Journal of Paramedicine and Health

Volume 1, Issue 1, Spring & Summer 2023, Pages: 34-47.

doi: 10.32592/jph.1.1.34

Types of Fragmentations in Health Financing System and their Effects on Reaching Universal Health Coverage Objectives: A Review Article

Mohammad Bazyar[1,*], Minoo Alipouri Sakha[2]

[1]Ph.D., Health Management and Economics, Department, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[2] Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info

Article type:
Original article

Article History:
Received: 30 December 2022
Revised: 02 February 2023
Accepted: 19 February 2023
Published Online: 21 March 2023

**** Corresponding author:***
Mohammad Bazyar, Department of Health Education, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
Email:
bazyar.mohamad@gmail.com

A B S T R A C T

Background and Objective: The extent of fragmentation in risk pooling is a major concern of health financing and also a challenging barrier to reaching universal health coverage. This study aimed to review different approaches in risk pooling and their effects on universal health coverage.

Materials and Methods: Relevant materials were extracted from officially published reports, journal articles, books, and slides in domestic and foreign databases, as well as such websites as World Bank and WHO. The keywords including health insurance, social health insurance, universal coverage, resource pooling, fragmentation in resource pooling, and single or multiple insurances were used for finding relevant documents for the purpose of the study.

Results: Different models of health financing systems used in various countries with their own specific historical, political, and economical backgrounds have resulted in different kinds of resource pooling with different levels of fragmentation. Different fragmentation models in resources have various effects on the dimensions of universal health coverage and moving towards it, equity in health financing, risk distribution among different groups of populations, access to healthcare services, and finally achieving the key objectives of universal coverage, which is removing the financial barriers to services for all who need them.

Conclusion: Different kinds of fragmentation in resource pooling will cause diverse barriers to reaching universal health coverage which in turn entails different strategies to solve those obstacles while moving toward universal health coverage. This is important to note that in the fragmented financing system and in any conditions, reducing fragmentation and strengthening resource pooling must be taken into consideration for attaining universal health coverage.

Keywords: Fragmentation in resource pooling, Risk pooling, Universal health coverage

How to Cite this Article:

Bazyar M, Alipouri Sakha M. Types of Fragmentations in Health Financing System and their Effects on Reaching Universal Health Coverage Objectives: A Review Article. Journal of Paramedicine and Health. 2023; 1(1): 34-47. DOI:10.32592/jph.1.1.34

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

© The Author(s)

Publisher: Ilam University of Medical Sciences

مجله پیراپزشکی و سلامت

دوره ۱، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۴۰۲، صفحات: ۴۷-۳۴.

doi: 10.32592/jph.1.1.34

انواع پراکندگی در تأمین مالی سلامت و تأثیر آن بر دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت: مقاله مروری

محمد بازیار[1*]، مینو علی‌پوری سخا[2]

[1] گروه مدیریت واقتصاد سلامتآموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

[2] گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نوع مقاله: اصیل

تاریخچه مقاله:

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۰۹

ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی ایلام محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** محمد بازیار، گروه مدیریت واقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

ایمیل:

bazyar.mohamad@gmail.com

چکیده

سابقه و هدف: سطح پراکندگی و بزرگی صندوق‌های انباشت ریسک نگرانی اصلی در حوزه تأمین مالی سلامت و مانع مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. هدف این مطالعه بررسی انواع رویکردهای انباشت ریسک و تأثیر آن‌ها بر اهداف پوشش همگانی سلامت است.

مواد و روش‌ها: مستندات مرتبط با موضوع شامل گزارش‌های رسمی منتشرشده، مقالات، کتاب‌ها، اسلایدها و جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای داخلی و خارجی و برخی وب‌سایت‌ها ازجمله بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت بود. مستندات لازم از سایت‌های مربوطه با کلیدواژه‌های بیمه سلامت، بیمه اجتماعی سلامت، پوشش همگانی، انباشت منابع، پراکندگی در انباشت منابع، بیمه واحد و متعدد بررسی و مطالعه شد.

یافته‌ها: مدل‌های متفاوت تأمین مالی به‌کار گرفته‌شده در کشورهای مختلف با توجه پیشینه تاریخی، سیاسی و اقتصادی آن‌ها، شکل‌های مختلفی از انباشت منابع با سطوح مختلف پراکندگی را به وجود آورده است. مدل‌های مختلف پراکندگی در منابع تأثیرات متفاوتی بر ابعاد مکعب پوشش همگانی سلامت و حرکت به سوی آن، عدالت در تأمین مالی، توزیع ریسک میان گروه‌های مختلف جمعیت، دسترسی به خدمات و درنهایت، دستیابی به اهداف پوشش همگانی یعنی محافظت مالی در برابر هزینه‌های درمانی خواهد داشت.

نتیجه‌گیری: انواع پراکندگی در انباشت منابع، موانع متفاوتی را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ایجاد می کند که به نوبه خود لازم است سیاست‌های متفاوتی در راستای رفع آن‌ها در مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی اتخاذ شود. نکته قابل توجه این است که در سیستم تأمین مالی پراکنده، در هر شرایطی باید کاهش پراکندگی و تقویت انباشت منابع به‌عنوان یک استراتژی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: انباشت ریسک، پراکندگی در انباشت منابع، پوشش همگانی سلامت

استناد: بازیار، محمد؛ علی پوری سخا، مینو. انواع پراکندگی در تأمین مالی سلامت و تأثیر آن بر دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت: مقاله مروری. مجله پیراپزشکی و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۲؛۱(۱): ۴۷-۳۴.

مقدمه

ناعدالتی‌های زیادی در بین گروه‌های مختلف مردم در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت وجود دارد. در سال‌های اخیر در سراسر جهان نهضت بزرگی در راستای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به‌منظور بهبود عدالت در سلامت شکل گرفته است (۱،۲). پوشش همگانی به‌عنوان دسترسی تمام مردم به خدمات سلامت (پیشگیری، ارتقای سلامت، درمانی، بازتوانی و تسکینی) بدون مواجه شدن با موانع و مشکلات مالی تعریف می‌شود (۳). برای حرکت به سمت پوشش همگانی از رویکردهای مالی متفاوتی استفاده می‌شود. در متون علمی به دو رویکرد اصلی تأمین مالی برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت اشاره می‌شود که عبارت‌اند از: مالیات‌های عمومی و بیمه‌های اجتماعی سلامت (۴،۵). خدمات سلامت از طریق منابع عمومی تأمین مالی می‌شود که از کل جمعیت جمع‌آوری می‌شود. این سیستم که فقیر و غنی را تحت پوشش قرار می‌دهد، به‌عنوان بهترین و عادلانه‌ترین مدل انباشت ریسک در نظر گرفته می‌شود، به‌طوری‌که تمام ریسک‌ها را در یک صندوق انباشت می‌کند.

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

رویکرد دومی، یعنی بیمه‌های اجتماعی سلامت مبتنی بر عضویت اجباری تمام جمعیت است و کارکنان دولت، خویش‌فرمایان، کارگران صنعتی، مؤسسات و دولت حق بیمه‌ها را به صندوق‌های بیمه اجتماعی می‌پردازند (۶). مدل اول، به سیستم بِوِریج یا مراقبت سلامت ملی و مدل دوم، به سیستم بیسمارک معروف است. در این میان کشورهایی نیز هستند که از ترکیبی از دو روش مذکور برای رسیدن به پوشش همگانی استفاده می‌کنند؛ بدین معنی که بخشی از جمعیت تحت پوشش مالیات و حمایت‌های مالی دولت قرار می‌گیرند و سایر گروه‌ها از طریق حق بیمه‌های اجتماعی به خدمات سلامت دسترسی دارند (۷).

تقسیم‌بندی تأمین مالی به دو رویکرد کلی بوریج و بیسمارک برای پوشش همگانی سلامت، در بیان تفاوت‌های اصلی که بین این دو رویکرد و درون هرکدام از آن‌ها وجود دارد و همچنین تأثیراتی که بر دستیابی به اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت مانند عدالت در تأمین مالی، دسترسی به خدمات سلامت و محافظت بیماران در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت دارند، ناتوان است. همچنین این تقسیم‌بندی در بیان تفاوت‌هایی که ممکن است بین گروه‌های مختلف جمعیت از نظر سه بعد پوشش همگانی سلامت یعنی پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و میزان محافظت مالی وجود داشته باشد، ضعیف است. برای مثال، مدل‌های مختلفی از دو روش تأمین مالی مذکور (بودجه عمومی دولت و بیمه‌های اجتماعی سلامت) در کشورهای مختلف با توجه پیشینه تاریخی، سیاسی و اقتصادی آن‌ها به‌کار گرفته شده است و شکل‌های مختلفی از انباشت منابع با سطوح مختلف پراکندگی را به وجود آورده‌اند. آنچه در این میان کمتر مورد توجه قرار گرفته است، تأثیر میزان پراکندگی در روش‌های تأمین مالی بر اهداف پوشش همگانی سلامت و موانعی است که ممکن است در دستیابی به این اهداف ایجاد کنند. سیستم بیمه اجتماعی کم‌وبیش با صندوق‌های متعدد برای جمعیت‌های مختلف، نسبت به مدل اولی ناعادلانه‌تر محسوب می‌شود. حتی بین کشورهایی که از رویکرد بیمه‌های اجتماعی سلامت استفاده می‌کنند نیز تنوع زیادی به چشم می‌خورد. دو عامل در این تنوع نقش داشته‌اند: میزان پیش‌پرداخت‌ها و سطح پراکندگی در انباشت منابع. سطح پراکندگی و بزرگی صندوق‌های انباشت ریسک یکی از نگرانی‌های اصلی سازمان جهانی بهداشت در حوزه تأمین مالی سلامت است (۵،۸).

هدف انباشت، توزیع ریسک میان اعضای صندوق انباشت است، به‌طوری‌که هیچ فردی تمام بار پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت را هنگام نیاز به‌تنهایی بر دوش نکشد. هر چقدر اعضای گروه بیشتر و متنوع‌تر باشند -شامل فقیر و ثروتمند، مرد و زن، پیر و جوان، سالم و ناسالم-، بیمه به‌طور مؤثرتری ریسک را توزیع خواهد کرد؛ یعنی یارانه به‌طور مؤثری از افراد سالم به بیمار، از جوان به پیر و از غنی به فقیر جریان می‌یابد (۱،۹،۱۰). زمانی که موانعی در مقابل توزیع ریسک، توزیع منابع و استفاده کارا از منابع پیش‌پرداخت وجود داشته باشد، گفته می‌شود صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده هستند (۳،۱۱).

پراکندگی منابع، میزان بازتوزیع بالقوه را در سطح مشخصی از منابع پیش‌پرداخت محدود می‌کند که مانعی برای رسیدن به اهداف اصلی پوشش همگانی است؛ یعنی حذف موانع مالی در دسترسی به خدمات برای تمام افرادی که به آن نیاز دارند و محافظت از جمعیت در برابر ریسک مالی استفاده از خدمات سلامت (۱). هدف از انباشت منابع، کاهش پرداخت از جیب بیماران هنگام استفاده از خدمات سلامت و عدالت در استفاده از خدمات است (۱۲). پراکندگی صندوق‌های بیمه سلامت باعث ایجاد سیستمی چندلایه با بسته خدمات ناعادلانه برای جمعیت‌های مختلف می‌شود (۹،۱۳). انباشت بزرگ‌تر در سیستم‌های طب ملی یا از طریق بیمه، هم برای مصرف‌کنندگان و هم برای ارائه‌کنندگان مفید است. انتظار می‌رود افراد تحت پوشش برنامه‌های انباشت ریسک نسبت به کسانی که هزینه‌ها را به‌طور مستقیم از جیب پرداخت می‌کنند، از خدمات سلامت بیشتر استفاده و پرداخت‌های کمتری را گزارش می‌کنند (۱۲). انباشت بزرگ‌تر برای ارائه‌کنندگان نیز مفید است؛ زیرا منابع حاصل از پرداخت بیماران، به‌ویژه در محیط‌هایی با درآمد کم، نامنظم و ناپایدار است. در عوض، ارائه‌کنندگانی که با صندوق‌های انباشت ریسک قرارداد دارند، درآمد باثبات‌تری از دولت یا بیمه به‌خاطر درمان بیماران دریافت می‌کنند (۱۲).

درحالی‌که گفتمان سیاست‌گذاری مالی در سطح ملی و بین‌المللی اغلب بر انتخاب‌هایی برای افزایش سطح منابع پیش‌پرداخت تمرکز دارند، مثل ایجاد منبع جدید مالی، اجرای چنین اقداماتی بدون توجه به ایجاد تغییراتی در انباشت منابع موجب افزایش پراکندگی در منابع می‌شود و اهداف عدالت و پوشش همگانی سلامت را به خطر می‌اندازد. بالعکس، برخی از کشورها از طریق کاهش پراکندگی انباشت ریسک، گام‌های مهمی را به سمت پوشش همگانی برداشته‌اند. وقت آن رسیده است که این ابزار سیاست‌گذاری مالی که نسبتاً مورد غفلت قرار گرفته است، مورد توجه قرار گیرد و در راستای کاهش پراکندگی که یکی از اهداف اصلاحات مالی در مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی است، گام برداشته شود (۱۱).

توجه دقیق‌تر به موضوع پراکندگی و تشتت در انباشت منابع مالی سلامت و پیامدهایی که برای دستیابی به پوشش همگانی و اهداف آن دارد، سیاست‌گذاران را در تحلیل وضعیت تأمین مالی سلامت و مشکلات ناشی از آن و همچنین یافتن سیاست‌هایی برای بهبود آن یاری می‌کند. با توجه به این توضیحات، در این مقاله انواع پراکندگی در منابع مالی سلامت و اهمیت کاهش آن در مسیر رسیدن به پوشش همگانی و همچنین تجربیات اخیر سایر کشورها در رابطه با هرکدام از آن‌ها بررسی خواهد شد. درنهایت، با توجه به تجربیات سایر کشورها، درس‌هایی کاربردی برای سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران به‌منظور بهبود وضعیت پراکندگی در انباشت منابع و رسیدن به هدف پوشش همگانی سلامت ارائه خواهد شد.

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

مواد و روش‌ها

این مطالعه با هدف بررسی انواع مدل‌های مختلف پراکندگی در انباشت منابع مالی سلامت و بررسی تأثیرات آن بر اهدف پوشش همگانی انجام شد. مستندات لازم به دو زبان فارسی و انگلیسی شامل گزارش‌های رسمی منتشرشده و منتشرنشده، مقالات، گزارش‌ها، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌ها بود که با جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای خارجی ازجمله Google، Pubmed، ProQuest، Science Direct، Google Scholar، Web of Science و همچنین وب‌سایت‌های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی به‌دست آمد. پایگاه‌های داده‌ای داخلی شامل Magiran، Irondoc، IranMedex و SID نیز جست‌وجو شد. مستندات لازم از سایت‌های مربوطه با کلیدواژه‌های بیمه سلامت، بیمه اجتماعی سلامت، پوشش همگانی، انباشت منابع، انباشت ریسک، پراکندگی در انباشت منابع، بیمه واحد و متعدد به دو زبان فارسی و انگلیسی جست‌وجو شد. با توجه به سؤال پژوهش و نبود کثرت منابع منتشرشده در این خصوص، جامعه آماری مطالعه به کشور خاص یا دوره زمانی خاصی محدود نشد، بلکه هدف دستیابی به هرگونه تجربه و مستندی بود که ما را به اهداف مطالعه نزدیک‌تر می‌کرد. بنابراین، سعی شد تا حد امکان هرگونه تجربه مرتبط در هر دوره‌ای گردآوری شود.

با مراجعه به اسناد یافت شده در مرحله اول و بررسی منابع آن‌ها، مستندات و مقالات مناسب و مفید جدید جست‌وجو شد. پس از جمع‌آوری مقالات یافت‌شده، عنوان آن‌ها بررسی و مقالات نامرتبط و تکراری از مطالعه حذف شد. خلاصه مقالات باقی‌مانده بررسی و مقالات نامرتبط از مطالعه حذف شد. به‌منظور دریافت گزارش‌ها و مقالات مفید مرتبط با موضوع، اسامی نویسندگان از مقالات مرتبط استخراج شد و از طریق ارتباط ایمیلی با آن‌ها، تا حد امکان گزارش‌ها و اطلاعات تکمیلی مرتبط با موضوع در اختیار محققان قرار گرفت. در چند مورد که دسترسی به متن کامل مقالات ممکن نبود، با ارتباط ایمیلی با نویسندگان مقاله و ارائه توضیحات لازم در زمینه اهمیت مقاله، متن کامل مقاله دریافت شد.

یافته‌ها

انواع پراکندگی در انباشت منابع

سطح انباشت منابع بین کشورهای مختلف متفاوت است (۶). پراکندگی در سیستم مالی سلامت در کشورهای مختلف ممکن است به دلایل متفاوت شکل‌های متنوعی را به خود بگیرد که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

۱- پراکندگی جمعیت: پراکندگی جمعیت زمانی اتفاق می‌افتد که منابع برای گروه‌های جمعیتی مختلف در صندوق‌های جداگانه نگه‌داری شود و بین آن‌ها هیچ‌گونه انتقال و جابه‌جایی مالی وجود نداشته باشد. این نوع پراکندگی معمولا در کشورهایی وجود دارد که کارکنان بخش رسمی اقتصاد مثل کارکنان دولت تحت پوشش اجباری سازمان های بیمه سلامت قرار دارند و بقیه جمعیت تحت پوشش دولت هستند. این نوع پراکندگی یکی از شایع‌ترین انواع پراکندگی انباشت منابع در بسیاری از کشورهاست. این نوع پراکندگی کارایی را تحت تأثر قرار خواهد داد؛ زیرا صندوق‌هایی که گروه‌های مختلف جمعیت را در یک حوزه جغرافیایی تحت پوشش قرار می‌دهند، با دوباره‌کاری در وظایف همراه خواهند بود (۱۱). خطر دیگر حاصل از این پراکندگی این است که هریک از این صندوق‌ها بخش‌های مشخصی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهند که معمولاً اعضای هرکدام از این گروه‌های جمعیتی از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، میزان آسیب‌پذیری و نیازهای سلامتی به هم شبیه هستند که این موضوع توزیع یارانه‌های متقاطع را میان گروه‌های مختلف جمعیتی محدود می‌کند (۹،۱۲). برای مثال، عموماً کارگران بخش رسمی تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی اجباری قرار دارند. گروه‌های پردرآمد توانایی پرداخت حق بیمه‌های بیشتر را به بیمه‌های خصوصی (برای دسترسی به خدمات ویژه و ارائه‌کنندگان خصوصی) دارند و دولت پوشش خودکار را در مراکز عمومی سلامت برای کسانی که خارج از تمهیدات بیمه هستند، بیشتر گروه‌های کم‌درآمد و بخش غیررسمی فراهم می‌کند. درنتیجه گروه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی ریسک‌های سلامتشان را در میان خودشان در صندوق‌های مختلف با ظرفیت‌های متفاوت برای گردآوریِ درآمد و با بسته‌های خدمت متفاوت انباشت می‌کنند. این پراکندگی در منابع نگرانی‌هایی را از باب عدالت در دسترسی به خدمات در میان گروه‌های مختلف جمعیتی ایجاد می‌کند که یکی از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت است (۱۲).

با توجه به مطالب گفته‌شده، این نوع پراکندگی مانعی عمده در راستای توزیع ریسک میان فقیر و غنی خواهد بود. در این صورت یارانه اغنیا برای کاهش بار مالی هزینه‌های فقرا که قلب بیمه محسوب می‌شود، استفاده نخواهد شد. در این نوع پراکندگی برخی از گروه‌های جمعیتی به خدمات درمانی بسیار غنی دسترسی خواهند داشت و علاوه بر آزادی انتخاب در دسترسی به مراکز خصوصی و دولتی، از حمایت مالی نسبتاً مناسب بیمه‌ای نیز برخوردار خواهند بود. در صورتی که سایر گروه‌ها بسته به شرایط، از خدمات ضعیف‌تری برخوردار خواهند بود. آن‌ها معمولاً توانایی استفاده از خدمات بخش خصوصی را نخواهند داشت و با احتمال بیشتری به بخش دولتی محدود خواهند شد و گاهی نیز در همین مراکز به علت عمق کم بسته خدمات تحت پوشش بیمه، آن‌ها مجبور به پرداخت مبالغ زیادی به‌عنوان مشارکت مالی خواهند بود. ناعدالتی در دسترسی به خدمات پیامد طبیعی این نوع پراکندگی خواهد بود.

۲- پراکندگی جغرافیایی: این نوع پراکندگی زمانی اتفاق می‌افتد که منابع جمع‌آوری‌شده در یک منطقه اداریِ مجزا، تنها برای خدمات سلامت در آن منطقه بدون بازتوزیع منابع (یا در

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

حد خیلی محدود) بین مناطق مختلف استفاده می‌شود. بدون اقداماتی برای بازتوزیع و یکسان‌سازی سطح منابع بین مناطق، این نوع پراکندگی باعث می‌شود مناطق فقیرتر بیشتر متضرر شوند و عدالت افقی در تأمین مالی به‌شدت تحت تأثیر قرار گیرد. عدالت افقی به این معنی است که افراد با سطح اقتصادی مشابه باید به‌طور یکسان درمان شوند. زمانی که تأمین مالی غیرمتمرکز می‌شود و به سطوح پایین‌تر مناطق واگذار می‌شود، این بدین معنی است که مناطق فقیرتر باید برای دسترسی به خدمات مشابه نسبت به مناطق ثروتمند، مبالغ و سهم بیشتری از درآمد خود را پرداخت کنند. به همین دلیل است که در کشور شیلی بین مناطق جغرافیایی مختلف، صندوق توزیع ریسک وجود دارد. این نوع پراکندگی زمانی که صندوق‌های غیرمتمرکز منطقه‌ای به جمعیت نسبتاً کم و پراکنده خدمت ارائه می‌کنند، به ناکارایی منجر می‌شود؛ زیرا برای سیستم سلامت در کل، هزینه‌های اداری بیشتری را ایجاد می‌کند (۱۱،۱۴).

۳- سیستم بیمه‌های متعدد رقابتی: بعضی کشورها سیستم بیمه‌های متعدد رقابتی را در پیش گرفته‌اند. در چنین سیستمی عدالت نگرانی اصلی است؛ زیرا شرکت‌های بیمه برای انتخاب افراد سالم و جوان انگیزه کافی دارند و ممکن است افراد با نیازهای درمانی بیشتر خارج از پوشش بیمه قرار گیرند. بنابراین ضروری است انواعی از روش‌های توزیع ریسک بین صندوق‌ها به‌کار گرفته شود تا پیامدهای بالقوه مضر این نوع از پراکندگی را کاهش دهند. چند کشور با درآمد متوسط و زیاد که از بیمه‌های رقابتی استفاده می‌کنند، این صندوق مجازی را ایجاد کرده‌اند که با استفاده از مکانیسم‌های پیچیده، بر اساس ریسک نسبی جمعیت تحت پوشش صندوق‌ها، منابع را بین صندوق‌ها بازتوزیع می‌کنند. به‌کارگیری چنین مکانیسم‌هایی از نظر اداری و مدیریتی بسیار مشکل است (۱۱).

ایالات متحده جزء کشورهایی است که بخش‌هایی از آن از نظام‌های بیمه خدمات درمانی رقابتی پیروی می‌کنند و تفاوت بین بیمه‌ها و بسته خدمات آن‌ها قانونی است و به بیمه شدگان بالقوه این امکان داده می‌شود که بین سطح بسته خدمات و حق بیمه پرداختی انتخاب کنند. در بعضی از کشورها مانند آلمان، هلند، بلژیک و سوئیس نیز تلاش کرده‌اند از بازار بیمه خدمات سلامت رقابتی استفاده کنند (۱۵).

۴- پراکندگی در جریان‌های مالی برای برنامه‌های کنترل بیماری: این نوع پراکندگی زمانی اتفاق می‌افتد که منابع برای برنامه‌ها و خدمات سلامتی خاص (چه منابع داخلی و چه خارجی) در صندوق‌های جداگانه مدیریت می‌شود و مداخلاتشان را از مکانیسم‌های متفاوتی نسبت به سایر بخش‌های سیستم سلامت تأمین مالی می‌کنند؛ برای مثال، اگر منابع برنامه ملی مبارزه با HIV جدای از منابع برنامه ملی سوءاستفاده از داروها مدیریت شود، سازماندهی بسته‌های پیشگیری از HIV برای بعضی از گروه‌های پر خطر از قبیل کاربران داروهای تزریقی که مورد توجه هر دو برنامه هستند، خیلی مشکل خواهد بود (۱۱).

این نوع پراکندگی در منابع و همچنین در کمک‌های مالی بین‌المللی در حوزه سلامت به‌ویژه در کشورهای درحال‌توسعه که به کمک‌های خارجی وابسته هستند، به‌طور قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود، به‌طوری‌که سازمان‌ها و نهادهای کمک‌کننده مختلف از کانال‌های جداگانه منابع مالی مشخصی را برای حمایت و اجرای برنامه‌های ویژه یا مبارزه با برخی از بیماری‌ها فراهم می‌کنند و معمولاً بین این برنامه‌ها هماهنگی و همکاری لازم وجود ندارد. پراکندگی و تعدد منابع مالی در راستای اجرای برنامه‌های عمومی و مبارزه با بیماری‌های خاص چالش‌هایی را برای کشورهای دریافت‌کننده ایجاد کرده است (۱۶،۱۷). در ویتنام، در سال ۲۰۰۹ بیش از ۴۰۰ برنامه بین‌المللی سلامت وجود داشت. در رواندا، دولت مجبور بود بیش از ۸۹۰ شاخص به سازمان‌های کمک‌کننده مالی مختلف ارائه دهد که از این بین ۵۹۵ مورد تنها مربوط به HIV و مالاریا بود (۳).

در اوایل دهه ۱۹۹۰، نگرانی‌های زیادی در رابطه با اثربخشی این برنامه‌ها در بهبود پایدار سلامت به وجود آمد. مهم‌ترین نگرانی‌هایی که در رابطه با این برنامه‌ها وجود داشت شامل موارد ذیل بود: این برنامه‌ها حیطه محدودی را پوشش می‌دادند، پراکندگی در منابع بخش سلامت و هزینه‌های اداری را افزایش می‌دادند و باعث افزایش موازی‌کاری در فعالیت‌ها، اتلاف منابع و همچنین تضعیف ظرفیت دولت و مالکیت محلی می‌شدند (۱۷،۱۸).

رویکردهای انباشت ریسک

ماهیت ساختار و سازماندهی انباشت ریسک موضوعی وابسته به انتخاب سیاست است و شدیداً تحت تأثیر شرایط و اوضاع کشور و اولویت‌های سیاست‌های کشور است. رویکردهای مختلف انباشت ریسک انگیزه‌های متفاوتی را برای ارائه‌دهندگان و بیماران ایجاد می‌کنند و تأثیرات متفاوتی بر اهداف پوشش همگانی و تأمین مالی سلامت خواهند داشت؛ بنابراین، ممکن است پیامدهای مهم رفتاری برای نظام سلامت داشته باشند.

چهار رویکرد اصلی به انباشت ریسک وجود دارد که عبارت‌اند از:

۱. بدون انباشت ریسک
۲. انباشت ریسک پراکنده
۳. انباشت ریسک یکپارچه
۴. انباشت ریسک واحد (۱۵)

۱-بدون انباشت ریسک

وقتی انباشت ریسک وجود نداشته باشد، افراد هنگام بیماری و نیاز به درمان، خود مسئول هزینه‌های خدمات سلامتِ خود هستند. این روش مستلزم این است که بیماران و خانواده آن‌ها به‌تنهایی بهای خدمات و تمام ریسک هزینه‌های درمانی را به دوش بکشند. در این شرایط هیچ‌گونه توزیع ریسکی بین جمعیت اتفاق نمی‌افتد (۸). پرداخت از جیب مانع توزیع منابع

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

از سالم به بیمار و از غنی به فقیر و مانع انباشت ریسک در طول عمر فرد می‌شود (Own life time risk pooling)؛ زیرا افراد به‌جای پرداخت در دوران جوانی (یعنی زمانی که سالم هستند و توانایی پرداخت دارند) و استفاده در دوره‌های بعد، مجبور هستند هنگام بیماری به‌طور ناگهانی برای هزینه‌های درمانی خود پرداخت کنند و این موضوع آن‌ها را در موقعیت بسیار آسیب‌پذیری قرار می‌دهد (۳).

پرداخت مستقیم از جیب از نظر عدالت در پرداخت، بدترین و نزولی‌ترین نوع تأمین مالی و انباشت ریسک محسوب می‌شود (۱۴،۱۹). متأسفانه پرداخت مستقیم از جیب در بسیاری از کشورها به‌ویژه کشورهای کم‌درآمد یکی از شایع‌ترین روش‌های تأمین مالی هنگام استفاده از خدمات سلامت است (۳). تکیه بر پرداخت‌های مستقیم از جیب یکی از عوامل اصلی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن است و بسیاری از افراد به‌خاطر این پرداخت‌ها در ورطه فقر گرفتار می‌شوند؛ چراکه در این روش هیچ‌گونه انباشت ریسکی اتفاق نمی‌افتد (۲۰).

یکی از نگرانی‌های مرتبط با این نوع پرداخت‌ها، کاهش دسترسی فقرا و محرومان به خدمات سلامت است؛ چراکه آن‌ها باید در اغلب موارد، بین هزینه‌های درمان و سایر هزینه‌های ضروری همانند خوراک، پوشاک و مسکن انتخاب کنند (۱۹،۲۱). از طرفی دیگر، در مقایسه با بسیاری از ضروریات زندگی، نیاز فرد برای خدمات سلامت ذاتاً با عدم قطعیت همراه است. درحالی‌که نیاز هر فرد به مواد غذایی، منظم و تا حد زیادی قابل پیش‌بینی است، هزینه‌های همان فرد برای خدمات سلامت هم در مقدار و هم از نظر زمان وقوع آن، تا حد زیادی نامشخص است. به همین دلیل طبیعتاً برای فرد دشوار است که بتواند پیش‌بینی کند و منابع مالی لازم را برای دوره بیماری یا حتی نیازهای مزمن سلامت فراهم کند. به همین دلیل در صورت بروز بیماری، محرومان بیش از افراد دیگر در معرض آسیب‌پذیری قرار دارند (۱۵). پرداخت از جیب انگیزه افراد را به خوددرمانی، مصرف نادرست (مثل استفاده از داروهای تاریخ گذشته یا غیراستاندارد یا انصراف از ادامه درمان) یا تأخیر در درمان و اقدامات پیشگیرانه افزایش می‌دهد (۱۹،۲۱).

به همین خاطر هرگونه انباشت ریسک، بر شرایط نبود انباشت ریسک ترجیح داده می‌شود. بسیاری از کشورها به‌دنبال این هستند که حتی ابتدایی‌ترین سبک‌های انباشت مانند بیمه‌های مبتنی بر جامعه (Community based insurance) را راه‌اندازی کنند. همچنین بعضی کشورها بخشی از ریسک عدم اطمینان در هزینه‌ها و مصارف مرتبط با سلامت را با استفاده از بازار بیمه خصوصی رقابتی کاهش می‌دهند (۱۵). طرح‌های مبتنی بر جامعه در برخی از کشورهای کم‌درآمد، جایی که اغلب مردم در مناطق روستایی و در بخش غیررسمی فعالیت می‌کنند و امکان ایجاد صندوق انباشت ریسک وجود ندارد، محبوبیت یافته است. این طرح‌ها از کشورهای آفریقایی آغاز شد که اغلب کمتر از چند صد نفر عضو داشتند. این طرح‌ها کاملاً محلی و اغلب وابسته به روستایی خاص هستند (۲۲). این طرح‌ها هزینه‌های مراقبت‌های اولیه و برخی از مراقبت‌های سطح دوم را پوشش می‌دهند، مردم را با کارکرد بیمه یعنی پیش‌پرداخت و تجمیع آشنا می‌کنند و همبستگی را به وجود می‌آورند که عامل و جوهره اصلی حرکت گسترده‌تر به سمت پوشش همگانی است و از این طریق باعث افزایش آمادگی مردم برای پذیرش مدل‌های قوی‌تری از انباشت ریسک خواهند شد. این طرح‌ها معمولاً آنقدر کوچک و کم‌جمعیت هستند که به‌ندرت تجمیع محسوب می‌شوند و قادر به انباشت منابع کافی برای پوشش خدمات گران‌قیمت نیستند (۲۳).

جامعه می‌تواند جست‌وجوی سلامت و استفاده از خدمات سلامت را کاملاً به افراد واگذار کند و در این زمینه هیچ‌گونه مداخله‌ای از جانب دولت و جامعه برای جبران تفاوت‌ها در هزینه‌های خدمات سلامت افراد ارائه نشود. این فردگرایی افراطی به‌ندرت در عمل اتخاذ شده است و هیچ کشوری با استفاده از پرداخت از جیب و بیمه‌های خصوصی تجاری به پوشش همگانی و انباشت ریسک مناسب نرسیده است. در عوض، همه سیستم‌های سلامت کم‌وبیش و به‌طور تلویحی ریسک‌های مرتبط با نیازهای سلامتی افراد را انباشت می‌کنند.

۲- *صندوق انباشت ریسک واحد*

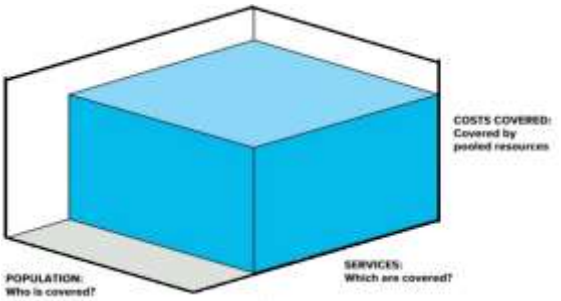
تحت صندوق انباشت ریسک واحد، درآمدها (که از طریق مالیات عمومی، بیمه‌های اجتماعی، بیمه خدمات سلامت یا بهای مصرف‌کننده به‌دست آمده‌اند) در یک صندوق مرکزی گذاشته می‌شود که به دنبال پوشش بسته تعریف‌شده‌ای از خدمات سلامت است. در صندوق واحد، انباشت ریسک باید اجباری باشد؛ به این معنی که شهروندان ثروتمند یا سالم حق خروج از صندوق را نداشته باشند. صندوق انباشت ریسک اجباری پاسخ سیاستی مناسبی برای مقابله با ناکارآمدی‌ها و بی‌عدالتی‌های ناشی از انتخاب معکوس، خامه‌گیری و هزینه‌های مبادله است (۱۵).

در این حالت همه منابع سلامت موجود برای همه نیازهای مردم در یک صندوق متمرکز می‌شود و دسترسی به خدمات سلامت تنها بر اساس نیاز بالینی افراد خواهد بود. هدف این است که فرصت‌های برابر دسترسی به خدمات سلامت، بدون توجه به سایر ویژگی‌های فردی مانند، ثروت یا محل اقامت آن‌ها، تنها بر اساس نیاز بالینی به افراد داده شود. هرگونه ریسک خدمت سلامت باید تأمین مالی شود. انباشت ریسک به این معنی است که مقدار مشارکت مالی فرد الزاماً نباید به وضعیت سلامت یا میزان استفاده او از خدمات مرتبط باشد. بسیاری از کشورها ازجمله انگلستان، کاستاریکا، فرانسه و کانادا نظام بیمه واحد دارند (۹).

همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، در بیشتر کشورهایی که از طریق بودجه عمومی دولت و ایجاد طب ملی همه افراد به صورت یکسان به خدمات سلامت دسترسی دارند یا کشورهایی مانند کانادا که همه افراد تحت پوشش بیمه واحدی

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

هستند، مکعب پوشش همگانی به شکل زیر خواهد بود (۲۴). در بعد جمعیتی، همه افراد تحت پوشش هستند و در بعد خدمتی و هزینه‌ای نیز پوشش نسبتاً خوبی برای کل جمعیت به صورت یکسان فراهم شده است. هرچند ممکن است برخی از خدمات نیز عمداً یا به‌خاطر مسائل مالی تحت پوشش نباشد یا برای برخی از خدمات در برخی از مراکز، بیماران مجبور به مشارکت در هزینه‌ها باشند.



شکل ۱. تأثیر صندوق انباشت ریسک واحد بر ابعاد پوشش همگانی سلامت (۲۴)

نظام‌های پرداخت واحد مزایا و معایب مختص به خود را دارند. تجارب بین‌المللی هم نشان می‌دهد سیستم پرداخت واحد از قدرت بیشتر برای کنترل هزینه‌های سلامت برخوردار است. از نظر کارایی انباشت خطر و ثبات مالی، پرداخت‌کننده واحد ارجحیت بیشتری دارد (۲۵،۲۶). نظام‌های انباشت واحد تا حد زیادی پیشروانه و از نظر مالی به مالیات وابسته هستند. این نظام‌ها به‌طور کارآمد خطرات مالی را در یک صندوق بزرگ تقسیم می‌کنند و باعث افزایش کنترل دولت بر هزینه‌های کلی سلامت می‌شوند. در نظام‌های چند بیمه‌ای این کنترل وجود ندارد و بیشتر به ارائه خدمات متنوع به افراد تحت پوشش بیمه‌ها توجه می‌شود (۲۷).

در انباشت واحد پتانسیل خطر اخلاقی (مصرف اضافی منابع سلامت) وجود دارد؛ چراکه اعضای یک صندوق واحد انگیزه کمی برای تعدیل تقاضاهای خود (مصرف منابع سلامت) دارند (۲۶). انباشت ریسک واحد، مانع اقتصادی قیمت برای مصرف را حذف می‌کند و درنتیجه پتانسیل مصرف اضافی خدمات سلامت را در بسته انتخاب‌شده با خود به همراه دارد. در کشورهای توسعه‌یافته با این مشکل با ابزارهای مراقبت‌های مدیریت‌شده مانند استفاده از دروازه‌بان سلامت (پزشک خانواده) و مطالعات بهره‌مندی برخورد شده است (۱۵).

مفهوم صندوق ریسک واحد به‌طور تلویحی حذف حق انتخاب در زمینه محتوای بسته خدمات سلامت را به همراه دارد. این شرایط به دو طریق باعث ناکارآمدی می‌شود؛ اول اینکه ممکن است سبب حذف عنصر رقابت از عرضه خدمات سلامت شود و دوم، ممکن است افراد را از تهیه بسته خدمات سلامت به میل و ترجیح خود که برای آن حاضر به پرداخت هستند، بازدارد (۱۵). به همین خاطر، در بسیاری از کشورهای با انباشت واحد سعی کرده‌اند با اجازه فعالیت بیمه‌های خصوصی، انتخاب افراد را برای دسترسی به خدمات تکمیلی فراهم کنند. باید همه شهروندان امکان خرید مزایای اضافه را از بیمه خصوصی داشته باشند. در این صورت بیمه خصوصی می‌تواند آن دسته از نیازهای مصرف‌کنندگان را مرتفع کند که در بیمه اصلی تأمین نمی‌شود (۲۷). در عمل، همه نظام‌های سلامت رفتاری بینابین دو سر این طیف انباشت ریسک (یعنی از بدون انباشت و انباشت ریسک واحد یا کامل) قرار دارند و ترکیبی از این دو را ارائه می‌دهند.

۳- صندوق انباشت ریسک پراکنده

هر زمان که بیش از یک صندوق انباشت ریسک وجود داشته باشد، امکان پراکندگی وجود دارد (۶). تجربه کشورها نشان می‌دهد یکی از علت‌های تشکیل صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده، نگرش توسعه تدریجی پوشش بیمه سلامت برای گروه‌های جمعیتی مختلف با سطح پوشش متفاوت است. پیچیدگی فرایند و تلاش مورد نیاز برای کسب حمایت و توافق گروه‌های ذی‌نفع و دوره زمانی مورد نیاز برای توسعه ظرفیت‌های سازمانی و فنی باعث می‌شود کشورها رویکرد توسعه تدریجی پوشش بیمه به گروه‌های مختلف جمعیتی را در طول زمان برگزینند. این موضوع چالش‌های جدیدی را برای تضمین پوشش عادلانه و بازتوزیع منابع میان صندوق‌های انباشت ریسک به‌وجود می‌آورد و به محض تشکیل، ادغام یا یکپارچه کردن آن‌ها از نظر سیاسی بسیار دشوار خواهد بود؛ زیرا این موضوع به این معنی است که گروه‌های برخوردار باید بخشی از مزایا و منافع خود را به نفع دیگر گروه‌های جمعیتی از دست بدهند (۱). در سیستم‌های بیمه‌ای پراکنده، معمولاً صندوق‌های بیمه‌ای مختلف از نظر سطح نیازهای سلامت و منابع درآمدی با هم تفاوت‌های بسیاری دارند و هیچ تلاش رسمی برای بهبود و اصلاح نقل و انتقالات مالی بین برنامه‌ها مشاهده نمی‌شود. به همین دلیل، میان صندوق‌ها تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای در میانگین ریسک اعضا، نرخ حق بیمه‌ها، بسته خدمات و غیره به وجود می‌آید. به این نوع سیستم انباشت ریسک بدون نقل و انتقالات مالی بین صندوق‌های انباشت ریسک، نظام انباشت ریسک پراکنده گفته می‌شود (۱۵).

تحت این شرایط، افراد ممکن است بسته به معیارهایی، به صندوق خاصی منتصب شوند. معیارهایی از قبیل محل سکونت یا جایی که در آن زندگی می‌کنند (صندوق انباشت ریسک جغرافیایی)، ماهیت حرفه یا شغل آن‌ها، مشخصات شخصی مانند سن یا وضعیت سلامت و انتخاب شخصی (مثل رقابت صندوق‌های بیمه). عضویت در یک صندوق انباشت ریسک خاص ممکن است داوطلبانه (مانند بیمه‌های رقابتی) یا اجباری (معمولاً در صندوق انباشت ریسک جغرافیایی) باشد. با این وجود ممکن است جامعه تأکید داشته باشد که تمامی شهروندان حداقل عضو یک صندوق باشند (۱۵).

به‌طورکلی، معمولاً صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده جمعیت متفاوتی دارند که موجب هزینه سرانه متفاوت خواهد

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

شد. به‌طور کلی گفته می‌شود صندوق‌هایی با اعضای سالخورده‌تر و بیمارتر بیشتر، مصارف سرانه بیشتری را متحمل خواهند شد. برای مثال، برآورد می‌شود سیستم ملی خدمات سلامتی انگلستان با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی هر منطقه، هزینه‌های سرانه برای ارائه سطح استاندارد خدمات سلامت در میان ادارات متولی سلامت در مقایسه با متوسط هزینه ملی بین ۷۹/۵ تا ۱۳۵/۴ درصد متغیر است. در صورتی که اگر پراکندگی صندوق‌های بیمه بر اساس شغل باشد، به احتمال زیاد تفاوت‌های مشابهی مشاهده خواهد شد و در صورت پراکندگی بیمه‌ها بر اساس سن یا وضعیت سلامت، این تغییرات ممکن است بیشتر باشد (۱۵).

پراکندگی نگرانی‌هایی را از باب کارآیی به وجود می‌آورد. در کشورهای آسیای شرقی، بانک جهانی به آن‌ها درباره هزینه‌های زیاد اداری، همپوشانی بسته مزایا و کاهش قدرت چانه‌زنی با ارائه‌کنندگان هشدار داده است. در کل، سیستم تشکیل‌شده از تعداد زیادی از صندوق‌های با اندازه کوچک، نسبت به سیستمی با تعداد کمتر صندوق اما با اندازه بزرگ‌تر، سطوح بیشتری از تغییرات را در هزینه‌ها نشان می‌دهد. علاوه‌براین، هرچه صندوق انباشت ریسک کوچک‌تر شود، سطح عدم قطعیت در پیش‌بینی نیازها به دلیل افزایش اهمیت نوسانات تصادفی در جمعیت در معرض خطر بیشتر می‌شود. همگام با ورود و ترکیب افراد به صندوق انباشت ریسک و افزایش اندازه صندوق، سرانه تغییرات تصادفی در مصارف و هزینه‌ها نیز کاهش می‌یابد. در منتهای طیف، اگر پراکنده شدن صندوق انباشت ریسک ادامه یابد و به سطح خانواده یا افراد برسد، سیستم به روش بدون انباشت ریسک تبدیل می‌شود (۳،۱۲).

پراکندگی و تعدد بیمه‌ها در بسیاری از کشورها مشکلات زیادی را از نظر عدالت به وجود آورده است. به همین خاطر، در سال‌های اخیر برخی از کشورها سعی کرده‌اند با تجمیع صندوق‌ها و کاهش پراکندگی، جدای از رفع چالش‌های ناشی از تعدد بیمه‌ها، به سمت پوشش همگانی گام بردارند. برای مثال، در کره جنوبی قبل از ادغام صندوق‌ها، ناعدالتی در تأمین مالی سلامت در میان گروه‌های درآمدی و شغلی، تفاوت ظرفیت مالی در میان صندوق‌های بیمه و ناپایداری مزمن مالی بعضی از بیمه‌های روستایی به تغییر اساسی در ساختار بیمه ملی سلامت کمک کرد (۲۸). قبل از ادغام، بسیاری از صندوق‌ها کوچک بودند و نمی‌توانستند به صورت کارآمد منابع‌شان را تجمیع کنند و به علت نبود رقابت، صندوق‌ها تمایلی برای ادغام و بهبود تجمیع ریسک نداشتند (۲۸،۲۹).

در ترکیه نیز در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰، هزینه‌های کم سلامت با نظام بیمه‌ای ناعادلانه و ازهم‌گسیخته ترکیب شده بود. پنج طرح بیمه‌ای موجود بسته‌های خدماتی و قراردادهای متفاوتی با سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی داشتند و این موضوع باعث به‌وجود آمدن ناکارآمدی و بی‌عدالتی در نظام سلامت شده بود. سهم مشارکت، گستره و عمق بسته‌های خدمت، امتیازات و قوانین دسترسی بین طرح‌های بیمه متفاوت بود و تعدد بیمه‌ها جدای از پراکندگی سازمانی، نابرابری‌های قابل ملاحظه‌ای در کیفیت و دسترسی به خدمات بین بیمه‌شده‌ها ایجاد کرده بود (۳۰). در تایلند نیز صندوق‌ها از نظر ویژگی‌هایی مثل درصد پوشش از کل جمعیت تایلند، تعریف افراد واجد شرایط، بسته مزایا، روش پرداخت، منابع مالی، سرانه هزینه و میزان یارانه دریافتی با هم متفاوت بودند. توزیع نامناسب و ناعادلانه یارانه‌های دولتی بین طرح‌های ذکرشده، سطح بهره‌وری و مزایای تحت پوشش هر طرح را شدیداً تحت تأثیر قرار داده بود (۳۱،۳۲). حدود ۷۰ درصد از جمعیت تحت پوشش چهار طرح بیمه سلامت عمومی بود، درحالی‌که بیمه خصوصی تقریباً هیچ نقشی نداشت. ۳۰ درصد باقی‌مانده بیش از ۱۵ میلیون نفر، تحت هیچ بیمه درمانی نبودند (۳۳).

ایران کشوری با انباشت ریسک پراکنده

ایران از نظر انباشت ریسک در وضعیت سیستم انباشت ریسک پراکنده قرار دارد. چندین صندوق در حوزه انباشت ریسک فعالیت می‌کنند. در این زمینه می‌توان به ۴ صندوق بیمه‌گر پایه ازجمله سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی اشاره کرد. علاوه‌براین می‌توان به حدود ۱۷ صندوق کوچک و غنی مانند بیمه‌های بازرگانی دولتی و غیردولتی، سازمان‌هایی مثل شهرداری تهران و گروه‌های دولتی با امتیازات ویژه بیمه‌ای مثل سازمان بهداشت و درمان شرکت نفت، بیمه بانک‌های دولتی، بیمه کارکنان صداوسیما، بیمه موجود در بعضی از وزارتخانه‌ها و غیره اشاره کرد که جدای از بیمه‌های سلامت پایه، به پوشش بیمه‌ای قوی با حق بیمه سرانه چندین برابر بیمه‌های پایه برای جمعیت تحت پوشش خود اقدام کرده‌اند و هیچ‌گونه مشارکتی در صندوق‌های پایه سلامت ندارند. این پراکندگی در منابع بیمه‌ای سلامت باعث تشدید ناعدالتی در دسترسی به خدمات سلامت شده است (۱۳).

در طول سالیان گذشته، قوانین مختلفی در ایران در راستای کاهش پراکندگی در سیستم بیمه سلامت و رفع مشکلات ناشی از این پراکندگی تصویب شده است که با درجات مختلفی از موفقیت همراه بوده‌اند. برای مثال، با تصویب قانون پوشش بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ و تشکیل شورای عالی بیمه خدمات درمانی به‌منظور تمرکز برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت بر عملکرد سازمان‌های بیمه درمانی، شرایطی فراهم شد که در آن بین سازمان‌های بیمه‌گر هماهنگی و وحدت رویه بیشتری پدید آمد. همه سازمان‌های بیمه‌گر پایه درمان تابع قانون و آیین‌نامه اجرایی شورای عالی بیمه بودند. هرچند منابع مالی متفاوتی داشتند، سطح تعهدات و نحوه ارائه خدمات آن‌ها یکسان شد. همچنین

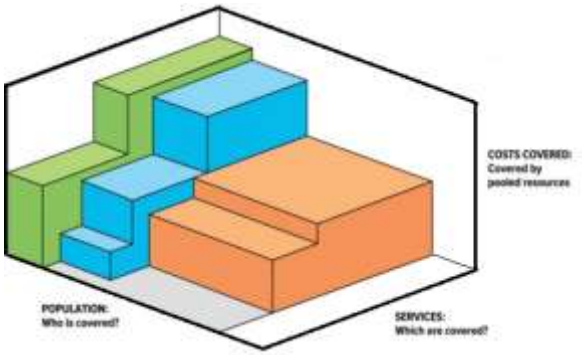
[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

با بهبود فضای همکاری مشترک و تشکیل کمیته هماهنگی بین این سازمان‌ها در برخی از سطوح اجرایی، ضوابط و روش‌های اجرایی سازمان‌ها در زمینه‌هایی مانند عقد و لغو قرارداد، بازرسی‌ها و نظایر آن به هم نزدیک شد. در سال ۱۳۸۱، قانون سامان‌دهی بهداشت و درمان به‌منظور ارائه خدمات بیمه پایه یکسان، تمرکز آمار بیمه‌شده‌ها و صدور دفترچه‌ها از یک سازمان برای تمام بیمه‌شده‌ها تصویب شد. این قانون در عمل اجرا نشد و در این زمینه موفقیتی به‌دست نیامد (۳۴).

در سال ۱۳۸۳، به‌منظور اجرای برخی الزامات ساختاری از قبیل نیاز به تفکیک بین نهادهای نظارت‌کننده، ارائه‌دهنده و خریدار خدمات درمانی، نیاز به متولی واحدی برای اعمال نظارت و حاکمیت بر سطوح مختلف نظام تأمین اجتماعی، ضرورت همسویی و هماهنگی بین لایه‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصویب شد و در اجرای آن وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت خود را آغاز کرد (۳۵). با وجود تمام این قوانین، وجود پاره‌ای مشکلات و تفاوت در عملکرد و همچنین ناعدالتی میان بیمه‌های سلامت در هر سه بعد مکعب پوشش همگانی سلامت، تصمیم‌گیران و قانون‌گذاران را بر آن داشت تا در برنامه پنجم توسعه، ادغام بخش‌های درمانی تمام صندوق‌های بیمه درمان را در دستور کار قرار دهند و با تشکیل بیمه سلامت ایران، تمام فعالیت های برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حوزه بیمه سلامت را در این سازمان متمرکز کنند (۳۶،۳۷).

اجباری نبودن پوشش بیمه سلامت، وجود صندوق‌های بیمه متعدد با سطوح فرانشیز و پیش‌پرداخت متفاوت، نابرابری و اختلاف در زمینه میزان تعهدات بیمه در پرداخت مخارج سلامت و همپوشانی در آمار بیمه شده ازجمله موانع ناشی از پراکندگی بیمه‌ها در ایران است که دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت را با چالش مواجه می‌کند. این موضوع در شکل ۲ ترسیم شده است. تأثیر صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده در ایران بر ابعاد پوشش همگانی سلامت را می‌توان به شکل ۲ تشبیه کرد (۲۴). این وضعیت برای سایر کشورها نیز که از پراکندگی صندوق‌ها رنج می‌برند، قابل تصور است.

همان‌طور که در شکل ۲ آمده است، با وجود تلاش‌های انجام شده و تصویب قوانین مختلف در این زمینه، تا چند سال پیش طبق گزارش‌های مختلف حدود ۱۰ درصد از جمعیت ایران تحت هیچ‌گونه پوشش بیمه سلامتی نبودند (۳۴،۳۸). تا اینکه در سال ۱۳۹۳، دولت یازدهم به توسعه پوشش بیمه همگانی رایگان توسط سازمان بیمه سلامت ایران برای کل جمعیت بدون بیمه اقدام کرد. درنتیجه این اقدام سخاوتمندانه دولت، از نظر پوشش جمعیتی تقریباً به پوشش کامل رسیدیم.



شکل ۲. تأثیر صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده بر اجزای پوشش همگانی (۲۴)

همان‌طور که در شکل نیز مشخص است، هنوز در دو بعد پوشش خدمات و پوشش هزینه‌های درمانی تفاوت‌های عمیق و قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌های مختلف جمعیتی وجود دارد. برخی از بیمه‌ها مانند ۱۷ صندوق کوچک و سازمان بیمه نیروهای مسلح، از طریق جمع‌آوری منابع مالی کافی و حق بیمه‌های بیشتر توانسته‌اند از نظر خدمات درمانی پوشش بسیار مناسب‌تری را نسبت به سایر بیمه‌های پایه سلامت فراهم کنند. همچنین از نظر دسترسی به مراکز دولتی و خصوصی نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین بیمه‌ها وجود دارد. برای مثال، برخی از بیمه‌ها مانند کمیته امداد بیشتر بر خرید خدمت از بخش دولتی متمرکز است، درحالی‌که در سایر بیمه‌ها مانند ۱۷ صندوق کوچک و همچنین بیمه نیروهای مسلح تا اندازه قابل ملاحظه‌ای بیمه‌شده‌ها حق انتخاب خرید خدمت از مراکز درمانی خصوصی نیز دارند. اگرچه این حق انتخاب برای بیمه‌شده‌های سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت ایران نیز وجود دارد، این حق انتخاب از طریق حمایت مالی کمتر از بیماران در مراکز خصوصی محدود می‌شود. همچنین باید اشاره کرد که در برخی از سازمان‌های بیمه مانند سازمان تأمین اجتماعی، شرکت نفت و سازمان بیمه نیروهای مسلح، بیماران حق برخورداری از خدمات رایگان در مراکز ملکی و با حق تقدم بیشتری دارند. مزیتی که سایر بیمه‌شده‌ها از آن محروم هستند (۳۴).

مهم‌ترین تفاوت به بعد سوم پوشش همگانی سلامت یعنی میزان حمایت مالی بیمه‌ها از بیمه‌شده‌ها برمی‌گردد که به نظر می‌رسد در این زمینه ناعدالتی عمیق‌تر است و در این زمینه موفقیت کمتری را از نظر پوشش همگانی سلامت کسب کرده‌ایم. ناعدالتی از آنجایی بیشتر نمایان می‌شود که بدانیم سرانه هزینه‌ای از ۸,۰۰۰ تومان در بیمه روستاییان، ۲۱,۵۰۰ تومان در صندوق‌های خویش‌فرمایان و سایر اقشار، ۲۲,۵۰۰ تومان در صندوق کارکنان دولت، ۲۸,۵۰۰ تومان در سازمان تأمین اجتماعی، تا بیش از ۷۰,۰۰۰ تومان در ۱۷ صندوق کوچک در سال ۱۳۹۳ متغیر بوده است (۳۴). در برخی از بیمه‌ها، بیماران حتی در صورت مراجعه به مراکز خصوصی، به‌خاطر حمایت مالی قوی بیمه، هزینه بسیار ناچیزی پرداخت

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

می‌کنند. در صورتی که سایر بیمه‌شده‌ها حتی در صورت مراجعه به مراکز دولتی نیز از توان پرداخت هزینه‌های درمانی ناتوان هستند و در صورت مراجعه به مراکز خصوصی، جدای از فرانشیز سهم خود، باید تفاوت تعرفه‌های پزشکی بخش خصوصی و دولتی را از جیب خود پرداخت کنند که عامل مؤثری در افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب است (۳۴). در این خصوص نیز برنامه طرح تحول سلامت به‌منظور افزایش تقویت حمایت مالی از بیماران، آن هم تنها در بخش بستری دولتی توانست تا حدود زیادی فشار مالی بیماران را کم کند. هرچند توسعه این طرح به بخش خصوصی و همچنین تداوم آن نیازمند حمایت بلندمدت دولت و شناسایی منابع مالی پایدار است (۳۹).

۴- صندوق‌های انباشت ریسک یکپارچه

همان‌طور که اشاره شد، صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده عواقب نامطلوبی از نظر کارایی و عدالت به همراه دارند. یک پاسخ سیاستی مناسب برای حل مشکلات کارایی و عدالت که به علت پراکندگی صندوق‌ها به وجود می‌آید، ایجاد صندوق‌های انباشت ریسک یکپارچه است. تحت این مدل، صندوق‌های انباشت ریسک انفرادی سیستم پراکنده کامل در جای خود باقی می‌مانند، اما نقل و انتقالات مالی بین صندوق‌های پراکنده به گونه‌ای ترتیب داده می‌شود که بخشی یا تمامی تفاوت‌های ناشی از پراکندگی صندوق‌های بیمه حذف شوند (۱۵).

تعدیل ریسک وسیله‌ای برای جلوگیری از انتخاب افراد کم‌ریسک توسط بیمه‌گرهای پایه و برای ارتقای رقابت منصفانه است. تعدیل ریسک به این معنی است که بیمه‌گرهای پایه مبلغی را به‌عنوان غرامت یا جبران برای بیمه‌شده‌هایی دریافت کنند که به‌خاطر شرایط بیماری مثل سالمندان یا افراد با بیماری‌های مزمن هزینه بیشتری بر آن‌ها تحمیل شده است (۴۰).

اگر فرض کنیم نظام سلامت باید یک بسته استاندارد خدمات را برای همه شهروندان ارائه دهد، در این حالت واضح‌ترین علت تفاوت هزینه‌ها و مخارج صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده، اندازه جمعیت تحت پوشش آن‌ها خواهد بود. بنابراین، اولین قدم به‌سوی یکپارچگی این است که تأمین مالی صندوق‌های انباشت ریسک یکپارچه بر اساس پرداخت سرانه تعیین شود. این موضوع به‌عنوان مشارکت عملی یا فرضی فرد به درآمد صندوق انباشت ریسک برای دوره زمانی مشخص تعریف می‌شود. سیستم سرانه در ساده‌ترین شکل، مقدار سرانه برابری را به هر صندوق می‌پردازد. هرچند این روش یک اصلاح ابتدایی را برای تفاوت در اندازه صندوق‌ها ارائه می‌کند، این رویکرد در انعکاس تفاوت در نیازهای سرانه میان صندوق‌ها نارساست.

به همین دلیل، بسیاری از کشورها روش‌هایی را برای تعدیل ریسک ایجاد کرده‌اند که پرداخت سرانه فرد را بر اساس خصوصیات فردی از قبیل سن، شرایط اجتماعی و وضعیت سلامت او تغییر می‌دهد. در بخش بعد، این خصوصیات به‌طور خلاصه ارائه خواهند شد. طرح سرانه تعدیل‌شده به دنبال جبران تفاوت‌ها و خطراتی است که صندوق انباشت ریسک با آن‌ها مواجه می‌شود. نحوه اجرای سیستم نقل و انتقالات مالی بین صندوق‌های انباشت ریسک به صورت جمع‌آوری مرکزی درآمدها و پرداخت به صندوق‌ها بر اساس برآورد میزان مصارف و هزینه‌های آن‌هاست. در بعضی از سیستم‌ها، مکانیسم تقریباً مشابهی استفاده می‌شود، به‌طوری‌که جمع‌آوری درآمد را صندوق‌ها جداگانه انجام می‌دهند و نقل و انتقالات مالی بر اساس میزان نیاز، از صندوق‌های کم‌مصرف به صندوق‌های پرمصرف بدون نیاز به ایجاد واسطه مرکزی و توسط خود صندوق‌ها انجام می‌شود (۱۵).

هلند و آلمان کشورهایی با انباشت ریسک یکپارچه

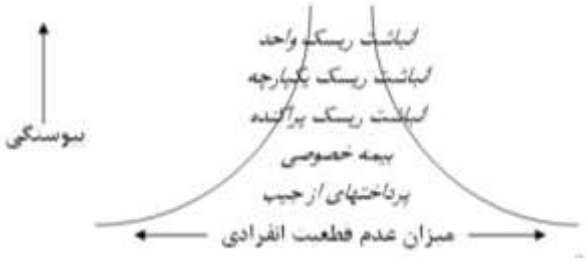
در هلند، بیمه پایه سلامت توسط بیمه‌های خصوصی رقابتی ارائه می‌شود. شهروندان آزاد هستند سالانه بیمه‌گر خود را تغییر دهند. بیمه‌گرهای پایه سلامت از دو روش تأمین مالی می شود. اول، حق بیمه‌های سرانه‌ای ثابت است که توسط همه اعضا مستقیماً به بیمه‌گر منتخب پرداخت می‌شود. بخش دوم، مشارکت مبتنی بر درآمد است که توسط کارفرما از حقوق کسر (توسط اداره مالیات جمع‌آوری می‌شود) و به یک صندوق بالاسری به اسم صندوق بیمه سلامت واریز می شود. منابع این صندوق بر اساس سیستم تعدیل ریسک بین سازمان‌های بیمه‌گر پایه توزیع می‌شود. تقریباً ۵۰ درصد کل منابع مالی بیمه‌گرهای پایه در هلند در سطح ملی از طریق صندوق توزیع ریسک تأمین می شود و ۵۰ در صد بقیه از حق بیمه‌های ثابتی تأمین می شود که از اعضا دریافت می‌کنند. در هلند، عوامل زیر در تعیین ریسک افراد استفاده می‌شوند: سن و جنس (سالمندان بیشتر از افراد جوان در معرض بیماری هستند، زنان بین ۲۰ تا ۴۰ سال به‌خاطر سن حاملگی بیشتر از مردان هزینه‌زا هستند)، ماهیت درآمد (اینکه فرد مستمری‌بگیر، حقوق‌بگیر یا خویش‌فرماست و همچنین موقعیت اقتصادی اجتماعی افراد)، منطقه سکونت (مناطقی که مهاجران غیرغربی بیشتر با درآمد کمتر و نرخ مرگ‌ومیر بیشتر ساکن هستند، ریسک بیشتری دارند)، میزان متوسط مصرف دارو و افراد دارای بیماری‌های مزمن که نیاز به بستری دارند (۴۰).

آلمان در سال ۲۰۰۷، اصلاح مهمی را اتخاذ کرد که در سال ۲۰۰۹ محقق شد. صندوق‌های بیمه سلامت در حال حاضر حق بیمه‌ها را به‌عنوان درصد یکسانی از دستمزد یا درآمد ناخالص جمع‌آوری می‌کند. حق بیمه‌ها در یک صندوق ملی مرکزی همراه با یارانه‌های مالیاتی انباشت می‌شوند که توسط دولت برای پوشش کودکان پرداخت می‌شود. سپس صندوق مرکزی نرخ سرانه یکسان تعدیل‌شده بر اساس سن، جنس و حدود ۸۰ وضعیت مزمن دیگر را به صندوق‌های بیمه سلامت بازتوزیع می‌کند (۴۱).

شکل ۳ هرم پیوستگی و ترتیب انواع روش‌های انباشت ریسک را نشان می‌دهد. همان‌طور که در شکل ۳ مشخص است، هرچه از

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

سمت پرداخت‌های از جیب به سمت انباشت ریسک واحد حرکت کنیم، میزان عدم قطعیت در پیش‌بینی هزینه‌ها و مواجهه با هزینه‌های درمانی کمرشکن برای افراد کاهش می‌یابد و دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت نیز بیشتر امکان‌پذیر است.



شکل ۳. هرم پیوستگی

بحث

قبل از هر چیزی باید پذیرفت که پراکندگی در انباشت منابع مسئله‌ای فراگیر است و با درجات مختلف در تمام کشورها وجود دارد. پراکندگی به‌طور معمول محصول توسعه سیاسی و تاریخی سیستم تأمین مالی سلامت کشورهاست. به همین دلیل، استراتژی واحد و ساده‌ای برای تدوین تأمین مالی نظام‌های سلامت وجود ندارد و موانع سیاسی احتمالی برای کاهش پراکندگی باید مورد توجه قرار گیرد. با این وجود، سیاست‌گذاران باید کاهش پراکندگی برنامه‌های انباشت ریسک موجود را به‌عنوان بخش مشخصی از استراتژی پوشش همگانی مورد توجه قرار دهند (۱۱). کشورها از نظر اولویت‌ها، جمعیت، میزان توسعه، نظام‌های دولتی و سایر فاکتورها بسیار متفاوت هستند. این تنوع باعث اجرای اصلاحات متفاوت در نظام سلامت کشورهای مختلف می‌شود (۲۷). مدل‌های متنوع تأمین مالی و انباشت ریسکی که در این مقاله بیان شدند، بیانگر راه‌حل‌های مختلفی بودند که کشورها برای حل مشکلات مربوط به نظام تأمین مالی سلامت خود استفاده کرده‌اند. هیچ کشوری پاسخ واحدی برای این سؤال ندارد که چگونه می‌توان به‌طور کارآمد نظام تأمین مالی را اجرا کرد. با این وجود، توجه به طیف گسترده‌ای از تجارب ارزشمند کشورهای دیگر، امکان اجرای موفق اصلاحات درست و مناسب را در راستای حرکت به سمت پوشش همگانی برای سیاست‌گذاران فراهم می‌کند (۲۷).

پراکندگی در انباشت منابع به ناکارایی و ناعدالتی سیستمیک منجر می شود؛ بنابراین، لازم است اقدام سیاستی مناسبی در زمینه آن صورت گیرد. وجود پراکندگی به این معنی است که برای سطح خاصی از منابع پیش‌پرداخت‌شده، نسبت به شرایطی که اگر صندوق‌ها بزرگ‌تر بودند، سیستم توانایی کمتری برای بازتوزیع منابع دارد (۱۱).

تردیدی وجود ندارد که یکپارچگی در صندوق‌های انباشت ریسک سلامت باید تقویت شود. در عوض، بحث اصلی در زمینه چگونگی استقرار عملی و اجرای انباشت ریسک در کشورهای با درآمد کم و متوسط است؛ جایی که اتکا به تأمین مالی جامعه‌محور و پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم، منجر به صندوق‌های انباشت ریسک پراکنده شده است. در این کشورها تأکید اصلی بر ملاحظات بسیاری است که در انتخاب هر گزینه انباشت ریسک باید به آن‌ها توجه کرد و اینکه طراحی سیستم وابسته به شرایط محلی است. با این وجود، کارشناسان حوزه تأمین مالی معتقد هستند که شرایط بسیار کم و خاصی وجود دارد که در آن نتوان شکلی از انباشت ریسک را با موفقیت معرفی و تقویت کرد (۱۵).

مسئله دیگری که باید بدان توجه کرد، این است که از همان ابتدا باید بر پیش‌پرداخت‌ها تأکید کرد و از تکیه بر هزینه‌های پرداخت از جیب فاصله گرفت. همچنین از همان ابتدا به فکر گنجاندن پوشش همگانی در راهبردهای تأمین مالی سلامت بود (۲،۱۱). تأمین دسترسی به خدمات و محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت برای همه ممکن است سالیان طولانی طول بکشد. چنین فرایندی در کشورهای درحال‌توسعه و کم‌درآمد، جایی که شبکه‌های سلامت بسیار نامنظم و پراکنده توسعه یافته‌اند، محافظت مالی در مراحل ابتدایی است و به کمک‌های مالی خارجی بسیار وابسته هستند، ممکن است بسیار طولانی و ناامیدکننده باشد. در این کشورها باید از همان ابتدا به فکر توسعه پیش‌پرداخت بود و از تکیه بر هزینه‌های پرداخت از جیب اجتناب کرد که ممکن است اغواکننده باشند (۲). با شناخت محدودیت‌های رویکردهای پرداخت حق بیمه از طرف مردم، کشورها باید به دنبال ایجاد نقش مشخصی برای درآمدهای بودجه عمومی در سیستم تأمین مالی سلامت باشند. این موضوع با انباشت بودجه عمومی با درآمدهای حاصل از حق بیمه‌ها که قبلاً اشاره شد، اتفاق می‌افتد. همچنین ممکن است مشابه تایلند اتفاق بیفتد که با ادغام صندوق‌های جداگانه و ایجاد یک صندوق همگانی با تأمین مالی دولتی و بدون حق مشارکت از طرف افراد رخ داد (۱۱،۳۲،۳۳،۴۲).

هنگام راه‌اندازی منبع یا صندوق جدید تأمین مالی، باید تغییرات لازم در جریان درآمدهای موجود به‌منظور کاهش پراکندگی در نظر گرفته شود. در کشورهایی که بخش زیادی از جمعیت خارج از اقتصاد رسمی فعالیت می‌کنند، راه‌اندازی بیمه سلامت اجتماعی اجباری که تنها افراد پرداخت‌کننده حق بیمه را تحت پوشش قرار می‌دهد، باعث خواهد شد بخشی از جمعیت که توان و امکان جمع‌آوری حق بیمه از آن‌ها وجود ندارد، خارج از پوشش قرار گیرند. در سال‌های اخیر، بعضی از کشورها درآمدهای بودجه‌ای را به سمت صندوقی تغییر جهت داده‌اند که حق مشارکت بیمه اجتماعی در آن نگهداری می‌شود؛ یعنی به‌جای اینکه مالیات‌ها و حق بیمه‌ها را در صندوق‌های جداگانه نگهداری کنند، در راستای رسیدن به پوشش همگانی با هم ترکیب کرده‌اند (۳). در این کشورها، دست یافتن به پوشش همگانی بدون جابجایی و انباشت درآمدهای بودجه‌ای و حق بیمه‌ها ممکن نخواهد بود (۱۱).

بسیاری از کشورهایی که با محدودیت منابع و ظرفیت‌های

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

اداری روبه‌رو هستند، برای ترویج پیش‌پرداخت به‌عنوان نقطه شروع حرکت به سمت سیستم‌های جامع‌ترِ انباشت ریسک، انواع مختلفی از طرح‌های بیمه‌ای اختیاری را (مثل طرح‌های مبتنی بر جامعه، مبتنی بر اشتغال و غیره) تجربه کرده‌اند. چنین طرح‌هایی جایگزین پوشش همگانی نیستند، هرچند می‌توانند به‌عنوان اجزای تشکیل‌دهنده آن استفاده شوند. پوشش همگانی بدین معنی است که طرح‌های اختیاری پراکنده به‌منظور تضمین پوشش کل گروه‌های جمعیتی، در یک کل منسجم‌تر با هم ادغام یا هماهنگ شوند (۲،۳).

برای رسیدن به پوشش همگانی لازم است تمام منابع درآمدی کشور اعم از عمومی، خصوصی، داخلی و خارجی مورد توجه قرار گیرند. در کشورهای کم‌درآمد، لازم است کمک‌های بین‌المللی از طریق برنامه‌ها و سیستم‌های مالی و انباشت ریسکی هدایت شوند که در کشور گیرنده جاری است، نه از طریق تأمین مالی پروژه‌ای یا برنامه‌ای. چنین رویکردی باعث ثبات بیشتر و قدرت پیش‌بینی راحت‌تر کمک‌های خارجی خواهد شد. همچنین به کشور گیرنده کمک می‌کند ظرفیت‌ها و زیرساخت‌های داخلی را به‌منظور بهبود دسترسی به خدمات و افزایش محافظت مالی تقویت کند (۲).

یکی دیگر از استراتژی‌هایی که در حرکت به سمت پوشش همگانی کمک‌کننده خواهد بود، کاهش پراکندگی و تجمیع صندوق‌های بیمه موجود با یکدیگر است. چنین سیاستی در سال‌های اخیر مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی قرار گرفته است و برخی از کشورها مانند ترکیه، کره جنوبی، تایلند، اندونزی، غنا و غیره این سیاست را به‌عنوان استراتژی مهمی برای حرکت به سمت پوشش همگانی در پیش گرفته‌اند. پرداختن به پراکندگی صندوق‌ها و کاهش آن‌ها نیازمند تعهد سیاسی است. در برخی کشورها، توصیه بانک جهانی برای ادغام بیمه‌های مختلف سلامت با مقاومت سیاسی روبه‌رو شد و دولت‌ها آن را دنبال نکردند (۱۲). این مقاومت سیاسی از جانب بازیگران ذی‌نفع در ایران نیز مانع اجرای قانون تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت طبق ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی شد.

پراکندگی بیمه‌های سلامت در ایران را می‌توان مانعی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت دانست. برای مثال، عدم توزیع ریسک و یارانه‌های متقاطع بین بیمه‌ها به‌عنوان مهم‌ترین وظیفه آن‌ها، عدم مشارکت مالی بیمه‌هایی با منابع وافر در بیمه‌های پایه سلامت، نبود شفافیت مالی در ورودی‌ها و خروجی‌های مالی بیمه‌ها، ضعف در اجرای خرید راهبردی و کنترل قیمت بازار سلامت و کیفیت و کمیت خدمات ارائه‌کنندگان، ناکارایی و هدررفت منابع و بودجه عمومی دولت در بیمه سلامت، نبود شفافیت در آمار جمعیت بیمه‌شده و بدون بیمه، همپوشانی در آمار بیمه‌شده‌ها و مشکلات و سوءاستفاده‌های ناشی از آن، عدم توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری در بسته خدمت بیمه‌ها، ناعدالتی در بسته خدمات تحت پوشش بیمه‌های مختلف، هزینه‌های اداری و سرباری هنگفت، نبود امکان برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری صحیح به علت نداشتن اعتماد به آمارهای مالی و جمعیتی، ضعف در مدیریت و استفاده بهتر از منابع مالی موجود و غیره تنها بخشی از مشکلات موجود در سیستم بیمه سلامت ایران است که مستقیماً ناشی از پراکندگی در صندوق‌های بیمه سلامت است و موانع جدی در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در هر سه مدل جمعیتی، خدمتی و هزینه‌ای ایجاد کرده است (۳۴).

تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران، حرکت به سمت پوشش همگانی را هموار می‌کند. در تحلیل کشوری که نویسندگان این مقاله منتشر کرده‌اند، گزینه‌های سیاستی امکان‌پذیر برای کاهش پراکندگی در صندوق‌های بیمه سلامت ایران در قالب یک خلاصه سیاستی (۳۴) بررسی شده است. در این خلاصه سیاستی سه گزینه سیاستی شامل ۱- حفظ پراکندگی ساختاری موجود، اما اجرای یکپارچگی سیاستی یا وحدت رویه جامع؛ ۲- ادغام صندوق‌های بیمه سلامت موجود با هم و تشکیل یک بیمه واحد و ۳-کاهش پراکندگی با ادغام صندوق‌های کوچک و غنی با هم زیر چتر سازمان‌های بیمه عمده پایه سلامت موجود و ایجاد ۲ یا ۳ صندوق بزرگ تحلیل شده و مزایا و معایب هرکدام تشریح شده است. طبق نتایج این خلاصه سیاستی، گزینه‌های سیاستی مذکور ارتباط تنگاتنگی با هم دارند و می‌توانند در کنار هم و حتی به‌عنوان پیش‌نیاز هم اجرا شوند. برای مثال، هر دو گزینه سیاستی وحدت رویه و ادغام صندوق‌های کوچک و غنی با هم زیر چتر سازمان‌های بیمه پایه سلامت می‌تواند به‌عنوان مقدمه و پیش‌نیاز تجمیع کامل صندوق‌ها و ایجاد یک بیمه واحد در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

با اجرای جامع گزینه سیاستی وحدت رویه و یکسان شدن غالب فرایندها و دستورالعمل‌های اجرایی و مالی بیمه‌ها، صحبت از ادغام ساختاری و تشکیل بیمه واحد خیلی سخت نخواهد بود و با پیچیدگی‌های عملیاتی کمتری روبه‌رو خواهد بود. ادغام کل صندوق‌ها با هم و ایجاد یک صندوق واحد هدف سیاستی جذابی است، اما توصیه می‌شود قبل از آن، از ادغام صندوق‌های کوچک و غنی در سازمان‌های بیمه پایه سلامت شروع کرد. با ایجاد دو تا سه سازمان بیمه بزرگ سلامت در کشور، با انباشت منابع کامل درون هرکدام از آن‌ها و ایجاد یک نهاد ناظر و سیاست‌گذار کارآمد، بسیاری از مشکلات ناشی از پراکندگی بیمه‌ها مرتفع خواهد شد. در بلندمدت نیز می‌توان در زمینه ادغام این چند صندوق با هم و تشکیل یک بیمه واحد با توجه به شرایط کشور بهتر تصمیم گرفت و در صورت فراهم بودن شرایط، به چنین اقدامی مبادرت ورزید.

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

تشکر و قدردانی

در خصوص تدوین مقاله، از دکتر آرش رشیدیان بابت راهنمایی و مشاوره کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص یافته های مقاله ندارند.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به این که این مقاله مروری است، نیاز به دریافت کد اخلاق نبود.

سهم نویسندگان

محمد بازیار و مینو علیپوری سخا در بررسی متون، نگارش مقاله، و ویرایش مقاله مشارکت داشتند.

حمایت مالی

این یک مقاله مروری است و برای نگارش آن حمایت مالی تامین نشده است.

REFERENCES

1. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies. Washington, DC: World bank publications; 2014.
2. WHO. The World health report 2008: Primary health care, now more than ever. World Health Organization; 2008.
3. WHO. The World Health Report [2010]: health systems financing; the path to universal coverage: World Health Organization; 2010.
4. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1997.
5. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*. 2004;**68**(1):17-30. doi: 10.1016/S0168-8510(03)00024-1 [PubMed: 15033549]
6. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period; 2004.
7. Zare H, Masudi-Asl I, Behbahani AA. Social Health Insurance in the World and Iran (Proposed Model): Islamic Parliament Research Center; 2011.
8. WHO. World health report 1999: Making a difference. Geneva:World Health Organization; 1999.
9. Wang H, Switlick K, Ortiz C, Zurita B, Connor C. Health insurance handbook: how to make it work. Washington, DC: World Bank Group; 2012.
10. Carrin G. Community based health insurance schemes in developing countries: facts, problems and perspectives. World Health Organization, 2003.
11. WHO. health systems financing, the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
12. Pooling health funds and risks. Washington, DC: World Bank Publications; 2014
13. Iran health in fifth Economic, social and cultural development plan; 2009.
14. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford university press; 2008.
15. Smith PC, Witter SN. Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance. Washington, DC: World Bank Publications; 2004.
16. Chansa C, Sundewall J, McIntyre D, Tomson G, Forsberg BC. Exploring SWAp's contribution to the efficient allocation and use of resources in the health sector in Zambia. *Health Policy Plan*. 2008;**23**(4):244-51. doi: 10.1093/heapol/czn013 [PubMed: 18562459]
17. Brown A. Integrating vertical health programmes into sector wide approaches: Experiences and lessons, 2001.
18. Development AID and AID Architecture: An introduction to the key issues. Amsterdam: KIT, Royal Tropical Institute; 2015.
19. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *Bmj*. 2005;**331**(7519):762-5. doi: 10.1136/bmj.331.7519.762 [PubMed: 16195296]
20. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Soc Sci Med*. 2006;**62**(4):858-65. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001 [PubMed: 16099574]
21. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. *Health Policy Plan*. 2012;**27**(7):613-23. doi: 10.1093/heapol/czs001 [PubMed: 22279081]
22. Soors W, Devadasan N, Durairaj V, Criel B. Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross. World health report; 2010.
23. Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy Plan*. 2004;**19**(5):249-70. doi: 10.1093/heapol/czh031 [PubMed: 15310661]
24. Roberts MJ, Hsiao WC, Reich MR. Disaggregating the universal coverage cube: putting equity in the picture. *HS&R*. 2015;**1**(1):22-7. doi: 10.1080/23288604.2014.995981
25. Thabrany H. Social health insurance in Indonesia: current status and the proposed national health insurance. New Delhi: WHO SEARO; 2003.
26. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan*. 2009;**24**(1):63-71. doi: 10.1093/heapol/czn037 [PubMed: 19004861]
27. Hussey P, Anderson GF. A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health Policy*. 2003;**66**(3):215-28. doi: 10.1016/s0168-8510(03)00050-2 [PubMed: 14637007]
28. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *Int Soc Secur Rev*. 2003;**56**(1):75-94. doi: 10.1111/1468-246X.00150
29. Kwon S. Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea. Korea R: International Labour Organization; 2002
30. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 2013;**382**(9886):65-99. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X [PubMed: 23810020]
31. Mossialos, Elias, Dixon, Anna, Figueras, Josep, et al. Funding health care: options for Europe. Regional Office for Europe: World Health Organization; 2002.
32. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? *Soc Sci Med*. 1999;**48**(7):913-23. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00392-x [PubMed: 10192558]
33. Hsiao W, Shaw R ,Fraker A, Hanvoravongchai P, Jowett M, Pinto D, et al. Social health insurance for developing nations. Washington DC: The World Bank; 2006.
34. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MR, Akbari Sari A, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2016;**5**(4):253–8. doi: 10.15171/ijhpm.2016.12 [PubMed: 27239868]
35. Ilo. Comprehensive Structure of Welfare and Social Security Law. Parliament of Islamic Republic of Iran; 2004.
36. Ilo.The regulations of fifth economic, social and cultural development plan. Tehran: Iranian Parliament; 2011.
37. Health insurance in fifth Economic, social and cultural

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]

development plan, requirements for creating Iran health insurance organization. Islamic Parliament Research Center; 2011.
38. Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iran J Public Health*. 2012;**41**(9):1–9. [PubMed: 23193499]
39. Universal health coverage in Iran. Iran: National Health system Research Institute; 2014.
40. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: health system review .*Health Syst Transit*. 2010;**12**(1):1-228. [PubMed: 21132996]
41. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics, A Survey of 29 OECD Countries, Paris: OECD Publishing; 2010.
42. Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints; 2013..

[Downloaded from jph.medilam.ac.ir on 2026-11-02]