

بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور ۶۰. بودجه برنامه پزشکی خانواده



مشخصات لایحه

دوره یازدهم - سال اول

شماره ثبت:

۳۰۰

شماره چاپ:

تاریخ چاپ:

معاونت پژوهش‌های
اجتماعی - فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

مشخصات گزارش

اعتبارات برنامه در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰

در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰، مجموعاً ۲۳۵۰ میلیارد تومان؛ از محل اعتبارات ردیف‌های ستادی وزارت بهداشت (از محل ۱ درصد مالیات سلامت) معادل ۱۳۵۰ میلیارد تومان و اعتبارات طرح تحول سلامت (اعتبارات موضوع ماده (۴۶) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت) معادل ۱۰۰۰ میلیارد تومان برای اجرای برنامه ارائه مراقبت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر، حاشیه شهرها و کلان‌شهرها در نظر گرفته شده است.

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۷۳۹۲

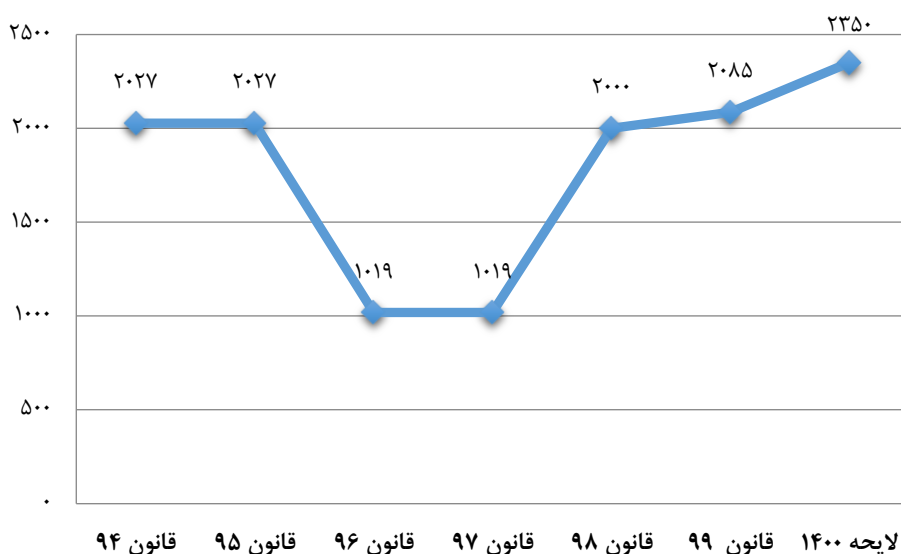
تاریخ انتشار:

۱۳۹۹/۱۱/۱۴



نمودار ۱. روند اعتبارات برنامه پزشکی خانواده در قوانین بودجه و لایحه بودجه سال ۱۴۰۰

(میلیارد تومان)



الف) برنامه پزشکی خانواده روستایی: لزوم اجرای این برنامه از برنامه چهارم آغاز و در برنامه پنجم ادامه یافت، اما علی‌رغم تأکید سیاست‌های کلی سلامت بر سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع؛ نه تنها در قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه به‌عنوان یک سیاست دائمی؛ بلکه در برنامه ششم توسعه نیز به اجرای این برنامه پرداخته نشده است. نگاهی به اعتبارات این برنامه در طی سنوات گذشته نشان می‌دهد که دولت برنامه و عزم مشخصی برای اجرای این برنامه در سطح کلان نظام سلامت نداشته است.

اعتبار برنامه پزشکی خانواده روستایی به موجب تفاهمنامه‌ای که در سال ۱۳۹۳ با سازمان بیمه سلامت و سازمان برنامه و بودجه تنظیم شد، از تجمیع اعتبارات از محل ۱ درصد مالیات بر ارزش‌افزوده (ماده (۳۷) قانون الحاق) به‌عنوان سهم وزارت بهداشت و اعتبارات بیمه پایه روستاییان به‌عنوان سهم سازمان بیمه سلامت ایران تأمین مالی می‌شود. عملکرد برنامه پزشکی خانواده روستایی نشان‌دهنده موفقیت این برنامه در بستر شبکه‌های بهداشت و درمان تاکنون بوده است، اما عدم تأمین مالی متناسب با حجم خدمات و عدم تخصیص کافی اعتبارات، موفقیت و اثرگذاری این برنامه را در سال‌های اخیر با چالش جدی مواجه کرده است (جدول ۱). بنا به گزارش وزارت بهداشت، در سال ۱۳۹۹؛ علی‌رغم اینکه برای اجرای این برنامه ۴۵۰۰ میلیارد تومان اعتبار برآورد شده بود، اما ۳۸۳۰ میلیارد تومان اعتبار در نظر گرفته شد که ۱۹۳۰ میلیارد تومان سهم صندوق بیمه سلامت و ۱۹۰۰ میلیارد تومان از محل ۱ درصد به‌عنوان سهم وزارت بهداشت مصوب شد، ولی اکنون با گذشت نزدیک به ۹ ماه از سال، علی‌رغم اینکه انتظار می‌رفت اعتبار در نظر گرفته شده حدوداً در هر ماه معادل ۱۶۰ میلیارد تومان تخصیص یابد؛ (حدود ۱۴۴۰ میلیارد تومان برای ۹ ماه سپری شده از سال) اما تاکنون صرفاً ۳۷۵ میلیارد تومان از کل اعتبار در نظر گرفته شده تخصیص یافته است. شایان ذکر است که اعتبار اختصاص یافته از محل ماده (۳۷) صرف تأمین ۴۳۶ قلم دارو، مکمل‌ها، تأمین خودرو برای ده‌گردشی، خدمات پاراکلینیکی و پرونده الکترونیک سلامت می‌شود. بنابراین به‌نظر می‌رسد عدم کفایت منابع و همچنین عدم تخصیص کافی اعتبارات؛ سبب عدم تأمین خدمات در سطح روستا و به‌دنبال آن عدم دسترسی بیمار به خدمات ارزان و رایگان و درنهایت افزایش پرداخت از جیب بیمار خواهد شد. این مسئله علاوه بر اینکه مغایر با سیاست‌های کلی سلامت بوده، سبب نارضایتی بیمار از برنامه پزشکی خانواده، سرگردانی آنان در نظام سلامت، افزایش خدمات غیرضرور و تقاضای القایی و... خواهد شد.

جدول ۱. اعتبارات برنامه پزشک خانواده روستایی طی سال‌های (۱۳۹۴-۱۳۹۸)

(میلیارد تومان)

سال	یک درصد مالیات بر ارزش افزوده			صندوق بیمه روستایی			جمع اعتبارات برنامه		
	پیش‌بینی	تخصیص	درصد تخصیص	پیش‌بینی	تخصیص	درصد تخصیص	پیش‌بینی	تخصیص	درصد تخصیص
۱۳۹۴	۹۰۰۰	۷۵۰۰	۸۳٪	۱۳۴۳۵	۱۲۳۳۰	۹۲٪	۲۲۴۳۵	۱۹۸۳۰	۸۸
۱۳۹۵	۱۵۰۰۰	۱۱۷۰۰	۷۸٪	۱۵۰۰۰	۱۳۹۰۰	۹۲٪	۳۰۰۰۰	۲۵۶۰۰	۸۵
۱۳۹۶	۱۳۵۰۰	۱۲۵۷۰	۹۳٪	۱۶۵۰۰	۱۳۱۵۰	۸۰٪	۳۰۰۰۰	۲۵۷۲۰	۸۶
۱۳۹۷	۱۴۰۰۰	۱۰۶۱۰	۷۵٪	۱۴۰۰۰	۱۰۸۴۴	۷۷٪	۲۸۰۰۰	۲۱۴۵۴	۷۶
۱۳۹۸	۱۶۰۰۰	۱۴۰۰۰	۸۸٪	۱۶۰۰۰	۱۴۴۶۸	۹۰٪	۳۲۰۰۰	۲۸۴۶۸	۸۹

مأخذ: گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ب) **برنامه تحول شهری:** آنچه از سال ۱۳۹۸ در خصوص اعتبارات برنامه پزشک خانواده مطرح است؛ اعتبار لحاظ شده از محل منابع طرح تحول سلامت (موضوع ماده (۴۶) قانون الحاق بخشی از مقررات مالی دولت (۲)) به برنامه پزشک خانواده است. در راستای تکلیف وزارت بهداشت در بند «ث» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه، برنامه تحول شهری^۱ در بستر طرح تحول سلامت آغاز شد. اگر چه در عنوان با برنامه پزشک خانواده یکی است و به نوعی می‌تواند زیرساخت مناسبی برای اجرای برنامه پزشک خانواده شهری باشد؛ اما در عمل با چارچوب و استانداردهای برنامه پزشک خانواده فاصله بسیار دارد. به طوری که در این برنامه به‌ازای هر ۱۲ تا ۱۵ هزار نفر جمعیت، یک پزشک در برنامه وجود دارد (حدوداً ۴ برابر بیشتر از استاندارد برنامه پزشک خانواده) ضمن اینکه روند اعتبارات اختصاص یافته و ازسوی دیگر عدم تخصیص کامل اعتبارات به این برنامه نتوانسته در همین چارچوب گسترش مناسبی را در اجرای این برنامه در سطح شهرها ایجاد کند. براساس گزارش وزارت بهداشت، در سال ۱۳۹۸؛ برای اجرای برنامه تحول شهری ۴۵۰۰ میلیارد تومان اعتبار لازم پیش‌بینی شده بود درحالی که ۲۰۰۰ میلیارد تومان مصوب شد و از همان اعتبار؛ صرفاً ۱۲۰۰ میلیارد تومان تا پایان سال تخصیص یافت. در سال ۱۳۹۹ نیز براساس برآوردهای صورت‌گرفته به‌ازای هر ماه اعتباری معادل ۱۷۰ میلیارد تومان (معادل ۲۰۴۰ میلیارد تومان در سال) بودجه مورد نیاز است؛ اما علی‌رغم برآوردها ۱۰۰۰ میلیارد تومان مصوب و تاکنون ۹۴۸ میلیارد تومان تخصیص یافته است. عدم تأمین اعتبار لازم برای اجرای این برنامه در مقابل گستردگی خدمات ارائه شده موجب برون‌سپاری خدمات در این برنامه شد. به طوری که برنامه فعلی در کل کشور؛ با دارا بودن ۵۳۳۵ مرکز فعال با بیش از ۲۰ هزار نیروی انسانی، نزدیک به ۵۵ میلیون نفر با متوسط هر نفر ۵ خدمت در سال را تحت پوشش دارد.

اظهار نظر کارشناسی

از آنجایی که موضوع بهداشت یک مسئله حاکمیتی بوده و اسناد بالادستی نیز بر حمایت دولت و ایجاد دسترسی عادلانه تأکید داشته است؛ لکن در لوایح بودجه سنواتی دولت، پراکندگی برنامه‌ها و اعتبارات اختصاص یافته در حوزه بهداشت نمی‌تواند دستیابی به این اهداف را مقدور کند. با گذشت بیش از ۲۰ سال از تدوین سیاست برنامه پزشکی خانواده و وجود مزایای متعدد و مؤثر این برنامه در نظام سلامت، به نظر می‌رسد تعارض منافع در دولت‌ها یکی از مهم‌ترین دلایل بی‌توجهی و نادیده گرفتن این برنامه تاکنون شده است.

۱. دو برنامه اصلی تحول شهری:
 ✓ برنامه تأمین و ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت (خدمات نوین سلامت) در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق جمعیت حاشیه‌نشینان شهری و شهرهای ۳۰ تا ۵۰ هزار نفر.
 ✓ برنامه ارتقای مراقبت‌های اولیه سلامت (خدمات نوین سلامت) در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت بالای ۵۰ هزار نفر و کلان شهرها.

این درحالی است که وجود برنامه عملیاتی مشخص، اختصاص اعتبار متناسب با نیاز واقعی اجرای برنامه؛ تخصیص کامل اعتبارات در طی چند سال می‌تواند تلاش‌های انجام‌شده در این مسیر را به هدف خود نزدیک کند.

جدول ۲. روند تخصیص اعتبارات به برنامه پزشکی خانواده در قوانین بودجه سنواتی

(میلیارد تومان)

عنوان / سال	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
پیش‌بینی	۲۰۰۶	۲۰۲۷	۲۰۲۷	۱۰۱۹	۱۰۱۹	۲۰۰۰
تخصیص	۶۳۱	۱۲۰۷	۱۳۰۰	۱۱۲۰	۹۹۴	۱۲۰۰
عملکرد	۵۶۵	۷۱۵۱	۸۴۸۱	۸۶۷۱	۹۹۴	۲۰۲۷

در این راستا، نکاتی به شرح زیر بر اجرای این برنامه و اعتبارات اختصاص یافته وارد است:

- **نحوه هزینه‌کرد اعتبارات از محل ۱ درصد مالیات سلامت:** مطابق دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی (تبصره ماده (۴۷)): سرانه سلامت (از محل اعتبارات ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده) برای کل جمعیت ساکن در روستاها، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر محاسبه و توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت از ابتدا در اختیار سازمان بیمه سلامت قرار گرفته تا طبق بسته خدمات و اجرای مفاد تفاهمنامه، براساس لیست توزیع ارسالی از سوی معاونت بهداشت در اختیار دانشگاه/ دانشکده قرار گیرد. به عبارتی موقعیت نهاد توزیع‌کننده منابع یا خریدار خدمت مسئله این حوزه است. در واقع سیاست‌های کلی سلامت (بند «۷-۲») تأکید می‌کند مدیریت منابع از طریق نظام بیمه‌ای انجام شود. ضمن اینکه؛ هر چند با توجه به اینکه مطابق اصول مدیریت و اقتصاد سلامت لازم است نهادهای تولید، خریدار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت جدا از یکدیگر باشند تا زمینه ایجاد موقعیت تعارض و متعاقباً فساد و ناکارآمدی ایجاد نشود و قرار داشتن بیمه سلامت ذیل وزارت بهداشت منجر به آن شده است تا سازمان بیمه سلامت نتواند نقش واقعی خود (به‌عنوان خریدار آگاه با لحاظ منافع جمعیت تحت پوشش) را ایفا کند، ولی تزریق منابع به صورت مستقیم به وزارت بهداشت نیز به‌عنوان گامی رو به عقب نسبت به وضعیت فعلی تلقی می‌شود.

- **عدم کفایت منابع:** اگرچه رشد اعتبارات اختصاص یافته به برنامه پزشک خانواده در لایحه و همچنین اعتبار در نظر گرفته شده از محل منابع هدفمندی یارانه‌ها (تبصره «۱۴») در کنار سایر برنامه‌های اولویت‌دار دولت در سال ۱۴۰۰ می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مثبت در نظر گرفته شود، اما به نظر می‌رسد با توجه به مجموع برنامه‌های در نظر گرفته شده برای این اعتبار و همچنین نشان‌دار نشدن ردیف برای برنامه پزشک خانواده، امکان تأمین منابع کافی برای اجرای موفقیت‌آمیز این برنامه وجود نخواهد داشت. براساس گزارش وزارت بهداشت؛ برنامه پزشک خانواده روستایی در سال ۱۴۰۰؛ نیازمند اعتباری معادل ۴۸۰۰ میلیارد تومان و برنامه تحول شهری معادل ۶۰۰۰ میلیارد تومان است. به نظر می‌رسد نبود حمایت کافی بودجه عمومی کشور از یک برنامه، از عواملی است که سبب عدم اجرای موفق یک سیاست با چند دهه قدمت شده است.

- **تعیین تکلیف برنامه پزشک خانواده شهری (فارس و مازندران):** در راستای بحث پراکندگی اعتبارات اختصاص یافته به برنامه پزشک خانواده، باید اشاره کرد که اعتبار اجرای برنامه پزشک خانواده شهری (نسخه ۰۲) در استان‌های فارس و مازندران از سرجمع اعتبارات سازمان بیمه سلامت بدون داشتن ردیف مشخص در ذیل برنامه‌های این سازمان تأمین می‌شود. به نظر می‌رسد این عدم پایداری و نشان‌دارنشدن منابع، عدم پاسخگویی و نظارت را بر اجرای گام‌های برنامه ایجاد خواهد کرد.

- **تولیت برنامه پزشکی خانواده؛** اگرچه وزارت بهداشت در بحث تولیت برنامه پزشکی خانواده، نقشه راه اجرای برنامه و گام‌ها و زمانبندی حصول آن را در سال‌های اخیر مشخص کرده، اما به‌نظر می‌رسد شاخص‌های پایش و ارزشیابی مناسب در این فرایند مغفول مانده و نبود آن سبب شده که از شواهد و نتایج ارزیابی‌ها استفاده اثربخش در جهت افزایش کیفیت و تحقق موفقیت صورت نگیرد. ضمن اینکه در نقش تولیت، اقدامات ضروری در برقراری ارتباط بین‌بخشی و هماهنگی لازم برای استقرار مناسب طرح انجام نگرفته که عدم گسترش پرونده الکترونیک سلامت و عدم یکپارچی سامانه‌های مرتبط و ضعیف بین سطوح مختلف ارائه خدمت و ... از نتایج این ناهماهنگی است.

- **پراکندگی منابع در برنامه پزشکی خانواده:** به‌نظر می‌رسد در کنار کمبود منابع؛ پراکندگی منابع (عدم تجمیع اعتبارات) از چالش‌های این برنامه است. اختصاص اعتبارات از محل‌های متفاوت به این برنامه؛ زمینه عدم رشد رو به جلو برنامه را به‌دنبال خواهد داشت. به‌ویژه در برنامه پزشکی خانواده روستایی که پراکندگی این اعتبارات با وجود تفاهمنامه میان سازمان بیمه سلامت و وزارت بهداشت؛ موجب عدم اجرای برنامه شده است؛ این درحالی است که تجمیع اعتبارات این برنامه و انتقال آن به اعتبارات سازمان بیمه سلامت می‌تواند راهکار مناسبی برای اجرای موفقیت‌آمیز این برنامه شود.

جمع‌بندی و پیشنهاد

در شرایط کنونی که هزینه‌های درمان و بستری‌شدن در بیمارستان‌ها و همچنین رجوع به متخصصین در مردم افزایش یافته و این امر سبب افزایش پرداخت از جیب بیماران، تحمیل بار مالی سنگین برای سازمان‌های بیمه‌ای و در کل، نظام سلامت شده، اجرای این برنامه از ضروریاتی است که مستلزم تمرکز ویژه سیاستگذاران و مجریان بر آن است.

نظر به موارد پیش‌گفته شده و با توجه به مستندات لایحه بودجه سال ۱۴۰۰، در راستای اجرای رو به رشد برنامه پزشکی خانواده، توصیه می‌شود؛ پیشنهادها ذیل به‌عنوان **جزء‌های الحاقی به تبصره «۱۷» در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰** قرار گیرد:

- در راستای اجرای برنامه پزشکی خانواده؛ اعتبارات این برنامه از اجرای ماده (۳۷) قانون الحاق (۲) با کد برنامه (۱۲۹۲۰۳) با اعتبارات ردیف حق بیمه پایه سلامت رایگان روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر بیست هزار نفر با کد (۱۹۰۲۰۱۵۰۱۴) **تجمیع** و در ذیل اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران قرار گیرد. به موازات آن دولت مکلف است هر ۶ ماه گزارش در مورد نحوه هزینه‌کرد منابع موجود و دستیابی به اهداف اجرایی تعیین شده در طرح را به مجلس ارائه نماید.

- دولت مکلف است تا پایان سال ۱۴۰۰، برنامه عملیاتی اجرای پزشکی خانواده شهری را اجرا نماید و همچنین گزارش عملکرد از اجرای این برنامه و نحوه هزینه‌کرد منابع را ارائه نماید. هزینه مربوط به اجرای این جزء از تبصره از محل ردیف ۱۶۰۱۰۰۳۰۰۰ تأمین می‌شود.

- در راستای اجرای برنامه پزشکی خانواده در مناطق شهری؛ سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در سه‌ماهه اول سال ۱۴۰۰ نسبت به ثبت‌نام از پزشکان عمومی واجد شرایط در مناطق شهری به‌عنوان پزشک خانواده اقدام کرده و اسامی آنان را با ذکر آدرس در یک سامانه اینترنتی مبتنی بر شبکه ملی اطلاعات در دسترس عموم قرار دهد.

سازمان بیمه سلامت ایران موظف است از ابتدای ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ و به‌صورت تدریجی، متناسب با پیشرفت روند استقرار برنامه، پوشش بیمه‌ای خدمات بیمه پایه سلامت را منحصر به خدماتی سازد که از طریق نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات (در بخش دولتی و یا غیردولتی) ارائه می‌شوند. به این منظور و از ابتدای ۶ ماهه دوم سال ۱۴۰۰ فرانشیز کلیه خدماتی که خارج از نظام ارجاع ارائه می‌شوند دو برابر فرانشیز این خدمات در نظام ارجاع خواهد بود. هزینه مربوط به اجرای این جزء از تبصره از محل ردیف ۱۲۹۲۰۳ تأمین می‌شود.