

بسمه تعالی

معاونت توسعه مدیریت و منابع

دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه

گزارش دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های

نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان

جمهوری اسلامی ایران (۱۳۵۸ تا ۱۳۸۷)

بهمن ماه ۱۳۸۷

تهیه و تدوین:

- مسعود ابوالحلاج - مدیر کل دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه
- دکتر محمود کاظمیان - مدیر گروه اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- مریم رمضانیان - کارشناس واحد مطالعات و برنامه ریزی اقتصاد بهداشت

شماره صفحه	فهرست	عنوان
۱		
۲		همکاران
۳		فهرست
۴		مقدمه
۵		تعاریف
۶		نظان تامین مالی بخش بهداشت و درمان ایران
۷		ارزیابی و تحلیل مشکلات موجود
۱۳		شاخص‌ها
۱۸		نتیجه‌گیری و توصیه‌ها
۲۰		فرصت‌ها و نقاط قوت در نظام تامین مالی
۲۱		محدودیت‌های موجود در حیطه منابع مالی
۲۲		تنگناهای موجود در حیطه منابع مالی
۲۳		سیاست‌های اجرایی
۲۴		عنوان فعالیت‌ها طرح‌ها و برنامه‌های بودجه‌ای
۲۵		تحلیل چشم انداز ملی و جهانی آینده سلامت
۲۷		نظام نوین مالی در بخش بهداشت و درمان
۳۲		واژه نامه
۳۳		منابع مورد استفاده

مقدمه :

یکی از وظایف اصلی همه دولت‌ها تامین سلامتی جامعه بوده که به درستی در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بدان توجه شده است لیکن در طی سالهای پس انقلاب به دلیل تعهدات دولت و انتظارات مردم از این بخش همواره ماموریت‌های سازمانی این بخش بدون توجه به تامین منابع مالی آن افزوده شده است. تغییرات و شوک‌های اساسی بخش نظیر ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با سازمانهای منطقه‌ای، تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی و چرخش بدون توجیه منابع بیمارستانها به سمت بیمه و انتقال آن منابع به سازمانهای بیمه‌ای تداخل وظایف سازمانی و مداخله غیر کارشناسانه سایر دستگاهها در امر سلامت و بیمه درمان و موارد متعدد دیگر از جمله عواملی بودند که در سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران به خصوص در دهه هفتاد این بخش را با تنگنای تامین منابع مالی مواجه نمود که البته این امر تا حدی قابل پیش بینی بود.

امروزه درد دنیا بخش بهداشت و درمان از مهمترین بخش‌های خدماتی و شاخص‌های پیشرفت در آن یکی از شاخص‌های اصلی توسعه و رفاه اجتماعی تلقی می‌شود. به دلیل رشد تکنولوژی پزشکی، افزایش جمعیت و نیز تغییر شیوه زندگی به سمت صنعتی شدن، افزایش دسترسی و سطح آگاهی افراد به خدمات درمانی و ظهور بیماری‌های جدید، هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی با رشد فزاینده‌ای روبرو بوده است و تامین منابع مالی خدمات درمانی آن این خدمات، یکی از موضوعات بسیار مهم در مطالعات اقتصاد بهداشت می‌باشد. با توجه به پرهزینه بودن خدمات پزشکی از جهات آموزش نیروی انسانی متخصص، تجهیزات و فضای فیزیکی ضروریست توزیع منابع محدود اختصاص یافته به بهداشت و درمان با برنامه ریزی علمی و نظم دقیق صورت گیرد و این امر نیز فقط با استفاده اقتصادی از امکانات و ارتقاء بهره‌وری و کارایی به امکان پذیر می‌باشد.

یکی از مسائل مورد توجه در اغلب کشورهای در حال توسعه، منابع بخش بهداشت است، زیرا بیش از ۵ درصد تولید ناخالص داخلی و ۵ تا ۱۰ درصد هزینه‌های دولت به این بخش اختصاص یافته است. امروزه در دنیا مسئله رشد جمعیت، روند فزاینده قیمت‌ها و توزیع نامتناسب امکانات و منابع سبب رویکرد و توجه ویژه‌ای به امر بهره‌وری و استفاده مقتضی با بازدهی بیشتر از امکانات موجود شده است. این امر در تمامی حوزه‌های مدیریتی

بویژه در حیطه مدیریت نظام های بهداشتی و درمانی تمامی کشورهای در حال توسعه از اهمیت شایانی برخوردار است. اغلب چون نظام تأمین مالی باید بتواند خدمات سلامتی را (بعنوان یک ضرورت حیاتی) به نحوی تنظیم کند که افراد فقیر توان تحمل بار مالی آن را داشته باشند، مطالعات تجربی نشان می دهد بیشتر مردم به دلیل نرخ تنزیل بالای فواید آینده تدابیر پیشگیری و همچنین عدم اطمینان به حصول این منافع، اهمیت کمی به آنها می دهند. کمبود سیاست و نظم مقتضی برای هدایت و همینطور گاه‌آرائه امکانات افراطی و تسهیلات زیاد توسط فراهم کننده های خدمات بهداشت عمومی، نظام تأمین مالی را به سمت کاهش در کیفیت و کارایی سیستم مراقبت بهداشتی سوق می دهد و به دلایل زیادی همچون کمتر بودن هزینه کارایی برنامه های بهداشتی عمومی از سرمایه گذاری و ترغیب فراهم کننده های خدمات بهداشتی، به سوی خدمات بهداشتی پرسود و بی تناسب باعث می شود. در کشور های توسعه یافته به اندازه کشورهای در حال توسعه، خدمات تشخیصی با تکنولوژی بالا و خدمات دارویی بخصوصی مصرف می شود که خود از عوامل افزایش هزینه ها است.

سرمایه گذاری در بخش سلامت محور هرگونه راهبرد کلی توسعه و کاهش فقر می باشد و دسترسی همگانی به خدمات ضروری سلامت بر مبنای تحلیل های اقتصادی و اولویتهای جوامع مختلف و اثر متقابل دولت و جامعه مدنی از طریق سرمایه گذاری در سلامت ترسیم می شود و مبرهن است تاثیر بخش سلامت بر پیشرفت اقتصادی یک جامعه و در نتیجه کاهش فقر یک قضیه ثابت شده و مورد قبول همگان می باشد که تاثیر شدیدی بر روی رخدادهای جهانی خواهد داشت.

تعاریف

- **نظام:** مجموعه ای از اجزاء که به عنوان یک کلیت پیچیده به یکدیگر متصل هستند و یک کارکرد را انجام می دهند (گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰)
- **منابع تأمین مالی:** منابعی که منشأ تأمین مالی اند شامل اشخاص، موسسات صنعتی و بازرگانی، دولت ها، و کمک های مالی خارجی (گزارش دفتر بررسی اقتصادی)
- **تأمین مالی:** کارکرد یک نظام سلامت در ارتباط با جابجایی، جمع آوری و تخصیص پول برای پوشش نیازهای سلامت افراد (تک تک یا جمعی) در نظام سلامت (گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰).
- **نظام تأمین مالی:** نظام مالی مجموعه ای از فعالیت های مرتبط و بهم پیوسته برای تدارک مالی خدمات بهداشتی تلقی می شود (گزارش دفتر بررسی اقتصادی)

- **بخش بهداشت:** قسمتی از مجموعه اقتصادی کشور که هدف آن تأمین سلامت افراد و جامعه از طریق انجام فعالیت‌های بهداشتی است. این واژه ممکن است به معنای خدمات بهداشتی به کار رود. اما اغلب با اصطلاح "نظام بهداشتی" مترادف است، که هم خدمات بهداشتی و هم فعالیت‌های مرتبط با بهداشت را شامل می‌شود (گزارش دفتر بررسی اقتصادی)
- **کالای عمومی:** کالایی که پس از تولید بدون محدودیت در اختیار همه قرار می‌گیرد. افراد ممکن است از کالاهای عمومی با هزینه نهایی صفر منتفع گردند (واحد مطالعات اقتصاد بهداشت)
- **تأمین مالی دولتی:** هزینه‌ای که دولت از محل مالیات، فروش منابع طبیعی، هزینه استفاده کنندگان، بیمه‌های اجتماعی، پرداخت‌های مصرف‌کنندگان، تعهدات، اجبار دولت، کمک‌های بین‌المللی، وام پرداخت می‌کند. که به تفصیل بررسی گردیده است (واحد مطالعات اقتصاد بهداشت).
- **بیمه‌های اجتماعی:** بیمه‌ای است که بوسیله دولت یا موسسات عمومی اداره و کنترل می‌شود. این بیمه خدمات خود را به افراد بی‌کار، سالمندان، بیماران و نظایر آن عرضه می‌کند. طرح بیمه‌های اجتماعی برای کلیه جمعیت یا برای گروه‌های خاصی اجباری است و اعتبارات آن معمولاً از محل مالیات حقوق و دستمزدها تأمین می‌شود (اقتصاد بهداشت، آصف زاده)
- **تأمین مالی با استفاده از مالیات:** تأمین مالی خدماتی مانند مراقبت سلامتی از طریق تخصیص مالیات به برنامه‌ها یا گروه‌های خاص مانند برنامه‌های بهداشت عمومی، تسهیلات در مناطق فقیر (www.hcfo.glassory)
- **تأمین مالی خصوصی:** هزینه‌ای که توسط بیمه‌های درمان خصوصی، پرداخت‌های مستقیم مصرف‌کنندگان، مساعدت‌های خیرخواهانه، هدایا و وام‌ها و اعطای اعانات صورت می‌گیرد که در فصل دوم به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته شده است (www.hcfo.glassory)
- **پرداخت‌های مستقیم:** هزینه‌هایی که مردم مستقیماً در هنگام خرید خدمات بهداشت و درمان از جیب پرداخت می‌کنند (گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰)
- **بیمه‌های خصوصی:** بیمه درمان که از سوی موسسات بازرگانی یا غیرانتفاعی به اشخاص و گروه‌ها فروخته می‌شود. قبول این بیمه‌ها از سوی اشخاص و گروه‌ها معمولاً داوطلبانه است، مگر در مورد اعضای گروه‌ها که ممکن است اجباری باشد، مثل کارگرانی که در یک کارخانه کار می‌کنند (واحد مطالعات و برنامه ریزی اقتصاد بهداشت)

نظام تأمین مالی در بخش بهداشت و درمان ایران:

بخش بهداشت و درمان در ایران از جمله بخش‌هایی است که در طول سی سال گذشته به طور قابل ملاحظه‌ای با مداخلات دولت مواجه بوده است. این مداخلات به طور عمده بر دو گونه بوده است. در نوع اول، مداخلات با هدف

عرضه خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی و به طور کلی خدماتی که عرضه‌ی نظام یافته‌ی 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 می‌باشد. این مداخلات از سال ۱۳۵۸ به طور مرسوم با گسترش سطح خدمات عمومی، عمدتاً از نوع مراقبت‌ها یا پیشگیری‌های 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. خدمات درمان تخصصی قابل عرضه به این بخش از جمعیت کشور و به همین ترتیب دسترسی آنان به خدمات یاد شده، به طور قابل ملاحظه‌ای تحت محدودیت ناشی از بعد مسافت تا شهرها قرار دارد. از سال ۱۳۸۴ طرح گسترش بیمه‌های درمانی روستاییان با صورتی مشابه با بیمه‌های درمان جمعیت شهری، تلاش داشته است تا مناطق روستایی کشور را برای عرضه‌کنندگان خصوصی خدمات عمومی بهداشتی و درمانی مناسب نماید، و همچنین انتظارات جامعه روستایی را برای دسترسی سهل و آسان (عمدتاً از جهت هزینه‌ای) به خدمات تخصصی درمانی در شهرها برآورده سازد.

به طور کلی در سیاست‌های عمومی بهداشت و درمان کشور از سال ۱۳۵۸ تا سال ۱۳۷۰، توجه خاصی به توسعه فعالیت‌های خصوصی در بخش و به تبع آن شناخت ساختار مبادلاتی بهداشت و درمان در خارج از مجموعه فعالیت‌های دولتی مشاهده نمی‌شد. در این سال‌ها توسعه امکانات بخش دولتی و حالت یکپارچه فعالیت‌های بخش دولتی تحت سرپرستی وزارت بهداشت، که در مقاطعی به طور محدود همراه با اصلاح تعرفه‌های خصوصی بیمه-

های درمانی مشاهده می‌گردید، و تأکید بر کنترل روند افزایش بهای خدمات بخش، مبانی اصلی سیاست‌ها را تشکیل می‌داد. یک نتیجه بسیار شفاف از چنین سیاست‌هایی که امروزه نیز به روشنی مشاهده می‌شود، صرف‌نظر نمودن از سیاست‌های مبتنی بر شناخت ساختار مبادلاتی خدمات بهداشتی و درمانی در هر دو بخش دولتی و خصوصی بوده است. به شرحی که توضیح داده خواهد شد، امروزه و مشخصاً از سال‌های شروع دهه ۱۳۷۰ ساختار مبادلاتی خدمات در بخش، عامل اصلی در توضیح روند گسترش خدمات و دسترسی‌ها محسوب می‌شود. دلایل اساسی برای اهمیت یافتن چنین سیاست‌هایی، گسترش نیروی انسانی و فعالیت‌های خصوصی طی این سال‌ها و در حال حاضر، و تأکید بر توسعه نظام بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان و به دنبال آن گسترش نظام پرداخت‌ها از طریق بیمه‌های اجتماعی درمانی به هر دو گروه فعالیت‌های دولتی و خصوصی می‌باشد. همچنین در این سال‌ها از سوی بیمه‌ها، شرایط نظام پرداخت‌ها به فعالیت‌های بخش دولتی شباهت قابل ملاحظه‌ای با نظام پرداخت‌ها به فعالیت‌های خصوصی یافته است.

در سیاست‌های عمومی بهداشت و درمان کشور، طی یک دهه گذشته این موضوع تدریجاً پذیرفته شده است که جامعیت و پوشش کشوری خدمات بهداشتی و درمانی باید بر اساس نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی، و با مسوولیت کامل دولت در گسترش بیمه‌های اجتماعی صورت پذیرد. براساس تصویب مجلس شورای اسلامی، از سال ۱۳۷۳ سازمان بیمه خدمات درمانی عهده‌دار تأمین پوشش کامل افراد جامعه برای کلیه خدمات درمانی همگانی (comprehensive public-health services) گردیده است. براساس مصوبات این سال و سال‌های پیش از آن، سازمان تأمین اجتماعی برای شاغلین (یا افراد واجد شرایط اشتغال) تحت قوانین این سازمان (که عمدتاً از نوع اشتغال در بخش خصوصی یا اشتغال دولتی به طور غیررسمی می‌باشد)، و سازمان بیمه خدمات درمانی برای شاغلین رسمی دولت و سایر گروه‌های به دور مانده از بیمه‌های درمانی در بخش خصوصی، به عنوان دو سازمان اصلی نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی محسوب می‌گردند. این دو سازمان از سال ۱۳۸۳ تحت مدیریت وزارت جدیدالتأسیس رفاه و تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند. علی‌رغم بهبود قابل ملاحظه در سال‌های اخیر، و برقراری امکان پذیرش بیمه‌های درمانی برای گروه‌های بیمه نشده در زمان نیاز به درمان (به خصوص در شرایط پرهزینه بودن آن و یا هنگام بستری در بیمارستانها)، مشکل تأمین منابع مالی کافی برای نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی، و موضوع اختیاری بودن بیمه درمانی برای افراد بازمانده از بیمه‌های بازنشستگی در بخش‌های دولتی و خصوصی، تأمین پوشش مورد انتظار را دشوار نموده است. بیمه‌های اختیاری درمانی به جهت اصرار نظام بیمه‌ای در مشارکت

بیمه‌شدگان در پرداخت‌ها به خصوص از نوع پرداخت به موقع حق بیمه، موجب انصراف از پذیرش بیمه و یا غفلت از حفظ استمرار بیمه برای گروه مشمول آن گردیده است.

نظام بهداشتی و درمانی کشور طی سالهای بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران تحولات بسیاری داشته است. علی-رغم پیشرفت‌های بسیار، وسعت کشور، پراکندگی جمعیت و وجود شرایط اقلیمی متفاوت همراه با عوامل اقتصادی از دلایل استمرار مشکلات در دسترسی‌ها و نابرابری در افراد و گروه‌های مختلف اقتصادی بوده است. در این نظام ایجاد و گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور همواره بطور خاص، مهم دانسته شده است. امروزه پذیرفته شده است که سلامتی از حقوق کلیه افراد جامعه می‌باشد و شاخص‌های نشان دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه یافتگی کشور محسوب می‌شود. 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 نماید، توزیع اجزای این منابع اصلاح شود و در جهت-گیری مصارف نیز اصلاحات لازم مطابق با نیازهای بخش فراهم آید. از عوامل مهم برای تأمین مالی هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی کشور، افزایش سطح و سهم مشارکت مالی دولت و اهمیت یافتن تولید آن برای حفظ منافع عمومی است. همچنین موضوعات دیگری مانند ایجاد منابع، مشارکت مالی خانوارها در پرداخت‌ها و موضوع پیش‌پرداخت‌ها و حدود پوشش بر خدمات خصوصی در نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی، از اهمیت خاص در تأمین مالی هزینه‌های یاد شده برخوردار است.

منابع مالی دولت به طور 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 می‌باشد. تقسیم‌بندی منابع تأمین مالی در نظام بهداشتی و درمانی کشور در دو گروه اصلی خصوصی و دولتی، به شرح زیر است.

الف) درآمد های دولت از محل منابع عمومی،

ب) بیمه های اجتماعی درمانی (به عنوان بخشی از حق بیمه های اجتماعی)،

ج) منابع شرکت‌ها و موسسات دولتی (به عنوان بخشی از جبران خدمت کارکنان)،

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

ج) پرداخت‌های مستقیم خانوارها،

د) موسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها،

ه) بیمه‌های خصوصی درمانی (از محل پیش‌پرداخت‌های خانوارها).

رشد پر شتاب هزینه‌های بهداشتی و درمانی در کشور به طور عمده ناشی از عوامل مختلفی مانند رشد جمعیت، تغییر سطح انتظارات، گرایش روزافزون به استفاده از تجهیزات و تکنولوژی نوین و گران‌قیمت درمانی می‌باشد. در چنین شرایطی توجه به مکانیسم تأمین منابع مالی در بخش بهداشت و درمان بیش از پیش اهمیت یافته است. تحلیل و ارزیابی منابع مالی بخش از جهات حدود مناسب آن و کارایی، همواره با تأکید بر مشکلات زیادی همراه بوده است. این مشکلات از محدودیت‌های اصلی در توسعه بخش بهداشت و درمان محسوب می‌گردد. هر قدر شیوه تأمین منابع، بیش‌تر بر منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌ها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه‌تر می‌باشد، و هرچه میزان منابع مالی بیش‌تر از محل پرداخت‌های مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین گردد، نظام تأمین منابع مالی سلامت غیرعادلانه‌تر خواهد بود. مهم‌ترین نتایج مشارکت غیر عادلانه 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 بصورت پرداخت مستقیم خانوارها به مصرف می‌رسد.

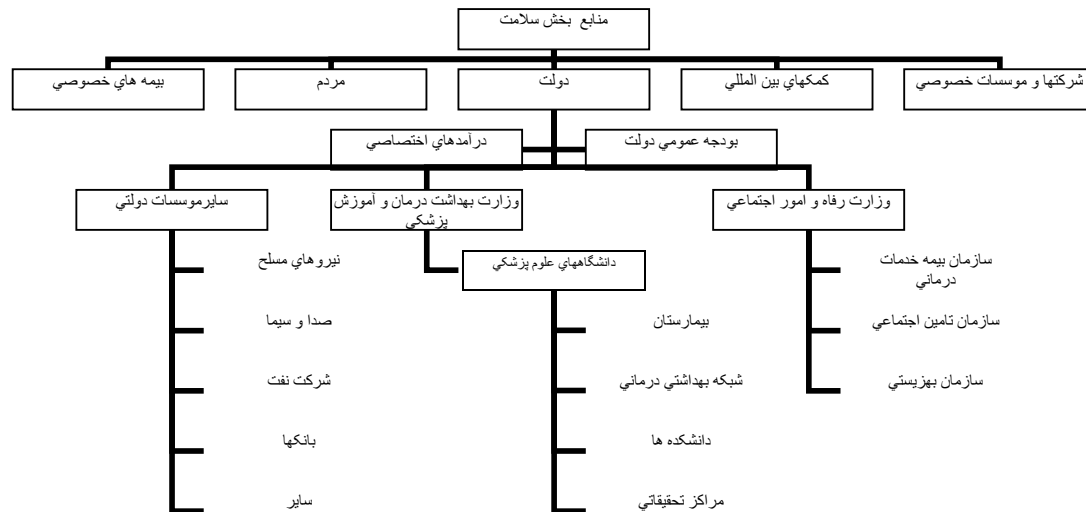
با توجه به روند اعتبارات و تنوع منابع در بخش بهداشت و درمان، براساس آنچه که در چارچوب حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور مشاهده می‌شود، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و منابع پیش‌پرداخت در بیمه‌های اجتماعی درمانی و بالا بودن سهم هزینه‌های خانوارها از مجموع هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان کشور، از عوامل محدود کننده در تأمین مالی هزینه‌های مصرفی در بخش سلامت محسوب می‌شود. در وضعیت مطلوب، نظام تأمین منابع مالی و تخصیص آن در بخش سلامت در کشور باید براساس یک نظام وابسته به درآمدهای دولت از مالیات‌ها و منابع عمومی و سایر درآمدهای اختصاصی دولت در بخش بهداشت و درمان (مانند پیش‌پرداخت‌ها بابت بیمه درمانی و مالیات‌های بیمه اجتماعی)، سازمان‌دهی شود. در این نظام کسب این گونه درآمدها، به عنوان مشارکت پایدار مصرف‌کنندگان در هزینه‌های سلامت و روش مناسبی برای تأمین این هزینه‌ها بدون آن که به طور مستقیم تحمیلی به بیماران محسوب شود، مطلوب به نظر می‌رسد. به عبارت دیگر در نظام یاد شده، پرداخت مستقیم بیمار به ارائه‌کننده‌ی خدمات میل به حداقل خواهد داشت. همچنین در وضعیت مطلوب، مداخلات در بخش سلامت براساس: مدیریت منابع بخش به مانند یک صندوق واحد، خرید

خدمات سلامت در چارچوب یک نظام اولویت‌گذاری شده با سهمیه‌بندی شفاف، و با تضمین ارائه بسته‌ی خدمات پایه و کاهش هزینه ریسک بیماری برای بیماران، صورت می‌گیرد.

به طور کلی در طی سال‌های اخیر، بیش از ۹۰ درصد تخت‌های بستری و ۷۰ درصد سرمایه‌گذاری‌های ثابت و ۳۴ درصد هزینه‌های مصرفی بخش در اختیار دولت قرار دارد و دولت بطور مستقیم بر نحوه مدیریت وجوه و امکانات تجهیزات درمانی در سطح گسترده‌ای از بازار نظارت دارد. این خود گویای این موضوع می‌باشد که چه امکانات عظیمی در ایران برای بهبود و ارتقاء سطح سلامت جامعه فعال می‌باشند و مدیریت این امکانات و منابع آن وظیفه سنگینی است که بر عهده سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کلان‌کشوری در این بخش می‌باشد.

منابع مالی بخش بهداشت و درمان اکثر کشورها با درآمد بالا عمدتاً از طریق مالیاتها و بیمه‌های اجتماعی و در کشور های با درآمد کم بیشتر از طریق پرداخت مستقیم خانوار تأمین می‌شود. در بیش از نیمی از کشور های با درآمد های کمتر از ۱۰۰۰ دلار، سهم پرداخت مستقیم خانوار بخش بهداشت و درمان بیش‌تر از ۴۰٪ است در جمهوری اسلامی ایران بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت، منابع مالی بخش بهداشت و درمان ۳۰٪ از محل منابع عمومی، ۱۱٪ از محل کارفرمایان و بیش از ۵۰٪ از طریق پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌گیرد. هدف از یک نظام تأمین مالی کارآمد در بخش بهداشت و درمان آن است که نظام بتواند منابع کافی برای دسترسی مردم به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های فردی فراهم آورد به گونه‌ای که آحاد جامعه بدون فشار اقتصادی بتوانند هزینه‌های بهداشتی خود را پرداخت نمایند.

بر اساس آخرین آمار منتشره تا کنون ۵۱۲ بیمارستان آموزشی و درمانی و ۱۲۰ بیمارستان خصوصی و ۱۲۳ بیمارستان آموزشی و درمانی در ایران موجود می‌باشد کل تخت‌های بیمارستانی کشور ۱۱۱۵۵۲ و روز بستری بیمارستان‌های دولتی ۱۵۱۵۵۶۷۸۸۳ و متوسط اشغال تخت بیمارستان‌های دولتی ۵۹٪ و میانگین تعداد تخت‌های بیمارستانی ۱۴۷ تخت و ۱۶۴۵۱ خانه بهداشت دولتی و ۲۳۴۳ مرکز بهداشت روستایی و ۳۱ مرکز استان و ۱۵۶۷ مرکز بهداشت شهری و ۳۲۰ مرکز بهداشت شهرستان و ۴۰۹ مرکز تسهیلات زایمانی در ایران موجود می‌باشد. نمودار زیر تامین‌کننده‌گان منابع مالی بخش سلامت در کشور و ارائه‌دهنده‌گان خدمت را نشان می‌دهد:



در کنار سه سازمان اصلی بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان، شرکت‌های دولتی و به طور عمده شرکت ملی نفت ایران و بانک‌های دولتی قرار دارند که خدمات بهداشتی و درمانی کارکنان آنان و خانواده‌هایشان تحت نظام بیمه-های درمانی اختصاصی با استفاده از تعدادی مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته و یا در بخش خصوصی، از منابع داخلی شرکت‌ها فراهم می‌گردد. کمیت امداد امام خمینی و بنیاد شهید و امور ایثارگران نیز خدمات و حمایت‌هایی شبیه به بیمه‌های درمانی به ترتیب برای گروه‌های آسیب‌پذیر و جانبازان جنگ تحمیلی فراهم می‌نمایند. 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 می‌باشد. اما به هر حال هنوز محدودیت‌هایی به خصوص از جهت پیچیدگی‌های مقرراتی و توانایی پرداخت محدود برای گروه‌های کم درآمد یا فاقد درآمد منظم وجود دارد که موجب شده است نظام بیمه‌های درمانی از کارایی مورد انتظار برای ایجاد پوشش کشوری برخوردار نباشد. به طور 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 می‌باشد.

در ایران از سال ۱۳۷۳ تاکنون، تلاش گسترده‌ای برای تعمیم نظام بیمه‌های اجتماعی بهداشت و درمان (social health insurance) با هدف گسترش دسترسی جامعه و به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر به خدمات بهداشتی و درمانی آغاز گردید. برنامه‌های مربوط به این بیمه‌ها، که تا امروز نیز به عنوان پایه‌های اصلی نظام ارائه خدمات

حفظ گردیده است، تعهدات و در مقابل آن محدودیت‌هایی را برای نظام یاد شده به همراه داشته است. از تعهدات بسیار روشن برای برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی بهداشتی و درمانی، می‌توان پذیرش هدفهای خدمات عمومی جامع (comprehensive public-health service)، پوشش کشوری (universal coverage)، کاهش بار مالی مربوط به هزینه بهداشت و درمان خانوارها (health expenditure of households) یا کاهش سهم پرداخت مستقیم آنها (out-of-pocket payments, OOP) از مجموع هزینه‌های بهداشتی و درمانی، و تغییر نقش دولت از مدیریت مستقیم عرضه خدمات و روند گسترش آن، به مداخله از طریق خرید خدمات بوده است. در این مجموعه، تغییر نقش دولت در موسسات بهداشتی و درمانی دولتی به صورت خرید خدمت از موسسات یاد شده به جای پرداخت مستقیم هزینه‌های آنها، مورد نظر بوده است که این خود ترتیبات پیچیده‌ای را در برنامه‌ها و ساختار بیمه‌های اجتماعی درمان موجب گردیده است. در ترتیبات مالی و عملیاتی موجود هنوز نمی‌توان پذیرفت که موضوع تغییر نقش دولت مطابق با تصویر اولیه آن یا آنچه که از ابتدا با ابهاماتی به صورت کاهش نقش دولت در مشکلات مدیریتی و اجرای برنامه‌های خدمت‌دهی در نظر بود، برآورده شده باشد. این مشکل اساساً به جهت اهمیتی است که موضوع تأمین نیازها برای پیشگیری و درمان عوامل تهدید سلامت (prevent and treat disease and other threats to health) در سیاست‌های توضیح دهنده ضرورت نقش دولت در عرضه خدمات دارد.

شاخص‌های نظام تأمین مالی در بخش بهداشت و درمان ایران:

۱- بر اساس مطالعه‌ی 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 به ترتیب 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 حایز اهمیت به نظر می‌رسد

۲- 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.

۳- به طور کلی در شرایط حاضر موضوع خدمات بخش دولتی و نحوه ارائه آن بسیار متفاوت از بخش خصوصی می‌باشد. به طور 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 می‌باشد. همچنین خدمات بخش دولتی در بیش‌تر بیمارستان‌های خوب دولتی، از نوع خدمات آموزشی- درمانی می‌باشد که این نیز در ایران مانند بسیاری از کشورها، از نظر بیماران مطلوب دانسته نمی‌شود.

۴- در ده سال گذشته روش موسوم به خودگردانی بیمارستان‌های دولتی و درمانگاه‌های وابسته به آنها تلاش داشته است تا کارایی این موسسات را برای ارائه بیش‌ترین خدمت به مراجعین افزایش دهد. این روش از آن جهت که تمایل دارد ارزش بهای خدمات را در موسسات دولتی تا حدی مقدم بر هزینه‌های اجتماعی خدمات آنها نشان دهد، به طور ساده می‌تواند در مواردی به عدم آمادگی برای پذیرش مراجعین در وضعیت پیچیده بیانجامد و یا این که در آن پایین بودن تعداد روزهای بستری بسیار مهم تلقی می‌شود. این موضوع مزایای مورد نظر مصرف‌کنندگان را که بر اساس هزینه‌های اجتماعی خدمات و نقش این موسسات به عنوان پشتیبان در نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی مورد سنجش قرار می‌گیرد، کاهش می‌دهد. رفع این مشکل حدود دو سال بعد از شروع نظام خودگردانی، با تخصیص منابع اضافی از بودجه دولت مورد توجه قرار گرفت، اما پس از آن به جهت ناکافی بودن منابع اولیه برای خودگردانی و استفاده از منابع اضافی برای رفع مشکلات آن، امکان ارزیابی منابع اضافی از بودجه دولت برای مصارف مربوط به هزینه‌های اجتماعی خدمات در موسسات یاد شده مقدور نگردیده است.

۵- در حال حاضر، ساختار مبادلاتی بخش از مجموعه‌ای از نظام‌های موازی (parallel health systems) برای تأمین مالی هزینه‌ها تشکیل شده است. در این ساختار مبادلاتی، منابع پرداخت‌های مستقیم خانوارها، منابع عمومی دولت، و بیمه‌های اجتماعی درمان از پیش پرداخت‌ها، به ترتیب سه منبع مالی اصلی با سهم‌هایی بالغ بر ۵۷/۹۵ درصد، ۲۴/۱۷ درصد، و ۱۱/۷۴ درصد از مجموع منابع محسوب می‌شوند. منابع شرکت‌های دولتی و نهادهای خیریه دولتی و همچنین موسسات غیرانتفاعی خصوصی (خیریه و آموزشی) و بیمه‌های تجاری، تأمین‌کننده سهم باقی‌مانده از منابع می‌باشند. یک تصور ساده این است که با انباشت کلیه این منابع غیر از بخش خارج از کنترل آن، یعنی منابع پرداخت‌های مستقیم خانوارها، می‌توان نظام بیمه‌های اجتماعی را به صورت ادغام یافته درآورد و آن را

در حد نسبتاً مناسبی تعمیم یافته دانست. این موضوع با کارآیی بیش‌تر منابع مالی در حالت بیمه‌های ادغام یافته مورد تأکید قرار می‌گیرد. این تصور بیش‌تر ناشی از آن می‌باشد که در شرایط فعلی و دسترسی نسبتاً آسان به خدمات موسسات بهداشتی و درمانی دولتی، پرداخت‌های مستقیم خانوارها چندان اهمیتی در توضیح وضعیت دسترسی به خدمات ندارد. اما نمی‌توان چنین تصویری را به سادگی صحیح دانست.

۶- 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، نیاز امروز جامعه که به صورت دسترسی یکسان جمعیت شهری و روستایی به بسته‌های خدماتی بیمه‌های اجتماعی درمانی مورد توجه قرار گرفته است، تدارک برنامه‌های دیگری را نیز برای اصلاح وضعیت توزیع نیروی انسانی ضروری نموده 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 بالقوه‌ی آن، بوده است. چنان که 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 نماید. در صورت ایجاد شرایط یکپارچگی در بخش، می‌توان این حداقل کارآیی برای تولید خدمات را با اصلاح وضعیت توزیع نیروی انسانی از طریق برنامه‌های دولت، ارتقا داد.

۷- 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، می‌باشد. در سال ۱۳۸۳ سهم منابع بهداشت و درمان از پرداخت‌های هزینه‌ای دولت در بودجه عمومی حدود ۷/۵ درصد بوده است.^۳ این نسبت در کشورهای پیشرفته بیش از ۱۰ یا ۱۲ درصد

^۳ سهم منابع بهداشت و درمان از پرداخت‌های هزینه‌ای (مصرفی) دولت در بودجه عمومی در سال‌های ۱۳۸۲، ۱۳۸۱، و ۱۳۸۰ به ترتیب حدود ۷/۳۸ درصد، ۷/۲۴ درصد و ۸/۵۷ درصد بوده است.

می‌باشد. در ایالات متحده و آلمان که تأمین بخش عمده هزینه‌های سلامت بر اساس 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 نشان دهنده 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^۴، سهم پرداخت‌ها از بودجه دولت به موسسات بهداشتی و درمانی وابسته به دولت در این سال حدود ۱۹/۰۲ درصد بوده است. این در حالی 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 می‌گردید. همچنین باید به این نکته اشاره نمود که موسسات بهداشتی و درمانی وابسته به بودجه دولت برای تأمین مانده‌ی 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 یک سوم از هزینه‌های این موسسات را شامل گردیده است. از سوی دیگر مانده‌ی منابع بودجه دولت مربوط به بخش سلامت صرف پرداخت‌های بیمه‌ای در چارچوب قراردادهای خرید خدمات از بخش خصوصی گردیده است. این پرداخت‌ها نیز مجموعاً حدود ۷/۱۴ درصد از کل دریافتی‌های بخش خصوصی را شامل می‌گردید. 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 موسسات بهداشتی و درمانی دولتی به صورت کارآمد، ب) کاهش فشار هزینه در پرداخت‌های مستقیم خانوارها، و 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 می‌باشد، انجام این پرداخت‌ها در بودجه دولت به صورت ماهانه یا سه ماهه

^۴ پرداخت‌های هزینه‌ای (مصرفی) دولت در بخش، از جدول منابع هزینه‌ها و پس از کسر هزینه‌های عمرانی یا تشکیل سرمایه ثابت از مجموع اقلام این منابع به دست آمده است.

^۵ این مانده پس از کسر منابع تخصیص یافته بابت هزینه‌های پشتیبانی و پژوهشی در بخش دولتی تعیین می‌گردد.

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 موسسات بهداشتی و درمانی و بیمه‌های دولتی می‌انجامد. ضرورت نگاه‌داری این اندوخته‌ها، توانایی مالی موسسات یاد شده را به هنگام سررسید تعهدات هزینه‌ای آنها کاهش می‌دهد. این مشکل به خصوص در نظام بیمه درمان دولتی، که موضوعات تعهدات آنها کارانه‌ی پزشکان شاغل در موسسات بهداشتی و درمانی دولتی و حق ویزیت یا حق‌العمل پزشکان خصوصی طرف قرارداد می‌باشد، موجب طولانی شدن دوره انجام تعهدات و مسکلات 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.

ارزیابی و تحلیل مشکلات و موضوع مداخلات:

نگرانی‌های عمومی دولت در بخش بهداشت و درمان که به صورت موضوع سیاست‌ها و حدود مداخلات دولت در بخش نیز مشاهده می‌شود، به طور عمده شامل موضوعاتی است که به نظر می‌رسد مهم‌ترین آنها به شرح زیر باشد: تأمین منابع مالی کافی، تأمین پوشش‌گذاری خدمات بهداشتی و درمانی، اصلاح کارایی‌ها و برقراری شرایط و انگیزه لازم برای گسترش خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی، ارتقای سطح بهره‌مندی از خدمات، تسهیل در دسترسی به خدمات و گسترش عدالت در بخش بهداشت و درمان، و اصلاح نظام مبادله و نرخ‌گذاری. این مجموعه از موضوعات را می‌توان در چارچوب مطالعه‌ای برای شناخت وضعیت و اصلاح نظام تأمین منابع مالی بخش سلامت با رئوس کلی زیر، مورد ارزیابی قرار داد: الف) آنچه که توضیحی برای مشارکت عوامل موثر در بخش‌های دولتی و خصوصی به طور هم‌سو و سازگار برای ارتقای سطح دسترسی به خدمات و بهره‌مندی مطلوب مصرف‌کنندگان محسوب می‌شود، ب) موضوع تأمین منابع مالی و مکانیزم گردش آن از میان نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی بین دو گروه فراهم‌آورنده و مصرف‌کننده خدمات و نحوه مشارکت مصرف‌کنندگان در تأمین مالی هزینه‌ها، ج) موضوع مصارف هزینه‌ها با توجه به سهم و نقش گروه‌های متفاوت فراهم‌آورنده خدمات در فرآیند مبادله، و د) تعیین سطح مناسب منابع مالی بخش.

همچنین با توجه به سیاست عمومی به منظور گسترش پوشش خدمات بهداشتی و درمانی و دسترسی به خدمات از طریق نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی، نارسایی‌های عمومی در این نظام طی سال‌های گذشته، از دلایل حایز اهمیت

در انتقادات نسبت به نظام بهداشتی و درمانی کشور و نحوه ارائه خدمات در این نظام بوده است. در حال حاضر علی‌رغم رفع هر گونه محدودیتی در پذیرش بیماران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی تحت شرایط بیمه‌های درمانی^۶، موضوعاتی مانند محدود بودن سطح مشارکت منابع بیمه‌های درمانی دولتی در دریافتی‌های بخش خصوصی^۷، تأثیرپذیری محدود پزشکان و موسسات بخش خصوصی از سیاست‌های عمومی و مقررات نرخ‌گذاری بیمه‌های دولتی، و تفاوت صریح بین تمایل به پرداخت در نظام عرضه و دریافت خدمات و توانایی پرداخت مصرف‌کنندگان، موضوعات حایز اهمیتی برای توضیح ناکارایی‌های نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی و مشکل دسترسی به خدمات در این نظام دانسته می‌شوند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها

موضوع اصلی در این مطالعه، تدوین سیاست‌های تأمین مالی و اقتصادی در بخش بهداشت و درمان کشور و جستجوی پاسخ به دو سوال اساسی در بخش بوده است. این دو سوال به اختصار عبارتند از:

الف) چگونه می‌توان نظام یک‌پارچه‌ای برای عرضه خدمات در بخش ایجاد نمود؟ در نظام یک‌پارچه‌ی مورد نظر، انتظار این است که در وضعیتی که بخش بهداشت و درمان کشور از مجموعه‌ای از نظام‌های تأمین مالی موازی با یکدیگر تشکیل شده است، کلیه سیاست‌ها با هدف هم‌گرایی بخش‌های دولتی و خصوصی برای مشارکت موثر در عرضه خدمات، فراهم نمودن دسترسی مناسب و تأمین نیازها، توضیح داده شوند. این یک‌پارچگی با مداخلات و سیاست‌هایی امکان‌پذیر است که در آنها تلاش می‌شود: مشارکت در ریسک در منابع و برای مصرف‌کنندگان (خانوارها) افزایش یابد؛ دسترسی به خدمات به صورت غیرتأثیرپذیر از توانایی پرداخت مصرف‌کنندگان امکان‌پذیر شود؛ نارسایی‌های ناشی از نقص نظام مبادلات خصوصی در بخش با موضوعات عرضه خدمات بهداشتی و درمانی از نوع کالاهایی عمومی، افزایش رقابت برای عرضه خدمات از نوع خصوصی، حذف یا کاهش پرداخت‌های مصیبت‌بار، و برنامه‌ریزی برای عرضه خدمات مطابق با نیازها، جبران شود؛ و به طور کلی شرایط لازم برای پوشش کشوری برای مزایای خدمات و رفع مشکلات نابرابری‌ها در بخش بهداشت و درمان فراهم آید.

^۶ این موضوع این در واقع حاصل سیاست مشترک دو وزارتخانه‌ی بهداشت و رفاه و تأمین اجتماعی محسوب می‌شود.

^۷ در ادامه این موضوع با اطلاعات مالی و تفصیل لازم نشان داده خواهد شد.

ب) آیا می‌توان نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی را به عنوان چارچوب مناسبی برای عرضه خدمات در کشور پذیرفت و آن را در وضعیت فعلی و با روند کنونی حفظ نمود، یا باید اصلاحات مناسب در آن ایجاد کرد؟ با تصویر نمودن وضعیت مطلوب برای نظام‌های بیمه‌ای، به وضوح مشاهده گردید که چنین نظامی در وضعیت قابل قبول باید پوشش کامل بر منابع خانوارها و عمدتاً در دو بخش از این منابع شامل پیش‌پرداخت‌ها و مشارکت در پرداخت‌ها داشته باشد. محدود بودن این دو نوع پرداخت در مجموع پرداخت‌های خانوارها، و درمقابل، بالا بودن سهم پرداخت مستقیم خانوارها از هزینه‌های مصرفی که به وضوح به معنی انتقال ریسک بیماری به بیماران و مغایر با مشارکت جمعی در ریسک می‌باشد، و همچنین پوشش بسیار محدود بیمه‌ها بر خدمات خصوصی، از معیارهای قابل استناد در توضیح وضعیت نامناسب بیمه‌های اجتماعی درمانی در کشور محسوب می‌شود.

مجموعه‌ی مداخلات و سیاست‌های پیشنهادی براساس هدف‌گذاری‌های بلندمدت برای تغییر روندهای موجود، و ایجاد زمینه و ابزار سیاست‌گذاری برای مداخلاتی که فاقد سابقه یا امکانات اجرایی لازم در عمل می‌باشند، تنظیم و فراهم گردیده‌اند. همچنین باید توجه داشت که این توضیح برای مداخلات یاد شده، پس از طرح دو سوال اساسی فوق و تحلیل وضعیت موجود بخش در رابطه با این دو سوال، و براساس انتظارات از سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات برای رفع مشکلات در وضعیت موجود، حاصل آمده است. در این مطالعه، تحلیل وضعیت موجود و کارکردها با استناد به اطلاعات کلی به دست آمده از مستندات حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور، و ارقام و نسبت‌های صریح حاصل از این حسابها، نتایج روشنی را برای شناسایی موضوع مداخلات، هدف‌گذاری‌ها و جهت‌گیری‌ها فراهم نموده است.

سیاست‌های پیشنهادی، اصلاح کارکردها را در یک دوره سه تا پنج ساله مورد توجه قرار داده است. هیچ‌یک از این سیاست‌ها در گذشته دارای سابقه یا زمینه‌ای برای اجرا نیست، و تعدادی از آنها نیز اساساً با مشکل نبود ابزار لازم برای اجرا و کنترل روندها مواجه هستند. این موضوع به معنی آن است که باید برای این تعداد از سیاست‌های پیشنهادی، از پیش زمینه‌سازی مناسبی فراهم آید. زمانی که توجه به این سیاست‌ها و اجرای آنها پذیرفته گردید، و سیاست‌ها پس از نهاد سازی در وضعیت مستمر و پایداری قرار گرفتند، می‌توان هر زمان که لازم باشد، با هدف-گذاری‌ها و تدوین مقرراتی برای سازمان‌دهی مجدد فعالیت‌ها و منابع بخش و تغییر وضعیت موجود آن، موضوع اصلاحات نهادی در بخش را نیز مورد توجه قرار داد. در شرایط حاضر پیش از آن که اساساً جریان مداخلات در

بخش به صورتی تسهیل یافته امکان‌پذیر باشد، هرگونه اصراری بر انجام اصلاحات یاد شده، با نتایجی در شرایط ابهام آمیز همراه خواهد بود.

🔑 فرصت‌ها و نقاط قوت در نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان ایران

بطور کلی می‌توان نظام تأمین مالی در بخش بهداشت و درمان را از جهات زیر دارای نقاط قوت و فرصت‌های مناسب در نظر گرفت:

- وجود گرایش‌ها و حساسیت‌های لازم در نظام تصمیم‌گیری برای حل مشکلات مناطق محروم، روستایی و اقشار آسیب‌پذیر؛
- وجود سازمان‌های بیمه‌گر با سابقه و تجربه نسبتاً طولانی و این نکته که حدود ۹۰ درصد جمعیت از پوشش رسمی بیمه خدمات بهداشتی برخوردارند؛
- وجود منابع انسانی و فیزیکی در بخش سلامت؛
- هزینه‌های بهداشتی با توجه به دستاوردهای مطلوب بهداشتی خیلی زیاد نیست؛
- اصول اساسی نظام در مباحث کلی و در عمل، بر هزینه - اثربخش بودن مراقبت‌های اولیه و عدالت در ارتباط با دسترسی به خدمات و از جهات توان مالی، بویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر، تأکید دارد.

🔑 تهدیدها و نقاط ضعف در نظام تأمین مالی بخش بهداشت و درمان ایران:

در مقابل فرصت‌ها و نقاط قوت اشاره شده باید وجود تهدیدهایی در نظام سلامت کشور را پذیرفت که منجر به ضعف زیر ساخت‌های مدیریتی در بخش خواهد شد و اهم آن به شرح زیر است:

- کمبود منابع و عدم توانایی دولت برای تأمین منابع بخش بهداشت و درمان، بالا بودن نسبی درصد خانوارهای آسیب‌پذیر در جامعه و عدم تناسب رشد تعرفه‌های دولتی با شاخص قیمت‌ها و تخصص‌های مختلف (که اساساً به جهت نرخ دورقمی و بالای تورم در کشور و نرخ تورم اختصاصی و بالای بخش بهداشت و درمان، هیچ‌گاه بهای خدمات در وضعیت تثبیت شده در طول یک سال قرار نداشته است)؛
- ضعف نظام درمان کشور مثل فقدان نظام ارجاع و عدم شکل‌گیری الگوی مناسب برای دریافت خدمات سلامتی در نظام بیمه درمان و وجود ناهماهنگی سازمانی از انواع درون سازمانی و برون سازمانی در بخش؛

- ضعف مبانی نظارتی و مدیریتی بدلیل: درگیری دستگاه‌های دولتی غیر مسئول در فعالیت‌های ارائه خدمات سلامتی به صورت موازی و گاهاً متناقض با قوانین موجود در وزارت بهداشت و درمان، وجود قوانین اداری و مالی متعدد در بخش بهداشت و درمان گاه‌آبادارنده و متناقض (که خود تهدیدی جدی برای مدیریت محسوب می‌شود) و عدم هماهنگی در استفاده از مفاهیم مالی و اقتصاد بهداشت بین سیاست‌گذاران کلان، وجود فشارهای سیاسی و منطقه‌ای در ساخت و سازها بدون نیاز سنجی، همچنین تعریف پروژه‌های خاص بدون توجیه فنی و اقتصادی، ایجاد استقلال بودجه‌ای واحد‌های زیر مجموعه دانشگاه‌ها از جمله بیمارستان‌های منتخب و غیره بدون تعریف و ایجاد زیر ساخت‌های لازم که خود منجر به افزایش بار مالی بخش و تعدد مراکز تصمیم‌گیری خواهد شد، فقدان نظام اطلاعات و آمار مناسب در بخش بهداشت و درمان و عدم تهیه حساب‌های ملی سلامت به صورت مداوم، ضعف شدید در روشهای ثبت اطلاعات مالی و عدم تهیه گزارشات مالی مستند و مداوم جهت مدیریت و کنترل داخلی؛
- ضعف سیستم بیمه‌ای کشور از جهت دولتی بودن سازمان‌های بیمه‌گر، عدم ثبت اطلاعات مالی فیمابین سیستم‌های بیمه‌ای و بخش بهداشت و درمان و عدم تأمین مالی به موقع مطالبات بیمه‌ای بخش؛

محدودیت‌های موجود در حیطه منابع مالی بخش بهداشت و درمان

۱. کاهش تدریجی سهم بخش سلامت در فصل امور اجتماعی
۲. پایین بودن سهم بخش سلامت از GDP
۳. ناعادلانه بودن توزیع سهم بهداشت از بودجه‌های عمومی بخش سلامت
۴. عادلانه نبودن تأمین مالی و ناکارآمدی ساز و کارهای تخصیص و جذب منابع مالی بخش سلامت
۵. ناعادلانه بودن شدید نظام پرداخت کارکنان و ناکارآمدی نظام تشویق و تنبیه
۶. بیماری نگر بودن نظام بیمه (فقدان بیمه‌های سلامت نگر)
۷. ناکارآمد بودن روش محاسبه سرانه برای دریافت حق بیمه و نامناسب بودن فرآیند تعیین حق بیمه سرانه
۸. نامناسب بودن تعریف و حدود تعهدات بیمه خدمات درمانی پایه و بیمه‌های مکمل
۹. نظام تأمین مالی سنتی، بسیار پیچیده، ناعادلانه و ناکارآمد در بخش سلامت
۱۰. میزان مشارکت غیر عادلانه افراد و گروه‌های اجتماعی در تأمین مالی بخش سلامت

۱۱. عدم تبعیت نرخ گذاری خدمات از نظامی هنجار
۱۲. پراکندگی صندوقهای جمعیت ریسک و انباشت منابع
۱۳. تخصیص ردیف های بودجه ای برای برنامه یکسان به چندین دستگاه
۱۴. ساز و کار نامطمئن برای وصول حق بیمه از روستائیان و خویش فرمایان
۱۵. وصول حق بیمه در بیمه همگانی، بر مبنای هزینه نه بر مبنای درآمد
۱۶. هدایت ناکارآمد منابع عمومی به سمت گروههای دارای بیشترین نیاز بهداشتی و درمانی
۱۷. محدودیت امکان کنترل کیفیت نظام پرداخت به ازای انجام خدمت
۱۸. کنترل نظام پرداخت مبتنی بر بازرسی است، نه ارزیابی عملکرد
۱۹. شفاف نبودن سهم مشارکت مردم و دولت در تامین مالی بخش و عدم تبعیت سهم مشارکت از یک الگوی علمی، منطقی و قانونی
۲۰. ناکارآمدی سازمانهای بیمه‌گر (بویژه سازمان بیمه خدمات درمانی) در پرداخت بموقع مطالبات دارویی بیمارستانها

تنگناهای موجود در حیطه منابع مالی بخش بهداشت و درمان

۱. مداخله سازمانهای دیگر در تامین و توزیع منابع بخش سلامت
۲. عدم وجود ضمانت کافی در تحقق سهم دولت در تامین منابع مالی بیمه
۳. قرار نگرفتن بخشی از جامعه تحت پوشش بیمه درمان
۴. عدم تناسب اعتبارات با حجم فعالیتهای جاری
۵. واقعی نبودن سرانه بیمه‌ها و تعرفه‌های خدمات درمانی
۶. کاهش نقش دولت در تامین منابع مالی بخش سلامت
۷. کاهش نقش بیمه‌های اجتماعی در تامین هزینه‌های تحمیلی به بخش سلامت
۸. عدم تناسب فرصتهای شغلی با دانش آموختگان بخش سلامت
۹. عدم جبران خسارات وارده به سلامت از سوی سایر بخشها و عوامل توسعه
۱۰. ناهمگونی رشد قیمت کالاها و خدمات در سایر بخشها با خدمات بخش بهداشت و درمان

۱۱. ناهمگونی نرخ تورم در جامعه با اعتبارات بخش سلامت

۱۲. افزایش جمعیت زیر خط فقر در طی سال‌های گذشته

سیاست‌های اجرایی بخش بهداشت و درمان در حیطه منابع مالی :

۱. تامین منابع مالی مورد نیاز مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارایه خدمات بالینی با مشارکت

دولت، بیمه‌ها و مردم

۲. افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تامین منابع مالی بخش

و کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه‌های سلامتی

۳. افزایش نقش نظام بیمه‌ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع

براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری

۴. افزایش مشارکت بخش‌های مختلف در تامین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از

عملکرد آنان در بخش سلامت

۵. ارتقای بهره‌وری و کارایی عملکرد منابع بخش سلامت

۶. ارتقای بهره‌وری و عملکرد مدیریت منابع بخش سلامت

۷. ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استانداردهای لازم برای درمان بیماران

روانی مزمن و حاد، سوختگی، اورژانس‌ها و مصدومین و نیز بیماری‌های خاص و اختلالات زمینه‌ای

مانند سوء تغذیه

۸. ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استاندارد لازم برای درمان اқشار

آسیب‌پذیر و کم‌درآمد و سوء مصرف کنندگان مواد

۹. ایجاد سازوکار مناسب و تخصیص بودجه کافی در زمینه بهبود استانداردهای تولید، واردات، صادرات و

نظارت بر امور دارو، لوازم و تجهیزات پزشکی و بهداشتی

۱۰. توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای جامعه در سیاست‌های کلان اقتصادی

۱۱. هدفمند نمودن یارانه‌ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی و رفع سوء تغذیه خانوارهای کم‌درآمد

۱۲. تمرکز در سیاستگذاری، هدایت و نظارت بر عملکرد نظام بیمه درمان کشور در سطوح پایه و مکمل

۱۳. پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) در پهنه جغرافیایی کشور

۱۴. ایجاد و توسعه بیمه‌های سلامت نگر و تاکید بر روش‌های پرداخت سرانه

۱۵. تامین بخشی از منابع مالی از طریق ارتقای کیفیت خدمات و ارائه به سایر کشورها

۱۶. سازماندهی، هدایت و جلب کمک‌های مردمی و سازمان‌های غیردولتی

عنوان فعالیت‌ها طرح‌ها یا برنامه‌های اجرا شده در بخش بودجه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

طی سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی:

- پیشرو بودن وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در استقرار طرح بودجه ریزی عملیاتی و محاسبه قیمت تمام شده در بیمارستان‌های پایلوت
- ارزیابی فرایند بودجه دانشگاه‌ها از طریق چک لیست
- طراحی یا اجرای بودجه ریزی عملیاتی در ستاد
- تدوین حساب‌های ملی استانی بهداشت (NHA)
- انجام بررسی تطبیقی مکانیسم‌های تأمین مالی بخش بهداشت و مقایسه با کشورهای هم‌تراز
- تدوین روش‌های مناسب جهت جلب همکاری‌های بین‌المللی در جهت توسعه منابع مالی بخش بهداشت :
- طرح ارزیابی عملکرد اقتصادی بیمارستان‌ها
- بررسی وضعیت اعتبارات بخش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و تهیه گزارشات ادواری
- آشنایی با مباحث اقتصاد بهداشت و آموزش پلکانی مدیران و کارشناسان بودجه
- اجرای مکانیزاسیون اطلاعات بودجه‌ای بخش بهداشت و درمان
- همکاری با کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت و تشکیل تیم CMH در ایران
- تهیه و تدوین آیین‌نامه مالی و معاملاتی جدید دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در راستای دستیابی به اهداف
- ماده ۴۹ قانون برنامه چهارم توسعه
- تهیه و پیشنهاد قانون نحوه اداره دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی و پژوهشی
- تصویب اداره ۲۰ بیمارستان منتخب به صورت هیأت امنایی تا سال جاری و ایجاد راهکارهای قانونی جهت اداره بیمارستان‌های دیگر

- تعریف و تبیین حضور مدیران مالی و حساب‌برسان در ساختار مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تشکیل کمیته‌های تخصصی بودجه مالی و حساب‌رسی در بخش بهداشت و درمان
- لزوم تأیید گزارشات حساب‌رسی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در جلسات هیأت‌امنا دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها

تعیین سهم مشارکت مردم، دولت و سایر نهادها و بنگاه‌ها در تأمین منابع مالی نظام سلامت

- تهیه آیین‌نامه درخصوص چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان
- تهیه و پیشنهاد آیین‌نامه درخصوص برقراری مالیات سلامت بر مصرف دخانیات، روغن جامد، شکر، استفاده از اتومبیل و موتور سیکلت و سایر عوامل خطرزا.
- تهیه قوانین درخصوص افزایش سهم دولت از درآمد ناخالص داخلی برای تأمین هزینه‌های سلامت
- تنظیم چارچوب مشارکت مردم (جامعه) در تأمین منابع بخش
- تدوین قوانین برای تأمین منابع حق بیمه به صورت درصدی از درآمد (حقوق، دستمزد و.....)

تحلیل چشم انداز ملی و جهانی آینده سلامت

تحلیل چشم انداز ملی

سند چشم انداز بیست ساله‌ی جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی؛ که در تاریخ ۱۳ آبان ۱۳۸۲ توسط رهبر معظم انقلاب به سران قوای سه‌گانه ابلاغ شده است:

با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه‌ریزی شده و مدبرانه جمع و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست ساله: ایران کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه، با هویت اسلامی و انقلابی، الهام بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌الملل.

جامعه‌ی ایرانی در افق این چشم‌انداز چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت:

- توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، و متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم‌سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی‌های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، و بهره‌مند از امنیت اجتماعی و قضایی.

- برخوردار از دانش پیشرفته، توانا در تولید علم و فناوری، متکی بر سهم برتر منابع انسانی و سرمایه اجتماعی و تولید ملی.
- امن، مستقل و مقتدر با سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی همه‌جانبه و پیوستگی مردم و حکومت.
- برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع متناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.
- فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه‌ی تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن.
- دست یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه‌ی آسیای جنوب غربی (شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه) با تأکید بر جنبش نرم‌افزاری و تولید علم، رشد پرشتاب و مستمر اقتصادی، ارتقاء نسبی درآمد سرانه و رسیدن به اشتغال کامل.
- الهام‌بخش، فعال و مؤثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم‌سالاری دینی، توسعه‌ی کارآمد، جامعه اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تأثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه‌ای بر اساس تعالیم اسلامی و اندیشه‌های امام خمینی (ره).
- دارای تعامل سازنده و مؤثر با جهان بر اساس اصول عزت، حکمت و مصلحت.

هدف نهایی توسعه کشور داشتن جامعه‌ای است آرمانی با ویژگی‌های فوق تا موجبات به کمال رسیدن انسان را فراهم کند. از طرفی نیروی پیشران دستیابی به توسعه پایدار با الگوی ایرانی اسلامی در کشور، انسان کاملی است که خصوصیات آن باید باتوجه به مبانی و اصول فلسفی و اعتقادی و ویژگی‌های جامعه آرمانی فوق احصاء گردد و سهم تمامی بخش‌های توسعه شامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، دفاعی، امنیتی، قضایی و... در فراهمی موجبات رشد او معلوم گردد.

چشم‌انداز نظام سلامت (۱) در سال ۱۴۰۴

چشم‌انداز:

«ایران کشوری است با مردمی دارای بالاترین سطح سلامت و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه (۲)»

رسالت:

ارتقاء «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» و افزایش مستمر «طول عمر» سالم تک تک ساکنین و شهروندان ایران از طریق تامین عادلانه و گسترش منطقی خدمات سلامتی، آموزشی و پژوهشی علوم پزشکی مبتنی بر آخرین شواهد

معتبر، بیشترین کارایی در بهره‌گیری از منابع، مشارکت منطقی ذینفعان و همکاری بین بخشی برای برخورداری از سالم‌ترین جامعه در سطح کشورهای منطقه و دستیابی به توسعه پایدار.

اهداف کلان:

۱. تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مردم ایران تا حد کشورهای توسعه یافته و برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴
۲. دستیابی به جایگاه اول منطقه در تولید، نشر و بهره‌مندی از علوم و فن‌آوری‌های سلامت تا سال ۱۴۰۴
۳. تامین بالاترین سطح عدالت در برخورداری از سلامت در منطقه تا سال ۱۴۰۴
۴. دستیابی به جایگاه اول منطقه در پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی خدمت‌گیرندگان تا سال ۱۴۰۴

ارزش‌ها:

۱. تامین و حفظ کرامت اسلامی، انسانی
۲. مشارکت ذینفعان و همکاری بین بخشی در تامین سلامت
۳. عدالت

اصول:

۱. سلامت به عنوان حق اساسی همه مردم
۲. یکپارچگی تولید نظام سلامت
۳. حمایت از خلاقیت و نوآوری
۴. کاربست آخرین شواهد علمی معتبر
۵. صیانت از منابع

(۱) طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۰، هر نهادی که یکی از اهداف اولیه فعالیت‌های آن تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مردم باشد، زیر مجموعه نظام سلامت خواهد بود.

(۲) شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه

نظام نوین مالی در بخش بهداشت و درمان :

علی‌رغم تخصیص منابع کلان دولتی و امکانات موجود در بخش بهداشت و درمان، این بخش با کسری شدید منابع مواجه است و واضح و مبرهن است با صرف سرمایه‌گذاری‌های کلان در بخش بهداشت و درمان نمی‌توان مشکلات بخش را حل نمود بلکه باید با افزایش کارآمدی، اثربخشی و نظارت و بازرسی بخصوص در نحوه تأمین مالی و تخصیص به این هدف دست یافت. همان‌طور که در تهدیدها و نقاط ضعف نظام تأمین مالی بخش بیان شد ضعف مبنایی مدیریتی و نظارتی یکی از تهدیدهای اصلی بخش می‌باشد که خودبديل فقدان زیر ساخت مناسب برای استفاده اثر بخش از منابع حادث شده است. به همین دلیل اصلاح ساختار منابع مالی از موضوعات بسیار مهم

در برنامه اصلاحات بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود. مدیریت همان تصمیم‌گیری و تصمیم‌گیری فرآیند در تبدیل اطلاعات به عمل است. حدود ۹۰ درصد از عناصر سازنده یک تصمیم صحیح و سالم را "اطلاعات" تشکیل می‌دهد (فورستر ۱۹۷۶). در ایران علی‌رغم توسعه روزافزون وظایف و برنامه‌های دولت و ضرورت استقرار یک سیستم اطلاعاتی موثر و مفید، در مدیریت مالی سازمانهای دولتی و حسابداری دولتی تاکنون تحول و دگرگونی اساسی و قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشده است و با توجه به ارتباط مستقیم مدیریت مالی سازمانهای دولتی با بودجه مصوب سالانه دولت و اهمیت کنترل بودجه‌ای در حسابداری دولتی، توجه به این معضل بسیار ضروری و غیر قابل انکار به نظر می‌رسد. مدیریت صحیح منابع و وظیفه سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کلان می‌باشد که خود نیازمند شفاف‌سازی منابع و مصارف (هزینه‌ها و درآمدها) می‌باشد زیرا ساخت اصلی برای مدیریت مالی گزارشات و اطلاعات مالی مستند و مداوم می‌باشد سیستم‌های اطلاعات و آمار مورد نیاز مدیریت باید به نحوی محاسبات را انجام دهند که تا بتوانند با تعریف مناسب مزیت‌های نسبی سازمان، قدرت پاسخگویی سریع به نیازها و کاهش هزینه‌های تولید و افزایش درآمدها را امکان‌پذیر نمایند.

و این اطلاعات برای مدیریت همچون داشبورد ماشین عمل می‌کند که به راه‌برنده آن کمک خواهد کرد که از اتفاقاتی که در سیستم محرکه و درونی ماشین رخ می‌دهد به موقع اطلاع حاصل نماید. هم‌اکنون مدیران دولتی بخش فقط ملزم به تهیه گزارشات مالی برای سازمان‌های نظارتی و بازرسی می‌باشند و عدم احساس نیاز به وجود اطلاعات درون سازمانی برای کاربری توسط مدیران داخلی باعث شده است که مدیران از رویدادها و رخدادهای حوزه مدیریتی خود مطلع نبوده و بدون وجود اطلاعات کافی و علمی، کاملاً به صورت برآوردی و تخمینی و بصورت تجربی تصمیم بگیرند و عمل نمایند و غالباً بدلیل عدم وجود اطلاعات مستند و مکتوب از موقعیت‌های موجود استفاده بهینه ننموده و به نفع سایر ذینفعان عقب‌نشینی نمایند. همین‌طور کنترل داخلی بسیار ضعیف در بخش منجر خواهد شد.

شایان ذکر است که این خطر سایر بخش‌های دولتی را نیز تهدید می‌کند و منجر می‌گردد بخش تبدیل به مخزنی سوراخ شود که هیچ وقت نمی‌توان آن را مدیریت نمود ولی بخش بهداشت و درمان سریعتر با این مشکل مواجه شد.

با وجود اهمیت نقش مدیریت مالی در نظام سلامت، در دهه هفتاد سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بخش سلامت کشور ما، معتقد بودند که بازار خدمات بهداشتی و درمانی بازار اقتصادی نیست و چون کالای سلامت یک کالای

عمومی است، در نتیجه تامین هزینه های آن بر عهده دولت است. ولی بخاطر تحولات پیش آمده در سالهای اخیر و مواجه شدن دولت با افزایش هزینه های سلامت و تبدیل شدن برخی از تعهدات به دیون و بدهی، دیدگاه مدیران نسبت به مباحث اقتصادی در بخش سلامت تغییر کرده و لزوم بهری گیری از علوم اقتصادی و استفاده از صاحب نظران در این زمینه احساس گردید. بطوریکه حرکت به سمت بودجه ریزی عملیاتی در برنامه های سوم و چهارم توسعه مورد تاکید قرار گرفت. اولین قدم ها جهت اصلاح نظام مالی سلامت در ایران به سال ۱۳۸۲ بازمی گردد که طی آن پروژه ای جهت برآورد هزینه تمام شده فعالیت ها تا سطح مراکز هزینه، توسط دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ۴۰ بیمارستان بصورت پایلوت آغاز گردید. بدنبال اجرای این طرح مشخص گردید که برای حرکت به سمت بودجه ریزی عملیاتی و استقرار نظام نوین مالی، اولین قدم زیربنایی، اصلاح شیوه حسابداری و حرکت از حسابداری نقدی به سمت حسابداری تعهدی می باشد.

شیوه سابق حاکم بر مدیریت مالی در نظام سلامت ایران، شیوه حسابداری نقدی بوده است. در شیوه حسابداری نقدی، هر دریافت نقدی درآمد و هر پرداخت نقدی هزینه محسوب می شود. روش حسابداری نقدی قابلیت سنجش کارایی واحدهای ارایه دهنده خدمات را ندارد و امکان تحلیل عملیات سازمان را ایجاد نمی کند. سرفصلهای حسابداری دولتی انطباقی با بودجه عملیاتی نداشته و در آن مراکز هزینه شناسایی نشده است. ارزش ریالی عملیات از طریق حسابداری نقدی قابل تولید نیست و استقلال مالی سازمان ها مورد توجه قرار نمی گیرد. قانون محاسبات عمومی سال ۱۳۶۶ نیز با استفاده از روش حسابداری نقدی انجام می گیرد و فاقد منطق بودجه عملیاتی است. این نوع حسابداری مهمترین معضل در مدیریت مالی بخش سلامت می باشد، بطوریکه گزارشات مالی تهیه شده صرفا جهت ارایه به دستگاه های نظارتی بوده و گزارشات مالی بصورت موردی و غیر قابل اتکا به فرآیند حسابداری عملیاتی تهیه می شود. در روش بودجه نویسی سابق، هزینه های هر دستگاه اجرایی به تفکیک فصول و مواد هزینه برآورد می شود و هدف ها صرفا به ابزار مالی و حسابداری دریافتها و پرداخت های بخش دولتی استوار است. در این روش محور اصلی تهیه بودجه، طبقه بندی سازمان ها و مواد هزینه ها است. در این روش تدارک و تجهیز سازمان مجری با تحقق هدف مترادف پنداشته می شود. نتیجه اینکه، این روش را می توان به عنوان بزرگترین مانع در ارزیابی های عملیاتی و بودجه نویسی بر اساس بازده قلمداد کرد.

در روش نوین بودجه ریزی، با عنوان بودجه برنامه ای یا عملیاتی، وظایف دستگاه های اجرایی به تفکیک برنامه و فعالیت های درون هر برنامه طبقه بندی می شود، چرا که سازمان های دولتی بخودی خود هدف نیستند، بلکه

مسائل اساسی در تنظیم بودجه، توجه به وظایف عملیاتی است که باید اجرا گردد. در بودجه عملیاتی فقط به تفکیک برنامه‌ها اکتفا نمی‌شود، بلکه هزینه عملیات طبق روش‌های دقیق فنی و براساس اندازه‌گیری حجم کار مورد محاسبه قرار می‌گیرد. با روش اندازه‌گیری حجم کار، قیمت تمام شده بدست آمده و در تصمیمات کلان منعکس می‌گردد. بودجه‌ریزی عملیاتی یعنی پیوند منابع (داده‌ها) به عملیات و سازمان (ستانده‌ها). بودجه ریزی عملیاتی در واقع یک نوع شیوه تلفیق عملکرد سالانه و بودجه سالانه می‌باشد که روابط بین میزان اعتبارات برنامه و نتایج مورد انتظار را نشان می‌دهد.

با عنایت به مشکلات موجود در زمینه مدیریت مالی بخش سلامت، پروژه تدوین نظام نوین مالی بخش سلامت در دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردید و مراحل استقرار آن در حال انجام است. هدف از این پژوهش نیز معرفی نحوه تدوین این مدل بعنوان گامی در جهت اصلاح نظام سلامت و کمک در جهت رسیدن به اهداف غایی آن می‌باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه در سه قسمت بشرح زیر ارایه شده است:

- استخراج مشکلات موجود در نظام قبلی مالی در وزارت بهداشت
- الزامات لازم برای طراحی نظام نوین مالی
- طراحی نظام نوین مالی بخش سلامت

اعتقاد بر این است که نظام بهداشتی و درمانی کشور با منبع هفت هزار میلیارد تومانی سال ۱۳۸۷ نیازشدید به مدیریت مالی حرفه‌ای دارد و نیازهای مالی واقعی بیمارستان با اتکاء به عملیات و عملکرد باید تعیین شود و مشکلات به استناد انحرافات و سیاستگزاری دوره مالی بعد ریشه‌یابی گردند. ابزارهای مالی اطلاعاتی مدیریتی فارغ از نیازهای دولتی و صورتهای مالی استاندارد (عملکرد ، سودوزیان ، ترازنامه ، سرمایه در گردش و ...) باید تهیه شود تا در نتیجه قیمت گذاری و اصلاح تعرفه خدمات و تحدید هزینه‌ها بعنوان نیاز اساسی در بخش بهداشت و درمان امکان پذیر شود.

در بخش بهداشت و درمان به تفکیک فصول، هزینه مورد توافق وزارت امور اقتصادی و دارائی و معاونت راهبردی ریاست جمهوری از طریق برنامه‌های اعتباری در بخشهای دولتی توزیع میگردد و تابع قانون محاسبات عمومی کشور می‌باشد. لیکن اداره دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تابع قانون هیئت امناء و آئین نامه مالی معاملاتی موسسات آموزش عالی است و با منطق هلدینگ هم اکنون قوانین مالی و معاملاتی دانشگاهها و

مراکز آموزش عالی، قانون هیئت امنا، قانون محاسبات عمومی، قانون برنامه و بودجه و سایر قوانین، موقعیت دانشگاه‌های علوم پزشکی را با عنایت به محدودیتهای طبقه بندی حسابها به شدت پیچیده نموده است .

در استراتژی بلند مدت اصلاحات منظور نظر سیاست گذاران بخش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی پس از اجزای حسابداری تعهدی و اصلاحات در نظام ثبت اطلاعات ریالی و مقداری این بخش با اجرای قیمت تمام شده و بودجه بندی عملیاتی وارد فاز اجرایی مدیریت هزینه، بهره وری و تجزیه و تحلیل نتایج شویم و برنامه این است که در آینده ای نزدیک با همت عالی دست‌اندرکاران نظام نوین مالی در بخش بهداشت و درمان بعنوان اولین بخش دولتی نهایی و اجرایی گردد و تجربه ای باشد برای سایر بخش های دولتی کشور ایران .

تعریف واژه ها :

بیمه	بیمه، عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند که در ازای دریافت پول از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر وی را جبران کرده یا وجه معینی را بپردازد.
درآمد ناخالص ملی CNI / محصول ناخالص ملی	درآمد ناخالص ملی، عبارت است از حاصل جمع درآمدهای اولیه قابل دریافت توسط واحدهای نهادی مقیم یک کشور در یک دوره زمانی معین. به عبارت دیگر، درآمد ناخالص ملی از حاصل جمع جبری محصول ناخالص داخلی با خالص درآمد از خارج به دست می‌آید که محصول ناخالص ملی (GNP) نیز نامیده می‌شود.
سیستم حساب‌های ملی	سیستم حساب‌های ملی از یک مجموعه منسجم، سازگار و یکپارچه حساب‌ها، ترازنامه‌ها و جداول کلان اقتصادی براساس تعاریف و مفاهیم، طبقه بندی ها و قواعد حساب‌داری توافق شده در سطح بین‌المللی، تشکیل شده است. در این سیستم چارچوب حسابداری جامعی ارائه شده است که در آن داده‌های اقتصادی برای دوره های زمانی معین و متوالی در قالبی تنظیم می‌شود که برای سیاستگذاری‌ها، تجزیه و تحلیل‌ها و تصمیم‌گیری‌های اقتصادی مورد استفاده قرار می‌گیرد.
هزینه خانوار، هزینه خالص خانوار، هزینه های مصرف خانوار	هزینه خانوار، شامل هزینه‌های مصرفی و هزینه‌های غیر مصرفی می‌باشد. هزینه‌های مصرفی خانوار، عبارت است از ارزش پولی کالاها یا خدماتی که توسط خانوار و به منظور مصرف از طریق خرید، تولید خانگی، در برابر خدمت، از محل کسب و مجانی، به استثنای آنچه که از سایر خانوارها دریافت شده، تهیه شده است. هزینه‌های غیر مصرفی خانوار، شامل پرداخت مالیات‌های مستقیم، عوارض و سایر پرداخت‌های اجباری، حق بازنشستگی، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی غیردرمانی و سایر حق بیمه‌های مشابه، انتقالات و هزینه‌های خرید نسبی و دیرکرد می‌باشد. مبالغ سرمایه‌گذاری، پس‌انداز، وام، بازپرداخت وام و پرداخت برای سایر معاملات مالی خانوار در هزینه خانوار محسوب نمی‌شود. در صورتی که از هزینه خانوار ارزش فروش دست دوم کالاها، مالیات های مستقیم، حق بازنشستگی، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی غیردرمانی و سایر حق بیمه‌های مشابه کسرگردد «هزینه خالص خانوار»، و در غیر این صورت «هزینه ناخالص خانوار» می‌باشد.
یارانه	یارانه، پرداخت های جاری و بلاعوضی است که دولت برای افزایش قدرت خرید مصرف کنندگان و یا رساندن کالاها و خدمات با قیمت ارزانتر بدست مصرف کنندگان و حمایت از توان رقابت و تولید بنگاه های اقتصادی پرداخت می کند.
محصول ناخالص داخلی (GDP)	محصول ناخالص داخلی، نتیجه نهایی فعالیت‌های اقتصادی واحدهای تولیدی مقیم یک کشور در یک دوره زمانی معین است. محصول ناخالص داخلی به سه روش زیر محاسبه می‌شود: ۱- روش تولید: در این روش محصول ناخالص داخلی از جمع ارزش افزوده‌های ناخالص کلیه واحدهای تولیدی مقیم محاسبه می‌شود. ۲- روش هزینه: در این روش محصول ناخالص داخلی برابر است با جمع مصارف نهایی، تشکیل سرمایه ناخالص و صادرات، منهای واردات کالاها و خدمات. ۳- روش درآمد: در این روش محصول ناخالص داخلی از جمع درآمدهای اولیه توزیع شده توسط واحدهای تولیدی مقیم به دست می‌آید.
هزینه خانوار، هزینه خالص خانوار، هزینه های مصرف خانوار	هزینه خانوار، شامل هزینه‌های مصرفی و هزینه‌های غیر مصرفی می‌باشد. هزینه‌های مصرفی خانوار، عبارت است از ارزش پولی کالاها یا خدماتی که توسط خانوار و به منظور مصرف از طریق خرید، تولید خانگی، در برابر خدمت، از محل کسب و مجانی، به استثنای آنچه که از سایر خانوارها دریافت شده، تهیه شده است. هزینه‌های غیر مصرفی خانوار، شامل پرداخت مالیات‌های مستقیم، عوارض و سایر پرداخت‌های اجباری، حق بازنشستگی، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی غیردرمانی و سایر حق بیمه‌های مشابه، انتقالات و هزینه‌های خرید نسبی و دیرکرد می‌باشد. مبالغ سرمایه‌گذاری، پس‌انداز، وام، بازپرداخت وام و پرداخت برای سایر معاملات مالی خانوار در هزینه خانوار محسوب نمی‌شود. در صورتی که از هزینه خانوار ارزش فروش دست دوم کالاها، مالیات های مستقیم، حق بازنشستگی، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی غیردرمانی و سایر حق بیمه‌های مشابه کسرگردد «هزینه خالص خانوار»، و در غیر این صورت «هزینه ناخالص خانوار» می‌باشد.

منابع

- همایش چالش‌ها و توسعه چشم اندازهای ایران، اسفند سال ۱۳۸۱.
- گزارش جهانی سلامت - سال ۲۰۰۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۱.
- گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۳.
- شیپر، کلینگن، اصلاح امور مالی بخش بهداشت و درمان در ایران، ترجمه دکتر ابوالقاسم پوررضا، فصلنامه تأمین اجتماعی شماره ۷، سال ۱۳۸۰.
- گزارش دفتر بررسی اقتصادی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، نظام تأمین مالی بخش بهداشت در کشور های در حال توسعه، سال ۱۳۸۲.
- گزارشات واحد مطالعات و برنامه ریزی اقتصاد بهداشت-وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱
- رمضانیان، مریم. مطالعه تطبیقی شاخص‌های هزینه‌ای بخش بهداشت و درمان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی (EMRO) در سال ۲۰۰۱ تا سال ۱۳۸۳
- ابوالحاج مسعود - روند تخصیص اعتبارات و هزینه‌های دولت با نگاهی به بخش بهداشت و درمان طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۶۵ سال ۱۳۸۳
- گزارش نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت در سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۴. دفتر مطالعات اجتماعی، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهریور ۱۳۸۷
- گزارش طرح بودجه ریزی عملیاتی در ۴۰ بیمارستان پایلوت، دفتر برنامه‌ریزی منابع مالی و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۲
- مدیریت در عرصه بهداشت و درمان (جلد دوم)، عبدالوهاب باغبانیان، سید جمال الدین طبیبی. چاپ اول. انتشارات گپ، ۱۳۸۲.
- قانون محاسبات عمومی در جمهوری اسلامی ایران، مصوب مجلس شورای اسلامی، شهریور ۱۳۶۶.
- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور جمهوری اسلامی ایران. مصوب مجلس شورای اسلامی. مصوب ۱۳۸۳.
- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور جمهوری اسلامی ایران. مصوب مجلس شورای اسلامی. مصوب ۱۳۷۹.
- سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور جمهوری اسلامی ایران. ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری. دی ۱۳۸۷.
- کتب قانون بودجه سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ جمهوری اسلامی ایران. مصوب مجلس شورای اسلامی. ۱۳۸۰ - ۱۳۸۷.
- The world health report 2000- Health systems, improving performance. World Health Organization, Geneva. 2000.
- مصاحبه با مسئولین، گزارشات و آمار بدست آمده از معاونت توسعه مدیریت و منابع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۰-۱۳۸۷
- اقتصاد بهداشت: عرصه‌ها، چشم اندازها، ابوالقاسم پوررضا، فصلنامه پایش، سال دو، شماره چهارم، ۱۳۸۲.
- ارائه مدل برنامه ریزی آرمانی جهت تخصیص منابع در بخش آموزشی، دانشگاهی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بهرام دلگشایی، قاسم عابدی، میر بهادر قلی آریا نژاد، سید جمال الدین طبیبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره ۱۷، شماره ۵۷، صفحه ۸۲-۸۷.
- ۸۷، ۱۳۸۶.
- بررسی رفتار اقتصادی بیمارستان‌های عمومی-آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سالهای ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲، عزیز رضاپور، محمد خلیج. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۸، شماره ۳، صفحه ۱۱-۱۶، ۱۳۸۵.
- بررسی وضعیت تخت روز بستری و شاخص‌های عملکردی در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران (سال ۱۳۸۱). فرید عبادی فرد آذر، حسن انصاری، عزیز رضاپور، مجله مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دوره ۷، شماره ۱۸، صفحه ۳۷-۴۵، ۱۳۸۳.
- Musgrove P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339). (13)
- The world health report 1999 – Making a difference. Geneva, World Health Organization, 1999: 37–43. Shieber G, Maeda A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: Innovations in health care financing. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, DC, 1997. (15)
- Preker A et al. Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia. Washington, DC, The World Bank, 1999 (World Bank Technical Paper, forthcoming). (3)
- Getzen T.E., Health economics fundamentals and flow of funds, John Wiley and Sons Inc, USA, 1997