

## ارزیابی هزینه-فایده طرح جامع سلامت

محمد اسکندری نسب<sup>۱</sup>

هومن قربانی زیکساری<sup>۲</sup>

نسترن دادخواه<sup>۳</sup>

### چکیده

دولت‌ها جهت برآوردن نیاز سلامت جامعه، سامانی را اداره می‌کنند که نظام سلامت نامیده می‌شود. نظام سلامت شامل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارایه اقدامات سلامت می‌پردازند. اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاش (خواه در حوزه سلامت فردی، خواه در حوزه سلامت عمومی، و خواه از طریق اقدامات بین‌بخشی) برای ارتقای سلامت. مراد از سلامت در این تعریف نه فقدان بیماری، بلکه برخورداری از یک زندگی روانی، اجتماعی و جسمانی مطلوب است. بنابراین نظام سلامت باید بتواند علاوه بر تأمین بهداشت و درمان، تنظیم‌کننده مشارکت مردم در تولید سلامت و تضمین‌کننده عدالت در توزیع آن نیز باشد. در این مقاله با بررسی هزینه فایده طرح جامع سلامت ایرانیان، این طرح را از لحاظ رفاهی مورد بررسی قرار می‌دهیم.

**واژگان کلیدی:** اقتصاد رفاه، تحلیل هزینه-فایده، خدمات درمانی، طرح جامع سلامت ایرانیان.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه تهران، نویسنده مسئول:

eskandar.m1991@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد برنامه ریزی رفاه دانشگاه تهران

۳. دانشجوی دکتری مردم‌شناسی دانشگاه آزاد تهران مرکز

## مقدمه

نیاز به تحول در نظام ارایه خدمات درمانی و بازتعریف قوانین حاکم بر بازار سلامت از زمان تصویب قانون برنامه‌ی پنجم توسعه به طور جدی احساس شد و در دستور کار دولت و مجلس قرار گرفت. هدف اصلی این بازنگری‌ها تحقق عدالت در بخش سلامت بود؛ آن هم به معنای دریافت خدمات بر اساس نیاز، پرداخت هزینه بر اساس توان و کیفیت خدمات درمانی یکسان برای همه. نمود این امر با قوانینی از جمله «نظام ارجاع به پزشک خانواده» آغاز شد. پوشش همگانی سلامت (دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا و پیشگیری و درمان و توان‌بخشی، در سطحی از هزینه که همه استطاعت آن را داشته باشند و متحمل ریسک مالی یا فقیر شدن نگردند) موضوع دیگری بود که در قانون مورد توجه قرار گرفت. با این نگاه مفهوم «مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت» از نظر قانون‌گذاران اهمیت یافت. بررسی‌ها نشان می‌دهد سهم هر یک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت عبارت‌اند از: ژنتیک یا بیولوژی فردی (۱۵ درصد)، جایگاه اجتماعی-اقتصادی (۵۰ درصد)، محیط فیزیکی (۱۰ درصد) و نظام مراقبت سلامت (۲۵ درصد). با اهمیت یافتن چنین مفهومی، در برنامه‌ی پنجم توسعه سعی شد به جز نظام خدمات درمانی، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت نیز تحت حمایت قرار بگیرند. پس از آن مهم‌ترین تغییرات ساختاری نظام بهداشتی کشور از اردیبهشت ۱۳۹۳ با «طرح تحول سلامت» در دستور کار دولت قرار گرفت (رهبری و شمس ۱۳۹۵:۴). در این مقاله کوشش بر آن است تغییرات نظام سلامت در یک دهه‌ی اخیر، چنان که به تدوین طرح جامع سلامت منجر شد، از منظر رویکرد هزینه-فایده بررسی شود. بنابراین پیش از هر چیز به مرور تغییرات قوانین سلامت می‌پردازیم.

## مروری بر تغییرات قانونی نظام سلامت در یک دهه اخیر

جدول ۱: خلاصه قوانین مربوط به بیمه‌های سلامت در برنامه‌ی پنجم توسعه

ردیف	فصل	ماده	بند	خلاصه
۱	۲	۱۸	ب	برقراری بیمه پایه سلامت نخبگان
۲	۳	۳۲	ج	سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت
۳	۳	۳۲	د	یکپارچه شدن بیمه پایه درمان، عدم مشمولیت ارائه دهندگان بخش خصوصی که مایل به همکاری سامانه جامع سلامت را ندارند.
۴	۳	۳۴	ب	کاهش سهم هزینه های مستقیم مردم به ۳۰٪، اختصاص ۱۰٪ از درآمد ناشی از هدفمند سازی یارانه ها به بخش بهداشت و درمان.
۵	۳	۳۵	ب	ساماندهی برنامه خدمات بیمه سلامت با سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان با همکاری وزارت رفاه و مراکز خدمات درمانی و بیمه ای ظرف مدت دو سال اول.
۶	۳	۳۷	ب	درمان فوری و بدون قید و شرط مسدومین سوانح رانندگی، اخذ معادل ۱۰٪ از حق بیمه شخص ثالث، سرشبین و مزاد از شرکتهای بیمه تجاری
۷	۳	۳۸	-	پوشش فراگیر و کاهش سهم هزینه های مردم.
۸	۳	۳۸	الف	تعیین ساز و کارهای لازم جهت بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت تا پایان سال اول
۹	۳	۳۸	ب	تاسیس تشکیلات جدید "سازمان بیمه سلامت ایران"
۱۰	۳	۳۸	ج	تعریف و اجرای خدمات پایه بیمه سلامت بصورت یکسان برای عموم افراد کشور، تا پایان برنامه
۱۱	۳	۳۸	د	تعیین حق بیمه پایه سلامت خانوار
۱۲	۳	۳۸	هـ	بازنگری سالیانه ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت
۱۳	۳	۳۸	و	حق وزارت بهداشت در واگذاری نظارت بر موسسات ارائه خدمات سلامت به موسسات در بخش غیر دولتی به شرط عدم ایجاد بار مالی جدید
۱۴	۳	۳۸	ز	خرید راهبردی خدمات سلامت توسط سازمان بیمه سلامت ایران از بخش های دولتی و غیر دولتی
۱۵	۳	۳۸	ح	تدوین اساس نامه نظام بیمه اجباری کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط

جدول ۲: خلاصه برنامه‌های مربوط به بیمه‌های سلامت در نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی

ایران

ردیف	عنوان اصلی	زیر عنوان	بند	خلاصه برنامه
۱	چشم انداز	-	-	دستیابی به عادلانه ترین نظام سلامت، استقرار حفاظت کننده های اقتصادی، دسترسی بر اساس نیاز و پرداخت بر اساس توانایی پرداخت
۲	ارزش ها	عدالت	-	عدالت در بهره مندی (بر اساس نیاز) و عدالت در تامین مالی (بر اساس توانایی)
۳	اصول	بهره مندی عادلانه	-	پوشش فراگیر بسته خدمات سلامت، تامین منابع مالی پایدار، توجه خاص به اقشار آسیب پذیر و گروه های در معرض خطر.
۴	اهداف کلان	-	۷	حفاظت مالی خانوار در برابر هزینه های سلامت
۵	سیاست ها	-	۶	مراقبت های جامع و یکپارچه با محوریت عدالت
۶	سیاست ها	-	۷	تامین مالی پایدار، پوشش همگانی بیمه و اصلاح نظام های پرداخت به منظور تامین نیازهای مردم و مشارکت عادلانه
۷	سیاست ها	-	۸	ایجاد و تقویت زیرساخت های اقتصادی برای تولید فرآورده های سلامت
۸	برنامه های ملی تحول	سیاست ۱	۳	گسترش عدالت در تمام زمینه های ارائه خدمات
۹	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	-	تامین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت، اصلاح نظام های پرداخت، مشارکت عادلانه و متناسب با توان
۱۰	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	۴۲	افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی نظام سلامت
۱۱	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	۴۳	توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت
۱۲	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	۴۴	استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت
۱۳	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	۴۵	کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف
۱۴	برنامه های ملی تحول	سیاست ۷	۴۶	بازارابی ساختارهای مالی بخش سلامت
۱۵	نقاط تمرکز برنامه ها <sup>۱</sup>	۱۳	-	سیاست گذاری برنامه ریزی و هماهنگی تخصیص منابع مالی و غیر مالی سلامت
۱۶	نقاط تمرکز برنامه ها	۲۸	-	توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری در تامین مالی نظام سلامت
۱۷	نقاط تمرکز برنامه ها	۲۸	۱	اصلاح نظام پرداخت با توجه خاص به ارتقای فعالیت های نظام سلامت، پیشگیری اولیه و غربالگری
۱۸	نقاط تمرکز برنامه ها	۲۸	۲	توسعه بیمه به خدمات پیشگیری اولیه، غربالگری و ارتقای سلامت
۱۹	نقاط تمرکز برنامه ها	۳۰	۱	استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها و تعیین بسته پایه خدمات سلامت و ارائه آن به تمامی افراد جامعه در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع.
۲۰	نقاط تمرکز برنامه ها	۲۸	۲	اصلاحات در ساختار و فرآیند مدیریت اقتصادی موسسات ارائه کننده

ردیف	عنوان اصلی	زیر عنوان	بند	خلاصه برنامه
۲۱	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲		افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت
۲۲	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۱	افزایش سهم منابع عمومی حداقل به ۱۲ درصد تا انتهای برنامه پنجم توسعه، و بهبود آن تا افق ۱۴۰۴.
۲۳	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۲	افزایش سهم سلامت از در آمد ناخالص ملی به حداقل ۸ درصد تا انتهای برنامه پنجم توسعه
۲۴	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۳	به صفر رسیدن هزینه های کمر شکن سلامت تا افق ۱۴۰۴
۲۵	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۴	عوارض و مالیات بر محصولات و مواد زیان آور سلامت
۲۶	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۵	تخصیص هدفمند یارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آنها
۲۷	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۲	۶	یکپارچگی منابع عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه
۲۸	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳		توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت
۲۹	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۱	پوشش اجباری بیمه پایه خدمات سلامت تمام جمعیت
۳۰	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۲	حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تامین منابع بیمه ای
۳۱	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۳	تعیین حق بیمه به صورت پیش رونده
۳۲	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۴	تقلیل حق بیمه برای پرداخت حق بیمه افراد نیازمند.
۳۳	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۵	توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت
۳۴	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۶	تعیین بسته بیمه پایه سلامت محور (متناسب با بار بیماری ها و ملاحظات اقتصادی و هزینهها اثربخشی و ضروری بودن خدمات و اولویت های نظام سلامت)
۳۵	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۷	تعیین نرخ فرانشیز به صورت متغیر و متناسب با گروه های مختلف درآمدی جمعیت هدف
۳۵	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۳	۸	حمایت ویژه دولت از اقشار نیازمند <sup>۱</sup>
۳۶	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴		استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت
۳۷	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۱	تعیین بسته خدمات پایه به صورت دوره ای و تامین مالی آن از طریق بیمه ها
۳۸	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۲	تدوین تعرفه خدمات پایه به صورت دوره ای و تامین مالی آن از طریق بیمه ها

ردیف	عنوان اصلی	زیر عنوان	بند	خلاصه برنامه
۳۹	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۳	تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت، مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده
۴۰	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۴	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
۴۱	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۵	استقرار نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمات
۴۲	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۶	استقرار ساز و کار نظام پرداخت آینده نگر مبتنی بر گروه های تشخیصی وابسته (DRG) و Case mix در سطح دوم و سوم
۴۳	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۴	۷	ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه کنندگان خدمات
۴۴	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۵		کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف
۴۵	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۵	۱	اصلاح نظام بودجه ریزی مبتنی بر نیاز و استقرار بودجه ریزی عملیاتی
۴۶	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۵	۵	افزایش کارایی بیمه
۴۷	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۶		بازارایی ساختارهای مالی بخش سلامت
۴۸	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۶	۱	استقرار الگوی حسابداری تعهدی
۴۹	نقاط تمرکز برنامه ها	۴۶	۲	تقویت و توسعه عادلانه نظام مالیاتی
۵۰	شاخص ها	حفاظت مالی		میزان پرداخت از جیب
۵۱	شاخص ها	تامین منابع		هزینه کل پرداختی دولت برای بخش بهداشت و درمان
۵۲	شاخص ها	پوشش		پوشش بیمه

همان گونه که از مقایسه این دو جدول برمی آید، در برنامه پنجم توسعه صرفاً بر این گونه موارد تمرکز شده بود: پوشش جامع بیمه‌های درمانی برای تمام مردم ایران از طریق تأسیس سازمان بیمه سلامت، کاهش سهم پرداختی بیماران تا ۳۰ درصد هزینه‌های درمان، یکسان‌سازی نرخ پایه برای خدمات درمانی از طریق تدوین تعرفه‌های پزشکی توسط دولت، سازماندهی پرونده الکترونیک سلامت برای بیماران و اختصاص ۱۰ درصد منابع حاصل از هدف‌مندی یارانه‌ها به امر بهداشت و درمان.

در بین موارد فوق، لازم است توجه ویژه‌ای به هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها داشته باشیم. علی‌رغم تلاش دولت جهت بهبود و ارتقای نظام سلامت، عدم حضور نماینده وزارت بهداشت در مجمع عمومی سازمان هدف‌مندی یارانه‌ها جهت دفاع از حق سلامت مردم، مشکلات فراوانی را به وجود آورد؛ آن هم در حالی که اموری همچون تعیین تعرفه‌های درمانی، تعیین قیمت بسته‌های دارویی، تعیین سهم سازمان‌های بیمه‌گر و تعیین بیمه درمانی پایه به سازمان هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها سپرده شده بود. این وضع سبب مخدوش شدن جایگاه سلامت در نظام خدمات و کالاهای درمانی گردید و عواقب زیر را به دنبال آورد: الف) رشد هزینه‌های صندوق‌های بیمه‌گر درمان، ب) خصوصی‌سازی بی‌رویه در بخش بهداشت و درمان، ج) افزایش مراجعات به بیمارستان‌های دولتی و بالتبع افزایش هزینه‌ها آن‌ها (وثوق مقدم ۱۳۹۰: ۱۲).

با توجه به مشکلات پدیدآمده در برنامه پنجم توسعه، در «نقشه تحول سلامت» تلاش شد نگاه جامعی به مسأله ارایه شود. در این نقشه علاوه بر تأکید بر جایگاه خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نه تنها طرح‌های ارایه شده در برنامه پنجم توسعه تداوم یافتند، بلکه چنین اقداماتی نیز در دستور کار قرار گرفتند: دسترسی بر اساس نیاز و پرداخت بر اساس توانایی، توجه خاص به اقشار فقیر، ایجاد زیرساخت‌های اقتصادی جهت تولید فرآورده‌های سلامت، کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف، اولویت پیشگیری بر درمان، بهبود کیفی خدمات سلامت، تعیین مالیات اضافی بر محصولات زیان‌آور، اصلاح ساختاری مؤسسات ارائه‌دهنده و بهبود نظام تغذیه. برای آن که بتوانیم تغییرات در قوانین و سیاست‌ها را به نحو مطلوب ارزیابی کنیم، باید انعکاس آن را در سطح بودجه‌های سالانه بررسی نماییم.

**مروری بر تغییرات بودجه‌ی سلامت در قوانین بودجه‌ی کشور در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۷**  
دلیل انتخاب بازه‌ی پنج‌ساله آن است که اختصاص درآمدهای هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها به بخش سلامت، یعنی اجرای بند (ب) ماده‌ی ۳۴ قانون پنجم توسعه از سال ۱۳۹۱ به طور جدی آغاز شد.

#### الف) بودجه سلامت در سال ۱۳۹۲

طبق جداول زیر، مجموع اعتبارات بخش سلامت در لایحه بودجه سال ۱۳۹۲ مبلغ ۱۸۶۱۱۰۴۳۸ میلیون ریال است که سهم دانشگاه‌های علوم پزشکی از این مبلغ بیش از ۷۰ درصد است. مقدار ریالی

بخش سلامت نسبت به سال ۱۳۹۱ رشدی ۲۱ درصدی را نشان می‌دهد که البته ناشی از اضافه شدن ردیف مابه‌التفاوت نرخ ارز و واردات داروهای ساخته‌شده و مواد اولیه است. با کسر اعتبار این ردیف، رشد اعتبار سلامت در لایحه بودجه ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱ به ۹ درصد و میزان اعتبار هزینه‌ای آن به منفی ۵ درصد کاهش می‌یابد.

جدول ۳: اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در لایحه بودجه‌ی سال ۱۳۹۲ به میلیون ریال (رهبری و صدیقی ۶: ۱۳۹۱)

درصد رشد سال ۱۳۹۲ به سال ۱۳۹۱	اعتبارات	عنوان
۱۴	۲۳,۱۲۶,۴۷۸	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ستادی
۴۸	۲۷,۹۶۳,۵۲۱	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۷	۱۶,۷۸۴,۱۹۲	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای برنامه آموزشی
۱۹	۲۱۲,۰۰۹,۶۸۶	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بهداشت و درمان
۲	۲,۸۳۲,۸۹۴	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مؤسسات و مراکز پژوهشی
۲۰	۱۸۲,۶۱۶,۷۷۱	جمع پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی
۳۸	۳,۴۹۳,۶۶۷	متفرقه
۲۱	۱۸۶,۱۱۰,۴۳۸	جمع با متفرقه



جدول ۴: مقایسه اعتبارات هزینه‌ای وزارت بهداشت در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۱ به میلیون ریال  
(همان ۸)

ردش	لایحه ۱۳۹۲	قانون ۱۳۹۱	عنوان
-۳	۴,۵۰۹,۸۴۵	۴,۶۳۴,۵۴۰	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ستادی
۵۰	۲۷,۶۱۳,۵۲۱	۱۸,۴۳۱,۳۱۴	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۶	۱۳,۶۳۳,۶۳۷	۱۲,۸۴۶,۶۱۵	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای برنامه آموزشی
۱۱	۴۴,۹۸۵,۶۶۰	۴۰,۴۵۲,۴۶۶	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بهداشت و درمان
-۷	۱,۴۱۶,۲۹۴	۱,۵۲۱,۳۳۲	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مؤسسات و مراکز پژوهشی
۱۸	۹۲,۱۵۸,۹۵۷	۷۷,۸۸۶,۲۶۷	جمع
۴۸	۳,۱۵۰,۹۶۷	۲,۱۳۴,۴۵۰	متفرقه‌ها
۱۹	۹۵,۳۰۹,۹۲۴	۸۰,۰۲۰,۷۱۷	جمع کل با متفرقه‌ها

سهم اعتبارات برای اجرای بند (ب) ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه ۱۵ درصد اعتبارات بودجه را به خود اختصاص داده است. به طور کلی سهم فصل سلامت از منابع بودجه عمومی ۷ درصد است که رقم آن در قانون ۱۳۹۱ برابر با ۹ درصد بوده است.

جدول ۵: مقایسه اعتبارات اجرای بند (ب) ماده‌ی ۳۴ قانون پنجم توسعه در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به میلیون ریال (همان ۱۵)

عنوان	۱۳۹۱ مصوب	۱۳۹۲ لایحه	رشد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۲۱.۱۳۱,۳۱۴	۲۷,۹۶۳,۵۲۱	۳۲
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اجرای بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۵۷۰,۰۰۰	۳۹۱,۱۶۰	-۳۱
ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی	۲,۷۱۲,۹۳۹	۱,۶۵۴,۷۰۸	-۳۹
کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان	۴۳۳,۳۷۵	۱۸۴,۲۲۵	-۵۷
یارانه دارو	۴,۳۵۰,۰۰۰	۴,۰۰۱,۳۲۰	-۸
اجرای برنامه پزشک خانواده	۲,۲۰۰,۰۰۰	۰	-۱۰۰
درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج	۲,۱۵۰,۰۰۰	۲,۰۰۱,۳۵۶	-۷
کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز	۸,۷۱۵,۰۰۰	۱,۳۷۰,۷۵۲	-۸۴
مابه‌التفاوت نرخ ارز واردات داروهای ساخته شده و مواد اولیه دارو	۰	۱۸,۳۶۰,۰۰۰	

#### ب) بودجه سلامت در سال ۱۳۹۳

طبق جداول زیر، مجموع اعتبارات فصل بهداشت و سلامت (شامل ۴۷ برنامه) در لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ مبلغ ۲۵۲۸۹۸۶۵۲ میلیون ریال است که نسبت به قانون بودجه سال ۱۳۹۲ رشد ۲۴ درصدی داشته است. اعتبارات وزارت بهداشت مشتمل بر اعتبارات ستاد، دانشگاه‌های علوم پزشکی، دستگاه‌های وابسته و متفرقه معادل ۲۷۲۲۹۸۰۰۰ میلیون ریال پیش‌بینی شده است که نسبت به رقم مصوب سال گذشته ۲۱ درصد رشد داشته است. بیشترین رشد مربوط به ستاد وزارت بهداشت (۴۵ درصد) و سپس دانشگاه‌ها (۳۳ درصد) است. به طوری که سهم دانشگاه‌های علوم پزشکی، تقریباً ۶۶ درصد از کل اعتبارات وزارت بهداشت است. علی‌رغم اهمیت اجرایی شدن مفاد بند (ب) ماده‌ی ۳۴ قانون پنجم توسعه، اعتبار این بند به میزان ۹ درصد کاهش یافته است.

جدول ۶: اعتبارات بخش سلامت در لایحه بودجه‌ی سال ۱۳۹۳ و رشد آن نسبت به قانون سال ۱۳۹۲ به میلیون ریال (رهبری و صدیقی ۱۳۹۲:۱۲)

شرح دستگاه و برنامه	هزینه از محل درآمد عمومی	درآمد اختصاصی	تملك دارایی از درآمد عمومی	جمع اعتبار سال ۱۳۹۳	رشد لایحه سال ۱۳۹۳ (درصد)
جمع فصل پژوهش	۲,۱۷۷,۸۰۱	۵۳۲,۹۶۹	۱۴۶,۶۰۰	۲,۸۵۷,۳۷۰	۱۱
جمع فصل آموزش	۱۷,۱۸۵,۲۵۴	۴,۱۶۱,۹۷۵	۵۹۴,۰۱۵	۲۱,۹۴۱,۲۴۴	۱۹
جمع فصل فرهنگ و هنر	۷,۰۰۰	—	۳,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	-۲۹
جمع فصل سلامت	۱۲۸,۰۸۲,۳۱۳	۱۱۵,۱۲۶,۹۷۵	۹,۶۸۹,۳۶۴	۲۵۲,۸۹۸,۶۵۲	۲۴
جمع فصل تأمین اجتماعی	۵۹,۸۶۳,۸۸۸	—	۱,۳۰۰	۵۹,۸۶۵,۱۸۸	۶۳
جمع فصل تربیت بدنی	۷,۰۰۰	—	۲۱,۵۰۰	۲۸,۵۰۰	-۵۱
جمع ردیف‌های متفرقه	۶,۳۵۰,۰۰۰	—	۱۹۰,۰۰۰	۶,۵۴۰,۰۰۰	-۱۷
مجموع اعتبارات بخش سلامت	۲۱۳,۶۷۳,۲۵۶	۱۱۹,۱۲۱,۹۱۹	۱۰,۶۴۵,۷۷۹	۳۴۴,۱۴۰,۹۵۴	۲۸
منابع بودجه عمومی دولت (در لایحه)	۱,۴۳۰,۱۱۷,۸۸۰	۲۳۸,۰۱۰,۰۸۹	۵۱۹,۸۷۰,۶۱۳	۲,۱۸۷,۹۹۸,۵۸۲	-۷
سهم سلامت از منابع بودجه عمومی	۱۵	۵۰	۲	۱۶	۵

جدول ۷: توزیع اعتبارات اجرای بند (ب) ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه در لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ به میلیون ریال و رشد آن نسبت به قانون ۱۳۹۲ (همان ۲۱)

درصد رشد	لایحه سال ۱۳۹۳	عنوان
-۵۴	۱۸۱,۱۶۰	اجرای بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۰	۲۰,۲۷۰,۰۰۰	اجرای برنامه پزشک خانواده
۲۳	۲,۲۹۲,۰۰۰	ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و کمک به شبکه سیما
۴۰	۲۵۷,۹۱۵	کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان
۴۵	۵,۸۱۲,۰۰۰	پارانه دارو و شیر خشک
۰	۲۰,۸۵۰,۴۱۲	درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، کمک به مجمع خیرین سلامت، زنجیره امید، بیمارستان محکم و مؤسسه محکم
-۱	۱,۳۵۰,۷۵۱	کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز
-۵۷	۶,۰۰۰,۰۰۰	کمک به اجرای سیاست‌های جمعیتی کشور
۰	۱۸,۳۶۰,۰۰۰	ما به‌التفاوت نرخ ارز واردات داروهای ساخته شده و مواد اولیه دارو
-۹	۵۶,۶۰۹,۲۳۹	جمع کل

سهم اعتبارات بهداشتی، درمانی و دارویی از کل اعتبارات بهداشت و سلامت در بودجه ۱۳۹۳ به ترتیب ۲۷، ۵۴ و ۱۸ درصد است. این در حالی است که سهم هر یک از این برنامه‌ها در قانون بودجه سال گذشته ۳۲، ۴۸ و ۱۸ درصد بوده است. لذا مشاهده می‌شود که نه تنها سهم حوزه بهداشت کمتر از حوزه درمان است، بلکه سهم برنامه‌های بهداشتی از کل اعتبارات فصل بهداشت و سلامت نسبت به سال گذشته کاهش یافته است.

جدول ۸: سهم اعتبارات حوزه‌های بهداشت، درمان و دارو از فصل بهداشت و سلامت در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به میلیون ریال (همان ۳۲)

قانون سال ۱۳۹۲				فصل بهداشت و سلامت
جمع کل	درمان	بهداشت	دارو	حوزه
۱۹۵,۱۸۹,۱۵۷	۹۴,۰۳۵,۷۱۴	۶۳,۱۱۲,۵۷۵	۳۵,۹۸۸,۳۷۷	مجموع اعتبارات
	۴۸	۳۲	۱۸	سهم برنامه از کل اعتبار فصل بهداشت و سلامت (درصد)
لایحه سال ۱۳۹۳				فصل بهداشت و سلامت
جمع کل	درمان	بهداشت	دارو	حوزه
۲۴۳,۱۳۲,۷۸۸	۱۳۱,۸۱۶,۶۹۷	۶۴,۴۹۵,۴۱۳	۴۴,۹۶۰,۱۸۵	مجموع اعتبارات
	۵۴	۲۷	۱۸	سهم برنامه از کل اعتبار فصل بهداشت و سلامت (درصد)

### ج) بودجه سلامت در سال ۱۳۹۴

طبق داده‌های جداول زیر، مجموع اعتبارات فصل بهداشت و سلامت در لایحه بودجه سال ۱۳۹۴ بالغ بر ۴۰۱۵۴۲۹۰۲ میلیون ریال است که نسبت به قانون بودجه سال ۱۳۹۳ رشد ۵۹ درصدی داشته است. اعتبارات وزارت بهداشت مشتمل بر اعتبارات ستاد (۵۱۴۱۸ میلیارد ریال) دانشگاه‌های علوم پزشکی (۳۱۱۸۳۴ میلیارد ریال) دستگاه‌های وابسته (۴۱۶۰ میلیارد ریال) اعتبارات بند (ب) ماده ۳۴ (۵۳۴۲۰ میلیارد ریال) و متفرقه (۳۴۶۰۰ میلیارد ریال) است که معادل ۴۵۵۴۳۲ میلیارد ریال (۴۶ هزار میلیارد تومان) پیش‌بینی شده و نسبت به رقم مصوب سال گذشته ۵۰ درصد رشد داشته است. سهم اعتبارات بهداشتی، درمانی و دارویی از کل اعتبارات فصل بهداشت و سلامت در لایحه ۱۳۹۴ به ترتیب ۲۲، ۶۱، ۵ و ۱۶ درصد است. همچنین میزان رشد اعتبارات این سه حوزه به ترتیب ۳۷، ۷۵ و ۴۴ درصد است. بنابراین نه تنها سهم حوزه بهداشت کمتر از درمان است، بلکه سهم برنامه‌های بهداشتی از کل اعتبار فصل بهداشت و سلامت نسبت به سال گذشته نیز کاهش یافته است.

جدول ۹: اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های وابسته در لایحه ۱۳۹۴ و رشد آن نسبت به قانون ۱۳۹۳ به میلیارد ریال (رهبری و شمس ۱۳۹۳:۱۲)

عنوان	قانون ۱۳۹۳	لایحه ۱۳۹۴	درصد رشد به ۱۳۹۳
جمع کل دانشگاه‌های علوم پزشکی	۱۷۹,۹۶۷	۳۱۱,۸۳۴	۷۳
جمع کل ردیف‌های ستادی	۳۰,۱۱۳	۵۱,۴۱۸	۷۱
بند «ب» ماده (۳۴)	۵۶,۶۲۰	۵۳,۴۲۰	-۶
جمع دستگاه‌های وابسته	۳,۴۴۰	۴,۱۶۰	۲۱
جمع کل	۲۷۰,۱۴۰	۴۲۰,۸۳۲	۵۶
متفرقه‌ها	۳۳,۸۷۷	۳۴,۶۰۰	۳
جمع کل با متفرقه	۳۰۴,۰۱۷	۴۵۵,۴۳۲	۵۰

جدول ۱۰: سهم اعتبارات حوزه‌های بهداشت، درمان و دارو از فصل بهداشت و سلامت در لایحه بودجه ۱۳۹۴ و مقایسه آن با بودجه ۱۳۹۳ (همان ۲۱)

حوزه	دارو			بهداشت			درمان		
	قانون ۱۳۹۳	لایحه ۱۳۹۴	رشد	قانون ۱۳۹۳	لایحه ۱۳۹۴	رشد	قانون ۱۳۹۳	لایحه ۱۳۹۴	رشد
مجموع اعتبارات	۴۴,۸۳۸,۱۸۵	۶۴,۶۵۸,۹۵۱	۴۴	۶۵,۴۲۸,۹۲۱	۸۹,۹۴۰,۹۶۱	۳۷	۱۴۱,۰۵۹,۴۹۱	۲۴۷,۰۹۸,۳۳۳	۷۵
سهم برنامه از کل اعتبار فصل بهداشت و سلامت (درصد)	۱۷/۸	۱۶/۱		۲۶	۲۲		۵۶	۴۱/۵	

#### د) بودجه‌ی سلامت در سال ۱۳۹۵

طبق داده‌های جداول زیر، در لایحه بودجه ۱۳۹۵ اعتبارات امور سلامت معادل ۴۱۸۳۹۹ میلیارد ریال است که مشتمل بر اعتبارات فصل بهداشت (معادل ۱۰۳۹۹۳ میلیارد ریال) و اعتبارات فصل تحقیق و توسعه (معادل ۳۶۲۳ میلیارد ریال) است. بنابراین از کل اعتبارات امور سلامت، اعتبارات فصل بهداشت حدود ۲۵ درصد، فصل درمان حدود ۷۴ درصد و فصل تحقیق و توسعه حدود ۱ درصد را به خود اختصاص داده است. مجموع اعتبارات وزارت بهداشت و درمان در لایحه بودجه ۱۳۹۵ مبلغ ۴۹۷۲۶۲ میلیارد ریال (حدود ۵۰ هزار میلیارد تومان) است که نسبت به قانون بودجه سال ۱۳۹۴

رشد ۱۰ درصدی داشته است. اعتبارات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مشتمل بر اعتبارات ستاد وزارت (۹۷۶۳۸ میلیارد ریال معادل ۱۹,۶ درصد کل اعتبارات) دانشگاه‌های علوم پزشکی (۳۴۵۸۳۸ میلیارد ریال معادل ۶۹,۵ درصد کل اعتبارات) دستگاه‌های وابسته (۵۳۶۱ میلیارد ریال معادل ۱ درصد کل اعتبارات) و متفرقه (۴۵۹۲۵ میلیارد ریال معادل ۹,۲ درصد کل اعتبارات) است. اعتبارات بند (ب) ماده ۳۴ با حذف ردیف مربوطه، به همان میزان مصوب در قانون بودجه ۱۳۹۴، در بودجه ستاد وزارت بهداشت تجمیع شده است.

جدول ۱۱: مقایسه‌ی اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در لایحه بودجه ۱۳۹۵ و

قانون ۱۳۹۴ به میلیارد ریال (رهبری و شمس ۱۳۹۴:۷)

عنوان	قانون ۱۳۹۴	لایحه ۱۳۹۵	درصد رشد به ۱۳۹۴
جمع کل دانشگاه‌های علوم پزشکی	۳۱۱,۸۳۴	۳۴۵,۸۳۸	۱۱
جمع کل ردیف‌های ستادی	۱۰۴,۸۶۱	۹۷,۶۳۸	-۷
جمع دستگاه‌های وابسته	۴,۴۱۰	۵,۳۶۱	۲۲
جمع کل	۴۲۱,۱۰۴	۴۴۸,۸۳۷	۷
متفرقه‌ها	۳۲,۰۱۲	۴۵,۹۲۵	۴۴
بند «ب» تبصره «۱۳» ماده واحد	۰	۲,۵۰۰	-
جمع کل اعتبارات	۴۵۳,۱۱۶	۴۹۷,۲۶۲	۱۰

با توجه به تجمیع اعتبارات بند (ب) ماده ۳۴ تحت اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و امور پزشکی، تفکیک اعتبارات اختصاص یافته به هر یک از سه حوزه بهداشت، درمان و دارو در قانون بودجه این سال به دقت ذکر نگردیده است. اما می‌توان با بررسی دقیق‌تر بودجه و تفکیک ردیف‌های آن تحت سه

حوزه نامبرده، به تخمین قابل قبولی رسید و راه را برای داوری در مورد رویکرد بودجه به مسأله «پیشگیری یا درمان؟» اتخاذ کرد.

جدول ۱۲: اعتبارات امور سلامت سال ۱۳۹۵ و رشد آن نسبت به بودجه‌ی ۱۳۹۴ به میلیارد ریال

(همان ۲۲)

عنوان	جمع کل قانون ۱۳۹۴	جمع لایحه ۱۳۹۵	رشد نسبت به ۱۳۹۴
حاصل بهداشت	-	۱۰۳,۹۹۳	-
برنامه اجرای امنیت غذایی و تغذیه	-	۸۹۴	-
برنامه ارائه خدمات بهداشت روستایی	-	۱۰۸	-
برنامه ارائه خدمات بهداشت شهری	-	۱۲۵	-
برنامه ارائه خدمات بهداشتی	-	۱,۰۵۴	-
برنامه ارتقای شاخص‌های بهداشتی	-	۱,۹۲۷	-
برنامه ارتقای شاخص‌های سلامت خانواده	۶,۲۰۰	۶,۰۰۰	-۳
برنامه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مشترک نام و انسان	-	۸۱۷	-
برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های نوپدید و بازپدید	۹۹	۹۹	۰
برنامه کنترل کیفی و بهداشتی تولیدات خام دامی و شیلانی	-	۷۳۴	-
برنامه مدیریت بیماری‌ها	۳۷۹	۳۶۴	-۴
حاصل درمان	-	۳۱۰,۷۸۱	-
برنامه ارائه خدمات درمانی	-	۸۹۹	-
برنامه ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی	۶,۱۱۸	۸,۱۴۴	۳۳
برنامه ارتقای سلامت خون	-	۳۹۸	-
برنامه ارتقای شاخص‌های درمانی	-	۲۲۹,۷۵۵	-
برنامه تأمین دارو در خدمات درمانی	-	۶۸,۷۳۹	-
برنامه تهیه خون و فرآورده‌های خونی سالم	۱,۷۵۶	۲,۱۱۸	۲۱
برنامه توسعه طب سنتی	-	۲۶	-
برنامه درمان مصدومین اورژانس (غیرترافیکی)	۴۴۴	۱۱۴	-۷۴
برنامه مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه	۱۴۳	۹۰	-۳۷
برنامه کمک به بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی، سرطانی و ام اس)	۵,۲۹۷	۵۰۰	-۹۱
حاصل تحقیق و توسعه در امور سلامت	-	۳,۶۲۴	-
برنامه توسعه دولت الکترونیک	-	۶۳	-
برنامه توسعه علوم پزشکی پایه و کاربردی	-	۳,۸۴۲	-
برنامه تولید فرآورده‌های بیولوژیک	-	۷۱۹	-
امور سلامت	۴۰۱,۹۵۸	۴۱۸,۳۹۹	۴



هـ) بودجه سلامت در سال ۱۳۹۶

با توجه به جداول زیر، اعتبارات امور سلامت در لایحه بودجه ۱۳۹۶ معادل ۴۸۳۴۰۷ میلیارد ریال مشتمل بر اعتبارات فصل بهداشت (معادل ۱۰۸۰۸۲ میلیارد ریال)، اعتبارات فصل درمان (معادل ۳۶۸۷۵۹ میلیارد ریال) و اعتبارات فصل تحقیق و توسعه (معادل ۶۵۶۶ میلیارد ریال) است. بنابراین از کل اعتبارات امور سلامت، فصل بهداشت حدود ۲۲,۳ درصد، فصل درمان حدود ۷۶,۳ درصد و فصل تحقیق و توسعه حدود ۱,۴ درصد را به خود اختصاص داده است. اعتبارات امور سلامت در لایحه بودجه ۱۳۹۶ نسبت به اعتبارات بودجه ۱۳۹۵ حدود ۱۶ درصد افزایش یافته است.

جدول ۱۳: مقایسه اعتبارات وزارت بهداشت در بودجه سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۵ به میلیارد ریال

(رهبری ۷: ۱۳۹۵)

جمع کل (هزینه‌ای و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای)			عنوان
درصد رشد ۱۳۹۶ به ۱۳۹۵	لایحه ۱۳۹۶	قانون ۱۳۹۵	
۲۲	۴۲۱۰۹۰	۳۴۶۰۹۹	جمع کل دانشگاه‌های علوم پزشکی
۲	۹۹۴۰۴	۹۷۷۸۸	جمع کل ردیف‌های ستادی
-	۶۶۱۵	۶۵۹۱	جمع دستگاه‌های وابسته
۳	۵۷۳۸۰	۵۵۹۸۴	جمع ردیف‌های متفرقه
-	۲۵۰۰	۲۵۰۰	یمند «ب» تبصره «۱۳»
۱۵	۵۸۶۸۸۹	۵۰۸۹۶۲	جمع کل

جدول ۱۴: اعتبارات امور سلامت بودجه ۱۳۹۶ و رشد آن نسبت به امور سلامت بودجه ۱۳۹۵ به

میلیارد ریال (همان ۲۰)

عنوان	جمع کل قانون ۱۳۹۵	جمع کل لایحه ۱۳۹۶	رشد نسبت به ۱۳۹۵
فصل بهداشت	۱۰۴۱۰۴	۱۰۸۰۸۲	۴
فصل درمان	۳۱۰۲۱۱	۳۶۸۷۵۹	۱۹
فصل تحقیق و توسعه در امور	۳۶۲۴	۶۵۶۶	۸۱
امور سلامت	۴۱۷۹۳۹	۴۸۳۴۰۷	۱۶

(و) بودجه سلامت در سال ۱۳۹۷

طبق جداول زیر، اعتبارات امور سلامت در لایحه بودجه سال ۱۳۹۷ معادل ۵۶۹۷۲۸ میلیارد ریال است که مشتمل بر اعتبارات فصل بهداشت (۱۲۸۳۴۴ میلیارد ریال)، اعتبارات فصل درمان (۴۳۴۷۰۶ میلیارد ریال) و اعتبارات فصل تحقیق و توسعه (۶۶۶۷ میلیارد ریال) است. بنابراین از کل اعتبارات امور سلامت، اعتبارات فصل بهداشت حدود ۲۲٫۵ درصد، فصل درمان حدود ۷۶٫۲ درصد و فصل تحقیق و توسعه حدود ۱٫۳ درصد را به خود اختصاص داده است.

جدول ۱۵: مقایسه اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قانون بودجه سال ۱۳۹۶ و لایحه بودجه سال ۱۳۹۷ به میلیارد ریال (رهبری و بختیاری ۱۴:۱۳۹۶)

جمع کل			تملك دارایی‌های سرمایه‌ای			عنوان
درصد رشد	لایحه سال ۱۳۹۷	قانون سال ۱۳۹۶	درصد رشد	لایحه سال ۱۳۹۷	قانون سال ۱۳۹۶	
۱۰	۴۶۴۹۳۶	۴۲۳۰۷۷	-۳۹	۳۳۸۵	۵۵۸۹	دانشگاه‌های علوم پزشکی
۰	۱۴۰۲۳۲	۱۳۹۷۸۳	-۲	۱۵۲۸۱	۱۵۷۶۴	ستاد وزارت بهداشت
۸	۶۰۵۱۶۹	۵۶۲۸۶۰	-۱۲	۱۸۷۶۶	۲۱۳۵۳	جمع دانشگاه‌ها و ستاد
۷	۱۴۵۰۳	۱۳۵۱۷	-۳۶	۴۷۱	۷۳۷	دستگاه‌های وابسته بدون سازمان بیمه سلامت
۸	۶۱۹۶۷۲	۵۷۶۳۷۶	-۱۳	۱۹۲۳۷	۲۲۰۹۰	جمع کل بدون سازمان بیمه سلامت
۸	۱۰۸۱۰۰	۱۰۰۰۰۰	۰	۰	۰	سازمان بیمه سلامت
۸	۷۲۷۷۷۲	۶۷۶۳۷۶	-۱۳	۱۹۲۳۷	۲۲۰۹۰	جمع کل با سازمان بیمه سلامت
-۲۳	۳۷۰۰۰	۴۸۰۰۰۰				هدفمندی (تبصره «۱۴»)
۰	۲۵۰۰	۲۵۰۰	۰	۲۵۰۰	۲۵۰۰	بند «ب» تبصره «۱۳»
۶	۷۶۷۲۷۲	۷۲۶۸۷۶	-۱۲	۲۱۷۴۷	۲۴۵۹۰	جمع کل با تبصره‌ها

جدول ۱۶: مقایسه اعتبارات دانشگاه‌های علوم پزشکی در بودجه ۱۳۹۶ و بودجه ۱۳۹۷ به میلیارد ریال (همان ۱۷)

عنوان	قانون سال ۱۳۹۶	لایحه سال ۱۳۹۷	درصد رشد
مراکز تحقیقاتی	۲.۴۳۰	۲.۵۱۱	۳
آموزش	۴۷.۵۶۴	۵۱.۸۷۵	۹
بهداشت درمان	۳۷۳.۰۸۲	۴۱۰.۵۵۰	۱۰
جمع کل دانشگاه‌ها	۴۲۳.۰۷۶	۴۶۴.۹۳۶	۱۰

اعتبارات در نظر گرفته شده برای سازمان بیمه سلامت از منابع عمومی دولت در لایحه بودجه ۱۳۹۷ برابر با ۱۰۸۰۰۰ میلیارد ریال است. با توجه به زیان انباشته ۴۵۰۰۰ میلیارد ریالی در سال ۱۳۹۵ و پیش‌بینی افزایش آن تا سقف ۸۵۰۰۰ میلیارد ریال در پایان سال ۱۳۹۶، این رقم ناکافی به نظر می‌رسد.



جدول ۱۷: اعتبارات امور سلامت لایحه بودجه سال ۱۳۹۷ و رشد آن نسبت به قانون بودجه ۱۳۹۶ به میلیارد ریال (همان ۲۸)

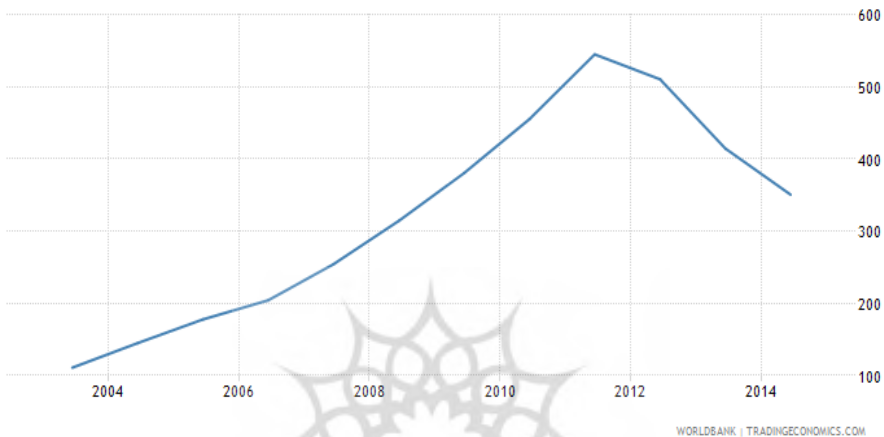
جمع کل			عنوان
درصد رشد	لایحه سال ۱۳۹۷	قانون سال ۱۳۹۶	
۸	۱۲۸۲۴۴	۱۱۸۴۲۶	فصل بهداشت
۱۶	۱۱۷۱	۱۰۱۳	برنامه اجرای امنیت غذا و تغذیه
۶	۶۷۵۴۲	۶۲۴۹۴	برنامه ارائه خدمات بهداشتی روستایی
۱۷	۵۰۱۶۴	۴۴۹۹۸	برنامه ارائه خدمات بهداشتی شهری
	۵۳	۰	برنامه ارتقا سلامت و کاهش آلاینده‌های محصولات مهم کشاورزی
۷۷	۲۷۰۸	۲۲۲۱	برنامه ارتقا شاخص‌های بهداشتی
۰	۶۰۰۰	۶۰۰۰	برنامه ارتقا شاخص‌های سلامت خانواده
-۳	۲۱۲	۲۱۷	برنامه بررسی کنترل و پایش بیماری‌های مشترک انسان و دام
۰	۹۹	۹۹	برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های نوپدید و پدید
۰	۳۹۳	۳۹۳	برنامه مدیریت بیماری‌ها
۶	۴۴۴۷۰۶	۴۰۸۶۰۸	فصل درمان
۸	۲۴۱۱۴۰	۲۱۷۰۳۹	برنامه ارائه خدمات درمانی
۴	۱۵۱۵۰	۱۴۵۷۱	برنامه ارائه خدمات فیزیوتراپی، پرشکمی، پیش‌بیمارستانی
	۰	۰	برنامه ارتقا مشارکت‌های اجتماعی و مردمی در حوزه سلامت
۷	۷۵۰۱۴	۷۳۷۵۶	برنامه تأمین دارو در خدمت درمانی
۱	۲۱۹۳	۲۱۸۲	برنامه ارتقا سلامت خون و فرآورده‌های خونی
۰	۶۶	۶۶	برنامه توسعه طب سنتی
-۶۴	۱۵۰	۴۱۲	برنامه درمان مسدومین، اورژانس (غیرتوقیفی)
-۲۳	۲۹۴	۳۸۳	برنامه مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه
۰	۷۰۰	۷۰۰	برنامه کمک به بیماران خاص، هموفیلی، تالاسمی، دیالیزی سرطانی ام. اس
۱	۶۶۷۷	۶۶۱۱	فصل تحقیق و توسعه
۶	۴۲۲۲	۴۰۷۳	برنامه توسعه تحقیقات علوم پزشکی
-۷	۲۳۵۶	۲۵۲۸	برنامه تولید فرآورده‌های بیولوژیک
۷	۵۶۹۷۲۸	۵۴۴۶۵۵	جمع کل امور سلامت

### نگاهی به روندهای موجود در داده‌های سلامت کشور

با توجه به داده‌های ذکر شده در بخش بودجه، از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ میزان اعتبارات صرف شده در بخش سلامت مساوی ۲۱۲۵۹۷۵۵۵۴ میلیون ریال (تقریباً معادل ۲۱۲ هزار میلیارد تومان) بوده است. با توجه به وجود تورم بالای ۱۰ درصد در تمام سال‌های مورد نظر، این سرمایه‌گذاری عظیم در بخش

سلامت هنگامی معنای خود را آشکار می‌کند که آن را بر حسب ارزش مرجع (دلار) یا بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی بیان کنیم. منحنی‌های زیر میزان سرمایه‌گذاری در بخش سلامت را طبق این مقیاس‌ها به تصویر می‌کشند. منحنی نخست روند سرانه هزینه‌های بهداشتی را طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۵ نشان می‌دهد. منحنی دوم کل هزینه‌های سلامت را بر حسب نسبت آن با تولید ناخالص داخلی نشان می‌دهد.

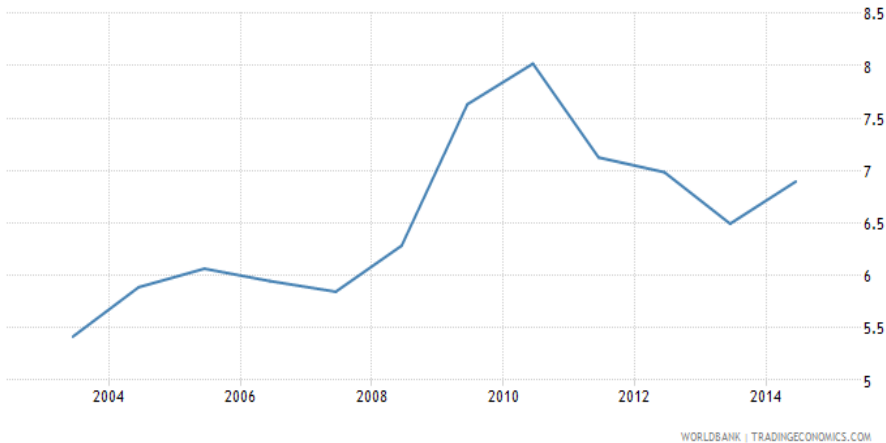
منحنی ۱: سرانه‌ی هزینه‌های بهداشتی در ایران به دلار



<https://tradingeconomics.com/iran/health-expenditure-per-capita-us-dollar-wb-data.html>

منحنی فوق نشان می‌دهد علی‌رغم افزایش مقدار ریالی بودجه سلامت، سرانه هزینه‌های بهداشتی پس از پیمودن سیری افزایشی طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۹، طی سال‌های ۹۰ و ۹۱ و ۹۲ و ۹۳ سیری نزولی داشته است. هزینه بهداشتی سرانه در سال ۲۰۱۴ در ایران برابر با ۳۵۱ دلار بود. سیر نزولی سرانه هزینه‌های بهداشتی می‌تواند تحت تأثیر سه عامل کاهش یافته باشد: الف) افزایش بهره‌وری در بخش بهداشت و درمان ب) افزایش بیش از اندازه‌ی تعداد جمعیت ج) بروز تورم و کاهش ارزش ریال در برابر دلار.

منحنی ۲: سهم هزینه‌های سلامت از کل تولید ناخالص داخلی به درصد

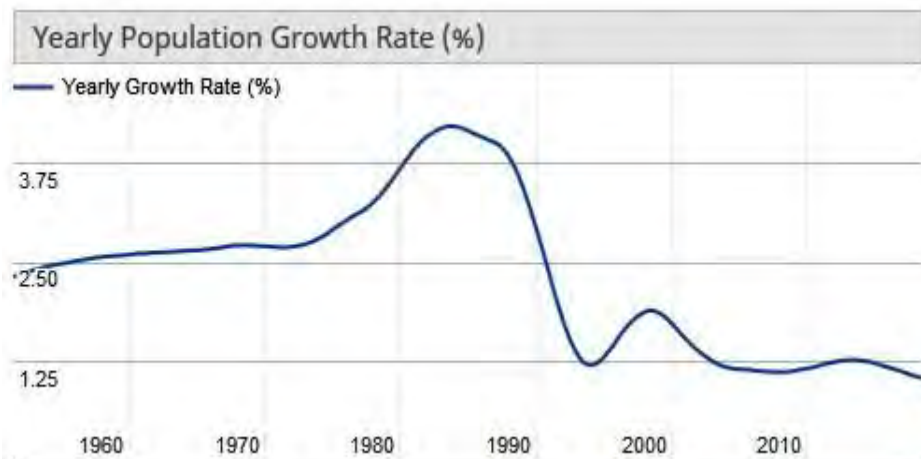


<https://tradingeconomics.com/iran/health-expenditure-total-percent-of-gdp-wb-data.html>

همان طور که از منحنی فوق پیداست، سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی نوسانات بسیاری داشته است. این روند نشان می‌دهد علی‌رغم تمام برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها، نگاه جامع و هدف‌مندی به جنبه اقتصادی نظام سلامت وجود نداشته و این بخش به شدت تحت تأثیر نوسانات بازار بوده است. ناگفته پیداست چنین وضعی می‌تواند به محرومیت اقشار آسیب‌پذیر از خدمات سلامت منجر شود. سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی طی سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ افزایش، طی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ کاهش، طی سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ افزایش تصاعدی، طی سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ سقوط تند و طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ افزایش داشته است. در سال ۲۰۱۴ کل هزینه‌های سلامت برابر با ۶,۸۹۴۹ درصد تولید ناخالص داخلی بود.

با مقایسه دو منحنی روشن می‌شود سقوط مقدار دلاری سرانه هزینه‌های بهداشت، نمی‌تواند ناشی از افزایش بهره‌وری در بخش سلامت باشد. زیرا کاهش سهم بخش سلامت از کل تولید ناخالص داخلی نمایان‌گر عدم بهره‌وری در بخش مزبور است. همچنین امکان تأثیرپذیری منفی هزینه سرانه از رشد جمعیت نیز منتفی است. زیرا نرخ رشد جمعیت در سال‌های مزبور همواره پایین‌تر از ۱,۳ درصد بوده است. بنابراین کاهش هزینه سرانه بهداشت، تنها می‌تواند در نتیجه کاهش ارزش ریال و به بیان دیگر کاهش ارزش بخش سلامت باشد.

منحنی ۳: نرخ رشد جمعیت در ایران طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۵



<http://www.worldometers.info/world-population/iran-population/>

نتایج این قبیل هزینه‌ها چه بود؟ آیا گستره، کیفیت و عدالت خدمات سلامت به طور معناداری تغییر کرد یا نه؟ برای پاسخ به این سوال، باید نگاهی به روندهای موجود در داده‌های بخش سلامت ببینیم. جدول زیر به نقل از سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که تعداد مرگ کودکان طی سال‌های اجرای برنامه پنجم توسعه و طرح تحول سلامت به نحو چشمگیری کاهش یافته است. به طوری که رقم مرگ و میر کودکان زیر یک سال از ۲۱ مورد به ۱۳ مورد در هر هزار تولد زنده رسیده است؛ و رقم مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۳۱ مورد به ۱۸ مورد در هر هزار تولد زنده کاهش یافته است. با این حال تعداد تخت‌های بیمارستان سیری نزولی داشته و از ۱۶ تخت برای هر هزار نفر به ۱۵ تخت کاهش یافته است.

جدول ۱۸: شاخص‌های سلامت در ایران طی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۵

شرح	تعداد مرگ تا یک سالگی (هزار نفر)	احتمال مرگ تا یک سالگی (در هر هزار تولد)	تعداد مرگ تا ۵ سالگی (هزار نفر)	احتمال مرگ تا ۵ سالگی (در هر هزار تولد)	تعداد تخت های بیمارستانی (برای هر هزار نفر)
۲۰۰۲	۲۱	۲۵,۴	۳۱	۳۰,۴	۱۶
۲۰۰۳	۲۰	۲۴,۰	۲۹	۲۸,۷	۱۶
۲۰۰۴	۲۰	۲۲,۸	۲۸	۲۷,۱	۱۶
۲۰۰۵	۱۹	۲۱,۶	۲۷	۲۵,۶	۱۷

۱۷	۲۴,۱	۲۶	۲۰,۴	۱۹	۲۰۰۶
۱۷	۲۲,۷	۲۵	۲۱,۳	۱۹	۲۰۰۷
۱۴	۲۱,۵	۲۴	۱۸,۳	۱۸	۲۰۰۸
۱۴	۲۰,۳	۲۳	۱۷,۳	۱۷	۲۰۰۹
۱۷	۱۹,۳	۲۲	۱۶,۵	۱۷	۲۰۱۰
۱۷	۱۸,۴	۲۲	۱۵,۸	۱۶	۲۰۱۱
-	۱۷,۶	۲۱	۱۵,۱	۱۶	۲۰۱۲
۱۵	۱۶,۹	۲۰	۱۴,۶	۱۵	۲۰۱۳
۱۵	۱۶,۳	۱۹	۱۴	۱۴	۲۰۱۴
-	۱۵,۷	۱۸	۱۳,۵	۱۳	۲۰۱۵

<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-IRN>

آمار تعداد مراکز درمانی در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد مجموع کل آن‌ها مساوی با ۲۲۳۴۰ مرکز بوده است. این رقم با توجه به جمعیت ۸۰ میلیونی ایران، در وضع مطلوبی قرار ندارد: یک مرکز به ازای تقریباً ۳۶۰۰ نفر.

جدول ۱۹: منابع فیزیکی سطح یک خدمات نظام سلامت ایران (رهبری و شمس ۱۳۹۵:۴)

سال ۱۳۹۴	تسهیلات فیزیکی
۱۷۹۱۵	خانه‌های بهداشت
۲۵۵۱	مراکز بهداشتی - درمانی روستایی
۱۸۷۴	مراکز بهداشتی - درمانی شهری
-	درمانگاه‌های سربایی

از لحاظ تعداد تخت‌های بیمارستانی هم وضع کشورمان پس از اجرای طرح تحول سلامت، به سطح مطلوبی نرسیده است. جدول زیر نشان می‌دهد مجموع کل تعداد تخت‌ها در ایران مساوی با ۱۳۰۲۸۶ عدد بوده است؛ یعنی تقریباً ۱۶ تخت برای هر یک هزار نفر.



جدول ۲۰: منابع فیزیکی سطح دوم و سوم خدمات نظام سلامت ایران به (همان ۴)

سال ۱۳۹۴	تسهیلات فیزیکی	
۸۰۷۶۶	بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی	
۱۴۶۹۲	بیمارستان‌های خصوصی	
۲۳۳۷۱	سایر بیمارستان‌ها	
۱۱۸۸۲۹	کل بیمارستان‌ها	
۹۳۰۳	تخت روانپزشکی	
۱/۵۳	نسبت تخت به‌ازای هزار نفر جمعیت	
۲۱۵۴	پایگاه‌های اورژانس شهری و جاده‌ای	
۸۳۲+۱۳۲۲		

با توجه به نقایص ساختاری فوق، می‌توان گفت خدمات سلامت در ایران هنوز هم در سطح بسیار نازلی قرار دارند. داده‌های جدول زیر گواهی می‌دهند که برنامه پنجم توسعه و طرح تحول سلامت از تحقق بسیاری از بندهای مصوب بازمانده‌اند: پرداخت از جیب بیمار هنوز هم بالاتر از ۵۰ درصد است (۸۸ درصد در بخش خصوصی و ۵۹ درصد در بخش دولتی)؛ و میان سرانه مخارج سلامت و سرانه هزینه‌کرد دولت، فاصله‌ای ۹۰۰ واحدی وجود دارد.

جدول ۲۱: شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت در کل ایران در سال ۱۳۹۴ (همان ۱۳)

سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	برنامه‌های پیش پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	پرداخت از جیب مردم (درصد از کل هزینه‌های سلامت)	پرداخت از جیب مردم (درصد از هزینه‌های خصوصی سلامت)	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه عمومی دولت در بخش سلامت	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت
۵۷۷	۱۴۱۴	۴/۲	۵۲/۱	۸۸	۴۷/۲	۱۷/۵

این قبیل کمبودها باعث شده است سلامتی جمعیت ایران در معرض آسیب‌های جدی باشد. داده‌های جدول زیر نشان می‌دهد طی سال‌های اجرای برنامه پنجم توسعه و طرح تحول سلامت، نه تنها از شمار مبتلایان به بیماری‌های خاص کاسته نشده، بلکه تعداد آن‌ها رو به فزونی رفته است. کاهش ظاهری تعداد بیماران دیالیزی ناشی از آن است که در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵، آمار تعداد بیماران کلیوی در ردیفی جداگانه به ثبت رسیده است.

جدول ۲۲: توزیع فراوانی جمعیت بیماران خاص در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ (بهبهانی ۵: ۱۳۹۶)

بیماری	سال ۱۳۹۱	درصد هر بیماری	سال ۱۳۹۲	درصد هر بیماری	سال ۱۳۹۳	درصد هر بیماری	سال ۱۳۹۴	درصد هر بیماری	سال ۱۳۹۵	درصد هر بیماری
هموفیلی	۴۷۹۶	۸	۵۲۰۵	۸	۵۲۹۶	۸	۴۷۸۵	۷/۶۵	۴۸۲۰	۷/۵۷
تالاسمی	۱۴۷۶۳	۲۵	۱۴۵۲۱	۲۳	۱۴۵۲۰	۲۱	۱۳۰۸۵	۲۰/۹۲	۱۲۶۴۷	۱۹/۸۷
دیالیزی	۲۴۴۳۱	۴۱	۲۶۷۱۵	۴۱	۲۷۹۱۵	۴۱	۱۶۵۱۰	۲۶/۴۰	۱۶۲۸۳	۲۵/۵۸
ام‌اس	۱۵۳۱۹	۲۶	۱۸۰۱۲	۲۸	۲۰۱۱۰	۳۰	۱۹۳۴۸	۳۰/۹۴	۲۰۴۸۶	۳۲/۱۸
پیوند کلیه	-	-	-	-	-	-	۸۸۱۲	۱۴/۰۹	۹۴۲۱	۱۴/۸۰
جمع کل	۵۹۳۰۹	۱۰۰	۶۴۴۵۳	۱۰۰	۶۷۸۴۱	۱۰۰	۶۲۵۴۰	۱۰۰/۰۰	۶۳۶۵۷	۱۰۰/۰۰

برای آن که به اهمیت کاستی‌های فوق پی ببریم، کافی است به آمار «سال‌های عمر از دست‌رفته» نگاهی بیاندازیم. داده‌ها نشان می‌دهند هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۴، به طور میانگین ۱۷۲۲۰ سال از عمرشان را به دلیل عدم سلامت از دست داده‌اند. این بدان معناست که کل جمعیت ایران در سال مورد بحث، تقریباً ۱۳ میلیون و ۸۰۰ هزار سال از عمرشان را به دلیل فقدان سلامت از دست داده‌اند.

جدول ۲۳: سال‌های عمر از دست‌رفته در کل ایران در سال ۱۳۹۴ (رهبری و شمس ۱۴: ۱۳۹۵)

سال‌های عمر از دست‌رفته به علت (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)			
همه عوامل	بیماری‌های واگیر	بیماری‌های غیرواگیر	صدمات و آسیب‌ها
۱۷۲۲۰	۳۱۱۸	۱۰۳۰۲	۳۷۹۹

چرا چنین کاستی‌هایی پابرجا مانده‌اند؟ برای پاسخ بدین سوال باید نگاهی به عملکرد سازمان بیمه سلامت بیاندازیم تا در قدم بعد بتوانیم درباره دستیابی به عدالت در نظام سلامت، قضاوت صحیحی داشته باشیم.

### نگاهی به وضعیت بیمه‌های درمانی

در این بخش ابتدا چهار سازمان بیمه‌گر را بازمی‌شناسیم که بازیگر اصلی نظام مالی بخش سلامت هستند. جدول زیر شرح این چهار سازمان را به اختصار آورده است. از آنجا که بیمه تأمین اجتماعی و بیمه سلامت نسبت به سایر سازمان‌ها وزنه سنگین‌تری دارند، تحقیق خود را بر این دو سازمان متمرکز خواهیم کرد.

جدول ۲۴: سازمان‌ها و صندوق‌های فعال در حوزه‌ی بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های سلامت

ردیف	عنوان سازمان	جامعه زیر پوشش	تعهدات دیگر
۱	صندوق تأمین اجتماعی	مشمولان قانون تأمین اجتماعی (کارگران بخش خصوصی، کارکنان غیررسمی دولت، کارکنان شاغل در شرکت‌ها و مؤسسات دولتی و یا وابسته به دولت، صاحبان حرف و مشاغل آزاد، خویش‌فرمایان، مقرری‌گیران بیمه بیکاری و...)	بیمه سلامت و بیکاری
۲	سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح	نیروهای مسلح، کارکنان وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان‌های وابسته (کادر ثابت، پیمانی، اعضای ویژه بسیج، بازنشستگان، وظیفه‌بگیران، کارکنان وظیفه و افراد تحت تکفل آنها و...)	بیمه سلامت
۳	صندوق‌های بازنشستگی اختصاصی دستگاه‌ها	کارکنان دستگاه اجرایی ذریع	بیمه سلامت
۴	سازمان سلامت ایران	کلیه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه، بیمه سایر اقشار (خانواده معظم شهدا، جانبازان و آزادگان، دانشجویان، روحانیون و طلاب حوزه‌های علمیه و غیره)، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه کارکنان دولت و غیره	بیمه سلامت

در مورد سازمان تأمین اجتماعی، داده‌ها نشان می‌دهند حتی پیش از آغاز طرح تحول سلامت، این سازمان با تعهدات سنگینی روبرو بوده که سطح امکاناتش یارای پاسخگویی به آن را نداشته است. داده‌های جدول ۲۵ تعداد بیمه‌شدگان این سازمان را ارایه می‌کند.

جدول ۲۵: تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ (خطا و خلیلی ۱۳۹۴:۶)

جمع اصلی و تبعی	بیمه شده						شرح
	تبعی	جمع اصلی	اصلی				
			طرح‌های بیمه‌ای خاص	مقرری‌بگیران بیمه بیکاری	توافقی	اجباری	
۳۴,۹۵۴,۱۲۳	۲,۱۶۷۵,۴۹۴	۱۳,۲۷۸,۶۲۹	۳,۶۸۳,۷۱۷	۱۶۵,۴۱۹	۲۱۷,۵۷۸	۹,۲۱۱,۹۱۵	۱۳۹۳
۳۴,۲۹۹,۶۹۲	۲,۱۴۹۱,۶۴۵	۱۲,۸۰۸,۰۴۷	۳,۵۲۵,۸۲۶	۱۷۵,۰۴۵	۲۲۴,۶۴۱	۸,۸۸۲,۵۲۵	۱۳۹۲
۳۳,۰۰۸,۷۴۱	۲,۰۷۲۲,۰۵۸	۱۲,۲۸۶,۶۸۳	۳,۰۷۸,۵۴۸	۱۹۲,۱۱۳	۲۱۰,۰۸۶	۸,۸۰۵,۹۳۶	۱۳۹۱
۳۰,۷۵۷,۷۱۸	۱,۹۲۶۰,۶۲۹	۱۱,۴۹۷,۰۸۹	۲,۴۷۲,۱۵۱	۱۷۴,۶۴۴	۲۰۵,۸۶۵	۸,۶۴۴,۴۲۹	۱۳۹۰

طبق جدول فوق مجموع بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در پایان سال ۱۳۹۳ در حدود ۳۵ میلیون نفر بوده‌اند. حال ببینیم این سازمان توانسته است چه مقدار امکانات درمانی در اختیار بیمه‌شدگانش بگذارد.

جدول ۲۶: تعداد مراکز درمانی ملکی و طرف‌قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی (همان ۷)

تعداد				شرح	
۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰		
۷۴	۶۹	۶۸	۶۷	بیمارستان	ملکی
۲۷۱	۲۷۴	۲۷۴	۲۶۸	درمانگاه‌های عمومی و تخصصی	
۷	۷	۷	۷	دی کلینیک	
۷۶۶	۷۴۹	۷۳۲	۷۲۶	بیمارستان	طرف قرارداد
۱۶۰۷	۱۴۹۸	۱۴۰۵	۱۳۱۱	درمانگاه و پلی کلینیک	
۹۸	۸۸	۸۸	۸۳	دی کلینیک	
۲۹۵۹	۲۹۹۷	۳۰۲۹	۳۷۲۱	مراکز بهداشتی و درمانی	
۲۵۶۲۸	۲۶۰۸۱	۲۶۵۷۱	۲۷۵۲۱	پزشکان و دندانپزشکان	

ناگفته پیداست مجموع ۱۴۷ بیمارستان، ۱۸۷۸ پلی کلینیک و ۱۰۵ دی کلینیک (خواه ملکی، خواه طرف قرارداد) نمی‌تواند پاسخگوی تقاضای ۳۵ میلیون نفر کارگر بیمه‌شده باشد. داده‌های جدول زیر، برای مثال اختصاص یک تخت به صد نفر در طول سال، نابسندگی امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی را آشکار می‌سازد.

جدول ۲۷: شاخص‌های مهم بخش درمان در سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۹۴ (همان ۷)

شرح	عنوان	مقدار / درصد
درمان مستقیم	میانگین تخت فعال	۸۹۴۱
	درصد اشغال تخت	۷۶/۱
	میزان مرگ و میر (درهزار)	۷/۷
	متوسط اقامت بیمار (روز)	۲/۷
	فاصله بازگردانی (ساعت)	۲۰/۴
	چرخش تخت (نفر)	۱۰۳
	درصد بستری‌شدگان بیمه تأمین اجتماعی	۷۹/۵
درمان غیر مستقیم	درصد بیمارستان‌های طرف قرارداد سازمان	۱۴/۱
	درصد درمانگاه و پلی‌کلینیک‌های طرف قرارداد سازمان	۲۹/۶
	درصد دی‌کلینیک‌های طرف قرارداد سازمان	۱/۸
	درصد مراکز بهداشتی درمانی طرف قرارداد سازمان	۵۴/۵
	میانگین هزینه نسخ سرپایی رسیدگی شده (ریال)	۱۲۴۵۷۳
	میانگین هزینه نسخ بستری رسیدگی شده (ریال)	۸۴۵۰۳۰۰

کافی است توجه کنیم میانگین هزینه بستری (۸۴۵ هزار تومان) بیش از دستمزد ماهیانه مصوب سال مربوطه بوده است (۷۱۲ هزار تومان). این معنایی ندارد جز ورشکستگی کارگران بیمه‌شده در نتیجه بستری شدن.

در مورد بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت نیز وضع کمابیش به همین ترتیب است. طبق داده‌های جدول ۲۸ مجموع بیمه‌شدگان سازمان سلامت پیش از طرح تحول تقریباً ۳۴ میلیون نفر بوده است که تا پایان سال ۱۳۹۵ به بیش از ۳۸ میلیون نفر افزایش یافت است.

جدول ۲۸: جمعیت بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان از ۱۳۹۱ تا پایان ۱۳۹۵ (بهبهانی ۳: ۱۳۹۶)

صندوق	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
کارکنان دولت	۶،۱۹۷،۵۴۵	۶،۱۲۳،۶۳۶	۵،۹۵۷،۶۷۳	۵،۸۴۷،۶۰۱	۵،۶۵۸،۵۰۸
خویش‌فرمایان و ایرانیان	۳۰،۱۷۲،۳۹	۲۶،۱۱۴،۰۶	۹،۰۷۷،۸۷۲	۹۳۲،۴۷۵،۴	۸۸۱،۷۳۷،۳
سایر اقشار	۱۸۷،۰۵۹۷	۱۸۵،۴۳۱۹	۱۷۲،۱۱۷۴	۱۶۷،۳۲۶۸	۱۳۹۳،۵۸۴
روستاییان و عشایر	۲۳۲،۳۱۱،۸۵	۲۳۱،۷۳۱،۰۷	۲۲۸،۵۷۷،۷۱	۲۱۸،۲۵۸،۷۸	۲۲۳،۲۰۸،۹۶
جمع کل	۳۴۳،۱۶۵،۶۶	۳۳۷،۶۲۴،۶۸	۳۹۶،۱۴۴،۹۰	۳۸۶،۷۱۵،۰۰	۳۸۱،۹۰۳،۶۱

طبق داده‌های جدول ۲۹ هیچ‌گونه تناسبی میان منابع سازمان سلامت ایرانیان و تعداد بیمه‌شدگان آن وجود ندارد. نه تنها منابع اولیه این سازمان نمی‌توانست پاسخگویی خیل عظیم متقاضیان خدمات درمانی باشد، بلکه طی ۵ سال بررسی شده، حجم این منابع با رشد منفی روبرو شده است.

جدول ۲۹: تعداد موسسات طرف قرارداد با سازمان بیمه‌ی سلامت در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵

(همان ۶)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	درصد رشد ۱۳۹۲ به ۱۳۹۵
پزشک عمومی	۱۱۸۲۰	۱۱۴۵۹	۱۱۰۲۲	۱۰۷۶۳	-۸/۹۴
پزشک متخصص و فلوشیپ	۱۱۲۴۴	۱۰۶۸۸	۱۰۱۸۲	۹۹۷۶	-۱۱/۲۸
پزشک فوق تخصص	۸۶۳	۹۱۲	۸۸۰	۸۷۰	۰/۸۱
دندانپزشک	۲۷۰۹	۲۶۶۵	۲۵۸۲	۲۵۰۳	-۷/۶۰
جمع پزشکان و دندانپزشکان	۲۶۶۳۶	۲۵۷۲۴	۲۴۶۶۶	۲۴۱۱۲	-۹/۴۸
درمانگاه و پلی کلینیک	۲۰۵۶	۲۱۰۳	۲۰۸۵	۲۳۰۴	۱۲/۰۶
بیمارستان و مراکز جراحی	۹۳۶	۹۶۵	۹۹۳	۱۰۲۶	۹/۶۲
داروخانه	۸۸۴۰	۸۸۲۸	۹۲۷۲	۹۶۲۲	۸/۸۵
آزمایشگاه	۱۹۷۲	۲۰۵۴	۲۱۲۳	۲۱۱۳	۷/۱۵
موسسات پرتوپزشکی	۱۳۰۳	۱۲۱۶	۱۲۷۱	۱۳۰۵	۰/۱۵
توانبخشی	۱۶۳۳	۱۷۵۵	۱۹۳۲	۲۰۲۳	۲۳/۸۸
مرکز درمان سوء مصرف مواد	۰	۰	۱۹۰	۲۴۵	-
جمع	۴۳۳۷۶	۴۲۶۴۵	۴۲۵۳۲	۴۲۷۵۰	-۱/۴۴

دلیل این وضع را پیش از هر چیز باید در ساختار اقتصادی معیوب سازمان جست. طبق داده‌های جداول ۳۰ و ۳۱ مجموع هزینه‌ها بسیار بیشتر از درآمدهاست و همین امر سازمان را رو به ورشکستگی و فسخ قرارداد می‌برد.

جدول ۳۰: وضعیت اعتبارات سازمان بیمه‌ی سلامت در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ به میلیون ریال

(همان ۱۳)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
درآمد	۵۲۱۸۴۰۰۰	۷۵۰۰۲۱۶۵	۸۹۲۹۰۱۱۱	۱۶۹۱۷۸۵۹۱
هزینه‌های درمان	۴۳۵۱۲۵۹۲	۸۶۰۸۵۹۸۶	۱۲۲۸۵۲۲۷۲	۱۴۹۲۳۱۴۶۲
هزینه‌های بالاسری	۲۲۰۱۴۴۹	۳۶۱۸۸۴۸	۴۵۹۵۷۳۷	۵۳۵۱۸۱۴
جمع هزینه‌ها	۴۵۷۱۴۰۴۱	۸۹۷۰۴۸۳۴	۱۲۷۴۴۸۰۰۹	۱۵۴۵۸۳۲۷۶
کسری منابع به مصارف	۶۴۶۹۹۵۹	- ۱۴۷۰۲۶۶۹	- ۳۸۱۵۷۸۹۹	۱۴۵۹۵۳۱۵

جدول ۳۱: منابع و مصارف سازمان از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ به میلیارد ریال (همان ۲۱)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
منابع ردیف ۱۲۹۱۰۹	عملکرد	عملکرد	عملکرد	عملکرد	مصوب
منابع داخلی (حق بیمه)	۲۵۶۲۲	۳۶۲۴۲	۴۶۲۱۵	۵۱۸۴۴	۹۶۹۹۷
سایر منابع (رد دیون، اوراق و...)	۰	۰	۰	۷۷۰۷۱	۲۳۸۷۱
منابع در اختیار وزارت بهداشت	۱۳۰۸۸	۱۹۲۱۴	۲۳۵۸۸	۱۹۴۹۴	۱۹۰۰۰
سایر درآمدها (چاپ و صدور دفترچه و...)	۴۱۵	۱۱۱۱	۵۵۹	۱۶۵	۱۱۶۸
<b>جمع کل منابع</b>	<b>۵۲۱۸۴</b>	<b>۷۵۰۰۱</b>	<b>۸۹۲۹۵</b>	<b>۱۶۹۱۸۰</b>	<b>۱۵۷۰۰۰</b>
مصارف درمان	۴۳۵۱۳	۸۶۰۸۶	۱۲۲۸۵۲	۱۴۹۲۳۱	۱۴۹۶۲۳
مصارف عملیاتی	۴۶۰	۱۰۱۶	۱۲۰۵	۱۳۱۲	۱۸۰۲
مصارف جاری (پرستنی، اداری)	۱۹۸۱	۲۶۰۳	۳۳۹۱	۴۰۴۰	۵۵۷۵
<b>جمع کل مصارف</b>	<b>۴۵۹۵۴</b>	<b>۸۹۷۰۵</b>	<b>۱۲۷۴۴۸</b>	<b>۱۵۴۵۸۳</b>	<b>۱۵۷۰۰۰</b>
سود (زیان) ستوانی	۶۲۳۰	-۱۴۷۰۴	-۳۸۱۵۳	۱۴۵۹۷	۰
زیان انباشته ابتدای سال	-۱۲۲۸۱	-۶۰۵۱	-۲۰۷۵۵	-۵۸۹۰۸	-۴۴۳۱۲
زیان انباشته پایان سال	-۶۰۵۱	-۲۰۷۵۵	-۵۸۹۰۸	-۴۴۳۱۲	-

ناگفته پیداست در شرایطی که سازمان تا ابتدای سال ۹۶ با بیش از ۴۴ هزار میلیارد ریال زیان انباشته روبرو بوده است، نمی تواند در مسیر تحقق برنامه های نظام جامع سلامت قدم بردارد. در حالی که طبق برنامه پنجم توسعه قرار بود سهم پرداختی مردم از هزینه های درمانی به کمتر از ۳۰ درصد کاهش یابد و سهم نظام سلامت در تولید ناخالص ملی به بیش از ۸ درصد افزایش یابد، زیان انباشته سازمان سلامت به عنوان متولی اصلی این طرح در سومین سال اجرای نظام جامع سلامت، نشان می دهد هنوز فاصله بسیار زیادی تا حصول این هدف باقی مانده است.

اکنون با در نظر داشتن نقصان های موجود در زیرساخت های نظام سلامت و کاستی های موجود در ساختارهای مالی بخش بهداشت و درمان، می توانیم به میزان تحقق برابری در نظام سلامت ایران بپردازیم و در این مورد به یک قضاوت علمی برسیم.

### نگاهی به روندهای موجود در شاخص های عدالت بخش سلامت

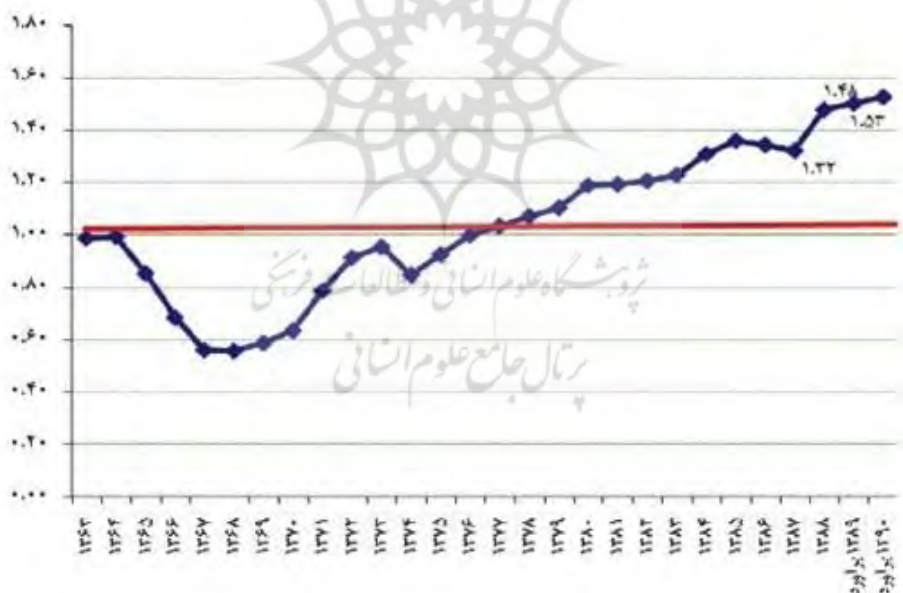
طی سال هایی که بدان اشاره رفت، دولت سعی داشت از طریق سیاست هدفمندسازی یارانه ها، منابعی را به بهبود نظام سلامت اختصاص دهد. جدول زیر، تصویری از رابطه میان این دو اقدام را ارائه می دهد.

جدول ۳۲: منابع تخصیص یافته از هدفمندسازی به نظام سلامت به میلیارد ریال (رهبری و بختیاری ۱۳: ۱۳۹۶)

اعتبارات هدفمندی	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲
قانون	۴۸,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۸,۰۰۰
تخصیص	۴۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۴۸,۰۰۰	۱۸,۰۰۰
عملکرد	۰	۸۶۵۰	۸۰۰۰	۳۴,۱۰۰	۱۸,۰۰۰

با توجه به این که از نظر بسیاری کارشناسان اقتصادی، یکی از نتایج بلافصل هدفمندسازی یارانه‌ها همانا تورم افسارگسیخته بود، اجازه دهید در ابتدای کار، تغییرات تورم را در بخش سلامت با تغییرات تورم کل اقتصاد مقایسه کنیم. در ابتدا بگذارید شاخص قیمت مصرف‌کننده را قبل از طرح هدفمندسازی یارانه‌ها و پس از آن، بررسی کنیم تا به مقایسه‌ای میان بخش سلامت و کل اقتصاد دست یازیده باشیم.

منحنی ۴: نسبت CPI بخش درمان به CPI کل طی سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۰ (و شوق مقدم ۱۸: ۱۳۹۰)

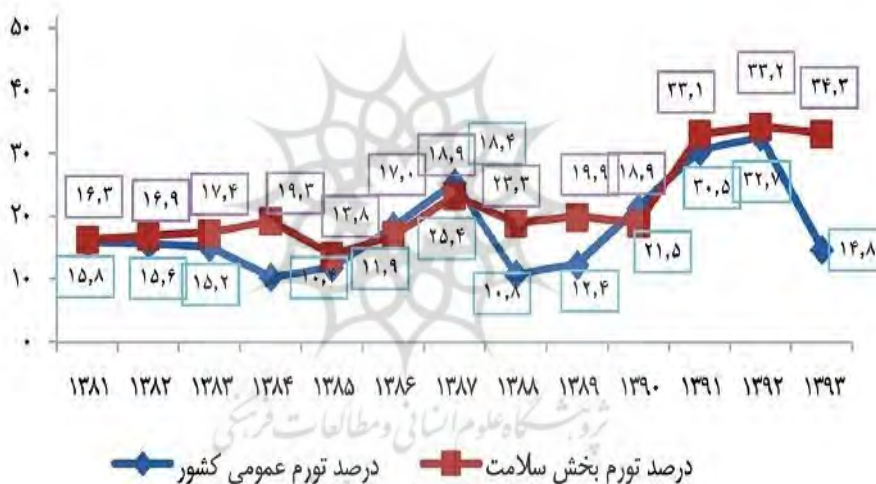


همان‌طور که ملاحظه می‌شود از بعد از سال ۱۳۷۷ قیمت مصرف‌کننده در بخش بهداشت همواره بیشتر از قیمت مصرف‌کننده در کل اقتصاد بوده است. طرح هدفمندسازی یارانه‌ها نه تنها این روند را متوقف نساخته، بلکه بر شیب تورم در بخش سلامت نیز افزوده است. حال از آن جا که تورم همواره

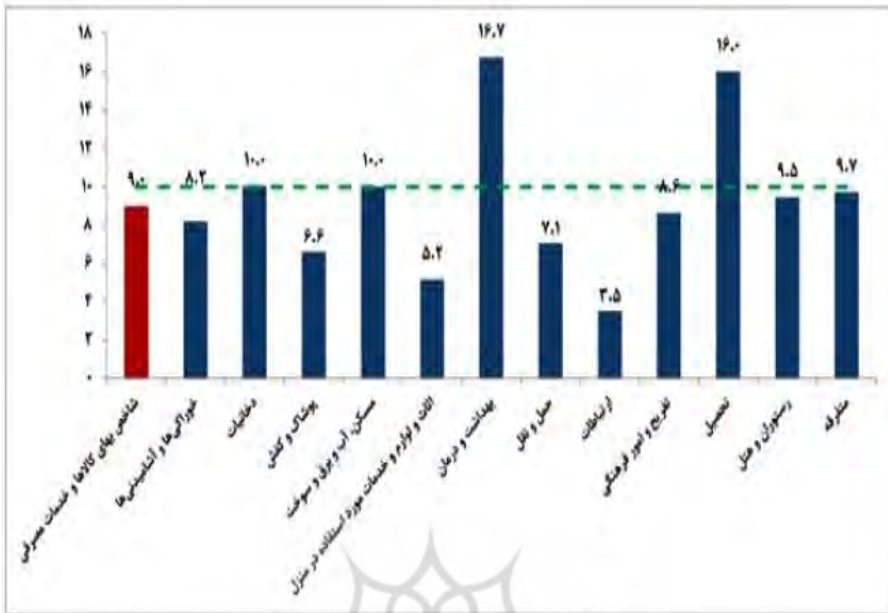


به زیان مزد و حقوق‌بگیران و به نفع صاحبان دارایی‌های سرمایه‌ای عمل می‌کند، می‌تواند به عنوان شاخصی برای سنجش برابری به کار برده شود. تا جایی که پیوند درونی سازمان سلامت با هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها مربوط می‌شود، تحولات اخیر نظام سلامت نه تنها به تحقق عدالت کمکی نکرده، بلکه برعکس، موجب تشدید نابرابری و بی‌عدالتی نیز شده است. مقایسه نرخ تورم در بخش بهداشت با نرخ تورم کل اقتصاد، این قضاوت را تأیید می‌کند. طبق داده‌های منحنی‌های ۵ و ۶، پس از اجرای طرح تحول سلامت، نه تنها نرخ تورم بخش سلامت بالاتر از نرخ تورم کل است، بلکه علی‌رغم بروز سیر نزولی در تورم کل، تورم بخش بهداشت همچنان به سیر صعودی خویش ادامه داده است.

منحنی ۵: مقایسه‌ی نرخ تورم بخش سلامت با نرخ تورم عمومی (موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت ۱۳۹۵)



منحنی ۶: نرخ تورم به تفکیک بخش‌های مختلف در پایان اسفند ۱۳۹۵



<http://www.cbi.ir/showitem/16085.aspx>

برای آزمون ادعایمان در مورد افزایش نابرابری بد نیست به داده‌های بانک مرکزی درباره‌ی هزینه‌های خانوار نگاهی بیاندازیم. منحنی شماره‌ی ۷ هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی را به تفکیک دهک‌های درآمدی به نمایش درآورده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

منحنی ۷: مقایسه‌ی هزینه‌ی سلامت دهک‌های درآمدی پیش و پس از آغاز طرح تحول سلامت



<http://tsd.cbi.ir/Display/Content.aspx>

در هزینه‌های کل خانوار شهری در سال ۱۳۹۳، میزان هزینه‌های دهک دهم بیش از ۱۴,۶ برابر دهک اول است. اما این اختلاف در هزینه‌های سلامت خیلی بیش از کل هزینه‌هاست. به گونه‌ای که دهک دهم تقریباً ۱۸,۶ برابر دهک اول هزینه‌ی سلامت داشته است. در سال ۱۳۹۱ پولدارترین‌ها و بیش از ۱۶ برابر فقیرترین‌ها هزینه‌ی سلامت داشتند. طبق داده‌های بانک مرکزی این نسبت در سال ۱۳۹۵ به بیش از ۲۰ برابر رسیده است. این داده‌ها نشان می‌دهد فقیرترین‌ها هر چه کمتر به اقدامات سلامت پرداخته‌اند.

برای تبیین نابرابری تشدیدشونده در نظام سلامت، باید بار دیگر به شاخص قیمت مصرف‌کننده بازگردیم تا بتوانیم بر این اساس توضیحی برای منحنی‌های فوق ارائه دهیم. داده‌های جدول ۳۳ شاخص بهای تولیدکننده و مصرف‌کننده را طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۹۵ ارائه می‌دهد. این جدول نشان می‌دهد تمامی اقدامات دولت در جهت بهبود نظام سلامت، صرفاً به این کمک کرده است که شاخص بهای مصرف‌کننده، با شیبی کمی ملایم‌تر از شاخص بهای تولیدکننده افزایش یابد؛ اما سیر حرکت هر دو شاخص کامیاب هم‌هنگ بوده است. از سال ۱۳۸۹ به بعد، هزینه‌ی تولید کالاها و خدمات سلامت به طرز سرسام‌آوری افزایش یافته و همین امر سبب کاهش تقاضای اقشار فرودست (به معنای کاهش قدرت خرید) در بخش سلامت شده است.

جدول ۳۳: روند شاخص بهای تولیدکننده و شاخص بهای مصرف‌کننده در بخش بهداشت و درمان

طی ۲ دهه اخیر

<http://tsd.cbi.ir/Display/Content.aspx>

شاخص بهای تولیدکننده (100=1390) - شاخص کل - گروه‌های اصلی ▼	شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی (100=1390) - شاخص کل - گروه‌های اصلی ▼	
بهداشت و درمان (بدون واحد)	بهداشت و درمان (بدون واحد)	
8.1	9.3	۷۶
9.9	11.4	۷۷
12.4	14.2	۷۸
14.8	17.1	۷۹
17.2	19.8	۸۰
20.2	23.0	۸۱
23.8	26.8	۸۲
28.3	31.5	۸۳
33.5	36.4	۸۴
38.7	41.5	۸۵
46.0	48.5	۸۶
56.9	59.9	۸۷
68.9	71.2	۸۸
83.9	85.3	۸۹
100.0	100.0	۹۰
126.6	124.7	۹۱
171.8	172.6	۹۲
232.6	227.3	۹۳
297.3	281.4	۹۴
349.3	328.5	۹۵

### چارچوب کلی تحلیل هزینه-فایده

تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات با معیارهای تحلیل هزینه-فایده، بر اساس ارزش فعلی خالص و نرخ بازگشت سرمایه انجام خواهد شد. بنابراین برای انجام این تحلیل لازم است تعریف عملیاتی مناسبی از سه متغیر فوق به دست دهیم. علاوه بر این باید توجه داشت هزینه‌های یک پروژه در طی سال‌های

مختلف انجام می‌شود و درآمدهای آن نیز در طی سال‌های مختلف تحقق می‌یابد. واضح است که معیارهایی همچون «سود مورد انتظار» باعث می‌شوند پولی که در آغاز پروژه سرمایه‌گذاری شده است، با همان مقدار پول در پایان پروژه یکسان نباشد. برای حل این مشکل می‌توان با استفاده از نرخ تنزیل در سال مبنا، ارزش واقعی هزینه‌های انجام‌شده و یا درآمدهای بدست‌آمده را در سال‌های مختلف محاسبه کرد. البته باید توجه داشت به جز نرخ تنزیل، نرخ تورم در سال مبنا نیز در محاسبه‌ی ارزش واقعی دارایی‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند.

با چنین پیش‌فرضی روش انجام تحلیل هزینه-فایده در فرمول زیر نشان داده شده است. در اینجا  $R_t$  جریان درآمدهای طرح،  $C_t$  جریان هزینه‌های طرح،  $t$  زمان تحقق منافع یا انجام هزینه و  $n$  عمر طرح است. اگر مقدار NPV بزرگتر از صفر باشد این طرح به لحاظ اقتصادی توجیه دارد؛ اما اگر مقدار آن کوچک‌تر از صفر باشد طرح فاقد توجیه اقتصادی است (راسل و دیگران ۱۹۹۶:۵۴).

$$NPV = \sum_{t=0}^n \frac{R_t}{(1+i)^t} - \sum_{t=0}^n \frac{C_t}{(1+i)^t}$$

### دشواری‌های تحلیل هزینه-فایده در بخش سلامت

در سرمایه‌گذاری‌های متعارف اقتصادی، تعیین مقدار ثابت و معین هزینه‌ها به سادگی امکان‌پذیر است. اما تعیین میزان هزینه‌ها با معضلات فراوانی روبروست که پژوهشگران، آن‌ها را در پنج گروه دسته‌بندی کرده‌اند: معضل بامول، معضل پیشرفت پرهزینه، معضل انگیزه‌های سیستمی، معضل نقصان اطلاعات و در نهایت معضل هزینه‌ی سالخوردگی.

● معضل بامول: بخش خدمات درمانی و مراقبت‌های بهداشتی، به دلیل ناتوانی در افزایش فوق‌العاده بهره‌وری و اتکا به نیروی کار ساده (برای مثال پرستاران) نسبت به جبران افزایش دستمزدها ناتوان است؛ به همین دلیل سهمی که این بخش از کل ثروت ملی به مصرف می‌رساند، ناگزیر پیوسته افزایش می‌یابد. از سوی دیگر افزایش بهره‌وری در سایر بخش‌ها و صنایع موجب می‌شود ارزش نسبی بخش سلامت به شکلی غیرقابل پیش‌بینی بالا برود (مسعودی و بختیاری ۱۳۹۶:۵).

● معضل پیشرفت پرهزینه: پیشرفت و نوآوری در فناوری‌های پزشکی به درمان بیماری‌های سابقاً لاعلاج کمک می‌کند. به همان اندازه که بیماری‌های لاعلاج درمان می‌شوند، سهم هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بالا می‌رود (همان ۶).

● معضل انگیزه‌های سیستمی: پیشرفت فنی باعث انگیزه‌بخشی به پزشکان و سایر بازیگران عرصه سلامت می‌شود تا بسیاری از عارضه‌هایی را درمان کنند که در واقع نیازی به درمان ندارند (همان ۹).

• معضل نقصان اطلاعات: از آنجا که معیارهای دقیقی برای بیان اقتصادی ارزش سلامت وجود ندارد، بیمارستان‌ها از برآورد دقیق ارزش مبادله‌ای تولیدشده ناتوان‌اند. به همین دلیل مدیران بخش سلامت ترجیح می‌دهند به سادگی، بازپرداخت‌های بیمه را در محاسبات خویش جایگزین ارزش تولیدشده نمایند. پیداست که نقصان اطلاعات، فرصت افزایش هزینه‌های واقعی را فراهم می‌کند (همان ۱۲).

• معضل هزینه‌های سالخورده‌گی: پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی موجب می‌شود میزان امید به زندگی افزایش یابد و ساختار جمعیت به سمت کهولت میل کند. با افزایش تعداد نسبی سالخوردگان، هزینه‌های کل نظام سلامت نیز افزایش می‌یابد (همان ۱۴).

همانطور که مورد به مورد ذکر شد، هزینه‌های یک طرح خاص سلامت، هرگز یک مقدار ثابت و معلوم نیست؛ بلکه هرگونه سرمایه‌گذاری جدید در این نظام، هزینه‌های آتی را به شکلی پیش‌بینی‌ناپذیر افزایش می‌دهد. بنابراین در بخش سلامت و در بازه‌های بلندمدت، نمی‌توان به سادگی از تحلیل هزینه-فایده استفاده کرد. بلکه این کار مستلزم کاربرد ریاضیات پیشرفته است (راسل و دیگران ۱۹۹۶:۲۷۶).

#### تحلیل هزینه-فایده‌ی طرح جامع سلامت در کوتاه‌مدت

دیدیم که مجموع بودجه‌های سالانه‌ی سلامت از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ به ۲,۱۲۵,۹۷۵,۵۵۴ میلیون ریال (تقریباً معادل ۲۱۲ هزار میلیارد تومان) رسیده است. همچنین دیدیم رقم پیش‌بینی‌شده زیان انباشته سازمان سلامت ایرانیان تا پایان سال ۱۳۹۶ به بیش از ۸۵۰۰۰ میلیارد ریال (۸,۵ هزار میلیارد تومان) سر زده است. علاوه بر این دیدیم طرح جامع سلامت نتوانسته است شاخص‌های بهداشت را در ایران چندان بهبود بخشد. توضیح داده شد که بر طبق شواهد و قرائن، بهره‌وری بخش بهداشت و درمان نیز چندان که باید افزایش نیافته است. از سوی دیگر با اجرای این طرح، شاخص‌های عدالت سلامت نه تنها ارتقا نیافتند، بلکه بر شدت نابرابری در بخش سلامت افزوده شد.

با توجه به معضل نقصان اطلاعات، برآورد دقیق ارزش پولی بسیاری از شاخص‌های سلامت عملاً ممکن نیست. اما ناکامی نظام سلامت در دستیابی به اکثر اهداف تعیین‌شده (در کنار رقم فوق‌العاده سنگین زیان انباشته‌شده) ما را مجاب می‌کند که دست‌کم در چهار سال گذشته، مقدار NPV طرح جامع سلامت به ضرس قاطع منفی بوده است.

- اخوان بهبهانی، علی. نگاهی بر عملکرد سازمان بیمه سلامت در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۶.
- رهبری، مریم. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۶ کل کشور، بخش بهداشت و درمان. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۵.
- رهبری، مریم و بختیاری علی‌آبادی، محمد. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۷ کل کشور بخش بهداشت و درمان. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۶.
- رهبری، مریم و شمس، لیدا. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور، بخش سلامت. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۲.
- رهبری، مریم و شمس، لیدا. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۴ کل کشور، بخش سلامت. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۳.
- رهبری، مریم و شمس، لیدا. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ کل کشور، بخش بهداشت و درمان. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۴.
- رهبری، مریم و شمس، لیدا. با نمایندگان مردم در مجلس دهم: حوزه بهداشت و درمان. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۵.
- رهبری، مریم و صدیقی، سمیه. بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۲ کل کشور، بخش سلامت. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۱.
- قیاسوند، حسام. بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین دهک‌های مختلف جامعه. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۲.
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. بررسی تورم بخش سلامت، پیش و پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت. دفتر مدیریت برنامه‌ریزی، بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۵.
- مسعودی اصل، ایروان و بختیاری، محمد. معضل هزینه‌ها در مراقبت‌های سلامت. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۶.
- موسوی خطاط، محمد و خلیلی، علی. نگاهی بر وضعیت موجود بیمه‌های اجتماعی و سلامت کشور و احکام برنامه‌های توسعه در این خصوص. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۴.
- وثوق مقدم، عباس. پیش‌بینی تاثیرپذیری بخش سلامت از هدف‌مندی‌سازی یارانه‌ها. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. ۱۳۹۰.