

اصلاح نظام سلامت در ایران: مسیری مبتنی بر بازار به سوی کیفیت و مقرون به صرفگی

نویسنده: دکتر پیام علیپور

۲۰ مارس ۲۰۲۵

توضیح ضروری: این متن به سفارش سازمان نوفدی و از سوی نویسنده تهیه شده است. دیدگاه‌های مطرح شده صرفاً نظر نویسنده و/ سازمان نوفدی را بازتاب می‌دهد و الزاماً بیانگر دیدگاه‌ها یا مواضع محل کار نویسنده نیست. لازم به ذکر است این مقاله در ابتدا به زبان انگلیسی نوشته شده است و سپس با نظارت و مشارکت نویسنده به فارسی ترجمه شده است. نسخه اصلی این متن نیز به زبان انگلیسی در وبسایت نوفدی در دسترس است و خوانندگان در صورت تمایل و نیاز می‌توانند به نسخه اصلی نیز مراجعه کنند.

تنظیم صحیح سیاست‌های حوزه سلامت، یکی از مهم‌ترین وظایف سیاست‌گذاران ایرانی در دوران پس از جمهوری اسلامی خواهد بود، به‌ویژه با توجه به روند سریع سالخوردگی جمعیت کشور که می‌تواند بار مالی سنگینی بر دوش دولت بگذارد. برای تحقق این هدف، سیاست‌گذاران باید هم از نظریه‌های موشکافانه اقتصادی بهره بگیرند و هم از تجربه‌های موفق دیگر کشورها. نظام کنونی در ایران با مشکلاتی چون کمبود رقابت در ارائه خدمات درمانی کنترل‌های قیمتی مخرب، نبود انتخاب در پوشش‌های بیمه‌ای، و وضعیت متناقض کمپوششی برای برخی اقشار و پوشش بیش‌ازحد برای برخی دیگر روبه‌رو است.

چشم‌انداز ما برای آینده ایران، یک نظام سلامت بازارمحور است که شباهت‌های زیادی به مدل سنگاپور دارد. ویژگی‌های این نظام عبارت‌اند از: (۱) مشارکت الزامی (یا ثبت‌نام خودکار با امکان انصراف) در حساب‌های پس‌انداز درمانی فردی (MSAs) برای پرداخت حق بیمه و هزینه‌های مستقیم (۲)، (OOP) ثبت‌نام الزامی (یا ثبت‌نام خودکار با امکان انصراف) در بیمه‌های پوشش‌دهنده هزینه‌های درمانی "فاجعه‌بار" (catastrophic) با سهم بالای پرداخت مستقیم، (۳) آزادی انتخاب میان طرح‌های بیمه‌ای خصوصی که حداقل پوشش تعیین‌شده را دارند، (۴) شبکه ارائه‌دهندگان خدمات عمدتاً خصوصی با مداخله حداقلی دولت و قیمت‌های تعیین شده توسط بازار، و (۵) یارانه‌های هدفمند برای خانوارهای کم‌درآمد به‌صورت کمک به پرداخت حق بیمه برای پوشش‌های فاجعه‌ای و همچنین واریز مستقیم به حساب‌های پس‌انداز درمانی تمامی افراد. این ویژگی‌ها موجب ارتقای کیفیت خدمات، تقویت رفتار هزینه‌محور در خانوارها (از جمله سبک زندگی سالم‌تر)، محدودسازی هزینه‌های این نظام برای بودجه عمومی، و کاهش انگیزه‌های منفی ناشی از برنامه‌های رفاه عمومی می‌شود. تحقق تمامی این اهداف برای شکوفایی آینده ایران ضروری است. چالش اصلی دولت بلافاصله پس از سقوط جمهوری اسلامی، طراحی و اجرای مرحله‌به‌مرحله‌ی این گذار، با کمترین اختلال در ارائه خدمات سلامت خواهد بود.

این فصل با بررسی مفاهیم پایه در اقتصاد سلامت و سپس مقایسه نظام‌های مختلف سلامت در سراسر جهان در بخش ۱ آغاز می‌شود. سپس در بخش ۲ به توصیف وضعیت فعلی نظام سلامت ایران پرداخته و در بخش ۳ مدل ایده‌آل خود را ارائه می‌کنیم. در نهایت، بخش ۴ به روند گذار از وضعیت موجود به مدل پیشنهادی ما خواهد پرداخت.

1. مبانی اقتصاد سلامت و نظام‌های بهداشتی درمانی

اقتصاددانان به‌طور سنتی هر مسئله‌ای را با در نظر گرفتن ملاحظات مربوط به بدهیستان (trade-off) تحلیل می‌کنند، نه با تکیه بر راه‌حل‌های آرمانی [1]. بر همین اساس، در آغاز این فصل توجه خواننده را به این نکته جلب می‌کنیم که هر نظام سلامت باید میان ملاحظات که گاهی «سراهمی سیاست سلامت» (healthcare policy trilemma) نامیده می‌شوند، توازن برقرار کند [Ch.15 (2)]:

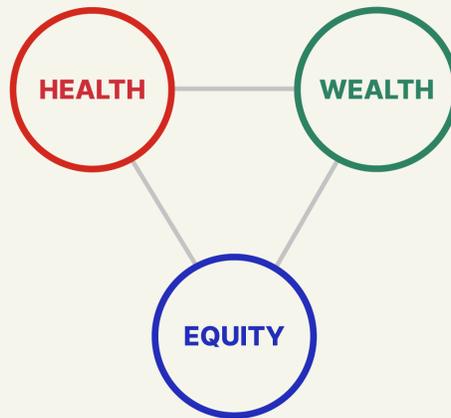


FIGURE 1: The healthcare policy trilemma, adopted from Bhattacharya, et al. (2014) [2].

نظامی که بخواهد همزمان به سلامت مطلوب و برابری حداکثری دست یابد، باید خدمات درمانی را در زمان ارائه، عملاً رایگان کند [3]؛ اما این امر، در نبود کنترل‌ها، منجر به استفاده بی‌رویه از خدمات و افزایش شدید هزینه‌ها می‌شود، بدون آنکه لزوماً منجر به بهبود سلامت جمعیت شود [4, 5] (پدیده‌ای که در اقتصاد «کژمنشی» یا *moral hazard* خوانده می‌شود). این روند همچنین مستلزم وضع مالیات‌های سنگینی است که توان اقتصاد برای خلق ثروت را کاهش می‌دهد. در واکنش به این مشکل، ممکن است سیاست‌گذاران نوعی از مشارکت هزینه‌ای و پرداخت مستقیم (*out-of-pocket* یا *OOP*) را در طراحی نظام وارد کنند، که البته به نوبه‌ی خود سطح برابری در دسترسی را کاهش می‌دهد. همچنین ممکن است برای کاهش نابرابری و کنترل هزینه‌ها، به تعیین دستوری قیمت خدمات درمانی روی آورند، اما این سیاست به کمبود عرضه و ظهور سازوکارهای غیرقیمتی برای جبرمندی خدمات، مانند صف انتظار، می‌انجامد که سلامت بیماران را به خطر می‌اندازد. راهکار دیگر سیاست‌گذاران برای مهار *moral hazard*، استفاده از نظام‌های ارجاع یا «دروازه‌بانی» (*gatekeeping*) است؛ یعنی محدود کردن دسترسی به متخصصان تنها به بیمارانی که از پزشک عمومی ارجاع گرفته‌اند. یا ممکن است دسترسی به برخی درمان‌ها را با تحلیل هزینه‌فایده یا ارزیابی فناوری سلامت (*CEA/HTA*) محدود کنند. اما چون برنامه‌ریزان مرکزی و نهادهای واسطه در تصمیم‌گیری‌های درمانی نمی‌توانند به خوبی خود بیمار درک کنند که درد وی تا چه حد آزاردهنده است یا یک درمان خاص چه قدر برای او ارزش دارد—و اساساً انگیزه‌ای هم برای رسیدن به این درک ندارند—چنین مکانیسم‌های غیرقیمتی ناگزیر به کاهش سطح سلامت جامعه می‌انجامند.

	Single-Payer	Employment-Based	Market-Oriented
Healthcare Provision	Mostly Public	Mostly Private	Mostly Private
Health Insurance	Mostly Public	Mostly (non-profit) private, but with high degrees of regulation & subsidization	Mostly private, with relatively lower degrees of regulation & subsidization
EXAMPLES	UK, Canada, New Zealand, Denmark, Sweden, Italy, Spain	Germany, France, Japan, Israel	Singapore, Switzerland, The Netherlands, United States

TABLE 1: The three main types of national healthcare systems discussed in the present chapter

بر اساس به نحوه‌ی برخورد با این بدهبستان‌ها، جدول ۱ نظام‌های سلامت کشورهای توسعه‌یافته را به سه دسته اصلی تقسیم می‌کند [6 (Ch.15), 2]: (نظام‌های تک‌پرداختی *(single-payer)* یا مدل بورچ [2 (Ch.16) (Beveridge)]، مانند بریتانیا، برخی کشورهای مشترک‌المنافع و اسکاندیناوی؛ ۲) نظام‌های مبتنی بر اشتغال (*employment-based*) یا مدل بیسمارکی [2 (Ch.17) (Bismarckian)]، مانند آلمان، فرانسه و ژاپن؛ ۳) نظام‌های بازارمحور (*market-oriented*)، مانند ایالات متحده، سوئیس و سنگاپور. همچنین برخی کشورها مانند کره جنوبی نیز وجود دارند که ارائه خدمات در آن‌ها خصوصی است ولی پوشش بیمه‌ای تک‌پرداختی دارند [7] (البته با سهم بالای پرداخت مستقیم—نگاه کنید به شکل ۷).

نظام‌های تک‌پرداختی بیشتر بر برابری تأکید دارند. همه شهروندان از طریق مالیات هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند و خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی، رایگان یا با هزینه بسیار پایین ارائه می‌شود (نگاه کنید به شکل ۸). بودجه بیمارستان‌ها در این کشورها معمولاً به صورت کلان تخصیص می‌یابد.

در نظام‌های مبتنی بر اشتغال، بیمارستان‌ها اغلب خصوصی هستند و بیمه پایه معمولاً از طریق صندوق‌های بیمه غیرانتفاعی و خصوصی—که تعداد آن‌ها در آلمان به بیش از ۱۰۰ عدد می‌رسد—و بر اساس شغل افراد، ارائه می‌شود. در برخی کشورها بیمه‌شدگان امکان تغییر صندوق بیمه را دارند. بازار پررونقی برای بیمه‌های تکمیلی خصوصی نیز وجود دارد (نگاه کنید به شکل ۸). قیمت خدمات در این نظام‌ها معمولاً در جریان مذاکرات سالانه بین دولت و اتحادیه‌های پزشکان و پرستاران تعیین می‌شود و همه ارائه‌دهندگان باید به تعرفه‌های ملی پایبند باشند. وجه تمایز این نظام با نظام بازارمحور، آن است که حق بیمه‌ها عمدتاً از طریق مالیات بر دستمزد گردآوری می‌شود (مثلاً ۱۵٫۶٪ از دستمزد در آلمان، تا سقفی معین)، که همین امر باعث سهم بالاتر دولت در هزینه‌های درمانی در آمارهای بین‌المللی می‌شود (نگاه کنید به شکل ۸). ماهیت مالیاتی این بیمه‌ها به معنای آن است که افراد پردرآمد سهم بیشتری پرداخت می‌کنند. در مقابل، معمولاً قوانین سختگیرانه‌ای دامنه محصولات قابل‌ارائه توسط بیمه‌ها و امکان قیمت‌گذاری متناسب با ریسک (مثل سن یا وضعیت سلامت) را محدود می‌کند (قانون

(community rating). این دو عامل موجب ایجاد سازوکار بازتوزیعی و نوعی از دسترسی برابر به خدمات می‌شود. با این حال، چون امکان انتخاب و رقابت در بازار وجود دارد، این نظام‌ها در مقایسه با نظام‌های تک‌پرداختی از نقطه‌ی برابری در مثلث سیاست سلامت فاصله‌ی بیشتری دارند و به نقطه‌ی سلامت نزدیک‌ترند.

در نهایت، نظام‌های بازارمحور کمترین تاکید را—دست‌کم در تنوری—بر برابری دارند. در این کشورها، خدمات درمانی و بیمه‌ها عمدتاً خصوصی و فردمحور هستند. سهم هزینه‌های دولتی در این کشورها کمتر است و مقررات حاکم بر بازار بیمه نیز معمولاً سبک‌تر است. در بخش ۳ ویژگی‌های این نظام‌ها را با جزئیات بیشتری بررسی می‌کنیم و نشان می‌دهیم که نظام‌هایی که در طراحی، برابری را محور قرار داده‌اند، اغلب در عمل از دستیابی به آن بازمی‌مانند.

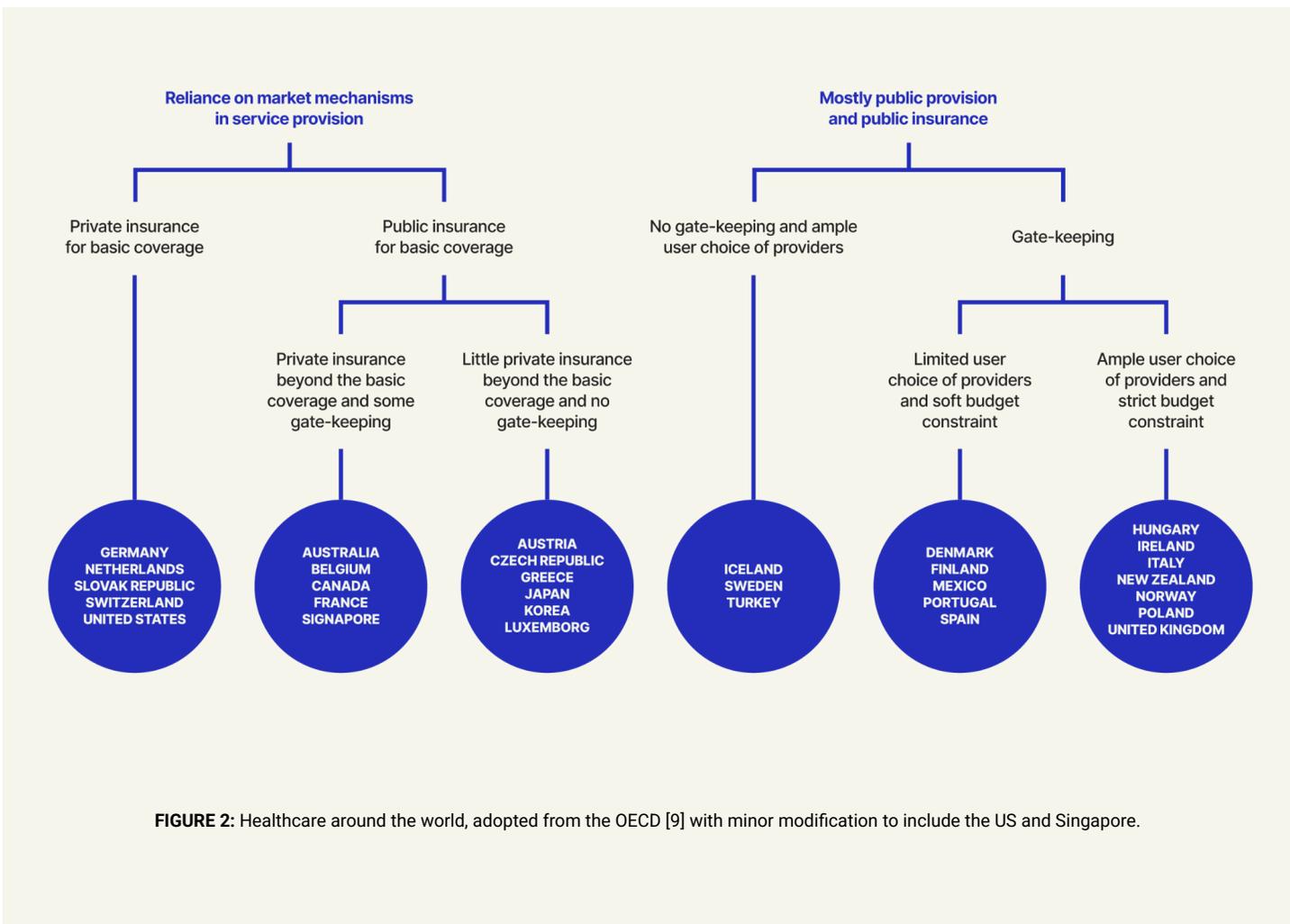


FIGURE 2: Healthcare around the world, adopted from the OECD [9] with minor modification to include the US and Singapore.

راه‌های دیگری نیز برای طبقه‌بندی نظام‌های سلامت وجود دارد، مانند آنچه در شکل ۲ آمده است. این تقسیم‌بندی‌ها همواره مرز مشخصی ندارند. برای نمونه، بیشتر بیمارستان‌های کانادا اسماً خصوصی هستند (نگاه کنید به شکل ۲)، اما چون بودجه‌شان به‌طور کامل از سوی دولت تامین می‌شود، در عمل مانند نهادهای عمومی عمل می‌کنند [2] (Ch.16). مثال دیگر این که ۵۵٪ از مردم آمریکا بیمه درمانی خود را از محل اشتغال دریافت می‌کنند [8]، با این که نظام سلامت آمریکا در این جا به عنوان یک نظام مبتنی بر اشتغال طبقه‌بندی نشده است. این پدیده ناشی از معافیت مالیاتی بیمه‌های ارائه‌شده از سوی کارفرماست.

در پایان این بخش، باید تاکید کنیم که گرچه نظام‌های سلامت بازارمحور در افکار عمومی اغلب با کاستی‌های نظام سلامت آمریکا پیوند داده می‌شوند، اما واقعیت این است که: (الف) نظام سلامت آمریکا از یک بازار کاملاً آزاد فاصله زیادی دارد، و (ب) با وجود این، کیفیت آن بسیار بالاست. حتی پیش از تصویب *Obamacare* نیز، تقریباً نیمی از کل هزینه‌های سلامت در

آمریکا از سوی دولت پرداخت می‌شد [6]. بازار بیمه نیز تحت مقررات متعدد ایالتی قرار داشت. محدودیت‌هایی که انجمن پزشکی آمریکا (American Medical Association) در پذیرش پزشکان ایجاد کرده [10] و نیز قوانین صدور مجوز محلی که باعث محدود شدن تعداد بیمارستان‌ها می‌شود، عرضه را کاهش داده و قیمت‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین، معافیت مالیاتی انحصاری بیمه‌های ارائه‌شده از سوی کارفرما موجب شده است بازار تحت سلطه پرداخت‌کنندگان ثالث قرار گیرد (نگاه کنید به شکل ۷) و شفافیت قیمتی از بین برود، که نتیجه آن افزایش *moral hazard* و هزینه‌های اداری است. با وجود همه این کاستی‌ها، نظام سلامت آمریکا از لحاظ کیفیت، عملکرد قابل‌قبولی دارد—اگر شاخص‌هایی را مبنای قرار دهیم که واقعا مرتبط با کیفیت خدمات درمانی هستند. منتقدان اغلب به امید به زندگی پایین‌تر در آمریکا نسبت به هزینه‌های بالا استناد می‌کنند (نگاه کنید به شکل ۳)، اما این پدیده بیشتر به عواملی مانند نرخ قتل، نرخ تصادفات رانندگی، نرخ چاقی، و تفاوت در تعریف رسمی نرخ مرگ‌ومیر نوزادان مربوط است [11-15]. همان‌گونه که در شکل ۴ دیده می‌شود، در صورت کنترل متغیرهایی مانند قتل و تصادفات رانندگی، رتبه آمریکا در امید به زندگی در میان کشورهای OECD از ۱۹ به رتبه اول (به همراه سوئیس) صعود می‌کند (برای سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹) [11, 12]. همچنین، طبق شکل ۴ (ب)، ایالات متحده (باز هم در کنار سوئیس) از بالاترین نرخ بهبود از بیماری‌هایی مانند سرطان که نیاز به درمان‌های پیشرفته و گران دارند برخوردار است [11-16]. نکته کلیدی این است که نظام‌های سلامت بازارمحور می‌توانند کیفیت بالایی را با هزینه‌ای بسیار کمتر از آمریکا ارائه دهند—کشوری که هزینه‌ی بالای نظام سلامت آن، بیشتر ناشی از ناکارآمدی‌های خاص خودش است. سنگاپور و سوئیس، نمونه‌های موفقی از این الگو هستند.

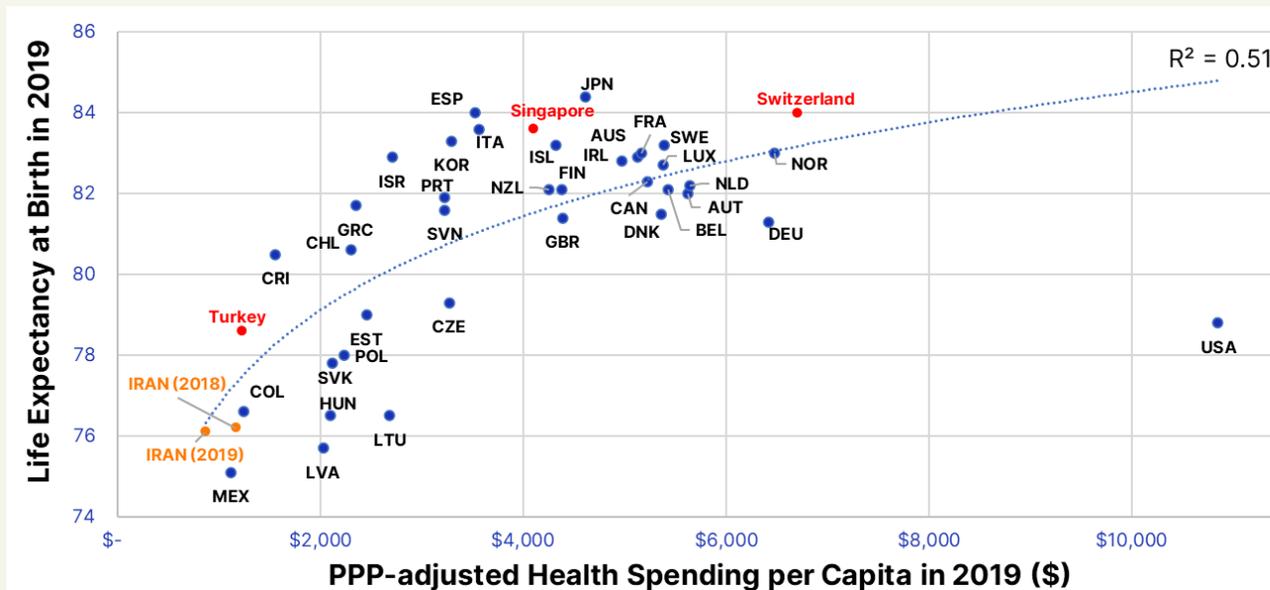


FIGURE 3: Life expectancy at birth vs. per capita health spending in the OECD plus Iran and Singapore in 2019. Countries above the trend lines are sometimes considered more efficient providers of healthcare, although life-expectancy-at-birth is not necessarily an accurate measure of healthcare quality (see Figure 4). We also show the 2018 data for Iran since its 2019 health spending was somewhat of an outlier in recent years.

Source: OECD & The World Bank

A National Life Expectancy 1980 to 1999 (with and without fatal injuries)

RANKING	OECD Nations	Actual Mean Life Expectancy (including Fatal Injuries)	RANKING	OECD Nations	Standardized Mean Life Expectancy (without fatal injuries)
1	Japan	78.7	1	United States	76.9
2	Iceland	78.0	2	Switzerland	76.6
3	Sweden	77.7	3	Norway	76.3
4	Switzerland	77.6	4	Canada	76.2
5	Canada	77.3	5	Iceland	76.1
6	Spain	77.3	6	Sweden	76.1
7	Greece	77.1	7	Germany	76.1
8	Netherlands	77.0	8	Denmark	76.1
9	Norway	77.0	9	Japan	76.0
10	Australia	76.8	10	Australia	76.0
11	Italy	76.6	11	France	76.0
12	France	76.6	12	Belgium	76.0
13	Belgium	75.7	13	Austria	76.0
14	United Kingdom	75.6	14	Netherlands	75.9
15	Germany	75.4	15	Italy	75.8
16	Finland	75.4	16	United Kingdom	75.7
17	New Zealand	75.4	17	Finland	75.7
18	Austria	75.3	18	New Zealand	75.4
19	United States	75.3	19	Czech Republic	75.1
20	Denmark	75.1	20	Ireland	75.0

B Deaths from Cancer

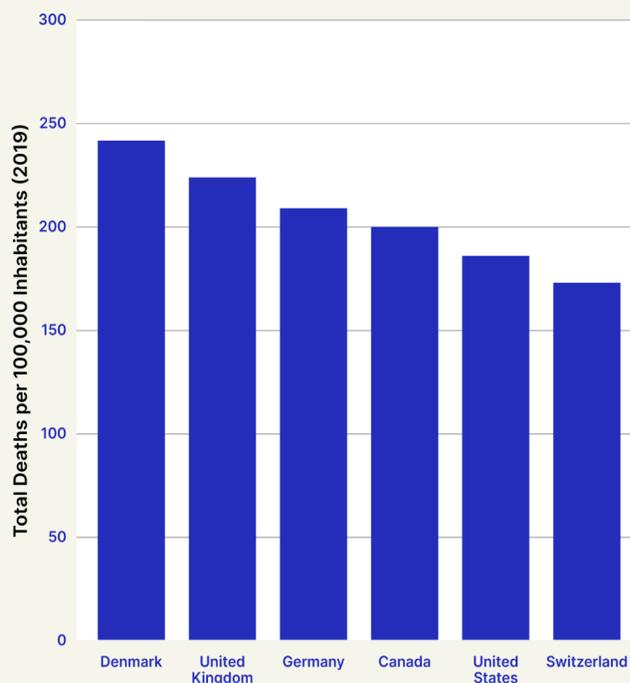


FIGURE 4: (A) Adjusted life expectancy in OECD countries, adopted from Roy (2011) [12]. (B) Cancer deaths in select OECD countries [16].

2. وضعیت فعلی نظام سلامت در ایران

2.1. ارائه خدمات سلامت

1.1.

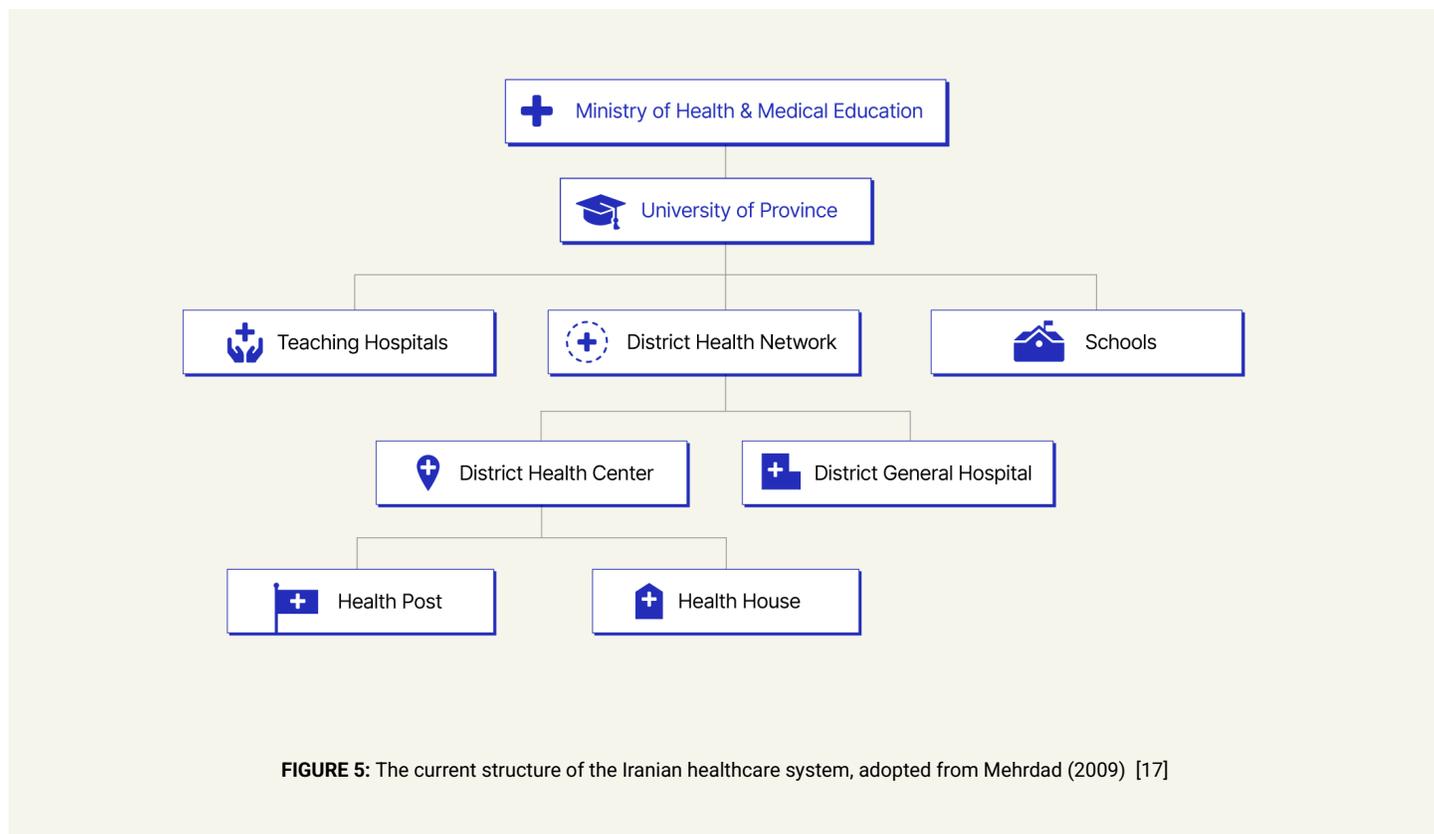


FIGURE 5: The current structure of the Iranian healthcare system, adopted from Mehrdad (2009) [17]

شکل ۵ ساختار کنونی نظام سلامت ایران را نشان می‌دهد (برای نمایی کامل‌تر، به شکل ۱۰ در پیوست مراجعه کنید). یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد این نظام، ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات درمانی در قالب یک وزارتخانه است؛ اقدامی که در سال ۱۳۶۴ با هدف اتخاذ رویکردی هماهنگ‌تر در سیاست‌گذاری سلامت و آموزش پزشکی انجام شد [17]. همان‌گونه که در بخش ۳ اشاره خواهیم کرد، این ساختار معایبی نیز به همراه دارد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (MoHME) اجرای سیاست‌های کلان سلامت را به دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور واگذار کرده است [17]. در هر استان حداقل یک دانشگاه علوم پزشکی دولتی وجود دارد [17] و در مجموع ۵۱ دانشگاه از این دست فعال هستند، به علاوه ۱۶ دانشکده مستقل پزشکی که آن‌ها نیز دولتی‌اند [18]. رئیس بزرگترین دانشگاه علوم پزشکی در هر استان بالاترین مقام مسئول سلامت در آن استان محسوب می‌شود و مسئولیت بهداشت عمومی، ارائه خدمات درمانی در مراکز دولتی، و آموزش پزشکی را بر عهده دارد [17]. شبکه سلامت کشور از یک نظام ارجاع تشکیل شده که از مراکز بهداشت اولیه در مناطق پیرامونی آغاز می‌شود و به بیمارستان‌های سطح دوم در مراکز شهرستان و سپس به بیمارستان‌های تخصصی در شهرهای بزرگ می‌رسد (نگاه کنید به شکل ۵) [17, 19]. بخش دولتی ارائه‌دهنده اصلی خدمات سطح اول، دوم و سوم است و بر مراقبت‌های اولیه تأکید دارد، در حالی که بخش خصوصی عمدتاً بر ارائه خدمات سطح سوم در شهرهای بزرگ متمرکز است [17, 19]. با وجود نظام ارجاع، پزشک عمومی نقش دروازه‌بانی رسمی در این سیستم ندارد و بیماران می‌توانند به انتخاب خود به هر متخصصی مراجعه کنند [20]. صدور مجوز حرفه‌ای برای کارکنان حوزه سلامت منحصرراً در اختیار سازمان نظام پزشکی ایران (IMC) است؛ نهادی صنفی با بیش از ۲۰۰ شعبه منطقه‌ای در سراسر کشور. اعضای هیئت‌مدیره هر شعبه از طریق رای مستقیم اعضای ثبت‌نام‌شده همان منطقه انتخاب می‌شوند [21]. هیئت‌مدیره سپس رئیس شعبه و نمایندگان آن را برای شرکت در مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی انتخاب می‌کند [21]. یکی

از ویژگی‌های خاص این نظام آن است که مجوزهای صادرشده توسط سازمان نظام پزشکی فقط اجازه فعالیت در یک شهر یا منطقه مشخص را می‌دهند [22]. به این موضوع در بخش ۳.۱.۲ باز خواهیم گشت.

2.2. تأمین مالی نظام سلامت

جدول ۲ جزئیات مربوط به نظام بیمه درمانی ایران را نشان می‌دهد. اگرچه بیمه سلامت در ایران از زمان برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰) اجباری اعلام شده، اما همچنان سازوکار مؤثری برای اجرای این الزام وجود ندارد. دو سازمان اصلی بیمه‌گر درمانی در ایران عبارتند از: «سازمان تأمین اجتماعی» (SSIO) که بیمه اجباری برای کارکنان بخش خصوصی را ارائه می‌دهد، و «سازمان بیمه خدمات درمانی» (MSIO) که در سال ۱۳۹۱ به «سازمان بیمه سلامت ایرانیان» (IHIO) تغییر نام داد و گروه‌هایی مانند کارمندان دولت، دانشجویان، ساکنان روستاها، افراد دارای شغل آزاد (خوداشتغال‌ها) و سایر اقشار را پوشش می‌دهد [17]. سازمان تأمین اجتماعی از نظر رسمی یک نهاد غیردولتی است که درآمد خود را از سود سرمایه‌گذاری‌هایش و نیز حق بیمه‌هایی که توسط کارگران (۷٪ دستمزد)، کارفرمایان (۲۰٪) و دولت (۳٪) پرداخت می‌شود تأمین می‌کند [23]. حدود یک‌سوم (یعنی ۹٪ از مجموع ۳۰٪) از این منابع به بیمه سلامت اختصاص دارد (۲٪ از کارگر، ۶٪ از کارفرما، ۱٪ از دولت) و دو سوم باقی‌مانده به بازنشستگی تعلق می‌گیرد [19, 23]. این سازمان همچنین مالک و گرداننده تعداد زیادی درمانگاه و بیمارستان در مناطق شهری است که خدمات رایگان یا کم‌هزینه به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی ارائه می‌دهند [23]. از این جهت، SSIO به نوعی شبیه سازمان‌های خدمات درمانی تلفیقی (HMO) عمل می‌کند. در حال حاضر حدود ۱۵ میلیون کارگر (یا ۴۳ میلیون نفر با احتساب وابستگان‌شان) تحت پوشش SSIO هستند.

سازمان IHIO دارای چندین صندوق بیمه مختلف است (جدول ۲)، و بسته حداقل مزایا (MBP) آن توسط شورای عالی بیمه سلامت (HCHI) تعیین می‌شود [19]. از زمان تأسیس (MSIO) IHIO در سال ۱۳۷۳، سهم جمعیت تحت پوشش بیمه از ۴۰٪ به حدود ۹۰٪ در سال ۲۰۱۰ رسید که عمدتاً به دلیل افزایش پوشش در مناطق روستایی بود [19, 23]. با توجه به اینکه هدف پوشش همگانی هنوز محقق نشده بود (به‌ویژه در مورد خوداشتغال‌ها)، صندوقی بنام «صندوق پوشش همگانی» (UCF) در سال ۱۳۹۳ در دل IHIO و در قالب «طرح تحول سلامت» (HTP) راه‌اندازی شد تا پوشش رایگان برای افراد فاقد بیمه فراهم کند [19]. پیش از اجرای HTP، خوداشتغال‌ها باید نیمی از حق بیمه خود را می‌پرداختند و دولت نیم دیگر را پرداخت می‌کرد. با آغاز فعالیت صندوق UCF، این افراد مشمول پوشش رایگان شدند و نرخ پوشش بیمه‌ای به ۹۶٪ افزایش یافت [19]. این گسترش سریع منجر به افزایش شدید هزینه‌ها شد و فشار مالی زیادی به سیستم وارد کرد. از آبان ۱۳۹۸، عبور از آزمون وسع برای همه بیمه‌شدگان الزامی شد [19]. در حال حاضر، دولت به‌طور کامل حق بیمه سه دهک پایین درآمدی را پرداخت می‌کند و برای دهک‌های چهارم تا نهم به ترتیب ۹۰، ۸۰، ۷۰، ۶۰، ۴۰، و ۲۰ درصد از حق بیمه را می‌پردازد [24]. هزینه فعلی این برنامه حدود ۰،۶٪ از تولید ناخالص داخلی است [25].

This Space Is Intentionally Left Blank

سایر نهادهای بیمه‌گر شامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (IKRC) هستند. همچنین ۱۷ صندوق بیمه سازمانی (IHIF) وجود دارند که از طریق آن‌ها شرکت‌های دولتی نظیر شرکت ملی نفت یا صداوسیما کارکنان خود را بیمه می‌کنند [19]. این بیمه‌ها معمولاً بسیار سخاوتمندانه هستند و می‌توانند منجر به مصرف بیش از حد خدمات پزشکی شوند.

شورای عالی بیمه سلامت (HCHI) همچنین مسئول تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی است که باید توسط بیمه‌ها و بیمارستان‌های دولتی رعایت شود، در حالی که تعرفه‌های بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی (IMC) تعیین می‌شود [19, 28, 29]. تعرفه‌های HCHI معمولاً بسیار پایین‌تر از نرخ بازار تعیین می‌شوند، که مشکلاتی مانند رواج پرداخت‌های زیرمیزی، بی‌اثر شدن پوشش بیمه‌ای، و کاهش کیفیت خدمات را به دنبال دارد [19, 28, 29]. یکی دیگر از تبعات این سیاست، ایجاد تقاضای القایی توسط ارائه‌دهندگان است؛ چرا که پزشکان برای جبران تعرفه‌های پایین، انگیزه بیشتری برای تجویز آزمایش‌های غیرضروری و شراکت با آزمایشگاه‌ها دارند [28]. این امر یکی از منابع اصلی استفاده بیش از حد در نظام درمانی ایران است [28, 30].

در سال ۲۰۱۹، ایران حدود ۶٪ از تولید ناخالص داخلی خود (حدود ۸۳۰ دلار سرانه بر اساس برابری قدرت خرید [31]) را صرف بخش سلامت کرد، که اندکی بیشتر از میانگین ۵٪ در کشورهای با درآمد مشابه بود (نگاه کنید به شکل ۶). در همان سال، ایران حدود ۴۰٪ از هزینه‌های درمانی خود را از محل پرداخت مستقیم (OOP) تأمین می‌کرد، که بسیار بالاتر از متوسط جهانی است (نگاه کنید به شکل ۸). دلیل اصلی این امر، رواج پرداخت‌های غیررسمی (۱۴٪ از ۵۳٪ هزینه‌های OOP در سال ۲۰۰۸ [19]) و نرخ بالای کمپوشی است [28]. دولت ایران در سال ۱۳۹۸ حدود ۲۰٪ از بودجه خود را صرف سلامت کرد [19, 32] و مسئول تأمین حدود ۲۵٪ [29] یا ۵۰٪ (مطابق شکل ۷) از کل هزینه‌های سلامت کشور بود، بسته به این که چه تعریفی از هزینه‌های دولتی اتخاذ شود. طبق تعریف اول، هزینه مستقیم دولت در سال ۲۰۱۹ حدود ۱،۶٪ از تولید ناخالص داخلی بود (که از اوج ۲٪ در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۷ کاهش یافته است).

Total Healthcare Expenditure as Share of GDP

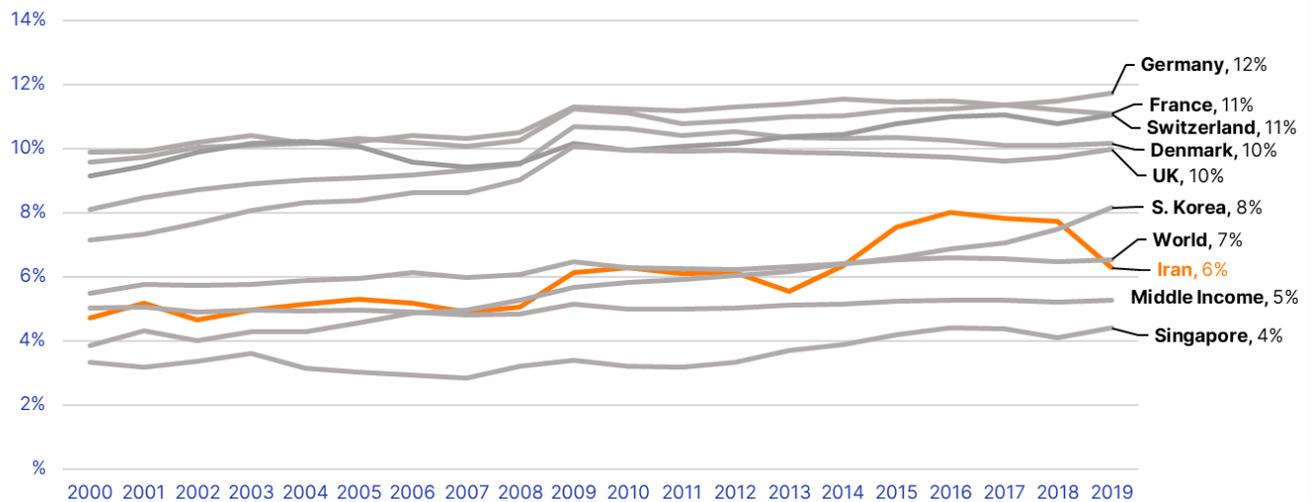


FIGURE 6: Total health spending as a share of GDP for various countries. The US (not shown) is at 17%.
Source: Our World in Data

Share of Out-of-Pocket Expenditure on Healthcare

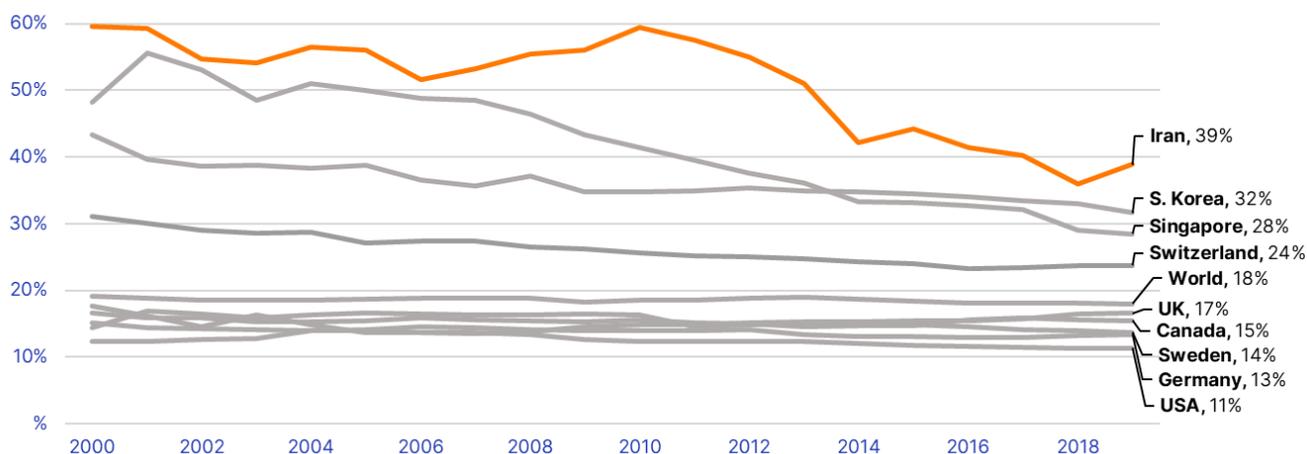


FIGURE 7: OOP spending on healthcare as a share of total healthcare expenditures by country. Source: Our World in Data

Public Expenditure on Healthcare as a Percentage of Total Healthcare Expenditure

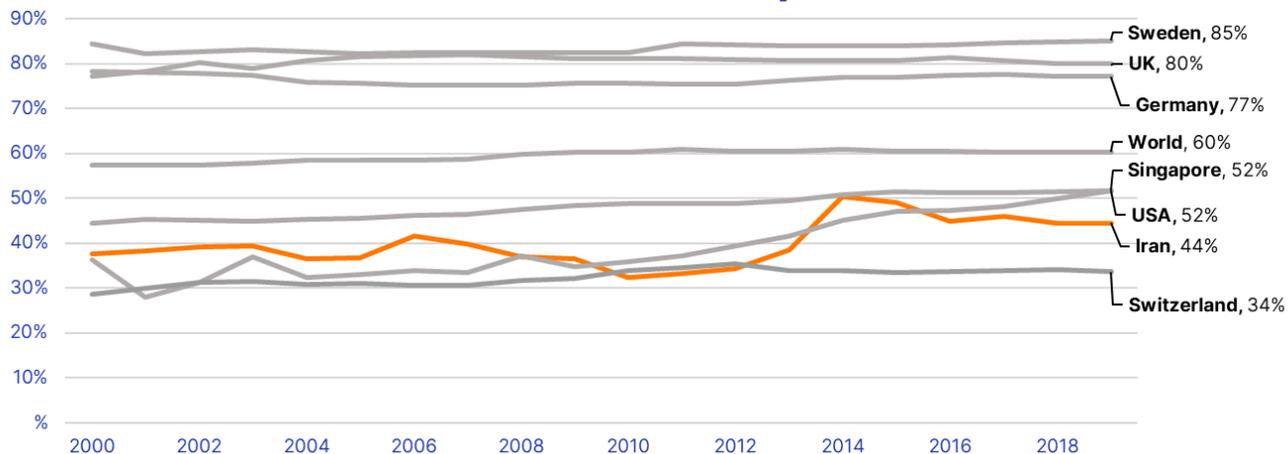


FIGURE 8: Public spending on healthcare as a share of total health spending by country. See [footnote 4](#). Source: Our World in Data

3. طراحی نظام ایده‌آل برای ایران

3.1. اصلاح سمت عرضه

3.1.1. خصوصی‌سازی و آزادسازی قیمت‌ها

در بلندمدت، تمامی بیمارستان‌ها-به‌استثنای آن‌هایی که به دانشگاه‌های دولتی وابسته هستند- خصوصی خواهند شد و کنترل‌های قیمتی («تصرفه‌ها») که توسط شورای عالی بیمه سلامت (HCHI) و سازمان نظام پزشکی (IMC) تعیین می‌شوند (نگاه کنید به بخش ۲.۲)، لغو خواهند شد. خصوصی‌سازی می‌تواند به معنای تبدیل بیمارستان‌های دولتی به نهادهای غیرانتفاعی باشد، که شکل غالب در بسیاری از نظام‌های درمانی مبتنی بر اشتغال و همچنین بازارمحور است (از جمله در ایالات متحده) [7, (Ch.6), 2]. در هر دو کشور سنگاپور و سوئیس، ترکیبی از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی وجود دارد [7]. در سنگاپور، نیمی از بیمارستان‌ها خصوصی و انتفاعی هستند و نیم دیگر بیمارستان‌های دولتی‌اند [7]. با این حال، حتی بیمارستان‌های «دولتی» نیز عملاً به‌عنوان نهادهای غیردولتی و مستقل عمل می‌کنند، زیرا بودجه خود را از دولت دریافت نمی‌کنند و تنها مشمول یارانه‌هایی هستند که مستقیماً به بیمار تعلق می‌گیرد [7].

سرنوشت بیمارستان‌های دانشگاهی در ایران بستگی به وضعیت آینده خود دانشگاه‌ها دارد. باید توجه داشت که بیمارستان‌های آموزشی، حتی بدون دریافت یارانه دولتی، می‌توانند به‌دلیل دسترسی به نیروی انسانی رزیدنت، خدمات ارزان‌قیمت ارائه دهند. از این جهت، این بیمارستان‌ها می‌توانند در طراحی بسته حداقل مزایا (MBP) نقش مهمی ایفا کنند (برای جزئیات بیشتر، به بخش ۳.۲ مراجعه کنید). بیمارستان‌های متعلق به سازمان تامین اجتماعی (SSIO) نیز می‌توانند همچنان تحت مالکیت این سازمان باقی بمانند و به ایفای نقش مشابه HMO ادامه دهند، چرا که SSIO از نظر رسمی یک نهاد غیردولتی محسوب می‌شود (نگاه کنید به بخش ۲.۲).

3.1.2. حذف موانع ورود

یکی از منابع اصلی رانت‌جویی و رفتار انحصارطلبانه در نظام سلامت تحت جمهوری اسلامی محدودیت مکانی مجوزهای پزشکی صادر شده توسط سازمان نظام پزشکی است (نگاه کنید به بخش ۲.۱). داروسازان و دندان‌پزشکان نیز با محدودیت‌های مشابهی مواجه‌اند. توجیه رسمی این سیاست، کاهش نابرابری دسترسی به خدمات سلامت میان مناطق شهری و روستایی است، چراکه اخذ مجوز فعالیت در شهرهای بزرگ مستلزم کسب «امتیاز»‌هایی است که فقط با کار در مناطق محروم قابل کسب‌اند. با این حال، چند نکته مهم باید در تحلیل آثار این سیاست مدنظر قرار گیرد: (۱) بخش عمده‌ای از خدمات سلامت ماهیت غیراضطراری دارند، و رسیدگی به نیازهای پزشکی غیراضطراری در مناطق روستایی، الزاماً نیازمند استقرار دائم کادر درمان در آن مناطق نیست. بلکه می‌توان از طریق انتقال بیماران به مراکز شهری (با پوشش هزینه حمل‌ونقل توسط بیمه) یا اعزام دوره‌ای پزشکان شهرنشین به مناطق روستایی به این نیازها پاسخ داد-پزشکانی که ممکن است به دلیل رقابت کمتر و هزینه پایین‌تر مطب و کلینیک در مناطق روستایی، خود نیز به این امر تمایل داشته باشند؛ (۲) مقررات فعلی نه تنها مانع حرکت پزشکان از روستا به شهر می‌شود، بلکه بالعکس مانع از فعالیت پزشکان شهری در مناطق روستایی نیز هست [22]؛ (۳) محدودیت مکانی حتی بین مناطق هم‌سطح نیز مانع جابه‌جایی است؛ مثلاً یک پزشک شهری نمی‌تواند در شهر دیگری طبابت کند، یا یک پزشک روستایی نمی‌تواند به منطقه مشابهی منتقل شود. این امر منجر به شکل‌گیری الگوهای از انحصار محلی می‌شود که هدفشان حفاظت از منافع اعضای خود در برابر رقابت است؛ و (۴) در سیستم فعلی، کارکنان حوزه سلامت در مناطق محروم معمولاً از سطح تجربه کمتری برخوردارند و همین موضوع خود به نابرابری میان مناطق شهری و روستایی دامن می‌زند. ما معتقدیم که در نظامی مبتنی بر یارانه‌های هدفمند و بیمارمحور (که در بخش ۳.۲ تشریح خواهد شد)، قدرت خرید خدمات سلامت در میان اقشار فقیر روستایی به سطحی خواهد رسید که بتواند به‌طور طبیعی پزشکان را به آن مناطق جذب کند (از طریق افزایش قیمت تعادلی خدمات). با این حال، برای جلوگیری از افزایش ناگهانی شکاف شهری-روستایی در کوتاه‌مدت، پیشنهاد می‌کنیم که سیستم امتیازدهی به‌طور جزئی حفظ شود (نگاه کنید به بخش ۴). با این وجود، محدودیت جابه‌جایی بین مناطق هم‌سطح را می‌توان بلافاصله پس از فروپاشی جمهوری اسلامی لغو کرد.

سایر سیاست‌های انحصارگرایانه شامل محدودیت در ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی [10] و ممنوعیت فعالیت درمانی اعضای هیئت علمی تازه‌استخدام شده در ساعات غیراداری است. مجوز فعالیت خارج از ساعت فقط با تایید دانشگاه صادر می‌شود که این تصمیم ممکن است تحت تأثیر منافع اعضای قدیمی‌تر هیئت علمی قرار گیرد-افرادی که خود دارای مجوز هستند و انگیزه دارند که رقابت را محدود کنند. این محدودیت‌ها می‌توانند بلافاصله در دوران پس از جمهوری اسلامی لغو شوند. ظرفیت پذیرش در سطح تخصص توسط وزارت بهداشت تعیین می‌شود، ولی این تصمیم معمولاً پس از مشورت با دانشکده‌های پزشکی اتخاذ می‌شود. اگرچه نظرات دانشکده‌ها به لحاظ قانونی الزام‌آور نیستند، اما وجود «درِ چرخان» میان این گروه‌ها و نهادهای تصمیم‌گیر موجب می‌شود که این نظرات تأثیر زیادی داشته باشند. یکی از راه‌های کاهش این تأثیر جدا کردن آموزش پزشکی از وزارت بهداشت است (ویژگی‌ای منحصربه‌فرد در نظام سلامت ایران-نگاه کنید به بخش ۲.۱). همچنین می‌توان با اجرای اصلاحات بازارمحور در آموزش عالی، تعیین ظرفیت پذیرش را به‌گونه‌ای طراحی کرد که نسبت به تقاضای بازار انعطاف‌پذیرتر باشد.

در نهایت، تعرفه‌های واردات دارو می‌توانند بلافاصله پس از سقوط رژیم اسلامی حذف شوند تا بیماران از کاهش قیمت‌ها بهره‌مند شوند. این تعرفه‌ها معمولاً برای داروهای بدون مشابه داخلی حدود ۳ تا ۴ درصد و برای داروهای دارای مشابه داخلی ۱۵ تا ۲۰ درصد است، ولی در برخی موارد تا ۱۰۰٪ نیز می‌رسد [34, 35].

3.1.3. حذف خدمت اجباری («طرح») برای دانشجویان پزشکی

برای دریافت مدرک رسمی، دانشجویان پزشکی در ایران ملزم به گذراندن دو سال خدمت در مناطق محروم پس از فارغ‌التحصیلی هستند—سیاستی که ظاهراً با هدف کاهش نابرابری دسترسی به خدمات سلامت میان مناطق شهری و روستایی طراحی شده است. در طول این دو سال، دانشجویان امتیازاتی را کسب می‌کنند که بعدها می‌توانند از آن برای دریافت مجوز فعالیت در شهرهای بزرگ استفاده کنند. اما باید توجه داشت که این الزام، برخی داوطلبان را از ورود به رشته پزشکی منصرف می‌کند. بنابراین، در مجموع باعث کاهش عرضه پزشک در کشور می‌شود و در عین حال، به‌صورت مستقیم باعث کاهش حضور پزشکان در مناطق شهری در مقاطع زمانی مشخص می‌گردد. در بهترین حالت، این سیاست به نفع جمعیت روستایی و شهرهای کوچک است (بدون توجه به توان مالی آن‌ها) و به زیان همه افراد دیگر، از جمله فقیران شهری، تمام می‌شود. همچنین این الزام موجب بروز سطح بالایی از فساد و پرداخت رشوه برای دور زدن خدمت اجباری شده است. همان‌طور که پیش‌تر نیز در بخش ۳.۱.۲ توضیح دادیم، ما بر این باوریم که چنین سیاست‌های غیرهدفمند و ناکارآمدی در نظامی که بر یارانه‌های هدفمند و قدرت خرید بیمار استوار باشد، دیگر ضرورتی نخواهد داشت؛ زیرا قدرت خرید بیماران کم‌درآمد در مناطق محروم به سطحی خواهد رسید که خودبه‌خود پزشکان را به این مناطق جذب کند. حتی در کوتاهمدت نیز می‌توان با حفظ جزئی سیستم امتیازدهی از افزایش شدید شکاف میان مناطق جلوگیری کرد (برای جزئیات بیشتر به بخش ۳.۱.۲ مراجعه کنید). بنابراین، ما بر این باوریم که دوره خدمت اجباری دانشجویان پزشکی را می‌توان بلافاصله پس از فروپاشی جمهوری اسلامی لغو کرد، بدون آنکه اختلال جدی در نظام سلامت به وجود آید. علاوه بر این، انجام این اصلاحات در ابتدای مسیر گذار توصیه می‌شود، چراکه آثار افزایشی آن بر ورود دانشجویان به رشته‌ی پزشکی با یک فاصله زمانی تحقق پیدا خواهد کرد. نگاه کنید به بخش ۴.

3.1.4. اصلاح نظام کنترل کیفیت

بهبود دسترسی به داروها و فناوری‌های جدید از طریق الگوبرداری از سازمان غذا و داروی سنگاپور امکان‌پذیر است. در سنگاپور، هر دارو یا دستگاه پزشکی‌ای که از سوی یکی از نهادهای معتبر بین‌المللی نظیر سازمان غذا و داروی آمریکا (US FDA) یا آژانس دارویی اروپا (EMA) تأیید شده باشد، به‌صورت خودکار در کشور مجاز شناخته می‌شود [36]. علاوه بر این، برخلاف FDA آمریکا، سازمان غذا و داروی سنگاپور تنها الزام به اثبات ایمنی دارو دارد و نیازی به اثبات اثربخشی (efficacy) نیست [36]. ارزیابی میزان اثربخشی داروها با توجه به ریسک بالای خطای نوع دوم (Type-II Error)، تنوع قابل توجه در واکنش افراد مختلف به داروهای یکسان، و ارزیابی‌های متفاوت آن‌ها از نسبت هزینه به فایده، به خود بازار و تصمیم فردی بیماران واگذار شده است. لازم به ذکر است که این سیاست تا سال ۱۹۶۲ در آمریکا نیز اجرا می‌شد [2 (Ch.12), 36, 37]. علاوه بر این، ما پیشنهاد می‌دهیم سازمانی مستقل تأسیس شود که وظیفه آن نظارت بر اجرای استانداردهای ایمنی و کیفیت در مراکز درمانی و ترویج بهترین رویه‌ها باشد. در حال حاضر، نظام بازرسی درمانی در ایران توسط نهادهای مختلفی با اختیارات متداخل اداره می‌شود که این امر منجر به نفوذ سیاسی، فساد و پراکندگی مسئولیت‌ها شده است. نهاد جدید مستقل از سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت خواهد بود تا از اعمال نفوذ افراد ذی‌نفع و بازیگران سیاسی در آن تا حد امکان جلوگیری شود.

3.2. اصلاح سمت تقاضا

3.2.1. مدیریت پدیده کژمنشی (Moral Hazard)

همان‌طور که در شکل ۶ نیز نشان داده شده است، افزایش هزینه‌های سلامت، چالشی جهانی است که بسیاری از کشورها به دلیل سالمند شدن جمعیت و گسترش درمان‌های جدید و پرهزینه با آن مواجه هستند. ایران نیز که بنا بر برخی سنجها دومین کشور در حال سالمند شدن سریع در جهان است [38]، از این قاعده مستثنا نیست. ما معتقدیم که مؤثرترین راه کنترل هزینه‌ها در نظام سلامت، استفاده از *cost sharing* (مشارکت در پرداخت) و محدود کردن کارکرد بیمه درمانی به پوشش مخاطرات مالی ناشی از رخدادهای نادر و پرهزینه است. آزمایش‌های تصادفی‌شده کنترل‌شده (randomized controlled trials) مشهوری، مانند «آزمایش بیمه سلامت رند» (Rand Health Insurance Experiment) [4] و «آزمایش گسترش Medicaid در اورگان» (Oregon Medicaid Expansion Experiment) [5]، نشان داده‌اند که افرادی که به‌طور تصادفی بیمه‌هایی با پوشش کامل (یعنی بدون هیچ پرداخت مستقیم [OOP]) دریافت می‌کنند، به‌مراتب بیشتر از دیگران از خدمات درمانی استفاده می‌کنند، اما هیچ بهبود ملموسی در سلامت آن‌ها حاصل نمی‌شود. اگرچه افزایش مشارکت در پرداخت، سطح بازتوزیع به نفع افراد پرریسک را کاهش می‌دهد، حتی همین افراد نیز می‌توانند از کاهش هزینه‌های حق بیمه بهره‌مند شوند [39-41]. گرچه نظام‌های تک‌پرداختی با سهم OOP پایین یا صفر تاکنون نتوانسته‌اند هزینه‌های سلامت خود را نسبت به سایر کشورها پایین‌تر نگه دارند (نگاه کنید به شکل ۶)، اما این مهم را معمولاً از طریق روش‌هایی نظیر دروازه‌بانی (*gatekeeping*) (شکل ۲)، سقف‌گذاری بر درآمد پزشکان [42]، و محدود کردن سرمایه‌گذاری در فناوری‌های نوین حاصل کرده‌اند (نگاه کنید به [13] و شکل ۱۱ در پیوست). نتایج این سیاست‌ها عموماً عبارت است از: صف‌های انتظار طولانی [2 (Ch.16), 6, 43-46]، مراقبت‌های جبرمندی‌شده، و مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قابل درمان (نگاه کنید به شکل ۴). در مقابل، کشورهایی با سهم OOP بالا مانند سنگاپور، کره جنوبی و سوئیس (شکل ۷) نتوانسته‌اند به برخی از بهترین نتایج مربوط به سلامت در جهان دست یابند (نگاه کنید به شکل ۴ و جدول ۳) و هم‌زمان هزینه‌های خود را نیز کنترل کنند (شکل‌های ۶ و ۸).

COUNTRY/AREA	2019 (IN YEARS OF AGE)
Monaco	86.5
Hong Kong	85.3
Macao	85.0
Japan	84.4
Liechtenstein	84.3
Switzerland	83.8
Singapore	83.8
South Korea	83.7
Italy	83.6
Spain	83.5

▶ Countries with high rates of OOP health

TABLE 3 : The top 10 countries in the world by life expectancy at birth as of 2019 [48].

همچنین باید توجه داشت که نظام‌های تک‌پرداختی که با هدف تأمین برابری طراحی شده‌اند، در عمل معمولاً در تحقق این هدف ناتوان بوده‌اند. برای مثال، تفاوت امید به زندگی در سن ۴۰ سالگی بین یک درصد بالا و یک درصد پایین درآمدی، در نروژ تقریباً به اندازه همین شکاف در آمریکا است [49]، و همبستگی بین درآمد و سلامت جسمی در دانمارک و سوئد در میان بالاترین سطوح در اروپاست و تنها اندکی از آمریکا پایین‌تر است [50]. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی (SES) پایین در این کشورها با زمان انتظار بسیار طولانی‌تری برای جراحی‌های انتخابی یا مراجعه به متخصص روبه‌رو هستند (مثلاً در دانمارک تا ۶۶٪ بیشتر) [52, 53]. افراد با SES بالاتر توانایی بیشتری در باز کردن راه خود در این نظام‌های جیره‌بندی شده دارند، و تا آن جا که «پریدن به ابتدای صف» از طریق پرداخت‌های غیررسمی ممکن باشد [54]، این مزیت عمدتاً به نفع ثروتمندان خواهد بود. در نهایت، افشار ثروتمند همواره می‌توانند به گردشگری درمانی متوسل شوند، همان‌طور که کانادایی‌های متمول برای درمان به ایالات متحده مراجعه می‌کنند.

در مورد ایران، شواهدی از مصرف بیش‌ازحد خدمات پزشکی حتی در نظام فعلی نیز وجود دارد—از جمله در تجویز آزمایش‌های تشخیصی، مصرف آنتی‌بیوتیک، و سزارین [28, 30, 55]. بنابراین، حفظ سهم بالای OOP در آینده ایران حتی از اهمیت بیشتری برخوردار است. روش پیشنهادی ما برای تقویت حساسیت قیمتی، الگوبرداری از برنامه «مدی‌سیو» (MediSave) در سنگاپور است [57]. در این کشور، شهروندان موظف‌اند ۸ تا ۱۰٫۵ درصد از حقوق ماهانه خود را (بسته به سن) به حساب‌های پس‌انداز درمانی (MSA) واریز کنند. این حساب‌ها سودآورند (با نرخ بهره فعلی در حدود ۴٪) و موجودی آن‌ها می‌تواند در طول زمان رشد کند. وجوه موجود در این حساب‌ها می‌توانند هم برای خرید بیمه‌نامه‌های مجاز و هم

برای پرداخت هزینه‌های مستقیم مورد استفاده قرار گیرند. این طراحی باعث می‌شود که مردم هم در انتخاب بیمه و هم در انتخاب درمان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات، حساسیت قیمتی داشته باشند. دولت سنگاپور همچنین مقرر کرده که طرح‌های بیمه‌ای مجاز، حتماً شامل نوعی مشارکت در پرداخت باشند. شهروندان مجازند تا سقف معینی، مشارکت‌های بیشتری نیز به حساب خود واریز کنند—این وجوه مشمول معافیت مالیاتی‌اند [58]. در ایالات متحده نیز حساب‌های پس‌انداز سلامت (HSAs) وجود دارند که از نظر مالیاتی مشابه‌اند، با این تفاوت که وجوه موجود در آن‌ها برای پرداخت حق بیمه قابل استفاده نیستند.

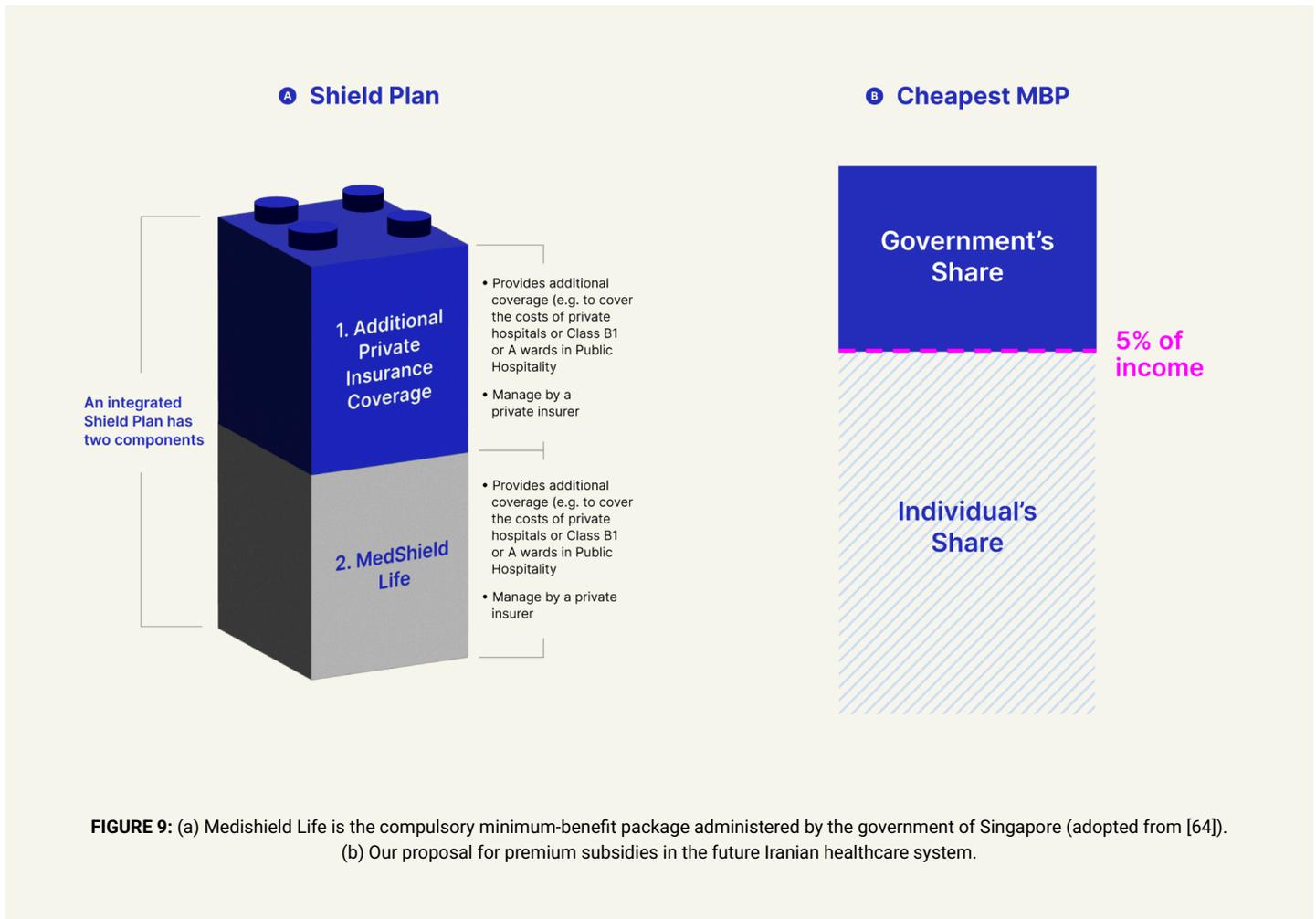
علاوه بر این، باید اجازه داد که حق بیمه‌های درمانی بر اساس ریسک افراد متغیر باشد تا رفتارهای پرخطر و ناسالم کاهش یابد. در واقع، یکی از دلایل اصلی برای ایجاد بازار رقابتی در بیمه درمانی این است که شرکت‌های بیمه می‌توانند روش‌های نوآورانه‌ای برای ترغیب مشتریان به سبک‌های زندگی سالم‌تر طراحی کنند.

برای ایران، نرخ پیش‌فرض سهم افراد از مشارکت در حساب‌های پس‌انداز درمانی (MSA) برابر با ۷٪ از درآمد در نظر گرفته خواهد شد. دولت نیز یارانه‌ای ثابت معادل با ۱٪ از درآمد میانه ملی را به حساب هر شهروند واریز خواهد کرد (به‌استثنای افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در دوران گذار). واریز این مبلغ موجب می‌شود که سیستم MSA از نظر حجم منابع، تقریباً با سازمان تأمین اجتماعی برابری کند (که انتظار داریم دست‌کم برای مدتی در ایران پس از جمهوری اسلامی همچنان فعال باقی بماند)، و همچنین برای همه شهروندان احساس مالکیت برابر در سیستم جدید ایجاد کند—موضوعی که از نظر سیاسی به محبوبیت این طرح خواهد افزود. پرداخت یارانه به‌طور مستقیم به بیمار به‌جای پرداخت به ارائه‌دهنده خدمات، مزیت دیگری نیز دارد و آن کاهش پدیده «کدگذاری غیرواقعی» (medical upcoding) است [59] که در ایران نسبتاً رایج است. همچنین می‌توان یارانه دولتی را مشروط به مشارکت فردی در MSA کرد تا انگیزه ثبت‌نام و تداوم مشارکت افزایش یابد. نرخ جمعیتی مشارکت پیش‌فرض، یعنی حدود ۸٪، با حداقل نرخ مشارکت در سیستم سنگاپور همخوانی دارد. احتمالاً نیازی به بالاتر بردن این نرخ نخواهد بود، چرا که شهروندان سنگاپور تاکنون مجموعاً حدود چهار برابر کل هزینه‌های درمانی سالانه کشورشان را در حساب‌های MSA خود ذخیره کرده‌اند. البته افراد می‌توانند داوطلبانه بیش از این نیز مشارکت کنند و در عمل از حساب MSA خود به‌عنوان یک حساب بازنشستگی دوم استفاده نمایند (که در ادامه به آن خواهیم پرداخت). نرخ مشارکت ۷٪ برای افراد، به نرخ‌های مشارکت در IHI و SSI که شهروندان ایرانی با آن‌ها آشنا هستند نیز نزدیک است (نگاه کنید به جدول ۲) و این مسئله گذار را تسهیل خواهد کرد.

اگر وجوه موجود در حساب‌های MSA تنها برای هزینه‌های درمانی قابل استفاده باشند (همانند سنگاپور)، ممکن است نقش این حساب‌ها در کنترل هزینه‌های کلی سلامت محدود باقی بماند، چراکه هزینه فرصت استفاده از این وجوه برای درمان نیز محدود خواهد بود. یک راحل ممکن آن است که به افراد اجازه داده شود پس از رسیدن به سن بازنشستگی، موجودی حساب MSA خود را بدون جریمه برداشت کنند—روشی که در ساختار فعلی حساب‌های HSA در آمریکا نیز استفاده می‌شود. همچنین در HSAهای آمریکایی، برداشت پیش از موعد نیز مجاز است، البته مشمول مالیات و جریمه می‌توان هر دوی این ویژگی‌ها را در نسخه ایرانی نیز لحاظ کرد تا طرح از نظر سیاسی مقبول‌تر شود. در نهایت، برای تقویت کارکرد تقویت حساسیت قیمتی حساب‌های MSA، می‌توان اجازه داد که وجوه استفاده‌نشده این حساب‌ها پس از مرگ به وارثان فرد منتقل شود—همان‌طور که در سنگاپور نیز رایج است [60]. این ویژگی با توجه به سرعت بالای سالمند شدن جمعیت در ایران [38] و سهم بالای سالمندان از هزینه‌های درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است.

3.2.2. ساختار یارانه‌های بیمه درمانی

افراد در انتخاب بیمه درمانی آزاد خواهند بود، به شرط آن که بیمه انتخابی‌شان حداقل سطح مزایای تعیین‌شده را پوشش دهد تا مشمول دریافت «یارانه حق بیمه» از سوی دولت باشند. دولت باید در طراحی بسته حداقل مزایا (Minimum-Benefit Package یا MBP) نقش داشته باشد، زیرا این بسته تعیین‌کننده میزان یارانه‌ها خواهد بود. MBP معادل طرح «مدی‌شیلد لایف» (MediShield Life) در نظام سنگاپور خواهد بود (نگاه کنید به شکل 9.a). مدل پیشنهادی ما برای پرداخت یارانه‌های حق بیمه، الگویی مشابه سونیس را دنبال می‌کند؛ یعنی افراد نباید بیش از ۸٪ از درآمد خود را صرف پرداخت حق بیمه حداقلی کنند [61]. قانون Obamacare در آمریکا نیز رویکردی مشابه دارد، با سقف پرداختی معادل ۹.۵٪ از درآمد. ما معتقدیم که برای شرایط ایران، تعیین سقف ۵٪ از درآمد مناسب‌تر خواهد بود (نگاه کنید به شکل 9.b)، هرچند در نهایت می‌توان انعطاف‌پذیری لازم را متناسب با توان مالی دولت در نظر گرفت. بسته MBP هزینه‌های فاجعه‌بار مانند بستری در بیمارستان، درمان سرطان و دیالیز را پوشش خواهد داد. فهرست خدمات تحت پوشش این بسته به‌صورت دوره‌ای بازنگری خواهد شد، و این بازنگری‌ها مبتنی بر نوعی تحلیل هزینه-اثربخشی (CEA) خواهد بود که به «ارزش آماری زندگی» (Value of a Statistical Life یا VSL) متکی است — رویکردی که در بسیاری از کشورها رایج است [2, 17-13.Ch]. دولت می‌تواند از زیرساخت‌های فعلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان (IHIO) برای ارائه نسخه‌ای دولتی از MBP استفاده کند. شرکت‌های بیمه خصوصی نیز اجازه خواهند داشت بسته‌های معادل MBP یا طرح‌هایی با پوشش گسترده‌تر ارائه دهند. چنانچه ارزان‌ترین طرح MBP ارائه شده در یک بازار بیمه منطقه‌ای بیش از ۵٪ از درآمد فرد هزینه داشته باشد، دولت مابه‌التفاوت را پرداخت خواهد کرد. افراد می‌توانند بیمه گران‌تری انتخاب کنند (نگاه کنید به شکل 9.a)، ولی در این صورت باید مازاد بر قیمت ارزان‌ترین بیمه MBP را از جیب خود بپردازند.



نرخ مالیات نهایی ضمنی (*implicit marginal tax rate*) در پایین‌ترین سطوح درآمدی که توسط نظام یارانه‌ای پیشنهادی ما ایجاد می‌شود، برابر با آستانه درآمدی (یعنی ۵٪) است؛ زیرا با افزایش درآمد فرد، میزان یارانه‌ای که دریافت می‌کند به اندازه‌ی ۵٪ از درآمد اضافه‌اش کاهش می‌یابد. از منظر کاهش انگیزه برای کار، این طراحی نسبت به برنامه‌هایی مانند Medicaid در ایالات متحده برتری دارد، چرا که آن برنامه‌ها فاقد روند حذف تدریجی یارانه هستند و در نتیجه منجر به ایجاد یک «پرتگاه مزایا» (*benefit cliff*) در نقطه آستانه می‌شوند [62].

هزینه بسته MBP را می‌توان از طریق استفاده از نظام دروازه‌بانی (*gatekeeping*) و اولویت دادن به بیمارستان‌های دانشگاهی «درون‌شبه‌های» کاهش داد (نگاه کنید به بخش ۴.۱.۱). همچنین توصیه می‌شود که به‌جای نظام موجود مبتنی بر «پرداخت به ازای خدمت» (*Fee-for-Service* یا FFS)، از یک نظام بازپرداخت مبتنی بر «گروه‌های تشخیصی» (*Diagnosis-Related Groups* یا DRG) استفاده شود [29] تا تقاضای القایی توسط ارائه‌دهندگان کاهش یافته و مصرف بیش‌ازحد کنترل شود [Ch.6 (2)]. در نهایت، بسته MBP می‌تواند شامل سطحی از مشارکت در پرداخت هزینه‌ها باشد (مشروط به سقف سالانه OOP)، اما دامنه استفاده از این ابزار محدود است، چرا که بیشتر افراد تحت پوشش این طرح، احتمالاً از اقتدار کم‌درآمد خواهند بود و توانایی مالی چندانی برای پرداخت از جیب نخواهند داشت. بسته‌های MBP در هر دو کشور سنگاپور و سوئیس شامل ۱۰٪ هم‌پرداخت برای بیشتر خدمات،

به همراه یک مبلغ فرانشیز (deductible) هستند. طرح‌های موجود در ایران نیز در حال حاضر برای خدمات بستری ۱۰٪ و برای خدمات سرپایی ۳۰٪ همپرداخت تعیین کرده‌اند (نگاه کنید به جدول ۲).

در پایان، دلایل متعددی وجود دارد که سقف ۵٪ برای ایران مناسبتر از سقف‌های نزدیک به ۱۰٪ در سوئیس و *Obamacare* است. اول اینکه، با توجه به سطح پایین درآمدها در ایران نسبت به این دو کشور، تعیین سقف ۱۰٪ می‌تواند بار سنگینی بر خانوارهای کم‌درآمدی که هم‌اکنون نیز با دشواری تأمین نیازهای اساسی روبرو هستند، تحمیل کند. دوم اینکه، بسته‌های MBP در سوئیس و آمریکا، به دلیل پوشش خدماتی فراتر از مراقبت‌های پرخرج، هزینه‌های بالاتری دارند. و سوم اینکه، نرخ مالیات ضمنی ۱۰٪ ممکن است در شرایط ایران، در کنار سایر مالیات‌های آشکار و ضمنی، بیش از حد سنگین باشد. تنها نگرانی در مورد استفاده از سقف ۵٪، آن است که جمعیت مشمول پارانه بسیار زیاد شود—به‌ویژه اگر بسته MBP به‌درستی طراحی نشود و هزینه پایینی نداشته باشد. به همین دلیل طراحی مناسب MBP نیازمند توجه ویژه است.

3.2.3. مدیریت گزینش منفی (Adverse Selection)

فراتر از ملاحظات پدانه، یکی از دلایل اصلی که بسیاری از کشورها داشتن بیمه درمانی را الزامی کرده‌اند، نگرانی از بروز پدیده گزینش منفی (*adverse selection*) در بازار بیمه است. این مسئله یا ناشی از اطلاعات خصوصی افراد [65] است، یا از الزام قانونی شرکت‌های بیمه به نادیده گرفتن اطلاعات مربوط به ریسک، مانند سن یا سابقه بیماری (در قالب الزام به «نرخ‌گذاری یکنواخت» یا *community rating*). استدلال می‌شود که اگر بیمه اجباری نباشد، افراد جوان و سالم از بازار خارج خواهند شد، و نتیجه یا حذف کامل بیمه خواهد بود (در قالب «ماریپیج مرگ» یا *death spiral*) و یا پوشش بیمه‌ای ناکافی برای جمعیت.

اما مکانیزم اول به دلایل مختلف در بسیاری از بازارهای بیمه واقعی، آن‌گونه که در تئوری مطرح می‌شود عمل نمی‌کند، از جمله این که افراد ریسک‌گریز با وجود داشتن هزینه‌های پایین‌تر به‌طور میانگین، به احتمال بیشتری اقدام به خریداری بیمه می‌کنند. در مورد قوانین *community rating* نیز باید گفت که الزام به دریافت نرخ یکسان از جوانان و سالمندان از منظر بازتوزیعی ناموجه است، چرا که معمولاً درآمد افراد در سنین بالاتر بیشتر است (علاوه بر اینکه مخارج غیردرمانی آن‌ها کمتر است). افراد مسن با درآمد پایین را می‌توان به‌صورت خاص و هدفمند، با استفاده از همان «قاعده ۵٪» محافظت کرد. الزام شرکت‌های بیمه به پوشش دادن افراد دارای بیماری‌های پیش‌زمینه با نرخ یکسان با دیگران نیز سیاستی ناکارآمد است، زیرا انگیزه افراد برای خرید بیمه و حفظ سلامت‌شان را تضعیف می‌کند، و در نهایت ضرورتی نیز ندارد. در سنگاپور، افرادی که بیماری پیش‌زمینه دارند، تحت پوشش بیمه *Medishield Life* قرار می‌گیرند، اما باید به مدت ۱۰ سال نخست، حق بیمه‌ای ۳۰٪ بالاتر بپردازند [7]. در صورتی که حمایت‌های بیشتری برای این گروه مورد نظر باشد، می‌توان این کار را از طریق یارانه‌های هدفمند به افراد مشمول و با تأمین مالی از محل درآمدهای عمومی انجام داد و نه از طریق بازتوزیع مبتنی بر [66-68] *community rating*.

3.2.4. حفظ نقش سازمان‌های مردم‌نهاد (NGOs)

«بنیاد امور بیماری‌های خاص» (CFFSD) یکی از سازمان‌های مردم‌نهاد ایرانی است که نقش مهمی در ارائه خدمات درمانی رایگان به بیماران مبتلا به «بیماری‌های خاص» ایفا می‌کند—یعنی بیماری‌های مزمن و جدی مانند تالاسمی، هموفیلی، ام‌اس، سرطان، دیالیز، و دیابت [69]. این بنیاد همچنین در پرداخت کمک‌هزینه به اهداکنندگان کلیه نیز فعال است. ما سازمان‌های مردم‌نهاد و نهادهای مدنی را بخشی جدایی‌ناپذیر از یک جامعه آزاد می‌دانیم. با توجه به کارنامه نسبتاً موفق CFFSD، این بنیاد می‌تواند به عنوان الگویی برای ایجاد نهادهای مشابه در دیگر حوزه‌ها مطرح شود. از همین رو، ما معتقدیم که CFFSD باید در قالب یک نهاد مردم‌نهاد حفظ شود. با این حال، یکی از مشکلات کنونی این بنیاد، ترکیب هیئت‌مدیره آن است که عمدتاً متشکل از اعضای طبقه حاکم فعلی کشور است—مسئله‌ای که باید در آینده مورد بازنگری قرار گیرد. در آینده، بنیاد می‌تواند در همکاری با دولت، منابع خود را بر نیازمندان واقعی متمرکز کند؛ برای مثال، به افراد کم‌درآمدی که حساب MSA آن‌ها خالی شده و همچنان هزینه‌های پرداخت مستقیم (OOP) دارند، کمک کند.

4. مدیریت گذار: برنامه پنج‌ساله

4.1. سال نخست

اولویت اصلی دولت در کوتاه‌مدت، به حداقل رساندن اختلال در نظام موجود ارائه خدمات درمانی و نظام پرداخت خواهد بود. این امر مستلزم ادامه پرداخت‌های دولتی به سازمان تأمین اجتماعی (SSIO) و سازمان بیمه سلامت ایرانیان (IHIO) است. دولت باید همزمان به جمع‌آوری حق بیمه از کارکنان بخش دولتی و خصوصی ادامه دهد. همچنین یارانه‌هایی که در حال حاضر به ارائه‌دهندگان خدمات پرداخت می‌شود نیز باید ادامه یابد.

دولت می‌تواند در سمت عرضه، اصلاحات محدودی انجام دهد تا بلافاصله تسکینی برای مردم فراهم کند؛ برای مثال، حذف تعرفه واردات دارو، لغو ممنوعیت طبابت خارج از ساعات اداری برای اعضای جدید هیات علمی، عدم اجرای تعرفه‌های تحمیلی از سوی IMC (برای ایجاد رقابت قیمتی بیشتر)، و آزادسازی فعالیت پزشکان در تمام مناطقی که امتیازات لازم برای آن را کسب کرده‌اند. سایر اصلاحاتی که دولت می‌تواند انجام دهد، شامل لغو طرح برای فارغ‌التحصیلان پزشکی و افزایش ظرفیت پذیرش در دانشکده‌های پزشکی است—گرچه این اقدامات بیشتر آثار بلندمدت خواهند داشت.

در چهار سال بعدی، دولت ابتدا قیمت‌های خدمات درمانی در نقطه ارائه را آزاد خواهد کرد (که شامل حذف یارانه‌ها و حذف کنترل‌های قیمتی موجود می‌شود)، سپس اجازه خواهد داد که حق بیمه‌ها متناسب با شرایط جدید تنظیم شوند، و نهایتاً به سوی پیاده‌سازی سیستم جدید مبتنی بر حساب‌های پس‌انداز درمانی (MSA) حرکت خواهد کرد. در طول این دوره (و احتمالاً برای چند سال پس از آن)، الزام به عضویت در بیمه تامین اجتماعی (SSI) برای کارمندان بخش خصوصی حفظ خواهد شد. این سازمان تقریباً نیمی از جمعیت کشور را پوشش می‌دهد، از جمله بازنشستگی که در حال حاضر مستحق دریافت مزایا هستند. برچیدن ناگهانی این سیستم می‌تواند موجب اختلالات عمده و لطمه به گروه‌های آسیب‌پذیر شود. در عوض، سیستم جدید در ابتدا فقط به روی اعضای IHI و افراد بدون بیمه باز خواهد بود. در مرحله آغازین، انتخاب آزاد میان دو سیستم نمی‌تواند مجاز باشد، زیرا SSI از نرخ‌گذاری یکنواخت بر اساس سن (community rating by age) و پرداخت مزایا مبنی بر موازنه نقدی (pay-as-you-go - PAYG) استفاده می‌کند؛ در نتیجه، کارگران جوان ممکن است ترجیح دهند بلافاصله از SSI خارج شده و به سیستم MSA بپیوندند، که این امر می‌تواند منجر به فروپاشی SSI و از دست رفتن پوشش بیمه‌ای سالمندان شود. ما پیشنهاد می‌کنیم که دولت جدول زمانی زیر را دنبال کند:

- **سال دوم:** دولت سیستم پیشین جمع‌آوری حق بیمه و پرداخت یارانه به IHIO را حفظ خواهد کرد. اما یارانه‌های قیمتی در نقطه ارائه خدمات به‌تدریج حذف شده و این منابع به IHIO منتقل خواهند شد تا پاسخگوی افزایش تعداد بیمارانی باشند که اکنون از سقف هزینه‌های مستقیم (OOP) طرح‌های بیمه‌ای عبور می‌کنند. این فرآیند احتمالاً موجب صرفه‌جویی بودجه‌ای خواهد شد، زیرا بیماران حساسیت بیشتری به هزینه‌ها نشان خواهند داد و مشکل «کندگاری غیرواقعی» نیز کاهش خواهد یافت. همزمان، قیمت‌ها و میزان مصرف خدمات به تعادل جدیدی خواهند رسید، و دولت اطلاعات لازم برای به‌روزرسانی نرخ‌های حق بیمه در سال بعد را جمع‌آوری خواهد کرد.
- **سال سوم:** تعرفه‌های بطور مصنوعی پایین HCHI حذف خواهند شد و دولت با ارائه‌دهندگان خدمات برای تعیین نرخ‌های واقع‌بینانه‌تر مذاکره خواهد کرد—چیزی که به احتمال زیاد مستلزم افزایش حق بیمه IHI خواهد بود. این موضوع هزینه‌های دولت را افزایش خواهد داد، چرا که دولت همچنان مسئول پرداخت بخشی از این حق بیمه‌ها خواهد بود. برای محدود کردن تأثیر بودجه‌ای، می‌توان یارانه‌های IHI برای دهک‌های بالای درآمدی را کاهش داد. منابع مورد نیاز می‌توانند تا حدی از صرفه‌جویی‌های بودجه‌ای سال قبل نیز تأمین شوند. لازم است برای مردم روشن شود که اگرچه ممکن است حق بیمه آن‌ها در IHI افزایش یابد، اما با حذف پرداخت‌های زیرمیزی (که پزشکان (که خود نتیجه تعرفه‌های غیرواقعی HCHI بودند—نگاه کنید به بخش ۲.۲)، هزینه نهایی پرداختی توسط آن‌ها شاید کمتر شود. همچنین زیرساخت‌های لازم برای راه‌اندازی MSA ها فراهم خواهد شد. دولت می‌تواند به این منظور از سیستم پرداخت یارانه نقدی ماهانه که در دوران جمهوری اسلامی راه‌اندازی شده بهره‌بردار.
- **سال چهارم:** دولت برای هر شهروندی که تحت پوشش SSI نباشد، یک حساب MSA ایجاد خواهد کرد و سهم ۱ درصدی خود را به‌صورت پیش‌پرداخت در آن واریز می‌کند. سقف پرداخت از جیب (OOP) برای بیمه IHI متناسب با درآمدها و قیمت‌های جدید افزایش خواهد یافت، و صرفه‌جویی‌های بودجه‌ای حاصل از این اقدام، بخشی از تأمین مالی واریز اولیه به حساب‌های MSA را پوشش خواهد داد. علاوه بر این، افراد مجاز خواهند بود که وجوهی را به صورت داوطلبانه و معاف از مالیات به MSA های خود واریز کنند (تا سقف‌های مقرر).
- **سال پنجم:** مشارکت حداقل ۷ درصدی از درآمد در حساب‌های MSA برای تمام افرادی که تحت پوشش SSI نیستند الزامی خواهد شد، و مشارکت دولت از این پس مشروط به مشارکت فردی خواهد بود. دولت همچنان به اداره و پرداخت یارانه به بیمه IHI ادامه خواهد داد، اما برای کسانی که ملزم به پرداخت حق بیمه هستند، این مبالغ مستقیماً از حساب‌های MSA آن‌ها برداشت خواهد شد. به‌طور موازی، دولت بسته جدید حداقل مزایا (MBP) را طراحی خواهد کرد و از شرکت‌های بیمه خصوصی خواهد خواست که قیمت‌های پیشنهادی خود برای MBP را برای سال بعد ارائه دهند.

4.3. بعد از سال پنجم

در پایان سال پنجم، بسیاری از بیمه‌شدگان IHI صاحب پس‌اندازهای درمانی در حساب‌های MSA و آماده ورود به نظام بیمه‌ای جدید خواهند بود. در آغاز سال ششم، همه بیمه‌شدگان IHI ملزم خواهند بود در یکی از طرح‌های بیمه‌ای معادل یا فراتر از بسته MBP ثبت‌نام کنند. همچنین، پرداخت یارانه ۱ درصدی دولت به حساب MSA مشروط به ثبت‌نام در یکی از این بیمه‌ها خواهد شد. در این مرحله، تمام یارانه‌هایی که قبلاً به IHIO تخصیص داده می‌شد، آزاد شده و برای حمایت از افرادی که هزینه بیمه MBP آن‌ها بیش از ۵٪ از درآمدشان است، به‌کار گرفته خواهد شد (نگاه کنید به بخش ۲.۲). بیمه‌شدگان SSI نیز خواهند توانست برای خود حساب‌های MSA ایجاد کنند و در آن‌ها مشارکت کنند، اما از آنجایی که SSI به‌صورت جداگانه یارانه دریافت می‌کند، این افراد یارانه دولتی MSA را دریافت نخواهند کرد.

پس از گذشت چند سال، بیمه‌شدگان SSI نیز مجاز خواهند شد که به نظام جدید منتقل شوند. افراد جوان‌تر احتمالاً این انتقال را به‌صرفه خواهند یافت، که ممکن است منجر به بی‌ثباتی در صندوق تأمین اجتماعی شود و نیازمند تزیق منابع عمومی برای حفظ پوشش بیمه‌ای افراد سالخورده فعلی باشد. با این حال، بازنشستگی جدید ملزم خواهند بود که طرحی را از بازار بیمه

خریداری کنند و بر اساس قاعده ۵٪ و متناسب با درآمد بازنشستگی‌شان، پارانه دریافت خواهند کرد — رویکردی مشابه با آنچه در سوئیس اتخاذ شده است [72]. با توجه به روند سریع سالمند شدن جمعیت در ایران [38] و افزایش امید به زندگی، سپردن مسئولیت بخش بزرگتری از هزینه‌های درمانی به خود بازنشستگان، به یک ضرورت مالی تبدیل خواهد شد.

REFERENCES

1. Sowell, T. (2002). *A conflict of visions: Ideological origins of political struggles*. Basic Books (AZ).
2. Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. Bloomsbury Publishing.
3. Einav, L., & Finkelstein, A. (2023). *Cost Sharing And Its Discontents*. *Health Affairs Forefront*.
4. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html.
5. Baicker, K., Taubman, S. L., Allen, H. L., Bernstein, M., Gruber, J. H., Newhouse, J. P., ... & Finkelstein, A. N. (2013). The Oregon experiment—effects of Medicaid on clinical outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(18), 1713-1722.
6. Tanner, M. (2008). *The grass is not always greener: a look at national health care systems around the world*. *Cato Policy Analysis Paper*, (613).
7. Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). *International profiles of health care systems*. *The Commonwealth Fund*.

8. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2023/demo/p60-281.pdf>
9. OECD. (2010). Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes, No. 2.
10. <https://www.economist.com/united-states/2023/10/31/why-doctors-in-america-earn-so-much>
11. Ohsfeldt, R. L., & Schneider, J. E. (2006). The business of health.
12. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2011/11/23/the-myth-of-americans-poor-life-expectancy/>
13. <https://randomcriticalanalysis.com/why-conventional-wisdom-on-health-care-is-wrong-a-primer/>
14. Preston, S. H., & Ho, J. Y. (2009). Low life expectancy in the United States: Is the health care system at fault? (No. w15213). National Bureau of Economic Research.
15. Ho, J. Y. (2022). Causes of America's lagging life expectancy: An international comparative perspective. The Journals of Gerontology: Series B, 77(Supplement_2), S117-S126.
16. <https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm>
17. Mehrdad, R. (2009). Health System in Iran. JMAJ, 52, 69.
18. https://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D9%87%D8%B1%D8%B3%D8%AA_%D8%AF%D8%A7%D9%86%D8%B4%DA%AF%D8%A7%D9%87%E2%80%8C%D9%87%D8%A7%DB%8C_%D8%B9%D9%84%D9%88%D9%85_%D9%BE%D8%B2%D8%B4%DA%A9%DB%8C_%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86
19. Doshmangir, L., Bazyar, M., Rashidian, A., & Gordeev, V. S. (2021). Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. International Journal for Equity in Health, 20(1), 1-14.
20. Khangah, H. A., Jannati, A., Imani, A., Salimlar, S., Derakhshani, N., & Raef, B. (2017). Comparing the health care system of Iran with various countries. Health Scope, 6(1).
21. <https://irimc.org/en/About-IRIMC/About-us>
22. <https://irimc.org/en/Regulations/FAQ>
23. Davari, M., Haycox, A., & Walley, T. (2012). The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. Iranian journal of public health, 41(9), 1.
24. <https://www.shenasname.ir/behdasht/53309-%D8%AD%D9%82-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87-%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86-%D8%B3%D8%A7%D9%84-%DB%B1%DB%B4%DB%B0%DB%B2>
25. <https://www.mehrnews.com/news/5686909/%D8%A8%D9%88%D8%AF%D8%AC%D9%87-%DB%B5%DB%B7-%D9%87%D8%B2%D8%A7%D8%B1-%D9%85%DB%8C%D9%84%DB%8C%D8%A7%D8%B1%D8%AF%DB%8C-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%D8%AF%D8%B1-%DB%B1%DB%B4%DB%B0%DB%B2-%D8%AC%D8%B2%D8%A6%DB%8C%D8%A7%D8%AA-%D8%AA%D8%AE%D8%B5%DB%8C%D8%B5-%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D8%AA>
26. <https://www.isna.ir/news/1400120806006/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%81-%DB%B2%DB%B0-%D9%87%D8%B2%D8%A7%D8%B1-%D9%85%DB%8C%D9%84%DB%8C%D8%A7%D8%B1%D8%AF%DB%8C-%D8%A8%D9%88%D8%AF%D8%AC%D9%87-%DB%B1%DB%B4%DB%B0%DB%B1-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%D9%88-%D8%AE%D8%B7%D8%B1-%D8%A2%D8%B3%DB%8C%D8%A8-%D8%A8%D9%87-%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA>
27. <https://www.irna.ir/news/85265479/%DB%B4%DB%B5-%D9%85%DB%8C%D9%84%DB%8C%D9%88%D9%86-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86%DB%8C-%D8%B2%DB%8C%D8%B1-%DA%86%D8%AA%D8%B1-%D8%AD%D9%85%D8%A7%DB%8C%D8%AA-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D9%87-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%DB%B1%DB%B4-%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8>

28. Davari, M., Haycox, A., & Walley, T. (2012). Health care financing in Iran; is privatization a good solution?. *Iranian journal of public health*, 41(7), 14.
29. Doshmangir, L., Rashidian, A., Kouhi, F., & Gordeev, V. S. (2020). Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-14.
30. Pezeshki, M. Z., Janati, A., & Arab-Zozani, M. (2020). Medical overuse in the Iranian healthcare system: a systematic scoping review and practical recommendations for decreasing medical overuse during unexpected COVID-19 pandemic opportunity. *Risk management and healthcare policy*, 1103-1110.
31. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?locations=IR>
32. <https://irandataportal.syr.edu/wp-content/uploads/budget1398-1.pdf>
33. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2012/03/09/the-myth-of-free-market-american-health-care/>
34. <https://importdtc.com/Tarrif.aspx?tid=52&chapter=30>
35. Davari, M., Walley, T., & Haycox, A. (2011). Pharmaceutical policy and market in Iran: past experiences and future challenges. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 2(1), 47-52.
36. <https://www.forbes.com/sites/steveforbes/2020/05/26/superb-healthcare-at-ultra-low-prices-how-singapore-does-it/>
37. Peltzman, S. (1973). An evaluation of consumer protection legislation: the 1962 drug amendments. *Journal of Political Economy*, 81(5), 1049-1091.
38. Mehri, N., Messkoub, M., & Kunkel, S. (2020). Trends, determinants and the implications of population aging in Iran. *Ageing International*, 45(4), 327-343.
39. Robinson, J. C., Brown, T. T., & Whaley, C. (2017). Reference pricing changes the 'choice architecture' of health care for consumers. *Health Affairs*, 36(3), 524-530.
40. Klein, T. J., Salm, M., & Upadhyay, S. (2024). Patient Cost-Sharing and Redistribution in Health Insurance.
41. Feldstein, M. S. (1973). The welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy*, 81(2, Part 1), 251-280.
42. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/5/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book
43. <https://www.statista.com/statistics/1371632/healthcare-waiting-times-for-appointments-worldwide/>
44. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c-en/1/3/2/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c-en&_csp_=e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemIGO=oecd&itemContentType=book
45. Hurst, J., & Siciliani, L. (2004). Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Economic Studies*, 38(1), 96-122.
46. Hurst, J., & Siciliani, L. (2003). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries.
47. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2011/04/29/why-switzerland-has-the-worlds-best-health-care-system>
48. [http://48.https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy#World_Health_Organization_\(2019\)](http://48.https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_life_expectancy#World_Health_Organization_(2019))

49. Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., ... & Vollset, S. E. (2019). Association of household income with life expectancy and cause-specific mortality in Norway, 2005-2015. *Jama*, 321(19), 1916-1925.
50. Semyonov, M., Lewin-Epstein, N., & Maskileysen, D. (2013). Where wealth matters more for health: The wealth–health gradient in 16 countries. *Social science & medicine*, 81, 10-17.
51. Mackenbach, J. P. (2017). Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: persistence of inequalities in mortality in Europe. *The European Journal of Public Health*, 27(suppl_4), 14-17.
52. Siciliani, L., & Verzulli, R. (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health economics*, 18(11), 1295-1306.
53. Laudicella, M., Siciliani, L., & Cookson, R. (2012). Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Social science & medicine*, 74(9), 1331-1341.
54. <https://www.economist.com/graphic-detail/2022/09/06/corruption-in-europes-health-services-is-surprisingly-common>
55. Shirzad, M., Shakibazadeh, E., Hajimiri, K., Betran, A. P., Jahanfar, S., Bohren, M. A., ... & Abedini, M. (2021). Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reproductive Health*, 18, 1-30.
56. Rafiei, M., Ghare, M. S., Akbari, M., Kiani, F., Sayehmiri, F., Sayehmiri, K., & Vafaei, R. (2018). Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine*, 16(4), 221.
57. <https://www.cpf.gov.sg/member/healthcare-financing/using-your-medisave-savings>
58. <https://www.cpf.gov.sg/member/faq/growing-your-savings/top-up-your-medisave-account-to-save-more-for-healthcare-needs/do-i-get-tax-relief-for-my-voluntary-top-up-to-my-medisave>
59. <https://www.wsj.com/opinion/you-arent-as-sick-as-government-claims-medicare-upcoding-fraud-6c08eb35>
60. <https://www.cpf.gov.sg/member/faq/account-services/distribution-of-cpf-savings-upon-member-s-passing/can-the-deceased-members-medisave-be-used-to-pay-his-final>
61. https://www.swisslife.com/en/home/media/media-releases/news-archiv/the_swiss_healthcare.html
62. <https://www.moh.gov.sg/healthcare-schemes-subsidies/medishield-life/medishield-life-premiums-and-subsidies/premium-subsidy-tables>
63. Ilin, E., & Sanchez, A. (2023). Mitigating Benefits Cliffs for Low-Income Families: District of Columbia Career Mobility Action Plan as a Case Study. *FRB Atlanta Community and Economic Development Discussion Paper*, (1).
64. <https://www.moh.gov.sg/healthcare-schemes-subsidies/medishield-life/about-integrated-shield-plans>
65. Rothschild, M., & Stiglitz, J. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629–649. <https://doi.org/10.2307/1885326>
66. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2016/11/12/donald-trump-is-right-you-can-repeal-obamacare-and-still-cover-everyone-with-pre-existing-conditions/>
67. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2016/11/13/how-to-cover-everyone-with-pre-existing-conditions-without-the-system-collapsing/>
68. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2016/11/30/how-to-cover-everyone-with-pre-existing-conditions-some-clarifications/>

69. <https://www.cffsd.org/en/pages/scroll/4/about-us>
70. <https://www.nytimes.com/2009/10/01/health/policy/01swiss.html>
71. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/magnetic-resonance-imaging-mri-units.html>
72. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/computed-tomography-ct-scanners.html>
73. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/mammography-machines.html>

Appendix

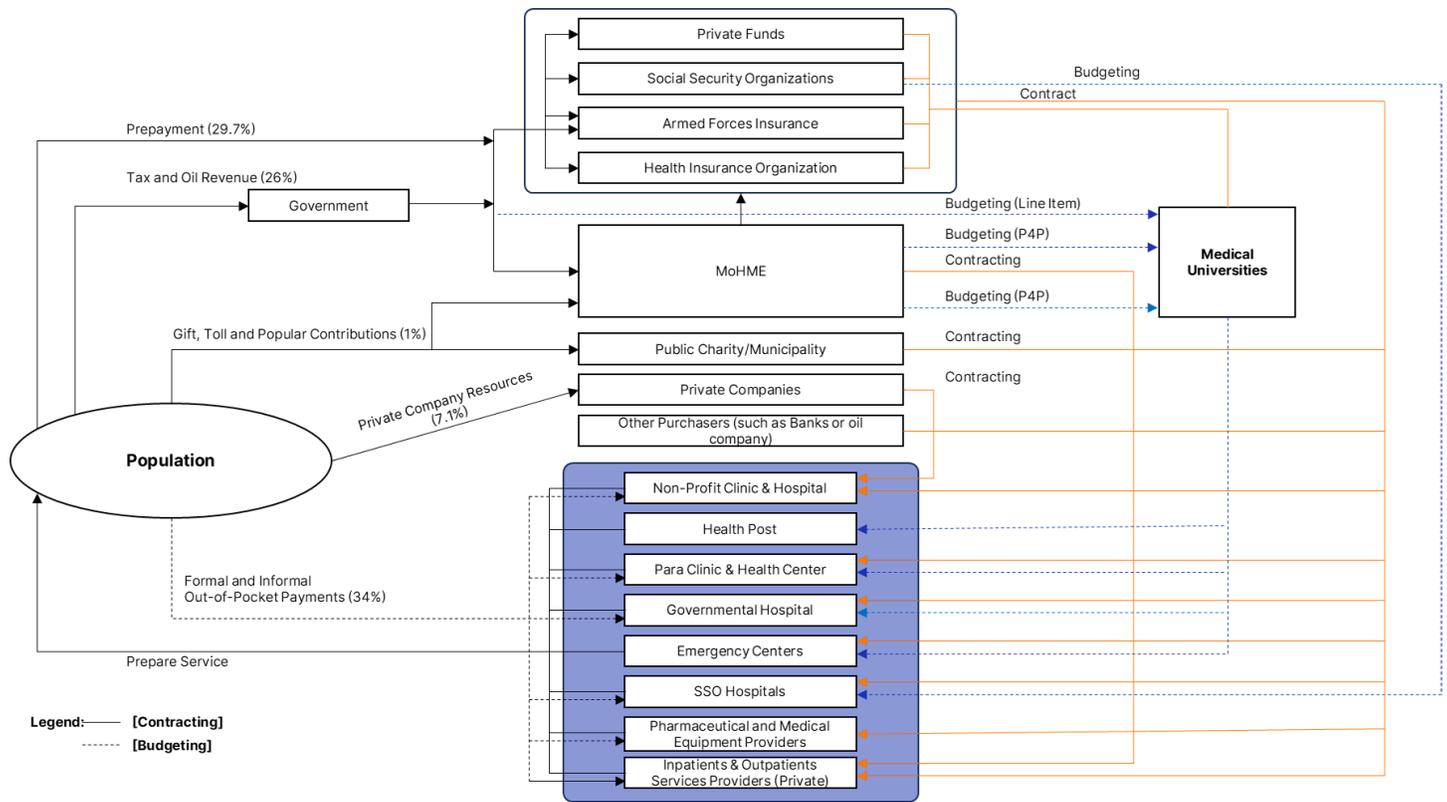


FIGURE 10: Payment flows in the Iranian healthcare system, adopted from Doshmangir, et al. (2020) [29].
 Notes: SSO: Social Security Organization, MoHME: Ministry of Health and Medical Education, P4P: Pay for Performance,

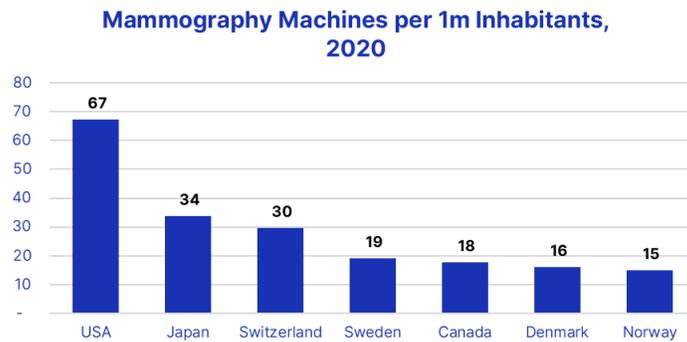
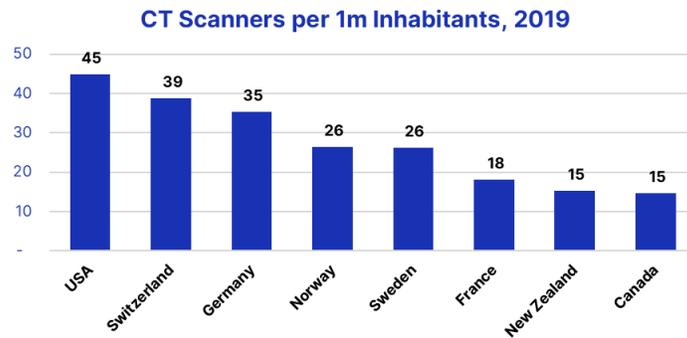
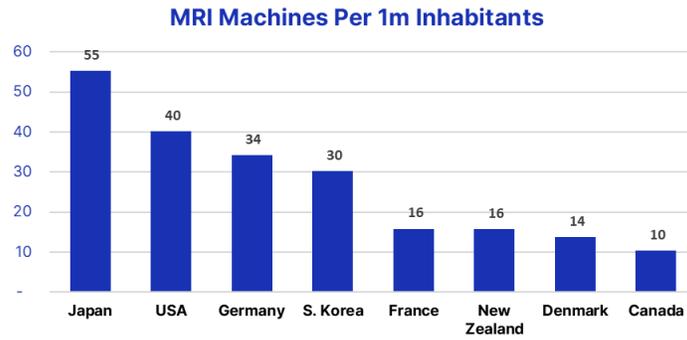


Figure 11: Select medical technologies per 1 million inhabitants in various OECD countries [71–73].