پیامد های نهایی خودمان را با اون مقایسه کنیم مثلا بگوییم که تعداد جان هایی را که نجات داده شده است - تعداد مرگهایی که پیشگیری شده است - تعداد سالهای زندگی که توانسته ایم برای خودمان حفظ کنیم . پس در بحث کارایی ما معمولا می اییم یک یا چند شاخص درون داد را با شاخص های برون داد خودمان مقایسه میکنیم.

Technical efficiency ,

Technical efficiency is achieved when production is organized to minimize the inputs required to produce a given output.

An intervention is technically inefficient if the same (or greater) outcome could be produced with less of one type of input.

راندمان تکنیکی:

راندمان تکنیکی زمانی محقق میشود که تولید برای حداقل ورودی سازمان دهی شده باشد که نیاز به ایجاد خروجی ارائه شده دارد.

حالت غیر بهینه در کارایی تکنیکی که در صورتی است که نتایج برابری داشته باشند در خروجی و می توانند با حداقل یک نوع ورودی تولید شوند.

بر اساس اینکه چه درون دادی با چه برون دادی مقایسه شود انواع و اقسام کارایی ها را بهش خواهیم رسید . به عنوان مثال یکی از انواع ساده ترین کارایی های ما اصطلاحاً به ان کارایی فنی میگوییم یا **technically efficiency**. چه هست آن؟ کارایی فنی ان است که ما در واقع چه کار باید بکنیم برای رسیدن به یک پیامد . (یک برون داد مشخص) از حد اقل میزانهای درون داد خودمان استفاده کنیم . به عنوان مثال شما ممکن است یک جراحی انجام دهید برای این جراحی چیز های زیادی بخواهیم و بریز و بپاش زیادی کنیم مثلاً ۱۰ بسته گاز استریل و یا ۲۰ تا باند مصرف میشود . همین جراحی راممکن است با مثلاً ۵ بسته گاز استریل و ۱۰ تا باند هم بشود ان را انجام داد . پیامد یک جراحی بود اما درون داد ها را به حداقل رسانده ایم . موقعی که یک خدمت موقعی که یک سیستم عملاً با حد اقل درون دادهای ممکن دارد به یک برون داد مشخص میرسد میگوییم ان سیستم از کارایی فنی برخوردار است . میگوییم در مورد درون دادها بیش از این صرفه جویی نمیشود انجام داد و بیشترین صرفه جویی در مورد درون دادها انجام گرفته است . به هیچ عنوان بریز و بپاش اضافه مصرفی در درون دادها وجود ندارد. شما فرض کنید که (نیروی انسانی را میگوییم) یک عمل جراحی با یک کیفیت مناسب با یک پزشک و یک نفر پرستار که در اتاق عمل دارد خدمت میکند بشود انجام داد شما فرض میکنید که بجای یک پزشک و دو نفر پرستار - دو نفر پزشک و پنج نفر پرستار باشد (جمع همان سه نفر میشود) این یعنی با حد اقل درون داد انسانی ما نیامدیم به برون داد عمل جراحی برسیم پس این سیستم از نظر فنی کارایی ندارد . این را در جاهای مختلف میتوانیم انجام دهیم. هر جایی که میزان مصرف درون داد شما برای رسیدن به یک پیامد مشخص یک برون داد خاص بیش از حد لزوم باشد این سیستم از کارایی فنی بر خوردار نیست .

Economic Efficiency ,

The cost of any production process is, of course, influenced not only by the quantities of inputs used, but also by the cost of these inputs.

A production unit which is economically efficient will produce a given output for the minimum possible total input cost, or maximize output for a fixed value input budget

راندمان اقتصادی

* هزینه فرآیند تولید نه تنها با کمیت های ورودی مصرف شده استفاده می شود اما همچنین هزینه های ورودی را هم شامل می شود.

* واحد تولیدی که از لحاظ اقتصادی بهینه است ارائه دهنده خروجی هائی است که برای حداقل هزینه ورودی کامل یا حداکثر خروجی با مقیاس ثابت در بودجه ورودی تولید می شود.

ما وقتی در مورد کارایی فنی بحث میکنیم در مورد ارقام بحث میکنیم مثلا دو تا پرستار - سه تا پزشک یا مثلا ۴ تا باند - اینقدر دارو در واقع بحث درون داد های کارایی فنی را مشخص میکند . اما برای ما مهم هستش هزینه های این درون داد ما چقدر است ؟ آنجا ارقام بود و ما می توانستیم از تعداد باند هایمان کم کنیم حالا بحث بحث هزینه هاست اینجاست که بحث یک جراحی که با دو نفر پزشک و یک پرستار انجام میشود با جراحی که با یک پزشک و دو نفر پرستار انجام میشود . هر دو یک جراحی است (سه نفر درون داد دارد) . از نظر کارایی کارایی فنی (از نظر انجام جراحی) دارد اما از نظر هزینه تفاوت دارد یعنی برون داد از نظر تکنیکال کارایی داردا ما وقتی میگوییم یک پزشک یا دو پرستار شما همان حقوق یا پولی را که به پرستار میدهی به پزشک عمومی نمی دهی قطعا حقوق یا اون پولی که به دو پرستار و یک پزشک میدهی کمتر از ان پولی است که به دو پزشک و یک پرستار میدهی . پس وقتی که میگوییم کارایی اقتصادی یا اکونومیک بحث محاسبه هزینه درون داد هاست نه ارقام درون داد ها . اینجا دیگه نمی اییم بشمریم ۴ تا باند و ۲ تا گاز ببینیم قیمتش چقدر شد . میگوییم ما با این قیمت رسیدیم به پیامد خودمان که انجام جراحی است ایا با قیمت کمتر میتوانستیم این کار را انجام بدهیم یا نه . استفاده از کارایی اقتصادی زمانی است که مجموع هزینه های درون داد ما برای نیل یا حصول به یک برون داد مشخص به حداقل برسد در این حالت است که ما میگوییم از کارایی اقتصادی برخورداریم . دیگر نمیشود صرفه جویی ریالی و مالی کرد در درون داد ها (همه جور صرفه جویی مالی صورت گرفته در درون داد ها) و ما بر اساس این شرایط توانستیم به خدمت مورد نظر با کیفیت مطلوب برسیم . اینجا دیگر ان وضعیت سیستم اقتصادی ما به اون صورت است که میتوانیم بگوییم صرفه جویی اقتصادی صورت گرفته وواژه کارایی اقتصادی را اطلاق کنیم .

Allocative Efficiency ,

Almost all health care programs produce multiple outputs and have multiple goals. These outputs may be highly heterogeneous with respect to quality and The production of multiple outputs poses challenges for measurement and comparability.

To inform resource allocation decisions a generic measure of efficiency is required.

راندمان تخصیص:

- * تقریباً بیشتر برنامه‌ی بهداشت و سلامت خروجی‌های مختلف ایجاد می‌کنند و اهداف چندگانه‌ای دارد.
- * این خروجی‌ها ممکن است با توجه به کیفیت و تولیدی خروجی‌ها نامتجانسی باشد و چالش‌هایی برای اندازه‌گیری و مقایسه مطرح می‌کند.
- * برای اطمینان از تصمیمات تخصیص یافته و منابع مربوط به آن اندازه‌های سلسله‌ای بهینه‌ای (کارایی) لازم است.

و اما شکل سوم از کارایی که خیلی مهم می‌تواند باشد ما می‌توانیم بهش بگوییم کارایی تخصیصی. در واقع ما برنامه‌های متعدد در سلامت داریم. خدمات متعدد در سلامت داریم. اهداف مختلفی را پیگیری می‌کنند. پیامدهای مختلفی دارند. بحث کلی این است که ما در مورد تک تک خدمات می‌توانیم بحث کارایی فنی و کارایی اقتصادی را مطرح کنیم. اما آخر کار ما در نظام سلامت یک بودجه مشخص دارد. در سطح شبکه بهداشتی درمانی یک بودجه مشخص داریم - در سطح دانشگاه علوم پزشکی یک بودجه مشخص داریم. خدمات متعددی پیش روی ماست این بودجه مشخص و محدود خودمان را چه جوری صرف خدمات متعدد کنیم. با فرض اینکه همه این خدمات هم با شرایط اینکه با کارایی فنی و اقتصادی انجام میشوند باز هم بودجه ما ممکن است نا کافی باشد. ما بودجه مان را صرف کدام آنها کنیم. اینجا دیگر بحث یک مفهوم کارایی میشود که در کل یک سیستم وارد میشود و اتفاق می‌افتد نه در سطح یک خدمت خاص یا یک برنامه خاص. پس کارایی تخصیصی دیدگاه و منظرش منظر بسیار وسیعتری است. در سطح یک سازمان در سطح یک شبکه در سطح یک دانشگاه در سطح یک نظام سلامت می‌گوییم پولی که داریم چه جوری خرج کنیم که بهترین پیامدها ازش حاصل شود ما در واقع می‌گوییم کارایی تخصیصی است یا **ALLOCATIVE EFFICIENCY**

Allocative Efficiency: A Multilevel Concept ,

A wider sense, which concerns the overall adequacy of investment and production of the health sector relative to society's wider welfare, and a narrower sense, which concerns the balance of resource distribution within the health sector.

* راندمان تخصیص یافته: یک مفهوم چند ترازوی

* حالت وسیع تری که مربوط به راندمان جامع سرمایه گذاری و تولیدی بخش سلامت است مرتبط با رفاه عمومی است و یک حالت محدود تر که مرتبط به تعادل منابع توزیع است در بخش سلامت وجود دارد.

در اینجا در واقع بحث این است که ما بتوانیم خدمات مناسب روانتخاب بکنیم بتوانیم در واقع بین طیف وسیع خدماتی که وجود دارد بتوانیم بهترین را انتخاب کنیم. مفهوم یک مفهوم چند لایه ای هستش وقتی ما نگاه میکنیم که وقتی بحث کارایی تخصیصی میشود یک وقتی است که شما میگویید ما در سطح کشور چقدر پول تخصیص بدهیم به نظام سلامت و چقدر به سایر بخشها این یک سطحه بعد میگوییم در نظام سلامت در بخش وزارت بهداشت و درمان چقدر میتوانیم تخصیص بدهیم به آموزش چقدر به پژوهش چقدر به بهداشت و درمان این مفهوم کارایی تخصیصی است. بعد میگوییم در قسمت درمان چقدر تخصیص داده شود به نظام شبکه و مراقبت های اولیه چقدر به سطح خدمات ثانویه و یا در سطح بیمارستان شهرستان چقدر به مرکز استان و بیمارستان فوق تخصصی این مفهوم کارایی تخصیصی است. توی بیمارستان عمومی شهرستان چقدر بگذاریم فرض مثال برای باز سازی و نو سازی. چقدر را بگذاریم برای پولی که پرداخت میکنیم به پزشک و پرستار این هم یک مفهوم است. همانطور که مشاهده میکنید مفهوم کارایی تخصیصی یک مفهوم چند لایه ای است که ما در هر لایه بایستی این دیدگاه کارایی تخصیصی را داشته باشیم و واقعیت قضیه این است که این پول کلی که دارد تقسیم میشود توی هر لایه بایستی به درستی تخصیص داده شود. وقتی ما داریم فکر میکنیم به تخصیص بودجه خودمان در سطوح مختلف ارایه خدمت باید با علم به این موضوع که قسمت زیادی از پیامد های سلامت در سطح مراقبت های اولیه حاصل میشود ما عمده این پول را بدهیم به مراقبت های اولیه و اگر شما یک نظام سلامت را ببینید که قسمت عمده پولش دارد صرف مراقبت های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان میشود شما مطمئن میشوید که این تخصیص از کارایی تخصیصی برخوردار نیست.

Allocative Efficiency: A Multilevel Concept

Through this usage, sectoral cost-effectiveness and cost-utility analysis (e.g. through the use of DALYs etc.), or intersectoral cost-benefit analysis can be seen as providing information on allocative (in)efficiency in health care. , Allocative Efficiency: A Multilevel Concept

راندمان تخصیص یافته: یک مفهوم چند شاخه

از طریق این کاربرد، تأثیر هزینه اثر بخشی و آنالیز کاربردی - هزینه یا آنالیز هزینه و سود را می توان دید ارائه دهنده آنالیز اطلاعات تولیدی و راندمان (کارایی) تخصیص یافته در بهداشت (مراقبت سلامت) باشد.

هدف ما چی است؟ هدف ما این است که در هر سطحی که این پول را تخصیص میدهیم فکر کنیم به سالهای زندگی که میتوانیم نجات بدهیم. در واقع به عنوان مثال شما فکر میکنید که در نظام مراقبت های اولیه نسبت به نظام مراقبت های ثانویه و ثالثیه هر کدام اگر درست کار کنند چقدر میتوانند جان مردم را نجات دهند. و شما میگویید که بله این یک عدد واقعی است که حدود ۹۰٪ پیامد های سلامت در سطح نظام سلامت از کارکردش از طریق نظام مراقبت اولیه است بدست آمده است پس فکر میکنید حالا که ما ۹۰٪ پیامد های سلامت را در سطح نظام مراقبت اولیه بدست می آوریم پس ۹۰٪ بودجه را نیز به همین اختصاص میدهیم. خوب این یک ایده درست است. و با این کار است که بیشترین سالیان عمر مردم را میتوان سیو کرد و نجات داد. توی خود نظام های مراقبت های اولیه پیش خودمان فکر میکنیم که چقدر از این قضیه در سطح خانه بهداشت صورت میگیرد و چقدر در سطح مرکز بهداشتی درمانی شهری و چقدر در سطح مرکز بهداشتی درمانی روستایی و چقدر در سطح پست های سلامت شهری و در واقع ما می آییم و این بودجه را به آنها تخصیص میدهیم یعنی همه جا چراغ راه شماست اینجاست که در واقع این پولی را که خرج میکنیم نشان میدهد که چقدر جان را میتواند نجات دهد. و چقدر نفر سال زندگی را میتواند سیو کند و نجات دهد. و بر اساس اون مبنا بودجه خودمان را تخصیص می دهیم. و این یک مبنایی برای شما و یک مبنایی است که کاملا شناخته شده است. و جمیع الشمول میباشد. یعنی سالهایی زندگی که ما نجات میدهیم یعنی سالهایی که از زندگی تعدیل میشود با بر حسب معلولیت و کیفیت که اصطلاح کالی و دالی را برایش بکار میبریم و این برای ما مهم میشود.

Hierarchical Relationship of Efficiencies ,

There is a hierarchical relationship among the concepts - technical efficiency is a necessary condition for economic, and both technical efficiency and economic efficiency are necessary conditions for allocative efficiency

روابط سلسله ای راندمان ها (کارایی ها) :

روابط سلسله ای در میان راندمان تکنیکی - مفهومی وجود دارد که یک شرط ضروری برای راندمان اقتصادی و تکنیکی است و راندمان اقتصادی یک شرط ضروری برای راندمان تخصیص یافته است.

بین مفاهیم سه گانه کارایی با هم ارتباطی می بینیم به عنوان مثال : شما نمی توانید بگویید که من کارایی اقتصادی دارم ولی کارایی فنی ندارم چرا؟ کارایی فنی شرط لازم برای کارایی اقتصادی است . یعنی شما نمی توانید بگویید من در اقلام و هزینه خودم صرفه جویی نکردم اما صرفه جویی مالی صورت گرفته است . این نمی شود اول از همه باید حد اقل اقلام هزینه را روی میز بگذاریم بعد سراغ مفهوم کارایی اقتصادی برویم یعنی چه؟ یعنی کارایی اقتصادی روی کارایی فنی سوار میشود همین موضوع در مورد کارایی تخصیصی معنی پیدا میکند . یعنی شما نمی توانید بگویید من کارایی تخصیصی دارم تا زمانی که کارایی فنی و اقتصادی را نداشته باشید . در واقع یک ارتباط سلسله مراتبی بین سه مفهوم کارایی فنی و کارایی اقتصادی و کارایی تخصیصی وجود دارد . یعنی عملاً کارایی فنی شرط لازم برای کارایی اقتصادی و کارایی اقتصادی شرط لازم برای کارایی تخصیصی است پس در واقع این سه مفهوم روی همدیگر سوار شده و یکدیگر را تکمیل میکنند .

**Cost Control Strategies ,
Limiting wastes and frauds
Increasing Efficiency
Rationing**

استراتژی کنترل هزینه :

محدود کردن ریخت و پاش های اضافه - هزینه بیمورد

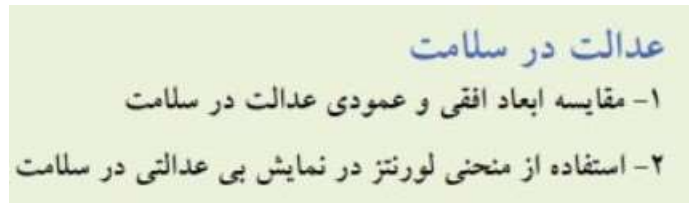
افزایش کارایی (راندمان) -

جیره بندی

عملا در واقع بحثی که ما داریم در نظام سلامت این است که همیشه با کمبود منابع مالی مواجه هستیم و همیشه ما باید دنبال راه حل هایی برای کاهش هزینه های خودمان باشیم . عملا در نظام سلامت ما اولین چیزی که بهش فکر میکنیم این است که بریزو پاشهای بی مورد و هزینه های اضافی را از بین ببریم و جلوی فساد را بگیریم انجایی که فساد مالی باعث این قضیه میشود که باید جلوش را بگیریم وقتی این کار را انجام دادیم میرویم سراغ کارا کردن نظام سلامت وقتی بحث کارایی نظام سلامت میشود ما هم دنبال کارایی فنی میرویم هم دنبال کارایی اقتصادی و هم کارایی تخصیصی این دو مین مداخله ما در نظام سلامت است برای محدود کردن هزینه ها . آخر اگر این همه کارها را کردیم و باز هم پولمان نرسید حالا اون موقع می آییم و فکر میکنیم که حالا این خدمات که همه اش هم کارایی دارد کدام را حذف کنیم با دل ریش و دردناک که در واقع می آییم خدمت اساسی را حذف میکنیم چون پولش را نداریم که به آن میگویند جیره بندی یا **RATIONING** پس در واقع محدود کردن و کنترل هزینه ها در نظام سلامت یک کار سه سطحی است . قدم اول جلو گیری از فساد مالی و بریز و پاش . در قدم دوم افزایش کارایی در نظام سلامت و در قدم سوم جیره بندی خدمت و به نوعی محروم کردن مردم از خدمتی که میتوانند از آن بالقوه منتفع شوند چون پول پرداخت آن را نداریم . پس در این سه سطح تصمیم میگیریم و هزینه خودمان را به حد اقل میرسانیم .

درس ۱۰ گفتار چهارم: عدالت در سلامت

درس ۱۰ گفتار چهارم سی دی ۳ عدالت در سلامت



CD۳

درس اقتصاد آموزش و بهداشت

The Right to Health

اسلاید ۲

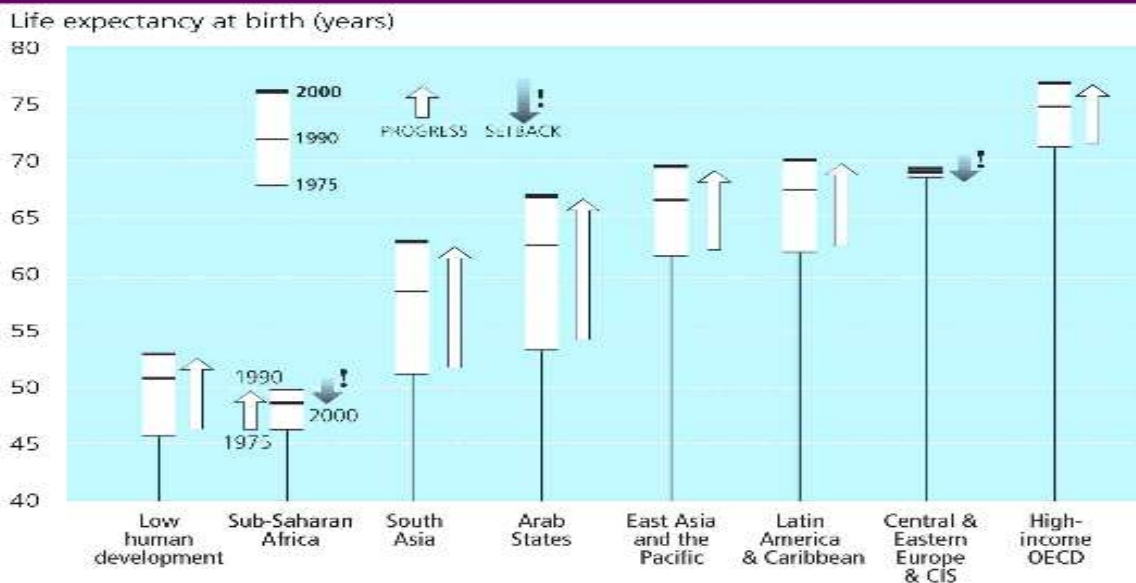
The Right to Health , The International Declaration of Human Rights “Everyone has a right to a standard of living adequate for the health and well being of his family including food, clothing, housing and medical care”

عدالت در سلامت

بر اساس اظهار نامه بین المللی حقوق سلامت هر شخصی دارای حقی برای استانداردهای زندگی بهینه است که مربوط به سلامت و تندرستی زندگی شخصی است که شامل غذا، پوشاک، منزل و مراقبت پزشکی می باشد.

همانطور که میدانیم نهاد های متعددی در سطح کشور وبه صورت بین المللی اهمیت و در واقع حقوق شهر وندان را در دسترسی به خدمات سلامت اعلام کردند . به عنوان مثال بیانیه جهانی حقوق بشر ادعا میکند که حق هر شهروند است که بتواند از شرایط و استاندارد های بالای زندگی برخوردار شود . و بتواند سلامت را برای خودش و خانواده اش داشته باشد و همچنین دسترسی داشته باشد به مقولاتی مثل غذای کافی -پوشاک مناسب یا سرپناه مناسب . اما همانطور که مشاهده میکنید اینجا بحث مراقبت های مناسب سلامت (**medical care**) در کنار غذا و پوشاک و سرپناه به عنوان یکی از چهار حق اساسی هر شهروند که در واقع در بیانیه حقوق بشر عنوان شده است میباشد یعنی چه ؟ یعنی خدمات سلامت با سایر مواهب یک زندگی مرفه فاصله دارد . و با آنها فرق میکند . بحث عدالت را مثلا در مورد وسیله نقلیه - ماشین و وسایل الکترونیکی مثل لب تاپ و تلویزیون بحث شان را نمی کنیم . میگوید خدمات سلامت در کنار مسکن - غذا و پوشاک یکی از چهار پایه های اساسی است که یک زندگی مرفه را تشکیل میدهد . خوب حالا بحث این خواهد شد که اگر ما این ادعا را داریم که همه شهر وندان از این حق برخوردار هستند یعنی دسترسی به خدمات سلامت ما چه جور میتوانیم این حق را اعاده کنیم و مردم از این حق خودشان برخوردار باشند .

Global disparities in life expectancy



اسلاید ۳

اول اینکه علیرغم این بیابیه و بیابیه های مشابه این در سطح دنیا اتفاقی که در دنیا افتاده است این چنین نیست . شما در اسلاید مشاهده میکنید ما در واقع طول عمر مردم و امید به زندگیشون در جاهای مختلف دنیا فرق کرده است . به عنوان مثال در خیلی از جاهای دنیا مثلا در کشورهای توسعه یافته (**oecd**) ما میبینیم در طی سالهای حدود ۲۵ سال گذشته (۱۹۷۵-۲۰۰۰) که آمار مال سال ۲۰۰۰ هستش یک رشد قابل ملاحظه ای در طول عمر رخ داده است . اما در برخی از نقاط دنیا مثلا در افریقای زیر صحرا یا در اروپای شرقی می بینیم که در مدت همین ۲۵ سال طول عمر کم شده است . در برخی نقاط دنیا مثل جنوب آسیا طول عمر افزایش قابل ملاحظه ای داشته است . در هر صورت ما نگاه میکنیم که این عدالت در سطح کشور های مختلف دنیا به یک نوع رعایت نشده است . با کم و کاستی است با وجودی که طول عمر در جنوب اسیا افزایش پیدا کرده است باز هم حدود ۱۵-۲۰ سال کمتر از کشورهای توسعه یافته است . این موضوع منحصر به بحث بین کشورها نیست و در درون کشور ها هم در واقع این بی عدالتی وجود دارد .

Inequity within countries ,

African American age adjusted death rates exceeded those for whites

By ۷۷٪ in stroke

By ۴۷٪ for heart disease

By ۳۴٪ for cancer

By ۶۵۵٪ for HIV infection

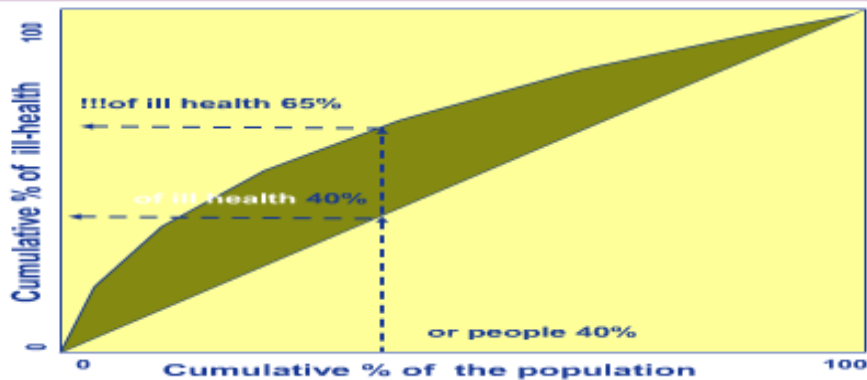
نا برابری مابین کشورها :

میزان مرگ و میر سیاهپوستان افریقایی - امریکایی نسبت به سفید پوستان

به دلیل سکته مغزی ۷۷٪- بیماری های قلبی ۴۷٪ - سرطانها ۳۴٪- عفونت اچ ای وی - ایدز ۶۵۵٪

به عنوان مثال در خود کشور امریکا که به عنوان یک کشور توسعه یافته تلقی میشود در درون کشور یعنی استانهای مختلفش (بین ایالات مختلفش) و بین گروه های سوشیال اکونومیک (اجتماعی - اقتصادی) و بین گروه های نژادی مختلف آن تفاوت قابل ملاحظه ای از نظر طول عمر وجود دارد . به عنوان مثال در یک بررسی که انجام شد نشان دادند که یک سیاهپوست افریقایی - یک سیاهپوست امریکایی اگر دچار یک بیماری شود احتمال مرگ و میرش برای آن بیماری بطور قابل ملاحظه ای بیش از زمانی است که یک سفید پوست دچار همان بیماری میشود. به عنوان مثال یک سیاهپوست امریکایی وقتی سکته مغزی میکند ۷۷٪ احتمال مرگش بیش از یک سفید پوست امریکایی است که در واقع دچار همان نوع سکته مغزی شده است . یا به عنوان مثال وقتی یک سیاهپوست امریکایی دچار بیماری قلبی میشود ۴۷٪ احتمال مرگ و میرش بیش از زمانی است که یک سفید پوست امریکایی دچار بیماری قلبی میشود . در بعضی بیماری ها تفاوت عددی خیلی فاحش است . به عنوان مثال یک سیاه پوست امریکایی دچار عفونت ایدز یا (اچ ای وی) ۶۵۵٪ احتمال مرگ و میرش بیش از زمانی است که یک سفید پوست امریکایی دچار عفونت اچ ای وی (ایدز) شود . این نشان دهنده این است که در درون کشورها این بی عدالتی را داریم همانطور که بین کشورها قبلا نشان دادیم .

Burden of disease concentration index



اسلاید ۵

معمولاً از یک منحنی برای نشان دادن این استفاده می‌کنیم که اسم آن منحنی لورنس است. می‌گوییم که منحنی آن برای نمایش بی‌عدالتی است. به عنوان مثال شما در نظر بگیرید جمعیت کشور خودمان را و یا در واقع هر کشور دیگری را در نظر بگیریم که این جمعیت عملاً در واقع بر اساس دهک‌های اجتماعی - اقتصادی در واقع بر روی هم سوار میشوند مثلاً می‌گوییم دهک اول - دهک دوم - دهک سوم تا دهک آخر یا دهم، و عملاً انتظار ما این هستش که اگر یک جامعه کاملاً عادلانه باشد ۴ دهک پایین که در واقع ۴۰٪ جمعیت فقیر جامعه ما علی‌القاعده ۴۰٪ از بار بیماری‌ها ی جامعه را بر دوش خودشان بکشند اما نگاه میکنی میبینی عملاً در یک جامعه عادلانه اگر ما محور (X) های خودمان دهک های تجمعی جامعه و یا جمعیت رو بطور فزاینده ای بر اساس سطح بندی اقتصادی اجتماعی بخواهیم رسم کنیم و در محور (Y) های خودمان هم بصورت تجمعی میزان بار بیماری تجمع یافته باشد در هر کدام از دهک ها را داشته باشیم در یک جامعه کاملاً عادلانه انتظار داریم که منحنی ما منحنی نیم ساز ما باشد که عملاً در واقع دو تا راس ما یعنی اول و سوم ما در واقع به همدیگه وصل میکنه و عملاً انتظار ما در یک جامعه عادلانه این است که ۴۰٪ فقیر جامعه ۴۰٪ بار بیماری را داشته باشند ۵۰٪ پایین جامعه ۵۰٪ بار بیماری را داشته باشند. اما اتفاقی که می افتد این هستش که می بینیم ۴۰٪ فقیر جامعه ۶۵٪ بار بیماری را دارند. عملاً در واقع منحنی ما از نیم ساز مرکز مختصات ما دور میشود و یک قوسی پیدا میکند و میره به سمت بالا و هر چه بی عدالتی بیشتر باشه این قوس بیشتر میشود و هر چه بی عدالتی کمتر باشد این منحنی ما به نیم ساز ما نزدیک تر هستش. به نوعی این سطحی که در واقع یک تیرگی منحنی مانند شما نگاه میکنی و با رنگ سبز پر رنگ مشخص شده است بین آن منحنی و بین خط نیم ساز ما مختصاتمان میبینیم این سطح پررنگ ما هر چه بیشتر باشد بی عدالتی بیشتر است. اگر یک وقتی این سطح صفر باشد یعنی عملاً منحنی نیم ساز ما بیفتد روی خط نیم ساز یعنی جامعه کاملاً از عدالت برخوردار است. از این منحنی برای نمایش بی عدالتی در سلامت استفاده میشود و عملاً این منحنی به ما نشان میدهد که قسمت عمده بار بیماری ها تجمع پیدا میکنند در سطوح پایین جامعه اقتصادی اجتماعی و فقرای ما.

Defining Equity ,

It is important to distinguish between equality and equity:

Equality – concerned with equal shares

Equity – about fairness and it may be fair to be unequal

تعریف عدالت: این مهم است تفاوت مفهوم بین عدالت و برابری

برابری- (کارکرد با شرایط یکسان) شریک شدن یکسان برای همه و برابر بودن

عدالت – در باره اندازه حق هر کس و این ممکن است بنظر نا برابری باشد

خوب ما بدنبال عدالت هستیم . این عدالت و مفهوم آن با برابری اغلب اوقات فرق میکند . خیلی از اوقات در تعریف عدالت از کلمه برابری استفاده میکنیم اما وقتی میگوییم **EQUALITY** یا برابری منظور ما این هستش که همه چیز یکسان و برابر باشد . وقتی میگوییم عدالت یعنی هر چیزی در جای خودش باشد . یعنی منصفانه باشد . این را به عنوان مثال دارم میگویم یک فردی که در دوره جوانی مثلا سیگار کشیدن را شروع میکند و مواد مخدر مصرف میکند واز مشروبات الکلی هم استفاده میکند و رفتارهای جنسی بی بند و بارانه دارد قطعا طول عمرش کم خواهد بود نسبت به کسی که هیچکدام این کارها را نمی کند و در واقع سبک زندگی سالمی دارد اما ما میتوانیم بگوییم نا برابر بودن طول عمر این د و نفری عدالتی است . خیراتفاقا دقیقا انصاف حکم میکنداون کسی که سبک زندگی سالمی دارد طول عمر بیشتری داشته باشد . پس هر گونه نابرابری را بی عدالتی نمی دانیم پس در واقع عدالت را چطور بایستی تعریف کنیم . اگر نابرابری بی عدالتی نیست پس بی عدالتی چیست؟

Equality of what? ,
Equality of use
Equality of access
Equality of outcome
Equality of Opportunity

عدالت چیست؟

برابری در مصرف-

برابری در دسترسی -

برابری در پیامدها (خروجی ها)

برابری در فرصتها

ما در واقع وقتی بحث عدالت را داریم تعریف میکنیم از کلمه برابری استفاده میکنیم اما برابری قبل از یک مقوله دیگر می آید . مثلا میگوییم برابری مصرف خدمات - برابری دسترسی به خدمات - برابری پیامد ها - برابری فرصتها و این چند مقوله را با هم مطالعه میکنیم و مرور میکنیم تا در واقع به یک بیان مشترک برسیم .

Equality of access ,

Access to health care may have instrumental value to promoting better outcomes

but it may also be valued in its own right as contributing towards procedural justice

برابری در دسترسی:

دسترسی به بهداشت و سلامت ممکن است مقیاس های ابزاری برای رشد نتایج (پیامدها) بهتر داشته باشد.

اما ممکن است در حوزه ی حقوقی به عنوان نسبت های کمکی (دارای ارزش) مقیاس بندی شود که دارای حقوق طرح ریزی شده است.

به عنوان مثال برخی از افراد میگویند که عدالت در سلامت به معنای دسترسی برابر به خدمات سلامت هستش یعنی چه؟ یعنی میگوییم که نظام سلامت شرایطی را ایجاد میکند یا تمهیدی بیندیشد که وقتی فقیر و غنی بیمار شدند امکان دسترسی شان به خدمات اثر بخش یکسان باشد عدالت وجود دارد یعنی اگر به عنوان مثال یک خانواده فقیر اگر بچه شان دچار گاسترو آنتریت شود و یک خانواده غنی بچه شان دچار گاسترو آنتریت شود هر دو بتوانند بدون دغدغه خاطر بدون اینکه نگران پول توی جیبشان باشند بتوانند مراجعه کنند و پزشک خانواده بچه شان را ببیند و پودر اواراس و توصیه مربوطه را تجویز کند این عدالت وجود دارد در دسترسی تضمین شده و یعنی وقتی میگوییم دسترسی یا **ACCESS** یعنی خدمت وجود داشته باشد و توزیع مناسب داشته باشد. و یک سد مالی روبرویش نباشد. این در واقع مفهوم دسترسی اثر بخش است یا **EFFECTIVE ACCESS**. اگر که وجود نداشته باشد به اندازه کافی در مملکت ما دسترسی مخدوش میشود. اگر دسترسی مخدوش شود توزیع آن در سطح مملکت ما مناسب نباشد باز هم دسترسی اثر بخش مخدوش میشود حتی اگر دسترسی به صورت جغرافیایی و فیزیکی امکان پذیر باشد اما اگر موانع مالی داشته باشیم فرض مثال فرد فقیر نتواند پولش را پرداخت کند باز هم دسترسی اثر بخش وجود ندارد پس در واقع یکی از برداشتهای بسیار شایع در بحث عدالت و در واقع تعریف عدالت در سلامت برابری در دسترسی است این خیلی روش مانور داده میشود و از نظر ما قابل قبول هستش.

Equality of use ,

There are many problems with this principle:

Not everybody responds to treatment in the same way

It requires that there are no differences in quality.

It ignores differences in individual preferences over health and health care

And it cannot be used as a proxy for equality of access or equality of outcomes

برابر در استفاده:

مشکلاتی مربوط به این اصول وجود دارد:

* همه نسبت به درمان هائی که به یک شیوه است واکنش برابر نشان نمی دهند.

* نیاز نیست که تمایز کیفی وجود داشته باشد.

* تفاوت ها (نگرشها) در افراد نادیده گرفته می شود که بر اساس اولویت های سلامت و درمان است.

* و این حالت نمی تواند به عنوان اصلی برای برابری در دسترسی و برابری نتایج (پیامد ها) استفاده شود.

یک سطح جلو تر بحث این میشود که اگر ما آمدیم و این دسترسی را برای همه ایجاد کردیم آیا واقعا فقیر و غنی به یک میزان استفاده خواهند کرد . و و این حتی به فرض اینکه شما یک درمانگاه مجانی را توی شهر قرار بدهید آیا اون روستایی که فقیر هستش میاد و بچه خودش را به این درمانگاه مجانی میرساند یا خیر؟ واقعیت قضیه این هستش که حتی وقتی که دسترسی ها کاملا برابر هستش مصرف خدمات یکسان نیست به عنوان مثال دارم میگویم یک وقتی هست آگاهی کمه یعنی اون خانواده فقیر اصلا آگاه نمیشود که یک چنین خدمتی وجود دارد . توقعات کمه ما میگوییم فرض کنیم توی روستا یک طب محلی دریافت میکند حالا راضی میشود و توقع بیشتری هم ندارد . یک موقع هستش درسته که خدمت مجانی میدهیم اما اون خدمت برای اون روستایی مجانی تمام نمیشود اون روستایی باید پول بدهد تا به شهر بیاید یا اصلا یک جور دیگر فکر کنیم برای اینکه پدر این بچه این بچه را بیاورد توی شهر این فرد در واقع کارگر روز مزد است و باید یک روز کار نکند خدمت مجانی است اما این خدمت دریافتی به معنای یک روز محروم ماندن از کار کردن پدر است الان ما میدانیم که حتی وقتی که خدمت مجانی است باز هم مرفهین بیش از فقرا از خدمت میان و استفاده میکنند چون اطلاع بیشتری دارند و هزینه های جانبی را راحت تر میتوانند و متقبل میشوند و از این قبیل پس یک عده میگویند که وقتی ما در مورد عدالت در مصرف صحبت میکنیم بحث برابری در دسترسی نیست برابری در مصرف خدمات است یعنی ما زمانی که تونستیم کاری کنیم که بچه فقیر گاسترو انتریتی به اندازه بچه غنی گاسترو انتریتی به یک میزان و از خدمات سلامت استفاده کند اون موقع ما میتوانیم ادعا کنیم که عدالت در سلامت محقق شده است .

Equality of health ,

This is concerned with distributive justice and represents a consequentialist view in which the only concern is with the distribution of health

It has been criticised on the grounds that it is paternalistic and ignores individual choice and differences in preferences

But Culyer and Wagstaff (۱۹۹۳) argue that “There is a danger in straining out the gnat of offending personal liberty that one swallows the camel of enduring and outrageous inequalities of health”.

برابری در سلامت:

* این حالت مربوط به ناقضاوت های توزیعی است و دیدگاه های نتیجه ای ارائه می دهد که در آن تنها رابطه مربوط به اشاعه سلامت است.

* این حالت در زمینه های انتقاد شده است که الگوساز بوده و انتخاب فردی و تمایز در الویت بندی ها را نادیده گرفته است.

* اما **wagstaff , uulyer** یادآوری می شوند که خطراتی در وسواس زیاد به خرج دادن در آزادی شخصی وجود داد که سبب ایجاد عدم تناسب در حوزه ی سلامت می شود.

یک عده می آیند و میگویند که خوب حالا فرض کنیم که دسترسی یکسان بشه - مصرف یکسان بشه حالا این بچه فقیر گاسترو انتریتی آمد او اس را گرفت بچه غنی گاسترو انتریتی هم آمد و او اس را گرفت بعد چی ؟ بعد میگوییم که بچه غنی گاسترو انتریتی برمیگردد به خانه خوب با شرایط ایده ال و غذای مناسب - آب پاکیزه و پدر و مادر ی که تحصیل کرده هستند و حواسشون به سلامت بچه شان هست و آن بچه فقیر هم برمیگردد به یک خانه نمور - غذای نامناسب - آب آلوده - محیط آلوده پدر و مادر ممکن است به واسطه فقر فرهنگی رسیدگی کافی به این فرد نمی کنند و حالا چه اتفاقی می افتد دسترسی برابر بود مصرف خدمات برابر بود آیا واقعا سلامت این دو بچه یکسان خواهد بود ؟ خیر یعنی عملا سلامت یکسان نخواهد بود پس یک عده باز هم یک مقدار رادیکال تر فکر میکنند و میگویند که عدالت در سلامت موقعی ایجاد میشود که واقعا سطح سلامت افراد فقیر و غنی یکسان باشد . واقعیت قضیه این هستش که این موضوع میتواند هدف نهایی ما باشد . واقعا دغدغه آخر ما این باشد که فقرا به اندازه اغنیا از یک سطح سواد برخوردار باشند هر چند که تحقق آن کار ساده ای نیست .

Equity in Health ,
Delivery in relation to health need
Financing in relation to ability to pay

برابری در سلامت :

برخورداری از خدمات سلامت در حد نیاز

مشارکت مالی در حد توانایی پرداخت

برای اینکه این اتفاق بیفتد عملاً در نظام های سلامت میان و کارهای زیادی را کرده اند. آمدند گفتند که ما اگر بتوانیم یک کاری بکنیم که افراد به اندازه نیازشان از خدمات سلامت برخوردار بشوند اما موقعی که میخواهند پول بدهند به اندازه توان و بضاعت و توان مالیشان پول بدهند ما به این عدالت در سلامت نزدیک شده ایم خیلی ها در واقع عدالت در سلامت را توی این یک جمله خلاصه کرده اند و گفتند که برخورداری از خدمات سلامت در حد نیاز - مشارکت مالی برای ارایه خدمات سلامت در حد توان یعنی اگر من نیازم زیاد بود و توانم کم بود منم برخوردار میشوم عملاً در واقع این شعاری است که خیلی از جاهای دنیا شعار اصلی عدالت در سلامت شان شده است

Equity in delivery ,

Horizontal equity Health care delivery system is horizontally equitable if all people with equal need for health care are equally likely to obtain the same type of health care. "Equal treatment of equals"

Vertical equity "

A health care delivery system is vertically equitable if people with greater need for health care are more likely to obtain care than those with a lower need."

"More health care for those with more need"

برابر در تحویل

* برابری افقی

بهداشت و سیستم تحویل از لحاظ افقی برابر است اگر همه افراد نیاز برابری برای بهداشت داشته باشند و احتمالاً از یک نوع بهداشت بهره ببرند.

* درمان برابر برای گونه های برابر

* تساوی عمودی

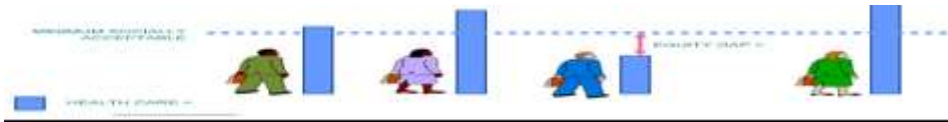
* سیستم ارائه سلامت و بهداشت از لحاظ عمودی برابر است، اما اگر افراد نیازهای بیشتری برای بهداشت داشته باشند احتمالاً توجه بیشتری را به نسبت اینهایی که نیازهای کمتری دارند معطوف خود می کنند.
بهداشت بیشتری برای آنهایی که نیاز بیشتری دارند.

وقتی میگوییم عدالت در برخورداری از خدمات میگویند که خودش دو بعد پیدا میکند . عدالت افقی در برخورداری از خدمات و عدالت عمودی در برخورداری از خدمات . تعریف را اینطور میکنند که عدالت افقی برخورداری از خدمات یعنی اینکه اگر دو فردی وجود داشته باشند که نیاز یکسان را داشتند جدا از اینکه وضعیت تمولشان چه جور هستش برخورداری و ثروتشان چه جور هستش همه به یک میزان از خدمات برخوردار شوند برخورداری عمودی چی هستش ؟ میگویند که عدالت عمودی چی هستش ؟ در برخورداری مفهوم این است که اگر فردی نیاز بیشتری داشته باشد خدمت بیشتری هم دریافت میکند و این جدای از اینکه سطح ثروتش چه جوری است . یعنی اگر فرد فقیر نیاز بیشتری نسبت به فرد غنی داشته باشد فرد فقیر خدمت بیشتری را نسبت به فرد غنی دریافت کند . این بهش میگوییم عدالت عمودی

Are equity and equality synonymous? ,

Some think that:

“Inequity will not necessarily arise as a result of differences in consumption levels among individuals, but will always be present when consumption by any one individual or group is below a minimum socially acceptable,”



آیا تساوی و برابری مترادف هستند؟

عده ای بر این باورند که:

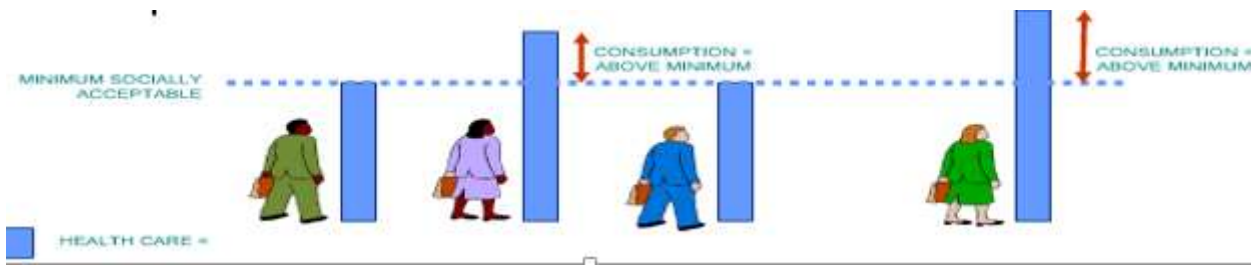
در تساوی نتیجه ی تمایزاتی وجود ندارد که مربوط به ترازهای مصرفی باشد که معمولاً در میان افراد است. اما همیشه ارائه خواهد شد یعنی در زمانی که مصرف به وسیله ی یک فرد یا گروه زیر حداقل اصول پذیرفته شده جامعه است.

این در واقع موجب این هستش که عملاً در موردش خیلی مانور داده میشود عملاً بحث این خواهد بود که واقعا بحث عدالت و برابری یکسان نیست. ما حتی نگاه میکنیم اصلاً اینجا برعکسش میشود نگاه میکنیم که اگر فرد فقیر نیاز بیشتری داشت خدمت بیشتری را دریافت کند حتی نمی گوییم که فرد فقیر به اندازه فرد غنی دریافت کند. میگوییم فرد فقیری که نیاز بیشتری دارد بیشتر بر خوردار شود و این موضوع موضوع جدی است اتفاقاً چون فقر و بیماری با هم جمع میشوند فقر بیماری میاورد و بیماری خودش فقر میاورد پس ما انتظارا رمان این هستش فقرا وقتی بیمار هستند خدمات سلامت را بیشتر مصرف کنند پس ما وقتی یک ذره میرویم جلوتر وقتی ما در مورد مصرف خدمات سلامت بحث میکنیم منظور ما این است که فقرا که بیمارتر هستند خدمات بیشتری را مصرف کنند نه فقط به اندازه اغنیا بیشتر از آن مصرف کنند چون بیمارتر هستند عملاً اتفاقی که می افتد این هستش که در نظام های سلامت می آییم و یک سطحی را تعریف میکنیم که مورد موافقت جمع قرار میگیرد و میگوییم این خدمات خدماتی است که تمام شهر وندان بایستی آنرا دریافت کنند اگر نیاز داشتند. این سطح را معمولاً بهش میگوییم بسته پایه خدمات یا بسته حداقل خدمات. در واقع معمولاً آن خدماتی است که دولت میگه من برای همه تضمین میکنم هر کسی که به این خدمات نیاز داشت من بهش میدم حتی اگر پول نداشت مجانی میدم و اگر به عنوان مثال شخصی بود که نیاز به این داشت و دریافت نکرد آن وقت من میگویم نا عادلانه است خدمات پس در واقع عدالت و بی عدالتی در دسترسی به خدمات پایه تعریف میشود به عنوان مثال در شکل شما میبینید که یک فردی هستش که نیاز دارد ولی از خدمات پایه برخوردار نیست ما به این میگویم فاصله عدالتی یا **EQUITY GAP** اما اگر فردی بیش از این خدمات دریافت کرد این را نمی گوییم بی عدالتی این خدمات پایه را افراد دریافت میکنند حالا اگر کسی یک کم بیشتر دریافت کرد این بی عدالتی نمیشود .

Are equity and equality synonymous? ,

In other words, some think that:

As long as everybody has access to a minimum health benefits package, there is equity. If some have access to more than the minimum, there is inequality, but the system is still equitable, .



آیا تساوی و برابری مترادف هستند؟

به بیان دیگر عده ای بر این باورند که:

تا زمانی که فرد حداقل دسترسی به بسته های سلامت دارد این یک تساوی است. اگر عده ای دسترسی بیشتری داشته باشند، یک نابرابری وجود دارد، اما این سیستم هنوز قابلیت تساوی دارد.

به معنای دیگر دولت دغدغه عدالتیست تا جایی است که تضمین کند همه افراد این خدمت پایه را دریافت کنند اما اگر بیش از این اتفاق افتاد دولت اسم این را بی عدالتی نمی گذارد به عنوان مثال همانطور که شما نگاه میکنید در اینجا همه افراد دسترسی شان به آن بسته خدماتی پایه که مورد توافق جامعه است تضمین شده است و همه آن را دریافت کرده اند حالا یک عده ای بیش از آن را دارند مصرف میکنند حالا افرادی پول زیادی دارند و میخواهند پولشان را خرج خدمات سلامت هر چند کم اثر بکنند حالا این دغدغه دولت نخواهد بود آنوقت میگوید کار من این است که بسته خدمت

ات خودم را تضمین کنم که به دست همه برسد. این همان سیاستی است که در مملکت ما وجود دارد و دولت الان بسته خدمات پایه خودش را تعریف کرده است. و در قالب نظام شبکه آن را ارائه کرده و تضمین میکند و میگوید هر کسی با جیب خالی مراجعه کرد من این را بهش میدم ولی بیش از آن یک خانواده متمول دارند و بتواند خرج اضافه بکند که باین قضیه مشکل خاصی پیش نمی آید

Equity in financing ,

Horizontal equity

Horizontal equity in financing is when people with equal ability to pay make equal payments for health care

“Equal payments by equals”

Vertical equity

A health system is vertically equitable when payment and ability to pay are positively correlated

“Greater ability to pay □ higher payment”

“Smaller ability to pay □ lower payment”

To some, a financing system is considered to be vertically equitable if those with greater ability to pay contribute a greater share of their income to pay for health care (“progressive” financing.)

تساوی در امور مالی:

* تساوی افقی

* تساوی افقی در امور مالی زمانی است که افراد توانایی برابری برای پرداخت برابر و بهداشت دارند.

* تساوی عمودی:

* سیستم سلامت به صورت عمودی قابلیت تساوی دارد که در زمان پرداخت و ایجاد توانایی است که کاملاً مربوط به هم

هستند.

* توانایی بیشتر برای ارائه و پرداخت ← پرداخت بیشتر

توانایی کمتر برای پرداخت ← پرداخت پائین

* برای عده ای، سیستم مالی به طوری قابل بررسی است که از لحاظ عمودی تساوی دارد اگر آنهایی که توانایی بیشتری

دارند کمک بیشتری به در آمد اعظم به دست آمده می دهند که صرف بهداشت می شود.

تو بحث فایناس یا هزینه کردن و تعیین تقسیم بندی این در عدالت مفهوم دارد . یعنی چه؟ یعنی بحث عدالت افقی این است که اگر دو تا خانواده باشند یا دو تا فرد باشند که به یک میزان ثروت داشته باشند و به یک میزان مشارکت مالی کنند و مثلاً بیایند و مثل هم حق بیمه بدهند . اما اگر یک فرد در واقع ثروتش از دیگری بیشتر بود اون کسی که ثروتمند تر است بیشتر پرداخت کند عملاً این همان شعار اولیه ما را تعیین میکند یا تعیین میکند که ما گفتیم برخورداری در حد نیاز و مشارکت مالی در حد توان این در حد توان اگر توان یکسان باشد مشارکت مالی برابر و اگر توان مالی یک فرد بیشتر باشد مشارکت مالی بیشتری باید بکند . عملاً اتفاقی که می افتد این هستش که اغنیا باید بیایند پول و در واقع پول خدمات فقرا را پرداخت کنند . وقتی فردی که توان مالیش صفر بود باید از خدمات سلامت برخوردار شود بدون اینکه به جیبش نگاه بشه . پولش از کجا تامین شد از طریق اغنیا باید تامین شود یا اینکه به عبارتی سوبسید غنی به فقیر توی سیستم رخ میدهد .

Equality of opportunity

❖ Equality of opportunity of having a healthy life

اسلاید ۱۶

Equality of opportunity , Equality of opportunity of having a healthy life

عدالت در فرصتها : عدالت در برخورداری از فرصت های داشتن یک زندگی سالم (توام با سلامتی)

خوب آخر قضیه این هستش که همه این کارها را که کردیم اگر واقعا بخواهیم فاصله سطح سلامت فقرا و اغنیا را از بین ببریم ما باید کاری کنیم که در کنار این سیستم های بیمه ای سیستم های ارایه خدمت فرصت های زندگی سالم را برای در واقع افراد به صورت یکسان ایجاد کنیم یعنی چه؟ یعنی اغلب عوامل اجتماعی را که باعث بیماری میشوند و بر سلامت تاثیر میگذارند باید مدیریت شوند بحث عدالت فقط محدود نمی شود به یک بیمه خوب بحث عدالت در سلامت فقط محدود نمی شود به یک سیستم شبکه خوب که خدمات سلامت را همه جا در خانه میآورد . بحث عدالت در سلامت بایستی نگاه کند به اون فرد فقیری که توی خونه نمور غذای ناکافی دارد و آب الوده دارد . باید شرایط و فرصت های سالم بودن را برای آن آدمها مهیا کنیم اینجاست که میگوییم بحث عدالت در سلامت گره میخورد به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت بیسوادی- فقر -جهل -خسونت و بی عدالتی. این باید مدیریت شود تا در نهایت بتوانیم به عدالت در سلامت

برسیم

Equity in Delivery and Finance does not Guarantee Equity in Health
Socioeconomic Factors Have Crucial Role in Health
Equity Health Needs More Radical policies for Redistribution of Wealth
These Policies Should Ensure a Baseline Level of Welfare (and not merely health) for all Citizens

توصیه های بیشتر:

- * تساوی در ارائه و امور مالی تضمین کننده تساوی در سلامت نیست.
- * فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی نقش حادی در سلامت دارند.
- * تساوی در سلامت نیاز به سیاست های رادیکال بیشتری دارد که برای توزیع دوباره ثروت است.
- * این سیاست ها باید برای تراز اصول بنیادی مربوط به تمام شهروندان (عموم) اطمینان ایجاد کنند.

همانطور که مشاهده میکنید در اسلاید این سیاست های توزیع مجدد ثروت سیاست هایی که سعی میکنند عوامل اجتماعی را مدیریت کنند. اینها بایستی به نوعی سیاست های رفاهی به نوعی در سطح جامعه در واقع طراحی و تعریف و اجرا شود. که حتی فقیر ترین افراد بتوانند از یک سطح مطلوب زندگی برخوردار باشند. و فقر سبب محرومیت نشود و چون همین محرومیت است که باعث بیماری و سطح پایین سلامت خواهد شد پس در واقع میبینیم که یک رویکرد جامع و مایل به عدالت در سلامت رویکردی است که در واقع تمام جوانب کار را از جمله عوامل اجتماعی در بر میگیرد. مایک بحث مختصر در باره عدالت در سلامت داشتیم در اینجا به پایان بحث میرسیم از بذل توجه و حوصله شما متشکرم.