



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح:

**«شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار  
نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت»**



---

## همکاران پروژه:

دکتر علی محمد مصدق‌راد

دکتر پروانه اصفهانی

دکتر رحیم خدایاری

محیا عباسی

سجاد رامندی

مهدی عباسی

مهدیه حیدری

فرشته کریمی

شیوا طلوعی‌رخشان

مهناز افشاری

## خلاصه اجرایی طرح

**مقدمه و اهداف:** تأمین مالی به عنوان یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام سلامت، نقش مهمی در دستیابی به اهداف نظام سلامت دارد. تأمین مالی پایدار پیش‌نیاز استراتژی پوشش همگانی سلامت است. پژوهش حاضر با هدف شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران به‌منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای با تمرکز بر مطالعات منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی در زمینه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت انجام شد. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب در هفت پایگاه داده الکترونیک «PubMed»، «Scopus»، «Web of Science»، «Science Direct»، «ProQuest»، «SID»، «Magiran» و دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» انجام شد. علاوه بر این، جستجو در لیست منابع، متون خاکستری و سایت‌های معتبر در حوزه تأمین مالی پایدار سلامت صورت گرفت. از روش تحلیل چهارچوب و نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌های بدست آمده استفاده شد.

**یافته‌ها:** در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۹ تعداد ۱۴۴ مطالعه به بررسی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی، تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت در ایران و راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار پرداختند. تأمین مالی پایدار سلامت شامل سه بعد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید راهبردی خدمات سلامت است. سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و درصد خانوارهای مواجه با فقر به علت هزینه‌های سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار بودند. کاهش پرداخت از جیب و پرداخت‌های غیررسمی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت از مهمترین نقاط قوت تأمین مالی و تعدد صندوق‌های بیمه، تعرفه‌های غیرواقعی، نبود نظام اطلاعاتی یکپارچه و فقدان خرید راهبردی توسط بیمه‌ها از جمله نقاط ضعف نظام تأمین مالی گزارش شدند. پایین بودن تولید ناخالص داخلی، کاهش بودجه عمومی اختصاص یافته به بخش سلامت در شرایط تحریم‌های اقتصادی و سیاست‌گذاری فاقد شواهد از تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت بودند. در مقابل، حمایت‌های قانونی برای افزایش کارایی نظام سلامت، وجود سازمان‌های مردم‌نهاد برای تأمین مالی نظام سلامت و فناوری‌های جدید از مهم‌ترین فرصت‌های موجود در حوزه تأمین مالی هستند. مهمترین راه‌کارهای تأمین مالی نظام سلامت ایران عبارتند از بهبود نظام مالیاتی کشور، ارتقاء کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، پرداخت مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بکارگیری سیستم یکپارچه اطلاعات سلامت، محاسبه دقیق و علمی بهای تمام‌شده خدمات سلامت و تقویت مشارکت بخش خصوصی و خیریه. مقایسه شاخص‌های مالی میان استان‌ها، بررسی تأثیر برنامه‌های اصلاحات حوزه سلامت کشور، تعیین عوامل تسهیل‌کننده و موانع پیشرفت در حفاظت مالی از مردم، تعیین الزامات خرید راهبردی، تبیین نقش انواع مالیات در تأمین مالی نظام سلامت و تبیین نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی در پایداری تأمین مالی نظام سلامت از مهم‌ترین شکاف‌های دانشی در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت هستند.

**نتیجه‌گیری:** بررسی همه‌جانبه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت و شناسایی شکاف‌های دانشی موجود در این حوزه، به سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کمک خواهد کرد تا استراتژی‌های مناسبی برای دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت تدوین و اجرا کنند.

**کلیدواژه‌ها:** تأمین مالی سلامت، پوشش همگانی سلامت، جمع‌آوری منابع، انباشت منابع، خرید راهبردی

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات و بیان مساله

۹	۱-۱- مقدمه
۹	۱-۲- بیان مسئله
۱۳	۱-۳- اهمیت موضوع
۱۵	۱-۴- اهداف تحقیق
۱۵	۱-۴-۱- هدف اصلی
۱۵	۱-۴-۲- اهداف اختصاصی
۱۵	۱-۴-۳- هدف کاربردی
۱۵	۱-۵- سؤالات تحقیق
۱۶	۱-۶- مشکلات و محدودیت‌های تحقیق
۱۶	۱-۷- ملاحظات اخلاقی
۱۶	۱-۸- تعریف مفاهیم و اصطلاحات

### فصل دوم: بررسی متون

۱۸	۲-۱- مقدمه
۱۸	۲-۲- کارکردها و اهداف نظام سلامت
۲۰	۲-۳- پوشش همگانی سلامت
۲۲	۲-۳-۱- ابعاد پوشش همگانی سلامت
۲۳	۲-۴- نظام سلامت در کشورهای جهان
۲۳	۲-۴-۱- نظام سلامت کانادا
۲۵	۲-۴-۲- نظام سلامت انگلستان
۲۷	۲-۴-۳- نظام سلامت آمریکا
۳۰	۲-۴-۴- نظام سلامت آلمان
۳۲	۲-۴-۵- نظام سلامت فرانسه
۳۳	۲-۴-۶- نظام سلامت سوئد
۳۴	۲-۴-۷- نظام سلامت ترکیه
۳۵	۲-۴-۸- نظام سلامت ایران
۳۸	۲-۴-۹- مقایسه الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب
۴۰	۲-۵- تأمین مالی نظام سلامت
۴۰	۲-۵-۱- اهداف تأمین مالی نظام سلامت
۴۱	۲-۵-۲- کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت
۴۱	۲-۵-۲-۱- روش‌های جمع‌آوری درآمد در نظام سلامت
۴۴	۲-۵-۲-۲- تجمیع منابع مالی
۴۴	۲-۵-۲-۳- خرید خدمات سلامت

۴۵-۲-۶- تأمین مالی پایدار نظام سلامت.....

۴۷-۲-۷- مرور مطالعات.....

### فصل سوم: مواد و روش کار

۵۱-۳-۱- مقدمه.....

۵۱-۳-۲- نوع پژوهش.....

۵۲-۳-۳- روش انجام پژوهش.....

۵۴-۳-۴- روش تحلیل داده‌ها.....

### فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۵۷-۴-۱- مقدمه.....

۵۷-۴-۲- مطالعات انجام شده در حوزه تأمین مالی نظام سلامت.....

۵۸-۴-۳- ابعاد و شاخص‌های حوزه تأمین مالی پایدار نظام سلامت.....

۶۲-۴-۴- تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت ایران.....

۶۶-۴-۵- استراتژی‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران (براساس تحلیل استراتژیک).....

۶۸-۴-۶- راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران.....

۷۰-۴-۷- شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران.....

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۷۴-۵-۱- مقدمه.....

۷۴-۵-۲- بحث.....

۸۷-۵-۳- نتیجه‌گیری.....

۸۸-۵-۴- پیشنهادات کاربردی.....

۸۹-۵-۵- پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی.....

۹۰- منابع و مآخذ.....

## فهرست جداول

- جدول ۲-۱- سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت ایران ..... ۳۶
- جدول ۲-۲- انواع بیمه‌های سلامت و الگوی پرداخت حق بیمه ..... ۳۷
- جدول ۲-۳- وضعیت تأمین مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب مورد مطالعه در سال ۲۰۱۸ ..... ۳۹
- جدول ۲-۴- شاخص‌های سلامت در برخی کشورهای منتخب مورد مطالعه ..... ۳۹
- جدول ۳-۱- استراتژی جستجو و تعداد مطالعات به دست آمده از پایگاه‌های مورد بررسی ..... ۵۳
- جدول ۴-۱- تاکسونومی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت ..... ۵۴
- جدول ۴-۲- تعاریف شاخص‌های مورد بررسی در تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ..... ۶۰
- جدول ۴-۳- نقاط قوت سیستم تأمین مالی سلامت ایران ..... ۶۲
- جدول ۴-۴- نقاط ضعف سیستم تأمین مالی سلامت ایران ..... ۶۳
- جدول ۴-۵- فرصت‌های سیستم تأمین مالی سلامت ایران ..... ۶۴
- جدول ۴-۶- تهدیدهای سیستم تأمین مالی سلامت ایران ..... ۶۵
- جدول ۴-۷- استراتژی‌های تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران ..... ۶۷
- جدول ۴-۸- شکاف‌های دانشی موجود در حوزه تأمین مالی پایدار سلامت ..... ۷۰

## فهرست نمودارها

- نمودار ۲-۱- چهارچوب سیستم‌های سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی ..... ۱۹
- نمودار ۲-۲- تأمین مالی نظام سلامت در کانادا در سال ۲۰۱۸ ..... ۲۳
- نمودار ۲-۳- ارائه خدمات سلامت در ایران ..... ۳۸
- نمودار ۲-۴- سیستم تأمین مالی نظام سلامت ..... ۴۰
- نمودار ۲-۵- روش‌های تأمین مالی نظام سلامت ..... ۴۲
- نمودار ۲-۶- مقایسه ایران با کشورهای منطقه خاورمیانه در شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت ..... ۴۵
- نمودار ۳-۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات ..... ۵۴
- نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال ..... ۵۷
- نمودار ۴-۲- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال ..... ۵۸
- نمودار ۴-۳- توزیع فراوانی شاخص‌های تأمین مالی پایدار بر حسب ابعاد تأمین مالی ..... ۵۹
- نمودار ۴-۴- توزیع فراوانی مقالات بر حسب بیشترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ..... ۶۰
- نمودار ۴-۵- توزیع فراوانی مطالعات تأمین مالی سلامت به تفکیک سال انجام ..... ۶۲
- نمودار ۴-۶- پرتکرارترین نقاط ضعف تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات ..... ۶۴
- نمودار ۴-۷- پرتکرارترین تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات ..... ۶۵
- نمودار ۴-۸- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک روش کار ..... ۶۸
- نمودار ۴-۹- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک سال انجام مطالعات ..... ۶۸

## فهرست اشکال

- شکل ۲-۱- حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت ..... ۲۲
- شکل ۴-۱- توزیع فراوانی درصد مقالات ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در جهان ..... ۵۸
- شکل ۴-۲- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار سلامت در ایران ..... ۶۹

---

# فصل اول

## کلیات و بیان مسأله



## ۱-۱- مقدمه

هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقاء سطح سلامت مردم و برقراری عدالت بهداشتی و درمانی در میان آنها است (۱). در این بین، نظام‌های سلامت در همه کشورها، با چالش‌های اساسی در حوزه تأمین مالی روبرو هستند مواردی نظیر بالارفتن سن جمعیت، توسعه فناوری‌های جدید و انتظارات رو به افزایش مصرف‌کنندگان در خصوص ارتقاء پوشش مراقبت‌های سلامت منجر به بالارفتن هزینه‌های نظام‌های سلامت شده است. منابع مالی برای پاسخگویی به نیازهای رو به رشد به شدت محدود بوده و ضروری است تعادلی بین منابع موجود و نیازهای رو به گسترش که منجر به فشار هزینه‌ها می‌گردند برقرار شود (۲).

اهداف تأمین مالی سلامت، در دسترس قراردادن وجوه مالی، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان از دسترسی تمام افراد به خدمات سلامت عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش است (۳). بررسی تمامی مطالعات موجود در این زمینه منجر به ایجاد شناختی دقیق از تمام حوزه‌های مرتبط با تأمین مالی نظام سلامت خواهد شد که این مهم گامی موثر در دستیابی به پوشش همگانی سلامت خواهد بود. در این فصل از پژوهش، کلیات تحقیق شامل بیان مسئله، اهمیت موضوع، اهداف، سوالات، محدودیت‌ها، ملاحظات و تعاریف اصلاحات شرح داده خواهد شد.

## ۱-۲- بیان مسأله

«نظام سلامت شامل موسسات دولتی و خصوصی است که وظیفه سازماندهی، برنامه‌ریزی، قانونگذاری، تأمین مالی و هماهنگی خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند. هدف اصلی نظام سلامت تأمین، ارتقاء و حفظ سلامت مردم جامعه است» (۱). پوشش همگانی سلامت به عنوان یک استراتژی مناسب برای دستیابی کشورهای جهان به هدف «سلامتی برای همه» از سال ۲۰۰۰ میلادی مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. پوشش همگانی سلامت، دسترسی همه افراد و جوامع به خدمات سلامت پیشگیری، درمانی و توانبخشی باکیفیت، به‌هنگام نیاز بدون مواجهه با مشکلات مالی است که شامل سه بعد پوشش جمعیتی، پوشش خدمتی و پوشش مالی می‌باشد (۴). پوشش همگانی سلامت در صورت اجرای درست، منجر به بهبود نتایج سلامتی برای مردم جامعه، کاهش نابرابری و بی‌عدالتی و رشد اقتصادی جامعه می‌شود. به طوری که به گفته مدیر کل اسبق سازمان بهداشت جهانی، مارگاریت جان، پوشش همگانی سلامت «تنها مفهوم قدرتمندی است که توانسته است بهداشت عمومی را ارائه کند» (۵). این امر، نشان‌دهنده توجه در سراسر جهان به پوشش همگانی سلامت

است. به طوری که حتی در کشورهای که درآمد اندکی دارند نیز، پوشش همگانی سلامت به عنوان راه کلیدی موثر برای کم کردن فقر مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت و همچنین افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی معرفی شده است (۶).

در سال ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، مفهوم پوشش همگانی سلامت را این چنین تعریف میکند: پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (۶). پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می‌گیرد و هدف آن، ایجاد ضمانتی برای دسترسی به خدمات درمانی و محافظت مالی برای همه است. مفهوم پوشش همگانی خدمات سلامت برای اولین بار در سال ۱۸۸۳ در کشور آلمان که برای زیر پوشش بردن جمعیت جوان خود تلاش می‌کرد معرفی و ایجاد شد. بعد از این عملکرد کشور آلمان، کشورهای دیگری برای این امر تلاش کردند، که در نهایت در سال ۲۰۰۵، اعضای سازمان جهانی بهداشت، قطعنامه‌ای را امضا کردند که به موجب آن کشورها به توسعه‌ی نظام‌های سلامت خود در جهت رسیدن و یا حفظ پوشش همگانی سلامت تشویق شدند (۷).

اصل پوشش همگانی در گزارش سال ۲۰۰۸ میلادی سازمان بهداشت جهانی تصریح شده است و توسط کمیسیون شاخص‌های اجتماعی بهداشت و گزارش مجمع سازمان جهانی بهداشت مورد تاکید قرار گرفته (۸) و در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت، بر استقرار پوشش همگانی سلامت و سه جنبه آن تاکید شده است این گزارش بر روی سیستم‌های تأمین مالی سلامت در کشورها تمرکز داشت (۹،۱۰).

سازمان بهداشت جهانی شش بلوک ساختاری حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، سیستم‌های اطلاعاتی، دارو و تجهیزات و ارائه خدمت را اجزای نظام سلامت معرفی کرده و تقویت نظام سلامت را مستلزم بهبود این شش بلوک ساختاری و مدیریت تعاملات بین آنها به طریقی که به پیشرفت‌های عادلانه و پایدارتر در خدمات درمانی و پیامدهای بهداشتی منجر گردد، دانسته است (۱۱). دستیابی به پوشش همگانی سلامت تنها از طریق نظام‌های سلامت تقویت شده و پاسخگو امکان‌پذیر است (۱۲).

تأمین مالی به عنوان یکی از بلوک‌های ساختاری مهم نظام سلامت نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایفا خواهد کرد. تأمین مالی نظام سلامت، مدیریت و تخصیص درآمدها برای خرید خدمات سلامت است که شامل جمع‌آوری درآمدها، تجمیع ریسک مالی و تخصیص و توزیع منابع مالی در سطوح ملی و محلی می‌باشد. اهداف سیستم تأمین مالی نظام سلامت عبارتند از افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، ارتقای سلامت تعداد بیشتری از مردم، کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی نظام سلامت (۱۳). بنابراین، سیستم‌های تأمین

مالی نظام سلامت از طریق تأمین منابع مالی برای ارائه‌ی خدمات سلامت، کاهش موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت (کاهش پرداخت مستقیم بیماران) و تخصیص عادلانه و استفاده‌ی کارآمد از منابع مالی، نقش به‌سزایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند.

در بسیاری از کشورها از پنج روش درآمدهای عمومی، بیمه‌ی سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، پرداخت مستقیم مردم و کمک‌های خیریه برای تأمین مالی نظام سلامت استفاده می‌شود (۱۳). درآمدهای عمومی شامل به‌کارگیری درصدی از درآمدهای عمومی دولت مانند مالیات، فروش منابع طبیعی، عواید گمرکی و استقراض در بخش سلامت است. در بیمه سلامت اجتماعی، هر فرد واجد شرایط (کارکنان و کارگران قانونی) باید عضو سازمان بیمه اجتماعی شده و حق بیمه بپردازد تا از مزایای آن استفاده کند. حق بیمه اجتماعی معمولاً بر اساس درآمد افراد بوده، میان کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود. در بیمه سلامت خصوصی، یک سازمان بیمه‌ی خصوصی در قبال دریافت حق بیمه از افراد نسبت به بازپرداخت هزینه‌های سلامت آن‌ها اقدام می‌کند. حق بیمه‌ی خصوصی توسط فرد پرداخت می‌شود و ممکن است میان فرد و کارفرمای او تقسیم شده، یا به طور کامل توسط کارفرما پرداخت شود. پرداخت مستقیم، پرداخت توسط بیمار به ارائه‌کننده‌ی خدمت هنگام دریافت خدمات سلامت است. این روش ناکارآمدترین و ناعادلانه‌ترین روش تأمین مالی نظام سلامت است. در نهایت، روش کمک‌های مردمی شامل مشارکت مردم محلی یا نهادهای بین‌المللی در پرداخت هزینه‌های سلامت است. این روش، نقش مهمی در تأمین مالی نظام سلامت کشورهای با درآمد بسیار پایین ایفا می‌کند (۱۳).

نظام سلامت ایران هنوز به هدف پوشش همگانی سلامت دست نیافته و با چالش‌هایی در این زمینه مواجه است (۱۴). دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت نیازمند تأمین منابع مورد نیاز و استفاده بهینه از منابع موجود است. کشور ایران، علی‌رغم اینکه جزو کشورهای پیشرو در انجام اقدامات پوشش همگانی سلامت است، نیازمند برنامه‌ریزی‌های منسجم و اقدامات هدفمند و موثر است. تغییرات جمعیتی، اپیدمیولوژی بیماری‌ها، بازار سلامت، علوم و فناوری‌های پزشکی و سبک زندگی مردم، سیاست‌ها و قوانین متغیر دولت‌ها و انتظارات بالای مردم جامعه منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران و ایجاد چالش‌هایی بر سر راه تأمین مالی نظام سلامت شده است.

بنابراین، سیاستگذاران نظام سلامت کشور باید تصمیم بگیرند که چه ترکیبی از منابع را برای تأمین مالی موثر نظام سلامت بکار گیرند.

در کشور ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای درحال توسعه، تعریف دقیق ابعاد بخش سلامت، شناسایی و ارزیابی منابع مالی پشتیبان و تجزیه و تحلیل مطالعات تأمین مالی نظام سلامت نیاز به توجه جدی دارد. مهمترین مشکل در این کشورها، عدم وجود منابع کافی به منظور ارائه حداقل مراقبت‌های بهداشتی موردنیاز است. مهمترین راهکار جهت رفع این چالش، افزایش هرچه بیشتر منابع مالیاتی در بلندمدت است. این کشورها باید با افزایش حمایت‌های مالی و نیز بهبود روش‌های مدیریتی به دنبال رفع ناکارآمدی منابع باشند، باید تلاش

کنند تا هزینه‌های جاری و نیروی انسانی را در بخش سلامت پوشش داده و بتوانند با انجام مطالعات کاربردی و به موقع اطلاعات مناسبی را فراهم کنند (۱۵).

پژوهش‌های بسیاری در حوزه سلامت انجام می‌شوند که می‌توانند سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت را در شناسایی چالش‌ها و راهکارهای مناسب برای رفع مشکلات موجود یاری کنند. توانایی سیاستگذاران و مدیران در استفاده از اطلاعات و دانش صحیح، قابل اعتماد و به روز، یکی از عوامل موفقیت سازمانها است. اتخاذ تصمیمات بر اساس داده‌های عینی از اصول مدیریت علمی است. بنابراین، سیاستگذاران و مدیران سلامت باید از شواهد علمی و پژوهشی معتبر و باکیفیت در کلیه مراحل سیاستگذاری و مدیریت استفاده کنند.

ترجمان دانش شامل کلیه مراحل است که بین تولید و استفاده از دانش اتفاق می‌افتد. ترجمان دانش در بخش سلامت فرایند تولید، تبادل و استفاده از دانش برای تقویت نظام سلامت، بهبود فرآیندهای کاری، ارائه کالاها و خدمات مؤثر بهداشتی و درمانی و ارتقای سلامتی مردم جامعه است. ترجمان دانش به عنوان پلی بین شواهد پژوهشی و سیاست‌ها عمل میکند و هدف آن کاهش شکاف بین تئوری و عمل است. ترجمان دانش در سیاستگذاری و مدیریت سلامت یک فرایند ارتباط دو طرفه بین پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت است (۱۶). بنابراین، نیاز است پژوهشی در حوزه تأمین مالی صورت گیرد تا ضمن آشنایی پژوهشگران با نیازهای پژوهشی، استفاده‌کنندگان پژوهش نیز با حوزه‌هایی که پژوهش انجام شده و حوزه‌هایی که نیاز به پژوهش بیشتر دارد آشنا شوند.

با توجه به آنچه گفته شد آگاهی از مطالعات انجام گرفته و شکاف‌های موجود در حوزه تأمین مالی سلامت با هدف پرداختن به موضوعات جدید و کاربردی در این حیطه می‌تواند گامی مهم در تأمین مالی پایدار سلامت در کشور باشد. در این راستا، شناسایی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار و نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای موجود در حوزه تأمین مالی در نظام سلامت ایران به منظور توسعه راهکارهای مناسب و اثربخش برای تأمین مالی پایدار نیز ضروری است. از سوی دیگر با مرور مطالعات انجام گرفته می‌توان به شکاف‌های پژوهشی موجود در حوزه تأمین مالی پی برد. پر کردن این شکاف‌ها با انجام مطالعات به روز و کمتر پرداخته شده گامی مهم در جهت تأمین مالی پایدار و دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش، مرور کامل و جامع تمام پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران و نیز یافتن شکاف‌های دانشی و پژوهشی در خصوص این حوزه است.

### ۳-۱- اهمیت موضوع

بسیاری از مشکلات نظام‌های سلامت ریشه در تأمین مالی آنها دارد. نظام تأمین منابع مالی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار مورد توجه بوده و در بعد حفاظت مالی آن، دو شاخص میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن و شاخص فقر ناشی از پرداخت‌های مستقیم از جیب برای سلامت مطرح می‌گردد. برای تحقق هدف پوشش همگانی سلامت نیاز به منابع مالی پایدار در بخش سلامت است. شاخص‌های مختلفی برای تأمین مالی نظام سلامت تعریف شده است که هر یک جنبه‌های مختلفی از نظام مالی را توصیف می‌کنند. رصد و پایش مستمر شاخص‌های کلان تأمین مالی یا مخارج سلامت در هر نظام سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌توان با رصد این شاخص‌ها از نقاط قوت و ضعف سیستم مالی اطلاع پیدا کرد. برای مثال، بررسی آخرین اطلاعات شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۹۶ به ۹ درصد و شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت به ۲۳ درصد در آن سال رسیده است. بیشترین میزان رشد در سهم سلامت از بودجه عمومی دولت مربوط به سال ۱۳۹۳ مقارن با اجرای طرح تحول سلامت است که نزدیک به یک چهارم بودجه عمومی کشور به بخش سلامت اختصاص داده شد. از دیگر شاخص‌های نظام تأمین مالی سلامت شاخص سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت است که براساس آمار از ۵۴/۱ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۴۲٪ درصد در سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است (۱۶،۱۷). این مقدار کاهش از جمله دستاوردهای برنامه طرح تحول سلامت بود. شاخص سهم بودجه عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت به ۵۱ درصد در سال ۱۳۹۶ رسید که بیشترین رشد این شاخص پس از اجرای طرح تحول سلامت و تخصیص ۱۰٪ منابع حاصل از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه و ۱٪ مازاد مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت است (۱۷). بنابراین شناسایی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی در ارائه تصویری شفاف در جهت برنامه‌ریزی‌های آتی در این حوزه موثر خواهد بود.

نظام سلامت کشور ایران که در آن هم بخش دولتی و هم بخش خصوصی خدمات را ارائه می‌دهند، در محیطی با تغییرات سریع اقتصادی، اجتماعی و فنی عمل می‌کند و این موضوع چالش‌ها و تنش‌های زیادی را ایجاد نموده است (۱۸). در بین کشورهای منطقه، کشور ایران بیشترین سهم از بودجه عمومی دولت خود را صرف هزینه‌های جاری می‌کند و سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت (۴۹٪) و سهم پرداخت از جیب (۴۲٪) از هزینه‌های جاری سلامت برای ایران در مقایسه با نظام‌های سلامت موفق در منطقه رقم بسیار بالایی است؛ به عنوان مثال این شاخص‌ها برای ترکیه در همین سال (۲۰۱۷ میلادی) به ترتیب (۲۲٪) و (۱۷٪) است (۱۶). از سوی دیگر طبق گزارش

بانک مرکزی در سال‌های اخیر سهم درآمدهای مالیاتی از درآمدهای دولتی کم شده است و در مقابل سهم درآمدهای نفتی از درآمدهای عمومی دولت در حال افزایش است که این منبع به علت نوسانات و شرایط اقتصادی و اجتماعی ناپایدارتر از درآمدهای مالیاتی است (۱۷). بنابراین در این شرایط ایجاد تغییرات و اصلاحاتی با هدف دسترسی یکسان و برابر برای تمام افراد جامعه به گونه‌ای که آنها قادر به خرید خدمات و پرداخت هزینه‌ها باشند، ضروری خواهد بود. از سوی دیگر اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت و بهره‌مندی جامعه از این خدمات با برنامه‌ریزی مناسب و اتخاذ تصمیماتی جهت افزایش پیش‌پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌پذیرد. تصمیم‌گیری در چنین حوزه‌هایی نیاز به شناخت دقیق از آن حوزه دارد.

پژوهش‌های بسیاری در حوزه سلامت انجام می‌شوند که می‌توانند سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت را در شناسایی چالش‌ها و راهکارهای مناسب برای رفع مشکلات موجود یاری کنند. توانایی سیاستگذاران و مدیران در استفاده از اطلاعات و دانش صحیح، قابل اعتماد و به روز، یکی از عوامل موفقیت سازمانهاست. اتخاذ تصمیمات بر اساس داده‌های عینی از اصول مدیریت علمی است. بنابراین سیاستگذاران و مدیران سلامت باید از شواهد علمی و پژوهشی معتبر و باکیفیت در کلیه مراحل سیاستگذاری و مدیریت استفاده کنند.

ترجمان دانش شامل کلیه مراحل است که بین تولید و استفاده از دانش اتفاق می‌افتد. ترجمان دانش در بخش سلامت فرایند تولید، تبادل و استفاده از دانش برای تقویت نظام سلامت، بهبود فرآیندهای کاری، ارائه کالاها و خدمات مؤثر بهداشتی و درمانی و ارتقای سلامتی مردم جامعه است. ترجمان دانش به عنوان پلی بین شواهد پژوهشی و سیاست‌ها عمل میکند و هدف آن کاهش شکاف بین تئوری و عمل است. ترجمان دانش در سیاستگذاری و مدیریت سلامت یک فرآیند ارتباط دو طرفه بین پژوهشگران و سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت است (۱۹). عوامل بسیاری مرتبط با توانایی‌ها، مهارت‌ها و علایق تولیدکنندگان و استفاده‌کنندگان دانش و محیط سازمانهای بهداشتی و درمانی بر فرایند ترجمان دانش اثر می‌گذارد. پژوهشگران کمتر سراغ سیاستگذاران و مدیران می‌روند تا نتایج پژوهش‌های خود را در اختیار آنها قرار دهند. از طرف دیگر، بکارگیری تئوری در عمل کار ساده‌ای نیست. سیاستگذاران و مدیران سلامت دانش، توانایی و مهارت لازم را برای استفاده از شواهد پژوهشی تولید شده ندارند.

بنابراین، آگاهی از مطالعات انجام گرفته و شکاف‌های دانشی موجود در حوزه تأمین مالی سلامت با هدف پرداختن به موضوعات جدید و کاربردی در این حیطه می‌تواند گامی مهم در تأمین مالی پایدار سلامت و حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت در کشور باشد.

## ۴-۱- اهداف تحقیق

### ۴-۱-۱- هدف اصلی

- شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت

### ۴-۱-۲- اهداف اختصاصی

- شناسایی ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران
- تحلیل استراتژیک نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدهای موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران
- شناسایی راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران
- شناسایی سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده (شکاف دانشی) موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

### ۴-۱-۳- هدف کاربردی

- این پژوهش با تهیه آرشيو علمی در خصوص راهکارهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور، گامی موثر در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشور ایران خواهد بود.

## ۵-۱- سوالات تحقیق

- ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران کدام است؟
- نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتهای موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران کدام است؟
- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران چیست؟
- سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده (شکاف دانشی) موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران کدام است؟

## ۶-۱- مشکلات و محدودیت‌های تحقیق

- محدودیت عمده در این پژوهش دسترسی به متن کامل مقالات موجود در حوزه تأمین مالی بود. در جهت رفع این محدودیت، مقالات مورد نیاز در پایگاه‌های اطلاعاتی غیرقابل دسترس خریداری شدند.

## ۷-۱- ملاحظات اخلاقی

- با توجه به ماهیت تحقیقات مروری، بی‌طرفی کامل در بررسی و تحلیل مطالعات به دست آمده همواره مدنظر پژوهشگران قرار گرفت.
- کلیه مجوزهای لازم جهت انجام این مطالعه دریافت شده است. طرح پژوهشی در موسسه ملی تحقیقات سلامت- دانشگاه علوم پزشکی تهران با شناسه اخلاق *IR.TUMS.NIHR.REC.1399.002* مصوب گردیده است.

## ۸-۱- تعریف مفاهیم و اصطلاحات

تأمین مالی سلامت: تأمین مالی نظام سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام سلامت، به معنی تجمیع منابع مالی اولیه و ثانویه است تا ریسک بین گروه‌های جمعیتی بزرگ به اشتراک گذاشته شده و درآمد حاصل از آن برای خرید کالاها و خدمات مورد استفاده قرار گیرد (۱۶).

تأمین مالی پایدار سلامت: تأمین مالی پایدار نظام سلامت به معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن به موقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت» است (۲۰).

پوشش همگانی سلامت: پوشش همگانی سلامت عبارت است از «دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند». پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات، و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می‌گیرد که طبق تعریف هدف آن، ضمانتی برای دسترسی به خدمات درمانی و محافظت مالی برای همه است (۶-۸).



---

# فصل دوم

## بررسی متون

## ۱-۲- مقدمه

بهداشت و درمان یک کالای ضروری به شمار می‌رود و توجه ناکافی به آن آسیب‌هایی را به سلامت کل جامعه وارد خواهد ساخت. از مهم‌ترین اهداف کشورها، کاهش هزینه‌ها در کنار افزایش کارایی، کیفیت و اثربخشی در نظام سلامت است. از سوی دیگر با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان، پایین بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی و بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان از عوامل محدودکننده تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به شمار می‌روند. تأمین مالی مراقبت‌های سلامت یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در بسیاری از کشورها به شمار می‌رود؛ با اینحال علی‌رغم تلاش‌های گوناگون کشورهای در حال توسعه در این خصوص، هنوز «پوشش همگانی سلامت» در بسیاری از کشورها محقق نشده است (۲۱). این فصل از پژوهش به بررسی مبانی نظری تحقیق پیرامون موضوع تأمین مالی، کارکردها و اهداف، تأمین مالی پایدار و پوشش همگانی سلامت و مطالعات انجام گرفته مرتبط با موضوع پژوهش می‌پردازد.

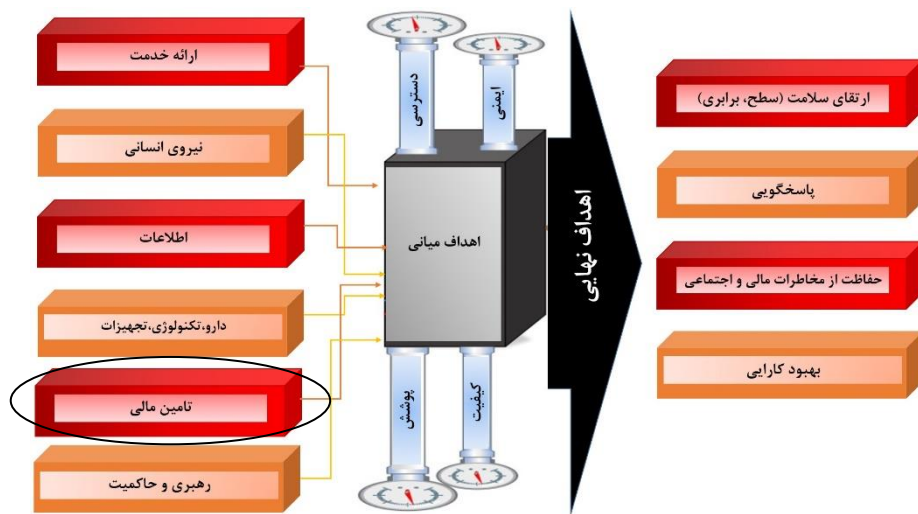
## ۲-۲- کارکردها و اهداف نظام سلامت

نظام سلامت متشکل از کلیه افراد، سازمان‌ها و منابعی است که در جهت ارتقاء، بازگرداندن و یا حفظ سلامتی، فعالیت می‌کنند (۲۲). سلامتی خوب، «وضعیت بهزیستی و رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ضعف»، پایه و اساس ایجاد نظام‌های سلامت است. علی‌رغم آنکه بخش اعظم سلامتی بر عهده افراد، خانواده‌ها و جوامع است؛ بدون حمایت یک نظام سلامت دارای عملکرد مطلوب، همه افراد در معرض بیماری و مرگ قابل پیشگیری قرار دارند. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> اهداف نظام‌های سلامت را دستیابی به سلامتی و برابری در سلامت به شیوه‌ای پاسخگو، منصفانه از نظر مالی و عمل به بهترین و کاراترین روش ممکن با بکارگیری درست منابع موجود بیان می‌دارد. دسترسی و پوشش مداخلات سلامتی کارآمد همراه با کیفیت و ایمنی نیز از دیگر اهداف حد واسط نظام‌های سلامت برشمرده شده است (۲۲).

<sup>۱</sup> World Health Organization

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی، نظام‌های سلامت در قالب چهار کارکرد ارائه خدمت، تولید منابع، تأمین مالی و تولید در راستای رسیدن به این اهداف حرکت می‌کنند (۱). در حالیکه تمامی این تعاریف و اهداف، پایه و اساس اولیه‌ای برای درک سیستم‌های سلامت ایجاد می‌کند، باید اذعان داشت که این سیستم‌ها کاملاً به زمینه‌ای که در آن بکار گرفته می‌شوند، وابسته بوده و از نظر اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، رهبری، حاکمیت، نیروی کار و بسیاری از دیگر عوامل و تحولات درونی کشورها تحت تاثیر قرار می‌گیرند (۲۳، ۲۴).

تغییر و تحولات ناشی از تغییرات عمده سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و تکنولوژیکی؛ مدیران و سیاستگذاران نظام‌های سلامت را با چالش‌های زیادی مواجه کرده است (۲۵، ۲۶). منابع محدود در سیستم‌های سلامت و نیازهای نامحدود مردم، استفاده ناکارآمد از خدمات بهداشتی و درمانی، دسترسی، تأمین کیفیت، کارایی، بهره‌وری و ایمنی خدمات، سازماندهی و مدیریت نظام سلامت و نابرابری در برخورداری از خدمات سلامت از جمله این چالش‌ها هستند (۲۷-۳۰). رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا نیز به یکی از دغدغه‌های اصلی تصمیم‌گیران حوزه سلامت تبدیل شده است. گسترش مداوم فناوری‌های جدید و گران قیمت، افزایش آگاهی و انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن و سخت در میان مردم، از دلایل رشد هزینه‌ها بوده است (۳۱).



نمودار ۱-۲- چهارچوب سیستم‌های سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ میلادی، شش عنصر ساختاری شامل حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، دارو و تکنولوژی، سیستم‌های اطلاعات و ارائه خدمات را در تشریح سیستم‌های سلامت مطرح کرده (۲۳) و تقویت نظام سلامت را به عنوان راهکار مقابله با چالش‌های حوزه سلامت، «بهبود این شش بلوک ساختاری و مدیریت تعاملات فی‌مابین آنها به طریقی که به پیشرفت‌های عادلانه و پایدارتر در خدمات درمانی و پیامدهای بهداشتی منجر گردد»، تعریف کرده است (۲۳).

نظام‌های سلامت قوی، پوشش همگانی سلامت را فراهم می‌آورند؛ اینکه همه افراد می‌توانند بدون آنکه به دلیل هزینه‌های سلامتی دچار فقر شوند، به مراقبت‌های موردنیاز دسترسی پیدا کنند. سازمان بهداشت و بانک جهانی بیان داشته‌اند که تأمین پوشش همگانی سلامت، تنها از طریق نظام‌های بهداشتی و درمانی قوی و پاسخگو با ارتباط مناسب هریک از این بلوک‌های ساختاری امکان‌پذیر است (۳۲، ۳۳).

## ۳-۲- پوشش همگانی سلامت

داشتن سلامتی بالا بدون شک هدف اصلی در هر نظام سلامتی می‌باشد. دلیل اصلی وجود نظام‌های سلامت در جوامع بیشتر برای دستیابی به حفظ و ارتقاء سلامت جامعه و انجام وظایف مربوط به آن می‌باشد. سایر نهادها و سازمان‌ها که در جامعه وجود دارند ممکن است به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در سلامت جامعه شریک و تاثیرگذار باشند، ولی ممکن است هدف اولیه آنها سلامت نباشد. سلامتی به معنای یک هدف معنی‌بخش برای نظام‌های سلامت است. ارتقا و حفظ سلامتی به عنوان یک ضرورت و لازمه‌ای برای رفاه انسان و پایداری اقتصادی او و همچنین توسعه جوامع می‌باشد. در این راستا یکی از راه‌های مهم برای دستیابی به سلامتی بهتر برای هر نظام سلامت پوشش همگانی سلامت عنوان شده است (۱).

پوشش همگانی خدمات سلامت راه موثر و مهمی برای گسترش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی موثر و روشی برای کاهش مشکلات مالی در هنگام بیماری برای عموم مردم است که باعث افزایش دستیابی به یک پیامد مطلوب برای سلامتی نیز می‌شود. سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۱۰ هدف پوشش همگانی سلامت را «دسترسی تمام مردم به خدمات بهداشتی بدون اینکه آنها را دچار مشکلات مالی در پرداخت برای خدمات کند» معرفی می‌نماید؛ که این امر ضمانتی برای دسترسی به خدمات درمانی و محافظت مالی برای همه است (۶).

پوشش همگانی سلامت سه مولفه کلی را در بر دارد که عبارتند از: الف: پوشش کامل خدمات مورد نیاز، ب: محافظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های مستقیم که برای دریافت خدمات پرداخت می‌کنند و ج: تحت پوشش قرار دادن کل جمعیت، که به صورت کلی بیان

---

می‌کنند، اینکه چه خدماتی را پوشش دهیم برای چه جمعیتی و با چه میزان از سطح مشارکت هزینه‌ای این پوشش را حمایت کنیم، که اینها با عناوین پوشش جمعیتی، پوشش خدماتی و پوشش هزینه‌ای مطرح می‌شوند (۴،۳۴).

هدف از پوشش همگانی سلامت در درون سیاست، اخلاق و قوانین بین‌المللی جاسازی شده است، به طوری که در ماده ۲۵ اعلامیه حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ بیان شده که هر فردی حق دارد از سطح کافی برای سلامتی، از جمله برای مراقبت‌های پزشکی و حق امنیت در صورت بیماری یا معلولیت برخوردار باشد. سیاست پوشش همگانی به عنوان وسیله‌ای برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد فقیر و دسترسی برای مراقبت‌های بهداشتی عادلانه از طرف بسیاری از موسسات مورد تاکید می‌باشد (۳۵،۳۶).

برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد و این به این دلیل است که، هیچ نوع دستورالعمل واحد و معینی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت<sup>۱</sup> وجود ندارد و پوشش همگانی بدست آمده در کشورها با شرایط قانونی مختلف، منابع مالی متفاوت، روابط بین ارائه‌دهنده و پرداخت کننده و شکل‌های متفاوت مالکیتی به دست آمده است. به عنوان مثال شهروندان کشورهای سوئیس و مالزی برای تامین مالی مراقبت‌های بهداشت عمومی خود وابسته به درآمدهای مالیاتی می‌باشند؛ در حالیکه شهروندان کشورهای ژاپن و شیلی وابسته به پرداخت حق بیمه و کسر از حقوق و دستمزد می‌باشند. ولی با وجود این تفاوت‌ها می‌توان گفت که به پوشش همگانی دست پیدا کرده‌اند، زیرا که آنها حقوق مربوط به مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به صورت قابل ملاحظه‌ای چه در عمل و چه در حمایت از مشکلات مالی عملی کرده‌اند. به صورت تاریخی می‌توان بیان کرد که چهار دلیل اساسی باعث شده است که برخی کشورها بتوانند به پوشش همگانی دست پیدا کنند:

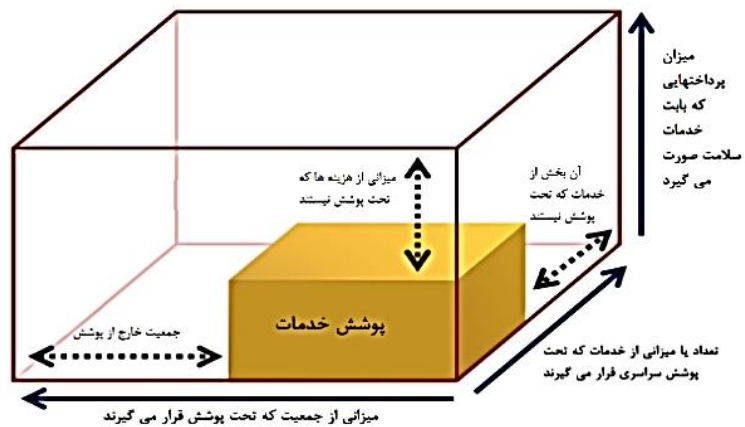
اول فشارهای داخلی که نسبت به ارائه مراقبت‌های بهداشتی گسترده و متنوع و مداوم می‌باشد، دوم نقش خود پوشش همگانی سلامت که در همه جا نقش اصلی را برای دولت‌ها به همراه داشته، سوم اینکه شرایط متفاوتی برای پوشش همگانی سلامت در کشورها وجود داشته و در آخر سر نیز مدت زمانی که برای پوشش همگانی سلامت صرف می‌شود (۳۷،۳۸).

---

<sup>1</sup> Universal Health Coverage

اگر بخواهیم تعریف کلی از پوشش همگانی سلامت داشته باشیم می‌توان آن را به صورت کلی اینگونه تعریف کرد که، پوشش همگانی خدمات سلامت به این معنی است که مردم بتوانند تمامی نیازهای بهداشتی درمانی خود را در تمامی موارد چه در رابطه با پیشگیری و چه در زمینه‌های دریافت خدمات درمانی، توانبخشی و یا تسکینی با بهترین سطح کیفیت بدون ایجاد مشکلات مالی دریافت کنند. همچنین پوشش همگانی سلامت دارای دو قسمت اصلی بوده و در سه بعد دسته‌بندی می‌شود. دو قسمت اصلی کیفیت، پوشش خدمات بهداشتی درمانی ضروری و پوشش مالی برای کل جمعیت بیان شده است. همچنین پوشش خدمات بهداشتی موثر، پوشش مالی و پوشش

جمعیتی در پوشش همگانی خدمات سلامت به عنوان سه بعد اصلی پوشش همگانی سلامت بیان شده‌اند (شکل یک) (۳۸).



شکل ۱-۲- حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت

Source: World Health Report, 2010

همچنین، برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت می‌توان پیش‌نیازهایی را در نظر گرفته و آنها را دسته‌بندی کرد. از میان پیش‌نیازها سه پیش‌نیاز اساسی که از ضرورت بسیار بالایی برخوردار می‌باشند: اول می‌توان نیاز به منابع کافی را معرفی کرد که بتواند پاسخگویی نیازهای خدمات بهداشتی درمانی مردم باشد. دومین نیاز را می‌توان کاهش مخاطرات مالی و همچنین موانعی که بر سر راه استفاده بهینه از منابع موجود وجود دارد معرفی نمود. در نهایت؛ سومین نیاز را می‌توان افزایش ظرفیت و قابلیت مردم در بهره‌مندی موثر از منابع در دسترس عنوان نمود (۳۹، ۴۰).

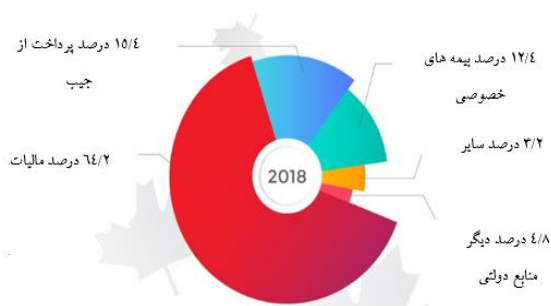
## ۴-۲- نظام سلامت در کشورهای منتخب جهان

امروزه نظام مراقبت سلامت با توسعه روزافزون خود توانسته اهمیت بسیاری در موضوعات اقتصادی کشور به دست آورد. محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در زمینه کیفیت خدمات، کارایی و اثربخشی و عدالت با چالش روبه‌رو نموده است. در مقابل دولت‌ها از روش‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت گوناگون استفاده می‌کنند. تأمین مالی از مهم‌ترین اهرم‌های دستیابی به اهداف نظام سلامت به شمار می‌رود (۴۱).

### ۱-۴-۲- نظام سلامت کانادا

مدل نظام سلامت کانادا، بیمه سلامت ملی (Medicare) است. در کانادا، تأمین مالی بر عهده دولت بوده اما خدمات عمدتاً توسط نهادهای خصوصی ارائه می‌شود. این مدل به دلیل وجود سیستم بیمه‌ای، دارای ویژگی‌های بیمه بیسمارک و به دلیل پوشش همگانی بدون پرداخت حق بیمه مشابه نظام ملی سلامت بوریج است.

منبع اصلی تأمین مالی نظام سلامت کانادا، مالیاتی است که از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها اعمال می‌گردد. پرداخت‌های از جیب و بیمه درمان خصوصی نیز وجود دارد. شهروندان پرداختی بابت هزینه خدمات پزشکی و بیمارستانی نداشته و پرداخت از جیب برای داروها نیز اندک است.



نمودار ۲-۲- تأمین مالی نظام سلامت در کانادا در سال ۲۰۱۸

Source: OECD world statistics, 2019

بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۱۹ میلادی، بیش از ۶۰ درصد کل هزینه‌های سلامت از مالیات تأمین می‌شود. پرداخت در بخش خصوصی به دو بخش پرداخت‌های از جیب (حدوداً ۱۵ درصد) و بیمه سلامت خصوصی (حدوداً ۱۳ درصد) تقسیم می‌شود؛ میزان باقیمانده نیز از برخی منابع ناهمگون، از قبیل صندوق‌های بیمه اجتماعی و اهدایی‌های موسسات خیریه تأمین می‌شود (۴۲-۴۴).

بیمه سلامت خصوصی در کانادا برای پوشش خدماتی که تحت پوشش مدیکیر قرار نمیگیرند، استفاده می‌شود. بیمه سلامت خصوصی تلاش می‌کند جایگزینی خصوصی با دسترسی سریع به خدماتی را فراهم کند که طبق یکسری قوانین از سوی پزشکان و بیمارستان‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است. بیمه سلامت خصوصی بیشتر به شکل برنامه‌های مزایای گروهی هستند که توسط کارفرماها، اتحادیه‌ها، سازمان‌های حرفه‌ای و ... حمایت می‌شود (۴۴-۴۶). این نوع بیمه بیشتر بر پایه شغل است و کانادایی‌هایی که به واسطه بیمه سلامت خصوصی بر پایه شغل، خدمات دریافت می‌کنند، عمدتاً در مورد این مزایا معاف از مالیات هستند.

مزایای ارائه‌شده در بیمه سلامت خصوصی عبارتند از جبران هزینه دارو، هزینه مراقبت‌های پرستاری ویژه، هزینه آمبولانس، هزینه ویلچر و عصا، بیمه خدمات دندانپزشکی، جبران هزینه عینک و جبران هزینه ماساژ و درمان‌های اختلالات اعصاب و عضلات. جهت دریافت این بیمه شهروندان کانادایی هزینه‌ای را بطور ماهیانه به اداره بیمه پرداخت می‌نمایند. گاهی اوقات افراد در ابتدای ورود خود به کانادا نمی‌توانند از خدمات درمانی رایگان بهره‌مند شوند، در این صورت این اشخاص می‌توانند خود را تحت پوشش بیمه‌های درمانی خصوصی قرار دهند. بطور کلی، از زمانی که بیش از نیمی از داروهای تجویزی، قسمت اعظم مراقبت دندانپزشکی و برخی مراقبت‌های بینایی‌سنجی به طور خصوصی تامین بودجه می‌شود، بسیاری از مردمان کانادا بیمه سلامت خصوصی را استفاده می‌کنند تا قسمتی یا تمام هزینه خدمات و اقلام بهداشتی را پوشش بدهند (۴۵).

قانون اساسی کانادا نقش‌ها و مسئولیت‌ها را در بین دولت‌های فدرال، ایالتی و محلی سازماندهی و تقسیم نموده است. دولت فدرال مسئول سیاستگذاری در حوزه سلامت و رگیولاتوری در حوزه دارو، غذا و تجهیزات پزشکی است. همچنین دولت فدرال موظف است تا دولت‌های ایالتی و محلی را برای اجرای سیاست‌های حوزه سلامت حمایت مالی کند. علاوه بر این دولت فدرال وظیفه پوشش هزینه‌های سلامت برخی اقشار خاص مانند پناهجویان، بومیان ساکن مناطق دور افتاده، زندانیان و سربازان از کارافتاده را برعهده دارد.

دولت‌های ایالتی و محلی فراهم کردن خدمات درمانی و پزشکی طبق اصول تدوین شده در سند سلامت کانادا را بر عهده دارند. دولت‌های محلی و ایالتی با کمک بودجه دولت فدرال و مالیات‌های حمل و نقل هزینه این خدمات را تأمین می‌کنند. این که چه خدمات درمانی ضروری محسوب می‌شوند در سند سلامت تنظیم نشده بلکه در هر ایالت، دولت محلی با مشورت پزشکان و متخصصان حوزه سلامت خدمات ضروری را مشخص و آنها را در لیست خدمات بیمه‌ای قرار می‌دهد. بعد از اینکه خدمتی جزو خدمات ضروری قرار گرفت دولت موظف است تمام هزینه‌های آن را پوشش دهد.



از آنجا که هزینه خدمات غیرضروری توسط بیمه‌های عمومی پوشش داده نمی‌شوند، بیشتر دولت‌های محلی و ایالتی به منظور کمک به افراد کم درآمد و فقیر جامعه بیمه‌های تکمیلی را در نظر گرفته‌اند تا در این اقشار هزینه خدمات غیرضروری هم توسط دولت پرداخت شود. در مابقی افراد جامعه هزینه خدمات غیرضروری یا مستقیماً از جیب افراد پرداخت می‌شود یا بیمه‌های خصوصی این خدمات را پوشش می‌دهند. دولت ایالتی وظیفه تعیین تعرفه برای خدمات پزشکان (عمومی و متخصص) را برعهده دارد که البته این تعرفه‌گذاری کاملاً دستوری نیست و دولت برای تعیین میزان تعرفه برای هر خدمت با پزشکان وارد مذاکره می‌شود و تعرفه‌های پزشکی به صورت توافقی بین دولت ایالتی و پزشکان تعیین می‌شود (۴۶).

خدمات سلامت در کانادا به سه دسته تقسیم می‌شود: خدمات اولیه، ثانویه و مکمل. خدمات اولیه بسیار گسترده بوده و شامل درمان و پیشگیری از بیماری‌های شایع، خدمات اورژانس و در صورت نیاز ارجاع به بیمارستان و پزشک متخصص می‌شود. خدمات ثانویه برای زمانی است که بیمار مبتلا به بیماری‌های مزمن باشد و نیاز به خدمات تخصصی طولانی‌مدت داشته باشد. خدمات ثانویه نه تنها در بیمارستان‌ها و مراکز تخصصی بلکه در صورت نیاز حتی در منزل بیمار هم ارائه می‌شود. هرچند ارائه خدمات درمانی در منزل در سند سلامت کانادا ذکر نشده است؛ دولت‌های ایالتی و محلی هزینه برخی خدمات خاص و ضروری در منزل را پرداخت می‌کنند. خدمات تکمیلی هم به صورت کلی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی نیستند؛ اما دولت‌های محلی برای برخی اقشار جامعه مثل سالمندان، کودکان و اقشار کم‌درآمد هزینه این خدمات را پرداخت می‌کنند. این خدمات شامل داروهای نسخه‌ای خارج از بیمارستان، خدمات دندانپزشکی، چشم پزشکی، تجهیزات پزشکی مثل ویلچر و خدمات سلامت سایر حرف مثل فیزیوتراپی می‌شود. سطح پوشش هزینه‌های این خدمات در مناطق مختلف کانادا متفاوت است (۴۷).

## ۲-۴-۲- نظام سلامت انگلستان

مدل نظام سلامت انگلستان، طب ملی (NHS) است. در این نظام خدمات کامل به همه افراد بدون توجه به جنسیت، نژاد، مذهب و ... ارائه می‌شود. خدمات NHS رایگان بوده و خدمات پیشگیری، رسیدگی به بیماران سرپایی و بستری با مراقبت تخصصی بیمارستانی، دارو برای بیماران سرپایی و بستری شده، خدمات دندانپزشکی، مراقبت‌های بهداشت روانی، آموزش و توانبخشی به معلولین را پوشش می‌دهد. قسمت عمده مخارج درمانی بر عهده NHS است. این نهاد عمدتاً از طریق منابع دولتی تغذیه می‌شود. منابع دولتی شامل درصدی از GDP، مالیات و حق بیمه‌های ملی است. قسمتی از تأمین مالی نیز برعهده منابع خصوصی است (حدود ۱۱ درصد مردم انگلستان بطور

داوطلبانه حق بیمه خصوصی را می‌پردازند و دولت کمک یا سهمی در پرداخت این حق بیمه‌ها ندارد). معافیت پرداخت برای گروه‌های پرخطر شامل افراد پیر و ناتوان، افرادی با درآمد کم و خانم‌های باردار وجود دارد (۴۸). بطور کلی بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۱۹، منابع تأمین مالی شامل مالیات‌های عمومی (۷۹ درصد)، سهم بیمه‌های خصوصی (۳ درصد)، پرداخت از جیب (۱۶ درصد) و سایر منابع درآمدی (۲ درصد) است (۴۴).

خدمات بیمه‌ای خصوصی توسط ترکیبی از بیمه‌های انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه می‌گردد. بیمه‌های خصوصی استفاده از خدمات تخصصی، دسترسی سریع به جراحی‌های باکیفیت و استانداردهای بالاتری از آسودگی و حفظ حریم خصوصی در حین درمان را نسبت به خدمات NHS تضمین می‌کنند. مزایای ارائه شده به بیمه‌شدگان خصوصی شامل خدمات روانپزشکی (درمانی)، مراقبت از سالمندان، زایمان و خدمات خارج از لیست انتظار است. بیمه‌های غیردولتی به مشترکین خود مراقبت‌های درمانی را در محدوده‌ای از بیمارستان‌های خصوصی و متعلق به NHS، ارائه می‌کنند. بیماران عموماً در بین چند ارائه‌کننده خدمات درمانی، حق انتخاب دارند.

از جمله موارد مطرح در نظام سلامت انگلستان وجود تراست‌هاست. تراست‌ها بنگاه‌های مالی خصوصی هستند که با مجوز دولتی، مسئولیت خرید خدمات را بر عهده دارند. این کار با هدف تفکیک خرید خدمات از ارائه آن و رسیدن به افزایش بهره‌وری و کیفیت خدمات و رضایتمندی بیشتر جامعه صورت گرفته است. سازمان‌های غیردولتی با توجه بیشتری مصالح عمومی را در نظر گرفته و بار سنگینی را از دوش دولت برمی‌دارند.

مسئولیت وضع قوانین و مقررات و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت، با پارلمان کشور است. وزارت بهداشت انگلستان نقش مهمی در ارائه مراقبت‌های جسمی، روانی، اجتماعی مناسب و با کیفیت بالا برای جامعه دارد. وظایف وزارت بهداشت «مدیریت کل نظام سلامت و مراقبت‌های اجتماعی»، «سیاست‌گذاری و مدیریت تغییرات کلان نظام ملی سلامت»، «ایجاد مقررات نظارت بر نظام ملی سلامت از طریق سازمان‌هایی مانند کمیسیون بهبود سلامت»، «اعمال مداخله در نظام در صورت بروز هرگونه مشکل در نظام ملی سلامت انگلستان در هر سطح» است.

نظام سلامت انگلستان دارای مراکز سلامت استراتژیک (رابط بین نظام ملی سلامت انگلستان و وزارت بهداشت)، مراکز هدایت و راهنمایی (ارائه مشاوره سریع و رایگان ۲۴ ساعته در ارتباط با سلامت انفرادی)، اتحادیه‌های نظام ملی سلامت (بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات، از طریق پزشک خانواده بجز در موارد اورژانس)، اتحادیه‌های مراقبت‌های اولیه (مسئول برنامه‌ریزی، هدایت خدمات و بهبود

سلامت جمعیت‌های محلی)، مراکز مراقبت‌های ثانویه (مراکز سلامت ویژه درمان‌های تخصصی که توسط بیمارستان‌ها ارائه می‌شود) می‌باشد (۴۸،۴۹).

در انگلستان، ۱۰۰ درصد مراکز ارائه‌کننده خدمات اولیه، خصوصی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات تخصصی - سرپایی، عمومی یا دولتی هستند. بیماران برای انتخاب پزشک خانواده خود از آزادی عمل محدودی برخوردارند اما برای پزشک متخصص بیمارستان آزادانه حق انتخاب دارند. نظام ملی سلامت انگلستان خدمات پیشگیرانه (غربالگری، ایمن‌سازی، واکسیناسیون)، خدمات بستری و سرپایی، خدمات عمومی سلامت، برخی از خدمات دندانپزشکی، بینایی‌سنجی و دارویی، خدمات توانبخشی شامل فیزیوتراپی و خانه سالمندان را ارائه می‌دهد (۴۸،۴۹).

### ۳-۴-۲- نظام سلامت آمریکا

مدل نظام سلامت آمریکا به شکل مختلط و بدون یک ساختار منسجم بوده و در آن بخش خصوصی، بیشتر از بخش عمومی به چشم می‌خورد (۵۰). با توجه به وجود ایالاتی با جمعیت، فرهنگ و آداب و رسوم اجتماعی متفاوت؛ نیازهای بهداشتی و میزان رفاه بهداشتی ایالات نیز باهم متفاوت است (۵۱).

تأمین مالی بواسطه دو بخش عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. تأمین مالی خصوصی از طریق پرداخت‌های مستقیم خانوار به این صورت است که بیماران پرداخت‌هایی را به داروسازان، بیمارستان‌ها (عمومی و خصوصی)، متخصصین و پزشکان مراقبت‌های اولیه و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت انجام می‌دهند. تأمین مالی از بخش عمومی از محل درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی انجام می‌شود. به این صورت که مالیات‌ها و مالیات‌های دستمزد از افراد جامعه، به دولت مرکزی و ایالتی پرداخت می‌شود که تأمین‌کننده منابع مالی خدمات مراقبت پزشکی و درمانی و پوشش نظامی و سایر خدمات سلامت همگانی است. حدود ۲۶ درصد تأمین مالی بر عهده دولت، ۵۸ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱۱ درصد پرداخت از جیب و ۴ درصد سایر منابع است (۴۳،۴۴). در آمریکا، برنامه‌های دولتی شامل مدیکیر، مدیکید و برنامه‌هایی برای ارتش و کودکان است. بیمه‌های خصوصی نیز عمدتاً (گروهی، فردی) هستند.

**مدیکید:** مدیکید برنامه‌ای دولتی برای تحت پوشش قرار دادن خانواده‌ها و افراد کم‌درآمد است که توسط دولت‌های فدرال و ایالتی تأمین مالی شده و توسط ایالات مدیریت می‌شود. از مهم‌ترین شرایط دریافت مدیکید، شهروند بودن یا مقیم دائم قانونی ایالات متحده است. بر اساس جدیدترین گزارش (۲۰۱۹)، حدود ۷۵/۸ میلیون فرد تحت پوشش مدیکید قرار دارند.<sup>۱</sup>

**مدیکیر:** مدیکیر یک برنامه ملی بیمه اجتماعی است که مسئولیت آن بر عهده دولت فدرال بوده و آمریکاییان بالای ۶۵ سال و افراد جوان‌تر دارای ناتوانی و مشکلات دیالیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد. این برنامه دارای پارت‌های **A** (بیمه بیمارستانی - پوشش مراقبت‌های بستری در بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری، مراقبت بستری در منزل)، **B** (بیمه پزشکی - پوشش خدمات پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، تجهیزات پزشکی بادوام مانند صندلی‌های چرخدار، واکرها، تخت بیمارستانی و سایر تجهیزات، بسیاری از خدمات پیشگیرانه مانند غربالگری، واکسن)، **D** که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی اداره می‌شود (پوشش داروهای تجویزی) است. در خصوص پارت‌های **B** و **D** نیاز به پرداخت حق بیمه است. پارت **A** و **B** به عنوان مدیکیر اصلی<sup>۲</sup> شناخته می‌شود. در صورت نیاز به پوشش هزینه‌های پرداخت از جیب باید بیمه خصوصی را خریداری نمود. مزایای ارائه شده به بیمه‌شدگان خصوصی در آمریکا شامل پوشش‌های بیمه‌ای مکمل برای جبران هزینه‌های پزشکی و پوشش بیمه‌ای جامع هزینه‌های پزشکی، پوشش بیمه‌ای کاهش درآمد ناشی از ازکارافتادگی و پوشش بیمه‌ای تصادفات و نقص عضو تصادفی می‌شود.<sup>۳</sup>

در برنامه‌های مدیکیر، قسمت **Medicare Advantage** به عنوان پارت **C** (خدمات مکمل) مطرح است. این برنامه در واقع یک جایگزین برنامه مدیکیر اصلی و شامل پارت‌های **A** و **B** و گاهی **D** است و میزان پرداخت از جیب کمتری نسبت به مدیکیر اصلی خواهد داشت. بیشتر برنامه‌ها مزایای دیگری را ارائه می‌دهند که مدیکیر اصلی آن را پوشش نمی‌دهد (مانند بینایی، شنوایی، دندانپزشکی و موارد دیگر). در برنامه مدیکیر اصلی پارت **D** یک قسمت جدا است که باید خریداری شود ولی در **Medicare Advantage** پوشش دارویی در خود طرح قرار دارد. در سال ۲۰۱۹، ۶۱/۴ میلیون نفر تحت پوشش مدیکیر اصلی قرار داشته‌اند.

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/chip/index.html>

<sup>2</sup> Original Medicare

<sup>3</sup> [www.cms.gov](http://www.cms.gov)

**برنامه بیمه سلامت کودکان<sup>۱</sup>:** این برنامه پوشش خدمات سلامت را برای کودکان واجد شرایط فراهم می‌کند. **CHIP** مطابق با الزامات

فدرال توسط ایالت‌ها اداره می‌شود. این برنامه به طور مشترک توسط ایالات و دولت فدرال تأمین مالی می‌شود. حدود ۹/۶ میلیون کودک تحت پوشش این بیمه قرار دارند.

در کشور آمریکا دولت فدرال در بالاترین سطح نظام سلامت قرار دارد. دولت فدرال اختیارات را به دولت‌های محلی/ناحیه‌ای تفویض می‌نماید. دولت مرکزی، سیاست‌گذاری کلی و انجام اصلاحات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. دولت مسئول سازمان‌دهی و کنترل نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی برای آحاد جامعه است. در سطح ایالتی، برنامه‌ریزی عملیاتی بخش بهداشت و درمان و توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود. می‌توان گفت که قدرت در نظام سلامت آمریکا، بین سطوح ایالتی و فدرال تقسیم شده است. وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا، بزرگترین سازمان دولتی این کشور است که وظیفه حفظ و ارتقای سلامت تمامی افراد جامعه آمریکا را برعهده دارد که خدمات اساسی را برای رفاه اجتماعی آن دسته از افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند فراهم آورد (۵۰، ۵۲).

آمریکا سیستم فراگیر ملی برای بیمه ندارد. ترکیب پیچیده‌ای از پرداخت‌کنندگان انفرادی و دولتی (سطح فدرال، ایالتی و محلی) سیستم ارائه خدمات درمانی را تشکیل می‌دهند (۵۲). افراد بیمه شده در کشور آمریکا تمایل دارند که از طریق ارائه‌کنندگان اولیه وارد نظام سلامت شوند. افراد می‌توانند بطور مستقیم به پزشک متخصص مراجعه نمایند. افراد بیمه نشده اغلب به **community health centers** که مراقبت‌های اولیه را برای افراد کم‌درآمد و افراد بیمه‌نشده فراهم می‌آورند مراجعه می‌کنند. بواسطه هزینه‌های بالای سلامت آنها اغلب به پزشک متخصص، مراکز بستری یا جراحی مراجعه نمی‌کنند مگر در موارد اورژانسی (۵۰). در ایالات متحده، سازمان‌های حافظ سلامت<sup>۲</sup> (**HMO**) و سازمان‌های ارائه‌دهنده ترجیحی<sup>۳</sup> (**PPO**)، به نوعی ارائه‌دهنده خدمت و پرداخت‌کننده هزینه بوده و بواسطه نظام ارجاع و سیستم‌های پرداخت سرانه و خدمات پیشگیرانه و سلامت‌محور سعی در کاهش هزینه‌ها و بهبود کیفیت خدمات دارند. سازمان‌های مراقبت پاسخگو<sup>۴</sup> (**ACO**) نیز با هدف کاهش هزینه و ارائه خدمات باکیفیت بعدها به وجود آمدند.

<sup>1</sup> Children Health Insurance Program (CHIP)

<sup>2</sup> Health Maintenance Organization

<sup>3</sup> Preferred provider organization

<sup>4</sup> Accountable Care Organization

## ۴-۴-۲- نظام سلامت آلمان

نظام سلامت آلمان تلفیقی از بخش دولتی و خصوصی است. عمده‌ی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی این کشور به نحوی از طریق بیمه و صندوق‌های آن تأمین می‌شود و نظام سلامت این کشور مبتنی بر الگوی بیسمارک است.

از سال ۲۰۰۹ اخذ بیمه سلامت برای تمام شهروندان و ساکنان طولانی‌مدت این کشور اجباری شده است. افراد با درآمد پایین، از بیمه سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> برخوردارند. این بیمه‌های سلامت اجتماعی با صندوق‌های بیماری در ارتباطند. در صورت استفاده از این بیمه، خانواده فرد بیمه‌شده نیز تحت پوشش قرار می‌گیرند. پرداخت هزینه‌های جراحی، دارو، آزمایش، دندانپزشکی و معاینات پزشکی تنها بخشی از خدمتی است که بیمه‌های دولتی به مردم آلمان می‌رسانند و بیمه‌های حوادث، سالمندان و از کار افتادگی هم توسط بیمه دولتی انجام می‌شود. افراد با درآمد بالاتر، می‌توانند از بیمه سلامت خصوصی استفاده کنند، با این تفاوت که بیمه بصورت فردی است نه گروهی. افراد عموماً پس از انتخاب بیمه خصوصی نمی‌توانند به **SHI** برگردند. حق بیمه در بیمه‌های درمانی اجباری با توجه به درآمد تعیین می‌شود. مبنای محاسبه، میزان درآمد کل ناخالص است که ۱۴/۶ درصد از آن (مورخ ۲۰۱۸) به عنوان حق بیمه کسر می‌شود. حق بیمه به طور مساوی، میان کارفرما و کارمند/کارگر تقسیم می‌شود. علاوه بر این، کارمند/کارگر ملزم به پرداخت مبلغ دیگری نیز به شرکت بیمه است، که میزان آن متفاوت است. چنانچه میزان درآمد (مورخ ۲۰۱۸، از ۴۴۲۵ یورو ماهانه) تجاوز کند، تغییری در حق بیمه حاصل نمی‌شود. در بیمه‌های اجباری، فرزندان و همسر می‌توانند بدون پرداخت حق بیمه جداگانه، تحت پوشش بیمه خانواده قرار گیرند (۵۳).

بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۱۹ میلادی، منبع تأمین مالی بطور کلی شامل ۶ درصد منابع دولت، ۷۸ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱ درصد بیمه خصوصی، ۱۳ درصد پرداخت از جیب و ۲ درصد سایر منابع است (۴۴).

بیمه‌های خصوصی در نظام سلامت آلمان هم نقش مکمل و هم نقش جایگزین را دارند. مکمل برای خدماتی که تحت پوشش **SHI** قرار نمی‌گیرد و جایگزین برای افرادی که تحت پوشش **SHI** قرار ندارند. بیمه‌های خصوصی بر خلاف **SHI**، مبتنی بر ریسک هستند. عضویت در بیمه درمانی خصوصی برای همه امکان‌پذیر نیست. کارمندان/کارگران می‌توانند در صورت کسب درآمد ناخالص بیش از حد نصاب بیمه اجباری (مورخ ۲۰۱۸ ماهیانه ۴۹۵۰ یورو) تحت پوشش بیمه درمانی خصوصی قرار گیرند. در این صورت افراد مربوطه باید جهت معافیت از پرداخت حق بیمه اجباری، کتباً درخواست دهد. شرط عضویت در اغلب شرکت‌های بیمه خصوصی، اقامت در آلمان برای

<sup>۱</sup> Public statutory health insurance scheme (SHI)

یک دوره زمانی معین است. بیمه‌گذاران خارجی ملزم به ارائه ادله لازم مبنی بر اقامت بلند مدت خود در آلمان می‌باشند. بسیاری از شرکت‌های بیمه خصوصی تعرفه خاصی که مناسب این گروه از بیمه‌گذاران بوده و با نیازها و مدت زمان اقامتشان سازگار باشد را ارائه می‌کنند. در صورت درخواست عضویت در بیمه خصوصی، سئوالات دقیقی (در خصوص وضعیت سلامت) از بیمه‌گذار پرسیده می‌شود. قرارداد بیمه‌ی آلمان، به محض بازگشت بیمه‌گذار به کشور زادگاه لغو می‌گردد. حق بیمه در بیمه‌های خصوصی بدون توجه به میزان درآمد، بر اساس وضعیت سلامت، سن و دامنه مزایای بیمه تعیین می‌شود. حق بیمه برای هر بیمه‌گذار به صورت شخصی محاسبه می‌گردد.

بیمه‌های خصوصی طیف خدمات گسترده‌تری را نسبت به بیمه‌های اجباری شامل می‌شوند. علاوه بر این، خدمات و مزایای بیمه دقیقاً مطابق با شرایط بیمه‌گذار تنظیم می‌شوند. بیمه‌گذار برای کلیه خدمات درمانی، ابتدا هزینه‌های درمانی را پرداخت می‌کند. سپس مبلغ پرداخت شده در ازای صورتحساب به بیمه‌گذار مسترد می‌گردد. مزایای ارائه شده بیمه خصوصی شامل درمان سرپایی و بستری، مراقبت‌های دندانپزشکی، بستری‌های کوتاه‌مدت (۱ روزه)، کاهش درآمد ناشی از بیماری، مراقبت‌های طولانی مدت، پوشش تکمیلی برای خدماتی که تحت پوشش بیمه‌ی همگانی نیستند و بیمه‌ی مسافرت است (۵۳-۵۵).

در نظام سلامت آلمان قدرت تصمیم‌گیری بین دولت فدرال و سازمان‌های جوامع مدنی-قانونی تقسیم شده است. در سطح فدرال مسائل مرتبط با برابری، جامعیت و تعیین قوانین مرتبط با ارائه و تأمین مالی مدیریت می‌گردد. در سایر سطوح نیز حفظ زیرساخت‌های بیمارستان‌ها و تأمین مالی آنها، نظارت بر موسسات، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، نظارت بر فعالیت‌های بازرگانی، دارو، بهداشت محیط، غذا و نظارت بر پزشکان محلی و ... صورت می‌گیرد. از نظر ساختار تشکیلاتی باید گفت که در آلمان وزارت کار و امور اجتماعی بالاترین مرجع در گستره خدمات اجتماعی است.

در نظام سلامت آلمان مراقبت‌های تخصصی و اورژانس توسط پزشکان دروازه‌بان ارائه می‌شود. بیمارستان‌ها در این قسمت نقش اندکی دارند. بیمارستان خدمات سرپایی اندکی را تحت پوشش دارد. بیماران دارای حق انتخاب آزادانه برای تعیین پزشک یا بیمارستان هستند و آزادند تا بطور مستقیم به متخصص مراجعه کنند. متخصصان زیادی در شهرستان‌های متوسط کار می‌کنند و لیست انتظار کوتاه است (۵۳-۵۵).

## ۵-۴-۲- نظام سلامت فرانسه

نظام سلامت فرانسه ترکیبی از مدل‌های بورلیج و بیسمارک (با تغییرات محدود) است. سیستم مراقبت‌های بهداشتی در فرانسه از یک شبکه کاملاً یکپارچه از بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی تشکیل شده است که بدون توجه به ثروت، سن و وضعیت اجتماعی، خدمات درمانی را برای تمام شهروندان ارائه می‌دهند. سیستم مراقبت‌های بهداشتی فرانسه عمدتاً بر پایه بیمه سلامت ملی<sup>۱</sup> است. بطور کلی سهم منابع مختلف در تأمین مالی نظام سلامت شامل ۵ درصد منابع دولتی، ۷۸ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۷ درصد بیمه سلامت خصوصی، ۹ درصد پرداخت از جیب و ۱ درصد سایر منابع است. سیستم تأمین اجتماعی فرانسه، خدمات بیمه سلامت را برای کلیه شهروندان تأمین می‌کند (۴۴).

بر اساس طرح بیمه مکمل، پوشش مراقبت‌های بهداشتی پایه برای شهروندان فرانسوی و افرادی که تمکن مالی پوشش را ندارند و کمتر از یک درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند برقرار می‌شود. این طرح پوشش غیرمشارکتی بیمه مکمل را برای شهروندانی که فاقد منابع لازم برای تأمین نیازهای اساسی خود هستند و بیش از ۶ میلیون نفر از شهروندان را شامل می‌شوند فراهم می‌سازد. بیمه‌های خصوصی در فرانسه فعالیت محدودی دارند و خدمات متفاوتی را به مردم ارائه می‌دهند. و بر اساس نوع بسته خریداری شده، مزایای متفاوتی ارائه می‌شود.

متولی اصلی نظام سلامت وزارت بهداشت است. دولت مرکزی، وظیفه‌ی تنظیم طرح‌های کلان بهداشتی و درمانی مملکت، تدوین استانداردها و کنترل بر کیفیت مراقبت‌ها را بر عهده دارد. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز مسئول اصلی تحت پوشش بیمه درمانی قرار دادن شهروندان است. شهرداران در سطح شهرها وظیفه‌ی برنامه‌ریزی عملیاتی، تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش و کنترل خدمات بهداشتی و درمانی محله خود را بر عهده دارند. در سطح بیمارستان، برنامه‌ریزی راهبردی را مؤسسات ناحیه‌ای و برنامه‌ریزی داخلی و مالی را هیأت مدیره انجام می‌دهند (۵۴).

در کشور فرانسه انواع مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات شامل مؤسسات دولتی، خصوصی و شهرداری‌ها وظیفه برنامه‌ریزی عملیاتی و تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش و کنترل خدمات بهداشتی و درمان را بر عهده دارند. نظام ارجاع نیز از طریق پزشک خانواده به سطوح بالاتر بجز موارد اورژانس رعایت می‌گردد (۵۴).

<sup>۱</sup> National Health Insurance (NHI)



## ۶-۴-۲- نظام سلامت سوئد

کشور سوئد با انتخاب سیستم بیمه سلامت ملی<sup>۱</sup> (NHI)، خدمات سلامتی را از طریق بیمه‌های سلامت اجباری ارائه می‌دهد و از طریق مالیات‌ها و مشارکت کارفرمایان و بیمه‌شدگان تأمین منابع مالی انجام می‌شود (۵۶). تمامی جمعیت سوئد تحت پوشش یک نظام یکپارچه‌ی بیمه‌ی پایه هستند که این پوشش بدون توجه به شغل و حتی وضعیت استخدامی صورت می‌گیرد.

تأمین مالی بخش سلامت سوئد بر عهده دو بخش عمومی و خصوصی است. در بخش عمومی منابع نظام سلامت اصولاً از محل مالیات‌ها تأمین می‌شود. علاوه بر آن بیمه‌های اجتماعی که توسط سازمان‌های بیمه اجتماعی مدیریت می‌شود و بیماری‌ها و ازکارافتادگی‌های افراد را پوشش می‌دهد نیز وجود دارد. قسمت عمده تأمین منابع بیمه سلامت ملی بوسیله حق بیمه کارفرمایان صورت می‌گیرد. کارفرمایان دولتی و خصوصی حق بیمه را به ازای هر کارگر به نظام بیمه درمان پرداخت می‌نمایند. در بخش خصوصی نیز پرداخت مستقیم از جیب و بیمه‌های سلامت خصوصی بخشی از تأمین مالی سلامت را بعهده دارند (۵۷). بطور کلی براساس آخرین گزارش سال ۲۰۱۹ میلادی، منابع تأمین مالی شامل منابع دولتی (۸۴٪)، بیمه‌های سلامت داوطلبانه (۱٪)، پرداخت از جیب (۱۵٪) و سایر منابع (۱٪) است (۴۴).

بیمه‌های خصوصی سلامت در کشور سوئد بسیار محدود هستند. براساس موافقت‌نامه‌ی جامع بیمه‌ای، مزایای بیمه‌ی سلامت خصوصی عبارتند از بیماری‌ها، صدمات شغلی، مستمری تکمیلی، بیمه درمان مسافرتی، بیماری‌های اطفال، تصادفات.

در سوئد، سطوح محلی خود را اداره و بر خود حکومت می‌کنند. مسئولیت تمرکززدایی سیستم سلامت هم بر عهده‌ی شوراهای محلی و هم بر عهده‌ی سطوح ناحیه‌ای است. تدوین سیاست‌ها و اهداف به عهده‌ی دولت مرکزی است. سازمان سلامت و رفاه، بخش مرکزی و دولتی است که بر آژانس‌های سلامت و خدمات آنان نظارت کرده و نقش مشاوره‌ای خود را ایفا می‌کند. شوراهای محلی مسئول برنامه‌ریزی و توسعه‌ی سیستم سلامت بر اساس نیازهای متقاضیان هستند. بخش‌های خصوصی، بخش‌های پزشکی و بخش‌های بهداشتی در برنامه‌ریزی سلامت نقش دارند. شوراهای محلی، برنامه‌ها و قوانین بخش‌های خصوصی را تصویب و مورد اجرا قرار می‌دهند.

در سوئد نظام سطح‌بندی خدمات تعریف شده است. در سطح اول، مراقبت‌های سرپایی توسط بخش دولتی و خصوصی ارائه می‌شود. خدمات ارائه‌شده شامل واکسیناسیون، مشاوره، کنترل است. در این سطح مراکز بهداشت محلی، مطب پزشکان خانواده، درمانگاه‌های پرستاری و درمانگاه‌های کودکان و مراکز بهداشت مادران فعال هستند. در سطح دوم، خدمات بستری در بیمارستان‌های محلی ارائه می‌گردد.

<sup>۱</sup> National Health Insurance (NHI)

و بیمار می‌تواند بدون ارجاع مستقیماً وارد بیمارستان شود. در سطح سوم نیز خدمات بستری تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان‌های منطقه‌ای ارائه می‌شود (۵۷،۵۸).

## ۷-۴-۲- نظام سلامت ترکیه

ترکیه دارای نظام مراقبت سلامت همگانی از طریق پوشش بیمه همگانی است. در این سیستم، تمام ساکنان ترکیه، از طریق تحت پوشش قرار گرفتن بیمه تأمین اجتماعی می‌توانند درمان پزشکی رایگان را در بیمارستان‌های طرف قرارداد با مؤسسه تأمین اجتماعی دریافت کنند. نظام سلامت در ترکیه به طور کلی ترکیبی از خدمات دولتی و خصوصی است. نظام سلامت ترکیه عمدتاً با نام بیمه‌سازی شناخته می‌شود؛ چراکه بیمه تأمین اجتماعی در آن پررنگ است.

نظام سلامت در ترکیه تحت یک نظام بیمه‌ای با نام (Genel Sağlık Sigortası) یا به طور مخفف SGK است و بیماران می‌توانند در بیمارستان‌های طرف قرارداد با بیمه SGK به‌طور رایگان درمان شوند. خدمات درمانی تحت پوشش شامل خدمات اورژانسی، حوادث ناشی از کار و بیماری‌های پیشرفته، بیماری‌های عفونی، خدمات پزشکی و سلامت ناشی از سوء مصرف مواد مخدر و الکل، زایمان، حوادث غیرمنتظره مانند مجروحیت‌های جنگی، درمان ناباروری زنان کمتر از ۳۹ سال و جراحی‌های زیبایی ضروری می‌باشد. برخی از بیمارستان‌های تحت قرارداد با SGK خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهند اما عموماً بیماران ترجیح می‌دهند از خدمات دندانپزشکی خصوصی استفاده کنند. علاوه بر این بیماران قسمتی از هزینه‌های دارو، آزمایشات پزشکی و خدمات سرپایی را باید پرداخت نمایند. در کشور ترکیه بیشترین خدمات درمانی را سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌دهد. بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و بیمه بگ کور (برای خویش‌فرمایان) دیگر سازمان‌های بیمه‌کننده اجتماعی در ترکیه می‌باشند. بخش خصوصی نیز فعالیت‌های مشخصی را در تکمیل پوشش افراد بیمه‌شده ارائه می‌دهد.

بطور کلی، تأمین مالی در ترکیه توسط دو بخش عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. تأمین مالی توسط بخش عمومی شامل درآمدهای عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق بیمه‌های اجتماعی است. سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت ترکیه شامل، ۲۲ درصد منابع دولتی، ۵۶ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱۷ درصد پرداخت از جیب و ۵ درصد سایر منابع است (۴۴). بخش خصوصی بخش بزرگی از خدمات درمانی و سلامت را در ترکیه پوشش می‌دهد. خدمات پزشکی بخش خصوصی کیفیت بالاتری دارد. خدمات بهتر

و عدم وجود صف‌های انتظار در مراکز خصوصی از دیگر نقاط قوت بخش خصوصی است. براساس نوع بسته خریداری شده، مزایای متفاوتی در این نوع بیمه‌ها ارائه می‌گردد.

نظام بهداشت و درمان در ترکیه به طور کامل تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان این کشور قرار دارد. تشکیلات خدمات بهداشت درمانی در ترکیه اساساً زیرمجموعه‌ای از وزارت سلامت (MOH) کشور است که توسط سازمان اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و داروسازان اداره می‌شود. وزارت بهداشت نیز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی است و اگر چه بیمارستان‌های خصوصی نیز خدمات ارائه می‌دهند، ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی، MOH سیاست‌گذار سلامتی و ارائه خدمات بهداشتی است و در سطح استانی، خدمات بهداشتی و درمانی، از طریق هیأت مدیره‌های سلامت استانی که از نظر مسئولیت، فرمانداران استانی هستند، انجام می‌شود (۵۹).

مراکز بهداشت خانواده و مراکز بهداشت جامعه ستون‌های مراقبت پزشکی هستند که تمام مراقبت‌های اولیه تحت پوشش بیمه دولتی را با سرپرستی یک پزشک خانواده و یک کمک دستیار مراقبت‌های بهداشتی کمکی ارائه می‌دهد. هر پزشک خانواده بیماران ثبت نام شده در حوزه جغرافیایی خود را تحت مراقبت دارند و بیماران این گزینه را دارند که هر ۶ ماه پزشک خانواده خود را تغییر دهند. این روند پیشرفت جغرافیایی با گزینه تغییر داوطلبانه به منظور ترویج روابط بیمار و پزشک و تسهیل مداوم مراقبت طراحی شده است.

## ۸-۴-۲- نظام سلامت ایران

نظام سلامت در ایران بواسطه وجود انواع متعدد پرداخت‌کننده و ارائه‌دهنده، بصورت مختلط است. ایران در دسته نظام‌های دارای سیستم تعاون همگانی قرار می‌گیرد. نظام تأمین مالی سلامت ایران ترکیبی از درآمدهای عمومی، بیمه‌های پایه سلامت، پرداخت از جیب خانوارها و بیمه خصوصی سلامت و بیمه‌های تکمیلی است. بیمه‌های بهداشتی درمانی در ایران به اشکال مختلفی ارائه می‌شود: سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران (خدمات درمانی)، بیمه درمانی نیروهای مسلح، بیمه کمیته امداد امام (ره) خمینی و سایر صندوق‌های

بیمه‌ای کوچک

جدول ۱-۲- سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت ایران

سال	شاخص	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸
سهم هزینه کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)	۸/۱	۷/۵	۶/۱	۶/۵	۶/۸	۷/۱	۷	
سهم هزینه سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد)	۴/۶	۳/۷	۲/۴	۲/۲	۲/۴	۲/۴	۲/۷	
سهم پرداختی از جیب خانوار از تولید ناخالص داخلی (درصد)	۳/۴	۲/۹	۲/۹	۲/۶	۳/۸	۴/۱	۳/۸	
سرانه هزینه کل سلامت (دلار بین‌المللی) <sup>۱</sup>	۱۵۵۷	۱۳۶۶	۱۰۹۶	۱۲۴۵	۱۲۳۳	۱۲۳۳	۱۱۲۰	
سرانه هزینه سلامت بخش عمومی (دلار بین‌المللی)	۷۹۹	۶۸۰	۴۲۷	۳۸۲	۴۳۳	۴۱۶	۴۲۶	
سرانه پرداختی از جیب خانوار (دلار بین‌المللی)	۵۹۳	۵۲۹	۵۱۵	۶۲۷	۶۹۱	۷۱۷	۴۱۶	
سهم هزینه سلامت بخش عمومی از هزینه کل سلامت (درصد)	۵۱/۳	۴۹/۸	۳۹/۰	۳۳/۳	۳۵/۱	۳۳/۷	۳۸/۰	
سهم بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)	۲۸	۲۴/۱	۱۹/۷	۱۷/۸	۱۵/۱	۱۶/۰	۱۶/۸	
سهم بخش عمومی به غیر از بیمه سلامت و تأمین اجتماعی (سازمان بیمه سلامت ایران و تأمین اجتماعی) از هزینه کل سلامت (درصد)	۲۳/۴	۲۵/۷	۱۹/۲	۱۵/۵	۱۹/۹	۱۷/۷	۲۱/۳	
سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) در سلامت از هزینه کل سلامت (درصد)	۴۸/۷	۵۰/۲	۶۱/۰	۶۶/۷	۶۴/۹	۶۶/۳	۶۱/۹	
سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه کل سلامت (درصد)	۳۸/۱	۳۸/۷	۴۷/۰	۵۴/۸	۵۶/۰	۵۸/۲	۵۴/۸	
سهم پرداختی از جیب خانوار از هزینه بخش خصوصی (درصد)	۷۸/۳	۷۷/۲	۷۷/۰	۸۲/۱	۸۶/۳	۸۷/۸	۸۸/۴	
سرانه تولید ناخالص ملی (دلار بین‌المللی)	۱۷,۵۳۲	۱۸,۱۴۳	۱۷,۸۵۳	۱۷,۵۱۲	۱۸,۱۱۳	۱۷,۳۹۷	۱۵,۹۶۹	

منبع: حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴. درگاه ملی آمار

اصلی‌ترین سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت در ایران شامل:

۱. سازمان بیمه سلامت ایران که بزرگترین سازمان بیمه‌گر سلامت در ایران است (صندوق بیمه سلامت کارکنان دولت، سایر اقشار،

روستاییان و عشایر، صندوق بیمه سلامت همگانی)

۲. سازمان تأمین اجتماعی که اصلی‌ترین سازمان بیمه‌گر اجتماعی و مسئول برقراری پوشش اجباری کارگران مزد و حقوق‌بگیر و نیز

پوشش اختیاری افراد خویش‌فرماست.

۳. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح که نیروهای نظامی و افراد تبعی آنها را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۴. کمیته امداد امام خمینی که بیمه سلامت را برای افراد نیازمند تحت پوشش خود فراهم می‌کند.

## جدول ۲-۲- انواع بیمه‌های سلامت و الگوی پرداخت حق بیمه

نوع بیمه	صندوق	گروه تحت پوشش	جمعیت تحت پوشش	منابع تامین مالی	نحوه پرداخت حق بیمه
بیمه سلامت	کارکنان	کارکنان دولت بازنشستگان	۵ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	۲٪ کارمند، ۲٪ کارفرما ۳٪ دولت
	سایر اقشار	خانواده شهدا و ایثارگران طلاب و دانشجویان بهبیستی	۱ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	توسط دولت
	روستایی	روستائیان، عشایر ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار	۲۲ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	توسط دولت
	همگانی	شهروندان فاقد بیمه	۱۰ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	توسط دولت
	کمیته امداد امام(ره)	افراد نیازمند و محروم	۱ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	توسط دولت
تامین اجتماعی	اجباری، خویش فرما	کارکنان دولت، کارگران مزد و حقوق بگیر و مشاغل آزاد	۳۶ میلیون نفر	حق بیمه: ۳۰ درصد حقوق و مزایا	۷٪ بیمه شده، ۲۰٪ کارفرما، ۳٪ دولت
نیروهای مسلح		نیروهای نظامی و افراد تبعی	۶ میلیون نفر	حق بیمه: ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	۲٪ کارمند، ۲٪ کارفرما ۳٪ دولت

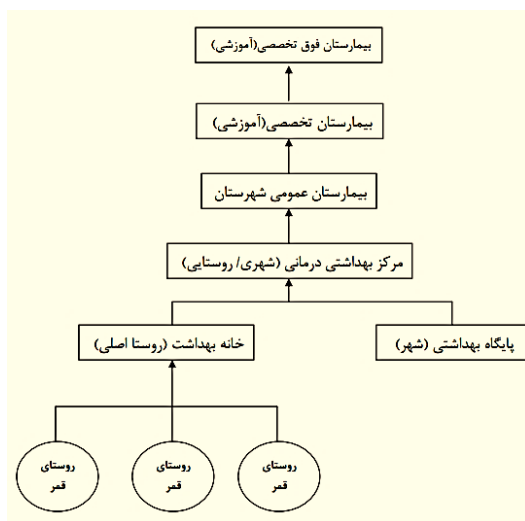
منبع: محقق

شرکت‌های بیمه خصوصی و نیمه دولتی نیز شامل ۱۷ صندوق کوچک بیمه سلامت سازمانی نظیر تعدادی از بانک‌ها، شهرداری، سازمان صدا و سیما، شرکت‌های بیمه خصوصی، سازمان سلامت صنعت نفت و ... است که پوشش بیمه سلامت را برای کارکنان خود فراهم می‌آورند و مستقل از سازمان‌های بیمه سلامت اصلی هستند می‌باشد. این شرکت‌ها به طور کلی جمعیت کمی دارند و در مقایسه با پوشش جمعیتی، منابع مالی بسیاری دارند (۶۰). بر اساس اطلاعات موجود بیش از ۹۰ درصد مردم ایرانی تحت پوشش حداقل یک نوع بیمه سلامت قرار دارند.

نظام سلامت ایران در سه سطح کشور، استان و شهرستان سازماندهی شده است. در سطح کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت عملیات و نظارت بر کار سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور، توسعه خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین خدمات درمانی افراد جامعه، صدور یا لغو پروانه کار موسسات بهداشتی و درمانی، تهیه و تدوین استانداردهای بهداشتی و درمانی، تأمین نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز و نظارت بر انجام اقدامات بهداشتی و درمانی از جمله وظایف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران است. دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئول اجرای سیاست‌ها و خط‌مشی‌های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت هستند. در

سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت بیمارستان برنامه و بودجه بیمارستان را برای تصویب به دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌کنند (۶۱)

شبکه بهداشتی درمانی کشور از سال ۱۳۶۴ باهدف تضمین عادلانه دسترسی کلیه جامعه به مراقبت‌های اولیه بهداشتی با اولویت مناطق روستائی و محروم، در کشور مستقر شد. این شبکه مناطق شهری و روستائی را پوشش می‌دهد. بطور کلی ارائه خدمات در بخش دولتی از سه سطح اصلی تشکیل شده است. سطح اول که اولین محل برخورد نظام سلامت با مراجعه‌کننده نیازمند دریافت خدمات سلامت است، در مناطق روستائی خانه بهداشت و در مناطق شهری پایگاه بهداشت است. بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی در سطوح بالاتر ارائه خدمات را برعهده دارد.



نمودار ۳-۲- ارائه خدمات سلامت در ایران

منبع: کتاب جامع بهداشت عمومی، گفتار ۱، تماس با جامعه

سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام‌های سلامت در کشورهای مورد بررسی در نمودار زیر نشان داده شده است.

## ۹-۴-۲- مقایسه الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران و کشورهای منتخب

سلامتی به عنوان حق مسلم کلیه افراد جامعه محسوب می‌شود و شاخص‌های نشان‌دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه یافتگی کشور است. بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری دارای حساسیت زیادی است؛ زیرا توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد باعث شود که منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. نظام بهداشتی و درمانی در ایران طی سالیان اخیر تحولات بسیاری داشته است. در طول سه دهه اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌هایی

همچون مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر مادران و افزایش سن امید به زندگی و ... رخ داده است. جدول سه و چهار به بررسی شاخص‌های تأمین مالی و شاخص‌های سلامتی در این کشورها می‌پردازد.

جدول ۳-۲- وضعیت تأمین مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب مورد مطالعه در سال ۲۰۱۸

نام کشور	سرانه هزینه سلامت (USD PPP)	هزینه سلامت بعنوان درصدی از GDP	سهام دولت/مالیات در تأمین مالی	سهام بیمه‌های اجباری	سهام بیمه‌های داوطلبانه	سهام پرداخت از جیب	سایر منابع
کانادا	۴۹۷۴	۱۰/۷	۶۴/۲	۴/۸	۱۲/۴	۱۵/۴	۳/۲
انگلستان	۴۰۷۰	۹/۸	۷۹	-	۳	۱۶	۲
آمریکا	۱۰۵۸۶	۱۶/۹	۲۶	۵۸	-	۱۱	۴
آلمان	۵۹۸۶	۱۱/۲	۶	۷۸	۱	۱۳	۲
فرانسه	۴۹۶۵	۱۱/۲	۵	۷۸	۷	۹	۱
سوئد	۵۴۴۷	۱۱/۰	۸۴	-	۱	۱۵	۱
ترکیه	۱۲۲۷	۴/۲	۲۲	۵۶	-	۱۷	۵
ایران (۱۳۹۴)	۱۵۵۷	۸/۱	۲۳/۴	۲۸	۱۰/۶	۳۸/۱	-

Source: OECD, Health at a Glance 2019: OECD Indicators.

در ادامه شاخص‌های سلامت نیز در کشورها مورد بررسی قرار گرفته است. کشور سوئد دارای کمترین میزان مرگ مادران بوده و انگلستان و آلمان کمترین میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال را گزارش کرده‌اند. امید به زندگی و پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران کمتر از دیگر کشورهای مورد مطالعه می‌باشد.

جدول ۴-۲- شاخص‌های سلامت در برخی کشورهای منتخب مورد مطالعه

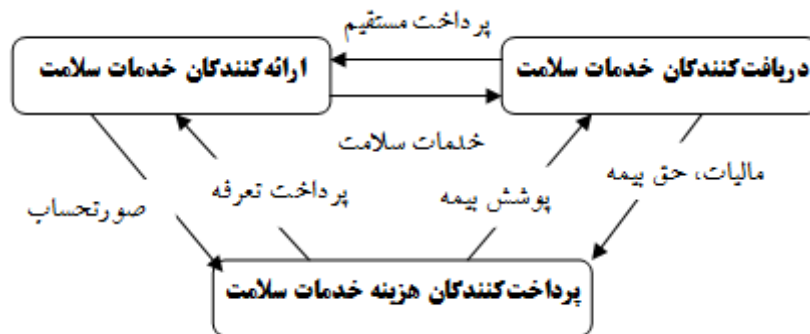
کشور	مرگ مادران در ۱۰۰۰۰۰	مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰	مصرف الکل (۲۰۱۸)	امید به زندگی در بدو تولد (۲۰۱۶)	پوشش همگانی سلامت (۲۰۱۷)
کانادا	۱۰	۵	۸/۹	۸۲/۸	۸۹
انگلستان	۷	۴	۱۱/۴	۸۱/۴	۸۷
آمریکا	۱۹	۷	۹/۹	۷۸/۶	۸۴
آلمان	۷	۴	۱۲/۹	۸۰/۹	۷۹
فرانسه	۸	۳/۹	۱۲/۳	۸۲/۹	۷۸
سوئد	۴	۲/۹	۸/۹	۸۲/۳	۸۶
ترکیه	۱۷	۱۱	۲/۰	۷۶/۴	۷۴
ایران	۱۶	۱۴	۱/۰	۷۵/۷	۷۲

World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals

## ۵-۲- تأمین مالی نظام سلامت

برای رسیدن به اهداف نظام سلامت، بهره‌مند شدن جامعه از خدمات سلامتی که منصفانه و کارا باشد؛ لازم است. کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع برمی‌گردد و منصفانه بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام سلامت مربوط می‌شود. نوع تأمین مالی نظام سلامت شاخص مهمی است که معین می‌سازد آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پایه سلامت وجود دارد یا خیر و اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه صورت است و به چه صورت باید باشد (۶۲).

سیستم تأمین مالی سلامت شامل مشتریان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه آن است. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را به بیماران ارائه می‌کنند و در مقابل بیماران یا سازمان‌های بیمه سلامت، هزینه خدمات را به آن‌ها می‌پردازند (نمودار ۴-۲).



نمودار ۴-۲- سیستم تأمین مالی نظام سلامت

یک سیستم مطلوب تأمین مالی باید بودجه کافی را برای تأمین نیازهای سلامتی جامعه فراهم کند، مشارکت عادلانه و منصفانه آحاد جامعه را جلب کرده و توان کنترل هزینه‌های خدمات سلامت را داشته باشد. سیستم‌های تأمین مالی سلامت از طریق تأمین منابع مالی برای ارائه خدمات سلامت، کاهش موانع مالی دسترسی به خدمات سلامت (کاهش پرداخت مستقیم بیماران) و تخصیص عادلانه و استفاده کارآمد از منابع مالی نقش به‌سزایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند.

### ۱-۵-۲- اهداف تأمین مالی نظام سلامت

تأمین مالی نظام سلامت با سه هدف عمده صورت می‌پذیرد که شامل در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌دهندگان و اطمینان از دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات است. دستیابی به این اهداف به معنی عدم توان پرداخت افراد جهت



دریافت مراقبت‌ها و طبعاً جلوگیری از به زیر خط فقر کشیده شدن آنان و تهیدست شدن بواسطه پرداخت هزینه‌های سلامت است. (۶۲).  
بطور کلی توجه به تأمین مالی نظام سلامت به دلایل زیر از اهمیت بالایی برخوردار است:

### دلایل فلسفی

۱- دیدگاه عدالت‌طلبی: سلامت حق افراد است و دولت مسئولیت اصلی را برای فراهم کردن اثربخش‌ترین رویکردها جهت دسترسی برابر به مراقبت کافی بهداشتی بر عهده دارد.

۲- دیدگاه منفعت‌طلبی: سلامت خوب به عنوان یک کالای اجتماعی است که باید با سایر نیازهای انسانی تاخت زده شود. دولت باید خدماتی را تأمین کند که بهتر از دیگر روش‌ها باعث بهبود سلامت شوند.

### دلایل سیاست‌گذاری: تأمین دسترسی، رقابت‌های انتخاباتی

دلایل مربوط به نارسایی بازار: انتخاب معکوس، مخاطرات اخلاقی، تقاضای القایی و ...

دلایل مربوط به محیط کلان: تغییرات جمعیتی و ...

## **۲-۵-۲- کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت**

تأمین مالی دارای ۳ کارکرد اصلی جمع‌آوری درآمد<sup>۱</sup>، انباشت منابع مالی<sup>۲</sup> و خرید خدمات سلامت<sup>۳</sup> است (۳).

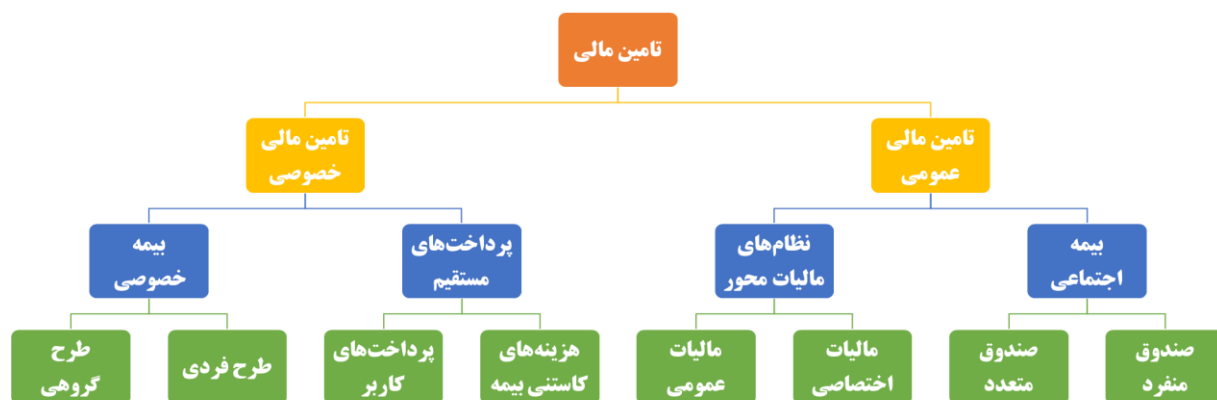
### **۱-۲-۵-۲- جمع‌آوری درآمد در نظام سلامت**

باتوجه به کارکرد جمع‌آوری درآمد در نظام سلامت دو روش کلی تأمین مالی مطرح می‌گردد و بطور کلی تأمین مالی به دو دسته تأمین مالی عمومی و تأمین مالی خصوصی تقسیم می‌شود. در تأمین مالی عمومی بیمه اجتماعی و نظام‌های مالیات‌محور مطرح می‌شوند. در تأمین مالی خصوصی نیز پرداخت‌های مستقیم و بیمه‌های خصوصی مطرح می‌شوند.

<sup>1</sup> Revenue collection

<sup>2</sup> Pooling

<sup>3</sup> Purchasing



### نمودار ۵-۲- روش‌های تأمین مالی نظام سلامت

۱. تأمین مالی نظام سلامت با استفاده از مالیات‌های عمومی که به نام الگوی بوریچ یا مدل طب ملی<sup>۱</sup> شناخته می‌شود. در این مدل مبنای تأمین هزینه‌های سلامت، مالیات‌های عمومی بوده و بر همین اساس دولت نقش برجسته‌ای در ارائه خدمات دارد. در نظام‌های بوریچی، تأمین اعتبارات برای ارائه خدمات توسط دولت و مراکز دولتی صورت می‌پذیرد و دولت متولی ارائه خدمات است. در نظام طب ملی، مراکز ارائه خدمات نیز تحت مالکیت دولت بوده و ارائه‌دهندگان در استخدام دولت هستند. کشورهای انگلیس، نروژ، کانادا و ... هم‌اکنون این مدل را بکار می‌برند. در این مدل، کنترل میزان دستمزد و هزینه‌های جاری راحت‌تر بوده و معمولاً سرانه سلامت کمتری ایجاد می‌شود. با توجه به ماهیت این نظام، موضوعاتی چون کاهش کیفیت خدمات و صفوف انتظار طولانی و بهره‌گیری پایین از تکنولوژی روزآمد معمولاً مطرح می‌گردد. در انگلستان، در راستای مقابله با این مشکلات، تغییراتی در نظام ملی سلامت ایجاد شد و آن هم خصوصی‌سازی متولیان خرید خدمات سلامت تحت عنوان تراست‌ها بود. در واقع با این تغییر مسئولیت خرید خدمات از دوش دولت و نهادهای دولتی برداشته و به نهادهای غیردولتی واگذار شد (۶۳).

۲. تأمین مالی نظام سلامت از طریق بیمه‌های اجباری یا همان بیمه‌های سلامت اجتماعی که به الگوی بیسمارک معروف است. این الگوی با هدف حمایت از حقوق‌بگیران جامعه ایجاد گردیده است. در این الگو، نظام‌های تأمین اجتماعی با بکارگیری عضویت اجباری، نقش عمده‌ای در پرداخت هزینه‌های سلامت دارند. تمام افراد و نهادهای گوناگون مانند کارگران، شرکت‌ها، کارخانه‌ها و ... درصدی از حقوق ماهیانه خود را به‌عنوان حق بیمه به صندوق بیمه سلامت واریز می‌کنند. دولت نیز حق بیمه افراد ناتوان را می‌پردازد. خدمات نیز هم

<sup>۱</sup> National Health System (NHS)

به صورت دولتی و هم به صورت خصوصی ارائه می شود. الگوی بیسمارک در کشورهای آلمان، فرانسه، هلند، سوئیس و ... در حال اجرا است. در این مدل، پول داده شده بابت حق بیمه سرمایه گذاری تلقی می شود؛ بلکه صدقه ای برای درمان نیازمندان خواهد بود. در این مدل به دلیل مداخله بخش های غیردولتی، بروکراسی های رایج سیستم های دولتی و زمان انتظار کمتر است (۴۱، ۶۳).

با توجه به آنچه گفته شد در بررسی رویکردهای جمع آوری منابع مالی در نظام سلامت موارد زیر مطرح است:

- پیش پرداخت های اجباری:

پیش پرداخت های اجباری شامل موارد زیر هستند:

الف) درآمدهای عمومی دولت که به صورت ترکیبی از وضع مالیات مستقیم بر افراد و شرکت ها، مانند مالیات بر درآمد شخصی (در بسیاری از کشورها دارای ساختار پیشرونده (افزایش میزان مالیات با سطح درآمد) است) و مالیات بر درآمد یا سود شرکت های بزرگ (مالیات های مستقیم) و وضع مالیات بر مصرف و یا تجارت، مانند مالیات بر ارزش افزوده<sup>۱</sup> و عوارض گمرکی (مالیات های غیرمستقیم) و درآمدهای حاصل از شرکت ها یا دارایی های دولتی (که بیشتر مربوط به کشورهایی می باشد که مقدار قابل توجهی از درآمد آنها از منابع طبیعی مانند نفت، گاز یا مواد معدنی تأمین می شود) مطرح می گردد.

ب) درآمدهای نشان دار دولت مانند مالیات بر سیگار و الکل

ج) حق بیمه اجتماعی سلامت، که بعنوان مالیات بر دستمزد شناخته می شوند و نوعی از مالیات های مستقیم و نشان دار هستند که بعنوان منبعی برای تأمین منابع بیمه های سلامت اجباری/اجتماعی استفاده می شوند.

- پیش پرداخت های داوطلبانه، شامل طرح های بیمه ای سلامت که ممکن است توسط جوامع و دولت ها و یا با هدف سودآوری (با ماهیت انتفاعی یا غیرانتفاعی) فعالیت نمایند.

- پرداخت مستقیم از جیب که شامل پرداخت های مستقیم خانوار در ازای دریافت خدمات و مراقبت های بهداشتی و درمانی است. پرداخت از جیب اغلب به عنوان یک مقدار مشخص شناخته می شوند و بیشتر سیر پسرندگی دارند.

- منابع خارجی مانند کمک های خیریه که عموماً از سوی نهادهای بین المللی و یا گروه های مختلف خیرین اعطا می گردد (۳، ۶۳).

<sup>1</sup> Value added tax (VAT)

## ۲-۵-۲-۲- تجميع منابع مالي

هدف از تجميع منابع مالي، افزايش ظرفيت بازتوزيع منابع مالي پيش پرداخت شده است به شيوه‌اي که اطمینان حاصل گردد که ريسک مالي پرداخت برای مراقبت‌های بر دوش تمام اعضای صندوق است و نه بر دوش تک تک آنها به فردي صورت. در درجه بالاتر از تجميع منابع و انباشت ريسک، افراد کمتری مجبور به تحمل پیامدهای مالي خطرات سلامتی خود هستند (۳، ۶۳). تجميع مالي به‌عنوان یکی از ارکان مهم بیمه سلامت، موجب حفاظت افراد آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود. در تجميع خطرات مالي روش‌هایی به کار گرفته می‌شود تا ريسک مالي از یک فرد به همه افراد عضو منتقل شود.

## ۲-۵-۲-۳- خريد خدمات سلامت

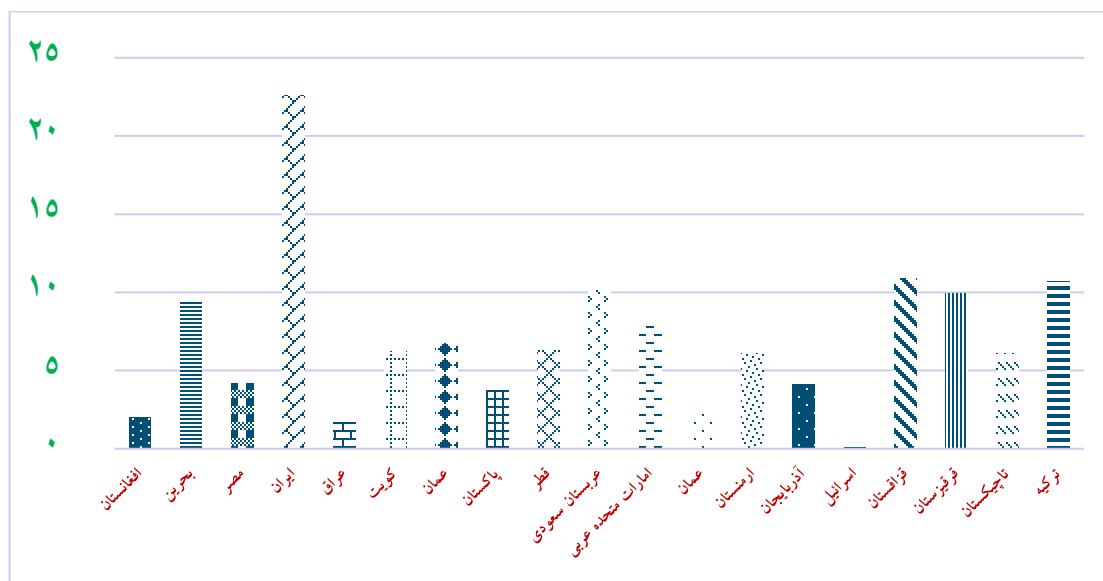
خريد خدمات سلامت به معنای انتقال منابع مالي انباشته‌شده به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در قبال خدماتی است که ارائه می‌نمایند. موارد مهم در بحث خريد خدمات شامل موضوعات زیر می‌باشد:

- سیاست‌های مربوط به حق برخورداری از مزایا: چه خدماتی از صندوق‌های تجميع‌شده خریداری می‌شود و به چه روش‌هایی این مزایا تقسیم شود.
- پرداخت به ارائه‌کننده خدمات سلامت: مکانیسمی است که طی آن پرداخت به ارائه‌کنندگان صورت می‌گیرد و نهایتاً موجب ایجاد انگیزه در آنها می‌گردد.
- ساختار سازمانی و حاکمیت خریداران: ماهیت نهادی خریدار چیست و چه سازو کاری برای اطمینان از حاکمیت خوب ایجاد شده است (۳، ۶۳).

## ۲-۶- تأمین مالي پایدار نظام سلامت

هدف نهایی نظام سلامت، تأمین بهره‌مندی عادلانه افراد جامعه از خدمات مناسب سلامت در زمان مقتضی بدون تحمیل مشقت‌های مالي به بیماران که همان مصداق پوشش همگانی سلامت است؛ می‌باشد. به همین جهت، در راستای اجرای بند یک و دو اصل ۱۱۰ قانون اساسی کشور، سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ از سوی رهبری اعلام گردید. بند ۱۰ این سیاست‌ها دربرگیرنده موضوع تأمین مالي پایدار است.

نظام‌های سلامت در تمامی کشورها، با چالش‌های بسیاری در حوزه تأمین مالی مواجه هستند که منجر به افزایش هزینه‌ها می‌شود. بالارفتن سن جمعیت، توسعه تکنولوژی‌های جدید، رشد انتظارات و تقاضای مصرف‌کنندگان در حوزه مراقبت‌های سلامت و عواملی این چنینی منجر به رشد هزینه‌ها می‌گردد. از سوی دیگر منابع نظام‌های سلامت محدود بوده و نیاز به برقرار تعادل بین منابع موجود و عوامل رشد هزینه‌ها احساس می‌شود. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، یک نظام سلامت آنگاه از نقطه نظر مالی پایدار است که بتواند یک تعادل منطقی و مداوم بین تعهداتی که در قبال ذینفعان وجود دارد و منابع مالی که برای ایفای این تعهدات در دسترس دارد برقرار نماید (۶۵، ۶۴).



نمودار ۶-۲- مقایسه ایران با کشورهای منطقه خاورمیانه در شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت (۲۰۱۵)

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶

نمودار فوق نشان می‌دهد که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در مقایسه با سایر کشورهای منطقه در وضعیت مناسبی قرار دارد و برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت نیاز به حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت وجود دارد.

تأمین مالی پایدار نظام سلامت به معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و کسب اطمینان از فراهم آمدن بهنگام منابع مالی و ارائه منابع با بودجه اضافی برای اهداف موردنظر سلامت در حصول پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت است (۲۰). در راستای دستیابی به تأمین مالی پایدار نظام‌های سلامت اقدامات زیر ضروری می‌نماید:

- 
- اطمینان از تقویت برنامه‌های پیش پرداخت و اصلاح و ارتقاء صندوقهای انباشت و توزیع خطر
  - اطمینان از توزیع کافی و عادلانه زیرساخت‌های باکیفیت و نیروی انسانی کافی در جهت دسترسی و بهره‌مندی عادلانه بیمه‌شدگان از خدمات سلامت با کیفیت منطبق با بسته خدمات بیمه پایه مصوب
  - اطمینان از این موضوع که منابع مالی بیرونی برای برنامه‌ها یا فعالیت‌های خاص سلامت به منظور ارتقاء پایداری تأمین مالی بخوبی ساماندهی شدند (۶۶،۶۷).
- پایداری تأمین مالی نظام‌های سلامت زمانی ایجاد خواهد شد که پایداری در حوزه‌های تأمین مالی شامل جمع‌آوری، انباشت و خرید اتفاق بیفتد.

## ۷-۲- مرور مطالعات

مطالعات انجام شده در ایران تا حدودی بعد حفاظت مالی در پوشش همگانی سلامت را به تصویر کشیده‌اند. به عنوان مثال، مهرالحسنی و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای با هدف مروری بر سیاست‌های تامین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی انجام دادند. این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی، سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه در ۱۰ مضمون و در چهار طبقه جمع‌آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، تخصیص منابع و خرید راهبردی کالاها و خدمات شناسایی شد. از مهم‌ترین سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توان به یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت‌بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تاکید بر یکسان‌سازی جزء حرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود. پژوهشگران چنین نتیجه‌گیری کردند که در حوزه تامین مالی کشور خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیت عمده شناسایی شد، روش اجرا و تعهد به قوانین است که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت می‌باشد (۶۸).

طرح تحول سلامت در ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل مخارج درمانی اجرا شد. در این زمینه مطالعات متعددی انجام شد. به عنوان مثال، پیروزی و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه‌ای تحت عنوان «هزینه‌های کمرشکن سلامت پس از اجرای طرح تحول سلامت: مطالعه موردی در غرب ایران» انجام دادند. در این مطالعه تعداد ۶۶۳ خانوار از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای مبتنی بر چارچوب سرشماری مرکز بهداشت سنندج انتخاب شدند. یافته‌ها نشان دادند که میزان خانوارهای مقابل با هزینه‌های کمرشکن سلامت ۴/۸٪ بود. عوامل اصلی تعیین‌کننده وضعیت اقتصادی خانوار، حضور افراد مسن یا معلول در خانه و استفاده از خدمات بستری یا توانبخشی بود. مقایسه یافته‌های مطالعه با سایر مطالعات انجام شده قبل از اجرای طرح تحول سلامت، نشان می‌دهد که اجرای اصلاحات اخیر باعث کاهش هزینه‌های کمرشکن در سطح خانوارها شده است (۶۹).

رضایی و همکاران در مطالعه خود به ارائه مدل بومی تأمین منابع مالی پایدار در سازمان بیمه درمانی کشور مبتنی بر اقتصاد مقاومتی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل متعددی در تأمین منابع مالی سازمان بیمه سلامت دخیل است و این موسسه نیازمند بازنگری اساسی در روش‌ها و ساختارها دارد. در شرایط حال حاضر کشور و وجود تحریم‌ها و کمبود منابع، این سازمان مطابق با سیاست‌های ابلاغی

اقتصاد مقاومتی نیازمند تغییر در هفت مؤلفه مدیریت سازمانی، مدیریت مالی، پژوهش، تغییر ساختار، اصلاح فرهنگ و مکانیسم‌های قانونی در جهت رسیدن به تأمین مالی پایدار است (۷۰).

مطالعه ملکی با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت نشان داد که نامشخص بودن آمار بیمه‌شده‌ها، تأمین مالی پسروده، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد، هزینه‌زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی نظام تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند. ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظام‌مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات را به صورت نظام‌مند حل کند (۷۱).

در سایر کشورها نیز مطالعات متعددی در زمینه بعد حفاظت مالی در پوشش همگانی سلامت صورت گرفته است. برای نمونه، مطالعه‌ای توسط **Gina Lagomarsino** و همکارانش با عنوان حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت: اصلاحات بیمه‌ی سلامت در ۹ کشور در حال توسعه آفریقایی و آسیایی انجام گرفت. این مطالعه به توصیف رویکردهای کشورهای در افزایش پیش‌پرداخت درآمدها، انباشت خطر و خرید راهبردی خدمات پرداخته است. همچنین به ارزیابی میزان پیشرفت در ابعاد پوشش پرداخته و برای انجام دو عملکرد بالا از دو چارچوب عملکردهای سیستم سلامت و چارچوب جعبه پوشش برای این کار بهره برده است. در این مطالعه الگوهایی که در ساختار اصلاحات این کشورها وجود داشت مانند استفاده از درآمد مالیاتی برای دادن یارانه به جمعیت هدف، حرکت به سمت ایجاد صندوق‌های انباشت خطر بزرگتر و همچنین تأکید بر خرید راهبردی خدمات از طریق مکانیسم‌های مالی تقاضامحور شناسایی شدند. علاوه بر این برخی روندها مانند، افزایش ثبت‌نام در بیمه‌های سلامت دولتی، حرکتی رو به جلو برای گسترش بسته‌های خدمتی و همچنین کاهش پرداخت از جیب شهروندان به خاطر افزایش سهم دولت در هزینه‌های سلامت، در حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت در این نه کشور گزارش شدند. در شاخص‌های مقایسه‌ای در پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت، کشورهایی که به اصلاحات دست زده‌اند نیازمند آن هستند که بتوانند برون دادها و اصلاحات میان دوره‌ای خود را، چه در سیاست‌ها و چه در پیاده‌سازی ارزیابی کنند (۷۲).

مطالعه‌ای توسط **Chunhong Jiang** در سال ۲۰۰۸ میلادی با عنوان «اندازه‌گیری محافظت مالی برای سلامت در خانواده‌های روستایی چینی با شرایط مزمن» انجام گرفت. هدف این مطالعه بررسی این مورد بود که، تا چه حد هزینه‌های بهداشتی برای بیماران مزمن می‌تواند خانواده‌های روستایی در چین را با فقر مواجه کند و اینکه آیا طرح جدید تعاونی پزشکی می‌تواند به طور موثر خانواده‌هایی را که دارای بیماران مزمن می‌باشند را در برابر هزینه‌های کمرشکن محافظت کند. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ۱۰/۵۳٪ از خانواده‌هایی که دارای



---

یک بیمار مزمن می‌باشند به دلیل هزینه‌های بهداشتی درمانی دچار فقر می‌باشند که این بیش از دو برابر نسبت به خانواده‌هایی است که بدون یک بیمار مزمن می‌باشند. این بیانگر این است که خانواده‌هایی که دارای یک بیمار مزمن هستند میزان مواجهه این خانواده‌ها با هزینه‌های کمرشکن بالا می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که افزایش مزایای اضافی هم، خطرات مالی این قشر از خانواده‌ها را کاهش نمی‌دهد. همچنین عدم حمایت مالی برای خانواده‌هایی که دارای بیمار مزمن می‌باشند حتی با وجود پوشش بالا از طرف طرح جدید تعاونی پزشکی وجود دارد. در این مطالعه جهت محافظت مالی موثر از خانواده‌ها، اصلاحات سیستماتیک در دو مکانیزم تامین مالی و روش‌های پرداخت بیان شده است (۷۳).

---

# فصل سوم

## مواد و روش کار

## ۱-۳- مقدمه

هدف تمام علوم، شناخت و درک دنیای پیرامون ما است. به منظور آگاهی از مسائل و مشکلات دنیای اجتماعی، روش‌های علمی، تغییرات قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده‌اند. این روندها و حرکت‌ها سبب شده است که برای بررسی رشته‌های مختلف بشری، از روش علمی استفاده شود. از جمله ویژگی‌های مطالعه‌ی علمی که هدفش حقیقت‌یابی است استفاده از یک روش تحقیق مناسب می‌باشد و انتخاب روش تحقیق مناسب به هدف‌ها، ماهیت و موضوع مورد تحقیق و امکانات اجرایی بستگی دارد و هدف از تحقیق دسترسی دقیق و آسان به پاسخ پرسش‌های تحقیق است. این فصل از تحقیق به بیان روش یا متدولوژی اجرایی تحقیق اشاره دارد. در این فصل نوع و مراحل اجرای پژوهش تشریح شده است.

## ۲-۳- نوع پژوهش

برای انجام پژوهش حاضر از روش مرور حیطه‌ای<sup>۱</sup> استفاده شد. مرور حیطه‌ای فرآیند ترسیم ادبیات موجود در حوزه موضوعی معین، بر اساس یک سوال مشخص است. در مرور حیطه‌ای شواهد پژوهشی موجود با هدف ارائه یک مرور کلی از موضوع مورد نظر، تلفیق می‌شوند. مرور حیطه‌ای به دنبال پاسخگویی به سوالات «چه چیزی» و «چرا» در حیطه موضوعی خاص است و هنگامیکه موضوع مطالعه، به صورت وسیع و جامع مورد بررسی قرار نگرفته باشد، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. روش مرور حیطه‌ای نوعی مطالعه ثانویه است که برای سنتز شواهد پژوهشی حاصل از مطالعات پژوهشی اصیل استفاده می‌شود. دلایل استفاده از مطالعه مرور حیطه‌ای عبارتند از شناسایی انواع شواهد موجود در موضوع مورد نظر، بیان کلیت موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن نظیر تعاریف و مدل‌های مفهومی، ترسیم نقشه ادبیات موضوع مربوطه، شناسایی روش‌های پژوهشی مورد استفاده در حوزه مورد نظر، بررسی ماهیت و وسعت پژوهش‌های انجام شده و شواهد پژوهشی تولید شده، تلخیص و انتشار یافته‌های پژوهش و شناسایی و تحلیل شکاف‌های پژوهشی در ادبیات موضوعی مربوطه و تعیین ضرورت انجام مرور نظام‌مند (۷۴).

مرور حیطه‌ای مثل مرور نظام‌مند از یک فرآیند ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، ولیکن، برخی از محدودیت‌های مرور نظام‌مند نظیر ارزشیابی کیفیت مقالات مورد بررسی را ندارد. در نتیجه، تعداد بیشتری از منابع را در زمان کمتری مورد بررسی قرار

<sup>۱</sup> Scoping Review

می‌دهد. بنابراین، زمانیکه سیاستگذار یا مدیری، فوری به شواهد کلی در زمینه موضوع خاصی نیاز داشته باشد، مرور حیطه‌ای، روش مناسبی برای انجام پژوهش و دستیابی به این شواهد است. مرور حیطه‌ای دامنه وسیعی از مطالعات قبلی را مورد توجه قرار می‌دهد. برخلاف مرور نظام‌مند که به دنبال پاسخ به یک سوال مشخص است، مرور حیطه‌ای به دنبال پاسخگویی به سوالات متعددی است. همچنین، برعکس مطالعه مرور نظام‌مند که به دنبال آزمون فرضیه است، مطالعه مرور حیطه‌ای منجر به تولید فرضیه پژوهشی می‌شود. به عبارتی، مرور حیطه‌ای پیش‌نیاز انجام مرور نظام‌مند است.

برای انجام مطالعه مرور حیطه‌ای باید از روش شفاف و معتبری استفاده شود تا نتایج حاصله قابل اعتماد باشد. پروتکل شش مرحله‌ای **Arksey** و **O'Malley** برای انجام مرور حیطه‌ای این پژوهش استفاده شد که عبارتند از ۱- شناسایی سوالات پژوهش، ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش، ۳- انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه، ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول، ۵- جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران در مورد یافته‌های بدست آمده (۷۵).

### ۳-۳- روش انجام پژوهش

سوالات پژوهشی این مطالعه عبارتند از «چه ابعاد و شاخص‌هایی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت وجود دارند؟»، «نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران کدام هستند؟»، «راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران چه می‌باشند؟» و «شکاف دانشی (سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده) موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران چه می‌باشند؟».

این پژوهش با تمرکز بر مطالعات منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی در زمینه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت انجام شد. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب در پایگاه‌های داده الکترونیک «PubMed»، «Scopus»، «Web of Science»، «Science Direct»، «ProQuest»، «SID» و «Magiran» و «بانک اطلاعاتی پایان‌نامه‌های علوم پزشکی کشور» انجام شد. جهت اطمینان از دسترسی به مطالعات مناسب دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» نیز بررسی شد. علاوه بر این، جستجو در لیست منابع، متون خاکستری و سایت‌های معتبر در حوزه تأمین مالی پایدار سلامت صورت گرفت. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات **Mesh** و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه بود.

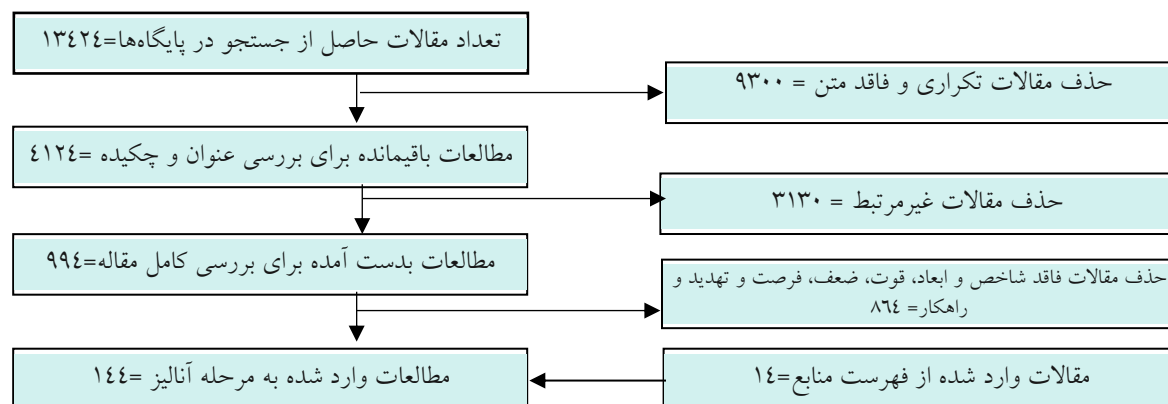
جدول ۱-۳- استراتژی جستجو و تعداد مطالعات به دست آمده از پایگاه‌های مورد بررسی

مطالعات شناسایی شده	کلیدواژه و استراتژی جستجو	پایگاه داده	منابع مورد بررسی	نوع جستجو
۵۰۶۰	health system financing[Title/Abstract] OR financial resources[Title/Abstract] OR universal health care coverage[Title/Abstract] OR universal healthcare coverage[Title/Abstract] OR universal health coverage[Title/Abstract] OR universal coverage[Title/Abstract] OR health financing mechanisms[Title/Abstract] OR financial risk protection[Title/Abstract] OR sustainable financial system[Title/Abstract] OR Financial Management[Title/Abstract])	Database	PubMed	Electronic Searching International
۲۸۹	(('health system financing':ab,ti OR 'financial resources':ab,ti) AND 'universal health care coverage':ab,ti OR 'universal healthcare coverage':ab,ti OR 'universal coverage':ab,ti OR 'universal health coverage':ab,ti)	Database	Embase	
۱۸۰۵	TITLE-ABS /Title, abstract, keywords: "health system financing" OR "financial resources" AND "universal health care coverage" OR "universal healthcare coverage" OR	Database	Scopus	
۸۵۹	"universal coverage" OR "universal health coverage" OR	Database	Science Direct	
۳۸۷	"financial risk protection" OR "sustainable financial system"	Database	ProQuest	
۲۶۲۷	(TI= (Health system financing OR Universal health care coverage OR Universal healthcare coverage OR Universal coverage OR Universal coverage OR health financing mechanisms OR sustainable financial system)) AND LANGUAGE: (English OR Persian) AND DOCUMENT TYPES: (Article)	Search engine	Google scholar	
۸۸۶	Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI Timespan=1975-2020	Database	Web of Science	
۱۳۰۰	«تأمین مالی سلامت» یا «تأمین مالی پایدار» یا «پوشش همگانی سلامت»	Search engine	Google	
۳۲	یا «محافظت مالی» و تمام مترادف‌ها به فارسی	Database	SID	
۱۴۴	-All studies about health financing system” and their various synonyms in Farsi & English		MagIran	
۲۱			Database of Medical Sciences Theses	
۱۴			Bibliography of the included papers	Hand Searching
۱۳۴۲۴	<b>مطالعات نهایی</b>			

معیارهای ورود به مطالعه در این پژوهش عبارت بود از مقالات فارسی و انگلیسی منتشرشده تا بازه زمانی ۲۰ می ۲۰۲۰ میلادی که به ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت کشورها، نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران و راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران اشاره کرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشرشده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی و مطالعات منتشرشده بعد از پایان ۲۰ می سال ۲۰۲۰ میلادی بود. غربالگری مقالات به طور مستقل توسط چند پژوهشگر صورت گرفت و نتایج بایکدیگر مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

در جستجوی اولیه تعداد ۱۳۴۲۴ مطالعه یافت شد. در مرحله‌ی اول با مطالعه عنوان مقالات تعداد ۹۳۰۰ مقاله به دلیل تکراری و یا فاقد متن بودن حذف شدند. در مرحله‌ی دوم، با مطالعه عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۳۱۳۰ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شدند. در مرحله

سوم، پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۸۶۴ مقاله به دلیل عدم اشاره به ابعاد، شاخص‌ها، قوت، ضعف، فرصت و تهدید و راهکار حذف شدند. چهارده مطالعه نیز با بررسی رفرنس مقالات به دست آمد. در نهایت، تعداد ۱۴۴ مقاله مرتبط با موضوع پژوهش برای بررسی نهایی انتخاب شدند.



نمودار ۱-۳- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

از فرم استخراج داده‌ها شامل قسمت‌های سال انتشار مقالات، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه و شاخص‌ها و ابعاد، قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت و راهکارهای رسیدن به تأمین مالی پایدار برای استخراج داده‌ها استفاده شد.

## ۴-۳- روش تحلیل داده‌ها

با توجه به ماهیت توصیفی پژوهش، برای تحلیل داده‌های حاصل از نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران از روش تحلیل چهارچوب<sup>۱</sup> استفاده شد. تجزیه و تحلیل چهارچوب روشی کیفی است که بویژه در تحقیقات مربوط به سیاست‌های بهداشتی و به منظور ارائه توصیه‌هایی برای بهبود سیستم‌ها و خدمات کاربرد دارد. این رویکرد برای بیش از ۲۵ سال مورد استفاده قرار گرفته و اخیراً به یک روش رایج برای تحقیقات کیفی مرتبط با سلامت، به ویژه در تیم‌های تحقیقاتی چندرشته‌ای تبدیل شده است. تجزیه و تحلیل چهارچوب در سال ۱۹۹۴ توسط دو محقق کیفی، **Jane Ritchie** و **Liz Spencer** توسعه یافته است. این نوع تحلیل از این جهت بهتر به نظر می‌رسد که بهترین رویکرد مورداستفاده بویژه در پژوهش‌هایی است که دارای سوالات معین، بازه زمانی مشخص، نمونه‌های

<sup>۱</sup>- Framework analysis

---

از پیش طراحی شده و موضوعات سازمانی است که در آن وظیفه اصلی توصیف و تفسیر آنچه در یک شرایط خاص اتفاق می‌افتد را بر عهده دارد. هدف از این تحلیل، تولید مضامین (تم) است (۷۷،۷۶). اگرچه تجزیه و تحلیل چارچوب ممکن است نظریه‌هایی را ایجاد کند، وظیفه اصلی آن توصیف و تفسیر آن چیزی است که در یک مجموعه خاص اتفاق می‌افتد. تجزیه و تحلیل چارچوب به کاربر امکان می‌دهد تمام داده‌ها را جمع‌آوری کرده و سپس آن را تجزیه و تحلیل کند یا تجزیه و تحلیل داده‌ها را در طی فرآیند جمع‌آوری داده انجام دهد. تجزیه و تحلیل چارچوب دارای ۵ مرحله توجیه و آشناسازی، شناسایی چهارچوب، نمایه‌سازی، نمایش دادن از طریق نمودار، نگاشت و تفسیر نتایج است (۷۷،۷۶). از نسخه ۱۰ نرم افزار **MAXQDA** برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

---

# فصل چهارم

## یافته‌های پژوهش

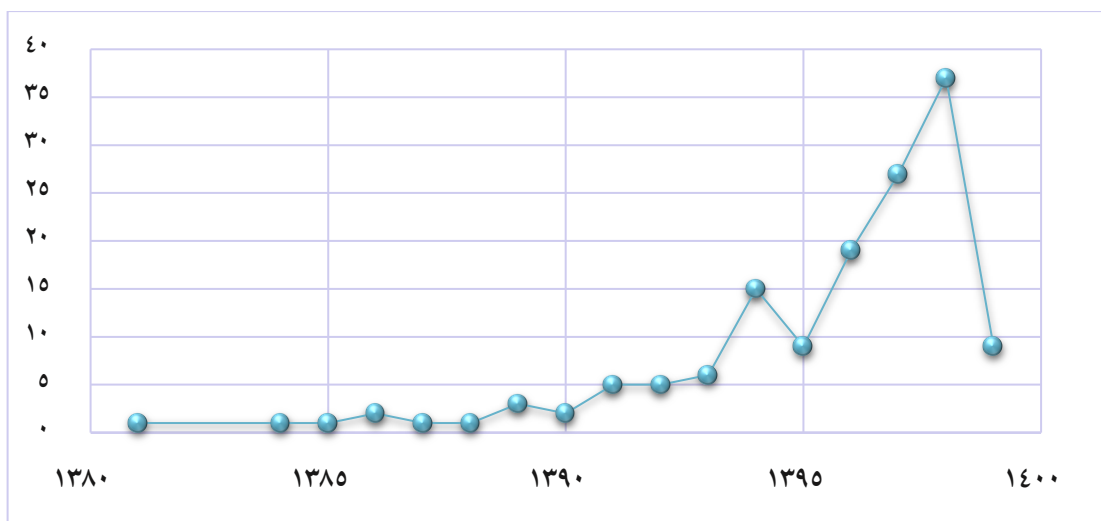


## ۱-۴- مقدمه

در این فصل داده‌های گردآوری شده به صورت جدول و نمودار ارائه می‌شود. بهترین شیوه برای تنظیم ساختارهای این فصل ارائه یافته‌ها با توجه به اهداف یا سوالات تحقیق است. در این فصل ابتدا اطلاعات کلی از مطالعات به دست آمده معرفی شده است. سپس ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت مورد بررسی قرار گرفته و در مرحله بعد نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی گزارش شده است. در گام بعد، راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ارائه گردیده و در مرحله آخر، شکاف‌های دانشی موجود مطرح گردیده است.

## ۲-۴- مطالعات انجام شده در حوزه تأمین مالی نظام سلامت

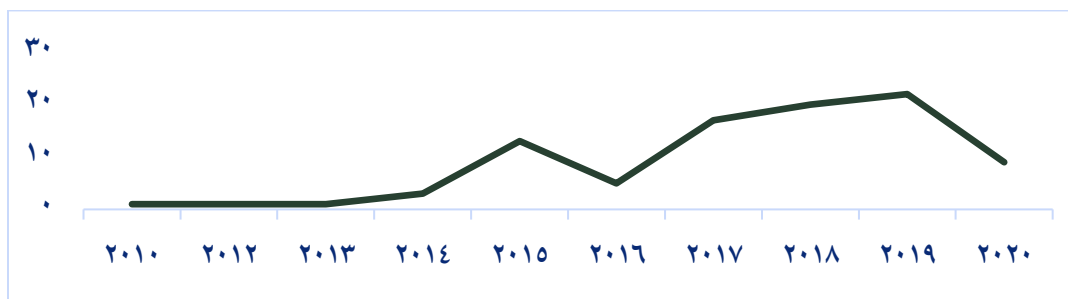
در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۹ تعداد ۱۴۴ مطالعه به بررسی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی و تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت در ایران و راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در کشور پرداختند. در این میان تعداد ۹۲ مطالعه به بررسی ابعاد و شاخص‌ها، تعداد ۲۹ مطالعه به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام سلامت ایران و تعداد ۲۳ مطالعه نیز به ارائه راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار پرداختند. در مجموع، بیشترین مقالات مورد بررسی در سال ۱۳۹۸ (۳۷ مورد) و ۱۳۹۷ (۲۷ مورد) انجام شده است.



نمودار ۱-۴- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال

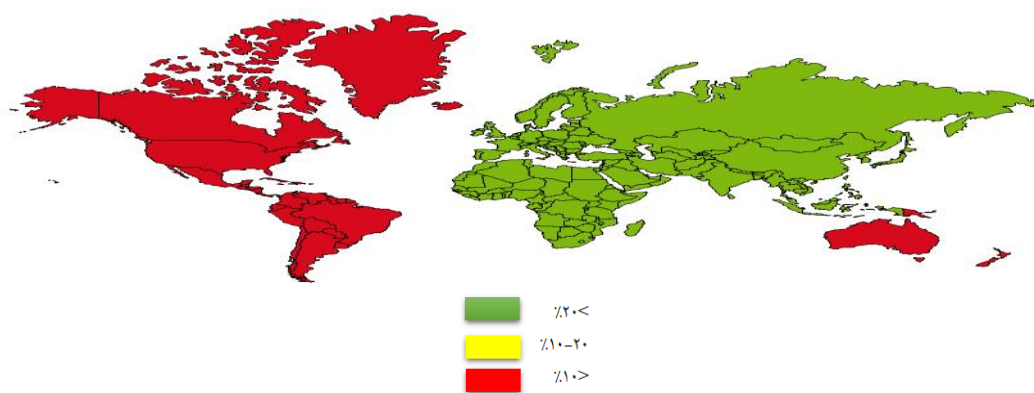
### ۳-۴- ابعاد و شاخص‌های حوزه تأمین مالی پایدار نظام سلامت

تعداد ۹۲ مقاله تا پایان ۲۰ می سال ۲۰۲۰ به بررسی ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت پرداختند. بیشترین مقالات مورد بررسی در سال ۲۰۱۹ (۲۲ مورد) و ۲۰۱۸ (۲۰ مورد) انجام شده است. مطالعات از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰ میلادی با رشد خوبی مواجه شدند. حدود ۷۳/۹۱ درصد از مقالات از سال ۲۰۱۷ میلادی تاکنون نگاشته شدند.



نمودار ۲-۴- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال

مطالعات ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت در ۱۷۶ کشور جهان انجام شده بود. حدود ۲۸/۴ درصد پژوهش‌ها در قاره آفریقا (۵۰ کشور)، ۲۸/۹ درصد در قاره آسیا (۵۱ کشور)، ۲۱/۵ درصد در قاره اروپا (۳۸ کشور)، ۹/۶ درصد در قاره اقیانوسیه (۱۷ کشور)، ۹/۱ درصد در آمریکا (۱۶ کشور) انجام شده بود. علاوه بر این، حدود ۱/۷۹ و ۰/۸۹ درصد مقالات به ترتیب در قاره‌های آسیا - اروپا و آسیا- آفریقا صورت گرفته بود. در ۸ مقاله اسامی کشورهای مورد مطالعه بیان نشده بود (شکل ۱-۴).



شکل ۱-۴- توزیع فراوانی درصد مقالات ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در جهان

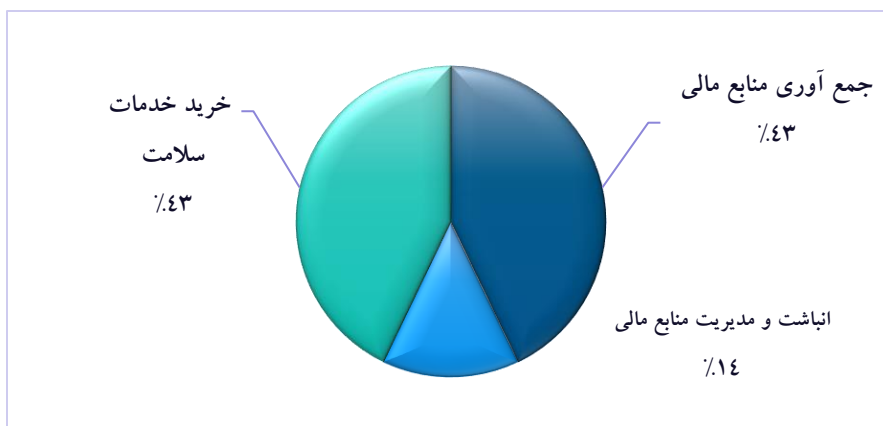
تعداد ۳۵ شاخص در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت شناسایی شد. این شاخص‌ها در سه دسته جمع آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شدند.

### جدول ۱-۴- تاکسونومی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	شاخص‌ها
جمع آوری منابع مالی	درآمدهای عمومی	سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد یارانه‌های سلامت به کل هزینه‌های سلامت
	بیمه‌های اجتماعی	سهم بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های بخش سلامت، درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی سلامت، سهم مشارکت کارفرما از حق بیمه اجتماعی سلامت، سهم مشارکت کارمند از حق بیمه اجتماعی سلامت،
انباشت و مدیریت منابع مالی	بیمه‌های خصوصی	درصد مخارج خصوصی بهداشت و درمان از کل هزینه‌های بخش سلامت، درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه خصوصی سلامت، سهم بیمه خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت
	تجمیع منابع مالی	درصد پرداخت مستقیم از جیب
خرید خدمات سلامت	کمک‌های مردمی	سهم کمک‌های خارجی دریافت شده از کل هزینه‌های بخش سلامت، درصد کمک خیرین به کل هزینه‌های سلامت، درصد کمک‌های مردمی از کل منابع مالی
	مدیریت منابع مالی	میزان بودجه برای شرایط بحرانی، کاکوانی
مدیریت منابع مالی	مدیریت منابع مالی	سهم هزینه‌های سلامت از منابع مالی خصوصی
	تجمیع خطر	درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های گمرشکن سلامت، هزینه‌های فقرزای سلامت
خرید خدمات سلامت	بسته پایه خدمات سلامت	هزینه سرانه سلامت، درصد یارانه دولتی به ازای هر شخص، درصد یارانه برای بیماران بستری، درصد یارانه دارو، درصد یارانه برای کل بیماران، درصد یارانه برای کودکان، درصد یارانه برای سالمندان، میزان حق سرانه خدمات سلامت
	پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	نسبت پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، نسبت پرستار به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، نسبت داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، نسبت دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، میزان هزینه بیمار برای مدت اقامت در بیمارستان، میزان هزینه پرداختی بیماران برای مداخلات جراحی، میزان هزینه خرید دارو

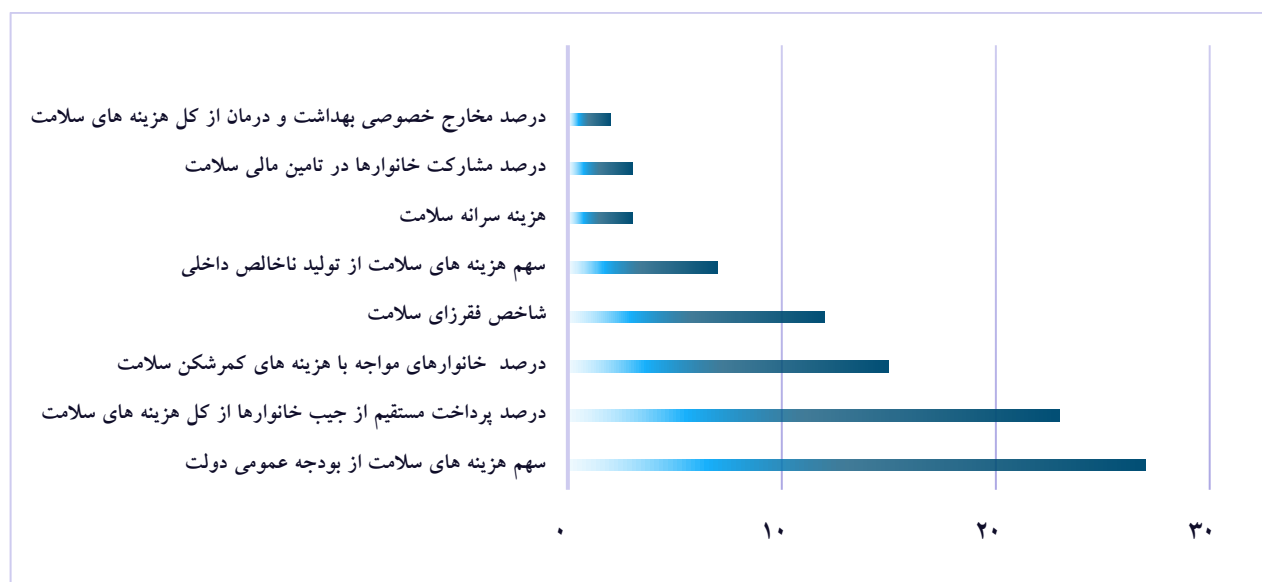
بیشترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ذکر شده در مطالعات قبلی به ترتیب مربوط به خرید خدمات سلامت و

جمع‌آوری منابع مالی (۴۳ درصد) و انباشت و مدیریت منابع (۱۴ درصد) بود.



نمودار ۳-۴- توزیع فراوانی شاخص‌های تأمین مالی پایدار برحسب ابعاد تأمین مالی

از نظر فراوانی بیشترین ابعاد و شاخص‌ها به ترتیب شامل سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت (۲۹/۳۴ درصد)، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت (۲۵ درصد)، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۱۶/۳۱ درصد)، هزینه‌های فقرزای سلامت (۱۳/۰۴ درصد)، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (۷/۶۱ درصد)، درصد مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت (۳/۲۶ درصد)، هزینه سرانه سلامت (۳/۲۶ درصد)، درصد مخارج خصوصی بهداشت و درمان از کل هزینه‌های سلامت (۲/۱۸ درصد) بود.



#### نمودار ۴-۴- توزیع فراوانی مقالات برحسب بیشترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت

جدول ۲-۴ شاخص‌های مورد بررسی در تأمین مالی پایدار در نظام سلامت را به تفکیک نام شاخص، تعارف و فرمول بیان کرده است.

#### جدول ۲-۴- تعاریف شاخص‌های مورد بررسی در تأمین مالی پایدار در نظام سلامت

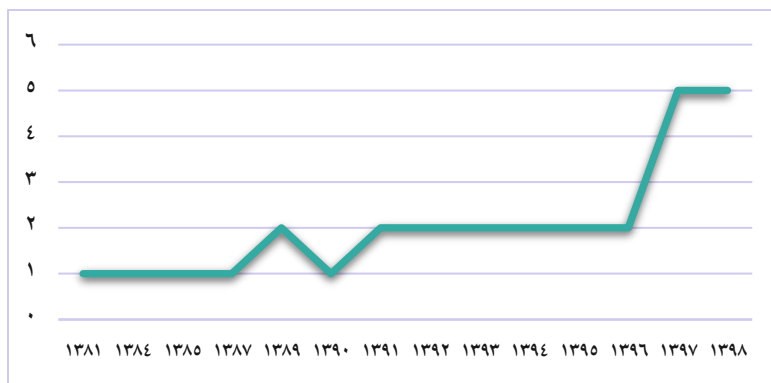
نام شاخص	تعاریف	فرمول
سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت	درصد هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت	کل هزینه‌های سلامت / بودجه عمومی دولت * ۱۰۰
سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	میزان هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	هزینه‌های سلامت / تولید ناخالص داخلی * ۱۰۰
درصد یارانه‌های سلامت به کل هزینه‌های سلامت	درصد یارانه‌های اختصاص یافته از کل هزینه‌های سلامت	یارانه‌های سلامت / کل هزینه‌های سلامت * ۱۰۰
درصد کمک خیرین به کل هزینه‌های سلامت	درصد هزینه کل سلامت از بودجه اختصاص یافته از خیرین	هزینه کل سلامت / کل بودجه اهداکنندگان و خیرین * ۱۰۰
سهم هزینه‌های سلامت از منابع مالی خصوصی	درصد هزینه کل بخش سلامت از منابع مالی خصوصی	کل هزینه‌های سلامت / منابع مالی خصوصی * ۱۰۰
سهم کمک‌های خارجی دریافتی از کل هزینه‌های سلامت	درصد کمک‌های خارجی از کل هزینه‌های بخش سلامت	کمک‌های خارجی برای بخش سلامت / کل هزینه‌های بخش سلامت * ۱۰۰
سهم کمک‌های مردمی از کل منابع مالی	درصد کمک‌های مردم از کل منابع مالی بخش سلامت	کمک‌های مردمی / منابع مالی بخش سلامت * ۱۰۰
هزینه سرانه سلامت	میزان هزینه بهداشت و درمان به ازای هر یک از افراد یک کشور	کل هزینه سلامت / کل جمعیت * ۱۰۰
درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی سلامت	درصد جمعیتی که تحت پوشش صندوق بیمه هستند	جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه / کل جمعیت * ۱۰۰
سهم مشارکت کارفرما از حق بیمه اجتماعی سلامت	میزان مشارکت کارفرما در صندوق بیمه	سهم مشارکت کارفرما در تأمین مالی سلامت / (سهم مشارکت خانوار + سهم مشارکت کارفرما) * ۱۰۰

سهم مشارکت کارمند از حق بیمه اجتماعی سلامت	درصد حق بیمه تأمین اجتماعی از کل هزینه‌های سلامت در بخش تأمین اجتماعی	سهم بیمه‌های تأمین اجتماعی/کل هزینه‌های سلامت بخش تأمین اجتماعی*۱۰۰
سهم بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های بخش سلامت	درصد هزینه‌های سلامت بخش تأمین اجتماعی از کل هزینه‌های بخش سلامت	هزینه‌های سلامت/کل هزینه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد مخارج خصوصی بهداشت و درمان از کل هزینه‌های بخش سلامت	درصد مخارج خصوصی بخش سلامت از کل هزینه‌های بخش سلامت	مخارج خصوصی بخش سلامت/کل هزینه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه خصوصی سلامت	درصد جمعیتی که تحت پوشش صندوق بیمه هستند	جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه/کل جمعیت*۱۰۰
سهم بیمه خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت	درصد هزینه‌های سلامت بخش خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت	هزینه‌های سلامت بخش خصوصی/کل هزینه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت	میزان پرداخت از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت	پرداخت مستقیم از جیب خانوارها برای هزینه‌های سلامت/کل هزینه سلامت*۱۰۰
درصد مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت	درصد مشارکت خانوار در تأمین مالی سلامت	سهم مشارکت خانوار در تأمین مالی سلامت/(سهم مشارکت خانوار+سهم مشارکت کارفرما)*۱۰۰
کاکوانی	اندازه‌ای که یک نظام مالیاتی از تناسبی بودن پرداخت‌ها دور می‌شود را نشان می‌دهد	شاخص تمرکز مالیاتی- ضریب جینی
هزینه‌های کمرشکن سلامت	درصد خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن بخش سلامت مواجه می‌شوند	تعداد خانوارهای پرداخت کننده هزینه‌های کمرشکن سلامت/تعداد کل خانوارها
هزینه‌های فقرزای سلامت	درصد خانوارهایی که دچار فقر به علت پرداخت هزینه‌های سلامت می‌شوند	میزان درآمد صرف شده خانوار برای هزینه‌های سلامت/کل درآمد خانوار*۱۰۰
میزان بودجه برای شرایط بحرانی	میزان بودجه‌ای که در شرایط بحرانی به بخش سلامت اختصاص می‌یابد	میزان بودجه برای شرایط بحرانی/کل بودجه سلامت*۱۰۰
درصد یارانه دولتی به ازای هر شخص	درصد یارانه‌ای که دولت به ازای هر فرد در بخش سلامت اختصاص می‌دهد	سهم یارانه دولتی به ازای هر فرد/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه برای بیماران بستری	درصد یارانه اختصاص یافته به بیماران بستری	سهم یارانه برای بیماران بستری/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه برای کل بیماران	درصد یارانه اختصاص یافته به کل بیماران	سهم یارانه برای کل بیماران/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه دارو	درصد یارانه اختصاص یافته به داروها	سهم یارانه دارو/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه برای کودکان	درصد یارانه اختصاص یافته به کودکان در بخش سلامت	سهم یارانه کودکان/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه برای سالمندان	درصد یارانه اختصاص یافته به سالمندان در بخش سلامت	سهم یارانه برای سالمندان/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
نسبت پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد پزشکان عمومی با متخصص به ازای هر ده هزار نفر	تعداد پزشکان عمومی/متخصص / جمعیت وسط سال*۱۰۰۰۰
نسبت پرستار به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد پرستار به ازای هر ده هزار نفر	تعداد پرستار / جمعیت وسط سال*۱۰۰۰۰
نسبت داروساز به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد داروساز به ازای هر ده هزار نفر	تعداد داروساز / جمعیت وسط سال*۱۰۰۰۰
نسبت دندانپزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	تعداد دندانپزشک به ازای هر ده هزار نفر	تعداد دندانپزشک / جمعیت وسط سال*۱۰۰۰۰
میزان حق سرانه خدمات سلامت	مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه سلامت برای هر فرد در یک ماه تعیین می‌گردد	میزان حق سرانه خدمات سلامت/کل هزینه سرانه خدمات سلامت
میزان هزینه بیمار برای مدت اقامت در بیمارستان	میزان هزینه پرداختی هر بیمار برای مدت اقامت و بستری در بیمارستان	میزان هزینه بیمار برای مدت اقامت در بیمارستان/کل هزینه‌های بیمارستانی بیمار
میزان هزینه پرداختی بیماران برای مداخلات جراحی	میزان هزینه پرداختی هر بیمار برای مداخلات جراحی	میزان هزینه بیمار برای مداخلات جراحی/کل هزینه‌های بیمارستانی بیمار
درصد هزینه‌های دارویی به کل هزینه‌های سلامت	درصد هزینه‌های داروها از کل هزینه‌های بخش سلامت	کل هزینه‌های دارویی/کل هزینه‌های سلامت*۱۰۰

## ۴-۴- تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت ایران

در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۸ تعداد ۲۹ مطالعه به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای مربوط به تأمین مالی

نظام سلامت در ایران پرداختند. بیشترین مقالات حوزه تحلیل استراتژیک در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ انجام شده است.



نمودار ۵-۴- توزیع فراوانی مطالعات تأمین مالی سلامت به تفکیک سال انجام

تحلیل استراتژیک الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران در دو بعد داخلی و خارجی انجام شد. در ارزشیابی داخلی، ۱۲ نقطه قوت و

۴۹ نقطه ضعف به دست آمد که با توجه به کارکردهای سیستم تأمین مالی دسته‌بندی و ارائه شدند.

براساس مطالعات بدست آمده نقاط قوت شامل کاهش پرداخت از جیب مردم و پرداخت‌های غیررسمی بعد از طرح تحول سلامت،

تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا، مشارکت گسترده

خیرین در تأمین مالی نظام سلامت، پرداخت‌های حمایتی دولت به افراد فقیر، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی

سلامت، افزایش پوشش بیمه‌ای و گسترش خرید راهبردی می‌باشد که در سه مقوله اصلی کارکردهای سیستم تأمین مالی سلامت (جمع‌آوری

منابع، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات) و زیر مجموعه‌های آن دسته‌بندی گردید.

### جدول ۳-۴- نقاط قوت سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	نقاط قوت
جمع‌آوری منابع مالی	درآمدهای عمومی	پرداخت‌های حمایتی دولت به افراد فقیر، تصاعدی بودن مکانیسم مالیات
	بیمه‌های اجتماعی	افزایش پوشش بیمه اجتماعی سلامت
	بیمه‌های خصوصی	رشد بیمه‌های خصوصی سلامت
انباشت و مدیریت منابع مالی	پرداخت مستقیم از جیب	کاهش پرداخت از جیب مردم و پرداخت‌های غیر رسمی بعد از طرح تحول سلامت
	خیریه و کمک‌های مردمی	مشارکت گسترده خیرین در تأمین مالی نظام سلامت در ایران
خرید خدمات	تجمیع منابع مالی	تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت
	مدیریت منابع مالی	-
	تجمیع خطر	کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا
خرید خدمات	بسته پایه خدمات سلامت	گسترش خرید راهبردی، اصلاح تعرفه‌های خدمات سلامت
	پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	بکارگیری گاپدلاین‌های بالینی توسط ارائه‌دهندگان

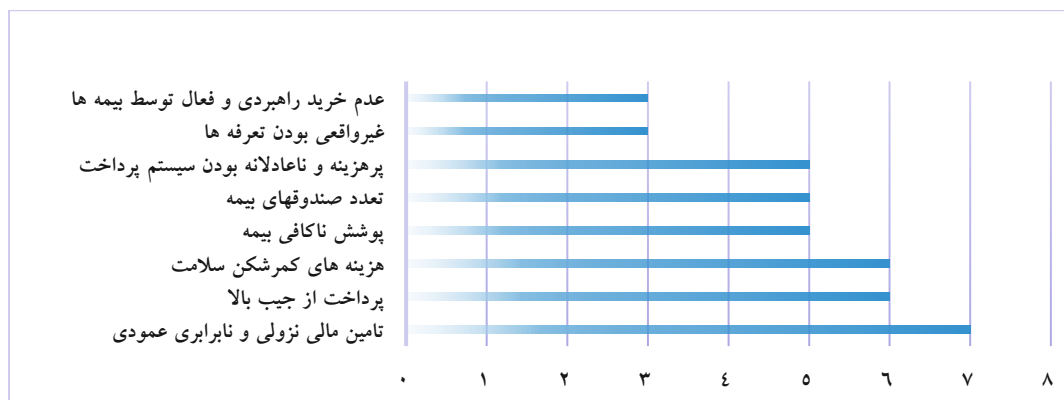
کاهش پرداخت از جیب و پرداخت های غیررسمی مردم بعد از طرح تحول سلامت پرتکرارترین نقاط قوت تأمین مالی نظام سلامت ایران می‌باشند.

در مقابل، سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران با ۴۹ نقطه ضعف مواجه است که در سه مقوله اصلی کارکردهای سیستم تأمین مالی (جمع‌آوری منابع، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات) دسته‌بندی شدند. برخی از نقاط ضعف برای بیش از یک کارکرد سیستم تأمین مالی مطرح است. نقاط ضعف سیستم تأمین مالی عمدتاً مربوط به موضوعاتی چون پرداخت از جیب بالا و تأمین مالی پسروده، تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و چالش‌های ایجادشده به دنبال آن، فقدان خرید راهبردی، بسته خدمات غیرعلمی، واقعی نبودن تعرفه‌ها، مناسب نبودن نظام پرداخت، مشکلات مدیریتی و بهره‌برداری ناکافی از خدمات سلامت است.

### جدول ۴-۴- نقاط ضعف سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	نقاط ضعف
	درآمدهای عمومی	کمرنگ بودن نقش مالیات، جمع‌آوری درآمد عمدتاً حاصل از فروش نفت، ناپایداری مدیریتی، نبود شاخص مناسب برای اختصاص بودجه بهداشت به حوزه‌های مختلف، عدم توافق در جمع‌آوری درآمد، عدم پایداری منابع، عدم پیروی سیستم تأمین مالی سلامت در کشور از الگوهای علمی و تعریف شده مناسب، بی‌عدالتی، کارایی و اثربخشی پایین نظام تأمین مالی
جمع‌آوری منابع	بیمه‌های اجتماعی	عدم پوشش کامل افراد توسط بیمه درمانی و ناکارآمدی پوشش بیمه، تحت پوشش بیمه نبودن برخی از خدمات، فقدان چشم‌انداز عمیق در بیمه‌های پزشکی، عدم یکپارچگی در ساختار و سیاست‌های شرکت‌های بیمه مختلف، مشارکت کم نهادهای با بودجه مناسب و با بسته بیمه‌ای گسترده در بیمه‌های سلامت همگانی، کارایی پایین بیمه در جلوگیری از مواجهه با هزینه‌های اسفبار سلامت، همپوشانی در آمار بیمه‌ای، نامشخص بودن آمار بیمه‌شده‌ها و میزان پوشش، نبود نظام اطلاعاتی یکپارچه و مؤثر، نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های کشور، عدم تعادل سهم بخش‌های دولتی و خصوصی در تأمین مالی سلامت و عدم تطابق با استانداردهای بین‌المللی
	بیمه‌های خصوصی	نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های کشور، عدم تعادل سهم بخش‌های دولتی و خصوصی در تأمین مالی سلامت و عدم تطابق با استانداردهای بین‌المللی
	پرداخت مستقیم از جیب	پرداخت از جیب بالا، وجود پرداخت‌های غیررسمی، بی‌عدالتی در مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، تأمین مالی نزولی و نابرابری عمودی
انباشت و مدیریت منابع	تجمیع منابع مالی	عدم توافق در انباشت منابع، تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، سیستم چندتکه و غیراجباری، سازوکارهای متفاوت تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌گر، عدم یکپارچگی در ساختار و سیاست‌های شرکت‌های بیمه مختلف، عدم یکپارچگی منابع مالی و پراکندگی الگوهای حفاظت مالی، کمبودهای مالی شدید برای صندوق‌های عمومی، جریان مالی غیرشفاف، نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های کشور،
	مدیریت منابع مالی	ناپایداری مدیریتی، عدم وجود یک نهاد مسئول (تولیت یکپارچه) برای تأمین مالی و حفاظت مالی مردم، بی‌عدالتی و اثربخشی پایین نظام تأمین مالی، عدم مدیریت درآمدها بطور منصفانه و مؤثر و محافظت مالی، عدم هماهنگی بین منابع و بسته‌های خدماتی مورد نیاز و کیفیت مراقبت و هزینه
	تجمیع خطر	مواجهه درصدی از خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت، عدم وجود برنامه اجرایی مشخص برای پوشش مالی افراد نیازمند
خرید خدمات	بسته پایه خدمات سلامت	نابرابری افقی در بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت، بی‌عدالتی و اثربخشی پایین نظام تأمین مالی، عدم خرید راهبردی و فعال توسط بیمه‌ها، ابهام در تعریف خرید راهبردی، تعیین بسته خدمتی پایه به روش غیرعلمی، عدم وجود قوانین مناسب در مورد پرداخت‌های بیمه درمانی افراد، دریافت مبالغ مختلف از شرکت‌های بیمه مختلف برای یک خدمت مشابه، ناعادلانه بودن پرداخت‌های بیمه‌های اجتماعی و درمانی بویژه در مناطق شهری، غیرواقعی بودن تعرفه‌ها، ناپایداری مدیریتی، جریان مالی غیرشفاف، نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های کشور، تخصیص نامناسب، گفتمان نادرست و ناکارآمد با بیمه‌ها و بخش‌های خصوصی بهداشت، بهره‌برداری کم و گاهی صفر از خدمات سلامت
	پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	پرداخت مستقیم دولت به بیمارستان‌ها، پرداخت ناکافی به ارائه‌کنندگان، پرهزینه و ناعادلانه بودن سیستم پرداخت، عدم کنترل کافی بیمه بر کیفیت درمان، تأخیر در پرداخت‌های بیمه‌ای

پرتکرارترین نقاط ضعف تأمین مالی در نمودار ۶-۴ ارائه شده است.



#### نمودار ۶-۴- پرتکرارترین نقاط ضعف تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات

در ارزشیابی خارجی تأمین مالی نظام سلامت کشور نیز ۱۷ فرصت و ۳۶ تهدید به دست آمد که بر اساس کارکردهای سیستم تأمین

مالی (جمع آوری منابع، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات) دسته بندی شدند.

براساس مطالعات بدست آمده، عمده ترین فرصت های تأمین مالی نظام سلامت شامل وجود حمایت های قانونی در حوزه تأمین مالی

و افزایش کارایی سیستم سلامت، تقویت کنترل و نقش نظارت، نقش سازمان های غیردولتی (مردم نهاد) در حمایت مالی از مردم، بهره برداری

از فناوری های جدید (پرونده سلامت الکترونیکی) و امکان بکارگیری گابدلاین های بالینی است (جدول ۵-۴).

#### جدول ۵-۴- فرصت های سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	فرصت ها
جمع آوری منابع	درآمدهای عمومی	افزایش کارایی نظام سلامت، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، حمایت قوه مقننه در تأمین بودجه، توانمندی افراد و ظرفیت های سازمانی موجود، نبود خلاء قانونی و سیاستی عمده در تأمین مالی، امکان افزایش مالیات بر درآمد، افزایش میزان تولید ناخالص داخلی در طول چند سال گذشته
	بیمه های اجتماعی	تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، حمایت های قانونی از ضرورت توسعه بیمه های دولتی
	بیمه های خصوصی	پتانسیل افزایش خصوصی سازی ارائه خدمات درمانی، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، ارائه بخش قابل توجهی از خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی
انباشت و مدیریت منابع	پرداخت مستقیم از جیب	افزایش میزان تولید ناخالص داخلی، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی
	خیریه و کمک های مردمی	نقش سازمان های غیردولتی (مردم نهاد) در حمایت مالی از مردم، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی
خرید خدمات	تجمیع منابع مالی	حمایت های قانونی از تجمیع بیمه ها
	مدیریت منابع مالی	تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، توانمندی افراد و ظرفیت های سازمانی موجود
خرید خدمات	بسته پایه خدمات سلامت	تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، توانمندی افراد و ظرفیت های سازمانی موجود
	پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت	تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، استفاده از ابزار ارزیابی فناوری سلامت برای تخصیص مؤثر منابع، ارائه بخش قابل توجهی از خدمات بستری توسط دانشگاه های علوم پزشکی، بکارگیری سیستم ارجاع، بهره برداری از فناوری های جدید (پرونده سلامت الکترونیکی)



عواملی که به عنوان تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت به حساب می‌آیند به شرح جدول ۶-۴ طبقه‌بندی و ارائه گردیده است.

**جدول ۶-۴- تهدیدهای سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران**

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	تهدیدها
جمع‌آوری منابع	درآمدهای عمومی	واقعی نبودن هدفمندی بارانه‌ها، ناتوانی دولت در تولید منابع کافی برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت، ناپایداری نظام رفاه اجتماعی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها و ساز و کارها و روش اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها، بی‌ثباتی ماهیت اقتصادی-مالی سیستم بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی تأمین مالی نظام سلامت ایران، تحریم و بحران‌های اقتصادی، محدودیت بودجه، چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، منابع مالی ناکافی در سایر حوزه‌ها، پایین بودن تولید ناخالص داخلی، روند کاهش سهم بخش دولتی از هزینه‌های کلی سلامت در طول برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم و روند افزایشی سهم بخش خصوصی، پیشرفت تکنولوژی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، کمبود منابع مختلف انسانی و مالی، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت، ایجاد ظرفیت بیش از حد برای نیازهای بهداشتی (آموزش منابع انسانی اضافی و ...).
	بیمه‌های اجتماعی	چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، عدم تمایل دولت به تولید منابع برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت، نقصان در کارایی مدیریتی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت
	بیمه‌های خصوصی	چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، نقصان در کارایی مدیریتی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت
انباشت و مدیریت منابع	پرداخت مستقیم از جیب	محدودیت بودجه، پایین بودن تولید ناخالص داخلی، روند کاهش سهم بخش دولتی از هزینه‌های کلی سلامت در طول برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم و روند افزایشی سهم بخش خصوصی، تقاضای کنترل‌نشده
	تجمع منابع مالی	چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، پیشرفت تکنولوژی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان
	مدیریت منابع مالی	نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت
خرید خدمات	تجمع خطر	نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان
	بسته پایه خدمات سلامت	افزایش هزینه‌های سلامت، و سازمان‌های بیمه چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، پیشرفت تکنولوژی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، تأخیر در اجرای برخی بخش‌های طرح تحول مانند برنامه تعرفه پرستاران
	پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت	بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات دولت، وجود بیش از ۹۰۰ بیمارستان و مرکز پزشکی فعال در کشور، وجود بیش از ۱۲۰۰۰ تخت بستری در کشور، نبود گایدلاین‌های مناسب ارائه خدمات، بازار تنظیم‌نشده تجهیزات پزشکی، ورود نامناسب و بدون کنترل و ارزیابی کیفیت دارو و تجهیزات، استفاده غیرضروری از خدمات سلامت در کشور، کیفیت پایین خدمات سلامت بویژه در بخش دولتی، شکست یا موفقیت ناکافی در برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع، توزیع نامتوازن نیروی کار سلامت، اشتغال همزمان کادر پزشکی و دیگر کارکنان در بخش دولتی و خصوصی، حساس نبودن نیروی انسانی سلامت به موضوعات هزینه‌ای، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، تأخیر در اجرای برخی بخش‌های طرح تحول مانند برنامه تعرفه پرستاران، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت، ایجاد ظرفیت بیش از حد برای نیازهای بهداشتی (آموزش منابع انسانی اضافی و ...)

کاهش هزینه اختصاص داده شده به سلامت در بحران و تحریم‌های موجود و فقدان سیاستگذاری خوب و آگاهانه از پرتکرارترین

تهدیدهای تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند (نمودار ۷-۴).



نمودار ۷-۴- پرتکرارترین تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات

## ۵-۴- استراتژی‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران

برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور، مجموعه اقداماتی با بهره‌گیری از نقاط قوت و فرصت‌های موجود در جهت غلبه بر نقاط

ضعف و تهدیدهای این بلوک ساختاری نظام سلامت کشور ارائه گردیده است (جدول ۷-۴).

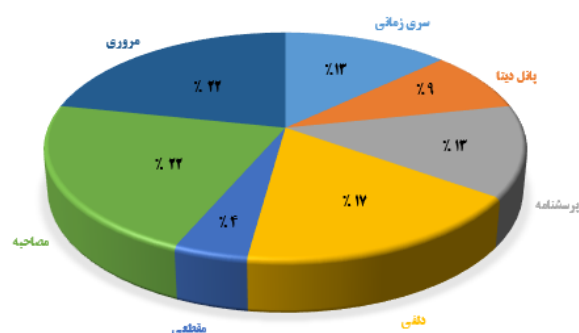
## جدول ۷-۴- استراتژی‌های تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران

		نقاط قوت (Strength)	نقاط ضعف (Weaknesses)
		<p>مشارکت مالی خیرین، پیامدهای مثبت طرح تحول در حوزه تأمین مالی و کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، افزایش پوشش بیمه‌ای بعد از طرح تحول سلامت</p>	<p>پوشش ناکافی بیمه، بسته خدمات غیرعلمی، کارایی پایین بیمه، پرداخت از جیب بالا، پرداخت‌های غیررسمی، بی‌عدالتی در مشارکت خانوارها، تأمین مالی نزولی و نابرابری عمودی، تعدد صندوق‌های بیمه، نبود خرید راهبردی، واقعی نبودن تعرفه، مشکلات بهره‌برداری، نظام پرداخت نامناسب</p>
فرصت‌ها (Opportunities)	<p>تأمین مالی خیرین، پیامدهای مثبت طرح تحول در حوزه تأمین مالی و کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، افزایش پوشش بیمه‌ای بعد از طرح تحول سلامت</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش مشارکت خیرین برای تأمین مالی نظام سلامت</li> <li>• مدیریت ارتباط با خیرین سلامت</li> <li>• گسترش خرید راهبردی بیمه‌ها</li> <li>• استفاده از ظرفیت‌ها و توانمندی سازمانی در بهبود فرآیندها</li> <li>• افزایش خصوصی‌سازی و تمرکززدایی خدمات درمانی</li> <li>• گسترش بکارگیری گایدلاین‌های بالینی</li> <li>• گسترش بکارگیری فناوری ارزیابی سلامت و بهره‌مندی از تکنولوژی‌های هزینه-اثربخش</li> <li>• گسترش کنترل و نقش‌های نظارتی در نظام سلامت</li> <li>• افزایش پوشش بیمه درمانی افراد جامعه</li> <li>• گسترش یارانه و حمایت دولت از فقرا</li> <li>• گسترش حمایت‌های قانونی لازم در خصوص تأمین مالی سلامت</li> <li>• گسترش تعداد بیمارستان‌های «هیات امنایی»</li> <li>• بهبود ارتباط میان بخش دولتی و خصوصی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تجمیع بیمه‌ها و یکپارچگی ساختاری و سیاستی طرح‌های مختلف بیمه‌ای</li> <li>• افزایش منابع مالی بخش سلامت از طریق مالیات‌ها و بیمه‌های اجتماعی</li> <li>• بازنگری و واقعی‌سازی تعرفه‌ها</li> <li>• استفاده از روش‌های علمی در تعیین بسته خدمتی پایه و اولویت‌بندی خدمات</li> <li>• شفاف‌سازی جریان‌های مالی و شفافیت در ارائه آمار بیمه‌شدگان و میزان پوشش</li> <li>• یکسان‌سازی دیدگاه‌ها در مورد مفهوم بیمه</li> <li>• وجود برنامه‌های مؤثر با طراحی مناسب برای تحقق حفاظت مالی</li> <li>• استفاده از الگوهای علمی و تعریف‌شده در سیستم تأمین مالی سلامت</li> <li>• حرکت به سوی نظام پیش‌پرداخت و پرداخت‌های مبتنی بر ارزش و عملکرد</li> <li>• تعیین دقیق بهای تمام شده</li> <li>• جدایی خریدار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت</li> <li>• نظارت دقیق بر عملکرد بیمه‌ها</li> <li>• کنترل و نظارت دقیق بیمه بر کیفیت درمان</li> <li>• جلوگیری از گسترش مخاطرات اخلاقی</li> <li>• برخورداری بیمه‌گران از مکانیسم‌های اطلاعاتی مؤثر</li> <li>• ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان در راستای کاهش پرداخت‌های غیررسمی</li> <li>• پرداخت بدهی‌های بیمه به مراکز درمانی و شرکت‌های داروسازی</li> <li>• افزایش مالیات از منابع آسیب‌رسان سلامت و تخصیص آن به سلامت</li> <li>• افزایش نقش تولیدی وزارت بهداشت</li> <li>• تهیه سیستم اطلاعاتی یکپارچه و ساماندهی پایگاه داده مرتبط با منابع تأمین مالی</li> </ul>
تهدیدها (Threats)	<p>تغییرات جمعیتی و رشد تقاضا، بحران و تحریم، کاهش بودجه، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها، واقعی نبودن هدفمندی یارانه‌ها، سیستم اطلاعات نامناسب، شکست برنامه‌ها، سیاستگذاری، کمبود منابع مالی و انسانی، عدم تعهد به اجرا، نبود مطالبات کافی</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش هزینه اختصاص داده شده به سلامت</li> <li>• بررسی چالش‌ها و الزامات طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع</li> <li>• توزیع متوازن نیروی کار در نظام سلامت</li> <li>• نظارت بر اشتغال دوگانه کادر پزشکی و دیگر ارائه‌دهندگان</li> <li>• انجام پژوهش‌ها و مطالعات کافی در حوزه تأمین مالی سلامت</li> <li>• ارائه قوانین مناسب در مورد پرداخت‌های بیمه درمانی افراد</li> <li>• تقویت قوانین و مقررات موجود</li> <li>• رفع مشکلات قانونی فعلی</li> <li>• داشتن چشم‌انداز در بیمه‌های پزشکی</li> <li>• ایجاد سیستم جامع اطلاعات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مدیریت تقاضا و انتظارات مصرف‌کننده از خدمات بهداشتی و درمانی</li> <li>• کاهش هزینه‌های ناشی از تغییرات جمعیتی با بکارگیری رویه‌های مناسب</li> <li>• پایداری مدیریتی در نظام سلامت و جلوگیری از برخوردهای سلیقه‌ای مدیران</li> <li>• کاهش تبعات تضاد و تعارض منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان</li> <li>• بکارگیری نیروهای متخصص اقتصاد، مدیریت و سیاستگذاری سلامت</li> <li>• بالابردن تعهد سیاسی حاکمان به بهبود وضعیت بهداشت و درمان</li> <li>• بالابردن تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها در حوزه سلامت</li> <li>• ایجاد حساسیت در ارائه‌دهندگان به موضوعات هزینه‌ای در سلامت</li> </ul>

## ۶-۴- راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران

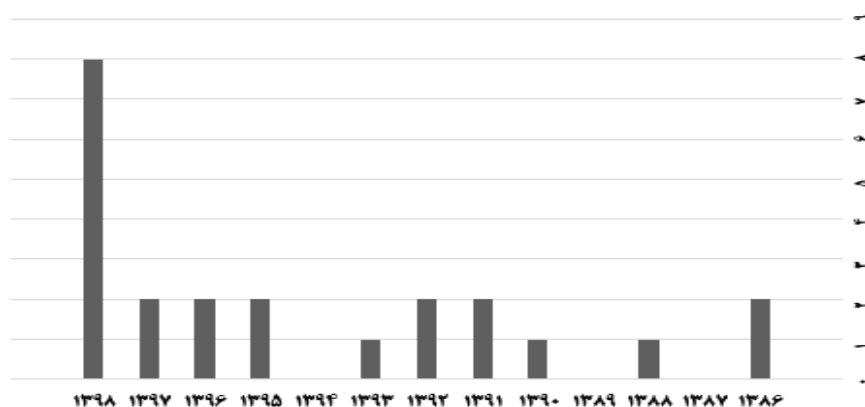
بررسی مطالعات نشان داده است که تا خرداد ماه ۱۳۹۹ تعداد ۲۳ مقاله به ارائه راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی ایران پرداخته‌اند. در مطالعات مورد بررسی ۷۰ درصد از روش‌های تجزیه و تحلیل کیفی (مرور مستندات، مصاحبه، پرسشنامه و مروری) استفاده شده و ۳۰ درصد با روش‌های کمی (سری زمانی (۳ مطالعه)، پانل دیتا (۲ مطالعه) و مقطعی (۱ مطالعه)) انجام شده بودند. روش‌های کیفی مصاحبه (۵ مطالعه) و مروری (۵ مطالعه) بیشترین فراوانی را داشتند.

مطالعات کمی با استفاده از روش‌های اقتصادسنجی و داده‌های سری زمانی، پانل دیتا و مقطعی به بررسی نابرابری در تأمین منابع مالی سلامت، محاسبه پرداخت از جیب و مخارج کمرشکن سلامت پرداخته بودند. درحالیکه مطالعات کیفی به بررسی اسناد و قوانین موجود در این حوزه پرداخته و با استفاده از مطالعات تطبیقی و تلفیقی راهکارهایی را برای رسیدن به تأمین مالی پایدار سلامت ایران ارائه کرده بودند.



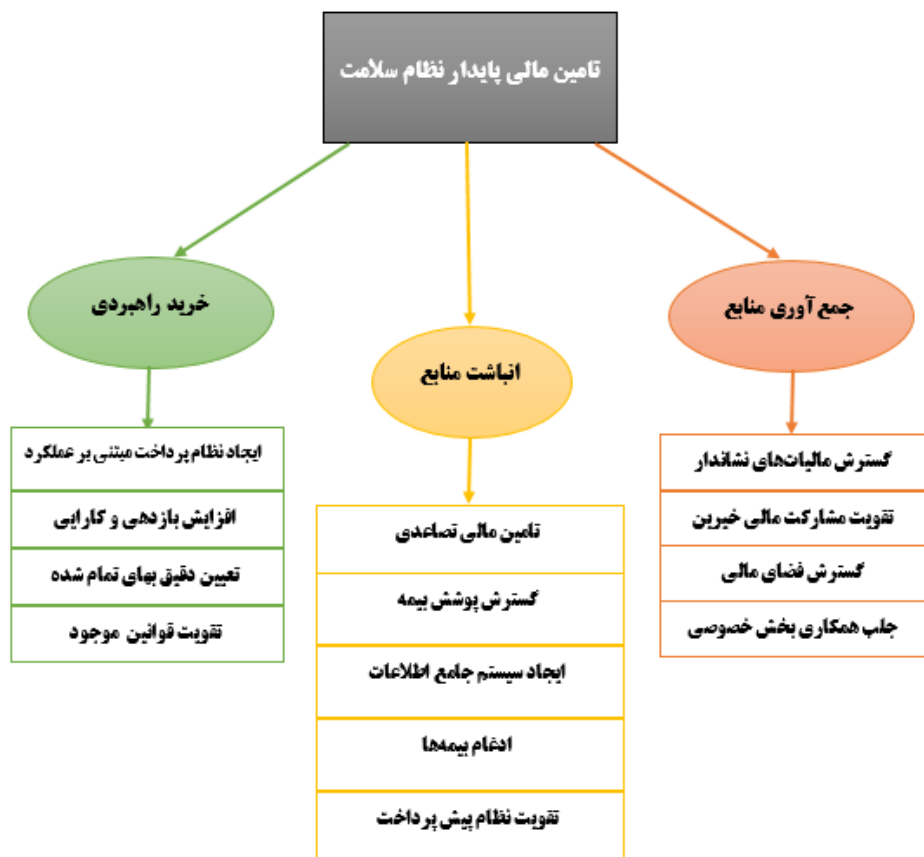
### نمودار ۸-۴- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک روش کار

اولین مطالعه که به بررسی راهکارهای تأمین مالی پرداخته بود در سال ۱۳۸۶ منتشر شده بود. پس از آن روند تا سال ۱۳۹۷ مطالعات این حوزه بین ۰ تا ۲ مطالعه در سال متغیر بود، اما در سال ۱۳۹۸ بیشترین تعداد (۸ مقاله) در این زمینه به چاپ رسیده بود (نمودار ۹-۴).



### نمودار ۹-۴- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک سال انجام مطالعات

به طور کلی، در این مطالعات تعداد ۱۳ راهکار برای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران پیشنهاد شده بود که در سه دسته جمع‌آوری منابع مالی، انباشت آنها و خرید راهبردی گروه‌بندی شد.



شکل ۲-۴- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار سلامت در ایران

راهکارهای تقویت کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل گسترش منابع مالی سلامت از طریق ساز و کارهای مالیاتی و به ویژه مالیات‌های نشان‌دار سلامت، تقویت مشارکت خیرین سلامت و هدفمند کردن منابع مالی حاصله، افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور، ایجاد راهکارهای افزایش منابع مالی از سایر بخش‌های سلامت برای افزایش فضای مالی بخش سلامت و گسترش همکاری بین بخشی و جلب منابع مالی از بخش خصوصی می‌باشند.

راهکارهای مربوط به انباشت منابع شامل تأمین مالی به شیوه صعودی و عادلانه بود. گسترش پوشش بیمه و تلاش برای رسیدن به پوشش همگانی یکی دیگر از راهکارهای این گروه بود که لازمه رسیدن به این هدف استقرار سیستم جامع سلامت بود و در قالب یکی از راهکارهای انباشت منابع عنوان گردید. ادغام منابع مالی سازمانهای بیمه گر و ایجاد صندوق واحد جهت تسهیم ریسک بین همه اعضا و گسترش نظام های پیش پرداخت سلامت در کشور راهکارهای دیگر این گروه بودند.

برای انجام خرید راهبردی و استفاده کارا از منابع نظام سلامت، راهکارهایی مانند پرداخت بر مبنای عملکرد و نظام های پرداخت آینده‌نگر به جای گذشته‌نگر، نظارت بر قوانین موجود و نحوه اجرای قوانین در بخش‌های مختلف نظام سلامت، تقویت آنها و در صورت لزوم ایجاد قوانین جدید، تعیین بهای تمام شده خدمات به روش‌های علمی و دقیق به طوری که تعرفه خدمات سلامت بتواند هزینه تولید خدمات را پوشش دهد و بهبود کارایی منابع سلامت با خرید خدمات هزینه اثربخش و مبتنی بر نیازهای بهداشتی جامعه استخراج گردیدند.

## ۷-۴- شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران

بیشتر مطالعات انجام گرفته در حوزه تأمین مالی سلامت به بررسی نقاط ضعف سیستم تأمین مالی پرداخته و کمتر مطالعه‌ای به بررسی نقاط قوت و استراتژی‌های تقویت سیستم تأمین مالی توجه داشته است. پژوهش‌ها همچنین تمرکز کمتری بر عوامل بیرونی تأثیرگذار بر تأمین مالی داشته‌اند. علاوه بر آن، موضوعاتی چون خرید راهبردی، واقعی‌سازی تعرفه‌ها و تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد و ادغام ساختاری و سیاستی آنها از مهم‌ترین مقوله‌های کمتر پرداخته شده در حوزه تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که در ایران، راهکارها به تناسب نظام سلامت موجود و زیرساخت‌های آن ارائه نشده‌اند. نتایج حاکی از آن است که با توجه به آنکه تولید ناخالص داخلی کشور متکی به درآمدهای نفتی است، منابع مالی بخش سلامت تا حد زیادی ناپایدار بوده و با توجه به نوسان قیمت نفت ممکن است تحت تاثیر واقع شوند. بنابراین نیاز است که شاخص‌های تأمین مالی پایدار بطور مستمر پایش شده و با بهره‌گیری از فرصت‌های بیرونی و نقاط قوت درونی سیستم تأمین مالی، راهکارهای مختلف پایداری منابع در کشور مورد بررسی قرار گیرند.

جدول زیر انواع شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران را ارائه داده است:

## جدول ۸-۴- شکاف‌های دانشی موجود در حوزه تأمین مالی نظام پایدار سلامت

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی	شکاف‌های دانشی
	درآمدهای عمومی	سیاست‌های مالیاتی تصاعدی در یک چارچوب حمایتی از فقرا چگونه باید اجرا شود؟ نحوه نظارت بر شکاف فزاینده بودجه چگونه است؟ روش‌های جایگزین برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی در آینده چیست؟ نقش مالیات نشان‌دار در تأمین مالی نظام سلامت چیست؟ یارانه‌های دولتی ارائه‌شده به بخش‌های مختلف جغرافیایی / استان‌ها چقدر است؟ عدالت در توزیع هزینه‌های عمومی سلامت به چه شکل هدایت می‌شود؟ زیرساخت‌های لازم برای گسترش سیستم‌های مالیاتی کدامند؟ سیستم‌های بودجه تا چه اندازه ورودی‌ها و خروجی‌های سیستم‌های بهداشتی را تعدیل می‌کنند؟ شاخص‌های مناسب برای اختصاص بودجه بهداشت به حوزه‌های مختلف کدامند؟ نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی در پایداری تأمین مالی کشور برای پوشش همگانی سلامت چیست؟ پیامدهای جنسیتی در تغییر منابع درآمدی بخش سلامت چیست؟
جمع‌آوری منابع	بیمه‌های اجتماعی	تأثیر بیمه اجتماعی سلامت بر پوشش همگانی سلامت چیست؟ مکانیسم ایجاد سیستم‌های بهداشتی پایدار و پاسخگو در بیمه درمانی ملی چگونه است؟ ادغام برنامه‌های مختلف تأمین مالی و بیمه‌ها چگونه با چالش‌های موجود در حوزه تأمین مالی مقابله می‌کند؟ چارچوب ارزیابی استراتژی‌های تأمین مالی سلامت در حوزه بیمه‌ای کدام است؟ تعامل بین طرح جدید بیمه درمانی و سایر اشکال تأمین هزینه مراقبت‌های سلامت و تأثیر آنها بر عدالت در تأمین اعتبار مراقبت‌های سلامت چگونه اتفاق خواهد افتاد؟ مکانیزم‌های تأمین مالی دولتی برای شناسایی و تشخیص ابعاد پوشش خدمات سلامت و تأمین مالی آنها چگونه باید باشد؟
	بیمه‌های خصوصی	تأثیر بیمه خصوصی سلامت بر پوشش همگانی سلامت چیست؟ مکانیزم‌های تأمین مالی خصوصی برای شناسایی و تشخیص ابعاد پوشش خدمات و تأمین مالی آنها چگونه باید باشد؟ بیمه سلامت خصوصی چگونه موجب افزایش مصرف خدمات سلامت می‌شود؟ تأثیر میزان تقاضای القایی ارائه‌کننده در زمان حضور و عدم حضور بیمه‌های عمومی و خصوصی چگونه است؟
	پرداخت مستقیم از جیب	هزینه‌های بخش خصوصی و سایر بخش‌های هزینه‌گر در سیستم سلامت به چه شکل است؟ روش‌های کاهش پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران کدام است؟
انباشت و مدیریت منابع	تجمیع منابع مالی	مشکلات موجود در پوشش پایدار بیمه درمانی کدامند؟ کشورهای منطقه براساس شاخص‌های پیامدی نظام سلامت چگونه ارزیابی و رتبه‌بندی می‌شوند؟ سیاست‌های حمایت از کارایی، برابری و دستیابی به سیستم سلامت پایدار کدام است؟ چگونه عدالت در طراحی برنامه‌های بیمه باید در نظر گرفته شود؟ تحلیل سیاسی اقتصادی اصلاحات تأمین مالی سلامت در کشور نشان‌دهنده چیست؟ ارزشیابی پوشش همگانی سلامت در کشور بر اساس چه شاخص‌هایی و چگونه صورت می‌پذیرد؟ مقایسه شاخص‌های مالی میان مناطق، استان‌ها و کشورها چگونه است؟ برای پیشبرد اندازه‌گیری شاخص‌های ارزیابی تأمین مالی چه کاری می‌توان انجام داد؟ ایجاد پارادایمی برای نگاه به سلامت به عنوان یک سرمایه‌گذاری انسانی اصلی چگونه است؟
	مدیریت منابع مالی	

<p>عواملی که باعث افزایش آسیب‌پذیری خانواده‌ها در برابر خطرات مالی می‌شوند کدامند؟  عوامل تسهیل‌کننده و موانع پیشرفت در ارتقاء و حفاظت مالی کدامند؟  تأثیر اصلاحات سلامت بر دسترسی به پوشش همگانی سلامت در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف چیست؟  شاخص‌های پروکسی برای مشکلات مالی سلامت کدامند و چه تأثیراتی خواهند داشت؟</p>	<p>تجمع خطر</p>
<p>به‌روزرسانی بسته خدمات سلامت برای برنامه‌های بیمه‌ای شامل گسترش میزان خدمات و سهم هزینه‌های بیمه‌ای که پوشش داده می‌شود چگونه رخ می‌دهد؟  الزامات لازم برای خرید راهبردی در نظام سلامت چیست؟  تأثیر کاهش موانع مالی بر استفاده از خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی چگونه است؟  عوامل تأثیرگذار بر بهره‌مندی از خدمات سلامت چیست؟</p>	<p>خرید خدمات  بسته پایه خدمات سلامت</p>
<p>آیا تلاش دولت برای سیستم سرانه منجر به افزایش کارایی می‌شود؟ نقش ذینفعان دیگر در این حوزه چیست؟  چگونه کشورهایی با درآمد متوسط به بالا می‌توانند از پتانسیل موجود برای آینده‌نگر کردن پرداخت‌های نظام سلامت بهره بگیرند؟  سیستم‌های پرداخت مختلف چگونه بر دسترسی زنان و مردان به مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارند؟  زیرساخت‌های موردنیاز کشور برای استقرار نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و افزایش کارایی منابع مالی سلامت چیست؟  الزامات اجرای موفقیت‌آمیز یک سیستم پرداخت‌کننده واحد در بهداشت و درمان ایران چیست؟  تأمین مالی نظام سلامت چگونه می‌تواند ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد؟</p>	<p>پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت</p>



---

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## ۱-۵- مقدمه

هدف این مطالعه، شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت بود. دستیابی به این هدف با استفاده از مرور مفهومی مطالعات مربوطه انجام گرفت. تعداد ۱۴۴ مطالعه مرتبط با هدف پژوهش به دست آمد. در این قسمت به تناسب اهداف پژوهش به بررسی نتایج و ارائه پیشنهادات کاربردی پرداخته شده است.

## ۲-۵- بحث

### ■ شناسایی ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

نتایج نشان داد که تعداد ۹۲ مقاله به بررسی ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت پرداختند و تعداد ۳۵ شاخص در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت شناسایی شد. تأمین مالی پایدار نظام سلامت شامل سه بعد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع و خرید راهبردی است. سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، درصد خانوارهای مواجه با فقر به علت پرداخت هزینه‌های سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت و هزینه سرانه سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت بود.

هدف نهایی همه نظام‌های سلامت در دنیا، دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. یکی از اصول پوشش همگانی در حوزه محافظت مالی و تأمین منابع، مشارکت عادلانه مالی مردم مبتنی بر توان پرداخت آنان است. به عبارت دیگر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در گرو تأمین مالی مناسب است. به همین منظور تأمین مالی باید در ۳ حوزه جمع‌آوری، انباشت و خرید به درستی فعالیت نماید.

یکی از شاخص‌های مهم پایداری تأمین مالی در نظام‌های سلامت، سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی است. در اکثر کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط در دو دهه گذشته، سهم دولت برای بخش سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی علیرغم کاهش سهم کل هزینه‌های بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه مستقیمی با دو شاخص اصلی محافظت مالی یعنی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد (۷۸). موفقیت کشورها برای رسیدن به پوشش همگانی خدمات سلامت به مواردی از جمله کافی بودن منابع موجود، عادلانه بودن مکانیزم‌های انباشت منابع، افزایش کارایی منابع

انباشت شده، خرید خدمات بر حسب اثربخش بودن آنها، توجه به کارایی فنی خدمات ارائه شده، افزایش سطح انباشت و پیش پرداخت‌ها و دسترسی مالی و فیزیکی افراد به خدمات سلامت بستگی دارد.

سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، درصد خانوارهای مواجه با فقر به علت پرداخت هزینه‌های سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، هزینه سرانه سلامت، درآمد حاصل از مالیات مستقیم در بخش سلامت، تولید ناخالص داخلی، درصد مخارج خصوصی بهداشت و درمان از کل هزینه‌های سلامت و درآمد حاصل از مالیات غیرمستقیم در بخش سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت بود. یکی از شاخص‌های مهم تأمین مالی پایدار نظام سلامت سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت است. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ میلادی مزایای استفاده از تأمین هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت را مطرح کرد و نشان داد که تأمین مالی از بودجه عمومی می‌تواند بیشترین تاثیر بر شاخص‌های پوش همگانی سلامت داشته باشد (۷۹).

طبق آخرین اطلاعات شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت ایران، سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۹۶ به ۹ درصد و شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت به ۲۳ درصد در آن سال رسیده است. بیشترین میزان رشد در سهم سلامت از بودجه عمومی دولت مربوط به سال ۱۳۹۳ مقارن با اجرای طرح تحول سلامت است که نزدیک به یک چهارم بودجه عمومی کشور به بخش سلامت اختصاص داده شد. شاخص سهم بودجه عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت به ۵۱ درصد در سال ۱۳۹۶ رسید که بیشترین رشد این شاخص پس از اجرای طرح تحول سلامت و تخصیص ۱۰٪ منابع حاصل از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه و ۱٪ مازاد مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت است (۸۱،۸۰).

درصد پرداخت از جیب خانوارها به کل هزینه‌های سلامت یکی از شاخص‌های مهم در نظام سلامت است. به گونه‌ای که سازمان بهداشت جهانی این شاخص را به عنوان سومین ابزار نظارت بر تقویت نظام سلامت معرفی کرده است (۸۲). علاوه بر این، در چارچوب ارزیابی نظام سلامت، درصد پرداخت از جیب خانوارها به کل هزینه‌های سلامت به عنوان اصلی‌ترین شاخص ارزیابی عدالت مالی معرفی شده است (۸۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، افزایش ۴ درصدی هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط به طور سالیانه و نرخ ۳۵ درصدی پرداخت از جیب خانوارها برای خدمات سلامت، عامل مهمی در فقر خانوارها است (۸۳).

بر مبنای اطلاعات وزارت بهداشت در سال ۲۰۱۷ میلادی، افزایش درصد افراد منتقل شده به زیر خط فقر مطلق به دنبال پرداخت از جیب ۰/۳ درصد در ایران قبل از آغاز طرح تحول سلامت به ۰/۵ درصد در سال ۲۰۱۶ میلادی و رشد این شاخص در مناطق روستایی ۹/۷ برابر نسبت به مناطق شهری، نشان دهنده تاثیر مستقیم هزینه‌های پرداخت از جیب بر فقر خانوارها به ویژه خانوارهای روستایی است (۸۴). افزایش سهم سلامت از کل هزینه‌های خانوار نشان می‌دهد که علیرغم احساس نیاز به دریافت خدمات سلامت به دلیل تورم ناشی از هزینه‌های درمانی یا از دریافت خدمات سلامت صرف نظر می‌شود و یا نرخ پرداخت از جیب برای دریافت خدمات افزایش می‌یابد.

شاخص فقرزای سلامت به دلیل پرداخت مستقیم از جیب یک شاخص رسمی در اهداف توسعه هزاره نیست، اما، این شاخص یک هدف مهم در دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ میلادی بیان شده است (۸۵، ۸۶). دستیابی به حمایت مالی در برابر خطرات ناشی از پرداخت از جیب خانوارها به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی راهبردهای سلامت ملی در چندین کشور با درآمد متوسط ذکر شده است. سازمان بهداشت جهانی حمایت از خطرات مالی را به عنوان معیاری از عملکرد خوب نظام‌های سلامت بیان کرده است. حمایت از خطرات مالی می‌تواند بیانگر مبادله‌ای باشد که از یک طرف خانوار توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی را داشته باشد و از طرف دیگر توانایی پرداخت نیازهای اساسی نظیر آموزش، غذا و مسکن را داشته باشد (۸۷، ۸۸).

کاهش ریسک مالی یک هدف اصلی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است زیرا درصد بالای پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامتی می‌تواند باعث شود که خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه شوند و بخش قابل توجهی از درآمد خود را صرف هزینه‌های سلامتی نمایند و دچار فقر شوند. در نهایت، این امر منجر می‌شود که خانوارها تصمیم به فروش دارایی یا اخذ وام برای تأمین هزینه‌های سلامتی خود بنمایند (۸۹).

در سال ۲۰۱۰ میلادی، حدود ۸۰۸ میلیون نفر که ۱۱/۷ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند دچار هزینه‌های کمر شکن ناشی از پرداخت مستقیم از جیب شدند که بیش از ۱۰ درصد درآمد خانوارها به هزینه‌های سلامتی اختصاص پیدا کرده بود. طبق داده‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ میلادی، تخمین زده شده است که بیش از ۲۵ درصد درآمد ۱۷۹ میلیون خانوارها صرف هزینه‌های سلامتی می‌شود که حدود ۲/۶ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (۸۵). مطالعه Xu و همکاران در ۲۰۰۳ میلادی با بررسی ۵۹ کشور نشان داد که یک درصد افزایش در هزینه‌های سلامت تأمین شده از پرداخت از جیب منجر به افزایش متوسط در سهم خانوارها مواجه با پرداخت‌های فاجعه بار ۲/۲ درصد می‌شود (۹۰).

یکی دیگر از شاخص‌های مهم تأمین مالی پایدار سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی است. در اکثر کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط در دو دهه گذشته، سهم دولت برای بخش سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی علیرغم کاهش سهم کل هزینه‌های بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۶ میلادی نشان داد که سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه مستقیمی با دو شاخص اصلی محافظت مالی یعنی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد (۷۸).

تولید ناخالص داخلی می‌تواند نقش بسزایی در تأمین مالی پایدار در نظام سلامت داشته باشد. این شاخص به عنوان پنجمین شاخص مهم تأمین مالی نظام سلامت در کشور انتخاب شده است (۹۱). مقایسه اولویت سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در برخی از کشورهای اروپایی با انگلستان نشان داد که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی نمی‌تواند تضمین کننده کارایی و اثربخشی منابع مالی باشد اما به دلیل رابطه‌ی معناداری که با شاخص‌های پیامدی دارد می‌تواند به عدالت نزدیک‌تر باشد (۹۲).

درآمد حاصل از مالیات در بخش سلامت می‌تواند یکی از شاخص‌های مهم تأمین مالی پایدار در نظام سلامت باشد. مطالعه‌ای با بررسی ۸۹ کشور با درآمد کم و متوسط از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۱ نشان داد که افزایش در مالیات عمومی با افزایش در پوشش خدمات سلامت و بهبود محافظت مالی مرتبط بود. ۱۰۰ دلار اضافی در درآمد مالیاتی سالیانه به طور قابل توجهی نرخ تولد به وسیله یک متخصص را به ۶/۷۴ درصد و میزان پوشش مالی را به ۱۱/۴ درصد افزایش می‌دهد (۷۹).

#### ■ تحلیل استراتژیک نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدهای موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

تعداد ۲۹ مطالعه به بررسی نقاط قوت، ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی ایران پرداختند. در ارزشیابی داخلی تأمین مالی نظام سلامت کشور، ۱۲ نقطه قوت و ۴۹ نقطه ضعف و در ارزشیابی خارجی نیز ۱۷ فرصت و ۳۶ تهدید به دست آمد. کاهش پرداخت از جیب و پرداخت‌های غیررسمی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت از مهمترین نقاط قوت تأمین مالی نظام سلامت ایران بود. تعداد صندوق‌های بیمه، تعرفه‌های غیرواقعی، نبود نظام اطلاعاتی یکپارچه و فقدان خرید راهبردی توسط بیمه‌ها از جمله نقاط ضعف نظام تأمین مالی گزارش شدند. پایین بودن تولید ناخالص داخلی، کاهش بودجه عمومی اختصاص یافته به بخش سلامت در شرایط تحریم‌های اقتصادی و سیاستگذاری ناآگاهانه و فاقد شواهد از تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت بودند. در مقابل، حمایت‌های قانونی برای افزایش کارایی نظام

سلامت، وجود سازمان‌های مردم‌نهاد برای تأمین مالی نظام سلامت و فناوری‌های جدید از مهم‌ترین فرصت‌های موجود در حوزه تأمین مالی هستند.

در سال‌های اخیر کاهش پرداخت از جیب مردم و پرداخت‌های غیررسمی بعد از طرح تحول سلامت، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا، مشارکت گسترده خیرین در تأمین مالی نظام سلامت، پرداخت‌های حمایتی دولت به افراد فقیر، افزایش پوشش بیمه‌ای و حرکت به سمت خرید راهبردی بیمه‌ها از نقاط قوت سیستم تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تأمین مالی سلامت در کشور ایران بصورت ترکیبی از روش‌های مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه درمان خصوصی، کمک‌های اهدایی و پرداخت از جیب است و پوشش ۹۰ درصدی جمعیت کشور توسط بیمه تأمین اجتماعی از نقاط قوت تأمین مالی سلامت کشور به شمار می‌رود. خیرین نیز در تأمین مالی نظام سلامت ایران نقش چشمگیری دارند. مشارکت خیرین در تأمین مالی نظام سلامت به دو صورت جذب و هزینه‌کرد منابع مالی است. خیرین سلامت از طریق مؤسسات خیریه سلامت، مجمع خیرین سلامت، توزیع صندوق کمک مالی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی، فضای مجازی و برگزاری مراسم هدفمند، منابع مالی مورد نیاز برای بخش سلامت را جذب می‌کنند. آنها منابع مالی جذب شده را صرف توسعه فضای فیزیکی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی-درمانی و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌کنند (۹۳).

بنابراین جلب اعتماد خیرین و گسترش نقش آنها در تأمین مالی نظام سلامت و قدردانی از مشارکت آنها نقش مهمی در نظام سلامت دارد. برای تقویت نقاط قوت سیستم تأمین مالی سلامت باید به استفاده از ظرفیت‌ها و توانمندی سازمانی در بهبود فرآیندها، گسترش بکارگیری گایدلاین‌های بالینی و بکارگیری ارزیابی فناوری‌های سلامت و بهره‌مندی از تکنولوژی‌های هزینه-اثربخش پرداخت. همچنین افزایش خصوصی‌سازی و تمرکززدایی خدمات درمانی، گسترش کنترل و نقش‌های نظارتی در نظام سلامت، افزایش پوشش بیمه درمانی افراد جامعه، گسترش یارانه و حمایت دولت از فقرا، گسترش حمایت‌های قانونی لازم در خصوص تأمین مالی سلامت از دیگر راهکارهایی است که توجه به آنها در نظام سلامت ضرورت دارد.

علی‌رغم نقش بخش‌های دولتی در تأمین مالی سلامت، ناتوانی دولت در تأمین منابع، بار تأمین مالی را تا حدودی بر دوش مردم قرار می‌دهد، بگونه‌ایکه آنها مجبور به پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب خود می‌شوند و افزایش این پرداخت‌ها در طول دهه‌های گذشته مشکل‌ساز شده است. داده‌های بخش سلامت در کشور ایران نشان می‌دهد که در اواخر دهه ۱۳۸۰، میزان پرداخت از جیب در بین خانوارهای

ایرانی حدود ۵۹ درصد بوده است. علیرغم کاهش میزان پرداخت از جیب مردم بعد از طرح تحول سلامت نسبت به سال‌های قبل به حدود ۴۲ درصد (۱۳۹۶)، همچنان بار تأمین مالی بر دوش مردم قرار دارد. مطالعات مختلف بیانگر بالا بودن میزان پرداخت از جیب مردم است؛ بطوریکه این عامل از بزرگترین نقاط ضعف نظام تأمین مالی کشور ایران به شمار می‌رود. مطالعات انجام شده گوناگون که طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ به ترتیب در استان‌های کردستان و قزوین صورت گرفته میزان پرداخت از جیب مردم را به ترتیب ۵۵ و ۵۹/۷ درصد گزارش کرده است. در مطالعه‌ای بر روی ۸۰۰ خانوار شهر شیراز، ۱۴/۲ درصد خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شدند. این مطالعه نشان داد که تأمین مالی سلامت ایران توانایی حفاظت از خانوار را در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت به میزان کافی ندارد. علاوه بر آن در این مطالعه، وضعیت اقتصادی خانوار، وضعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی سرپرست خانوار، وجود افراد نیازمند مراقبت‌های پزشکی، استفاده از خدمات دندانپزشکی و بیمارستانی، نوع محل سکونت از نظر شهری و روستایی، دفعات استفاده از خدمات سرپایی و میزان پرداخت از جیب برای ویزیت پزشک بعنوان تعیین‌کننده‌های هزینه‌های کمرشکن سلامت معرفی شدند (۹۴-۹۶).

پرداخت از جیب در اکثر کشورهای در حال توسعه، سهم بالایی از هزینه‌های بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد. بالا بودن میزان پرداخت از جیب حاکی از آن است که نظام سلامت فشار مالی بسیار زیادی را بر خانوارها تحمیل کرده و منجر به فقر خانوار می‌شود. اگر میزان این شاخص درصد قابل توجهی از هزینه‌های جاری سلامت را شامل شود، نشان می‌دهد که آن کشور حفاظت مالی محدود یا ضعیفی را برای جمعیت خود فراهم نموده است. برای کاهش شاخص پرداخت از جیب، سیستم تأمین مالی سلامت به جای افزایش سهم بخش سلامت از بودجه عمومی باید به سمت تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت و تجمیع خطر حرکت کند و زیرساخت‌های لازم را فراهم کند؛ از جمله به یک بانک اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت نیاز است تا از هم پوشانی‌های بیمه‌ای جلوگیری شود. همچنین یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی باید تصحیح گردد و کمک‌های اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی انجام بگیرد (۹۷).

در همسایگی کشور ما، سیستم سلامت کشور ترکیه در وضعیت مناسبی قرار گرفته است. این کشور در سال ۲۰۰۳ میلادی برنامه طرح تحول سلامت خود را با هدف تقویت عملکردهای نظام سلامت آغاز کرد. از جمله نتایج اصلاحات سیستم سلامت ترکیه، کاهش شاخص پرداخت از جیب است که از حدود ۲۹ درصد در سال ۲۰۰۰ میلادی به حدود ۱۷ درصد در سال ۲۰۱۶ میلادی رسیده است. دولت ترکیه برای کاهش پرداخت از جیب به هدایت منابع به سمت پیش‌پرداخت‌ها حرکت کرد و به تغییر در نحوه تصویب، قیمت‌گذاری و بازپرداخت

هزینه‌های دارویی پرداخت و بر کاهش بار مالی هزینه‌های دارویی متمرکز شد. در ادامه برای تحت کنترل درآوردن هزینه‌های دارویی از روش‌های ارزیابی فناوری سلامت، سیستم قیمت‌گذاری بین‌المللی و تخفیفات عمومی استفاده کرد (۹۸).

تأمین منابع مالی با استفاده از پرداخت‌های مستقیم، سیستم تأمین مالی سلامت را ناعادلانه و پسروده می‌کند. نتایج پژوهش ملکی، مهم‌ترین دلایل پرداخت از جیب بالا در کشور را عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات، تعرفه غیرواقعی و پرداخت‌های غیررسمی و زیرمیزی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت معرفی کرده است (۹۹). مطالعه انجام شده بر روی خانوارهای شهری و روستایی کشور نشان داده است که سهم بخش دولتی بین سال‌های ۸۷-۱۳۸۲ روند کاهشی داشته درحالی‌که سهم بخش خصوصی که ۹۵/۷۷ درصد توسط خانوار پرداخت شده بود در این سال‌ها روند افزایشی داشت (۱۰۰). مطالعه‌ای دیگر با هدف بررسی وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت ایران در سال ۱۳۸۱، نشان داد که حدود ۳/۹ درصد از جمعیت کشور در محدوده جمعیت با هزینه‌های درمانی غیرقابل تحمل قرار داشته‌اند (۱۰۱). هر قدر شیوه تأمین منابع، بیشتر از محل منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌ها انجام شود، نظام سلامت عادلانه‌تر خواهد بود و هر چه میزان تأمین منابع بیشتر از محل پرداخت‌های مستقیم خانوار و در زمان بیماری باشد، نظام تأمین منابع مالی سلامت غیرعادلانه‌تر خواهد بود. در چنین شرایطی ضروری است که در اختصاص سهم اعتبارات مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی کشور با یک تجدید نظر اساسی، تلاش شود تا سهم منابع اعتباری بهداشت و درمان کشور از درآمد ملی، به رشد مناسبی دست یابد، توزیع اجزای این منابع اعتباری اصلاح شود و در جهت‌گیری مصارف نیز اصلاحات لازم مطابق با نیازهای بخش فراهم آید.

در برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به موضوع عدالت در سلامت در قالب اهداف ارتقاء شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۹۰ درصد، کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد و کاهش سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های کمرشکن سلامت به یک درصد تاکید شده است (۱۰۲). دولت ایران از نیمه دوم اردیبهشت سال ۱۳۹۳ طرح تحول نظام سلامت جهت پیشبرد اهداف وزارتی را تدوین نمود که نخستین بسته خدمتی آن، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. طرح تحول سلامت با هدف حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با تمرکز بر اقل‌تأثیر پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وزارت بهداشت تا میزان ۶ درصد، روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که بواسطه نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند تا میزان ۳ درصد و ممانعت از ارجاع بیماران جهت خرید دارو و سایر تجهیزات و لوازم پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان به مرحله اجرا درآمد. تمامی ایرانیان واجد بیمه پایه سلامت مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های



مشمول برنامه، بعنوان جمعیت هدف مدنظر بوده و سازمان بیمه سلامت ایرانیان مکلف گردیده تا افراد فاقد بیمه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه نماید (۱۰۳).

در خصوص بیمه‌های سلامت موجود در کشور نیز مسائل و مشکلاتی وجود دارد. برای مثال مطالعات موجود حاکی از آن است که عواملی چون تعدد صندوق‌های بیمه، تحت پوشش بیمه نبودن برخی از خدمات، عدم پرداخت بدهی‌های مالی توسط بیمه‌ها و تأخیر در پرداخت از بیمه به بیمارستان‌های عمومی و ایجاد نارضایتی‌های عمده در ذی‌نفعان، عدم توجه به خرید راهبردی، نظارت محدود سازمان‌های بیمه بر کنترل کیفیت، نرخ‌های قابل توجه همپوشانی بیمه‌ای و همپوشانی در آمار بیمه‌ای، عدم برخورداری بیمه‌گر پایه سلامت از مکانیسم‌های اطلاعاتی مؤثر برای شناسایی دقیق وضعیت بهداشتی و اقتصادی-اجتماعی بیمه‌شدگان، سازوکارهای متفاوت تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌گر و نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های کشور منجر به تضعیف سیستم تأمین مالی در کل شده است (۱۰۴-۱۱۰).

واقعی نبودن تعرفه‌ها در سیستم سلامت کشور یکی از نقاط ضعف عمده تأمین مالی نظام سلامت کشور است. تعرفه باید بر اساس هزینه خدمت محاسبه شود، اما در قانون بیمه همگانی ایران، یکی از عوامل مؤثر در تعیین تعرفه‌ها، میزان سرانه یا به عبارتی حق بیمه است، در حالی که باید این رابطه حالت عکس داشته باشد. بروز تقاضای القایی و ارائه خدمات غیرضروری به بیماران و درخواست پرداخت‌های غیررسمی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از پیامدهای غیرواقعی بودن تعرفه در نظام سلامت به شمار می‌روند (۹۹). ارایه‌کنندگان برای افزایش درآمد، خدماتی به بیماران ارایه می‌کنند که خارج از تعهدات بیمه بوده و بنابراین میزان پرداخت از جیب افزایش خواهد یافت (۱۱۱). بنابراین تقویت نظام بیمه سلامت کشور از ضروریات نظام تأمین مالی سلامت است که در آن پوشش جمعیتی بیمه‌ای گسترش یابد و میزان حق بیمه‌ها بر اساس توانایی مشارکت افراد در هزینه‌ها محاسبه گردد. تجارب اخیر کشورهای در حال توسعه حاکی از توسعه حمایت مالی از طریق یک رویکرد از پایین به بالا، یعنی پوشش دادن جمعیت غیربیمه‌شده و گروه‌های فقیر اجتماعی و اقتصادی است. برای انجام این امر نیاز به ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی با طراحی دقیق و انجام یک بررسی و پژوهش ملی برای اندازه‌گیری استاندارد زندگی و تعیین میزان بهره‌مندی افراد است (۱۱۲).

برای استفاده مؤثر و کارا از منابع باید به اهمیت عملکرد خرید منابع توجه شود. بنابراین از دیگر راهکارهای مهم در تأمین مالی سلامت، به کار بردن رویکرد خرید راهبردی به جای خرید منفعل است. در خرید راهبردی به دنبال بهترین ترکیب بسته خدمت هستیم؛ بنابراین برای رسیدن به حداکثر مطلوبیت در عملکرد نظام سلامت بهتر است چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و موضوعاتی چون خرید از چه کسی و برای چه افرادی و چه نوع خدماتی، مشخص شود (۱۱۳). بنابراین لازم است سازمانی که متولی امر خرید راهبردی سلامت است

ایجاد شود و از هزینه اثربخش بودن تمام فرآیندهای قرارداد با مراکز ارائه خدمات سلامت اطمینان حاصل شود (۱۱۴). برای تخصیص منابع و خرید راهبردی راهکارهایی چون جدائی نهاد خریدار خدمت از ارائه‌کننده، ایجاد شفافیت در تخصیص منابع، حذف پدیده تقاضای القایی، کاهش تضاد منافع در تأمین مالی سلامت، مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت و مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خطر مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت توصیه شده است.

علاوه بر نقاط ضعف سیستم تأمین مالی سلامت، عواملی مانند تغییرات جمعیتی و رشد تقاضا، بحران و تحریم، کاهش بودجه، بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات، واقعی نبودن هدفمندی یارانه‌ها، سیستم اطلاعات نامناسب، شکست برنامه‌ها، سیاستگذاری، کمبود منابع مالی و انسانی، عدم تعهد به اجرا، نبود مطالعات کافی در زمینه تأمین مالی (۱۰۴-۱۰۶، ۱۰۰، ۹۹). به عنوان تهدیدی برای تأمین مالی سلامت محسوب می‌شوند. برای پاسخگویی مناسب در مقابل تهدیدات می‌توان راهکارهایی همچون مدیریت تقاضا و انتظارات مصرف‌کننده از خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش هزینه‌های ناشی از تغییرات جمعیتی با بکارگیری رویه‌های مناسب، پایداری مدیریتی در نظام سلامت و جلوگیری از برخوردهای سلیقه‌ای مدیران، کاهش تبعات تضاد و تعارض منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، بکارگیری نیروهای متخصص اقتصاد، مدیریت و سیاستگذاری سلامت، بالابردن تعهد سیاسی حاکمان به بهبود وضعیت بهداشت و درمان، بالابردن تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها در حوزه سلامت و ایجاد حساسیت در ارائه‌دهندگان به موضوعات هزینه‌ای در سلامت را به کار برد.

#### ■ شناسایی راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

به طور کلی در ۲۳ مقاله به دست آمده در حوزه راهکارهای تأمین مالی پایدار، تعداد ۱۳ راهکار برای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران پیشنهاد شده بود که در ۳ دسته کلی جمع‌آوری منابع، انباشت آنها و خرید خدمات سلامت طبقه‌بندی و ارائه شدند. راهکارهای کارکرد جمع‌آوری منابع شامل استفاده از سازوکارهای مالیاتی جهت رسیدن به منابع مالی پایدار مانند مالیات نشان‌دار و مالیات‌های تصاعدی، گسترش فضای مالی مثل افزایش سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور، هدفمند نمودن کمک‌های مالی خیرین و استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی بودند. در گروه انباشت منابع مالی و تسهیم ریسک استفاده از روش‌های صعودی تأمین مالی، گسترش پوشش بیمه‌ای در جامعه، استقرار نظام جامع اطلاعات به منظور شناسایی افراد فاقد بیمه و نیازمند، ادغام بیمه‌ها و یک کاسه کردن منابع مالی موجود و توسعه روش‌های پیش‌پرداخت که ریسک تحمیل مخارج کمرشکن را برای افراد کاهش دهند از جمله راهکارها بودند. ایجاد نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، محاسبه هزینه تمام شده خدمات به روش‌های علمی، استفاده از ساز و کارهای جیره‌بندی و یارانه برای اقشار آسیب‌پذیر

و گروه‌های کم درآمد جامعه به منظور بهبود عملکرد و ارتقا کارایی نظام تأمین مالی و تقویت قوانین موجود و وضع قوانین جدید از جمله راهکارهای مربوط به کارکرد خرید راهبردی بودند.

سازمان بهداشت جهانی در عملکرد جمع آوری منابع بیشترین تأکید را بر ثبات منابع مالی، با روش‌هایی مانند مالیات و سیستم بیمه‌ای داشته است؛ اما بررسی‌ها نشان داده است که در کشور با تأکید بر پرداخت یارانه و تقویت سیستم بیمه‌ای، مالیات‌ها و درآمدهای پایدار مالیاتی نادیده گرفته شده‌اند (۱۱۵). به دلیل اتکای تولید ناخالص داخلی کشور به درآمدهای نفتی و نوسانات تغییر قیمت نفت، بودجه بخش سلامت همواره در نوسان است، به همین دلیل مالیات‌ها می‌توانند یکی از منابع مالی پایدار در نظام سلامت کشور باشند. بسیج منابع مالی بیشتر از طریق افزایش نرخ مالیات‌ها و یا گسترش مالیات‌های جدید مانند مالیات بر کالاهایی خاص تحت عنوان مالیات نشاندار شده برای بخش سلامت، از ساز و کارهای مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت است (۶۲). مالیات گناه (**Sin Tax**) - مالیات بر کالاهای بد (سیگار و تنباکو، الکل، قند و شکر و...) که برای سلامت فرد خطرناک هستند - یکی از انواع مالیات نشاندار است که در سال‌های اخیر برخی از کشورها مانند ویتنام، مغولستان و فیلیپین توانسته‌اند با اعمال آنها منابع مالی اضافی کسب نموده‌اند (۱۱۸-۱۱۶). مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین و غذاهای ناسالم دخانیات، وسایل نقلیه وارداتی، شرکت‌های بزرگ، فرآورده‌های نفتی، شرکت‌های با آلودگی زیاد، اتومبیل‌های گران قیمت، شرکت‌های داروسازی برند، محصولات لوکس، املاک و مستغلات، مالیات بر ارزش افزوده و نقض قوانین ترافیکی، تلفن همراه، صنایع استخراج منابع، خدمات گردشگری و معاملات مالی بزرگ از انواع رایج معاملات نشاندار سلامت در دنیا هستند و منابع حاصل از آنها به عنوان یکی از پایدارترین منابع مالی نظام سلامت در نظر گرفته می‌شوند (۱۱۹، ۱۲۰). در ایران قانون مالیات بر دخانیات در سال ۲۰۰۶ وضع شد. طبق این قانون قیمت سیگار تولید شده در کشور ۱۰ درصد، سیگارهای وارداتی ۲۰ درصد، قلیان، تونون و تنباکوی وارد شده ۲۰ درصد و پیپ و سایر محصولات دخانی ۲۰ درصد افزایش یافت. درآمد حاصل از این مالیات باید به وزارت بهداشت پرداخت می‌شد. وضع این قانون در سال اول اجرا، درآمدی معادل ۲۵۰۰ میلیارد ریال داشت که تنها ۵۰۶ میلیارد ریال آن برای پیشگیری از بیماری‌های ریوی به وزارت بهداشت تخصیص داده شد. علیرغم افزایش تورم و قیمت این محصولات در سال‌های بعد درآمدهای مالیاتی سالانه کاهش پیدا کرد و در سال ۲۰۱۷ به صفر رسید (۱۲۱).

منابع مالی اهدایی سایر دولت‌ها و سازمان‌های جهانی، یکی از اصلی‌ترین منابع تأمین مالی سلامت برخی کشورها مانند کامبوج، لائوس، گینه نو و ویتنام را تشکیل داده است (۱۲۲). در نظام سلامت ایران، خیرین به صورت مستقیم با ارائه خدمات سلامت و به صورت غیرمستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی مانند ساخت و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی مشارکت دارند. موسسات خیریه در کشور از ظرفیت

خوبی برای ارائه خدمات برخوردار هستند. هدفمند نمودن حمایت و منابع مالی خیرین با برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و نظارت صحیح میتواند از راهکارهای گسترش منابع مالی در کشور باشد (۱۳).

فضای مالی به معنای توانایی مالی دولت جهت تخصیص منابع موجود به اهداف موردنظر است بدون اینکه به پایداری مالی آن خدشه‌ای وارد شود. افزایش مخارج سلامت به شرط اولویت دادن به سلامتی یکی از تعیین‌کننده‌های کلیدی گسترش فضای مالی در کشورهای درحال توسعه است. فضای مالی بخش سلامت باید با افزایش درآمد کشورها و تولید ناخالص داخلی افزایش پیدا کند. اگر مخارج سلامت در بخش دولتی بیش از ۳۵ درصد تولید ناخالص داخلی باشد فضای مالی زیاد و اگر این سهم کمتر از ۲۰ درصد باشد فضای مالی آن کشور محدود است (۱۲۳). سهم کم منابع عمومی دولت برای تأمین منابع مالی نظام سلامت یکی از علل اصلی فضای مالی محدود بخش سلامت در کشور است. تخصیص منابع مالی بیشتر با افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و افزایش درآمدهای نظام سلامت با گسترش منابع مالیاتی از راهکارهای پیشنهادی مطالعات جهت بهبود فضای مالی بخش سلامت در کشور بودند (۱۲۴).

از آنجا که نظام سلامت در کشور، با سلامت تمام افراد جامعه در ارتباط است، ارتباط بخش سلامت با سایر بخش‌های اقتصادی کشور اجتناب‌ناپذیر است. افزایش همکاری بین بخشی می‌تواند به تسهیل برخی از فرآیندها کمک نماید. برای مثال همکاری بخش سلامت و وزارت اقتصاد و دارایی می‌تواند فرآیندهای نظارت بر قوانین مالیاتی را تسهیل کرده و وصول مالیات و تخصیص آن به بخش سلامت را امکان‌پذیر سازد. همچنین در شرایطی که برخی داروها و تجهیزات موردنیاز سلامت از طریق واردات تأمین می‌گردند، همکاری بین بخش سلامت و سازمان‌های واردکننده این کالاها می‌تواند چنین فرآیندهایی را تسهیل نماید (۱۲۱).

سیستم‌های اطلاعاتی یکی از مهمترین عوامل ساختاری نظام سلامت هستند. مهمترین وظیفه این سیستم‌ها مدیریت اطلاعات بیمه‌شدگان است. طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات و گسترش تکنولوژی‌های اطلاعاتی به منظور تضمین صحت و تسهیل جریان اطلاعات، ممانعت از ایجاد همپوشانی بیمه و شناسایی گروه‌های کم درآمد و فاقد بیمه از راهکارهای پیشنهادی برخی مطالعات بود (۱۲۶، ۱۲۵).

عدم وجود نظارت کافی یکی از علل پرداخت از جیب بالا و در نتیجه نابرابری‌ها در نظام سلامت کشور عنوان شده است. نظارت بر خدمات سلامت باید در بخش کیفیت ارائه خدمات، در دسترس بودن آنها، فرآیندهای مالی و حفاظت از خانوارها در برابر مخارج سلامت وجود داشته باشد. نظارت بر عملکرد بخش خصوصی، ارائه‌کنندگان بخش دولتی در مناطق مختلف جغرافیایی و بر اجرای قوانین در بخش‌های مختلف نظام سلامت از راهکارهای پیشنهادی مطالعات بودند (۱۲۳، ۱۲۵). به علت پرداخت از جیب بالا و سهم کم منابع دولتی

از کل مخارج سلامت در ایران، گسترش مکانیزم‌های پیش‌پرداخت یکی از راهکارهای پیشنهادی بود (۱۲۷). در کشورهای در حال توسعه که دسترسی مالی کمی دارند، توجه به استقرار نظام‌های پرداخت کارا بسیار ضروری است. تغییر نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر به آینده‌نگر باعث افزایش کارایی خرید خدمات شده و از به هدر رفتن منابع از طریق کاهش ارائه خدمات غیرضروری و ناکارا جلوگیری می‌کند. این نوع نظام پرداخت در کنار گسترش نظام پیش‌پرداخت می‌تواند یکی از موثرترین راهکارهای نظام‌های سلامت برای افزایش کارایی و ذخیره منابع مالی باشند.

جهت تأمین خدمات مورد نیاز جامعه مهمترین اصلی که باید در نظر گرفته شود این است که بتوان ضمن حفظ کیفیت خدمات سلامت را با هزینه کمتری تولید نمود. آگاهی از نحوه محاسبه بهای تمام شده و تخصیص مناسب نمودن منابع شرط تحقق این اصل است. یکی از مشکلات نظام سلامت کشور، عدم توجه به قیمت‌گذاری صحیح و محاسبه قیمت تمام شده خدمات با استفاده از روش‌های علمی عنوان شده بود (۱۲۷). ایجاد شفافیت در فرآیندهای تعیین قیمت خدمات سلامت یکی از راهکارهایی است که منجر به اصلاح فرآیندها شده و افزایش کارایی و قیمت‌های واقعی را به همراه خواهد داشت.

کارایی منابع سلامت یکی از اصول اساسی به ویژه در کشورهای کم درآمد و با وجود محدودیت منابع است. با تخصیص منابع مالی موجود براساس نتایج آنها، می‌توان کارایی منابع را ارتقا بخشید. با ایجاد سازو کارهای نوین مالی، گسترش پوشش بیمه‌ای افراد جامعه و تلاش برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت، اصلاح سیستم جیره‌بندی و یارانه به اقشار کم درآمد جامعه از جمله اقداماتی است که می‌تواند منجر به افزایش کارایی نظام تأمین مالی کشور گردند. کارایی بیمارستانها در کشور ما پایین است. تعداد زیاد یا کم تختهای بیمارستانی در شهرهای مختلف، عدم استفاده مناسب از تجهیزات، ترکیب نامناسب نیروی انسانی، عدم هماهنگی بین منابع، پذیرش و اقامت های غیر ضروری و اتلاف منابع از جمله عللی هستند که منجر به ناکارایی منابع می‌گردند.

جهت توزیع عادلانه منابع تقویت قوانین و مقررات امری ضروری است. به منظور حمایت از اقشار آسیب پذیر و کم درآمد، طراحی بسته مزایای بیمه‌ای و تصمیم‌گیری درست درباره تقسیم هزینه بین بیماران، اطمینان از عادلانه بودن سیستم، افزایش حمایت ملی و تلاش برای کاهش پرداخت از جیب باید قوانین موجود تقویت گردند. قوانین می‌توانند در مبارزه با فساد و ناکارایی سیستم‌های سلامت نقش به سزایی داشته باشند. راهکارهای مربوط به قوانین موجود در تأمین مالی کشور براساس مطالعات شامل رفع مشکلات مربوط به قوانین فعلی، بازنگری در ضعف قوانین و گسترش تعهد سیاسی و نیز تقویت قوانین موجود بودند (۱۲۶، ۱۲۱).

جهت بهبود عدالت در پرداخت خدمات و کاهش سهم پرداخت از جیب خانوارها و مخارج کمرشکن، پوشش همگانی سلامت باید ایجاد گردد (۱۲۸). یکی از اهداف طرح تحول نظام سلامت هم، تلاش برای گسترش پوشش بیمه افراد جهت کم کردن هزینه‌های کمرشکن و پرداخت از جیب بوده است، تحقق این هدف نیاز به پایش و ارزیابی داشته و همچنین حمایت بالای سیاسی را می‌طلبد. بیمه اجباری، شناسایی افراد بدون پوشش بیمه و بیمه نمودن این اقشار، افزایش پوشش بیمه دارویی، ایجاد یک بسته پوشش بیمه با منافع گسترده برای فقرا بدون نیاز به پرداخت هزینه توسط آنها و گسترش پوشش جمعیت از طریق مکانیزم‌های پیش‌پرداخت راهکارهای پیشنهادی این مطالعه بودند (۱۲۳، ۱۲۱).

### ■ شناسایی سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده (شکاف دانشی) موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

شکاف‌های پژوهشی در سه مقوله اصلی کارکردهای سیستم تأمین مالی (جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات سلامت) دسته‌بندی شدند. در این مطالعه، بیشترین شکاف‌های پژوهشی مطرح شده به ترتیب مربوط به کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات سلامت است. عمده شکاف‌های پژوهشی در کارکرد جمع‌آوری منابع مالی مربوط به موضوعاتی با عناوین مالیات، عدالت، زیرساخت‌های لازم برای تأمین مالی پایدار، چگونگی ادغام برنامه‌های مختلف تأمین مالی و بیمه‌ها و کاهش پرداخت‌های غیررسمی بوده است. در کارکرد انباشت و مدیریت منابع مالی مهم‌ترین شکاف‌های پژوهشی مربوط به موضوعاتی نظیر چالش‌های پوشش پایدار بیمه درمانی، شاخص‌های مالی و ارزشیابی برنامه‌های اصلاحات تأمین مالی بوده است. موضوعاتی نظیر عوامل موثر بر افزایش بهره‌مندی خدمات سلامت، روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان سلامت و الزامات مربوط به خرید راهبردی در نظام سلامت مهم‌ترین شکاف‌های پژوهشی در کارکرد خرید خدمات سلامت بود.

برخی یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بیشتر مطالعات انجام گرفته در حوزه تأمین مالی سلامت به بررسی نقاط ضعف سیستم تأمین مالی پرداخته و کمتر مطالعه‌ای به بررسی نقاط قوت و استراتژی‌های تقویت سیستم تأمین مالی توجه داشته است. پژوهش‌ها همچنین تمرکز کمتری بر عوامل بیرونی تأثیرگذار بر تأمین مالی نظام سلامت داشته‌اند. علاوه بر آن، موضوعاتی چون خرید راهبردی خدمات سلامت، واقعی‌سازی تعرفه‌ها و تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد و ادغام ساختاری و سیاستی آنها از مهم‌ترین مقوله‌های کمتر پرداخته شده در حوزه تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند.

یافته‌ها همچنین نشان داد که در ایران، راهکارها به تناسب نظام سلامت موجود و زیرساخت‌های آن ارائه نشده‌اند. نتایج حاکی از آن است که با توجه به آنکه تولید ناخالص داخلی کشور متکی به درآمدهای نفتی است، منابع مالی بخش سلامت تا حد زیادی ناپایدار بوده و با توجه به نوسان قیمت نفت ممکن است تحت تاثیر واقع شوند. بنابراین نیاز است که راهکارهای تأمین مالی پایدار در کشور مورد بررسی قرار گیرند.

یکی از شکاف‌های موجود در زمینه راهکارهای تأمین مالی پایدار سلامت در کشور، عدم وجود مطالعات در زمینه بررسی وضعیت مالیات‌ها در تأمین مالی سلامت است. مالیات‌ها در برخی از کشورها یکی از اصلی‌ترین منابع مالی پایدار سلامت هستند که بنابر الگوهای مصرف یا الگوهای بیمه‌ای موجود اخذ می‌گردند. مالیات‌نشان دار یکی از انواع مالیات‌های سلامت در دنیا است که با هدف تأمین مالی و اصلاح الگوهای رفتاری نامناسب در جامعه بر مصرف برخی از کالاها وضع می‌گردند. دخانیات، الکل، مواد غذایی مضر، نوشیدنی‌های شیرین از جمله این کالاها هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که در کشور ما در زمینه مالیات‌های نشان‌دار و بسترهای لازم جهت گسترش سیستم‌های مالیاتی مطالعات کافی صورت نگرفته است. این منابع یکی از بهترین منابع مالی جهت تأمین منابع سلامت هستند که نیاز است در کشور ما مطالعات اساسی در این زمینه صورت گیرد و فرصت‌ها و تهدیدهای استقرار چنین سیستم‌های مالیاتی در کشور بررسی گردند. مهمترین نکته در گسترش مالیات‌ها در سطح جامعه، توجه به زیرساخت‌های اطلاعاتی و گسترش آنها است. سیستم‌های اطلاعاتی باید به گونه‌ای طراحی شوند که بتوانند افراد بیمه‌شده، فاقد بیمه، نوع بیمه و همپوشانی بیمه‌ای را در بین افراد نشان دهند. در کشور ما مطالعاتی که به بررسی زیرساخت‌های اطلاعاتی پرداخته و نقش آنها را در پایداری تأمین مالی کشور بررسی کنند وجود ندارد. سیستم‌های اطلاعاتی همچنین یکی از عوامل کلیدی در سنجش دقیق هزینه‌ها هستند. وجود سیستم دقیق که بتواند تمامی هزینه‌های بخش سلامت را به درستی نشان دهد می‌تواند به محاسبه صحیح بهای تمام شده خدمات کمک نماید.

بهای تمام شده خدمات یکی از مهمترین عواملی است که در نظام‌های تأمین مالی سلامت باید مورد توجه قرار گیرد. اگر بهای تمام شده خدمات به درستی محاسبه نگردد، نمی‌تواند منعکس‌کننده هزینه‌های صورت گرفته باشد و در نتیجه کارایی منابع مالی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. اصلاح سیستم‌های محاسبه بهای تمام شده و توجه به روش‌های علمی و دقیق یکی از مهمترین راهکارهای پیشنهادی مطالعات جهت افزایش کارایی منابع مالی است. در کشور ما به دلیل عدم وجود سیستم‌های محاسبه دقیق هزینه‌ها، یکی از پیشنهادات نویسندگان مطالعه، توجه به روش‌های جدید محاسبه هزینه‌ها مانند هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت است. زیرساخت‌های مورد نیاز جهت استقرار

چنین سیستمی در کشور تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. مطالعات آتی باید به بررسی ابعاد چنین روش‌ها و چگونگی امکان استقرار آنها در نظام سلامت بپردازند.

نظام‌های پرداخت آینده‌نگر با توجه به ماهیتی که دارند انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را برای افزایش خدمات و مخارج سلامت به شدت کاهش می‌دهند. بررسی زیرساخت‌های مورد نیاز کشور جهت استقرار نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و افزایش کارایی منابع مالی سلامت یکی از موضوعاتی است که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین قوانین موجود در زمینه تامین مالی سلامت کشور باید مورد بررسی قرار گیرند و بنابر لزوم تغییراتی همچون تغییر در مالیات‌های تخصیصی بخش سلامت باید مورد بازبینی قرار گیرند.

### ۳-۵- نتیجه‌گیری

تأمین مالی پایدار نظام سلامت شامل سه بعد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید راهبردی خدمات سلامت است. سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، درصد خانوارهای مواجهه با فقر به علت پرداخت هزینه‌های سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، هزینه سرانه سلامت، درآمد حاصل از مالیات مستقیم در بخش سلامت، تولید ناخالص داخلی، درصد مخارج خصوصی بهداشت و درمان از کل هزینه‌های سلامت و درآمد حاصل از مالیات غیرمستقیم در بخش سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت بود. استفاده از شاخص‌های تأمین مالی برای ارزشیابی سیستم تأمین مالی سلامت ضروری است. این ارزشیابی باید همراه با شناسایی چالش‌ها، مشکلات، ناهماهنگی‌ها و انحرافات در کارکردهای تأمین مالی سلامت باشد تا منجر به یک برنامه بلندمدت برای اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت شود.

بطور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد که نظام تأمین مالی کشور با نقاط ضعف و چالش‌های بیشتری نسبت به نقاط قوت خود مواجه است. این چالش‌ها در کارکردهای اصلی تأمین مالی یعنی جمع‌آوری منابع مالی، انباشت آنها و خرید خدمات وجود دارد. سازوکارهای مالیاتی در کشور ما چندان مورد توجه سیاست‌گذاران قرار نگرفته‌اند و به همین دلیل منابع مالی این بخش با تکیه بر درآمدهای نفتی، از پایداری کافی برخوردار نیستند. بسیاری از کشورها با توجه بر الگوهای رفتاری و مصرفی حاکم بر جامعه، توانسته‌اند منابع مالی پایداری را از طریق مالیات‌ها به بخش سلامت هدایت کنند.



با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ارزیابی یکپارچه از سه کارکرد تأمین مالی سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و دستیابی به تأمین مالی پایدار، ضرورت دارد. این ارزیابی باید همراه با شناسایی چالش‌ها، مشکلات، ناهماهنگی‌ها و انحرافات در کارکردهای تأمین مالی سلامت باشد تا منجر به یک برنامه بلندمدت برای اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت شود.

## ۴-۵- پیشنهادات کاربردی

شاخص‌های مختلفی برای تأمین مالی نظام سلامت تعریف شده است که هر یک جنبه‌های مختلفی از نظام مالی را توصیف می‌کنند. رصد و پایش مستمر شاخص‌های کلان تأمین مالی یا مخارج سلامت در هر نظام سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌توان با رصد این شاخص‌ها از نقاط قوت و ضعف سیستم مالی اطلاع پیدا کرد. بنابراین شناسایی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی در ارائه تصویری شفاف در جهت برنامه‌ریزی‌های آتی در این حوزه موثر خواهد بود.

در کشور ما با توجه به الگوهای فرهنگی و دینی حاکم بر جامعه درآمدهای خیرین سلامت می‌تواند به صورت هدفمند جمع‌آوری شده و در راستای تأمین بخشی از منابع مالی سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

سیستم پیش‌پرداخت سلامت یکی از موفق‌ترین روش‌های کاهش ریسک مخارج فلاکت بار سلامت بوده است. با استفاده از تجربه سایر کشورها و ایجاد سیستم اطلاعات جامع سلامت که اطلاعات سلامتی و بیمه‌ای افراد را در برداشته باشد می‌توان در جهت اجرای چنین سیاست‌هایی گام برداشت.

استقرار هریک از راهکارهای ذکر شده در این مطالعه نیاز به شواهد علمی معتبر و بررسی ساختارها و زیرساخت‌های موجود در کشور دارد. استفاده از ظرفیت‌های پژوهشی کشور و متخصصان رشته‌های مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت می‌تواند به عنوان اولین قدم در جهت اصلاح ساختارهای موجود در نظر گرفته شده و با تولید دانش و پژوهش‌های مبتنی بر شواهد و نیاز جامعه این امر را تسهیل نماید.

## ۵-۵- پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی

به پژوهشگران مختلف توصیه می‌شود که در مطالعات آتی به بررسی موضوعات زیر اهتمام ورزند:

- ارزشیابی شاخص‌های مالی نظام سلامت ایران در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت
- بررسی اثربخشی اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
- تأثیر بیمه‌های سلامت (اجتماعی و خصوصی) ایران در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
- ارزشیابی عدالت برنامه‌های بیمه سلامت در ایران
- شناسایی مشکلات موجود در پوشش پایدار بیمه‌های درمانی
- تبیین و تحلیل نقش انواع مالیات برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشور
- شناسایی استراتژی‌های بهینه‌سازی خرید راهبردی خدمات مراقبت سلامت
- استقرار نظام ارجاع بصورت فراگیر در سطح کشور
- ارتباط بین تعرفه و کیفیت خدمات سلامت

## منابع و مأخذ

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
2. Mosadeghrad AM. Health Transformation Plan in Iran. in J. Braithwaite, W. James, & K. Ludlow (Eds.) Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 70 Countries, Taylor & Francis. 2017.
3. Maher A, Ahmadi Ali Mohammad, Shokri Jamnani A. Survey of Different Approaches To Health System Financing in the Selected Countries During the Period 1998-2004 and Introducing New Financing Mechanisms for Iran. The Economic Research. 2008;8(1);115-49.
4. World Health Organization. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
5. Chan M. Best days for public health are ahead of us. Address to the Sixty-fifth World Health Assembly. 21 May. World Health Organization. 2012.
6. World Health Organization. WORLD HEALTH REPORT (The): Health Systems Financing: the path to universal Coverage (Arabic): World Health Organization; 2010.
7. Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86:857-63.

8. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013;382(9886):65-99.
9. Jindal AK. Universal health coverage: the way forward. *Indian journal of public health*. 2014;58(3):161.
10. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Kumar AS, Dandona L, et al. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. *The Lancet*. 2011;377(9767):760-8.
11. World Health Organization. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.
12. Brearley L, Marten R, O'Connell T. Universal health coverage: a commitment to close the gap. Londres: Save the Children. 2013.
13. Mosadeghrad A M, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' Participation in Financing Health System of Iran. *Hakim Health Sys Res* . 2019; 22 (1) :26-42.
14. Mosadeghrad AM. Health transformation plan in Iran. *Health systems improvement across the globe: success stories from*. 2017;70:309-16.
15. Tabish SA. Health Care Finance-Challenges and Response. *Health and population; perspectives and issues*.1993; 16 (1&2):37-49.
16. Santesso N, Tugwell P. Knowledge translation in developing countries. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006; 26 (1): 87-96.
17. Global Health Expenditure Database,WHO. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
18. Moradi T, Shojaei A. Investigating the position of Iran's financing and health insurance in comparison to other countries in the region, proposed solutions. *National Center for Health Insurance Research*. 2019.
19. World Health Organization. Management effectiveness program (Map Guide). Geneva: WHO; 2001.
20. Uzochukwu B, Ughasoro M, Etiaba E, Okwuosa C, Envuladu E, Onwujekwe O. Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2015; 18(4):437-44.
21. Ministry of Health and Medical Education. The study of financial discipline of Health and Medicine services. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Office for Budget and Economy in Health and Medicine; 1999.
22. The WHO Secretariat. WHA58.33; Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, The fifty-eighth World Health Assembly, 2005.
23. World health report 2000. Health systems performance assessment. Geneva, World Health Organization, 2000.
24. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, 2007.
25. Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening: is this reality or rhetoric? *PLoS Med*. 2009;6(4):e1000059.
26. Sundewall J, Swanson RC, Betigeri A, Sanders D, Collins TE, Shakarishvili G, et al. Health-systems strengthening: current and future activities. *Lancet*. 2011;377(9773):1222-3.

- 
27. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. 38. 2015.
  28. Transforming the enterprise: The alignment of business and information technology strategies - IBM Journals & Magazine: IBM; 1993 [Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/document/5387402/>].
  29. Tabibi j, Maleki M, Mojdekar R. measuring hospital performance by using baldrige model. Journal of iranian medical association. 2009;27(1):27-30.
  30. Mosadeghrad A, Esfahani P, Nikafshar M. Efficiency in Iranan Hospitals: A systematic review and meta analysis for two decades. Payavard Salamat. 1396;11(3):318-31.
  31. Shahhoseini R, Safi Arian R. Assessment of technical efficiency of hospitals under Hamadan University of Medical Sciences on performance indicators and data envelopment analysis model in 2010. 11. 2013.
  32. Walley T, Haycox A, Boland A. Pharmacoeconomics. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2004. p. 11-2.
  33. Brearley L, Marten R, O'Connell T. Universal Health Coverage: A commitment to close the gap, Rockefeller Foundation, Save the Children, Unicef, WHO, Geneva. 2013.
  34. Papanicolas I, Smith P.C. Health System Performance Comparison; an Agenda for Policy, Information and Research. Berkshire, England: Open University Press, McGraw Hill Education, World Health Organization, 2013.
  35. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies: World Bank Publications; 2014.
  36. Assembly UG. Universal declaration of human rights. UN General Assembly. 1948.
  37. Carrin G, James C, Organization WH. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. 2004.
  38. Savedoff WD, Smith AL. Achieving universal health coverage: learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden. Washington, DC: Results for Development Institute. 2011.
  39. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization; 2015.
  40. Commission P. High level expert group report on universal health coverage for India. 2011.
  41. Lorraine S. Wallace. A View of Health Care Around the World. Ann Fam Med. 2013; 11(1): 84.
  42. Mashayekh Sh, MosallaNejad A, KargarFard Z. Comparison of methods of health system financing in Iran with some countries in the world. 2nd National Conference of Approach to Accounting, Management & Economics. 2014.
  43. CIHI. National health expenditure trends, 1975–2003. Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 2004.
  44. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
  45. Vafae A, Khiyabani B. Health Finances in Canada. NavidNo. 2008; 40: 60-71.
  46. Flood CM, Archibald T. The illegality of private health care in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2001, 164(6):825–830.
  47. Mossialos E, Busse R, Figueras J And etal. Health Systems in Transition. 2013; 15: 43-46.

48. Valerie P, Marion D, Lihan W. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey Of 29 OECD Countries. DELSA/HEA/WD/HWP. 0212;1371.
49. Grosios K, Gahan PB, Burbidge J. Overview of healthcare in the UK. EPMA J. 2010; 1(4): 529–534.
50. Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1–486.
51. Rice T RP, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. Health Systems in Transition. 2013;15(3):1-431.
52. Kuttner R. the American health care system Health insurance coverage. The new England journal of Medicare, 2000.
53. Sezer M, Bauer F. Introduction to the U.S. Health Care System. Published in: Schmid A. and Singh S. Crossing Borders - Innovation in the U.S. Health Care System, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Vol. 84, Bayreuth: P.C.O.-Verlag. 2017.
54. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. Health System Transition. 2014;16(2):1-296.
55. Clarke E, Bidgood E. Health care systems: Germany. CIVITAS, 2012.
56. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
57. Zare H, Jamali MR, Rashidi R. Privatization of Health Insurance, Final Report of the Research Project, National Research Center of Medical Sciences, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. 2004;162.
58. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1–159.
59. Azimi A. Health system in Sweden. Health Insurance Quarterly. 2011;47.
60. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, HernándezQuevedo C. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(6):1–186.
61. Hasanzadeh A. Patology of health insurance system in Iran. Iran Health Insurance.2018;1(3): 51.
62. Management Sciences for Health (MSH). Health Systems Strengthening: 2015 and Beyond. 2015. Available at <https://www.msh.org/blog/2015/03/04/health-systems-strengthening-2015-and-beyond>.
63. Tajvar M, Mehtar Poor M, Khosrojerdi R, Amerzadeh M. Health System Financing: A Guide of the World Health Organization. National Center for Health Research.2019.
64. Mosadeghrad AM. Health Transformation Plan in Iran. in J. Braithwaite, W. James, & K. Ludlow (Eds.) Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 70 Countries, Taylor & Francis. 2017.
65. Blank R, Burau V. Comprehensive Health Policy. Second Edition 2007.
66. Owusu-Sekyere E, Bagah D A. Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution?, Public Health Research, 2014, 4(5): 185-194.
67. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited; A Practioner’s Guide, The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, Washington DC ,2006.
68. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;12:74-84.

- 
69. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5(7):417.
  70. Rezaee M, Daei Karimzadeh S, Fadaei M, Etebarian A. A Localized Model for Sustainable Financing in Iranian Health Insurance Organization: A Resilient-Economy-Based Approach. *Iran J Health Insur*. 2019; 1 (4) :143-152.
  71. Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi I, Gouhari MR. Sustainable Universal Health Insurance Coverage Barriers In Iran: 2007. *Payesh*. 2010;9(2): 173-187.
  72. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012;380(9845):933-43.
  73. Chunhong J, Jingdong M, Xiang Z, Wujin L. Measuring financial protection for health in families with chronic conditions in Rural China. *BMC Public Health*. 2012; 988.
  74. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*. 2015;13(3):141-6.
  75. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
  76. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13:117.
  77. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research by Jane Ritchie and Liz Spencer in A. Bryman and R. G. Burgess [eds.] *Analyzing qualitative data*. 1994:173-194.
  78. Cashin C. *Health Financing Policy; the Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context*. World Bank Group. 2016.
  79. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet* 2015; published online May 15.
  80. Global Health Expenditure Database, WHO. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
  81. Moradi T, Shojaei A. Investigating the position of Iran's financing and health insurance in comparison to other countries in the region, proposed solutions. *National Center for Health Insurance Research*. 2019.
  82. WHO. *Toolkit on monitoring health systems strengthening*; 2008. Available at: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit>.
  83. Barroy H, Vaughan K, Tapsoba Y, Dale E, Van de M, N, et al. *Towards universal health coverage: thinking public: overview of trends in public expenditure on health (2000-2014)*. Geneva: World Health Organization; 2017.
  84. Central Bank of Iran website. Price index of goods and services in urban areas of Iran; 2017. Available at: <https://www.cbi.ir/default.aspx>
  85. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank: *tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. Available at [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017/en/](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/).

- 
86. World Health Organization, World Bank Group. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels, Framework measures and targets. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development, World Bank; 2014. Available at [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?sequence=1).
  87. Islam MR, Rahman MS, Islam Z, et al. Inequalities in financial risk protection in Bangladesh: an assessment of universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):59.
  88. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. World Bank policy research working paper no. 4554. Washington DC: World Bank; 2008. <http://documents.worldbank.org/curated/en/157391468140940134/Measuring-financial-protection-in-health>
  89. WHO. The World Health Report 1999. Making a difference. Geneva: World Health Organization. 1999.
  90. Xu K, Evans K, Kawabata R, Zeramdini J, Klavus and C. J. L. Murray. 'Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis', *Lancet*, 2003; 362(9378): 111–117.
  91. Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a health system performance assessment model for Iran. *Health Information Management* 2011; 8(3): 285-305.
  92. Harding AJ, Pritchard C. UK and Twenty Comparable Countries GDP-Expenditure-On- Health 1980-2013: The Historic and Continued Low Priority of UK Health-Related Expenditure. *Int J Health Policy Manage* 2016; 5(9): 519-523.
  93. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(5):438-53.
  94. Gharibi F, Heidari A, Zarei M. Percentage of out-of-pocket payment for health services by people of Kurdistan in 2010. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013;18(3).
  95. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating Out of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. 2012.
  96. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health system in Shiraz, Iran in 2012. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(5):243-9.
  97. Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *SciELO Public Health*; 2007.
  98. Bump J, Sparkes S, Tatar M, Çelik Y. Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003-13). 2014.
  99. Mohammad Reza M, Hossein I, Iraj K, Mohammad R. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh*. 2010;9(2):1:73.
  100. Zakeri M, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Kazemian M, Rashidian A, Abouhalaj M, et al. The financing of the health system in the Islamic Republic of Iran: A National Health Account (NHA) approach. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:243.
  101. Hanjani HM, Amir AF. Estimation of Fair Financial Contribution in Health System of IRAN. *Social Welfare Quarterly*. 2006;5(19):279.
  102. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzede M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):42.

- 
103. Mohamadi E, Zaraei G. Investigating the effect of health care improvement plan on the payment of the insured in Iranian health insurance organization (case study: hospitalized patients in collegiate hospitals of Ilam city in december 2013 and 2014). *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2017; 24(6): 178-88.
  104. Haniye Sadat S, Elham Ehsani C, Reza M. Universal health coverage in Iran: Where we stand and how we can move forward. *Medical Journal Of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33(1):46-51.
  105. Mohammadmedi T. I.R. Iran Health System Financing Sustainability; its Situation, Indicators, and Solutions to Explain the Article 10 of General Health Policies. *Journal of Culture and health promotion (Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran )*. 2018;2(3):307-25.
  106. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:39.
  107. Ghiasvand H, Abolghasem Gorji H, Maleki M, Hadian M. Catastrophic Health Expenditure Among Iranian Rural and Urban Households, 2013 - 2014. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2015;17(9):e30974.
  108. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzede M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):42.
  109. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; Is privatization a good solution? *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(7):14-23.
  110. Ibrahimipour H, Maleki MR, Brown R, Gohari M, Karimi I ,Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(6):485-95.
  111. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health policy and planning*. 2003;18(1):84-92.
  112. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiopian journal of health sciences*. 2017;27(5):491-500.
  113. Honda A. What is strategic purchasing for health? 2014.
  114. RESYST Consortium, in collaboration with the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: a critical assesment. The formal sector social health insurance programme. RESEARCH BRIEF. 2016.
  115. National Health Accounts 2002-2008. Spring 2011. Available from: [http://www.amar.org.ir/Portals/0/topics/sna/hesab\\_salamat.pdf](http://www.amar.org.ir/Portals/0/topics/sna/hesab_salamat.pdf).
  116. Obermann K, Jowett M, Kwon S. The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: a mixed methods analysis. *Global health action*. 2018; 11(1).
  117. Somanathan A, Tandon A, Dao HL, Hurt KL, Fuenzalida-Puelma HL. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options: The World Bank; 2014.
  118. Bayarsaikhan D, Kwon S, Chimeddagva D. Social health insurance development in Mongolia: Opportunities and challenges in moving towards Universal Health Coverage. *International Social Security Review*. 2015;68(4):93-113.



- 
119. Abdulmalik J, Olayiwola S, Docrat S, Lund C, Chisholm D, Gureje O. Sustainable financing mechanisms for strengthening mental health systems in Nigeria. *International journal of mental health systems*. 2019;13(1):38.
  120. Mathauer I, Koch K, Zita S, Murray-Zmijewski A, Traore M, Bitho N, et al. Revenue-raising potential for universal health coverage in Benin, Mali, Mozambique and Togo. *Bulletin of the World Health Organization*.2019; 97(9): 620.
  121. Javadinasab H, Masoudi Asl I, Vosoogh- Moghaddam A, Najafi B. Comparing selected countries using sin tax policy in sustainable health financing: Implications for developing countries. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020; 35(1): 68-78.
  122. Chu A, Kwon S, Cowley P. Health financing reforms for moving towards universal health coverage in the western pacific region. *Health Systems & Reform*. 2019; 5(1): 32-47.
  123. Ahmadnezhad E, Murphy A, Alvandi R, Abdi Z. The impact of health reform in Iran on catastrophic health expenditures: Equity and policy implications. *The International journal of health planning and management*.2019; 34(4):e 1833-e45.
  124. Rasoulilian M. Relying on the insured, strategies for financing health insurance in Iran. *Journal of Strategic Management Researches*.2016;22(62): 135-53.
  125. Hooshmand E, Vafae A. Designing a Supplementary Health Insurance Model for Iran. *Hakim Health Systems research journal*.2019; 22(2):138-50.
  126. Nosratnejad S, Rashidian A, Jafari N, Ahari AM. Universal Health Insurance and the Reasons of not Coverage in Iran: Secondary Analysis of a National Household Survey. *Depiction of Health*. 2012; 2(4).
  127. Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Hashemi S, Hamidi H. Islamic Republic of Iran health system financing: weak and strength points with a qualitative attitude. *World J Medic Sci*. 2013; 8(3): 231-237.
  128. Ensor T, Chhun C, Kimsun T, McPake B, Edoka I. Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience. *Social Science & Medicine*.2017; 177: 118-26.

---

## Abstract

**Introduction:** Financing as one of the most important functions of the health system has an important role in achieving the health system goals. Sustainable financing is a prerequisite for universal health coverage strategy. The aim of this study was to identify research gaps in sustainable health financing models towards universal health coverage in Iran health system.

**Methods:** A scoping review was used in this study by focusing on studies published in Persian and English in the field of sustainable financing in the health system. The search was performed using appropriate keywords in 7 electronic databases including “PubMed”, “Scopus”, “Science Direct”, “Web of Science”, “ProQuest”, “SID” and “Magiran” and two search engines “Google” and “Google scholar”. In addition, searches were conducted in reference list, gray literature, and reputable sites in the field of sustainable health financing. The studies were analyzed by framework analysis and MAXQDA software.

**Results:** In the period of 2002 to 2020, 144 studies examined the dimensions and indicators of financing, strategic analysis of health system financing in Iran and strategies to achieve sustainable financing in the country. Sustainable health financing includes three dimensions of revenue collection, pooling and purchasing. Share of health expenditures from the general government budget, out-of-pocket payments, households facing catastrophic health expenditures and households facing poverty due to health expenditures were the most important indicators of sustainable financing in the health system. Reducing out-of-pocket and informal payments after the implementation of the the Health System Transformation Plan was one of the most important strengths of financing the Iranian health system. Multiplicity of insurance funds, unrealistic tariffs, lack of integrated information system and lack of strategic purchases by insurers were reported as weaknesses of the financing system. Low GDP, declining public budget allocations to the health sector in the face of economic sanctions and lack of informed policymaking were among the health system financing threats. In contrast, legal protections to increase the efficiency of the health system, the existence of non-governmental organizations to finance the health system and new technologies are among the most important opportunities in the field of financing. The most important strategies for financing Iran's health system are expanding tax mechanisms, improving efficiency, implementing performance-based payments, implementing an integrated health information system, calculating the cost of services scientifically, inter-sectoral cooperation, and private sector and donors participation in financing the health system. A comparison of financial indicators between provinces, a study of the impact of various reforms and programs in the field of health, facilitating factors and obstacles to progress in financial promotion and protection, strategic purchasing requirements, the role of taxes and the necessary bases for expansion Tax systems, the role of information infrastructure in the sustainability of financing are among the most important knowledge gaps in the field of sustainable financing in the health system.

**Conclusion:** A comprehensive review of sustainable financing in the health system and identifying existing knowledge gaps in this area will help policy makers and senior managers of the health system to develop and implement appropriate strategies to achieve the goals of universal health coverage.

**Key words:** Health financing, universal health coverage, revenue collection, pooling, purchasing



National Institute for Health Research  
I.R.Iran

**Research Title:**

**Identifying the research gaps in sustainable health financing models towards universal health coverage in Iran health system**

**Research number:**

**۹۸۰۱۱۰**