

تحلیل اقتصادی نظام های بیمه سلامت و تاثیر آن ها بر دسترسی به خدمات درمانی

۱- محمد پور کریمی ۲- بهاره ملکی *

۱- دانشجوی دکتری، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

۲- استادیار، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

Email: mohammad.pourkarimi@iau.ac.ir

Email: malekibahare@iau.ac.ir

چکیده

این پژوهش به تحلیل اقتصادی نظام های بیمه سلامت و تاثیر آن ها بر دسترسی عادلانه به خدمات درمانی می پردازد. با ترکیب روش پدیدارشناسی تفسیری و تحلیل آماری داده های سلامت، عملکرد بیمه های پایه و تکمیلی از نظر پایداری مالی، پوشش جمعیتی و عدالت در دسترسی بررسی شده است. نتایج نشان می دهد افزایش سرمایه گذاری دولت در سلامت باعث بهبود شاخص های عمومی و رشد اقتصادی می شود، اما نابرابری های اجتماعی و اقتصادی همچنان چالش برانگیز است. پژوهش پیشنهاد می کند با ارتقای کارایی بیمه ها و هماهنگی سیاست های اقتصادی و بهداشتی، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی تقویت شود.

کلمات کلیدی: نظام بیمه سلامت، اقتصاد سلامت، دسترسی به خدمات درمانی، تامین مالی سلامت، نابرابری های سلامت.

۱-مقدمه

امروزه با پیشرفت روزافزون فناوری و ورود انواع فرآورده‌های صنعتی به زندگی انسان، علاوه بر تسهیلات متعدد و رفاه بیشتر، ریسک‌ها و تهدیدهای جدیدی نیز به همراه آمده که سلامت و امنیت اجتماعی را به چالش کشیده است. ماهیت ذاتی ریسک‌ها، مواجهه با آنها را پیچیده می‌سازد و از این رو، استفاده از بیمه به عنوان یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین روش‌ها برای مدیریت و انتقال ریسک، به عنوان راهکاری کلیدی مورد توجه قرار گرفته است (کوهن^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). هرچند بیمه در ایران سابقه‌ای طولانی دارد، اما هنوز جایگاه واقعی و کارآمد خود را نیافته است و بسیاری از مردم به ویژه در زمینه بیمه‌های تکمیلی درمان، از امکانات و مزایای آن اطلاع کافی ندارند. با توجه به روند صعودی هزینه‌های تشخیصی و توسعه فناوری‌های پزشکی پیشرفته و گرانی قیمت، پوشش کامل هزینه‌های درمانی از طریق بیمه‌های پایه عمومی عملاً غیرممکن شده است؛ به همین دلیل شرکت‌های بیمه تکمیلی درمان برای کاهش بار مالی افراد در مواجهه با هزینه‌های سرسام‌آور درمان، نقش مهمی ایفا می‌کنند (علیزاده رضویان، ۱۴۰۱).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران به عنوان متولی سلامت کشور، با توجه به اسناد بالادستی از جمله سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، برنامه‌های توسعه‌ای و مأموریت‌های کلان خود، طرح تحول نظام سلامت را پس از مطالعات اولیه و در راستای اهدافی نظیر حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی، از سال ۱۳۹۳ آغاز کرده است (امیری و حیدری، ۱۳۹۸). این طرح گرچه قدمتی نسبتاً جدید دارد، اما پیوسته در سراسر جهان نیز اقداماتی مشابه اجرا شده است؛ مثلاً اصلاحات جامع نظام سلامت در ایالات متحده از سال ۲۰۱۰ در قالب قانون مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه آغاز شد (شی و سینگ^۲، ۲۰۲۲)، و در نیوزلند نیز از سال ۲۰۰۱ مردم از خدمات درمانی ارزان قیمت بهره‌مند شده‌اند (تنبنسل^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). هرچند در برخی کشورها، گسترش بیمه‌های خصوصی منجر به افزایش هزینه‌ها و مشکلاتی در دسترسی به داروهای مقرون به صرفه شده است اما اصلاحات کلی نظام سلامت با هدف کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و بیمه‌ای، همچنان در دستور کار قرار دارد (ژو و میلز^۴، ۲۰۱۹).

نظام‌های بیمه سلامت به عنوان رکن اساسی در نظام‌های درمانی، وظیفه سازماندهی، تأمین مالی و ارائه خدمات درمانی را بر عهده دارند و تحلیل اقتصادی آنها به بررسی کارایی، عدالت و پایداری این نظام‌ها و تأثیر آنها بر دسترسی افراد به خدمات درمانی می‌پردازد (بختیاری و همکاران، ۱۴۰۰). اصلاحات در بخش مالی نظام سلامت از پیچیده‌ترین و حساس‌ترین موضوعات سیاستگذاری است، زیرا تغییر در روش‌های تأمین مالی می‌تواند انگیزه‌های اقتصادی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات را تغییر داده و دسترسی گروه‌های اجتماعی مختلف به مراقبت‌های بهداشتی را دگرگون سازد (عبداله تبار و سجادی، ۱۴۰۳). پرداخت‌های خصوصی، شامل پرداخت مستقیم خانوارها،

¹ Cohen² Shi & Singh³ Tenbensen⁴ Xu & Mills

بیمه‌های خصوصی و کمک‌های خیریه، نقش قابل توجهی در تأمین مالی سلامت کشورهای در حال توسعه ایفا می‌کند و سهم بخش خصوصی در مناطق مختلف جهان بسته به سطح توسعه اقتصادی و سنت‌های فرهنگی، متفاوت است (علیزاده رضویان، ۱۴۰۱). بهینه‌سازی ترکیب تأمین مالی عمومی و خصوصی برای تحقق اهداف کارایی، عدالت و پایداری در سیاست‌های سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان یکی از بازیگران کلیدی نظام سلامت کشور، طی دهه اخیر بیش از نیمی از جمعیت کشور را تحت پوشش قرار داده و بسیاری از طرح‌های حمایتی دولت را به اجرا گذاشته است. این سازمان به عنوان نهادی پویا و بزرگ با توجه به تغییرات فناوری و نیازهای سلامت جامعه، با ایجاد کمیته‌های علمی و آینده‌پژوهی، در پی دستیابی به وضعیت مطلوب در آینده نظام بیمه سلامت است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۳). مطالعات بین‌المللی، مانند تحقیق انجام شده در انگلستان در سال ۲۰۲۰، اهمیت ایجاد بینش‌های نوین و مشارکت گروه‌های سنی مختلف جامعه در توسعه برنامه‌های سلامت را برجسته کرده‌اند، موضوعی که می‌تواند در ایران نیز بسیار مؤثر واقع شود.

بر اساس قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از سلامت حق آحاد مردم است و دولت موظف به تضمین آن می‌باشد. همچنین سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت حفاظت مالی از مردم در دسترسی به خدمات سلامت و حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت تأکید دارد. طرح تحول سلامت ایران، که از سال ۱۳۹۳ اجرایی شد، گرچه در زمینه توسعه زیرساخت‌ها موفقیت‌هایی به دست آورد، اما به دلیل اجرایی نشدن پیش‌نیازهای اساسی، با چالش‌هایی نظیر افزایش هزینه‌های اجرایی، تقاضای القایی و بدهی‌های انباشته در سازمان‌های بیمه‌گر پایه مواجه گردید که نیازمند بررسی و بازنگری‌های جدی است.

در نهایت، تحلیل اقتصادی نظام‌های بیمه سلامت و تأثیر آنها بر دسترسی به خدمات درمانی، زمینه‌ای ضروری برای درک بهتر عملکرد این نظام‌ها و ارائه راهکارهای مؤثر در جهت بهبود عدالت، کارایی و پایداری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ساختارها، چالش‌ها و فرصت‌های موجود در نظام بیمه سلامت ایران و مقایسه آن با تجارب بین‌المللی، سعی دارد چشم‌اندازی جامع و تخصصی در این حوزه فراهم آورد تا بتواند به تصمیم‌گیرندگان و سیاستگذاران در جهت ارتقای کیفیت و عدالت در خدمات درمانی کمک نماید.

۲- چارچوب نظری

۲-۱- اقتصاد سلامت یا اقتصاد بهداشت

اقتصاد سلامت یا اقتصاد بهداشت، شاخه‌ای از علم اقتصاد است که به مسائلی پیرامون کارایی، اثربخشی، ارزش و رفتار در تولید و

مصرف سلامت و مراقبت‌های بهداشتی می‌پردازد. اقتصاددانان سلامت به بررسی عملکرد سیستم‌های مراقبت بهداشتی و رفتارهای مؤثر بر سلامت مانند سیگار کشیدن می‌پردازند. کنت ارو در مقاله‌اش در سال ۱۹۶۳ که به عنوان نقطه آغاز شناخته می‌شود، تمایز مفهومی میان سلامت و سایر کالاها را تبیین کرده است. ویژگی‌های اقتصاد سلامت شامل مداخله گسترده دولت، عدم اطمینان غیرقابل کنترل، اطلاعات نامتقارن، موانع ورود، آثار خارجی و حضور شخص ثالث (پزشک) است که تصمیمات خرید را بدون اطلاع از قیمت اتخاذ می‌کند (گرتن، ۱۴۰۱).

اقتصاددانان سلامت انواع اطلاعات مالی نظیر هزینه‌ها، بدهی‌ها و مصارف را تحلیل می‌کنند. عدم اطمینان ذاتی در نتایج درمانی و نگرانی‌های مالی بیماران از شاخص‌های مهم این حوزه است. شکاف دانش بین پزشک و بیمار، موقعیت مزیتی به پزشک می‌دهد که اصطلاحاً اطلاعات نامتقارن نامیده می‌شود. همچنین آثار خارجی در سلامت، به ویژه در بیماری‌های عفونی، نقش مهمی دارند. بیمه سلامت یکی از مهم‌ترین ارکان اقتصاد سلامت است که در دو دسته بیمه سلامت دولتی (اجتماعی) و خصوصی تقسیم‌بندی می‌شود. بیمه دولتی که معمولاً از طریق مالیات یا حق بیمه اجباری تامین مالی می‌شود، با هدف پوشش حداکثری جمعیت و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر مانند بیمه همگانی کانادا و انگلستان و بیمه اجباری ایران عمل می‌کند، در حالی که بیمه خصوصی توسط شرکت‌های خصوصی با پوشش منعطف‌تر ولی پرهزینه‌تر ارائه می‌گردد (همان).

وضعیت اقتصادی افراد و جوامع (شامل درآمد، اشتغال و سطح تحصیلات) تأثیر مستقیم بر سلامت دارد؛ افراد با وضعیت اقتصادی بهتر به تغذیه، مسکن و محیط سالم‌تر دسترسی دارند که منجر به نتایج سلامتی مطلوب‌تر می‌شود. هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه برای اقشار کم‌درآمد، مانع مهمی در دسترسی به خدمات درمانی است و هزینه‌های دارو، ویزیت پزشک و سایر خدمات درمانی فشار مالی زیادی به خانواده‌ها وارد می‌کند. بیمه درمانی نقش مهمی در تسهیل دسترسی دارد، زیرا افراد بیمه شده راحت‌تر و با هزینه کمتر به خدمات دسترسی پیدا می‌کنند، اما در کشورهای در حال توسعه بخش قابل توجهی از جمعیت فاقد بیمه‌اند و با موانع جدی مواجه هستند.

سیاست‌های اقتصادی دولت از جمله مالیات، یارانه‌ها و برنامه‌های رفاه اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر دسترسی به خدمات درمانی دارند. دولت‌ها می‌توانند با سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های بهداشتی، یارانه بیمه و برنامه‌های حمایتی، دسترسی را بهبود بخشند. نابرابری‌های اقتصادی سبب ایجاد نابرابری در سلامت می‌شوند، به طوری که افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر نرخ بالاتری از بیماری و مرگ و میر دارند و دسترسی کمتری به خدمات

با کیفیت پیدا می کنند که این امر چرخه فقر و بیماری را تداوم می بخشد. به طور خلاصه، اقتصاد سلامت با چالش های اطلاعات نامتقارن، آثار خارجی و عدم اطمینان همراه است و سیاست های جامع اقتصادی می تواند به بهبود عدالت، کارایی و پوشش بیمه ای در نظام سلامت کمک نماید (محمدی و همکاران، ۱۴۰۳).

۲-۲- تامین مالی در نظام سلامت ایران

هزینه های سلامت به طور کلی می تواند از طریق سه بخش عمومی، خصوصی و منابع خارجی تامین شود. هر کشور بر اساس

زیرساخت های اقتصادی خود، از یک یا چند مورد این روش ها استفاده می کند و در ایران، ترکیبی از این روش ها مورد استفاده قرار می گیرد. پس از اجرای طرح تحول سلامت، سهم هزینه سلامت برای اولین بار، از بخش عمومی افزایش پیدا کرد و از طرفی سهم بخش خصوصی که قسمت عمده آن شامل پرداختی از جیب خانوار است، کاهش یافت. ولی نکته بسیار مهم در این زمینه، پایداری منابع و محدودیت مالی کشور برای تخصیص منابع مالی بیشتر به حوزه سلامت است. این موضوع، نیازمند ابزارهای کنترلی و ضابطه مند شدن ارائه خدمات به شیوه خدمات راهبردی است. اگر بپذیریم که افزایش منابع مالی سلامت باید با افزایش سلامت مردم نیز همراه باشد، باید به دنبال این باشیم که تامین مالی خدمات سلامت هم راستا با کاهش اتلاف منابع و مدیریت هزینه های غیرضروری نیز باید مورد توجه سیاست گذاران نظام سلامت قرار بگیرد تا منابع پایدار باشد (علیزاده رضویان، ۱۴۰۱).

اگر بپذیریم که افزایش منابع مالی سلامت باید با افزایش سلامت مردم نیز همراه باشد، باید به دنبال این باشیم که تامین مالی خدمات سلامت هم راستا با کاهش اتلاف منابع و مدیریت هزینه های غیرضروری نیز باید مورد توجه سیاست گذاران نظام سلامت قرار بگیرد تا منابع پایدار باشد. اتلاف منابع یکی از آن کلید واژه های مهمی است که حتی مورد تاکید سازمان جهانی بهداشت نیز قرار گرفته و این سازمان اعلام کرده که ۲۰ تا ۴۰ درصد منابع سلامت در حال اتلاف است.

۲-۳- بیمه سلامت در ایران

بیمه های درمانی در ایران به دو دسته کلی بیمه پایه و بیمه تکمیلی تقسیم می شوند. بزرگ ترین بیمه های پایه از نظر تعداد بیمه شدگان شامل سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح هستند. در زمان اجرای طرح تحول سلامت، بخشی از افراد تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) نیز به طور جداگانه در صندوقی تحت پوشش بیمه پایه قرار داشتند که در ۲۸ فروردین ۱۳۹۸ با امضای تفاهم نامه ای میان کمیته امداد و سازمان بیمه سلامت، حدود یک میلیون نفر از بیمه شدگان این کمیته به بیمه

سلامت منتقل شدند. این اقدام در راستای اجرای قانون برنامه توسعه و تجمیع بیمه‌ها صورت گرفت. سازمان‌های بیمه‌گر پایه تحت سیاست‌گذاری شورای عالی بیمه سلامت فعالیت می‌کنند که ریاست آن با وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و بسته خدمات پایه، داروها و سایر خدمات بیمه‌ای را بررسی و تصویب می‌کند. از اهداف طرح تحول سلامت، بیمه کردن جمعیت فاقد پوشش بیمه پایه بود، اما اجرای شتاب‌زده این طرح در سال ۱۳۹۳ منجر به مشکلاتی مانند همپوشانی بیمه‌ای و نابرابری در دسترسی به یارانه دولتی شد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۳). مطابق ماده ۴ قانون بیمه همگانی خدمات سلامت که در سوم آبان ۱۳۷۳ تصویب شده، دولت موظف است پوشش بیمه خدمات سلامت را برای تمامی گروه‌های جامعه فراهم کند و این پوشش باید ظرف ۵ سال پس از تصویب قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان تعمیم یابد. سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی در فروردین ۱۳۹۳ نیز بر همگانی شدن بیمه پایه درمان و کاهش سهم

مردم در هزینه‌های درمان تأکید دارد. بر اساس گزارش موسسه ملی تحقیقات سلامت در سال ۱۳۸۹، حدود ۱۶.۸ درصد مردم ایران فاقد پوشش بیمه پایه بودند که در برخی استان‌ها مانند تهران، البرز و قم این رقم به بیش از ۲۵ درصد می‌رسید. در دولت‌های یازدهم و دوازدهم، بیش از ۸.۸ میلیون نفر تحت پوشش بیمه همگانی سلامت قرار گرفتند، اما این طرح به دلیل نبود پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان و عدم تفکیک دهک‌های درآمدی، باعث ایجاد همپوشانی‌های بیمه‌ای گسترده‌ای شد.

بر اساس اعلام‌های رسمی، در سال‌های پیش از بهمن ۱۳۹۸، همپوشانی بیمه‌ای به میلیون‌ها نفر می‌رسید؛ به طوری که در تیر ۱۳۹۶ حدود ۴.۵ میلیون و در فروردین ۱۳۹۸ حدود ۲.۷ میلیون مورد همپوشانی ثبت شده بود. افتتاح پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان در بهمن ۱۳۹۸، به مدیریت این مشکل کمک کرد، اما همچنان بخشی از جمعیت فاقد بیمه درمانی باقی ماندند. عضو سابق هیئت مدیره سازمان بیمه سلامت در آبان ۱۴۰۰ اعلام کرد که ۶ تا ۱۰ میلیون نفر فاقد پوشش بیمه‌ای هستند. در دولت سیزدهم این مشکل تا حد زیادی برطرف شده و حدود ۵.۵ میلیون نفر تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند. همچنین به تمامی افراد بدون پوشش بیمه اعلام شده که می‌توانند بدون محدودیت از طریق سامانه سازمان بیمه سلامت یا دفاتر پیشخوان برای دریافت بیمه اقدام کنند که برای دهک‌های درآمدی پایین تا پنجم، پرداخت حق بیمه رایگان و برای دهک‌های ششم تا نهم با تخفیف همراه است.

۲-۴- چالش‌های بیمه سلامت

هزینه‌های رو به افزایش: هزینه‌های بهداشتی و درمانی در بسیاری از کشورها به سرعت در حال افزایش است که این موضوع چالش‌هایی را برای تامین مالی بیمه سلامت ایجاد می‌کند.

نابرابری در دسترسی: با وجود بیمه سلامت، هنوز هم نابرابری‌هایی در دسترسی به خدمات بهداشتی وجود دارد، به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر و افرادی که در مناطق دورافتاده زندگی می‌کنند.

کیفیت خدمات: بیمه سلامت باید اطمینان حاصل کند که خدمات بهداشتی ارائه شده با کیفیت مناسب و مطابق با استانداردهای روز است (حسن زاده، ۱۳۹۷).

۲-۵- مقایسه سیستم‌های بیمه سلامت در کشورهای مختلف

مقایسه سیستم‌های بیمه سلامت در کشورهای مختلف نشان می‌دهد هر مدل مزایا و معایب خاص خود را دارد که متناسب با شرایط اقتصادی، فرهنگی و ساختار دولت هر کشور طراحی شده است. سیستم بیمه سلامت همگانی، مانند نمونه‌های کانادا، انگلستان و سوئد، با تامین مالی از طریق مالیات، امکان دسترسی عادلانه و کاهش نابرابری در سلامت را فراهم می‌کند، اما با چالش‌هایی مثل مالیات بالا، صف‌های انتظار طولانی و محدودیت انتخاب پزشک مواجه است. سیستم بیمه سلامت اجتماعی، که در کشورهای آلمان، فرانسه و ژاپن رایج است، با مشارکت کارفرمایان و کارکنان، پوشش گسترده و دسترسی نسبتاً خوب ایجاد می‌کند، ولی پیچیدگی مدیریتی و احتمال نابرابری در دسترسی برخی گروه‌ها از معایب آن است. همچنین سیستم بیمه خصوصی، با انتخاب‌های متنوع‌تر و انتظار کمتر، برای افرادی که توانایی مالی دارند مناسب است اما گران‌تر بوده و می‌تواند نابرابری در دسترسی ایجاد کند. سیستم‌های ترکیبی مانند استرالیا و هلند سعی در بهره‌گیری از مزایای چند مدل دارند، اما به دلیل پیچیدگی، احتمال نابرابری نیز در آنها وجود دارد (شی و سینگ، ۲۰۲۲).

برای بهبود سیستم‌های بیمه سلامت، راهکارهای متعددی مطرح است که هدف آنها افزایش کارایی، کاهش هزینه‌ها و بهبود دسترسی به خدمات است. یکی از مهم‌ترین اقدامات، بهینه‌سازی منابع مالی از طریق کاهش هدررفت‌ها و استفاده مؤثرتر از فناوری‌های نوین سلامت است. همچنین توسعه زیرساخت‌های اطلاعاتی و ایجاد پایگاه‌های داده متمرکز می‌تواند همپوشانی‌ها و سوءاستفاده‌ها را کاهش دهد. اصلاح سیاست‌های مالیاتی و یارانه‌ای به گونه‌ای که عدالت درآمدی رعایت شود، امکان دسترسی بهتر اقشار کم‌درآمد را فراهم می‌کند. علاوه بر این، آموزش و آگاهی‌بخشی به مردم درباره پیشگیری و رفتارهای سالم، مدیریت بهینه تقاضا برای خدمات درمانی و تقویت نقش مراقبت‌های اولیه از دیگر راهکارهای مؤثر در بهبود کارایی و کاهش هزینه‌ها محسوب می‌شوند. اجرای این راهکارها در کنار سیاست‌گذاری‌های دقیق و نظارت مستمر می‌تواند سیستم بیمه سلامت را به سمت عدالت، کارایی و پایداری هدایت کند (حسن زاده، ۱۳۹۷).

۳- پیشینه پژوهش

جعفری و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود اصول حقوقی و نظام‌های اقتصادی حاکم بر نظام بیمه سلامت را مورد بررسی قرار دادند. به بیان این پژوهش، بعد از پیروزی انقلاب اسلامی گسترش تأمین اجتماعی در اصل ۲۹ قانون

اساسی با تکیه بر برخورداری همه مردم از مزایای تأمین اجتماعی به عنوان حقی همگانی سرلوحه کار قرار گرفت. بر این اساس نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی این نظام مکلفند امور اجرایی و تصدی‌گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوط را به موجب قراردادهایی که ضوابط آن با پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تعیین خواهد شد به مؤسسات کارگزاری محول نمایند. در نظام حقوقی ایران نهادهای مختلفی مسئول ارائه خدمات حوزه سلامت به اقشار مختلف جامعه هستند، اما اصلی‌ترین نهادهای ارائه دهنده خدمات بیمه‌ای، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی هستند. هر یک از این سازمان‌ها با توجه به وظایف و تعهداتی که بر عهده دارند، اقدام به ارائه خدمات سلامت در جامعه می‌کنند.

درودی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی انواع و اصول انجام مطالعات ارزشیابی اقتصادی را در بخش سلامت بررسی نمودند. مطالعات ارزشیابی اقتصادی به سیاستگذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت از جمله پزشکان، این امکان را می‌دهد تا از

طریق مقایسه هزینه‌ها و پیامدهای مداخلات درمانی مختلف به صورت علمی و نظام‌مند، مناسب‌ترین مداخله را انتخاب کنند. در کشور ایران استفاده از نتایج مطالعات ارزشیابی اقتصادی برای تصمیم‌گیری در خصوص ورود داروهای جدید به کشور و همچنین پوشش بیمه مداخلات درمانی، نزدیک به یک دهه قبل آغاز شده است. با این حال هنوز بسیاری از محققان و متخصصان بالینی در مورد انواع مطالعات ارزشیابی اقتصادی و اصول انجام این مطالعات اطلاعات کافی ندارند. در این مقاله ابتدا ضمن تعریف مطالعات ارزشیابی اقتصادی، وجه تمایز این مطالعات با سایر مطالعات در بخش سلامت بیان شده است. سپس انواع اصلی مطالعات ارزشیابی اقتصادی شامل هزینه-اثربخشی، هزینه-مطلوبیت و هزینه-منفعت تشریح و تفاوت این روش‌ها با یکدیگر بیان شده است. در پایان نیز اصول کلی انجام مطالعات ارزشیابی اقتصادی در بخش سلامت توضیح داده شده است. آشنایی با این اصول و رعایت آنها توسط محققین ضمن اینکه باعث ارتقای کیفیت مطالعات ارزشیابی اقتصادی شده، این امکان را برای سیاستگذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت فراهم می‌کند که بتوانند نتایج این مطالعات را با یکدیگر مقایسه کرده و از یافته‌های آن‌ها برای تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص منابع بین مداخلات درمانی مختلف استفاده کنند.

صادقی و همکاران (۱۴۰۰) پژوهشی تحت عنوان "تأمین مالی نظام سلامت و شاخص توسعه انسانی در ایران" ارائه نمودند. نتایج حاصل از برآورد مدل براساس روش انگل-گرنجر تاییدکننده وجود رابطه بلندمدت بین متغیرها است. همچنین نتایج حاصل از روش جوهانسن-جوسیلیوس نیز نشان از وجود دو بردار هم جمعی می‌دهد که در مجموع موید تاثیر مثبت تغییرات سهم دولت، سهم بیمه‌های سلامت، سهم بخش خصوصی از تولید ناخالص داخلی و رابطه معکوس تغییرات سهم مردم از تولید ناخالص داخلی بر تغییرات شاخص توسعه انسانی ایران می‌باشد. در نتیجه، سیاست‌های اخیر بخش سلامت اعم از اجرای برنامه تحول سلامت کشور، سیاست‌های پوشش بیمه همگانی و نیز اصلاح تعرفه‌های سلامت، نتیجه بخش و موثر بوده و برای رشد بیش از پیش و همیشگی شاخص

توسعه انسانس ایران و افزایش جایگاه توسعه یافتگی کشور در سطح منطقه و بین المللی، بایستی توجه ویژه به بخش بیمه سلامت کشور و پررنگ نمودن جایگاه آن در الگوی تامین مالی نظام سلامت از طریق بازبینی بسته های بیمه پایه سلامت و ارتقای کمی و کیفی بیمه های سلامت پایه و تکمیلی نمود.

حسن زاده (۱۳۹۷) طی پژوهشی به آسیب شناسی نظام بیمه سلامت در ایران پرداخته است. بیمه از نقطه نظر اجتماعی، یک ابزار اقتصادی برای کاهش و حذف ریسک از طریق فرآیند تلفیق تعدادی از ریسک های یکسان جهت پیش بینی زیان های احتمالی یک گروه در کل می باشد. بیمه اجتماعی بر این باور استوار است که در جامعه افرادی وجود دارند که با ریسک هایی عمده مواجه می شوند که خود به تنهایی از عهده آن بر نمی آیند. هدف برنامه بیمه اجتماعی توزیع درآمد به نفع افرادی است که نمی توانند با این ریسک ها مقابله کنند. اصول حاکم بر بیمه های اجتماعی به گونه ای است که عدم رعایت هر کدام از دور می سازد. نظام های «عدالت اجتماعی» اصول سه گانه آن مشتمل بر همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع، اجبار قانونی، ساختار این نوع بیمه را متزلزل کرده و جامعه را از اهداف بیمه سلامت در تاریخ عمر خود سه دوره گذار را طی کرده اند که مبتنی بر محل وقوع ریسک مالی است. بیمه رابطه ای سه جانبه بین بیمار، ارائه کننده خدمت و نهاد بیمه گر است. در نظام های تاریخی: رابطه مستقیم بین بیمار و ارائه کننده خدمات برقرار و محل وقوع ریسک مالی خود بیمار است. در نظام های سنتی: فرد در زمان سلامت مبلغی را به نهاد بیمه ای پرداخت کرده و خود را در برابر ریسک مالی ناشی از آن بیمه می کند و بنابراین محل وقوع ریسک مالی نهاد بیمه ای است. در نظام های

مدرن: محل وقوع ریسک مالی توأم بر عهده نهاد بیمه ای و فراهم کننده خدمات است و از بروز پدیده های عدم تقارن اطلاعات، مخاطره اخلاقی و تقاضای القائی، جلوگیری به عمل می آید. در انتهای مقاله با استناد به اسناد و قوانین بالادستی اقدامات اولویت دار برای اصلاح نظام بیمه ای ارائه شده است.

۴- روش پژوهش

روش تحقیق این پژوهش از نوع کیفی و مبتنی بر روش پدیدارشناسی تفسیری است که برای تحلیل عمیق و تفسیر تجربیات زیسته افراد نسبت به پدیده های پیچیده و پرمعنا مناسب است. پدیدارشناسی تفسیری با تمرکز بر ادراک، احساس، و تجربه ذهنی افراد، سه مرحله اصلی شامل درک اولیه موضوع، جمع آوری داده ها و تامل بر داده ها را طی می کند. در این مطالعه، از این روش برای شناسایی و تبیین نقاط قوت، ضعف، فرصت ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران بهره گرفته شده است. داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با مدیران و کارشناسان با سابقه، بررسی اسناد و داده های آرشیوی جمع آوری شد.

نمونه گیری هدفمند و روش گلوله برفی به منظور شناسایی افرادی با بیشترین اطلاعات مرتبط استفاده گردید. فرم راهنمای مصاحبه با کمک نظرات متخصصان و مرور متون توسعه یافت و مصاحبه ها تا رسیدن به اشباع

داده‌ها ادامه داشت. بیشتر شرکت‌کنندگان مرد و دارای تحصیلات کارشناسی بودند و داده‌ها با ضبط صدا و یادداشت‌برداری ثبت شدند. تحلیل اسناد و گزارش‌های عملکردی سازمان نیز برای تقویت یافته‌ها به کار گرفته شد که ترکیب این روش‌ها (مثلث‌سازی) اعتبار نتایج پژوهش را افزایش می‌دهد.

تحلیل اسناد به عنوان روشی نظام‌مند برای بررسی متون چاپی و الکترونیکی و استخراج معنا از داده‌ها، در این پژوهش نقش مهمی ایفا کرد. اسناد مرتبط با نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۴۰۱ با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط و جستجوی سازمان بیمه سلامت و موتور جستجوی گوگل بررسی شدند. داده‌های عملکردی نیز پس از هماهنگی با مرکز تحقیقات بیمه سلامت جمع‌آوری شد و توسط تیم سه نفره تحلیل و موارد غیرمرتبط حذف گردید. یافته‌ها نشان دادند که سازمان بیمه سلامت ایران با چالش‌هایی مانند ناپایداری منابع مالی و هزینه‌های بالای اداری روبه‌رو است. حق بیمه‌های دریافتی پایدارترین منبع درآمد سازمان محسوب می‌شوند اما روش‌های تأمین مالی فعلی از پایداری لازم برخوردار نیستند که در تحلیل‌ها و جداول مربوطه به تفصیل بررسی شده است.

۵-نتایج

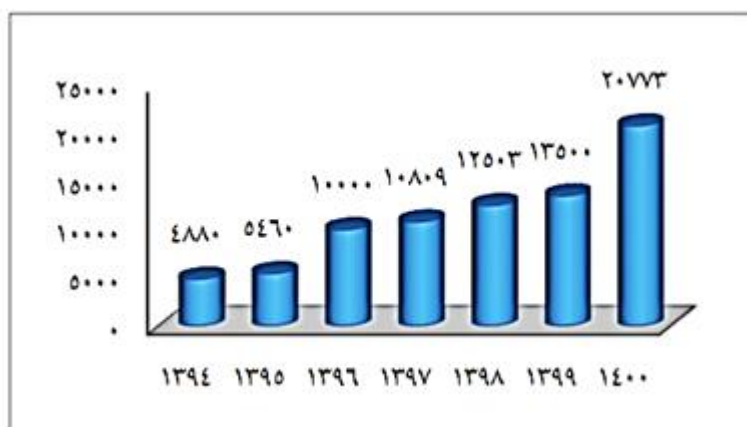
۵-۱-اقتصاد و بیمه سلامت

اقتصاد و بیمه سلامت ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند. در واقع، بیمه سلامت یکی از مهم‌ترین ابزارهای اقتصادی در حوزه سلامت است که بر تخصیص منابع، دسترسی به خدمات، کارایی، و عدالت در نظام سلامت تاثیر می‌گذارد. در اینجا به برخی از جنبه‌های این ارتباط اشاره می‌شود:

-تخصیص منابع:

بیمه سلامت با جمع‌آوری حق بیمه از افراد و پرداخت هزینه‌های درمان، نقش مهمی در تخصیص منابع در بخش سلامت ایفا می‌کند. تصمیمات مربوط به پوشش خدمات درمانی توسط بیمه‌ها (اعم از دولتی یا خصوصی) تعیین می‌کند که چه نوع خدماتی بیشتر مورد استفاده قرار گیرند و در نتیجه، منابع بیشتری به آن‌ها اختصاص یابد. نوع سیستم پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی (مانند پرداخت به ازای خدمت، پرداخت سرانه، یا پرداخت مبتنی بر عملکرد) نیز بر نحوه تخصیص منابع تاثیرگذار است.

شکل ۱. اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران در قوانین بودجه سنواتی (۱۳۹۴-۱۳۹۹) و لایحه بودجه ۱۴۰۰



- دسترسی به خدمات:

بیمه سلامت با کاهش هزینه‌های مستقیم درمان، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را برای افراد، به ویژه گروه‌های کم‌درآمد، افزایش می‌دهد. نوع پوشش بیمه‌ای (شامل نوع خدمات تحت پوشش و میزان سهم بیمه در پرداخت هزینه‌ها) تعیین می‌کند که افراد تا چه حد می‌توانند از خدمات مختلف بهره‌مند شوند. وجود یا عدم وجود بیمه سلامت می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر شاخص‌های سلامت جامعه داشته باشد.

- کارایی:

بیمه سلامت می‌تواند با تشویق استفاده از خدمات پیشگیرانه و مدیریت بیماری‌های مزمن، به بهبود کارایی نظام سلامت کمک کند. سیستم‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌توانند ارائه‌دهندگان خدمات را به ارائه خدمات با کیفیت و هزینه مناسب ترغیب کنند. با این حال، بیمه سلامت می‌تواند منجر به "خطر اخلاقی"^۱ شود، به این معنی که افراد بیمه‌شده ممکن است بیشتر از افراد فاقد بیمه از خدمات درمانی استفاده کنند، که این امر می‌تواند هزینه‌ها را افزایش دهد.

- عدالت:

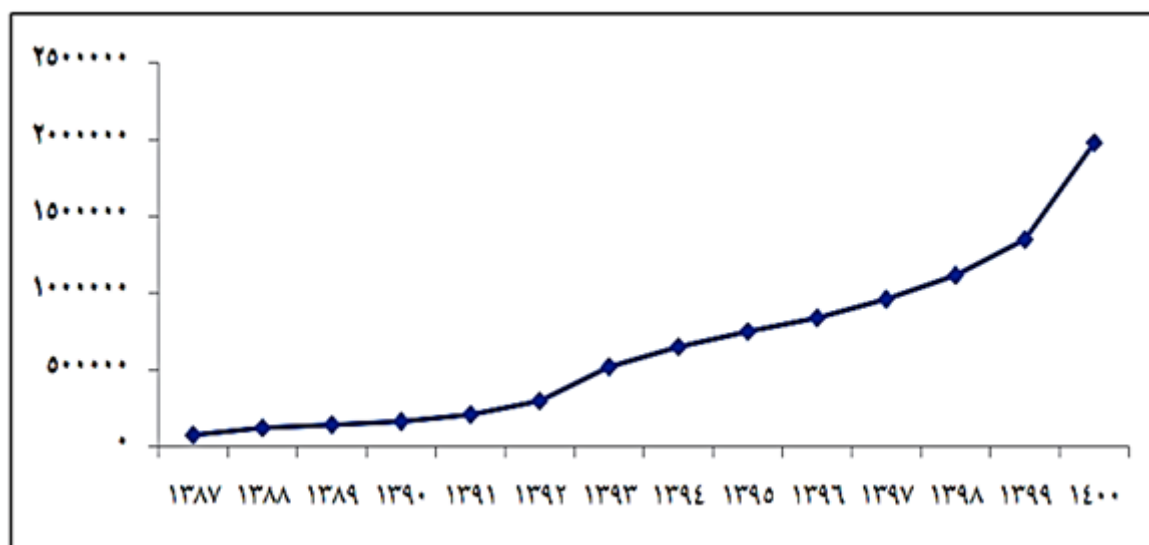
¹ Moral Hazard

بیمه سلامت می‌تواند به توزیع عادلانه‌تر منابع در بخش بهداشت و درمان کمک کند، زیرا افراد سالم‌تر با پرداخت حق بیمه به تامین هزینه‌های درمان افراد بیمار کمک می‌کنند. سیستم‌های بیمه سلامت همگانی (مانند سیستم NHS در انگلستان) به دنبال ارائه خدمات بهداشتی به صورت عادلانه و بدون توجه به وضعیت اقتصادی افراد هستند. با این حال، در برخی سیستم‌ها، نابرابری‌هایی در دسترسی به خدمات بهداشتی وجود دارد، به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر و افرادی که در مناطق دورافتاده زندگی می‌کنند.

– نقش بیمه سلامت در اقتصاد کلان:

بیمه سلامت نقش بسیار مهمی در اقتصاد کلان ایفا می‌کند، زیرا هزینه‌های بهداشتی و درمانی بخش بزرگی از تولید ناخالص داخلی (GDP) بسیاری از کشورها را تشکیل می‌دهد. مدیریت این هزینه‌ها و تامین مالی نظام سلامت از طریق بیمه سلامت، به کنترل فشار مالی بر دولت‌ها و خانوارها کمک می‌کند و سرمایه‌گذاری در سلامت می‌تواند بهره‌وری نیروی کار را افزایش دهد و رشد اقتصادی را تسریع کند. به طور کلی، اقتصاد و نظام سلامت به شکل جدایی‌ناپذیری به هم مرتبط بوده و بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند؛ اقتصاد منابع مالی لازم برای نظام سلامت را فراهم می‌آورد و نظام سلامت از طریق بهبود سلامت نیروی کار و کاهش هزینه‌های اجتماعی، به رشد و توسعه اقتصادی یاری می‌رساند.

شکل ۲. میانگین هزینه هریار مراجعه در مجموع صندوق‌های سازمان بیمه سلامت ایران به ریال



یکی از چالش‌های عمده در اقتصاد جهانی، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت است که ناشی از عواملی مانند رشد جمعیت سالمند، پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی و افزایش تقاضا برای خدمات پیچیده درمانی می‌باشد. این افزایش هزینه‌ها فشار قابل توجهی بر بودجه‌های دولتی و خانوارها وارد می‌کند و ممکن است منابع مالی بخش‌های دیگر اقتصاد را کاهش دهد. علاوه بر این، سلامت نیروی کار به عنوان عاملی کلیدی در بهره‌وری اقتصادی شناخته می‌شود؛ سیستم‌های سلامت ضعیف باعث افزایش غیبت‌ها، کاهش بهره‌وری و هزینه‌های بیشتر ناشی از بیماری می‌شوند، در حالی که سیستم‌های سلامت قوی و دسترسی آسان به خدمات پزشکی می‌تواند بهره‌وری را افزایش داده و به رشد اقتصادی کمک کند. از سوی دیگر، نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت به ویژه برای اقشار کم‌درآمد، چالشی جدی اجتماعی و اقتصادی است که سلامت کلی جامعه را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند نابرابری اقتصادی را تشدید کند.

نقش دولت در تأمین مالی و تنظیم نظام سلامت حیاتی است و شامل انتخاب مدل‌های مناسب تأمین مالی، تعیین پوشش بیمه‌ای، تنظیم قیمت‌ها و نظارت بر کیفیت خدمات می‌شود. پایداری مالی این سیستم‌ها برای اطمینان از دسترسی مستمر به خدمات با کیفیت در بلندمدت ضروری است و نیازمند مدیریت هوشمندانه منابع، کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی است. همچنین، پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی می‌تواند کیفیت خدمات را بهبود بخشد اما هزینه‌های جدیدی نیز ایجاد می‌کند که مدیریت و سرمایه‌گذاری مناسب در آن‌ها اهمیت زیادی دارد. در نهایت، بهینه‌سازی نظام سلامت مستلزم هماهنگی و تعامل میان اقتصاددانان،

متخصصان سلامت و سیاست‌گذاران است تا اهداف اقتصادی و سلامت به گونه‌ای تلفیق شوند که رفاه اجتماعی و رشد پایدار اقتصادی را تضمین کنند. به این ترتیب، بیمه سلامت و اقتصاد به طور متقابل بر هم اثرگذار بوده و بهبود ساختار بیمه سلامت می‌تواند دسترسی بهتر به خدمات، کاهش هزینه‌ها و ارتقاء کیفیت زندگی را ممکن سازد، در حالی که اقتصاد سالم زیربنای توسعه سیستم‌های بیمه سلامت و ارتقاء سلامت عمومی جامعه است. تحلیل آماری رابطه بین اقتصاد و نظام سلامت شامل بررسی متغیرهای مختلفی است که وضعیت نظام سلامت و تأثیرات اقتصادی آن را تبیین و سنجش می‌کند. یکی از شاخص‌های مهم در این زمینه، نسبت هزینه‌های سلامت به تولید ناخالص داخلی (GDP) است که نشان‌دهنده سهم هزینه‌های بهداشتی در کل اقتصاد یک کشور است.

$$GDP = \left(\frac{\text{هزینه‌های کل سلامت}}{\text{تولید ناخالص داخلی}} \right) \times 100$$

(1)

یافته‌ها نشان می‌دهد کشورهایی که این نسبت بالاتری دارند، معمولاً دارای سیستم‌های بهداشتی قوی‌تری هستند و افزایش این نسبت می‌تواند با بهبود شاخص‌های سلامت جامعه مانند طول عمر و کاهش نرخ سزارین همراه باشد. همچنین، شاخص سلامت و درآمد per capita ارتباط مهمی در تحلیل این رابطه دارند؛ میانگین

درآمد سرانه هر فرد در کشور با شاخص‌های سلامت همچون امید به زندگی و نرخ مرگ‌ومیر نوزادان همبستگی مثبت دارد. تحلیل متغیرها نشان می‌دهد گروه‌های سنی جوان‌تر بیشتر تحت تأثیر افزایش درآمد سرانه قرار می‌گیرند و بهبودهای بیشتری در شاخص‌های سلامت آنان مشاهده می‌شود.

علاوه بر این، نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی در دسترسی به خدمات بهداشتی از موضوعات مهم در تحلیل آماری است. استفاده از ضریب جینی برای سنجش نابرابری درآمدی و مقایسه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی بین گروه‌های کم‌درآمد و پردرآمد نشان می‌دهد در کشورهایی که نابرابری درآمدی بالاست، افراد کم‌درآمد معمولاً دسترسی کمتری به خدمات بهداشتی دارند که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر بیماری در گروه‌های آسیب‌پذیر می‌شود. همچنین، سرمایه‌گذاری دولت در بخش سلامت نقش مهمی در رشد اقتصادی دارد. تحلیل‌ها و مدل‌های اقتصادسنجی نشان می‌دهند که کشورهایی که سرمایه‌گذاری بیشتری در بخش سلامت انجام داده‌اند، نرخ رشد اقتصادی بالاتری را تجربه کرده‌اند. این مطالعات با بررسی شاخص‌های کلان اقتصادی همچون نرخ تورم، بیکاری و سطح توسعه انسانی نشان می‌دهند که افزایش سرمایه‌گذاری در نظام سلامت می‌تواند به رشد پایدار اقتصادی و بهبود شرایط سلامت جامعه منجر شود.

۴-۲- عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت عمومی

عوامل اجتماعی-اقتصادی مؤثر بر سلامت عمومی شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و شرایط فردی و جمعی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، سطح آموزش و نوع شغل هستند که تأثیر مستقیم و قابل توجهی بر سلامت افراد و جوامع دارند. برای شناسایی و تحلیل این عوامل از روش‌های آماری چندمتغیره همچون تحلیل رگرسیون خطی و غیرخطی استفاده می‌شود تا تأثیر هر یک بر سلامت عمومی به طور دقیق تعیین گردد. یافته‌ها نشان می‌دهند که سطح آموزش به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های وضعیت سلامتی مطرح است، به طوری که افراد با تحصیلات بالاتر، معمولاً به خدمات بهداشتی بهتری دسترسی داشته و از سلامت مطلوب‌تری برخوردارند. علاوه بر این، وضعیت استخدام و نوع شغل نیز می‌تواند اثرات منفی یا مثبت بر سلامت عمومی داشته باشند، زیرا شرایط کاری نامطلوب و ناامن می‌تواند موجب افزایش مشکلات سلامتی شود.

از سوی دیگر، تحلیل‌های آماری در حوزه رابطه اقتصاد و نظام سلامت بیانگر این است که سرمایه‌گذاری در سلامت رابطه مستقیم و معناداری با رشد اقتصادی دارد و نسبت هزینه‌های سلامت به تولید ناخالص داخلی (GDP) یکی از شاخص‌های کلیدی برای ارزیابی کارایی نظام سلامت در کشورهای مختلف محسوب می‌شود. همچنین، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی تأثیرات عمیقی بر دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت عمومی دارند و موجب می‌شوند گروه‌های آسیب‌پذیرتر با مشکلات بیشتری در حوزه سلامت مواجه شوند. در نهایت، سطح تحصیلات و آگاهی اجتماعی به عنوان عوامل اساسی برای بهبود سلامت کلی جامعه شناخته شده‌اند که اهمیت اتخاذ سیاست‌های بهداشتی و اقتصادی متوازن را برای ارتقاء وضعیت سلامت عمومی و حمایت از رشد اقتصادی پایدار

به خوبی نشان می‌دهند. این یافته‌ها بر ضرورت توجه همزمان به حوزه‌های سلامت و اقتصاد در برنامه‌ریزی‌های کلان تأکید دارند.

۶- نتیجه گیری و پیشنهادات

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نظام‌های بیمه سلامت به عنوان یکی از ارکان کلیدی نظام‌های بهداشتی و درمانی، نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود دسترسی به خدمات درمانی و ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه ایفا می‌کنند. تحلیل‌های انجام شده بر اساس داده‌های آماری و تجربیات سازمان بیمه سلامت ایران و دیگر نظام‌های بیمه سلامت در کشورهای مختلف،

گویای آن است که وجود پوشش بیمه‌ای مناسب، به ویژه بیمه‌های پایه و تکمیلی، می‌تواند به طور مستقیم هزینه‌های درمانی خانواده‌ها را کاهش داده و از بروز نابرابری‌های شدید در دسترسی به خدمات سلامت جلوگیری کند. این مسأله در نهایت منجر به افزایش بهره‌وری نیروی کار و ارتقای رفاه عمومی می‌شود، امری که در مطالعات اقتصاد سلامت به کرات مورد تأکید قرار گرفته است. در ایران نیز با وجود گام‌های مثبت و طرح‌های گسترده‌ای مانند طرح تحول سلامت، همچنان چالش‌هایی مانند همپوشانی بیمه‌ای، نابرابری در دسترسی و پایداری منابع مالی مشاهده می‌شود که نیازمند بازنگری و اصلاحات ساختاری است.

از دیدگاه اقتصادی، بیمه سلامت نه تنها یک ابزار تأمین مالی سلامت است بلکه نقش مهمی در پویایی اقتصاد کلان کشور ایفا می‌کند. افزایش سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی نشان‌دهنده سرمایه‌گذاری دولت و جامعه در این بخش حیاتی است، اما این هزینه‌ها باید با مدیریت هوشمندانه و سیاست‌گذاری‌های مؤثر همراه باشد تا از افزایش نابرابری‌ها و اتلاف منابع جلوگیری شود. یافته‌های پژوهش همچنین تأکید دارند که سرمایه‌گذاری در سلامت و توسعه بیمه‌های همگانی می‌تواند با بهبود سلامت نیروی کار و کاهش غیبت‌های شغلی، بهره‌وری اقتصادی را افزایش داده و رشد پایدار اقتصادی را تضمین کند. با این حال، برای تحقق این اهداف، توجه به عوامل اجتماعی-اقتصادی نظیر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و نابرابری‌های درآمدی ضروری است، زیرا این عوامل به طور مستقیم بر دسترسی و کیفیت خدمات سلامت تأثیرگذار هستند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم تلاش‌های متعدد برای گسترش پوشش بیمه‌ای، مشکلاتی از قبیل ناپایداری منابع مالی، هزینه‌های اداری بالا و فقدان سامانه‌های جامع اطلاعاتی، چالش‌های جدی پیش روی نظام بیمه سلامت قرار داده‌اند. راهکارهای پیشنهادی مبتنی بر تجمیع داده‌ها، بهبود کارایی منابع، استفاده از فناوری اطلاعات و توجه به عدالت اجتماعی می‌توانند مسیر توسعه پایدار نظام بیمه سلامت را هموار سازند. این پژوهش تأکید می‌کند که برای تحقق دسترسی عادلانه، گسترده و مستمر به خدمات درمانی، تعامل میان بخش‌های

اقتصادی، بهداشتی و سیاست‌گذاری امری ضروری است. ترکیب تخصص‌های اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری هوشمندانه و مشارکت ذینفعان مختلف، زمینه را برای ایجاد نظام بیمه سلامت کارآمد، پایدار و منصفانه فراهم می‌کند که نه تنها هزینه‌های درمانی را کنترل می‌کند، بلکه سلامت عمومی جامعه را ارتقا داده و به توسعه اقتصادی کشور کمک می‌نماید. از این رو، اصلاحات ساختاری در نظام بیمه سلامت با هدف کاهش نابرابری‌ها، بهبود بهره‌وری و تضمین پایداری مالی، باید به عنوان اولویت اصلی سیاست‌گذاران سلامت در دستور کار قرار گیرد.

منابع

- امیری، حسین و حیدری، راحله. (۱۳۹۸). اثرات پویای نهادهای مالی بر رشد اقتصادی با تاکید بر بازار بیمه، شواهدی از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه. *پژوهشنامه اقتصادی*، ۱۹ (۷۵)، ۱۰۹-۱۴۷.
- بختیاری، احد، جهان‌مهر، نادر، ایزدی، ریحان. (۱۴۰۰). شناسایی اولویت‌های پوشش خدمات پیشگیرانه توسط سازمان‌های بیمه‌ای در نظام‌های سلامت جهان، بیمه سلامت ایران، ۴ (۲)، ۸۴-۱۰۵.
- جعفری، محمد، پروین، خیراله، صادقی، محمد. (۱۴۰۲). اصول حقوقی و نظام‌های اقتصادی حاکم بر نظام بیمه سلامت، بیمه سلامت ایران، ۶ (۳)، ۱۷۲-۱۵۹.
- حسن زاده، علی. (۱۳۹۷). آسیب شناسی نظام بیمه سلامت در ایران. بیمه سلامت ایران، ۱ (۳)، ۵۰-۵۸.
- درودی، رجبعلی، موسوی، عبدالرضا، امامی، امید، اکبری ساری، علی، و محمدی، امین. (۱۴۰۱). انواع و اصول انجام مطالعات ارزشیابی اقتصادی در بخش سلامت. بیمه سلامت ایران، ۵ (۴)، ۲۴۸-۲۵۹.
- صادقی، سیدکمال، قناتی، الناز، رستم پور، سعید، و مزیدآبادی فراهانی، مجید. (۱۴۰۰). تامین مالی نظام سلامت و شاخص توسعه انسانی در ایران. بیمه سلامت ایران، ۴ (۴)، ۲۹۷-۳۰۴.
- عبدالله تبار، هادی، سجادی، حمیرا. (۱۴۰۳). سیاست اجتماعی و تحولات نظام سلامت در ایران رفاه اجتماعی، ۲۴ (۹۴)، ۹-۴۸.
- عزیززاده رضویان، سیدمرتضی. (۱۴۰۱). نظام های تامین مالی سلامت در کشورهای منتخب. بیمه سلامت ایران، ۵ (۱)، ۶-۱۷.
- گترن، تامس ای. (۱۴۰۱). اقتصاد سلامت: اصول و جریان منابع؛ مترجمین محمود نکویی مقدم، محمدرضا میراسماعیلی، محمدامین بهرامی، تهران: پیک فرهنگ.
- محمدی، عفت، بختیاری، احد، ناصحی، محمد مهدی، عفت‌پناه، محمد، رضایی، مهدی، شاهعلی، زهرا، و همکاران. (۱۴۰۳). شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس اسناد بالادستی. بیمه سلامت ایران، ۷ (۱)، ۲۲-۴۱.

- Cohen, R. A., Terlizzi, E. P., Cha, A. E., & Martinez, M. E. (2021). Health insurance coverage: early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2020. *National Center for Health Statistics*.
- Shi, L., & Singh, D. A. (2022). *Essentials of the US health care system*. Jones & Bartlett Learning.
- Tenbensel, T., Cumming, J., & Willing, E. (2023). The 2022 restructure of Aotearoa New Zealand's health system: Will it succeed in advancing equity where others have failed?. *Health Policy*, 134, 104828.
- Xu, J., & Mills, A. (2019). 10 years of China's comprehensive health reform: a systems perspective. *Health policy and planning*, 34(6), 403-406.