

به نام خدا

نکات جلسه یازدهم از سلسله نشست‌های عصرانه داغ سلامت

موضوع: تحلیل بودجه سلامت کشور در لایحه بودجه سال ۱۳۹۹

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۱/۲۸

جناب آقای دکتر نوری خواه نکات زیر را مطرح کردند:

۱. سهم هزینه های مراقبت سلامت در جهان از تولید ناخالص (GDP) به ۹,۷٪ رسیده است که در ایران این عدد ۸٪ می باشد.
۲. تأمین مالی کلیدی اثر بخش برای تعامل بین ارائه کنندگان خدمت و مشتریان است.
۳. اهداف تأمین مالی سلامت به شرح زیر می باشد:
 - أ. کاهش یا از بین بردن هزینه های فقرزای درمان (جلوگیری از تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه ها)
 - ب. کاهش عدم توان پرداخت فرد در زمان بیماری.
۴. جمع آوری درآمد فرآیندی که نظام سلامت به وسیله آن، پول را از خانوارها، سازمان ها، شرکت ها و اهداکنندگان دریافت می کند.
۵. روش جمع آوری درآمد در نظام سلامت:
 - أ. مالیات عمومی = عمده ترین منبع تأمین مالی سلامت؛ نزدیک ۵۰٪ از اعتبارات امروز حوزه سلامت از همین بخش تأمین می شود.
 - ب. مشارکت های اجباری در بیمه اجتماعی سلامت (مانند بیمه های تأمین اجتماعی) = معمولاً مبتنی بر حقوق و بدون اینکه ریسکی وجود داشته باشد.
 - ج. مشارکت های اختیاری در بیمه های خصوصی سلامت (مانند بیمه های تکمیلی) = معمولاً مرتبط با خطر و ریسک می باشد.
 - د. پرداخت مستقیم از جیب.

ه. کمک های اهدایی.

۶. ویژگی های برنامه های بیمه اختیاری:

- ا. تعیین و جمع آوری منابع آن راحت تر است.
- ب. مرتبط با میزان مشارکت است.

۷. مشارکت های تأمین اجتماعی: در اکثر موارد، مشارکت در برنامه های بیمه اجتماعی، محدود به کارکنان است که حق بیمه آن ها از حقوق محل کارشان کسر می شود.

عوامل کلیدی سیاست گذاری تأمین مالی نظام سلامت:

- ا. میزان پیش پرداخت
- ب. درجه توزیع خطر
- ج. میزان پرداخت یارانه به فقرا
- د. خرید راهبردی

۸. اگر جستجو یا دریافت درمان مستقیماً از جیب صورت گیرد دسترسی به خدمات درمان صرفاً برای کسانی میسر می شود که توان پرداخت آن را داشته باشند و فقیرترین افراد از آن محروم می شوند. باید مراقبت کرد که حداقل امکان پرداخت از جیب بیمار کم شود تا افراد فقیر از دسترسی به خدمات درمان محروم نشوند.

۹. برای تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف در نظام سلامت باید نهادهای مسئول قوی برای جمع آوری اطلاعات و دستورالعمل بسیار قوی داشته باشند که غالباً در کشورهای در حال توسعه یافت نمی شود. پاشنه آشیل برای کمک به درمان مسئول قوی برای جمع آوری اطلاعات و دستورالعمل های قوی است.

۱۰. هدف در تأمین مالی: پیدا کردن سازوکار و روش های جمع آوری درآمد که تفکیک مشارکت مالی را از مصرف در نظام سلامت نشان دهد.
مانند:

- ا. ارتقای نظام های مشارکت های مالی مبتنی بر شغل
- ب. ایجاد زمینه پیش پرداخت مبتنی بر کارفرما
- ج. جهت دهی یارانه دولت در حوزه سلامت و افزایش یارانه های دولت

۱۱. یکی از روش های تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف در نظام سلامت، پیش پرداخت افراد برای دریافت مصرف در حوزه درمان می باشد.
پیش پرداخت سنگ بنای تأمین مالی عادلانه در یک نظام سلامت عادلانه است.

۱۲. در کشورهای کم درآمد که ظرفیت پیش پرداخت آن ها ناکافی است ممکن است اندکی مشارکت مستقیم در هنگام استفاده از خدمات، برای افزایش درآمد، لازم باشد.
برای جلوگیری از تقاضای القایی و صرفه جویی در مصرف، مجبور به دریافت مستقیم تحت عنوان فرانشیز (co-payment) هستیم.

۱۳. فرانشیز (co-payment):
ا. پرداخت بخشی از هزینه های خدمات دریافتی از جیب.
ب. برای مداخلات خاص و با هدف کاهش تقاضا.
ج. از این رویکرد صرفاً زمانی باید استفاده کرد که مصرف بیش از حد و غیر معمول است.
د. ابزاری جهت کنترل مصرف بیش از حد خدمات است. (کنترل هزینه ها)
ه. نباید فرانشیز به عنوان منبعی پایدار برای تأمین مالی انتخاب شود. (نقطه ی حساس فرانشیز)

۱۴. نباید از پرداخت مستقیم از جیب استفاده کرد مگر در شرایطی که هیچ جایگزین دیگری وجود نداشته باشد.

۱۵. همه ترتیبات پیش پرداختی در تأمین مالی نظام سلامت ارجح هستند. به این معنا که در صورت حق انتخاب داشتن در تأمین مالی نظام سلامت، حق انتخاب پیش پرداختی را به عنوان یک مدل توسعه ای در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته استفاده کنید.

۱۶. حتی زمانی که درجات بالایی از تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف خدمات وجود دارد، پیش پرداخت به تنهایی و در صورتی که صرفاً مبتنی بر فرد باشد، عادلانه بودن تأمین مالی را تضمین نمی کند.

۱۷. صندوق های بزرگتر، بهتر از صندوق های کوچکتر هستند چون دسترسی به منابع برای خدمات سلامت در آن ها بیشتر است. حرکت گروه های جمعی در نظام سلامت کاراتر خواهد بود.

۱۸. بعد از طرح تحول سلامت ترکیب هزینه ای سلامت تغییر کرده است. در سال ۱۳۹۳ پرداخت از جیب مردم نزدیک به ۵۳٪ بوده و امروزه به دلیل طرح تحول سلامت نزدیک به ۳۶٪ است.

به عبارتی حرکت به سمتی است که با یارانه دولت، پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت کم تر شود.

۱۹. اعداد و ارقام بودجه: (نکته مهم اینکه ممکن است این اعداد بعد از تصویب لایحه بودجه تغییر یابد و قطعی نیست)

نام	رشد
بودجه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	٪۱۷
منابع و مصارف بودجه کل کشور	٪۱۴
بودجه هزینه دولت	٪۴
تملك دارایی های سرمایه های برای هزینه های ساخت و ساز	٪۵
منابع عمومی دولت شامل بودجه های مربوط به دستگاه های دولتی در کل کشور	٪۸
درآمد اختصاصی کل کشور (بیشتر این اعتبار مربوط به دانشگاه های علوم پزشکی است)	٪۹

نام	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹	رشد
کل اعتبارات سلامت	۷۷ هزار میلیارد تومان	۸۵ هزار میلیارد تومان	٪۹
سهم بخش سلامت از بودجه عمومی کشور	٪۹,۱	٪۹,۶	٪۰,۵
دانشگاه های علوم پزشکی در بخش اجرای برنامه های آموزشی	از ۵ هزار میلیارد تومان	۵ هزار و ۸۰۰ میلیارد تومان	٪۱۵,۴
تملك دارایی سرمایه ها در آموزش پزشکی	۲۹۰ میلیارد تومان	۳۷۰ میلیارد تومان	٪۲۶
طرح تحول سلامت	۴ هزار و ۹۰۰ میلیارد تومان	۵ هزار و ۲۰۰ میلیارد تومان	٪۶

۲۰. چالش های موجود در تامین مالی حوزه سلامت در سال ۱۳۹۸:

- ا. عدم تخصیص منابع مالیات بر ارزش افزوده سهم سلامت.
- ب. استخدام حدود ده هزار نفر استخدام نیروی جدید که منابعی برایشان در نظر گرفته نشده است.
- ج. فراخوان جذب دوهزار نفر هیئت علمی که اعتباری برایش در نظر گرفته نشده است.
- د. برای تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف در نظام سلامت به استقرار و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت به عنوان سامانه ای قوی نیاز است که اعتباری برایش دیده نشده است.

- ه. افزایش چهل و شش هزار دانشجو خارج از سهمیه که اعتباری برایش منظور نشده است.
- و. افزایش هزینه های تغذیه ای؛ البته در این بخش کمک صورت گرفته است.
- ز. حوادث غیرمترقبه مثل سیل و زلزله و هم اکنون کرونا ویروس که هزینه های حاکمیتی حوزه سلامت را افزایش داد.

۲۱. برنامه های سال ۱۳۹۹:

- أ. تغییر پروتکل های واکسن.
- ب. توجه به پزشک خانواده و نظام ارجاع.
- ج. توجه به شعار هر خانه یک پایگاه بهداشت و اجرای آن.
- د. پوشش سلامت اتباع خارجی.
- ه. پیاده سازی طب سنتی.
- و. به روز نمودن تعرفه های پرستاری.

جناب آقای دکتر آقاجانی نکات زیر را مطرح کردند:

۱. اهداف طراحی مدل تعیین و توزیع اعتبارات عمومی دانشگاه های علوم پزشکی:
 - أ. ایجاد فضای مشارکت در تعیین بودجه و بهره برداری از خرد جمعی.
 - ب. رفتارسازی دانشگاه در جهت توجه به شاخص های عملکردی.
 - ج. شفافیت در بودجه ریزی دانشگاه ها.
 - د. افزایش کارایی و بهره وری.
 - ه. استفاده از فرآیند مدیریت هزینه و سنجش عملکرد داخلی.
 - و. استفاده از ابزار بودجه در جهت استقرار شاخص های کلان.
 - ز. تهیه بانک های اطلاعاتی لازم و اعتبار بخشی به مراکز تولید داده.
 - ح. توجه به مدیریت هزینه ها با شفاف شدن فرآیند تعیین بودجه.
۲. مراحل کلی فرآیند تعیین و توزیع اعتبار دانشگاه ها:
 - أ. تعریف گروه های عمده آموزشی = به پنج گروه تقسیم شدند.
 - ب. طراحی مدل محاسبه قیمت تربیت دانشجو برای مقطع - گروه آموزشی (بر مبنای دانشگاه استاندارد) = به چهار گروه آموزشی، پژوهشی، خدمات دانشجویی (رفاهی و فرهنگی)، پشتیبانی و سایر تقسیم شدند.
 - ج. طراحی مدل توزیع اعتبار دانشگاه ها با توجه به ترکیب دانشجو و هیات علمی
 - د. تعریف مدل باز توزیع اعتبار دانشگاه در سقف اعتبار دانشگاه ها در لایحه
 - ه. تعریف مدل توزیع اعتبار براساس عملکرد.