

# حسابهای ملی سلامت

گردآوری و ترجمه مهدی مهدوی\*

## چکیده

اطلاعات جامع، دقیق و کافی در مورد تأمین مالی سیستم بهداشت، زیربنای اساسی و لازم برای طرح‌ریزی خردمندانۀ سیاستهای اصلاحات در سیستم بهداشت است. اولین گام در تحلیل مسائل تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی، محاسبۀ درست و منطقی هزینه‌های ملی سلامت است. کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۱</sup>، حسابهای ملی سلامت موفقی را طرح‌ریزی کرده‌اند که امکان مقایسه بین کشورها از طریق تعاریف استاندارد منابع تأمین مالی و مصارف بهداشتی (بخشها و برنامه‌هایی که منابع مالی در آنها هزینه شده است) را فراهم ساخته است. ایالات متحد نیز رویکرد بسیار دقیقی برای محاسبۀ هزینه‌های بهداشتی فراهم ساخته است که «حسابهای ملی سلامت» نامیده می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، علی‌رغم توصیه‌های مکرر سازمانهای بین‌المللی مانند سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی تحلیل هزینه‌های بهداشتی بسیار نامنظم انجام گرفته است.

\* دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

1. OECD

کشورهای در حال توسعه از جمله ایران ساختار تأمین مالی چندگانه و متفرق دارد. از این رو روش ماتریس «منابع - مصارف» برای تحلیل هزینه‌های بهداشتی این کشورها ارائه شده است. روش ماتریس منابع - مصارف، شکل بهبودیافته حسابهای ملی سلامت در کشور امریکاست. این روش به این دلیل ارائه شده است که سیستم بهداشتی کشورهای در حال توسعه به لحاظ تأمین مالی بسیار شبیه سیستم بهداشتی امریکاست، که در آن منابع مالی از منابع و بخشهای مختلف تأمین می‌شود. تجارب گذشته نشان می‌دهد امکان محاسبه دقیق و کامل هزینه‌های بهداشتی از طریق این روش امکان‌پذیر است. برای درک بیشتر تأثیر حسابهای ملی سلامت بر سیاستهای بهداشتی و کاربرد عملی آن مثالهایی از اجرای حسابهای ملی سلامت در کشورهای مصر و هند ارائه شده است.

### ۱. تاریخچه محاسبه هزینه‌های بهداشتی

بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> و دیگر سازمانهایی که در عرصه کمکهای بین‌المللی فعالیت دارند، مشاورانی (چه داخلی و چه بین‌المللی) برای محاسبه الگوی هزینه‌های بهداشتی ملی تعیین و منصوب کرده‌اند که در واقع این محاسبه ارزیابی بسیار کلی‌ای از بخش بهداشت است. ابل اسمیت<sup>۲</sup> تحت حمایت و کمک سازمان جهانی بهداشت نخستین مطالعه بزرگ مقایسه‌ای هزینه‌های بهداشتی ملی را انجام داد. اطلاعاتی که در زمینه هزینه‌های بهداشتی ملی بعد از ابل اسمیت جمع‌آوری شده همگی بدون کیفیت و غالباً تکرار نتایج وی و تحقیقات دیگر بوده است.

در سال ۱۹۹۳ بانک جهانی، گزارش توسعه جهانی با عنوان «سرمایه‌گذاری در بهداشت»<sup>۳</sup> را منتشر کرد. در این گزارش ۱۲۷ کشور تحت مطالعه قرار گرفتند و هزینه کلی بهداشتی ملی این کشورها محاسبه شد. در این مطالعه برای ۳۱ کشور، هزینه خصوصی را ۱/۶ تولید ناخالص داخلی<sup>۴</sup> فرض کردند در حالی که مطالعات بعدی نشان داد محاسبات این مطالعه با مقادیر واقعی تفاوتی فاحشی دارد. به هر حال سازمانهای بین‌المللی از جمله سازمان بین‌المللی کار و سازمان جهانی بهداشت همواره کشورها را به محاسبه درست هزینه‌های بهداشتی ملی تشویق کرده‌اند.

1. WHO

2. Abel Smith

3. World Development Report, "Investing in Health" (WDR-93)

4. GDP

در مطالعات سالهای گذشته سازمان جهانی بهداشت، از روشهای کلی برای تجزیه و تحلیل هزینه‌ها استفاده شده است. با این حال در این مطالعات، هزینه‌های بهداشتی برای بیشتر کشورهای جهان مورد محاسبه قرار گرفته است. به طور مثال در گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۱ کل مخارج بخش بهداشت از مجموع مخارج بخش عمومی و بخش خصوصی تشکیل شده است.

### ۱-۱. مخارج عمومی

مخارج عمومی از هزینه‌های بهداشتی تأمین‌شده به وسیله مالیات، منابع تأمین اجتماعی و منابع بیرونی<sup>۱</sup> تشکیل شده است.

- هزینه‌های بهداشتی تأمین‌شده به وسیله مالیات، تمام مخارجی است که دولت‌ها - دولت مرکزی، فدرال، استانی، ناحیه‌ای، ایالتی، شهرستان و محلی - برای مداخله در امور بهداشتی صرف کرده‌اند.
- هزینه‌های تأمین‌شده به وسیله مالیاتها، یارانه‌های پرداخت‌شده به تولیدکنندگان کالا و خدمات پزشکی، یارانه‌های مربوط به ایجاد تعادل در هزینه بهداشتی خانواده‌ها و منابع مالی صرف‌شده مازاد بر بودجه مقرر و سرمایه‌گذاری در مراکز پزشکی را نیز در بر می‌گیرد.
- منابع مالی تأمین اجتماعی که در بهداشت هزینه شده است، حق بیمه‌های پرداخت‌شده از سوی کارکنان و کارفرمایان برای طرح‌های اجباری بیمه درمان و کالاهای پزشکی برای گروه‌های مشخصی از جمعیت است. یارانه‌های حاصل از مالیات که به طرح‌های تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود، جزء هزینه‌های تأمین‌شده به وسیله مالیات است از این رو به منظور جلوگیری از محاسبات مضاعف، از محاسبه در غالب منابع مالی تأمین اجتماعی حذف شده است. حق بیمه‌های مستمری بازنشستگی نیز جزء منابع مالی تأمین اجتماعی صرف‌شده در بهداشت نیست، به همین دلیل جزء این هزینه‌ها به شمار نمی‌رود.
- منابع بیرونی، قرضها و کمکهای بلاعوض دولتی است که از طریق وزارت بهداشت و دیگر مؤسسات عمومی برای کالاها و خدمات پزشکی فراهم می‌شود. کمکهای بلاعوض دولتی، تجهیزات سرمایه‌ای، فرآورده‌های دارویی، واکسن‌ها و کمکهای فنی مانند اعزام کارشناس را

1. external resources

شامل می‌شود. کمک‌هایی که به سازمانهای غیردولتی اهدا می‌شود، جزء هزینه‌های خصوصی محاسبه می‌شود. هرچند در عمل جدا کردن آنها از کمکهای بلاعوض عمومی مشکل است.

## ۲- ۱. هزینه‌های خصوصی

هزینه‌های خصوصی از مجموع هزینه‌هایی مانند حق بیمه‌های خصوصی و طرح‌های پیش‌پرداخت، هزینه‌های بهداشتی اجباری شرکتها و مؤسسات، هزینه‌های صرف‌شده از طریق مراکز بهداشتی غیرانتفاعی یا پرداختهای مستقیم (پرداختهای مشارکتی و پرداخت مستقیم از سوی افراد بیمه‌نشده) تشکیل می‌شود. دیگر هزینه‌های صرف‌شده از طریق بخش خصوصی مانند سرمایه‌گذاری از طریق این بخش در امر بهداشت نیز جزء هزینه‌های خصوصی به شمار می‌رود.

در گزارش جهانی سلامت، تنها پرداختهای مستقیم از سوی مصرف‌کنندگان و بیمه‌های درمان خصوصی به عنوان هزینه‌های خصوصی به شمار می‌آید، بنابراین مجموع این دو اساساً کل هزینه‌های خصوصی را در بر نمی‌گیرد.

● حق بیمه‌های درمان خصوصی، حق بیمه‌هایی است که از طرف کارگران، کارفرمایان و برخی اوقات دیگر کارگزاران بر ارائه مراقبتهای پزشکی و تأمین هزینه‌های مدیریتی طرح پرداخت می‌شود.

● پرداختهای مستقیم مصرف‌کنندگان، هزینه‌هایی است که خانواده‌ها به طور مستقیم پرداخت می‌کنند، از قبیل انعامها<sup>۱</sup> و هزینه‌هایی که به متخصصان بهداشتی و فراهم‌کنندگان فرآورده‌های دارویی، لوازم درمانی و دیگر خدمات و کالاهایی پرداخت می‌شود که هدف اصلی آنان کمک به احیا و افزایش سلامتی افراد و جامعه است. این مخارج، پرداختهای خانواده‌ها به مراکز خدماتی عمومی، مؤسسات غیرانتفاعی یا مؤسسات غیردولتی را نیز شامل می‌شود.

برای اندازه‌گیری وزن هزینه‌های بهداشتی دولتی و تفاوتی که بین کشورها در ارتباط با تخصیص منابع عمومی به بخش بهداشت و درمان وجود دارد، گزارش جهانی سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت هزینه‌های عمومی بخش بهداشت را به عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولتی

1. gratuities

ارائه کرده است و هزینه‌های کلی بر اساس تولید ناخالص داخلی سنجیده شده است. نتایج مطالعاتی که تاکنون بر هزینه‌های بهداشتی ملی صورت گرفته است نشان می‌دهد که هنوز هم محاسبات هزینه‌های بهداشتی ملی به قدر کافی قابل اعتماد و کامل نیست. میزان تفاوت‌های موجود در بین محاسبات مختلف جزئی نیست. برای مثال تاکنون تصور می‌شد کشورهای فقیر، به طور کلی منابع مالی اندکی در بخش بهداشت هزینه می‌کنند. اما مطالعات نشان داد کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط مانند هند، آرژانتین و کلمبیا بسیار بیشتر از میزانی که قبلاً تصور می‌شد خرج می‌کنند. برخی حتی بیشتر از کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه منابع مالی صرف بهداشت می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که هنوز هم نیاز به محاسبه دقیق‌تر هزینه‌های بهداشتی در سطح ملی احساس می‌شود. برای پاسخگویی به این نیازها باید ابزارهای مناسبی به کار گرفته شود؛ یکی از این ابزارها، حسابهای ملی سلامت است.

## ۲. حسابهای ملی سلامت چگونه ابداع شد؟

در میانه دهه ۹۰، ون والدو<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) و پیتر برمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) بر اساس چارچوب ساختار حسابهای ملی سلامت کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه و نظامهای ملی در کشورهایی که سیستم چندگانه<sup>۳</sup> ایالات متحد نقش اصلی را در آنها بازی می‌کرد، نظام ماتریسی ساده‌ای برای ساختار حسابهای ملی سلامت ارائه کردند. هدف از ارائه این روش حسابهای ملی سلامت که به روش هاروارد<sup>۴</sup> معروف شد، توسعه روشی مناسب‌تر برای حسابهای ملی سلامت در کشورهای کم‌درآمد یا با درآمد متوسط بود. نقطه قوت این روش صراحت و سادگی آن است. روشهای کشورهای صنعتی در حسابهای ملی سلامت، دانش چشمگیری برای کشورهای در حال توسعه فراهم ساخته است. زمانی که روش هاروارد ارائه شد کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط نیاز به روش حسابهای ملی سلامت داشتند تا نیازهایشان را در این زمینه برطرف سازند.

روش هاروارد از ماتریس‌هایی تشکیل شده است که به سؤالات «چه کسی می‌پردازد؟ چقدر و برای چه می‌پردازد» پاسخ می‌دهد. هدف این روش ارائه تحلیلی آشکار و صریح از منابع تأمین

1. Van Valdo

2. Peter Berman

3. pluralistic

4. Harvard method

مالی، واسطه‌های تأمین مالی و طبقه‌بندی انواع استفاده‌هایی است که از منابع مالی می‌شود. این روش در سال ۱۹۹۷ ارائه شده و در کشورهای متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. به طور تقریبی ۶۰ کشور کم‌درآمد و با درآمد متوسط که حسابهای سلامت را در کشور خود ایجاد کرده‌اند، از روشهای مختلفی بهره برده‌اند. روشی که بیشترین سهم را در این میان به خود اختصاص می‌دهد، روش هاروارد است که «حسابهای ملی سلامت» نامیده می‌شود. ۶۳ درصد از این کشورها از روش هاروارد استفاده کرده‌اند. ۳۱ درصد از کشورها از «سیستم حسابهای سلامت»<sup>۱</sup> کشورهای عضو سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه استفاده کرده و در نهایت تعداد کمی از کشورها یعنی ۶ درصدشان از حسابهای منظومه‌ای سازمان ملل<sup>۲</sup> استفاده کردند. در کشورهای آفریقایی، بیشتر، از روش هاروارد استفاده شده است. در کشورهای آسیایی از روشهای هاروارد و سیستم حسابهای سلامت استفاده شده است. کشورهای امریکای لاتین بیشتر از روش هاروارد استفاده کرده‌اند، اما تعدادی از آنها از روش منظومه‌ای سازمان ملل در محاسبه حسابهای سلامت استفاده کرده‌اند. در کشورهای خاورمیانه نیز روش هاروارد بیش از بقیه روشها مورد استفاده قرار گرفته است.

دلایل متعددی باعث شده است کشورها از روش خاصی استفاده کنند. یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده این است که چه کسی برنامه را حمایت مالی می‌کند. اگر برنامه از طریق کمکهای مالی خارجی مورد پشتیبانی قرار گرفته، روش استفاده‌شده نیز تعیین شده و کمک فنی از طرف کارشناسان بین‌المللی ارائه شده است. فاکتور مهم دیگر، قابلیت‌های نهادی کشور و ترجیحات شخصی افرادی است که در فرایند حسابداری سلامت مشارکت دارد.

### ۳. حسابهای ملی سلامت چیست؟

حسابهای ملی سلامت<sup>۳</sup>، ابزاری برای خلاصه کردن، توصیف و تحلیل تأمین منابع مالی سیستم بهداشت و درمان ملی است. این حسابها جریان منابع مالی در سیستم مراقبتهای بهداشتی یک کشور را به طور منظم، جامع و یکپارچه مورد پایش قرار می‌دهد. حسابهای ملی سلامت تمام جریان و جا به جایی منابع مالی در درون سیستم بهداشت را در

1. System of Health Accounts  
3. National Health Accounts

2. UN Satellite Accounts

طول زمان (از طریق سری‌های زمانی) و بین کشورها مقایسه می‌کند. اطلاعات سری‌های زمانی، امکان استفاده از حسابهای ملی سلامت را به عنوان ابزار مدیریتی استاندارد برای تحلیل وضعیت، برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی فراهم می‌سازد. بررسی اثربخشی سیستم بهداشت، پایش اثرات اصلاحات جدید در نظام سلامت و گزارش تغییرات ساختاری و پیشرفت‌هایی که از طریق سیاست‌های جدید ایجاد شده از طریق اطلاعات سری‌های زمانی امکان‌پذیر است.

حسابهای ملی سلامت ابزاری در دست سیاست‌گذاران است تا آنها ارتباطات و تعاملات پیچیده‌ای را مدلسازی کنند که از لحظه تخصیص منابع مالی تا لحظه دستیابی به پیامدها و مزایای این منابع به وقوع می‌پیوندد.

حسابهای ملی سلامت چارچوبی برای اندازه‌گیری هزینه‌های کلی بهداشتی ملی خصوصی و دولتی است. روش حسابهای ملی سلامت جریان منابع مالی بخش بهداشت را از منابع تأمین‌کننده آن از طریق مؤسسات مالی به فراهم‌کنندگان خدمات و فعالیتهای بهداشتی ردیابی و پیگیری می‌کند.

این حسابها، مجموعه استانداردی از جدولها و ماتریس‌ها هستند که ابعاد مختلف هزینه‌های بهداشتی ملی در آنها ترسیم شده است. ماتریس‌های مهم در این حسابها عبارت است از: ماتریس‌های منابع تأمین مالی - کارگزاران مالی، منابع تأمین مالی - عملکردهای بهداشتی (برنامه‌های بهداشتی)، کارگزاران مالی - ارائه‌کنندگان خدمات، کارگزاران مالی - عملکردهای بهداشتی و ارائه‌کنندگان خدمات - عملکردهای بهداشتی.

ماتریس‌های فوق اطلاعات بسیار مفیدی برای تحلیل تأمین مالی تولید کالا و خدمات بهداشتی فراهم می‌کنند. به علاوه پایه مهمی برای تحلیل چگونگی توزیع هزینه‌های بهداشتی بین جمعیت هدف فراهم می‌آورد. وجه تمایز این روش بررسی هزینه‌ها با دیگر روشها این است که:

الف. در این روش طبقه‌بندی دقیقی از انواع هزینه‌های بهداشتی، هدف از صرف آنها به همراه طبقه‌بندی موشکافانه‌ای از بازیگران سیستم بهداشت ارائه شده است.

ب. حسابداری کامل تمام هزینه‌های صرف‌شده در بخش بهداشت بدون توجه به منبع تأمین مالی، مقصدی که این هزینه‌ها سرازیر شده و هدف از صرف این هزینه‌ها

ج. رویکرد دقیق نسبت به جمع‌آوری، فهرست کردن و محاسبه جریان منابع مالی

د. حسابهای ملی سلامت برخلاف سایر مطالعات موقت ساختاری برای تجزیه و تحلیل مداوم جریان منابع مالی است.

جذابیت این روش به عنوان ابزاری برای تجزیه و تحلیل سیاستها این است که مستقل از نوع مستقیم تأمین منابع مالی مراقبتهای بهداشتی یک کشور است. حسابهای ملی سلامت همان طور که در کشور با الگوی تکپرداخت‌کننده<sup>۱</sup> قابل اجراست، در کشوری با الگوی چندپرداخت‌کننده<sup>۲</sup> نیز قابل اجراست. به طور کلی در سیستم‌های مختلف و با شرایط مختلف بهداشتی قابل کاربرد است و ربطی به اینکه ارائه‌کنندگان خدمات خصوصی هستند یا دولتی، یا ترکیبی از آنها، ندارد.

#### ۴. ویژگیهای اصلی حسابهای ملی سلامت

به عنوان ابزار آماری، حسابهای ملی سلامت دارای ده ویژگی عمده است که عبارت است از: حساسیت سیاسی: حسابهای ملی سلامت تلاش می‌کند شاخص‌ها را شناسایی و کمی سازد، همچنین تلاش می‌کند اطلاعاتی در مورد ابعاد مستعد و قابل تغییر سیستم سلامت ارائه کند. جامعیت: حسابهای ملی سلامت تلاش می‌کند تا تمام هزینه‌ها، تدارکات، ورودی‌ها، خروجی‌های میانی و نهایی و جریان حسابهای مالی مؤسسات عرضه بهداشت را مورد پایش قرار دهد.

انسجام: وحدت درونی و جلوگیری از تناقض از طریق طبقه‌بندی‌های استاندارد، بیان صریح اجزا و بخشها و اصول حسابداری دقیق.

دقت‌داری<sup>۳</sup> + اسناد<sup>۴</sup>: سیستم حسابداری در مرحله ادغام داده‌های متفرقه فراهم‌شده از طریق منابع مختلف متوقف نمی‌شود. زمانی که عملکردهای اقتصادی یک سیستم در منابع اطلاعاتی موجود به صورت کمی ارائه نشده است، حسابهای ملی سلامت تلاش می‌کند از طریق شبیه‌سازی این کمبودها را جبران کند.

استانداردسازی: کاربرد اصول یکسان و همانند یکی از ملزومات و بایدهای تحلیل‌ها در طول زمان و بین کشورهاست. در سطح کشور این فرایند یعنی کاربرد اصول یکسان منجر به صرفه‌جویی مقیاس می‌شود. به این معنی که مفاهیم، تعاریف، اصطلاحات و دیگر ابزارهای روش‌شناسی به صورت آماده در دسترس کشورهاست و نیازی نیست که این کشورها برای ایجاد و توسعه آنها هزینه صرف کنند.

1. single-payer

2. multi-payer

3. bookkeeping

4. imputation



چندبعدی بودن: تحلیل هزینه‌ها بدون داشتن هدف مشخص ارزشی ندارد. اما این تحلیل در موضوعات مرتبط با تحلیل نیازهای جمعیت و مؤسسات و سازمانهای مؤثر در این روند باید انجام گیرد. بنابراین اطلاعات هزینه‌ها باید با اطلاعات غیرمالی جمعیت‌شناختی، اپیدمیولوژیکی، بهره‌وری خدمات، سرمایه‌های مادی و غیرمادی تکمیل شود.

دقت: بررسی‌های سطوح مختلف سیستم و سری‌های زمانی تعامل بین کامل بودن داده‌ها و دقت آنها را نشان می‌دهد. از آنجا که مجموعه بزرگی از داده‌ها برای اهداف متنوعی ایجاد شده بنابراین باید بر اساس روشهای متفاوت و برای دوره‌های زمانی مختلف با هم ترکیب شوند.

به‌موقع بودن<sup>۱</sup>: در حالی که ارتباطات رفتاری بین اجزای بعضی از تحقیقات پیمایشی سیر تحول آرامی را پشت سر می‌گذارد، گرایش و سمت و سوی عناصر حسابهای ملی سلامت ممکن است تغییرات سریع و عمیقی را نشان دهد، از این رو تشخیص به‌موقع این تغییرات از اهمیت فراوانی برخوردار است. از طرفی باید بین به‌موقع بودن اطلاعات و دقت آنها تعادل ایجاد کرد. ارزش به‌موقع بودن داده‌ها و دقت آنها زمانی کشف می‌شود که ارزش افزوده اطلاعات جدید با مقیاس نتایج حاصل از دیرکرد اقدام‌های مختلف سیاستگذاران سنجیده شود.

تکرار: پایش رفتاری تنها از طریق یک محاسبه مداوم و پیوسته امکان‌پذیر است. در صورتی که نتایج حاصل از محاسبات استثنایی یا مورد انتظار و پیش‌بینی شده است. تداوم محاسبات تنها روش قضاوت است. در صورتی که محاسبات تداوم داشته باشد در اثر یادگیری از اشتباهات گذشته کیفیت داده‌ها بهبود یافته و هزینه‌ها نیز کاهش می‌یابد. محاسبه‌ای که تنها یک بار انجام گیرد و تداوم نداشته باشد، در واقع تحلیل یا بررسی مالی است نه حسابهای ملی سلامت.

## ۵. سیستم بهداشت و حسابهای ملی سلامت

سازمانی جهانی بهداشت در گزارش خود با عنوان «سیستم‌های بهداشت، بهبود عملکرد»، سیستم بهداشت را به صورت زیر تعریف کرده است:

«تمام فعالیتهایی که هدف اصلی آنها ارتقا، بازگرداندن و حفظ سلامت است. سیستم بهداشت خود هدف نیست بلکه وسیله‌ای برای رسیدن به یک هدف است.»

سیستم بهداشت دارای هدفی کلی است و آن بهبود سلامت جامعه است. اما اهداف دیگری

1. timeliness

مانند توسعه مکانیسم‌های تأمین منابع مالی و یک کاسه کردن ریسک برای جلوگیری از ایجاد فشار مالی بیماری بر بیمار و توانا کردن وی برای پرداخت هزینه‌ها را نیز می‌توان به آن اضافه کرد. به علاوه، غالب سیستم‌های بهداشت در تلاش هستند تا منافع حاصل از برنامه‌های مختلف را به طور عادلانه توزیع کنند. بنابراین عملکرد سیستم بهداشت نباید صرفاً با عنوان میزان و سطح مزایای تولیدشده ارزیابی شود بلکه باید مسئله توزیع مزایا در جامعه را نیز مورد ارزیابی قرار دهد.

بنابراین سیستم بهداشت را می‌توان به صورت زیر توصیف کرد:

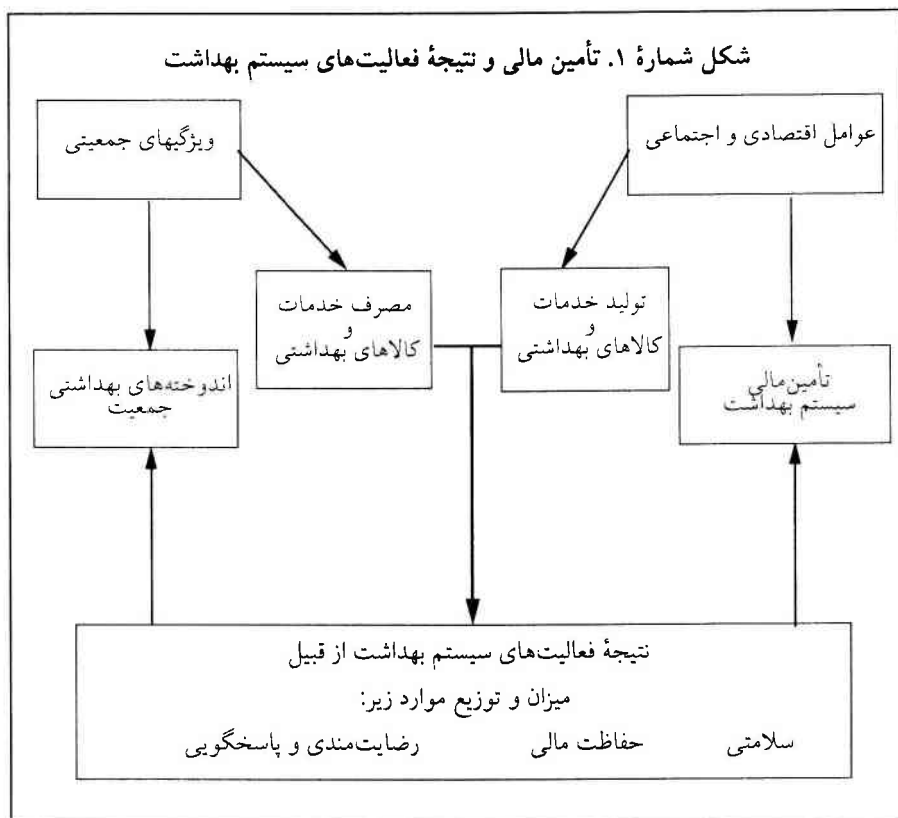
«پاسخهایی که جامعه به خواسته‌ها و علائق شهروندان، برای دسترسی به مزایا و توزیع عادلانه این مزایا می‌دهد».

اما سؤالی که مطرح است و اهمیت بالایی دارد، این است که سیستم بهداشت چگونه به دو هدف فوق دست پیدا می‌کند؟ سازمان جهانی بهداشت چهار عملکرد اصلی برای تمام سیستم‌های بهداشت توصیف می‌کند: تأمین منابع مالی، ارائه خدمات، تولید منابع و نقش تولید<sup>۱</sup>. گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ از نقش تولید به عنوان نقشی که بقیه نقشها را تحت سیطره خود قرار می‌دهد یاد می‌کند. نقش تولید به اطلاعات<sup>۲</sup> و داشتن چشم‌اندازی از آینده نیاز دارد. اطلاعات مفصل در مورد اداره امور مالی بخش بهداشت سیاستگذاران را قادر می‌سازد تا چشم‌انداز استراتژیک در موضوعاتی مانند منابع مشخص ایجاد کنند، دخالت‌ها را بهتر از گذشته پایش کنند و اثرات سیاستهای اتخاذشده را ارزیابی کنند. اطلاعات در مورد واقعیات و شواهد تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی می‌تواند به بهبود عملکرد سیستم بهداشت کمک کند. اطلاعات موجود در زمینه تأمین منابع مالی، دروندادی ضرور برای بهبود عملکردهای سیستم مراقبتهای بهداشتی است.

همان طور که برنامه‌ریزان مراقبتهای بهداشت عمومی بدون آگاهی از وضعیت بهداشت کشور قادر نیستند برنامه‌ریزی کنند، امکان برنامه‌ریزی برای گسترش سیستم مراقبتها و اصلاحات، بدون درک درست از شرایط مالی کل سیستم بهداشت امکان‌پذیر نیست. همان طور که شکل شماره ۱ نشان می‌دهد عوامل بسیاری در تعیین میزان کارایی، کیفیت و کفایت خدمات و کالاهای بهداشتی تولیدشده توسط سیستم بهداشت تأثیرگذار هستند. یکی از این عوامل،

1. stewardship

2. intelligence



مسئله تأمین مالی مراقبتهاست. اطلاعات مرتبط با جریان منابع مالی به سیاستگذاران کمک می‌کند که بدانند آیا منابع مالی در مسیر اولویت‌های بهداشتی قرار گرفته و به سمت آنها هدایت شده است یا خیر. حسابهای ملی سلامت به روش ساختن میزان و منابع تأمین مالی و موارد استفاده منابع مالی در بخش بهداشت و نتایج حاصل از آن کمک می‌کند.

با وجود اینکه حسابهای ملی سلامت برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد تجربی<sup>۱</sup> ضروری است ولی کافی نیست. حسابهای ملی سلامت ابزاری برای اندازه‌گیری و سنجش است و هیچ‌گاه جایگزین انواع دیگر اطلاعات و تصمیمات مبتنی بر تشخیص و مصلحت<sup>۲</sup> سیاستگذاران نمی‌شود. از این رو حسابهای ملی سلامت روی ابعاد مالی سیستم بهداشت متمرکز است. اساساً داده‌های

1. evidence-based

2. discretionary decision

- حسابهای ملی سلامت داده‌های هزینه‌ای هستند. برای اینکه بتوان از این داده‌ها بیشترین بهره را برد ترکیب آنها با دیگر اطلاعات مرتبط و نتایج و بروندهای سیستم سلامت ضروری است.
- محاسبه حسابهای ملی سلامت می‌تواند به سؤالات متعددی پاسخ دهد که در واقع پاسخ این سؤالات به طراحی بهتر سیاستهای بهداشت کمکی می‌کند. این سؤالات عبارت است از:
۱. بسیج منابع مالی چگونه صورت می‌گیرد؟ چه کسی برای سیستم بهداشت می‌پردازد و چه چیزی تولید می‌شود؟
  ۲. منابع مالی چگونه مدیریت می‌شوند؟ ترتیبات یک کاسه کردن فعلی چیست؟ پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات چگونه صورت می‌گیرد؟ و منابع چگونه گردآوری می‌شود؟
  ۳. چه کسی چه خدماتی ارائه می‌کند؟ چه چیزی تولید شده و چه چیزی به تولیدکنندهای مختلف پرداخت شده است؟
  ۴. چه کسی از مزایای برنامه‌ها بهره‌مند می‌شود؟ هزینه‌ی مراقبتها در میان گروههای جمعیتی مانند گروههای درآمدی، گروههای سنی و جنسی و مناطق مختلف کشور چگونه توزیع می‌شود؟

## ۶. حسابهای ملی سلامت و نقش تولید

در سمت چپ شکل شماره ۲ برخی سؤالات کلیدی که سیاستگذاران، باید برای تولید خوب به آنها پاسخ گویند ارائه شده است. جدول استاندارد حسابهای ملی سلامت به گونه‌ای طراحی شده است که بتواند به این سؤالات پاسخ دهد.

سؤال چگونه منابع مالی برای سیستم بهداشت بسیج می‌شود؟ عامل کلیدی است که مقدار منابع مالی موجود برای سیستم بهداشت را در حال حاضر تعیین می‌کند. پاسخ به این سؤال، زیربنایی برای تأمل و تدبیر در مورد استراتژیهای افزایش منابع مالی است. مسئله دیگری که این سؤال پاسخ می‌دهد این است که چه کسانی در جمعیت بار مالی هزینه‌های بهداشتی را به دوش می‌کشند.

پاسخ به این سؤال که چگونه منابع مدیریت می‌شوند، برخی مسائل مرتبط با سیاست ملی و اصلاحات بهداشت را پوشش می‌دهد. اولاً، چه نوع ساختارهای اجتماعی در بخشهای دولتی و خصوصی برای افزایش منابع مالی، سازماندهی و یک کاسه کردن این منابع ایجاد شده است؟

شکل شماره ۲. حسابهای ملی سلامت جریان منابع مالی را نشان می‌دهد و آنها را به سیاستهای بهداشتی مرتبط می‌کند



ثانیاً، آیا یک کاسه کردن ریسک در بین جمعیت بخوبی صورت می‌گیرد؟ آیا مدیریت این کار را عادلانه انجام می‌دهد؟ و در نهایت، پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها یا به عبارتی مؤسسات خریدار خدمت به ارائه‌کنندگان خدمات چگونه می‌پردازند و اثرات این پرداختها چیست؟

چه کسی خدمات را ارائه می‌کند و چه خدماتی ارائه می‌شود؟ پاسخ به این سؤال تخصیص منابع برای ارائه‌کنندگان مختلف و انواع مختلف خدمات و تولیدات بهداشتی را روشن می‌کند. چه کسی از مزایا بهره‌مند می‌شود؟ پاسخ به این سؤال روشن می‌کند که چه گروههایی از جمعیت از مزایا بهره‌مند می‌شوند. پاسخ به این سؤال، دستیابی به هدف اساسی سیستم بهداشت یعنی عدالت توزیعی را به روشنی مورد بررسی قرار می‌دهد.

حسابهای ملی سلامت از طریق مفهوم «جریان منابع مالی» به سؤالات فوق پاسخ می‌دهد. در قسمت میانی شکل شماره ۲ اجزای مختلف جریان منابع مالی (ابعاد حسابهای ملی سلامت) با استفاده از مجموعه‌ای از اصطلاحات کلی و عمومی نشان داده شده است. این ابعاد عبارت است از:

- منابع تأمین مالی<sup>۱</sup>: شامل بخشهایی است که منابع مالی لازم برای کالاها و خدمات بهداشتی را فراهم می‌آورد. مانند مالیات‌ها، حق‌بیمه‌های تأمین اجتماعی، بخشهای خصوصی شامل مؤسسات تجاری، سازمانهای غیردولتی، خانواده‌ها و منابع خارجی.
- کارگزاران مالی<sup>۲</sup>: شامل سازمانها و مؤسسات میانی است که منابع مالی را از بخشها و اجزای فوق (منابع تأمین مالی) جمع‌آوری کرده و آنها را برای پرداخت یا خرید کالاها و خدمات بهداشتی صرف می‌کنند و شامل طرح‌های تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، بیمه‌های درمانی خصوصی، سازمانهای غیردولتی و مؤسسات تجاری می‌شود.
- ارائه‌کنندگان خدمات: شامل اجزا و بخشهایی می‌شود که منابع مالی را دریافت کرده و برای تولید خدمات از آنها بهره می‌گیرد و شامل بیمارستانهای دولتی و خصوصی، کلینیک‌ها، خانه‌های سالمندان، مراکز بهداشتی جمعیتی، مطب‌های خصوصی و غیره می‌شود.
- عملکردها: انواع خاصی از خدمات و کالاهای بهداشتی تولیدشده است.
- درون‌دادها (هزینه‌های عوامل تولید یا هزینه‌های موردی): گروه خاصی از کالاها و خدمات میانی که برای تولید خدمات و کالاهای نهایی مورد استفاده قرار گرفته است و هزینه عوامل

1. source financing

2. financing agent

تولید متغیرهایی مانند نیروی کار، داروها و فراورده‌های دارویی، تجهیزات پزشکی و غیره را در بر می‌گیرد.

- **توزیع:** توضیح روشهای متنوع اینکه چگونه کالاها و خدمات تولیدشده در میان جمعیت توزیع می‌شود. از جدول توزیعی برای نشان دادن چگونگی توزیع کالاها و خدمات تولیدشده در بین جمعیت بر اساس معیارهایی مانند محدوده جغرافیایی، ویژگیهای جمعیتی، طبقه اجتماعی و نوع بیماری و مداخله استفاده می‌شود. اصطلاحات فوق که چارچوب جریان منابع مالی را تشکیل می‌دهد اصطلاحات استاندارد هستند که در حسابهای ملی سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرند. بنابراین حسابهای ملی سلامت، روشی استاندارد بوده و در همه کشورهای قابل استفاده است.

## ۷. محاسبه هزینه‌های بهداشتی

تقاضا برای محاسبه هزینه‌های بهداشتی ملی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه منجر به تلاش مداوم برای ایجاد تعاریف و استانداردهای معمول و قابل پذیرش برای اندازه‌گیری این هزینه‌ها شده است. این قبیل استانداردها، تفسیر نتایج محاسبات ملی و تحلیل‌های مقایسه‌ای را بین کشورها و دوره‌های زمانی مختلف تسهیل می‌کند.

دو بعد مهم محاسبه هزینه‌های بهداشتی ملی عبارت است از:

۱. قلمرو<sup>۱</sup> هزینه‌های بهداشتی ملی؛ انواع و تعاریف هزینه‌های بهداشتی و چارچوب تحلیلی
۲. روش محاسبه هر یک از موارد هزینه‌های بهداشتی

### ۱ - ۷. قلمرو هزینه‌ها

تعیین قلمرو هزینه‌های بهداشتی موضوع بحثهای تخصصی فراوانی بوده است. منظور از قلمرو هزینه‌های بهداشتی این است که چه چیزی هزینه بهداشتی است و چه چیزی جزء این هزینه‌ها محسوب نمی‌شود. دستیابی به یک راه‌حل قابل پذیرش همگان، برای پایان دادن به این بحثها هم به دلیل ایدئولوژیکی (سلامت مقوله‌ای است که از عوامل بسیاری به غیر از بهداشت متأثر

1. scope

می‌شود) و هم به دلیل عملی<sup>۱</sup> (هزینه‌های بهداشتی در کشورهای مختلف به روشهای ویژه‌ای یک کاسه شده و به سختی قابل دسته‌بندی و تفکیک است) امکان‌پذیر نیست.

هزینه‌های بهداشتی، هزینه‌هایی است که هدف اصلی آنها بهبود سلامت است. این تعریفی است که به طور وسیعی مورد پذیرش قرار گرفته است. هرچند ممکن است هزینه‌هایی که هدف اصلی آنها بهبود سلامت نیست، نیز در غالب هزینه‌های بهداشتی وارد شوند. ولی باید ترجیحاً از این دسته جدا شوند.

مسئله دیگری که در ارتباط با قلمرو هزینه‌های بهداشتی ملی وجود دارد، سازگاری محاسبه هزینه‌های بهداشتی ملی با نظام حسابهای ملی<sup>۲</sup> است که برای استانداردسازی محاسبه حساب درآمد ملی در ابعاد بین‌المللی توسعه یافته است.

## ۲ - ۷. طبقه‌بندی هزینه‌ها

تعاریف مورد استفاده برای طبقه‌بندی هزینه‌های بهداشتی، انواع مختلفی را شامل می‌شود. تفکیک و تعریف انواع منابع تأمین مالی و مصارف این منابع ضروری است. به طور معمول پنج نوع اصلی طبقه‌بندی برای مصارف به کار برده یا پیشنهاد شده است:

۱. طبقه‌بندی بر اساس ارائه‌کنندگان خدمات و مؤسسات بهداشتی درمانی

۲. طبقه‌بندی بر اساس فعالیت‌ها یا انواع خدمات مراقبتهای بهداشتی

۳. موارد هزینه یا طبقه‌بندی اقتصادی هزینه‌ها

۴. طبقه‌بندی منطقه‌ای یا اداری - جغرافیایی

۵. طبقه‌بندی اجتماعی - اقتصادی

ناهمسانی قابل توجهی در تعریف انواع هزینه، حتی در مورد تعاریف ظاهراً ساده مانند هزینه‌های بیمارستانی بین کشورهای مختلف وجود دارد. این ناهمسانی‌ها، حتی در مواردی بسیار مشکل‌ساز است. برای مثال در آمار ملی هند، بیمارستان واحدی است که ده تخت یا بیشتر دارد در حالی که در تایلند بیمارستان باید ۲۵ تخت یا بیشتر داشته باشد تا به عنوان بیمارستان تعریف شود.

نکته مهم دیگر ترکیب انواع هزینه‌ها با یکدیگر یا جداگانه محاسبه کردن آنهاست. سیستم

1. practical

2. System of National Account



طبقه‌بندی کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعهٔ مواردی مانند منابع پرداخت شده به ارائه‌کنندهٔ خدمات، عملکردها و هزینه‌های موردی را با هم ترکیب می‌کند. اما سؤال مهم این است که مفیدترین طبقه‌بندی هزینه‌ها برای کشورهای در حال توسعه از جمله ایران کدام است؟

### ۳-۷. چارچوب تحلیل هزینه‌ها

چارچوب تحلیلی برای حسابهای ملی سلامت دارای دو جزء اساسی است. اولاً، این روش به محاسبه و ارائهٔ هزینه‌های ملی از طریق ماتریس «منابع مالی و مصارف» نیاز دارد. این روش یا رویکرد با دیگر رویکردهایی که منابع تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و موارد استفاده از آنها را جدول‌بندی می‌کند، از طریق حساب T (منابع تأمین مالی در سمت چپ و موارد استفاده از این منابع در سمت راست با مقدار کل مساوی) متمایز می‌شود. در برخی مطالعات که از رویکرد T استفاده شده، ماتریس منابع و استفاده‌ها نیز محاسبه شده است. در رویکرد ماتریس، کل موارد استفاده‌ای که از منبع مالی مشخصی تغذیه شده‌اند تعیین و ردیابی می‌شود. مشابه این مسئله در مورد تمام پولهایی که برای یک مورد خاص صرف شده انجام می‌گیرد، یعنی منابع مالی این هزینه‌ها که ممکن است چندین منبع باشد ردیابی و تعیین می‌شود. بنابراین در این رویکرد، علاوه بر اینکه زیرشاخه‌های یک مورد خاص (مانند منبع مالی مشخص و زیرشاخه‌های تشکیل‌دهندهٔ آن) و مجموع آنها تحلیل شده، مسیر جریان این منابع در کل سیستم بهداشت نیز تحلیل می‌شود. بنابراین، این رویکرد بر نیاز به دانستن اینکه «چه کسی، چقدر و برای چه خدماتی» پرداخت کرده، بیشتر از جدا کردن صرف «چه کسی و برای چه پرداخت کرده» تأکید می‌کند. این قابلیت متصل کردن منابع به مصارف یکی از مهمترین ارزشهای حسابهای ملی سلامت در تجزیه و تحلیل سیاستهای مالی مراقبتهای بهداشتی است. این قابلیت به این دلیل ارزشمند است که تأمین مالی مراقبت تنها مرتبط با افزایش منابع نیست، بلکه روش استفاده نیز بسیار مهم است. مثالی از ماتریس منابع و مصارف در بخش کاربردهای عملی حسابهای ملی سلامت در کشورهای در حال توسعه آورده شده است.

ثانیاً، حسابهای ملی سلامت برای سیستم با منابع مالی چندگانه مانند سیستم بهداشتی امریکا مناسب است؛ همانند سیستم تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی امریکا که اصولاً ترکیبی از

انواع تأمین‌کنندگان خصوصی و دولتی است. از این رو برای سیستم مراقبتهای بهداشتی در کشورهای در حال توسعه مانند ایران نیز مناسب است.

۸. روشهایی که در گذشته برای کشورهای در حال توسعه پیشنهاد شده است چند کاتالوگ و روش عملی برای تشویق و تکمیل مطالعات ملی هزینه‌های بهداشتی در سالهای دهه ۷۰ و ۸۰ میلادی ارائه شده است. ایل اسمیت، گریفیت و میل<sup>۱</sup> و رابرتسون<sup>۲</sup> و همکارانش دستورالعمل‌هایی مفصل در مورد ساختار و روشهای مورد نیاز برای تدوین محاسبات ملی ارائه کردند. این دستورالعمل‌ها نیاز به محاسبه جامع و مبتنی بر تعاریف یکپارچه را مورد تأکید قرار داده است. به طور کلی این دستورالعمل‌ها بر چارچوب حسابداری ساده‌ای استوار است که بر رویکرد T تأکید می‌کند.

۹. روش کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه در محاسبه هزینه‌های بهداشتی

موفق‌ترین تلاشها در راستای محاسبه استاندارد هزینه‌های بخش بهداشت، کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه هستند که هم‌اکنون از ۲۵ کشور عضو گزارش سالانه در مورد هزینه‌های بهداشتی می‌گیرند. پرسشنامه‌ای فراهم شده و دستورالعمل مکتوبی نیز برای تعاریف تهیه شده است. تعریفی که این کشورها در مورد هزینه‌های بهداشتی دارند اساساً بر مصرف متمرکز است. منابع مالی به دو دسته همگانی و خصوصی تقسیم می‌شود. طبقه‌بندی هزینه‌های بهداشتی ترکیبی از انواع خدمات (مراقبت بیمارستانی حاد، خدمات پزشکان)، انواع ارائه‌کننده (بیمارستان روانی، خانه‌های سالمندان) و انواع ورودی<sup>۳</sup> است. تمام کشورها برای استفاده خودشان محاسبات آماری تقریباً متفاوتی تدوین می‌کنند ولی تمام این کشورها محاسبات تعریف‌شده تطبیقی را برای تحلیلهای مقایسه‌ای بین کشورهای این مجموعه تهیه می‌کنند. کشور امریکا به پیروی از طبقه‌بندی کشورهای عضو سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، ضمن بهبود آن، رویکرد خود نسبت به حسابهای ملی سلامت را طرح‌ریزی کرده است. در رویکرد

1. Griffiths and Mills

2. Robertson

3. input

این کشور تدوین «مصارف» همانند کشورهای عضو همکاریهای اقتصادی و توسعه است اما منابع هزینه‌ها دارای طبقه‌بندی مفصلی است که مثال آن در ماتریس شماره ۱ آمده است.

۱۰. جدیدترین کاربردهای عملی حسابهای ملی سلامت در کشورهای در حال توسعه کشورهایمانند مکزیک، کلمبیا و مصر از حسابهای ملی سلامت استفاده کرده‌اند، به علاوه کشورهایمانند هند و زامبیا نیز از این رویکرد بهره برده‌اند.

با بررسی مجدد محاسبات گزارش توسعه جهان در سال ۹۳ و مقایسه آن با محاسبات صورت گرفته از طریق حسابهای ملی سلامت مشخص شد که به طور کلی، مقادیر مخارج بهداشتی ملی و بویژه هزینه‌های خصوصی نسبت به آنچه در این گزارش آمده از میزان بیشتری برخوردار بوده است.

حسابهای ملی سلامت همچنین محاسبه برخی از بخشهای هزینه‌ها مانند پرداختهای مستقیم برای داروها و فرآورده‌های دارویی، طبابت پزشکان و پیراپزشکان را تسهیل می‌کند. در ارتباط با مقایسه نتایج محاسبات حسابهای ملی سلامت و مطالعات بین‌المللی، مثال مکزیک همان قدر که جالب است بحث‌برانگیز نیز هست. در این کشور حسابهای ملی سلامت در مورد هزینه‌های خصوصی که بر پایه بررسی ملی از خانواده‌ها بود، میزان این هزینه‌ها را  $\frac{4}{8}$  درصد تولید ناخالص داخلی محاسبه کرد. در حالی که در گزارش توسعه جهان این میزان  $\frac{3}{2}$  درصد تولید ناخالص داخلی محاسبه شده است.

در صورتی که محاسبه حسابهای ملی سلامت با دقت انجام گیرد، می‌تواند ادراک سیاستگذاران در مورد ساختار سیستم مراقبتهای بهداشتی و نقش دولت در آن را تغییر دهد. به طور مثال در هند محاسبه حسابهای ملی سلامت نشان داد که دولت به طور کلی تأمین‌کننده کوچک منابع مالی برای مراقبتهای بهداشتی اولیه است (ماتریس شماره ۲). علی‌رغم بیش از یک دهه سرمایه‌گذاری در مراکز مراقبتهای اولیه، ۸۲ درصد هزینه‌های این خدمات به وسیله پرداختهای خصوصی خانواده‌ها تأمین شده است. خدمات درمانی اولیه، ۸۵ درصد کل منابع مراقبتهای بهداشتی اولیه<sup>۱</sup> را به خود اختصاص می‌دهد. سهم دولت در تأمین منابع مالی خدمات پیشگیری فردی و بهداشت عمومی بیشتر بوده است (۴۴ درصد کل هزینه‌های این

1. PHC

ماتریس شماره ۱. حسابهای ملی سلامت در ایالات متحده، برحسب نوع منابع تأمین مالی و نوع هزینهها در سال ۱۹۹۰ (به میلیارد دلار)

منابع مالی ایالات و ناخیمها	منابع مالی فدرال	کل منابع مالی دولتی	مصرفکنندگان				کل منابع مالی خصوصی	کل	انواع مختلف هزینههای بهداشتی
			دیگر	بیمه		کل			
				پراختیای مستقیم	غیرمستقیم				
۸۷/۳	۱۹۵/۴	۲۸۲/۶	۳۰/۶	۲۱۶/۸	۱۳۶/۱	۳۵۲/۹	۳۸۳/۶	۶۶۶/۲	هزینههای بهداشتی ملی
۸۴/۳	۱۸۴/۳	۲۶۸/۶	۲۱/۸	۲۱۶/۸	۱۳۶/۱	۳۵۲/۴	۳۷۴/۸	۶۴۲/۴	خدمات و تدارکات بهداشتی
۶۴/۶	۱۷۷/۲	۲۴۱/۸	۲۱/۳	۱۸۶/۱	۱۳۶/۱	۳۳۷/۲	۶۴۳/۵	۵۸۵/۳	مراقبتهای بهداشتی فردی
۳۵/۳	۱۰۴/۶	۱۴۰	۱۳/۸	۸۹/۴	۱۲/۸	۱۰۲/۲	۱۱۶/۰	۲۵۶/۰	مراقبتهای بستری
۸/۸	۵۳/۱	۶۳/۹	۰	۵۷/۲	۳۳/۵	۸۱/۷	۸۱/۷	۱۲۵/۷	خدمات پزشکی
۰/۴	۰/۵	۰/۹	-	۱۵/۱	۱۷/-	۳۳/۱	۳۳/۱	۳۴/۰	خدمات دندانپزشکی
۱/۶	۲/۹	۶/۴	۳/۶	۱۲/۸	۸/۸	۲۱/۵	۲۵/۲	۳۱/۶	دیگر خدمات تخصصی
۱/۰	۲/۱	۵/۱	۰/۵	۰/۵	۰/۸	۱/۳	۱/۸	۶/۹	مراقبتهای ارائهشده در منزل
۳/۱	۳/۰	۶/۱	-	۸/۳	۴۰/۲	۴۸/۵	۴۸/۵	۵۴/۶	داروها و دیگر کالاهای مصرفی غیر بانوام
۰/۳	۲/۴	۲/۷	-	۱/۳	۸/۲	۹/۴	۹/۴	۱۲/۱	کالاهای مربوط به بیابانی و دیگر کالاهای بانوام پزشکی

ادامهٔ ماتریس شمارهٔ ۱.

منابع مالی ایالات و ناحیه‌ها	درش	کل منابع مالی درش	مصرف‌کنندگان			کل منابع مالی خصوصی	کل	انواع مختلف هزینه‌های بهداشتی	
			دیگر	بیمه					
				پرونده‌های مستقیم	کل				
۱۰/۵	۱۷/۲	۳۷/۷	۱/۰	۰/۶	۲۳/۹	۲۴/۴	۲۵/۵	۵۳/۱	مراقبت‌های مربوط به سالمندان
۳/۵	۵/۵	۹/۱	۲/۲	-	-	-	۲/۲	۱۱/۳	دیگر مراقبت‌های بهداشتی فردی
۲/۷	۴/۸	۷/۵	۰/۶	۳۰/۷	-	۳۰/۷	۳۱/۲	۳۸/۷	هزینه‌های مدیریتی برنامه‌ها و هزینه‌های خاص بیمه‌های درمانی خصوصی
۱۷/۰	۲/۳	۱۹/۳	-	-	-	-	-	۱۹/۳	فناوری‌های بهداشت عمومی دولتی
۳/۰	۱۱/۰	۱۴	۸/۸	-	-	-	۸/۸	۲۲/۸	تحقیقات و ساخت و سازها
۱/۵	۱۰/۰	۱۱/۵	۰/۸	-	-	-	۰/۸	۱۲/۴	تحقیقات
۱/۵	۱/۰	۲/۵	۸/۰	-	-	-	۸/۰	۱۰/۴	ساخت و سازها

source: Lazenby, H. C., Levi K. R., Waldo, D. R., Adler, G. S., Leisch, S.W., Cowan, C. A. National Health Accounts: Lessons from the U. S. Experience, Health Care Financing Review, Summer 1992, Volume 13, Number 4.

ماتریس شماره ۲. هزینه‌های بهداشتی ملی و هزینه مراقبتهای اولیه در هند، ماتریس منابع و مصارف در سال ۱۹۹۱ (برحسب درصد کل هزینه‌ها)

منابع تأمین مالی					مصارف
کل	خانواده‌ها	مؤسسات یا پرداخت‌کننده ثالث	ایالات و دولتهای محلی	دولت مرکزی	
۵۸/۷ (۱۰۰)	۴۸ (۸۱/۷)	۰/۸ (۱/۳)	۵/۶ (۹/۵)	۴/۳ (۷/۳)	مراقبتهای درمانی اولیه بر حسب درصد
۴۹/۷ (۱۰۰)	۴۵/۶ (۹۱/۷)	۰/۸ (۱/۶)	۳ (۶)	۰/۳۵ (۰/۷)	درمانی بر حسب درصد
۹ (۱۰۰)	۲/۴ (۲۶/۷)	—	۲/۶۵ (۲۹/۴)	۳/۹۵ (۴۳/۹)	پیشگیرانه و بهداشت عمومی بر حسب درصد
۳۸/۸ (۱۰۰)	۲۷ (۶۹/۶)	۲/۵ (۶/۴)	۸/۴ (۲۱/۷)	۰/۹ (۲/۳)	مراقبتهای درمانی ثانویه و ثالث بر حسب درصد
۲/۵	—	—	۱/۶	۰/۹	خدمات ارائه نشده
۱۰۰	۷۵	۳/۳	۱۵/۶	۶/۱	کل

— هیچ گونه آماری در دسترس نیست.  
منبع: بانک جهانی (۱۹۹۵)

خدمات). بیشترین میزان پرداختهایی که از طرف خانواده‌ها بابت خدمات مراقبتی اولیه صورت می‌گیرد به جیب ارائه‌کنندگان بدون صلاحیت می‌رود، به عوض اینکه این منابع در اختیار پزشکان صلاحیت‌دار و دارای مجور قرار گیرد. کاربرد این یافته‌ها این است که هند به سیاستهای جدید در مورد ارائه‌کنندگان بخش غیردولتی نیاز دارد.

یکی از مزایای حسابهای ملی سلامت این است که به راحتی نشان می‌دهد که چگونه انواع ویژه‌ای از خدمات یا ارائه‌کنندگان توسط منابع مالی متفاوت تأمین مالی می‌شوند. البته همین عملکرد، عملکرد اصلی این رویکرد نیز هست. در مصر محاسبه حسابهای ملی سلامت نشان داد

که دو نوع بیمارستان با مالکیت دولتی - بیمارستانهای وزارت بهداشت و بیمارستانهای دانشگاهی وزارت آموزش - به لحاظ میزانی که این بیمارستانها از طریق پرداختهای بیماران مورد حمایت قرار می‌گیرند، متفاوتند. در بیمارستانهای وزارت بهداشت بیماران تنها ۱/۹ درصد هزینه خدمات و در بیمارستانهای دانشگاهی ۱۴ درصد هزینه‌های خدمات و مراقبت‌ها را می‌پردازند.

به دلیل اینکه حسابهای ملی سلامت تصویر جامعی از تأمین مالی نظام بهداشتی کشور نشان می‌دهد، بهترین چارچوب را برای طراحی استراتژی اصلاحات و پایش اثرات آنها فراهم می‌کند. تحلیل سال به سال رشد هزینه‌های کلی، محدودیت‌ها و مرزهایی را که منابع باید در درون آنها تخصیص یابند نشان می‌دهد. تحلیل‌گران می‌توانند تغییرات بالقوه در تولید منابع مالی، هزینه/ قیمت مراقبتهای بهداشتی و تقاضا در درون یک سیستم با محدودیت مالی را شبیه‌سازی کنند. مثال این مورد فیلیپین است که محاسبه حسابهای ملی سلامت زیربنایی برای تحلیل اصلاحات بیمه‌های درمانی فراهم ساخت.

هر یک از این مثالها دستاوردهای مختلف حسابهای ملی سلامت را برجسته ساخته، مورد تأکید قرار می‌دهد. البته برای دستیابی به تمام این نتایج حسابهای ملی سلامت، تنها راه ممکن نیست. مزایای حسابهای ملی سلامت از چه چیزی ناشی می‌شود؟ حسابهای ملی سلامت با جمع‌آوری منظم داده‌های مرتبط با منابع تأمین مالی و مصارف مختلف این منابع مالی، به طور همزمان به چندین سؤال متفاوت پاسخ می‌دهد. مانند هر منبع آماری پایه، حسابهای ملی سلامت وسیله‌ای برای پاسخگویی به سؤالاتی است که پیش‌بینی نشده است. همان قدر که اهمیت سیاستهای تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی افزایش می‌یابد، ارزش قابلیت‌های حسابهای ملی سلامت نیز افزایش می‌یابد.

حسابهای ملی سلامت زمانی بیشترین ارزش را ایجاد می‌کند که به طور دوره‌ای محاسبه شود و برای ردیابی و پیگیری تغییرات در تأمین مالی سیستم مراقبتهای بهداشتی به کار رود. سه مسئله مهم که اغلب کشورهای در حال توسعه با آن مواجهند از طریق این حسابها قابل حل است:

۱. عوامل مساعدت‌کننده و تأثیرگذار بر اصلاحات مالی که هدف آنها ایجاد منابع مالی جدید برای بخش سلامت است (مانند بیمه‌های درمانی اجتماعی) کدام است؟
۲. کاربردهای عملی و اثرات توزیعی روشها و مکانیسم‌هایی مانند تمرکززدایی، استفاده از منابع دولتی و صندوق‌های بیمه برای تأمین مالی خدمات خصوصی یا استفاده از بخش

خصوصی برای تأمین مالی مراکز مراقبتی عمومی در چندگانه کردن منابع تأمین مالی و ارائه خدمات چیست؟

۳. اثرات سیاستهایی که برای مدیریت مصارف و هزینه صورت می‌گیرد، مانند طرح‌های جدید از قبیل بودجه کلی، مراقبت‌های مدیریت شده یا پرداخت‌های آینده‌نگر، چیست؟  
با وجود اینکه حساب‌های ملی سلامت جایگزین مطالعات سطوح محدود<sup>۱</sup> در سیستم مراقبت‌های بهداشتی نیست، مطالعه ارزشمندی است که می‌تواند آنها را تکمیل کند.  
حساب‌های ملی سلامت زمانی بسیار مفید می‌شود که به طور وسیعی پذیرفته شود و انجام گیرد. هم‌اکنون نیز همکاری‌های بین‌المللی منظمی برای بهره‌گیری از تجربیات اخیر برای پاسخگویی به نیازهای جهانی و ایجاد استانداردهای مشترک آغاز شده است.

#### ۱۱. توسعه و بهبود حساب‌های ملی سلامت

سه گام اساسی برای توسعه و بهبود این حساب‌ها ضرور است:

۱. توافق در مورد قلمرو و چارچوب تحلیل هزینه‌ها برای توسعه ماتریس‌های حساب‌های ملی سلامت
۲. تعاریف یکسانی که در بیشتر کشورها به کار رود، بویژه برای مصارفی که از منابع مالی تأمین می‌شود.
۳. بهبود روش‌های محاسبه اجزای تشکیل‌دهنده حساب‌ها، زمانی که داده‌ها ضعیف است یا اینکه اساساً داده‌های در دسترس نیست.

#### ۱ - ۱۱. قلمرو و چارچوب تحلیل هزینه‌ها

پرکاربردترین و معمولترین تعریفی که از هزینه‌های بهداشتی شده است عبارت است از: هزینه‌های فعالیتهایی که هدف اصلی آنها (بدون توجه به اثراشان بر بهبود سلامت) بهبود سلامت است. بر اساس این تعریف برنامه‌هایی که دارای اثرات بهداشتی بوده، ولی هدف اصلی آنها بهداشت نیست، جزء هزینه‌های بهداشتی به حساب نمی‌آید؛ مانند یارانه‌های اقلام غذایی عمده، بهبود وضعیت مسکن و پروژه‌های شهری تأمین منابع آب. البته در برخی کشورها این برنامه‌ها از

1. micro-level



طریق وزارت بهداشت سرپرستی شده و جزء هزینه‌های بهداشتی به حساب می‌آید. در کشورهای دیگر، این برنامه‌ها از طریق وزارتخانه‌های امور اجتماعی، کارهای عمومی یا دیگر وزارتخانه‌ها ارائه می‌شود که در این صورت احتمالاً این هزینه جزء هزینه‌های بهداشتی به حساب نمی‌آیند. بنابراین بهتر است این قبیل برنامه‌ها جزء هزینه‌های موردی<sup>۱</sup> به حساب آید تا اینکه مقایسه بین کشورها امکان‌پذیر شود.

اما تعریف دقیق‌تر در مورد هزینه‌های بهداشتی این است که حسابهای ملی سلامت بر هزینه مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط متمرکز شده و خدماتی مانند خدمات تغذیه‌ای فردی و تنظیم خانواده را نیز شامل شود و دیگر هزینه‌های فرعی نیز جداگانه لیست شود. با این وجود، باز هم مواردی هست که در محاسبه آنها به عنوان هزینه دچار مشکل می‌شویم؛ مانند آموزش پزشکی که هم خدمت بوده و هم دارای جنبه آموزشی است.

دستیابی به راه‌حل ساده در مورد تعریف هزینه‌های بهداشتی غیرممکن به نظر می‌رسد. به طوری که بعد از چندین دهه محاسبه هزینه‌های بهداشتی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، هنوز هم این کشورها در تعریف هزینه‌ها دچار مشکل هستند.

مفهوم اصلی حسابهای ملی سلامت تعریف و تعیین «جریان منابع» است. تجربه اجرای حسابهای ملی سلامت در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد می‌کند که رویکردهای مورد استفاده در ایالات متحد باید به منظور برآوردن نیازهای خاص کشورهای در حال توسعه و به خاطر اطلاعات محدود این کشورها اتخاذ شود و مورد استفاده قرار گیرد.

رویکردی که در کشورهای مصر، مکزیک و کلمبیا مورد استفاده قرار گرفته جریان منابع را در سه سطح عمده فرموله کرده است:

۱. منبع اصلی تأمین مالی
  ۲. کارگزاران مالی
  ۳. ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی یا دیگر انواع مصرفی که از منابع می‌شود.
- ماتریس شماره ۳، اجزا و بخشهای تشکیل‌دهنده سطوح فوق را نشان می‌دهد.
- سطح «منبع تأمین مالی» به بخشهایی اشاره دارد که منابع مالی را برای کارگزاران مالی فراهم می‌سازد. کارگزاران مالی خریداران مستقیم خدمات یا پرداخت‌کنندگان هزینه مراقبت‌های سلامت

1. individual line item

ماتریس شماره ۳. بخشهای مختلف تشکیل دهنده حسابهای ملی سلامت  
در کشورهای در حال توسعه

منابع تأمین مالی	کارگزاران مالی	ارائه‌کنندگان خدمات	عملکردها	انواع دیگر طبقه‌بندی در مورد انواع مصارف
- وزارت دارایی - مراکز و مؤسسات تجاری دولتی - مؤسسات تجاری خصوصی - خانواده‌ها - کمکهای خارجی	- وزارت بهداشت - وزارت دارایی - وزارتخانه‌های دیگر (دفاع، امنیت داخلی، راه‌آهن و... - مؤسسات تجاری - بخش دولتی - مؤسسات تجاری - بخش خصوصی - بیمه‌های اجتماعی - بیمه‌های درمانی خصوصی - سازمانهای خدمات بهداشتی غیردولتی - خانواده‌ها	- بیمارستانهای دولتی - بیمارستانهای انتفاعی - بیمارستانهای غیرانتفاعی - کلینیک‌های خصوصی انتفاعی - کلینیک‌های خصوصی غیرانتفاعی - مطب‌های شخصی - دیگر نوع مطب‌های خصوصی - داروسازان، پزشکان سستی	- خدمات بستری - خدمات سرپایی - مراقبتهای پیشگیری فردی - خدمات عمومی جامعه‌نگر - دیگر نوع عملکردها/ خدمات	- مصارف موردی (مانند حقوق پرسنل، داروها، تجهیزات، سرمایه‌گذاری سرمایه‌ای) - گروههای اجتماعی - اقتصادی (مانند گروههای درمانی). - گروههای جغرافیایی (مانند استان، منطقه).

source: Berman P., National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications, Department of population and International Health, Harvard School of Public Health, Forthcoming in Health Economics, 1996.

هستند. ممکن است چند سطح مختلف قبل از سطحی که منابع مالی را برای کارگزاران فراهم می‌کند وجود داشته باشد. اما در اغلب موارد سطح مورد نظر ما سطحی است که به طور مستقیم منابع مالی را برای کارگزاران مالی تدارک می‌بیند، برای مثال وزارت دارایی، منابع مالی را به وزارت بهداشت یا مؤسسه تأمین اجتماعی تخصیص می‌دهد. هم وزارت بهداشت و هم مؤسسه تأمین اجتماعی کارگزار مالی هستند و به طور مستقیم پرداخت هزینه را بر عهده دارند. بنابراین وزارت دارایی منبع تأمین‌کننده مالی برای این کارگزاران مالی است.

البته وزارت دارایی منابع مالی خود را از منابع یا مالیاتهای اخذشده از افراد و شرکتها تأمین می‌کند. منابع مالیاتی در سطوح بالای سطح منبع مالی قرار دارند. در برخی کشورها این مسئله که هزینه‌ها را تا سطح اصلی تأمین‌کنندگان آن پیگیری کنند از اهمیت و توجه سیاسی بالایی برخوردار است، به این دلیل که به این وسیله برابری در الگوهای پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

نکته مهمی که قابل ذکر است وجود بخشهایی است که در بیش از یک سطح ظاهر می‌شود. برای مثال افراد و خانواده‌ها که منبع تأمین مالی هستند به شرکتهای بیمه (کارگزاران مالی) حق بیمه می‌پردازند. افراد و خانواده‌ها از طریق پرداخت مستقیم هزینه‌ها و مراقبتها به عنوان کارگزاران مالی نیز عمل می‌کنند (به طور مستقیم خدمات را از ارائه‌کنندگان می‌خرند). بنابراین خانواده‌ها می‌توانند در دو سطح «منابع تأمین مالی» و «کارگزار مالی» حضور یابند. برای سطح آخر یا نهایی جریان منابع مالی (مصارفی که از منابع می‌شود) می‌توان از طبقه‌بندی‌های متفاوتی بهره برد. مهمترین این طبقه‌بندی‌ها در بخش‌های گذشته آورده شده است ساده‌ترین طبقه‌بندی، طبقه‌بندی بر اساس نوع ارائه‌کننده / مؤسسه است، در مثال ما، این سطح، بخشهای زیر را شامل می‌شود: بیمارستانها و کلینیک‌های وزارت بهداشت، تأمین اجتماعی و خصوصی، پزشکان خصوصی، داروسازان و ارائه‌کنندگان مراقبتهای پزشکی بدون مجوز. مورد دیگری که می‌توان به این سطح اضافه کرد انواع ارائه‌کنندگانی هستند که فعالیت آنها غیرخدماتی است؛ مانند مؤسسات تحقیقاتی و آموزشی و مدیریت عمومی که برای تکمیل داده‌های آماری به عنوان یک سطر آورده می‌شود. یکی دیگر از طبقه‌بندی‌های بسیار مفیدی که می‌توان از آن استفاده کرد طبقه‌بندی بر اساس نوع عملکرد است. بنابراین اساس خدمات به انواع خدمات سرپایی و بستری، خدمات پیشگیری فردی و خدمات بهداشت عمومی جامعه‌نگر قابل

تفکیک است. طبقه‌بندی بر اساس عملکرد می‌تواند بسیار اختصاصی باشد، مانند هزینه کنترل بیماری‌های ویژه (مانند سل) یا گروه بیماریها (بیماریهای منتقله از طریق آمیزش جنسی) یا طبقات مختلف مراقبتهای بهداشتی (مانند بهداشت مادر و کودک، بهداشت باروری و تنظیم خانواده). امروزه، با توجه به تمرکز تخصیص منابع بر اساس بار بیماریها و هزینه اثربخشی خدمات یا تغییر جهت منابع مالی به سمت خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه، این طبقه‌بندی‌ها از مسائل مهم سیاسی به شمار می‌رود.

دیگر طبقه‌بندی مفیدی که در مورد مصارف، صورت گرفته، طبقه‌بندی بر اساس هزینه‌های موردی (حقوق کارکنان، تجهیزات، داروها و فرآورده‌های دارویی)، گروههای اقتصادی - اجتماعی و مناطق جغرافیایی است.

طراحی یک روش برای تجزیه و تحلیل جریان منابع مالی وقتی کامل است که سطوح به طور واضح و مشخص تعریف شود. تمام سطوح مرتبط و بخشهایی که در یک سطح قرار می‌گیرند، در جای مناسب خود جای گیرند و بر طبقه‌بندی تعریف شده‌ای از مصارف توافق صورت گیرد. با چنین روندی، طراحی ماتریس «منابع مالی و مصارف» کار بسیار آسانی است. این ماتریس نیز چگونگی حرکت منابع بین دو سطح را نشان می‌هد.

## ۲- ۱۱. دستیابی به توافق جمعی در مورد طبقه‌بندی انواع هزینه

این رویکرد را می‌توان در شرایط بسیار متفاوتی به کار برد. هر کشور یا گروه تحلیل‌گران باید تعریفهای واضح و یکسانی ارائه کنند. بعد از ارائه تعاریف، تنها محدودیتی که وجود دارد محدودیت داده‌های موجود برای تکمیل تحلیل‌هاست.

تجربه کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه نشان می‌دهد مزایای چشمگیری از طریق مقایسه طبقه‌بندی‌های استاندارد منابع و مصارف مالی بین کشورهای مختلف به دست می‌آید. دستیابی به این مزایا در کشورهای در حال توسعه، نیازمند تعاریف مشترک بویژه در مورد مصارف منابع مالی بین «گروهی از کشورها» است.

ارائه تعاریف مشترک از «منابع تأمین مالی» و اجزای مختلف تشکیل دهنده «کارگران مالی» بسیار مطلوب است. بویژه زمانی که کشورهای با ساختار اداری و ساختار سیستم بهداشت مشابه می‌توانند از تجارب همدیگر استفاده کنند. توسعه حسابهای مالی با گروه‌بندی منطقه‌ای

کشورها بر اساس ساختار نهادی و تاریخچه استثماری مشابه به ترویج و گسترش مقایسه‌ها کمک خواهد کرد.

هدف بلندمدتی که می‌توان برای گسترش کاربرد حسابهای ملی سلامت در نظر گرفت، ارائه طبقه‌بندی‌های مشترک و استاندارد بین‌المللی است. همان هدفی که کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه به آن دست یافته‌اند. اما دستیابی به این هدف نیازمند تعهد بسیاری از کشورها نسبت به کارگروهی و مشترک بر حسابهای ملی سلامت است. این هدف زمانی به واقعیت تبدیل می‌شود که کشورها در ابتدا تجارب ملی در استفاده از حسابهای ملی سلامت به دست آورند و سیاستگذاران ارزش آن را درک کنند.

### ۳-۱۱. تکمیل داده‌ها و بهبود کیفیت آنها

در حالی که ارائه مفاهیم کامل و دقیق از حسابهای ملی سلامت برای تجزیه و تحلیل دقیق ضروری است کیفیت داده‌ها نیز دارای اهمیت است. داده‌های ضعیف در چارچوبی خوش ساخت می‌تواند اطلاعات بسیار گمراه‌کننده‌ای ایجاد کند. البته داده‌ها هیچ‌گاه کامل نیستند. بعد از چندین دهه محاسبه حسابهای ملی سلامت متخصصان ایالات متحد هنوز هم بر سر اعتبار برخی معیارهای مهم آن مشاجره می‌کنند. یکی از فواید روش حسابهای ملی سلامت شناسایی خلأهای موجود در دانش ماست. خانه‌های خالی ماتریس‌های حسابهای ملی سلامت هم نشان‌دهنده کوتاهی در محاسبه هزینه و هم عامل انگیزاننده برای بهبود منابع داده‌هاست.

توجه ویژه‌ای به تمایز بین بودجه و هزینه‌های واقعی بهداشتی و همچنین اضافه کردن هزینه‌های استانی و شهری به کل هزینه‌های ملی مورد نیاز است. انواع هزینه‌های دولتی را نمی‌توان به طور مستقیم به عنوان پولهای صرف شده در انواع مصارف بهداشتی به حساب آورد. برای مثال بیمارستانهای دولتی منابع مالی مختلفی از بودجه برنامه‌های آموزش پزشکی، مراقبت‌های پزشکی، کنترل بیماریها و تنظیم خانواده دریافت می‌کنند.

مهمترین مشکلی که در محاسبات وجود دارد، محاسبه هزینه‌های خصوصی، بویژه میزان این هزینه‌ها و ترکیب هزینه‌های صرف شده از سوی بخش خصوصی (خانواده‌ها و مؤسسات خصوصی) بزرگترین منبع تأمین مالی است. اما در محاسبات، میزان این هزینه‌ها کمتر از مقادیر واقعی محاسبه شده است. میزان تفاوت بین محاسبات صورت گرفته و مقادیر واقعی نیز چشمگیر است.

یکی از مهمترین منابع مالی خصوصی که تا حد زیادی در محاسبات مورد غفلت واقع شده، پرداخت مستقیم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی توسط مؤسسات است. بسیاری از مؤسسات هزینه مراقبت‌های کارکنان و وابستگان آنها را می‌پردازند. این کار به چهار طریق صورت می‌گیرد. پرداخت سرانه بیمه‌های اجتماعی کارکنان، پرداخت حق بیمه‌های خصوصی کارکنان، بازپرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی کارکنان و ارائه مستقیم مراقبت‌های بهداشتی از طریق مراکز تحت مالکیت مؤسسات یا تأمین مالی مراقبت‌ها در صورت ارائه مراقبت از سوی مراکز دیگر. هزینه سرانه بیمه‌های اجتماعی کارکنان از طریق بررسی پرونده‌های مؤسسات بیمه اجتماعی قابل پیگیری و ردیابی است. هزینه حق بیمه‌های خصوصی کارکنان هر جا که این هزینه با مقررات و نظارت ضعیف ثبت شده باشد قابل ردیابی است. به طور کلی، دو نوع دیگر هزینه، با منابع داده‌های موجود قابل دستیابی نیست. بنابراین تحلیل‌گران حساب‌های ملی سلامت نیاز دارند که با بخش‌های مختلفی مانند وزارت صنایع یا اقتصاد، ادارات مالیاتی و مؤسسات خصوصی مشورت کنند تا داده‌های لازم در مورد انواع هزینه‌ها را به دست آورند.

پرداخت مستقیم<sup>۱</sup> خانواده‌ها از دو طریق قابل محاسبه است:

۱. بررسی هزینه‌های عمومی مصرف‌کننده<sup>۲</sup>

۲. بررسی هزینه‌ها و مصرف مراقبت‌های بهداشتی خانواده

بررسی هزینه‌های کلی مصرف‌کننده به طور معمول در بسیاری از کشورها انجام می‌گیرد و دارای این مزیت است که هزینه‌های بهداشتی خانواده را با الگوی هزینه‌های کلی خانواده و به طور اعم با درآمد خانوار مرتبط می‌کند. هرچند پرسشنامه کلی هزینه‌های خانوار به حدی گسترده است که منجر به کم گزارش‌دهی هزینه‌های مرتبط با بهداشت شده است، در واقع مراقبت‌های بهداشتی یکی از صدها موردی است که در این پرسشنامه در مورد آنها پرسیده می‌شود.

بررسی‌های ویژه‌ای که در مورد میزان مصرف و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، میزان این هزینه‌ها را بالاتر از میزان گزارش‌شده در بررسی عمومی<sup>۳</sup> گزارش کرده است.

بالاتر بودن هزینه‌ها در بررسی ویژه نسبت به بررسی‌های عمومی به این دلیل است که بررسی‌های ویژه با استفاده از سؤالات کنترل به شناسایی مشکلات بهداشتی پرداخته و با

1. out of pocket

2. national consumer expenditure survey

3. general survey

استفاده از سؤالات تکمیلی اطلاعات لازم را در مورد درمان این مشکلات و هزینه‌های آنها به دست می‌آورد. البته این بررسی‌ها «بیش از گزارش دهی»<sup>۱</sup> را نیز در پی داشته است؛ به این دلیل که پاسخگویان تشویق می‌شدند وقایع بهداشتی خود را گزارش کنند. در این میان ممکن است فرد نسبت به دوره زمانی تعیین شده برای یادآوری مقید نباشد و صادقانه رفتار نکند. حتی خطاهای نسبتاً کوچک در یادآوری برای دوره زمانی کوتاه، هنگام تعمیم و سالانه کردن این مقادیر و محاسبه آن برای جمعیت به مقدار بسیار بزرگ تبدیل می‌شود. در کشورهایی که منابع داده‌ها متعدد است، مقایسه نتایج بررسی‌های مختلف (منابع داده‌های مختلف) به بهبود صحت داده‌ها کمک می‌کند.

داده‌هایی که از ارائه‌کنندگان خدمات جمع‌آوری می‌شود مانند درآمد پزشکان، کلینیک‌ها و داروخانه‌ها می‌تواند برای واقعی کردن محاسبات مبتنی بر بررسی‌های خانواده کمک کند. درآمدهای ارائه‌کنندگان خدمات از طریق پرونده‌های مالیاتی با حساب درآمد ملی قابل محاسبه است. اما معمولاً این محاسبات از صحت چندانی برخوردار نیست. بررسی درآمد ارائه‌کنندگان خدمات در صورتی که داده‌های قیمت و میزان (حجم) خدمات از طرف آنها گزارش شده اما نسبت به صحت آنها شک و تردید وجود دارد قابل اجراست.

برای تمام داده‌های فوق، طبقه‌بندی مصارف منابع مالی بر اساس نوع ارائه‌کننده بیشترین شانس موفقیت را در پی دارد. در صورتی که طبقه‌بندی مصارف بر اساس خدمات و فعالیتهای مختلف باشد، بررسی‌های دقیق و مفصل داده‌های به دست آمده از «ارائه‌کنندگان خدمات» مورد نیاز است.

## ۱۲. چه منابعی برای ایجاد حسابهای ملی سلامت ضروری است؟

منابعی که برای ایجاد و بررسی حسابهای ملی سلامت ضروری است عبارت است از: نیروی انسانی، ابزارها و داده‌ها.

### ۱-۱۲. نیروی انسانی

چه کسانی حسابهای ملی سلامت را ایجاد می‌کنند؟ این افراد در غالب کشورها تیم کوچکی از کارشناسان هستند که ممکن است از کارکنان مؤسسات دولتی باشند یا اینکه با آنها همکاری

1. over reporting

کنند. اگرچه برای حسابداری سلامت نیاز به مدارک تخصصی نیست، یک سری مهارتها مورد نیاز است. این تیم باید از افراد زیر تشکیل شود:

۱. افرادی که با حسابداری و آمارهای اقتصاد ملی آشنا هستند،
۲. کسانی که در امور سیاستهای بهداشت و سیستم بهداشت توانا هستند، و
۳. کسانی که به طور عملی با داده‌ها و اطلاعات تولیدشده توسط بخشهای مختلف سیستم بهداشت سر و کار داشته‌اند.

برای محاسبه هزینه‌ها و منابع مالی بهداشت نیاز نیست که افراد مهارت تخصصی در اقتصاد داشته باشند اما حضور حداقل یک اقتصاددان بهداشت - حتی به صورت مشاور - می‌تواند مفید باشد.

در صورت امکان حضور افراد از سازمانهای مختلف دیگر می‌تواند بسیار مفید باشد. مزیت حضور این افراد این است که دسترسی به اطلاعات مفید و متنوع را امکان‌پذیر می‌سازد. ایجاد کمیته سازماندهی<sup>۱</sup> برای حسابهای ملی سلامت ضروری است. حضور نمایندگان ارشد از سازمانهای ذی‌نفع مانند وزارت بهداشت، اقتصاد و برنامه‌ریزی، مرکز آمار کشور، گروههای دانشگاهی، سازمانهای ارائه‌کنندگان خدمات و مصرف‌کنندگان و سازمانهای بیمه‌های اجتماعی می‌تواند در حفظ مسیر واقعی پروژه و دسترسی به منابع داده‌ها مفید باشد. تشکیل چنین کمیته‌ای به نهادینه کردن آن از طریق ایجاد احساس مالکیت پروژه در سازمانهای اقتصادی اجتماعی ملی کمک می‌کند.

## ۲-۱۲. ابزارها

ابزار عملی که برای نگهداری اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد، ابزارهایی بسیار ساده است. جداولی که از طریق برنامه‌هایی مانند اکسل قابل ترسیم است، هم درست کردن جداول را تسهیل می‌کند و هم ارائه آنها را. غالب این برنامه قابل اتصال به نرم‌افزارهایی است که برای حسابهای ملی سلامت طراحی و ساخته شده است؛ مانند نرم‌افزاری که به تازگی با عنوان بسته نرم‌افزاری حسابهای ملی سلامت از طریق دانشگاه هاروارد برای آموزش تیم حسابهای ملی سلامت و منظم کردن ساختار مالی مراقبهای بهداشتی طراحی شده است.

1. steering committee



در صورتی که بررسی‌های حسابهای ملی سلامت اطلاعات وسیعی را در بر می‌گیرد، خدمات سازمانهای دیگر مانند مراکز آمار کشور ضروری می‌شود. در صورت نبود امکان استفاده از خدمات این مراکز، رایانه‌ها و بسته‌های نرم‌افزاری آماری قوی مورد نیاز است.

### ۳-۱۲. داده‌ها

ارزش مجموعه خوب حسابهای ملی سلامت به طور مساوی به کیفیت پرسنلی که این مجموعه را آماده می‌کنند و کیفیت داده‌هایی که اطلاعات جدید از آنها استخراج شده است بستگی دارد. دسترسی به پایگاه داده‌های مناسب بسیار مهم است. این وظیفه در واقع یکی از نقشهای اصلی کمیته سازماندهی است. همچنین مسئله مهم دیگر، آزادی در جایگزینی آمارهای اداری با محاسبات مناسب‌تر (در صورتی که این محاسبات در دسترس باشد) است.

### ۱۳. تأمین هزینه‌های راه‌اندازی و تداوم حسابهای ملی سلامت

مقدار منابع مالی مورد نیاز برای این منظور برحسب کشورها متفاوت است. در صورتی که داده‌های کافی در دسترس باشد، هزینه‌ها بسیار پایین می‌آید. در صورتی که کارشناسان خارجی استخدام یا دعوت به مشاوره شوند، میزان هزینه‌ها بالاتر می‌رود. همچنین اگر امکانات مورد نیاز برای حسابهای ملی سلامت از طریق سازمانهای همکاری‌کننده با پروژه فراهم شود نیاز به امکاناتی مانند پرسنل، رایانه، محل کار و بودجه بسیار پایین می‌آید.

در مورد هزینه تداوم اجرای پروژه در سالهای بعد، در صورتی که این کار بخشی از فعالیت روتین سازمانهای دولتی باشد، هزینه‌های اجرایی در سالهای بعد نیز بسیار پایین می‌آید.

تجربه نشان می‌دهد غالب کشورها موفق شده‌اند در عرض ۶ الی ۱۲ ماه و با تیمی متشکل از ۳ تا ۶ نفر تحلیل‌گر پاره‌وقت حسابهای ملی سلامت را راه‌اندازی کنند.

طریقه استفاده از اطلاعات به دست آمده نیز متفاوت است. اشکال مختلفی را می‌توان برای این منظور در نظر گرفت، به طور مثال اطلاعات در دسترس همه باشد یا صرفاً در دسترس افراد، مؤسسات و سازمانهایی باشد که وظیفه آنها سیاستگذاری است.

محل انجام پروژه حسابهای ملی سلامت از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. این محل ممکن است دولتی باشد، همانند وزارت بهداشت، اقتصاد، سازمان برنامه‌ریزی یا مراکز آمار کشور.

یا سازمان بیمه خدمات درمانی و ... باشد. در برخی کشورها انجام این پروژه در خارج از ساختار دولت، در دانشگاه یا مؤسسات تحقیقاتی غیردولتی پیش‌بینی شده است. هرچند مسئله تداوم انجام محاسبه حسابهای ملی سلامت در خارج از ساختار دولت، در مؤسسات غیردولتی دشوار است. برای اینکه از نتایج حسابهای ملی سلامت بیشترین بهره برده شود، تحلیل‌گران ملی نیاز دارند بدانند چگونه نتایج محاسبه حسابهای ملی سلامت می‌تواند به بخشهای خاصی از سیاستها و تصمیمات سیستم مراقبتهای بهداشتی مرتبط شود و در چه بخشهایی و چگونه محاسبه حسابهای ملی سلامت می‌تواند شواهد و اطلاعات لازم برای بهبود فرایندهای حاکمیت را فراهم سازد.

#### ۱۴. نرم‌افزار حسابهای ملی سلامت

حسابهای ملی سلامت نیازی به محاسبه پیچیده برای پر کردن ماتریس «منابع - مصرف» ندارد. دانشکده بهداشت عمومی هاروارد برنامه نرم‌افزاری به نام حسابهای ملی سلامت طراحی کرده است که در محیط ویندوز قابل اجراست. این برنامه ابزار آموزشی و وسیله سازمان‌دهی و مدیریت داده‌هاست. بخش آموزشی آن کمک می‌کند تا تحلیل‌گران جریان منابع مالی را مفهوم سازی و دیگرام آن را رسم کنند. این برنامه کاربر را ترغیب می‌کند تا منابع مالی، کارگران مالی و مصارفی را که پول در آنها خرج شده شناسایی و فهرست کند تا چگونگی جریان منابع مالی بین آنها شناسایی شود. نتایج تجزیه و تحلیل‌ها به وسیله این برنامه به صورت گرافیکی ارائه می‌شود و امکان اصلاح اشتباهات نیز وجود دارد.

بعد از اینکه مفهوم سازی انجام گرفت، برنامه، ماتریس‌های مناسب و مقتضی را در غالب صفحات گسترده ارائه کرده و خانه‌های خالی را که باید پر شود، شناسایی می‌کند. امکان پر کردن هر خانه هم به صورت مقدار پول و هم به صورت درصد وجود دارد. همچنین برنامه این قابلیت را دارد که نسخه‌ای چاپی از فهرست داده‌های حذف شده و غلط ارائه می‌کند. این برنامه برای طیف وسیعی از تعاریف متفاوت مصارف مالی قابل استفاده است.

#### نتیجه‌گیری

علی‌رغم اینکه نیاز به آمارهای قابل اعتماد و مقایسه‌پذیر در مورد مسائل مالی بخش بهداشت از

سه دهه پیش درک شده، تلاشهای اندکی برای جمع‌آوری و تحلیل این آمارها صورت گرفته است. اطلاعات مالی برای طرح‌ریزی و ارزیابی سیاستهای اصلاحات بخش بهداشت کاملاً ضرور است. روشهایی که برای محاسبه هزینه‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه به کار رفته تنها به صورت موردی و گه‌گاه استفاده شده است، در صورتی که کشورهای عضو سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه روشی را برای محاسبه هزینه‌های بهداشتی به کار برده‌اند که امکان مقایسه بین کشورها را، از طریق تعاریف استاندارد منابع و مصارف منابع مالی فراهم ساخته است.

روش «حسابهای ملی سلامت» به تازگی در چند کشور در حال توسعه به طور موفقیت‌آمیزی به کار رفته است. حسابهای ملی سلامت از ماتریس «منابع - مصارف» برای ردیابی و پیگیری مسیر جریان منابع ملی در سیستم مراقبتهای بهداشتی ملی استفاده می‌کند. حسابهای ملی سلامت رویکردی مناسب و عملی در کشورهای در حال توسعه است. از آنجا که استراتژی‌های اصلاحات مراقبتهای بهداشتی چندگانگی در منابع تأمین مالی را ترویج می‌کند، حسابهای ملی سلامت نیز ابزاری است که برای سیستم بهداشتی چندگانه مناسب است. این حسابها با تیم کوچکی در عرض شش ماه تا یک سال قابل اجراست. محاسبه حسابهای ملی سلامت به منظور پایش تغییرات و ارزیابی سیاستهای اصلاحات، باید به طور دوره‌ای و مداوم انجام گیرد. اگر حسابهای ملی سلامت با تعاریف و روشهای محاسباتی استاندارد بین کشورها انجام گیرد، بسیار مفیدتر خواهد بود. توصیه می‌شود این حسابها در ابتدا به طور مشترک در سطح منطقه‌ای و بین‌کشورهایی انجام گیرد که به لحاظ زبان و ساختارهای سازمانی و نهادی مشترک هستند تا از این طریق تیم‌های ملی تجاری به دست آورند و سپس محاسبه این حسابها در سطح گسترده‌تر صورت گیرد.

## منابع

1. Poullier J. P., Hernandez P., Kawabata K., National Health Accounts: Concepts, Datasources and Methodology, World Health Organization, WHO/EIP/02.47.
2. Evidence for Health Policy (EIP), International NHA Producers Guide, 4th Draft (Sponsored by WHO/World Bank/USAID)2005, Available at: <http://w3.who.org/ehp/nha/producer.htm>
3. Berman P., National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate

- Methods and Recent Applications, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Forthcoming in Health Economics, 1996.
4. Lazenby, H. C., Levit, K. R., Waldo, D. R., Adler, G. S., Letsch, S.W., Cowan, C. A. National Health Accounts: Lessons from the U. S. Experience. Health Care Financing Review, Summer 1992, Volume 13, Number 4.
  5. Department of Planning, Ministry of Health, Arab Republic of Egypt and Data for Decision Making Project, National Health Accounts for Egypt. (working draft) Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1995.
  6. World Bank, India: Policy and Finance Strategies for Strengthening Primary Health Care Services, World Bank: Washington DC,1995.
  7. Hjortsberg C., National Health Accounts-Where are we today? Swedish International Development, Cooperation Agency, Department. for Democracy and Social Development, Health Division.