

تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران: یک مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق‌راد: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مهديه حیدری: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

سجاد رامندی: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

محیا عباسی: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

Ma-abbasi@razi.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: تأمین مالی نظام سلامت فرآیند جمع‌آوری، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است. تأمین مالی نقش مهمی در دستیابی به اهداف نظام سلامت دارد. این مطالعه با هدف تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران و ارائه استراتژی‌های تقویت آن انجام شد.

روش کار: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مطالعات مرتبط با نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت ایران در پایگاه‌های اطلاعاتی «PubMed»، «Scopus»، «Science Direct»، «Embase»، «ProQuest»، «SID» و «Magiran» و «بانک اطلاعاتی پایان‌نامه‌های علوم پزشکی کشور» و دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» با کلیدواژه‌های مناسب جستجو شد. در نهایت، ۲۹ مطالعه انتخاب و با کمک نرم‌افزار MAXQDA و روش تحلیل چهارچوبی تحلیل شدند.

نتایج: افزایش پوشش جمعیتی بیمه‌های سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم پس از اجرای طرح تحول سلامت و افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت از نقاط قوت و تأمین مالی نزولی، پرداخت از جیب بالا و تعدد صندوق‌های بیمه سلامت از نقاط ضعف نظام تأمین مالی سلامت ایران هستند. قوانین حمایتی، مشارکت مالی سازمان‌های غیردولتی، افزایش مراکز ارائه خدمات و توسعه فناوری‌های جدید از فرصت‌های مهم و تحریم سیاسی، بحران‌های مالی و افزایش انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت از تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت هستند. افزایش منابع مالی سلامت از طریق پیش‌پرداخت‌ها، یکسان‌سازی ساختاری و سیاستی بیمه‌های سلامت، اصلاح تعرفه خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت و بهبود کیفیت خدمات سلامت برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور ضروری هستند.

نتیجه‌گیری: الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است و از تاب‌آوری لازم برخوردار نیست. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید با بکارگیری استراتژی‌های پیشنهادی به تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور بپردازند.

واژگان کلیدی: نظام تأمین مالی سلامت، نظام سلامت ایران، تحلیل استراتژیک، مرور حیطه‌ای

مقدمه

دو دسته خصوصی و داوطلبانه و عمومی و اجباری است. افراد و خانوارها در روش خصوصی در صورت تمایل می‌توانند از طریق بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه، حساب پس‌انداز سلامت داوطلبانه، کمک‌های نوع دوستانه و پرداخت مستقیم از جیب، مشارکت مالی داشته باشند. در مقابل، دولت در روش عمومی، مردم را مجبور به مشارکت در تأمین مالی سلامت از طریق مالیات عمومی، بیمه سلامت اجتماعی اجباری و حساب پس‌انداز سلامت اجباری می‌کند (۷). بنابراین، از شش روش مالیات عمومی، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، حساب پس‌انداز سلامت، پرداخت مستقیم مردم و کمک‌های خیریه برای جمع‌آوری منابع مالی نظام سلامت استفاده می‌شود. در سال ۲۰۱۷ میلادی، سهم دولت (بیمه سلامت اجتماعی و مالیات) ۵۱/۳٪، بیمه خصوصی ۷٪ و پرداخت از جیب ۴۱/۷٪ از کل هزینه‌های سلامت ایران بوده است (۸).

هزینه‌ی بالای سلامت مانع دسترسی افراد به ویژه فقرا به خدمات سلامت می‌شود. تجمع مالی موجب تسهیم ریسک مالی بین گروه‌های جمعیتی بزرگ و حفاظت از افراد آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود. استفاده از روش‌های پیش پرداخت نظیر مالیات و بیمه سلامت اجتماعی منجر به تجمع ریسک شده و مانع از فقر افراد با درآمد کم به هنگام دریافت خدمات سلامت و پرداخت مستقیم از جیب می‌شود. در بیشتر کشورهای با درآمد بالا از دو مدل مالیات عمومی و بیمه سلامت اجتماعی برای تجمع منابع مالی و پوشش همگانی خدمات سلامت استفاده می‌شود (۹).

درآمد جمع‌آوری و تجمع شده باید صرف خرید خدمات و کالاهای سلامت از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی و خصوصی شود. افزایش منابع مالی بخش سلامت منجر به افزایش خرید خدمات سلامت برای مردم و در نتیجه، بهبود

افزایش جمعیت، توسعه فن‌آوری‌های پزشکی، تعرفه‌های بالای خدمات سلامت، افزایش درآمد ملی، توسعه بیمه‌های سلامت، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت با کیفیت، سالمند شدن جمعیت و افزایش بیماری‌های مزمن، منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت شده است (۱). هزینه سلامت مردم جهان در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۸/۳ تریلیارد دلار آمریکا بود. سرانه هزینه سلامت مردم دنیا حدود ۱۰۹۹ دلار آمریکا بود (۲). هزینه‌های سلامت با سرعت زیادی در حال افزایش است. برآورد می‌شود که هزینه سلامت جهان به ۱۵ تریلیارد دلار در سال ۲۰۳۰ و ۲۰ تریلیارد دلار در سال ۲۰۴۰ میلادی افزایش یابد. همچنین، پیش‌بینی می‌شود که سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد بالای متوسط مثل ایران، سالانه ۴/۲٪ افزایش یابد (۳).

نظام تأمین مالی به سه دسته تصاعدی (Progressive)، متناسب (Proportional) و تنازلی (Regressive) تقسیم می‌شود. در نظام 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 روش تأمین مالی متناسب، همه مردم سهم یکسانی از درآمد خود را صرف تأمین مالی نظام سلامت می‌کنند. در نهایت، در روش تأمین مالی تنازلی (پس‌رونده)، افراد با درآمد کمتر، سهم بیشتری از درآمد خود را نسبت به افراد پر درآمد، صرف تأمین مالی نظام سلامت می‌کنند (۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که نظام تأمین مالی سلامت ایران بیشتر از نوع تنازلی بوده است (۵-۶).

نظام تأمین مالی سلامت باید اصلاح و تقویت شود. نظام تأمین مالی سلامت شامل سه کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است. به‌طور کلی، روش‌های جمع‌آوری منابع مالی نظام سلامت شامل

روش کار

برای انجام این پژوهش از روش مرور حیطه‌ای (Scoping Review) استفاده شد. مرور حیطه‌ای ساختاریافته بوده، با روش جستجوی نظام‌مند انجام می‌شود، ولیکن، برخلاف مرور نظام‌مند به ارزشیابی کیفیت مقالات بدست آمده نمی‌پردازد. همچنین، مرور حیطه‌ای محدود به مقالات پژوهشی اصیل داوری شده نیست و شامل ادبیات خاکستری نظیر گزارشات سازمانی، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها، پایان نامه‌ها و مقالات مروری می‌شود. در نتیجه، مرور حیطه‌ای تعداد بیشتری از منابع را در زمان کمتری بررسی می‌کند. زمانی که سیاستگذار یا مدیر به شواهد کلی در زمینه موضوع خاصی نیاز فوری داشته باشد، مرور حیطه‌ای، گزینه مناسبی برای دستیابی به این شواهد است (۱۴).

در این پژوهش از پروتکل آرسکی (Arksey) و اومالی (O'Malley) برای مرور حیطه‌ای استفاده شد که شامل شش مرحله شناسایی سوال پژوهشی، شناسایی مطالعات مربوطه، انتخاب مطالعات، ترسیم داده‌ها، جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج و مشاوره اختیاری در مورد نتایج است (۱۵). سوالات پژوهشی این مرور حیطه‌ای عبارتند از: «نقاط قوت نظام تأمین مالی سلامت ایران چیست؟»، «نقاط ضعف نظام تأمین مالی سلامت ایران چیست؟»، «فرصت‌های موجود برای نظام تأمین مالی سلامت ایران کدام هستند؟» و «تهدیدهای پیش‌روی نظام تأمین مالی سلامت ایران کدام هستند؟».

پژوهش بر مطالعات فارسی و انگلیسی مرتبط با قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران در دهه‌های ۸۰ و ۹۰ شمسی متمرکز بود. جستجو با کلیدواژه‌های «Health system financing»، «Health»، «financing mechanism»، «Revenue collection»، «Financial risk pooling»، «Revenue allocation»، «Financial risk protection»، «Strengths»، «Weaknesses»، «Opportunities»، «Threats»، «Iran»

نتایج سلامتی آنها می‌شود. خرید خدمات سلامت عبارت است از اختصاص پول جمع شده به ارائه‌دهندگان که کالاها و خدمات سلامت را طبق بسته مزایای تعریف شده، به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌دهند (۱۰).

ایران کشوری با جمعیت حدود ۸۴ میلیون نفر است (۱۱). سرانه تولید ناخالص داخلی کشور در سال ۲۰۱۷ میلادی برابر با ۱۴۵۳۵ دلار (برابری قدرت خرید) بود (۸). نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی است و بخش دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی در تأمین مالی، خرید و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. وزارت بهداشت سهم زیادی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت دارد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه به طور عمده توسط وزارت بهداشت تأمین مالی و به صورت رایگان در اختیار مردم قرار می‌گیرد. بخش‌های خصوصی و غیر انتفاعی بیشتر در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت تخصصی مشارکت دارند (۱۲). با وجود این، نقش وزارت بهداشت در این سطح هم پر رنگ است و حدود ۸۰٪ بیمارستان‌های کشور به نوعی دولتی محسوب می‌شوند (۱۳). سرانه هزینه سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۷ میلادی برابر با ۱۷۴۸ دلار (برابری قدرت خرید) بود که ۱/۲ برابر میانگین سرانه هزینه سلامت مردم جهان بوده است. حدود ۴۱/۷٪ این مبلغ از طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین شده است (۸).

تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت کشور و ارزشیابی نقاط قوت (Strengths) و ضعف (Weaknesses) و فرصت‌ها (Opportunities) و تهدیدهای (Threats) آن، منجر به شناسایی استراتژی‌های مناسب برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور می‌شود (۱). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران انجام شد تا اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور برای برنامه‌ریزی و اجرای اصلاحات هدفمند به‌منظور تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران قرار می‌دهد.

از روش تحلیل چارچوبی ریچی (Ritchie) و اسپنسر (Spencer) شامل پنج مرحله آشنایی با داده‌ها، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، نمایش یافته با نمودار و در نهایت، نگاشت و تفسیر نتایج، برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد (۱۶). از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

از ماتریس SWOT برای تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران استفاده شد. سپس، با استفاده از ماتریس TOWS، اقدامات و استراتژی‌های مناسب برای استفاده بهینه از فرصت‌ها به منظور تقویت نقاط قوت نظام تأمین مالی سلامت کشور و کاهش ضعف‌های آن و مقابله با تهدیدهای موجود استفاده شد (۱). تمام ملاحظات اخلاقی پژوهش‌های مروری در این مطالعه لحاظ شده است. پژوهشگران نظرات شخصی خود را در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها دخالت ندادند. از چک لیست PRISMA-ScR برای گزارش‌دهی یافته‌ها استفاده شد (۱۷).

نتایج

تعداد ۲۹ مطالعه در بازه زمانی فروردین ۱۳۸۱ تا پایان شهریور ۱۳۹۹ به نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران پرداختند. تعداد ۱۷ مطالعه به انگلیسی و ۱۲ مطالعه به فارسی چاپ شدند. در ۱۶ مطالعه از روش کمی، در ۹ مطالعه از روش کیفی و در ۴ مطالعه از روش ترکیبی استفاده شد. مطالعات کمی با پرسشنامه (۵ مطالعه)، داده‌های آرشیوی (۹ مطالعه) و اقتصادسنجی و مدل‌سازی (۲ مطالعه) انجام شدند. در مطالعات کیفی از مصاحبه (۳ مطالعه)، مرور (۴ مطالعه)، بحث گروهی متمرکز (۱ مطالعه) و دلفی (۱ مطالعه) استفاده شد. مقالات بیشتر در مجلات *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* و *Journal of Health Policy and Management*

و «نظام تأمین مالی سلامت»، «جمع‌آوری منابع مالی»، «انباشت منابع مالی»، «خرید خدمات سلامت»، «قوت»، «ضعف»، «فرصت»، «تهدید» و «ایران» در پایگاه‌های داده‌ای «PubMed»، «Scopus»، «ScienceDirect»، «Embase»، «ProQuest»، «SID» و «Magiran» و «بانک اطلاعاتی پایان‌نامه‌های علوم پزشکی کشور» انجام شد. همچنین، دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» نیز جستجو شد. علاوه‌براین، جستجوی دستی لیست منابع مقالات بدست آمده و متون خاکستری صورت گرفت. مطالعات به دست آمده وارد نرم افزار EndNote ×9 شدند.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل تمامی پژوهش‌های انجام شده در حوزه نظام تأمین مالی سلامت کشور ایران از سال ۱۳۸۰ (۲۱ مارس ۲۰۰۱) تا پایان شهریور ۱۳۹۹ (۲۱ سپتامبر ۲۰۲۰) بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مطالعات منتشر شده قبل از سال ۱۳۸۰ و منابع علمی فاقد متن کامل بود. دو نفر از نویسندگان وظیفه اصلی غربالگری مطالعات را بر عهده داشتند، در صورت عدم توافق آنها، با مشارکت نفر سوم و چهارم و بحث و تبادل نظر، اجماع حاصل می‌شد. به طور کلی، تعداد ۵۲۹ مقاله استخراج شد. پس از حذف موارد تکراری و موارد فاقد متن کامل، تعداد ۳۵۰ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین، ۱۴۶ مورد پس از بررسی عنوان و ۱۳۸ مورد نیز پس از بررسی چکیده حذف شدند. تعداد ۶۶ مقاله در حوزه تأمین مالی سلامت در کشور ایران در این مرحله بدست آمد. پس از حذف مقالات بدون ارائه نقاط قوت و ضعف و فرصت و تهدید، ۱۷ مقاله باقی ماند. تعداد ۱۲ مقاله هم با بررسی رفرنس مقالات به دست آمد. در نتیجه، تعداد ۲۹ مقاله برای بررسی نهایی انتخاب شدند (شکل ۱). در این مطالعه از فرم استخراج داده شامل نام نویسنده، نام مجله، زبان مجله، سال انتشار، نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت استفاده شد.

ماتریس TOWS، مجموعه اقداماتی را برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران با توجه به نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها، ارائه می‌دهد (شکل ۲). تفکیک نقش خریدار از ارائه‌کننده خدمات سلامت وزارت بهداشت، افزایش منابع مالی سلامت از طریق پیش‌پرداخت‌ها، یکسان‌سازی ساختاری و سیاستی طرح‌های بیمه سلامت، اصلاح تعرفه خدمات سلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت، بهبود کیفیت خدمات سلامت و پرداخت مبتنی بر ارزش و عملکرد از اقدامات ضروری برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور هستند.

بحث

این مطالعه با هدف تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران با استفاده از مرور حیطه‌ای انجام شد. تعداد ۲۹ مطالعه به بررسی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران در سه بُعد جمع‌آوری، مدیریت و تخصیص درآمدها برای خرید خدمات سلامت در دو دهه اخیر پرداختند. تعداد ۹ قوت، ۴۰ ضعف، ۱۷ فرصت و ۲۴ تهدید برای نظام تأمین مالی سلامت ایران شناسایی شد.

افزایش بودجه عمومی بخش سلامت، پرداخت‌های حمایتی دولت به افراد فقیر، توسعه پوشش بیمه‌های سلامت و افزایش مشارکت خیرین در تأمین مالی سلامت از جمله نقاط قوت نظام تأمین مالی سلامت ایران در سال‌های اخیر بودند. این اقدامات منجر به کاهش پرداخت از جیب مردم و کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا شد.

سرانه هزینه سلامت ایران ۴۸۴ دلار آمریکا در سال ۲۰۱۸ میلادی بود. در حالی که، میانگین سرانه هزینه سلامت دنیا ۱۰۹۹ دلار (حداقل ۱۸ دلار در کنگو و حداکثر ۱۰۶۲۳ دلار در آمریکا) و در منطقه مدیترانه شرقی برابر با ۵۵۶ دلار بود (۸). روند هزینه‌های سلامت علی‌رغم کاهش تولید ناخالص داخلی و درآمد ملی کشور در سال‌های اخیر، افزایشی بوده است. در نتیجه، فشار زیادی به دولت، بیمه‌های سلامت و

Iranian Journal of Public Health، (۶/۹)، فصلنامه مدیریت سلامت منتشر شدند. بیشتر مطالعات در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ انجام شدند.

تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران در دو بعد داخلی (نقاط قوت و ضعف) و خارجی (فرصت‌ها و تهدیدها) انجام شد. تعداد ۹ نقطه قوت برای نظام تأمین مالی سلامت ایران شناسایی شد (جدول ۱) که مهمترین آنها افزایش پوشش بیمه‌های سلامت اجتماعی، رشد بیمه‌های سلامت خصوصی، کاهش پرداخت از جیب مردم و افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت می‌باشد.

تعداد ۴۰ نقطه ضعف برای نظام تأمین مالی سلامت ایران شناسایی شد (جدول ۲) که پرتکرارترین آنها شامل تأمین مالی نزولی، بالا بودن میزان پرداخت از جیب به‌ویژه قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت، هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت، پوشش ناکافی خدمات بیمه سلامت، تعدد صندوق‌های بیمه سلامت، ناعادلانه بودن سیستم پرداخت و عدم استفاده از خرید راهبردی توسط بیمه‌های سلامت بود. در ارزشیابی خارجی نظام تأمین مالی سلامت ایران تعداد ۱۷ فرصت شناسایی شد که مهم‌ترین آنها وجود قوانین و مقررات حمایتی در تأمین مالی، مشارکت سازمان‌های غیردولتی در حمایت مالی از مردم، افزایش بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی فعال در کشور، بهره‌برداری از فناوری‌های جدید (پرونده سلامت الکترونیکی)، بکارگیری راهنماهای بالینی توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و امکان بکارگیری ارزیابی فناوری سلامت بودند (جدول ۳).

در نهایت، تعداد ۲۴ تهدید برای نظام تأمین مالی سلامت ایران شناسایی شد (جدول ۴). بحران‌های اقتصادی، تحریم سیاسی، افزایش انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، عدم سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، تغییرات جمعیتی، ورود بدون کنترل کیفیت دارو و تجهیزات به کشور و چالش‌های اداری و اجرایی از پرتکرارترین تهدیدهای تأمین مالی سلامت بودند.

(حداقل ۰/۱۸٪ در کیریاتی و حداکثر ۳/۸۴٪ در ارمنستان) بود (۸). میزان پرداخت از جیب مردم ایران حدود دو برابر میانگین جهان است.

تأمین مالی نزولی، تعدد صندوق‌های بیمه سلامت، پوشش ناکافی خدمات بیمه سلامت و روش نامناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از نقاط ضعف نظام تأمین مالی سلامت ایران است که موجب افزایش میزان پرداخت از جیب و هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت می‌شود. روش پرداخت مستقیم از جیب ناعادلانه‌ترین روش تأمین مالی خدمات سلامت است. هزینه‌های پرداخت از جیب در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ در کشورهای با درآمد پایین و متوسط دو برابر شد. میزان پرداخت از جیب مردم در کشورهای با درآمد بالا در این سال‌ها ۴۶٪ افزایش یافت (۲). پرداخت مستقیم از جیب بالا مانع استفاده از خدمات سلامت می‌شود که نتایج ضعیف سلامتی و فقر ناشی از هزینه‌های پزشکی (Medical impoverishment) را به دنبال دارد. پرداخت از جیب زیاد موجب افزایش خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت (Catastrophic health expenditure) می‌شود.

هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت زمانی اتفاق می‌افتد که هزینه‌های سلامت از ۱۰٪ کل درآمد خانوار (۲۱) یا ۴۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی (نیازهای معیشتی) خانوار (۲۲) تجاوز کند. حدود ۱۵/۸٪ مردم ایران در سال ۲۰۱۸، بیش از ۱۰٪ درآمد کل خانوار را صرف خدمات سلامت کردند. این میزان در دنیا و مدیترانه شرقی به ترتیب ۱۲/۷٪ و ۱۱/۷٪ بود (۲۰). مطالعات قبلی نیز موید این نکته است. به عنوان مثال، پژوهش «تعیین وضعیت برابری تأمین مالی هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی در بازه زمانی ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶» نشان داد که حدود ۲/۵٪ جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت قرار داشتند. احتمال هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت برای خانوارهای روستایی، خانوارهای دارای فرزندان زیر ۱۲ سال و افراد بالای ۶۰ سال، فاقد بیمه و بیکار بیشتر بوده است (۲۳).

مردم برای تأمین مالی نظام سلامت وارد شده است. سیاستگذاران نظام سلامت باید اقداماتی را در طرف عرضه و تقاضای خدمات سلامت بکار گیرند. کارایی نظام سلامت ایران (۱۸) و کیفیت خدمات سلامت ارائه شده (۱۹) در حد متوسط است. بنابراین، دولت باید بیشتر روی افزایش کارایی نظام سلامت، کنترل هزینه‌ها و بهبود کیفیت و ارزش خدمات سلامت متمرکز شود تا منجر به کاهش هزینه‌های سلامت شود. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به کنترل هزینه‌های سلامت حساس شوند، آموزش‌های لازم را دریافت دارند تا اقدامات لازم را در این زمینه بکار گیرند. استفاده از روش‌های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز ضروری است. همچنین، مردم باید آموزش‌های خود مراقبتی را دریافت کنند و تقاضاهای خود را برای خدمات سلامت مدیریت کنند.

در سال ۲۰۱۸ میلادی، حدود ۸/۷٪ تولید ناخالص داخلی کشور صرف هزینه‌های سلامت شد. میانگین این شاخص در دنیا ۹/۹٪ (حداقل ۱/۶٪ در موناکو و حداکثر ۱۶/۹ درصد در آمریکا) و در منطقه مدیترانه شرقی برابر با ۵/۳٪ بود (۲۰، ۸). بخش سلامت در رقابت با سایر بخش‌های عمومی برای جذب منابع مالی است. حدود ۸۰٪ سلامتی مردم تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی خارج از نظام سلامت قرار دارد. بنابراین، منابع عمومی باید به صورت متوازن صرف مصارف عمومی شود. حدود ۴۵/۹ و ۵۴/۱ درصد هزینه‌های سلامت ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی، به ترتیب توسط بخش عمومی و خصوصی تأمین مالی شد (۸). سهم هزینه‌های سلامت دولت از کل هزینه‌های عمومی دولت در سال ۲۰۱۸ میلادی ۲۱/۸٪ بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۰/۲٪ (حداقل ۱/۱٪ در کامرون و حداکثر ۲۷/۸٪ در کاستاریکا) و در منطقه مدیترانه شرقی برابر با ۸/۷٪ بود (۲۰).

سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه سلامت در سال ۲۰۱۸ میلادی، در ایران ۳۵/۸٪ و در دنیا ۱۸/۱٪

سازمان‌های مردم نهاد در تأمین مالی سلامت، افزایش بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی، توسعه فناوری‌های جدید، بکارگیری راهنماهای بالینی توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت و امکان بکارگیری ارزیابی فناوری سلامت بودند.

منابع مالی به صورت پیش پرداخت نظیر مالیات و بیمه سلامت باید به اندازه کافی برای تأمین مالی نظام سلامت به منظور اطمینان از دسترسی مردم به خدمات سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت فراهم باشد. دولت باید با بکارگیری اصلاحاتی مثل اصلاحات مالیاتی، درآمدهای عمومی خود را افزایش دهد و در نتیجه، بودجه تخصیصی به نظام سلامت را هم افزایش دهد. ایجاد یک بیمه اجتماعی سلامت یکپارچه منجر به افزایش قدرت خرید بیمه سلامت شده و افزایش کارایی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را نیز به دنبال خواهد داشت. بیمه‌های پایه اصلی سلامت در ایران شامل بیمه سلامت ایران، بیمه تأمین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح هستند که هر کدام ساز و کاری جداگانه برای دریافت منابع مالی و پرداخت هزینه‌های سلامت دارند. تفاوت حق بیمه‌ها و پوشش خدمات سلامت آنها موجب نارضایتی مردم می‌شود. ادغام و تجمیع این بیمه‌ها در شرایط فعلی با چالش‌های ساختاری و فرآیندی متعددی مواجه است. بنابراین، دولت باید سعی کند تا عناصر اصلی بیمه سلامت نظیر تأمین مالی، پرداخت حق بیمه و بسته حمایتی بیمه‌های پایه را یکسان کند. به عنوان مثال، اگرچه بیش از ۳۵۰۰ برنامه بیمه سلامت در کشور ژاپن وجود دارد، ولیکن، میزان پرداخت بیمه شدگان و مزایای بیمه‌ها یکسان است (۲۷).

توسعه مشارکت مالی خیرین یکی دیگر از راه‌کارهای تقویت مالی نظام سلامت است. کمک‌های مردمی و خیریه ۰/۲٪ مخارج سلامتی دنیا را در سال ۲۰۱۷ میلادی تشکیل داد. با وجود این، کمک‌های مردمی به ترتیب، ۲۷٪ و ۳٪ مخارج سلامتی کشورهای با درآمد کم و کشورهای با درآمد متوسط به پایین را تشکیل می‌دهد (۲). خیرین ظرفیت خوبی برای تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و

با اجرای طرح تحول نظام سلامت و پرداخت‌های حمایتی دولت، میزان پرداخت از جیب مردم کاهش یافت. با وجود این، هنوز میزان پرداخت مستقیم مردم ایران برای خدمات سلامت بیشتر از میانگین دنیا است و با توجه به کاهش تولید ناخالص داخلی کشور و افزایش هزینه‌های سلامت، چالشی جدی برای دولت و مردم ایجاد خواهد کرد.

با هر ۱٪ افزایش سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت، ۲/۲٪ به خانوارهای مواجهه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت اضافه می‌شود (۲۴). قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت را موظف به کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ و کاهش جمعیت مواجهه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت به کمتر از ۱٪ کرده است (۲۵). هر قدر سهم پیش پرداخت‌ها نظیر مالیات یا بیمه سلامت از کل هزینه‌های سلامت بیشتر باشد، میزان مواجهه خانوارها با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت کاهش می‌یابد. سیاستگذاران سلامت باید از تخصیص یارانه سلامت به افراد فقیر اطمینان حاصل کنند. در حال حاضر، افراد ثروتمند بیشتر از مزایای طرح تحول نظام سلامت استفاده می‌کنند و بی‌عدالتی در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت در بین مردم جامعه افزایش می‌یابد. با توجه به شرایط فعلی، بکارگیری طرح حساب پس انداز سلامت می‌تواند منجر به کاهش پرداخت از جیب مردم شود. حساب پس انداز سلامت نوعی حساب مالی است که مبلغ آن به صورت ماهانه از حقوق فرد کسر می‌شود، به آن سود تعلق می‌گیرد، ولی، مشمول کسر مالیات نیست. از این حساب می‌توان برای پرداخت هزینه‌های فراتر از پوشش بیمه سلامت به منظور کاهش پرداخت از جیب استفاده کرد. از این روش در کشورهای سنگاپور، چین، آفریقای جنوبی و آمریکا برای تأمین مالی خدمات پزشکی استفاده می‌شود (۲۶).

مهمترین فرصت‌های تأمین مالی نظام سلامت ایران شامل قوانین و مقررات حمایتی در تأمین مالی، مشارکت

استفاده از درآمدهای عمومی و مالیات، حق بیمه افراد بیکار یا شاغل در بخش غیر رسمی را پرداخت کند. اقدامات تنبیهی هم باید برای کارفرمایانی که کارکنان خود را بیمه نمی‌کنند، بکار گرفته شود.

وزارت بهداشت سهم زیادی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت کشور دارد. پاسخگویی پایین ارائه‌کنندگان بخش دولتی موجب افزایش پرداخت از جیب مردم به ویژه در بخش خصوصی می‌شود. پاسخگویی بخش دولتی باید افزایش یابد و از روش‌های مالیات و بیمه اجتماعی باید بیشتر برای تأمین مالی سلامت کشور استفاده شود. دولت برای

دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت باید ظرفیت مالی (Fiscal Space) بخش سلامت را افزایش دهد. ظرفیت مالی توانایی دولت برای استخراج درآمد برای تأمین 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 (۳۲). از منابع مالیاتی و کمک‌های مردمی باید برای پرداخت حق بیمه افراد فقیر استفاده شود. بدون استفاده از منابع مالی اضافی به‌منظور ارائه سوسید برای خدمات سلامت فقرا، شاهد کاهش قابل توجه پرداخت از جیب مردم نخواهیم بود. تأمین مالی از طرف تقاضا با استفاده از صندوق سهام عدالت سلامت نیز منجر به افزایش پاسخگویی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نسبت به فقرا می‌شود. سرمایه‌گذاری در سلامت منجر به توسعه اقتصادی و ارتقای عدالت در کشور خواهد شد (۳۳). بنابراین، بین بخش دولتی و خصوصی در تأمین مالی نظام سلامت باید هماهنگی ایجاد شود. دولت باید مشارکت بخش خصوصی را در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت تشویق کند. در حال حاضر، سهم بیمه‌های خصوصی از کل هزینه‌های سلامت در ایران ۷٪ است (۸). همچنین، بخش خصوصی با ۲۰۱ بیمارستان و ۱۹۸۹۰ تخت، حدود ۲۱/۶٪

حمایت مالی از بیماران فقیر در نظام سلامت ایران دارند. خیرین سلامت از طریق موسسات خیریه سلامت، توزیع صندوق کمک مالی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم هدف‌مند، منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را جذب کرده و آن را صرف توسعه‌ی فضاها، فیزیکی، تأمین تجهیزات، پرداخت حقوق کارکنان مراکز درمانی و پرداخت هزینه‌های سلامت بیماران فقیر می‌کنند (۲۸).

در بسیاری از کشورها از منابع مالی حاصل از مالیات بر سیگار، مشروبات الکلی و کالاهای آسیب‌رسان سلامتی برای ارتقای سلامت جامعه استفاده می‌شود. دولت غنا بخشی از هزینه بیمه سلامت ملی خود را با افزایش ۲/۵٪ مالیات بر ارزش افزوده (۲۹) و افزایش مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامتی (۳۰) تأمین مالی کرد. دولت گابون برای انتقال پول مالیات در نظر گرفت. همچنین، با وضع مالیات ۱۰٪ بر دو شرکت مخابراتی، حدود ۳۰ میلیون دلار آمریکا منابع مالی برای بخش سلامت در سال ۲۰۰۹ میلادی ایجاد کرد (۳۱). با وجود این، وضع مالیات می‌تواند اثرات منفی بر خانواده‌های کم درآمد به ویژه در کشورهای با قیمت بالای محصولات سالم داشته باشد. بنابراین، این کار باید مبتنی بر شواهد و با احتیاط صورت گیرد.

تحریم سیاسی، بحران اقتصادی، انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، عدم سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، تغییرات جمعیتی و ورود بدون کنترل کیفیت دارو و تجهیزات به کشور از تهدیدهای اصلی نظام تأمین مالی سلامت ایران به شمار می‌روند. تحریم اقتصادی، طولانی شدن بیماری کووید-۱۹ و رکود اقتصادی منجر به کاهش درآمد مردم، افزایش بیکاری و به دنبال آن، افزایش هزینه‌های سلامت مردم خواهد شد. بنابراین، دولت باید بیمه سلامت اجتماعی را اجباری کند. در نتیجه، افراد شاغل در بازار رسمی توسط برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت تحت پوشش قرار خواهند گرفت. همچنین، دولت باید با

بیمارستان‌های کشور و ۱۶/۷٪ تخت‌های بیمارستانی کشور را در سال ۱۳۹۵ تشکیل داده است (۱۳). دولت باید بیشتر روی اولویت‌های نظام سلامت و حوزه‌های علاقه کم بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری نظیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توسعه زیرساخت‌ها و نیروی انسانی بخش سلامت سرمایه‌گذاری کند و با حمایت‌های لازم به توسعه بیمه‌های سلامت و مراکز درمانی خصوصی بپردازد. دولت با تدوین قوانین حمایت از مصرف‌کننده، تعرفه‌گذاری صحیح خدمات سلامت، کنترل کیفیت خدمات و نظارت‌های مستمر، باید از کیفیت خدمات، محافظت مالی مردم و رعایت حقوق آنها در بخش خصوصی اطمینان حاصل کند. دولت باید مداخلات طرف عرضه و طرف تقاضا را هماهنگ بکار گیرد تا نظام تأمین مالی سلامت اثربخش شده و منجر به افزایش دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و ارتقای سطح سلامتی مردم شود. مداخلات طرف عرضه منجر به توسعه منابع نظام سلامت نظیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی، نیروی انسانی سلامت و تجهیزات، ملزومات و داروها شده و دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت را افزایش می‌دهد. مداخلات طرف تقاضا نظیر کاهش پرداخت مستقیم از جیب و پرداخت یارانه سلامت به مردم منجر به افزایش استفاده از خدمات سلامت می‌شود. خرید خدمات سلامت باید از حالت منفعل و سستی به خرید فعال و راهبردی تغییر یابد. خرید راهبردی به معنای تلاش فعالانه و مبتنی بر شواهد برای تعریف ترکیب و میزان بسته خدمتی و انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای دستیابی به حداکثر منفعت برای جامعه تحت پوشش است. در خرید راهبردی تصمیم گرفته می‌شود که چه نوع خدماتی، به چه میزان، از چه کسی و به چه روشی خریداری شود (۱۰). در خرید خدمات سلامت باید به اصل کارایی توجه شود. خدمات سلامت باید بر اساس نیاز واقعی مردم و نه بر اساس تقاضای آنها خریداری شود. بیمه سلامت اجتماعی نقش بهتری در خرید راهبردی خدمات

سلامت و تنظیم رفتار ارائه‌کننده خدمات سلامت و بهبود کارایی، کیفیت و محافظت مالی در نظام سلامت دارد. وزارت بهداشت نقش کلیدی در تأمین مالی، تولید و ارائه خدمات سلامت دارد. تفکیک وظایف وزارت بهداشت منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و کنترل بهتر کیفیت و کارایی خدمات سلامت می‌شود. تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم قابل انجام است. در روش مستقیم که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران مشاهده می‌شود، وزارت بهداشت سهم بزرگی از تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت را از طریق بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، تشخیصی و درمانی بر عهده دارد. افزایش هزینه و ناکارایی تا حدود ۳۰٪ در این روش گزارش شده است (۳۴). در مقابل، در روش غیر مستقیم، سازمان تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت از همدیگر جدا هستند. این روش به دو طریق قابل اجرا است. در مدل بنیاد عمومی (Public Trust)، دولت به عنوان خریدار خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی در یک بازار رقابتی عمل می‌کند. نمونه‌ای از این مدل در تایلند و فیلیپین بکار گرفته شد. در مدل وکالت (Surrogate)، دولت تأمین مالی خدمات سلامت را بر عهده داشته و وظیفه خرید خدمات سلامت را به یک موسسه خصوصی نظیر پزشکان عمومی، شوراهای محلی سلامت و شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی واگذار می‌کند. آنها به عنوان کارگزار دولت خدمات سلامت با کیفیت را با قیمت پایین از بخش دولتی و خصوصی، برای مردم خریداری می‌کنند. کشورهای انگلستان و کلمبیا از این مدل استفاده می‌کنند. روش غیر مستقیم منجر به ایجاد رقابت بیشتر بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود (۳۵).

اجرای طرح تحول سلامت منجر به افزایش حدود دو برابری تعرفه‌های خدمات سلامت شد که بار مالی زیادی بر سازمان‌های بیمه سلامت وارد ساخت (۳۶). نظام پرداخت خدمات سلامت در ایران ترکیبی از روش‌های بودجه، کارانه،

بیمارستان‌های کشور و ۱۶/۷٪ تخت‌های بیمارستانی کشور را در سال ۱۳۹۵ تشکیل داده است (۱۳). دولت باید بیشتر روی اولویت‌های نظام سلامت و حوزه‌های علاقه کم بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری نظیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توسعه زیرساخت‌ها و نیروی انسانی بخش سلامت سرمایه‌گذاری کند و با حمایت‌های لازم به توسعه بیمه‌های سلامت و مراکز درمانی خصوصی بپردازد. دولت با تدوین قوانین حمایت از مصرف‌کننده، تعرفه‌گذاری صحیح خدمات سلامت، کنترل کیفیت خدمات و نظارت‌های مستمر، باید از کیفیت خدمات، محافظت مالی مردم و رعایت حقوق آنها در بخش خصوصی اطمینان حاصل کند. دولت باید مداخلات طرف عرضه و طرف تقاضا را هماهنگ بکار گیرد تا نظام تأمین مالی سلامت اثربخش شده و منجر به افزایش دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و ارتقای سطح سلامتی مردم شود. مداخلات طرف عرضه منجر به توسعه منابع نظام سلامت نظیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی، نیروی انسانی سلامت و تجهیزات، ملزومات و داروها شده و دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت را افزایش می‌دهد. مداخلات طرف تقاضا نظیر کاهش پرداخت مستقیم از جیب و پرداخت یارانه سلامت به مردم منجر به افزایش استفاده از خدمات سلامت می‌شود. خرید خدمات سلامت باید از حالت منفعل و سستی به خرید فعال و راهبردی تغییر یابد. خرید راهبردی به معنای تلاش فعالانه و مبتنی بر شواهد برای تعریف ترکیب و میزان بسته خدمتی و انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای دستیابی به حداکثر منفعت برای جامعه تحت پوشش است. در خرید راهبردی تصمیم گرفته می‌شود که چه نوع خدماتی، به چه میزان، از چه کسی و به چه روشی خریداری شود (۱۰). در خرید خدمات سلامت باید به اصل کارایی توجه شود. خدمات سلامت باید بر اساس نیاز واقعی مردم و نه بر اساس تقاضای آنها خریداری شود. بیمه سلامت اجتماعی نقش بهتری در خرید راهبردی خدمات

استراتژی‌هایی برای تقویت آن پیشنهاد کرد. پژوهشگران با استفاده از روش‌های گروه اسمی یا دلفی و نظر خبرگان می‌توانند به کمی‌سازی این نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها بپردازند و ارزشیابی دقیق‌تری از عملکرد نظام تأمین مالی سلامت کشور ارائه کنند. علاوه بر این، عوامل موثر بر عملکرد نظام تأمین مالی سلامت که در این مطالعه شناسایی شدند، نیازمند انجام مطالعات مروری نظام‌مند برای تعیین میزان اثرات آنها است. در نهایت، استراتژی‌های پیشنهادی این مطالعه را می‌توان بکار گرفت و اثرات آنها را بررسی کرد.

در نهایت، این مطالعه مرور حیطه‌ای، شکاف‌های پژوهشی حوزه تأمین مالی نظام سلامت ایران را هم شناسایی کرد. تعیین عوامل تسهیل‌کننده و موانع حفاظت مالی از مردم، بررسی تأثیر اصلاحات نظام سلامت کشور بر محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت، بررسی نقش انواع مالیات در تأمین مالی نظام سلامت، تبیین نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی در پایداری تأمین مالی نظام سلامت، تعیین الزامات خرید راهبردی خدمات سلامت و شناسایی الگوی مناسب تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، از مهم‌ترین شکاف‌های دانشی در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت هستند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی با عنوان «شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت ایران به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت» است که در موسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران با شناسه اخلاق IR.TUMS.NIHR.REC.1399.002 مصوب شد. نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

سرانه و موردی است (۳۷). روش پرداخت کارانه منجر به تشویق تقاضای القایی در تشخیص، درمان و تجویز و افزایش هزینه‌ها می‌شود. در مقابل، روش‌های ثابت پرداخت مانند سرانه و موردی موجب کنترل هزینه‌ها می‌شود. استفاده از روش سرانه منجر می‌شود که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بیشتر به سمت ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت متمرکز شوند و سلامتی مردم تحت پوشش خود را ارتقا دهند. با توجه به محدودیت منابع، بیشتر باید از روش‌های پرداخت ثابت (مثل بودجه، سرانه و موردی) به همراه پرداخت تشویقی (مثل پاداش مبتنی بر عملکرد) و یا ترکیبی از یک سیستم متغیر سطح خرد (مانند کارانه) با یک سیستم بسته سطح کلان (مثل بودجه) استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نظام تأمین مالی سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است و از تاب‌آوری لازم برخوردار نیست. سیاستگذاران سلامت باید اهداف واقع‌گرایانه‌ای با توجه به تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت و شناسایی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها، برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور تعیین کنند و استراتژی‌ها و اقداماتی برای دستیابی به آنها تدوین کنند. 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، خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت، بهبود کیفیت خدمات سلامت و پرداخت مبتنی بر عملکرد از جمله اقدامات لازم برای تقویت پایداری الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران است. این پژوهش با استفاده از روش مرور حیطه‌ای و منطق استقرایی به شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت کشور ایران پرداخت و

جدول ۱- نقاط قوت نظام تأمین مالی سلامت ایران در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

موضوعات اصلی	نقاط قوت
جمع‌آوری منابع مالی	افزایش پوشش بیمه سلامت اجتماعی، رشد بیمه‌های سلامت خصوصی، کاهش پرداخت از جیب مردم، کاهش پرداخت‌های غیر رسمی و مشارکت گسترده خیرین در تأمین مالی نظام سلامت
انباشت و مدیریت منابع مالی	تصادفی بودن مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت و کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا
خرید خدمات سلامت	بازنگری تعرفه‌های خدمات سلامت و گسترش خرید راهبردی

جدول ۲- نقاط ضعف نظام تأمین مالی سلامت ایران در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

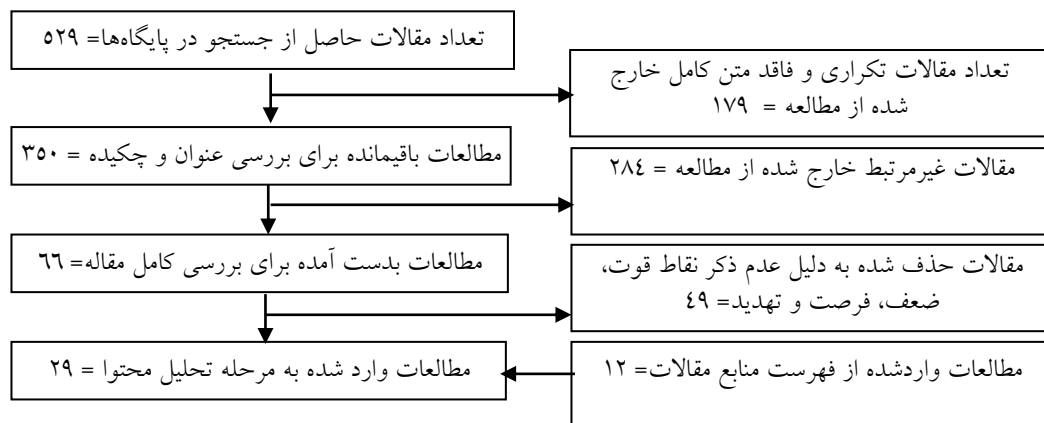
موضوعات اصلی	نقاط ضعف
جمع‌آوری منابع مالی	سهم کم مالیات در تأمین مالی سلامت، عدم یکپارچگی در جمع‌آوری درآمد، ناپایداری درآمدهای عمومی، تعدد نهادهای دولتی، خصوصی و خیریه در تأمین مالی سلامت، فقدان چشم‌انداز مشخص در بیمه‌های درمانی، منابع محدود بیمه سلامت اجتماعی، داشتن بیش از یک بیمه سلامت توسط برخی مردم، نبود نظام اطلاعاتی یکپارچه، سهم کم بیمه خصوصی در تأمین مالی سلامت، پرداخت از جیب بالا، وجود پرداخت‌های غیررسمی، تأمین مالی نزولی، تضاد منافع سیاستگذاران سلامت و عدم وجود مطالعات کافی تأمین مالی نظام سلامت
انباشت و مدیریت منابع مالی	عدم انسجام و یکپارچگی در انباشت منابع، تعدد صندوق‌های بیمه سلامت، اجباری نبودن عضویت در بیمه‌های سلامت، عدم یکپارچگی در ساختار و سیاست‌های شرکت‌های بیمه سلامت، عدم یکپارچگی منابع مالی و پراکندگی الگوهای حفاظت مالی، کمبودهای مالی شدید برای صندوق‌های بیمه عمومی، نبود نظارت و کنترل دقیق بر بیمه‌های سلامت کشور، تغییر مداوم مدیران بیمه سلامت، عدم وجود تولید یکپارچه برای تأمین مالی نظام سلامت، مدیریت غیرموثر درآمدها، عدم هماهنگی بین بسته‌های خدماتی، کیفیت مراقبت و هزینه، مواجهه درصدی از خانوارها با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و پوشش ناکافی بیمه برای افراد نیازمند
خرید خدمات	پوشش ناکافی خدمات سلامت، غیرعلمی بودن روش تعیین بسته خدمات پایه سلامت، عدم خرید راهبردی توسط بیمه‌ها، پرداخت مبالغ متفاوت توسط بیمه‌ها برای یک خدمت مشابه به مراکز درمانی، عدم وجود قوانین مناسب در مورد پرداخت‌های بیمه درمانی به ارائه‌کنندگان، غیرواقعی بودن تعرفه‌های خدمات سلامت، عدم شفافیت کافی در تعهدات دولت در بخش‌های حمایتی و بیمه‌ای، ناهماهنگی تخصیص و توزیع منابع مالی سلامت، عدم مذاکره مناسب مدیران بیمه‌ها و بخش‌های خصوصی برای اجرای صحیح اولویت‌های بهداشتی درمانی، بازپرداخت ناکافی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، هزینه‌های مدیریتی زیاد سیستم پرداخت، تأخیر در پرداخت شرکت‌های بیمه‌ای به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تأخیر در اجرای برخی بخش‌های طرح تحول مانند برنامه تعرفه پرستاران

جدول ۳- فرصت‌های تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

موضوعات اصلی	فرصت‌ها
جمع‌آوری منابع مالی	حمایت مجلس، وجود حساب‌رسان دانشگاه‌ها، قوانین حمایتی در زمینه جمع‌آوری منابع مالی، امکان افزایش مالیات بر درآمد، افزایش میزان تولید ناخالص داخلی، حمایت قانونی از توسعه بیمه‌های اجتماعی، استقبال جامعه از بیمه‌های سلامت خصوصی، حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد از مردم، تصاعدی بودن مالیات و پرداخت بارانه حمایتی دولت
انباشت و مدیریت منابع مالی	حمایت قانونی از تجمیع بیمه‌ها و وجود پشتوانه قانونی برای استقلال نهادهای مختلف
خرید خدمات سلامت	ارزیابی فناوری سلامت، سیستم ارجاع برای کاهش مراجعات غیرضروری، فناوری‌های جدید، بکارگیری راهنماهای بالینی و وجود بیش از ۹۰۰ بیمارستان و مرکز پزشکی و بیش از ۱۲۰۰۰۰ تخت بستری

جدول ۴- تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

موضوعات اصلی	تهدیدها
جمع‌آوری منابع مالی	واقعی نبودن هدفمندی یارانه‌ها، محدودیت بودجه دولت، ناپایداری نظام رفاه اجتماعی، عدم تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها در سطوح مختلف مدیریتی، تحریم سیاسی، بحران‌های اقتصادی، پایین بودن تولید ناخالص داخلی، کاهش سهم بخش دولتی از هزینه‌های کلی سلامت، تغییرات جمعیتی، افزایش انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، کمبود منابع مختلف سلامت (انسانی، مالی و فیزیکی)، عدم استفاده کافی از علم اقتصاد سلامت، بی‌ثباتی مالی نظام سلامت و ضعف در سیاستگذاری مبتنی بر شواهد
انباشت و مدیریت منابع مالی	چالش‌های اداری و اجرایی و مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری مبتنی بر شواهد
خرید خدمات سلامت مالی	بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات دولت، استفاده غیرضروری از خدمات سلامت در کشور، عدم کنترل دقیق ورود و کیفیت دارو و تجهیزات، چالش‌های برنامه پزشکی خانواده و سیستم ارجاع، توزیع نامتوازن نیروی کار سلامت، اشتغال همزمان کارکنان سلامت در بخش دولتی و خصوصی، حساس نبودن کارکنان سلامت به موضوعات هزینه‌ای، ایجاد ظرفیت بیش از حد و نامتناسب با نیازهای بهداشتی، نبود راهنماهای مناسب ارائه خدمات و بازار تنظیم‌نشده تجهیزات پزشکی



شکل ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

		نقاط قوت (Strength)	نقاط ضعف (Weaknesses)
		افزایش پوشش بیمه سلامت، رشد بیمه‌های سلامت خصوصی، بازنگری تعرفه-های خدمات سلامت، کاهش پرداخت مستقیم از جیب بعد از طرح تحول و تصاعدی بودن مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت	پوشش ناکافی خدمات بیمه، کارایی پایین بیمه، پرداخت از جیب بالا، تأمین مالی نزولی، تعدد صندوق‌های بیمه، نبود خرید راهبردی، واقعی نبودن تعرفه، روش پرداخت نامناسب، نبود نظام اطلاعات یکپارچه و نبود پژوهش‌های کافی
فرصت‌ها (Opportunities)	فناوری‌های جدید، حمایت‌های قانونی، ظرفیت‌های سازمانی، مشارکت غیررین، توسعه ارزیابی فناوری سلامت، توسعه راهنامه‌های بالینی، وجود مراکز پزشکی فعال در کشور و یارانه حمایتی	<ul style="list-style-type: none"> منطقی کردن میزان حق بیمه‌های درمان مدیریت ارتباط با خیرین سلامت برای افزایش مشارکت مالی آنها استفاده از فناوری ارزیابی سلامت استفاده از فناوری‌های پزشکی هزینه-اثربخش گسترش بکارگیری راهنماهای بالینی گسترش یارانه و حمایت دولت از فقرا و نیازمندان تقویت حمایت‌های قانونی لازم در خصوص تأمین مالی تقویت نوآوری در حوزه مالی بخش سلامت آموزش کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی به ارائه‌دهندگان سلامت توانمندسازی بیماران در زمینه خودمراقبتی و مدیریت بیماری نظارت دقیق بر عملکرد بیمه‌های سلامت کنترل و نظارت بیمه بر عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت انجام پژوهش‌ها و مطالعات کافی در حوزه تأمین مالی سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> تجمع بیمه‌ها و یکپارچگی ساختاری و سیاستی بیمه‌های سلامت استفاده از نظام پیش‌پرداخت تأمین مالی افزایش منابع مالی سلامت از طریق مالیات، بیمه و کمک‌های مردمی اولویت‌بندی خدمات سلامت تعیین علمی بسته خدمتی بیمه پایه سلامت محاسبه قیمت تمام شده خدمات سلامت بازنگری و واقعی‌سازی تعرفه خدمات سلامت توسعه خرید راهبردی خدمات سلامت پرداخت مبتنی بر ارزش و عملکرد به ارائه‌کننده خدمات سلامت انگیزش ارائه‌دهندگان خدمات برای کاهش پرداخت غیررسمی جلوگیری از گسترش مخاطرات اخلاقی کنترل و نظارت دقیق بیمه بر کیفیت خدمات سلامت توسعه نظام اطلاعاتی یکپارچه تأمین مالی جدا کردن نقش تولیتی وزارت بهداشت از نقش ارائه‌دهنده خدمت شفاف‌سازی جریانات مالی
	تغییرات جمعیتی، رشد تقاضا، بحران مالی، تحریم سیاسی، کاهش بودجه، واقعی نبودن هدفمندی یارانه‌ها، کمبود منابع، اتلاف منابع، توزیع ناموزون کارکنان، عدم تعهد به اجرا	<ul style="list-style-type: none"> تقویت هماهنگی و همکاری بین ذینفعان کلیدی نظام سلامت ایجاد حساب پس انداز سلامت اخذ مالیات بر صنعت گردشگری و تخصیص آن به سلامت اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط و تخصیص آن به سلامت افزایش مالیات بر معامله خودروی لوکس و تخصیص به سلامت افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به صورت پیشرونده افزایش مالیات بر بلیط هواپیما و تخصیص آن به سلامت نیازسنجی منابع مالی و انسانی و برنامه‌ریزی برای رفع کمبودها توزیع متوازن نیروی کار در نظام سلامت تشویق کارکنان به کار در مناطق محروم مدیریت تقاضای خدمات سلامت افزایش کارایی نظام سلامت بهبود کیفیت و ارزش خدمات سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> افزایش تعهد سیاسی حاکمان به بهبود وضعیت سلامت جامعه نیازسنجی جمعیت برای تعیین خدمات پایه سلامت هدایت یارانه‌ها به سمت افراد نیازمند مدیریت تقاضا و انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت آموزش سالمندان برای خودمدیریتی بیماری‌های مزمن افزایش ثبات مدیریتی و جلوگیری از برخوردهای سلیقه‌ای مدیران کاهش تعارض منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان نظارت بر اشتغال دوگانه کارکنان بخش سلامت استفاده از متخصصان سیاستگذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت افزایش تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها در حوزه سلامت ایجاد حساسیت در ارائه‌دهندگان به موضوع کنترل هزینه سلامت تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی اصلاح چالش‌ها و الزامات طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع

شکل ۲- استراتژی‌های تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران در مطالعه تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سلامت ایران

References

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organisation and management. Tehran: Dibagran. 2015. [Persian]
2. Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. World Health Organization: Geneva. 2020:19.
3. 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
4. McIntyre D, Kutzin J, World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Mohammadzade Y. A survey of equity and Measuring Inequalities in Household Health Insurance Payments. *Insurance Research journal*, 2015;30(2):131-162. [Persian]
6. Mohammad-Alizadeh H, Fazeli AB. The state of justice in financing the health system in Iran. *Social Welfare Quarterly*, 2005; 5(19):279-300. [Persian]
7. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. World Health Organization; 2010.
8. The World Bank. <https://data.worldbank.org/> [access date 12/01/2020]
9. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56: 171–204.
10. Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. *HealthCare papers*. 2007; 8:62-76.
11. Iran statistical center. Available at: <https://www.amar.org.ir/english> [access date 17/11/2020]
12. Mosadeghrad A.M. 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: 309-316.
13. Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020 Jan 10;24(6):12-36. [Persian]
14. Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(9):10-28. [Persian]
15. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
16. 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, pp.173-194.
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*. 2018;169(7):467-73.
18. 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]
19. Esfahani P, Nezamdust F. Patients' Satisfaction in Hospitals of Iran: A

- systematic Review and Meta-Analysis. Qom Univ Med Sci J. 2019;13(4):58-72. [Persian]
20. World Health Organization. World health statistics monitoring health for the SDGs. World Health Organization; 2020.
 21. Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. Bulletin of the World Health Organization, 2002;80:613-21.
 22. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet 2003; 362:111-17.
 23. Mehrara MO, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (1382-1386). Journal of health administration. 2010;13(40):51-62. [Persian]
 24. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. Bulletin of the World Health Organization, 2002; 80: 612.
 25. Iran Fifth Economic, Social and Cultural Development Plan Law. Planning and Budgeting Organization, 2010.
 26. Hsu J. Medical Savings Accounts: What is at risk? World Health Report. Geneva: World health organization, 2010.
 27. Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR, Kobayashi Y. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. The Lancet. 2011;378(9796):1106-15.
 28. 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]
 29. 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.
 30. 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.
 31. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2002.
 32. McIntyre D, Kutzin J. World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016.
 33. World Health Organization. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
 34. World Health Organization. Mobilization of domestic resources for health. Geneva: World Health Organization; 2002.
 35. Hsiao WC. Why is a systemic view of health financing necessary?. Health affairs. 2007;26(4):950-61.
 36. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees: brief report. Tehran University Medical Journal. 2018;76(4):277-282. [Persian]
 37. Mosadeghrad AM, Darrudi A, Afshari M. Impact of health transformation plan on surgical and anesthesia procedures tariffs: A longitudinal study. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 25 (12):17-32. [Persian]

Strategic Analysis of the Iranian Health Financing System: A Scoping Review

Mosadeghrad AM: PhD. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Heydari M: PhD. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ramandi S: PhD. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abbasi M: PhD. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: Ma-abbasi@razi.tums.ac.ir

Received: Jul 7, 2020

Accepted: Dec 30, 2020

ABSTRACT

Background and Aim: The health system financing is the process of collecting, pooling and managing financial resources and purchasing healthcare services. Health financing plays an important role in achieving the health system goals and objectives specially universal health coverage. The aim of this study was to strategically analyze the Iranian health financing system and recommend strategies to strengthen it.

Materials and Methods: Using the scoping review method, all published studies about the strengths, weaknesses, opportunities and threats of the Iranian health financing system were searched in eight databases including "PubMed", "Scopus", "Science Direct", "Embase", "ProQuest", "SID" and "Magiran", as well as the "National Database of Medical Science Theses" and two search engines, namely, "Google" and "Google scholar". Finally, 29 studies were selected and analyzed using the framework analysis method and MAXQDA software.

Results: Extended health insurance coverage, reduced out-of-pocket payments following the national health transformation plan, and increased healthcare tariffs were the strengths of the Iranian health financing system. On the other hand, regressive financing, high out-of-pocket payments and increased number of health insurance companies were the weaknesses of Iran's health financing system. Political sanctions, financial crises and increased healthcare demands were the threats, while supportive laws, the NGO's financial support, increased number of health care organizations and modern technologies were among the important opportunities for the Iranian health financing system. Increasing the health system financial resources through prepayments, structural and policy unification of health insurance system, health service tariff reform and enhancing health system efficiency and healthcare services quality are essential to strengthen the Iranian health financing system.

Conclusion: The Iranian health financing system is not resilient and faces several challenges. The health system policy-makers and senior managers should adopt the recommended strategies to strengthen the national health financing system.

Keywords: Health Financing System, Iranian Health System, Strategic Analysis, Scoping Review

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.