



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی تهران

# حساب‌های ملی سلامت ایران

در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸



نویسندگان:

زهرا گودرزی، دکتر ماریتا محمدشاهی، دکتر زهرا غریب ناصری،  
دکتر محمدرضا مبینی زاده، دکتر علی اکبر فضائلی، دکتر علیرضا اولیایی منش

زیر نظر:

دکتر علیرضا اولیایی منش و دکتر علی اکبری ساری

تهیه شده در گروه اقتصاد سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

بهار ۱۴۰۱





<http://nihr.tums.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



عنوان و نام پدیدآور :	حساب‌های ملی سلامت ایران طی دوره ۱۳۹۸ - ۱۳۸۰ / نویسندگان زهرا گودرزی... [و دیگران]: تهیه شده در گروه اقتصاد سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. : [برای] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
مشخصات نشر :	تهران: الوند پویان، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری :	۵۳ص.: جدول، نمودار (رنگی).
شابک :	۹۷۸-۶۲۲-۷۰۳۶-۵۴-۱
وضعیت فهرست نویسی :	فیا
یادداشت :	نویسندگان: زهرا گودرزی و همکاران.
یادداشت :	کتابنامه: ص. ۵۳.
موضوع :	بهداشت همگانی -- ایران -- امور مالی Public health-- Finance -- Iran
شناسه افزوده :	گودرزی، زهرا، ۱۳۶۴
شناسه افزوده :	مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
شناسه افزوده :	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
افزوده شناسه :	Tehran University of Medical Sciences and Health Services
شناسه افزوده :	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
افزوده شناسه :	Iran. Ministry of Health and Medical Education
رده بندی کنگره :	RA۵۳۳
رده بندی دیویی :	۶۱۴/۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی :	۹۰۲۹۹۹۱
اطالعات رکورد کتابشناسی :	فیا

عنوان کتاب: حساب‌های ملی سلامت (۱۳۹۸ - ۱۳۸۰)

اسامی نویسندگان: زهرا گودرزی و همکاران

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۳۶-۵۴-۱

صفحه‌آرایی و طراحی جلد: محمد علائی پور

ناشر: نشر پونه

چاپ و صحافی: دانشگاه خوارزمی

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱

قیمت: این کتاب رایگان می‌باشد

این تحقیق به همت گروه اقتصاد سلامت مؤسسه و حمایت مالی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام پذیرفته است.

nih.tums.ac.ir

# فهرست محتوی

۱	پیش‌گفتار اول
۲	پیش‌گفتار دوم
۳	خلاصه اجرایی
۴	<b>فصل اول / تاریخچه و چارچوب حساب‌های ملی سلامت در ایران</b>
۵	مقدمه
۵	حساب‌های ملی سلامت و جداول آن
۶	طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های ملی سلامت (ICHA)
۶	طبقه‌بندی خدمات مراقبت سلامت (ICHA-HC)
۷	طبقه‌بندی بر اساس ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (ICHA-HP)
۸	طرح طبقه‌بندی منابع تأمین مالی سلامت (عاملین و منبع تأمین مالی) - (ICHA-HF)
۱۰	جداول دو بعدی حساب‌های ملی سلامت ایران (بر اساس دستورالعمل SHA1)
۱۱	<b>فصل دوم / فرایند تهیه حساب‌های ملی سلامت</b>
۱۲	راه‌اندازی تیم اجرایی تهیه حساب‌های ملی سلامت
۱۲	مراحل اجرای طرح و منابع آماری
۱۲	مرحله اول: بررسی استانداردهای بین‌المللی و ملی با هدف آموزش مبانی نظری و روش کار
۱۲	مرحله دوم و سوم: جمع‌آوری، اعتبارسنجی، محاسبه و تخمین هزینه‌های سلامت دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی
۱۳	مرحله چهارم: انجام محاسبات نهایی و تهیه حساب‌های ملی سلامت
۱۴	<b>فصل سوم / هزینه‌های کل سلامت</b>
۱۵	هزینه کل سلامت و سهم آن از تولید ناخالص داخلی
۱۹	<b>فصل چهارم / منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت</b>
۲۰	منابع تأمین مالی هزینه عمومی سلامت
۲۴	<b>فصل پنجم / هزینه‌های کل سلامت بر اساس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت</b>
۲۵	ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

۲۸	فصل ششم / هزینه‌های کل سلامت بر اساس کارکردهای خدمات سلامت
۲۹	کارکردهای هزینه کل سلامت
۳۳	فصل هفتم / پرداختی از جیب خانوار
۳۴	پرداختی از جیب
۴۰	فصل هشتم / مقایسه‌های بین‌المللی
۴۱	مقایسه‌های بین‌المللی
۴۲	شاخص‌های خلاصه (سرانه هزینه جاری سلامت و سهم آن از GDP)
۴۳	شاخص‌های منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت
۴۳	شاخص‌های توصیف کننده طرح‌های تأمین مالی
۵۱	فهرست منابع



## فهرست نمودارها

- نمودار ۱-۳- سهم هزینه کل سلامت به قیمت جاری از تولید ناخالص داخلی در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ (بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران) ۱۵
- نمودار ۲-۳- رشد تولید ناخالص داخلی و هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۱ ۱۷
- نمودار ۳-۳- سرانه هزینه سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۱۷
- نمودار ۳-۴- سرانه هزینه سلامت به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۱۷
- نمودار ۱-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۲۰
- نمودار ۲-۴- نرخ رشد هزینه عمومی سلامت و پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۱ ۲۱
- نمودار ۳-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت ایران در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۲۱
- نمودار ۴-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان تأمین اجتماعی در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۲۲
- نمودار ۵-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت نیروهای مسلح در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۲۳
- نمودار ۱-۵- سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۲۶
- نمودار ۱-۶- سهم هر یک از کارکردهای هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۳۱
- نمودار ۱-۷- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ به قیمت جاری ۳۴
- نمودار ۲-۷- الف- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۹۰ به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) بر اساس تورم بخش سلامت ۳۴
- نمودار ۲-۷- ب- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) بر اساس تورم بخش عمومی ۳۵
- نمودار ۴-۷- سهم پرداختی از جیب در هر یک خدمات ارائه شده در بخش سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۳۸
- نمودار ۵-۷- سهم هریک از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از پرداختی از جیب هزینه عمومی سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ ۳۹
- نمودار ۱-۸- سرانه هزینه سلامت جاری بر حسب PPP (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۳
- نمودار ۲-۸- سهم هزینه سلامت جاری از تولید ناخالص داخلی (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۳
- نمودار ۳-۸- سهم هزینه سلامت عمومی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۵
- نمودار ۴-۸- سهم هزینه سلامت خصوصی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۵
- نمودار ۵-۸- سرانه پرداختی از جیب بر حسب PPP (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۶
- نمودار ۶-۸- سهم پرداختی از جیب به دلار از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۶
- نمودار ۷-۸- سهم طرح‌های تأمین مالی اجباری (دولتی غیر مشارکتی و مشارکتی) از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۷
- نمودار ۸-۸- سهم طرح‌های بیمه مشارکت اجباری از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۷
- نمودار ۹-۸- سهم طرح‌های اختیاری تأمین مالی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۹
- نمودار ۱۰-۸- سهم طرح‌های دولتی تأمین مالی اجباری از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا) ۴۹
- نمودار ۱۱-۸- وضعیت سیستم سلامت ایران از نظر شاخص‌های تأمین مالی در مقایسه با متوسط آنها در کشورها Up-Mid، EMR و متوسط جهانی در طی دوره ۲۰۱۶-۲۰۱۰ ۵۱

## فهرست جداول

- جدول ۳-۱- هزینه سلامت به قیمت جاری و ثابت، تولید ناخالص داخلی به قیمت جاری و سهم هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ ۱۶
- جدول ۵-۱- هزینه هر یک از فراهم‌کنندگان خدمات سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ (میلیارد ریال) ۲۵
- جدول ۵-۲- سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ (درصد) ۲۶
- جدول ۶-۱- هزینه هر یک از کارکردهای هزینه کل سلامت (میلیارد ریال) در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ ۲۹
- جدول ۶-۲- سهم هر یک از کارکردهای هزینه کل سلامت (درصد) در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ ۳۰
- جدول ۷-۱- نرخ رشد پرداختی از جیب خانوار و هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۸ ۳۷

## پیشگفتار اول

نظام سلامت همانند دیگر حوزه‌های مهم اجتماع بشری، اثرات بسیاری بر سیاست‌های یک کشور دارد. از جمله وظایف مهم دولت‌ها تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و در کنار آن تامین مالی نظام سلامت است. به عبارت دیگر وظیفه مهم برای دولت‌ها در بخش سلامت، پوشش همگانی سلامت و در راستای آن، تامین مالی نظام سلامت می‌باشد. پوشش همگانی سلامت بدان مفهوم است که انواع خدمات سلامت با کیفیت و بدون تحمیل بار مالی برای افراد جامعه فراهم شود.

در این بین، مدیریت و پایش منظم حوزه مالی بخش سلامت اهمیت دوجندانی را می‌باید تا نظام سلامت بتواند به اهداف متعالی خود بدون کمترین مشکلی دست یابد، لذا برای دستیابی به این هدف دولت‌ها از مجموعه داده‌هایی به نام حساب‌های ملی سلامت استفاده می‌نمایند، این حساب‌ها مجموعه‌ای از اطلاعات نظامند و جامع از جریان منابع مالی این حوزه را در یک دوره معین فراهم می‌آورد. بطور خلاصه این نوع از حساب‌ها، شامل مجموعه‌ای از جداول استاندارد می‌باشد که برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با هزینه‌های صرف شده در بخش سلامت بکار می‌رود.

مرکز آمار ایران از سال ۱۳۸۰ بر اساس سیستم حساب‌های سلامت اقدام به تولید حساب‌های ملی سلامت ایران نمود و تا بحال ۱۸ گزارش برای حساب‌های ملی سلامت تهیه و منتشر نموده است.

با توجه به نقش کلیدی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان یک سازمان دیده بان در حوزه سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت کشور، گروه اقتصاد سلامت این موسسه، برآن شد تا با تحلیل داده‌های حساب‌های ملی سلامت که توسط مرکز ملی آمار ایران در ۱۹ فایل اکسل (سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸) بر روی سایت این مرکز ارائه گردیده است، بتواند یک گزارش تحلیلی جامع را در مورد روندهای مالی حوزه سلامت کشور ارائه نماید. ضمن تشکر از اعضای این گروه، امیدواریم این گزارش تحلیلی مورد استقبال پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت کشور قرار گیرد.

دکتر حسین فناعتی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران

## پیشگفتار دوم

این گزارش به بررسی سری زمانی حساب‌های ملی سلامت ایران در طی دوره ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸ می‌پردازد که بر اساس دستورالعمل حساب‌های ملی سلامت<sup>۱</sup> (SHA 2000) تهیه شده است. قالب این گزارش از طریق بررسی گزارش‌های سری زمانی موجود در سایر کشورها تهیه شده که مشتمل بر ۸ فصل می‌باشد. در فصل اول در مورد سابقه حساب‌های ملی سلامت و چارچوب آن در ایران خلاصه‌ای ارائه خواهد شد، فصل دوم به فرایند تهیه حساب‌های سلامت پرداخته و در فصول ۳ تا ۶ داده‌های حساب‌های ملی سلامت بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی آن نمایش داده می‌شوند. فصول ۷ و ۸ به ترتیب به موضوعات پرداختی از جیب خانوار بر اساس خدمات ارائه شده و ارائه دهنده خدمات و مقایسات بین‌المللی می‌پردازد.

در فصل سوم، هزینه‌های کل سلامت (کل و سرانه) و سهم آن از تولید ناخالص داخلی<sup>۲</sup> (GDP) در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ بررسی شده است. در فصل چهارم و پنجم هزینه‌های کل سلامت به ترتیب بر اساس کارکرد (کالاها و خدمات سلامت) و ارائه دهندگان هزینه‌های سلامت بررسی خواهند شد. در فصل چهارم، در مورد سهم هر یک از خدمات و عاملین تأمین‌کننده هزینه‌های صحبت خواهد شد. در فصل پنجم، در مورد سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و خدمات ارائه شده در آن و عاملین تأمین‌کننده هزینه‌های آن صحبت خواهد شد. در فصل ششم به بررسی کارکردهای هزینه‌های سلامت می‌پردازیم. در فصل هفتم، سهم پرداختی از جیب خانوار در هزینه‌های کل سلامت، هزینه‌های سلامت بخش خصوصی، تولید ناخالص داخلی، ارائه‌کنندگان و کارکردهای مختلف سلامت بررسی خواهد شد. در فصل هشتم مقایسات بین‌المللی (کشورهای با درآمد متوسط به بالا، کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و جهان) بر اساس داده‌های پایگاه داده هزینه سلامت جهانی<sup>۳</sup> (GHED) ارائه می‌شود که توسط سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری و به تأیید افراد مسئول حساب‌های ملی سلامت در هر کشور می‌رسند. گزارش‌های ارائه شده در فصول ذکر شده با استفاده از داده‌های ثبت شده در مرکز آمار ایران و بانک مرکزی ارائه گردیده‌اند تا افراد بتوانند به اقتضای نیاز خود از نتایج بدست آمده استفاده نمایند.

دکتر علی اکبری ساری

رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت

1. Standard of Health Accounts 2000 (SHA1)

2. Gross Domestic Product (GDP)

3. Global Health Expenditure Database (GHED)

## خلاصه اجرایی

داده‌های تحلیلی این گزارش از سه منبع اصلی استخراج شده است: کلیه داده‌های بخش سلامت کشور از حساب‌های اقماری سلامت که بر روی تارنمای مرکز آمار ایران قرار می‌گیرد، استخراج و داده‌های مرتبط با شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی به منظور ثابت سازی هزینه‌ها از بانک مرکزی استخراج شده است. پایگاه داده‌ای هزینه‌های سلامت بهداشت جهانی<sup>۱</sup> منبع سوم است که به منظور انجام مقایسه بین المللی مورد استفاده قرار گرفت که در عمده شاخص‌های بررسی اختلافاتی با منابع داخلی وجود داشت.

با توجه به اینکه شاخص‌های حوزه حساب‌های ملی سلامت، بسیار متعدد می‌باشند، به مقادیر و روندهای برخی از مهمترین این شاخص‌ها در ذیل اشاره شده است (بررسی‌ها طی دوره ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸ انجام پذیرفته‌اند):

- هزینه‌های کل سلامت از ۴۰ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ به ۱,۷۸۴ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸ رسیده است.
- در دوره مورد بررسی، سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی پس از نوسانات قابل توجه از ۴/۹ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۵ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است. لازم بذکر است که بر اساس داده‌های بانک مرکزی این سهم به هفت و نیم درصد رسیده است.
- سرانه هزینه سلامت به قیمت جاری در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ روند صعودی داشته است، اما سرانه هزینه سلامت به قیمت ثابت (سال پایه = ۱۳۹۵) از حدود ۷ میلیون ریال در سال ۱۳۸۰ به ۱۴ میلیون ریال در سال ۱۳۹۰ رسیده است و پس از آن سرانه هزینه سلامت روند نزولی پیدا کرده و در سال ۱۳۹۸ به ۱۱ میلیون ریال رسیده است.
- بخش عمده سهم منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت از منبع پرداختی خانوار و درآمد دولت مرکزی تأمین می‌گردد که در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ سهم مشارکت خانوار در تأمین هزینه‌های عمومی سلامت (پرداختی مستقیم و پیش پرداخت بیمه) بطور متوسط برابر ۵۹ درصد بوده و در سال اجرای طرح تحول و سال‌های بعد از آن به ۴۷ درصد کاهش یافته است.
- بیمارستان‌ها با سهم متوسط ۴۱ درصدی طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ بالاترین سهم از هزینه‌های کل سلامت را در بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به خود اختصاص داده‌اند. واحدهای ارائه خدمات سرپایی با متوسط سهم ۳۲ درصد در جایگاه دوم و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی با ۱۷ درصد از سهم هزینه‌های کل سلامت در جایگاه سوم قرار دارند.
- بالاترین سهم هزینه‌های سلامت مربوط به خدمات درمانی (از ۲۴ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ تا ۹۶۱ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸)، انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی (از ۶ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ تا ۳۷۹ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸) و خدمات جانبی مراقبت سلامت (از ۴ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ تا ۱۶۲ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸) می‌باشد.
- در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸، به طور متوسط ۶۰/۷ درصد از هزینه‌های کل سلامت مربوط به خدمات درمانی می‌باشد، سهم این هزینه‌ها در طی سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ کاهش یافته است. اجرای طرح تحول سلامت در سال ۹۳ توانست شرایط سخت سالهای ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در بخش سلامت را تعدیل نماید و زمینه بهبود دسترسی و ارتقای اولویت خدمات درمانی در سبد خانوار را فراهم کند، متوسط سهم هزینه خدمات درمانی از هزینه‌ها کل سلامت، در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۵۹/۲ درصد رسید که نسبت به متوسط آن در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به میزان ۲/۷ درصد افزایش یافته

- است. این افزایش تا سال ۱۳۹۶ تداوم داشت، اما در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ نسبت به سال قبل کاهش یافته است.
- بطور متوسط در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸، سهم انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی ۱۷/۶۵ درصد از کل هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص داده است. متوسط سهم این شاخص طی دوره ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ برابر ۱۶/۶ درصد بوده، در سالهای ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ۲۱/۷ درصد رسیده و سپس در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۱۸ درصد کاهش یافته است و تا سال ۱۳۹۸ به ۱۹/۷۶ درصد رسید.
  - در دوره مورد بررسی، سهم هزینه خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری از هزینه کل سلامت بطور متوسط ۴/۸ درصد بوده است و از ۹۴۲ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۲ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۸ افزایش داشته است.
  - در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸، بالاترین سهم پرداختی از جیب با میزان ۵۸ درصد مربوط به سال ۱۳۸۹ بوده و کمترین میزان مربوط به سال ۱۳۹۶ با سهم ۳۲ درصدی بوده است. در این دوره ۱۹ ساله مورد بررسی، اگرچه شاخص پرداختی از جیب شاهد روندهای کاهشی متعدد بوده (۱۳۸۱-۱۳۸۲ و ۱۳۸۵-۱۳۸۳) اما پایدارترین روند کاهشی مربوط به سال ۱۳۸۹-۱۳۹۶ می‌باشد که میزان پرداختی از جیب در سال ۱۳۹۶ به ۳۲ درصد رسیده است و پس از آن مجدداً شروع به افزایش نموده تا در سال ۱۳۹۸ به بالاتر از ۳۷ درصد رسیده است.
  - براساس اطلاعات مندرج در سایت سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۱۸، سرانه هزینه جاری سلامت در ایران برابر ۱۱۶۸ دلار بین‌المللی بوده است که کمی بالاتر از متوسط مقدار آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا (۹۷۹ دلار بین‌المللی) می‌باشد که به نظر می‌رسد به دلیل مشکلات اقتصادی ناشی از تحریم این عدد در سال‌های بعد کاهش یافته است.

# فصل اول

## تاریخچه و چارچوب حساب‌های ملی سلامت در ایران

مطالب این فصل برگرفته شده از ۳ کتاب مرکز آمار ایران به شرح ذیل می باشد :

مرکز آمار ایران (دفتر حساب‌های اقتصادی). حساب‌های ملی سلامت . مهر ماه ۱۳۸۲.

مرکز آمار ایران. طبقه بندی بین المللی حساب‌های سلامت (ICHA) . بهمن ۱۳۸۷.

مرکز آمار ایران (پژوهشکده آمار). امکان‌سنجی پیاده‌سازی نظام جدید حساب‌های سلامت (ویرایش ۱۱) .

## مقدمه

اطلاعات مرتبط با گردش مالی نظام سلامت نقش مهمی در خصوص برنامه‌ریزی بخش سلامت ایفا می‌نماید. حساب‌های ملی سلامت<sup>۱</sup> (NHA) مجموعه‌ای از اطلاعات نظامند و جامع از جریان منابع مالی این حوزه را در یک دوره معین را فراهم می‌آورد. بطور خلاصه این نوع از حساب‌ها، شامل یکسری از جداول استاندارد می‌باشد که برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با هزینه‌های صرف شده در بخش سلامت بکار می‌رود.

پیشینه حساب‌های ملی سلامت در ایران به سال ۱۳۷۸ باز می‌گردد که در آن سال، جلسه‌ای با حضور نمایندگان دستگاه‌های مختلف کشور از جمله مرکز آمار ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان جهانی بهداشت تشکیل گردید. در آن جلسه، مرکز آمار ایران به عنوان سازمان متولی تهیه حساب‌های ملی سلامت شناخته شد. پس از آن در سال ۱۳۷۹ در پی درخواست رسمی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مقدمات تهیه حساب‌های ملی سلامت در مرکز آمار ایران فراهم و با همکاری وزارت بهداشت و درمان و سازمان‌های ذیربط حساب‌های ملی سلامت سال ۱۳۸۰ تهیه گردید، همچنین در دوره‌های بعد نیز بنا به درخواست وزارت بهداشت و درمان، در طول زمان حساب‌های ملی سلامت در سال‌های مختلف تهیه و تدوین گردید. تاکنون مرکز آمار ایران از سال ۱۳۸۰ بر اساس سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۰۰ (SHA) شروع به تولید حساب‌های ملی سلامت ایران نمود و تا بحال ۱۸ گزارش برای حساب‌های ملی سلامت تهیه و منتشر نموده است.

## حساب‌های ملی سلامت و جداول آن

آن‌چنان که در ابتدا نیز بیان گردید، حساب‌های ملی سلامت مجموعه‌ای نظامند و جامع از اطلاعات جریان منابع مالی نظام سلامت برای یک دوره‌ی معین را نشان می‌دهد. سیستم حساب‌های ملی سلامت نسخه ۱، جریان مالی سلامت را در قالب ۹ جدول نشان می‌دهد که عبارتند از:

۱. هزینه‌های سلامت بر اساس نوع عاملین تأمین مالی و نوع ارائه دهنده (FAXP)<sup>۲</sup>
۲. هزینه‌های سلامت بر اساس نوع ارائه دهنده و نوع کارکرد (PXF)<sup>۳</sup>
۳. هزینه‌های سلامت با نوع عاملین تأمین مالی و نوع کارکرد (FAXF)<sup>۴</sup>
۴. هزینه‌های سلامت با منبع تأمین مالی و نوع عاملین تأمین مالی (FSxFA)<sup>۵</sup>
۵. هزینه منابع مورد استفاده برای تولید کالاها و خدمات سلامت
۶. هزینه‌های سلامت بر اساس سن و جنس جمعیت
۷. هزینه‌های سلامت بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی جمعیت
۸. هزینه‌های سلامت بر اساس وضعیت سلامت مردم
۹. هزینه‌های سلامت بر اساس منطقه جغرافیایی

در حال حاضر در ایران ۴ جدول ابتدایی و اصلی تهیه می‌شود. این جداول به صورت دو بعدی هستند که ابعاد آنها عبارتند از: **منابع تأمین مالی (FS)**<sup>۶</sup>: واحدهای مستقلی می‌باشند که وظیفه‌ی فراهم نمودن منابع برای ارائه کالاها و خدمات بهداشتی را بر عهده دارند.

1. National Health Accounts (NHA)
2. Financing Agent x Provider
3. Provider x Function
4. Financing Agent x Function
5. Financing Source x Financing Agent
6. Financing Source



- **عاملین تأمین مالی (FA):** موسسات واسطه‌ای هستند که منابع مالی را از منبعشان جمع‌آوری و برای پرداخت یا خرید کالاها و خدمات حوزه سلامت بکار می‌برند.
- **کارکردها (F):** دسته‌ای از کالاها و خدمات مشخص تولید شده در بخش سلامت می‌باشند.
- **ارائه‌کنندگان (P):** واحدهای مستقلی می‌باشند که منابع را دریافت و از آن برای تولید کالاها و خدمات سلامت استفاده می‌کنند.

#### طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های ملی سلامت ICHA<sup>۲</sup>

طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های ملی سلامت، نوعی سیستم طبقه‌بندی از سه بعد حساب‌های ملی سلامت می‌باشد، که عبارتند از:

۱. طبقه‌بندی براساس نوع خدمات مراقبت سلامت ICHA-HC<sup>۵</sup>
۲. طبقه‌بندی بر اساس ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ICHA-HP<sup>۶</sup>
۳. طبقه‌بندی براساس نوع منابع تأمین مالی سلامت (عاملین و منبع تأمین مالی) - ICHA-HF<sup>۷</sup>

#### طبقه‌بندی خدمات مراقبت سلامت (ICHA-HC)

در این نوع طبقه‌بندی، نوع خدماتی که توسط عرضه‌کنندگان خدمات سلامت و همچنین سازمان‌های مرتبط با بخش سلامت ارائه می‌شوند را نشان می‌دهد.

در این نوع از طبقه‌بندی، مراقبت‌های ارائه شده، در سطح فردی و جامعه به ۷ گروه پایه‌ای (خدمات درمانی، خدمات توانبخشی، خدمات پرستاری بلندمدت، خدمات جانبی مراقبت سلامت، "انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی"، خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی و خدمات مدیریت سلامت و بیمه) و ۲ گروه کمکی (تشکیل سرمایه موسسات فراهم‌کننده خدمات سلامت و سایر هزینه‌ها) تقسیم می‌گردند. ۹ گروه مورد اشاره، کدهای تک رقمی طبقه‌بندی خدمات مراقبت سلامت می‌باشند که توزیع مصارف سلامت را بر اساس نوع نیاز مصرف‌کننده نشان می‌دهد. طبقه‌بندی خدمات مراقبت سلامت، امکان محاسبه بصورت دو و سه رقمی شدن را نیز دارا می‌باشد. کدهای دو رقمی، روش ارائه خدمات (بستری، سرپایی، روزانه، مراقبت در منزل) و کدهای سه رقمی، نحوه‌ی ارائه خدمات مراقبت سلامت (عمومی و تخصصی) را مشخص می‌نماید. جزئیات ۹ گروه خدمتی در ذیل ذکر شده‌است:

۱. **خدمات درمانی<sup>۸</sup>:** شامل خدمات پزشکی و پیراپزشکی ارائه شده در طول مراقبت به‌منظور درمان بیماری‌ها است.
۲. **خدمات توانبخشی<sup>۹</sup>:** شامل خدمات پزشکی و پیراپزشکی ارائه شده به بیماران در طول یک دوره مراقبت توانبخشی است.
۳. **خدمات پرستاری بلندمدت<sup>۱۰</sup>:** مراقبت بلندمدت سلامتی شامل ارائه مراقبت مستمر پرستاری و سلامتی، به بیماران بستری شده است که به واسطه‌ی اختلالات مزمن و کاهش استقلال و فعالیت روزانه زندگی نیازمند کمک هستند.
۴. **خدمات جانبی مراقبت سلامت<sup>۱۱</sup>:** این مورد شامل خدمات متنوعی است که عمدتاً توسط تکنسین‌های پزشکی و پیراپزشکی، با و یا بدون نظارت مستقیم پزشک انجام می‌شود، به عنوان مثال: آزمایشگاه، تصویربرداری تشخیصی و انتقال بیمار.

1. Financing Agent
2. Function
3. Provider
4. International Classification of Health Account
5. International Classification of Health Account- Health Care Functions
6. International Classification of Health Account-Health Provider
7. International Classification of Health Account- Health Care Financing Schemes
8. Services of curative care
9. Services of rehabilitative care
10. Services of long-term nursing care
11. Ancillary services to health care

۵. انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی<sup>۱</sup>: این مورد شامل توزیع محصولات پزشکی به بیماران سرپایی و خدمات مرتبط با توزیع این محصولات مانند خرده‌فروشی، نصب، نگهداری، اجاره محصولات و لوازم پزشکی و همچنین خدمات داروخانه‌های عمومی، بینایی‌سنج‌ها، فروشگاه‌های لوازم پزشکی و سایر خرده‌فروشی‌های تخصصی و غیر تخصصی مانند سفارش‌های پستی یا خرید از راه دور می‌باشد.
۶. خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی<sup>۲</sup>: شامل خدماتی است که برای بالا بردن وضع بهداشت جامعه در نظر گرفته شده‌است. این خدمات عمدتاً برنامه‌های واکسیناسیون عمومی را شامل می‌شوند.
۷. خدمات مدیریت سلامت و بیمه<sup>۳</sup>: مدیریت سلامت و بیمه شامل فعالیت‌هایی است که توسط بیمه‌های خصوصی و مقامات مرکزی، منطقه‌ای و محلی از جمله صندوق‌های تأمین اجتماعی صورت می‌گیرند.
۸. تشکیل سرمایه موسسات فراهم کننده خدمات سلامت<sup>۴</sup>: این گروه از کارکردهای سلامت مرتبط با هزینه‌ی تشکیل سرمایه در واحدهای ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت می‌باشد.
۹. سایر هزینه‌ها: این نوع از هزینه‌ها مربوط به مواردی هستند که بر اساس نوع کارکرد مشخص نمی‌باشند.

#### طبقه‌بندی بر اساس ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (ICHA-HP)

- این نوع از طبقه‌بندی به این سوال پاسخ می‌دهد که چه کسی خدمات سلامت را ارائه می‌دهد. به طور کلی این ارائه‌دهندگان در ۹ گروه اصلی قرار می‌گیرند که عبارتند از:
۱. بیمارستان‌ها<sup>۵</sup>: شامل سازمان‌های دارای مجوز است که عمدتاً به ارائه خدمات پزشکی، تشخیصی و درمانی می‌پردازند. امکان دارد این سازمان‌ها به عنوان خدمت ثانویه به ارائه‌ی خدمات سرپایی نیز بپردازند.
  ۲. مراکز ارائه خدمات پرستاری و تسهیلات نگهداری<sup>۶</sup>: این نوع مراکز عمدتاً به ارائه خدمات نگهداری همراه با پرستاری، نظارت یا سایر انواع مراقبت مورد نیاز دریافت‌کننده‌ی خدمت می‌پردازند.
  ۳. واحدهای ارائه خدمات سرپایی<sup>۷</sup>: شامل سازمان‌هایی است که عمدتاً به ارائه مستقیم خدمات سلامتی به بیماران سرپایی که نیاز به خدمات بستری ندارند می‌پردازند.
  ۴. داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی<sup>۸</sup>: شامل موسساتی می‌شود که فعالیت عمده آنها خرده‌فروشی کالاهای پزشکی در سطح جامعه برای مصرف فرد یا خانوار است. موسساتی که عمده فعالیت آنها ساخت کالاهای پزشکی برای فروش در سطح جامعه برای مصرف فردی و یا خانوار است و این فعالیت به همراه نصب و تعمیر کالاها به همراه فروش آنها است، در این گروه قرار می‌گیرند.
  ۵. مراکز ارائه و اداره برنامه‌های بهداشت عمومی<sup>۹</sup>: این نهادها مسئولیت تهیه و اجرای برنامه‌های سلامت عمومی اعم از دولتی و خصوصی را بر عهده دارند.
  ۶. واحدهای مدیریت سلامت و بیمه<sup>۱۰</sup>: این نوع از ارائه‌دهندگان شامل موسساتی می‌باشند که عمدتاً تنظیم مقررات فعالیت‌های سازمان‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را بر عهده دارند.

1. Medical goods dispensed to out-patients
2. Prevention and public health services
3. Health administration and health insurance
4. Capital formation of health care provider institutions
5. Hospitals
6. Nursing and residential care facilities
7. Providers of ambulatory health care
8. Retail sale and other providers of medical goods
9. Provision and administration of public health programs
10. General health administration and insurance

۷. سایر بنگاه‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت (دولتی، شبه دولتی، خصوصی و یا خیریه): این گروه شامل ارائه‌کنندگانی می‌باشند که خدمات سلامت را به عنوان تولیدکنندگان ثانویه و یا سایر تولیدکنندگان ارائه می‌کنند.
۸. مراکز آموزشی و پژوهشی ارائه‌دهنده خدمات مرتبط با حوزه سلامت<sup>۲</sup>: این طبقه شامل مراکز تحقیقاتی، مراکز آموزشی و تربیت نیروی انسانی و سایر مراکز ارائه‌کننده خدمات مرتبط با سلامت است.
۹. سایر موارد<sup>۳</sup>: این بخش شامل همه‌ی واحدهای خارجی دارای فعالیت مرتبط با کالاها و خدمات مراقبت‌های سلامت یا وظایف مرتبط با سلامت است.

#### طرح طبقه‌بندی منابع تأمین مالی سلامت (عاملین و منبع تأمین مالی) - (ICHA-HF)

این نوع از طبقه‌بندی، شامل انواع عاملین و منابع تأمین مالی بوده و به این سوال پاسخ می‌دهد که منبع مالی توسط چه کسانی و از چه منابعی جمع‌آوری می‌شود.

#### عاملین تأمین مالی به طور کلی در ۳ گروه اصلی قرار می‌گیرند که عبارتند از:

۱. دولت عمومی<sup>۴</sup> (بخش عمومی): این گروه شامل تمام سازمان‌های دولت مرکزی، ایالتی (در ایران وجود ندارد) یا محلی (شهرداری) و صندوق تأمین اجتماعی در تمام سطوح دولتی می‌شود. همچنین شامل موسسات غیردولتی، غیرانتفاعی می‌شود که تسط واحدهای دولتی کنترل و عمدتاً تأمین مالی می‌شوند.
  - دولت مرکزی<sup>۵</sup>: در ایران دولت مرکزی مشتمل بر وزارتخانه‌ها و مؤسسات وابسته و همچنین سازمان تامین اجتماعی و سازمان‌های مشابه می‌باشد (این بخش صدا و سیما، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت، سایر دستگاه‌های دولت مرکزی، نیروهای مسلح، دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر مجموعه وزارت بهداشت و وزارت بهداشت و درمان را در بر می‌گیرد).
  - دولت ایالتی (استانی)<sup>۶</sup>: ایالت یا استان بزرگترین حوزه جغرافیایی در داخل یک کشور است که بنا به اهداف اداری یا سیاسی تقسیم شده است. زیر بخش دولت ایالتی در ایران مصداق نداشته و لذا در آمارهای مالی دولت ثبت نمی‌شود.
  - دولت محلی<sup>۷</sup>: به کوچکترین حوزه‌های جغرافیایی محدود می‌شود که از منظر اداری و سیاسی قابل تشخیص است. در ایران شهرداری‌ها مصداقی از دولت محلی می‌باشد.
  - صندوق‌های تامین اجتماعی<sup>۸</sup>: صندوق‌های تامین اجتماعی طرح‌های بیمه اجتماعی هستند که کل جامعه یا بخش‌های بزرگی از جامعه را پوشش می‌دهند و توسط نهادهای دولتی ایجاد و مدیریت می‌شوند (این بخش سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی را در بر می‌گیرد).
۲. بخش خصوصی<sup>۹</sup>: این بخش تمام مؤسسه‌های محلی را که به بخش دولتی تعلق ندارند را شامل می‌شود. که شامل حداقل ۵ زیر بخش می‌گردد: بیمه اجتماعی خصوصی، بنگاه‌های بیمه خصوصی (بجز بیمه اجتماعی)، هزینه‌های پرداخت از جیب خانوار، مؤسسه‌های غیرانتفاعی در خدمت خانوار و شرکت‌ها (بجز بیمه سلامت).
  - بیمه اجتماعی خصوصی<sup>۱۰</sup>: این بخش شامل تمام صندوق‌های بیمه اجتماعی بجز صندوق‌های تامین اجتماعی می‌شود. همچنین شامل برنامه‌هایی است که دولت فقط برای کارکنان خود برقرار می‌کند.

- 
1. Other industries /Rest of the economy
  2. Institutions Providing Health-Related Services
  3. Rest of the world
  4. General Government
  5. Central Government
  6. State/Provincial Government
  7. Local/Municipal Government
  8. Social Security Funds
  9. Private Sector
  10. Private Social Insurance

- بنگاه‌های بیمه خصوصی (بجز بیمه اجتماعی)<sup>۱</sup>: این بخش شامل تمام بنگاه‌های بیمه خصوصی بجز بیمه اجتماعی می‌شود (شرکت‌های بیمه تکمیلی دولتی و خصوصی).
  - پرداخت‌های از جیب خانوار<sup>۲</sup>: پرداخت‌های مستقیم بیمار که تحت پوشش بیمه نمی‌باشد، این پرداخت‌ها شامل سهمیم شدن در هزینه و پرداخت‌های غیر رسمی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌شود.
  - مؤسسه‌های غیر انتفاعی در خدمت خانوار (بجز بیمه اجتماعی)<sup>۳</sup>: شامل مؤسسه‌های هستند که کالاها یا خدمات را برای خانوارها بصورت رایگان یا به قیمتی که از نظر اقتصادی قابل اهمیت نیست فراهم می‌کنند.
  - شرکت‌ها (بجز بیمه سلامت): این بخش شامل تمام شرکت‌ها یا شبه شرکت‌هایی که فعالیت اصلی آن‌ها تولید کالاها یا خدمات بازاری می‌باشد (بجز بیمه سلامت) و همچنین شامل تمام مؤسسه‌های غیرانتفاعی مقیم که تولیدکننده بازاری کالاها یا خدمات غیرمالي می‌باشند می‌گردد (شامل بانک‌ها، دانشگاه آزاد و سایر شرکت‌ها می‌باشد).
۳. **دنیای خارج**<sup>۴</sup>: این قلم شامل نهادهای خارجی یا افراد تبعه سایر کشورها می‌باشند که در داخل یک کشور به ارائه خدمات مرتبط با سلامت می‌پردازند.

### منابع تأمین مالی در سه گروه اصلی قرار می‌گیرند که عبارتند از:

- **منابع عمومی**<sup>۵</sup>: این گروه شامل زیر گروه‌های درآمد دولت مرکزی، درآمد شهرداری، برگشت از دارایی‌های نگه داشته شده توسط سازمان عمومی و سایر می‌باشد.
- **منابع خصوصی**<sup>۶</sup>: این گروه شامل منابع تأمین شده توسط کارفرما، خانوار، موسسات غیرانتفاعی در خدمت اشخاص، برگشت از دارایی‌های نگه داشته شده توسط سازمان خصوصی و سایر می‌شود.
- **منابع خارجی**: این مورد شامل منابعی است که از نهادهای مقیم خارج تأمین می‌گردد. شامل انتقالات مربوط به همکاری بین‌المللی خارجی مانند کمک‌های خارجی است.

### جدول دو بعدی حساب‌های ملی سلامت ایران (بر اساس دستورالعمل SHA1)

در حال حاضر در ایران برای حساب‌های ملی سلامت چهار جدول از ۹ جدول دستورالعمل SHA<sup>۱</sup> تهیه می‌شود که عبارتند از: ۱- جدول هزینه‌های ملی سلامت بر حسب نوع عاملین تأمین مالی و نوع کارکرد (FA\*F)، ۲- جدول هزینه‌های ملی سلامت بر حسب نوع عاملین تأمین مالی و نوع فراهم‌کننده (FA\*P)، ۳- جدول هزینه‌های ملی سلامت بر حسب نوع فراهم‌کننده و نوع کارکرد (P\*F) و ۴- جدول هزینه‌های ملی سلامت بر حسب نوع منبع تأمین مالی و نوع عاملین تأمین مالی (FS\*FA).

اطلاعات در بعد کارکرد هزینه‌های سلامت، قابل ارائه در کدهای یک الی سه رقمی می‌باشند. کدهای تک رقمی عنوان خدمات قابل ارائه، کدهای ۲ رقمی نوع خدمات بستری، سرپایی، روزانه و مراقبت در منزل (دو نوع آخر در سیستم سلامت کشور ایران وجود ندارد) و کدهای سه رقمی تخصصی و یا غیر تخصصی بودن خدمات را نشان می‌دهند. در حال حاضر در ایران اطلاعات در سطح کدهای تک رقمی ارائه می‌شوند (برای بخش مرتبط با کارکرد هزینه‌های سلامت). اطلاعات مربوط به ابعاد منابع تأمین مالی، عاملین تأمین مالی و ارائه‌دهندگان بر اساس کدهای چندرقمی در حساب‌های ملی سلامت ایران گزارش می‌شوند.

1. Private Insurance Enterprise (other than social insurance)
2. Private Household Out-of-pocket expenditure
3. Non-profit institutions serving households (other than social insurance)
4. Rest of the World
5. Public Fund
6. Private Fund

## فصل دوم

# فرایند تهیه حساب‌های ملی سلامت

مطالب این فصل برگرفته از کتاب مرکز آمار ایران به شرح ذیل می باشد :

(\* مرکز آمار ایران (دفتر حساب‌های اقتصادی). حساب‌های ملی سلامت . مهر ماه ۱۳۸۲.

این بخش از منظر هر نهاد مسئولی گردآوری گردیده که از نظر سیستم حاکمیتی مسئول تکمیل جداول استاندارد سیستم حساب‌های سلامت از طریق جمع آوری اطلاعات مالی در سطح کشور می باشد که در سال‌های اخیر، نهاد مذکور، مرکز آمار ایران بوده است.

## راه‌اندازی تیم اجرایی تهیه حساب‌های ملی سلامت

حساب‌های ملی سلامت بصورت منظم در هر سال توسط مرکز آمار ایران و با سفارش و همکاری دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌شوند. به منظور شروع فرایند در ابتدا لازم است گروه‌های مرتبطی تشکیل شوند که عبارتند از: گروه‌های راهبری و کارشناسی. درحالی که گروه کارشناسی وظیفه کلیه فعالیت‌های کارشناسی طرح از قبیل گردآوری اطلاعات و انجام محاسبات را بر عهده دارند، گروه راهبری وظایف هدایت کار و هماهنگی را برعهده دارند.

## مراحل اجرای طرح و منابع آماری

**مرحله اول: بررسی استانداردهای بین‌المللی و ملی با هدف آموزش مبانی نظری و روش کار منابع آموزشی در این مرحله عبارتند از:**

۱. کتاب حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۰ مرکز آمار ایران؛
۲. ترجمه کتاب راهنمای تولید حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی؛
۳. و بهره‌گیری از سایر کتاب‌های راهنمای مرتبط.

**مرحله دوم و سوم: جمع‌آوری، اعتبارسنجی، محاسبه و تخمین هزینه‌های سلامت دستگاه‌های دولتی و غیر دولتی**

**الف. تهیه اطلاعات دستگاه‌های اجرایی دولتی :**

۱. جمع‌آوری و مرتب‌سازی فایل‌های مربوط به عملکرد اعتبارات هزینه‌ای، تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و درآمد سال مربوطه؛
۲. جداسازی سطرهای مرتبط با بخش سلامت، فایل‌های عملکرد اعتبارات هزینه‌ای، تملک دارایی‌های سرمایه‌ای و درآمد سال مربوطه؛
۳. اخذ اطلاعات مربوط به هزینه‌های جاری ستاد وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی، اورژانس تهران، سازمان انتقال خون، صندوق رفاه دانشجویی، سازمان غذا و دارو و بنیاد امور بیماری‌های خاص از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
۴. اخذ اطلاعات تفصیلی از دستگاه‌های دولتی به منظور شناخت کامل ردیف بودجه برنامه‌های دستگاه‌های مذکور از نظر قرار گرفتن در حوزه حساب‌های ملی سلامت؛
۵. اخذ اطلاعات دستگاه‌های زیرمجموعه وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی سال مربوطه از وزارت بهداشت و جایگزین کردن این اطلاعات با اطلاعات دریافتی از خزانه؛ (توسط نهاد مسئول تکمیل جداول استاندارد سیستم حساب‌های سلامت یعنی مرکز آمار ایران)
۶. کدگذاری فایل‌های بند ۲ برحسب طبقه‌بندی حساب‌های ملی سلامت (ICHA) با توجه به :

- اطلاعات تفصیلی دستگاه‌های دولتی
- بررسی مستندات طرح
- مراجعه به اطلاعات سایت‌های بعضی از دستگاه‌های دولتی
- مراجعه و پرسش از کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های اجرایی مرتبط با موضوع
- مطالعه کتاب قانون بودجه کل کشور
- ۷. استخراج جداول، بررسی روند نتایج و رفع اشکالات موجود.

## ب. تهیه اطلاعات خانوار :

۱. اخذ فایل‌های مربوط به طرح "آمارگیری از هزینه - درآمد خانوارهای شهری و روستایی" به همراه پرسشنامه‌ها و راهنمای تکمیل آنها برای سال مربوطه؛

۲. کدگذاری فایل‌های بند ۱ بر حسب طبقه‌بندی ICHA.

۳. استخراج جداول، بررسی روند نتایج و رفع اشکالات موجود.

## ج. جمع‌آوری اطلاعات صورت‌های مالی شرکتها و سازمان‌های بیمه‌گر

۱. اخذ و داده‌آمایی اطلاعات بیمه‌های تکمیلی، صورت‌های مالی بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح؛

۲. بررسی اطلاعات بند ۱ از نظر میزان قابلیت استفاده در محاسبات

۳. کدگذاری اطلاعات خروجی بند ۲ بر حسب طبقه‌بندی ICHA؛

۴. استخراج جداول، بررسی روند نتایج و رفع اشکالات موجود.

## د. جمع‌آوری اطلاعات طرح "آمارگیری از کارگاه‌های خدمات بهداشت و درمان خصوصی" و طرح "آمارگیری از کارگاه‌های خدمات مددکاری اجتماعی خصوصی" مرکز آمار ایران

محاسبه هزینه‌های سلامت موسسات غیر انتفاعی در خدمت خانوار از طریق تحلیل نتایج طرح‌های کارگاهی خدمات بهداشت و درمان و مددکاری اجتماعی انجام می‌پذیرد، مراحل کار برای استخراج این اطلاعات عبارتند از:

۱. بررسی و ویرایش داده‌های طرح‌های مذکور؛

۲. کدگذاری اطلاعات طرح‌های مذکور بر حسب طبقه‌بندی ICHA؛

۳. استخراج نتایج و انجام برآوردهای لازم به منظور محاسبه اطلاعات مورد نظر برای سال‌های مختلف.

## هـ. جمع‌آوری و محاسبه هزینه مربوط به دولت محلی (شهرداری)

۱. مکاتبه با دستگاه‌های مذکور و وزارت بهداشت و درمان جهت اخذ اطلاعات مورد نیاز؛

۲. بررسی و کدگذاری ارقام هزینه بر حسب طبقه‌بندی ICHA

۳. استخراج نتایج و جایگذاری آنها در جداول حساب‌های سلامت.

## ی. تخمین هزینه سایر شرکتها

از آنجا که اطلاعات مستندی در خصوص هزینه‌های کارگاه‌های صنعتی برای حوزه سلامت وجود ندارد و آمارگیری ویژه‌ای نیز در این خصوص صورت نگرفته است، اطلاعات مربوط به آن بصورت ذیل تخمین زده می‌شود:

۱. صنایع با تعداد کارکنان بالای ده نفر، موظفند یک درصد از هزینه‌های جاری خود را بابت خدمات بهداشتی و پیشگیری هزینه کنند، لذا برآورد صورت گرفته بر همین اساس و با توجه به مبلغ هزینه‌های جاری صنایع مذکور حاصل از طرح آمارگیری از

کارگاه‌های صنعتی بالای ۸۱ کارگر (کارکن در عبارات حساب‌های ملی سلامت) مرکز آمار ایران انجام می‌گیرد؛

۲. با توجه به اینکه، صنایع غذایی و آشامیدنی، دارویی و بهداشتی - آرایشی موظف به خود کنترلی بهداشتی برای صاحبان کارگاه، کارکنان و محیط کار هستند، معمولاً معادل ارزش جبران خدمات یک کارکن از این صنایع (حاصل از طرح آمارگیری از کارگاه‌های صنعتی مرکز آمار ایران) به منظور برآورد هزینه‌ای که این صنایع برای خود کنترلی انجام می‌دهند در نظر گرفته می‌شود.

## مرحله چهارم: انجام محاسبات نهایی و تهیه حساب‌های ملی سلامت

در این مرحله بر روی تمامی اطلاعات بدست آمده در سایر مراحل پردازش نهایی صورت گرفته و در جداول مربوط به حساب‌های ملی سلامت وارد می‌شوند.

این جداول نهایی در قالب ۱۲ جدول در فایل اکسل در سایت مرکز آمار در دسترس عموم قرار می‌گیرد، علاوه بر این گزارشی خلاصه از نتایج این حساب‌ها در فایل PDF در همین سایت بارگزاری می‌شود.

# فصل سوم

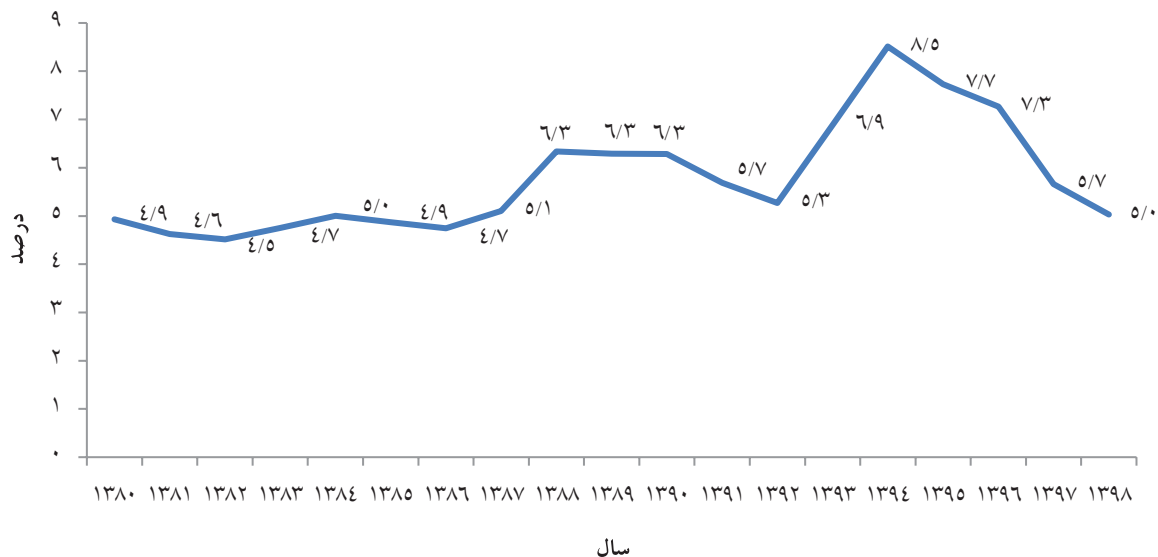
## هزینه‌های کل سلامت



## هزینه کل سلامت و سهم آن از تولید ناخالص داخلی

هزینه کل سلامت (THE<sup>۱</sup>)، مجموع هزینه حفظ، بازتوانی و یا ارتقاء سلامت است که به صورت نقدی و غیره پرداخت می‌شود. این مبلغ شامل هزینه‌های سلامت بخش عمومی و خصوصی است. بر اساس آخرین گزارش مرکز آمار ایران، میزان هزینه‌های کل سلامت در سال ۱۳۸۰ برابر با ۴۰,۲۹۸ میلیارد ریال بوده که در سال ۱۳۹۸ بعد از گذشت ۱۸ سال به ۱,۷۸۴,۰۷۱ میلیارد ریال رسیده است. در طی همین دوره سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی پس از نوسانات فراوان از حدود ۵ درصد (۴/۹ درصد) مجدداً به همین سطح رسیده است.

نمودار و جداول ۱-۳ هزینه کل سلامت به قیمت جاری (میلیارد ریال) و سهم آن از تولید ناخالص داخلی را در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ نشان می‌دهد. در این نمودار از داده‌های مرکز آمار ایران برای برآورد سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی استفاده شده است. بر اساس داده‌های هزینه کل سلامت به قیمت جاری، در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۷ هزینه کل سلامت ۵/۳ برابر شده است اما پس از ثابت سازی ارقام (سال پایه = ۱۳۹۵) افزایش حدود دو برابری در این بازه مشاهده می‌شود. سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی در این بازه زمانی بین ۴/۵ و ۵/۱ درصد نوسان داشته است. این سهم در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ افزایش داشته و به ۶/۳ درصد رسیده اما در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۲ رشد هزینه‌های سلامت بدلیل شرایط تحریم کمتر از تولید ناخالص داخلی شده و این امر منجر به کاهش سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی شده است. با اجرای طرح تحول بدلیل بالاتر بودن رشد هزینه کل سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی، این شاخص در طی دوره ۱۳۹۲-۱۳۹۴ روندی صعودی گرفته به صورتی که در سال ۱۳۹۴ این سهم به ۸/۵ درصد رسید. بعد از سال ۱۳۹۴ این سهم رو به کاهش گذاشته و در سال ۱۳۹۸ به پنج درصد رسیده است. نمودار ۱-۳ رشد هزینه کل سلامت و تولید ناخالص داخلی به قیمت جاری را نشان می‌دهد، در بازه زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۸ در اکثر سال‌ها رشد هزینه‌های سلامت بالاتر از رشد تولید ناخالص داخلی بوده است. لازم بذکر است بر اساس داده‌های بانک مرکزی در خصوص تولید ناخالص داخلی در سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸، سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی به ترتیب برابر با ۸/۸، ۷/۹ و ۷/۵ درصد است.



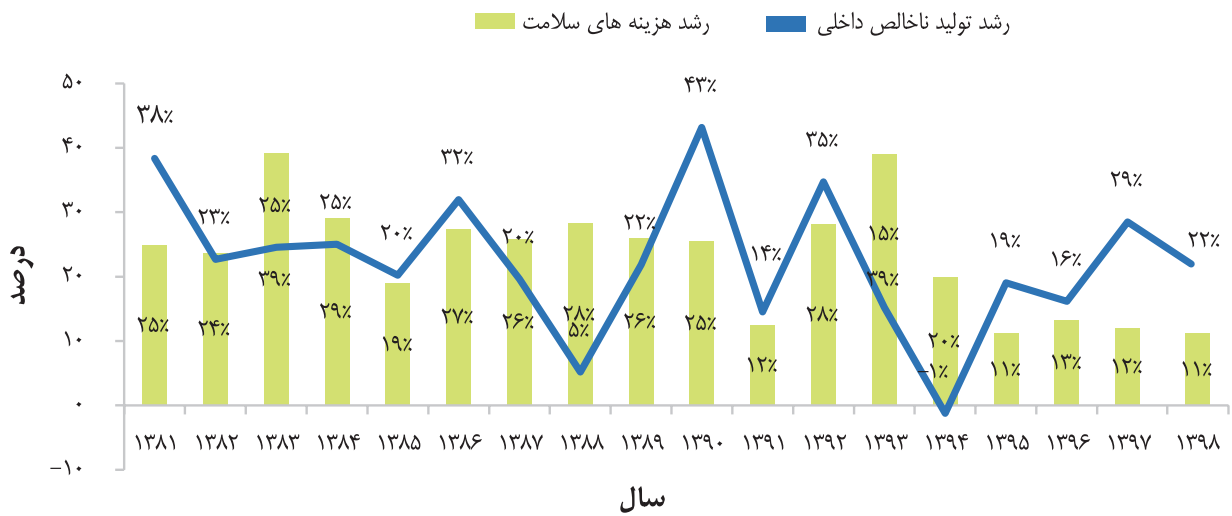
نمودار ۱-۳ سهم هزینه کل سلامت به قیمت جاری از تولید ناخالص داخلی در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ (بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران)

جدول ۳-۱- هزینه سلامت به قیمت جاری و ثابت، تولید ناخالص داخلی به قیمت جاری و سهم هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

سال	هزینه کل سلامت (جاری) میلیارد ریال	هزینه کل سلامت (ثابت به سال ۱۳۹۵) میلیارد ریال <sup>۱</sup>	تولید ناخالص داخلی <sup>۲</sup> (جاری) میلیارد ریال	سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (%)
۱۳۸۰	۴۰,۲۹۸	۴۲۸,۷۰۲	۸۱۷,۵۶۱	۴/۹ %
۱۳۸۱	۵۰,۳۰۶	۴۶۱,۵۲۳	۱,۰۸۷,۴۲۴	۴/۶ %
۱۳۸۲	۶۲,۲۲۷	۴۹۳,۸۶۵	۱,۳۷۸,۳۴۸	۴/۵ %
۱۳۸۳	۸۶,۵۵۹	۵۹۶,۹۵۹	۱,۸۲۲,۵۳۲	۴/۷ %
۱۳۸۴	۱۱۱,۷۴۴	۶۹۴,۰۶۲	۲,۲۳۲,۳۵۳	۵/۰ %
۱۳۸۵	۱۳۲,۸۵۸	۷۳۸,۱۰۰	۲,۷۲۷,۹۵۴	۴/۹ %
۱۳۸۶	۱۶۹,۳۰۶	۷۹۴,۸۶۴	۳,۵۷۰,۷۲۸	۴/۷ %
۱۳۸۷	۲۱۳,۰۳۰	۷۹۷,۸۶۵	۴,۱۷۶,۶۲۶	۵/۱ %
۱۳۸۸	۲۷۳,۲۳۵	۹۲۶,۲۲۰	۴,۳۱۱,۶۴۵	۶/۳ %
۱۳۸۹	۳۴۴,۱۳۲	۱,۰۳۶,۵۴۲	۵,۴۶۹,۸۹۶	۶/۳ %
۱۳۹۰	۴۳۱,۷۰۹	۱,۰۷۱,۲۳۸	۶,۸۶۶,۸۱۱	۶/۳ %
۱۳۹۱	۴۸۵,۲۶۶	۹۲۲,۵۵۹	۸,۵۳۳,۳۹۲	۵/۷ %
۱۳۹۲	۶۲۱,۶۲۳	۸۷۶,۷۶۰	۱۱,۸۰۴,۸۸۶	۵/۳ %
۱۳۹۳	۸۶۴,۶۰۴	۱,۰۵۵,۶۸۳	۱۲,۵۵۰,۹۶۰	۶/۹ %
۱۳۹۴	۱,۰۳۶,۸۴۷	۱,۱۳۰,۶۹۵	۱۲,۱۸۰,۰۱۶	۸/۵ %
۱۳۹۵	۱,۱۵۲,۴۵۶	۱,۱۵۲,۴۵۶	۱۴,۹۰۶,۲۵۷	۷/۷ %
۱۳۹۶	۱,۳۰۵,۳۴۶	۱,۱۹۱,۰۰۹	۱۷,۹۷۱,۸۷۱	۷/۳ %
۱۳۹۷	۱,۴۶۱,۶۶۴	۱,۰۱۶,۴۵۶	۲۵,۹۸۹,۰۰۶	۵/۶ %
۱۳۹۸	۱,۷۸۴,۰۷۱	۸۷۷,۹۸۸	۳۵,۴۴۸,۴۷۳	۵/۰ %

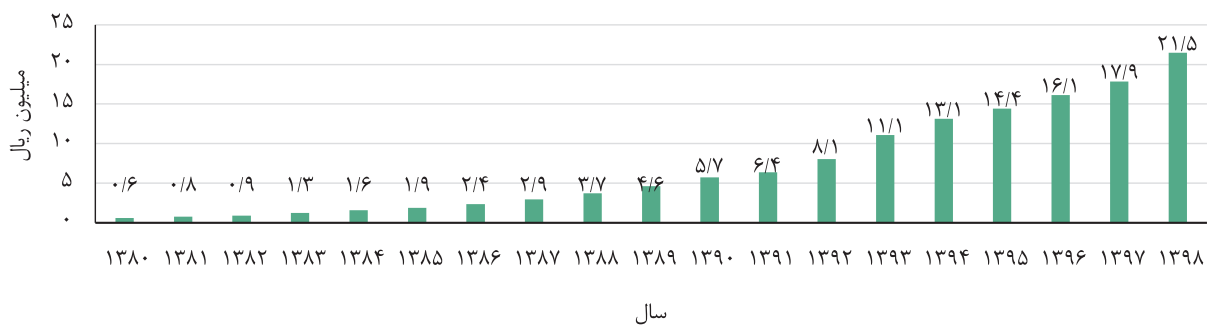
۱. ثابت سازی براساس نرخ تورم عمومی کشور، برگرفته از اطلاعات بانک مرکزی و محاسبه شاخص بهای مصرفی انجام پذیرفته است.

۲. برگرفته از داده های سری زمانی حساب های ملی سالانه ۱۳۴۰-۱۳۹۸، مرکز آمار ایران

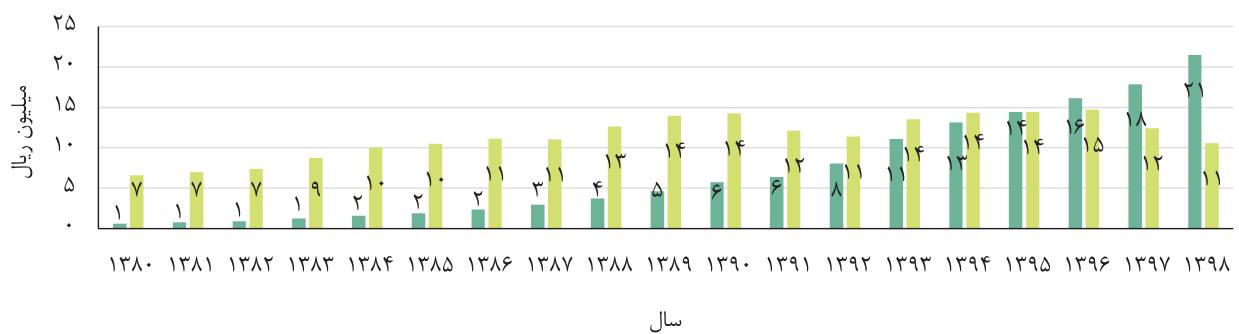


نمودار ۲-۳- رشد تولید ناخالص داخلی و هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۸

نمودار ۳-۳ سرانه هزینه سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ را نشان می‌دهد. در طی این دوره هزینه سرانه سلامت بطور مداوم افزایش یافته که این امر می‌تواند مربوط به افزایش تقاضا (تغییر الگوی بیماری‌ها، سالمند شدن جمعیت، افزایش آگاهی، افزایش فرهنگ استفاده از خدمات لولکس مانند عمل‌های زیبایی و...)، تخصی گرایبی، پیشرفت تکنولوژی، سیستم تأمین مالی، افزایش کیفیت خدمات و رشد قیمت خدمات (تعرفه‌ها) باشد.



نمودار ۳-۳- سرانه هزینه سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸



نمودار ۳-۴- سرانه هزینه سلامت به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

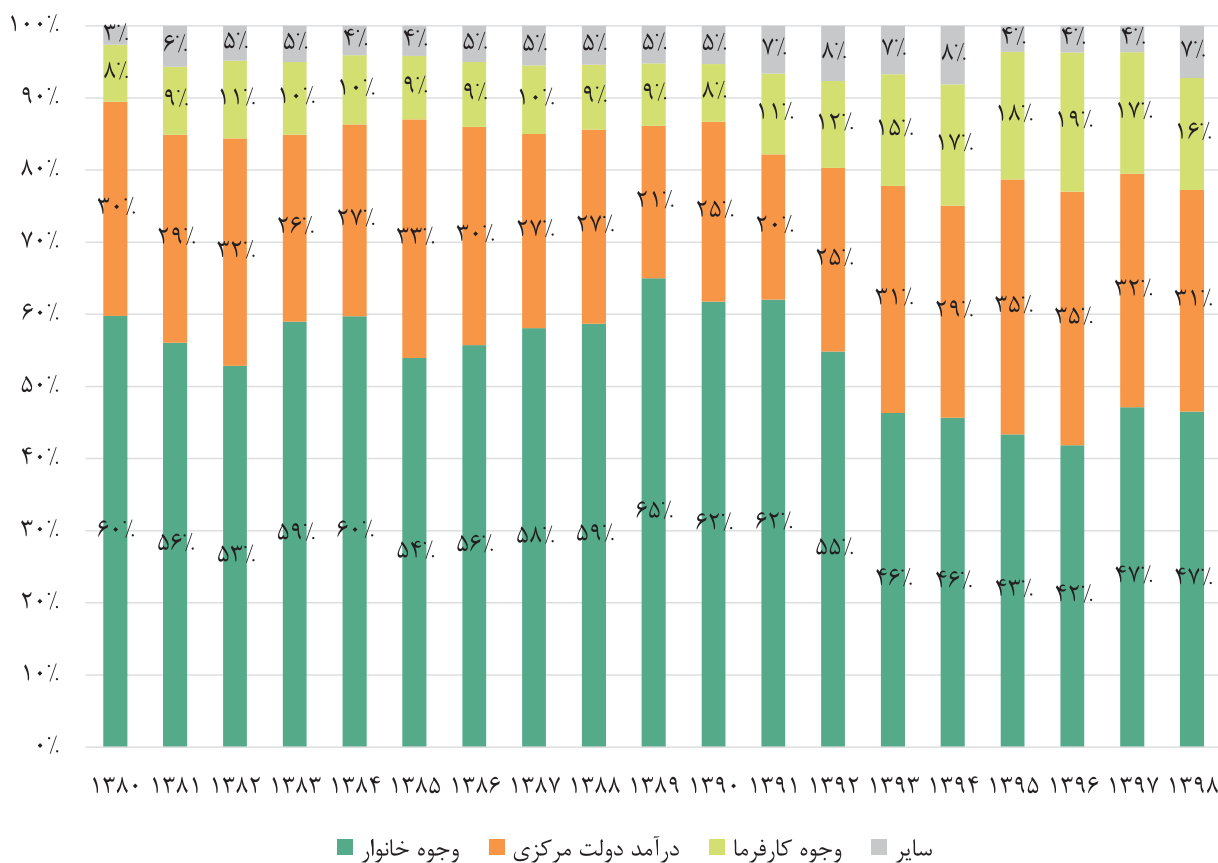
نمودار ۳-۴- هزینه سرانه خدمات سلامت بصورت جاری و ثابت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ را نشان می‌دهد، بر اساس این نمودار، رشد هزینه‌ها با خارج نمودن اثرات تورم بسیار ملایم‌تر از حالت جاری آن می‌باشد. قبل از سال ۱۳۹۰، هزینه سرانه سلامت به قیمت ثابت از ۶,۵۸۷,۱۳۰ ریال در سال ۱۳۸۰ به ۱۴,۲۵۴,۷۳۰ ریال در سال ۱۳۹۰ رسیده است. پس از آن سرانه هزینه سلامت روند نزولی پیدا کرده و در سال ۱۳۹۸ به ۱۰,۵۶۵,۴۳۵ ریال رسیده است.

## فصل چهارم

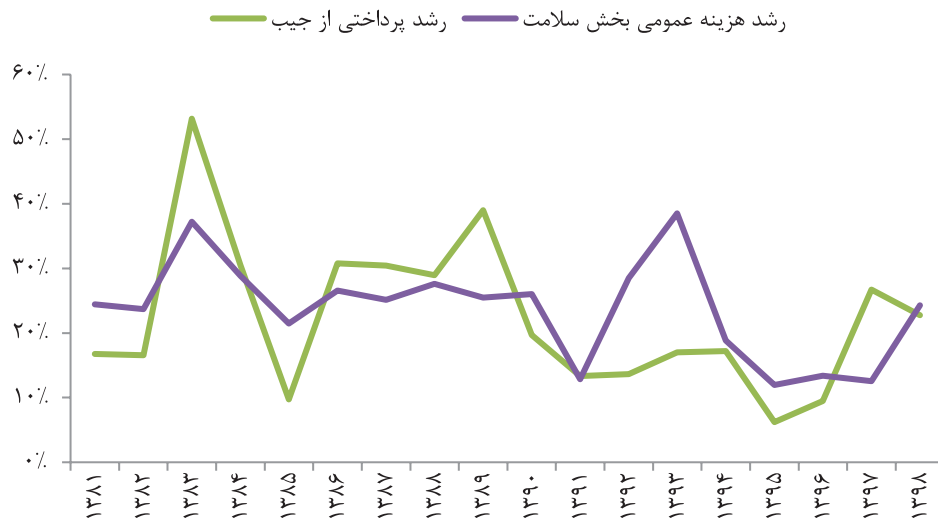
# منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت

## منابع تأمین مالی هزینه عمومی سلامت<sup>۱</sup>

همانطور که پیش‌تر بیان شد، تأمین هزینه‌های سلامت از دو منبع اصلی وجوه عمومی (درآمد دولت مرکزی، درآمد شهرداری، برگشت از دارایی‌های نگه داشته شده توسط سازمان عمومی و سایر) و وجوه خصوصی (منابع تأمین شده توسط کارفرما، خانوار، موسسات غیرانتفاعی در خدمت اشخاص، برگشت از دارایی‌های نگه داشته شده توسط سازمان خصوصی و سایر) صورت می‌گیرد. در حال حاضر یکی از جداولی که در گزارش حساب‌های ملی سلامت ایران توسط مرکز آمار ایران تهیه می‌شود، جدول عاملین و منابع تأمین مالی می‌باشد. در این جدول مشخص می‌شود که هر یک از عاملین تأمین کننده هزینه‌های عمومی سلامت (هزینه کل سلامت بعلاوه هزینه آموزش، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و غیره) از چه منابعی این هزینه‌ها را پوشش می‌دهند. نمودار ۴-۱ سهم هر یک از منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت را نشان می‌دهد. همانطور که این نمودار نشان می‌دهد، بخش عمده این هزینه‌ها از منبع پرداختی خانوار و درآمد دولت مرکزی تأمین می‌گردد. در طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۹ سهم مشارکت خانوار در تأمین هزینه‌های عمومی سلامت (پرداختی مستقیم و پیش پرداخت بیمه) بطور متوسط برابر ۵۹ درصد بوده که در سال اجرای طرح تحول و سال‌های بعد از آن به ۴۶/۵ درصد کاهش یافته است.

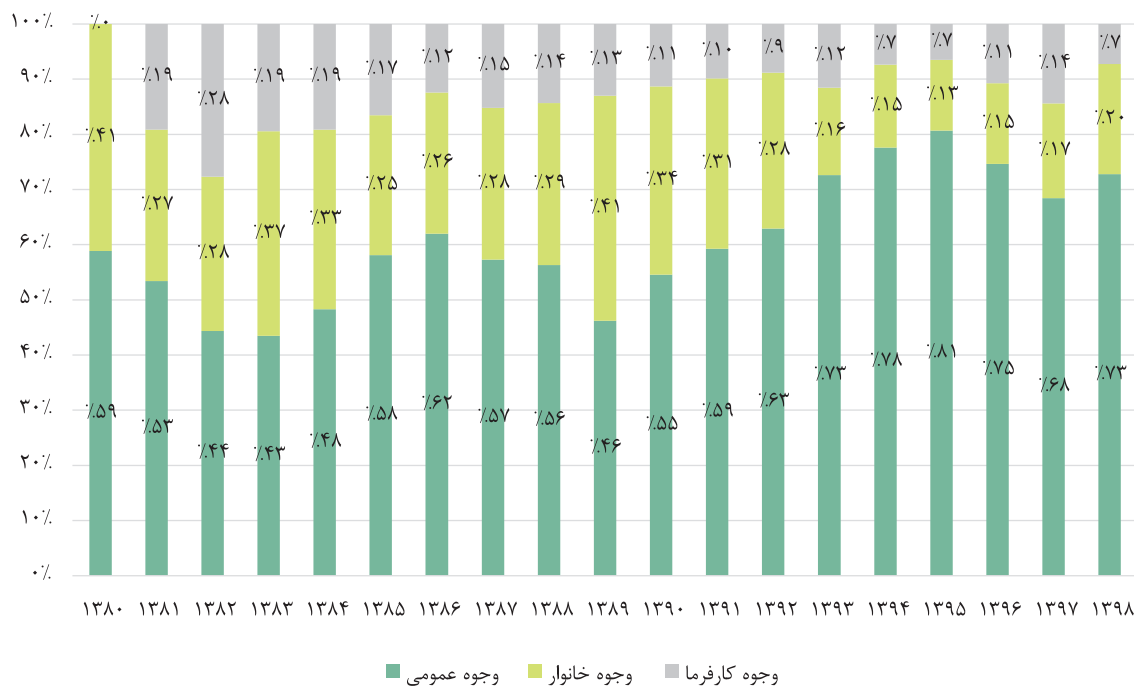


نمودار ۴-۱- منابع تأمین مالی هزینه‌های عمومی سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸



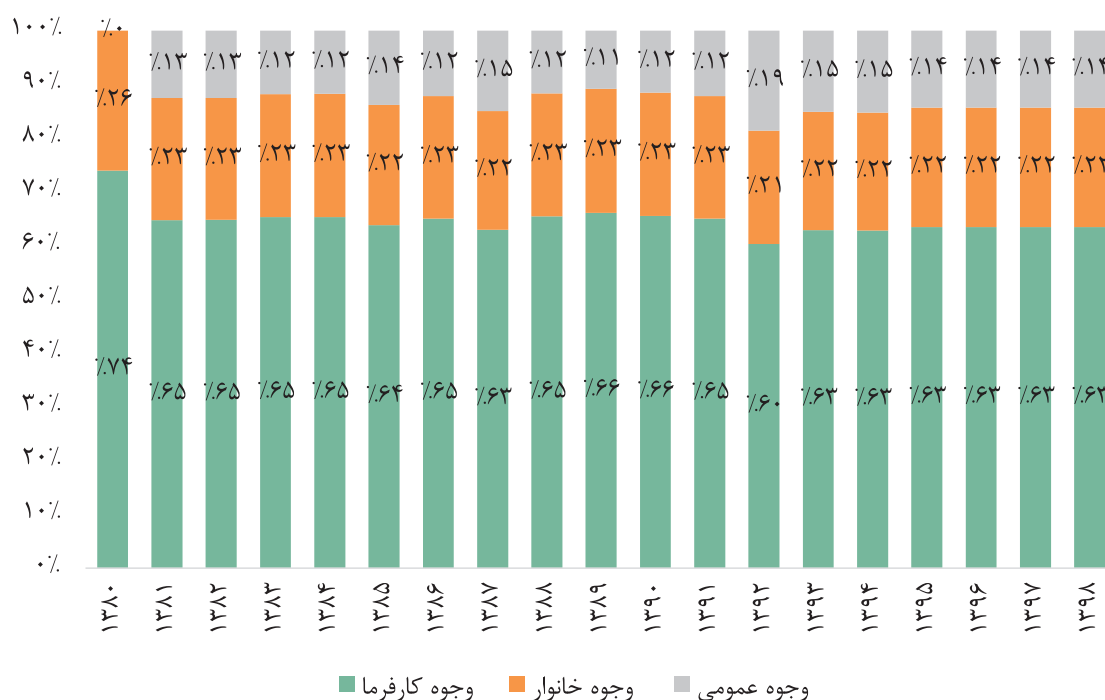
نمودار ۲-۴- نرخ رشد هزینه عمومی سلامت و پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۸

نمودار ۴-۱ نرخ رشد هزینه‌های عمومی سلامت و مشارکت خانوار (پرداختی مستقیم) را نشان می‌دهد بر اساس نمودار مذکور، قبل از اجرای طرح تحول رشد پرداختی از جیب در اغلب سال‌ها بالاتر از رشد هزینه عمومی سلامت بوده است. بعد از اجرای طرح تحول رشد پرداختی از جیب در اغلب سال‌ها بالاتر از رشد هزینه عمومی سلامت بوده است. در طی اجرای طرح تحول سلامت این رشد پایین تر از هزینه‌های عمومی سلامت گردید ولی در سال ۱۳۹۷ دوباره رشد پرداختی از جیب خانوار بیش از رشد هزینه عمومی بخش سلامت شد، که انتظار می‌رود در سال‌های ۱۳۹۷ به بعد با توجه به تورم حدود ۳۰ درصد بخش سلامت و نیز کسری بودجه سلامت این رشد افزایش بیشتری را نیز تجربه کرده باشد.



نمودار ۳-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت ایران در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

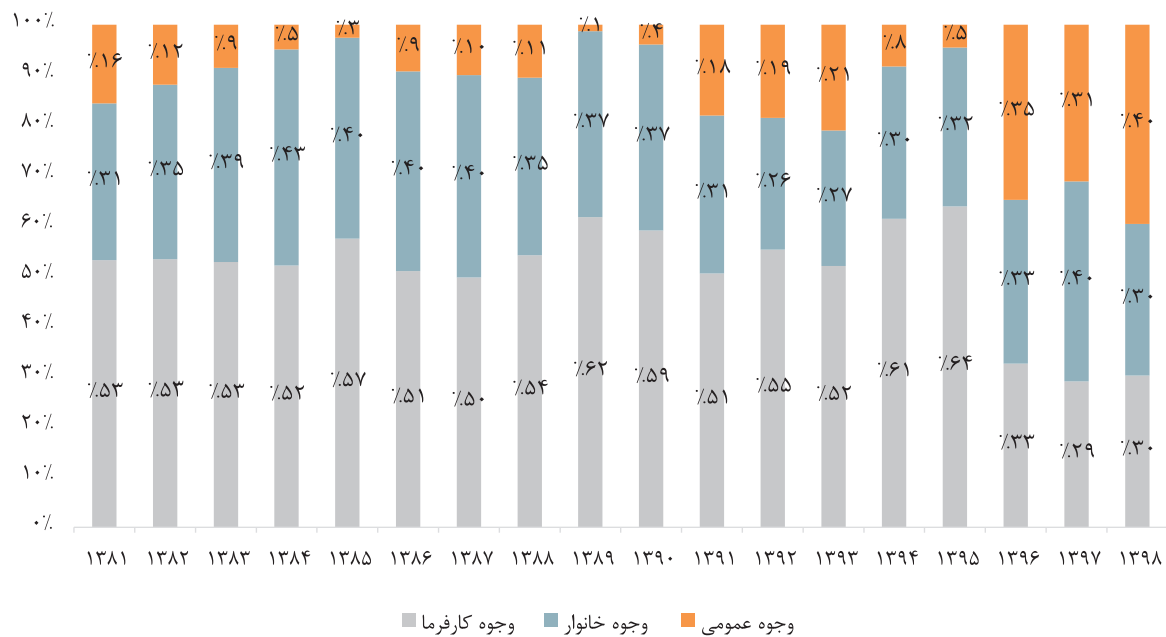
نمودار ۴-۲ سهم هریک از منابع تأمین کننده هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان یکی از عاملین تأمین مالی را نشان می‌دهد. بر اساس نمودار مذکور، قسمت عمده این هزینه‌ها از وجوه عمومی (درآمد دولت مرکزی، شهرداری و غیره) تأمین می‌گردد. قبل از اجرای طرح تحول (در طی دوره ۱۳۹۲-۱۳۸۰) بطور متوسط ۵۴ درصد از هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران از منابع عمومی تأمین می‌گیرد، در پی اجرای این طرح سهم این منابع به متوسط ۷۷ درصد رسیده است. دومین منبع تأمین هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت ایران، وجوه پرداختی توسط خانوار بعنوان پیش پرداخت حق بیمه می‌باشد، متوسط سهم این منابع قبل و بعد از اجرای طرح تحول به ترتیب ۳۱ و ۱۵ درصد می‌باشد. سایر منابع که از طریق پرداختی کارفرما تأمین می‌گیرد، قبل و بعد از طرح تحول به ترتیب دارای متوسط ۱۴ و ۱۰ درصد بوده است.



نمودار ۴-۴- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان تأمین اجتماعی در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

نمودار ۴-۴ سهم هریک از منابع تأمین کننده هزینه‌های عمومی سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی بعنوان یکی از عاملین تأمین مالی را نشان می‌دهد. همانطور که نمودار نشان می‌دهد، قسمت عمده این هزینه‌ها توسط کارفرما تأمین می‌گیرد، متوسط سهم این منبع قبل و بعد از اجرای طرح تحول به ترتیب برابر ۶۶ و ۶۳ درصد می‌باشد. دومین منبع تأمین هزینه‌های سلامت سازمان تأمین اجتماعی، وجوه پرداختی توسط خانوار به عنوان پیش پرداخت حق بیمه می‌باشد، متوسط سهم این منابع بعد از اجرای طرح تحول کاهش یافته است (از ۲۳ درصد به ۲۲ درصد). وجوه باقی مانده توسط بخش عمومی (درآمد دولت مرکزی، شهرداری و غیره) تأمین می‌گردد، که متوسط سهم آن بعد از اجرای طرح تحول افزایش یافته است (از ۱۱ درصد به ۱۵ درصد).





#### نمودار ۴-۵- منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت نیروهای مسلح در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

نمودار ۴-۵ سهم هریک از منابع تأمین کننده هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت نیروهای مسلح بعنوان یکی از عاملین تأمین مالی را نشان می‌دهد. بر اساس نمودار مذکور، قسمت عمده این هزینه‌ها توسط کارفرما تأمین می‌گیرد، متوسط سهم این منابع در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول به ترتیب برابر ۵۴ و ۴۶ درصد می‌باشد. دومین منبع تأمین هزینه‌های سلامت سازمان بیمه سلامت نیروهای مسلح، وجوه پرداختی توسط خانوار بعنوان پیش پرداخت حق بیمه می‌باشد که متوسط آن در سال‌های قبل و بعد از اجرای طرح تحول به ترتیب برابر ۳۷ و ۳۱ درصد می‌باشد. سایر منابع از طریق پرداختی وجوه عمومی تأمین می‌گردد. سهم این منابع در سال‌های بعد از اجرای طرح به میزان بیش از دو برابر افزایش یافته است (از ۹ درصد به ۲۳ درصد).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر مجموعه وزارت بهداشت به عنوان عاملین تأمین مالی تمامی منابع خود را از درآمد دولت مرکزی تأمین می‌کنند.

## فصل پنجم

# هزینه‌های کل سلامت بر اساس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

## ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

همانطور که در فصل دوم بیان شد، بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی ICHA-HP، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به ۹ گروه اصلی تقسیم می‌شوند که عبارتند از: بیمارستان‌ها (HOSPs)<sup>۱</sup>، مراکز ارائه خدمات پرستاری و تسهیلات نگهداری (NRCF)<sup>۲</sup>، واحدهای ارائه خدمات سرپایی (AHC)<sup>۳</sup>، داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی (Rs&PMG)<sup>۴</sup>، مراکز ارائه و اداره برنامه‌های بهداشت عمومی (PHS)<sup>۵</sup>، واحدهای مدیریت سلامت و بیمه (GHA&I)<sup>۶</sup>، بنگاه‌های غیر دولتی مراقبت بیماران و ارائه‌کنندگان ثانویه خدمات سلامت (RoE)<sup>۷</sup>، مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته به سلامت (IPHRS)<sup>۸</sup> و سایر موارد (RoW)<sup>۹</sup>.

جداول ۵-۱ و ۵-۲ هزینه و سهم هریک از این واحدها را بر اساس میلیارد ریال و درصد در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ نشان می‌دهند.

جدول ۵-۱- هزینه هر یک از فراهم‌کنندگان خدمات سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ (میلیارد ریال)

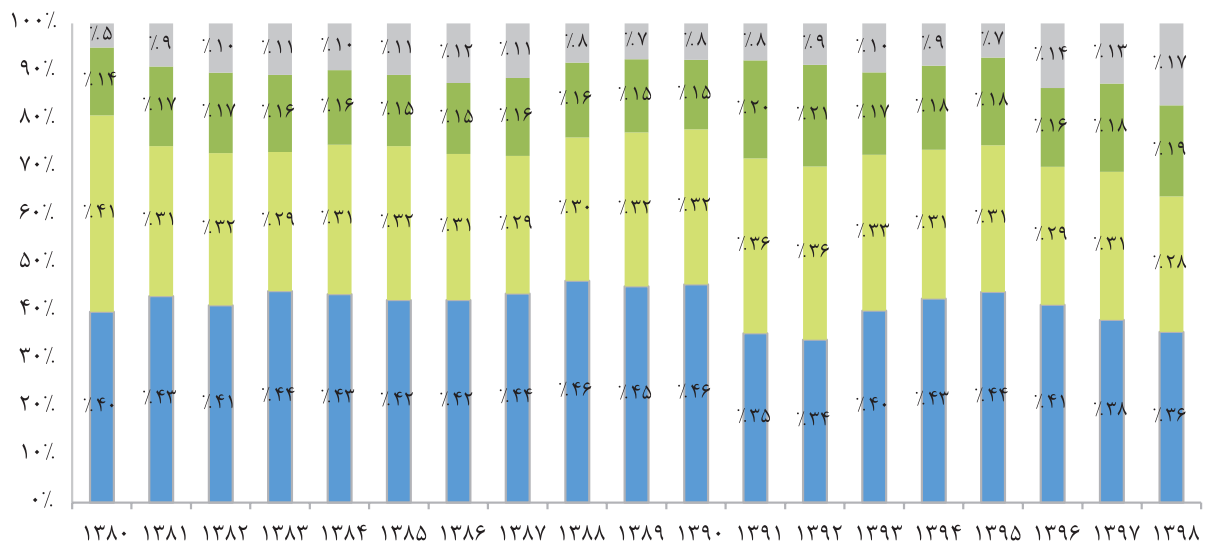
سال/فراهم‌کننده	بیمارستان‌ها	مراکز ارائه خدمات پرستاری و تسهیلات نگهداری	واحدهای ارائه خدمات سرپایی	داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی	مراکز ارائه و اداره برنامه‌های بهداشت عمومی	واحدهای مدیریت سلامت و بیمه	بنگاه‌های غیر دولتی مراقبت بیماران و ارائه‌کنندگان ثانویه خدمات سلامت	مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته به سلامت	سایر موارد
۱۳۸۰	۱۶,۰۴۲	۷۹۷	۱۶,۵۲۱	۵,۷۱۰	۱۱	۹۸۷	۲۷	۲۰۳	۰
۱۳۸۱	۲۱,۶۸۰	۳۸۷	۱۵,۷۵۰	۸,۳۴۰	۹۸	۷۹۸	۱,۹۴۰	۰	۱,۳۱۴
۱۳۸۲	۲۵,۶۱۷	۴۸۹	۱۹,۷۸۰	۱۰,۴۵۰	۹۲	۱,۲۶۵	۲,۶۷۸	۰	۱,۸۵۶
۱۳۸۳	۳۸,۲۱۵	۵۴۷	۲۵,۱۳۴	۱۳,۹۲۱	۱۸۰	۱,۶۲۶	۳,۵۶۸	۰	۳,۳۶۹
۱۳۸۴	۴۸,۶۰۲	۸۰۳	۳۴,۸۵۴	۱۷,۳۹۳	۸۹	۲,۴۴۹	۴,۳۴۴	۲۱	۳,۱۸۹
۱۳۸۵	۵۶,۱۵۵	۱,۳۱۷	۴۲,۶۴۵	۱۹,۷۸۴	۲۷۲	۳,۵۲۵	۵,۴۳۳	۶۳	۳,۶۶۳
۱۳۸۶	۷۱,۵۳۷	۵,۴۱۷	۵۱,۶۴۷	۲۵,۰۳۲	۰	۳,۷۸۴	۷,۱۸۶	۵۰	۴,۶۵۲
۱۳۸۷	۹۲,۹۵۷	۲,۵۵۸	۶۱,۱۳۰	۳۴,۶۶۵	۲	۴,۱۹۵	۹,۱۵۵	۱۰۸	۸,۲۶۰
۱۳۸۸	۱۲۶,۵۵۴	۵۹۳	۸۱,۵۹۱	۴۲,۷۸۳	۳۹	۳,۷۳۶	۱۳,۸۲۳	۳۹۱	۳,۷۲۴
۱۳۸۹	۱۵۵,۳۳۳	۸۸۲	۱۱۰,۵۰۱	۵۲,۵۶۱	۴۴	۳,۷۴۶	۱۶,۷۱۴	۲۳۳	۴,۱۱۷
۱۳۹۰	۱۹۶,۵۲۸	۱,۱۴۷	۱۳۹,۷۰۹	۶۲,۷۸۲	۵۱	۴,۶۷۹	۲۱,۵۵۸	۴۱۰	۴,۸۴۶
۱۳۹۱	۱۷۱,۴۴۸	۹۳۹	۱۷۷,۰۰۲	۹۹,۳۰۵	۴۷	۱۰,۱۱۱	۲۶,۰۵۳	۳۵۸	۲
۱۳۹۲	۲۱۱,۳۰۳	۱,۰۱۷	۲۲۴,۷۹۸	۱۳۱,۹۵۵	۸۱	۱۰,۰۴۱	۴۱,۸۹۴	۵۳۴	۱
۱۳۹۳	۳۴۶,۱۴۳	۸,۴۰۰	۲۸۱,۴۷۵	۱۴۸,۵۱۷	۱۹,۷۶۶	۱۷,۰۱۰	۳۹,۷۲۵	۳۹۲	۳,۱۷۶
۱۳۹۴	۴۴۱,۳۶۳	۳,۳۶۲	۳۲۲,۲۷۳	۱۸۱,۶۹۵	۲۲,۳۶۴	۲۰,۳۹۶	۴۱,۲۳۸	۸۱۲	۳,۳۴۳
۱۳۹۵	۵۰۶,۶۷۸	۸,۲۶۵	۳۵۲,۴۴۳	۲۱۰,۸۸۸	۳,۴۳۷	۲۹,۳۹۳	۳۵,۶۰۵	۱,۱۶۸	۴,۵۷۸
۱۳۹۶	۵۶۶,۳۳۵	۹,۵۴۰	۳۹۵,۰۶۱	۲۲۵,۴۵۸	۳۹۳۴	۴۴۲۵۰	۳۹۹۴۵	۸۵۱۲۷	۲۵۱۴
۱۳۹۷	۵۸۹,۳۰۱	۸۷۴۰	۴۷۶,۷۶۳	۲۸۴,۷۱۳	۳۹۴۴	۴۱۸۲۰	۴۴۲۱۳	۹۳۶۶۰	۱۰۲۴
۱۳۹۸	۶۸۴,۹۶۷	۱۰,۱۶۷	۵۴۲,۵۲۶	۳۶۵,۳۴۱	۱۰,۱۳۹	۵۹۴۲۰	۱۱۶۲۱۷	۱۳۲۲۵۸	۴۷۴

1. Hospitals
2. Nursing and residential care facilities
3. Providers of ambulatory health care
4. Retail sale and other providers of medical
5. Provision and administration of public health programs
6. General health administration and insurance
7. Other industries /Rest of the economy
8. Institutions Providing Health-Related Services
9. Rest of the world

جدول ۵-۲- سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ (درصد)

سال/فراهم کننده	بیمارستان‌ها	مراکز ارائه خدمات پرستاری و تسهیلات نگهداری	واحدهای ارائه خدمات سرپایی	داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی	مراکز ارائه و اداره برنامه‌های بهداشت عمومی	واحدهای مدیریت سلامت و بیمه	بنگاه‌های غیر دولتی مراقبت بیماران و ارائه‌کنندگان ثانویه خدمات سلامت	مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته به سلامت	سایر موارد
۱۳۸۰	۴۰	۲	۴۱	۱۴	۰	۲	۰	۱	۰
۱۳۸۱	۴۳	۱	۳۱	۱۷	۰	۲	۴	۰	۳
۱۳۸۲	۴۱	۱	۳۲	۱۷	۰	۲	۴	۰	۳
۱۳۸۳	۴۴	۱	۲۹	۱۶	۰	۲	۴	۰	۴
۱۳۸۴	۴۳	۱	۳۱	۱۶	۰	۲	۴	۰	۳
۱۳۸۵	۴۲	۱	۳۲	۱۵	۰	۳	۴	۰	۳
۱۳۸۶	۴۲	۳	۳۱	۱۵	۰	۲	۴	۰	۳
۱۳۸۷	۴۴	۱	۲۹	۱۶	۰	۲	۴	۰	۴
۱۳۸۸	۴۶	۰	۳۰	۱۶	۰	۱	۵	۰	۱
۱۳۸۹	۴۵	۰	۳۲	۱۵	۰	۱	۵	۰	۱
۱۳۹۰	۴۶	۰	۳۲	۱۵	۰	۱	۵	۰	۱
۱۳۹۱	۳۵	۰	۳۶	۲۰	۰	۲	۵	۰	۰
۱۳۹۲	۳۴	۰	۳۶	۲۱	۰	۲	۷	۰	۰
۱۳۹۳	۴۰	۱	۳۳	۱۷	۲	۲	۵	۰	۰
۱۳۹۴	۴۳	۰	۳۱	۱۸	۲	۲	۴	۰	۰
۱۳۹۵	۴۴	۱	۳۱	۱۸	۰	۳	۳	۰	۰
۱۳۹۶	۴۱	۱	۲۹	۱۶	۰	۳	۳	۶	۰
۱۳۹۷	۳۸	۱	۳۱	۱۸	۰	۳	۳	۶	۰
۱۳۹۸	۳۶	۱	۲۸	۱۹	۱	۳	۶	۷	۰

سایر ■ داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی ■ واحدهای ارائه خدمات سرپایی ■ بیمارستان‌ها ■



نمودار ۵-۱- سهم هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

نمودار ۵-۱ سهم هزینه هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از هزینه کل سلامت را در قالب سه گروه عمده (بیمارستان‌ها، واحدهای ارائه خدمات سرپایی و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی) و یک گروه سایر در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ نشان می‌دهد. گروه سایر عبارتند از: مراکز ارائه خدمات پرستاری و تسهیلات نگهداری، مراکز ارائه و اداره برنامه‌های بهداشت عمومی، واحدهای مدیریت سلامت و بیمه، بنگاه‌های غیر دولتی مراقبت بیماران و ارائه‌کنندگان ثانویه خدمات سلامت، مراکز آموزشی و پژوهشی وابسته به سلامت و غیره.

همانطور که این نمودار نشان می‌دهد، بیمارستان‌ها با سهم متوسط حدود ۴۱ درصد در طی این دوره بالاترین سهم هزینه‌های کل سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. واحدهای ارائه خدمات سرپایی با متوسط سهم ۳۲ درصد در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ دومین سهم را به خود اختصاص می‌دهد. داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی با حدود ۱۷ درصد از سهم هزینه‌های کل سلامت، در جایگاه سوم قرار دارند. سایر ارائه‌کنندگان هم بطور متوسط ۱۰ درصد از هزینه‌های کل سلامت را تشکیل می‌دهند. در طی سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ سهم هزینه بیمارستانها کاهش (از متوسط ۴۳/۳ درصد در طی سال‌های قبل به ۳۴/۷ درصد) و سهم هزینه واحدهای ارائه خدمات سرپایی (از متوسط ۳۱/۸ درصد در طی سال‌های قبل به ۳۶/۳ درصد) و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی (از متوسط ۱۵/۵ درصد در طی سال‌های قبل به ۲۱ درصد) افزایش یافته است. مهمترین دلایل افزایش ناگهانی هزینه داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی در طی سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲، گران شدن ارز، افزایش تورم، شرایط تحریم و قاچاق داروها و تجهیزات، انحصاری بودن خرید دارو و تجهیزات، چند قیمتی بودن دارو و تجهیزات، منطقی نبودن تجویز و مصرف داروها و تجهیزات پزشکی و عدم تخصیص ارز به بخش دارو می‌باشد. از اقداماتی که در پی اجرای طرح تحول باعث کاهش این هزینه‌ها شد عبارتند از: تهیه فهرست قیمتی برای دارو و تجهیزات پزشکی، تأمین منابع برای مابه‌التفاوت ارز، واردات موازی دارو و تجهیزات، درجه‌بندی تجهیزات از نظر کیفیت و اجرای سازو کار کشف قیمت در قالب مداخلاتی از قبیل رفع بحران کمبود دارو و تجهیزات پزشکی، کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی و حمایت از داروهای تولید داخل.

## فصل ششم

# هزینه‌های کل سلامت بر اساس کارکردهای خدمات سلامت

## کارکردهای هزینه کل سلامت

همانطور که در فصل سوم بیان شد، بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های سلامت (ICHA-HC)، مراقبت‌های ارائه شده در بخش سلامت، در سطح فردی و جامعه به ۹ گروه تقسیم می‌شوند که عبارتند از: خدمات درمانی (SoCC)<sup>۱</sup>، خدمات توانبخشی (SoRC)<sup>۲</sup>، خدمات پرستاری بلندمدت (SoLNC)<sup>۳</sup>، خدمات جانبی مراقبت سلامت (AStHC)<sup>۴</sup> و انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی (MGDO)<sup>۵</sup>، خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی (PPHS)<sup>۶</sup> و خدمات مدیریت سلامت و بیمه (HAHI)<sup>۷</sup>، تشکیل سرمایه موسسات فراهم کننده خدمات سلامت (CFoHCI)<sup>۸</sup> و سایر هزینه‌ها (OE)<sup>۹</sup>.

جداول ۱-۶ و ۲-۶ هزینه و سهم هر یک از گروه‌های فوق را در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ به قیمت جاری (میلیارد ریال) و درصد نشان می‌دهد. همانطور که جداول نشان می‌دهد بالاترین سهم هزینه‌های سلامت مربوط به خدمات درمانی، انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی و خدمات جانبی مراقبت سلامت می‌باشد.

جدول ۱-۶- هزینه هر یک از کارکردهای هزینه کل سلامت (میلیارد ریال) در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

سال/کارکرد (میلیارد ریال)	خدمات درمانی	خدمات توانبخشی	خدمات پرستاری بلندمدت	خدمات جانبی مراقبت سلامت	انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی	خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی	خدمات مدیریت سلامت و بیمه	تشکیل سرمایه موسسات فراهم کننده خدمات سلامت	سایر هزینه‌ها
۱۳۸۰	۲۴,۲۰۲	۳۲۶	۶۹۳	۴,۳۷۳	۶,۷۲۵	۹۴۲	۱,۴۸۹	۱,۵۴۷	۰
۱۳۸۱	۳۱,۷۳۴	۸۸۳	۳۷۱	۳,۸۷۲	۸,۴۲۴	۱,۹۹۲	۶۴۸	۱,۱۵۰	۱,۲۳۱
۱۳۸۲	۳۷,۸۸۲	۱,۰۶۱	۴۸۵	۵,۳۵۸	۱۰,۶۰۶	۲,۶۶۰	۱,۰۷۰	۱,۳۷۲	۱,۷۳۲
۱۳۸۳	۵۴,۵۲۷	۱,۳۴۵	۵۰۷	۶,۱۸۳	۱۴,۵۸۶	۳,۷۲۹	۱,۴۱۵	۱,۹۷۸	۲,۲۸۸
۱۳۸۴	۷۰,۹۷۹	۲,۰۷۳	۷۱۷	۸,۰۵۹	۱۸,۰۱۴	۴,۴۹۰	۲,۱۷۸	۲,۴۰۵	۲,۸۲۹
۱۳۸۵	۸۲,۰۱۸	۲,۳۶۸	۱,۳۰۲	۱۰,۰۹۰	۲۱,۵۰۴	۵,۳۹۳	۳,۲۶۵	۳,۵۷۶	۳,۳۴۴
۱۳۸۶	۱۰۲,۲۷۹	۵,۵۱۴	۵,۲۸۲	۱۰,۹۸۲	۲۶,۹۷۸	۶,۶۹۱	۲,۲۸۸	۴,۸۵۴	۴,۴۳۹
۱۳۸۷	۱۲۷,۸۱۲	۴,۵۰۷	۲,۳۹۷	۱۴,۰۴۴	۳۷,۳۰۸	۸,۶۷۶	۳,۷۲۸	۷,۳۶۶	۷,۱۹۱
۱۳۸۸	۱۷۳,۵۶۴	۴,۲۶۵	۸۶۱	۲۰,۴۷۰	۴۷,۳۹۴	۱۳,۹۵۳	۲,۹۵۳	۶,۰۵۳	۳,۷۲۱
۱۳۸۹	۲۲۲,۹۴۱	۵,۲۴۲	۱,۲۵۲	۲۶,۴۴۶	۵۶,۹۹۷	۱۶,۹۷۵	۳,۱۱۷	۷,۰۴۳	۴,۱۱۷
۱۳۹۰	۲۸۰,۵۴۰	۵,۷۳۴	۱,۵۵۶	۳۳,۸۰۳	۶۸,۷۱۸	۲۱,۷۷۰	۳,۵۴۵	۱۱,۲۰۰	۴,۸۴۳
۱۳۹۱	۲۸۰,۳۱۵	۵,۷۱۷	۱,۳۵۰	۵۴,۷۷۹	۱۰۳,۵۰۱	۲۶,۴۵۱	۶,۶۸۸	۶,۴۶۴	۲

1. Services of Curative Care
2. Services of Rehabilitative Care
3. Services of Long-term Nursing Care
4. Ancillary Services to Health Care
5. Medical Goods Dispensed to Out-patients
6. Prevention and Public Health Services
7. Health Administration and Health Insurance
8. Capital Formation of Health Care Provider Institutions
9. Other Expenditure that are not specified by function type

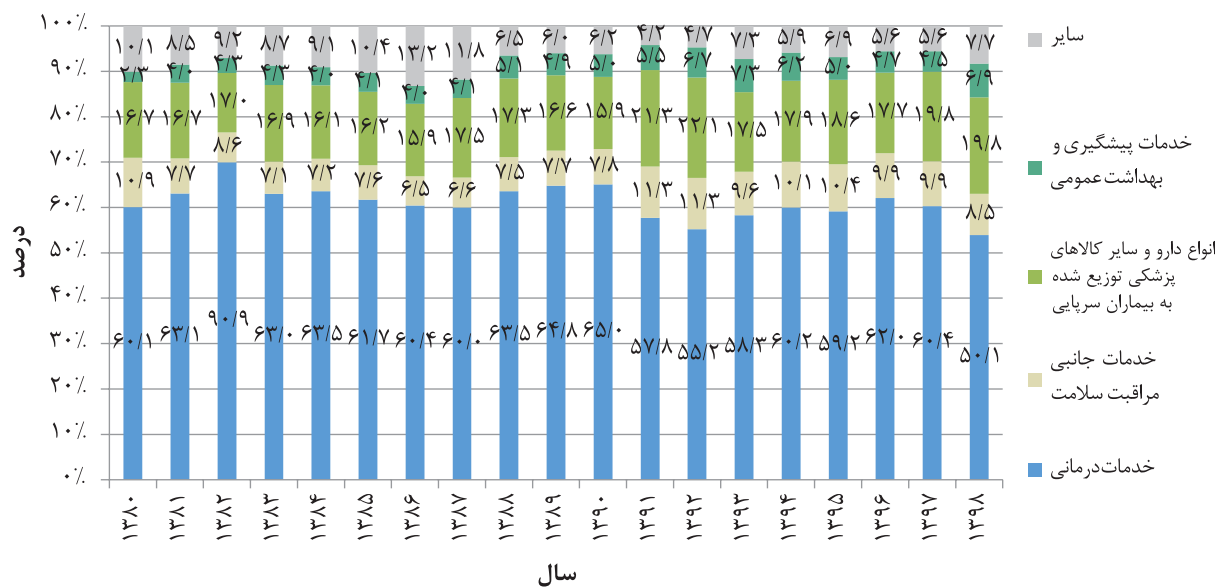
سال/کارکرد (میلیارد ریال)	خدمات درمانی	خدمات توانبخشی	خدمات پرستاری بلندمدت	خدمات جانبی مراقبت سلامت	انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی	خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی	خدمات مدیریت سلامت و بیمه	تشکیل سرمایه مؤسسات فراهم کننده‌ی خدمات سلامت	سایر هزینه‌ها
۱۳۹۲	۳۴۳,۰۹۰	۸,۲۵۷	۱,۴۸۸	۶۹,۹۷۰	۱۳۷,۲۲۰	۴۱,۹۳۶	۸,۲۴۴	۱۱,۴۱۷	۱
۱۳۹۳	۵۰۳,۸۷۹	۴,۷۳۶	۹,۰۴۰	۸۳,۰۲۷	۱۵۱,۵۷۳	۶۳,۰۰۱	۱۵,۱۲۰	۲۹,۳۹۷	۴,۸۳۱
۱۳۹۴	۶۲۳,۹۰۵	۶,۳۸۹	۵,۷۷۸	۱۰۴,۸۶۶	۱۸۵,۲۴۴	۶۴,۷۲۸	۱۸,۰۲۳	۲۲,۲۵۹	۵,۶۵۴
۱۳۹۵	۶۸۲,۳۵۵	۴,۶۱۸	۹,۶۵۶	۱۱۹,۸۷۵	۲۱۴,۱۸۹	۵۷,۰۷۵	۲۹,۱۶۱	۲۸,۱۵۱	۷,۳۷۴
۱۳۹۶	۸۰۹,۲۲۳	۴,۸۳۴	۸,۳۱۵	۱۲۹,۱۶۳	۲۳۱,۰۳۸	۶۱,۵۹۹	۴۳,۵۲۹	۱۳,۶۲۷	۳,۸۰۹
۱۳۹۷	۸۸۲,۸۷۱	۲,۷۷۴	۹,۴۴۸	۱۴۴,۸۴۱	۲۸۸,۶۷۳	۶۵,۱۵۸	۴۰,۱۵۵	۲۶,۵۵۲	۱,۱۸۶
۱۳۹۸	۹۶۱,۸۳۱	۳,۷۵۶	۹,۹۷۱	۱۶۲,۸۱۵	۳۷۹,۳۲۸	۱۳۲,۲۱۹	۵۵,۳۳۶	۷۸,۱۲۵	۶,۸۸۱

جدول ۶-۲- سهم هریک از کارکردهای هزینه کل سلامت (درصد) در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰

سال/کارکرد به هزینه کل سلامت	خدمات درمانی	خدمات توانبخشی	خدمات پرستاری بلندمدت	خدمات جانبی مراقبت سلامت	انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی	خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی	خدمات مدیریت سلامت و بیمه	تشکیل سرمایه مؤسسات فراهم کننده‌ی خدمات سلامت	سایر هزینه‌ها
۱۳۸۰	۶۰/۱	۰/۸	۱/۷	۱۰/۹	۱۶/۷	۲/۳	۳/۷	۳/۸	۰
۱۳۸۱	۶۳/۱	۱/۸	۰/۷	۷/۷	۱۶/۷	۴	۱/۳	۲/۳	۲/۴
۱۳۸۲	۶۰/۹	۱/۷	۰/۸	۸/۶	۱۷	۴/۳	۱/۷	۲/۲	۲/۸
۱۳۸۳	۶۳	۱/۶	۰/۶	۷/۱	۱۶/۹	۴/۳	۱/۶	۲/۳	۲/۶
۱۳۸۴	۶۳/۵	۱/۹	۰/۶	۷/۲	۱۶/۱	۴	۱/۹	۲/۲	۲/۵
۱۳۸۵	۶۱/۷	۱/۸	۱	۷/۶	۱۶/۲	۴/۱	۲/۵	۲/۷	۲/۵
۱۳۸۶	۶۰/۴	۳/۳	۳/۱	۶/۵	۱۵/۹	۴	۱/۴	۲/۹	۲/۶
۱۳۸۷	۶۰	۲/۱	۱/۱	۶/۶	۱۷/۵	۴/۱	۱/۸	۳/۵	۳/۴
۱۳۸۸	۶۳/۵	۱/۶	۰/۳	۷/۵	۱۷/۳	۵/۱	۱/۱	۲/۲	۱/۴
۱۳۸۹	۶۴/۸	۱/۵	۰/۴	۷/۷	۱۶/۶	۴/۹	۰/۹	۲	۱/۲
۱۳۹۰	۶۵	۱/۳	۰/۴	۷/۸	۱۵/۹	۵	۰/۸	۲/۶	۱/۱
۱۳۹۱	۵۷/۸	۱/۲	۰/۳	۱۱/۳	۲۱/۳	۵/۵	۱/۴	۱/۳	۰
۱۳۹۲	۵۵/۲	۱/۳	۰/۲	۱۱/۳	۲۲/۱	۶/۷	۱/۳	۱/۸	۰
۱۳۹۳	۵۸/۳	۰/۵	۱	۹/۶	۱۷/۵	۷/۳	۱/۷	۳/۴	۰/۶
۱۳۹۴	۶۰/۲	۰/۶	۰/۶	۱۰/۱	۱۷/۹	۶/۲	۱/۷	۲/۱	۰/۵
۱۳۹۵	۵۹/۲	۰/۴	۰/۸	۱۰/۴	۱۸/۶	۵	۲/۵	۲/۴	۰/۶
۱۳۹۶	۶۲	۰/۴	۰/۶	۹/۹	۱۷/۵۴	۴/۷	۳/۳	۱	۰/۳
۱۳۹۷	۶۰/۴	۰/۲	۰/۷	۹/۹	۱۹/۷۴	۴/۵	۲/۸	۱/۸	۰/۱
۱۳۹۸	۵۰/۱۱	۰/۲	۰/۵۲	۸/۴۸	۲۱/۲۶	۶/۸۹	۲/۸۸	۴/۰۷	۰/۰۴



نمودار ۶-۱ سهم هر یک از کارکردهای عمده هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ را نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار به طور متوسط ۶۰/۷ درصد از هزینه‌های کل سلامت مربوط به خدمات درمانی می‌باشد، سهم این هزینه‌ها در طی سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ کاهش یافته است. کاهش این شاخص می‌تواند به دلایلی از قبیل تحریم‌ها، افزایش نرخ تورم و افزایش نرخ ارز و اثر آن بر بازار دارو و تجهیزات دارد. در طی این دوره هزینه دارو و تجهیزات افزایش یافت و افزایش سهم این هزینه‌ها، منجر به کاهش سهم خدمات درمانی از کل هزینه‌های سلامت گردید. اجرای طرح تحول سلامت در سال ۹۳ توانست شرایط سخت سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ در بخش سلامت را تعدیل نماید و زمینه بهبود دسترسی و ارتقای اولویت خدمات درمانی در سبد خانوار را فراهم کند؛ از جمله مهمترین اقدامات برای رفع مشکلات ایجاد شده در این سال‌ها عبارتند از: افزایش پوشش بیمه‌ای، کاهش فرانشیز بستری و سرپایی، واقعی کردن تعرفه‌ها، افزایش منابع انسانی بیمارستان‌ها، راه‌اندازی واحدهای درمانی، افزایش کیفیت ارائه خدمات در سطوح دو و سه، رایگان‌شدن زایمان طبیعی، ایجاد شرایط مناسب درمان برای بیماران صعب‌العلاج از طریق تعدیل پرداخت مستقیم خانوار در هنگام دریافت خدمت. متوسط سهم هزینه‌ی خدمات درمانی از هزینه‌ها کل سلامت، در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۵۹/۲ درصد رسید که نسبت به متوسط آن در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به میزان ۲/۷ درصد افزایش یافته است. این افزایش تا سال ۱۳۹۶ تداوم داشت، اما در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ نسبت به سال قبل کاهش یافته است؛ که از جمله دلایل آن میتوان به چالش‌های قانونی، مالی، نیروی انسانی و مدیریتی طرح تحول سلامت اشاره نمود، بعلاوه اینکه آبان ۱۳۹۷ شروع مجدد تحریم‌های یک جانبه دولت آمریکا علیه ایران بود. می‌توان گفت مهم‌ترین اشکال و چالش طرح تحول سلامت ناپایداری منابع آن بوده است.



نمودار ۶-۱- سهم هر یک از کارکردهای هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

بطور متوسط در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸، سهم انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی ۱۷/۶۵ درصد از کل هزینه‌های سلامت را بخود اختصاص داده است. متوسط سهم این شاخص طی دوره ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ برابر ۱۶/۶ درصد بوده، در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ۲۱/۷ درصد رسیده و سپس در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳ و ۱۳۹۴) به ۱۸ درصد کاهش یافته است و تا سال ۱۳۹۸ به ۱۹/۷۶ درصد رسید. نکته حائز اهمیت در مورد شاخص سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی از هزینه کل سلامت، افزایش آن در دوره ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ است. بررسی شرایط اقتصادی کشور و متعاقباً بخش سلامت نشان می‌دهد که در این دوره، گران شدن ارز، افزایش تورم، شرایط تحریم و قاچاق داروها و تجهیزات پزشکی، انحصاری بودن خرید دارو و تجهیزات، چند قیمتی بودن دارو و تجهیزات، منطقی نبودن تجویز

و مصرف داروها و تجهیزات پزشکی و عدم تخصیص ارز به بخش دارو از مهم‌ترین اتفاقاتی است که باعث رشد غیرمنطقی این شاخص شده است. از مهم‌ترین اقداماتی که در پی اجرای طرح تحول سلامت منجر به کاهش این شاخص گردید عبارتند از: تهیه فهرست قیمتی برای دارو و تجهیزات، تأمین منابع برای مابه‌التفاوت ارز، واردات موازی دارو و تجهیزات، درجه‌بندی تجهیزات از نظر کیفیت و اجرای سازوکارهای کشف قیمت در قالب مداخلاتی از قبیل رفع بحران کمبود دارو و تجهیزات پزشکی، کنترل قیمت دارو و تجهیزات پزشکی و حمایت از داروهای تولید داخل. این شاخص از سال ۱۳۹۵ مجدداً افزایش پیدا کرد که دلایل مربوط به رشد سال‌های قبل در این سالها نیز مجدداً ظاهر شدند.

سهم هزینه خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری از هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ بطور متوسط ۴/۸ درصد بوده است. مقدار متوسط این شاخص در سال‌های قبل از طرح تحول سلامت، ۴/۵ درصد بوده و در پی اجرای این طرح به متوسط ۵/۵ درصد در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۳ رسیده است، بنابراین اجرای طرح تحول منجر به افزایش سهم بهداشت عمومی و پیشگیری شده است اگرچه که در سالهای ۹۶ و ۹۷ مجدداً شاهد کاهش سهم این شاخص در هزینه کل سلامت می‌باشیم اما مجدداً در سال ۹۸ شاهد افزایش آن بودیم. از جمله مهم‌ترین مداخلاتی که منجر به افزایش این شاخص گردید عبارتند از: بازنگری و گسترش ساختار ارائه خدمات سطح اول در شهر و روستا، طراحی و اجرای خدمات نوین سلامت (سلامت روان و بیماری‌های غیرواگیر)، بازنگری برنامه‌های قبلی (باروری، بلاپا و ...)، اصلاح و استمرار برنامه پزشکی خانواده مناطق شهری در دو استان فارس و مازندران، ارتقای مشارکت جامعه در سلامت، تقویت و نهادینه‌سازی همکاری بین‌بخشی و ارتقای سلامت محیط و حرفه‌ای. از جمله دلایل کاهش سهم این شاخص در سال‌های ۹۶ و ۹۷ می‌توان به چالش‌های قانونی و تأمین مالی طرح تحول سلامت در سالهای بعد از اجرا اشاره کرد.

سهم خدمات جانبی مراقبت سلامت از هزینه‌های کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ بطور متوسط ۸/۷۶ درصد بوده است. متوسط سهم این شاخص طی دوره ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ برابر ۷/۷ درصد بوده، در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ۱۱/۳ درصد رسیده و سپس در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت (۱۳۹۳-۱۳۹۷) به زیر ۱۰ درصد کاهش یافته است.

به طور کلی می‌توان گفت که در پی اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه‌های خدمات درمانی و همچنین هزینه خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری از هزینه‌های کل سلامت افزایش و سهم هزینه انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی و خدمات جانبی مراقبت سلامت از هزینه‌های کل سلامت کاهش یافت که این امر در راستای ارتقای کارایی تخصیصی بخش سلامت بوده است.

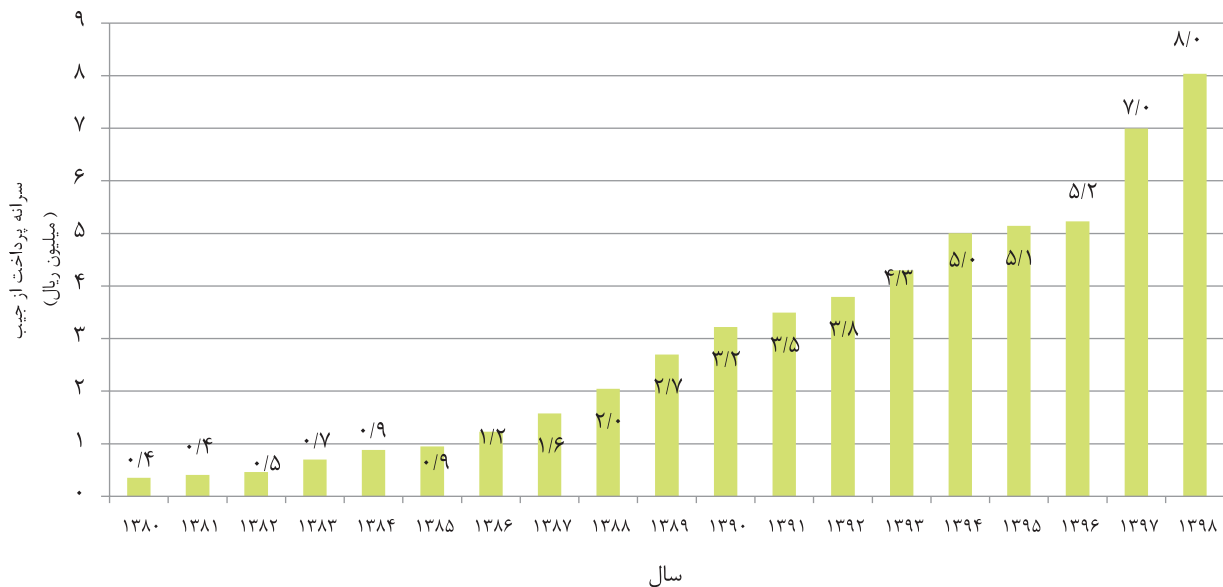
فصل هفتم

پرداختی از جیب خانوار

## پرداختی از جیب

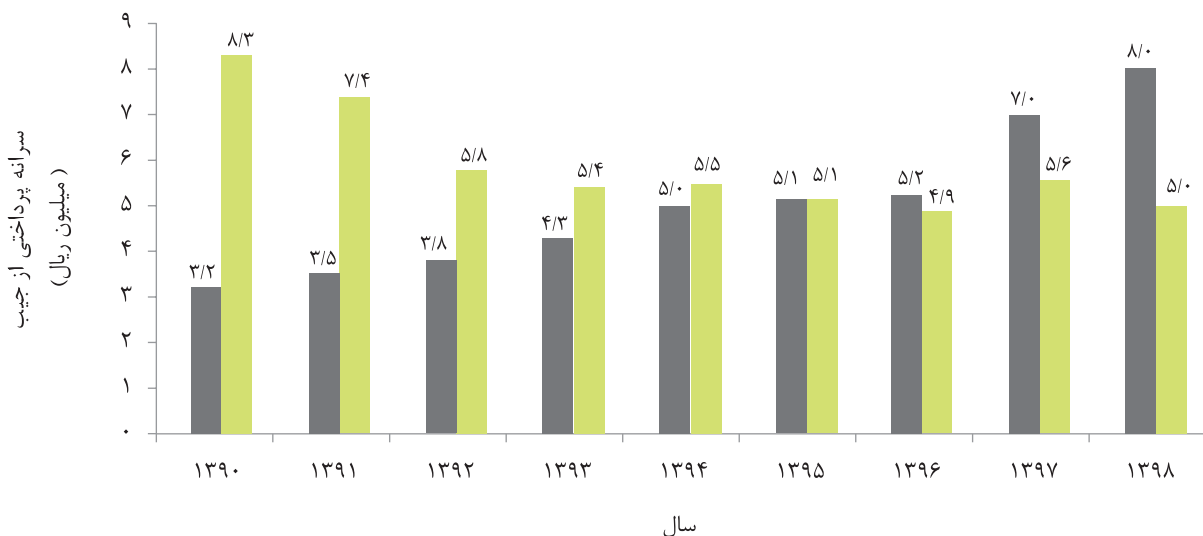
پرداختی از جیب عبارتند است از هزینه‌هایی که به‌طور مستقیم توسط مردم به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت پرداخت می‌شود، پیش‌پرداخت بیمه سلامت بخشی از این هزینه‌ها بحساب نمی‌آید. نمودار ۱-۷ سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ به قیمت جاری (ریال) را نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار سرانه پرداختی از جیب در طی ۱۸ سال از ۳۵۱۵۹۴ ریال ۸۰۳۶۴۵۰۶ ریال رسیده و به بیان دیگر حدود ۱۵ برابر شده است.

■ سرانه پرداخت از جیب به قیمت جاری



نمودار ۱-۷- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸ به قیمت جاری

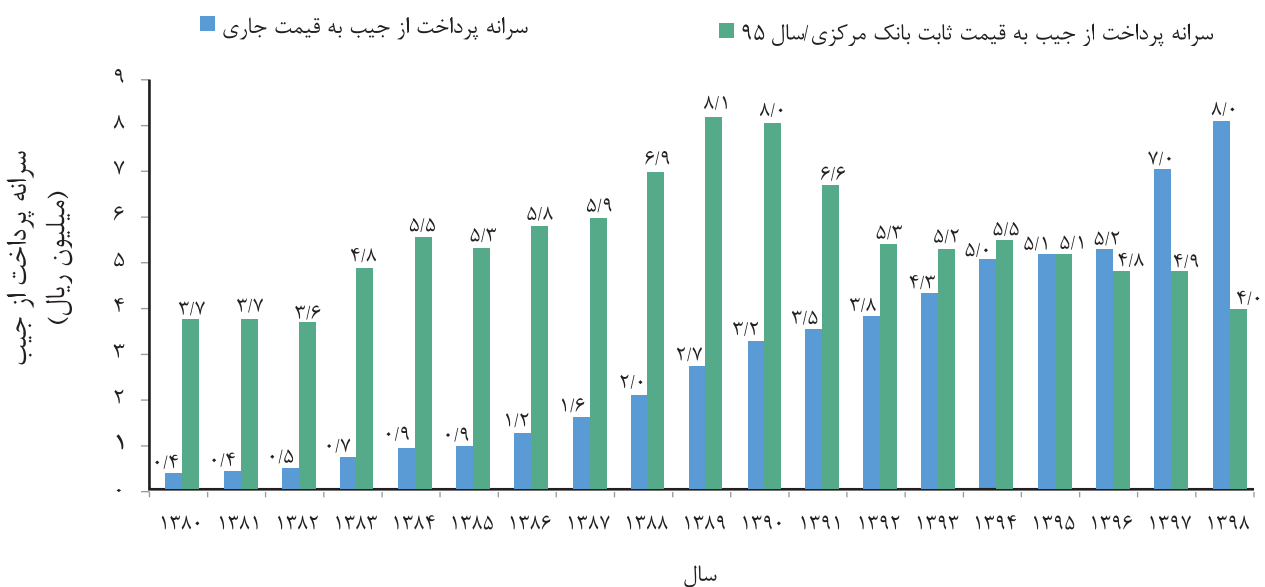
■ سرانه پرداخت از جیب به قیمت ثابت مرکز آمار سال ۹۵ ■ سرانه پرداخت از جیب به قیمت جاری



نمودار ۲-۷- الف- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۰-۱۳۹۸ به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) بر اساس تورم بخش سلامت

۱. ثابت سازی براساس نرخ تورم بخش سلامت (برگرفته از اطلاعات مرکز آمار ایران) و محاسبه شاخص بهای مصرفی آن انجام پذیرفته است.

نمودار ۷-۲- الف- سرانه پرداختی از جیب به قیمت جاری و ثابت (سال پایه = ۱۳۹۵) بر اساس داده‌های مرکز آمار ایران و بر اساس تورم بخش سلامت را در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۹۰ نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار سرانه پرداختی از جیب بصورت جاری روندی افزایشی داشته اما سرانه پرداختی از جیب به قیمت ثابت تا سال ۹۶ به جز سال ۹۴ روندی کاهشی داشته است و در سال ۹۷ افزایش یافته است اما در سال ۹۸ مجدداً کاهش پیدا کرده است. با توجه به این روند می‌توان نتیجه گرفت افزایش پرداختی از جیب خانوار در طی سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۰ ناشی از تغییرات قیمت خدمات سلامت بوده است و علیرغم افزایش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت (مطالعه بهره‌مندی و گزارشات سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) در طی سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۳ سرانه پرداختی از جیب به قیمت ثابت تغییرات چندانی نداشته است. این امر می‌تواند ریشه در اقدامات انجام شده در پی طرح تحول سلامت از قبیل افزایش پوشش بیمه و کاهش فرانشیز مردم برای خدمات بستری داشته باشد اما در سال ۹۷ سرانه پرداختی از جیب به قیمت ثابت، افزایش قابل توجهی داشته است که می‌تواند ناشی از نوسانات قیمت خدمات سلامت پس از اعمال تحریم‌های اقتصادی باشد اما در سال بعد مجدداً شاهد کاهش آن هستیم که ممکن است این موضوع ناشی از اقدامات دولت، یا ناشی از فشارهای اقتصادی باشد.

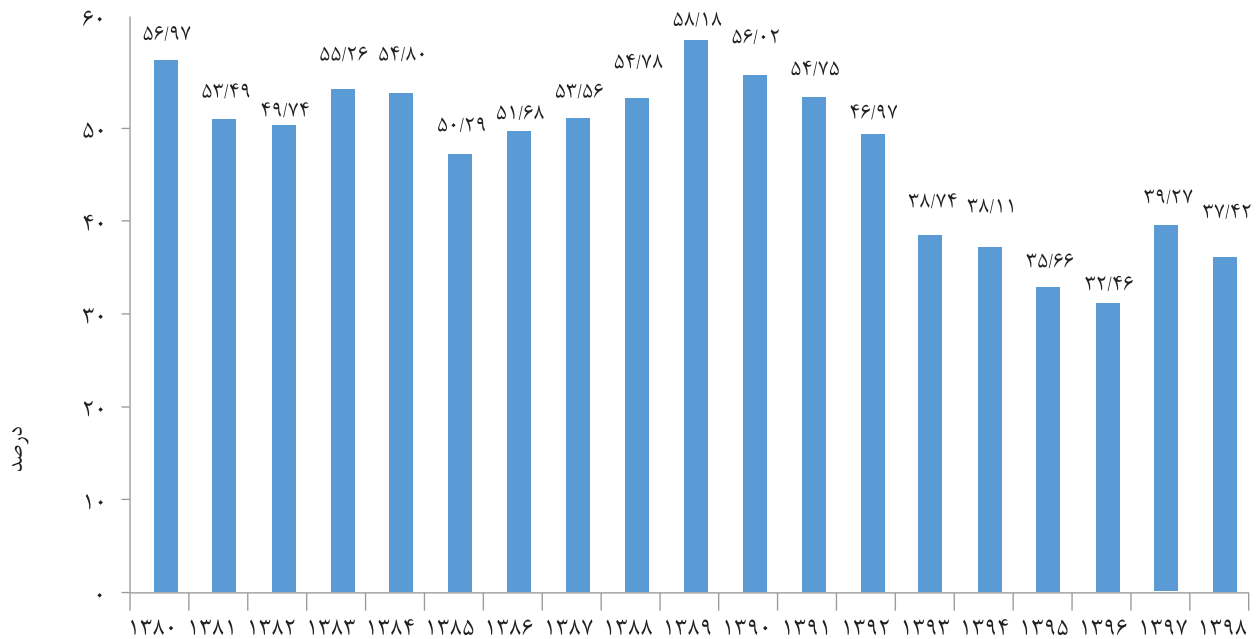


نمودار ۷-۲- ب- سرانه پرداختی از جیب در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ به قیمت جاری و ثابت (سال پایه ۱۳۹۵) بر اساس تورم بخش عمومی

نمودار ۷-۲- ب- سرانه پرداختی از جیب به قیمت جاری و ثابت (سال پایه = ۱۳۹۵) بر اساس داده‌های بانک مرکزی و بر اساس تورم بخش عمومی را در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰ نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار سرانه پرداختی از جیب بصورت جاری روندی افزایشی داشته اما سرانه پرداخت از جیب به قیمت ثابت تا سال ۱۳۸۹ روند افزایشی داشته است اما از آن سال به بعد تقریباً روند کاهشی داشته است هر چند در سال‌های ۹۴ و ۹۷ نسبت به سال‌های قبل از آن روند افزایشی داشته است یعنی می‌توان گفت در سال ۹۴ و ۹۷ تورم عمومی نسبت به سال‌های قبل کمتر بوده است.

۱. ثابت سازی براساس نرخ تورم بخش سلامت (برگرفته از اطلاعات مرکز آمار ایران) و محاسبه شاخص بهای مصرفی آن انجام پذیرفته است.

درصد سهم پرداختی از جیب به هزینه کل سلامت



سال

## نمودار ۷-۳- سهم پرداختی از جیب به هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

نمودار ۷-۳ هزینه پرداختی از جیب به هزینه کل سلامت را نشان می‌دهد، بر اساس این نمودار بالاترین سهم پرداختی از جیب مربوط به سال ۱۳۸۹ بوده و کمترین به سال ۱۳۹۶ مربوط می‌شود. در طی این دوره ۱۸ سال اگرچه شاخص پرداختی از جیب شاهد روندهای کاهشی ۲ ساله (۱۳۸۱-۱۳۸۲ و ۱۳۸۳-۱۳۸۵) بوده اما پایدارترین این روند کاهشی مربوط به سال ۱۳۸۹-۱۳۹۶ می‌باشد، که در طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۲ ریشه در تحریم‌های اقتصادی و در سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۴ ریشه اقدامات صورت‌گرفته در قالب طرح تحول سلامت دارد. اما در سال ۱۳۹۷ این نسبت مجدداً افزایش پیدا کرد که همزمان با اعمال تحریم‌های اقتصادی جدید می‌باشد و در سال ۹۸ مجدداً شاهد کاهش آن هستیم.

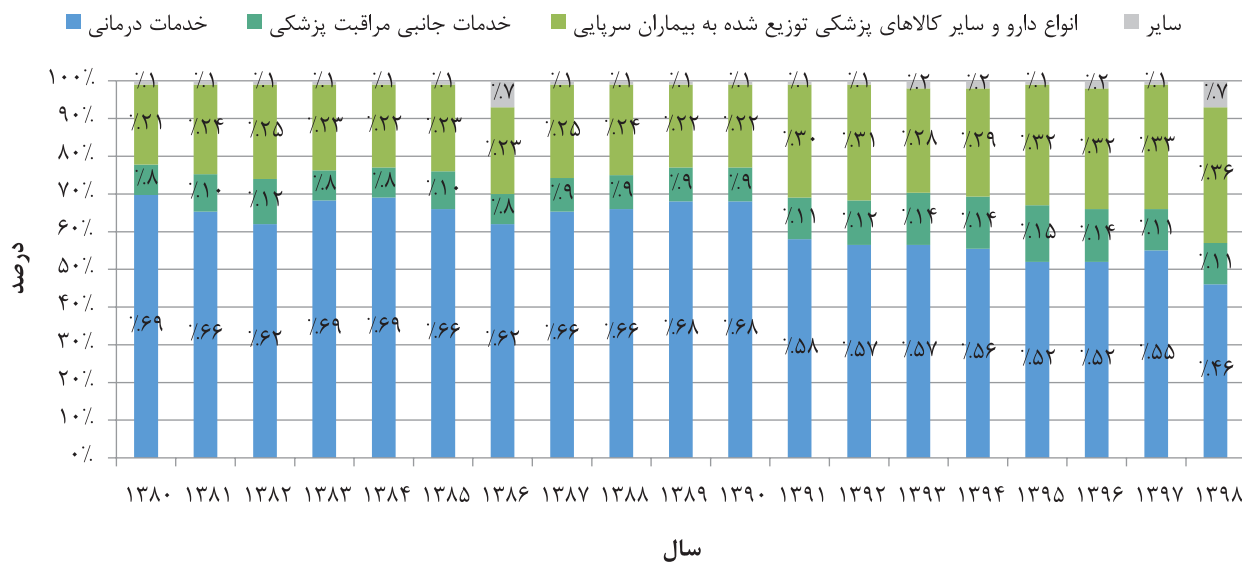
جدول ۷-۱- نرخ رشد پرداختی از جیب خانوار و هزینه کل سلامت در طی دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۸

سال	درصد رشد پرداختی از جیب	درصد رشد هزینه‌های کل سلامت
۱۳۸۱	۱۷/۲	۲۴/۸
۱۳۸۲	۱۵/۰	۲۳/۷
۱۳۸۳	۵۴/۵	۳۹/۱
۱۳۸۴	۲۸/۲	۲۹/۱
۱۳۸۵	۹/۰	۱۸/۹
۱۳۸۶	۳۱/۰	۲۷/۴
۱۳۸۷	۳۰/۴	۲۵/۸
۱۳۸۸	۳۱/۲	۲۸/۳
۱۳۸۹	۳۳/۸	۲۵/۹
۱۳۹۰	۲۰/۸	۲۵/۴
۱۳۹۱	۹/۸	۱۲/۴
۱۳۹۲	۹/۹	۲۸/۱
۱۳۹۳	۱۴/۷	۳۹/۱
۱۳۹۴	۱۸/۰	۱۹/۹
۱۳۹۵	۰/۴	۲/۱۱
۱۳۹۶	۳/۱	۱۳/۲۶
۱۳۹۷	۳۵/۰	۱۱/۹۷
۱۳۹۸	۱۶/۳	۲۲/۰۵
متوسط (۱۳۸۱-۱۳۹۰)	۲۷/۱	۲۶/۹
متوسط (۱۳۹۱-۱۳۹۲)	۹/۹	۲۰/۳
متوسط (۱۳۹۳-۱۳۹۸)	۱۴/۵۸	۳۶/۱۳

جدول ۷-۱ متوسط رشد هزینه‌های کل سلامت و پرداختی از جیب بصورت سالانه (۱۳۸۱-۱۳۹۸) و در طی سه دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۰، ۱۳۹۱-۱۳۹۲ و ۱۳۹۳-۱۳۹۸ نشان می‌دهد. در طی سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۹۰ متوسط رشد هزینه‌های کل سلامت و پرداختی از جیب تقریباً برابر هم بوده است، در طی سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۲ رشد هزینه‌های کل سلامت بدلیل کاهش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت بالاتر از پرداختی از جیب بوده و در سال‌های بعد از اجرای طرح تحول سلامت علیرغم افزایش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت، رشد پرداختی از جیب کمتر از رشد هزینه‌های کل سلامت شده است، به عبارت دیگر سهم پرداختی از جیب مردم با مداخله در بخش سلامت به دولت انتقال یافته و برای مردم حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت ایجاد شده است.

نمودار ۷-۴ سهم پرداختی از جیب در هر یک از خدمات ارائه شده در بخش سلامت را نشان می‌دهد. بر اساس این نمودار بالاترین پرداختی از جیب مربوط به خدمات درمانی می‌باشد که بطور عمده در بیمارستان‌ها ارائه می‌شوند. اگر سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ را به دلیل شرایط تحریم اقتصادی کشور از تحلیل‌ها کنار بگذاریم، سهم پرداختی از جیب خدمات درمانی در سال‌های قبل از تحول سلامت بطور متوسط ۶۶ درصد بوده که با اجرای این طرح به ۵۴ درصد رسیده است (براساس ثابت سازی به قیمت پایه سال ۱۳۹۰)، سهم انواع دارو و سایر کالاهای توزیع شده به بیماران سرپایی از متوسط ۲۳ درصد در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۹۰ به ۳۱ درصد و سهم خدمات جانبی مراقبت سلامت از ۹ درصد در همین سال‌ها به ۱۳/۶ درصد در طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۸ افزایش یافته است. اگر مداخلات طرح تحول را بخواهیم از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تحلیل نماییم، افزایش پرداختی از جیب این دو خدمت را می‌توان به بیمارستان محور

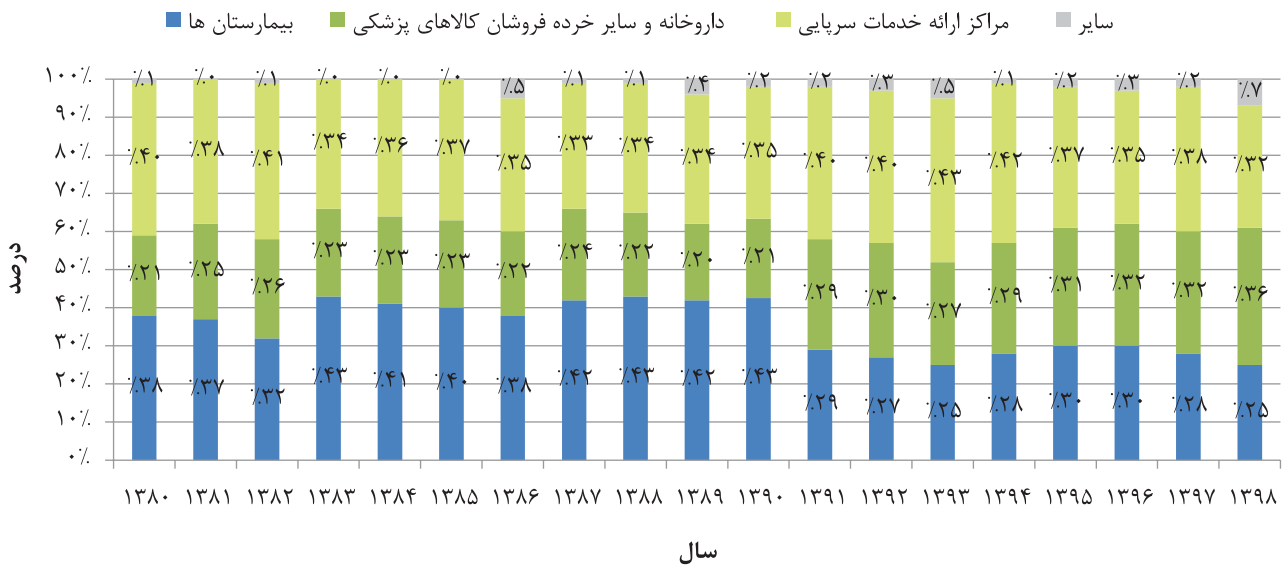
بودن مداخلات سلامت نسبت داد، زیرا با توجه به اینکه خدمات جانبی مراقبت سلامت و انواع دارو و سایر کالاهای توزیع شده به بیماران سرپایی بصورت عمده و به ترتیب توسط واحدهای ارائه خدمات سرپایی و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی ارائه می‌شود که در مداخلات طرح تحول مداخلاتی در زمینه ارائه این خدمات در این واحدها صورت نپذیرفته است.



#### نمودار ۷-۴- سهم پرداختی از جیب در هر یک خدمات ارائه شده در بخش سلامت در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۸

نمودار ۷-۵ سهم هریک از ارائه دهندگان خدمات سلامت از پرداختی از جیب هزینه‌عمومی سلامت را نشان می‌دهد. اگر سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ را بدلیل شرایط خاص شرایط تحریم اقتصادی کشور در آن از تحلیل‌ها کنار بگذاریم، در طی دوره ۱۳۸۰-۱۳۹۰ بطور متوسط بیمارستان‌ها با ۴۰ درصد از سهم پرداختی از جیب هزینه‌های عمومی سلامت بالاترین سهم در میان ارائه دهندگان خدمات سلامت را به خود اختصاص داده است، در همین دوره متوسط سهم مراکز ارائه خدمات سرپایی و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی به ترتیب برابر ۳۶ و ۲۳ درصد بوده است. در طی سال‌های اجرای طرح تحول و اقدامات صورت گرفته در قالب این طرح سهم پرداختی از جیب در بیمارستان‌ها، مراکز ارائه خدمات سرپایی و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی به ترتیب به ۲۸، ۳۹ و ۳۰ درصد رسیده است، بنابراین اقدامات این طرح سهم بیمارستان‌ها از پرداختی از جیب هزینه‌های عمومی سلامت را کاهش داده و به بخش‌های مراکز ارائه خدمات سرپایی و داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی انتقال داده است، که می‌توان گفت ریشه در بیمارستان‌محور بودن طرح تحول دارد.





نمودار ۵-۷- سهم هریک از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از پرداختی از جیب هزینه‌عمومی سلامت در طی دوره ۱۳۹۸-۱۳۸۰

# فصل هشتم

## مقایسه‌های بین‌المللی

## مقایسه‌های بین‌المللی

شاخص‌های هزینه‌های سلامت به کاربران، سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان در مقایسه بین کشورها، نظارت بر پیشرفت به سمت UHC<sup>۱</sup>، ارزیابی تاثیر اصلاحات بخش سلامت و مشاهده و مقایسه روندهای هزینه در طول زمان کمک می‌کند. پایگاه داده‌های هزینه‌های سلامت جهانی (GHED)<sup>۲</sup> سازمان بهداشت جهانی محصولی جهانی و در دسترس عموم است که برآوردها و شاخص‌های هزینه‌های سلامت را برای بیش از ۱۹۰ کشور از سال ۲۰۰۰ به بعد ارائه می‌دهد. در اواخر سال ۲۰۱۷، داده‌ها با استفاده از چارچوب سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۱۱ (SHA2)<sup>۳</sup> گزارش شدند. در حال حاضر طبقه‌بندی جدید، بطور دقیق‌تری اصلاحات صورت گرفته در تامین مالی بخش سلامت کشورهای عضو را نشان می‌دهد و تجزیه و تحلیل دقیق‌تر و مرتبط با سیاست را که قبلا امکان‌پذیر نبود را ممکن ساخته است. داده‌های انتشار شده در این سال، تاکید بر "منابع" (یا منابع مالی) و طرح‌های تامین مالی ترتیباتی که از طریق آن‌ها پرداخت هزینه انجام می‌شود) دارد.

GHED تخمین هزینه سلامت جاری<sup>۴</sup> (CHE) و سرمایه‌گذاری<sup>۵</sup> (HK) برای بیش از ۱۹۰ کشور در بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۶ را شامل می‌شود. جدا سازی مخارج جاری و سرمایه‌ای، مقایسه بین و داخل کشورها را در طول زمان بهبود می‌بخشد، زیرا هزینه‌های سرمایه بی ثبات است و دسترسی به خدمات سلامتی را تامین نمی‌کنند، اما انعطاف‌پذیری آینده بخش سلامت را بهبود می‌بخشد. CHE به تمام کالاها و خدمات مراقبت سلامت که در طول یک سال استفاده و یا مصرف می‌شوند اشاره دارد، در حالی که هزینه‌های سرمایه‌ای (یا به جای آن "تشکیل سرمایه ناخالص") شامل خرید دارایی‌های جدید است که در طی چندین سال بارها و بارها مورد استفاده قرار می‌گیرند. HK سرمایه‌گذاری در ساختمان‌ها، ماشین‌آلات، به همراه IT و ذخیره واکسن برای شرایط اضطراری و یا شیوع بیماری را شامل می‌شود. همراه با انتشار برآوردهای جدید هزینه‌های سلامت، مجموعه‌ای جدید از شاخص‌ها بوجود آمد که به وضوح نشان می‌دهد که چه سهمی از منابع مالی از منبع داخلی و خارجی می‌آید، پرداختی بخش عمومی به سلامت چه میزان است و همچنین پرداختی یارانه دولتی برای سیستم‌های بیمه سلامت چقدر است. این شاخص‌ها به سیاست‌گذاران و سایر ذینفعان در نظارت پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت (UHC)، ارزیابی تاثیر اصلاحات بخش سلامت و مقایسه بین کشورها و روندها در طول زمان، کمک می‌کنند.

دو نوع شاخص اصلی در مقایسه‌های بین‌المللی استفاده می‌شوند: درصد سهم و ارزش سرانه. این شاخص‌ها به ۴ گروه گسترده تقسیم می‌شوند:

● شاخص‌های خلاصه؛

● شاخص‌های منابع پرداختی هزینه‌های سلامت؛

● شاخص‌های توصیف کننده طرح‌های تامین مالی؛

● شاخص‌های متقابل، که انتقال منابع از دولت به بیمه سلامت اجتماعی را توصیف می‌کنند.

برای محاسبه بسیاری از شاخص‌ها، برآوردهای اقتصادی کلان و جمعیت‌شناختی از سوی سازمان‌های دیگر مانند بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول و بخش جمعیت سازمان ملل متحد مورد استفاده قرار گرفت.

تا انتهای سال ۲۰۱۱، GHED هزینه عاملین تامین مالی (واسطه‌ای که پرداخت را انجام می‌دهد)، مانند وزارت بهداشت، صندوق بیمه سلامت قانونی و یا سازمان غیردولتی (NGO) را گزارش می‌کرد. اگرچه این گزارشات مفید بودند، ولی منابع واقعی این

1. Universal Health Coverage
2. Global Health Expenditure Database
3. System of Health Accounts 2011
4. Current Health Expenditure (CHE)
5. Capital Health Expenditure

هزینه‌ها را مشخص نکرد. در پایگاه داده‌ای جدید منبع هزینه (به عنوان طبقه‌بندی "F5") نیز اضافه شده‌است. اکنون منابع خارجی تمام هزینه‌های سلامت می‌تواند از منابع داخلی متمایز شود و منابع داخلی نیز می‌تواند به دو گروه عمومی و خصوصی تقسیم شود. منابع عمومی ناشی از مالیات و یا مشارکت‌های بیمه اجباری هستند، منابع خصوصی شامل پیش پرداخت داوطلبانه یا پرداخت مستقیم از جیب هستند.

در این فصل به بررسی وضعیت ایران از نظر شاخص‌های کلیدی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط به بالا در سال ۲۰۱۶ بر اساس داده‌های GHED که به تأیید مقام مسئول (دفتر بودجه و برنامه‌ریزی منابع مالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) رسیده است، می‌پردازیم.

## شاخص‌های خلاصه (سرانه هزینه جاری سلامت و سهم آن از GDP)

شاخص  $CHE/GDP^2$  سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص ملی را نشان می‌دهد، این شاخص اطلاعاتی در زمینه سهم هزینه‌های جاری اختصاص داده شده به بخش سلامت نسبت به دارایی کشور فراهم می‌آورد. نمودار ۸-۱ مقدار شاخص  $CHE/GDP$  در کشورهای با درآمد متوسط به بالا بر اساس داده‌های منتشر در GHEO را نشان می‌دهد. سهم هزینه سلامت جاری از تولید ناخالص داخلی در ایران برابر ۸ درصد است که بالاتر از متوسط آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالاست (حدود ۷ درصد). بنابراین می‌توان گفت که بخش سلامت در ایران در مقایسه با کشورهای هم درآمد دارای الویت بالایی می‌باشد. نمودار ۸-۲ مقدار شاخص سرانه  $CHE$  در کشورهای با درآمد متوسط به بالا را نشان می‌دهد. سرانه هزینه جاری سلامت در ایران برابر ۱۱۶۸ دلار بین‌المللی است که بالاتر از متوسط مقدار آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا (حدود ۹۷۹ دلار بین‌المللی) است.

---

1. Financing Sources

2. Current Health Expenditure (CHE) as % Gross Domestic Product (GDP)

نمودار ۸-۱- سرانه هزینه سلامت جاری بر حسب ppp1 (۲۰۱۸) نمودار ۸-۲- سهم هزینه سلامت جاری از تولید ناخالص داخلی (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



## شاخص‌های منابع تأمین مالی هزینه‌های سلامت

این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در هر کشور کدام بخش هزینه‌های مراقبت سلامت را تأمین مالی می‌کند و به ما کمک می‌کند که نقش منابع خارجی، منابع داخلی عمومی و خصوصی که سه جزء اصلی منابع تأمین مالی (FS) هزینه‌های سلامت هستند را درک کنیم. مالیات و یا مشارکت‌های اجباری بیمه درمانی، منابع عمومی هزینه‌های سلامت هستند که برای محافظت از مردم در برابر مشکلات مالی برای دسترسی به خدمات استفاده می‌شوند. اساس منابع خصوصی داخلی سلامت را پیش پرداخت اختیاری و درآمد کسب شده از خانوار، شرکت‌ها و موسسات غیر انتفاعی تشکیل می‌دهند. هزینه سلامت منابع خارجی مقادیر منابع مالی که از کمک‌های توسعه رسمی و سایر منابع خارجی تأمین می‌شوند را نشان می‌دهد. نمودار ۸-۳ مقدار شاخص GGHE-D/CHE<sup>۱</sup> در کشورهای با درآمد متوسط به بالا را نشان می‌دهد، مقدار این شاخص در ایران برابر ۴۶ درصد است که از متوسط مقدار آن در کشورهای هم درآمد (۵۶ درصد) پایین‌تر است.

نمودار ۸-۴ مقدار شاخص CHE<sup>۲</sup>/PVT-D را نشان می‌دهد، مقدار این شاخص در ایران برابر ۵۴ درصد است که بالاتر از متوسط آن (۴۱ درصد) در کشورهای هم درآمد است. نمودار ۸-۵ سرانه پرداختی از جیب را به دلار بین‌المللی در کشورهای با درآمد متوسط به پایین را نشان می‌دهد، سرانه پرداختی از جیب در ایران برابر ۴۱۸ دلار است که نزدیک به دو برابر متوسط آن در کشورهای هم‌درآمد (۳۱۱ دلار بین‌المللی) است، علاوه بر این سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه جاری سلامت در ایران که در نمودار ۸-۶ نشان داده شده است، برابر ۳۶ درصد است که بالاتر از متوسط آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا (۳۲ درصد) است.

## شاخص‌های توصیف کننده طرح‌های تأمین مالی

این شاخص‌ها چگونگی جمع‌آوری منابع مالی کشورها و مشارکت در طرح‌های بیمه سلامت به عنوان مکانیزمی برای حفاظت در برابر مشکلات مالی در هنگام دسترسی به خدمات مراقبت سلامت را نشان می‌دهند. بطور کلی دو نوع طرح تأمین مالی وجود دارد که عبارتند از: اجباری<sup>۳</sup> (CFA) و اختیاری<sup>۴</sup> (VFA). CFA<sup>۳</sup> به دو گروه دیگر طرح‌های تأمین مالی دولتی<sup>۵</sup> (GFA) و بیمه سلامت اجباری<sup>۶</sup> (CHI) تقسیم می‌شود. بیمه سلامت اجتماعی<sup>۷</sup> (SHI) معمول‌ترین نوع CHI است و به عنوان یک شاخص جداگانه گزارش می‌شود. VFAs شامل بیمه سلامت اختیاری<sup>۸</sup> (VHI)، پرداخت از جیب (OOP) و سایر ترتیبات تأمین مالی (OTHER) است. نمودار ۸-۷ میزان شاخص CFA/CHE در کشورهای با درآمد متوسط به بالا را نشان می‌دهد. این شاخص سهم منابع پیش‌پرداخت جمع‌آوری شده توسط سیستم‌های اجباری نسبت به هزینه‌های جاری سلامت را نشان می‌دهد.

1. General Government Health Expenditure-Domestic (GGHE-D) as % of Current Health Expenditure (CHE)

2. Private Health Expenditure-Domestic (PvtHE) as % of Current Health Expenditure (CHE)

3. Compulsory Financing Arrangements

4. Voluntary Financing Arrangements

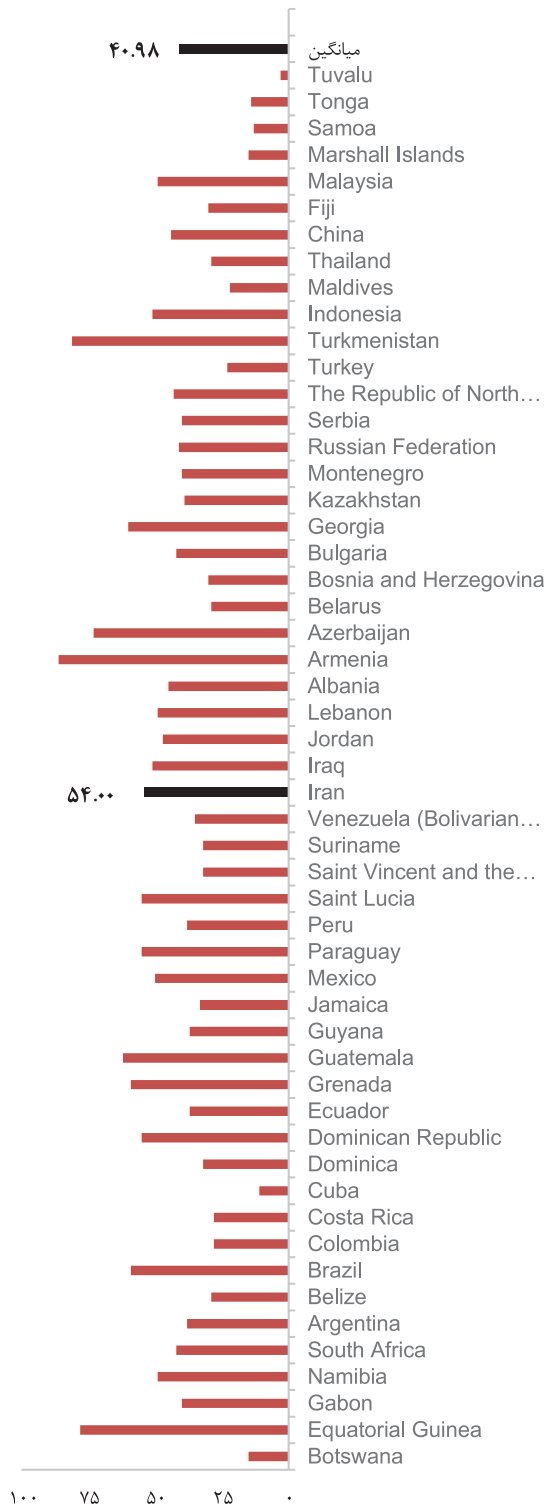
5. government financing arrangements

6. compulsory health insurance

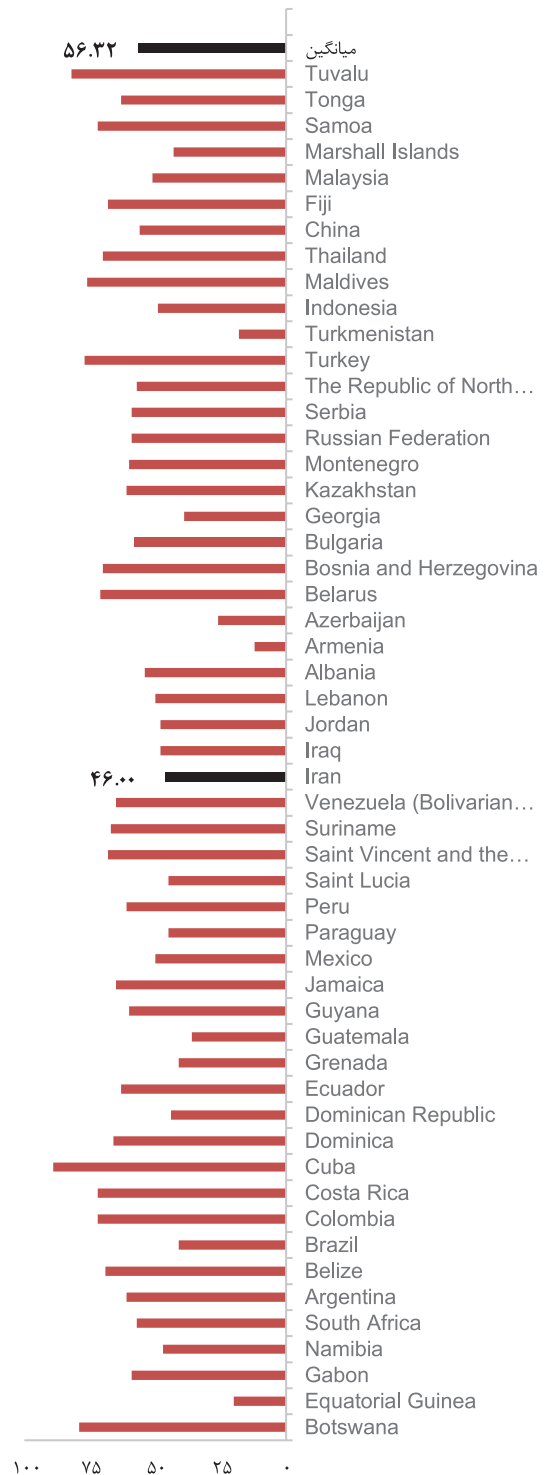
7. Social health insurance

8. voluntary health insurance

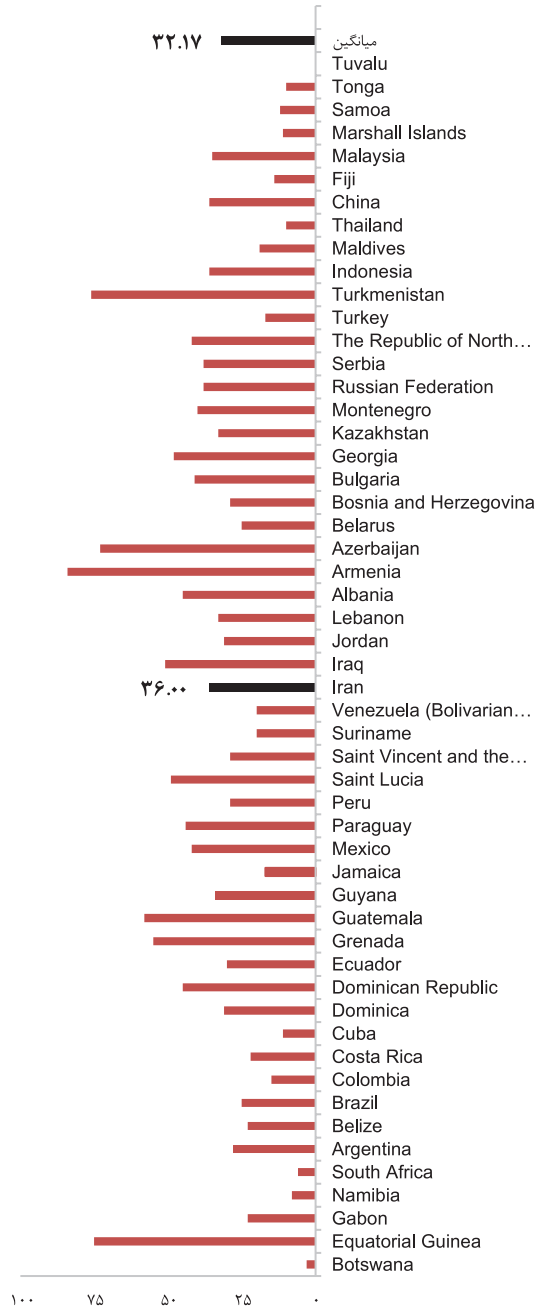
نمودار ۸-۴- سهم هزینه سلامت خصوصی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



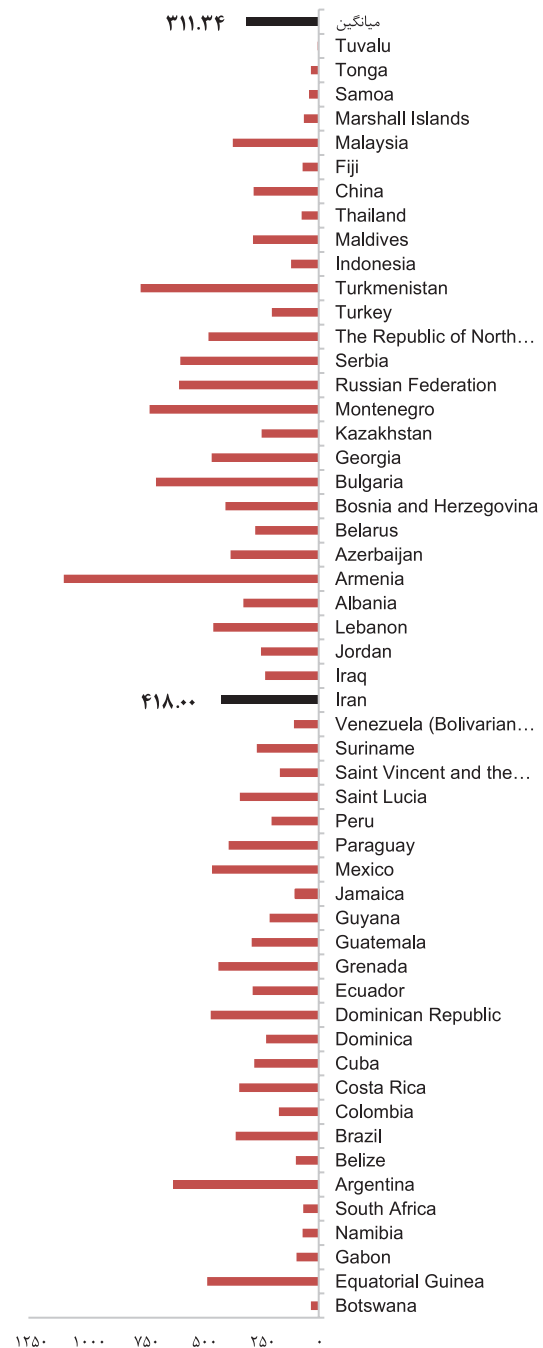
نمودار ۸-۳- سهم هزینه سلامت عمومی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



نمودار ۸-۶- سهم پرداختی از جیب به دلار از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



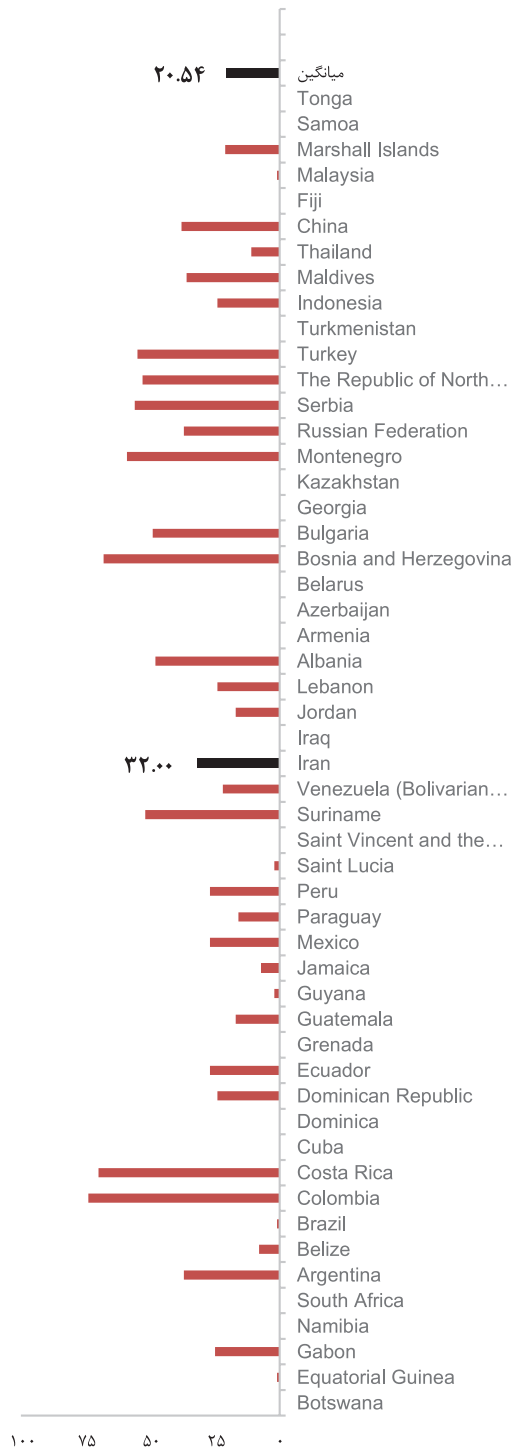
نمودار ۸-۵- سرانه پرداختی از جیب بر حسب PPP (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



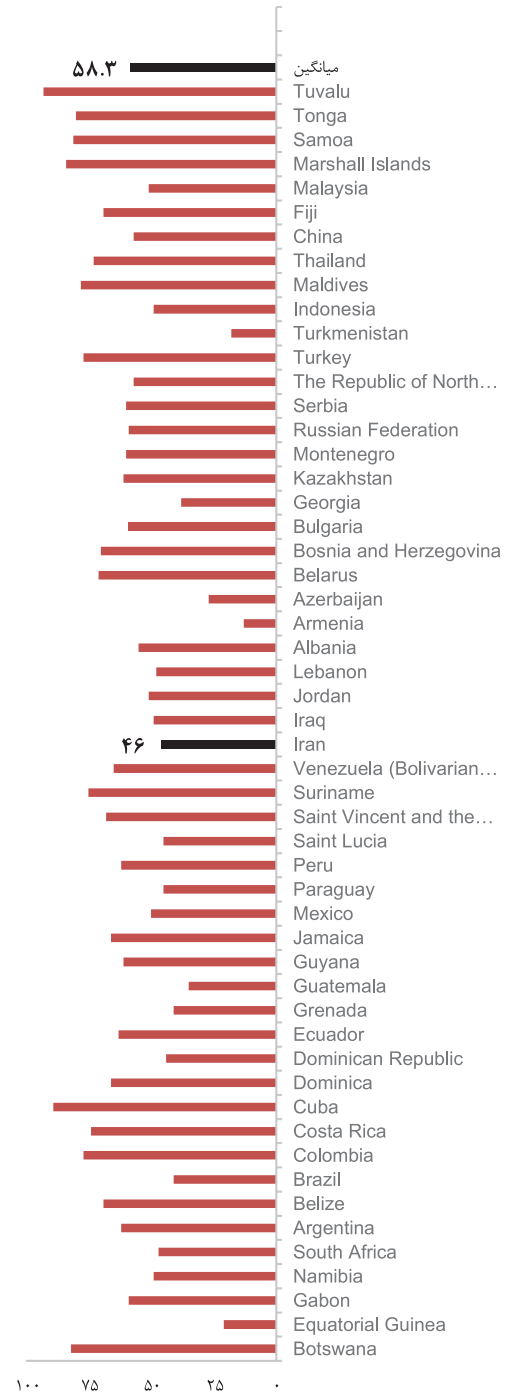
بر اساس آنچه شکل ۸-۷ نشان می‌دهد، سهم طرح‌های تأمین مالی اجباری در ایران برابر ۴۶ درصد است که از متوسط آن در کشورهای هم‌درآمد (۵۸,۳ درصد) پایین‌تر است. بالا بودن این شاخص نشان دهنده پایین بودن پرداختی از جیب خانوار و پیش‌پرداخت دولتی غیر مشارکتی و مشارکتی بالاتر می‌باشد و بعنوان شاخصی برای قضاوت در مورد دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت (UHC) و حفاظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت می‌باشد.



نمودار ۸-۸- سهم طرح‌های بیمه مشارکت اجباری از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



نمودار ۸-۷- سهم طرح‌های تأمین مالی اجباری (دولتی غیر مشارکتی و مشارکتی) از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



نمودار ۸-۸ شاخص<sup>۱</sup> CHIs/CHE را نشان می‌دهد. این شاخص سهم بیمه‌های سلامت اجباری (منابع پیش‌پرداخت اجباری) از کل هزینه‌های جاری سلامت را نشان می‌دهد. میزان این شاخص در ایران برابر ۳۲ درصد است که بالاتر از متوسط مقدار آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا (حدود ۲۱ درصد) است.

شاخص VFA<sup>۲</sup>/CHE سهم طرح‌های مالی داوطلبانه از جمله پرداخت از جیب خانوار، بیمه سلامت اختیاری و غیره را نشان می‌دهد که عضویت و مشارکت در آن‌ها طبق قانون اجباری نمی‌باشد. بالا بودن این شاخص نشان دهنده سهم پرداختی از جیب بالا و حفاظت مالی ضعیف سیستم تأمین مالی در برابر هزینه‌های سلامت می‌باشد. نمودار ۸-۹ مقدار این شاخص را در کشورهای با درآمد متوسط به بالا را نشان می‌دهد. مقدار این شاخص در ایران برابر ۵۴ درصد است که از متوسط آن در کشورهای هم‌درآمد (۴۱٫۵ درصد) بالاتر است. علت بالا بودن این شاخص در ایران بالا بودن سرانه و سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه‌های جاری سلامت می‌باشد. سهم طرح‌های تأمین مالی دولتی اجباری از هزینه‌های جاری سلامت (GFA/CHE)<sup>۳</sup> در ایران برابر ۴۱ درصد است که پایین‌تر از متوسط آن در کشورهای هم‌درآمد (۴۱٫۳) است (نمودار ۸-۱۰).

در حال حاضر اطلاعاتی در زمینه شاخص‌های سهم بودجه دولت و منابع تأمین شده با مشارکت خویش‌فرما از منابع بیمه‌های سلامت اجتماعی (SHI-G/SHI<sup>۴</sup> و SHI-SE/SHI<sup>۵</sup>) برای ایران در GHED گزارش نشده است. شاخص SHI-SE/SHI در اغلب کشورهای با درآمد کم و متوسط نشان‌دهنده سهم بخش غیررسمی و در کشورهای با درآمد بالا مشارکت خویش‌فرما در منابع بیمه سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.

---

1. Compulsory Health Insurance (CHIs) as % of Current Health Expenditure (CHE)

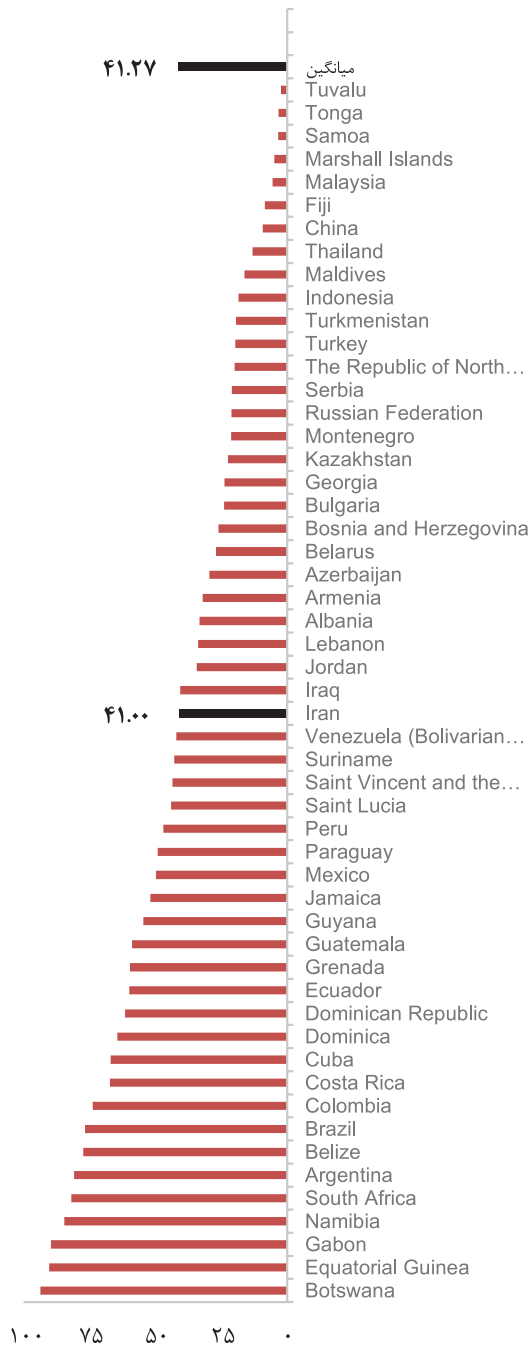
2. Voluntary Financing Arrangements (VFAs) as % of Current Health Expenditure (CHE)

3. Government Financing Arrangements (GFA) as % of Current Health Expenditure (CHE)

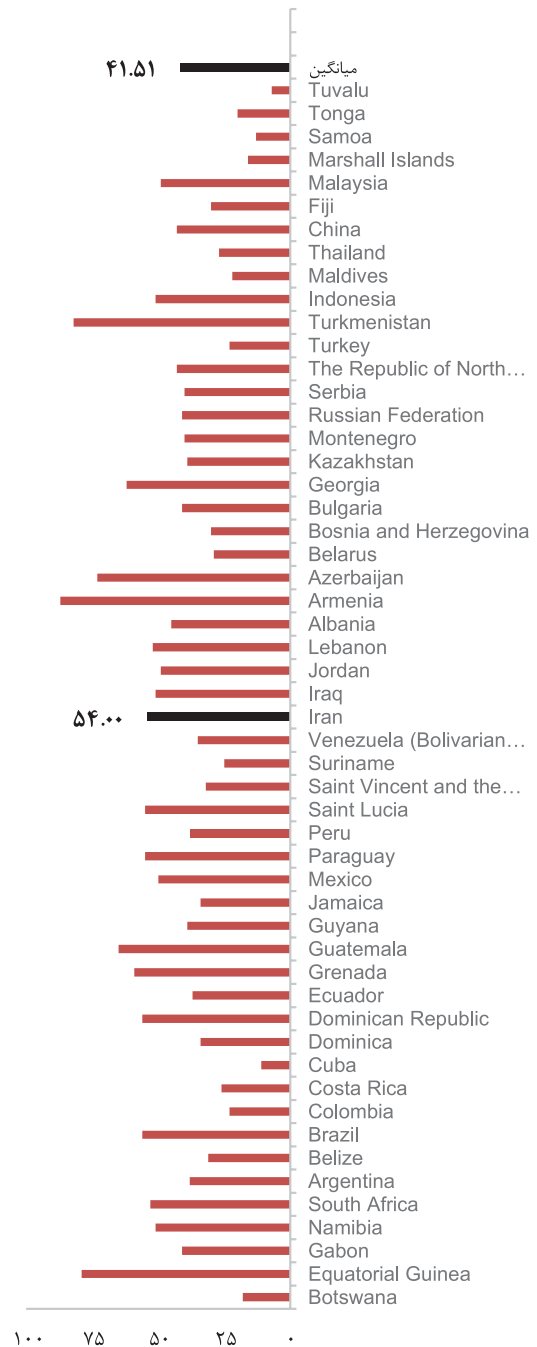
4. Government Budget Transfers to Social Health Insurance as % of Social Health Insurance Expenditure

5. Self-Employed Contributions to Social Health Insurance as % of Social Health Insurance Expenditure

نمودار ۸-۱۰- سهم طرح‌های دولتی تأمین مالی اجباری از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



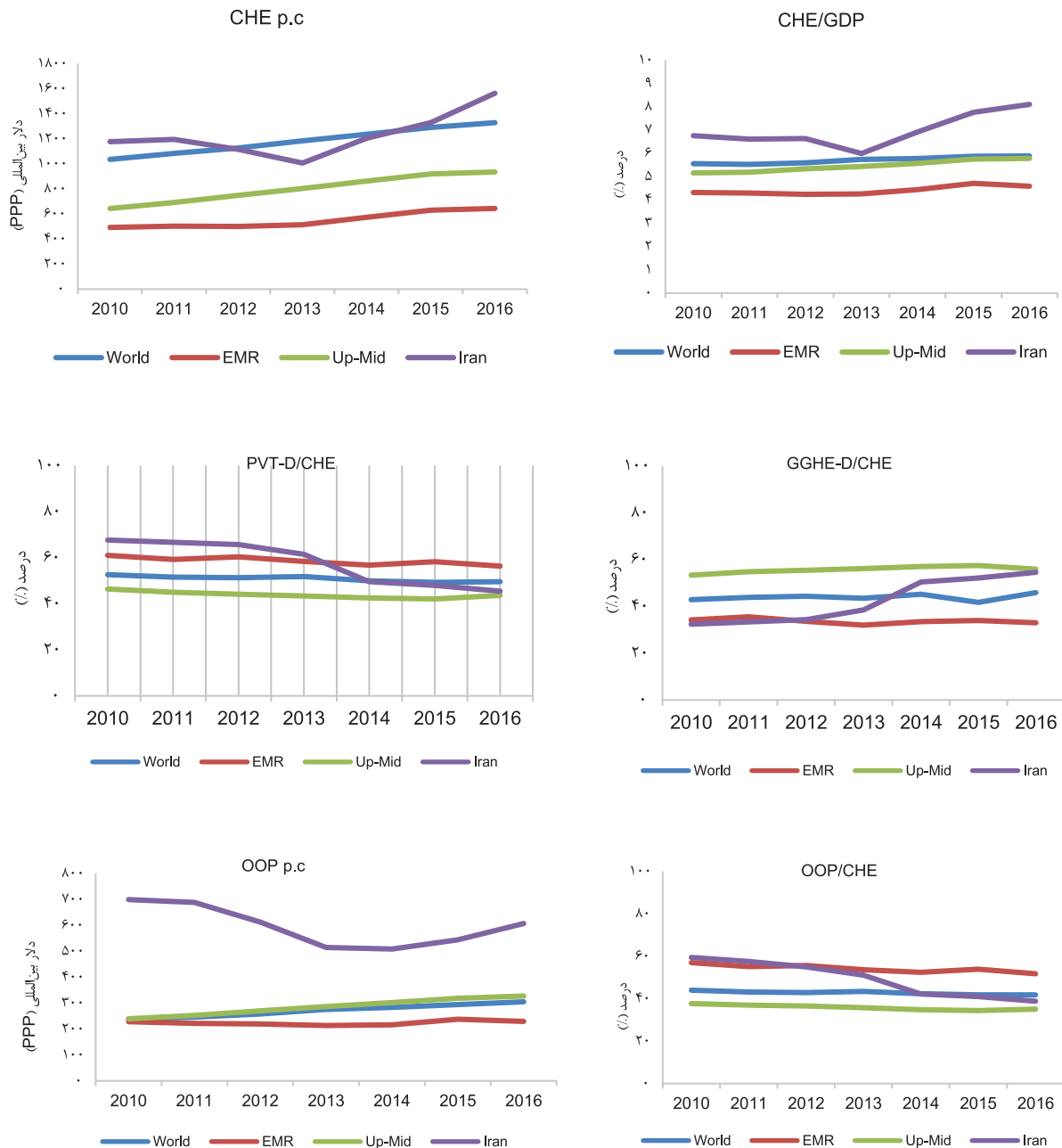
نمودار ۸-۹- سهم طرح‌های اختیاری تأمین مالی از هزینه جاری سلامت (۲۰۱۸) (کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا)



نمودار ۸-۱۱ وضعیت شاخص‌های تأمین مالی سیستم سلامت ایران را در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط به بالا، کشورهای منطقه مدیترانه شرقی و متوسط کل کشورها در طی دوره ۲۰۱۶-۲۰۱۰ نشان می‌دهد (با توجه به اینکه آخرین آمار بصورت میانگین منطقه ای و گروهی است، تعدیل براساس جمعیت در پایگاه حساب‌های ملی سلامت بهداشت جهانی سال ۲۰۱۶ می‌باشد). داده‌های مورد استفاده برای ترسیم این نمودار بر اساس متوسط وزنی اعلام شده توسط GHED برای کل کشورها (دنیا)، کشورهای با درآمد متوسط به بالا و کشورهای منطقه مدیترانه شرقی می‌باشد. این نمودارهای نشان می‌دهند:

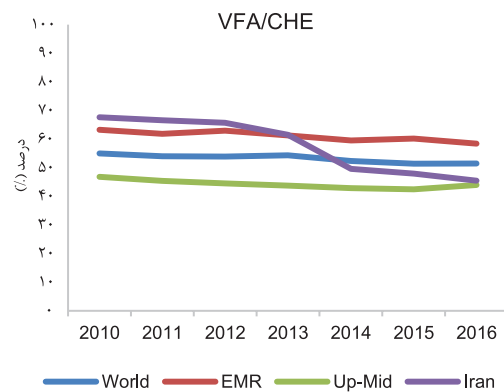
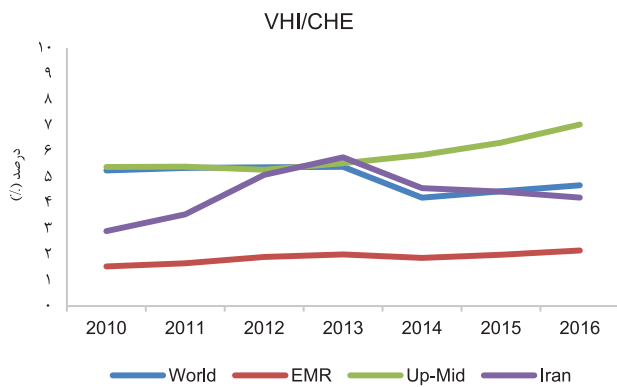
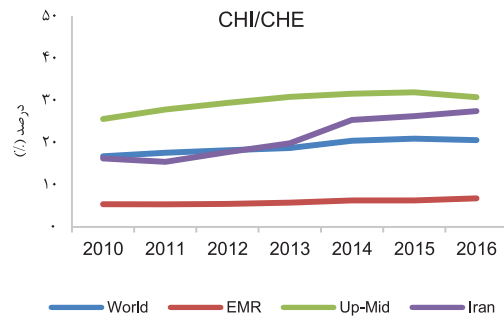
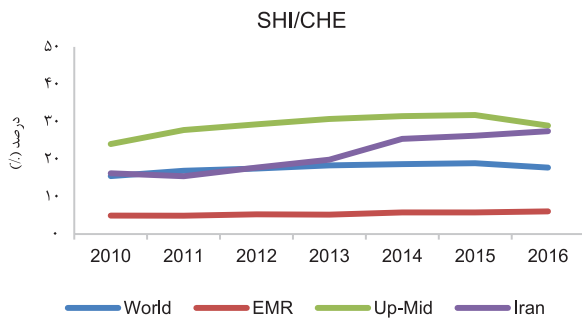
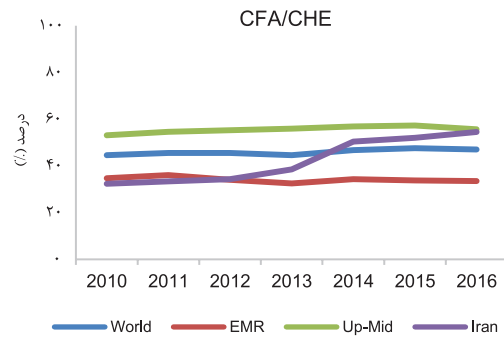
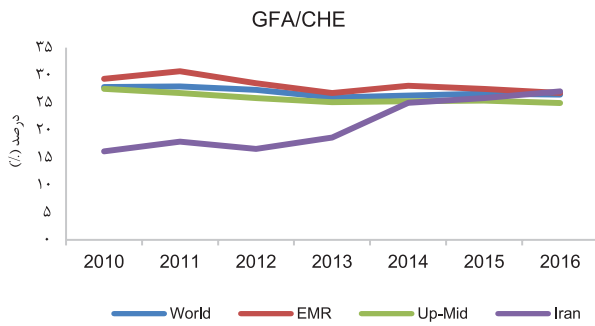
۱. با توجه به اینکه شاخص  $CHE/GDP$  نشان‌دهنده اولویت بخش سلامت در کشور می‌باشد و هرچه بالاتر باشد این بخش دارای الویت بالاتری است، اولویت بخش سلامت در ایران بالاتر از متوسط آن در جهان، منطقه مدیترانه شرقی و کشورهای هم درآمد می‌باشد.
۲. سرانه هزینه جاری سلامت در ایران همواره بالاتر از متوسط آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا و کشورهای مدیترانه شرقی است. مقدار این شاخص در مقایسه با متوسط جهانی بغیر از سال ۲۰۱۳ که شرایط ناشی از تحریم اقتصادی منجر به کاهش آن شده است، همواره در طی دوره ۲۰۱۶-۲۰۱۰ برابر و یا بالاتر از آن بوده است. هزینه دارای دو جزء قیمت (P) و مقدار (Q) می‌باشد، بالا بودن هزینه سرانه سلامت در ایران می‌تواند ناشی از بالا بودن میزان مصرف از خدمات سلامت و یا (به دلیل بالا بودن نیاز سلامت واقعی و یا القایی) باشد و یا متأثر از قیمت بالای خدمات سلامت است که متأثر از عواملی از قبیل بازار نیروی کار، سیستم تأمین مالی، کیفیت مراقبت‌ها و غیره می‌باشد (معمولاً تعیین عوامل تاثیرگذار بر اساس مطالعات بهره مندی خدمات سلامت و نیز گزارشات سالیانه سازمان‌های بیمه گر انجام می‌پذیرد).
۳. در سال‌های قبل از اجرای طرح تحول سلامت سهم منابع خصوصی و به ویژه پرداختی از جیب خانوار بالاتر از متوسط آن در جهان، منطقه مدیترانه شرقی و کشورهای با درآمد متوسط به بالا بود و در پی اجرای این طرح سهم منابع عمومی بالا رفته و جایگزین سهم پرداختی از جیب خانوار شده است. نکته حائز اهمیت درمورد شاخص سرانه پرداختی از جیب مردم این است که مقدار این شاخص در ایران همواره بالاتر از متوسط آن در منطقه، کشورهای با درآمد متوسط به بالا و متوسط جهانی می‌باشد. با توجه به اینکه در حال حاضر حدود ۹۳ درصد از مردم به نحوی تحت پوشش بیمه می‌باشند، می‌توان بالا بودن سرانه پرداختی از جیب را به موثر نبودن این پوشش نسبت داد.
۴. بعد از اجرای طرح تحول سلامت سهم طرح‌های تأمین مالی اجباری سلامت افزایش و طرح‌های تأمین مالی اختیاری کاهش یافته است، افزایش سهم طرح‌های تأمین مالی اجباری ناشی از افزایش سهم طرح‌های تأمین مالی دولتی و بیمه سلامت اجباری به ویژه بیمه سلامت اجتماعی است.

نمودار ۸-۱۱- وضعیت سیستم سلامت ایران از نظر شاخص‌های تأمین مالی در مقایسه با متوسط آنها در کشورها Mid-Up،  
 EMR<sup>۲</sup> و متوسط جهانی در طی دوره ۲۰۱۰-۲۰۱۶



1. Upper Middle Income

2. EMRO : The WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean



## فهرست منابع

- \* عمده داده‌های ملی به‌کارگرفته شده در این گزارش براساس گزارشات حساب‌های اقماری سلامت موجود بر روی سایت مرکز آمار ایران و تنها داده‌های مرتبط با شاخص بهای مصرفی بخش سلامت و بخش کل از بانک مرکزی استخراج گردیده است.
- \* داده‌های بین‌المللی از بانک داده‌ای حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی استخراج گردیده است.
- \* عمده مطالب تئوری فصول مختلف از منابع ذیل استخراج گردید :
  - ۱) دفتر حساب‌های اقتصادی ، مرکز آمار ایران. حساب‌های ملی سلامت . مهر ماه ۱۳۸۲.
  - ۲) مرکز آمار ایران. طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های سلامت (ICHA) . بهمن ۱۳۸۷.
  - ۳) پژوهشکده آمار. مرکز آمار ایران. امکان‌سنجی پیاده‌سازی نظام جدید حساب‌های سلامت (ویرایش ۱۱) .

- 4) Maeda, A., Norris Harrit, M., Mabuchi, S., Siadat, B., & Nagpal, S. (2012). Creating evidence for better health financing decisions: a strategic guide for the institutionalization of national health accounts. The World Bank.
- 5) World Health Organization. (2011). A System of Health Accounts 2011 Edition: 2011 Edition (Vol. 2011). OECD Publishing.
- 6) World Health Organization. (2003). Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries.
- 7) Organisation for Economic Co-operation and Development. (2000). A System of Health Accounts 2000. OECD Publishing.
- 8) Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Anderson, G. F. (2004). US health care spending in an international context. Health Affairs, 23(3), 10-25.
- 9) Rannan-Eliya, R. P. (2010). Estimating out-of-pocket spending for national health accounts. Geneva: World Health Organization.