

نظام حساب‌های سلامت

مترجم

فریده برادران خسروشاهی



پژوهشکده‌ی آمار

گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی

۱۳۹۳

پیشگفتار

نظام سلامت در اکثر کشورها، برای پاسخگویی به تغییرات رخ داده شده در الگوهای جمعیتی و بیماری‌ها، پیشرفت‌های سریع فن‌آوری و ساز و کارهای پیچیده‌ی مالی مرتبط با نظام‌های سلامت گسترش یافته‌اند و در این راستا بر اساس ساختارهای موجود در هر کشوری با تعدیل‌هایی نیز مواجه بوده است. یکی از سؤالات کلیدی سیاستگذاران برای دستیابی به اهداف کلی و پایه‌ای نظام سلامت از جمله: عدالت، کارایی و اثربخشی مراقبت‌ها و اقدامات بهداشتی؛ این است که اولاً به چه میزان بر روی سلامت هزینه کنیم و ثانیاً اینکه آیا این هزینه‌ها به روشی قابل مقایسه اندازه‌گیری و ثبت شده‌اند یا خیر.

نظام حساب‌های سلامت (SHA)، برای پاسخ به تقاضای روزافزون تحلیل‌گران و سیاستگذاران به اطلاعات مربوط به هزینه‌های سلامت، چارچوبی استاندارد را پیشنهاد می‌کند. این چارچوب در راستای تشریح نظام‌مند و اصولی جریان‌های مالی مربوط به سلامت و اقدامات مربوطه است. هدف SHA، از منظر هزینه، تشریح نظام مراقبت‌های بهداشتی برای اهداف ملی و بین‌المللی است.

از آنجا که دستورالعمل استاندارد و بین‌المللی مربوط به محاسبه حساب ملی سلامت در سال ۲۰۱۱ به روز شده است، لذا ترجمه این دستورالعمل نیز در دستور کار پژوهشکده آمار قرار گرفت تا برای انجام محاسبات مربوط به حساب ملی سلامت از سال ۱۳۹۲ به بعد از آن استفاده شود. گروه اقتصاد پژوهشکده آمار به عنوان مجری انجام این ترجمه لازم می‌داند که از تمام بزرگوارانی که در انجام و اجرای این طرح تلاش و کوشش داشته‌اند تشکر و قدردانی به عمل آورد به خصوص خانم فریده خسروشاهی به عنوان مترجم و خانم مریم خوش‌اخلاق، خانم گیتا بزرگزاد و آقای

جمال‌الدین فرهادی به عنوان ویراستاران علمی و ادبی که در این راستا به ایفای نقش مستقیم پرداخته‌اند.

از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود، نظریات اصلاحی خود را در ارتباط با محتوای مجموعه حاضر را به گروه آمارهای اقتصادی پژوهشکده‌ی آمار منعکس نمایید.

گروه آمارهای اقتصادی

پیشگفتار نویسندگان

در همه‌ی کشورها، نظام سلامت، همچنان برای پاسخگویی به تغییرات الگوهای جمعیتی و بیماری‌ها، پیشرفت‌های سریع فن‌آوری و ساز و کارهای بیش از پیش پیچیده‌ی مالی گسترش می‌یابد. یکی از سؤالات کلیدی سیاستگذاران برای دستیابی به اهداف عمومی نظام سلامت از جمله: عدالت، کارایی و اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی؛ این است که "به چه میزان بر روی سلامت هزینه کنیم و آیا این هزینه‌ها به روشی قابل مقایسه اندازه‌گیری شده‌اند یا خیر." نظام حساب‌های سلامت (SHA)، برای پاسخ به تقاضای روزافزون تحلیلگران و سیاستگذاران به اطلاعات هزینه‌های سلامت، چارچوبی را پیشنهاد می‌کند. این چارچوب برای تشریح نظام‌مند جریان‌های مالی مربوط به سلامت است. هدف SHA، از منظر هزینه، تشریح نظام مراقبت‌های بهداشتی برای اهداف ملی و بین‌المللی است.

پس از انتشار نخستین نسخه‌ی نظام حساب‌های سلامت توسط OECD در سال ۲۰۰۰ و راهنماهای تهیه شده توسط WHO/WB/USAID (برای تهیه‌ی حساب‌های ملی سلامت با کاربرد ویژه در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط در سال ۲۰۰۳) در زمینه‌ی حسابداری سلامت، چیزی در حدود ده سال تجربه‌ی کشورها، گردآوری شده است. این اقدام لزوم به روزرسانی اصلاح برخی کاستی‌های نخستین راهنما را فوریت بخشید؛ درضمن، برای برخی تحولات جدید در نظام سلامت، فرصتی را فراهم کرد.

در سال ۲۰۰۶، تلاش مشترک رسمی بین OECD، Eurostat و WHO به دو دلیل، مورد توافق قرارگرفت؛ دلیل اول ایجاد استاندارد جهانی در حسابداری سلامت و دلیل دوم نظارت بر بازننگری راهنمای SHA بود.

نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱، نتیجه‌ی چهار سال مشاوره‌ی همه جانبه و گسترده در جمع‌آوری داده‌ها و نظرات بسیاری از کارشناسان کشورهای مختلف و سازمان‌های بین‌المللی در سراسر جهان است. درکنار ارزش بالای این همکاری‌ها، راهنمای حاضر می‌کوشد به یک اجماع کلی

دستیاب؛ و نیز منعکس‌کننده‌ی دیدگاه‌ها و اولویت‌های متفاوت حوزه‌ی وسیع حساب‌های سلامت باشد.

این راهنما توسط تیم بین‌المللی حساب‌های سلامت (IHAT) تهیه شد که متشکل از کارشناسان حساب‌های سلامت سه سازمان نامبرده بود. این افراد عبارتند از: رابرت آستولفی، ربکا بنتز، هارتموت بوچو، ویلیام کیو، دیدیر دابره، پاتریشیا هرناندز، ساندرا هاپکینز، دوروتا کاویورسکا، لوکا لورنزونی، ناتالی ون دی مال، دیوید مورگان، کورنلیس ون موسویلد، اوا اوروز، مارکوس اشنیدر، تساتان تورس و جنس ویلکنز و دیگر همکارانی که تفاسیری بر پیش‌نویس‌های مختلف داشته‌اند. همچنین از مدیریت ارشد این سه سازمان (آن کلمنس، مارلین دی‌اسمت، دیوید ایونس، مارک پیرسون، و پیتر شرر) برای مساعدت در هدایت فرآیند بازنگری، قدردانی می‌گردد. این راهنما انتشار مشترک سازمان OECD، اتحادیه اروپا و سازمان جهانی بهداشت است.

فهرست مطالب

تشکر و قدردانی.....	
بخش اول: اصول نظام حساب‌های سلامت	
فصل ۱. مقدمه.....	۳
پیشینه.....	۳
تفاوت‌ها و اصلاحات SHA 2011 نسبت به SHA 1.0.....	۵
نقش راهنما و سازمان آن.....	۶
فصل ۲: اصول و اهداف حساب‌های سلامت.....	۹
مقدمه.....	۹
پیشینه.....	۱۰
مقاصد و اهداف نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱.....	۱۱
اصول نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱.....	۱۲
نظام‌های سلامت و حساب‌های سلامت.....	۱۲
کاربردهای تحلیلی.....	۱۷
کاربرد حساب‌های ملی سلامت و داده‌های SHA.....	۱۸
فصل ۳. کلیات و مفاهیم حسابداری SHA.....	۲۳
مقدمه.....	۲۳
حسابداری و حسابداری ملی به‌عنوان پایه‌ی نظام حساب‌های سلامت.....	۲۴
مصرف، دسترسی و استفاده از کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی.....	۲۵
کمیت‌های اصلی هزینه‌های سلامت.....	۲۹
هزینه‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی.....	۳۰
هزینه‌ی تشکیل سرمایه‌های ناخالص در نظام مراقبت‌های بهداشتی.....	۳۰
انتقالات سرمایه‌ای به ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی.....	۳۱
دنیای خارج.....	۳۶

۳۸.....	مبادلات بخش مراقبت‌های بهداشتی
۳۸.....	زمان ثبت
۳۹.....	اندازه‌گیری مصرف و ستانده: تولید بازاری و غیربازاری
۴۰.....	نحوه عملکرد یارانه و سایر انتقالات بنگاه‌های ارائه‌کننده
۴۲.....	مرز تولید مراقبت‌های بهداشتی
۴۳.....	مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان قسمتی از بخش غیررسمی
۴۴.....	ارتباط میان هزینه‌ی جاری سلامت و اجزای مصرف در SNA
۴۷.....	فصل ۴. حوزه‌های جهانی مراقبت‌های بهداشتی
۴۷.....	مقدمه
۴۸.....	تعریف هزینه‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی
۵۰.....	حساب‌های مرکزی و گسترش یافته‌ی SHA
۵۳.....	ملاک تنظیم مرزها
۵۵.....	ملاک مرزبندی طبق اصطلاحات اجرایی
۵۵.....	حوزه‌ی حساب هزینه‌های جاری مراقبت‌های بهداشتی
۶۱.....	مواد مرزی
۶۴.....	ردیف‌های چارچوب مصرف
۶۵.....	ابعاد گسترش
۶۵.....	حوزه‌ی حساب‌های هزینه‌ای افزوده شده SHA
۶۶.....	وجه مصرف‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی
۶۸.....	وجه ارائه
۷۰.....	وجه تأمین مالی
۷۷.....	فصل ۵. طبقه‌بندی کارکردهای مراقبت‌های بهداشتی (ICHA-HC)
۷۷.....	مقدمه
۷۸.....	مصرف مراقبت‌های بهداشتی بر مبنای هدف
۷۹.....	کاربرد روش کارکردی
۸۰.....	ویژگی‌های طبقه‌بندی کارکردی در SHA 2011

۸۷.....	طبقه‌های مربوط به روش ارائه.....
۸۹.....	مراقبت‌های بیمار بستری.....
۹۱.....	مراقبت‌های سرپایی.....
۹۳.....	مراقبت در منزل.....
۹۳.....	گروه‌بندی کارکردی تفصیلی.....
۹۴.....	کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی که بر اساس کارکرد مشخص نشده‌اند.....
۹۵.....	اقدام یادداشت.....
۹۵.....	اقدام گزارش.....
۹۸.....	طبقه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی.....
۹۹.....	یادداشت‌های توضیحی طبقه‌بندی کارکردی مراقبت‌های بهداشتی ICHA-HC.....
۱۰۰.....	مراقبت‌های درمان برحسب نحوه‌ی ارائه.....
۱۰۰.....	مراقبت‌های عمومی و تخصصی.....
۱۰۱.....	مراقبت‌های عمومی.....
۱۰۲.....	خدمات تخصصی.....
۱۰۵.....	نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات توانبخشی.....
۱۱۱.....	مرزهای مراقبت طولانی مدت و مسائل مربوط به اندازه‌گیری آن.....
۱۱۴.....	مراقبت بلندمدت (بهداشتی) برحسب نحوه‌ی ارائه.....
۱۲۵.....	ملاحظات تنظیم مرزی.....
۱۲۸.....	کدهای دو رقمی طبقه‌ی پیشگیری.....
۱۴۰.....	دامنه و حوزه‌ی طب سنتی، مکمل و جایگزین.....
۱۵۳.....	فصل ۶. طبقه‌بندی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی (ICHA-HP).....
۱۵۳.....	مقدمه.....
۱۵۴.....	مفهوم طبقه‌بندی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی.....
۱۵۵.....	جامعیت ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی.....
۱۵۸.....	ساختار ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی.....

۱۶۳.....	توضیحات و راهنمایی‌هایی برای تهیه‌کنندگان
۱۶۳.....	تغییرات SHA2011 نسبت به SHA1.0
۱۶۵.....	بیمارستان‌های دانشگاهی
۱۶۶.....	پزشکان مستقل مشغول به کار در بیمارستان
۱۶۶.....	ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بلندمدت
۱۶۶.....	ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی با دانش پزشکی محدود
۱۶۷.....	مالکیت عمومی در برابر مالکیت خصوصی
۱۶۷.....	واحدهای آماری
۱۷۰.....	به حساب خود خانوار
۱۷۰.....	یادداشت‌های تشریحی بر طبقه‌بندی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ICHA-HP
۱۷۰.....	مراقبت‌های بهداشتی
۲۰۱.....	فصل ۷. طبقه‌بندی طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی (ICHA-HF)
۲۰۱.....	مقدمه
۲۰۴.....	مفهوم اصلی
۲۲۰.....	تعریف طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی
	یادداشت‌های توضیحی در مورد طبقه‌بندی طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی
۲۲۶.....	ICHA-HF
۲۴۷.....	موضوعات مفهومی ویژه
	گام‌های اصلی تعدیل راهنمای تهیه‌کنندگان SHA 1.0 یا NHA به حسابداری تأمین
۲۶۴.....	مالی سلامت SHA 2011
	بخش دوم طبقه‌بندی‌های تکمیلی، برنامه‌های کاربردی و روش‌شناسی حساب‌های سلامت
	فصل ۸. طبقه‌بندی بازده (درآمد) طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی (ICHS-)
۲۶۹.....	(FS)
۲۶۹.....	مقدمه
۲۶۹.....	مفهوم اصلی
۲۷۳.....	تعریف درآمدهای طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی

یادداشت‌های توضیحی در مورد طبقه‌بندی درآمدهای طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های	
بهداشتی ICHA-FS.....	۲۷۴
مقایسه‌ی مفهوم درآمدهای طرح‌های تأمین مالی از طریق منابع مالی طبق راهنمای	
تولیدکنندگان.....	۲۷۲
اقدام یادداشت	۲۸۳
واحدهای نهادی	۲۸۳
مسائل مفهومی خاص	۲۸۴
ارزیابی کمک‌های غیرنقدی و پشتیبانی فنی	۲۸۸
درآمد طرح‌های تأمین مالی سلامت برحسب واحدهای سازمانی و نوع درآمد	۲۸۸
ابزارهای اضافی ۲۹۱	۲۸۳
زیرمجموعه‌ی درآمد داخلی	۲۹۱
تجزیه و تحلیل منابع پرداخت از جیب خانوار.....	۲۹۲
تجزیه و تحلیل منابع خارجی توزیع شده توسط دولت	۲۹۴
فصل ۹: طبقه‌بندی عوامل آماده‌سازی مراقبت‌های بهداشتی (ICHHS-FS).....	۲۱۵
مقدمه	۲۹۵
مفهوم اصلی.....	۲۹۷
حوزه‌ی طبقه‌بندی عوامل	۲۹۷
نکات مربوط به طبقه‌بندی و انواع انتخابی طبقه‌ها	۲۹۸
حوزه‌ی عوامل ارانه‌ی مراقبت‌های بهداشتی	۲۹۸
ارائه‌کنندگان حاکمیت و مدیریت تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی	۳۰۰
نکات توضیحی برای طبقه‌بندی عوامل ارانه‌ی مراقبت‌های بهداشتی	۳۰۱
طبقه‌بندی متقاطع طبقه‌بندی‌های کارکردی و اقتصادی	۳۱۳
فصل ۱۰: هزینه‌های سلامت برحسب ویژگی افراد ذی‌نفع.....	۳۱۵
مقدمه	۳۱۵
پیشینه	۳۱۶

۳۱۸.....	مقایسه‌های بین‌المللی
۳۱۹.....	کاربردهای تحلیلی
۳۲۰.....	هزینه برحسب بیماری
۳۲۱.....	هزینه‌ها برحسب مقوله‌های اجتماعی- اقتصادی
۳۲۳.....	چارچوب عملی برای تجزیه و تحلیل هزینه‌ها برحسب افراد ذی‌نفع
۳۲۴.....	محدوده‌ی هزینه‌های سلامت در تجزیه و تحلیل براساس ویژگی‌های افراد ذی‌نفع
۳۲۶.....	پیوند با برآوردهای عمده SHA
۳۲۷.....	طبقه‌بندی ذی‌نفع‌ها
۳۲۷.....	سن و جنسیت
۳۲۹.....	بیماری
۳۳۶.....	همایندی عوارض
۳۳۷.....	موقعیت اقتصادی- اجتماعی
۳۳۹.....	منطقه‌ی جغرافیایی
۳۴۱.....	رویکردهای روش‌شناختی ممکن
۳۴۳.....	برآورد هزینه برحسب بیماری
۳۴۴.....	برآورد هزینه بر اساس منطقه‌ی جغرافیایی
۳۴۵.....	برآورد هزینه برحسب وضعیت اجتماعی- اقتصادی
۳۴۷.....	فصل ۱۱: تشکیل سرمایه در نظام سلامت
۳۴۷.....	مقدمه
۳۴۸.....	تعریف تشکیل سرمایه ناخالص در SHA
۳۴۸.....	تشکیل سرمایه ثابت ناخالص
۳۴۹.....	محدوده
۳۴۹.....	مالکیت
۳۵۰.....	زمان ثبت اطلاعات
۳۵۱.....	موار استثناء
۳۵۱.....	ارزش‌گذاری

۳۵۳	نوع دارایی
۳۵۸	نحوه برخورد با موارد خاص
۳۵۹	دارایی‌های غیرمنقول متعلق به افراد غیرمقیم
۳۵۹	ابزارهای نسبتاً ارزان
۳۶۰	ماشین آلات و تجهیزات نصب شده در ساختمان
۳۶۱	ارتقاء دارایی‌های ثابت موجود
۳۶۴	هزینه‌های صورت گرفته برای تحصیل و مصرف دارایی
۳۶۴	اجاره مالی
۳۶۵	دارایی‌های تولید شده توسط مشارکت‌های عمومی - خصوصی یا تمهیدات مشابه
۳۶۶	تغییر در موجودی انبار و تحصیل منهای مصرف اشیاء گرانبها
۳۶۷	تحویل منهای مصرف اشیاء گرانبها
۳۶۷	روش‌های مختلف برآورد تشکیل سرمایه ناخالص
۳۷۳	مصرف سرمایه ثابت در SHA
۳۷۴	حساب سرمایه
۳۷۵	برآورد
۳۷۵	پس‌انداز خالص
۳۷۶	انتقال سرمایه
۳۷۷	سایر انتقالات سرمایه‌ای
۳۷۷	خالص وام / استقراض
۳۸۲	سایر اقلام یادداشت
۳۸۲	پس‌انداز انباشت شده
۳۸۲	شراکت‌های عمومی - خصوصی
۳۸۳	یادداشت‌های توضیحی
۳۸۳	پژوهش و توسعه در بخش سلامت
۳۸۶	آموزش و کارآموزی کارکنان سلامت
۳۸۹	فصل ۱۲: تجارت مراقبت‌های بهداشتی

۳۸۹.....	مقدمه
۳۹۰.....	پیشینه و خط‌مشی
۳۹۵.....	تعاریف و مفاهیم اساسی
۳۹۶.....	قلمرو اقتصادی
۳۹۶.....	خانوار
۳۹۸.....	مقیم در مقایسه با جمعیت تحت پوشش
۴۰۰.....	بنگاه‌ها
۴۰۰.....	کارگزاران بازرگانی
۴۰۱.....	مؤسسات غیرانتفاعی
۴۰۲.....	سازمان‌های بین‌المللی
۴۰۲.....	دنیای خارج و تجارت مراقبت‌های بهداشتی
۴۰۲.....	ارزش‌گذاری
۴۰۴.....	زمان‌بندی
۴۰۵.....	واردات و صادرات در نظام حساب‌های سلامت
۴۰۶.....	نمونه‌هایی از تجارت کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی در SHA
۴۰۶.....	خدمات مراقبت‌های بهداشتی فردی
۴۰۷.....	کالاهای پزشکی
۴۰۷.....	خدمات سلامت جمعی
۴۰۸.....	مسائل مرزی مربوط به تجارت کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی
۴۱۰.....	مقایسه مصرف واسطه و مصرف نهایی کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی
۴۱۲.....	منابع اطلاعاتی برآورد تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در SHA
۴۱۴.....	بررسی‌های کسب و کار و بنگاهی
۴۱۷.....	منابع اداری دولتی
۴۱۹.....	بیمه‌های درمان خصوصی
۴۱۹.....	بررسی‌های خانوار و گردشگری
۴۱۹.....	سایر منابع
۴۲۳.....	دیگر منابع داده‌ای تراز پرداخت‌ها

۴۲۵.....	گزارش تجارت کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی در چارچوب SHA
۴۲۶.....	جداول و گزارش‌های تکمیلی
۴۲۹.....	فصل ۱۳: معیارهای اندازه‌گیری قیمت و حجم
۴۲۹.....	مقدمه
۴۳۰.....	اندازه‌گیری تغییرات قیمت و حجم در چارچوب SHA
۴۳۲.....	شاخص‌های قیمت و حجم بین زمانی
۴۳۵.....	معیارهای اندازه‌گیری مراقبت‌های بهداشتی بازاری و غیربازاری
۴۳۷.....	طبقه‌بندی محصولات برای اندازه‌گیری قیمت و حجم
۴۴۰.....	اندازه‌گیری برحسب رشته فعالیت ارائه‌کننده
۴۴۰.....	بیمارستان‌ها
۴۴۲.....	مراکز مراقبت بلندمدت با تأمین جا
۴۴۳.....	ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی سرپایی
۴۴۴.....	مطب دیگر پزشکان مراقبت‌های بهداشتی
۴۴۴.....	سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی
۴۴۴.....	بررسی اجمالی اندازه‌گیری‌ها
۴۴۷.....	اندازه‌گیری تغییرات مقدار
۴۴۹.....	شاخص‌های قیمت و حجم بین کشورها
۴۵۵.....	فصل ۱۴: حسابداری عمومی و راهنمای تدوین حساب‌های سلامت
۴۵۵.....	مقدمه
۴۵۶.....	معیارهای حسابداری عمومی
۴۵۶.....	جامعیت پوشش
۴۵۷.....	سازگاری و قابلیت مقایسه داده‌ها
۴۵۷.....	سازگاری بین‌المللی
۴۵۷.....	به‌هنگام بودن و دقت
۴۵۷.....	انعطاف‌پذیری
۴۵۸.....	معرفی خلاصه فرآیندهای تهیه SHA

۴۶۹	مسائل عمومی مربوط به اندازه‌گیری
۴۶۹	زمان‌بندی
۴۷۷	برآورد با استفاده از تسهیم
۴۷۹	اصل اساسی تسهیم
۴۸۱	مسائل مربوط به اندازه‌گیری موارد خاص
۴۸۱	هزینه‌های سلامت خصوصی
۴۸۶	فصل ۱۵: ارائه نتایج، جداول و شاخص‌های پایه
۴۸۶	مقدمه
۴۸۷	گزارش حساب‌های سلامت
۴۸۸	جداول حساب‌های سلامت
۴۹۳	هزینه مراقبت‌های بهداشتی برحسب بیماری / وضعیت بیماری
۴۹۴	هزینه مراقبت‌های بهداشتی برحسب سن و جنسیت
۴۹۴	هزینه مراقبت‌های بهداشتی برحسب پنجک درآمدی
۴۹۴	جداول چندبعدی
۴۹۵	شاخص‌های انتخابی HA
۴۹۷	سری‌های زمانی HA
۵۰۳	کاربرد HA همراه با دیگر اطلاعات نظام سلامت
۵۰۴	پیشینه کشور
۵۰۴	منابع فراداده‌ها و داده‌ها
۵۰۵	کنترل کیفیت
۵۰۵	پایگاه داده‌ای ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی
۵۰۷	گزیده‌ای از جداول ارائه شده در این فصل
۴۵۹	پیوست‌ها
۴۵۹	پیوست الف: ارتباط ICHA با سایر طبقه‌بندی‌ها
۵۸۹	پیوست ب: ارتباط بین SHA و SNA
۶۳۵	پیوست پ: متخصصین سلامت و متخصصین مرتبط با سلامت و ISCO-08
۶۳۸	پیوست ت: تأمین مالی سیستم سلامت - ابزارهای تکمیلی

- پیوست ث: طبقه‌بندی محصولات مراقبت‌های بهداشتی ۶۶۳
- پیوست ج: طبقه‌بندی پزشکی ۷۰۹
- پیوست چ: استانداردها و طبقه‌بندی‌های تجارت و گردشگری بین‌المللی ۷۲۹
- واژه‌های اختصاری ۷۴۳

فهرست جداول

- جدول ۱-۳. ارتباط بین هزینه‌ی جاری سلامت در SHA و اصطلاحات SNA ۴۵
- جدول ۱-۴. مرزهای منتخب چارچوب مرکزی حسابداری SHA ۷۲
- جدول ۱-۵. طبقه‌بندی کارکردهای مراقبت‌های بهداشتی ۹۶
- جدول ۲-۵. اجزای بهداشت عمومی و پیشگیری در SHA 1.0 و SHA 2011 ۱۳۳
- جدول ۳-۵. طبقه‌بندی تفصیلی HC.RI.2 - TCAM ۱۴۶
- جدول ۱-۶. طبقه‌بندی سازمان‌ها در ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و ابعاد نظام سلامت ۱۶۲
- جدول ۲-۶. طبقه‌بندی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ۱۶۸
- جدول ۱-۷. طبقه‌بندی و مفاهیم کلیدی تأمین مالی سلامت طبق SHA 2011 و راهنمای تهیه‌کنندگان SHA1.0 ۲۱۰
- جدول ۲-۷. معیارهای اصلی طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ۲۱۷
- جدول ۳-۷. طبقه‌بندی طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ۲۲۲
- جدول ۴-۷. ICHA-HF در SHA 2011 در مقایسه با SHA 1.0 ۲۲۴
- جدول ۵-۷. هزینه‌ها برحسب طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی اجتماعی، خصوصی اجباری و خصوصی ۲۴۹
- جدول ۶-۷. هزینه‌های درمان صندوق‌های عمومی، خصوصی اجباری و خصوصی ۲۵۰
- جدول ۷-۷. عوامل تأمین منابع مالی ممکن برای انواع اصلی طرح‌های تأمین مالی ۲۵۳
- جدول ۱-۸. مقایسه‌ی FS در SHA 2011 با راهنمای تولید ۲۷۲
- جدول ۲-۸. طبقه‌بندی درآمدهای طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ۲۷۶
- جدول ۳-۸. گزارش توصیه شده‌ی وام به‌عنوان اقدام یادداشت برای طبقه‌بندی ۲۸۳
- جدول ۴-۸. درآمد طرح‌های تأمین مالی سلامت برحسب واحدهای سازمانی و نوع درآمد ۲۸۹
- جدول ۵-۸. زیر مجموعه‌ی انتقالات از درآمد داخلی دولت ۲۹۲
- جدول ۶-۸. پرداخت‌های خانوارها برای مراقبت طبق SHA ۲۰۱۱ ۲۹۳
- جدول ۱-۹. طبقه‌بندی عوامل ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی ۲۹۹
- جدول ۲-۹. تفکیک بیشتر کالاها غیر مراقبت‌های بهداشتی ۳۰۸
- جدول ۳-۹. طبقه‌بندی متقاطع بخش‌های کارکردی و اقتصادی ۳۱۴

- جدول ۱-۱۰. طبقه‌بندی بیماری‌ها و شرایط برحسب طبقات بار جهانی بیماری ۳۳۳
- جدول ۲-۱۰. طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت (ICD-10) ۳۳۵
- جدول ۱-۱۱. طبقه‌بندی تشکیل سرمایه ثابت ناخالص در نظام سلامت بر اساس نوع دارایی ۳۵۴
- جدول ۲-۱۱. حساب سرمایه ۳۷۹
- جدول ۱-۱۲. هزینه واردات مراقبت‌های بهداشتی برحسب کارکرد و طرح تأمین مالی ۴۲۷
- جدول ۲-۱۲. هزینه صادرات مراقبت‌های بهداشتی برحسب کارکرد و ارائه‌کننده ۴۲۸
- جدول ۱-۱۳. بررسی اجمالی نماگرها برای حجم ستانده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (HP.1) ۴۴۵
- جدول ۱-۱۴. مثال ارائه‌کننده: اطلاعات فعالیت‌های بیمارستانی ۴۶۶
- جدول ۲-۱۴. مثال منبع ارائه‌کننده: اطلاعات بودجه‌ای وزارت بهداشت ۴۶۶
- جدول ۳-۱۴. نمایش تفصیلی اینکه چگونه اقلام داده‌ها می‌تواند در یک پایگاه داده ذخیره شود ... ۴۷۰
- جدول ۴-۱۴. تخصیص مراقبت‌های اساسی به نحوه ارائه ۴۷۲
- جدول ۵-۱۴. مصرف کالاهای پزشکی که براساس کارکرد مشخص نشده‌اند ۴۷۴
- جدول ۱-۱۵. نمونه‌هایی از شاخص‌های مورد استفاده در تجزیه و تحلیل مراقبت‌های بهداشتی ۴۹۸
- جدول ۲-۱۵. هزینه مراقبت‌های بهداشتی برحسب طرح‌های تأمین مالی و کارکرد ۵۰۳

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲. ارتباط بین چارچوب‌های نظام سلامت و حساب‌های سلامت ۱۴
- شکل ۱-۳. کاربرد کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی ۲۷
- شکل ۱-۴. چارچوب مرکزی و گسترده‌ی حسابداری SHA 2011 ۵۲
- شکل ۱-۵. پیشینه‌ی بیماری و هدف مراقبت‌های بهداشتی ۸۶
- شکل ۲-۵. شکل درختی تصمیم‌گیری برای طبقه‌بندی کارکردی ۸۸
- شکل ۳-۵. مرز اجتماعی و سلامتی مراقبت بلندمدت (LTC) ۱۱۱
- شکل ۴-۵. سازوکارهای توزیع دارو ۱۲۰
- شکل ۱-۶. نمای کلی ارائه‌کنندگان اصلی و ثانویه‌ی مشمول ICHA-HP ۱۵۷
- شکل ۱-۷. ارائه‌ی گرافیکی چارچوب تأمین مالی SHA2011 ۲۰۷
- شکل ۲-۷. شکل درختی طرح‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ۲۲۱
- شکل ۳-۷. ارتباط بین طرح‌های تأمین مالی و عاملین تأمین مالی: ارتباط یک به یک ۲۵۵
- شکل ۴-۷. ارتباط بین طرح‌های تأمین مالی و عاملین تأمین مالی: نمونه تشکیلات سازمانی پیچیده‌تر ۲۵۷
- شکل ۵-۷. مثالی برای رابطه بین طرح‌های دولت، دولت به‌عنوان فراهم‌کننده منابع مالی و دولت به‌عنوان عامل تأمین مالی ۲۶۱
- شکل ۶-۷. نقش‌های محتمل منابع خارجی و واحدهای سازمانی (غیرمقیم) خارجی در تأمین مالی سلامت ۲۶۳
- شکل ۷-۷. طرح‌های تأمین مالی در SHA 2011 و SNA 2008 ۲۶۵
- شکل ۱-۸. نمایش ساده شده از انتقال درآمدهای دولت به طرح‌های مالی ۲۸۶
- شکل ۱-۱۱. هزینه‌های جاری سلامت و تشکیل سرمایه ناخالص در SHA ۳۶۹
- شکل ۲-۱۱. مصرف سرمایه ثابت در SHA ۳۷۳
- شکل ۱-۱۲. روش برخورد با واردات در SHA ۴۱۲
- شکل ۲-۱۲. کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده توسط افراد غیرمقیم در جدول HCxHP ۴۲۵

تشکر و قدردانی

در این کتاب از بسیاری از نظرات و پیشنهادهایی که در فرآیند مشاوره با کارشناسان و سازمان‌های مختلف به دست آمده، استفاده شده است. نام یاری‌دهندگان به قرار زیر است:

سوسن عبدالکریم، او ابو، اچوری هدی، نیکولتا آدامسکیو، باکتیکولا آکازویا، فیصل ال گوهالی، فاتینا ال هلوانی، ایوب اس‌بیو، ماریا گلپر بورخس دوس سانتوس، دانیل آران، لوئیس آرماندو، رویز مورالس، لتیسیا آبیلا، اوزمت عظام، وینود بی انای جری، ارنستو بس‌کولو، دی بیرسیکان، جان ریش، تأمینا بیگم، پدرو بیونا، مارک بورا، الکساندرا کاروالیو، لئونورسدیلو، کوک‌کین چوتنگ، آندره‌کولادو، کتی‌کوئن، جاناتان سای‌لوس، معاونت اداره تجزیه و تحلیل اقتصادی و صندوق همبستگی، وزارت بهداشت (اسپانیا)، فینکا دینکووا، درخه تسفایه، میشل دوا، وِردَرخان دوراری، زین ادین الی‌دری‌سی، ایرینا فالکوویچ، مراکز خدمات پزشکی افراد مسن و نیازمند (ایالات متحده)، وزارت بهداشت، درمان و پیشگیری (دانمارک)، میلنا گاجیک، گادین گالیا، چارو گارگ، کیتوان گوخیناس‌ویلی، رزیتا آلبنا، قدح حسین، هیلدا حرب، جان هندرسون، هاکیو آتریگال، ژاک هیوگونین، میه اینو، مؤسسه کانادایی اطلاعات سلامت، جئورجیاتا ایستراته، ناتالیا یدومسکی‌اگو، هیوگان سان جئونگ، بن جسی، سلیمان گاکولوگا، موسی کیتا، مریم خوش‌اخلاق، جفری کیمانی، فلسیا نال، میکال کوزینک‌سی، جو گوتی‌این، جنیفر لیگوتن، کریستینا لیوندال، یوشا ام کریجیا، ردنسیو ام ایگناسیو، ریکاردو ام دمورائس، سیگیتا ماکیوکینه، ریچارد مدن، آجی محل، ویتوریو ماپلی، نورا مارکووا، عواد ماتاریا، کالیند مترز، توماس امبلی، دیانا می‌غز، میریام گلوریا روبیو، درک موانز، الکساندر مولین، مایکل مولر، لوران موسنگو، استفن ان‌مشیری، ژولیت نابیونگا، شورای ملی بهداشت و رفاه (سوئد)، مانوئلا نودن، وزارت بهداشت و امور اجتماعی (سوئد)، واجی‌انداک، الانا افیسر، ماری جین افوسه، علیرضا علیائی منش، آلن پالاسیوس، لاسینا پاره، رامون پرز مینایا، مارگاریتا پتررا، ونسان ون پولانن پتل، آگوستو پورتاکاررو گرادوس، ژان پیر پولیر، ایزابل کوئینتلا، راشل اچ راسلیس، عزیز الرحمان، راویندرا رانان الیا، ماگدالنا راته، صعديه الرزاق، سینتیا رگالادو، خورخه رلانو، خوزه لوئیس رزندیز جسینتو، کارمن ریس، ماری ریس، کروز ریورو کارلوس، مالی رابینسون، رزا ماریا رودریگز اسکوز، ریموند روسل، توماس روبال، سریت روت، راکوئل دولورس سابنانو، بوالقاسم صبری، روسیو ساینس، آگوست ساگبوهان، حسین صالحی، فاربا سال، لوئیس سالوادور کورولا، شخر ساکسنا، آرتورسن سنسنینگ، اپرناسوماناتان، آلیس سوماره، سیدیکو سوماره، روماریک سام، سامریت سریت‌هام‌رونساوات،

کریستینا استیگ، برند استراک، روبن سوارز، آمار سوئد، انجمن سوئدی مناطق و مقامات محلی، پل زیلارد، ویرج تان چاروانساتین، جفری شبالالا، الکساندر تورزیلازه، ریکاردو ولادارس، جان ون تونگرن، چیتپرانی وسوید، پیت وربی است، جان ورریندر، آنا ویسنه، نیلدا ویلاکرس، ریموند واینر، کوان وان، شیائوپنگ زی، کاترین زیدمن، جمیله زین الدین، تیامین زای، زیوری ژانگ یووی ژانگ، یوکسین ژائو و آندره زیدا.

در پیش نویس های مختلف کتاب، از نظرات کارشناسان حساب های سلامت در نشست های سالانه OECD، گروه فنی آمار اروپا در زمینه مراقبت و جلسات مشاوره منطقه ای سازمان WHO در اوآگادوگو، شانگهای، قاهره، مکزیک، ژنو، سئول، کوئناواکا، نایروبی، پونتا قانای، مانیل و پکن نیز استفاده شده است.

همچنین در فرآیند تجدید نظر، حمایت مالی مناسبی از طرف بنیاد بیل و ملیندا گیتس و کمسیون اروپا صورت گرفته است.

بخش اول

اصول نظام حساب‌های سلامت

مقدمه

پیشینه

در سراسر جهان، نظام سلامت برای گسترش پاسخگویی به عوامل متعددی چون: پیشرفت در فناوری‌های پزشکی، افزایش اطلاعات درباره‌ی سلامت، خدمات سلامت و دسترسی بیشتر به آن، تغییر در اولویت‌های سیاست سلامت برای مواجهه با تغییرات الگوی جمعیت و بیماری‌ها، روش‌های جدید سازمانی و عملکردهای پیچیده‌ی مالی، می‌پردازد. حساب‌های سلامت نیز باید برای سازگاری با این پیشرفت‌ها و برتری یافتن بر روندهای قابل پیش‌بینی آینده با آن‌ها سازگار شوند؛ همچنین توصیف نظام‌مندی از جریان‌های مالی مربوط به مصرف کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌آورد. در واقع هدف، تشریح نظام سلامت از منظر مخارج است. اما همچنان که کشورهای بیشتری حساب‌های سلامت را اجرا و نهادینه می‌کنند، از جانب تحلیلگران، سیاستگذاران و بخش عمومی، انتظارات فزاینده‌ای برای اطلاعات پیچیده‌تر به وجود آمده است. این اطلاعات، از طریق داده‌های بیشتر هزینه‌ی سلامت در قبال میزان داده‌های فعلی، قابل دستیابی است. احتمال دارد، حساب‌های سلامت در کنار دیگر اطلاعات آماری (برای

کنترل و ارزیابی عملکرد نظام سلامت) به تدریج داده‌هایی را برای ابزارهای تحلیلی پیشرفته فراهم کنند. یکی از مهمترین اولویت‌ها، توسعه‌ی داده‌های مورد اطمینان و به‌هنگامی است که بین کشورها و در طول زمان قابل مقایسه باشد. ضروری است که روند مخارج سلامت و عوامل مؤثر آن ارزیابی شود. این ارزیابی به نوبه‌ی خود می‌تواند برای مقایسه بین کشورها و پیش بینی نحوه‌ی رشد آن‌ها در آینده مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین، حساب‌های سلامت به دو طریق مورد استفاده قرار می‌گیرند:

۱. کاربرد بین‌المللی که تأکید آن بر انتخاب داده‌های هزینه‌ای قابل مقایسه در سطح بین‌المللی است؛

۲. کاربرد ملی با تحلیل‌های جامع‌تر از مخارج مراقبت‌های بهداشتی که بیشتر بر مقایسه‌های زمانی تأکید دارد.

حساب‌های سلامت برای هردو کاربرد، نقشی تعیین‌کننده دارد.

در حقیقت، این راهنما بر مبنای تعدادی از دستورالعمل‌ها و رهنمودهای بین‌المللی (برای حساب‌های هزینه سلامت) تهیه و الهام گرفته شده‌است که مهمترین آن‌ها: نظام حساب‌های سلامت ("SHA 1.0")^۱، راهنمای تهیه‌ی حساب‌های ملی سلامت ("راهنمای تهیه‌کنندگان")^۲ و راهبردهای SHA^۳ هستند. با اجرای راهنماهای مختلف در سراسر دنیا تجربیات گرانمایی بدست آمده که در این میان نتایج تحقیقات ویژه‌ی حسابداری سلامت و تلاش برای جمع‌آوری داده‌های بین‌المللی^۴، کمک مهمی برای توسعه‌ی آن بوده است.

در سال ۲۰۰۷، فرآیند رسمی تهیه‌ی SHA 2011 به صورت یک فعالیت مشترک بین متخصصان حساب‌های سلامت در OECD، WHO و Eurostat آغاز شد که به‌عنوان تیم بین‌المللی حساب‌های سلامت (IHAT) شناخته می‌شوند. راهنمای حاصله تبدیل به موضوعی برای مشاوره‌های همه‌جانبه و با امکان دسترسی وسیع در جهت گردآوری داده‌ها از متخصصان ملی و سایر سازمان‌های بین‌المللی شده است؛ همچنین تلاش می‌کند به یک توافق دست یابد که در عین حال منعکس‌کننده‌ی دیدگاه‌ها و اولویت‌های مختلف در حوزه‌ی گسترده‌ی حساب‌های سلامت نیز

^۱. OECD, 2000.

^۲. WHO, بانک جهانی, USAID, ۲۰۰۳.

^۳. آمار اروپا Eurostat / UKONS, ۲۰۰۳.

^۴. پرسشنامه‌ی حساب‌های سلامت بین سازمان OECD، سازمان آمار اروپا و WHO (JHAQ) مشترک بوده، از سال ۲۰۰۵ مورد استفاده قرار گرفته است.

باشد. در بسط این مطلب به سیاست‌های مرتبط، امکان‌پذیری و تداوم‌پذیری، اهمیت بسیاری داده می‌شود. این راهنما بر مبنای چارچوب مفهومی نظام حساب‌های سلامت است اما باید به امکانات عملی و نیازهای تحلیلی آن نیز اشاره کرد.

تفاوت‌ها و اصلاحات SHA 2011 نسبت به SHA 1.0

SHA 2011 تغییرات و اصلاحاتی در SHA 1.0 مطرح می‌کند؛ این راهنما در درجه‌ی اول، رابطه‌ی سه جانبه‌ای را تقویت می‌کند که اساس نظام حساب‌های سلامت، و تعریف آن از مراقبت‌های سلامت و مخارج بلند مدت بهداشت است (یعنی هرآنچه که مصرف شده، را فراهم و تامین مالی کرده است) اما این مثلث، اصول راهنمای SHA 1.0 و راهنمای تهیه‌کننده را نیز حفظ می‌کند. SHA 2011 در محدوده‌ی طبقه‌بندی کارکردی، گزارش کامل‌تری را در حوزه‌هایی مانند پیش‌گیری و مراقبت‌های بلندمدت تأمین می‌کند و تصویری مختصر را از دنیای تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی (که پیوندهای نزدیک‌تری با طبقه بندی‌های استاندارد صنعت دارد) ارائه می‌دهد؛ و رویکرد دقیقی برای ارزیابی تأمین مالی در بخش مراقبت‌های سلامت با استفاده از طبقه بندی‌هایی که در بخش مالی صورت گرفته است ارائه می‌کند.

براساس این رویکرد سه جانبه نسبت به مخارج مراقبت‌های بهداشتی، SHA 2011 سه وجه مشترک تحلیلی (مصرف‌کننده‌ی مراقبت‌های بهداشتی، فراهم‌کننده‌ی آن و واسطه‌های مالی) آن‌ها را نیز گسترش می‌دهد که توسط آن، کشورها می‌توانند بر حوزه‌های خاصی از منافع سیاست‌های ملی سلامت تمرکز کنند و با توسعه‌ی حساب‌های سلامت در این راستا، تحلیل جامع‌تری را امکان‌پذیر سازند. SHA 2011 با تکیه بر روش کار راهنمای تهیه‌کنندگان، وجه تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی را توسعه می‌دهد تا ارزیابی نظام‌مندی از چگونگی تأمین، اداره و استفاده از منابع مالی را محاسبه کند که تمهیدات تأمین مالی (طرح‌های تأمین مالی)، واحدهای سازمانی (عوامل تأمین مالی) و سازوکار افزایش درآمد (درآمد طرح‌های تأمین مالی) را شامل می‌شود. وجه تولید در ساختار مخارج تأمین مراقبت‌های بهداشتی (عوامل ارائه) کاوش کرده و برداشتی مجزا را از تشکیل سرمایه فراهم می‌کند تا از برخی ابهامات گذشته درباره‌ی ارتباط بین وجه مخارج جاری سلامت و هزینه‌ی سرمایه در نظام مراقبت‌های بهداشتی جلوگیری کند. وجه مصرف‌کننده‌ی سلامت برای مطالعه و تحلیل‌های بیشتر در ابعاد کارکردی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ زیرا به بررسی ریز ارقام هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی بر طبق خصوصیات افراد ذی‌نفع (نظیر بیماری، سن، جنسیت، منطقه و موقعیت اجتماعی-اقتصادی) کمک می‌کند. همچنین راهنمای موجود، بحث در حوزه‌های متعددی را که روش‌ها هنوز در آن‌ها تجربه و آزمایش

می‌شوند (نظیر افزایش قیمت، میزان ظرفیت در بخش سلامت یا اندازه‌گیری تجارت بین‌المللی در مراقبت‌های بهداشتی) به روزرسانی می‌کند. تاکنون، بر نیاز به حمایت از سرمایه‌گذاری و تلاش کشورها به منظور نهادینه‌کردن حساب‌های سلامت تأکید بسیاری شده است. به دنبال داده‌های آزمایشی موفق و اثبات روش‌شناسی، هر تغییر پیشنهادی در طبقه‌بندی و روش‌های حسابداری باید به روش تدریجی و قدم به قدم مطرح شود تا یک انتقال بدون مشکل از SHA 1.0 به SHA 2011 صورت گیرد.

نقش راهنما و سازمان‌مندی آن

مرجع جهانی مطرح‌شده توسط این راهنما، باید به توسعه‌ی روشی منسجم برای تدوین حساب‌های هزینه‌ی سلامت کمک کند. همچنین، محتوای راهنما باید برای کاربران دولت‌ها، مؤسسات سلامت، تحلیل‌گران و سیاستگذاران سلامت (با طیف گسترده‌ای از اولویت‌ها و نیز ساختارهای مختلف سازمانی، اقتصادی و آماری) تناسب و کارایی داشته باشد.

SHA 2011 گام قابل توجهی را در جهت توسعه‌ی حساب‌های سلامت برمی‌دارد و دیدگاه فنی و حرفه‌ای سه سازمان بین‌المللی همکار و متخصصان کشورها را در زمان تدوین آن منعکس می‌کند. باید به این راهنما به‌عنوان یک چارچوب اساسی نگریست. تلاشی برای تهیه‌ی راهنما در حساب‌های سلامت که در دوره‌ی زمانی طولانی، مناسب خواهد بود. در عین حال، حسابداری سلامت یک شیوه‌ی درحال رشد است و اثری در دست تهیه تلقی می‌شود. تأکید بر بخش‌ها و فصول خاصی در راهنما نیاز به توسعه‌ی بیشتر، اجراهای آزمایشی و اثبات را نشان می‌دهد. همانند هر راهنمای آماری، سودمند خواهد بود که کشورها برای بسط آن، جنبه‌های مختلفی از آن را استفاده و اجرا کنند؛ بدون شک بر بخش‌هایی تمرکز خواهند کرد که با شرایط آن‌ها مناسب‌تر باشد. از این منظر، راهنما نمی‌تواند یک رابطه‌ی منفعل را در جمع‌آوری داده‌ها ایجاد کند. ممکن است کشورها و نمایندگی‌های آمارهای سلامت و سازمان‌های بین‌المللی، اولویت‌های متفاوتی را به بخش‌های مختلف راهنما بدهند و تصمیم بگیرند که به چه اندازه SHA 2011 را (با توجه به ابعاد و سطح جزئیات بر مبنای اولویت‌های هزینه‌ی سلامت خود، نیازهای اطلاعاتی خط مشی و منابع آماری) اجرا کرده یا از آن اقتباس کنند. به‌عنوان مثال، ممکن است بسیاری از تحلیل‌گران (نه فقط در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط) به ارزیابی درآمد برنامه‌های مالی مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان یک بخش ذاتی در توسعه‌ی حساب‌های سلامت خود بنگرند، در حالی که برخی از کشورهای اروپایی به برآورد تجارت در مراقبت‌های بهداشتی یا افزایش قیمت و میزان ظرفیت،

اهمیت بیشتری قائل می‌شوند. به‌طور کلی، هدف این است که SHA 2011 ابزاری انعطاف‌پذیر برای حسابداران حوزه‌ی سلامت باشد.

بخش اول راهنما با مروری بر نظام حساب‌های سلامت ادامه می‌یابد. شالوده، اهداف و اصول راهنما در فصل ۲ تنظیم گردیده است. در فصل ۳ به مفاهیم اصلی حسابداری و در فصل ۴ به بحث درباره‌ی محدوده‌ی مراقبت‌های بهداشتی پرداخته شده است. سه فصل بعدی شرح مفصلی از ابعاد چارچوب مصرف را فراهم می‌کنند: کارکردهای مراقبت‌های بهداشتی (HC)، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی (HP) و طرح‌های تأمین مالی (HF). بخش دوم راهنما به ترتیب: تأمین مالی، ارائه و استفاده از خدمات و کالاهای مراقبت‌های بهداشتی را مطرح می‌کند؛ همراه با نگاهی ویژه به درآمد طرح‌های تأمین مالی در فصل ۸، عوامل ارائه در فصل ۹ و توزیع امکانشیر مخارج سلامت توسط گروه‌های ذی‌نفع در فصل ۱۰. بخش دوم مواد جدیدی را برای تعدادی از مفاهیم حساب‌های سلامت فراهم می‌کند که ممکن است کشورها آن را سودمند ببینند؛ این مسئله شامل حوزه‌ی مخارج سرمایه^۱، توسعه‌ی تجارت مراقبت‌های بهداشتی بین کشورها^۲ و اندازه‌گیری قیمت و مقدار در حوزه‌ی سلامت^۳ می‌شود. در نهایت راهنما با خلاصه‌ای از راهنمای حسابداری، فرآیند تدوین^۴ و ارائه‌ی نتایج^۵ خاتمه می‌یابد. تعدادی از ضمایم، اطلاعات مرتبط بیشتری را عرضه می‌کنند؛ از جمله: پیوند با سایر طبقه‌بندی‌ها، رابطه بین SHA و نظام حساب‌های ملی، طبقه‌بندی محصولات و برخی ابزارهای تکمیلی حسابداری.

ذکر این نکته ضروری است که ترتیب فصول، نشان‌دهنده‌ی اهمیت نسبی آن‌ها نیست. این راهنما بر اساس دیدگاه و نیازهای کاربر، به روش‌های دیگر نیز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، نظیر گردآوردن وجه مالی در واحد اول، وجه مصرف‌کننده‌ی سلامت در واحد دوم و وجه ارائه در واحد سوم.

^۱ در فصل ۱۱ به آن پرداخته خواهد شد.

^۲ در فصل ۱۲ به آن پرداخته خواهد شد.

^۳ در فصل ۱۳ به آن پرداخته خواهد شد.

^۴ در فصل ۱۴ به آن پرداخته می‌شود.

^۵ در فصل ۱۵ به آن پرداخته می‌شود.

اصول و اهداف حساب‌های سلامت

مقدمه

نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱، نشان‌دهنده‌ی تمایل به ایجاد حساب‌های سلامت و سازگار با تحول سریع نظام سلامت در جهان است؛ این نظام از طریق افزایش مقایسه‌پذیری داده‌های هزینه سلامت، تأمین مالی و در نتیجه ایجاد پایگاه اطلاعاتی فزاینده برای کاربرد تحلیلی به‌کار می‌رود. امید است که ویرایش جدید SHA آن را به ابزاری مفید برای ارزیابی و نظارت بر نظام سلامت تبدیل نماید و در تحلیل اهمیت هزینه‌های سلامت از منظر مصرف در کل اقتصاد، مؤثر باشد. بنابراین، فصل دوم با مروری بر اهداف نظام حساب‌های سلامت، اصولی را تشریح می‌کند که این نظام از آن منتج می‌شود؛ سپس با بحث در این باره که اطلاعات هزینه‌ی سلامت در گذشته چگونه مورد استفاده قرار گرفته‌اند (به همراه برخی کاربردهای تحلیلی اطلاعات تولید شده در SHA 2011) به پایان می‌رسد.

پیشینه

تلاش برای توصیف جریان‌های مالی مرتبط با مصارف مراقبت‌های بهداشتی، به سال‌های دهه‌ی ۱۹۲۰ برمی‌گردد.^۱ در ابتدای دهه‌ی ۱۹۶۰، ابل-اسمیت و دیگران تحقیقاتی را در زمینه‌ی اندازه‌گیری هزینه‌ی سلامت در کشورهای درحال توسعه، انجام دادند.^۲ در دهه‌ی ۱۹۷۰، به‌طور منظم، کشورهای عضو OECD (همچنین در برخی کشورها مثل فرانسه و هلند، در دهه ۱۹۵۰) با اطلاعات جمع‌آوری شده‌ی مربوط به هزینه‌های بخش خصوصی و عمومی، شروع به برآورد هزینه‌ی سلامت کردند.^۳ در میان این فعالیت‌ها، شاید ایالات متحده جامع‌ترین تلاش را انجام داد که در کنار داده‌های مرتبط با هزینه، اطلاعات مفصلی را درباره‌ی منابع مالی سلامت، تهیه کرده است.^۴ تلاش‌های اشاره شده تا حدی، توسعه‌ی نظام‌مند حساب‌های اقتصادی ملی را به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری مجموع فعالیت‌های اقتصادی، منعکس می‌کند.^۵ در طی سال‌ها، مطالعاتی نیز برای تشریح جریان‌های مالی انجام شده است که زیرمجموعه‌ی طبقه‌بندی‌های هزینه‌ی مصارف سلامت هستند. مثل: HIV/AIDS، گروه‌های منطقه‌ای و اجتماعی-اقتصادی. در سال‌های اخیر، دو تلاش عمده برای نظام‌مند کردن مجموعه‌ی اطلاعات جریان‌های مالی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی وجود داشته است. جریان اول: در سال ۲۰۰۰، OECD، نظام حساب‌های سلامت (SHA 1.0) را منتشر می‌کند که مجموعه‌ای است از طبقه‌بندی‌های مرتبط با جریان‌های مالی شناخته شده به‌عنوان طبقه‌بندی بین‌المللی حساب‌های سلامت (ICHA)، جریان دوم: تلاش مشترک WHO، بانک جهانی و USAID که در سال ۲۰۰۳، به گسترش

^۱ Fetter, 2006.

^۲ Abel-Smith, 1963 Y; Abel-Smith, 1967.

^۳ از اواخر دهه‌ی ۱۹۷۰، ژان پیر پولیور نیروی موثر ایجاد سبدهای مقایسه‌ای هزینه‌های ملی در حوزه‌ی سلامت برای دولت‌های عضو OECD بود که منتج به ایجاد پایگاه داده‌ای از اطلاعات مصارف سلامت و سابقه این موضوع شد. نگاه کنید به OECD (1977)، OECD (1985)، OECD (1990)؛ همچنین نگاه کنید به van Scheiber and Poullier (1989)؛ Poullier et al. (2002)؛ Murray and Evans (2003)؛ Schneider (1995)؛ Mosseveld (2003)

^۴ Waldo, 1996.

^۵ راهنمای جامع برای جمع‌آوری داده‌های حساب‌های ملی با قابلیت مقایسه بین‌المللی، اولین بار در سال ۱۹۵۳ تحت سرپرستی سازمان ملل ایجاد شد. SNA 2008 پنجمین بازنگری SNA است. این راهنما با همکاری EC، IMF، OECD، UN و WB منتشر شد.

"راهنمای تولید حساب‌های ملی سلامت" منتج شد و به‌عنوان راهنمای تهیه‌کنندگان NHA (PG) نیز ذکر گردید. این‌ها اولین استانداردهایی بوده‌اند که در تولید داده‌های هزینه‌ی سلامت، در سطح جهانی و به شکلی گسترده‌تر مورد پذیرش و استفاده قرار گرفته‌اند. این نشریات منجر شدند تا OECD، Eurostat و WHO مجموعه‌ای از داده‌های قابل مقایسه‌ی بین‌المللی را در چارچوب گردآوری داده‌های مشترک، تکمیل کنند؛ هر راهنما، در کشورهای با درآمد بالا (SHA 1.0)^۱، کم و متوسط (راهنمای تهیه‌کنندگان NHA) به انجام تعداد قابل توجهی از تحقیقات، کمک کرده است. از زمان انتشار این راهنماها، سازمان‌های بین‌المللی، به طرق مختلف از تلاش کشورها برای اجرای این استانداردها حمایت می‌کردند؛ مانند: کمک‌های مالی به کشورها، تشکیل کارگاه‌های آموزشی برای متخصصان کشورها یا پروژه‌های مختلف سرتاسری برای اصلاح تجزیه و تحلیل داده‌ها و شکل‌گیری شاخص‌ها بر مبنای روش شناسی SHA. سایر راهبردها با هدف پوشش منطقه‌ای و استفاده از رویکردهای متنوع تهیه^۲ شده‌اند و در کشورها، تعدیلات بسیاری به‌منظور هدایت سیاست‌های ملی^۳ و نیز برآوردهای منطقه‌ای ایجاد شده‌است.^۴

مقاصد و اهداف نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱

SHA 2011، استاندارد را برای طبقه‌بندی هزینه‌های سلامت بر مبنای سه محور مصرف، ارائه و تأمین مالی، تهیه کرده است. این استاندارد، وظیفه‌ی راهنمایی و پشتیبانی متدولوژیکی را برای تهیه‌ی حساب‌های سلامت، برعهده دارد.

به طور اخص مهمترین اهداف نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱ بدین شرح هستند:

- ارائه‌ی چارچوبی از کمیت‌های کل، مناسب برای مقایسه‌ی بین‌المللی هزینه‌های سلامت و تجزیه و تحلیل نظام‌های آن؛
- ارائه‌ی ابزاری قابل انطباق با هر کشور که بتواند داده‌های سودمندی را برای نظارت و تجزیه و تحلیل نظام سلامت خود ایجاد کند؛
- تعیین مرزهای هماهنگ بین‌المللی مراقبت‌های بهداشتی برای ارزیابی هزینه‌ی مصرف.

^۱. Orosz and Morgan, 2004.

^۲. Eurostat/UK ONS, 2003; PAHO, 2005.

^۳. به‌عنوان نمونه نگاه کنید به van Mosseveld and Smit, 2005.

^۴. به‌عنوان نمونه نگاه کنید به Kamp-Nielsen, 2002; Schneider et al., 2002; and Braendvang.

SHA 2011 در راستای پیگیری این اهداف، مبنایی را برای جمع‌آوری، فهرست‌نویسی و برآورد تمام جریان‌های مالی مربوط به هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند.

اصول نظام حساب‌های سلامت ۲۰۱۱

اصول راهبردی به‌کار رفته در تعریف ابعاد و طبقه‌بندی‌های SHA 2011، درباره‌ی اهداف تحلیلی سلامت، استمرار استانداردهای موجود و پیوند با نظام حساب‌های ملی (SNA) مرتبط و سودمند بوده است. کالا و خدماتی که جمعیت مقیم یک کشور یا منطقه آن را مصرف می‌کنند نقطه‌ی آغاز SHA 2011 است. این مسئله بر ساختار طبقه‌بندی‌های نظام، تأثیرگذار خواهد بود؛ در توصیف نظام، به مصرف نهایی افراد مقیم در برابر تولید اولویت داده شده است.

راهنمای موجود، با استفاده از رویکردی کاربردی، درباره‌ی ماهیت مواد تهیه شده و مصرف شده در مراقبت‌های بهداشتی پیش برده شده است؛ یعنی شامل هزینه‌های سلامت می‌شود، بدون توجه به اینکه چه کسی و چگونه آن را تأمین مالی یا ارائه می‌کند؛ به‌عنوان مثال: خدمات سلامت ارائه و مصرف شده‌ای که در SNA، خارج از شاخه‌ی سلامت قرار گرفته‌اند (نظیر خدمات سلامت در محیط کار یا خدمات پزشکی در مراقبت‌های بلندمدت اقامتی) بخشی از مصرف نهایی خدمات سلامت جمعیت مقیم، محسوب می‌شوند؛ بنابراین SHA شامل آن‌ها می‌شود. روش تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، برای شمول یا عدم شمول در حساب‌های سلامت، قطعی نیست؛ به‌عنوان مثال مشخص نیست که آیا بابت مصرف نهایی خدمات سلامت، پولی پرداخت شده یا یک نهاد دولتی هزینه‌ی آن را بازپرداخت کرده است.

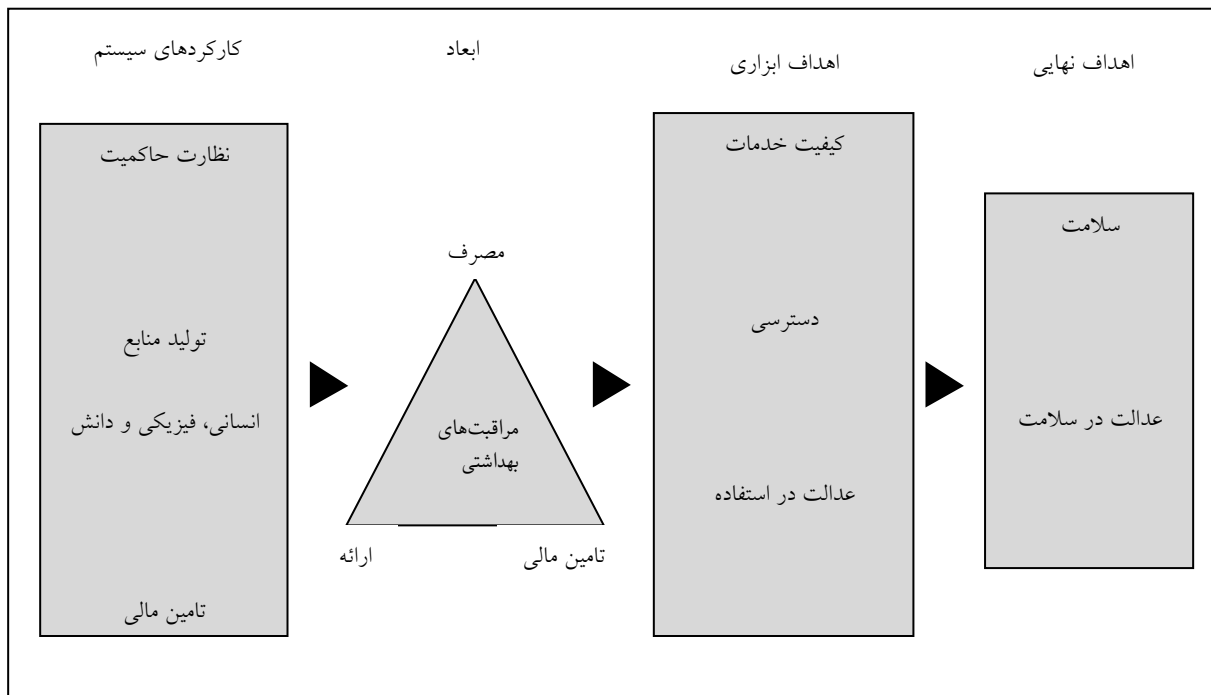
نظام‌های سلامت و نظام حساب‌های سلامت

نظام‌های سلامت، چارچوب ملی پیچیده‌ای دارند که به شدت متأثر از فرهنگ، سیاست و اقتصاد هر کشور است؛ همچنین دارای پیوندهایی با بخش‌های اقتصادی، مدیریت عمومی، فعالیت‌های مختلف مرتبط با مشارکت اجتماعی هستند. چارچوب نظام‌های سلامت به دلیل ماهیت چند بخشی سلامت و مشارکت چند بخشی در سلامت (به ویژه با توجه به مرزبندی‌های هزینه‌ی سلامت)، بسیار وسیع‌تر از رویکرد SHA است. در حالی‌که نظام‌های سلامت می‌توانند به طرز قابل توجهی بین کشورها متفاوت باشند، SHA قصد دارد با مشخص کردن حدود مراقبت‌های بهداشتی (طبق طبقه‌بندی کارکردی) داده‌های هزینه‌ای مراقبت‌های بهداشتی بین‌المللی را افزایش دهد. سازمان جهانی بهداشت، چارچوبی را برای نظام سلامت شرح داده است؛ این چارچوب متشکل از کلیه‌ی سازمان‌ها، نهادها، منابع و افرادی است که هدف اولیه‌ی آن‌ها، ارتقای سلامت

است (WHO, 2000). در این چارچوب، چهار جزء یا کارکرد برای رسیدن به اهداف نهایی ضروری هستند؛ این چهار جزء نقش استانداردهایی را برعهده دارند که در نهایت، عملکرد نظام را نیز اندازه‌گیری می‌کنند:

۱. حاکمیت: سرپرستی نظام که شامل سیاست‌گذاری، تنظیم قوانین مناسب و نظارت است؛
۲. تولید منابع: سرمایه‌گذاری در کارکنان، عوامل کلیدی و فن‌آوری‌ها (انسانی، فیزیکی و دانش)؛
۳. منابع انسانی: ارائه‌ی عملکرد درست از نیروی کار حوزه‌ی سلامت و نیز سرمایه‌گذاری در آن؛
۴. محصولات و فن‌آوری‌های پزشکی: تولید و ارائه‌ی کالاها، دارو و دانش پزشکی مقرون به صرفه؛
۵. کالاهای سرمایه‌ای: سرمایه‌گذاری در سرمایه‌ی ثابت و سایر انواع سرمایه برای استفاده در ارائه‌ی خدمات سلامت در آینده؛
۶. تأمین مالی: افزایش درآمد سلامت، سرمایه‌گذاری مشترک و خرید خدمات؛
۷. ارائه‌ی خدمات: "ترکیبی از نهادها در فرآیند تولید خدمات که خدمات سلامت را به جامعه ارائه می‌کند [...]؛ هدف آن نیز تولید بهترین و مؤثرترین ترکیب از خدمات شخصی و غیرشخصی و در دسترس قرار دادن آن‌ها است."^۱

چارچوب نظام سلامت، مجموعه‌ای از اهداف را نیز تعیین می‌کند. این اهداف می‌توانند از نظر اهمیت در طی زمان و بین کشورها متفاوت باشند اما دستیابی به آن‌ها، به چگونگی اجرای نظام سلامت وابسته است. تمام این اهداف (در اشکال و نام‌های مختلف) موضوع اندازه‌گیری برای تجزیه، تحلیل و نظارت بر عملکرد نظام سلامت هستند. شکل ۱-۲ نشان می‌دهد ابعاد مختلف SHA، چگونه بین کارکردهای متفاوت نظام سلامت و اهداف چارچوب آن، جای می‌گیرند و منعکس‌کننده‌ی سیاست مناسب این ابعاد هستند.



شکل ۱-۲ . ارتباط بین چارچوب‌های نظام سلامت و حساب‌های سلامت

هر چهار کارکرد (حاکمیت، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه‌ی خدمات) می‌توانند با سه محور حساب‌های سلامت پیوند داشته باشند: مصرف، ارائه و تأمین مالی. هر محور با طبقه‌بندی خاصی در ارتباط است اما برای هر محور، طبقه‌بندی واحدی وجود ندارد. به‌عنوان مثال، محور تأمین مالی می‌تواند با طرح‌های تأمین مالی و نیز عوامل تأمین مالی اندازه‌گیری شود. مصرف، نقطه‌ی آغاز است و کالاها و خدماتی که با هدف سلامت مصرف شده‌اند (کارکردها) حدود حساب‌های سلامت را تعیین می‌کنند.^۱ آنچه که مصرف می‌شود، تولید و تهیه شده است؛ پس محور دیگر ارائه است. در آخر، هر آنچه که مصرف و ارائه می‌شود، از نظر مالی تأمین می‌گردد. یعنی محور سوم (تأمین مالی) همانند محور دوم، بر طبق مصرف، اندازه‌گیری می‌شود.

این ابعاد کلیدی حسابداری سلامت عبارتند از:

- طبقه‌بندی کارکردی مراقبت‌های بهداشتی (HC)؛
 - طبقه‌بندی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی (HP)؛
 - طبقه‌بندی طرح‌های تأمین مالی (HF).
- SHA 2011 در مقایسه با SHA 1.0 ابعاد بیشتری را تعیین کرده است و بستری را برای تهیه‌ی شاخص‌های مکمل نظام سلامت فراهم می‌کند:
- طبقه‌بندی انواع درآمد طرح‌های تأمین مالی سلامت (FS)^۲؛
 - طبقه‌بندی عاملین ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی (FP)^۳؛
 - طبقه‌بندی افراد ذی‌نفع: سن، جنسیت، بیماری، ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی یا منطقه‌ای^۴؛
 - طبقه‌بندی منابع انسانی در مراقبت‌های بهداشتی با استفاده از ISCO 2008^۵؛
 - طبقه‌بندی کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی^۶.

جریان‌های مالی تحت SHA، برای تناسب با سیاست‌ها، باید به نظارت و ارزیابی میزان دستیابی به هدف‌های مرتبط با هر نظام مراقبت‌های بهداشتی معین، کمک کند. چارچوب نظام

^۱.نگاه کنید به فصل ۴.

^۲.نگاه کنید به فصل ۸.

^۳.نگاه کنید به فصل ۹.

^۴.نگاه کنید به فصل ۱۰.

^۵.نگاه کنید به پیوست C.

^۶.نگاه کنید به پیوست E.

سلامت برای تجزیه و تحلیل مراقبت‌های بهداشتی، ما را به تولید داده‌های مناسب راهنمایی می‌کند. شاخص‌های برخی از اهداف تنها می‌توانند با به‌کارگیری داده‌های هزینه گسترش یابند. داده‌های طبقه‌بندی شده در جداول، حساب‌های سلامت را نشان می‌دهند؛ یعنی منبع تأمین پول (هزینه) را مشخص می‌کنند، چه کسی آن را مدیریت کرده و برای چه چیزی استفاده می‌شود؛ این موضوع شفافیت و مسئولیت‌پذیری نظام سلامت را افزایش می‌دهد. ادامه‌ی این جریان‌های مالی در طول زمان (برای کشورهایی که میزان قابل توجهی منابع خارجی دریافت می‌کنند) می‌تواند به وجود آورنده‌ی گرایش‌هایی باشد که ناشی از ناپایداری، کاهش، افزایش یا مشروط بودن کمک‌های دریافتی و پیامدهای بالقوه برای پایداری آن هستند. داده‌های مربوط به مبالغ پرداخت (از جیب و اشکال متنوع منابع حاصل از پیش‌پرداخت‌ها) می‌توانند شاخص‌های محافظت از ریسک مالی را گسترش دهند. داده‌های مربوط به منابع بودجه، هزینه (در ترکیب با بهره‌گیری و درآمد)، انواع درآمد و افراد ذی‌نفع نیز می‌توانند شاخص‌های عدالت در تأمین مالی را توسعه دهند.

اما سایر اهداف، نیاز به ترکیبی از داده‌های هزینه‌ای و غیرهزینه‌ای دارند. به‌عنوان مثال، داده‌های هزینه‌ای در ترکیب با بهره‌برداری می‌توانند برای توسعه‌ی شاخص‌های دسترسی و عدالت به‌کار روند. هزینه‌ی کارکردهای مختلف مراقبت‌های بهداشتی، در ترکیب با داده‌های مربوط به نتایج (تحت فروضی خاص) می‌تواند به‌عنوان شاخصی برای کارایی به‌کار رود.

هدف، قرارگرفتن SHA 2011 به‌عنوان یک استاندارد آماری است تا بتواند برای نیازهای مختلف تحلیلی، داده‌هایی را فراهم کند. طبقه‌بندی‌ها به طریقی بسط یافته‌اند تا برای سطوح متفاوت کمیت کل، بکار روند. ابعاد مختلف در نظر گرفته می‌شوند تا تشریح جامع‌تر نظام سلامت را (از منظر هزینه) برای کشورهایی امکان‌پذیر سازند که آن را سودمند می‌یابند.

SHA 2011 نیز مانند نظام حساب‌های ملی (SNA 2008)، در نظر گرفته شده است تا نظام حساب‌هایی جامع (دارای سازگاری درونی و قابل مقایسه به صورت بین‌المللی) را نهاده سازد که در حد امکان باید با سایر آمارهای کمیت‌های کل اقتصادی و اجتماعی سازگار باشد. به‌طور کلی، SHA 2011 متناسب با شرایط، به‌دنبال اقتباس تعاریف و مفاهیم از نظام‌های آماری موجودی است که تحت توجهات سازمان ملل و سایر سازمان‌های بین‌المللی و منطقه‌ای تعریف و تأیید شده‌اند.

سازگاری درونی، استفاده از هویت‌ها و قواعد حسابداری را امکان‌پذیر ساخته است. استفاده از آن‌ها به‌منظور بررسی متقابل اعتبار برآوردهایی است که از ابعاد متفاوت SHA، شناسایی شکاف‌ها و نقصان‌ها در نظام‌های گزارش‌دهی متداول، حساب‌های سلامت و در نتیجه تشخیص