فصلنامه پژوهشهای اقتصادی ـ سال دهم ـ شماره اول ـ بهار ۱۳۸۹ ـ صفحات ۱۱۱-۹۹

بررسی و تحلیل تغییرات شاخص تورم در بخش عمومی و بخش سلامت کشور ایران

علی محمد احمدی[۱]
مهدی یوسفی[۲]
سمیه فضایلی[۳]

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۶ **تاریخ پذیرش:** ۸۸/۷/۲۶

چکیده

کنترل تورم همواره به عنوان یکی از مهمترین اهداف اقتصاد کلان در هر کشوری مـی باشـد. تـورم بالا و اثرات مخرب آن بر رفاه مردم، موضوعی است که سیاستگذاران اقتصادی و اجتمـاعی همـواره سعی می کنند با استفاده از ابزارهای مناسب، اثرات آن را تعدیل و کنتـرل نماینـد. تـورم در نظـام سلامت به موارد مختلفی از قبیل سالمند شدن جمعیت، مسائل بیمه ای (پوشش نـاقص، مـدیریت ضعیف و...)، بهره وری پایین (نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت، عدم استفاده بهینه از تجهیزات و منابع نظام سلامت و...)، تغییرات تکنولوژیکی در ارائه خدمات سلامتی، رشد جمعیت، عدم تقـارن اطلاعاتی بین گیرنده و ارائه دهنده خـدمات سـلامتی و تـورم عمـومی در هـر کشـور، نسـبت داده می شود که این میزان تورم از تورم عمومی کشور بالاتر می باشد و این موضوع در مورد کشور ایران نیز صادق است.

علاوه بر موارد مذکور، برای درک بهتر تورم در بخش سلامت ایران مـی تـوان بـه مبـاحثی همچـون تاثیر تغییرات تکنولوژیکی بر افزایش قیمت ها در بخش سلامت، تعرفـه هـای رسـمی و غیـر رسـمی در بخش غیر دولتی و نقش سازمان های غیر دولتی در تعیین تعرفه های پزشکی و پیراپزشکی اشاره کرد.

طبقه بندی JEL : I1, E31

واژگان کلیدی: سلامت، مراقبت های سلامتی، تورم

---

۱. استادیار اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس aahmadi@modares.ac.ir
۲. کارشناس ارشد اقتصاد سلامت
۳. کارشناس ارشد مدارک پزشکی

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

مقدمه

تورم یکی از شاخص‌های عمده اقتصاد کلان است. به دلیل اثرات مخرب تورم، کنترل آن به عنوان یکی از هنرهای سیاست‌های کلان اقتصادی همیشه مورد توجه اقتصاددانان بوده است. از آثار مخرب تورم می توان به توزیع مجدد درآمد به نفع صاحبان دارایی و به زیان مزد و حقوق بگیران، افزایش نااطمینانی و بی ثباتی در اقتصاد و در نتیجه کوتاهتر شدن افق زمانی تصمیم گیری و کاهش سرمایه گذاری بلند مدت و عوامل دیگر اشاره کرد (بی اسنودن، ۱۳۸۳). موضوع داد و ستد بین تورم و رفاه نیز یکی از مهمترین تاثیرات تورم در سطح جامعه می باشد (جعفری صمیمی، ۱۳۸۳). نظریه های مختلفی در مورد علل ایجاد تورم ارائه شده است که آنها را می توان به چهار گروه عمده تقسیم کرد: نظریه پولی، نظریه فشار تقاضا، نظریه فشار هزینه و نظریه های ساختاری.

طرفداران نظریه پولی معتقدند که بروز تورم ناشی از نرخ رشد بالا و دائمی عرضه پول می باشد، به طوری که با رشد بالا و مستمر عرضه پول، تورم شکل می گیرد و با رشد پایین عرضه پول، نرخ تورم کاهش می یابد. بنابراین، طرفداران این نظریه معتقدند که تنها راه مهار تورم، افزایش قانونمند و با ثبات عرضه پول با نرخی برابر یا اندکی بیش از رشد متوسط تولید است.

طرفداران نظریه فشار تقاضا معتقدند که علت ریشه ای تورم، فزونی تقاضای مؤثر بر تولید در شرایط اشتغال کامل است. طرفداران این نظریه معتقدند که تنها راه کنترل تورم، توسل به سیاست های تحدید تقاضا و یا سیاست‌های تنظیم تقاضا می‌باشد.

نظریه فشار هزینه ای، تورم را ناشی از عدم تعادل های بخش عرضه اقتصادی می داند. به این صورت که کارگران و صاحبان صنایع تلاش می کنند با افزایش دستمزدها و قیمت سایر عوامل تولید، سهم خود را از درآمد ملی افزایش دهند. این امر سبب بروز مارپیچ دستمزد- قیمت گردیده و فشارهای تورمی ایجاد می کند. طرفداران این نظریه، انواع سیاست های درآمدی را راهکار کاهش فشارهای تورمی می دانند.

ساختار گرایان، ریشه های بنیادین تورم را در ساختارهای ناموزون اقتصادی جستجو می کنند. به عقیده این عده، کشش ناپذیری عرضه در بخشهای کلیدی اقتصاد به عنوان علت عمده تورم تلقی می شود. ساختارگرایان به شیوه های مرسوم مقابله با تورم یعنی سیاست های پولی و مالی انقباضی اعتقاد ندارند و به تغییرات ساختاری عمده مانند تغییر در سیستم تولید، ساختار اقتصادی و توزیع درآمد برای مقابله با تورم عقیده دارند (عماد زاده، ۱۳۸۴).

مهمترین عوامل مؤثر بر تورم در اقتصاد ایران با توجه به بررسی روند متغیرهای کلیدی کلان اقتصاد ایران و تطبیق نظریات مختلف با واقعیات اقتصاد ایران، و ارائه مدل می توان تولید، حجم نقدینگی، شاخص قیمت کالاهای وارداتی و نرخ ارز را نام برد (قوام مسعودی و تشکینی، ۱۳۸۴).

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

نظام سلامت نیز یکی از بخشهای عمده هر کشوری است که از اقتصاد کشور و تعیین کننده‌های آن تأثیر می پذیرد. به نحوی که حکومت های مختلف جهان، امروزه از جمله موفق ترین خدمات خود را بهینه سازی و ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می دانند، به طوری که اگر در کشور یا جامعه ای مساله بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی شده و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع جامعه می گردد (کریمی، ۱۳۸۱). اما بخش بهداشت به علت ویژگی های خاص خود، نسبت به سطح تورم عمومی کشور، دارای تورم بیشتری است. بهای خدمات مراقبت های درمانی به صورت تاریخی، رشد سریعتری نسبت به قیمت ها به طور کلی داشته است . الگوی تورم در بخش خدمات بهداشتی و درمانی نشان می دهد که قیمت خدمات بیمارستانی و پزشکی، رشدی سریعتر ازشاخص قیمت کالای مصرف کننده[1] داشته است، پدیده ای که نوعاً در موارد دیگر خدمات و کالاهای بهداشتی و درمانی نیز صادق است (Sherman, 2003).

مطالعه ای که در آمریکا در مورد دستمزد پزشکان انجام شد، نشان داد که پس از رشد آهسته در طول دهه ۱۹۹۰، دستمزد پزشکان مدیکید افزایش پیدا کرد. در طول سالهای بین ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۳ دستمزد پزشکان مدیکید به طور متوسط ۲۷/۴ درصد افزایش پیدا کرد. افزایش در دستمزد پزشکان مدیکید، مخصوصاً پزشکان مراقبت های اولیه باعث افزایش تمایل این پزشکان برای پذیرش بیماران جدید مدیکید شد (Zucherman etal., 2004). بررسی دیگری که بر روی پرداخت های مراقبت های سلامت در آمریکا انجام شد، نشان داد که نرخ رشد این پرداخت ها بیشتر از تورم است و این نشان دهنده رشد هزینه های مراقبت های سلامت در آمریکا است که می تواند هشدار دهنده باشد. این افزایش در برخی موارد ۵۶ درصد بیشتر از تورم عمومی کشور بوده است (Health dailynewscentral, 2005).

با عنایت به این موارد و همچنین با توجه به اهمیت تورم در هزینه های سلامتی مردم، این مطالعه سعی دارد رشد شاخص قیمت ها در بخش سلامت (تعرفه های درمانی و بخش بهداشت و درمان) را با تورم عمومی کشور ایران مقایسه و تحلیل نماید.

روش پژوهش

این پژوهش از دسته مطالعات توصیفی تحلیلی می باشد که به صورت تطبیقی انجام گرفته و با استفاده از بانک های اطلاعاتی موجود، از جمله شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه ای

1. CPI= consumer price index

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

و آمار موجود، رشد شاخص قیمت ها در سه حوزه تعرفه های پزشکی، بخش سلامت و بخش عمومی کشور ایران را با یکدیگر مقایسه و تحلیل کرده است. برای رسیدن به این هدف، ابتدا وضعیت شاخص تورم در سه حوزه مذکور در ایران مورد بررسی قرار گرفته، سپس سعی شده دلایل ایجاد وضعیت موجود با توجه به مطالعات انجام شده در دیگر کشور ها بررسی شود و در نهایت، به تحلیل وضعیت رشد شاخص تورم در نظام سلامت ایران و دلایل ایجاد آن پرداخته شده است.

یافته ها

گرچه تورم در ایران صرفاً یک پدیده پولی نیست و تورم وارداتی، مشکلات ساختاری اقتصاد و تورم انتظاری نیز بر شکل گیری آن تأثیر مثبت داشته اند، لیکن رشد نقدینگی سهمی بالغ بر ۵۸/۳ درصد را در شکل گیری تورم دارا بوده است و پس از آن به ترتیب تورم وارداتی (۲۲/۶ درصد)، تورم انتظاری (۷/۳ درصد)، رشد نرخ ارز (۶/۲ درصد) و شکاف تولید (۵/۶ درصد)، سهم تعیین کننده ای را در شکل گیری تورم داشته اند (عمادزاده، ۱۳۸۴). بخش سلامت خصوصیات مشترکی با دیگر بخشهای اقتصاد دارد، ولی به نظر می رسد مجموعه مشخصه های نامعمول اقتصادی که در بازار مراقبت های بهداشتی وجود دارند، بسیار وسیع باشد. برخی از مشخصه های نامعمول اقتصادی بخش سلامت عبارتند از:

۱- وسعت مداخله دولت؛

۲- تسلط نا اطمینانی در تمام سطوح مراقبت های بهداشتی، از بیماری احتمالی افراد گرفته تا درک چگونگی عملکرد درمان و اثر آن بر افراد مختلف؛

۳- اختلاف بسیار زیاد بین دانش پزشکان و بیماران؛

۴- عوارض خارجی رفتار شخص که باعث ایجاد هزینه و یا منافع برای دیگران می شود.

هر یک از این موارد در قسمت های دیگر اقتصاد نیز حضور دارند، ولی به علت گستردگی و اهمیتی که در مراقبت های سلامتی دارند، باید در مباحث اقتصادی نظام سلامت بیشتر مورد توجه قرار گیرند (فیلیپس، ۱۳۷۶).

جدول (۱) نرخ تورم عمومی، درصد تغییرات شاخص قیمت در بخش بهداشت و درمان، متوسط تورم در تعرفه های بخش دولتی و متوسط تورم در تعرفه های بخش خصوصی را برای سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۶، در کشور ایران نشان می دهد (وزارت رفاه، ۱۳۸۶ و بانک مرکزی)

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

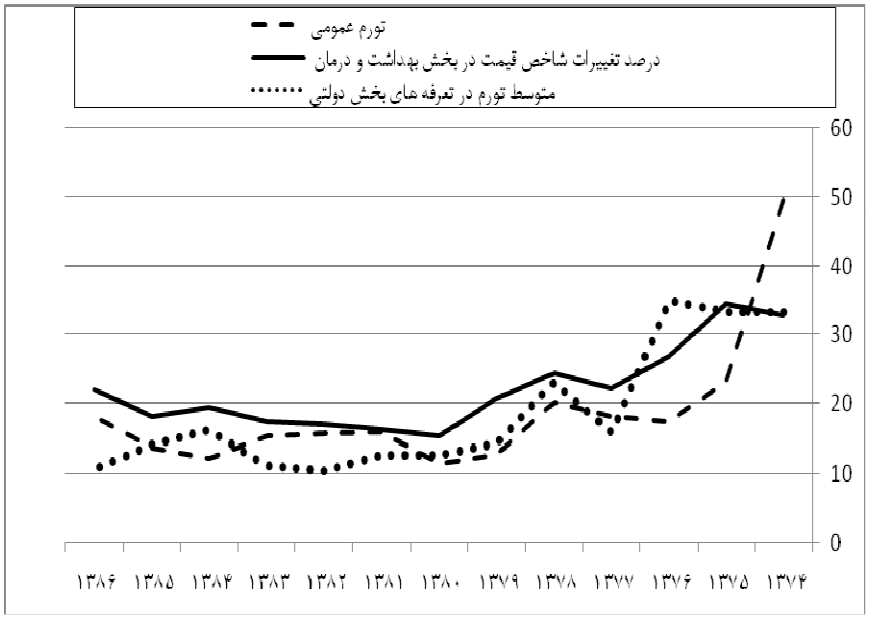
جدول ۱. تورم عمومی، درصد تغییرات شاخص قیمت در بخش بهداشت و درمان، متوسط تورم در تعرفه های بخش دولتی و متوسط تورم در تعرفه های بخش خصوصی برای سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۶

سال	تورم عمومی	درصد تغییرات شاخص قیمت در بخش بهداشت و درمان	متوسط تورم در تعرفه های بخش دولتی	متوسط تورم در تعرفه های بخش خصوصی
۱۳۷۴	۴۹/۴۶	۲۳/۸۱	-	-
۱۳۷۵	۲۳/۱۲	۳۴/۴۱	۳۳/۳	۴۵
۱۳۷۶	۱۷/۳۷	۲۶/۷۴	۳۴/۹	۳۴
۱۳۷۷	۱۸/۱	۲۲/۲	۱۵/۸	۱۰
۱۳۷۸	۲۰/۰۷	۲۴/۳۹	۲۳	۱۰
۱۳۷۹	۱۲/۶۲	۲۰/۷۲	۱۴/۳	۷
۱۳۸۰	۱۱/۴	۱۵/۳۱	۱۲/۷	۱۴/۲۹
۱۳۸۱	۱۵/۸	۱۶/۲۶	۱۲/۶	۱۴/۸۲
۱۳۸۲	۱۵/۶۳	۱۶/۹۱	۱۰/۴	۱۲/۱۹
۱۳۸۳	۱۵/۲۴	۱۷/۳۵	۱۱/۱	۱۲/۴۳
۱۳۸۴	۱۲/۰۶	۱۹/۳۵	۱۶/۱	۳۴۰/۲۲
۱۳۸۵	۱۳/۶۲	۱۸/۰۵	۱۴/۲	۱۱/۵۴
۱۳۸۶	۱۸	۲۲	۱۰/۵	۱۵/۹۶

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

نمودار ۱. مقایسه تورم عمومی کشور ایران با درصد تغییرات شاخص قیمت در بخش بهداشت و درمان و متوسط تورم در تعرفه های بخش دولتی برای سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۶



متوسط تورم در تعرفه های بخش دولتی از میانگین رشد تعرفه های پزشک عمومی، پزشک متخصص، فوق تخصص و روانپزشک، تعرفه داخلی، تعرفه بیهوشی، تعرفه جراحی، تعرفه دندانپزشکی، تعرفه فیزیوتراپی، بیمارستان درجه یک، بیمارستان درجه دو، ICU و CCU به دست آمده است و متوسط تورم در تعرفه های بخش خصوصی نیز از میانگین رشد تعرفه های پزشک عمومی، پزشک متخصص، فوق تخصص و روانپزشک، تعرفه داخلی، تعرفه بیهوشی، تعرفه جراحی، تعرفه دندانپزشکی، تعرفه فیزیوتراپی و بیمارستان درجه یک به دست آمده است. لازم به ذکر است مقطع زمانی شروع اکثر تعرفه های بخش خصوصی از سال ۱۳۷۹ می باشد.

برای سنجش تورم عمومی کشور و همچنین تورم در نظام سلامت، به ترتیب از شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی (CPI) در بخش عمومی کشور و نظام سلامت استفاده می شود. CPI یکی ازمهمترین شاخص های قیمتی به عنوان نماگری برای سنجش نرخ تورم و قدرت خرید پول داخلی هرکشور می باشد. از این شاخص برای طراحی برنامه های رفاهی و تأمین اجتماعی، تعدیل مزد و حقوق و تنظیم قراردادهای دو جانبه استفاده می شود. در گروه کالاهای مراقبت سلامتی،

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

شاخص CPI شامل مواردی همچون حق ویزیت پزشک، دندانپزشک، اتاق بیمارستان، هزینه بستری شدن، داروهای تجویزی و تجهیزات بیمارستانی و... می باشد (فیلیپس، ۱۳۷۶ و بانک مرکزی).

همان‌طور که از جدول(۱) و نمودار مربوط به آن مشخص است، روندی که در رشد شاخص قیمت در بخش عمومی، بخش سلامت و تعرفه های بخش دولتی و خصوصی حاکم می باشد به این صورت است که در طول سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۶، تورم در بخش سلامت همواره بالاتر از تورم در بخش عمومی کشور ایران می باشد. اما نمی توان در مورد وضعیت تورم در تعرفه های پزشکی چه در بخش دولتی و چه در بخش غیردولتی، نسبت به تورم عمومی کشور، قاطعانه روند ثابتی را بیان کرد. در قسمت های دیگر این مقاله به تحلیل این موضوع پرداخته خواهد شد.

بحث

در این قسمت، ابتدا به بررسی دلایل بالا بودن تورم در بخش سلامت نسبت به تورم عمومی کشور می پردازیم و در قسمت بعد، به بررسی رشد شاخص قیمت ها در مورد تعرفه های بخش دولتی و خصوصی خواهیم پرداخت. تحقیقات زیادی در کشورهای مختلف برای بررسی دلایل بالا بودن نرخ تورم در بخش سلامت نسبت به تورم عمومی در آن کشور ها انجام شده است که در ادامه به برخی از آنها اشاره می شود.

مطالعه ای که توسط فلداستین به بررسی عوامل مؤثر در افزایش هزینه تخت - روز بستری پرداخته بود، نشان داد که رشد هزینه ها در این مورد ناشی از نسبت بالای پرسنل به روز بیمار بستری می باشد. زیرا پرداخت دستمزد به پرسنل مازاد باعث افزایش هزینه های تخت - روز بستری خواهد شد (Feldstein, 1971).

مطالعه دیگری که در طول سالهای ۱۹۶۵ تا ۱۹۸۵ در آمریکا به بررسی افزایش هزینه های درمانی مردم پرداخته و به این نتیجه رسیده که عواملی چون تورم عمومی کشور، رشد جمعیت، تغییر ترکیب جمعیت، افزایش سرانه سلامتی مردم و خدمات مراقبتی ویژه در افزایش شاخص قیمت مصرف کننده در بخش سلامت، مؤثر بوده اند (Rosko & Broyles, 1988). برخی مطالعات دیگر مسائل مربوط به پوشش ناقص بیمه ای، تعداد افرادی که تحت پوشش هیچ بیمه ای نیستند و سهم افراد در پرداخت حق بیمه و... را به عنوان عامل افزایش هزینه های سلامتی عنوان کرده اند (Warshawsdy, 1991 & Buchanen et al. 1991).

برخی دیگر از محققان نظام سلامت نیز استدلال می کنند که افزایش پوشش بیمه ای خدمات پزشکی باعث ایجاد تغییرات تکنولوژیکی می شود و این تغییرات باعث افزایش هزینه های مراقبتی

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

خواهد شد (Weisbrod, 1991). نیوهوس، عواملی را کـه بـه صـورت بـالقوه مـی تواننـد باعـث افزایش شاخص قیمت مصرف کننده در بخش سلامت شوند، در دو دسته کلی طرف تقاضا (شـامل: سالمند شدن جامعه، گسترش پوشش بیمه ای، افزایش درآمـد مـردم و...) و طـرف عرضـه (شـامل: تقاضای القائی عرضه کننده، رشد پـایین بهـره وری، سـوء مـدیریت شـرکت هـای بیمـه، تغییـرات تکنولوژیکی در عرضه خدمات سلامتی و...) قرار می دهد (Newhouse, 1992).

رابطه بین رشد بهره وری و درآمد نیز موردی است کـه در بسـیاری از مطالعـات اقتصـادی بـه عنوان عاملی برای ایجاد تورم ذکر شده است. این رابطه را می توان به صورت $p = w-q$ نشـان داد که در آن p نرخ رشد سطح عمومی قیمتها, w نرخ رشد متوسـط دسـتمزد اسـمی و q نـرخ رشـد متوسط بهره وری نیروی کار می باشد. بنابراین، افزایش قیمتها (تورم) نتیجـه افـزایش دسـتمزدها بدون تغییری در بهره‌وری است (بی اسنودن، ۱۳۸۳).

به عنوان یک جمع بندی از این مطالعات، می توان عنوان کـرد کـه اولاً، بـالا بـودن تـورم در بخـش سلامت نسبت به بخش عمومی کشور در اکثر این مطالعات تأیید شده است و ثانیاً، علل ایـن پدیـده بـه مواردی همچون سالمند شدن جمعیت، مسائل بیمه ای (پوشش ناقص، مدیریت ضـعیف و...)، بهـره وری پایین (نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت، عدم استفاده بهینه از تجهیزات و منابع نظام سـلامت و...)، تغییرات تکنولوژیکی در ارائه خدمات سلامتی، رشد جمعیت، عدم تقارن اطلاعـاتی بـین گیرنـده و ارائـه دهنده خدمات سلامتی و تورم عمومی در هر کشور نسبت داده شده است.

علاوه بر اینکه همه این موارد در بالا بودن تورم نظام سلامت نسبت به تورم عمومی کشور ایران نیز محسوس هستند، اما نکات دیگری در این زمینه و در ارتباط بیشـتر بـا ایـن موضـوع در کشـور ایران، قابلیت بررسی دارند. همان‌طور که در قسمت های قبل ذکر شد، CPI تغییرات در مجموعـه خدمات و کالاهای مصرفی بخش سلامت را اندازه گیری می کند، مع ذلک حتـی اگـر عناصـر ایـن مجموعه ثابت بمانند، CPI مقدار تورم را به طور اشتباه نشان می دهد. علت این اشکال در تغییرات فنی است. اگر کیفیت کالا ها و خدمات سلامتی تغییر کند، قیمت آنها نیز تغییـر مـی کنـد. ولـی نکته قابل توجه این است که اگر " اسـم" ایـن کالاهـا و خـدمات تغییـر نکنـد، CPI تغییـرات در کیفیت را نادیده می گیرد (فیلیپس، ۱۳۷۶). برای روشن شدن مطلب به چند مورد اشاره می کنیم. ابتدا یکی از مهمترین عناصر در CPI بخش سلامت یعنی هزینه هتلینگ بیمارستان ها را در نظـر می‌گیریم. به وضوح می توان مشاهده کرد که امکانات در دسترس در یـک اتـاق بسـتری و کیفیـت ارائه خدمات (غذا، نظافت و...)، در حال حاضر نسبت به سالهای اولیه مورد بررسی در این پـژوهش، رشد چشمگیری داشته است.

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

همین بحث در مورد تمام اقلام موجود در CPI صدق می کند. تجهیزات، پرستاران و متخصصان مورد نیاز برای انجام یک عمل جراحی، در حال حاضر نسبت به سال ۱۳۷۴، تغییرات اساسی کرده است؛ زیرا در حال حاضر در بسیاری از موارد، برای یک عمل جراحی خاص از تجهیزات پیچیده تر و دقیق تر، پرستاران با تجربه و دانش بالاتر و متخصصان زبده تر نسبت به ۱۲ سال پیش استفاده می شود. این تغییرات در موارد تشخیصی نمایان تر است. به عنوان مثال، در حال حاضر عکسبرداری توسط اشعه X، به نحوی اعمال می شود که کمترین میزان اشعه را به کار می برد و بدین ترتیب، اثرات جانبی کمتری را متوجه بیمار می کند. لذا در کنار توجه به عوامل مطرح شده در جمع بندی مطالعات پیشین، این موضوع را نیز باید مد نظر داشت که در بسیاری از موارد، منافع حاصل از ارتقای کیفیتی که ایجاد شده، تسهیلات و تجهیزات پیشرفته و نیروی انسانی متبحر تری که در ارائه خدمات به کار گرفته شده اند، در طول زمان نادیده گرفته شده و این در حالی است که تمام این تمهیدات به صورت اضافه هزینه در CPI بخش سلامت ظاهر می شود.

موضوع دوم، بحث تعرفه های پزشکی است. تاریخچه تعیین رسمی تعرفه در ایران، به سالهای قبل از انقلاب بر می گردد. به موجب مواد ۴، ۵ و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت، مصوب ۲۷ اسفند ۱۳۵۱ شورای فنی سازمان تامین خدمات درمانی، میزان سرانه خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه کننده (مبلغ فرانشیز) را پیشنهاد کرده و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیات وزیران می رساند. در دومین سال بعد از انقلاب، تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب سال ۱۳۵۹ در حوزه اختیارات این وزارتخانه منظور شد. پس از تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ و به موجب ماده ۸ این قانون، تعرفه های خدمات تشخیصی درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیات وزیران می رسد، که پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۲۱ اردیبهشت ۱۳۸۳ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز از پیشنهاد دهندگان مشترک تعرفه و سرانه منظور می شوند.

به موجب بند ک ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۲۵ فروردین ۱۳۸۳ و اصلاحات ۱۶ آبان ۱۳۸۳، مجمع تشخیص مصلحت نظام اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدید نظر در تعرفه های خدمات بهداشتی و درمانی در بخش دولتی و تعیین تعرفه ها در بخش غیر دولتی بر اساس ضوابط بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن به عهده این سازمان

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

گذاشته شده است (حسن زاده). همان‌طور که این روند نشان مـی دهـد، تشـدد در سیاسـتگذاری، یکی از مهمترین مباحث سلامت در کشور ایران است و به راحتی می توان اثـرات ایـن تشـدد را در افزایش شدید تعرفه ها در بخش غیردولتی در بعضی از سالها ماننـد سـال ۱۳۸۴ نسـبت بـه سـال ۱۳۸۳ دید که این افزایش در سالی اتفاق افتاده است که مقارن با اعطای حق قانونی تعیـین تعرفـه های بخش دولتی به سازمان نظام پزشکی ایران می باشد. البته در مورد افزایش شدید تعرفـه هـای بخش خصوصی، ذکر چند نکته حائز اهمیت است:

- در بسیاری از متون اقتصادی این موضوع که "اگر نرخ رشد درآمدها در یک بخشـی بیشـتر از نرخ رشد بهره وری باشد، ما دارای تورم خواهیم بود" تأکید شده است. در بخش سلامت، این مورد بدین گونه بیان می شود که اگر با اعمال فشار از طرف سازمان هـای غیـر دولتـی دارای حق تعیین تعرفه و یا گروهای ذی‌نفع دیگر (گروهای فشار) تعرفـه هـای پزشـکی بـا رشـدی بیشتر از رشد بهره وری افزایش یابند، ما در این بخش دارای تورم خواهیم بود (بـی اسـنودن، ۱۳۸۳ و برانسون، ۱۳۸۶).
- نکته دیگری که می تواند در تورم مربوط به تعرفه های پزشکی مهم باشـد، بحـث مربـوط بـه "دستمزد های کارایی" در بخش سلامت است. نظریه های دستمزد کارآیی بیان می دارند که اتحادیه های تخصصی و تصمیم گیرندگان میـزان تعرفـه هـا علاقـه ای بـه کـاهش دسـتمزد حقیقی اعضای خود ندارند, زیرا بهره وری (تـلاش یـا کـارآیی) گروهـای پزشـکی مسـتقل از دستمزد (میزان تعرفه های پزشکی) نیست، بلکه دستمزد حقیقی (تعرفه های پزشـکی) و میزان تلاش آنان (لااقل در محدوده با معنایی) ارتباط متقابل دارند (بی اسنودن، ۱۳۸۳).
- موردی که باید در بررسی تعرفه های پزشکی و تغییرات ناگهانی آنها در بعضی سالها مـد نظـر داشت، جواب به این سؤال است که آیا تمام ارائه دهندگان خـدمات سـلامتی در بخـش غیـر دولتی، قبل از سال ۱۳۸۴، تعرفه های خود را بر اسـاس تعرفـه رسـمی اعـلام شـده دریافـت می کردند یا خیر؟ برای جواب به این سؤال، لازم است به تأکید برنامه هـای سـوم، چهـارم و حتی سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه کشـور ایـران نسـبت بـه کـاهش سـهم مـردم از هزینه‌های سلامت از ۷۰ درصد به ۳۰ درصد اشاره کرد (زالی، ۱۳۸۳ و برنامه سـوم و چهـارم توسعه). و از آنجا که سهم مـردم از هزینـه هـای سـلامتی قبـل از سـال ۱۳۸۴ و بعـد از آن همچنان بالا بوده و تغییرات محسوسی نداشته است، لذا مـی تـوان تعرفـه هـای بخـش غیـر دولتی را قبل از سال ۱۳۸۴، به دو قسمت رسمی و غیر رسمی تقسیم کرد. یعنی ارائه دهنده خدمت در جایی که تعرفه رسمی بسیار پایین تر از قیمت تمام شده خدمات ارائه شده بـوده، از تعرفه های غیر رسمی استفاده کرده است؛ زیرا در بخش غیر دولتی، ارائه دهندگان خدمات

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

سلامتی، خود باید تمام هزینه های ارائه خدمات را جبران نمایند و به علت عدم تطابق تعرفه های رسمی با قیمت تمام شده خدمات ارائه شده، ارائه دهندگان مجبور به دریافت تعرفه های غیر رسمی می شده اند. لذا بعد از سال ۱۳۸۳ قسمت اعظمی از تعرفه های بخش غیر دولتی از حالت غیر رسمی به رسمی تبدیل شده و چون مبنای بررسی ما در این پژوهش، تعرفه های رسمی می باشند، شاهد این افزایش شدید و ناگهانی در تعرفه های بخش غیر دولتی هستیم.

نتیجه گیری

نرخ افزایش شاخص قیمت ها در بخش سلامت ایران در طول دوره مورد بررسی در این پژوهش، از تورم عمومی کشور بالاتر می باشد. این تفاوت را می توان به عواملی چون جمعیت، پوشش بیمه ای، تغییرات تکنولوژیکی و تورم عمومی کشور نسبت داد. تورم در بخش سلامت، با توجه به عوامل مؤثر در آن، از پیچیدگی بالایی برخوردار است. خدمات سلامتی در طول زمان با نام های یکسانی ارائه می شوند، اما این در حالی است که عواملی چون ارتقای کیفیت در ارائه خدمات، ارتقای دانش و تجربه کادر پزشکی و پیراپزشکی، پیشرفت تکنولوژی و ... به صورت اضافه هزینه در CPI ظاهر می شوند؛ اما شاخص قیمتی مصرف کننده این موارد را نشان نمی دهد. لذا این مطالعه، پیشنهاد می دهد برای سیاستگذاری در نظام سلامت و همچنین برای کنترل تورم در این بخش، کلیه عوامل مؤثر بر این شاخص، به صورت همه جانبه و با روش علمی شناسایی و تحلیل گردند.

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

منابع و مآخذ

برانسون، ویلیام اچ (۱۳۸۶)؛ تئوری وسیاست های اقتصاد کلان؛ ترجمه عباس شاکری؛ نشر نی، چاپ دهم.

برنامه های سوم و چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی جمهوری اسلامی ایران.

بی اسنودن، اچ وین (۱۳۸۳) راهنمای نوین اقتصاد کلان؛ ترجمه منصور خلیلی عراقی؛ انتشارات برادران ، چاپ اول سال.

جعفری صمیمی، احمد (۱۳۸۳) رابطه بین تورم و رفاه مطالعه ای تجربی در اقتصاد ایران؛ فصلنامه پژوهش های اقتصادی، شماره ۱۴، زمستان.

حسن زاده، علی مروری بر مبانی تعرفه گذاری خدمات بهداشتی و درمانی در ایران؛ فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره ۲۶ و ۲۷.

زالی، علیرضا (۱۳۸۳) کتاب جامع بهداشت عمومی؛ فصل ۱۳ ، گفتار ۱، دیدگاه های بهداشتی در سند چشم‌انداز بیست ساله کشور.

سایت بانک مرکزی ایران: http://tsd.cbi.ir/IntTSD/Display/Display.aspx

عماد زاده، مصطفی (۱۳۸۴) بررسی عوامل پولی و غیر پولی مؤثر بر تورم در ایران؛ پژوهشنامه علوم انسانی و اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹ پاییز.

فیلیپس، چارلز (۱۳۷۶) اقتصاد بهداشت؛ ترجمه منوچهر عسگری؛ تهران: نشر اقتصاد نو، چاپ اول.

قوام مسعودی، زهره و تشکینی، احمد (۱۳۸۴) تحلیل تجربی تورم در اقتصاد ایران(۸۱-۱۳۳۸)؛ فصلنامه پژوهشنامه بازرگانی، شماره ۳۶، پاییز، صص ۱۰۵-۷۵.

کریمی، ایرج (۱۳۸۱) بررسی عدالت در تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان ایران از طریق بودجه خانوار با استفاده از شاخص کاکوانی در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی ایران.

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۶) دفتر مدیر کل امور بیمه ای.

Buchanan, J.L., B.K. Emmett, J.E. Rolph and M.R. Homer (1991) Simulating Health Care Expenditures Under Alternative Insurance Plans; Management Science 17:1067-1090.

Feldstein, M.S. (1971) The Rising Cost of Hospital Care; Washington, D.C.: Information Resource Press.

Health dailynewscentral (2005) Health Care Costs Growing Faster Than Inflation: http://health.dailynewscentral.com/content/view/0001104/39/

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]

Newhouse, J.P. (1992) Medical Care Costs: How Much Welfare Loss; Journal of Economic Perspectives 6(3): 23-42.

Rosko, M.D. and R.W. Broyles. (1988) The Economics of Health Care; New York: Greenwood Press.

Sherman, Folland; Allen, c. Goodman .miron stano (2003) The economics of health and health care; part 1.

Warshawsky, M.J. (1991) Factors Contributing to Rapid Growth in National Expenditures on Health Care.; Finance and Economics Discussion Series, #182. Washington D.C.: Federal Reserve Board.

Weisbrod, B. (1991) The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technology Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment; Journal of Economic Literature 29: 523-52.

Zuckerman. St, McFeeters. J, Cunningham. P, Nichols. L. (2004) Changes In Medicaid Physician Fees, 1998–2003: Implications For Physician Participation. 23 June.

[Downloaded from ecor.modares.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17356768.1389.10.1.6.7]