Research Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 5, Issue 1, Spring 2022 | Page: 18-31

journal.ihio.gov.ir

Determining and Prioritizing the Factors Affecting the Financing of Services in the Health System in Iran

Parivash Heidari Orejlo[1] **MA, Shaghayegh Vahdat**[2*] **PhD, Hassan Soltani**[1] **PhD**

[1] Department of Health Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

[2] Department of Health Services Management, Faculty of Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[3] Management Department, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

***Correspondence to:** Shaghayegh Vahdat; Email: sha_vahdat@yahoo.com

Received: January 24, 2022 **Revised:** May 7, 2022 **Accepted:** May 22, 2022 **Online Published:** June 7, 2022

Abstract

Introduction: In today's societies, "health" is the inalienable right of all members of society and indicators showing health in society are important factors in showing the level of development of the country. The purpose of this study is to determine and prioritize the factors affecting financing in Iran.

Methods: This descriptive research is a survey method and in terms of implementation process, it has been done qualitatively and quantitatively. In this research, first with a qualitative approach and by theoretical and library studies, the financing model in the world health system was examined and then by comparative comparison and determining the points of difference and commonality, the main factors were identified. Then, using the opinion of experts, the researcher proceeded to prioritize the factors.

Results: To investigate the research hypotheses, because the dimensions and components affecting health financing did not have the same rankings, as a result, prioritization was done in the field of contextual factors, instrumental factors, content factors and structural factors. The results showed that the central tax system with 4.451 points, the budgeting system with 4.420 points and the formulation of the financing plan with 4.368 points are the most influential components, respectively.

Conclusion: In the study of the studied countries and financing models and frameworks, the variables that had the highest frequency in the financing system included the variables of tax axis, integrated financial fund, subsidies, financial participation and protection of investment risks. It shows the emphasis of the mentioned models on the tax view along with investment. The results of this study show that in Iran, despite the existing insurance system, creating a mechanism in the tax system, budgeting system and formulating a financing plan with respect to sanctions and creating restrictions in the investment system in the health sector has the most importance and rank.

Keywords: Health Care Financing, Health Planning Guidelines, Health Care Delivery, Public Health Care

Highlights

1. Iran's health financing system is not stable enough and in the stable financing system, the tax system is one of the most important resources, and the insurance fund, although stable, does not produce much financial resources.
2. Policymakers should use appropriate strategies to strengthen the sustainability of the health financing system in order to increase access to health services and universal health coverage.

Citation:
Heidari Orejlo P, Vahdat S, Soltani H. Determining and prioritizing the factors affecting the financing of services in the health system in Iran. Iran J Health Insur. 2022;5(1):18-31.

Copyright © 2022 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقاله پژوهشی

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱ | صفحات ۱۸ تا ۳۱

journal.ihio.gov.ir

تعیین و اولویت‌بندی عوامل موثر بر تأمین مالی ارائه خدمات در نظام سلامت ایران

پریوش حیدری ارجلو[۱] MA، شقایق وحدت[۲] PhD ، حسن سلطانی[۳] PhD

[۱] گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

[۲] گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۳] گروه مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

* **نویسنده مسئول:** شقایق وحدت؛ پست الکترونیک: sha_vahdat@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۴ تصحیح: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱ انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

چکیده

مقدمه: در جوامع کنونی «سلامتی» حق مسلم کلیه افراد جامعه است و شاخص‌های نشان‌دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه‌یافتگی کشور است. هدف این تحقیق تعیین و اولویت‌بندی عوامل موثر بر تأمین مالی در کشور ایران است.

روش بررسی: این تحقیق توصیفی، به روش زمینه‌یابی پیمایشی است و از نظر فرآیند اجرا، به صورت کیفی و کمی انجام شده است. در این تحقیق ابتدا با رویکرد کیفی و توسط مطالعات نظری و کتابخانه‌ای، الگوی تأمین مالی در نظام سلامت در جهان مورد بررسی قرار گرفت و سپس با مقایسه تطبیقی و تعیین نقاط افتراق و اشتراک، عوامل اصلی شناسایی شد. سپس با استفاده از نظر خبرگان، محقق نسبت به اولویت‌بندی عوامل اقدام کرد.

یافته‌ها: برای بررسی فرضیه‌های تحقیق، چون ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر تأمین مالی سلامت رتبه‌های یکسانی نداشتند، در نتیجه اولویت‌بندی در بخش عوامل زمینه‌ای، عوامل ابزاری، عوامل محتوایی و عوامل ساختاری انجام شد. یافته‌ها نشان داد نظام مالیات محوری با ۴/۴۵۱ امتیازف نظام بودجه‌ریزی با ۴/۴۲۰ امتیاز و تدوین طرح تأمین مالی با ۴/۳۶۸ امتیاز به ترتیب بیشترین مولفه‌های تاثیرگذار هستند.

نتیجه‌گیری: در بررسی کشورهای مورد مطالعه و مدل‌ها و چارچوب‌های تأمین مالی، متغیرهایی که بیشترین فراوانی را در نظام تأمین مالی دارا بودند شامل متغیرهای مالیات محوری، صندوق یکپارچه مالی، یارانه، مشارکت مالی و حفاظت از ریسک‌های سرمایه‌گذاری بود و این نشان از تأکید مدل‌های مذکور به نگاه مالیاتی همراه با سرمایه‌گذاری دارد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد در ایران نیز باوجود نظام بیمه‌ای موجود، ایجاد یک ساز و کار در بخش نظام مالیاتی، نظام بودجه‌ریزی و تدوین طرح تأمین مالی با توجه به تحریم‌های صورت گرفته و ایجاد محدودیت‌ها در سیستم سرمایه‌گذاری در بخش سلامت از بیشترین اهمیت و رتبه برخوردار است.

واژگان کلیدی: تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، دستورالعمل‌های برنامه‌ریزی سلامت، ارائه مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی همگانی

نکات ویژه

۱. نظام تأمین مالی سلامت ایران از پایداری کافی برخوردار نیست و در نظام تأمین منابع مالی پایدار، نظام مالیاتی از مهمترین منابع محسوب می‌شود و صندوق بیمه هرچند پایدار است اما منابع مالی زیاد تولید نمی‌کند.

۲. سیاست‌گذاران نظام سلامت باید از استراتژی‌های مناسب برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت به‌منظور افزایش دسترسی به خدمات سلامت و پوشش همگانی سلامت استفاده کنند.

مقدمه

در جوامع کنونی، سلامتی حق مسلم کلیه افراد جامعه است و شاخص‌های نشان‌دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه‌یافتگی کشور است. بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری دارای حساسیت زیادی است زیرا توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه وارد می‌کند، باعث شود منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. نظام بهداشتی و درمانی در ایران طی سالیان اخیر تحولات بسیاری داشته است. طی سه دهه اخیر شاهد پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌هایی همچون کاهش مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر مادران و افزایش سن امید به زندگی بوده‌ایم[۱].

امروزه صنعت مراقبت سلامت با رشد و توسعه سریع و روز افزون

خود توانسته اهمیت زیادی را در مباحث اقتصادی کشور به خود اختصاص دهد. اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت در کشورهای با نظام سلامت کارآمد، با اتخاذ تصمیماتی به منظور افزایش پیش‌پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌گیرد[۲].

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت را مشارکت عادلانه برای تأمین مالی هزینه‌های سلامت اعلام کرده است [۳]. یک نظام عادلانه، نظامی است که در آن خانوارها متناسب با استطاعت مالی و درآمدی‌شان در تامین هزینه‌های بهداشتی و درمانی مشارکت داشته باشند[۴].

محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در زمینه کیفیت خدمات، کارآیی و اثربخشی و عدالت با چالش‌های گوناگونی مواجه ساخته است. برای برخورد با این مقوله، دولت‌ها از روش‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت گوناگون استفاده می‌کنند[۵].

هزینه بالای خدمات بهداشتی و درمانی اثرات منفی زیادی به دنبال دارد. وقتی دولت هزینه زیادی در بخش سلامت متحمل می‌شود، میزان بدهی‌های ملی افزایش یافته و منابع مالی محدودی برای سایر برنامه‌های دولتی باقی خواهد ماند. وقتی مردم برای سلامتی خود هزینه زیادی می‌کنند، پول کمتری برای تأمین سایر نیازهای اصلی خود خواهند داشت. وقتی کارفرمایان هزینه زیادی صرف سلامتی و بیمه کارکنان خود کنند، هزینه تولید محصولات آنها افزایش می‌یابد و به تدریج مشتریان خود را از دست خواهند داد[۶].

در زمینه تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان ۳ مسئله قطعی وجود دارد: اول اینکه به هزینه‌های خدمات بهداشتی روز به روز افزوده می‌شود، دوم اینکه علوم و فناوری دائما در حال پیشرفت است بدون اینکه متوقف شود و سوم اینکه تصویر جمعیت‌شناسی جهان، روند افزایشی خود را طی می‌کند[۳].

تأمین مالی، فرآیند جمع‌آوری وجوه لازم از بازارهای مالی عمومی و خصوصی برای انجام مخارج بخش‌های خصوصی ودولتی است. اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن ناتوانی پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و یا جلوگیری از تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌هاست[۷].

چهار کارکرد اصلی تأمین مالی در نظام‌های سلامت عبارتند از: جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و تولید منابع[۶]. هرکشور باید درباره یک راهبرد تأمین منبع مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی ازروش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی، حق بیمه‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم توسط بیماران، تأمین منابع اجتماع‌محور، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند[۸].

نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می‌کند که این امر منجر به ایجاد چالش‌ها و تنش‌های متعدد می‌شود. در پاسخ به مشکلات و چالش‌های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی[۹] انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت ضروری است، زیرا جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایران در میان نظام‌های سلامت دنیا حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت است[۱۰].

هدف این مطالعه تعیین و اولویت‌بندی عوامل موثر در تأمین مالی نظام سلامت ایران بود که با بررسی ۱۲ کشور و ۱۶ روش تأمین مالی انجام شد. عوامل تاثیرگذار در ۴ دسته عوامل ساختاری، عوامل زمینه‌ای، عوامل ابزاری و عوامل محتوایی دسته‌بندی شد. عوامل ساختاری ناظر بر مؤلفه‌هایی نظیر ساختارهای مالی، ساختار ریسک‌ها و ساختار کیفیت خدمات است که این عوامل می‌تواند در ایجاد شناسایی رخدادهای مالی احتمالی مؤثر باشد. عوامل زمینه‌ای که به نوعی عوامل بسترساز را شامل می‌شود، ناظر بر مؤلفه‌هایی است که زیرساخت‌ها و پیکره نظام تأمین مالی سلامت را تشکیل می‌دهد و پایدارسازی می‌کند که شامل نظام بودجه‌ریزی، ایجاد سیستم‌های خدمات سلامت‌محور و ایجاد نظام مالیاتی سلامت می‌شود. عوامل ابزاری ناظر بر مؤلفه‌هایی است که نیازمندی‌های مالی را به‌صورت یکپارچه، جامع و قابل دسترس در سراسر کشور فراهم و تسهیل می‌سازد و به نوعی تسهیل‌گر سیستم نظام تأمین مالی سلامت است که شامل ایجاد صندوق بیمه، ایجاد بیمارستان‌های اجتماعی و جلب مشارکت‌های عمومی مالی است.

عوامـل محتوایی نیز ناظر بر مؤلفه‌هایی اسـت کـه محتواهای قابل اسـتناد و متاع مانند تدوین اسناد بالادستی، نقشه راه، قانون‌گذاری، فرهنگ‌سازی و تدوین طرح‌های تأمین مالی را بررسی می‌کند.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع ترکیبی (کمی-کیفی) است که از نظر هدف کاربردی اسـت. این پژوهش در نیمه دوم سـال ۱۳۹۸ انجام گرفته اسـت. پژوهـش در ۴ مرحله انجام شـد که ابتدا بـا رویکرد کیفی، بررسـی وضعیـت موجود ایـران و مطالعه تطبیقی تجربیات سـایر کشورها انجام شد و سـپس با استفاده از نظر خبرگان مراحل کمی مطالعـه (تعیین اهمیت معیارهای گردآوری شـده از مراحل قبل و تعییـن و اولویت‌بندی معیارهای تاثیرگـذار بر تأمین مالی از طریق دلفی) انجام شد.

در مرحله مطالعه تطبیقی، کشـورهای مورد مطالعه و مدل‌های مختلـف تأمیـن مالی به عنـوان منابع اطلاعاتـی در پژوهش نقش داشـته‌اند و باتوجه به نبود جامعه آماری در مرحله مطالعه تطبیقی، حجـم نمونه مطرح نبـوده و۱۶ چارچوب تأمین مالی و ۱۲ کشـور آمریکا، کانادا، انگلیس، سـوئد، فرانسـه، مالزی، شیلی، آلمان، ژاپن، تایلنـد، ترکیه و ایـران انتخاب و مورد بررسـی قـرار گرفتند و در مراحـل مصاحبه، تعیین اهمیـت معیارها و اجـرای تکنیک دلفی، جامعه پژوهش از میان جامعه سیاست‌گذاران و مدیران حوزه اقتصاد سلامت، اساتید، صاحب‌نظران، مدیران ارشد و کارشناسان متخصص در وزارت بهداشـت و دانشـگاه‌های علوم پزشکی به‌صورت هدفمند با رعایـت حداکثر تنوع انتخاب شـد. برای انتخـاب حجم نمونه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با رعایت حداکثر تنوع اسـتفاده شـده و چون متخصصان، شناخته شده و زیاد بودند، از نمونه‌گیری تصادفی (با اسـتفاده از جدول اعداد تصادفی) استفاده شـد. برای انجام این پژوهش ۳۲ مصاحبه انجام شـد و مصاحبه‌ها تا جایی ادامه یافت که به اشباع داده‌ها رسیدیم.

باتوجه به اینکه بر اساس نوع پژوهش، در اینجا در نظر نیست که نتایج تعمیم داده شود، کشورهای مورد مطالعه، افراد مورد مصاحبه و کارشناسـان مشارکت‌کننده برای تعیین اهمیت معیارها و تکنیک دلفی به عنوان شـرکت‌کننده تلقی شـده و بر اساس ملاک‌های زیر انتخاب شدند:

کشورهای مورد پژوهش

در دسترس بودن اطلاعات لازم، انتخاب یک کشور جهان سومی پیشـرو در منطقه که دارای تشـابهات منطقه‌ای با ایران است، یک کشـور از قاره آسـیا که به لحاظ جمعیتی قابل قیاس با ایران بوده و نسبت به ایران سـرانه دارای هزینه بخش سلامت کمتر و امید به زندگی بیشـتر است و کشـورهای موفق در زمینه ایجاد نظام تأمین مالی.

افراد شرکت‌کننده در بخش تعیین اهمیت معیارها

داشتن سـابقه مؤثر در موضوع یعنی سابقه فعالیت در نهادهای اصلی تصمیم‌گیری وزارت بهداشـت و دانشـگاه‌های علوم پزشکی، داشـتن تحصیلات دانشـگاهی مرتبط و داشتن آشـنایی با مفهوم معیارهای مختلف.

افراد شرکت‌کننده در بخش دلفی

داشتن سابقه مؤثر (حداقل ۲ سـال) فعالیت در نهادهای اصلی تصمیم‌گیـری حوزه تأمیـن مالی وزارت بهداشـت، شـورای عالی بیمه، متخصصان رشـته اقتصاد سـلامت، سیاست‌گذاری سلامت و مدیریـت خدمات بهداشـتی و درمانی، داشـتن حداقل یک مقاله و پژوهش مرتبط در مجلات معتبر، حضور در کمیته‌های کارشناسـی با پژوهشی مرتبط (یک سال).

پژوهـش در ۴ مرحله بررسـی وضعیت موجود ایـران، مطالعه تطبیقی تجربیات سـایر کشورها، تعیین اهمیت معیارهای گردآوری شـده از مراحل قبل و تعییـن و اولویت‌بندی معیارهای تاثیرگذار بر تأمین مالی از طریق دلفی انجام شد.

در مرحلـه تعیین اهمیت معیارهـا، معیارهای حاصل از مطالعه تطبیقـی و نیز مطالعات مفهومی انجام شـده در قالب پرسشـنامه طراحی شد و توسط ۵ نفر از اساتید سیاست‌گذاری و مدیریت خدمات بهداشـتی و درمانی مرور و بررسی شـد تا اعتبار صوری و محتوایی آن تأیید شـود. از اسـاتید خواسته شـد نظر خود را درمورد واضح، مختصر و مرتبط بودن سوالات بدهند و اصلاحات و پیشنهادات لازم را ارائه دهند. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ اسـتفاده شـد که با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ پرسشنامه دارای روایی و پایایی بود.

سپس این پرسشنامه به نظرخواهی از ۱۰ نفر از کارشناسان آشنا

با ادبیات موضوع گذاشته شد. این پرسشنامه حاوی ۳۹ سوال بود که نظر خبره را در زمینه اهمیت هر کدام از معیارها برای تعیین روش‌های تأمین مالی در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای جویا می‌شد. سپس با استفاده از روش اعتبار محتوا و همچنین آزمون بازآزمون (r /۸۱ =) اعتبار و روایی پرسشنامه تایید شد. طراحی یک مدل اولیه با استفاده از مطالعات مروری جامع و ارائه آن به پنل خبرگان موجب کاهش مراحل مطالعه دلفی و تسریع دستیابی به نتایج نهایی شد.

درمرحله تعیین و اولویت‌بندی معیارهای تاثیرگذار بر تأمین مالی، ۳۲ نفر از متخصصان و خبرگان نظام سلامت در حوزه مورد مطالعه در دو راند دلفی به ۱۲ معیار استخراج شده در مراحل قبلی، بر اساس اهمیت و مطلوبیت آنها برای قرار گرفتن در لیست نهایی ابعاد تاثیرگذار بر روش‌های تأمین مالی نظام سلامت با استفاده از مقیاس لیکرت رتبه بندی پنج‌تایی، امتیازی بین یک تا ۵ دادند. امتیاز یک به معنای اینکه خبره نظام سلامت با انتخاب این گزینه اهمیت کمی برای آن در نظام تأمین مالی سلامت قائل است و امتیاز ۵ به معنای اینکه خبره اهمیت خیلی زیادی برای قرار گرفتن این معیار در نظام تأمین مالی سلامت قائل است. در راند اول، پرسشنامه یا ابزار اولیه دلفی دارای ساختار که تهیه شده برای ۳۲ نفر از خبرگان مرتبط با موضوع فرستاده شد. سپس در راند دوم، باید میانگین نمره هر معیار و نیز نمره خود فرد در مرحله قبل اعلام شود تا فرد تصمیم جدید بگیرد. در این مرحله، از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا پاسخ‌ها را مجدداً مرور کرده در صورت نیاز در نظرات و قضاوت‌های خود تجدیدنظر کنند. به دلیل همگرایی بین نظرات خبرگان، دلفی در دو راند به اتمام رسید. بنابراین از بین کل معیارهای استخراج شده در مراحل قبلی، ۱۱ معیار مورد اجماع قرار گرفت و به عنوان معیارهای تاثیرگذار بر تأمین مالی نظام سلامت کشور در نظر گرفته شد.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از از نرم‌افزار SPSS ورژن۲۴ و آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها

باتوجه به آمار به‌دست آمده از جدول ۱، بیشترین افراد بین محدوده‌ی سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (۱۳ نفر) معادل ۴۰ درصد، ۵۶ درصد (معادل ۱۸ نفر) دارای جنسیت مرد، ۴۶ درصد (معادل ۱۵ نفر) با سابقه کاری ۵ تا ۱۰ سال و تعداد افراد با تحصیلات دکتری، ۲۰نفر معادل ۶۶ درصد هستند (جدول ۱).

با بررسی کشورهای مورد مطالعه و مدل‌ها و چارچوب‌های تأمین مالی، متغیرهایی که بیشترین فراوانی را در نظام تأمین مالی دارا بودند، شامل متغیرهای مالیات‌محوری، صندوق یکپارچه مالی، یارانه، مشارکت مالی و حفاظت از ریسک‌های سرمایه‌گذاری بود و این نشان از تأکید مدل‌های مذکور به نگاه مالیاتی همراه با سرمایه‌گذاری دارد. از جمله راهبردهای عملیاتی پیشنهاد شده در برخی از چارچوب‌ها می‌توان به حمایت از وضع قوانین برای جمع‌آوری منابع، انباشت و خرید راهبردی، اجرای روش‌های جدید پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت و ایجاد ظرفیت و ایجاد رویکرد سلامت‌محوری اشاره کرد. همچنین یکی از مباحث بسیار مهم در مدل‌های ارائه شده، تأمین منابع لازم از محل منابع دولتی و عمومی برای ارائه خدمات سلامت است. منابع به‌طور عمده از بخش عمومی یا بخش خصوصی و یا ترکیبی از آنها قابل جمع‌آوری است که در این راستا از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. در جدول ۲ ماتریس جمع-بندی افتراقات و اشتراکات چارچوب‌های تأمین مالی ارائه شده، نشان داده شده است.

جدول ۱| توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر اساس محدوده سنی،جنسیت، سابقه کاری و میزان تحصیلات

متغیر	دسته‌بندی متغیرها	فراوانی	درصد
سن	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۷	۲۶
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۱۱	۴۲
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۸	۳۰
	جمع کل	۲۶	۱۰۰
جنسیت	مرد	۱۵	۵۷
	زن	۱۱	۴۳
	جمع کل	۲۶	۱۰۰
سابقه کاری	بین ۵ تا ۱۰ سال	۱۳	۴۶
	بین ۱۱ تا ۱۵ سال	۷	۲۶
	بین ۱۶ تا ۲۰ سال	۲	۸
	بین ۲۱ تا ۲۵ سال	۲	۸
	بین ۲۶ تا ۳۰ سال	۲	۸
	جمع کل	۲۶	۱۰۰
میزان تحصیلات	لیسانس	۱	۳
	فوق لیسانس	۷	۳۶
	دکتری	۱۸	۶۱
	جمع کل	۲۶	۱۰۰

جدول ۲| ماتریس افتراقات و اشتراکات مدل‌های نظام تأمین مالی در جهان

عوامل / مدل	مدل بریتانیا	مدل آلمان	مدل کانادا	مدل ترکیه	مدل مالزی	مدل آمریکا	مدل سوئد	مدل شیلی	مدل تایلند	مدل کاتارین	مدل آرهین	مدل تامسون	مدل هسیو	نظام سلامت ۲۰/۲۰	مدل میسون	مدل OASIS	مدل بانک توسعه آفریقایی	مدل یارانه	مدل چاناام	مدل ABT
تغییرات رفتاری															*			*		
سلامت‌محوری															*			*		
حفاظت از ریسک مالی													*							*
سودآوری										*						*				
بیمه خصوصی داوطلبانه									*			*								
بیمه درمان							*				*									
کثرت گرایی جامعه						*														
آزادی انتخاب						*							*							
مسئولیت پذیری فردی						*														
قانون گذاری					*									*						
صندوق آینده نگر					*														*	
صندوق پس انداز					*												*		*	
Bag – Kur				*					*											
سازمان بیمه اجتماعی				*				*			*				*					
صندوق بازنشستگی				*				*						*						
بیمارستان اجتماعی			*																	
پزشکان خویش فرما			*																	
مشارکت مبتنی بر درآمد و حق بیمه	*				*	*	*	*												
مشارکت مالی	*													*		*	*			
صندوق بیماری	*											*			*				*	
یارانه	*		*	*			*											*		
صندوق مالی یکپارچه	*								*			*				*	*			*
مالیات محور	*	*	*		*		*		*											
خدمات سلامت ملی	*															*	*			
تخصیص بودجه	*									*			*						*	*

عوامل شناسایی شده در الگوی نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب در پژوهش حاضر، در قالب پرسشنامه‌ای به نظر جمعی خبرگان رسید که از نظر آنها ۱۱ معیار به عنوان معیارهای تاثیرگذار بر تأمین مالی ارائه خدمات در نظام سلامت ایران در ۴ بُعد عوامل زمینه‌ای، عوامل ابزاری، عوامل محتوایی و عوامل ساختاری مورد اجماع قرار گرفت که به ۳ جدول تقسیم شدند.

برای شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر نظام تأمین مالی سلامت، در قالب پرسشنامه، نظرسنجی از خبرگان صورت گرفت و برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون t تک نمونه‌ای استفاده شد. در جدول ۴ نتایج مربوط به آزمون t تک نمونه‌ای درج شده است. براساس مندرجات جدول ۴ با انجام آزمون t در سطح اطمینان ۹۵ درصد، مقدار sig = ۰/۰۵ برای تمامی متغیرها به دست آمد. بنابراین فرض صفر تحقیق رد شد. یعنی میانگین جامعه با عدد ۳ در سطح اطمینان ۹۵ درصد برای این عوامل تفاوت دارد و از آنجایی که میانگین عوامل بیشتر از ۳ به دست آمد، این عوامل بر تأمین نظام مالی سلامت تأثیر دارند. بر اساس نتایج این آزمون تأثیر مؤلفه‌های «پرداخت یارانه به پزشکان»، «پرداخت یارانه به بیماران»، «اعطای تسهیلات» و «ایجاد بیمارستان» بر نظام تأمین مالی سلامت احراز نشد (جدول۴).

برای اولویت‌بندی ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر نظام تأمین مالی سلامت، از آزمون فریدمن استفاده شد. نتایج به دست آمده از آزمون فریدمن در جدول ۵ لحاظ شده است.

باتوجه به مندرجات جدول (۵)، مقدار sig = ۰/۰۰۱به دست آمده است و از آنجا که Sig< ۰/۰۵ است، می‌توان ادعا کرد «ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر تأمین مالی سلامت، رتبه‌های یکسانی ندارند و در نتیجه می‌توان آنها را اولویت‌بندی کرد». ترتیب اولویت‌بندی مؤلفه‌های مؤثر بر نظام تأمین مالی سلامت در جدول ۶ و ۷ نشان داده شده است.

براساس نتایج به دست آمده از جدول ۶ و ۷ در بُعد تخصیص بودجه، «تأمین اعتبارات بودجه» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد خدمات سلامت‌محور، «فرهنگ سلامت‌محوری» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد مالیات محور، «فرهنگ‌سازی در راستای مالیات» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد صندوق بیماری، «صندوق حمایت از بیماران» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد مشارکت مالی، مشارکت مالی دولت در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد طرح‌های

جدول ۳| عوامل مؤثر در شکل‌گیری نظام تأمین مالی سلامت در کشور

عوامل	ابعاد	گویه‌ها
عوامل زمینه‌ای(بسترساز)	نظام بودجه-ریزی	تأمین اعتبارات بودجه[۸] و [۹]
		تهیه دستورالعمل بودجه [۸] و [۹]
		تهیه فرآیند پرداخت[۱۰] و [۱۱]
		تهیه فرآیند تخصیص بودجه[۱۲] و [۱۳]
		پیاده‌سازی سامانه بودجه[۸]
	ارائه خدمات سلامت‌محور	فرهنگ سلامت‌محوری [۱۳]
		تبلیغات سلامت‌محور [۱۴] و [۱۵]
		رسانه ملی سلامت‌محور [۱۶] و [۱۷]
	نظام مالیات‌محوری	فرهنگ‌سازی در راستای مالیات [۱۲] و [۱۳]
		پیادهسازی سامانه مالیات [۱۳] و [۱۵]
		ساز و کار مالیات بر درآمد [۱۶] و [۱۷]
		اخذ مالیات [۸] و [۹]
عوامل ابزاری	ایجاد صندوق بیمه	صندوق حمایت از بیماران [۱۱] و [۱۲]
		ساز و کار خدمات درمانی[۱۳] و [۱۵]
	انجام مشارکت‌های مالی	مشارکت مالی دولت [۱۷] و [۱۹]
		سرمایهگذاری خارجی در بخش سلامت [۱۳] و [۱۵]
		مشارکت مالی از طریق بورس [۱۲] و [۱۳]
	ایجاد بیمارستان اجتماعی	ارائه خدمات مسئولیت اجتماعی [۱۲] و [۱۶]
عوامل محتوایی	تدوین طرح‌های تأمین مالی	شناسایی راهکارها [۱۳] و [۱۴]
		واحدهای سازمانی فراهم‌کننده درآمدها [۱۲] و [۱۵]و [۱۳] و [۱۸]
		سهم بیمه‌ها [۱۱] و [۱۳]و [۱۴] و [۱۹]
	قانون‌گذاری	نظارت بر قانون [۱۳] و [۱۵]
		رفع موانع قانونی [۱۳] و [۱۵]
		تصویب قانون [۱۳] و [۱۵]
عوامل ساختاری	ساختار مالی	کنترل هزینه [۱۰] و [۱۳]
		تأمین درآمدهای پایدار [۱۲] و [۱۶]
	ساختار ریسک	شناسایی ریسک‌های درمان[۱۷] و [۱۹]
		قبول ریسک [۱۶] و [۱۷]
	ساختار کیفیت خدمات	رفع نیازمندی‌های بیماران [۱۰] و [۱۱]
		رفع نیازمندی‌های پزشکان [۱۲] و [۱۷]

جدول ۴| ابعاد و مؤلفه‌های شناسایی شده مؤثر بر نظام تأمین مالی سلامت

عوامل	متغیرها	تعداد پاسخ دهندگان	میانگین	انحراف معیار	sig	تفاوت میانگین‌ها
تخصیص بودجه	فرآیند تخصیص بودجه	۲۶	۴/۱۹۳	۰/۹۴۱	۰/۱۲۹	۰/۱۹۳
	تهیه فرآیند پرداخت	۲۶	۴/۱۱۰	۰/۹۰۵	۰/۲۳۵	۰/۱۱۰
	تهیه دستورالعمل بودجه	۲۶	۳/۰۳۹	۰/۷۸۱	۰/۰۸۴	۰/۰۳۹
	تأمین اعتبارات بودجه	۲۶	۳/۳۴۵	۰/۸۶۳	۰/۲۱۸	۰/۳۴۵
	پیاده‌سازی سامانه	۲۶	۳/۴۷۳	۰/۹۵۰	۰/۲۰۸	۰/۱۲۵
خدمات سلامت محور	فرهنگ سلامت‌محوری	۲۶	۳/۴۷۳	۱/۲۵۵	۰/۱۲۳	۰/۴۷۳
	رسانه ملی سلامت‌محور	۲۶	۳/۱۹۳	۰/۶۴۸	۰/۱۲۱	۰/۳۵۲
	تبلیغات سلامت‌محور	۲۶	۴/۴۵۲	۰/۹۰۷	۰/۰۶۸	۰/۲۱۷
مالیات محور	اخذ مالیات	۲۶	۳/۱۲۵	۰/۶۴۸	۰/۱۰۷	۰/۲۰۸
	ساز و کار مالیات بر درآمد	۲۶	۳/۲۵۸	۰/۸۹۰	۰/۲۱۳	۰/۳۶۸
	فرهنگ‌سازی در راستای مالیات	۲۶	۴/۹۵۸	۰/۶۹۸	۰/۲۶۳	۰/۴۷۲
	پیاده‌سازی سامانه مالیات	۲۶	۳/۵۶۹	۰/۶۵۷	۰/۰۶۹	۰/۰۹۵
یارانه	پرداخت یارانه سلامت	۲۶	۴/۱۱۰	۰/۹۰۵	۰/۰۳۶	۰/۰۴۴
	تأمین مالی یارانه‌های پرداختی	۲۶	۳/۰۳۹	۰/۷۸۱	۰/۱۲۱	۰/۰۲۵
	پرداخت یارانه به پزشکان	۲۶	۲/۵۹۴	۰/۸۶۳	۰/۲۳۵	۰/۳۶۸
	پرداخت یارانه به بیماران	۲۶	۲/۶۹۸	۰/۹۵۰	۰/۰۵۶	۰/۲۴۷
صندوق بیماری	صندوق حمایت از بیماران	۲۶	۳/۵۸۹	۰/۱۸۱	۰/۷۶۸	۰/۰۲۶
	ساز و کار خدمات درمانی	۲۶	۳/۳۵۸	۱/۰۵	۰/۱۲۶	۰/۰۳۸
	اعطای تسهیلات	۲۶	۲/۶۲۵	۰/۸۶۸	۰/۴۰۹	۰/۰۲۵
مشارکت مالی	مشارکت مالی از طریق بورس	۲۶	۳/۳۶۵	۰/۹۰۵	۰/۴۳۷	۰/۱۲۹
	مشارکت مالی دولت	۲۶	۳/۶۸۹	۰/۸۶۲	۰/۳۷۸	۰/۴۷۲
	سرمایه‌گذاری خارجی در بخش سلامت	۲۶	۳/۵۴۷	۰/۹۰۷	۰/۱۲۷	۰/۰۳۹
بیمارستان جامع	ایجاد بیمارستان	۲۶	۱/۲۶۹	۱/۲۵۵	۰/۳۷۳	۰/۰۲۶
	خدمات مسئولیت اجتماعی	۲۶	۳/۶۰۲	۰/۷۸۱	۰/۷۶۳	۰/۵۹۸
طرح‌های تأمین مالی	شناسایی راهکارها	۲۶	۴/۹۵۸	۰/۶۹۸	۰/۲۶۹	۰/۰۳۹
	سهم بیمه‌ها	۲۶	۳/۵۶۹	۰/۶۵۷	۰/۱۳۶	۰/۴۷۲
	واحدهای سازمانی فراهم‌کننده درآمدها	۲۶	۳/۶۸۹	۰/۸۶۲	۰/۷۰۹	۰/۰۹۵
قانون گذاری	قانون‌گذاری	۲۶	۳/۳۵۵	۰/۹۰۵	۰/۳۷۰	۰/۱۲۵
	نظارت بر قانون	۲۶	۳/۶۹۹	۰/۸۶۲	۰/۰۸۴	۰/۴۷۳
	رفع موانع قانونی	۲۶	۳/۵۳۷	۰/۹۰۷	۰/۲۱۸	۰/۳۵۲
سودآوری	توجه به کسب سود	۲۶	۲/۴۵۲	۰/۹۱۷	۰/۲۰۸	۰/۳۱۸
	تأمین درآمدهای پایدار	۲۶	۳/۱۲۵	۰/۶۳۵	۰/۱۲۳	۰/۲۳۹
	کنترل هزینه	۲۶	۳/۲۵۸	۰/۸۹۰	۰/۱۲۱	۰/۳۶۸
ریسک پذیری	شناسایی ریسک‌های درمان	۲۶	۴/۲۲۵	۰/۶۴۸	۰/۰۶۸	۰/۴۷۲
	قبول ریسک	۲۶	۳/۱۵۸	۰/۸۹۰	۰/۱۰۷	۰/۰۹۵
تغییرات رفتاری	تغییر رویکرد مدیران	۲۶	۳/۲۴۹	۰/۸۵۴	۰/۲۱۳	۰/۰۴۴
	نوع تطابق بیماران	۲۶	۳/۶۰۲	۰/۷۸۱	۰/۲۶۳	۰/۰۲۵

جدول ۵| نتایج آزمون فریدمن

نمونه	کای دو	درجه آزادی	Sig
۲۸۱	۶۳/۴۵۷	۷	۰/۰۰۱

جدول ۶| ترتیب اولویت‌بندی مؤلفه‌های مؤثر بر نظام تأمین مالی سلامت طبق نظر خبرگان

عوامل	ابعاد	مؤلفه‌ها	میانگین رتبه	اولویت مؤلفه‌ها	اولویت ابعاد
عوامل زمینه‌ای	نظام بودجه‌ریزی	تأمین اعتبارات بودجه	۵/۱۹۹	۱	۲
		تهیه دستورالعمل بودجه	۴/۹۸۶	۲	
		تهیه فرآیند پرداخت	۴/۷۳۰	۳	
		تهیه فرآیند تخصیص بودجه	۴/۳۴۳	۴	
		پیاده‌سازی سامانه بودجه	۴/۳۲۲	۵	
	خدمات سلامت‌محور	فرهنگ سلامت‌محوری	۴/۴۵۲	۱	۱۱
		تبلیغات سلامت‌محور	۳/۴۷۳	۲	
		رسانه ملی سلامت‌محور	۳/۱۹۳	۳	
	نظام مالیات محوری	فرهنگ‌سازی در راستای مالیات	۴/۹۵۸	۱	۱
		پیادهسازی سامانه مالیات	۳/۵۶۹	۲	
		ساز و کار مالیات بر درآمد	۳/۲۵۸	۳	
		اخذ مالیات	۳/۱۲۵	۴	
		پرداخت یارانه سلامت	۴/۱۱۰	۵	
		تأمین مالی یارانه‌های پرداختی	۳/۰۳۹	۶	
عوامل ابزاری	صندوق بیماری	صندوق حمایت از بیماران	۳/۵۸۹	۱	۸
		ساز و کار خدمات درمانی	۳/۳۵۸	۲	
	مشارکت مالی	مشارکت مالی دولت	۳/۶۸۹	۱	۹
		سرمایهگذاری خارجی در بخش سلامت	۳/۵۴۷	۲	
		مشارکت مالی از طریق بورس	۳/۳۶۵	۳	
	بیمارستان اجتماعی	خدمات مسئولیت اجتماعی	۳/۶۰۲	۱	۱۰
عوامل محتوایی	تدوین طرحهای تأمین مالی	شناسایی راهکارها	۴/۹۵۸	۱	۳
		واحدهای سازمانی فراهم‌کننده درآمدها	۳/۶۸۹	۲	
		سهم بیمه‌ها	۳/۵۶۹	۳	
	قانون‌گذاری	نظارت بر قانون	۳/۶۹۹	۱	۴
		رفع موانع قانونی	۳/۳۵۵	۲	
		تصویب قانون	۳/۵۳۷	۳	
عوامل ساختاری	ساختار مالی	کنترل هزینه	۳/۲۵۸	۱	۷
		تأمین درآمدهای پایدار	۳/۱۲۵	۲	
	ساختار ریسک	شناسایی ریسک‌های درمان	۴/۲۲۵	۱	۶
		قبول ریسک	۳/۱۵۸	۲	
	ساختار کیفیت خدمات	نوع تطابق بیماران	۳/۶۰۲	۱	۵
		تغییر رویکرد مدیران	۳/۲۴۹	۲	

جدول ۷| نتایج آزمون رتبه‌بندی ابعاد

ابعاد	امتیاز	رتبه
نظام مالیات‌محوری	۴/۴۵۱	۱
نظام بودجه‌ریزی	۴/۴۲۰	۲
تدوین طرح‌های تأمین مالی	۴/۳۶۸	۳
قانون‌گذاری	۴/۱۵۸	۴
ساختار کیفیت خدمات	۳/۹۸۰	۵
ساختار ریسک	۳/۹۲۰	۶
ساختار مالی	۳/۸۵۰	۷
ایجاد صندوق بیماری	۳/۷۴۵	۸
مشارکت مالی	۳/۴۵۸	۹
ایجاد بیمارستان اجتماعی	۳/۳۶۹	۱۰
خدمات سلامت‌محور	۳/۱۰۵	۱۱

تأمین مالی، «شناسایی راهکارها» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد قانون‌گذاری، «نظارت بر قانون» در رتبه یکم قرار دارد. در بعد سودآوری، «کنترل هزینه» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد ریسک‌پذیری، «شناسایی ریسک‌های درمان» در رتبه یکم قرار دارد. در بُعد تغییرات رفتاری، «نوع تطابق بیماران» در رتبه یکم قرار دارد. همچنین بُعد مالیات‌محوری دارای رتبه یکم و خدمات سلامت‌محور دارای رتبه آخر هستند.

بحث

در این پژوهش عوامل تاثیرگذار در ۴ دسته عوامل ساختاری، عوامل زمینه‌ای، عوامل ابزاری و عوامل محتوایی دسته‌بندی شد و ۱۱ مولفه تاثیرگذار به دست آمد که به‌صورت زیر، به ترتیب اولویت‌بندی شدند: نظام مالیات‌محوری، نظام بودجه‌ریزی، تدوین طرح‌های تأمین مالی، قانون‌گذاری، ساختار کیفیت خدمات، ساختار ریسک، ساختار مالی، ایجاد صندوق بیماری، مشارکت مالی، ایجاد بیمارستان اجتماعی و خدمات سلامت‌محور.

یافته‌ها نشان داد نظام مالیات‌محوری، نظام بودجه‌ریزی و تدوین طرح تأمین مالی به ترتیب بیشترین مولفه‌های تاثیرگذار هستند.

در نظام تأمین منابع مالی پایدار نظام مالیاتی از مهم‌ترین منابع محسوب می‌شود. تأمین مالی از طریق مالیات و عوارض می‌تواند مزیت‌هایی را در نحوه مدیریت وضعیت اقتصادی، ریسک‌های مدیریتی و قدرت خرید جامعه به وجود آورد که این مزیت‌ها به علت ماهیت سیاسی و نحوه جمع‌آوری مالیات‌ها و چگونگی تخصیص آن تحقق می‌یابند. البته در اجرای این نظام ممکن است چالش‌های معمول در مدیریت اثربخش ارائه خدمات عمومی و مشکلاتی نیز به علت مسئولیت‌پذیری ضعیف و یا بی‌ثباتی به وجود آید.

تعیین و اجرای مصادیق آسیب‌رسان سلامت باتوجه ویژه به قانون مالیات بر ارزش افزوده و راه‌هایی که علاوه بر مالیات بر درآمد، مالیات سود، مالیات غیرمستقیم، مالیات مستقیم و... می‌توان کسب کرد، می‌تواند افزایش مالیات از منابع تولیدکننده خطر برای سلامت مانند ماده ۸ قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات مبنی بر افزایش ۱۰درصدی قیمت محصولات دخانی، قانون مالیات بر خرده‌فروشی‌ها مبنی بر تغییر ساختار و نرخ مالیات بر دخانیات و نوشابه براساس استانداردهای کنونی، لزوم تعریف مالیات سلامت بر سوخت‌های فسیلی و اختصاص درصدی از جرایم رانندگی به بخش سلامت به دلیل رفتارهای پرخطر بعضی از رانندگان و بستن مالیات به صورتحساب‌های تلفن همراه و کالاهای مضر سلامت، اقداماتی است که در سال‌های اخیر مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران بیمه سلامت بوده است.

در این پژوهش نظام بیمه‌ای در رتبه پایین‌تر قرار گرفته زیرا اولا صندوق بیمه هرچند پایدار است، منابع مالی زیاد تولید نمی‌کند. ثانیا تعداد زیاد بیمه‌های سلامت موجب کوچک شدن اندازه صندوق آنها می‌شود و در نتیجه، فرآیند تسهیم ریسک مالی بین افراد عضو صندوق‌های بیمه به خوبی شکل نمی‌گیرد. از طرف دیگر، کارآیی ناشی از مقیاس در این بیمه‌ها کاهش می‌یابد و در نتیجه، حق بیمه سلامت افزایش یافته و بسته‌های حمایتی بیمه کاهش می‌یابد و در نهایت، پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش خواهد یافت. از طرف دیگر، تفاوت میزان حق بیمه پرداختی و مزایای دریافتی منجر به نارضایتی مردم می‌شود. تجمیع بیمه‌های سلامت پایه و یکسان‌سازی مقررات مربوطه در این راستا پیشنهاد می‌شود. ایجاد یک بیمه سلامت اجتماعی یکپارچه منجر به افزایش قدرت خرید بیمه سلامت شده و افزایش کارآیی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را نیز به دنبال خواهد داشت. تعداد صندوق‌های بیمه سلامت در کشورهای استونی، لیتوانی، لهستان و آلمان در دهه‌های اخیر

کاهش قابل توجهی داشته است [۱۱].

عوامل شناسایی شده در نظام تأمین مالی سلامت در پژوهش حاضر در ۴ دسته قرار گرفته‌اند که نتایج تحقیق در مقایسه با نتایج تحقیقات[۱۲,۱۳] در بخش ارائه ابعاد مرتبط با نظام بودجه‌ریزی به تهیه نظام‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با نحوه‌ی اجرایی کردن نظام تأمین مالی پرداخته نشده بود. همچنین در این تحقیقات به نحوه انجام فرآیند نظام تأمین مالی در حوزه سلامت اشاره‌ای نشده بود[۱۴,۱۵]. در بعد مربوط به خدمات سلامت‌محور به نحوه فرهنگ‌سازی و ورود رسانه‌های اجتماعی و رسانه ملی پرداخته نشده است[۱۶]. در بخش مربوط به خدمات مسئولیت‌های اجتماعی شامل سامان‌دهی بیمارانی که توانایی مالی ندارند، اشاره‌ای نشده است. نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر در بخش عوامل ساختاری با تحقیقات لگیتون[۱۷] دارای اشتراک در نحوه تأمین منابع مالی از طریق مالیات است.

مطالعه مروری که درخصوص راهکارهای تأمین مالی پایدار در نظام سلامت انجام شده با نتایج پژوهش ما در خصوص ترتیب اولویت‌بندی مطابقت دارد و تاکید می‌کند که راهکارهای تقویت کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، توسعه روش‌های تأمین مالی براساس مالیات، افزایش سهم بیمه‌های سلامت اجتماعی، افزایش درآمدهای نظام سلامت از منابع داخلی، جلب حمایت مالی جامعه، جلب مشارکت مالی خیرین، افزایش منابع مالی از طریق کمک‌های توسعه به نظام سلامت و سامان‌دهی آنها، مشارکت افراد در تأمین هزینه‌های خدمات ارائه شده، تقویت مشارکت عمومی و خصوصی، مبارزه با فساد و ناکارآمدی و کاهش بوروکراسی اداری به‌منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت است[۱۱]. راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد تجمیع و مدیریت منابع مالی شامل استفاده از روش‌های تأمین مالی صعودی، گسترش نظام‌های پیش‌پرداخت سلامت، توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی، تجمیع منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، اصلاح و بازنگری سرانه حق بیمه، گسترش بیمه‌های اجباری سلامت، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز سلامت، توسعه صندوق‌های عدالت و پوشش بیمه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت است.

استفاده از روش‌های پیش‌پرداخت نظیر مالیات عمومی و بیمه سلامت اجتماعی موجب تسهیم ریسک مالی بین گروه‌های جمعیتی، حفاظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های بالای خدمات سلامت و افزایش دسترسی افراد فقیر و بیمار به خدمات سلامت می‌شود. دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی وظیفه تجمیع منابع مالی سلامت کشور را برعهده دارند. هر قدر افراد بیشتری عضو صندوق بیمه سلامت باشند، فرآیند تجمیع ریسک بهتر صورت می‌گیرد[۱۱].

برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران باید افزایش یابد. به طور کلی از ۶ روش مالیات عمومی، بیمه سلامت اجتماعی اجباری، بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه، حساب پس‌انداز سلامت، کمک‌های نوعدوستانه داخلی و خارجی و پرداخت مستقیم از جیب برای تأمین مالی خدمات سلامت استفاده می‌شود[۱۸]. این روش‌ها در دو دسته کلی روش‌های عمومی و خصوصی تأمین مالی بخش سلامت قرار می‌گیرند. بخش دولتی و خصوصی به ترتیب ۴۵/۹ و ۵۱/۴ درصد هزینه‌های سلامت ایران را در سال ۲۰۱۸ میلادی تأمین کردند درحالی که ۵۹ و ۴۱ درصد هزینه کل سلامت مردم دنیا در این سال از بخش عمومی و بخش خصوصی تأمین شده است[۱۱]. همچنین روش‌های تأمین مالی خدمات سلامت را می‌توان به دو دسته پیش‌پرداخت و حین‌پرداخت تقسیم کرد. مردم از طریق پرداخت مالیات و حق بیمه در تأمین مالی نظام سلامت قبل از دریافت خدمات سلامت مشارکت دارند. با وجود این، آنها ممکن است به دلایلی نظیر نداشتن پوشش بیمه‌ای یا پوشش بیمه‌ای محدود، به هنگام بیماری و دریافت خدمات سلامت، مبلغی بابت خدمات دریافتی پرداخت کنند. دولت باید بر روش‌های پیش‌پرداخت تأکید داشته باشد تا مانع ایجاد هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت برای مردم و در نتیجه فقر آنها شود. مالیات یکی از مهم‌ترین روش‌های پیش‌پرداخت برای تأمین مالی نظام سلامت است. سهم هزینه‌های سلامت دولت ایران از کل هزینه‌های عمومی دولت حدود ۲۱/۸درصد در سال ۲۰۱۸ میلادی بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۰/۲درصد (حداقل ۱/۱ درصد در کامرون و حداکثر ۲۷/۸ درصد در کاستاریکا) بود [۱۱].

سازمان بهداشت جهانی حداقل ۱۵درصد را برای این شاخص پیشنهاد می‌کند [۱۹]. بنابراین دولت ایران، قسمت قابل توجهی

از بودجه عمومی کشـور را به بخش سلامت اختصاص داده است. در کشورهای دارای نظام سلامت ملی National Health System NHS نظیر انگلسـتان، سوئد، اسـپانیا و پرتغال، باتوجه به اینکه تأمیـن مالی هزینه‌های سـلامت به طور عمـده از طریق مالیات و وجـوه عمومی دولت صورت می‌گیرد، افراد درصورت از دسـت دادن شـغل خود با چالشی در زمینه استفاده از خدمات سلامت مواجه نمی‌شوند. در مقابل، در کشورهای دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی نظیر آلمان یا بیمه سـلامت ملـی مانند کانادا، کمیت و کیفیت اسـتفاده از خدمات سـلامت به نوع شـغل فرد و بیمه مربوطه مرتبط است. بنابراین، با از دست دادن شغل، دسترسی و اسـتفاده از خدمات سلامت فرد محدود خواهد شد. نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی اسـت. بنابراین دولت باید از طریق اصلاحات مالیاتی، منابع مالیاتـی را بهتر مدیریت کند تا تأمین مالی نظام سلامت پایدار شود و تحت تأثیر رکود اقتصادی و تحریم سیاسی کاهش نیابد. تقویت فضای مالی (Fiscal space) نظام سلامت باید مورد توجه جدی سیاست‌گذاران کشور قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نظام تأمین مالی سـلامت ایران از پایـداری کافی برخوردار نیسـت. اولین مسـئله‌ای که در تأمین منابع مطرح می‌شود این اسـت که سیاست‌مداران و سیاسـت‌گذاران نظام سلامت باید از اسـتراتژی‌های مناسـب برای تقویت پایداری نظـام تأمین مالی سلامت به منظور افزایش دسترسی به خدمات سلامت و پوشش همگانی سلامت استفاده کنند.

دو راهبـرد اساسـی در تأمین مالی نظام‌های سـلامت وجود دارد: ۱. نظام‌های سلامت با تأمین مالی متکی به مالیات: در این الگـو همه شـهروندان و حتی در برخی اوقات افراد غیرشـهروند دارای اقامت دائم، از بسته خدمات سلامت به صورت یکسان بهره می‌برند و پوشـش همگانی محقق می‌شـود. ۲. نظام‌های سلامت با تأمین مالی بر مبنای بیمه‌های اجتماعی سـلامت: منابع مالی ترکیبی است از مشارکت مالی بیمه‌شدگان صندوق/صندوق‌های بیمه‌ای و کمک‌های دولتی از محل منابع عمومی. هر کشـور باید درباره یک راهبرد تأمین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد. یعنی اینکه قرار اسـت از چـه ترکیبی از روش‌هـای تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سـلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی، حـق بیمه‌های بیمـه اجتماعی، حق بیمه‌هـای بیمه خصوصی، پرداخـت مسـتقیم توسـط بیمـاران، مشـارکت اجتماع‌محور، کمک‌هـای خارجی و خیریه‌ها که اکثر کشـورها ترکیبی از این شیوه‌ها را استفاده می‌کنند.

در بررسـی کشورهای مورد مطالعه و مدل‌ها و چارچوب‌های تأمیـن مالی، متغیرهایی که بیشـترین فراوانی را در نظام تأمین مالی دارا بودند شامل متغیرهای مالیات‌محوری، صندوق یکپارچه مالی، یارانه، مشارکت مالی و حفاظت از ریسک‌های سرمایه‌گذاری بود و این نشـان از تأکید مدل‌های مذکور به نگاه مالیاتی همراه با سرمایه‌گذاری است.

در نظـام تأمین منابع مالی پایـدار، نظام مالیاتی از مهم‌ترین منابع محسـوب می‌شـود. لازم به ذکر اسـت که صنـدوق بیمه هرچنـد پایدار اسـت اما منابع مالی زیاد تولیـد نمی‌کند. تأمین مالـی از طریق حق بیمه تابع عواملی ازجمله حقوق و اشـتغال و درصد حق بیمه از حقوق است. باتوجه به اینکه حقوق پایه پایین اسـت، بنابراین درصد حق بیمه نیز زیاد نمی‌شـود. علاوه بر این در حال حاضر تعداد زیادی از بیمه‌شدگان گروه‌هایی هستند که تحت حمایت هستند و حق بیمه پرداخت نمی‌کنند و تقریبا ۷۰ درصد کسانی که بیمه هستند حق بیمه کامل پرداخت نمی‌کنند. بنابراین اتکای صندوق بیمه‌ای به نظام مالیاتی بیشـتر می‌شـود. باتوجـه به موارد فـوق در ایـن پژوهش، در میان پاسـخگویان رویگردانی از نظام بیمه‌ای و اولویت نظام مالیاتی مشـاهده شده است.

نظام سـلامت اگرچه با کمبود منابع مواجه است اما با اتلاف ۲۰ تا ۴۰ درصدی منابع هم همراه اسـت. بنابراین استراتژی‌های تأمیـن مالی نظام سـلامت، در حالی که بـه افزایش منابع مالی نظام سـلامت کمک می‌کند، باید از اتـلاف منابع هم جلوگیری کنـد. تفکیـک نقـش خریـدار از ارائه‌کننده خدمات سـلامت وزارت بهداشـت، افزایش منابع مالی از طریـق پیش‌پرداخت‌ها، یکسان‌سـازی سـاختاری و سیاسـتی طرح‌های بیمه سـلامت، اصلاح تعرفه خدمات سـلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش کارآیی نظام سـلامت، بهبود کیفیت خدمات سـلامت و پرداخـت مبتنی بر عملکرد و ارزش ازجملـه اقدامات لازم برای تقویت پایـداری الگوی تأمین مالی نظام سـلامت ایران اسـت. سیاسـت‌گذاران و مدیران ارشـد نظام سـلامت باید یک برنامه

استراتژیک برای تقویت پایداری کارکرد تأمین مالی نظام سلامت تدوین کنند و از این اقدامات در آن استفاده کنند. اجرای درست این برنامه اســتراتژیک منجر به تقویت فضای مالی نظام سلامت کشور خواهد شد.

تشــکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشــی از پایان‌نامــه با عنوان طراحی الگویــی بــرای روش‌های تأمین مالی ارائه خدمات در نظام ســلامت ایران، در مقطع دکترای تخصصی رشــته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و در سال ۱۳۹۸ اســت. از کلیه افراد شــرکت‌کننده در بخش تعییــن اهمیت معیارها و بخش دلفی قدردانی می‌شود.

ســهم نویســندگان: پریوش حیــدری ارجلو: جمع‌آوری اصلاعــات، مطالعه تطبیقی، پنل دلفی و نگارش مقاله؛ شقایق وحدت: طراحی مطالعه و نظظارت بر بخش کیفی و پنل دلفی؛ حســن سلطانی: تحلیل داده‌ها. مقاله ارسال شده توسط نویسندگان مورد تأیید قرار گرفت.

تأییدیــه اخلاقی: پژوهــش حاضر با کــد ۱۶۳۲۱۲۱۳۹۶۲۰۰۳ مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد قرار گرفته است.

تعــارض منافع: نویســندگان این مقالــه، هیچ‌گونه تعــارض منافعی را اعلام نکردند.

منابع مالی: پژوهش حاضر با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز اجرا شد.

References

1. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. Lancet. 2012;380(9845):924-32. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61083-6.
2. Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. Lancet. 2015;386(9990):274-80. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60574-8.
3. Savedoff WD, Ferranti F, Smith A. Transitions in health financing and policies for universal health coverage. Washington, DC: Centre for Global Development. 2012.
4. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. World Health Organization, 2016.
5. Alam K HG, Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016.a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1345-422. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8.
6. Karimi I, Nasiripour A, Maleki M, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: designing a model for Iran. Journal of Health Administration. 2006;8(22):15-24. [Persian]
7. Maher A, Ahmadi AM, Shokri Jamnani A. Survey of Different Approaches to Health System Financing in the Selected Countries during the Period 1998-2004 and Introducing New Financing Mechanisms for Iran. Journal of Economic Research. 2008;8(1):115-49. [Persian]
8. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJ, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390(10091):231-66. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8.
9. Bank W. World bank country and lending groups. The World Bank Group: Washington, DC, USA. 2017.
10. Fattahzadeh AA. Health system reforms. Tehran: Publications of Ibn Sina Bozorg Cultural Institute; Summer 2005.
11. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2021;19(2):137-56. [Persian]
12. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:602-11. doi: 10.2471/BLT.12.113985.
13. Hsiao W, Siadat B. In search of a common conceptual framework for health systems strengthening [Online]. [cited 2009]. 2009.
14. Kulesher R, Forrestal E. International models of health systems financing. J Hosp Adm. 2014;3(4):127-39. doi: 10.5430/jha.v3n4p127.
15. McIntyre D, Kutzin J, Organization WH. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. World Health Organization, 2016 9241510110.
16. Bertone MP, Meessen B. Studying the link between institutions and health system performance: a

framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi. Health Policy Plan. 2013;28(8):847-57. doi: 10.1093/heapol/czs124.

17. Johnraj MSP. Healthcare Financing: How Should Singapore's Ministry of Health Shift Costs from Private Pockets to the Public Purse?: Lee Kuan Yew School of Public Policy; 2013.
18. World Health Organization. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
19. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies: World Health Organization; 2010.