نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره سوم، پاییز ۹۷، صفحات ۳۰۷ تا ۳۲۵

# تأمین مالی پایدار نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران؛ وضعیت، شاخص‌ها و راهکارها در راستای تبیین بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت

**نویسندگان:**
محمدمهدی تدین[1*]، طیبه مرادی[2]

## چکیده

**زمینه و هدف:** تأمین مالی اصلی‌ترین کارکرد هر نظام سلامتی است. از آنجایی که در سال‌های اخیر افزایش قابل‌توجهی در مخارج سلامت صورت گرفته است و اکثر دولت‌ها در تأمین این منابع با چالش روبرو شده‌اند، لزوم پایداری تأمین مالی نظام سلامت بسیار پررنگ شده است. در همین راستا، به‌منظور اجرا و تحقق بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی، این پژوهش با هدف تبیین صحیح این بند از سیاست‌ها، شاخص‌ها و راهکارهای دستیابی به پایداری در تأمین مالی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران را مورد بررسی قرار داده است.

**روش کار:** در این پژوهش از روش کمی و کیفی به‌صورت تلفیقی استفاده شده است. در بخش تبیین تعاریف و مفاهیم بنیادی سیاست و تعیین فهرست اولیه شاخص‌ها و راهکارها از جستجوی نیمه نظام‌مند در بانک‌های اطلاعاتی معتبر استفاده شد. در مرحله بعدی برای تعیین شاخص‌ها و راهکارهای منتخب از روش پنل خبرگان به‌صورت حضوری و غیرحضوری استفاده شد. وضعیت ایران در حوزه پایداری تأمین مالی، با استفاده از اطلاعات و گزارشات منتشره از مراجع معتبری نظیر سازمان جهانی بهداشت (مرجع بین‌المللی) و مرکز آمار ایران (مرجع ملی) معین شد.

**یافته‌ها:** پایداری تأمین مالی نظام سلامت به معنای حصول اطمینان از فراهم آمدن به‌موقع منابع مالی و تعادل بین منابع و مصارف در راستای نیل به اهداف موردنظر نظام سلامت و پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت است. از بین ۳۱ شاخص اولیه برای رصد پایداری تأمین مالی نظام سلامت، ۱۸ شاخص به‌عنوان شاخص منتخب و از بین ۱۹ مداخله برای دستیابی به پایداری، ۶ راهکار اولویت‌دار و منتخب شناسایی شدند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** در شرایط کنونی کشور جمهوری اسلامی ایران، موضوع پایداری تأمین مالی نظام سلامت و خصوصاً هدفمند ساختن منابع عمومی بخش سلامت به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی و برخورداری عادلانه این اقشار از منابع عمومی ناظر بر تحقق بند ۱۰-۴ سیاست‌های کلی سلامت و در نتیجه دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار حائز اهمیت است. الگوی "تأمین مالی چند لایه نظام سلامت" بر مبنای وضعیت اقتصادی خانوارها می‌تواند راهکار اجرایی ارزشمندی در این شرایط باشد.

**کلیدواژه:** تأمین مالی مراقبت بهداشتی، تأمین مالی، سیاست بهداشت

۱. پزشک عمومی و دکتری تخصصی مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
* نشانی نویسنده مسئول: تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، خیابان فلامک شمالی، نبش درخشان، پلاک ۱، ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت. آدرس الکترونیکی: tadayon.m@gmail.com. شماره تماس: ۰۲۱۹۶۸۸۱۸۶۷. فکس: ۰۲۱۸۸۳۷۵۴۰۰.



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

## مقدمه

سلامت و برخورداری از زندگی سالم عاری از بیماری و ناتوانی، نیاز اساسی جامعه و حق همگانی است که تولیت آن برعهده دولت و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است و برای پاسخگویی به این نیاز، نظام ارائه خدمات سلامت یا نظام سلامت توسط دولت‌ها و حاکمیت‌ها تشکیل می‌شود که شامل همه منابع و سازمان‌هایی است که جهت فراهم کردن خدمات سلامت در سطح فردی یا عمومی و ارتقای سلامت جامعه نقش ایفاء می‌کنند. (۲-۱) چهار کارکرد اصلی یا به‌عبارت دیگر، چهار حوزه اصلی نظام سلامت هر کشوری شامل تولیت نظام سلامت، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت است.(۳) از طرف دیگر، هدف غایی نظام سلامت، تأمین بهره‌مندی عادلانه آحاد جامعه از خدمات مناسب سلامت در وقت مقتضی بدون تحمیل هرگونه مشقت مالی به بیمار که همان پوشش همگانی سلامت[1] می‌باشد. (۴) در همین راستا و نیز در راستای اجرای بند یک و دو اصل ۱۱۰ قانون اساسی کشور (۱۴ ماده و ۳۲ زیرماده) سیاست‌های کلی سلامت در بهار سال ۱۳۹۳ از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد. به‌منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت در وهله اول شناخت عمیق مفاد و ابعاد این سیاست‌ها به‌منظور اجرای صحیح آن‌ها ضروری است. مفاد بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی به شرح موارد زیر است:

**" تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:**

۱. شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.
۲. 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.
۳. وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.
۴. پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی."(۵)

مقاله حاضر با هدف تبیین بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری با موضوع تأمین مالی پایدار بخش سلامت می‌باشد؛ که شامل تعریف کلی سیاست و ابعاد آن، ارائه تعاریف و مفاهیم کلیدی موجود در این بند از سیاست‌ها، وضعیت موجود تأمین مالی نظام سلامت کشور؛ که خود شامل معرفی شاخص‌ها و وضعیت آن‌ها است و نیز فهرست شاخص‌های منتخب این حوزه است، فهرست مداخلات اولویت‌دار و پیشنهاد کاربردی در راستای اجرای کردن بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت می‌باشد. قبل از پرداختن به بخش‌های اصلی مقاله به اهمیت و لزوم پرداختن به موضوع پایداری در تأمین مالی؛ ناظر بر بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی پرداخته می‌شود.

## لزوم توجه به موضوع پایداری در تأمین مالی نظام سلامت و چالش‌های آن

نظام‌های سلامت در همه کشورها، از یک سو، با چالش‌های اساسی در حوزه تأمین مالی روبرو هستند که منجر به افزایش هزینه‌ها و مخارج سلامت آن‌ها می‌گردد؛ که این چالش‌ها ناشی از موارد زیر است:

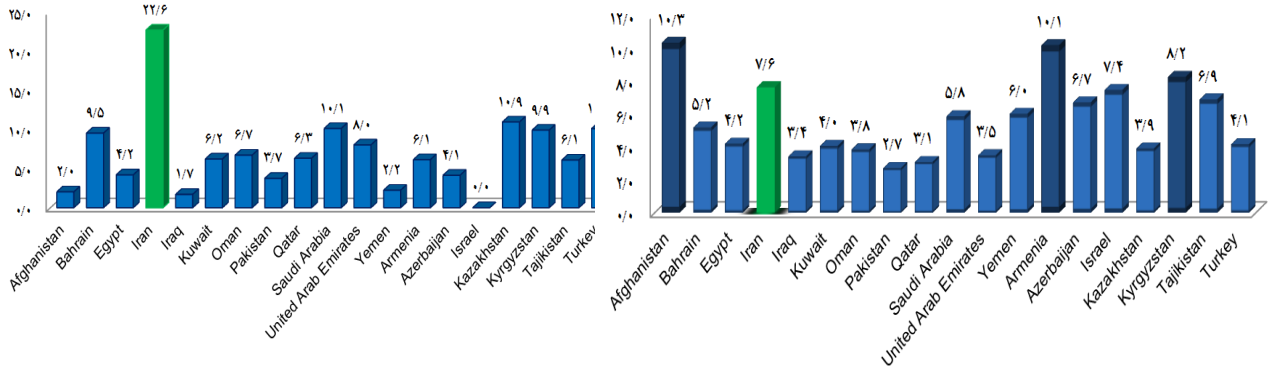
بالا رفتن سن جمعیت، توسعه فن‌آوری‌های جدید، انتظارات رو به تزاید مصرف‌کنندگان درخصوص ارتقاء پوشش مراقبت‌های بهداشتی و با کیفیت و «تک نفره شدن خانوارها» که به‌دنبال جهانی شدن و تأخیر در ازدواج اتفاق می‌افتد. (۶)

در نتیجه منابع مالی در همه نظام‌های سلامت برای پاسخگویی به این نیاز رو به رشد به شدت محدود است و ضروریست تعادلی بین منابع موجود و نیازهای رو به گسترش که منجر به فشار هزینه‌ای می‌گردند برقرار شود. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، یک نظام سلامت آنگاه از نقطه نظر مالی پایدار است که بتواند یک تعادل منطقی و مداوم بین تعهداتی که در قبال ذی‌نفعان خود دارد و منابع مالی که برای ایفای این تعهدات در دسترس دارد برقرار نماید. (۷) از سوی دیگر با توجه به بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی که به موضوع تأمین مالی پایدار در نظام سلامت تأکید کرده است.(۵) و کسری منابعی که بخش سلامت در سال‌های اخیر با آن مواجه بوده است؛ لزوم توجه جدی به حوزه پایداری تأمین مالی نظام سلامت را دو چندان کرده است. در ادامه خواهید دید که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم بخش

1. Universal Health Coverage (UHC)



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]




سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی

سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت

**نمودار ۱ ــ مقایسه ایران با کشورهای منطقه در دو شاخص سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی و از بودجه عمومی دولت- سال ۲۰۱۵/[1] ۱۳۹۴ (۱۱)**

سلامت از بودجه عمومی دولت در قیاس با سایر کشورهای منطقه در وضعیت مناسبی است و با فرض حفظ یا افزایش این روند در سالهای ۲۰۱۴ الی ۲۰۱۷ میلادی، این بخش از بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت تحقق یافته قلمداد می‌گردد. از جنبه دیگر، پس از انتشار اهداف توسعه پایدار[2] توسط سازمان‌ملل در سال ۲۰۱۵ و لزوم پایداری تأمین مالی نظام سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ذیل هدف سه، نیاز به حرکت به سمت پایداری تأمین مالی بخش سلامت بیش از پیش احساس می‌شود. (۸)

## تعریف کلی سیاست و ابعاد آن

مهم‌ترین محورهای بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت عبارتست از:

۱. ایجاد شفافیت مالی در درآمدها، هزینه و فعالیت‌های بخش سلامت؛ شفافیت مالی[3] عبارتست از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌های مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذی‌نفعان. (۱۰ و ۹)

۲. افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد.

بر مبنای اطلاعات مذکور در نمودار فوق، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۵ میلادی، معادل ۷/۶ درصد و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت معادل ۲۲/۶ درصد بوده که در قیاس با سایر کشورهای هم‌رده در منطقه، بالاتر از بسیاری از کشورها است و با فرض حفظ یا افزایش این روند در سال‌های ۲۰۱۵ الی ۲۰۱۸ میلادی، این بخش از بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت تحقق یافته قلمداد می‌گردد. در سال ۲۰۱۵ تنها سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در سه کشور افغانستان، ارمنستان و قرقیزستان (به ترتیب معادل ۱۰/۳ درصد، ۱۰/۱ درصد و ۸/۲ درصد) از ایران بالاتر بوده است و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در این سال برای ایران با اختلاف قابل‌توجه بیشتر از سایر کشورهای منطقه است. احتمالاً با توجه به ادامه روند افزایش منابع مالی بخش سلامت در سه سال اخیر (به‌عنوان سال‌های اجرای طرح تحول نظام سلامت)، ممکن است کماکان این شاخص‌ها برای ایران در جایگاه بالایی در منطقه باشد.

۳. وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت و تخصیص این عوارض به بخش سلامت؛ از جمله راهکارهای مناسب افزایش پیش پرداخت‌ها در نظام سلامت که بالمآل منجر به افزایش پایداری در منابع مالی نظام سلامت می‌گردد می‌توان به وضع عوارض به اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت و تخصیص این عوارض به بخش سلامت اشاره کرد؛ که در ادامه در بخش مداخلات اولویت‌دار سایر راهکارهای مشابه پیشنهاد شده است.

در ادامه تفسیر تعاریف و مفاهیم کلیدی موجود در بند ۱۰ و وضعیت نظام سلامت در برخی از موارد بیان می‌شود.

1. Source: NHA indicators, Global Health Expenditure Database
2. Sustainable Development Goals/SDGs
3. Financial Transparency



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

## تأمین مالی نظام سلامت[1]

تأمین مالی نظام سلامت به‌عنوان یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می‌باشد که در کنار تولیت، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع قرار دارد. انواع الگوها یا مدل‌های تأمین مالی نظام سلامت به‌طور کلی عبارتند از:

مالیات‌های عمومی، بیمه‌های سلامت ملی و اجتماعی سلامت، بیمه‌های سلامت خصوصی یا اختیاری، پرداخت مستقیم از جیب و کمک‌های بیرونی یا خیریه‌ها.

دو راهبرد اساسی در تأمین مالی نظام‌های سلامت وجود دارد:

۱. نظام‌های سلامت با تأمین مالی متکی به مالیات[2]: *در این الگو*، همه شهروندان و حتی در برخی اوقات افراد غیرشهروند دارای اقامت دائم از *بسته خدمات سلامت به‌طور یکسان* بهره می‌برند و پوشش همگانی خودبخود محقق می‌گردد.
۲. نظام‌های سلامت با تأمین مالی بر مبنای بیمه‌های اجتماعی سلامت[3]: منابع مالی ترکیبی است از مشارکت مالی بیمه‌شدگان صندوق/صندوق‌های بیمه‌ای و کمک‌های دولتی از محل منابع عمومی.

منابع مالی تأمین هزینه خدمات خارج از بسته بیمه پایه سلامت و نیز مخارج خصوصی سلامت عمدتاً توسط بیمه‌های خصوصی یا پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌گردد. در بسیاری کشورها، مخلوطی از الگوهای یاد شده وجود دارد؛ یعنی بخشی از مردم از طریق منابع مالی حاصل از مالیات‌ها و بخش دیگری از طریق مشارکت در صندوق‌های بیمه اجتماعی اجباری و خصوصی از مزایای بسته خدمات پایه سلامت بهره‌مند می‌شوند. هریک از این ساختارها اگر به درستی به وظایف خود عمل کنند در ایجاد پوشش همگانی سلامت موفق خواهند بود. (۱۲ و ۱۳)

نکته مهم اینست که هیچ‌یک از نظام‌های سلامت صرفاً با استفاده از منابع مالی حاصل از مالیات‌ها و یا حق بیمه اجتماعی سلامت موفق به تأمین کلیه هزینه‌های پوشش همگانی سلامت نشده‌اند و اشکالی از مشارکت مالی دریافت‌کنندگان خدمات در نقطه دریافت خدمات برای این منظور ضروریست. این مشارکت‌ها می‌تواند به‌صورت Co-Payment, Co-insurance یا Deductible باشد. (۱۴)

بررسی‌ها نشان می‌دهد که اعمال فرانشیز اثری بر پایداری منابع مالی ندارد و فقط بر عامل تقاضا مؤثر است و از مراجعات غیرضرور پیشگیری می‌کند؛ زیرا بیش از نیمی از هزینه‌ها برای ۴ درصد از مردم هزینه می‌شود (بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها برای خدمات بستری است) اگرچه نقدی که بر آن وارد است مراجعه بیمار در مراحل پیشرفته بیماری برای درمان است که هم از بعد سلامتی و هم از بعد هزینه‌ای مسئله‌ساز است. تأمین مالی دولتی در بهداشت عمومی نقش محوری دارد.

درکشورهای درحال‌توسعه تأمین مالی خصوصی مترادف است با صرف هزینه مستقیم از جیب، مشارکت‌های اندک و اختیاری و نیز صندوق‌های انباشت خطر غالباً غیریکپارچه و پراکنده. برعکس، تأمین مالی دولتی یا خصوصی اجباری، همراه با پیش پرداخت‌ها و صندوق‌های بزرگ همراه است که پایداری بیشتری دارد. (۱۷-۱۵)

هرقدر شیوه تأمین مالی بخش سلامت از محل منابع عمومی و پیش پرداخت‌ها قبل از بروز بیماری و ناخوشی باشد، نظام سلامت می‌تواند عادلانه‌تر باشد و هرچه میزان تأمین این منابع بیشتر از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب و در زمان بیماری و ناخوشی باشد، نظام تأمین مالی ناعادلانه‌تر خواهد بود. (۱۷)

## تأمین مالی پایدار نظام سلامت[4]

به‌طورکلی تأمین مالی پایدار نظام سلامت به‌معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن به‌موقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت». (۱۸ و ۱۴)

مشکلات مربوط به پایداری تأمین مالی نظام سلامت به‌طور عمده در سه حوزه مشخص می‌شود:

۱. افزایش هزینه‌های سلامت به‌دلیل عوامل مؤثر بر عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی - در میان آن‌ها، پیشرفت تکنولوژیکی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده.
۲. ناتوانی یا عدم تمایل دولت به تولید منابع مالی کافی برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت

1. Health System Financing
2. General Tax Revenue
3. Social Health Insurance
4. Health System Financing (Fiscal) Sustainability (Stability)



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

۳. افزایش منابع مالی نظام سلامت به‌عنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی اگر از حدی فراتر رود موجب خواهد شد که منابع مالی مکفی برای تأمین سایر کالاها و خدمات حوزه رفاه اجتماعی موجود نبوده و در نتیجه نظام رفاه اجتماعی در کلیت خود دچار ناپایداری مالی خواهد شد. (۱۷ و ۱۹)

فارغ از نوع منبع تأمین مالی نظام‌های سلامت، اقدامات زیر باید در راستای پایداری منابع مد نظر قرار گیرند:

- اطمینان از تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت و اصلاح و ارتقاء صندوق‌های انباشت و توزیع خطر؛ به‌عنوان الزامی اساسی جهت حفاظت مالی مؤثر در قبال مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها و مداخلات حوزه سلامت،
- اطمینان از توزیع کافی و عادلانه زیر ساخت‌های با کیفیت و منابع انسانی مکفی به‌منظور دسترسی و بهره‌مندی عادلانه بیمه‌شدگان از خدمات سلامت با کیفیت منطبق با بسته خدمات بیمه پایه مصوب،
- اطمینان از اینکه منابع مالی بیرونی[1] برای برنامه‌ها یا فعالیت‌های خاص سلامت به‌منظور ارتقاء پایداری تأمین مالی نظام سلامت در نگاه کلان بخوبی مدیریت و ساماندهی شده‌اند. (۱۳ و ۱۲)

براساس گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت با عنوان "تأمین مالی نظام‌های سلامت؛ راهی به سوی پوشش همگانی"؛ سه روش شاخص و یک انتخاب چهارم (به شرح ذیل) در راستای توسعه مساعدت‌ها و کارآیی بهتر آن‌ها در بخش سلامت وجود دارد(۱۹)؛ که همگی پایداری مالی را افزایش می‌دهند:

۱. **افزایش اثربخشی جمع‌آوری مالیات:** بهبود اثربخشی جمع‌آوری مالیات باعث افزایش اعتبارات مالی می‌شود و می‌تواند در جهت ارائه یا خرید خدمات از سوی مردم به کار رود.
۲. **اولویت‌بندی مجدد بودجه‌های دولتی:** به‌نحوی که حداقل ۱۵ درصد از بودجه دولتی به بخش سلامت تخصیص یابد.
۳. **نوآوری در بخش مالی حوزه سلامت:** تاکنون توجه همگانی در مورد مناطق فقیر، معطوف به بالا بردن اعتبارات مالی حوزه سلامت با کمک کشورهای ثروتمند بوده است. یکی از روش‌های اجباری ابتکاری هزینه‌کرد بین‌المللی در نظام‌های سلامت، افزایش مالیات‌ها بر بلیت‌های هواپیما، داد و ستدهای پولی خارجی و دخانیات می‌باشد. از طرف دیگر مالیات بر تولیداتی که برای سلامتی مضرند دارای سود دو جانبه است. به‌گونه‌ای که هم‌سطح سلامت مردم را بالا می‌برند و هم باعث افزایش اعتبارات می‌گردند.
۴. **توسعه مشارکت در بخش سلامت:** درحالی‌که همه کشورها فعالیت‌های زیادی را برای افزایش اعتبارات مالی بخش سلامت یا تنوع اعتباری منابع خود انجام داده‌اند، تا سال ۲۰۱۵ فقط هشت کشور از ۴۹ کشور کم‌درآمد مذکور شانس حصول اعتبارات مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف توسعه هزاره (MDGs) از منابع داخلی را خواهند داشت. نیل به این هدف، نیازمند یکپارچگی جهانی است. (۲۰، ۱۸)

تنها روشی که دولت‌ها برای کاهش اتکا بر پرداخت‌های مستقیم به‌کار می‌بندند (حرکت به سمت پایداری تأمین مالی)، تشویق به تجمیع خطر و شیوه پیش‌پرداخت می‌باشد؛ مسیری که بیشتر کشورهایی که به پوشش همگانی و پایداری تأمین مالی نزدیک هستند انتخاب کرده‌اند. زمانی که یک جامعه به پیش‌پرداخت و سازوکارهای مشارکتی دسترسی دارد، نیل به پوشش همگانی سلامت، واقعی‌تر می‌شود و زمانی که پرداخت‌های مستقیم ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه درمان را دربرگیرد، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت به کمترین سطح خواهد رسید. اعتبارات مالی می‌توانند از منابع مختلف (مانند مالیات بر درآمد و دستمزد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات غیرمستقیم بر دخانیات و الکل و یا حق بیمه) جذب شوند. اهمیت میزان منابع کمتر از سیاست‌های اداره نظام‌های پیش‌پرداخت است. (۸) برای طراحی چنین سیاست‌هایی هر کشوری می‌تواند از تجربیات خود سه درس بزرگ بگیرد:

**نخست،** در هر کشوری گروهی از جمعیت، فقیرتر از آن است که بتواند از طریق مالیات بر درآمد و یا حق بیمه‌ها در تأمین منابع مالی نظام سلامت مشارکت داشته باشد. این اقشار، نیازمند دریافت یارانه از محل صندوق‌های تجمیع علی‌الخصوص مالیات‌های دولتی می‌باشند. **دوم،** مشارکت‌ها باید اجباری باشند. درغیراین‌صورت افراد غنی و سالم از گردونه خارج می‌شوند و سرمایه کافی برای تحت پوشش قرار دادن نیازهای افراد بیمار و فقیر وجود نخواهد

1. External Resources



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

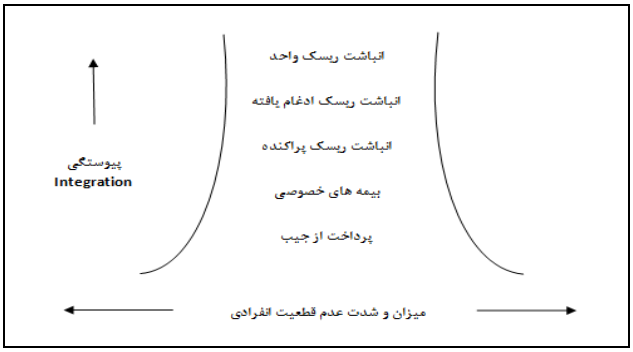
داشت. **سوم**، تجمیع‌هایی که نیازهای درمانی و سلامت تعداد کمی از افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، در طولانی‌مدت دوام ندارند؛ چرا که چند فقره از بیماری‌های پرهزینه، آن‌ها را از دور خارج خواهد کرد. (۱۴)

کاهش هزینه‌ها از طریق تخصیص یارانه زمانی میسر است که صندوق‌های متعددی وجود داشته باشد، اما این امر نیازمند خواست سیاسی و قابلیت‌های فنی و اجرایی است. کشورها، مشروط به اینکه اقدامات خود را کجا و چگونه آغاز نمایند، راه‌های مختلفی را در جهت نیل به پوشش همگانی طی می‌کنند. به‌طور مثال، زمانی‌که همه اقشار به جز اقشار مرفه از خدمات سلامت محروم می‌باشند، حرکت سریع به سوی سیستمی که همه افراد، اعم از فقیر و غنی را تحت پوشش قرار دهد، یک اولویت خواهد بود. (۱۷-۱۵)

در واقع پایداری تأمین مالی زمانی ایجاد خواهد شد که پایداری در هر سه حوزه تأمین مالی شامل تولید منابع، انباشت خطر و تخصیص منابع و خرید محقق شده باشد. وجود پایداری به‌صورت نسبی است. هرگونه اقدامی در هریک از حوزه‌های سه‌گانه می‌تواند نظام تأمین مالی را به سمت پایداری سوق دهد. (۱۸)

## پوشش همگانی سلامت

هدف نهایی همه نظام‌های سلامت در دنیا، دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. پوشش همگانی سلامت به‌عنوان «حصول اطمینان از تدارک خدمات سلامت شامل خدمات پیشگیرانه، ارتقاءدهنده، درمانی، توانبخشی و تسکینی، برای همه مردم متناسب با نیازشان در وقت مقتضی توسط نظام سلامت است؛ به‌گونه‌ای که بتوان نسبت به تضمین دسترسی عادلانه به خدمات، تأمین کیفیت خدمات و حمایت از افراد در برابر هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های کمرشکن اطمینان حاصل نمود» تعریف شده است. یکی از اصول پوشش همگانی در حوزه محافظت مالی و تأمین منابع، مشارکت عادلانه مالی مردم مبتنی بر توان پرداخت آنان است. (۱۴) به‌عبارت دیگر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در گرو تأمین مالی مناسب است؛ به‌همین منظور تأمین مالی باید در ۳ حوزه اساسی به‌درستی فعالیت کند:




**شکل ۱ ــ هرم پیوستگی یا یکپارچکی (۲۱)**

۱. تولید و تجمیع منابع مالی که عمدتاً از طریق حق‌بیمه پرداختی از سوی بیمه‌شدگان صندوق‌های بیمه‌ای، منابع عمومی دولت (مالیات‌ها، یارانه‌ها و...)، منابع یا کمک‌های خارجی و سایر منابع تأمین می‌گردد.

۲. انباشت منابع در صندوق‌های انباشت و توزیع خطر به‌نحوی که خطر مالی ناشی از بیماری یا مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضاء صندوق کاهش یابد.

۳. تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات هزینه -اثربخش و واجد اولویت. (۲۰ و ۱۴)

## انباشت خطر[1]

به‌طورکلی هدف از تجمیع و انباشت منابع در صندوق‌های انباشت و توزیع خطر، کاهش خطر مالی ناشی از بیماری و مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضاء صندوق است. در این سازوکار، خطر مالی نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی ناشی از مخاطرات سلامت در مورد هر فرد، بین کلیه افراد عضو صندوق انباشت خطر (صندوق بیمه‌ای) که در معرض انواع مخاطرات سلامت قرار دارند، تسهیم و به حق بیمه مشخص تبدیل می‌گردد. براساس سازوکار انباشت خطر، لازم نیست میزان مشارکت مالی فرد (مبلغ حق بیمه) با وضعیت سلامت و یا بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط باشد لکن اصل مشارکت مالی عادلانه باید در هرصورت محقق گردد. سازمان بهداشت جهانی بازتوزیع ثروت و یارانه متقاطع در انباشت خطر (از سالم به بیمار و از غنی به فقیر) را با دو سناریو نشان داده است:

1. Risk Pooling



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

- اعضا می‌توانند مشارکت مالی (حق بیمه) برابر داشته باشند و صندوق، خطر را از افراد به‌طور نسبی سالم به افراد بیمار منتقل کند.
- اعضا می‌توانند با پرداخت‌های متفاوت متناسب با درآمد، از خدمات سلامت برابر بهره‌مند شوند. در این صورت، صندوق، خطر را از فقرا به ثروتمندان منتقل می‌کند.

**رویکردهای انباشت خطر، چهار گونه‌اند:**

**الف ـ فقدان هرگونه انباشت خطر**[1]؛ هیچ‌گونه یارانه‌ای برای فقرا درنظر گرفته نمی‌شود و هر فرد مسئول تأمین هزینه‌های سلامت خود می‌باشد.

**ب ـ رویکرد انباشت خطر واحد؛** کل منابع در یک صندوق واحد و فراگیر تجمیع می‌شود و بسته انتخابی از سلامت را پوشش می‌دهد. انباشت خطر اجباری است. رقابت در خرید خدمات سلامت وجود ندارد و حق انتخاب افراد (در انتخاب نوع صندوق و خریدار خدمات سلامت) از بین می‌رود.

**پ ـ انباشت ریسک پراکنده**[2]؛ افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، سن و وضعیت سلامت، و یا به انتخاب خود، عضو صندوق‌های پراکنده و کوچک‌تر انباشت ریسک می‌شوند و لذا هر صندوق، با جمعیت تحت پوشش متفاوت، خرید خدمات سلامت انجام می‌دهد. در چنین شرایطی، اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک صندوق جمع شوند، هزینه سرانه بالاتری خواهند داشت. تفاوت در هزینه سرانه و حق‌بیمه، به ناکارآمدی نظام تأمین مالی منجر می‌شود.

**ت ـ انباشت ریسک ادغام یافته**[3]؛ یک بسته یکسان خدمات سلامت به کلیه شهروندان ارائه می‌شود. بنابراین، یکسان کردن مبنا و پرداخت حق‌بیمه گام ضروری برای این نظام محسوب می‌شود. در این نظام هرچه به سمت پیوستگی بیشتری می‌رویم، عدم قطعیت مصارف سلامت کاهش می‌یابد. هرم یکپارچگی، در نمودار زیر نشان داده می‌شود.

درجاتی از چندپارگی در تجمیع خطر نظام بیمه سلامت ایران وجود دارد. صندوق‌های بیمه سلامت متعددی وجود دارد، بدون آنکه سازوکاری برای انتقال یا بازتوزیع خطر بین آن‌ها وجود داشته باشد. (۲۲)

طبق قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۹۰، نظام بیمه سلامت ملزم به یکپارچه‌نمودن همه صندوق‌های بیمه‌ای به‌صورت ساختارمند و در قالب صندوق تجمیع خطر واحد و پرداخت‌کننده واحد بود. اما، متاسفانه، مخالفت صندوق‌های بیمه‌ای مانع از یکپارچگی آن‌ها شد. (۲۳) چندپارگی یا عدم یکپارچگی عوارض زیر را در پی داشته است:

ناکارایی نظام بیمه سلامت، حمایت مالی کم افراد بیمه شده در مقابل مخارج یا هزینه‌های سلامت، نرخ‌های Coinsurance بالا، نرخ‌های قابل‌توجه همپوشانی بیمه‌ای، مشارکت کم نهادهای با بودجه مناسب و با بسته بیمه‌ای گسترده در برنامه‌های بیمه سلامت همگانی، کمبودهای مالی شدید برای صندوق‌های عمومی و کاهش شفافیت و آمار و داده‌ها قابل اعتماد برای سیاست‌گذاران. (۲۱)

به علت این چند پارگی در صندوق‌های تجمیع خطر، انتقال و بازتوزیع خطر و کمک‌های مالی متقاطع[4] بین این برنامه‌های بیمه‌ای سلامت با جمعیت‌های متفاوت بسیار ناچیز و محدود است. توزیع متقاطع مالی حتی بین صندوق‌های بیمه‌ای زیرمجموعه یک سازمان بیمه واحد نیز ممکن است بسیار محدود باشد.

شباهت‌های اساسی بین بسته‌های بیمه پایه در طرح‌های اصلی بیمه سلامت اجتماعی وجود دارد و در شرایط موجود سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای کمابیش به دنبال یکسان نمودن پوشش خدمات سلامت هستند. اگرچه به علت اینکه بسته بیمه پایه به اندازه کافی جامع نیست و نیز به علت استقلال سازمانی و مالی سازمان‌های بیمه‌گر، هریک از سازمان‌های بیمه سلامت در کشور در تلاش برای افزایش منابع بیشتر به‌منظور توسعه بسته بیمه پایه برای بیمه‌شدگان خود هستند. در مجموع می‌توان گفت تفاوت‌های بین بسته خدمات چهار سازمان بیمه‌گر پایه اصلی در کشور وجود دارد. (۲۲) علاوه‌براین چهار سازمان بیمه‌گر اصلی، ۱۷ صندوق کوچک بیمه سلامت سازمانی نظیر تعدادی از بانک‌ها، شهرداری، سازمان صدا و سیما، شرکت‌های بیمه خصوصی، سازمان سلامت صنعت نفت که پوشش بیمه سلامت را برای کارکنان خود فراهم آوردند و مستقل از سازمان‌های بیمه سلامت اصلی هستند. این

1. No Risk Pooling
2. Fragmented Risk Pooling
3. Integrated Risk Pooling
4. Cross Subsidization



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

شرکت‌ها به‌طور کلی جمعیت کمی دارند و در مقایسه با پوشش جمعیتی، منابع مالی بسیاری دارند. وجود صندوق خطر متعدد در نظام بیمه سلامت در کشور منجر به ایجاد نظام بیمه سلامت با بسته‌های بیمه نامناسب برای بخش‌های مختلف جمعیت می‌شود. از طرف دیگر، عمق بسته‌های بیمه سلامت و نیز خدمات سلامت تحت پوشش صندوق‌های بیمه سلامت، در هریک از آن‌ها متفاوت است. بنابراین نظام بیمه سلامت کشورمان می‌تواند به‌عنوان نظام بیمه سلامت چند پارچه محسوب شود. به خاطر این چندپارچگی، توزیع خطر و کاهش خطر با کارایی مطلوب ایجاد نمی‌شود.

## تخصیص منابع و خرید[1]

در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت در خصوص تأمین مالی نظام سلامت برای پوشش همگانی، این‌گونه بیان شد که "در نظر گرفتن پول کافی برای خدمات سلامت، امری ضروری است، اما تنها داشتن پول نمی‌تواند دستیابی به پوشش همگانی را تضمین نماید. پیش‌پرداخت‌ها و تجمیع هیچ یک، موانع مالی در خصوص دسترسی به خدمات سلامت را از بین نخواهند برد. (۲۰) اطمینان از استفاده مؤثر و کارا از منابع، می‌تواند الزام اصلی در این مسیر به شمار آید."؛ این اهمیت عملکرد خرید در تأمین مالی سلامت نشان می‌دهد. "خرید در واقع رابط مهمی بین منابع درنظر گرفته شده برای پوشش همگانی و ارائه مؤثر خدمات با کیفیت می‌باشد. خرید خدمات سلامت[2]، منابع جمع‌آوری و انباشت‌شده به‌منظور خرید خدمات مشخص و نامشخص سلامت به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود (تخصیص می‌یابد). معمولاً دو رویکرد خرید خدمات سلامت قابل ذکر است:

**الف ـ خرید منفعلانه**[3] بودجه از پیش تعیین شده برای خرید خدمات اختصاص می‌یابد و یا صورتحساب‌های ارائه شده پرداخت می‌شود. در واقع خرید خدمت صورت نمی‌گیرد و تنها غرامت یا خسارت پرداخت می‌شود.

**ب ـ خرید فعال یا راهبردی**[4]: جستجوی مستمر روش‌های ارتقای نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری درخصوص ترکیب بسته خدمات، انتخاب ارائه‌کننده خدمات، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای تحقق حداکثر مطلوبیت در عملکرد نظام سلامت. (۲۴)

راهکارهای زیر در راستای ارتقاء و تقویت خرید خدمات سلامت بیان می‌شود:

درنظر گرفتن نیازهای سلامتی جمعیت، توانمندسازی شهروندان و جمعیت کشور، تقویت تولیت دولتی نظام سلامت از طریق برنامه ملی سلامت، ایجاد سازمان/سازمان‌های مناسبی که متولی امر خرید خدمات سلامت باشند، اطمینان از هزینه ـ اثربخش بودن تمام فرایندهای قرارداد با مراکز ارائه خدمات سلامت در راستای اطمینان از کیفیت خدمات و ارتقاء آن و نیز ایجاد مراکز ارائه‌دهنده مناسب. (۲۴ و ۲۵)

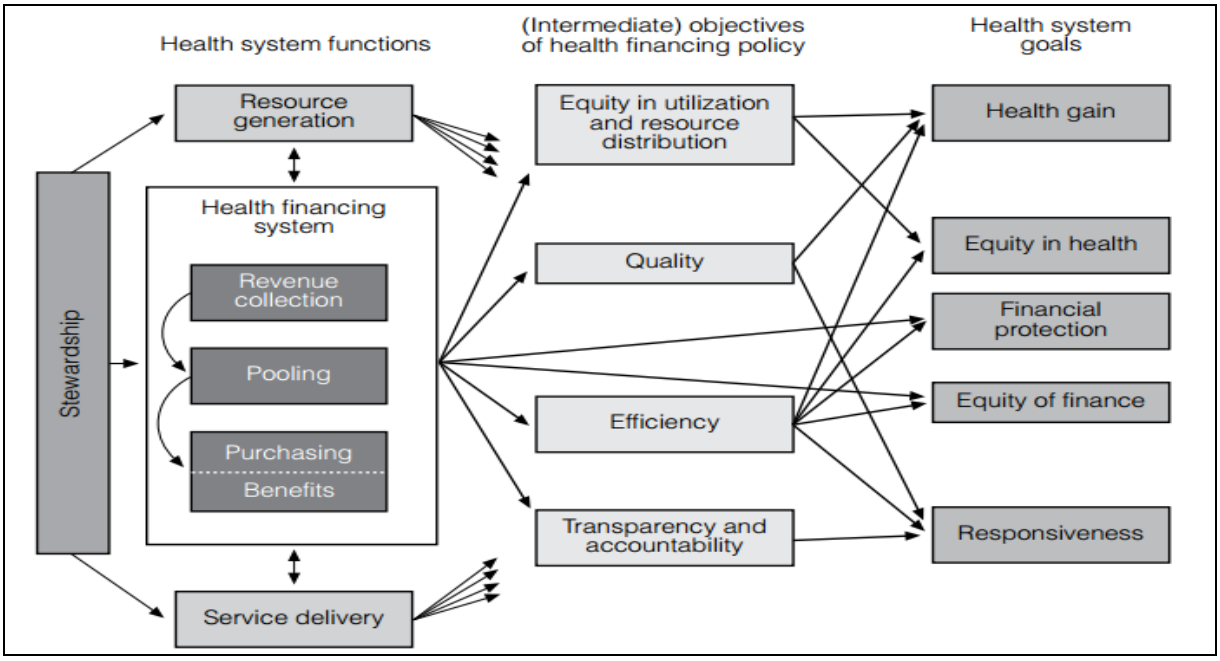
طی این مطالعه و تعدادی از مطالعات صورت‌گرفته چالش‌های عمده خرید در نظام سلامت کشور عبارت است:

- سال‌های زیادی، نظام بازپرداخت، تنها مدلی برای پرداخت هزینه خدمات سلامت توسط سازمان‌های اصلی بیمه سلامت ایران می‌باشد.
- سازوکارهای بازپرداخت اصلی برای خدمات سلامت بستری و سرپایی، FFS یا کارانه است که نظام پرداخت باز و گذشته‌نگر محسوب می شود.
- به عبارت دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در ایران، تنها خطر مالی زیان/ غرامت مرتبط با مخاطرات سلامت و بیماری‌ها را (به جای خرید فعال و راهبردی این خطرها) پرداخت می‌کنند.
- این صندوق‌ها و سازمان‌ها، خریداران فعال و راهبردی نیستند، این‌ها به‌صورت غیرفعال منابع را تولید و تجمیع می‌کنند و قدرت آن‌ها در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کم یا ناچیز است.
- سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر سلامت در کشور، پایش یا کنترل کیفیت را اندک انجام می‌دهند؛ آن‌ها بیشتر از آنکه تولیدکننده کیفیت و هزینه[5] باشند، کیفیت و هزینه را دریافت می‌کنند[1].

1. Resource Allocation & Purchasing
2. Purchasing of Health Services
3. Inactive Purchasing
4. Active or Strategic Purchasing
5. Price and Quality Maker



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]




**شکل ۲ ــ ارتباط تأمین مالی سلامت با اهداف میانی سیاست‌های تأمین مالی سلامت و اهداف کلی نظام سلامت (۱۸)**

- فقدان سیستم مدیریت اطلاعات مؤثر مشکل اصلی در استقرار ناموفق خرید راهبردی سلامت است. اطلاعات نامناسب در خصوص افراد (خصوصاً نیازها، عقاید و تقاضاهای آن‌ها) علت این عدم موفقیت است.
- ابهام در تعریف خرید راهبردی نیز چالش مهم دیگر در استقرار ناموفق خرید راهبردی است.

## شفافیت مالی

همانطور که گفته شد شفافیت مالی عبارتست از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌های مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذی‌نفعان. (۱۲ و ۱۳) شفافیت مالی کمک می‌کند تا این اطمینان حاصل شود که دولت در زمان اخذ تصمیمات اقتصادی، تصویر دقیقی از امور مالی خود نظیر مخارج و منافع مرتبط با تغییرات سیاست و خطرهای نهان در امور مالی را دارد. علاوه‌براین، شفافیت مالی اطلاعات مورد نیاز قانون‌گذاران، بازارها و شهروندان را برای پاسخگو ساختن دولت‌ها فراهم می‌آورد. (۲۶)

طبق مدل Kutzin که در سال ۲۰۰۸ ارائه گردید؛ شفافیت در کنار مسئولیت‌پذیری، به‌عنوان یکی از اهداف میانی سیاست‌های تأمین مالی سلامت بیان شده است؛ که در نهایت مستقیماً در ارتباط با هدف نهایی پاسخگویی در نظام‌های سلامت است.

به‌منظور امکان ایجاد و بررسی شرایط تعادل بین منابع و مصارف به‌عنوان یکی از ارکان اصلی پایداری تأمین مالی، ایجاد شفافیت در شرایط کنونی کشور امکان ایجاد شفافیت در کلیه درآمدها، هزینه و فعالیت‌های بخش سلامت به‌عنوان اصلی انکارناپذیر مورد پذیرش همگان است. (۱۸)

از جمله موضوعاتی که شفافیت را در نظام سلامت تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ عدم تمرکز منابع مالی و هزینه‌های مخارج سلامت در جایگاه مشخص و در واقع پراکندگی منابع در اختیار سازمان‌ها و نهادهای مختلف و پراکندگی‌های هزینه‌ای و نیز مشخص نبودن دقیق میزان مشارکت بخش عمومی، خصوصی، خانوارها و خیریه‌ها در تأمین مالی و هزینه‌ها یا مخارج سلامت است که در واقع خود بر موضوع پایداری تأمین مالی نظام سلامت (ناظر بر بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت) مؤثر خواهد بود.

در همین راستا اطلاعات مفید و قابل استناد؛ که بزرگترین دستاورد شفافیت مالی در نظام سلامت است؛ می‌تواند جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی عدالت‌محور بخش سلامت مورد استفاده قرار گیرد. متأسفانه تاکنون و در شرایط کنونی کشور این بند از سیاست‌های کلی سلامت تحقق نیافته است؛ که الزامات و پیش‌نیازهای شفاف کردن جریان‌های درآمدی و هزینه‌ای در بخش



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

سلامت به شرح زیر است:

- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور (به موجب بند چ ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه)
- ایجاد پرونده الکترونیک سلامت
- استقرار بیمه سلامت الکترونیک؛ اقداماتی که می‌تواند در این راستا انجام شود:
  - صدور کارت بیمه سلامت هوشمند یا سایر رابط‌های الکترونیکی مناسب
  - تجویز الکترونیکی خدمات سلامت
  - ارائه و دریافت الکترونیکی خدمات سلامت
  - صورتحساب‌های الکترونیک
- پرداخت الکترونیکی و در صورت امکان آنلاین به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

## روش‌کار

روش پژوهش در بخش‌های مربوط به تعاریف واژه‌ها و مفاهیم مرتبط به بند۱۰ سیاست‌های کلی سلامت و تعیین شاخص‌های رصد تأمین مالی نظام سلامت، با استفاده از جستجوی نیمه نظام‌مند[1] از بانک‌های اطلاعاتی معتبر نظیر SID، Scopus، Pub Med و سایت سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت. کلید واژه‌های Health Financing، Health Financing Indicators، Health Financing Sustainability، Sustainability of Health System، Resource Allocation، Resource Generation، Risk Pooling و Financing Risk Sharing مورد استفاده قرار گرفت؛ که بدون محدودیت زمانی و تنها به زبان انگلیسی و فارسی انجام گرفت. در گام بعدی مقالات شناسایی شده توسط محققین مورد بررسی قرار گرفت و منابع مرتبط در راستای مشخص کردن تعاریف واژه‌ها و تعیین شاخص‌های کلان رصد پایداری تأمین مالی بخش سلامت به دقت مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت.

در بخش تعیین مهم‌ترین شاخص‌ها و راهکارهای تأمین مالی پایدار در حوزه سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سوالات باز و بسته که پس از بررسی مطالعات تدوین شد، که از طریق Expert Panel (بخشی به‌صورت حضوری و بخشی از طریق ارسال ایمیل) جمع‌آوری گردید.

وضعیت شاخص‌های موجود در حوزه تأمین مالی نظام سلامت با استفاده از اطلاعات و گزارشات منتشره از مراجع معتبری نظیر سازمان جهانی بهداشت (مرجع بین‌المللی) و مرکز آمار ایران (مرجع ملی) تعیین شد. در ادامه فهرست مداخلات و راهکارهای منتخب با استفاده نظر خبرگی احصاء شده است.

## یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در سه بخش شاخص‌های اصلی و اولویت‌دار پایداری تأمین مالی نظام سلامت و بند۱۰ سیاست‌های کلی سلامت، وضعیت ایران در هریک از شاخص‌های منتخب و در نهایت فهرست مداخلات و راهکارهای اولویت‌دار برای پایداری تأمین مالی نظام سلامت زیر بیان می‌گردد:

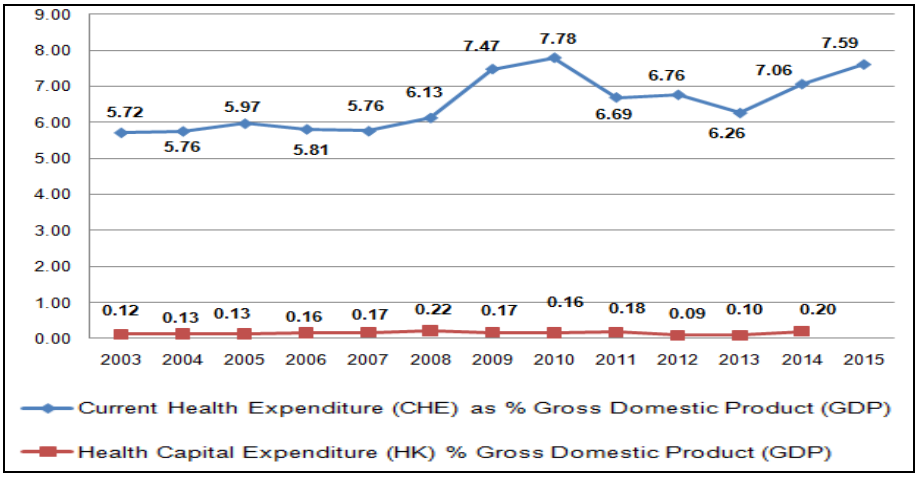
### ۱ـ معرفی شاخص‌ها

فهرست شاخص‌های اصلی مرتبط با پایداری تأمین مالی سلامت، با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه داده مخارج سلامت جهانی سازمان جهانی بهداشت و سایر پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر داخلی در چهار بخش شاخص‌های تولید و جمع‌آوری منابع[2]، انباشت خطر[3]، تخصیص و خرید راهبردی[4] و نیز ارزیابی پیامدهای سلامت[5] تهیه شد. (۲۹-۲۷) از فهرست ۳۱ شاخصی که در ابتدا احصاء گردید، پس از اولویت‌بندی شاخص‌ها با استفاده از نظر صاحب‌نظران و امکان دستیابی به اطلاعات در شرایط موجود برای سنجش آن‌ها، ۱۸ شاخص به‌عنوان شاخص منتخب تعیین شد و برنامه رصد شاخص‌های کلان این بند از سیاست‌های کلی سلامت شامل عنوان شاخص، سازمان/نهاد مسئول تولید و رصد شاخص و فاصله زمانی محاسبه آن‌ها تهیه شد. (پیوست) برخی از شاخص‌های رصد پایداری تأمین مالی شامل موارد زیر می‌باشد:

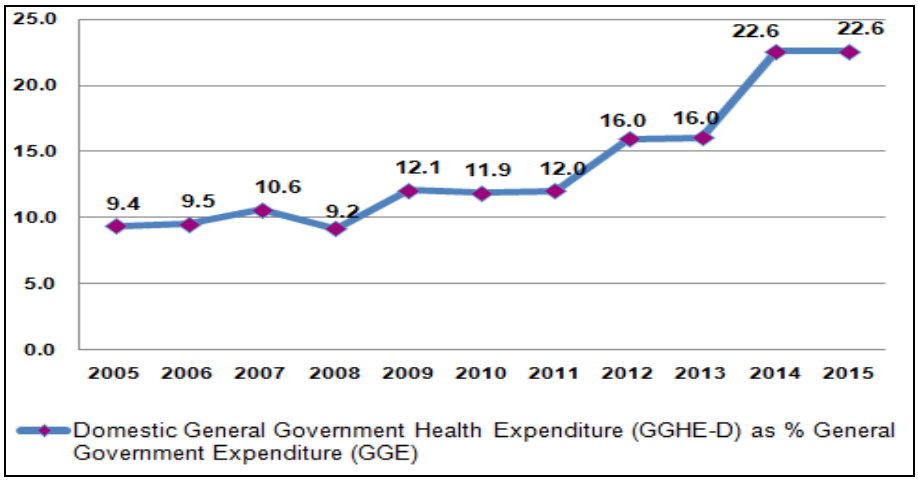
1. Semi Systematic Reviews
2. Resource Generation & Revenues Collection
3. Risk pooling
4. Resource Allocation and Purchasing (RAP)
5. Health Impact



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]




**نمودار ۲ ــ مقایسه ایران در شاخص سهم سلامت (هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای سلامت) از تولید ناخالص داخلی طی سال‌های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد) (۱۱)**




**نمودار ۳ ــ مقایسه ایران در شاخص سهم بودجه عمومی دولت برای سلامتی از بودجه عمومی دولت طی سال‌های ۲۰۰۵/۱۳۸۴ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد) (۱۱)**

سرانه کل مخارج سلامت براساس دلار بین‌المللی، سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت از کل مخارج سلامت، سهم بیمه اجتماعی از کل مخارج سلامت، جمعیت تحت پوشش که در صندوق‌های انباشت خطر ادغام یافته عضویت دارند، منابع تخصیص‌یافته به ارائه‌دهندگان از طریق سازوکارهای پرداخت آینده‌نگر، منابع مالی تخصیص‌یافته به خدمات اولویت‌بندی شده و ... .

## ۲ ــ وضعیت موجود

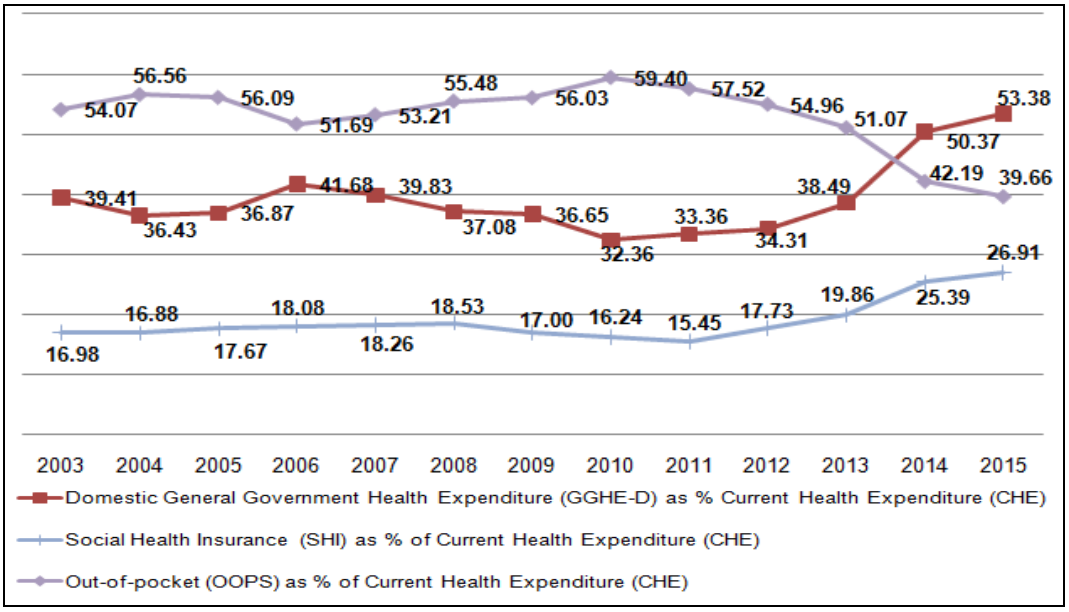
این بخش از مقاله وضعیت ایران از منظر تعدادی شاخص‌های تأمین مالی معین ارائه می‌شود. بخش اعظم این بخش از پایگاه داده مخارج جهانی سلامت مربوط به سازمان جهانی بهداشت[1] اتخاذ شده است. GHED پایگاهی جهانی است که شاخص‌ها و برآورد هماهنگ شده‌ای از آن‌ها را برای بیش از ۱۹۰ کشور از سال ۲۰۰۰ به بعد ارائه می‌دهد. لازم به ذکر است در شرایط موجود امکان گزارش برخی از شاخص‌های مورد اشاره به‌دلیل نبود داده‌های مورد نیاز آن‌ها موجود نیست.

همانطور که در نمودارهای ۲ و ۳ ملاحظه می‌شود در طی سال‌های اخیر سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی با روند مناسبی در حال افزایش بوده است. اما در تخصیص ۲۲/۶ درصد از بودجه

1. WHO's Global Health Expenditure Database/GHED



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]




**نمودار ۴ ـ مقایسه روند شاخص‌های سهم بودجه عمومی دولت برای سلامتی، درصد سهم بیمه‌های اجتماعی سلامت و پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت کشور طی سال‌های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد) (۱۱)**

عمومی دولت به بخش سلامت از سال ۱۳۹۳ (با شروع طرح تحول سلامت) باید بیشتر تأمل کرد؛ چرا که با توجه به کارایی تخصیصی این سوال مهم مطرح می‌شود که آیا صرف این بخش از بودجه دولت در بخش سلامت نتایج بیشتری را نسبت جامعه و مردم کرده است یا اگر بخشی از آن در سایر حوزه نظیر کاهش فقر، آموزش و پرورش و غیره اختصاص می‌یافت، نتایج مطلوب‌تری نصیب جامعه می‌شد.

همان‌طور که در نمودار ۴ مشاهده می‌شود روند افزایشی در سهم بودجه عمومی دولت برای سلامتی از هزینه‌های جاری سلامت وجود دارد؛ به‌طوری‌که در سال ۲۰۱۵ به بیشترین میزان حدود ۵۳/۳۸ درصد رسیده است؛ و از طرف دیگر در همین سال سهم پرداخت از جیب با روند کاهشی که داشته به‌میزان ۳۹/۶۶ درصد رسیده است. نکته قابل توجه در این نمودار قرینه‌بودن این دو نمودار نسبت به هم است که یعنی هر زمان که بودجه بیشتری به بخش سلامت کشور ما اختصاص داده شده است، موجب کاهش پرداخت از جیب به‌صورت مستقیم شده است؛ که البته نوع منابع اختصاص‌یافته پایدار بودن تأمین مالی را تا حد زیادی معین می‌کند. در نمودار فوق خط آبی رنگ، سهم بیمه اجتماعی سلامت از هزینه‌های جاری سلامت کشور است؛ که متأسفانه میزان آن قابل توجه نیست و حدود یک چهارم هزینه‌های جاری سلامت از آن تأمین می‌گردد. یکی از پیشنهادات مشخص به‌منظور حرکت در مسیر پایداری تأمین مالی، افزایش سهم پیش پرداخت‌ها و تغییر جهت پرداخت از جیب به این سمت است که بسیار اثرگذار خواهد بود.

### ۳ ـ فهرست مداخلات و راهکارهای منتخب و اولویت‌دار

در این مرحله، فهرست اولیه مداخلات مؤثر در راستای پایداری تأمین مالی (۱۹ مداخله) در سه حوزه زیر با بیان سیاست‌های اصلی برای هریک از آن‌ها از طریق بررسی متون کشورها و سیستم‌های سلامت مختلف تهیه گردید:

۱. تولید و جمع‌آوری منابع؛ با تأیید بر سیاست‌های کاهش تدریجی وابستگی تأمین مالی بیمه سلامت به منابع عمومی دولتی و متکی شدن آن به برنامه‌های پیش پرداخت نظیر حق بیمه و مالیات‌های اجتماعی،
۲. انباشت خطر؛ با تکیه بر سیاست بهبود همبستگی اجتماعی و بهره‌وری منابع از طریق تقویت یارانه‌های متقاطع و
۳. تخصیص منابع و خرید راهبردی؛ با سیاست‌های اصلاح ساختار نظام سلامت مبتنی بر توصیه سازمان جهانی بهداشت و بر مبنای بند۷ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر جدائی



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

نهاد خریدار خدمت از ارائه‌دهنده[1] و این هر دو از نهاد تولیت، ایجاد شفافیت در تخصیص منابع، حذف پدیده تقاضای القایی، کاهش تبعات تعارض و تضاد منافع[2] بر تأمین مالی نظام سلامت، مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت و مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خطر مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت.

از آنجایی که هیچ دو نظام سلامت را در دنیا نمی‌توان یافت که ویژگی‌ها و شرایط یکسانی داشته باشند و قابلیت‌ها و توانمندی‌های یکسانی را برای تصویب و اجرای راهکارهای موفق داشته باشند؛ برای حرکت به سمت پایداری مالی نظام سلامت کشورمان باید راهکارها و مداخلاتی را که بیشترین تناسب را با شرایط و وضعیت کشور و نظام سلامت دارند انتخاب و اجرا نمود. پس از بررسی‌های انجام شده و اعلام نظر کارشناسان حوزه تأمین مالی سلامت به‌طورکلی مداخلاتی انتخاب گردید که به افزایش سهم پیش پرداخت‌ها و کاهش وابستگی نظام سلامت به فروش دارایی عمومی کشور منجر شود و باعث شود منابع به صورت اثربخش و در زمان و مکان مناسب آن هزینه گردد. (۳۰و ۱۳،۲۰) این مداخلات و راهکارهای منتخب به شرح ذیل است:

- اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت نظیر مواد چاق کننده، شور، دارای مواد نگه دارنده و شکر و تخصیص نشانه‌دار شده آن به حوزه سلامت کشور
- اصلاح و همسان‌سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به صورت پیشرونده
- اصلاح الگوی صندوق‌های انباشت خطر به‌صورت یکپارچه به‌منظور کاهش خطر ناشی از هزینه‌های بیماری و نبود سلامتی کامل
- طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بر درمان
- طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت
- استقرار سازوکارهای پرداخت آینده‌نگر نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد.

## بحث و نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان این‌طور بیان کرد که موضوع پایداری تأمین مالی نظام سلامت ناظر بر بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت، بند اصلی سیاست‌ها است که با بسیاری از بندها خصوص بند ۷ و ۹ در ارتباط نزدیک است. یکی از شاخص‌های مهم پایداری تأمین مالی در نظام‌های سلامت، سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی است. در اکثر کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط در دو دهه گذشته، سهم دولت برای بخش سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی علیرغم کاهش سهم کل هزینه‌ای بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه مستقیمی با دو شاخص اصلی محافظت مالی یعنی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت دارد. (۳۰)

ولی یک سؤال مهم اینست که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی تا کجا می‌تواند افزایش یابد. یک نظریه اینست که این سهم‌ها تا جایی می‌تواند افزایش یابد که تأمین مالی سایر مزایای تأمین اجتماعی را مختل ننماید.

تنها پیشنهاد کاربردی در شرایط کنونی به‌منظور هدفمند کردن منابع عمومی بخش سلامت به اقشار نیازمند و دهک‌های درآمدی و برخورداری عادلانه این اقشار از منابع عمومی ناظر بر تحقق بند ۱۰-۴ سیاست‌های کلی سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت، الگوی "تأمین مالی چند لایه نظام سلامت[3]" بر مبنای وضعیت اقتصادی خانوارها و مبتنی بر خط فقر مطلق است. هدف اصلی این است که با اجرای این الگو، ضمن هدایت یارانه‌ها و کمک‌های دولت به لایه حمایتی سلامت و اقشار نیازمند جامعه، امکان پوشش همه افراد جامعه در نظام بیمه سلامت فراهم شود و حتی این امکان نیز فراهم گردد که بخشی از خانوارهای نیازمند که قابلیت توانمند شدن دارند، با اجرای برنامه‌های توانمندسازی از پوشش حمایت مستقیم خارج و به لایه دوم بیمه پایه اجباری

1. Purchaser Provider Split
2. Conflict of Interests
3. Multi-layered Health Financing



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

**جدول ۱ ـ الگوی پیشنهادی نظام بیمه سلامت چند لایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی (براساس خط فقر ملی)**

| عنوان لایه | جمعیت هدف | الگوی تأمین مالی براساس بسته خدمتی | | | نظام ارائه خدمات |
|---|---|---|---|---|---|
| | | منبع تأمین مالی | نوع بسته خدمتی | الگوی هم‌پردازی | |
| بیمه سلامت اجباری لایه اول | خانوارهای با درآمدماهیانه کمتر از ۱۱۰درصد خط فقر ملی | صد در صد از محل منابع عمومی دولت | بسته پایه حداقلی | بدون مشارکت بیمه شده | سطح بندی |
| | | | بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی در مراکز درمانی بخش دولتی | خدمات بستری :بدون مشارکت بیمه شده خدمات سرپایی و دارو:مشارکت حداقلی | |
| بیمه سلامت اجباری لایه دوم | خانوارهای با درآمد ماهیانه بین ۱۱۰ تا ۳۰۰درصد خط فقر ملی | صد در صد از محل منابع عمومی دولت | بسته پایه حداقلی | بدون مشارکت بیمه شده | سطح‌بندی |
| | | منابع عمومی دولت و مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت وسهم یارانه‌های سلامت از ۱۵ تا ۵۰ درصدحق بیمه پایه سلامت (براساس ارزیابی وسع و گروه درآمدی) | بسته بیمه پایه سلامت | مشارکتی به صورت Deductible، Coinsurance و Copayment e or (Stop Loss) | |
| بیمه سلامت اجباری لایه سوم | خانوارهای با درآمدماهیانه بیش از ۳۰۰درصدخط فقر ملی | صد در صد از محل منابع عمومی دولت | بسته پایه حداقلی | بدون مشارکت بیمه شده | سطح بندی |
| | | مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و کارفرما و کمک دولت (طبق قوانین مربوطه) | بسته بیمه پایه سلامت | مشارکتی ( Deductible و Coinsurance or Copayment ) | |
| | | تأمین مالی صددرصدی توسط بیمه‌شدگان(بدون استفاده از یارانه‌های سلامت) | بسته بیمه مضاعف سلامت | مشارکتی (Copayment Coinsurance or) | |

سلامت منتقل شوند. در کشورهای متعددی در دنیا، الگوی نظام چند لایه را در تأمین مالی نظام سلامت پذیرفته و اجرا نموده‌اند؛ در این زمینه می‌توان به کشورهایی نظیر کانادا، سوئیس، اسپانیا، سنگاپور، ایرلند، هلند، آلمان و فرانسه اشاره نمود. البته در اغلب این کشورها به سبب فاصله اندک درآمد در دهک‌های میانی و بالای درآمدی، الگوی غالب، نظام دوسطحی[1] تأمین مالی نظام سلامت است. (۳۱ و ۳۲)

اصلاحات نظام سلامت چین نمونه دیگری است که در سال‌های دهه ۸۰ میلادی آغاز شد و الگوی نظام بیمه سلامت چند لایه را مبنای اصلاحات نظام سلامت خود در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت/UHC قرار داد. (۳۳) الگوی نظام بیمه سلامت چندلایه در سه سطح اصلی به شرح زیر است:

- لایه اول: بیمه سلامت اجباری لایه اول
- لایه دوم: بیمه سلامت اجباری لایه دوم
- لایه سوم: بیمه سلامت اجباری لایه سوم

در هریک از سطح‌ها، مبتنی بر رویکرد پوشش همگانی سلامت؛ سازوکارهای تأمین مالی، بسته خدمتی و جمعیت طبق جدول ۱ معین می‌شود.

نظام بیمه سلامت چندلایه در هریک از لایه‌های سه‌گانه به شرح زیر می‌باشد:

**لایه اول**، بیمه سلامت اجباری لایه اول است که جمعیت هدف به موجب تبصره ماده ۲ تبصره ۲ ماده ۲ آئین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیئت محترم وزیران (۳۵)، خانوارهایی با درآمد ماهیانه کمتر از ۱۱۰درصد خط فقر ملی (برای کاهش مخاطرات و تأمین پوشش کامل گروه‌های آسیب‌پذیر یک محدوده ده درصدی درآمدی بالاتر از خط فقر مطلق به جمعیت اضافه می‌شود) است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس که در سال ۱۳۹۷ منتشر شد(۳۶)، خط فقر ملی سرانه معادل ماهیانه حدود ۷۷۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۲ درصد) است و بر همین اساس جمعیت لایه اول، اولین سطح خط فقر مطلق کشور است. برای این سطح، بسته پایه حداقلی و بسته بیمه پایه سلامت هردو از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به‌عبارت دیگر، این دو بسته برای لایه اول به‌صورت رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود.

1. Two Tiered



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

**جدول ۲ ـ عوامل تعدیل‌کننده مشارکت مالی بر مبنای درآمد خانوار در هر لایه**

| ردیف | عامل تعدیل‌کننده | ضریب تعدیل‌کننده مبنای درآمد هر لایه |
|---|---|---|
| ۱ | سن بالای ۶۰ سال سرپرست خانوار به ازای هر ۱۰ سال (۳۴) | ۲۰ درصد |
| ۲ | سن بالای ۶۰ سال سایر افراد خانوار بجز سرپرست خانوار به ازای هر ۱۰ سال (۳۴) | ۱۰ درصد |
| ۳ | معلولیت سرپرست خانوار | ۲۰ درصد |
| ۴ | معلولیت سایر افراد خانوار به ازای هر فرد دچار معلولیت | ۱۰ درصد |
| ۵ | ابتلاء سرپرست خانوار به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر | ۲۰ درصد |
| ۶ | ابتلاء سایر افراد خانوار به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر به ازای هر بیمار | ۱۰ درصد |
| ۷ | افزایش تعداد خانوار- به ازای هر نفر مازاد بر ۴ نفر | ۲۵ درصد |

برخی از منابع مالی لازم برای ارائه خدمات سلامت برای بیمه سلامت لایه اول، از منابع زیر قابل تأمین است:

یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده، سهم بخش سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها، اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت خصوصاً افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل (به‌عنوان مالیات سلامت)، افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط زیست (به‌عنوان مالیات سلامت)، افزایش مالیات در معاملات خودروهای لوکس و گران‌قیمت به صورت پلکانی، افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به‌صورت پیشرونده و سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث.

**لایه دوم**، سطح بیمه سلامت اجباری لایه دوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد ماهیانه بین ۱۱۰ تا ۳۰۰ درصد خط فقر ملی است؛ برای این سطح (نظیر سایر سطح‌ها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌شود. به‌عبارت دیگر، این بسته برای لایه دوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود. تأمین مالی بسته بیمه پایه سلامت برای این سطح، براساس مشارکت مالی بیمه‌شدگان و کارفرما است و سهم بیمه‌شدگان مبتنی بر توان پرداخت[1] و به‌صورت پیشرونده[2] مبتنی بر محاسبات اکچوئری (بیمه‌ای) تعیین می‌گردد.

بسته بیمه مضاعف[3] (تکمیلی[4] و مکمل[5]) سلامت، برای جمعیت این سطح، به‌صورت اختیاری (به‌صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد.

**لایه سوم**، بیمه سلامت اجباری لایه سوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد بیش از ۳۰۰ درصد خط فقر ملی است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، این لایه کلیه افرادی که بالاتر خط فقر مطلق در کشور هستند را شامل می‌شود. برای این سطح (نظیر سایر سطح‌ها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به‌عبارت دیگر، این بسته برای لایه سوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود.

بسته بیمه پایه سلامت برای جمعیت این سطح، به‌صورت اجباری است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد. بسته بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل) سلامت، برای جمعیت این سطح، به‌صورت اختیاری (به‌صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد.

در جدول ۲، عوامل تعدیل‌کننده‌های مشارکت مالی بر مبنای درآمد خانوار در هرلایه با ضرایب هریک را می‌توان مشاهده کرد.

تدارک و ارائه خدمات سلامت در هر سه سطح با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح‌بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می پذیرد. خدمات سلامت بسته پایه حداقلی سلامت عبارتند از:

1. Ability to Pay
2. Progressive
3. Duplicate Health Insurance
4. Supplementary Health Insurance
5. Complementary Health Insurance



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

## پیوست

### فهرست شاخص‌های کلان پایداری تأمین مالی سلامت و چگونگی رصد آن

| ردیف | شاخص | نهاد مسئول تولید شاخص | نهاد مسئول رصد شاخص | واحد شاخص | فاصله زمانی محاسبه |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | سهم کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی | سازمان برنامه و بودجه با همکاری وزارت بهداشت | سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۲ | سرانه کل مخارج سلامت براساس دلار بین‌المللی | سازمان برنامه و بودجه | سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت | - | سالانه |
| ۳ | سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت از کل مخارج سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۴ | سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از بودجه عمومی دولت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۵ | سهم بیمه اجتماعی از کل مخارج سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۶ | سهم بیمه‌های خصوصی از کل مخارج سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۷ | سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۸ | سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی | سازمان بیمه سلامت با همکاری وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۹ | اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت که برای آن‌ها عوارض وضع گردیده است. | وزارت بهداشت با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۰ | صندوق‌های انباشت خطر ادغام یافته | سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۱ | جمعیت تحت پوشش که در صندوق‌های انباشت خطر ادغام‌یافته عضویت دارند. | سازمان‌های بیمه‌گر | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۲ | خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۳ | خانوارهای که مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت | سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۴ | منابع تخصیص‌یافته به ارائه‌دهندگان از طریق سازوکارهای پرداخت آینده‌نگر | سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۵ | خدمات اولویت‌بندی شده موجود در بسته پایه و تکمیلی سلامت | شورایعالی بیمه سلامت با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۶ | منابع مالی تخصیص‌یافته به خدمات اولویت‌بندی شده | سازمان‌های بیمه‌گر با همکاری وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |
| ۱۷ | امید به زندگی در بدو تولد و در ۶۵ سالگی | وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | - | سالانه |
| ۱۸ | نرخ‌های مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال، کودکان زیر یک سال، نوزادان و مادران | وزارت بهداشت | سازمان بیمه سلامت | درصد | سالانه |



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

۱. **کلیه مراقبت‌های بهداشتی اولیه /PHC**: مراقبت‌های بهداشتی ضروری که در دسترس همه افراد جهان قرار گیرد، برای آن‌ها قابل قبول باشد، با مشارکت کامل آن‌ها باشد، قیمت مناسبی برای جامعه داشته باشد وکشور قادر به پرداخت هزینه‌های آن باشد. اولین سطح تماس مردم، خانواده‌ها و جامعه با خدمات سلامت است و مراقبت‌های سلامت را هر چه نزدیکتر به محل زندگی و کار مردم ارائه می‌نماید. در همه کشورها اعم از توسعه‌یافته یا در حال توسعه، ارزش یکسانی دارد؛ ولی در هر کشور شکل خاص خود را دارد. این خدمات واجد معیارهای زیر است:

**مناسب بودن**[1]: خدمات متناسب با نیازهای ضروری فراهم باشد. **کافی بودن**[2]: حجم خدمات متناسب با حجم نیازها باشد. **جامع بودن**[3]: تمام سطوح پیشگیری را در برگیرد وتنوع خدمات را در نظر بگیرد. قابل دستیابی و **در دسترس بودن**[4]: نه‌تنها نسبت جمعیت با تعداد واحدهای ارائه کننده خدمت تناسب داشته باشد بلکه موانع فرهنگی ، جغرافیایی و ... مانعی بر بهره‌مندی از خدمات نباشد. **قابل پرداخت بودن**[5]: دارای کمترین هزینه و حتی‌الامکان رایگان باشد. **عملی بودن**[6]: از نظر تدارکات، پرسنل و منابع قابل اجرا باشد.

چهارگروه اصلی خدمات PHC عبارتند از:

**مداخلات ارتقایی:** برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تأثیر می‌گذارد.

**مداخلات پیشگیری‌کننده:** این مداخلات کاهش‌دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.

**مداخلات درمانی:** این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری به‌وسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است.

**مداخلات بازتوانی:** این مداخلات سبب کوتاه نمودن پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شود.

۲. کلیه خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی در اورژانس‌ها و فوریت‌های پزشکی

۳. خدمات سرپایی و بستری -بیمارستانی مرتبط با اقدامات حیاتی. منظور از اقدامات حیاتی آن دسته از اقداماتی است که حفظ حیات بیمار موکول به آن است.

۴. خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به دوران بارداری و زایمان طبیعی

۵. خدمات بهداشتی و درمانی کودکان تا سن ۵ سالگی

۶. خدمات بهداشتی درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از AIDS/HIV ،توبرکولوز ،مالاریا و سایر بیماری‌های اندمیک

۷. خدمات بهداشتی ـ درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها

۸. خدمات بهداشتی ـ درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از حوادث و سوانح طبیعی

۹. خدمات توانبخشی و بازتوانی برای آن گروه از افراد دچار ناتوانی یا معلولیت شدید جسمی – حرکتی و ذهنی که توان زندگی مستقل ندارند.

۱۰. خدمات انتقال خون و همووِیژلانس

۱۱. مداخلات بهداشت مدارس، دانشگاه‌ها و سایر اماکن عمومی

## تقدیر و تشکر

این مقاله نتایج بخشی از پروژه‌ای است که توسط فرهنگستان علوم پزشکی ایران مورد حمایت و پشتیبانی مالی قرار گرفته است. لازم است از جناب آقای دکتر حسن‌زاده خاکمردانی به خاطر حسن اطمینان به اینجانبان و جناب آقای دکتر شهرام توفیقی بابت راهنمایی‌های ارزشمندشان تشکر نماییم.

## I.R. Iran Health System Financing Sustainability; its Situation, Indicators, and Solutions to Explain the Article 10 of General Health Policies

Mohammadmehdi Tadayon[*1], Tayebeh Moradi[2]

1. ∗ Corresponding Author: MD & PhD of Health Policy and Management. National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran.
2. PhD Student of Health Policy. School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

**Abstract**

**Background and Objective:** Financing is the main function of any health system. Since healthcare expenditure has increased significantly in recent years, and most governments have faced challenges in providing these resources, the sustainability of health financing has been highlighted. In this regard, to implement the article 10 of general health policies, this study aimed at correct exploring this article in the policies, and identifying indicators and strategies for achieving sustainability in the financing of the health system of the I.R. of Iran.

**Method:** In this research, quantitative and qualitative methods have been used in combination. In the section explaining the definitions and basic concepts of politics and determining the initial list of indicators and strategies, by Semi-Systematic Review was used in valid databases. In the next stage, to identify selected indicators and solutions was done using the Expert Panel. The status of Iran in the area of health financial sustainability was determined using information and reports from credible authorities such as the World Health Organization (International Reference Center) and the Iranian Center for Statistics (National Reference).

**Finding:** Sustainability of health care financing means ensuring timely provision of financial resources and the balance between resources and expenditures in achieving the goals of the health system and public health coverage without compromising the sustainability of the state's financial situation. The 31 initial indicators for monitoring the sustainability of health system financing were determined. The 18 indicators were selected as the selected indicators and of the 19 of the interventions for achieving sustainability were identified as six priority and selected strategies.

**Discussion:** In the current situation in the I. R. of Iran, the issue of sustainability of the health system financing, and in particular the targeting of general government health resources to the needy and the lowest income deciles, and the fairly utility of these categories of general government health resources for the implementation of the article 10-4 of the General Health Policies and as a result of achieving Health coverage is very important. The pattern of "Multi-layer Health Financing" based on the household's economic status can be a valuable implementation strategy in these situations.

**Keywords:** Financial Support, General Health Policies, Healthcare Financing

## منابع

1. Fiscal Sustainability of Health Systems; Bridging Health and Finance Perspectives. OECD; 2015.
2. maher A. Investigating the methods of financing the health system in selected countries and providing a model for Iran. Social Security Journal 2007; 8(3-4): 85-114.
3. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
4. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Implementing health financing reform. Geneva: World Health Organisation; 2010.
5. General health policies announced by the Imam Khamenei, 2013.
6. Blank R, Burau V. Comprehensive Health Policy. Second Edition; 2007.
7. Owusu-Sekyere E, Bagah D A. Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution? Public Health Research 2014; 4(5): 185-194.
8. World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals .World Health Organization; 2017.
9. KPMG International Cooperative. Through the Looking Glass; A Practical Path to Improving Healthcare through Transparency. Swiss: KPMG International Cooperative; 2017.
10. Andreula N, Chong A, Guillén J. Institutional Quality and Fiscal Transparency. Inter-American Development Bank; 2009.
11. NHA indicators, Global Health Expenditure Database. Available at: http://apps.who.int/nha/database/Select/ Indicators/en
12. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited; A Practioner's Guide, The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, Washington DC; 2006.
13. Papanicolas I, Smith P.C. Health System Performance Comparison; an Agenda for Policy, Information and Research. Berkshire, England: Open University Press, McGraw Hill Education, World Health



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]

Organization; 2013.
14. The WHO Secretariat. WHA58.33; Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, The fifty-eighth World Health Assembly; 2005.
15. Greenhill R. The Financial Sustainability of Health Systems; a Case for Change, World Economic Forum. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2012.
16. Fidler A. Health Reform Experiences; Future Challenges in the European Region. Moscow: The World Bank; 2004. Available at: http://studyslide.com/doc/165838/health-reform-challenges
17. Thomson S, Habicht T, Roovali L, Evetovits T, Habicht J. Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia's Health System: A One Year on. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2011.
18. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing Financial Sustainability in Health Systems. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: World Health Organization; 2009.
19. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a National Health Financing Strategy: A Reference Guide (Health Financing Guidance Series No 3). Switzerland: World Health Organization; 2017.
20. The World Health Report; Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization; 2010.
21. Smith PC, Witter SN. Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance; 2004.
22. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MR, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. International journal of health policy and management 2016; 5(4): 253.
23. The fifth five-year economic, social and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran; 2011.
24. What is strategic purchasing for health? Topic Overview. Financing research theme. Resilient Responsive Health Systems. RESYST; 2014.
25. Health Policy Research Group. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: a critical assesment. The formal sector social health insurance programme; 2016.
26. IMF. Fiscal Transparency; 2015. Available at: www.imf.org
27. Health financing Indicators. Published by United State Agency International Development & Health Finance and Governance.
28. 2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators. World Health Organization; 2015.
29. Indicator Code Book; National Health Accounts. World Health Organization; 2015.
30. Cashin C. Health Financing Policy; the Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context. World Bank Group; 2016.
31. Mollahaliloglu S, Atun R., Postolovska I. Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor. Washington (DC): The World Bank; 2013.
32. Luk S. Moving towards Universal Health Coverage in China: Challenges for the Present and Future" in Ben Fong, Artie Ng and Peter Yuen (eds.) Sustainable Health and Long-Term Care Solutions for an Aging Population. IGI Global; 2018. p.19-45.
33. Luk S. Financing Healthcare in China. London: Routledge; 2017.
34. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Iranian Journal of Ageing 2017; 12(2): 156-169.
35. Regulations of the safety of social welfare subject to approval letter No. 20867T 32343H of the Honorable Board of Ministers; 2005.
36. Eyn ian M. Calculating the poverty line in Iran. Majles Research Center;2017

[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17 ]