

ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران

علی محمد مصدق‌راد^۱، محیا عباسی^۲، مهدیه حیدری^{۲*}

۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده رابط: Mheydari@razi.tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: نظام تأمین مالی سلامت «فرآیند جمع‌آوری، تجمع و مدیریت منابع مالی به منظور خرید خدمات سلامت» است. نظام تأمین مالی سلامت ایران با چالش‌هایی مواجه است. مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران انجام شد. **روش کار:** این مطالعه توصیفی به صورت گذشته‌نگر با استفاده از داده‌های آرشویی به ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت کشور ایران در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی پرداخته است. اطلاعات پژوهش از داده‌های بانک جهانی جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شدند.

نتایج: سرانه هزینه سلامت ایران در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی سالانه ۳/۷٪ افزایش یافت و به ۸۶۸ دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۱۹ رسید. هزینه کل سلامت ایران از ۳۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۰ میلادی به حدود ۷۲ میلیارد دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۱۹ میلادی افزایش یافت (افزایش سالانه ۵/۹٪). ایران حدود ۰/۶٪ مخارج کل سلامت مردم دنیا را تشکیل داد. در این سال، حدود ۶/۷٪ تولید ناخالص داخلی کشور صرف هزینه‌های سلامت شد. میانگین این شاخص در دنیا ۹/۸٪ بود. حدود ۴۹/۵٪ هزینه‌های سلامت ایران توسط بخش عمومی تأمین مالی شد. سهم پرداخت‌های عمومی از هزینه کل سلامت جهان برابر با ۵۹/۸٪ بود. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران در دهه گذشته کاهش یافت و در سال ۲۰۱۹ میلادی به ۳۹/۵٪ رسید. میانگین این شاخص در دنیا ۱۸٪ بود. **نتیجه‌گیری:** هزینه‌های نظام سلامت کشور با سرعتی بیش از رشد تولید ناخالص داخلی در حال افزایش است. سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور و به تبع آن، سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت کاهش و سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش یافته است. بنابراین، اصلاحاتی باید برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور بکار گرفته شود.

واژگان کلیدی: نظام سلامت ایران، تأمین مالی سلامت، ارزشیابی

مقدمه

تولید منابع، ارائه و خرید خدمات سلامت مشارکت دارند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشارکت زیادی در تأمین مالی، ارائه خدمات سلامت و ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی کشور دارد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه تأمین مالی و ارائه رایگان مراقبت‌های

کشور جمهوری اسلامی ایران با وسعت ۱،۶۴۸،۱۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۸۴/۷ میلیون نفر، به‌عنوان یک کشور درحال توسعه و با درآمد متوسط پایین در قاره آسیا قرار دارد (۱). نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی بوده و بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی در تأمین مالی،

بهداشتی اولیه را در مراکز بهداشتی دولتی بر عهده دارد. بخش‌های خصوصی و غیر انتفاعی بیشتر درگیر تأمین مالی و ارائه خدمات تخصصی سلامت هستند (۲). با این حال، حدود ۸۰٪ بیمارستان‌های کشور توسط بخش دولتی یا عمومی غیر دولتی اداره می‌شوند (۳). اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی را حق همگانی مردم کشور می‌داند و دولت را موظف به تأمین این خدمات برای کلیه افراد کشور از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم می‌کند (۴).

تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم؛ پاسخ‌گویی به انتظارات بالینی و غیر بالینی آنها و حمایت مالی از ایشان در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت از اهداف کلی نظام سلامت است. همچنین، دسترسی، کارایی، کیفیت، عدالت، پایداری و تاب‌آوری، اهداف فرعی نظام سلامت و پیش‌نیاز دستیابی به اهداف اصلی هستند (۵). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ میلادی استراتژی پوشش همگانی سلامت را برای دستیابی به اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت پیشنهاد کرد (۵). پوشش همگانی سلامت، دسترسی همه مردم جامعه به خدمات با کیفیت پیشگیری، درمانی و بازتوانی، به هنگام نیاز بدون مواجهه با مشکلات مالی است (۶). استفاده از روش‌های پیش‌پرداخت نظیر مالیات و بیمه اجتماعی اجباری، توسعه ذخیره منابع مالی و استفاده کارآمد از منابع بخش سلامت باید برای تأمین مالی پوشش همگانی سلامت مورد توجه قرار گیرد (۷).

نظام سلامت شامل چهار کارکرد اصلی حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت است (۵). سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت برای افزایش پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت نسبت به شوک‌ها و بحران‌ها باید روی تقویت این چهار کارکرد اصلی نظام سلامت سرمایه‌گذاری کنند. تقویت تولید و

مسئولیت‌پذیری حاکمیتی نظام سلامت، توسعه مکانیسم‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت به‌ویژه از نوع پیش‌پرداخت، تأمین منابع مورد نیاز ارائه خدمات سلامت، اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد خدمات سلامت و بهبود کارایی و عدالت در ارائه خدمات سلامت، منجر به افزایش تاب‌آوری و پایداری نظام تأمین مالی سلامت می‌شود. اصلاحات نظام سلامت باید به‌طور هماهنگ به تقویت این چهار کارکرد نظام سلامت به‌ویژه کارکردهای اصلی تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت پردازد.

تأمین مالی یکی از کارکردهای مهم نظام سلامت است که اصلاح و تقویت آن برای دستیابی به اهداف نظام سلامت ضروری است. نظام تأمین مالی سلامت شامل سه کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است (۶). اهداف نظام تأمین مالی سلامت شامل جمع‌آوری عادلانه منابع مالی کافی، مدیریت صحیح منابع مالی، افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، تقویت بیمه‌های سلامت و خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت به‌منظور ارتقای سلامت مردم جامعه است. روش‌های جمع‌آوری و انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت در نظام تأمین مالی سلامت در شکل ۱ نشان داده شد (۸).

کارکرد جمع‌آوری منابع مالی نظام تأمین مالی سلامت شامل نحوه اخذ پول از منابع عمومی و خصوصی به صورت اجباری یا اختیاری است. از شش روش مالیات و وجوه عمومی، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، حساب پس‌انداز سلامت، کمک‌های مردمی (ملی و بین‌المللی) و پرداخت مستقیم از جیب مردم برای جمع‌آوری منابع مالی مورد نیاز نظام سلامت استفاده می‌شود. بخشی از هزینه‌های سلامت از محل مالیات و درآمدهای عمومی دولت تأمین می‌شود. بیمه سلامت اجتماعی ماهیت غیر انتفاعی داشته و با دریافت حق بیمه از کارکنان و کارفرمایان، بخشی از هزینه‌های سلامت کارکنان را تأمین می‌کند. در مقابل، بیمه

صندوق‌های بیمه سلامت، تأمین مالی نزولی و پرداخت از جیب بالای مردم از مهم‌ترین نقاط ضعف نظام تأمین مالی سلامت ایران است. همچنین، تحریم سیاسی، بحران‌های مالی و افزایش انتظارات مصرف‌کنندگان خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت کشور را تهدید می‌کند (۹).

ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن، اولین قدم برای اصلاح آن است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران انجام شد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور برای برنامه‌ریزی و اجرای اصلاحات هدفمند به‌منظور تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران قرار می‌دهد.

روش کار

این مطالعه توصیفی به صورت گذشته‌نگر در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ میلادی با استفاده از داده‌های آرشیوی بانک جهانی (۱۱) به ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران و مقایسه با میانگین کشورهای جهان پرداخت. علت انتخاب این دوره زمانی، فراهمی اغلب داده‌ها برای سال‌های مذکور است.

از شاخص‌های هزینه کل سلامت Total health expenditure، سرانه هزینه سلامت Health expenditure per capita، سهم هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی Current health expenditure as % of GDP، سهم بخش عمومی از هزینه کل سلامت General health expenditure as % of health expenditure، سهم بخش خصوصی از هزینه کل Private health expenditure as % of health expenditure، سهم پرداخت از جیب از هزینه کل سلامت Out-of-pocket expenditure as % of health expenditure و سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت General government health expenditure as % of

سلامت خصوصی ماهیت انتفاعی دارد و با دریافت حق بیمه از مردم، قسمت دیگری از هزینه‌های سلامت را تأمین می‌کند. مردم با پرداخت مبلغی به‌صورت ماهانه به حساب پس انداز سلامت خود، می‌توانند هزینه‌های فراتر از پوشش بیمه سلامت خود را بپردازند. همچنین، سازمان‌ها و افراد خیرگامی اوقات هزینه‌های سلامت بیماران فقیر را پرداخت می‌کنند. در نهایت، مردم بخش یا تمام هزینه‌های سلامت خود را به طور مستقیم به هنگام دریافت خدمات سلامت می‌پردازند (۹).

محافظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ضروری است. خدمات سلامت باید در دسترس مردم و قابل پرداخت توسط آنها باشد و بر مبنای نیاز ارائه شود. مردم باید نسبت به هزینه‌های فاجعه بار Catastrophic و فقرزای سلامت Impoverishing محافظت شوند. کارکرد تجمیع مالی نظام تأمین مالی سلامت موجب تسهیم ریسک مالی در گروه‌های جمعیتی بزرگ و حفاظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود (۱۰). به عبارتی، افراد سالم و ثروتمند، یارانه هزینه سلامت افراد بیمار و فقیر را می‌پردازند. این کارکرد موجب محافظت مردم در برابر هزینه‌های بسیار زیاد و غیر قابل پیش‌بینی سلامت می‌شود. در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت شامل پرداخت وجوه جمع‌آوری و تجمیع شده به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی در ازای ارائه خدمات سلامت طبق بسته خدمات سلامت تعریف شده است (۸). تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، تعیین بسته‌های پایه خدمات سلامت و پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از اجزای اصلی کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت می‌باشند.

نظام تأمین مالی سلامت ایران شامل بودجه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی، کمک‌های خیرین و پرداخت مستقیم از جیب مردم است. تعدد

جهان در این بازه زمانی از حدود ۳/۷ به ۱۱/۳ تریلیون دلار (برابری قدرت خرید) افزایش یافت (افزایش ۳/۱ برابری) و رشد سالانه ۱۰/۴٪ داشت (نمودار ۴).

سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در دو دهه گذشته افزایش داشته و میزان آن از ۴/۷٪ در سال ۲۰۰۰ به ۶/۷٪ در سال ۲۰۱۹ میلادی رسید (افزایش سالانه ۲/۱٪). میانگین این شاخص در دنیا در این بازه زمانی از ۸/۶ به ۹/۸٪ رسید و افزایش ۰/۷٪ داشت (نمودار ۵).

سهم پرداخت‌های عمومی از هزینه‌های سلامت ایران در سال‌های اخیر افزایش یافته و از ۳۷/۷٪ در سال ۲۰۰۰ به حدود ۴۹/۵٪ در سال ۲۰۱۹ رسید (افزایش سالانه ۱/۵٪). میانگین سهم پرداخت‌های عمومی از کل هزینه‌های سلامت کشورهای جهان در این بازه زمانی از ۵۷/۴ به ۵۹/۸٪ رسید و افزایش سالانه ۰/۲٪ را تجربه کرد (نمودار ۶). سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت در ایران از ۱۱٪ در سال ۲۰۰۰ به ۲۱/۴٪ در سال ۲۰۱۹ میلادی رسید و افزایش سالانه ۴/۷٪ داشته است (نمودار ۷).

سهم بخش خصوصی از هزینه‌های کل سلامت در ایران از ۶۲/۳٪ در سال ۲۰۰۰ به ۵۰/۵٪ در سال ۲۰۱۹ میلادی رسید (کاهش سالانه ۰/۹۵٪). میانگین سهم بخش خصوصی از هزینه‌های کل سلامت در کشورهای جهان از ۴۲/۶ به ۴۰/۲٪ در این بازه زمانی رسید که بیانگر کاهش سالانه ۰/۲۸٪ می‌باشد (نمودار ۸).

میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران برای سلامت از ۲۹۸ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۳۴۳ دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۱۹ میلادی رسید (افزایش سالانه ۰/۷۶٪). میانگین این شاخص در بین کشورهای جهان از ۱۴۵ دلار به ۳۱۳ دلار (برابری قدرت خرید) در این بازه زمانی رسید و به طور متوسط هر سال ۵/۸٪ افزایش یافت (نمودار ۹).

سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران از کل هزینه‌های سلامت از ۵۹/۶٪ در سال ۲۰۰۰ به ۳۹/۵٪ در سال

general government expenditure برای ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران استفاده شد (جدول ۱). واحد پول مورد استفاده در این پژوهش، دلار برابری قدرت خرید (Purchasing Power Parity) بود. برابری قدرت خرید نرخ تبدیل ارز است که با حذف تفاوت در سطح قیمت بین کشورها، قدرت خرید ارزهای مختلف را برابر می‌کند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شدند.

نتایج

جمعیت ایران در دو دهه گذشته روند صعودی داشت و از ۶۵/۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ میلادی به حدود ۸۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ میلادی رسید و افزایش ۱/۳ برابری را در این بازه زمانی تجربه کرد. در این بازه زمانی، جمعیت مردم دنیا از ۶/۱ به ۷/۸ میلیارد نفر افزایش یافت و ۱/۲۸ برابر شد (نمودار ۱).

سرانه تولید ناخالص داخلی ایران از ۱۱۰۱۳ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۱۵۷۹۱ دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۲۰ میلادی رسید (افزایش سالانه ۰/۲٪). میانگین تولید ناخالص داخلی کشورهای جهان از ۱۱۱۴۰ به ۱۸۷۲۲ دلار (برابری قدرت خرید) در این دوره زمانی افزایش یافت که بیانگر رشد سالانه ۳/۱٪ است (نمودار ۲).

سرانه هزینه سلامت مردم ایران از ۴۹۹ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۸۶۸ دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۱۹ میلادی افزایش یافت (افزایش سالانه ۳/۷٪). میانگین سرانه هزینه سلامت مردم کشورهای جهان از ۵۹۸ دلار به ۱۴۶۶ دلار (برابری قدرت خرید) در این بازه زمانی رسید و افزایش سالانه ۷/۳٪ داشت (نمودار ۳).

هزینه کل سلامت ایران از ۳۲/۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۰ به حدود ۷۲ میلیارد دلار (برابری قدرت خرید) در سال ۲۰۱۹ میلادی رسید (افزایش ۲/۲ برابری) و به طور متوسط، سالانه ۵/۹٪ افزایش داشت. هزینه کل سلامت

است. پیش‌بینی می‌شود که جمعیت ایران در سال ۲۰۳۰ در صورت ادامه این روند به ۹۵ میلیون نفر برسد.

سرانه تولید ناخالص داخلی ایران و میانگین کشورهای جهان در سال ۲۰۲۱ میلادی ۱۵۷۹۱ و ۱۸۷۲۲ دلار (برابری قدرت خرید) بود. کشورهای برونندی (۷۹۳ دلار)، آفریقای مرکزی (۱۰۲۰ دلار) و کنگو (۱۲۱۸ دلار) کمترین و کشورهای ایرلند (۱۰۶۴۵۶ دلار)، سنگاپور (۱۱۶۴۸۶ دلار) و لوکزامبورگ (۱۳۴۷۵۳ دلار) بیشترین سرانه تولید ناخالص داخلی را داشتند. میانگین سرانه تولید ناخالص داخلی کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین ۵۴۶۰۳، ۱۳۱۳۴ و ۲۱۹۷ دلار بود. میانگین سرانه تولید ناخالص داخلی کشورهای جهان تقریباً ۱/۲ برابر ایران است. ایران نود و ششمین کشور ثروتمند جهان است (۱۱). پیش‌بینی می‌شود که میزان سرانه تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند به ۱۶۵۷۳ دلار برسد.

سرانه هزینه سلامت مردم ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ به ترتیب ۸۶۸ و ۱۴۶۶ دلار (برابری قدرت خرید) بود. کشورهای کنگو (۴۱ دلار)، برونندی (۶۲ دلار) و سودان جنوبی (۶۳ دلار) کمترین و کشورهای نروژ (۷۲۱۷ دلار)، سوئیس (۸۵۳۲ دلار) و آمریکا (۱۰۹۲۱ دلار) بیشترین سرانه هزینه سلامت را داشتند. سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۶۲۴۳، ۶۱۲ و ۱۰۶ دلار (برابری قدرت خرید) بود. میانگین سرانه هزینه سلامت مردم جهان تقریباً ۱/۷ برابر ایران است. ایران از نظر این شاخص در رتبه ۹۱ جهان قرار دارد (۱۱). پیش‌بینی می‌شود که میزان سرانه هزینه سلامت مردم ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند به ۱۵۷۸ دلار برسد.

میانگین سرانه هزینه سلامت در ۲۹ کشور با درآمد بالای جهان برابر با ۴۴۹۱ دلار آمریکا (حدود ۹٪ تولید ناخالص داخلی) در سال ۲۰۱۹ میلادی بود (۱۲). رشد اقتصادی کشورها و افزایش درآمد ملی منجر به افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود که با افزایش سهم دولت و کاهش پرداخت از

۲۰۱۹ میلادی رسید (کاهش سالانه ۱/۶٪). میانگین این شاخص در بین کشورهای جهان از ۱۹/۲٪ به ۱۸٪ در این بازه زمانی رسید و به طور متوسط هر سال ۰/۳٪ کاهش یافت (نمودار ۱۰).

در نهایت، نمودارهای ۱۱ و ۱۲ سهم منابع مختلف تأمین مالی نظام سلامت ایران و کشورهای جهان را در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی نشان می‌دهد. به مرور زمان سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران کاهش یافت و سهم پرداخت‌های عمومی به ویژه بیمه‌های سلامت اجتماعی از کل هزینه‌های سلامت افزایش یافت. به ترتیب ۶۰ و ۴۰٪ هزینه‌های سلامت کشورهای جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی توسط بخش عمومی و خصوصی تأمین مالی شد.

بحث

هدف این مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران بود. نظام تأمین مالی سلامت شامل سه کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است. اصلاحاتی در این سه کارکرد برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت کشور باید بکار گرفته شود. این اصلاحات باید ضمن تقویت و توسعه تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشور بر افزایش کارایی، کنترل هزینه و استفاده بهینه از منابع مالی نظام سلامت تأکید داشته باشد.

جمعیت ایران و جهان در سال ۲۰۲۱ حدود ۸۵ میلیون و ۷/۸ میلیارد نفر بود. کشورهای نائورو، تووالو و پالائو با ۱۱، ۱۲ و ۱۸ هزار نفر کمترین جمعیت و کشورهای چین، هند و آمریکا به ترتیب با ۱/۴۱ میلیارد، ۱/۳۹ میلیارد و ۳۳۱/۸ میلیون نفر بیشترین جمعیت دنیا را داشتند. ایران هجدهمین کشور پر جمعیت جهان است. رشد سالانه جمعیت ایران و جهان در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ به ترتیب تقریباً ۱/۳۴٪ و ۱/۲۶٪ بود (۱۱). آهنگ رشد سالانه جمعیت ایران تقریباً هماهنگ با میانگین رشد جمعیت جهان

میانگین سرانه تولید ناخالص داخلی کشورهای با درآمد پایین است (۱۲).

سرعت افزایش هزینه‌های سلامت ایران در دو دهه گذشته به مراتب بیش از سرعت رشد تولید ناخالص داخلی کشور بوده است. سرانه هزینه سلامت مردم ایران در دو دهه گذشته به طور متوسط، سالانه ۳/۷٪ افزایش داشته است. در حالیکه، سرانه تولید ناخالص داخلی کشور بطور متوسط سالی ۲٪ افزایش یافت (۱۱). تولید ناخالص داخلی ایران در چند سال اخیر کاهش داشته است. دولت و مردم با کاهش درآمد، قسمت کمتری از درآمد را صرف خدمات سلامت خواهند کرد. از طرفی، جمعیت، به ویژه جمعیت سالمند در حال افزایش است که منجر به افزایش بیشتر هزینه‌های سلامت خواهد شد. بنابراین، اقدامات جدی باید برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشور صورت گیرد.

شیوع بیماری کووید-۱۹ در چندسال اخیر، موجب افزایش مخارج سلامتی کشورها شده است. بیشتر این هزینه‌ها صرف درمان بیماران و تشخیص بیماری، ردیابی بیماران و خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی شد (۱۲). پاندمی کووید-۱۹ نقاط ضعف و آسیب‌پذیری‌های نظام سلامت کشورها را بهتر نشان داد. ضعف نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، کاهش کمیت، کیفیت و تاب‌آوری کارکنان نظام سلامت و کمبود تجهیزات و ملزومات بیانگر این واقعیت است که پایداری و تاب‌آوری نظام سلامت کشور مستلزم سرمایه‌گذاری درست است. همچنین، بیماری کووید-۱۹ اثرات منفی بر رشد اقتصادی کشورها داشت. رشد اقتصادی دنیا در سال ۲۰۲۰ میلادی حدود ۶٪ کاهش داشته است. حدود ۹۰٪ کشورها رشد اقتصادی منفی را تجربه کردند (۱۳). کاهش درآمد و افزایش فقر اثرات منفی بر سلامتی مردم به ویژه افراد فقیر و آسیب‌پذیر جامعه دارد.

سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۶/۷٪ و ۹/۸٪ بود.

جیب مردم همراه است. تأمین منابع مالی کافی برای نظام سلامت و استفاده درست از آن موجب ارتقای سلامتی مردم و افزایش بهره‌وری آنها و تولید ثروت بیشتر می‌شود. بنابراین، تأمین مالی سلامتی مردم نوعی سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود که در نهایت، رشد اقتصادی کشور را به دنبال خواهد داشت. رشد سالانه سرانه هزینه سلامت ایران در دو دهه گذشته تقریباً نصف میانگین دنیا بوده است. سیاستگذاران نظام سلامت باید از طریق درآمدهای عمومی دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم کنند. هزینه کل سلامت مردم ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۷۲ میلیارد و ۱۱/۳ تریلیون دلار (برابری قدرت خرید) بود. کشور ایران حدود ۰/۶۳٪ مخارج کل سلامت مردم دنیا را تشکیل داد. کشورهای تووالو (۱۲/۵ میلیون دلار)، نائورو (۱۵ میلیون دلار) و کیریباتی (۲۹ میلیون دلار) کمترین و کشورهای ژاپن (۵۸۰ میلیارد دلار)، چین (۱/۲ تریلیون دلار) و آمریکا (۳/۵ تریلیون دلار) بیشترین هزینه کل سلامت را داشتند. پیش‌بینی می‌شود که میزان هزینه کل سلامت مردم ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند به ۱۳۲ میلیارد دلار برسد. مخارج سلامت ایران و جهان در دو دهه گذشته تقریباً ۲/۲ و ۳/۱ برابر شده است. مخارج سلامت مردم ایران در دو دهه اخیر سالانه ۵/۹٪ افزایش یافت (۱۱). توزیع هزینه‌های سلامت عادلانه نیست. کشورهای با درآمد بالا، متوسط بالا، متوسط پایین و پایین به ترتیب ۸۰٪، ۱۷٪، ۲/۸٪ و ۰/۲٪ مخارج سلامت جهان را در سال ۲۰۱۹ میلادی تشکیل دادند. کشورهای با درآمد بالا تقریباً ۸۰٪ هزینه‌های سلامت جهان را تشکیل دادند. کشور آمریکا به تنهایی ۴۲٪ هزینه کل سلامت جهان را تشکیل داد که برابر با مخارج سلامت ۸۳ کشور با کمترین مخارج سلامت بود. سرانه هزینه سلامت مردم آمریکا بیش از ۴ برابر

تقریباً ثابت مانده و در کشورهای با درآمد پایین به‌ویژه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ میلادی کاهش یافته است. میزان کمک‌های خارجی برای هزینه‌های سلامت در دو دهه گذشته افزایش یافته است. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تقریباً دو سوم کمک‌های خارجی برای سلامت خرج بیماری‌های عفونی شد. در دو دهه گذشته میزان پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت در همه کشورها افزایش یافت، ولیکن، سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت کاهش یافته است (۱۲).

سهم پرداخت‌های عمومی از هزینه‌های سلامت در ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۴۹/۵ و ۵۹/۸٪ بود. کشورهای کامرون (۳/۳٪)، گینه بیسائو (۶/۴٪) و افغانستان (۸/۲٪) کمترین و کشورهای کویت (۸۶/۹٪)، کوبا (۸۹/۳٪) و برونی (۹۴/۳٪) بیشترین سهم پرداخت‌های عمومی از کل هزینه‌های سلامت را داشتند. سهم پرداخت‌های عمومی از کل هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۶۱/۸، ۵۲/۴ و ۲۲/۸٪ بود. ایران صدوششمین کشور از نظر این شاخص است و وضعیت خوبی ندارد (۱۱). پیش بینی می‌شود که میزان سهم پرداخت‌های عمومی از هزینه‌های سلامت ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند، به ۵۵/۴ دلار برسد.

سهم پرداخت‌های عمومی از کل هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد بالا به ویژه در زمان رکود اقتصادی افزایش داشته است. در سال ۲۰۱۹ میلادی، حدود ۵۹/۸٪ مخارج سلامت مردم دنیا از منابع عمومی، ۴۰٪ از منابع خصوصی و تقریباً ۰/۲٪ از کمک‌های خارجی تأمین شده بود (۱۲). بنابراین، سهم منابع عمومی از مخارج سلامت ایران باید افزایش یابد. برای این منظور، بیمه‌های سلامت اجتماعی اجباری به منظور پوشش همگانی سلامت باید تقویت شوند. بیمه‌های سلامت اجتماعی مبتنی بر استخدام (Employee-based) یا مبتنی بر جامعه (Community-based) باید

کشورهای موناکو (۱/۵٪)، جیبوتی (۱/۷٪) و کنگو (۲/۱٪) کمترین و کشورهای جمهوری جزایر مارشال (۱۶/۳٪)، آمریکا (۱۶/۷٪) و تووالو (۲۳/۹٪) بیشترین سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی را داشتند. ایران هشتم و دومین کشور از نظر این شاخص است (۱۱). پیش‌بینی می‌شود که میزان سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند به ۹/۷٪ برسد. سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین ۱۲/۵، ۵/۳ و ۴/۹٪ بود. سیاستگذاران سلامت باید حداقل ۱۰٪ تولید ناخالص داخلی را صرف مخارج سلامت کنند.

سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای جهان ناعادلانه توزیع شده است. کشورهای با درآمد بالا سهم بیشتری از ثروت خود را صرف سلامت مردم می‌کنند (۱۲). سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران نیز در این سال‌ها کاهش داشت. بنابراین، نیاز به منابع مالی پایدار برای تأمین مالی نظام سلامت کشور است. درآمدهای عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی، کمک‌های مردمی و پرداخت مستقیم از جیب، منابع اصلی تأمین مالی نظام سلامت کشور هستند. سایر منابع تأمین مالی مثل عوارض واردات و صادرات، عوارض خطوط هوایی خارجی، مالیات بر الکل و تنباکو، عوارض تلفن همراه، مالیات بر حواله‌های انتقال پول بین‌المللی، مالیات گردشگری و دارایی‌های بدون صاحب می‌توانند منابعی برای تأمین مالی نظام سلامت باشند.

هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین بیشتر توسط پرداخت مستقیم از جیب (۴۴٪) و کمک‌های خارجی (۲۹٪) تأمین مالی می‌شوند. در حالی‌که، در کشورهای با درآمد بالا بیشتر توسط پرداخت‌های عمومی و دولتی (۷۰٪) تأمین مالی می‌شوند. سهم پرداخت‌های دولت از کل مخارج سلامت در دو دهه گذشته در کشورهای با درآمد بالا و متوسط بالا افزایش، در کشورهای با درآمد متوسط پایین

تشویق شوند تا پوشش خدمات سلامت به ویژه برای افراد آسیب‌پذیر و فقیر فراهم شود.

از سال ۲۰۰۰ میلادی تعداد کشورهای با بیمه سلامت اجتماعی (Social health insurance) در حال افزایش است. تعداد ۱۲۶ کشور جهان در سال ۲۰۱۷ میلادی از روش تأمین مالی بیمه سلامت اجتماعی استفاده کردند. سهم بیمه سلامت اجتماعی از مخارج سلامتی حدود ۱ تا ۲٪ در کشورهای با درآمد پایین، ۴/۵٪ تا ۸/۵٪ در کشورهای با درآمد متوسط به پایین و ۱۶٪ تا ۲۰٪ در کشورهای با درآمد متوسط بالا است (۱۴). در حال حاضر بیمه‌های سلامت اجتماعی ایران شامل بیمه سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح هستند که هر کدام روش خاصی برای دریافت حق بیمه، پوشش بیمه و بازپرداخت هزینه‌های سلامت دارند. در نتیجه، هزینه‌های اداری افزایش و کارایی نظام بیمه سلامت کشور کاهش یافته است. ادغام و تجمیع این بیمه‌ها در شرایط فعلی با چالش‌های متعددی مواجه است. بنابراین، دولت باید سعی کند تا عناصر اصلی بیمه سلامت نظیر تأمین مالی، پرداخت حق بیمه و بسته حمایتی بیمه‌های پایه را یکسان کند. در کشور ژاپن نیز بیش از ۳۵۰۰ برنامه بیمه سلامت وجود دارد، ولیکن، میزان پرداخت حق بیمه بیمه‌شدگان و مزایای بیمه‌ها یکسان است. در نتیجه، نارضایتی چندانی بین مردم وجود ندارد و تعداد زیاد بیمه‌ها موجب افزایش رقابت و بهبود کیفیت خدمات سازمان‌های بیمه سلامت شده است (۱۵). بنابراین، قوانین مرتبط با بیمه سلامت اجتماعی ایران باید بازنگری و اصلاح شوند. همچنین، عوامل موثر بر درآمدها و هزینه‌های بیمه‌های اجتماعی سلامت مثل رشد جمعیت، سالمندی جمعیت، رشد اقتصادی، بار بیماری‌ها و توسعه فناوری‌های پزشکی باید در بلندمدت ارزشیابی و تحلیل شوند. یارانه‌های دولتی نقش بسزایی در افزایش پوشش بیمه سلامت اجتماعی دارد. دولت باید برای پوشش

افراد آسیب‌پذیر و فقیر یارانه‌ای در نظر بگیرد و پوشش خدمات سلامت را از طریق تقویت بیمه سلامت اجتماعی افزایش دهد. اخذ مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامتی می‌تواند منجر به افزایش بودجه بخش سلامت کشور شود. همچنین، دولت می‌تواند از مالیات‌های نشان-دار (Earmarked) برای تحت پوشش قراردادن افراد فقیر و آسیب‌پذیر استفاده کند.

سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی در ایران در سال ۲۰۱۹ میلادی ۲۱/۴٪ بود. کشورهای کامرون (۰/۶۳٪)، سودان جنوبی (۲/۱٪) و یمن (۲/۲٪) کمترین و کشورهای سن مارینو (۲۳/۴٪)، کاستاریکا (۲۴/۱٪) و ژاپن (۲۴/۲٪) بیشترین سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی را داشتند. ایران ششمین کشور از نظر این شاخص است و وضعیت خوبی دارد (۱۱). پیش‌بینی می‌شود که میزان سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی ایران در صورت ادامه این روند در سال ۲۰۳۰ میلادی به ۱۳/۵٪ برسد. دولت‌ها باید حداقل ۱۵٪ بودجه عمومی را صرف سلامتی مردم کنند.

مطالعه‌ای در ۱۵۳ کشور جهان نشان داد که ۱۰٪ افزایش در هزینه کرد دولت در بخش سلامت موجب کاهش ۷/۹ مرگ کودکان زیر ۵ سال به ازای هر ۱۰۰۰ نفر و کاهش ۱/۶ مرگ زنان و ۱/۳ مرگ مردان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر می‌شود (۱۶). بنابراین، افزایش بودجه سلامت دولت و بکارگیری درست آن در نظام سلامت، یک سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود که اثرات مثبت خود را سال‌ها بعد نشان خواهد داد. ارتقای سلامتی مردم منجر به افزایش روزهای کاری سالم آنها و کار و تولید بیشتر و پرداخت مالیات بیشتر به دولت خواهد می‌شود. سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت در چند سال اخیر کاهش یافته است. دولت باید تعادلی بین مخارج عمومی کشور برقرار کند. بخش سلامت در رقابت با سایر بخش‌های عمومی برای جذب منابع مالی است. حدود ۸۰٪ سلامتی مردم تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی

بیماران در نظام سلامت ایران دارند (۱۷). سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید با اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، هدایت و کنترل صحیح مشارکت خیرین را در بخش سلامت هدف‌مند کنند تا از مشارکت مالی آنها در بخش سلامت استفاده بهینه شود.

سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت در ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۳۹٪/۵ و ۱۸٪ بود. کشورهای کیریباتی (۰/۱٪)، تووالو (۰/۳٪) و نائورو (۱/۲٪) کمترین و کشورهای افغانستان (۷۹/۳٪)، یمن (۸۰/۹٪) و ارمنستان (۸۴/۷٪) بیشترین سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت را داشتند. سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۱۳/۶٪، ۳۵/۱٪ و ۴۳/۲٪ بود. ایران صد و سی و چهارمین کشور از نظر این شاخص است و وضعیت خوبی ندارد (۱۱). پیش بینی می‌شود که میزان سهم پرداخت مستقیم از جیب از هزینه‌های سلامت در ایران در صورت تداوم این روند، در سال ۲۰۳۰ میلادی به ۲۹/۳٪ برسد.

میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران برای خدمات سلامت زیاد است. با اجرای طرح تحول نظام سلامت و پرداخت‌های حمایتی دولت در ایران، میزان پرداخت از جیب مردم کاهش یافته است، ولیکن، در سال‌های اخیر دوباره افزایش یافته است. میزان پرداخت مستقیم مردم ایران برای خدمات سلامت بیشتر از میانگین دنیا است و با توجه به کاهش تولید ناخالص داخلی کشور و افزایش هزینه‌های سلامت، چالشی جدی برای دولت و مردم ایجاد خواهد کرد. همچنین، مردم ممکن است به دلیل هزینه‌های بالای سلامت از دریافت برخی خدمات گران‌قیمت اجتناب کنند که در نهایت، در سال‌های بعد هزینه زیادی به نظام سلامت کشور وارد خواهد ساخت.

افزایش جمعیت، سالمند شدن جمعیت، افزایش درآمد ملی، توسعه بیمه‌های سلامت، افزایش تقاضا برای خدمات

خارج از نظام سلامت قرار دارد. بنابراین، منابع عمومی باید به‌صورت متوازن صرف مصارف عمومی شود. افزایش بودجه دولت در بخش‌های آموزش، مسکن، اشتغال، امنیت و رفاه اجتماعی به‌طور غیرمستقیم بر ارتقای سلامتی مردم تأثیر دارد. بنابراین، سایر منابع تأمین مالی نظام سلامت باید شناسایی و بکار گرفته شوند.

سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت در ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۵۰/۵٪ و ۳۹/۹٪ بود. کشورهای تووالو (۲/۴٪)، میکرونزی (۲/۸٪) و کیریباتی (۲/۹٪) کمترین و کشورهای یمن (۸۲٪)، کامرون (۸۲/۴٪) و ارمنستان (۸۶/۶٪) بیشترین سهم پرداخت‌های خصوصی از هزینه‌های سلامت را داشتند. سهم پرداخت‌های خصوصی از کل هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین به ترتیب ۳۸/۲٪، ۴۶/۹٪ و ۴۸/۲٪ بود. ایران پنجاه و ششمین کشور از نظر این شاخص است (۱۱). پیش‌بینی می‌شود که میزان سهم پرداخت‌های خصوصی از هزینه‌های سلامت در ایران در سال ۲۰۳۰ میلادی در صورت ادامه این روند به ۴۴/۶٪ برسد. سهم بیمه‌های خصوصی در تأمین مالی سلامت ایران و جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۱۱٪ و ۲۲٪ بود. مشارکت بیمه‌های خصوصی در پرداخت هزینه‌های سلامت ایران بسیار کم است. بیمه‌های سلامت مکمل خصوصی و اختیاری در ایران باید مورد حمایت دولت قرار گیرند تا توسعه یابند و خدمات سلامت با کیفیت را مورد پوشش قرار دهند. دولت باید نقش فعالتری در قانونگذاری، سیاستگذاری و ارزشیابی نظام بیمه سلامت کشور ایفا کند و با تشویق رقابت بین بیمه‌های سلامت عمومی و خصوصی موجب افزایش دسترسی، کیفیت و سرعت ارائه خدمات سلامت شود.

کمک‌های خیرین داخلی یا خارجی نیز باید در حوزه سلامت تشویق شود. خیرین نقش مهمی در تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی

بهداشتی و درمانی و بیمه‌های سلامت می‌شود (۱۹). در ایران، بیمه‌های اجتماعی و خصوصی سلامت و مردم خریداران خدمات سلامت هستند. هماهنگی و همکاری باید بین بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ وزارت امور اقتصادی و دارایی؛ و وزارت کشور وجود داشته باشد. بخش قابل توجهی از خدمات سلامت ایران توسط سازمان‌های بهداشتی و درمانی دولتی ارائه می‌شود. کارایی و پاسخگویی بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی کمتر است (۲۰). بنابراین، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید از روش‌ها، تکنیک‌ها و تجارب مدیریتی بخش خصوصی استفاده کنند و کیفیت خدمات و کارایی سازمان‌های خود را افزایش دهند. همچنین، از استراتژی مشارکت عمومی - خصوصی می‌توان برای ارائه خدمات سلامت عمومی استفاده کرد که منجر به ارائه خدمات سلامت با صرفه از نظر اقتصادی و پر منفعت از نظر اجتماعی می‌شود (۲۱).

تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید مورد توجه جدی سیاستگذاران و مدیران ارشد به هنگام اصلاحات نظام سلامت قرار گیرد. هر یک ریال که در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور هزینه شود، منجر به میلیون‌ها ریال صرفه جویی مالی در بخش سلامت در آینده خواهد شد. مخارج مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی اولیه حدود نیمی از کل مخارج سلامت را در سال ۲۰۱۹ تشکیل دادند که به طور میانگین حدود ۳/۱٪ تولید ناخالص داخلی کشورها بود. تقریباً نصف هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط منابع خصوصی تأمین مالی شدند (۱۲). بنابراین، سیاستگذاران نظام سلامت ایران نیز باید منابع مالی بیشتری را به بخش بهداشت تخصیص دهند.

تعرفه خدمات سلامت، قیمت دستوری خدمات بهداشتی و درمانی است که توسط مراجع قانونی تعیین می‌شود و خریداران خدمات سلامت باید آن مبلغ را در ازای منافع

سلامت با کیفیت، افزایش بیماری‌های مزمن، شیوع بیماری‌های نوپدید، توسعه روش‌ها و تجهیزات گران‌قیمت پزشکی و افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شوند (۱۸). نیاز مردم به خدمات سلامت با کیفیت در حال افزایش است. از طرفی، بودجه دولت برای تأمین مخارج سلامتی کشور محدود است. پیش‌بینی می‌شود که هزینه‌های سلامت ایران در سال‌های پیش رو افزایش قابل توجهی داشته باشد که نیازمند تأمین مالی است. افزایش بودجه نظام سلامت به‌منظور افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، در صورتی‌که با مداخلاتی برای هماهنگی و کنترل عرضه و تقاضای خدمات سلامت همراه نباشد، موجب اتلاف منابع ارزشمند نظام سلامت خواهد شد. بنابراین، مکانیسم‌های ارائه و خرید خدمات سلامت باید اصلاح شوند و بر کیفیت و ارزش خدمات سلامت تأکید شود. با توجه به محدودیت منابع، اولویت‌بندی خدمات و مراقبت‌های سلامت و تأمین مالی خدمات هزینه-اثربخش خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش، تأکید بر مراقبت‌های سلامت پیشگیرانه، تشویق استفاده از پروتکل‌های مبتنی بر شواهد تشخیصی و درمانی در ارائه خدمات سلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت، محدود کردن بودجه عمومی برای مداخلات سلامت ناکارآمد و پرداخت مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ضروری است.

حاکمیت نظام تأمین مالی سلامت نقش بسزایی در موفقیت اصلاحات مالی سلامت بر عهده دارد. سیاستگذاری صحیح، برنامه‌ریزی راهبردی، اصلاح زیر ساخت‌ها و فرایندها و بکارگیری و ارزشیابی اصلاحات مالی در حوزه‌های جمع‌آوری و انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت ضروری است. جدا بودن خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت منجر به کاهش تعارض منافع و بهبود کیفیت خدمات سلامت و افزایش کارایی سازمان‌های

سلامت باید به طور فعالانه تصمیم بگیرد که چه خدمتی، از چه کسانی، چگونه و به چه میزان خریداری شود، مناسب تر و توأم با منفعت است. بسته‌های خدمات سلامت باید خدمات هزینه-اثربخش مورد نیاز را پوشش دهد تا مردم به هنگام دریافت این خدمات سلامت دچار مشکلات مالی نشوند. دولت در صورت نیاز باید یارانه‌هایی برای خرید خدمات سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر سالمندان، کودکان و فقراء در نظر بگیرد.

از ساز و کارهای مناسب باید برای کنترل هزینه‌های نظام سلامت و افزایش کارایی آن استفاده شود. کارایی بیانگر نسبت ستاده‌ها به داده‌های (منابع) مورد استفاده برای تولید یک محصول است. سازمانی کارآمد است که این نسبت در آن بیش از عدد یک باشد. هدف کارایی دستیابی به نتایجی با هزینه کمتر است. با توجه به محدودیت منابع بخش سلامت، توجه به اصل کارایی ضروری است. مدیران باید به دو نوع کارایی تخصیصی و کارایی فنی توجه داشته باشند (۲۳). ابتدا منابع محدود نظام سلامت باید صرف پروژه‌های سلامتی شود که بیشترین منفعت و مطلوبیت را برای جامعه داشته باشد (کارایی تخصیصی). سپس، منابع هر پروژه باید به گونه‌ای صرف شود که ستاده بیشتری حاصل شود و نسبت کارایی آن بیش از عدد یک باشد (کارایی فنی). از فناوری‌های مناسب باید برای افزایش بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود. از ترکیب مناسبی از نیروی انسانی و فناوری باید برای ارائه خدمات سلامت کارآمد استفاده کرد. بنابراین، بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید به عنوان یک هدف اصلی مورد توجه سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت قرار گیرد. تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید به گونه‌ای انتخاب شود که منجر به بهبود عملکرد و افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی شود.

از اصول و مبانی حسابداری و مدیریت مالی باید در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به درستی استفاده شود. هزینه

حاصل از دریافت خدمات به ارائه‌کنندگان خدمت سلامت بپردازند. تعرفه خدمات سلامت بر دسترسی به خدمات سلامت، کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، هزینه‌های نظام سلامت و رضایت بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اثر می‌گذارد. در ایران از روش ارزش نسبی مبتنی بر منابع مصرف شده برای تعیین تعرفه خدمات سلامت استفاده می‌شود که با چالش‌هایی همراه است (۲۲). تعرفه خدمات سلامت باید بیانگر هزینه و ارزش خدمات سلامت باشد و منجر به دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت شود. سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت باید به هزینه خدمات سلامت، روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، رقابت بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تقاضا برای خدمات سلامت در محاسبه تعرفه خدمات سلامت توجه کنند. افزایش غیر اصولی تعرفه خدمات سلامت منجر به تقاضای القایی، اراده خدمات غیر ضروری و اتلاف منابع نظام سلامت می‌شود.

روش مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت منجر به افزایش کارایی نظام سلامت خواهد شد. از روش‌های بودجه، کارانه و گلوبال برای پرداخت هزینه‌های سلامت در ایران استفاده می‌شود (۲۰). روش‌های پرداخت گذشته‌نگر و متغیر مثل روش کارانه (Fee-For-Service) منجر به تقاضای القایی و مصرف بیش از نیاز خدمات سلامت و افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود (۱۶). در مقابل استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر و ثابت مثل روش گروه‌های تشخیصی وابسته منجر به کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود (۲). استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش موجب کنترل هزینه‌های سلامت، افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت و بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود (۸).

دولت و بیمه‌های سلامت باید از خرید راهبردی به جای خرید منفعل خدمات سلامت برای افزایش کارایی و عدالت و کاهش هزینه‌ها استفاده کنند. دولت یا سازمان بیمه

یک نظام تأمین مالی سلامت خوب، باید منابع مالی کافی را برای خدمات سلامت جمع کند، منجر به ارائه خدمات سلامت قابل دسترس، قابل پرداخت و با کیفیت شود و به عدالت و کارایی در استفاده از بودجه سلامت توجه داشته باشد. منابع مالی باید به گونه‌ای هزینه شود که اهداف توسعه پایدار حاصل شوند. بنابراین، نظام تأمین مالی سلامت باید مبتنی بر ارزش و نتایج سلامتی باشد و فقط محدود به تأمین منابع مورد نیاز نظام سلامت نباشد.

دولت علاوه بر جمع‌آوری منابع مالی کافی برای پوشش همگانی سلامت مردم، باید از استراتژی‌های مناسبی برای استفاده اثربخش از منابع مالی موجود استفاده کند و ظرفیت مالی Fiscal space برای بخش سلامت را افزایش دهد تا به هنگام بروز شوک‌ها و بحران‌ها مثل شیوع بیماری کووید-۱۹ با چالش جدی مواجه نشود و ارائه خدمات سلامت ضروری با وقفه مواجه نشود. اولویت‌بندی خدمات سلامت، تعیین اهداف و برنامه ملی سلامت، تخصیص بودجه سلامت به برنامه‌های موثر سلامتی و استفاده از شاخص‌های عملکردی برای ارزشیابی برنامه ملی راهبردی سلامت ضروری است. ارتباط بین تأمین مالی سلامت با برنامه‌های ملی سلامت کشور موجب افزایش مسئولیت‌پذیری نظام تأمین مالی سلامت هم می‌شود.

فراهم بودن و استفاده از داده‌های کامل وزارت بهداشت، بانک مرکزی و مرکز آمار ایران در دو دهه گذشته می‌تواند ارزشیابی دقیق‌تری از عملکرد نظام تأمین مالی سلامت ایران ارائه کند. حساب‌های ملی سلامت به طور کامل در دو دهه گذشته محاسبه و گزارش نشدند. در نتیجه، این پژوهش با استفاده از داده‌های آرشیوی بانک جهانی به ارزشیابی شاخص‌های نظام تأمین مالی سلامت کشور ایران و مقایسه آن با میانگین کشورهای دنیا در دو دهه گذشته پرداخت. پژوهشگران می‌توانند در مطالعات آتی با استفاده از تکنیک‌های آینده‌پژوهی شاخص‌های تأمین مالی سلامت کشور را

ارائه خدمات سلامت به صورت دوره‌ای باید محاسبه شود و با استانداردهای موجود و تعرفه خدمات مقایسه شود و اقداماتی برای کاهش هزینه‌های غیر ضروری بکار گرفته شود. عملکرد مالی سازمان‌های بهداشتی و درمانی دولتی باید ارزشیابی شود و حوزه‌های ناکارآمد شناسایی و اصلاحات لازم بکار گرفته شود. مدیریت بهینه تسهیلات و تجهیزات باید مورد توجه مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی قرار گیرد و از اتلاف منابع جلوگیری به عمل آید.

نتیجه‌گیری

سیاستگذاران نظام سلامت باید به طور سالانه نظام تأمین مالی سلامت کشور را با استفاده از شاخص‌های کلیدی عملکردی ارزشیابی کنند و با توجه به نتایج ارزشیابی، اهدافی واقع‌گرایانه برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور تعیین کنند و استراتژی‌ها و اقداماتی برای دستیابی به آنها تدوین کنند. کشور ایران با چالش‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی متعددی از جمله تحریم سیاسی، تورم و رکود اقتصادی و کارایی پایین بخش دولتی مواجه است. هزینه‌های نظام سلامت کشور با سرعتی بیش از رشد تولید ناخالص داخلی در حال افزایش است. سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور و به تبع آن، سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت کاهش و سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش یافته است. بنابراین، اصلاحاتی باید برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور بکار گرفته شود. افزایش منابع مالی سلامت از طریق پیش‌پرداخت‌ها، همسان‌سازی و هماهنگی بیمه‌های سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش و نتیجه خدمات سلامت، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر و ثابت، افزایش کارایی سازمان‌های بهداشتی و درمانی و بهبود کیفیت خدمات سلامت برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت ایران ضروری هستند.

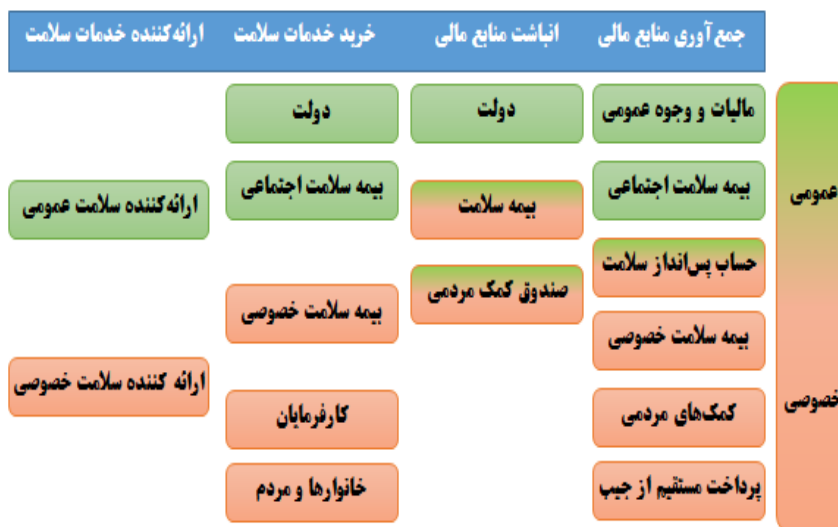
تشکر و قدردانی

نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

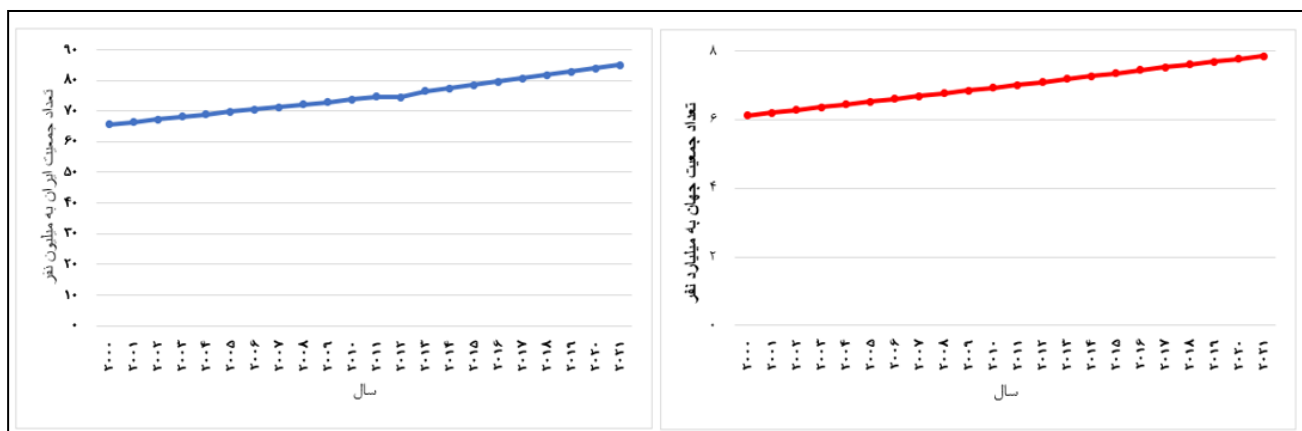
پیش‌بینی کنند و با استفاده از روش‌های گروه اسمی، دلفی و نظر خبرگان راهکارهایی برای تقویت نظام تأمین مالی پایدار سلامت کشور ارائه کنند.

جدول ۱- شاخص‌های ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت (۸)

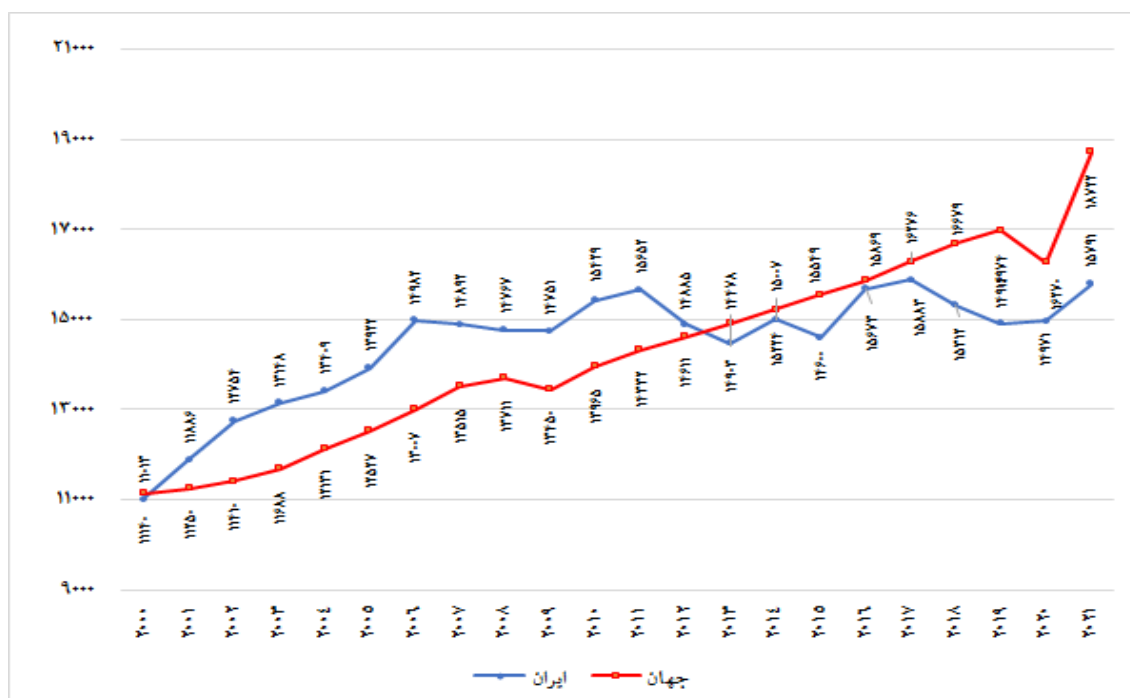
تعریف	نام شاخص
میزان هزینه‌های کلی بخش سلامت	هزینه کل سلامت
میزان هزینه سلامت به ازای هر یک از افراد یک کشور	سرانه هزینه سلامت
درصد هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	سهم هزینه سلامت از تولید ناخالص داخلی
درصد هزینه‌های سلامت بخش عمومی از کل هزینه‌های بخش سلامت	سهم بخش عمومی از کل هزینه‌های سلامت
درصد هزینه‌های سلامت از کل اعتبارات بودجه‌ای دولت	سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت
درصد هزینه‌های سلامت بخش خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت	سهم بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت
درصد هزینه‌های سلامت بیمه خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت	سهم بیمه خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت
درصد پرداخت از جیب خانوارها بابت هزینه سلامت از کل هزینه‌های سلامت	سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت



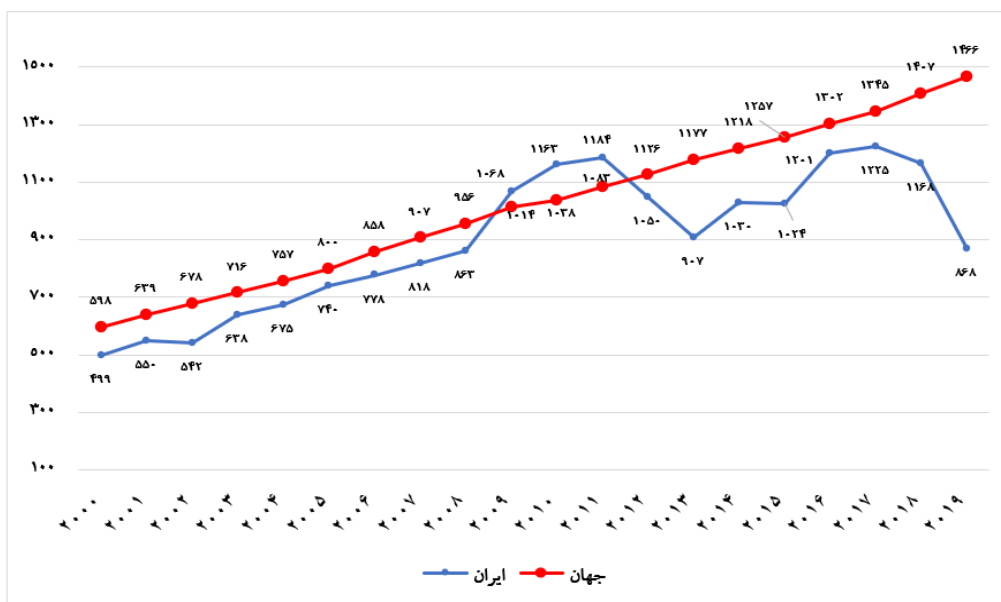
شکل ۱- مدل نظام تأمین مالی سلامت ایران



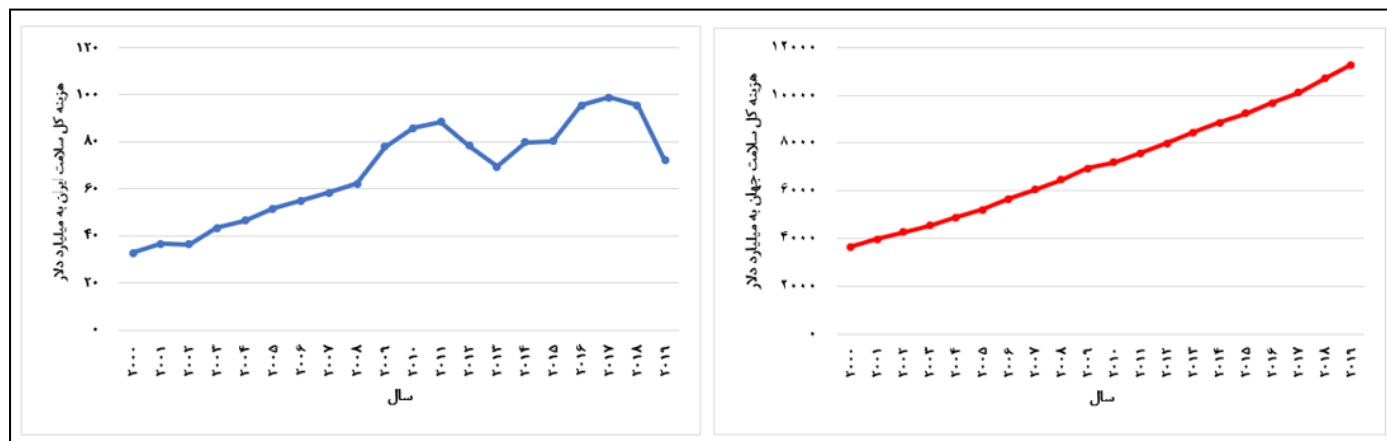
نمودار ۱- جمعیت ایران و جهان در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



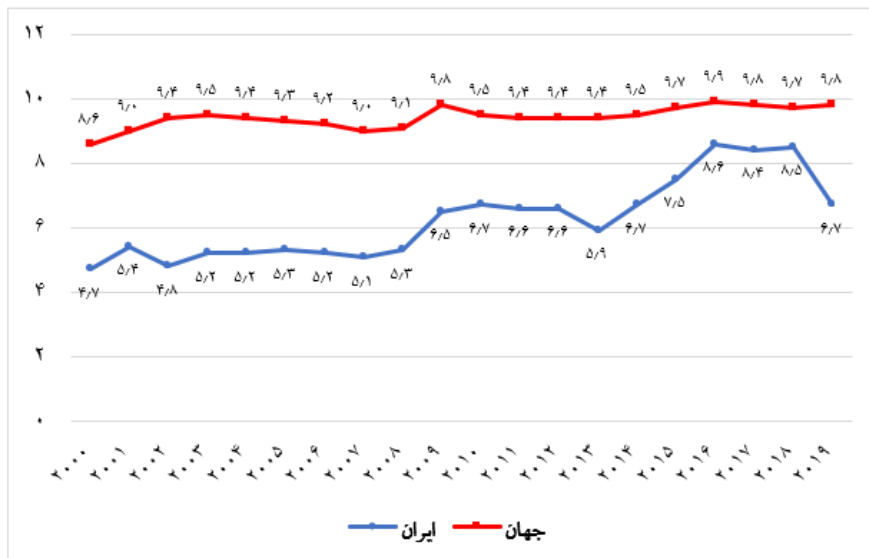
نمودار ۲- سرانه تولید ناخالص داخلی ایران و جهان به دلار برابری قدرت خرید در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



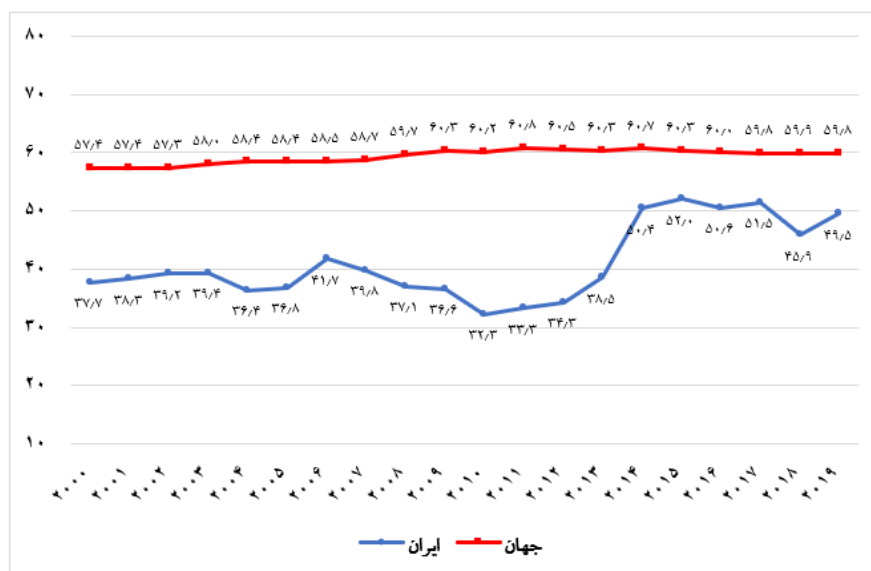
نمودار ۳- سرانه هزینه سلامت مردم ایران و جهان به دلار برابری قدرت خرید در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ایران



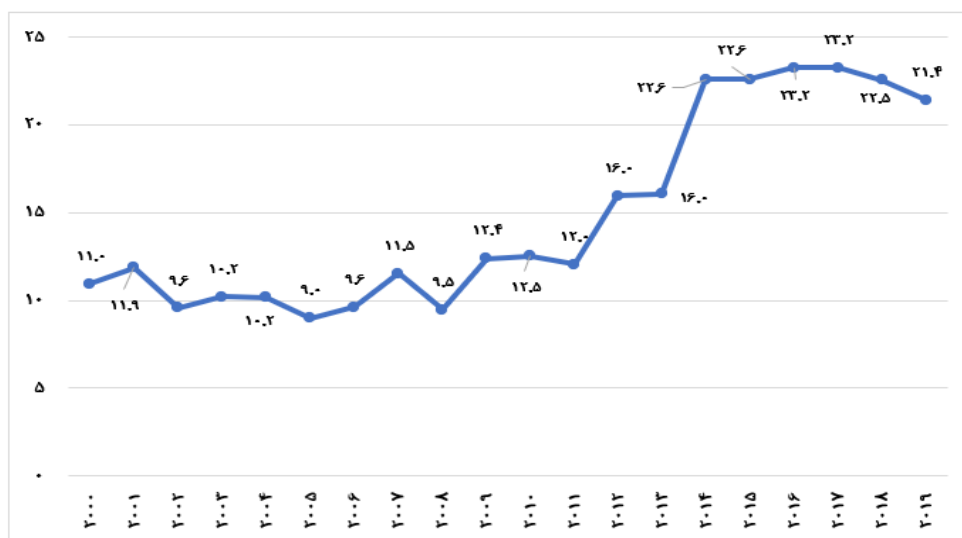
نمودار ۴- هزینه کل سلامت ایران و جهان به دلار برابری قدرت خرید در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ایران



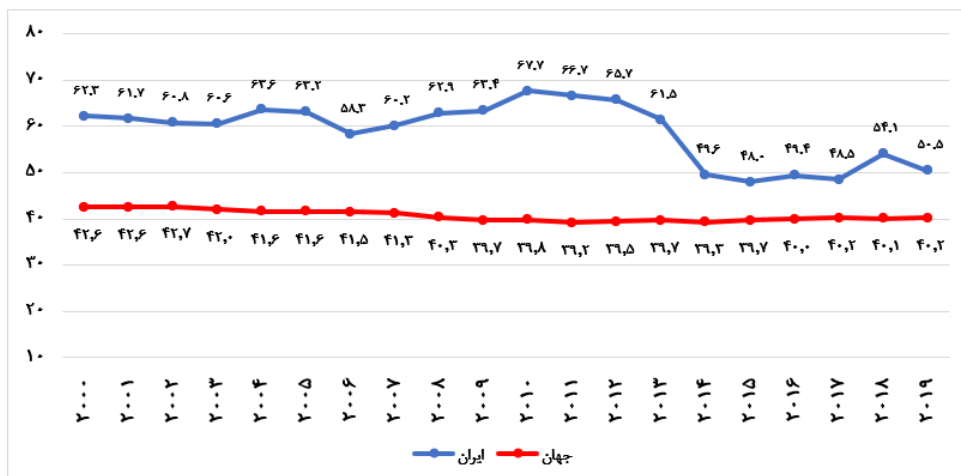
نمودار ۵- درصد هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران و جهان در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



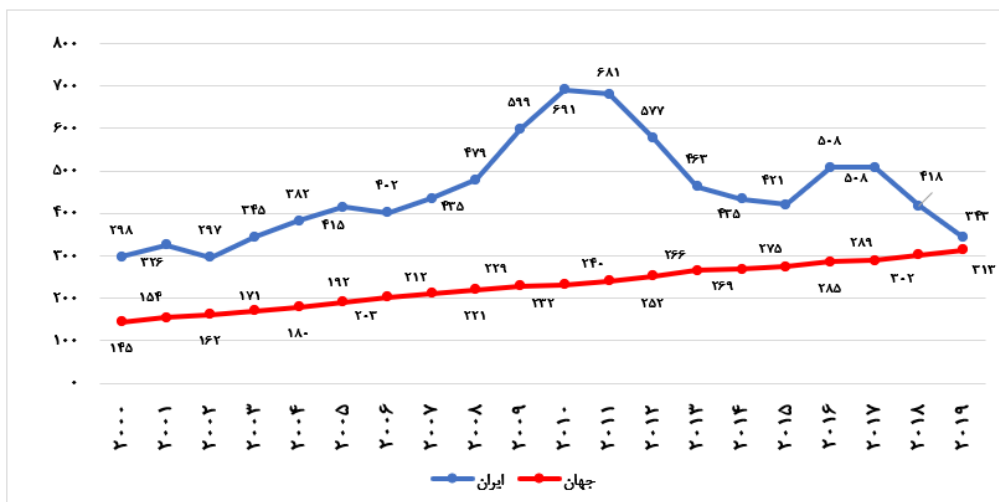
نمودار ۶- درصد پرداخت بخش عمومی از هزینه‌های کل سلامت در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



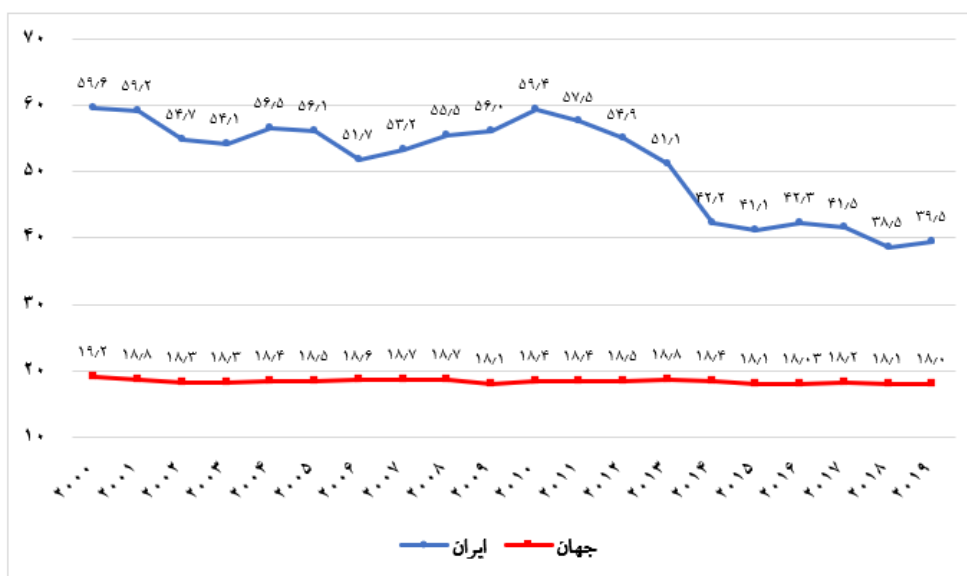
نمودار ۷- نمودار سهم مخارج سلامت از بودجه عمومی دولت ایران در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



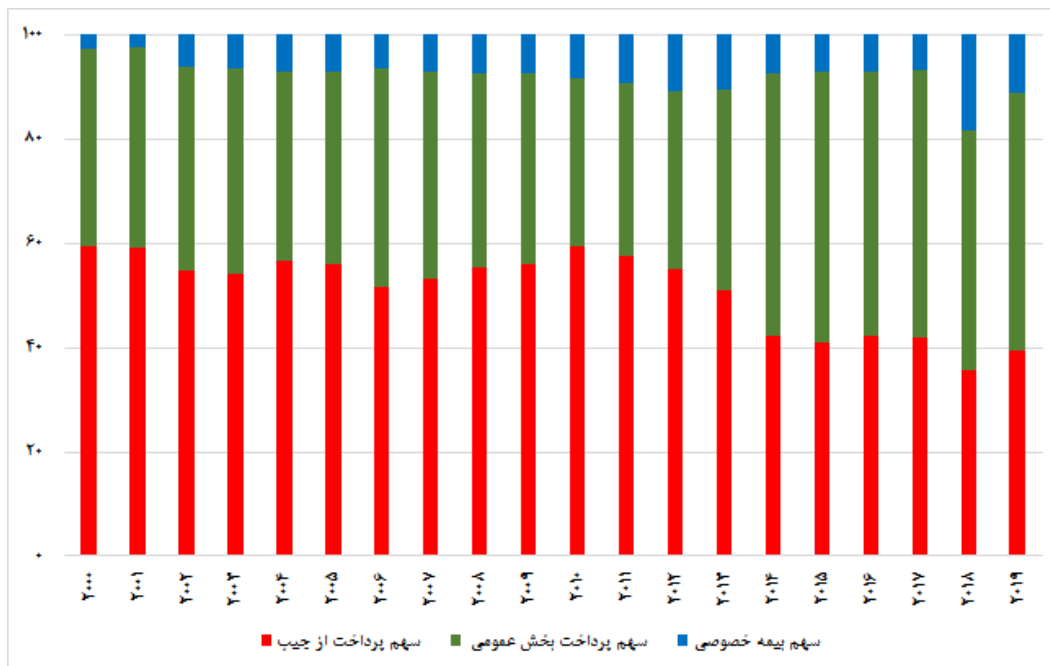
نمودار ۸- نمودار سهم بخش خصوصی از هزینه‌های کل سلامت در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



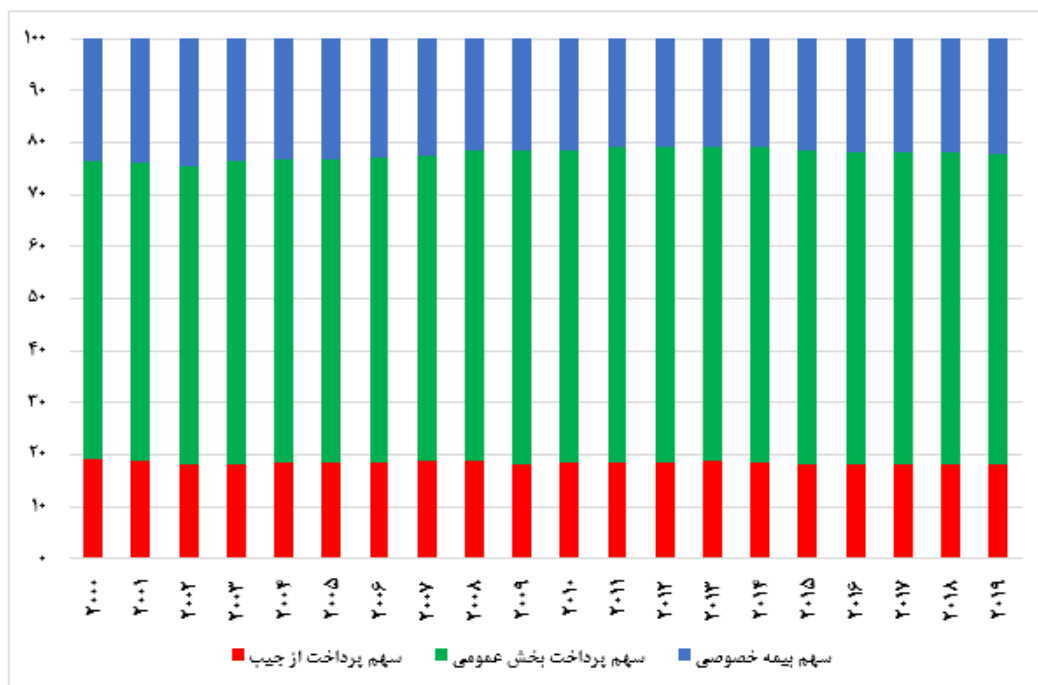
نمودار ۹- میزان پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



نمودار ۱۰- درصد پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت ایران



نمودار ۱۱ - سهم منابع مختلف تامین مالی نظام سلامت ایران در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ایران



نمودار ۱۲ - سهم منابع مختلف تامین مالی نظام سلامت کشورهای جهان در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ میلادی در مطالعه ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ایران

References

1. Iran statistics center, population statistics. Available at: <https://www.amar.org.ir/> [Access date 14/10/2022]
2. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees. *Tehran University Medical Journal*. 2018; 76(4):277-282. [Persian]
3. Mosadeghrad AM, Janbabaei G, Kalantari B, Darrudi A, Dehnavi H. Equity in distribution of hospital beds in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2020;24(6):12-36. [Persian]
4. Ramazani RK. Constitution of the Islamic Republic of Iran. *Middle East Journal*. 1980;34(2):181-204. [Persian]
5. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
6. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. World Health Organization: Geneva. 2010:7-20.
7. Mosadeghrad AM, Heydari M. Futurology of universal health coverage in Iran. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2021;26(6):1-10. [Persian]
8. Mosadeghrad AM, Tolouie Rakhshan S, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Research Journal*. 2020; 23 (3):353-366. [Persian]
9. Mosadeghrad AM, Heydari M, Ramandi S, Abbasi M. Strategic Analysis of the Iranian Health Financing System: A Scoping Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021 Mar 10; 18(4):373-88. [Persian]
10. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2021;19(2):137-56. [Persian]
11. The World Bank. Available at: <https://data.worldbank.org/> [Access date 14/10/2022].
12. World Health Organization. Global expenditure on health: public spending on the rise? Geneva: World Health Organization; 2021.
13. World Bank Macro Poverty Outlook. Washington, DC: World Bank. 2020.
14. World Health Organization. Global spending on health: a world in transition. World Health Organization; 2019.
15. Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, Matsumoto M, Ogata H, Babazono A, Watanabe R, Shibuya K, Yang BM, Reich MR, Kobayashi Y. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*. 2011;378(9796):1106-15.
16. Moreno-Serra R, Wagstaff A. System-wide impacts of hospital payment reforms: evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia. *Journal of Health Economics*. 2010;29(4):585-602.
17. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Ehteshami F. Donors' participation in financing health system of Iran. *Hakim Health System Research*. 2019; 22 (1) :26-42. [Persian]
18. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran. 2015: 20-45. [Persian]
19. 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.
20. Ouchi WG. Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative science quarterly*, 1980; 25:129-41.

21. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study. *Payesh*. 2019; 18 (2) :127-148. [Persian]
22. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. *Hakim Research Journal*. 2020; 23 (2) :246-259 [Persian]
23. Mosadeghrad AM, Esfahani P, & Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. *Payavard*. 2017; 11 (3):318-331. [Persian]

Evaluation of Iran's Health Financing System

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Mahya Abbasi², Mahdieyh Heydari^{*2}

1- Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: M.heydari8994@gmail.com

Received: May 20, 2022

Accepted: Jul 20, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: The health financing system is "the process of collecting, pooling and managing financial resources and purchasing healthcare services". Iran's health financing system is facing challenges. The aim of this study was to evaluate the Iranian health financing system.

Materials and Methods: This descriptive study retrospectively evaluated the health financing system of Iran between 2000 and 2019 using archival data. Data were collected from the World Bank website and analyzed using the Excel software.

Results: Iran's health expenditure per capita increased by 3.7% annually between 2000 and 2019 and reached \$868 (purchasing power parity) in 2019. Iran's total health expenditure increased from \$32 billion in 2000 to \$72 billion (purchasing power parity) in 2019 (5.9% annual increase). Iran accounted for about 0.6% of the world total health expenditure in 2019. In that year about 6.7% of the country's gross domestic product was spent on health, the global average being 9.8%, while the general government health expenditure (% of the then current health expenditure) in Iran and the world were 49.5% and 59.8%, respectively. Out-of-pocket expenditure (% of the then current health expenditure) decreased in the last decade in Iran, reaching 39.5% in 2019, compared to 18% worldwide.

Conclusion: Iran's health system costs are increasing at a faster rate than the growth of its Gross Domestic Product (GDP). The country's health expenditure (% of GDP) and, as a result, the general government health expenditure (% of general government expenditures) has decreased and out-of-pocket expenditure (% of current health expenditures) has increased. Therefore, reforms should be implemented to strengthen the country's health financing system.

Keywords: Iranian Health System, Health Financing, Evaluation

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



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