

عدالت در بهره‌مندی از خدمات بخش بهداشت با بهره‌گیری از تأمین مالی اسلامی با تاکید بر وقف

پرویز رستم‌زاده^۱
شهره نصیرآبادی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

چکیده

سلامت مردم یک کشور بر توسعه اقتصادی، اجتماعی، روانشناختی و سیاسی آن کشور تأثیر می‌گذارد. با وجود این‌که بخش سلامت یکی از اولویت‌های مهم در تخصیص بودجه دولت است مشکل کمبود منابع مالی برای توسعه مراکز درمانی، کاهش توان مالی دولت‌ها در استمرار تأمین مالی بخش بهداشت و بالا بودن سهم مردم از هزینه‌های درمان یکی از چالش‌های اقتصاد برای دسترسی عادلانه به این امکانات است. بالا بودن هزینه‌های درمانی برای خانوارها، به خصوص اقشار آسیب‌پذیر، باعث می‌شود که خانوار برای تأمین هزینه‌های درمانی از مخارج ضروری خود بکاهند و در نتیجه شرایط رفاهی خانوارها تنزل یابد.

هدف این مقاله ارزیابی وضعیت تأمین مالی و عدالت در سلامت در کشور و بررسی تأثیر وقف به عنوان یکی از راه‌های تأمین مالی در توسعه بهداشت در ایران می‌باشد. بدین‌منظور با استفاده از شاخص مشارکت عادلانه، وضعیت عدالت در تأمین مالی بخش بهداشت مورد بررسی قرار گرفت و با روش توصیفی- تحلیلی تأثیر وقف بر توسعه بهداشت تشریح شد. نتایج نشان داد با وجود این‌که دو شاخص هزینه‌های کمرشکن و فقر سلامت روند نزولی داشته است اما با توجه به افزایش تعرفه‌ها و اضافه شدن خدمات پزشکی جدید به تعهدات پایه و بیمه کردن بدون پشتوانه مالی پایدار، منجر به مشکلاتی مانند افزایش بدهی سازمان‌های بیمه‌ای شده است و از طرفی دولت نیز به تنهایی قادر به تأمین مالی بخش درمان نخواهد بود. جلب مشارکت‌های مردمی و جذب کمک‌های خیرین و واگذاری امر بهداشت و درمان به مردم به صورت غیرانتفاعی و عام‌المنفعه می‌تواند در راستای توسعه اقتصادی و اجتماعی مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: توسعه بهداشت، تأمین مالی، وقف، ایران.

طبقه‌بندی JEL: I11, I15, P36

Parvizrostamzadeh@shirazu.ac.ir

Sh.nassirabadi@gmail.com

۱. استادیار اقتصاد دانشگاه شیراز

۲. کارشناسی ارشد اقتصاد

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از پیش نیازهای رفاه اجتماعی بر توسعه اقتصادی، اجتماعی، روانشناختی و سیاسی یک کشور تأثیر می‌گذارد. یکی از عوامل اساسی در حفظ و ارتقا سلامت، دسترسی به امکانات بخش بهداشت و درمان می‌باشد. با توجه به لزوم تأمین اجتماعی و بهداشت برای همه مردم ایران (اصل بیست و نهم قانون اساسی) و تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و درمان برای همه (اصل چهل و سوم قانون اساسی) و در راستای تحقق عدالت در برخورداری از سلامت، رفاه و تأمین اجتماعی در سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران، توسعه و دسترسی عادلانه به خدمات درمان حائز اهمیت است اما با وجود این‌که بخش سلامت یکی از اولویتهای مهم در تخصیص بودجه دولت است مشکل کمبود منابع مالی برای توسعه و تجهیز مراکز درمانی دولتی، کاهش توان مالی دولت‌ها در استمرار تأمین مالی بخش بهداشت و بالا بودن سهم مردم از هزینه‌های درمان در بخش خصوصی یکی از چالش‌های اقتصاد برای دسترسی عادلانه به این امکانات است. ناکافی بودن برخی تجهیزات در بخش دولتی باعث می‌شود افراد برای دسترسی به این خدمات به مراکز خصوصی مراجعه کنند و اقشار آسیب‌پذیر با توجه به بالا بودن سهم آن‌ها در تأمین هزینه‌های درمان از مخارج ضروری خود بکاهند و در نتیجه شرایط رفاهی خانوارها تنزل یابد و منجر به فقر سلامت شود. بنابراین بررسی عدالت در تأمین مالی در راستای توسعه بخش بهداشت حائز اهمیت است.

بررسی تجربه کشورها نشان می‌دهد که تأمین منابع مالی بخش بهداشت از طریق دولت، خانوار، کمک‌های اهدایی مردم، سازمان‌های غیردولتی، نهادهای خیریه و سازمان‌های بین‌المللی انجام می‌شود. در کشورهای اسلامی، اوقاف و درآمد حاصل از آن‌ها یکی از راه‌های تأمین مالی زیرساخت‌های عمده‌ی اقتصادی است. با بهره‌گیری از درآمدهای اوقاف می‌توان رهیافت‌های مناسبی برای تأمین مالی، توسعه و تجهیز مراکز درمانی و افزایش سطح بهداشت به خصوص برای اقشار آسیب‌پذیر و محرومان جامعه ارائه داد. هدف این مقاله ارزیابی وضعیت تأمین مالی و عدالت سلامت، در کشور و بررسی نقش وقف در توسعه بهداشت ایران می‌باشد. بدین‌منظور در ادامه ابتدا مروری بر مطالعات انجام شده در این زمینه داشته سپس اثرات هزینه‌های درمانی و روش‌های تأمین مالی بخش سلامت مورد بررسی قرار خواهد گرفت و با بررسی جایگاه وقف در بخش درمان با استفاده از شاخص‌ها، وضعیت عدالت در تأمین مالی بخش بهداشت مورد بررسی قرار می‌گیرد. و در نهایت راهکارهایی برای توسعه بهداشت با استفاده از درآمدهای وقفی ارائه شده است.

۱. مروری بر مطالعات انجام شده

در مطالعات زیادی اهمیت سلامت برای دستیابی به رفاه و عدالت در پرداخت‌های سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. اما مطالعات اندکی منابع تأمین مالی بخش سلامت را با استفاده از روش‌های تأمین مالی اسلامی مورد بررسی قرار داده‌اند. در ادامه برخی از این مطالعات مرور می‌شود.

آصف‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای توصیفی، منابع تأمین مالی و درآمدهای بیمارستان‌ها را با هدف تعیین وضعیت درآمد بیمارستان‌ها در استان گیلان مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که به طور متوسط حدود ۱۸ درصد درآمد بیمارستان‌های این استان از محل درآمدهای نقدی، ۸۲ درصد سازمان‌های بیمه‌گر بوده است و سهم مبالغ دریافتی از بیماران به درآمد کل بیمارستان در مناطق محروم بیشتر بوده است.

صادقی و زارع (۱۳۸۸)، تأثیر نظام تأمین منابع مالی در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها را در کشورهای آمریکا، فرانسه، استرالیا، کانادا، انگلستان، ترکیه، کره جنوبی، نروژ و ایران با روش توصیفی مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از آن است که منابع مالی لازم برای بیمارستان‌ها باید توسط دولت تأمین شود.

فضائی و همکاران (۱۳۹۰)، در پژوهشی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت برای سال ۱۳۸۶ مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه بار سلامت قرار داشتند و گروه خانوارهای روستایی تحت تکفل، بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان بالاتر از متوسط جامعه است و افراد بدون چتر حمایتی بیمه، با احتمال بیشتری با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجه خواهند شد.

هادیان و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله‌ای روند نابرابری در هزینه‌های سلامت و خوراک خانوارهای کشور طی دوره ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۸ بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد در سال‌های مورد مطالعه، ضریب جینی برای هزینه‌های سلامتی هم در مناطق شهری و هم روستایی روندی نزولی داشته است.

کنوال و فرانک^۱ (۲۰۰۵)، در مطالعه‌ای نشان دادند که با گسترش پوشش بیمه‌ای خانوارها و کاهش مخارج مستقیم برای استفاده از خدمات مراقبت سلامت، شاخص مشارکت مالی عادلانه در سطح ملی بهبود یافت تعداد خانوارهایی که بیش از یک سوم درآمد قابل تصرف خود را برای مراقبت سلامت هزینه کرده بودند کاسته شد.

1 . Knaul & Frenk

۲. اثرات هزینه‌های درمانی بر جامعه

توسعه تکنولوژی و دانش پزشکی از یک‌سو و نیاز به فراهم نمودن تجهیزات جدید متناسب با دانش روز و انتظارات بهداشتی و درمانی از سوی دیگر؛ با افزایش هزینه‌های درمانی مشکلاتی را در زمینه تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی برای مراکز درمانی و افراد جامعه به وجود آورده است. در شرایط غیرعادلانه و بالا بودن پرداختها و عدم تأمین مالی و تجهیز مراکز درمانی، خانوارها به خصوص اقشار آسیب‌پذیر دچار مشکلات متعددی خواهند شد.

براساس تئوری سرمایه انسانی، انسان محور اصلی توسعه پایدار است و سلامت به عنوان عاملی مهم در رشد اقتصادی می‌باشد. سلامتی افراد به عنوان ذخیره سرمایه است و با وجود این‌که با گذر طبیعی عمر^۱، این سرمایه مستهلک خواهد شد اما بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می‌شود و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت و درمان) منجر به جبران این استهلاک خواهد شد. گروه آسیب‌پذیر جامعه به واسطه تأمین مالی برای دستیابی به برخی از فرایندهای درمانی که در مراکز دولتی و تحت پوشش بیمه انجام نمی‌شود به ناچار از مخارج ضروری خود مانند خوراک، آموزش و تحصیل می‌کاهند و علاوه بر کاهش رفاه خانوار، برفرآیند انباشت سرمایه و در نهایت تولید، رشد و توسعه اقتصادی جامعه در آینده تأثیر خواهد گذاشت.

از طرفی افزایش بار مالی هزینه‌های درمانی منجر به کاهش پس‌انداز خانوار می‌شود و گروهی به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه‌های درمانی از ادامه درمان صرف نظر می‌کنند و سطح سلامت و بهداشت خانوارها و جامعه کاسته می‌شود. به دنبال آن؛ عده‌ای از خانوارها از فقر آنی و گذرا در تله فقر پایدار و دائم گرفتار می‌شوند. سهم بالای پرداخت هزینه‌های درمانی توسط خانوار سبب می‌شود خانواده‌ای که در زمان بیماری هزینه‌های سلامت متمایل است، بالای خط فقر قرار گیرد به عبارتی اگر هزینه‌ی کل خانوار بالاتر از خط فقر باشد و هزینه کل بدون در نظر گرفتن هزینه مشارکت مردم در پرداخت هزینه‌های درمان زیر خط فقر باشد، خانوار فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه خواهد کرد و در دام فقر گرفتار خواهد شد. در ادامه، منابع تأمین مالی مراکز درمانی و منابع تأمین مالی هزینه‌های درمانی خانوار بیان می‌شود.

۳. منابع تأمین مالی بخش سلامت

۳.۱. منابع تأمین مالی هزینه‌های درمانی خانوار

بهداشت، کالایی عمومی است و همواره مورد نیاز همه جوامع می‌باشد و به عنوان یکی از نیازهای اساسی باید برای تمامی افراد تأمین شود. از این جهت تأمین مخارج بهداشت و درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. به طور کلی منابع تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان برای خانوار عبارتند از:

الف) درآمدهای دولتی که از محل منابع عمومی تأمین می‌شود.

ب) منابع شرکت‌ها و موسسات دولتی: این منابع به عنوان بخشی از جبران خدمات کارکنان می‌باشد.

ج) بیمه‌های اجتماعی درمانی

د) بیمه‌های درمانی خصوصی

ه) پرداخت‌های مستقیم خانوار

و) موسسات غیرانتفاعی خصوصی

۳.۲. منابع تأمین مالی مراکز درمانی و بیمارستان‌ها

مراکز درمانی و بیمارستان‌ها به چهار دسته بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و نیمه‌دولتی تقسیم می‌شوند و تفاوت این مراکز در تعرفه و نحوه تأمین مالی است. در کشورهای در حال توسعه، بخش سلامت با توجه به زیرساخت‌ها، وضعیت اجتماعی و اقتصادی به روش‌های متعددی تأمین مالی می‌شود. بررسی تجربه کشورها نشان می‌دهد که تأمین منابع مالی جهت ساخت و ایجاد مراکز درمانی و بهداشتی از طریق دولت، خانوار، کمک‌های اهدایی مردم، سازمان‌های غیردولتی، نهادهای خیریه و سازمان‌های بین‌المللی انجام می‌گیرد.

تأمین مالی از طریق دولت با استفاده از درآمدهای دولت می‌باشد که عمدتاً شامل درآمدهای مالیاتی است. امکان تأمین مالی کل بخش درمان با استفاده از بودجه عمومی دولت امکان‌پذیر نیست. با وجود این که یارانه‌های دولتی برای بیمه‌های درمانی گروه‌های کم درآمد در نظر گرفته شده است اما افزایش پایه‌های مالیاتی و به دنبال آن افزایش سطح درآمدهای مالیاتی با توجه به بزرگ بودن بخش غیررسمی در کشور، توزیع ناعادلانه ثروت در جامعه و عدم تمکین مالیاتی منجر به کاهش رفاه افراد آسیب‌پذیر خواهد شد.

بیمه‌های درمانی خصوصی بیشتر نقش بیمه‌های مکمل و بیمه‌های تکمیلی را دارند. این نوع بیمه‌ها به دلایلی مانند شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور، عوامل جمعیتی، اپیدمیولوژی‌های بیماری‌ها و غیره در نظام تأمین مالی از کارآمدی لازم برخوردار نیستند

(قیاسوند و همکاران، ۱۳۹۰). افزایش تعرفه‌ها و اضافه شدن خدمات پزشکی جدید به تعهدات پایه و بیمه کردن بدون پشتوانه مالی پایدار، منجر به مشکلاتی مانند افزایش بدهی سازمان‌های بیمه‌ای شده است.

حیاتی بودن خدمات سلامت، عدم تقارن اطلاعات زمینه ایجاد تقاضای القایی را فراهم می‌کند و وضعیت انحصاری در ارائه خدمات بر رقابت‌پذیری این بخش اثر می‌گذارد و به دنبال آن اثرات خارجی و ناهمگونی خدمات و ایجاد بازار ناکامل و محصول ناهمگن به همراه افزایش فزاینده هزینه‌های سلامت منجر به شکست بازار در ارائه خدمات سلامت می‌شود. بنابراین شکست بازار در حوزه سلامت حضور دولت را الزامی می‌کند اما با توجه به عدم ناکارآمد بودن و شکست دولت در تأمین مالی، در چنین شرایطی جامعه به منابع تأمین مالی پایدار در بخش درمان برای تجهیز مراکز درمانی در راستای افزایش عدالت در دسترسی به امکانات و کمک به افراد آسیب‌پذیر و کم‌درآمد در تأمین هزینه‌های درمانی نیازمند می‌باشد. در برنامه‌های توسعه نیز بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت، بهبود وضعیت عدالت در تأمین مالی و تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت تأکید شده است. درآمدهای بالقوه موقوفات می‌تواند در تأمین مالی این بخش مورد استفاده قرار گیرد.

در جوامع اسلامی وقف به عنوان یکی از راه‌های تأمین مالی است که با تغییر در کاربرد منابع، آن‌ها را به یک سرمایه‌گذاری مولد تبدیل می‌کند که خدمات و درآمدی برای مصرف نسل آینده ایجاد می‌کند. وقف سبب افزایش پس‌انداز و کاهش مصرف می‌شود و سرمایه ایجاد شده در اثر افزایش پس‌انداز می‌تواند مولد کالاها و خدمات باشد و تولید ناخالص داخلی را افزایش دهد.

۴. وقف و جایگاه آن در بخش درمان

وقف یکی از بهترین راه‌های تأمین مالی و مظهر احسان و نیکوکاری و کمک به مصالح جامعه است که علاوه بر مبارزه با خود محوری و ثروت‌اندوزی، به کاهش فقر و مفسد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کمک می‌کند. وقف و درآمدهای وقفی در پرکردن خلأهای اجتماعی نقش بسزایی خواهند داشت. دولت می‌تواند با هدایت موقوفات در جهت رفع نیازهای ضروری جامعه و اختصاص این درآمدها در بخش‌هایی که بودجه دولتی کافی نمی‌باشد، در توسعه و بهبود اوضاع جامعه تأثیر بسزایی داشته باشد. در قرآن با وجود این که کلمه وقف به صورت مستقیم بیان نشده است اما دو آیه به باقیات الصالحات، ده آیه به خیر و خیرات و حدود پانزده آیه به صدقات و در شصت آیه به انفاق اشاره شده است که مصداق وقف می‌باشد و نشان‌دهنده اهمیت آن در آیات اسلامی است. وقف شامل وقف اموال، وقف سهام، وقف پول و اوراق وقفی است. وقف اموال با هدف حل مشکل فقر می‌باشد و برای این که افراد با هر توان مالی بتوانند در پروژه‌های وقفی شرکت کنند از اوراق وقفی

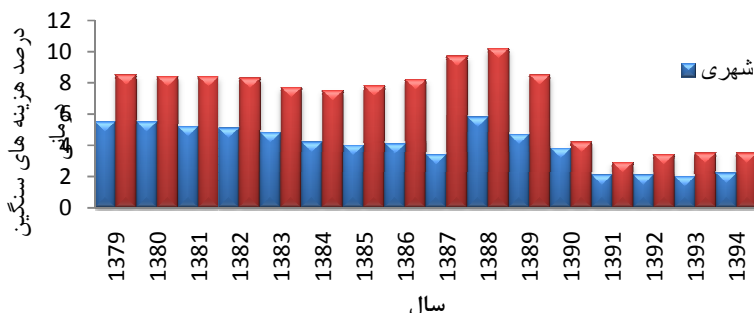
استفاده می‌شود. این اوراق ابزار مناسبی برای رشد و توسعه اقتصادی است. اوراق وقفی با جذب نقدینگی مازاد مردم خیر و هدایت آن‌ها در طرح‌های عام‌المنفعه در ایجاد اشتغال و عدالت توزیعی جامعه مؤثر می‌باشد اوراق وقفی شامل اوراق وقف پول و اوراق وقف گروهی می‌باشد. مروری بر آیات و روایات اسلامی در زمینه بهداشت بیانگر اهمیت بهداشت در اسلام است. برخورداری از بهداشت و سلامت و دسترسی عادلانه به مراکز و خدمات درمانی حقوق مسلم فردی و اجتماعی است. ارائه عادلانه خدمات و آموزش‌های بهداشتی، آسایش، رفاه عمومی و امنیت جامعه را افزایش می‌دهد. از اهداف اصلی نظام مالی اسلام، تلاش برای ایجاد عدالت همه‌جانبه در جامعه است. وقف مراکز درمانی و بیمارستان‌ها، تأمین تجهیزات درمانی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها در راستای کاهش هزینه‌های درمانی مردم می‌تواند در اجرای عدالت مؤثر باشد. بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های وقفی وسیله‌ای برای کاهش هزینه‌های درمانی مردم است. در کشورهای اسلامی، وقف اموال در امور درمانی به دلیل جنبه‌های انسان دوستانه و سفارش‌های مکرر اسلام مبنی بر کمک به ناتوانان و بیماران، همواره مورد توجه افراد خیر بوده است. در ایران ساخت و تجهیز مراکز درمانی وقفی سابقه طولانی دارد و حدود ۱۵٪ بیمارستان‌های بخش عمومی را بیمارستان‌های موقوفه تشکیل می‌دهند. از جمله مراکز درمانی موقوفه که با هدف ارائه خدمات رایگان بهداشتی برای افراد آسیب‌پذیر و خانوار کم درآمد ساخته شده‌اند می‌توان به دارالشفای بیمارستان‌های نوریه و ارجمند در کرمان، بیمارستان مرادی رفسنجان، بیمارستان آیت اله نبوی در دزفول، بیمارستان‌های گودرز و آرش در یزد، بیمارستان‌های نمازی و خلیلی شیراز، بیمارستان کامکار عرب‌نیا در قم و بیمارستان‌های فیروزآبادی و امیرالمؤمنین (ع) و بیمارستان تخصصی سرطان در تهران و سایر مراکز وقفی اشاره کرد.

۵. شاخص‌های عدالت در تأمین مالی درمان

در این مقاله وضعیت عدالت با بهره‌گیری از دو شاخص مشارکت مالی خانوار در هزینه‌های درمان و شاخص فقر درمان نشان داده شده است. بدین‌منظور از داده‌های بودجه خانوار برای دوره ۱۳۹۴-۱۳۷۹ استفاده شد. شاخص مشارکت مالی خانوار در هزینه‌های درمان با محاسبه نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان به کل درآمد مازاد بر هزینه‌های حداقل معاش (توان پرداخت خانوار) حاصل گردید. اگر نسبت هزینه بهداشت به توان پرداخت خانوار از ۰/۴۰ تجاوز کند خانوار دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شود و در اثر هزینه‌های درمانی با فقر مواجه می‌شود. با محاسبه مشارکت مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت، با تحلیل کاربردی فقر سلامت در اثر هزینه‌های سلامت نیز محاسبه شد. روند شاخص هزینه‌های سنگین درمان در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۴ برای بخش

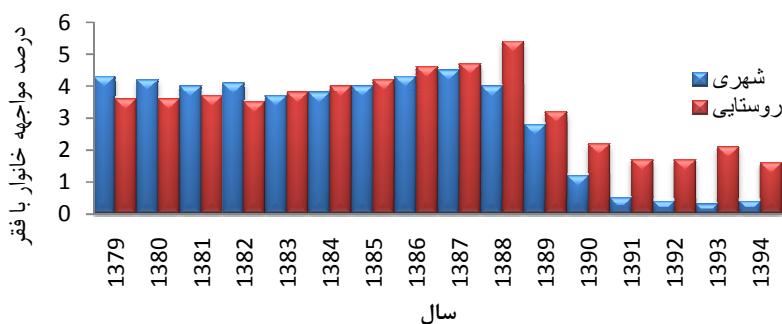
شهری و روستایی در نمودار(۱) نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در سال‌های ۱۳۹۱ به بعد با اجرای نظام سلامت همگانی درصد خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن درمانی مواجه شده‌اند کاهش یافته است.

نمودار(۱): درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های سنگین درمانی در مناطق شهری و روستایی (۱۳۷۹-۱۳۹۴)



در نمودار(۲) درصد خانوارهایی که در اثر هزینه‌های بالای درمانی گرفتار فقر می‌شوند نشان داده شده است. با در نظر گرفتن آستانه خط فقر به میزان ۰/۴۰ و با تحلیل مشارکت مالی، این شاخص محاسبه شده است. همان‌طور که گفته شد اگر هزینه‌ی کل خانوار بالاتر از خط فقر باشد و هزینه کل بدون در نظر گرفتن هزینه مشارکت مردم در پرداخت هزینه‌های درمان زیر خط فقر باشد، خانوار فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه خواهند کرد و در دام فقر گرفتار خواهد شد.

نمودار(۲): درصد مواجهه خانوار با فقر در اثر هزینه‌های درمانی در مناطق شهری و روستایی (۱۳۷۹-۱۳۹۴)



بررسی روند شاخص فقر سلامت نیز مؤید نتایج درصد مواجه خانوار با هزینه‌های سنگین درمانی است. همان‌طور که نمودارهای ۱ و ۲ نشان می‌دهند درصد خانوارهای روستایی که در اثر هزینه‌های درمان دچار فقر می‌شوند و یا با هزینه‌های سنگین مواجه می‌شوند بیشتر است که به دلیل توان پرداخت کمتر خانوارهای روستایی نسبت به خانوارهای شهری است. هرچند هر دو شاخص بیانگر افزایش عدالت در تأمین هزینه‌های درمان و کاهش مواجه خانوار با فقر سلامت و هزینه‌های کمرشکن درمان است اما با توجه به این‌که افزایش تعرفه‌ها و اضافه‌شدن خدمات پزشکی جدید به تعهدات پایه و بیمه کردن بدون پشتوانه مالی پایدار، منجر به مشکلاتی مانند افزایش بدهی سازمان‌های بیمه‌ای شده است و از طرفی دولت نیز به تنهایی قادر به تأمین مالی بخش درمان نخواهد بود. جلب مشارکت‌های مردمی و جذب کمک‌های خیرین و واگذاری امر بهداشت و درمان به مردم به صورت غیرانتفاعی و عام‌المنفعه می‌تواند در راستای توسعه اقتصادی و اجتماعی مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت موضوع سلامت و دسترسی به خدمات سلامت و تأکید برنامه‌های توسعه بر کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت، بهبود وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت و تأکید بر تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و مشکلات ایجاد شده برای سازمان‌های بیمه‌گر و کاهش توان مالی دولت‌ها در استمرار تأمین مالی بخش بهداشت، درآمدهای وقفی به عنوان یک منبع مالی بالقوه می‌تواند در تجهیز مراکز درمانی و کمک به اقشار آسیب‌پذیر در راستای استفاده از خدمات درمانی گران قیمت مورد استفاده قرار گیرد و در بالا رفتن سطح سلامت در جامعه و کاهش درصد مواجهه خانوار با فقر در اثر هزینه‌های درمانی مؤثر باشد. در این راستا راهکارهای زیر ارائه می‌شود:

- تدوین و اجرایی نمودن سیاست‌های حمایتی برای کاستن از مواجهه خانوارها (به خصوص خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر) از پرداخت‌های سلامتی که منجر به هزینه‌های کمرشکن و یا فقر می‌شود.
- توجه به ویژگی‌های خانوارها (نوع شغل، بعد خانوار، شهری یا روستایی، میزان درآمد و میزان آسیب‌پذیری از فقر) در تدوین تعرفه‌های درمانی
- هدایت انگیزه‌های خیرخواهانه مشارکتی مردم به سمت نیازهای واقعی جامعه و جلوگیری از اتلاف سرمایه‌های خیریه
- تقویت و گسترش فرهنگ وقف در راستای تأمین مالی عادلانه هزینه‌های سلامت
- فرهنگ‌سازی توسط رسانه‌ها در راستای گسترش امور درمانی وقفی

منابع

۱. آصف‌زاده؛ سعید و همکاران(۱۳۹۳). بررسی درآمد اختصاصی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان در سال ۱۳۹۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۹۲(۲۳): ۶۸-۶۳.
۲. راغفر؛ حسین، خضری، محمد، واعظ مهدوی؛ زینب و کبری سنگری مهنذب (۱۳۹۲). تأثیر ناکارایی بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور. مجله پژوهشی حکیم، ۱۶(۱): ۱۹-۹.
۳. صادقی؛ نغمه، زارع؛ حسین(۱۳۸۸). تأثیر نظام تأمین مالی در بهبود عملکرد بیمارستان. فصلنامه پایش، ۸(۲): ۱۴۵-۱۳۵.
۴. قیاسوند؛ حسام، هادیان؛ محمد و محمدرضا ملکی(۱۳۹۰). ارتباط بیمه سلامت و هزینه‌های سنگین خدمات درمانی در بیمارستان‌های مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله تحقیقات اقتصادی، ۹۴: ۲۲۴-۲۰۷.
۵. کریمی، ایرج؛ نصیری‌پور، امیر اشکان؛ ملکی، محمدرضا و هادی مخترع (۱۳۸۴). ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب ارائه‌الگو برای ایران، فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی مدیریت سلامت: ۱۸(۲۲).
۶. ماهر، علی؛ احمدی، علی محمد و شکری جمنانی، آناهیتا (۱۳۸۷). شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه‌ساز و کارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی، ۱: ۱۴۹-۱۱۵.
۷. یوسفی، مهدی، عساری آرانی؛ عباس و سبحانی؛ بهرام (۱۳۹۳). بررسی میزان مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت. مجله پی‌آورد سلامت، ۸(۶): ۵۲۷-۵۱۷.
۸. نگاهی نو به آثار اجتماعی وقف. ۱۳۹۶، قاسمی‌زاده راوری، انتشارات سازمان اوقاف و امور خیریه.
۹. عالم واقف. ۱۳۹۳، حاج ابراهیم میرزاخویی، انتشارات اوقاف.
۱۰. سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، ۱۳۸۳.
11. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data, Journal of Health Administration 2010; 13 (40):51-61
12. Knaul F, Frenk J.. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. Health Affairs, 2005; 24(6):1467-76.