

جایگاه هدفمندسازی

پارانه‌ها در عدالت در سلامت

مؤلفین:

دکتر حامد زندیان

استادیار سیاستگذاری سلامت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل

دکتر تلما ظهیریان مقدم

استادیار سیاستگذاری سلامت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل

دکتر علیرضا اولیایی منش

دانشیار سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران



انتشارات دانشگاهی فرهنگ

نام کتاب : جایگاه هدفمندسازی یارانه ها در عدالت در سلامت
 مولفین : حامد زندیان / تلما ظهیریان مقدم / علیرضا اولیایی منش
 ویراستار و طراح جلد : علیرضا فرهنگزادگان
 تاریخ و نوبت چاپ : اول ۱۴۰۰
 شمارگان : ۵۰۰ نسخه
 بها : ۸۰۰۰۰۰ ریال
 شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۷۳۱۵-۱۹-۶

حق چاپ برای نشر دانشگاهی فرهنگ محفوظ می باشد
 نشانی : تهران، خیابان انقلاب، نرسیده به ۱۲ فروردین، ساختمان ۱۳۲۰، طبقه زیر
 تلفن : ۶۶۴۱۶۸۱ - ۶۶۹۵۳۷۷۴

WWW.FARBOOK.IR
Farbookpub@gmail.com

سرشناسه	زندان، حامد، ۱۳۶۳-
عنوان و نام پدیدآور	جایگاه هدفمندسازی یارانه ها در عدالت در سلامت / مولفین حامد زندیان، تلما ظهیریان مقدم، علیرضا اولیایی منش؛ ویراستار و طراح جلد: علیرضا فرهنگزادگان.
مشخصات نشر	تهران: نشر دانشگاهی فرهنگ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	۳۶۲ ص.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۷۳۱۵-۱۹-۶
وضعیت فهرست نویسی	فبا
باندانست	واژه نامه.
یادداشت	کتابنامه: ص. ۲۵۳.
موضوع	یارانه -- ایران
موضوع	Subsidies -- Iran
موضوع	یارانه
موضوع	Subsidies
موضوع	سلامت پروری -- ایران -- برنامه ریزی -- سیاست دولت
موضوع	Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran
موضوع	ایران -- سیاست اقتصادی -- قرن ۱۴
موضوع	Iran -- Economic policy - 20th century
شناسه افزوده	ظهیریان مقدم، تلما، ۱۳۶۳-
شناسه افزوده	اولیایی منش، علیرضا، ۱۳۴۸-
شناسه افزوده	Olyaeimanesh, Alireza
رده بندی کنگره	HC۷۹
رده بندی دیویی	۳۲۸ ۹۵۵۰۳
شماره کتابشناسی ملی	۷۶۰۷۸۰۱
وضعیت رکورد	فبا

فهرست مطالب

پیشگفتار ۸

فصل اول: عدالت و عدالت در سلامت

۱۷	مقدمه
۱۹	عدالت در سلامت
۲۱	عدالت در تأمین منابع سلامت
۲۲	پرداخت مستقیم از جیب مردم
۲۲	شاخص مشارکت عادلانه مالی در نظام سلامت
۲۴	هزینه های اسف بار و گمراهی
۲۴	شاخص ضریب جینی
۳۰	تعرفه گذاری خدمات
۳۱	سرانه سلامت
۳۲	روش های پرداخت در نظام سلامت
۳۲	الف) پرداخت برای خدمت
۳۳	ب) حقوق ثابت
۳۴	ج) سرانه
۳۴	د) پرداخت بر اساس مدت اقامت
۳۵	ه) پرداخت به ازای بیمار
۳۵	و) بودجه
۳۶	اصلاح نظام تأمین مالی سلامت برای دستیابی به عدالت
۳۸	۱- عدم تقارن اطلاعاتی
۳۹	تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت

فصل دوم تعریف یارانه

انواع یارانه.....	۴۶
طبقه بندی بر اساس اهداف دولت از پرداخت یارانه.....	۴۶
طبقه بندی بر اساس مراحل پرداخت به کالا یا خدمات از تولید تا مصرف (گیرنده کالا و خدمات).....	۴۸
طبقه بندی بر اساس نحوه طبقه بندی یارانه ها در حسابهای ملی.....	۵۰
تفاوت بین یارانه های مستقیم و غیر مستقیم.....	۵۲
طبقه بندی بر اساس انعکاس یا عدم انعکاس هزینه های آن در بودجه.....	۵۳
طبقه بندی بر اساس نحوه توزیع یارانه ها.....	۵۳
طبقه بندی بر اساس هدف پرداخت یارانه و نحوه و روش پرداخت.....	۵۴
تاریخچه هدفمندسازی یارانه ها در ایران.....	۵۵
الف - قبل از انقلاب.....	۵۵
ب - بعد از انقلاب.....	۵۷

فصل سوم هدفمندسازی یارانه ها و عدالت در نظام سلامت در ایران و جهان

مقدمه.....	۵۹
هدفمندسازی یارانه ها در ایران و جهان.....	۵۹
وضعیت عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت ایران و کشورهای منتخب.....	۸۰
سیاستهای اقتصادی کلان (یارانه نقدی) و تأثیر آن بر شاخصهای نظام سلامت.....	۱۰۱
بررسی وضعیت کشورهای منتخب در زمینه اصلاحات رخ داده در نظام سلامت و تأثیر آن در شاخص عدالت در تأمین مالی.....	۱۱۲

فصل چهارم تحلیل سیاستگذاری هدفمندسازی یارانه ها در ایران

مقدمه.....	۱۲۰
حیطه بهداشت و درمان (سطح خرد).....	۱۲۲

- ۱۲۲..... ساختار و ویژگی های نظام سلامت.....
- ۱۲۳..... الف - مکانیسم و کارکرد تأمین مالی مراقبت سلامت ایران.....
- ۱۲۴..... ب - وضعیت نظام سلامت از نظر توزیع منابع و خدمات سلامت.....
- ۱۲۵..... ج - نقش و جایگاه نظام بیمه ای و پوشش همگانی.....
- ۱۲۷..... عدالت در تأمین مالی نظام سلامت.....
- ۱۲۷..... الف - مفهوم عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت ایران.....
- ۱۲۸..... ب - نقایص تأمین مالی عادلانه در نظام سلامت ایران.....
- ۱۲۹..... ج - پیش نیازهای عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت ایران.....
- ۱۳۰..... عوامل اقتصادی - اجتماعی (سطح کلان).....
- ۱۳۰..... عوامل اجتماعی.....
- ۱۳۰..... الف - عوامل و ساختار فرهنگی جامعه.....
- ۱۳۱..... ب - وضعیت عدالت اجتماعی در ایران.....
- ۱۳۶..... عوامل اقتصادی.....
- ۱۳۸..... عوامل مدیریتی و ساختاری.....
- ۱۳۸..... الف - نقش و مسئولیت اجتماعی دولت.....
- ۱۴۰..... ب - نقش و مسئولیت اقتصادی دولت.....
- ۱۴۵..... محتوای سیاستگذاری هدفمندسازی یارانه های حیطه سلامت.....
- ۱۴۵..... مفهوم قانون هدفمندسازی یارانه ها.....
- ۱۴۶..... تعریف قانون هدفمندسازی یارانه ها.....
- ۱۴۸..... ماهیت قانون هدفمندسازی یارانه ها در ایران.....
- ۱۵۰..... محتوای قانون هدفمندسازی یارانه ها.....
- ۱۵۱..... اهداف و اقدامات قانون هدفمندسازی یارانه ها.....

۱۵۱	الف- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.....
۱۵۲	ب- سند کاهش فقر و هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۵۳	ج- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.....
۱۵۵	د- آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی.....
۱۵۶	و- قوانین برنامه پنج ساله توسعه.....
۱۶۱	ی- سیاست های کلی نظام.....
۱۶۱	ه- قانون هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۶۲	آیین نامه اجرائی بند (ب) ماده (۷) قانون هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۶۳	فرآیند سیاستگذاری هدفمندسازی یارانه ها در حیطه سلامت.....
۱۶۷	مدل کیسگان برای تحلیل دستورگذاری قانون هدفمندسازی یارانه حیطه سلامت.....
۱۸۹	الف- دلایل شکل گیری سازمان هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۹۱	ب- وظایف سازمان هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۹۵	ج- مشکلات و چالشهای پیش روی سازمان هدفمندسازی یارانه ها.....
۱۹۷	پنجره سیاسی و پیوند زدن جریانها.....
۲۰۰	تدوین سیاست هدفمندسازی یارانهها حیطه سلامت.....
۲۰۶	اجرای سیاست هدفمندسازی یارانهها حیطه سلامت.....
۲۱۱	پایش و ارزشیابی سیاست هدفمندسازی یارانهها حیطه سلامت.....

فصل پنجم تأثیر قانون هدفمندسازی یارانهها بر بخش سلامت

۲۱۶	مقدمه.....
۲۱۹	چالشهای پایش و ارزشیابی قانون هدفمندسازی یارانه ها.....

فصل ششم نتیجه گیری

۲۲۱	مقدمه.....
-----	------------

پیشگفتار

زمانی که عدالت و برابری به عنوان هدف اصلی نظام سلامت در دستورکار متولیان امر قرار می‌گیرد، دولت‌ها تلاش می‌کنند تا منابع را به سمت گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیر هدایت کنند که بیش از هر گروه دیگری نیازمند هستند. برای دستیابی به این هدف، دولت‌های مختلف سیاست‌های متنوعی را در حیطه‌های مختلف نظیر سیاست‌های توزیع درآمد و ریشه‌کنی فقر در جامعه پوشش همگانی سلامت و اصلاحات بیمه‌ای در بخش سلامت بکار می‌گیرند. یکی از مهمترین و مفیدترین سیاست‌های کاهش فقر و بهبود عدالت اجتماعی در جامعه، ارائه یارانه به اشکال مختلف جهت حمایت از اقشار آسیب‌پذیر است.

عدالت در بخش سلامت یک هدف مهم سیاستگذاری سلامت تلقی می‌شود و این موضوعی است که کارکرده نظام سلامت بر مبنای آن مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد. هنوز عدم قطعیت‌هایی در زمینه معنای مفهوم عدالت در حیطه سلامت وجود دارد. ولی همانطور که واگ استاف اشاره می‌کند، توافق کلی بر سر این موضوع وجود دارد که تأمین مالی مراقبت سلامت می‌بایست بر مبنای توانایی پرداخت افراد توزیع شود. دیدگاهی که بیان می‌دارد نظام سلامت می‌بایست از طریق خانوارها و با توجه به توانایی پرداخت آنها تأمین مالی شود، بطور گسترده در بین سیاستگذاران کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۱ مورد حمایت قرار گرفته است. تأمین مالی نظام سلامت ناپیوستی با میزان بهره‌مندی همراه باشد، و توزیع مشارکت خانوارها می‌بایست به عنوان یک انتخاب سیاستی مستقل دیده شود، در نتیجه این موارد را می‌توان به طور جداگانه مورد آزمایش قرار داد. بنابراین سیاستگذاران مایل به سنجش محدوده و چگونگی ارتباط تأمین مالی با توانایی پرداخت خانوارها هستند.

^۱ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت یکی از مهمترین مسائل در تمام نظام‌های سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه شناخته می‌شود. کشورهایی که پرداخت مستقیم از جیب بخش عمده از تأمین مالی مراقبت سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. این کشورها سیاست‌های متعدد و مختلفی را جهت دستیابی به عدالت در تأمین مالی نظام سلامت خود و کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت بکار می‌گیرند. عدالت در تأمین مالی نظام سلامت به این معنی است که خطرات مالی بر مبنای توان پرداخت مردم توزیع گردد. نتایج مطالعه‌ای که توسط دفتر منطقه مدیریتانه شرقی سازمان بهداشت جهانی بر روی ایران در سال ۲۰۰۵ انجام یافته بود، نشان داد که مشارکت مالی عادلانه خانوار در هزینه‌های سلامت روند کاهشی داشته و همچنین شاخص مواجهه با هزینه‌های کمرشکن روند صعودی را در طی سال‌های گذشته داشته است. روند مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال‌های اخیر تغییر نکرده است. در طول دهه گذشته، سهم پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات درمان از ۳۸ درصد به ۹۶ درصد کل هزینه‌های سلامت افزایش یافته است. بر مبنای نتایج مطالعات مختلف، شاخص‌های عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران تغییر معناداری نکرده‌اند. در طول یک دهه گذشته نظام سلامت ایران از حیث تأمین مالی نزولی بوده و ناعادلانه است. این بدان معناست که سیاست‌های تدوین شده در راستای کاهش بی‌عدالتی در تأمین مالی نظام سلامت تا کنون موثر نبوده‌اند. تأمین مالی نزولی مراقبت سلامت تأثیر منفی بر برون‌دادهای سیاست‌های مبتنی بر عدالت دارد چرا که تأمین مالی نزولی به عنوان یکی از عوامل موثر بر اجرای پوشش همگانی سلامت شناخته شده است.

شواهد تجربی در سرتاسر جهان نشان داده است که طرح‌های متفاوت تأمین مالی نظام سلامت، تأثیرات شدت متفاوتی بر عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت داشته و در نتیجه در ایجاد سطوح کلی نابرابری در جامعه دخیل می‌باشند. تأثیر توزیعی تأمین مالی نظام سلامت را می‌توان با سنجش بی‌عدالتی عمودی و همچنین با انجام تحلیل میزان صعودی بودن سیستم تأمین مالی سنجید. همان گونه که واگ استاف و ون دورسلر

(۱۹۹۷) بیان کرده اند: "میزان و محدوده بی عدالتی افقی و رتبه بندی مجدد به ترتیب وابسته است به تأمین مالی مراقبت سلامت، که میزان صعودی بودن نحوه تأمین مالی را تحلیل می کند و می تواند تصورات اشتباهی مبنی بر رابطه توزیع درآمد با سیستم تأمین مالی بوجود آورد". مطالعات تجربی که در کشورهای توسعه یافته انجام شده اند. نشان می دهند که اشکال مختلف تأمین مالی مراقبت سلامت بر انواع مختلف عدالت (افقی، عمودی و رتبه بندی مجدد درآمدی) موثر می باشند. این اتفاق احتمالاً در کشورهای در حال توسعه نیز واقعیت دارد، جایی که مکانیسم های حفاظت درآمد هنوز به مراتب ضعیفتر از کشورهای توسعه یافته است و همچنین در جایی که بخش اعظم هزینه های مراقبت سلامت از پرداخت مستقیم خانوارها تأمین می شود. تا زمانی که بیماری هنوز به عنوان یک رویداد اتفاقی تلقی می شود، میزان تفاوت در پرداخت واقعی به میزان مشابهت گروههای درآمدی وابسته بوده و به همان نسبت محدوده تغییر در وضعیت درآمدی افراد به دلیل پرداخت های کمتر شکن مراقبت سلامت، احتمالاً در این گونه کشورهای شدیدتر و بدتر می باشد. پرداخت های مستقیم از جیب موجب ایجاد موانع مالی در دریافت خدمات شده و سالیانه قریب به ۱۳٪ از خانوارها را با هزینه های کمتر شکن مواجه ساخته و ۶٪ نیز به ورطه فقر می افکند. یکی از اساسی ترین سوالهایی که هر کشور با آن روبرو است این است که چگونه یک نظام تأمین مالی سلامت قادر خواهد بود حمایتهای کافی در برابر ریسکهای مالی برای کلیه افراد جامعه در برابر هزینه های سلامت انجام دهد و در این راستا چالش اصلی اغلب کشورها برای دستیابی به پوشش همگانی تغییر روش تأمین مالی از پرداخت های مستقیم به پیش پرداخت است.

محدودیت های مربوط به کارهای صورت گرفته در حیطه تأثیر اصلاحات خرد و کلان اقتصادی بر تأمین مالی مراقبت سلامت به این واقعیت مرتبط است که اکثر مطالعات قبلی به ندرت اهمیت آماری سنجش عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت را بررسی کرده و روند تغییرات آن بر مبنای اصلاحات ساختاری و اقتصادی را ارزیابی کرده اند.