

بررسی و تحلیل بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در لوایح بودجه جمهوری اسلامی ایران در دوره بیست ساله ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۸

نویسندگان: دکتر حسن ابوالقاسم گرجی،^۱

دکتر نوذر نخعی^۲

چکیده:

یکی از شرط‌های لازم برای مدیریت یک دستگاه، به خصوص در سطوح اجرایی، تسلط مدیر بر روند بودجه سالانه است، تا شناخت عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر فعالیت‌ها، هماهنگ کردن مراحل مختلف عملیات اجرایی و بهره‌گیری کامل از منابع ممکن گردد.

در دهه اول انقلاب سهم اعتبارات فصل بهداشت و درمان از بودجه عمومی دولت به قیمت جاری رو به تزاید بوده است به طوری که از ۳/۴ درصد در سال ۱۳۵۷ به حدود ۱۱ درصد سال ۱۳۶۷ رسیده است. لیکن در دهه دوم سهم مذکور تقلیل یافته به طوری که از ۱۱ درصد سال ۱۳۶۷ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۷۷ تنزل نموده است. این روند به قیمت ثابت نیز تشدید گردیده است. میانگین ضریب جینی از رقم ۰/۳۹۸۱ در دوره ۷۲-۱۳۶۸ به رقم ۰/۳۹۹۲ در دوره ۷۵-۱۳۷۳ افزایش یافته است که نشان می‌دهد متأسفانه در دوره ۷۵-۱۳۷۳ نابرابری در توزیع درآمد ملی کشور افزایش یافته است که شاید عمده‌ترین دلیل آن را بتوان افزایش میانگین نرخ تورم در این دوره دانست.

برخی از عوامل تشدید کننده تنگناهای اقتصادی در بخش بهداشت (در برنامه سوم توسعه) به شرح زیر است:

۱- طی سال‌های گذشته توسعه فضاهای فیزیکی و تجهیزات درمانی در شرایط عدم برنامه‌ریزی و مکان‌یابی مناسب صورت پذیرفته است.

۲- ترتیب و توسعه نیروی انسانی بدون نیازسنجی کافی و بدون توجه به نیاز نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و امکانات جذب آنها صورت گرفته است.

۳- ضریب اشتغال تخت برای تخت‌های فعال در سال ۱۳۷۷، ۵۶/۳ درصد است که در مقایسه با رقم مشابه در سال ۶۷ (برابر ۵۷/۵ درصد) حاکی از کاهش بهره‌وری و عدم استفاده از نیمی از ظرفیت درمانی بستری است.

۴- در صورتی که جایگاه و سهم بخش‌های دولتی، خصوصی و تعاونی در ارائه خدمات همچنان نامشخص باشد، افزایش هزینه‌ها و استهلاك منابع و افت شدید بهره‌وری در بخش بهداشت و درمان را در آینده شاهد خواهیم بود.

۵- هزینه‌های سرانه بیمه درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی بالاتر از سایر بیمه‌ها می‌باشد. تداوم این وضع موجب خواهد شد که منابع مالی بیمه به خصوص در سازمان بیمه خدمات درمانی همواره در یک وضعیت تأثیرپذیری تابع هزینه‌ها باشد.

کلید واژه: بودجه، مدیر، خدمات درمانی

مقدمه:

نمی‌کردند. مخالفت آدام اسمیت با مداخله دولت در امور اقتصادی و محکوم کردن آن، انگاره‌ای جدید بود که وی آن را برای مقابله با نظر اقتصاددانان قبل از خود، یعنی پیروان مکتب

در قرن نوزدهم، دولت‌ها تحت تاثیر عقاید اقتصاد دانان کلاسیک مانند آدام اسمیت در فعالیتهای اقتصادی جامعه دخالت

۱- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

سوداگری ارائه می کرد. به تدریج در خلال قرن نوزدهم مداخله دولتها در امور اقتصادی جامعه افزایش یافت و راه برای کنار گذاردن سیاست عدم مداخله باز گردید.

تامین و ارتقاء سطح سلامتی به عنوان یکی از اساسی ترین حقوق انسانها، از اهداف اصلی جوامع و معیار سنجش توسعه اقتصادی، فرهنگی و سیاسی ممالک دنیا می باشد. تامین این مهم به عهده دولت ها و نظام های بهداشتی درمانی در هر مملکت گذارده شده است. یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه کمبود شدید مدیران آگاه و عدم استفاده درست و کامل از منابع بالقوه و بالفعل است. بویژه در شرایطی که مدیریت دستگاه ها دستخوش تغییرات مکرر باشد، این مشکل ابعاد نگران

بخش اول:

با توجه به اعداد و ارقام مندرج در جدول (۱) ملاحظه می شود که:

جدول (۱) روند اعتبارات فصل بهداشت و درمان و بودجه عمومی دولت به قیمت جاری و ثابت پس از انقلاب ۱- بودجه عمومی دولت به قیمت جاری در دهه اول انقلاب (۱۳۶۷ نسبت به ۱۳۵۷) حدود ۷۵ برابر شده است در حالیکه بودجه فصل بهداشت و درمان به قیمت جاری در همین مقطع حدود ۴/۸ برابر شده است که این ارقام بیانگر توجه کافی به فصل بهداشت و درمان می باشد. که این شرایط با قیمت های ثابت نیز

جدول ۱: روند اعتبارات فصل بهداشت و درمان و بودجه عمومی دولت به قیمت جاری و ثابت پس از انقلاب اسلامی (مبالغ به میلیارد ریال)

سال	بودجه عمومی		فصل بهداشت و درمان		نسبت (۳) به (۱) درصد	نسبت (۴) به (۲) درصد
	(۱) قیمت جاری	(۲) قیمت ثابت (۱۳۶۱=۱۰۰)	(۳) قیمت جاری	(۴) قیمت ثابت (۱۳۶۱=۱۰۰)		
۱۳۵۷	۲۹۳۴/۹	۵۸۲۳/۲	۱۰۰/۶	۱۲۱/۵	۲/۴۳	۲/۰۹
۱۳۶۲	۳۷۳۷/۹	۳۲۴۷/۲	۲۵۰/۲	۱۸۷/۴	۵/۵۰	۵/۷۷
۱۳۶۷	۴۳۹۴/۸	۱۵۹۴/۱	۴۸۱/۶	۲۸۱/۶	۱۰/۹۶	۱۷/۶۷
۱۳۷۲	۲۵۴۲۵/۸	۳۹۰۷/۵	۱۸۴۶/۴	۳۴۱/۸	۷/۲۶	۸/۷۵
۱۳۷۷ مصوب	۹۵۰۲۰/۵	۴۲۰۶/۵	۵۷۶۸/۵	۲۶۳/۵	۶/۰۷	۶/۲۶
۱۳۷۸ مصوب	۱۱۰۸۷۹/۲	۴۰۸۸/۵	۶۹۰۲/-	۲۶۲/۴	۶/۲۲	۶/۴۲

نسبتاً مطلوب می باشد.

۲- بودجه عمومی به قیمت جاری در دهه دوم انقلاب نسبت به دهه اول (۱۳۷۷ نسبت به ۱۳۶۷) حدود ۲۲ برابر شده است در حالیکه بودجه فصل بهداشت و درمان به قیمت جاری در همین دوره حدود ۱۲ برابر گردیده است. این ارقام بیانگر آن است که در دهه دوم انقلاب به فصل بهداشت و درمان از نظر اعتباری نسبت به مجموع سایر فصول در بودجه عمومی کشور توجه کمتری شده است که این نسبت با قیمت ثابت نیز تأیید میگردد. (بودجه عمومی ۲/۶ برابر و فصل بهداشت و درمان ۰/۹۴ برابر)

کننده ای می یابد. یکی از شرطهای لازم برای مدیریت یک دستگاه، به خصوص در سطوح اجرایی، تسلط مدیر بر روند بودجه سالانه است، تا شناخت عوامل دورنی و بیرونی موثر بر فعالیت ها، هماهنگ کردن مراحل مختلف عملیات اجرایی و بهره گیری کامل از منابع ممکن گردد. در این راستا نگاهی داریم بر روند تغییرات بودجه عمومی دولت و فصل بهداشت و درمان طی سالهای پس از انقلاب اسلامی و علاوه بر آن مروری گذرابر برخی عوامل تشدید کننده تنگناهای اقتصادی در بخش بهداشت، خواهیم داشت.

دکتر حسن ابوالقاسم گرگی و همکاران ...

۱۴۵۹ و در سال ۱۳۷۷ حدود ۲۱۹۰/۲ بوده است (یعنی از سال ۶۷ تا ۷۷ حدود ۱۵ برابر شده است).

بخش دوم:

روند رشد سالانه بودجه عمومی دولت و فصل بهداشت و درمان به قیمت جاری و ثابت در طی سالهای بعد از انقلاب اسلامی با توجه به جدول (۲) ملاحظه می شود که:
- طی سالهای ۵۷ تا ۶۷ متوسط رشد بودجه سالانه بودجه فصل بهداشت و درمان به قیمتهای جاری و ثابت از رشد بودجه عمومی دولت بیشتر بوده است که نشاندهنده توجه کافی به افزایش اعتبارات فصل می باشد، در حالیکه از سال ۶۸ تا ۱۳۷۲ متوسط رشد سالانه با قیمتهای جاری و ثابت کاهش شدیدی داشته و پس از سال ۱۳۷۲ در متوسط رشد سالانه به قیمت جاری تعادل نسبی ایجاد شده اما به قیمت ثابت نرخ فصل بهداشت و درمان همچنان کمتر بوده است.

۳- در دهه اول انقلاب سهم اعتبارات فصل بهداشت و درمان از بودجه عمومی دولت به قیمت جاری رو به تزاید بوده است بطوریکه از ۲/۴ درصد در سال ۱۳۵۷ به حدود ۱۱ درصد سال ۱۳۶۷ رسیده است لیکن در دهه دوم سهم مذکور تقلیل یافته به طوریکه از ۱۱ درصد سال ۱۳۶۷ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۷۷ تنزل نموده است این روند به قیمت ثابت نیز تشدید گردیده است. بطوریکه سهم مذکور به قیمت ثابت در دهه اول از ۲ درصد در سال ۵۷ به ۱۷/۷ (* درصد در سال ۶۷ افزایش یافته و در سال ۱۳۷۷ به ۶/۲۶ درصد تنزل نموده است.

(* ملاحظه می شود چنانچه قیمتهای ثابت در نظر بگیریم کاهش سهم فصل بهداشت و درمان از بودجه بین دو سال ۶۷ و ۷۷ بسیار شدید است (از ۱۷/۷ درصد به ۶/۳ درصد) در حالیکه چنانچه جاری را مدنظر قرار بدهیم، این کاهش سهم از شدت کمتری برخوردار می باشد. (از ۱۱ درصد به ۶/۱ درصد) دلیل این امر آنست که در تبدیل قیمتهای جاری به قیمتهای

جدول ۲: بررسی بودجه ۲۰ ساله بهداشت درمان با متوسط رشد سالانه قیمت ثابت

متوسط رشد سالانه با قیمت ثابت		متوسط رشد سالانه با قیمت جاری		دوره زمانی
فصل بهداشت و درمان	بودجه عمومی	فصل بهداشت و درمان	بودجه عمومی	ر
۱۰/۸	-۸/۸	۲۰/۸	۵/۴	۱۳۵۷-۱۳۶۲
۱۰	-۱۰/۳	۲۷	۲/۶	۱۳۶۲-۱۳۶۷
۴/۲	۲۹	۵۶/۶	۹۵/۸	۱۳۶۷-۱۳۷۲
-۵	۱/۶	۳۰	۵۴/۸	۱۳۷۲-۱۳۷۷
-۰/۴	-۲/۸	۱۹/۶	۱۶/۷	۱۳۷۸

درصد اعتبارات بخش بهداشت و درمان از بودجه عمومی دولت در سالهای پس از انقلاب در شکل زیر نشان داده شده است متوسط رشد های سالانه به قیمت جاری تعادل نسبی ایجاد شده اما به قیمت ثابت نرخ فصل بهداشت و درمان همچنان کمتر بوده است.
درصد اعتبارات بخش بهداشت و درمان از بودجه عمومی

ثابت برای بودجه عمومی دولت از شاخص کل کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری استفاده شده است و این شاخص در سال ۱۳۶۷ برابر ۳۷۵۷ و در سال ۱۳۷۷ حدود ۲۵۸۹ بوده است (یعنی از سال ۶۷ تا ۷۷ حدود ۸ برابر شده است).
از سوی دیگر برای تبدیل قیمتهای جاری به قیمتهای ثابت برای فصل بهداشت و درمان شاخص کالاها و خدمات بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است که این شاخص در سال ۱۳۶۷ برابر

دولت در سالهای پس از انقلاب در شکل زیر نشان داده شده است.

بخش سوم:

بررسی شاخص های نابرابر توزیع در آمد ملی در کشور طی دوره ۷۵-۱۳۴۸

بر اساس فرضیه سیمون کوزنتس (اقتصاددان) طی فرآیند توسعه اقتصادی ابتدا نابرابری در آمد افزایش یافته و پس از رسیدن توسعه اقتصادی به سطحی معین، نابرابر کاهش می یابد. این نظریه از آنجا ناشی می شود که بدلیل اینکه میل نهایی به پس انداز در افراد پردر آمد نسبت به افراد کم درآمد، بیشتر است،

پس انداز کنندگان خصلت سرمایه گذاری ندارد بلکه عمدتاً خصلت فئودالیتیه داشته و چنانچه در آمد آنها افزایش یابد و پس اندازشان بالا رود لزوماً مبالغ پس انداز شده، سرمایه گذاری نخواهد شد، بلکه بنا به ماهیت فردی سرمایه داران اینگونه جوامع، این مبالغ پس انداز شده، صرف خرید کالاهای لوکس و غیر ضروری شده و از آنجا که وضعیت اقتصادی این جوامع به گونه ای نمی باشد که تولید کننده این کالاها باشد لذا، میزان واردات کالاها غیر ضروری افزایش خواهد یافت. بنابراین همانگونه که ملاحظه می گردد بدلائیل مختلف، افزایش رفاه جامعه نخواهد شد می توان گفت نظریه اقتصادی فوق که مدافع توزیع نابرابر در آمد می باشد در چنین جوامعی منسوخ می باشد.

جدول ۳: بررسی شاخص توزیع درآمد ملی در کشور طی دوره ۷۵-۱۳۴۸

دوره	ضریب جینی	سهم ۴۰ درصد خانوارهای با کم درآمد	سهم ۴ درصد خانوارهای با درآمد متوسط	سهم ۲۰ درصد خانوارهای با درآمد بالا
۱۳۳۴۸-۵۲	۰/۴۵۷۱	۱۳/۰۱	۳۴/۸۱	۵۲/۱۸
۱۳۵۳-۵۷	۰/۴۷۵۲	۱۱/۸۶	۳۴/۳۵	۵۳/۷۹
۱۳۵۸-۶۲	۰/۴۳۸۸	۱۳/۷۴	۳۷/۴۹	۴۸/۷۷
۱۳۶۳-۶۷	۰/۳۹۹۶	۱۵/۵۴	۳۸/۱۷	۴۶/۲۹
۱۳۶۸-۷۲	۰/۳۹۸۱	۱۵/۵۴	۳۸/۰۸	۴۶/۳۷
۱۳۷۲-۷۵	۰/۳۹۹۲	۱۵/۸۲	۳۷/۲۷	۴۶/۹۲

با این مقدمه به بررسی وضعیت توزیع درآمد ملی طی سالهای ۷۵-۱۳۴۸ در ایران پرداخته می شود. یکی از معروف ترین شاخص های اندازه گیری نابرابری توزیع درآمد، ضریب جینی می باشد که به لحاظ عددی بین صفر و یک قرار داشته و هر چه این ضریب به صفر نزدیکتر باشد توزیع درآمد برابرتر بوده و هر چه به یک نزدیکتر باشد نابرابر در توزیع درآمد بیشتر خواهد بود.

به منظور بررسی واضح تر ضریب جینی در سالهای مذکور (۱۳۴۸-۱۳۷۵) دوره های زیر را در نظر می گیریم:
دوره اول سالهای ۱۳۵۲-۱۳۴۸

بنابراین چنانچه توزیع در آمد نابرابرتر گردد. میزان پس انداز افراد پردر آمد و در نتیجه کل جامعه افزایش یافته، و باعث بالا رفتن سرمایه گذاری و نهایتاً با افزایش GNP رفاه اقتصادی جامعه افزایش خواهد یافت.

هر چند نظریه فوق در بعضی از جوامع پیشرفته کاربرد داشته است لیکن از آنجا که میل نهایی به پس انداز در واقع یک مسئله اقتصاد خرد بوده که بر اقتصاد کلان تاثیر گذار می باشد لذا کاربرد نظریه مذکور در جوامع مختلف مسلماً متفاوت است بویژه اینکه معمولاً در جوامع کمتر توسعه یافته، افراد بعنوان

عدالت اجتماعی گام برداشته است. گرچه هماهنگونه که از جدول شماره (۴) مشخص است میانگین درآمد ارزی کشور در این دوره نسبت به دوره ۵۷-۱۳۵۳ کاهش داشته است (از رقم ۲۴/۹۶ به ۱۹۷۷۵۲ کاهش یافته است) و متوسط سالانه نرخ تورم در این دوره نیز به رقم ۱۷۳۶ درصد افزایش یافته است لیکن به دلایل مختلف شروع جنگ تحمیلی، تحریم اقتصادی، وضعیت بحرانی سالهای اولیه پس از پیروزی انقلاب اسلامی و ... کشور مجبور به اعمال سیاست « تثبیت اقتصادی » شده است و با جیره بندی، بسیاری از کالاها را در اختیار مردم قرار می داده است که در مجموع این مسائل باعث کاهش نابرابری در توزیع درآمد شده است.

در دوره ۶۷-۱۳۶۳ ضریب جینی به کاهش خود ادامه داده است و از رقم ۰/۴۳۸۸ در دوره قبل از ۰/۳۹۹۶ کاهش یافته و نشان دهنده نابرابر تر شدن توزیع درآمد در کشور بوده است. در دوره ۷۲-۱۳۶۸ نیز میانگین ضریب جینی کاهش بسیار کمی داشته است و از رقم ۰/۳۹۹۶ در دوره ۶۷-۱۳۶۳ به رقم ۰/۳۹۸۱

جدول ۴: مقایسه شاخص توزیع درآمد ارزی و نرخ تورم در کشور طی دوره ۷۵-۱۳۴۸

دوره	درآمد ارزی (میلیارد دلار)	نرخ تورم سالانه در مناطق شهری (درصد)
۱۳۴۸-۵۲	۴/۸۷۶	۵/۶
۱۳۵۳-۵۷	۲۴/۹۶۱	۱۵/۴
۱۳۵۸-۶۲	۱۹/۷۵۳	۱۸/۳۶
۱۳۶۳-۶۷	۱۲/۸۸۰	۱۹/۵۲
۱۳۶۸-۷۲	۲۰/۸۲۹	۱۸/۸۶
۱۳۷۲-۷۵	۲۱/۵۶	۳۵/۹

دوره دوم سالهای ۱۳۵۷-۱۳۵۳
دوره سوم سالهای ۱۳۶۲-۱۳۵۸
دوره چهارم سالهای ۱۳۶۷-۱۳۶۳
دوره پنجم سالهای ۱۳۷۲-۱۳۶۸
دوره ششم - سالهای ۷۵-۱۳۷۳

در جدول شماره ۳ میانگین هر یک از شاخصهای اندازه گیری توزیع درآمد (یعنی ضریب جینی، سهم ۴۰ درصد خانوارهای کم درآمد، سهم ۴۰ درصد خانوارهای با درآمد متوسط، سهم ۲۰ درصد خانوارهای با درآمد بالا) به تفکیک دوره های فوق نشان داده شده است، همانگونه که از این جدول مشخص است، میانگین ضریب جینی از رقم ۰/۴۵۷۱ در دوره ۵۲-۱۳۴۸ به رقم ۰/۴۵۷۲ در دوره ۵۷-۱۳۵۳ افزایش یافته که نشان دهنده افزایش نابرابری در توزیع درآمد می باشد. دلیل اصلی این افزایش نابرابری در دوره ۵۷-۱۳۵۳ نسبت به دوره قبل از آن، ایجاد شوک اول نفتی و افزایش درآمدهای ارزی کشور و به دنبال آن افزایش مصرف

کاهش یافته است یعنی تنها به میزان ۰/۰۱۵ کاهش نشان می دهد این در حالی است که به میزان کاهش رقم میانگین ضریب جینی از دوره ۶۲-۱۳۵۸ به دوره ۶۷-۱۳۶۳ حدود ۰/۰۳۹۲ بوده است (۰/۳۹۲ = ۰/۳۹۹۶ - ۰/۴۳۸۸) و این نکته نشان دهنده این است که شاید بتوان گفت تلاش در جهت کاهش نابرابری در توزیع درآمد ملی در دوره ۶۷-۱۳۶۳، ۲۶ برابر تلاش در دوره ۷۲-۱۳۶۸ به همین منظور بوده است (۲۶/۱ = ۰/۰۱۵ ÷ ۰/۰۳۹۲) و این نکته نشان دهنده این است که شاید بتوان گفت تلاش در جهت کاهش

بوده است و از آنجا که تولید داخلی (میزان عرضه) نمی توانسته جوابگوی افزایش تقاضا باشد، لذا میزان واردات افزایش یافته است و در مجموع باعث افزایش میزان تورم در کشور شده است (این مطلب در جدول شماره ۴ مشخص شده است)

میانگین ضریب جینین در دوره ۶۲-۱۳۵۸ نسبت به دوره قبل از آن (۵۷-۱۳۵۳) به رقم ۰/۴۳۸۸ کاهش یافته است که نشانگر نابرابری در توزیع درآمد بین خانوارهای مختلف جامعه می باشد و نشان می دهد با پیروزی انقلاب اسلامی جامعه در جهت تحقق

آنها متوقف گردیده است. این امر بیانگر عدم برنامه ریزی صحیح و بهره وری نامناسب از سرمایه گذاری ها و ظرفیت بخش علیرغم تنگناهای اعلام شده است که طی سالهای آینده با برقراری تدریجی نظام سطح بندی خدمات و افزایش ضریب اشتغال تخت می توان تا حدودی هزینه درمان بستری را بهینه کرد.

۲- ترتیب و توسعه نیروی انسانی بدون نیاز سنجی کافی و بدون توجه به نیاز نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و امکانات جذب آنها صورت گرفته است. بطوریکه در حال حاضر ۸۰۰۰ پزشک عمومی، ۱۴۰۰۰ ماما و ۱۷۰۰۰ نفر کارشناس پرستاری بیکار می باشند. ادامه این روند شرایط دشوارتری در پدید خواهد آورد که نیازمند برنامه ریزی و هماهنگی در تربیت، تامین و بکارگیری نیروی انسانی می باشد.

۳- نسبت به تخت های فعال به کل تخت ها در مورد واحدهای وابسته به وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۷ برابر ۸۲/۶ درصد گزارش شده است و ضریب اشتغال تخت برای تخت های فعال در همین سال ۵۶/۳ درصد است که در مقایسه با رقم مشابه در سال ۷۶ (برابر ۵۷/۵ درصد) حاکی از کاهش بهره وری و عدم استفاده از نیمی از ظرفیت درمانی بستری می باشد. این شاخص در مقایسه با هدف برنامه دوم توسعه در سال پایانی آن که ۷۵ درصد پیش بینی شده بوده هنوز فاصله زیادی دارد که لازمست بطور جدی به آن پرداخته شود.

۴- طی سالهای گذشته روند ها و گرایش ها در بخش بهداشت و درمان به سوی گسترش فضاها و فیزیکی و امکانات و تجهیزات خدمات درمان بستری توسط بخش دولتی و نهادهای عمومی غیر دولتی بوده و مشارکت بخش خصوصی بسیار محدود بوده است. بطوریکه سهم بخش دولتی از تخت های بیمارستانی ۷۲ درصد تامین اجتماعی ۹ درصد، نیروهای مسلح و سایر بخش های عمومی ۶ درصد و بخش خصوصی فقط ۱۳ درصد می باشد. بدین ترتیب در صورتی که جایگاه و سهم بخش های دولتی، خصوصی و تعاونی در ارائه خدمات همچنان نامشخص باشد افزایش هزینه ها و استهلاک منابع و افت شدید بهره وری در بخش بهداشت و درمان را در آینده شاهد خواهیم بود.

نابرابری در توزیع درآمد ملی در دوره ۶۷-۱۳۶۳ کشور در جهت کاهش نابرابری در توزیع درآمد ملی (یا به عبارت دیگر تحقق عدالت اجتماعی) گام بسیار اساسی تری نسبت به تمام دوره های دیگر (بعد از پیروزی انقلاب اسلامی) برداشته است.

میانگین ضریب جینی از رقم ۰/۳۹۸۱ در دوره ۷۲-۱۳۶۸ به رقم ۰/۳۹۹۲ در دوره ۷۵-۱۳۷۳ افزایش یافته است که نشان می دهد متاسفانه در دوره ۷۵-۱۳۷۳ نابرابری در توزیع درآمد ملی کشور افزایش یافته است که شاید عمده ترین دلیل آنرا بتوان، افزایش میانگین نرخ تورم در این دوره دانست (بطوری که در جدول شماره (۴) دیده می شود، میانگین نرخ تورم سالانه کشور از رقم ۱۷۸۶ درصد در دوره ۷۲-۱۳۶۸ به رقم ۲۵/۹ درصد در دوره ۷۵-۱۳۷۳ افزایش یافته است که این مسئله به دلیل ادامه یافت سیاستهای «تعدیل اقتصادی» در این دوره می باشد).

شاخصهای دیگر اندازه گیری توزیع درآمد یعنی سهم ۴۰ درصد خانوارهای کم درآمد، سهم ۴۰ درصد خانوارهای با درآمد متوسط و سهم ۲۰ درصد خانوارهای با درآمد بالا که در جدول شماره (۴) آمده است همان روند ضریب جینی در دوره های مورد نظر را تأیید می کند و به وضوح نشان می دهد که در دوره ۶۷-۱۳۶۳ کمترین نابرابری، در توزیع درآمد نسبت به تمام دوره های مورد مطالعه، وجود دارد که نشان دهنده عزم جدی تر کشور در کاهش نابرابری در توزیع درآمد ملی و تحقق هر چه بیشتر عدالت اجتماعی بوده است.

بخش چهارم:

برخی از عوامل تشدید کننده تنگناهای اقتصادی در بخش

بهداشت

(در برنامه سوم توسعه)

۱- طی سالهای گذشته توسعه فضاها و فیزیکی و تجهیزات درمانی در شرایط عدم برنامه ریزی و مکان یابی مناسب صورت پذیرفته است بطوریکه ظرفیت های بلااستفاده در سال ۱۳۷۶ حدود ۲۳۰۰۰ بیمارستانی برآورد شده است و این در شرایطی است که هنوز طبق برآورد ۱۱۰۰۰ تخت ثابت بیمارستانی در برخی مناطق کمبود دارد. از سوی دیگر ۳۱۴۰۰ تخت در دست احداث موجود است که بعلمت مکان یابی نامناسب، احداث تعدادی از

این وضع موجب خواهد شد که منابع مالی بیمه بخصوص در سازمان بیمه خدمات درمانی همواره در یک وضعیت تاثیر پذیری تابع هزینه‌ها باشد این امر اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمانی کشور را طلب می‌نماید.

۵- هزینه‌های سرانه بیمه درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی بالاتر از سایر بیمه‌ها می‌باشد بطوریکه میزان افزایش هزینه سرانه عملکرد نسبت به حق بیمه سرانه در سال ۷۶ در مورد سازمان تامین اجتماعی ۸ درصد می‌باشد در حالیکه این رقم در مورد سازمان بیمه خدمات درمانی ۷۱ درصد است، تداوم

منابع:

- ۱- کتاب عملکرد سالانه مالی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور
- ۲- کتاب عملکرد سالانه مالی کشور چاپ مجلس شورای اسلامی

Abstract

Assessment and Analysis of Health Care, Treatment and Medical Education in Budget Bill of Islamic Republic of Iran During Twenty-year Period of 1358 to 1378

Authors: Abol Ghasm Gorgi, Nuzar Nakhaee

To identify the internal and external factors affecting activities, arranging executive phases and effective application of resources, a manager should be alert of yearly budget. During the first decade after the revolution, the credit proportion of health and treatment in current value (cost) increased from 3.4% in 1357 to 11% in 1367, but it decreased to 6.1% in 1377. This is confirmed by constant value (cost) too. This index increased from 0.3981 to 0.3992 during 1367-72. The reason could be the increase of mean rate of inflation during this period.

some factors which cause economic limitations in health care are as follows:

- 1- During past years, there has not been appropriate development of physical spaces and treatment equipments.
- 2- Human resources has not been arranged according to need assessment, health care system requirements and employment possibilities.
- 3- About half of the total treatment capacity of hospitals has not been used.
- 4- The role of the governmental, private and cooperative centers providing the health care services has not been clear.
- 5- The per capita insurance costs in Treatment Services Insurance Organization has been higher than other insurance companies. In this case financial resources for insurance, especially in Treatment Services Insurance Organization, would be affected by costs.

1-Member of Scientific group of Iran University of Medical Sciences.

2-Member of Scientific group of Iran University of Medical Kerman.