



A Hybrid Fuzzy QFD Approach to Evaluating the Financing Policies of Universal Health Coverage in Iran

Saied Salehi¹  MA, Norouz Nouroollahzadeh^{1*} PhD, Seyedeh Mahboubeh Jafari¹ PhD

¹ Department of Finance, Faculty of Economics and Accounting, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Correspondence to: Norouz Nouroollahzadeh, Email: nour547@yahoo.com

Received: November 8, 2023

Revised: January 8, 2024

Accepted: January 31, 2024

Online Published: February 28, 2024

Abstract

Introduction: One of the fundamental challenges faced by various societies is the easy and affordable access to healthcare services. In this context, a plan known as Universal Health Coverage was proposed by the World Health Organization, prompting diverse countries to implement various measures in response. A critical need for the execution of this plan is the availability of sufficient financial resources. Therefore, this research aims to identify and evaluate financing policies for Universal Health Coverage.

Methods: This study first reviews recent research literature, followed by conducting focused group interviews with research experts. After identifying stakeholders' needs and various policies, the policies were weighted and prioritized using a Fuzzy Quality Function Deployment (QFD) approach. To enrich the data for the Fuzzy QFD questionnaire, insights from 18 experts with at least five years of experience in insurance and macroeconomic policies were utilized.

Results: The research findings indicate that the number of insured individuals and the percentage of services covered by insurance are the most critical needs of the system's stakeholders. Accordingly, reducing the insurance service copayment rate, stratifying the number of insured individuals, and allocating a portion of the base insurance share to private insurance companies are prioritized in the identified policies.

Conclusion: Based on the study's findings, it is concluded that for the government to provide sustainable health services to the public, the private sector should also be involved to bear the service provision costs in exchange for appropriate revenue. Health services should be stratified to meet varied needs effectively.

Keywords: Health Insurance, Health System, Healthcare Financing

Highlights

1. Due to the high cost of medical treatment, it is preferable for insurance services to be offered in a stratified manner.
2. For the higher income brackets, the government could seek assistance from the private sector to provide insurance services.

Citation:

Salehi S, Nouroollahzadeh N, Jafari SM. A hybrid fuzzy QFD approach to evaluating the financing policies of Universal Health Coverage in Iran. Iran J Health Insur. 2024;6(4):256-65.



ارائه رویکرد ترکیبی QFD فازی با هدف ارزیابی سیاست‌های تأمین مالی پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران

ساعده صالحی^۱ MA، نوروز نوراله زاده^۱ PhD، سیده محبوبه جعفری^۱ PhD

^۱ گروه مالی، دانشکده اقتصاد و حسابداری، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: نوروز نوراله زاده، پست الکترونیک: nour547@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۰/۰۰

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۰/۰۰

تصحیح: ۱۴۰۲/۰۰/۰۰

دریافت: ۱۴۰۲/۰۰/۰۰

چکیده

مقدمه: یکی از چالش‌های اساسی جوامع مختلف، دسترسی راحت و ارزان به خدمات بهداشت و درمان است. در این راستا، طرحی تحت عنوان پوشش همگانی سلامت توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شد و کشورهای مختلف در راستای پاسخ‌دهی به این طرح، اقدامات مختلفی را اجرا کرده‌اند. یکی از نیازهای اساسی اجرای طرح پوشش همگانی سلامت، وجود منابع مالی کافی است. هدف این پژوهش شناسایی و ارزیابی سیاست‌های تأمین مالی به‌منظور پوشش همگانی سلامت است.

روش بررسی: در این مطالعه، نخست مبانی نظری و ادبیات تحقیق بررسی و با خبرگان پژوهش مصاحبه‌های مختلفی به صورت گروه متمرکز انجام شد. بعد از شناسایی نیازهای ذی‌نفعان و سیاست‌های مختلف، با رویکرد QFD فازی، سیاست‌های مذکور وزن‌دهی و اولویت‌بندی شدند. برای تکمیل داده‌های پرسشنامه رویکرد QFD فازی، از نظرات ۱۸ نفر استفاده شد که حداقل ۵ سال سابقه در حوزه بیمه و سیاست‌های کلان اقتصادی داشتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد تعداد بیمه‌شدگان و درصد خدمات تحت پوشش بیمه مهم‌ترین نیازهای ذی‌نفعان سیستم است که متناسب با نیازها، کاهش درصد فرانشیز خدمات بیمه‌ای، دهک‌بندی تعداد بیمه‌شدگان و تخصیص بخشی از سهم بیمه‌های پایه به شرکت‌های خصوصی بیمه، بالاترین اولویت را در سیاست‌های شناسایی شده دارند.

نتیجه‌گیری: برای ارائه خدمات پایدار در حوزه سلامت از طرف دولت به عموم مردم، بهتر است بخش خصوصی نیز دخیل شود که بتواند هزینه‌های ارائه خدمات را در ازای دریافت درآمد مناسب متحمل و همچنین ارائه خدمات سلامت به صورت دهک‌بندی، ارائه شود.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، نظام سلامت، تأمین مالی سلامت

نکات ویژه

- ۱- به دلیل بالا بودن هزینه‌های درمان، بهتر است خدمات بیمه‌ای به صورت دهک‌بندی ارائه شوند.
- ۲- برای دهک‌های با درآمد بالاتر، دولت می‌تواند از بخش خصوصی به‌منظور ارائه خدمات بیمه‌ای کمک گیرد.

مقدمه

و توان بخشی برای تحقق سلامت در جامعه بسیار مهم و ضروری است، اما وجود موانعی نظیر محدودیت‌ها در دسترسی فرهنگی، مالی و یا فراهم نبودن این خدمات، اقشار جامعه به‌ویژه محرومان و گروه‌های در معرض خطر را در دریافت خدمات مورد نیاز با دشواری مواجه می‌سازد [۲]. بر این اساس کشورها متعهد شدند که در راستای دستیابی به استراتژی پوشش همگانی سلامت تلاش کنند [۳].

در سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی برای رسیدن به این هدف، راهکار سلامت برای همه را به کار برد که مطابق اساسنامه سازمان

بهداشت و درمان به عنوان یکی از نیازها و اولویت‌های حیاتی هر جامعه تلقی می‌شود، به نحوی که حرکت‌های مختلف جهان از جمله موفق‌ترین خدمات سلامت، در بهینه‌سازی ارائه مناسب خدمات بهداشتی درمانی خلاصه شده است [۱]. امروزه در بسیاری از جوامع خدمات مربوط به سلامت بخش مهمی از فعالیت‌های درمانی و اجتماعی را تشکیل می‌دهد، زیرا این بخش با بخش‌های دیگر تفاوت اساسی دارد. دسترسی به هنگام افراد به خدمات سلامت شامل پیشگیری، درمان

خروجی‌های واقع‌بینانه‌تر و کارآمدتری ارائه دهد. به همین دلیل باید به‌سوی روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره حرکت کرد تا مبتنی بر آنها بتوان با در نظر داشتن ذی‌نفعان مختلف به ارزیابی سیاست‌های کاندیدا پرداخت.

با توجه به مطالب بیان شده، سیاست‌های تأمین منابع مالی در راستای پیاده‌سازی پوشش همگانی سلامت در کشورهای مختلف، با توجه به تفاوت منابع و قوانین موجود متفاوت است. در این راستا، انگیزه اصلی این مطالعه، بررسی و ارزیابی سیاست‌های مختلف تأمین مالی پوشش همگانی سلامت متناسب با شرایط کشور ایران و نیازهای ذی‌نفعان مختلف است که با در نظر گرفتن تمامی ذی‌نفعان، بتوان بهترین سیاست‌های تأمین مالی را انتخاب کرد. بنابراین مهم‌ترین نوآوری کاربردی این مطالعه، تمرکز بر شناسایی و تحلیل سیاست‌های تأمین مالی بیمه سلامت در کشور ایران با در نظر گرفتن تمامی ذی‌نفعان است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش آمیخته کیفی-کمی است. همچنین از نوع هدف یک پژوهش کاربردی بوده و از جنبه روش تحقیق از دسته مطالعات توصیفی است. بنابراین ابزار جمع‌آوری داده در این مطالعه، رویکردهای مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه و پرسشنامه است.

جامعه آماری این پژوهش، تمامی خبرگان و مدیران ارشد سازمان‌های درگیر با مباحث پوشش سلامت همگانی مانند سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، شرکت‌های خصوصی بیمه‌ای، اساتید و پژوهشگران دانشگاهی هستند که سابقه بیش از ۵ سال فعالیت در حوزه مذکور را دارند. معمولاً حجم نمونه مناسب بین ۵ تا ۱۰ درصد جامعه آماری در نظر گرفته می‌شود البته اندازه نمونه به ماهیت جامعه و هدف تحقیق بستگی دارد [۱۳]. برای وزن‌دهی معیارهای ارزیابی تأمین‌کنندگان، از روش QFD فازی استفاده می‌شود که داده‌های این رویکرد از طریق پرسشنامه و نظرسنجی از خبرگان جمع‌آوری می‌شود. به این دلیل که پرسشنامه طبق رویکرد وزن‌دهی ساده و طیف لیکرت طراحی می‌شود، تکمیل پرسشنامه توسط ۱۰ خبره اعتبار داده‌ها را اثبات می‌کند [۱۴]. در این مطالعه، از نظر ۱۸ خبره برای تکمیل پرسشنامه این بخش استفاده شد که روایی پرسشنامه نیز اثبات می‌شود. در راستای بررسی پایایی داده‌های پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده که مقدار این ضریب برای مطالعه حاضر، ۰/۷۷۲ است. میزان ضریب آلفای کرونباخ در صورتی که بیش از ۰/۷ بوده، پرسشنامه ایجاد شده پایایی مناسب را داشته که مقدار ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه این مطالعه

بهداشت جهانی بوده و در سال ۲۰۰۸، بر پوشش همگانی سلامت تأکید صورت گرفت [۴]. پوشش همگانی سلامت بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند [۵]. پوشش همگانی سلامت، در ساده‌ترین تعریف به این مفهوم است که انواع خدمات سلامت مورد نیاز را با کیفیت کافی و بدون تحمیل بار مالی برای تمامی افراد جامعه، فراهم آورد [۶]. در این راستا برای ایجاد حفاظت مالی برای گیرندگان خدمات لازم است تا نظام تأمین مالی سلامت، عملکرد مناسبی داشته باشد و بر پیش‌پرداخت‌ها و سازوکارهای انباشت خطر، به عنوان مداخلات کلیدی متمرکز شود [۷]. پوشش همگانی سلامت سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می‌گیرد [۸].

تأمین مالی سلامت به عنوان یکی از عملکردهای نظام سلامت معرفی شده و خود به سه محور جمع‌آوری درآمد، انباشت منابع و تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات تقسیم می‌شود [۹]. در فرایند جمع‌آوری درآمد، تأمین منابع مالی از سوی مردم با ساز و کارهای پایدار مبتنی بر پیش‌پرداخت، مالیات و عوارض‌ها از جمله مهم‌ترین منابع در تمامی نظام‌های تأمین مالی محسوب می‌شوند (به غیر از منابع مالی دریافت شده از دیگر کشورها یا سازمان‌های حمایت‌کننده خارجی) و هر فرد، با شرط شهروندی، در تأمین مالی نظام سلامت مشارکت خواهد داشت [۱۰].

فرایند انباشت منابع، موجب انباشت خطر و توزیع ریسک می‌شود و افراد را در مقابل خطرات مالی پیش‌بینی نشده محافظت می‌کند که البته در این میان، پرداخت مستقیم از جیب به دلیل وارد نشدن به چرخه انباشت منابع، ناکارآمدترین روش تأمین مالی از طریق مردم است [۷]. فرایند تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمت نیز به بسیاری از تسهیلات و مقدمات برای ارائه و دریافت خدمات سلامت توسط افراد جامعه و عرضه‌کنندگان اشاره دارد که موضوعات مهمی مانند نظام پرداخت، تعرفه و قیمت‌گذاری، راهنماهای بالینی و اتخاذ سیاست‌هایی برای تعریف و سهمیه‌بندی مزایای استحقاقی (بالاخص از طریق الزامات به تسهیم هزینه برای بیماران) را شامل می‌شود [۱۱]. به طور کلی، تعریف و ارزیابی سناریوها و سیاست‌های مختلف تأمین مالی در حوزه‌های مختلف و به‌خصوص نظام سلامت، در بسیاری از موارد به صورت تک‌بعدی انجام می‌شود و ذی‌نفعان مختلف در ارزیابی‌ها دخیل نمی‌شوند [۱۲]. به همین دلیل نکته‌ای که وجود دارد این است که ارزیابی‌های سیستماتیک با در نظر داشتن ذی‌نفعان مختلف، می‌تواند

مالی و همچنین ذی‌نفعان مورد نظر در فرایند ارزیابی سیاست‌ها، پرسشنامه‌های ارزیابی در قالب روش QFD فازی طراحی شده و در اختیار خبرگان قرار گرفت. خبرگان که پرسشنامه ارزیابی سیاست‌های تخصیص منابع مالی را تکمیل کردند، ۱۸ نفر بوده که ۳۴ درصد آنها زن (۶ نفر) و ۶۶ درصد (۱۲) مرد بودند. ۲۸ درصد (۵ نفر) مدرک کارشناسی ارشد و ۷۲ درصد (۱۳) مدرک دکتری و بالاتر دارند. همچنین رده سنی خبرگان بدین‌صورت است که ۲۸ درصد (۵ نفر) بین ۳۱-۴۰ سال، ۵۰ درصد (۹ نفر) بین ۴۱-۵۰ سال بوده و ۲۳ درصد (۴ نفر) بیش از ۵۰ سال سن داشتند. به طور کلی، ساختار گام‌های انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه به‌منظور ارزیابی سیاست‌های سلامت همگانی، می‌بایست نیازهای ذی‌نفعان شناسایی شود و از آنجا که وزن نیازهای ذی‌نفعان با یکدیگر یکسان نیست، باید وزن‌دهی آنها انجام شود. با وزن‌دار شدن نیازهای ذی‌نفعان، سیاست‌های تأمین مالی پوشش همگانی سلامت شناسایی و در نهایت با رویکرد QFD فازی وزن‌دهی شدند.

شناسایی و اولویت‌بندی معیارهای ذی‌نفعان

با بررسی مبانی نظری و مهم‌تر از آن انجام مصاحبه‌های مختلف با خبرگان که در بخش روش بررسی تشریح شدند، نیازهای ذی‌نفعان زیر درخصوص اجرای طرح پوشش همگانی سلامت شناسایی شدند.

- * (SD01): پرداخت از جیب مردم
- * (SD02): هزینه و درآمدهای شرکت‌های بیمه‌ای دولتی
- * (SD03): هزینه و درآمدهای شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی



شکل ۱ | ساختار گام‌های اجرایی پژوهش

نیز نشان از پایداری آن می‌دهد [۱۵]. نحوه انتخاب نمونه آماری نیز به شیوه گلوله برفی انجام شده که از طریق خبرگان شناسایی شده، دیگر خبرگان معرفی می‌شوند. در ادامه فرایند اجرای دو بخش کمی و کیفی به تفکیک شرح داده می‌شود.

بخش کیفی

در بخش نخست پژوهش با استفاده از بررسی مبانی نظری و ادبیات تحقیق و همچنین مصاحبه عمیق با خبرگان، رویکردها و سیاست‌های تأمین مالی در راستای پوشش همگانی سلامت شناسایی شده که با رویکردهای کیفی انجام گرفته است. نمونه آماری این بخش برای انجام مصاحبه‌ها، ۱۳ خبره از اساتید حوزه اقتصاد و بیمه سلامت و همچنین مدیران با تجربه در شرکت‌های خصوصی و دولتی صنعت بیمه هستند. رویکرد انجام مصاحبه با آنها به صورت نیمه‌ساختاریافته بود و بعد از جمع‌آوری سیاست‌های مختلف در مصاحبه‌های جداگانه، سیاست‌های نهایی انتخاب شده به تأیید تمامی ۱۳ خبره رسید. مصاحبه‌ها تا زمان رسیدن به اشباع نظری انجام شد و با تکراری شدن محتوای گردآوری شده، روند انجام مصاحبه‌ها متوقف شد. خبرگان در مرحله کیفی و انجام مصاحبه‌ها شامل ۱۳ نفر بودند که مشخصات آنها بدین‌صورت است: ۳۱ درصد آنها زن (۴ نفر) و ۶۹ درصد مرد (۹ نفر) بودند. از سوی دیگر ۷۷ درصد آنها (۱۰ نفر) دارای تحصیلات دکتری و ۲۳ درصد (۳ نفر) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. همچنین سابقه فعالیت ۵۴ درصد آنها (۷ نفر) بیش از ۲۰ سال و ۴۶ درصد (۶ نفر) بین ۱۰-۲۰ سال است.

بخش کمی

سپس در بخش دوم، با استفاده از داده‌های پرسشنامه‌ای و روش QFD فازی به وزن‌دهی و اولویت‌بندی سیاست‌های تأمین مالی برای پوشش همگانی سلامت در ایران با رویکردهای کمی اقدام می‌شود. نکته قابل توجه در این بخش بدین‌صورت است که به‌منظور ارزیابی سیاست‌های تأمین مالی در ایران متناسب با روش QFD، می‌بایست نیازها و خواسته‌های ذی‌نفعان سیستم سلامت را نیز شناسایی و متناسب با آنها اقدام به ارزیابی سیاست‌ها کرد. در این راستا، برای شناسایی نیازهای ذی‌نفعان مختلف از جمله شرکت‌های دولتی و خصوصی بیمه‌ای، دولت، وزارت بهداشت، مجلس، مردم، مراکز درمانی و دیگر بخش‌ها، اقدام به مصاحبه با روش گروه متمرکز با خبرگان و افراد مطلع در هر بخش شد که این موارد نیز از مصاحبه با ۱۳ خبره بیان شده در بخش قبل گردآوری شد. با مشخص شدن سیاست‌های

- * (P07): تخصیص بخشی از سهم بیمه‌شدگان بیمه پایه درمانی به بیمه‌های خصوصی
- * (P08): بهینه‌سازی تعداد بیمه‌شدگان کشور متناسب با دهک‌های طبقه‌بندی شده
- * (P09): اصلاح و تقویت نظام پرداخت و کیفیت ارائه خدمات در بخش‌های خصوصی و دولتی
- * (P10): افزایش و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی
- * (P11): در نظر گرفتن بسته خدمات سلامت برای کاهش نرخ بیماری‌های عمومی و هزینه‌های درمانی
- * (P12): تقویت نظام ارجاع و جلوگیری از مراجعه مستقیم به سطح تخصصی و فوق تخصصی

جدول ۱ | نمره فازی نیاز ذی‌نفعان متناسب با هر گروه خبره

نیاز ذی‌نفع	گروه خبره ۱	گروه خبره ۲	گروه خبره ۳	گروه خبره ۴
SD01	۱۰، ۱۰، ۸/۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶/۲۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵
SD02	۷/۵، ۶/۲۵، ۵	۶، ۲۵، ۵، ۳، ۷۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵
SD03	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶/۲۵	۶، ۲۵، ۵، ۳، ۷۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵	۶، ۲۵، ۵، ۳، ۷۵
SD04	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵
SD05	۶، ۲۵، ۵، ۳، ۷۵	۳، ۷۵، ۲، ۵، ۱، ۲۵	۶، ۲۵، ۵، ۳، ۷۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵
SD06	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵
SD07	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵
SD08	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵
SD09	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵
SD10	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۱۰، ۱۰، ۸، ۷۵	۸، ۷۵، ۷، ۵، ۶، ۲۵	۷، ۵، ۶، ۲۵، ۵

جدول ۲ | وزن فازی نیازهای ذی‌نفعان سیستم مورد بررسی

نیاز	وزن فازی		
	A	B	C
پرداخت از جیب مردم	۸، ۱۲۵	۹، ۳۷۵	۹، ۶۸۷
هزینه و درآمدهای شرکت‌های بیمه‌ای دولتی	۴، ۶۸۷	۵، ۹۳۷	۷، ۱۸۷
هزینه و درآمدهای شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی	۴، ۶۸۷	۵، ۹۳۷	۷، ۱۸۷
هزینه و درآمدهای مراکز درمانی دولتی	۶، ۵۶۲	۷، ۸۱۲	۸، ۷۵
بهینه‌سازی جمع‌آوری و هزینه‌کرد کمک خیرین	۳، ۴۳۷	۴، ۶۸۷	۳، ۴۳۷
تعداد بیمه‌شدگان جامعه	۸، ۷۵	۱۰	۱۰
میزان خدمات تحت پوشش بیمه	۶، ۵۶۲	۷، ۸۱۲	۸، ۷۵
درصد فرانشیز خدمات	۷، ۵	۸، ۷۵	۹، ۳۷۵
حقوق صاحبان کسب و کار	۶، ۲۵	۷، ۵	۸، ۷۵
منابع دولتی	۶، ۵۶۲	۷، ۸۱۲	۸، ۷۵

- * (SD04): هزینه و درآمدهای مراکز درمانی دولتی
- * (SD05): بهینه‌سازی جمع‌آوری و هزینه‌کرد کمک خیرین
- * (SD06): تعداد بیمه‌شدگان جامعه
- * (SD07): میزان خدمات تحت پوشش بیمه
- * (SD08): درصد فرانشیز خدمات
- * (SD09): حقوق صاحبان کسب و کار
- * (SD10): منابع دولتی

۱۰ مورد فوق، از جمله نیازهای اساسی و اصلی ذی‌نفعان سیستم نظام سلامت کشور ایران در خصوص توسعه پوشش همگانی سلامت بوده است. برای وزن دهی به هر کدام از نیازها، پرسشنامه‌ای تعبیه شده و از خبرگان نظرسنجی شد. در رویکرد QFD، یک خبره هم می‌تواند جدول را تکمیل کند، در مطالعه حاضر از نظر ۴ گروه خبره استفاده شد، بدین صورت که بعد از تکمیل شناسایی نیازهای ذی‌نفعان، پرسشنامه در اختیار گروه خبرگان قرار گرفت (سه گروه ۵ نفره و یک گروه ۳ نفره). پرسشنامه با رویکرد فازی و با استفاده از اعداد فازی هفت‌تایی تکمیل شد که در جدول ۱ نمره‌های فازی هر کدام از نیازهای ذی‌نفعان متناسب با هر گروه خبره نشان داده شده است.

از آنجا که وزن ۴ گروه خبره از لحاظ معیار خبرگی برابر است، برای رسیدن به وزن فازی هر کدام از نیازهای ذی‌نفعان سیستم، از میانگین‌گیری فازی بین ۴ گروه متناسب با هر نیاز استفاده می‌شود. با توجه به توضیحات بیان شده، وزن هر کدام از نیازهای ذی‌نفعان سیستم مورد مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است. از میان نیازهای بیان شده در جدول فوق مشاهده می‌شود که مؤلفه‌های تعداد بیمه‌شدگان جامعه، پرداخت از جیب مردم و درصد فرانشیز خدمات از اهمیت بیشتری برخوردارند. حال با توجه به مطالب بالا و نظرسنجی از خبرگان، سیاست‌های زیر به عنوان راهبردهای تأمین مالی برای پوشش همگانی سلامت در کشور ایران شناسایی شدند:

- * (P01): افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت
- * (P02): ساماندهی حمایت خیرین از بیماری‌های حاد و بیماران با شرایط ویژه
- * (P03): ارائه خدمات بیمه‌ای متناسب با شرایط مالی خانواده‌ها (دهک‌های طبقه‌بندی شده)
- * (P04): وضع مالیات و عوارض به منظور افزایش درآمد حوزه سلامت
- * (P05): هدفمندی یارانه‌ها در حوزه سلامت
- * (P06): یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای و به کارگیری مکانیزمی برای کاهش ریسک

بحث

با توجه به یافته‌های مطالعه در بخش قبل، مشاهده می‌شود که کاهش درصد فرانشیز تأثیرگذارترین سیاست در توسعه پوشش همگانی سلامت در کشور را دارد. طبق تحلیل‌های محقق و خبرگان، این کاهش درصد فرانشیز از آن برای در راستای توسعه پوشش همگانی سلامت تأثیر زیادی دارد که صرفه‌جویی هزینه‌ای در این بخش به توسعه تعداد جمعیت بیمه شده اختصاص داده شود. احمدی و همکاران [۱۶] نیز در مطالعه خود به این موضوع اشاره کرده‌اند که وجود درصد فرانشیز یکسان برای همه دهک‌های جامعه در بلندمدت تأمین مالی را برای نظام سلامت با مشکل مواجه می‌کند.

دومین سیاستی که از نظر خبرگان اهمیت بالایی داشته و وزن نزدیکی با سیاست کاهش درصد فرانشیز دارد، تخصیص بخشی از سهم بیمه‌شدگان بیمه پایه درمانی به بیمه‌های خصوصی است. طبق این سیاست که در برخی از کشورهای دنیا نیز اجرایی شده، بخشی از سهم بیمه‌های درمانی خدمات پایه به بخش خصوصی تعلق گرفته است. بدین صورت می‌توان تفکیک‌پذیری مناسبی بین اقشار جامعه یا به عبارتی همان دهک‌بندی جمعیت کشور را انجام داد و با این رویکرد، دهک‌های با شرایط ضعیف‌تر را با تسهیلات بهتر از طرف بخش دولتی بیمه درمانی خدمات پایه کرد و دهک‌های بالا از طریق شرکت‌های بیمه‌گذار خصوصی تحت حمایت قرار گیرند. در این شرایط، می‌توان به توسعه خدمات پوشش همگانی سلامت در جامعه کمک می‌شود. در همین راستا، چو و همکاران [۱۷] در مطالعه‌ای که در کشورهای

* (P13): اولویت‌بندی خدمات سلامت در قالب تدوین بسته‌های

خدماتی سلامت پایه، تکمیلی، آزاد و ممنوع توسط وزارت بهداشت

* (P14): پایش و فیلترینگ بیماران در مرحله ابتدای مراجعه برای مقابله با تقاضای القایی

* (P15): کاهش سهم درآمدی بیمه‌ها از حق بیمه پایه

* (P16): تعریف نظام اعتباربخشی و نظارت بر خدمات بیمه‌ای

* (P17): کاهش درصد فرانشیز

* (P18): کاهش بیماری‌های تحت پوشش بیمه پایه.

با توجه به سیاست‌ها و نیازهای مطرح شده در سیستم سلامت کشور، جدول QFD ارزیابی سیاست‌ها تعریف می‌شود. لازم به ذکر است که ماتریس خانه کیفیت طبق نظر ۱۸ نفر از خبرگان پژوهش که در ارزیابی نیازهای ذی‌نفعان سیستم شرکت کرده بودند، تکمیل شده است.

با توجه به ماتریس خانه کیفیت مقاله و وزن‌های فازی نیازها و سیاست‌ها متناسب با هر نیاز، وزن فازی هر کدام از سیاست‌های پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است. با توجه به وزن‌هایی که برای هر کدام از سیاست‌ها به دست آمده، با استفاده از فرمول، اعداد فازی اوزان هر سیاست تبدیل به اعداد واحد می‌شوند و مطابق با آن اولویت‌بندی صورت می‌گیرد که در جدول ۵ گزارش شده است. طبق خروجی‌های جدول ۵ مشاهده می‌شود که سیاست‌های کاهش درصد فرانشیز، تخصیص بخشی از سهم بیمه‌شدگان بیمه پایه درمانی به بیمه‌های خصوصی و بهینه‌سازی تعداد بیمه‌شدگان کشور متناسب با دهک‌های طبقه‌بندی شده به عنوان برترین سیاست‌ها انتخاب شدند.

جدول ۳ | وزن فازی نیازهای ذی‌نفعان سیستم مورد بررسی

وزن فازی نیازهای شرکت			سیاست‌ها																		نیازها
			P18	P17	P16	P15	P14	P13	P12	P11	P10	P09	P08	P07	P06	P05	P04	P03	P02	P01	
۸.۱۲۵	۹.۳۷۵	۹.۶۸۷	○	●		▲	▲	▲		▲			○	○		▲	▲	▲	▲	○	SD01
۴.۶۸۷	۵.۹۳۷	۷.۱۸۷		○	○	●	○	▲	○	▲	○	○	○	●	●	○				●	SD02
۴.۶۸۷	۵.۹۳۷	۷.۱۸۷		▲	○	●	○	▲	○	○	○	○		●	●		○				SD03
۶.۵۶۲	۷.۸۱۲	۸.۷۵	○	○	○	○	●	▲	●	○	●	●		▲	▲					●	SD04
۳.۴۳۷	۴.۶۸۷	۳.۴۳۷																			SD05
۸.۷۵	۱۰	۱۰		○			▲						●	○	○	▲		●	○	▲	SD06
۶.۵۶۲	۷.۸۱۲	۸.۷۵	●	○			▲	●					○	○				▲	○	○	SD07
۷.۵	۸.۷۵	۹.۳۷۵	▲	●		○	○	▲	○				○	○		▲	▲	▲	○	○	SD08
۶.۲۵	۷.۵	۸.۷۵														●					SD09
۳.۴۳۷	۴.۶۸۷	۳.۴۳۷		○	○			▲	●						▲				○	○	SD10

جدول ۴ | وزن فازی سیاست‌ها

سیاست	وزن فازی		
	A	B	C
P01	۱۶۴,۴۵	۲۲۰,۳۰	۲۷۴,۶۰
P02	۹۵,۷۰	۱۵۶,۲۵	۲۱۲,۱۱
P03	۸۲,۴۲	۱۲۱,۰۹	۱۹۱,۸۰
P04	۷۶,۱۷	۱۳۱,۲۵	۱۹۲,۹۶
P05	۵۵,۸۶	۱۱۸,۷۵	۱۸۶,۷۱
P06	۹۹,۶۰	۱۵۸,۵۹	۲۲۱,۰۹
P07	۱۸۲,۸۰	۲۸۸,۲۷	۳۹۴,۹۱
P08	۱۵۵,۴۷	۲۳۴,۳۷	۳۰۶,۲۴
P09	۷۶,۱۷	۱۱۷,۹۶	۱۶۶,۴۰
P10	۷۶,۱۷	۱۱۷,۹۶	۱۶۶,۴۰
P11	۵۸,۲۰	۱۰۷,۰۳	۱۶۲,۸۸
P12	۱۳۴,۷۶	۲۰۸,۵۹	۲۸۵,۵۴
P13	۸۰,۴۶	۱۵۳,۱۲	۲۳۴,۷۶
P14	۱۳۳,۵۹	۲۲۹,۶۸	۳۳۱,۶۳
P15	۱۲۱,۴۸	۱۹۵,۳۰	۲۷۵,۳۸
P16	۵۹,۷۶	۹۸,۴۳	۱۴۴,۵۳
P17	۲۰۳,۱۲	۳۰۸,۵۹	۴۱۰,۵۴
P18	۷۵,۰۰	۱۱۹,۵۳	۱۶۶,۴۱

جدول ۵ | وزن و اولویت سیاست‌های تأمین مالی پوشش سلامت همگانی

سیاست	وزن مطلق	وزن نسبی	اولویت
P01	۲۲۰,۰۴	۰,۰۷۱۰	۵
P02	۱۵۵,۴۷	۰,۰۵۰۲	۹
P03	۱۲۶,۴۳	۰,۰۴۰۸	۱۲
P04	۱۳۲,۳۵	۰,۰۴۲۷	۱۱
P05	۱۱۹,۵۹	۰,۰۳۸۶	۱۴
P06	۱۵۹,۱۷	۰,۰۵۱۴	۸
P07	۲۸۸,۴۷	۰,۰۹۳۱	۲
P08	۲۳۳,۲۰	۰,۰۷۵۲	۳
P09	۱۱۹,۰۷	۰,۰۳۸۴	۱۵
P10	۱۱۹,۰۷	۰,۰۳۸۴	۱۶
P11	۱۰۸,۲۰	۰,۰۳۴۹	۱۷
P12	۲۰۹,۱۱	۰,۰۶۷۵	۶
P13	۱۵۴,۶۲	۰,۰۴۹۹	۱۰
P14	۲۳۰,۶۵	۰,۰۷۴۴	۴
P15	۱۹۶,۳۴	۰,۰۶۳۳	۷
P16	۹۹,۶۷	۰,۰۳۲۲	۱۸
P17	۳۰۸,۰۰	۰,۰۹۹۴	۱
P18	۱۶۶,۴۱	۱۱۹,۵۳	۷۵,۰۰

احمدی و همکاران [۱۶] نیز به همین صورت اشاره شده بود؛ اما نکته قابل توجه این است که کوتریز [۱۰] در مطالعه خود این گونه بیان می‌دارد که حرکت به سوی سیستم پیشگیری می‌تواند این موضوع را حل کرده و هزینه‌های بالای پشتیبانی از گروه‌های مختلف را کاهش دهد.

سیاست اولویت چهارم، فیلترینگ و پایش بیماران است. پایش و فیلترینگ بیماران بدین معناست که بیماران نیازهای خود را به طور دقیق توسط پزشکان عمومی برطرف کنند و از مراجعه مستقیم آنها به پزشکان متخصص و فوق تخصص جلوگیری شود. این امر بدین معناست که هزینه‌های درمانی بهینه‌سازی شوند و در سیستم سلامت از وقت و توان بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی به شکلی بهینه استفاده شود. طی سال‌های اخیر در کشور ایران، سیاست‌هایی مانند پزشک خانواده یا نظام ارجاع بر چنین مسائلی تمرکز داشته‌اند اما به طور کامل و دقیق پیاده‌سازی نشدند. در سیاست اولویت ششم نیز به همین مسئله به شکلی دیگر اشاره شده و هدف سیاست تقویت نظام ارجاع، احیای سیاست‌های

منطقه غرب اقیانوس آرام انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که یکی از رویکردهای توسعه بیمه سلامت و سلامت همگانی در کشورهای آنها، همکاری با بخش خصوصی و انتقال خدمات بیمه‌ای به خانواده‌های با درآمد بالاتر به بخش خصوصی است. همچنین ییپ و همکاران [۱۸] نیز در کشور چین چنین موضوعی را پیشنهاد کرد و این گونه نتیجه گرفت که برای ادامه‌دار بودن سیاست سلامت همگانی، می‌بایست بسته‌های خدماتی متفاوتی برای ساکنان شهری و روستایی طراحی کرد.

سیاست با اولویت سوم انتخاب شده نیز به گونه با سیاست اولویت دوم همراستاست؛ بدین صورت که بیمه شدن جامعه متناسب با دهک‌های آنها متفاوت بوده و حتی میزان خدمات و درصد فرانشیز تحت بیمه درمانی نیز در دهک‌های مختلف متفاوت باشد. به عبارتی، دهک‌های ضعیف‌تر خدمات و هزینه‌های بیشتری از بیماری‌های آنها تحت پوشش بیمه قرار بگیرد و دهک‌های با شرایط مالی بهتر، از طریق خدمات بیمه‌ای شرکت‌های خصوصی و یا با درصد پوشش هزینه‌ای و خدماتی کمتری تحت حمایت بیمه قرار گیرند. این موضوع در مطالعه

گوناگون و همچنین تمرکز شرکت‌ها و مراکز درمانی بر ارائه خدمات سلامتی علاوه بر خدمات درمانی، منجر به کاهش میزان بیماری‌ها در سطح جامعه و به طور کل کاهش هزینه‌های درمانی در کشور می‌شود. این صرفه‌جویی هزینه‌ای می‌تواند به برای توسعه پوشش همگانی سلامت کمک مستقیم کند [۲۶].

هدفمند کردن اخذ مالیات از صاحبان کسب‌وکار که چندین سال است آغاز شده و به قدرت در حال پیگیری و انجام است، می‌تواند به هزینه‌های بخش سلامت و درمان کشور کمک شایانی کند [۲۷]. تخصیص بخشی از مالیات جمع‌آوری شده از حقوق صاحبان کسب‌وکار و سازمان‌های مختلف به بخش سلامت و به طور خاص بیمه‌های پایه درمانی با هدف پوشش همگانی سلامت در کشور از دیگر سیاست‌هایی است که می‌توان از آن به خوبی بهره برد. علاوه بر مالیات، درصد سلامت کشور از یارانه‌های موجود در صنایع مختلف را نیز می‌توان افزایش داد و از این طریق به توسعه پوشش همگانی سلامت کمک کرد [۲۸].

در کنار تمامی سیاست‌های بیان شده و توضیحاتی که ارائه شد، برخی از سیاست‌ها به طور غیرمستقیم بر هزینه‌های سیستم درمان و سلامت تأثیرگذار هستند که در بلندمدت می‌توان صرفه‌جویی‌های انجام گرفته شده را در بخش‌های مختلف توسعه بیمه سلامت اختصاص داد. یکی از نکات و سیاست‌های مذکور، ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی و ارائه خدمات در بخش سلامت علاوه بر درمان است. با ارتقای کیفیت خدمات درمانی و همچنین در نظر داشتن خدمات بخش سلامت، به خوبی می‌توان در بلندمدت نرخ ابتلا به بیماری‌ها را کاهش داد و با کاهش بیماری‌ها در سطح کشور، همواره صرفه‌جویی‌های هزینه‌ای که رخ می‌دهد، صرف ارائه تسهیلات بیمه‌ای به عموم مردم شود [۲۲]. سیاست‌های اساسی تأمین مالی به طور مستقیم و غیرمستقیم درخصوص پوشش سلامت همگانی ارائه شد و راهکار اساسی نخبگان و خبرگان پژوهش، استفاده ترکیبی از چندین سیاست به طور همزمان است.

به طور کلی در جمع‌بندی مقاله حاضر می‌توان گفت که هزینه بالای پرداخت مستقیم از جیب و مخارج کمرشکن، از جمله مسائل اصلی تأمین مالی سلامت در ایران هستند و با شیوع بیماری‌های مزمن، مسن شدن جمعیت و وضعیت تورم در بخش سلامت، این هزینه‌ها رو به افزایش بوده و نابرابری و دسترسی نداشتن به خدمات را به خصوص در مناطق محروم ایجاد کرده است. از این رو در سال‌های اخیر، حرکتی در سراسر کشور برای پوشش همگانی سلامت مطرح شده تا اطمینان حاصل شود هر کسی به خدمات سلامت مورد نیاز بدون هیچ‌گونه تنگنای مالی، دسترسی داشته باشد. طرح پوشش همگانی سلامت به

سلسله‌مراتبی برآورده‌سازی نیاز بیماران توسط سطوح مختلف پزشکان است. وایتر و همکاران [۱۹] و لال و همکاران [۲۰] نیز در مطالعات خود به طور مشخص به همین موضوع اشاره دارد که پایش بیماران می‌تواند هزینه‌های سلامت را به شکل قابل توجهی مدیریت و کنترل کند. به همین دلیل پیشنهاد داده که با برنامه‌ریزی بلندمدت به سوی آموزش پزشکان با مباحث مالی و سیاست‌های بیمه‌ای حرکت کرد.

سیاست اولویت پنجم، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت است. این گونه سیاست‌ها به‌طور مستقیم بر افزایش و توسعه پوشش همگانی سلامت تأثیرگذار هستند. اما نکته قابل توجه این است که به دلیل شرایط مختلف کشور همچون کاهش فروش نفت، اپیدمی کرونا و تأثیر آن بر اقتصاد ملی و مسائلی از این دست، امکان طولانی شدن چنین سیاست‌های وجود ندارد. این سیاست ابتدای دولت یازدهم تحت برنامه جامع طرح تحول سلامت اجرا شد اما بعد از گذشت دو سال از اجرای طرح، به دلایل مختلف امکان تخصیص سهم بیشتر از تولید ناخالص داخلی به بخش سلامت امکان‌پذیر نشد و عملاً سیاست بیان شده به شکست منجر شد. در همین راستا واگستف و نلسن [۲۱] به این موضوع اشاره دارند که تأمین بودجه برای کشورها در بلندمدت با این رویکرد امکان‌پذیر نیست و چنین سیاست‌هایی به طور ضمنی و غیرمستقیم بر توسعه جمعیت کشور تأثیرگذار هستند. همچنین آگوستینا و همکاران [۲۲] این گونه بیان می‌دارند که تأمین چنین بودجه‌ای تنها برای کشورهای عربی با جمعیت پایین و درآمد بالا امکان‌پذیر است.

در سیاست‌های اولویت‌های هفتم و هشتم در خصوص شرکت‌های بیمه‌ای بحث شده است. یک رویکرد ترکیب صندوق‌های بیمه‌ای کلان برای یکپارچه‌سازی اطلاعات موجود و بهینه‌سازی هزینه‌کرد بیمه پایه سلامت است. در شرایط فعلی، برخی از جمعیت کشور دارای دو بیمه پایه درمانی هستند که از برای هزینه‌های سلامت و درمان، غیربهینه و هزینه‌های مازاد است [۲۳]. از طرف دیگر، از جمله سیاست‌های کوتاه‌مدتی که می‌توان در نظر گرفت، کاهش درصد درآمدی شرکت‌های بیمه‌ای از بخش جمع‌آوری شده حق بیمه عمومی مردم است. سیاست کاهش درصد درآمد شرکت‌های بیمه‌ای مخالفت‌های زیادی از طرف شرکت‌های بیمه‌ای دارد که می‌توان با ارائه تسهیلات مناسب از طرف نهاد دولت و وزارت بهداشت، شرکت‌های بیمه‌ای را در این مسیر همراه کرد [۲۴].

دیگر سیاست‌هایی که در ادامه اولویت‌بندی‌ها می‌توان به آنها اشاره کرد، سامان‌دهی کمک خیرین است که با استفاده از این منبع درآمدی می‌توان برای کمک به اقشار بیماری‌های خاص و با هزینه‌های بالاتر استفاده کرد [۲۵]. تعریف بسته‌های خدماتی مختلف برای دهک‌های

تخصیص بخشی از سهم بیمه‌شدگان بیمه پایه درمانی به بیمه‌های خصوصی و بهینه‌سازی تعداد بیمه‌شدگان کشور متناسب با دهک‌های طبقه‌بندی شده به عنوان سیاست‌های برتر انتخاب شدند. به همین خاطر پیشنهاد می‌شود که از دیگر رویکردهای تصمیم‌گیری چندمعیاره سناریومحور با در نظر داشتن سناریوهای مختلف به ارزیابی سیاست‌ها بپردازند. همچنین می‌توان با گردآوری داده‌های کمی و استفاده از رویکرد پویایی سیستمی، به صورت پویا به بررسی تأثیر سیاست‌های مختلف بر پوشش همگانی سلامت در کشور و ذی‌نفعان مختلف پرداخت.

تأییدیه اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری تخصصی در رشته مدیریت مالی است که با کد ۱۶۲۳۴۸۳۰۳ مورد تأیید دانشکده اقتصاد و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب قرار گرفته است.

تعارض منافع: در پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم‌نویسندگان: نگارش نسخه اولیه مقاله، تحلیل داده‌ها و خروجی‌های نرم‌افزاری برعهده ساعد صالحی بوده و گردآوری داده‌ها و اصلاح و نظارت بر مقاله و بحث در یافته‌ها توسط نوروز نوراله‌زاده و سیده محبوبه جعفری انجام شده است.

منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی موسسه یا ارگان خاصی قرار نگرفته است.

References

- Rizvi SS, Douglas R, Williams OD, Hill PS. The political economy of universal health coverage: a systematic narrative review. *Health Policy Plan.* 2020;35(3):364-72. doi: [10.1093/heapol/czz171](https://doi.org/10.1093/heapol/czz171).
- Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, Achadi EL, Taher A, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet.* 2019;393(10166):75-102. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- Darrudi A, Khoonsari MH, Tajvar M. Challenges to achieving universal health coverage throughout the world: a systematic review. *J Prev Med Public Health.* 2022;55(2):125. doi: [10.3961/jpmph.21.542](https://doi.org/10.3961/jpmph.21.542).
- Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001731. doi: [10.1371/journal.pmed.1001731](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731).
- World Health Organization. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization; 2023 Nov 7.
- Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health?. *Lancet.* 2012;380(9845):917-23. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61039-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61039-3).
- Watkins DA, Qi J, Kawakatsu Y, Pickersgill SJ, Horton

طور کلی شامل سه مؤلفه طیف کامل خدمات سلامت مورد نیاز و با کیفیت، حفاظت مالی از پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت ارائه شده و پوشش تمامی جمعیت است، زیرا اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت و حفاظت مالی می‌تواند ابزارهای مؤثری برای ارتقای عدالت سلامت در جوامع متنوع امروز باشد.

اگرچه سیستم سلامت ایران بعد از انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷، دستاوردهای بسیاری در ارائه خدمات سلامت به ویژه برای فقرا داشته، اما شواهد جمع‌آوری شده برای برنامه‌های پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، گستره‌ای از چالش‌های اصلی را در تولید، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات در سیستم موجود سلامت، فهرست کرده است. دولت در راستای پاسخ به نیازهای مطرح شده اقدامات مختلفی مانند طرح تحول سلامت را ارائه داده، اما نکته قابل توجه این است که این طرح به دلیل اجرا نشدن مرحله به مرحله و صحیح، دچار شکست شده و بدهی وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌ای و مراکز درمانی بسیار زیاد شده است.

با توجه به مطالب بیان شده و همچنین سیاست‌های تأمین مالی با هدف پوشش همگانی سلامت در کشور، پیشنهاد می‌شود برخی از اقداماتی که به طور غیرمستقیم منجر به کاهش هزینه‌های سیستم سلامت در بلندمدت می‌شود، به همراه رویکردهای کوتاه‌مدت به طور منسجم و با برنامه ارائه شود. از جمله برنامه‌های بلندمدت تمرکز بر کیفیت خدمات ارائه شده و مهم‌تر از آن تمرکز بر سلامت مردم است که باتوجه به روند پیرشدن جمعیت کشور، توجه به سلامت عمومی مردم در مقابل بیماری‌ها اهمیت بسیار زیادی دارد. نکته دیگر اعمال سیاست‌هایی مانند دسته‌بندی و دهک‌بندی ارائه خدمات بیمه‌ای به اقشار مختلف و کمک گرفتن بیشتر از شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی است تا از این طریق بتوان به نیازهای موجود در سیستم سلامت که تأمین مالی با هدف پوشش همگانی سلامت است، پاسخ داده شود. به طور کل باتوجه به کمبود منابع مالی در بخش‌های مختلف کشور به خصوص در شرایط ویژه امروزی به دلیل اپیدمی کرونا و تحریم‌ها و تأثیر آن بر درآمدهای مالی دولت، تفکیک خدمات ارائه شده حتی در بستر بیمه‌های پایه به دهک‌های مختلف می‌توان هزینه‌های بخش بیمه سلامت را در کوتاه‌مدت کمتر و با تمرکز بیشتری کند. پیشنهاد مقاله ترکیبی از سیاست‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بهبود شرایط موجود است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که سه سیاست کاهش درصد فرانشیز،

- SE, Jamison DT. Resource requirements for essential universal health coverage: a modelling study based on findings from Disease Control Priorities. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e829-39. doi: [10.1016/S2214-109X\(20\)30121-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30121-2).
8. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reprod Health Matters*. 2013;21(42):50-60. doi: [10.1016/S0968-8080\(13\)42739-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)42739-8).
9. Mladovsky P. Fragmentation by design: universal health coverage policies as governmentality in Senegal. *Soc Sci Med*. 2020;260:113153. doi: [10.1016/j.socscimed.2020.113153](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113153).
10. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91:602-11. doi: [10.2471/BLT.12.113985](https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985).
11. Soucat A, Tandon A, Pier EG. From Universal Health Coverage services packages to budget appropriation: the long journey to implementation. *BMJ Glob Health*. 2023;8(Suppl 1):e010755. doi: [10.1136/bmjgh-2022-010755](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010755).
12. Ranabhat CL, Acharya SP, Adhikari C, Kim CB. Universal health coverage evolution, ongoing trend, and future challenge: A conceptual and historical policy review. *Front Public Health*. 2023;11:1041459. doi: [10.3389/fpubh.2023.1041459](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459).
13. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Bus Res*. 2019;104:333-9. doi: [10.1016/j.jbusres.2019.07.039](https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039).
14. Pandey P, Pandey MM. Research methodology tools and techniques. Bridge Center; 2021 Mar 6.
15. Davidavičienė V. Research methodology: An introduction. *Modernizing the Academic Teaching and Research Environment: Methodologies and Cases in Business Research*. 2018:1-23. doi: [10.1007/978-3-319-74173-4_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-74173-4_1).
16. Ahmadi AM, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of pocket payments in health system of Iran, using two-part regression model. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2014;17(56):Pe7-Pe18.
17. Chu A, Kwon S, Cowley P. Health financing reforms for moving towards universal health coverage in the western pacific region. *Health Syst Reform*. 2019;5(1):32-47. doi: [10.1080/23288604.2018.1544029](https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1544029).
18. Yip W, Fu H, Chen AT, Zhai T, Jian W, Xu R, et al. 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in universal health coverage. *Lancet*. 2019;394(10204):1192-204. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)32136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32136-1).
19. Witter S, Govender V, Ravindran TS, Yates R. Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. *Health Policy Plan*. 2017;32(suppl_5):v4-12. doi: [10.1093/heapol/czx063](https://doi.org/10.1093/heapol/czx063).
20. Lal A, Abdalla SM, Chattu VK, Erondur NA, Lee TL, Singh S, et al. Pandemic preparedness and response: exploring the role of universal health coverage within the global health security architecture. *Lancet Glob Health*. 2022;10(11):e1675-83. doi: [10.1016/S2214-109X\(22\)00341-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00341-2).
21. Wagstaff A, Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(1):e39-49. doi: [10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2).
22. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, Achadi EL, Taher A, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *Lancet*. 2019;393(10166):75-102. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
23. Sajadi HS, Ehsani-Chimeh E, Majdzadeh R. Universal health coverage in Iran: where we stand and how we can move forward. *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:9. doi: [10.47176/mjiri.33.9](https://doi.org/10.47176/mjiri.33.9).
24. Angell BJ, Prinja S, Gupta A, Jha V, Jan S. The Ayushman Bharat Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana and the path to universal health coverage in India: Overcoming the challenges of stewardship and governance. *PLoS Med*. 2019;16(3):e1002759. doi: [10.1371/journal.pmed.1002759](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002759).
25. Joarder T, Chaudhury TZ, Mannan I. Universal health coverage in Bangladesh: activities, challenges, and suggestions. *Adv Public Health*. 2019;2019:4954095. doi: [10.1155/2019/4954095](https://doi.org/10.1155/2019/4954095).
26. Park YL, Canaway R. Integrating traditional and complementary medicine with national healthcare systems for universal health coverage in Asia and the Western Pacific. *Health Syst Reform*. 2019;5(1):24-31. doi: [10.1080/23288604.2018.1539058](https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1539058).
27. Uzochukwu BS, Ughasoro MD, Etiaba E, Okwuosa C, Envuladu E, Onwujekwe OE. Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. *Niger J Clin Pract*. 2015;18(4):437-44. doi: [10.4103/1119-3077.154196](https://doi.org/10.4103/1119-3077.154196).
28. Yazbeck AS, Savedoff WD, Hsiao WC, Kutzin J, Soucat A, Tandon A, et al. The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance for Low-And Low-Middle-Income Countries: A summary of recent research into labor-tax financing of social health insurance in low-and low-middle-income countries. *Health Aff*. 2020;39(5):892-7. doi: [10.1377/hlthaff.2019.00874](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00874).