

تعیین اولویت‌های مداخله دولت در نظام سلامت در ایران بر اساس نظرسنجی از خبرگان روش (AHP)

منیژه طیبی

کارشناسی ارشد اقتصاد (نویسنده مسئول)

m.ta2531@gmail.com

آزاده داودی

دانشجوی دکتری علوم اقتصادی دانشگاه فردوسی مشهد

az.davodi@gmail.com

سیاست‌های مرتبط با سلامت، یکی از ابعاد سیاست‌های اقتصادی-اجتماعی است که به عنوان یکی از وظایف دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود. دامنه مداخله دولت در بازار سلامت بسیار وسیع است، به طوری که از خرید خدمات تا در برخی موارد ارائه خدمات را در بر می‌گیرد. در این راستا یکی از سؤالات اساسی که همواره به منظور بهبود خدمات بخش سلامت مدنظر می‌باشد، میزان و نحوه مداخله دولت در بخش سلامت است. با توجه به این که هزینه‌های سلامت یکی از ابعاد سیاست‌گذاری دولت محسوب می‌شود، در این مقاله میزان و نحوه مداخله دولت در این نظام از طریق اولویت‌بندی هزینه‌های دولت در سلامت و بر اساس نظرسنجی از خبرگان صورت پذیرفته است. در واقع هدف این تحقیق ارائه الگویی برای نحوه هزینه کرد منابع بخش دولتی در حوزه نظام سلامت کشور است که در آن اولویت‌بندی هزینه‌ها روشن شده باشد. اجماع نتایج بررسی نظرسنجی نشان می‌دهد بر اساس نظر خبرگان ترتیب هزینه‌های دولت در نظام سلامت به ترتیب هزینه‌های بهداشتی با رویکرد پیشگیری شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی، دارو و کالاهای پزشکی، هزینه‌های تحقیق و توسعه، مراقبت‌های سرپایی، آموزش پزشکی، خدمات درمانی، خدمات پرستاری بلندمدت و احداث تأسیسات می‌باشد.

طبقه‌بندی JEL: H51, H11, H1, I 1, I 18

واژه‌های کلیدی: هزینه‌های بخش سلامت، ساختار و حوزه عملکرد دولت، هزینه‌های دولت در سلامت، روش AHP.

۱. مقدمه

در مکاتب مختلف اقتصادی این باور وجود دارد که فعالیت‌های دولت در سطوح ملی آثار مهمی بر عملکرد اقتصادی کشورها می‌گذارد و از مقبولیت خاصی برخوردار است. دولت‌های امروزی با استفاده از ابزارهایی مانند مالیات، مخارج ملی هزینه‌ای، قانون‌گذاری و کسری‌های بودجه‌ای به دخالت در بازار و مدیریت عرضه و تقاضای برخی کالاها و خدمات می‌پردازند. از جمله این موارد مقوله سلامت است که به طور جدی از سرمایه‌گذاری‌های دولتی و سیاست‌گذاری‌های مختص آن حوزه تأثیر می‌پذیرد (رئیس‌پور و پژویان، ۱۳۹۲).

سلامت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت به معنای برخورداری از سلامت کامل روحی، جسمی و اجتماعی است و صرفاً معنای فقدان بیماری یا معلولیت نیست.^۱ اقتصاددانان با مقوله سلامت برخورد متفاوتی دارند، آنها معتقدند که سلامت کالایی بادوام و سرمایه‌ای است که هر فرد دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت در ابتدای هر دوره است که در طول زمان موجودی سلامت فرد با بالا رفتن سن کاهش یافته، با سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های درمانی افزایش می‌یابد و زمانی که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کمتر شود آنگاه فرد از بین خواهد رفت (صباغ کرمانی، ۱۳۸۵). همچنین بر این باورند که یک رابطه دوسویه بین وضعیت سلامت فرد و فعالیت اقتصادی وجود دارد. افراد سالم‌تر بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد توانایی بالاتری برای خرید خدمات سلامت بیشتر دارد (پوررضا، ۱۳۸۳). از سوی دیگر با توجه به اینکه انسان محور توسعه پایدار محسوب می‌گردد تخصیص اعتبارات هر چه بیشتر در امر سلامت سرمایه‌گذاری تلقی شده و عملاً هزینه نیست (اخوان بهبهانی، ۱۳۸۴).

خدمات سلامت در قالب هزینه‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یک کالای عمومی در تمامی کشورها عمدتاً از طرف دولت تأمین می‌شود. مصادقی از شکست بازار شامل مخاطرات اخلاقی،

1. WHO

انتخاب نامطلوب، ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد متوجه این مقوله است که راه را برای مداخله دولت هموار می‌نماید (استیگلیتز، ۱۳۹۱). لیکن ارائه خدمات سلامت می‌تواند علاوه بر دولت با توجه به مقتضیات و ظرفیت و توانایی مالی بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی هر کشور به صورت ترکیبی از هر سه بخش ارائه گردد. مروری اجمالی بر نظام سلامت کشورهای جهان نشان می‌دهد که تمامی دولت‌ها پذیرفته‌اند که سلامت حقی است همگانی که دولت‌ها موظف به تأمین و استیفای آن می‌باشند و تفاوت میان کشورها تنها در نحوه، میزان و اولویت‌بندی هزینه‌های دولت‌ها می‌باشد (جنانی، ۱۳۸۵).

در حال حاضر در برخی کشورها عمده خدمات بهداشتی و درمانی توسط بخش دولتی ارائه می‌شود و تنها برخی از فعالیت‌ها مانند داروخانه‌داری و پوشش‌های حمایتی توسط بخش غیردولتی ارائه می‌گردد. این در حالی است که در برخی کشورها عمده خدمات به عهده بخش غیردولتی بوده و در این نظام‌ها هزینه‌کرد دولت عمدتاً معطوف به ارائه مشوق‌های اقتصادی لازم جهت عرضه خدمات بهداشتی است (برزگر و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اهمیت کارکردی هزینه‌های دولت، هدف این تحقیق آن است که با توجه به محدودیت رو به افزایش منابع دولتی، اولویت‌بندی مشخصی در خصوص هزینه‌کرد منابع موجود در بخش سلامت در دو حوزه بهداشت و درمان و زیرگروه‌های هر یک تعیین گردد. در این مقاله سعی شده است به روش توصیفی - پیمایشی زنجیره‌ای از افکار و آراء کارشناسان و متخصصان حوزه بهداشت و درمان (در دو حوزه عمل و نظر) درباره اولویت‌بندی هزینه‌های دولت در این حوزه، بر اساس شاخص‌های هزینه‌های بخش به وسیله تنظیم پرسشنامه‌ای و جمع‌آوری نظرات از طریق روش AHP، گردآوری گردد.

در این مقاله در ابتدا به برخی از مطالعات انجام شده در زمینه هزینه‌های دولت در بخش سلامت اشاره شده و سپس سلامت در اسناد بالادستی بررسی گردیده است. در بخش بعدی مبانی نظری و مفهومی آمده و در قسمت نهایی نتایج جمع‌بندی اولویت‌بندی هزینه‌های دولت در بخش سلامت بر اساس نظر خبرگان آورده شده است.

۲. پیشینه پژوهش

تا کنون با توجه به اهمیت تأثیرات هزینه‌های دولت بر متغیرهای مختلف رشد اقتصادی، بهره‌وری، رفاه و... مطالعات مختلفی صورت پذیرفته است که برخی از موارد آن به شرح ذیل است. اما باید توجه داشت در خصوص اولویت‌بندی هزینه‌های دولت در بخش بهداشت و سلامت تاکنون مطالعه منسجمی با این رویکرد انجام نشده است.

در خصوص مطالعات در حوزه سلامت، نخستین بار توسط گروسمن^۱ (۱۹۷۲)، مفهوم سرمایه سلامت تعریف گردید. وی عامل سلامت را در تابع مطلوبیت افراد وارد شد. در واقع سرمایه سلامت تعیین می‌نماید که هر فرد چه زمانی را برای کسب درآمد در اختیار داشته باشد. برای تبیین این موضوع مقوله سرمایه انسانی را به عنوان سمبلی از سلامت در چارچوب مدل‌های رشد وارد نمود و بیان گردید بهبود سلامت باعث ارتقاء رشد اقتصادی، کاهش ضرر تولیدی ناشی از غیبت و بیماری نیروی کار و ناکارآمدی جسمی و روانی آن خواهد شد.

در مطالعات انجام شده غالباً هزینه‌های دولت در بخش بهداشت در قالب الگوهای رشد اقتصادی و دوم برآورد کمی میزان این تغییر و شناسایی مکانیزم‌هایی که تغییر در یکی را به دیگری منتقل می‌سازد بررسی شده است که برخی از این موارد به شرح ذیل است.

کلارک و اسلام^۲ (۲۰۰۳)، در تحقیقی تأثیر هزینه‌های بهداشتی بر رفاه اجتماعی دو کشور استرالیا و تایلند در دوره ۱۹۹۵-۱۹۹۹ بررسی نموده‌اند در این تحقیق درآمد سرانه واقعی به عنوان معیاری برای سنجش رفاه اجتماعی در نظر گرفته شده است و در نهایت نتایج نشان داد که اثر هزینه‌های دولتی بهداشتی بر رشد اقتصادی یک کشور در حال توسعه (تایلند) بیشتر از تأثیر آن بر رشد اقتصادی یک کشور توسعه یافته (استرالیا) می‌باشد.

-
1. Grossman
 2. Clarke and Islam

بخاری و گای^۱ (۲۰۰۷)، در تحقیقی تحت عنوان "هزینه‌های دولت و اثرات آن بر سلامت" اثرات هزینه‌های سرانه بهداشتی دولت بر شاخص‌های مهم بهداشتی (مرگ‌ومیر کودکان و مرگ مادران) در کشورهای در حال توسعه با استفاده از تکنیک‌های متغیرهای ابزار (GMM-H2SL) بررسی نموده‌اند. میانگین کثرت مرگ‌ومیر کودکان و مرگ مادران نسبت به هزینه‌های دولت به ترتیب برابر با ۰/۳۳- و ۰/۵۰- بوده است که نسبت به سایر مطالعات تجربی، اهمیت بیشتر هزینه‌های دولت را در بهبود وضعیت بهداشتی کشورهای مختلف نشان می‌دهد.

چاکرون^۲ (۲۰۰۹)، در مقاله‌ای با عنوان "هزینه‌های دولت و تولید ناخالص داخلی" رابطه بین مخارج خدمات سلامت و درآمد ملی ۱۷ کشور عضو OECD در طول سال‌های ۲۰۰۳-۱۹۷۵ بررسی نموده‌اند که نتایج نشان می‌دهد که بین درآمد ملی و مخارج سلامت در این کشورها رابطه غیرخطی وجود دارد. میانگین کثرت درآمدی در این گروه از کشورها در طول دوره فوق کمتر از یک بوده است که بدین معناست که خدمات بهداشتی در این قبیل از کشورها بر خلاف بسیاری از کشورهای دیگر به عنوان یک کالای ضروری (و نه کالای لوکس) به حساب می‌آید. رابطه بین درآمد ملی و مخارج بهداشتی در طول زمان و از کشوری به کشور دیگر تغییر می‌نماید.

زارع و گراد^۳ (۲۰۱۳)، در مطالعه‌ای تحت عنوان "بررسی روند سهم هزینه‌ها در سلامت در کشورها با درآمد بالا در طی سال‌های (۲۰۱۰-۲۰۰۰)" بیان داشته‌اند سهم هزینه‌های بیمار در طی این سال‌ها به جهت کاهش هزینه‌های سلامت دولت، افزایش یافته است. با استفاده از داده‌های OECD، اروپا، و منابع کشور خاص به تجزیه و تحلیل روند در انگلستان، آلمان، ژاپن، فرانسه و ایالات متحده آمریکا پرداخته شده است. برخی از انواع هزینه اشتراک‌گذاری فرانشیز و بیمه تکمیلی، در تمام این کشورها افزایش یافته که این افزایش در دارو بوده است. با وجود سطوح بالاتری از تقسیم هزینه، پرداخت از جیب به عنوان درصدی از هزینه‌های کل در بسیاری از این

1. Bokhari FS, Gai Y
2. Chakroun
3. Zare and Gerad

کشورها بدون تغییر مانده است، زیرا برنامه‌هایی برای حمایت و حفاظت از اقشار آسیب‌پذیر در نظر گرفته شده است.

مجتهد، و جوادی پور (۱۳۸۳)، در مقاله‌ای با عنوان "تأثیر هزینه‌های سلامت بر رشد اقتصادی کشورهای منتخب" چگونگی اثرگذاری هزینه‌های سلامت (به عنوان متغیر نماینده سرمایه بهداشتی) بر رشد اقتصادی تعدادی از کشورها را بررسی نموده‌اند. در این تحقیق با استفاده الگوی منکیو، رومر و ویل برای ۳۳ کشور در حال توسعه در طول دوره ۱۹۹۸-۱۹۹۰ نشان داده شده است رابطه علی دو سویه بین هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در گروه کشورهای مورد بررسی نشان داده شده است. در این تحقیق هزینه‌های سلامت تأثیر مثبت و معنی‌داری بر رشد اقتصادی کشورها می‌گذارد.

باسخا و قنبری (۱۳۸۷)، در پژوهشی با عنوان "بررسی اثرات تغییر هزینه‌های سلامت دولت بر رشد اقتصادی ایران در دوره ۱۳۸۳-۱۳۳۸" با استفاده از الگوی رشد برون‌زای سولو و متغیرهای تولید ناخالص داخلی به قیمت ثابت سال ۱۳۷۶، موجودی سرمایه فیزیکی در جریان تولید، جمعیت فعال و متغیرهای هزینه‌های آموزشی و بهداشتی نشان داده‌اند که نخست بین متغیرهای فوق رابطه هم‌انباشتگی وجود دارد. همچنین در بلندمدت، نقش هزینه‌های بهداشتی در اقتصاد ایران اندکی بیش از تأثیر هزینه‌های آموزشی بوده است و به لحاظ آماری نیز تأثیر معنی‌داری بر تولید می‌گذارد.

باسخا، صباغ و یآوری (۱۳۹۰)، در مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی کارکرد هزینه‌های بهداشتی و آموزشی دولت در بهبود شاخص‌های توسعه انسانی: مطالعه موردی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی" میزان تأثیرگذاری هزینه‌های دولت، بر متغیرهای کمی دو بخش سلامت و آموزش در کشورهای منتخب عضو سازمان کنفرانس اسلامی، برای دوره زمانی سال‌های ۲۰۰۵-۱۹۹۱ بررسی نموده‌اند. که نتایج حاکی از تأثیر مثبت و معنی‌دار هزینه‌های دولت بر متغیرهای مختلف اجتماعی می‌باشد. بنابراین بیان شده جهت نیل به اهداف توسعه هزاره، نیازمند توجه جدی به کارایی و اثربخشی هزینه‌های دولت در دو بخش آموزش و سلامت خواهد بود.

قاراخانی (۱۳۹۲)، در مقاله‌ای با عنوان "دولت و سیاست سلامت در ایران طی سال‌های (۱۳۸۸-۱۳۶۰)" نتایج با دوروش کیفی و کمی و کاربرد تکنیک تحلیل محتوای کیفی و تحلیل واریانس بیان می‌دارد، به غیر از برخی تغییرات اساسی مربوط به سال‌های اول انقلاب ۱۳۵۷ سیاست‌های سلامت فارغ از رویکرد آن‌ها تکرار شده است. در بعد هزینه سلامت نیز، تأثیر رویکرد دولت بر سیاست سلامت مشاهده نمی‌شود.

رئیزی‌پور و پژویان (۱۳۹۲)، در مطالعه‌ای آثار مخارج بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی و بهره‌وری در ایران: رویکرد منطقه‌ای از مدل تعمیم‌یافته سولو بررسی نموده‌اند. نتایج تجربی حاصل از بررسی مدل داده‌های تابلویی ۲۸ استان کشور در دوره سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۷۹ به قضاوت و بررسی گذاشته شده است. نتایج حاکی از آن است که مخارج هزینه‌ای دولت در حوزه سلامت دارای آثار پایدار مثبت بر بهره‌وری نیروی کار می‌باشد، این در حالی است که سرمایه‌گذاری‌های دولت در زیرساخت‌های سلامت تأثیری بر بهره‌وری عوامل نداشته است. سرمایه‌گذاری‌های دولت در بخش سلامت در مجموع ۶/۳ درصد از کل رشد اقتصادی ناشی شده از بهبود بهره‌وری عوامل در این دوره را تبیین می‌نماید. نکته حائز اهمیت آن است که مخارج جاری سلامت دولت ۲۰ برابر اثرگذاری بیشتری در مقایسه با مخارج عمرانی سلامت دولت در این دوره داشته است.

سلیمانی، پناهی و محدی خانقاهی (۱۳۹۴)، در مقاله‌ای تحت عنوان "تأثیر سلامت بر درآمد سرانه، مطالعه موردی: کشورهای با سطح درآمد متوسط" تأثیر شاخص‌های سلامت بر درآمد سرانه تأثیر شاخص‌های سلامت بر درآمد سرانه با استفاده از اطلاعات تابلویی گروهی از کشورها با سطح درآمد متوسط طی دوره زمانی ۲۰۱۱-۱۹۸۰ و تکنیک‌های اقتصادسنجی داده‌های تابلویی از جمله اثرات ثابت، اثرات تصادفی و روش گشتاورهای تعمیم‌یافته (GMM) بررسی نموده‌اند. نتایج به‌دست آمده در این مطالعه نشان داده است، تأثیر سلامت بر درآمد سرانه یکنواخت نبوده و در مراحل مختلف توسعه کشورها متفاوت می‌باشد. همچنین امید به زندگی تأثیر U شکل بر درآمد سرانه دارد. از آنجا که همه کشورهای مورد بررسی در این مطالعه نقطه برگشت را رد

کرده‌اند، بیان شده است، در این کشورها بهبود شاخص‌های سلامت، به طور معنی‌داری در آمد سرانه را افزایش می‌دهد.

۳. سلامت در اسناد بالا دستی

بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی، همگانی بودن حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی، درمانی، بیمه‌ای و وظیفه دولت در قبال همه افراد کشور برشمرده شده است که دقیقاً مربوط به مقوله برابری در بخش سلامت بوده و می‌تواند جنبه‌های مختلف جغرافیایی، جنسیتی، نژادی، درآمدی و... را شامل شود. این اهداف در اصول ۴۳ و ۴۸ قانون اساسی نیز تذکر داده شده است.

برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بخش سوم به توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی پرداخته است. ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه تصریح می‌کند که «به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت مالی مردم به $0/9$ ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد.» (قانون برنامه چهارم توسعه، ۱۳۸۴).

در ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه کشور، به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل ۳۰ درصد هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، اضافه کردن ۱۰ درصد خالص کل وجود حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت ذکر گردیده است.

در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور، به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیری و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از روش‌های مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب بودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه‌های سنواتی و در طول برنامه در نظر گرفته شده است (قانون برنامه پنجم توسعه، ۱۳۸۹).

در چشم‌انداز نظام سلامت آمده است: «در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه». اهداف کلان نظام سلامت عبارتند از:

۱. ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ است.

۲. تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴.

۳. دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمات‌گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (نقشه جامع علمی سلامت، ۱۳۸۹).

در سیاست‌های اجرایی بخش بهداشت و درمان سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آمده است:

- تأمین منابع مالی مورد نیاز مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه خدمات بالینی با مشارکت دولت، بیمه‌ها و مردم.

- افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تأمین منابع مالی بخش و کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه‌های سلامتی.

- افزایش نقش نظام بیمه‌ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع بر اساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری.

- افزایش مشارکت بخش‌های مختلف در تأمین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در بخش سلامت (سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان، ۱۳۸۳).

بنابراین باید اذعان داشت در قوانین و اسناد متعدد بالادستی اهمیت تأمین سلامت در قوانین و اسناد متعدد بالادستی اهمیت تأمین سلامت و عدالت در سلامت مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان اقتصادی کشور قرار گرفته است. بنابراین طرح‌ریزی و اولویت‌بندی نحوه دخالت یکی از مهمترین مسائل پیش رو جهت سیاستگذاری است.

۴. مدل مفهومی و مبانی نظری

۴-۱. نوع و روش تحقیق

نوع تحقیقات را از نظر هدف می‌توان به تحقیق بنیادی، کاربردی و اقدام پژوهشی تقسیم نمود. تحقیق حاضر از این جهت که نتایج مورد انتظار آن را می‌توان در ارائه راهکارهای عملی در سیاستگذاری نظام سلامت به تصمیم‌سازان و سیاستگذاران این حوزه پیشنهاد نمود "کاربردی" است. در این تحقیق از روش آمار توصیفی برای بیان آن چیزی که در جامعه وجود داشته و آمار استنباطی برای تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود. داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده است. تدوین مبانی نظری تحقیق از طریق مراجعه به کتابخانه‌ها و اسناد مکتوب و غیرمکتوب در حوزه اقتصاد سلامت صورت پذیرفته و از این حیث تحقیق از نوع اسنادی و کتابخانه‌ای است. در مجموع این تحقیق از نوع توصیفی-پیمایشی می‌باشد. در این تحقیق ابتدا هزینه‌های حوزه سلامت بر اساس حساب‌های ملی سلامت مرکز آمار ایران، استخراج شده و در قالب پرسشنامه به روش تحلیل سلسله مراتبی^۱ به صورت ماتریس ۸ تایی مورد مقایسه زوجی توسط خبرگان و صاحب‌نظران حوزه سلامت قرار گرفته و مقایسات زوجی آراء هر یک از خبرگان جمع‌آوری و سپس نظرات، تلفیق گردیده است. در ادامه اولویت هزینه‌های سلامت و وزن هر یک از آنها که نسبتی از صد است، مشخص می‌گردد.

1. Analytical Hierarchy process

۴-۲. روش نمونه‌گیری و حجم آماری

در تحقیق حاضر روش نمونه‌گیری غیراحتمالی^۱، هدفمند^۲ و گلوله برفی^۳ بوده است. از آنجا که اعضای جامعه به عنوان آزمودنی‌های نمونه منتخب، از شانس و احتمال یکسانی برای انتخاب برخوردار نبوده‌اند، از این نظر روش نمونه‌گیری غیراحتمالی بوده است. همچنین از آنجا که تنها عده محدودی قادر به ارائه اطلاعات مورد نیاز پژوهشگر بوده‌اند، نمونه‌برداری به صورت هدفمند انجام شده است. به علاوه از افرادی که وارد مطالعه شده‌اند برای فراخوان افراد دیگری که شرایط ورود به مطالعه را داشته باشند، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل می‌آید. انتخاب این روش نمونه‌گیری با توجه به نوع روش تجزیه و تحلیل داده‌ها (روش تحلیل سلسله مراتبی) صورت پذیرفته است، چراکه تنها کسب نظر از خبرگان و صاحب‌نظران اقتصاد سلامت مدنظر می‌باشد (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۰).

هیچ قانون قوی و صریحی در مورد نحوه انتخاب و تعداد مطلعین کلیدی در روش غیرتصادفی نمونه‌گیری وجود ندارد و تعداد نمونه این روش به عواملی نظیر همگن یا ناهمگنی نمونه بودن نمونه، هدف یا وسعت مشکل، کیفیت، تصمیم، توانایی تیم تحقیق در اداره مطالعه اعتبار داخلی و خارجی؛ زمان جمع‌آوری داده‌ها، منابع در دسترس، دامنه مسأله و پذیرش پاسخ وابسته است (اوکولی و پالوسکی، ۲۰۰۴)^۴.

لازم به توضیح است در گروه‌های نمونه‌ای همگن معمولاً ۱۵-۱۰ نفر کافی است، از این رو از نمونه‌های همگن برای به دست آوردن طیف گسترده نظرات، پاسخ‌های با کیفیت و راه‌حل‌های قابل پذیرش استفاده می‌شود.

در این تحقیق با توجه به میزان تخصص و تعداد خبرگان ۵۰ پرسشنامه تهیه و توزیع گردید. این درحالی است که نیمی از پرسشنامه‌ها جواب دریافت شد اما در نهایت ۱۷ پرسشنامه بدون

-
1. Non probability sampling
 2. Purposive sampling
 3. Snowballing sampling
 4. Okoli and Pawlowski

نقص و اصل گردید که قابلیت اتکا بر نظرات آن وجود داشت. این امر با توجه به تعداد بهینه پرسشنامه بدین منظور کافی است.

پرسشنامه‌های تکمیل شده از نقطه نظر جامعه آماری در این تحقیق خبرگان حوزه سلامت کشور می‌باشند که در ۵ طبقه زیر دسته‌بندی شده‌اند که مطابق جدول زیر می‌باشند.

جدول ۱. تعداد و توزیع اعضاء جامعه آماری

| ردیف | جامعه آماری | تعداد نمونه |
|------|--|-------------|
| ۱ | اساتید دانشگاه در حوزه اقتصاد سلامت | ۳ |
| ۲ | صاحب‌نظران حوزه بیمه‌های درمان شامل بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی | ۴ |
| ۳ | نمایندگان کمیسیون تخصصی بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی | ۲ |
| ۴ | مدیران بیمارستان‌های بزرگ دولتی | ۲ |
| ۵ | مدیران و کارشناسان حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری | ۶ |
| ۶ | مجموع | ۱۷ |

مأخذ: نتایج تحقیق.

۴-۳. ابزار گردآوری داده‌ها (چگونگی تنظیم پرسشنامه)

در پرسشنامه این تحقیق، هزینه‌های سلامت با توجه به تقسیم‌بندی حساب‌های ملی سلامت و نظرسنجی از خبرگان تقسیم‌بندی و انتخاب شده است و پس از مشخص شدن مهم‌ترین شاخص‌ها با عنوان معیار اصلی، زیرشاخص‌ها، هزینه‌های بخش سلامت به منظور اولویت‌بندی و تعیین درجه اهمیت به صورت پیش‌آزمون در اختیار صاحب‌نظران بخش سلامت قرار گرفته است.

بر اساس ادبیات موضوع و تجربه سایر کشورها در خصوص مداخله دولت در نظام سلامت و نظرسنجی از صاحب‌نظران، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت در نظر گرفته شده جهت درج در پرسشنامه و اولویت‌بندی جهت مداخله دولت به شرح ذیل می‌باشند:

- خدمات درمانی

- دارو و کالاهای پزشکی

- احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...)

- خدمات پرستاری بلندمدت

- مراقبت‌های سرپایی

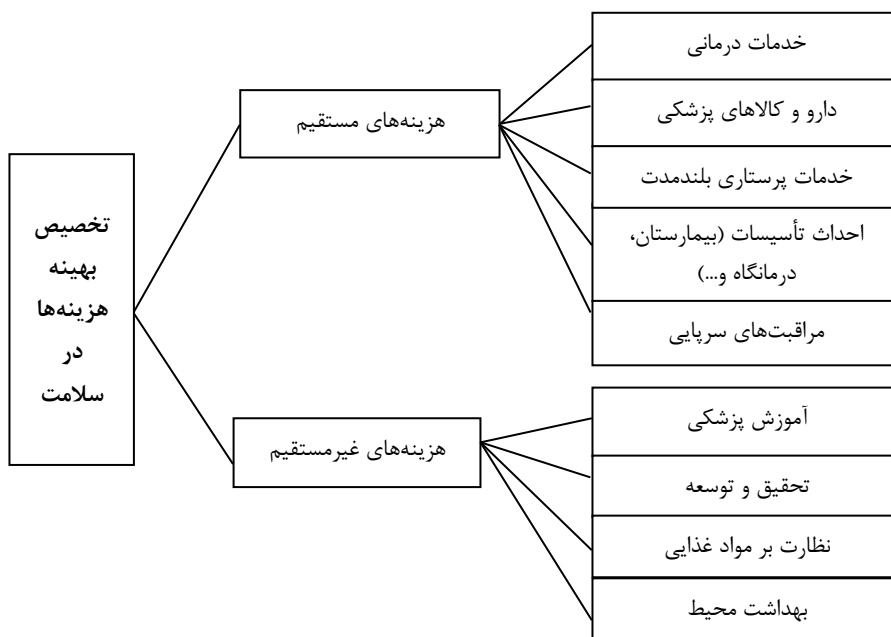
- آموزش پزشکی

- تحقیق و توسعه

- بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی

همان‌طور که بیان گردید تحقیق حاضر از روش توصیفی و پیمایشی می‌باشد. به این صورت که ابتدا نظرات صاحب‌نظران و خبرگان بخش سلامت به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری و بر اساس مصاحبه تخصصی و مطالعات انجام شده در خصوص هزینه‌های سلامت در سایر کشورها چارچوب بهینه دخالت دولت در نظام سلامت با استفاده از روش AHP-FUZZY به تعیین اولویت لزوم توجه دولت در هزینه‌های بخش سلامت پرداخته می‌شود. روش جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز تحقیق این گونه بوده است که پرسشنامه طراحی شده در مراجعه حضوری اول در اختیار اعضای نمونه آماری قرار گرفته و توضیحات لازم نیز برای ایشان داده شده و سپس به جمع‌آوری آنها اقدام شده است. مقایسه‌های صورت گرفته پس از دریافت پردازش شده و ارزش EC پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار EXPERT CHOICE محاسبه گردیده و وزن هر یک از شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها تعیین شده است.

با دقت در مطالعات انجام شده و آمار موجود در حساب ملی سلامت ایران و براساس معیارهای بین‌المللی مهمترین معیارها مشخص و با توجه به دیدگاه و نظرات جامعه آماری در مصاحبه‌های تخصصی شاخص‌ها و زیر شاخص‌های در هر گروه بر اساس نمودار (۴-۲) می‌باشد.



نمودار ۱. شاخص‌ها و زیرشاخص‌های در جهت تخصیص بهینه هزینه‌ها در سلامت

همچنین در خصوص نظرسنجی از خبرگان حوزه سلامت در خصوص میزان تخصیص هزینه‌ها دولت جدولی تدوین گردید تا با فرض تخصیص هزینه ۱۰۰ واحد اعتباری در میان بخش‌های مختلف نظام بهداشت و درمان میزان توزیع بهینه اعتبارات از نظر صاحب‌نظران مشخص شود.

۴-۴. روایی و پایایی پرسشنامه

روش‌های مختلفی برای تعیین اندازه‌گیری اعتبار (روایی) پرسشنامه وجود دارد که یکی از آنها پرسش از متخصصان و خبرگان است (ثریایی و پاکدین، ۱۳۸۷). سؤالات ابزار اندازه‌گیری تحقیق حاضر دارای اعتبار است، زیرا اجزای متغیرهای مورد اندازه‌گیری از ادبیات موضوعی تحقیق گرفته شده است و به عبارتی توافق خبرگان امر در مورد آنها حاصل شده است.

به طور کلی بررسی اعتبار پرسشنامه این طرح براساس نظرسنجی از خبرگان و متخصصان نشان می‌دهد که هزینه‌های سلامت مرتبط با ادبیات موضوعی مداخله دولت و تجربیات سایر کشورها به خوبی انتخاب شده است.

در این خصوص لازم به ذکر است، بر اساس نظر سه نفر از خبرگان وجود دو نوع هزینه پیشگیری و اطلاع‌رسانی و آموزش افراد در مباحث بهداشت و سلامت می‌تواند به کامل بودن این هزینه‌ها منتج شود که در این باره خاطر نشان می‌گردد، در حسابهای ملی سلامت دو گزینه بهداشت عمومی و پیشگیری و بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی در خصوص توجه به پیشگیری وجود دارد که با توجه به تغییر رویکرد به موضوع بهداشت و پیشگیری از واکنش کوبی و ریشه کن نمودن بیماری‌های واگیردار، تهیه آب شرب سالم و طبیعی و... به رویکردی با اولویت تغذیه صحیح با استفاده از مواد غذایی سالم، ورزش، پیشگیری و اطلاع‌رسانی نسبت به بیماری‌های عفونی در حال شیوع از قبیل ایدز و هپاتیت، شیوه زندگی سالم و هوای سالم و عمومیت و فراگیری بیشتر، گزینه دوم انتخاب شده است و به عبارتی این گزینه دال بر توجه بر بهداشت و پیشگیری و بهداشت با رویکرد جدید است.

همچنین با توجه به آنکه در حساب ملی ایران که براساس تقسیم‌بندی بین‌المللی در گزارشات گذشته سازمان بهداشت جهانی تنظیم شده است، هزینه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش افراد جامعه وجود ندارد این امر محدودیتی را در برآورد این هزینه ایجاد می‌نماید اگر چه از سال ۲۰۱۴ این نوع هزینه نیز در گزارشات بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است که در این راستا پیشنهاد می‌شود در حساب ملی سلامت ایران این هزینه‌ها به تفکیک در نظر گرفته شود.

۴-۵. روش تحلیل سلسله مراتبی

فرایند تحلیل سلسله مراتبی (AHP) یک روش تصمیم‌گیری است که تصمیم‌گیرنده (یا گروه تصمیم‌گیری) را قادر می‌سازد تا مسأله مورد نظر خود را شکل داده و بر اساس ساختار حاصله، مقایساتی را جهت تعیین اولویت گزینه‌های مطرح در تصمیم‌گیری انجام دهد مؤمنی (۱۳۸۷). از جمله مهمترین مزایای این روش استفاده از آن در تصمیم‌گیری با معیارهای کیفی می‌باشد که

اولین بار توسط توماس ال. ساعتی عراقی الاصل در دهه ۱۹۷۰ ابداع گردید (ایزدبخش و همکاران، ۱۳۸۸). فرایند تحلیل سلسله مراتبی منعکس کننده رفتار طبیعی و تفکر انسانی است. این تکنیک، مسائل پیچیده را بر اساس آثار متقابل آنها مورد بررسی قرار می‌دهد و آنها را به شکلی ساده تبدیل کرده و به حل آن می‌پردازد (زبردست، ۱۳۸۰).

۴-۶. الگوریتم تحلیل سلسله مراتبی (AHP)

برای انجام روش تحلیل سلسله مراتبی الگوریتم زیر لحاظ گردیده است:

(الف) به هنجار کردن ماتریس مقایسات زوجی

(ب) به دست آوردن میانگین حسابی هر سطر ماتریس به هنجار شده مقایسات زوجی (که به آن وزن‌های نسبی گفته می‌شود)

(ج) ضرب وزن‌های نسبی شاخص‌ها در میانگین حسابی گزینه‌ها

(د) رتبه‌بندی کردن گزینه‌ها

در مرحله نخست پس از تکمیل پرسشنامه‌ها ماتریس مقایسه زوجی را تشکیل می‌دهیم که به صورت رابطه (۱) نشان داده شده است:

$$A = a_{ij} \quad i, j = 1, 2, 3, \dots, n \quad (1)$$

که در آن، a_{ij} میزان ترجیح نرمال شده دو جایگزین i و j می‌باشد. برای بدست آوردن وزن هریک از معیارها لازم است به کمک رابطه (۲) عناصر ماتریس مقایسه زوجی نرمال شوند:

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sum_{i=1}^n a_{ij}} \quad (2)$$

که در آن r_{ij} میزان ترجیح نرمال شده دو جایگزین i و j ، $\sum_{i=1}^n a_{ij}$ جمع عناصر در هر ستون ماتریس می‌باشد، از این رو ماتریس مقایسه زوجی از تقسیم هر عنصر در جمع ستون خودش نرمال می‌شود، سپس میانگین عناصر در هر سطر از ماتریس نرمال محاسبه شده که همان وزن معیارها را نشان می‌دهد:

$$W_i = \sum_{i=1}^n r_{ij} \quad i, j \quad (3)$$

W_i وزن معیار i ام و n تعداد عناصر مورد مقایسه در هر سطر می‌باشد. در تصمیم‌گیری‌های گروهی برای انجام ماتریس گروه‌ها می‌بایست از میانگین هندسی پاسخ‌های پرسش‌شوندگان به عنوان عناصر ماتریس استفاده شود:

$$\bar{a}_{ij} = \left(\prod_k a_{ij}^k \right)^{\frac{1}{p}} \quad (4)$$

\bar{a}_{ij} میانگین هندسی میزان ترجیحات در جایگزین i ، j و k کد مربوط به فرد پرسش‌شونده و p تعداد افرادی است که پرسشنامه توسط آنها تکمیل می‌شود.

پیش از تحلیل داده‌ها لازم است از سازگاری مقایسه‌ها اطمینان حاصل شود، چرا که تصمیم‌گیرنده به مقایسه زوجی عوامل پرداخته و ممکن است در مجموع مقایسه‌های وی با یکدیگر سازگار نباشد (مرتضوی و همکاران، ۲۰۰۶). از این رو لازم است تا اعتبار پاسخ پرسش‌شوندگان برای تصمیم‌گیری نهایی مورد ارزیابی قرار گیرد. اندازه‌گیری و کنترل سازگاری هر ماتریس و تصمیم همواره به عنوان یکی از برتری‌های مهم روش AHP مطرح می‌باشد (دریجانی و همکاران، ۲۰۱۱). هر چند محدوده قابل قبول ناسازگاری در هر نظامی به تصمیم‌گیرنده بستگی دارد، اما در حالت کلی اگر ناسازگاری تصمیم بیش از ۰/۱ باشد بهتر است تصمیم‌گیرنده در داوری خود تجدید نظر کند (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۱). محاسبه نرخ سازگاری یک ماتریس مقایسه به این صورت است که پس از تشکیل ماتریس مقایسه زوجی (A) و محاسبه بردار (W) لازم است که بزرگترین مقدار ویژه ماتریس مقایسه (یعنی λ_{max}) بر اساس رابطه (۵) حاصل می‌شود:

$$A \times W = \lambda_{max} \times W \rightarrow \lambda_{max} = \frac{A \cdot W}{A} \quad (5)$$

پس از محاسبه λ_{max} میانگین آنها محاسبه می‌شود. میزان این شاخص از رابطه (۶) حاصل می‌شود:

$$I. I = \frac{\lambda_{max} - n}{n - 1} \quad (6)$$

که در آن، n طول ماتریس زوجی می‌باشد.

در نهایت با تقسیم شاخص ناسازگاری (I. I) بر شاخص ناسازگاری ماتریس تصادفی (I. I. R) می‌توان به نسبت سازگاری (I. R) دست یافت:

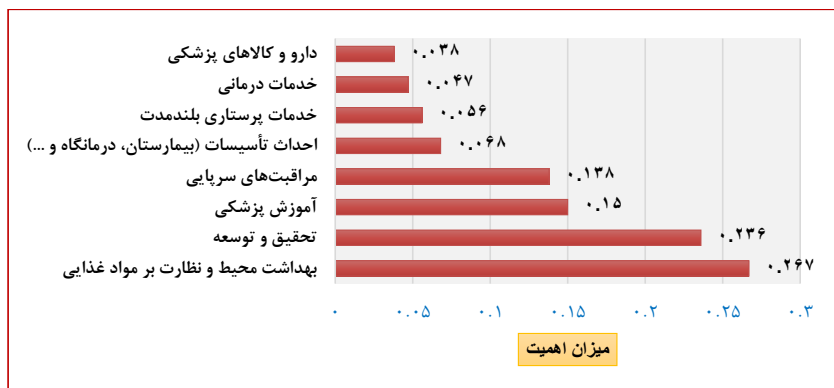
$$I. R = \frac{I. I}{I. I. R} \quad (7)$$

تمام مراحل فوق با نرم‌افزار Expert Choice قابل اجرا می‌باشد.

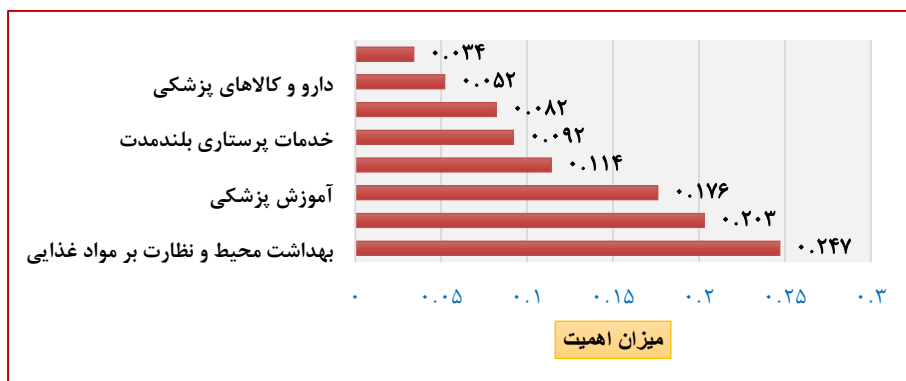
۵. تحلیل پرسشنامه‌ها و اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت به روش AHP

۵-۱. تحلیل پرسشنامه‌ها و اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت هر یک از خبرگان

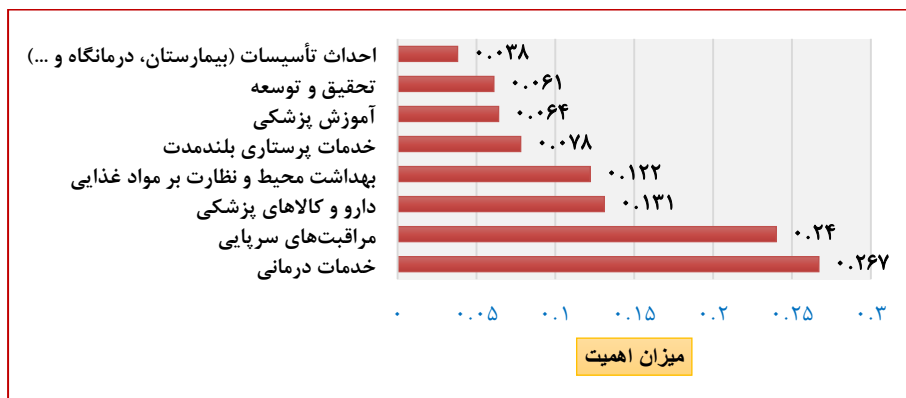
در روش AHP مقایسه زوجی بین هر کدام از سطوح معیارها انجام می‌گیرد و به کمک نرم‌افزار Expert choice پرسشنامه‌های مقایسه زوجی تحلیل و نرخ ناسازگاری آنها تعیین می‌شود. نیکمردان (۱۳۹۱). چنانچه نرخ سازگاری کمتر از ۰/۱ باشد مقایسه‌های زوجی انجام گرفته، قابل قبول می‌باشد. نتایج برای هریک از خبرگان در نمودارهای (۲) تا (۱۸) آمده است و جمع‌بندی به شرح جدول (۲) و نمودار (۱۹) قابل تفسیر است.



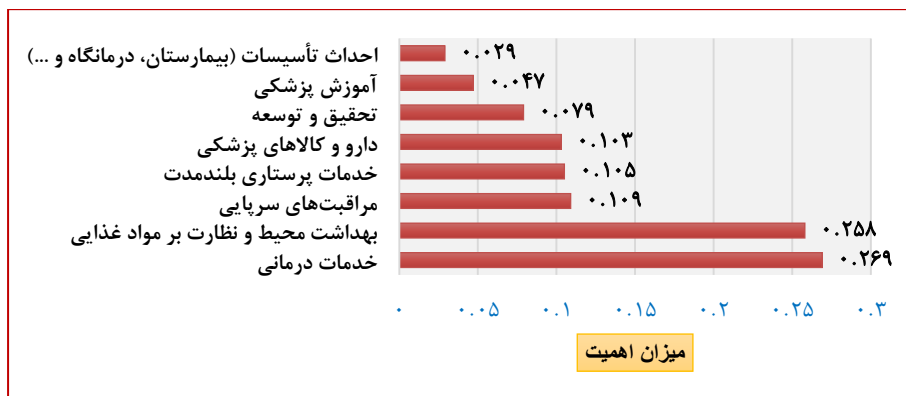
نمودار ۲. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره اول (مدیر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



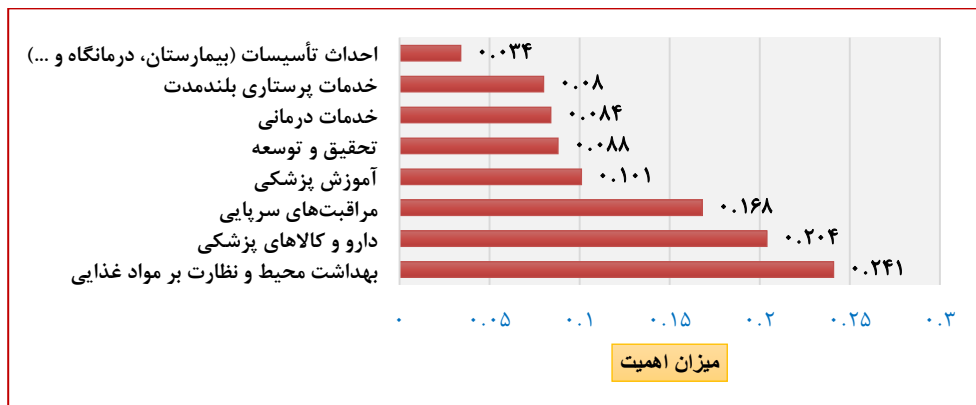
نمودار ۳. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره دوم (مدیر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



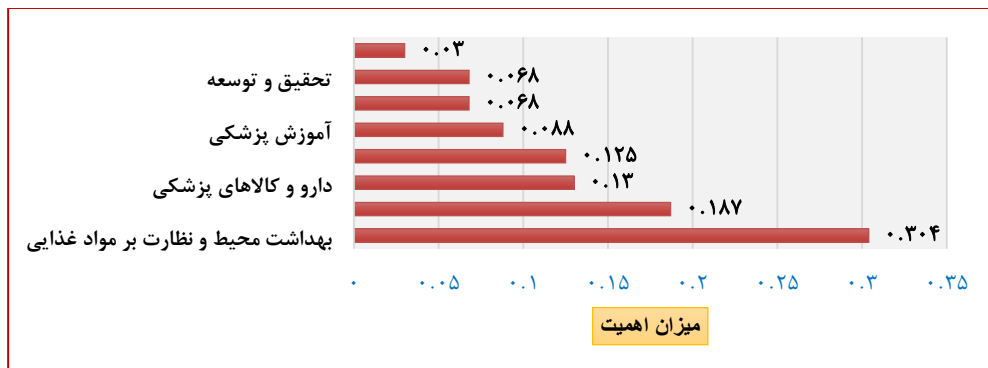
نمودار ۴. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره سوم (معاون مدیر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



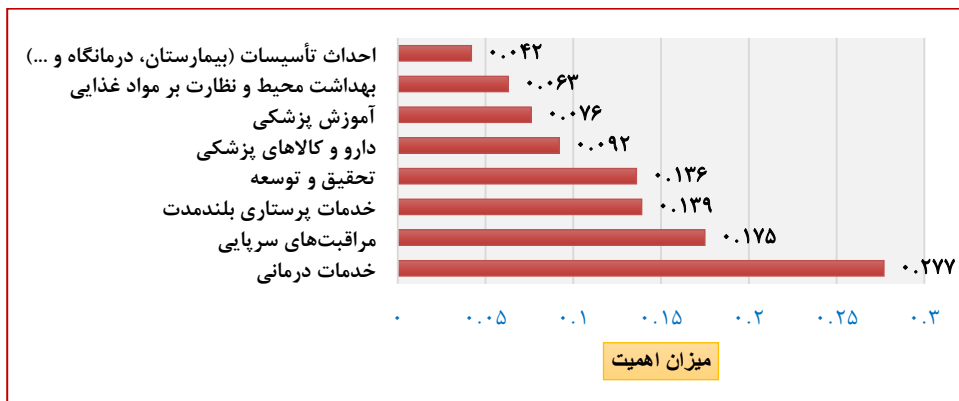
نمودار ۵. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره چهارم (معاون مدیر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



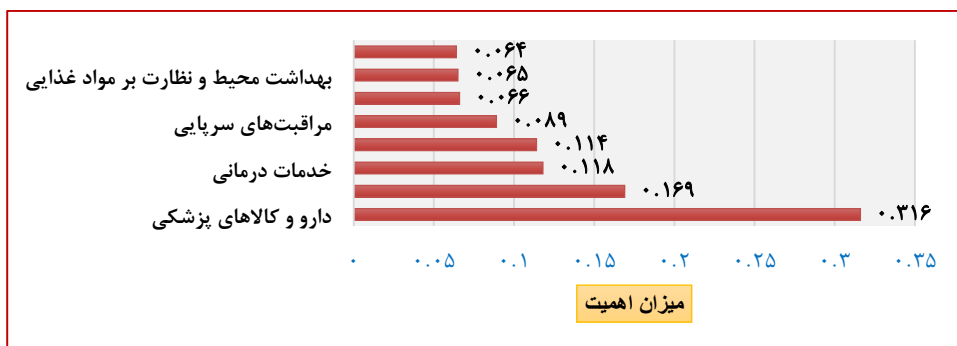
نمودار ۶. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره پنجم (مدیر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



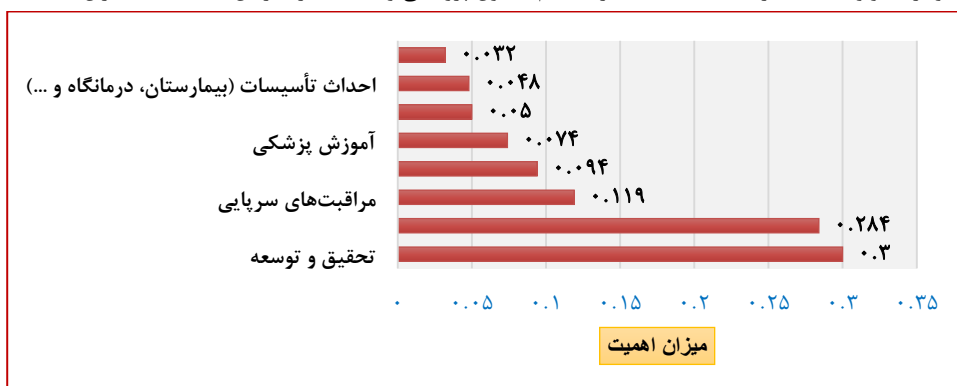
نمودار ۷. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره ششم (صاحب‌نظر حوزه سلامت در دستگاه‌های سیاست‌گذاری)



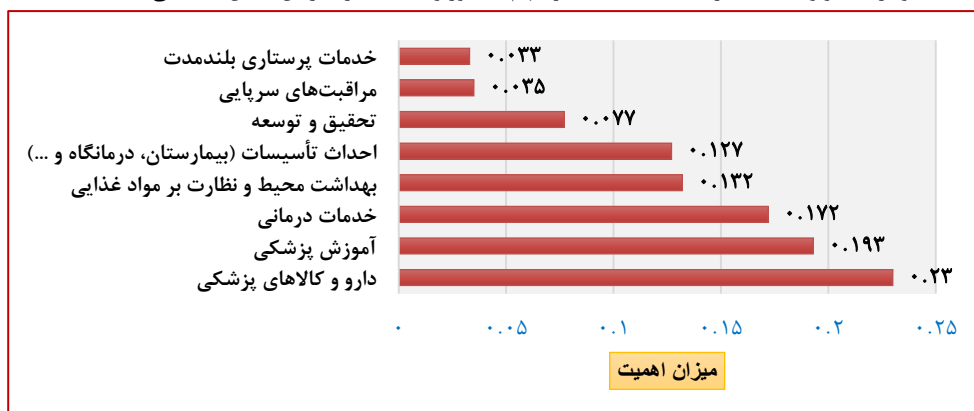
نمودار ۸. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره هفتم (معاون مدیر کل و صاحب‌نظر سازمان بیمه سلامت ایران)



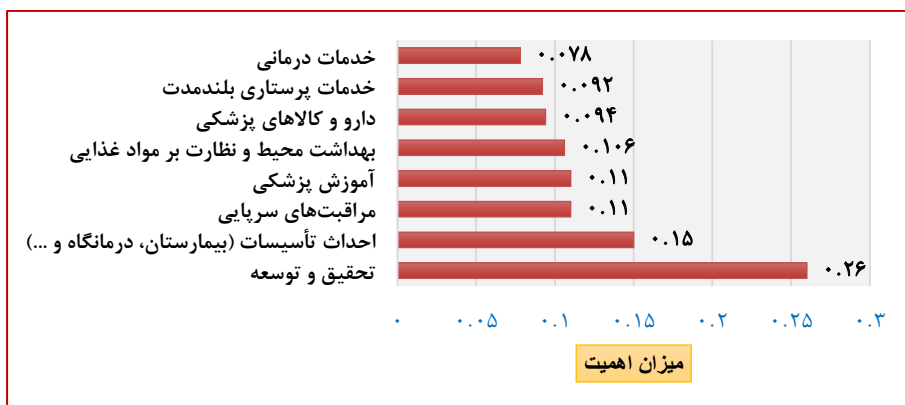
نمودار ۹. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره هشتم (معاون پژوهشی و صاحب‌نظر سازمان بیمه سلامت ایران)



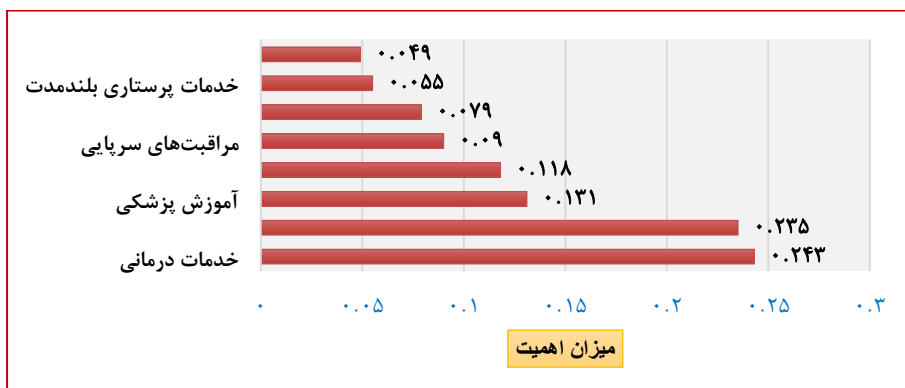
نمودار ۱۰. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره نهم (مشاور و صاحب‌نظر سازمان تأمین اجتماعی)



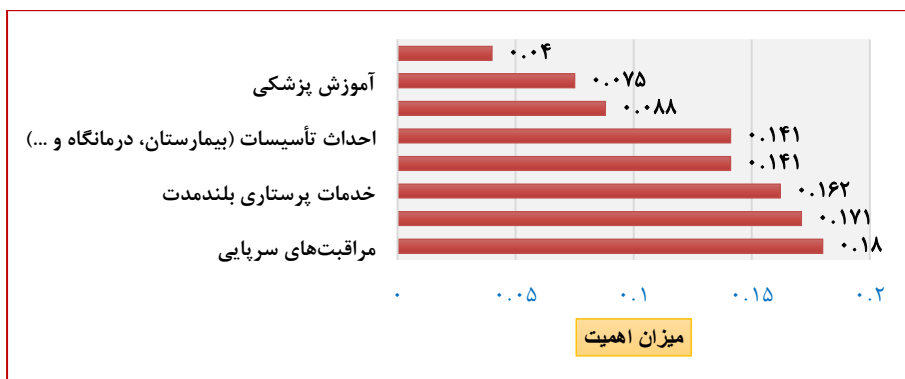
نمودار ۱۱. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره دهم (مشاور و صاحب‌نظر سازمان تأمین اجتماعی)



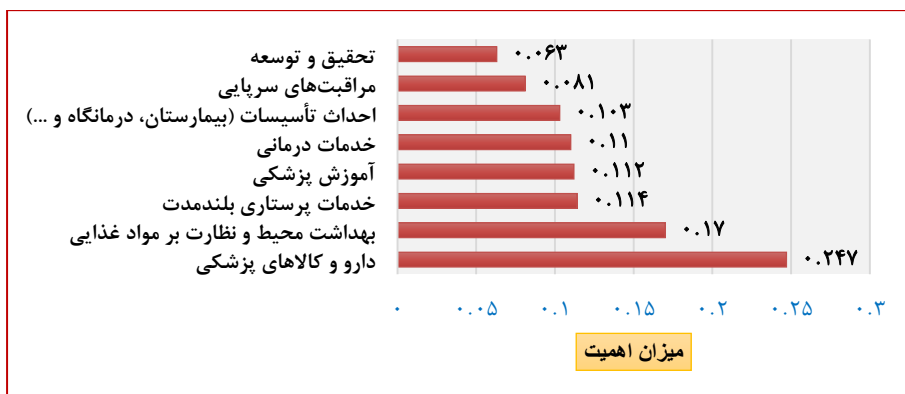
نمودار ۱۲. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره یازدهم (مدیران بیمارستان‌های بزرگ دولتی)



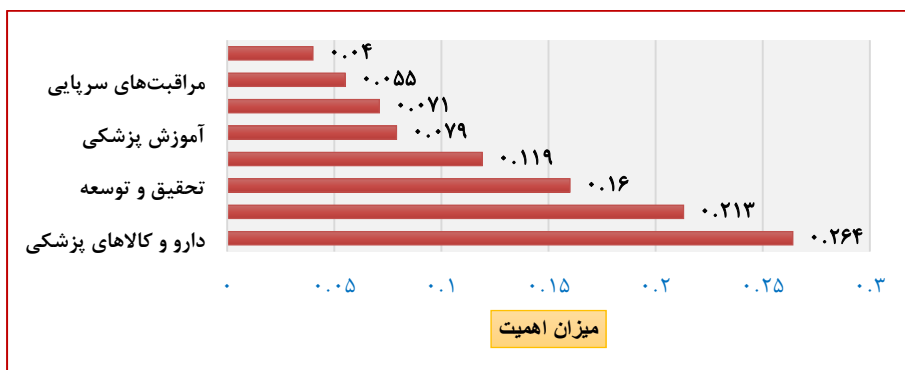
نمودار ۱۳. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره دوازدهم (مدیران بیمارستان‌های بزرگ دولتی)



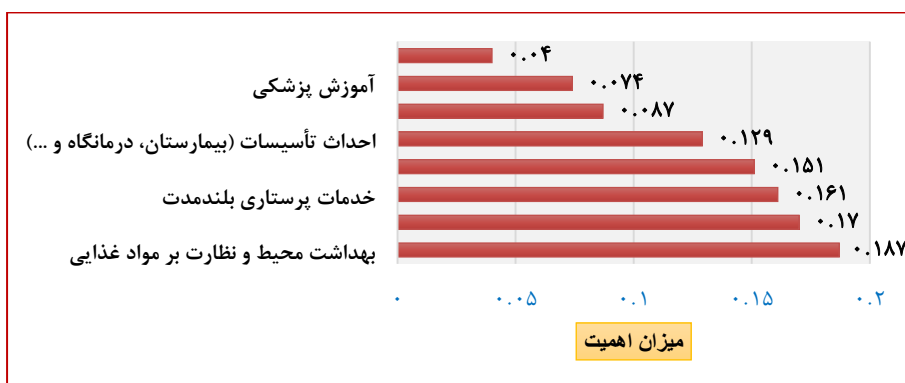
نمودار ۱۴. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره سیزدهم (نمایندگان مجلس شورای اسلامی)



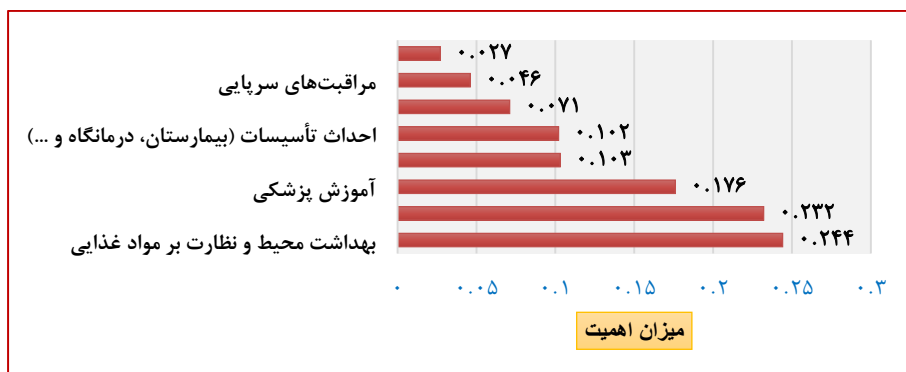
نمودار ۱۵. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره چهاردهم (نمایندگان مجلس شورای اسلامی)



نمودار ۱۶. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره پانزدهم (اساتید دانشگاه)



نمودار ۱۷. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره شانزدهم (اساتید دانشگاه)



نمودار ۱۸. اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت خبره هفدهم (اساتید دانشگاه)

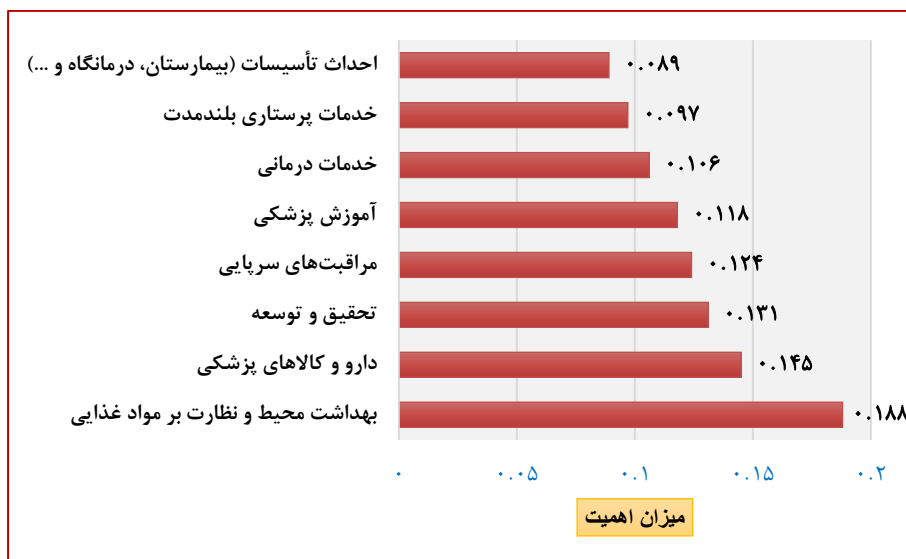
۲-۵. رتبه بندی نهایی هزینه‌های سلامت (بر اساس اجماع نظر خبرگان)

در قسمت پیشین هزینه‌های سلامت بر اساس نظر هر خبره مورد بررسی قرار گرفت در ادامه رتبه‌بندی نهایی هزینه‌های سلامت بر اساس اجماع نظر همه خبره‌ها محاسبه شده است. لازم به ذکر است برای ادغام کردن مقایسات زوجی از روش میانگین هندسی استفاده گردیده و محاسبات آن به کمک نرم‌افزار Expert choice انجام شده است.

جدول ۲. ماتریس مقایسه زوجی بر اساس تجمیع نظر خبرگان (خروجی نرم‌افزار Expert Choice)

| | khadamat darmi | daroo va k | ehdas tasi | khadamat | moragheba | amuzesh | tahghigh | behdas |
|------------------------|----------------|------------|------------|----------|-----------|---------|----------|---------|
| khadamat darmani | | 1.46593 | 1.03176 | 1.17073 | 1.05615 | 1.21767 | 1.19357 | 1.57686 |
| daroo va kala pezeshti | | | 1.58065 | 1.26446 | 1.12937 | 1.15739 | 1.19357 | 1.11115 |
| ehdas tasisat | | | | 1.21394 | 1.34466 | 1.40501 | 1.57088 | 2.01257 |
| khadamat parastari | | | | | 1.27716 | 1.27232 | 1.50812 | 2.04051 |
| moraghebat sarpayi | | | | | | 1.09666 | 1.01078 | 1.54453 |
| amuzeshhay pezeshti | | | | | | | 1.35726 | 1.59886 |
| tahghigh toseh | | | | | | | | 1.77658 |
| behdashy mohit | Incon: 0.00 | | | | | | | |

مأخذ: یافته‌های تحقیق



نمودار ۱۹. رتبه‌بندی نهایی هزینه‌های سلامت از دیدگان خبرگان (خروجی نرم‌افزار Expert Choice)

چنانچه از نمودار (۱۹) ملاحظه می‌شود اجماع نظر خبرگان نشان می‌دهد که اولویت نخست دولت برای هزینه‌های سلامت می‌بایست در حوزه بهداشت شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی باشد. میزان اهمیت بهداشت نسبت به سایر موارد ۰/۱۸۸ محاسبه شده است که فاصله قابل ملاحظه‌ای با سایر موارد هزینه کرد دولت در نظام سلامت دارد. پس از بهداشت اجماع نظر خبرگان بر اولویت دارو با ضریب اهمیت ۰/۱۴۵ متمرکز دارد و در رتبه سوم تحقیق و توسعه با ضریب اهمیت ۰/۱۳۱ می‌باشد.

۶. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در تمامی کشورها مقوله بهداشت و درمان به عنوان خدمتی عمومی تلقی می‌گردد. مهمترین عوامل شکست بازار در نظام سلامت را می‌توان به مواردی مانند مخاطرات اخلاقی، انتخاب نامطلوب ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد نسبت داد. از اینرو تقریباً تمامی دولتها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه در این بخش مسئولیت دارند.

بنابراین دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه برای تمامی کشورها امری قابل قبول و پذیرفته شده است.

در ایران در حالی است که اصول (۳)، (۲۹) و (۴۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های مختلف توسعه و تمامی اسناد بالادستی، ناظر بر تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و سلامت برای کلیه آحاد جامعه و برقراری عدالت در تأمین مالی سلامت می‌باشند.

۶-۱. نتایج اصلی پژوهش

با توجه به بررسی حساب‌های ملی سلامت ایران و تجربه سایر کشورها در فصول دوم و سوم و نظرسنجی از خبرگان هزینه‌های سلامت در هشت بخش خدمات درمانی، دارو و کالاهای پزشکی، احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...)، خدمات پرستاری بلندمدت، مراقبت‌های سرپایی، آموزش پزشکی، تحقیق و توسعه و بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی در نظر گرفته شده و در قالب پرسشنامه محقق ساخته طبق روش تحلیل سلسله مراتبی به صورت ماتریس ۸ تایی مورد مقایسه زوجی توسط خبرگان و صاحب‌نظران حوزه سلامت قرار گرفته است. مقایسات زوجی آراء هر یک از خبرگان جمع‌آوری و سپس نظرات تلفیق گردید و اولویت هزینه‌های سلامت و وزن هر یک از آنها که نسبتی از صد است، مشخص شده است.

داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه از ۱۷ خبره در حوزه سلامت می‌باشد و ارزش EC پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار EXPERT CHOICE محاسبه گردیده و وزن هر یک از شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها تعیین شده است.

نتایج کلی تحلیل سلسله مراتبی پرسشنامه‌ها و اجماع نظر خبرگان در خصوص اولویت‌بندی هزینه‌های سلامت در ایران حاکی از لزوم اولویت هزینه‌های بهداشتی با رویکرد پیشگیری شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی بر سایر هزینه‌ها می‌باشد. لازم به توضیح است تغییر نوع بیماری‌ها و علل مرگ‌ومیرهای فعلی در کشور که عمدتاً بر سکنه و بیماری‌های خاص مانند سرطان دلالت دارد، بیانگر ضرورت توجه به بهداشت با رویکرد تغذیه صحیح، ورزش، پیشگیری و اطلاع‌رسانی نسبت به بیماری‌های عفونی در حال شیوع از قبیل ایدز و هپاتیت، شیوه زندگی

سالم و هوای سالم می‌باشد. به عبارت دیگر توجه به بهداشت محیط و مواد غذایی امروزه از ارکان مهم بهداشت و پیشگیری محسوب می‌شود. بدیهی است تغییر رویکرد در حوزه بهداشت و افزایش سهم آن از هزینه‌های سلامت از این طریق منجر به افزایش سرمایه انسانی، کاهش هزینه‌های درمان در آینده و متضمن رشد اقتصادی مداوم خواهد بود. میزان اهمیت بهداشت نسبت به سایر موارد ۰/۱۸۸ محاسبه شده است که فاصله قابل ملاحظه‌ای با سایر موارد هزینه‌کرد دولت در نظام سلامت دارد.

پس از بهداشت اجماع نظر خبرگان بر هزینه‌های دولت در بخش دارو و کالاهای پزشکی با ضریب اهمیت ۰/۱۴۵ تمرکز دارد و در رتبه سوم تحقیق و توسعه با ضریب اهمیت ۰/۱۳۱ می‌باشد. سایر اولویت‌ها به ترتیب شامل مراقبت‌های سرپایی با ضریب اهمیت ۰/۱۲۴، آموزش پزشکی با ضریب اهمیت ۰/۱۱۸، خدمات درمانی با ضریب اهمیت ۰/۱۰۶، خدمات پرستاری بلندمدت با ضریب اهمیت ۰/۰۹۷ و احداث تأسیسات با ضریب اهمیت ۰/۰۸۹ می‌باشد. (جدول ۳)

جدول ۳. رتبه‌بندی نهایی هزینه‌های سلامت از دیدگان خبرگان

| اولویت | نوع هزینه | ضریب اهمیت |
|--------|---|------------|
| ۱ | بهداشت شامل بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی | ۰/۱۸۸ |
| ۲ | دارو و کالاهای پزشکی | ۰/۱۴۵ |
| ۳ | تحقیق و توسعه | ۰/۱۳۱ |
| ۴ | مراقبت‌های سرپایی | ۰/۱۲۴ |
| ۵ | آموزش پزشکی | ۰/۱۱۸ |
| ۶ | خدمات درمانی | ۰/۱۰۶ |
| ۷ | خدمات پرستاری بلندمدت | ۰/۰۹۷ |
| ۸ | احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...) | ۰/۰۸۹ |

مأخذ: یافته‌های تحقیق

۶-۲. سایر نتایج پژوهش

همچنین به منظور تحلیل نظر خبرگان حوزه سلامت در راستای برآورد میزان تخصیص هزینه‌های دولت جدولی تدوین شده است که با فرض تخصیص هزینه ۱۰۰ واحد اعتباری در میان بخش‌های مختلف نظام بهداشت و درمان میزان تخصیص توزیعی این اعتبارات را مشخص می‌سازد. نتایج جمع‌بندی این بخش از نظرات در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. نتایج نظرسنجی در خصوص میزان تخصیص اعتبارات در بین هزینه‌های سلامت

| نوع هزینه | متوسط | انحراف معیار | بیشترین | کمترین |
|--|-------|--------------|---------|--------|
| خدمات درمانی (بستری) | ۲۳/۴ | ۱۰/۳ | ۴۳ | ۱۰ |
| مراقبت‌های سرپایی | ۱۵/۸ | ۱۲ | ۵۰ | ۵ |
| دارو | ۱۰/۷ | ۴/۲ | ۲۰ | ۳ |
| بهداشت محیط | ۹/۱ | ۵/۴ | ۲۱ | ۱ |
| آموزش پزشکی | ۸/۵ | ۴/۶ | ۲۰ | ۲ |
| تحقیق و توسعه | ۷/۶ | ۵/۳ | ۲۰ | ۱ |
| احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...) | ۷/۴ | ۳/۸ | ۱۲ | ۱ |
| نظارت بر مواد غذایی | ۷/۲ | ۴ | ۱۵ | ۱ |
| خدمات پرستاری بلندمدت | ۶/۳ | ۳/۲ | ۱۵ | ۲ |
| کالاهای پزشکی | ۴/۱ | ۲/۳ | ۱۰ | ۱ |

مأخذ: یافته‌های تحقیق

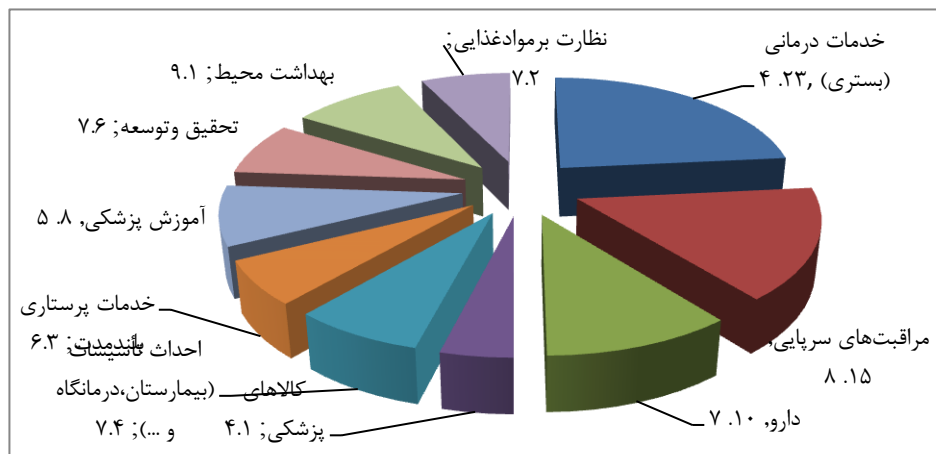
مطابق بر جدول فوق خدمات درمانی بیشترین سهم را در تخصیص منابع به خود اختصاص داده است. متوسط رقم تخصیص یافته در اجماع نظر خبرگان ۲۳/۴ درصد می‌باشد این درحالی است که انحراف معیار نظرات اعمال شده ۱۰/۳ محاسبه شده است. این امر نشان می‌دهد پراکندگی نظر در خصوص تخصیص اعتبار به هزینه‌های خدمات درمانی زیاد می‌باشد. به گونه‌ای که بیشترین رقم ۴۳ درصد و کمترین ۱۰ درصد می‌باشد.

این نوع نگاه و رویکرد در خصوص مراقبت‌های سرپایی نیز بین نظرات خبرگان مشاهده می‌شود. متوسط میزان تخصیص به این هزینه ۱۵/۸ واحد درصد و انحراف معیار آن ۱۲ می‌باشد به طوری که میزان تخصیص اعتبار به هزینه‌های مراقبت‌های سرپایی از ۵۰ تا ۵ واحد درصد متغیر بوده است.

سومین میزان تخصیص به دارو با سهم ۱۰/۷ درصد اختصاص دارد. به نظر می‌رسد در ارتباط با میزان هزینه کرد دولت در بخش دارو اجماع نظری در بین خبرگان وجود دارد چرا که انحراف معیار این بخش قابل قبول و برابر ۴/۲ می‌باشد.

متوسط میزان تخصیصی به بهداشت محیط برابر ۹/۱ درصد می‌باشد که از پراکندگی مناسبی برابر ۵/۴ برخوردار است. بیشترین نظر در خصوص تخصیص هزینه به این بخش برابر ۲۱ درصد و کمترین نظر برابر ۱ درصد بوده است.

آموزش پزشکی و تحقیق و توسعه به ترتیب جایگاه‌های بعدی تخصیص را با سهم ۸/۵ و ۷/۶ درصد در بین نظرسنجی در اختیار دارند. انحراف معیار این دو مورد نیز نشان می‌دهد نظرات پراکندگی مناسبی دارند. احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...) با سهم ۷/۴ درصد، نظارت بر مواد غذایی با سهم ۷/۲ درصد، خدمات پرستاری بلندمدت با سهم ۶/۳ درصد و کالاهای پزشکی با سهم ۴/۱ درصد به ترتیب سهم‌های تخصیصی را در نظرسنجی دارا بوده‌اند. لازم به توضیح است اجماع نظر خبرگان در تخصیص هزینه به کالاهای پزشکی، خدمات پرستاری بلندمدت و احداث تأسیسات (بیمارستان، درمانگاه و...) کمترین پراکندگی را داشته است. در نمودار (۲۰) میزان تخصیص اعتبارات برای بخش‌های مختلف سلامت مطابق نظر خبرگان آمده است.



نمودار ۲۰. میزان تخصیص اعتبارات برای بخش‌های مختلف سلامت مطابق نظر خبرگان

۳-۶. پیشنهادات

- پیشنهاد تحقیق: با توجه به اجماع نظر خبرگان در اولویت‌دهی نخست به هزینه‌های بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی با رویکرد پیشگیری در نظام سلامت به نظر می‌رسد ظرفیت هزینه کرد در این بخش بسیار پایین می‌باشد چراکه بهداشت تنها سهم ۵ درصدی از هزینه‌های سلامت را دارا می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود دولت در مرحله نخست ظرفیت‌سازی لازم را جهت جذب و تخصیص منابع به این بخش ایجاد نماید.

- پیشنهاد کاربردی تحقیق: با توجه به آنکه در حال حاضر، طرح تحول نظام سلامت در ایران در رأس سیاست‌های رفاهی دولت قرار دارد و در این خصوص بودجه قابل توجهی از محل هدف‌مندسازی یارانه‌ها به این امر اختصاص یافته است به نظر می‌رسد نتایج این پژوهشی بر اساس اجماع نظر خبرگان می‌تواند نحوه مناسب هزینه کرد دولت که منجر به بهترین نتایج گردد را مشخص نماید. هرچند به نظر می‌رسد اولویت نخست در طرح تحول نظام سلامت هزینه‌های مربوط به خدمات درمانی است، این در حالی است که نتایج این پژوهش حاکی از

اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان است. با توجه به مرحله‌ای بودن طرح تحول سلامت، امید است که سیاستگذاران توجه کافی را بر این امر مبذول نمایند. پیشنهاد می‌شود در تدوین مواد برنامه ششم توسعه در حوزه سلامت، ماده‌ای مبنی بر میزان و نحوه هزینه‌کرد دولت در نظام سلامت با توجه به اولویت تعیین شده در این طرح لحاظ گردد.

منابع

- اخوان بهبهانی، علی (۱۳۸۴)، "بررسی اعتبارات سلامت و برآورد هزینه‌های آن در سناریوهای مختلف"، مرکز پژوهش‌های مجلس، شماره ۷۴۰۶.
- استیگلیتز، ژوزف ای (۱۳۹۱)، *اقتصاد بخش عمومی*، ترجمه: محمد مهدی عسگری، تهران، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ایزدبخش، حمیدرضا و همکاران (۱۳۸۸)، *آموزش کاربردی نرم‌افزارهای مهندسی صنایع و مدیریت*، جلد اول، چاپ دوم، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد صنعتی امیر کبیر.
- باسخا، مهدی؛ صباغ کرمانی، مجید و کاظم یاوری (۱۳۹۰)، "بررسی کارکرد هزینه‌های بهداشتی و آموزشی دولت در بهبود شاخص‌های توسعه انسانی: مطالعه موردی کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی"، *مدیریت سلامت*، دوره ۱۴، شماره ۴۵.
- برزگر بهمن، ایزدبخش حمیدرضا، محسنی بندپی انوشیروان و همکاران (۱۳۹۳)، *توانمندسازی بیمه شدگان رویکردی در نظام سلامت ایران*، انتشارات دانشگاه خوارزمی، زمستان.
- ثریایی علی و پاکدین امیری علیرضا (۱۳۸۷)، *بررسی عوامل موثر بر بهره‌وری سازمان بیمه خدمات درمانی استان مازندران*، دانشگاه شریف.
- جنانی افشین (۱۳۸۵)، "بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاست‌های بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان"، *مجله اقتصادی* شماره ۵۱، ۵۲، صص ۲۲-۵.
- دانایی فرد، حسن، مهدی الوانی و عادل عاذر (۱۳۹۰)، "روش‌شناسی پژوهش کمی در مدیریت: رویکرد جامع"، تهران: نشر صفار-اشراقی.
- رئیس پور، علی و جمشید پژویان (۱۳۹۲)، "آثار مخارج بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی و بهره‌وری در ایران: رویکرد منطقه‌ای"، *برنامه‌ریزی و بودجه*، سال هجدهم، شماره ۴ (پیاپی ۱۲۳).
- زبردست، اسفندیار (۱۳۸۰)، "کاربرد فرایند تحلیل سلسله مراتبی در برنامه‌ریزی شهری و منطقه‌ای"، *هنرهای زیبا*، شماره ۱۰.

- سلمانی، بهزاد؛ پناهی، حسین و رباب محمدی خانقاهی (۱۳۹۴)، "تأثیر سلامت بر درآمد سرانه، مطالعه موردی: کشورهای با سطح درآمد متوسط"، فصلنامه علمی - پژوهشی، پژوهش‌های رشد و توسعه اقتصادی، دوره ۵، شماره ۲۰.
- قاراخانی، معصومه (۱۳۹۲)، "دولت و سیاست سلامت در ایران (سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۸ ش)"، فصلنامه علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی - شماره ۶۱.
- قنبری، علی و مهدی باسزا (۱۳۸۷). "بررسی اثرات تغییر هزینه بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی ایران، ۱۳۸۳ - ۱۳۳۸". تحقیقات اقتصادی، جلد ۴، شماره ۴۳.
- کاظمیان، محمود (۱۳۸۷) "آینده‌نگری در اقتصاد سلامت ایران"، فصلنامه علمی تخصصی سلامت و توسعه پایدار، بهار و تابستان ۱۳۸۷.
- کرمانی صباغ (۱۳۸۵)، اقتصاد سلامت، تهران: انتشارات سمت.
- کولیر آنتونی (۱۳۹۰)، اقتصاد سلامت نگاه انتقادی به اقتصاد جهانی، ترجمه: علی محمد احمدی، فاطمه دانش دوست، رضا اسماعیلی، تهران: انتشارات نور علم.
- کونولی سارا و مونزو آلیستیر (۱۳۸۸)، اقتصاد بخش عمومی، ترجمه: مرتضی سامتی، همدان، انتشارات نور علم.
- مجتهد، احمد و سعید جوادی پور (۱۳۸۳)، "بررسی اثر هزینه‌های بهداشتی بر رشد اقتصادی کشورهای منتخب"، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، جلد ۳، شماره ۱۹.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰)، حساب‌های ملی سلامت.
- معاونت پژوهش تدوین و تنقیح ریاست جمهوری (۱۳۸۳)، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور ۱۳۸۴.
- مؤمنی، منصور (۱۳۸۷)، "مباحث نوین تحقیق در عملیات"، انتشارات دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، چاپ دوم.
- نیکمردان علی (۱۳۹۱)، "معرفی نرم‌افزار Expert choice 11 به همراه خلاصه‌ای بر مطالب AHP"، انتشارات جهاد دانشگاهی امیر کبیر.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳)، سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۹) نقشه جامع علمی سلامت.
 ویتر، سوفی؛ تیم ان سور، ماتیو جووت و روبین تامپسن (۱۳۸۳)، اقتصاد بهداشت برای کشورهای
 در حال توسعه، ترجمه ابوالقاسم پوررضا، تهران: انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش
 مدیریت و برنامه‌ریزی.

Bahmani, A.A.; Rafighi, A.; Darijani, A. and T. Tabarsa (2011), "Determining and Comparing the Effective Criteria on the Selection of Wood Products among Income Categories at Gorgan", *Journal of Wood & Forest Science and Technology*, Vol. 17, No. 4, PP. 83-96.

Bokhari FS, Gai Y. and P. Gottret (2007), "Government Health Expenditures and Health Outcomes", *Health Economics*, 16 (3), pp. 257-273.

Chakroun, M. (2009), "Health Care Expenditure and GDP: An International Panel Smooth Transition Approach", *International Journal of Economics*, 3(2), pp. 1- 20.
 Changes with Emphasis on AHP", *Journal of Research in Agriculture and*

Clarke, M. and S. Islam (2003), "Health Adjusted GDP Measures of the Relationship Between Economic Growths, Health Outcomes and Social Welfare", *CESifo Working Paper*, No 1002, pp. 4- 8.

Clarke, M. and S. Islam (2003), "Health Adjusted GDP Measures of the Relationship Between Economic Growth, Health Outcomes and Social welfare", *CESifo Working Paper*, No 1002.

Darijani, A.; Shahhossein Dastjerdi, S. and N. Shahnooshi(2011), "Determination of Drought Risk Management Priorities in Agricultural Sector of GonbadeKavous District Using AHP Technique", *Iranian Journal of Agricultural Economics*, Vol. 5, No. 1, PP. 37-59.

Grossman, M. (1972), "The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation", *National Bureau of Economic Research*.

Knowles S. and P. D. Owen (1995), Health Capital and Cross-country Variations in Income Per Capita in the Mankiew-Romer-Weil Model, 48, 99-106.

Mortazavi, M.; Zarei, A. and H. Raanaei (2006), "Prioritizing of Agricultural

Okoli, C and Pawlowski, S D. (2004) The Delphi Method as a Research tool: an Example, Design Considerations and Applications.
Orchard, Vol. 72, PP. 2-14.

WHO (World Health Organization) (2010), *The World Health, Report 2010* .

World Bank (2010), World Development Indicators (WDI) www.who.int

Zare Hossain and Gerard Anderson (2013), Trends in Cost Sharing Among Selected High Income Countries 2000-2010", *Health Policy*, No.112, pp. 35- 44.