

# اصلاح امور مالی بخش بهداشت در ایران:

## اصول و گام‌های محتمل بعدی\*

دکتر جورج شیبِر - نیکول کلینگن

ترجمه دکتر ابوالقاسم پوررضا

### مقدمه

ماده ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی را برای همه شهروندان ایرانی تضمین می‌کند.

تأکید و تمرکز دولت بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC)<sup>۱</sup>، به دسترسی تقریباً همگانی جمعیت به مراقبت‌های بهداشتی و نتایج و پیامدهای بهداشتی نمونه در منطقه منجر شده است. با این همه، بنا به دلایل زیر: وجود هزینه‌های بهداشتی تقریباً معادل ۶ درصد تولید ناخالص ملی، عدم پوشش بیمه‌ای ۱۰ درصد از جمعیت، فشار قابل ملاحظه هزینه‌های کوتاه مدت ناشی از پیشرفت‌های فن‌آوری درمانی و تحول بهداشتی، انتظارات و توقعات فزاینده مصرف‌کنندگان، مشکلات جدی در کارایی، کیفیت و دسترسی برای گروه‌هایی خاص و عدم شفافیت، توانایی پرداخت و تداوم شیوه‌های جاری تأمین مالی بهداشت، اصلاح و تجدید نظر

\* ترجمه مقاله‌ای است که توسط آقای دکتر جورج شیبِر و خانم نیکول کلینگن، کارشناسان بانک جهانی، تهیه شده و توسط آقای دکتر جورج شیبِر در همایش اقتصاد بهداشت و درمان که توسط مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی در تاریخ ۸ تا ۱۰ آبان ماه ۱۳۷۸ در سالن اجتماعات بیمارستان هزار تخته‌خوابی سازمان تأمین اجتماعی برگزار شد ارائه شده است. متن انگلیسی این سخنرانی در کتاب مجموعه مقالات همایش اقتصاد بهداشت و درمان قابل دسترسی است.

1. Primary Health Care (PHC)

در آن حیاتی است. هدف این گفتار ارائه مبنایی برای اصلاح نظام مالی مراقبت‌های بهداشتی ایران است. این مقاله ابتدا به، توصیف و تحلیل تفصیلی نظام ارائه و تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ایران و سپس به بحث دربارهٔ مسائل اساسی که در پرداختن به اصلاح ساخت‌های مالی بهداشت کشور باید مورد توجه قرار گیرد، می‌پردازد.

مقاله از هفت بخش تشکیل شده است که بخش اول زیربنای اقتصادی-اجتماعی و موقعیت بهداشتی ایران را ترسیم می‌کند. بخش دوم نظام بهداشتی و ویژگی‌های آن مانند واجد شرایط بودن برای برخورداری از مزایا، مزایا و خدمات تحت پوشش، نظام‌های تأمین مالی، شیوه‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی، و ویژگی‌های سیستم ارائه خدمات (برنامه‌های بهداشت عمومی، منابع فیزیکی، مادی و انسانی و فرآورده‌های دارویی) را توصیف می‌کند. بخش سوم، داده‌ها، هزینه‌ها و دستاوردهای بهداشتی در ایران را با دیگر کشورهای منطقه و جهان مقایسه می‌کند و بخش چهارم عملکرد نظام بهداشتی و نقاط قوت و ضعف نظام بهداشتی ایران را عرضه می‌کند. مسائل اساسی مرتبط با اصلاح مالی نظام بهداشت در بخش پنج تا هفت ارائه می‌شوند. بخش پنجم مروری دارد بر انبوه منابع درآمد، شیوه‌های مدیریت و ویژگی‌های تولید خدمت که فضای کلی گزینه‌های خط‌مشی را برای اصلاح‌گران فراهم می‌کند. اهمیت بیمه (در مقابل خرید خدمت) به عنوان یک مکانیسم برای تأمین مالی خدمات بهداشتی فردی و دلایل تأمین مالی عمومی برای بخش عمومی درگیر در تأمین منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی نیز ارائه می‌شود. بخش ششم منابع متنوع درآمد عمومی و خصوصی قابل دسترس برای تأمین مالی نظام‌های بهداشتی را تحلیل می‌کند. بخش هفتم، شیوه‌های تحلیل خط‌مشی و مسائل راه‌اندازی را که برای اطلاع‌رسانی به سیاستمداران و سیاست‌گذاران مورد نیاز خواهد بود و نیز برخی پیشنهادات در ارتباط با گام‌های محتمل بعدی برای اقدامات اصلاحی را مطرح می‌کند.

## ۱. زیربنای اقتصادی-اجتماعی و موقعیت بهداشتی

### ۱-۱. شاخص‌های اساسی اقتصادی

- ایران کشوری با سطح درآمد متوسط پایین است و میزان درآمد سرانه آن از تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۱۹۹۸، معادل ۱۶۱۲ دلار می‌باشد.

- دولت ۲۵ درصد از تولید ناخالص داخلی را در اختیار دارد که از آن ۵۴ درصد با فروش نفت و گاز، ۲۴ درصد با اخذ مالیات و بقیه از منابع دیگر به دست می‌آید.

- نسبت بدهی خارجی به تولید ناخالص داخلی (GDP) برابر ۱۳ درصد است و ناخالص اندوخته‌های رسمی Gross Official Reserves تقریباً پاسخگوی چهارماه واردات است.
- میزان بیکاری ۱۳ درصد است.
- ۱۸ درصد جمعیت فقیر است.
- کشور به ۲۸ استان، ۲۸۲ منطقه، ۷۱۸ شهر، ۷۴۱ بخش و ۲۲۵۸ دهستان و ۶۸۱۱۲ آبادی تقسیم شده است.

#### ۲-۱. شاخص‌های توسعه انسانی

- جمعیت ایران ۶۱/۹ میلیون نفر است که ۳۸ درصد آن را جمعیت روستایی تشکیل می‌دهد.
- رشد سالانه جمعیت نزدیک به ۱/۵ درصد است.
- ۴۰ درصد جمعیت زیر ۱۵ سال و ۷ درصد آن ۶۰ سال و بالاتر دارند.
- ۸۰ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال باسوادند.
- ۹۳ درصد جمعیت دسترسی به آب آشامیدنی سالم و ۸۱ درصد دسترسی به بهداشت دارند.
- ۹۵ درصد کودکان قبل از یک سالگی به‌طور کامل واکسینه می‌شوند.
- ۷ درصد نوزادان متولد شده در مناطق شهری و هشت درصد آن‌ها در مناطق روستایی، وزنی کمتر از حد معمول دارند (کمتر از ۲۵۰۰ گرم).
- ۱۶ درصد کودکان دچار سوء تغذیه هستند، ۱۹ درصد آن‌ها کم رشد (قد کوتاه) و هفت درصد آن‌ها علائم لاغری دارند.

#### ۳-۱. شاخص‌های بهداشتی

- امید به زندگی در بدو تولد ۶۸ سال برای مردان و ۷۱ سال برای زنان است.
- میزان خام تولد معادل ۱۷/۷ درهزار می‌باشد.
- میزان خام مرگ و میر ۵ درهزار برآورد می‌شود.
- میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، ۳۵ درهزار است.
- میزان مرگ و میر کودکان معادل ۲۶ درهزار (۲۶ مرگ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده) است.
- حدود ۱۰ درصد جمعیت فاقد پوشش رسمی بیمه بهداشتی‌اند.

#### ۴-۱. شاخص‌های بهداشت باروری

- میزان کل باروری (TFR) برابر ۲/۶ کودک است.
- نسبت مرگ و میر مادران ۳۵ در یکصد هزار تولد می‌باشد.
- ۷۲ درصد زنان از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کنند.

## ۲. نظام بهداشتی

برخورداري همه شهروندان از خدمات بهداشتی که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آمده است، حقوق همه شهروندان در دسترسی به بهداشت و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی را بر اساس اصول دین اسلام به رسمیت می‌شناسد. در عمل، این امر به توجه شدید به بهداشت عمومی پایه منجر شده است که از طریق نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (MOHME) و تأمین منابع مالی از طریق بودجه عمومی، به همه ایرانیان خدماتی را ارائه می‌کند. در حالی که سطح دوم و سوم خدمات درمانی از طریق بیمه اجباری سازمان تأمین اجتماعی (SSO) برای کارکنان بخش رسمی و وابستگان آن‌ها، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح برای نظامیان و وابستگان آن‌ها، و سازمان بیمه خدمات درمانی (MSIO) برای کارکنان دولت، خانوارهای روستایی، خویش فرمایان و دیگران (مثلاً دانش‌آموزان)، تأمین اعتبار می‌شود. به علاوه، کمیته امداد امام خمینی پوشش بیمه‌ای برای قشر فقیر فراهم می‌نماید. بیمه خصوصی عمدتاً جنبه تکمیلی برای برنامه‌های عمومی دارد. وزارت بهداشت، در مجموع، مسئول اداره نظام بهداشت عمومی، تنظیم و تدوین مقررات برای خدمات بهداشتی خصوصی و سازمان‌های غیردولتی، غیرانتفاعی (NGOs) است.

نظام بهداشت و درمان در رابطه با واجد شرایط بودن (Eligibility)، مزایا، تأمین منابع مالی، پرداخت به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی و نظام ارائه خدمت، به تفصیل در زیر توصیف می‌شود:

### ۲-۱. واجد شرایط بودن

- همه ایرانیان، واجد شرایط برای برخورداري از مراقبت‌های مرتبط با پیشگیری و حد معینی از خدمات درمانی اند که توسط شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) تأمین مالی و ارائه می‌شوند، شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۹۰ درصد جمعیت را به خوبی تحت پوشش دارد و بالاخص در مناطق روستایی بسیار گسترده است.

- همه کارگران بخش رسمی و وابستگان آن‌ها (افراد تحت تکفل آنان) دارای پوشش اجباری برای خدمات درمانی از طریق سازمان تأمین اجتماعی می‌باشند.

- اعضای نیروهای مسلح و وابستگان آن‌ها از طریق سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح تحت پوشش قرار می‌گیرند.

- بقیه جمعیت، واجد شرایط برای عضویت در سازمان بیمه خدمات درمانی (MSIO) هستند، که چهار صندوق جداگانه برای پوشش گروه‌های متمایز دارد: کارکنان دولت، خانوارهای روستایی، خویش‌فرمایان و سایرین (مثلاً دانش‌آموزان)، عضویت در MSIO که برای کارکنان دولت اجباری و برای بقیه اختیاری است.

همه افراد به جز خویش‌فرمایان، بلافاصله پس از ثبت‌نام، برای برخورداری از همه مزایا واجد شرایط می‌باشند. اخیراً دو تغییر در رابطه با صندوق خویش‌فرمایان رخ داده است: (۱) یک دوره سه ماهه انتظار قبل از تأمین پوشش افراد برای خدمات بستری و (۲) پوشش اجباری همه اعضای خانوار توسط صندوق.

- کمیته امداد امام خمینی خدمات بهداشتی اقشار فقیر را تأمین مالی می‌کند.

- در سال ۱۹۷۷ (۱۳۷۶) پوشش بیمه‌ای در جمع منابع متعدد تأمین مالی به شرح زیر بوده است:

- ۲۳/۴ میلیون نفر تحت پوشش SSO (سازمان تأمین اجتماعی)، عمدتاً از مناطق شهری
- ۲۹/۱ میلیون نفر تحت پوشش MSIO (سازمان بیمه خدمات درمانی)، عمدتاً از کارکنان دولت، کشاورزان، دانش‌آموزان و ...
- ۳/۱ میلیون نفر تحت پوشش دیگر مؤسسات، نظیر کمیته امداد امام خمینی برای (قشرهای فقیر).
- ۵/۴ میلیون نفر خارج از هر نوع پوشش بیمه‌ای.

## ۲-۲. مزایا

- خدمات ارائه شده از طریق شبکه PHC شامل: مصون سازی کودکان و مادران باردار، مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، کنترل رشد کودکان زیر ۵ سال، ارتقای سطح تغذیه از طریق پستان، کنترل بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های حاد تنفسی، بهسازی محیط زیست و آب سالم، کنترل بیماری‌های اندمیک (بومی) نظیر مالاریا، نظارت بر بیماری‌های مسری، تدارک خدمات درمانی اساسی و بهبود بهداشت مدارس است.

- خدمات شبکه PHC به‌طور کامل از طریق اعتبارات بودجه ای پرداخت می‌شود (مشارکت در هزینه، حق بیمه و نظایر این‌ها وجود ندارد).

- سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی و نظام بیمه نیروهای مسلح، مجموعه کاملی از مراقبت‌های درمانی مشتمل بر خدمات بستری در بیمارستان، آزمایش‌های تشخیصی و امور دارویی فراهم و ارائه می‌کنند.

- اعضای (بیمه شدگان) سازمان تأمین اجتماعی در ازای دریافت خدمات مستقیم از واحدهای تحت نظر SSO (که یک سوم مراقبت‌های تأمین مالی شده توسط این سازمان را تولید و ارائه می‌کنند)، هیچ‌گونه هزینه‌ای نمی‌پردازند، اما ۱۰ درصد هزینه خدمات بستری و ۲۰ درصد هزینه خدمات سرپایی در مؤسسات درمانی طرف قرارداد با SSO را باید بپردازند. در مواقع استفاده از خدمات بخش خصوصی غیرطرف قرارداد، بیمه شدگان با پرداخت مبلغی معادل مابه‌التفاوت مخارج بستری و سطح پرداخت متعارف سازمان مواجه خواهند بود.

- طبق مقررات MSIO، مشارکت در پرداخت به میزان ۲۵ درصد برای خدمات سرپایی و ۲۰ درصد برای خدمات بستری تعیین می‌شود. این میزان‌ها همه بیمه‌شدگان بجز خانوارهای روستایی را دربرمی‌گیرد. مشارکت در پرداخت خانوارهای روستایی معادل ۲۵ درصد برای خدمات بستری تعیین شده است.

### ۳-۲. تأمین امور مالی

- در سال ۱۹۹۷ (۱۳۷۶)، ایران حدود ۵/۷ درصد تولید ناخالص داخلی GDP را صرف بهداشت نموده است، که حدود ۱۰۱ دلار آمریکا به طور سرانه می‌باشد (۳۰۵ دلار براساس برابری قوه خرید دلار یا PPP).

- هزینه‌های بهداشتی حدود ۱۰ درصد هزینه‌های دولت و ۳/۵ درصد هزینه‌های خانوار را تشکیل می‌دهد.

- سهم بخش عمومی حدود ۲/۴ درصد GDP یا حدود ۴۲ درصد کل هزینه‌های بهداشتی است (مخارج مؤسسات غیرانتفاعی که به خانوارها سرویس می‌دهند (NPISH)، جزو بخش عمومی حساب شده است). اگر هزینه‌های NPISH جزو هزینه‌های بخش خصوصی منظور می‌گردید، سهم بخش عمومی فقط ۱/۸ درصد GDP یا ۳۲ درصد کل هزینه‌های بهداشتی را شامل می‌شد. - ۸۵ درصد هزینه‌های عمومی در بخش بهداشت مربوط به هزینه‌های جاری است.

- PHC (که کلاً از اعتبارات دولتی تغذیه می‌کند)، حدود ۳۰-۳۵ درصد مخارج بهداشتی دولت را به خود اختصاص می‌دهد.

- حق بیمه‌های سازمان تأمین اجتماعی، درآمدهای مرتبط با طیف وسیعی از مزایای تأمین اجتماعی و بهداشت را دربرمی‌گیرد و حدود ۳۰ درصد درآمدهای مرتبط با این مزایا را پوشش

می‌دهد. ۷ درصد حق بیمه توسط کارکنان/مستخدمان، ۲۰ درصد توسط کارفرمایان و ۳ درصد توسط دولت پرداخت می‌شود. سهم بخش بهداشت چیزی حدود ۹ درصد از این ۳۰ درصد است. - کسری‌های MSIO از طریق بودجه دولت جبران و ترمیم می‌شود.

- حق بیمه ماهانه برای MSIO (پیشنهاد شده توسط شورای عالی MSIO و تأیید شده توسط دولت) در حال حاضر ۷۹۲۰ ریال برای صندوق کارکنان دولت، خانوارهای روستایی و «دیگران» است. خویش فرمایان از این بابت ۱۰۰۰۰ ریال می‌پردازند. سهم واقعی حق بیمه پرداختی توسط افراد، بستگی به صندوقی دارد که فرد تحت پوشش آن قرار می‌گیرد:

● صندوق کارکنان دولت: ۳۰ درصد حق بیمه توسط کارکنان دولت و ۷۰ درصد باقی‌مانده توسط دولت پرداخت می‌شود.

● صندوق خانوارهای روستاییان: دولت کل مبلغ حق بیمه را پرداخت می‌کند.

● صندوق دیگران: (مثلاً دانش آموزان، طلاب و...) این گروه‌ها بین ۲۰ تا ۳۰ درصد حق بیمه را پرداخت می‌کنند. ۷۰ تا ۸۰ درصد باقی‌مانده توسط مؤسسات و سازمان‌های متبوع افراد بیمه‌شده پرداخت می‌گردد.

● صندوق خویش فرمایان: این گروه کل مبلغ حق بیمه را رأساً می‌پردازند.

#### ۲-۴. پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی

- کارکنان دولت در بخش بهداشت حقوق بگیرند و بازپرداخت به تسهیلات و مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی براساس بودجه یا به شیوه کارانه (فی فورسرویس) از سوی دولت، MSIO و SSO صورت می‌گیرد.

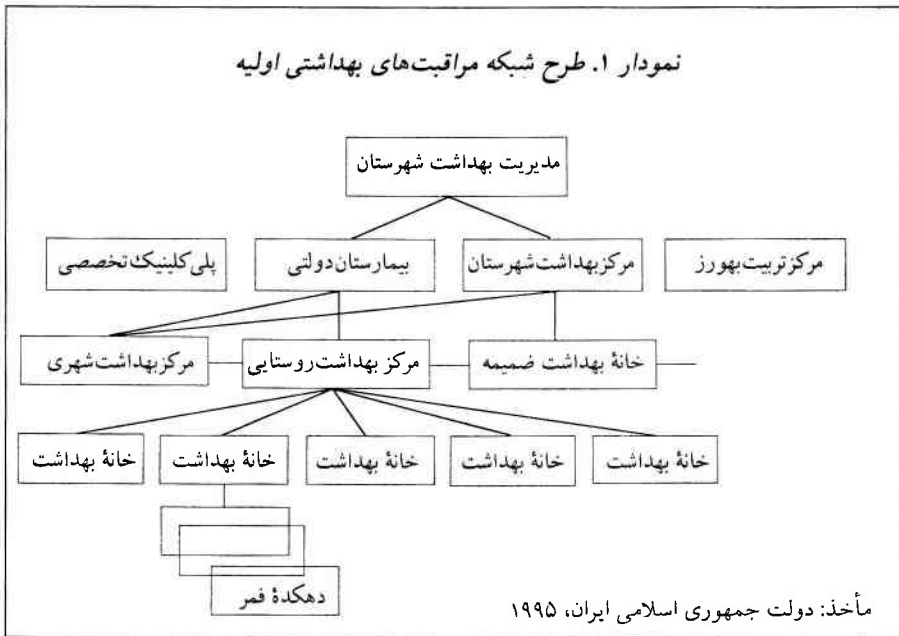
- ارائه‌کنندگان خصوصی براساس کارانه (فی فورسرویس) حق الزحمه دریافت می‌کنند.

- MSIO، کمیته امداد امام خمینی و SSO بدون سقف و بدون سازوکارهای کنترل هزینه، حق الزحمه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی را بر اساس کارانه (فی فورسرویس) پرداخت می‌نمایند. - حق الزحمه‌ها (دستمزدها) توسط شورای عالی مرکب از تعدادی از وزیران و مدیران کل تعیین و توسط MSIO، کمیته امداد امام خمینی و SSO مورد عمل قرار می‌گیرند.

#### ۲-۵. نظام ارائه خدمات

- نظام ارائه خدمات بهداشتی در ایران می‌تواند در سه سطح تعریف شود. دو سطح اول آن (سطح اول و دوم) در شبکه PHC جای می‌گیرند (نمودار ۱).

نمودار ۱. طرح شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه



- سطح اساسی PHC: ۱. خانه‌های بهداشت روستایی با جمعیت تحت پوشش حدود ۱۵۰۰ نفر که توسط بهورزان اداره می‌شود (خط مقدم کارکنان بهداشتی)، ۲. مراکز بهداشت روستایی که یک پزشک و کارکنان بهداشتی (مانند پرستار، ماما، تکنسین دهان و دندان، کارکنان بهداشت محیط) را دربرمی‌گیرد و بر عملکرد خانه‌های بهداشت با جمعیت پایه حدود ۹۰۰۰ نفر نظارت دارد، ۳. پایگاه‌های بهداشت شهری، ۴. مراکز بهداشت شهری را شامل می‌شود.
- سطح دوم نظام: مرکز بهداشت شهرستان است که مسئولیت برنامه‌ریزی، نظارت و پشتیبانی از شبکه PHC و بیمارستان‌های منطقه را به عهده دارد.
- سطح سوم نظام: بیمارستان‌های تخصصی و استانی را دربر می‌گیرد.
- تقریباً ۸۵ درصد همهٔ زایمان‌ها در مراکز بهداشتی انجام می‌شود و حدود ۹۰ درصد نوزادان توسط کارکنان بهداشتی آموزش دیده به دنیا می‌آیند.
- ایران ۱۵,۴۰۰ خانه بهداشت، ۲۵,۰۰۰ بهورز، ۲,۲۰۰ مرکز بهداشت روستایی، ۳۰۰ پایگاه بهداشتی و ۱۹۰۰ مرکز بهداشت شهری دارد.



- ایران دارای ۹۸,۰۰۰ تخت بیمارستانی است، یعنی ۱/۶ تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت.
- ۷۶ درصد تخت‌ها در بیمارستان‌های دولتی، ۶ درصد در سازمان تأمین اجتماعی، ۱۰ درصد در بخش خصوصی و بقیه در بیمارستان‌های خیریه و غیرانتفاعی قرار دارد.
- اطلاعات بسیار محدودی در مورد میزان بهره برداری از تخت‌ها وجود دارد، اما مطمئناً میزان اشغال تخت کمتر از ۶۰ درصد در بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است.
- پیش‌بینی شده بود که قبل از سال ۲۰۰۰، حدود ۱۴۰۰۰ تخت به تخت‌های بیمارستانی اضافه شود (از جمله ۸۰۰۰ تخت خصوصی و ۴۰۰۰ تخت سازمان تأمین اجتماعی).
- ۰/۸ پزشک، ۰/۵ ماما و ۲/۳ پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران وجود دارد.
- تربیت متخصصان حرفه‌های بهداشتی در دانشگاه‌های دولتی، به‌طور رایگان صورت می‌گیرد.
- پزشکان باید پس از فراغت از تحصیل و قبل از شروع فعالیت خصوصی، ۵-۳ سال برای وزارت بهداشت کار کنند.
- بسیاری از پزشکان، علاوه بر قرارداد فعالیت نیمه‌وقت در بیمارستان‌های دولتی، در بخش خصوصی نیز فعالیت دارند.
- ایران در سال بین ۴۰۰۰-۵۰۰۰ پزشک تربیت می‌کند.
- ۹۵ درصد نیازهای دارویی کشور از طریق تولید داخلی پوشش داده می‌شود.
- از عناوین ژنریک برای همه محصولات دارویی تولید شده و عرضه شده در بازار استفاده می‌شود.

### ۳. مقایسه‌های بین‌المللی

جداول ۱ تا ۴ نظام مراقبت‌های بهداشتی ایران را از چشم‌اندازهای جمعیتی، وضعیت بهداشتی، نظام ارائه خدمات و هزینه‌های بهداشتی با دیگر کشورهای خاورمیانه و منطقه شمال آفریقا مقایسه می‌کند.

نمودارهای ۲ تا ۷ مرگ و میر کودکان، نسبت تخت بیمارستانی به جمعیت، نسبت پزشک به جمعیت، سهم دولت از کل هزینه‌های بهداشتی، سرانه هزینه‌های بهداشتی، و سهم بهداشت از GDP (تولید ناخالص داخلی) ایران را با شاخص‌های مشابه و متعلق به دیگر کشورها در سطح جهان و کشورهای با سطح درآمد مشابه نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های عمومی جمعیت در خاورمیانه و شمال افریقا (۱۹۹۵-۲۰۱۰)

میزان کل باروری	درصد جمعیت بالای ۶۰ سال		درصد جمعیت بالای ۶۰ سال		میزان رشد جمعیت		کشور/ منطقه
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	
۱۹۹۶-۹۸	۲۰۲۰	۲۰۲۰	۱۹۹۵	۱۹۹۵	۱۹۹۵-۲۰۱۰	۱۹۹۵	
۵/۹	۴/۱	۲/۹	۴/۸	۴/۱	۳/۳	۳/۲	جمهوری یمن
۳/۳	۱۱/۱	۱۰	۷/۱	۵/۸	۱/۹	۲/۳	جمهوری عربی مصر
۳/۵	۱۰/۷	۹	۶/۵	۵/۹	۱/۶	۱/۷	مراکش
۴	۶/۳	۵/۲	۴/۷	۴/۲	۲/۷	۳	جمهوری عربی سوریه
۲/۶	۹/۱	۹/۴	۵/۷	۶	۱/۵	۲/۷	جمهوری اسلامی ایران
۴/۴	۷/۴	۶/۶	۴/۹	۴/۹	۲/۴	۴/۳	اردن
۳/۶	۱۰	۹/۱	۶/۲	۵/۴	۱/۷	۲/۲	الجزایر
۲/۸	۱۱/۷	۱۰/۴	۷/۱	۶/۹	۱/۵	۱/۸	تونس
۶۰	-	-	-	-	-	-	کشور خودگردان فلسطین
-	۴/۹	۲/۸	۵/۴	۵/۲	۳/۷	۶/۳	نوار غزه
-	۵/۳	۶	۳/۹	۳/۸	۴/۱	۴/۹	ساحل غربی
۲/۵	۱۱/۴	۷/۷	۸/۶	۷/۸	۱/۳	۱/۹	لبنان
۴/۸	۵	۶/۵	۴/۴	۳/۶	۳/۸	۵/۵	عمان
۵/۹	۵/۵	۸/۴	۴/۵	۴/۱	۳/۳	۳/۸	عربستان سعودی
۳/۳	۱۲/۱	-	۵/۲	۴/۹	۱/۶	۳/۲	بحرین
۵/۹	۱۱/۹	-	۱/۷	۳/۲	۲/۴	۵/۸	قطر
۲/۹	۱۳/۵	۱۳/۳	۳/۴	۳/۸	۲/۶	۵	کویت
۳/۵	۱۲/۴	-	۲/۷	۳	۲/۲	۵	امارات متحده عربی
۴/۷	۷/۱	۶/۴	۵	۴/۵	۳	۲/۱	عراق
۴	۵/۸	۵/۹	۴	۴/۶	۳/۵	۳/۸	لیبی
۳/۹	۸/۷	۷/۵	۵	۴/۸	۲/۵	۳/۶	میانگین منطقه‌ای خاورمیانه و شمال افریقا

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی سال ۱۹۹۸

جدول ۲. شاخص‌های بهداشتی؛ خاورمیانه و شمال آفریقا

کشور / منطقه	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال (الف)	میزان مرگ و میر مادران (ب)	میزان مرگ و میر بزرگسالان در سال ۱۹۹۵ (پ)		امید به زندگی در بدو تولد در ۱۹۹۵	
			مردان	زنان	مردان	زنان
جمهوری یمن	۹۶	۱۴۰۰	۳۸۴	۳۵۸	۵۳	۵۴
جمهوری عربی مصر	۵۱	۱۷۴	۲۷۸	۲۵۸	۶۴	۶۶
مراکش	۵۱	۲۲۸	۲۱۳	۱۸۸	۶۴	۶۸
جمهوری اسلامی ایران	۲۶	۳۵	۱۵۸	۱۵۰	۶۸	۷۱
اردن	۲۹	۱۳۰	۱۷۱	۱۴۵	۶۸	۷۲
الجزیره	۳۲	۱۴۰	۱۷۷	۱۵۵	۶۸	۷۱
تونس	۳۰	۶۹	۱۷۱	۱۶۰	۶۸	۷۰
کشور خودگردان فلسطین	۲۵	۷۰	-	-	۷۰	۷۴
نوار غزه	-	-	۱۴۸	۱۲۵	-	-
ساحل غربی	-	-	۱۵۰	۱۲۶	-	-
لبنان	۱۰۴	۱۹۱	۱۶۳	۶۷	۷۱	-
عمان	۱۸	۲۱	۲۰۱	۱۶۷	۶۸	۷۳
عربستان سعودی	۲۱	۱۸	۱۸۱	۱۶۵	۶۹	۷۱
بحرین	۹	۳۹	۱۷۰	۱۳۹	۷۰	۷۵
قطر	۱۲	۱۰	۱۷۷	۱۳۹	۶۹	۷۵
کویت	۱۲	۹	۱۲۶	۶۸	۷۴	۷۹
امارات متحده عربی	۸	۲	۱۲۲	۹۲	۷۳	۷۶
عراق	۱۱۲	۱۳۰	۱۸۲	۱۴۳	۵۹	۶۲
لیبی	۲۴	۴۰	۲۱۵	۱۶۶	۶۳	۶۶
میانگین منطقه‌ای خاورمیانه و شمال آفریقا	۳۴	۱۵۱	۱۹۱	۱۶۳	۶۷	۷۰

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی سال ۱۹۸۰  
 یادآوری: الف) به ازای هر هزار تولد زنده، ب) به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده، پ) به ازای هر هزار نفر بزرگسال  
 بین ۱۵-۶۰ سال

جدول ۳. میزان‌های مربوط به پزشکان و تخت‌های بیمارستانی در خاورمیانه و شمال آفریقا  
(به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۷)

در هر هزار نفر		کشور/ منطقه
تخت	پزشک	
۰/۸	۰/۱	جمهوری یمن
۲/۱	۱/۶	جمهوری عربی مصر
۱/۱	۰/۴	مراکش
۱/۱	۰/۸	جمهوری عربی سوریه
۱/۶	۰/۸	جمهوری اسلامی ایران
۱/۶	۱/۶	اردن
۲/۱	۰/۸	الجزایر
۲	۰/۶	تونس
۱/۲	—	کشور خودگران فلسطین
۳	۲/۸	لبنان
۲/۱	۰/۶	عمان
۲/۵	۱/۴	عربستان سعودی
—	۱/۳	بحرین
—	۱/۵	قطر
۳/۱	۰/۸	امارات متحد عربی
۱/۷	۰/۲	عراق
۴/۱	۱	لیبی
۲	۱	میانگین منطقه‌ای خاورمیانه و شمال آفریقا

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی، ۱۹۹۸

جدول ۴. الگوهای هزینه‌های بهداشتی در خاورمیانه و شمال آفریقا (۱۹۹۰-۱۹۹۷<sup>a</sup>)

کشور/منطقه	سراشته تولید ناخالص داخلی ۱۹۹۰-۹۷	هزینه سرانه بهداشتی ۱۹۹۰-۹۷	درصد هزینه‌های بهداشتی از تولید ناخالص داخلی		سهم دولت از هزینه بهداشتی	
			کل	عمومی / دولتی	خصوصی	کل /
جمهوری یمن	۴۴۹	۱۹	۶/۳	۱/۶	۴/۷	۲۲
جمهوری عربی مصر	۱/۰۱۶	۳۸	۳/۷	۱/۶	۲/۱	۴۳
مراکش	۱/۲۴۱	۵۰	۴	۱/۱	۲/۹	۳۳
جمهوری اسلامی ایران	۱/۷۷۶	۱۰۱	۵/۷	۲/۴	۳/۳	۴۲
اردن	۱/۵۸۴	۱۱۸	۷/۹	۳/۷	۴/۲	۴/۷
الجزایر	۱/۴۶۸	۷۳	۴/۶	۳/۳	۱/۳	۷۳
تونس	۲/۰۰۱	۱۰۵	۵/۹	۳	۲/۹	۵۱
کشور خودگردان فلسطین	۱/۵۰۰	۱۲۹	۸/۴	۴/۷	۳/۷	۵۶
لبنان	۲/۷۷۶	۳۷۵	۱۰	۳	۷	۳۰
عمان	۵/۶۶۸	-	-	۲/۵	-	-
عربستان سعودی	۶/۶۰۰	۵۳۶	۸	۶/۴	۱/۶	۸۰
بحرین	۸/۷۶۹	۴۹۷	۵/۵	-	-	-
قطر	۱۱/۸۵۶	۳۱۹	۲/۸	-	-	-
کویت	۱۷/۲۴۹	-	-	۳/۶	-	-
امارات متحد عربی	۱۵/۸۹۷	۱۸۱۴	۹	۴/۵	۴/۵	۵۰
میانگین منطقه‌ای خاورمیانه و شمال آفریقا	۵/۶۰۸	۳۲۱	۶/۳	۳/۱	۳/۲	۴۸

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی  
 یادآوری: a (اعداد و ارقام مندرج در این جدول از آخرین داده‌های موجود بین سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۹۷ استخراج شده است).  
 b بدون در نظر گرفتن کشورهای حوزه خلیج فارس، میانگین سرانه تولید ناخالص داخلی برای کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا معادل ۱۵۳۵ دلار آمریکا است.

از چشم‌انداز مقایسه بین‌المللی، تصویر زیر نمایان می‌شود:

### ۳-۱. شاخص‌های دموگرافیک

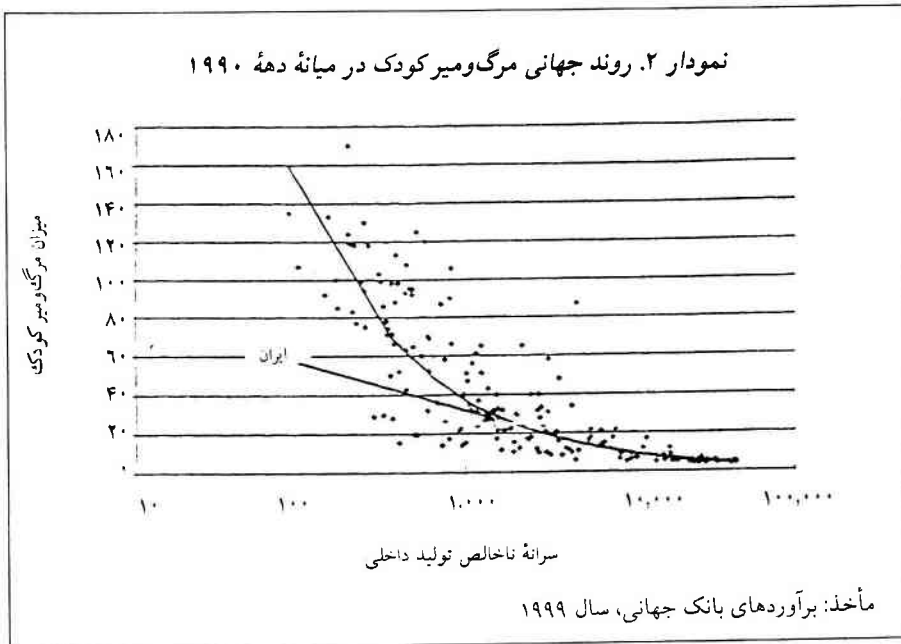
- میزان رشد جمعیت و میزان کل باروری در ایران (TFR) به مراتب از میانگین متعلق به کشورهای خاورمیانه و منطقه شمال آفریقا (MENA) پایین‌تر است.

- میزان جمعیت بالای ۶۰ سال ایران از میانگین مشابه منطقه‌ای آن بیشتر است.

### ۳-۲. شاخص‌های بهداشتی

- به استثنای کشورهای حوزه خلیج فارس، دولت خودگردان فلسطین و لیبی، میزان مرگ‌ومیر کودکان در ایران (IMR)، کمترین میزان در منطقه است.

- در ارتباط با دیگر کشورهای قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) در جهان، مرگ‌ومیر کودکان (IMR) در ایران اندکی پایین‌تر است (نمودار ۲).



- به استثنای چند کشور حوزه خلیج فارس، ایران پایین‌ترین میزان مرگ‌ومیر مادران در منطقه را دارد.  
 - در رابطه با مرگ‌ومیر بزرگسالان، احتمال مرگ‌ومیر برای زنان و مردان بین سن ۱۵-۶۰ سال در ایران، پایین‌تر از میانگین منطقه و به طور نسبی به نفع مردان بوده است.

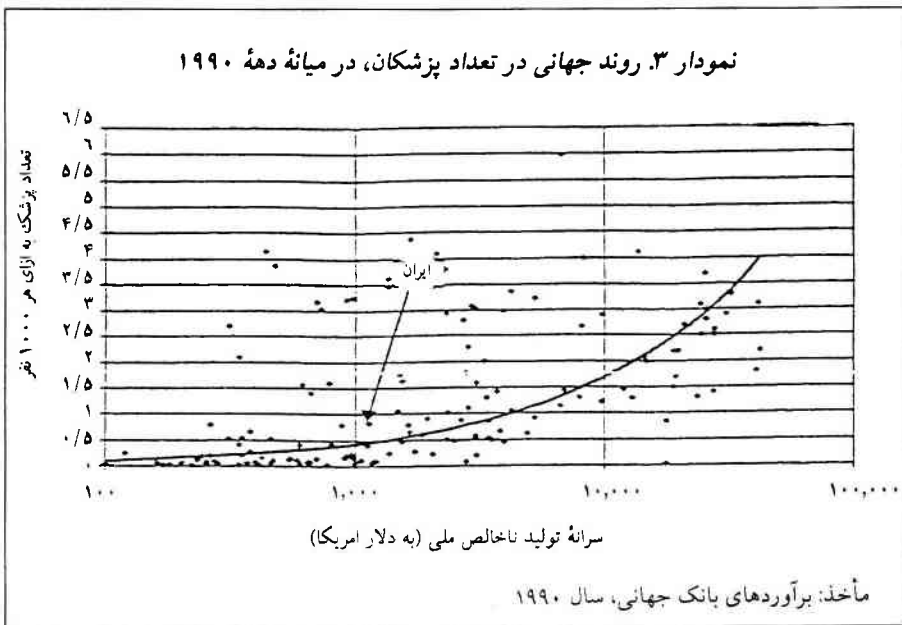
- در رابطه با امید به زندگی در بدو تولد، ارقام متعلق به ایران اندکی از میانگین منطقه‌ای آن بالاتر است.

- در ارتباط با سوء تغذیه، ایران بعد از یمن و عراق، بالاترین میزان را به خود اختصاص داده و در مرتبه سوم ایستاده است.

### ۳-۳. ظرفیت و استعداد نظام ارائه خدمات

- در رابطه با پزشکان، نسبت پزشک به جمعیت در ایران، اندکی پایین‌تر/ کمتر از میانگین منطقه‌ای آن است.

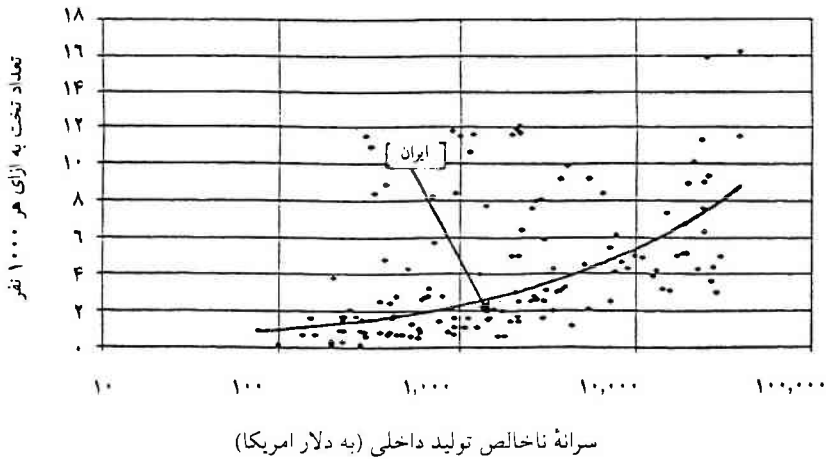
- در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، ایران پزشکان بیشتری از کشورهای مشابه و قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) دارد (نمودار ۳).



- نسبت تخت بیمارستانی به جمعیت در ایران، اندکی کمتر از میانگین منطقه‌ای آن است.

- در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، ایران تخت بیمارستانی کمتری از کشورهای مشابه و قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) دارد (نمودار ۴).

نمودار ۴. روند جهانی در ظرفیت تخت بستری در میانه دهه ۱۹۹۰



مأخذ: برآوردهای بانک جهانی، سال ۱۹۹۹

### ۳-۴. هزینه‌های بهداشتی

- سرنانه تولید ناخالص داخلی ایران از میانگین منطقه‌ای آن (به استثنای کشورهای حوزه خلیج فارس) بالاتر است.

- سهم عمومی / دولتی از کل هزینه‌های بهداشتی ایران، کمتر از میانگین منطقه‌ای آن است.

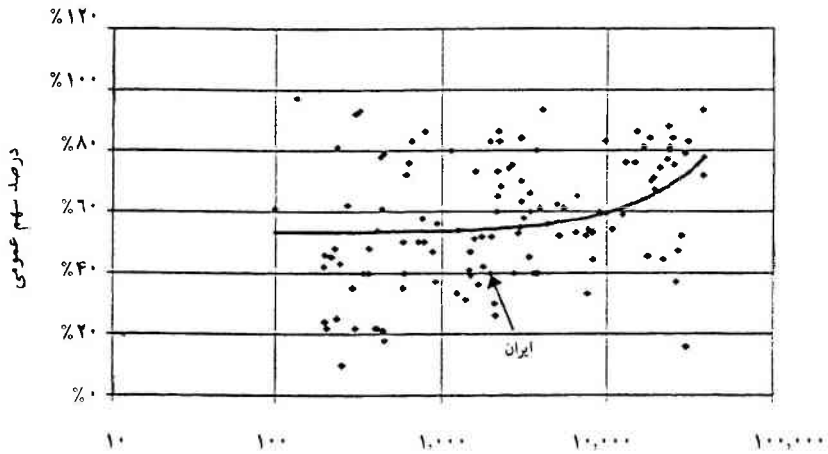
- با فرض درست بودن رقم ۲/۴ درصد سهم عمومی، این میزان کمتر از سهم عمومی کشورهای مشابه و قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) است (نمودار ۵).

- هزینه سرنانه بهداشتی در ایران از میانگین منطقه‌ای آن پایین‌تر است.

- در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، هزینه سرنانه بهداشتی ایران تقریباً معادل هزینه سرنانه بهداشتی در کشورهای مشابه و قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) می‌باشد (نمودار ۶).



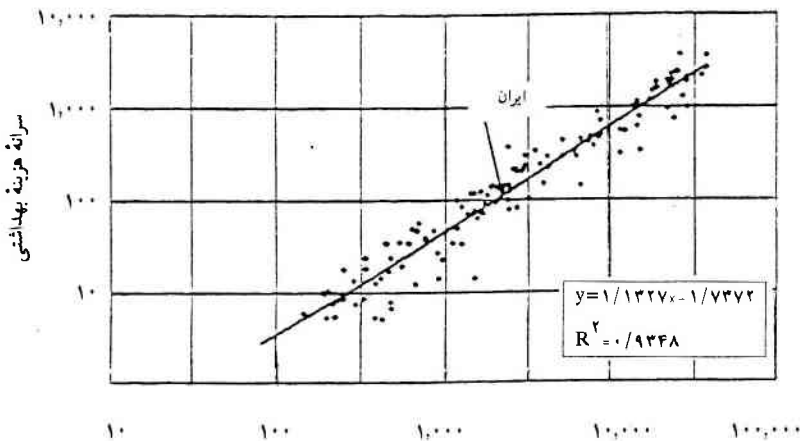
نمودار ۵. سهم هزینه‌های بهداشت عمومی و سطوح درآمد



سرانه ناخالص تولید داخلی (به دلار امریکا)

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی، سال ۱۹۹۹

نمودار ۶. سرانه تولید ناخالص داخلی در برابر سرانه هزینه بهداشتی در جهان

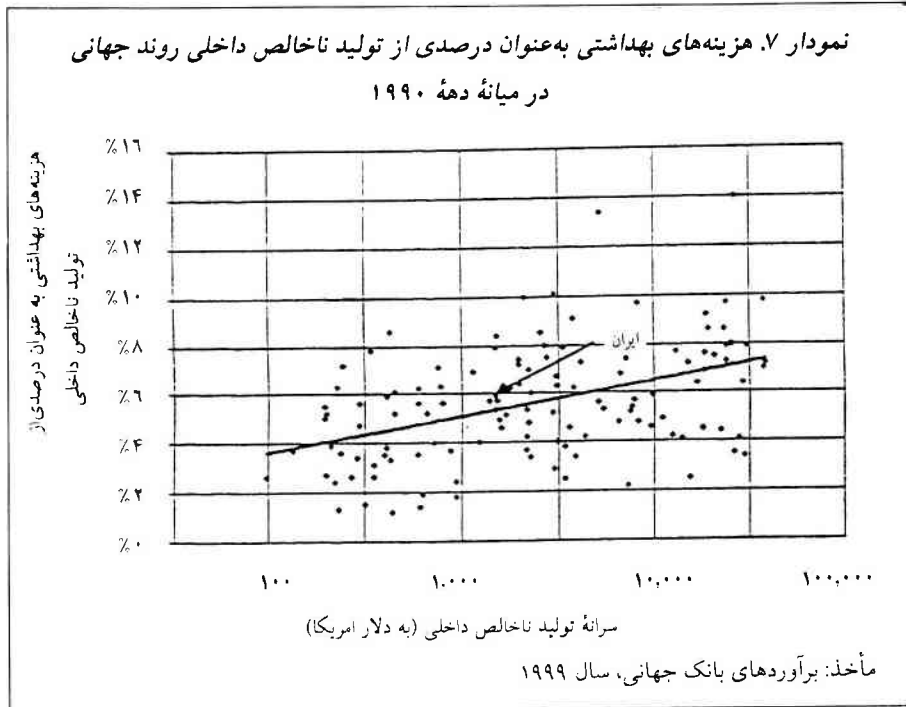


سرانه تولید ناخالص داخلی

مأخذ: برآوردهای بانک جهانی، سال ۱۹۹۹

- هزینه‌های بهداشتی ایران، به عنوان بخشی از (GDP) اندکی کمتر از میانگین منطقه‌ای آن است.

- در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، سهم بهداشت از GDP تقریباً یک درصد بیشتر از میزان مشابه در کشورهای قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) می‌باشد (نمودار ۷).



به‌طور خلاصه در یک مقایسه تطبیقی بین‌المللی، دستاوردهای بهداشتی ایران، به استثنای سوء تغذیه، بهتر از بیشتر کشورهاست: رشد جمعیت و باروری پایین‌تر از کشورهای منطقه است، نسبت تخت و پزشک به جمعیت اندکی پایین‌تر از میانگین منطقه‌ای آن است، اما در مقایسه با کشورهای مشابه در دنیا (به لحاظ درآمد) این نسبت به لحاظ تعداد پزشک بالاتر و به لحاظ تخت، به‌ارزسانی پایین‌تر/کمتر است: و هزینه‌های بهداشتی نسبت به میانگین منطقه‌ای پایین‌تر است، اما در مقایسه با کشورهای مشابه (به لحاظ درآمد) در سطح بالاتری قرار دارد.

#### ۴. عملکرد نظام بهداشتی

همانند همه نظام‌های بهداشتی، نظام بهداشت ایران نیز یک سلسله نقاط ضعف و قوت دارد. سیاست‌گذاری‌های اصلاحی در عین حال که باید ناظر بر نقاط ضعف ریشه‌ای نظام باشند، می‌باید بر پایه نقاط قوت بنا و سامان یابند.

##### ۴-۱. نقاط قوت نظام بهداشتی ایران

- نقاط قوت دستاوردهای بهداشتی
  - دستاوردهای بهداشتی عالی و ممتازند.
  - سطح مصون سازی بالاست.
  - بیشتر مردم به آب سالم و لوله کشی دسترسی دارند.
  - رشد جمعیت و باروری از میانگین منطقه‌ای آن پایین تر است. تقریباً کل مردم ایران دسترسی مادی/ فیزیکی به مراقبت‌های بهداشتی دارند.

##### ● نقاط قوت در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی

- نظام سه سطحی ارائه خدمات درمانی به لحاظ ساختاری از انسجام و یکپارچگی برخوردار است.
- تقریباً همه جمعیت تحت پوشش نظام PHC هستند.

##### ● نقاط قوت در منابع مالی نظام بهداشت

- حدود ۹۰ درصد جمعیت از پوشش رسمی بیمه خدمات بهداشتی برخوردارند.
- هزینه‌های بهداشتی با توجه به دستاوردهای مطلوب بهداشتی خیلی زیاد نیست.
- اصول اساسی نظام در تئوری و عمل، بر هزینه اثر بخش بودن مراقبت‌های اولیه و برابری در ارتباط با دسترسی و توان مالی، بویژه در مورد فقرا و دیگر گروه‌های آسیب پذیر، تأکید دارد.

##### ● نقاط قوت بخش امور دارویی

- داروها به آسانی در دسترس‌اند و مصرف گسترده‌ای از داروهای ژنریک به چشم می‌خورد.

##### ۴-۲. نقاط ضعف نظام بهداشتی ایران

- هنوز سوء تغذیه مسئله‌ای جدی به‌شمار می‌رود: (به طور متوسط ۲۶۰۰ کالری انرژی و ۷۰ گرم پروتئین مازاد بر نیازهای روزانه فیزیولوژیکی وجود دارد، اما توزیع نامناسب بر اساس متغیرهای اقتصادی - اجتماعی و جغرافیایی نیز به چشم می‌خورد.
- ۳۴ درصد زنان در سن باروری دارای کمبود آهن‌اند و ۱۷ درصد آن‌ها مبتلا به کم خونی ناشی از کمبود آهن هستند.

- میزان تولدهای با وزن کم، زیاد است.

- هنوز تفاوت‌های چشمگیری بین شهر و روستا در زمینه دستاوردهای بهداشتی و دسترسی به این دستاوردها و استفاده از آن‌ها و هزینه‌ها وجود دارد.

- بخشی از جمعیت فاقد پوشش بیمه درمانی‌اند و حدود ۱۰ درصد جمعیت فاقد دسترسی کارآمد به شبکه PHC می‌باشند.

● نقاط ضعف در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی

- شبکه PHC و جهت‌گیری آن نیازمند ارزیابی در ارتباط با تحول بهداشتی و رشد بیماری‌های غیرواگیر است که کشور با آن روبه‌رو است.

- فقدان هماهنگی بین سیستم PHC و منابع تأمین مالی مراقبت‌های درمانی (سازمان تأمین اجتماعی و سازمان‌های بیمه بهداشت) به اتلاف و ناکارایی منجر می‌شود.

- اضافه ظرفیت قابل ملاحظه‌ای در سیستم دولتی و احتمالاً در نظام‌های خصوصی ارائه مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد و هنوز هر دو بخش مذکور بدون توجه به نیازهای مبرم توسعه و گسترش می‌یابند.

- کیفیت خدمات نیازمند اعتلا و نظارت است.

● نقاط ضعف در نظام تأمین مالی / بیمه بهداشت

- منابع تأمین مالی مورد استفاده برای سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی، پیچیده، غیرشفاف، فاقد دقت به لحاظ محاسبات بیمه‌ای و احتمالاً ناکارآمد و ناعادلانه‌اند.

- ماهیت نسبتاً داوطلبانه عضویت در سازمان بیمه خدمات درمانی و واجد شرایط بودن برای استفاده از مزایای آن بلافاصله پس از عضویت در آن (بیمه شدن)، به جز خویش فرمایان، به انتخاب جهت دار (فرصت‌طلبانه) از سوی افراد (بیمه شوندگان) و افزایش هزینه‌ها منجر شده و یک کاسه نمودن احتمال خطر را در جمع گروه‌های با ریسک (احتمال خطر) را کم و زیاد محدود می‌کند.

- قدرت انتخاب سازمان‌های دولتی در تدارک بیمه از طریق عضویت در سازمان بیمه خدمات درمانی یا منابع دیگر، هم یک کاسه نمودن احتمال خطر و هم قابلیت پیش بینی عواید برای عضویت در سازمان بیمه خدمات درمانی را محدود می‌کند.

- مجموعه مزایای برخوردار از بیمه نیاز به تجزیه و تحلیل از دیدگاه هزینه - کارایی، قابلیت و توان خرید و انتظارات مصرف‌کننده دارد.

- در رابطه با خالص مزایا، یعنی (هزینه‌های مالی در برابر منافع دریافتی)، مشخص نیست که کدام گروه‌های درآمدی برنده و کدام بازنده‌اند.

- نظام پرداخت کارانه (فی فورسرویس) برای ارائه‌کنندگان خدمات که توسط سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی مورد استفاده است به ناکارایی، صعود هزینه‌ها و تدارک خدمات نا لازم منجر می‌شود.

- نظام‌های چندگانه بیمه‌ای به هزینه‌های مفرط اداری، مدیریت پیچیده، ناکارآمدی در یک کاسه نمودن احتمال خطرها و بدهی‌های بالقوه نامحدود به دولت برای جبران کسری‌ها منجر می‌شود.

- عدم تفکیک تأمین مالی و تدارک خدمت در وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی با روندهای موجود در بسیاری از کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت مغایرت داشته و کارایی را تضعیف می‌کند.

#### ● نقاط ضعف در مدیریت نظام مراقبت‌های بهداشتی

- تصمیم‌گیری بسیار متمرکز است و ممکن است پاسخگوی نیازهای مبرم کشور نباشد.  
- تکنیک‌های نوین مدیریت و استفاده از فن‌آوری‌های اطلاع‌رسانی در مجموعه نظام و همچنین در مدیریت یک واحد تنها و در دیدگاه‌های عملیاتی جایی ندارند.

- اطلاعات حیاتی برای تصمیم‌گیری وجود ندارد، مانند اطلاعات مربوط به حساب‌های ملی بهداشت در رابطه با هزینه‌های بهداشتی بر اساس منبع پرداخت و نوع خدمت (اخیراً برنام‌هایی برای این‌گونه اطلاعات طراحی شده است). اطلاعات در زمینه بهره‌برداری از منابع، مانند میزان اشغال تخت، متوسط اقامت بیمار، میزان پذیرش، سرانه روزهای مراقبت بستری، سرانه ویزیت‌های سرپایی، اطلاعات تفصیلی بیماری و مرگ و میر، داده‌های جزئی در استفاده از خدمات، پرداخت‌های مستقیم (توسط بیمار) و اطلاعات قابل اتکا در مورد وضعیت پوشش بیمه‌ای جمعیت.

- اطلاعات محدودی درباره بخش خصوصی اعم از ارائه‌کنندگان بخش خصوصی و بیمه‌گران خصوصی وجود دارد.

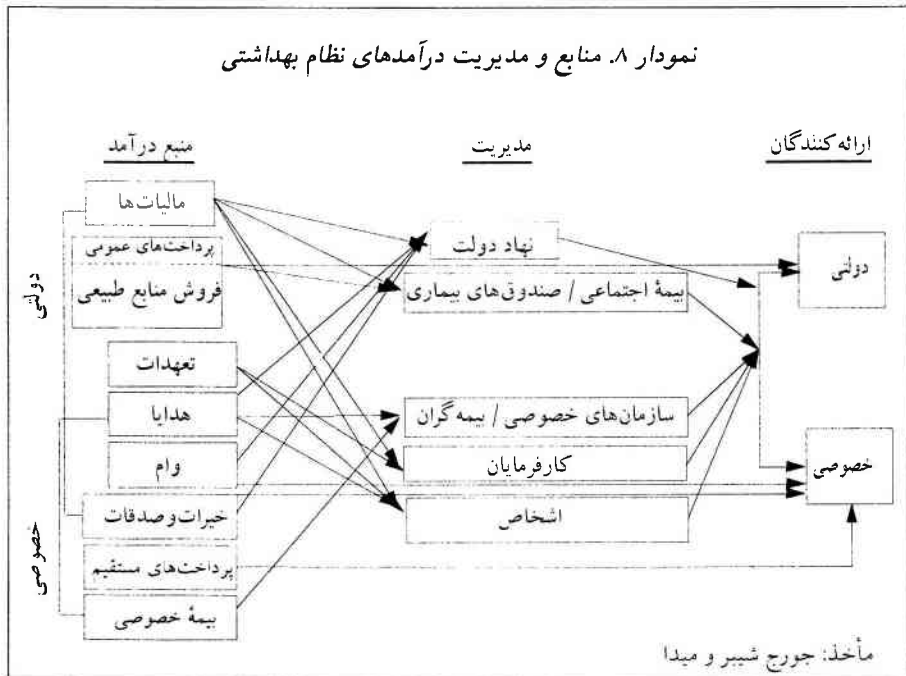
- اطلاعات محدودی درباره کیفیت خدمات و رضایت مصرف‌کنندگان درست است.

● نقاط ضعف مربوط به بخش دارویی:

بخش دارویی با بسیاری از مسائل رایج در کشورهای در حال توسعه مواجه است. این مسائل عبارت‌اند از: پاران‌های ناکارآمد، فهرست‌های نیاز به داروهای حیاتی، کفایت کیفیت، نیاز به آموزش پزشکان و مصرف‌کنندگان در استفاده بهینه از دارو، نیاز به تطبیق با استانداردهای WTO و غیره.

۵. فضای عام تأمین مالی بهداشت

نظام‌های مراقبت بهداشتی ممکن است با منابع متعدد خصوصی و دولتی تأمین مالی شوند. این منابع (صندوق‌های مالی) می‌توانند برای مؤسسات خصوصی یا دولتی منظور و برای خدمات بهداشت عمومی (با مزیت‌هایی فراتر از سطح فردی) و بهداشت خصوصی (خدماتی که صرفاً فرد از آن‌ها برخوردار می‌شود)، عرضه شده توسط ارائه‌کنندگان دولتی یا خصوصی خرج شوند. نمودار ۸ تصویر ساده‌ای از عواید جایگزین، مدیریت و ساختارهای تولید یا به عبارت دیگر، منابع مالی، مدیریت منابع مالی و نحوه استفاده از این منابع را ارائه می‌کند.



همان‌گونه که در نمودار ۸ نشان داده شده است، ممکن است، درآمدها از طریق مالیات‌ها، پرداخت‌های انجام شده توسط مصرف‌کنندگان خدمات عمومی، فروش منابع طبیعی، تعهدات، کمک‌های دولتی بلاعوض، وام، خیرات، پرداخت‌های مستقیم و بیمه خصوصی جمع‌آوری شوند. وجوه جمع‌آوری شده توسط مؤسسات دولتی و خصوصی متعددی از جمله وزارتخانه‌های دولتی، دولت‌های محلی، مؤسسات مستقل عمومی، سازمان‌های تأمین اجتماعی، بیمه‌گران خصوصی، سازمان‌های غیرانتفاعی غیردولتی (NGOs)، کارفرمایان، اتحادیه‌های کارگری و افراد، به کار گرفته شود. با استفاده از این وجوه، خدمات از تولیدکنندگان بخش دولتی و خصوصی (انتفاعی و غیرانتفاعی) خریداری می‌شود.

گزینش خط‌مشی در ارتباط با ترکیب «متناسب» امکانات فوق‌متر از واقعیت‌های سیاسی و شرایط اقتصادی - اجتماعی هر کشور است. در هر صورت، دو بنیان مفهومی مهم که زیربنای سیاست‌گذاری به حساب می‌آیند عبارت‌اند از: اصول بیمه و اقتصاد عمومی. بنابراین، در حالی که بنیان سیاسی و ساختار اقتصادی اجتماعی یک کشور بسیار مهم است، هم اصول بیمه و هم اقتصاد عمومی راهنمای طرح اصلاحاتی به شمار می‌روند که می‌تواند دسترسی، برابری و کارایی را اعتلا بخشد. هر یک از این عرصه‌ها به ترتیب توضیح داده می‌شوند. به علاوه، تجربیات اخیر کشورهای عضو OECD و تعدادی از کشورهای در حال توسعه در مورد شیوه‌های پرداخت مبتنی بر انگیزه، درس‌های آموزنده‌ای برای بهبود کارایی در تولید و تدارک خدمات (مثلاً) در بعد استفاده از منابع و استفاده از ترانزنامه و جوه امور مالی بهداشت) به دست می‌دهند، با اینکه بحث تفصیلی در این باره خارج از محدوده این مقاله است، با این همه در قسمت هفتم خلاصه‌ای درباره آن گفته خواهد شد.

#### ۵-۱. اصول بیمه

بیمه، در مقایسه با خرید فردی، مدل ترجیحی برای تأمین مالی خدمات بهداشتی شخصی است، زیرا قابلیت پیش‌بینی خطر و رفاه فرد را بهبود می‌بخشد؛ چون افراد از خطر دوری می‌کنند و ترجیح می‌دهند که مبلغ جزئی ثابتی را پیشاپیش جهت پوشش در برابر خطرات بزرگ سلامتی و هزینه کلان پیش‌بینی‌ناپذیر در آینده، بپردازند. دلایل خاص عنوان شده در این خصوص، به ترتیب به شرح زیر است:

- مردم از خطر گریزان‌اند و ترجیح می‌دهند که مبلغ نسبتاً کمی را برای پیشگیری از ضرر بزرگ پیش‌بینی‌ناپذیر بپردازند.

- یک کاسه نمودن چنین موارد کوچک، قابلیت پیش بینی وقوع واقعه را افزایش می دهد (مثلاً) با استفاده از ویژگی های آماری مربوط به قانون اعداد بزرگ) و بستری برای پایه های بازار بیمه فراهم می کند.

- بیمه نظامی برای کاهش احتمال خطر از طریق جمع کردن و یک کاسه نمودن احتمال خطر است و لذا سلامت و رفاه جمعیت را افزایش می دهد.

- در نتیجه، بیمه در مقایسه با پرداخت مستقیم فردی، شیوه ای ترجیحی برای تأمین اعتبار مالی مربوط به خدمات بهداشت شخصی است.

بازارهای بیمه باید برای دفاع از مردم در برابر هزینه های زیاد و وقایع اتفاقی با احتمال پایین سازمان یابند. خط مشی های بیمه ای نباید موارد کم هزینه با میزان احتمال وقوع بالا را دربرگیرند، زیرا چنین وقایعی می توانند تأمین بودجه و اعتبار شوند و یا توجه به احتمال بسیار وقوع آنها، قابلیت پیش بینی ناچیزی از یک کاسه نمودن چنین اتفاقاتی به دست خواهد آمد یا به دست نخواهد آمد. دربرگیری (شمول) حجم زیادی از این گونه خدمات در یک برنامه بیمه، اصول اساسی بیمه را متزلزل می کند. با این همه، در بسیاری از کشورها، مصرف کنندگان ترجیح می دهند که پیش پرداخت هایی از طریق نظام بیمه برای چنین وقایعی داشته باشند.

## ۲-۵. اقتصاد عمومی: عدم موفقیت بازار (خصوصی) و دلایل توجیهی مداخله دولت

مسائل اساسی مربوط به تناسب منابع مالی خصوصی یا دولتی تابعی از اهداف تخصیصی، توزیعی و تثبیت اقتصادی دولت در خط مشی های مورد استفاده برای اصلاح ناکامی های بازار و عوارض خارجی در تأمین مالی، مصرف و تدارک خدمات بهداشتی است (Musgrove).

بی ثباتی ها و ناکامی ها در بازار بیمه که ممکن است هم مانع یک کاسه نمودن احتمال خطرات از طریق برنامه های بیمه و هم اهداف برابری، به ویژه با توجه به آثار بهداشت ضعیف در توزیع درآمد شوند، از عوامل بسیار مربوط و کمتر تبیین شده در این خصوص به شمار می روند. موارد شناخته شده شکست اقتصاد بازار در بخش بهداشت، در زیر به طور خلاصه بیان می شوند. (ابعاد اقتصاد عمومی مرتبط با تأمین اعتبار عمومی / دولتی خدمات بهداشتی (مثلاً" مالیات) در قسمت بعدی توضیح داده می شود). این ها موارد زیر را شامل می شوند:

- خدمات بهداشتی با مزایای جمعی - کالاهای عمومی و کالاهای استحقاقی

- توزیع مجدد / برابری

- ناکامی های بازار بیمه بهداشتی



- ناکامی‌های دیگر بازار در تولید و مصرف مستقیم خدمات بهداشتی، از جمله فاصله و عدم توازن اطلاعاتی، وابستگی درونی عرضه و تقاضا و دیگر شکست‌های بازار در بعد عرضه نظیر موانع ورود، صرفه‌جویی‌های مقیاس و ....

از آن‌جا که در نوشتار، موارد عمده عدم موفقیت بازار در حیطه بهداشت، به تفصیل مورد بحث قرار گرفته‌اند، در این جا تکیه بر بی‌ثباتی‌ها و ناکامی‌های بازار بیمه می‌باشد؛ عرصه‌ای که در آن دلایل انتخاب یکی از منابع مالی عمومی یا خصوصی، مبهمتر هستند. در این جا بحث بر نحوه ترکیب این دو منبع نیز متمرکز می‌شود. در مورد ارائه خدمات به علت پیچیدگی موضوع و نبود یک خط‌مشی صریح و قاطع افزون بر آن پند خوب اقتصادی، ولی باطل در اجرا که "دولت‌ها باید در تصمیم به خرید یا تولید خدمات مثل یک شرکت خصوصی عمل کرده و اگر به صرفه است بخرند وگرنه تولید کنند" بحث نخواهد شد.

دو جنبه از بازارهای بیمه به بی‌ثباتی دامن می‌زنند: «انتخاب معکوس» و «خطر رفتاری». انتخاب معکوس زمانی رخ می‌دهد که افراد بیمارتر و رنجورتر از حد معمول، در سازمان‌های بیمه بهداشتی خصوصی و گاه دولتی عضو می‌شوند. این امر در صورتی که افراد سالم‌تر به عضویت درنیایند، ممکن است به بی‌ثباتی بازارهای بیمه از طریق افزایش مستمر حق بیمه منجر شود. بیمه‌گران تلاش می‌کنند تا افراد با احتمال خطر بالا را با استفاده از شیوه‌ها و فعالیت‌هایی که با عنوان تضمین درمانی از آن یاد می‌شود، حذف کنند. این فعالیت‌ها شامل: درخواست معاینات پزشکی، بررسی مطالبات، داشتن دوره‌های انتظار، حذف شرایط پیشین (پیش از عضویت در بیمه) از چتر پوشش و رد پوشش بیمه‌ای را در برمی‌گیرد. در حالی که چنین اقداماتی برای بیمه خصوصی طبیعی‌تر است، می‌توانند در طرح‌های بیمه عمومی / دولتی نیز که صندوق‌های بیمه چندگانه وجود دارد و افراد حق انتخاب از میان آن‌ها را دارند، مطرح شوند. این گونه اقدامات به تقسیم خطر و در نهایت به حذف بیمارترین‌ها و آسیب‌پذیرترین‌ها از خرید بیمه قابل خرید منجر می‌شود. این آثار سوء را می‌توان با اقداماتی نظیر نظارت بر بیمه‌گران در مقابل درجه‌بندی اجتماعی (همه در موقعیت یکسانی قرار دارند و همه مبلغ یکسانی می‌پردازند) و دیگر محدودیت‌ها در تضمین درمانی، بازاریابی برای بیمه در گروه‌هایی که با اهداف دیگری شکل گرفته‌اند (مانند اشتغال) یا با داشتن یک برنامه مبتنی بر تعهد بیمه عمومی (همگانی) کاهش داد.

عامل دوم بی‌ثباتی که بیمه خصوصی و عمومی / دولتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، خطر

رفتاری است. خطر رفتاری از اینجا ناشی می‌شود که گرایش به بیمه، احتمال وقوع واقعه‌ای را که فرد در برابر آن بیمه می‌شود، افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، اگر افراد به ازای دریافت خدمات، مبلغی پرداخت نکنند یا با نرخ‌های (اندک) یارانه‌ای آن را دریافت کنند، در این صورت آن‌ها مصرف خدمات بیشتری خواهند داشت (در مقایسه با زمانی که این خدمات را از طریق بازار کاملاً رقابتی تهیه می‌کنند). این مسئله، هم در بیمه عمومی و هم در بیمه خصوصی مصداق دارد. ویژگی‌هایی که در طرح بیمه توسط بیمه‌گران خصوصی و عمومی برای کاهش خطر رفتاری به کار گرفته می‌شود، عبارت است از: مشارکت در هزینه، محدودیت در استفاده از مزایا، تجدید نظر مکرر (در مزایا و شرایط) و مدیریت بهره برداری (مطلوبیت) (مانند بازبینی قبلی، نقطه نظرهای جراحی بعدی).

این بی‌ثباتی‌های بازار بیمه، عوارض مهمی در تأمین منابع مالی خصوصی و عمومی بیمه بهداشتی برای خدمات بهداشتی شخصی دارد. منابع مالی عمومی بیمه بهداشت، خطرات (ریسک‌ها) را در کل جمعیت پراکنده می‌کند، انتخاب معکوس و مسائل مرتبط با تضمین درمانی را از بین می‌برد، اما در عین حال با مسائل هزینه‌ای و مصرف بیش از حد ناشی از خطر رفتاری مواجه است. از طرف دیگر، بیمه خصوصی با توجه به ماهیت خود نیازی به تأمین مالی از طریق جمع‌آوری عواید عمومی توأم با اعمال فشار ندارد (نگاه کنید به قسمت پایین) و به مصرف‌کننده امکان انتخاب می‌دهد، ولی همچنان با مسائل هزینه‌ای به علت خطر رفتاری مواجه است. روشن است که با عنایت به دلایل و اصل برابری، دولت باید برای قشر فقیر و آن‌ها که قادر به پرداخت نیستند، پوشش بیمه‌ای فراهم کند و این کار را یا مستقیم یا از طریق پرداخت یارانه به بیمه‌های خصوصی، انجام دهد. برای آن‌ها که توان پرداخت دارند، انتخاب پیچیده‌تر است. در هر حال، اگر پراکنده‌نمودن خطر به‌طور مؤثر یک هدف برای خط‌مشی دولتی است، بازارهای بیمه خصوصی نیازمند نظارت و تعدیل برای اجتناب از جزء جزء نمودن افراطی خطر، حتی برای افراد باتوان پرداخت، خواهند بود. در واقع، یکی از اهداف نظام‌های بهداشتی، حفاظت از ویرانی بنیان مالی مردم در نتیجه هزینه‌های مصیبت‌بار بیماری است. اگر حق بیمه‌های خصوصی برای افراد با ریسک بالا به علت تفکیک مفراط بازار (excess market segmentation)، بیش از حد باشد، این هدف ممکن است دست‌یافتنی نباشد. جالب توجه است که بجز ایالات متحده آمریکا تقریباً همه کشورهای OECD به جای تکیه بر بازارهای بیمه خصوصی، بیمه بهداشتی با تأمین مالی از منابع عمومی را برای ارائه خدمات بهداشت فردی و عمومی به

جمعیت تحت پوشش خود برگزیده‌اند. مع‌هذا، همان‌گونه که بحث خواهد شد، سؤال مهم دیگری که سیاست‌گذاری با آن مواجه است، این است که: «هرکشوراز عهده چه چیزی برمی‌آید؟»

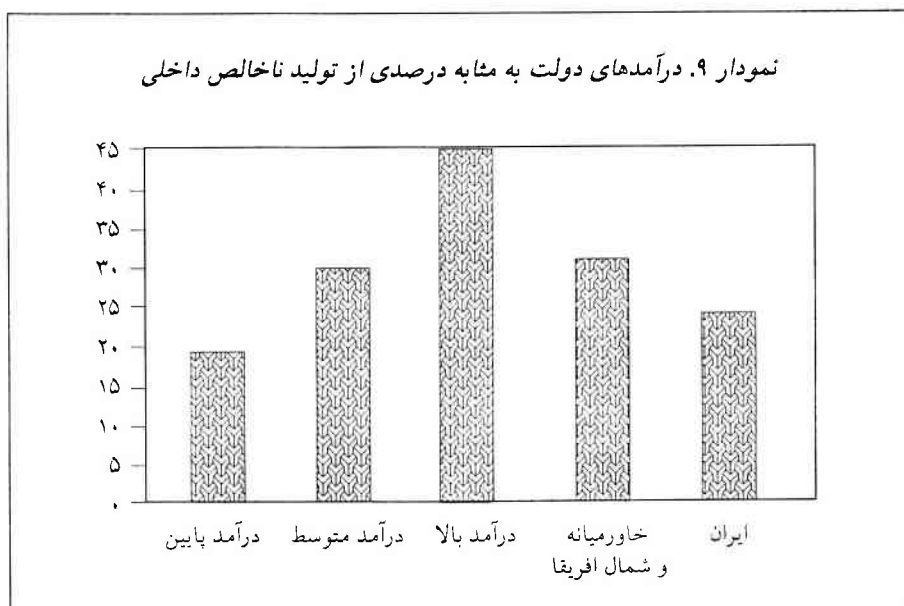
براساس بحث فوق، دستورالعمل‌های متعددی در تأمین منابع مالی خصوصی و عمومی خدمات بهداشتی وجود دارد:

- خدمات بهداشت عمومی باید با استفاده از منابع مالی عمومی تأمین اعتبار شوند.
- خدمات بهداشت شخصی که منافع و مزایای جمعی دارند، مانند کالاهای استحقاقی (merit goods) باید یارانه دولتی دریافت کنند.
- خدمات بهداشت شخصی که هیچ نوع مزایای جمعی ندارند، می‌توانند به طور خصوصی یا عمومی تأمین مالی شوند.
- خدمات بهداشت شخصی برای گروه‌های آسیب پذیر با توجه به اصل برابری، باید عمدتاً از طریق منابع عمومی تأمین مالی بشوند.
- بیمه با یک کاسه نمودن خطرات، در مجموع، آن‌ها را کاهش می‌دهد و لذا روشی مطلوب‌تر از خرید فردی برای تأمین مالی خدمات بهداشتی محسوب می‌شود.
- بیمه برای خدمات بهداشت شخصی می‌تواند به‌طور خصوصی یا عمومی تأمین مالی شود.
- بی‌ثباتی‌های بازار بیمه نظارت دولت و در موارد خاص کمک‌های مالی دولت را الزامی می‌کند.
- شکست بازار موجب ناکارآمدی درارتباط با پرداخت مستقیم و خرید خدمات بهداشتی از سوی فرد می‌شود.
- در مواردی، تدارک و نظارت دولت و فراهم نمودن اطلاعات ممکن است جایگزینی ارزنده در تأمین مالی دولتی برای خدمات بهداشت شخصی باشد.

## ۶. منابع مالی خصوصی و عمومی

این قسمت، راه‌های متعدد تهیه و جمع‌آوری درآمدهای عمومی را که در نظام‌های مالی بهداشت می‌توان از آن‌ها استفاده کرد، بررسی می‌کند. ظرفیت یک دولت در جمع‌آوری عواید، آثار مهمی در توانایی‌های آن در تأمین مالی خدمات برای جمعیت تحت پوشش خود دارد. تهیه درآمد بویژه در کشورهای درحال رشد به دلایلی از جمله بخش‌های وسیع غیررسمی و روستایی تولید، تعداد زیاد بنگاه‌های واسطه در مناطق شهری، مدیریت‌های ناکارآمد مالیاتی و

اتکا بر ساز و کارهای نابرابر و ناکارآمد جمع‌آوری عواید، مسئله برانگیز است. به موازات رشد کشورها، شهرنشینی توسعه پیدا می‌کند، بخش‌های تولیدی آن‌ها نظمی بیشتر می‌یابند و اتکای آن‌ها به کشاورزی کمتر خواهد شد. مدیریت مالیات بهبود، و ظرفیت‌های نسبی کسب درآمد در آن‌ها افزایش می‌یابد. نمودار ۹ تأیید تجربی این روند را نشان می‌دهد.



همان‌گونه که در نمودار ۹ به صورت درصدی از تولید ناخالص داخلی نشان داده شده است، کشورهای با درآمد متوسط، ۳۰ درصد و کشورهای با درآمد پایین ۵۰ درصد کمتر از درآمدهای کشورهای با سطح درآمد بالا، درآمد تولید می‌کنند. ایران حدود ۲۵ درصد تولید ناخالص داخلی خود را از محل عواید دولتی تأمین می‌کند که از میانگین متعلق به کشورهای با درآمد متوسط (۳۲٪) کمتر است. علت این امر شاید کاهش قیمت نفت در ماه‌های اخیر باشد، زیرا نفت بیش از ۵۰ درصد همه درآمدهای دولت را شامل می‌شود.

در حال، این ارقام نشان می‌دهند که ایران می‌تواند حدود ۴۰۰ دلار آمریکا درآمد سرانه ( $۱۶۰۰ \times ۰/۲۵ = ۴۰۰$ ) برای همه هزینه‌های عمومی داشته باشد. حتی اگر کشور ۱۰ درصد

بودجه عمومی را به بخش بهداشت اختصاص دهد (که رقم نسبتاً بالایی در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی است)، فقط حدود ۴۰ دلار در سال به ازای هر فرد برای تأمین مالی خدمات بهداشتی (از منابع عمومی / دولتی) در دسترس خواهد بود. با توجه به زیرساخت وسیع و گسترده ایران، توزیع نسبی و پیچیدگی، بسیار نامحتمل است که این سطح از هزینه، انتظارات و توقعات مصرف‌کننده را برآورده نماید. بنابراین، سیاست‌گذاران باید منابع مالی خصوصی و عمومی، هر دو را به دقت در نظر گیرند و خط‌مشی‌هایی ارائه کنند که عملکرد بخش بهداشت را به حد مطلوب برسانند.

### ۱-۶. منابع درآمد عمومی (دولت)

همان گونه که قبلاً اشاره شد، منابع عمده درآمدهای عمومی، مالیات‌ها، فروش منابع طبیعی، مالیات مصرف‌کننده، تعهدات، هدایا و وام‌ها می‌باشد. درباره هر یک از این‌ها به ترتیب بحث خواهد شد.

● مالیات: مالیات بجز در کشورهای نظیر ایران، شیخ‌نشین‌های خلیج فارس، الجزایر و دیگر کشورهایی که سرشار از منابع طبیعی مهم‌اند، اساسی‌ترین منبع درآمد محسوب می‌شود. نمودار ۱۰ انواع گوناگون مالیات‌ها را نشان می‌دهد که برای ایجاد درآمد و پیشرفت در راستای اهداف تخصیص، توزیع و تثبیت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

● طبقه‌بندی مالیات‌ها: سیاست مالیاتی دولت آشکارا تابعی از متغیرهای سیاسی و اقتصادی است. در هر حال، برای ارزیابی عملکرد، سیستم‌های مالیاتی نیازمند ارزیابی با معیارهای کارایی اقتصادی، برابری، سادگی و سهولت اموراداری، ظرفیت ایجاد درآمد، انعطاف‌پذیری و شفافیت‌اند. کارایی اقتصادی در مقوله مالیات‌ها به زبان‌های فعالیت اقتصادی ناشی از دگرگونی رفتاری خانوارها و مشاغل بر می‌گردد، زیرا واکنش آن‌ها به مالیات‌ها در راستای به حداقل رساندن اثر آن‌ها صورت می‌گیرد. در بیشتر مواردی که حکومت‌ها منابعی را از طریق مالیات از بخش خصوصی به دست می‌آورند، بیشتر از منابع به دست آمده، متحمل هزینه اقتصادی می‌شوند. این هزینه کارایی از تولید و مصرف ناکارآمد مرتبط با مالیات‌ها که تصمیمات اتخاذ شده توسط خانوارها و کارخانه‌ها را در رابطه با مصرف و تولید تحریف می‌کند، ایجاد می‌شود. بار مفرط و اضافی مالیات‌ها مستقیماً به واکنش‌های رفتاری مشمولان مالیات و میزان مالیات‌ها مربوط می‌شود. هرچه میزان مالیات و پذیرش آن بیشتر باشد، بار اضافی نیز بیشتر خواهد بود. تنها، مبلغ قطعی مالیات‌های سرانه فاقد بار اضافی‌اند.



برابری به عادلانه بودن سیستم مالیاتی مربوط می‌شود. برابری/عدالت به توزیع بار مالیاتی بر اساس طبقات درآمدی ارتباط پیدا می‌کند. برابری افقی به معنی برخورد یکسان با دارندگان درآمدهای هم سطح بدون توجه به منبع درآمد آن‌ها تلقی می‌شود. برابری عمودی به معنی توزیع بار مالیاتی بر اساس توانایی پرداخت است. متأسفانه تعریف درآمد و توانایی پرداخت چندان صریح و روشن نیست. به علاوه استفاده از سیستم مالیاتی برای توزیع مجدد درآمد از ثروتمندان به فقرا بسیار مشکل است، زیرا:

- بخش قابل ملاحظه‌ای از درآمد ثروتمندان ناشی از سرمایه است که به لحاظ بین‌المللی متحرک بوده و قابلیت جابه‌جایی دارد.
- بخش اعظم درآمد ناشی از فعالیت‌های اقتصادی خطرپذیر است که اندازه‌گیری میزان و تعیین مالیات بر آن مشکل است.
- ثروتمندان به لحاظ سیاسی قدرتمنداند.

معلوم شده است که سیستم مالیات در کشورهای در حال توسعه وسیله‌ای ضعیف برای توزیع مجدد (منابع) است و شیوه بهتر استفاده از درآمدهای ناشی از مالیات‌های موثر برای تدارک یارانه‌های مستقیم جهت اقشار فقیر است.

سادگی و سهولت اداری، به معنی به حداقل رساندن هزینه‌های چشمگیر تحمیلی بر دولت، کارخانه‌ها و خانوارها در مدیریت سیستم مالیاتی است. در واقع، تغییرات موفقیت آمیز در سیاست‌گذاری مالیاتی فقط از طریق مدیریت مؤثر مالیاتی قابل دریافت است. مدیریت مؤثر مالیاتی و سیاست‌گذاری به معنی حذف مالیات‌های بی‌ثمر، حفظ نسبت‌های مالیاتی متفاوت و پیش‌بینی‌های حداقل و داشتن سهمیه‌های مالیاتی روشن و برقراری ارتباط مؤثر بین آن‌هاست. عواید به وجود آمده از راه مالیات را ظرفیت ایجاد درآمد یا درآمدسازی می‌گوییم. انعطاف‌پذیری بر چگونگی عمل درآمدهای مالیاتی در ارتباط با چرخه فعالیت / مشاغل تعریف می‌شود. شفافیت به درک مردم از سیستم و باز بودن آن در عمل و اجرا مربوط است. شفافیت نتایج مهمی برای اجرا و پذیرش دارد. این ابعاد و ویژگی مالیات‌ها، اجزا و عناصر مهم مجموعه اقتصاد کلان می‌باشند.

یک عنصر مهم دیگر در سیستم مالیاتی مختص و مرتبط با بخش بهداشت، استفاده از یارانه

مالیاتی برای تشویق به خرید بیمه بهداشتی و خدمات درمانی است. این یارانه‌ها عمدتاً صورت فرانشیز یا اعتبار در مقابل مالیات بردرآمد شخصی یا جمعی پیدا می‌کند. یارانه مالیات می‌تواند انگیزه نیرومندی برای افراد و کارفرمایان در جهت خرید بیمه بهداشتی خصوصی و همچنین خدمات درمانی ایجاد کند و از این طریق بار مسئولیت دولت را در پوشش تمام و کمال هزینه‌ها کاهش دهد. دوم بسته به ساختار آن، ممکن است به زیان نامحدود از دست دادن درآمدهای منحصراً مبتنی بر تصمیمات کارفرمایان و افراد تبدیل شود. سوم، انتقال مزایا ممکن است عمیقاً معکوس باشد (مثلاً مراکز با دستمزد بالا بیشترین مزایا را دریافت کنند). چهارم، چنین یارانه‌هایی مانع مطرح شدن بارهزینه‌ها می‌شوند.

نیازی به گفتن نیست که همان‌گونه که در بالا بحث شد، بسیاری از دستورالعمل‌های اساسی ناظر به کارایی، برابری، سهولت اداری، ایجاد درآمد، انعطاف پذیری و شفافیت، با توجه به ساختار اقتصادی و اداری کشورهای درحال توسعه، به سختی در این کشورها قابل اجرا هستند.<sup>۱</sup>

بعضی از ابعاد، نهادی پیچیده را به‌طور خلاصه نشان می‌دهند. بعضی از این ابعاد نهادی،

۱. ویژگی‌های نهادی و اثرگذار بر ظرفیت مالیاتی در کشورهای در حال توسعه

- بسیاری از مردم به‌طور وسیع در مناطق روستایی پراکنده‌اند.
- بسیاری از مردم کشاورزان خویش‌فرمایی هستند که در سطحی محدود (و بخور و نمیر) زندگی می‌کنند. درآمد این افراد عمدتاً به صورت محصول - نه پول نقد است و به آسانی قابل اندازه‌گیری و بررسی نیست و میزان زیاد پیسودی، حسابداری و بایگانی ضعیف، استفاده از مالیات‌های بردرآمد شخصی و منافع را محدود می‌کند.
- در مناطق شهری بخش‌های غیررسمی وسیعی از بنگاه‌های تجاری واسطه وجود دارد و حتی افراد شاغل در بخش صنعت نیز در این بنگاه‌ها فعالیت دارند.
- بنگاه‌های بزرگ‌تر و عمده در تصدی دولت یا صنایع استخراجی است که غالباً در تملک خارجی‌هاست.
- محصولات کشاورزی و منابع معدنی با قیمت‌های متزلزل و پیش‌بینی‌ناپذیر جهانی مواجه‌اند.
- دوگانگی اقتصاد نوین و بخش سنتی روستایی، و تقسیم بازار ناشی از آن، بازارکار و کالا را پیچیده و غیرعادی نموده و بار مالیاتی را افزایش می‌دهد.
- نابرابری بسیار در درآمد، به‌افزایش مالیات، پرداخت نکردن بیشتر مالیات و از دست دادن بیشتر کارایی منجر می‌شود.
- تحریف‌ها و تقلبات تجاری زیاد - تعرفه‌های واردات، سهمیه‌ها، مالیات‌های صادرات، نرخ‌های متفاوت تبدیل ارز، جیره‌بندی، سهمیه‌بندی ارز خارجی - به تخصیص نادرست منابع و نابرابری می‌انجامد.
- نفوذ بنگاه‌های دولتی (تحت تملک دولت)، به همراه ساختارهای نامطلوب مالیات مصرف‌کننده، غالباً به تصمیمات ناکارآمد سرمایه‌گذاری عمومی منجر می‌شود.
- ظرفیت محدود دستگاه اداری مالیات محدود است.

Source: Schieber, G. and Maeda, A., *A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries*.



ذاتی اقتصاد ایران‌اند و مشکل استفاده از سیاست‌گذاری‌های مؤثر مالیاتی را در جمع عواید دولتی افزایش می‌دهند.

● فروش منابع طبیعی

فروش منابع طبیعی هنوز یکی از منابع درآمد دولت محسوب می‌شود. این شکل از درآمد در کشورهایی که منابع طبیعی غنی و گسترده، مانند نفت، گاز، الماس، موادشیمیایی و نظایر این‌ها دارند، بسیار چشمگیر است. در هر صورت، علاوه بر آسیب‌پذیری از نوسان‌های شدید قیمت‌های جهانی، بسیاری از این منابع تجدیدشدنی نبوده و لذا منبع تأمین مالی معتبری در درازمدت به حساب نمی‌آیند.

● پرداخت‌های مصرف‌کننده

پرداخت‌های مصرف‌کننده، پرداخت‌های خصوصی برای کالاها و خدمات تولیدشده توسط بخش عمومی‌اند. پرداخت‌های مصرف‌کننده در بسیاری از کشورها، منبع مهمی برای درآمد دولت محسوب می‌شوند. سیاست‌های اعمال پرداخت‌های مصرف‌کننده باید با همان معیارهای برابری، کارایی و امکان اجرایی مورد استفاده برای ارزیابی مالیات‌ها، ارزیابی شوند. چنین پرداخت‌هایی می‌توانند در مواردی که افزایش مالیات‌ها به لحاظ سیاسی عملی نیست، منبع مهمی برای درآمد تلقی شوند. در هر حال، پرداخت‌های مصرف‌کننده ابزار کارایی برای تضمین برابری نیست، مگر آنکه قشر فقیر و بی‌بضاعت از آن معاف شوند.

پرداخت‌های مصرف‌کننده با توجه به پهنه وسیع استفاده از آن‌ها و قابلیتشان برای تأمین عواید بدون افزایش مالیات‌ها، به‌طور گسترده مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. این ارزیابی‌ها نتایج زیر را نشان می‌دهند.

- بهره‌برداری‌های زیاد، غالباً اقشار فقیر را به طرز نامتناسبی تحت تأثیر و فشار قرار می‌دهد.
- معافیت‌ها غالباً به نفع گروه‌های با درآمد بالا تمام می‌شود.
- کل عواید حاصل از پرداخت‌های مصرف‌کننده، توقعات و انتظارات را برآورده نکرده است.
- تأثیرات آن برون‌وضعیت بهداشتی و کارایی کمتر واضح است. (به روشنی معلوم نیست).
- به ظاهر نوعی اشتیاق مفرط مصرف‌کننده برای پرداخت در مقابل مزایای ملموس و عینی (مانند دارو و ...) وجود دارد.

- نیاز به تحلیل آثار بخش خصوصی دارد (مثلاً آیا افزایش در مالیات‌های عمومی مصرف‌کننده به افزایش در نرخ‌های بخش خصوصی منجر می‌شود).

● تعهدات

دستورات و الزام‌های قانونی، ساز و کار دیگری برای اطمینان از تدارک خدمات بهداشتی بدون استفاده از درآمدهای دولتی است. زمانی که فشارها و محدودیت‌های مالی و ناکامی‌های بازار، تدارک دولتی خدمات خاصی مانند بیمه بهداشتی را با مانع مواجه می‌سازد، اجبار دولت مبنی بر درخواست تدارک چنین خدماتی، چه توسط کارفرمایان و چه توسط افراد، می‌تواند به دولت در رسیدن به اهداف آن و اصلاح ناکامی‌های بازار کمک کند. دستورات قانونی باید براساس معیارهای کارایی، برابری و امکان اجرایی که در بالا بحث شد، ارزیابی شوند. در هر حال، دستورات و الزام‌های قانونی در زمینه برابری عملکرد ضعیفی دارند و اساساً نوعی مزایا و نه توانایی پرداخت «مالیات» محسوب می‌شود. یک مشکل عمده در اجرای دستورات و الزام‌ها وجود دارد. اعمال دستورات در کشورهای صنعتی مشکل است، و در کشورهای در حال توسعه که عموماً فاقد سازوکارهای اداری مورد نیاز می‌باشند، مشکل‌تر است.

● هدایا / کمک‌ها

دریافت هدایا از اهداکنندگان خارجی منبع بزرگی برای تأمین بودجه در برخی کشورهاست و در بعضی کشورهای آفریقایی ۲۰ تا ۲۵ درصد هزینه‌های بهداشتی را پوشش می‌دهد. دریافت‌کنندگان هدایا یا کمک‌ها ممکن است دولت یا بخش خصوصی، مانند سازمان‌های غیردولتی، غیرانتفاعی (NGOs) باشند، بنابراین چنین کمکی می‌تواند یک منبع درآمد دولتی/عمومی یا خصوصی باشد. مسئله‌ای که در اینجا مطرح است، این است که چنین کمکی جایگزین درآمدهای دولت می‌شود یا آن‌ها را افزایش داده و بهبود می‌بخشد. به علاوه، کمک‌های این چنینی می‌تواند آثار بحرانی بر درآمدها و هزینه‌های یک کشور داشته باشد، زیرا این‌گونه کمک‌ها غالباً اولویت‌های کمک‌دهندگان را منعکس می‌کنند و نه اولویت‌های دولت را. مشکل دیگر در مورد هدایا و کمک‌ها به منزله یک منبع درآمد این است که آن‌ها مشروط به وضعیت بودجه و دستورالعمل‌های سیاسی کمک‌دهندگان است.

## ● وام

اخذ وام همانند کمک‌های اهدایی می‌تواند یک منبع خصوصی یا عمومی - دولتی درآمدها باشد. اخذ وام می‌تواند از منابع داخلی یا خارجی صورت گیرد. غالباً وجوه قرض شده با نوعی کمک‌های اهدایی همراه است. ویژگی اساسی وام‌ها این است که آن‌ها باید در مدت زمانی مشخص در آینده بازپرداخت شوند. بنابراین اخذ وام، باری بردوش نسل‌های آینده تحمیل می‌کند. وام‌های داخلی یا خارجی عواقب اقتصادی متفاوتی دارند. وام داخلی آشکارا با هزینه فرصت‌های ازدست رفته در کوتاه مدت همراه است، یعنی هزینه فرصت استفاده‌های جایگزین از وجوه به وام گرفته شده. از طرف دیگر وام خارجی، مصرف یا سرمایه‌گذاری جاری را کاهش نمی‌دهد. (مثلاً اینجا دیگر هزینه فرصت از دست رفته داخلی در کوتاه مدت وجود ندارد). در هر صورت، وام خارجی با نوعی مصالحه و مبادله همراه است. ارزش جریان درآمد آینده ناشی از سرمایه‌گذاری در مقابل میزان مبلغ مورد نیاز برای بازپرداخت.

## ۲-۶. منابع تأمین مالی خصوصی

منابع عمده خصوصی برای تأمین اعتبارات مراقبت‌های بهداشتی، بیمه خصوصی بهداشت، پرداخت‌های مستقیم مصرف‌کننده‌ها، مساعدت‌های خیرخواهانه و هدایا و وام است. درباره هدایا و وام قبلاً بحث شد. منابع دیگر درآمد به ترتیب بررسی می‌شوند.

### ● بیمه خصوصی

بیمه خصوصی یک منبع مهم تأمین مالی خصوصی مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها به حساب می‌آید. هرچند بازارهای بیمه خصوصی به موازات توسعه کشورها توسعه می‌یابند، اما بیمه خصوصی بهداشتی یک منبع مهم مالی در بسیاری از کشورهای با سطح درآمد متوسط و حتی پایین محسوب می‌شود. دلایل متعددی برای افراد غیرفقیر در استفاده از بیمه خصوصی برای تأمین مالی خدمات بهداشت شخصی وجود دارد. اول، همان‌گونه که در بالا ذکر شد، با پراکنده نمودن خطرات (ریسک‌ها) میزان آن‌ها کاهش و سطح رفاه بهبود می‌یابد. دوم، استقلال مصرف‌کننده در انتخاب یک بیمه (یک مجموعه خدمات بیمه‌ای) که با اولویت‌های خاص مصرف‌کننده، بهترین تناسب را دارد، رفاه رابه حداکثر می‌رساند. سوم از زیان‌های سنگین ناشی از فعالیت‌های ناظر به کسب درآمد توسط دولت اجتناب می‌شود.

چهارم، بیمه‌گران خصوصی بهتر از مصرف‌کنندگان فردی می‌توانند بر سر هزینه‌ها و کیفیت خدمات با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی مذاکره کنند.

البته مسائل بالقوه زیادی نیز در تکیه به بیمه خصوصی وجود دارد. اول، بازارهای بیمه خصوصی احتمال خطرات (ریسک‌ها) را به جای یک کاسه نمودن، در سطح گروه‌های وسیع جمعیت جزء جزء می‌کنند. هم «انتخاب نامناسب» و هم «تضمین درمانی» برای جلوگیری از انتخاب نامناسب، از تجزیه و تفکیک احتمال خطر پشتیبانی می‌کنند. دوم، تعداد زیاد بیمه‌گران و مؤسسات ناکارآمد بیمه ممکن است هزینه‌های سنگین اداری را سنگین‌تر کند. سوم، بیمه خصوصی تنها می‌تواند توسط افراد ثروتمند استفاده شود، مگر اینکه برای قشرهای فقیر، یارانه در نظر گرفته شود.

#### ● پرداخت‌های مستقیم (از جیب، نقد)

پرداخت نقدی برای خرید مستقیم خدمات بهداشتی مهمترین منبع تأمین مالی مورد استفاده در بیشتر کشورهای در حال توسعه است. چنین هزینه‌ها و مخارجی اشکال متعدد به خود می‌گیرند که خرید مستقیم خدمات خصوصی، خرید مستقیم خدمات فراهم شده توسط بخش عمومی / دولتی و مشارکت در هزینه برای خدماتی که به‌طور دولتی / عمومی یا خصوصی بیمه شده‌اند را در بر می‌گیرد.

درباره بسیاری از نکات مربوط به پرداخت‌های مستقیم و نقدی در بالا بحث شد. به‌طور اخص چنین پرداخت‌هایی عملکرد ضعیف و نامناسبی در رابطه با برابری دارند و آثار آن‌ها بر دسترسی، کیفیت، هزینه‌ها و به‌کارگیری باید به دقت بررسی و بر آن‌ها نظارت شود. یکی از مهمترین مسائل کشورهای در حال توسعه، که در آن‌ها پرداخت‌های خصوصی مستقیم / نقد، نیمی از کل هزینه‌های بهداشتی را می‌پوشاند، سازوکارهایی برای توانمندسازی بخش عمومی / دولتی جهت جذب این عواید بالقوه است تا دولت بتواند وظایف خود را در تدارک خدمات بهداشتی عمومی، محافظت از اقشار آسیب‌پذیر و یک کاسه نمودن احتمال خطرات (ریسک‌ها) بهتر و کارآمدتر انجام دهد.

#### ● کمک‌های خیرخواهانه

کمک‌های خیرخواهانه می‌تواند به سمت مؤسسات خصوصی یا دولتی / عمومی جهت داده

شود و بنابراین، همانند هدایا و وام می‌تواند منبع درآمد خصوصی یا عمومی باشد. در کشورهای صنعتی، چنین کمک‌هایی در بعضی موارد با استفاده از نظام مالیاتی تشویق می‌شوند. در بعضی کشورها هم آداب و رسوم مذهبی یا سازوکارهایی دیگر برای تشویق چنین کمک‌هایی وجود دارند. در خیلی از کشورها کمک‌های خیرخواهانه، بخش کوچکی از درآمدها و عواید را تشکیل می‌دهند. به علاوه، چنین کمک‌هایی غالباً خارج از کنترل سیاست‌گذاران بوده و غالب اوقات اولویت‌ها و ترجیحات نیکوکاران را منعکس می‌نمایند و بنابراین، در درازمدت نمی‌توان به این کمک‌ها به عنوان یک منبع تأمین مالی با ثبات تکیه نمود. کمک‌های خیرخواهانه ممکن است داخلی یا خارجی باشند. کمک‌های خارجی مشابه هدایا هستند. کمک‌های داخلی دارای هزینه فرصت‌های از دست رفته‌اند، یعنی نسبت بازده در عرصه جایگزین داخلی که وجوه فراهم آمده از کمک‌های داخلی می‌تواند در آن‌ها استفاده شود.

## ۷. اصلاح امور مالی نظام بهداشتی ایران: گام‌های محتمل بعدی

اصلاحات نظام‌های بهداشتی آثار و ابعاد مهم بودجه‌ای و بهداشتی دارد و بر همه اعضای جامعه تأثیرگذار است. بنابراین، زمانی که دولت‌ها دست به چنین اصلاحاتی می‌زنند، نه تنها این اصلاحات باید مبتنی بر پایه‌های محکم اقتصادی، اجتماعی و سیاست‌گذاری بهداشتی باشد، بلکه باید بر پایه اطلاعات مناسب و وسیع جهت آگاه‌سازی تصمیم‌گیرندگان و عامه مردم نیز استوار باشد. در این بخش، انواع تحلیل‌هایی که باید استفاده شوند، نیازهای اطلاعاتی این تحلیل‌ها، و عرصه غالباً فراموش‌شده راه‌اندازی را بررسی می‌کنیم و گام‌های محتمل بعدی در فرایند اصلاح نظام بهداشتی ایران را مطرح می‌نماییم. به‌رغم اینکه بخش اعظم بحث، مربوط به اصلاح کل بهداشت است، اصلاح تأمین مالی بهداشت بیشتر مورد تأکید خواهد بود.

### ۷-۱. تجزیه و تحلیل و نیازهای اطلاعاتی

#### ● نمونه‌های تحلیل

اصلاحات و تعدیل نظام بهداشتی ۶ درصد اقتصاد ایران، ۱۰ درصد بودجه دولت، ۵/۳ درصد هزینه‌های خانوار و ۲/۱ درصد کل اشتغال را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه، اصلاحات جدی تأثیرات بنیانی در عوامل متعدد مالی خصوصی و دولتی، میزان نهایی مالیات‌ها، درآمدها و

هزینه‌های دولت، ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، کارفرمایان، حقوق و دستمزد کارکنان و کل جمعیت ایران به مثابه مصرف‌کننده بالقوه یا واقعی خواهد داشت.

نمونه سؤالاتی که در این خصوص باید پاسخ داده شود به شرح زیر است:

- در چه راستا و محدوده‌ای اصلاح (مالی نظام بهداشتی) پوشش بیمه‌ای را افزایش خواهد داد؟

- تأثیر آن بر مالیات‌ها، حق بیمه و یارانه‌های عمومی چه خواهد بود؟

- تأثیر آن بر بیمه‌گران خصوصی، دولتی، کارفرمایان و خانوار چه خواهد بود؟

- مصرف‌کنندگان چه اندازه قدرت و اختیار در انتخاب بیمه‌گر و ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی خواهند داشت؟

- عمق و وسعت مزایای متعلق درجه محدود و گستره‌ای تغییر خواهد کرد؟

- تأثیر احتمالی آن در اشتغال چه خواهد بود؟

- تأثیر احتمالی آن در سطح و میزان رشد مجموع هزینه‌های بهداشتی چه خواهد بود؟

- چه تأثیری در نظام عرضه خدمات ممکن است داشته باشد؟

- تأثیر احتمالی آن بر منابع مالی و دسترسی فیزیکی به مراقبت‌ها چگونه خواهد بود؟

- کیفیت مراقبت، چه تأثیری از آن خواهد پذیرفت؟

- چه تأثیری بر کاهش فقر و حمایت و حفاظت مالی خواهد داشت؟

- نتایج و بازده‌های بهداشتی چه تأثیری از آن خواهند پذیرفت؟

در طراحی برنامه‌ها و تحلیل این نوع سوالات، تحلیل‌گران و سیاست‌گذاران باید قادر به طرح و ارائه سه سناریوی کلی و جامع زیر باشند:

۱. تصویری واقعی از نظام بهداشتی موجود، مشتمل بر داده‌های مربوط به هزینه‌های بهداشتی، پوشش بیمه‌ای و دستیابی و استفاده از خدمات مورد نیاز است.

۲. تصاویری از سیستم بهداشتی درآینده با فرض عدم تغییر مورد نیاز است، تا سیاست‌گذاران بتوانند نیاز به اصلاح و ابعاد طرح آن را درک کنند.

۳. تصاویری از نظام بهداشتی آینده پس از اصلاح مورد نیاز است تا سیاست‌گذاران و عامه مردم بتوانند آثار احتمالی اصلاح را درک و تحلیل نمایند.

طراحی هر یک از این سناریوها مشکل است. بسیاری از کشورها فاقد اطلاعات لازم، حتی

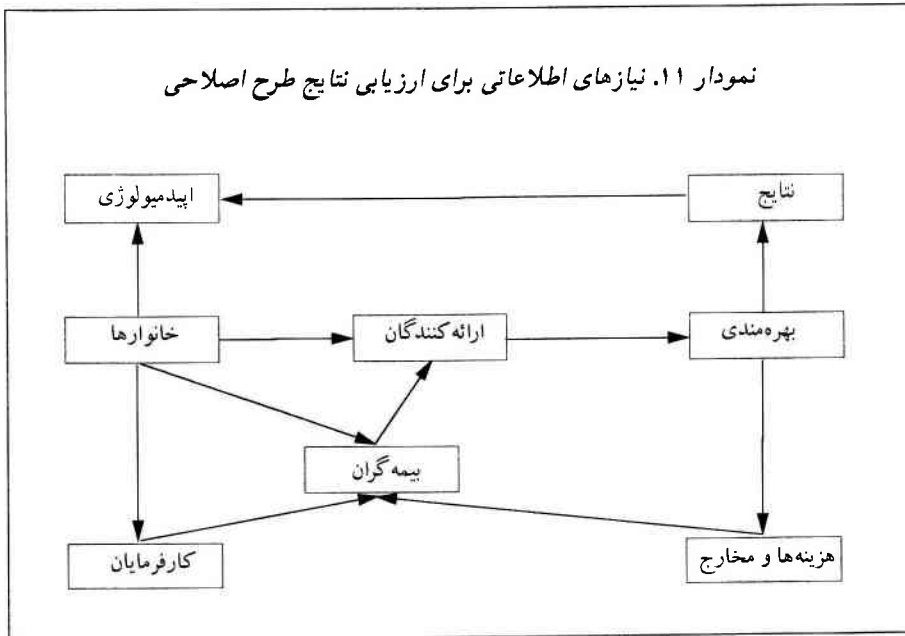
برای تعیین خط‌مشی خود هستند. اطلاعات در مورد هزینه‌ها از حساب‌های ملی بهداشت، پوشش بیمه‌ای با توجه به ویژگی‌های بیمه‌شده (درآمد، شغل، موقعیت خانوادگی مشتمل بر پوشش بیمه‌ای چندگانه، موقعیت بهداشتی و نظایر آن‌ها)، منابع تأمین مالی موجود، مصرف خدمات و غیره عمدتاً دردسترس نیست. تصویر و طراحی نظام‌های بهداشتی در آینده، نه تنها به دلیل مشکلات موجود و پیش‌بینی‌های اقتصادی - اجتماعی، بلکه به دلیل تغییر پرشتاب فن‌آوری درمانی و شیوه‌های ارائه خدمات (مانند مراقبت‌های سازمان یافته، جراحی، بیماران سرپایی) بسیار پیچیده است. طرح سناریوی سوم از این هم مشکلتر است زیرا این سناریو آگاهی از دگرگونی و تغییر رفتار در بخش مصرف‌کنندگان و ارائه‌کنندگان (و دیگر دست‌اندرکاران را نیز) طلب می‌کند. به علاوه، در راستای تغییرات عمده‌ای (ونه نهایی) که اصلاح، ناظر بر آن‌هاست، حتی اگر مطالعات مربوط به واکنش رفتاری وجود داشته باشد، نیاز به برآورد تأثیرات آن در فراسوی برآوردهای موجود همچنان وجود خواهد داشت.

برای کاهش مشکلات و مسائل این‌گونه برآوردها، تحلیل‌گران غالباً چنین فرض خواهند نمود که اصلاح در سال مبنا محقق می‌شود، زیرا این رویکرد نیاز به پیش‌بینی‌های آینده را مرتفع می‌سازد. این رویکرد خطای برآورد در پیش‌بینی آینده را کاهش می‌دهد، اما پویایی ذاتی در مسائل بنیانی نظام و تغییرات وسیع بالقوه در بستر پایه را که اصلاحات باید به آن بپردازد، ندیده می‌گیرد.

#### ● نمونه‌های اطلاعات

در یک طرح بیمه بهداشتی عمده، نیاز به تحلیل اثر طرح در پوشش بیمه بهداشت، هزینه‌های بهداشتی و منابع تأمین مالی وجود دارد (Bilheimer and Reischauer). این امر نیازمند اطلاعاتی است در مورد هزینه‌های (حق سرانه‌های) مورد نیاز برای پوشش گروه‌های متفاوتی از افراد و همچنین تغییرات این هزینه‌ها در طول زمان، تعداد افرادی که احتمالاً تحت پوشش قرار می‌گیرند (و افرادی که خارج از پوشش قرار می‌گیرند)، به همراه ویژگی‌های اقتصادی دموگرافیکی آنان و اینکه چگونه این هزینه‌ها با دولت، افراد (بیمه‌شدگان) و کارفرمایان قسمت خواهد شد. پاسخ به این سوالات، اطلاعات در مورد توزیع پوشش بیمه بهداشتی موجود، وضعیت بهداشتی و ویژگی‌های اقتصادی افراد تحت پوشش، خارج از پوشش بیمه و اطلاعات

در مورد هزینه‌های بهداشتی و منابع کنونی پرداخت‌ها را طلب می‌کند. نمودار ۱۱ دیاگرام مفیدی از جریان اطلاعات و منابع بالقوه اطلاعات مورد نیاز برای چنین تحلیلی را ارائه می‌کند. باید به خاطر داشت که کارفرمایان، بیمه‌گران و ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند جملگی مؤسساتی دولتی یا عمومی مستقل یا خصوصی باشند.



برآورد حق سرانه‌ها (هزینه‌ها) پیچیده است. چنین هزینه‌هایی، ملاحظات مربوط به عرضه و به تقاضا، هر دو را منعکس می‌کند. هزینه‌های سرانه به شدت وابسته به پدیده‌ها و مواردی هستند که افراد تحت پوشش آن‌ها قرار می‌گیرند. تحت عنوان پوشش همگانی، ممکن است به اطلاعات در مورد تعداد و ویژگی‌های افراد تحت پوشش یا خارج از پوشش نیاز باشد، در یک نظام داوطلبانه، مفروضاتی در مورد این که چه کسانی به عضویت درمی‌آیند و ویژگی‌های آن‌ها چیست باید مطرح باشد. حوزه دوم و حساسی که اطلاعات در آن مورد نیاز است، مزایای



مربوط به طرح است. خدمات خاصی که ممکن است توسط طرح، پوشش داده شود کدام‌اند؟ اگر خدمات از محدوده برنامه موجود فراتر رود، هزینه‌های توسعه خدمات برای افراد تحت پوشش نیز باید برآورد شود.

سومین عرصه مهم برای برآورد هزینه، (حق سرانه) عرصه ناظر به مصرف خدمات است. مصرف خدمات از ویژگی‌های هر دو بعد عرضه و تقاضا تأثیرمی‌پذیرد. برآورد افزایش مصرف خدمات که در اثر عضویت در بیمه و هزینه‌های نقدی مستقیم کمتر در استفاده از خدمات رخ می‌دهد، مورد نیاز است. علاوه بر واکنش به تقاضای آشکار، این مسئله از واکنش بعد عرضه، نیز تأثیر خواهد پذیرفت. پیش‌بینی واکنش رفتاری مصرف‌کننده و همچنین عرضه، دشوار و مسئله برانگیز است. به‌طور کلی اطلاعات بسیار کمی درباره واکنش رفتاری ارائه‌کننده یا مصرف‌کننده در کشورهای در حال توسعه (و نیز در بسیاری از کشورهای توسعه یافته) در دسترس است. استفاده از چنین اطلاعاتی که متعلق به کشورهای در حال توسعه است ممکن است مشکل‌ساز باشد. (مثلاً در اصلاحات کلیتون فرض بر این بود که هزینه افراد بیمه نشده پس از پوشش جامع با معیارهای استاندارد مشارکت در هزینه، به میزان حدود ۵۷ درصد افزایش خواهد یافت). در مورد بسیاری از کشورهای پیشرفته که معمولاً ظرفیت اضافی چشمگیری دارند، به‌طور کلی چنین فرض می‌شود که عرضه، کشتش نامحدودی دارد. این ممکن است فرض مناسبی برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه نباشد، بویژه اگر جمعیت وسیعی در آن‌ها خارج از پوشش بیمه‌ای باشند.

جزء مهم دیگر برآورد حق بیمه (سرانه‌ها) ناظر به سیاست‌های مهار هزینه‌هاست. اگر محدودیت‌های عملی و قابل اجرا برکل هزینه‌ها تعیین و تحمیل شود، هزینه‌های سرانه پایین‌تر از فی‌فورسرویس بدون محدودیت (بدون سقف) خواهد بود. سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کننده و راهکارهای کنترل کلی هزینه، اجزای اساسی در تعیین سطوح حق بیمه سرانه و میزان افزایش آن‌ها در آینده هستند.

پس از تعیین سرانه، هزینه‌های پوشش بیمه‌ای نیاز به پیش‌بینی منابع پرداخت چنین هزینه‌هایی: بودجه دولت، کارفرمایان یا اشخاص، و آثار این پرداخت‌ها بر موسسه پرداخت‌کننده مطرح می‌شود. اگر اصلاحات، تعهد کارفرما را در برداشته باشد، آنگاه تأثیرات

پرداخت‌ها بر کارفرمایان و کارکنان باید به‌دقت شناسایی شوند. چنین تأثیراتی عرصه اشتغال، رقابت، عدم موفقیت مؤسسه و نتایج بر اشتغال نیمه وقت و کارگران با دستمزد پایین و نظایر این‌ها را دربر می‌گیرد. مسائل مربوط به پوشش دوگانه در خانوارهای چند کارگری نیز باید مدنظر قرارگیرند و ضوابطی برای اولویت تدوین و برقرار گردد.

پرداخت‌های اشخاص به شیوه‌های مختلف از جمله از طریق مالیات‌های عمومی یا تخصیص یافته و پرداخت‌های نقدی مستقیم برای سرانه‌های حق بیمه و مشارکت در هزینه، یک منبع درآمد به‌شمار می‌رود. در این خصوص، نکات مهمی در ارتباط با برابری وجود دارد که لازم است به عنوان بخشی از برنامه‌های اصلاحی تجزیه و تحلیل شود. در این زمینه، تحلیل‌گر نیازمند توجه به خالص مزایا در رابطه با گروه درآمدی است، یعنی مزایای دریافتی منهای «پرداخت‌های از طریق نظام مالیاتی و کمک‌های کارفرما از طرف کارکنان».

هزینه‌های دولت از پوشش مستقیم افراد، انواع یارانه‌ها از جمله تخفیف‌های مالیاتی برای خرید بیمه خصوصی بهداشت، آثار آن بر میزان مالیات و منابع جدید مالیاتی، و نظایر این‌ها باید محاسبه شود تا سیاست‌گذاران از مخارج افزوده (یا کاسته شده) عمومی مورد نیاز برای تحقق اصلاحات آگاهی یابند. اگر کنترل جدی هزینه و افزایش کارایی به همراه افزایش مشارکت در هزینه توسط مصرف‌کنندگان وجود داشته باشد، برنامه‌های اصلاحی به لحاظ نظری می‌توانند صرفه‌جویی مالی همراه داشته باشند. در واقع، این مسئله هرگز مهم نبوده است. چنین صرفه‌جویی‌هایی معمولاً به‌صورت کاهش در میزان رشد هزینه‌های بهداشتی آینده نمایان می‌شوند، اما به موازات آن‌ها افزایش پوشش و دسترسی بیشتر به خدمات، اغلب هزینه‌ها را فراتر از صرفه‌جویی‌های قابل حصول افزایش می‌دهد.

از آنجا که کانون بحث در این مقاله، امور مالی است، تحلیل فوق‌الذکر نیز بر هزینه‌های مستقیم اصلاحات مالی بخش بهداشت تأکید می‌کند، اما بدیهی است که آثار آن (اصلاحات مالی) بر وضعیت بهداشتی، کیفیت و رفتارهای نظام ارائه خدمات نیز مهم هستند. در هر حال، با توجه به پیچیده بودن تحلیل چنین رفتارهایی و همچنین با عنایت به طبیعت طولانی مدت و ابعاد چند ملیتی آن‌ها، به این عرصه‌ها کمتر توجه می‌شود. مع‌هذا برای تحلیل‌گر مهم است که

احتمال آثار اصلاح نظام مالی بهداشت را در این ابعاد، حداقل به طور کیفی و با برقراری توازن بین هزینه‌ها، کیفیت و دسترسی مورد سنجش قرار دهد.

در مجموع، در خصوص آنچه می‌توان انجام داد باید بسیار واقع‌گرا بود. اطلاعات اساسی غالباً وجود ندارند. هیچ‌گونه اطلاعاتی دربارهٔ عکس‌العمل‌های رفتاری وجود ندارد یا اطلاعات در این مورد بسیار کم است. پیش‌بینی آینده فوق‌العاده مشکل است. داده‌های موجود عمدتاً برآوردهای لحظه‌ای و مبتنی بر مشاهدات محدودند. تحلیل‌گران باید در مورد آنچه انجام می‌دهند، آنچه نمی‌دانند، جایگاه بیشترین ابهامات و چگونگی تأثیر همه این متغیرها در برآوردها شفاف و صریح باشند. شاید بهترین بیان در این خصوص نقل قول از دکتر روبرت ریشاور، مدیر پیشین دفتر بودجهٔ کنگرهٔ ایالات متحده، باشد. زمانی که از او در مراسم ادای سوگند در کنگره در مورد دقت و صحت برآوردها و پیش‌بینی‌های طرح اصلاحی بهداشت دولت کلینتون سوال شد که «آیا شما مطمئن هستید که پیش‌بینی‌های شما در میدان بازی (در محدودهٔ مربوط) قرار دارد؟ دکتر ریشاور جواب داد که «ما در شهری هستیم که میدان بازی در آن قرار دارد».

## ۷-۲. مسائل راه‌اندازی

مجموعهٔ دیگری از مسائل مربوط به اصلاح (نظام مالی بخش بهداشت)، ناظر به راه‌اندازی اصلاحات مطرح شده است. این امر، مستلزم قوانین و مقررات لازم، برقراری ساختارهای نهادی جدید در صورت نیاز، طرح راهکار مناسب و مرحله بندی شده، تدارک آموزش ضمن خدمت در مواقع ضروری و طرح و اجرای نظام‌های جدید (مانند بیمه، پرداخت به ارائه‌کننده و غیره) است. متأسفانه از مسائل مربوط به راه‌اندازی غالباً غفلت می‌شود و تحلیل‌گران در منظور نمودن هزینه‌های اجرایی اداری ناشی از اصلاح (علاوه بر هزینه‌های ارائهٔ خدمات) کوتاهی می‌ورزند. هر کشور و هر برنامه اصلاحی، برنامه و ترتیبات راه‌اندازی مختص به خود را دارد و لذا جزئیات چنین ترتیباتی خارج از محدودهٔ این مقاله است. در مورد کلیات این مسائل در عرصهٔ امور مالی بهداشت به خلاصه‌ای از موضوع‌ها و نظام‌های اجرایی و اداری که باید به عنوان بخشی از اصلاحات نظام بیمهٔ بهداشتی و نظام پرداخت به ارائه‌کننده مورد توجه باشند، اشاره می‌کنیم.

## ۱-۲-۷. راه‌اندازی اصلاحات بیمه درمانی

آنچه در ذیل<sup>۱</sup> می‌آید برخی از مسائل و سیستم‌هایی که برای راه‌اندازی طرح اصلاحات بیمه

- ۱. طرح راه‌اندازی اصلاح امور مالی بخش بهداشت
  - ملاحظات مربوط به استقرار «صندوق‌ها»:
  - تعداد پایه‌های (مبانی) مالی (عمومی، غیرانتفاعی خصوصی، انتفاعی)
  - پایه‌های قانونی
  - ترتیبات اداری
  - شرایط و مقتضیات بیمه اتکایی
  - شرایط و مقتضیات حساسی
  - سازوکارهای نظارتی و غیره
  - تعریف مجموعه (های) مزایا، شامل:
    - مشارکت در هزینه
    - خدمات خارج از پوشش
    - محدودیت‌های خدمات تحت پوشش
    - حذف شرایط پیشین (پیش از عضویت)
    - پوشش فن‌آوری‌های گران‌قیمت (خدماتی که به وسیله فن‌آوری‌های گران‌قیمت ارائه می‌شوند)
    - رویه‌های تجربی جدید با فن‌آوری بسیار پیشرفته و غیره
    - سازوکارهای نظارتی و غیره
    - تعریف گروه (های) واجد شرایط، مانند:
      - اشخاص / خانواده‌ها، کارکنان / کارفرمایان / بخش رسمی / غیررسمی
      - گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت (فقرا، کودکان، زنان باردار، معلولان، سالمندان)
      - دیگر گروه‌های خارج از بازار کار
      - کارمندان دولت
    - گروه‌های خاص (نیروهای مسلح، صنایعی نظیر راه‌آهن) و غیره
    - تعیین سطوح حقیقیه سرانه مطمئن و منطقی با محاسبات دقیق بیمه‌ای (مشمول بر هزینه‌های اداری و مزایا)
      - تعیین منابع مالی
      - تعیین سازوکارهای جمع‌آوری درآمد (عواید)
      - طرح نظام‌های اداری، شامل:
        - نظام‌های عضویت (ثبت نام)
        - شناسایی گروه‌های ذی‌نفع / آیین‌نامه واجد شرایط بودن
        - ضمانت ذی‌نفع و / یا نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان
        - بایگانی اعضای ارائه‌کنندگان خدمات
        - نظام‌های پی‌گیری شکایات
        - نظام‌های پرداخت خسارات
        - نظام‌های اطمینان از کیفیت
        - کنترل‌های سوء استفاده و تقلب
        - فرایندهای حل اختلافات ذی‌نفع (عضو) و ارائه‌کنندگان خدمات
        - طراحی مراحل انتقال از نظام موجود به نظام جدید
        - طراحی و راه‌اندازی رویه‌های نظارت و ارزیابی

Source: World Bank, Morocco Health Financing Brief, Washington, D. C. World Bank, 1998.

درمانی ضروری است نشان می‌دهد همان‌طور که در بالا ذکر شد هزینه‌های اداری این اصلاحات نیز باید برآورد شود. پژوهشی که دولت ایران در زمینه تأمین مالی درمان تحت پروژه جاری بانک جهانی، در شرف اجرا دارد می‌تواند در برخی از مسائل راهگشا باشد.

## ۲-۷. راه‌اندازی اصلاحات نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات

این تحلیل عمدتاً به اصلاح منابع مالی بهداشت، از دیدگاه منبع درآمدها، تأکید می‌کند. استفاده از درآمدها از اهمیت بالایی برخوردار است و در واقع نیازمند تحلیل جداگانه عمیقی است. همان‌گونه که در بالا بحث شد هزینه‌های اصلاح بیمه بهداشتی به شدت بستگی به رفتارها از دیدگاه عرضه و تلاش‌های ناظر به کنترل و مهار کلی هزینه خواهد داشت. تعامل عرضه و تقاضا، در بخش بهداشت مصداق واقعی ندارد، بنابراین، نظام‌های پرداخت مبتنی بر انگیزش و کنترل‌های کلی هزینه لازم است تا خریداران خدمات بهداشتی از پرداخت قیمت‌های «موثر» و رشد سرسام‌آور و خارج از کنترل هزینه‌ها به گونه‌ای که تقریباً در همه نظام‌های کنترل نشده وجود دارد، به‌ویژه در نظام‌های با پوشش بیمه‌ای وسیع و پرداخت‌های نامحدود به شیوه فی‌فورسرویس، اطمینان یابند.

برقراری نظام‌های کارآمد پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات و شاید سخت‌تر از آن، سازوکارهای کنترل کلی هزینه‌ها، عرضه‌های مهم و عمده تلاش، مبارزه و رقابت، حتی در کشورهای OECD است. با وجود این، یک درس اساسی که از تجربه کشورهای OECD در ۲۰ سال گذشته می‌توان آموخت، این است که جریان پول به دنبال بیماران در بستر مکانیزم‌های پرداخت مبتنی بر انگیزه با سقف بودجه کلی، یکی از بهترین راه‌های اطمینان از ارائه کارآمد خدمات است. پارامترهای (عوامل) فنی اصلی در یک نظام پرداخت به ارائه‌کننده، واحد پرداخت و شیوه‌های برقراری سطح پرداخت است: این پارامترها به طور خلاصه به شرح زیر است:

### ● واحد پرداخت:

- واحد خدمت، - یک ویزیت / ملاقات، - یک روز، - یک پذیرش، - یک دوره بیماری، - همه خدمات عرضه‌شده توسط ارائه‌کنندگان برای یک دوره زمانی مشخص (مانند بودجه و حقوق)، - همه یا مجموعه تعریف شده‌ای از خدمات برای یک فرد و یک دوره زمانی ثابت (مانند سرانه کامل یا جزیی)

● سطح پرداخت:

- هزینه‌های ارائه‌کنندگان، - دستمزدها/ حق‌الزحمه‌های ارائه‌کنندگان، - مصوب اداری توسط پرداخت‌کننده، - مذاکره شده، - قیمت‌گذاری رقابتی.

مراحل ضروری و حداقل اطلاعات مورد نیاز<sup>۱</sup> برای راه‌اندازی چنین نظام‌هایی که جزیی و پیش‌پا افتاده هم نیست، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه دور از دسترس است. از طرف دیگر، در حال حاضر تجربه باارزشی در کشورهای در حال توسعه در تلاش‌های موفقیت‌آمیز در راه‌اندازی نظام‌های پرداخت مبتنی بر انگیزش وجود دارد. موضوع‌هایی مانند اصلاح خدمات اداری، برقراری نظم‌های نوین برای قراردادهای و اینکه چگونه می‌توان بهترین ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی را یک‌جا جمع نمود، از موضوعات اساسی در بسیاری از کشورهاست.

۳-۷. گام‌های محتمل بعدی در برنامه اصلاح مالی بخش بهداشت در ایران

حدود ۹۰ درصد جمعیت ایران از پوشش رسمی بیمه بهداشتی برخوردارند. چنین پوششی از طریق وزارتخانه‌های دولتی، دیگر سازمان‌های دولتی یا نیمه دولتی و مؤسسات خصوصی

۱. راه‌اندازی اصلاحات مربوط به نظام پرداخت
- خدمات تحت پوشش را تعریف کنید (مثلاً مجموعه یا بسته مزایا را).
- اطلاعات مربوط به هزینه واحد خدمات را از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی به دست آورید.
- سطح موثری از تولید خدمت و هزینه‌های آن را تعریف کنید.
- هزینه‌های اداری شیوه‌های (انتخاب شده) مشتمل بر هزینه‌های پرداخت‌کنندگان، ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان را ارزیابی کنید.
- شیوه(های) پرداخت را انتخاب کنید/ممکن است با توجه به نوع ارائه‌کننده متفاوت باشد.
- سطوح پرداخت را برای پوشش هزینه‌های تولیدی کارآمد تعیین کنید.
- قراردادهای بین پرداخت‌کنندگان، ارائه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان را تنظیم کنید.
- نظام‌های نظارت و کنترل کیفیت و مدیریت اطلاعات را در سطوح پرداخت‌کننده و ارائه‌کننده ایجاد کنید.
- مقدمات آموزش مناسب را برای پرداخت‌کننده و کادر تولید، تنظیم و اطلاعات برای مصرف‌کننده فراهم کنید.
- ساختار نظارتی لازم، مشتمل بر فرایندهای رسیدگی به شکایات طرح کنید (ایجاد کنید)
- نظارت و ارزیابی نظام در واحدهای نمونه، مجموعه‌های عملی و مناطق جغرافیایی را پیاده کنید.
- نظام را تغییر دهید و اصلاح کنید و در سطح کشور راه‌اندازی نمایید.
- اصلاحات تکمیلی مورد نیاز را برای تجدید ساختار نظام ارائه خدمات و آموزش نیروی انسانی انجام دهید.
- هزینه، کیفیت و دسترسی را تحت نظارت داشته باشید و نظام را، در صورت نیاز به شیوه ادواری اصلاح کنید.

Source: Schieber, G., Reforming Medical Care Provider Payment Systems in Hashemite Kingdom of Jordan, Washington, D. C., World Bank, 1997.

فعال در بیمه بهداشتی فراهم می‌شود. از طرف دیگر، تعدادی از برنامه‌های بیمه با کسری بودجه مواجه‌اند که باید توسط دولت جبران شود. همچنین در زمینه منابع درآمد شفافیت وجود ندارد، و ابعاد ناظر بر برابری در نظام، بسیار دچار ابهام‌اند. توسعه سطح پوشش با تأکید و تکیه بر محاسبات دقیق و محکم بیمه‌ای یا قابلیت تداوم آن نبوده‌است. ایران در ارتقای سطح بهداشت بسیار خوب درخشیده است و در آینده نزدیک به علت جمعیت رو به سالمندی خود، با فشارهای سنگین هزینه مواجه خواهد شد. با اعتبارات و هزینه‌های بهداشتی معادل ۶ درصد اقتصاد ایران (درآمد ناخالص ملی) تغییر و اصلاح، اساسی و حیاتی است. ایجاد یک بنیان مالی که از نظر محاسبات بیمه‌ای محکم، منطقی و بادوام باشد، بویژه با توجه به حساسیت ساختار درآمد ایران در رابطه با نوسانات پیش‌بینی‌ناپذیر قیمت جهانی نفت، بسیار ضروری است.

اصلاح ساختار مالی بهداشت به تنهایی و بدون توجه به سایر ابعاد نظام بهداشت قابل بررسی نیست. چنین اصلاحاتی به‌طور ایده‌آل می‌توانند بخشی از یک اصلاح جامع باشند، به عبارت دیگر، تلاش‌های ناظر به اصلاح مالی بهداشت نیازمند تبیین صریح تعاملات خود با دیگر ابعاد مهم نهادی نظام، از جمله بهداشت عمومی، نظام ارائه خدمات، کیفیت و نظایر آن خواهد بود.

### ۱-۳-۷. ویژگی‌های عمومی فرایند

راه مستقیم و مشخصی برای انجام اصلاحاتی از این دست وجود ندارد. در این راه تعهد و مالکیت از طرف دولت باید وجود داشته باشد. اینکه چگونه این امر در محیط پیچیده سیاست‌گذاری ایران قابل حصول است، خود سؤال مهمی است.

جمعیت باید متقاعد شود که اصلاحات، شرایط آن‌ها را بهبود خواهد بخشید و صرفاً نوعی کاهش بودجه به حساب/ به ضرر آن‌ها محسوب نمی‌شود. ایده‌آل این است که همه دست‌اندرکاران در فرایند اصلاح درگیر شوند. اصلاح باید توسط کارشناسان داخلی که بتوانند مشاوره‌ها و توصیه‌های فنی داخلی و خارجی، بویژه مشاوره درباره تجربیات دیگر کشورها را جلب کنند، رهبری شود. چه در سطح فنی و چه در سطح سیاست‌گذاری تلاش برای اختراع مجدد چرخه‌های پیچیده‌ای از تجربه و آگاهی که هم اکنون وجود دارند و در بسیاری از موارد گران هم تمام شده‌اند، موجه و منطقی به نظر نمی‌رسد. کشور باید تصمیم بگیرد که چه جزئی را می‌تواند به‌طور دولتی/ عمومی یا خصوصی تأمین و تهیه کند (بخرد) و معیارهای عضویت، مزایا، سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کنندگان و برنامه‌ریزی‌های تأمین مالی را مطابق آن تنظیم کند. برقراری توازن بین این واقعیت مالی و انتظارات تقریباً نامحدود مصرف‌کننده مبارزه‌ای

بزرگ است. این امر هم در متن وضعیت کنونی و هم در بستر پیش‌بینی نیازها و منابع آینده باید انجام شود. همه اصلاحات ناظر به موازنه‌ها و تعادل‌ها می‌باشند. این موازنه‌ها باید به درستی فهمیده شوند و سیاست‌گذاران باید در موقعیتی قرار گیرند که بتوانند هم با برندگان و هم با بازندگان معامله کنند.

### ۲-۳-۷. یک فرایند احتمالی اصلاح

باتوجه به کثرت موضوع‌های طرح شده در بالا و (براساس مدارک موجود) کمبود یک تحلیل جامع ژرف‌انگر از سیستم، رویکرد اصلاح همه جانبه مورد نیاز است. اصلاح باید ضعف‌های نظام را که قبلاً شناسایی شده اند، هدف قرار دهد و برپایه نقاط قوت آن بنا شود. اهداف اصلاح باید به روشنی بیان شوند و سپس با عرصه مرتبط با سیاست‌گذاری پیوند یابند. باتوجه به ماهیت بین بخشی این مسائل و این واقعیت که درگیری وزارتخانه‌های متعدد دولتی در این امر مورد نیاز است، رهبری اصلاح احتمالاً باید در سطح ریاست جمهوری با تفویض اختیار مدیریت به وزیران با صلاحیت، مانند وزیران بهداشت و دارایی یا رئیس سازمان برنامه و بودجه و نظایر این‌ها، باشد.

فرایند زیرین، که در تعدادی از کشورها مورد استفاده بوده است، یکی از راه‌های ممکن برای حرکت دادن روند اصلاح به جلو محسوب می‌شود:

- رئیس جمهور یک شورای اصلاح بهداشت تشکیل می‌دهد که برنامه اصلاح جامع بهداشت برای کشور در دو سال آینده را طرح‌ریزی می‌کند.

- اعضای این شورا، همه وزیران مربوط (بهداشت، اقتصاد و دارایی، سازمان برنامه، کار، آموزش و غیره)، نمایندگان دولت محلی (استان‌ها)، رؤسای سازمان‌های بزرگ بیمه خصوصی و دولتی (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، بنیاد/کمیته امداد امام خمینی، بیمه مرکزی و غیره)، نمایندگان ارائه‌کنندگان خدمات درمانی (بیمارستان‌ها، پزشکان، پرستاران، داروسازان)، نمایندگان مصرف‌کنندگان و دیگر سهامداران مربوط را شامل می‌شود.

- شورا به ریاست مشترک وزیر بهداشت و آموزش پزشکی و ریاست سازمان برنامه و بودجه (و/یا وزیر دارایی) تشکیل جلسه می‌دهد.

- یک دبیرخانه فنی مرکب از کارکنان اداری و فنی تمام وقت، که مسئول انجام وظایف اداری و تحلیل‌های فنی‌اند، ایجاد و به ریاست شورای اصلاح بهداشت گزارش خواهد شد.

- با راهنمایی و سیاست‌گذاری شورا، دبیرخانه فنی مسئول طرح و توسعه گزینه‌های خط‌مشی،



- تحلیل‌ها و برنامه‌های راه‌اندازی که برای اصلاح، حیاتی و زیربنایی‌اند، خواهد بود.
- دبیرخانه فنی فعالیت‌های همه اهداکنندگان و سازمان‌های غیر انتفاعی غیردولتی NGOs را که مایل به همکاری در فعالیت‌های مربوط به برنامه‌های اصلاح باشند، هماهنگ خواهد نمود.
  - جدول زمانی خاصی برای گردهمایی‌ها و سخنرانی‌ها و نیز به‌همراه منابع مالی اهدایی برای برنامه‌های اصلاح، مورد نیاز خواهد بود.
  - با توجه به پیچیدگی اصلاح و ناهمگونی بسیاری از مسائل، دبیرخانه فنی ممکن است گروه‌های کاری جداگانه‌ای برای تحلیل موضوع‌های خاص ایجاد کند، اما به عنوان واحد هماهنگ‌کننده در راستای اطمینان از انسجام و وحدت در عرصه‌های مربوط به موضوع، ایفای نقش خواهد نمود.
- از میان موضوع‌هایی که نیاز به طرح شدن دارند، می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:
- وضعیت کلی اقتصاد کلان مشتمل بر ساختارهای درآمد و هزینه دولت در حال حاضر و پیش‌بینی آن برای آینده.
  - زیربنای وضعیت دموگرافیک (جمعیتی) و اپیدمیولوژیکی (همه‌گیرشناسی).
  - وضعیت اقتصادی اجتماعی مشتمل بر فقر، اشتغال و غیره.
  - ارزیابی داده‌های موجود و نیازهای اطلاعاتی مشتمل بر حساب‌های ملی بهداشت، هزینه‌های کارفرما و خانوار و اطلاعات مصرف، داده‌های مربوط به پوشش بیمه، قابلیت دسترسی و اتکا به اطلاعات اپیدمیولوژی، داده‌های مربوط به دسترسی و استفاده از خدمات و غیره.
  - توصیف تفصیلی نظام موجود
  - طرح گزینه‌های خط‌مشی اصلاح برای بهداشت عمومی (شامل بهداشت کار و محیط زیست، بهسازی و آب، تغذیه)، بیمه بهداشتی (مانند منابع تأمین مالی، واجد شرایط بودن، مجموعه یا بسته مزایا)، پرداخت به ارائه‌کننده، نیروی انسانی، زیربنای نظام ارائه خدمات، دارو، اطمینان و تضمین کیفی، نظام‌های اطلاع‌رسانی، دوام نظام مالی در دراز مدت و نظایر آن.
  - برآورد هزینه گزینه‌های اصلاح مشتمل بر منظور نمودن آثار متقابل.
  - طرح برنامه‌های مرحله بندی شده
  - برآورد هزینه‌های اداری و مشخص نمودن برنامه‌های راه‌اندازی.
  - برقراری نظارت و سازوکارهای ارزیابی
- فرایند پیشنهادی، پیچیده است و به تعهد مالی و تخصصی / حرفه‌ای از سوی دولت نیاز دارد

و وقت‌گیر است. درگیر نمودن وزارتخانه‌های مربوط، هم به خاطر توان کارشناسی آن‌ها و هم برای اطمینان از همکاری و کارشکنی نکردن در راه‌اندازی اصلاح توسط آن‌ها اساساً ضروری و حیاتی است. اشکال کمتر پیچیده‌ای از فرایند فوق ممکن است وجود داشته باشد، مشروط بر این که بتوان گروه کوچکی از مردم را با مهارت‌های لازم برای گسترش اصلاح یافت و آن‌ها را سازماندهی نمود تا با یکدیگر در راستای تحقق هدف اصلاح کار کنند. این رویکرد زمانی ممکن و عملی است که موضوع طرح‌ریزی شده محدود و افراد فنی بسیار ماهر با مهارت‌های سیاست‌گذاری در دسترس باشند. مجدداً می‌گوییم که راه مستقیم و سراسری برای انجام این کار وجود ندارد و هر کشوری باید از فرایندی استفاده کند که ساختارهای نهادی، بنیان مهارت‌ها، زیربنای آگاهی و نیازهای سیاسی او را با هم سازگار می‌کند.

یک برنامه اصلاحی ناظر به امور مالی بهداشت، ممکن است به مجموعه محدودتری از موضوع تأکید نماید، اما هرگز بی‌نیاز از توجه به تعاملات با بسیاری دیگر از ابعاد نظام، بویژه نظام ارائه خدمات و برنامه‌های بهداشت عمومی نخواهد بود (مثلاً "مجموعه مزایای بیمه نیازمند هماهنگی با سیستم PHC است).

در میان مسائل خاصی که نیاز به تشریح دارند، می‌توان به موضوع‌های زیر اشاره نمود:

- ارزیابی کلی موقعیت مالی و بهداشتی حال و آینده.
- تحلیل برنامه‌های مالی دولتی/عمومی و خصوصی در زمینه واجد شرایط بودن، مزایای تحت پوشش، تأمین منابع مالی، استفاده از خدمات، هزینه‌ها، برابری، منطقی بودن محاسبات بیمه‌ای، هزینه‌های اداری و غیره.
- تحلیل ویژگی‌های افراد تحت پوشش و خارج از آن و الگوهای هزینه و مخارج جاری آن‌ها.
- ارزیابی آنچه می‌توان به‌طور مستمر تأمین نمود (با توجه به شرایط اقتصادی و تغییر وضعیت بهداشتی).
- طرح گزینه‌های اصلاح، مشتمل بر معیارهای واجد شرایط بودن، مجموعه مزایا، برنامه‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان، منابع تأمین مالی و برنامه‌های راه‌اندازی.
- تحلیل و برآورد هزینه‌گزینه‌ها (شقوق مختلف) مشتمل بر هزینه‌های اداری و خدمات.
- ارزیابی آثار روی دسترسی، هزینه‌ها، کیفیت، نتایج بهداشتی، نظام ارائه خدمت، کاهش فقر، تأمین درآمد اشتغال، تورم، رقابت‌جویی.
- عرضه و ارزیابی گزینه‌های (انتخاب شده در مناطق خاص جغرافیایی).
- تنظیم و تدوین قوانین لازم.
- راه‌اندازی اصلاح.

## ۳-۳-۷. نتیجه

اصلاح بهداشت، اقدامی پیچیده و به لحاظ سیاسی، توأم با احتمال خطر است. اصلاح بهداشت در هر کشور، خاص آن کشور بوده (الگوبردار نیست) و ریشه در بافت اجتماعی، سیاسی و نهادی آن دارد. برای این کار تعهد و تملک از سوی مراجع طراز اول تصمیم‌گیری لازم است. این عرصه همواره توأم با برد و باخت است و اصلاح‌گران باید با هر دو گروه برنده و بازنده کارکنند. منابع محدود هم از نیاز به اصلاح خیر می‌دهند و هم توسعه اصلاحات را با مشکل مواجه می‌سازند.

همان‌گونه که ایران در گام‌های بعدی برنامه‌ریزی اصلاح خود در نظر دارد، باید این اصلاحات را بر پایه نتایج چشمگیر مراقبت‌های اولیه بنا نهد و بر دیگر ابعاد نظام که توجه کمتری به آن‌ها شده است، تأکید بیشتری نماید، یعنی به بیماری‌های بدون واگیر، بیمه بهداشت، پرداخت به ارائه‌کننده، بیمارستان‌ها، نظام‌های اطلاعاتی / اطلاع‌رسانی، کیفیت مراقبت و غیره. یک ارزیابی دقیق از خلأ موجود در داده‌ها برای تصمیم‌گیری مورد نیاز است. طرح و اجرای حساب‌های ملی بهداشت در ایران، اولین گام مهم در پرکردن یکی از این خلأهای چشمگیر اطلاعاتی است. هماهنگی اهداکنندگان نیز بسیار مهم است. یک طرح جامع اصلاح، ابزاری مفید و ارزشمند برای اطمینان از هماهنگی اهداکنندگان و اطمینان از هدایت تلاش‌های اهداکنندگان به زمینه‌هایی است که آن‌ها بیشترین نفع را می‌رسانند.

گام بعدی در فرایند اصلاح، تعیین یک دستورالعمل و اخذ تعهد سیاسی دولت است. تخصیص اعتبارات مالی و پرسنلی برای اقدامات اصلاحی باید مورد موافقت قرار گیرد. زمانی که این کار انجام پذیرفت، فرایند اصلاح می‌تواند تعیین اقدامات اصلاحی آغاز شود. از کمک‌های اهداکنندگان باید حداکثر استفاده به عمل آید، زیرا کاهش هزینه‌ها و تأمین دسترسی به کارشناسی خارجی را موجب می‌شود. درگیر نمودن همه گروه‌های ذی‌نفع و دست‌اندرکاران خصوصی و دولتی، هم برای جلب حمایت از اصلاحات و هم برای مهارت‌های کارشناسی، بسیار با اهمیت است. فرایند اصلاح طولانی و سخت خواهد نمود، اما با توجه به توانایی‌های ایران در راه‌اندازی خط‌مشی‌هایی که تعهد عمیق دولت را با خود دارد، اصلاح بهداشت عملی خواهد بود؟

## منابع

- Aaron, H.(ed), *The Problem That Won't Go Away: Reforming U.S. Health Care Financing*. Washington D.C., The Brookings Institution, 1996.
- Aoyama, A, *Toward a Virtuous Circle: A Nutrition Review of the Middle East and North Africa*, Washington, D.C., World Bank, 1999.
- Bilheimer, L. and Reischauer, R, *Estimating the Effects of Reform*, in H. Aaron (ed.). Bimeh Markazi, *Annual Report 1995*, Tehran, Bimeh Markazi, 1995.
- Burns, M, *WHO Mission to Iran 2nd -14th March 1996*.
- CREDES, *Comprehensive Health Care Financing Study*, Paris, CREDES, 1997.
- Government of Iran, *Country Report on Population, Reproductive Health and Family Planning Program in the Islamic Republic of Iran*, Tehran, GOI, 1998.
- Government of Iran, *Mid-Decade Goals"; Declaration of Achievements in the Islamic Republic of Iran*, Tehran, GOI, 1995.
- Government of Iran, *Declaration of Achievements in the Islamic Republic of Iran 1995*, Tehran, GOI, 1995.
- Government of Iran, *Preliminary Report of National Health Accounts, Regional NHA Workshop in Beirut*, June 1999.
- Medical Service Insurance Organization, *The Public Medical Insurance Act and Articles of Association of the Medical Service Insurance Organization*, Tehran, MSIO, 1997.
- Ministry of Health and Medical Education, *The Progress of Provinces: Islamic Republic of Iran*, Tehran, MOHME, 1998.
- Ministry of Health and Medical Education and UNICEF, *The Multiple Health Indicator Cluster Survey of the Islamic Republic of Iran*, Tehran, MOHME, 1996.
- Ministry of Health and Medical Education and UNICEF, *Situation Analysis of Children and Women in Iran*, Tehran, MOHME, 1995.
- Musgrove, P., *Public and Private Roles in Health*, Washington, D.C., World Bank, 1996.
- Nichols, L., *Comment'* in H. Aaron (ed.).
- Schieber, G. (ed.), *Innovations in Health Care Financing*, Washington, D. C., World Bank, 1997.
- Social Security Research Institute, *Social Security in Iran*, Tehran, SSRI, 1997.
- World Bank, *World Development Indicators*, Washington, D.C., World Bank, 1998.
- World Bank, *Health, Nutrition, and population Strategy*, Washington D.C., World Bank, 1997.
- World Bank, *Staff Appraisal Report, Islamic Republic of Iran, Primary Health Care and Family planning Project*, Washington, D.C., World Bank, 1993.
- World Health Organization, *The Work of WHO in the Eastern Mediterranean Region*, Alexandria, WHO/EMRO, 1998.