

نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت

۱۳۸۴ - ۱۳۸۰

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۲	نگاهی به بخش بهداشت و درمان
۴	نکات قابل توجه
۱۶	نگاهی به جداول



نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰-۱۳۸۴

مقدمه

نظام بهداشتی و درمانی کشور طی سه دهه اخیر تحولات بسیاری داشته است. در چنین شرایطی ضروری است که در اختصاص سهم اعتبارات مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی کشور با یک تجدید نظر اساسی، تلاش شود تا سهم منابع اعتباری بهداشت و درمان از درآمد ملی رشد مناسبی حاصل کند، توزیع اجزای این منابع اصلاح شود و در جهت‌گیری مصارف نیز اصلاحات لازم مطابق با نیازهای بخش فراهم آید.

منابع مالی دولت به‌طور عمده شامل درآمدهای حاصل از صادرات نفت و واگذاری سایر دارایی‌های سرمایه‌ای، مالیات‌ها، واگذاری دارایی‌های مالی، حق بیمه‌های اجتماعی و سایر درآمدها و منابع عمومی است. تقسیم‌بندی منابع تأمین مالی در نظام بهداشتی و درمانی کشور در دو گروه اصلی خصوصی و دولتی، به‌شرح زیر است:

(الف) درآمدهای دولت از محل منابع عمومی،

(ب) بیمه‌های اجتماعی درمانی (به‌عنوان بخشی از حق بیمه‌های اجتماعی)،

(ج) منابع شرکت‌ها و مؤسسات دولتی (به‌عنوان بخشی از جبران خدمت کارکنان)،

(د) نهادهای خیریه در بخش دولتی از محل کمک‌های خصوصی اعطایی به آنها،

(ه) پرداخت‌های مستقیم خانوارها،

(و) مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها،

(ز) بیمه‌های خصوصی درمانی (از محل پیش پرداخت‌های خانوارها).

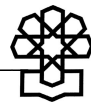
هرقدر شیوه تأمین منابع، بیشتر بر منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌ها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه‌تر است و هرچه میزان منابع مالی بیشتر از محل پرداخت‌های مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین شود، نظام تأمین منابع مالی سلامت غیرعادلانه‌تر خواهد بود. مهم‌ترین نتایج مشارکت غیرعادلانه خانوارها در تأمین منابع مالی نظام سلامت، این است که درصد خانوارهایی که هزینه‌های مصیبت‌بار سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد و برای این خانوارها نابرابری در توزیع درآمدها نیز افزایش پیدا می‌کند. براساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت در کشور، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری و به‌صورت پرداخت مستقیم خانوارها به مصرف می‌رسد.



نگاهی به بخش بهداشت و درمان

بخش بهداشت و درمان در ایران از جمله بخش‌هایی است که در طول سی سال گذشته به‌طور قابل ملاحظه‌ای با مداخلات دولت مواجه بوده است. این مداخلات به‌طور عمده بر دوگونه بوده است. در نوع اول، مداخلات با هدف عرضه خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی و به‌طور کلی خدماتی که عرضه نظام یافته آن برای سطح پوشش همگانی در بخش خصوصی امکان‌پذیر نیست، بوده است. در نوع دوم، مداخلات با تأکید بر سیاست‌هایی که موضوع آنها عموماً عرضه خدمات بهداشتی و درمانی با هزینه‌ای کمتر از بخش خصوصی برای مصرف‌کنندگان و بهبود دسترسی‌ها از این جهت است، توضیح داده می‌شود. این مداخلات از سال ۱۳۵۸ به‌طور مرسوم با گسترش سطح خدمات عمومی، عمدتاً از نوع مراقبت‌ها یا پیشگیری اولیه و مراقبت‌های درمان تخصصی و بستری، از طریق مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی (که از سال ۱۳۷۳ مسئولیت‌های آموزشی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را در کنار یکدیگر عهده‌دار شده‌اند) صورت می‌پذیرد. در سال ۱۳۸۳ بیش از ۵۹۳۷ تعداد مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی و ۱۶۳۱۴ واحد خانه‌های بهداشت روستایی و بیش از ۴۹۲ بیمارستان با ۷۸۴۳۸ تخت بستری (حدود ۶۹/۷ درصد از مجموع تخت‌های بستری کشور) تحت مدیریت دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی فعالیت داشته‌اند. در کنار این مجموعه، بخش درمان در سازمان تأمین اجتماعی نیز با ۳۰۸ درمانگاه، ۶۲ بیمارستان و ۱۲۵۳۳ تخت بستری در فعالیت درمان مستقیم به عرضه خدمات اشتغال داشته‌اند. در حال حاضر تقریباً تمامی جمعیت روستایی کشور که در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۲۲،۷۲۷ هزار نفر بوده‌اند، برای کلیه خدمات پیشگیری اولیه و درمان سرپایی تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت روستایی قرار دارند و برای درمان‌های تخصصی و بستری نیز به بیمارستان‌های دولتی ارجاع می‌یابند.

در سال ۱۳۸۳، از مجموع ۴۴،۹۲۹ هزار نفر جمعیت شهری، تعداد بیمه‌شدگان در برآوردهای اعلام شده به‌طور رسمی (که به‌دلایلی می‌توان آن را اضافه برآورد محسوب کرد) حدود ۳۹،۰۰۰ هزار نفر بوده است. این تعداد، تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی درمانی توسط سه سازمان اصلی بیمه‌ای، شامل سازمان بیمه خدمات درمانی (با پوشش بالغ بر ۸،۸۷۰ هزار نفر)، سازمان تأمین اجتماعی (با جمعیتی بالغ بر ۲۶،۰۰۰ هزار نفر) و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح (با پوشش حدود ۳،۳۰۰ هزار نفر)، و سایر مؤسسات (با حدود ۲،۵۰۰ هزار نفر)، قرار داشته‌اند. گروه‌های بازمانده از بیمه عمدتاً افرادی هستند که پذیرش آنان برای قرار گرفتن در پوشش بیمه‌های درمانی از طریق سازوکار بیمه خویش‌فرمایان (حرف و مشاغل آزاد) در قوانین سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی پیش‌بینی شده است. در قوانین یاد شده تصریح شده است که پرداخت بخش عمده‌ای از حق بیمه و تصمیم به تمديد آن به اختیار و توسط افراد متقاضی صورت می‌پذیرد. این گروه‌ها عمدتاً در زمان



احساس نیاز و حتی به‌هنگام ضرورت دریافت خدمات بیمارستانی می‌توانند با پرداخت حق بیمه یکساله برای خود و افراد تبعی از مزایای بیمه‌های درمانی برخوردار شوند. نکته شایان ذکر این است که کلیه جمعیت شهری بیمه شده امکان دسترسی به خدمات بخش دولتی را داشته و همراه با آن امکان انتخاب دریافت خدمات از بخش خصوصی را نیز دارند. در مورد جمعیت روستایی، که در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۲۲،۷۷۸ هزار نفر بوده‌اند، نکته حائز اهمیت این است که بنابر اطلاعات و آمار انتشار یافته توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، کلیه جمعیت روستایی کشور (حتی با آماری حدود ۱،۵۰۰ هزار نفر بیش از تعداد یاد شده) تحت پوشش آن سازمان بوده‌اند. بنابر آمار کمیته امداد امام نیز جمعیت روستایی به تعداد ۲،۴۴۷ هزار نفر تحت پوشش بیمه درمانی این مؤسسه بوده‌اند. به این ترتیب ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های معمول در تعریف جمعیت و مناطق روستایی، به سادگی می‌توان شرایط پوشش مضاعف را در جمعیت یاد شده ملاحظه کرد. این وضعیت همچنین به معنی آن است که افرادی که به‌طور همزمان تحت پوشش دو نوع بیمه بوده‌اند خدمات متفاوتی را با توجه به شرایط این دو نوع بیمه دریافت کرده‌اند. وضعیت پوشش مضاعف همچنین یکی از مشکلات حائز اهمیت در گزارشات آمار جمعیت شهری بیمه شده محسوب می‌شود.

در کنار سه سازمان اصلی بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان، شرکت‌های دولتی و به‌طور عمده شرکت ملی نفت ایران و بانک‌های دولتی قرار دارند که خدمات بهداشتی و درمانی کارکنان آنان و خانواده‌هایشان تحت نظام بیمه‌های درمانی اختصاصی با استفاده از تعدادی مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته یا در بخش خصوصی، از منابع داخلی شرکت‌ها فراهم می‌شود. کمیته امداد امام خمینی و بنیاد شهید و امور ایثارگران نیز خدمات و حمایت‌هایی شبیه به بیمه‌های درمانی به‌ترتیب برای گروه‌های آسیب‌پذیر و جانبازان جنگ تحمیلی فراهم می‌کنند. به این ترتیب ملاحظه می‌شود که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی دولتی و حمایت‌های بیمه‌های اجتماعی درمانی تقریباً برای کلیه افراد جامعه، ساکن در شهر و روستا فراهم است. اما به هر حال هنوز محدودیت‌هایی به‌خصوص از جهت پیچیدگی‌های مقرراتی و توانایی پرداخت محدود برای گروه‌های کم‌درآمد یا فاقد درآمد منظم وجود دارد که موجب شده است نظام بیمه‌های درمانی از کارایی مورد انتظار برای ایجاد پوشش کشوری برخوردار نباشد. به‌طور کلی نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی کشور هنوز در پاسخ به تعهدات پیش‌بینی شده برای آن و برقراری نظم ساختاری و مالی مورد انتظار، مواجه با مشکلاتی است.

موضوع تأمین منابع مالی کافی در بخش سلامت برای جبران هزینه‌های آن، ضمن تأثیرپذیری از منابع مالی تخصیص یافته به بیمه‌های اجتماعی درمان، از دیگر مشکلات اساسی در این بخش محسوب می‌شود. علاوه بر آن، ناکارآمدی نظام تعیین بهای خدمات در بخش بهداشت و درمان و به دنبال آن دشواری در برقراری نظام تعرفه‌های رسمی مؤثر برای تثبیت نرخ‌های مبادله در بخش، مشکلی است که یافتن راه‌حلی برای آن تاکنون مقدور نشده است. اساساً به جهت نرخ دورقمی و بالای تورم و وجود



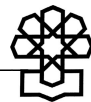
نرخ تورم اختصاصی و بالاتر در بخش بهداشت و درمان، هیچ‌گاه بهای خدمات به‌خصوص در بخش خصوصی بهداشت و درمان از وضعیت تثبیت شده در طول یک سال برخوردار نبوده است. در چنین شرایطی هرگونه بهبود در تعرفه‌های رسمی از جهت پذیرش آن در بخش خصوصی، در مدتی کمتر از چند ماه، دیگر یک بهبود محسوب نمی‌شود.

نکات قابل توجه

۱. براساس مطالعه وضعیت تأمین منابع مالی و مصارف بخش بهداشت و درمان ملاحظه می‌شود که در سال ۱۳۸۳ از مجموع ۷۱,۶۰۷ میلیارد ریال منابع مالی بخش بهداشت و درمان، سهم بودجه عمومی دولت و سهم مجموع منابع در بخش دولتی در تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان به‌ترتیب حدود ۲۶/۸۳ درصد و ۴۳/۵۷ درصد بوده است. در چنین شرایطی پرداخت‌های مستقیم خانوارها با سهمی بالغ بر ۵۴/۳۹ درصد از کل منابع مالی بخش و ۹۶/۳۸ درصد از منابع بهداشت و درمان در بخش خصوصی بسیار حائز اهمیت به‌نظر می‌رسد. با توجه به اینکه حجم قابل ملاحظه‌ای از منابع بخش خصوصی و خانوارها اساساً برای پرداخت‌هایی غیر از حدود مقرر در نظام بیمه‌های اجتماعی درمان (به‌طور مثال به‌صورت مبالغ اضافه بر تعرفه‌ها یا اساساً مابه‌التفاوت تا مبلغ درخواستی پزشکان (balance billing) صورت می‌پذیرد و بر این اساس خارج از نوع پرداخت‌های مورد نظر در سیاست‌های عمومی دولت محسوب می‌شود، می‌توان به سادگی نتیجه گرفت که بخش قابل ملاحظه‌ای از منابع مالی بخش بهداشت و درمان در خارج از سیاست‌ها و نظام برنامه‌ریزی برای تأمین منابع مالی توسط دولت قرار دارد. این یکی از مهم‌ترین موانع در ایجاد یکپارچگی مورد نظر در سیاست‌ها و مدیریت فرایند و نتایج در بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود.

۲. از مجموع دریافتی ۴۲,۳۸۴ میلیارد ریالی بخش خصوصی انتفاعی در سال ۱۳۸۳ مجموع پرداخت‌های سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی به این بخش بالغ بر ۵,۹۶۳ میلیارد ریال یا ۱۴/۰۷ درصد از مجموع دریافتی‌های اشاره شده می‌شد. به این ترتیب انتظار می‌رود که سهم پرداخت مستقیم خانوارها در مجموع دریافتی‌های بخش خصوصی پس از انجام تعدیلات لازم بالغ بر ۸۵/۹۳ درصد باشد، که این به هر صورت نشان‌دهنده محدودیت نقش بیمه‌های درمانی برای تنظیم نرخ و فعالیت‌های بخش خصوصی است. علاوه بر آن مشخص نیست که چگونه دولت و وزارت بهداشت قادر است در این شرایط نظام نرخ‌گذاری و فعالیت‌های خصوصی را مطابق با برنامه‌های عملیاتی خود تنظیم کند.

۳. ارزیابی روند رشد منابع هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان نشان می‌دهد که علی‌رغم افزایش منابع در برنامه‌های بیمه‌های درمانی دولت، سهم منابع دولتی بیمه‌ها و مجموع منابع بخش دولتی بیمه‌ها و حق بیمه‌ها از مجموع هزینه‌های مصرفی بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۳ به ترتیب حدود ۹/۴۲ درصد



و ۲۵/۰۲ درصد بوده است. در این شرایط به سادگی مشاهده می‌شود که نظام بیمه‌های اجتماعی بهداشتی و درمانی کشور علی‌رغم تأکید سال‌های اخیر در سطح بسیار محدودی در تأمین منابع مالی بخش مشارکت داشته است. با این حال باید توجه داشت که گسترش پوشش این بیمه‌ها طی سال‌های اخیر با اقبال عمومی مواجه بوده است و قرار گرفتن در پوشش بیمه‌های درمانی به هر صورت یک مزیت در جامعه محسوب می‌شود. علت آن نیز به‌وضوح نقش بیمه‌ها در کاهش بی‌اطمینانی‌های ناشی از وقوع هزینه در زمان بروز بیماری به‌خصوص در گروه‌های واقع در دهک‌های پایین درآمدی و همچنین وجود شرایط اتکاپذیری به بیمه‌ها در سایر گروه‌های درآمدی است. در ضمن باید توجه داشت که علی‌رغم سهم بالای مؤسسات بهداشتی و درمانی بخش خصوصی انتفاعی از مجموع مصارف هزینه‌ای بخش، که در سال ۱۳۸۳ حدود ۶۳/۰۷ درصد بوده است، سطح پوشش خدماتی این بخش بسیار محدودتر از سطح پوشش بخش دولتی بوده است. به‌طور مثال در سال یاد شده، تعداد تخت‌های بیمارستانی در بخش خصوصی انتفاعی حدود ۷/۱۱ درصد و در بخش دولتی (شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی و سایر بخش دولتی) حدود ۸۴/۷۳ درصد از کل تعداد تخت‌های بیمارستانی را شامل می‌شود. به این ترتیب سهم بالای منابع اختصاص یافته به بخش خصوصی انتفاعی را می‌توان به‌طور عمده ناشی از نرخ بالای بهای واحد خدمت (به‌خصوص برای خدمات بیمارستانی) در این بخش و نبود ابزار کنترلی لازم برای محدود کردن آن دانست.

۴. بالا بودن سهم پرداخت مستقیم خانوارها در تأمین هزینه‌ها در عموم بخش‌های اقتصادی و اجتماعی به معنی بالا بودن سطح تمایل به پرداخت مصرف‌کنندگان است. اما شرایط عمومی یادشده برای توضیح تمایل به پرداخت نمی‌تواند به‌طور ساده با شرایط بخش بهداشت و درمان انطباق حاصل کند. به‌طور معمول مانند شرایطی که ضرورت برقراری یارانه‌های عادی را برای مصرف‌کنندگان موجه می‌کند، در بخش بهداشت و درمان به سادگی تفاوت بین تمایل به پرداخت و توانایی پرداخت مشهود است. با توجه به اینکه سهم پرداخت مستقیم خانوارها برای هزینه‌های بهداشتی و درمانی در اکثر کشورهای پیشرفته کمتر از ۱۵ درصد یا حداکثر ۲۵ درصد است، می‌توان حد بالای یادشده یا کمی بیشتر از آن را به‌عنوان حد تمایل به پرداخت خانوارها برای هزینه‌های بهداشتی و درمانی، در بیشترین سطح آن، در نظر گرفت. به‌طور مثال در سطح ۳۰ درصد، تمایل به پرداخت خانوارها از کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۲۰،۱۶۲ میلیارد ریال برآورد می‌شود که حدود ۱۸،۷۸۳ میلیارد ریال کمتر از هزینه‌های واقعی پرداخت شده توسط آنان است. این مبلغ حدود ۲۷/۹ درصد از کل هزینه‌های مصرفی بخش در سال یاد شده است. پرداخت اضافه مبلغ اشاره شده به مفهوم محدودیت یا فشار بیشتر در بودجه خانوار برای انجام سایر هزینه‌هاست. یک وضعیت بسیار آشکار از چنین حالتی، زمانی است که این فشار هزینه به صورت هزینه درمانی مصیبت‌بار (catastrophic medical expenses) با پیامد فقر برای خانوار مشاهده می‌شود. مبلغ یا سهمی که بیش از تمایل به پرداخت خانوارها محسوب می‌شود باید در یکی از دو حالت زیر جبران شود:



الف) به تمامی توسط دولت تأمین مالی شود،

ب) با کنترل نرخ بهای خدمات بهداشتی و درمانی در بخش خصوصی، معادل هزینه‌های یادشده، شرایط صرفه‌جویی در هزینه‌های مصرفی خانوارها فراهم شود. هر یک از این دو سیاست تنها می‌تواند در شرایط خاص خود اثربخشی مورد انتظار را داشته باشد، ضمن آنکه سیاست دوم به جهت کاهش دریافتی‌های فراهم‌کنندگان خدمات، از سوی آنان با عکس‌العمل‌های مخالف مواجه می‌شود.

حالت سومی نیز برای جبران مبلغ اضافی تمایل به پرداخت‌ها قابل تصور است. در این حالت، جبران این مبلغ باید به‌صورتی باشد که متناسب با افزایش سالیانه در تمایل به پرداخت برای خدمات درمانی در افراد جامعه باشد و مانع از فشار هزینه در مصارف عمومی خانوار شود. افزایش سالیانه در تمایل به پرداخت یادشده عموماً ناشی از انتظارات و رجحان مصرف‌کننده برای دسترسی و دریافت سطح بیشتری از کالای سلامت در هر سال نسبت به سال قبل، است. این انتظارات برای مصرف‌کننده نتیجه‌ای از بهبود سالیانه در وضعیت اقتصادی و درآمدهای او محسوب می‌شود. حال با فرض اینکه سهم مناسبی از رشد سالیانه در درآمدهای خانوار، می‌تواند برای جبران اضافه مبلغ سالیانه برای تمایل به پرداخت‌ها کفایت کند، سازوکار بیمه‌های اجتماعی درمانی و منابع آنها از پیش‌پرداخت‌ها می‌تواند به‌نحو شایسته مبالغ جبرانی را در هر سال تأمین کند. این شیوه برای ایجاد منابع (resource generation) می‌تواند از طریق راه‌های مختلفی برای انتقال بخشی از اضافه درآمدها (یا دستمزدهای سالیانه به منابع بیمه‌های اجتماعی و به‌طور اختصاصی برای مصارف درمانی) به‌طور مثال از طریق انتقال به حساب مالیات بر درآمد اختصاصی، پس‌انداز اختصاصی برای درمان (اجباری یا اختیاری)، حق بیمه‌های اجتماعی تکمیلی یا درمانی خاص یا هر حساب خاص دیگری، تحقق یابد. در حال حاضر، این شیوه برای ایجاد منابع تنها راه‌حل پیش‌رو در سازمان تأمین اجتماعی محسوب می‌شود. این است که می‌بینیم در این سازمان کل هزینه‌های درمانی از محل پیش‌پرداخت‌ها، در سال ۱۳۸۳ از رشدی بالغ بر ۲۴/۲۵ درصد برخوردار بوده است.

دو نکته مهم در این نحوه تأمین مالی عبارتند از: اینکه اولاً در اولین سال که اضافه مبلغ سالیانه بسیار زیاد است و پیش‌پرداخت‌های اختصاصی برای آن وجود ندارد، باید کسری مربوط به آن به نوعی جبران شود. در سال‌های بعد نیز باید سازوکارهای سیاست‌گذاری به‌صورت تلفیق یافته از سیاست تأمین مالی از طریق پیش‌پرداخت‌ها در حساب‌های اختصاصی درمانی و دو سیاست قبلی، یعنی کنترل هزینه‌ها از طریق کنترل نرخ بهای خدمات و تأمین منابع مالی دولتی برای ایجاد موازنه در حساب‌ها، مورد توجه قرار گیرد.

۵. به‌طور کلی در شرایط حاضر موضوع خدمات بخش دولتی و نحوه ارائه آن بسیار متفاوت از بخش خصوصی است. به‌طور مثال در بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی امکان دسترسی به خدمات خصوصی یا شناخت پزشک معالج پیش از ویزیت یا جراحی بسیار محدود



است. همچنین خدمات بخش دولتی در بیشتر بیمارستان‌های خوب دولتی، از نوع خدمات آموزشی - درمانی است که این نیز در ایران مانند بسیاری از کشورها، از نظر بیماران مطلوب دانسته نمی‌شود. در چنین شرایطی بخش خصوصی با تأثیرپذیری بسیار محدود از رقابت با بخش دولتی و همچنین با امکان دستچین کردن مراجعین و استفاده از مزیت اطلاعات بیشتر نسبت به بیماران با سهولت نسبتاً زیادی قادر به فعالیت انتفاعی و گسترش آن به‌طور مستقل از سیاست‌های عمومی و اجرایی وزارت بهداشت است. در ضمن مشکل اشتغال خصوصی نیروی انسانی در گروه پزشکی نیز یکی از نگرانی‌های عمومی دولت محسوب می‌شود، که این نیز با توصیه سیاست‌های کنترلی محدود برای امکان‌پذیر کردن شرایط رونق در فعالیت‌های خصوصی همراه است. با توجه به مجموع مشکلات یادشده می‌توان حفظ حقوق و پاسخگویی به انتظارات بیماران و کاهش سهم پرداخت مستقیم خانوارها از کل هزینه‌های بخش را از دشوارترین موضوعات سیاست‌گذاری در بخش بهداشت و درمان دانست مگر آنکه در مبانی تفاوت‌ها بین عرضه خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی تجدیدنظر به‌عمل آید.

۶. سهم شرکت‌های دولتی و مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی (خیریه و آموزشی)، نیز از مجموع مصارف هزینه‌ها در سال ۱۳۸۳، مجموعاً بسیار ناچیز و حدود ۲/۳۲ درصد بوده است. این موضوع نمی‌تواند امکان قابل ملاحظه‌ای برای مسئولیت‌پذیری این مؤسسات برای کاهش حجم خارج از کنترل مصارف در فعالیت‌های خصوصی انتفاعی محسوب شود.

۷. اصلاح وضعیت توزیع جغرافیای نیروی انسانی بخش در مجموعه برنامه‌های دولت طی دو دهه گذشته عمدتاً از طریق طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور و طرح نیروی انسانی تخصصی به این شبکه‌ها مورد توجه بوده است. علی‌رغم اهمیت این دو طرح، نیاز امروز جامعه که به‌صورت دسترسی یکسان جمعیت شهری و روستایی به بسته‌های خدمتی بیمه‌های اجتماعی درمانی مورد توجه قرار گرفته است، تدارک برنامه‌های دیگری را نیز برای اصلاح وضعیت توزیع نیروی انسانی ضروری کرده است. اما به هر حال، حتی با فرض مناسب بودن صورت فعلی تخصیص منابع در بودجه دولتی بخش بهداشت و درمان، باز مشاهده می‌شود که سهم منابع بودجه عمومی دولت از کل هزینه‌های مصرفی بخش در سال ۱۳۸۳ تنها حدود ۲۴/۱۷ درصد بوده است که این نیز بهبودی نسبت به سال‌های قبل از آن (۲۳/۳۲ درصد در سال ۱۳۸۲ و ۲۳/۰۵ درصد در سال ۱۳۸۱) نشان نمی‌دهد. این به معنی آن است که تاکنون از نظر دولت، نظام مبادلاتی خدمات در بخش عهده‌دار اصلی حل مشکل اشتغال نیروی انسانی بخش و کاهش شکاف بین سطح موجود عرضه خدمات و سطح بالقوه آن، بوده است. چنان‌که گفته شد این شیوه حتی در صورت توفیق برای دستیابی به سطح بالقوه تولید خدمات، تنها می‌تواند شرایط کارآمدی اشاره شده را در سطح حداقل آن فراهم کند. در صورت ایجاد شرایط یکپارچگی در بخش، می‌توان این حداقل کارایی برای تولید خدمات را با اصلاح وضعیت توزیع نیروی انسانی از طریق برنامه‌های دولت، ارتقا داد.



۸. محدودیت یا فشار منابع مالی تخصیصی به بخش، مشکلی است که در مجموع به محدود شدن سهم هزینه‌های بخش از کل هزینه ناخالص داخلی و بیشتر از آن، به محدود شدن نقش و سهم دولت در هزینه‌های بخش انجامیده است. علت محدودیت نقش و سهم دولت نیز به روشنی، شدت بیشتر محدودیت در منابع بخش از بودجه عمومی دولت نسبت به سایر منابع بخش، است. در سال ۱۳۸۳ سهم منابع بهداشت و درمان از پرداخت‌های هزینه‌ای دولت در بودجه عمومی حدود ۷/۵ درصد بوده است. این نسبت در کشورهای پیشرفته بیش از ۱۰ یا ۱۲ درصد است. در ایالات متحده و آلمان که تأمین بخش عمده هزینه‌های سلامت براساس پرداخت‌های بخش خصوصی و عملیات بیمه‌های خصوصی صورت می‌پذیرد، سهم هزینه‌های سلامت در بودجه دولت در سال ۲۰۰۲ به ترتیب بیش از ۱۵ درصد و ۱۶ درصد بوده است. سهم محدود هزینه‌های دولتی سلامت در بودجه دولت در ایران نشان‌دهنده آن است که در جهت‌گیری‌های بودجه دولت تاکنون توجه کمتری به آثار رفاهی ناشی از افزایش منابع بخش سلامت وجود داشته است.

همچنین با توجه به سهم پرداخت‌های هزینه‌ای دولت از کل این پرداخت‌ها در بخش بهداشت و درمان، که در سال ۱۳۸۳ حدود ۲۵/۱۱ درصد بوده است، سهم پرداخت‌ها از بودجه دولت به مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به دولت در این سال حدود ۲/۱۹ درصد بوده است. این درحالی است که تعداد پزشکان شاغل در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی حدود ۲۶/۵ درصد از کل پزشکان، و تعداد بیمارستان‌های دولتی و تخت‌های بستری در آنها به ترتیب حدود ۶۷ و ۷۰ درصد از کل بیمارستان‌ها و تخت‌های بستری در کشور را شامل می‌شود. همچنین باید به این نکته اشاره کرد که مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به بودجه دولت برای تأمین مانده هزینه‌های مورد نیاز، ناگزیر از دریافت‌ها از محل پرداخت‌های مستقیم خانوارها و سایر منابع بوده‌اند. این بخش از دریافت‌ها حدود ۳۵/۴ درصد یا بیش از یک‌سوم از هزینه‌های این مؤسسات را شامل شده است. از سوی دیگر مانده منابع بودجه دولت مربوط به بخش سلامت صرف پرداخت‌های بیمه‌ای در چارچوب قراردادهای خرید خدمات از بخش خصوصی شده است. این پرداخت‌ها نیز مجموعاً حدود ۷/۱۴ درصد از کل دریافتی‌های بخش خصوصی را شامل می‌شود. به این ترتیب نمی‌توان انتظار داشت که بودجه تخصیصی از سوی دولت به بخش خصوصی (بابت قراردادهای بیمه‌ای)، بتواند برای تأثیرگذاری سیاست‌های دولت بر این بخش از کارآمدی مناسب برخوردار باشد. به این ترتیب ملاحظه می‌شود که محدودیت یا فشار منابع دولتی عملاً به کاهش اثربخشی هزینه‌های ناشی از این منابع در:

الف) راهبری مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی به صورت کارآمد،

ب) کاهش فشار هزینه در پرداخت‌های مستقیم خانوارها،

ج) تأثیرگذاری سیاست‌های دولت بر فعالیت‌های بخش خصوصی، انجامیده است.



همچنین باید توجه داشت که علاوه بر فشار ناشی از کمبود منابع بودجه دولتی در بخش بهداشت و درمان که در ابتدای هر سال مالی نیز قابل پیش‌بینی است، انجام این پرداخت‌ها در بودجه دولت به صورت ماهانه یا سه ماهه نیز به طور معمول با مشکل نوسانات در مبلغ کل پرداختی همراه است که این نیز تأثیرات نامطلوب دیگری را بر روند هزینه‌ها در سررسید تعهدات موجب می‌شود و عاملی است که به ایجاد اندوخته‌های غیرضروری در مؤسسات بهداشتی و درمانی و بیمه‌های دولتی می‌انجامد. ضرورت نگاهداری این اندوخته‌ها، توانایی مالی مؤسسات یاد شده را به هنگام سررسید تعهدات هزینه‌ای آنها کاهش می‌دهد. این مشکل به خصوص در نظام بیمه درمان دولتی، که موضوعات تعهدات آنها کارانه پزشکان شاغل در مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی و حق ویزیت یا حق‌العمل پزشکان خصوصی طرف قرارداد است، موجب طولانی شدن دوره انجام تعهدات و مشکلات دیگری می‌شود که کارایی نظام مبادلاتی بخش را برای سیاست‌های بیمه‌های درمانی کاهش می‌دهد و گاه از آن با بی‌اعتباری بیمه‌های درمانی نیز یاد می‌شود.

۹. موضوع مهم دیگر، اثر سیاست‌هایی است که موضوع آنها یارانه‌های مستقیم و سطح عمومی بهای کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی است. این سیاست‌ها به طور مستقیم اصلاح قدرت خرید افراد جامعه و برابری از جهت دسترسی به خدمات را مورد تأکید قرار داده و به نوعی، تلاش برای رفع نابرابری‌ها در تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود. یارانه‌های بهداشتی و درمانی در بودجه عمومی دولت در سال ۱۳۸۳، با مبلغی بالغ بر ۲,۲۹۱/۶ میلیارد ریال، حدود ۳/۴ درصد از هزینه‌های مصرفی بخش را شامل می‌شود. این یارانه‌ها عمدتاً بابت کاهش هزینه تمام شده اقلام داروهای ساخته شده وارداتی و شیر خشک کودک و برای جبران هزینه‌های ارزی برای این اقلام، به طور سالیانه در بودجه عمومی دولت پیش‌بینی می‌شود. این یارانه‌ها عمدتاً برای پایین نگاه داشتن بهای اقلام یادشده و همچنین جلوگیری از کاهش قدرت خرید مصرف‌کنندگان در نظر گرفته می‌شوند. اما چنان‌که در ادامه خواهد آمد، این یارانه‌ها در عمل نتوانسته‌اند مانع از افزایش بهای اقلام دارویی و افزایش بهای کل کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی شوند. در سال ۱۳۸۳ برای کل حجم فروش داخلی دارو که بالغ بر ۷,۲۶۱/۹ میلیارد ریال می‌شود، نرخ تورم حدود ۴۷/۱۲ درصد، یا معادل با ۱,۱۵۴/۹ میلیارد ریال از مبلغ یادشده، بوده است. نرخ تورم برای مجموع پرداخت‌های مستقیم خانوارها نیز بالغ بر ۱۷/۳۵ درصد، یا ۶,۷۵۶/۹ میلیارد ریال از این پرداخت‌ها را شامل می‌شود. به طوری که ملاحظه می‌شود، علی‌رغم یارانه‌های پرداخت شده هنوز خانوارها سالیانه مبالغ قابل ملاحظه‌ای بابت جبران تورم یا افزایش بهای دارو و خدمات بهداشتی و درمانی پرداخت می‌کنند که این نیز بخش قابل ملاحظه‌ای (حدود ۳۵/۹۵ درصد) از تمایل به پرداخت غیرمنصفانه را شامل می‌شود.

بیمه‌های درمانی تنها توانستند برای ارتقای وضعیت برابری، دسترسی به سهم محدودی از خدمات خصوصی (حدود ۱۴/۱ درصد از دریافتی‌های بخش خصوصی در سال ۱۳۸۳) را برای جامعه



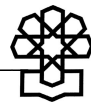
امکان‌پذیر کنند (در طرح دیگری در سال ۱۳۸۴، مقرر شد خدمات بیمه‌های درمانی برای روستاییان نیز به‌صورتی مشابه با شهرنشینان، فراهم شود). به‌طور کلی مجموعه طرح‌ها و مصوباتی که طی ۱۰ تا ۱۲ سال گذشته تنها اصرار بر گسترش بیمه‌های اجتماعی درمانی داشته‌اند، به جهت توفیق بسیار محدود بیمه‌ها در اضافه کردن خدماتی علاوه بر خدمات اجتماعی درمانی توسط مؤسسات دولتی، نقش قابل ملاحظه‌ای در بهبود وضعیت نابرابری‌های عمودی ایجاد نکرده‌اند.

۱۰. یکی از شروط اساسی برای یکپارچه‌سازی بخش، پوشش سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات دولت بر مجموع منابع و به‌تبع آن بر مجموع فعالیت‌های بخش، است. در حال حاضر سهم پرداخت‌های مستقیم خانوارها از مجموع هزینه‌های بخش و هزینه‌های خصوصی بخش بسیار بالا (به‌ترتیب حدود ۵۴/۳۹ درصد و ۹۶/۳۸ درصد در سال ۱۳۸۳) است. این قسمت از هزینه‌های بخش، که بسیار بیشتر از سهم پیش‌بینی شده در نظام بیمه‌های اجتماعی و بیشتر از نسبت‌های مشابه در کشورهای توسعه یافته است و همچنین شرایط ایجاد هزینه‌های یادشده در بخش نشان‌دهنده آن است که بیش از نیمی از هزینه‌های بخش فاقد شرایط تأثیرپذیری از سیاست‌ها و مداخلات دولت است. برای افزایش نقش و تأثیر مداخلات باید سهم پرداخت‌های مستقیم خانوارها به حداکثر ۳۰ درصد محدود شود.

۱۱. با توجه به سهم محدود پرداخت‌های بیمه‌های اجتماعی از مجموع دریافت‌های بخش خصوصی انتفاعی (حدود ۱۴/۰۷ درصد در سال ۱۳۸۳)، برای افزایش نقش بیمه‌ها در بخش و اثرگذاری آنها بر وضعیت مبادلاتی و رقابت در بخش خصوصی، این سهم باید حداقل به بیش از ۴۰ درصد (یا ۵۰ درصد) افزایش یابد.

۱۲. با توجه به سهم محدود منابع دولتی بیمه‌ها و مجموع منابع بیمه‌های اجتماعی از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش (به‌ترتیب حدود ۹/۴۲ درصد و ۲۵/۰۲ درصد در سال ۱۳۸۳) و روند کند رشد آن طی ده سال اخیر، تا زمانی که سهم بیمه‌های اجتماعی درمانی از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش به بیش از ۵۰ درصد افزایش نیافته است، نقش آنها در بخش تنها در چارچوب تعریف شده در چارچوب نظام‌های تأمین مالی موازی ادامه می‌یابد. حال، در صورتی که کارآمدی و افزایش وزن و اهمیت بیمه‌های اجتماعی به‌عنوان واسطه مالی در نظام مبادله‌ای بخش مورد تأکید است، گسترش نقش این بیمه‌ها براساس سه هدف‌گذاری هم‌زمان برای: پوشش جمعیتی کامل (بیش از ۹۰ درصد)، سهم از هزینه‌های مصرفی بخش (بیش از ۵۰ درصد) و سهم از دریافتی‌های بخش خصوصی (بیش از ۴۰-۵۰ درصد)، ضروری است. تاکنون یکی از دلایل اصلی ناکارآمدی بیمه‌ها، تأکید بر گسترش فعالیت بیمه‌ها تنها با هدف توضیح پوشش جمعیتی کامل برای آن بوده است.

۱۳. با توجه به سهم بسیار بالای مؤسسات درمانی و تشخیص - طبی و بیمارستان‌ها در بخش خصوصی انتفاعی از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش (که حدود ۶۳/۰۷ درصد در سال ۱۳۸۳ است) و سهم محدود آنها در ارائه خدمات یادشده، به‌خصوص برای خدمات بیمارستانی، می‌توان به روشنی



سهم بالای دریافتی‌ها برای این مؤسسات را ناشی از بالا بودن بیش از حد نرخ خدمات آنها دانست. در چنین شرایطی، اتخاذ سیاست‌های لازم برای کنترل نرخ خدمات در این مؤسسات با مشارکت سازمان نظام پزشکی الزامی به نظر می‌رسد.

۱۴. بالا بودن مبلغ اضافی تمایل به پرداخت در جامعه (که حدود ۱۸,۷۸۳ میلیارد ریال، یا ۹۵/۲۷ درصد از کل هزینه‌های مصرفی بخش را در سال ۱۳۸۳ شامل می‌شود)، با توجه به تأثیرات نامطلوب آن در ایجاد هزینه‌های مصیبت‌بار، در وضعیت فعلی تنها در یکی از دو حالت:

الف) تلاش برای صرفه‌جویی،

ب) جابه‌جایی این مبلغ به حساب پرداخت‌ها از منابع عمومی، قابل جبران است. با توجه به اینکه صرفه‌جویی به‌طور غیرقابل قبولی به کاهش در دریافتی‌های فراهم‌آوردندگان خدمات در بخش می‌انجامد، و از سوی دیگر مبلغ یاد شده در مقایسه با منابع منظور در بودجه عمومی دولت بسیار زیاد است (و در سال ۱۳۸۳ نیز حدود ۸ درصد بیش از منابع بودجه دولت بوده است) و این موضوع نیز تأمین مالی آن را توسط دولت بسیار دشوار می‌کند، بنابراین تنها تلفیقی از این دو حالت طی یک دوره ۳ تا ۵ ساله و با استفاده از منابع رشد سالیانه در بودجه عمومی کشور و منابع بخش، می‌تواند به‌عنوان سیاست امکان‌پذیر و مناسب برای حذف مبلغ اضافی تمایل به پرداخت و هزینه‌های مصیبت‌بار، محسوب شود.

۱۵. برای جبران مبلغ اضافی تمایل به پرداخت‌ها در جامعه، می‌توان در حالت سوم وضعیتی را تصور کرد که در آن ایجاد منابع (resource generating) از طریق اختصاص سهمی از رشد سالیانه در درآمد خانوارها به حساب پیش پرداخت‌ها در چارچوب نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی در حد مناسب، امکان‌پذیر باشد. در این حالت منابع پیش‌پرداخت‌ها از یکی از روش‌های مالیات بر درآمد اختصاصی، پس انداز اختصاصی برای درمان، حق بیمه‌های اجتماعی تکمیلی یا درمانی خاص و نظایر آن، در هر روشی که با اقبال بیشتری در جامعه روبه‌رو شود، تأمین مالی می‌شود. این سیاست به‌صورتی تلفیقی یافته با دو حالت قبلی می‌تواند برای حفظ موازنه سالیانه بین تمایل به پرداخت منصفانه و هزینه‌های مصرفی از پرداخت‌های مستقیم خانوار، مورد توجه قرار گیرد.

۱۶. برای یکپارچه‌سازی نظام مبادلاتی در بخش بهداشتی و درمانی کشور، ضروری است بیمارستان‌ها و مؤسسات درمانی و تشخیص-طبی دولتی، با توسعه فعالیت‌های خود برای عرضه خدمات شبیه به نوع خصوصی، برای آنان که مایل به دریافت این نوع خدمات با تمایل به پرداختی بیش از نرخ دولتی هستند، خدمات رقابت‌پذیر با بخش خصوصی و با نرخ‌های غیرانتفاعی، عرضه کنند.

۱۷. یکی از مداخلات مقرراتی بسیار مهم، تکلیفی است که قانون برای وزارت بهداشت برای کسب تفاهم با سازمان نظام پزشکی، در مورد نرخ بهای خدمات در بخش خصوصی مقرر داشته است. این تفاهم باید برای تأثیرگذاری مورد انتظار بر نظام مبادلاتی بخش، بر اجزای اصلی درآمدها به‌خصوص جبران

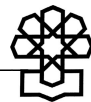


خدمت پزشکان و حاشیه سود مؤسسات خصوصی تسری یابد. در چنین شرایطی، نظام پزشکی مسئولیت حسن اجرای این تفاهم و وزارت بهداشت مسئولیت نظارت بر آن را برعهده خواهند داشت.

۱۸. سهم بسیار بالای دریافتی‌های مؤسسات خصوصی انتفاعی در بخش (که حدود ۶۳/۰۶ درصد از کل هزینه‌های مصرفی بخش و ۹۸/۲۹ درصد از دریافتی‌ها در بخش خصوصی را در سال ۱۳۸۳ شامل می‌شود) در مقابل سهم بسیار پایین مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی (به ترتیب حدود ۱/۱ درصد و ۱/۷۱ درصد از کل هزینه‌های مصرفی و دریافتی‌ها در بخش خصوصی در سال ۱۳۸۳، یکی از موضوعات بسیار نگران‌کننده در بخش سلامت کشور به خصوص در مقایسه با سایر کشورها، است. ضروری است با تأکید بر تعریف جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود در بخش خصوصی در تدوین مقررات اشاره شده در بند قبل، روند اعطای مجوز برای ایجاد مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی و حمایت مالی و عملیاتی آنها، سریعاً بهبود یابد. در یک هدف‌گذاری طولانی‌مدت باید نسبت سهم مؤسسات غیرانتفاعی و مؤسسات انتفاعی خصوصی از کل دریافتی‌ها در بخش خصوصی بهداشت و درمان به حدود حداقل ۶۰ درصد و ۴۰ درصد تغییر یابد. اهمیت این نسبت‌ها بیشتر به جهت آن است که در کشورهای پیشرفته نیز عمدتاً مؤسسات غیرانتفاعی در بخش خصوصی در شرایط بسیار مناسبی حاضر به عقد قرارداد و همکاری با بیمه‌های اجتماعی درمانی و پذیرش چارچوب‌های مقرراتی وزارت بهداشت قرار دارند.

۱۹. برای افزایش کارایی حاصل از مصرف منابع مالی، یک سیاست منطقی این است که سهم قابل ملاحظه‌ای از هزینه سرانه بهداشت و درمان کشور (یا حداقل در جامعه شهری) از محل پیش‌پرداخت‌ها و انباشت ریسک حاصل آید. در این حالت هزینه سرانه و حق سرانه کمتری به هر یک از افراد جامعه تحمیل خواهد شد. این نوع کارایی در بخش بهداشت و درمان کشور زمانی حاصل می‌آید که سهم بیمه‌ها از منابع خانوارها، که قسمت قابل ملاحظه‌ای از آن صرف پرداخت مستقیم توسط آنها می‌شود، از سطح محدود پیش‌پرداخت‌های فعلی (که حدود ۱۱/۷۴ درصد از کل هزینه‌های مصرفی بخش را در سال ۱۳۸۳ شامل می‌شود) حداقل تا دو برابر سطح فعلی آن افزایش یابد. این نیز در نتیجه بهبود خدمات بیمه‌ها برای مشتریان و دریافت منابع مالی بیشتر از مشتریان است.

۲۰. یک سیاست دیگر برای افزایش کارایی منابع در بخش، رفع مشکل پراکندگی در میان منابع و صندوق‌های بیمه‌ای است. در یک وضعیت کلی‌تر سیاست همگرایی (converging policy) در تصمیمات و طرح‌های مدیران صندوق‌ها می‌تواند جایگزین ادغام صندوق‌ها (که در اساس نیز زیان‌آور به نظر می‌رسد) شود. منظور از سیاست همگرایی این است که هر تصمیمی در یک صندوق با توجه به امکانات صندوق‌های دیگر برای دنباله‌روی، نبود تبعیض بین صندوق‌ها در عرضه خدمات و جبران زیان صندوق‌هایی که برای اجرای طرح‌های مشترک با دیگر صندوق‌ها با مشکلات مالی مواجه هستند، صورت می‌پذیرد.



۲۱. در شرایطی که وضعیت مبادلاتی بخش برای تعیین سطح بهای خدمات، به‌طور متفاوت با سایر بخش‌های اقتصادی، نشان‌دهنده نبود حاکمیت مصرف‌کنندگان است به جهت چشم‌پوشی مؤسسات دولتی از تأثیرپذیری از بهای خدمات، برای این مؤسسات امکان عرضه خدمات را با بیشترین مزایا برای مصرف‌کنندگان (که براساس هزینه‌های اجتماعی خدمات و ترتیبات منطقی و غیرانتفاعی در رفتار پزشکی فراهم می‌آید)، مقدور می‌سازد. حال با فرض مناسب بودن وضعیت فعلی مؤسسات دولتی و سایر غیرانتفاعی خصوصی در بخش (با سهمی حدود ۲۵/۶۲ درصد از کل هزینه‌های مصرفی در سال ۱۳۸۳) برای عرضه خدمات با بیشترین مزایا، با میل به سوی یکپارچگی نظام سلامت، سیاست گسترش نظام‌هایی در زیرمجموعه آن با سازوکارهایی مانند ارجاع یا درمان مدیریت شده، می‌تواند امکان عرضه خدمات با بیشترین مزایای را برای مجموع منابع بخش، به‌صورتی مشابه با وضعیت مؤسسات دولتی و سایر غیرانتفاعی خصوصی، فراهم کند.

۲۲. یکی از مشکلات مهم برای ارزیابی عرضه خدمات توسط بیمارستان‌های دولتی و درمانگاه‌های وابسته به آنها شرایطی است که در این مؤسسات پس از برقراری روش مدیریتی موسوم به خودگردانی ایجاد شده است. این روش برای افزایش کارایی تدارک یافت، اما به‌طور نسبی موجب تقدم یافتن ارزش بهای خدمات به مزایای مبتنی بر هزینه‌های اجتماعی برای مصرف‌کنندگان شده است. منابع اضافی تخصیص یافته به این مؤسسات به جهت کمبودهای مستمر در اداره آنها به‌صورت خودگردانی، به سختی امکان جبران مزایای از دست رفته برای مصرف‌کنندگان را یافته است. در این شرایط شفاف‌سازی مصارف برای منابع دوگانه برای خودگردانی (و کمبودهای آن) و جبران هزینه‌های اجتماعی (برای ارائه خدمات براساس فایده‌های اجتماعی و تشخیص نیازها در جامعه) ضروری است.

۲۳. در شرایط کنونی که تولید با موضوع مداخلات دولت بر ساختار مبادلاتی بخش تنها محدود به طرح‌هایی برای تعیین نرخ‌های تعرفه، هزینه سرانه بیمه، منابع بیمه‌های اجتماعی و مدیریت اقتصادی مؤسسات درمانی دولتی است و با توجه به مشکلات و نقایص این طرح‌ها، ضروری است پیش‌نیاز لازم برای طرح‌های مداخلاتی یاد شده به‌صورت مقرراتی برای موضوعات زیر فراهم شود:

الف) تعیین اجزای بهای خدمات و هزینه سرانه (مانند جبران خدمات پزشکان و حاشیه سود مطب‌ها و سایر مؤسسات درمانی و تشخیص - طبی) با مشارکت سازمان نظام پزشکی،

ب) تعیین منابع بیمه‌ها متناسب با هدف‌گذاری آن برای گسترش پوشش جمعیتی، پوشش هزینه‌های بخش، و پوشش گروه فراهم‌آوردندگان طرف قرارداد و افزایش رقابت در گروه یاد شده،

ج) تعیین هزینه‌های اجتماعی و منابع لازم برای ترتیبات پیش‌بینی شده برای مزایای عرضه خدمات در بیمارستان‌ها و مؤسسات درمانی دولتی. همچنین برای گسترش تولید و طرح مداخلات لازم برای آن به‌منظور تأثیرگذاری بر ساختار مبادلاتی بخش ضروری است مقررات مورد نیاز (در زمینه‌های اشاره شده پیش از این) برای توضیح یکپارچگی در بخش و نظام مبادلاتی خدمات به‌صورت مناسب



تدوین و فراهم شود. یک نکته حائز اهمیت دیگر، ضرورت ایجاد مقرراتی در بخش سلامت کشور برای توسعه فعالیت‌های خصوصی غیرانتفاعی است.

۲۴. در مداخلات عمومی دولت برای رفع ناکارآمدی ناشی از نقص وضعیت مبادله در بخش سلامت، بروز ناکارآمدی دیگری که ناشی از عرضه خدمات با شرایط مؤسسات دولتی و نرخ‌گذاری بدون توجه به تمایل به پرداخت در جامعه و مشارکت فراهم‌آوردندگان خدمات است (مانند آنچه که امروز به‌صوح مشاهده می‌شود)، همیشه محتمل می‌نماید. این موضوع ضروری می‌سازد که سنجش مقیاس‌های این دو ناکارآمدی به‌عنوان معیار انتخاب مداخلات در نظر گرفته شود.

۲۵. استفاده از سازوکار قراردادهای یک موضوع حائز اهمیت در توسعه نظام مبادلاتی و بهره‌گیری از مزایای تخصص‌گرایی و افزایش مشارکت بخش خصوصی در طرح‌های بهداشتی و درمانی دولتی در نظام یکپارچگی مورد نظر است. قراردادهای شامل واگذاری بخشی از خدمات پشتیبانی و درمانی در مؤسسات دولتی و همچنین واگذاری خدمات مستقل از این مؤسسات برای مداخلات نوع اول و دوم است. برای سازمان‌دهی چنین شرایطی در نظام مبادلاتی بخش، توضیح قراردادهای با ترتیبات موسوم به «حالت منطقی» از مهم‌ترین موضوعات برای سیاست‌گذاری محسوب می‌شود. یکی از موضوعات مهم دیگر، استفاده از سازوکار روش‌های پرداخت برای واگذاری فعالیت‌های درمانی به فراهم‌آوردندگان خدمات و مؤسسات خصوصی است. مناسب‌ترین روش‌های پرداخت در قراردادهای روش‌هایی هستند که علاوه بر ایجاد انگیزه در افراد و مؤسسات خصوصی، برای مراقبت‌های مدیریت شده نیز مناسب دانسته می‌شوند.

۲۶. سازوکار قراردادهای با چارچوب‌های مناسب می‌تواند همچنین از ابزار مناسب برای توسعه بیمه‌های اجتماعی درمانی برای گسترش پوشش فعالیت بیمه‌ها بر مجموعه وسیع‌تری از فراهم‌آوردندگان خدمات و مؤسسات خصوصی است. افزایش پوشش بیمه‌ها در این زمینه می‌تواند بخشی از فعالیت‌های خصوصی را که گرایش به کناره‌گیری از چارچوب‌های کنترل‌پذیر و مداخلات دولت دارد، محدود کند. در حال حاضر گروه فراهم‌آوردندگان خدمات و مؤسسات خصوصی در بخش، با دریافت مبلغ قابل ملاحظه‌ای از منابع بخش از طریق پرداخت مستقیم خانوارها (که حداقل حدود ۲۵/۵۱ درصد از کل منابع بخش در سال ۱۳۸۵ را شامل می‌شود)، برای این دریافتی‌ها تقریباً هیچ‌گونه شرایطی را برای تأثیرپذیری از مداخلات دولت یا سازمان‌های بیمه‌ای قائل نیستند. بنابراین می‌توان چهارمین موضوع برای هدف‌گذاری در بیمه‌های اجتماعی را موضوع استفاده از سازوکار قراردادهای برای افزایش پوشش آن بر گروه فراهم‌آوردندگان خدمات و مؤسسات خصوصی دانست.

۲۷. در سیاست توسعه بیمه‌های اجتماعی درمانی و همگرایی صندوق‌های بیمه درمانی، لازم است نقش این بیمه‌ها در برقراری و پشتیبانی از نظام ارجاع در چارچوب سازوکار قراردادهای، با تعهدات طرفین یعنی بیمه‌ها و عاملان بخش خصوصی در نظام ارجاع، نسبت به یکدیگر و تعهدات هر دو نسبت به طرح



کلی برای یکپارچگی نظام عرضه خدمات در بخش، توضیح داده شود. توضیح شرایط قراردادها و نظارت بر تعهدات طرفین در نظام ارجاع، باید توسط دولت و در چارچوب طرح نظام یکپارچه بخش سلامت (در شرایط نظام‌های تأمین مالی موازی) بیان شود.

۲۸. افزایش ظرفیت تولید خدمت یا خدمت‌دهی در بخش با توجه به ظرفیت بالقوه موجود برای تولید خدمات، به‌طور مشخص با رفع مشکل اشتغال دانش‌آموختگان در گروه بهداشت و پزشکی امکان‌پذیر است. در حال حاضر مشکل توزیع جغرافیایی نامناسب نیروی انسانی به‌عنوان یکی از عوامل بازدارنده برای افزایش ظرفیت خدمت‌دهی، مقدم بر مشکلات کلی اشتغال در نظام مبادلاتی بخش محسوب می‌شود. با توجه به اینکه اصلاح وضعیت توزیع نیروی انسانی بخش به‌طور مشخص در شمار برنامه‌ها و وظایف دولت (و نه نظام مبادلاتی خصوصی در بخش) است و با توجه به سهم محدود بودجه دولت در مجموع منابع بخش در طول سال‌های گذشته و عدم اختصاص منابع خاص برای افزایش سالیانه ظرفیت خدمت‌دهی نیروی انسانی در بودجه دولت، ضروری است به‌طور اختصاصی برای اشتغال نیروی انسانی و پرداخت‌های جبران خدمت در سطح مناسب و با توجه به موقعیت جغرافیایی محل خدمت، منابع مالی مورد نیاز در بودجه دولت پیش‌بینی و تأمین شود.

۲۹. محدودیت منابع مالی بخش مشکلی است که به محدود شدن سهم هزینه‌های بخش از هزینه ناخالص داخلی (GDE) و محدود شدن سهم و نقش دولت در کل هزینه‌های مصرفی بخش انجامیده است. در شرایطی که تمایل به پرداخت در جامعه هر ساله افزایش می‌یابد، محدودیت در سهم بودجه دولت از کل منابع هزینه‌ای بخش و محدودیت در سهم بودجه دولتی بیمه اجتماعی درمان در پرداخت‌ها به بخش خصوصی (به ترتیب حدود ۲۵/۱۱ درصد و ۷/۱۴ در سال ۱۳۸۵) موجب ادامه وضعیتی شده است که در آن پرداخت مستقیم خانوارها در سطح بالا و رو به افزایش قرار دارد. با توجه به سهم محدود هزینه‌های سلامت در بودجه عمومی دولت (حدود ۷/۵ درصد در سال ۱۳۸۵) و به‌خصوص در مقایسه با کشورهای پیشرفته (حدود ۱۰ یا ۱۲ درصد تا ۱۶ یا ۱۸ درصد)، ضروری است در جهت‌گیری‌های بودجه دولت توجه به:

الف) آثار رفاهی هزینه‌های دولت بر کاهش فشار هزینه در پرداخت مستقیم خانوارها برای درمان،

ب) راهبری مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی با کارآمدی مورد انتظار،

ج) تأثیرگذاری بر فعالیتهای خصوصی،

د) انجام به‌موقع تعهدات هزینه‌ای دولت و بیمه‌ها برای افزایش کارایی نظام مبادلاتی بخش و به‌طور

کلی افزایش منابع تخصیصی دولت به هزینه‌های مصرفی بخش، به‌درستی مورد توجه قرار گیرد.

۳۰. با توجه به نگرانی‌های عمومی نسبت به موضوع برابری و عدالت در بخش بهداشت و درمان و نگرانی از تحمیل هزینه‌های ریسک بیماری به بیماران، به‌طور مثال با تمایل به پرداخت غیرمنصفانه در بخش (که حدود ۱۸،۷۸۳ میلیارد ریال از کل پرداخت‌های مستقیم خانوارها را در سال ۱۳۸۳ شامل

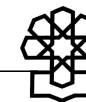


می‌شد)، یا سهم محدود مشارکت در پرداخت‌های خانوارها در نظام بیمه‌ای) که حدود ۱۱/۵۶ درصد از کل پرداخت‌های مستقیم آنها در سال ۱۳۸۵ بوده است)، باید تلاش شود تا با ترتیبات مناسب تمایل به پرداخت غیرمنصفانه حذف شود و کل مبلغ آن به نسبت یک چهارم سهم خانوارها به‌عنوان مشارکت در پرداخت و سه‌چهارم سهم بیمه اجتماعی درمانی تقسیم شود.

۳۱. علی‌رغم منظور داشتن مبالغ قابل ملاحظه‌ای یارانه برای کاهش بهای دارو و شیرخشک و بعضی اقلام مصرفی بهداشتی و درمانی، هنوز خانوارها در هر سال با افزایش قابل ملاحظه‌ای در بهای کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی مواجه هستند. این افزایش بها که همراه با سهم قابل توجه‌ای از تمایل به پرداخت غیرمنصفانه نیز است (حدود ۳۵/۹۵ درصد از این تمایل به پرداخت در سال ۱۳۸۳)، یکی از عوامل نگران‌کننده در ایجاد نابرابری محسوب می‌شود. کنترل بهای خدمات و سپس پیش‌بینی جبران افزایش آن (زمانی که این افزایش لازم تشخیص داده می‌شود) از طریق منابعی غیر از تمایل به پرداخت غیرمنصفانه، از سیاست‌های ضروری برای کاهش شدت نابرابری ناشی از پرداخت‌های مستقیم خانوارها، محسوب می‌شود.

نگاهی به جداول

با در نظر گرفتن نکات ذکر شده مروری بر جداول حساب‌های ملی سلامت خواهیم داشت. لازم به ذکر است ارقام کلیه جداول به میلیون ریال و به قیمت‌های جاری است.



جدول ۱. حساب‌های ملی سلامت در یک نگاه (۱۳۸۰-۱۳۸۴)

۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۲۹,۱۶۲,۱۹۷	۱۷,۳۸۶,۲۵۵	۱۳,۱۶۱,۴۸۹	۱۱,۴۲۱,۲۵۷	۸,۶۵۲,۰۰۳	کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی
۳,۱۸۶,۴۴۱	۱,۹۴۶,۹۳۳	۱,۹۵۴,۴۵۷	۱,۷۳۰,۹۰۹	۷۳۱,۵۹۵	کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی
۳۲,۳۴۸,۶۳۸	۱۹,۳۳۳,۱۸۸	۱۵,۰۱۵,۹۴۶	۱۳,۱۵۲,۱۶۶	۹,۳۸۳,۵۹۸	کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی
۴۲,۷۴۲,۰۷۷	۲۸,۹۳۱,۰۰۰	۲۳,۵۷۰,۵۰۲	۱۹,۹۲۵,۳۱۱	۱۴,۰۲۸,۷۶۷	کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان بخش دولتی
۳,۸۴۳,۰۳۷	۲,۳۳۱,۰۳۸	۲,۴۴۶,۶۲۶	۲,۲۹۴,۸۷۸	۱,۴۹۰,۴۴۳	کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش دولتی
۴۶,۵۸۵,۱۱۳	۳۱,۲۶۲,۳۸۳	۲۶,۰۱۷,۱۲۸	۲۲,۲۲۰,۱۹۰	۱۵,۱۳۴,۹۱۷	کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش دولتی
۳۶,۷۲۴,۲۱۷	۴۰,۲۳۳,۷۰۶	۳۰,۰۴۸,۳۶۳	۲۷,۲۲۱,۹۰۵	۱۹,۸۰۱,۷۹۶	کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیردولتی)
-	۱۶۴,۳۲۰	۱۳۹,۲۵۴	۱۱۸,۰۱۲	۱۰۰,۰۱۰	کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش خصوصی
۳۶,۷۲۴,۲۱۷	۴۰,۳۹۸,۰۲۶	۳۰,۱۸۷,۶۱۷	۲۷,۳۳۹,۹۱۶	۱۹,۹۰۱,۸۰۶	کل هزینه‌های بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیردولتی)
۸۳,۳۰۹,۳۳۰	۷۱,۶۶۰,۴۰۹	۵۶,۲۰۴,۷۴۵	۴۹,۵۶۰,۱۰۶	۳۵,۰۴۶,۹۸۷	کل هزینه‌های بهداشت و درمان (به‌عنوان بخشی از هزینه ناخالص داخلی)

جدول ۲. هزینه‌های جاری بهداشت و درمان (۱۳۸۰-۱۳۸۴)

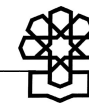
۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۷,۴۶۶,۵۰۹/۷۴	۴,۶۸۲,۲۰۰	۴,۰۲۱,۴۹۲/۰۷	۳,۷۴۸,۰۱۰	۲,۴۷۵,۵۰۱/۶۸	هزینه‌های جاری خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولت در بودجه عمومی
۷,۴۲۵,۰۴۵/۶۸	۶,۳۹۷,۴۰۶	۵,۶۰۷,۹۱۸/۸۹	۳,۰۵۰,۷۸۶	۲,۵۵۳,۰۷۷/۵۳	هزینه‌های جاری خدمات درمانی بستری و تخصصی دولت در بودجه عمومی
۳۱۶,۸۵۸/۶۳	۹۰,۱۵۱/۴۱	۷۶,۵۲۲/۳۷	۷۶,۶۴۷/۵۶	۴۲,۸۰۴/۴۷	هزینه‌های جاری برنامه‌های تحقیقات بهداشتی دولت در بودجه عمومی
۱,۱۳۵,۷۹۸	۷۹۷,۰۹۳	۷۷۶,۰۳۰/۰۱	۶۲۹,۲۳۴	۴۴۳,۷۴۳/۱۹	هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی
۱۶,۳۴۴,۲۱۲	۱۱,۹۶۶,۸۵۱	۱۰,۴۸۱,۹۶۳	۷,۵۰۴,۶۷۷	۵,۵۱۵,۱۲۷	جمع
۵,۱۶۰,۰۴۶/۰۰	۱,۰۵۹,۸۸۷/۸۵	۸۵۵,۲۶۰/۶۰	۷۱۷,۹۰۳/۹۴	۵۸۹,۲۵۲/۸۸	هزینه‌های جاری خدمات توانبخشی دولت در بودجه عمومی
۵,۲۷۸,۷۳۵	۲,۱۸۶,۴۸۸/۵۷	۱,۹۲۵,۲۴۰/۱۱	۱,۶۳۴,۴۲۱/۲۹	۱,۳۲۴,۰۶۰/۰۵	هزینه‌های جاری آموزش عالی گروه بهداشت و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی



۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۳۳۸.۶۰۲	۲۱۵.۳۵۷/۱۴	۱۶۸.۸۸۱/۴۷	۱۳۸.۴۴۱/۶۱	۱۱۳.۷۹۶/۳۳	هزینه‌های جاری برنامه‌های تحقیقات علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی
۱.۲۲۴.۳۷۶	۷۰.۴۸	۷.۷۳۱/۵۷	۵.۷۳۵	۱.۲۱۰/۰۰	هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های آموزش عالی گروه بهداشت و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی
۶۸۴۱.۵۷۴	۲۰۴۰.۸۸۹۳	۲.۰۱۰.۱۵۵۳	۱.۷۷۸.۵۹۸	۱.۴۳۹.۰۶۶	جمع
۶۵۵۴۶۰/۷۴۹۲	۳۰۵۵۰۸/۵۵	۲۴۵۴۰۳/۸۴۱	۲۱۵۰۸۹/۱۷۶	۱۵۶۶۰۰/۷۹۷	هزینه‌های جاری برنامه‌های تحقیقات بهداشتی و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی
۲۳۶.۱۷۴/۱۶۶	۸۰۴۱۴۱/۱۴۴	۷۸۳۷۶۱/۵۸	۶۳۴۹۶۹/۴۱۱	۴۴۴۹۵۳/۱۹۴	هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های بهداشتی و درمانی و آموزش عالی گروه پزشکی دولت در بودجه عمومی
۹۲.۲۲۶	۶۶.۵۹۸	۵۱.۱۹۹	۴۰.۹۵۲	۳۲.۲۳۱	سایر هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی (جمعیت هلال احمر، سازمان صدا و سیما)
۹۲.۲۲۵/۶۰	۶۶.۵۹۷/۸۹	۵۱.۱۹۸/۵۶	۴۰.۹۵۱/۶۱	۳۱.۸۹۵/۵۸	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان صدا و سیما
-	-	-	-	۳۳۵/۰۶	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان جمعیت هلال احمر

جدول ۳. هزینه‌های عمرانی (۱۳۸۴-۱۳۸۰)

۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۱.۵۹۷.۴۵۶/۳۸	۷۸۰.۷۱۳	۵۶۱.۰۲۱/۰۰	۵۰۲.۱۱۲/۷۴	۳۹۱.۱۳۱/۱۸	هزینه‌های عمرانی خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولت در بودجه عمومی
۱.۳۷۱.۸۹۹/۴۲	۱.۰۷۹.۲۷۵	۱.۲۹۸.۹۶۹/۱۳	۱.۱۴۸.۹۸۴/۹۹	۳۰۰.۰۲۴/۵۲	هزینه‌های عمرانی خدمات درمانی بستری و تخصصی دولت در بودجه عمومی
۱۵۹.۷۴۴/۰۰	۲۹.۲۸۶	۳۷.۱۹۸/۸۶	۳۴.۹۳۶/۸۸	۳۱.۹۱۰/۶۷	هزینه‌های عمرانی خدمات توانبخشی دولت در بودجه عمومی
۵۷.۳۴۱/۰۰	۵۷.۶۵۹	۵۷.۲۶۸/۴۲	۴۴.۸۷۴/۷۱	۸.۵۲۸/۳۰	هزینه‌های عمرانی برنامه‌های تحقیقات بهداشتی و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی
۱۸۱.۴۵۶/۰۰	۱۹۲.۵۷۲	۳۹۷.۳۳۱/۰۰	۳۵۴.۱۴۷/۱۰	۱۵۴.۶۸۳/۷۰	هزینه‌های عمرانی آموزش عالی گروه بهداشت و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی



جدول ۴. هزینه‌های بهداشت و درمان نهادها و شرکت‌های دولتی (۱۳۸۰-۱۳۸۴)

۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۹۳۳۵۰۴۶	۷۷۶۶۸۲۳	۶۲۲۶۳۴۵	۴۸۳۶۳۵۵	۳۴۴۱۸۰۱	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی
۴۸۱۹۴۳	۳۹۱۸۰۷	۳۳۱۲۱۵	۲۴۷۷۴۲	۱۸۶۰۱۳	درآمدهای اختصاصی مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی حاصل از ارائه خدمات به غیریمنه‌شدگان و مؤسسات طرف خدمات
۳۴۴۶۹۶۸	۲۸۷۱۳۵۴	۲۱۹۳۸۱۹	۱۸۱۱۲۰۹	۱۰۷۱۸۸۵	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی - درمان مستقیم
۵۸۸۸۰۷۸	۴۸۹۵۴۶۹	۴۰۳۲۵۲۶	۳۰۲۵۱۴۶	۲۳۶۹۹۱۶	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی - درمان غیرمستقیم
۱۱۱۵۹۲۶	۸۵۲۵۷	۶۹۵۶۰۶	۵۳۲۲۵۹	۴۴۱۴۶۱	هزینه‌های پشتیبانی (و اداری) بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی
۲۰۷۸۳۳۴	۱۷۳۴۹۸۳	۱۲۸۵۳۵۰	۹۶۴۰۲۶	۷۴۴۹۶۶	پرداختی سازمان تأمین اجتماعی به دولت از محل منابع درمان غیرمستقیم
۶۵۶۵۹۶	۳۷۲۱۰۱	۴۷۴۴۶۹	۵۵۱۸۱۹	۵۴۷۸۴۸	هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی
۱۰۸۲۲۱	۸۷۵۴۶	۸۰۶۸۶	۶۰۱۳۰	۴۵۵۷۳	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان شهرداری تهران
۰	۱۲۳۵۰	۱۷۷۰۰	۱۲۱۵۰	۱۱۰۰۰	هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان شهرداری تهران
۲۷۸۳۰۹	۳۸۷۴۴۳	۴۱۶۰۴۸	۳۴۰۷۸۳	۱۱۷۵۰۶	هزینه‌های بهداشت و درمان پرداختی از منابع کمیته امداد امام(ره)، و بنیاد جانبازان و مستضعفان
۲۴۷۰۵۴۲	۲۰۶۵۰۳۴	۱۷۹۱۹۱۷	۱۴۸۸۳۱۴		هزینه‌های بهداشت و درمان شرکت‌های دولتی
۱۰۷۰۴۷۸	۹۴۷۶۱۰	۸۲۶۸۵۲	۶۹۵۱۰۸	۴۷۲۹۷۲	هزینه‌های بهداشت و درمان پرداختی شرکت ملی نفت ایران
۱۴۰۰۰۶۴	۱۱۱۷۴۲۴	۹۶۵۰۶۵	۷۹۳۲۰۶		هزینه‌های بهداشت و درمان پرداختی توسط سایر شرکت‌های دولتی
۱۵۵۸۲۹۴	۱۳۰۱۶۰۲	۱۱۶۰۵۴۵	۹۳۰۹۴۲		هزینه‌های جاری بهداشت و درمان شرکت‌های دولتی برای درمان غیرمستقیم
۹۱۲۲۴۸	۷۶۳۴۳۲	۶۳۱۳۷۲	۵۵۷۳۷۲		هزینه‌های بهداشت و درمان شرکت‌های دولتی برای درمان مستقیم
۳۲۵۳۰۶۱۳	۱۹۷۹۸۷۱۲	۱۵۹۷۶۰۳۵	۱۳۸۰۳۹۲۷	۹۹۵۸۶۹۱	کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان بخش دولتی از بودجه بخش دولتی (بدون یارانه‌ها) (جمعی و فردی)

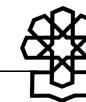


جدول ۵. هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (۱۳۸۰-۱۳۸۴)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴
کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها - بدون حق بیمه پرداختی و بدون انتقالات	۱۹,۰۵۶,۳۳۵	۲۶,۲۸۹,۹۳۵	۲۸,۸۸۸,۴۰۰	۳۸,۹۴۴,۴۳۰	۳۵,۵۳۸,۰۵۰
هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای شهری - بدون حق بیمه پرداختی و بدون انتقالات	۱۴,۹۵۷,۱۳۰	۲۰,۴۲۲,۵۴۵	۲۱,۸۰۶,۷۳۰	۲۹,۰۲۵,۱۲۰	۲۴,۱۹۴,۹۷۵
هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای روستایی - بدون حق بیمه پرداختی و بدون انتقالات	۴,۰۹۹,۲۰۵	۵,۸۶۷,۳۹۰	۷,۰۸۱,۶۷۰	۹,۹۱۹,۳۱۰	۱۱,۳۴۳,۰۷۵
کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها - با حق بیمه پرداختی، بدون انتقالات	۲۲,۳۴۹,۷۲۲	۳۰,۷۵۴,۳۲۹	۳۴,۳۹۲,۵۵۰	۴۸,۱۷۵,۲۰۰	۴۲,۶۵۲,۵۹۷
هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای شهری - با حق بیمه پرداختی، بدون انتقالات	۱۷,۶۹۹,۴۲۷	۲۴,۱۴۵,۰۹۴	۲۶,۳۹۴,۱۱۹	۳۶,۷۵۷,۴۳۸	۲۹,۵۹۶,۷۴۷
هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای روستایی - با حق بیمه پرداختی، بدون انتقالات	۴,۶۵۰,۲۹۵	۶,۶۰۹,۲۳۶	۷,۹۹۸,۴۳۱	۱۱,۴۱۷,۷۶۱	۱۳,۰۵۵,۸۵۰
هزینه‌های پرداختی مؤسسات بیمه تجاری برای بیمه درمانی غیردولتی - پس از کسر کمک‌های دولت	۶۳۷,۳۹۰	۷۰۱,۴۰۵	۹۵۲,۰۰۵	۹۹۵,۵۵۴	۱,۰۳۳,۱۵۴
هزینه‌های پرداختی مؤسسات بیمه تجاری برای بیمه درمانی غیردولتی	۶۶۶,۳۹۰/۰۰	۷۶۵,۰۷۰	۱,۰۰۸,۹۵۹	۱,۰۴۵,۷۴۲	۱,۰۸۰,۳۹۵۴

جدول ۶. هزینه‌های بهداشت و درمان مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی (۱۳۸۰-۱۳۸۴)

عنوان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴
هزینه‌های بهداشت و درمان پرداختی مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی از منابع این مؤسسات	۱۱,۰۷۳۴	۱۳,۵۵۵	۱۵,۶۱۲	۱۸,۴۷۶	۲۰,۸۵۲
درآمدهای اختصاصی مؤسسات بهداشت و درمان خیریه و غیرانتفاعی خصوصی	۱۵۸,۹۰۹	۲۰۵,۰۶۹	۲۸۱,۹۱۶	۳۸۶,۷۱۰	۴۲۵,۸۹۹
هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش خصوصی	۱۰۰,۰۱۰	۱۱۸,۰۱۱/۸۲	۱۳۹,۲۵۳/۹۵	۱۶۴,۳۱۹/۶۶	
هزینه‌های جاری خدمات درمانی دانشگاه آزاد اسلامی و سایر دانشگاه‌ها از اعتبارات آموزش عالی گروه بهداشت و علوم پزشکی غیردولتی	۹۶,۳۳۷	۲۱۷,۰۱۰	۱۹۲,۳۴۷	۲۷۵,۲۴۶	۱۳۲,۱۶۰
هزینه‌های جاری خدمات درمانی دانشگاه آزاد اسلامی از منابع این دانشگاه‌ها	۹۰,۳۹۱	۲۰۷,۶۷۳	۱۹۲,۰۸۷	۲۷۴,۹۸۶	۱۳۱,۹۰۰
هزینه‌های جاری خدمات درمانی سایر دانشگاه‌های غیردولتی	۵,۹۴۶	۹,۳۳۷	۲۶۰	۲۶۰	۲۶۰
درآمدهای اختصاصی مؤسسات بهداشت و درمان وابسته به دانشگاه‌های غیردولتی	۴۶,۳۶۵	۵۹,۶۵۳	۸۱,۵۲۹	۷۵,۹۶۵	۱۳۷,۴۷۴



جدول ۷. منابع هزینه بخش بهداشت و درمان میلیون ریال - (به قیمت‌های جاری)

۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۲۷۸,۳۰۸/۷۶	۳۸۷,۴۴۲/۷۸	۴۱۶,۰۴۸/۱۰	۳۴۰,۷۸۳/۰۳	۱۱۷,۵۰۶/۱۳	هزینه‌های بهداشت و درمان نهادهای خیریه در بخش عمومی از محل کمک‌های خانوارها
۲,۰۴۷,۰۵۴/۶۳	۲,۰۶۵,۰۳۳/۹۷	۱,۰۷۹۱,۹۱۷/۳۷	۱,۰۴۸۱,۳۱۴/۳۴	۵۵۶۹۶۲	هزینه‌های بهداشت و درمان شرکت‌های دولتی از محل منابع جبران خدمت کارکنان
۲۷۱,۸۳۶	۳۵۲,۶۴۲	۱,۱۹۸,۴۱۰	۱,۲۴۶,۲۱۴	۵۸۸,۰۵۵	هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی از، محل حق بیمه پرداختی بیمه‌شدگان
۹,۳۳۵,۰۴۶	۷,۷۶۶,۸۲۳	۶,۲۲۶,۳۴۵	۴,۸۳۶,۳۵۵	۳,۴۴۱,۸۰۱	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی
۱,۰۱۱۵,۹۲۶	۸۸۵,۲۵۷	۶۹۵,۶۰۶	۵۳۲,۲۵۹	۴۴۱,۴۶۱	هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های بیمه درمانی از حق بیمه‌های پرداختی (سازمان تأمین اجتماعی)
۱۰۸,۰۲۲۱	۸۷,۵۴۶	۸۰,۶۸۶	۶۰,۱۳۰	۴۵,۵۷۳	هزینه‌های جاری بهداشت و درمان شهرداری تهران
۶۵۶,۵۹۶	۳۷۲,۱۰۱	۴۷۴,۴۶۹	۵۵۱,۸۱۹	۵۴۷,۸۴۸	هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی
-	۱۲,۳۵۰	۱۷,۷۰۰	۱۲,۱۵۰	۱۱,۰۰۰	هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان شهرداری تهران
۴۲,۷۴۲,۰۷۷	۲۸,۹۳۱,۰۰۰	۲۳,۵۷۰,۵۰۲	۱۹,۹۲۵,۳۱۱	۱۴,۳۸۷,۶۷	کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان بخش دولتی
۳,۸۴۳,۰۳۷	۲,۳۳۱,۳۸۴	۲,۴۴۶,۶۲۶	۲,۲۹۴,۸۷۸	۱,۲۹۰,۴۴۳	کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش دولتی
۴۶,۵۸۵,۱۱۳	۳۱,۲۶۲,۳۸۳	۲۶,۰۱۷,۱۲۸	۲۲,۲۲۰,۱۹۰	۱۵,۱۳۴,۹۱۷	کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش دولتی

جدول ۸. دارو، یارانه و بیمه‌ها (۱۳۸۴-۱۳۸۰)

۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۲,۳۷۷,۴۳۰	۲,۲۹۱,۶۰۰	۲,۴۴۶,۰۰۰	۱۵۵,۲۰۰	۱۵۳,۰۰۰	یارانه‌های بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی
۲۰,۰۰۰/۰۰	۲۰,۰۰۰	۱۸,۰۰۰	۱۳,۲۰۰	۱۶,۰۰۰/۰۰	یارانه‌های پرداختی برای خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولت در بودجه عمومی
۲,۰۳۵۷,۴۳۰/۰۰	۲,۰۲۷۱,۶۰۰	۲,۴۲۸,۰۰۰	۱۴۲,۰۰۰	۱۳۷,۰۰۰/۰۰	یارانه‌های پرداختی برای خدمات درمانی بستری و تخصصی دولت در بودجه عمومی
۸۱۸۲۴۵۶	۶۳۳۱۸۴۹	۴۰۱۰۴۲۳	۳۱۳۸۰۸۶	۲۵۳۴۳۲۲	هزینه‌های بیمه درمانی دولت در بودجه عمومی
۱۷۰۲۷۵۶	۱۴۰۸۹۵۸	۱۰۳۰۲۵۵	۷۳۱۴۹۳	۷۳۱۶۶۷	هزینه‌های بیمه درمانی کارکنان دولت در بودجه عمومی
۷۶۴۳۸۴	۹۳۶,۳۳	۴۸۰,۴۵۶	۴۲۱۱۰۳	۴۴۰,۱۹۱	هزینه‌های بیمه درمانی و بهداشت و درمان نیروهای نظامی و انتظامی دولت در بودجه عمومی



۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	عنوان
۴۹۴۴۵۱۷	۳۸۳۶۶۷۰	۲۳۷۰۷۵۸	۱۹۲۱۸۲۵	۱۳۳۳۴۶۴	هزینه‌های بیمه درمانی نیازمندان و سایر گروه‌ها در بودجه عمومی
۷۷۰۸۰۰	۱۵۰۱۸۸	۱۲۸۹۵۴	۶۳۶۶۵	۲۹۰۰۰	هزینه‌های بیمه درمان مکمل بازنشستگان در بودجه عمومی
۱۹۷۷۰۹	۳۰۲۶۵	۳۲۰۳۰	۳۰۶۶۰	۱۹۰۶۵	هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های بیمه‌های درمانی
۲۷۱۸۳۶	۳۵۲۶۴۲	۱۱۹۸۴۱۰	۱۲۴۶۲۱۴	۵۸۸۰۵۵	هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی از محل حق بیمه پرداختی بیمه‌شدگان
۹۵۰۲۹۱	۸۲۷۷۲۴	۹۱۷۹۸۰	۹۲۸۷۲۴	۵۲۳۹۹۱	هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی از محل حق بیمه پرداختی کارکنان دولت
-۶۷۸۴۵۵	-۴۷۵۰۸۲	۲۸۰۴۳۰	۳۱۷۴۹۰	۶۴۰۶۴	هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی از محل حق بیمه پرداختی سایر بیمه‌شدگان
۳۷۸۳۴۹۰	۲۴۰۵۳۴۷	۲۰۷۶۲۸۳	۱۷۲۳۶۸۵	۱۰۹۹۷۸۰	پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی به دولت از محل درآمد عمومی
۱۱۶۰۱۰۰۴۰	۹۰۲۶۱۰۷۳۹	۷۰۳۷۳۰۷۸۶	۵۰۴۰۷۰۹۹۹	۴۰۱۳۲۰۹۸۱/۴۶	کل هزینه‌های مصرف دارو

منابع و مآخذ

- این گزارش با همکاری دفتر برنامه‌ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده است.



شماره مسلسل: ۹۲۰۹

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰-۱۳۸۴
Report Title: National Health Account in 1380-1384

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: مسعود ابوالحلاج، محمود کاظمیان، مریم رمضانیان

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: مسعود پزشکیان (کمیسیون بهداشت و درمان)

ویراستار: —

واژه‌های کلیدی و معادل انگلیسی آنها: —

تاریخ انتشار: ۱۳۸۷/۶/۱۹