

شکاف‌های دانشی اقتصاد سلامت و پوشش همگانی سلامت



اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر پروانه اصفهانی، مهناز افشاری، مهدیه حیدری، دکتر رحیم خدایاری، سجاد رامندی
شیوا طلوعی رخشان، محیا عباسی، مهدی عباسی، فرشته کریمی، دکتر علی محمد مصدق راد
یگانه پرتوی، دکتر علیرضا محبوب اهری

اسامی ویراستاران:

پریسا ابویی مهریزی، دکتر ماریتا محمدشاهی، دکتر زهرا غریب ناصری، دکتر محمدرضا مبینی‌زاده،
دکتر علیرضا اولیایی‌منش، دکتر علی اکبری ساری

شاپک و شناسنامه

بسمه تعالی

پیشگفتار

تأمین مالی به عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نقش بسزایی در دستیابی کشورها به پوشش همگانی سلامت دارد. پژوهش‌هایی که در زمینه موضوعات اصلی این حوزه صورت گرفته، با تولید شواهد قابل اعتماد می‌تواند یاری‌گر سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت در امر شناسایی چالش‌ها و راهکارهای مناسب برای رفع مشکلات موجود باشد.

چنین پژوهش‌هایی در قالب طرح‌های مراکز تحقیقاتی دانشگاهی، رساله‌های دانشجویی و... انجام می‌شوند و چنانچه شواهد حاصل از آنها به صورت جامع و یکپارچه در اختیار سیاستگذاران قرار بگیرد می‌تواند علاوه بر ایجاد آگاهی قوی از شرایط نظام تأمین مالی در کشور، شکاف‌های دانشی موجود در این حوزه را تبیین کند.

اطلاع از شکاف‌های دانشی موجود در هر حوزه، برای جهت‌دهی به فرایند تحقیقات علمی، هدایت نیروهای پژوهشی کشور به سمت اهم موضوعات و همینطور پرهیز از دوباره‌کاری‌های غیرضروری پژوهشی حائز اهمیت بالایی است.

به همین دلیل موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۷ سفارش تهیه مطالعه‌ای در خصوص یکپارچه‌سازی گزارشات موجود در حوزه‌های الگوی تأمین مالی پایدار، انباشت مالی، نظام پرداخت، تعرفه‌گذاری، پرداخت‌های غیررسمی و طبابت چندگانه را به محققین و اساتید برجسته‌ای در حوزه مدیریت سلامت واگذار کرد که حاصل این مطالعه در دو جلد کتاب تنظیم شده است. مخاطب این دو جلد در درجه نخست سیاستگذاران نظام سلامت می‌باشد به ویژه آن‌هایی که به صورت مستقیم با موضوعات پیش گفت سر و کار دارند.

علاوه بر این گروه، محققین فعال در حوزه مدیریت سلامت و مدیران امر تحقیقات می‌توانند از شکاف‌های دانشی تبیین شده در این کتاب جهت هدایت تحقیقات به سمت خला‌های موجود و استفاده بهینه از منابع تحقیقاتی بهره ببرند.

امید است انتشار این کتاب قدمی هر چند کوچک در راه ارتقای نظام سلامت کشور و دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای ایرانیان باشد.

دکتر علی اکبری ساری

رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

بسمه تعالی

پیشگفتار دوم

نظام سلامت همانند دیگر حوزه‌های مهم اجتماع بشری، اثرات بسیاری بر سیاست‌های یک کشور دارد. از جمله وظایف مهم دولت‌ها تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و در کنار آن تامین مالی نظام سلامت است. به عبارت دیگر وظیفه مهم برای دولت‌ها در بخش سلامت، پوشش همگانی سلامت و در راستای آن، تامین مالی نظام سلامت می‌باشد. پوشش همگانی سلامت بدان مفهوم است که انواع خدمات سلامت با کیفیت و بدون تحمیل بار مالی برای افراد جامعه فراهم شود.

تامین مالی نظام سلامت به نوبه خود، یکی از چهار عملکرد اصلی نظام سلامت و بر پایه‌ی جمع‌آوری درآمد، انباشت و تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات تقسیم می‌شود. هدف نهایی این است که با تامین مالی مناسب، افراد جامعه با تحمیل کمترین هزینه‌ها یا حذف هزینه‌ها بتوانند خدمات سلامت را بطور کامل دریافت کنند و از مزایای آن بهره‌مند شوند.

با توجه به نقش کلیدی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران بعنوان یک سازمان واسط دانش در حوزه سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت کشور، گروه اقتصاد سلامت این موسسه بنا به پیشنهاد ارزنده ریاست محترم وقت، برآن شد تا با اجرای طرح‌هایی در راستای اولویت بندی و تعیین شکاف‌های دانشی حوزه تامین مالی بخش سلامت کشور بتواند از اجرای طرح‌های تکراری جلوگیری نموده و در عین حال به اجرای طرح‌های با تاثیرگذاری بالا در نظام سلامت ایران کمک نماید که دو مجلد در همین راستا با کمک اساتید و پژوهشگران برجسته کشور تهیه گردید که امیدواریم مورد استقبال پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت کشور قرار گیرد.

ضمناً وظیفه خود میدانیم بار دیگر از زحمات و راهنمایی‌های جناب آقای دکتر اکبر فتوحی رئیس سابق موسسه ملی تحقیقات سلامت که منجر به آغاز این پژوهش و در نهایت تدوین دوجلد کتاب ارزشمند شد، تشکر ویژه بنمایم.

دکتر علیرضا اولیایی منس

مدیرگروه اقتصاد سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح

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



شماره طرح:

۹۸۰۱۱۰

همکاران پروژه:

دکتر علی محمد مصدق‌راد، دکتر پروانه اصفهانی، دکتر رحیم خدایاری
محیا عباسی، سجاد رامندی، مهدی عباسی، مهدیه حیدری
فرشته کریمی، شیوا طلوعی‌رخشان، مهناز افشاری

تاریخ
پنجاب

خلاصه اجرایی طرح

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

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

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

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

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

فهرست محتوی

| | |
|----|---|
| ۵ | خلاصه اجرایی طرح |
| ۱۲ | فصل اول |
| ۱۲ | کلیات و بیان مسأله |
| ۱ | مقدمه |
| ۱ | ۲-۱- بیان مسأله |
| ۴ | ۳-۱- اهمیت موضوع |
| ۶ | ۴-۱- اهداف تحقیق |
| ۸ | فصل دوم |
| ۸ | بررسی متون |
| ۹ | ۱-۲- مقدمه |
| ۹ | ۲-۲- کارکردها و اهداف نظام سلامت |
| ۱۱ | ۳-۲- پوشش همگانی سلامت |
| ۱۳ | ۴-۲- نظام سلامت در کشورهای منتخب جهان |
| ۲۸ | ۵-۲- تأمین مالی نظام سلامت |
| ۳۲ | ۶-۲- تأمین مالی پایدار نظام سلامت |
| ۳۴ | ۷-۲- مرور مطالعات |
| ۳۶ | فصل سوم |
| ۳۶ | مواد و روش کار |
| ۳۷ | ۱-۳- مقدمه |
| ۳۷ | ۲-۳- نوع پژوهش |
| ۳۸ | ۳-۱۳- روش انجام پژوهش |
| ۴۰ | ۴-۳- روش تحلیل داده‌ها |
| ۴۲ | فصل چهارم |
| ۴۲ | یافته‌های پژوهش |
| ۴۳ | ۱-۴- مقدمه |
| ۴۳ | ۲-۴- مطالعات انجام شده در حوزه تأمین مالی نظام سلامت |
| ۴۳ | ۳-۴- ابعاد و شاخص‌های حوزه تأمین مالی پایدار نظام سلامت |
| ۴۹ | ۴-۴- تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۵۵ | ۵-۴- استراتژی‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران |
| ۵۶ | - راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۶۰ | فصل پنجم |
| ۶۰ | بحث و نتیجه‌گیری |
| ۶۱ | ۱-۵- مقدمه |

| | |
|----|-----------------------------------|
| ۶۱ | ۲-۵- بحث |
| ۷۳ | ۳-۵- نتیجه‌گیری |
| ۷۳ | ۴-۵- پیشنهادات کاربردی |
| ۷۴ | ۵-۵- پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی |
| ۷۵ | منابع و مأخذ |

فهرست جداول

| | |
|----|--|
| ۲۳ | جدول ۲-۱- سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۲۴ | جدول ۲-۲- انواع بیمه‌های سلامت و الگوی پرداخت حق بیمه |
| ۲۷ | جدول ۲-۳- وضعیت تأمین مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب مورد مطالعه در سال ۲۰۱۸ |
| ۲۸ | جدول ۲-۴- شاخص‌های سلامت در برخی کشورهای منتخب مورد مطالعه |
| ۳۹ | جدول ۳-۱- استراتژی جستجو و تعداد مطالعات به دست آمده از پایگاه‌های مورد بررسی |
| ۴۵ | جدول ۴-۱- تاکسونومی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت |
| ۴۷ | جدول ۴-۲- تعاریف شاخص‌های مورد بررسی در تأمین مالی پایدار در نظام سلامت |
| ۵۰ | جدول ۴-۳- نقاط قوت سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۵۱ | جدول ۴-۴- نقاط ضعف سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۵۲ | جدول ۴-۵- فرصت‌های سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران |
| ۵۳ | جدول ۴-۶- تهدیدهای سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران |

فهرست نمودارها

| | |
|----|---|
| ۱۳ | نمودار ۲-۲- تأمین مالی نظام سلامت در کانادا در سال ۲۰۱۸ |
| ۲۶ | نمودار ۲-۳- ارائه خدمات سلامت در ایران |
| ۲۸ | نمودار ۲-۴- سیستم تأمین مالی نظام سلامت |
| ۳۰ | نمودار ۲-۵- روش‌های تأمین مالی نظام سلامت |
| ۳۳ | نمودار ۲-۶- مقایسه ایران با کشورهای منطقه خاورمیانه در شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت |
| ۴۰ | نمودار ۳-۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات |
| ۴۳ | نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال |
| ۴۴ | نمودار ۴-۲- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال |
| ۴۶ | نمودار ۴-۳- توزیع فراوانی شاخص‌های تأمین مالی پایدار بر حسب ابعاد تأمین مالی |
| ۴۶ | نمودار ۴-۴- توزیع فراوانی مقالات بر حسب بیشترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت |
| ۴۹ | نمودار ۵-۴- توزیع فراوانی مطالعات تأمین مالی سلامت به تفکیک سال انجام |
| ۵۲ | نمودار ۶-۴- پرتکرارترین نقاط ضعف تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات |
| ۵۴ | نمودار ۷-۴- پرتکرارترین تهدیدهای تأمین مالی نظام سلامت ایران بر اساس مطالعات |
| ۵۶ | نمودار ۴-۸- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک روش کار |
| ۵۷ | نمودار ۴-۹- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک سال انجام مطالعات |
| ۵۹ | جدول ۴-۸- شکاف‌های دانشی موجود در حوزه تأمین مالی نظام پایدار سلامت |

فهرست اشکال

| | |
|----|---|
| ۱۲ | شکل ۲-۱- حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت |
| ۴۴ | شکل ۴-۱- توزیع فراوانی درصد مقالات ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در جهان |
| ۵۷ | شکل ۴-۲- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار سلامت در ایران |

فصل اول

کلیات و بیان مسأله

مقدمه

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

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

۱-۲- بیان مسأله

«نظام سلامت شامل موسسات دولتی و خصوصی است که وظیفه سازماندهی، برنامه‌ریزی، قانونگذاری، تأمین مالی و هماهنگی خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند. هدف اصلی نظام سلامت تأمین، ارتقاء و حفظ سلامت مردم جامعه است» (۱). پوشش همگانی سلامت به عنوان یک استراتژی مناسب برای دستیابی کشورهای جهان به هدف «سلامتی برای همه» از سال ۲۰۰۰ میلادی مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. پوشش همگانی سلامت، دسترسی همه افراد و جوامع به خدمات سلامت پیشگیری، درمانی و توانبخشی باکیفیت، به‌هنگام نیاز بدون مواجهه با مشکلات مالی است که شامل سه بعد پوشش جمعیتی، پوشش خدمتی و پوشش مالی می‌باشد (۴). پوشش همگانی سلامت در صورت اجرای درست، منجر به بهبود نتایج سلامتی برای مردم جامعه، کاهش نابرابری و بی‌عدالتی و رشد اقتصادی جامعه می‌شود. به طوری که به گفته مدیر کل اسبق سازمان بهداشت جهانی، مارگاریت جان، پوشش همگانی سلامت «تنها مفهوم قدرتمندی است که توانسته است بهداشت عمومی را ارائه کند» (۵). این امر، نشان‌دهنده توجه در سراسر جهان به پوشش همگانی سلامت است. به طوری که حتی در کشورهای که درآمد اندکی دارند نیز، پوشش همگانی سلامت به عنوان راه کلیدی موثر برای کم کردن فقر مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت و همچنین افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی معرفی شده است (۶).

در سال ۲۰۱۰ سازمان بهداشت جهانی، مفهوم پوشش همگانی سلامت را این چنین تعریف میکند: پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند (۶). پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه

خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می‌گیرد و هدف آن، ایجاد ضمانتی برای دسترسی به خدمات درمانی و محافظت مالی برای همه است. مفهوم پوشش همگانی خدمات سلامت برای اولین بار در سال ۱۸۸۳ در کشور آلمان که برای زیر پوشش بردن جمعیت جوان خود تلاش می‌کرد معرفی و ایجاد شد. بعد از این عملکرد کشور آلمان، کشورهای دیگری برای این امر تلاش کردند، که در نهایت در سال ۲۰۰۵، اعضای سازمان جهانی بهداشت، قطعنامه‌ای را امضا کردند که به موجب آن کشورها به توسعه‌ی نظام‌های سلامت خود در جهت رسیدن و یا حفظ پوشش همگانی سلامت تشویق شدند (۷).

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

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

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

در بسیاری از کشورها از پنج روش درآمدهای عمومی، بیمه‌ی سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، پرداخت مستقیم مردم و کمک‌های خیریه برای تأمین مالی نظام سلامت استفاده می‌شود (۱۳). درآمدهای عمومی شامل به‌کارگیری درصدی از درآمدهای عمومی دولت مانند مالیات، فروش منابع طبیعی، عواید گمرکی و استقراض در بخش سلامت است. در بیمه سلامت اجتماعی، هر فرد واجد شرایط (کارکنان و کارگران قانونی) باید عضو سازمان بیمه اجتماعی شده و حق بیمه پردازد تا از مزایای آن استفاده کند. حق بیمه اجتماعی معمولاً بر اساس درآمد افراد بوده، میان کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود. در بیمه سلامت خصوصی، یک سازمان بیمه‌ی خصوصی در قبال دریافت حق بیمه از افراد نسبت به بازپرداخت هزینه‌های سلامت آن‌ها اقدام می‌کند. حق بیمه‌ی خصوصی توسط فرد پرداخت می‌شود و ممکن است میان فرد و کارفرمای او تقسیم شده، یا به طور کامل توسط کارفرما پرداخت

شود. پرداخت مستقیم، پرداخت توسط بیمار به ارائه‌کننده‌ی خدمت هنگام دریافت خدمات سلامت است. این روش ناکارآمدترین و ناعادلانه‌ترین روش تأمین مالی نظام سلامت است. در نهایت، روش کمک‌های مردمی شامل مشارکت مردم محلی یا نهادهای بین‌المللی در پرداخت هزینه‌های سلامت است. این روش، نقش مهمی در تأمین مالی نظام سلامت کشورهای با درآمد بسیار پایین ایفا می‌کند (۱۳).

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

در کشور ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تعریف دقیق ابعاد بخش سلامت، شناسایی و ارزیابی منابع مالی پشتیبان و تجزیه و تحلیل مطالعات تأمین مالی نظام سلامت نیاز به توجه جدی دارد. مهمترین مشکل در این کشورها، عدم وجود منابع کافی به منظور ارائه حداقل مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است. مهمترین راهکار جهت رفع این چالش، افزایش هرچه بیشتر منابع مالیاتی در بلندمدت است. این کشورها باید با افزایش حمایت‌های مالی و نیز بهبود روش‌های مدیریتی به دنبال رفع ناکارآمدی منابع باشند، باید تلاش کنند تا هزینه‌های جاری و نیروی انسانی را در بخش سلامت پوشش داده و بتوانند با انجام مطالعات کاربردی و به موقع اطلاعات مناسبی را فراهم کنند (۱۵).

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

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

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

۱-۳- اهمیت موضوع

بسیاری از مشکلات نظام‌های سلامت ریشه در تأمین مالی آنها دارد. نظام تأمین منابع مالی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار مورد توجه بوده و در بعد حفاظت مالی آن، دو شاخص میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن و شاخص فقر ناشی از پرداخت‌های مستقیم از جیب برای سلامت مطرح می‌گردد. برای تحقق هدف پوشش همگانی سلامت نیاز به منابع مالی پایدار در بخش سلامت است.

شاخص‌های مختلفی برای تأمین مالی نظام سلامت تعریف شده است که هر یک جنبه‌های مختلفی از نظام مالی را توصیف می‌کنند. رشد و پایش مستمر شاخص‌های کلان تأمین مالی یا مخارج سلامت در هر نظام سلامتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌توان با رصد این شاخص‌ها از نقاط قوت و ضعف سیستم مالی اطلاع پیدا کرد. برای مثال، بررسی آخرین اطلاعات شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۳۹۶ به ۹ درصد و شاخص سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت به ۲۳ درصد در آن سال رسیده است. بیشترین میزان رشد در سهم سلامت از بودجه عمومی دولت مربوط به سال ۱۳۹۳ مقارن با اجرای طرح تحول سلامت است که نزدیک به یک چهارم بودجه عمومی کشور به بخش سلامت اختصاص داده شد. از طرف دیگر شاخص‌های نظام تأمین مالی سلامت شاخص سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت است که براساس آمار از ۵۴/۱ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۴۲ درصد در سال ۱۳۹۶ کاهش یافته است (۱۶، ۱۷). این مقدار کاهش از جمله دستاوردهای برنامه طرح تحول سلامت بود. شاخص سهم بودجه عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت به ۵۱ درصد در سال ۱۳۹۶ رسید که بیشترین رشد این شاخص پس از اجرای طرح تحول سلامت و تخصیص ۱۰٪ منابع حاصل از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه و ۱٪ مازاد مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت است (۱۷). بنابراین شناسایی ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی در ارائه تصویری شفاف در جهت برنامه‌ریزی‌های آتی در این حوزه موثر خواهد بود. نظام سلامت کشور ایران که در آن هم بخش دولتی و هم بخش خصوصی خدمات را ارائه می‌دهند، در محیطی با تغییرات سریع اقتصادی، اجتماعی و فنی عمل می‌کند و این موضوع چالش‌ها و تنش‌های زیادی را ایجاد نموده

است (۱۸). در بین کشورهای منطقه، کشور ایران بیشترین سهم از بودجه عمومی دولت خود را صرف هزینه‌های جاری می‌کند و سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت (۴۹٪) و سهم پرداخت از جیب (۴۲٪) از هزینه‌های جاری سلامت برای ایران در مقایسه با نظام‌های سلامت موفق در منطقه رقم بسیار بالایی است؛ به عنوان مثال این شاخص‌ها برای ترکیه در همین سال (۲۰۱۷ میلادی) به ترتیب (۲۲٪) و (۱۷٪) است (۱۶). از سوی دیگر طبق گزارش بانک مرکزی در سال‌های اخیر سهم درآمدهای مالیاتی از درآمدهای دولتی کم شده است و در مقابل سهم درآمدهای نفتی از درآمدهای عمومی دولت در حال افزایش است که این منبع به علت نوسانات و شرایط اقتصادی و اجتماعی ناپایدارتر از درآمدهای مالیاتی است (۱۷).

بنابراین در این شرایط ایجاد تغییرات و اصلاحاتی با هدف دسترسی یکسان و برابر برای تمام افراد جامعه به گونه‌ای که آنها قادر به خرید خدمات و پرداخت هزینه‌ها باشند، ضروری خواهد بود. از سوی دیگر اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت و بهره‌مندی جامعه از این خدمات با برنامه‌ریزی مناسب و اتخاذ تصمیماتی جهت افزایش پیش‌پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌پذیرد. تصمیم‌گیری در چنین حوزه‌هایی نیاز به شناخت دقیق از آن حوزه دارد.

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

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

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

۱-۴- اهداف تحقیق

۱-۴-۱- هدف اصلی

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

۱-۴-۲- اهداف اختصاصی

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

۱-۴-۳- هدف کاربردی

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

۱-۵- سوالات تحقیق

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

۱-۶- مشکلات و محدودیت‌های تحقیق

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

۱-۷- ملاحظات اخلاقی

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

۱-۸- تعریف مفاهیم و اصطلاحات

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

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

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

فصل دوم

بررسی متون

۲-۱- مقدمه

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

۲-۲- کارکردها و اهداف نظام سلامت

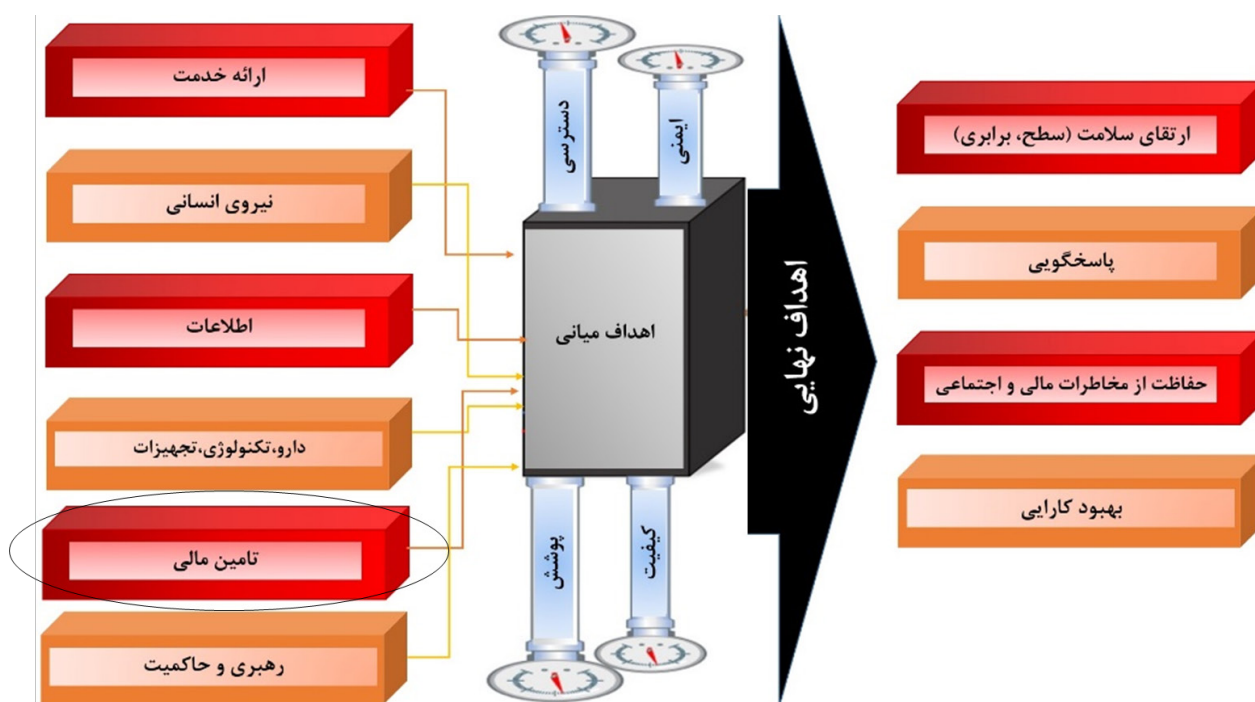
نظام سلامت متشکل از کلیه افراد، سازمان‌ها و منابعی است که در جهت ارتقاء، بازگرداندن و یا حفظ سلامتی، فعالیت می‌کنند (۲۲). سلامتی خوب، «وضعیت بهزیستی و رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ضعف»، پایه و اساس ایجاد نظام‌های سلامت است. علی‌رغم آنکه بخش اعظم سلامتی بر عهده افراد، خانواده‌ها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

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

تغییر و تحولات ناشی از تغییرات عمده سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و تکنولوژیکی؛ مدیران و سیاستگذاران نظام‌های سلامت را با چالش‌های زیادی مواجه کرده است (۲۵، ۲۶). منابع محدود در سیستم‌های سلامت و نیازهای نامحدود مردم، استفاده ناکارآمد از خدمات بهداشتی و درمانی، دسترسی، تأمین کیفیت، کارایی، بهره‌وری و ایمنی خدمات، سازماندهی و مدیریت نظام سلامت و نابرابری در برخورداری از خدمات

1. World Health Organization

سلامت از جمله این چالش‌ها هستند (۳۰-۲۷). رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا نیز به یکی از دغدغه‌های اصلی تصمیم‌گیران حوزه سلامت تبدیل شده است. گسترش مداوم فن‌آوری‌های جدید و گران قیمت، افزایش آگاهی و انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن و سخت در میان مردم، از دلایل رشد هزینه‌ها بوده است (۳۱).



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

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷

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

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

۲-۳- پوشش همگانی سلامت

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

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

پوشش همگانی سلامت سه مولفه کلی را در بر دارد که عبارتند از: الف: پوشش کامل خدمات مورد نیاز، ب: محافظت مالی از بیماران در برابر هزینه‌های مستقیم که برای دریافت خدمات پرداخت می‌کنند و ج: تحت پوشش قرار دادن کل جمعیت، که به صورت کلی بیان می‌کنند، اینکه چه خدماتی را پوشش دهیم برای چه جمعیتی و با چه میزان از سطح مشارکت هزینه‌ای این پوشش را حمایت کنیم، که اینها با عناوین پوشش جمعیتی، پوشش خدماتی و پوشش هزینه‌ای مطرح می‌شوند (۴، ۳۴).

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

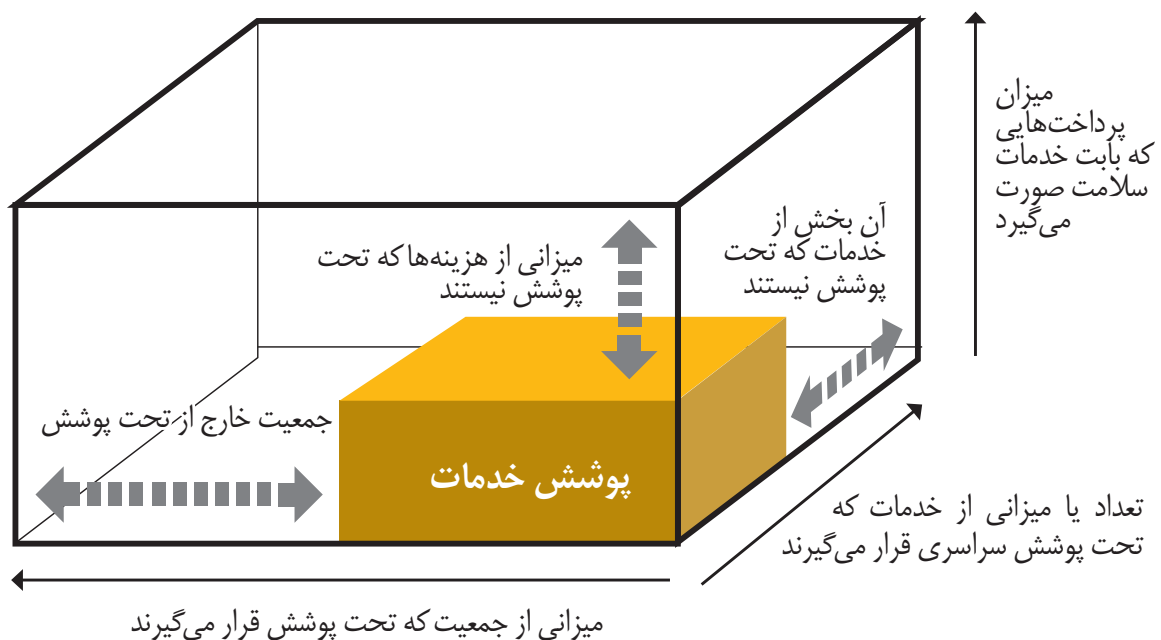
برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد و این به این دلیل است که، هیچ نوع دستورالعمل واحد و معینی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت^۱ وجود ندارد و پوشش همگانی بدست آمده در کشورها با شرایط قانونی مختلف، منابع مالی متفاوت، روابط بین ارائه‌دهنده و پرداخت کننده و شکل‌های متفاوت مالکیتی به دست آمده است. به عنوان مثال شهروندان کشورهای سوئیس و مالزی برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشت عمومی خود وابسته به درآمدهای مالیاتی می‌باشند؛ در حالیکه شهروندان کشورهای ژاپن و شیلی وابسته به پرداخت حق بیمه و کسر از حقوق و دستمزد می‌باشند. ولی با وجود این تفاوت‌ها می‌توان گفت که

1. 1 Universal Health Coverage

به پوشش همگانی دست پیدا کرده‌اند، زیرا که آنها حقوق مربوط به مراقبت‌های بهداشتی درمانی را به صورت قابل ملاحظه‌ای چه در عمل و چه در حمایت از مشکلات مالی عملی کرده‌اند. به صورت تاریخی می‌توان بیان کرد که چهار دلیل اساسی باعث شده است که برخی کشورها بتوانند به پوشش همگانی دست پیدا کنند:

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

اگر بخواهیم تعریف کلی از پوشش همگانی سلامت داشته باشیم می‌توان آن را به صورت کلی اینگونه تعریف کرد که، پوشش همگانی خدمات سلامت به این معنی است که مردم بتوانند تمامی نیازهای بهداشتی درمانی خود را در تمامی موارد چه در رابطه با پیشگیری و چه در زمینه‌های دریافت خدمات درمانی، توانبخشی و یا تسکینی با بهترین سطح کیفیت بدون ایجاد مشکلات مالی دریافت کنند. همچنین پوشش همگانی سلامت دارای دو قسمت اصلی بوده و در سه بعد دسته‌بندی می‌شود. دو قسمت اصلی کیفیت، پوشش خدمات بهداشتی درمانی ضروری و پوشش مالی برای کل جمعیت بیان شده است. همچنین پوشش خدمات بهداشتی موثر، پوشش مالی و پوشش جمعیتی در پوشش همگانی خدمات سلامت به عنوان سه بعد اصلی پوشش همگانی سلامت بیان شده‌اند (شکل یک) (۳۸).



شکل ۱-۲- حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت

Source: World Health Report, 2010

همچنین، برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت می‌توان پیش‌نیازهایی را در نظر گرفته و آنها را دسته‌بندی کرد. از میان پیش‌نیازها سه پیش‌نیاز اساسی که از ضرورت بسیار بالایی برخوردار می‌باشند: اول می‌توان نیاز به

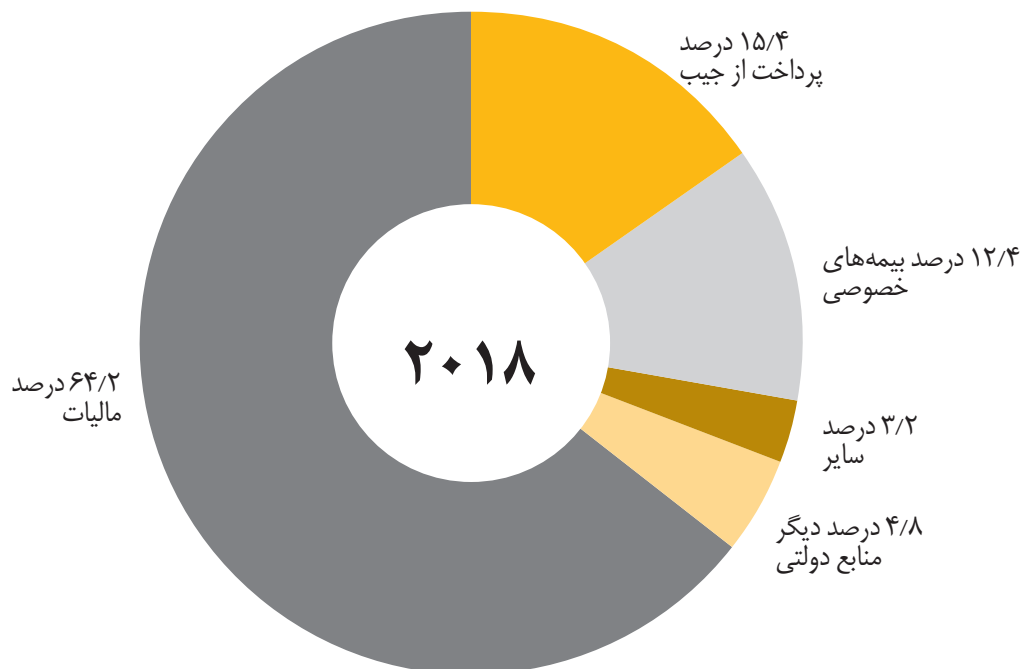
منابع کافی را معرفی کرد که بتواند پاسخگویی نیازهای خدمات بهداشتی درمانی مردم باشد. دومین نیاز را می‌توان کاهش مخاطرات مالی و همچنین موانعی که بر سر راه استفاده بهینه از منابع موجود وجود دارد معرفی نمود. در نهایت؛ سومین نیاز را می‌توان افزایش ظرفیت و قابلیت مردم در بهره‌مندی موثر از منابع در دسترس عنوان نمود (۳۹، ۴۰).

۲-۴- نظام سلامت در کشورهای منتخب جهان

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

۲-۴-۱- نظام سلامت کانادا

مدل نظام سلامت کانادا، بیمه سلامت ملی (Medicare) است. در کانادا، تأمین مالی بر عهده دولت بوده اما خدمات عمدتاً توسط نهادهای خصوصی ارائه می‌شود. این مدل به دلیل وجود سیستم بیمه‌ای، دارای ویژگی‌های بیمه بیسمارک و به دلیل پوشش همگانی بدون پرداخت حق بیمه مشابه نظام ملی سلامت بورج است. منبع اصلی تأمین مالی نظام سلامت کانادا، مالیاتی است که از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها اعمال می‌گردد. پرداخت‌های از جیب و بیمه درمان خصوصی نیز وجود دارد. شهروندان پرداختی بابت هزینه خدمات پزشکی و بیمارستانی نداشته و پرداخت از جیب برای داروها نیز اندک است.



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

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

بیمه سلامت خصوصی در کانادا برای پوشش خدماتی که تحت پوشش مدیکیر^۱ قرار نمیگیرند، استفاده می‌شود. بیمه سلامت خصوصی تلاش می‌کند جایگزینی خصوصی با دسترسی سریع به خدماتی را فراهم کند که طبق یکسری قوانین از سوی پزشکان و بیمارستان‌ها با محدودیت‌هایی روبرو است. بیمه سلامت خصوصی بیشتر به شکل برنامه‌های مزایای گروهی هستند که توسط کارفرماها، اتحادیه‌ها، سازمان‌های حرفه‌ای و ... حمایت می‌شود (۴۴-۴۶). این نوع بیمه بیشتر بر پایه شغل است و کانادایی‌هایی که به واسطه بیمه سلامت خصوصی بر پایه شغل، خدمات دریافت می‌کنند، عمدتاً در مورد این مزایا معاف از مالیات هستند. مزایای ارائه‌شده در بیمه‌ی سلامت خصوصی عبارتند از جبران هزینه دارو، هزینه‌ی مراقبت‌های پرستاری ویژه، هزینه‌ی آمبولانس، هزینه‌ی ویلچر و عصا، بیمه‌ی خدمات دندانپزشکی، جبران هزینه‌ی عینک و جبران هزینه‌ی ماساژ و درمان‌های اختلالات اعصاب و عضلات. جهت دریافت این بیمه شهروندان کانادایی هزینه‌ای را بطور ماهیانه به اداره بیمه پرداخت می‌نمایند. گاهی اوقات افراد در ابتدای ورود خود به کانادا نمی‌توانند از خدمات درمانی رایگان بهره‌مند شوند، در این صورت این اشخاص می‌توانند خود را تحت پوشش بیمه‌های درمانی خصوصی قرار دهند. بطور کلی، از زمانی که بیش از نیمی از داروهای تجویزی، قسمت اعظم مراقبت دندانپزشکی و برخی مراقبت‌های بینایی‌سنجی به طور خصوصی تأمین بودجه می‌شود، بسیاری از مردمان کانادا بیمه سلامت خصوصی را استفاده می‌کنند تا قسمتی یا تمام هزینه خدمات و اقلام بهداشتی را پوشش بدهند (۴۵).

قانون اساسی کانادا نقش‌ها و مسئولیت‌ها را در بین دولت‌های فدرال، ایالتی و محلی سازماندهی و تقسیم نموده است. دولت فدرال مسئول سیاستگذاری در حوزه سلامت و رگیولاتوری^۲ در حوزه دارو، غذا و تجهیزات پزشکی است. همچنین دولت فدرال موظف است تا دولت‌های ایالتی و محلی را برای اجرای سیاست‌های حوزه سلامت حمایت مالی کند. علاوه بر این دولت فدرال وظیفه پوشش هزینه‌های سلامت برخی اقشار خاص مانند پناهجویان، بومیان ساکن مناطق دور افتاده، زندانیان و سربازان از کارافتاده را برعهده دارد.

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

1. Medicare
2. regulatory

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

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

۲-۴-۲- نظام سلامت انگلستان

مدل نظام سلامت انگلستان، طب ملی (NHS) است. در این نظام خدمات کامل به همه افراد بدون توجه به جنسیت، نژاد، مذهب و ... ارائه می‌شود. خدمات NHS رایگان بوده و خدمات پیشگیری، رسیدگی به بیماران سرپایی و بستری با مراقبت تخصصی بیمارستانی، دارو برای بیماران سرپایی و بستری شده، خدمات دندانپزشکی، مراقبت‌های بهداشت روانی، آموزش و توانبخشی به معلولین را پوشش می‌دهد.

قسمت عمده مخارج درمانی بر عهده NHS است. این نهاد عمدتاً از طریق منابع دولتی تغذیه می‌شود. منابع دولتی شامل درصدی از GDP، مالیات و حق بیمه‌های ملی است. قسمتی از تأمین مالی نیز برعهده منابع خصوصی است (حدود ۱۱ درصد مردم انگلستان بطور داوطلبانه حق بیمه خصوصی را می‌پردازند و دولت کمک یا سهمی در پرداخت این حق بیمه‌ها ندارد). معافیت پرداخت برای گروه‌های پرخطر شامل افراد پیر و ناتوان، افرادی با درآمد کم و خانم‌های باردار وجود دارد (۴۸). بطور کلی بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۱۹، منابع تأمین مالی شامل مالیات‌های عمومی (۷۹ درصد)، سهم بیمه‌های خصوصی (۳ درصد)، پرداخت از جیب (۱۶ درصد) و سایر منابع درآمدی (۲ درصد) است (۴۴).

خدمات بیمه‌ای خصوصی توسط ترکیبی از بیمه‌های انتفاعی و غیرانتفاعی ارائه می‌گردد. بیمه‌های خصوصی استفاده

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

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

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

نظام سلامت انگلستان دارای مراکز سلامت استراتژیک (رابط بین نظام ملی سلامت انگلستان و وزارت بهداشت)، مراکز هدایت و راهنمایی (ارائه مشاوره سریع و رایگان ۲۴ ساعته در ارتباط با سلامت انفرادی)، اتحادیه‌های نظام ملی سلامت (بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات، از طریق پزشک خانواده بجز در موارد اورژانس)، اتحادیه‌های مراقبت‌های اولیه (مسئول برنامه‌ریزی، هدایت خدمات و بهبود سلامت جمعیت‌های محلی)، مراکز مراقبت‌های ثانویه (مراکز سلامت ویژه درمان‌های تخصصی که توسط بیمارستان‌ها ارائه می‌شود) می‌باشد (۴۸، ۴۹).

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

۲-۴-۳- نظام سلامت آمریکا

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

تأمین مالی بواسطه دو بخش عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. تأمین مالی خصوصی از طریق پرداخت‌های مستقیم خانوار به این صورت است که بیماران پرداخت‌هایی را به داروسازان، بیمارستان‌ها (عمومی و خصوصی)،

متخصصین و پزشکان مراقبت‌های اولیه و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت انجام می‌دهند. تأمین مالی از بخش عمومی از محل درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق-بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی انجام می‌شود. به این صورت که مالیات‌ها و مالیات‌های دستمزد از افراد جامعه، به دولت مرکزی و ایالتی پرداخت می‌شود که تأمین‌کننده منابع مالی خدمات مراقبت پزشکی و درمانی و پوشش نظامی و سایر خدمات سلامت همگانی است. حدود ۲۶ درصد تأمین مالی بر عهده دولت، ۵۸ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱۱ درصد پرداخت از جیب و ۴ درصد سایر منابع است (۴۳، ۴۴).

در آمریکا، برنامه‌های دولتی شامل مدیکیر، مدیکید^۱ و برنامه‌هایی برای ارتش و کودکان است. بیمه‌های خصوصی نیز عمدتاً (گروهی، فردی) هستند.

مدیکید: مدیکید برنامه‌ای دولتی برای تحت پوشش قرار دادن خانواده‌ها و افراد کم‌درآمد است که توسط دولت‌های فدرال و ایالتی تأمین مالی شده و توسط ایالات مدیریت می‌شود. از مهم‌ترین شرایط دریافت مدیکید، شهروند بودن یا مقیم دائم قانونی ایالات متحده است. بر اساس جدیدترین گزارش (۲۰۱۹)، حدود ۷۵/۸ میلیون فرد تحت پوشش مدیکید قرار دارند^۲.

مدیکیر: مدیکیر یک برنامه ملی بیمه اجتماعی است که مسئولیت آن بر عهده دولت فدرال بوده و آمریکاییان بالای ۶۵ سال و افراد جوان‌تر دارای ناتوانی و مشکلات دیالیزی را تحت پوشش قرار می‌دهد. این برنامه دارای بخش‌های A (بیمه بیمارستانی - پوشش مراقبت‌های بستری در بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری، مراقبت بستری در منزل)، B (بیمه پزشکی - پوشش خدمات پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، تجهیزات پزشکی بادوام مانند صندلی‌های چرخدار، واکرها، تخت بیمارستانی و سایر تجهیزات، بسیاری از خدمات پیشگیرانه مانند غربالگری، واکسن)، D که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی اداره می‌شود (پوشش داروهای تجویزی) است. در خصوص بخش‌های B و D نیاز به پرداخت حق بیمه است. بخش A و B به عنوان مدیکیر اصلی^۳ شناخته می‌شود. در صورت نیاز به پوشش هزینه‌های پرداخت از جیب باید بیمه خصوصی را خریداری نمود. مزایای ارائه شده به بیمه‌شدگان خصوصی در آمریکا شامل پوشش‌های بیمه‌ای مکمل برای جبران هزینه‌های پزشکی و پوشش بیمه‌ای جامع هزینه‌های پزشکی، پوشش بیمه‌ای کاهش درآمد ناشی از کارافتادگی و پوشش بیمه‌ای تصادفات و نقص عضو تصادفی می‌شود^۴.

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

1. Medicare

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

3. Original Medicare

4. www.cms.gov

برنامه بیمه سلامت کودکان^۱: این برنامه پوشش خدمات سلامت را برای کودکان واجد شرایط فراهم می‌کند. CHIP مطابق با الزامات فدرال توسط ایالت‌ها اداره می‌شود. این برنامه به طور مشترک توسط ایالات و دولت فدرال تأمین مالی می‌شود. حدود ۹/۶ میلیون کودک تحت پوشش این بیمه قرار دارند.

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

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

۲-۴-۴- نظام سلامت آلمان

نظام سلامت آلمان تلفیقی از بخش دولتی و خصوصی است. عمده‌ی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی این کشور به نحوی از طریق بیمه و صندوق‌های آن تأمین می‌شود و نظام سلامت این کشور مبتنی بر الگوی بیسمارک است. از سال ۲۰۰۹ اخذ بیمه سلامت برای تمام شهروندان و ساکنان طولانی‌مدت این کشور اجباری شده است. افراد با درآمد پایین، از بیمه سلامت اجتماعی برخوردارند. این بیمه‌های سلامت اجتماعی با صندوق‌های بیماری در ارتباطند. در صورت استفاده از این بیمه، خانواده فرد بیمه‌شده نیز تحت پوشش قرار می‌گیرند. پرداخت هزینه‌های جراحی، دارو، آزمایش، دندانپزشکی و معاینات پزشکی تنها بخشی از خدمتی است که بیمه‌های دولتی به مردم

1. Children Health Insurance Program (CHIP)
2. Health Maintenance Organization
3. Preferred provider organization
4. Accountable Care Organization

آلمان می‌رسانند و بیمه‌های حوادث، سالمندان و از کار افتادگی هم توسط بیمه دولتی انجام می‌شود. افراد با درآمد بالاتر، می‌توانند از بیمه سلامت خصوصی استفاده کنند، با این تفاوت که بیمه بصورت فردی است نه گروهی. افراد عموماً پس از انتخاب بیمه خصوصی نمی‌توانند به SHI برگردند. حق بیمه در بیمه‌های درمانی اجباری با توجه به درآمد تعیین می‌شود. مبنای محاسبه، میزان درآمد کل ناخالص است که ۱۴/۶ درصد از آن (مورخ ۲۰۱۸) به عنوان حق بیمه کسر می‌شود. حق بیمه به طور مساوی، میان کارفرما و کارمند/کارگر تقسیم می‌شود. علاوه بر این، کارمند/کارگر ملزم به پرداخت مبلغ دیگری نیز به شرکت بیمه است، که میزان آن متفاوت است. چنانچه میزان درآمد (مورخ ۲۰۱۸، از ۴۴۲۵ یورو ماهانه) تجاوز کند، تغییری در حق بیمه حاصل نمی‌شود. در بیمه‌های اجباری، فرزندان و همسر میتوانند بدون پرداخت حق بیمه جداگانه، تحت پوشش بیمه خانواده قرار گیرند (۵۳). بر اساس گزارش جهانی سال ۲۰۱۹ میلادی، منبع تأمین مالی بطور کلی شامل ۶ درصد منابع دولت، ۷۸ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱ درصد بیمه خصوصی، ۱۳ درصد پرداخت از جیب و ۲ درصد سایر منابع است (۴۴). بیمه‌های خصوصی در نظام سلامت آلمان هم نقش مکمل و هم نقش جایگزین را دارند. مکمل برای خدماتی که تحت پوشش SHI قرار نمی‌گیرد و جایگزین برای افرادی که تحت پوشش SHI قرار ندارند. بیمه‌های خصوصی بر خلاف SHI، مبتنی بر ریسک هستند. عضویت در بیمه درمانی خصوصی برای همه امکانپذیر نیست. کارمندان/کارگران میتوانند در صورت کسب درآمد ناخالص بیش از حد نصاب بیمه اجباری (مورخ ۲۰۱۸ ماهیانه ۴۹۵۰ یورو) تحت پوشش بیمه درمانی خصوصی قرار گیرند. در این صورت افراد مربوطه باید جهت معافیت از پرداخت حق بیمه اجباری، کتباً درخواست دهد. شرط عضویت در اغلب شرکت‌های بیمه خصوصی، اقامت در آلمان برای یک دوره زمانی معین است. بیمه‌گذاران خارجی ملزم به ارائه ادله لازم مبنی بر اقامت بلند مدت خود در آلمان میباشند. بسیاری از شرکت‌های بیمه خصوصی تعرفه خاصی که مناسب این گروه از بیمه‌گذاران بوده و با نیازها و مدت زمان اقامتشان سازگار باشد را ارائه می‌کنند. در صورت درخواست عضویت در بیمه خصوصی، سئوالات دقیقی (در خصوص وضعیت سلامت) از بیمه‌گذار پرسیده می‌شود. قرارداد بیمه‌ی آلمان، به محض بازگشت بیمه‌گذار به کشور زادگاه لغو می‌گردد. حق بیمه در بیمه‌های خصوصی بدون توجه به میزان درآمد، بر اساس وضعیت سلامت، سن و دامنه مزایای بیمه تعیین می‌شود. حق بیمه برای هر بیمه‌گذار به صورت شخصی محاسبه می‌گردد.

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

در نظام سلامت آلمان قدرت تصمیم‌گیری بین دولت فدرال و سازمان‌های جوامع مدنی - قانونی تقسیم شده است. در سطح فدرال مسائل مرتبط با برابری، جامعیت و تعیین قوانین مرتبط با ارائه و تأمین مالی مدیریت

می‌گردد. در سایر سطوح نیز حفظ زیرساخت‌های بیمارستان‌ها و تأمین مالی آنها، نظارت بر موسسات، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، نظارت بر فعالیت‌های بازرگانی، دارو، بهداشت محیط، غذا و نظارت بر پزشکان محلی و ... صورت می‌گیرد. از نظر ساختار تشکیلاتی باید گفت که در آلمان وزارت کار و امور اجتماعی بالاترین مرجع در گستره خدمات اجتماعی است.

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

۲-۴-۵- نظام سلامت فرانسه

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

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

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

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

۲-۴-۶- نظام سلامت سوئد

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

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

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

در سوئد نظام سطح‌بندی خدمات تعریف شده است. در سطح اول، مراقبت‌های سرپایی توسط بخش دولتی و خصوصی ارائه می‌شود. خدمات ارائه‌شده شامل واکسیناسیون، مشاوره، کنترل است. در این سطح مراکز بهداشت محلی، مطب پزشکان خانواده، درمانگاه‌های پرستاری و درمانگاه‌های کودکان و مراکز بهداشت مادران فعال هستند. در سطح دوم، خدمات بستری در بیمارستان‌های محلی ارائه می‌گردد و بیمار می‌تواند بدون ارجاع مستقیماً وارد بیمارستان شود. در سطح سوم نیز خدمات بستری تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستان‌های منطقه‌ای ارائه می‌شود (۵۷، ۵۸).

۲-۴-۷- نظام سلامت ترکیه

ترکیه دارای نظام مراقبت سلامت همگانی از طریق پوشش بیمه همگانی است. در این سیستم، تمام ساکنان ترکیه، از طریق تحت پوشش قرار گرفتن بیمه تأمین اجتماعی می‌توانند درمان پزشکی رایگان را

1. National Health Insurance

در بیمارستان‌های طرف قرارداد با مؤسسه تأمین اجتماعی دریافت کنند. نظام سلامت در ترکیه به طور کلی ترکیبی از خدمات دولتی و خصوصی است. نظام سلامت ترکیه عمدتاً با نام بیسمارکی شناخته می‌شود؛ چراکه بیمه تأمین اجتماعی در آن پررنگ است.

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

بطور کلی، تأمین مالی در ترکیه توسط دو بخش عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. تأمین مالی توسط بخش عمومی شامل درآمدهای عمومی یا مالیات‌های معین شده و حق بیمه‌های اجتماعی است. سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی نظام سلامت ترکیه شامل، ۲۲ درصد منابع دولتی، ۵۶ درصد بیمه‌های سلامت اجباری، ۱۷ درصد پرداخت از جیب و ۵ درصد سایر منابع است (۴۴). بخش خصوصی بخش بزرگی از خدمات درمانی و سلامت را در ترکیه پوشش می‌دهد. خدمات پزشکی بخش خصوصی کیفیت بالاتری دارد. خدمات بهتر و عدم وجود صف‌های انتظار در مراکز خصوصی از دیگر نقاط قوت بخش خصوصی است. براساس نوع بسته خریداری شده، مزایای متفاوتی در این نوع بیمه‌ها ارائه می‌گردد.

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

مراکز بهداشت خانواده و مراکز بهداشت جامعه ستون‌های مراقبت پزشکی هستند که تمام مراقبت‌های اولیه تحت پوشش بیمه دولتی را با سرپرستی یک پزشک خانواده و یک کمک دستیار مراقبت‌های بهداشتی کمکی ارائه می‌دهد. هر پزشک خانواده بیماران ثبت نام شده در حوزه جغرافیایی خود را تحت مراقبت دارند و بیماران این گزینه را

دارند که هر ۶ ماه پزشک خانواده خود را تغییر دهند. این روند پیشرفت جغرافیایی با گزینه تغییر داوطلبانه به منظور ترویج روابط بیمار و پزشک و تسهیل مداوم مراقبت طراحی شده است.

۲-۴-۸- نظام سلامت ایران

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

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

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

منبع: حساب‌های ملی سلامت، ۱۳۹۴. درگاه ملی آمار

۱. سازمان بیمه سلامت ایران که بزرگترین سازمان بیمه‌گر سلامت در ایران است (صندوق بیمه سلامت کارکنان دولت، سایر اقشار، روستاییان و عشایر، صندوق بیمه سلامت همگانی)

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

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

منبع: محقق

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

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

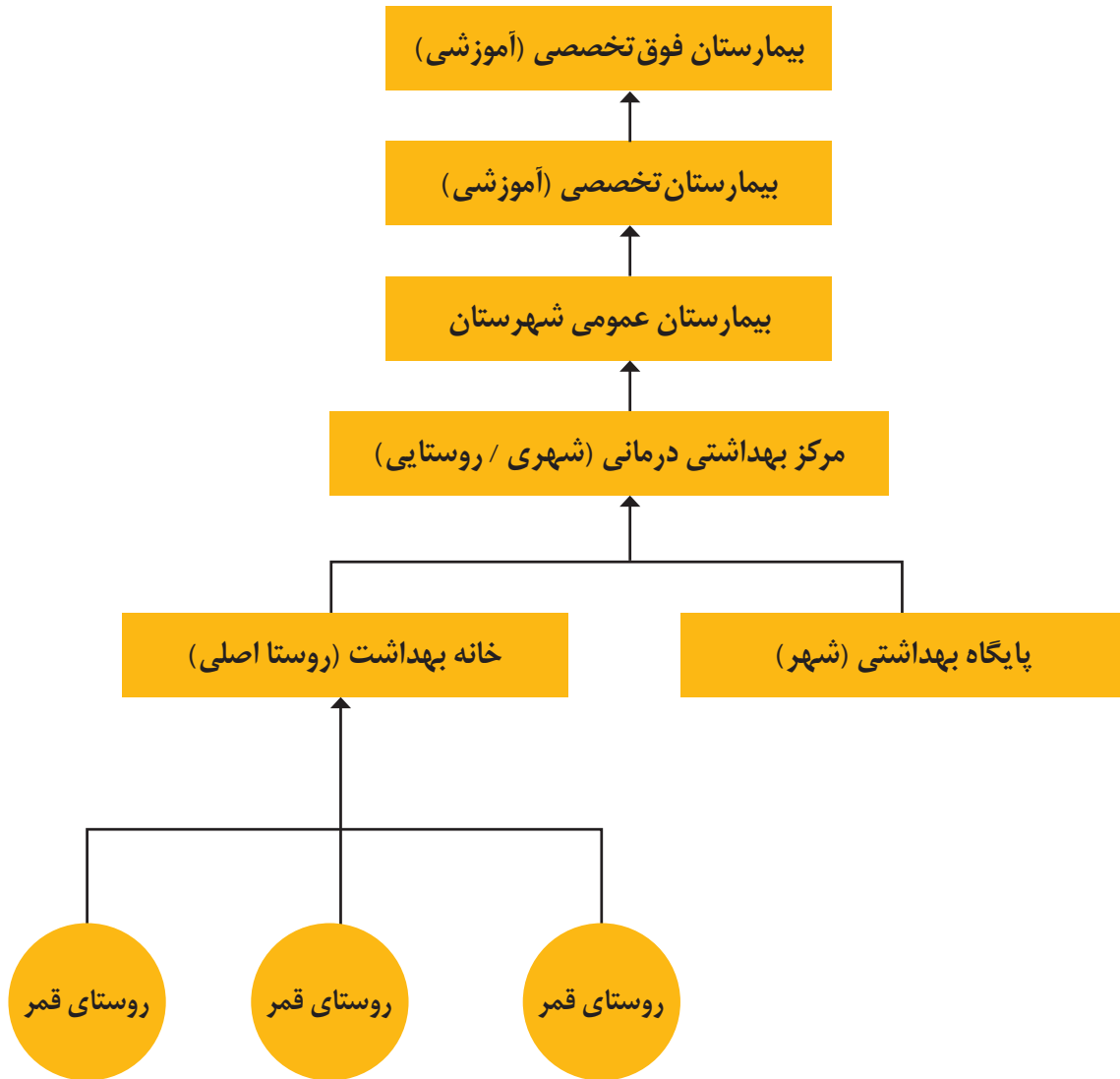
۴. کمیته امداد امام خمینی که بیمه سلامت را برای افراد نیازمند تحت پوشش خود فراهم می‌کند.

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

نظام سلامت ایران در سه سطح کشور، استان و شهرستان سازماندهی شده است. در سطح کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، هدایت عملیات و نظارت بر کار سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارد. توزیع عادلانه امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور، توسعه خدمات بهداشتی و درمانی، تأمین خدمات درمانی افراد جامعه، صدور یا لغو پروانه کار موسسات بهداشتی و درمانی، تهیه و تدوین استانداردهای بهداشتی و درمانی، تأمین نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز و نظارت بر انجام اقدامات بهداشتی و درمانی از جمله وظایف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران است. دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسئول اجرای سیاست‌ها و خط‌مشی‌های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت هستند. در سطح بیمارستان نیز ریاست و مدیریت بیمارستان برنامه و بودجه بیمارستان را برای تصویب به دانشگاه‌های علوم پزشکی پیشنهاد می‌کنند (۶۱).

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





نمودار ۳-۲- ارائه خدمات سلامت در ایران

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

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

سلامتی به عنوان حق مسلم کلیه افراد جامعه محسوب می‌شود و شاخص‌های نشان‌دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه یافتگی کشور است. بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری دارای حساسیت زیادی است؛ زیرا توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد باعث شود که منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. نظام بهداشتی و درمانی در ایران طی سالیان اخیر تحولات بسیاری داشته است. در طول سه دهه اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌هایی همچون مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر مادران و افزایش سن امید به زندگی و ... رخ داده است. جدول سه و چهار به بررسی شاخص‌های تأمین مالی و شاخص‌های سلامتی در این کشورها می‌پردازد.

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

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

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

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

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

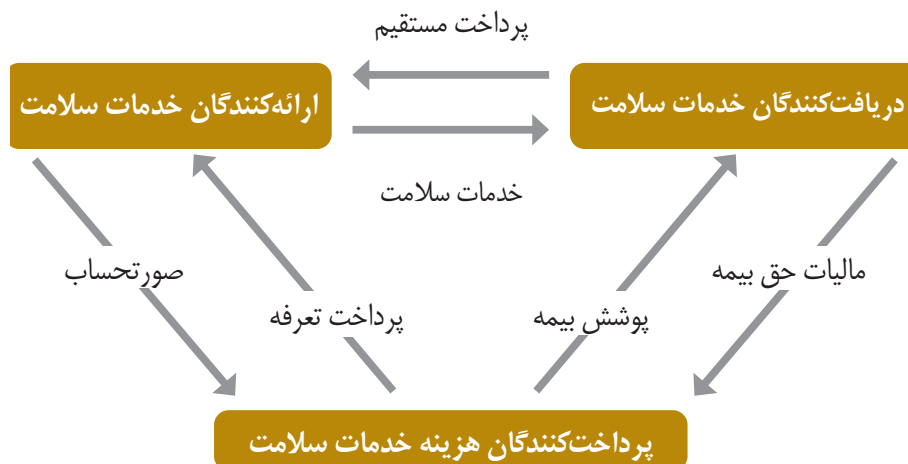
| کشور | مرگ مادران در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده (۲۰۱۷) | مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده (۲۰۱۸) | مصرف الکل (۲۰۱۸) | امید به زندگی در بدو تولد (۲۰۱۶) | پوشش همگانی سلامت (۲۰۱۷) |
|----------|---------------------------------------|---|------------------|----------------------------------|--------------------------|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

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

۲-۵ تأمین مالی نظام سلامت

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

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



نمودار ۲-۴- سیستم تأمین مالی نظام سلامت

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

۲-۵-۱- اهداف تأمین مالی نظام سلامت

تأمین مالی نظام سلامت با سه هدف عمده صورت می‌پذیرد که شامل در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌دهندگان و اطمینان از دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات است. دستیابی به این اهداف به معنی کاهش عدم توان پرداخت افراد جهت دریافت مراقبت‌ها و طبعاً جلوگیری از به زیر خط فقر کشیده شدن آنان و تهیدست شدن بواسطه پرداخت هزینه‌های سلامت است. (۶۲). بطور کلی توجه به تأمین مالی نظام سلامت به دلایل زیر از اهمیت بالایی برخوردار است:

دلایل فلسفی

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

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

دلایل سیاست‌گذاری: تأمین دسترسی، رقابت‌های انتخاباتی

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

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

۲-۵-۲- کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت

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

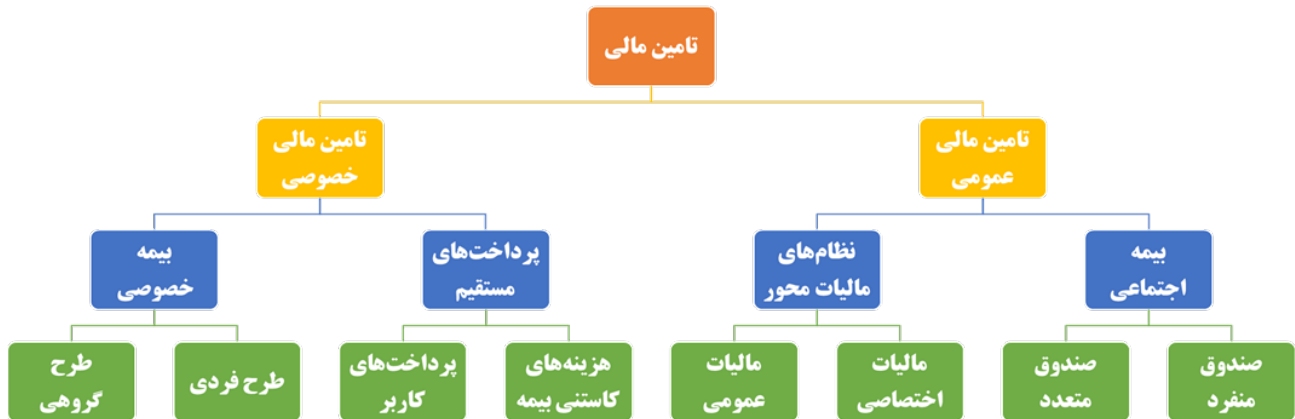
۲-۵-۲-۱- جمع‌آوری درآمد در نظام سلامت

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

1. Revenue collection

2. Pooling

3. Purchasing



نمودار ۵-۲- روش‌های تأمین مالی نظام سلامت

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

۲. تأمین مالی نظام سلامت از طریق بیمه‌های اجباری یا همان بیمه‌های سلامت اجتماعی که به الگوی بیسمارک معروف است. این الگوی با هدف حمایت از حقوق‌بگیران جامعه ایجاد گردیده است. در این الگو، نظام‌های تأمین اجتماعی با بکارگیری عضویت اجباری، نقش عمده‌ای در پرداخت هزینه‌های سلامت دارند. تمام افراد و نهادهای گوناگون مانند کارگران، شرکت‌ها، کارخانه‌ها و ... درصدی از حقوق ماهیانه خود را به‌عنوان حق بیمه به صندوق بیمه سلامت واریز می‌کنند. دولت نیز حق بیمه افراد ناتوان را می‌پردازد. خدمات نیز هم به‌صورت دولتی و هم به‌صورت خصوصی ارائه می‌شود. الگوی بیسمارک در کشورهای آلمان، فرانسه، هلند، سوئیس و ... در حال اجرا است. در این مدل، پول داده شده بابت حق بیمه سرمایه‌گذاری تلقی می‌شود؛ بلکه صدقه‌ای برای درمان نیازمندان خواهد بود. در این مدل به دلیل مداخله بخش‌های غیردولتی، بروکراسی‌های رایج سیستم‌های دولتی و زمان انتظار کمتر است (۴۱، ۶۳).

1. National Health System (NHS)

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

• پیش‌پرداخت‌های اجباری:

پیش‌پرداخت‌های اجباری شامل موارد زیر هستند:

الف) درآمدهای عمومی دولت که به صورت ترکیبی از وضع مالیات مستقیم بر افراد و شرکت‌ها، مانند مالیات بر درآمد شخصی (در بسیاری از کشورها دارای ساختار پیشرونده (افزایش میزان مالیات با سطح درآمد) است) و مالیات بر درآمد یا سود شرکت‌های بزرگ (مالیات‌های مستقیم) و وضع مالیات بر مصرف و یا تجارت، مانند مالیات بر ارزش افزوده و عوارض گمرکی (مالیات‌های غیرمستقیم) و درآمدهای حاصل از شرکت‌ها یا دارایی‌های دولتی (که بیشتر مربوط به کشورهایی می‌باشد که مقدار قابل توجهی از درآمد آنها از منابع طبیعی مانند نفت، گاز یا مواد معدنی تأمین می‌شود) مطرح می‌گردد.

ب) درآمدهای نشان‌دار دولت مانند مالیات بر سیگار و الکل

ج) حق بیمه اجتماعی سلامت، که بعنوان مالیات بر دستمزد شناخته می‌شوند و نوعی از مالیات‌های مستقیم و نشان‌دار هستند که بعنوان منبعی برای تأمین منابع بیمه‌های سلامت اجباری/اجتماعی استفاده می‌شوند.

• پیش‌پرداخت‌های داوطلبانه، شامل طرح‌های بیمه‌ای سلامت که ممکن است توسط جوامع و دولت‌ها و یا با هدف سودآوری (با ماهیت انتفاعی یا غیرانتفاعی) فعالیت نمایند.

• پرداخت مستقیم از جیب که شامل پرداخت‌های مستقیم خانوار در ازای دریافت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. پرداخت از جیب اغلب به عنوان یک مقدار مشخص شناخته می‌شوند و بیشتر سیر پسروندگی دارند.

• منابع خارجی مانند کمک‌های خیریه که عموماً از سوی نهادهای بین‌المللی و یا گروه‌های مختلف خیرین اعطا می‌گردد (۳، ۶۳).

۲-۲-۵-۲- تجمیع منابع مالی

هدف از تجمیع منابع مالی، افزایش ظرفیت بازتوزیع منابع مالی پیش‌پرداخت‌شده است به شیوه‌ای که اطمینان حاصل گردد که ریسک مالی پرداخت برای مراقبت‌های بر دوش تمام اعضای صندوق است و نه بر دوش تک تک آنها به صورت فردی. در درجه بالاتر از تجمیع منابع و انباشت ریسک، افراد کمتری مجبور به تحمل پیامدهای مالی خطرات سلامتی خود هستند (۳، ۶۳). تجمیع مالی به عنوان یکی از ارکان مهم بیمه سلامت، موجب حفاظت افراد آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود. در تجمیع خطرات مالی روش‌هایی به کار گرفته می‌شود تا ریسک مالی از یک فرد به همه افراد عضو منتقل شود.

۲-۲-۵-۳- خرید خدمات سلامت

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

• سیاست‌های مربوط به حق برخورداری از مزایا: چه خدماتی از صندوق‌های تجمیع‌شده خریداری می‌شود و به

چه روش‌هایی این مزایا تقسیم شود.

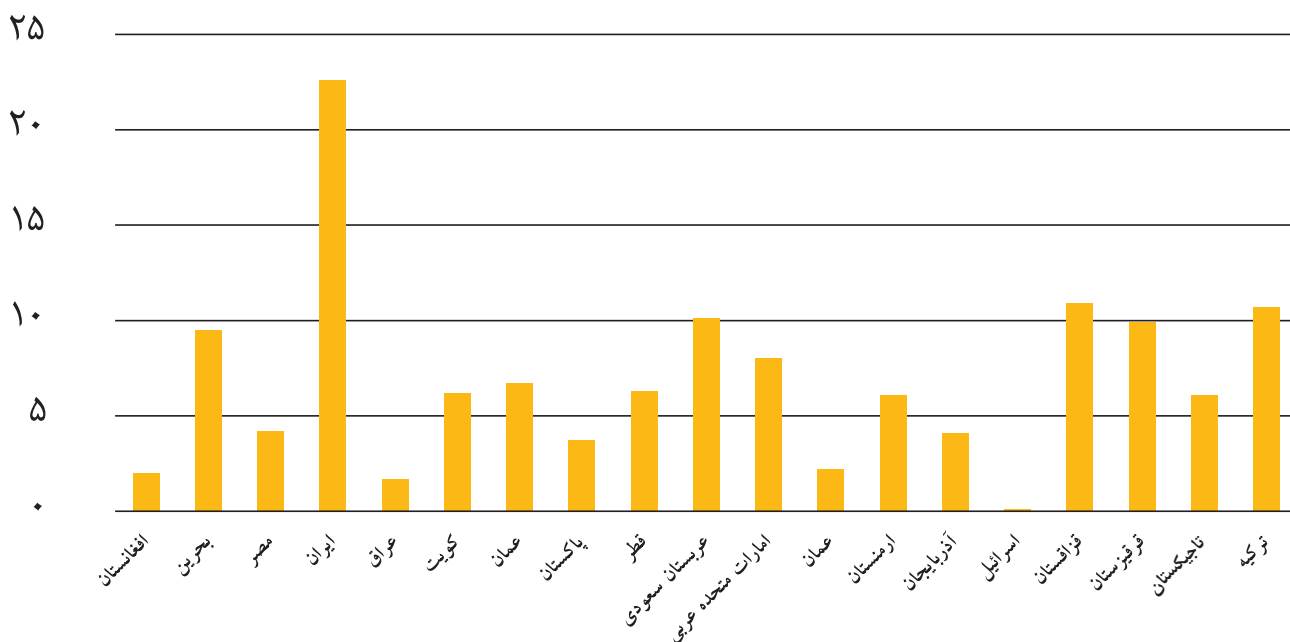
پرداخت به ارائه‌کننده خدمات سلامت: مکانیسمی است که طی آن پرداخت به ارائه‌کنندگان صورت می‌گیرد و نهایتاً موجب ایجاد انگیزه در آنها می‌گردد.

ساختار سازمانی و حاکمیت خریداران: ماهیت نهادی خریدار چیست و چه سازو کاری برای اطمینان از حاکمیت خوب ایجاد شده است (۳، ۶۳).

۲-۶- تأمین مالی پایدار نظام سلامت

هدف نهایی نظام سلامت، تأمین بهره‌مندی عادلانه افراد جامعه از خدمات مناسب سلامت در زمان مقتضی بدون تحمیل مشقت‌های مالی به بیماران که همان مصداق پوشش همگانی سلامت است؛ می‌باشد. به همین جهت، در راستای اجرای بند یک و دو اصل ۱۱۰ قانون اساسی کشور، سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ از سوی رهبری اعلام گردید. بند ۱۰ این سیاست‌ها دربرگیرنده موضوع تأمین مالی پایدار است. نظام‌های سلامت در تمامی کشورها، با چالش‌های بسیاری در حوزه تأمین مالی مواجه هستند که منجر به افزایش هزینه‌ها می‌شود. بالارفتن سن جمعیت، توسعه تکنولوژی‌های جدید، رشد انتظارات و تقاضای مصرف‌کنندگان در حوزه مراقبت‌های سلامت و عواملی این چنینی منجر به رشد هزینه‌ها می‌گردد. از سوی دیگر منابع نظام‌های سلامت محدود بوده و نیاز به برقراری تعادل بین منابع موجود و عوامل رشد هزینه‌ها احساس می‌شود. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، یک نظام سلامت آنگاه از نقطه نظر مالی پایدار است که بتواند یک تعادل منطقی و مداوم بین تعهداتی که در قبال ذینفعان وجود دارد و منابع مالی که برای ایفای این تعهدات در دسترس دارد برقرار نماید (۶۴، ۶۵).





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

منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶

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

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

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

پایداری تأمین مالی نظام‌های سلامت زمانی ایجاد خواهد شد که پایداری در حوزه‌های تأمین مالی شامل جمع‌آوری، انباشت و خرید اتفاق بیفتد.

۲-۷- مرور مطالعات

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

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

رضایی و همکاران در مطالعه خود به ارائه مدل بومی تأمین منابع مالی پایدار در سازمان بیمه درمانی کشور مبتنی بر اقتصاد مقاومتی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل متعددی در تأمین منابع مالی سازمان بیمه سلامت دخیل است و این موسسه نیاز به بازنگری اساسی در روش‌ها و ساختارها دارد. در شرایط حال حاضر کشور و وجود تحریم‌ها و کمبود منابع، این سازمان مطابق با سیاست‌های ابلاغی اقتصاد مقاومتی نیازمند تغییر در هفت مؤلفه مدیریت سازمانی، مدیریت مالی، پژوهش، تغییر ساختار، اصلاح فرهنگ و مکانیسم‌های قانونی در جهت رسیدن به تأمین مالی پایدار است (۷۰).

مطالعه ملکی با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت نشان داد که نامشخص بودن آمار بیمه‌شده‌ها، تأمین مالی پسرونده، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد، هزینه‌زا بودن و سلامت نگر

نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی نظام تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند. ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظام‌مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات را به صورت نظام‌مند حل کند (۷۱).

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

مطالعه‌ای توسط Chunhong Jiang در سال ۲۰۰۸ میلادی با عنوان «اندازه‌گیری محافظت مالی برای سلامت در خانواده‌های روستایی چینی با شرایط مزمن» انجام گرفت. هدف این مطالعه بررسی این مورد بود که، تا چه حد هزینه‌های بهداشتی برای بیماران مزمن می‌تواند خانواده‌های روستایی در چین را با فقر مواجه کند و اینکه آیا طرح جدید تعاونی پزشکی می‌تواند به طور موثر خانواده‌هایی را که دارای بیماران مزمن می‌باشند را در برابر هزینه‌های کمرشکن محافظت کند. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ۱۰/۵۳٪ از خانواده‌هایی که دارای یک بیمار مزمن می‌باشند به دلیل هزینه‌های بهداشتی درمانی دچار فقر می‌باشند که این بیش از دو برابر نسبت به خانواده‌هایی است که بدون یک بیمار مزمن می‌باشند. این بیانگر این است که خانواده‌هایی که دارای یک بیمار مزمن هستند میزان مواجهه این خانواده‌ها با هزینه‌های کمرشکن بالا می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که افزایش مزایای اضافی هم، خطرات مالی این قشر از خانواده‌ها را کاهش نمی‌دهد. همچنین عدم حمایت مالی برای خانواده‌هایی که دارای بیمار مزمن می‌باشند حتی با وجود پوشش بالا از طرف طرح جدید تعاونی پزشکی وجود دارد. در این مطالعه جهت محافظت مالی موثر از خانواده‌ها، اصلاحات سیستماتیک در دو مکانیزم تأمین مالی و روش‌های پرداخت بیان شده است (۷۳).

فصل سوم

مواد و روش کار

۳-۱- مقدمه

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

۳-۲- نوع پژوهش

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

مرور حیطه‌ای مثل مرور نظام‌مند از یک فرآیند ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، ولیکن، برخی از محدودیت‌های مرور نظام‌مند نظیر ارزشیابی کیفیت مقالات مورد بررسی را ندارد. در نتیجه، تعداد بیشتری از منابع را در زمان کمتری مورد بررسی قرار می‌دهد. بنابراین، زمانیکه سیاستگذار یا مدیری، فوری به شواهد کلی در زمینه موضوع خاصی نیاز داشته باشد، مرور حیطه‌ای، روش مناسبی برای انجام پژوهش و دستیابی به این شواهد است. مرور حیطه‌ای دامنه وسیعی از مطالعات قبلی را مورد توجه قرار می‌دهد. برخلاف مرور نظام‌مند که به دنبال پاسخ به یک سوال مشخص است، مرور حیطه‌ای به دنبال پاسخگویی به سوالات متعددی است. همچنین، برعکس مطالعه مرور نظام‌مند که به دنبال آزمون فرضیه است، مطالعه مرور حیطه‌ای منجر به تولید فرضیه پژوهشی می‌شود. به عبارتی، مرور حیطه‌ای پیش‌نیاز انجام مرور نظام‌مند است.

برای انجام مطالعه مرور حیطه‌ای باید از روش شفاف و معتبری استفاده شود تا نتایج حاصله قابل اعتماد باشد. پروتکل شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley برای انجام مرور حیطه‌ای این پژوهش استفاده شد که عبارتند از ۱-

1. Scoping Review

شناسایی سوالات پژوهش، ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش، ۳- انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه، ۴- استخراج داده‌ها به صورت نمودار و جدول، ۵- جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و ۶- مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران در مورد یافته‌های بدست آمده (۷۵).

۱۳-۳- روش انجام پژوهش

سوالات پژوهشی این مطالعه عبارتند از «چه ابعاد و شاخص‌هایی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت وجود دارند؟»، «نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران کدام هستند؟»، «راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران چه می‌باشند؟» و «شکاف دانشی (سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده) موجود در حوزه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران چه می‌باشند؟». این پژوهش با تمرکز بر مطالعات منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی در زمینه تأمین مالی پایدار در نظام سلامت انجام شد. جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب در پایگاه‌های داده الکترونیک «Scopus»، «PubMed»، «SID»، «ProQuest»، «Science Direct»، «Web of Science» و «Magiran» و «بانک اطلاعاتی پایان‌نامه‌های علوم پزشکی کشور» انجام شد. جهت اطمینان از دسترسی به مطالعات مناسب دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» نیز بررسی شد. علاوه بر این، جستجو در لیست منابع، متون خاکستری و سایت‌های معتبر در حوزه تأمین مالی پایدار سلامت صورت گرفت. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه بود.



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

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

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

در جستجوی اولیه تعداد ۱۳۴۲۴ مطالعه یافت شد. در مرحله‌ی اول با مطالعه عنوان مقالات تعداد ۹۳۰۰ مقاله به دلیل تکراری و یا فاقد متن بودن حذف شدند. در مرحله‌ی دوم، با مطالعه عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۳۱۳۰ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شدند. در مرحله سوم، پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۸۶۴ مقاله به دلیل عدم اشاره به ابعاد، شاخص‌ها، قوت، ضعف، فرصت و تهدید و راهکار حذف شدند. چهارده مطالعه نیز با بررسی رفرنس مقالات به دست آمد. در نهایت، تعداد ۱۴۴ مقاله مرتبط با موضوع پژوهش برای بررسی نهایی انتخاب شدند.



نمودار ۳-۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

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

۳-۴- روش تحلیل داده‌ها

با توجه به ماهیت توصیفی پژوهش، برای تحلیل داده‌های حاصل از نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سلامت ایران از روش تحلیل چهارچوب^۱ استفاده شد. تجزیه و تحلیل چهارچوب روشی کیفی است که بویژه در تحقیقات مربوط به سیاست‌های بهداشتی و به منظور ارائه توصیه‌هایی برای بهبود سیستم‌ها و خدمات کاربرد دارد. این رویکرد برای بیش از ۲۵ سال مورد استفاده قرار گرفته و اخیراً به یک روش رایج برای

1.- Framework analysis

تحقیقات کیفی مرتبط با سلامت، به ویژه در تیم‌های تحقیقاتی چندرشته‌ای تبدیل شده است. تجزیه و تحلیل چارچوب در سال ۱۹۹۴ توسط دو محقق کیفی، Jane Ritchie و Liz Spencer توسعه یافته است. این نوع تحلیل از این جهت بهتر به نظر می‌رسد که بهترین رویکرد مورد استفاده بویژه در پژوهش‌هایی است که دارای سوالات معین، بازه زمانی مشخص، نمونه‌های از پیش طراحی شده و موضوعات سازمانی است که در آن وظیفه اصلی توصیف و تفسیر آنچه در یک شرایط خاص اتفاق می‌افتد را بر عهده دارد. هدف از این تحلیل، تولید مضامین (تم) است (۷۶، ۷۷). اگرچه تجزیه و تحلیل چارچوب ممکن است نظریه‌هایی را ایجاد کند، وظیفه اصلی آن توصیف و تفسیر آن چیزی است که در یک مجموعه خاص اتفاق می‌افتد. تجزیه و تحلیل چارچوب به کاربر امکان می‌دهد تمام داده‌ها را جمع‌آوری کرده و سپس آن را تجزیه و تحلیل کند یا تجزیه و تحلیل داده‌ها را در طی فرآیند جمع‌آوری داده انجام دهد. تجزیه و تحلیل چهارچوب دارای ۵ مرحله توجیه و آشناسازی، شناسایی چهارچوب، نمایه‌سازی، نمایش دادن از طریق نمودار، نگاشت و تفسیر نتایج است (۷۶، ۷۷). از نسخه ۱۰ نرم افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.



فصل چهارم

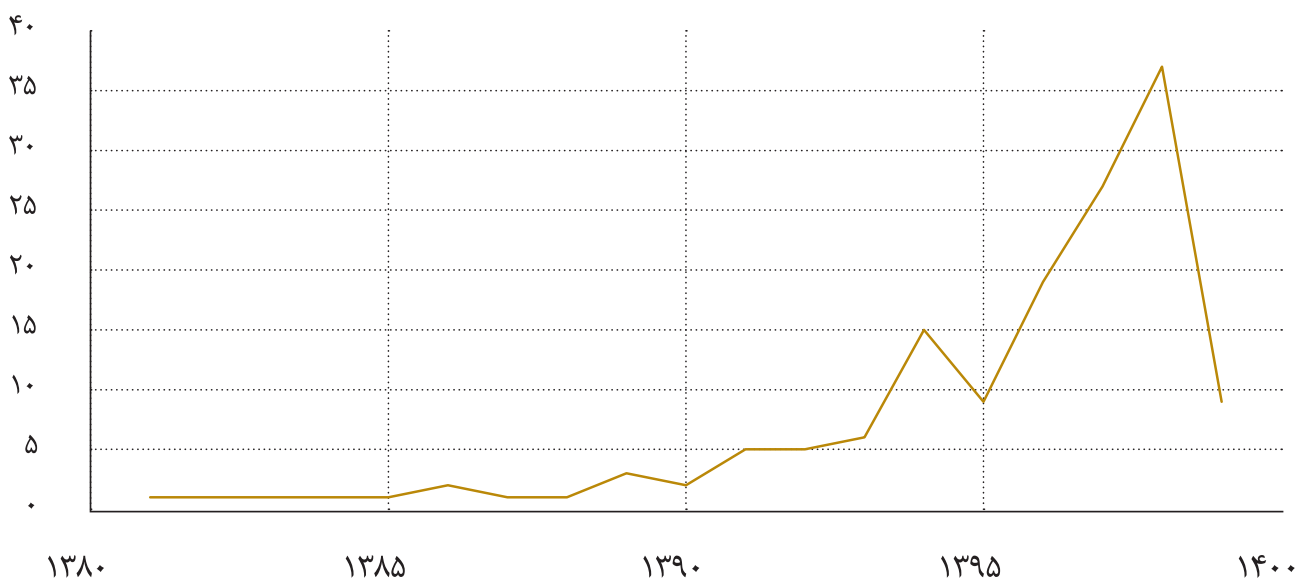
یافته‌های پژوهش

۴-۱- مقدمه

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

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

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

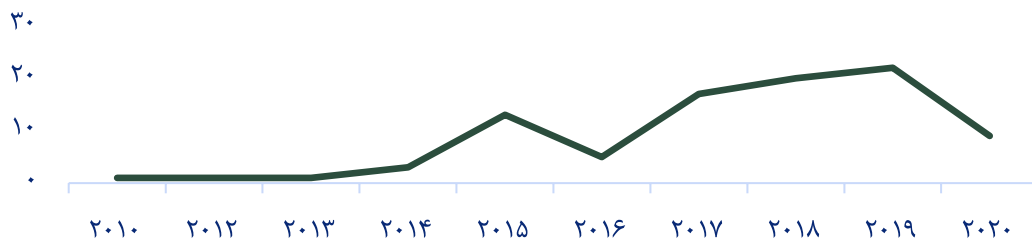


نمودار ۴-۱- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال

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

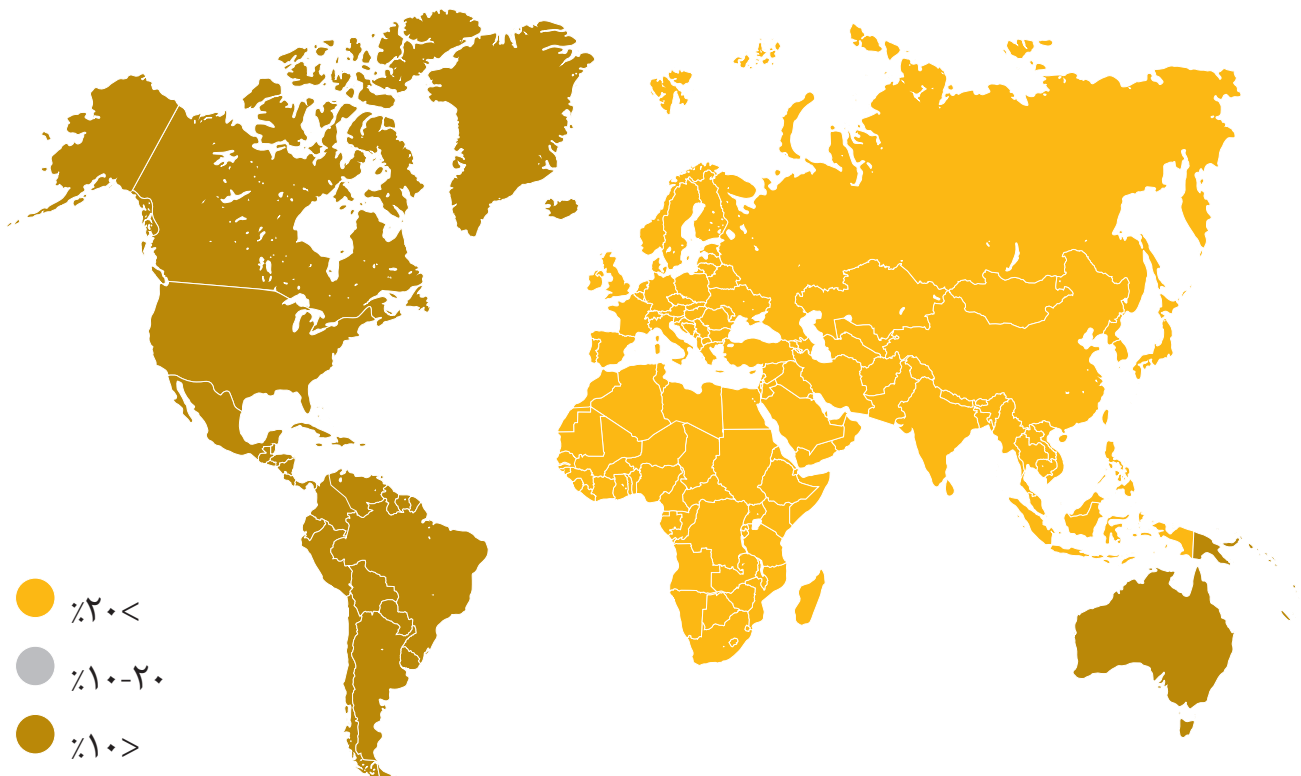
تعداد ۹۲ مقاله تا پایان ۲۰ سال ۲۰۲۰ به بررسی ابعاد و شاخص‌های مورد بررسی در حوزه الگوهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت پرداختند. بیشترین مقالات مورد بررسی در سال ۲۰۱۹ (۲۲ مورد) و ۲۰۱۸ (۲۰)

مورد) انجام شده است. مطالعات از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰ میلادی با رشد خوبی مواجه شدند. حدود ۷۳/۹۱ درصد از مقالات از سال ۲۰۱۷ میلادی تاکنون نگاشته شدند.



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

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



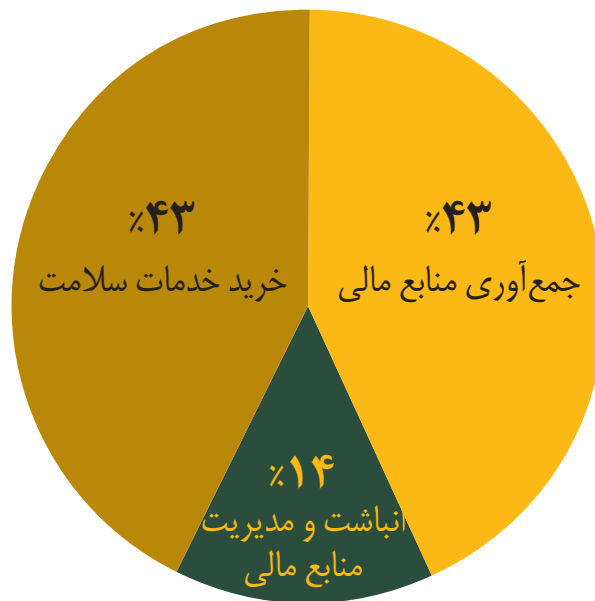
شکل ۱-۴- توزیع فراوانی درصد مقالات ابعاد و شاخص‌های تأمین مالی پایدار در جهان

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

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

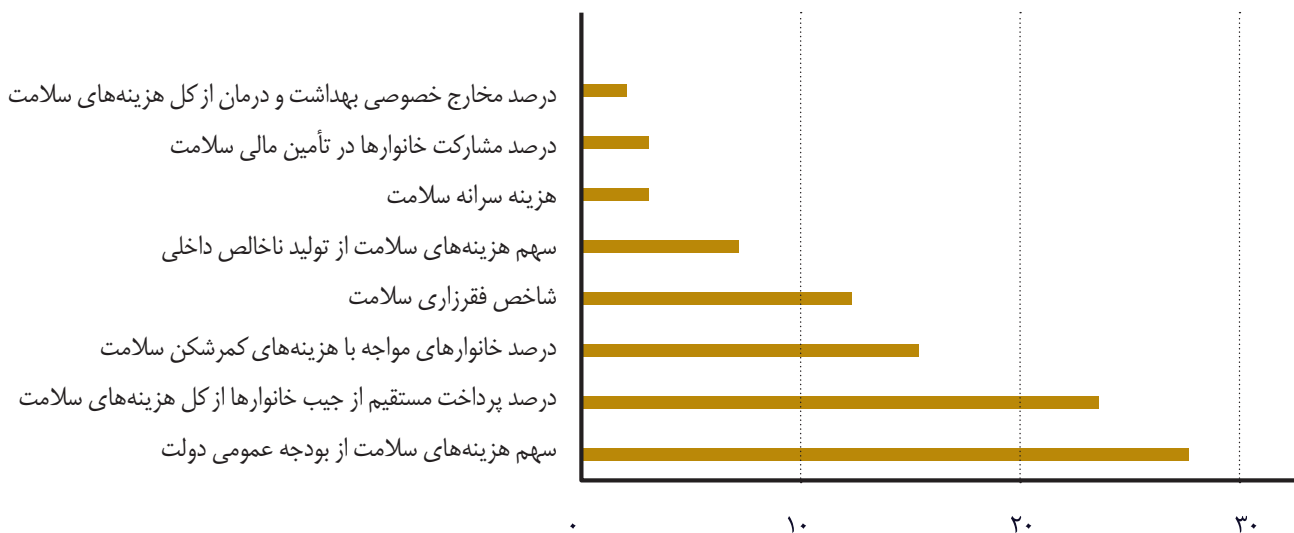
| موضوعات اصلی | موضوعات فرعی | شاخص‌ها |
|----------------------------|-------------------------------------|---|
| جمع‌آوری منابع مالی | درآمدهای عمومی | سهام هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد یارانه‌های سلامت به کل هزینه‌های سلامت |
| | بیمه‌های اجتماعی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

بیشترین شاخص‌های تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ذکر شده در مطالعات قبلی به ترتیب مربوط به خرید خدمات سلامت و جمع‌آوری منابع مالی (۴۳ درصد) و انباشت و مدیریت منابع (۱۴ درصد) بود.



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

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



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

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

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

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

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

۴-۴- تحلیل استراتژیک تأمین مالی نظام سلامت ایران

در فاصله زمانی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۸ تعداد ۲۹ مطالعه به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای مربوط به تأمین مالی نظام سلامت در ایران پرداختند. بیشترین مقالات حوزه تحلیل استراتژیک در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ انجام شده است.



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

تحلیل استراتژیک الگوی تأمین مالی نظام سلامت ایران در دو بعد داخلی و خارجی انجام شد. در ارزشیابی داخلی، ۱۲ نقطه قوت و ۴۹ نقطه ضعف به دست آمد که با توجه به کارکردهای سیستم تأمین مالی دسته‌بندی و ارائه شدند.

براساس مطالعات بدست آمده نقاط قوت شامل کاهش پرداخت از جیب مردم و پرداخت‌های غیررسمی بعد از طرح تحول سلامت، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزا، مشارکت گسترده خیرین در تأمین مالی نظام سلامت، پرداخت‌های حمایتی دولت به افراد فقیر، تصاعدی بودن وضعیت مشارکت خانوارها در تأمین مالی سلامت، افزایش پوشش بیمه‌ای و گسترش خرید راهبردی می‌باشد که در سه مقوله اصلی کارکردهای سیستم تأمین مالی سلامت (جمع-آوری منابع، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات) و زیر مجموعه‌های آن دسته‌بندی گردید.

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

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

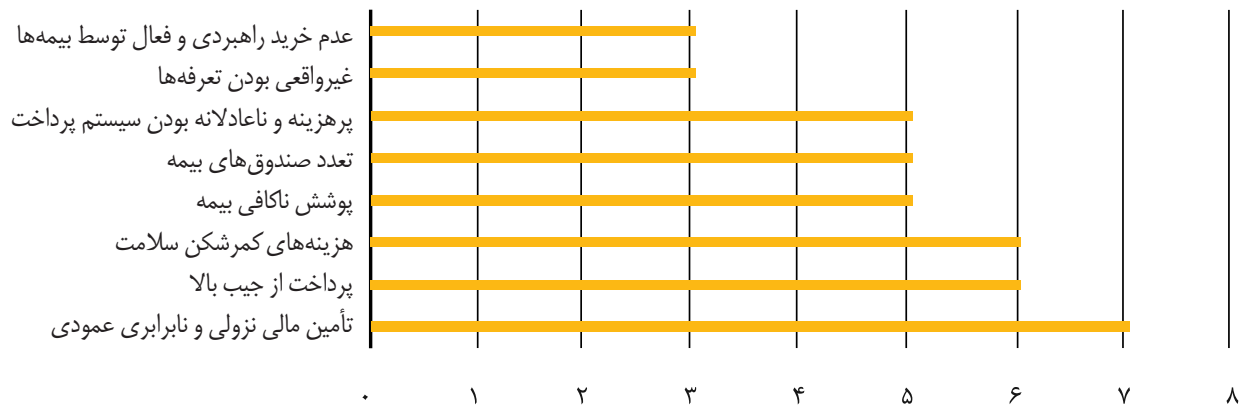
کاهش پرداخت از جیب و پرداخت‌های غیررسمی مردم بعد از طرح تحول سلامت پرتکرارترین نقاط قوت تأمین مالی نظام سلامت ایران می‌باشند.

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

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

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

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



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

در ارزشیابی خارجی تأمین مالی نظام سلامت کشور نیز ۱۷ فرصت و ۳۶ تهدید به دست آمد که بر اساس کارکردهای سیستم تأمین مالی (جمع‌آوری منابع، انباشت و مدیریت منابع و خرید خدمات) دسته‌بندی شدند. براساس مطالعات بدست آمده، عمده‌ترین فرصت‌های تأمین مالی نظام سلامت شامل وجود حمایت‌های قانونی در حوزه تأمین مالی و افزایش کارایی سیستم سلامت، تقویت کنترل و نقش نظارت، نقش سازمان‌های غیردولتی (مردم‌نهاد) در حمایت مالی از مردم، بهره‌برداری از فناوری‌های جدید (پرونده سلامت الکترونیکی) و امکان بکارگیری گایدلاین‌های بالینی است (جدول ۴-۵).

جدول ۴-۵- فرصت‌های سیستم تأمین مالی نظام سلامت ایران

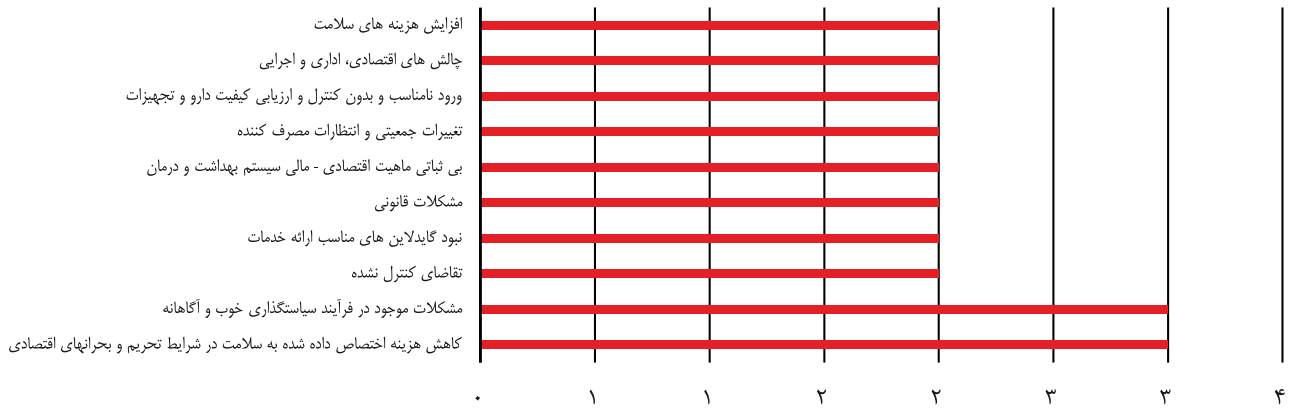
| فرصت‌ها | موضوعات فرعی | موضوعات اصلی |
|---|-------------------------------------|-----------------------|
| افزایش کارایی نظام سلامت، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، حمایت قوه مقننه در تأمین بودجه، توانمندی افراد و ظرفیت‌های سازمانی موجود، نبود خلأ قانونی و سیاستی عمده در تأمین مالی، امکان افزایش مالیات بر درآمد، افزایش میزان تولید ناخالص داخلی در طول چند سال گذشته | درآمدهای عمومی | جمع‌آوری منابع |
| تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، حمایت‌های قانونی از ضرورت توسعه بیمه‌های دولتی | بیمه‌های اجتماعی | |
| پتانسیل افزایش خصوصی‌سازی ارائه خدمات درمانی، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، ارائه بخش قابل توجهی از خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی | بیمه‌های خصوصی | |
| افزایش میزان تولید ناخالص داخلی، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی | پرداخت مستقیم از جیب | |
| نقش سازمان‌های غیردولتی (مردم‌نهاد) در حمایت مالی از مردم، تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی | خیریه و کمک‌های مردمی | |
| حمایت‌های قانونی از تجمیع بیمه‌ها | تجمیع منابع مالی | انباشت و مدیریت منابع |
| تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، توانمندی افراد و ظرفیت‌های سازمانی موجود | مدیریت منابع مالی | |
| تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، توانمندی افراد و ظرفیت‌های سازمانی موجود | بسته پایه خدمات سلامت | خرید خدمات |
| تقویت کنترل و نقش نظارت نهادهای بیرونی، استفاده از ابزار ارزیابی فناوری سلامت برای تخصیص مؤثر منابع، ارائه بخش قابل توجهی از خدمات بستری توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی، بکارگیری سیستم ارجاع، بهره‌برداری از فناوری‌های جدید (پرونده سلامت الکترونیکی) | پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت | |

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

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

| موضوعات اصلی | موضوعات فرعی | تهدیدها |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| جمع‌آوری منابع | درآمدهای عمومی | واقعی نبودن هدفمندی یارانه‌ها، ناتوانی دولت در تولید منابع کافی برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت، ناپایداری نظام رفاه اجتماعی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها و ساز و کارها و روش اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها، بی‌ثباتی ماهیت اقتصادی-مالی سیستم بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی تأمین مالی نظام سلامت ایران، تحریم و بحران‌های اقتصادی، محدودیت بودجه، چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، منابع مالی ناکافی در سایر حوزه‌ها، پایین بودن تولید ناخالص داخلی، روند کاهشی سهم بخش دولتی از هزینه‌های کلی سلامت در طول برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم و روند افزایشی سهم بخش خصوصی، پیشرفت تکنولوژی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، کمبود منابع مختلف انسانی و مالی، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت، ایجاد ظرفیت بیش از حد برای نیازهای بهداشتی (آموزش منابع انسانی اضافی و ...). |
| | بیمه‌های اجتماعی | چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، عدم تمایل دولت به تولید منابع برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت، نقصان در کارایی مدیریتی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت |
| | بیمه‌های خصوصی | چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، نقصان در کارایی مدیریتی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده، تقاضای کنترل‌نشده، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت |
| | پرداخت مستقیم از جیب | محدودیت بودجه، پایین بودن تولید ناخالص داخلی، روند کاهشی سهم بخش دولتی از هزینه‌های کلی سلامت در طول برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم و روند افزایشی سهم بخش خصوصی، تقاضای کنترل‌نشده |
| انباشت و مدیریت منابع | تجمیع منابع مالی | چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، پیشرفت تکنولوژی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان |
| | مدیریت منابع مالی | نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت |
| | تجمیع خطر | نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان |
| خرید خدمات | بسته پایه خدمات سلامت | افزایش هزینه‌های سلامت، و سازمان‌های بیمه چالش‌های اقتصادی، اداری و اجرایی، پیشرفت تکنولوژی، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، تأخیر در اجرای برخی بخش‌های طرح تحول مانند تعرفه پرستاران |
| | پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت | بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات دولت، وجود بیش از ۹۰۰ بیمارستان و مرکز پزشکی فعال در کشور، وجود بیش از ۱۲۰۰۰۰ تخت بستری در کشور، نبود گایدلاین‌های مناسب ارائه خدمات، بازار تنظیم‌نشده تجهیزات پزشکی، ورود نامناسب و بدون کنترل و ارزیابی کیفیت دارو و تجهیزات، استفاده غیرضروری از خدمات سلامت در کشور، کیفیت پایین خدمات سلامت بویژه در بخش دولتی، شکست یا موفقیت ناکافی در برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع، توزیع نامتوازن نیروی کار سلامت، اشتغال همزمان کادر پزشکی و دیگر کارکنان در بخش دولتی و خصوصی، حساس نبودن نیروی انسانی سلامت به موضوعات هزینه‌ای، نقصان در کارایی مدیریتی، مشکلات موجود در فرآیند سیاستگذاری خوب و آگاهانه، وجود تضاد منافع بین سیاستگذاران بهداشت و درمان، عدم وجود مطالعات کافی پیرامون تأمین مالی نظام سلامت ایران، تأخیر در اجرای برخی بخش‌های طرح تحول مانند تعرفه پرستاران، عدم کفایت تخصص اقتصاد سلامت در مدیریت سلامت، ایجاد ظرفیت بیش از حد برای نیازهای بهداشتی (آموزش منابع انسانی اضافی و ...) |

کاهش هزینه اختصاص داده شده به سلامت در بحران و تحریم‌های موجود و فقدان سیاستگذاری خوب و آگاهانه از پرتکرارترین تهدیدهای تأمین مالی سلامت به شمار می‌روند (نمودار ۴-۷).



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



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

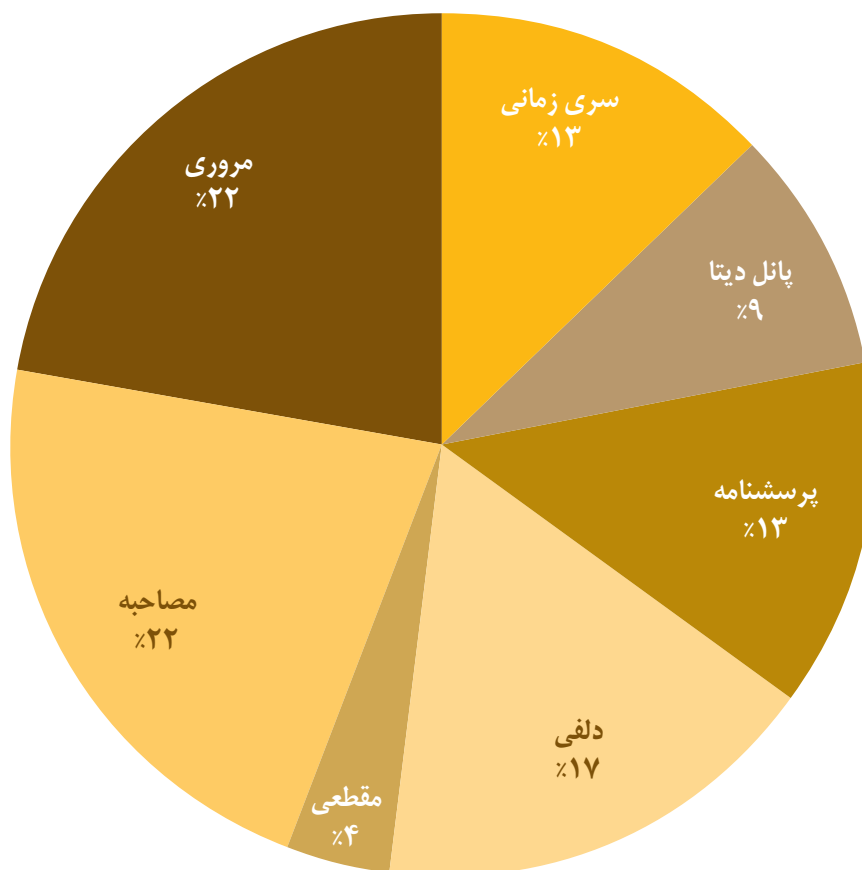
برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور، مجموعه اقداماتی با بهره‌گیری از نقاط قوت و فرصت‌های موجود در جهت غلبه بر نقاط ضعف و تهدیدهای این بلوک ساختاری نظام سلامت کشور ارائه گردیده است (جدول ۴-۷).

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

- راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی نظام سلامت ایران

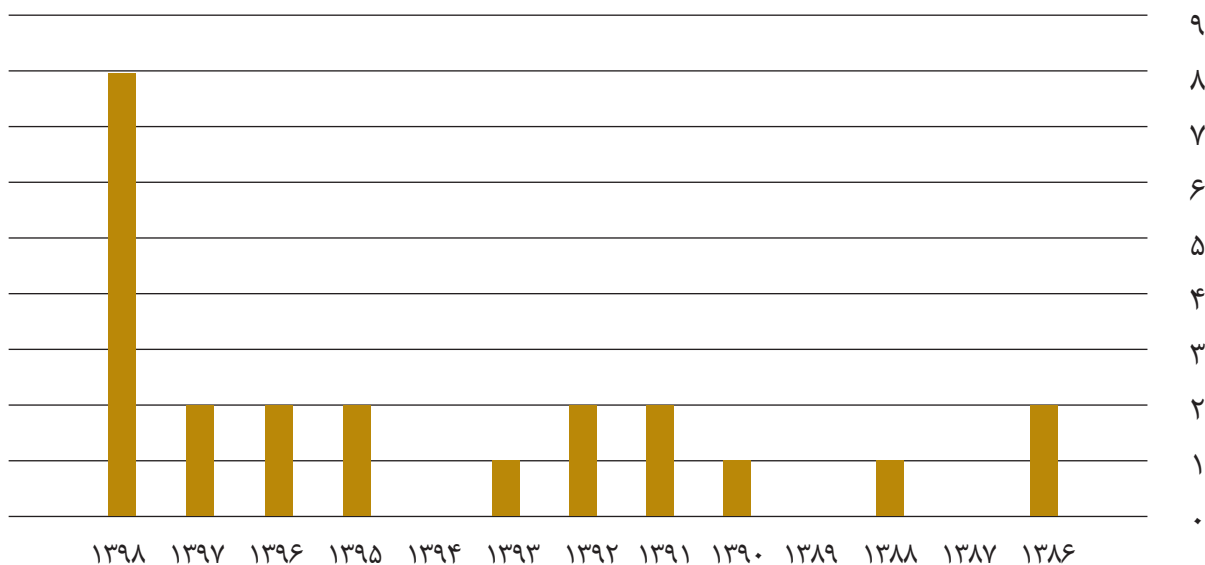
بررسی مطالعات نشان داده است که تا خرداد ماه ۱۳۹۹ تعداد ۲۳ مقاله به ارائه راهکارهای تقویت پایداری تأمین مالی ایران پرداخته‌اند. در مطالعات مورد بررسی ۷۰ درصد از روش‌های تجزیه و تحلیل کیفی (مرور مستندات، مصاحبه، پرسشنامه و مروری) استفاده شده و ۳۰ درصد با روش‌های کمی (سری زمانی (۳ مطالعه)، پانل دیتا (۲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

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



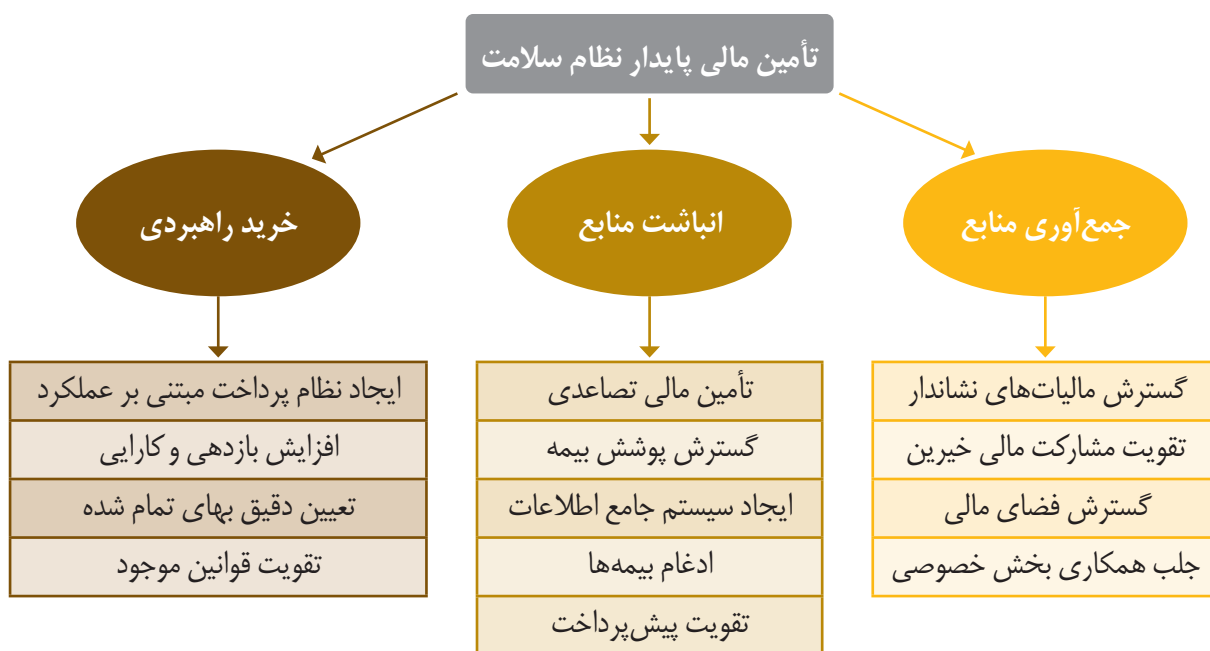
نمودار ۸-۴- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار در ایران به تفکیک روش کار

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

| موضوعات اصلی | موضوعات فرعی | شکاف‌های دانشی |
|-----------------------|-------------------------------------|---|
| جمع‌آوری منابع | درآمدهای عمومی | سیاست‌های مالیاتی تصاعدی در یک چارچوب حمایتی از فقرا چگونه باید اجرا شود؟ نحوه نظارت بر شکاف فزاینده بودجه چگونه است؟ روش‌های جایگزین برای تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی در آینده چیست؟ نقش مالیات نشان‌دار در تأمین مالی نظام سلامت چیست؟ یارانه‌های دولتی ارائه‌شده به بخش‌های مختلف جغرافیایی / استان‌ها چقدر است؟ عدالت در توزیع هزینه‌های عمومی سلامت به چه شکل هدایت می‌شود؟ زیرساخت‌های لازم برای گسترش سیستم‌های مالیاتی کدامند؟ سیستم‌های بودجه تا چه اندازه ورودی‌ها و خروجی‌های سیستم‌های بهداشتی را تعدیل می‌کنند؟ شاخص‌های مناسب برای اختصاص بودجه بهداشت به حوزه‌های مختلف کدامند؟ نقش زیرساخت‌های اطلاعاتی در پایداری تأمین مالی کشور برای پوشش همگانی سلامت چیست؟ پیامدهای جنسیتی در تغییر منابع درآمدی بخش سلامت چیست؟ |
| | بیمه‌های اجتماعی | تأثیر بیمه اجتماعی سلامت بر پوشش همگانی سلامت چیست؟ مکانیسم ایجاد سیستم‌های بهداشتی پایدار و پاسخگو در بیمه درمانی ملی چگونه است؟ ادغام برنامه‌های مختلف تأمین مالی و بیمه‌ها چگونه با چالش‌های موجود در حوزه تأمین مالی مقابله می‌کند؟ چهارچوب ارزیابی استراتژی‌های تأمین مالی سلامت در حوزه بیمه‌ای کدام است؟ تعامل بین طرح جدید بیمه درمانی و سایر اشکال تأمین هزینه مراقبت‌های سلامت و تأثیر آنها بر عدالت در تأمین اعتبار مراقبت‌های سلامت چگونه اتفاق خواهد افتاد؟ مکانیزم‌های تأمین مالی دولتی برای شناسایی و تشخیص ابعاد پوشش خدمات سلامت و تأمین مالی آنها چگونه باید باشد؟ |
| | بیمه‌های خصوصی | تأثیر بیمه خصوصی سلامت بر پوشش همگانی سلامت چیست؟ مکانیزم‌های تأمین مالی خصوصی برای شناسایی و تشخیص ابعاد پوشش خدمات و تأمین مالی آنها چگونه باید باشد؟ بیمه سلامت خصوصی چگونه موجب افزایش مصرف خدمات سلامت می‌شود؟ تأثیر میزان تقاضای القایی ارائه‌کننده در زمان حضور و عدم حضور بیمه‌های عمومی و خصوصی چگونه است؟ |
| | پرداخت مستقیم از جیب | هزینه‌های بخش خصوصی و سایر بخش‌های هزینه‌گر در سیستم سلامت به چه شکل است؟ روش‌های کاهش پرداخت‌های غیررسمی در نظام سلامت ایران کدام است؟ |
| انباشت و مدیریت منابع | مدیریت منابع مالی | سیاست‌های حمایت از کارایی، برابری و دستیابی به سیستم سلامت پایدار کدام است؟ چگونه عدالت در طراحی برنامه‌های بیمه باید در نظر گرفته شود؟ تحلیل سیاسی اقتصادی اصلاحات تأمین مالی سلامت در کشور نشان‌دهنده چیست؟ ارزشیابی پوشش همگانی سلامت در کشور بر اساس چه شاخص‌هایی و چگونه صورت می‌پذیرد؟ مقایسه شاخص‌های مالی میان مناطق، استان‌ها و کشورها چگونه است؟ برای پیشبرد اندازه‌گیری شاخص‌های ارزیابی تأمین مالی چه کاری می‌توان انجام داد؟ ایجاد پارادایمی برای نگاه به سلامت به عنوان یک سرمایه‌گذاری انسانی اصلی چگونه است؟ |
| | تجمع خطر | عواملی که باعث افزایش آسیب‌پذیری خانواده‌ها در برابر خطرات مالی می‌شوند کدامند؟ عوامل تسهیل‌کننده و موانع پیشرفت در ارتقاء و حفاظت مالی کدامند؟ تأثیر اصلاحات سلامت بر دسترسی به پوشش همگانی سلامت در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی مختلف چیست؟ شاخص‌های پروکسی برای مشکلات مالی سلامت کدامند و چه تأثیراتی خواهند داشت؟ |
| خرید خدمات | بسته پایه خدمات سلامت | به‌روزرسانی بسته خدمات سلامت برای برنامه‌های بیمه‌ای شامل گسترش میزان خدمات و سهم هزینه‌های بیمه‌ای که پوشش داده می‌شود چگونه رخ می‌دهد؟ الزامات لازم برای خرید راهبردی در نظام سلامت چیست؟ تأثیر کاهش موانع مالی بر استفاده از خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی چگونه است؟ عوامل تأثیرگذار بر بهره‌مندی از خدمات سلامت چیست؟ |
| | پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت | آیا تلاش دولت برای سیستم سرانه منجر به افزایش کارایی می‌شود؟ نقش ذینفعان دیگر در این حوزه چیست؟ چگونه کشورهایی با درآمد متوسط به بالا می‌توانند از پتانسیل موجود برای آینده‌نگر کردن پرداخت‌های نظام سلامت بهره بگیرند؟ سیستم‌های پرداخت مختلف چگونه بر دسترسی زنان و مردان به مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارند؟ زیرساخت‌های موردنیاز کشور برای استقرار نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و افزایش کارایی منابع مالی سلامت چیست؟ الزامات اجرای موفقیت‌آمیز یک سیستم پرداخت‌کننده واحد در بهداشت و درمان ایران چیست؟ تأمین مالی نظام سلامت چگونه می‌تواند ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد؟ |

فصل پنجم

بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- مقدمه

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

۵-۲- بحث

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

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

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

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

سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های

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

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

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

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

شاخص فقرزای سلامت به دلیل پرداخت مستقیم از جیب یک شاخص رسمی در اهداف توسعه هزاره نیست، اما، این شاخص یک هدف مهم در دستیابی به پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ میلادی بیان شده است

(۸۵، ۸۶). دستیابی به حمایت مالی در برابر خطرات ناشی از پرداخت از جیب خانوارها به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی راهبردهای سلامت ملی در چندین کشور با درآمد متوسط ذکر شده است. سازمان بهداشت جهانی حمایت از خطرات مالی را به عنوان معیاری از عملکرد خوب نظام‌های سلامت بیان کرده است. حمایت از خطرات مالی می‌تواند بیانگر مبادله‌ای باشد که از یک طرف خانوار توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی را داشته باشد و از طرف دیگر توانایی پرداخت نیازهای اساسی نظیر آموزش، غذا و مسکن را داشته باشد (۸۷، ۸۸).

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

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

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

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

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

به ۱۱/۴ درصد افزایش می‌دهد (۷۹).

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

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

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

بنابراین جلب اعتماد خیرین و گسترش نقش آنها در تأمین مالی نظام سلامت و قدردانی از مشارکت آنها نقش مهمی در نظام سلامت دارد. برای تقویت نقاط قوت سیستم تأمین مالی سلامت باید به استفاده از ظرفیت‌ها و توانمندی سازمانی در بهبود فرآیندها، گسترش بکارگیری گایدلاین‌های بالینی و بکارگیری ارزیابی فناوری‌های سلامت و بهره‌مندی از تکنولوژی‌های هزینه‌اثربخش پرداخت. همچنین افزایش خصوصی‌سازی و تمرکززدایی

خدمات درمانی، گسترش کنترل و نقش‌های نظارتی در نظام سلامت، افزایش پوشش بیمه درمانی افراد جامعه، گسترش یارانه و حمایت دولت از فقرا، گسترش حمایت‌های قانونی لازم در خصوص تأمین مالی سلامت از دیگر راهکارهایی است که توجه به آنها در نظام سلامت ضرورت دارد.

علیرغم نقش بخش‌های دولتی در تأمین مالی سلامت، ناتوانی دولت در تأمین منابع، بار تأمین مالی را تا حدودی بر دوش مردم قرار می‌دهد، به گونه‌ای که آنها مجبور به پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب خود می‌شوند و افزایش این پرداخت‌ها در طول دهه‌های گذشته مشکل‌ساز شده است. داده‌های بخش سلامت در کشور ایران نشان می‌دهد که در اواخر دهه ۱۳۸۰، میزان پرداخت از جیب در بین خانوارهای ایرانی حدود ۵۹ درصد بوده است. علیرغم کاهش میزان پرداخت از جیب مردم بعد از طرح تحول سلامت نسبت به سال‌های قبل به حدود ۴۲ درصد (۱۳۹۶)، همچنان بار تأمین مالی بر دوش مردم قرار دارد. مطالعات مختلف بیانگر بالا بودن میزان پرداخت از جیب مردم است؛ بطوریکه این عامل از بزرگترین نقاط ضعف نظام تأمین مالی کشور ایران به شمار می‌رود. مطالعات انجام شده گوناگون که طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ به ترتیب در استان‌های کردستان و قزوین صورت گرفته میزان پرداخت از جیب مردم را به ترتیب ۵۵ و ۵۹/۷ درصد گزارش کرده است. در مطالعه‌ای بر روی ۸۰۰ خانوار شهر شیراز، ۱۴/۲ درصد خانوار با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه شدند. این مطالعه نشان داد که تأمین مالی سلامت ایران توانایی حفاظت از خانوار را در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت به میزان کافی ندارد. علاوه بر آن در این مطالعه، وضعیت اقتصادی خانوار، وضعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی سرپرست خانوار، وجود افراد نیازمند مراقبت‌های پزشکی، استفاده از خدمات دندانپزشکی و بیمارستانی، نوع محل سکونت از نظر شهری و روستایی، دفعات استفاده از خدمات سرپایی و میزان پرداخت از جیب برای ویزیت پزشک بعنوان تعیین‌کننده‌های هزینه‌های کمرشکن سلامت معرفی شدند (۹۴-۹۶).

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

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

جیب به هدایت منابع به سمت پیش‌پرداخت‌ها حرکت کرد و به تغییر در نحوه تصویب، قیمت‌گذاری و بازپرداخت هزینه‌های دارویی پرداخت و بر کاهش بار مالی هزینه‌های دارویی متمرکز شد. در ادامه برای تحت کنترل درآوردن هزینه‌های دارویی از روش‌های ارزیابی فناوری سلامت، سیستم قیمت‌گذاری بین‌المللی و تخفیفات عمومی استفاده کرد (۹۸).

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

در برنامه چهارم و پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به موضوع عدالت در سلامت در قالب اهداف ارتقاء شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۹۰ درصد، کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد و کاهش سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های کمرشکن سلامت به یک درصد تاکید شده است (۱۰۲). دولت ایران از نیمه دوم اردیبهشت سال ۱۳۹۳ طرح تحول نظام سلامت جهت پیشبرد اهداف وزارتی را تدوین نمود که نخستین بسته خدمتی آن، برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. طرح تحول سلامت با هدف حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با تمرکز بر اқشار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وزارت بهداشت تا میزان ۶ درصد، روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستائی) و سایر افرادی که بواسطه نظام ارجاع به بیمارستان‌های مشمول برنامه مراجعه می‌کنند تا میزان ۳ درصد و ممانعت از ارجاع بیماران جهت خرید دارو و سایر تجهیزات و لوازم پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج از بیمارستان به مرحله اجرا درآمد. تمامی ایرانیان واجد بیمه پایه سلامت مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه، بعنوان جمعیت هدف مدنظر بوده و سازمان بیمه سلامت ایران مکلف گردیده تا افراد فاقد بیمه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه نماید (۱۰۳).

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

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

برای استفاده مؤثر و کارا از منابع باید به اهمیت عملکرد خرید منابع توجه شود. بنابراین از دیگر راهکارهای مهم در تأمین مالی سلامت، به کار بردن رویکرد خرید راهبردی به جای خرید منفعل است. در خرید راهبردی به دنبال بهترین ترکیب بسته خدمت هستیم؛ بنابراین برای رسیدن به حداکثر مطلوبیت در عملکرد نظام سلامت بهتر است چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و موضوعاتی چون خرید از چه کسی و برای چه افرادی و چه نوع خدماتی، مشخص شود (۱۱۳). بنابراین لازم است سازمانی که متولی امر خرید راهبردی سلامت است ایجاد شود و از هزینه اثربخش بودن تمام فرآیندهای قرارداد با مراکز ارائه خدمات سلامت اطمینان حاصل شود (۱۱۴). برای تخصیص منابع و خرید راهبردی راهکارهایی چون جدائی نهاد خریدار خدمت از ارائه‌کننده، ایجاد شفافیت در تخصیص منابع، حذف پدیده تقاضای القایی، کاهش تضاد منافع در تأمین مالی سلامت، مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت و مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خطر مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت توصیه شده است.

علاوه بر نقاط ضعف سیستم تأمین مالی سلامت، عواملی مانند تغییرات جمعیتی و رشد تقاضا، بحران و تحریم،

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

• شناسایی راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در نظام سلامت ایران

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

سازمان بهداشت جهانی در عملکرد جمع‌آوری منابع بیشترین تأکید را بر ثبات منابع مالی، با روش‌هایی مانند مالیات و سیستم بیمه‌ای داشته است؛ اما بررسی‌ها نشان داده است که در کشور با تأکید بر پرداخت یارانه و تقویت سیستم بیمه‌ای، مالیات‌ها و درآمدهای پایدار مالیاتی نادیده گرفته شده‌اند (۱۱۵). به دلیل اتکای تولید ناخالص داخلی کشور به درآمدهای نفتی و نوسانات تغییر قیمت نفت، بودجه بخش سلامت همواره در نوسان است، به همین دلیل مالیات‌ها می‌توانند یکی از منابع مالی پایدار در نظام سلامت کشور باشند. بسیج منابع مالی بیشتر از طریق افزایش نرخ مالیات‌ها و یا گسترش مالیات‌های جدید مانند مالیات بر کالاهایی خاص تحت عنوان مالیات نشان‌دار شده برای بخش سلامت، از ساز و کارهای مورد تایید سازمان جهانی بهداشت است (۶۲). مالیات گناه (Sin Tax) - مالیات بر کالاهای بد (سیگار و تنباکو، الکل، قند و شکر و...) که برای سلامت فرد خطرناک هستند - یکی

از انواع مالیات نشان‌دار است که در سال‌های اخیر برخی از کشورها مانند ویتنام، مغولستان و فیلیپین توانسته‌اند با اعمال آنها منابع مالی اضافی کسب نموده‌اند (۱۱۶-۱۱۸). مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین و غذاهای ناسالم دخانیات، وسایل نقلیه وارداتی، شرکت‌های بزرگ، فرآورده‌های نفتی، شرکت‌های با آلودگی زیاد، اتومبیل‌های گران قیمت، شرکت‌های داروسازی برند، محصولات لوکس، املاک و مستغلات، مالیات بر ارزش افزوده و نقض قوانین ترافیکی، تلفن همراه، صنایع استخراج منابع، خدمات گردشگری و معاملات مالی بزرگ از انواع رایج معاملات نشان‌دار سلامت در دنیا هستند و منابع حاصل از آنها به عنوان یکی از پایدارترین منابع مالی نظام سلامت در نظر گرفته می‌شوند (۱۱۹، ۱۲۰). در ایران قانون مالیات بر دخانیات در سال ۲۰۰۶ وضع شد. طبق این قانون قیمت سیگار تولید شده در کشور ۱۰ درصد، سیگارهای وارداتی ۲۰ درصد، قلیان، توتون و تنباکوی وارد شده ۲۰ درصد و پیپ و سایر محصولات دخانی ۲۰ درصد افزایش یافت. درآمد حاصل از این مالیات باید به وزارت بهداشت پرداخت می‌شد. وضع این قانون در سال اول اجرا، درآمدی معادل ۲۵۰۰ میلیارد ریال داشت که تنها ۵۰۶ میلیارد ریال آن برای پیشگیری از بیماری‌های ریوی به وزارت بهداشت تخصیص داده شد. علیرغم افزایش تورم و قیمت این محصولات در سال‌های بعد درآمدهای مالیاتی سالانه کاهش پیدا کرد و در سال ۲۰۱۷ به صفر رسید (۱۲۱).

منابع مالی اهدایی سایر دولت‌ها و سازمان‌های جهانی، یکی از اصلی‌ترین منابع تأمین مالی سلامت برخی کشورها مانند کامبوج، لائوس، گینه نو و ویتنام را تشکیل داده است (۱۲۲). در نظام سلامت ایران، خیرین به صورت مستقیم با ارائه خدمات سلامت و به صورت غیرمستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی مانند ساخت و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی مشارکت دارند. موسسات خیریه در کشور از ظرفیت خوبی برای ارائه خدمات برخوردار هستند. هدفمند نمودن حمایت و منابع مالی خیرین با برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و نظارت صحیح می‌تواند از راهکارهای گسترش منابع مالی در کشور باشد (۱۳).

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

از آنجا که نظام سلامت در کشور، با سلامت تمام افراد جامعه در ارتباط است، ارتباط بخش سلامت با سایر بخش‌های اقتصادی کشور اجتناب‌ناپذیر است. افزایش همکاری بین بخشی می‌تواند به تسهیل برخی از فرآیندها کمک نماید. برای مثال همکاری بخش سلامت و وزارت اقتصاد و دارایی می‌تواند فرآیندهای نظارت بر قوانین

مالیاتی را تسهیل کرده و وصول مالیات و تخصیص آن به بخش سلامت را امکان‌پذیر سازد. همچنین در شرایطی که برخی داروها و تجهیزات مورد نیاز سلامت از طریق واردات تأمین می‌گردند، همکاری بین بخش سلامت و سازمان‌های واردکننده این کالاها می‌تواند چنین فرآیندهایی را تسهیل نماید (۱۲۱).

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

عدم وجود نظارت کافی یکی از علل پرداخت از جیب بالا و در نتیجه نابرابری‌ها در نظام سلامت کشور عنوان شده است. نظارت بر خدمات سلامت باید در بخش کیفیت ارائه خدمات، در دسترس بودن آنها، فرآیندهای مالی و حفاظت از خانوارها در برابر مخارج سلامت وجود داشته باشد. نظارت بر عملکرد بخش خصوصی، ارائه‌کنندگان بخش دولتی در مناطق مختلف جغرافیایی و بر اجرای قوانین در بخش‌های مختلف نظام سلامت از راهکارهای پیشنهادی مطالعات بودند (۱۲۵، ۱۲۳). به علت پرداخت از جیب بالا و سهم کم منابع دولتی از کل مخارج سلامت در ایران، گسترش مکانیزم‌های پیش‌پرداخت یکی از راهکارهای پیشنهادی بود (۱۲۷). در کشورهای در حال توسعه که دسترسی مالی کمی دارند، توجه به استقرار نظام‌های پرداخت کارا بسیار ضروری است. تغییر نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر به آینده‌نگر باعث افزایش کارایی خرید خدمات شده و از به هدر رفتن منابع از طریق کاهش ارائه خدمات غیرضروری و ناکارا جلوگیری می‌کند. این نوع نظام پرداخت در کنار گسترش نظام پیش‌پرداخت می‌تواند یکی از موثرترین راهکارهای نظام‌های سلامت برای افزایش کارایی و ذخیره منابع مالی باشند.

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

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

جهت توزیع عادلانه منابع تقویت قوانین و مقررات امری ضروری است. به منظور حمایت از اقشار آسیب پذیر

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

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

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

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

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

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

یکی از شکاف‌های موجود در زمینه راهکارهای تأمین مالی پایدار سلامت در کشور، عدم وجود مطالعات در زمینه بررسی وضعیت مالیات‌ها در تأمین مالی سلامت است. مالیات‌ها در برخی از کشورها یکی از اصلی‌ترین منابع مالی پایدار سلامت هستند که بنابر الگوهای مصرف یا الگوهای بیمه‌ای موجود اخذ می‌گردند. مالیات‌نشان‌دار یکی از انواع مالیات‌های سلامت در دنیا است که با هدف تأمین مالی و اصلاح الگوهای رفتاری نامناسب در جامعه بر مصرف برخی از کالاها وضع می‌گردند. دخانیات، الکل، مواد غذایی مضر، نوشیدنی‌های شیرین از جمله این کالاها هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که در کشور ما در زمینه مالیات‌های نشان‌دار و بسترهای لازم جهت گسترش سیستم‌های مالیاتی مطالعات کافی صورت نگرفته است. این منابع یکی از بهترین منابع مالی جهت تأمین منابع سلامت هستند که نیاز است در کشور ما مطالعات اساسی در این زمینه صورت گیرد و فرصت‌ها و تهدیدهای استقرار چنین سیستم‌های مالیاتی در کشور بررسی گردند.

مهمترین نکته در گسترش مالیات‌ها در سطح جامعه، توجه به زیرساخت‌های اطلاعاتی و گسترش آنها است. سیستم‌های اطلاعاتی باید به گونه‌ای طراحی شوند که بتوانند افراد بیمه‌شده، فاقد بیمه، نوع بیمه و همپوشانی بیمه‌ای را در بین افراد نشان دهند. در کشور ما مطالعاتی که به بررسی زیرساخت‌های اطلاعاتی پرداخته و نقش آنها را در پایداری تأمین مالی کشور بررسی کنند وجود ندارد. سیستم‌های اطلاعاتی همچنین یکی از عوامل کلیدی در سنجش دقیق هزینه‌ها هستند. وجود سیستم دقیق که بتواند تمامی هزینه‌های بخش سلامت را به درستی نشان دهد می‌تواند به محاسبه صحیح بهای تمام شده خدمات کمک نماید.

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

نظام‌های پرداخت آینده‌نگر با توجه به ماهیتی که دارند انگیزه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را برای افزایش خدمات و مخارج سلامت به شدت کاهش می‌دهند. بررسی زیرساخت‌های موردنیاز کشور جهت استقرار نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و افزایش کارایی منابع مالی سلامت یکی از موضوعاتی است که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی موردبررسی قرار گیرد. همچنین قوانین موجود در زمینه تأمین مالی سلامت کشور

باید مورد بررسی قرار گیرند و بنابر لزوم تغییراتی همچون تغییر در مالیات‌های تخصیصی بخش سلامت باید مورد بازبینی قرار گیرند.

۵-۳- نتیجه‌گیری

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

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

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

۵-۴- پیشنهادات کاربردی

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

در کشور ما با توجه به الگوهای فرهنگی و دینی حاکم بر جامعه درآمدهای خیرین سلامت می‌تواند به صورت

هدفمند جمع‌آوری شده و در راستای تأمین بخشی از منابع مالی سلامت مورد استفاده قرار گیرد. سیستم پیش‌پرداخت سلامت یکی از موفق‌ترین روش‌های کاهش ریسک مخارج فلاکت بار سلامت بوده است. با استفاده از تجربه سایر کشورها و ایجاد سیستم اطلاعات جامع سلامت که اطلاعات سلامتی و بیمه‌ای افراد را در برداشته باشد می‌توان در جهت اجرای چنین سیاست‌هایی گام برداشت. استقرار هریک از راهکارهای ذکر شده در این مطالعه نیاز به شواهد علمی معتبر و بررسی ساختارها و زیرساخت‌های موجود در کشور دارد. استفاده از ظرفیت‌های پژوهشی کشور و متخصصان رشته‌های مدیریت، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت می‌تواند به عنوان اولین قدم در جهت اصلاح ساختارهای موجود در نظر گرفته شده و با تولید دانش و پژوهش‌های مبتنی بر شواهد و نیاز جامعه این امر را تسهیل نماید.

۵-۵- پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی

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

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

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
2. Mosadeghrad AM. Health Transformation Plan in Iran. in J. Braithwaite, W. James, & K. Ludlow (Eds.) Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 70 Countries, Taylor & Francis. 2017.
3. Maher A, Ahmadi Ali Mohammad, Shokri Jamnani A. Survey of Different Approaches To Health System Financing in the Selected Countries During the Period 1998-2004 and Introducing New Financing Mechanisms for Iran. The Economic Research. 2008;8(1);115-49.
4. World Health Organization. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
5. Chan M. Best days for public health are ahead of us. Address to the Sixty-fifth World Health Assembly. 21 May. World Health Organization. 2012.
6. World Health Organization. WORLD HEALTH REPORT (The): Health Systems Financing: the path to universal Coverage (Arabic): World Health Organization; 2010.
7. Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86:857-63.
8. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet. 2013;382(9886):65-99.
9. Jindal AK. Universal health coverage: the way forward. Indian journal of public health. 2014;58(3):161.
10. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Kumar AS, Dandona L, et al. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. The Lancet. 2011;377(9767):760-8.
11. World Health Organization. Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007.
12. Brearley L, Marten R, O'Connell T. Universal health coverage: a commitment to close the gap. Londres: Save the Children. 2013.
13. Mosadeghrad A M, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' Participation in Financing Health System of Iran. Hakim Health Sys Res. 2019; 22 (1) :26-42.
14. Mosadeghrad AM. Health transformation plan in Iran. Health systems improvement across the globe: success stories from. 2017;70:309-16.
15. Tabish SA. Health Care Finance--Challenges and Response. Health and population; perspectives and issues.1993; 16 (1&2):37-49.
16. Santesso N, Tugwell P. Knowledge translation in developing countries. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2006; 26 (1): 87-96.
17. Global Health Expenditure Database,WHO. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
18. Moradi T, Shojaei A. Investigating the position of Iran's financing and health insurance in comparison to other countries in the region, proposed solutions. National Center for Health Insurance Research. 2019.
19. World Health Organization. Management effectiveness program (Map Guide). Geneva: WHO; 2001.
20. Uzochukwu B, Ughasoro M, Etiaba E, Okwuosa C, Enzuladu E, Onwujekwe O. Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2015; 18(4):437-44.
21. Ministry of Health and Medical Education. The study of financial discipline of Health and Medicine services. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Office for Budget and Economy in Health and

Medicine; 1999.

22. The WHO Secretariat. WHA58.33; Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, The fifty-eighth World Health Assembly, 2005.
23. World health report 2000. Health systems performance assessment. Geneva, World Health Organization, 2000.
24. World Health Organization. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, 2007.
25. Marchal B, Cavalli A, Kegels G. Global health actors claim to support health system strengthening: is this reality or rhetoric? PLoS Med. 2009;6(4):e1000059.
26. Sundewall J, Swanson RC, Betigeri A, Sanders D, Collins TE, Shakarishvili G, et al. Health-systems strengthening: current and future activities. Lancet. 2011;377(9773):1222-3.
27. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. 38. 2015.
28. Transforming the enterprise: The alignment of business and information technology strategies - IBM Journals & Magazine: IBM; 1993 [Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/document/5387402/>].
29. Tabibi j, Maleki M, Mojdekar R. measuring hospital performance by using baldrige model. Journal of iranian medical association. 2009;27(1):27-30.
30. Mosadeghrad A, Esfahani P, Nikafshar M. Efficiency in Iranian Hospitals: A systematic review and meta analysis for two decades. Payavard Salamat. 1396;11(3):318-31.
31. Shahhoseini R, Safi Arian R. Assessment of technical efficiency of hospitals under Hamadan University of Medical Sciences on performance indicators and data envelopment analysis model in 2010. 11. 2013.
32. Walley T, Haycox A, Boland A. Pharmacoeconomics. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2004. p. 11-2.
33. Brearley L, Marten R, O'Connell T. Universal Health Coverage: A commitment to close the gap, Rockefeller Foundation, Save the Children, Unicef, WHO, Geneva. 2013.
34. Papanicolas I, Smith P.C. Health System Performance Comparison; an Agenda for Policy, Information and Research. Berkshire, England: Open University Press, McGraw Hill Education, World Health Organization, 2013.
35. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies: World Bank Publications; 2014.
36. Assembly UG. Universal declaration of human rights. UN General Assembly. 1948.
37. Carrin G, James C, Organization WH. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. 2004.
38. Savedoff WD, Smith AL. Achieving universal health coverage: learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden. Washington, DC: Results for Development Institute. 2011.
39. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization; 2015.
40. Commission P. High level expert group report on universal health coverage for India. 2011.
41. Lorraine S. Wallace. A View of Health Care Around the World. Ann Fam Med. 2013; 11(1): 84.
42. Mashayekh Sh, MosallaNejad A, KargarFard Z. Comparison of methods of health system financing in Iran with some countries in the world. 2nd National Conference of Approach to Accounting, Management & Economics. 2014.
43. CIHI. National health expenditure trends, 1975–2003. Ottawa, Canadian Institute for Health Information,

2004.

44. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
45. Vafae A, Khiyabani B. Health Finances in Canada. *Navid* No. 2008; 40: 60-71.
46. Flood CM, Archibald T. The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164(6):825–830.
47. Mossialos E, Busse R, Figueras J And etal. *Health Systems in Transition*. 2013; 15: 43-46.
48. Valerie P, Marion D, Lihan W. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey Of 29 OECD Countries. *DELSA/HEA/WD/HWP.0212;1371*.
49. Grosios K, Gahan PB, Burbidge J. Overview of healthcare in the UK. *EPMA J*. 2010; 1(4): 529–534.
50. Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1–486.
51. Rice T RP, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(3):1-431.
52. Kuttner R. the American health care system Health insurance coverage. *The new England journal of Medicare*, 2000.
53. Sezer M, Bauer F. Introduction to the U.S. Health Care System. Published in: Schmid A. and Singh S. *Crossing Borders - Innovation in the U.S. Health Care System*, Schriften zur Gesundheitsökonomie, Vol. 84, Bayreuth: P.C.O.-Verlag. 2017.
54. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. *Health Sysrem Transition*. 2014;16(2):1-296.
55. Clarke E, Bidgood E. Health care systems: Germany. *CIVITAS*, 2012.
56. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
57. Zare H, Jamali MR, Rashidi R. Privatization of Health Insurance, Final Report of the Research Project, National Research Center of Medical Sciences, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. 2004;162.
58. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1–159.
59. Azimi A. Health system in Sweden. *Health Insurance Quarterly*. 2011;47.
60. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, HernándezQuevedo C. Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, 13(6):1–186.
61. Hasanzadeh A. Patology of health insurance system in Iran. *Iran Health Insurance*. 2018;1(3): 51.
62. Management Sciences for Health (MSH). *Health Systems Strengthening: 2015 and Beyond*. 2015. Available at <https://www.msh.org/blog/2015/03/04/health-systems-strengthening-2015-and-beyond>.
63. Tajvar M, Mehtar Poor M, Khosrojerdi R, Amerzadeh M. *Health System Financing: A Guide of the World Health Organization*. National Center for Health Research. 2019.
64. Mosadeghrad AM. Health Transformation Plan in Iran. in J. Braithwaite, W. James, & K. Ludlow (Eds.) *Health Systems Improvement across the Globe: Success Stories from 70 Countries*, Taylor & Francis. 2017.
65. Blank R, Burau V. *Comprehensive Health Policy*. Second Edition 2007.
66. Owusu-Sekyere E, Bagah D A. Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution?, *Public Health Research*, 2014, 4(5): 185-194.
67. Gottret P, Schieber G. *Health Financing Revisited; A Practioner’s Guide*, The International Bank for

Reconstruction and Development; The World Bank, Washington DC ,2006.

68. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12:74-84.
69. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Bolbanabad AM, Safari H. Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: a case study in the west of Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5(7):417.
70. Rezaee M, Daei Karimzadeh S, Fadaei M, Etebarian A. A Localized Model for Sustainable Financing in Iranian Health Insurance Organization: A Resilient-Economy-Based Approach. *Iran J Health Insur*. 2019; 1 (4) :143-152.
71. Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi I, Gouhari MR. Sustainable Universal Health Insurance Coverage Barriers In Iran: 2007. *Payesh*. 2010;9(2): 173-187.
72. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012;380(9845):933-43.
73. Chunhong J, Jingdong M, Xiang Z, Wujin L. Measuring financial protection for health in families with chronic conditions in Rural China. *BMC Public Health*. 2012; 988.
74. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*. 2015;13(3):141-6.
75. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
76. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*. 2013;13:117.
77. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research by Jane Ritchie and Liz Spencer in A. Bryman and R. G. Burgess [eds.] *Analyzing qualitative data*. 1994:173-194.
78. Cashin C. *Health Financing Policy; the Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context*. World Bank Group. 2016.
79. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet* 2015; published online May 15.
80. Global Health Expenditure Database, WHO. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
81. Moradi T, Shojaei A. Investigating the position of Iran's financing and health insurance in comparison to other countries in the region, proposed solutions. National Center for Health Insurance Research. 2019.
82. WHO. Toolkit on monitoring health systems strengthening; 2008. Available at: <https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit>.
83. Barroy H, Vaughan K, Tapsoba Y, Dale E, Van de M, N, et al. *Towards universal health coverage: thinking public: overview of trends in public expenditure on health (2000-2014)*. Geneva: World Health Organization; 2017.
84. Central Bank of Iran website. Price index of goods and services in urban areas of Iran; 2017. Available at: <https://www.cbi.ir/default.aspx>
85. World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank: tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Available at https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/.
86. World Health Organization, World Bank Group. Monitoring progress towards universal health coverage

- at country and global levels, Framework measures and targets. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development, World Bank; 2014. Available at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112824/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?sequence=1.
87. Islam MR, Rahman MS, Islam Z, et al. Inequalities in financial risk protection in Bangladesh: an assessment of universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):59.
 88. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. World Bank policy research working paper no. 4554. Washington DC: World Bank; 2008. <http://documents.worldbank.org/curated/en/157391468140940134/Measuring-financial-protection-in-health>
 89. WHO. The World Health Report 1999. Making a difference. Geneva: World Health Organization. 1999.
 90. Xu K, Evans K, Kawabata R, Zeramdini J, Klavus and C. J. L. Murray. 'Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis', *Lancet*, 2003; 362(9378): 111–117.
 91. Bahrami MA, Vatankhah S, Tabibi SJ, Tourani S. Designing a health system performance assessment model for Iran. *Health Information Management* 2011; 8(3): 285-305.
 92. Harding AJ, Pritchard C. UK and Twenty Comparable Countries GDP-Expenditure-On- Health 1980-2013: The Historic and Continued Low Priority of UK Health-Related Expenditure. *Int J Health Policy Manage* 2016; 5(9): 519-523.
 93. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in healthcare delivery in Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(5):438-53.
 94. Gharibi F, Heidari A, Zarei M. Percentage of out-of-pocket payment for health services by people of Kurdistan in 2010. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013;18(3).
 95. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating Out of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. 2012.
 96. Kavosi Z, Keshtkaran A, Hayati R, Ravangard R, Khammarnia M. Household financial contribution to the health system in Shiraz, Iran in 2012. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(5):243-9.
 97. Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *SciELO Public Health*; 2007.
 98. Bump J, Sparkes S, Tatar M, Çelik Y. Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program (2003-13). 2014.
 99. Mohammad Reza M, Hossein I, Iraj K, Mohammad R. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh*. 2010;9(2):1:73.
 100. Zakeri M, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Kazemian M, Rashidian A, Abouhalaj M, et al. The financing of the health system in the Islamic Republic of Iran: A National Health Account (NHA) approach. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:243.
 101. Hanjani HM, Amir AF. Estimation of Fair Financial Contribution in Health System of IRAN. *Social Welfare Quarterly*. 2006;5(19):279.
 102. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):42.
 103. Mohamadi E, Zaraei G. Investigating the effect of health care improvement plan on the payment of the insured in Iranian health insurance organization (case study: hospitalized patients in collegiate hospitals of Ilam city in december 2013 and 2014). *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2017; 24(6): 178-88.
 104. Haniye Sadat S, Elham Ehsani C, Reza M. Universal health coverage in Iran: Where we stand and how we

can move forward. *Medical Journal Of the Islamic Republic of Iran*. 2019;33(1):46-51.

105. Mohammadmedi T. I.R. Iran Health System Financing Sustainability; its Situation, Indicators, and Solutions to Explain the Article 10 of General Health Policies. *Journal of Culture and health promotion (Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran)*. 2018;2(3):307-25.
106. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's health system transformation plan: a SWOT analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:39.
107. Ghiasvand H, Abolghasem Gorji H, Maleki M, Hadian M. Catastrophic Health Expenditure Among Iranian Rural and Urban Households, 2013 - 2014. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2015;17(9):e30974.
108. Moghaddam AV, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh M, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: main challenges, general policies and strategies. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):42.
109. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in Iran; Is privatization a good solution? *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(7):14-23.
110. Ibrahimipour H, Maleki MR, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(6):485-95.
111. Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health policy and planning*. 2003;18(1):84-92.
112. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F, Bahrami G, Shahboulaghi M, Ghiasvand H. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiopian journal of health sciences*. 2017;27(5):491-500.
113. Honda A. What is strategic purchasing for health? 2014.
114. RESYST Consortium, in collaboration with the Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: a critical assesment. The formal sector social health insurance programme. RESEARCH BRIEF. 2016.
115. National Health Accounts 2002-2008. Spring 2011. Available from: http://www.amar.org.ir/Portals/0/topics/sna/hesab_salamat.pdf.
116. Obermann K, Jowett M, Kwon S. The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: a mixed methods analysis. *Global health action*. 2018; 11(1).
117. Somanathan A, Tandon A, Dao HL, Hurt KL, Fuenzalida-Puelma HL. Moving toward universal coverage of social health insurance in Vietnam: assessment and options: The World Bank; 2014.
118. Bayarsaikhan D, Kwon S, Chimeddagva D. Social health insurance development in Mongolia: Opportunities and challenges in moving towards Universal Health Coverage. *International Social Security Review*. 2015;68(4):93-113.
119. Abdulmalik J, Olayiwola S, Docrat S, Lund C, Chisholm D, Gureje O. Sustainable financing mechanisms for strengthening mental health systems in Nigeria. *International journal of mental health systems*. 2019;13(1):38.
120. Mathauer I, Koch K, Zita S, Murray-Zmijewski A, Traore M, Bitho N, et al. Revenue-raising potential for universal health coverage in Benin, Mali, Mozambique and Togo. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019; 97(9): 620.
121. Javadinasab H, Masoudi Asl I, Vosoogh-Moghaddam A, Najafi B. Comparing selected countries using sin tax policy in sustainable health financing: Implications for developing countries. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020; 35(1): 68-78.

122. Chu A, Kwon S, Cowley P. Health financing reforms for moving towards universal health coverage in the western pacific region. *Health Systems & Reform*. 2019; 5(1): 32-47.
123. Ahmadnezhad E, Murphy A, Alvandi R, Abdi Z. The impact of health reform in Iran on catastrophic health expenditures: Equity and policy implications. *The International journal of health planning and management*.2019; 34(4):e 1833-e45.
124. Rasoulia M. Relying on the insured, strategies for financing health insurance in Iran. *Journal of Strategic Management Researches*.2016;22(62):135-53.
125. Hooshmand E, Vafae A. Designing a Supplementary Health Insurance Model for Iran. *Hakim Health Systems research journal*.2019; 22(2):138-50.
126. Nosratnejad S, Rashidian A, Jafari N, Ahari AM. Universal Health Insurance and the Reasons of not Coverage in Iran: Secondary Analysis of a National Household Survey. *Depiction of Health*. 2012; 2(4).
127. Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Hashemi S, Hamidi H. Islamic Republic of iran health system financing: weak and strength points with a qualitative attitude. *World J Medic Sci*. 2013; 8(3): 231-237.
128. Ensor T, Chhun C, Kimsun T, McPake B, Edoka I. Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience. *Social Science & Medicine*.2017; 177: 118-26.



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح

شناسایی شکاف های دانشی در حوزه
انباشت منابع مالی سلامت ایران در راستای
دستیابی به پوشش همگانی سلامت



شماره طرح:

۹۸۰۱۰۷

همکاران پروژه:

مجری طرح:

دکتر علیرضا محبوب اهری
(دانشیار اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز)

همکاران:

خانم یگانه پرتوی
(دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی)

إلى
العلماء
والشعراء

فهرست محتوی

| | |
|-----|---|
| ۸۶ | خلاصه اجرایی طرح |
| ۸۶ | یافته‌ها: |
| ۸۷ | نتیجه‌گیری |
| ۸۷ | مقدمه و اهداف |
| ۸۹ | اهداف اصلی طرح |
| ۸۹ | اهداف اختصاصی طرح |
| ۸۹ | اهداف کاربردی طرح |
| ۸۹ | زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات |
| ۹۲ | روش پژوهش |
| ۱۱۳ | نتیجه‌گیری |
| ۱۱۴ | شکاف‌های دانشی استخراج شده بر اساس میزان اولویت |
| ۱۱۷ | ضمایم |
| ۱۳۱ | منابع |

فهرست جدول‌ها

| | |
|-----|---|
| ۹۶ | جدول ۱: مشخصات مطالعات به دست آمده از مرور شواهد مرتبط |
| ۹۹ | جدول ۲: بررسی موضوع انباشت منابع در اسناد بالادستی |
| ۱۰۰ | جدول ۳: حیطه‌ها و موضوعات اصلی نیازمند شواهد برای تصمیم‌گیری در حوزه انباشت |
| ۱۰۱ | جدول ۴: اطلاعات زمینه‌ای متخصصان شرکت‌کننده در مصاحبه |
| ۱۰۵ | جدول ۵: جمع‌بندی نظرات خبرگان در خصوص شکاف‌های موجود |
| ۱۰۷ | جدول ۶: نظرات خبرگان درباره کفایت شواهد موجود در پوشش حیطه‌های شناسایی شده |

خلاصه اجرایی طرح

مطالعه حاضر یک پژوهش ترکیبی چند روشی است که در دو مرحله شامل مرور گستره متون (scoping review) و مطالعه کیفی بود. در مرحله اول به کمک اسناد و قوانین بالادستی شامل برنامه‌های اول تا ششم توسعه کشور، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اولویت‌های پژوهشی موسسه‌های تحقیقات بیمه‌ای، و همچنین چارچوب پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی عملکرد تأمین مالی سلامت (OASIS) یک جستجوی اولیه برای شناسایی واژه‌های کلیدی و جستجوی اولیه استفاده شد. سپس با استفاده از مرور ادبیات پژوهش کلیه مطالعات منتشر شده نیز شناسایی گردید و حیطه‌هایی که نیازمند تولید شواهد برای تصمیم‌گیری هستند شناسایی گردید. حیطه‌های شناسایی شده به همراه موضوعات اصلی ذیل هر حیطه از طریق پرسشنامه آنلاین به متخصصان ارسال شد و از آنها خواسته شد تا نظر خود را در مورد حیطه‌ها و اینکه شواهد وجود دارد یا نه و آیا موارد دیگری را به هر یک می‌خواهند اضافه کنند یا بدهند. در مرحله آخر عناوین و خلاصه یافته‌های مطالعات منتشر شده به دست آمده از مرور گسترده به متخصصانی که در مرحله اول پاسخگو بودند ارسال گردید و از ایشان خواسته شد تا کفایت شواهد موجود، موانع احتمالی در پوشش شکاف‌های شناسایی شده را ارزیابی و در مورد آنها اظهار نظر کنند.

یافته‌ها:

بر اساس یافته‌های مرور گسترده متون ۱۱ حیطه شامل تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، پایش و نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای، بانک‌های اطلاعاتی، سامانه و داشبوردها، تجمیع صندوق‌های بیمه، کارایی صندوق‌ها، ارزیابی ریسک، بسته خدمتی، پایش و مدیریت مستمر بسته خدمتی، تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌ای، سرانه درمان و حق بیمه و در نهایت معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی استخراج گردید که در زمینه تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، پایش و نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای بر وجود شواهد علمی در حیطه‌های مذکور توافق داشته اما تجربه اجرایی محدود دارند و در سایر حیطه‌ها توافق بر عدم کفایت شواهد و تجارب اجرایی در این زمینه داشتند. نهایتاً تعدادی عناوین پیشنهادی که توسط خبرگان و شواهد یافت نشد در حیطه تعدد صندوق‌ها مکانیسم‌های انتقال منابع مالی بین صندوق‌های متعدد بیمه سلامت، رویه‌های مربوط به طراحی صندوق‌های بیمه‌ای، سازوکارهای شناخت دهک‌های درآمدی و افراد نیازمند در جمعیت تحت پوشش هر صندوق، توزیع ریسک در صندوق‌های بیمه‌ای (درون صندوق‌ها)، مقایسه انباشت‌های صندوق‌های مشابه (یا همان صندوق) از نظر نرخ سهم، صلاحیت عضو، مقررات و محتویات بسته در حیطه کارایی صندوق‌ها بهره‌مندی افراد از خدمات بیمه، سازوکارهایی برای حمایت مالی موثر از افراد خاص، بررسی هزینه‌های اداری و مدیریتی بیمه‌ها در حیطه بسته خدمتی ارزیابی‌های مربوط به معیارهای ورود و خروج خدمات به بسته، مکانیسم استفاده از شواهد در تعیین بسته خدمتی در حیطه سازوکارهای تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌ای بررسی تعهدات دولت در بخش حمایتی و بیمه‌ای و در حیطه معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی تعیین روش‌های برآورد درآمد برای تعیین توانایی پرداخت افراد در بخش غیر رسمی اقتصاد می‌باشد.

نتیجه گیری

مشکلات مربوط به انباشت منابع مالی هم در حوزه تولید و هم کاربرد شواهد جدی است. شواهد علمی موجود در حیطه های مطرح شده کافی نبوده و انجام مطالعات علمی معتبر با اولویت گذاری های مناسب ضروری است. تولید شواهد تنها حاصل تلاش پژوهشگران نمی باشد و نیازمند چرخه شواهد از تولید در مراکز علمی تا استفاده در سیاستگذاری و تصمیم گیری می باشد. وجود ارتباطات رسمی و شفاف بین مراکز علمی، دولت، عاملین تأمین مالی (بیمه ها) و ارائه دهندگان خدمات سلامت برای تولید شواهد علمی معتبر و به کارگیری آن توصیه می شود. نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که در حیطه نظارت بر عملکرد صندوق های بیمه ای/نظام های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی، بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق، ارزیابی ریسک، روش های علمی برآورد سرانه و معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی شواهدی وجود نداشته و از حوزه های اولویت دار برای تولید شواهد می تواند باشد. شواهد موجود در حوزه انباشت منابع پاسخگوی نیازهای سیاستگذاری و برنامه ریزی نمی باشد و برای تولید شواهد موجود، رفع موانع از طرف بدنه تصمیم گیری لازم الاجرا می باشد.

واژه های کلیدی: تأمین مالی، انباشت، مرور گستره، تحلیل شکاف

مقدمه و اهداف

سلامت و بهداشت، حق حیاتی انسان، دارایی اجتماعی و شرط لازم جهت کسب درآمد می باشد. در کشورهای در حال توسعه، نبود سلامت یکی از عواملی است که در شکل گیری چرخه معیوب فقر نقش تعیین کننده دارد. بنابراین تضمین استانداردهای مناسب سلامت و برقراری نظام های بیمه، جهت ارائه پوشش حمایتی در مقابل خطرات اجتماعی و اقتصادی بیماری، عناصر اصلی محافظت اجتماعی را تشکیل می دهند (۱).

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان ها و فعالیت هایی است که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقای سلامت می باشد. بر اساس تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی نظام های سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آنها به گونه ای عدالت محور و حفاظت از آنها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری ها می باشد، در راستای رسیدن به این هدف متعالی این سازمان چهار کارکرد: ۱- تولید، ۲- تولید منابع، ۳- تأمین منابع مالی و ارائه خدمت را معرفی می نماید (۲).

امروزه موضوع تأمین مالی سلامت به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویتها و محدودیت های خاص خود تقسیم شده است. این مجموعه، بخش تأمین مالی تجمیعی نام گرفته و فعالیت های آن شامل جمع آوری منابع و تجمیع منابع است که در سیستم ارائه خدمات مورد استفاده قرار می گیرد، بخش جمع آوری منابع، روندی شفاف داشته و از طریق شیوه های متفاوت عمومی و خصوصی (شامل مالیات، عوارض، هدایا، وام، بیمه و ...) فراهم می شود. بخش تجمیع منابع و مشارکت در مخاطره پذیری (ریسک) موجب می شود هزینه بیماری ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر و شاغل و بیکار تقسیم شود. به طور خلاصه تأمین و تخصیص منابع مالی در نظام سلامت از سه کارکرد فرعی درآمدزایی (تأمین)، انباشت منابع و خرید خدمات تشکیل شده است (۳).

انباشت عبارت است از تجمیع و مدیریت درآمدها به گونه ای که اطمینان حاصل شود خطر مالی پرداخت برای

مراقبت سلامت بر دوش همه اعضای صندوق است نه تک تک آنها به صورت فردی (۲). انباشت خطر در طرح های بیمه ای امری ضروری است. این قطعیت هم برای پایداری اقتصادی و هم برای پخش نمودن خطرات فردی بین همه افراد بیمه شده وجود دارد. انباشت خطر با عملکرد مرسوم بیمه، همسان در نظر گرفته می شود جایی که خطرات مالی سلامت بین همه اعضای یک گروه به اشتراک گذارده می شود. به طور کلی، این اصل پذیرفته شده است که هر چند تعداد بیمه شدگان یک صندوق بیمه بیشتر باشد، نتایج خطر فردی یک بیماری که به درمان گران قیمت نیاز دارد، بر دوش افراد بیشتری گذارده می شود. بنابراین مهم است که همه گروه های اجتماعی را در بر گیرد زیرا اگر یک طرح بیمه سلامت برای افراد کم درآمد یا با خطر بالای بیماری محدود گردد، احتمال شکست آن به علت درآمد ناکافی یا هزینه های بالا افزایش می یابد. از آنجا که خطرات سلامتی به طور بسیار ناهمگون بین گروه های درآمدی گوناگون پخش شده است، انباشت مناسب، تنها در طرح بیمه همگانی اجباری که همه گروه های اجتماعی را پوشش می دهد، تحقق خواهد یافت (۴).

انباشت خطر، با عدالت در تأمین مالی یک نظام سلامت مرتبط است. در گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت آمده است: "مهم ترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تأمین مالی در یک نظام سلامت، میزان پیش پرداخت در کل هزینه هاست. پرداخت مستقیم از جیب نزولی ترین روش پرداخت برای سلامتی است و شیوه ای است که مردم را بیشتر در معرض خطرات مالی فاجعه بار قرار می دهد" (۲). نمونه هایی از این موضوع در هند، ویتنام، آذربایجان، اکراین و بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین مشاهده می شود. در همه نظام های سلامت، رابطه روشنی بین میزان پرداخت مستقیم از جیب و میزان به هم خوردن تعادل بین هزینه های مصرفی سلامت و هزینه های غیر سلامت مردم وجود دارد (۵-۹).

به طور کلی، صندوق های بیمه سلامت خصوصی، حق بیمه را بر اساس خطر تعیین نموده و جهت انباشت خطر تلاش می نمایند که به نفع شرکت بیمه باشد. در مدل های مبتنی بر بازار و نظام های بیمه سلامت با ارکان بخش خصوصی مثل ایالات متحده، سوئیس، شیلی، کلمبیا و آفریقای جنوبی نابرابری های مشخص اجتماعی در دسترسی به سلامت به شیوه های متفاوتی بروز می نماید و هزینه های سلامت، خطر مالی قابل توجهی برای خانوارهای فقیر ایجاد می نماید، همچنین طرح های کوچک بیمه ای، تنها می تواند به انباشت خطر حداقلی، بعلاوه اندازه کوچکشان و این حقیقت که عضویت در بیشتر آنها اختیاری است، دست یابند. این طرح ها با مشکلات بیشتری نسبت به سایر طرح های بیمه در دفاع از خود در برابر اثرات انتخاب معکوس روبه رو هستند (۱۰-۱۴). از نقطه نظر عدالت و پوشش همگانی سلامت، در اصل بهترین گزینه ها عبارتند از خدمات سلامت عمومی مبتنی بر مالیات (طرح بورج) و بیمه سلامت اجتماعی (طرح بیسمارک)، که شیوه های مناسبی از انباشت منابع و جمع آوری حق بیمه ها در این دو طرح دیده می شود.

سازمان جهانی بهداشت یکی از شاخص های گسیختگی تأمین مالی در نظام سلامت را انباشت پراکنده در صندوق های بیمه ای می داند (۱۵). انباشت پراکنده، یکی از مسائل و مشکلات حیاتی در تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران است که منجر به افزایش هزینه های اداری بیمه اجتماعی شده است. به علاوه، یارانه های متقاطع به خوبی از سالم به بیمار و از غنی به اقشار کم درآمد انتقال نمی یابد. در نتیجه، به عدم قطعیت های ذاتی در هزینه های مراقبت سلامت به خوبی توجه نمی شود. به عبارت دیگر، تنها ۲۵/۶٪ در صندوق ها انباشت

و تحت کنترل مدیریت و توزیع ریسک بوده و مابقی به صورت پراکنده به خدمات مراقبت سلامت تخصیص می‌یابد که از این میزان، حدود ۵۶/۱٪ در ارتباط مستقیم مصرف‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت بوده و بار مالی سنگینی را بر دوش افراد خصوصا فقرا تحمیل نموده است (۱۶).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، ایران در بین ۱۹۱ کشور جهان از نظر عدالت در تأمین منابع مالی در رتبه ۱۱۲ قرار دارد. عملکرد ضعیف ایران از نظر عدالت نشان‌دهنده این است که بسیاری از مردم (در آن زمان) فاقد بیمه سلامت بوده و پرداخت از جیب مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و دارای درآمد متوسط به پایین مقدار بالایی دارد (۲۷). به طوریکه در آمار سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت آمده است که پرداخت از جیب در ایران، ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامت ایران را تشکیل می‌دهد (۲۸). با توجه به اهمیت این قضیه و برای جلوگیری از تحمیل هزینه‌های کمرشکن و ارتقای سطح عدالت چندین برنامه اصلاحاتی از جمله بیمه روستاییان و عشایر، بیمه بستری شهری در کشور طرح ریزی شده است. در برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری اشاره شده است که پرداخت از جیب باید به ۳۰ درصد کاهش یافته و شاخص عدالت در تأمین مالی نیز به ۰/۹ درصد افزایش یابد. با این حال دولت در دستیابی به این هدف موفقیتی نداشته است. با توجه به اهمیت این موضوع، هدف مطالعه حاضر تهیه مستندی جامع در خصوص وضعیت حوزه انباشت منابع مالی در ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور می‌باشد.

اهداف اصلی طرح

تحلیل وضعیت موجود حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران با هدف شناسایی شکاف‌های دانشی

اهداف اختصاصی طرح

شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست‌ها و عملکرد کنونی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران؛
۱. شناسایی حیطه‌های نیازمند تولید شواهد و استخراج شکاف‌های دانشی موجود در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران

اهداف کاربردی طرح

تهیه و آرایه شواهد جامع در خصوص وضعیت حوزه انباشت منابع مالی در ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت

زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات

Carrin و همکاران در مطالعه خود بر اهمیت و تاثیر انباشت منابع از بین ۴ کارکرد معرفی شده از طرف سازمان جهانی بهداشت در توسعه بیمه‌های سلامت اجتماعی در کشورهای در حال توسعه اشاره نموده و بهترین حالت برای داشتن بیشترین انباشت مالی را صندوق‌های بیمه اجتماعی معرفی نموده و با تاکید بر این نکته که با تقویت انباشت منابع مالی می‌توان شاهد رخداد پیشرفت‌های بسیار زیادی در نظام سلامت در رسیدن به اهدافی مثل پاسخدهی، عدالت در سلامت و ارتقای عملکرد بیمه اجتماعی بار دیگر به اهمیت این موضوع در تأمین مالی اشاره می‌نماید (۱۷).

Chris James در مطالعه خود، برای هر یک از ۴ کارکرد نظام سلامت شاخص‌های عملکردی معرفی می‌نماید. سپس توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته را به این شاخص‌ها در توسعه برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی و شناسایی نقاط قابل بهبود، دستیابی به پوشش همگانی سلامت اشاره می‌نماید. به عنوان مثال او در انباشت منابع در نظام سلامت ۳ شاخص عملکردی ترکیب صندوق بیمه، میزان پراکندگی آن و مدیریت صندوق بیمه را معرفی می‌نماید و بیان می‌نماید بهترین حالت انباشت منابع جهت دستیابی به اهداف نظام سلامت زمانی است که هرچقدر تعداد و ترکیب افراد تشکیل دهنده صندوق بیمه در صندوق بیمه ای واحد با مدیریت موفق و اثربخش باشد انباشت منابع در آن صندوق بیمه در حداکثر حالت خود قرار داشته و چنین صندوقی می‌تواند پاسخگوی نیازهای سلامتی افراد تشکیل دهنده خود باشد (۱۸).

Kwon در مطالعه خود بیان می‌نماید که کره جنوبی در سال ۱۹۷۷ بیمه‌های بهداشتی اجباری اجتماعی برای کارگران صنعتی در شرکت‌های بزرگ را معرفی کرد و آن را به طور فزاینده‌ای به کارفرمایان خود گسترش داد تا اینکه در سال ۱۹۸۹ تمام جمعیت را تحت پوشش قرار داد. سی سال بیمه درمانی ملی در کره می‌تواند درس‌های ارزشمندی در مورد مسائل کلیدی در سیاست‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی ارائه کند که در حال حاضر بسیاری از کشورهای کم درآمد و متوسط با هدف دستیابی به پوشش خدمات بهداشتی جهانی با آن روبرو هستند مسائلی مانند: مالیات عمومی یا بیمه اجتماعی؛ پوشش جامع یا پوشش موثر و نقش سیاست و تعهد سیاسی. بیمه سلامت ملی در کره جنوبی در بسیج و انباشت منابع برای ارائه خدمات سلامتی موفق بوده و به سرعت در حال گسترش پوشش جمعیت، جمع‌آوری منابع عمومی و خصوصی برای خرید مراقبت‌های بهداشتی برای کل جمعیت و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است. در پایان سه نکته کلیدی را به عنوان تجربه موفق و کاربردی برای استفاده در سایر کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته بیان می‌دارد که عبارتند از:

۱. ترکیبی از بیمه اجتماعی و مالیات می‌تواند به خوبی برای سیستم‌های تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته مناسب بوده و انباشت منابع مالی برای نظام سلامت را تضمین نماید.
 ۲. تعهد سیاسی دولت در یک کاسه کردن منابع مالی می‌تواند در حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت مفید باشد.
 ۳. خرید مراقبت‌های بهداشتی موثر و قوانین وضع شده توسط دولت برای ارائه دهندگان سلامت، می‌تواند از عوامل کلیدی در پایداری تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی به شمار آید (۱۹).
- ابوالحلاج و همکاران در مطالعه خود که به بررسی چالش‌ها و فرصت‌های تأمین مالی در نظام سلامت ایران پرداختند چالش‌های شناسایی شده را در ۹ حوزه شامل: سیاست، اعتبار، بی‌عدالتی، ناکارایی و ناکارآمدی، تخصیص نامناسب، تأمین مالی، بیمه، چالش‌های اقتصادی و اجرایی طبقه‌بندی نمودند. در حوزه بیمه به موضوع عدم انباشت مناسب در صندوق‌های بیمه اذعان داشتند. وی و همکارانش در این پژوهش انجام مداخلات بین بخشی و فرابخشی را به عنوان یک اقدام ضروری برای کمک به دسترسی به سیستم تأمین مالی بیشتر در آینده نزدیک را پیشنهاد نمودند (۲۰).

دهنوی و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی تأمین مالی نظام سلامت ایران و ارائه تجاربی برای سیاستگذاران جهت دستیابی به پوشش همگانی به این نتیجه دست یافتند که ۷ مانع اساسی در رسیدن ایران به پوشش همگانی سلامت نقش دارد این ۷ عامل عبارتند از: میزان نامشخص افراد تحت پوشش بیمه؛ تأمین مالی گذشته نگر و جریان مالی غیرقابل شفاف؛ صندوق‌های بیمه‌ای متفرق و غیر اجباری؛ بسته‌های خدمات طراحی شده غیر علمی؛ سیستم پرداخت گران قیمت؛ مطالبات غیرقابل کنترل؛ و ناکارایی اداری می‌باشد. در ادامه برای برون رفت از مشکلات فوق طراحی و اجرای یک برنامه منظم درازمدت که بر اساس اصول پاسخگویی، شفافیت، عدم تبعیض و مشارکت ذینفعان باشد را عنوان می‌نماید (۲۱).

Achoki و همکاران در مطالعه خود به اصلاحات در تأمین مالی نظام سلامت؛ چالش‌ها و فرصت‌های پیش رو در آفریقا پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدند که مهم‌ترین گام برای رسیدن به یک صندوق بیمه‌ای پایدار انباشت منابع می‌باشد که این گام حتی می‌تواند به توسعه بیمه در آفریقا منجر گردد. همچنین به این موضوع نیز اشاره می‌نماید که اگر این اصل رعایت نشود منجر به ایجاد تقاضایی القایی در خصوص استفاده از خدمات می‌شود (۲۲).

Cavagnero در مطالعه خود که به بررسی اصلاحات در نظام سلامت آرژانتین و نحوه عملکرد تأمین مالی نظام سلامت این کشور پرداخته است. عمده اصلاحات این کشور در کارکردهای معرفی شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در حیطه تأمین مالی بوده است به عنوان مثال در انباشت منابع صندوق‌های بیمه‌ای این کشور قبل از انجام اصلاحات دارای بازار انحصاری بوده و از پراکندگی زیادی برخوردار بودند به طوری قبل از اصلاحات تعداد صندوق‌های بیمه‌ای در این کشور از ۳۱۲ صندوق بود که این رقم بعد از اصلاحات به ۵۰ صندوق دارای بازار رقابتی کاهش یافت. در طول این مدت زمان یک صندوق بیمه مرکزی تشکیل گردید که وظیفه‌ای این صندوق بیمه‌ای تقسیم کارگران در بین این ۵۰ صندوق بیمه‌ای ادغام شده بود. اقدام سومی که در حیطه انباشت منابع در این کشور انجام گردید افزایش ۱۵ الی ۲۰٪ حق بیمه افراد تشکیل دهنده صندوق بود. نتیجه این پژوهش در انتها این است که اصلاحات انجام گرفته شده را برای نظام سلامت آرژانتین مفید و اثربخش خوانده و معتقد است که دولت‌های با تقویت کارکرد تولید و وضع قوانین و مقررات در مورد ارائه خدمات بخش خصوصی و اصلاح نظام‌های پرداخت می‌توان در ارائه خدمات منصفانه و به دور از پرداخت‌های کمرشکن و مشارکت عادلانه مردم در تأمین مالی نظام سلامت قدم برداشت (۲۳).

Kutzin در مطالعه خود یک چارچوب توصیفی برای تجزیه و تحلیل تأمین مالی در نظام سلامت کشور ارائه می‌نماید و اشاره می‌کند که سیاست‌های تأمین مالی سلامت با سردرگمی بین ابزارهای سیاست و اهداف سیاست، به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مواجه بوده است. وی در این مقاله تلاش می‌کند تا با ارائه یک چارچوب مفهومی که هدف آن افزایش کارکرد بیمه (دسترسی به مراقبت‌های مورد نیاز بدون فقر مالی) در نظام سلامت می‌باشد، این مشکل را حل کند. وی این چارچوب را به عنوان ابزاری برای تجزیه و تحلیل توصیفی از عوامل تأثیرگذار، سیاست‌ها و تعاملات در نظام سلامت موجود و به همان اندازه به عنوان یک ابزار برای کمک به شناسایی و ارزیابی اولیه گزینه‌های سیاستی ارائه می‌نماید. تجزیه و تحلیل تأمین مالی نظام‌های سلامت با استفاده از این چارچوب، با تأکید بر تاثیر تعاملات سیاست‌های مختلف بر هم‌دیگر در نظام سلامت و نیاز به طراحی یک بسته خدمات یکپارچه را به جای انجام اصلاحات هماهنگ و تمرکز بر اشکال سازمانی خاص بیمه

درمانی را برجسته می‌کند (۲۴).

Kwon در مقاله خود که به بررسی تأمین مالی در نظام‌های سلامت کشورهای آسیایی می‌پردازد. عناصر اصلی تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی مانند محافظت از خطر مالی، تولید منابع، انباشت منابع، خرید خدمت و نظام‌های پرداخت را بررسی می‌کند. وی در این مطالعه درس‌های کلیدی را از تأمین مالی در نظام سلامت کشورهای آسیایی و چالش‌های آن را مورد بحث قرار می‌دهد. با بیان این موضوع که همه کشورهای آسیایی به استثنای ژاپن، کره، تایوان و تایلند، محافظت از خطر مالی بسیار محدودی دارند. وی بر نقش برنامه‌های پیش پرداخت عمومی مانند مالیات و بیمه‌های اجتماعی را در کشورهای که شاخص محافظت از خطر مالی پایینی دارند را تاکید نموده و پرداخت مستقیم از جیب را منبع اصلی تأمین مالی در این کشورها برمی‌شمرد. همچنین وجود بخش غیررسمی بزرگ را چالش عمده‌ای برای کشورهای کم درآمد آسیا مطرح می‌نماید. در پایان پیاده‌سازی سیستم‌های موثر پرداخت را برای کنترل رفتار ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را یکی از عوامل کلیدی در موفقیت اصلاحات تأمین مالی نظام‌های سلامت در آسیا عنوان می‌کند (۲۵).

Liu در مطالعه خود به انجام اصلاحات در بیمه شهری چین می‌پردازد. وی با بیان این که نظام بیمه بهداشت شهری چین اساساً شامل طرح‌های بیمه کار (LIS) و بیمه کارکنان دولت (GIS) می‌باشد. LIS یک سیستم خود بیمه‌ای مبتنی بر واحد کاری است که هزینه‌های پزشکی را برای کارگران و اغلب وابستگان آنها نیز پوشش می‌دهد. GIS کارکنان موسسات دولتی را پوشش می‌دهد و از درآمدهای عمومی تأمین مالی می‌شود. از دهه ۱۹۸۰، چین تعدادی از اصلاحات در نظام بیمه درمانی خود را اجرا کرده است، که در دسامبر سال ۱۹۹۸ به تصویب دولت وقت رسید، که سیاست اصلی دولت ایجاد یک برنامه بیمه اجتماعی برای کارگران شهری بود. در مقایسه با سیستم‌های قدیمی بیمه تحت LIS و GIS، سیستم جدید پوشش بیمه را به کارکنان بخش خصوصی گسترش می‌دهد و تأمین مالی با ثبات بیشتری به واسطه انباشت بیشتر منابع را در سطح شهر فراهم می‌کند. وی انباشت زیاد منابع را یکی از نقاط برجسته و کلیدی اصلاحات بیمه شهری چین بیان داشته و معتقد است موفقیت کارکردهای دیگر نظام سلامت با این کارکرد ارتباط مستقیمی دارد. در ادامه وی با اشاره به وجود این مزایا، عنوان کرد که اجرای برنامه اصلاحات بیمه در چین را با چندین چالش عمده مانند: انتقال خطر از واحدهای کاری (کارگاه‌ها) به دولت‌های شهری، نیازهای متنوع و تقاضا برای مزایای بیمه درمانی، نقش‌های غیرواقعی دولت‌های مرکزی و منطقه‌ای مواجه می‌سازد. و نتیجه‌گیری می‌کند که این چالش‌ها ممکن است مشکلات عملی در اجرای سیاست‌ها ایجاد کند و منجر به وجود بعضی نقص‌ها در طراحی برنامه اصلی را نشان دهند (۲۶).

روش پژوهش

سوالات پژوهش

- مطالعات مرتبط انجام گرفته در حوزه انباشت منابع مالی سلامت در ایران کدام‌ها هستند؟
- چه سوالات پاسخ داده نشده (حیطه‌های نیازمند تولید شواهد)، شکاف‌های دانشی در انباشت منابع مالی سلامت ایران وجود دارد؟

مراحل اجرایی هدف اول: شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست‌ها و عملکرد کنونی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران

برای محقق ساختن این هدف مرور گسترده با اقتباس از روش آرکسی (Arkesy) و اومالی (O'Malley) انجام پذیرفت که شامل مراحل زیر بوده است:

- **شناسایی سوال پژوهش:** همانند مطالعات مروری نظام مند، در این روش نیز نقطه شروع شناسایی سوال تحقیقاتی است که بر اساس آن استراتژی‌های جستجو ساخته می‌شوند. همچنین باید تعیین شود که چه جنبه و یا جنبه‌هایی از سوال تحقیق اهمیت بیشتری دارند. سوال این قسمت از مطالعه این بود که مطالعات مرتبط انجام گرفته در حوزه انباشت منابع مالی سلامت در ایران کدام‌ها هستند؟

شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری و سایر
درکل تمرکز مرور گستره بر این است که در شناسایی مطالعات اولیه (منتشر شده و مطالعات خاکستری) و مطالعات مروری مناسب، برای پاسخ به سوال اصلی پژوهش، در حد امکان جامعیت لحاظ گردد.
روش شناسی مرور گستره متون با توجه به سوالات طرح، PCC بصورت اولیه طراحی شد: Population شامل جامعه ایران می‌باشد

Concept. انباشت منابع مالی:

Context: بخش سلامت

کلید واژه‌های -Iranian, Iran, Fund, risk sharing, pooling, risk equalization, risk pooling, financing, out of pocket, health insurance pool composition, cost sharing, et, (کلید واژه‌های فارسی شامل توزیع خطر، انباشت منابع، تجمیع منابع، بیمه، تجمیع صندوق) برای جستجو انتخاب شده و فرمولهای جستجوی مناسب طرح ریزی شد. در هر يك از فرمول‌ها، براساس موارد مورد نیاز از استراتژی‌های جستجوی متفاوت از قبیل یافتن واژه MeSH(pooling) مرتبط استفاده از عملگرهای بولین براساس مترادفات و ...، استفاده از بریده سازی (-truncation)، بدون محدودیت انجام شد. جستجوی اطلاعات در Cochrane، pubmed (شامل بخش‌های CENTRAL، DARE و ...)، Google scholar، Web of science، scopus، EMBASE، TRIP database، انجام گرفت. جستجو در سایتها و پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی زبان از قبیل، Iranmedex، Elmnet، magiran Civilica، Irandoc، google، و غیره و نیز سایت‌های وزارت بهداشت، تأمین اجتماعی و سازمان‌های بیمه، مراکز تحقیقات مرتبط، مخزن‌های پایان نامه دانشگاه‌ها، مجلات اقتصاد، مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت جهت یافتن منابع و اطلاعات بومی مرتبط نیز انجام گرفت. هم چنین قوانین تدوین شده برنامه‌های توسعه، سیاست‌های کلی تأمین مالی سلامت، برنامه تحول سلامت، چشم انداز ۲۰ ساله و سایر قوانین مورد بررسی قرار گرفت.

انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه

معیار ورود شامل مطالعات در حیطه کارکرد انباشت منابع تأمین مالی نظام سلامت، بیمه‌های سلامت، عملکرد آنها، چالش‌ها و مشکلات مطرح شده، شاخص‌های عملکردی مطرح شده در این حیطه بدون اعمال محدودیت زمانی بوده است. در ضمن فقط مقالاتی انتخاب شدند که به زبان فارسی یا انگلیسی بودند. کلیه مطالعات توسط

دو نفر مرورگر مستقل که مسلط به ادبیات تأمین مالی سلامت باشند غربالگری و نقادی شد.

استخراج داده‌ها

این مرحله چیدمان آیتم‌های کلیدی است که از گزارش‌های مورد بررسی به دست آمده است که شامل ترکیب و تفسیر داده‌ها از طریق غربالگری، مرتب‌سازی و طبقه‌بندی اطلاعات با توجه سوال‌های کلیدی می‌باشد. در مطالعه حاضر داده‌ها با استفاده از فرم استخراج داده اطلاعات مورد نیاز مرتب و گزارش گردید.

جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها

نتایج به کمک تحلیل درون مایه ای آنالیز شدند به این صورت که یک بررسی اولیه به منظور آشناسازی از مطالعات استخراج شده انجام گرفت که در نتیجه آن یک چارچوب موضوعی بر اساس کدهای اختصاصی به مطالعات طراحی گردید و هر مطالعه ای توسط محقق دیگر بررسی شده و یافته‌ها درون کدهای اختصاصی استخراجی جاگذاری می‌شدند. در مرحله بعدی به دنبال الگو و ارتباط معنایی و گاه ادغام بین کدها تم‌های اصلی استخراج شده و یافته‌ها درون تم‌های اصلی سازماندهی شدند و در نهایت پس از اطمینان از اعتبار تم‌های اصلی، آن‌ها متناسب با سوال اصلی پژوهش طبقه‌بندی شدند و در قالب جدول یافته‌ها که در قسمت نتایج آمده است ارائه گردیدند (۱۲).

هدف دوم: شناسایی حیطه‌ها و استخراج شکاف‌های دانشی موجود در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران پس از مرور متون و بررسی گزارش‌های منتشر شده وزارتی و کشوری، تمام اسناد و قوانین بالادستی از جمله قانون برنامه‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ توسعه کشور، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حیطه‌ها و موضوعات اصلی که نیازمند تولید شواهد بود شناسایی گردید. با طرح چهار پرسش اصلی چه چیزی تاکنون می‌دانیم؟ چه شکاف‌هایی در دانش فعلی وجود دارد؟ چه موانع یا مشکلاتی برای رفع شکاف حاضر وجود دارد؟ چه کاربردهای اجرایی برای دانش می‌توان در نظر گرفت؟ در حیطه‌های اصلی طبقه‌بندی شده و در قالب چارچوب مصاحبه آنلاین^۱ و تلفنی به متخصصان شامل: نویسندگان مقالات، اساتید دانشگاه، مدیران و کارشناسان شاغل در حوزه‌های مرتبط ارسال گردید. روش نمونه‌گیری در مرحله اول مبتنی بر هدف بود و در ادامه از طریق نمونه‌گیری گلوله برفی، متخصصان دیگری به مصاحبه اضافه گردیدند.

به این منظور ۲۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق با متخصصین، کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه‌های مختلف نظام سلامت از قبیل بیمه‌های سلامت، اقتصاد سلامت، مدیران ارشد و سایر کارشناسان حوزه سلامت به کمک نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و نامتجانس انجام گرفت. در پایان هر مصاحبه به منظور توصیف و تفسیر داده‌ها، از تحلیل چارچوب استفاده شد. فرایند تحلیل داده‌ها در پنج مرحله انجام شد: درک (آشنایی)، شناسایی یک چارچوب موضوعی (موضوعی)، کدگذاری (نمایه‌سازی)، نمودار و نقشه برداری و تفسیر. برای تحلیل داده‌ها مکالمات ضبط شده روی کاغذ پیاده شده و یادداشت‌ها مرتب شدند. محقق با توجه به سوالات تحقیق به ساده کردن متن به طبقاتی شامل کلمه، مجموعه‌ای از کلمات، مفاهیم و یا عبارات پرداخته و نکاتی را که به هم مربوط

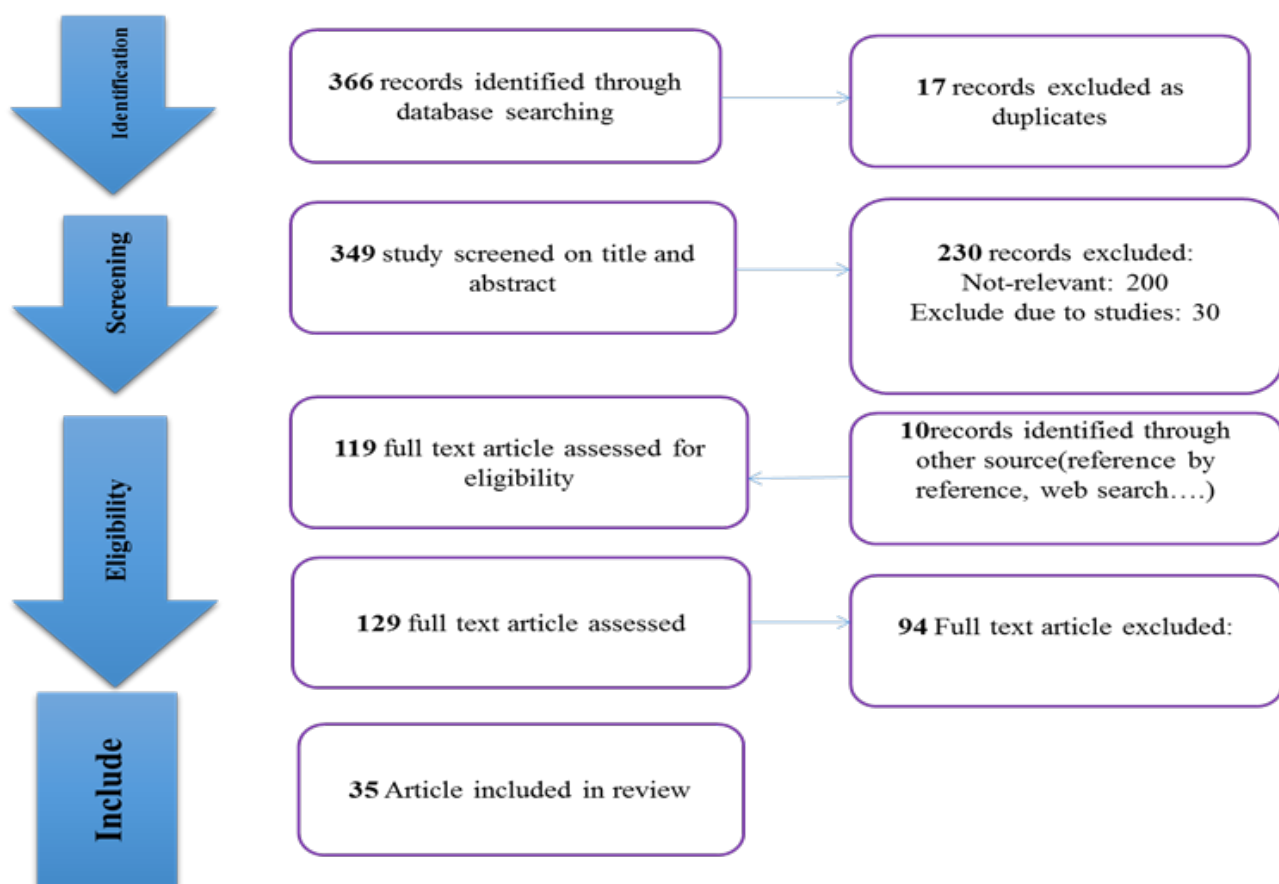
1. <https://survey.porsline.ir/s/g7O9Abs>

بوده و از نظر اهمیت در یک درجه قرار داشتند تحت یک عنوان طبقه‌بندی کرد. لازم به ذکر است که کدگذاری بصورت دستی صورت گرفت. پس از مرحله ی کدگذاری اطلاعات بررسی شده در نهایت کدها زیر یک عنوان (Them) اصلی قرار داده شدند. در نهایت پیش نویس اولیه تم‌ها (حیطه اصلی) و موضوعات پژوهشی (موضوعات اساسی) که مبین سوالات پژوهشی پاسخ داده نشده یا به نوعی اولویت‌های پژوهشی توسط تیم تحقیقاتی تهیه شد. (راهنمای مصاحبه در ضمیمه آخر گزارش به پیوست آمده است).

نتایج (به تفکیک مراحل انجام طرح)

یافته های مربوط به هدف اول : شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست‌ها و عملکرد کنونی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران

طبق جستجوهای بعمل آمده ۳۶۶ مطالعه از پایگاه‌های خارجی و داخلی پیدا شد که پس از حذف موارد تکراری عناوین و چکیده مطالعات براساس معیارهای ورود و خروج غربالگری شد ۳۵ اصل مقاله مورد بررسی قرار گرفت. فرایند انتخاب مطالعات در دیگرام شماره ۱ نشان داده شده است.



شکل شماره ۱: نتایج مرور گستره متون

الف- خصوصیات مقالات نهایی وارد شده در مطالعه

یافته‌های اولیه جستجو نشان داد از میان ۳۵ مطالعه منتشر شده ۱۱ مقاله به زبان فارسی و ۲۴ مطالعه به زبان انگلیسی بودند. مطالعات بازه زمانی ۲۰۰۶ تا ۲۰۲۰ در برگرفته و ۱۹ مطالعه به صورت کیفی، ۳ مطالعه پیمایشی، ۱۲ مطالعه توصیفی ۲ مطالعه از نوع ترکیبی و ۱ مطالعه از نوع مروری بودند. از نظر موضوعی ۲۶ مطالعه در زمینه بیمه، پوشش بیمه‌ای، ادغام صندوق‌های بیمه‌ای، ۳ مطالعه در زمینه قوانین و مقررات، ۱ مطالعه در زمینه بسته خدمات و بقیه مطالعات در حیطه‌های عدالت در پرداخت بوده است. (یافته‌های بیشتر در جداول شماره یک و دو آمده است.)

جدول ۱: مشخصات مطالعات به دست آمده از مرور شواهد مرتبط

| ردیف | عنوان مطالعه | نوع مطالعه | سال مطالعه | حیطه |
|------|---|----------------|------------|--------------------------|
| ۱ | بررسی میزان تاثیر مخاطرات اخلاقی در صنعت بیمه درمان ایران (۲۷) | توصیفی تحلیلی | ۱۳۹۶ | بیمه (مخاطرات اخلاقی) |
| ۲ | مروری بر سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران (۲۸) | کیفی | ۱۳۹۵ | تحلیل قوانین |
| ۳ | مؤلفه‌های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران (۲۹) | کیفی | ۱۳۹۲ | مؤلفه‌های استقرار بیمه |
| ۴ | مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکردی اصلاحی (۳۰) | توصیفی | ۱۳۸۹ | مشکلات نظام بیمه |
| ۵ | فرآیند نظام اطلاعات بسته‌های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران (۳۱) | تطبیقی | ۱۳۸۵ | بیمه مکمل |
| ۶ | تاثیر ناکارایی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور (۳۲) | پیمایشی | ۱۳۹۱ | ناکارایی بیمه |
| ۷ | پوشش همگانی بیمه درمان و دلایل عدم پوشش بیمه درمان در ایران: تحلیل ثانویه مطالعات ملی (۳۳) | پیمایشی | ۱۳۹۰ | پوشش بیمه |
| ۸ | ارزیابی وضعیت حمایت‌های مالی و نقش دولت در سیاست‌های تأمین بیمه اجتماعی درمان برای بخش غیر رسمی اشتغال (۳۴) | توصیفی، تحلیلی | ۱۳۸۹ | پوشش بیمه |
| ۹ | چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران (۳۵) | کیفی | ۱۳۹۰ | چالش‌های بسته درمان پایه |
| ۱۰ | چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران (۳۶) | کیفی | ۱۳۸۹ | چالش‌های بیمه همگانی |
| ۱۱ | نقاط قابل بهبود و ارائه راهکارهای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ایران (۳۷) | کیفی | ۱۳۹۲ | چالش و راهکار نظام بیمه |

| ردیف | عنوان مطالعه | نوع مطالعه | سال مطالعه | حیطه |
|------|--|----------------------|------------|------------------------------|
| ۱۲ | تحلیل ذینفعان در نظام بیمه سلامت ایران (۳۸) | کیفی | ۲۰۱۸ | ذینفعان نظام بیمه |
| ۱۳ | رفتار سازمان‌های بیمه سلامت پایه بعد از اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات در ایران (۳۹) | کیفی | ۲۰۱۷ | بیمه و کتاب ارزش نسبی خدمات |
| ۱۴ | تعامل بین تولیت و بیمه‌های اجتماعی سلامت: مطالعه تطبیقی و تحلیل اسناد (۴۰) | تطبیقی و تحلیل اسناد | ۲۰۱۸ | تولیت و بیمه اجتماعی |
| ۱۵ | تدوین ویژگی‌ها و ویژگی‌های سطوح بیمه درمانی برای جمعیت ایران (۴۱) | توصیفی | ۲۰۱۸ | ترجیحات افراد نسبت به بیمه |
| ۱۶ | مدل تسویه بدهی سازمان‌های بیمه سلامت به موسسات ارائه دهنده خدمات سلامت (۴۲) | کیفی | ۲۰۱۷ | بدهی سازمان‌های بیمه |
| ۱۷ | بسته بیمه سلامت پایه در ایران: بررسی چالش‌ها (۴۳) | نامه به سردبیر | ۲۰۱۷ | چالش بسته بیمه پایه |
| ۱۸ | سلامت در پنجمین برنامه توسعه پنج ساله ایران (۴۴) | تحلیل سیاست | ۲۰۱۳ | قوانین و مقررات |
| ۱۹ | شواهد انتخاب نامطلوب در بیمه‌های تکمیلی ایران (۴۵) | مدلسازی (توصیفی) | ۲۰۱۲ | بیمه تکمیلی (انتخاب نامطلوب) |
| ۲۰ | نظام بیمه سلامت ایران: تجارب گذشته، چالش‌های امروز، استراتژی‌های آینده (۴۶) | ترکیبی | ۲۰۱۲ | چالش بیمه |
| ۲۱ | گزینه‌های سیاستی به منظور کاهش غیر یکپارچگی در انباشت صندوق‌های بیمه سلامت در ایران (۴۷) | کیفی | ۲۰۱۶ | ادغام صندوق بیمه |
| ۲۲ | هزینه‌های پرداخت از جیب برای خدمات بیمارستانی در ایران (۴۸) | پیمایشی | ۲۰۱۱ | پرداخت از جیب |
| ۲۳ | عوامل مهم تعیین‌کننده بیمه سلامت تکمیلی در ایران (۴۹) | توصیفی | ۲۰۱۵ | تقاضا برای بیمه تکمیلی |
| ۲۴ | تمایل به پرداخت برای بیمه‌های اجتماعی سلامت در ایران (۵۰) | توصیفی | ۲۰۱۴ | تمایل به پرداخت بیمه اجتماعی |
| ۲۵ | بار مالی تحمیل شده به بیماران بیمه شده در درمان خصوصی (۵۱) | توصیفی | ۲۰۱۹ | هزینه‌های کمرشکن |
| ۲۶ | ساختار قدرت در بین بازیگران حمایت‌کننده مالی از فقرا در دسترسی به خدمات سلامت: رویکرد آنالیز شبکه اجتماعی (۵۲) | تحلیل اسناد | ۲۰۱۷ | اسناد و مقررات |
| ۲۷ | موانع دستیابی به حفاظت مالی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی در کشورهای در حال توسعه (۵۳) | کیفی | ۲۰۱۷ | موانع حفاظت مالی |

| ردیف | عنوان مطالعه | نوع مطالعه | سال مطالعه | حیطه |
|------|---|-------------|------------|-----------------------------|
| ۲۸ | تأثیر مشارکت در هزینه در بهره‌مندی از خدمات پزشک عمومی (۵۴) | توصیفی | ۲۰۱۸ | مشارکت در هزینه و بهره‌مندی |
| ۲۹ | تقاضا برای بیمه سلامت خویش فرما (۵۵) | توصیفی | ۲۰۱۶ | تقاضا برای بیمه |
| ۳۰ | مطالعه کیفی بررسی مشکلات دستیابی به پوشش همگانی پایدار در ایران (۲۱) | کیفی | ۲۰۱۱ | مشکلات پوشش |
| ۳۱ | تحلیل ذینفعان ادغام صندوق بیمه اجتماعی سلامت در ایران: چه منافعی دست آمده و از بین می‌رود؟ (۵۶) | کیفی | ۲۰۱۸ | ادغام صندوق |
| ۳۲ | تأثیر استفاده از بیمه‌های تکمیلی بر طول مدت اقامت در بیمارستان (۵۷) | توصیفی | ۲۰۱۶ | بیمه مکمل |
| ۳۳ | الزامات سیاستی و قانونی بسته بیمه سلامت پایه به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت (۵۸) | کیفی | ۲۰۱۹ | بسته بیمه پایه |
| ۳۴ | تعیین هزینه‌های کمرشکن در ایران: مطالعه مرور نظامند و متاآنالیز (۵۹) | مرور نظامند | ۲۰۲۰ | هزینه کمرشکن |
| ۳۵ | ترکیب صندوق‌های بیمه‌ای در محیط غیر یکپارچه: چه نوع چالش‌هایی باید در نظر گرفته شود؟ (۶۰) | کیفی | ۲۰۲۰ | ادغام صندوق |
| ۳۶ | مزایا و معایب ادغام صندوق‌های بیمه سلامت: یک مطالعه کیفی (۶۱) | کیفی | ۲۰۲۰ | ادغام صندوق |
| ۳۷ | چالش‌های یک سازمان بیمه سلامت بزرگتر در ایران: یک مطالعه کیفی (۶۲) | کیفی | ۲۰۱۲ | سازمان بیمه سلامت |

ب) انباشت منابع در اسناد بالادستی

در زمینه اسناد بالادستی نیز سیاست‌های کلی نظام سلامت، سیاست‌های تحول نظام سلامت، برنامه‌های توسعه تدوین شده، نقشه راه سلامت و پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گرفت.

در سیاست‌های کلی نظام سلامت در بندهای ۹ و ۱۰ در خصوص انباشت و مدیریت منابع اشاره صریح و شفاف به موضوع انباشت نشده است. شاید تنها چیزی بتوان از آن در خصوص انباشت منابع استنتاج نمود بند ۴-۹ است که در آنجا اعلام کرده که خرید از طریق مکانیسم بیمه‌ای صورت می‌گیرد. با توجه به این موضوع می‌توان اینطور نتیجه‌گیری کرد منابع هم باید در آنجا انباشت شود و حرفی از صندوق بیمه واحد به میان نیامده است. در این بند تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان صورت گرفته و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان ارائه شده است. با این حال در بند ۲-۷ سیاست تاکید کرده است که مدیریت منابع باید از طریق مکانیسم بیمه و با محوریت وزارت بهداشت صورت گیرد. نتایج بیشتر در جدول شماره دو آمده است.

جدول ۲: بررسی موضوع انباشت منابع در اسناد بالادستی

| پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت | نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران | برنامه‌های توسعه تدوین شده در حوزه تأمین مالی | سیاست‌های تحول نظام سلامت در حوزه تأمین مالی | سیاست‌های کلی نظام سلامت در حوزه تأمین مالی | چارچوب مفهومی تأمین مالی |
|---|------------------------------------|---|--|--|--------------------------|
| <p>۱۰. اگر تجمیع‌های متعدد وجود داشته باشد، با ادغام صندوق‌ها در صندوقی بزرگتر و یا با بکارگیری مکانیزمی برای تعدیل ریسک‌ها در میان همه صندوق‌ها، پراکندگی صندوق‌ها کاهش می‌یابد و رفتار عادلانه با افراد در صندوق‌های مختلف تضمین می‌شود.</p> <p>۱۲. کاهش پراکندگی صندوق‌ها تا حد امکان</p> <p>۱۷. مشخص کنید که آیا ایجاد تجمیعی از صندوق‌ها به صورت مجزا برای ارتقاء سلامت و پیشگیری در بخش سلامت ضروری است یا خیر.</p> | | <p>ماده ۳۸</p> <p>ب- به دولت اجازه داده می‌شود، بخشهای بیمه‌های درمانی کلیه صندوقهای موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود. اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p> | <ul style="list-style-type: none"> یکپارچه سازی از طریق ادغام منابع عمومی در یک صندوق واحد بیمه ای یکپارچگی منابع عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه | <p>بند ۲-۷. مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.</p> | <p>انباشت منابع</p> |

پس از بررسی اسناد بالادستی و بررسی یافته‌های مطالعات (ضمیمه ۲) توسط تیم پژوهش، حیطه‌های نیازمند شواهد برای تصمیم‌گیری شناسایی شدند (جدول ۳) و برای هر یک از حیطه‌های اصلی موضوعاتی که میبایست در جهت تولید شواهد پوشش داده شوند نیز شناسایی و لیست گردید تا در مرحله بعد برای دریافت نظر متخصصان ارسال گردد (جدول ۳).

جدول شماره ۳: حیطه‌ها و موضوعات اصلی نیازمند شواهد برای تصمیم‌گیری در حوزه انباشت

| ردیف | حیطه‌های استخراجی | موضوعات اصلی |
|------|---|---|
| ۱ | تعدد صندوق‌های بیمه‌ای | ارتباط بین صندوق‌های بیمه‌ای، ترکیب بیمه‌شده‌ها از نظر متغیرهای اقتصادی اجتماعی و ریسک، آیین‌نامه و مقررات مربوط به انتقال منابع مالی بین صندوق‌ها، مکانیسم‌های انتقال منابع مالی بین صندوق‌های متعدد، شواهد علمی مربوط به طراحی صندوق‌های بیمه‌ای |
| ۲ | پایش و نظارت: نظارت حکمرانی بر عملکرد صندوق‌ها بیمه‌ای / نظام‌های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی | سازوکار نظارت، مدل‌های مختلف نظارت و ارزشیابی، کارایی نظارت‌ها مد نظر می‌باشد |
| ۳ | بانک‌های اطلاعاتی، سامانه و داشبوردها | وضعیت جاری، خصوصیات فنی بانک‌های اطلاعاتی صندوق‌های بیمه‌ای، سازگاری با سایر بانک‌های اطلاعاتی مانند مرکز آمار، وزارت بهداشت مد نظر می‌باشد. |
| ۴ | تجمیع صندوق‌های بیمه (بیمه واحد) | موارد قابل توجه در این حیطه عبارت است از: مقررات و الزامات اجرایی و قانونی انباشت و وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق‌های بیمه‌ای (درون صندوق‌ها)، موانع قانونی، مدل‌های تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، مطالعات امکان‌سنجی چالش‌های نظام بیمه‌ای (صندوق‌های متعدد) |
| ۵ | کارایی صندوق‌ها | موارد قابل توجه در این حیطه عبارت است از: بهره‌مندی افراد از خدمات بیمه، سازوکارهای حمایت مالی موثر از افراد خاص، توزیع هزینه‌های اداری بیمه‌ها، مشارکت صندوق‌ها در تأمین هزینه‌های سلامت و وجود داده‌های مقایسه‌ای از هزینه‌های صندوق، هزینه‌های صرف شده برای هر فرد تحت پوشش صندوق‌ها |
| ۶ | ارزیابی ریسک | موارد قابل توجه در این حیطه عبارت است از: معیارهای توزیع ریسک به شکل علمی، قوانین و دستورالعمل‌های مربوط به ارزیابی ریسک، الگوهای علمی و عملی ارزیابی ریسک، موانع ارزیابی صحیح ریسک بیمه‌های درمان |
| ۷ | بسته خدمتی | موارد قابل توجه در این حیطه عبارت است از: روش‌های علمی موجود برای تعیین بسته خدمتی، ترکیب تعهدات بسته بیمه درمان پایه، قوانین و سیاستگذاری‌ها مربوط به تدوین بسته (کفایت قوانین، تضاد بین آنها)، ارزیابی‌های هزینه‌اثر بخشی، مطالعات ارزیابی فناوری سلامت، سازوکارهای استفاده از شواهد علمی |
| ۸ | پایش و مدیریت مستمر بسته خدمتی | ارزیابی‌های مربوط به بسته‌های خدمت، مکانیسم استفاده از شواهد در ادامه پوشش بسته خدمتی بحث شده است |
| ۹ | تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌ای | ترکیب و کفایت منابع مالی، تدوام و آیندنگاری، تعهدات دولت در بخش حمایتی و بیمه‌ای، خلاءهای قانونی، مدل‌های علمی بحث شده است |
| ۱۰ | سرانه درمان و حق بیمه | وضعیت فعلی، روش‌های علمی محاسبه سرانه و حق بیمه، مشارکت ذینفعان در تأمین حق بیمه بحث شده است |
| ۱۱ | معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی | روش‌های شناسایی و برآورد درآمد شاغلین بخش غیر رسمی اقتصاد، سازوکارهای ایجاد انگیزه برای ثبت نام شاغلین بحث شده است |

ج) ارزیابی حیطه‌ها و موضوعات اصلی نیازمند تولید شواهد از نظر خبرگان

۱-ج) بررسی نظر خبرگان در مورد حیطه‌های نیازمند شواهد برای تصمیم‌گیری (راند اول)

در راند اول مطالعه کیفی، حیطه‌های اصلی در قالب پرسشنامه آنلاین به ۲۵ نفر از متخصصان و نویسندگان مقالات ارسال گردید و ۲ بار یادآوری از طریق whatsapp و ارسال پیامک صورت گرفت. ۲۰ نفر از ایشان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند که ۸ نفر متخصص اقتصاد سلامت، ۵ نفر متخصص در حوزه بیمه سلامت و ۷ نفر متخصص در حوزه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سیاستگذاری سلامت بودند (جدول ۴).

جدول ۴: اطلاعات زمینه‌ای متخصصان شرکت‌کننده در مصاحبه

| متغیرهای زمینه‌ای | فراوانی (درصد) |
|-------------------|----------------------------|
| جنسیت | زن ۳(۱۵) |
| | مرد ۱۷(۸۵) |
| جایگاه سازمانی | مدیر /مسئول ۵(۲۵) |
| | کارشناس ۸(۴۰) |
| | عضو هیئت علمی و محقق ۷(۳۵) |
| سابقه کاری | ≤۵ ۱۳(۶۵) |
| | ۱۰-۱۵ ۵(۲۵) |
| | >۱۵ ۲(۱۰) |

بر اساس ۲۰ پرسشنامه دریافت شده از متخصصان، بر روی حیطه‌های نیازمند تولید شواهد توافق نظر وجود داشت.

حیطه اصلی ۱: تعدد صندوق‌های بیمه‌ای

در پاسخ به سوالی که در این حیطه مطرح گردید صاحب‌نظران بر این باور بودند که دانش کافی در این زمینه وجود دارد اما تجربه اجرایی محدود می‌باشد. در این رابطه یکی از متخصصین مطرح کرد که " ادبیات کافی در زمینه ماهیت و عملکرد مکانیسم‌های انباشت منابع و خرید خدمات درمانی هم به صورت single payer و هم all payer وجود دارد." شرکت‌کننده دیگر بر این باور بود که " اطلاعات کاملی در خصوص بیمه‌ها و اطلاعات دموگرافیک بیمه شده‌ها وجود دارد بیمه‌ها بر اساس اصول طرحی شده ولی با اصول حاکم بر بیمه مدیریت نمی‌شوند عدم وجود روگولاتری باعث عدم انسجام شده" یکی دیگر از متخصصین شاغل در بیمه سلامت بر این عقیده بود که " شواهد وجود دارد اما دارای انسجام و وضوح کافی نمی‌باشد و شواهدی دال بر یکپارچگی حاکمیتی وجود ندارد." صاحب‌نظر دیگری در مورد مشخص نبودن گروه‌های جمعیتی در صندوق‌های بیمه‌ای نکاتی مطرح نمود " گروه‌های جمعیتی مختلف تحت پوشش بیمه‌های مختلف کارگراها، کارکنان دولت، روستاییان، فقرا، نیروهای مسلح مشخص نیست و بر اساس شاخص‌های جمعیتی و اقتصادی درون خود چقدر دارای تجانس و بین هم چقدر متمایز هستند که در انباشت باید مدنظر قرار بگیرند."

حیطه اصلی ۲: پایش و نظارت: نظارت حکمرانی بر عملکرد صندوق‌ها بیمه ای / نظام‌های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی

در این حیطه بین اظهارات متخصصان توافق اولیه وجود نداشت. برخی از ایشان بر این باور بودند که شواهد علمی کافی در این حیطه وجود دارد اما تجربه اجرایی محدود می‌باشد. در پاسخ به این سوال که چه شکاف‌های دانشی در این حیطه مطرح است یکی از متخصصان اعتقاد داشتند که "نظارت خود تابعی از مباحثی چون حکمرانی خوب یا حاکمیت مشارکتی می‌باشد. استقرار مولفه‌های حاکمیت خوب می‌تواند در رفع مسئله نظارت کاملاً مفید باشد". هم‌چنین یکی از متخصصان بیمه به عدم وجود نظام پایش موثر اشاره کرده و بیان نمود که "بر خلاف بیمه‌های تجاری که بیمه مرکزی ایران نقش نهاد ناظر را دارد در بیمه‌های اجتماعی و سلامت به دلیل فقدان سیاستگذار واحد نظام‌های پایش موثری وجود ندارد" یکی از صاحب‌نظران به عدم نظارت اثربخش اشاره کرده و بیان کرد که "در ساختار سازمانی صندوق‌ها ناظر تعریف شده ولی نظارت اثربخش وجود ندارد". شرکت‌کننده دیگری مشابه با این نظر بیان کرد که "در ساختار سازمانی صندوق‌های ناظر تعریف شده ولی نظارت اثربخش وجود ندارد. مسئولین صندوق‌ها فاقد دانش برای حکمرانی خوب هستند و در مواردی هم که دانش دارند بنا به دلایل بسیار به دانسته‌ها عمل نمی‌کنند. مداخلات قوه مقننه/مجریه در مدیریت صندوق مشکل ساز است".

حیطه اصلی ۳: بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق

صاحب‌نظران در این حیطه بر این باور بودند که شواهد در این زمینه ناکافی بوده و تجربه اجرایی نیز وجود ندارد. در این خصوص یکی از متخصصان معتقد بود که "به نظر می‌رسد که برآیند منافع ذینفعان نظام سلامت در راستای ایجاد شفافیت از طریق اشتراک بانک‌های اطلاعاتی و مثلاً تشکیل پرونده سلامت نیست". هم‌چنین یکی از متخصصان بیمه سلامت بیان کرد که "در زمینه خصوصیات فنی بانک‌های اطلاعاتی صندوق‌های بیمه‌ای به دلیل وجود بیش از ۱۰ طبقه‌بندی عضویت در سازمان‌های بیمه، هم‌پوشانی‌های صندوق‌های بیمه در پوشش جمعیت و عضویت گروه‌های جمعیتی گاهی در دو یا حتی سه گروه به صورت مشترک بود". یکی از صاحب‌نظران فراهم بودن زیر ساخت‌های اطلاعاتی را مد نظر قرار داد و بیان کرد که: "بانک داده‌های نسبتاً خوبی وجود دارد ولی تبادل داده‌ها اتفاق نمی‌افتد. داشبورد اطلاعاتی کم و بیش وجود دارد ولی مورد استفاده در سیاست‌گذاری نیست اصولاً سیاست‌گذاری مبتنی بر داده و شواهد نیست. استاندارد برای بیمه‌ها جهت ثبت و ضبط داده‌ها وجود ندارد". هم‌چنین یکی دیگر از متخصصان به عدم دانش نظری اشاره کرده و بیان کرد که "بانک‌های اطلاعاتی مختلفی به صورت موازی وجود دارند. باز هم به دلیل موضوع عدم داشتن بینش از مبانی نظری، کارکردها و انتظارات به خوبی تبیین نشده و لذا ممکن است بانک‌های اطلاعاتی درون‌داد مناسب برای رسیدن به کارکردهای مالی مورد انتظار را نداشته باشند". شرکت‌کننده دیگری به رویکرد هزینه عملکرد سامانه‌های اطلاعاتی اشاره کرده و بیان کرد "می‌بایست سامانه‌های اطلاعاتی لازم جهت ارتباط بهینه و یکپارچگی مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای صورت گیرد که مبتنی بر رویکرد هزینه عملکرد بوده و مبتنی بر پرونده‌های الکترونیک سلامت طراحی شده باشد". متخصص دیگری به شکاف در زمینه نحوه یکپارچه بودن نظام اطلاعاتی اشاره کرده و اذعان نمود "شکاف‌ها در زمینه نحوه یکپارچه نمودن و تجمیع نظام‌های اطلاعاتی متعدد و هم‌راستا و موانع دسترسی به داده‌های بانک‌های اطلاعاتی مختلف و فرمت‌های متفاوت هر کدام از آنها وجود دارد".

حیطه اصلی ۴: کارایی صندوق‌ها

طبق نظر شرکت‌کنندگان شواهد علمی و اجرایی محدودی در این حیطه وجود دارد. یکی از متخصصان بیان کرد "صندوق‌ها کارا نیستند زیرا بر اساس اصول بیمه مدیریت نمی‌شوند اصل حکمرانی خوب رعایت نمی‌شود صندوق‌ها نسبتاً گران مدیریت می‌شوند هزینه مدیریت آنها تقریباً دو برابر استاندارد است" هم چنین صاحب‌نظر دیگری عدم مکانیسم‌های شفاف جهت تعیین بسته مزایا اشاره کرده و بیان کرد "در حال حاضر مکانیسم‌هایی شفاف و علمی برای تعیین بسته مزایا و تعیین پوشش خدمات که بین همه صندوق‌های بیمه یکسان باشد وجود ندارد. بعضی از هزینه‌های انجام شده توسط بیمه‌ها باعث ائتلاف منابع می‌شود و بیمه‌ها نتوانسته‌اند کارایی نظام سلامت را ارتقا دهند".

حیطه اصلی ۵: ارزیابی ریسک

در این حیطه طبق نظر متخصصین شواهد علمی و تجارب اجرایی بسیار محدودی وجود دارد. در این زمینه یکی از متخصصان به شکاف در زمینه محاسبات ریسک بیان کرد: "ضوابط ارزیابی ریسک درمان تکمیلی براساس آیین نامه ۷۴ بیمه مرکزی می‌باشد. شکاف‌ها و کمبودهای دانشی از قبیل عدم توانایی بیمه‌گران در محاسبات اکچواری و تعیین ریسک، نبود یک صندوق مرکزی توزیع ریسک به چشم می‌خورد". هم چنین یکی دیگر از متخصصان نبود محاسبه دقیق علمی در حوزه ارزیابی ریسک را تاکید کرده و بیان کرد: "مطالعاتی هر چند اندک در خصوص ریسک در صندوق‌ها اخیراً صورت گرفته است ولی ارزیابی ریسک بطور علمی اتفاق نمی‌افتد کمبود دانش در این حوزه جدی است و از دانش آموختگان حوزه استفاده نمی‌شود و اصولاً مدیریت سیاسی و غیر تخصصی بر صندوق بازنشستگی و سلامت حاکم است" یکی دیگر از صاحب‌نظران وجود بانک اطلاعاتی را از زیر ساخت‌های محاسبه ریسک بیان کرده و اذعان نمود که "بررسی ریسک بیماری نیازمند داشتن بانک اطلاعاتی مناسب و ثبت دقیق اطلاعات است".

حیطه اصلی ۶: بسته خدمتی، پایش و نظارت بسته

در این حیطه طبق نظر متخصصین شواهد علمی و تجارب اجرایی محدود و ناکافی وجود دارد. یکی از صاحب‌نظران در مورد تولید بسته خدمتی بیان کرد که "قاعدتاً بسته خدمات بیمه‌ای باید توسط سازمان‌های بیمه‌گر تعیین گردد در حالی که این وظیفه در کشور ما به وزارت بهداشت محول شده است. به نظر نمی‌رسد که در حال حاضر برای تعیین بسته بیمه پایه از محاسبات ارزیابی اقتصادی یا ارزیابی تکنولوژی سلامت استفاده شود". یکی از متخصصین در زمینه تدوین بسته خدمات بر اساس هزینه اثر بخشی بیان کرد که: "شواهد هزینه اثر بخشی، فرآیند اولویت‌گذاری و شواهد آینده‌نگاری در تدوین بسته خدمات وجود ندارد. عدم تدوین بسته خدمات بر اساس هزینه اثر بخشی؛ بر اساس مواد ۱ و ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی باید تدوین بسته بر اساس (مشارکت تعریف شده) باشد". یکی از متخصصان در مورد معیارهای تدوین بسته خدمتی بیان کرد که: "در این خصوص نگاه کارشناسانه‌تر به معیارهای تعیین و توسعه‌ی بسته‌ی خدمات بویژه با تاکید بر مواردی مانند تصمیم‌گیری‌های چندگانه خلا شواهد و اطلاعات حتی بین مدیران مرتبط نیز وجود دارد". یکی دیگر از صاحب‌نظران به نیازسنجی عقلایی در تدوین بسته خدمتی اشاره کرده و بیان نمود که "در این زمینه هم دانش کنونی مناسب می‌باشد اما مشکلاتی هم چون عدم آگاهی لازم در زمینه طراحی فهرست خدمات پایه و آشنایی لازم

با اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی عقلایی و نیز نبود مطالعات ارزیابی فناوری‌های سلامت در این زمینه می‌باشد. از اساتید به موضوع پایش بسته خدمتی اشاره کرده و اذعان نمود "برنامه‌ی پایش استاندارد وجود ندارد. ضرورت آن نیز برای مدیران معلوم نیست با ابزار علمی آن هم آشنایی کمی وجود دارد اطلاعات کافی هم وجود ندارد پرونده سلامت ایجاد شود". مشابه با این نظر یکی از صاحب‌نظران بیان کرد که "هم در خصوص مکانیسم‌های پایش و هم در خصوص نحوه استفاده از نتایج پایش در عمل و در مدیریت صندوق‌ها، مشکلات اداری و بوروکراتیک و عدم همکاری صندوق‌های بیمه‌ای از موضوعات و شکاف‌ها هستند" یکی دیگر از شرکت‌کنندگان موضوع عدم آشنایی با زیرساختها را مطرح کرده و بیان نمود "موانع و مشکلات موجود در این حوزه عدم آشنایی با زیرساختارهای موجود و نیز عدم وجود شواهد علمی از مطالعات امکان‌سنجی و HTA می‌باشد که بر مبنای علمی طراحی بسته‌های خدمتی صورت یابد".

حیطه اصلی ۷: سازوکار تأمین مالی سازمان‌های بیمه

طبق نظر صاحب‌نظران شواهد علمی و تجارب اجرایی محدود و ناکافی در این حیطه وجود دارد. متخصصان به موضوع هزینه‌های سلامت در این حیطه اشاره کرده و بیان کردند که: "منابع مالی و قوانین مرتبط با آن کاملاً شفاف هستند مکانیسم جمع‌آوری شفاف است ولی مشکلات کلان اقتصادی و افزایش هزینه‌های سلامت بیش از منابع چالش اصلی است عدم اجرای تعهد دولت نیز از عوامل مشکل ساز در حوزه مالی است". هم‌چنین یکی از صاحب‌نظران به موضوع حق بیمه اقشار کم درآمد و بدون درآمد اشاره کرده و بیان نمودند که "در این خصوص به نظر من مهمترین خلا یافتن راهی برای تعیین حق بیمه برای گروه‌های بدون درآمد مشخص و ثابت است از جمله روستاییان و خویش‌فرمایان و فعالان بازار غیر رسمی. در این زمینه روش علمی پایداری هنوز ارائه نشده است". یکی از شرکت‌کنندگان به موضوع پایداری منابع مالی تاکید کرده و بیان نمود که: "قطعاً اگر نگاه پایداری منابع مالی مطرح باشد و ارتباط آن با نحوه‌ی تأمین مالی خود بیمه‌های سلامت آن هم از نظرگاه پوشش فراگیر این مسئله چندان در دستور کار پژوهشی قرار نگرفته و نیازمند تولید شواهد می‌باشد".

حیطه اصلی ۸: روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان

طبق نظر صاحب‌نظران شواهد علمی و تجارب اجرایی محدودی در این حیطه وجود دارد. یکی از شرکت‌کنندگان مسئله درآمد خانوارها را مطرح کرده و بیان نمود "تا آنجا که می‌دانم در بیمه‌های اجتماعی افراد باید بر اساس توانایشان در پرداخت حق بیمه مشارکت کنند و متناسب با نیازشان از خدمات درمانی در تعهد بهره‌مند شوند. مشکل اصلی نامشخص بودن درآمد و هزینه خانوار افراد در کشور است". هم‌چنین یکی دیگر از صاحب‌نظران بیان کرد: "حق بیمه با اصول علمی تعریف شده ولی متناسب با افزایش بسته و هزینه‌ها بازبینی نشده است که آن هم به دلیل شرایط حاکم بر کشور است تا نبودن دانش در این حوزه". از متخصصان در مورد تعیین سرانه اظهار داشتند که "تا چند سال پیش به علت همپوشانی و نبود سرانه واقعی برای هر نفر، امکان تعیین سرانه واقعی وجود نداشت اما در چند سال اخیر به علت رفع همپوشانی‌ها شرایط برای تعیین میزان حق بیمه سرانه مورد نیاز و کافی وجود دارد". موضوع مشابه با این نظر که مطرح شد اینگونه بود که "تعیین کارشناسی سرانه، مشارکت در پرداخت و حق بیمه و نیز مشارکت بیمه‌ها در ایران یکی از چالش‌های اصلی است که هرگز به طور سزاوارانه و در راستای حفظ منافع بیمه شده شواهدی برای آن نبوده و یک مسئله بنیادی حل نشده است". صاحب‌نظر دیگری روش

تعیین سرانه را مد نظر قرار داده و بیان کرد: "در حال حاضر سرانه‌های درمان نیز براساس روش‌های علمی و شفاف تعیین نمی‌شود و سرانه‌ها براساس متغیرهای مهم از قبیل سن، جنس، بیماری و غیره تعدیل نمی‌شود لذا در این حوزه نیز شکاف دانشی زیادی وجود دارد".

حیطه اصلی ۹: معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی

طبق نظر صاحب‌نظران شواهد علمی و تجارب اجرایی محدودی در این حیطه وجود دارد. در این زمینه یکی از شرکت‌کنندگان بیان کردند: "حدود شش میلیون نفر در بازار کار غیر رسمی فعال و از خدمات تأمین اجتماعی محرومند. برنامه‌ای برای شناسایی و ثبت نام این افراد توسط دولت و بیمه‌ها وجود ندارد. علت آن هم فقر دانشی مدیران و عدم استفاده از مشاوره افراد متخصص هستند". متخصصان دیگر "عدم وجود سازوکارهای لازم برای تعیین درآمد" و "عدم وجود نظام اطلاعاتی جامع در خصوص هزینه و درآمد افراد" را مطرح کردند. هم‌چنین مشابه با این نظرات متخصص دیگری موضوع سامانه‌های اطلاعاتی را مد نظر قرار داده و بیان کرد "دانش موجود کفایت لازم در زمینه کاربردی شدن در زمینه تعیین معیارهای مناسب در شناسایی افراد در بخش‌های غیر رسمی اقتصاد را در ایران بدلیل عدم وجود سامانه‌های اطلاعاتی در این زمینه و یا در دسترس نبودن و عدم شفافیت اطلاعات را نخواهد داشت". ضمیمه شماره دو نظر متخصصان را در مورد حیطه‌های اصلی شناسایی شده نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵: جمع بندی نظرات خبرگان در خصوص شکاف‌های موجود

| حیطه‌های اصلی | شکاف دانشی از نظرات خبرگان | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد |
|--|---|--|
| تعدد صندوق‌های بیمه‌ای | <ul style="list-style-type: none"> ملکرد نظام بیمه سلامت چند صندوقی در مقایسه با نظام بیمه سلامت با صندوق واحد ارایه مدل تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران امکان سنجی اجرای مدل پیشنهادی تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران | (۱۵)۳ |
| پایش و نظارت : نظارت حکمرانی بر عملکرد صندوق‌ها بیمه‌ای / نظام‌های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی | <ul style="list-style-type: none"> سازوکارهای نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای در کشور سازوکارهای نظارت بر عملکرد ادارات بیمه استانی کارایی سیستم جاری نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت در کشور | (۸۵)۱۷ |
| بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق | <ul style="list-style-type: none"> عملکرد نظام اطلاعات فعلی بیمه‌های سلامت در ایران خصوصیات یک نظام اطلاعات مناسب بیمه سلامت در ایران | (۲۵)۵ |
| کارایی صندوق‌ها | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت ایران تدوین نظام ارزیابی عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت شاخص‌های تخصیص اعتبارات بین ادارات بیمه استان | (۴۰)۸ |
| ارزیابی ریسک | <ul style="list-style-type: none"> وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق‌های بیمه سلامت ایران مدل‌های توزیع ریسک بین صندوق‌های بیمه‌ای در شرایط ویژه | (۳۵)۷ |

| جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد | شکاف دانشی از نظرات خبرگان | حیطه های اصلی |
|--|--|--|
| (۶۵)۱۳ | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی مقایسه ای بسته خدمتی فعلی صندوق های بیمه سلامت در ایران خصوصیات بسته خدمتی متناسب با شرایط ایران در جهت نیل به اهداف پوشش همگانی سلامت سازوکارهای برقراری ارتباط موثر سازمان های بیمه سلامت با مراکز تولید شواهد علمی سازوکارهای سازمانی تعیین و تایید بسته خدمتی در بیمه سلامت ایران سازوکارهای جلب مشارکت کلیه ذینفعان در تصمیمات مربوط به بسته خدمتی بیمه سلامت | بسته خدمتی، پایش و نظارت بسته |
| (۲۵)۵ | <ul style="list-style-type: none"> کارایی نظام جاری تأمین مالی در صندوق های بیمه سلامت ارایه مدل تأمین مالی صندوق های بیمه سلامت ایران بررسی مقایسه ای منابع سازمان های بیمه سلامت ایران | سازوکار تأمین مالی سازمان های بیمه ای |
| (۱۰)۲ | <ul style="list-style-type: none"> روشهای علمی برآورد سرانه بیمه در کشور | روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان |
| | <ul style="list-style-type: none"> روشهای ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان غیر رسمی جهت مشارکت در طرح های بیمه سلامت برآورد میانگین ریسک گروههای شاغل در بخش های غیر رسمی اقتصاد | معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی |

۲-ج) ارزیابی کفایت شواهد موجود با استفاده از نظرات خبرگان

در این مرحله، نظرات خبرگان پس از مطالعه یافته های مرور گستره، در خصوص کفایت شواهد موجود در پوشش شکافها و همچنین موانع احتمالی در تولید شواهد دریافت گردید. در حیطه تعدد صندوق های بیمه ای متخصصان بر این باور بودند که شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی دهد و مسائلی از قبیل نبود سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و فقدان بانک اطلاعاتی جامع و یکپارچه، وجود تعارض منافع، فقدان شفافیت و مطالبه گری اجتماعی، عدم استفاده از شواهد و تجارب بین المللی، از مهم ترین علل عدم وجود شواهد می باشد. در حیطه نظارت موسسات و سازمان های نگهدارنده منابع مالی صندوق ها هم در سطح کلان و هم درون صندوق ها متخصصان بر این عقیده بودند که شواهد موجود ناکافی بوده و شکاف دانشی را پوشش نمی دهد. در این حیطه مسائلی از قبیل عدم استقلال ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، عدم اجرای قوانین، وجود تضاد منافع، عدم شفافیت و ضعف در کارکرد تولید نظام بیمه از مهمترین علل عدم وجود شواهد می باشد. در حیطه بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق طبق نظر متخصصان شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی دهد. هم چنین عواملی مانند نبود شواهد مرتبط و کافی، عدم شفافیت نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ضعف در تولید و به دنبال آن عدم سیاست گذاری مبتنی بر شواهد، ضعف در قوانین از جمله علل عدم وجود شواهد در این حیطه می باشد. در حیطه کارایی صندوق ها متخصصان بیان داشتند که شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی دهد و عواملی از قبیل تهیه گزارش های مقطعی و مناسبتی، ضعف نهادهای فرابخشی را از مهمترین علل عدم وجود شواهد مطرح کردند. در حیطه های ارزیابی ریسک، بسته خدمتی، پایش و نظارت آن و سازوکارهای تأمین مالی سازمان های بیمه ای مطابق نظر متخصصان شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی دهد. در این حیطه ها متخصصین علل را بیان نکردند. در حیطه روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان، متخصصان

بر این باورند که شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی‌دهد. عواملی مانند ضعف مستند سازی شورای عالی بیمه و نقص در قوانین از مهمترین علل عدم وجود شواهد می‌باشد. در حیطه معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیررسمی نیز متخصصان بر این اعتقاد بودند که شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی‌دهد. در این حیطه ضعف در دسترسی به تکنیک‌های تخصصی و بانکهای اطلاعاتی مورد نیاز را از علل عدم وجود شواهد مطرح کردند (جدول ۶).

جدول ۶: نظرات خبرگان درباره کفایت شواهد موجود در پوشش حیطه‌های شناسایی شده

| موضوعات اصلی | عناوین مطالعات و شواهد موجود | شکاف دانشی شناسایی شده نظرات خبرگان | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد |
|------------------------|---|--|--|
| تعدد صندوق‌های بیمه‌ای | ۱. عنوان مطالعه: ترکیب صندوق‌های بیمه‌ای در محیط غیر یکپارچه: چه نوع چالش‌هایی باید در نظر گرفته شود. ۲. عنوان مطالعه: الزامات سیاستی و قانونی بسته بیمه سلامت پایه به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت ۳. عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان از ادغام صندوق بیمه سلامت اجتماعی در ایران: چه منافی بدست آمده یا از بین می‌رود. ۴. عنوان مطالعه: ساختار قدرت در بین بازیگران حمایت کننده مالی از فقرا در دسترسی به خدمات سلامت: رویکرد آنالیز شبکه اجتماعی ۵. عنوان مطالعه: تعیین کننده‌های مهم تقاضا برای بیمه تکمیلی ۶. عنوان مطالعه: گزینه‌های سیاستی به منظور ۷. کاهش غیر یکپارچگی در انباشت صندوق‌های بیمه سلامت در ایران ۸. عنوان مطالعه: نظام بیمه سلامت ایران: تجارب گذشته، چالش‌های امروز، استراتژی‌های آینده ۹. عنوان مطالعه: سلامت در برنامه توسعه پنجم: چالش‌های مهم، سیاست‌های کلی و استراتژی‌ها ۱۰. عنوان مطالعه: تعامل بین تولید و بیمه‌های اجتماعی سلامت: مطالعه تطبیقی و تحلیل اسناد ۱۱. عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان در نظام بیمه سلامت ایران ۱۲. عنوان مطالعه: نقاط قابل بهبود و ارائه راهکارهای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ایران ۱۳. عنوان مطالعه: چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران ۱۴. عنوان مطالعه: پوشش همگانی بیمه درمان و دلایل عدم پوشش بیمه درمان در ایران: تحلیل ثانویه مطالعه ملی ۱۵. عنوان مطالعه: مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکردی اصلاحی ۱۶. عنوان مطالعه: مولفه‌های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران | عملکرد نظام بیمه سلامت چند صندوقی در مقایسه با نظام بیمه سلامت با صندوق واحد ارایه مدل تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می‌دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان الزامات سیاستگذاری مبتنی بر شواهد - فقدان بانک‌های اطلاعاتی جامع و یکپارچه |
| | امکان سنجی اجرای مدل پیشنهادی تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می‌دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و عدم توجه کافی به مستند سازی سیاستگذاری‌ها به طوریکه ظاهراً، شاهد وجود تعارضات قانونی هستیم. مثال: ماده ۱ قانون تأمین اجتماعی که وظیفه تعمیم انواع بیمه‌های اجتماعی را بر عهده این سازمان قرار داده است و قوانین متعدد که در سال‌های بعد جهت تاسیس سایر صندوق‌های بیمه‌گر پایه درمانی تصویب شده‌اند. - ابهام و ضعف در تعریف تولید نظام بیمه‌ای که وظایف هماهنگی و تنظیم‌گری در نظام بیمه‌ای را عهده دار است. | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می‌دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و عدم توجه کافی به مستند سازی سیاستگذاری‌ها به طوریکه ظاهراً، شاهد وجود تعارضات قانونی هستیم. مثال: ماده ۱ قانون تأمین اجتماعی که وظیفه تعمیم انواع بیمه‌های اجتماعی را بر عهده این سازمان قرار داده است و قوانین متعدد که در سال‌های بعد جهت تاسیس سایر صندوق‌های بیمه‌گر پایه درمانی تصویب شده‌اند. - ابهام و ضعف در تعریف تولید نظام بیمه‌ای که وظایف هماهنگی و تنظیم‌گری در نظام بیمه‌ای را عهده دار است. |
| | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می‌دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و عدم توجه کافی به مستند سازی سیاستگذاری‌ها به طوریکه ظاهراً، شاهد وجود تعارضات قانونی هستیم. مثال: ماده ۱ قانون تأمین اجتماعی که وظیفه تعمیم انواع بیمه‌های اجتماعی را بر عهده این سازمان قرار داده است و قوانین متعدد که در سال‌های بعد جهت تاسیس سایر صندوق‌های بیمه‌گر پایه درمانی تصویب شده‌اند. - ابهام و ضعف در تعریف تولید نظام بیمه‌ای که وظایف هماهنگی و تنظیم‌گری در نظام بیمه‌ای را عهده دار است. | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می‌دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و عدم توجه کافی به مستند سازی سیاستگذاری‌ها به طوریکه ظاهراً، شاهد وجود تعارضات قانونی هستیم. مثال: ماده ۱ قانون تأمین اجتماعی که وظیفه تعمیم انواع بیمه‌های اجتماعی را بر عهده این سازمان قرار داده است و قوانین متعدد که در سال‌های بعد جهت تاسیس سایر صندوق‌های بیمه‌گر پایه درمانی تصویب شده‌اند. - ابهام و ضعف در تعریف تولید نظام بیمه‌ای که وظایف هماهنگی و تنظیم‌گری در نظام بیمه‌ای را عهده دار است. |

| موضوعات اصلی | عناوین مطالعات و شواهد موجود | شکاف دانشی شناسایی شده نظرات خبرگان | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد |
|---|------------------------------|--|---|
| نظارت موسسات و سازمان‌های نگهدارنده منابع مالی صندوق ها هم در سطح کلان و هم درون صندوق ها | ۱۷. شواهدی یافت نشد | سازوکارهای نظارت بر عملکرد صندوق های بیمه ای در کشور | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان ساختار مستقل نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی - عدم اجرای قوانین و سیاست های مصوب - گستردگی و عمق تعارض منافع - گستردگی و نفوذ عمیق گروههای غیر رسمی در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی که از ماهیت این حوزه نشأت گرفته است. - عدم شفافیت گسترده در حوزه اقتصادی و اجتماعی و در نتیجه فقدان دسترسی به اطلاعات و شواهد معتبر |
| | | سازوکارهای نظارت بر عملکرد ادارات بیمه استانی | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ کمبود شواهد |
| | | کارایی سیستم جاری نظارت بر عملکرد صندوق های بیمه سلامت در کشور | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - عدم شفافیت و ضعف در کارکرد تولید نظام بیمه سلامت - تعارض منافع |
| بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق | ۱۸. شواهدی یافت نشد | عملکرد نظام اطلاعات فعلی بیمه‌های سلامت در ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - عدم شفافیت نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی - فقدان تولید موثر و مشخص نظام بیمه ای و حتی نظام سلامت - تداخل کارکردها و عدم یکپارچگی و هماهنگی بین حوزه های درون بخشی، بین بخشی و حتی فرا بخشی سیاستگذاری و اطلاعاتی کشور - ضعف قوانین موجود در خصوص استقرار و پیاده سازی و رعایت اصول پایه و حرفه ای سازمان های بیمه گر پایه درمانی کشور |
| | | خصوصیات یک نظام اطلاعات مناسب بیمه سلامت در ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - با توجه به مشکلات جدی در تولید نظام بیمه ای، سیاست گذاری مبتنی بر شواهد صورت نمی گیرد، بنا بر این، تاکنون مطالعه یا سند سیاستی که نظام اختصاصی اطلاعات برای حوزه بیمه ای را تعریف کرده باشد، مشاهده نمی شود. |

| موضوعات اصلی | عناوین مطالعات و شواهد موجود | شکاف دانشی شناسایی شده نظرات خبرگان | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد |
|---------------------------------------|---|--|--|
| کارایی صندوق‌ها | ۱۹. عنوان مطالعه: چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران ۲۰. عنوان مطالعه: تاثیر ناکارایی نظام بیمه های درمانی در فقر خانوارهای کشور | ارزیابی عملکرد صندوق های بیمه سلامت ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - گزارش های تهیه شده به صورت مقطعی و عموماً مناسبتی با رویکر اطلاع رسانی صرف تهیه می شوند. - گزارش های معدودی که اغلب برای تدوین برنامه های توسعه کشور به عنوان سند پشتیبان توسط کمیته های ذیل نظام برنامه تهیه می شوند، تا حدودی ارزیابی هایی را از عملکرد بیمه ارائه می دهند. - ضعف نهادهای فرابخشی همچون سازمان برنامه در دولت، مرکز پژوهش های مجلس در قوه مجریه و مجمع تشخیص مصلحت نظام و همچنین مراکز تحقیقاتی دانشگاهی و نهادهای صنفی تخصصی در این خصوص مشهود است. |
| | | تدوین نظام ارزیابی عملکرد صندوق های بیمه سلامت | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - کمبود شواهد |
| | | شاخص های تخصیص اعتبارات بین ادارات بیمه استان | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ کمبود شواهد کافی |
| ارزیابی ریسک | شواهدی یافت نشد | وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق های بیمه سلامت ایران مدل های توزیع ریسک بین صندوق های بیمه ای در شرایط ویژه | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| بسته خدمتی، پایش و نظارت بسته | ۲۱. عنوان مطالعه: تاثیر مشارکت در هزینه (Cost sharing) در استفاده از خدمات پزشکی عمومی: یک مطالعه مقطعی از شیراز | ارزیابی مقایسه ای بسته خدمتی فعلی صندوق های بیمه سلامت در ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۲. عنوان مطالعه: بسته بیمه سلامت پایه در ایران: بررسی چالش ها | خصوصیات بسته خدمتی متناسب با شرایط ایران در جهت نیل به اهداف پوشش همگانی سلامت | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۳. عنوان مطالعه: چالش های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران | سازوکارهای برقراری ارتباط موثر سازمان های بیمه سلامت با مراکز تولید شواهد علمی | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۴. عنوان مطالعه: فرایند نظام اطلاعات بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران | سازوکارهای سازمانی تعیین و تایید بسته خدمتی در بیمه سلامت ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۵. عنوان مطالعه: مولفه های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران | سازوکارهای جلب مشارکت کلیه ذینفعان در تصمیمات مربوط به بسته خدمتی بیمه سلامت | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۶. عنوان مطالعه: چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران | کارایی نظام جاری تأمین مالی در صندوق های بیمه سلامت | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| | ۲۷. عنوان مطالعه: مولفه های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران | ارایه مدل تأمین مالی صندوق های بیمه سلامت ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| سازوکار تأمین مالی سازمان های بیمه ای | ۲۸. عنوان مطالعه: مروری بر سیاست های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران | بررسی مقایسه ای منابع سازمان های بیمه سلامت ایران | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |

| موضوعات اصلی | عناوین مطالعات و شواهد موجود | شکاف دانشی شناسایی شده نظرات خبرگان | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد |
|--|------------------------------|--|--|
| روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان | شواهدی یافت نشد | روشهای علمی برآورد سرانه بیمه در کشور | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - ضعف در مستند سازی در شورای عالی بیمه سلامت - ضعف در توان کارشناسی و همچنین ساخت ناپافتگی نظام تصمیم سازی یکپارچه در حوزه مطالعات و سیاستگذاری سرانه بیمه کشور - عدم شفافیت چارچوب قانونی موجود در تعیین سرانه بیمه (ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی) |
| معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی | شواهدی یافت نشد | روشهای ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان غیر رسمی جهت مشارکت در طرح های بیمه سلامت | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ نظری مطرح نشد |
| معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی | شواهدی یافت نشد | روشهای ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان غیر رسمی جهت مشارکت در طرح های بیمه سلامت برآورد میانگین ریسک گروههای شاغل در بخش های غیر رسمی اقتصاد | - آیا شواهد موجود، شکاف دانشی را پوشش می دهد؟ خیر - علت عدم وجود شواهد چیست؟ - فقدان تعریف معین و ضعف در دسترسی به تکنیک های تخصصی و بانک های اطلاعاتی مورد نیاز |

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی شکاف های دانشی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران انجام گرفت. براساس مرور گستره متون و بررسی اسناد بالادستی حیطه هایی شناسایی شد شامل: تعدد صندوق های بیمه ای، نظارت موسسات و سازمانهای نگهدارنده منابع مالی، بانک اطلاعاتی، کارایی صندوق ها، ارزیابی ریسک، بسته خدمتی، پایش و نظارت بسته، سازوکار تأمین مالی سازمان های بیمه ای، سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان، معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی.

در زمینه انباشت منابع مالی دو رویکرد عمده صندوق واحد و انباشت چند صندوقی مطرح است. در این مطالعه تلاش کردیم تا شکافهای موجود بدون سیستم پیش فرض شناسایی گردد. به عبارت دیگر هم شکافهای مربوط به سیستم فعلی چند صندوقی و هم تجمیع صندوقها و ایجاد سیستم واحد شناسایی و مستند گردید. چنین رویکردی در ابتدا لزوم تولید شواهد در خصوص کارآمدی و سیستم فعلی مورد تاکید قرار می دهد و در ادامه مدلهایی که می توانند جایگزین سیستم فعلی شده و کارایی بیشتر را به دنبال داشته باشند.

یافته های مطالعه نشان داد، اغلب مطالعات و شواهد استخراجی در حیطه تعدد صندوق های بیمه ای، بسته خدمتی و پایش و نظارت آن می باشد. طبق بررسی های انجام گرفته توسط تیم پژوهش تا زمان ارائه گزارش حاضر، مطالعه و شواهدی در حیطه نظارت موسسات و سازمانهای نگهدارنده منابع مالی صندوق ها در سطح کلان و هم درون صندوق ها، بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق، ارزیابی ریسک، روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان، معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی یافت نشد. مطالعات موجود عمدتاً توصیفی یا کیفی با تمرکز بر بخشی از ساختار، وظایف یا عملکرد سازمانهای بیمه سلامت کشور بودند. بخش اعظم مطالعات بر ارایه راه حل های کوتاه مدت برای مشکلات روزمره بیمه ها بودند. براساس یافته های مصاحبه کیفی، علیرغم نظر متخصصان بر وجود شواهد و دانش کافی در دو حوزه تعدد صندوق های

بیمه ای و پایش و نظارت بر صندوق های بیمه ای، یافته های مرور ادبیات منتشر شده دلالت بر عدم وجود شواهد مناسب در این زمینه است. در این حیطة وجود شواهد در مورد کارایی نظام فعلی انباشت منابع که می تواند ادامه یا توقف سیستم فعلی را ارشاد نماید وجود نداشت. به علاوه در شرایط فعلی شرکتهای بیمه براساس اصول مدیریت سنتی اداره می شوند که در طول زمان توسط مطالعات مناسب مورد نقد و بررسی قرار نگرفته اند و ادامه یا توقف شیوه فعلی قابل قضاوت نیست. علیرغم تاکید بر ایجاد یک نظام بیمه ای واحد در کشور، هنوز مطالعه ای که بتواند خصوصیات و اقصائات یک مدل مناسب را مورد بررسی قرار دهد و گامهای اجرایی برای پیاده سازی این مدل ارائه دهد یافت نگردید. چالش هایی که در سال های اخیر بر سر راه تجمیع صندوقهای بیمه وجود دارد هنوز به شکل علمی مورد بررسی و تایید قرار نگرفته اند و راهکارهای موجود برای برطرف نمودن آنها مشخص نیست. شاید علت اعتقاد متخصصان بر وجود شواهد عدم آگاهی نسبت به شواهد موجود و یا نظر ایشان بر وجود توانمندی پژوهشی در کشور باشد. برای بررسی بیشتر موضوع در راند دوم مطالعه، که شواهد موجود به اطلاع متخصصان رسید، تناقض حاضر مرتفع گردید. و متخصصان با بررسی عناوین و خلاصه مطالعات منتشر شده بر عدم وجود شواهد کافی اذعان نمودند در این مرحله متخصصان بر این باور بودند که عواملی از جمله فقدان سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، فقدان بانک اطلاعاتی جامع و یکپارچه، نقص و تعارض در قوانین و مقررات موجود، تعارض منافع بین سیاستگذاران و ذینفعان و در نهایت عدم استفاده از تجارب و شواهد بین المللی باعث تولید شواهد ناکافی و در نهایت تجارب اجرایی در این حیطة شده است. از نظر صاحب نظران انجام مطالعاتی در مورد عملکرد نظام بیمه سلامت چند صندوقی در مقایسه با نظام بیمه سلامت با صندوق واحد، ارائه مدل تجمیع صندوق های بیمه سلامت در ایران، امکان سنجی اجرای مدل پیشنهادی تجمیع صندوق های بیمه سلامت در ایران در اولویت قرار دارد. زیرا در این حوزه ها شواهد موجود شکاف دانشی را پوشش نمی دهند.

یکی از شکاف های عمده در مدیریت فعلی سیستم انباشت و تدوین مدل های آینده، سیستم اطلاعات باشد. عدم وجود شواهد در مورد خصوصیات یک سیستم اطلاعات مناسب، قابلیت ها و نقاط ضعف سیستم اطلاعات فعلی و الزامات و برآوردهای علمی در مورد سیستم اطلاعات پاسخگو مشهود می باشد که تمامی جنبه های سیستم انباشت را تحت تاثیر قرار می دهد. سطوح تولید و انتشار داده های مربوط به خصوصیات بیمه شدگان، خسارتهای پرداخت شده، توزیع خطرات و.. انواع دسترسی برای برنامه ریزان، پژوهشگران و سازمانهای نظارتی از جمله مواردی هست که در این حیطة می بایستی مورد توجه قرار گیرد.

سازوکار نظارت بر عملکرد صندوقهای بیمه نیز دارای شواهد مشخص نمی باشد به شکلی که هر یک از صندوقهای بیمه ای با استفاده از ساختارهای نظارت اداری خود، عملکرد بیمه ای خود را انجام می دهند و شکاف در زمینه نوع و کارایی سیستم نظارت فعلی و پیامدهای آن و سیستم ایده آل نظارت مشهود می باشد. شواهد موجود در حد گویه هایی در مطالعات کیفی و یا اظهارات متخصصان در رسانه های عمومی می باشد.

در شرایط فعلی کشور وجود شواهد علمی در خصوص توزیع ریسک و سهم هر یک از صندوقها به ویژه صندوقهای بزرگ از پوشش ریسک در گروههای مختلف جمعیت ضروری می باشد. در مقابل میزان منابع ورودی به صندوقها و مقایسه موفقیت آنها در ارتقای سلامت جامعه و کیفیت زندگی جمعیت می تواند به عنوان مبنای مناسبی برای تصمیم گیری در مورد مدل انباشت منابع مورد استفاده قرار گیرد.

اما موارد دیگری نیز براساس یافته‌های مرور متون و مستندات بالادستی که توسط متخصصان اشاره نشده بودند می‌توان ذیل حیطه‌های اصلی اضافه نمود. مواردی از قبیل؛ مکانیسم‌های انتقال منابع مالی بین صندوق‌های متعدد بیمه سلامت، رویه‌های مربوط به طراحی صندوق‌های بیمه‌ای، سازوکارهای شناخت دهک‌های درآمدی و افراد نیازمند در جمعیت تحت پوشش هر صندوق، توزیع ریسک در صندوق‌های بیمه‌ای (درون صندوق‌ها)، مقایسه انباشت صندوق‌های مشابه (یا همان صندوق) از نظر نرخ سهم، صلاحیت عضو، مقررات و محتویات بسته‌های خدمت موضوعات قابل تامل می‌باشد که در هیچ‌یک از شواهد و نظرات ارائه شده توسط صاحب‌نظران بیان نشد.

در خصوص حیطه نظارت موسسات و سازمان‌های نگهدارنده منابع مالی صندوق‌ها هم در سطح کلان و هم درون صندوق‌ها، از نظر متخصصان شواهد موجود می‌باشد اما براساس یافته‌های مرور گستره حاکی از عدم وجود شواهد می‌باشد. همانطور که نتایج نیز نشان داد در این حوزه تناقض بین نظرات متخصصین و شواهد موجود وجود دارد. عدم انجام سیاست‌گذارها و تصمیم‌گیریهایی مدیریتی مبتنی بر شواهد، عدم شناخت کافی از وضعیت تأمین مالی در حوزه سلامت، ضعف در مستندسازی، عدم شفافیت در انتشار گزارش‌ها و نتایج در حوزه‌های مختلف بویژه حوزه تأمین مالی و اقتصادی و در نتیجه فقدان دسترسی به اطلاعات و شواهد معتبر به دلیل عدم وجود سامانه‌های جامع اطلاعاتی از دلایل تناقض موجود می‌باشد. در این حیطه صاحب‌نظران انجام مطالعاتی از قبیل سازوکارهای نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای در کشور، سازوکارهای نظارت بر عملکرد ادارات بیمه استانی و بررسی کارایی سیستم جاری نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت در کشور در اولویت دانستند.

در خصوص حیطه‌های بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق، ارزیابی ریسک، روشهای علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان، معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی نظر متخصصان با یافته‌های مرور گستره در یک راستا بود. به گونه‌ای که هم صاحب‌نظران و هم نتایج مرور گستره متون عدم وجود شواهد در این حوزه‌ها را تایید کردند. عوامل بسیاری از جمله تغییر سریع سیاست‌ها و قوانین و قائم بودن طرح‌ها و برنامه‌ها به افراد، ناقص بودن قوانین و مقررات و وجود تناقض در آنها، وجود مشکلات و چالش‌ها در عرصه عملیاتی و اجرایی برای هر کدام از حوزه‌های مطرح شده، تداخل کارکردها و عدم وجود همکاریهای بین بخشی و فرابخشی، مشکلات تولیدی و بی توجهی نسبت به شواهد و تجربه‌های موفق بین‌المللی باعث کمبود یا عدم وجود شواهد، سند سیاستی یا تجربه اجرایی در حیطه‌های مذکور شده است. از این رو صاحب‌نظران در حیطه بانک اطلاعاتی مطالعاتی از قبیل عملکرد نظام فعلی بیمه‌های سلامت ایران، خصوصیات یک نظام اطلاعات مناسب بیمه، در حوزه ارزیابی ریسک وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق‌های بیمه سلامت ایران، مدل‌های توزیع ریسک بین صندوق‌های بیمه‌ای، در حوزه روش‌های محاسبه سرانه درباره روش‌های علمی برآورد سرانه بیمه در کشور و در حیطه تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی در زمینه روش‌های ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان غیر رسمی و برآورد میانگین ریسک گروه‌های شاغل در بخش‌های غیر رسمی اقتصاد مطرح نمودند. از طرفی با توجه به نظرات متخصصین و بررسی متون گستره شکاف‌های دانشی و اجرایی بسیاری از جمله معیارهای توزیع ریسک به شکل علمی، قوانین و دستورالعمل‌های مربوط به ارزیابی ریسک، الگوهای علمی و عملی ارزیابی ریسک، موانع ارزیابی صحیح ریسک بیمه‌های درمان و ساز و کارهای ایجاد انگیزه برای ثبت نام شاغلین وجود دارد که می‌تواند به عنوان موضوعات قابل توجه در این حیطه‌ها در نظر گرفته شود.

در حیطه بسته خدمتی، پایش و نظارت بر آن علیرغم اینکه نظر متخصصان بر عدم وجود شواهد و کفایت آنها بود، چندین مطالعه در مرور متون گسترده پیدا شد. با توجه به ضعف نظام سلامت در این حیطه عدم کفایت دانش صاحب‌نظران طبیعی به نظر می‌رسد زیرا در این حیطه طبق نتایج مطالعات ضعف‌ها و مشکلات اجرایی بسیاری وجود دارد. با توجه به این موضوع صاحب‌نظران انجام مطالعاتی در حیطه ارزیابی مقایسه‌ای بسته خدمتی فعلی صندوق‌های بیمه سلامت، خصوصیات بسته خدمتی متناسب با شرایط ایران در جهت نیل به اهداف پوشش همگانی سلامت، سازوکارهای برقراری ارتباط موثر سازمان‌های بیمه سلامت با مراکز تولید شواهد علمی، سازوکارهای سازمانی تعیین و تایید بسته خدمتی در بیمه سلامت، سازوکارهای جلب مشارکت کلیه ذینفعان در تصمیمات مربوط به بسته خدمتی بیمه سلامت پیشنهاد دادند. در این حیطه هم مواردی از قبیل ارزیابی‌های مربوط به معیارهای ورود و خروج خدمات به بسته، مکانیسم استفاده از شواهد در تعیین بسته خدمتی جز حوزه‌های اولویت‌دار پژوهشی و گپ‌های شناسایی شده می‌تواند باشد که هیچ‌یک از خبرگان و مطالعات به آن‌ها اشاره نکرده بودند.

هم‌چنین در حوزه کارایی صندوق‌ها نظر متخصصین با شواهد مرور گستره متون در یک راستا بود. صاحب‌نظران در این حیطه به کمبود شواهد و مطالعات اشاره کرده بودند که یافته‌های مرور گستره متون هم موید آن می‌باشد و فقط ۲ مطالعه یافت شد. همانطور که نتایج نشان داد متخصصین مواردی از شکاف‌های دانشی و اجرایی مانند ارزیابی عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت، تدوین نظام ارزیابی عملکرد صندوق‌های بیمه سلامت، شاخص‌های تخصیص اعتبارات بین ادارات بیمه استان در این حیطه بیان کردند. موضوعات دیگری که در این حیطه می‌توانست ارائه شود اما ذکر نشد بهره‌مندی افراد از خدمات بیمه، سازوکارهای حمایت مالی از افراد خاص و بررسی هزینه‌های اداری و مدیریتی بیمه‌ها می‌تواند باشد.

نتیجه‌گیری

مشکلات مربوط به انباشت منابع مالی هم در حوزه تولید و هم کاربست شواهد جدی است. شواهد علمی موجود در حیطه‌های مطرح شده کافی نبوده و انجام مطالعات علمی معتبر با اولویت‌گذاری‌های مناسب ضروری است. تولید شواهد تنها حاصل تلاش پژوهشگران نمی‌باشد و نیازمند چرخه شواهد از تولید در مراکز علمی تا استفاده در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری می‌باشد. وجود ارتباطات رسمی و شفاف بین مراکز علمی، دولت، عاملین تأمین مالی (بیمه‌ها) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای تولید شواهد علمی معتبر و به کارگیری آن توصیه می‌شود. شواهد موجود در حوزه انباشت منابع پاسخگوی نیازهای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نمی‌باشد و برای تولید شواهد موجود، رفع موانع از طرف بدنه تصمیم‌گیری لازم الاجرا می‌باشد.

شکاف‌های دانشی استخراج شده بر اساس میزان اولویت

| عناوین پیشنهادی که در نظرات خبرگان و شواهد موجود یافت نشد | عناوین مطالعات و شواهد موجود | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد | شکاف دانشی از نظرات خبرگان | حیطه های اصلی |
|---|---|--|---|---|
| | شواهدی یافت نشد | توافق بر وجود شواهد علمی اما تجربه اجرایی ناکافی | <ul style="list-style-type: none"> سازوکارهای نظارت بر عملکرد صندوق های بیمه ای در کشور سازوکارهای نظارت بر عملکرد ادارات بیمه استانی کارایی سیستم جاری نظارت بر عملکرد صندوق های بیمه سلامت در کشور | ۱) پایش و نظارت : نظارت حکمرانی بر عملکرد صندوق ها بیمه ای / نظام های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی |
| | شواهدی یافت نشد | توافق بر عدم کفایت شواهد در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> عملکرد نظام اطلاعات فعلی بیمه های سلامت در ایران خصوصیات یک نظام اطلاعات مناسب بیمه سلامت در ایران | ۲) بانک اطلاعاتی جامع از جمعیت تحت پوشش هر صندوق |
| | شواهدی یافت نشد | توافق بر عدم کفایت شواهد و تجارب اجرایی در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق های بیمه سلامت ایران مدل های توزیع ریسک بین صندوق های بیمه ای در شرایط ویژه | ۳) ارزیابی ریسک |
| | شواهدی یافت نشد | توافق بر عدم کفایت تجارب اجرایی در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> روش های علمی برآورد سرانه بیمه در کشور | ۴) روش های علمی محاسبه سرانه بیمه و مشارکت ذینفعان |
| <ul style="list-style-type: none"> تعیین روش های برآورد درآمد برای تعیین توانایی پرداخت افراد در بخش غیر رسمی اقتصاد | شواهدی یافت نشد | توافق بر عدم کفایت شواهد و تجارب اجرایی در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> روش های ایجاد انگیزه در کارکنان و فعالان غیر رسمی جهت مشارکت در طرح های بیمه سلامت برآورد میانگین ریسک گروه های شاغل در بخش های غیر رسمی اقتصاد | ۵) معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی |
| <ul style="list-style-type: none"> بهره مندی افراد از خدمات بیمه سازوکارهایی برای حمایت مالی موثر از افراد خاص بررسی هزینه های اداری و مدیریتی بیمه ها | <ul style="list-style-type: none"> عنوان مطالعه: چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران عنوان مطالعه: تاثیر ناکارایی نظام بیمه های درمانی در فقر خانوارهای کشور | توافق بر عدم کفایت شواهد در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی عملکرد صندوق های بیمه سلامت ایران تدوین نظام ارزیابی عملکرد صندوق های بیمه سلامت شاخص های تخصیص اعتبارات بین ادارات بیمه استان | ۶) کارایی صندوق ها |
| <ul style="list-style-type: none"> بررسی تعهدات دولت در بخش حمایتی و بیمه ای | <ul style="list-style-type: none"> عنوان مطالعه: چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران عنوان مطالعه: مولفه های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران عنوان مطالعه: مروری بر سیاست های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران | توافق بر عدم کفایت شواهد و تجارب اجرایی در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> کارایی نظام جاری تأمین مالی در صندوق های بیمه سلامت ارایه مدل تأمین مالی صندوق های بیمه سلامت ایران بررسی مقایسه ای منابع سازمانهای بیمه سلامت ایران | ۷) سازوکار تأمین مالی سازمان های بیمه ای |
| <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی های مربوط به معیارهای ورود و خروج خدمات به بسته، مکانیسم استفاده از شواهد در تعیین بسته خدمتی | <ul style="list-style-type: none"> عنوان مطالعه: تاثیر مشارکت در هزینه (cost sharing) در استفاده از خدمات پزشکی عمومی: یک مطالعه مقطعی از شیراز عنوان مطالعه: بسته بیمه سلامت پایه در ایران: بررسی چالش ها عنوان مطالعه: چالش های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران عنوان مطالعه: فرایند نظام اطلاعات بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران عنوان مطالعه: مولفه های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران | توافق بر عدم کفایت شواهد و تجارب اجرایی در این زمینه | <ul style="list-style-type: none"> ارزیابی مقایسه ای بسته خدمتی فعلی صندوق های بیمه سلامت در ایران خصوصیات بسته خدمتی متناسب با شرایط ایران در جهت نیل به اهداف پوشش همگانی سلامت سازوکارهای برقراری ارتباط موثر سازمانهای بیمه سلامت با مراکز تولید شواهد علمی سازوکارهای سازمانی تعیین و تأیید بسته خدمتی در بیمه سلامت ایران سازوکارهای جلب مشارکت کلیه ذینفعان در تصمیمات مربوط به بسته خدمتی بیمه سلامت | ۸) بسته خدمتی، پایش و نظارت بسته |

| عناوین پیشنهادی که در نظرات خبرگان و شواهد موجود یافت نشد | عناوین مطالعات و شواهد موجود | جمع بندی نظر خبرگان در مورد وجود شواهد | شکاف دانشی از نظرات خبرگان | حیطه های اصلی |
|---|---|--|--|---------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • مکانیسم های انتقال منابع مالی بین صندوق های متعدد بیمه سلامت • رویه های مربوط به طراحی صندوق های بیمه ای • سازوکارهای شناخت دهک های درآمدی و افراد نیازمند در جمعیت تحت پوشش هر صندوق • توزیع ریسک در صندوق های بیمه ای (درون صندوق ها) • مقایسه انباشت های صندوق های مشابه (یا همان صندوق) از نظر نرخ سهم، صلاحیت عضو، مقررات و محتویات بسته | <ul style="list-style-type: none"> • عنوان مطالعه: ترکیب صندوق های بیمه ای در محیط غیر یکپارچه: چه نوع چالش هایی باید در نظر گرفته شود. • عنوان مطالعه: الزامات سیاستی و قانونی بسته بیمه سلامت پایه به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت • عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان از ادغام صندوق بیمه سلامت اجتماعی در ایران: چه منافی بدست آمده یا از بین می رود. • عنوان مطالعه: ساختار قدرت در بین بازیگران حمایت کننده مالی از فقرا در دسترسی به خدمات سلامت: رویکرد آنالیز شبکه اجتماعی • عنوان مطالعه: تعیین کننده های مهم تقاضا برای بیمه تکمیلی • عنوان مطالعه: گزینه های سیاستی به منظور کاهش غیر یکپارچگی در انباشت صندوق های بیمه سلامت در ایران • عنوان مطالعه: نظام بیمه سلامت ایران: تجارب گذشته، چالش های امروز، استراتژیهای آینده • عنوان مطالعه: سلامت در برنامه توسعه پنجم: چالش های مهم، سیاست های کلی و استراتژیها • عنوان مطالعه: تعامل بین تولید و بیمه های اجتماعی سلامت: مطالعه تطبیقی و تحلیل اسناد • عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان در نظام بیمه سلامت ایران • عنوان مطالعه: نقاط قابل بهبود و ارائه راهکارهای کمی و کیفی بیمه های سلامت ایران • عنوان مطالعه: چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران • عنوان مطالعه: پوشش همگانی بیمه درمان و دلایل عدم پوشش بیمه درمان در ایران: تحلیل ثانویه مطالعه ملی • عنوان مطالعه: مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکردی اصلاحی • عنوان مطالعه: مولفه های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران | <p>توافق بر وجود شواهد و دانش کافی اما وجود تجربه اجرایی محدود</p> | <ul style="list-style-type: none"> • عملکرد نظام بیمه سلامت چند صندوقی در مقایسه با نظام بیمه سلامت با صندوق واحد • آرایه مدل تجمیع صندوق های بیمه سلامت در ایران • امکان سنجی اجرای مدل پیشنهادی تجمیع صندوق های بیمه سلامت در ایران | <p>۹)تعدد صندوق های بیمه ای</p> |

| موضوعات | سوال | نظر | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>تعدد صندوق های بیمه ای (موارد قابل توجه در این حیطه به شرح ذیل می باشد):</p> <p>ارتباط بین صندوق های بیمه ای / ترکیب بیمه شده ها از نظر متغیرهای اقتصادی اجتماعی و ریسک، آیین نامه و مقررات مربوط به انتقال منابع مالی بین صندوقها، مکانیسم های انتقال منابع مالی بین صندوق های متعدد، شواهد علمی مربوط به طراحی صندوق های بیمه ای { پیشنهاد شما :</p> | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> | | | |
| | <p>پایش و نظارت :</p> <p>نظارت حکمرانی بر عملکردصندوق ها بیمه ای / نظام های پایش و نظارت بر عملکرد درون سازمانی به طور مثال:</p> <p>سازوکار نظارت، مدل های مختلف نظارت و ارزشیابی، کارایی نظارت ها { پیشنهاد شما :</p> | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> | | |
| | | <p>بانکهای اطلاعاتی، سامانه و داشبوردها</p> <p>(وضعیت جاری، خصوصیات فنی بانکهای اطلاعاتی صندوقهای بیمه ای، سازگاری با سایر بانک های اطلاعاتی مانند مرکز آمار، وزارت بهداشت) { پیشنهاد شما :</p> | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> | |
| | | | <p>تجمیع صندوق های بیمه (بیمه واحد)</p> <p>{موارد قابل توجه در این حیطه به شرح ذیل می باشد: مقررات و الزامات اجرایی و قانونی انباشت و وضعیت فعلی توزیع ریسک در صندوق های بیمه ای (درون صندوق ها)، موانع قانونی، مدل های تجمیع صندوق های بیمه ای، مطالعات امکان سنجی چالش های نظام بیمه ای (صندوق های متعدد) }</p> | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> |
| <p>کارایی صندوق ها {موارد قابل توجه در این حیطه به شرح ذیل می باشد: بهره مندی افراد از خدمات بیمه، سازوکارهای حمایت مالی موثر از افراد خاص، توزیع هزینه های اداری بیمه ها، مشارکت صندوق ها در تأمین هزینه های سلامت و وجود داده های مقایسه ای از هزینه های صندوق، هزینه های صرف شده برای هر فرد تحت پوشش صندوق ها و ... }</p> | | | | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> |
| | <p>ارزیابی ریسک: {موارد قابل توجه در این حیطه به شرح ذیل می باشد: معیارهای توزیع ریسک به شکل علمی، قوانین و دستورالعمل های مربوط به ارزیابی ریسک، الگوهای علمی و عملی ارزیابی ریسک، موانع ارزیابی صحیح ریسک بیمه های درمان}</p> | | | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> |
| | | <p>بسته خدمتی: { موارد قابل توجه در این حیطه به شرح ذیل می باشد: روش های علمی موجود برای تعیین بسته خدمتی، ترکیب تعهدات بسته بیمه درمان پایه، قوانین و سیاستگذاری ها مربوط به تدوین بسته (کفایت قوانین، تضاد بین آنها)، ارزیابی های هزینه اثربخشی، مطالعات ارزیابی فناوری سلامت، سازوکارهای استفاده از شواهد علمی }</p> | | <p>آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید</p> <p>آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟</p> <p>در این زمینه چه شکاف ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟</p> <p>چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟</p> |

| موضوعات | سوال | نظر |
|---|--|-----|
| پایش و مدیریت مستمر بسته خدمتی (ارزیابی‌های مربوط به بسته‌های خدمت، مکانیسم استفاده از شواهد در ادامه پوشش بسته خدمتی) | آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید | |
| | آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟ | |
| | در این زمینه چه شکاف‌ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟ | |
| | چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟ | |
| تأمین مالی سازمان‌های بیمه‌ای (ترکیب و کفایت منابع مالی، تدوام و آیندنگاری، تعهدات دولت در بخش حمایتی و بیمه‌ای، خلاءهای قانونی، مدل‌های علمی) | آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید | |
| | آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟ | |
| | در این زمینه چه شکاف‌ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟ | |
| | چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟ | |
| سرانه درمان و حق بیمه: وضعیت فعلی، روش‌های علمی محاسبه سرانه و حق بیمه، مشارکت ذینفعان در تأمین حق بیمه | آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید | |
| | آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟ | |
| | در این زمینه چه شکاف‌ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟ | |
| | چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟ | |
| معیارهای تعیین توانایی افراد در بخش غیر رسمی (روش‌های شناسایی و برآورد درآمد شاغلین بخش غیر رسمی اقتصاد، سازوکارهای ایجاد انگیزه برای ثبت نام شاغلین و ...) | آیا شواهد موجود و دانش فعلی در این زمینه وجود دارد؟ توضیح دهید | |
| | آیا دانش موجود قابلیت اجرایی شدن و کاربردی بودن در عرصه را دارد؟ | |
| | در این زمینه چه شکاف‌ها و کمبودهای دانشی وجود دارد؟ | |
| | چه موانع و مشکلاتی در پر کردن گپ شکاف دانشی در این حیطه وجود دارد؟ | |

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند تا از صاحب نظرانی که در این مطالعه شرکت کردند قدردانی کنند. اساتید گرانقدر دکتر: غفاری، ابوالحسنی، قیاسوند، گلستانی، ایمانی، درودی، کوهی، علیپور سخا، جنتی، یوسفی، ابوالحسنی، معینی، عسگری، بازیار، فضائی، روانگرد، نجفی.

ضمایم

ضمیمه ۱: راهنمای مصاحبه

صاحب نظر گرامی.....

با سلام و احترام

مصاحبه حاضر در راستای طرح تحقیقاتی "شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت" است. پژوهش به دنبال تهیه مستندی جامع در خصوص وضعیت حوزه انباشت منابع مالی در ایران و تعیین مهمترین سؤالی‌های پژوهشی در این زمینه از تأمین مالی سلامت خواهد بود. لذا از حضرتعالی استدعا دارم، به عنوان عضوی از خبرگان علمی نظرات ارزنده خویش را با ما در میان بگذارید.

مجربان طرح

راهنما: ما براساس بررسی اسناد بالادستی، و مرور انتشارات علمی در نظام سلامت کشور، موضوعات اصلی و

حیطه‌های آن را شناسایی کرده ایم. لذا از شما خواهشمندم با علم به اهداف مطالعه حاضر موضوعات را بررسی نموده و نظرات خود را مرقوم بفرمایید. اگر قصد داشتید به موضوعات حاضر اضافه کنید می‌توانید به قسمت پایانی اضافه کنید. در صورتیکه در حیطه‌های فرعی بیان شده موردی مدنظر باشد، می‌توانید با ذکر حیطه مورد نظر به سوالات پاسخ دهید. با توجه به اهمیت مشارکت فکری شما بزرگوار در این مطالعه، ضمن اطلاع رسانی نتایج آن به شما (در صورت تمایل) از مشخصات علمی شما در قسمت تشکر و قدردانی در گزارش نهایی طرح استفاده خواهیم نمود.

صاحب‌نظر گرامی در صورتی که به غیر از موضوعات مطرح شده موارد دیگری به ذهن شما می‌رسد لطفاً یادداشت بفرمایید

ضمیمه ۲: مشروح مطالعات استخراج شده در مرور متون گستره

خلاصه مطالعات منتشر شده

۱- عنوان مطالعه: ترکیب صندوق‌های بیمه‌ای در محیط غیر یکپارچه: چه نوع چالش‌هایی باید در نظر گرفته شود. مطالعه‌ای در مورد ادغام صندوق‌های بیمه‌ای و چالش‌ها و ملاحظات سازمانی آن انجام شده است. ترکیب صندوق‌های بیمه‌دارای چالش‌هایی از قبیل سازوکارهای تأمین مالی، پوشش جمعیت، بسته‌مزایا، مشارکت ارائه‌دهنده، ساختار سازمانی و ارائه خدمات درمانی و فرآیندهای عملیاتی، پایش و ارزشیابی و امکان‌پذیری طراحی و اجرای بیمه خواهد داشت. صندوق‌های جزیره‌ای باعث افزایش نابرابری بین گروه‌های مختلف جمعیت در دسترسی به خدمات سلامت، ناکارآمدی در سیستم درمانی ایران، هزینه‌های بالای پرداخت از جیب، حفاظت مالی پایین برای افراد بیمه‌شده، نرخ بالای سهم مشارکت برای بیمه‌شده، پوشش چند بیمه‌ای یک فرد، فقدان شفافیت و نبود داده و آمار قابل اتکا سیاست‌گذاری بیمه سلامت می‌شود. در تمام ۴ صندوق ایران از نظر بسته‌مزایا، سهم مشارکت، پوشش اجباری یا داوطلبانه، سرانه هزینه‌های سلامت و استفاده از یارانه‌های مالی دولتی تفاوت‌های چشمگیری دارند.

۲- این مطالعه پیشنهاد می‌کند که در هر برنامه‌ای برای ادغام ۱۱ عنصر باید در نظر گرفته شود و برای هر ۱۱ عنصر چالش‌های عملیاتی و موانع کلیدی نیز بررسی شود. توجیه روند ادغام و امکان‌پذیری آن قبل از ادغام باید مشخص شود. سر این مدل تولیت بوده که وظیفه رهبری و کنترل عناصر دیگر را بر عهده دارد. در آن مدل بین سه عامل تأمین مالی، ویژگی‌های جمعیت و بسته‌مزایا در برنامه بیمه‌ای رابطه تنکاتنگی وجود دارد که سیاستگذاران در مراحل اولیه ادغام بر روی این عوامل باید تمرکز ارائه نمایند. پس از آن سیاستگذاران باید بر روی تفاوت‌ها بین طرح‌های مختلف بیمه‌ای از نظر نحوه انعقاد قرارداد با ارائه‌دهندگان و چگونگی ارائه خدمت به گیرندگان خدمت فکر کنند. ما معتقدیم تغییر ساختارهای سازمانی و فرآیندهای عملیاتی طرح‌های بیمه درمانی در مراحل بعدی ادغام باید اتفاق افتند و نهایتاً همه مراحل و کل فرایند ادغام باید پایش شده و پیامدهای بلند مدت و کوتاه مدت ادغام باید ارزیابی شده تا ببینیم اثرات مورد انتظار ادغام محقق شده است یا خیر.

۳- عنوان مطالعه: تعیین هزینه‌های کمرشکن در ایران: مطالعه مرور نظامند و متاآنالیز

۵۳ مطالعه مرتبط شناسایی شده که ۴۰ مطالعه در سطح جمعیت و ۱۳ مطالعه مربوط به بیماری‌های خاص می‌باشد.

در سطح جمعیت نرخ هزینه‌های کمرشکن ۴/۷ درصد و در بین بیماری‌ها هزینه‌های کمر شکن مربوط به سرطان ۲۵/۳ درصد و بیماران دیالیزی با ۵۴/۵ بالاترین درصد بودند. مهمترین فاکتورهای تاثیر گذار در نرخ هزینه‌های کمرشکن وضعیت بیمه سلامت، داشتن فرد ۶۰-۶۵ ساله در بین خانوار، جنسیت سرپرست خانوار و استفاده از خدمات بستری و سرپایی، سن، سطح تحصیلات خانوار، داشتن فرد ۱۲ سال و پایین تر در خانوار، داشتن یک عضو خانواده معلول یا بیماری مزمن، وضعیت اقتصادی خانوارها، مخارج خانوار، درآمد، بوده است. بیشتر مطالعات نشان داد که داشتن بیمه هزینه‌های اسف بار را کاهش داده است. عوامل مربوط به بیماری‌ها شامل فراوانی استفاده از خدمات بستری، پذیرش در مراکز خصوصی، دفعات استفاده از خدمات سرپایی بوده است. در نهایت در این مطالعه نیز به طراحی بسته خدمتی، تعیین میزان هزینه‌های تسهیم شده بین بیماران اشاره شده که جای کار دارد.

۴- عنوان مطالعه: الزامات سیاستی و قانونی بسته بیمه سلامت پایه به منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت تم‌های اصلی این مطالعه الزامات را در ۳ سطح بیمه گر، بیمه گذار و ارائه دهنده خدمت بیان کرده است. در سطح بیمه گر زیر تم‌هایی با عناوین تأمین مالی بسته بیمه، ساختار سازمانی، تعرفه گذاری بسته خدمات، ادغام سیاست‌ها، خرید بسته‌های مزایا در سطح الزامات ارائه دهنده خدمت زیر تم‌های تعیین ضروریات، ارائه خدمت، وظایف مربوط به اقدامات و خدمات پوشش داده شده بوده است. در سطح الزامات مربوط به شهروندان و بیمه شدگان زیر تم‌های گسترش پوشش جمعیت، حق بیمه مطرح شده بود.

۵- عنوان مطالعه: تاثیر استفاده از بیمه‌های تکمیلی بر طول مدت اقامت در بیمارستان: نتایج نشان داد که داشتن بیمه تکمیلی برای بیماران سن بالا و با درآمد پایین طول مدت اقامت را افزایش می‌دهد.

۶- عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان ادغام صندوق بیمه اجتماعی سلامت در ایران: چه منافعی دست آمده و از بین می‌رود؟ در این مطالعه ذینفعان کلیدی از جمله مردم، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی، ۱۷ صندوق نهادی وابسته به شرکت‌های مختلف، اتحادیه کارگری، سازمان برنامه و بودجه، مجلس، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کمیسیون سیاست گذاری سلامت، وزارت کار، رفاه و تعاون، نظام پزشکی، ارائه دهندگان خدمات سلامت (انجمن داروسازان، پرستاران، رادیولوژی و...) و نوع مشارکت آنها مورد تحلیل قرار گرفته است. در مرحله بعدی مزایایی که هر یک از ذینفعان ذکر شده با ادغام صندوق‌های بیمه‌ای می‌توانند بدست بیاورند یا از دست بدهند مورد تحلیل قرار گرفته شده است. این مزایا در ۵ تم شامل مزایای مربوط به صندوق‌های بیمه سلامت (تمایل به حفظ استقلال سازمانی، اجتناب از شفافیت در آمارها، اطلاعات و فعالیت‌های سازمانی، نگرانی‌ها در مورد انباشت خطر و به اشتراک گذاری مزایا با گروه‌های خاص در نتیجه ادغام، نگرانی‌ها در مورد مدیران ارشد و پرسنل در مورد اوضاع مالی و سازمانی) مزایای مربوط به دولت و مجلس (عدم تمایل دولت و قانونگذاران به افزایش حق بیمه و به عهده گرفتن مسئولیت مالی بیشتر) مزایای مربوط به مراکز درمانی وابسته به طرح‌های بیمه‌ای (تضاد منافع ایجاد شده از ارائه خدمات توسط مراکز درمانی وابسته به طرح‌های بیمه‌ای، نگرانی در مورد از دست دادن یا تسهیم رایگان خدمات درمانی در مراکز با سایر گروه‌های بیمه شده، پرداخت تعرفه و حق بیمه‌های بالاتر در طرح بیمه سلامت اجتماعی برای مراکز درمانی خودشان، اقتدار مالی کمتر و امکان مواجهه با منابع مالی کمتر) مزایای مربوط به سازمان تأمین اجتماعی (تعامل بسته مزایای سلامت با انواع

تعهدات بلند مدت سازمان تأمین اجتماعی، تضاد منافع ناشی از شرکت‌های دارویی (مزایای مربوط به وزارت بهداشت و وزارت کار، رفاه و تعاون) بعد از ادغام چه کسی مسئول سازمان بیمه سلامت و شورای عالی بیمه سلامت خواهد بود؟ تسلط پزشکان در فرآیندهای سیاسی سلامت به عنوان یک مانع مهم در اجرای هر نوع اصلاحات درمانی که مخالف با منافع آنها می‌باشد) در نتیجه دولت تمایلی به تعهد مالی زیاد ندارد. سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های بیمه سلامت (۱۷ صندوق) و اتحادیه‌های کارگری راضی به از دست دادن استقلال سازمانی و مالی خود ندارند و مزایای خود را با سایر گروه‌های عضو در طرح‌های دیگر تسهیم کنند. مدیران و پرسنل هم نگران از دست دادن شغل، حقوق و موقعیت سازمانی خود هستند. وزارت کار، رفاه و تعاون هم تمایل ندارد کنترل خود را بر روی طرح‌های بیمه‌ای از دست دهد. وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران از جمله بازیگرانی هستند که از ادغام حمایت می‌کنند.

۷- عنوان مطالعه: مطالعه کیفی بررسی مشکلات دستیابی به پوشش همگانی پایدار در ایران: در این مطالعه ۷ تم اصلی شامل میزان پوشش بیمه تعیین شده (میزان متوسط پوشش، همپوشانی در آمارهای پوشش) تأمین مالی (-نقش دولت: تفاوت روی تعهدات تأمین مالی، جریانات مالی غیر شفاف، پرداخت ناعادلانه تعهدات مالی، کسری یارانه‌های حمایتی، -مشارکتها: سهم کاهشی، محاسبات غیر علمی، -پرداخت از جیب: پوشش کم خدمات یا خدمات پوشش داده نشده، پرداختهای زیرمیزی یا جبران خسارت پایین) سازمانی (صندوق‌های جدا جدا، عضویت غیر اجباری) بسته‌های مزایای اساسی (رویکرد غیر علمی در تعریف بسته مزایا، طراحی یک بسته مزایای همگانی) مکانیسم پرداخت (هزینه‌های مدیریتی بالا) بهره‌مندی (کنترل تقاضا، فقدان گایدلاین‌های بالینی استاندارد، فقدان سیستم ارزیابی فناوری) کارایی مدیریت (تعهد دولت، فقدان سیستم اطلاعاتی جامع، تفاوت در دیدگاهها بر روی مفهوم بیمه، مدیریت غیر پایدار، الزامات قانونی و ساختاری) مطرح شده است. و نهایتاً در انتهای مطالعه مواردی مانند فقدان اطلاعات، تأمین مالی نزولی، میزان بالای پرداخت از جیب، انباشت جزیره‌ای، فقدان بسته مزایای استاندارد، سیستم پرداخت، فقدان سیستم مدیریتی حامی به عنوان چالش‌های اصلی شناسایی شده است. در این مطالعه ذکر شده از انجایی که اعضای برخی از صندوق‌های بیمه مانند صندوق خویش فرما، روستایی و بستری‌های شهری از گروه‌های درامدی کمتر تشکیل شده و حفاظت مالی کمتر در مقابل هزینه‌های سلامت برای آنها ایجاد می‌نماید انباشت خطر در این صندوق‌ها چون مقدار کل مشارکت پایین است بطور کامل نبوده و بسته‌های مزایای محدودتری را پوشش خواهد داد. این مطالعه پیشنهاد می‌دهد حداقل در کوتاه مدت صندوق‌های سازمان تأمین اجتماعی باید نگه داشته شده و تمام صندوق‌های بیمه خدمات درمانی جهت ایجاد انباشت بزرگتر باهم ادغام شوند. و نهایتاً تمام صندوق‌های کوچک با وجوه جزئی با این سه صندوق ادغام شده تا دسترسی مالی را افزایش دهند. این کار باعث کاهش هزینه‌های اداری بواسطه یکی کردن انعقاد قراردادها و مطالبات شود.

۸- عنوان مطالعه: تقاضا برای بیمه سلامت خویش فرما: هدف این مطالعه ای بررسی عواملی است که در تقاضا برای بیمه خویش فرمای سلامت موثر است. سن، درآمد، سطح تحصیلات سرپرست خانوار ارتباط مستقیم با تقاضای برای بیمه خویش فرما دارد.

۹- در این مطالعه ذکر شده که در ایران با وجود پوشش بالای بیمه درمانی نسبت خانوارهایی که با هزینه‌های

سلامت کمرشکن مواجه هستند بسیار بالا بوده و این احتمالاً به دلیل بسته‌های مزایای نامناسب با تسهیم هزینه‌های بالا بوده است. این مطالعه بر روی ۱۵۳۶ بیمار انجام شده است. نتایج نشان داد میانگین استفاده از خدمات پزشکی عمومی ۰/۷۶ بود و میانگین تسهیم هزینه بالای ۰/۸۱ بوده است. بیش از ۸۷ درصد جمعیت با تسهیم هزینه بالا مواجه هستند. نتایج نشان داد افرادی با تسهیم هزینه زیاد از خدمات پزشکی نسبت به افراد با تسهیم هزینه کم زیاد استفاده می‌کنند. هم‌چنین در صورت افزایش تسهیم هزینه، افراد با سطح سلامت پایین استفاده از خدمات پزشکی را در قیاس با افراد با سطح سلامت خوب کاهش می‌دهند. و این امر احتمال مواجهه با هزینه‌های کمر شکن را افزایش می‌دهد. هم‌چنین بین درآمد و میزان مصرف خدمات پزشکی رابطه وجود دارد. هم‌چنین بین پوشش بیمه‌ای و مصرف خدمات پزشکی رابطه‌ای وجود نداشت این به این دلیل است که طراحی و اجرای طرح‌های بیمه‌ای و مصرف خدمات پزشکی رابطه‌ای وجود نداشت این به این دلیل است که طراحی و اجرای طرح‌های بیمه‌ای عمومی بدون توجه به فاکتورهای مهم مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، متغیرهای دموگرافیکی، الگوی اپیدمیولوژی بیماریها در کشور انجام شده که کارایی لازم را نیز ندارند.

۱۰- عنوان مطالعه: موانع دستیابی به حفاظت مالی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی در کشورهای در حال توسعه: در این مطالعه در ۳ تم اصلی شامل زمینه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی (دیدگاه سیاستمداران و دولتمردان در مورد حفاظت مالی، سیاست‌های عمومی و ساختار اقتصادی کشور، تعریف یک حاکمیت متحد و مرکزی برای حفاظت مالی، نقش موسسات غیر دولتی و خیریه در ایجاد حفاظت مالی)، ساختار نظام سلامت ایران (بهبود کارایی نظام سلامت ایران برای توسعه حفاظت مالی، اولویت پایین حفاظت مالی برای سیاست‌گذاران سلامت، تقویت نظام کنترل و مراقبت در نظام سلامت) ابعاد پوشش همگانی سلامت (فقدان سیستم اطلاعاتی جامع و ادغام یافته، فقدان برنامه اجرایی تعریف شده برای پوشش فقرا) از موانع دستیابی به حفاظت مالی بیان کرده‌اند. در سطح ملی قانونگذاران بارها و بارها حفاظت مالی را در دستور کار اسناد و قوانین قرار داده‌اند اما در مرحله اجرایی دولت به وظایف خود عمل نکرده است. چالش‌های اقتصادی در کشور مانند کاهش نرخ رشد اقتصادی، افزایش نرخ بیکاری، افزایش محدودیت‌ها و تحریمها از طرفی مانع رسیدن به حفاظت پایدار شده است.

۱۱- عنوان مطالعه: ساختار قدرت در بین بازیگران حمایت‌کننده مالی از فقرا در دسترسی به خدمات سلامت: رویکرد آنالیز شبکه اجتماعی: یک مطالعه بر اساس تحلیل سند سیاستی است. اسناد قانونی کشور را در زمینه حمایت مالی از افراد فقیر برای مراقبت‌های بهداشتی پس از انقلاب ارزیابی می‌نماید. از روش تحلیل شبکه اجتماعی استفاده شده است. در این تحلیل نشان داده شد که قدرتمندین نقش افزین کمیته امداد امام خمینی است که در عمل افراد فقیر زیادی تحت پوشش آن نیستند. دومین نهاد قدرتمند سازمان رفاه اجتماعی می‌باشد. قدرت کمیته امداد و سازمان رفاه ظرفیت مناسبی برای سیاستگذاری فراهم می‌سازد و تعیین دقیق جمعیت هدف بسیار ضروری است و تقسیم شفاف عملکردهای این دو سازمان برای اجتناب از دوباره کاری و تداخل ضروری می‌باشد. در این تحلیل سازمان بیمه سلامت ایران از موقیعت متمرکز تر و قدرت و نفوذ بیشتری نسبت به سایر صندوق‌های بیمه‌ای، موسسات و وزارتخانه‌ها و بیمه‌های تکمیلی برخوردار است. وزارت بهداشت سومین موسسه از نظر ارتباطات و قدرتمندترین موسسه واسطه‌ای است.

دانشگاه‌های علوم پزشکی در جاتی از قدرت تصمیم‌گیری در برنامه ریزی و تخصیص منابع و ارائه خدمات در هر استان را دارند. تحلیل نشان داد ارتباط اداره کار اجتماعی با دیگر موسسات حامی مانند کمیته امداد سازمان رفاه و موسسات خیریه ضروری بوده که در تعهدات قانونی به شکل صحیح در نظر گرفته نشده است. موسسات شبه دولتی در این تحلیل در جایگاه مناسب نبوده که استقلال آنها از دولت دلیلی بر کنار گذاشتن آنها از اسناد ملی می‌باشد. وزارت کار، رفاه و تعاون از موقعیت مناسب در شبکه برخوردار نبوده و ارتباطات این وزارتخانه با سایر نهادها مساعد نمی‌باشد و از قدرت واسطه‌گری زیادی برخوردار نیست. مرکزیت و قدرت شورای عالی رفاه و امنیت اجتماعی برای هماهنگی سیاست‌های اجتماعی از جمله بهداشت مطلوب نمی‌باشد با این حال موقعیت غالب شورای عالی در شبکه در قیاس با شورای عالی بیمه سلامت که جایگاه مناسبی ندارد قابل توجه است. شورای عالی بیمه قدرت واسطه‌گری ضعیفی دارد و چون تعدادی از صندوق‌های بیمه‌ای کوچک با منابع مالی خوب تحت سیاست‌های این شورا فعالیت نمی‌کنند. تولید این شورا بر روی سیستم بیمه سلامت کشور به منظور تدوین سیاست‌های حمایتی مالی از فقرا کفایت نمی‌کند. بعلاوه نقش شورای عالی سلامت و الزام قانونی آن برای ارائه حمایت مالی در هیچ یک از اسناد ذکر نشده است. که این یک شکاف سیاستگذاری را نشان می‌دهد. سازمان رفاه، کمیته امداد و وزارت بهداشت که بودجه دولتی دریافت می‌کنند نقش‌آفرینان اصلی شبکه هستند و بیشتر ارتباطات بین این سه نهاد اتفاق می‌افتد ولی به دلیل موقعیت نامناسب آنها در شبکه هیچ ارتباطی بین دیگر اعضای این شبکه وجود ندارد که این موضوع منجر به توزیع نامناسب قدرت شده است.

۱۲- در این مطالعه ۵۴/۸ درصد بیماران در معرض هزینه‌های اسف بار بودند. بیشترین نرخ بیماران تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی در معرض هزینه‌های اسف بار بودند و افراد دارای بیمه روستایی بیشترین هزینه درمان را پرداخت می‌کردند. روستایی بودن، مدت اقامت طولانی، تحصیلات پایین سرپرست خانواده؛ عدم پوشش بیمه تکمیلی و تحت پوشش بیمه سلامت همگانی بودن با قرار گرفتن افراد در مواجهه با هزینه‌های اسف بار رابطه معنی‌داری داشت.

۱۳- عنوان مطالعه: تمایل به پرداخت برای بیمه‌های اجتماعی سلامت در ایران: در این مطالعه نشان داد که تحصیلات بالاتر سرپرست خانواده، درآمد و داشتن شغل، اندازه خانواده و تعداد خانوار در تمایل به پرداخت برای بیمه موثر بوده است. تمایل به پرداخت به طور مستقیم با تعداد اعضای بیمه شده هر خانوار افزایش یافته و به شکل معکوس با اندازه خانوار نیز افزایش می‌یابد.

۱۴- عنوان مطالعه: عوامل مهم تعیین‌کننده بیمه سلامت تکمیلی در ایران: این مطالعه نشان داد که در سال ۲۰۱۲، ۸/۰۴ درصد جمعیت ایران از بیمه‌های تکمیلی استفاده کردند. تقاضا برای بیمه تکمیلی تابع سن سرپرست خانوار، درآمد خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، اندازه خانوار است و با آن ارتباط مستقیم است. این مطالعه بیان کرد که شرکت‌های بیمه باید سیاست‌های بیمه‌ای خود را طبق نیازهای بیماران، ویژگی‌های خانوار و درآمدهای آنها سازگار نمایند. هم‌چنین سیاستگذاران باید با ایجاد سازوکارهایی خانوارهای با وضعیت اقتصادی پایین از نظر دهک درآمدی را شناسایی کرده و با تدوین برنامه‌هایی دسترسی مالی آنها به خدمات سلامت را ارتقا دهند. با توجه به اینکه تقاضا برای بیمه تکمیلی رابطه مستقیم با وضعیت اقتصادی

و درآمد خانوار دارد و خانواده‌های فقیر تقاضایی برای بیمه تکمیلی ندارند از این رو مداخلاتی مانند پرداخت یارانه حق بیمه از بودجه عمومی برای اطمینان از پوشش فقرا و عضویت آنها در این طرح‌های بیمه‌ای انجام شود به طوریکه پرداخت یارانه‌های بیمه متناسب با توزیع درآمد در جامعه و شرایط محلی باشد.

۱۵- عنوان مطالعه: هزینه‌های پرداخت از جیب برای خدمات بیمارستانی در ایران: هدف این مطالعه ارائه درکی از نابرابری و عوامل تعیین‌کننده پرداخت از جیب و هزینه‌های کمرشکن مراقبتهای بیمارستانی با استفاده از داده‌های پیمایشی در سراسر کشور و اطلاعات مربوط به نظرسنجی بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۲۰۰۳ می‌باشد. تحلیل نابرابری نشان می‌دهد که هزینه‌های کمرشکن در افراد با وضعیت اقتصادی پایین متمرکز شده است. نتیجه مدل همگن نشان داد که عواملی مانند طول اقامت، پذیرش در یک بیمارستان خصوصی یا وابسته به وزارت بهداشت و زندگی در مناطق دور افتاده رابطه مستقیم با افزایش پرداخت از جیب دارد. نتیجه مدل پروبیت نیز نشان داد که طول مدت اقامت، شاخص رفاه خانوار پایین، پذیرش در بیمارستان خصوصی فاکتورهای موثر در افزایش هزینه‌های کمر شکن هستند. هم‌چنین بیماران ساکن در آذربایجان شرقی، کردستان و سیستان و بلوچستان بیشتر در معرض خطر هزینه‌های کمر شکن قرار دارند. بر اساس یافته‌ها سیستم بیمه مبتنی بر کارفرما حمایت برابر برای خدمات و هزینه‌های بیمارستانی ارائه نمی‌دهد و باید یک برنامه بیمه همگانی سلامت به شکل مجزا برای همه ایرانیان صرف نظر از وضعیت اشتغال آنها جهت حمایت خانوارها از هزینه‌های کمرشکن طراحی و اجرا شود.

۱۶- عنوان مطالعه: گزینه‌های سیاستی به منظور کاهش غیر یکپارچگی در انباشت صندوق‌های بیمه سلامت در ایران این مطالعه به شکل تحلیل سیاست بوده که مصاحبه با افراد کلیدی و تحلیل اسناد انجام گرفته شده است. در نتیجه ۳ گزینه سیاستی با مزایا و معایب هر کدام ارائه شده است. هم‌چنین در قسمت مقدمه مقاله تمام صندوق‌ها و برنامه‌های بیمه‌ای به تفکیک ویژگی‌های هر کدام از قبیل اینکه چه کسانی بیمه شده‌اند؟ اندازه جمعیت تحت پوشش، سهم مشارکت‌ها، سرانه هزینه‌ها، بسته‌های مزایا، پرداختهای مصرف‌کنندگان در یک جدول توضیح داده شده است. گزینه اول سیاستی حفظ تکه‌های ساختاری موجود طرح بیمه اجتماعی سلامت اما اجرای یک استراتژی جامع به اسم ادغام سیاست که این گزینه مزایایی مانند مقاومت کمتر نسبت به طرح‌های بیمه‌ای موجود- تجربه قبلی در برخی از مناطق ایران- حمایت از هماهنگی و همکاری در حوزه‌های غیر بحث برانگیز و اجتناب از تماس با حوزه‌های بحث برانگیز مانند استقلال مالی- پذیرش استقلال سازمانهای بیمه سلامت و عدم تغییر ساختار فیزیکی آنها (بدنه) مقبولیت در نزد سازمانهای بیمه سلامت- حذف تفاوتها در فعالیت‌های کاری و سیاست‌های اجرایی در بین طرح‌های بیمه‌ای سلامت بوده است. معایب گزینه سیاستی اول نیز به شرح زیر بوده است. توزیع مجدد ریسک. و یارانه متقاطع بین صندوق‌های بیمه‌ای بهبود نخواهد یافت- پتانسیل بالا برای برگشت عدم تجانس سیاست‌ها در طی زمان. گزینه دوم سیاستی ادغام صندوقهای بیمه‌ای موجود و ایجاد طرح ملی بیمه سلامت واحد و منفرد. مزایای گزینه دوم - بهبود انباشت خطر و یارانه متقاطع بین جمعیت- بهبود عدالت در دسترسی به خدمات سلامت بین جمعیت- ایجاد یک روزنه سیاستی جدید برای پیشرفت‌های بیشتر در سیستم بیمه‌ای کشور و کمک به دستیابی به سایر اصلاحات در حوزه سلامت- یادگیری از تجارب سایر کشورها در ادغام - تقویت خرید استراتژیک. معایب گزینه دوم سیاستی - یک تصمیم سیاسی سخت بوده زیرا ادغام

ساختاری و مالی اتفاق می افتد که همراه با مقاومت سیاسی خواهد بود- مواجهه با چالش های مختلف در حوزه های مختلف بیمه سلامت مانند بسته مزایا، مکانیسم های تأمین مالی، ساختار سازمانی، فرایندهای عملیاتی، و تعامل ارائه دهندگان خدمات- نیاز به یک برنامه جامع اجرایی که در کشورهای در حال توسعه سخت اجرا می شود/ اما گزینه سوم سیاستی شامل کاهش عدم تجانس از طریق ادغام صندوق های کوچک با منابع جزئی و ایجاد ۲-۳ صندوق بیمه ای بزرگتر تحت پوشش سازمان های موجود که مزایایی از قبیل - کاهش عدم تجانس در انباشت خطر تا حد زیاد (اما کامل نیست)- مقاومت سیاسی کمتر از سازمان های کوچک بیمه به دلیل دولتی بودن- بهبود انباشت خطر بین طرح های بیمه ای کوچک- عملیاتی شدن بعنوان یک برنامه پایلوت به منظور یادگیری از آن برای ایجاد یک طرح واحد در آینده - تقویت خرید استراتژیک معایب این گزینه شامل عدم بهبود انباشت خطر و عدالت در کل سیستم بیمه بود.

۱۷- عنوان مطالعه: نظام بیمه سلامت ایران: تجارب گذشته، چالش های امروز، استراتژیهای آینده
این مطالعه به شکل ترکیبی شامل مطالعه مرور سیستماتیک و مصاحبه نیمه ساختار یافته بوده است. در این مطالعه ۵ تم اصلی در مورد مشکلات و چالش های بیمه شناسایی گردید. تم اول افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی درمانی بودند ۲- فقدان ارزیابی های نظامند فناوری های سلامت ۳- منابع مالی محدود که برخی از مشکلات این حیطه به روش تعیین حق بیمه مربوط می شود ۴- مدیریت و تصمیم گیری (۴ سازمان اصلی بیمه که هر کدام مدیریت خاص خودش را دارد، مشکلات مربوط به همپوشانی جمعیت که هیچ امار دقیقی وجود ندارد) ۵- جمعیت بیمه نشده (تعداد قابل توجهی از افراد وجود دارد که به طور بالقوه واجد شرایط عضویت در بیمه کمیته امداد هستند اما به دلیل محدودیت منابع نمی توانند تحت پوشش قرار بگیرند.

۱۸- عنوان مطالعه: شواهد انتخاب نامطلوب در بیمه های تکمیلی ایران: گروه مورد مطالعه ۴۲۰ پزشک بودند. از دو مدل رگرسیون لجستیک به منظور تعیین تاثیر ویژگی های فردی بر تصمیم گیری به خرید پوشش بیمه سلامت استفاده شد. یافته ها نشان داد افراد با سطح تحصیلات و درآمد بالاتر بیمه تکمیلی را کمتر خریداری کرده و نسبت به سایرین ادعا و مطالبه کمتری دارند و ارتباط مثبت بین وقوع ادعا و تصمیم برای خرید بیمه درمانی تکمیلی وجود دارد.

۱۹- عنوان مطالعه: سلامت در پنجمین برنامه توسعه پنج ساله ایران: به تشریح اجزای برنامه توسعه پنجم پرداخته است. در بخشی از مقاله در قسمت تأمین مالی چالش هایی با عناوین فقدان دورنما در بیمه های درمانی، عدم انسجام در انباشت خطر (روش های مختلف تعیین حق بیمه، چندین صندوق بیمه ای) مطرح شده و در قسمتی هم به استراتژی ها در قسمت تأمین مالی اشاره شده بود. این استراتژیها ۱۰ درصد از منابع موجود در قانون هدفمندی یارانه ها سالانه به وزارت بهداشت پرداخت شود، بهبود کمی و کیفی بیمه های درمانی با سازماندهی مجدد ساختار صندوق های بیمه ای، استفاده از منابع داخلی صندوق ها و پشتیبانی مالی دولت، بیمه پایه سلامت همگانی و اجباری بوده، ایجاد سازمان بیمه سلامت با ادغام کلیه صندوق های درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی، به استثنای صندوق بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات، ایجاد شورای عالی بیمه سلامت، پرداخت های بیشتر برای بسته مزایای خدمات اساسی از طریق بیمه های مکمل ممنوع است. خدمات بیمه پایه برای جمعیت تعریف شده یکسان بوده و به تدریج اجرا می شود. حق بیمه پایه نسبتی از درآمد محاسبه می شود.

۲۰- عنوان مطالعه: بسته بیمه سلامت پایه در ایران: بررسی چالش‌ها: بررسی شرایط موجود در سیستم بیمه ای نشان می‌دهد که تدوین و تجدید نظر در بسته مزایای اساسی همواره یکی از مهمترین چالش‌های نظام بیمه سلامت بوده است. این سازمان همواره با این سوال مواجه است که با توجه به پویایی نظام سلامت معرفی داروها و تجهیزات جدید در بازار سلامت، تغییر بار بیماریها در طی زمان و محدودیت‌های منابع چه فرایندهایی برای تدوین و بررسی خدمات بسته باید در نظر گرفته شود. این سوال هیچگاه به طور صحیح در سازمان بیمه سلامت ایران پاسخ داده نشده است. با وجود اینکه ماده ۱۰ قانون بیمه عمومی در ایران به تعیین حداقل دامن و سطح خدمات درمانی و دارویی اشاره داشته اما در عمل هیچ معیار و فرایند خاصی برای بررسی بسته پایه ذکر نشده است. اسناد نشان می‌دهد که از زمان تاسیس سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۹۹۴، تعداد خدمات پوشش داده شده در بسته بیمه افزایش یافته است. و فرایندی برای بررسی خروج خدمات از بسته پایه وجود ندارد. و بسته پایه بروز رسانی نمی‌شود. هم چنین شورای عالی بیمه سلامت قدرت کارشناسی لازم برای تحلیل علمی و تصمیم‌گیری برای ورود و خروج خدمات از بسته پایه را ندارد. همچنین دیگر چالش‌ها مشارکت کم گروه‌های دیگر از جمله بخش خصوصی، سازمانهای مردم‌نهاد و اقتصاددانان بهداشت است. بنابراین سیاستگذاران باید بر اساس یک فرایند مبتنی بر شواهد برای بررسی مفاد بسته خدماتی اعمال نمایند. هم چنین از متخصصان حرفه‌ای و از ابزارها و معیارهای علمی برای ارزیابی خدمات نیز استفاده شود.

۲۱- طبق مدل ارائه شده در این مطالعه ۲ مشکل حل خواهد شد: تسویه بدهی‌های گذشته و اجتناب از بدهی‌های آینده

۲۲- عنوان مطالعه: تدوین ویژگی‌ها و ویژگی‌های سطوح بیمه درمانی برای جمعیت ایران: این مطالعه به دنبال تدوین ویژگی‌ها و ویژگی‌های سطوح بیمه درمانی برای جمعیت ایران بوده است. از این ویژگی‌ها و سناریوهای مربوط می‌توان در استخراج اولویت‌ها و ترجیحات افراد در مورد بیمه درمانی استفاده کرد. ویژگی‌ها شامل پوشش خدمات درمانی در بخش دولتی و خصوصی، پوشش بیمه‌ای خدمات پاراکلینیکی و توانبخشی، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش مراقبت‌های طولانی مدت، حق بیمه بود که در ترجیحات مردم دارای اولویت بودند. در نهایت یافته‌ها نشان داد که ویژگی‌های مربوط به بسته مزایای خدمات و حق بیمه به عنوان مهمترین عوامل در انتخاب ترجیحات افراد دارای بیمه درمانی در ایران است. خدمات اصلی مراقبت‌های بهداشتی نسبت به سایر خدمات بالاتر مانند خدمات ناباروری و تست‌های غربالگری دارای اولویت هستند.

۲۳- عنوان مطالعه: تعامل بین تولیت و بیمه‌های اجتماعی سلامت: مطالعه تطبیقی و تحلیل اسناد

ابتدا یک بررسی متون و مقایسه متونی انجام شده است و بعد به کمک مطالعه کیفی نتایج کامل تر شده است. نتایج بررسی متون در دو حیطه جمع‌آوری درآمد و انباشت خطر آمده است. که تجارب سایر کشورها را بیان کرده است. در قسمت مرور متون ژاپن، فرانسه، آفریقا، مکزیک مورد بررسی قرار داده بودند. در حیطه انباشت خطر مکانیسم‌های تعاملاتی این کشورها یارانه متقاطع، استفاده از بیمه سلامت جامعه محور، پیشنهاد اولیه بیمه اختیاری و در مراحل بعدی بیمه اجباری، شناسایی افراد بیمه نشده بوده است. نتایج نشان داد که تعامل کمتری بین تولیت و بیمه‌های اجتماعی سلامت در حوزه جمع‌آوری درآمد و انباشت خطر وجود دارد. نقش مشاوره‌ای تولیت و پیشنهادات برای پوشش افراد بیمه نشده و تحلیل ریسک نمونه‌هایی از چنین تعاملات بود. در نظام سلامت ایران تولیت نقش مهمی در ارائه خدمات داشته، اساس تعاملات قراردادهای، نظام پرداخت و زمانبندی

پرداختها است. بر اساس یافته‌های این مطالعه دستیابی به اصلاحات غیر ساختاری در زمینه تأمین مالی سلامت از طریق رویکرد هماهنگ شده و ایجاد تعامل بین مجموعه‌های تاثیر پذیر امکان پذیر می‌باشد. پیشنهاد پوشش گروه‌های جمعیتی که بیمه سلامت پایه ندارند می‌تواند تعامل بین وزارت بهداشت و بیمه اجتماعی سلامت را نشان دهد. در نهایت مطالعه پیشنهاد داد که ساختار اداری و اجرایی مناسب در شورای عالی بیمه ایجاد شود. وجود واحد مشترک در سطح برنامه ریزی وزارت بهداشت و بیمه اجتماعی سلامت و فعالیت‌های کارشناسانه مشترک در تعامل موثر می‌باشد.

۲۴- عنوان مطالعه: رفتار سازمان‌های بیمه سلامت پایه بعد از اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات در ایران: نتیجه مطالعه نشان داد تجدید نظر در کتاب ارزش نسبی خدمات تغییرات زیادی در سازمان بیمه سلامت اتفاق افتاد. این تغییرات شامل تشکیل یک کمیته جهت مدیریت هزینه و رسیدگی به اسناد بیمه، ایجاد سیستم کدگذاری یکنواخت برای خدمات سلامت، طراحی مجدد فرایند رسیدگی به اسناد، افزایش سهم صندوق‌های بیمه از مخارج سلامتی، ۳۰۰ خدمت جدید با توجه به تغییرات کتاب ارزش نسبی خدمات به صندوق اضافه شده. تغییر در روش پرداخت گلوبال بر اساس کتاب جدید، تاخیر در پرداخت مطالبات، افزایش کسورات به دلیل پرداخت خدمات گران قیمت موجود در پروتکل‌های درمانی، برگزاری دوره‌های آموزشی دوره‌ای و آموزش کتاب جدید بوده است. تم‌های اصلی مربوط به تغییرات به صورت جزئی شامل تاثیر گذاری در ساختار سازمانی (تشکیل یک کمیته جهت مدیریت هزینه و رسیدگی به اسناد بیمه، ایجاد سیستم کدگذاری یکنواخت برای خدمات سلامت)، تغییر در منابع مالی و حق بیمه‌ها (افزایش سهم صندوق‌های بیمه از مخارج سلامتی، افزایش عملکرد سرانه متناسب با افزایش حقوق) تغییر جمعیت و انباشت صندوق‌ها (تغییر در اندازه جمعیت پوشش داده شده) بسته پوشش بیمه (۳۰۰ خدمت جدید با توجه به تغییرات کتاب ارزش نسبی خدمات به صندوق اضافه شده، آماده سازی بسته پایه بر اساس کتاب جدید، سیاست‌های جدید جهت کاهش خدمات غیر ضروری، کاهش سهم مشارکتی co-payment برای بیماران بستری و سرپایی) بوده است.

۲۵- عنوان مطالعه: تحلیل ذینفعان در نظام بیمه سلامت ایران

در این مدل ۳۴ ذینفع شناسایی گردید که در ۹ فعالیت مهم سازمان بیمه مشارکت داشتند. اکثر ذینفعان ماهیت دولتی داشتند. دولت، سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، شورای عالی بیمه سلامت، نظام پزشکی ذینفعانی بودند که همزمان از قدرت ملی، تصمیم‌گیری و سیاسی بالایی برخوردار بودند و مجلس و کمیسیون بهداشت، دولت، سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت بیشترین تاثیر را بر سایر ذینفعان داشتند.

۲۶- عنوان مطالعه: نقاط قابل بهبود و ارائه راهکارهای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ایران

نقاط بهبود شامل مشکلات مرتبط با عدم وجود پوشش همگانی، مشکلات ناشی از وجود سازمانهای بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ، مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده‌ها، مشکلات مربوط به واقعی نبودن تعرفه‌ها بود که راهکارهای زیر شامل یکپارچه سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین الگوی مشخص و تعریف شده، گسترش پوشش بیمه‌ای در راستای اجرای قوانین موجود، تعریف ارتباط بین بیمه شده‌ها، سازمانهای بیمه و مراکز ارائه خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده‌ها و مراکز ارائه خدمات، ایجاد همبستگی اجتماعی، تدوین صحیحی بسته بیمه پایه سلامت و شفاف سازی مرز بین

بیمه‌های پایه و مکمل، تعامل صحیح بین وزارت بهداشت، رفاه و تأمین اجتماعی و نظام پزشکی. در این مطالعه پیشنهاد برای مطالعات آتی در زمینه‌های بررسی دقیق چگونگی تعیین حق بیمه و فرانشیز بیمه شدگان، شفاف سازی ارتباط بین بیمه و ارائه دهندگان خدمات و دولت؛ انجام مطالعات تطبیقی در خصوص ساختار مناسب برای بیمه یکپارچه سلامت، بررسی موانع اجرایی سازی بیمه سلامت یکپارچه و عدم اجرای قوانین

۲۷- عنوان مطالعه: چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران: این مطالعه با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت و ارایه پیشنهادهایی به سیاست‌گذاران برای بهبود وضعیت موجود انجام شده است. نامشخص بودن آمار بیمه شده‌ها (نامعین بودن میزان دقیق پوشش، همپوشانی در آمار)، تأمین مالی پسرونده (۱- نقش دولت، اختلاف در مورد میزان تعهدات، عدم شفافیت جریانات مالی؛ بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات، هدفمند نبودن یارانه ۲- حق بیمه، پسرونده بودن، غیرعلمی بودن، مشکلات سیاستگذاری در مورد حق بیمه)، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور (گسیختگی در سازماندهی صندوقها، اجباری نبودن عضویت)، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه) تعیین بسته به روش غیرعلمی، تعیین بسته خدمتی همگانی)، هزینه‌زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی بوده‌اند.

۲۸- عنوان مطالعه: چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

در این مطالعه کیفی عوامل موثر بر تعیین بسته بیمه درمان پایه به ۱۲ مورد تقسیم بندی شد. هر یک از تم‌ها به همراه زیر تم‌ها شامل موارد زیر می‌شود. مفهوم ۱- توافق بر سر کلیات (مفهوم بسته بیمه درمان پایه، اصول حاکم بر بسته) مفهوم ۲- معیارهای تدوین (معیارهای تدوین بسته، اهمیت و تعامل میان معیارهای تدوین بسته) مفهوم ۳- سازماندهی (یکسان نمودن ضوابط مورد عمل بیمه‌ها، روند طولانی ورود خدمات به بسته، تشکیل گروه کارشناسی تدوین بسته، همکاری گروه‌های مختلف با ترکیبی فرابخشی، ایجاد فرایند بازنگری مناسب در بسته، فراهم آوردن داده‌های لازم، تفکیک وظایف گروه‌های مؤثر در تدوین بسته، فراهم آوردن دانش مناسب نسبت به قضیه) مفهوم ۴- تأمین مالی (در نظر گرفتن منابع مالی برای پوشش خدمات پیشگیری در بسته، ایجاد مشارکت مالی مناسب، رفع مشکلات مربوط به سرانه و تعرفه در کشور، هدفمند نمودن یارانه هاف عادلانه نمودن نظام تأمین مالی، ایجاد نظام مناسب شناسائی افراد فقیر، جمع‌آوری مناسب منابع، تزریق مناسب عوارض) مفهوم ۶- قوانین و مقررات (رفع تناقض و نقص در قوانین کشوری در راستای تدوین بسته، وضع قوانین کافی برای تدوین بسته) مفهوم ۷- حدود تعهدات (ترکیب مناسب خدمات بسته موجود، توجه کردن به آموزش و مشاوره در بسته، توجه کردن به تمامی سطوح پیشگیری در بسته، ضرورت تدوین نظام لایه‌ای در بسته)، مفهوم ۸- ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، (مناسب نمودن تعیین مبنای پوشش) مفهوم ۹- هماهنگی (ایجاد هماهنگی بین خدمات بسته، ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها، ایجاد هماهنگی بسته با سایر نظام‌ها، ایجاد هماهنگی بسته بیمه با سطح مراقبت‌های اولیه و سطح مکمل) مفهوم ۱۰- رفتار (توجه به اصلاح رفتار در بسته، فرهنگ سازی) مفهوم ۱۱- سیاستگذاری (ایجاد ثبات و انسجام در سیاستگذاری، ایجاد عزم و تعهد همه جانبه، تعیین متولی برای نظام بیمه‌ای کشور، تعیین متولی برای نظام بیمه‌ای کشور) مفهوم ۱۲- نظارت و کنترل

۲۹- عنوان مطالعه: ارزیابی وضعیت حمایت‌های مالی و نقش دولت در سیاست‌های تأمین بیمه اجتماعی درمان برای بخش غیر رسمی اشتغال

دو سؤال اصلی در این تحقیق عبارت بود از این که: آیا سیاست‌های دولت برای پوشش کشوری جمعیت فعال در بخش غیررسمی موفق بوده است؟ و این که آیا طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان توانسته است هزینه درمان در بخش غیررسمی را متناسب با این هزینه‌ها برای کارکنان در بخش رسمی کاهش دهد. نتیجه تحقیق نشان می‌دهد که سیاست‌های عمومی دولت از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۸۰ تلاش داشته است تا سهم مشارکت بخش غیررسمی را افزایش دهد، و توجهی نیز به عدم امکان مشارکت بیکاران در گروه جمعیت فعال شهری در هزینه بیمه درمانی نداشته است. این سیاست موجب افزایش جمعیت فعال بیمه نشده شهری تا حدود یک میلیون نفر در طول دوره مورد بررسی شده است. همچنین در سیاست‌های دولت سازوکارهای مناسب برای ایجاد انگیزه در گروه جمعیت فعال شاغل در بخش غیررسمی برای مشارکت آنها از طریق پرداخت حق بیمه وجود نداشته است.

۳۰- عنوان مطالعه: پوشش همگانی بیمه درمان و دلایل عدم پوشش بیمه درمان در ایران: تحلیل ثانویه مطالعه ملی: ۸۵ درصد از خانوارهای مورد مطالعه دارای حداقل یک بیمه و ۱۵ درصد فاقد هر نوع پوشش بیمه‌ای بودند. بیمه خدمات درمانی بالاترین فراوانی (۵۹/۲۷) و بیمه خصوصی پایه کمترین فراوانی (۰/۲) پوشش بیمه‌ای برای خانوارها را فراهم می‌سازد. ۵۱ درصد از خانوارها عدم توانایی مالی، ۱۳ درصد عدم نیاز به بیمه درمان پایه، ۱۲ درصد عدم شناخت و اطلاعات کافی در زمینه بیمه شدن، ۱۲ درصد بیکاری، ۱۰ درصد فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران خود، ۲ درصد بی‌فایده بودن بیمه را از علت‌های موثر بر عدم بیمه بودن خود و خانواده‌هایشان بیان کردند. علی‌رغم اهمیت بالای داده‌ها و اطلاعات مربوط به بیمه شده‌ها برای صندوق‌های بیمه‌ای و سیاست‌گذاران بیمه‌های سلامت، همچنان مشکلات فراوانی در زمینه دسترسی سهل و آسان به این اطلاعات مشاهده می‌شود. تحلیل داده‌های حاصل از پیمایش "چگونگی بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامتی" نشان می‌دهد که ۱۵٪ از افراد جامعه تحت پوشش هیچ نوع بیمه‌ای نیستند. نقص اطلاعات و عدم وجود هماهنگی بین بیمه‌ها موجب ارایه پوشش بیمه مضاعف (علیرغم عدم پوشش ۱۵ درصدی) به برخی افراد شده است.

۳۱- عنوان مطالعه: تاثیر ناکارایی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور: نتیجه مطالعه نشان داد پرداخت‌های شخصی افراد برای هزینه‌های سلامتی سبب افزایش نرخ فقر در مناطق شهری و روستایی شده است. به طوری که در سال ۸۸ در مناطق روستایی نرخ فقر خانوارها بر اثر تحمیل هزینه‌های سلامت ۴ درصد افزایش یافته است در مناطق شهری نیز بیشترین میزان افزایش فقر بر اثر هزینه‌های سلامت مربوط به سال ۷۹ با نرخ معادل ۳/۷ می‌باشد. به طور کلی افزایش سهم پرداختی از جیب هزینه‌های سلامت موجب شده است نرخ فقر کل کشور در سال ۶۳ حدود ۲/۱ درصد در سال ۶۸ معادل ۱/۶ درصد، سال ۷۴، ۷۹ درصد سال ۸۴ حدود ۳ درصد و در سال ۸۸، ۳٫۶ درصد افزایش می‌یابد.

۳۲- عنوان مطالعه: فرآیند نظام اطلاعات بسته‌های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو به ایران: پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان همگانی بعنوان مهمترین عامل در انتخاب بیمه درمان مکمل تعیین شد. در الگو از میان نهادهای متولی امر بیمه، شورای عالی سلامت مسئول تصویب خدمات بیمه درمان

مکمل تعیین گردید (۷۸ درصد) ضمن آنکه ساختار سازمانی سیستم‌های ارائه‌دهنده بیمه درمان مکمل در اجرا غیر متمرکز ولی در سیاستگذاری و برنامه ریزی متمرکز (۹۲,۵ درصد) بود و حق بیمه‌های پوشش‌های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای بسته‌های خدمتی و میزان تعهدات شرکت‌های بیمه‌ای (۷۸ درصد) تعیین گردید.

۳۳- عنوان مطالعه: مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکرد اصلاحی

بزرگترین چالش نظام بیمه کشور مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور است که این مشکلات را می‌توان در ابعاد سیاستگذاری (عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای موجود در بخش‌های درمانی، عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای موجود در داخل سازمان بیمه، عدم شفافیت رویکرد بیمه در پوشش جمعیت)، قوانین و مقررات (قوانین فعلی پاسخگوی بیمه درمانی نیست، نقش شورای عالی سلامت بعنوان متولی سلامت و رفاه مشخص نیست، نقش وزارت بهداشت با توجه به شرایط جدید تعریف نشده است، نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی مشخص نیست، نقصان وجود نهاد قانونگذار در بخش بهداشت و درمان کاملاً شفاف است، بیمه‌ها در مقوله کاهش خطر و ارتقای سلامت مداخله‌ای ندارند)، ساختار سازمانی (نظام تصمیم‌گیری متمرکز، نظام ارائه خدمات یکپارچه و مبتنی بر نیاز جامعه نیست، شورای عالی بیمه خدمات درمانی دارای ترکیبی کاملاً دولتی می‌باشد و نقش طرف‌های مختلف دران مشخص نیست، تعدد سازمانهای بیمه‌گر در امر درمان با روش‌ها و ضوابط یکسان و بدون رقابت، تکلیف دولت در زمینه مالکیت تصدی‌گری، مدیریت و نظارت بر بیمه‌های درمانی پایه شفاف نیست، انجام فعالیت‌های موازی و فقدان نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان) و تأمین منابع مالی (شفاف نبودن سیاست‌های تأمین منابع مالی بخش بهداشت، واقعی نبودن تعرفه خدمات، دسته‌بندی نمود).

۳۴- عنوان مطالعه: مولفه‌های موثر بر استقرار بیمه پایه سلامت در ایران اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، پیشرونده بودن تأمین مالی، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده، ۶ مؤلفه موثر بوده‌اند.

۳۵- عنوان مطالعه: مروری بر سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران: در پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی، سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه در ۱۰ مضمون در ۴ طبقه جمع‌آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، تخصیص منابع و خریدهای راهبردی کالاها و خدمات شناسایی شد. از مهمترین سیاست‌ها و برنامه‌ها می‌توان به یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تاکید بر یکسان‌سازی جز حرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی اشاره کرد.

۳۶- عنوان مطالعه: بررسی تاثیر مخاطرات اخلاقی در صنعت بیمه درمان ایران: یافته‌های این مطالعه نشان داد که مخاطرات اخلاقی در بیمه‌های درمان پایه (خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) و بیمه مکمل وجود دارد. هم‌چنین در طی این سه سال مطالعه افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی با متوسط کسش ۲,۷۸ دارای کمترین میزان مخاطرات و افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی با متوسط کسش ۳,۸ دارای بیشترین میزان مخاطرات بوده‌اند.

۳۷- عنوان مطالعه: مزایا و معایب ادغام صندوق‌های بیمه سلامت: یک مطالعه کیفی: طبق نظر مصاحبه‌شوندگان پیامدها در ۷ طبقه بندی از قبیل تولید، تأمین مالی، جمعیت، بسته مزایا، ساختار، رویه‌های اجرایی و

تعامل با ارائه دهندگان تقسیم بندی شد. طبق نظر صاحب‌نظران کنترل کل هزینه های سلامت، بهبود خریدهای استراتژیک، حذف موارد تکراری در پوشش جمعیت، متمرکز کردن پروفایل ارائه دهندگان در یک دیتابیس واحد، کنترل حجم خدمات سلامت ارائه شده، تعامل بیمارستان ها با یک بیمه واحد با یک مجموعه واحد از دستورالعمل های مربوط به قرارداد، کاهش هزینه های اداری مهمترین مزایای ادغام بود. از طرفی تعدادی از مهمترین معایب از قبیل عدم تمایل سازمان تأمین اجتماعی به جمع آوری حق بیمه ها از کارگران بخش خصوصی به شکل فعال همانند گذشته، افزایش نارضایتی برخی از گروههای جمعیتی که به طور وسیع از یک بسته خدمتی اساسی استفاده می نمایند، خطر کلاهبرداری مالی و فساد به دلیل جمع آوری همه حق بیمه ها در یک بانک واحد، و در صورت تاخیر بازپرداخت توسط سیستم پرداخت کننده واحد، فشار مالی بیشتری بر دوش ارائه دهندگان تحمیل می شود.

۳۸- عنوان مطالعه: چالش‌های یک سازمان بیمه سلامت بزرگتر در ایران: یک مطالعه کیفی: چالش‌ها در ۴ طبقه شامل ساختاری و سارمانی، سیاست گذاری در مدیریت ارائه خدمات، فرهنگ سازی و آموزش همگانی ارائه شد که هرکدام دارای زیرمجموعه هایی هستند. این چالش‌ها بواسطه سیاست های جامع و یکپارچه توسط سازمان بیمه، ایجاد یک ساختار به روز شده و سلامت محور با برونسپاری هدفمند خدمات، نرم افزارهای پیشرفته در ارائه خدمات، و ارائه اطلاعات به بیمه شدگان از طریق سیستم الکترونیک امکان پذیر خواهد بود.

1. Preker A, Carrin G, Dror DM, Jakab M, Hsiao W, Arhin D. Role of communities in resource mobilization and risk sharing: a synthesis report. 2001.
2. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
3. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
4. Smith PC, Witter SN. Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance. 2004.
5. Rao MG, Choudhury M. Health care financing reforms in India: National Institute of Public Finance and Policy; 2012.
6. Wagstaff A, Doorslaer Ev. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. Health economics. 2003;12(11):921-33.
7. Holley J, Akhundov O, Nolte E, MacLehose L, McKee M, Organization WH. Health care systems in transition: Azerbaijan. 2004.
8. Lekhan V, Rudy V, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health systems in transition. 2010;12(8):1-183, xiii-xiv.
9. Barrientos A. Mesa-Lago Carmelo, Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America (Oxford, UK: Oxford University Press, 2008), pp. xxvi+ 453, £ 75.00, hb. Journal of Latin American Studies. 2009;41(2):389-91.
10. Jofre-Bonet M. Public health care and private insurance demand: the waiting time as a link. Health Care Management Science. 2000;3(1):51-71.
11. Holly A, Gardiol L, Domenighetti G, Bisig B. An econometric model of health care utilization and health insurance in Switzerland. European economic review. 1998;42(3-5):513-22.
12. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. Bmj. 2000;321(7275):1501-5.
13. Ericson R, Barry D, Doyle A. The moral hazards of neo-liberalism: lessons from the private insurance industry. Economy and Society. 2000;29(4):532-58.
14. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. The Lancet. 2012;380(9837):126-33.
15. Organization WH. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
16. Schieber G, Klingen N, editors. Health financing reform in Iran: principles and possible next steps. Social Security Research Institute Health Economic Congress, Tehran, Islamic Republic of Iran; 1999.
17. Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. Tropical medicine & international health. 2005;10(8):799-811.
18. Carrin G, James C. Key performance indicators for the implementation of social health insurance. Applied Health Economics and Health Policy. 2005;4(1):15-22.
19. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health policy and planning. 2008;24(1):63-71.
20. Abolhallaje M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarian Zade H, Hamidi H, Bastani P. Iranian health financing system: challenges and opportunities. World Appl Sci J. 2013;22(5):662-6.
21. Ibrahimipour H, Maleki M-R, Brown R, Gohari M, Karimi I, Dehnavieh R. A qualitative study of the

- difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(6):485-95.
22. Achoki T, Lesego A. Implementing Health Financing Reforms in Africa: Perspectives of Health System Stewards. *Annals of global health*. 2016;82(5):903-11.
 23. Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy*. 2008;88(1):88-99.
 24. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*. 2001;56(3):171-204.
 25. Kwon S. Health care financing in Asia: key issues and challenges. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2011;23(5):651-61.
 26. Liu Y. Reforming China's urban health insurance system. *Health policy*. 2002;60(2):133-50.
 27. Mohammad Taghizadeh S, Goudarzi R. The Effect of Moral Hazards in the Health Insurance Industry in Iran in 2008-2010. *Journal of Health & Development*. 2017;6(3).
 28. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12(0):74-84. eng.
 29. SEDIGHI S, HESAM S, MALEKI MR. FACTORS AFFECTING THE ESTABLISHMENT OF BASIC HEALTH INSURANCE IN IRAN. *JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT (JOURNAL OF HEALTH SYSTEM)*. 2012;4(1-2 (SERIAL 9)):-.
 30. Moghaddasi S, Hosseini A. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. *Journal of Health Administration*. 2011;14(44).
 31. VAFAEI NAJAR A, KARIMI I, SADAGHIANI E. A COMPARATIVE STUDY OF SUPPLEMENTARY HEALTHCARE SERVICES PACKAGES IN SELECTED COUNTRIES AND PRESENTING A MODEL FOR IRAN. *HEALTH INFORMATION MANAGEMENT*. 2006;3(1 (5)):-.
 32. Raghfar H, Khezri M. Impact of Health Insurance Inefficiency on Poverty among Iranian Households. *Hakim Research Journal*. 2013;16(1).
 33. Nosratnejad S, Rashidian A, Jafari N, Mahboub Ahari A. Universal Health Insurance and the Reasons of not Coverage in Iran: Secondary Analysis of a National Household Survey. *Depiction of Health*. 2012 2012/3/10;2(4):28-35.
 34. Kazemian M, Alipour V. Assessment of Government Financial Supports and Policies for Social Health Insurance in Informal Sector. *Hakim Research Journal*. 2011;13(4).
 35. DEHNAVIEH R, RASHIDIAN A, MALEKI MR. CHALLENGES OF DETERMINING BASIC HEALTH INSURANCE PACKAGE IN IRAN. *PAYESH*. 2011;10(2):-.
 36. MALEKI MR, EBRAHIMPOUR H, KARIMI I, GOUHARI MR. SUSTAINABLE UNIVERSAL HEALTH INSURANCE COVERAGE BARRIERS IN IRAN: 2007. *PAYESH*. 2010;9(2):-.
 37. Raeisi A, Mohamadi E. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. *Health Inf Manage*. 2013;10(2).
 38. Heydari M, Seyedin H. Stakeholder analysis of Iran's health insurance system. *Educ Health Promot*. 2018;7.
 39. Yousefvand M, Iyaemanesh A, Arab M. The behavior of basic health insurance Organizations after the implementation of Relative Value of Health Services book in Iran: A qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2018;32(110).
 40. Nazari A, Masoudi Asl I. Interaction between stewardship and social health insurances: A comparative and document analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2018;32(76).
 41. Karyani A, Rashidian A, Akbari Sari A. Developing attributes and levels for a discrete choice experiment on

basic health insurance in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2018;32(26).

42. Abolhallaje M, Hosseini M, Jafari M. A Model for settlement of health insurance organizations' debt to health service delivery institutions. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31(89).
43. Dehnavieh R. Basic Health Insurance Package in Iran: Revision Challenges. *Iran J Public Health*. 2017;46(5).
44. Vosoogh Moghaddam A, Damari B. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. *Iranian J Publ Health*,. 2013;42.
45. Mahdavi G, Izadi Z. Evidence of Adverse Selection in Iranian Supplementary Health Insurance Market. *Iranian J Publ Health*,. 2012;41(7).
46. Davari M, Haycox A. The Iranian Health Insurance System; Past Experiences, Present Challenges And Future Strategies. *Iranian J Publ Health*,. 2012;41(9).
47. Bazyar M, Rashidian A, Kane S. Policy Options to Reduce Fragmentation in the Pooling of Health Insurance Funds in Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2016;5(4).
48. Hajizadeh M, Nghiem H. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11.
49. Motlagh S, Gorji H, Mahdavi G. Main Determinants of Supplementary Health Insurance Demand: (Case of Iran). *Global Journal of Health Science*. 2015;7(6).
50. Nosratnejad S, Rashidian A, Mehrara M. Willingness To Pay for Social Health Insurance in Iran. *Global Journal of Health Science*. 2014;6(5).
51. Etemadi M, Shiri M. Financial burden imposed on the insured patients for private treatment: Evidence from a state of Iran. *J Educ Health Promot*. 2019;8(243).
52. Etemadi M, Gorji H. Power structure among the actors of financial support to the poor to access health services: Social network analysis approach. *Social Science & Medicine*. 2017;195.
53. Naghdi S, Moradi T, Tavangar F. The Barriers to Achieve Financial Protection in Iranian Health System: A Qualitative Study in a Developing Country. *Ethiop J Health Sci*. 2017;27(5).
54. Kavosi Z, Bayati M. Effect of Cost Sharing on Utilization of General Physician Care: A Cross-Sectional Survey from Shiraz, Iran. *Int J Prev Med*. 2018;9(96).
55. Emamgholipour S, Arab M. Demand for Self-Employed Health Insurance. *Eurasian J Med*. 2016;48.
56. Bazyar M, Rashidian A, Alipouri Sakha M, Doshmangir L, Rahimi N. Stakeholders analysis of merging social health insurance funds in Iran: what kind of interests they may gain or lose? *Int J Health Plann Mgmt*. 2018.
57. Arefnezhad M, Feyzabadi V, Homaie Rad E. Does Using Complementary Health Insurance Affect Hospital Length of Stay? Evidence from Acute Coronary Syndrome Patients. *HOSPITAL PRACTICE*. 2016;44(1).
58. Hayati R, Javad Kabir M, Kavosi Z. Legal and policy requirements of basic health insurance package to achieve universal health coverage in a developing country. *BMC Res Notes*. 2019;12(575).
59. Doshmangir L, Yousefi M, Hasanpoor E. Determinants of catastrophic health expenditures in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2020;18(17).
60. Bazyar M, Rashidian A, Alipouri Sakha M. Combining health insurance funds in a fragmented context: what kind of challenges should be considered? *BMC Health Services Research*. 2020;20(26).
61. Bazyar M, Yazdi-Feyzabadi V, Rahimi N, Rashidian A. What Are the Potential Advantages and Disadvantages of Merging Health Insurance Funds? A Qualitative Policy Analysis from Iran. *Square*.
62. Barati Marnani A, Teymourzadeh E. Challenges of a Large Health Insurance Organization in Iran: A Qualitative Study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 2012;4(6).