

الگوی تأمین مالی نظام سلامت در ایران

مجری طرح: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت
با همکاری: دفتر بودجه و پایش عملکرد، معاونت توسعه و مدیریت منابع، وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

مشخصات کتاب

نام کتاب: الگوی تأمین مالی نظام سلامت در ایران

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،
پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم
پزشکی کرمان

مؤلفین: دکتر محمدحسین مهرالحسنی، مژگان امامی،
بهزاد نجفی، مریم رضائیان، دکتر رضا دهنویه

زیر نظر: دکتر علی اکبر حقدوست، دکتر مسعود
ابوالحلاج

صفحه آرای: رضا شیخزاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: مردادماه ۱۳۹۴

فهرست مطالب

۱- خلاصه اجرایی	۶
۱-۱- مقدمه	۶
۲-۱- مراحل و روش اجرایی	۶
۳-۱- اهم نتایج	۷
۴-۱- نتیجه‌گیری	۷
۲- گزارش تفصیلی	۹
۱-۲- مقدمه	۹
۲-۲- روش کار	۱۲
۳-۲- یافته‌ها	۱۳
۱-۳-۲- اهداف و ویژگی نظام‌های تأمین مالی	۱۳
۲-۳-۲- ابعاد و کارکردهای نظام تأمین مالی	۱۴
۳-۳-۲- منابع مالی نظام سلامت	۱۹
۴-۳-۲- روش‌های اصلی پرداخت در نظام تأمین مالی	۱۹
۵-۳-۲- معیارهای ارزیابی نظام تأمین مالی	۲۰
۶-۳-۲- عوامل بیرونی مؤثر بر نظام تأمین مالی	۲۱
۷-۳-۲- نظام تأمین مالی در کشورها	۲۴
۸-۳-۲- وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران	۴۹
۹-۳-۲- ویژگی‌های نظام تأمین مالی سلامت در ایران در مقایسه با سایر کشورها	۶۲
۱۰-۳-۲- گردش مالی سلامت (Health Financing Flow)	۶۹
۱۱-۳-۲- ساختار حقوقی درگیر در نظام تأمین مالی سلامت ایران	۷۴
۱۲-۳-۲- اسناد و اقدامات بالادستی در راستای نظام تأمین مالی سلامت در ایران	۷۶
۱۳-۳-۲- اصلاحات نظام تأمین مالی سلامت در ایران	۸۰
۴-۲- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری	۸۷

۸۸.....	۲-۵-رفرنس‌ها
۹۵.....	۲-۶-پیوست‌ها
۹۵.....	۲-۶-۱-پیوست ۱
۱۰۴.....	۲-۶-۲-پیوست ۲

فهرست جداول

۵۰.....	جدول ۱: گزارش شاخص‌های تأمین مالی در بخش سلامت ایران در سال ۲۰۱۲
۵۱.....	جدول ۲: منابع تأمین مالی نظام سلامت در ایران در سال ۲۰۱۴
۶۴.....	جدول ۳: مقایسه تطبیقی نظام تأمین مالی در کشورهای منتخب
۷۸.....	جدول ۴: چارچوب مفهومی تأمین مالی سلامت

فهرست اشکال

۱۱.....	شکل ۱: چارچوب پیشنهادی سیستم‌های سلامت توسط WHO در سال ۲۰۰۷
۱۵.....	شکل ۲: کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت
۲۱.....	شکل ۳: نظام تأمین مالی سلامت
۲۳.....	شکل ۴: روند اصلاحات در نظام مالی سلامت
۳۵.....	شکل ۵: مدل یارانه‌ای در آلمان
۳۶.....	شکل ۶: مدل نظام تأمین مالی سلامت در آلمان در سال ۲۰۰۷

- شکل ۷: سیر زمانی بیمه سلامت اجتماعی در شیلی ۴۶
- شکل ۸: سیستم تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت در تایلند ۴۹
- شکل ۹: وضعیت کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت در ایران ۶۱
- شکل ۱۰: جریان نقدینگی تأمین مالی سلامت در ایران ۷۳
- شکل ۱۱: ساختارهای حقوقی درگیر در نظام سلامت ۷۵
- شکل ۱۲: سیر زمانی تحولات نظام مالی سلامت در ایران ۸۶

۱- خلاصه اجرایی

۱-۱- مقدمه

ارتقاء و حفاظت از سلامت برای رفاه انسان و حفظ توسعه اجتماعی و اقتصادی ضروری است. در نتیجه، دولت‌ها به جهت مواجهه با انتظارات افراد به سلامت به‌عنوان یک موضوع سیاسی توجه کرده‌اند اما توسعه همه‌جانبه فناوری در زمینه‌های مختلف از قبیل فناوری‌های پزشکی و افزایش انتظارات افراد از سیستم‌های سلامت، منجر به افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت در همه بخش‌ها شده است. بعلاوه، تغییر شیوه زندگی مردم و افزایش سن جمعیت منجر به افزایش بیماری‌های مزمن‌تر و دوره‌های درمان و در نتیجه، تحمیل هزینه‌های بیشتر بر سیستم سلامت شده است. یکی از پیامدهای این موضوع، هزینه بالای پرداخت مستقیم و هزینه‌های کمرشکن در ایران بوده است. در این راستا، نظام سلامت ملزم به بررسی راهکارهای مناسب برای تأمین مالی نظام پزشکی و مشارکت عمومی در تأمین مالی ضمن توزیع ریسک از اقشار پردرآمد/سالم به اقشار کم‌درآمد/بیمار است

۱-۲- مراحل و روش اجرایی

در پژوهش حاضر، به روش مرور نظام‌مند استاد/مطالعه کتابخانه‌ای به بررسی وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران پرداخته شد. برای این منظور، با کلیدواژه‌های Health financing, Health WHO, science direct, google scholar, financing Models در اینترنت، سایت‌های WHO و science direct، مقالات، تحقیقات و گزارش‌های موردبحث در راستای هدف پژوهش، استخراج و به‌دقت مطالعه و گزارش و از نظر محتوایی مورد تحلیل قرار گرفتند.

۱-۳-۳-اهم نتایج

ترکیب سهم‌های مختلف منابع در ایران به گونه‌ای است که ۵۶,۱ درصد از محل خانوارها، ۲۵,۶ از بیمه‌ها و ۱۸,۳ درصد از محل درآمد عمومی دولت تأمین مالی صورت می‌گیرد. یکی از مشکلات حیاتی در تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران این است که مقدار کمی از منابع تأمین شده وارد چرخه انباشت و توزیع ریسک توسط بیمه‌ها آن‌هم به صورت پراکنده می‌شود و حجم زیادی از منابع تحت کنترل نظام سلامت مدیریت نمی‌شود که این موضوع در امر تخصیص و خرید راهبردی خدمات سلامت به وضوح خود را نشان می‌دهد. بعلاوه، در سال‌های گذشته، با بالا رفتن فشار افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت، کمبود جدی منابع در بخش سلامت احساس می‌شود. در چنین وضعیتی، دولت‌ها علاقه فزاینده‌ای به خصوصی‌سازی خدمات مراقبت سلامت نشان دادند و این امر به عنوان یکی از سیاست‌های غالب در نظام سلامت مطرح شد. اما افزایش نقش بخش خصوصی بدون توجه به پیامدهای بالقوه آن، منجر به تشدید بی‌عدالتی و ضعف در دسترسی به خدمات سلامت شده و در بسیاری از حوزه‌ها، بخش خصوصی حاضر به سرمایه‌گذاری نیست.

۱-۴-نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران نشان داد که سیستم تأمین مالی، یک سیستم ترکیبی متشکل از وجوه عمومی (مالیات، حق بیمه، فروش منابع طبیعی و...)، وجوه خصوصی (پرداخت‌های مستقیم از جیب، حق بیمه‌ها، منابع خیریه‌ها و...) و دنیای خارج است. در این میان، بخش خصوصی حدود ۶۴,۹٪ از منابع مالی حوزه سلامت را تأمین نموده است که پرداخت مستقیم از

جیب، حدود ۵۶,۱٪ از آن را به خود اختصاص داده است. بنابراین میزان هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب و مواجه با هزینه‌های کمرشکن و بار مالی سنگین، انباشت و کنترل تنها ۲۵,۶٪ از منابع مالی بخش سلامت و ضعف در توزیع ریسک بین افراد سالم/بیمار و اقشار پردرآمد/کم‌درآمد از اهم مشکلات نظام تأمین مالی بخش سلامت ایران هستند. از طرف دیگر، مشخص شد که در مقایسه با تجربیات سایر کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، در متن قوانین و مقررات ایران در زمینه تأمین مالی، تکلیف تعریف و هدف‌گذاری شده است، اما مشکلات زیرساختی در زمینه‌های تناسب ساختارهای سازمانی، برنامه‌ریزی به‌ویژه برنامه‌های عملیاتی، نیروی انسانی، سیستم‌های اطلاعاتی، منابع مالی و اعمال هزینه‌های مازاد عملیاتی و اداری، حاکمیت و رهبری و ارتباطات برون‌سازمانی از موانع اصلی اجرایی شدن و کارآمدی در این زمینه محسوب می‌شوند.

۲- گزارش تفصیلی

۲-۱- مقدمه

ارتقاء و حمایت از سلامت، برای رشد و تعالی انسان و پیشرفت پایدار جوامع، ضروری است. این موضوع، به طور مشخص در اعلامیه آلماتا، نیز اعلام گردیده است، به نحوی که سلامت در بهبود کیفیت زندگی، صلح و امنیت جهانی نقش اساسی دارد. در بسیاری از کشورها، در پی نگرانی‌های اجتماعی و اقتصادی چون بیکاری، دستمزدهای پایین و هزینه‌های بالای زندگی، سلامتی افراد به خطر افتاده و منجر شده است که ضمن مواجهه با افزایش انتظارات جامعه، سلامت به عنوان یک موضوع مهم سیاسی مدنظر سیاست‌گذاران و دولتمردان قرار گیرد (۱).

اهداف نهایی یک نظام سلامت به تنظیمات و اولویت‌های اجتماعی و سیاسی محلی بستگی دارد. آن‌ها اغلب به طور شفاف بیان نمی‌شوند، اما معمولاً شامل موارد ذیل هستند:

۱. سلامت بهتر^۱: که اغلب به عنوان هدفی در دستیابی به اهداف دیگر چون بهبود بهره‌وری در

نظر گرفته می‌شود؛

۲. عدالت^۲: برخی از مفاهیم انصاف یا عدالت اجتماعی که اغلب به صورت محلی تعریف

می‌شوند؛

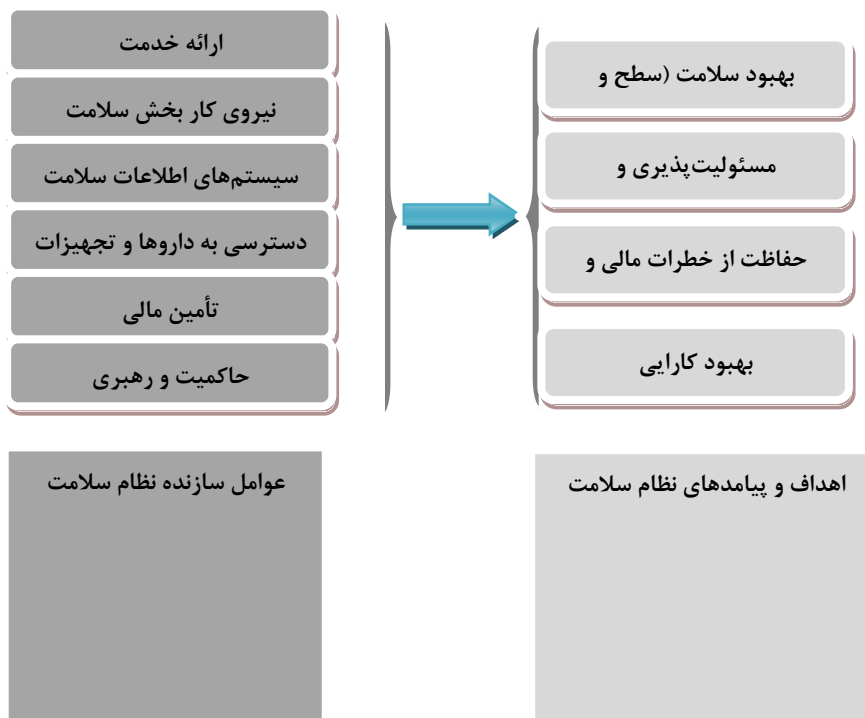
¹Better health

²Equity

۳. همبستگی^۳: این موضوع بر این عقیده استوار است که گروه‌های متفاوت در جامعه، وابستگی درونی داشته و باید به یکدیگر کمک کنند؛ (۲).

در یک نگاه کلی، طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، در همه مدل‌های نظام سلامت، تأمین مالی لحاظ شده است، به طوری که در گزارش WHO در سال ۲۰۰۰، اهداف نظام سلامت در راستای تأثیر گذاری بر سلامت، پاسخگویی و توزیع بار مالی بوده (۳)، در گزارش ۲۰۰۷، به بهبود سلامت (سطح و عدالت)، پاسخگویی، حفاظت از خطرات مالی و اجتماعی و بهبود بهره‌وری توسعه یافته است. بر اساس مدل و چارچوب پیشنهادی جدید، ۶ مؤلفه اصلی: تأمین مالی، نیروی کار بخش سلامت، اطلاعات، ارائه خدمت، محصولات و فناوری‌های پزشکی، رهبری و حاکمیت برای سیستم‌های سلامت در نظر گرفته شده است (۴). در این مدل، سلامت، علاوه بر بعد سیاسی، به عنوان یک موضوع و مسئولیت اجتماعی به جهت افزایش اعتماد ملی و امنیت داخلی در نظر گرفته شده است (شکل شماره ۱).

³Solidarity



شکل ۱: چارچوب پیشنهادی سیستم‌های سلامت توسط WHO در سال ۲۰۰۷

در پی طرح‌ریزی چارچوب WHO، نمایندگی ایالات متحده آمریکا برای توسعه بین‌المللی (USAID)، رویکرد ارزیابی سیستم سلامت را براساس چارچوب WHO پیشنهاد داد. این رویکرد شامل ۶ مؤلفه است که هر یک مربوط به یکی از ورودی‌های سیستم است و مجموع آن، برای ارزیابی عملکرد سیستم سلامت یک کشور به کار می‌رود. هر مؤلفه دارای شاخص‌هایی است که می‌توانند با استفاده از داده‌های ثانویه و سایر اطلاعات به دست آمده از طریق مصاحبه‌های ساختارمند با ذینفعان کلیدی، ساخته شوند و عملکرد هر سیستم براساس معیارهای عدالت، کارایی، دسترسی، کیفیت و پایداری سنجیده شود (۵).

در این راستا، به منظور ارائه خدمات سلامت و بهبود پیامدهای آن در جهت دستیابی به اهداف گسترده توسعه، تأمین منابع بخصوص منابع مالی این حوزه، نقشی اساسی را ایفا می‌نماید (۶). بنابراین ضروری است که در راستای تخصیص بهینه منابع به نظام مراقبت‌های سلامت، اصلاحات قابل ملاحظه‌ای از سوی دولت‌ها صورت پذیرد تا بتوان از طریق سرمایه‌گذاری بیشتر در این حوزه متناسب با افزایش درآمد ملی و هماهنگی با سایر بخش‌ها، به رشد اقتصادی-اجتماعی دست یافت (۷).

قبل از هر چیز باید به این موضوع اشاره شود که برخلاف اکثر کالاهایی چون غذا و پناهگاه، که انتظار می‌رود افراد و خانوارها آنچه را که نیاز دارند، خریداری و پرداخت نمایند، نیاز به مراقبت سلامت پراکنده، دوره‌ای و غیرقابل پیش‌بینی است، بنابراین سخت است که اطمینان حاصل شود که پول کافی جهت پرداخت در مواقع مورد نیاز وجود دارد. از سوی دیگر، مراقبت سلامت می‌تواند همچنین خیلی گران‌قیمت باشد، بخصوص در مورد درمان بیمارستانی، تصادفات و بیماری‌های بلندمدت. همچنین، اقشار کم‌درآمد نه تنها توانایی کمتری برای پرداخت مراقبت سلامت دارند (همانند دیگر کالاها)، بلکه، به دلیل وضع نابسامان مسکن، تغذیه ضعیف و شرایط بد استخدامی، نیازهای بهداشتی بالاتری داشته و فردی که بیمار باشد، اساساً توانایی‌اش برای کار کردن مختل خواهد شد (۲).

۲-۲- روش کار

در پژوهش حاضر، به روش مرور نظام‌مند استاد/مطالعه کتابخانه‌ای به بررسی وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران پرداخته شد. برای این منظور، با کلیدواژه‌های Health financing، Health

WHO و science direct، google scholar سایت‌های اینترنت، financing Models در اینترنت،

مورد بررسی و مقالات، تحقیقات و گزارش‌های مورد بحث در راستای هدف پژوهش، استخراج و به دقت مطالعه و گزارش و از نظر محتوایی مورد تحلیل قرار گرفتند.

۲-۳- یافته‌ها

۲-۳-۱- اهداف و ویژگی نظام‌های تأمین مالی

با توجه به مسائل گفته شده در قسمت مقدمه، یک نظام تأمین مالی باید اهداف زیر را تحت پوشش قرار دهد:

۱. گسترش خطر (توزیع/تقسیم خطر)^۴: باید خطر را در طول زمان توزیع نمود، به طوری که

خانوارها بتوانند برای هزینه‌های مراقبت سلامت برنامه‌ریزی داشته باشند، برای مثال، نیاز

خانوارها به پرداخت‌های منظم در یک حساب پس‌انداز، به طوری که بتوانند با هزینه‌های

سنگین مراقبت سلامت مواجه شوند.

۲. انباشت خطر^۵: برای درمان‌های سنگین، حساب‌های پس‌انداز شخصی ممکن است برای

مواجهه با هزینه‌های بالا، ناکافی باشد. بنابراین، نظام‌های تأمین مالی باید خطر را بین افراد

متفاوت جامعه تجمیع کنند، به طوری که افراد با نیازهای سلامتی کمتر، به افراد با نیازهای

بالا، کمک مالی نمایند. شکل دیگری از یارانه متقاطع می‌تواند بین گروه‌های کم‌درآمد و با

درآمد بالا در جامعه یا پیر و جوان باشد؛

^۴Risk spreading

^۵Risk pooling

۳. ارتباط بین بیماری و فقر^۶: به دلیل وجود این ارتباط، باید اطمینان حاصل شود که اقبال کم درآمد به نظام‌های سلامت دسترسی داشته باشند و به صورت نامتناسبی برای آن‌ها پرداخت انجام دهند. گرچه در حال حاضر در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار، سهم بالاتری از درآمد خالص خود را صرف مراقبت‌های بهداشتی می‌کنند و اغلب استاندارد پایین تری از خدمات سلامت را نسبت به خانوارهای ثروتمند دریافت می‌کنند؛

۴. اهمیت اساسی سلامت^۷: سلامت یک نیاز اساسی است و بدون آن، ارتقاء کیفیت حیات وزندگی در کلیه ابعاد میسر نخواهد شد. بنابراین، هدف، بالاترین دسترسی ممکن به خدمات مناسب مراقبت سلامت برای کلیه اعضای جامعه است؛

لذا به صورت کلی، یک نظام تأمین مالی باید گردش وجوه کافی و قابل اعتمادی را ارائه کند، به طوری که خدمات در طول زمان بتوانند در یک سطح قابل قبولی از کیفیت برنامه‌ریزی و حفظ شوند. همچنین، این امر باید در کاراترین روش ممکن انجام شود (حداقل ائتلاف منابع). به عبارت دیگر، خدمات متناسب با نیاز بیماران و در یک چارچوب قابل قبول ارائه گردد (۲).

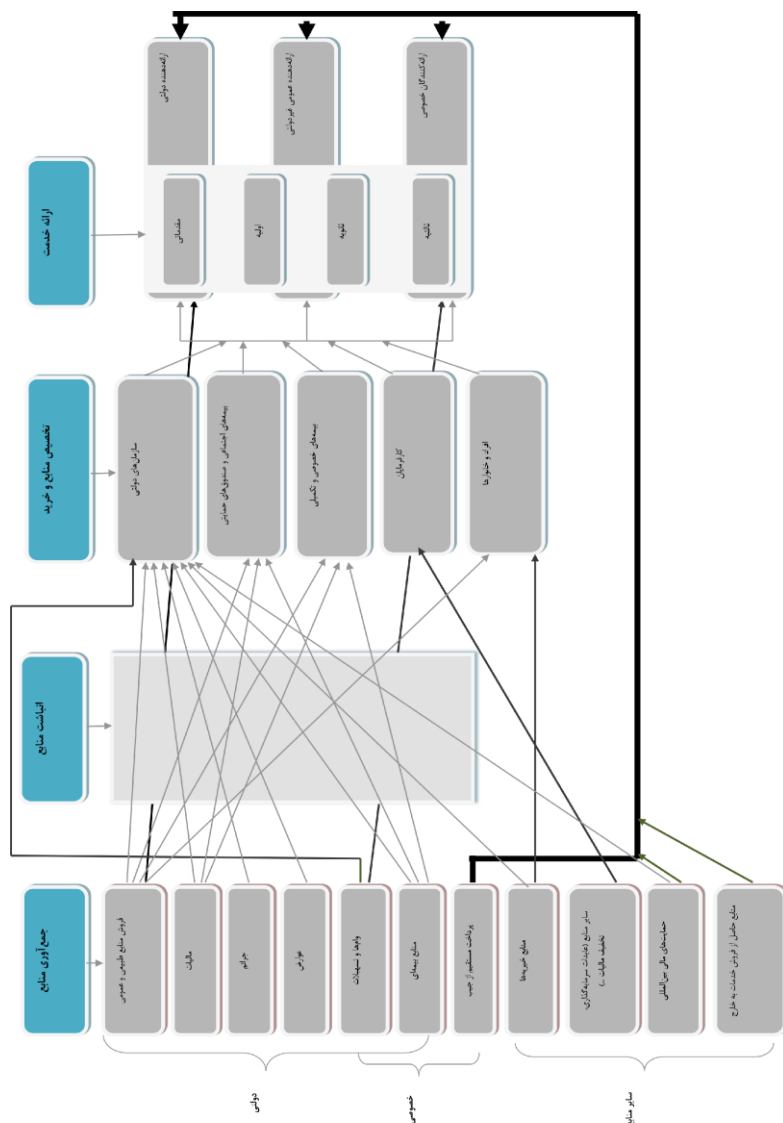
۲-۳-۲- ابعاد و کارکردهای نظام تأمین مالی

تأمین مالی مراقبت سلامت، فرآیند جمع‌آوری درآمد از منابع اولیه و ثانویه، تجمیع در صندوق‌های مالی و اختصاص به فعالیت‌های خاص ارائه‌کنندگان است (۳۴). بنابراین، نظام تأمین مالی، به لحاظ

^۶Connection between ill-health and poverty

^۷Fundamental importance of health

مفهومی، به سه کارکرد درونی مرتبط یعنی جمع آوری درآمد، انباشت منابع (تجمیع صندوق) و خرید/ارائه خدمات، دسته بندی شده است (شکل ۲).



شکل ۲: کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت

در اکثر کشورهای کم‌درآمد و بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط، جمع‌آوری درآمد، حاصل ترکیبی از منابع داخلی و خارجی است. باوجود افزایش قابل توجه در حمایت خارجی، منابع موجود، هنوز هم در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد، جهت اطمینان از پوشش همگانی حتی برای برآورده سازی بسته پایه مداخلات موردنیاز، ناکافی هستند.

حفاظت در برابر خطرات مالی، به‌واسطه نحوه تجمیع صندوق‌ها و نحوه انباشت آن‌ها به جهت توزیع خطر در بین گروه‌های جمعیتی، تعیین می‌شود. براین اساس، گاهی، پرداخت مستقیم هزینه‌ها توسط بعضی افراد، آن‌ها را از جستجو یا تداوم مراقبت بازمی‌دارد و هیچ‌گونه حفاظت از خطر مالی برای آن‌ها، ارائه نمی‌شود، یعنی، آن‌ها، زمانی که بیمار هستند پرداخت می‌کنند و زمانی که سالم هستند، هیچ‌گونه پرداختی صورت نمی‌گیرد. ماحصل فقدان انسجام و همبستگی، تحمل بار شدید مالی بر دوش خانوارها است که آن‌ها را به زیر خطر فقر سوق می‌دهد. بنابراین، سیاست تأمین مالی باید با سؤالاتی چون نحوه تجمیع عادلانه منابع مالی و درجه تصاعدی مشارکت ثروتمندان نسبت به اقشار کم‌درآمد در ارتباط باشد. این موضوع مستلزم اطمینان از دسترسی به خدمات موردنیاز ضمن حفاظت از مردم در برابر پیامدهای بار شدید مالی است. این اهداف نمی‌توانند بدون بعضی اشکال و روش‌های پیش‌پرداخت و انباشت متعاقب درآمد جمع‌آوری شده، محقق شوند. یعنی اینکه مردم زمانی که سالم هستند به یک صندوق پرداخت می‌کنند و زمانی که بیمار می‌شوند می‌توانند از وجوه تجمیع شده در این صندوق استفاده کنند، زمانی که بیمار هستند. منابع می‌توانند حاصل از مالیات یا مشارکت‌های بیمه سلامت یا ترکیبی از هر دو باشند (۸).

سازمان جهانی بهداشت، بر سه موضوع بازتوزیعی در انباشت خطر (از سالم به بیمار و از قشر پردرآمد به قشر کم‌درآمد) اشاره می‌کند:

۱. افراد ممکن است مشارکت‌های مالی یکسانی داشته باشند، اما تجمیع کارآمد باعث می‌شود که منابع مالی از افراد نسبتاً سالم به بیمار، انتقال یابد. یک برنامه اجتماعی تأمین مالی که توسط اعضا با یک نرخ ثابت، پرداخت صورت می‌گیرد، ممکن است عملکرد این سناریو، بیشتر مورد انتظار باشد.

۲. اعضای برنامه، ممکن است استفاده مساوی از مراقبت سلامت داشته باشند. در این حالت، نیاز است که تجمیع کارآمد، ضمن مشارکت‌های مالی متفاوت، از ثروتمند به قشر کم‌درآمد صورت گیرد. این هدف، بیشتر مورد توجه نظام‌های تأمین مالی مبتنی بر درآمد (به‌عنوان مثال، بسیاری از برنامه‌های بیمه اجتماعی) است.

۳. افراد ممکن است مشارکت‌های مالی یکسان و استفاده یکسان از خدمات سلامت در طول دوره زندگی خود داشته باشند. در این حالت، انباشت باید مبتنی بر چرخه زندگی فرد صورت گیرد (۹).

در ارتباط با کارکرد ارائه خدمت و حفاظت از خطرات مالی و دستیابی به پوشش همگانی سلامت، در کشورهای با درآمد کم و متوسط به یک اولویت قاطع جهانی تبدیل شده است و نیاز است که با یک تمرکز فن، این بلندپروازی به واقعیت تبدیل شود، برای رسیدن به این هدف، استراتژی‌های تأمین مالی

باید توسعه و اجرا شوند. در این راستا، ابزارها و رویکردهای اقدامی قابل ملاحظه براساس کارکردهای نظام تأمین مالی به شرح ذیل می‌باشند:

۱. مکانیسم‌های جمع‌آوری درآمد

۱-۱ تجزیه و تحلیل فضای مالی؛

۲-۱ مکانیسم‌های ابتکاری تأمین مالی؛

۳-۱ تجزیه و تحلیل پایدار بدهی؛

۴-۱ تجزیه و تحلیل کارایی و بهره‌وری هزینه؛

۲. عملکرد انباشت:

۱-۲ تجزیه و تحلیل مکانیسم‌های انباشت و پیشنهادهایی برای دستیابی به بزرگ‌ترین

کمک مالی متقاطع؛

۲-۲ انجام مطالعات امکان‌سنجی؛

۳-۲ توسعه و اجرای اصلاح بیمه سلامت ملی؛

۳. کارکرد خرید:

۱-۳ تعریف و بسته‌بندی مزایا و منافع برای طرح پوشش همگانی سلامت؛

۲-۳ شناسایی پس‌اندازهای هزینه‌ای (با تمرکز بر هزینه‌های دارو و منابع انسانی)؛

۳-۳ اصلاحات تأمین مالی بیمارستانی (گروه‌های تشخیصی مرتبط، بودجه‌های گلوبال و

پرداخت به ازای خدمات برای مراقبت سطح سوم)؛

۴-۳ مکانیسم‌های پرداخت سرانه و پرداخت به ازای عملکرد برای مراقبت سرپایی؛

۵-۳ عملکردهای فردی و تسهیلاتی مبتنی بر عقد قرارداد و پرداخت‌ها؛

۴. تخصص برش متقاطع (Cross-cutting expertise):

۱-۴ بازنگری هزینه‌های عمومی؛

۲-۴ بررسی و پیمایش ردگیری هزینه‌های عمومی؛

۳-۴ مطالعات هزینه‌یابی؛

۴-۴ تحلیل میزان مزایا و منافع حاصل (۱۰).

۲-۳-۳- منابع مالی نظام سلامت

چهار منبع کلیدی بودجه برای تأمین مالی مراقبت سلامت عبارت‌اند از: مالیات، مشارکت‌های مالی حاصل از بیمه اجتماعی، خرید داوطلبانه بیمه خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب. این چهار منبع می‌توانند به‌عنوان بیمه اجباری یا اجتماعی، کمک‌های مالی دولتی یا مالیات، و بیمه خصوصی یا داوطلبانه نیز طبقه‌بندی گردند (۱۱).

۲-۳-۴- روش‌های اصلی پرداخت در نظام تأمین مالی

با توجه به ابعاد و اجزای گفته‌شده و غلبه یکی از ابعاد به‌ویژه در تولید منابع و نحوه خرید آن، روش‌های اصلی پرداخت در نظام تأمین مالی به شرح ذیل می‌باشند:

۱. پرداخت مستقیم توسط افراد

۱-۱ پرداخت‌های مصرف‌کننده (دولتی و خصوصی)

۲-۱ حساب‌های پس‌انداز پزشکی

۳-۱ پرداخت‌های غیررسمی

۲. پرداخت‌های مبتنی بر بیمه (همگانی)

۱-۲ مالیات عمومی (ملی یا محلی)

۲-۲ مالیات بر حقوق

۳ پرداخت‌های مبتنی بر بیمه (انتخابی)

۱-۳ بیمه اجتماعی

۲-۳ بیمه داوطلبانه

۳-۳ بیمه خصوصی

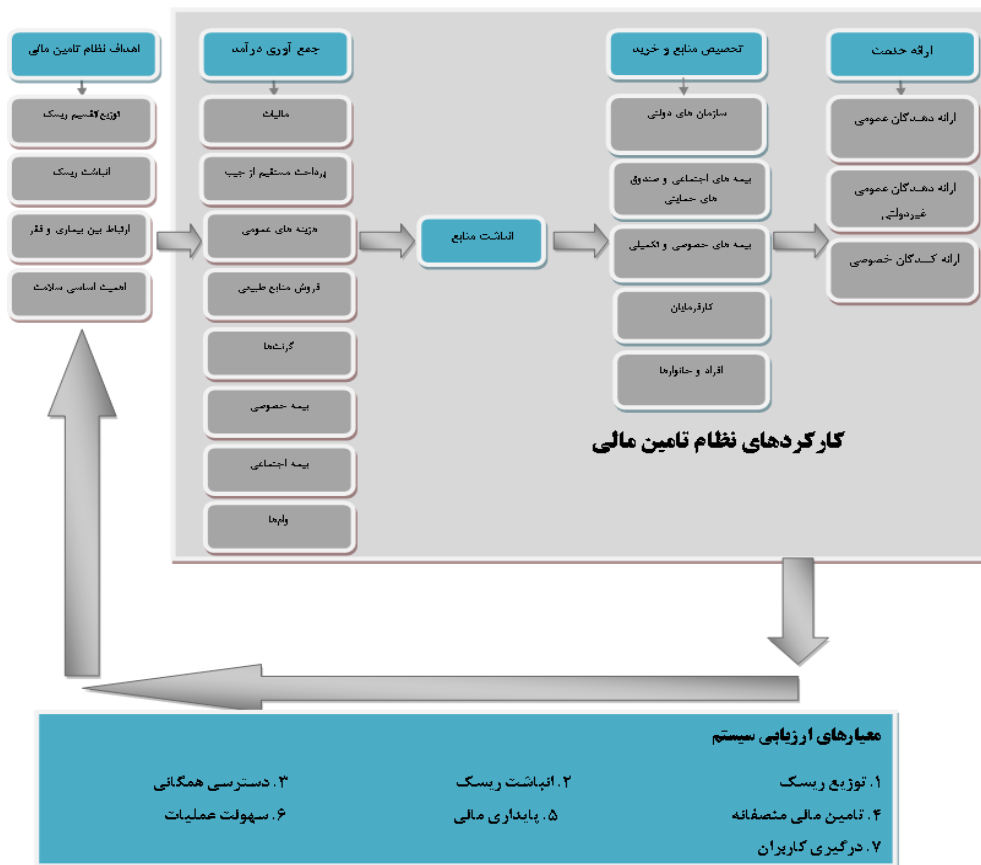
۴ . سایر

۱-۴ تأمین مالی اهدایی

۲-۳-۵- معیارهای ارزیابی نظام تأمین مالی

براساس ۷ معیار اصلی مبتنی بر مشخصه و اهداف تأمین مالی نظام سلامت، نظام تأمین مالی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد

۱. گسترش خطر در طول زمان؛
 ۲. انباشت خطر بین گروه‌های مختلف افراد؛
 ۳. دسترسی همگانی (بالا‌ترین پوشش ممکن)؛
 ۴. تأمین مالی منصفانه (هزینه‌های متناسب با درآمد و یا افزایش متناسب با سطوح درآمدی)؛
 ۵. منابع مالی کافی و قابل اعتماد (ثبات/پایداری مالی)؛
 ۶. سهولت عملیات (عدم وجود ابزار پیچیده و گران‌قیمت برای مدیریت در این حوزه)؛
 ۷. درگیری کاربران (ورود جامعه در طراحی، اجرا و ارزیابی) (۲)؛
- نظام تأمین مالی سلامت در شکل زیر خلاصه گردیده است:



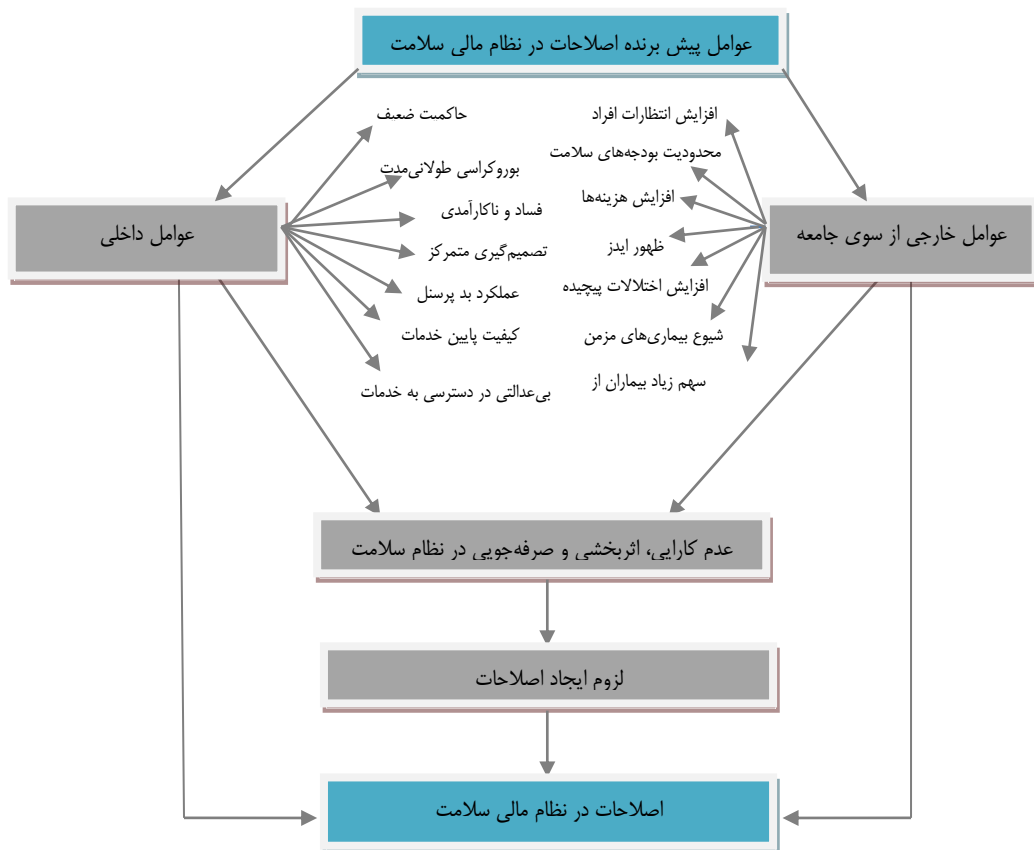
شکل ۳: نظام تأمین مالی سلامت

۲-۳-۶- عوامل بیرونی مؤثر بر نظام تأمین مالی

همه کشورهای جهان، با چالش های انتخاب در تأمین مالی نظام سلامت، مواجهه شده اند. قبل از هر چیز، لازم است که به چرایی بروز اصلاحات در حوزه تأمین مالی پرداخت. براین اساس، عوامل پیش برنده اصلاحات به دو دسته عوامل درونی و بیرونی تقسیم شده اند. عوامل بیرونی ساختار نظام سلامت شامل افزایش سریع هزینه ها به دلیل تحولات گسترده در علوم و فناوری پزشکی، افزایش انتظارات

افراد (۱۲)، سهم زیاد بیماران از خدمات سلامت (۱۳)، محدودیت منابع (۱۴)، رشد سریع جمعیت، تغییر الگوی مصرف و شیوه زندگی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت (۱۵)، تغییر در بار بیماری‌ها و حرکت از بیماری‌های واگیردار به سمت بیماری‌های غیر واگیر، مسن شدن جمعیت (۱۶)، رشد سریع قیمت‌ها (۱۷)، ظهور ایدز (۱۸)، افزایش تعداد اختلالات پیچیده و در مقیاس وسیع، شیوع بیماری‌های مزمن همراه با تداوم بیماری‌های واگیردار (۱۹)، بروز مقاومت دارویی به بعضی بیماری‌ها (۲۰) بود و عوامل درونی ساختار نظام سلامت، مواردی چون بوروکراسی قوی و بازدارنده، فساد و ناکارآمدی (۲۱)، تمرکز بیش از حد تصمیم‌گیری (۲۲)، کارایی فنی و تخصیصی ضعیف (۲۳)، کیفیت پایین خدمات (۲۴)، عملکرد ضعیف کارکنان بهداشتی (۲۵)، تضعیف روحیه کارمندان بخش سلامت (۲۶)، بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات (۲۷) و توزیع نابرابر امکانات و منابع (۲۸) را در بر گرفتند. بنابراین، ترکیب فشار فزاینده بر هزینه‌ها و توانایی محدود دولت در افزایش مخارج بهداشتی، دولت‌ها را به اعمال اصلاحاتی در تأمین مالی نظام‌های سلامت، وادار نموده است (۲۹) تا به بهبود عدالت، کارایی، اثربخشی و پایداری مکانیسم‌های تأمین مالی نظام سلامت دست یابد (۳۰).

روند اصلاحات در نظام مالی سلامت در شکل شماره ۴ خلاصه گردیده است.



شکل ۴: روند اصلاحات در نظام مالی سلامت

اجماع عمومی بر سر این موضوع وجود دارد که نظام‌های تأمین مالی سلامت نه تنها باید در پی جذب سرمایه کافی برای سلامت باشند، بلکه باید به شیوه‌ای اجرا شوند که به افراد، اجازه استفاده از خدمات موردنیاز را بدون خطر بار شدید مالی دهند (که اغلب به‌عنوان، فاجعه مالی یا فقر شناخته می‌شود). درحقیقت، نظام تأمین مالی باید به گونه‌ای عمل کند که منابع مالی کافی را جذب نموده و حفاظت از خطرات مالی را برای جمعیت در پی داشته باشد و دستیابی به این دو هدف، تنها در صورت استفاده کارا از منابع سرمایه‌ای، میسر خواهد بود. پس هدف سوم، اطمینان از استفاده کارا از منابع است.

دستیابی به این هدف با سؤالاتی چون نحوه کاهش ضایعات و فساد اداری، نوع مداخلات موجود برای منابع موجود، تعیین موضوع ارائه خدمات توسط دولت یا ارگان‌های غیردولتی، نحوه پرداخت به ارائه‌کنندگان جهت اطمینان از کیفیت و کارایی خدمات ارائه‌شده و مورد هدف قرار دادن انواع مشخصی از خدمات یا محرک‌ها برای اقشار کم‌درآمد، مرتبط است (۸).

۲-۳-۷-نظام تأمین مالی در کشورها

در قسمت قبل، اهداف، کارکردها و مؤلفه‌های یک نظام تأمین مالی به صورت عمومی بیان شد که در کشورهای مختلف با تأکید بر بعضی از مؤلفه‌ها و افزایش درصد سهمی یکی بر دیگری، اشکال و مدل‌های گوناگونی از تأمین مالی به وجود آمده است.

۲-۳-۷-۱-مقدمه

ارتقاء و حفاظت از سلامت برای رفاه انسان و حفظ توسعه اجتماعی و اقتصادی ضروری است. این موضوع بیشتر از ۳۰ سال قبل در اعلامیه آلماتا با شعار سلامت برای همه جهت تضمین کیفیت بهتر زندگی و صلح و امنیت جهانی مشخص گردیده است. در اکثر کشورها، بعد از نگرانی‌های اقتصادی حقوق و دستمزد پایین و هزینه‌های بالای زندگی، سلامت در بالاترین اولویت‌ها در نزد مردم در نظر گرفته شده است. در نتیجه، دولت‌ها به جهت مواجهه با انتظارات افراد به سلامت به عنوان یک موضوع سیاسی توجه کرده‌اند (۳۱). به عنوان مثال، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تأکید می‌کند که هر ایرانی حق برخورداری از بالاترین سطح سلامتی را داراست (قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به دستیابی به این هدف از طریق طراحی و اجرای

یک سیاست سلامت در سطح ملی و تفویض اختیارات اجرایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور شده است (۳۲).

راه‌های بسیاری برای ارتقاء و حفظ سلامت وجود دارد که برخی خارج از محدوده بخش سلامت هستند. شرایطی که افراد در آن رشد، زندگی و کار می‌کنند چون آموزش و پرورش، مسکن، غذا و اشتغال، همگی بر نحوه زندگی و مرگ افراد تأثیر گذارند. چاره‌جویی برای نابرابری‌های موجود در شرایط فوق، نابرابری در سلامت را کاهش خواهد داد. اما دسترسی به موقع به خدمات سلامت (ترکیبی از ارتقاء، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی) ضروری است و این امر بدون وجود یک سیستم تأمین مالی کارآمد و با عملکرد خوب تنها برای اقلیت محدودی از جمعیت امکان‌پذیر خواهد بود. نظام تأمین مالی باید اطمینان حاصل کند که آیا مردم از عهده پرداخت خدمات سلامت ارائه‌شده برمی‌آیند (۳۱).

بواسطه توسعه همه‌جانبه فناوری در زمینه‌های مختلف از قبیل فناوری‌های پزشکی و افزایش انتظارات افراد از سیستم‌های سلامت، هزینه‌های مراقبت سلامت در همه بخش‌ها افزایش یافته است. بعلاوه، تغییر شیوه زندگی مردم و افزایش سن جمعیت منجر به افزایش بیماری‌های مزمن‌تر و دوره‌های درمان و در نتیجه، تحمیل هزینه‌های بیشتر بر سیستم سلامت شده است. در این راستا، نظام سلامت مستلزم بررسی راهکارهای مناسب برای تأمین مالی نظام پزشکی و مشارکت عمومی در تأمین مالی ضمن توزیع ریسک از اقشار پردرآمد/سالم به اقشار کم‌درآمد/بیمار است (۳۳).

سیستم‌های مراقبت سلامت بواسطه مدل‌های ارائه خدمت، تأمین مالی و سیاست اقتصادی شرح داده می‌شوند. اکثر متون سیستم‌های تأمین مالی سلامت را برحسب سیستم سلامت ملی، مدل بیمه اجتماعی یا بیمه خصوصی به تصویر می‌کشند. در هر مدل، اشکال متنوعی از تأمین مالی از قبیل مالیات عمومی، مالیات خاص و تأمین مالی خصوصی وجود دارد. لازم به توضیح است که یک سیستم تأمین مالی نمی‌تواند با اتخاذ تنها یک مدل توضیح داده شود، بلکه طبقه‌بندی‌های عمومی برای سیستم‌ها وجود دارد (۳۵).

۲-۳-۷-۲- ویژگی‌های نظام تأمین مالی در کشورهای در حال توسعه

تأمین مالی مراقبت سلامت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار، اشکال متنوعی دارد. جالب اینجاست که فقیرترین کشورها، بالاترین هزینه پرداخت مستقیم از جیب را به‌عنوان درصدی از درآمد دارند. به دلایلی، تعهد دولت به تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای کم‌درآمد، پایین بوده است. یک فاکتوری که اغلب نادیده گرفته می‌شود، کیفیت پایین خدمات عمومی و انگیزه پایین مستخدمین دولتی است که سرمایه‌گذاری‌های عمومی را تضعیف می‌کند و ارزش سرمایه‌گذاری‌ها را به مخاطره می‌اندازد. به‌علاوه، هزینه‌های بخش خصوصی چون پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت‌های مستقیم بیماران، عمومی است. این چنین پرداخت‌هایی، میزان قابل توجهی از هزینه‌های بخش سلامت را در اغلب کشورها به خود اختصاص داده است و در اکثر موارد، غیرقانونی است، چون همه شهروندان، باید خدمات سلامت را به‌صورت رایگان دریافت نمایند (۳۶).

۲-۳-۷-۳- تجربه کشورهای OECD

کشورهای عضو OECD، مدل ابتکاری تأمین مالی را منبعث از مکانیسم‌های جمع‌آوری درآمد یا فعالیت‌های انگیزشی در حمایت از توسعه بین‌المللی می‌دانند که فراتر از رویکردهای سنتی صرفه‌هزینه توسط بخش دولتی و خصوصی است. مکانیسم‌های حمایتی عبارت‌اند از:

۱. رویکردها و روش‌های جدید برای تجمع جریان درآمدی بخش‌های دولتی و خصوصی در مقیاس بالا و توسعه فعالیت‌هایی به‌منظور کسب مزایای حاصله توسط کشورهای همکار؛

۲. اختصاص جریان‌های درآمدی جدید از قبیل جمع‌آوری منابع مالی حاصل از پرداخت‌های مستقیم، پیش‌پرداخت‌ها، مالیات، اوراق قرضه، وجوه حاصل از فروش یا طرح مشارکت داوطلبانه به فعالیت‌های توسعه در یک دوره چندساله؛

۳. مشوق‌های جدید از قبیل ضمانت‌های مالی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و دیگر مزایا و پاداش‌ها جهت رسیدگی به شکست بازار و گسترش فعالیت‌های توسعه مداوم؛

چهار طبقه‌بندی عمده برای مکانیسم‌های ابتکاری تأمین مالی شناسایی شده است:

۱. مالیات، عوارض و دیگر هزینه‌های اجباری مرتبط با فعالیت‌های جهانی^۸. این مسئله، شامل طرح‌هایی چون مالیات بر بلیت هواپیمایی است که در سطح ملی اما در چارچوب هماهنگی و همکاری بین‌المللی وضع می‌شود. درآمدهای جمع‌آوری‌شده، به توسعه بین‌المللی

^۸Taxes, dues or other obligatory charges on globalized activities

اختصاص داده می‌شوند. مالیات‌های وضع شده بر معاملات مالی، کربن و ... نمونه‌های دیگری در این طبقه‌بندی هستند. این طرح‌ها، جریان‌ات درآمد عمومی جدیدی را بواسطه بخش خصوصی تولید می‌کنند.

۲. مشارکت‌های منسجم داوطلبانه^۹: تحت چنین طرح‌هایی، در نقطه خرید محصول، گزینه‌ای به جهت اهدای حجم کوچکی از منابع مالی، در نظر گرفته می‌شود (به‌عنوان مثال، در هنگام رزرو هتل). اگرچه این طرح، ماهیت خصوصی دارد، اما در حقیقت، مجریان دولتی، چنین مشارکت‌هایی را از طریق محرک‌های مالیاتی و تسهیلات فنی در توزیع منابع، میسر می‌سازند.

۳. ابزارهای مبتنی بر بدهی^{۱۰}: گزینه دیگری که منابع مالی عمومی را برای توسعه فراهم می‌آورد، صدور اوراق قرضه در بازارهای بین‌المللی سرمایه است که بدهی‌های قابل گزارشی را به‌عنوان کمک در طی یک برهه زمانی فراهم می‌آورد. به‌عنوان مثال، زمانی که سقف بدهی‌ها کاهش می‌یابد، سایر مکانیسم‌های مبتنی بر بدهی شامل تبدیلات بدهی (که میزان بدهی را کاهش می‌دهد و به‌موجب آن، منابع اضافی برای هزینه‌های توسعه آزاد می‌شود)، اوراق قرضه دیاسپورا (Diaspora) (یک ابزار بدهی است که توسط یک نهاد مستقل کشور و با همکاری خصوصی صادر می‌شود)، اوراق قرضه مسئولیت‌پذیری اجتماعی (سبز) (این اوراق، هدفشان سیاست‌گذاری است که تمایل به سرمایه‌گذاری در

⁹Voluntary solidarity contributions

¹⁰Frontloading and debt-based instruments

طرح‌های محیطی یا توسعه‌ای دارند و ممکن است نرخ‌های پایین‌تر بازگشت سرمایه خود را بپذیرند.) هستند.

۴. ضمانت‌های دولتی، مشوق‌های دولتی-خصوصی، بیمه و سایر مکانیسم‌های مبتنی بر بازار^{۱۱}:

این موضوع شامل طرح‌هایی است که بودجه عمومی را به سمت ایجاد محرک‌های جلب سرمایه از بخش خصوصی سوق می‌دهد (به‌عنوان مثال، از طریق یارانه‌های دولتی یا تعهد به خرید یک محصول خاص در یک قیمت تعیین شده (مانند واکسن)). در انجام این کار، هدف این طرح‌ها، اصلاح نارسایی‌های بازار است. هدف سایر مکانیسم‌ها، کاهش خطرات مستقل و یا آسیب‌پذیری‌های حاصل از اقتصاد کلان است (برای مثال، بیمه مبتنی بر آب‌وهوا یا وام‌های دوره‌ای (Counter-cyclical) که هدفشان، بهبود اثربخشی تأمین مالی است تا ایجاد جریان‌ات در آمدی جدید) (۳۷).

۲-۳-۴- تجربه کشورهای موفق در ارتباط با تأمین مالی در راستای دستیابی به UHC

خوشبختانه، تعداد فزاینده‌ای از کشورهای در حال توسعه، در حال ایجاد نظام‌های تأمین مالی "خانه رشد" (Home-grown) جهت گسترش و پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند. این کشورها، صرف‌نظر از تفاوت‌های موجود در نوع حرکت خود، بر این باورند که حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت باید مبتنی بر شهروندی و یا اقامت و نه بر اساس وضعیت اشتغال و مشارکت‌های مالی در نظر گرفته شود. به‌جای وارد کردن مدل‌های نامناسب تأمین مالی از کشورهای

¹¹State guarantees, public-private incentives, insurance and other market-based mechanisms

با درآمد بالا، کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط باید به داستان‌های موفقیت‌آمیز "UHC" در کشورهای قابل مقایسه از قبیل تایلند، مکزیک، سریلانکا و قرقیزستان بنگرند؛ کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در جهت بروز رسانی مفاهیم عدالت و جهان‌شمولی داشته و رویکردهایی که براساس آن، اقشار کم درآمد باید حق بیمه‌های خود را پرداخت نمایند را نیز رد کرده‌اند. این کشورها در دو دسته زیر قرار گرفته‌اند:

۱. دسته اول، کشورهایی است که در همه سطوح درآمدی از قبیل سریلانکا، مالزی و برزیل در نظر گرفته شده‌اند که پوشش همگانی سلامت را از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی می‌کنند. نظام‌های سلامت تأمین مالی شده از طریق مالیات در سریلانکا و مالزی، شهروندان را با بعضی از بالاترین سطوح ریسک مالی در آسیا مواجهه ساخته‌اند. در اواخر دهه ۱۹۸۰ در برزیل، نیمی از جمعیت هیچ پوشش بهداشتی نداشتند و دو دهه بعد از استقرار نظام مالیاتی، تقریباً ۷۰ درصد از ۲۰۰ میلیون شهروند، تحت حمایت مالی، خدمات سلامت را دریافت می‌کردند. مهم‌تر از همه اینکه، تنها کشورهای با درآمد کم، جهت دستیابی به پوشش همگانی و منصفانه، رویکرد تأمین مالی مبتنی بر مالیات را اتخاذ نموده‌اند.

۲. دسته دوم، کشورهایی چون تایلند، مکزیک و قرقیزستان هستند که حق بیمه‌ها را تنها از کارمندان رسمی جمع‌آوری می‌کنند و آن‌ها را تا جایی انباشت می‌کنند که توأم با درآمدهای مالیاتی، امکان دسترسی کل جمعیت را به خدمات سلامت فراهم سازند. نظام سلامت تایلند متکی بر مشارکت‌های ناشی از حقوق و دستمزد برای تنها ۱۲ درصد از

جمعیت خود است و در سطح بین‌المللی، طرح پوشش همگانی را با استفاده از درآمدهای عمومی دولت، تأمین مالی می‌کند و در طی ۱۰ سال، تعداد افراد بدون پوشش همگانی از ۳۰ درصد به کمتر از ۴ درصد جمعیت تنزل یافت. به عبارت دیگر، اقشار کم‌درآمد، بیشترین سود را بردند و تایلند با ادغام طرح‌های مختلف، نابرابری موجود را که ناشی از وجود مزایای برتر برای کارمندان رسمی است، را جبران خواهد کرد.

در حال حاضر، روندی به سمت یکپارچه‌سازی صندوق‌های انباشت چون ترکیب مشارکت‌ها، درآمدهای مالیاتی و کمک‌های توسعه‌ای در بسیاری از کشورها وجود دارد. چنین اصلاحاتی در قرقیزستان به‌طور ریشه‌ای، پراکندگی و نابرابری را کاهش داد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشید. دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در بیمه سلامت ملی آفریقای جنوبی، مبتنی بر شهروندی و اقامت قانونی بود تا مشارکت‌های مالی (۳۸).

۲-۳-۷-۵- وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب

در این مطالعه قصد بر این است تا انواع مدل‌های مسلط بر سیستم سلامت چند کشور منتخب با ویژگی‌های لیبرال، سوسیال و مختلط (بالأخص موارد مشابه با ایران) مورد مطالعه قرار گیرد.

۲-۳-۷-۵-۱- بریتانیا

انگلستان، اسکاتلند، ولز و ایرلند شمالی، در سال ۱۹۴۸، تحت خدمات سلامت ملی (NHS) درآمدند. جمعیت کل، بواسطه نظامی پوشش داده می‌شود که اساساً از مالیات عمومی تأمین مالی می‌گردد. خدمات توسط مقالات دولتی محلی و منطقه‌ای، سازمان‌دهی و مدیریت می‌شوند و به

پزشکان مراقبت‌های اولیه، از طریق سرانه، پرداخت به ازای ارائه خدمت و سایر، بازپرداخت صورت می‌گیرد. بیمارستان‌ها، یک بودجه تخصیصی را از مجریان بخش سلامت در سطح منطقه، دریافت نموده و به پزشکان مستقر در بیمارستان‌ها، حقوق پرداخت می‌شود. NHS در برابر مجلس، پاسخگو است و اساساً از طریق مالیات، تأمین مالی می‌شود.

NHS، پوشش همگانی و عمومی را برای گستره‌ای وسیع از خدمات به همراه یک ساختار موازی و کوچک از بخش خصوصی فراهم می‌کند که اساساً در یک طیف محدودی از رویه‌های انتخابی، تخصصی شده‌اند. درجه اول، نظام مالیات محور است و وظیفه آن، ارائه دسترسی جامع و همگانی به مراقبت سلامت است که اغلب در زمان ارائه خدمت، رایگان است. بعد از یک دهه افزایش تورم در تأمین مالی NHS، نظام مراقبت سلامت بریتانیا، در حال تجربه یک دوره ثبات یا کاهش در تأمین مالی است، در حالی که تقاضا برای ارائه خدمت، رو به افزایش است. در نتیجه، بیماران با لیست‌های انتظار روبه‌رو شده و حق انتخاب کمتری در بیمارستان‌ها دارند و بوروکراسی در مدیریت ارائه‌کنندگان مراقبت اولیه سلامت توسط NHS افزایش یافته است. سهمیه‌بندی با رد و خروج رویه‌ها و داروهای خاص از منوی NHS و افزایش معیاری برای دسترسی به درمان، در نظر گرفته شده است. در پاسخ به توازن اقتصاد NHS، افزایش تقاضا و صف طولانی‌تر برای خدمات، NHS جهت کنترل هزینه‌ها به بخش خصوصی روی آورد. در آغاز ۲۰۱۲، دولت انگلستان به بیمارستان‌ها اجازه داد که ۴۹٪ از درآمدها (قبلاً ۲٪) را از درآمد خصوصی بیماران به دست آورند که درحقیقت، به‌عنوان قسمتی از قانون تصویب‌شده اصلاح بخش سلامت در نظر گرفته شده است و شهروندان در حال خرید

بیمه شخصی پزشکی در پاسخ به زمان‌های طولانی انتظار و کمبود انتخاب ارائه‌کنندگان برای ورود به بخش خصوصی نظام مراقبت سلامت بریتانیا هستند. این امر، منجر به سؤالاتی در خصوص کنترل کیفیت خدمات و حرکت به سمت پرداخت برای خدمات مبتنی بر نتایج و پیامد، منجر شده است.

قانون مراقبت اجتماعی و سلامت، یک انجمن مستقل NHS را برای توزیع منابع، ایجاد کرد و تعداد نمایندگی‌هایی را که بر ارائه مراقبت سلامت نظارت دارند، را کاهش داد و استقلال ارائه‌کنندگان مراقبت اولیه را به‌منظور سفارش خدمات برای بیماران، افزایش داد و یک نظام بازننگری مبتنی بر پیامدهای بالینی، ایجاد کرد. بعلاوه، وزارت بهداشت بریتانیا، در حال ملاحظه گزینه‌ای برای بودجه‌های شخصی سلامت است که بیماران را در طول مراقبتشان کنترل نماید.

اخیراً، حساب‌ها، تورمی را در استفاده از بنگاه‌های خصوصی نشان می‌دهد ارائه‌کنندگان خصوصی بیمارستان، رشد سریعی را در درمان رویه‌های غیرضروری از قبیل ترمیم فتق، جراحی آب مروارید و ...، به دلیل زمان طولانی و محدود بودن گستره رویه‌های انجام‌شده در بیمارستان‌های دولتی فراهم نموده‌اند. در سال ۲۰۱۲، بزرگ‌ترین بیمه‌گر سلامت، کاهش را در تعداد مشتریان بواسطه هزینه‌های افزایش داده‌شده، کسب کرد و مراکز فوری مراقبت، زیر نظر بنگاه‌های خصوصی عمل می‌کردند. از طرف دیگر، NHS در حال جستجوی روش‌هایی برای افزایش پرداخت‌های خصوصی بیماران از قبیل گردشگری پزشکی و کاهش هزینه‌های عملیاتی بواسطه خصوصی‌سازی تسهیلات مراقبت سلامت و نظام‌های ارائه خدمت است. در سال ۲۰۱۳، NHS یک نهاد کسب‌وکاری را در مشارکت

با بخش خصوصی جهت خرید، ایجاد و مدیریت تسهیلات پزشکی مراقبت سلامت ایجاد کرده است (۳۵).

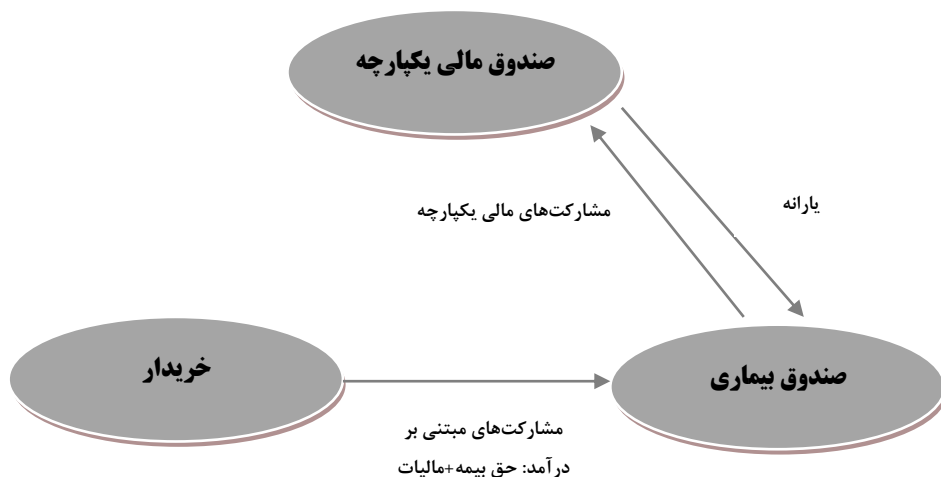
۲-۳-۷-۵-۲-آلمان

منبع درآمد نظام درمانی این کشور عموماً از طریق مالیات‌های عمومی، مالیات بیمه‌ای (Contribution) و حق بیمه‌های خصوصی و عمومی است. از طرف دیگر ۶۰٪ کل هزینه‌های بهداشت و درمان به صندوق‌های بیمه اختصاص می‌یابد که به ترتیب ۲۱٪ هزینه‌ها را دولت و ۷٪ هزینه‌ها را بیمه‌های خصوصی متقبل می‌شوند. ۱۲٪ باقیمانده نیز هزینه‌هایی است که بیماران خارج از سیستم بیمه‌ای خود متقبل می‌شوند.

شرکت بیمه‌گر خصوصی به صورت کارانه هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی و همچنین پزشکان خود را پرداخت می‌کند. صندوق‌های بیمه‌ای عموماً به بیمارستان‌ها و پزشکان، بودجه‌ی عمومی مشخصی پرداخت می‌کنند. در مورد پزشکانی که حقوق ثابت ندارند و مسئول خدمات سرپایی هستند ابتدا از سوی صندوق‌های بودجه عمومی انجمن‌های پزشکی پرداخت می‌شود و سپس این انجمن‌ها حق پزشکان را به صورت کارانه پرداخت می‌کنند.

به طور کلی، در حال حاضر، تأمین مالی مراقبت سلامت در آلمان، از یک مدل یارانه داخلی پیروی می‌کند. در این نظام، مصرف‌کنندگان هم مالیات و هم حق بیمه خود را به صورت مستقیم به صندوق بیماری (Applicable sickness fund) پرداخت می‌نمایند. سپس صندوق بیماری، مشارکت‌های مالی را به صورت منسجم و یکپارچه به صندوق دولتی سلامت واریز می‌کند و به دنبال آن، یارانه‌هایی

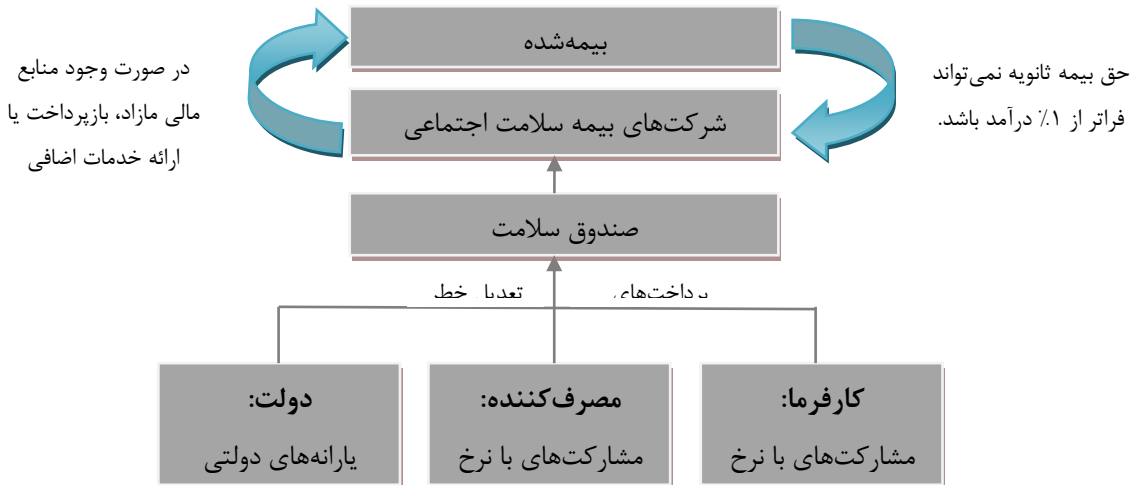
از صندوق دولتی به صندوق بیماری تعلق می‌گیرد. به‌علاوه، با توجه به مفهوم همبستگی، دولت برای اقشار کم‌درآمد و طبقات خاصی از ساکنان، یارانه‌هایی را در نظر گرفته است. این مدل در شکل زیر مشخص گردیده است:



شکل ۵: مدل یارانه‌ای در آلمان

با توجه به این مدل، کارمندان و کارفرمایان مشارکت‌های مالی خود را به‌صورت مستقیم به صندوق بیماری پرداخت می‌نمایند. مشارکت‌ها بر مبنای درصدی از حقوق یا دستمزد محاسبه می‌شوند و در صندوق‌های بیماری متفاوت‌اند. در سطح فردی، کارمندان و کارفرمایان پرداخت‌های مشارکتی خود را به‌صورت مساوی تقسیم می‌کنند؛ به‌طور متوسط، کارمندان ۷٫۶٪ از حقوق خود را برای بیمه سلامت و کارفرمایان ۶٫۶٪ را پرداخت می‌نمایند. البته یارانه‌های دولتی برای افرادی که کمتر از ۶۰,۰۰۰ دلار آمریکا در سال دریافت می‌کنند، بازنشستگان، دانشجویان، بیکاران، ناتوانان و بی‌خانمان

موجود است. در سال ۲۰۰۷، نظام تأمین مالی سلامت در آلمان دستخوش تغییراتی شد. براین اساس، افراد و کارفرمایان، نرخ درصد ثابتی را به صورت مستقیم به صندوق سلامت پرداخت می‌نمایند و یارانه‌های دولتی نیز به صورت مستقیم به صندوق جدیدی واریز خواهد شد. سپس، صندوق بر مبنای سرانه، منابع مالی را در بین طرح‌های بیمه‌ای توزیع خواهد کرد، هرچند پرداخت‌ها بر اساس عوامل ریسک چون سن، جنس و وضعیت بیماری تنظیم شده‌اند. طرح‌های بیمه کارا و خوب مدیریت شده، می‌توانند منابع مالی بیشتری را به سمت بیمه‌شده بفرستند و حتی منافی را ایجاد کنند که در بسته بیمه پایه لحاظ نشده است. طرح‌های بیمه‌ای نا کارآمد می‌توانند حق بیمه اضافی را برای بیمه‌شده در نظر بگیرند که معمولاً ۱٪ از درآمد ناخالص در نظر گرفته می‌شود. البته، اگر طرح حق بیمه ثانویه را بر فرد تحمیل کند، بیمه‌شده آزاد است که فوراً طرح بیمه خود را تغییر دهد. مدل اصلاحی سال ۲۰۰۷ در شکل زیر مشخص گردیده است:



شکل ۶: مدل نظام تأمین مالی سلامت در آلمان در سال ۲۰۰۷

اصلاح تأمین مالی در سال ۲۰۰۷، چندین هدف دارد: اولاً، در پی شفاف‌سازی بیشتر برای مصرف‌کنندگان است. همچنین، نرخ مشارکت‌ها را برای برنامه بیمه اجباری استاندارد می‌کند. مشارکت‌های ثابتی از قبل برای مراقبت طولانی‌مدت، بازنشستگی و بیمه بیکاری در نظر گرفته شده است و در حال حاضر در برنامه بیمه اجباری لحاظ شده‌اند. اصلاح همچنین در صدد اطمینان از توزیع عادلانه خطر بواسطه پرداخت‌های سرانه ضمن تعدیل ریسک است. از همه مهم‌تر، اصلاح، رقابت را در بین بیمه‌گرها افزایش داده است. برای مثال، بیمه‌گرها یکسری ابزارهای اضافی دارند از قبیل حق مذاکره تخفیف و نرخ‌های اختیاری مشارکت تا توانایی خود را برای صرفه‌جویی افزایش دهند. به‌علاوه حق انتخاب مصرف‌کننده در انتخاب طرح‌های بیمه‌ای، شرکت‌ها را به استفاده کارآمد از منابع مالی ترغیب خواهد کرد (۳۹).

۲-۳-۷-۳-۵-۳-کانادا

طرح سلامت ملی کانادا، دسترسی شهروندان خود را به مراقبت پزشکی صرف نظر از توانایی آن‌ها برای پرداخت میسر ساخته است. اکثر کانادایی‌های شاغل، پوشش مراقبت سلامت به‌عنوان یک مزیت اشتغال دریافت می‌کنند. نظام سلامت کانادا، شبکه‌ای از طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی است و عموماً بواسطه دولت مرکزی تأمین مالی می‌شود. نظام مراقبت سلامت در کانادا، از طریق ۱۰ استان و سه منطقه اداره می‌شود که جهت پیشنهاد پوشش بیمه‌ای برای خدمات پزشکی، مورد نیاز هستند. این خدمات شامل ویزیت‌های پزشک، بستری در بیمارستان، مراقبت‌های چشمی و دندانپزشکی و نیز مراقبت‌های احتیاطی هستند. اکثر بیمارستان‌های کانادا، غیرانتفاعی هستند و براساس بودجه‌های

تخصیصی تعیین شده توسط دولت استانی، تأمین مالی می‌شوند. به پزشکان براساس یک برنامه زمان‌بندی هزینه، پرداخت صورت می‌گیرد. نظام ارائه خدمت تا حد زیادی، متشکل از بیمارستان‌های اجتماعی و پزشکان خویش فرما است. دولت مرکزی، دستورالعمل‌هایی را ارائه می‌دهد و بر پرداخت‌ها و ارائه خدمات، نظارت دارد. در اغلب موارد، خدمات توسط ارائه‌کنندگان خصوصی ارائه می‌شوند (۳۵).

بنابراین، منبع اصلی مالی مراقبت سلامت، اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها است. مابقی آن از بیماران به صورت انفرادی به شکل پرداخت‌های از جیب (OPP) و بیمه‌ی درمان خصوصی (PHI) تأمین می‌شود. مبلغ تخصیص داده شده به ارائه‌کنندگان و مؤسسات سلامت، درجه‌ی نخست توسط دولت‌ها برای دسته‌ای از کالاها و خدمات سلامتی که از سوی دولت‌ها به صورت یارانه فراهم می‌شوند و در مرحله بعد توسط مصرف‌کنندگان و بیماران به صورت انفرادی بابت خدمات و کالاهای سلامتی که در بخش خصوصی هستند، فراهم می‌شود.

جمع‌آوری درآمد: تقریباً ۷۰٪ کل هزینه‌های سلامت از اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها تأمین می‌شود. پرداخت در بخش خصوصی به دو بخش پرداخت‌های از جیب (با افزایش تدریجی ۱۵٪) و بیمه‌ی سلامت خصوصی (با افزایش تدریجی ۱۲٪) تقسیم می‌شود؛ ۳٪ باقی‌مانده از برخی منابع ناهمگون، از قبیل صندوق‌های بیمه اجتماعی و اهدایی‌های مؤسسه خیریه تأمین می‌شود.

برخی تغییرات مهم در کسب درآمد در بخش سلامت در طول زمان روی داده است. منابع درآمدی بخش عمومی نسبت به منابع درآمدی بخش خصوصی، از طریق افزایش نسبت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در برابر بخش عمومی کاهش یافت. این امر در خلال نیمه اول دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد و پیامدی مستقیم از مهار هزینه‌های ایالتی بود. در بخش خصوصی، تغییرات چشمگیرتر بوده‌اند. از سال ۱۹۸۸ سهم بیمه سلامت خصوصی نسبت به هزینه‌های پرداخت از جیب به‌طور چشمگیری از کمتر از ۳۰٪ به اندکی بیش از ۴۰٪ کل هزینه‌های خصوصی افزایش یافته‌اند؛ با در نظر گرفتن اینکه درآمدهای حاصل از پرداخت از جیب از ۵۸٪ به حدود کمتر از ۵۰٪ منابع مالی بخش خصوصی تنزل یافته است. دلیل این نوسانات، احتمالاً در افزایش تدریجی هزینه تجویز دارو و توسعه بیمه سلامت خصوصی و تا حدی بواسطه هزینه‌هایی است که تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت قرار می‌گیرند که البته بخشی از این تغییرات آزمون نشده‌اند (۴۰).

۲-۳-۷-۴- ترکیه

نظام بهداشت و درمان ترکیه، ۴۱٪ بواسطه مالیات، ۳۱٪ به‌واسطه حق بیمه و ۲۸٪ از پرداخت‌های مستقیم از جیب، تأمین مالی می‌شود. نظام ترکیه، ترکیبی از بیمه سلامت ملی و بیمه سلامت خصوصی است. پوشش بیمه سلامت اجباری، که توسط مبانی تأمین اجتماعی ارائه شده است، فراگیر و جامع است. بخش خصوصی کوچک است، اما به‌سرعت روبه رشد است و به‌جای رقابت با سیستم دولتی، در حال جایگزینی است. کشور سه سازمان اصلی تأمین اجتماعی دارد که نهادهای عمومی محسوب شده و شامل موارد ذیل هستند:

۱. صندوق بازنشستگی کارکنان دولت جهت پرداخت حقوق بازنشستگی به مستخدمین کشوری؛

۲. سازمان بیمه اجتماعی برای کارکنان blue-collar (کارکنان شاغل در بخش دولتی)؛

۳. Bag-Kur برای کارکنان مشاغل آزاد؛

این سه سازمان، ارائه کنندگان دولتی نظام مراقبت سلامت هستند.

امروزه سه سازمان اصلی تأمین اجتماعی از وخامت عدم تعادل مالی رنج می‌برند. برای اصلاح این مسئله، دولت در حال معرفی تعدیلات کوتاه‌مدتی چون تغییرات قانونی و اصلاحات ساختاری جامع بلندمدت و میان‌مدت در نظام مراقبت سلامت و حقوق بازنشستگی براساس یک مبنای مالی منطقی است. نظام بیمه دولتی چندین مشکل دارد، به‌عنوان مثال، ۸۷٪ از جمعیت ترکیه تحت پوشش برنامه‌های تأمین اجتماعی است، اما بخش قابل توجهی از جمعیت هیچ نوع پوشش بیمه‌ای ندارند. بعلاوه، تفاوت‌های قابل توجهی در سرتاسر نهادها در نوع و میزان پوشش پیشنهاد شده وجود دارد.

همانند سایر کشورها، ترکیه نیز مطالعات اصلاحی خود را برای پیگیری این مسائل آغاز کرده است. در ترکیه، مقامات دولتی درصدد اجرای یک نظام بیمه عمومی از اوایل دهه ۱۹۹۰ بوده‌اند، اما بهبودی تاکنون حاصل نشده است. نظام پیشنهادی از طریق پیش‌پرداخت‌های مبتنی بر مشارکت‌های واقعی تأمین مالی شده است. راهکار پیشنهادی برای اقشار کم‌درآمد، مواجهه با پیش‌پرداخت‌های آن‌ها از طریق دولتی بود. گسترش این نظام در سرتاسر کشور تا ۶ سال بعد از شروع در استان‌های پایلوت، پیش‌بینی شد. در دوره گذر به سمت نظام بیمه سلامت عمومی، نظام کارت سبز (green card)

به‌عنوان گامی به سمت اطمینان از عدالت در توزیع یارانه‌های دولتی برای شهروندان موردنیاز به خدمات سلامت مطرح شد. مدل کارت سبز، علی‌رغم محدودیت‌های قانونی و بودجه‌ای و پوشش ناکامل، موفقیت‌های بسیاری داشته است. مشکلات موجود در این راستا، مربوط به معیار واجد شرایط بودن، عدم آگاهی از وضعیت شایستگی و موانع اداری برای دسترسی بودند. اجرای کارت سبز در آغاز یک راه‌حل موقت بود و در حال حاضر، به یک برنامه دائمی برای اقشار کم‌درآمد تبدیل شده است (۴۱).

۲-۳-۷-۵-۵-مالزی

مالزی، یک نظام تأمین مالی مختلط دارد در بخش خصوصی، بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه است و پیش‌پرداخت‌های متنوعی مبتنی بر وضعیت سلامت افراد، نوع بیمه سلامت و سطح پوشش وضع شده است. کارفرمایان بخش خصوصی ممکن است به جهت ارائه مزایای رفاهی و سلامت و نوعاً مذاکره با سازمان‌های مراقبت مدیریت شده (MCOs) و شرکت‌های بیمه خصوصی به جهت ارائه بیمه پزشکی برای کارمندان، انتخاب شوند. خدمات عمومی مراقبت سلامت از طریق مالیات عمومی با بودجه‌های سالیانه تخصیص داده شده از وزارت مالی به وزارت بهداشت تأمین مالی می‌شوند. در خصوص نسبت درآمد عمومی اختصاص داده شده برای عملکردهای وزارت بهداشت در بودجه ملی به صورت سالیانه تصمیم‌گیری می‌شود. به علاوه، برای نیروی کار شاغل به صورت ماهیانه پرداخت‌هایی به صندوق آینده‌نگر کارمندی (Employee Provident Fund (EPF)) در نظر گرفته شده است. این صندوق، یک طرح پس‌انداز اجباری است که امنیت را در بازنشستگی و مزایای مکمل برای افراد در

پرداخت هزینه‌های پزشکی و پرداخت‌های سرانه‌ای به خانوار فراهم می‌کند. همه کارکنان شاغل در بخش خصوصی که درآمدی کمتر از ۳,۰۰۰ رینگت در ماه دریافت می‌کنند، کمترین مشارکت را در سازمان تأمین اجتماعی دارند. این طرح، مزایای پزشکی را برای کارکنان حین ایجاد جراحات‌های کاری فراهم می‌کند، گرچه نسبت قابل‌ملاحظه‌ای از هزینه‌های مراقبت سلامت را به دلیل مشارکت‌های مالی محدود، تحت پوشش قرار نمی‌دهند. کارکنان بخش دولتی و خانواده‌هایشان به خدمات پزشکی ارائه‌شده توسط بخش دولتی دسترسی رایگان دارند و بعضی از آن‌ها نیز از بیمه خصوصی و خدمات مراقبت سلامت خصوصی لذت می‌برند.

مهم‌تر از همه اینکه پرداخت مستقیم از جیب در زمان استفاده توسط بیماران در هر دو بخش دولتی و خصوصی، سهم قابل‌ملاحظه‌ای از تأمین مالی مراقبت سلامت را در مالزی به خود اختصاص داده است. با توجه به نقش وزارت بهداشت به متولی سلامت با مسئولیت تعقیب پوشش همگانی خدمات سلامت مقرون‌به‌صرفه از طریق یک سیستم سلامت کارآمد و عادلانه در تلاش برای تکمیل تعهدات خود در دو سطح ملی و بین‌المللی است.

مشابه با بسیاری از کشورها، وزارت بهداشت مالزی نقش سه‌گانه‌ای به‌عنوان حامی مالی، ارائه‌دهنده خدمت و قانون‌گذاری را بر عهده دارد. مراقبت سلامت دولتی با هزینه‌های بسیار پایین کاربران پرداخت می‌شوند، در صورتی که درآمد جمع‌آوری‌شده در برابر مخارج آن، حدود ۲٪ خواهد بود. در سطح ارائه خدمت نیز طیف گسترده‌ای از مراقبت‌ها با سطح منصفانه‌ای از پوشش جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می‌شود (ارائه معقول) و در سطح قانون‌گذاری نیز بسیاری از قوانین، رهنمون‌ها،

دستورالعمل‌ها و گایدلاین‌های حاکمیت بالینی ناظر بر حرف پزشکی وجود دارد. بیمه پزشکی، پرداخت‌های بیمه درمان و عملکرد بخش خصوصی را تنظیم می‌کنند (۴۲).

۲-۳-۷-۵-۶- ایالات متحده آمریکا

سیاست ارائه خدمت در ایالات متحده، برخلاف هر کشور دیگری است و نظام‌های جداگانه بسیاری را برای طبقات مختلف افراد در نظر گرفته است. مدیکر برای سالمندان، مدیکید برای اقشار کم‌درآمد، بیمه سلامت خصوصی برای اکثر آمریکایی‌ها و برنامه‌های دولتی برای ارتشیان و جانبازان شاغل و بازنشسته در نظر گرفته شده است و ۱۵ درصد از جمعیت نیز بدون هیچ پوشش سلامتی هستند. هنجارهای اجتماعی ایالات متحده آمریکا بر مسئولیت‌پذیری فردی، آزادی انتخاب و کثرت‌گرایی جامعه تأکید می‌کند، در حالی که، دولت‌های کشورهای دیگر بر دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت برای کل جمعیت تمرکز کرده‌اند. به همین دلایل، دولت مرکزی ایالات متحده نسبت به سایر کشورها، کمتر درگیر ارائه خدمات سلامت شده است. ایالات متحده، پوشش همگانی را پیشنهاد نمی‌دهد و نسبت به سایر کشورها، پیامدهای ضعیف‌تر مراقبت سلامت را در خصوص پارامترهای خاصی دارد (۳۵).

۲-۳-۷-۵-۷- سوئد

منابع مالی اصلی: سیستم سلامت کشور سوئد بر پایه‌ی وضع مالیات بنا شده است. سطوح محلی و شهرداری‌ها می‌توانستند درآمد بخش‌های سلامت خود را از دریافت مالیات بر مردم دریافت کنند.

علاوه بر مالیات منابع مالی خدمات سلامت توسط دولت و استفاده کنندگان از خدمات تکمیل می شود.

در سال ۲۰۰۳، بیش از ۷۲٪ از درآمدهای سطوح محلی از عواید مالیاتی تأمین می شد، منابع دیگر تأمیننی شامل: ۱۸٪ از طریق دولت، ۳٪ از طریق دیگر منابع و ۷٪ از طریق پرداخت های استفاده کنندگان از خدمات صورت می گرفت.

شهرداری ها درآمد خود را از وضع مالیات دریافت می کنند (۶۱٪ از کل درآمد در سال ۲۰۰۳) در طی ۵ سال اخیر، درآمد مالیاتی ۳/۰۷٪ افزایش یافته و درآمد از طریق پرداخت استفاده کنندگان از خدمات به ۰/۶٪ کاهش یافته است.

منابع تکمیلی مالی: سیستم بیمه اجتماعی از طریق شورای مرکزی اجتماعی بیمه مدیریت می شود و تضمین های مالی را به افراد بیمار و معلولان ارائه می دهد. یارانه های خدمات دندانپزشکی و نسخه های دارویی توسط بیمه های اجتماعی پرداخت می شود. بیمه ها برای افراد اجباری هستند و بخشی از درآمدهای از دست رفته ی بیماران و معلولین را پرداخت می کنند. اکثر بیمه های سلامت با همکاری با بیماران پرداخت می شود. بیمه های خصوصی سلامت در کشور سوئد بسیار محدود هستند و در سال ۲۰۰۳ در حدود ۲/۲٪ از بیماران از بیمه های خصوصی استفاده می کردند.

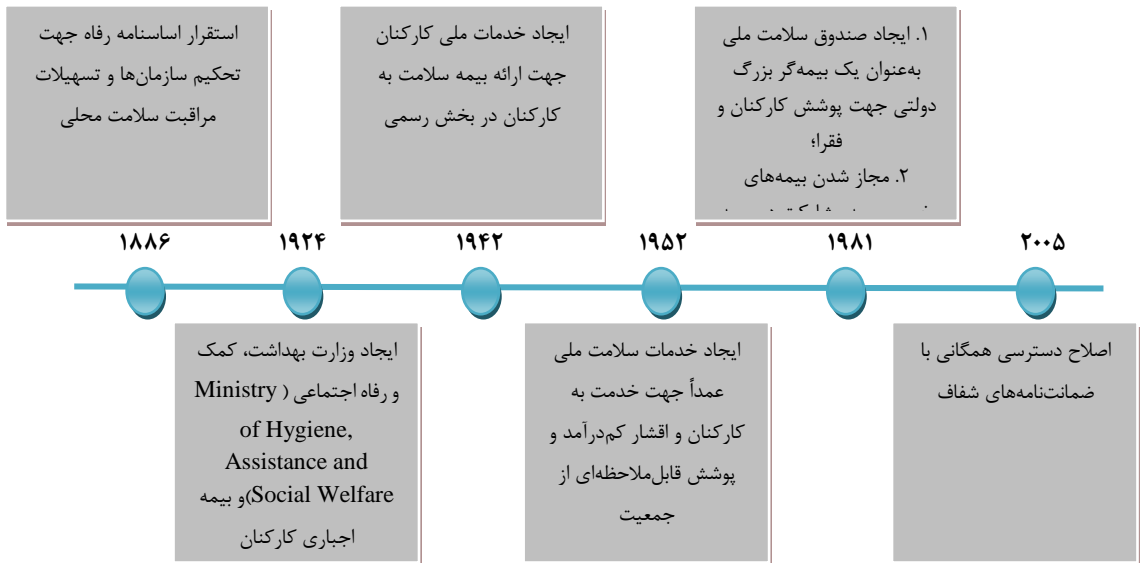
در پیامدهایی چون ناخوشی، بیماری و آسیب، مراکز سلامت این اطمینان را به بیماران می دهند که منابع و صلاحیت های لازم برای ارائه خدمات پزشکی وجود دارد و آنان دارای این صلاحیت هستند.

به‌غیراز کاهش یارانه خدمات دندانپزشکی تغییراتی در بسته سلامت طی ۲۰ سال اخیر ایجاد نشده است. بیماران حق دارند که پزشک و خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های جغرافیایی انتخاب کنند. تحت برنامه‌ی بیمه‌ی اجتماعی، بیماران براساس لیست دارویی که توسط کمیته دارو تدوین شده است، تمام هزینه را پرداخت می‌کنند. بیمه‌ی سلامت اجتماعی شامل: بیمه‌های درمان، بیمه‌های خانواده، حق بازنشستگی، بیمه‌های تکمیلی، حمایت‌های درآمدی، مستمری‌ها به کودکان و مستمری به خانه‌دار است.

به‌طور کلی، با توجه به قانون خدمات سلامت و پزشکی، نظام سوئد پوششی را برای کلیه ساکنین صرف‌نظر از ملیت فراهم می‌کند. بعلاوه، پوشش اضطراری را برای کلیه بیماران اتحادیه اروپا و کشورهای منطقه اقتصادی اروپا و ۷ کشور دیگر که با سوئد توافقات دوجانبه دارند، فراهم می‌کند. به خدمات موجود در سطح وسیعی یارانه تعلق می‌گیرد و برخی از خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

مقامات محلی در خصوص سطوح مالیات‌های درآمد محلی تصمیم‌گیری می‌کنند و در نتیجه، سطح مالیات بین شوراها و شهرداری‌های مختلف، متنوع خواهد بود. به‌طور اداری، مالیات‌ها توسط مقامات مالیاتی ملی از کارفرمایان جمع‌آوری می‌شوند. متوسط میزان مالیات محلی در استان ۳۱,۵۵٪ و در شهرستان‌ها ۲۰,۷۳٪ در سال ۲۰۱۱ بود. نسبت مالیات‌های اختصاص داده‌شده به هر یک از خدمات مراقبت سلامت به‌طور دقیق مشخص گردیده است و در سال ۲۰۰۹، حدود ۹۱٪ از کل هزینه‌های شوراها و استانی به هزینه‌های بخش سلامت تعلق گرفته است (۴۳).

بیمه سلامت اجتماعی در شیلی، شاهد تحولات عظیمی از زمان استقرار آیین نامه رفاه در سال ۱۸۸۶ بوده و در صندوق مالی کنونی به اوج خود رسید. نظام شیلی، در آغاز اقشار کم درآمد را هدف قرار داد و تقریباً به پوشش همگانی تا اواسط قرن بیستم دست یافت. با این حال، یک نظام بیمه خصوصی انتخابی و با سودآوری بالا، که درون بیمه سلامت اجتماعی گنجانده شده، نابرابری های سلامتی را بین اقشار پردرآمد و اقشار تهیدست افزایش داده است. اصلاح دسترسی همگانی با ضمانت نامه های شفاف در سال ۲۰۰۵، ایجاد شد و در اولین مرحله، بسته اجباری حداقل مزایا، محدودسازی زمان انتظار و تعیین سقف پرداخت ها و پیش پرداخت ها را برای سازمان های بیمه گر خصوصی و دولتی مشخص نمود (شکل ۷).



شکل ۷: سیر زمانی بیمه سلامت اجتماعی در شیلی

بیمه سلامت اجتماعی در شیلی، شامل موارد ذیل است:

۱. صندوق ملی سلامت (فوناسا)، بزرگ‌ترین بیمه‌گر دولتی است که چهار گروه را تحت پوشش قرار می‌دهد و همه ذینفعان فوناسا را در انباشت خطر و مالی باهم ترکیب می‌کند. این چهار گروه عبارت‌اند از:

➤ گروه A: اقشار تهیدست

➤ گروه B: اقشار با درآمد خیلی کم

➤ گروه C: اقشار با درآمد متوسط رو به پایین

➤ گروه D: اقشار با درآمد متوسط رو به بالا

گروه A، به‌طور کامل تحت پوشش دولت است. در صورتی که گروه‌های B، C و D مشارکت‌های مالی اجباری در فوناسا خواهند داشت (۷٪ از درآمد تا حداکثر \$۱۴۰ آمریکا در ماه)، البته هیچ پرداخت یا پیش‌پرداخت مضافی را نخواهند داشت.

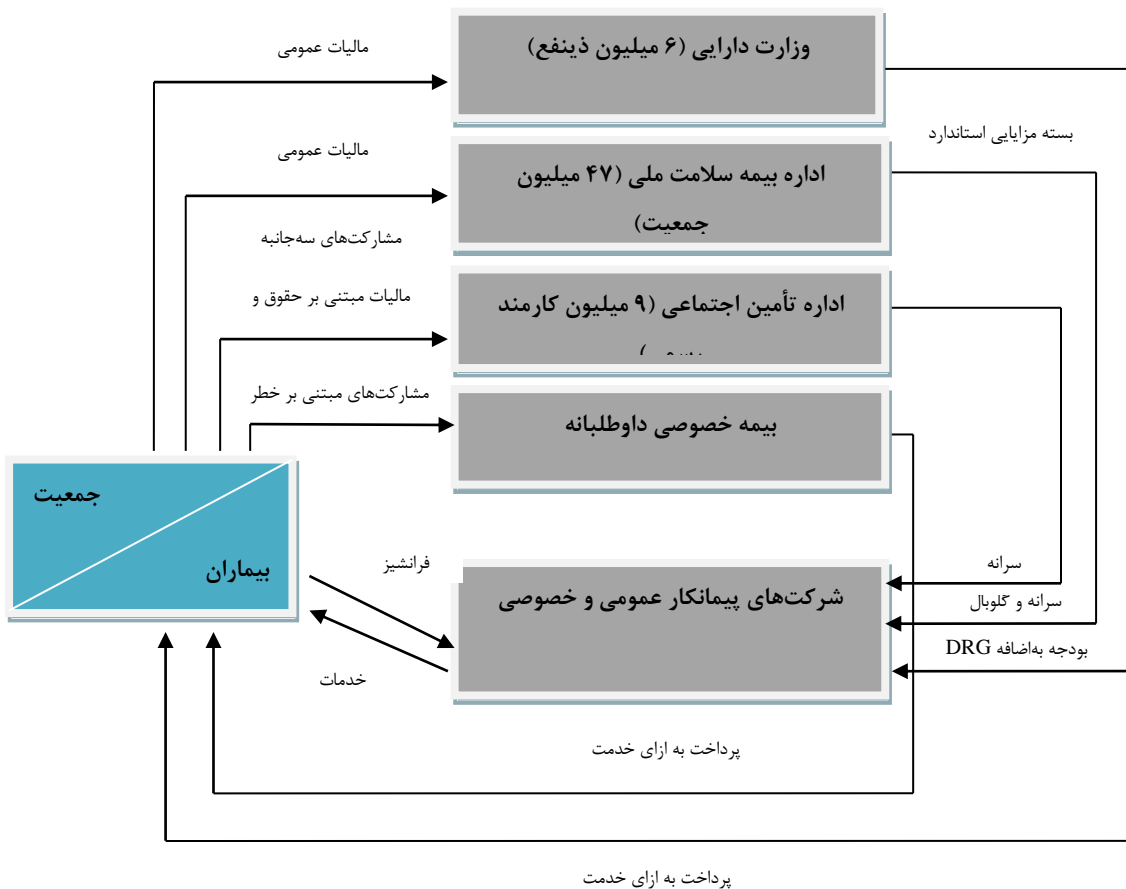
۲. بیمه‌گرهای خصوصی انتفاعی با انباشت‌های کوچک و پراکنده: از سال ۱۹۸۱، به بیمه‌گرهای خصوصی اجازه داده شد که در طرح ملی بیمه سلامت اجتماعی مشارکت کنند و ۷٪ مشارکت‌های اجباری گروه‌های B، C و D را به‌اضافه یک حق بیمه اضافی (که توسط بیمه‌گر

خصوصی وضع می شود). دریافت نمایند. بیمه گرهای خصوصی نیز همچنین باید به مقررات دولتی نظام بیمه سلامت اجتماعی پاسخگو باشند (۴۴).

۲-۳-۷-۵-۹-تایلند

سیستم مراقبت سلامت تایلند بواسطه ترکیبی از منابع مالی سلامت چون مالیات عمومی، مشارکت های بیمه اجتماعی، حق بیمه های خصوصی و پرداخت های مستقیم از جیب تأمین مالی می شود. علی رغم کاهش سهم دولت و خانوارها در بحران اقتصادی آسیایی در سال ۱۹۹۷، با معرفی سیاست پوشش همگانی و اجرای کامل آن تا سال ۲۰۰۲، سهم عمومی از کل مخارج سلامت به طور قابل ملاحظه ای افزایش و ضریب پرداخت های مستقیم از جیب خانوار به صورت چشمگیری کاهش یافت. این طرح بواسطه وضع مالیات عمومی برای پوشش عظیمی با تقریباً ۷۵٪ از کل جمعیت تأمین مالی می شود.

در شکل زیر، سیستم تأمین مالی مراقبت سلامت و ارائه خدمت در تایلند بعد از پوشش همگانی در سال ۲۰۰۲ مشخص گردیده است (۴۵):



شکل ۸: سیستم تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت در تایلند

۲-۳-۸- وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران

به گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان شاخص‌های تأمین مالی در بخش سلامت ایران در سال

۲۰۱۲ به شرح ذیل بودند:

جدول ۱: گزارش شاخص‌های تأمین مالی در بخش سلامت ایران در سال ۲۰۱۲

ردیف	شاخص‌های تأمین مالی در بخش سلامت ایران	درصد
۱	هزینه کل بخش سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی (GDP)	۶,۶٪
۲	هزینه عمومی دولت در بخش سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های بخش سلامت	۴۰,۴٪
۳	هزینه بخش خصوصی به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های بخش سلامت	۵۹,۶٪
۴	هزینه عمومی دولت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولتی	۱۷,۵٪
۵	منابع خارجی به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های بخش سلامت	۰٪
۶	هزینه تأمین اجتماعی به‌عنوان درصدی از کل هزینه عمومی دولت در بخش سلامت	۴۷,۲٪
۷	هزینه پرداخت مستقیم از جیب به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های خصوصی در بخش سلامت	۸۸,۰٪
۸	طرح‌های پیش‌پرداخت خصوصی به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های خصوصی در بخش سلامت	۴,۲٪
۹	کل هزینه سرانه در بخش سلامت در نرخ مبادله متوسط (دلار آمریکا)	۴۸۵
۱۰	کل هزینه سرانه در بخش سلامت (PPP int.\$)	۱۲۱۸
۱۱	هزینه سرانه دولتی در بخش سلامت در نرخ مبادله متوسط (دلار آمریکا)	۱۹۶
۱۲	هزینه سرانه دولتی در بخش سلامت (PPP int.\$)	۴۹۲

۲-۳-۸-۱- کارکرد تولید منابع در ایران

منابع مالی سلامت در ایران از طرق ۳۰٪ از منابع عمومی، ۱۱٪ از بخش کارفرمایان و بیشتر از ۵۰٪ از بخش پرداخت‌های مستقیم خانوار عرضه می‌گردد. باوجود پوشش بالای بیمه در ایران از دید مدیریت منابع، سازمان‌های بیمه‌گر، نقش پایه‌ای در جمع‌آوری و مدیریت منابع در بخش سلامت دارند و به

نظر می‌رسد که هیچ سیاست ویژه‌ای برای دخالت در انتخاب روش عرضه منابع و تعیین سیاست‌ها و منابع وجود ندارد. در نتیجه، کاهش در منابع منجر به پایین آمدن سطح کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر خواهد شد. چنین چرخه معیوبی، نقش سازمان بیمه‌گر را در ایران کمرنگ خواهد نمود و مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت را به حداقل خواهد رساند. به‌عنوان شاهدی از این ادعا، وضعیت مردم تحت پوشش صندوق‌های متفاوت بیمه به‌گونه‌ای است که حدود ۳۶,۹٪ از جمعیت، تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (این سیستم مالی شبیه سیستم بیسمارک است)، ۳۹,۲٪ از آن‌ها، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی (این سیستم مالی شبیه سیستم بورلیج است)، ۲۹,۲٪ از جمعیت روستایی و ۵,۲٪ از سایر، تحت پوشش کمیته امداد و ۳,۲٪ تحت پوشش بیمه درمانی نیروهای مسلح (ماهیتی مشابه با بیمه خدمات درمانی دارد) هستند. در عین حال، پرداخت مستقیم از جیب، سهم عظیمی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است (۴۶).

در سال ۲۰۱۴، منابع تأمین‌کننده هزینه‌های بخش سلامت ایران به شرح ذیل بود:

جدول ۲: منابع تأمین مالی نظام سلامت در ایران در سال ۲۰۱۴

ردیف	منبع تأمین مالی	درصد
۱	دولت داخلی	۱۸,۳٪
۲	بیمه‌های اجتماعی	۱۶,۷٪
۳	داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی	۲۲,۴٪
	پرداخت	
	فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی	۳۱,۰٪
	مستقیم از جیب	
	بیمارستان‌ها	۴۵,۰٪

سایر	۱,۶٪
درصد پرداخت مستقیم از جیب به‌عنوان بخشی از هزینه‌های بخش	۵۶,۰٪
سلامت	
سایر بخش خصوصی	۸,۹٪
۴	

نکته

سهم سلامت از بودجه در کشورهای مختلف دنیا به‌عنوان شاخصی از توسعه‌یافتگی و توجه دولت به سلامت و رفاه مردم است. اکثر دولت‌ها سه اولویت مهم در بودجه خود دارند. امنیت، سلامت و آموزش، سه اولویت اصلی اکثر کشورهای دنیاست و به همین دلیل بودجه بیشتری به این بخش‌ها اختصاص می‌دهند. سازمان بهداشت جهانی نیز با استناد به سه شاخص «سهم سلامت از تولید ناخالص ملی»، «مشارکت مالی مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت» و «هزینه‌های سنگین درمان» امنیت سلامت را در کشورهای مختلف ارزیابی می‌کند.

در کشور ما حدود ۵۶ درصد از منابع بهداشت و درمان را مردم خودشان پرداخت می‌کردند و کل پرداختی دولت در بخش بهداشت و درمان حدود ۱۸ درصد بوده است.

در سال ۹۳ با افزایش ۱۴ درصدی بودجه وزارت بهداشت، سهم بودجه سلامت از بودجه کل کشور به حدود ۰,۳۷ درصد رسید. سرانه سلامت برای هر ایرانی در سال ۹۳ و با توجه به افزایش بودجه، برای روستاییان و عشایر هشت هزار و ۴۰۰ تومان و برای کارکنان دولت ۱۶ هزار و ۴۰۰ تومان تعیین شد که رشد ۶۵ درصدی در بخش روستاییان و ۳۲ درصدی در بخش کارکنان دولت نسبت به سال ۹۲ دارد.

درواقع سهم سلامت ایرانی‌ها از محل درآمد ناخالص داخلی به صورت متوسط ۱۲ هزار تومان است. این در حالی است که این سرانه در کشورهای فقیرتر از ایران با درآمد ناخالص ملی کمتر، از ایران بیشتر است. با توجه به بودجه وزارت بهداشت در سال ۹۳ سهم هر نفر از این بودجه چیزی معادل ۱۵۰ دلار است. این در حالی است که سرانه بهداشت و درمان در دیگر کشورها ۷۰۰ تا حتی هزار دلار است. این رقم در اروپا ۳۵۰۰ دلار و در آمریکا ۸۰۰۰ دلار است.

مهم‌ترین نتیجه پایین بودن سرانه درمان، تحمیل فشار سنگین هزینه‌های درمانی بر دوش مردم و افزایش بیش از حد متعارف «سهم مردم از هزینه‌های درمان» در کشور است، که شاخص دیگری برای ارزیابی امنیت سلامت است.

شاخص سهم مردم از هزینه سلامت عبارت است از نسبت میزان پرداخت مستقیم خانوارها در امر سلامت هنگام دریافت خدمات به کل هزینه‌های بخش سلامت. این شاخص برای سنجش میزان مشارکت‌های کلی مردم در تأمین منابع مالی نظام سلامت به نسبت سایر تأمین‌کنندگان منابع به کار می‌رود. در ایران براساس برآوردهای انجام شده، سهم مردم از هزینه‌های سلامت در سال ۸۹ حدود ۵۴ درصد بود. این رقم اکنون با توجه به تورم افسارگسیخته سال‌های اخیر به بالای ۶۰ درصد رسیده است تا جایی که برخی نمایندگان مجلس از سهم حدود ۷۰ درصدی مردم از هزینه‌های سلامت سخن می‌گویند. ایران در این زمینه براساس آمارهای رسمی در بین کشورهای جهان رتبه ۱۱۸ را دارد.

برنامه‌ریزان در قانون برنامه چهارم توسعه، دولت را موظف کرده بودند که از سال ابتدایی اجرای این قانون یعنی ۱۳۸۴ تا پایان آن (۱۳۸۹) سهم حق بیمه مردم به ۳۰ درصد کاهش یابد و ۷۰ درصد مابقی

توسط بیمه‌ها پرداخت شود. اما نه تنها این تکلیف قانونی اجرایی نشد بلکه با یک عقب‌گرد آشکار در طول برنامه چهارم، سهم هزینه‌های درمان بیماران از ۴۰ درصد سال ۱۳۸۴ (سال نخست فعالیت دولت نهم) به ۵۴ درصد در سال ۱۳۸۹ افزایش یافت. عدم موفقیت دولت نهم در اجرای این ماده قانونی باعث شد تا با تأکید مقامات ارشد نظام، یک‌بار دیگر این تکلیف در قالب برنامه پنجم توسعه گنجانده شود. بنابراین دولت باید سالانه ۶ درصد از هزینه‌های درمان سهم مردم را کاهش دهد تا در سال پایانی این برنامه (۱۳۹۴) این سهم به زیر ۳۰ درصد برسد. اکنون که حدود ۳ سال از اجرایی شدن این برنامه می‌گذرد، براساس تحقیقات مستقل که اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز آن را تأیید می‌کنند، سهم مردم به ۷۰ درصد افزایش یافته است.

در حال حاضر به‌طور متوسط در دنیا مردم ۱۸ درصد از هزینه‌های درمان را می‌پردازند. هم‌اکنون مردم چین ۴۰ درصد هزینه‌های درمان را بر عهده دارند. در ژاپن؛ سهم مردم از هزینه‌های درمان فقط ۱۸٫۷ درصد است. در کشورهای عربی منطقه نظیر کویت به علت جمعیت کم و درآمد بالا مردم تنها ۲۲ درصد از هزینه‌های بهداشت و درمانشان را می‌پردازند و در امارات هم تنها ۳۰ درصد از هزینه‌های درمانی توسط مردم پرداخت می‌شود. در ترکیه همسایه غربی ما مردم برای درمان خود ۲۸ درصد هزینه می‌کنند. در سوئد دولت بابت خدمات درمانی و بهداشتی یارانه می‌پردازد. کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال از خدمات درمانی رایگان بهره‌مندند. هر سوئدی با پرداخت هزینه معینی یک کارت آزاد دریافت می‌کند و با این کارت می‌تواند از خدمات درمانی رایگان برخوردار شود. در انگلستان، پوشش بیمه اجباری و همگانی است و سهم هر کس از پرداخت حق بیمه، با توجه به درآمد و

وضعیت شغلی اش مشخص می‌شود. تنها ۱۲ درصد مردم این کشور با بیمه خصوصی مراحل درمانشان را طی می‌کنند. آلمانی‌ها و فرانسوی‌ها هم با بیمه خصوصی و هم با بیمه دولتی تحت درمان قرار می‌گیرند. تنها ۲۳,۱ درصد از هزینه تمام شده درمان را خود مردم می‌پردازند. در ایالات متحده آمریکا مردم حدود ۱۳,۱ درصد از هزینه‌های درمانشان را خودشان می‌پردازند. در کانادا بدون نیاز به بیمه‌های خصوصی سهم مردم از هزینه‌های درمان تنها ۲,۳۰ درصد است. کانادا یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای جهان در این زمینه به حساب می‌آید. در این کشور بیمه دولتی است و اغلب هزینه‌های پزشکی را دربر می‌گیرد. در کوبا مردم ۸,۵ درصد از هزینه درمان را می‌پردازند. در فیلیپین مردم ۴۴,۳ درصد، در اندونزی ۴۶,۱، در سوریه ۵۲,۶ و در پاکستان ۷۰,۴ درصد هزینه را مردم پرداخت می‌کنند. هزینه‌های سنگین سلامت و تأثیر این هزینه‌ها بر خانوارها نیز شاخص دیگری است که طبق برنامه پنجم توسعه میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت باید به زیر ۱ درصد برسد. این شاخص در واقع بیانگر این است که وقتی عضوی از خانواده بیماری سختی دارد که هزینه زیادی دارد باید میزان هزینه‌ای که خانواده برای درمان این عضو می‌پردازد به گونه‌ای نباشد که خانواده به زیر خط فقر سقوط کند. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، براساس آمارهای رسمی ۳,۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن شده و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند. البته آمارهای غیررسمی این رقم را ۷ درصد اعلام می‌کنند.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت سلامت در جامعه ما مناسب و در شأن یک کشور اسلامی با این همه منابع نیست. در سال ۹۳ هرچند بودجه سلامت ۱۴ درصد افزایش یافت اما با توجه به اینکه هزینه‌های سلامت براساس گزارش‌های مرکز آمار ایران در سال ۹۲، ۳۷ درصد نسبت به سال قبل افزایش دارد و از سوی دیگر تورم بخش سلامت طبق برآوردها حدود ۶۰ درصد برآورد شده است، نمی‌توان امیدی به تغییر در وضعیت سلامت مردم داشت. تنها چیزی که می‌توان گفت اینکه شتاب وخیم‌تر شدن وضعیت سلامت کند شده است. اگر مسئولین و مقامات کشور چاره‌ای اساسی برای این وضعیت نیندیشند، وضعیت سلامت جامعه بحرانی بزرگ‌تر از بحران‌های سیاسی را رقم خواهد زد که مهار آن ساده نخواهد بود (۴۷).

۲-۳-۸-۲- کارکرد انباشت منابع در ایران

انباشت پراکنده، یکی از مسائل و مشکلات حیاتی در تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران است که منجر به افزایش هزینه‌های اداری بیمه اجتماعی شده است. به علاوه، یارانه‌های متقاطع به خوبی از سالم به بیمار و از غنی به اقشار کم‌درآمد انتقال نمی‌یابد. در نتیجه، به عدم قطعیت‌ها در هزینه‌های مراقبت سلامت به خوبی توجه نمی‌شود. به عبارت دیگر، تنها ۲۵٫۶٪ در صندوق‌های 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 خصوصاً فقرا تحمیل نموده است.

همچنین، تفاوت قابل ملاحظه در مزایای حاصل از طرح‌های متفاوت بیمه‌ای، می‌تواند منجر به استفاده نابرابر از خدمات در میان گروه‌های متفاوت شود که این امر عواقب نامطلوبی را در بخش سلامت ایجاد خواهد کرد و فراتر از آن، سطوح متنوعی از سلامت را در زیرگروه‌های متفاوت اجتماعی فراهم آورده و بر انسجام اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود. بخش قابل توجهی از این پراکندگی به دلیل نهادهای خاصی است که مزایای بهتر و بیشتری را به کارمندان خود پیشنهاد می‌دهند. بنابراین، هر منبع ناکارآمدی در تخصیص منابع (به‌عنوان مثال، یک سیستم بد کنترل‌شده و پراکنده) به معنی اتلاف منابعی است که می‌توانست توسط نظام سلامت جهت دسترسی بیشتر به پوشش همگانی مصرف گردد و در این حالت، برای بخش‌هایی چون دندانپزشکی خیلی دشوار است که با سایر بخش‌های سلامت جهت جذب سهم بیشتری از منابع دولتی رقابت کند. این موضوع، باعث شده که ورود خدمات دندانپزشکی در بسته‌های بیمه پایه به نوسانات در منابع موجود، خیلی حساس باشد. بنابراین، اهمیت ویژه بخش دندانپزشکی و سلامت دهان، بر کارایی کل سیستم تأثیر منفی گذاشته است. با توجه به برنامه پنجم توسعه در فوریه ۲۰۱۱، همه صندوق‌های بیمه سلامت موجود مکلف به یکپارچگی در سازمان بیمه سلامت ایرانی شدند. اگر این اصلاح به‌طور کامل اجرا شود، گامی مهم به سمت توجه به بعضی از نارسایی‌های ناشی از پراکندگی صندوق‌ها، برداشته خواهد شد (۴۸).

۲-۳-۸-۳- کارکرد تخصیص منابع و خرید راهبردی در ایران

در ایران، علاوه بر این که قسمت عظیمی از فشار مالی مراقبت سلامت بر دوش مردم گذاشته شده است، بیشتر از ۹۰٪ از مردم تحت پوشش حداقل یک نوع از بیمه سلامت هستند که بیمه سلامت نیمه‌دولتی و خصوصی حدود ۲,۶٪ و بقیه بیمه سلامت دولتی مشارکت داشته است. بنابراین

سازمان‌های بیمه سلامت عموماً دولتی بوده و به دلیل مشکلات مالی در سطح وسیعی با کمبود بودجه و در نتیجه عدم کارایی مواجه هستند. این سازمان‌ها عبارت‌اند از سازمان تأمین اجتماعی (بزرگ‌ترین صندوق بیمه در ایران با پوشش ۲۹ میلیون نفر از جمعیت)، سازمان بیمه خدمات درمانی (با پوشش ۳۹ میلیون نفر از جمعیت)، سازمان بیمه نیروهای مسلح (با پوشش ۴ میلیون نفر از جمعیت) و بنیاد خیریه کمیته امداد (۱ میلیون و ۶۵۰ نفر از افراد محروم و نیازمند) (۴۹). بعلاوه، این سازمان‌ها با کمبود تخصص و خبرگی در تحلیل پیچیده آماری تعیین خطرات و شکاف اطلاعاتی پزشک-بیمار مواجه بوده که پوشش بیمه‌ای افراد را با ناکامی مواجه ساخته است (۵۰).

در ایران، چندین روش بازپرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد. به لحاظ تاریخی، یکی از روش‌های پرداختی مبتنی بر روش پرداخت به ازای ارائه خدمت است. براساس این روش، یک شرکت بیمه‌ای ممکن است بر پایه نرخ مذاکره برای هر خدمت واحد گزارش شده توسط ارائه‌کننده پرداخت را انجام دهد. سایر روش‌های پرداختی از قبیل حقوق و دستمزد، روش سرانه (پرداخت مطابق با نوع بیماری‌های گزارش شده) و بودجه خطی برای پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان پزشکی در نظر گرفته شده است. به‌طور کلی، در سطح اول ارائه خدمت برای پزشکان خانواده در جهت خدمات تشخیصی و درمانی روش سرانه و پرداخت به ازای ارائه خدمت، در سطح دوم خدمات برای متخصصین روش پرداخت به ازای ارائه خدمت و در سطح سوم خدمات برای بیمارستان‌ها پرکیس و پرداخت به ازای ارائه خدمت در نظر گرفته شده است (۵۱). به‌عبارت‌دیگر، پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی براساس پرداخت کارانه و حقوق، در سازمان

بیمه خدمات درمانی براساس پرداخت کارانه، در سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح براساس ترکیبی از سیستم حقوق‌بگیری و کارانه و در کمیته امداد امام خمینی براساس پرداخت کارانه صورت می‌گیرد (۵۰).

۲-۳-۴- کارکرد ارائه خدمت در ایران

در سال‌های گذشته، هزینه‌های مراقبت سلامت با سرعت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است و فشار جدی کمبود منابع در بخش سلامت احساس شد. این موضوع به نوبه خود، فشارهای مضاعفی را برای سازمان‌های بیمه سلامت، سیاستگذاران و جمعیت ایرانی ایجاد کرده است. با توجه به این حقیقت که بیشتر از ۹۰ درصد از خدمات مراقبت سلامت توسط دولت ارائه می‌شوند، چنین فشارهایی سیاستگذاران را ترغیب کرد تا نقش بالقوه و جایگزینی بخش خصوصی را در ارائه خدمات دولتی مدنظر قرار دهند.

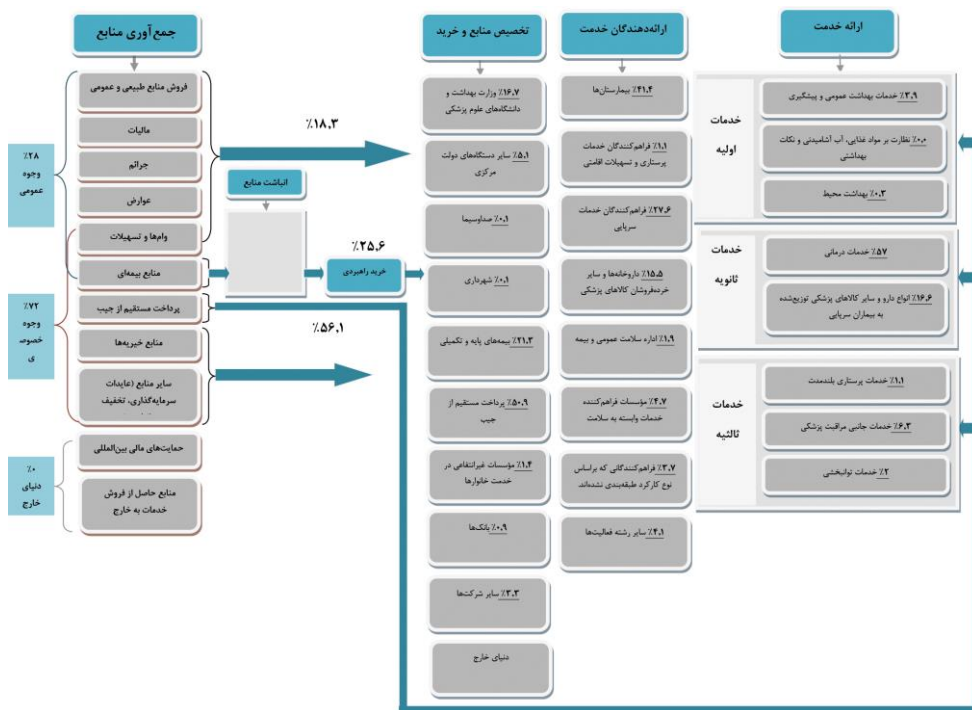
از زمانی که هزینه‌های مراقبت سلامت در ایران افزایش یافت، سؤالات عدالت و کارایی نیز به‌طور همزمان مطرح گردید. تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران، مبتنی بر بیمه اجتماعی است و یک سیستم تأمین مالی کثرت‌گراست. سه منبع اصلی تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران وجود دارد: بودجه عمومی دولت، پرداخت‌های بیمه سلامت و هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب افراد.

میزان بودجه سلامت توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی نهاد ریاست جمهوری و با همکاری دفتر مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌شود. این بودجه در نهایت باید توسط کابینه و متعاقباً مجلس شورای اسلامی به تصویب برسد. ایران دارای چهار سازمان اصلی بیمه سلامت است:

سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و بیمه سلامت کمیته امداد. همه این سازمان‌ها از حمایت دولت در سطوح متنوعی سود می‌برند. طبق آمار به‌دست آمده در سال ۲۰۰۸، ایران ۲۲۰ میلیون دلار را در نظام سلامت خود هزینه نموده است. با وجود این میزان از هزینه‌ها، مشکلات مالی قابل ملاحظه‌ای برای دولت (به‌عنوان ارائه‌کنندگان اصلی مراقبت سلامت)، سازمان‌های بیمه سلامت (به‌عنوان خریداران اصلی خدمات مراقبت سلامت و بیماران (به‌عنوان مصرف‌کنندگان خدمات سلامت) وجود داشته است.

در سال‌های اخیر، دولت‌ها علاقه فزاینده‌ای به خصوصی‌سازی خدمات مراقبت سلامت نشان دادند و این امر به‌عنوان یکی از سیاست‌های غالب در نظام سلامت مطرح شد. گرچه در عصر حاضر تلاش بر محدودسازی نقش خصوصی‌سازی شده است، چراکه این سیاست برای توجه به مباحث عدالت و کارایی و نحوه حفاظت از بیماران در برابر خدمات با هزینه‌های هنگفت کافی به نظر نمی‌رسد. بنابراین افزایش سهم بخش خصوصی بدون توجه جزئی به پیامدهای بالقوه، منجر به وخامت بیشتر در مورد عدالت و دسترسی خواهد شد. علاوه بر این، اهداف فعلی برنامه پنج‌ساله توسعه برای سیستم مراقبت سلامت تأکید می‌کند که وزارتخانه هنوز هم در جستجوی راه‌های کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب بیماران است و این سیاست خصوصی‌سازی در دستیابی وزارت بهداشت به اهداف خود ناکام خواهد بود. در نتیجه، بازار مراقبت سلامت در ایران گستره وسیعی از مشکلات پیچیده مالی را متحمل شده است و در حال حاضر، حدود ۴۱٫۴٪ از منابع مالی در بخش‌های بیمارستانی و ۲۷٫۶٪ در بخش‌های خصوصی سرپایی هزینه شده است (۵۲).

وضعیت کارکردهای نظام تأمین مالی سلامت در ایران در شکل شماره ۹ خلاصه گردیده است:



شکل ۹: وضعیت کارکردهای تأمین مالی نظام سلامت در ایران

لازم به توضیح است که در کارکرد ارائه خدمات سلامت، به درصد هزینه‌های انجام‌شده در سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه پرداخته شده است و مابقی به حوزه خدمات اداری و سایر عملکردهای مرتبط با سلامت چون تشکیل سرمایه مؤسسات فراهم‌کننده خدمات سلامت، آموزش پزشکی و تعلیم کارکنان سلامت، تحقیق و توسعه در زمینه سلامت، نظارت بر مواد غذایی، آب آشامیدنی و نکات بهداشتی، اداره و تهیه خدمات اجتماعی به صورت کمک‌زندگی و اداره و تهیه مزایای نقدی مربوط به تأمین سلامت اختصاص یافته است.

۲-۳-۹- ویژگی‌های نظام تأمین مالی سلامت در ایران در مقایسه با سایر کشورها

هر کشوری براساس بنیه اقتصادی، تجربیات قبلی، دیدگاه‌های سیاسی، انتظارات عمومی و مقررات علمی دست‌اندرکاران خود، سعی در پیاده‌سازی و اصلاح موفق‌تر نظام تأمین مالی خود دارد. مطابق با جدول شماره ۳ و طبق بررسی‌های به‌عمل‌آمده در ۱۰ کشور منتخب، در کشورهایی که نظام تأمین مالی آن‌ها به صورت طب ملی است، بخش دولتی بیشترین مشارکت را در پرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت بر عهده دارد. در کشورهایی چون سوئد، ایالات کینگدام و کانادا، بخش دولتی، سهم بیشتری از هزینه‌ها را از طریق مالیات پرداخت می‌نماید و مردم به میزان ناچیزی در پرداخت هزینه‌ها مشارکت می‌نمایند که البته این میزان در کانادا بیشتر است.

بعلاوه، کشورهایی مثل آلمان، شیلی، تایلند و ترکیه که سیستم تأمین مالی آن‌ها مختلط است، نیز همانند کشورهای طب ملی، حضور بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی پررنگ‌تر است و این

مشارکت بیشتر از طریق پرداخت حق بیمه‌های اجباری و طرح‌های اجتماعی در آلمان و شیلی، مالیات در ترکیه و تنوعی از طرح‌های دولتی در تایلند صورت می‌پذیرد.

در دولت آمریکا که فردگرایی از بارزترین مشخصات آن محسوب می‌شود، سیستم تأمین مالی آن خصوصی است و دولت کمترین میزان مشارکت را در پرداخت هزینه‌های سلامت بر عهده دارد. و بیشترین میزان مشارکت (۶۴٪) از طریق بیمه‌های خصوصی امکان‌پذیر است. به جز ۲۶٪ باقیمانده که دولت برای طبقات خاصی از اجتماع چون سالمندان، فقرا و دخالت نموده است.

ایران در مقایسه با کشورهای مذکور همانند شیلی، آلمان، ترکیه، تایلند و مالزی، یک سیستم تأمین مالی مختلط با مشارکت بخش دولتی و خصوصی را داراست. به‌عنوان مثال، همان‌طور که در جدول ذیل نیز مشخص است، در مالزی، نقش بخش دولتی به نسبت خصوصی پررنگ‌تر است اما همانند ایران، پرداخت مستقیم از جیب، سهم قابل ملاحظه‌ای از تأمین مالی بخش سلامت را به خود اختصاص داده است. در ایران سهم عظیمی از منابع مالی خارج از کنترل دولت و در ارتباط مستقیم خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است و دولت و سازمان‌های بیمه‌ای نقش کم‌رنگی داشته و سلامت جامعه به بخش خصوصی واگذار شده است. به‌عبارت‌دیگر، دولت و سایر بخش‌های دولتی، حدود ۲۵٪ در پرداخت هزینه‌ها مشارکت داشته که این میزان از طریق حق بیمه‌های اجتماعی و درآمدهای حاصل از فروش منابع نفتی بوده است و میزان مشارکت از طریق مالیات و یا حق سرانه در ایران بسیار پایین بوده و پرداخت به‌صورت ناعادلانه در ارتباط مستقیم از مصرف‌کنندگان صورت پذیرفته است که این موضوع با کارکردها و معیارهای تأمین مالی در تناقض است. این مسئله در ایران و کشورهایی

چون ایالات متحده آمریکا و مالزی بیشتر مشهود است. البته مشاهده می شود که حضور پررنگ بخش خصوصی در آمریکا در قالب بیمه های خصوصی مطرح است و در مقایسه با ایران، ضریب پرداخت مستقیم از جیب آن، پایین تر است.

جدول ۳: مقایسه تطبیقی نظام تأمین مالی در کشورهای منتخب

کشور	نوع نظام تأمین مالی	درصد مشارکت	مشخصات و ویژگی های نظام تأمین مالی سلامت	نقاط قوت	نقاط ضعف
۱ ایالات کینگدام	طب ملی	۲۰.۱٪ مالیات عمومی ۱۸.۴٪ طرح خدمات سلامت ملی	حضور بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات سلامت	۱. مالیات محور نظام تأمین مالی؛ ۲. مسئولیت پذیری و پاسخگویی به مجلس؛ NHS؛ ۳. ارائه رایگان خدمات سلامت؛ NHS؛ ۴. کاهش دیوانسالاری و افزایش استقلال ارائه کنندگان خدمات؛	۱. افزایش تورم در تأمین مالی NHS؛ ۲. افزایش تقاضا در ارائه خدمات طولانی شدن صف انتظار؛ NHS؛ ۳. سهمیه بندی داروها در NHS؛ ۵. افزایش نقش بخش خصوصی ضمن افزایش پرداخت های خصوصی بیماران؛ ۶. توجه فزاینده شهروندان به بخش خصوصی؛
۲ کانادا	طب ملی	۷۰٪ مالیات ۱۵٪ پرداخت مستقیم از جیب بیمه خصوصی ۳٪	ارائه چشمگیر خدمات سلامت توسط بخش دولتی و غیرانتفاعی و در اغلب موارد،	۱. ارائه خدمات سلامت برای شهروندان صرف نظر از توانایی پرداخت؛ ۲. شبکه ای	۱. حضور چشمگیر بیمارستان های اجتماعی و پزشکان خویش فرما

<p>ارائه خدمات سلامت؛</p> <p>گسترده از طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی و تأمین مالی آن‌ها توسط دولت مرکزی؛</p> <p>۳. تأمین مالی بیمارستان‌های غیرانتفاعی توسط دولت؛</p> <p>۴. نظارت دولت بر پرداخت‌ها و ارائه خدمات در بیمارستان‌ها و مطب‌ها؛</p>	<p>بخش خصوصی</p>	<p>صندوق‌های بیمه اجتماعی و هدایای موسسه خیریه</p>	
<p>۱. تأکید دولت بر نظام تأمین مالی مالیاتی؛</p> <p>۲. اعطای یارانه در سطح ارائه خدمت؛</p> <p>۳. ارائه رایگان برخی از خدمات سلامت؛</p>	<p>۱. پوشش دولتی خدمات سلامت برای سودانی‌ها، جمعیت عضو اتحادیه اروپا و کشورهای منطقه اقتصادی و کشورهای که با سودان توافق دوجانبه دارند؛</p>	<p>نظام تأمین مالی دولتی</p>	<p>۳</p> <p>۱. ۹۷٪ دولتی (۷۱٪ مالیات محلی)</p> <p>۲. حجم بسیار کوچک پرداخت مستقیم از جیب</p> <p>سوند طب ملی</p>
<p>۱. نبود پوشش سلامتی برای ۱۵٪ از جمعیت؛</p> <p>۲. تأکید دولت بر مسئولیت‌پذیری فردی، آزادی انتخاب و کثرت‌گرایسی</p>	<p>۱. وجود نظام‌های جداگانه برای طبقات خاص اجتماع در ایالات متحده آمریکا</p> <p>۲. طرح‌هایی چون مدیر برای سالمندان، مدیر برای اقشار کم‌درآمد و برنامه‌های دولتی برای ارتشیان و</p>	<p>۱. وجود نظام‌های جداگانه برای طبقات خاص اجتماع در ایالات متحده آمریکا</p>	<p>۴</p> <p>طرح دولتی؛</p> <p>۱. ۱۳٪ مدیر</p> <p>۲. ۱۰٪ مدیر</p> <p>۳. ۳٪ بیمه خصوصی و آزاد</p> <p>ایالات متحده آمریکا</p> <p>طرح خصوصی؛</p> <p>۱. ۶۴٪ طرح‌های</p>

<p>جامعه؛ ۳. درگیری کمتر دولت در ارائه خدمات سلامت؛ ۴. وجود پیامدهای ضعیف تر مراقبت سلامت و بی توجهی دولت به طرح پوشش همگانی سلامت؛</p>	<p>جانبازان فعال و بازنشسته؛</p>	<p>بیمه خصوصی مبتنی بر کارفرما</p>		
<p>۱. پرداخت منابع مالی به صندوقهای بیمه‌ای براساس عوامل ریسک که می‌تواند منجر به افزایش پرداخت‌های مستقیم از جیب بیماران شود؛ ۲. دادن اجازه به شرکت‌های بیمه‌ای در وضع حق بیمه اضافی برای بیماران؛ ۳. افزایش رقابت پذیری در بین صندوق‌های بیمه‌ای؛</p>	<p>۱. تعیین نرخ ثابت حق بیمه برای کارمندان و کارفرمایان؛ ۲. وجود صندوق انباشت منابع به صورت منسجم و یکپارچه به نام صندوق سلامت؛ ۳. تعیین سقفی برای حق بیمه ثانویه؛ ۴. استقلال شهروندان در تغییر صندوق بیمه‌ای؛ ۵. اعطای یارانه به افشار کم درآمد و طبقات خاصی از شهروندان؛</p>	<p>وجود نظام مالیات، یارانه و بیمه در تأمین مالی نظام سلامت</p>	<p>۱. ۶۰٪ صندوق‌های بیمه اجتماعی ۲. ۲۱٪ دولت ۳. ۷٪ بیمه مختلط خصوصی ۴. ۱۲٪ پرداخت بیمار خارج از سیستم بیمه‌ای</p>	<p>۵ آلمان مختلط</p>
<p>۱. پوشش افراد براساس وضعیت نوع بیمه سلامت و میزان پرداختی در صندوق‌های بیمه‌ای؛ ۲. میزان</p>	<p>۱. فراهم آوردن امنیت سلامتی در دوران بازنشستگی و پرداخت هزینه‌های پزشکی برای شاغلین؛</p>	<p>نظام تأمین مالی مختلط متشکل از بیمه سلامت خصوصی، مالیات عمومی و پرداخت‌های شاغلین به صندوق آینده‌نگر</p>	<p>۱. ۵۶٫۸٪ بخش دولتی (۰٫۸٪) مشارکت تأمین اجتماعی) ۲. ۴۱٫۸٪ بخش خصوصی (۷۳٫۸٪ پرداخت مستقیم از جیب،</p>	<p>۶ مالزی مختلط</p>

<p>قابل ملاحظه پرداخت‌های مستقیم از جیب در سطوح دولتی و خصوصی؛</p>	<p>۲. ارائه رایگان خدمات دولتی برای شاغلین و خانواده‌هایشان؛</p>	<p>کارمندی</p>	<p>۱۳٫۷٪ بیمه خصوصی، ۱۲٫۵٪ منابع مالی خصوصی)</p>
۷			
<p>۱. افزایش نابرابری بین اقشار پر درآمد و اقشار تهیدست؛ ۲. آزادی سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی در تعیین سقف حق بیمه‌ها؛</p>	<p>۱. تعیین سقف پرداخت‌ها و پیش‌پرداخت‌ها برای بیمه‌گرهای دولتی و خصوصی با شعار پوشش همگانی؛ ۲. حضور چشمگیر بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت؛</p>	<p>نظام تأمین مالی مختلط مشکل از بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی</p>	<p>طرح دولتی: ۱. ۷۰٪ جمعیت فقیر شهری و روستایی، طبقات پایین اجتماعی، بازنشستگان، تکنیسین‌ها و متخصصین مشاغل آزاد. طرح خصوصی: ۱. ۱۷٫۵٪ طبقات متوسط روبه بالا و جمعیت با درآمد بالا؛ ۲. ۱۰٪ نیروهای ارتش؛ ۳. ۲٫۵٪ پرداخت مستقیم از جیب؛</p>
۸			
<p>۱. وجود قیمت‌های متفاوت درمانی برای درمان‌های مشابه در کلیه بیمارستان‌ها؛ ۲. نیاز به برنامه‌ریزی استاندارد پرداخت و سیستم نظام‌مند حسابرسی؛ ۳. وجود یک سیستم پراکنده بیمه‌ای و فقدان مدیریت واحد</p>	<p>۱. افزایش سهم دولت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت؛ ۲. کاهش ضریب پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار؛ ۳. استفاده از درآمدهای مالیاتی برای افرادی که تحت پوشش رسمی سازمان بیمه اجتماعی نیستند؛</p>	<p>نظام تأمین مالی مختلط مشکل از مالیات عمومی، مشارکت‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب</p>	<p>۱. ۱۷٪ طرح پوشش همگانی (UC) ۲. ۱۲٪ طرح مزایای پزشکی خدمات کشوری (CSMBS) ۳. ۸٪ برنامه بیمه اجباری برای کارمندان شرکت‌های خصوصی ۴. ۹٪ بیمه خصوصی (۳،۳٪) بیمه خصوصی، ۲،۳٪ بیمه</p>

<p>منابع مالی؛</p>	<p>ترافیک، ۲,۳۷٪ مزایای کارفرما، ۰,۴۴٪ غیرانتفاعی، ۰,۲۴٪ (سایر) ۰,۲۷٪ سایر دولتی ۲۷٪ پرداخت مستقیم از جیب وضعیت پوشش ۲. UC ۷۲.۱٪ ۳. CSMB ۱۱٪ ۱۲SSS٪ ۵. ۵٪ بیمه نشده</p>
<p>۱. رشد روزافزون بخش خصوصی و جایگزینی آن در سیستم دولتی؛ ۲. عدم تعادل مالی در بخش دولتی؛ ۳. عدم پوشش بیمه‌ای در بعضی از اقشار جمعیتی؛ ۴. تفاوت صندوق‌های بیمه‌ای در نوع و میزان پوشش ارائه شده؛ ۵. عدم وجود معیاری جهت آگاهی از واجد شرایط بودن افراد و برخی موانع اداری در اعطای موفقیت‌آمیز یارانه‌ها؛</p>	<p>۹</p> <p>۱. ۴۱٪ مالیات ۲. ۳۱٪ حق بیمه ۳. ۲۸٪ پرداخت مستقیم از جیب</p> <p>وجود سیستم ترکیبی مشکل از مالیات، حق بیمه‌های دولتی و خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب در تأمین مالی نظام سلامت</p> <p>مختلط</p> <p>ترکیه</p>
<p>۱. سهم عظیم پرداخت مستقیم</p>	<p>۱۰</p> <p>۱. ۱۸,۳٪ دولت داخلی</p> <p>وجود سیستم ترکیبی مشکل از</p> <p>۱. افزایش سهم دولت در تأمین</p>

از جیب افراد در	مالي نظام سلامت	وجوه عمومي	۲. ۲۵,۶٪ بیمه‌ها		
تأمین مالی نظام سلامت	۲. افزایش نقش مالي نظام سلامت	(مالیات، حق بیمه‌ها، فروش منابع طبیعی و...)	۳. ۵۶,۱٪	مختلط	ایران
انباشت	۲. انباشت	وجوه خصوصی (پرداخت‌های مستقیم از جیب، حق بیمه‌ها، منابع خیریه‌ها و...)	از جیب		
پراکنده در منابع بیمه‌ای	۳. حضور بخش خصوصی در بیمه‌ای	مستقیم از جیب، حق بیمه‌ها، منابع خیریه‌ها و...)			
۳. ضعف مدیریتی و فقدان کنترل حجم عظیمی از منابع مالی سلامت	۳. نظام سلامت	دنیای خارج در تأمین مالی نظام سلامت			
۴. جایگزینی بخش خصوصی در ارائه خدمات دولتی					
۵. روند افزایشی هزینه‌های بخش سلامت					

۲-۳-۱۰- گردش مالی سلامت (Health Financing Flow)

در نگاه کلی، سیستم گردش مالی در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در شکل شماره ۱۰ مشخص گردیده است: با توجه به شکل زیر، وزارت امور اقتصاد و دارایی، مجری مرکزی در جمع‌آوری منابع مالی (مالیات) در بخش سلامت است که منابع را از بخش خصوصی و خانوارها دریافت می‌کند. در خزانه‌داری کل کشور که جزئی از وزارت امور اقتصاد و دارایی است، منابع مالی از دولت و سازمان‌های دولتی جمع‌آوری می‌گردد. در این میان، لازم به توضیح است که بانک مرکزی به صورت مستقل از ساختارهای دولتی عمل نموده و اطلاعات و گردش مالی سایر حوزه‌ها چون خزانه و ... را رصد می‌کند. بعلاوه، مرکز آمار ایران در قالب یک موسسه دولتی و وابسته به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، اطلاعات مالی مربوط به هزینه‌های خانوار را رصد می‌کند. تجمیع منابع نیز توسط میانجی‌ها و واسطه‌های درآمدی چون وزارت بهداشت، درمان و آموزش

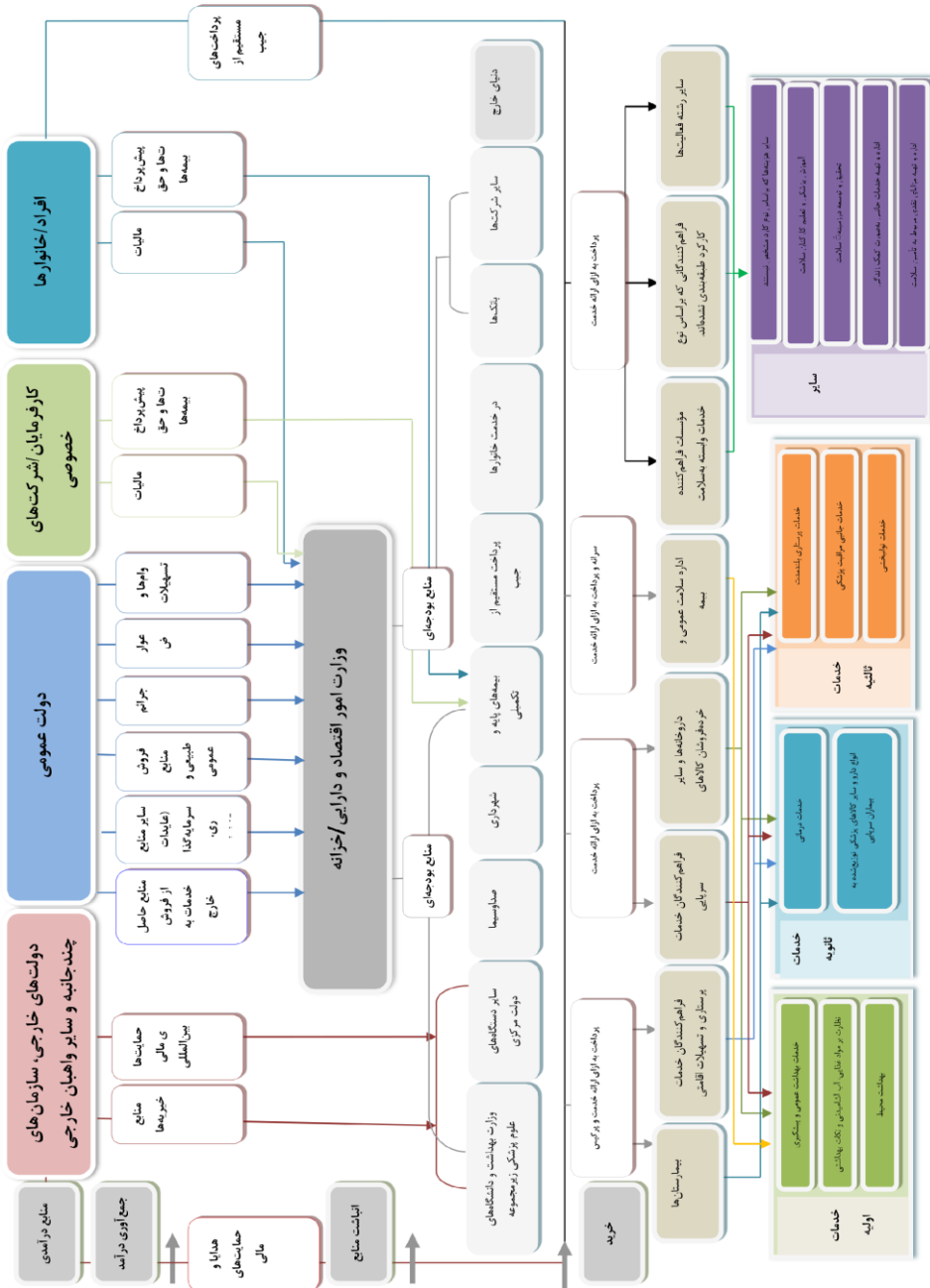
پزشکی، سایر سازمان‌های دولت مرکزی و محلی، بیمه اجتماعی و طرح‌های بیمه خصوصی صورت خواهد پذیرفت. وزارت بهداشت، منابع مالی را به صورت بودجه دولتی از خزانه دریافت می‌کند. گرچه مشارکت‌های اهدایی نیز بنا به طرح‌های بیماری خاص نیز به وزارت مذکور تعلق می‌گیرد. بیمه‌گران اجتماعی و خصوصی نیز حق بیمه‌هایی را از افراد یا خانوارها و شرکت‌های خصوصی به عنوان کارفرمایان دریافت می‌کنند. بعلاوه، سازمان‌های بیمه تأمین اجتماعی منابع خود را از بودجه دولتی یا حق بیمه‌های افراد و سازمان‌های غیردولتی شاغل در بخش سلامت نیز مشارکت‌های مستقیم سازمان‌های چندجانبه یا اهداکنندگان را جذب می‌کنند (۵۳).

همه میانجی‌ها و واسطه‌های درآمدی و نیز افراد و خانوارها، خریداران خدمات مراقبت سلامت هستند.

مکانیسم‌های پرداخت استفاده شده توسط آن‌ها برای هر کدام از ارائه‌کنندگان به صورت زیر است:

در ایران، چندین روش بازپرداخت برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد. به لحاظ تاریخی، یکی از روش‌های پرداختی مبتنی بر روش پرداخت به ازای ارائه خدمت است. براساس این روش، یک شرکت بیمه‌ای ممکن است بر پایه نرخ مذاکره برای هر خدمت واحد گزارش شده توسط ارائه‌کننده پرداخت را انجام دهد. سایر روش‌های پرداختی از قبیل حقوق و دستمزد، روش سرانه (پرداخت مطابق با نوع بیماری‌های گزارش شده) و بودجه خطی برای پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان پزشکی در نظر گرفته شده است. به طور کلی، در سطح اول ارائه خدمت برای پزشکان خانواده در جهت خدمات تشخیصی و درمانی روش سرانه و پرداخت به ازای ارائه خدمت، در سطح دوم خدمات برای متخصصین روش پرداخت به ازای ارائه خدمت و در سطح سوم خدمات برای بیمارستان‌ها

پرسیس و پرداخت به ازای ارائه خدمت در نظر گرفته شده است (۴۹). به عبارت دیگر، پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی براساس پرداخت کارانه و حقوق، در سازمان بیمه خدمات درمانی براساس پرداخت کارانه، در سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح براساس ترکیبی از سیستم حقوق‌بگیری و کارانه و در کمیته امداد امام خمینی براساس پرداخت کارانه صورت می‌گیرد (۵۰).



شکل ۱۰: جریان نقدینگی تأمین مالی سلامت در ایران

راهنمای نمودار

۱. اشکال:

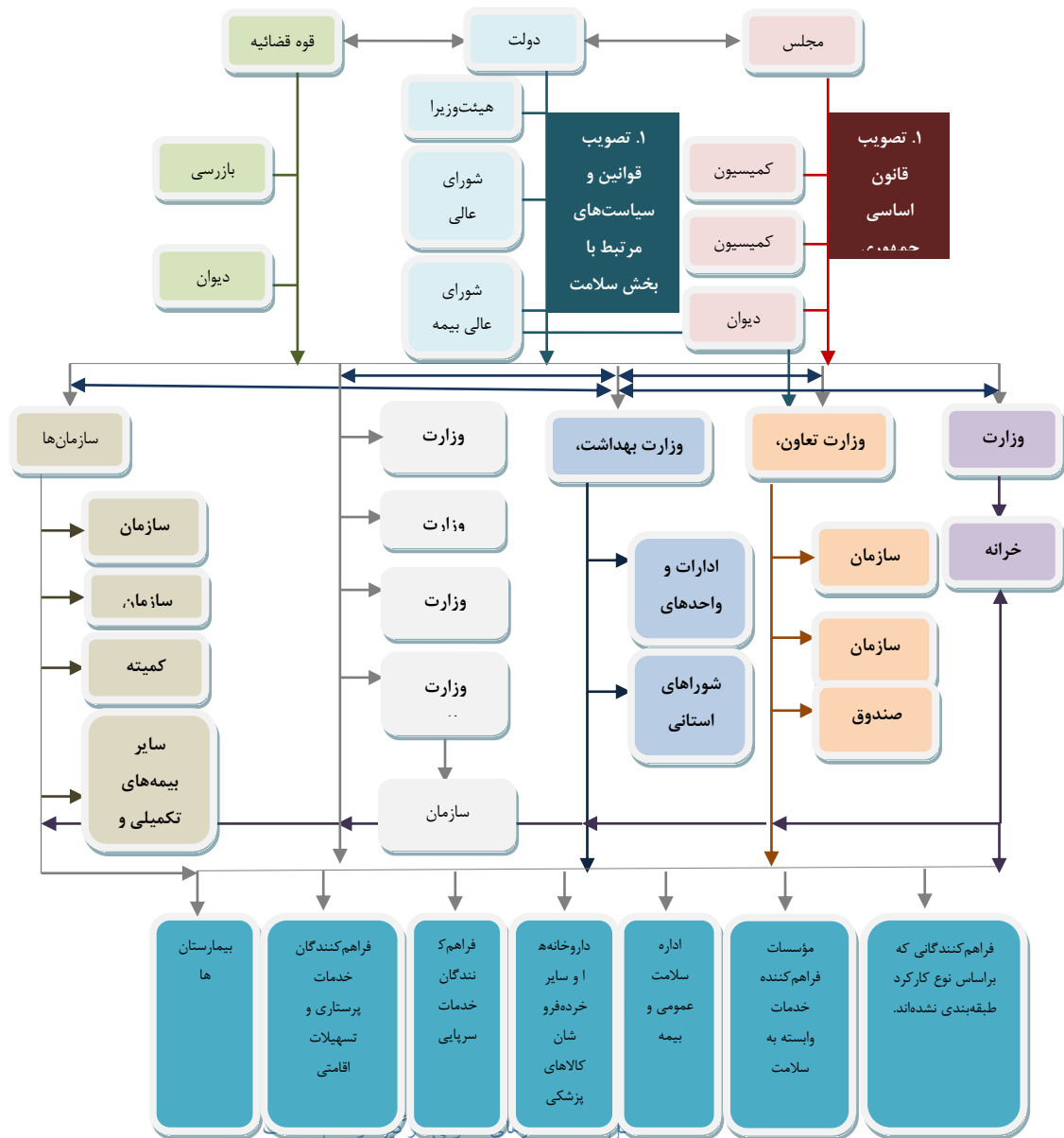
-  دولت عمومی
 -  دولت خارجی
 -  کارفرمایان/شرکت‌های خصوصی
 -  افراد/خانوارها
 -  وزارت امور اقتصاد و دارایی
 -  سازمان‌های تأمین مالی
 -  ارائه‌دهندگان خدمت
- سطوح ارائه خدمات:
-  خدمات اولیه
 -  خدمات ثانویه
 -  خدمات ثالثیه
 -  سایر

۲. خطوط ارتباطی

-  دولت عمومی
 -  دولت خارجی
 -  کارفرمایان/شرکت‌های خصوصی
 -  افراد/خانوارها
 -  وزارت امور اقتصاد و دارایی
 -  نظام‌های پرداخت
- ارائه‌دهندگان خدمات:
-  بیمارستان‌ها
 -  فراهم‌کنندگان خدمات پرستاری و تسهیلات اقامتی
 -  فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی

۲-۳-۱۱- ساختار حقوقی در گیر در نظام تأمین مالی سلامت ایران

بعد از تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران توسط مجلس شورای اسلامی و با نظارت دیوان محاسبات کشور بر فرآیندهای مالی و قوانین تصویب شده، قوانین مذکور جهت اجرا به دولت (قوه مجریه) ابلاغ می گردد. در نهایت دولت مذکور، در راستای قوانین مرتبط به وظایف هر وزارتخانه، سیاست‌های مرتبط با سلامت، چه در راستای تأثیرگذاری مستقیم و غیرمستقیم، را اتخاذ و وزارتخانه‌های مربوطه ابلاغ می نماید و هر وزارت متناسب با سیاست تعیین شده، خط‌مشی‌ها و برنامه‌های راهبردی مرتبط را تدوین و با تفویض اختیار به واحدهای تابعه، زمینه اجرا را فراهم می نماید. تمامی این فعالیت‌ها با تبادلات مالی با خزانه‌داری کل کشور زیر نظر وزارت امور اقتصاد و دارایی براساس عملیات هر وزارتخانه صورت خواهد پذیرفت.



۲-۳-۱۲- اسناد و اقدامات بالادستی در راستای نظام تأمین مالی سلامت در ایران

با توجه به جدول شماره ۴، در حوزه بهبود کارکردهای تأمین مالی، سیاست‌هایی از سوی مقام معظم رهبری و برنامه‌های توسعه توسط مجلس شورای اسلامی ابلاغ شده است. از جمله ابعاد اصلاحات صورت گرفته در حوزه جمع‌آوری منابع، بند ۹-۲ سیاست‌های ابلاغی مبنی بر پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان است تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد و ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم (۵۴) توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در راستای ارتقای شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم، کاهش سهم مردم از پرداخت‌های مستقیم هزینه‌های سلامت و کاستن از درصد خانوارهای آسیب‌پذیر از تحمل هزینه‌های سلامت است.

بند ۴-۱۰ نیز بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان باهدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی تأکید کرده است. براین اساس، در ماده ۷ قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، دولت مکلف شد حداکثر تا پنجاه درصد (۵۰٪) خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را در قالب پرداخت یارانه در قالب پرداخت نقدی و غیر نقدی با لحاظ میزان درآمد خانوار نسبت به کلیه خانوارهای کشور به سرپرست خانوار، اجرای نظام جامع تأمین اجتماعی برای جامعه هدف از قبیل گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقاء سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج هزینه نماید (۵۵).

در بند ۷-۹ در حوزه پرداخت، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم است که براساس بند «ز» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد (۵۴).

براساس بند ۱-۱۰ در حوزه انباشت منابع در راستای سیاست شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، در بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، 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 هیئت‌وزیران می‌رسد (۵۴).

در تخصیص منابع و خرید در بند ۲-۱۰ بر افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به‌نحوی که بالاتر از

میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد، تأکید شده است. بر این اساس، در بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم، سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرای بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد (۵۴).

جدول ۴: چارچوب مفهومی تأمین مالی سلامت

کارکردهای تأمین مالی	بندهای سیاستی در حوزه تأمین مالی	برنامه‌های توسعه در حوزه تأمین مالی	پیشنادهای سازمان جهانی بهداشت
۱. جمع‌آوری منابع	بند ۹. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی باهدف:	ماده ۳۳	۱. استقرار سیستم مناسبی برای اخذ حق مشارکت‌های بیمه‌ای خانوارها؛
۲. خرید و تخصیص منابع	۹-۱. همگانی ساختن بیمه پایه درمان؛		۲. ارزیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده ضمن حفاظت مالی از استفاده‌کنندگان؛
۳. نظام پرداخت	۹-۲. پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها؛	ماده ۳۷	۳. چگونگی تخصیص منابع تجمع‌شده در مناطق مختلف جغرافیایی با توجه به میزان نسبی جمعیت، درآمد/فقر، نیازهای سلامت و اختلافات اجتناب‌ناپذیر هزینه‌ها در ارائه خدمات؛
۴. سطوح ارائه خدمت	۹-۳. ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف؛		۴. توسعه مکانیسمی برای تحت پوشش قرار دادن افراد بی‌بضاعت، از طریق اعمال یارانه
۵. تعرفه	۹-۴. تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی	ماده ۳۸	پوشش قرار دادن افراد بی‌بضاعت، از طریق اعمال یارانه

توسط وزارت بهداشت؛	هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪)
۹-۵ تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی؛	از طرق مختلف:
۹-۶ تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی؛	الف) ایجاد سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت؛
۹-۷ اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم؛	ح) نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن؛
بند ۱۰. تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:	ماده ۳۲
۱-۱۰ شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها؛	ج) بازطراحی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد؛
۱۰-۲ افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت؛	ب) تخصیص خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم و ...؛
۱۰-۳ وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت؛	ماده ۳۴
۱۰-۴ پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های	د) تخصیص خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم و ...؛
	ماده ۳۷
	الف) تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف و تعیین عوارض برای این کالاهای؛
	ماده ۳۸
	ب) ادغام کلیه صندوق‌های بیمه‌ای در تشکیلات جدیدی به نام سازمان بیمه سلامت ایران؛
	د) تعیین حق بیمه پایه سلامت خانوار به‌عنوان سهمی از درآمد سرپرست خانوار؛
	۱. تحت پوشش قرار گرفتن خانوارهای روستایی و عشایر و اقشار نیازمند توسط
	مختلف، یا از محل درآمد‌های عمومی دولت و یا اخذ حق مشارکت‌های بیمه‌ای؛
	۵. طراحی و به‌کارگیری مکانیسم‌های پرداختی به ارائه‌کنندگان خدمات، به‌منظور ایجاد انگیزه جهت افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات؛
	۶. چگونگی تخصیص منابع تجمعی میان انواع خدمات سلامت در سطوح مختلف مراقبتی، یا حصول اطمینان از عدم ایجاد هیچ‌گونه مانع در هماهنگی این سطوح؛
	۷. پایه‌ریزی زمینه‌های سازمانی و اجرایی به‌منظور جمع‌آوری حق مشارکت‌ها از منابع گوناگون؛
	۸. خرید و عقد قرارداد راهبردی؛
	۹. انتخاب ترکیبی از مالیات و یا مشارکت‌های بیمه‌ای جهت افزایش درآمدهای بخش سلامت در کشور؛
	۱۰. افزایش اثربخشی با افزایش صندوق‌ها از طریق ترغیب افراد به مشارکت؛
	۱۱. کنترل نتایج و اثربخشی استفاده از صندوق‌ها به‌صورت مداوم؛
	۱۲. ارزیابی‌های مستدل میزان پتانسیل افزایش صندوق‌ها (داخلی یا خارجی) در آینده و هماهنگ کردن آن‌ها با نیازهای ارزیابی‌شده و رشد نیازها؛
	۱۳. حق انتخاب مردم در مشارکت در سیستم سلامت (از

بهداشت و درمان؟	نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد؛	طریق مالیات و یا بیمه) به منظور کاهش میزان پوشش فقرا و قشر آسیب پذیر؛
۲. تحت پوشش قرار گرفتن خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر؛	۱۴. ادغام صندوق‌ها در صندوقی بزرگ‌تر و یا به کارگیری مکانیسمی برای تعدیل ریسک‌ها در میان همه صندوق‌ها؛	
۳. مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی؛	۱۵. وجود اقدامات تکمیلی برای ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات مانند کنترل هدر رفت و فساد مالی، طراحی زنجیره صحیح تهیه، تأمین و انتخاب داروهای اثربخش؛	
۴. تعیین سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی؛ ز) خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی توسط سازمان بیمه سلامت ایران؛	۱۶. کاهش پراکندگی صندوق‌ها تا حد امکان؛	
۵) بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت توسط شورای عالی بیمه سلامت؛	۱۷. وجود یک برنامه زمانی برای توسعه پارامترهای مطابق با طرح ثبات مالی؛	

۲-۳-۱۳- اصلاحات نظام تأمین مالی سلامت در ایران

در ایران، مشکلات خاصی چون افزایش بی‌رویه هزینه‌های بخش بهداشت و درمان و همچنین ثبت و ضبط نقدی مطالبات و حساب‌های پرداختی، ثبت نقدی خرید اموال و دارایی‌ها در صورت حساب‌های هزینه، ضعف در ارائه گزارش‌های مالی و ابهام در عملکرد بودجه‌ای، ایجاد اصلاحات و مدیریت بهینه مالی را در بخش سلامت الزامی ساخت (۵۶). بهبود حمایت همگانی در برابر خطرات مالی، بهبود توزیع عادلانه تأمین مالی در سیستم سلامت، بهبود و تقویت استفاده و ارائه عادلانه خدمات مرتبط با نیازها، بهبود شفافیت و مسئولیت‌پذیری سیستم سلامت به جمعیت، بهبود کارایی و کیفیت در ارائه خدمات و بهبود کارایی در اداره سیستم تأمین مالی سلامت، زمینه بروز اصلاحات را در

حوزه‌های پوشش بیمه‌ای و نظام اداری و تصمیم‌گیری مالی بخش سلامت فراهم ساخت (۵۷) که سیر تاریخی هر کدام مفصل بحث و در نمودار مشخص گردیده است (شکل شماره ۱۲).

تحول در نظام بیمه: توسعه نظام بیمه سلامت کشور همانا یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم خواهد گردید.

در یک نگاه کلی، در سال ۱۹۴۷، شرکت تنباکو در ایران کارمندان را در برابر مخارج و خدمات سلامت بیمه کرد. اولین قانون بیمه اجتماعی کار در سال ۱۹۵۲ تصویب شد. در سال ۱۹۷۴، وزارت رفاه اجتماعی به منظور هماهنگی فعالیت‌های پراکنده مرتبط با رفاه اجتماعی تشکیل شد. در سال ۱۹۷۵، قانون تأمین اجتماعی، خدمات حمایتی ارائه‌شده توسط بیمه‌ها را گسترش داد و برای کلیه کارمندان اجباری ساخت. در سال ۱۹۷۹، مجلس شورای اسلامی، وزارت رفاه اجتماعی را در وزارت بهداشت ادغام و آن را وزارت بهداشت و رفاه نام‌گذاری کرد. بعد از انقلاب ۱۹۷۹، بیمه سلامت کمیته امداد با بدنه حمایتی و خیریه‌ای به منظور ارائه سطح پایه‌ای از پوشش بیمه‌ای برای شهروندان فقیر ایجاد شد و حدود ۲۰٪ از درآمد کمیته از کمک‌های خیریه‌ای و باقیمانده از دولت تأمین مالی می‌شود. در سال ۱۹۹۴، قانون بیمه سلامت عمومی تقریباً ۶۰٪ از جمعیت ایرانی بیمه نشده را پوشش

داد. در همین سال، سازمان بیمه خدمات درمانی مبتنی بر این قانون به منظور پوشش گستره وسیعی از افراد در ۵ سال راه اندازی شد. این سازمان، کارکنان دولتی و کلیه افراد با سطوح مختلف اقتصادی-اجتماعی را تحت پوشش قرار می دهد و در حال حاضر، به عنوان بزرگترین سازمان بیمه‌ای، ۳۹ میلیون از جمعیت را تحت پوشش دارد. در سال ۱۹۹۴، شورایی به منظور برنامه‌ریزی، هماهنگی و انجام، پایش و ارزشیابی کمیت و کیفیت خدمات بیمه سلامت ایجاد شد. وظایف این شورا عبارت است از تعیین سرانه برای مراقبت سلامت، میزان حق بیمه‌های افراد و مشارکت‌های بیماران و تصمیمات مرتبط با ورود و خروج خدمات پزشکی و فناوری‌های سلامت. در نهایت در سال ۲۰۰۵، به دلیل دشواری‌های مالی، وزارت بهداشت تنها به عنوان ارائه کننده خدمات و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، تمامی سازمان‌های بیمه سلامت را تحت یک ساختار وزارتی با یکدیگر ترکیب کرد (۵۲).

قابل ذکر است که از سال ۱۳۸۵ با تصویب مجلس شورای اسلامی، مطابق بند «الف» تبصره ۱۵ قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است تمام روستاییان و اهالی شهرهایی با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نیستند، را به طور رایگان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد. همچنین وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف شد در سال ۱۳۸۵ در صورت بستری شدن اقشار محروم و مستضعف که تحت پوشش هیچ گونه بیمه درمانی قرار ندارند، حسب مورد، نسبت به بیمه کردن آنان از طریق سامان بیمه خدمات درمانی اقدام کرده و آن‌ها را به طور رایگان بیمه کند. این بیماران به هنگام بستری شدن در بیمارستان‌های دولتی ۱۰ درصد هزینه‌ها را (فرانشیز) پرداخت می کردند که روند یادشده تا سال ۱۳۸۷ ادامه داشت و از آن سال

با توجه به اینکه در عمل، هدف قانون‌گذار مبنی بر حمایت اقشار محروم فاقد بیمه تأمین نشد، اعتبار یادشده در قالب بیمه ایرانیان اختصاص یافت. در خصوص تعیین سرانه حق بیمه درمان، تا سال ۱۳۸۹ حق بیمه درمان به صورت رقم ثابتی تعیین می‌شد. اما مطابق جزء «ن» بند ۸ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۹ کل کشور، حق بیمه آحاد بیمه‌شده به صورت درصدی از حقوق و دستمزد سرپرست خانوار تعیین شد. به این ترتیب که حق بیمه خانوارهای روستایی، عشایر و اقشار نیازمند معادل ۵ درصد (صد درصد توسط دولت تأمین اعتبار می‌شد) و حق بیمه خانوارهای کارکنان کشوری و لشگری شاغل و بازنشسته در سال ۱۳۸۹ معادل ۷ درصد حقوق و مزایای مستمر بیمه‌شده تعیین شد. در واقع از سال ۱۳۸۹ مبنای محاسبه سرانه حق بیمه درمان افراد، مطابق تکلیف جز (۲ و ۳) بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مبنی بر مشارکت و سهم پرداختی بیمه‌شده و کارفرما به عنوان درصدی از حقوق و مزایا مورد توجه قرار گرفت. با تغییر رویکرد مبنای تعیین حق بیمه درمانی بر اساس درصدی از حقوق و دستمزد، ضمن حرکت به طرف عادلانه کردن مشارکت آحاد جامعه در هزینه‌های بهداشتی درمانی، موجبات بهبود کیفیت منابع به مصارف فراهم شد. به گونه‌ای که به طور نمونه منابع و اعتبارات درآمدی صندوق کارکنان دولت در سال ۱۳۸۹ نسبت به هزینه‌های صندوق پیشی گرفته است (۵۸).

در تاریخ اول مهرماه سال ۱۳۹۱، سازمان بیمه سلامت ایران تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارائه شود. با این هدف که همه جمعیت ۷۵ میلیونی کشور از یک بیمه پایه‌ای درمان برخوردار می‌شوند و دیگر فردی فاقد پوشش بیمه درمان در

کشور نخواهد بود و مأموریت یافت انجام اقدامات لازم را به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان از طریق تجمیع سریع بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه اساسنامه سازمان به انجام رساند تا به این ترتیب اهداف عالیه مدنظر قانون‌گذار از جمله تجمیع منابع مالی سلامت، رفع هم‌پوشانی بیمه‌های درمانی، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، تأمین پوشش کامل بیمه سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی حوزه بیمه سلامت، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد، تشکیل پرونده سلامت، فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰٪ محقق شود (۵۹).

طرح تحول نظام سلامت: در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سه هدف عمده محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های سلامت، که بار زیادی را بر دوش مردم و اقتصاد خانوار وارد کرده و مردم از این حیث دچار مشکلات زیادی بودند، عدالت در دسترسی به خدمات در سراسر کشور برای آحاد مردم و بحث ارتقای کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی سراسر کشور، طرح تحول نظام سلامت را با ۸ بسته خدمتی در سراسر کشور راه‌اندازی و اجرا نمودند (۶۰).

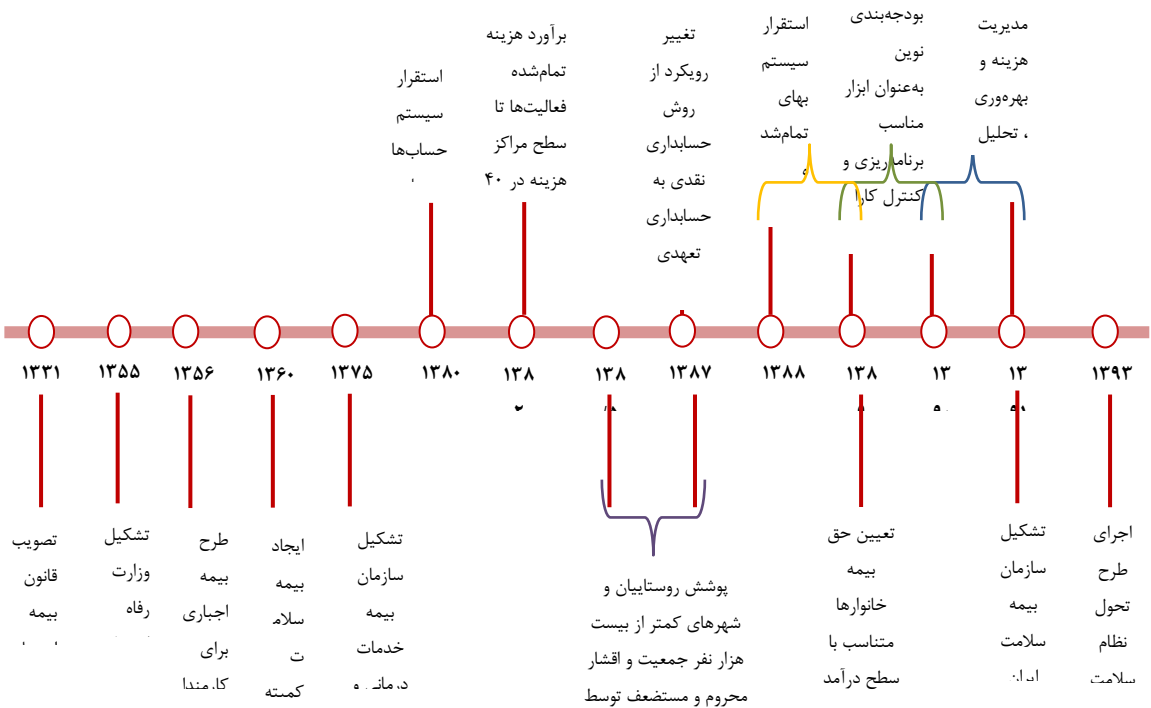
سیستم حساب‌های ملی سلامت: در سال ۲۰۰۱ در نظام اداری و تصمیم‌گیری مالی بخش سلامت، نیز به منظور ارتقای پاسخگویی و نقش حاکمیتی طرح مطالعات سیستم حساب‌های ملی سلامت مطرح شد. هدف از طراحی این سیستم، ایجاد یک ابزار و چارچوب خاص برای به دست آوردن اطلاعات

مرتبط با فرآیند سیاست‌گذاری چون طراحی و اجرای سیاست، مداخلات مراقبت سلامت، پایش و ارزشیابی و نیز اندازه‌گیری منابع و گردش آن‌ها به‌طور سیستماتیک است. کاربرد سیستم حساب‌های ملی، شواهدی را برای سیاست‌گذاران جهت پایش و ارزشیابی وضعیت رایج برای کاربرد مداخلات مناسب فراهم خواهد آورد (۱۳).

سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی: جهت استقرار سیستم حساب‌های ملی سلامت و اخذ اطلاعات جامع و شفاف از عملکرد سازمان‌ها، سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی در سطح کشور مطرح شد. بنابراین مطابق با ماده ۲۱۹ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، به‌منظور استقرار نظام بودجه‌ریزی عملیاتی، دولت موظف شد تا پایان سال دوم این برنامه به تدریج زمینه‌های لازم را برای تهیه بودجه به روش عملیاتی در کلیه دستگاه‌های اجرایی فراهم آورد، به‌نحوی که لایحه بودجه سال سوم برنامه به روش مذکور تهیه، تدوین و تقدیم مجلس شورای اسلامی شود (۵۴). بر همین اساس، طبق ماده ۱۳ آئین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، ملزم به محاسبه قیمت تمام‌شده و استقرار نظام بودجه‌ریزی عملیاتی گردیدند و موظف شدند که تمامی عملیات مالی خود اعم از وجوه، دارایی‌ها، بدهی‌ها، هزینه‌ها و تعهدهای مالی در مقابل دیگران و دیگران در مقابل موسسه را براساس دستورالعمل‌های نظام نوین مالی و بر مبنای حسابداری تعهدی در حساب‌های خود ثبت و نگهداری نمایند (۶۱).

استقرار نظام نوین مالی: اصلاح در تصمیم‌گیری و مدیریت مالی بخش سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۲۰۰۵ بعد از کاربرد طرح موفقیت‌آمیز محاسبه قیمت

تمام شده خدمات و بودجه ریزی عملیاتی در ۲۵ بیمارستان ایجاد شد. اولین مرحله از این اصلاحات، کاربرد سیستم حسابداری تعهدی در همه دانشگاه های علوم پزشکی کشور بود تا با اخذ اطلاعاتی کامل از سیستم به مزایایی چون بهبود ارزشیابی در دارایی های مالی برگشت پذیر، تسهیل فرآیند برنامه ریزی، تصمیم گیری و مدیریت و دستیابی به تصویری جامع و بهتر از عملکرد بخش دولتی فراهم شود (۱۳،۶۲) تا در پی استقرار این سیستم در گام اول، بتواند گام های بعدی اصلاحات یعنی استقرار سیستم حسابداری قیمت تمام شده و در نهایت بودجه ریزی سازمان های دولتی را بر مبنای عملیات و فعالیت های انجام شده در هر سال، برآورد نموده (۶۳) و هزینه های بخش سلامت را مدیریت و کنترل کند و به بهره وری بیشتر دست یابد.



شکل ۱۲: سیر زمانی تحولات نظام مالی سلامت در ایران

۲-۴- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت نظام تأمین مالی سلامت در ایران نشان داد که سیستم تأمین مالی، یک سیستم ترکیبی متشکل از وجوه عمومی (مالیات، حق بیمه، فروش منابع طبیعی و...)، وجوه خصوصی (پرداخت‌های مستقیم از جیب، حق بیمه‌ها، منابع خیریه‌ها و...) و دنیای خارج است. در این میان، بخش خصوصی حدود ۶۴٫۹٪ از منابع مالی حوزه سلامت را تأمین نموده است که پرداخت مستقیم از جیب، حدود ۵۶٫۱٪ از آن را به خود اختصاص داده است. بنابراین حجم زیادی از منابع تحت کنترل و مدیریت نظام سلامت نبوده و وارد چرخه انباشت خطر نمی‌شود و مشکلات حیاتی را در دسترسی و عدالت برای آحاد جامعه فراهم نموده است. در این راستا، ضمن مقایسه بندهای قانونی و سیاسی نظام تأمین مالی سلامت در ایران با پیشنهادها و سازمان جهانی بهداشت، به نظر می‌رسد که تمامی پیشنهادها مدنظر قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران ایرانی بوده است به‌جز معدود مواردی چون ارزیابی‌های مستمر میزان پتانسیل صندوق‌های انباشت. به‌عنوان مثال، براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، کمتر از ۳٪ از تولید ناخالص داخلی به هزینه‌های سلامت در ایران اختصاص یافته است (۶۴)، درحالی‌که در سیاست‌های کلی سلامت، این عدد بین ۸٫۱-۱۰٪ پیش‌بینی شده بود (۶۵). همچنین براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سال ۲۰۱۴، بیشتر از ۵۰٪ از هزینه‌های سلامت از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب بوده (۶۶)، درحالی‌که در برنامه پنجم توسعه، این میزان بین ۱۵-۳۰٪ پیش‌بینی شده بود (۵۴). بنابراین با کمی قاطعیت می‌توان به این نتیجه رسید که اگرچه در متن قوانین و مقررات براساس تجربیات سایر کشورها و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت در زمینه تأمین مالی،

تکلیف تعریف و هدف گذاری شده است، اما مشکلات زیرساختی اعم از تناسب ساختارهای سازمانی، برنامه ریزی به ویژه برنامه های عملیاتی، نیروی انسانی، عدم شفافیت سیستم های اطلاعاتی، منابع مالی و اعمال هزینه های مازاد عملیاتی و اداری، حاکمیت و رهبری و ارتباطات برون سازمانی از موانع اصلی اجرایی شدن و کارآمدی در این زمینه محسوب شده است.

۲-۵- فرانس ها

1. World Health Organization. Health Systems Financing: The path to universal coverage. 2010. Available from: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf.
2. International Programme, Centre for Health Economics, University of York. Health financing in developing and transitional countries; 2002. Available from: http://behdasht.gov.ir/uploads/291_1628_Health%20Financing%20in%20Developing.pdf.
3. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization 2000. Available from: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
4. Monitoring the building Blocks of Health Systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization; 2010. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1.
5. Berman P, Bitran R. Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening. The International Bank for Reconstruction and Development; 2011. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/HealthSystemsAnalysisForBetterHealthSysStrengthening.pdf>.
6. Hort K, Goss J, Hopkins S, Annear P. Conceptual frameworks, health financing data and assessing performance: A stock-take of tools for health financing analysis in the Asia-Pacific region. The Nossal Institute for

- Global Health, Working Paper Series 2010; No. 5. Available from: http://ni.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0010/543385/wp5.pdf.
7. Abolhallaje M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarian Zade H, Hamidi H, Bastan P. Iranian Health Financing System: Challenges and Opportunities. *World Applied Sciences Journal* 2013; 22 (5): 662-666.
8. World Health Organization. Health Systems Financing: Toolkit on monitoring health systems strengthening; June 2008. Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf.
9. Smith P.S, Witter S.N. Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper; 2004.
10. Universal Health Coverage and Health Financing. Oxford Policy Management. Available from: http://www.opml.co.uk/sites/default/files/OPM_health%20financing_2pp_web.pdf.
11. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2006. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>.
12. Roohi Gh, Asayesh H, Abdollahi A.A, Abbasi A. Evaluation of clients' expectations and perception gap regarding the quality of primary healthcare service in healthcare centers of Gorgan. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011; 9(3): 39-44.
13. Mehrolihasani M.H, Jafari M, Zeinali J, Ansari M. Provincial health accounts in Kerman, Iran: an evidence of a "mixed" healthcare financing system. *Int J Health Policy Manag* 2014; 2(2): 69-74.
14. Roohi Gh, Asayesh H, Abdollahi A.A, Abbasi A. Evaluation of clients' expectations and perception gap regarding the quality of primary healthcare service in healthcare centers of Gorgan. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2011; 9(3): 39-44.
15. Abolhalaj M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarian Zade H, Hamidi H, Bastani P. Iranian Health Financing System: Challenges and Opportunities. *World Applied Sciences Journal* 2013; 22 (5): 662-666.

16. Esmailzadeh H, Rajabi F, Rostamigooran N, Majdzadeh R. Iran Health System Reform Plan Methodology. *Iranian J Publ Health* 2013; Vol. 42, Supple.1: 13-17.
17. Abolhalaj M, Bastani P, Monazam K, Abolhasani N, Ramezani M. Health System Financing from Experts` Point of View. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012; 12 (10): 1386-1390.
18. Feizzadeh A, Nedjat S, Asghari S, Keshtkar A, Heshmat R, Setayesh H, Majdzadeh R. Evidence-based approach to HIV/AIDS policy and research prioritization in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16(3): 259-265.
19. Baghbanian A. Health Scope in Iran: The Way Forward. *Journal of Health Scope* 2012; 1(2): 50-51.
20. Moniri R, Mosayebi Z, Movahedian A.H, Mossavi Gh.A. Increasing Trend of Antimicrobial Drug-Resistance in *Pseudomonas aeruginosa* Causing Septicemia. *Iranian J Publ Health* 2006; Vol. 35, No. 1: 58-62.
21. Abolhalaje M, Barati Marnani A, Bastani P, Ramezani M, Jafari J. Ranking the strengths of Iranian health new financial management reform with approach of expert`s attitude, group hierarchical analysis and Simple Additive Weighted model. *HealthMED* 2012; 6(8): 2871-2877.
22. Khayatzadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Priority setting and implementation in a centralized health system: a case study of Kerman province in Iran. *Health Policy and Planning* 2013; 28(5): 480-494.
23. Abolhalaje M, Barati Marnani A, Bastani P, Ramezani M, Jafari J. Ranking the strengths of Iranian health new financial management reform with approach of expert`s attitude, group hierarchical analysis and Simple Additive Weighted model. *HealthMED* 2012; 6(8): 2871-2877.
24. Mehrdad R. Health System in Iran. *JMAJ* 2009; 52(1): 69-73.
25. Khalili M, Mirshahi M, Zarghami A, Rajabnia M, Farahmand M. Maternal Knowledge and Practice Regarding Childhood Diarrhea and Diet in Zahedan, Iran. *Health Scope* 2013; 2(1): 19-24.
26. Baghbanian A. Health Scope in Iran: The Way Forward. *Journal of Health Scope* 2012; 1(2): 50-51.

27. Hassanzadeh J, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Rezaianzadeh A, Rajaeefard A. Determinants of Inequity in Health Care Services Utilization in Markazi Province of Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013; 15(5): 363-370.
28. Abolhalaj M, Bastani P, Monazam K, Abolhasani N, Ramezani M. Health System Financing from Experts` Point of View. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012; 12 (10): 1386-1390.
29. Kutzin J. *Health Financing Policy: A Guide For Decision Makers*. World Health Organization; 2008.
30. Zere E, Walker O, Kirigia J, Zawaira F, Magombo F, Kataika E. Health financing in Malawi: Evidence from National Health Accounts. *BMC International Health and Human Rights* 2010; 10 (27): 1-11.
31. World Health Organization. *Health Systems Financing: The path to universal coverage*; 2010. Available from: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf.
32. Mehrdad R. Health System in Iran. *JMAJ* 2009; 52(1): 69-73.
33. Bastani P, Taher Nejad K, Zargan J, Shaarbafchizadeh N, Alishavandi R. *Iranian journal of health sciences* 2013; 1(2): 1-9.
34. Christopher JL Murray Ch.JL, Frenk J. *A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Evidence and Information for Policy*, World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf/>
35. Kulesher R, Forrestal E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration* 2014; 3(4): 127-139.
36. Lewis M. *Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries*. International Policy Center, Gerald R. Ford School of Public Policy, University of Michigan. IPC Working Paper Series Number 98; 2010.
37. *Innovative Financing for Development: A New Model for Development Finance?* United Nations Development Program; 2012. Available from: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Development%20Cooperation%20and%20Finance/InnovativeFinancing_Web%20ver.pdf.

38. Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind. 176 Oxfam Briefing Paper; 2013. Available from: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp176-universal-health-coverage-091013-en_.pdf.
39. Alyssa Kim Schabloski A. Health Care Systems around the World. Insure the Uninsured Project; 2008. Available from: http://www.itup.org/Reports/Fresh%20Thinking/Health_Care_Systems_Around_World.pdf.
40. Marchildon G.P. Canada Health System Review. Health Systems in Transition. 2013; Vol. 12, No. 1. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf.
41. Kisa A, Younis M.Z. Financing Health Care For The Poor In Turkey: Is A Temporary Solution Becoming A Permanent Scheme? Public Health Rep 2006; 121(6): 764–768.
42. Chua H.T, Ho Cheah J.Ch. Financing Universal Coverage in Malaysia: a case study. Chua and Cheah BMC Public Health 2012; 12(Suppl 1): 1-7.
43. Anell A, Glengård A.H, Merkur Sh. Sweden Health system review. Health Systems in Transition. 2010; 14(5).
44. Health Financial Profile: Chile. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/29/000333037_20140529131523/Rendered/PDF/883450BRI0P1230e0final0January02014.pdf.
45. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Chitpranee, Prakongsai Ph, Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Thammathataree J. Thailand Health Financing Review 2010. 31 May 2010. Available from: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1623260.
46. Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Fazl Hashemi S.E, Hamidi H. Islamic Republic of Iran Health System Financing: Weak and Strength Points with a Qualitative Attitude. World Journal of Medical Sciences 2013; 8(3):231-237.

۴۷. سلامت در معرض بحرانی غیرقابل مهار. نشریه طبیب ۱۳۹۳؛ شماره ۷۵. سایت دسترسی:

<http://tabionline.net/printpage/547>

48. Jadidfard M.P, Yazdani Sh, Khoshnevisan M.H. Social Insurance for Dental Care in Iran: A Developing Scheme for a Developing Country. OHDM 2012; 11(4): 189-198.
49. Shahraz S, Javanbakht M. Healthcare provider payment system reform in Iran, a brief snapshot. Saphir; 2014. Available from: <http://saphirnetwork.org/wp-content/uploads/2014/02/PPS.pdf>.
۵۰. صفدری رضا، قاضی سعیدی مرجان، گودینی آزاده، منجمی فرشید. مطالعه تطبیقی مکانیسم پرداخت بیمه‌های درمانی در کشورهای آمریکا و استرالیا و ایران. طب و تزکیه ۱۳۸۹؛ شماره ۷۷: صص ۴۱-۵۱.
51. Behestan Darou. Iran Health Insurance in Brief; 2008. Available from: <http://behestandarou.com/Insurance.html>.
52. Davari M, Haycox A, Walley T. Health Care Financing In Iran; Is Privatization A Good Solution? Iranian J Publ Health 2012; 41(7): 14-23.
53. Health Systems 20/20. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. 2012; Version 2.0. www.healthsystemassessment.org.
54. Act of the Fifth Economic, Social and Cultural Plan of Islamic Republic of Iran, 2010, approved by Islamic Consultative Assembly. Available from: <http://www.arums.ac.ir/opencms/export/sites/default/fa/tahvvole.edari/ghavanin/ghanune-barname-panjom.pdf>.]In Persian[
55. Public Affairs, Ministry of Economy and Finance. Basic Introduction of targeted subsidies scheme (along with the full text of the Act). Available from: <http://vcmdrp.tums.ac.ir/files/financial/yaraneh.pdf>. [In Persian]
56. Abolhalaj M, Ramezani M. Experience of Ministry of Health and Medical Education in execution of financial new reform. *Eghtesad Salamat Specialized Scientific Periodical* 2010; 1(1): 83-92.
57. Kutzin I, Cashin Ch, Jakab M. Implementing Health Financing Reform. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
۵۸. فراهانی مجید، حاجیها فنوش. دستاوردهای نظام سلامت طی سال‌های برنامه چهارم توسعه. هفته‌نامه خبری-تحلیلی برنامه ۲۰۱۲؛ ۱۱(۴۶۸): دسترسی در سایت: <http://files.spac.ir/%D9%87%D9%81%D8%AA%D9%87%20%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87%20%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85>

D9%87/Barnameh%20Electronical/468/%D8%B5%D9%81%D8%AD%D9%87%20%201.htm.

۵۹. تاریخچه سازمان بیمه سلامت ایران. بیمه سلامت ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. تاریخ دسترسی: ۳۱ تیرماه ۱۳۹۴.

<http://ihio.gov.ir/portal/Home/Default.aspx?CategoryID=043cb554-f921-4092-ba4a-c6ae825dad71>

۲۹. تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تاریخ دسترسی: ۳۱ تیرماه ۱۳۹۴. <http://hse.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=426&pageid=52563>

61. The trading and the financial bylaws of Medical Sciences Universities, 2008. Available from:

http://www.mums.ac.ir/shares/main/ahrarim1/Aien_name_mali88.pdf. [In Persian]

62. Hafez R, Abolhalaje M, Ramezani M. Designing New Financial Management System in Health Sector of Islamic Republic of Iran. *Iranian J Public Health* 2009; Vol. 38, Suppl. 1: pp. 173-178.

63. Marjani A.B, Javan Javidan S. Obstacles and Challenges to Establishment of Operational Budgeting in Insurance Branches of Tehran Social Security Organization. *International Journal of Business and Social Science* 2012; 3(17): 177-180.

66. Iran Country Report. BTI 2014. Available from: http://www.bti-project.de/uploads/tx_itao_download/BTI_2014_Iran.pdf.

67. Health general policies. Ministry of health and medical education, the comprehensive database of health education and culture, domestic and international relations center.

Available from: <http://webda.behdasht.gov.ir/?siteid=326&pageid=52303&newsview=105233>; Tuesday, June 2, 2015. [Persian]

68. World health statistics. World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf

ردیف	کارکرد تأمین مالی	شاخص	سؤالات	پاسخ
۱		درصد مخارج سلامت از GDP	سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی چقدر است؟	۲۰۱۰: حدود ۷٫۳٪ ۲۰۱۱: حدود ۶٫۸٪ ۲۰۱۲: حدود ۶٫۷٪ * در طی سه سال گذشته، روند هزینه کرد در بخش سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی ایران، کاهش یافته است.
۲		سرانه	میزان سرانه سلامت هر فرد چقدر است؟	۲۰۰۰: حدود ۲۲۹ دلار آمریکا ۲۰۱۲: حدود ۴۸۵ دلار آمریکا *نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار به کل هزینه‌های بهداشت و درمان کشور در ۱۵ سال اخیر، از ۴۲/۸٪ به ۵۶/۳٪ افزایش یافته است.
۳	جمع‌آوری منابع	هزینه دولت عمومی در سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولتی	سهم هزینه‌های دولت عمومی از کل هزینه‌های دولتی در بخش سلامت چقدر است؟	۲۰۰۰: حدود ۱۰٫۶٪ ۲۰۱۲: حدود ۱۷٫۵٪ *با پرننگ‌تر شدن نقش بیمه‌ها در سال‌های اخیر، این میزان روند افزایشی داشته است.
۴		هزینه دولت عمومی در سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های بخش سلامت	سهم هزینه‌های دولت عمومی از کل هزینه‌های بخش سلامت چقدر است؟ اگر مقدار این سهم کم است، علت آن چیست؟	۲۰۰۰: حدود ۴۱٫۶٪ ۲۰۱۲: حدود ۴۰٫۴٪ *قسمت اعظم مشارکت دولت در پرداخت هزینه‌های سلامت از محل درآمدهای حاصل از فروش نفت است. • به دلیل افزایش هزینه‌های دولتی و انتظارات جامعه، دولت با مشکلاتی در خصوص پاسخگویی به تمامی نیازهای جامعه روبرو شده است.
۵		منابع خارجی نظام سلامت به‌عنوان درصدی از هزینه‌های سلامت	میزان منابع خارجی نظام سلامت از کل هزینه‌های سلامت چقدر است؟	پرداخت بسیار جزئی است؛ به‌نحوی که می‌توان آن را ۰٪ اعلام کرد.

۶	میزان پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل مخارج سلامت	میزان مشارکت خانوارها در پرداخت هزینه‌های بخش سلامت چقدر است؟	۲۰۱۴: حدود ۵۶٫۱٪ * لازم به توضیح است که این میزان، حق سرانه را شامل نمی‌شود.
---	--	---	---

وضعیت کارکرد جمع‌آوری منابع در نظام تأمین مالی سلامت در ایران

وضعیت کارکرد تجمیع و تخصیص منابع در حوزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ردیف	کارکرد تأمین مالی	شاخص	سؤالات	پاسخ
۱	تجمیع و تخصیص منابع (وزارت بهداشت)	روند برنامه‌های وزارت بهداشت و تحقق هزینه‌ها	<p>آیا مخارج وزارت بهداشت همگام با تورم و رشد جمعیت تغییر می‌کند؟</p> <p>آیا کشور هیچ میزان قانونی برای مخارج سلامت در سطح دولتی براساس درصدی از کل مخارج دولتی دارد؟ اگر چنین نیست، وزارت بهداشت بودجه دولتی را چگونه تخصیص می‌دهد؟ بودجه افزایشی یا کاهشی؟</p> <p>چه درصدی از کل بودجه دولتی برای سرمایه‌گذاری در نظر گرفته می‌شود؟ تفاوت میان بودجه موجود و هزینه واقعی چقدر است؟</p>	<p>تا سال ۹۴، الگوی بودجه‌ریزی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر مبنای بودجه‌ریزی سنتی (بودجه‌ریزی افزایشی) و بر مبنای صفر بوده است. در این سیستم بودجه‌ریزی، اساس برآوردها، ارقام سال قبل بوده و با درصدی افزایش به تنظیم بودجه سال جدید مبادرت می‌شود. البته در حال حاضر وزارت بهداشت در حال تغییر و اصلاح فرآیند بودجه‌ریزی به بودجه‌ریزی عملیاتی است.</p> <p>میزان بودجه تخصیص داده شده به منظور تناسب با نرخ تورم در بخش سلامت مورد سؤال بوده است؛ سالانه، حدود ۳۵٪ تورم در حوزه بهداشت ایجاد می‌شود؛ یعنی با وجود عدم تغییر در حجم خدمات ارائه شده، قیمت حدود ۳۵٪ افزایش می‌یابد.</p> <p>اگرچه بودجه با درصدی افزایش (مثلاً ۲۰٪ در سال ۱۳۹۱) به بخش سلامت اختصاص می‌یابد، اما در برخی از دستگاه‌های اجرایی، در بعضی از موارد، میان بودجه مصوب و تخصیصی، تناسب ضعیفی به چشم می‌خورد (مثلاً در لایحه بودجه سال ۹۴، ۷۰٪ افزایش بودجه در بخش سلامت پیش‌بینی شده اما در</p>

واقعیت تنها رشد ۵٫۵٪ داشته است). (این موضوع تنها مختص به وزارت بهداشت نیست و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز درگیر است که بودجه را به صورت مستقل دریافت نماید و این دو وزارت به لحاظ توازن قدرتی در یک سطح می باشند).

- میان بودجه موجود و هزینه واقعی تفاوت وجود دارد؛ به دلیل وابستگی زیاد دولت به درآمدهای نفتی، در سال‌هایی که قیمت نفت نوسان و کاهش داشته، بودجه تنها تا ۴۰٪ تخصیص داده می شود و در نتیجه میزان کسورات بالا می رود و در مواقعی که فروش نفت خوب است، تخصیص بودجه حتی تا ۱۰۰٪ هم می رسد. لذا بایستی از منابع پایدارتری در بخش سلامت مثلاً درآمدهای مالیاتی استفاده نمود.

• تاکنون الگوی بودجه‌ریزی افزایشی سنتی مبتنی بر دسته‌بندی درون‌دادها در ایران استفاده می شود. در این الگو، اساس برآوردها، ارقام سال گذشته بوده و با درصدی افزایش به تصویب بودجه سال آینده مبادرت می شود و مبتنی بر فعالیت‌های عملیاتی در سال نیست، لذا در میانه سال عمده تا با مشکلات کسری اعتبارات مواجه می شوند و برای حل آن از متمم بودجه و تصویب آن در مجلس استفاده می گردد که در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی در حال اصلاح این فرآیند و استقرار نظام بودجه‌ریزی عملیاتی هستند. البته این موضوع منحصر به وزارت بهداشت نیست و لازم است به سازمان تأمین اجتماعی و... نیز تعمیم داده شود. لذا این مشکل به عنوان یک مشکل

تخصیص بودجه به وزارت بهداشت چگونه است؟
 براساس بودجه سال گذشته؟
 مجموع بودجه سنواتی و یا برآورد بودجه موردنیاز با توجه به نیازهای جامعه؟ فرایند بودجه‌ریزی چگونه انجام می شود؟ بودجه‌ریزی در سطح مرکزی یا بودجه‌ریزی در سطوح محلی؟
 آیا وزارت بهداشت ظرفیت‌های فنی و سازمانی برای جهت‌دهی و نظارت بر فعالیت‌های تأمین مالی سلامت را دارد؟
 آیا وزارت بهداشت به منابع

فرایند بودجه‌ریزی وزارت بهداشت

<p>زیر بنایی در ساختار دولتی بودجه‌ریزی و مدیریت مالی نظام جمهوری اسلامی مطرح است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ساختاری برای تولید تأمین مالی وجود ندارد؛ • دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند در سطح محلی از طریق شورای برنامه‌ریزی و سلامت استان می‌توانند چانه‌زنی و جذب منابع داشته باشند و نمی‌توانند به‌صورت مستقیم وارد شوند. 	<p>فنی محلی در تأمین مالی نظام سلامت دسترسی دارد؟ آیا وزارت بهداشت از این منابع به‌طور مؤثر برای بودجه‌بندی و سیاست‌گذاری در تأمین مالی نظام سلامت استفاده می‌کند؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تخصیص بودجه در حوزه پژوهش براساس بودجه‌ریزی بر مبنای صفر، در حوزه بهداشتی براساس بودجه برنامه‌ای و عمده بودجه تخصیص داده‌شده در حوزه درمان، پشتیبانی و آموزش براساس بودجه‌ریزی خطی صورت می‌گیرد. البته لازم به توضیح است که اگرچه بودجه‌ریزی در حوزه پژوهش ظاهراً بر مبنای صفر است، اما عملاً در ابتدا عدد به‌صورت خطی برآورد و سپس تخصیص داده می‌شود. • در روش بودجه‌ریزی خطی، می‌توان بیشترین سود را با کمترین هزینه به دست آورد. 	<p>وزارت بهداشت از چه ساختاری برای تخصیص منابع استفاده می‌کند؟ بودجه‌ریزی خطی؟ برنامه‌ای؟</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تخصیص بودجه در سطح استانی، علاوه بر اینکه بودجه‌های دولتی از وزارت بهداشت به‌صورت ملی وارد استان‌ها می‌شود، به بعضی از اقدامات نیز از بودجه استانی تخصیص داده می‌شود مانند ساخت بعضی از خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های اورژانس جاده‌ای. البته بعضی از منابع حاصل از مازاد بودجه استان نیز قابل تخصیص به حوزه سلامت است که بنا به تصمیم‌گیری محلی صورت می‌پذیرد. 	<p>تخصیص منابع از سوی دولت مرکزی به سطوح پایین‌تر چگونه است؟ سطوح منطقه‌ای؟ استانی؟ محلی؟ آیا دولت محلی اختیار استفاده از مالیات‌های محلی را دارد؟ اگر چنین است، آیا منابع مناسبی به سلامت اختصاص می‌دهند؟ آیا دولت محلی برنامه‌ای خاصی برای بخش سلامت دارد؟</p>

۳

۴

<p>نظام اطلاعاتی کشور نمی‌تواند به صورت شفاف و با توجه به سیستم اطلاعات مالی موجود گزارش دقیقی از وضعیت تخصیص برای بسته حسابداری ارائه دهد اما برآورد عددی آن به صورت ذیل است:</p> <p>حدود ۲۶٪ از هزینه‌های بستری و حدود ۱۹٪ از هزینه‌های سرپایی از محل درآمدهای دولتی تأمین می‌شود.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • میزان منابع اختصاص داده شده به بخش بستری توسط دولت از کل مخارج دولت چقدر است؟ میزان منابع اختصاص داده شده به بخش سرپایی توسط دولت از کل مخارج دولت چقدر است؟ 	<p>میزان منابع دولتی اختصاص داده شده به بخش بستری و سرپایی</p> <p>۵</p>
<p>نظام اطلاعاتی کشور نمی‌تواند به صورت شفاف و با توجه به سیستم اطلاعات مالی موجود گزارش دقیقی از وضعیت تخصیص برای بسته حسابداری ارائه دهد اما برآورد عددی آن به صورت ذیل است:</p> <p>حدود ۴٪ از هزینه‌های دارویی و تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی بخش سلامت، حدود ۶۰-۸۰٪ از هزینه‌های حقوق و دستمزد کارکنان سلامت از محل منابع دولتی تأمین می‌شود.</p> <p>بعلاوه، سایر منابع هزینه‌ای در بخش سلامت، به دلیل ادغام آموزش و پژوهش با حوزه سلامت، در بخش آموزش و پژوهش صرف می‌شود که حدود ۹۷٪ از هزینه‌های آموزش پزشکی و ۹۹٪ از هزینه‌های تحقیق و توسعه در بخش سلامت از محل منابع دولتی تأمین می‌گردد.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • چه درصدی از منابع بخش سلامت صرف هزینه‌های حقوق و دستمزد کارکنان بخش سلامت می‌گردد؟ • چه درصدی از منابع بخش سلامت صرف هزینه‌های دارو و تدارکات بخش سلامت می‌گردد؟ • چه درصدی از منابع بخش سلامت صرف هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات و تسهیلات بخش سلامت می‌گردد؟ • سایر منابع هزینه‌ای بخش سلامت کدام‌اند؟ 	<p>تخصیص مکرر بودجه دولتی در بخش سلامت</p> <p>۶</p>
<p>در پاسخ می‌توان گفت که بودجه‌ای که از دولت مرکزی در اختیار دانشگاه‌ها و در نهایت در سطح محلی در اختیار واحدهای تابعه قرار می‌گیرد، براساس فعالیت‌های آن واحد پیش‌بینی نشده و تنها با چانه‌زنی برخی واحدها می‌توان میزان آن را افزایش داد.</p> <p>بعلاوه مدیران محلی و استانی تنها براساس آنچه که از سطوح بالاتر برایشان تعیین شده عمل نموده و تاکنون سیستم ارزیابی در سطح مرکزی و استانی برای بررسی فعالیت‌ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آیا مدیران سطوح پایین‌تر قدرت و اختیار تخصیص بودجه خود را دارند؟ • آیا سطوح محلی اختیار لازم برای تخصیص مجدد بودجه به برخی بخش‌ها و خدمات دارند؟ • آیا در سطوح ملی و محلی سیستمی برای ردیابی و نظارت بر مصارف بودجه وجود دارد؟ 	<p>قدرت سطوح محلی در هزینه کردن و ظرفیت سازمانی‌شان</p> <p>۷</p>

<p>و میزان هزینه صرف شده در هر واحد به صورت سیستماتیک وجود نداشته است. عدم شفافیت و افزایش کارایی و اثربخشی منجر به اصلاح نظام نوین مالی توسط وزارت متبوع شد. در این میان، سیستم حسابداری تعهدی در دانشگاه‌ها استقرار یافت تا در پی شفاف‌سازی عملیات هر واحد، بودجه تخصیص یابد تا مسائل و مشکلاتی چون چانه‌زنی در برخی واحدها و کمبود بودجه در واحدهای دیگر به حداقل ممکن برسد.</p> <p>• در راستای هیئت‌انمایی شدن دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار بر این بود که تمرکززدایی در تصمیم‌گیری محلی صورت پذیرد، اما عملاً به دلیل ظرفیت ضعیف مدیریتی این اتفاق صورت نپذیرفته است.</p>	<p>آیا مسئولین محلی ظرفیت‌های لازم برای اجرای سیاست‌های تأمین مالی نظام سلامت را دارند؟</p>
<p>• متأسفانه به علت اینکه وزارت بهداشت هم متولی و هم ارائه‌دهنده خدمت است، به عنوان رقیبی بین بخش‌های عمومی و خصوصی محسوب می‌شود. لذا به کارگیری مکانیسم‌های انگیزشی و انقباضی از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار نیست و بیشتر در سطح وزارت بهداشت، از این مدل‌ها استفاده می‌گردد.</p>	<p>درون بخش سلامت هیچ مکانیسم انقباضی یا فعالیت انگیزشی وجود دارد؟</p> <p>هیچ مکانیسم انقباضی یا فعالیت انگیزشی برای تأمین مالی میان وزارت بهداشت و بخش خصوصی وجود دارد؟</p> <p>آیا بخش خصوصی هیچ برنامه‌ای برای ارائه خدمت رایگان به افرادی خاص را دارد؟</p> <p>مکانیسم‌های انقباضی میان وزارت بهداشت و ارائه‌دهندگان بخش دولتی و خصوصی</p>

۸

وضعیت کارکرد تجمیع و تخصیص منابع در حوزه سازمان‌های بیمه‌ای در ایران

ردیف	کارکرد	شاخص	سؤالات	پاسخ
۱	تأمین مالی	پوشش جمعیتی بیمه‌ها	<p>چه افرادی تحت پوشش بیمه قرار دارند؟ کارکنان بخش دولتی؟ کارکنان بخش غیردولتی؟ خانوارهای شهری و روستایی؟</p> <p>چه درصدی از جمعیت تحت پوشش بیمه هستند؟</p> <p>چه افرادی مستحق دریافت برنامه‌های بیمه هستند؟ فقط کسانی که حق بیمه پرداخت می‌کنند؟ افرادی که حق بیمه می‌پردازند و همه یا تعدادی از اعضای خانواده آنها؟</p>	<p>وضعیت مردم تحت پوشش صندوق‌های متفاوت بیمه در ایران به گونه‌ای است که حدود ۳۶٫۹٪ از جمعیت، تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی (این سیستم مالی شبیه سیستم بیمه‌سازگاری آلمان است)، ۳۹٫۲٪ از آنها، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی (این سیستم مالی شبیه سیستم بوریک در آلمان است)، ۲۹٫۲٪ از جمعیت روستایی و ۵٫۲٪ از سایر، تحت پوشش کمیته امداد و ۳٫۲٪ تحت پوشش بیمه درمانی نیروهای مسلح (ماهیتی مشابه با بیمه خدمات درمانی دارد). هستند. درعین حال، پرداخت مستقیم از جیب، سهم عظیمی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است. لازم به توضیح است که در سال‌های اخیر بیمه سلامت برای بیکاران و بیمه سلامت روستایی برای روستاییان در نظر گرفته شده است و مقتضی است که این پوشش برای تمام آحاد جامعه خصوصاً اقشار کم‌درآمد به جهت اهمیت سلامت در توسعه پایدار کشور در نظر گرفته شود.</p>
۱.	تجمیع و تخصیص منابع (بیمه‌ها)	پوشش خدمتی بیمه‌ها	<p>چه خدماتی تحت پوشش بیمه قرار دارند؟ خدمات PHC، خدمات بیمارستانی یا خدمات بستری؟</p> <p>چه خدماتی در اولویت خارج شدن از بسته‌های بیمه‌ای را دارند؟</p>	<p>در حال حاضر، بیمه سلامت بر خدمات سلامت غیر اولیه متمرکز گردیده که این خدمات شامل خدمات اورژانسی، تشخیصی و بیمارستانی است. اگرچه در سطح اولیه و ثانویه، بیمه سلامت روستایی تعریف شده است، ولی ماهیت خدمات درمانی داشته و در پیشگیری و سلامت موفق نبوده است.</p>

<ul style="list-style-type: none"> از کل منابع مالی حوزه سلامت، تنها ۲۵٫۶٪ وارد چرخه انباشت می‌شود، این موضوع باعث شده است که بیمه‌ها نتوانند نقش خود را به‌درستی ایفا کنند و عمق زیادی از خدمات را پوشش دهند. از طرف دیگر، با افزایش بار بیماری‌های خاصی چون سرطان و سایر بیماری‌های مزمن، بیمه‌ها به‌صورت پای‌ای با حمایتی وارد عمل شده‌اند که این منجر به کاهش شدید منابع مالی بیمه‌ها شده است. 	<p>آیا منابع مالی بیمه‌ها کافی است؟ یا همواره با کمبود مواجه است؟</p> <p>آیا هیچ سازمان و نهاد دولتی یا خیریه‌ای برای گروه‌های تحت پوشش بیمه یارانه پرداخت می‌کند؟</p>	<p>مکانیسم‌های تأمین مالی و میزان ثبات منابع بیمه‌ها</p> <p>۲</p>
<ul style="list-style-type: none"> پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در سازمان‌های بیمه براساس پرداخت کارانه و سیستم حقوق‌بگیری صورت می‌گیرد. لازم به توضیح است که سیستم حقوق‌بگیری در حقیقت حق سرانه برای پزشک خانواده است. 	<p>مکانیسم‌های بیمه‌ها برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت کدام است؟</p>	<p>مکانیسم‌های بیمه‌ها برای پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت</p> <p>۳</p>
<ul style="list-style-type: none"> تاکنون تمامی سازمان‌های بیمه به‌صورت مستقل از یکدیگر فعالیت داشتند و سیستم ارزیابی یکپارچه‌ای وجود نداشته است. تا اینکه شورای عالی بیمه سلامت با این هدف در سطح مرکزی تأسیس و سعی بر یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه تحت عنوان سازمان بیمه سلامت ایران شده است. 	<p>آیا سازمان‌های بیمه‌گر در تمامی سطوح ظرفیت‌های فنی و سازمانی لازم برای ارائه سیاست‌های جهت‌دهی و نظارت بر سازمان‌های بیمه‌گر و مدیریت عملکرد بیمه‌ها را دارند؟</p>	<p>ظرفیت‌های سازمانی بیمه‌ها</p> <p>۴</p>

ردیف	تأمین مالی	شاخص	سؤالات	پاسخ
۱	۰.۴ ۳	سیاست‌های پرداخت‌های دریافت‌کنندگان خدمت در بخش دولتی	<ul style="list-style-type: none"> آیا بیماران مجبور به پرداخت برای خدمات سرپایی نظیر ویزیت، دارو، خدمات آزمایشگاهی و یا سایر خدمات تشخیصی هستند؟ آیا بیماران مجبور به پرداخت برای خدمات بستری در بیمارستان‌ها مانند هزینه اقامت، خدمات پزشکی و پرستاری، دارو، خدمات آزمایشگاهی و خدمات تشخیصی هستند؟ آیا سیاست‌هایی برای حذف پرداخت از جیب برخی از بیماران برای برخی از خدمات وجود دارد؟ این افراد شامل: کودکان زیر پنج سال، دانش‌آموزان، کهن سالان، نظامیان، کارکنان نظام سلامت و افراد فقیر وجود دارد؟ خدماتی نظیر: واکسیناسیون، درمان تب مالت و بیماری‌های مزمن 	<ul style="list-style-type: none"> در حال حاضر، حدود ۵۶٫۱٪ از منابع مالی از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد تأمین می‌شود. بیماران به دلیل صف‌های انتظار طولانی در بخش دولتی و کیفیت ضعیف خدمات ارائه شده، جهت دریافت خدمات به بخش‌های خصوصی چون مطب پزشکان، آزمایشگاه‌ها و ... روی آورده‌اند و در پاره‌ای موارد اگر از عهده پرداخت هزینه‌ها برنیايند از تقاضای خود برای دریافت خدمات صرف نظر می‌کنند. این ویژگی بیشتر شامل روستاییان و عشایر و سطوح پایین جامعه می‌شود. خدمات پیشگیری چون واکسیناسیون کودکان و ... توسط ارگان‌های دولتی در دسترس همگان قرار می‌گیرد و در خدماتی که تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند، بخشی از پرداخت‌های مردمی به صورت فرانشیز صورت می‌گیرد. لازم به توضیح است که تا قبل از طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی، به‌جز هزینه‌های دارو و پرداخت فرانشیز، هزینه‌های هتلینگک بر عهده خود بیمار بود. ولی در حال حاضر بعهدہ دولت قرار داده شده است.

<p>حق سرانه‌ها در سطوح مختلف در جریان نیستند و از آنجا که حدود ۵۶٫۱٪ از منابع مالی به صورت پرداخت‌های مستقیم از جیب افراد خارج از مکانیسم کنترل دولت هستند و به صورت مستقیم در ارتباط با ارائه‌کنندگان خدمت در هر سطح از خدمات صورت می‌گیرند، تخصیص منابع در سطوح مختلف به درستی صورت نمی‌پذیرد.</p>	<p>آیا همه یا بخشی از پرداخت‌های مردمی در همان سطح ارائه خدمت باقی می‌ماند؟ اگر مقداری از پرداخت‌ها در همان سطح می‌ماند، آیا گایدلاینی برای استفاده از این منبع درآمد وجود دارد؟ به طور میانگین پرداخت از جیب چند درصد از هزینه‌های عملیاتی غیر از حقوق و دستمزد بیمارستان‌ها و سطوح ارائه خدمت را تشکیل می‌دهند؟</p>	<p>تخصیص درآمد حاصل از هزینه‌های دریافت‌کنندگان خدمت</p>	<p>۲</p>
<p>در حال حاضر در بخش سلامت ایران نیز همانند سایر کشورها، پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی رایج است. این نوع پرداخت‌ها به دلیل دریافت خدمات بهتر و باکیفیت‌تر و خدمات اضافی و نیز هنجارهای فرهنگی و قوانین ضعیف صورت می‌گیرند.</p>	<p>آیا پرداخت‌های غیررسمی در بخش دولتی رایج است؟ رایج‌ترین نوع پرداخت غیررسمی کدام است؟ تا چه اندازه پرداخت‌های غیررسمی برای دریافت‌کنندگان خدمت مانع مالی در برابر استفاده از خدمات است؟</p>	<p>پرداخت‌های غیررسمی دریافت‌کنندگان خدمت در بخش دولتی</p>	<p>۳</p>

۲-۶-۲- پیوست ۲

نقاط ضعف	نقاط قوت
<ul style="list-style-type: none"> وجود مراجع متعدد تصمیم‌گیری و اجرایی در حوزه تأمین مالی و ضعف در هماهنگی بین آن‌ها تأکید بیشتر بر منابع نفتی و ضعف در پایداری منابع مالی و محدودیت بودجه‌های سلامت حجم کم تأمین مالی از محل سرانه و صندوق‌های انباشت و کمبود منابع مالی در صندوق‌های بیمه‌ای ضعف در دسترسی به اطلاعات و گزارش‌های به موقع، شفاف و قابل‌انکا برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد اساس نظام پرداخت در بخش دولتی و خصوصی در سطح دوم و سوم ارائه خدمت بر نظام پرداخت 	<ul style="list-style-type: none"> تحول در نظام بیمه مطالعه استقرار سیستم حساب‌های ملی سلامت استقرار نظام نوین مالی مطالعه استقرار سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی اجرای طرح تحول نظام سلامت

<p>کارانه و اتلاف زیاد منابع مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> تعریف نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمت برای صرفاً جمعیت روستایی عمق ناکافی خدمات تعریف شده در بسته بیمه سلامت تأمین درصد بالایی از منابع مالی سلامت از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار و وجود هزینه‌های کمرشکن در مناطق روستایی و حاشیه شهرها و کمبود بسته‌های حمایتی در این حوزه کیفیت خدمات میزان شایستگی نیروی انسانی

فرصت‌ها	تهدیدها
<ul style="list-style-type: none"> وجود پشتوانه قانونی و دیده‌بانی وزارت بهداشت برای مدیریت تأمین منابع احساس ضرورت برای تولید تأمین مالی اصلاحات دولت و هدفمند کردن یارانه‌ها و تخصیص منابع اصلاح نظام مالیاتی و عوارض برای کالاهای مضر سلامت تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به کارگیری تئوری‌های دولت نوین به‌ویژه منطقی‌سازی حجم دولت، تأکید بر ارائه خدمات دولت الکترونیک و تمرکززدایی جهت چابک‌سازی سازمان‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> انتظارات افراد هزینه‌های بخش سلامت شیوع بیماری‌های مزمن، ظهور ایدز و بیماری‌های نوپدید بوروکراسی طولانی مدت و تصمیم‌گیری متمرکز (نحوه اجرای حاکمیت) ناکارآمدی عدالت در دسترسی به خدمات

کارکردها	شکاف‌های موجود در نظام اطلاعات مالی	راهکارها
جمع‌آوری منابع	تأکید بیشتر بر منابع نفتی و ضعف در پایداری منابع	تأکید بر منابع پایدار و پیش‌پرداخت‌ها (افزایش حق سرانه بیمه‌ها، مالیات و عوارض
انباشت منابع	انباشت ضعیف منابع و درصد بالای	افزایش کمی و کیفی نقش بیمه‌ها و سعی در

پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار	یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای
تخصیص منابع و خرید راهبردی	وجود نظام پرداخت کارانه و نتیجتاً تحمیل بار مالی بیشتر در حوزه سلامت
ارائه خدمت	تأکید نظام سلامت بر حوزه‌های درمانی
	<ul style="list-style-type: none"> • تأکید بر خدمات پیشگیری • افزایش نقش بیمه‌ها به‌ویژه با تأکید بر نقش پیشگیری • تقویت بازار رقابتی بین بخش دولتی و خصوصی