

# ظرفیت‌شناسی بخش خدمات بهداشت و درمان ایران: نمونه‌ای از تدوین راهبرد ظرفیت‌محور با استفاده از الگوی استراتژیک SOAR





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل  
۲۱۵۶۷



مرکز پژوهش‌های  
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ظرفیت‌شناسی بخش خدمات بهداشت و درمان ایران:  
نمونه‌ای از تدوین راهبرد ظرفیت‌محور با استفاده از الگوی استراتژیک SOAR

نوع گزارش: طرح/لایحه  راهبردی  نظارتی  پیش‌نویس قانونی

نام دفتر:

دفتر مطالعات بخش عمومی (گروه اقتصاد امور عمومی)

تهیه و تدوین:

حسین حاجی میرزا

مدیر مطالعه:

فاطمه تیمورا

ناظران علمی:

محمدحسین فاطمی، عباس پرهیزکاری

اظهار نظرکننده داخل مرکز:

محمد بختیاری

اظهار نظرکننده خارج مرکز:

علی سرزعیم (هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی)

گرافیک و صفحه آرایی:

سمیرا صادقی عسکری

واژه‌های کلیدی:

۱. ظرفیت‌شناسی

۲. بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

۳. الگوی SOAR



تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷

## فهرست مطالب

۷	چکیده
۸	خلاصه مدیریتی
۹	۱. مقدمه
۱۱	۲. پیشینه
۱۱	۱-۲. سوابق مطالعاتی در مرکز
۱۲	۳. اهمیت بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
۱۳	۴. منطق نقش آفرینی دولت در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
۱۳	۱-۴. شکست بازار
۱۷	۲-۴. ملاحظات توزیعی
۱۹	۳-۴. دلالت‌های اقتصاد سیاسی
۲۰	۵. روش‌شناسی تدوین راهبرد: الگوی SOAR
۲۳	۶. تصریح الگوی SOAR نمونه برای بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایران
۲۴	۱-۶. شاخص‌های حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی
۳۷	۲-۶. نمونه الگوی SOAR
۳۹	۷. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۴۰	۸. پیوست
۴۴	منابع و مأخذ

## فهرست جداول

۱۱	جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی
۲۳	جدول ۲. مقایسه الگوی SWOT و SOAR
۳۷	جدول ۳. الگوی SOAR پیشنهادی مبتنی بر ظرفیت‌های شناسایی شده
۴۱	جدول پیوست ۱. اسامی کشورهای عضو OECD و کشورهای کمتر توسعه یافته
۴۲	جدول پیوست ۲. نقاط عطف کلیدی در توسعه بیمه سلامت در ایران

## فهرست شکل‌ها

شکل ۱. منطق مداخله دولت در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۱۹
شکل ۲. چارچوب کلی الگوی SOAR	۲۱
شکل ۳. چارچوب بندی الگوی SWOT	۲۲
شکل ۴. اطلس شاخص پوشش مؤثر همگانی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (۲۰۱۹)	۲۴
شکل ۵. نهاده‌ها و ستانده‌های بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۲۵
شکل ۶. نمودار روند شاخص امید به زندگی در بدو تولد (۲۰۲۳-۱۹۹۰)	۲۶
شکل ۷. نمودار روند میزان مرگ‌ومیر، کودکان زیر ۵ سال	۲۷
شکل ۸. نمودار میزان مرگ‌ومیر نوزادان	۲۷
شکل ۹. نمودار نسبت مرگ‌ومیر مادران	۲۸
شکل ۱۰. نمودار علل مرگ‌ومیر (۲۰۲۱)	۲۸
شکل ۱۱. نمودار مخارج جاری سلامت	۳۰
شکل ۱۲. نمودار مخارج عمومی سرانه سلامت	۳۰
شکل ۱۳. نمودار درصد هزینه‌های بخش عمومی سلامت از هزینه‌های عمومی دولت	۳۱
شکل ۱۴. نمودار روند جمعیت دارای پوشش بیمه پایه سلامت (درصد) طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲	۳۲
شکل ۱۵. نمودار هزینه‌های پرداخت از جیب	۳۲
شکل ۱۶. نمودار نسبت جمعیت مواجهه یافته با هزینه‌های بالای سلامت	۳۳
شکل ۱۷. نمودار پوشش واکسیناسیون دیفتتری، کزاز و سیاه سرفه (DTP) _دوز سوم	۳۴
شکل ۱۸. تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر (۲۰۱۸)	۳۴
شکل ۱۹. نمودار تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	۳۵
شکل ۲۰. نمودار افرادی که از خدمات آب آشامیدنی ایمن استفاده می‌کنند	۳۵
شکل ۲۱. نمودار درصد افرادی که به سرویس بهداشتی دسترسی دارند	۳۶
شکل ۲۲. نمودار شاخص تولید مواد غذایی (۲۰۱۶-۲۰۱۴ = ۱۰۰)	۳۶
شکل ۱ پیوست. اطلس کشورهای با درآمد سرانه بالا، متوسط و پایین در سال ۲۰۲۳	۴۱



## ظرفیت‌شناسی بخش خدمات بهداشت و درمان ایران: نمونه‌ای از تدوین راهبرد ظرفیت‌محور با استفاده از الگوی استراتژیک SOAR

Doi: [10.22034/mrc.report.21567](https://doi.org/10.22034/mrc.report.21567)

چکیده



بهبود خدمات بهداشتی و درمانی جامعه با ایفای نقش در ارتقای بهره‌وری، کاهش فقر و تقویت رشد اقتصادی؛ به‌عنوان یکی از ارکان اساسی توسعه اقتصادی شناخته شده و از این منظر مورد توجه دولت‌ها قرار می‌گیرد. علاوه بر دلالت‌های توسعه‌محور، ویژگی‌های خاص بازار سلامت و مراقبت‌های بهداشتی نقش آفرینی دولت در این حوزه را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. به‌طوری‌که منطق مداخله دولت در این حوزه بر سه محور اصلی رفع شکست‌های بازار، ملاحظات توزیعی و اقتصاد سیاسی استوار است. در این بین الگوی استراتژیک SOAR با تمرکز بر نقاط قوت و فرصت‌ها رویکردی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد که بر مشارکت ذی‌نفعان، همسویی اهداف و بهره‌گیری از ظرفیت‌های نظام خدمات بهداشتی و درمانی تأکید دارد. مبتنی بر این رویکرد، بررسی ظرفیت‌های بخش خدمات بهداشتی و درمانی ایران نشان از ظرفیت‌های مطلوبی دارد که آثار آن در وضعیت شاخص‌هایی چون افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و مادران مشخص می‌شود. از جمله این ظرفیت‌ها می‌توان به توسعه شبکه مراقبت‌های اولیه، ظرفیت‌های سازمانی بیمه سلامت و سطح پوشش آن و پوشش گسترده واکسیناسیون اشاره داشت. این ظرفیت‌ها، همراه با نیروی انسانی متخصص و زیرساخت‌های فیزیکی روبه‌رشد، می‌تواند زمینه‌ساز تدوین راهبردی جامع و پایدار برای ارتقای نظام خدمات بهداشتی و درمانی ایران در جهت مواجهه با چالش‌های پیش‌رو باشد.



## بیان / شرح مسئله

ارتقای سلامت جامعه علاوه بر این که خود به‌عنوان یک هدف اساسی شناخته می‌شود، نقشی مهم در دستیابی به کاهش فقر، تحقق رشد اقتصادی و متعاقباً توسعه اقتصادی جوامع ایفا می‌کند. بنابراین از این منظر تخصیص منابع به بخش سلامت به‌عنوان سرمایه‌گذاری تلقی می‌شود. از طرفی ویژگی‌های خاص این بخش موجب می‌شود که سازوکارهای بازار به تنهایی قادر به تأمین کارایی و عدالت در ارائه خدمات نباشند و مداخله دولت اجتناب‌ناپذیر باشد. بر این اساس منطق نقش‌آفرینی دولت در بخش سلامت و مراقبت‌های بهداشتی بر سه استدلال اساسی شکست بازار، ملاحظات توزیعی و دلالت‌های اقتصاد سیاسی استوار است. شکست بازار بر ماهیت ناقص اطلاعات در این حوزه، رقابت محدود و مشکلات صنعت بیمه عمدتاً شامل مسئله اطلاعات نامتقارن و کژگزینی، آثار خارجی و هزینه‌های سنگین اداری اشاره دارد. همچنین برخی خدمات حوزه سلامت ماهیتی همچون کالاهای عمومی دارند که ضرورت مداخله دولت را ایجاب می‌کند.

ملاحظات توزیعی نیز مسئله دسترسی برابر به خدمات درمانی و بهداشتی را به‌عنوان یکی از مصادیق برابری فرصت‌ها و الزام‌های اساسی حقوق انسانی پیش می‌کشد. از منظر اقتصاد سیاسی نیز گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت علاوه بر دلالت‌های اقتصادی یا اخلاقی از فرایندها و چرخه‌های سیاسی تأثیر می‌پذیرند.

بر این اساس مداخله دولت در چارچوب منطق رفع شکست‌های بازار و تأمین ملاحظات توزیعی؛ تنها به تخصیص منابع محدود نمی‌شود، بلکه شامل هدایت راهبردی، نظارت، ایجاد هماهنگی و تضمین پاسخ‌گویی در نظام سلامت است. به‌طوری‌که دولت‌ها باید از طریق تدوین راهبردهای ملی با اهداف مشخص، مقررات قوی و سازوکار یادگیری مداوم، مسیر بهبود کیفیت، عدالت و کارایی نظام سلامت را ترسیم کنند. این راهبردها با ایجاد چشم‌انداز مشترک و سیاست‌های منسجم، از اقدام‌های پراکنده و کوتاه‌نگر جلوگیری کرده و هماهنگی میان اهدافی نظیر افزایش دسترسی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش نابرابری‌ها را ممکن می‌کنند.

بر اساس ادبیات موضوع، رویکردهای گوناگونی برای تدوین راهبرد معرفی شده است که از میان آنها الگوی استراتژیک SOAR به‌عنوان یک چارچوب تدوین راهبرد مثبت‌نگر شناخته می‌شود که با تکیه بر شناسایی نقاط قوت و فرصت‌های موجود بستر طراحی این راهبرد را فراهم می‌آورد. دو ویژگی اساسی این الگو مشتمل بر تکیه بر نقاط قوت و ظرفیت‌های موجود و رویکرد پایین به بالای مشارکت ذی‌نفعان در تدوین راهبرد است. با توجه به این ویژگی‌های کلیدی ابتدا ظرفیت‌های بخش سلامت احصا می‌شود و سپس با تکیه بر این ظرفیت‌ها یک نمونه اولیه از الگوی SOAR تصریح می‌شود.

## نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

به‌طور کلی بخش سلامت ایران دارای ظرفیت‌های مطلوبی است که نمود آن در رشد شاخص پوشش همگانی سلامت قابل مشاهده است. بر این اساس شاخص مذکور با طی روندی صعودی از مقدار ۵۰ در سال ۲۰۰۵ به عدد ۷۴ در سال ۲۰۲۱ و شاخص پوشش مؤثر همگانی سلامت نیز از عدد ۴۴ در سال ۱۹۹۰ به عدد ۷۰ در سال ۲۰۱۹ رسیده است.

ظرفیت‌های شکل گرفته در بخش سلامت در ابعاد مختلفی قابل بحث و بررسی است که در پژوهش حاضر برای روشمند ساختن این بررسی، متغیرهای تابع تولید نظام سلامت مدنظر قرار گرفته است. بر این اساس شاخص‌های شناسایی شده در ارتباط با ستانده بخش سلامت عبارت‌اند از: امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر (نوزادان، کودکان زیر پنج سال و مادران). نهادهای سلامت نیز مشتمل بر مخارج سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی، پوشش بیمه و هزینه‌های پرداخت از جیب، پوشش واکسیناسیون، تعداد پزشکان، تعداد تخت‌های بیمارستانی و میزان دسترسی به آب آشامیدنی و سرویس بهداشتی است.

به این ترتیب پس از بررسی آخرین داده‌های هر یک از متغیرهای صدرالذکر، ظرفیت‌های شناسایی شده در بخش سلامت ایران به شرح زیر است:

- ظرفیت نهادی و سازمانی قوی در نظام بیمه سلامت،
- شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC) در سراسر کشور،
- پوشش واکسیناسیون بالا (نزدیک به ۱۰۰ درصد برای واکسن‌های اصلی)،
- رشد منابع انسانی و زیرساختی شامل افزایش تعداد پزشک، تخت بیمارستانی و دسترسی به آب آشامیدنی سالم.

### پیشنهاد راهکار تقنینی، سیاستی یا نظارتی

بر اساس روش شناسی الگوی SOAR و با تکیه بر ظرفیت‌های احصا شده بخش سلامت، راهبردهای زیر پیشنهاد می‌شود:

- ۱ تعریف فرایند مشارکتی ملی برای تدوین مأموریت و شاخص‌های راهبردی با حضور دولت، بیمه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات، بخش خصوصی و جامعه مدنی جهت ایجاد چشم‌انداز مشترک و اجماع ملی،
- ۲ بهره‌گیری از ظرفیت شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC) و خانه‌های بهداشت برای پیشگیری، مدیریت و پایش بیماری‌های غیرواگیر با گسترش الگوهای عملیاتی موفق در مقابله با بیماری‌های واگیر،
- ۳ طراحی بسته سیاستی ارتقای سلامت با محوریت مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، تأمین مالی پایدار از طریق گسترش شبکه بیمه و جذب سرمایه‌گذاری عمومی و خصوصی با همسوسازی ذی‌نفعان،
- ۴ تقویت نقش بیمه سلامت به عنوان خریدار استراتژیک خدمات با حرکت از پرداخت مبتنی بر خدمت به پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت، جهت‌دهی منابع به پیشگیری و مراقبت مستمر بیماری‌های غیرواگیر با استفاده از ظرفیت تجمیعی صندوق‌های بیمه،
- ۵ نهادینه‌سازی مدل «شبکه سلامت محلی» در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها با ایجاد ساختارهای هم‌افزا بین وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و صندوق‌های بیمه برای اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و رصد شاخص‌های محلی،
- ۶ بازطراحی بسته مزایای بیمه‌ای با تمرکز بر بیماری‌های پر هزینه و غیرواگیر، مدیریت منابع محدود، افزایش کارایی و ایجاد مشوق‌های پیشگیرانه (تخفیف حق بیمه برای رفتارهای سالم و غربالگری)،
- ۷ تمرکز بر کارایی استانی از طریق بودجه‌ریزی سلامت مبتنی بر عملکرد با تخصیص اعتبارات بر اساس شاخص‌هایی مانند کاهش بستری‌های قابل پیشگیری، بهبود شاخص‌های سلامت مادر و کودک و پوشش خدمات پیشگیری.

## ۱. مقدمه

ارتقای سلامت جامعه و افزایش طول عمر به عنوان یک هدف اساسی و وسیله‌ای برای دستیابی به سایر اهداف توسعه شناخته می‌شود. در واقع ارتقای سلامت جامعه به مثابه یکی از عوامل مؤثر بر توسعه سرمایه انسانی<sup>۱</sup> موجب افزایش بهره‌وری سرمایه‌گذاری در سایر اشکال سرمایه انسانی می‌شود که متعاقباً افزایش سطح تولید و رشد اقتصادی را به دنبال دارد. بنابراین از منظر دانش اقتصاد توسعه، توجه به مسئله سلامت جامعه و ملحوظ داشتن آن در برنامه‌های توسعه توسط دولت الزامی به نظر می‌رسد.

1. Human Capital Development (HCD)



از طرفی، ویژگی‌های خاص این بخش موجب می‌شود که سازوکارهای بازار به تنهایی قادر به تأمین کارایی و عدالت در ارائه خدمات نباشند و حضور دولت در نقش تنظیم‌گر، تأمین‌کننده و ناظر ضروری باشد. بر این اساس منطق نقش‌آفرینی دولت در بخش سلامت و مراقبت‌های بهداشتی بر سه استدلال اساسی شکست بازار، ملاحظات توزیعی و دلالت‌های اقتصاد سیاسی استوار است. شکست بازار بر ماهیت ناقص اطلاعات در این حوزه، رقابت محدود، ماهیت مشابه با کالاهای عمومی و مشکلات صنعت بیمه شامل مسئله اطلاعات نامتقارن و کژگزینی، آثار خارجی، هزینه‌های سنگین اداری و ضرورت توزیع ریسک اشاره دارد.

از طرفی ملاحظات توزیعی نیز مسئله دسترسی برابر به خدمات درمانی و بهداشتی را به‌عنوان یکی از مصادیق برابری فرصت‌ها و الزام‌های اساسی حقوق انسانی پیش می‌کشد. از منظر اقتصاد سیاسی نیز گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت بیش از آن که صرفاً دلالت‌های اقتصادی یا اخلاقی داشته باشد، پدیده‌ای سیاسی هستند. در واقع امکان استفاده سیاستمداران از سیاست‌های مرتبط با بخش سلامت به‌عنوان ابزاری برای کسب رأی و جلب حمایت گروه‌های کلیدی موجب گسترش اقدام‌های دولت در این حوزه می‌شود.

در چنین بستری، تدوین **راهبرد ملی نظام سلامت** ضروری به‌نظر می‌رسد؛ زیرا بدون برنامه‌ریزی منسجم و جهت‌دار، ظرفیت‌های موجود در بخش سلامت به کارایی مطلوب دست نمی‌یابند و امکان هدر رفت منابع تخصیص یافته وجود دارد. در واقع مداخله دولت در چارچوب منطق مداخله دولت برای رفع شکست‌های بازار و تأمین ملاحظات توزیعی، تنها به تخصیص منابع، محدود نمی‌شود؛ بلکه شامل هدایت راهبردی، نظارت، ایجاد هماهنگی و تضمین پاسخ‌گویی در نظام سلامت است. دولت‌ها باید از طریق تدوین راهبردهای ملی با اهداف مشخص، مقررات قوی و سازوکار یادگیری مداوم، مسیر بهبود کیفیت و کارایی نظام سلامت را ترسیم کنند. این راهبردها با ایجاد چشم‌انداز مشترک و سیاست‌های منسجم، از اقدام‌های پراکنده و کوتاه‌نگرانه جلوگیری کرده و هماهنگی بین اهدافی نظیر افزایش دسترسی، بهبود کیفیت خدمات و کاهش نابرابری‌ها را ممکن می‌سازند.

اما تدوین راهبرد، خود نیازمند چارچوبی منسجم است. از میان الگوهای پیشنهاد شده برای تدوین راهبرد می‌توان به الگوی SOAR اشاره داشت. این چارچوب که بر شناسایی نقاط قوت،<sup>۱</sup> بهره‌گیری از فرصت‌ها،<sup>۲</sup> تصور آرمان‌ها<sup>۳</sup> و دستیابی به نتایج ملموس<sup>۴</sup> تأکید دارد، به دولت‌ها کمک می‌کند تا با تمرکز بر ظرفیت‌های موجود و ایجاد انگیزه و همسویی میان ذی‌نفعان، راهبردهایی انعطاف‌پذیر، مثبت‌نگر و مبتنی بر شواهد طراحی کنند.

بر این اساس گزارش حاضر با هدف شناسایی ظرفیت‌های بخش سلامت ایران و تصریح یک الگوی SOAR نمونه مرتبط با این ظرفیت‌ها در هفت بخش به رشته نگارش درآمده است. به‌نحوی که در بخش دوم پیشینه مطالعاتی مرتبط با موضوع در مرکز پژوهش‌های مجلس مورد بررسی قرار گرفته است. در بخش سوم اهمیت توجه دولت به بخش سلامت از منظر آثار آن بر رشد و توسعه اقتصادی ارائه شده است. در بخش چهارم نیز منطق مداخله دولت در بخش سلامت از دریچه شکست‌های بازار، ملاحظات توزیعی و اقتصاد سیاسی مورد توجه قرار می‌گیرد. در بخش پنجم ویژگی‌های الگوی SOAR مورد بحث قرار گرفته است. بخش ششم به تصریح الگوی مذکور اختصاص یافته است. همچنین در فرایند تصریح الگوی SOAR چارچوب شناسایی متغیرهای مهم بخش سلامت و شاخص‌های مرتبط با آن نیز معرفی شده است. در پایان، بخش هفتم به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری گزارش اختصاص یافته است.

1. Strengths
2. Opportunities
3. Aspirations
4. Results



## ۲-۱. سوابق مطالعاتی در مرکز

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، در راستای منویات مقام معظم رهبری مبنی بر توجه به ظرفیت‌ها و فرصت‌های موجود، براساس روش‌شناسی الگوی SOAR مطالعات متعددی در باب ظرفیت‌شناسی حوزه‌های مختلف انجام داده است. شرح تعدادی از این مطالعات در قالب جدول زیر ارائه شده است:

### جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی

ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر/سازمان/نهاد	توضیحات
۱	ظرفیت‌شناسی دولت الکترونیکی و مدیریت داده در کشور	۱۴۰۴	۲۰۷۰۷	مطالعات مدیریت (گروه دولت الکترونیک و مدیریت داده)	شناسایی ظرفیت‌های حوزه مذکور مبنی بر مجموعه‌ای از قوانین و نهادهای هماهنگ‌کننده در زمینه دولت الکترونیک، نسل جوان و نیروی متخصص در حوزه فناوری اطلاعات در کشور، نمونه‌های موفق ارائه خدمات الکترونیک در کشور، مشارکت بخش خصوصی در هوشمندسازی خدمات دولتی و بهره‌برداری از پنجره واحد خدمات هوشمند دولت در توسعه همکاری‌های بین‌المللی
۲	سامانه مؤدیان؛ بستر هوشمندسازی نظام مالیاتی و تحقق عدالت مالیاتی	۱۴۰۴	۲۰۷۱۳	مطالعات بخش عمومی (گروه سیاست‌های مالیاتی)	بررسی اجرای قانون پایانه‌های فروشگاه‌ها و سامانه مؤدیان مصوب سال ۱۳۹۸ با هدف ارزیابی میزان تحقق اهداف قانون و شناسایی الزام‌های اجرایی برای بهبود عملکرد سامانه مؤدیان (شناسایی ظرفیت‌ها بر اساس الگوی SOAR).
۳	نگاهی به فرصت‌ها و الزام‌های تقویت ورود سرمایه‌گذاری خصوصی و مردمی به حوزه زیرساخت	۱۴۰۴	۲۳۰۲۰۸۵۷	مطالعات بخش عمومی (گروه سرمایه‌گذاری‌های عمومی و مالیه دولت‌های محلی)	معرفی نقاط قوت موجود در کشور برای بهبود اقتصاد طرح‌های زیرساختی و فرصت‌های موجود شامل: ظرفیت ماده (۱۶) قانون جهش تولید دانش‌بنیان، ظرفیت ماده (۱) آیین‌نامه اجرایی قانون احداث پروژه‌های عمرانی بخش راه و ترابری از طریق مشارکت بانک‌ها و سایر منابع پولی و مالی کشور، قانون تأمین مالی تولید و زیرساخت، احکام قانون برنامه هفتم توسعه در حوزه مشارکت عمومی-خصوصی، زمین‌های مازاد دولت، اصلاح نظام قیمت‌گذاری در تأمین زیرساخت، قیمت‌گذاری پلکانی بر اساس الگوی مصرف، تأمین مالی زمین محور، بهبود دهنده‌های اعتباری (بیمه ریسک سیاسی، خط اعتباری مشروط و بیمه اتکایی)، اعتبار استنادی، اوراق تضمین و استفاده از توان فنی بخش خصوصی.
۴	ظرفیت‌شناسی بخش آب از منظر سرمایه‌گذاری	۱۴۰۴	۲۰۸۸۳	مطالعات زیربنایی (گروه آب)	شناسایی عناصر الگوی SOAR در حوزه سرمایه‌گذاری بخش آب (۱۴ نقطه قوت، ۱۳ فرصت، ۹ چشم‌انداز و ۹ نتیجه)
۵	ظرفیت‌شناسی مدیریت سرمایه انسانی دستگاه‌های اجرایی	۱۴۰۳	۲۰۵۵۷	مطالعات مدیریت (گروه منابع انسانی و امور استخدامی)	شناسایی ظرفیت‌های این حوزه مبنی بر فرصت جایگزینی نسل جوان و با انگیزه در نظام اداری (با توجه به نزدیکی بازنشستگی بخش قابل توجهی از کارکنان دولت)، انتقال دانش و تجربه سازمان‌های بخش خصوصی به بخش دولتی، ظرفیت اصلاح و تنقیح قوانین و مقررات گسترده و پیچیده اداری و استخدامی با استفاده از هوش مصنوعی و ظرفیت اندیشکده‌های تخصصی، ظرفیت پذیرش تصمیمات متمرکز اداری در دستگاه‌های اجرایی بخش عمومی، ظرفیت تحول در سرمایه انسانی و فناوری‌های انجام وظایف متولی راهبری نظام اداری کشور، یکپارچه‌سازی سامانه‌های مختلف حوزه سرمایه انسانی دولت، تحقق دولت هوشمند و تقویت کارایی، اثربخشی و بهره‌وری دولت.



## ۳. اهمیت بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی



سازمان بهداشت جهانی،<sup>۱</sup> بهداشت عمومی<sup>۲</sup> را به عنوان تمام اقدام‌های سازمان یافته برای پیشگیری از بیماری، ارتقای سلامت و افزایش طول عمر در میان کل جمعیت تعریف می‌کند [۱]. سلامت نیز در رابطه با وضعیت عمومی، یعنی وضعیت بدن یا ذهن، از نظر وجود بیماری، آسیب یا نقص تعریف می‌شود. به طوری که بدون وجود وضعیت مناسب ذهنی و جسمی، انجام هر گونه فعالیت اقتصادی تقریباً غیرممکن یا ناکارآمد خواهد بود [۲].

در این شرایط بهبود سلامت به مثابه یک هدف اجتماعی مهم شناخته می‌شود که مزایای مستقیم آشکاری از نظر زندگی طولانی‌تر و با کیفیت بهتر برای میلیون‌ها نفر در پی دارد. همچنین اجماع فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود سلامت می‌تواند از طریق تسریع رشد اقتصادی، مزایای غیرمستقیمی داشته باشد. بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، فقدان سلامت عمومی در یک جامعه آثار مخربی بر توسعه اقتصادی دارد و گسترش پوشش خدمات بهداشتی ضروری می‌تواند فقر را کاهش دهد و توسعه اقتصادی را تحریک کند [۳].

بنابراین بهبود سلامت و افزایش طول عمر ضمن این که به خودی خود به عنوان یک هدف اساسی مطرح می‌شود؛ وسیله‌ای برای دستیابی به سایر اهداف توسعه نیز خواهد بود. بر اساس ادبیات تجربی گسترده‌ای که در این زمینه وجود دارد، ارتباط قوی میان سلامت و رشد اقتصادی بلندمدت و کاهش فقر مشاهده شده و شیوع گسترده بیماری، به عنوان مانعی جدی در مسیر تحقق رشد اقتصادی شناخته می‌شود. برای مثال گالوپ و ساکس<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) اذعان می‌کنند که ریشه کن کردن مالاریا در کشورهای جنوب صحرائی آفریقا می‌تواند نرخ رشد سرانه این قاره را تا ۲/۶ درصد در سال افزایش دهد. به گزارش سازمان بهداشت جهانی نیز افزایش ۱۰ درصدی امید به زندگی در بدو تولد، رشد اقتصادی را حداقل ۰/۳ الی ۰/۴ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال افزایش می‌دهد [۳] [۴] [۵] [۶] [۷].<sup>۴</sup>

به طور کلی کانال‌های گوناگونی برای تأثیر سلامت بر سطح تولید توسط اقتصاددانان شناسایی شده است. یکی از این کانال‌ها، که مبین اثر مستقیم<sup>۵</sup> سلامت است، بر مسئله بهره‌وری بالاتر از ناحیه سلامت جسمی و ذهنی نیروی کار اشاره دارد. از جمله کانال‌های غیرمستقیم نیز می‌توان به ارتقای سرمایه انسانی از طریق بهبود آموزش<sup>۶</sup> و افزایش سرمایه فیزیکی به دلیل افزایش انگیزه افراد برای سرمایه‌گذاری و افزایش تولید نهایی سرمایه<sup>۷</sup> اشاره داشت. در واقع بهبود سلامت به عنوان یکی از عوامل مهم در توسعه سرمایه انسانی<sup>۸</sup> شناخته می‌شود و بهبود وضعیت سلامت یک جامعه افزایش بهره‌وری سرمایه‌گذاری در سایر اشکال سرمایه انسانی و متعاقباً افزایش سطح تولید و رشد اقتصادی را به دنبال دارد [۲] [۴] [۶] [۸].<sup>۹</sup> بنابراین از منظر دانش اقتصاد توسعه، توجه به مسئله سلامت جامعه و ملحوظ داشتن آن در برنامه‌های توسعه توسط دولت الزامی به نظر می‌رسد.

1. World Health Organization (WHO)

2. Public Health

3. Gallup and Sachs

۴. مطابق با مطالعات تجربی موجود، رابطه مثبت میان شاخص امید به زندگی و تولید ناخالص داخلی برای ایران نیز برقرار است، هر چند که ضرایب تأثیر گذاری بسته به روش شناسی و دوره زمانی مطالعه متفاوت است [۵۱] [۵۲].

5. The Proximate or Direct Effect of Health

۶. در این شرایط سرمایه‌گذاری در آموزش توسط فرد می‌تواند در طول یک عمر کاری طولانی‌تر مستهلک شود. همچنین دانش آموزان سالم‌تر غیبت کمتر و عملکرد شناختی بالاتری دارند؛ بنابراین برای یک سطح معین از تحصیل آموزش بهتری دریافت می‌کنند [۸].

۷. کاهش مرگ و میر ممکن است افراد را به سمت پس‌انداز بیشتر سوق دهد و در نتیجه سطح سرمایه‌گذاری و سرمایه فیزیکی به ازای هر کارکن را افزایش دهد. از طرفی وجود کارکنان سالم‌تر محصول نهایی سرمایه را افزایش می‌دهد [۸].

8. Human Capital Development (HCD)

۹. همچنین مطابق با استدلال اندیشمندانی نظیر عجم‌وگلو، جانسون و رابینسون (۲۰۰۱) در یک افق زمانی بسیار بلندمدت، محیط بهداشتی نامناسب در برخی از نقاط جهان، استعمارگران اروپایی را به ایجاد نهاد‌های بهره‌کشی (Extractive institutions) سوق داد که به نوبه خود سطوح تولید فعلی را کاهش می‌دهد [۸].

## ۴. منطق نقش آفرینی دولت در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی



یکی از ویژگی‌های کلیدی رابطه میان سلامت و رشد اقتصادی، وجود علیت دوطرفه بین آنهاست. به نحوی که سلامت بهتر به طرق مختلف باعث افزایش رشد اقتصادی می‌شود. در عین حال، پیشرفت اقتصادی، انباشت بیشتر سرمایه سلامت را تشویق می‌کند. به عبارتی فقر باعث بیماری می‌شود و بیماری، افراد فقیر را فقیر نگه می‌دارد [۸] [۹]. اما به رغم آثار مثبت رشد اقتصادی، نمی‌توان انتظار داشت که سلامت جامعه صرفاً از طریق سازوکارهای خودکار بهبود یابد. در ارتباط با این مسئله، مقایسه پیامدها و دستاوردهای بخش سلامت بین کشورها حاکی از آن است که وجود نهادهای قوی تر و اولویت بالاتر برای بهداشت و سلامت می‌تواند بر روندهای بخش سلامت را ارتقا دهد.<sup>۱</sup> بنابراین در چنین شرایطی نقش آفرینی مؤثر دولت اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد [۱۰] [۲] [۱۱].

ادبیات تجربی مرتبط با این موضوع نیز موید ایفای نقش مؤثر دولت در بخش سلامت است. به نحوی که مخارج تخصیص یافته به بخش سلامت می‌تواند امید به زندگی را بهبود بخشد و میزان مرگ‌ومیر را کاهش دهد [۱۲] [۱۳] [۱۴] [۱۵] [۱۶]. البته همانند سایر بخش‌های اقتصاد، در این حوزه نیز نقش آفرینی متغیرهای میانجی نظیر کیفیت بالاتر حکمرانی و محیط عاری از فساد برای بهبود کارایی مخارج دولت و گسترش کمی و کیفی پوشش سلامت دور از انتظار نیست [۱۷] [۱۸].<sup>۲</sup>

با این وجود حوزه سیاستگذاری‌های عمومی در بخش سلامت با انبوهی از سؤالات در مورد چرایی، نوع و دامنه اقدام‌های دولت مواجه است. در این بین استدلال‌های اصلی بر مسئله شکست بازار، ملاحظات توزیعی و دلالت‌های اقتصاد سیاسی تکیه دارند [۱۹]. که در ادامه هر یک از استدلال‌های فوق مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

### ۴-۱. شکست بازار

نقص‌های بالقوه بازار در رابطه با بخش سلامت و مراقبت‌های بهداشتی عمدتاً بر مسائل مربوط به اطلاعات و ناطمینانی تمرکز دارند. در این رابطه می‌توان به تحلیل بنیادین ارو<sup>۴</sup> (۱۹۶۳) اشاره داشت که بر چندین منبع بالقوه نقص بازار، از جمله اطلاعات نامتقارن<sup>۵</sup> بین مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی، ناطمینانی در مورد نیازهای فعلی و آینده برای خدمات پزشکی و شرایط غیر رقابتی تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی تأکید می‌کند [۱۹] [۲۰]. نتیجه عینی این ناکارایی‌ها به شکل افزایش هزینه‌های این بخش از ناحیه ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی، ارائه مراقبت‌های نامناسب و پوشش غیر فراگیر بیمه سلامت قابل مشاهده است [۲۱] [۲۲]. بنابراین زمانی که بازار در دستیابی به وضعیت بهینه شکست می‌خورد، جامعه شکاف بین وضعیت موجود و بهینه را شناسایی نموده و از طریق نهادهای اجتماعی غیربازاری سعی بر رفع آن می‌کند [۲۰]. در این شرایط دولت به مثابه مهم‌ترین نهاد اجتماعی غیربازاری شناخته شده و نقش ویژه‌ای برای آن قابل تصور است. دولت‌ها ممکن است به طرق مختلفی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی مداخله کنند که از جمله می‌توان به اقدام‌هایی نظیر پرداخت مستقیم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، یارانه دادن به خریدهای فردی مراقبت‌های بهداشتی و بیمه

۱. برای مثال سیستم بهداشت و سلامت کوبا نسبت به بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین از وضعیت بهتری برخوردار است. در مقابل سیاست‌های حوزه سلامت در آفریقای جنوبی - برای مثال منفعل عمل کردن در قبال HIV - به‌عنوان یکی از ثروتمندترین کشورهای آفریقا نتایج نامطلوب و حتی فاجعه برانگیز در پی داشته است [۱۱].

۲. براساس آن چه در ارتباط با کانال‌های ارتباطی میان سلامت جامعه و رشد اقتصادی ذکر شد؛ اثر مثبت مخارج دولت بر برونداد سلامت، متعاقباً اثر مثبتی بر رشد تولید ناخالص داخلی دارد. به طوری که صحت این تأثیر برای ایران نیز توسط مطالعات پشتیبانی می‌شود [۱۵] [۱۶] [۱۷] [۱۸].

۳. کشورهایی با کیفیت نهادی بالاتر سریع‌تر به پوشش همگانی بیمه سلامت دست یافته‌اند. در مقابل، دولت‌های درگیر با ضعف نهادی یا فساد بالا، حتی با افزایش بودجه سلامت، در ارتقای کیفیت خدمات بیمه با چالش‌های بیشتری مواجه بوده و به نتایج ضعیف‌تری دست یافته‌اند. بنابراین قبل از افزایش سطح مخارج عمومی، وجود کیفیت حکمرانی و ظرفیت اجرایی دولت به‌عنوان پیش شرط گسترش کمی و کیفی بیمه سلامت مطرح می‌شوند [۱۸].

4. Arrow

5. Asymmetric Information



سلامت، ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، تأمین مالی تحقیقات، جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار و تنظیم‌گری بازار داروها و تجهیزات پزشکی اشاره داشت [۲۱].

به‌طور کلی چهار مورد از عمده‌ترین شکست‌های بازار در بخش مراقبت‌های بهداشتی ذیل مفاهیم اطلاعات ناقص،<sup>۱</sup> رقابت محدود،<sup>۲</sup> نقش مؤسسات غیرانتفاعی و مصائب صنعت بیمه صورت‌بندی می‌شود [۲۱]. همچنین برخی کالاها در حوزه سلامت از ماهیتی شبیه به کالاهای عمومی برخوردارند که تا حدود زیادی ضرورت مداخله دولت را ایجاد می‌کند [۸]. در ادامه شرح هر کدام از این موارد بیان می‌شود:

**۱- اطلاعات ناقص:** در مراجعه بیمار به پزشک، آن چه خریداری می‌شود دانش و اطلاعات پزشک است. در این شرایط بیمار باید به قضاوت پزشک در مورد روش درمان و داروی تجویز شده تکیه و اعتماد کند. از آنجا که بیماران فاقد تخصص پزشکی هستند، عموماً نمی‌توانند توصیه‌های پزشکان خود را به‌طور مؤثر ارزیابی کنند. حتی ممکن است نتوانند تشخیص دهند که آیا یک پزشک واجد شرایط کیفی لازم برای طبابت است یا خیر. در واقع ارزیابی کیفیت خدمات پزشکان برای بیماران بسیار دشوار است و کسب اطلاعات از سایر بیماران نیز به‌دلیل تفاوت‌های بالقوه در شرایط آنها لزوماً به نتیجه مطلوبی منتهی نمی‌شود. بنابراین می‌توان بر این نکته اذعان داشت که مصرف‌کنندگان خدمات درمانی فاقد معیارهای عینی متقن برای تشخیص کیفیت پزشک هستند. به همین دلیل مداخله دولت در حوزه صدور مجوز پزشکان و تنظیم‌گری در حوزه داروهایی قابل تجویز به امری متداول تبدیل شده است [۱۹] [۲۰] [۲۱].

از طرفی اثرگذاری روش‌های درمانی نیز تا حدود زیادی دارای ماهیت تصادفی است و امکان ارزیابی و مقایسه اطلاعات مربوط به آثار روش‌های درمانی از سوی بیماران به راحتی میسر نیست. زیرا افراد به ندرت چندین بار با یک بیماری جدی مواجه می‌شوند، بنابراین فرصت کمی برای کسب اطلاعات در مورد عملکرد نسبی شیوه‌های درمانی مختلف وجود دارد. برای مثال برخلاف سایر کالاها و خدمات معمولاً افراد درمان‌هایی مانند پیوند کلیه، جراحی قلب و غیره را به‌صورت مکرر تجربه و خریداری نمی‌کنند [۱۹] [۲۰] [۲۱]. لذا حسب ویژگی‌های ذکر شده، احتمال انتخاب‌های عقلایی از سوی بیماران در مورد خدمات مراقبت‌های بهداشتی کاهش می‌یابد [۱۹] [۲۰].

**۲- رقابت محدود:** اطلاعات ناقص، سطوح مؤثر رقابت را کاهش می‌دهد. در مقام مقایسه با سایر کالاها و خدمات، شرکت سازنده کالایی نظیر تلویزیون می‌تواند با کاهش قیمت، مشتریان شرکت‌های رقیب را جذب کند. در واقع خریداران این نوع کالاها در تشخیص و انتخاب بالاترین ارزش - مطلوبیت - به ازای پرداخت خود مشکلی ندارند. در مقابل، بیماران در مواجهه با پزشکی که قیمت‌های پایین‌تری نسبت به رقبای خود دریافت می‌کند، ممکن است استنباطی مبنی بر فقدان تقاضای کافی از خدمات پزشک مذکور داشته و کمبود آشکار تقاضا برای خدمات و سعی وی در جذب مشتریان از طریق قیمت پایین‌تر را ناشی از کیفیت پایین او بدانند [۲۱].

به این ترتیب، ناهمگونی خدمات پزشکی، مقایسه قیمت و کیفیت را دشوار می‌کند و بنابراین مانع از انتشار مؤثر اطلاعات می‌شود. فرد A ممکن است از نحوه درمان و خدمات پزشک خود راضی باشد، اما اگر مشکلات پزشکی او با فرد B متفاوت باشد، رضایت وی تضمینی برای رضایت فرد B از مراجعه به همان پزشک ایجاد نمی‌کند. بنابراین با توجه به طیف وسیع کیفیت خدمات پزشکان، صرف دانستن قیمت خدمات ارزش محدودی خواهد داشت. از طرفی رویه‌های حاکم بر رفتار حرفه‌ای شغل پزشکی مانند منع تبلیغات نیز ممکن است محدودیت رقابت ناشی از اطلاعات ناقص را تشدید کند. در مواردی هم که اجازه تبلیغ داده شده است، آثار آن بر رقابت هنوز مشخص نیست. از طرفی بسیاری از تبلیغات در این حوزه ممکن است آموزنده نباشد [۲۱].

در نهایت، در بسیاری از جوامع کوچک، تعداد اندکی پزشک و بیمارستان برای انتخاب وجود دارند. بسیاری از بیمارستان‌ها و برخی از پزشکان متخصص ممکن است در بازارهای محلی خود انحصارگر باشند، همچنین امکان تبانی بین پزشکان مختلف در یک منطقه وجود دارد [۱۹] [۲۰] [۲۱].

1. Imperfect Information  
2. Limited Competition

**۳** **فقدان انگیزه کسب سود:** یکی دیگر از تفاوت‌های مهم بین بازار مراقبت‌های بهداشتی و بازارهای رقابتی استاندارد، نقش پررنگ سازمان‌های غیرانتفاعی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی است. هدف چنین مؤسساتی صرفاً به حداقل رساندن هزینه ارائه خدمات یا حداکثرسازی سود نیست. این در حالی است که در مقام نظریه، بیمارستان‌های انتفاعی به‌طور واضح‌تری از انگیزه‌های مبنی بر افزایش کارایی و ایجاد نوآوری برخوردارند. اما در این شرایط نیز نگرانی‌هایی در باب انگیزه‌های نادرست برای کاهش کیفیت، به‌ویژه در شرایطی که قضاوت در مورد کیفیت دشوار است، وجود دارد. زیرا بخش زیادی از پولی که مؤسسات انتفاعی کسب می‌کنند به جای ارائه مراقبت‌های بهداشتی بهتر می‌تواند صرف پرداخت حقوق بالای مدیران و سود سهام شود. در مثالی دیگر مؤسسات انتفاعی انتقال خون به جمع‌آوری خون از معطادان به مواد مخدر و سایر افرادی که خونشان احتمال بیشتری برای انتقال بیماری داشت، شهرت یافته‌اند. در نتیجه، این بازار در تسلط شرکت‌های غیرانتفاعی قرار گرفته است [۲۱].

مشکلات انگیزشی فوق که ارائه‌دهندگان انتفاعی و ارائه‌دهندگان غیرانتفاعی با آن مواجه‌اند، تا حد زیادی از اطلاعات ناقص ناشی می‌شود. اگر بیماران می‌توانستند به راحتی از کیفیت آن‌چه خریداری می‌کنند، اطمینان حاصل کنند، هر دو نوع ارائه‌دهندگان -انتفاعی و غیرانتفاعی- خدمات انگیزه‌های قوی‌تری برای دستیابی به کارایی و کیفیت بالا داشتند [۲۱].

**۴** **مشکلات صنعت بیمه:** شواهد تجربی حاکی از آن است که دسترسی به خدمات درمانی و متعاقباً پیامدهای مرتبط با سلامتی افراد در غیاب بیمه به‌طور قابل توجهی دچار افول می‌شود. از طرفی رشد هزینه مراقبت‌های بهداشتی در بلندمدت نیز عمدتاً سریع‌تر از رشد تولید ناخالص داخلی است؛<sup>۱</sup> که این مسئله پایداری مالی این بخش را با تهدید مواجه می‌سازد [۲۲].

این در حالی است که بازار بیمه‌های سلامت به علل گوناگون در معرض ناکارایی و شکست قرار دارد. در واقع اگر فروض بازارهای رقابتی در واقعیت مصداق می‌یافت و بازارها مطابق آن عمل می‌کردند، نیازی به مداخله دولت در بازارهای بیمه و سلامت نبود و افراد منطبق با نیازهای خود و با قیمت‌های منصفانه از نظر آمار اقدام به خرید بیمه می‌کردند [۲۲]. اما در مقام عمل سیستم بیمه سلامت مبتنی بر بازار با مشکلات قابل توجهی مواجه است [۲۲] [۲۱]:

■ برخی افراد به دلیل خرید بیمه‌نامه‌های جامع (بیش از نیاز واقعی)، از خدمات بهداشتی غیر ضروری بهره می‌برند. در این شرایط بیمه هزینه‌های زیادی به سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. به یک معنا می‌توان به وجود مخاطرات اخلاقی<sup>۲</sup> اشاره داشت که صنعت بیمه به صورت عام با آن مواجه است؛ جایی که انگیزه افراد تحت پوشش بیمه برای حفظ سلامت و کنترل هزینه‌های بهداشتی کاهش می‌یابد.

■ بسیاری از افراد امکان خرید و استفاده از بیمه را ندارند (سطح پوشش پایین)، یا صرفاً با هزینه گزافی می‌توانند آن را دریافت کنند.

■ بالابودن هزینه‌های مبادله در صنعت بیمه از جمله هزینه‌های عملیاتی و مدیریتی شرکت‌های بیمه باعث کاهش سطح مطلوب خدمات بیمه‌ای می‌شود.

■ محدودیت رقابت بین ارائه‌دهندگان خصوصی بیمه سلامت و هزینه‌های متعاقب آن.

■ محدود ساختن گزینه‌های انتخاب بیماران و پزشکان - برای مثال در انتخاب پزشک و روش‌های درمان - در تلاش برای پایین نگه داشتن هزینه‌ها.

۱. برای ایران نیز شواهد تجربی موید وجود چنین روندی است [۵۳].

۲. Moral Hazard: به‌طور کلی وجود بیمه احتمال اتفاقات تحت پوشش را افزایش می‌دهد. در این بین وجود یک بده‌بستان متصور است؛ مبنی بر این که هر چه پوشش بیمه بیشتر باشد، فرد با ریسک کمتری روبه‌رو می‌شود، اما انگیزه‌های مراقبت ضعیف‌تر و در نتیجه هزینه‌های کلی بیشتر می‌شود. بنابراین یک بیمه بهینه این بده‌بستان‌ها را متعادل می‌کند. همچنین مخاطرات اخلاقی به‌عنوان یک پدیده چندبعدی شناخته می‌شود که در ابعاد مختلفی بروز می‌یابد. سه نوع مخاطره اخلاقی بسیار مهم مرتبط با بیمه‌های سلامت عبارت‌اند از: الف) کاهش احتیاط در برابر رویدادهای نامطلوب؛ به دلیل وجود بیمه درمانی، افراد فعالیت‌های پیشگیرانه برای محافظت از سلامت خود را کاهش می‌دهند. ب) افزایش هزینه‌ها؛ به دلیل داشتن بیمه درمانی، استفاده از مراقبت‌های پزشکی نسبت به حالت عادی بیشتر می‌شود. ج) واکنش سیستم درمانی به بیمه؛ در صورت وجود بیمه درمانی، پزشکان مراقبت‌های غیر ضروری خود را افزایش می‌دهند.



این مشکلات با یکدیگر تعامل داشته و می‌توانند اثری هم‌افزا ایجاد کنند. برای مثال وجود رقابت محدود زمینه کسب سود بیشتر را فراهم می‌کند و این سود بالا منابع و انگیزه‌هایی را در اختیار شرکت‌های بیمه قرار می‌دهد تا علیه بسیاری از اصلاحاتی که کارایی کلی سیستم مراقبت‌های بهداشتی را افزایش می‌دهد، لابی کنند [۲۱]. در ادامه شرحی از رایج‌ترین دلایلی که منجر به شکست بازار بیمه‌های سلامت می‌شود:

• **اطلاعات نامتقارن و مسئله کژگزینی:** یکی از ویژگی‌های اساسی بازارهای بیمه که موجب شکست بازار می‌شود، در نبود تقارن اطلاعات در مورد سطح ریسک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار نمود می‌یابد. به عبارتی اطلاعات بیمه‌گذاران در مورد سطح ریسک خود بیشتر از بیمه‌گران است<sup>۲</sup> و خریداران بیمه اطلاعات بیشتری در مورد ریسک‌های مرتبط با سلامت خود نسبت به فروشنده (بیمه‌گر) در اختیار دارند. در این وضعیت به‌طور طبیعی بیمه‌گر تمایلی به فروش بیمه نخواهد داشت؛ زیرا نگران است که فقط افراد دارای مشکلات و ریسک‌های بالا، تقاضای بیمه کنند. برای رفع این مسئله بیمه‌گران مجبور به برآورد حق بیمه‌ای بالاتر از حق بیمه منصفانه برای همگان می‌شوند. به عبارتی بیمه‌گر مجبور به برآورد و افزایش نرخ بیمه‌نامه بر حسب مقدار میانگینی می‌شود که فقط برای افراد پرریسک جذاب است. لذا این قبیل افراد اقدام به خرید بیمه می‌کنند و افراد کم‌ریسک از بازار خارج می‌شوند.<sup>۳</sup> در این شرایط مسئله کژگزینی حادث می‌شود. از طرفی اگر بیمه‌گر نرخ‌های خرید بیمه را افزایش ندهد دچار زیان می‌شود؛ زیرا مبلغی را دریافت می‌کند که با هزینه‌های سلامت افراد پرریسک تناسبی ندارد. بنابراین با علم به وجود چنین زانی، تمایلی به ارائه بیمه نخواهد داشت. در نتیجه، هیچ نوع بیمه‌ای برای آحاد افراد جامعه در دسترس نخواهد بود. همچنین اگر شرکت بیمه از وضعیت ریسک افراد با ریسک بسیار بالا مطلع باشد، این امکان وجود دارد که از فروش بیمه به آنها امتناع کند. اقدامی که به کاهش سطوح پوشش بیمه منجر می‌شود و در مورد افرادی که با ریسک‌های مادرزادی در مورد سلامت‌شان مواجه‌اند، حاوی ملاحظات اخلاقی است [۲۲] [۱۸].<sup>۴</sup>

• **آثار خارجی:** یک دلالت کلاسیک برای مداخله دولت در بازارهای بیمه، وجود آثار خارجی منفی<sup>۵</sup> است که از طریق سطوح ناکافی پوشش بیمه -چه از منظر کمی و چه کیفی- به دیگران تحمیل می‌شود. وقتی فرد A بیمه نداشته باشد؛ از ناحیه فقدان سلامت می‌تواند باعث بیماری دیگران شود و در نتیجه یک عارضه جانبی فیزیکی منفی ایجاد کند [۲۲].

• **هزینه‌های اداری:** شواهد موجود حاکی از وجود هزینه‌های اداری بالا در نظام بیمه است. در یک دنیای رقابتی بدون هزینه‌های مبادله،<sup>۶</sup> تمام پولی که به شکل حق بیمه نصیب شرکت بیمه می‌شود، برای جبران خسارت و هزینه بیماران پرداخت می‌شود. اما در عمل باید هزینه‌های اداری فروش بیمه‌نامه را نیز در نظر گرفت. به عنوان مثال، شرکت‌های بیمه مبالغ زیادی را صرف تلاش برای شناسایی سطوح ریسک‌ها می‌کنند. این هزینه‌های مبادله برای بیمه‌نامه‌های ارائه شده توسط شرکت‌های بزرگ نسبتاً کم است، اما شرکت‌های کوچک با بار بسیار سنگین‌تری روبه‌رو هستند. از طرفی علاوه بر هزینه مبادله مستقیم، هزینه‌های مبادله در سایر بخش‌های مراقبت بهداشتی را هم باید در نظر گرفت. به نحوی که بخشی از هزینه‌های بیمارستان‌ها صرف هزینه‌های اداری می‌شود. همچنین سعی بیمه‌شدگان در وصول مطالبات خود نیز هزینه‌هایی در پی دارد [۲۱].

بنابراین با سر بار شدن این هزینه‌ها بر حق بیمه پرداختی، برخی افراد با درجات محدود ریسک‌گریزی، ممکن است از خرید بیمه صرف نظر

1. Adverse Selection

۲. شهود شکست بازار ناشی از نبود تقارن اطلاعات، به بهترین شکل با استفاده از مثال بازار خودروهای دست دوم (بازار لیموها)، توسط جورج آکرلوف (۱۹۷۰) نشان داده شده است [۲۲] [۵۴].

۳. فقط کسانی که بیمه برایشان یک معامله منصفانه است، آن بیمه را می‌خرند. بنابراین با یک قیمت میانگین (بر حسب هزینه گروه‌های با ریسک بالا و پایین)، فقط کسانی که در گروه ریسک بالا هستند، خرید بیمه را یک معامله منصفانه می‌دانند [۲۲].

۴. نگرانی در مورد فقدان پوشش بیمه برخی از گروه‌های پرخطر در جمعیت -به ویژه سالمندان- یکی از قوی‌ترین انگیزه‌ها برای گسترش نقش دولت در مراقبت‌های بهداشتی بوده است. علاوه بر این، یک مسئله اخلاقی وجود دارد: آیا باید از کسی که بیماری قلبی مادرزادی دارد، خواسته شود که هزینه بیشتری برای بیمه بپردازد؟ اکثر جوامع صنعتی پیشرفته به این سؤال پاسخ منفی داده و نوعی سیستم بیمه سلامت همگانی متوسل شده‌اند. که گاهی توسط دولت و گاهی توسط نهادهای خصوصی یا غیرانتفاعی اداره می‌شود [۲۱].

5. Negative Externalities

6. Transactions Costs

کنند. به این ترتیب، ناکارآمدی‌های اداری می‌تواند به شکست بازار منجر شود زیرا همه افراد، همان‌طور که در حالت بهینه مورد انتظار است، به‌طور کامل بیمه نخواهند شد [۲۲].

• **پدرمآبی:**<sup>۱</sup> پدرمآبی یکی دیگر از انگیزه‌های اصلی برای مداخله در بازار بیمه‌های اجتماعی است. در برخی شرایط فقدان اجبار از سوی دولت باعث می‌شود افراد در خرید بیمه مناسب خود کوتاهی کنند.<sup>۲</sup> این انگیزه برای مداخله ارتباط چندانی با شکست بازار ندارد. در عوض، به شکست افراد در به حداکثر رساندن مطلوبیت خود مربوط می‌شود. بنابراین اجبار دولت‌ها می‌تواند مبتنی بر افزایش مطلوبیت افراد و خیر عمومی باشد [۲۲].

🔴 **کالاهای عمومی:** یک دلیل کلیدی برای ارائه برخی خدمات حوزه سلامت از سوی دولت، ناظر بر ماهیت این خدمات است که مشمول ویژگی‌های کالای عمومی هستند. به‌عنوان مثال، بهبود کیفیت آب شرب، هوا و برنامه‌های ایمن‌سازی جمعیت حاوی آثار سرریز مثبت است. بنابراین مطلوبیت هر خانوار مستقیماً به اقدام‌ها و رفتار سایر خانوارها بستگی دارد. لذا برای یک کالای عمومی از این نوع، انباشت سرمایه سلامت یک خانوار (یا وضعیت سلامت خانوار) نه تنها به هزینه‌های خصوصی، بلکه به مخارج کل اقتصاد در این حوزه بستگی دارد. در این شرایط جای تعجب نیست که تعادل منتج از اقدام‌های خصوصی، شرایط بهینه پارتو را ایجاد نمی‌کند. همچنین نوع دیگری از کالای عمومی در بخش سلامت شامل تحقیقات پایه در حوزه علوم پزشکی است. این تحقیقات نیاز به منابع مالی قابل توجهی، از جمله تأمین مخارج پروژه‌های بعضاً ناموفقی دارد که بخش خصوصی از پس آن بر نمی‌آید یا انگیزه‌ای برای سرمایه‌گذاری در آن ندارد. از اینرو تحقق نرخ بالای پیشرفت در این عرصه ممکن است نیاز به مداخلاتی نظیر اعطای یارانه، ثبت اختراع یا سایر حمایت‌هایی داشته باشد که سود انحصاری را تضمین کند [۸].

## ۲-۴. ملاحظات توزیعی

علاوه بر نگرانی‌های مربوط به کارایی که ذیل مفهوم شکست بازار بررسی شد، نگرانی‌ها و ملاحظات توزیعی نیز نقش مهمی در شکل‌گیری و هدایت سیاست‌های عمومی در بخش سلامت ایفا می‌کنند. به نحوی که مطابق با آن چه توبین<sup>۳</sup> (۱۹۷۰) برای طلبی ویژه<sup>۴</sup> نامیده است؛ دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی<sup>۵</sup> کافی نباید مشروط به توانایی پرداخت افراد باشد [۱۹].<sup>۶</sup>

در واقع حتی اگر بازارها کاملاً کارآمد باشند، این نگرانی وجود دارد که افراد بسیار فقیر مراقبت‌های بهداشتی کافی دریافت نکنند. در این صورت اعتقاد -نسبتاً- عمومی حاکی از آن است که هیچ فردی، صرف نظر از درآمد، نباید از دسترسی به مراقبت‌های پزشکی کافی محروم شود. این دیدگاه معتقد است که خدمات پزشکی با سایر کالاها و خدمات متفاوت است.

بنابراین همان‌طور که حق رأی نباید تابع بازار باشد (افراد مجاز به خرید و فروش رأی خود نیستند)؛ حق زندگی - دسترسی به خدمات پزشکی - نیز نباید توسط بازار کنترل شود. در این بین یک دیدگاه متعادل حاکی از آن است که همه افراد باید حق داشتن حداقل سطح

1. Paternalism

۲. پیشرفت‌های اخیر در حوزه اقتصاد رفتاری تا حدود زیادی، روشنگر سازوکارهای موجود در پس این غفلت و راه‌های مقابله با آن است.

3. Tobin

۴. Specific egalitarianism: توبین در مقاله خود با عنوان On Limiting the Domain of Inequality این مفهوم را برای توصیف تمایل جامعه به توزیع برابرتر برخی کالاهای خاص (مرتبط با نیازهای اساسی) نسبت به توزیع کلی درآمد معرفی می‌کند [۲۳].

۵. شامل دسترسی به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر امکانات و خدمات پزشکی برای حفظ سلامت افراد [۲۳].

۶. این که چرا توزیع مجدد به جای انتقال درآمد باید شامل کالاها و خدمات خاص باشد توسط چند استدلال پشتیبانی می‌شود. نخست، انتقال‌های غیرنقدی ممکن است در هدایت منابع به جمعیت هدف، بهتر از انتقال‌های نقدی باشند. در واقع برنامه‌های غیرنقدی به دولت کمک می‌کنند تا نیازمندان واقعی را از سایر ذی‌نفعان بالقوه برنامه متمایز کند. دوم، برنامه‌های غیرنقدی، زمانی که سیاستگذاران به دنبال تحمیل ترجیحات خود به افراد هستند از کارایی بیشتری برخوردارند. به‌عنوان مثال، در آموزش، سیاست‌های عمومی میزان تحصیلاتی را که یک کودک باید دریافت کند، مشخص می‌کنند. از منظر اقتصاد سیاسی نیز، ائتلاف‌های سیاسی بیشتری از برنامه‌های غیرنقدی حمایت می‌کنند تا هزینه‌های معادل در انتقال‌های نقدی، زیرا کالاها و خدمات غیرنقدی توسط صنایع قابل شناسایی عرضه می‌شوند. بنابراین، گروه‌های ذی‌نفعی وجود دارند که از توزیع مجدد غیرنقدی سود می‌برند. معلمان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است از انتقال‌های گسترده‌تر دولت در بازارهای مربوطه خود حمایت کنند [۱۹].



مشخصی از مراقبت را داشته باشند [۲۱].<sup>۱</sup>

از طرفی توجیه براساس اصل همبستگی<sup>۲</sup> نیز مطرح می‌شود که ناظر بر مفهوم دستیابی به فرصت‌های برابر است. برای مثال برخی افراد از بدو تولد در معرض ریسک بالای ابتلا به بیماری هستند و سطوح ریسک سلامت آنها به وضوح قابل مشاهده و ارزیابی است. علاوه بر این، با پیشرفت تشخیص‌های ژنتیکی و گسترش آزمایش‌ها در دوران بارداری، توانایی اندازه‌گیری ریسک سلامت نوزادان بیش از پیش ممکن خواهد شد. در این شرایط با وجود بیمه‌های سلامت خصوصی، این تفاوت‌ها در ریسک بلافاصله به تفاوت در حق بیمه تبدیل می‌شود، بنابراین افرادی که به‌طور ذاتی<sup>۳</sup> از سطوح سرمایه سلامت<sup>۴</sup> کمتری برخوردارند و در نتیجه در شرایط نامساعدی قرار دارند، باید هزینه بالاتری برای پوشش یکسان بپردازند. در این شرایط لزوم برابری هزینه‌های مالی در برابر مسئله‌ای که تا حدود زیادی از کنترل فرد خارج است؛ توصیه‌ای دور از انتظار نیست [۱۸]. در واقع فناوری‌هایی که باعث می‌شوند بازارهای بیمه خصوصی بهتر کار کنند، معمولاً همان‌هایی هستند که مشکل بازتوزیع را بدتر می‌کنند. برای مثال، آزمایش ژنتیک می‌تواند این امکان را برای بیمه‌گران فراهم آورد تا مسئله اطلاعات نامتقارن را از طریق آزمایش افراد برای پیش‌بینی دقیق هزینه‌های سلامت آنها برطرف کنند. با این حال، پیامد چنین آزمایش‌هایی این است که افراد از نظر ژنتیکی پرریسک - دارای بیماری‌های مادرزادی - قیمت‌های بسیار بالاتری برای بیمه پرداخت خواهند کرد؛ اما این نتیجه حاوی ملاحظات اخلاقی است که در اکثر جوامع مورد پذیرش واقع نمی‌شود [۲۲].

همچنین اگر این فرض پذیرفته شود که افراد توانمند<sup>۵</sup> معمولاً با ریسک بیماری پایین‌تری مواجه‌اند (مبنی بر وجود همبستگی منفی بین توانایی و بیماری)؛ در این صورت بیمه سلامت اجباری و با نرخ ثابت، به‌صورت ضمنی موجب توزیع از این گروه به افراد با توانمندی پایین و درآمد کم می‌شود. لذا این اقدام به‌عنوان یک مکمل برای مالیات‌ستانی در جهت کاهش نابرابری تلقی گشته و از نظر رفاهی می‌تواند مطلوب باشد [۱۸].<sup>۶</sup> در واقع با وجود اطلاعات کامل، نتیجه مطلوب این است که افراد با ریسک بالاتر بیشتر از سایرین برای بیمه خود هزینه کنند. این نتیجه ممکن است از نظر توزیعی برای بسیاری از جوامع رضایت‌بخش نباشد. بنابراین دولت‌ها ممکن است در بازارهای بیمه مداخله کنند و با اخذ مالیات از افراد کم‌ریسک و استفاده از درآمدها برای یارانه‌دادن به حق بیمه پرداختی توسط افراد پرریسک به توزیع یکنواخت‌تری از هزینه‌های بیمه دست یابند [۲۲].

در این شرایط واگذار کردن - و تقلیل - مسئله بازتوزیع به حس نوع‌دوستی<sup>۷</sup> افراد نیز لزوماً نمی‌تواند به نتایج بهینه‌ای منتهی شود. اگر چه برخی افراد ممکن است تمایل داشته باشند هزینه سلامت فقرا را بپردازند؛ اما اگر این حمایت به‌صورت داوطلبانه باشد - خیریه خصوصی - سایرین می‌توانند بدون مشارکت از نتایج آن بهره‌مند شوند؛ زیرا کمک‌های مالی به فقرا، چه به‌صورت نقدی و چه به‌صورت غیرنقدی، دارای ویژگی کالای عمومی است و نه تنها مطلوبیت اهداکننده، بلکه مطلوبیت سایر اعضای نوع‌دوست جامعه را نیز افزایش می‌دهد. بنابراین محتمل‌ترین برای بروز مسئله سواری مجانی<sup>۸</sup> و شکست کنش جمعی ایجاد می‌شود [۱۸].

۱. همه اقتصاددانان در مورد این که آیا خدمات پزشکی باید متفاوت از سایر کالاها در نظر گرفته شود، اتفاق نظر ندارند. لذا برخی معتقدند که نباید چنین باشد. بنابراین کسانی که پول بیشتری دارند و می‌خواهند آن را صرف دریافت مراقبت‌های بهداشتی کنند، باید اجازه این کار را داشته باشند. کسانی که این دیدگاه را دارند، اغلب خاطر نشان می‌کنند که رابطه بین مراقبت‌های پزشکی و زندگی (مرگ) بسیار ضعیف است؛ عوامل دیگری مانند مصرف دخانیات و الگوهای غذایی (به‌عنوان مثال مصرف سبزیجات و میوه‌ها) تأثیرات بیشتری بر طول عمر دارند. بنابراین اگر کسی می‌خواهد وضعیت سلامت فقرا را بهبود بخشد، می‌تواند با راه‌اندازی کمپین‌هایی علیه استعمال سیگار، افزایش مالیات بر دخانیات و تشویق مصرف میوه و سبزیجات، این کار را به روشی مقرون به صرفه‌تر انجام دهد [۲۱].

2. Principle of Solidarity  
3. Nature  
4. Health Capital  
5. Ability

۶. یک فرض ضمنی دیگر در پس این استدلال بر عدم مشاهده توانایی افراد توسط مقامات مالیاتی اشاره دارد. در این شرایط میزان استفاده از مالیات بر درآمد برای توزیع مجدد از افراد با مهارت بالا (High-skilled) به افراد با مهارت پایین (Low-skilled) محدود است، زیرا افراد با مهارت بالا همیشه می‌توانند با کاهش عرضه نیروی کار خود وانمود کنند که مهارت پایینی دارند.

7. Altruism  
8. Free Riding

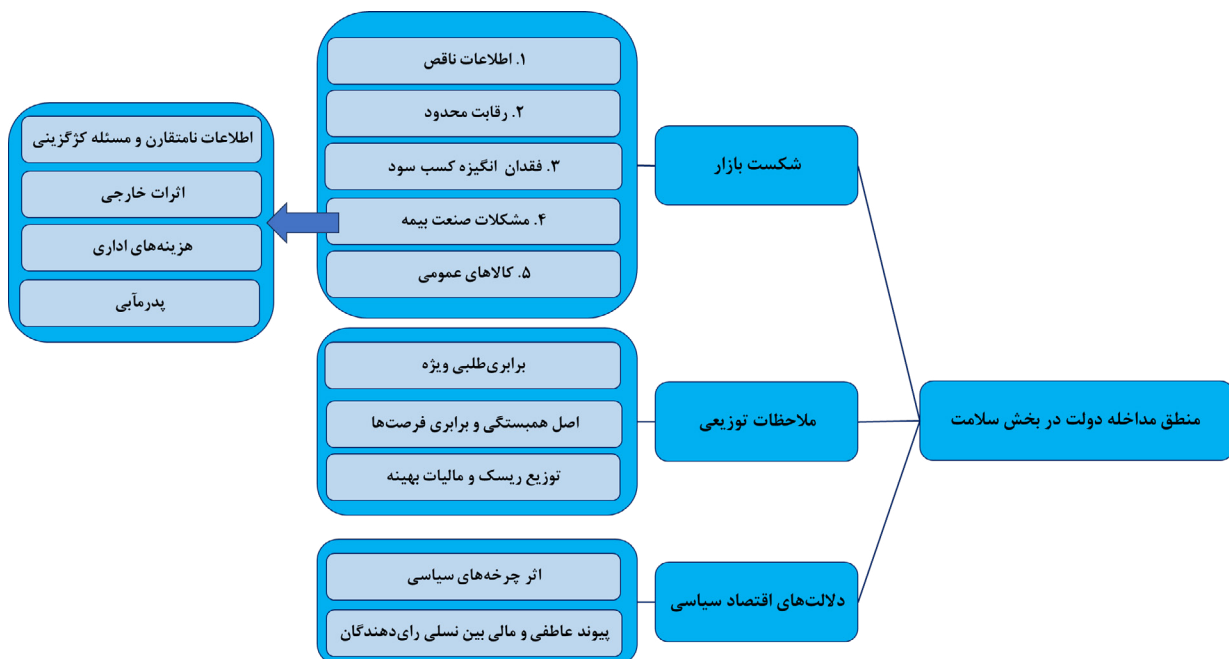
### ۳-۴. دلالت‌های اقتصاد سیاسی

از منظر نظریه انتخاب عمومی<sup>۱</sup> گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت بیش از آن که صرفاً دلالت‌های اقتصادی یا اخلاقی داشته باشد، پدیده‌ای سیاسی است. به‌نحوی که سیاستمداران از بیمه اجتماعی به‌عنوان ابزاری برای کسب رأی و جلب حمایت گروه‌های کلیدی استفاده می‌کنند. در واقع اگر بیمه اجتماعی سلامت به کسب آرا کمک کند و شانس (مجدد) انتخاب یک دولت را افزایش دهد، می‌توان انتظار داشت که مخارج عمومی مرتبط با آن در زمان انتخابات افزایش پیدا کند [۱۸].

از طرفی الگوی بین‌نسلی رفتار افراد در انتخابات نیز موضوع مهمی است که می‌تواند برای تبیین حمایت سیاسی از برنامه‌های عمومی حوزه سلامت استفاده شود. برای مثال علاقه و دلسوزی فرزندان نسبت به والدین‌شان می‌تواند توضیح دهد که چرا افراد میانسال از سیاست‌های مراقبت بهداشتی برای سالمندان حمایت می‌کنند. همچنین، این امکان وجود دارد که مالیات‌های اضافی برای تأمین این مزایا تا حدی با ارتش بیشتری که والدین به فرزندان‌شان می‌دهند جبران شود (زیرا والدین از این مزایا استفاده کرده‌اند و نیازی به خرج کردن دارایی‌هایشان در دوران بازنشستگی نداشته‌اند). بنابراین حمایت سیاسی از برنامه‌های بهداشتی حمایت از سالمندان می‌تواند به‌دلیل پیوندهای عاطفی بین نسلی (فرزندان و والدین) شکل بگیرد و از طریق پیوندهای مالی - انگیزه دریافت ارث - تقویت شود؛ زیرا این احتمال وجود دارد که مزایای برنامه‌ها عمومی به‌صورت غیرمستقیم از طریق ارث به نسل بعدی منتقل شود [۱۹].

در پایان خلاصه‌ای از منطق‌های مصطلح در باب مداخله دولت در قالب شکل ۱ ارائه شده است.

شکل ۱. منطق مداخله دولت در بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی [۱۸] [۱۹] [۲۱] [۲۲] [۲۳]





## ۵. روش‌شناسی تدوین راهبرد: الگوی SOAR



فراتر از تأمین و تخصیص منابع، وظیفه نظارت راهبردی و تدوین سیاست‌ها برای بهینه‌سازی عملکرد نظام سلامت نیز بر عهده دولت است. در واقع نظام‌های سلامت با کیفیت نیازمند مدیریتی فراتر از تخصیص منابع هستند که شامل رهبری، هدایت، ایجاد هماهنگی و سازوکارهای پاسخ‌گویی است. بنابراین دولت‌ها باید در مقام تعیین راهبرد اطمینان دهند که منابع به‌طور کارا و عادلانه برای رفع نیازهای سلامت جمعیت تحت پوشش استفاده می‌شوند و با تدوین راهبردی با اهداف روشن و قابل اندازه‌گیری، مقررات مستحکم و یادگیری مداوم زمینه ارتقای نظام سلامت را فراهم آورند [۲۴].

در این شرایط طراحی راهبرد توسط دولت به ایجاد چشم‌انداز مشترک، سیاست‌های هماهنگ و معماری انتخاب - یعنی چارچوبی که بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات را به سمت انتخاب‌های بهینه و مراقبت با کیفیت هدایت کند - کمک می‌کند. بدون راهبرد ملی و تعهد سیاسی، اقدام‌های پراکنده و کوتاه‌مدت نتیجه پایداری ندارند. برای مثال تجربه کشورهایی مانند نیپال نشان می‌دهد که فقدان چشم‌انداز مشترک، اجماع بر سر تعریف کیفیت و تعیین نهادهای مسئول، منتهی به شکست سیاست‌ها در این زمینه شده است [۲۴].<sup>۱</sup>

همچنین برخی ویژگی‌ها و عوامل مهم در تدوین یک راهبرد مؤثر به قرار ذیل است [۲۴] [۲۵]:

■ **منطق قوی و حمایت کافی:** راهبرد مورد نظر باید بر منطق محکمی استوار باشد و از حمایت گسترده (اعم از سیاسی و اجتماعی) برخوردار باشد.

■ **فرایند فراگیر و مشارکتی:** شامل مشارکت ذی‌نفعان مختلف (دولت، بخش خصوصی، جامعه مدنی، مردم) در یک دیدگاه مشترک برای بهبود کیفیت و کمیت خدمات و همچنین هم‌راستا با برنامه‌های ملی توسعه مانند استراتژی‌های کاهش فقر باشد. همچنین زمینه همکاری و ائتلاف‌سازی بین بخش‌های دولتی و سایر بازیگران مرتبط فراهم شود.

■ **مدیریت و رهبری توانمند:** توانایی رهبری و مدیریت در همه سطوح سیستم، به‌ویژه میان مدیریت در سطح منطقه‌ای و استانی.

■ **نهادهای پاسخ‌گو و شفافیت:** ایجاد ساختارهای نظارتی و نظام گزارش‌دهی برای پاسخ‌گویی به شهروندان. همچنین باید سازوکار شفافیتی برای ردیابی آثار اقدام‌ها لحاظ شود تا وقوع مسئولیت‌پذیری تضمین شود.

■ **توجه به پیچیدگی نظام سلامت:** راهبرد تدوین شده باید پیچیدگی نظام سلامت را ملحوظ بدارد و مداخلات را در سطوح مختلف (کلان، میانه و خرد) به هم پیوند دهد.

■ **مبتنی بر دیدگاهی واقع‌بینانه:** تعادل بین جاه‌طلبی و واقعیت (میزان منابع مالی در دسترس) برقرار کنند.

■ **لزوم تناسب بین راهبرد و ساختارهای موجود:** باید با ساختار نظام سلامت هماهنگ باشد.

بنابراین مطابق با این ویژگی‌ها؛ راهبردهای تدوین شده باید انعطاف‌پذیر، مبتنی بر شواهد، پاسخ‌گو و مرتبط با بستر اقتصادی، اجتماعی و سیاسی باشند [۲۵].

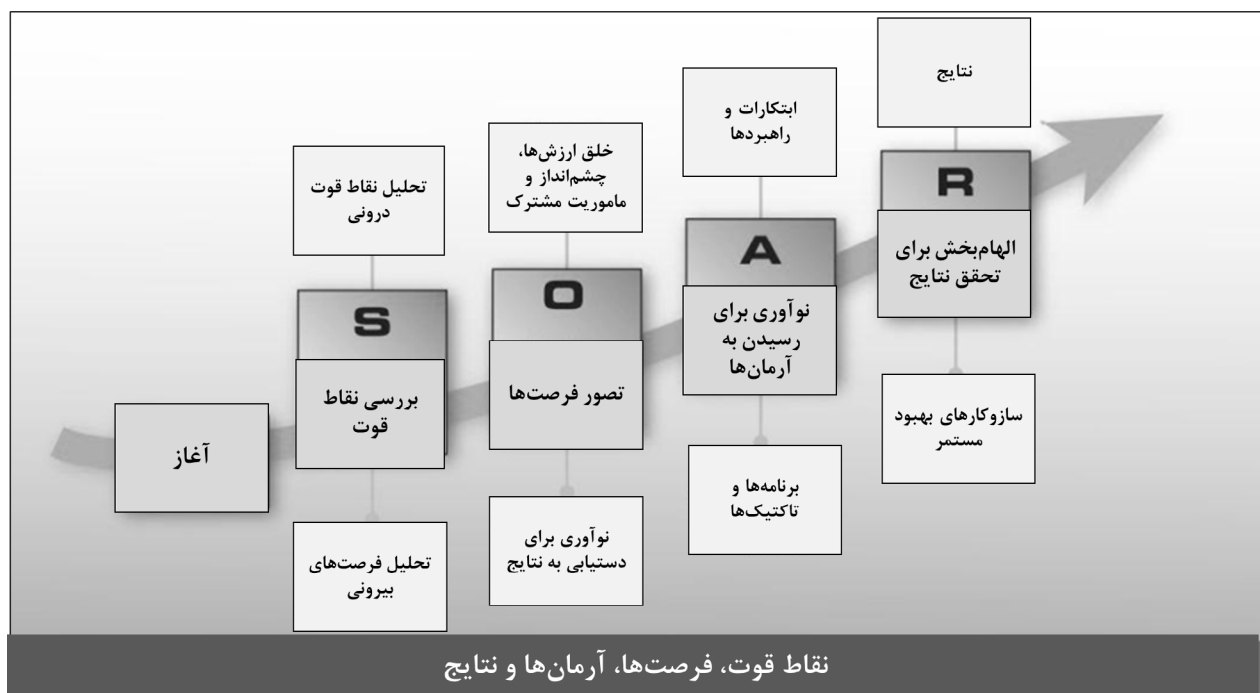
از طرفی فرایند تدوین راهبرد خود نیازمند چارچوبی عملیاتی است تا تدوین راهبرد مورد نظر به بهترین شکل میسر شود. در این بین الگوی

۱. در سال ۲۰۰۷، نیپال سیاست تضمین کیفیت در خدمات مراقبت‌های بهداشتی را با هدف تضمین «کیفیت خدمات ارائه شده توسط بخش‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی مطابق با استانداردهای تعیین شده» و ایجاد «نهادهای مستقل برای تضمین تصمیم‌گیری بی‌طرفانه در مورد خدمات بهداشتی» تصویب کرد. اما با گذر زمان، موفقیت این سیاست همچنان مبهم است. زیرا این سیاست بدون دیدگاه مشترک و مشارکت ذی‌نفعان، از جمله وزارت بهداشت، ایجاد شد. شرکای مهم، مانند وزارت آموزش و پرورش نیز در این فرایند دخیل نبودند. طراحان سیاست همچنین در مورد تعریف کیفیت یا شاخص‌هایی که بتوان پیشرفت را با آنها سنجید، به اجماع نرسیدند. یکی از محورهای این سیاست نیز - ایجاد یک نهاد مستقل برای کیفیت مراقبت - هرگز محقق نشد. یک بخش تضمین کیفیت در وزارت خدمات درمانی تأسیس شد، اما نفوذ کمی بر سایر واحدهای وزارتخانه دارد. عدم تعهد سیاسی و مشارکت همه ذی‌نفعان به این معنی است که اهداف سیاست تضمین کیفیت در خدمات درمانی تا حد زیادی محقق نشده است و مؤسسات درمانی همچنان به ارائه مراقبت با کیفیت پایین‌تر از حد متوسط ادامه می‌دهند [۲۴].

SOAR<sup>۱</sup> (مخفف نقاط قوت، فرصت‌ها، آرمان‌ها و نتایج)<sup>۲</sup> یک چارچوب مبتنی بر شواهد است که رویکردی عمیقاً مثبت‌نگر<sup>۳</sup> برای تفکر استراتژیک، برنامه‌ریزی و رهبری ارائه می‌دهد و چارچوبی برای تدوین راهبرد فراهم می‌آورد [۲۶]. در واقع چارچوب تفکر و برنامه‌ریزی استراتژیک SOAR یک رویکرد پویا و نوآورانه برای چارچوب‌بندی تفکر استراتژیک، ارزیابی عملکرد فردی و گروهی و ایجاد راهبرد فراهم می‌آورد. این الگو بر تدوین و اجرای یک راهبرد مثبت‌نگر از طریق شناسایی نقاط قوت، ایجاد خلاقیت در قالب فرصت‌های جدید، تشویق ذی‌نفعان در به اشتراک گذاشتن آرمان‌ها و تعیین نتایج قابل اندازه‌گیری تمرکز دارد [۲۷].

این فرایند با تمرکز بر شش دسته اصلی از منابع ایجادکننده قابلیت و ظرفیت صورت می‌پذیرد؛ یعنی ظرفیت مالی، فیزیکی، انسانی، فناوری، سازمانی و حسن شهرت. طبق الگوی SOAR، نقاط قوت (S) پایه‌ای برای کشف و هم‌راستا کردن بهترین قابلیت‌های یک سازمان با تمرکز بر یک مزیت رقابتی و پایدار ارائه می‌دهد، فرصت‌ها (O) امکان ظهور و بروز تلاش‌ها و نوآوری‌های بالقوه را فراهم می‌سازد، آرمان‌ها (A) به گسترش افق پیش‌روی ذی‌نفعان و زمینه مشارکت آنها در فرایند تدوین راهبرد اشاره دارد. در نهایت نتایج (R) انگیزه، منابع و تعهد افراد درگیر را برای دستیابی به نتایج مطلوب تقویت و فعال می‌سازد. در واقع SOAR به‌عنوان یک چارچوب مبتنی بر نقاط قوت با رویکرد کل‌نگر<sup>۴</sup> (ملحوظ داشتن ذی‌نفعان) به تفکر و برنامه‌ریزی استراتژیک شناخته می‌شود (شکل ۲) [۲۷].

شکل ۲. چارچوب کلی الگوی SOAR [۲۸] [۲۷]



این در حالی است که رویکرد سنتی برای برنامه‌ریزی راهبردی با تحلیل SWOT<sup>۵</sup> (مخفف نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها، تهدیدها) آغاز می‌شود.

1. Strengths, Opportunities, Aspirations and Results

۲. مشتمل بر نقاط قوت: چه چیزی را می‌توانیم بر اساس این نقطه قوت بسازیم؟ چه چیزی ما را منحصربه‌فرد می‌کند؟؛ فرصت‌ها: ذی‌نفعان ما چه چیزی را درخواست می‌کنند؟ سه تا پنج فرصت برتر که باید تلاش‌های خود را بر روی آنها متمرکز کنیم چیست؟؛ آرمان‌ها: ما عمیقاً به چه چیزی اهمیت می‌دهیم؟ قانع‌کننده‌ترین آرمان‌های ما چیست؟؛ نتایج: چگونه می‌دانیم که موفق می‌شویم؟ نتایج معنادار و قابل اندازه‌گیری چیست [۵۹].

3. Positive Guiding Approach

4. Whole System (Stakeholder) Approach

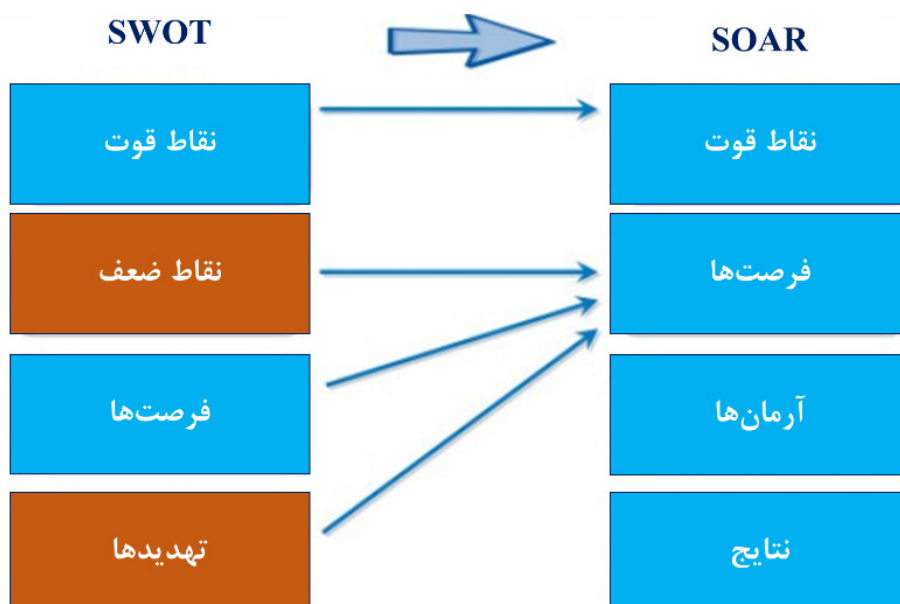
5. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats



تحلیل SWOT از اواسط دهه ۱۹۶۰، زمانی که از تحقیقات انجام شده در مؤسسه تحقیقاتی استنفورد توسعه یافت، استاندارد بالفعل برای تدوین راهبرد بوده است. یک سازمان هنگام استفاده از الگوی SWOT تلاش می‌کند با تقسیم‌بندی نقاط قوت و ضعف و تفکر در مورد وضعیت بالقوه سازمانی در آینده از نظر فرصت‌ها و تهدیدها، وضعیت ایستا و موجود<sup>۱</sup> سازمان را درک کند. اما تحلیل SWOT می‌تواند به آغاز یک فرایند فرسایشی منجر شود، زیرا تفکرات عموماً حول نقاط ضعف و تهدیدها شکل می‌گیرد. در این شرایط، ممکن است فرایند تحلیل به یک مارپیچ نزولی<sup>۲</sup> از افکار منفی تبدیل شود؛ در حالی که مطابق با متون استاندارد تحلیل استراتژی، هنگام تلاش برای تمرکز بر ایجاد نوآوری‌ها و مزایای استراتژیک باید از راهبردهایی که تأکید زیادی بر نقاط ضعف و تهدیدها دارند، اجتناب شود. در پاسخ به این مشکل، الگوی SOAR با تمرکز بر عناصر S و O الگوی SWOT و تغییر فرایند برنامه‌ریزی به ربع S-O و سپس متعاقباً بر اساس آرمان‌های ذی‌نفعان (A) و نتایج مطلوب (R) بنا می‌شود [۲۷].

بر این اساس شکل ۳ نشان می‌دهد که چگونه در الگوی SOAR با چارچوب‌بندی مجدد، نقاط ضعف و تهدیدها بر فرصت‌ها و نتایج متمرکز می‌شود [۲۸]. در واقع هدف، تغییر تمرکز از جنبه‌های منفی (مانند ضعف‌ها و تهدیدها) به جنبه‌های مثبت و آینده‌نگرانه است. در این رویکرد نقاط قوت مستقیماً مورد توجه قرار می‌گیرد؛ زیرا تمرکز بر آن چه خوب کار می‌کند، پایه و اساس راهبرد است. برای مثال اگر وجود نیروی انسانی متخصص به عنوان نقطه قوت فعلی مطرح باشد، در SOAR نیز به عنوان پایه‌ای برای تدوین راهبرد جدید استفاده می‌شود. مصائب و مشکلات (اعم از نقاط ضعف و تهدید) بازسازی می‌شوند و به عنوان فرصت‌های بهبود دیده می‌شوند. در واقع به جای تمرکز روی مشکلات، چگونگی تبدیل این ضعف به یک فرصت مورد سوال واقع می‌شود. برای مثال اگر مسئله فقدان منابع مالی مطرح باشد، در الگوی SOAR به فرصت جذب سرمایه‌گذاران جدید تبدیل می‌شود. بنابراین در الگوی SOAR عناصر منفی به مثبت تبدیل شده تا انرژی و خلاقیت در سازمان افزایش یابد [۲۸] [۲۷] [۲۹].

شکل ۳. چارچوب‌بندی الگوی SWOT [۲۸]



بنابراین الگوی SOAR به جای توجه مستقیم به نقاط ضعف و تهدید، خواستار بازتعریف نقاط ضعف و تهدید به عنوان فرصت‌هایی برای رشد است. لذا نقاط ضعف و تهدیدها در چارچوب SOAR نادیده گرفته نمی‌شوند، بلکه از منظر استراتژیک، مشکلات در چارچوب راه‌حل‌های

1. Static "as is" State  
2. Descending Spiral

جدید باز تعریف می‌شوند. در ادامه مروری بر نقاط مشترک و تضادها میان چارچوب‌های SWOT و SOAR در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، الگوی SWOT بر رقابت متمرکز است (فقط بهتر باش)، در حالی که SOAR بر ظرفیت‌ها تکیه دارد (بهترین حالت ممکن باش) [۲۶] [۲۷] [۲۹].

جدول ۲. مقایسه الگوی SWOT و SOAR [۲۶] [۲۷] [۲۹].

الگوی SWOT	الگوی SOAR	
تمرکز بر نقاط ضعف و تهدیدها	تمرکز بر نقاط قوت و فرصت‌ها	نقاط تمرکز آغازین
تمرکز بر عنصر رقابت (بهتر بودن نسبت به رقبای)	تمرکز بر ظرفیت‌ها (بهترین حالت ممکن بودن)	
تمرکز بر بهبود تدریجی	مبتنی بر نوآوری و خلق ارزش	ویژگی فرایندها
تمرکز بر تحلیل و سپس برنامه‌ریزی	تمرکز بر برنامه‌ریزی و سپس اجرا	
منجر خلق دیدگاه بدبینانه (زیرا نقاط ضعف و تهدیدها غیر قابل عبور به نظر می‌رسند)	خلق انرژی و دیدگاه مثبت	برونداد غایی
توجه به شکاف‌ها	توجه به نتایج	

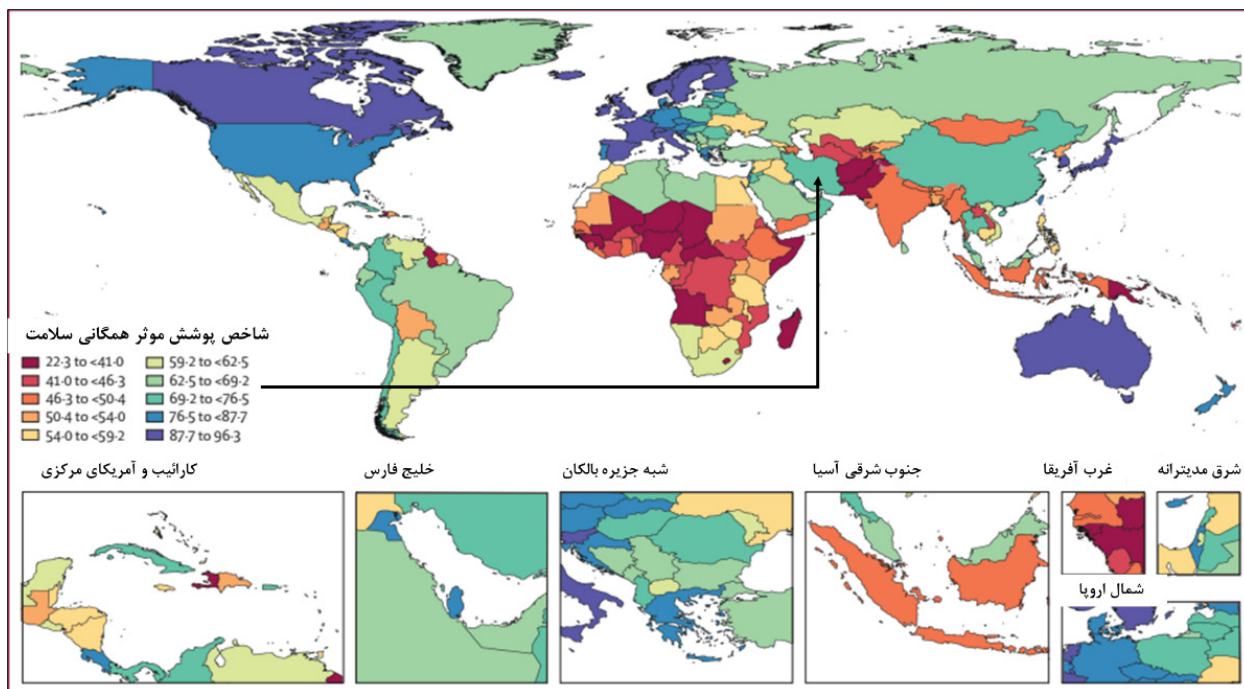
در نهایت باید توجه داشت که ویژگی‌های یک موقعیت تعیین می‌کند که از کدام چارچوب استفاده شود و حتی در مواردی از هر دو الگوی SWOT و SOAR برای برنامه‌ریزی راهبردی استفاده می‌شود. بنابراین مقصود بیان درست یا غلط بودن هر یک از چارچوب‌ها نیست، اما به دلیل تکامل و پیشرفت الگوی SOAR نسبت به SWOT استفاده از الگوی مذکور مرسوم و متداول شده است؛ به نحوی که می‌توان از آن به عنوان ابزار برنامه‌ریزی استراتژیک در بخش خصوصی و عمومی استفاده کرد [۲۶] [۲۷] [۲۹]. با این وصف پژوهش حاضر نیز در جهت شناخت هر چه بیشتر ظرفیت‌های بخش سلامت ایران، اقدام به تصریح یک الگوی SOAR نمونه برای این بخش می‌کند.

## ۶. تصریح الگوی SOAR نمونه برای بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایران

دستیابی به پوشش همگانی سلامت از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت و تمامی دولت‌ها در سراسر جهان است؛ بنابراین اقدام‌ها و مداخلات فراوانی برای نیل به این هدف انجام می‌شود. بر پایه تعاریف پذیرفته‌شده در سطح بین‌المللی، پوشش خدمات سلامت در صدد تأمین درمان با کیفیت همراه با سازوکارهایی برای صیانت از آحاد مردم در برابر هزینه‌های سنگین و فقرزای درمان (محافظت مالی) است. از طرفی علاوه بر دو بُعد کیفیت و محافظت مالی، سطوح پوشش جمعیت را نیز در نظر می‌گیرد؛ به این معنا که در پرتو شمول کامل تمامی اقشار جامعه معنا و تحقق می‌یابد [۳۰].

بر این اساس بررسی شاخص پوشش همگانی سلامت (UHC) ایران حاکی از آن است که پوشش خدمات بهداشتی با طی روندی صعودی از مقدار ۵۰ در سال ۲۰۰۵ به عدد ۷۴ در سال ۲۰۲۱ رسیده است. همچنین شاخص پوشش مؤثر همگانی سلامت از عدد ۴۴ در سال ۱۹۹۰ به عدد ۷۰ در سال ۲۰۱۹ رسیده است. مقداری که ایران را در دهک هفتم جهانی و در میان کشورهای با عملکردی متوسط و رو به بالا قرار می‌دهد (شکل ۴) [۳۱].

شکل ۴. اطلس شاخص پوشش مؤثر همگانی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (۲۰۱۹) [۳۱].



با این وصف وضعیت ایران در بخش سلامت، به‌عنوان یکی از کشورهای پیشرو در منطقه غرب آسیا قابل شناسایی است. طبیعتاً این پیشرفت‌ها با ایجاد ظرفیت‌هایی در سیستم سلامت عمومی در زمینه ارتقای سلامت مادر و نوزاد، واکسیناسیون کودکان و پوشش خدمات عمومی و زیرساختی حاصل شده است [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵]. بنابراین در ادامه ظرفیت‌های شکل گرفته در سیستم سلامت عمومی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

## ۱-۶. شاخص‌های حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

چنان‌که پیش از این مورد بحث واقع گشت، الگوی SOAR یک چارچوب برنامه‌ریزی استراتژیک مثبت‌نگر است که بر تقویت نقاط قوت و بهره‌برداری از فرصت‌ها برای دستیابی به آرمان‌ها تأکید دارد و مطابق با هدف مطالعه حاضر، جهت ظرفیت‌شناسی بخش سلامت ایران مورد

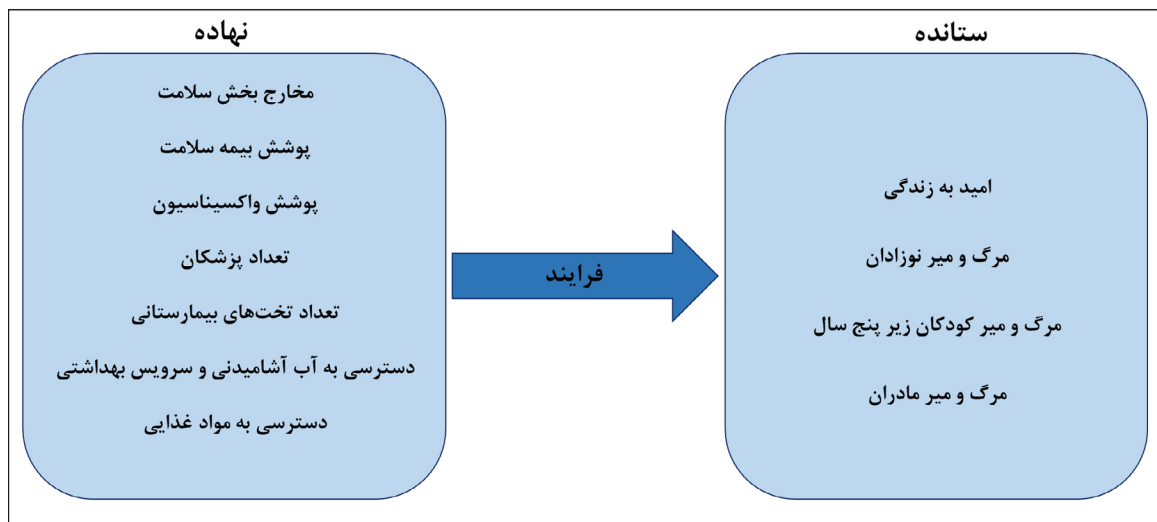
۱. Universal Health Coverage (UHC): شاخص پوشش همگانی سلامت (UHC) در مورد میزان دسترسی افراد بدون مواجهه با مشکلات مالی به خدمات بهداشتی مورد نیاز خود است. این امر کلید بهبود رفاه جمعیت یک کشور است. UHC به‌مثابه سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی و محرک اساسی رشد و توسعه اقتصادی فراگیر و پایدار تلقی می‌شود. این شاخص (شامل سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرواگیر و ظرفیت و دسترسی به خدمات) در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ برآورد می‌شود [۳۵].

۲. UHC effective coverage: علاوه بر دسترسی افراد به خدمات سلامت کیفیت و اثربخشی و حصول نتیجه مطلوب سلامت را نیز ملحوظ می‌دارد. این شاخص با لحاظ پنج نوع خدمت سلامت و پنج گروه سنی ساخته شده است. انواع خدمات شامل ترویج سلامت، پیشگیری، درمان، بازتوانی، مراقبت تسکینی و گروه‌های سنی شامل نوزادان و باروری، کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان، بزرگسالان ۶۴-۲۰، سالمندان ۶۵+ است. همچنین این شاخص از ۲۳ زیر شاخص تشکیل شده است که شامل مداخلات کلیدی مانند واکسیناسیون (DTP۳) و غیره، مراقبت‌های بارداری و زایمان، درمان HIV/AIDS و سل، درمان بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، سکته، سرطان‌ها، آسم و غیره است. مقدار شاخص جهانی از ۴۵/۸ در سال ۱۹۹۰ به ۶۰/۳ در ۲۰۱۹ افزایش یافته است. بالاترین مقدار شاخص نیز برای ژاپن و ایسلند (در حدود ۹۵)، پایین‌ترین مقدار برای سومالی و آفریقای مرکزی (کمتر از ۲۵) محاسبه شده است [۳۱].

استفاده قرار می‌گیرد. در این فرایند برای استخراج عناصر مورد نیاز این الگو (نقاط قوت، فرصت‌ها، آرمان‌ها و نتایج)، وضعیت کلان بخش سلامت ایران از طریق بررسی شاخص‌های کلیدی سلامت مطابق با چارچوب تابع تولید بخش سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این چارچوب فرایند حاکم بر نظام سلامت (سطح کلان) یا واحد مراقبت‌های بهداشتی (سطح خرد)<sup>۱</sup> به‌عنوان یک تابع تولید در نظر گرفته می‌شود که نهاده‌ها را به ستانده تبدیل می‌کند [۷] [۳۶] [۳۷].

با بررسی مطالعات حوزه سلامت اهم شاخص‌های شناسایی شده در رابطه با ستانده سلامت عبارت‌اند از: امید به زندگی یا مرگ‌ومیر (نوزادان، کودکان زیر پنج سال و مادران) و شاخص‌های نهاده سلامت که شامل طیف گسترده‌تری از شاخص‌ها در مورد منابع مالی، انسانی و فیزیکی می‌شود شامل: مخارج سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی، پوشش بیمه و هزینه‌های پرداخت از جیب، پوشش واکسیناسیون، تعداد پزشکان، تعداد تخت‌های بیمارستانی و میزان دسترسی به آب آشامیدنی و سرویس بهداشتی است [۷] [۳۶] [۳۸] [۳۹] [۴۰] [۴۱] [۱۶] [۴۲]. شکل تابع تولید بخش سلامت<sup>۲</sup> و متغیرهای مورد بررسی در گزارش حاضر در قالب شکل ۵ قابل مشاهده است.<sup>۳</sup>

شکل ۵. نهاده‌ها و ستانده‌های بخش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی [۷] [۳۶] [۳۷] [۳۸].



در ادامه طی دو بخش مجزا وضعیت شاخص‌های ستانده و شاخص‌های نهاده حوزه سلامت ایران بررسی می‌شود. همچنین برای کسب بینشی عمیق‌تر نسبت به وضعیت و جایگاه ایران، مقادیر شاخص‌ها با گروه کشورهای با درآمد سرانه بالا، متوسط و پایین، کشورهای OECD و کشورهای کمتر توسعه یافته مقایسه شد.<sup>۴</sup>

۱. در سطح خرد، مواردی نظیر کارایی فنی بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان ارزیابی می‌شود.

۲. این تصویر صرفاً به‌عنوان چارچوبی برای شناسایی متغیرهای مهم بیان شده است. در حالی که برای تصریح الگوی اقتصادسنجی تابع تولید بخش سلامت برخی از متغیرهای نامبرده به‌عنوان پروکسی‌های جایگزین یکدیگر استفاده می‌شوند و حضور توأمان آنها در الگو ایجاد مشکل می‌کند. از طرفی در یک چارچوب گسترده‌تر (مثلاً الگوهای داده-ستانده)؛ تأثیر متغیرهای جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی (از جمله اندازه جمعیت و درصد رشد جمعیت، ثبت نام مدارس ابتدایی، جمعیت زیر خط فقر بین المللی، میزان باسوادی (۱۵ تا ۲۴ سال) و غیره) و عوامل خطر (از جمله اضافه‌وزن در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)، چاقی در بزرگسالان (بالای ۱۸ سال)، شیوع دخانیات در میان افراد ۱۳ تا ۱۵ سال و غیره) نیز لحاظ می‌شود. اما با توجه به هدف گزارش حاضر مبنی بر شناسایی ظرفیت‌های موجود در بخش سلامت؛ از پرداختن به این متغیرها صرف‌نظر می‌شود.

۳. در سلسله گزارش‌های Health at a Glance سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، ظرفیت و منابع نظام سلامت کشورهای عضو این سازمان با متغیرهای سرانه هزینه‌های سلامت (دلار آمریکا بر اساس برابری قدرت خرید)، درصد مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی، پزشکان شاغل (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت)، پرستاران شاغل (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) و تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر سنجیده می‌شود [۶۰].

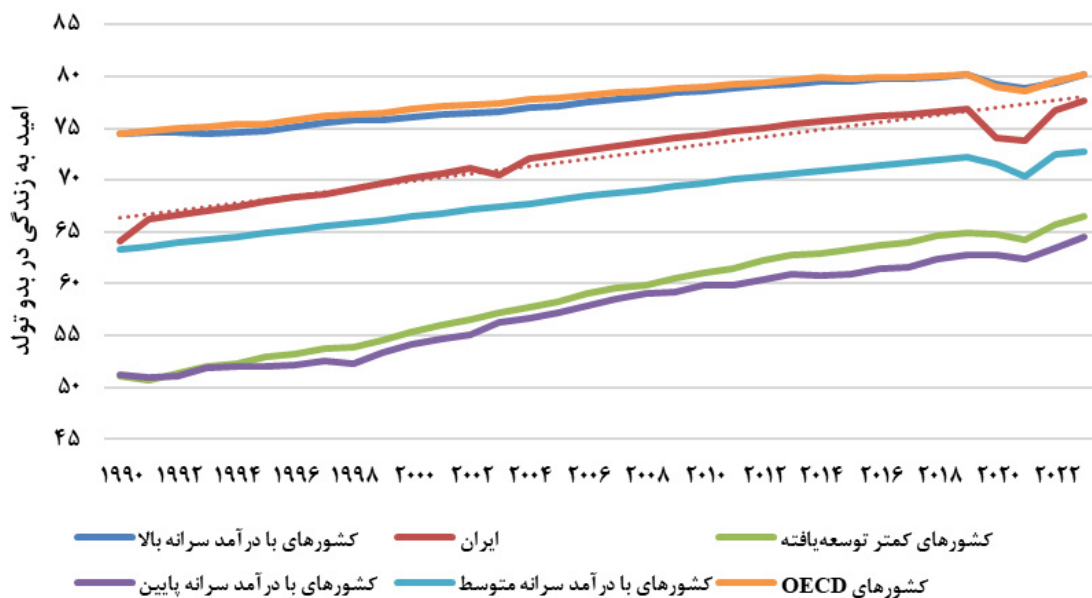
۴. اسامی کشورهای هر گروه در پیوست الف قابل مشاهده است.



### ۱-۶. بررسی وضعیت گروه شاخص‌های ستانده

• **شاخص امید زندگی در بدو تولد:** از سال ۱۹۹۰ تا امروز، شاخص امید به زندگی در ایران روندی افزایشی و نسبتاً پایدار را تجربه کرده است. به طوری که در نتیجه بهبود شرایط بهداشتی، گسترش خدمات سلامت، افزایش سطح آموزش، بهبود وضعیت تغذیه، کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و مادران و مواردی از این دست، رقم مذکور به تدریج بهبود یافته و از ۶۴/۷ سال در ۱۹۹۰ به ۷۷/۶۵ سال در ۲۰۲۳ رسیده است. هر چند روند کلی مثبت بوده، اما عواملی مانند بیماری‌های غیر واگیر<sup>۱</sup>، سالمندی جمعیت و آلودگی‌های محیطی می‌توانند سرعت رشد این شاخص را در آینده کاهش دهند. با این حال، افزایش بیش از ۱۳ سال در امید به زندگی طی سه دهه گذشته، نشان‌دهنده بهبود در وضعیت سلامت مردم ایران است. از طرفی مقایسه وضعیت ایران با سایر گروه‌های کشورها مبین آن است که مقادیر شاخص امید به زندگی ایران از وضعیت بهتری نسبت به کشورهای با درآمد متوسط و پایین برخوردار است (شکل ۶) [۳۳] [۳۵].

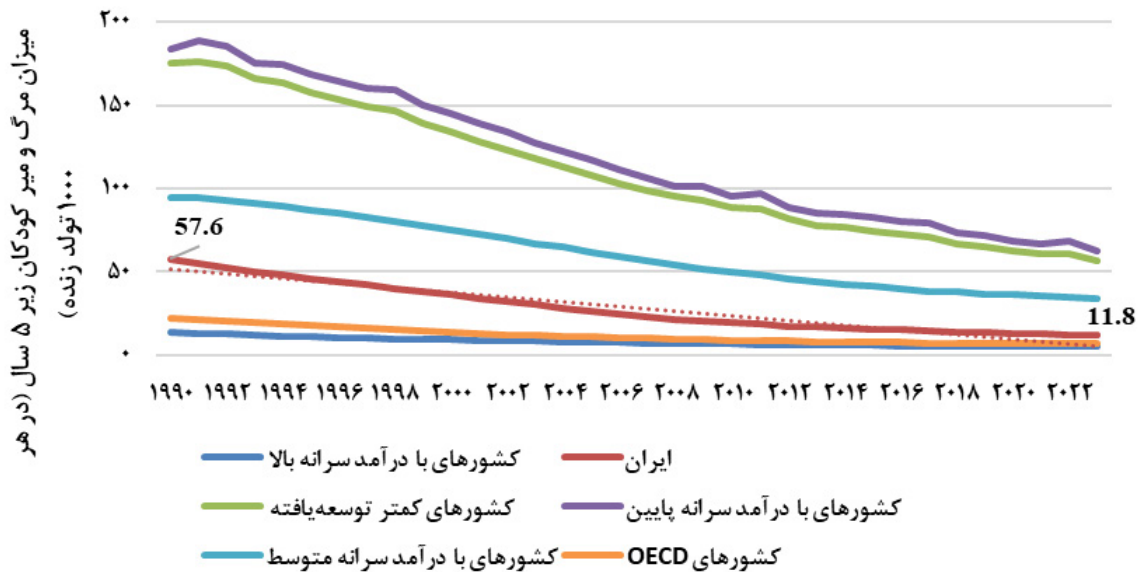
شکل ۶. نمودار روند شاخص امید به زندگی در بدو تولد (۱۹۹۰-۲۰۲۳) [۳۵]



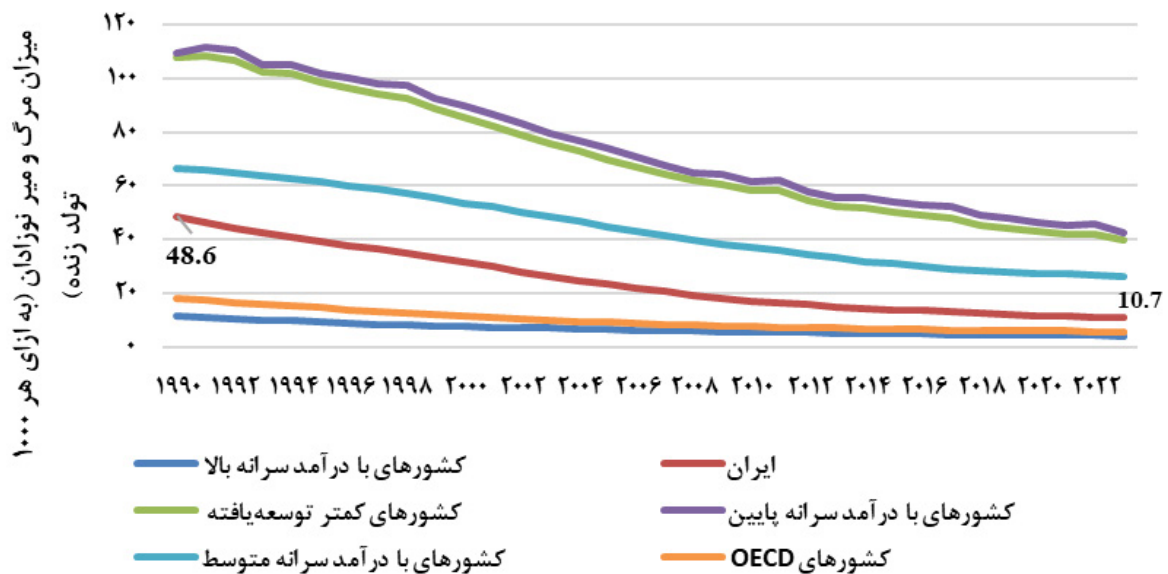
• **نرخ مرگ‌ومیر:** به اذعان برخی محققین مرگ‌ومیر نوزادان معیار بهتری برای ارزیابی وضعیت سلامت است و سطوح پایین‌تر مرگ‌ومیر نوزادان به‌عنوان وضعیت مطلوب سلامت برای یک کشور قابل تفسیر است. زیرا این شاخص ارتباط قوی‌تری با سیستم مراقبت‌های بهداشتی و اقدام‌های پزشکی دارد [۷].

بر این اساس بررسی داده‌های موجود حاکی از آن است که در زمینه کاهش مرگ‌ومیر کودکان و نوزادان ایران عملکردی برجسته داشته است. به طوری که با تحقق روندی نزولی در سال ۲۰۲۳ نرخ مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال ۱۱/۸ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده (شکل ۷) و نرخ مرگ‌ومیر نوزادان نیز ۱۰/۷ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده (شکل ۸) گزارش شده است. این افت چشمگیر، ایران را در جایگاهی هم‌تراز با میانگین کشورهای با درآمد متوسط و به مراتب بهتر از کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد قرار داده است. در مقایسه با کشورهای عضو OECD نیز هر چند هنوز فاصله وجود دارد، اما سرعت بهبود و جهت‌گیری شاخص‌ها در ایران مثبت و همسو با مسیر جهانی کاهش مرگ‌ومیر کودکان ارزیابی می‌شود.

شکل ۷. نمودار روند میزان مرگ‌ومیر، کودکان زیر ۵ سال (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) [۳۵]



شکل ۸. نمودار میزان مرگ‌ومیر نوزادان (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده) [۳۵]

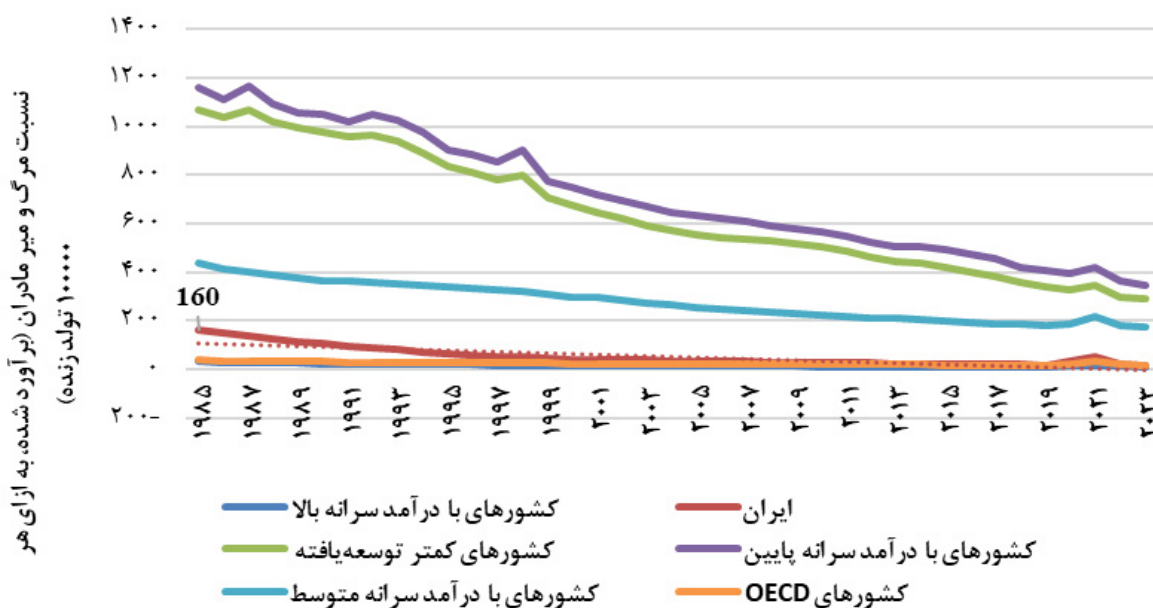


همچنین نسبت مرگ‌ومیر مادران<sup>۱</sup> (در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده) با روندی نزولی از ۱۶۰ نفر در سال ۱۹۸۵ به ۱۶ نفر در سال ۲۰۲۳ رسیده است (شکل ۹). رقمی که بالاتر -در حدود دو برابر- از کشورهای با درآمد سرانه بالا و کشورهای OECD است. اما نسبت به سایر گروه‌ها پایین‌تر است.

۱. نسبت مرگ‌ومیر مادران برابر با تعداد مادرانی است که در دوران بارداری یا ظرف ۴۲ روز پس از پایان بارداری به‌ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده به دلایل مرتبط با بارداری جان خود را از دست می‌دهند. داده‌ها با استفاده از یک مدل رگرسیون و با استفاده از اطلاعات مربوط به نسبت مرگ‌ومیر مادران در میان کل مرگ‌ومیر (به غیر از ایدز در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله)، باروری، ماماها و تولید ناخالص داخلی اندازه‌گیری شده با استفاده از برابری قدرت خرید (PPP)، تخمین زده شده‌اند [۳۵].

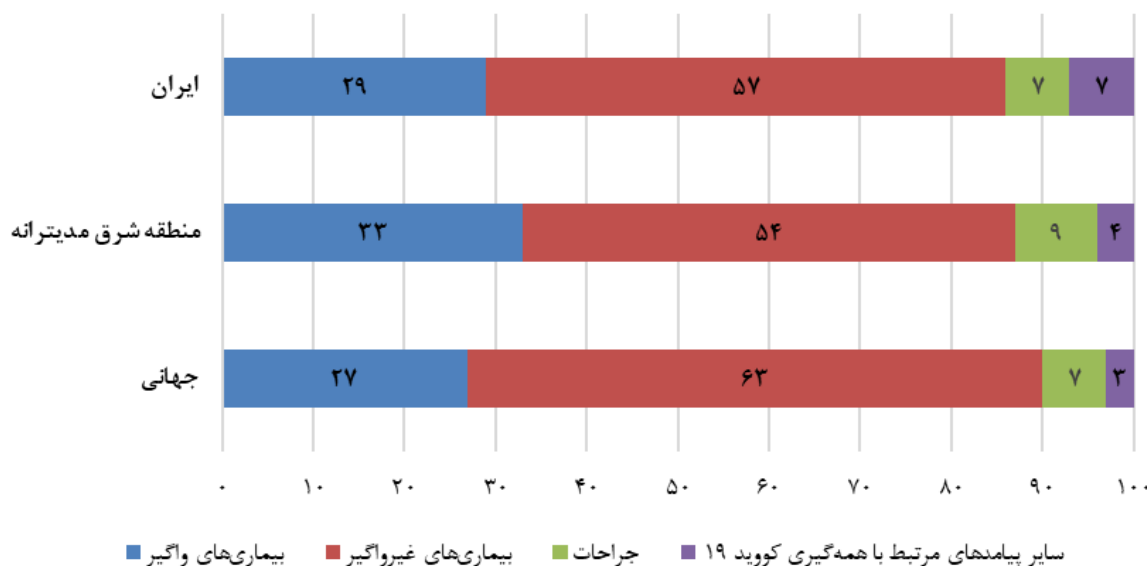


شکل ۹. نمودار نسبت مرگ‌ومیر مادران (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده) [۳۵]



به لحاظ علل مرگ‌ومیر نیز در سال ۲۰۲۱، ۵۷ درصد از مرگ‌ومیرها ناشی از بیماری‌های غیر واگیر، ۲۹ درصد ناشی از بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های دوران بارداری و مشکلات تغذیه‌ای، ۷ درصد ناشی از جراحات و ۷ درصد ناشی از سایر پیامدهای مرتبط با همه‌گیری کووید-۱۹ بوده است (شکل ۱۰) [۳۳].

شکل ۱۰. نمودار علل مرگ‌ومیر (۲۰۲۱) [۳۳]



بنابراین به رغم وجود روندهای مطلوب در شاخص‌های فوق باید توجه داشت که ایران نیز مانند بسیاری از جوامع دیگر، تغییرهای سریعی را در تمام جنبه‌های زندگی اجتماعی تجربه می‌کند. به عنوان مثال با گسترش شهرنشینی و تغییرهای سبک زندگی، تغییرهای جمعیتی و تغییر محیط اجتماعی-اقتصادی، الگوی بیماری‌ها نیز تغییر کرده است. مهم‌ترین چالش‌های مرتبط با این عوامل عبارت‌اند از: گذار جمعیتی و افزایش جمعیت سالمندان با بار بیشتر بیماری‌های غیر واگیر (NCDs) و مرگ‌ومیر ناشی از آن، تغییر وضعیت اجتماعی-اقتصادی جوامع

و افزایش انتظارات عمومی از نظام سلامت و پوشش ناکافی خدمات بهداشتی در مناطق حاشیه‌ای، به اضافه چالش‌هایی نظیر تأثیر عوامل خارجی - تحریم‌ها<sup>۱</sup> - که همچنان نیازمند توجه مداوم است [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۴۳].

## ۲-۱-۶. بررسی وضعیت گروه شاخص‌های نهاده

• **مخارج سلامت:** مطابق با بحث مربوط به تابع تولید بخش سلامت، تحقق ستانده‌های بخش سلامت منوط به وجود نهاده‌های این بخش است. در این بین شاخص مخارج جاری سلامت<sup>۲</sup> به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی به‌عنوان شاخصی شناخته می‌شود که اهمیت نظام مراقبت‌های بهداشتی را برای کل جامعه از طریق نشان دادن میزان منابع مالی هدایت‌شده به سمت بخش مراقبت‌های بهداشتی نسبت به سایر بخش‌ها اندازه‌گیری می‌کند [۳۶]. طبیعتاً حسب شواهد تجربی موجود، انتظار بر این است که با افزایش منابع تخصیصی به نظام سلامت، کیفیت و کمیت سایر نهاده‌ها بهبود یافته و سپس ستانده نهایی این بخش - امید به زندگی - ارتقا یابد.

براین اساس، شکل ۱۱ حاکی از وجود روندی صعودی - هر چند با شیب اندک - در سطح مخارج جاری بخش سلامت ایران است (از ۴/۷ درصد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۰ به ۵/۳ درصد در سال ۲۰۲۲ رسیده است)؛ به‌صورتی که در بازه زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۳، سهم هزینه‌های سلامت در ایران در سطحی باثبات و معادل حدود پنج درصد از تولید ناخالص داخلی قرار داشت؛ روندی که نشان‌دهنده تداوم توجه به سلامت در چارچوب منابع محدود کشور بوده است. از میانه دهه ۱۳۹۰ و هم‌زمان با اجرای «طرح تحول سلامت»، این سهم به‌طور چشمگیری افزایش یافت و در سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ به حدود هشت درصد رسید؛ امری که بیانگر ارتقای جایگاه سلامت در اولویت‌های مالی دولت و گسترش پوشش خدمات بود.<sup>۳</sup> هر چند از سال ۱۳۹۷ به بعد، با تعدیل‌های اقتصادی، نسبت یادشده در سطحی نزدیک به شش درصد تثبیت شد که هم‌سطح با کشورهای با درآمد متوسط است؛ اما در مقایسه با کشورهای با درآمد سرانه بالا و کشورهای OECD شکافی ۱۰ درصدی مشاهده می‌شود. شایان توجه است که بخشی از بالاتر بودن سطوح مخارج بخش سلامت در کشورهای توسعه‌یافته توسط ساختار جمعیتی این کشورها - پیری جمعیت - توضیح داده می‌شود [۴۴].

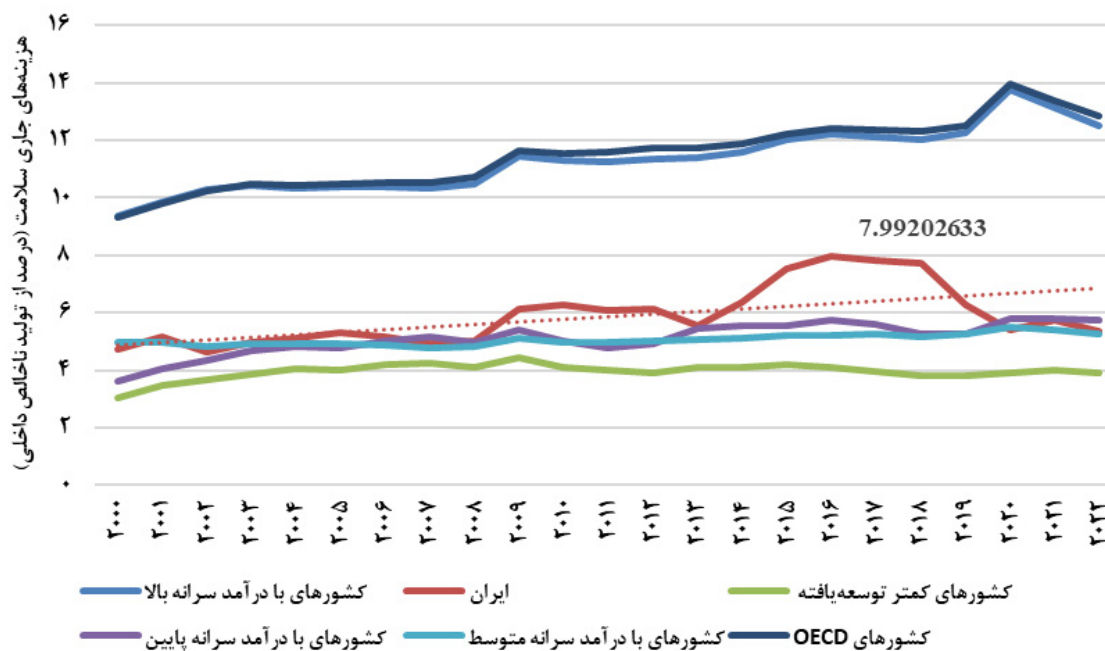
۱. شواهد تجربی حاکی از آن است که با وجود تعدیل اثر تحریم بر سلامت به دلیل وجود زیرساخت‌ها و نظام مراقبت‌های بهداشتی مستقر؛ برخی شاخص‌ها نظیر پرداخت از جیب، هزینه‌های خانوار برای غذا و میزان مرگ و میر ناشی از بیماری مزمن انسدادی ریه، تالاسمی و فشار خون بالا دچار افزایش شده‌اند [۴۳].

۲. Current Health Expenditure: سطح مخارج جاری سلامت که به‌صورت درصدی از تولید ناخالص داخلی بیان می‌شود. تخمین مخارج جاری سلامت شامل کالاها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی مصرف شده در طول هر سال می‌شود. این شاخص هزینه‌های سرمایه‌ای سلامت مانند ساختمان‌ها، ماشین‌آلات، فناوری اطلاعات و ذخایر واکسن برای موارد اضطراری یا شیوع بیماری را شامل نمی‌شود [۳۵].

۳. در تحلیل شاخص‌های مالی بخش سلامت مسئله پایداری مالی نیز حائز اهمیت است. بنابراین صرف افزایش مخارج نمی‌تواند به‌عنوان یک سنجه از پیشرفت در نظر گرفته شود. به‌صورتی که اگر هزینه‌های سلامت سریع‌تر از رشد اقتصادی و درآمدهای دولت افزایش یابد؛ پایداری تامین مالی مخارج بخش سلامت از سوی دولت به خطر می‌افتد. از طرفی بار مالی به سمت مخارج خصوصی هدایت می‌شود (برای مثال افزایش پرداخت از جیب و افزایش هزینه‌های بالای سلامت). از این رو، نباید از بحث پایداری مالی غافل شد تا هزینه‌های سلامت به طرز بی‌ضابطه‌ای به بودجه دولت تحمیل شود. بر این اساس محرک‌های اصلی فضای مالی برای بخش سلامت را می‌توان به چند دسته طبقه‌بندی کرد: شرایط مطلوب اقتصاد کلان، تخصیص بودجه به بخش سلامت، کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت و افزایش بهره‌وری. با توجه به عوامل متعددی، از جمله روند کاهشی کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت برای کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و پتانسیل محدود برای افزایش فضای مالی بخش سلامت از طریق افزایش بودجه این بخش به دلیل شرایط اقتصاد کلان، به نظر می‌رسد که بهترین اقدام میان‌مدت برای گسترش فضای مالی بخش سلامت، مدیریت هزینه و بهبود بهره‌وری است [۵۲].

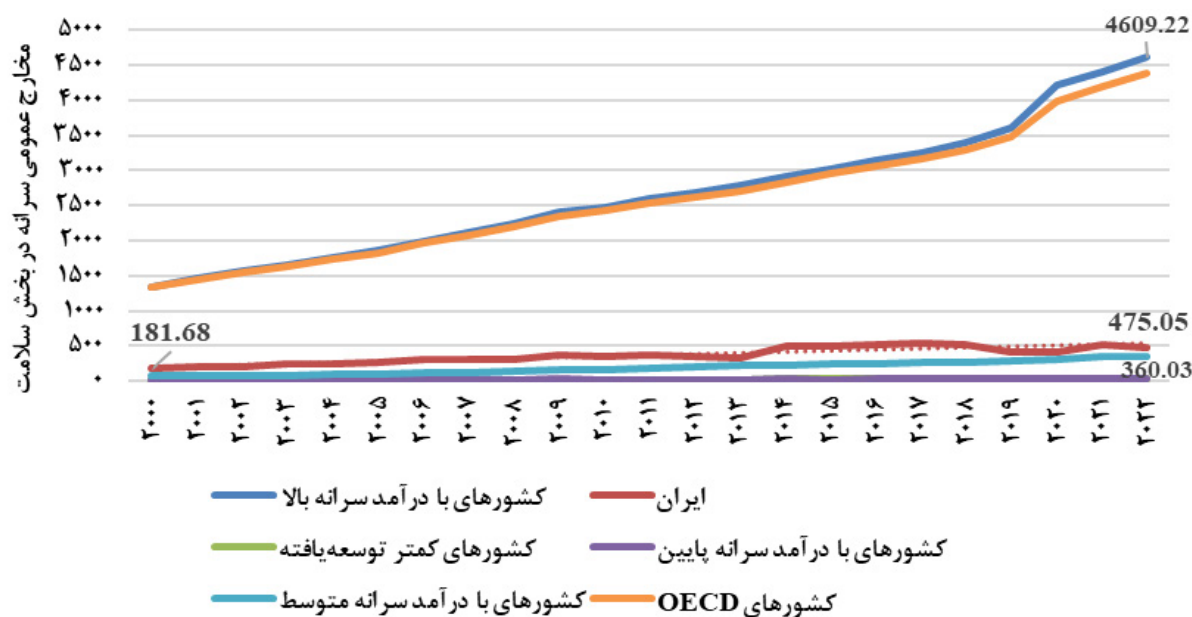


شکل ۱۱. نمودار مخارج جاری سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی) [۳۵]



روند مخارج عمومی بخش سلامت به ازای هر نفر<sup>۱</sup> (برحسب برابری قدرت خرید) نیز در شکل ۱۲ قابل مشاهده است. این شاخص با طی روندی صعودی از ۱۸۱/۶۸ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۴۷۵/۰۵ دلار در سال ۲۰۲۲ رسیده است. رقمی که بالاتر از مخارج عمومی سرانه در کشورهای با درآمد سرانه متوسط و پایین است؛ اما همچنان فاصله زیادی با کشورهای OECD و کشورهای با درآمد سرانه بالا دارد.

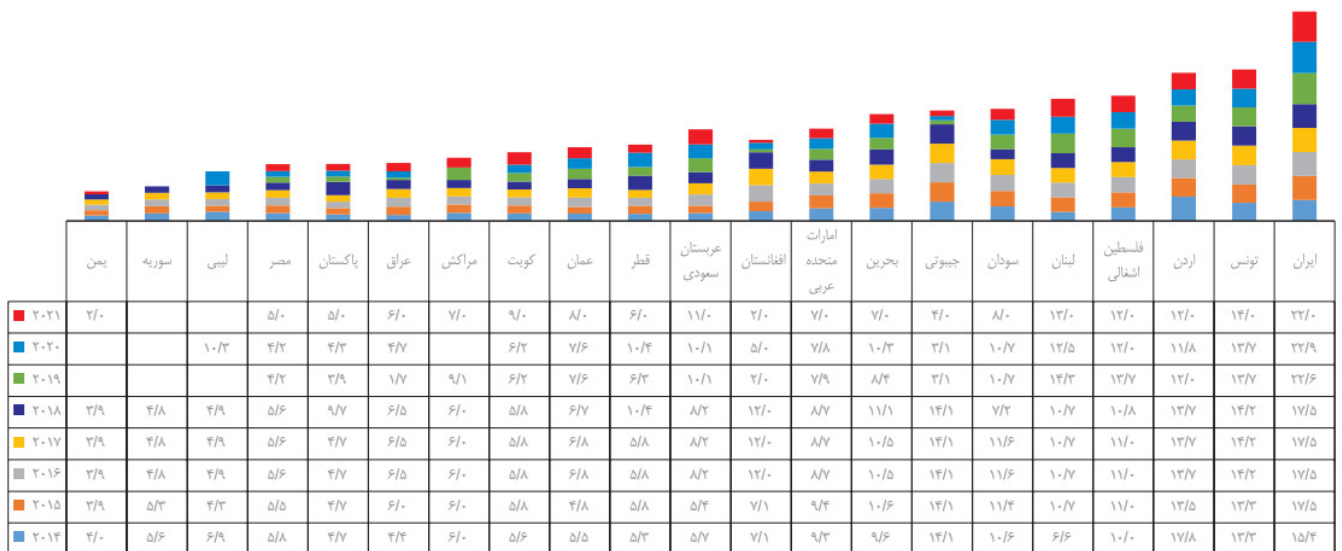
شکل ۱۲. نمودار مخارج عمومی سرانه سلامت (برابری قدرت خرید) [۳۵]



1. Domestic General Government Health Expenditure Per Capita, PPP (current international \$)

مقایسه مخارج بخش عمومی سلامت (به‌عنوان درصدی از مخارج عمومی دولت) با کشورهای حوزه مدیترانه شرقی نیز بیانگر سهم قابل توجه مخارج بخش سلامت ایران در مقایسه با این کشورهاست (شکل ۱۳).

شکل ۱۳. نمودار درصد هزینه‌های بخش عمومی سلامت از هزینه‌های عمومی دولت [۴۵]

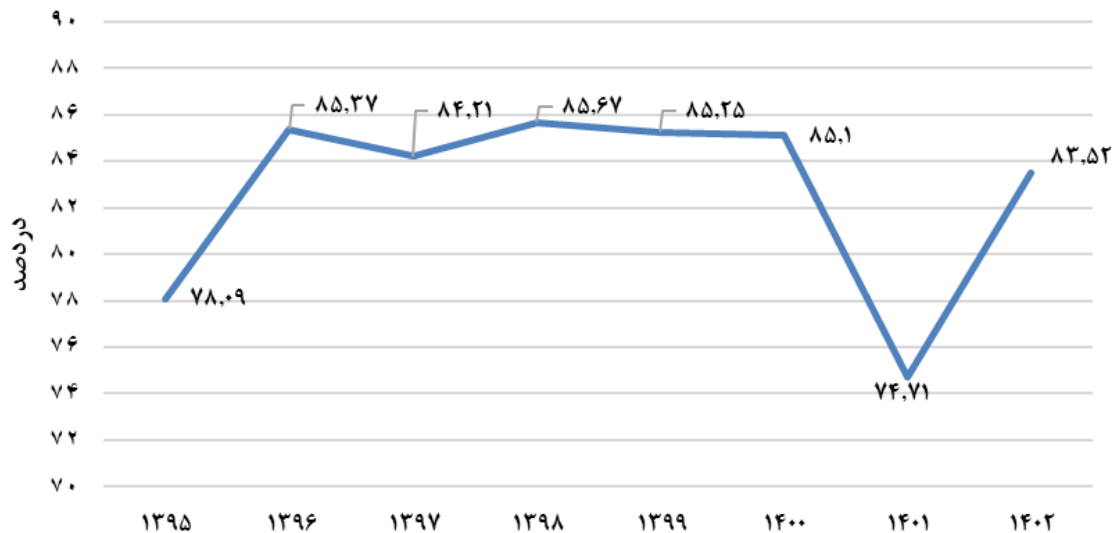


• **بیمه سلامت:** در گام بعدی شاخص‌های مرتبط با متغیر پوشش بیمه مورد بررسی و مذاقه قرار می‌گیرد. متغیری که حسب شواهد منتج از مطالعات تجربی تأثیر قابل توجهی بر کاهش مرگ‌ومیر دارد. این آثار که معمولاً برای بزرگسالان (در سنین میان‌سال) و کودکان قوی‌تر است، عموماً اندکی پس از افزایش پوشش آشکار می‌شوند و با گذشت زمان افزایش می‌یابند. بنابراین می‌توان گفت گسترش پوشش بیمه سلامت آثار بلندمدتی بر متغیر مرگ‌ومیر - و سایر ستانده‌های سلامت - دارد و هرگونه تلاشی برای سنجش هزینه‌ها و مزایای گسترش پوشش باید این افق زمانی بلندمدت را ملحوظ دارد [۱۶]. بنابراین با توجه به این تأثیرات مثبت، افزایش پوشش بیمه سلامت (همگانی کردن پوشش بیمه سلامت) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورها تلقی می‌شود و این موضوع آن‌قدر اهمیت دارد که برخی از کشورها با تمرکز بر اجرای صحیح این مداخله توانسته‌اند به پوشش همگانی سلامت دست پیدا کنند [۳۰].

از جمله شاخص‌های مرتبط با این بحث می‌توان به پوشش بیمه سلامت اشاره داشت که در اکثر سال‌های مورد بررسی (۱۴۰۲-۱۳۹۵) پوشش بالاتر از ۸۰ درصد را نشان می‌دهد. در این بین، سطح پوشش سال ۱۴۰۲ برابر با ۸۳/۵۲ درصد بوده است (به بیان دیگر ۱۶/۸۴ درصد از جمعیت کشور فاقد بیمه بوده‌اند). در این میان پوشش بیمه در جمعیت ساکن مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری و در پنجک ثروتمند بالاتر از پنجک فقیر بوده است. این نابرابری، ضرورت اجرای مداخلات هدفمند برای بهبود دسترسی عادلانه به بیمه سلامت را نشان می‌دهد؛ اما با وجود برخی مشکلات و فراز و فرودها<sup>۱</sup> به‌صورت کلی می‌توان اذعان داشت ظرفیت‌های مطلوبی در این حوزه شکل گرفته است [۴۶].

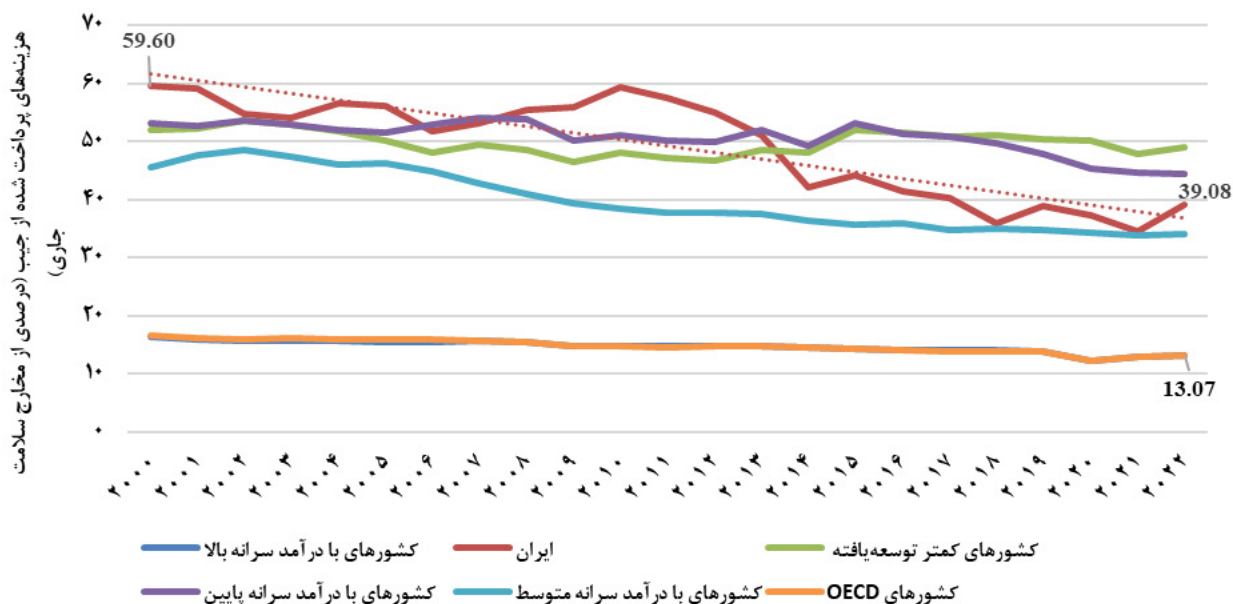
۱. برای مشاهده شرحی از سیر تحولات نهادی-سازمانی نظام بیمه سلامت ایران به پیوست (ب) مراجعه کنید.

شکل ۱۴. نمودار روند جمعیت دارای پوشش بیمه پایه سلامت (درصد) طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲ [۴۶].



همچنین می‌توان به هزینه‌های پرداخت از جیب<sup>۱</sup> (درصدی از مخارج سلامت جاری) اشاره داشت که با طی روندی نزولی از ۵۹/۶۰ درصد به ۳۹/۰۸ درصد رسیده است (شکل ۱۵).

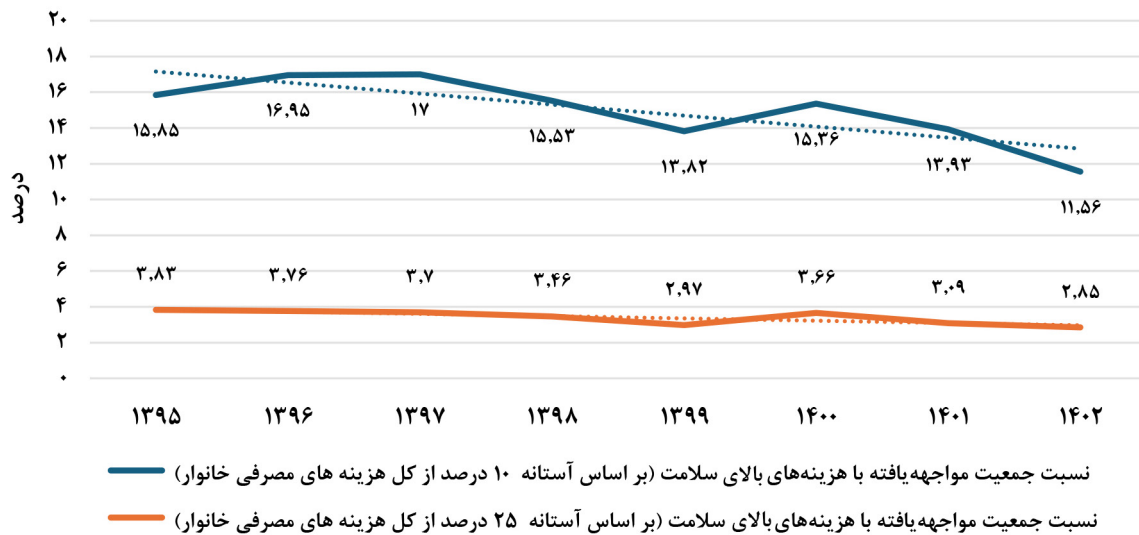
شکل ۱۵. نمودار هزینه‌های پرداخت از جیب (درصدی از مخارج جاری سلامت) [۳۵]



1. Out-of-Pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure)

شکل ۱۶ نیز در بردارنده نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های بالای سلامت است. در دوره زمانی سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲ نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های بالای سلامت روندی کاهشی داشته که نشان‌دهنده بهبود وضعیت محافظت مالی در کشور است [۴۶].

شکل ۱۶. نمودار نسبت جمعیت مواجهه‌یافته با هزینه‌های بالای سلامت [۴۶].



• پوشش واکسیناسیون: کاهش چشمگیر نرخ‌های مرگ‌ومیر از دهه ۱۹۹۰ نشان‌دهنده موفقیت در مراقبت‌های اولیه‌ای است که عمدتاً به لطف شبکه گسترده خانه‌های بهداشت<sup>۲</sup> و مراکز سلامت و پوشش وسیع واکسیناسیون، حاصل شده است [۳۲] [۳۳] [۳۴]. در واقع واکسیناسیون به‌مثابه ستون فقرات پیشگیری در ایران، از سطوح پوشش بالایی برخوردار است. اگر چه پوشش واکسیناسیون علیه یک بیماری دقیقاً مشابه ایمنی جامعه در برابر آن بیماری نیست؛ اما بدون شک ارتباط مستقیمی با آن دارد و تخمینی از انسجام و اثربخشی زیرساخت‌های سلامت جامعه ارائه می‌دهد. برنامه گسترش ایمن‌سازی<sup>۳</sup> (EPI) ایران در سال ۱۹۸۴ آغاز شد. به لطف سیاست‌های ملی و طرح ملی ایمن‌سازی، پوشش واکسن‌های ضروری بیش از ۹۵ درصد است.<sup>۴</sup> این امر نقش اساسی در دستیابی به اهداف EPI، مانند ریشه‌کنی فلج اطفال و سرخک، داشته است [۴۷]. برای مثال در سال ۲۰۲۳، ۹۸ درصد نوزادان دوز سوم واکسن DTP (دیفتری-کزک-سیاه‌سرفه) و ۹۹ درصد دوز دوم واکسن سرخک را دریافت کرده‌اند (شکل ۱۷).

۱. با این حال باید توجه داشت که ممکن است پرداخت کمتر برای خدمات سلامت به دلیل استفاده کمتر از این خدمات باشد و بنابراین لازم است میزان استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت نیز در نظر گرفته شود [۴۶].

۲. اصلاحات حوزه مراقبت‌های بهداشتی ایران در سال ۱۹۸۳ با تأسیس شبکه ملی بهداشت و با محوریت جوامع روستایی آغاز شد. این رویکرد متمرکز بر روستاها با هدف بهبود عدالت در سلامت بین جمعیت شهری و روستایی انجام شد. یکی از اجزای کلیدی این سیاست، ایجاد خانه‌های بهداشت با کارکنان بهورز بوده است که خدمات بهداشتی اولیه را ارائه می‌دهند. هر خانه بهداشت برای حدود ۱۵۰۰ نفر در فاصله ۱ ساعت پیاده‌روی خدمات ارائه می‌دهد. در این بین انتخاب اعضای جامعه محلی به‌عنوان بهورز اقدامی استراتژیک بوده است، زیرا این کارکنان دائماً در دسترس هستند و تعهدات بلندمدت و ارتباطات شخصی با جامعه خود دارند و خاستگاه و جایگاه آنها در محل، رابطه بین سیستم بهداشت و جامعه را تقویت می‌کند. بهورزان طیف گسترده‌ای از خدمات، از جمله سرشماری‌های سالانه، آموزش‌های مرتبط با بهداشت، تنظیم خانواده، مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک (MCH)، مراقبت از سالمندان، مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و بهداشت حرفه‌ای را ارائه می‌دهند. به لحاظ فرایند عملیاتی، توسعه شبکه‌های بهداشتی در سه مرحله انجام شده است. به طوری که مرحله اول شامل توسعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده است. ویژگی اصلی این مرحله، توسعه سیستمی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی ضروری بود که تخصیص منابع به مناطق روستایی را در اولویت قرار می‌داد. مرحله دوم، توسعه برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی و جوامع شهری با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر بود. مرحله سوم، پیشرفت در جهت توسعه پزشک خانواده در مناطق حومه شهر و در شهرهایی با جمعیت بیش از ۲۰۰۰ نفر بود [۳۴].

### 3. The Expanded Program on Immunization

۴. طبق برنامه ملی ایمن‌سازی ایران، واکسن‌های زیر به‌صورت رایگان به هر کودک داده می‌شود: در بدو تولد: BCG (باسیلوس کالمت-گرن)، هپاتیت B و OPV صفر (واکسن خوراکی دو ظرفیتی فلج اطفال حاوی فقط سروتیپ‌های نوع ۱ و ۳)؛ سن ۲ ماهگی: پنج ظرفیتی ۱ (دیفتری، سیاه‌سرفه، کزاز، هپاتیت B و هموفیلوس آنفلوآنزا نوع b) و OPV ۱؛ سن ۴ ماهگی: واکسن پنج ظرفیتی ۲، OPV ۲ و واکسن فلج اطفال غیرفعال (IPV)؛ سن ۶ ماهگی: واکسن پنج ظرفیتی ۳ و OPV ۳؛ سن ۱ سالگی MMR ۱ (سرخک، اوریون و سرخچه)؛ و سن ۱۸ ماهگی MMR ۲، DTP ۱ (دیفتری، کزاز و سیاه‌سرفه) [۴۷].



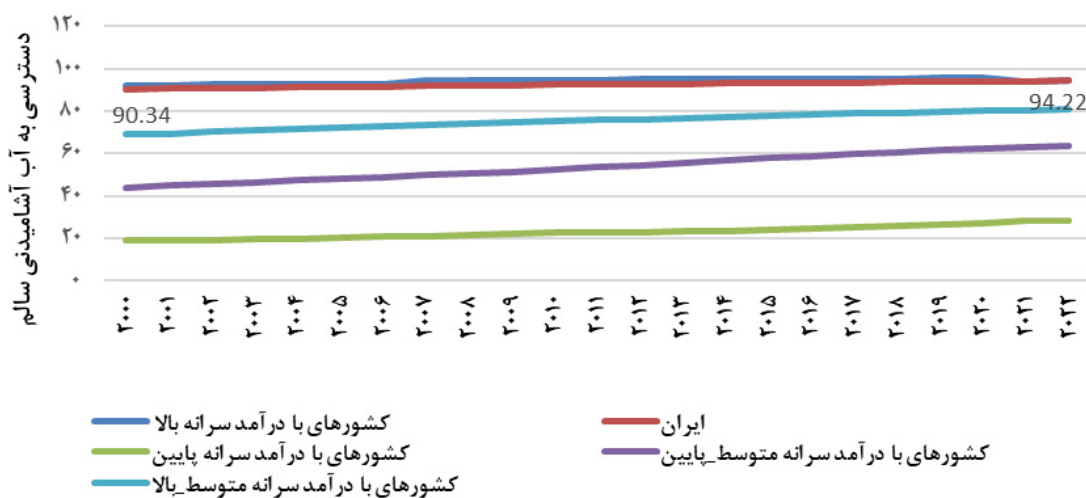
• **تخت‌های بیمارستانی:** بررسی داده‌های مربوط به تخت‌های بیمارستانی<sup>۱</sup> نیز حاکی از وجود ظرفیتی متوسط - رو به بالا - نسبت به کشورهای منطقه است. به‌صورتی که سرانه تخت‌های بیمارستانی در سال ۲۰۲۱ برابر با ۱۷/۸ تخت (به ازای ۱۰۰۰۰ نفر) بوده است. این رقم در سال ۲۰۱۴ برابر با ۱۵ تخت به ازای ۱۰۰۰۰ بوده که حاکی از وجود روندی افزایشی در طی سال‌های اخیر است (شکل ۱۹) [۴۵].

شکل ۱۹. نمودار تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر [۴۵]



• **دسترسی به آب آشامیدنی و سرویس بهداشتی:** به‌رغم تمام چالش‌های ناشی تغییرات اقلیمی و حکمرانی آب، در سال ۲۰۲۲، ۹۴/۲ درصد جمعیت از آب آشامیدنی ایمن<sup>۲</sup> (شکل ۲۰) و ۹۷/۷ درصد از منابع آب پایه<sup>۳</sup> بهره‌مند بوده‌اند. دسترسی به سرویس بهداشتی نیز هم‌تراز با کشورهای توسعه‌یافته (با سطوح درآمد سرانه بالا) از پوشش ۹۰ درصدی برخوردار است (شکل ۲۱) [۳۲] [۴۹].

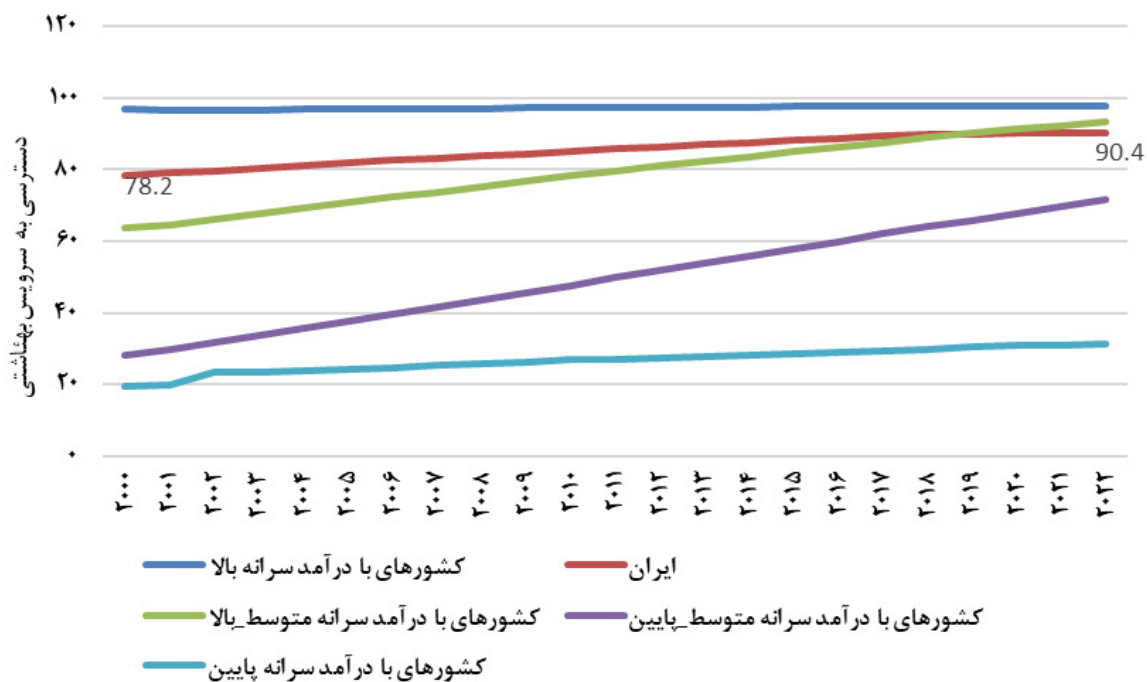
شکل ۲۰. نمودار افرادی که از خدمات آب آشامیدنی ایمن استفاده می‌کنند (درصد از جمعیت) [۳۵]



۱. تخت‌های بیمارستانی شامل تخت‌های بستری موجود در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، عمومی و تخصصی و مراکز توان‌بخشی می‌شود. در بیشتر موارد، تخت‌های مراقبت‌های حاد و مزمن نیز شامل این تخت‌ها می‌شوند [۴۸].  
 ۲. Safely Managed Drinking Water Services: آب آشامیدنی ایمن به معنای استفاده از منبعی است که در محل قابل دسترس باشد و عاری از آلودگی میکروبی و شیمیایی باشد [۳۲].  
 ۳. Basic Drinking Water Services: درصد جمعیتی که از منبع آب آشامیدنی مناسب استفاده می‌کنند، به‌نحوی که زمان دسترسی به آن برای رفت و برگشت با احتساب صف، بیش از ۳۰ دقیقه نیست (منابع مناسب شامل: آب لوله‌کشی؛ چاه‌های حفر شده محافظت‌شده؛ چشمه‌های محافظت‌شده؛ آب باران و آب بسته‌بندی شده یا تحویل داده شد) [۳۲].

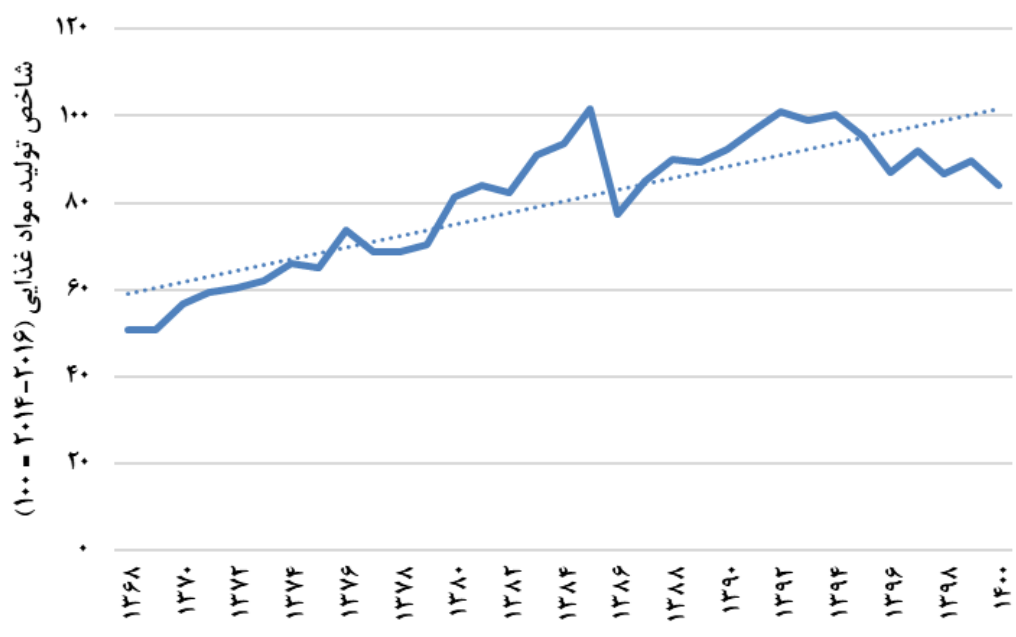


شکل ۲۱. نمودار درصد افرادی که به سرویس بهداشتی دسترسی دارند [۳۵]



در نهایت شاخص تولید غذا<sup>۱</sup> به‌عنوان نماگری برای تحلیل اثر تغذیه بر وضعیت سلامت، مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ زیرا کمبود مصرف غذا سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار داده و احتمال داشتن یک زندگی سالم را کاهش می‌دهد. این شاخص به‌عنوان معیاری برای سنجش میزان دسترسی به غذا تعریف می‌شود و محصولات غذایی خوراکی و حاوی مواد مغذی را در بر می‌گیرد (به جز قهوه و چای به‌دلیل نداشتن ارزش غذایی) [۷] [۳۶]. بر این اساس روند کلی شاخص مذکور -بهرغم برخی نوسانات و به‌ویژه روند نزولی سال‌های اخیر- دارای شیب مثبت و صعودی بوده است (شکل ۲۲).

شکل ۲۲. نمودار شاخص تولید مواد غذایی (۲۰۱۶-۲۰۱۴=۱۰۰) [۳۵]



1. Food Production Index

## ۲-۶. نمونه الگوی SOAR

بعد از شناسایی ظرفیت‌های موجود در بخش سلامت که از طریق احصای متغیرهای مهم و بررسی داده‌های مرتبط با هر متغیر صورت پذیرفت، نوبت به صورت‌بندی این ظرفیت‌ها در قالب الگوی SOAR می‌رسد. فرایندی که با تمرکز بر ظرفیت‌ها (نظیر شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC)، واکسیناسیون، پوشش بیمه‌ای و غیره)، نحوه مواجهه با چالش‌های موجود (مانند افزایش بار بیماری‌های غیر واگیر، نابرابری منطقه‌ای، محدودیت منابع مالی و تأثیر منفی تحریم‌ها) را روشن می‌سازد و امکان شکل‌گیری ائتلاف منابع سیاسی و مالی موجود را برای تحقق اهداف بلندمدت فراهم می‌آورد.

این فرایند شامل تبدیل نقاط قوت به محرک عمل، استفاده از فرصت‌ها برای هم‌افزایی ظرفیت‌های مختلف (برای مثال پوشش بیمه و شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه)، ایجاد بستر مشارکت بازیگران کلیدی (دولت، بیمه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، جامعه مدنی) برای تصویب چشم‌انداز و اهداف ملی مورد قبول و تضمین حمایت سیاسی و اجتماعی و در نهایت تعریف شاخص‌های کمی قابل سنجش جهت استقرار سامانه پایش و گزارش‌دهی شفاف برای جذب منابع و نظارت بر پیشرفت است. بر این اساس الگوی تصریحی در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳. الگوی SOAR پیشنهادی مبتنی بر ظرفیت‌های شناسایی شده

ردیف	نقاط قوت (Strengths)
۱	ظرفیت نهادی و سازمانی در نظام بیمه سلامت
۲	شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC)
۳	پوشش گسترده واکسیناسیون (مانند پوشش واکسیناسیون DTP و سرخک نزدیک به ۱۰۰ درصد)
۴	منابع انسانی و زیرساختی روبه‌رشد (افزایش نسبت پزشک به جمعیت، تخت‌های بیمارستانی و آب آشامیدنی سالم)
فرصت‌ها (Opportunities)	
۱	بهبود محافظت مالی (کاهش سهم پرداخت از جیب، افزایش پوشش کمی و کیفی بیمه سلامت) از طریق فرصت جذب منابع و باز طراحی بسته‌های مزایای بیمه‌ای (برای مثال باز طراحی بسته‌های بیمه‌ای برای تشویق پیشگیری و مراقبت مستمر از NCD)
۲	فرصت توسعه نظام پایش و ارزیابی مبتنی بر نتایج با تکیه بر ظرفیت داده‌ای موجود (امکان رصد ستاندها و نهاده‌ها)
۳	فرصت مدیریت بهتر منابع، ارتقای کارایی و رهگیری اثر سیاست‌ها با به‌کارگیری سیستم‌های اطلاعات سلامت
۴	فرصت همسوسازی و جذب حمایت بین‌بخشی با پیوند راهبرد بهبود عملکرد نظام سلامت با برنامه‌های ملی توسعه
۵	همسوسازی بین‌بخشی (آموزش، رفاه اجتماعی، محیط زیست، کشاورزی) برای مقابله با عوامل زمینه‌ساز NCD
۶	امکان استفاده از الگوهای عملیاتی قابل گسترش در حوزه بیماری‌های واگیر به حوزه‌های دیگر (مثل پیشگیری NCD)
آرمان‌ها / چشم‌اندازها (Aspirations)	
۱	دستیابی به سطوح بالای پوشش مؤثر سلامت که شامل مراقبت‌های پیشگیرانه و درمان مقرون‌به‌صرفه برای آحاد جامعه (عدالت‌محور)
۲	دستیابی به نظام سلامت پاسخ‌گو، شفاف و کارا که با اقدامات مبتنی بر شواهد خود قادر به مدیریت بار روبه‌رشد بیماری‌های غیر واگیر و چالش‌های جمعیتی باشد.
۳	تقویت مدیریت استراتژیک دولت در تخصیص منابع، نظارت و تضمین کیفیت برای ارتقای کارایی مخارج دولت و حصول پایداری بروندهای سلامت جامعه
نتایج قابل اندازه‌گیری / اهداف نتیجه‌محور (Results)	
۱	کاهش مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر در ۵ سال آینده (سنجش و پیگیری از طریق شاخص ریسک‌های مرتبط با این بیماری‌ها، تعداد بستری‌ها و نرخ مرگ‌ومیر مرتبط)



۲	افزایش پوشش مؤثر خدمات پیشگیری و درمان بیماری‌های غیر واگیر در گروه‌های محروم تا رسیدن به میانگین کشوری در ۳ سال (سنجش و پیگیری از طریق میزان پوشش تشخیصی و درمانی در مناطق مرزی/حاشیه‌ای)
۳	کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب به زیر ۳۰ درصد در ۴ سال با بهبود روند کنونی و هدفمند کردن حمایت‌ها در بخش بیمه سلامت
۴	افزایش کارایی مخارج دولت در بخش سلامت (اندازه‌گیری: نسبت ستانده سلامت / هر واحد هزینه عمومی در افق ۵ سال)
۵	استقرار نظام پایش مبتنی بر نتایج
<b>راهبردهای پیشنهادی</b>	
۱	تعریف فرآیند مشارکتی ملی برای تعریف مأموریت و شاخص‌ها: برگزاری فرآیند فراگیر تصمیم‌گیری مشارکتی بین ذی‌نفعان برای تعریف مأموریت روشن (نظیر وزارت بهداشت، صندوق‌های بیمه، سازمان‌های استانی و جامعه مدنی برای توافق بر ارزش‌ها، مأموریت و شاخص‌های قابل سنجش)
۲	گسترش محور PHC به مدیریت NCDها؛ استفاده از ظرفیت شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC) و پوشش واکسیناسیون و استفاده از الگوهای عملیاتی قابل گسترش در این حوزه به حوزه‌های دیگر نظیر حرکت به سمت پیشگیری، مدیریت و پایش بیماری‌های غیر واگیر (NCD)
	هدفمندسازی حمایت مالی و ارتقای عدالت منطقه‌ای: ارائه هدفمند برای پوشش بیمه در پنجک‌های فقیر و مناطق حاشیه‌ای؛ برنامه‌های تقویت ظرفیت در مناطق محروم
۳	طراحی بسته سیاستی «ارتقای سلامت از طریق مدیریت بیماری‌های غیر واگیر»: شامل تمهیدات لازم در جهت تأمین مالی پایدار آن به کمک گسترش شبکه بیمه و جذب سرمایه‌گذاری (عمومی و خصوصی) از طریق همسوسازی ذی‌نفعان
۴	تقویت نقش بیمه سلامت به عنوان محور راهبری و خریدار استراتژیک خدمات سلامت با هدف حرکت تدریجی از پرداخت مبتنی بر خدمت <sup>۱</sup> به پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت <sup>۲</sup> و استفاده از ظرفیت تجمیعی صندوق‌های بیمه برای جهت‌دهی هزینه‌ها به پیشگیری و مراقبت مستمر از بیماری‌های غیر واگیر
۵	نهادینه‌سازی مدل «شبکه سلامت محلی» در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها؛ با تکیه بر شبکه مراقبت‌های اولیه (PHC) و خانه‌های بهداشت، ایجاد ساختارهای هم‌افزایی بین واحدهای استانی وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و صندوق‌های بیمه برای اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و رصد شاخص‌های سلامت در سطح محلی
۶	بازطراحی بسته مزایای بیمه‌ای با محوریت بیماری‌های پر هزینه و غیر واگیر؛ با هدف مدیریت منابع محدود، افزایش کارایی و ایجاد مشوق‌های پیشگیرانه (مثلاً تخفیف حق بیمه برای افراد با رفتارهای سالم یا مشارکت فعال در غربالگری‌ها)
۷	تمرکز بر کارایی در سطح استان‌ها از طریق «بودجه‌ریزی سلامت بر مبنای عملکرد»؛ اختصاص بخشی از اعتبارات سلامت استانی بر اساس شاخص‌هایی مانند کاهش بستری‌های قابل پیشگیری، بهبود شاخص‌های سلامت مادر و کودک، و پوشش خدمات پیشگیری

مأخذ: یافته‌های پژوهش.

همان‌طور که در بخش‌های ابتدایی گزارش حاضر (بخش ۲) اشاره شد؛ یک راهبرد مطلوب باید بر منطق قوی و حمایت گسترده سیاسی و اجتماعی استوار باشد، فرآیندی مشارکتی و فراگیر داشته باشد، از مدیریتی توانمند و پاسخ‌گو برخوردار باشد، پیچیدگی نظام سلامت را در نظر بگیرد و میان آرمان‌گرایی و واقع‌گرایی تعادل برقرار کند. بر این اساس می‌توان اذعان داشت که الگوی فوق تا حدودی زیادی در بردارنده این ویژگی‌هاست.

این الگو در مرحله شناسایی نقاط قوت و فرصت‌ها، بر شواهد و ظرفیت‌های واقعی نظام سلامت بنا می‌شود و به جای تمرکز صرف بر کاستی‌ها، بر توانایی‌های موجود مانند شبکه مراقبت‌های اولیه، پوشش واکسیناسیون، رشد منابع انسانی و مالی تکیه می‌کند. بر این اساس انتظار می‌رود بنیان منطقی و قابل دفاع برای تصمیم‌گیری‌های راهبردی شکل گرفته و زمینه ایجاد اجماع و حمایت سیاسی و اجتماعی فراهم شود. از سوی دیگر، فرآیند تدوین راهبرد در SOAR ذاتاً مشارکتی است و حضور فعال ذی‌نفعان مختلف - دولت، بیمه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات، بخش خصوصی و جامعه مدنی - را در هر مرحله از تدوین تا اجرا الزامی می‌داند؛ بدین ترتیب راهبرد پیشنهادی به محصول یک گفت‌وگوی

1. Fee-for-Service  
2. Pay-for-Performance

ملی و نه تصمیمی از بالا تبدیل می‌شود. در این شرایط آرمان‌ها با تمرکز بر چشم‌انداز و ارزش‌های مشترک، شکل گرفته و مسیر حرکت نظام سلامت به سوی اهدافی همچون عدالت، کیفیت و پایداری هموار می‌شود. در نهایت، مرحله نتایج ابزار تحقق شفافیت، پاسخ‌گویی و ارزیابی را فراهم می‌کند؛ زیرا در آن مرحله، اهداف قابل اندازه‌گیری و شاخص‌های نتیجه‌محور تعیین می‌شوند. پیوند منطقی میان شناخت ظرفیت‌های واقعی و تعریف نتایج قابل سنجش نیز موجب می‌شود راهبرد پیشنهادی در عین بلندپروازی، واقع‌گرایانه و منطبق با ساختار موجود نظام سلامت باشد. بنابراین، الگوی SOAR نه تنها با ویژگی‌های مطلوب راهبرد ملی سلامت منطبق است؛ بلکه سازوکاری نظام‌مند برای تبدیل آن ویژگی‌ها به فرایندهای عملیاتی و پویای تدوین، اجرا و ارزیابی راهبرد در نظام سلامت ایران فراهم می‌سازد.

## ۷. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

از منظر دانش اقتصاد توسعه بخش سلامت به عنوان یکی از ارکان اصلی توسعه اقتصادی جوامع شناخته می‌شود. به صورتی که با شکل‌گیری یک چرخه فضیلت‌ارتقای سلامت جامعه با سازوکارهای گوناگونی موجبات تحقق رشد اقتصادی را فراهم کرده و متعاقباً این رشد نیز انباشت سرمایه سلامت را تسهیل می‌کند. لذا از این منظر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت و تمامی دولت‌ها در سراسر جهان مطرح می‌شود.

از طرفی در عرصه سیاستگذاری عمومی منطق مداخله دولت در بخش سلامت توسط سه استدلال اصلی پشتیبانی می‌شود: یعنی شکست بازار، ملاحظات توزیعی و دلالت‌های اقتصاد سیاسی. مبحث شکست بازار به عواملی همچون اطلاعات ناقص و نامتقارن، رقابت محدود، ناکارایی صنعت بیمه و ماهیت کالای عمومی برخی از خدمات سلامت اشاره دارد که موجب می‌شوند بازار به تنهایی قادر به تأمین مقادیر بهینه نباشد. ملاحظات توزیعی نیز بر ضرورت دسترسی برابر به خدمات پزشکی، صرف‌نظر از توان مالی افراد، تأکید دارد و دلالت‌های اقتصاد سیاسی تصمیم‌های حوزه سلامت را تحت تأثیر چرخه‌های انتخاباتی سیاستمداران و پیوند مالی - عاطفی بین نسلی رأی‌دهندگان صورت‌بندی می‌کند.

بنابراین با توجه به چنین دلالت‌هایی در باب اهمیت نقش‌آفرینی دولت در حوزه سلامت، تدوین راهبرد ملی برای بخش سلامت برای استفاده بهینه از ظرفیت‌های موجود و مواجهه نظام‌مند با چالش‌ها ضروری است. در این راستا، استفاده از الگوی SOAR به عنوان چارچوبی برای تحلیل نقاط قوت (Strengths)، فرصت‌ها (Opportunities)، آرمان‌ها (Aspirations) و نتایج (Results) به عنوان روشی مؤثر برای جهت‌دهی برنامه‌ریزی و تصمیم‌سازی در بخش سلامت مطرح می‌شود. این الگو به جای تمرکز صرف بر مشکلات، بر ظرفیت‌ها و امکان‌پذیری اصلاحات تأکید دارد و می‌تواند به عنوان مبنای تدوین راهبردهای قابل اجرا برای ارتقای اثربخشی و عدالت در نظام سلامت کشور قرار بگیرد.

بر این اساس، یافته‌های مطالعه حاضر موید آن است که بخش سلامت ایران از ظرفیت‌های قابل توجهی برخوردار است و می‌تواند زمینه‌ساز بهبود قابل توجه در ارائه خدمات و بهبود شاخص‌های سلامت باشد. از جمله ظرفیت‌های شناسایی شده می‌توان به شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه و خانه‌های بهداشت در سراسر کشور، پوشش بالای واکسیناسیون، افزایش تعداد پزشکان و زیرساخت‌های درمانی طی سه دهه گذشته، گسترش پوشش بیمه سلامت و وجود تجارب فراوان در اجرای برنامه‌های ملی حوزه بهداشت و سلامت اشاره کرد.

بنابراین براساس ظرفیت‌ها و فرصت‌های موجود، مجموعه‌ای از راهبردها برای ارتقای نظام سلامت و گسترش پوشش همگانی سلامت متصور است:



۱. تعریف فرایند مشارکتی ملی برای تعریف مأموریت و شاخص‌ها: برگزاری فرایند فراگیر تصمیم‌گیری مشارکتی بین ذی‌نفعان برای تعریف مأموریت روشن.
۲. استفاده از ظرفیت شبکه گسترده مراقبت‌های اولیه (PHC) و استفاده از الگوهای عملیاتی قابل گسترش در این حوزه به سمت پیشگیری، مدیریت و پایش بیماری‌های غیرواگیر.
۳. طراحی بسته سیاستی ارتقای سلامت از طریق مدیریت بیماری‌های غیرواگیر؛ شامل تمهیدات لازم در جهت تأمین مالی پایدار آن به کمک گسترش شبکه بیمه و جذب سرمایه‌گذاری (عمومی و خصوصی) از طریق همسوسازی ذی‌نفعان.
۴. تقویت نقش بیمه سلامت به‌عنوان محور راهبری و خریدار استراتژیک خدمات سلامت با هدف حرکت تدریجی از پرداخت مبتنی بر خدمت<sup>۱</sup> به پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت<sup>۲</sup> و استفاده از ظرفیت تجمیعی صندوق‌های بیمه برای جهت‌دهی هزینه‌ها به پیشگیری و مراقبت مستمر از بیماری‌های غیرواگیر.
۵. نهادینه‌سازی مدل «شبکه سلامت محلی» در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها با تکیه بر شبکه مراقبت‌های اولیه (PHC) و خانه‌های بهداشت، ایجاد ساختارهای هم‌افزا بین واحدهای استانی وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و صندوق‌های بیمه برای اجرای سیاست‌های پیشگیرانه و رصد شاخص‌های سلامت در سطح محلی.
۶. بازطراحی بسته مزایای بیمه‌ای با محوریت بیماری‌های پر هزینه و غیرواگیر با هدف مدیریت منابع محدود، افزایش کارایی و ایجاد مشوق‌های پیشگیرانه (مثلاً تخفیف حق بیمه برای افراد با رفتارهای سالم یا مشارکت فعال در غربالگری‌ها).
۷. تمرکز بر کارایی در سطح استان‌ها از طریق «بودجه‌ریزی سلامت بر مبنای عملکرد»؛ اختصاص بخشی از اعتبارات سلامت استانی بر اساس شاخص‌هایی مانند کاهش بستری‌های قابل پیشگیری، بهبود شاخص‌های سلامت مادر و کودک، و پوشش خدمات پیشگیری.

## ۸. پیوست

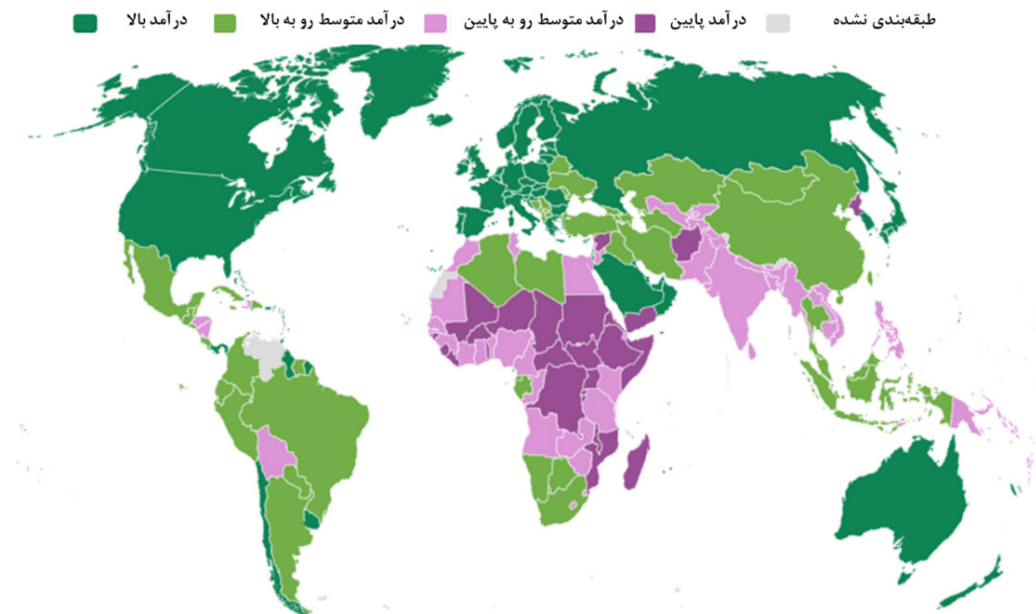
### الف) اسامی کشورها

شرح کشورهای حاضر در هر گروه درآمدی، کشورهای عضو OECD، کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای منطقه شرق مدیترانه در شکل و جدول ذیل ارائه شده است:

1. Fee-for-Service  
2. Pay-for-Performance

۳. اسامی کشورهای حاضر در هر گروه درآمدی به سبب تغییر مقادیر درآمد سرانه در هر سال می‌تواند تغییر کند.

## شکل ۱ پیوست. اطلس کشورهای با درآمد سرانه بالا، متوسط و پایین در سال ۲۰۲۳ [۳۵] ۲



## جدول پیوست ۱. اسامی کشورهای عضو OECD و کشورهای کمتر توسعه یافته [۳۳] [۳۵]

استرالیا، اتریش، بلژیک، کانادا، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، جمهوری چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، رژیم صهیونیستی، ایتالیا، ژاپن، کره جنوبی، لتونی، لیتوانی، لوکزامبورگ، مکزیک، هلند، نیوزیلند، نروژ، لهستان، پرتغال، جمهوری اسلواکی، اسلوانی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، ترکیه، بریتانیا و ایالات متحده	<b>کشورهای OECD</b>
افغانستان، آنگولا، بنگلادش، بنین، بوتسوانا، بورکینافاسو، برونودی، کامبوج، کیپ‌ورد، جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، کوموروس، جیبوتی، جمهوری دموکراتیک کنگو، گینه استوایی، اریتره، اتیوپی، گامبیا، گینه، گینه‌بیسائو، هائیتی، کیریباتی، لائوس، لسوتو، لیبیا، ماداگاسکار، مالاوی، مالدیو، مالی، موریتانی، موزامبیک، میانمار، نپال، نیجر، رواندا، ساموآ، سنگال، سیرالئون، جزایر سلیمان، سومالی، سودان جنوبی، سودان، تانزانیا، تیمور شرقی، توگو، تووالو، اوگاندا، وانواتو، یمن و زامبیا	<b>کشورهای کمتر توسعه یافته</b>
افغانستان، الجزایر، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، فلسطین، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات متحده عربی، یمن و موریتانی	<b>کشورهای شرق مدیترانه</b>

### ب) سیر تحولات نهادی - سازمانی بیمه سلامت در ایران

در طول نه دهه گذشته، اقدام‌های متعددی در سیستم بیمه سلامت ایران با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup> (UHC) انجام شده است. به طوری که گام‌های اصلی برداشته شده برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، به شش دوره اصلی قابل تقسیم است [۵۰]:

1. Universal Health Coverage



- ۱ معرفی اولین طرح بیمه برای کارگران (۱۹۷۲-۱۹۳۰)؛
- ۲ ایجاد سازمان‌های بیمه سلامت ملی (۱۹۷۳-۱۹۸۳)؛
- ۳ همبستگی سازمانی در مدیریت خدمات درمانی (۱۹۸۴-۱۹۹۳)؛
- ۴ تصویب لایحه بیمه سلامت همگانی (۱۹۹۴-۲۰۰۳)؛
- ۵ گسترش پوشش بیمه سلامت به همه ساکنان روستایی (۲۰۰۴-۲۰۱۳)؛
- ۶ گسترش پوشش بیمه سلامت به همه ساکنان (۲۰۱۴-۲۰۲۰).

مشروح اقدام‌های انجام شده در طی گام‌های فوق در جدول ۲ پیوست قابل مشاهده است:

### جدول پیوست ۲. نقاط عطف کلیدی در توسعه بیمه سلامت در ایران [۵۰]

سال	شرح اقدام‌ها
۱۹۳۰	تأسیس صندوق احتیاط <sup>۱</sup> برای حمایت از کارگران وزارت راه و ترابری در برابر بیماری و آسیب‌دیدگی در محل کار.
۱۹۴۹	تأسیس وزارت کار و صندوق تعاون و بیمه کارگران <sup>۲</sup> برای خدمات درمانی و جبران خسارت گسترده‌تر برای کارگران.
۱۹۵۳	شروع به کار سازمان بیمه اجتماعی کارگران <sup>۳</sup> و برخورداری کارگران دائمی، فصلی و موقت و اعضای خانواده درجه یک آنها از مزایای خدمات درمانی یکسان
۱۹۶۸	سازمان بیمه اجتماعی در نتیجه ادغام سازمان بیمه اجتماعی کارگران و سازمان بیمه اجتماعی کارمندان دولت (مصوب سال ۱۳۳۳) تشکیل شد. اصطلاح کارگر <sup>۴</sup> از <u>قانون سازمان بیمه اجتماعی</u> کارگران حذف شد تا سایر گروه‌های فاقد پوشش بیمه را نیز شامل شود.
۱۹۷۳	سازمان تأمین خدمات درمانی <sup>۵</sup> در سال ۱۹۷۳ تشکیل شد تا پوشش بیمه درمانی و خدمات درمانی را برای کلیه کارمندان دولت، افراد تحت تکفل آنها و همچنین اقشار فقیر و فاقد بیمه جامعه (به جز کارگران و روستاییان) فراهم کند.
۱۹۷۴	وزارت رفاه اجتماعی <sup>۶</sup> برای تمرکز و گسترش خدمات رفاهی تشکیل شد. سازمان بیمه اجتماعی و سازمان تأمین خدمات درمانی کارمندان دولت از وزارت رفاه جدا و به وزارت رفاه اجتماعی وابسته شدند.
۱۹۷۵	<u>قانون تأمین اجتماعی</u> (۱۳۵۴) تصویب شد و سازمان تأمین اجتماعی <sup>۷</sup> برای متمرکز کردن تمام امور مربوط به بیمه اجتماعی (به استثنای پوشش بیمه سلامت) برای همه ایرانیان تأسیس شد. تغییری در پوشش بیمه سلامت از نظر میزان پوشش (چه کسی تحت پوشش باشد)، پوشش خدمات درمانی، نحوه ارائه خدمات درمانی و منابع مالی (حق بیمه) ایجاد شد. تمام امور مربوط به ارائه خدمات درمانی برای همه جمعیت از جمله کارگران در سازمان تأمین خدمات درمانی متمرکز شد.
۱۹۷۶	وزارت رفاه اجتماعی و وزارت رفاه در وزارت رفاه و بهزیستی <sup>۸</sup> ادغام شدند تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی و بیمه سلامت یکپارچه شود. بر این اساس، سازمان تأمین خدمات درمانی و مراکز مراقبت‌های بهداشتی در ساختار جدید وزارت رفاه ادغام شدند. سازمان تأمین اجتماعی به حالت تعلیق درآمد.
۱۹۷۹	سازمان تأمین اجتماعی (SSO) احیا شد. بدین ترتیب، تمام منابع اداری سازمان تأمین اجتماعی (شامل ساختمان‌ها، دارایی‌ها، مطالبات مالی، بدهی‌ها و تعهدات) که به سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و رفاه منتقل شده بود، دوباره به سازمان تأمین اجتماعی بازگردانده شد. با این حال، مراکز درمانی و تجهیزات پزشکی تحت اختیار وزارت رفاه و بهزیستی باقی ماند. سازمان تأمین خدمات درمانی منحل شد و مسئولیت ارائه خدمات درمانی به کارگران بر عهده وزارت رفاه و بهزیستی باقی ماند.
۱۹۸۹	<u>قانون الزام</u> <sup>۹</sup> (۱۳۶۸) توسط مجلس تصویب شد و سازمان تأمین اجتماعی به‌طور مستقیم موظف به ارائه خدمات درمانی به مشمولان خود شد.

1. Precaution Fund
2. Workers' Cooperative and Insurance Fund
3. Social Insurance Organization
4. Worker
5. Medical Services Security Organization
6. The Ministry of Social Welfare
7. Social Security Organization (SSO)
8. Ministry of Wellbeing and Welfare
9. The Obligation Law

سال	شرح اقدام‌ها
۱۹۹۵	<b>قانون بیمه سلامت همگانی<sup>۱</sup></b> در سال ۱۳۷۳ تصویب شد تا پوشش بیمه سلامت را برای همه افراد واجد شرایط ظرف پنج سال با تأکید بر ساکنان روستایی و خویش‌فرمایان فراهم کند. سازمان بیمه خدمات درمانی <sup>۲</sup> بازیر مجموعه‌های جداگانه‌ای برای گروه‌های مختلف جمعیت به نام کارمندان دولت، ساکنان روستایی، خویش‌فرمایان و سایر بخش‌ها تأسیس شد. شورای عالی بیمه سلامت <sup>۳</sup> در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تنظیم‌گری سیستم بیمه سلامت ایجاد شد.
۲۰۰۲	<b>قانون ساماندهی مراقبت‌های بهداشتی (۱۳۸۱)</b> با تأکید بر دستیابی به پوشش همگانی سلامت، ارائه بسته مزایای بیمه سلامت پایه بر ابر برای همه ایرانیان و تعیین یک طرح بیمه سلامت برای صدور کارت بیمه سلامت بر ای همه گروه‌های بیمه شده و تمرکز آمار ی بر همه گروه‌های بیمه شده جمعیت، تصویب شد.
۲۰۰۳	بیمه بستری شهری <sup>۴</sup> رایگان توسط MSIO برای پوشش خدمات درمانی بستری برای جمعیت شهری فاقد بیمه، حتی کسانی که از قبل در بیمارستان بستری بودند، معرفی شد. بیمه‌شدگان فقط اجازه داشتند به بیمارستان‌های دولتی مراجعه کنند و نرخ بیمه مشترک ۲۵ درصد را بپردازند.
۲۰۰۴	<b>قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی<sup>۵</sup></b> (۱۳۸۳) تصویب شد؛ وزارت رفاه برای اجرای تفکیک خریدار-ارائه‌دهنده و تنظیم سه لایه نظام تأمین اجتماعی تأسیس شد؛ بخش بیمه، خدمات حمایتی و توانمندسازی مالی، خدمات امدادی و عملیات نجات در بلایا.
۲۰۰۵	بیمه سلامت رایگان برای ساکنان روستایی از طریق پزشکان خانواده و سیستم ارجاع در شهرهایی با جمعیت کمتر از ۲۰،۰۰۰ نفر اجرا شد.
۲۰۰۷	یک بسته مزایای پایه مشترک جدید توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۲۰۰۷ برای چهار طرح بیمه سلامت پایه تهیه شد.
۲۰۰۸	صندوق خوداشتغالی و «بیمه بستری شهری» ادغام شدند و «صندوق ایرانیان» را در MSIO تشکیل دادند، با تغییراتی در حق بیمه‌ای که خوداشتغالان ملزم به پرداخت آن بودند.
۲۰۱۰	ادغام تمام صندوق‌های بیمه سلامت موجود در سازمان بیمه خدمات درمانی سابق بر HD ایجاد یک صندوق بیمه سلامت ملی واحد برای همه ایرانیان به نام سازمان بیمه سلامت ایران <sup>۶</sup> تصویب شد.
۲۰۱۲	<b>اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران</b> در تاریخ ۹ بهمن ۱۳۹۰ توسط هیئت دولت تصویب شد و سازمان بیمه خدمات درمانی در تاریخ ۱ مهر ۱۳۹۱ به سازمان بیمه سلامت ایران تغییر نام داد.
۲۰۱۴	پوشش بیمه سلامت همگانی رایگان توسط دولت به‌عنوان بخشی از طرح تحول سلامت <sup>۷</sup> معرفی شد و پوشش بیمه سلامت برای ۱۱ میلیون نفر گسترش یافت. یکی دیگر از برنامه‌های اجرا شده توسط HTP، حمایت مالی از بیمار ان در بیمارستان‌ها بود. این برنامه که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا می‌شد، با هدف تعمیق حمایت مالی و کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب بیمار ان برای دریافت خدمات در بخش دولتی انجام شد. تعرفه‌های پزشکی و محتوای بسته مزایای بیمه سلامت پایه به‌عنوان مرحله سوم HTP مورد بازنگری قرار گرفت. تقریباً ۱۷۰۰ خدمت بهداشتی که قبلاً حذف شده بودند، به بسته مزایا اضافه و تعرفه‌های پزشکی برای آنها تعیین شد. علاوه بر این، تعرفه‌های پزشکی به‌طور متوسط ۲۰ درصد افزایش یافت تا تعرفه‌های پزشکی واقعی‌تر شده و با پرداخت‌های غیر رسمی مقابله شود.
۲۰۱۷	سازمان بیمه سلامت ایران از وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتقل شد.
۲۰۱۸	یک برنامه الکترونیکی مشترک جدید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و طرح‌های بیمه سلامت معرفی شد که هدف آن بررسی وضعیت پوشش بیمه سلامت بیمار ان به‌صورت آنلاین و حذف دوباره‌کاری در پوشش بیمه سلامت برای بیمار انی است که چندین کارت بیمه سلامت دارند.
۲۰۱۹	مسئولیت کمیته امداد امام خمینی (ره) که در سال ۱۹۹۵ ارائه پوشش بیمه سلامت برای فقرا را بر عهده گرفته بود، در ۲۱ مارس ۲۰۱۹ به سازمان بیمه سلامت ایران محول شد.
۲۰۱۹	پوشش بیمه سلامت رایگان توسط IHIO برای شهروندان خوداشتغال و روستایی در نوامبر ۲۰۱۹ متوقف شد. به‌طوری‌که از این پس افراد موظف به گذراندن آزمون تمکن مالی هستند. طبق آزمون تمکن مالی، فقط کسانی که واقعا فقیر هستند از پرداخت حق بیمه سلامت معاف می‌شوند؛ دیگران باید در پرداخت حق بیمه مشارکت کنند.

1. Universal Health Insurance
2. Medical Services Insurance Organization: MSIO
3. High Council of Health Insurance: HCHI
4. Urban Inpatient Insurance
5. Comprehensive Welfare and Social Security System
6. Iran Health Insurance Organization: IHIO
7. HTTP: Health Transformation Plan



- [1] Hunt, David J., and Charles R. Link, "Better outcomes at lower costs? The effect of public health expenditures on hospital efficiency," *Applied Economics*, vol. 52, no. 4, pp. 400-414, 2020.
- [2] Matthew Oluwatoyin, A., Adegboye Folasade, B., & Fasina Fagbeminiyi, F, "Public health expenditure and health outcomes in Nigeria," *Public Health*, vol. 4, no. 1, pp. 45-56, 2015.
- [3] Acemoglu, D, & Johnson, S, "Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth," *Journal of political Economy*, vol. 115, no. 6, pp. 925-985, 2007.
- [4] D. N. Well, "Accounting for the effect of health on economic growth," *The quarterly journal of economics*, vol. 122, no. 3, pp. 1265-1306, 2007.
- [5] Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J., "The effect of health on economic growth: a production function approach," *World development*, vol. 32, no. 1, pp. 1-13, 2004.
- [6] Anvari, E., Ahangari, A. M., & Jafari, E. , "The role of government health and education expenditure on economic growth in Iran and OPEC countries," *Iranian Economic Review*, vol. 24, no. 4, pp. 1079-1098, 2020.
- [7] Fayissa, Bichaka, and Anca Traian., "Estimation of a health production function: Evidence from East-European countries," *The American Economist*, vol. 58, no. 2, pp. 134-148, 2013.
- [8] R. Barro, "Health and economic growth," *World Health Organization*, pp. 1-47, 1996.
- [9] A. Wagstaff, "Poverty and health sector inequalities," *Bulletin of the world health organization*, vol. 80, pp. 97-105, 2002.
- [10] Bokhari, Farasat AS, Yunwei Gai, and Pablo Gottret. , "Government health expenditures and health outcomes," *Health economics* , vol. 16, no. 3, pp. 257-273, 2007.
- [۱۱] جرارد رولاند، اقتصاد توسعه، ترجمه محمد سلیمانی و محمد مخبر، تهران: نشر چالش (۱۳۹۶).
- [12] Hunt, D.J. and Link, C.R., "Better outcomes at lower costs? The effect of public health expenditures on hospital efficiency," *Applied Economics*, vol. 52, no. 4, pp. 400-414, 2020.
- [13] Onofrei, Mihaela, Anca-Florentina Vatamanu, Georgeta Vintilă, and Elena Cigu. , "Government health expenditure and public health outcomes: a comparative study among EU developing countries," *International Journal of Environmental Research and Public Health* , vol. 18, no. 20, 2021.
- [14] Hlafa, B., Sibanda, K. and Hompashe, D.M., "The impact of public health expenditure on health outcomes in South Africa," *International journal of environmental research and public health*, vol. 16, no. 16, pp. 29-93, 2019.
- [15] Bailey, M.J. and Goodman-Bacon, A., "The War on Poverty's experiment in public medicine: Community health centers and the mortality of older Americans," *American Economic Review*, vol. 105, no. 3, pp. 1067-1104, 2015.
- [16] Levy, Helen, and Thomas C. Buchmueller. , "The impact of health insurance on mortality," *Annual Review of Public Health*, vol. 46, 2025.
- [17] Rajkumar, A.S. and Swaroop, V., "Public spending and outcomes: Does governance matter?," *Journal of development economics*, vol. 86, no. 1, pp. 96-111, 2008.

- [18] Preker, Alexander S., Marianne E. Lindner, Dov Chernichovsky, and Onno P. Schellekens, eds., *Scaling up affordable health insurance: staying the course*, World Bank Publications, 2013.
- [19] J. M. Poterba, "Government intervention in the markets for education and health care: how and why?," in *Individual and social responsibility: Child care, education, medical care, and long-term care in America*, Chicago, University of Press, 1996, pp. 277-308.
- [20] K. J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care," *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, no. 2, p. 141, 2004.
- [21] Stiglitz, Joseph E., and Jay K. Rosengard, *Economics of the public sector*, Fourth international student edition ed., WWNorton & Company, 2015.
- [22] J. Gruber, *Public finance and public policy*, Fifth edition ed., Macmillan, 2016.
- [23] J. Tobin, "On limiting the domain of inequality," *The Journal of Law and Economics*, vol. 13, no. 2, pp. 263-277, 1970.
- [24] Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S.V. and English, M., "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution," *The Lancet global health*, vol. 6, no. 11, pp. 1196-1252, 2018.
- [25] "Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.," World Health Organization, 2007.
- [26] Cole, Matthew L., and Jacqueline M. Stavros, "SOAR: a framework to build positive psychological capacity in strategic thinking, planning, and leading," *Theoretical approaches to multi-cultural positive psychological interventions*, pp. 505-521, 2019.
- [27] Stavros, Jacqueline M., and Matthew L. Cole, "SOARing towards positive transformation and change," *Abac Odi Journal Vision.*, vol. 1, no. 2, 2014.
- [28] J. M. Stavros, "SOAR 2020 and Beyond: Strategy, Systems Innovation and Stakeholder Engagement," *International Journal of Appreciative Inquiry*, 2020.
- [29] T. M. Coleman, *A positive psychological examination of strategic planning in the public sector utilizing SOAR*, Benedictine University, 2016.
- [۳۰] «پوشش بیمه پایه سلامت قبل و بعد از اجرای برنامه همگانی بیمه و طرح تحول سلامت»، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، ۱۳۹۸.
- [31] Lozano, Rafael, Nancy Fullman, John Everett Mumford, Megan Knight, Celine M. Barthelemy, Cristiana Abbafati, Hedayat Abbastabar et al., "Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1250-1284, 2020.
- [32] "Unicef," unicef, 2023. [Online]. Available: <https://data.unicef.org/country/irn/>.
- [33] "World Health Organization," WHO, 2023. [Online]. Available: <https://data.who.int/countries/364>.
- [34] W. H. Organization, "Country case studies on primary health care: Islamic Republic of Iran.," World Health Organization., 2018.

- [35] “Worldbank data,” Worldbank, 2025. [Online]. Available: <https://data.worldbank.org/indicator>.
- [36] Nassar, Heba, Hala Sakr, Asmaa Ezzat, and Pakinam Fikry. , “Technical efficiency of health-care systems in selected middle-income countries: an empirical investigation,” *Review of economics and political science*, vol. 5, no. 4, pp. 267-287, 2020.
- [37] U. Reinhardt, “A production function for physician services,” *The review of Economics and Statistics* , pp. 55-66, 1972.
- [38] Rump, A., and O. Schöffski. , “The German and Japanese health care systems: An international comparison using an input–output model,” *Public Health*, vol. 141, pp. 63-73, 2016.
- [39] Gaffan, Nicolas, Alphonse Kpozehouen, Cyriaque Degbey, Yolaine Glele Ahanhanzo, and Moussiliou Noël Paraïso, “Effects of household access to water, sanitation, and hygiene services on under-five mortality in Sub-Saharan Africa.,” *Frontiers in Public Health* 11 (2023), vol. 11, 2023.
- [40] Günther, Isabel, and Gunther Fink. , “Water and sanitation to reduce child mortality: The impact and cost of water and sanitation infrastructure,” *World Bank Policy Research Working Paper* , 2011.
- [41] Arenas, Erika, Susan W. Parker, Luis Rubalcava, and Graciela Teruel, “Impact of health insurance on adult mortality in rural areas: Evidence of Seguro Popular in Mexico using panel data,” *World Development Perspectives* , vol. 30, 2023.
- [42] Kruk, Margaret E., Anna D. Gage, Naima T. Joseph, Goodarz Danaei, Sebastián García-Saisó, and Joshua A. Salomon. “ , “Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries,” *The Lancet* , 2018.
- [43] Mohamadi, Efat, Alexander Kraemer, Reza Majdzadeh, Morteza Mohammadzade, Marita Mohammadshahi, Mohammad Mehdi Kiani, Fatemeh Ebrahimi, Hakimeh Mostafavi, Alireza Olyaeemanesh, and Amirhossein Takian, “Impacts of economic sanctions on population health and health system: a study at national and sub-national levels from 2000 to 2020 in Iran,” *Globalization and Health* , vol. 20, no. 1, p. 81, 2024.
- [44] De Meijer, Claudine, Bram Wouterse, Johan Polder, and Marc Koopmanschap, “The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review,” *European journal of ageing*, vol. 10, no. 4, pp. 353-361, 2013.
- [۴۵] «گزارش سیمای سلامت جمهوری اسلامی ایران و مقایسه با کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (۱۴۰۰-۱۳۹۳)»، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۲.
- [۴۶] «عنوان: روند شاخص‌های هزینه‌های سلامت ۱۴۰۲-۱۳۹۵» مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، ۱۴۰۴.
- [47] Zahraei, Seyed Mohsen, Shahrokh Izadi, Mohammad Mehdi Gouya, Seyed Mohammad Hashemi Shahri, and Mahdi Mohammadi., “Immunization coverage of children aged 24-35 months in the Islamic Republic of Iran: a national cluster coverage survey,” *Eastern Mediterranean Health Journal* , vol. 28, no. 2, pp. 121-129, 2022.
- [48] “ourworldindata,” ourworldindata, 2025. [Online]. Available: <https://ourworldindata.org/grapher/physicians-per-1000-people>.
- [49] “Percentage of people with access to basic drinking water, sanitation services, or hygiene,” worldbank, 2022. [Online]. Available: <https://scorecard.worldbank.org/en/home>.
- [50] Doshmangir, Leila, Mohammad Bazyar, Arash Rashidian, and Vladimir Sergeevich Gordeev. , “Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage,” *International journal for*

equity in health, vol. 20, no. 1, 2021.

[۵۱] علوی‌راد، عباس، غفوری، محمدحسین، قرشی، نغمه. «مقایسه میزان تأثیر سلامت بر رشد اقتصادی ایران و کشورهای حوزه سند چشم‌انداز»، ۱۳۹۳.

[۵۲] لطفی‌پور، محمدرضا، فلاحی، محمدعلی، برجی، معصومه. «بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران»، فصلنامه مدیریت سلامت، جلد ۱۴، شماره ۴۶، صص ۷۰-۵۷، ۱۳۹۰.

[53] Jahanmehr, Nader, Mohammad Noferesti, Soheila Damiri, Zhaleh Abdi, and Reza Goudarzi, "The projection of Iran's healthcare expenditures by 2030: evidence of a time-series analysis," *International journal of health policy and management*, vol. 11, no. 11, 2022.

[54] G. A. Akerlof, "The market for "lemons": Quality uncertainty and the market mechanism.," In *Uncertainty in economic*, pp. 235-251, 1970.

[۵۵] اسدزاده، احمد، اصغرپور، حسین، فومن‌اجیرلو، یاسمن. «بررسی ارتباط مخارج سلامت دولتی و خصوصی و رشد اقتصادی در ایران»، پایش، جلد ۱۴، شماره ۲، صص ۱۴۵-۱۵۳، ۱۳۹۴.

[۵۶] سلمانی، علیرضا، محمدی، بهزاد. «بررسی اثر مخارج بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی ایران»، پژوهش‌های اقتصادی ایران، جلد ۱۳، شماره ۳۹، صص ۷۳-۹۳، ۱۳۸۸.

[۵۷] خانزادی، آزاد، فتاحی، شهرام، مرادی، سارا. «اثرات هزینه‌های بهداشت و درمان بخش عمومی بر رشد اقتصادی در ایران»، سیاست‌های راهبردی و کلان، جلد ۵، شماره ۱۸، صص ۴۹-۶۷، ۱۳۹۶.

[۵۸] عمادزاده، مصطفی، سامتی، مرتضی، صافی دستجردی، داود. «رابطه مخارج سلامت و رشد اقتصادی در استان‌های ایران»، مدیریت اطلاعات سلامت (ویژه‌نامه اقتصاد سلامت)، جلد ۷، شماره ۸، صص ۹۱۸-۹۲۸، ۱۳۹۰.

[59] Stavros, Jacqueline M., and Patricia Malone, "SOAR: building strategic capacity," *Practicing Organization Development: Leading Transformation and Chang*, pp. 285-302, 2015.

[60] OECD, "Health at a Glance 2025," OECD Publishing, Paris, 2025.

#### گزیده سیاستی

ایجاد چارچوب مشارکت ذینفعان، تقویت مراقبت‌های اولیه، تمرکز بر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر، و نهادینه‌سازی شبکه‌های سلامت محلی برای ارتقای پایدار و همسوی نظام خدمات و تامین مالی در این حوزه حائز اهمیت است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۲۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: [mrc@majles.ir](mailto:mrc@majles.ir)

وبسایت: [rc.majles.ir](http://rc.majles.ir)