ዐዞፀ

የኢትዮጵያ ፌዴራላዊ ዲሞክራሲያዊ ሪፐብሊክ

Christian Relief & Development Association
LIBRARY
P.Θ.Box 5674

CCRDA

የጤና እንክብካቤና የጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ስልት

የጤና ጥበቃ ሚ/ር
አዲስ አበባ
1990

የጤና አንኑብኳቢና ለጤና አንኑብኳቢ የገንዘብ ግግሽ ሰልት

አሚር መግለጫ

መግቢያ፡-

በኢትዮጵያ የዘመናዊ ሕክምና አገልግሎት ከተጀመረ ግማሽ ምዕተ ዓመት አስቆጥሯል፡ በዚህ ረዥም የአገልግሎት ዘመን ውስጥ የጤና አገልግሎት ሽፋን ከ40 በመቶ አላለፈም። የጤና አገልግሎቱ ብቃትና ጥራት መለኪያዎች እንደሚያሳዩት ከሆነ በሕዝብ ቁጥር መጨመር ለጤና አገልግሎቱ ከሚመደበው በጀት አናሳነትና ውስን የሆነውን የጤና በጀት በአግባቡ መጠቀም አለመቻል የተነሳ ጉልህ የሆኑ የጤና ችግሮች ተስፋፍተው ይገኛሉ። ከነዚህም የሕጻናትና የእናቶች ሞት ሁኔታ ከፍተኛና ዋነኛ የጤና ችግሮች ሆነው ይታያሉ።

ለጤናው ሴክተር በመንግሥት የሚመደበው በጀት አናሳነት የተነሳ የነፍስወከፍ ጤና ወጪ ለረዥም ዓመታት ከ1-1.10 የአሜሪካን ዶላር ሆኖ ቆይቷል። ይህ ሁኔታ ከቅርብ ጊዜ ወዲህ መሻሻል እያሳየ ያመጣ ቢሆንም ከሰሃራ በታች ባሉ የአፍሪካ ሀገሮች ከደረሱበት የ6.7 የአሜሪካን ዶላር የነፍስወከፍ የጤና ወጪ ጋር ሲታይ የሰማይና የምድር ያህል የተራራቀ ነው።

ለጤና ዘርፍ የሚመደበው መደበኛና የካፒታል በጀት ከአጠቃላይ የሀገሪቷ በጀትና ከጠቅላላው የሐገር ውስጥ ምርት መጠን ጋር ሲተያይ ገና ብዙ መሻሻል ያለበት ቢሆንም መንግሥት ለዘርፉ በመስጠት ላይ ያለው ትኩረት መሠረታዊ የጤና አገልግሎት ለአብዛኛው ሕብረተሰብ ለማዳረስ በመወሰድ ላይ ባለው እርምጃ አበረታች ገጽታዎች ይታያሉ።

ባለፉት ዓመታት ለጤና ዘርፍ የሚመደበው በጀት አናሳ መሆን ብቻ ሳይሆን ከሚመደበው አብዛኛው እጅ ለሕክምናና በትላልቅ ከተሞች ላሉ የጤና ተቋሞች የሚውል ነበር። ቀደም ሲል ከመደበኛ በጀት 50 በመቶ የነበረው የሆስፒሎች ድርሻ በ1996 እ.ኤ.አ ወደ 38 በመቶ የወረደ ሲሆን ይህ የሚያሳየው የትኩረት አቅጣጫው መሠረታዊ ጤና አገልግሎት ለሚሰጡ የጤና ተቋሞችና አብዛኛው ሕዝብ ወደአለበት ወደ ገጠሩ ማተኮሩን ነው።

CCRDA

በሌላ በኩል የጤና አገልግሎት ተጠቃሚው ሕብረተሰብ አገልግሎቱን በክፍያ የሚያገኝ ሲሆን ይህ ሁኔታ ለረዥም ጊዜ ሲሠራበት የቆየ ቢሆንም ከክፍያው የሚሰበሰበው ገንዘብ አነስተኛ መሆንና የተሰበሰበውም በቀጥታ ወደ መንግሥት ግምጃ ቤት (ገንዘብ ሚ/ር) ገቢ የሚሆን ስለሆነ በጤና ድርጅቶችና በሕብረተሰቡ ዘንድ የባለቤትነት ስሜት ፈጥሮ የጤና እንክብካቤን ለማስፋፋትና ጥራቱን ለማሻሻል አስተዋጽኦ አላደረገም።

ምንም እንኳ ለጤና አገልግሎት የአገልግሎት ክፍያ አለ ቢባልም የክፍያው መጠን ከብዙ ዓመታት በፊት የተወሰነና ምንም ዓይነት ማሻሻል ያልተደረገበት በመሆኑ፣ አብዛኛው ህመምተኛ የነጻ ታካሚ በመሆኑ ከአገልግሎቱ የሚሰበሰበው ገንዘብ ከጠቅላላው መደበኛ የጤና ወጪ ጋር ሲተያይ በ1994 7.9 በመቶ ብቻ እንደነበረ ይታወቃል። በዚሁ በኩል መንግሥታዊ ያልሆኑ የጤና ድርጅቶች የተሻለ ውጤት እንዳሳዩ ሲታመን መንግሥታዊ የጤና ድርጅቶች ግን የሚሰበሰቡት የገንዘብ መጠን (በፐርሰንት) በየጊዜው እያሽቆለቆለና እየተዳከመ መሄዱን ጥናቶች ያሳያሉ።

በደርግ ዘመን አብዛኛዎቹ የግልና መንግሥታዊ ያልሆኑ የጤና ድርጅቶች የተወርሱ በመሆናቸው በጀት፣ የሰው ኃይል ምደባና የጤና ድርጅቶችን ማካሄድ የመንግሥት ኃላፊነት ሆኗል። ይህም የተዳከመውን የጤና አገልግሎት ጨርሶ እንዲዳከም አድርጎታል። ከ1991 እ.ኤ.አ መንግሥት ለውጥ ወዲህ በወቅቱ የነበረው የሽግግር መንግሥት በወሰደው እርምጃ የግሉ ሕብረተሰብ የጤና አገለግሎት ተሳትፎ እየዳበረና እየበረከተ መጥቷል። በምሳሌነት ለመጥቀስ በርካታ ሆ/ሎች፣ ክሊኒኮች፣ ፋርማሲዎች እና ሌሎች የመድኃኒት ችርቻሮ ድርጅቶች ተከፍተው ሥራ ጀምረዋል።

የግልና ማሕበራዊ የጤና መድህንን በተመለከተ ጥቂት ሰዎች ብቻ በዚህ መስክ የጤና አገልግሎት እንደሚያገኙ፣ ጥቂት ትላልቅ ኩባንያዎችም ለሠራተኞቻቸው የተወሰነ የጤና መድህን አገልግሎት እንደሚሰጧቸው ቢታወቅም በዚህ መስክ የሚደረገው የጤና አገልግሎት ወጪ አሸፋፈን ስፋትና የሚሸፍነው የሕብረተሰብ ክፍል በውል አይታወቅም።

በሌላ በኩል መንግሥት መክፈል ለማይችሉትና ለዚህ መረጃ ለሚያቀርቡ ሰዎች የነጻ ሕክምና አገልግሎት የሚሰጥ ሲሆን ለመንግሥት ሠራተኞች 50 በመቶ የአገልግሎት ክፍያ በመክፈል አገልግሎት እንዲያገኙ በማድረግ ላይ ይገኛል። ሌሎች በርካታ የሕብረተሰብ ክፍሎች የሕግ እስረኞች፣ ሕጻናት፣ አርበኞች፣ ስደተኞች እና በሙትድርና ላይ ያሉ የዚሁ የነጻ ሕክምና ተጠቃሚዎች ናቸው።

CCRDA

1. ስልቱ ለምን አስፈለገ?

1.1 የሕዝቡ የጤና ፍላጎቶች ሁል ጊዜ ከሐገራቱ ብሄራዊ የሀብት ምንጭ በበለጠ ፍጥነት በማደግ ላይ በመሆኑ፣ ለረጅም ጊዜ በሀገራቱ ውስጥ የነበረው ጦርነት የተገኘውን ሀብት ሁሉ በማባከን ሕዝቡን ድኃ ከማድረጉም በላይ በአብዛኛው በተለይ ለገጠሩ ነዋሪ ሕዝብ በቂ የጤና አገልግሎት አለመገኘት፣ ለሀብት ምንጭ ተገቢ የሆነ ዕቅድና አስተዳደር አለመኖር፣ የአዳዲስ በሽታዎች መከሰት፣ ጤናማ ያልሆነ አካባቢና የዘቀጡ የኑሮ ሁኔታዎች፣ በተገኘው ገንዘብም እንኳ ለመገልገል የመድኃኒቶችና የሕክምና መሣሪያዎች በገቢያ ላይ በበቂ አለመገኘት፣ የሕክምና መሣሪያዎች ይዘት በሚጠበቀው ደረጃ ለአገልግሎት ብቁ ያለመሆን፣ የጤና ሙያተኛው በተገቢው ሁኔታ ጥቅሙ ያለመጠበቁና ዝቅተኛ ሞራል፣ ሁሉም ተዳምረው የሕዝቡን የጤና ሁኔታ በማባባሳቸው

1.2 በአጠቃላይ ከላይ የተመለከቱት ሁኔታዎችና በየጊዜው የሕዝቦች ቁጥር መጨመር መንግሥት ብቻውን ለጤናው ዘርፍ በሚመደበው በጀት፣ በሚያቋቁማቸው የጤና ድርጅቶችና በሚቀጥራቸው የጤና ባለሙያዎች ብቻ ለሕብረተሰቡ የጤና አገልግሎት በተፈለገው ጥራትና መጠን ለማዳረስ ያልተቻለና ወደፊትም የማይቻል መሆኑን በማረጋገጣቸው

1.3 ስለሆነም እስከአሁን በአግባቡ ያልተጠቀምንባቸውን የጤና ሀብት ምንጮች የሚለይና የሚያስገኝ አዲስ የጤና አገልግሎት አሰጣጥ ስልት መዘርጋት አስፈላጊ በመሆኑ ይህ ስልት ተዘጋጅቷል።

2. ትርጓሜ

የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ስልት ሰፊ፣ ጠለቅ ያለና ዙሪያ መለስ ጽንሰ ሃሳብ ያለው ነው። ትርጓሜውም ለሕብረተሰቡ ተፈላጊው የጤና አገልግሎት በብቃት፣ በጥራትና በወቅቱ እንዲዳረስ ለማድረግ ከመንግሥት፣ መንግታዊ ካልሆኑ ድርጅቶችና ግለሰቦች ሊገኝ የሚቻለውን መዋዕለ ንዋይ በማስተባበር የምንጠቀምበት ዘዴ ማለት ነው።

CCRDA

3. የስልቱ ዋና ዋና መርሆዎች

በጤና ፖሊሲው ከዚያም በጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ስልት ስር ብዙ መርሆዎች ሊገናዘቡ ይገባል። የእነዚህን መርሆዎች ምንነት ከወዲሁ ግልጽና በማያሻማ ሁኔታ ማስቀመጥ ወደፊት ስልቱ ሲተገበር ሊፈጠሩ የሚችሉትን የተሳሳቱ አመለካከቶችና ትርጉሞች ለመቅረፍ ከመቻሉም በላይ እርስ በርስ እንዳይቃረኑ ሂደቶችን ጭምር ለመቆጣጠር ይረዳል።

ዋና ዋና መርሆዎቹ ቀጥሎ ተዘርዝረዋል:-

3.1 የሕዝቡ ዋና ዋና የጤና ችግሮች ተላለፊ በሽታዎችና የስርዓተ ምግብ ጉድለት ሆኖ ሳለ የሚሰጠው የጤና አገልግሎት ግን በአብዛኛው በሕክምና እና በክትሞች ላይ ያተኮረ ከመሆኑም በላይ በዋነኛነት በጤና ባለሙያዎች ብቻ የሚመራ በመሆኑ ይህን ማጣጣም ያስፈልጋል። በመሆኑም ወደ ከፍተኛ ሕመሞች መከላከያነት የታለመ፣ ትኩረት ሊያገኙ በሚገባቸው የሕብረተሰብ ክፍሎች ላይ ያተኮረና ቢተቀናጀ ጥረት በመመራት የመንግሥት፣ የግልና መንግሥታዊ ያልሆኑትን የጤናን ሀብት ምንጮች ሁሉ በማስተባበርና በመጠቀም መሠረታዊ የጤና አገልግሎቶች ለሁሉም እንዲዳረስ ይደረጋል።

3.2 የሕክምና ተጠቃሚዎች የአገልግሎት ክፍያ ዘመናዊ ሕክምና ከተጀመረ ከሃምሳ ዓመት ወዲህ ጀምሮ ሥራ ላይ የዋለ ቢሆንም የሚሰበሰበው ገንዘብ ወደ መንግሥት ጠቅላይ ግምጃ ቤት ፈሰስ ሲደረግ የነበረ እንጂ በጤና ድርጅቶች ውስጥ ጥቅም ላይ እንዲውል አልተደረገም። በዚህ ስልት አማካኝነት ግን በጤና ድርጅቶች የሚሰበሰበው ገቢ በጤና ድርጅቶችና በሕብረተሰቡ ዘንድ የባለቤትነት ስሜት እንዲያሳድር የተወሰነው እንኳ በአካባቢ ደረጃ በሚገኙ የጤና ተቋማት ተይዞ በየጊዜው እየተከለሰ በሕብረተሰቡ ንቁ ተሳትፎ የአገልግሎቱን ጥራትና መጠን ለማሻሻል ሚና እንዲጫወት ይደረጋል።

3.3 በተለይ የታዳጊ አገሮች የጤና ችግሮች በአብዛኛው የጤና አጠባበቅ ተግባር ባለመጠናከሩና ለአብዛኛው ተጠቃሚ ባለመዳረሱ ምክንያት የሚከሰቱ ናቸው።

ሆኖም የዚህ ተግባር ፍሬ ከግል አልፎ በሕብረተሰቡ ላይ ተንፀባራቂ፤ አዝጋሚና የረጅም ጊዜ እንቅስቃሴ ውጤት በመሆኑ ሕብረተሰቡ ገንዘቡን ከፍሎ አገልግሎቱን የማግኘት ልምድና ዝንባሌ አይታይበትም። በመሆኑም

CGRDA

ይህን የጤና አገልግሎት የማዕዘን ድንጋይ የሆነውን የአገልግሎት ዘርፍ አጠናክሮ መሠረታዊ የጤና አገልግሎት ወደ አብዛኛው ሕዝብ በተመጣጣኝ ዋጋና ቦታ እንዲዳረስ ማድረግ በዋነኛነት የመንግሥት ኃላፊነት ሲሆን ስለሚገባ የመንግሥት የበጀት ድጋፍ በዚህ ስልት መሠረት ሊቀጥል ይገባል።

3.4 መንግሥት በሚያስተዳድራቸው የጤና ድርጅቶች አማካኝነት የሚሰጠው የጤና አገልግሎት ወጪ በአገልግሎቱ ተጠቃሚ የሕብረተሰብ ክፍሎችና በመንግሥት በኩል በጋራ የሚሸፈን ይሆናል። በመሆኑም አሁን ያለው የጤና አገልግሎት ወጪ የሕብረተሰቡን የመክፈል አቅምና የመንግሥትን በጀት የመመደብ ችሎታ ባገናዘበ መልኩ መከለስ ይኖርበታል።

3.5 ምንም እንኳ የተጠቃሚ የአገልግሎት ዋጋ ክፍያ በጤና አገልግሎቱ ስርዓት ውስጥ የነበረ ቢሆንም ገቢውን ባስገኙት የጤና ተቋማት ተይዞ ጥቅም ላይ ባለመዋሉ በጤና ተቋማት በኩል የባለቤትነት ስሜት አላሳደረም። በመሆኑም የጤና አገለግሎቱን ጥራትና ስፋት ለማሻሻል ቀጥተኛ ሚና አልተጫወተም። ስለሆነም ይህ ስልት የተወሰነው እንኳ ገንዘቡ በተገኘበት አካባቢ ማለት የጤና ድርጅቶች ተይዞ በሕብረተሰቡ ንቁ ተሳትፎ አመራሩን በማጠናከር ሥራ ላይ ይውላል።

3.6 የተጠቃሚ የአገልግሎት ዋጋ ታሪፍ አገልግሎቱን በሚሰጠው የጤና ተቋም ደረጃ፤ ለተጠቃሚው በተሰጠው የአገልግሎት ጥራትና ስፋት ልክ የሚወሰን ይሆናል። ይህም የሚሆንበት ዋና ምክንያት የሕክምና የዕዝ ሰንሰለት ተጠናክሮ ተገቢው አገልግሎት በተገቢው ተቋም እንዲሰጥ ለማድረግ ነው። ይህም በመሠረታዊ ጤና አገልግሎት ሰጪ ድርጅቶች የሚሰጠውን የጤና አገልግሎት ለማጠናከርና በከፈተኛ የጤና ተቋማት ውስጥ የሚታየውን የገንዘብ ብክነት፣ መጨናነቅና የተጠቃሚውን ውጣ ውረድ ለመቀነስ ነው።

3.7 የሕክምና የዕዝ ሰንሰለትን ጠብቆ ለሚመጣው ተጠቃሚ አገልግሎቱን በአግባቡ እንዲያገኝ ለማድረግና ላልጠበቀውም አገልግሎቱን ከመንፈግ የሚመደብበትን የተላላፊ የዋጋ ክፍያ ከፍሎ የአገልግሎቱ ተጠቃሚ እንዲሆን ለማድረግ ነው።

3.8 ማንኛውም አገልግሎት "ነፃ" አይደለም ሁልጊዜ ሶስተኛ ወገን ይከፍልበታል። ነገር ግን አገልግሎቱ በሚሰጥበት ሰዓት ከኪስ የሚወጣ ገንዘብ መክፈል ላያስፈልግ ይችላል። ይህንኩን የጤና (ሰቆቃ) አደጋ፤ የአንዳንድ የሕብረተሰብ

CCRDA

ክፍሎችን ለተለያዩ በሽታዎች በቀላሉ ተጎጂነትንና የሕብረተሰቡ ጤና ሁኔታን ወይም የሀገሪቱ ኢኮኖሚ ላይ ሊያስከትሉ የሚችሉትን ውጤቶች ከግምት ውስጥ በማስገባት አንዳንድ የበሽታ ዓይነቶች፣ የሕዝብ ቡድኖችም ሆኑ የመረነ ግብር ንድፎች ልዩ የነጻ አገልግሎት መብት ሊያሰጣቸው ይችላል።

3.9 ከክፍያ ነጻ በማድረግ፣ በድጎማ እና በተለያዩ የኢንሹራንስ/ዋስትና ዓይነቶች አማካኝነት በዝቅተኛ የኑሮ ደረጃ ላይ የሚገኙ የሕብረተሰብ ክፍሎች የመሠረታዊ ጤና አገልግሎት ተጠቃሚነትን ለማረጋገጥ እርምጃዎች ይወሰዳሉ።

3.10 በጤና ተቋማት ከተለያየ ገቢ ከሚያስገኙ እንቅስቃሴዎች/የተጠቃሚ ክፍያ፤ ተገላባጭ የመድኃኒት መዋዕለ ንዋይን፣ የግልና የማሕበረሰብ (ተቀጣሪ አቀፍ ኢንሹራንስ (ዋስትና)፣ ትሮታዎች፣ ስጦታዎች፣ ወዘተ የሚገኙ ገቢዎች ሁሉ አስፈላጊ መስተካከል ከተደረገ በኋላ እንደ ጤና ተቋም ገቢ ይቆጠራሉ።

3.11 የጤና ተቋማት ገቢ

- ከመንግሥት በጀት ተጨማሪ የሚሆን በባለቤትነት ተይዞ ጤና ተቋሙ ሊጠቀምበት የሚችል
- በሚመለከተው የጤና ድርጅት በተከፈተ የተለየ የባንክ ሂሳብ ውስጥ የሚጠራቀም
- ተገቢ ቁጥጥር እና ሥልጣን በተሰጠው የመንግሥት አካል አዲት የሚደረግ ማለት ነው።

3.12 አንኳር መርህ ግብሮች ሁሉም መስተዳድሮች በእነርሱ እንዲመሩ ሆኖ አገላለጻቸው ግን የሚቀረፀው ግትር ባልሆነ የሃሣብ መንሸራሸር እና ቁጥጥር ሊኖራቸው በሚያስችል መልክ ሲሆን የፌዴራል መንግሥት የጤና ጥበቃ ሚኒስትርም ብሄራዊ አፈጻጸሙን በበላይነት እንዲመራ ተደርጎ ነው።

CCRDA

4. ዓላማ

የጤና እንክብካቤና የጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ስልት ዓላማዎች

- የጤና አገልግሎት የገንዘብ ምንጮችን ማጎልበትና የተገኘውንም ገንዘብ በብቃት ሥራ ላይ ማዋል
- ለጤናው ዘርፍ ተጨማሪ ገንዘብ የሚያስገኙትን አዳዲስ ገንዘብ አሰገኝ አማራጮችን መለየትና ሥራ ላይ ማዋል
- ከመንግሥትና ከሌሎች ምንጮች የተገኘውን ገንዘብ ለሕዝብ መሠረታዊ የጤና ፍላጎቶች እንዲውል ማድረግና የጤና አገልግሎቶችን ጥራትና ብዛት ለማሻሻል እንዲውል ማድረግ

5. የጤና ክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ሥልቶች

ዋና ዋናዎቹ የጤና እንክብካቤና የገንዘብ ማግኛ ሥልቶች ከመንግሥት የሚመደበውን በጀት ከጤና ተቋሞች የሚሰበሰበውን ገቢ ለግልና መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶችን የሚገኙትን ምንጮችና ሌሎች ቀጥሎ የተዘረዘሩትን ያካትታል።

5.1 የመንግሥት የጤና ዘርፍ የሥራ ቅልጥፍናን ማሻሻል፣

በመንግሥት የጤና ዘርፍ የሕክምና የስምሪት ወይም የድልድልና የአሠራር ብቃት ከዚህ በታች በተዘረዘረው አኳኋን እንዲሻሻሉ ይደረጋል።

5.1.1 የስምሪት ወይም የድልድል ብቃት

ከዚህ ቀጥሎ የተዘረዘሩትን የስምሪት ወይም የድልድል ብቃት ያካትታል፣

(ሀ) የአስተዳደር ብቃትን ለመጨመር/ለማጎልበት ቅድሚያ ለማይሰጣቸው አገልግሎቶች የሚደረገውን የገንዘብ ወጭ በመቀነስና መሠረታዊ ጤና አገልግሎትን በማዳበር እንዲሁም ፅቅድ በሚወጣበት ጊዜ በጤና

CCRDA

ተቋሞች ዓይነት ቁጥርና ሥርጭት ላይ የተለየ ትኩረትና ግምት በመስጠት ባሉት የጤና ተቋሞች በተሻለ አኳኋን መጠቀም

(ለ) በከተሞች ለሚገኙ ሆስፒታሎች የሚደረገውን የገንዘብ ድልድል ባለበት ደረጃ በማቆየት ለገጠሩ የጤና ተቋሞች የሚደረገውን የገንዘብ ድልድል መጨመር

(ሐ) ለሕዝቡ ተመጣጣኝ ዋጋ ያለው አገልግሎት ለማቅረብ የመጀመሪያ ደረጃ የጤና አገልግሎት ሰጭ ለሆኑ ተቋሞች የተለየ ትኩረት መስጠት

(መ) በጤና ተቋሞች የሚሰጡ አገልግሎቶች አግባብ ባለው አኳኋን ለተጠቃሚው እንዲደርሱ ማድረግ

(ሠ) በሙያው በሚገባ የተካኑ ሠራተኞችን ማሠልጠንና በሥራ ላይ መመደብ

(ረ) አግባብ ያለው የመድኃኒቶች አመራረጥ ክምችትና አሠረጫጨት አካሄድን መከተል

(ሰ) በሁሉም ደረጃዎች ጊዜን ከግምት ያስገባ የበጀት ክፍፍልና አጠቃቀም አሠራርን ማዳበር

(ሸ) ለመሣሪያና ለሰው ኃይል ዕቅድና ልማት ትኩረት መስጠት

5.1.2 የአሠራር ብቃት

የአሠራር ብቃት ከዚህ ቀጥሎ የተዘረዘሩትን ያካትታል፣

(ሀ) የሠራተኞች የሥራ ዝርዝር መግለጫ ድጋፋዊ ቁጥጥር በሥራ ላይ ሥልጠና የሙያ እድገት መሰላልና የሠራተኛ ማበረታቻዎች እንዲኖሩ በማድረግ ብቃት ያለው የሠራተኞች አስተዳደር እንዲኖለብት ማድረግ

(ለ) አጋዥ አገልግሎቶች ለምሳሌ የላቦራቶሪ፤ የራጂ፤ የትራንስፖርት፤ የሕመሙን ምግብ እና የሕክምና መሣሪያዎችን ማጠናከር እና ማሻሻል

CCRDA

(ሐ) በሁሉም ደረጃዎች ተገቢ የሪፈራል ሥርዓት እንዲኖር በማድረግ ለመሀረታዊ የጤና ችግሮች የመጀመሪያ ደረጃ የጤና ተቋሞችን በብቃት መጠቀምን ማበረታታት

(መ) የገንዘብ ምንጮችን አጠቃቀም ለማሻሻል አላስፈላጊ ሕክምናንና የሕክምና ወጭዎችን ለመቀነስ የተኙቶ ሕክምና ሚዛን ወደ ተመላላሽ ሕክምና እንዲያደላ በማድረግ ተገቢ የሆነ አስተኝቶ ማከም የሚያስችል የማስገቢያና የማሰናበቻ መመዘኛ ማዘጋጀት በማገገም ላይ ላሉና ለአነስተኛ ሕመሞች የተሻሻለ የተመላላሽ ሕክምናና ክትትል በማድረግ የሆስፒታል አልጋ አጠቃቀምና ቅልጥፍና እንዲጨምር ማድረግ

(ሠ) የመድኃኒት ግዥን፣ ሥርጭትን፣ ክምችትንና ቁጥጥርን ሥነ ሥርዓት ማዳበር

(ረ) ሥልቱን በሥራ ላይ ከማዋል የሚያግዱ ሕግጋቱንና ደንቦችን እንደገና መመርመርና ማሻሻል

(ሰ) የገንዘብ ምንጮችን በማደላደልና ጥቅም ላይ በማዋል ረገድ ለውሳኔ ሰጭዎች የአስተዳደር እና የዋጋ መረጃ ለማግኘት የመረጃ ማግኛ ዘዴው እንዲሻሻል ማድረግ

5.1.3 የሕክምና ብቃት

የሕክምና ብቃት የሚከተሉትን ያካትታል፣

(ሀ) ተስማሚ በሆነ የምርመራ አገልግሎትና በበሽታ ማከሚያ ፕሮቶኮል የታገዘ ትክክለኛ የመድኃኒት አጠቃቀም፣ አሠራርን ማበረታታት ማረጋገጥ

(ለ) የሕክምና ባለሙያዎችና ሌሎችም የጤና ሠራተኞች በመድኃኒትና በሕክምና መገልገያዎች ተገቢ አጠቃቀምና አስተዳደር እንዲሠለጥኑ ማድረግ

CCRDA

5.2 አዳዲስና ተጨማሪ የገንዘብ ምንጮ መፍጠር፣

አዳዲስና ተጨማሪ የገንዘብ ምንጮች መፍጠር የሚከተሉትን ያካትታል፣

5.2.1 የመንግሥትን የበጀት ምደባ ማሳደግ

(ሀ) የጤና ተቋሞችን ለመገንባት፣ ለማደስ፣ በባለሙያዎችና በሕክምና መሣሪያዎች እንዲሟሉና አገልግሎት የሚፈልገው ኅብረተሰብ ፍትሃዊ በሆነ መንገድ ተጠቃሚዎች እንዲሆኑ ለማድረግ የመንግሥትን የካፒታል እና የሥራ ማስኬጃን በጀት ማሳደግ

(ለ) በማደግ ላይ በሚገኘው የአገልግሎት መስጫ ዋጋና አሁን ባለው የተጠቃሚዎች የአገልግሎት ዋጋ ክፍያ መካከል ያለውን የገንዘብ መጠን ልዩነት በከፊል ለማጥበብ የመንግሥት የበጀት ምደባን ማሳደግ

(ሐ) ለመሠረታዊ የጤና አጠባበቅ አገልግሎቶች መንግሥት የሚመድበውን በጀት መጠን ማሳደግ

(መ) በገበያ ሁኔታና በሕዝብ ብዛትና ፍላጎት መጨመር ምክንያት ዋጋቸው የሚለወጠውን የመድኃኒቶች፣ የሕክምና መገልገያዎች እና መሣሪያዎች በጀት ማሳደግ

5.2.2 አሁን ያለውን የተጠቃሚዎች የአገልግሎት ክፍያ መከለስና ማጠናከር

ተገቢ የሆነ የተጠቃሚ የአገልግሎት ክፍያ ፕሮግራም ከዚህ ቀጥሎ በተመለከቱት ይከናወናል፣

(ሀ) አሁን የሚሠራበትን የተጠቃሚ የአገልግሎት ክፍያን እንደገና መከለስና ማጠናከር

(ለ) ከጤና ተቋም የሚገኘውን ገቢ ለመሰብሰብ፣ ለማቀድ፣ ጥቅም ላይ ልማዋል እና ለመቆጣጠር የሚያስችል የአስተዳደር ዘዴ መቀየስ

CCRDA

(ሐ) በግል የጤና ዘርፍ የማይገኙ የተለያዩ ምርመራዎችንና ሕክምናዎችን ልዩ ክፍያ በማስከፈል ተጠቃሚው አገልግሎቱን እንዲያገኝ የአሠራር ሥልት መቀየስ

5.2.3 ተገላባጭ የመድኃኒት ተካባች ገንዘብ

(ሀ) ተገላባጭ የመድኃኒት ተካባች ገንዘብ መርሃ ግብር ለማካሄድ የሚያስችል ጠለቅ ያለ ጥናት ማካሄድ

(ለ) መርሃ ግብሩን ለመጀመር መነሻ ካፒታል ከለጋሽ ምንጮች፣ ከማኅበረሰቡ ወይም ከመንግሥት ለማግኘት ጥረት ማድረግ

(ሐ) መርሃ ግብሩን በሠርቶ ማሳየት ደረጃ በአንዳንድ ክልሎች በተግባር መተርጎም

(መ) የመድኃኒት አቅርቦትን ለማሻሻል፣ በጤና ተቋሞች የሚሰጠውን አገልግሎት የተሟላ ለማድረግ እንዲሁም ለጤና ተቋሞች ተጨማሪ የገንዘብ ምንጭ ለማስገኘት በጤና ተቋሞች ውስጥ ተገላባጭ የመድኃኒት ተካባች መርሃ ግብር ማካሄድ

5.2.4 የማኅበርና የግል የጤና መድን (ኢንሹራንስ) ማቋቋም

የማኅበርና የግል የጤና መድን ከዚህ ቀጥሎ በተመለከቱት መንገዶች ሊበርታታና ተግባር ላይ ሊውል ይችላል፣

(ሀ) ካለው ወደ ሌላው፣ ከጤነኛው ወደ ታማሚው፣ ከጤናማነት ጊዜ ሕመም ወደተከሰተበት ወቅት የሚሸጋገሩ የገንዘብ ድጎማ እንዲኖር ለማድረግ በግልና በማኅበረሰብ ላይ የተመሠረተ የገንዘቡን ጫና በጋራ ለመክፈል የሚያስችል የመድን ዋስትና ጥቅምና አሠራር በሕዝቡ ዘንድ እንዲታወቅ ማድረግ

(ለ) የግል እና የማኅበር የጤና መድንን በቡድን ታላላቅ በሆኑ አሠሪዎች፣ በማኅበራት፣ በሙያ ማኅበራት እና በመንግሥት ሠራተኞች መካከል ማደራጀት

CCRDA

(ሐ) አለአስፈላጊ ወጭዎችን ለመቆጣጠር እና ለተገልጋዩ ሕዝብ ከፍ ያለ ጥራት ያለው አገልግሎት ለመስጠት የሚያስችል የአሠራር ዘዴ መፍጠር

(መ) በሚሰጠው ሽፋንና በአስተማማኝነቱ ለሕዝቡ ጠቃሚ የሚሆነውን መድን ከተለያየ የመድን አማራጮች መካከል ለመምረጥ ጥልቅ የሆነ ጥናት ማካሄድ

5.3 <u>የግል እና መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶች እንዲሳተፉ ማበረታታት</u>

መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶችን ጨምሮ የግሉን ዘርፍ ተሳትፎ ለማበረታታት ቀጥሎ በተመለከቱት መንገዶች ተግባር ላይ ይውላል፣

(ሀ) የግል ኢንቨስትሜንትና ተስማሚ አሠራሮችን ማበረታታት

(ለ) በጤናው መስክ መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶችን ተሳትፎ ማበረታታት

(ሐ) ሕዝቡ አግባብ ባለው ባሕላዊ መድኃኒት እና የባሕል መድኃኒት አዋቂዎች እንዲገለገል ማበረታታት

(መ) የግሉ ዘርፍ ሚና አቅመ ባላቸው አንዳንድ ከተሞች እንዲጎለብት የመድን አማራጮችን በአሠሪዎች የሚካሄዱ የጤና አገልግሎቶችንና ድርጅቶችን በመሠረታዊ እና በመከላከል ላይ የተመሠረተ የጤና እንክብካቤ አገልግሎት የመስጠት ችሎታቸውን መገምገምና እንዲበረታቱ መደገፍ

5.4 <u>የማህበረሰቡን ተሳትፎ ማሳደግ</u>

(ሀ) ከዕቅድ አወጣጥ ጀምሮ እስከ የተቆጣጣጠሩ መተግበርና መገምገም ድረስ የደረሰ ተሳትፎ፣ በማሕበረሰቡ አንዲኖር ሁኔታዎችን ማመቻቸት

(ለ) ሕብረተሰቡ በተለይ የልማት ማህበሮቻቸውን በመጠቀም የገቢ ምንጭ በማስገኘት እንዲተገበር ማድረግ

CCRDA

5.5 የሁለትዮሽ እና የብዙዮሽ ድርጅቶችን ተሳትፎ ማበረታታት

የሁለትዮሽ እና የብዙዮሽ ድርጅቶች በጤና እንክብካቤ ተሳትፎ ማድረግ ድርጅቶች በቅንጅትና ተካባች ገንዘብ በማስገኘት ረገድ ተሳትፎ እንዲያደርጉ አመቺ ሁኔታን በመፍጠር ተግባር ላይ ማዋል፣

5.6 እንደ አዲስ አበባ ላለው የከተማ አካባቢ ተለዋጭ የገንዘብ ማግኛ አማራጮችን መፈለግ

እንደ አዲስ አበባ ላሉት የከተማ አካባቢዎች ተለዋጭ የገንዘብ ማግኛ አማራጮችን በመፈለግ የመንግሥት የገንዘብ ምንጮች በቀዳሚና በመሠረታዊ የጤና አገልግሎቶች ላይ እንዲውል ለማድረግ በጥናት ላይ የተመሠረተ እንቅስቃሴ ማድረግ

6. ለጤና እንክብካቤ እና ለጤና እንክብካቤ የሚሆን የገንዘብ የማግኛ ሥልቶች ድርጅታዊ መዋቅር ታሳቢ ሁኔታዎች

የጤና እንክብካቤ እና ለጤና እንክብካቤ ገንዘብ የማግኛ ስልት ፖሊሲዎች፣ ደንቦች፣ መመሪያዎች የአፈጻጸም ዘዴዎችና ችግሮች ለጤናው ዘርፍ አዲስ ክስተቶች ናቸው።

በመሆኑም በመርሆዎቹ መሠረት ስልቱን በተግባር ላይ ለማዋል፣ በተከታታይ የሚወጡትን ደንቦችና መመሪያዎች ለመንደፍና እየተቆጣጠሩ ለመተግበር እንዲሁም ለሚከሰቱት ችግሮች መፍትሄ ለመስጠት በማዕከል ብሄራዊ ቦርድ፣ በክልል ደረጃ ደግሞ ክልላዊ ኮሚቴዎች አስፈላጊዎች ናቸው።

CCRDA

6.1 በአገር አቀፍ ደረጃ የጤና እንክብካቤ እና ለጤና እንክብካቤ የሚያስፈልግ ገንዘብ የማግኘ ስልትን ሥራ ላይ የሚያውል ግብረ ኃይል

የግብረ ኃይሉ አባላት:-

ቦርዱ የማከተሉት አባላት ይኖሩታል።

1. የጤና ጥበቃ ሚኒስቴር ምክትል ሚኒስትር ..... ሰብሳቢ
2. የክልል የጤና ቢሮ ኃላፊ ..... አባል
3. የገንዘብ ሚኒስቴር ተወካይ ..... "
4. የሠራተኛና ማሕበራዊ ጉዳይ ሚኒስቴር ተወካይ ..... "
5. የኢኮኖሚ ልማትና ትብብር ሚኒስቴር ተወካይ ..... "
6. በጤና መስክ የሚሠሩ መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶች ተወካይ..... "
7. ከግል የጤና ዘርፍ ተወካይ ..... "
8. ከተደራጁ የጤና አገልግሎት ተጠቃሚ ቡድኖች/ከማሕበረሰቡ ተወካይ "
9. የጤና ጥበቃ ሚኒስቴር የመድኃኒት አስተዳደር ቁጥጥር መምሪያ ኃላፊ "
10. የጤና ጥበቃ ሚኒስቴር የፕላንና ፕሮጀክት መምሪያ ኃላፊ ..... "
11. የጤና ጥበቃ ሚኒስቴር የጤና አገልግሎት እና የሥልጠና መምሪያ ኃላፊ ..... አባልና ፀሐፊ

የግብረ ኃይሉ ሥልጣንና ተግባር

- ለጤና እንክብካቤና ለጤና አንክብካቤ ገንዘብ ማግኛ ሥልትን የሚረዳ አዲስ ወይም የተሻሻሉ ደንቦች እና መመሪያዎችን ለማመንጨት እና በሥራ ላይ የሚውሉበትን ሥልት ለመቀየስ

CGRDA

- የተጠቃሚ የአገልግሎት ክፍያ ደረጃን፣ ከክፍያ ነጻ የመሆን መመሪያን፣ የክፍያችት መጠንንና የቁጥጥር ሥልትን፣ እንዲሁም ሌሎችን የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ አንኳር ፕሮግራሞችን ለመንደፍና በየክልሉ በሥራ መተርጎማቸውን ለማረጋገጥ

- የተጠቃሚ የአገልግሎት ክፍያ ደረጃዎችን መርምሮ ለመወሰን

- ለጤና እንክብካቤ የሚያስፈልገውን ገንዘብ ማግኛ አማራጮች እና ቅድሚያ መሰጠት የሚገባቸውን ለይቶ መወሰን

- ሠርቶ ማሳያ ፕሮግራሞች ለማካሄድ

- የአገር አቀፍ የቁጥጥር፣ የግምገማ ዘዴዎችን እና የሪፖርት አሳላክ ሥርዓትን ለመወሰን

- ለጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ ገንዘብ ማግኛ ሥልጠትን አፈጻጸም ለመቆጣጠርና ለመገምገም

- የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የሚያስፈልገውን ገንዘብ ማግኛ ጽሕፈት ቤትን ተግባርና ኃላፊነት ለይቶ ለመወሰንና ለመቆጣጠር

- ለጤና እንክካቤና ለጤና እንክብካቤ የሚያስፈልገውን የገንዘብ ማግኛ ፕሮግራም ሥራ ላይ ለማዋል ከመንግሥት እና ከውጭ አገር የበጀት ምንጮችን ለማስተባበር

- ለጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የሚያስፈልጉ የገንዘብ አሰባሳቢ ኮሚቴዎች እንዲቋቋሙ ድጋፍ ለመስጠትና የሥራ አፈጻጸማቸውንም ለመከታተል

- ከክልሎች እና ከጽሕፈት ቤት የሚመጡትን የሥራ አፈጻጸም ዘገባዎች (ሪፖርቶች) ለመመርመር

- በክልል ደረጃ ለሚቋቋሙት አስፈጻሚ አካላት ቴክኒካዊ ድጋፍ ለመስጠት

- ለጤና እንክብካቤና ጤና እንክብካቤ ገንዘብ ማግኛ ሥልትን ሥራ ላይ ለማዋል የሚረዱ ጥናቶችን ለማካሄድ

- ሌሎች አስፈላጊ ተግባራትን ማከናወን።

CCRDA

ጽሕፈት ቤት /ሴክሬታሪያት/

ጽሕፈት ቤቱ የጤና ኢኮኖሚስት፣ የሥራ አመራር ስፔሻሊስትን፣ የስታትስቲክስን፣ የሂሣብ ባለሙያንና ፀሐፊን በያዘ ቡድን ይደገፋል።

የጽሕፈት ቤቱ ሥልጣንና ተግባር

የጽሕፈት ቤቱ ሥልጣንና ተግባር ወደፊት በቦርድ ተዘርዝሮ ይወሰናል። ቀጥሎ የተዘረዘሩት ግን ዋቲዎቹ ናቸው።

- ለመርሐ ግብሩ ተስማሚ የሆነ የአሠራር ስልቶችን ለመቀየስ
- የፕሮግራሙን አጠቃላይ የሥራ አካሄድ ለማሻሻል እና ተገቢ የሆነ ክትትል እና ግምገማ በፕሮግራሙና በውጤቱ ላይ ለማድረግ አስፈላጊ የሆነ ጥናቶችንና ምዘናዎችን ለማካሄድ ለማመቻቸት
- ደንቦችን መመሪያዎችንና መግለጫዎችን ለማዘጋጀትና እንዲፀድቅ ሥራ ላይ ለሚያውለው ቦርድ ለማቅረብ
- ክልሎች አንኳር ፕሮግራሞችን መከተላቸውን ለማረጋገጥና ለመተግበር የሚያስችል ደረጃዎችን ለማውጣት
- ለመርሐ ግብሩ የለጋሾችን ድጋፍ ለማስተባበር
- የመርሐ ግብሩ አጠቃላይ የሥራ አመራር እንዲሻሻል ከጠቅላይ ግምጃ ቤትና ከሌሎች የመንግሥት አካላት ጋር ግንኙነት ለማድረግ
- ለመርሐ ግብሩ አፈጻጸም ዝርዝር መረጃዎችን ለማግኘት ከክልሎች ጋር ለመገናኘት
- አስፈላጊ ሆኖ ሲገኝ የሠርቶ ማሳያ ፕሮግራሞችን ለማገዝ
- የመርሐ ግብሩን ዓመታዊ ራፖር ለማዘጋጀት

CCRDA

- የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ ገንዘብ ማግኛ ስልትን ሥራ ላይ የሚያውለው ቦርድ የሚሰጠውንም ተግባር ለማከናወን

6.2 <u>የክልል የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ኮሚቴ</u>

የክልል የጤና እንክብካቤና ለጤና አንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ኮሚቴ ቀጥለው የተመለከቱት ስምንት አባላት ይኖሩታል:-

1. የክልሉ መንግሥት ምክር ቤት የማሕበራዊ ጉዳይ ዘርፍ ኃላፊ ..... ሰብሳቢ
2. የክልሉ መንግሥት ምክር ቤት የሴቶች ጉዳይ ዘርፍ ኃላፊ ..... አባል
3. የክልሉ ፋይናንስ ቢሮ ኃላፊ ..... "
4. የክልሉ የሠራተኛ ማሕበራዊ ጉዳይ ዘርፍ ኃላፊ ..... "
5. የክልሉ የፕላንና የኢኮኖሚ ልማት ቢሮ ኃላፊ ..... "
6. የክልሉ መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶች ወይም የግል ዘርፍ ተወካይ..... "
7. በክልሉ የጤና አገልግሎት ተጠቃሚ ቡድኖች /ማኅበር/ ወይም ከማኅበረሰቡ ተወካይ ..... "
8. የክልሉ የጤና ቢሮ ..... አባልና ፀሐፊ

<u>የክልሉ የጤና እክንብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ኮሚቴ ሥልጣንና ተግባር:-</u>

የክልሉ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ኮሚቴ ቀጥሎ የተመለከቱት ሥልጣንና ተግባራት ይኖሩታል።

- በክልሉ ለጤና እንክብካቤና ገንዘብ ለማግኘት የተቀላጠፈ አርምጃዎች መወሰዳቸው ለማረጋገጥ
- በክልሉ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ አሠራር ላይ የማኅበረሰብ፤ የግለሰብ እና መንግሥታዊ ያልሆኑ ድርጅቶች የተጠናከረ ተሳትፎ እንዲኖር የሚያደርግ የአሠራር ዘዴ ለመቀየስ

CCRDA

- ለክልሉ የሚስማሙ የአሠራር ዘዴዎችን ለመፍጠር

- የአገር አቀፍ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ፕሮግራም በሥራ ላይ መዋሉን ለመከታተል እንዲሁም የአገር አቀፍ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ የአሠራር ደንቦች መመሪያዎች ከክልሉ ተጨባጭ ሁኔታዎች ጋር እንዲስማሙ ለማድረግና ካስፈለገም ለማሻሻል

- አስፈላጊ የሆኑ አስፈጻሚ አካላትን በተዋረድ ለመወሰን

- ተገቢ የሆነ የሂሣብ አያያዝና ተጠያቂነት የሰፈነበት ሥርዓት በጤና ድርጅቶች እንዲኖር ማረጋገጥ

- በክልሉ ኮሚቴ ሥር ላሉ የጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ አስፈጻሚ አካላት የቴክኒክ፣ የማቴሪያልና የገንዘብ ድጋፍ መስጠት

- በክልሉ ውስጥ ሳሉ የተለያዩ አስፈጻሚ አካላት ለአፈጻጸም፣ ለአገር አቀፍ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ጽሕፈት ቤት ደግሞ ለመረጃ እንዲያገለግሉ የተሻሻሉትን የአሠራር ደንቦች ለማስተላለፍ

- የክልሉን ዕቅድና የድርጊት መርሐ ግብር ለማዘጋጀት

- ለአገር አቀፍ የጤና እንክብካቤና ለጤና እንክብካቤ የገንዘብ ማግኛ ጽሕፈት ቤት በተወሰነ ጊዜ መደበኛ ሪፖርት ለማቅረብና

- ሌሎች ተዛማጅ ተግባራትን ለማከናወን

7. <u>የቅድሚያ ትኩረትን የሚሹ ዋና ዋና ስልቶች</u>

7.1 የጤና እንክብካቤ እና የገንዘብ ማግኛ ስልቶች እንዲሁም የአፈጻጸም ዕቅዱን በተመለከተ ብሄራዊ የማስተዋወቂያ ጉባኤዎችን (ወርክሾፖችን) ለመስተዳድሮችና ጉዳዩ ለሚመለከታቸው አካላት ማካሄድ

CCRDA

7.2 የጤና እንክብካቤ እና የገንዘብ ማግኛ ስልት አስፈጻሚ አካላት ማዋቀር

- በአፈጻጸሙ ላይ የመረጃዎችን ሚና እንዲጫወት የጤና ጥበቃ ሚ/ር ደረጃ የጤና አገልግሎትና ሥልጠና መምሪያን እንደገና ማዋቀር
- በመስተዳድር ደረጃ የጤና እንክብካቤ እና የገንዘብ ማግኛ ስልት አስፈጻሚ ኮሚቴዎችን ማቋቋም

7.3 የተጠቃሚዎች የአገልግሎት ዋጋ ክፍያ መርሃ ግብርን መከለስና ማስፋፋት

- በአስቸኳይ አውን ያለውን የተጠቃሚዎች የአገልግሎት ዋጋ ክፍያ ማሻሻልና ማከለስ በተለይም ለሕብረተሰቡ የጤና ጠንቅነታቸው ምክንያት በልዩ ፕሮግራም ሳቢያ ከክፍያ ነጻ በሆኑ የሕክምና አገልግሎቶች እና የማሕበረሰብ ክፍሎችን መወሰን
- በተለያዩ ደረጃ ላይ ከሚገኙ የጤና ድርጅቶች የሚገኘውን ገቢ ምን ያህሉ በጤና ድርጅቶች መያዝ እንደሚገባውና ለምን አገልግሎት መዋል እንዳለበት መወሰን
- ለአዲስ አበባ መስተዳድር እና በአንድ ሌላ የተመረጠ ክልል ይህንን የተጠቃሚ አገልግሎት ዋጋ በሰርቶ ማሳያ መልክ ማስፈጸም
- መሠረታዊና የመከላከል የጤና አገልግሎቶችን ማጠናከርና እንዲሁም የሕክምና አገልግሎት በተቋሙ በፈለቱ ገንዘብ አማካይነት ጥራቱን ማሻሻል

7.4 የጤና እንክብካቤ እና የገንዘብ ማግኛ ስልት አንኳር ፕሮግራም በትክክል መለየት

- በብሄራዊ ደረጃ በሥራ ላይ የሚውለው የአገልግሎት ተጠቃሚ ክፍያ መርሃ ግብር መወሰንና ነገር ግን በተወሰነ ደረጃ በክልል ሲተገበር እንደተጨባጭ ሁኔታዎች ሊስተካከል መቻሉን በግልጽ መለየት
- አንኳር መርሃግብሮችን ለይቶ ማወቅ
- ጠቋሚና የቁጥጥር ዘዴዎችን መለየት

CCRDA

7.5 በአጠቃላይ የጤና ዘርፍ የልማት ፕሮግራም ላይ የተመለከተውን የአሠራር ብቃት የሚረዱ እርምጃዎችን በሥራ ላይ ማዋል

7.6 የጤና እንክብካቤና የገንዘብ ማግኛ ስልቶችን አፈጻጸም ለመደገፍ የሚካሄዱ ጥናቶች

- የሕክምና አገልግሎትን በብቃትና በጥራት ለመስጠት የሚያስፈልገውን ገንዘብና አሁን በሚመደበው በጀት መካከል ያለውን ልዩነት ለይቶ ለማወቅ

- የመሠረታዊ/የመከላከል የጤና አገልግሎት የሚያስፈልገውን ገንዘብና አሁን በሚመደበው በጀት መካከል ያለውን ልዩነት አውቆ ከገቢያቸው ምን ያህሉ በጤና ድርጅቶች መቅረት እንዳለበት የሚገለፀውን ፖሊሲ ለመቅረጽ

- አሁን ከአገልግሎት ክፍያ የሚሰበሰውንና ስልቱ ሥራ ላይ ሲውል የሚገኘውን ገቢ ያመዛዘነ ኢኮኖሚያዊ ትንተና ለማቅረብ

- በአዲስ አበባ ውስጥ የሚሰጠውን የመሠረታዊ የመከላከልና የሕክምና አገልግሎቶች ለይቶ በማወቅ

  (ሀ) ባለው ደረጃ የአሠራር ብቃታቸውን ማሻሻል

  (ለ) በተሻሻለ የአሠራር ብቃት ምክንያት የተገኘውን ገንዘብ አስፈላጊ ለሆነ አገልግሎት እንደገና መደልደል

- የተገላባጭ የመድኃኒት ተካባች ገንዘብን የሚያሳይ ጥናት ማካሄድ

CCRDA

FEDERAL DEMOCRATIC REPUBLIC

OF ETHIOPIA

HEALTH CARE AND FINANCING STRATEGY

CCRDA

Ministry of Health
Addis Ababa
1998

BACK GROUND

Since the introduction of formal health service in the country some 50 years ago, responsibility for providing health services rests almost entirely on the government sector. However, the system has steadily deteriorated over the past years and, at best, reaches only 45% of the population. Health and demographic indicators demonstrate clearly that there are major maternal and child health problems and a high disease burden. Further exacerbation of these problems is caused by the under financing of the health sector and the very high population growth rate limiting the government's ability to meet the increasing demand for health care services.

Government spending on the health sector has been very low. Per capita health expenditure has remained between USD 1 and USD 1.10 since the early 1980's up to the beginning of 1990's. In 1996 it is about USD 1.20. This is by far lower than the Sub-Saharan African average health expenditure of USD 6.7 per capita.

The expenditure trend of the Ministry of Health for the fiscal years 1978 through 1980s showed a decline from over 4% of total government expenditure to 2.8%. This has been reversed 1990's and has reached nearly 6.2 % in 1996. The government health budget accounted for only 1 % of GDP in 1991, but has increased to about 2.7 % of GDP in 1996. Most of the recurrent budget is spent on wages & salaries, making very little money available for running expenses, drugs and medical supplies. The average share of the capital budget for health out of the national capital budget was also 2.1% for the periods up to 1991. Thus, construction of new health facilities & maintenance of existing ones was very limited in the past years. The situation is changing in recent years with the growing government commitment to make primary health care as one of its top priorities. The percentage share of recurrent and capital health budget to total national budget in 1997 was about 6.4 % and 5.8 % respectively.

The allocation of resources to the health sector is highly skewed in favour of big urban centres like Addis Ababa and curative health care. Up to 1991, rural health centres and health stations obtained about 20% of the recurrent budget compared to over 50% for hospitals. Hospital share of the recurrent budget has, however, gone down to nearly 38% in 1996.

There has been a long history of fee-for service in the health sector but lacked periodic revision. Surprisingly, it has not been revised for the last 47 years. There were also increasing proportion of fee waivers. Subjective estimates of the number of free patients ranged from 30-80%. An objective assessment

CCRDA

in Tibar Ambassa confirms the above fact. In 1995 / 96 of the total patients provided medical examinations and / or other services 83 % were free and only the remaining 17 % paid for the services they received. Thus the share of recurrent health expenditures covered by government user fees has decreased from about 19% in 1981 to an estimated 7.9% in 1994.

Government regulations require fee revenue to be returned to the Treasury as general revenue which discourages initiative at the institutional level and provides no incentives to the Regional States for collecting revenues.

According to recent information revenues collected in the form of user fee vary widely from one health facility to the other. In selected government hospitals the average revenue as compared with total expenditure over the years 1989-1993 ranged from 18% to 46.%. However, in some non-governmental mission hospitals the rate was as high as 51.%. The average revenue as a percentage of non-salary expenditure ranged from 69% to 125.% over the same period. It should be noted that this is not an indication of high level of revenue generated, rather it is an indication of low budget allocation for non-salary recurrent costs. Although the revenue collection shows fluctuation in most of the hospitals, a decreasing trend is seen, particularly in those run by the government.

Revenue collected from the sale of drugs also goes directly to the central Treasury. However, some cost recovery through revolving drug fund scheme is being implemented by pharmacies under the Urban Dwellers Association and the Ethiopian Red cross Society. The Bamako Initiative has also been started in some selected woredas.

During the Dergue regime most of the private and Non Governmental Organisation facilities were nationalised. Thereafter, these facilities have been financed through government allocations and run by government staff. The Transitional Government of Ethiopia, however, reversed this trend and now the Government of the FDRE is encouraging private sector participation into the health care delivery system.

Recent indications point to a growing private involvement in health care delivery. This includes private hospitals, clinics, diagnostic facilities, pharmacies and lower level drug retail outlets.

Private sector insurance in health is underdeveloped and covers only a small minority of the population through the Ethiopian Insurance corporation. In addition, a few private employers also have insurance for their employees although the extent of coverage is not known.

CCRDA

De-facto government financed national health insurance has been operational for many years. The Government provides free health care for citizens who can document that they are financially indigent and has allowed civil servants to receive health care in Ministry of Health institutions at 50% of the current user charges. Government-employed health personnel also receive subsidised medical car, excluding drug, at Ministry of Health facilities. Many other members of society, such as prisoners, children, patriots, refugees and the military, are also provided free health care.

1. RATIONALE

1.1. The health needs of the population are rising faster than the national resource. The long-standing war that has lasted over 30 years has drained the country's resources and has left the majority of the rural population very poor and without any form of health services. Lack of proper planning and management of resources, emergence of new diseases, an un-hygienic environment, poor housing and living conditions, have worsened the health status of the population. Shortage of drugs, lack of medical supplies, poorly maintained equipment and buildings, under-utilisation of staff and low staff morale have resulted in serious decline in health care delivery.

1.2. The health sector financing problems discussed above show that current government spending on the health sector is not sufficient to finance the intended level of health services. The unsatisfactory health service delivery conditions, combined with continued high population pressure and the growing need for modern health care has led to a widening gap between the demand for care and the financial resources available to satisfy these needs. The provision of better health service at different levels is very much dependent on the availability and allocation of adequate resources. These resources cannot totally come from government treasury because government expenditures, financed through general tax revenue, will not meet the growing demand of health care.

1 .3. The situation, therefore, calls for the need to assess alternative methods of financing the health care system. In order for the health system to be sustainable, systematic changes relative to health care and financing need to be considered.

CCRDA

2. DEFINITION

2.1. Health Care and Financing is, thus, a broad term used to define alternative arrangements for paying, allocating, organising and managing health resources.

2.2. It includes:

- Defining a level / quality of care of preferably a minimum basic health service package to be provided, in an accessible and equitable manner;
- Identifying different modalities of financing to establish a financially sustainable system.
- Instituting different mechanisms for mobilising funds and rationalising the use of available resources including cost and risk-sharing mechanisms / insurance plans.

3. KEY GUIDING PRINCIPLES

Underlying the Health Policy and the broad goal set for Health Care and Financing Strategy are a number of key principles. Establishing and clearly defining these guiding principles is very important as they will shape all subsequent and complementary strategies, programme formulations, rules and regulations, guide lines and procedures, etc. and their implementation. Regional, sectoral and cross sectoral policies and strategies will be checked against these principles to ensure consistency.

The key guiding principles laid down for implementing Health Care and Financing Strategy are :

3.1. Since the outstanding health problems of the population are communicable disease and nutritional conditions, there is a need to re-orient the system A shift is thus required from the existing crisis management, curative and urban-based expenditures to targeting resources directly to high-risk and focus population groups as well as the poor.

3.2. After the introduction of modern medicine to the country, government was the sole/major provider of health service. But the traditional and complete reliance on government / general revenue/ funding has not produced the intended service that the people and government want. Neither can the system sustain or increase desired improvements in health status. Therefore, active involvement of the communities will be a fundamental feature of the strategy.

CCRDA

3.3. In developing countries, in particular, public health services are public goods; but because of lack of immediate health return, people are not willing to buy them. The primary responsibility thus rests on the government to make these services available as near to the people as possible and at a reasonably low or no cost to the people. Therefore, substantial government financial support for primary and preventive health care will be required.

3.4. Health services at government health facilities will be based on a cost-sharing principle between the provider (government) and the receiver (client). Therefore user - fee charge need to be revised and labelled according to the ability of the people to pay for the service they received and adjusted with the cost of living.

3.5. User fee is not a new concept to the health system but the revenue that was generated didn't directly play a role in improving the health care. This strategy, however, will allow local retention and use where the community will play a vital role in the management of the fund and have a say in the overall running of the health facilities.

3.6. The level of user - fee charge need to be graduated depending on the level of the service provider and amount of service provided. This would re-direct public spending to essential health services focusing directly to target population groups, leaving interventions outside the predetermined level of care / minimum basic health service package / to the realm of private practices. If supported by a functional referral system, this shift in emphasis from tertiary hospital services to primary / preventive health services will reduce the demand of consumers for simple out-patient services at expensive hospital based facilities.

3.7. Privileges will be given to appropriate referrals while, by-pass charges will be levied for self-referred patients.

3.8. No service is "free", there is always a third party paying for it, but out - of- pocket payment at the time the service is rendered may not be required. Considering the public health hazard, vulnerability of some population groups for different diseases according to the burden of diseases of each region and impact of a condition on health status of the population or on the economy of the country, there will be some disease categories, population groups and programme entities that will get the privilege of exemption.

3.9. Appropriate measures will be taken to ensure that the poorest people benefit from primary health care through fee exemption, subsidies and / or through instituting community - based risk sharing schemes / Insurance /.

CCRDA

3.10. All the income generated by health facilities from various income - generating activities (User-fees, Revolving Drug funds, private and community / employer-based risk sharing schemes (Insurance), donations gifts, etc) will be considered as "Health Facility Revenue" after the necessary arrangements are made.

3.11. "Health Facility Revenue" will be:

- additional to government budget,
- retained and used by the health facility that generates it,
- deposited in a special account opened by the respective health facilities,
- used to improve the quality and quantity of health service
- subjected for appropriate control and audit by authorised government body as per the new financial regulation.

3.12. Core - Programmes like exemption for disease categories and population groups will be further defined to which all regions must adhere to and they will be designed to allow maximum flexibility and control by the regions while at the same time allowing the Federal Government Ministry of Health the ability to monitor national implementation.

4. GOAL

The goal of Health Care and Financing Strategy is to :

- identify and obtain resources which can be dedicated to preventive, promotive, curative and rehabilitative health services for the people,
- increase efficiency in the use of the available resources,
- increase absolute resources to the health sector,
- promote sustainability of the health care financing and improve the quality and coverage of health services.

CCRDA

5.1.2 Operational Efficiency

Operational efficiency implies management for the best use of resources that are in place.

This will be achieved by:

- Ensuring efficient personnel management through the availability of job descriptions, supportive supervision, in-service training, career structures and staff incentives which will promote a motivated workforce.
- Strengthening and improving supportive services i.e. laboratory, x-ray, transport, patients food, sanitary facilities. health education materials, equipment and supplies..... etc
- Encouraging maximal utilisation of first contact level health facilities by the population by strengthening appropriate referral to hospitals.
- Increasing efficiency in hospital bed utilisation and better use of ambulatory care for minor ailments by setting appropriate admission and discharge criteria and improved out-patient follow-up in order to improve resource utilisation by shifting from impatient to ambulatory care thereby reducing unnecessary treatment and cost.
- Developing drug procurement, distribution and store control procedures.
- Reducing custom duties on life-saving and essential drugs.
- Revising lows and regulations that may hinder the implementation of the strategy.
- Improving information system which makes available management and costing information for decision makers on resource allocation.

5.1.3 Therapeutic Efficiency

Therapeutic efficiency primarily means rationalising clinical treatment. This will be achieved through:

- Improving the selection, acquisition and production of drugs
- Promoting rational drug use supported by appropriate diagnostic services and treatment protocols.
- Full implementation of essential drug list stressing the use of generics, treatment protocols and use of essential supplies and equipment.
- Training of clinicians and other health workers in the proper use of drugs and medical supplies and their management

UCRDA

5. *STRATEGIES*

The financing mechanisms envisaged are grouped into broad and complimentary strategies. It includes improving government health sector efficiency, generating additional and new sources of revenue, encouraging private and non-governmental organisations participation, development of social and private health insurance, promotion of community participation, encouraging bilateral and multilateral agencies participation, alternate financing options for urban areas like Addis Ababa and organisational mechanisms for implementation of the health care and financing strategy.

5.1 Improving Government Heath Sector Efficiency:

This includes improving allocation, organisation and management of existing health resources in an effective and efficient manner to compliment and support the technical financing mechanisms addressed below. The major ones are the allocative, therapeutic and operational measures and agreeing on priorities to overcome bureaucratic conditions health financing strategy faces.

5.1.1. Allocative Efficiency

Allocative efficiency implies planning the right resources in the right places. The mechanism includes:

- Making better use of existing health resources by increasing efficiency and by reducing spending on low priority services. This encompasses serious consideration on the type, number and distribution of health care facilities during planning.
- Reallocation of resources by holding urban hospital allocations constant in real terms while increasing allocation to rural health facilities.
- Special focus on primary health care facilities in order to deliver cost-effective services to the population.
- Rationalisation of services offered at health facilities.
- Training and placement of suitably qualified personnel.
- Appropriate selection, quantification and distribution of drugs and supplies.
- Timely disbursement of budget and utilisation at all levels
- Emphasis to facility and manpower planning and development.

CCRDA

5.2 Generating Additional and New Sources of Revenue

This involves various technical mechanisms that bring in money to the health facilities. Apart from increasing government allocation to health, it also involves mechanisms that improve other revenue generating sources such as revision of user fees, revolving drug sales and through various kinds of private or community / employer-based social financing schemes and insurance plans.

5.2.1. Increasing Government Allocation

- Increasing government capital and recurrent budget allocation to enable the construction and renovation, staffing, equipping and running of facilities in order to obtain equitable access in health care services by all segments of the population.
- Increasing government allocation in order to partially bridge the financing gap between the increasing cost of services and revenue generated from current user fees.
- Increasing in real terms government funding for preventive and primary health services.
- Increasing budget for drugs, medical supplies and equipment which are influenced by market conditions and population growth.

5.2.2 Revising and expanding the user fee program

An improved cost recovery system will be implemented through a revised scheme of payment for service. Components of this system apart from actual revision of user charges shall include:

- Developing management system for the collection, planning, use and control of user fee revenue.
- Creating mechanisms to make available special government diagnostic and therapeutic facilities which are unavailable in the private health sector at a fee higher than the cost for providing the service.

5.2.3. Developing Revolving Drug Funds

- Instituting Revolving Drug Fund (RDF) scheme in health facilities for the overall improvement of drug supply as well as an additional source of revenue for health care facilities.
- Providing seed money for RDF from government, community or donor sources.

CCRDA

- Initiating an in-depth study on the establishment & running of RDF programs.
- Implementing RDF schemes initially on a pilot basis in few regions.

Developing Social & Private Health Insurance

- Popularising the benefits of social, private and Community
- based risk sharing schemes / insurance to allow positive cross subsides from the rich to the poor or from the healthy to the sick to cover the financial risk of health care for an enrolled population.
- Organising private and social health insurance grouping mechanisms among large employers, co-operatives, associations, trade unions and government workers
- Developing mechanisms to control unnecessary costs and offer high quality services for enrolled populations.
- Conducting an in-depth study to choose insurance options suitable for the population in terms of coverage and sustainability.

5.3. Encouraging Private including Non-governmental Organisations(NGOs) participation

- Developing alternative organisational forms to increase the role of the private sector (both for-profit and not - for - profit) to help government achieve public health goals by encouraging them to invest in health and make curative health services available to those who can afford, freeing up government funds for preventive and curative services to those who cannot afford to pay, as well as involving them in preventive/promotive services.
- Encouraging participation of NGOs in the health sector.
- Encouraging the use of appropriate traditional medicine and practitioners by the population.
- Establishing regulatory and licensing procedures for private sector providers.
- Evaluating the potential of some urbanised regions on the role of private sector involvement including development of insurance options, expansion of Employer-based programs and use of NGOs for primary and preventive health care (P/PHC) service delivery, supplementing government action.

CCRDA

5.4. Promotion of Community Participation

- Creating conducive environment for the full participation of communities in the planning, implementation, monitoring and evaluation of health activities at different levels.

- Promoting and co-ordinating fund raising activities for health care by individuals, families and communities with special attention to social groups and organisations such as regional development associations, religious groups, edirs, clubs, etc...

5.5. Encouraging Bilateral and Multilateral Agencies Participation

- Creating enabling environment for the participation, co-ordination and fund mobilisation by bilateral and multilateral agencies for health care

5.6. Developing alternative financing options for urban areas like Addis Ababa

- Exploring alternative options for financing health service delivery and efficiency improvements in urban areas like Addis Ababa in order to improve the quality of health care and to release government resources to ameliorate primary health care services with in the administration.

CCRDA

6. ORGANISATIONAL REQUIREMENTS FOR THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE AND FINANCING STRATEGY

The issues, policies, rules and regulations and working mechanisms of the Health Care and Financing strategy are new to the health system. Thus, in line with the key guiding principles laid down, a central body responsible for policy development and overall monitoring of the implementation and a committee at regional level to work out regional specific duties and implement the strategy shall be established.

6.1. National Health Care and Financing Implementation Task Force Composition:-

- Ministry of Health, Vice Minister ..... Chairman
- Head, Regional Health Bureaux..... Member(s)
- Ministry of Finance Representative..... "
- Ministry of Labour and Social Affairs Representative "
- Ministry of Economic Development and Co-operation Representative..... "
- A representative from Private / Non-Governmental Organisations Working in health..... "
- A representative from Organised Health service consumer groups..... "
- Ministry of Health , Planning and Programming Department Head..... "
- Ministry of Health, Drugs Administration & Control Department Head..... "
- Ministry of Health, Women's Affairs Department Head..... "
- Ministry of Health, Health Services & Training Department Head..... Member & Secretary

CCRDA

Duties & Responsibilities:-

Responsible for overall initiation, implementation and monitoring of the Health Care and Financing Strategy at national level. Its major duties and responsibilities are to:

- initiate new or revise policies, regulations and guidelines in support of the Health Care and Financing Strategy.
- define the Health Care and Financing Core Programmes such as:
  User Fee, Exemption policy, Retention level , Use and Control system and ensure the implementation of these programs by regions.
- revise and determine the User Fee charge levels.
- determine national Health Care and Financing options and priorities.
- conduct pilot interventions
- approve national monitoring and evaluation methods and reporting requirements
- monitor and evaluate Health Care and Financing implementation
- define the duties and responsibilities and control the Health Care and Financing secretariat.
- mobilise budget sources for implementation of the Health Care and Financing programme from government and external sources.
- support establishment of Health Care and Financing committees at region level and monitor their performance
- review annual implementation reports from the regions and the secretariat.
- Carry out all other related activities

Health Care and Financing Secretariat

The task force will have a Secretariat supported by experts in order to effectively supervise, support and monitor the Health Care and Financing program.

GCRDA

Experts of the Secretariat

- Health Economist
- Management specialist
- Financial expert
- Statistician
- Senior Secretary

Duties and Responsibilities

Some of its specific tasks include:

- To design and develop systems appropriate for the program;
- To undertake and facilitate studies and surveys necessary to improve the general management of the program and to assure proper monitoring and evaluation of the programmes and their impact;
- To prepare policy statements, rules and regulation and submit to the Implementation task force for approval
- To ensure that regions follow the core requirement of the program and develop standards for implementation;
- To co-ordinate donor support for the program;
- To liase with central treasury and other organs of the government in order to improve the general management of the program;
- To liaise with the regions for routine information on program performance;
- To assist with pilot interventions when appropriate;
- To prepare annual report of the program;
- Any other function as may be assigned by the Health Care and Financing Implementation task force.

Other tasks of the secretariat will be further defined by the task force.

CORDA

7.6. Studies to support implementation of the Health Care and Financing Strategy:-

- A Curative Service Gap study to estimate the resources required to provide reasonable quality curative and auxiliary services to the population leading to an estimation of available and needed resources.
- A Primary / Preventive Health Care Resources Gap Study to estimate available health-related resources, compare available resources to the need for primary / preventive health services and quantify the resource gap between the two, leading to recommendations for a realistic retention policy.
- An economic analysis of Health Care and Financing reforms examining current user fee policies and generated revenue with projections utilising arranged scenarios, including revised user charges and willingness to pay..
- A study to define the need for curative and P/PHC services in Addis Ababa and assess ways to meet those needs within existing resources, addressing (a) more efficient and effective use existing resources; and, (b) options for redistribution of resources made available through improved efficiency.
- A study to define options for a revolving drug fund.

CCRDA

Duties & Responsibilities

The Regional Health Care and Financing Committee will:

- Ensure implementation of Health Care and Financing efficiency measure in the region especially allocative efficiency in government budgetary allocation to the health sector.
- Develop mechanisms for intensified community, private and non-governmental organisations participation in Health Care and Financing schemes in the region.
- Design and develop systems appropriate for the region
- Monitor the implementation of the National Health Care and Financing program and amend / adapt the National Health care Financing procedures and directives to the regional situation;
- Determine the need of implementing structures at lower levels ;
- Ensure the establishment of cost conscious, efficient and effective financial management and accountability within the health facilities;
- Provide technical, material & financial support to lower level Health Care and Financing committees.
- pass amended procedures to lower levels for implementation and to the National Health Care and Financing Secretariat for information.
- Develop plan of Action and programme.
- Submit regular reports to the National Health care and Financing Secretariat.
- Perform all other activities assigned to it .

CCRDA