

Budget Trends and Financing Methods of the Health Sector in Iran: an Operational Proposal

Mahmoud Eisavi ¹ , Ahmad Moayedfard ² 

¹ Associate Professor, Department of Islamic Economics, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran.

² M.Sc, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Ahmad Moayedfard
e-mail addresses:
amoayedfard@gmail.com

Received: 30/Sep/2021
Modified: 12/Dec/2021
Accepted: 21/Dec/2021
Available online: 6/Mar/2022

Keywords:

Budget
Financing
Health Sector

ABSTRACT

Introduction: Optimal allocation of funds to the health sector has always been one of the most important decisions facing authorities in this field. This study aims to examine the budgetary funds allocated to the health sector in Iran during the Sixth Development Plan. It also aims to present an operational proposal to compensate some shortages of the financial resources.

Methods: This was a descriptive and applied study. The period of the Sixth Development Plan (2017-2021) has been evaluated. In the present study, the trend of budget resources in the health sector, including core health programs (physicians, famil and electronic health record), and changes in resources compared to total inflation and health sector inflation were examined. Data were analyzed by descriptive statistics using Excel software.

Results: The result showed that the allocated funds to medical sectors were about 76% on average during the period under review. The process of allocating special funds in 2017 has reduced from about 63% to 35% in the 2021 budget bill. Health sector inflation was lower than total inflation, and the funds' growth was able to compensate for the inflation of the health sector in 2017, 2018, and 2021.

Conclusion: The first feature of allocated funds is instability, and medical-oriented is another one. Moreover, pivotal programs such as family physicians and EHR do not receive sufficient funds and are considered the priority. It is suggested that a specialized health investment company be established to finance feasible technical-financial and environmental projects.

روند بودجه‌ای و شیوه‌های تامین مالی بخش سلامت در ایران: یک پیشنهاد عملیاتی

محمود عیسوی^۱، احمد مویدفرد^{۲*}

^۱دانشیار، گروه اقتصاد اسلامی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
^۲کارشناسی ارشد، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله

نویسنده مسئول:

احمد مویدفرد

رایانامه:

amoayedfard@gmail.com

وصول مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۰۸

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۹/۳۰

انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

واژه‌های کلیدی:

بودجه

تأمین مالی

بخش سلامت

چکیده

مقدمه: تخصیص بهینه منابع به بخش سلامت همیشه از مهم‌ترین تصمیمات پیش روی مدیران این حوزه است. هدف از این پژوهش، بررسی منابع بودجه تخصیص یافته به بخش سلامت در ایران طی برنامه ششم توسعه و ارائه پیشنهاد مشخصی برای جبران بخشی از کمبود منابع است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع کاربردی بود که با روش توصیفی انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از روش اسنادکاوی در بازه زمانی برنامه ششم توسعه (بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰) استفاده شد. در پژوهش حاضر روند منابع بودجه‌ای بخش سلامت شامل برنامه‌های محوری سلامت (شامل پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت) و تغییرات منابع در مقایسه با تورم کل و تورم بخش بهداشت بررسی شد. داده‌ها با روش آمار توصیفی با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که به‌طور متوسط در حدود ۷۶ درصد منابع به بخش درمان اختصاص یافته است. روند تخصیص اعتبارات اختصاصی در سال ۱۳۹۶ از حدود ۶۳ درصد به ۳۵ درصد در لایحه بودجه ۱۴۰۰ رسیده است. تورم بخش بهداشت و درمان از تورم کل کمتر بوده و رشد اعتبارات توانسته تورم بخش بهداشت را در سال‌های ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ و ۱۴۰۰ جبران کند. همچنین، رشد اعتبارات از میزان تورم کل کشور در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۴۰۰ بیشتر بوده است. مهم‌ترین موانع در اعتبارات تخصیص یافته به بخش سلامت به ترتیب شامل ناپایداری، درمان‌محور بودن اعتبارات، تخصیص ندادن منابع کافی، بی‌توجهی به برنامه‌های پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت بود.

نتیجه‌گیری: برای جبران بخشی از کاستی‌های موجود در زمینه اعتبارات مالی و ایجاد فرصت برای برنامه‌های محوری در بخش سلامت کشور و پایداری بیشتر منابع پیشنهاد می‌شود که شرکت تخصصی سرمایه‌گذاری سلامت برای استفاده از منابع بخش خصوصی جهت تأمین مالی پروژه‌های توجیه‌پذیر فنی-مالی و زیست محیطی تشکیل شود.

مستندات مکتوب پایش می‌شود. راهبرد پنجم نظام جامع برنامه عملیاتی شامل تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت، افزایش بخش سلامت در تولید ناخالص ملی، شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها در بخش سلامت است. [۲،۳] هر ساله یکی از بخش‌هایی که قسمت عمده‌ای از بودجه نظام سلامت کشور را به خود اختصاص می‌دهد حوزه درمان است که حدود ۸۰ درصد منابع تخصیص یافته به این بخش تعلق می‌گیرد. از سوی دیگر بیمارستان‌ها به‌عنوان عمده‌ترین قسمت استفاده‌کننده از این منابع هستند. به عبارتی بیش از ۵۰ درصد کل اعتبارات به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. در نظریه‌های مختلف اقتصاد سلامت از بیمارستان‌ها به‌نگاه‌ها نیز یاد شده است. [۴،۵] در زمینه تأمین مالی در نظام سلامت مطالعات نسبتاً خوبی انجام شده که می‌توان آن‌ها را به دودسته تقسیم کرد. دسته اول مطالعاتی هستند که مستقیماً منابع بودجه نظام سلامت را در نظر گرفته‌اند؛ اما روال مطالعات کلی و بدون ارائه پیشنهاد عملیاتی برای تأمین اعتبار مالی بوده است و به ذکر شرایط و روند منابع تخصیص یافته بسنده شده است [۸-۶] یا به نوع حسابداری موجود از دیدگاه بودجه‌بندی بر مبنای عملکرد توجه نموده‌اند. [۹،۱۰] دسته دوم مطالعاتی هستند که تأمین مالی را از منظر عمومی بررسی کرده‌اند یعنی وضعیت تأمین مالی بخش عمومی، خصوصی و بیمه‌ای را مدنظر قرار داده‌اند که عمدتاً بر مبحث عدالت، پوشش همگانی و شاخص‌های کارایی و مقایسه کشورها تمرکز داشته است. [۱۴-۱۱] براساس شواهد موجود، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص بررسی اقلام و روند بودجه‌ای بخش سلامت کشور در بازه زمانی برنامه ششم توسعه انجام نشده است. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین روند بودجه‌ای و شیوه‌های تأمین اعتبار مالی به برنامه‌های محوری بخش سلامت و ارائه راهکار عملیاتی پرداخته است.

روش‌ها

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش از نوع کمی توصیفی بود که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. داده‌ها از طریق مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی اسناد و مدارک گردآوری

تأمین مالی یکی از مهم‌ترین اجزای هر پروژه یا برنامه‌ای است. بدون تأمین مالی مناسب (منبع مالی ارزان و قابل دسترسی در زمان مناسب) و پایدار هر پروژه یا برنامه‌ای با احتمال موفقیت بسیار پایین روبرو است. از این رو، ادبیات گسترده‌ای در مورد تأمین مالی و انواع روش‌های آن در حوزه‌های مختلف وجود دارد. پیچیدگی در تأمین مالی زمانی بیشتر می‌شود که مسئله مرتبط با حوزه عمومی نظیر حوزه آموزش و سلامت باشد. به این دلیل که پیچیدگی‌های سیاسی، اجتماعی و قانونی نیز علاوه بر ملاحظات اقتصادی به آن اضافه می‌شود. بحث کالاهای عمومی و وظایف دولت در این حیطه موضوعی است که از حساسیت‌های بالایی برخوردار است و ملاحظات نظری و عملی خود را دارد که در این زمینه می‌توان به موضوع سواری رایگان (استفاده از کالاهای عمومی بدون مشارکت در پرداخت)، توزیع مجدد منابع و اختلال احتمالی در تخصیص منابع اشاره کرد. از این رو، موضوع سلامت در آن قسمت که به مسئله اقتصاد بخش عمومی (تأمین مالی از طریق مالیات و استفاده از یارانه) مرتبط می‌شود حساسیت‌های خود را دارد که به‌دقت باید بدان توجه شود. بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت تأمین مالی یکی از چهار عملکرد پایه‌ای نظام سلامت است و مستقیماً بر دو عملکرد پایه‌ای دیگر یعنی سرمایه‌گذاری کارکنان، تجهیزات، ساختمان‌ها و دریافت خدمات سلامت تأثیر می‌گذارد. [۱] وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی حوزه سلامت نیز از توجه به تأمین مالی مناسب و پایدار در برنامه‌های خود غافل نبوده است؛ اما در مقام عمل راه زیادی برای رسیدن به وضعیت مطلوب وجود دارد. در حوزه برنامه‌ریزی، وزارت بهداشت از سال ۱۳۹۴ با کمک ستاد وزارتخانه و دانشگاه‌های علوم پزشکی نظام جامع برنامه عملیاتی را به اجرا درآورده است. مطابق شیوه‌نامه این نظام، برنامه عملیاتی جامع (مشمول بر برنامه‌های ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی در ۲۰ حوزه تخصصی، از بهداشت و درمان گرفته تا فناوری اطلاعات) پیش از شروع هر سال تدوین و تصویب شده و در پایان هرماه با اتکا به

بیا آینه ها

یافته‌ها در پنج بخش ارائه شده است. بخش اول شامل روند کلی بودجه سلامت در طی برنامه ششم به تفکیک بخش‌های بهداشت، درمان و تحقیق و توسعه است. بخش دوم، اعتبارات تخصیص یافته به برنامه‌های محوری نظام سلامت شامل برنامه پزشکی خانواده و پرونده الکترونیک سلامت است. بخش سوم، اعتبارات تخصیص یافته با تورم در بخش بهداشت و تورم کل کشور مقایسه شده است. بخش چهارم، اعتبارات به تفکیک اختصاصی، عمومی و تملیکی بررسی شده و در بخش پنجم پیشنهاد عملیاتی برای تأمین مالی نظام سلامت ارائه گردیده است.

۱. روند کلی بودجه بخش سلامت

مطابق نمودار یک، بررسی بودجه‌های تخصیص یافته در حوزه سلامت به تفکیک متعلق به بخش‌های بهداشت، درمان، تحقیق و توسعه است که بخش عمده اعتبارات به حوزه درمان مربوط می‌شود. در مجموع سهم اعتبار تخصیص یافته به بخش درمان در سال‌های مورد مطالعه رقمی بین ۷۴ تا ۷۸ درصد را نشان داده است. درصد اعتبار تخصیصی از کل بودجه به بخش بهداشت نیز ۲۰ تا ۲۴ درصد بوده که روند نزولی را نسبت به کل اعتبارات داشته است. این در حالی است که بخش تحقیق و توسعه نیز به‌زحمت از یک درصد اعتبارات در طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ برخوردار بوده است و مقدار آن بین ۱/۳ درصد تا ۰/۷۵ درصد نوسان داشته است. [۱۶-۲۱] همان‌طور که نمودار دو نیز نشان می‌دهد، در قانون بودجه سال ۱۳۹۹ سهم اعتبارات درمان در حدود ۷۹ درصد، بخش بهداشت ۲۱ درصد و بخش تحقیق و توسعه در حدود یک درصد بوده است که درمان محور بودن اعتبارات تخصیص یافته را نشان می‌دهد.

۲- اعتبارات تخصیص یافته به برنامه‌های محوری

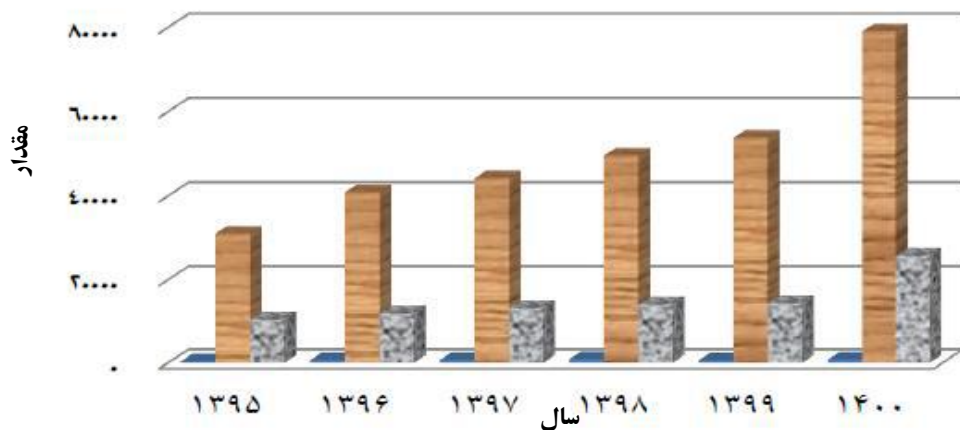
بخش سلامت

۱-۲- برنامه پزشکی خانواده: بررسی اعتبارات تخصیص یافته به برنامه‌های حاکمیتی مانند پزشکی خانواده در قوانین بودجه سال‌های ۱۳۹۵ و لایحه بودجه ۱۴۰۰ نیز در نمودار سه نشان

شد. در این پژوهش اسناد مربوط به سازمان‌های معتبر آماری در کشور شامل مرکز آمار ایران، سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و گزارش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس در بازه زمانی مورد نظر بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ (مربوط به برنامه ششم توسعه) بررسی گردید. روش کار در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا منابع دست‌اول بودجه‌ای کشور یعنی لوایح بودجه تقدیمی دولت به مجلس و قوانین بودجه در طی دوره برنامه ششم (و سال‌های قبل از آن برای دقت نظر بیشتر) بررسی شد. سپس، گزارش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی و سازمان برنامه و بودجه نیز مطالعه شد. در این پژوهش، روند منابع تخصیص یافته استخراج و نرخ رشد و درصد تخصیص یافته هر کدام از کل منابع محاسبه شد. بعد از این مرحله، به منظور تعیین میزان واقعی رشد اعتبارات بر اساس شاخص‌های قیمت مصرف‌کننده، نرخ‌های تورم در هر دو بخش مرکز آمار ایران برای بخش‌های بهداشت و درمان و کل کشور محاسبه شد و با رشد اعتبارات مقایسه گردید. تمام محاسبات با استفاده از نرم‌افزار اکسل تحلیل شد. اعتبارات تخصیص یافته بودجه‌ای در سه طبقه بررسی شد. در طبقه اول اعتبارات به تفکیک بخش‌های مختلف نظام سلامت شامل بخش بهداشت، درمان و تحقیق و توسعه مطالعه شد. در طبقه دوم اعتبارات به تفکیک سه بخش عمومی، اختصاصی و تملیکی بررسی شد. اعتبارات عمومی اعتباراتی است که ناشی از درآمدهای کلی کشور است مانند مالیات‌ها، جرائم که ارتباطی با سازمان خاصی ندارد. اعتبارات اختصاصی اعتباراتی است که از درآمدهای خود سازمان یا موسسه مربوطه برای تأمین مالی بودجه استفاده می‌شود و در واقع اتکای یک سازمان به منابع خودش را نشان می‌دهد و اعتبارات تملیکی اعتباراتی است که عمدتاً برای تکمیل پروژه‌ها و طرح‌های سرمایه‌گذاری مانند بیمارستان‌ها استفاده می‌شود و محل آن معمولاً از منابع عمومی یا درآمدهای کلی کشور در مؤسسات یا سازمان‌های اجرایی به دست می‌آید. [۱۵] در طبقه سوم نیز برنامه‌های محوری نظام سلامت شامل برنامه پزشکی خانواده و پرونده الکترونیک سلامت بررسی شد.

تقاضای القایی تلقی می‌شود که تاکنون به‌طور کامل به اجرا درنیامده است.

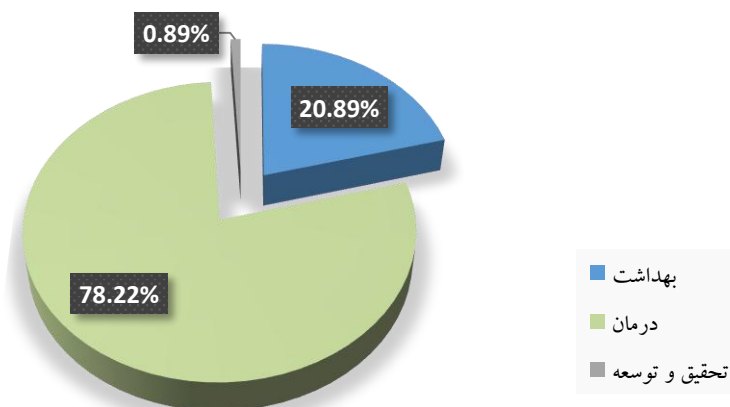
داده شده است. این برنامه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موارد برای اصلاح نظام سلامت و پیشگیری از هزینه‌های فزاینده و



مأخذ: مرکز پژوهش‌های مجلس

■ بهداشت ■ درمان ■ تحقیق و توسعه

نمودار ۱: سهم بخش‌های مختلف از اعتبارات سلامت به تفکیک درمان، بهداشت و تحقیق و توسعه در قوانین بودجه ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۹ و لایحه بودجه ۱۴۰۰



نمودار ۲: سهم اعتبارات بخش سلامت به تفکیک درمان، بهداشت و تحقیق و توسعه

در بودجه سال ۱۳۹۹

تکلیف مهم دیگر دولت در قانون برنامه ششم توسعه، استقرار پرونده الکترونیک سلامت است. طبق اعلام وزارت بهداشت برای این منظور ۴۸۰ میلیارد تومان اعتبار برای تکمیل و راه‌اندازی این پروژه نیاز است؛ اما در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ صرفاً ۲۵۰ میلیون تومان برای پیاده‌سازی آن اختصاص یافته است. در سال ۱۳۹۹ میزان اعتبارات برای این برنامه ۳۰۰ میلیون تومان بوده است که علیرغم اهمیت رشد منفی ۱۷ درصدی برای سال ۱۴۰۰ را نشان می‌دهد. این مبلغ

همان‌طور که ملاحظه می‌شود اعتبارات در نظر گرفته شده برای برنامه پزشکی خانواده در چند سال اخیر در بازه ثابت دوهزار میلیارد تومانی قرار داشته و نه‌تنها رشدی نداشته است بلکه در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ به نصف کاهش یافته است. از طرفی در این سال‌ها برای جبران کمبود منابع بخش درمان از منابع طرح تحول سلامت نیز برای جبران کمبود اعتبارات استفاده شده است.

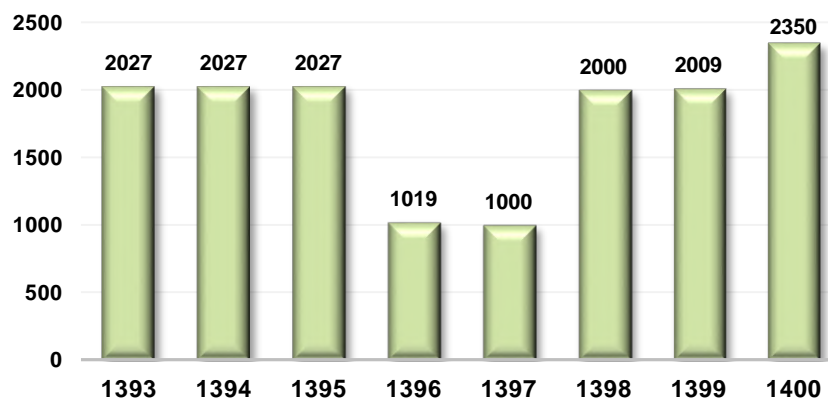
۲-۲- برنامه پرونده الکترونیک سلامت

در برخی از سال‌ها مانند سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ رشد اعتبارات توانسته است افزایش قیمت در بخش بهداشت و درمان را پوشش دهد؛ اما با این اوصاف در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ نیز رشد اعتبارات به اندازه‌ای نبوده که بتواند افزایش ناشی از رشد قیمت‌ها در بخش بهداشت و درمان را پوشش دهد. نکته مثبت مقایسه تورم کل کشور و بخش بهداشت این است که تورم در این بخش در طی دوره مورد بررسی کمتر از تورم کل کشور بوده است و مصرف‌کننده از این ناحیه کمتر دچار کاهش قدرت خرید شده و سیاست‌گذار کمتر مجبور به جبران اعتبارات تورم بوده است. نکته مهم دیگر بحث نیروی انسانی است که باید حقوق و دستمزد را بر اساس تورم کل جبران نمود. به عبارت دیگر نیروی شاغل در بخش بهداشت باید هزینه‌های زندگی خود را بر مبنای افزایش قیمت‌ها در کل اقتصاد یا تورم کل پوشش دهد و رشد اعتبارات به اندازه تورم بخش بهداشت و درمان را حداقل از نظر قسمت حقوق دستمزد کارکنان باید مستثنی دانست.

برای سال ۱۳۹۸ میزان ۵۰۰ میلیون تومان بوده است. به عبارت دیگر در طی سه سال گذشته از میزان اعتبار تخصیص یافته به پرونده الکترونیک سلامت کاسته شده است. با این وجود که اعتقاد بر صرفه‌جویی در هزینه‌ها با اجرای این برنامه وجود دارد.

۳- مقایسه اعتبارات تخصیص یافته با تورم

مورد سومی که باید در مورد بودجه بخش سلامت بررسی شود، رشد اعتبارات تخصیص یافته با میزان رشد قیمت‌ها یا تورم است. در جدول یک، تورم بخش بهداشت و درمان، تورم کل اقتصاد و رشد اعتبارات اسمی تخصیص یافته به بخش سلامت مقایسه شده است. همان‌طور که جدول یک نشان می‌دهد، رشد اعتبارات بخش سلامت در طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ پایین‌تر از تورم کل اقتصاد بوده و تنها در سال ۱۴۰۰ بیشتر از تورم کل کشور بوده است. به نظر می‌رسد این رویداد، به خاطر بحران کرونا و توجه به بخش سلامت بوده است و در حدود ۹۳ درصد رشد داشته است. مقایسه رشد اعتبارات با تورم بخش سلامت گویای این مطلب است که



نمودار ۳. وضعیت اعتبارات تخصیص یافته به برنامه پزشک خانواده در قوانین بودجه ۱۳۹۳-۱۳۹۹ و لایحه بودجه ۱۴۰۰ (هزار میلیارد تومان)

جدول ۱: مقایسه تورم بخش بهداشت و درمان با تورم کل

سال	رشد اعتبارات سلامت	تورم بخش بهداشت و درمان	تورم کل
۱۳۹۶	۱۶٪/۳۲	۷٪/۲۲	۸٪/۲۵
۱۳۹۷	۱۹٪/۴۶	۱۶٪/۸۶	۲۵٪/۸۱
۱۳۹۸	۱۰٪/۲۲	۲۶٪/۰۴	۳۵٪/۸۰
۱۳۹۹	۷٪/۴۳	۲۹٪/۳۲	۳۵٪/۴۶
۱۴۰۰ (تورم تا شهریورماه)	۹۲٪/۶۲	۳۱٪/۹۱	۳۱٪/۵۸

۴- روش‌های تأمین مالی بخش سلامت

اعتبارات به دانشگاه‌ها تخصیص می‌یابد. بررسی اعتبارات تخصیص‌یافته به دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی برحسب اعتبارات عمومی، سرمایه‌ای و تملیکی در جدول دو ارائه شده است [۲۶-۲۲]

به‌طور کلی اعتبارات تخصیص‌یافته برای بخش سلامت در کشور به سه نوع اعتبارات عمومی، اختصاصی و سرمایه‌ای تقسیم می‌شود و طبق قانون بودجه سال ۱۳۹۹، ۶۵ درصد از

جدول ۲: اعتبارات تخصیص‌یافته به بخش سلامت به تفکیک عمومی، اختصاصی و تملک در قوانین بودجه

سال	اعتبارات عمومی	اعتبارات اختصاصی	اعتبارات تملک
۱۳۹۶	۳۵/۳۱	۶۳/۳۷	۱/۳۲
۱۳۹۷	۳۷/۹۰	۶۰/۹۰	۱/۲۰
۱۳۹۸	۳۹/۹۷	۵۷/۹۵	۲/۰۸
۱۳۹۹	۴۳/۱۰	۵۵/۱۵	۱/۷۵
۱۴۰۰ (لایحه)	۶۳/۱۸	۳۵/۵۸	۱/۲۴

باشد و ارتباط آن‌ها را با بخش خصوصی و صنعت برقرار سازد. مدل مفهومی این شرکت در شکل یک ارائه شده است. سیستم مالی به‌طور کلی دارای دو نوع موسسه تأمین مالی (نهاد مالی واسطه) است که به مؤسسات سپرده‌پذیر (مانند بانک‌ها) و مؤسسات غیرسپرده‌پذیر (مانند شرکت‌های سرمایه‌گذاری و بیمه) تقسیم می‌شوند. مؤسسات سپرده‌پذیر مانند بانک‌ها اساساً برای تأمین مالی بلندمدت طراحی نشده‌اند. همچنین، مدیریت و سازمان‌دهی فعالیت‌های حوزه سلامت با وظایف بانک‌ها همخوانی ندارد و طبیعی است که دانشگاه‌ها یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم نمی‌توانند به تأسیس بانک مبادرت کنند. از طرف دیگر، مؤسسات مبتنی بر اوراق یا غیرسپرده‌پذیر بیشتر برای سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت و حتی دارای ریسک طراحی شده‌اند و در این زمینه مناسب به‌نظر می‌رسند. بر طبق شرایط اعلام‌شده توسط نهاد ناظر بازار سرمایه کشور و اسناد قانونی، در چارچوب چند موسسه برای تأمین مالی می‌توان اقدام کرد. مهم‌ترین آن‌ها در این زمینه شرکت‌های سرمایه‌گذاری، صندوق‌های سرمایه‌گذاری و هلدینگ‌ها هستند که می‌توانند به تأمین مالی و حتی مدیریت و مالکیت پروژه‌ها اقدام کنند. به‌نظر می‌رسد بهترین راه با توجه به مجموع شرایط یعنی بوروکراسی، پیچیدگی شرایط تأسیس و عوامل دیگر، برپایی شرکت تخصصی سرمایه‌گذاری دولتی در زمینه سلامت است که به‌موجب قانون فرایند تأمین مالی در زمینه‌های ذکرشده

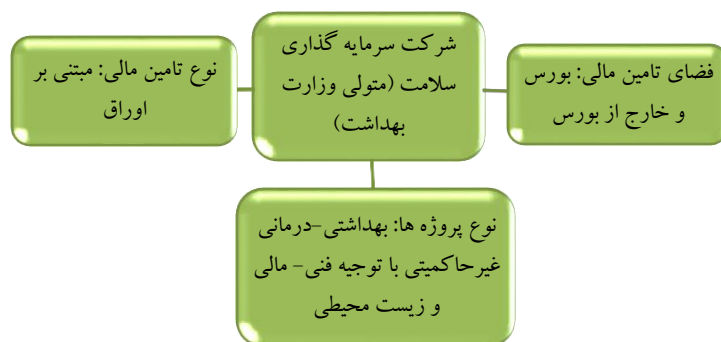
همان‌طور که از اعتبارات تخصیصی به بخش‌های مختلف مشخص است در طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ اتکای دانشگاه‌ها به اعتبارات عمومی بیشتر شده و سهم اعتبارات اختصاصی کاهش یافته است. اهمیت بخش اختصاصی در این است که نشان می‌دهد دانشگاه‌ها تا چه میزان بر تأمین مالی و بر درآمدهای حاصله از فعالیت خود وابسته هستند. روند کاهش اعتبارات اختصاصی گویای عدم تکافوی درآمد دانشگاه‌ها برای تأمین فعالیت آن‌ها و دور شدن از دانشگاه‌های نسل سوم است. نکته بعدی اتکا به اعتبارات هزینه‌ای بدون در نظر گرفتن پشتوانه کافی می‌تواند نوسانات زیادی در مقدار و کیفیت خدمات ارائه‌شده ایجاد کند که موجبات نارضایتی اجتماعی را فراهم می‌آورد.

۵- پیشنهاد عملیاتی تأمین مالی

برای جبران بخشی از کاستی‌های موجود در زمینه اعتبارات مالی در بخش سلامت کشور پیشنهاد می‌شود که شرکت تخصصی سرمایه‌گذاری سلامت تشکیل شود که بتواند در سطح ملی و یا حداقل دانشگاهی پروژه‌های سودآور بخش درمان مانند تأسیس بیمارستان و تجهیز تأسیسات بیمارستانی را تأمین مالی کند و از سهم بالای بخش درمان در بودجه عمومی بکاهد. این نوع تأمین مالی می‌تواند دانشگاه‌ها را در هزینه‌ها هدفمندتر و شفاف‌تر سازد و کارایی آن‌ها را افزایش دهد و از اتلاف منابع نیز بکاهد. همچنین، گامی در جهت استقلال بیشتر دانشگاه‌ها و رسیدن به نسل سوم دانشگاه‌ها

امور حاکمیتی و مدیریتی مطرح است طبیعتاً بخش خصوصی را نمی‌توان به‌عنوان متولی شرکت تخصصی سرمایه‌گذاری پیشنهادی تعیین کرد. [۲۷،۲۸]

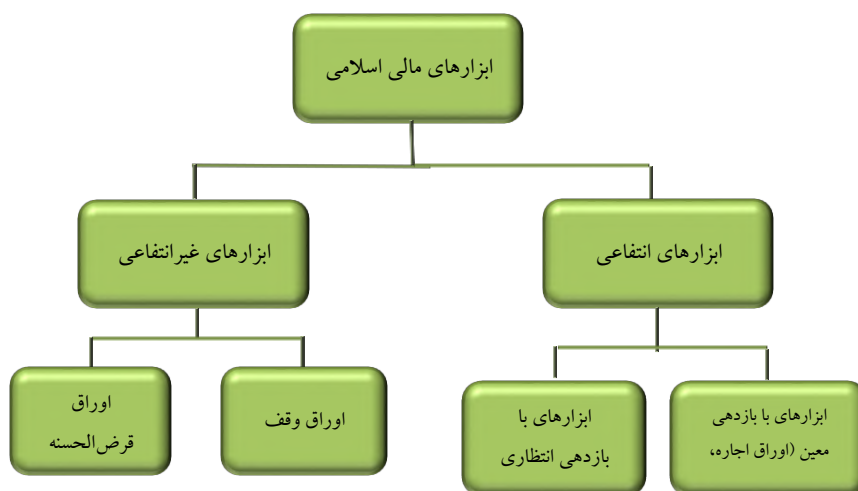
به‌صورت شفاف، هدایت و سازمان‌دهی شود. جلب اعتماد مردم برای مشارکت در سرمایه‌گذاری، پشتوانه دولتی شرکت و میزان شفافیت بالا در فرایندها را می‌طلبد و چون



شکل ۱: مدل مفهومی شرکت سرمایه‌گذاری سلامت

کند. در شکل دو انواع ابزارهای مالی قابل‌استفاده نشان داده‌شده است.

این شرکت سرمایه‌گذاری می‌تواند از انواع صکوک مانند اوراق اجاره، استصناع، مرابحه و انواع صندوق‌ها مانند صندوق پروژه و زمین و ساختمان برای تأمین مالی استفاده



شکل ۲: انواع ابزارهای مالی قابل‌استفاده جهت تأمین مالی

به حدود ۶۳ درصد در لایحه بودجه ۱۴۰۰ رسیده است. نکته مهم در مورد این منابع این است که به دلیل کسری بودجه ممتد دولت در سال‌های اخیر تحقق این منابع اساساً با تردید روبرو است و تأمین آن توسط دولت موضوعی است که می‌تواند بخش سلامت را دچار نوساناتی در ارائه خدمات کند. از طرف دیگر روند معکوسی در میزان اعتبارات اختصاصی برقرار است. اعتبارات اختصاصی، اعتباراتی است

بررسی روند بودجه‌ای بخش سلامت در طی سال‌های برنامه ششم توسعه (بازه زمانی بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰) نشان می‌دهد که منابع صرف شده به بخش سلامت دارای چند ویژگی است. اولین و مهم‌ترین ویژگی ناپایداری منابع است که اتکای منابع به اعتبارات عمومی دائماً در حال افزایش است. به‌طوری‌که این رقم از حدود ۳۵ درصد در سال ۱۳۹۶

ویژه‌ای در میان سیاستمداران، بوروکرات‌های دولتی و عموم مردم دست‌یافته‌اند که افراد به برتر بودن تخصص پزشکی و قابل اعتماد بودن پزشکان متقاعد شده‌اند. این روند منجر به قرار گرفتن متخصصین پزشکی در جایگاه نهادهای مدیریتی و سیاستی نظام‌های سلامت شده و موجبات تمایل نظام‌های سلامت به غلبه درمان بر بخش بهداشت را فراهم کرده است که حتی کشورهای پیشرفته را نیز در برمی‌گیرد. [۳۰-۳۴]

سومین ویژگی عدم تکافوی لازم منابع و بی‌توجهی به برنامه‌های حاکمیتی است. برنامه‌هایی نظیر پرونده الکترونیک سلامت و پزشک خانواده به دلیل عدم تخصیص اعتبار مناسب در حاشیه برنامه‌ها قرار گرفته‌اند و شیوه تأمین مالی صورت گرفته نتوانسته منابع لازم را برای تحقق این برنامه‌ها فراهم کند. در واقع عدم تکافوی لازم برای اجرای این برنامه‌ها خود منجر به افزایش مخارج درمان شده و نظام سلامت را از مسیر صحیح ارائه خدمات درمانی دور کرده است. باید توجه داشت با اجرای برنامه‌هایی مانند پزشک خانواده، هر فرد در جامعه دارای پزشکی خواهد بود که ضامن سلامتی اوست. با توجه به ایجاد پیوند میان نظام تشویق و تنبیه با عملکرد ارائه‌دهنده خدمت، خدمت‌رسانی به سمت حداکثرسازی رفاه بیماران جهت‌دهی شده و از مواردی نظیر دسترسی ناعادلانه، تقاضای القایی و یا دریافت خدمات غیرضروری سلامت که از مشکلات مبتلا به نظام سلامت کشور بوده می‌توان کاست. [۲۱]

پرونده الکترونیک سلامت نیز دارای مزایای زیادی از جمله ایجاد شفافیت مالی، عملکردی و نظارتی، کاهش خطاهای پزشکی، کمک به پژوهش‌های بخش سلامت و مهم‌تر از همه کمک به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در سطح خرد، میانی و کلان است. از این رو، استقرار آن کمک شایانی به مدیریت نظام سلامت در کشور خواهد کرد. چهارمین ویژگی که باید بدان توجه شود، رشد هزینه‌های درمان با توجه به روندهای جمعیتی و گذار جامعه به مرحله سالمندی جمعیت است که با روند موجود به احتمال زیاد سیاست‌گذار را در تأمین منابع مالی دچار مشکل خواهد کرد. مدیریت طولانی‌مدت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به ویژه افراد

که عمدتاً از محل درآمد دانشگاه‌ها حاصل می‌شود و نشان می‌دهد تا چه حد این مؤسسات بر درآمدهای خود متکی هستند. میزان اعتبارات اختصاصی از ۶۳ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۳۵ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است. این روند معکوس برخلاف حرکت به سمت دانشگاه‌های نسل سوم است و وابسته‌تر شدن دانشگاه‌ها از محل درآمدی به منابع عمومی را نشان می‌دهد. البته باید توجه داشت پایداری منابع به دلیل تغییرات گسترده در نوع بیماری‌ها (بیماری عفونی به مزمن) و تقاضای روزافزون برای خدمات درمانی، کشورهای موفق در حوزه سلامت را نیز تهدید می‌کند و حتی در شرایط وجود یک سیستم مالی پایدار با توجه تغییرات گسترده پیش رو، از این سیستم باید به شدت مراقبت کرد. [۲۹]

اعتبارات تملکی نیز نشان می‌دهد که عملاً منابع تخصیص‌یافته مربوط به توسعه زیرساخت‌ها و تجهیزات است که سهم این اعتبارات به‌زحمت به دو درصد از کل منابع رسیده است و درصد بسیار اندکی از بودجه به این مورد اختصاص‌یافته است. این در حالی است که با روند تورم فعلی و بالا رفتن هزینه‌های ساخت و خرید تجهیزات قطعاً نیاز به تقویت این بخش از اعتبارات است. دومین ویژگی، توزیع نامتوازن اعتبارات بخش‌های سلامت است. بررسی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۰ نشان می‌دهد که در حدود ۷۶ درصد اعتبارات به بخش درمان اختصاص‌یافته است. این میزان از اعتبارات به‌خودی‌خود نقطه‌ضعف محسوب نمی‌شود و می‌تواند نشان‌دهنده نیاز کشور در این حوزه باشد؛ اما نکته مهم آن است که بخش قابل توجهی از این اعتبارات باید به شکل دیگری تأمین شود تا نظام سلامت فرصت یابد برنامه‌های حاکمیتی خود مانند پزشک خانواده و استقرار پرونده الکترونیک سلامت را محقق سازد. تخصیص سنگین منابع به حوزه درمان که نشان از تقاضای موجود دارد در آینده با این روند بودجه‌ای قابلیت استمرار نخواهد داشت. این روند فزاینده از یک‌سو نشان‌دهنده تقاضای روزافزون جامعه و ازدیاد جمعیت است و از سوی دیگر تا حدودی نشان‌دهنده تسلط حوزه درمان بر حوزه بهداشت است که به تسلط پزشکی معروف است. به گفته فریدسون، پزشکان به جایگاه

به منابع مالی و ۳- استفاده کارا از منابع. [۴۶-۴۷] به طور خلاصه می توان نتایج به دست آمده را به شرح زیر ارائه کرد:

۱. منابع مالی از پایداری برخوردار نیست و اتکای نظام سلامت به اعتبارات عمومی هر سال بیشتر و به همان اندازه به اعتبارات اختصاصی کمتر می شود به طوری که سهم اعتبارات عمومی در تأمین منابع از ۳۵ درصد در سال ۱۳۹۶ به ۶۳ درصد در سال ۱۴۰۰ رسیده است و این روند در مورد اعتبارات اختصاصی معکوس است. به طور خلاصه اعتبارات عمومی به دلیل وضعیت درآمدی دولت دچار تردید است و قابل اتکا نیست و این روند استقلال مالی دانشگاه ها و حوزه سلامت را با مخاطره روبرو می کند. بنابراین، این سبک از تأمین مالی دانشگاه ها را به منابع عمومی وابسته تر و از رسیدن به نسل سوم باز خواهد داشت در طی سال های برنامه ششم توسعه، استقلال دانشگاه ها از نظر مالی روند نزولی داشته است. با این وجود که اهداف تعیین شده مغایر این وضعیت است. منابع تملیکی نیز که نشان از منابع اختصاص یافته برای توسعه زیرساخت ها دارد با سهم دودرصدی از منابع، گویای سرمایه گذاری ناچیز برای توسعه بخش سلامت کشور است.
۲. منابع درمان محور است و توزیع منابع نامتوازن است. ۷۶ درصد منابع در طی دوره زمانی مطالعه به بخش درمان اختصاص یافته است. این سهم از منابع، نشان از غلبه بخش درمان یا تسلط پزشکی و تقاضای بالا برای این بخش دارد. البته باید توجه داشت که تقاضای کشور برای درمان به دلیل روند جمعیتی و تغییرات فناوری رو به افزایش خواهد بود و در این زمینه باید راه های صرفه جویی و تأمین مالی بهتر را جستجو کرد؛ اما این حجم از منابع امکان توجه کافی به بخش های بهداشت و تحقیق و توسعه را سلب کرده است. عملاً با بودجه در دسترس این فعالیت ها نمی توان عملکرد اثربخشی را انتظار داشت؛ برای مثال یکی از موارد لازم، خودکفایی در اقلام ضروری دارویی است که پاندمی کرونا نیز اهمیت این واقعیت را بیشتر آشکار کرد که با سهم تقریباً یک درصدی منابع برای تحقیق و توسعه فراهم کردن این اقلام به سختی امکان پذیر است.

مبتلا به چند بیماری که یکی از ویژگی های دوره سالمندی می باشد نیاز به هماهنگی بین چندین متخصص در سطوح مختلف (مراقبت های سطح اول، دوم، سوم و اجتماعی) دارد. امروزه تلاش های مستمری در کشورهای پیشرفته جهت صرفه جویی برای هزینه درمان و یافتن راه های جدید برای مقابله با بیماری های مزمن در حال انجام است. [۳۹-۳۵]

از این رو، توجه به مسئله تأمین مالی تنها مرتبط به زمان حال نیست بلکه باید آینده را نیز در نظر داشت. نکته بعدی در تخصیص منابع حوزه سلامت بخش تحقیق و توسعه است که به زحمت یک درصد از کل منابع را به خود اختصاص می دهد. این میزان منابع تخصیص یافته به وضوح نمی تواند در این بخش اثرگذار باشد و نیاز به توجه جدی برای مقابله با چالش های مهم در آینده مانند همه گیری بیماری های احتمالی و تغییرات روند جمعیتی دارد. در واقع برای تأثیر اثربخش تحقیق و توسعه به تخصیص منابع بودجه ای بیشتری نیاز است که یکی از دستاوردهای مهم آن خودکفایی در اقلام ضروری دارویی می باشد. هزینه های دارویی ناشی از پاندمی کرونا و احتمالاً پاندمی های آینده این نگرانی را ایجاد کرده است که ارائه داروهای ایمن و کارآمد ممکن است ناپایدار شود. رشد جمعیتی در کشورهای مختلف نیز گویای فشار مالی مضاعف برای تهیه داروهای مزمن بر سیستم های مراقبت سلامت است که باید از هم اکنون با تأمین منابع مالی مناسب بخش تحقیق و توسعه درصدد رفع این نیاز حیاتی برآید. [۴۰-۴۲]

مطالعات صورت گرفته موضوع تأمین مالی را کمتر از نظر بودجه ای مورد بررسی قرار داده اند و عمدتاً مباحث بیمه ای، نوع پرداخت، عدالت در تأمین مالی و مقایسه کشورها را مدنظر قرار داده اند؛ اما نتایج به دست آمده از آن ها گویای ناپایداری مالی در این حوزه و عدم کارایی هزینه هاست که با نتایج به دست آمده در این مطالعه تطابق دارد. [۴۵، ۱۴-۵]

در واقع تأمین مالی و استفاده از منابع باید به گونه ای باشد که سه ویژگی مشخص داشته باشد که منجر به پوشش حداکثری و پیامدهای عادلانه و ارتقای سلامتی جامعه شود: ۱- تولید منابع پایدار و کافی، ۲- دسترسی

از منظر بودجه‌ای و رسیدن به اهداف برنامه ششم توسعه باید به تفکیک در حوزه تأمین مالی مطالعه شود که هر مبحث می‌تواند موضوع پژوهشی مجزا باشد.

ملاحظات اخلاقی

رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی: در طول مطالعه حاضر، تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله شرط صداقت و رعایت امانت، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، علمی و آموزشی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در نظر گرفته شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی: مطالعه حاضر از سوی سازمانی تأمین مالی نشده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که را در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

۳. عدم تکافوی منابع برای تکمیل برنامه‌های محوری و کاهنده هزینه مانند پرونده الکترونیک سلامت و پزشک خانواده است. این سبک از تأمین مالی عملاً سال‌ها این دو برنامه را در حالت انتظار نگه‌داشته است. باین حال، اعتقاد بر صرفه‌جویی بالا از اجرای این برنامه‌ها وجود دارد. پیشنهاد می‌شود برای تأمین منابع مالی جدید، شفاف‌تر شدن هزینه‌ها، کارایی بیشتر مخارج و ایجاد ارتباط سازمان‌یافته با بخش خصوصی و صنعت، شرکت تخصصی سرمایه‌گذاری سلامت با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شود تا با استفاده از منابع بخش خصوصی، پروژه‌های دارای توجیه فنی-مالی و زیست‌محیطی را تأمین اعتبار کند. وجود چنین شرکتی به کاستن بار منابع عمومی برای بخش درمان خواهد انجامید و اجازه توجه بیشتر به سایر بخش‌ها را فراهم خواهد کرد. علاوه بر این، می‌تواند تنوع تأمین مالی بالاتری برای بخش سلامت کشور فراهم کرد که این خود باعث پایداری بیشتر منابع خواهد شد. برای توسعه مطالعه و تکمیل آن به‌نظر می‌رسد نقش بیمه‌ها و دانشگاه‌ها

References

1. Phua KH. Governance issues in health financing. Reference Module in Biomedical Sciences. 2018:330-41.
2. Planning and Budget Organization. The summary of performance report of sixth five-year development plan (2016-2021). Tehran: Planning and Budget Organization; 2016. [in Persian]
3. Planning and Budget Organization. The summary of performance report of sixth five-year development plan (2016-2021). Tehran: Planning and Budget Organization; 2017. [in Persian]
4. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care: Pearson new international edition. 7th ed. New York: Routledge; 2016.
5. Sadeghi N, Zare H. The effect of financing system on improvement of hospital performance. Payesh. 2009 Apr 15;8(2):135-45. [in Persian]
6. Vaez Mahdavi MR, Seifi Sh. A comparative study of the trend of changes in health credits in the budget laws of the years 74 to 80 to fixed and current prices. Teb va Tazkiyeh. 2001;10(2):16-29. [in Persian]
7. Gorji HA, Nakhaei N. Study and analysis of health and medical education in the budget bills of the Islamic Republic of Iran in the twenty-year period from 1979 to 1999. Teb va Tazkiyeh. 2005;14(1):85-92. [in Persian]
8. Neamatshahi M, Ebrahimpour H, Keyvanlo Z, Khajedaluae M, Keykhosravi A. Assessment of health budget during the first to fifth socioeconomic developmental programs in Iran. Management Strategies in Health System. 2020;5(2):85-88. [in Persian]
9. Daneshfard K, Shiravand S. Obstacles to establishing operational budgeting in the field of ministry of health and medical education. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2012;14(2):90-6. [in Persian]

10. Maleki J, Nazaripour M, Amini P. Investigating the relationship between accrual accounting and performance based budgeting (case study: Ministry of health and medical education). *Journal of Health accounting*. 2015;3(4):59-79. [in Persian]
11. Mossadeghrad AM, Tolouie Rakhshan Sh, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Health System Research*. 2021;23(3):353-66. [in Persian]
12. Mojdehkar R, Hajinabi K, Jahangiri K, Riahi L. Prioritizing influential financial indicators in equitable health financing based on the fairness benchmarking framework. *Feyz*. 2020;23(6):698-705. [in Persian]
13. Goudarzi R, Malekpoor Z, Amiresmaili MR, Barouni M, Taghizadeh SM. The effect of health care financing on income distribution in Iran: 2008-2010. *Health and Development Journal*. 2015;4(1):10-19. [in Persian]
14. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Naghshi M. Comparative study of fair financing in the health insurance. *Journal of Healthcare Management Research*. 2017;7(4):65-74. [in Persian]
15. Majlis Islamic Studies Center. *The General Accounting of the country act 1987*: Majlis Islamic Studies Center; 2021. [In Persian]
16. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2016 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2016. [in Persian]
17. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2017 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2017. [in Persian]
18. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2018 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2018. [in Persian]
19. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2019 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2019. [in Persian]
20. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2020 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2020. [in Persian]
21. Majlis Islamic Studies Center. *Review of the budget bill for the year 2021 of the whole country*. Tehran: Majlis Islamic Studies Center; 2021. [in Persian]
22. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2016*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2016. [in Persian]
23. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2017*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2017. [in Persian]
24. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2018*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2018. [in Persian]
25. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2019*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2019. [in Persian]
26. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2020*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2020. [in Persian]
27. Plan and Budget Organization. *Budget act of 2021*. Tehran: Plan and Budget Organization; 2021. [in Persian]
28. Jones FM. *Foundations of financial markets and institutions*. 4th ed. United States of America: Pearson Education; 2014.
29. Tehran Stock Exchange. *Securities market act of the Islamic Republic of Iran 2005*. Tehran: Tehran Stock Exchange; 2005. [in Persian]
30. Lim J. Sustainable health care financing: The singapore experience. *Glob Policy*. 2017 Mar;8:103-9.

31. Weiss MC, Sutton J. The changing nature of prescribing: Pharmacists as prescribers and challenges to medical dominance. *Sociol Health Illn.* 2009;31(3):406–21.
32. Freidson E. *Professionalism reborn: Theory, prophecy and policy.* Cambridge: Polity Press; 1994.
33. Traynor M. Indeterminacy and technicality revisited: How medicine and nursing have responded to the evidence based movement. *Sociol Health Illn.* 2009;31(4):494–507.
34. Freidson E. *The profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge.* New York: Dodd, Mead & Company; 1970.
35. Allsop J. Medical dominance in a changing world: The UK case. *Health Sociol Rev.* 2006;15(5):444–57.
36. Weiss MC. The rise of non-medical prescribing and medical dominance. *Res Soc Admin Pharm.* 2021 Mar;17(3):632-7.
37. Struckmann V, Quentin W, Busse R, Van Ginneken E. How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in europe? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017. 30 p. Report No.: Policy Brief 24.
38. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report. Geneva: World Health Organization; 2015. 48p. Report No.: WHO/HIS/SDS/2015.6.
39. Stokes J, Lau YS, Kristensen SR, Sutton M. Does pooling health & social care budgets reduce hospital use and lower costs? *Soc Sci Med.* 2019;232:382-8.
40. Stadhouders N, Koolman X, Tanke M, Maarse H, Jeurissen P. Policy options to contain healthcare costs: A review and classification. *Health Policy.* 2016;120:486-94.
41. World Health Organization. Access to new medicines in Europe: Technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research. Geneva: World Health Organization; 2015. 180 P. Report No.: WHO/EURO:2015-3211-42969-60044.
42. Statista. Global spending on medicines from 2010 to 2022 (in billion U.S. dollars). United States: Pharmaceutical Products & Market; 2019.
43. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Eur Econ.* 2012 Sep 14;1(461):1-64.
44. Mills M, Kanavos P. Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from europe. *Health Policy.* 2020 Mar;124(3):239-51.
45. Karimi I, Nasiripour AA, Maleki MR, Mokhtare H. Assessing financing methods and payment system for health service providers in selected countries: Designing a model for Iran. *Journal of Health Administration.* 2006;8 (22):15-79. [in Persian]
46. Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: Tailoring its implementation. *Bull World Health Organ.* 2008;86(11):857-63.
47. Mathauer I, Carrin G. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. *Health Policy.* 2011 Mar;99(3):183-92.