

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

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

علی محمد احمدی^۱

مهدی یوسفی^۲

سمیه فضایی^۳

تاریخ پذیرش: ۸۸/۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۶

چکیده

کنترل تورم همواره به عنوان یکی از مهمترین اهداف اقتصاد کلان در هر کشوری می باشد. تورم بالا و اثرات مخرب آن بر رفاه مردم، موضوعی است که سیاستگذاران اقتصادی و اجتماعی همواره سعی می کنند با استفاده از ابزارهای مناسب، اثرات آن را تعدیل و کنترل نمایند. تورم در نظام سلامت به موارد مختلفی از قبیل سالمند شدن جمعیت، مسائل بیمه ای (پوشش ناقص، مدیریت 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 تقارن اطلاعاتی بین گیرنده و ارائه دهنده خدمات سلامتی و تورم عمومی در هر کشور، نسبت 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 می توان به مباحثی همچون تاثیر تغییرات تکنولوژیکی بر افزایش قیمت ها در بخش سلامت، تعرفه های رسمی و غیر رسمی 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

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 می‌توان به توزیع مجدد درآمد به نفع صاحبان دارایی و به زیان مزد و حقوق بگیران، افزایش نااطمینانی و بی‌ثباتی در اقتصاد و در نتیجه کوتاهتر شدن افق زمانی تصمیم‌گیری و کاهش سرمایه‌گذاری بلند مدت و عوامل دیگر اشاره کرد (بی‌اسنودن، ۱۳۸۳). موضوع داد و ستد بین تورم و رفاه نیز یکی از مهمترین تأثیرات تورم در سطح جامعه می‌باشد (جعفری صمیمی، ۱۳۸۳). نظریه‌های مختلفی در مورد علل ایجاد تورم ارائه شده است که آنها را می‌توان به چهار گروه عمده تقسیم کرد: نظریه پولی، نظریه فشار تقاضا، نظریه فشار هزینه و نظریه‌های ساختاری. طرفداران نظریه پولی معتقدند که بروز تورم ناشی از نرخ رشد بالا و دائمی عرضه پول می‌باشد، به طوری که با رشد بالا و مستمر عرضه پول، تورم شکل می‌گیرد و با رشد پایین عرضه پول، نرخ تورم کاهش می‌یابد. بنابراین، طرفداران این نظریه معتقدند که تنها راه مهار تورم، افزایش قانونمند و با ثبات عرضه پول با نرخ برابر یا اندکی بیش از رشد متوسط تولید است. طرفداران نظریه فشار تقاضا معتقدند که علت ریشه‌ای تورم، فزونی تقاضای مؤثر بر تولید در شرایط اشتغال کامل است. طرفداران این نظریه معتقدند که تنها راه کنترل تورم، توسل به سیاست‌های تحدید تقاضا و یا سیاست‌های تنظیم تقاضا می‌باشد.

نظریه فشار هزینه‌ای، تورم را ناشی از عدم تعادل‌های بخش عرضه اقتصادی می‌داند. به این صورت که کارگران و صاحبان صنایع تلاش می‌کنند 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 می‌کند. طرفداران این نظریه، انواع سیاست‌های درآمدی را راهکار کاهش فشارهای تورمی می‌دانند.

ساختارگرایان، ریشه‌های بنیادین تورم را در ساختارهای ناموزون اقتصادی جستجو می‌کنند. به عقیده این عده، کشش ناپذیری عرضه در بخشهای کلیدی اقتصاد به عنوان علت عمده تورم تلقی می‌شود. ساختارگرایان به شیوه‌های مرسوم مقابله با تورم یعنی سیاست‌های 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 می‌توان تولید، حجم نقدینگی، شاخص قیمت کالاهای وارداتی و نرخ ارز را نام برد (قوام مسعودی و تشکینی، ۱۳۸۴).

نظام سلامت نیز یکی از بخشهای عمده هر کشوری است که از اقتصاد کشور و تعیین کننده‌های آن تأثیر می‌پذیرد. به نحوی که حکومت‌های مختلف جهان، امروزه از جمله موفق‌ترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند، به طوری که اگر در کشور یا جامعه‌ای 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 می‌گردد (کریمی، ۱۳۸۱). اما بخش بهداشت به علت ویژگی‌های خاص خود، نسبت به سطح تورم عمومی کشور، دارای تورم بیشتری است. بهای خدمات مراقبت‌های درمانی به صورت تاریخی، رشد سریعتری نسبت به قیمت‌ها به طور کلی داشته است. الگوی تورم در بخش خدمات بهداشتی و درمانی نشان می‌دهد که قیمت خدمات بیمارستانی و پزشکی، رشدی سریعتر از شاخص قیمت کالای مصرف‌کننده^۱ داشته است، پدیده‌ای که نوعاً در موارد دیگر خدمات و کالاهای بهداشتی و درمانی نیز صادق است (Sherman, 2003).

مطالعه‌ای 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 مراقبت‌های اولیه باعث افزایش تمایل این پزشکان برای پذیرش بیماران جدید مدیکید شد (Zucherman et al., 2004). بررسی دیگری که بر روی پرداخت‌های مراقبت‌های سلامت در آمریکا انجام شد، نشان داد که نرخ رشد این پرداخت‌ها بیشتر از تورم است و این نشان دهنده رشد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت در آمریکا است که می‌تواند 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 هزینه‌های سلامتی مردم، این مطالعه سعی دارد رشد شاخص قیمت‌ها در بخش سلامت (تعرفه‌های 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 می‌باشد که به صورت تطبیقی انجام گرفته و با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی موجود، از جمله شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه‌ای

1. CPI= consumer price index

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 کشورها 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:

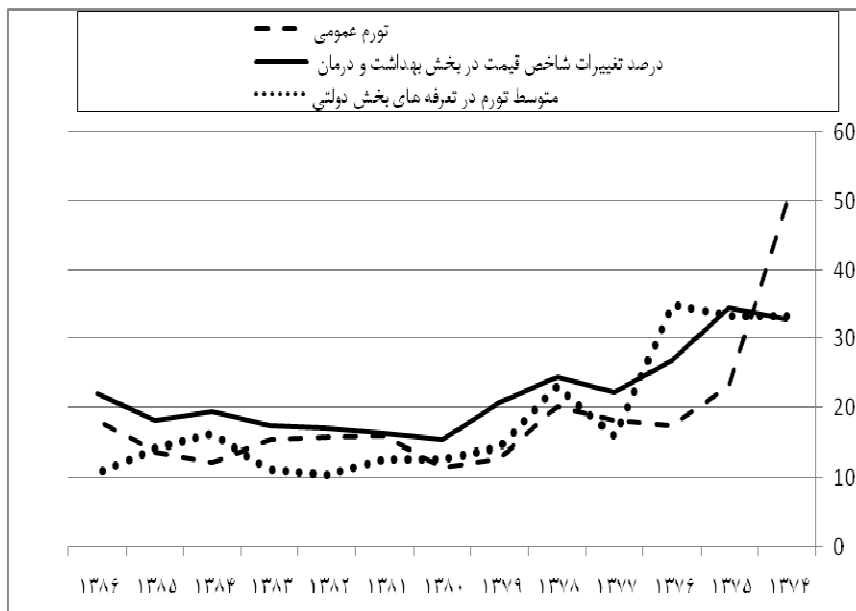
- ۱- وسعت مداخله دولت؛
- ۲- تسلط نا اطمینانی در تمام سطوح مراقبت های بهداشتی، از بیماری احتمالی افراد گرفته تا درک چگونگی عملکرد درمان و اثر آن بر افراد مختلف؛
- ۳- اختلاف بسیار زیاد بین دانش پزشکان و بیماران؛
- ۴- عوارض خارجی رفتار شخص که باعث ایجاد هزینه و یا منافع برای دیگران می شود. هر یک از این 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)

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

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. یکی از مهمترین شاخص های قیمتی به عنوان نماینده برای سنجش نرخ تورم و قدرت خرید پول داخلی هر کشور 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،

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

خواهد شد (Weisbrod, 1991). نیهوس، عواملی را که به صورت بالقوه می توانند باعث افزایش شاخص قیمت مصرف کننده در بخش سلامت شوند، در دو دسته کلی طرف تقاضا (شامل: سالمند شدن جامعه، گسترش پوشش بیمه ای، افزایش درآمد مردم و...) و طرف عرضه (شامل: تقاضای القائی عرضه کننده، رشد پایین بهره وری، سوء مدیریت شرکت های بیمه، تغییرات تکنولوژیکی در عرضه خدمات سلامتی و...) قرار می دهد (Newhouse, 1992).

رابطه بین رشد بهره وری و درآمد نیز موردی است که در بسیاری از مطالعات اقتصادی به عنوان عاملی برای ایجاد تورم ذکر شده است. این رابطه را می توان به صورت $p = w - q$ نشان داد که در آن p نرخ رشد سطح عمومی قیمتها، w نرخ رشد متوسط دستمزد اسمی و q نرخ رشد متوسط بهره وری نیروی کار می باشد. بنابراین، افزایش قیمتها (تورم) نتیجه افزایش دستمزدها بدون تغییری در بهره وری است (بی اسنودن، ۱۳۸۳).

به عنوان یک جمع بندی از این مطالعات، می توان عنوان کرد که اولاً، بالا بودن تورم در بخش سلامت نسبت به بخش عمومی کشور در اکثر این مطالعات تأیید شده است و ثانیاً، علل این پدیده به مواردی همچون سالمند شدن جمعیت، مسائل بیمه ای (پوشش ناقص، مدیریت 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 تقارن اطلاعاتی بین گیرنده و ارائه 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 بیشتر با این موضوع در کشور ایران، قابلیت بررسی دارند. همان طور که در قسمت های قبل ذکر شد، CPI تغییرات در مجموعه خدمات و کالاهای مصرفی بخش سلامت را اندازه گیری می کند، مع ذلک حتی اگر عناصر این مجموعه ثابت بمانند، CPI مقدار تورم را به طور اشتباه نشان می دهد. علت این اشکال در تغییرات فنی است. اگر کیفیت کالاها و خدمات سلامتی تغییر کند، قیمت آنها نیز تغییر می کند. ولی نکته قابل توجه این است که اگر "اسم" این کالاها و خدمات تغییر نکند، CPI تغییرات 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 نظر می گیریم. به وضوح می توان مشاهده کرد که امکانات در دسترس در یک اتاق بستری و کیفیت ارائه خدمات (غذا، نظافت و...)، در حال حاضر نسبت به سالهای اولیه مورد بررسی در این پژوهش، رشد چشمگیری داشته است.

همین بحث در مورد تمام اقلام موجود در CPI صدق می‌کند. 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 می‌شود. این تغییرات در موارد تشخیصی نمایان تر است. به عنوان مثال، در حال حاضر عکسبرداری توسط اشعه X، به نحوی اعمال می‌شود که کمترین میزان اشعه را به کار می‌برد و بدین ترتیب، اثرات جانبی کمتری را متوجه بیمار می‌کند. 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 می‌شود.

موضوع دوم، بحث تعرفه های پزشکی است. تاریخچه تعیین رسمی تعرفه در ایران، به سالهای قبل از انقلاب بر می‌گردد. به موجب مواد ۴، ۵ و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت، مصوب ۲۷ اسفند ۱۳۵۱ شورای فنی سازمان تأمین 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 می‌رساند. 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 می‌رسد، 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 می‌شوند.

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

گذاشته شده است (حسن زاده). همان‌طور که این روند نشان می‌دهد، تشدد در سیاست‌گذاری، یکی از مهمترین مباحث سلامت در کشور ایران است و به راحتی می‌توان اثرات این تشدد را در افزایش شدید تعرفه‌ها در بخش غیردولتی در بعضی از سالها مانند سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۸۳ دید که این افزایش در سالی اتفاق افتاده است که مقارن با اعطای حق قانونی تعیین تعرفه‌های بخش دولتی به سازمان نظام پزشکی ایران می‌باشد. البته در مورد افزایش شدید تعرفه‌های بخش خصوصی، ذکر چند نکته حائز اهمیت است:

- در بسیاری از متون اقتصادی این موضوع که "اگر نرخ رشد درآمدها در یک بخشی بیشتر از نرخ رشد بهره‌وری باشد، ما دارای تورم خواهیم بود" تأکید شده است. در بخش سلامت، این مورد بدین گونه بیان می‌شود که اگر با اعمال فشار از طرف سازمان‌های غیر دولتی دارای حق تعیین تعرفه و یا گروه‌های ذی‌نفع دیگر (گروه‌های فشار) تعرفه‌های پزشکی با رشدی بیشتر از رشد بهره‌وری افزایش یابند، ما در این بخش دارای تورم خواهیم بود (بی اسنودن، ۱۳۸۳ و برانسون، ۱۳۸۶).
- نکته دیگری که می‌تواند در تورم مربوط به تعرفه‌های پزشکی مهم باشد، بحث مربوط به "دستمزد‌های کارایی" در بخش سلامت است. نظریه‌های دستمزد کارایی بیان می‌دارند که اتحادیه‌های تخصصی و تصمیم‌گیرندگان میزان تعرفه‌ها علاقه‌ای به کاهش دستمزد حقیقی اعضای خود ندارند، زیرا بهره‌وری (تلاش یا کارایی) گروه‌های پزشکی مستقل از دستمزد (میزان تعرفه‌های پزشکی) نیست، بلکه دستمزد حقیقی (تعرفه‌های پزشکی) و میزان تلاش آنان (لااقل در محدوده با معنایی) ارتباط متقابل دارند (بی اسنودن، ۱۳۸۳).
- موردی که باید در بررسی تعرفه‌های پزشکی و تغییرات ناگهانی آنها در بعضی سالها مد نظر داشت، جواب به این سؤال است که آیا تمام ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی در بخش غیر دولتی، قبل از سال ۱۳۸۴، تعرفه‌های خود را بر اساس تعرفه رسمی اعلام شده دریافت می‌کردند یا خیر؟ برای جواب به این سؤال، لازم است به تأکید برنامه‌های سوم، چهارم و حتی سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه کشور ایران نسبت به کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت از ۷۰ درصد به ۳۰ درصد اشاره کرد (زالی، ۱۳۸۳ و برنامه سوم و چهارم توسعه). و از آنجا که سهم مردم از هزینه‌های سلامتی قبل از سال ۱۳۸۴ و بعد از آن همچنان بالا بوده و تغییرات محسوسی نداشته است، لذا می‌توان تعرفه‌های بخش غیر دولتی را قبل از سال ۱۳۸۴، به دو قسمت رسمی و غیر رسمی تقسیم کرد. یعنی ارائه‌دهنده خدمت در جایی که تعرفه رسمی بسیار پایین‌تر از قیمت تمام شده خدمات ارائه شده بوده، از تعرفه‌های غیر رسمی استفاده کرده است؛ زیرا در بخش غیر دولتی، ارائه‌دهندگان خدمات

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.

منابع و مأخذ

برانسون، ویلیام اچ (۱۳۸۶)؛ تئوری و سیاست 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 چشم انداز 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/>

-
- 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.