

بررسی آثار و پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان^۱

محمدتقی فیاضی^۲ علی همت‌جو^۳

چکیده

مقدمه: طرح تحول نظام سلامت که به دنبال «محافظت مالی» مردم در قبال هزینه‌های سلامت، ارتقای کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات درمانی بود، در مرحله اجرا با چالش‌هایی مواجه شد. این چالش‌ها هم در حوزه بهداشت و درمان و هم خارج از آن ایجاد شده است. بنابراین ادامه طرح به شکل اولیه، اصلاح طرح یا توقف آن مستلزم مطالعاتی در این زمینه بوده است. لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی آثار اجرای طرح بر اقتصاد کلان تدوین شده است.

هدف: هدف اصلی مطالعه ارزیابی طرح تحول نظام سلامت از منظر تأثیر اجرای آن بر شاخص‌های کلان اقتصادی مانند اشتغال و رشد اقتصادی است.

روش: روش‌شناسی پژوهش به صورت تحلیلی - توصیفی و مبتنی بر استفاده از ماتریس حسابداری اجتماعی است. به این منظور ابتدا ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان برای سال ۱۳۹۵ طراحی و سپس آثار طرح بر متغیرهای کلان اقتصادی با کمک آن شبیه‌سازی و نتایج استخراج شده است. تمام جداول ماتریس حسابداری اجتماعی و محاسبات مربوط به ضرایب، شبیه‌سازی و استخراج نتایج در محیط نرم‌افزار اکسل صورت گرفته است.

نتیجه: نتایج تحقیق نشان داد که با هزینه‌های انجام شده در این طرح رشد اقتصادی ۳٫۷ درصدی در کل ۵ سال اجرای طرح حاصل شده است. همچنین کل اشتغال ایجاد شده ناشی از اجرای طرح تحول نظام سلامت در کل اقتصاد و در ۵ سال معادل ۱۶۲۵۷۸ شغل بوده است. از کل درآمد ایجاد شده در بین زیر بخش‌های بهداشت و درمان، خدمات بیمارستانی با ۱/۲۱ واحد بیشترین افزایش درآمد عوامل تولید را ایجاد کرده است. ترکیب توزیع درآمد بین عوامل تولید (نیروی کار شهری و روستایی) نشان داد که خانوارهای شهری بیشتر از خانوارهای روستایی عایدی داشته‌اند. در حوزه توزیع درآمد نیز وضعیت تقریباً شبیه نظام ایجاد درآمد بوده است.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت - ماتریس حسابداری اجتماعی - متغیرهای کلان اقتصادی

۱- این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی تحت عنوان «بررسی آثار و پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان» است که در موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام شده است.

۲- مجری طرح و عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی fayyazi2002@yahoo.com

۳- پژوهشگر اقتصادی و دانشجوی دوره دکترای اقتصاد

۱- مقدمه

به طور کلی سلامت، نداشتن بیماری نیست، بلکه شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که از ابعاد و عوامل متعدد و عموماً پیچیده تشکیل شده است. تأمین سلامت نیز نیازمند اتخاذ رویکرد کل نگر و همه جانبه است. توسعه بخش سلامت امری فراهشی (و حتی فراملی) است؛ چون هدف نهایی آن توسعه پایدار کشور با تکیه بر انسان سالم است؛ لذا توجه به سلامت، وظیفه تمام ارکان جامعه مانند نهادهای دولتی، خصوصی و مردمی است. تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی آحاد جامعه در بالاترین سطح ممکن، وظیفه اصلی حاکمیت است. همچنین دستیابی به سلامت از مهم ترین چالش های روزمره انسان ها است؛ چراکه توسعه و رشد جوامع درگرو وجود انسان و جامعه سالم است. از این رو دولت ها متعهدند که همه مردم از خدمات سالم و باکیفیت بهره مند باشند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶).

در سال های اخیر، نظام سلامت کشور با مشکلات گوناگونی همراه بوده که سبب بروز نارضایتی مردم و بخش های مختلف نظام سلامت شده است. پس از روی کار آمدن دولت یازدهم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح تحول نظام سلامت را تدوین کرد. این طرح که به دنبال «محافظت مالی» مردم در برابر هزینه های سلامت، ارتقای کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات درمانی بود، از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳، در بیمارستان های دولتی سراسر کشور به اجرا درآمد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت های کلی و اسناد بالادستی به ویژه سند چشم انداز بیست ساله، سیاست های کلی سلامت، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه های دولت یازدهم، اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش ماهه از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ آغاز کرد. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد (تارنمای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی).

طرح تحول نظام سلامت شامل هشت بسته اجرایی به شرح ذیل بوده است: (۱) کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های دولتی، (۲) حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، (۳) حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دولتی، (۴) ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های دولتی، (۵) ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دولتی، (۶) برنامه

۱- طرح تحول نظام سلامت از دو ماه بعد از اولین جلسه هیئت دولت، با تصویب نامه مورخه ۱۵ آبان ۱۳۹۲ در مورد بررسی هماهنگی و تقسیم کار دستگاه های اجرایی در مورد طرح تحول سلامت رسماً وارد فاز اجرایی شد.

ترویج زایمان طبیعی، (۷) برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند و (۸) راه‌اندازی اورژانس هوایی (رزم‌آرا و دیگران، ۱۳۹۴: ۴).

اهداف کلی طرح شامل سه محور اساسی به این شرح بوده است^۱: (۱) محافظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت؛ (۲) ارتقای کیفیت خدمات درمانی و (۳) افزایش دسترسی به خدمات درمانی (عدالت درمانی). در همین راستا و پس از گذشت پنج سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت، این طرح با مشکلات و چالش‌هایی همراه شد. این چالش‌ها را می‌توان به دو گروه چالش‌های ذاتی و اجرایی تقسیم‌بندی کرد:

چالش‌های ذاتی طرح تحول: (۱) بی‌توجهی به خدمات بهداشتی و پیشگیری (بهبودی‌فر و همکاران، ۱۳۹۳)؛ (۲) ارتقای نظام سلامت مبتنی بر تخصیص مستقیم منابع مالی (بهبودی‌فر و همکاران، ۱۳۹۳؛ مهدیان و جهانگرد، ۱۳۹۴ و علیدادی و همکاران، ۱۳۹۴) و (۳) به حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی: (بهبودی‌فر و همکاران، ۱۳۹۳).

چالش‌های اجرایی طرح با فرض تداوم یا توقف آن متفاوت است. مهم‌ترین چالش اجرایی طرح با فرض تداوم آن، کمبود منابع موردنیاز برای تداوم آن است (علوی و همکاران، ۱۳۹۳؛ بهبودی‌فر و همکاران، ۱۳۹۳ و علیدادی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین چالش‌های اجرای طرح در صورت توقف طرح، احتمال بروز نارضایتی‌های گسترده به دلیل انتظارات ایجادشده است (علوی و همکاران، ۱۳۹۳).

تمامی مسائل فوق بر این نکته تأکید دارد که این طرح یک‌بار بی‌طرفانه بدون مداخله بازیگران اصلی طرح و ذی‌نفعان و ذی‌نفوذان بخش سلامت موردبررسی و ارزیابی دقیق قرار گیرد. در این ارزیابی باید آثار و تبعات طرح بر بخش سلامت و سایر بخش‌های اقتصادی کشور سنجیده شود تا افق روشنی برای سیاست‌گذاران بخش سلامت در خصوص ادامه و یا تجدیدنظر در این طرح عظیم کشوری ترسیم شود.

مطالعات متعددی در زمینه تحول در نظام سلامت کشورها با تأکید بر میزان دسترسی به خدمات سلامت، کارایی نظام سلامت و عدالت در هزینه‌های سلامت و ... در خارج از کشور صورت گرفته است. در ادامه به برخی از این مطالعات اشاره می‌شود.

آمارتیا سن استدلال می‌کند که سلامت، مهم‌ترین یا یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای توسعه اقتصادی و انسانی کشورهاست (سن، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، مطالعات متعدد دیگری فقر را به شرایط موجود در

۱- تارنمای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی:

<https://tahavol.sbmu.ac.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=440&pageid=24018>

متغیرهای سلامت و بالعکس پیوند داده‌اند (هارگریوس و همکاران، ۲۰۱۶). مروری بر ادبیات اقتصاد سلامت نشان می‌دهد که دسترسی نامناسب جغرافیایی، اقتصادی و اجتماعی به خدمات سلامت، کیفیت نامناسب خدمات سلامت یا هزینه بالای دسترسی به خدمات سلامت، منجر به بروز اثرات نامناسب اقتصادی و اجتماعی در سطح کلان یا خانوار می‌شود (شیرواستاوا و همکاران، ۲۰۱۶). به همین دلیل نیز، تقریباً عمده طرح‌های تحول سلامت، اهداف خود را در بهبود کیفیت خدمات سلامت در کنار دسترسی به خدمات سلامت و افزایش دسترسی پذیری به خدمات، از طریق کاهش هزینه‌های خدمات سلامت افراد یا افزایش مخارج سلامت دولت قرار داده‌اند (مارتن و همکاران، ۲۰۱۴).

برای دهه‌های متمادی، دولت‌ها و کشورهای زیادی برای بهبود سیستم سلامت خود تلاش کرده‌اند. این تلاش‌ها به ایجاد فهرست طولانی از تجارب مربوط به تحول در نظام‌های سلامت کشورها منجر شده که شرح آن‌ها به صورت کلی یا تفصیلی در مطالعات متعددی آمده است (اتون و همکاران، ۲۰۱۵). در برخی مطالعات نیز صرفاً در مورد طرح‌های تحول کشورهای خاص تمرکز شده و به بررسی یا مرور تجربه یک کشور پرداخته شده است. برخی از مطالعات پر ارجاع در این زمینه عبارت‌اند از^۱:

- میسونی و سولیمانو (۲۰۱۰) در مطالعه زمینه‌ای^۱ که برای سازمان جهانی بهداشت انجام داده‌اند، اصلاحات سلامت در شیلی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. محققان در این گزارش اشاره کرده‌اند که اصلاحات در بخش سلامت در شیلی که از سال ۲۰۰۰ در حال اجراست، بر حمایت از حقوق بیماران و افزایش انصاف و عدالت در تأمین مالی سلامت متمرکز بوده است. این اصلاحات از طریق قانون‌گذاری جدید تحت عنوان طرح AUGÉ^۲ صورت گرفته است. در این قانون دسترسی به خدمات سلامت و حمایت مالی برای برخی موارد خاص از طرف قانون‌گذار تضمین شده است. برای تأمین مالی قانون نیز، منابع جدیدی عمدتاً از مسیر افزایش مالیات‌ها و مرتبط کردن آن با قانون جدید وضع شد. محققان، اجرای طرح را به‌رغم برخی مخالفت‌های اولیه در مسیر بحث‌های پارلمانی و نیز برخی چالش‌های اجرایی بعدی آن، در مجموع موفق ارزیابی کرده‌اند.

- یاشار (۲۰۱۰) با مطالعه برنامه تحول سلامت^۳ در ترکیه، ضمن مروری بر اجرای این طرح که از سال ۲۰۰۳ باهدف بهبود کارآمدی سیستم سلامت و بهتر شدن شاخص‌های عدالت و دسترسی به خدمات سلامت به اجرا درآمده، نتیجه گرفته است که برنامه‌های هشت‌گانه این طرح اگرچه تا حدودی با موفقیت پیاده‌سازی شد، اما اهداف اصلی طرح، عمدتاً در حوزه پوشش مالی در مقابل هزینه‌های سلامت و بهبود شاخص‌های سلامت چندان محقق نشد.

1- Background Paper

2- Acceso Universal a Garantías Explícitas

3- Health transformation programme(HTP)

• کورتمانچ و زاپات (۲۰۱۳) به بررسی اصلاحات سیستم سلامت در ایالت ماساچوست آمریکا پرداخته‌اند. در این طرح که در سال ۲۰۰۶ به اجرا درآمد و بعدها مبنایی برای اجرای اصلاح سیستم سلامت در دوران اوباما شد، تلاش شد از طریق برخی اصلاحات در بازار بیمه‌ها و نیز وضع برخی الزامات برای بیمه‌های اجباری و نیز تخصیص یارانه بیمه سلامت برای برخی افراد نیازمند، به‌گونه‌ای سیستم مراقبت همگانی سلامت^۱ را در این ایالت برقرار کند. این اصلاحات از طریق قانون‌گذاری داخل ایالتی صورت گرفت. نتایج مطالعه مذکور نشان می‌دهد که بهبود در دسترسی به خدمات سلامت در خانوارهای کم‌درآمد، کهن‌سالان و اقلیت‌های نژادی بیش از بقیه گروه‌ها بوده و در مجموع اهداف طرح در این زمینه محقق شده است.

• لوکیدو و همکاران (۲۰۱۳) به ارزیابی اصلاحات سلامت در یونان با تأکید بر بخش سیستم سلامت روان پرداخته‌اند. این اصلاحات که نزدیک به ده سال طول می‌کشد، بر مبنای توسعه سیستم سلامت اجتماع‌محور^۲ به اجرا درآمده است. برنامه اصلاحات مذکور که بیش از ۷۵ درصد هزینه آن، در پنج سال اول توسط اتحادیه اروپا تأمین و پس از آن به‌طور کامل توسط دولت یونان تأمین مالی شد، در رسیدن به اهداف خود از جمله گسترش پوشش مداخلات سلامت روان و حمایت از افراد آسیب‌دیده در این حوزه نسبتاً موفق بوده، اگرچه از برخی مشکلات اجرایی عمدتاً در حوزه ساختار مدیریتی، به‌عنوان ضعف‌های برنامه ذکر شده است.

• لخان و همکاران (۲۰۱۵) در ارزیابی وضعیت و برنامه‌های اصلاحات سلامت در اوکراین نتیجه گرفته‌اند که اصلاحات انجام شده، «مبنایی» نبوده و نتوانسته است نقاط ضعف اصلی سیستم سلامت اوکراین که مهم‌ترین آن‌ها، پرداخت از جیب زیاد (حدود ۴۲ درصد) و دسترسی ضعیف به خدمات سلامت بوده را ترمیم کند. عدم توجه به سیستم انگیزشی و نیز ضعف در توجه به کیفیت خروجی از جمله نارسایی‌های مربوط به تلاش‌های انجام شده در سیستم سلامت اوکراین ارزیابی شده است.

• اورزانگ (۲۰۱۶) در ارزیابی برنامه اصلاحات سلامت آمریکا و تجربه اجرای قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون‌به‌صرفه^۳ که به‌طور خلاصه قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه (ACA)^۴ و یا قانون مراقبت اوباما (اوباما‌کر^۵) نامیده می‌شود، نتیجه گرفته است که اجرای این قانون اگرچه با ضعف‌هایی همراه بوده، اما نیمه پر لیوان بیش از مقدار خالی آن بوده است. بر اساس این ارزیابی، مشکلات

1- Universal health coverage/care (UHC)

2- Community-based mental health service system

3- Patient Protection and Affordable Care Act

4- Affordable Care Act

5- ObamaCare

اساسی در حوزه بورس‌های بیمه‌های سلامت همگانی و مسائل مرتبط با پایداری مالی در برخی ایالت‌ها رخ داده و موفقیت اصلی نیز در افزایش چشم‌گیر پوشش بیمه خدمات سلامت و اصلاح انجام‌شده در ارائه خدمات بوده است.

صرف‌نظر از مورد مشخص ادبیات تحول در نظام‌های سلامت، مطالعات متعددی در مورد چگونگی ارتباط مخارج سلامت با رشد، تأثیرات انصاف در مخارج سلامت، تأثیر بهبود شیوه‌های خدمت‌رسانی یا گستره خدمات سلامت بر سایر متغیرها و ... انجام شده است که از جمله این مطالعات می‌توان به موارد پرارجاع زیر در اسناد طرح‌های تحول سلامت کشورهای مختلف، اشاره کرد:

- دیتون (۲۰۰۷) در بررسی خود در مورد رابطه وضعیت اقتصادی افراد بر سلامت آن‌ها، این رابطه و نقش مخارج دولت در این زمینه را مثبت ارزیابی کرده است.

- بلیکلی (۲۰۱۰) در بررسی رابطه بین سلامتی و بهره‌وری نیروی کار، نتیجه گرفته است که سلامت می‌تواند بهره‌وری نیروی کار را به‌طور قابل‌توجهی افزایش دهد.

- اکمان (۲۰۰۷) در مطالعه خود نوسانات پرداخت‌های کمرشکن سلامت و بیمه سلامت در کشورهای با درآمد متوسط و پایین را تحلیل کرده است.

- اودونل و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی دسترسی به خدمات و نیز هزینه‌های سلامت در کشورهای مختلف به این نتیجه رسیده‌اند که به‌رغم تمامی تلاش‌هایی که در این حوزه انجام شده است، هنوز هم مشاهده می‌شود که تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه پرداخت‌های مستقیم از جیب و کمبود نسبی سازوکارهای پیش‌پرداخت مانند مالیات و بیمه سلامت صورت می‌گیرد.

- سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴) توجه به حجم پرداخت‌های مستقیم و از جیب خانوارها و متعاقب آن بروز هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت را دو عامل مهمی می‌داند که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرند.

بر اساس بررسی‌های انجام‌شده، مطالعات زیادی در خصوص طرح تحول نظام سلامت به‌خصوص در حوزه شاخص‌های عملکردی متغیرهای بخش سلامت و درمان انجام شده است. ولی مطالعه‌ای که تأثیر این طرح را بر روی شاخص‌های کلان اقتصادی و متغیرهای اقتصادی نشان دهد، انجام نشده است. به همین خاطر از بیان تاریخچه مطالعات انجام‌شده در حوزه سلامت در ایران که مرتبط با شاخص‌های عملکردی است، اجتناب می‌شود.^۱

۱- برای اطلاع از مطالعات انجام‌گرفته داخلی بر اساس شاخص‌های عملکردی به طرح «بررسی آثار و پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان» است که در سال ۱۳۹۹ در موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام شده مراجعه شود.

مروری بر ادبیات تجربی در مورد ارزیابی عملکرد طرح‌های اصلاح یا تحول در حوزه سلامت و اصلاحات در حوزه سلامت نشان می‌دهد که اولاً: در ارزیابی سیاست‌گذاری سلامت، معیار اصلی تکیه بر توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، به‌ویژه در مورد ضرورت استقرار سیستم مراقبت سلامت همگانی (UHC) بوده است. ثانیاً: در هدف‌گذاری اصلاحات سلامت، علاوه بر پوشش حداکثری خدمات و بیمه سلامت، کاهش پرداخت از جیب و بهبود شاخص‌های مرتبط با انصاف و عدالت در دریافت خدمات سلامت، مشترک بوده‌اند. ثالثاً: در اکثر قریب به اتفاق این مطالعات به نتایج پیمایش‌های میدانی انجام شده، استناد می‌شود. رابعاً: برنامه‌های مختلف اصلاحات سلامت در کشورهای گوناگون با توجه به شرایط خاص کشوری و منطقه‌ای و بسته به هدف‌گیری طرح‌های سلامت و نوع تأثیر آن‌ها، ارزیابی می‌شود (آتش‌بار، ۱۳۹۶: ۲۸).

۲- روش تحقیق

در این پژوهش برای شبیه‌سازی و بررسی آثار و تبعات اجرای طرح تحول نظام سلامت بر متغیرهای کلان اقتصادی از ماتریس حسابداری اجتماعی استفاده شده است. برای این کار ابتدا ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان برای سال ۱۳۹۵ طراحی شد.^۲

روش‌شناسی مراحل تدوین و شبیه‌سازی آثار و تبعات اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان بر اساس ماتریس حسابداری اجتماعی به‌صورت زیر خلاصه می‌شود:

- در مرحله اول ابتدا ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان برای سال ۱۳۹۵ طراحی شد. برای این کار از ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران در سال ۱۳۸۵ که توسط مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی تهیه شده بود و همچنین از جدول داده ستانده سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن و حساب‌های ملی ایران در سال ۱۳۹۵ استفاده شد.

- در مرحله بعد، ضرایب فزاینده و تکاثری ماتریس حسابداری اجتماعی محاسبه شد. سپس بر اساس شبیه‌سازی، هزینه‌های انجام شده در طرح تحول نظام سلامت به‌عنوان شوک‌های اقتصادی (متغیر برون‌زا) به مدل وارد شده و نتایج آن برای کلیه متغیرهای کلان اقتصادی محاسبه شد.

- بر اساس متدولوژی ارائه‌شده، رویکرد این مطالعه برای تهیه ماتریس حسابداری اجتماعی

1- Universal Health Coverage/Care

۲- برای اطلاع از جزئیات روش‌شناسی و تهیه و ساخت جداول ماتریس حسابداری اجتماعی به طرح «بررسی آثار و پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان» که در سال ۱۳۹۹ در موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام شد، مراجعه شود.

اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۵ به صورت نیمه آماری بوده است. بدین صورت که تا حد ممکن، برای تکمیل هر کدام از سلول‌های ماتریس حسابداری از آمار و اطلاعات ثبتی استفاده شد.

- در مجموع ۲۱ بخش و ۲۰ کالا و خدمات برای ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران سال ۱۳۹۵ با تأکید بر بخش بهداشت و درمان و ۶ بخش و ۵ نوع خدمات برای زیر بخش‌های بهداشت و درمان انتخاب شد؛ بنابراین ماتریس عرضه ۲۱ در ۲۰ و ماتریس مصرف ۲۰ در ۲۱ خانه است. رویکرد مورد استفاده در تراز کردن جداول نیز رویکرد بالا به پایین بوده است.

- مهم‌ترین منابع آماری این بخش که می‌شد از آن برای بررسی و تفکیک بیشتر زیرمجموعه بهداشت و درمان و تعیین ساختار هزینه‌های آن‌ها استفاده کرد، نتایج آمارگیری از خدمات بهداشت و درمان مرکز آمار ایران و نشریات ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. ولی بررسی دقیق این منابع نشان داد که از این منابع نمی‌توان برای تهیه ساختار هزینه‌های زیر بخش‌های بهداشت و درمان استفاده کرد، همچنین امکان تکمیل پرسش‌نامه‌های تکمیلی و تفصیلی که در فرایند تهیه جداول داده ستانده مرسوم است، در این مطالعه امکان پذیر نبود، بنابراین همان زیر بخش‌های ارائه شده در جدول داده ستانده سال ۱۳۹۰، به عنوان زیر بخش‌های نهایی بخش بهداشت و درمان برای ماتریس حسابداری اجتماعی سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند.

- دامنه و محدوده پژوهش از لحاظ زمانی با توجه به محدودیت‌های آماری و اطلاعاتی در دسترس سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت تعیین شد. دامنه مکانی مطالعه نیز کل کشور ایران بوده است.

- تمام جداول ماتریس حسابداری اجتماعی و محاسبات مربوط به ضرایب، شبیه‌سازی و استخراج نتایج در محیط نرم‌افزاری EXCEL صورت گرفته است.

۳- شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت

۳-۱. شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت بر تولید

طی ۵ سال مورد مطالعه (از سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۸) علاوه بر بودجه وزارت بهداشت و درمان در حدود ۵۰۰ هزار میلیارد ریال در قالب طرح تحول نظام سلامت در اقتصاد ایران هزینه شد. با ورود این رقم به عنوان اقلام تزریقی و به صورت برون‌زا و در قالب یک شوک اقتصادی بر اساس ساختار ماتریس حسابداری اجتماعی در سال ۱۳۹۵ به مدل، نتایج به این شرح به دست آمده است:

کل تولید اقتصاد کشور بر اساس ضریب فزاینده تولیدی بخش بهداشت و درمان (حدود ۱,۵۳ واحد) معادل ۷۶۶ هزار میلیارد ریال افزایش پیدا کرده است. از این میزان (۷۶۶ هزار میلیارد ریال) معادل ۵۲۸ هزار میلیارد ریال افزایش در تولید خود بخش بهداشت و درمان و ۲۳۷ هزار میلیارد ریال افزایش در تولید سایر بخش های اقتصاد کشور در جهت پاسخ گویی به افزایش مصارف واسطه بخش بهداشت و درمان اتفاق افتاده است. سال ۱۳۹۵ را به عنوان سال میانی طرح تحول نظام سلامت و سال پایه ماتریس حسابداری اجتماعی و مبنای محاسبات قرار دادیم، از ۵۰۰ هزار میلیارد ریال ارقام تزریقی در قالب طرح تحول نظام سلامت و بر اساس ضریب فزاینده بخش بهداشت و درمان رشد اقتصادی ۳,۷ درصدی در کل این ۵ سال حاصل شده است. به عبارت دیگر طرح تحول نظام سلامت طی این ۵ سال باعث رشد اقتصادی ۳,۷ درصد در کل اقتصاد ایران (به طور متوسط ۰,۷۴ درصد در سال) شده است. اگر این ۵۰۰ هزار میلیارد ریال در بخش ساختمان هزینه می شد، باعث رشد اقتصادی ۵,۴ درصدی در طی این ۵ سال (هرسال بالاتر از یک درصد) در کل اقتصاد ایران می شد. اگر این میزان هزینه در گروه کالاهای صنعتی و کشاورزی هزینه می شد، به ترتیب طی این ۵ سال منجر به رشد اقتصادی ۵,۲ و ۴,۷ درصدی در کل اقتصاد ایران می شد. به عبارت دیگر اگر فقط ملاک افزایش تولید و رشد اقتصادی هدف سیاست گذار می بود، گروه ساختمان و گروه کالاهای صنعتی بیشتر از بخش بهداشت و درمان منجر به رشد اقتصادی می شده است (جدول ۱).

جدول ۱- شبیه سازی آثار طرح تحول نظام سلامت بروی رشد اقتصادی با استفاده از ضرایب فزاینده تولید ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران سال ۱۳۹۵

نام بخش	ضریب فزاینده	افزایش تولید بر اساس هزینه کرد طرح تحول سلامت در طی ۵ سال هزار میلیارد ریال	تأثیرگذاری بر روی رشد اقتصادی (درصد)	سهم ارزش افزوده در کل اقتصاد - درصد
ساختمان	۲,۲۴	۱۱۲۰	۵,۴	۴,۹
صنعت	۲,۱۵	۱۰۷۵۸	۵,۲	۱۱,۶
کشاورزی	۱,۹۶	۹۸۰	۴,۷	۹,۷
بهداشت و درمان	۱,۵۳	۶۷۶	۳,۷	۵,۷

منبع: نتایج تحقیق بر اساس ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان سال ۱۳۹۵

۲-۳. شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت بر اشتغال

۵۰۰ هزار میلیارد ریال هزینه‌هایی که برای طرح تحول نظام سلامت از سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۸ انجام گرفته، در قالب یک شوک اقتصادی^۱ و در چارچوب ماتریس حسابداری اجتماعی به‌عنوان اقلام تزریقی وارد مدل شد، در نتیجه کل اشتغال ایجادشده در اقتصاد و در ۵ سال معادل ۱۶۲۵۷۸ شغل و میزان سالانه آن در حدود ۲۲۳۵۹ شغل بوده است. از این میزان اشتغال، ۱۱۱۷۹۷ شغل در بخش بهداشت و درمان ایجادشده^۲ و تعداد ۵۰۷۸۱ شغل در سایر بخش‌های اقتصادی ناشی از تعاملات بخش بهداشت و درمان با سایر بخش‌های اقتصادی بوده است.

بعد از بخش بهداشت و درمان، بیشترین میزان اشتغال مستقیم و غیرمستقیم ایجادشده در بین بخش‌های مختلف اقتصادی با توجه به تعاملات و ارتباطات بخش بهداشت و درمان با سایر بخش‌های اقتصادی، مربوط به بخش کالاهای صنعتی معادل ۲۶۰۴۱ شغل و سالانه در حدود ۵۲۰۰ شغل بوده است (جدول ۲).

جدول ۲- شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت بروی اشتغال کشور به تفکیک کالاها

و خدمات مختلف

ردیف	کالاها و خدمات	اشتغال مستقیم و غیرمستقیم نفر
۱	محصولات کشاورزی، شکار و جنگلداری	۶,۳۷۹
۲	ماهگیری	۱۰۲
۳	نفت خام و گاز طبیعی	۴۴۸
۴	سایر معادن	۴۶۲
۵	محصولات صنعتی	۲۶,۰۴۱

۱- از نظر فنی و در چارچوب ماتریس حسابداری اجتماعی این شبیه‌سازی بدین صورت خواهد بود که ابتدا یک ماتریس ۱۶×۱۶ که سطرهای آن نشان‌دهنده کالاها و خدمات مختلف و ستون آن میزان هزینه‌های انجام‌شده در بخش بهداشت و درمان (در این ماتریس ارقام تمامی ستون به‌غیر از بهداشت و درمان صفر و رقم هزینه انجام‌شده در قالب طرح تحول نظام سلامت در جلوی بخش بهداشت و درمان به‌عنوان هزینه‌های دولت آورده می‌شود) در ماتریس اشتغال که یک ماتریس ۱۶×۱۶ خواهد بود، ضرب و نتیجه آن یک ماتریس ۱۶×۱۶ خواهد بود که نشان‌دهنده میزان اشتغال‌زایی مستقیم و غیرمستقیم کالاها و خدمات ناشی از اجرای طرح تحول نظام سلامت خواهد بود.

۲- نکته قابل توجه این است که بخشی از میزان اشتغال کل ایجادشده در بخش بهداشت و درمان می‌تواند ناشی از اشتغال ناقص در این بخش باشد و این رقم می‌تواند کمی گمراه‌کننده باشد، یا اینکه در واقعیت این میزان اشتغال در بخش بهداشت و درمان ایجاد نشده باشد، چراکه فرض ضمنی ماتریس حسابداری اجتماعی این است که اقتصاد در اشتغال کامل فعالیت می‌کند و ماتریس اشتغال محاسبه‌شده بر اساس ارزش ستانده بخش‌ها مورد محاسبه قرار گرفته است. به‌عنوان مثال اگر یک دکتر در هر هفته یک روز در یک بیمارستان مشغول فعالیت باشد (اشتغال ناقص)، در ابتدا و در محاسبه ماتریس اشتغال، به‌عنوان یک شاغل در بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود. حال اگر بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت همین دکتر چهار روز در هفته در این بیمارستان مشغول به کار شود، با این که در واقعیت تعداد شاغلین بخش بهداشت و درمان افزایش پیدا نکرده؛ ولی بر اساس فرایند محاسبه ماتریس اشتغال، تعداد شاغلین اضافه‌شده به بخش بهداشت و درمان چهار نفر است.

ردیف	کالاها و خدمات	اشتغال مستقیم و غیرمستقیم نفر
۶	آب، برق و گاز و خدمات مربوط به آن	۱,۵۵۳
۷	ساختمان	۱,۷۹۴
۸	عمده‌فروشی، خرده‌فروشی و تعمیرگاه‌ها	۳۸
۹	هتلداری و رستوران	۲,۱۸۳
۱۰	حمل‌ونقل، انبارداری و ارتباطات	۲,۳۸۷
۱۱	واسطه‌گری‌های مالی	۲,۷۴۲
۱۲	خدمات مستغلات، کرایه و کسب‌وکار	۲,۸۶۳
۱۳	اداره امور عمومی، دفاع و تأمین اجتماعی	۴۹
۱۴	آموزش	۳۵۱
۱۵	بهداشت و درمان	۱۱۱,۷۹۷
۱۶	سایر فعالیت‌های خدمات عمومی، اجتماعی و شخصی	۳,۳۸۸
جمع کل		۱۶۲,۵۷۷

منبع: نتایج تحقیق بر اساس ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان سال ۱۳۹۵

۳-۳. شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت بر توزیع درآمد خانوارهای شهری و روستایی

از کل درآمد ایجادشده در بین زیر بخش‌های بهداشت و درمان، خدمات بیمارستانی با ۱/۲۱ واحد بیشترین افزایش درآمد عوامل تولید را ایجاد کرده است؛ به عبارت دیگر در سطح کلان آثار و تبعات اقتصادی و اجتماعی توسعه و گسترش خدمات بیمارستانی در ایجاد درآمد نسبت به سایر زیر بخش‌های بهداشت و درمان بیشتر بوده است. با توجه به اینکه مازاد عملیاتی و درآمد مختلط در بخش خدمات بیمارستانی صفر بوده، لذا کل درآمد ایجادشده در این بخش بین خانوارهای شهری و روستایی توزیع شده است. از ۱/۲۱ واحد درآمد ایجادشده توسط خدمات بیمارستانی ۰/۸۸ واحد (۷۲/۷۳ درصد) سهم عوامل تولید نیروی کار شهری و ۰,۳۳ واحد (۲۷/۲۷ درصد) سهم درآمد عوامل تولید نیروی کار روستایی بوده است. ترکیب توزیع درآمد بین عوامل تولید (نیروی کار شهری و روستایی) نشان داد که آثار توسعه‌ای خدمات بیمارستانی توزیع درآمد را به نفع خانوارهای شهری سوق داده است. در مجموع می‌توان گفت که در مقوله توزیع درآمد که ناشی از طرح تحول نظام سلامت بوده، خانوارهای شهری

بیشتر از خانوارهای روستایی عایدی داشته‌اند.

در مورد زیر بخش خدمات اجتماعی از درآمدهای ایجادشده در چهار گروه درآمدی (درآمد نیروی کار شهری، درآمد نیروی کار روستایی، درآمد مختلط و سایر مازاد عملیاتی) سهم مازاد عملیاتی با ۴۲,۸۶ درصد بیشتر از سایر گروه‌های درآمدی بوده است. نکته قابل توجه سهم بسیار کم خانوارهای روستایی از توزیع درآمد در زیر بخش بهداشت و درمان بوده که فقط ۶,۶۷ درصد از کل درآمد ایجادشده در این زیر بخش را به خود اختصاص داده‌اند. این مسئله نشان‌دهنده سهم کمتر اشتغال خانوارهای روستایی در زیر بخش خدمات اجتماعی است؛ به عبارت دیگر، میزان مشارکت خانوارهای روستایی در زیر بخش خدمات اجتماعی بسیار کمتر از خانوارهای شهری بوده است، بنابراین توسعه این زیر بخش و یا هزینه‌کرد در این زیر بخش (خدمات اجتماعی) نیز درآمد را بیشتر به سمت خانوارهای شهری سوق می‌دهد.

جدول شماره ۳- آثار و تبعات اقتصادی و اجتماعی بخش‌های مختلف ناشی از افزایش یک واحد اقلام تزریقی بر ایجاد درآمد گروه‌های مختلف عوامل تولیدی و کل درآمد

خدمات اجتماعی	خدمات دامپزشکی	سایر خدمات بهداشت انسانی	خدمات پزشکی و دندانپزشکی	خدمات بیمارستانی	
۵	۴	۳	۲	۱	
۰,۳۸	۰,۶۲	۰,۴۳	۰,۸۹	۰,۸۸	درآمد نیروی کار شهری
۰,۰۷	۰,۳۸	۰,۵	۰,۲۱	۰,۳۳	درآمد نیروی کار روستایی
۰,۴۵	۱,۰	۰,۴۸	۱,۱	۱,۲۱	جمع درآمد نیروی کار
۰,۱۵	۰,۱	۰,۲۷	۰	۰	درآمد مختلط
۰,۴۵	۰,۱۹	۰,۳	۰	۰	سایر مازاد عملیاتی
۰,۶	۰,۲۹	۰,۵۷	۰	۰	جمع سایر عوامل تولید
۱,۰۵	۱,۲۹	۱,۰۵	۱,۱	۱,۲۱	جمع کل

منبع: نتایج تحقیق بر اساس ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان سال ۱۳۹۵

۳-۴. شبیه‌سازی آثار و تبعات طرح تحول نظام سلامت بر سطح درآمدهای گروه‌های مختلف نهادهای جامعه

در بین زیر بخش‌های مختلف بهداشت و درمان خدمات بیمارستانی با ۱/۴۷ واحد، بیشترین درآمد را برای نهادهای جامعه ایجاد کرده است. بعد از خدمات بیمارستانی خدمات دامپزشکی و سایر خدمات

بهداشت انسانی در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند. در مجموع آثار و تبعات مستقیم و غیرمستقیم توسعه و گسترش همه زیر بخش‌های بهداشت و درمان توزیع درآمد را به نفع خانوارهای شهری سوق داده است.^۱ به جز زیر بخش سایر خدمات بهداشت انسانی که توزیع درآمد متناسب با جمعیت خانوارهای شهری و روستایی است، در سایر زیر بخش‌های بهداشت و درمان میزان اختلاف توزیع درآمد خانوارهای شهری و روستایی ناشی از توسعه و گسترش در تمامی بخش‌های اقتصادی بیشتر از نسبت جمعیت و شاغلین بوده و انتفاع خانوارهای شهری بیشتر از خانوارهای روستایی بوده است. همچنین درآمد ایجاد شده برای شرکت‌ها در بخش خدمات بیمارستانی و خدمات اجتماعی بیشتر از سایر زیر بخش‌ها بوده است (جدول شماره ۴).

جدول ۴- اثرات مستقیم و غیرمستقیم طرح تحول نظام سلامت بر افزایش درآمد نهادهای جامعه

ردیف	بخش	خانوارهای شهری	خانوارهای روستایی	شرکت‌ها	جمع
۱	خدمات بیمارستانی	۰,۸۴	۰,۲۹	۰,۳۴	۱,۴۷
۲	خدمات پزشکی و دندانپزشکی	۰,۷۵	۰,۱۹	۰,۲۱	۱,۱۵
۳	سایر خدمات بهداشت انسانی	۰,۶۸۳	۰,۳۶۳	۰,۲۰۷	۱,۲۵
۴	خدمات دامپزشکی	۰,۷۳۱	۰,۲۵۱	۰,۳۴۹	۱,۳۳
۵	خدمات اجتماعی	۰,۵۵۸	۰,۱۸۴	۰,۴۵۵	۱,۲۰

منبع: نتایج تحقیق بر اساس ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران با تأکید بر بخش بهداشت و درمان سال ۱۳۹۵

۴- جمع‌بندی و پیشنهادها

۴-۱- جمع‌بندی

از ۵۰۰ هزار میلیارد ریال ارقام تزریقی در قالب طرح تحول نظام سلامت و بر اساس ضریب فزاینده بخش بهداشت و درمان، رشد اقتصادی ۳,۷ درصدی در کل این ۵ سال حاصل شده است. اگر این ۵۰۰ هزار میلیارد ریال در بخش ساختمان هزینه می‌شد، باعث رشد اقتصادی ۵,۴ درصدی در طول ۵ سال (هرسال بالاتر از یک درصد) در کل اقتصاد ایران می‌شد. اگر این میزان اعتبار در گروه کالاهای صنعتی

۱- یکی از دلایل این مسئله بالا بودن تعداد جمعیت شهری نسبت به جمعیت روستایی است (در حدود دو برابر).

و کشاورزی هزینه می‌شد، به ترتیب طی این ۵ سال منجر به رشد اقتصادی ۵,۲ و ۴,۷ درصدی در کل اقتصاد ایران می‌شد. به عبارت دیگر اگر فقط افزایش تولید و رشد اقتصادی هدف سیاست‌گذار می‌بود، گروه ساختمان و گروه کالاهای صنعتی بیشتر از بخش بهداشت و درمان منجر به رشد اقتصادی می‌شد. با احتساب منابع تزریق‌شده به بخش سلامت، کل اشتغال ایجادشده در کل اقتصاد و طی ۵ سال معادل ۱۶۲۵۷۸ شغل و سالانه در حدود ۲۲۳۵۹ شغل بوده است. از این میزان اشتغال کل، ۱۱۱۷۹۷ شغل در خود بهداشت و درمان ایجادشده است و معادل ۵۰۷۸۱ شغل در سایر بخش‌های اقتصادی ناشی از تعاملات بخش بهداشت و درمان با سایر بخش‌های اقتصادی بوده است. بعد از بخش بهداشت و درمان، بیشترین میزان اشتغال مستقیم و غیرمستقیم ایجادشده در بین بخش‌های مختلف اقتصادی با توجه به تعاملات و ارتباطات بخش بهداشت و درمان با سایر بخش‌های اقتصادی، مربوط به بخش کالاهای صنعتی است که معادل ۲۶۰۴۱ شغل و سالانه در حدود ۵۲۰۰ شغل بوده است.

از کل درآمد ایجادشده در بین زیر بخش‌های بهداشت و درمان، خدمات بیمارستانی با ۱/۲۱ واحد بیشترین افزایش درآمد عوامل تولید را ایجاد کرده است. با توجه به اینکه مازاد عملیاتی و درآمد مختلط در بخش خدمات بیمارستانی صفر بوده، لذا کل درآمد ایجادشده در این بخش بین خانوارهای شهری و روستایی توزیع شده است. از ۱/۲۱ واحد درآمد ایجادشده توسط خدمات بیمارستانی ۰/۸۸ واحد (۷۲/۷۳ درصد) سهم عوامل تولید نیروی کار شهری و ۰,۳۳ واحد (۲۷/۲۷ درصد) سهم درآمد عوامل تولید نیروی کار روستایی بوده است. ترکیب توزیع درآمد بین عوامل تولید (نیروی کار شهری و روستایی) نشان می‌دهد که آثار توسعه‌ای خدمات بیمارستانی توزیع درآمد را به نفع خانوارهای شهری سوق داده است.

در مورد زیر بخش خدمات اجتماعی از درآمدهای ایجادشده در چهار گروه درآمدی (درآمد نیروی کار شهری، درآمد نیروی کار روستایی، درآمد مختلط و سایر مازاد عملیاتی) سهم مازاد عملیاتی با ۴۲,۸۶ درصد بیشتر از سایر گروه‌های درآمد بوده است. نکته قابل توجه سهم بسیار کم خانوارهای روستایی از توزیع درآمد در زیر بخش بهداشت و درمان بوده که فقط ۶,۶۷ درصد از کل درآمد ایجادشده را در این زیر بخش به خود اختصاص داده‌اند. این مسئله نشان‌دهنده سهم کمتر اشتغال خانوارهای روستایی در زیر بخش خدمات اجتماعی است؛ به عبارت دیگر، میزان مشارکت خانوارهای روستایی در زیر بخش خدمات اجتماعی بسیار کمتر از خانوارهای شهری بوده است، بنابراین توسعه این زیر بخش و یا هزینه‌کرد در این زیر بخش (خدمات اجتماعی) نیز درآمد را بیشتر به سمت خانوارهای شهری سوق داده است.

در بین زیر بخش‌های مختلف بهداشت و درمان خدمات بیمارستانی با ۱/۴۷ واحد، بیشترین درآمد را برای نهادهای جامعه ایجاد کرده است. بعد از خدمات بیمارستانی بخش‌های خدمات دامپزشکی

و سایر خدمات بهداشت انسانی در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند. در مجموع آثار و تبعات مستقیم و غیرمستقیم توسعه و گسترش همه زیر بخش‌های بهداشت و درمان توزیع درآمد را به نفع خانوارهای شهری سوق داده است. به جز زیر بخش سایر خدمات بهداشت انسانی که توزیع درآمد متناسب با جمعیت خانوارهای شهری و روستایی بوده، در سایر زیر بخش‌های بهداشت و درمان میزان اختلاف توزیع درآمد خانوارهای شهری و روستایی ناشی از توسعه و گسترش در تمامی بخش‌های اقتصادی بیشتر از نسبت جمعیت و شاغلین بوده است. همچنین انتفاع خانوارهای شهری بیشتر از خانوارهای روستایی بوده است. درآمد ایجاد شده برای شرکت‌ها در بخش خدمات بیمارستانی و خدمات اجتماعی نیز بیشتر از سایر زیر بخش‌ها بوده است.

نکته مهمی که در اینجا باید به آن اشاره شود این است که در مطالعه حاضر تنها به اثرات مستقیم اجرای طرح بر شاخص‌های کلان اقتصادی اکتفا شده است (البته بنا به مقتضیات مدل و ابعاد مطالعه). قطعاً اجرای طرح آثاری نیز داشته که به طور غیرمستقیم قابل مشاهده است. به عنوان مثال از آثار (مثبت) طرح می‌توان به کاهش پرداختی از جیب و افزایش مصرف ناشی از آن (به دلیل توانایی خرید خدمت) اشاره کرد که می‌تواند به ارتقای سلامتی و کاهش غیبت از کار و افزایش درآمد افراد منجر شود. همان‌طور که در فراز ابتدایی نیز اشاره شد، این محاسبات وارد مدل نشده است و می‌تواند از محدودیت‌های این مطالعه قلمداد شود.

۴-۲- پیشنهاد های سیاستی

نتایج مطالعه نشان داد که رشد اقتصادی حاصل از اجرای طرح در مقایسه با رشد اقتصادی بالقوه حاصل از مصرف اعتبارات در سایر بخش‌های اقتصادی کم‌تر بوده است. ضمن آنکه برخی پیامدهای آن نیز ناخوشایند بوده است از جمله نابرابری توزیع درآمد به نفع خانوارهای شهری و به ضرر خانوارهای روستایی. هر چند مهم‌ترین چالش ادامه اجرای طرح تأمین مالی آن است و چنانچه دولت نتواند منابع مالی پایداری برای آن فراهم کند، بهتر است در اجرای آن تجدیدنظر اساسی کند؛ اما با توجه این‌که بنا به ملاحظات عمدتاً اجتماعی ممکن است اجرای طرح تداوم یابد، برای اجرای بهتر و کاهش تبعات منفی آن پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه می‌شود:

– **ارتقاء پایداری طرح تحول نظام سلامت** شامل ایجاد انضباط در پرداخت‌ها و استفاده از منابع پایدار مورد استفاده در طرح.

– **ارتقای عدالت** از طریق پرهیز از تعمیق شکاف درآمدی بین کادر درمانی و همچنین برقراری مالیات آموزشی برای فعالیت پزشکان متخصص در دو بخش دولتی و خصوصی؛ عملیاتی کردن کارانه پلکانی؛ بازنگری در ضرایب ارزش نسبی خدمات و اصلاح مبتنی بر عدالت و کارایی (تقویت

رشته‌های تخصصی مادر، رفع تبعیضات بین رشته‌های تخصصی و تقویت سیاست‌های تشویقی برای متخصصین شاغل در مناطق محروم).

- **انجام برخی اقدامات اصلاحی** شامل توجه به امور تولیدی، واگذاری امور تصدی‌گری و اصلاح تداخل نقش سیاست‌گذار، ناظر و مجری؛ اجرای سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و الزام تجویز بر اساس راهنمایی‌های بالینی؛ استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت و مکانیزه کردن فرایندهای درمان؛ شناسایی، اندازه‌گیری و مدیریت تضاد منافع در برنامه‌ریزی‌های آتی.

- **بهبود کارایی** از طریق توجه به سطح یک خدمات سلامت و پرهیز از تخصص‌گرایی و افزایش هزینه‌ها در سطوح دوم و سوم سلامت؛ توجه به پیشگیری علاوه بر درمان؛ تمرکز بر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و افزایش سطح سواد سلامتی جامعه، فرهنگ‌سازی عمومی در حوزه پزشک خانواده و نظام ارجاع؛ تعهد سازمان‌های بیمه‌گر (مانند سازمان تأمین اجتماعی) به تدوین و عملیاتی کردن راهنماهای بالینی موجود در زمان‌بندی مشخص؛ الزام به تهیه و استفاده از فرمولاری و راهنماهای دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی در بیمارستان‌ها.

منابع:

۱. آتش‌بار، توحید. (۱۳۹۶) "ارزیابی طرح تحول سلامت"، رساله دوره دکتری، دانشگاه تربیت مدرس
۲. بهزادی فر، م.، ساکی، ک.، کشاورزی، ا. (۱۳۹۳) «دیدگاه مدیران و کارشناسان ارشد حوزه سلامت در مورد چالش‌های طرح تحول سلامت: مطالعه کیفی»، همایش بین‌المللی تحول پایدار در نظام سلامت، رویکردها و چالش‌ها، مقالات و سخنرانی‌های ارائه شده. اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان استان اصفهان، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت.
۳. علوی، آ.، روشنی، م.، هادیان، م.، جعفری، ح. (۱۳۹۳) «چالش‌های موجود در برنامه تحول نظام سلامت»، همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، مقالات و سخنرانی‌های ارائه شده، تهران، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
۴. علی‌دادی، ا.، ابلی، ر.، حسینی شکوه، س. م.، چاقری، م.، معینی متین، م. (۱۳۹۴) «فرصت‌ها و چالش‌های اصلی برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران در نقشه تحول نظام سلامت»، همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، مقالات و سخنرانی‌های ارائه شده، تهران، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
۵. فیاضی، محمدتقی، (۱۴۰۰)، «بررسی آثار و پیامدهای اجرای طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های حوزه اقتصاد کلان»، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۶. مرکز آمار ایران، جدول داده ستانده ۱۳۹۰، سرشماری عمومی نفوس و مسکن و حساب‌های ملی ایران در سال ۱۳۹۵.
۷. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ماتریس حسابداری اجتماعی اقتصاد ایران در سال ۱۳۸۵.
۸. مهدیان، س. و جهانگرد، م. (۱۳۹۴) «چالش‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت در سه بازه زمانی مختلف و ارائه راهکارهای رفع موانع موجود»، همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، مقالات و سخنرانی‌های ارائه شده، تهران، شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران.
9. Atun, R. .. {et al}. (2015) "Health-system reform and universal health coverage in Latin America". The Lancet, 385(9974), pp.1230-1247.
10. Bleakley, H. (2010) "Health, human capital, and development". Annual Review of Economics, 2, 283.
11. Deaton A. (2007) "Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies". Proceeding of the 10th Annual Lecture UNU World Institute for Development Economics Research; Helsinki, Finland
12. Deaton A. (2007) "Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies". Proceeding of the 10th Annual Lecture UNU World Institute for Development Economics Research; Helsinki, Finland
13. Ekman B. (2007) "Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one lowincome country". Health Policy; 83: 304-313.
14. Hargreaves, D.S. Pitchforth, J.M. de SA, J. and Cheung, C.R. (2016) "Associations between measures of child poverty, health-care use, and health outcomes". The Lancet, 388, p.553.
15. Lekhan, V. Rudi, V. Shevchenko, M. Nitzan, K.D. and Richardson, E. (2015) "Ukraine: health system review". Health systems in transition, 17(2), pp.1-154.
16. Missoni, E. and Solimano, G. (2010) "Towards universal health coverage: the Chilean experience". World health report.
17. O'Donnell O, Vand Doorsalar E, Wagstaff A, Lidelow M. (2008) "Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation". Washington D.C. World Bank Publications.
18. Sen, A. (2014) "Development as Freedom, 1999, The Globalization and Development Reader: Perspectives on Development and Global Change", p.525.
19. Shrivastava, S.R. Shrivastava, P.S. and Ramasamy, J. (2016) "Moving toward the universal health coverage: A strategy to expedite health equity". Journal of Medical Society, 30(1), p.70.
20. World Health Organization, (2006). Constitution of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

