مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴: ۱۸۷-۱۹۴

● **مقاله تحقیقی** **کد مقاله: ۲۰**

تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر پرداخت از جیب بیماران در بیمارستان‌های دولتی منتخب شهر اصفهان

حیدریان ناهید ۱*
دکتر وحدت شقایق ۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت
۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** اصفهان- خیابان رزمندگان- کوچه ۱۱- پلاک ۴

تلفن: ۰۹۱۳۸۹۶۳۳۰۳

نشانی الکترونیکی:
Nahid.heydarian@yahoo.com

چکیده

زمینه: تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید. افزایش تصاعدی هزینه‌های بخش سلامت در کشور باعث افزایش پرداخت از جیب مردم می‌گردد. اولین بسته خدمتی در طرح تحول نظام سلامت، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. در این مطالعه به بررسی میزان تحقق این برنامه می‌پردازیم.

روش کار: این پژوهش، با بررسی اطلاعات درآمدی ۵ بیمارستان دولتی شهر اصفهان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که شامل عمومیت تخصص‌ها بود، در ۹ ماه ابتدای اجرای طرح صورت گرفته است.

یافته‌ها: با احتساب نرخ تورم، به طور متوسط میزان پرداخت از جیب بیماران با میانگین ۱۸/۲ و انحراف معیار ۸۲/۱ و نهایتاً، ۱۷/۴۳ درصد کاهش داشت که می‌تواند به دلیل پرداخت یارانه سلامت از جانب دولت باشد.

نتیجه‌گیری: تحلیل یافته‌ها نشان داد که دولت توانسته میزان پرداخت از جیب بیماران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد و گامی مؤثر در راستای رسیدن به اهداف خویش بردارد. اما بررسی علل افزایش هزینه‌ها و میزان بار مراجعات ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت، بیمارستان، پرداخت از جیب

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۵/۲۶ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۲۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

مقدمه

تأمین منابع مالی در بیمارستان دولتی، عمدتاً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمات است [۱].

در دو دهه اخیر به دنبال عدم توانایی نظام‌های سلامت در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جدید بهداشتی، درمانی و بازتوانی، گرایش بین‌المللی قوی در رابطه با اصلاح نظام سلامت با استفاده از ساز و کار اقتصادی شکل گرفته است [۲].

تأمین عادلانه خدمات سلامت از سال‌ها پیش مورد توجه دولت‌ها قرار داشته اما همیشه با چالش‌ها و موانع جدی روبه‌رو بوده است که باعث می‌شده اهداف و خواسته‌ها به درستی محقق نشود. در دولت یازدهم این مهم بار دیگر مطرح و با تأکید مقام معظم رهبری، حمایت‌های همه جانبه رئیس‌جمهور محترم، وزیر بهداشت، نمایندگان مجلس شورای اسلامی و اراده عمومی تلاش همه جانبه‌ای برای اجرای آن صورت گرفت که نتیجه همه آنها برنامه‌ریزی، طراحی و ارائه بسته جامع تحول در نظام سلامت کشور بود. در چشم‌انداز این طرح افزایش رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی به عنوان اولویت‌های مهم دیده شده است. هم چنین حمایت از متخصصان در مناطق محروم و رفع کمبودهای این بخش، حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌های دولتی به صورت شبانه‌روزی، مناسب‌سازی تعرفه پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی، تکمیل اورژانس هوایی، ارتقای هتلینگ و خدمات میزبانی در بیمارستان‌های دولتی و حمایت ویژه از بیماران خاص و صعب‌العلاج را می‌توان از نقاط امیدوارکننده آن دانست [۳].

استفاده از تکنولوژی‌ها و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی، افزایش جمعیت سالمند، افزایش بیماری‌های مزمن، تقاضای روزافزون برای خدمات بهداشتی و درمانی و خطاهای متخصصان بهداشتی و درمانی باعث افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی شده است. افزایش تصاعدی هزینه‌های بخش سلامت در کشور سبب بیشتر شدن پرداخت از جیب مردم شد. وقتی هزینه‌های سلامت افزایش می‌یابد، بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به بخش سلامت افزایش می‌یابد. بنابراین، سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌توانند به موقع و به طور کامل با سازمان‌های بهداشتی و درمانی تسویه حساب کنند. در نتیجه نقدینگی مراکز ارائه خدمات سلامت به شدت کاهش می‌یابد. سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز قادر نیستند تسهیلات و تجهیزات خود را به روز کنند و کیفیت خدمات ارائه شده به مردم کاهش پیدا می‌کند. از طرف دیگر برخی سازمان‌های بهداشتی و درمانی مجبور می‌شوند. برای کاهش هزینه‌ها، برخی خدمات را به بیماران ارائه ندهند. در نتیجه بیماران مجبور می‌شوند برای انجام برخی اقدامات به مؤسسات خصوصی مراجعه کنند که مستلزم صرف وقت و هزینه بیشتر است [۴].

خدمات بهداشتی و درمانی یکی از ضروری‌ترین نیازهای انسانی در همه کشورها می‌باشد. این ارائه خدمات و سطح مطلوب آن در کنار نظام‌های بازنشستگی از چنان اهمیتی برخوردار است که حتی در کشورهای توسعه یافته به عنوان یکی از پارامترهای اساسی در برنامه نامزدهای رئیس جمهوری قرار می‌گیرد. اهمیت این مسأله در سال‌های اخیر به علت گسترش بیماری‌های صعب‌العلاج و پر هزینه چند برابر شده است. به طوری که بر اساس گزارشات رسمی هزینه کمرشکن درمان به طور متوسط سالانه ۷ درصد از جمعیت کشور را به زیر خط فقر می‌کشاند [۵].

فلسفه وجودی نظام سلامت، تولید سلامت از طریق ارائه خدمات به بیماران است. به همین دلیل اگر مقبولیت و اعتماد بیماران به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمت وجود نداشته باشد، بخش سلامت هویت خود را از دست خواهد داد [۶].

در بیمارستان‌های دولتی مشکلات عدیده‌ای مانند تراکم بیش از حد بیماران در بخش‌ها، صف‌های طولانی انتظار، فقدان یا غیر قابل استفاده بودن وسایل درمانی و تشخیصی، تعداد اندک کادر درمانی نسبت به تعداد بیماران، روحیه نامطلوب کارکنان و تسهیلات نامناسب رو به زوال، سبب کم شدن کیفیت ارائه خدمات به بیماران می‌گردد [۷].

نقش کیفیت در موفقیت و شکست سازمان‌ها به حدی است که گفته می‌شود تنها سازمان‌هایی که محور اصلی فعالیت مؤسسه خود را تأمین خواسته‌ها و نیازهای مشتریان با حداقل قیمت و حداکثر کیفیت قرار داده‌اند قادر خواهند بود به حیات خود ادامه دهند [۸].

رقابت در بین بیمارستان‌ها جهت جلب بیشتر بیمار و کاهش هزینه‌های درمانی و در نهایت افزایش درآمد، منجر به تغییرات اساسی در ساختار و عملکرد بیمارستان‌ها در سال‌های اخیر شده است. ارائه‌کنندگان باید خدمات خود را در جهت تضمین این که مراقبت‌های سلامتی منصفانه، عادلانه و پاسخگوست، هدایت کنند [۷].

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

اصلاحات نظام سلامت به عنوان یکی از راهبردی‌ترین مباحث مطرح در سراسر دنیا مورد توجه همه دولت‌ها بوده است. که در بردارنده اعمال تغییرات پایدار و هدفمند برای افزایش کارایی، برابری و اثربخشی در بخش سلامت می‌باشد. در دهه‌های اخیر نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه کرده‌اند. اگر چه اهداف و اشکال اصلاحات بر حسب نوع کشورها و به لحاظ میزان توسعه یافتگی ظاهری متفاوت دارند ولی در حالت کلی تأمین نیازها و انتظارات جدید و در حال تغییر حوزه سلامت هدف اصلی هر برنامه اصلاحی بوده است. طرح تحول نظام سلامت در ایران سرلوحه فعالیت‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده و در این راستا ۸ بسته خدمتی سلامت جهت پیشبرد اهداف وزارتی طرح تدوین و از ۱۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ اجرایی شد که اولین بسته خدمتی در این طرح، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. در این مطالعه به بررسی میزان تحقق این برنامه می‌پردازیم.

روش کار

روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت انتخاب هدفمند می‌باشد. به‌این صورت که از بین ۱۱ بیمارستان دولتی موجود در شهر اصفهان، ۵ بیمارستان که دارای همه تخصص‌ها می‌باشد، انتخاب شد.

داده‌های این تحقیق از طریق اطلاعات حسابداری و مالی واحد درآمد بیمارستان‌های مورد بررسی، جمع‌آوری شده است. همچنین جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ادبیات موضوعی از روش کتابخانه‌ای، میدانی و استفاده از اینترنت و مقالات خارجی مرتبط استفاده شده است.

از این رو، در این تحقیق نیز برای برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری در سطح استنباطی برای آزمودن معناداری میان متغیرهای مشاهده شده و متغیرهای مکنون استفاده گردیده است. در ادامه به منظور بررسی صحت و سقم فرضیه‌ها و روابط بین متغیرهای تحقیق از دو روش مجزا استفاده گردید. همچنین از مدل معادلات ساختاری و به طور اخص تکنیک تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار لیزرل، برای تکمیل بحث و همچنین مقایسه خروجی‌های این نرم‌افزار از نرم افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحرافمعیار حاصل از تجزیه و تحلیل متغیر اصلی پژوهش ارائه شده است. که میانگین ۱۸/۲ و انحراف معیار ۸۲/۱ می باشد.

جهت بررسی معنادار بودن رابطه بین متغیرها از آماره آزمون t یا همان t-value استفاده می‌شود. چون معناداری در سطح خطای ۵٪ بررسی می‌شود بنابراین اگر میزان بارهای عاملی مشاهده شده با آزمون t-value از ۹۶/۱ کوچکتر محاسبه شود، رابطه معنادار نیست.

جهت برازش مدل ساختاری فرضیه اصلی تحقیق نیز از تعدادی از شاخص‌های نیکوئی برازش استفاده شده است. یکی از شاخص‌های عمومی برای به حساب آوردن پارامترهای آزاد در محاسبه شاخص‌های برازش شاخص خی–دو بهنجار است که از تقسیم ساده خی–دو بر درجه آزادی مدل محاسبه می‌شود. چنانچه این مقدار $\frac{X^2}{fd} = \frac{۲۶۶۸.۹۰}{۸۱۵} = ۳.۲۷۴$ بین ۱ تا ۵ باشد مطلوب است.

مقدار خی– دو بهنجار ۲۷۴/۳ به دست آمده است که در بازه مورد قبول قرار دارد. همچنین از آنجا که شاخص RMSEA برابر ۰۳۱/۰ و کوچک‌تر از ۱/۰ به دست آمده، مدل از برازندگی خوبی برخوردار است.

چون تحقیقات مبتنی بر مدل ساختاری مبتنی بر فرض نرمال بودن داده‌ها هستند بنابراین نخست آزمون نرمال بودن صورت گرفته است فرض نرمال بودن داده‌ها در سطح معناداری ۵٪ با تکنیک کولموگروف– اسمیرنف آزمون شده است. که با درجه آزادی ۳۴۶، معناداری ۰۷۳/۰ بوده است. در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگ‌تر از ۰۵/۰ به دست آمده است. بنابراین دلیلی برای رد فرض وجود ندارد یعنی توزیع داده‌های سنجش هر یک از ابعاد نرمال است. بنابراین می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جهت بررسی وضعیت فرضیه از دو روش مجزا استفاده شده است. استفاده از این دو روش به صورت همزمان جهت انجام هرچه بهتر و بیشتر تجزیه و تحلیل‌های آماری بر روی متغیرهای تحقیق و روابط بین آنها بوده است. در مرحله اول از رگرسیون خطی چندگانه و تکنیک تحلیل مسیر و در مرحله بعد از مدل معادلات ساختاری جهت بررسی وضعیت فرضیه‌ها و مدل مفهومی تحقیق استفاده شده است.

قبل از بررسی وضعیت فرضیه‌ها، لازم است که همبستگی بین

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

متغیرهـــای تحقیق مورد آزمون و تحلیل قرار گیرد. همانطور که در جدول ۱۰-۴ مشـــاهده می‌شود، نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین بیشتر متغیرها همبستگی مثبت و معناداری (سطح اطمینان ۹/۹۹٪) به صورت دو به دو وجود دارد.

در ایـــن تحقیق، پس از بررســـی وضعیت هر یـــک از متغیرها، در این قســـمت با انجام آزمون‌های مناسب به بررسی وضعیت فرضیه تحقیق خواهیم پرداخت. به عبارت دیگر در این قســـمت به آزمون مجموعه روابطی پرداخته می‌شـــود که در چارچوب نظری پژوهش تعریف گردیدند. این هدف در مدلیابی معادلات ساختاری و تحلیل مســـیر، با طراحی مدل ســـاختاری، عملیاتی می‌گردد. بدین ترتیب می‌توان تأثیر متغیرهای مورد مطالعه را مورد آزمون قرار داد. آزمون مدل و فرضیه در این مرحله با استفاده از نرم افزار LISREL ۸.۵ صورت میگیرد. برای مقایسه خروجی‌های این نرم‌افزار از نرم افزار SPSS استفاده شد که نتایج به صورت زیر می‌باشد:

جدول ۱- شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری سنجش پرداخت‌های بیماران

شاخص تناسب	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI
دامنه مقبول	$\prec 5$	$\prec 0.1$	$\succ 0.9$	$\succ 0.9$	$\succ 0.9$	$\succ 0.9$	$\succ 0.9$
نتیجه	۳/۲۷۴	۰/۰۳۱	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۶

جدول ۲- درصد تغییر پرداخت از جیب بیماران در ۵ بیمارستان منتخب

بیمارستان / درصد تغییر	درصد تغییر پرداخت مستقیم به وسیله دریافت کنندگان خدمات نسبت به دوره مشابه در سال ۱۳۹۲
۱	۳۲/۹ کاهش
۲	۲۳/۶۶ کاهش
۳	۴۲/۸۵ کاهش
۴	۵۲/۳۷ کاهش
۵	۶۴/۰۷ کاهش
میانگین	۴۳/۱۷ کاهش

بحث و نتیجه‌گیری

پرداخت از جیب نســـبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی اســـت که مســـتقیماً از جیب به هنگام دریافـــت خدمت پرداخت می‌شـــود. به عنوان یک اصل کلی افزایش آن نامطلوب است (به علت نزولی بودن، و تأثیر بر دسترسی به خدمات). از این رو کاهش هر چه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده و به عنوان یک مورد در برنامه چهارم توســـعه ذکر گردیده است (کاهش پرداخت مستقیم از جیب تا ۳۰ درصد).

مطالعه‌ای که در ســـال ۱۳۸۴ به ســـفارش دفتر مدیترانه شـــرقی ســـازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است، نتایج محاسبه دو شـــاخص مشـــارکت مالی عادلانه و نســـبت خانوارهای دارای هزینه‌های کمرشـــکن (یا اسف‌بار) بهداشتی را نشان می‌دهد. روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های اســـف بار طی چهار سال از ســـال ۱۳۷۸ الی۱۳۸۱ از یک طرف و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی شـــاخص مشـــارکت مالی عادلانه در همین دوره نشـــان از عملکرد غیر هماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت خواهانه این بخش دارد.

در سال ۲۰۰۰، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده‌اند. ایران، از این نظر در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشـــته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عـــراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکســـتان ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشـــد. البته ایران نسبت به کشـــورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱، و سوریه ۱۴۱، از وضعیت بهتری برخوردار بوده است.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن اســـت کـــه طرح تحول نظام سلامت تاکنون توانسته اســـت اولین و مهم‌ترین هدف خود یعنی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

کاهش میزان پرداخت از جیب بیماران را با موفقیت جامه عمل بپوشاند که این امر از طریق اختصاص منابع از محل هدفمندی یارانه‌ها و ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده در قالب یارانه سلامت تحقق یافته است. افزایش پرداختی بیمه‌ها نیز گامی مهم در اجرای طرح تحول می‌باشد. که می‌تواند در کاهش اختصاص منابع دولتی مؤثر باشد.

با توجه به یافته‌ها در کل با اختصاص یارانه سلامت و همچنین افزایش پرداختی بیمه‌ها، دولت توانسته علاوه بر کاهش پرداخت از جیب بیماران، درآمد بیمارستان‌ها را نیز افزایش دهد.

این پژوهش نیز نشان داد پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمات در ۹ ماه ابتدای سال ۱۳۹۳ نسبت به ۹ ماه ابتدای سال ۱۳۹۲ تغییر محسوسی داشته است.

یافته‌های تحلیلی حاصل از نمونه‌گیری جمع‌آوری شده در سطح ۵٪ خطا حاکی از تأیید فرض فوق می‌باشد (t=۳۳/۴ و α =۱۸/۰). لذا با توجه به رابطه بدست آمده مشخص گردیده است پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمات در ۹ ماه ابتدای سال ۱۳۹۳ نسبت به ۹ ماه ابتدای سال ۱۳۹۲ با میانگین ۱۷/۴۳ درصد کاهش، تأثیر گذار است.

مطالعه حاضر نشان داد که طرح تحول نظام سلامت توانسته است در راستای اولین و مهم‌ترین هدف خود گامی مؤثر بردارد که این امر می‌تواند گامی به سوی رسیدن به عدالت در سلامت باشد.

در مطالعه‌ای مرتبط، سیدموسی طباطبایی و همکاران نشان دادند که هزینه هر پرونده پزشکی در سال ۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ به میزان ۲ برابر افزایش داشته است. میزان پرداخت از جیب بیماران در سال ۹۳ نسبت به سال قبل ۱.۸ برابر کاهش را نشان می‌دهد. در سال ۹۲ سهم بیمه شده از مبلغ کل پرونده ۳۲ درصد و در سال ۹۳، ۱۵ درصد را تشکیل می‌داد. نتیجه آنکه دولت توانسته میزان پرداخت از جیب را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد.

در پژوهش مرتبطی دیگر نیز فرزاد سلیمانی و همکاران نشان دادند که پرداخت مستقیم بیماران در هنگام دریافت خدمت به میزان ۶/۳۷ درصد کاهش یافته که در آن پرداخت یارانه سلامت به بیمارستان توسط دولت مؤثر بوده است. که با نتایج این پژوهش همسو است.

همچنین طبق مطالعه‌ای که سازمان بسیج جامعه پزشکی تهران بزرگ، در تیر ماه سال ۱۳۹۳، در مورد عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران انجام داده نیز نشان داده شد که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث کاهش پرداخت از جیب بیماران و افزایش رضایت‌مندی بیماران از بیمارستان‌های دولتی گردیده است. که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند.

حسین پناهی و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که دولت می‌تواند با توسعه گسترده پوشش بیمه‌ای برای کاهش پرداخت مستقیم از جیب در افراد مسن و غیر بومی، اقدامات مناسبی را انجام دهد. که افزایش پرداختی بیمه‌ها و تأثیر آن بر پرداخت از جیب بیماران در این پژوهش این امر را تأیید می‌نماید.

چالش اصلی ارتقای نظام سلامت در هر اقتصادی منابع مالی آن است که در ایران با تلفیقی از بودجه‌های سنواتی، حق بیمه‌ها و پرداخت از جیب بیماران تأمین می‌شود.

بیمه‌ها خریداران خدماتی هستند که با اقداماتی نظیر تأخیر در پرداخت‌ها و یا کوچک‌سازی بسته‌های خدمتی، زمینه را برای دریافت‌های غیر قانونی فراهم کردند و موجب افزایش پرداختی از جیب مردم شدند. نسبت پرداختی بیمه در مقابل پرداختی بیمار در ایران تا قبل از شروع طرح تحول در نظام سلامت ۷۰ به ۳۰ شد. یعنی بیماران مجبور بودند ۷۰ درصد هزینه‌های بستری خود را در بیمارستان‌ها از جیب پرداخت کنند و بیمه‌گذار و دولت تنها ۳۰ درصد آن را بپردازند. در اقتصاد سلامت به چنین نسبتی نقطه بحرانی می‌گویند. مطابق با یافته‌های این پژوهش میزان پرداختی بیمه‌ها افزایش یافته است که خود می‌تواند گامی مؤثر باشد اما تا اصلاح پرداختی بیمه‌ها هنوز راه درازی در پیش است.

سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بودجه کشور همواره سهم اندکی بوده است، اما اکنون با اختصاص بخشی از درآمدهای ناشی از هدفمند کردن یارانه‌ها و ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده مطابق با یافته‌های این پژوهش، پرداختی دولت بهبود یافته است اما همواره درآمدهای ناشی از هدفمندی یارانه‌ها از پایداری و ثبات لازم حداقل در چند سال گذشته برخوردار نبوده و خود این بی‌ثباتی و از همه مهم‌تر اینکه غایت قانون هدفمند کردن یارانه به کجا خواهد رسید از دغدغه‌های اصلی کارشناسان درخصوص ادامه طولانی طرح تحول سلامت خواهد بود.

همچنین به نظر می‌رسد تزریق منابع مالی با روند کنونی، موجب افزایش هزینه‌های سلامت شده است. تداوم روند کنونی طرح تحول، بستر گسترش توقع و انتظار جامعه‌ی پزشکی (افزایش درآمد) و مردم (خدمت ارزان) است. با توجه به محدود بودن منابع کشور، افزایش مستمر هزینه‌های سلامت می‌تواند مانع اصلی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

تداوم طرح باشـــد و در صورت وقوع توقف طرح، انتظار ایجاد شده در جامعه‌ی پزشکی و مردم و ناتوانی مدیران اجرایی در پاسخگویی به انتظارات ایجاد شـــده، می‌تواند بستر بروز نارضایتی‌های گسترده را فراهم آورد که در آن زمان، حل واقعی مشکلات این بخش بسیار پیچیده و دشوار خواهد بود.

همانطور که اشاره شد در صورت پایداری منابع و تعهدی که دولت و مجلس و در واقع حاکمیت در خصوص کاهش هزینه‌های درمانی مردم بیان داشته‌اند بستر لازم نیز بایستی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق‌های بیمه‌ای و درمانی کشور به منظور بالا بردن ســطح کیفیت ارائه مطلوب خدمات به ســرعت فراهم شــود و همواره سطح رضایت‌مندی همه شــهروندان و همچنین کیفیت خدمات با شاخص‌های کمی بایستی مستمراً پایش گردد و زمینه‌های بالا بردن بهره‌وری و کارآمدی و تعهد به حرفه پزشکی هر روز بهبود یابد و این طور تصور نشــود که منابع اختصاص داده شــده به این حوزه با بالا رفتن نرخ تعرفه‌های پزشــکی و خدمات بیمارســتانی بیش از آنکه موجب ارتقاء کیفیت درمان گردد موجب کسب درآمد افزون‌تر برای وزارتخانه متبوع و جامعه پزشکی کشور شود.

برای پایــداری منابع برای این طرح، همان‌طور که گفته شــد در کشورهای دیگر بخش بزرگی از منابع را دولت می‌پردازد، اما بخش دیگــری از آن را می‌توان از طریق اخــذ مالیات‌های خاص تأمین کرد. در ترکیه که یکی از کشورهای همسایه ما است، روی مالیات بر خودرو حســاب ویژه‌ای باز کرده و با اینکه به لحاظ شاخص‌های کلان اقتصــادی تفاوت چندانی با ایــران ندارد اما دولت حدود ۷۳ درصــد هزینه‌های درمانی مردم خود را پرداخت می‌کند. در ســایر کشورها نیز علاوه بر خودرو، مالیات بر سیگار، نوشابه، مواد خوراکی دارای قند، چربی و همچنین سوخت از مهم‌ترین مالیات‌هایی است که گرفته شــده و به نظام سلامت اختصاص داده می‌شود. به این ترتیب، منابع قابل توجهی به وجود می‌آید و دست دولت باز می‌شود تا نظام سلامت را ارتقا دهد و بیماران نیازمند بستری مجبور نباشند هزینه‌های بالایی را برای درمان خود به بیمارستان‌ها بپردازند.

شرط اساسی و کلیدی دیگری که می‌تواند موجب توفیق و پایداری طرح تحول نظام سلامت گردد، ثبات قیمت‌ها و مهار تورم و بهبود شاخص‌های اقتصادی است. براساس تجربیات جهانی و گزارشاتی که در طول اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها اســتخراج شــده اســت، گویای این واقعیت تلخ است که آســیب‌پذیری گروه کالا و خدمات بهداشــتی و درمانی در برابر ســایر اقلام به طور متوسط بیش از دو نیم برابر سطح کلی تورم است. لذا چنانچه شاخص‌های اقتصادی بهبود نیابد و کشــور از حالت رکود و تورمی خارج نشود و از سوی دیگر اهداف مورد انتظار قانون‌گذار از اجرای هدفمندکردن یارانه‌ها حاصل نشود این طرح بدون تردید با ناپایداری شدید روبه‌رو خواهد شــد که نتیجه‌ای جز بی‌اعتمادی مردم، تحمیل هزینه‌های کمرشــکن درمان به اقشــار جامعه و بالاخره بازگشت به وضعیت قبلی است.

مجموعه مقاوله نامه‌های سازمان بین‌المللی کار و توصیه‌نامه‌های اتحادیــه بین‌المللی تأمین اجتماعی در ارائه خدمات بیمه‌ای اعم از درمان و بازنشســتگی به ویژه مقاوله نامه ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار بر پایــداری منابع تأکید دارد و موفقیــت طرح‌های بیمه‌ای را منوط به درک واقعیت‌ها متناســب با سطح توسعه یافتگی کشورها و پایداری منابع دانســته‌اند لذا مسأله مهم در طرح تحول سلامت اتکاء به منابع باثبات و دائمی می‌باشد که گره زدن بخشی از اجرای ایــن طرح به مالیات ارزش افزوده اســت و امید اســت با پرداخت بهنــگام آن به وزارتخانه‌های ذیربط در فراگیری و پوشــش کامل گام‌های محکم‌تری برداشته شود.

در حــال حاضر شــکاف عمیقی بیــن بیمه‌ها و بخش ســلامت ایجاد شــده است بنابراین بیمه‌ها خودســرانه عمل کرده و وزارت بهداشــت نیز اعتبــارات را به صورت مســتقل تقســیم می‌کند. اکنــون نگرانی‌ها مبنی بر آن اســت که تا چه زمانی قرار اســت مجلــس به طور مســتقیم بودجه در اختیار وزارت بهداشــت قرار دهد و این وزارتخانه اعتبارات را به صورت مســتقیم هزینه کند. امیــدوار بودن بــه آینده طرح تحول ســلامت منــوط به تقویت بیمه‌ها اســت. بایــد از طریــق بیمه‌ها به طرح تحول ســلامت ورود پیــدا کرد تا بتوان نتیجه بهتــری از اجرای این طرح گرفت. همکاری بیمه‌ها برای کاهش هزینه‌های درمانی لازم است و حتی بر این مسأله تأکید دارد که اقدامات انجام شده در سال ۹۳ در سال جاری نیز با خطای کمتر دنبال شود.

طبق مقررات حاکم بر صندوق‌ها و ســازمان‌های بیمه‌ای حداکثر سهم بیمه‌شــدگان هنگام بستری در بیمارســتان بایستی حداکثر از ۱۰ درصد تجاوز ننماید در ســال‌های متمادی گذشــته به علت هزینه‌های بالای درمانی و تجهیزات پزشــکی بیمه‌های درمانی به ویژه ســازمان خدمات درمانی به عناوین مختلف محدودیت‌هایی در ارائه دارو و تجهیزات پزشــکی به بیمه‌شدگان اعمال نمودند و در واقع بار اصلی هزینه‌ای درمان را متوجه بیمه‌شــدگان نمودند به طوری که سهم بیمه شده در بسیاری از مواقع بین ۵۵ تا ۶۵ درصد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

افزایش پیدا کرد بنابراین اگر قرار باشد به وعده دولت و مقامات مسئوول در این خصوص عمل شود که حداکثر سهم بیماران بستری از ده درصد تجاوز ننماید، بایستی همواره بخش مهمی از کمک دولت در این خصوص متوجه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای شود و این طور نباشد که بدون تقویت صندوق‌های بیمه‌ای درآمدهای منظور شده در بودجه و قانون هدفمند کردن یارانه فقط به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتقال داده شود.

برای رسیدن به تعادل در این بخش پیشنهاد می‌شود بودجه دولت برای سلامت زیاد شود یا اینکه بیمه‌های تکمیلی گسترش یابد. اگر سیاست‌گذاران کشور به ضرورت توسعه نظام سلامت پی ببرند آنگاه معادله مالی آن نیز به راحتی حل خواهد شد و با توجه به الگوی دیگر کشورها راهی انتخاب می‌شود که بار مالی زیادی برای دولت نداشته باشد و بودجه‌ریزان کشور برای تأمین منابع مالی آن کاسه چه کنم در دست نگیرند. در واقع برنامه‌ریز، سیاست‌گذار و جامعه باید احساس کنند که سلامت کالایی ضروری است. در این صورت تأمین مالی آن جزو اولویت‌های اصلی دولت‌ها قرار می‌گیرد و ارتقای نظام سلامت از طرحی موقتی به نظامی پایدار تبدیل می‌شود.

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته می‌توان گفت که محور اصلی طرح تحول، درمان است در حالی که، پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت‌های پیشگیرانه می‌باشد و بدون بسط و گسترش نظام‌های مراقبت سلامت، مواجهه با چالش‌های نظام سلامت بسیار دشوار است. از این رو، مشاهده می‌شود که در اکثر کشورهای توسعه یافته، پیشگیری بر درمان اولویت می‌یابد.

اکثر نظام‌های توسعه یافته‌ی نظام سلامت، از ساز و کارهای تأمین مالی برای مدیریت و سوق نظام به اهداف تعیین شده و رفع چالش‌های پیش‌رو سود می‌برند و تولیت نظام سلامت، نقش سیاست‌گذاری و نظارت را بر عهده می‌گیرند. این در حالی است که در طرح تحول سلامت، نقش بیمه به عنوان یک ساز و کار برای مدیریت منابع سلامت، کم‌رنگ شده و اکثر منابع مالی به صورت مستقیم تخصیص یافته است که این امر، زمینه‌ی بروز فساد را فراهم می‌آورد. (بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بر تفکیک وظایف تولیت و تأمین مالی و تدارک خدمات، تأکید داشته و مدیریت منابع سلامت را بر عهده‌ی بیمه قرار می‌دهد). همچنین طرح تحول قوانین مبنایی حوزه‌ی سلامت، مانند قانون برنامه‌ی پنجم توسعه، در مواردی شامل مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، خرید راهبردی خدمات، جواز خدمت پزشکان در بخش دولتی یا خصوصی و ... که مبنای هر تغییری در نظام سلامت می‌باشد را به حاشیه رانده است.

مأموریت اصلی وزارت بهداشت، ایجاد بستر برای تأمین سلامت کلیه‌ی افراد کشور است که این مهم، از طریق سیاستگذاری، تنظیم مقررات، نظارت و ارزیابی بخش‌های مختلف امکان‌پذیر است اما عملاً مشاهده می‌شود که وزارت بهداشت، خود به بزرگترین ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی تبدیل شده که این امر انجام مؤثر وظایف حاکمیتی را با مشکل مواجه می‌کند و این موضوع، در اجرای طرح تحول نیز آشکار است. به عبارتی دیگر، وزارت بهداشت، مسؤول نظارت و ارزیابی طرحی است که خود تأمین مالی و اجرای آن را بر عهده دارد.

همچنین با اعمال مدیریت مالی صحیح و اجرای الگوی ارتقای کیفیت در این زمینه بیمارستان می‌تواند درآمد خود را به مقدار قابل توجهی افزایش دهد.

ضمن آنکه بیمارستان‌ها برای جبران هزینه خرید تجهیزات و ... می‌توانند امکانات پذیرش بیشتر بیماران را فراهم سازند. همچنین به جای سرمایه‌گذاری و هزینه بیشتر برای تخصصی کردن بیمارستان می‌توانند از خدمات عمومی‌تری استفاده کنند.

ارتباط پزشک معالج با بیمار، حضور وی بر بالین، درآمد فرد، هزینه‌های بیمارستان و دسترسی به پزشک معالج بعد از درمان اثر زیادی بر انتخاب بیماران دارند. بنابراین نظرات، نیازها و انتظارات بیماران برای ارتقای کمی و کیفی خدمات و بهبود فرایندها بایستی مورد توجه قرار گیرد.

مراجع

1- Sadeghi N, Zaree H. The impact of the funding on improving hospital performance. Quarterly monitoring of 0.1388. 16: 145-135.[Persian]

2- Aghlmand S, Pour Reza A. Total Quality Management: A comprehensive strategy for health reform. Sixth International Conference of Quality

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]

Managers. 2005.[Persian]

3- Mosadegh Rad A. To what extent health reform plan economically for the benefit of the state and the people? Revised on 5 November 2014, the http://tums.isna.ir/Default.aspex?NSID=5&SSLID=46&NID=15676. 2014.[Persian]

4- Hashemi H. The transformation of the health system goals achievable. Revised 2 December 2014 in http://hhashemi.com/fa/1149.[Persian]

5- Izadkhah M. National health concerns, fears and hopes about the implementation of the healthcare reform mean? Monthly Trust, 43. 2014.[Persian]

6- Asgari M, Arab M, Rahimi Foroushani A, Ebadi Fard Azar F, Mousavi MH. Factors affecting the personal responsibility of patients to leave the hospital emergency department Hospital, Tehran Amir Alam hospital in 2012. Hospital Quarterly. 2013. 45: 19-28. [Persian]

7- Ameri H, Panahi M, Jafari A, Khalafi A, Alizadeh H and Abbas Pour R. Reasons for choosing private hospitals to treat patients in Yazd province. Journal of Medical Sciences, Torbat Heydarieh. 20133. 3: 37-43. [Persian]

8- Saadati Z. Patient satisfaction in emergency ward of a teaching hospital in Mashhad in 2005. martyr Beheshti University of Medical Sciences Faculty of Nursing and Midwifery. 2005. 55: 30-34. [Persian]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-10]