

## راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران: یک مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق‌راد<sup>۱</sup>، رحیم خدایاری<sup>۲</sup>، مهدی عباسی<sup>۳</sup>، فرشته کریمی<sup>۳\*</sup>

- ۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
- ۳- دانشجوی دوره دکتری تخصصی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

\* نویسنده رابط: fereshtek69@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۳

### چکیده

زمینه و هدف: نظام تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی به منظور خرید خدمات سلامت است. تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران یک ضرورت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. هدف این مطالعه شناسایی و تبیین راهکارهای تأمین مالی پایدار برای نظام سلامت ایران بود.

روش کار: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مطالعات مرتبط با راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران در پایگاه‌های اطلاعاتی «PubMed»، «Web Of Science»، «Scopus»، «Embase»، «Magiran»، «Iranmedex» و «SID» و دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» در بازه زمانی اول فروردین ۱۳۸۱ تا پایان شهریور ۱۳۹۹ با کلیدواژه‌های مناسب جستجو شد. در نهایت، ۴۷ مطالعه انتخاب و با کمک نرم افزار MAXQDA و روش تحلیل چهارچوبی تحلیل شدند.

نتایج: تعداد ۴۰ راهکار در مطالعات مورد بررسی برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران پیشنهاد شده بود که در سه دسته جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شدند. افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، گسترش درآمدهای مالیاتی، استفاده از روش‌های پیش پرداخت سلامت، تقویت مشارکت عمومی - خصوصی، افزایش کارایی نظام سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، تعیین بسته‌های حمایتی مبتنی بر نیاز خدمت سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت و بکارگیری روش‌های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، پر تکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بودند.

نتیجه‌گیری: نظام تأمین مالی سلامت ایران باید به‌گونه‌ای تقویت شود که منابع مالی کافی را جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت کند و از آن برای خرید خدمات و کالاهای سلامت برای مردم استفاده کند که موجب تضمین پوشش همگانی سلامت شود و در نهایت، منجر به ارتقای سلامتی مردم جامعه شود.

واژگان کلیدی: نظام سلامت ایران، راهکار، تأمین مالی پایدار

## مقدمه

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، گروه‌ها و افرادی است که سیاستگذاری، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت را با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت بر عهده دارند. دسترسی، کارایی، کیفیت، عدالت و تاب‌آوری به‌عنوان اهداف واسطه‌ای نظام سلامت، پیش‌نیاز دستیابی به این اهداف اصلی هستند (۱). همچنین، حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت الزامات دستیابی به این اهداف هستند (۲). سیاستگذاران سلامت باید با مدیریت صحیح شش بلوک ساختاری (الزامات نظام سلامت) و تقویت دسترسی، کارایی، کیفیت، عدالت و تاب‌آوری آنها به اهداف اصلی نظام سلامت دست یابند.

رهبران ۱۹۳ کشور جهان در سپتامبر ۲۰۱۵ میلادی در زمینه دستیابی به ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ میلادی به توافق رسیدند. آرمان سوم توسعه پایدار یعنی «اطمینان از زندگی سالم و توسعه رفاه پایدار برای همگان» شامل ۱۳ هدف و ۲۸ شاخص است (۳). دستیابی به پوشش همگانی سلامت، هدف هشتم آرمان سوم توسعه پایدار، شامل دسترسی همه مردم جامعه به خدمات مورد نیاز پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی بدون ابتلا به مشکلات مالی است (۴). پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage) استراتژی مناسبی برای دستیابی به آرمان سوم توسعه پایدار است. در پوشش همگانی سلامت، هر فردی باید تحت پوشش خدمات سلامت اساسی باشد؛ خدمات سلامت متناسب با نیاز مردم ارائه شود و هزینه‌های سلامت بر اساس توان مالی آنها پرداخت شود.

هزینه سلامت مردم جهان حدود ۸/۳ تریلیارد دلار آمریکا در سال ۲۰۱۸ میلادی و معادل ۹/۸٪ تولید ناخالص داخلی کشورهای جهان بود. سرانه هزینه سلامت مردم دنیا در این سال برابر با ۱۰۹۹ دلار بود (۵). دولت‌ها باید منابع

مالی لازم را برای دستیابی به اهداف نظام سلامت به ویژه پوشش همگانی سلامت تأمین کنند. تریق منابع مالی کافی به نظام سلامت، پیش‌نیاز ارائه خدمات سلامت موثر، عادلانه و کارآمد است. مطالعه‌ای با بررسی نظام سلامت ۶۷ کشور با درآمد کم و متوسط، برآورد کرد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، هر سال ۲۷۴ میلیارد دلار اضافی باید هزینه شود تا این کشورها به آرمان سوم توسعه پایدار دست یابند. به‌عبارتی، از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ میلادی، سرانه سلامت مردم این کشورها باید هر سال ۴۱ دلار افزایش یابد و سهم هزینه‌های سلامت به ۷/۵٪ تولید ناخالص داخلی این کشورها برسد. اگر این منابع اضافی در اختیار این کشورها قرار گیرد، از مرگ ۹۷ میلیون نفر پیشگیری می‌شود و امید زندگی مردم با توجه به شرایط کشورها از ۳/۱ تا ۸/۴ سال افزایش می‌یابد (۶).

کارکرد تأمین مالی سلامت یکی از مهمترین الزامات نظام سلامت است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تقویت پنج بلوک ساختاری دیگر منجر به دستیابی به اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت می‌شود. نظام تأمین مالی سلامت باید به گونه‌ای باشد تا دسترسی مردم به خدمات سلامت اثربخش و با کیفیت را فراهم کند تا بتوانند بدون ابتلا به مشکلات مالی از آن خدمات استفاده کنند. نظام تأمین مالی سلامت شامل ارائه‌کنندگان و مشتریان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه آن است. ارائه‌کنندگان، خدمات سلامت را به بیماران ارائه می‌کنند و در مقابل بیماران و بیمه‌های سلامت، هزینه خدمات را می‌پردازند (شکل ۱).

نظام تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمع و مدیریت منابع مالی به‌منظور خرید خدمات سلامت است (۷). نظام تأمین مالی سلامت دارای سه وظیفه جمع‌آوری منابع مالی، تجمع و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است (۸). کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل عناصر منابع تأمین مالی، روش‌های مشارکت مالی و سازمان دریافت‌کننده منابع مالی است. کارکرد تجمع و مدیریت منابع مالی شامل عناصر پوشش و ترکیب تجمع منابع مالی به‌منظور توزیع ریسک و روش‌های تخصیص منابع مالی است. درآمد

افزایش زیادی داشته است. رشد سالانه هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در این کشورها به ترتیب، ۶/۳ و ۵/۹٪ بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۷ میلادی بوده است (۵). سرانه هزینه سلامت ایران از حدود ۸۱ دلار آمریکا در سال ۲۰۰۰ میلادی به ۴۸۴ دلار در سال ۲۰۱۸ میلادی رسید (افزایش سالانه ۲۲/۴٪). در حالی که، تولید ناخالص داخلی در این بازه زمانی، تقریباً هر سال ۲/۵٪ افزایش داشته است (۱۰). به عبارتی، رشد هزینه‌های سلامت ایران بیشتر از میانگین کشورهای با درآمد متوسط بوده است (۵). بنابراین، فشار زیادی به دولت برای تأمین مالی نظام سلامت وارد می‌شود. سهم هزینه‌های سلامت دولت ایران از کل هزینه‌های عمومی دولت در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۲۱/۸٪ بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۰/۲٪ بود (۱۰). به عبارتی، بودجه کمتری ممکن است برای سایر بخش‌های دولت در نظر گرفته شود که بر سلامتی مردم هم تأثیرگذار هستند.

سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور باید اقداماتی را برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران بکار گیرند. تأمین مالی پایدار نظام سلامت عبارت است از حصول اطمینان از فراهم بودن منابع مالی مورد نیاز برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و برقراری تعادل بین منابع مالی و مخارج آن، بدون اینکه خللی در پایداری وضعیت مالی دولت بوجود آید (۱۴). تأمین مالی خدمات سلامت کشور همواره از دغدغه‌های سیاستمداران کشور و سیاستگذاران حوزه سلامت بوده است. بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت کشور ابلاغ شده در سال ۱۳۹۳، هم بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر شفاف‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت، وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور سلامت و پرداخت یارانه به بخش سلامت با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار اشاره دارد (۱۵).

آگاهی از روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران یک ضرورت برای سیاستگذاران نظام سلامت است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف شناسایی راهکارهای تأمین مالی پایدار

جمع‌آوری و تجمیع شده باید صرف خرید کالاها و خدمات سلامت از تولیدکنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی و خصوصی شود. کارکرد خرید خدمات سلامت شامل عناصر تعیین بسته حمایتی خدمات سلامت و روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت سلامت است.

ایران با جمعیت حدود ۸۴ میلیون نفر (۹) و سرانه تولید ناخالص داخلی حدود ۵۵۵۰ دلار آمریکا (۱۰) دارای نظام سلامت از نوع ترکیبی است. بخش دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت کشور مشارکت دارند. اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر خورداری از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حق همگانی مردم کشور می‌داند و دولت را موظف به تأمین این خدمات برای کلیه افراد کشور از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم می‌کند (۱۱). سرانه هزینه سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۴۸۴ دلار آمریکا بود. پرداخت مستقیم از جیب بیماران حدود ۳۵/۸٪ کل هزینه‌های سلامت را تشکیل داد (۱۰). افزایش جمعیت، سالمند شدن جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن و همچنین، بیماری‌های نوپدید، توسعه فن‌آوری‌های پزشکی، تخصصی شدن خدمات پزشکی، تعرفه‌های بالای خدمات سلامت، توسعه بیمه‌های سلامت، افزایش درآمد مردم و در نتیجه، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت با کیفیت و ایمن منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران شده است (۱۲). هزینه‌های سلامت ایران با سرعت زیادی در حال افزایش است. برآورد می‌شود که سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد بالای متوسط مثل ایران، سالانه ۴/۲٪ افزایش یابد (۱۳).

رشد هزینه‌های بخش سلامت به مراتب بیشتر از رشد اقتصادی است. مخارج سلامت جهان در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ میلادی سالانه ۳/۹٪ رشد داشته است، در حالی که، رشد اقتصادی دنیا سالانه ۳٪ بوده است. مخارج سلامت به ویژه در کشورهای با درآمد متوسط

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 است (۱۹).

سوالات پژوهشی این مطالعه عبارتند از «راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران کدامند؟» و «کدام یک از راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بیشتر در مطالعات بیان شدند؟» کلیه مقالات فارسی و انگلیسی مرتبط در دهه‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ خورشیدی در پایگاه‌های اطلاعاتی «PubMed»، «Web Of Science»، «Scopus»، «Embase»، «Magiran»، «Iranmedex» و «SID» و دو موتور جستجوی «Google» و «Google Scholar» با کلیدواژه‌های مرتبط شامل (funding, financial, finances) Financing (fund, Sustained, Sustain) Sustainable (Healthcare System, Sustainability Health, Healthcare System, Healthcare, Care Strategy, ) Solution (Care Systems Islamic ) Iran و (Mechanism, Methods Republic of Iran) و معادل فارسی آنها برای یافتن پاسخ این سوالات پژوهشی، جستجو شد. همچنین، فهرست منابع مقالات به دست آمده در زمینه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران نیز به صورت دستی جستجو و مقالات مرتبط استخراج شدند (جدول ۱).

معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی پژوهش‌های انجام شده در حوزه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشور ایران از سال ۱۳۸۱ تا پایان شهریور ۱۳۹۹ بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مطالعات منتشر شده قبل و بعد از بازه زمانی موردنظر، مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، کتاب‌ها، کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌ها و منابع علمی فاقد متن کامل بود. سه نفر از نویسندگان وظیفه اصلی غربالگری مطالعات را بر

نظام سلامت ایران انجام شد. نتایج حاصل از این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت قرار می‌دهد تا با بکارگیری مناسبترین روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در راستای پوشش همگانی سلامت گام بردارند.

## روش کار

مطالعه حاضر به روش مرور حیطه‌ای ( Scoping Review ) انجام شد. مرور حیطه‌ای یک روش ترکیب دانش موجود با استفاده از جستجوی نظام‌مند ادبیات موضوعی (Literature) به منظور نقشه‌برداری از شواهد موجود در مورد یک موضوع و شناسایی مفاهیم اصلی، نظریه‌ها، منابع و شکاف‌های دانش است (۱۶). هنگامی که موضوع مطالعه، به صورت وسیع و جامع مورد بررسی قرار نگرفته باشد، از این روش مروری می‌توان استفاده کرد. مرور حیطه‌ای به دنبال پاسخگویی به سوالات «چه چیزی» و «چرا» در حیطه موضوعی خاص است. از مرور حیطه‌ای برای تعیین میزان (اندازه)، دامنه (تنوع) و ماهیت (خصوصیات) شواهد در مورد یک موضوع، ارائه خلاصه‌ای از یافته‌های مطالعات ناهمگن، تعیین ارزش انجام مرور نظام‌مند در موضوع مورد نظر و شناسایی شکاف‌های موجود در ادبیات مربوطه برای برنامه‌ریزی مطالعات آینده استفاده می‌شود (۱۷). برخلاف مرور نظام‌مند که به دنبال پاسخ به یک سوال مشخص و آزمون فرضیه است، مرور حیطه‌ای به بررسی اجمالی ادبیات پژوهشی موضوع مورد نظر پرداخته، پاسخ سوالات گسترده‌ای را پیدا می‌کند و منجر به تولید فرضیه‌هایی خواهد شد که باید در مرور نظام‌مند تأیید یا رد شوند. به عبارتی، مرور حیطه‌ای پیش‌نیاز انجام مرور نظام‌مند است (۱۸).

به منظور انجام این مطالعه مرور حیطه‌ای، از پروتکل Arksey و O'Malley استفاده شد که شامل شش مرحله ۱- شناسایی سوالات پژوهش، ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر،

روش کیفی (۳۴٪)، ۱۴ مطالعه (۳۰٪) از روش کمی، ۱۳ مطالعه (۲۸٪) از روش مروری و ۴ مطالعه (۸٪) از روش ترکیبی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کردند. بیشتر مطالعات فارسی در فصلنامه سازمان تامین اجتماعی (۴ مورد)، فصلنامه حکیم (۲ مورد) و فصلنامه تصویر سلامت (۲ مورد) و مطالعات انگلیسی در *International Journal of Health Planning and Management Medical journal of the Islamic Republic of Iran* (۳ مورد) و *Journal for Equity in Health* (۲ مورد) منتشر شده بودند. بیشتر مقالات (۱۲ مورد) در سال ۱۳۹۸ انجام شدند (نمودار ۲).

به طور کلی، تعداد ۴۰ راهکار در این مطالعات برای تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت ایران پیشنهاد شده بود که در سه دسته جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شد (شکل ۲). راهکارهای تقویت کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، توسعه روش‌های تامین مالی براساس مالیات، افزایش سهم بیمه‌های سلامت اجتماعی، افزایش درآمدهای نظام سلامت از منابع داخلی، جلب حمایت مالی جامعه، جلب مشارکت مالی خیرین، افزایش منابع مالی از طریق کمک‌های توسعه به نظام سلامت و ساماندهی آنها، مشارکت افراد در تامین هزینه‌های خدمات ارائه شده، تقویت مشارکت عمومی و خصوصی، مبارزه با فساد و ناکارآمدی و کاهش بوروکراسی اداری به منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت است.

راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد تجمیع و مدیریت منابع مالی شامل استفاده از روش‌های تامین مالی صعودی، گسترش نظام‌های پیش پرداخت سلامت، توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی، تجمیع منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، اصلاح و بازنگری سرانه حق بیمه، گسترش بیمه‌های اجباری سلامت، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز سلامت، توسعه صندوق‌های عدالت و پوشش بیمه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه بار سلامت بود.

عهده داشتند، سپس، نتایج غربالگری با اعمال نظر نفر چهارم نهایی شدند.

در جستجوی اولیه تعداد ۳۱۵ مقاله یافت شد. در مرحله اول با مطالعه عنوان مقالات تعداد ۲۵ مطالعه تکراری و ۴ مطالعه به دلیل عدم دسترسی به متن کامل از فرآیند بررسی حذف شدند. سپس، بررسی عنوان و چکیده مطالعات منجر به حذف ۲۳۱ مطالعه غیرمرتبط شده و تعداد ۵۵ مطالعه وارد مرحله بررسی متن مقالات شدند. در مرحله بعد، پس از مطالعه دقیق مقالات، تعداد ۱۱ مطالعه به دلیل عدم اشاره به راهکارهای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران حذف شد. تعداد ۳ مطالعه پس از بررسی رفرنس مقالات به فرآیند بررسی نهایی اضافه شدند. در نهایت، ۴۷ مقاله وارد مرحله بررسی نهایی راهکارهای تامین مالی نظام سلامت ایران شدند. نتایج جستجو در نمودار ۱ نشان داده شده است.

فرم جمع‌آوری اطلاعات شامل مشخصات نویسندگان، سال انتشار مقاله، محل انتشار مقاله، نام مجله، نوع مطالعه، روش جمع‌آوری اطلاعات مقاله و راهکارهای تامین مالی پایدار در نظام سلامت ایران بود. از روش تحلیل چهارچوبی ریچی (Ritchie) و اسپنسر (Spencer) شامل مراحل آشنایی با داده‌ها، شناسایی چهارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، ترسیم جداول، نگاشت و تفسیر نتایج برای تحلیل داده‌های این پژوهش استفاده شد (۲۰). از نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل یافته‌ها استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مربوط به مطالعات مروری مانند عدم مداخله نظرات شخصی نویسندگان در مراحل جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل و گزارش داده‌ها رعایت شد.

## نتایج

تعداد ۴۷ مقاله تا پایان شهریور ۱۳۹۹ به ارائه راهکارهای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران پرداختند. ۲۵ مطالعه به زبان فارسی (۵۳٪) و ۲۲ مطالعه به زبان انگلیسی (۴۷٪) منتشر شده بودند. تعداد ۱۶ مطالعه از

و مشارکت بیماران در پرداخت قسمتی از هزینه‌های سلامت به منابع مالی پایدار برای بخش سلامت دست یابد. از طرف دیگر، ظرفیت اداری نظام تأمین مالی سلامت باید تقویت شود تا منجر به کاهش هزینه‌های غیر ضروری و افزایش کارایی آن شود. تأکید بر تقویت صندوق‌های بیمه‌ای منجر به توزیع ریسک مالی بین افراد ثروتمند و فقیر در جامعه می‌شود. در نتیجه، افراد سالم و ثروتمند یارانه خدمات سلامت مورد نیاز افراد بیمار و فقیر را خواهند داد. علاوه بر این، برنامه‌های یارانه‌ای دولت برای پوشش افراد فقیر، حساب پس انداز سلامت و صندوق عدالت سلامت موجب محافظت از افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت می‌شود. کارکرد خرید خدمات سلامت نیز باید به گونه‌ای تنظیم شود تا با کنترل عرضه و تقاضای خدمات سلامت، موجب کاهش هزینه‌های نظام سلامت شود.

## بحث

هدف این مطالعه شناسایی راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بود. نظام تأمین مالی سلامت شامل جمع‌آوری، مدیریت و تخصیص درآمدها به منظور خرید خدمات سلامت است. تعداد ۴۷ مطالعه در دو دهه گذشته به بررسی راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران پرداختند. تعداد ۴۰ راهکار برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت شناسایی شد که در سه بعد تأمین مالی، جمعیت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شدند. راهکارهای شناسایی شده برای تقویت کارکرد جمع‌آوری منابع مالی در این پژوهش عبارت بودند از، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، توسعه روش‌های تأمین مالی براساس مالیات، افزایش سهم بیمه‌های سلامت اجتماعی، افزایش درآمدهای نظام سلامت از منابع داخلی، جلب حمایت مالی جامعه، جلب مشارکت مالی خیرین، افزایش منابع مالی از طریق کمک‌های توسعه به نظام سلامت و ساماندهی آنها، مشارکت افراد در تأمین هزینه‌های خدمات ارائه شده، تقویت مشارکت عمومی-خصوصی، مبارزه با

تفکیک خریدار از ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اصلاح بسته حمایتی بیمه‌ی سلامت، جیره‌بندی خدمات سلامت، تمرکززدایی، بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، استفاده از روش‌های بازپرداخت مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مبتنی بر ارزش، خرید راهبردی خدمات سلامت، تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت، تقویت سیستم ارجاع بیمار، استفاده از شاخص‌های ارزشیابی عملکرد، ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش، توسعه راهنماهای بالینی، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، حذف تقاضای القایی، افزایش کارایی نظام سلامت و هدفمند نمودن یارانه‌های بخش سلامت، از جمله راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد خرید خدمات سلامت بودند (شکل ۲).

بیشترین راهکارهای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران استخراج شده از مطالعات به ترتیب در موضوع خرید خدمات (۱۷ راهکار)، جمع‌آوری منابع مالی (۱۲ راهکار) و تجمیع و مدیریت منابع مالی (۱۱ راهکار) بودند. استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، گسترش درآمدهای مالیاتی، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، تقویت مشارکت عمومی-خصوصی، رفع همپوشانی بیمه‌ای، افزایش کارایی نظام سلامت، استفاده از روش‌های پیش پرداخت سلامت، تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای و اصلاح بسته خدمات سلامت پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بودند (نمودار ۳).

مدل تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت: شکل ۳ مدل تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت را نشان می‌دهد. برنامه‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت علاوه بر افزایش منابع مالی مورد نیاز باید بر استفاده بهینه از منابع موجود نیز تأکید داشته باشد. دولت می‌تواند با استفاده از روش‌هایی نظیر مالیات، بیمه‌های سلامت، کمک‌های داخلی و خارجی، مشارکت بخش‌های عمومی-خصوصی

دولت ایران از کل هزینه‌های عمومی دولت حدود ۲۱/۸٪ در سال ۲۰۱۸ میلادی بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۰/۲٪ (حداقل ۱/۱٪ در کامرون و حداکثر ۲۷/۸٪ در کاستاریکا) بود (۱۰). سازمان بهداشت جهانی حداقل ۱۵٪ را برای این شاخص پیشنهاد می‌کند (۲۲). بنابراین، دولت ایران، قسمت قابل توجهی از بودجه عمومی کشور را به بخش سلامت اختصاص داده است. در کشورهای دارای نظام سلامت ملی (NHS) نظیر انگلستان، سوئد، اسپانیا و پرتغال، با توجه به اینکه تامین مالی هزینه‌های سلامت به طور عمده از طریق مالیات و وجوه عمومی دولت صورت می‌گیرد، افراد در صورت از دست دادن شغل خود با چالشی در زمینه استفاده از خدمات سلامت مواجه نمی‌شوند. در مقابل، در کشورهای دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی نظیر آلمان یا بیمه سلامت ملی مانند کانادا، کمیت و کیفیت استفاده از خدمات سلامت به نوع شغل فرد و بیمه مربوطه مرتبط است. بنابراین، با از دست دادن شغل، دسترسی و استفاده از خدمات سلامت فرد محدود خواهد شد. نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی است. بنابراین، دولت باید از طریق اصلاحات مالیاتی، منابع مالیاتی را بهتر مدیریت کند تا تامین مالی نظام سلامت پایدار شود و تحت تاثیر رکود اقتصادی و تحریم سیاسی کاهش نیابد. تقویت فضای مالی (Fiscal space) نظام سلامت باید مورد توجه جدی سیاستگذاران کشور قرار گیرد.

ظرفیت مالی توانایی دولت برای ایجاد درآمد برای تامین کالاهای عمومی از جمله سلامت، بدون ایجاد ریسک در پایداری وضعیت مالی آن است. نسبت هزینه‌های دولت به تولید ناخالص داخلی کمتر از ۱۵٪ بیانگر ظرفیت مالی بسیار پایین دولت است. این شاخص در صورتی که بیش از ۴۵٪ باشد، بیانگر ظرفیت مالی بسیار بالا است (۲۳). اقداماتی به منظور پیشگیری از فرارهای مالیاتی، استفاده از نظام مالیاتی تصاعدی، وضع مالیات‌های اختصاصی (نشان‌دار) (Earmarked taxes) غیر مستقیم نظیر مالیات بر کالاها و خدمات آسیب‌رسان سلامتی (Sin tax) مانند سیگار، مشروبات الکلی و نوشابه‌های بسیار شیرین؛ و مالیات سبز

فساد و ناکارآمدی و کاهش بوروکراسی اداری به منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت.

سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۸/۷٪ بود. میانگین این شاخص در کشورهای دنیا برابر با ۹/۸٪ (حداقل ۱/۶٪ در موناکو و حداکثر ۱۶/۹٪ در آمریکا) بود (۱۰). برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران باید افزایش یابد. به طور کلی، از شش روش مالیات عمومی، بیمه سلامت اجتماعی اجباری، بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه، حساب پس‌انداز سلامت، کمک‌های نوع دوستانه داخلی و خارجی و پرداخت مستقیم از جیب برای تامین مالی خدمات سلامت استفاده می‌شود (۲۱). این روش‌ها در دو دسته کلی روش‌های عمومی و خصوصی تامین مالی بخش سلامت قرار می‌گیرند. بخش دولتی و خصوصی به ترتیب ۴۵/۹ و ۵۴/۱٪ هزینه‌های سلامت ایران را در سال ۲۰۱۸ میلادی تامین کردند (۱۰). در حالی که، ۵۹ و ۴۱٪ هزینه کل سلامت مردم دنیا در این سال از بخش عمومی و بخش خصوصی تامین شده است (۵). بنابراین، با توجه به شرایط اقتصادی مردم ایران پیشنهاد می‌شود که مشارکت بیمه‌های اجتماعی دولتی و غیر انتفاعی در تامین مالی نظام سلامت ایران افزایش یابد.

همچنین، روش‌های تامین مالی خدمات سلامت را می‌توان به دو دسته پیش پرداخت و حین پرداخت تقسیم کرد. مردم از طریق پرداخت مالیات و حق بیمه در تامین مالی نظام سلامت قبل از دریافت خدمات سلامت مشارکت دارند. با وجود این، آنها ممکن است به دلایلی نظیر نداشتن پوشش بیمه‌ای یا پوشش بیمه‌ای محدود، به هنگام بیماری و دریافت خدمات سلامت، مبلغی بابت خدمات دریافتی پرداخت کنند. دولت باید بر روش‌های پیش پرداخت تأکید داشته باشد تا مانع ایجاد هزینه‌های فاجعه بار سلامت برای مردم و در نتیجه فقر آنها شود.

مالیات یکی از مهمترین روش‌های پیش پرداخت برای تامین مالی نظام سلامت است. سهم هزینه‌های سلامت



اقداماتی است که در سال‌های اخیر مورد توجه سیاستگذاران و مدیران بیمه سلامت بوده است. توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی سازمان‌های بیمه سلامت در این راستا ضروری است. شرکت‌های بیمه البرز، آسیا، ایران، دانا، دی، سامان، کارآفرین و ملت نیز بیمه‌های خصوصی سلامت هستند که خدمات بیمه تکمیلی درمان ارائه می‌دهند. هماهنگی‌های لازم باید بین بیمه‌های اجتماعی و خصوصی ایجاد شود. در حال حاضر، بیمه‌های سلامت خصوصی نقش تکمیلی (Complementary insurance) را بر عهده دارند. دولت با اتخاذ تدابیری می‌تواند از ظرفیت بیمه‌های سلامت خصوصی به عنوان بیمه سلامت جایگزین برای پوشش کلیه خدمات سلامت مورد نیاز افراد ثروتمند استفاده کند تا ظرفیت بیمه‌های سلامت اجتماعی برای پوشش تعداد بیشتری از مردم فقیر آزاد شود.

با وجود تلاش دولت برای استفاده از روش‌های پیش پرداخت برای تأمین مالی خدمات سلامت مردم، هنوز میزان پرداخت مستقیم از جیب بیماران در ایران بالا است. میزان پرداخت مستقیم از جیب بیماران در سال ۲۰۱۸ میلادی حدود ۳۵/۸٪ کل هزینه‌های سلامت بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۸/۱٪ (حداقل ۰/۱۸٪ در جمهوری کیریباتی و حداکثر ۸۴/۳٪ در ارمنستان) در این سال بود (۱۰). به عبارتی، میزان پرداخت از جیب مردم ایران حدود دو برابر میانگین جهان است. پرداخت مستقیم از جیب زیاد مردم برای خدمات سلامت منجر به افزایش درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و یا مواجه شده با فقر می‌شود. علاوه بر این، پرداخت از جیب بالا موجب کاهش استفاده مردم از خدمات سلامت می‌شود. بکارگیری برنامه‌های حساب ملی پس انداز سلامت (National health saving account) و صندوق سهام عدالت ملی (National health equity fund) منجر به کاهش پرداخت از جیب مردم می‌شود. حساب پس انداز سلامت یک حساب مالی است که مبلغ آن هر ماه از حقوق فرد کسر می‌شود، به آن سود تعلق می‌گیرد، مشمول کسر مالیات نیست و برای پرداخت هزینه‌های فراتر از پوشش بیمه سلامت استفاده

(Green tax) بابت آلودگی‌های محیط زیست و استفاده از عواید آن برای ارتقای سلامت جامعه برای تقویت ظرفیت مالی نظام سلامت ایران ضروری است. دولت غنا بخشی از هزینه بیمه سلامت ملی خود را با افزایش ۲/۵٪ مالیات بر ارزش افزوده (۲۴) و افزایش مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامتی (۲۵) تأمین مالی کرد. دولت گابون در سال ۲۰۰۹ میلادی با وضع مالیات ۱۰٪ بر دو شرکت مخابراتی، حدود ۳۰ میلیون دلار برای بخش سلامت منابع مالی ایجاد کرد (۲۶). با وجود این، باید توجه داشت که نظام سلامت به میزان حدود ۲۰٪ بر سلامتی مردم جامعه اثر می‌گذارد. ۸۰٪ سلامتی مردم تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی است. بنابراین، بودجه عمومی دولت باید به طور عادلانه و متوازن بین بخش‌های مختلف جامعه نظیر سلامت، آموزش و پرورش، اقتصاد، رفاه اجتماعی، کشاورزی، صنعت، دفاع، ورزش و نیرو توزیع شود. سرمایه‌گذاری کم در هر کدام از این بخش‌ها اثرات منفی بر نتایج بخش سلامت خواهد داشت. بنابراین، سیاستمداران باید هزینه فرصت تأمین مالی بخش سلامت مورد توجه قرار دهند.

تقویت بیمه‌های اجتماعی و خصوصی سلامت نیز موجب افزایش پایداری نظام تأمین مالی سلامت کشور خواهد شد. سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، سه بیمه سلامت اجتماعی اصلی در ایران هستند. تعداد بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی حدود ۴۴ میلیون نفر در پایان سال ۱۳۹۸ بود (۲۷). بیمه شدگان سازمان سلامت ایران نیز حدود ۴۲ میلیون نفر در این سال بود. به ترتیب صندوق‌های روستاییان، خویش فرمایان، کارکنان دولت و سایر اقشار، ۴۸، ۳۳، ۱۳ و ۶٪ بیمه‌شدگان این سازمان را تشکیل می‌دادند (۲۸). تعداد بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح نیز حدود ۵ میلیون نفر است (۲۹). در حالی که، تعدادی از مردم کشور فاقد بیمه سلامت هستند، گروهی هم تحت پوشش چند بیمه سلامت اجتماعی هستند. رفع همپوشانی بیمه‌ای یکی از



سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۵،۰۰۰ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۶ حدود ۱۷،۰۰۰ میلیارد ریال بوده است (۳۴). استفاده از کمک‌های توسعه‌ای خارجی نیز راهکار دیگر برای افزایش ظرفیت مالی نظام سلامت ایران است. میزان کمک‌های توسعه‌ای کشورهای خارجی در سال ۲۰۱۸ میلادی حدود ۱۶ میلیارد دلار (۰/۲٪ هزینه کل سلامت دنیا) بود که نقش بسزایی در تأمین مالی هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد کم داشته است (۵). در نهایت، مردم به هنگام دریافت خدمات سلامت متناسب با توان پرداخت خود باید مشارکت مالی داشته باشند. پرداخت از جیب مردم ابزار مناسبی برای کاهش تقاضای القایی آنها برای خدمات غیر ضروری است.

افزایش منابع مالی سلامت (More money for health) باید همراه با افزایش سلامتی (More health for the money) مردم باشد. بنابراین، تأمین مالی خدمات سلامت با ارزش و کاهش اتلاف منابع و هزینه‌های غیر ضروری باید مورد توجه سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت باشد تا موجب تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت شود. میزان اتلاف منابع در بخش سلامت حدود ۲۰ تا ۴۰٪ برآورد می‌شود (۳۵). بنابراین، اقدامات جدی باید برای مبارزه با فساد و ناکارآمدی و کاهش بوروکراسی اداری در نظام تأمین مالی سلامت صورت گیرد.

راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد تجمیع و مدیریت منابع مالی شامل استفاده از روش‌های تأمین مالی صعودی، گسترش نظام‌های پیش پرداخت سلامت، توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی، تجمیع منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، اصلاح و بازنگری سرانه حق بیمه، گسترش بیمه‌های اجباری سلامت، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز سلامت، توسعه صندوق‌های عدالت و پوشش بیمه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه بار سلامت است. استفاده از روش‌های پیش پرداخت نظیر مالیات عمومی و بیمه سلامت اجتماعی موجب تسهیم ریسک مالی بین گروه‌های جمعیتی، حفاظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های بالای خدمات سلامت و افزایش دسترسی افراد

می‌شود. از این روش در کشورهای چین، سنگاپور، آفریقای جنوبی و آمریکا برای تأمین مالی خدمات پزشکی استفاده می‌شود (۳۰). صندوق سهام عدالت ملی که برای پوشش مالی هزینه خدمات سلامت فقیرترین افراد جامعه بکار می‌رود، ابزاری برای پوشش بیمه‌ای هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت است. استفاده از این روش در کامبوج موجب استفاده بیشتر فقرا از خدمات سلامت شد (۳۱).

دولت ایران حضور پررنگی در تأمین مالی، تولید منابع، ارائه و خرید خدمات سلامت دارد و با چالش‌هایی نظیر افزایش هزینه تولید و کاهش کیفیت خدمات سلامت مواجه است. از دهه ۱۹۸۰ میلادی با ظهور مدیریت نوین دولتی (New Public Management (NPM) بر مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی در ارائه خدمات عمومی تأکید زیادی شده است. مشارکت بخش‌های عمومی و خصوصی در نظام سلامت یک استراتژی مناسب برای کاهش هزینه‌های دولت و افزایش بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. بخش دولتی کمیت و کیفیت خدمات سلامت را تعیین می‌کند و بخش خصوصی تأمین مالی، ساخت و تجهیز سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه خدمات سلامت را بر عهده خواهد داشت. در مشارکت عمومی-خصوصی (Public Private Partnership) نقش دولت از سرمایه‌گذاری، اجرا و بهره‌برداری از پروژه‌های عمومی به خریدار بلند مدت خدمات عمومی از بخش خصوصی تغییر می‌کند. در نتیجه، خدمات عمومی با کیفیت بالا و با قیمت تمام شده کمتر برای دولت به مردم ارائه خواهد شود (۳۲). دولت باید به بخش خصوصی به عنوان یک شریک بلند مدت نگاه کند و با تنظیم بازار به نفع مصرف‌کننده، فرصت ارائه خدمت را به بخش خصوصی دهد.

جلب حمایت مالی جامعه به ویژه خیرین سلامت هم نقش مهمی در تقویت کارکرد تأمین مالی نظام سلامت دارد. خیرین سلامت از ظرفیت خوبی برای تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی از بیماران فقیر برخوردار هستند (۳۳). مشارکت خیرین در

به گروه‌های درآمدی کم جامعه می‌شود. مردم باید بر اساس توان مالی خود در پرداخت هزینه‌های سلامت مشارکت داشته باشند.

تفکیک خریدار از ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اصلاح بسته حمایتی بیمه‌ی سلامت، جیره‌بندی خدمات سلامت، تمرکززدایی، بودجه‌ریزی مبتنی بر شواهد، استفاده از روش‌های بازپرداخت مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مبتنی بر ارزش، خرید راهبردی خدمات سلامت، تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت، تقویت سیستم ارجاع بیمار، استفاده از شاخص‌های ارزشیابی عملکرد، ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش، توسعه راهنماهای بالینی، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، حذف تقاضای القایی، افزایش کارایی نظام سلامت و هدفمند نمودن یارانه‌های بخش سلامت، از جمله راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد خرید خدمات سلامت بودند.

وزارت بهداشت نقش کلیدی در تأمین مالی، تولید و ارائه خدمات سلامت بر عهده دارد. تفکیک وظایف وزارت بهداشت منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و کنترل بهتر کیفیت و کارایی خدمات سلامت می‌شود. وظایف تأمین مالی و خرید خدمات سلامت بهتر است که از هم تفکیک شوند. پیشنهاد می‌شود که وزارت بهداشت پرداخت مستقیم به سازمان‌های بهداشتی و درمانی نداشته باشد و از طریق سازمان بیمه سلامت ایران، به عنوان خریدار خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی با قیمت مناسب در یک بازار رقابتی، اقدام کند. سایر بیمه‌های سلامت اجتماعی اجباری نیز بهتر است که به همین صورت به خرید راهبردی خدمات سلامت پردازند.

بسته خدمات سلامت پایه تحت پوشش بیمه باید به درستی تعیین شود. نیازسنجی خدمات سلامت، تعیین اولویت‌های بهداشتی و درمانی کشور و توجه به نتایج ارزشیابی‌های اقتصادی سلامت و مطالعات هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی مداخلات سلامت باید در تعیین بسته خدمات پایه سلامت مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت قرار گیرد. گاهی اوقات با توجه به منابع محدود نظام سلامت

فقیر و بیمار به خدمات سلامت می‌شود. دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی وظیفه تجمیع منابع مالی سلامت کشور را بر عهده دارند. هر قدر تعداد افراد بیشتری عضو صندوق بیمه سلامت باشند، فرایند تجمیع ریسک بهتر صورت می‌گیرد (۳۶). تعداد زیاد بیمه‌های سلامت موجب کوچک شدن اندازه صندوق آنها می‌شود. در نتیجه، فرآیند تسهیم ریسک مالی بین افراد عضو صندوق‌های بیمه به خوبی شکل نمی‌گیرد. از طرف دیگر، کارایی ناشی از مقیاس در این بیمه‌ها کاهش می‌یابد. در نتیجه، حق بیمه سلامت افزایش یافته، بسته‌های حمایتی بیمه کاهش می‌یابد و در نهایت، پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش خواهد یافت. از طرف دیگر، تفاوت میزان حق بیمه پرداختی و مزایای دریافتی منجر به نارضایتی مردم می‌شود. تجمیع بیمه‌های سلامت پایه و یکسان‌سازی مقررات مربوطه در این راستا پیشنهاد می‌شود. ایجاد یک بیمه سلامت اجتماعی یکپارچه منجر به افزایش قدرت خرید بیمه سلامت شده و افزایش کارایی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را نیز به دنبال خواهد داشت. تعداد صندوق‌های بیمه سلامت در کشورهای استونی، لیتوانی، لهستان و آلمان در دهه‌های اخیر کاهش قابل توجهی داشت (۱۴).

نظام تأمین مالی به سه صورت تصاعدی (Progressive financing)، تناسبی (Proportional finance) و تنازلی (Regressive financing) وجود دارد. در روش تأمین مالی تصاعدی (پیش‌رونده)، افراد با درآمد بیشتر، سهم بیشتری از درآمد خود را نسبت به افراد با درآمد کمتر، برای خدمات سلامت پرداخت می‌کنند. در نظام تأمین مالی تناسبی، همه مردم نسبت یکسانی از درآمد خود را برای خدمات سلامت می‌پردازند. در نهایت، در روش تأمین مالی تنازلی (پس‌رونده)، افراد با درآمد کمتر، سهم بیشتری از درآمد خود را نسبت به افراد پر درآمد، برای تأمین مالی نظام سلامت پرداخت می‌کنند (۷). نحوه تأمین مالی بیمه‌های سلامت اجتماعی کشور در حال حاضر از نوع تناسبی است. بکارگیری روش تصاعدی ضمن تقویت پایداری نظام تأمین مالی موجب اعمال فشار کمتر

افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. در مقابل، در تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت به ارزش درمانی و ارتقای سلامت خدمات سلامت توجه می‌شود و فقط هزینه مداخلات سلامت با نسبت هزینه-اثربخشی افزایشی **Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER)** یا نسبت هزینه مطلوبیت افزایشی **Incremental Cost Utility Ratio (ICUR)** بالا به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت پرداخت می‌شود.

روش‌های پرداخت به ازای بستری (**Per admission**)، به ازای روز (**Per diem**)، بودجه (**Budget**)، حقوق (**Salary**)، سرانه (**Capitation**)، کارانه (**Fee for service**)، موردی (**Case-based**)، بر اساس عملکرد (**Pay for performance**)، پاداش (**Bonus**)، بسته‌ای (**Bundled**) و ترکیبی (**Mixed**) برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد. این روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را می‌توان به دو دسته کلی ثابت و متغیر تقسیم کرد. در نظام پرداخت ثابت، میزان پرداختی به ارائه‌کننده خدمات سلامت با افزایش یا کاهش میزان خدمات تغییری نمی‌کند. در حالی‌که، در نظام پرداخت متغیر با تغییر میزان خدمات ارائه شده، میزان پرداختی به ارائه‌کننده خدمات سلامت تغییر می‌یابد (۳۹). روش پرداخت متغیر منجر به ایجاد تقاضای القایی از طرف ارائه‌کننده خدمات سلامت، افزایش مصرف خدمت سلامت و در نتیجه، افزایش هزینه‌های سلامت کشور می‌شود. نظام پرداخت خدمات سلامت در ایران ترکیبی از روش‌های بودجه، کارانه، سرانه و موردی است. سیاستگذاران نظام سلامت باید بیشتر از روش‌های پرداخت ثابت (سرانه، موردی و بودجه) یا ترکیبی از یک روش متغیر سطح خرد (مثل کارانه) و یک روش ثابت سطح کلان استفاده کنند. پیشنهاد می‌شود که از روش سرانه برای خدمات بهداشتی و از روش موردی (مثل گروه‌های تشخیصی وابسته) برای خدمات درمانی و بازتوانی استفاده شود. برای تشویق ارائه‌کنندگان به ارائه خدمات سلامت با کیفیت می‌توان از

و تقاضای فزاینده برای خدمات سلامت امکان ارائه خدمات سلامت به همه مردم توسط دولت یا بیمه‌های اجتماعی وجود ندارد. بنابراین، جیره‌بندی خدمات سلامت غیر قابل اجتناب می‌شود. جیره‌بندی خدمات سلامت محدودسازی دسترسی برخی مردم به خدمات سلامت مفید به دلیل محدودیت منابع (۳۷). جیره‌بندی خدمات سلامت معمولاً با استفاده از روش‌هایی مانند تعیین بسته‌های محدود خدمات سلامت، صف انتظار و مشارکت مالی بیماران صورت می‌گیرد.

تعرفه‌گذاری صحیح خدمات سلامت نقش زیادی در کنترل هزینه‌های نظام سلامت دارد. تعرفه خدمات سلامت "قیمت دستوری خدمات سلامت است که توسط مراجع قانونی تعیین شده و خریداران خدمات بیمارستانی باید آن مبلغ را در ازای منافع حاصل از دریافت خدمات به ارائه‌کنندگان خدمت بیمارستانی پرداخت کنند." هزینه تمام شده، ارزش خدمات سلامت و سود متعارف تعرفه خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند. (۳۸). تعرفه خدمات سلامت بر هزینه‌های نظام سلامت، کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، دسترسی به خدمات سلامت و رضایت بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اثر می‌گذارد. تعرفه خیلی پایین منجر به تقاضای القایی از سوی بیماران برای دریافت خدمات سلامت غیر ضروری، کاهش کیفیت خدمات سلامت، انتخاب بیماران سالم‌تر توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، ارجاع بیماران پیچیده به سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تحمیل پرداخت‌های غیررسمی به بیماران می‌شود. تعرفه خیلی زیاد هم منجر به تقاضای القایی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کاهش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود (۳۹). دو روش قیمت‌گذاری مبتنی بر هزینه **Cost-based pricing (CBP)** و قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش **value-based pricing (VBP)** برای تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت وجود دارد (۴۰). تعرفه‌گذاری مبتنی بر هزینه بر پایه هزینه‌های تولید کالاها و ارائه خدمات سلامت استوار است و منجر به

نظام سلامت باید بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت تأکید بیشتری داشته باشد. هر ریال هزینه در بخش بهداشت منجر به صرفه جویی هزاران ریال در بخش درمان خواهد شد. همچنین، مردم باید آموزش‌های خود مراقبتی را دریافت کنند و تقاضاهای خود را برای خدمات سلامت مدیریت کنند. این اقدامات موجب کنترل تقاضا برای خدمات سلامت گران‌قیمت و کاهش هزینه‌های نظام سلامت خواهد شد.

تأثیر نظام تأمین مالی فقط به جمع‌آوری منابع مالی بستگی ندارد؛ بلکه تجمیع و مدیریت منابع مالی و نحوه خرید خدمات سلامت نیز بسیار مهم است. نظام تأمین مالی پایدار سلامت با فراهم نمودن منابع مالی کافی مورد نیاز، مدیریت صحیح و استفاده کارآمد و عادلانه از آنها، افزایش کارایی و کاهش هزینه‌های غیر ضروری، زمینه پوشش همگانی سلامت را فراهم می‌کند. برای ارزشیابی نظام تأمین مالی پایدار سلامت می‌توان از شاخص‌های شفافیت، اثربخشی، کارایی، عدالت، تداوم، کنترل فساد، مسئولیت‌پذیری، و پاسخگویی استفاده کرد.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش به شناسایی راهکارهای تقویت نظام تأمین مالی پایدار سلامت کشور ایران پرداخت. تعداد ۴۰ راهکار برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران شناسایی شد که در سه گروه جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه بندی شد. افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، گسترش درآمدهای مالیاتی، استفاده از روش‌های پیش پرداخت سلامت، تقویت مشارکت عمومی-خصوصی، افزایش کارایی نظام سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، تعیین بسته‌های حمایتی مبتنی بر نیاز خدمت سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت و بکارگیری روش‌های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، پر تکرارترین راه‌کارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران بودند.

پاداش و پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش به عنوان روش پرداخت مکمل استفاده کرد.

دولت‌ها باید از خرید راهبردی به جای خرید منفعل استفاده کنند. خرید خدمات سلامت باید بر اساس نیاز مردم و عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت انجام شود. در خرید راهبردی به طور فعالانه تصمیم گرفته می‌شود که چه خدمتی، چگونه و از چه کسی خریداری شود. خرید راهبردی خدمات سلامت منجر به افزایش کارایی و عدالت و کاهش هزینه می‌شود. دولت و بیمه‌های سلامت باید بسته‌های خدمات سلامت را به‌گونه‌ای تنظیم کنند که خدمات هزینه-اثربخش مورد نیاز پوشش داده شود تا مردم به هنگام دریافت این خدمات دچار مشکلات مالی نشوند. دولت در صورت نیاز یارانه‌هایی را برای خرید خدمات سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر سالمندان، کودکان و فقراء باید در نظر بگیرد (۳۶).

مطالعات مرور نظام‌مند و مرور حیطه‌ای نشان می‌دهد که کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران کم است (۴۲، ۴۱). توزیع نامناسب تخت‌ها بین بیمارستان‌ها، اندازه نامناسب بیمارستان‌ها، عدم استفاده از مدیران تخصصی برای اداره بیمارستان‌ها، دانش و مهارت کم مدیران، آموزش ناکافی کارکنان، تعرفه‌های پزشکی نامناسب، روش پرداخت نامناسب، کمبود کارکنان، توسعه غیر ضروری بیمارستان‌ها و پذیرش غیر ضروری بیماران، از دلایل مهم کارایی پایین، نظام سلامت ایران هستند (۴۳). اجرای مدیریت کیفیت، توانمندسازی مدیران، جلوگیری از توسعه غیر ضروری بیمارستان‌ها، تخصیص تخت‌های بیمارستانی متناسب با نیاز جامعه، ارزیابی اقتصادی عملکرد بیمارستان‌ها و ارائه بازخورد به مدیران، توزیع صحیح تخت‌ها بین بیمارستان‌ها و آموزش کارکنان از مهمترین راهکارهای افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران هستند (۴۴). ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به کنترل هزینه‌های سلامت حساس شوند و آموزش‌های لازم را دریافت دارند تا اقدامات لازم را در این زمینه بکار گیرند.

خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت، بهبود کیفیت خدمات سلامت و پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش از جمله اقدامات لازم برای تقویت پایداری الگوی تامین مالی نظام سلامت ایران است. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید یک برنامه استراتژیک برای تقویت پایداری کارکرد تامین مالی نظام سلامت تدوین کنند و از این اقدامات در آن استفاده کنند. اجرای درست این برنامه استراتژیک منجر به تقویت فضای مالی نظام سلامت کشور خواهد شد.

در نهایت، این مطالعه مرور حیطه‌ای، شکاف‌های پژوهشی حوزه راهکارهای تامین مالی نظام سلامت ایران را هم شناسایی کرد. بررسی نقش انواع مالیات در تامین مالی نظام سلامت، تبیین نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی در پایداری تامین مالی نظام سلامت، تعیین الزامات خرید راهبردی خدمات سلامت، شناسایی الگوی مناسب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و تعیین مناسب‌ترین روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، از مهم‌ترین شکاف‌های دانشی در حوزه تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران هستند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به بررسی این موضوعات هم بپردازد.

### تشکر و قدردانی

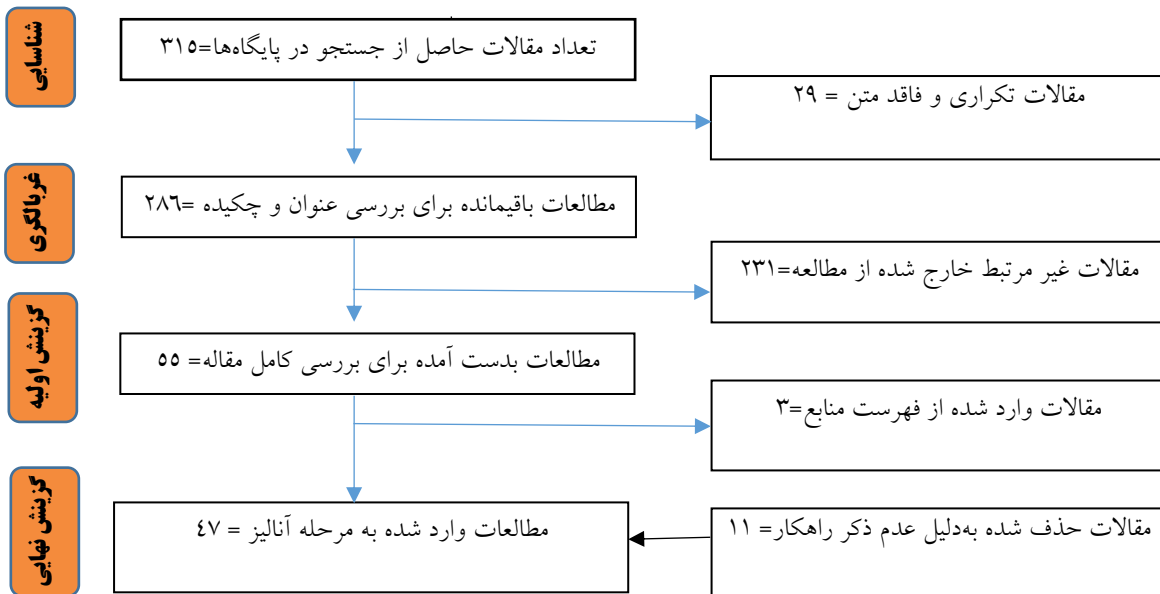
مطالعه حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان "شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت" است که با حمایت موسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شد. نویسندگان این مطالعه از داوران محترم که با بیان نظرات ارزشمند خود به ارتقاء کیفیت مطالعه کمک نمودند صمیمانه تشکر می‌کنند.

این پژوهش با استفاده از روش مرور حیطه‌ای و منطبق استقرایی به شناسایی راهکارهای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات انجام شده در ایران پرداخت. سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت می‌توانند استراتژی‌های پیشنهادی این مطالعه را به منظور تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت کشور در عمل بکار گیرند. سایر پژوهشگران نیز می‌توانند با انجام مطالعات مروری نظام‌مند به ارزشیابی اثربخشی این استراتژی‌ها بپردازند و استراتژی‌های موثر تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت را پیشنهاد کنند. علاوه بر این، انجام مطالعه‌ای مشابه ولیکن، با بهره‌گیری از ادبیات پژوهشی جهان، منجر به شناسایی راهکارهای بیشتری برای تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت خواهد شد.

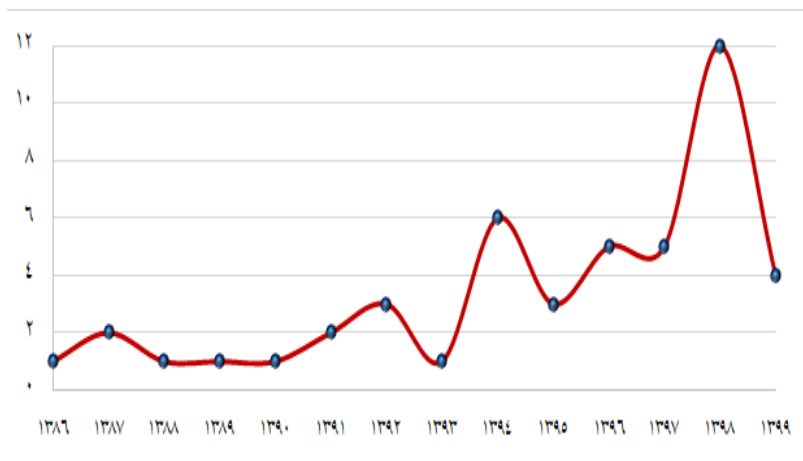
نظام تامین مالی سلامت ایران از پایداری کافی برخوردار نیست. سیاستمداران و سیاستگذاران نظام سلامت باید از استراتژی‌های مناسب برای تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت به منظور افزایش دسترسی به خدمات سلامت و پوشش همگانی سلامت استفاده کنند. نظام تامین مالی سلامت ایران باید به گونه‌ای تقویت شود که منابع مالی کافی را جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت کند و از آن برای خرید خدمات و کالاهای سلامت برای مردم استفاده کند که موجب تضمین پوشش همگانی سلامت شود و در نهایت، منجر به ارتقای سلامتی مردم جامعه شود. نظام سلامت اگرچه با کمبود منابع مواجه است، ولیکن، با اتلاف ۲۰ تا ۴۰ درصدی منابع هم همراه است. بنابراین، استراتژی‌های تامین مالی نظام سلامت، در حالی که به افزایش منابع مالی نظام سلامت کمک می‌کند، باید از اتلاف منابع هم جلوگیری کند. تفکیک نقش خریدار از ارائه‌کننده خدمات سلامت وزارت بهداشت، افزایش منابع مالی از طریق پیش‌پرداخت‌ها، یکسان‌سازی ساختاری و سیاستی طرح‌های بیمه سلامت، اصلاح تعرفه خدمات سلامت،

جدول ۱- استراتژی جستجو در پایگاه Pub Med در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران

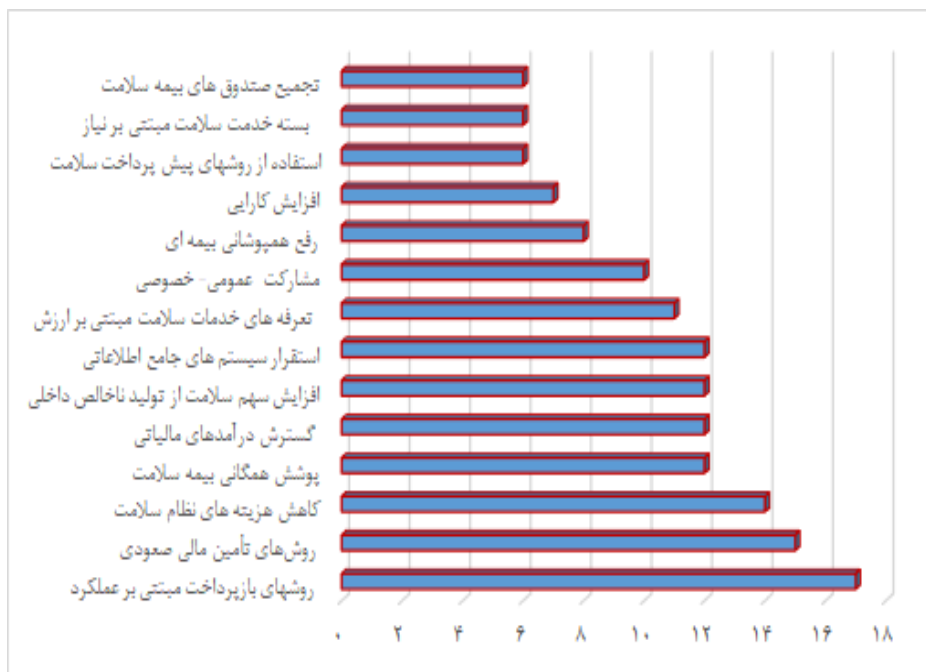
((((((((((((((("financing"[Title/Abstract]) OR ("finances"[Title/Abstract])) OR ("financial"[Title/Abstract])) OR ("funding"[Title/Abstract])) AND ("Sustainability"[Title/Abstract])) OR ("Sustain"[Title/Abstract])) OR ("Sustained"[Title/Abstract])) OR ("Sustainable"[Title/Abstract] )) AND ("Health Care" [Title/Abstract] )) OR ("Health Care Systems" [Title/ Abstract])) OR ("Healthcare"[Title/Abstract])) OR ("Healthcare System"[Title/Abstract])) AND ("Solution" [Title/Abstract])) OR ("Strategy"[Title/Abstract])) OR ("Mechanism"[Title/Abstract])) OR ("Methods"[Title/Abstract])) OR ("Technics" [Title /Abstract])) AND ("Iran"[Title/Abstract])) OR ("Islamic Republic of Iran"[Title/Abstract])) AND ("2001/03/21 "[PubDate]: "2020/9/21" [PubDate]"



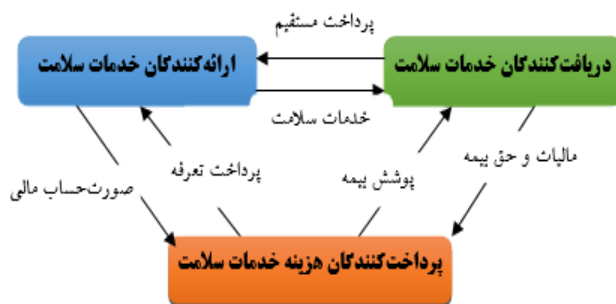
نمودار ۱- روند بررسی پایگاهها و یافتن مقالات در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران



نمودار ۲- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت به تفکیک سال انتشار در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران



نمودار ۳- پر تکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران

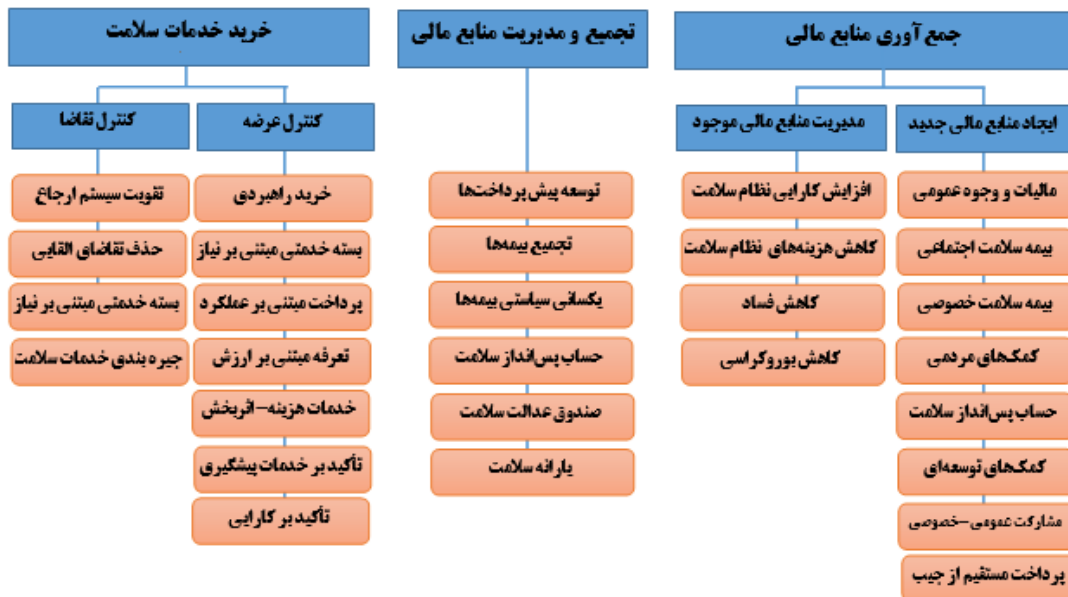


شکل ۱- نظام تأمین مالی سلامت در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران





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



شکل ۳- مدل نظام تأمین مالی سلامت در مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران

## References

1. Mosadeghrad AM. Rethinking Health reforms in Iran. *Tehran University Medical Journal*. 2020;78(7):473-4. [Persian]
2. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
3. UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations, 2015.
4. Etienne C, Asamoah-Baah A, Evans DB. Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization; 2010.
5. Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. World Health Organization: Geneva. 2020;19.
6. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Rosen JE, Stover J, Verboom P, Sanders R, Soucat A. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*. 2017;5(9): e875-87.
7. Mosadeghrad AM, Abbasi M, Ramandi S, Abbasi M. Strategic Analysis of the Iranian Health Financing System: A Scoping Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021;18(4):373-388. [Persian]
8. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56: 171-204.
9. Iran statistical center. Available at: <https://www.amar.org.ir/english>. access date 17/11/2020
10. The World Bank. [Access date 24/04/2021]. Available from: <https://data.worldbank.org/>
11. Ramazani RK. Constitution of the Islamic Republic of Iran. *Middle East Journal*. 1980;34(2):181-204.
12. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran. 2015. [Persian]
13. Dieleman J, Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016-40. *Lancet* 2018; 391: 1783-98
14. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization; 2009.
15. The Expediency Discernment Council. Iran General health policies. [Access date 24/04/2021]. Available from: <https://dotic.ir/news/105>
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M, Levac D, Ng C, Sharpe JP, Wilson K, Kenny M. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC medical research methodology*. 2016;16(1):15.
17. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Barriers to health policy and management knowledge translation: A scoping review. *Hakim Health System Research*. 2020; 23(1): 86-103. [Persian]
18. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(9):10-28. [Persian]
19. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005; 8(1):19-32.
20. 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.

21. World Health Organization. World health statistics 2010, World Health Organization; 2010.
22. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization: Geneva. 2010; 24-85.
23. McIntyre D, Kutzin J, World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016.
24. Blanchet NJ, Fink G, Osei-Akoto I. The effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on health care utilisation. Ghana medical journal. 2012;46(2):76-84.
25. Seddoh A, Akor S. Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. BMC Public Health 2012; 12(1): S10.
26. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2002.
27. Social security organization. Statistical Yearbook, Information and statistics department; 2019.
28. Iran health insurance Organization, Statistical Yearbook, Information and statistics department; 2019.
29. Armed Forces Medical Services Insurance Organization. Available at: <https://esata.ir/web/sakhad/home>. [Access date 26/04/2021]
30. Hsu J. Medical Savings Accounts: What is at risk? World Health Report. Geneva: World health organization, 2010.
31. Annear PL, Lee JT, Khim K, Ir P, Moscoe E, Jordanwood T, Bossert T, Nachtnebel M, Lo V. Protecting the poor? Impact of the national health equity fund on utilization of government health services in Cambodia, 2006-2013. BMJ global health. 2019;4(6):e001679.
32. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study. Payesh. 2019;18(2):127-148.
33. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' Participation in Financing Health System of Iran. Hakim Health Systems Research Journal. 2019;22(1):26-42. [Persian]
34. Ayazi MH, Jamali M, Javadi MH, Hoseini nejad J, Raffiefar Sh, Zamani Garmsiri S, et al. Deputy for Social Affair at a glance, Ministry of Health and Medical education. Barta publication, Tehran. 2018;18. [Persian]
35. Chisholm D, Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Background paper for World health report: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
36. Mosadeghrad AM, Toloui Rakhshan Sh, Afshari A, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. Hakim Health System Research; 2020
37. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2017;31:47.
38. Mosadeghrad A M, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. Hakim Research Journal. 2020; 23(2):246-259. [Persian]
39. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees. Tehran University Medical Journal. 2018; 76(4):277-282. [Persian]
40. Hollis A. Sustainable financing of innovative therapies: a review of approaches. Pharmacoeconomics. 2016;34(10):971-80.
41. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard. 2017; 11(3):318-33. [Persian]

42. Mosadeghrad AM, Dehnavi H. Evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Payesh*. 2018;17(6):603-615. [Persian]
43. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Reasons for low efficiency in Iranian hospitals: A scoping review of two decades of research. *Ebnesina*. 2020; 22(1):29-46. [Persian]
44. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. *Payesh*. 2019; 18 (1):7-21.

## Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review

Ali Mohammad Mosadeghrad<sup>1</sup>, Rahim Khodayari<sup>2</sup>, Mehdi Abbasi<sup>3</sup>, Fereshte Karimi\*<sup>3</sup>

- 1- Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Health Policy and Management, Iranian Center of Excellence in Health Management, Tabriz Health Services Management Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
- 3- Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Corresponding Author:fereshtek69@gmail.com

Received: Feb 25, 2021

Accepted: Jul 28, 2021

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The health financing system is the process of collecting, pooling and managing financial resources to purchase health services. Sustainable financing of the Iranian health system is crucial for achieving universal health coverage. The purpose of this study was to identify strategies for sustainable financing of the Iranian health system.

**Materials and Methods:** This study was conducted using the scoping review in 2020. The following databases and search engines were searched systematically between 21.03.2002 and 21.09.2020 to find studies related to sustainable financing strategies for the Iranian health system: PubMed, Web of Science, Scopus and Embase, Magiran, Iranmedex and SID databases, and two search engines; i.e., "Google" and "Google scholar". Finally, 47 studies were selected and analyzed using the MAXQDA software and the framework analysis method.

**Results:** A total of 40 strategies were identified for strengthening the sustainability of Iran's health financing system, which were grouped into three categories: collecting funds, pooling funds and purchasing health services. The most frequently cited strategies for sustainable financing of the Iranian health system were the following: increasing the health share of gross domestic product, expanding tax revenues, pre-payment methods of health financing, strengthening public-private partnership, increasing the efficiency of the health system, reducing health system costs, consolidating insurance funds, eliminating insurance overlaps, value-based health service tariffs, optimizing health services support packages, and fixed payment methods based on the performance of the health service providers.

**Conclusion:** The Iran's health financing system must be strengthened in such a way as to make it possible to collect, pool and manage sufficient financial resources to be used to purchase health services for the people to ultimately ensure universal health coverage leading to the promotion of the public's health.

**Keywords:** Iranian Health System, Strategies, Sustainable Health Financing



Copyright © 2021 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.