

Health Insurance Systems in Selected MENA Countries: Institutional Design, Financing Mechanisms, and Evidence from FMOLS and DOLS Models

Soroush Rahmatian ¹, Vida Varahrami ²

1. PhD Student in Economics, Planning and Development Department, Faculty of Economics and Management, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding Author) E-mail: s.rahmatian@modares.ac.ir
2. Associate Professor, Department of Economics, Faculty of Economics and Political Science, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran E-mail: vida.varahrami@gmail.com

Abstract

This study evaluates, within a comparative framework, how differences in institutional design and financing structures of health insurance systems influence out-of-pocket (OOP) expenditure in Iran, Oman, the United Arab Emirates (UAE), and Saudi Arabia. Using annual panel data for the period 2000–2022, long-run relationships are estimated through Fully Modified Ordinary Least Squares (FMOLS) and Dynamic Ordinary Least Squares (DOLS) models with country and year fixed effects, addressing nonstationary and ensuring robustness. The results show that increases in gross domestic product (GDP) per capita and in the public share of health expenditure are associated with statistically significant reductions in OOP spending. Likewise, the expansion of public insurance schemes lowers OOP expenditure, whereas a higher share of the population aged 65 years and older increases OOP spending. By integrating econometric evidence with institutional comparison, the study concludes that reliance on public prepayment mechanisms and effective insurance coverage constitutes a necessary condition for strengthening households' financial protection.

For Iran, policy implications include gradually increasing the public share of health expenditure, expanding insurance coverage toward universal health coverage (UHC), and introducing elderly-oriented benefit packages to achieve durable reductions in OOP expenditure..

Article information

Review History:

Received: sep. 27, 2025
Revised: oct. 18, 2025
Accepted: nov. 25, 2025
Published online: apr. 28, 2026

Keywords:

Dynamic Ordinary Least Squares (DOLS)
Fully Modified Ordinary Least Squares (FMOLS)
Health Insurance
Out-of-Pocket Expenditure
Universal Health Coverage (UHC)

JEL Classification:

I13, I18, H51, O53

Corresponding Author:

s.rahmatian@modares.ac.ir



Purpose/Aims:

The main aim of this study is to conduct a comparative analysis of health insurance systems in Iran, the UAE, Oman, and Saudi Arabia in order to understand how institutional design and financing mechanisms influence households' financial protection. By reviewing the historical reforms and policy frameworks in these countries, the study addresses a central research question: to what extent can public investment and insurance expansion reduce the burden of OOP expenditure?

Beyond descriptive comparison, the study introduces an empirical dimension by examining the relationships among GDP per capita, public health expenditure, demographic changes, and OOP payments. By integrating institutional analysis with econometric modelling, the study provides insights into how Middle Eastern countries have pursued UHC under different institutional and economic settings.

Methodology & Framework

This research adopts a mixed-method approach. First, a qualitative and descriptive review examines the evolution of health insurance systems in the four countries, identifying institutional features, reform trajectories, and policy outcomes. This comparative institutional analysis establishes the contextual foundation for the empirical investigation.

Second, panel econometric models are estimated using annual data from 2000 to 2022. The models incorporate GDP per capita, government health expenditure, implementation of public insurance schemes, and the share of the elderly population aged 65 years and older as explanatory variables. FMOLS and DOLS estimation techniques are applied to account for cointegration and to obtain consistent long-run parameter estimates in the presence of nonstationary series. The inclusion of country and year fixed effects further controls for unobserved heterogeneity and common time shocks. This integrated methodological framework ensures both contextual depth and statistical robustness.

Findings

The comparative review reveals substantial diversity across the selected countries. Despite the enactment of a universal health insurance law, Iran continues to struggle with fragmented institutions and persistently high OOP expenditure. The UAE, through a mixed public-private model, has expanded insurance coverage and improved service quality but remains partially reliant on private contributions. Oman, benefiting from oil revenues, has historically provided free public health services and is gradually formalizing insurance coverage mechanisms. Saudi Arabia, while traditionally offering publicly funded services, has expanded cooperative health insurance to reduce pressure on the public sector.

The econometric findings confirm the proposed hypotheses. Higher GDP per capita and greater public health expenditure significantly reduce OOP expenditure

in the long run. Similarly, the expansion of public insurance schemes lowers OOP expenditure. In contrast, population aging exerts a positive and statistically significant effect on OOP spending. These findings demonstrate that economic growth and sustained public financing are critical drivers of financial protection, whereas demographic transition introduces structural pressures that require proactive policy adaptation.

Discussion

The comparative evidence highlights marked cross-country differences in financial protection and insurance design. Iran exhibits persistently high OOP expenditure, averaging approximately 49.5% of total health expenditure. In contrast, Oman records substantially lower OOP levels (approximately 8.78%), while Saudi Arabia and the UAE occupy intermediate positions at approximately 15.3% and 19.2%, respectively. These patterns are consistent with institutional characteristics: stronger and more stable public financing and comprehensive risk pooling correspond to better household financial protection, whereas fragmented insurance arrangements and heavier reliance on private payments sustain higher OOP burdens.

Econometrically, FMOLS and DOLS estimates reinforce this interpretation. The expansion of public insurance schemes is associated with a statistically significant reduction in OOP expenditure. Similarly, higher income levels and a greater public share of health expenditure correspond to lower OOP spending. Conversely, demographic aging increases financial pressure, as a higher proportion of individuals aged 65 years and older is associated with increased OOP expenditure in the long run.

In practical terms, the estimated marginal effects indicate that GDP growth and expanded public financing reduce OOP expenditure, public insurance implementation lowers OOP by several percentage points on average, and aging exerts upward pressure on household health spending. Overall, the results suggest that progress toward UHC in the region depends less on adopting a single institutional model and more on aligning fiscal capacity, risk-pooling architecture, and demographic realities.

Conclusion & Implications

This study concludes that durable reductions in OOP expenditure require sustained public prepayment mechanisms and effective insurance coverage embedded within coherent institutional arrangements rather than fragmented schemes. The combined comparative and econometric evidence demonstrate that increasing GDP per capita, raising the public share of health expenditure, and expanding public insurance coverage significantly reduce OOP expenditure, while population aging exerts upward pressure and should therefore be treated as a structural constraint in future reforms.

For Iran, the policy implications are clear. Gradually increasing the public share of health expenditure, expanding insurance coverage toward UHC, and introducing elderly-oriented benefit packages are necessary to mitigate aging-related cost pressures and strengthen financial protection. Beyond fiscal expansion, reforms should prioritize consolidation of fragmented insurance funds, implementation of risk-equalization mechanisms, and stronger regulatory oversight to limit cost shifting to households, particularly through co-payments and private billing practices.

More broadly, the regional experience suggests that UHC should be conceptualized as a strategic investment in social welfare and economic development, requiring stable public financing, institutional coherence, credible governance, and evidence-based implementation to achieve lasting financial protection.

نظام بیمه سلامت کشورهای منتخب منا: چالش‌ها، اصلاحات و

شواهد تجربی از مدل‌های FMOLS و DOLS

سروش رحمتیان^۱ , ویدا ورهرامی^۲

۱. دانشجوی دکتری اقتصاد، گروه برنامه‌ریزی و توسعه، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
s.rahmatian@modares.ac.ir

۲. دانشیار گروه اقتصاد، گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و علوم سیاسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
vida.varahrami@gmail.com

چکیده	اطلاعات مقاله
این پژوهش، با هدف ارزیابی تطبیقی تأثیر تفاوت‌های نهادی و مالی نظام‌های بیمه سلامت بر پرداخت مستقیم از جیب در چهار کشور ایران، عمان، امارات متحده عربی و عربستان سعودی انجام شده است. از داده‌های تابلویی سالانه ۲۰۰۲-۲۰۲۲ استفاده و برای برآورد رابطه بلندمدت و رفع چالش‌های ناپایی و بررسی استحکام نتایج، از دو روش FMOL و DOLS با اثرات ثابت مقطعی و زمانی بهره گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد، افزایش تولید ناخالص داخلی و نیز افزایش سهم مخارج دولت از سلامت، با کاهش معنادار پرداخت‌های مستقیم از جیب همراه است؛ گسترش طرح‌های عمومی بیمه نیز کاهش معنادار پرداخت‌های مستقیم را توضیح می‌دهد، درحالی‌که رشد سهم جمعیت سالمند، اثر افزایشی بر پرداخت‌های مستقیم از جیب دارد. برآیند شواهد کمی و مقایسه نهادی، دلالت می‌کند که اتکا به پرداخت‌های عمومی و پوشش بیمه‌ای کارآمد، شرط لازم برای تقویت حفاظت مالی خانوارها است. پیام سیاستی مشخص برای ایران، آن است که با افزایش تدریجی سهم مخارج عمومی سلامت و تعمیق پوشش بیمه‌ای و حرکت به سمت بیمه سلامت همگانی با تأکید و طراحی بسته‌های ویژه سالمندی، می‌توان بار پرداخت‌های مستقیم از جیب را به‌طور پایدار کاهش داد.	تاریخچه داوری: دریافت: ۱۴۰۴/۷/۵ بازنگری: ۱۴۰۴/۷/۲۶ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۴ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۲/۸ کلمات کلیدی: بیمه سلامت پرداخت از جیب پوشش همگانی سلامت داده‌های تابلویی طبقه‌بندی JEL: I13, I18, H51, O53 نویسنده مسئول: s.rahmatian@modares.ac.ir

۱. مقدمه

سلامت یکی از ارکان اساسی رفاه فردی و اجتماعی است که تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی، بهره‌وری اقتصادی و توسعه پایدار دارد. دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و با کیفیت برای تمامی افراد جامعه ضروری است، زیرا عدم دسترسی به این خدمات، می‌تواند منجر به تشدید مشکلات بهداشتی، افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش سطح بهزیستی اجتماعی شود. در دنیای امروز، به دلیل شیوع بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، سلامت افراد نه تنها به عوامل فردی بلکه به سیاست‌ها و زیرساخت‌های بهداشتی نیز وابسته است. دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی برای تمامی اقشار جامعه، به‌ویژه افراد با درآمد پایین و جمعیت‌های آسیب‌پذیر، یکی از اولویت‌های اصلی هر کشور است که می‌تواند به کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی کمک کند.

سلامت برای بهبود کیفیت زندگی افراد در تمام کشورها حیاتی است. سازمان بهداشت جهانی معتقد است که سیستم‌های بهداشتی باید سلامت افراد را حفظ کنند و ارتقاء دهند و در عین حال، انتظارات آنها را برآورده کنند و آنها را از بیماری‌ها و بارهای مالی محافظت نمایند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۷۸). نرخ موفقیت سیستم‌های بهداشتی برای سیاست‌گذاران از اهمیت بالایی برخوردار است. دستیابی به عدالت در ارائه خدمات دشوار است؛ زیرا بیماری، ناتوانی، مرگ زودرس و مرگ و میر در افرادی که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری دارند، بیشتر شایع است.

سلامت، سرمایه‌گذاری اساسی در سرمایه انسانی و رشد اقتصادی است. بدون سلامت مناسب، کودکان قادر به رفتن به مدرسه و بزرگسالان قادر به کار کردن نخواهند بود. بنابراین، تأمین مالی خدمات سلامت، هزینه نیست، بلکه سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی است (گلایزر و همکاران، ۱۳۸۸). در تحقق اهداف توسعه پایدار، سلامت نقشی محوری دارد، زیرا سلامت، پیش‌شرط، نتیجه و شاخصی برای هر سه بعد توسعه پایدار است (سرف، ۲، ۱۳۹۸). به دنبال آشکار شدن اهمیت دسترسی به سلامت، پوشش جهانی سلامت ۳ در سال ۲۰۱۰، یکی از اهداف توسعه پایدار اعلام شد که به این معنا است که همه افراد بتوانند مراقبت‌های پیشگیری، درمانی و توانبخشی مناسب را بدون رنج بردن از سختی‌های مالی دریافت کنند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۰).

تأمین مالی پایدار، یکی از چالش‌های اصلی سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان است. هزینه‌های رو به افزایش درمان، به‌ویژه در جوامع با جمعیت سالمند یا در حال توسعه، فشار زیادی بر منابع مالی دولت‌ها و خانوارها وارد می‌کند. بنابراین، طراحی مدل‌های تأمین مالی کارآمد و عادلانه برای تأمین هزینه‌های سلامت، امری ضروری است. یکی از روش‌های مؤثر برای تأمین مالی خدمات بهداشتی، بیمه سلامت است که می‌تواند هزینه‌های سنگین درمان را برای افراد کاهش دهد و از فشار

1. Glazier et al. (2009).

2. Cerf (2019).

3. UHC

مالی بر سیستم‌های بهداشتی عمومی بکاهد. علاوه بر این، استفاده از فناوری‌های نوین در مدیریت منابع و خدمات بهداشتی، می‌تواند به بهبود کارایی سیستم‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها کمک نماید و در عین حال، دسترسی به خدمات درمانی را برای افراد بیشتر و بهتر کند. یکی از اهداف سیستم‌های بهداشتی، محافظت از افراد در برابر هزینه‌های مالی بیماری از طریق کاهش یا حذف پرداخت‌های مستقیم^۱ است (شيسانان^۲ و همکاران، ۱۳۸۵).

در این زمینه، در پنجاه و هشتمین مجمع جهانی بهداشت، از کشورهای عضو خواسته شد تا اطمینان حاصل کنند که سیستم‌های تأمین مالی بهداشت، مکانیزم‌های پیش‌پرداخت برای خدمات بهداشتی معرفی کنند تا ریسک بین جمعیت توزیع شود و از بروز هزینه‌های بهداشتی فاجعه‌بار و فقر افراد به دلیل دریافت مراقبت جلوگیری شود (مولوپی^۳ و همکاران، ۱۳۹۲).

نظام‌های سلامت با دسترسی همگانی، از افراد در برابر بیماری محافظت بهتری خواهند کرد و همچنین موجب افزایش رشد اقتصادی می‌شوند؛ با حفظ سلامت افراد، به مبارزه با فقر کمک می‌کنند و از طریق اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت، موجب همبستگی اجتماعی می‌شوند (اونس^۴ و همکاران، ۱۳۹۱). پوشش سلامت همگانی به دنبال کاهش بارهای مالی و فقر ناشی از هزینه‌های بهداشتی است و در عین حال، دسترسی به خدمات بهداشتی مهم را برای همه افراد افزایش می‌دهد. مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت، مستلزم ثبت‌نام همگانی در یک سیستم برای حفاظت مالی و همچنین دسترسی جهانی به خدمات بهداشتی ترویجی، پیشگیرانه، درمانی و توانبخشی با کیفیت بالا است. پوشش سلامت جهانی، می‌تواند از شوک‌های مالی مرتبط با سلامت جلوگیری کند که می‌تواند خانواده‌ها را به فقر بکشانند (مالاویاه و همکاران، ۱۴۰۱).

افزایش حفاظت مالی و بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی، هسته یک سیستم تأمین مالی و بیمه را تشکیل می‌دهند. بیمه سلامت از سیستم مراقبت‌های بهداشتی پشتیبانی می‌کند و به عنوان یک سازمان واسطه‌ای بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات عمل می‌کند. وظایف آنها شامل جمع‌آوری درآمد، انباشت آن، خرید خدمات، فراهم کردن حفاظت مالی و ارتقاء منافع مالی بیشتر برای سلامت و رفاه جامعه است (دی و باخ^۵، ۱۳۹۸).

اصطلاح بیمه به سیستم حفاظت مالی اشاره دارد که به عنوان ابزار کنترل ریسک عمل می‌کند. انسان‌ها به صورت ذاتی در جستجوی امنیت، ایمنی و آرامش در طول زندگی خود هستند، که این امر، نقش بیمه را پررنگ‌تر می‌کند؛ زیرا بیمه حفاظتی در برابر ریسک‌های زندگی فراهم می‌آورد (خان

1. OOP
2. Shisana et al. (2006).
3. Mulupi et al. (2013).
4. Evans et al. (2012).
5. Malaviya et al. (2022).
6. Day and Bach (2019).

و عظیمی، ۱۳۹۶). وظایف بیمه سلامت به سیاست‌گذاران در اصلاحات سیستم بهداشتی به عنوان یک موضوع کلیدی کمک می‌کند. مشکلات ساختاری، عدم دستیابی به نتایج مطلوب، تغییر الگوهای بیماری، تغییرات جمعیتی، معرفی تجهیزات و فناوری‌های جدید، افزایش هزینه‌های سیستم بهداشتی و از سوی دیگر، کمبود منابع، از عواملی هستند که اصلاحات در سیستم بهداشتی را ضروری و تسریع می‌کنند (بشور^۱ و همکاران، ۱۳۸۸).

بیمه سلامت به عنوان گزینه‌ای برای کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب برای بهداشت و سلامت در نظر گرفته می‌شود (الحنای^۲ و همکاران، ۱۳۹۸). از این روی، اهمیت صنعت بیمه در دسترسی به سلامت و کاهش هزینه‌های آن و رسیدن به اهداف پوشش همگانی سلامت مشخص می‌شود. کشورهای مختلفی دستیابی به پوشش همگانی سلامت را هدف خود قرار دادند و اهمیت بیمه سلامت برای دستیابی به این هدف در برنامه‌های اصلاح ساختاری نظام سلامت و درمان آن‌ها مشخص است. در این میان، کشورهای عمان، امارات متحده عربی و عربستان سعودی از منطقه منا^۳ انتخاب شده‌اند و در این مطالعه، ساختار و پوشش‌های بیمه سلامت این ۳ کشور با جمهوری اسلامی ایران مقایسه می‌شود تا چالش‌ها و موانع موجود برای بهبود وضعیت بیمه سلامت عیان گردد. در کشورهای مورد مطالعه، ساختارهای تأمین مالی متفاوت‌اند: اتکای نسبی به درآمدهای عمومی و یارانه‌های بودجه‌ای، در کنار پوشش‌های پایه، بخش خصوصی مکمل، الگوهای متمایزی از انتقال ریسک و بار مالی ایجاد می‌کند.

ادبیات تجربی نیز نشان می‌دهد که افزایش سهم مخارج عمومی سلامت و اصلاحات گسترش پوشش، با افت پرداخت‌های مستقیم از جیب و کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های فاجعه‌آمیز همبسته است. بر همین مبنا، در این پژوهش، یک مدل داده‌های تابلویی را برای آزمون رابطه بین الگوی تأمین مالی و پرداخت مستقیم از جیب در چهار کشور منتخب به کار می‌گیریم.

هدف از این پژوهش، واکاوی تطبیقی اثر تفاوت‌های نهادی و مالی نظام‌های بیمه سلامت در ایران، عمان، امارات متحده عربی و عربستان سعودی بر پرداخت مستقیم از جیب خانوار است. در فاز نخست، با بررسی روند تحول‌های تاریخی، تحلیل توصیفی و نموداری، روندهای زمانی، سهم مخارج عمومی و خصوصی سلامت، شاخص‌های پوشش بیمه‌ای اجباری و پرداخت‌های مستقیم از جیب مقایسه می‌شود تا شباهت‌ها و تفاوت‌های سیاستی چهار کشور مشخص گردد.

در گام بعد، با استفاده از داده‌های تابلویی دوره زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۱ و برآوردهای FMOLS و DOLS اثرات بلندمدت سهم مخارج عمومی سلامت، ابعاد پوشش بیمه‌ای، تولید ناخالص داخلی و نسبت سالمندان بر پرداخت‌های مستقیم آزمون می‌شود. پرسش محوری این است که آیا تقویت

1. Bashshur et al. (2006).

2. Al-Hanawi et al. (2019).

3. MENA

تأمین مالی عمومی و گسترش پوشش بیمه‌ای، فشار مالی بر خانوارها را به‌طور معنادار کاهش می‌دهد و نقش رشد اقتصادی و سالمندی در تعدیل و یا تشدید این رابطه چیست. در پایان، شواهد توصیفی و نتایج برآورد تلفیق می‌شود تا درس‌آموخته‌های سیاستی برای ایران درخصوص کاهش بار پرداخت‌های مستقیم از جیب و دستیابی به بیمه سلامت همگانی ارائه گردد.

در ادامه، به اهداف پژوهش و سپس به مبانی نظری و پیشینه تحقیق پرداخته خواهد شد و پس از آن، به معرفی وضعیت بیمه سلامت در کشورهای عمان، امارات متحده عربی، عربستان و جمهوری اسلامی ایران پرداخته می‌شود. نتایج مدل داده‌های تابلویی بحث بعدی است. در انتها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری گزارش می‌شود.

۲. مبانی نظری

بیمه درمانی یکی از مهم‌ترین ابزارها برای افزایش رفاه اجتماعی و کاهش آثار منفی بی‌اطمینانی در حوزه سلامت است. از آنجا که افراد معمولاً ریسک‌گریز هستند، بیمه درمانی به آن‌ها امکان می‌دهد تا خود را در برابر شوک‌های مالی ناشی از بیماری محافظت کنند و بدین ترتیب، سطح رفاه فردی و جمعی ارتقا یابد. با این حال، به دلیل وجود عواملی مانند عدم تقارن اطلاعاتی میان پزشک و بیمار، خطر اخلاقی، و هزینه‌های اجرایی، بازار به‌تنهایی قادر به ارائه پوشش کامل و کارآمد بیمه درمان نیست؛ از این رو، ورود دولت یا نهادهای عمومی برای اصلاح این شکست بازار و گسترش دسترسی به بیمه ضروری است. در نهایت، بیمه درمانی فراتر از یک سازوکار مالی، نهادی اجتماعی است که با حمایت از اقشار آسیب‌پذیر، کاهش نابرابری‌ها، و افزایش بهره‌وری نیروی کار، نقش مهمی در تحقق عدالت اجتماعی و توسعه پایدار ایفا می‌کند (ارو، ۱۳۵۷).

رکن اصلی در رسیدن به هدف پوشش همگانی سلامت، تأمین مالی و چگونگی فراهم کردن هزینه مخارج این بخش است. روش‌های مختلفی برای این امر وجود دارد. در ادامه، به معرفی پنج مورد از روش‌ها خواهیم پرداخت.

تأمین مالی سلامت و درمان از طریق مالیات عمومی از دیدگاه کلان اقتصادی بسیار کارآمد است. مالیات عمومی به کنترل هزینه‌ها کمک می‌کند و موجب اولویت‌بندی از طریق بودجه‌های محدود سلامت و درمان که توسط دولت تعیین می‌شود، می‌گردد. تحت تأمین مالی مالیات، دولت انگیزه و ظرفیت بالایی برای کنترل هزینه‌ها دارد (بارنوم^۲ و همکاران، ۱۳۷۴). از دیدگاه اقتصاد خرد نیز، مالیات عمومی یک روش کارآمد برای تأمین مالی خدمات سلامت است؛ زیرا معمولاً شامل هزینه‌های اداری کمی است. با این حال، وابستگی به تأمین مالی از طریق مالیات عمومی، می‌تواند در زمان‌های دشواری‌های اقتصادی و مالی، سیستم سلامت و درمان را آسیب‌پذیر کند. تأمین مالی خدمات

1. Arrow (1978).

2. Barnum et al. (1995).

بهداشتی از طریق مالیات عمومی دسترسی همگانی به خدمات را تضمین می‌کند، صرف‌نظر از توانایی فرد برای پرداخت و با حداقل جدایی بین مشارکت‌های مالی فرد و استفاده از خدمات بهداشتی (الضاوی^۱ و همکاران، ۱۳۸۶).

حساب‌های پس‌انداز پزشکی، حساب‌های شخصی هستند که افراد به‌طور منظم درصدی از درآمد خود را به آنها واریز می‌کنند تا از آنها برای هزینه‌های پزشکی آینده استفاده نمایند. حساب‌های پس‌انداز پزشکی، می‌توانند به‌عنوان مشارکت‌های داوطلبانه یا اجباری پرداختی توسط افراد، خانوارها یا شرکت‌ها در حساب‌های پس‌انداز شخصی تعریف شوند که به گسترش ریسک مالی سلامت ضعیف در طول زمان کمک می‌کنند. پس‌اندازهای این نوع حساب‌ها می‌تواند برای هزینه‌های بهداشتی شخصی برداشت شود. طرح حساب‌های پس‌انداز پزشکی مشابه سایر طرح‌های حساب‌های پس‌انداز است، با این تفاوت که هیچ تجمع ریسک افقی وجود ندارد. بنابراین، افراد همچنان در معرض هزینه‌های بالای ناشی از آسیب یا بیماری مزمن یا فاجعه‌آمیز هستند (موسیالوس^۲ و همکاران، ۱۳۸۱).

پرداخت‌های مستقیم از جیب توسط بیمار برای استفاده از خدمات بهداشتی خاص، چه در بخش عمومی و چه در بخش خصوصی، انجام می‌شود. علاوه بر این، ممکن است مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی مجبور شوند برای تمام یا بخشی از هزینه یک خدمت خاص که توسط بخش عمومی ارائه می‌شود، از طریق هزینه‌های کاربر پرداخت کنند. به‌طور مکرر، مصرف‌کنندگان بهداشتی انتخاب می‌کنند که به‌طور خصوصی برای مداخلات خاص در صورت نیاز پرداخت کنند. استدلالی برای کارایی در حمایت از چنین هزینه‌هایی، آن است که این هزینه‌ها استفاده مسئولانه از منابع را با محدود کردن فرایندهای بی‌فایده و غیرضروری تشویق می‌کند. هزینه‌های کاربر همچنین به محدود کردن مجموع هزینه‌های بهداشتی که دولت به‌طور عمومی تأمین می‌کند، کمک می‌نماید. با این حال، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، هزینه‌های بالا، مردم را از درخواست درمان منصرف می‌کند یا آنها را مجبور به استفاده از بخش‌های دیگر سیستم بهداشت می‌کند که در آنجا هزینه‌ها اعمال نمی‌شود (مکسول^۳ و همکاران، ۱۳۸۰).

در سیستم‌های بیمه اجتماعی، مشارکت‌های مرتبط با درآمدهای کارفرما و یا کارمندان به صندوق‌های بیمه اجتماعی یا صندوق‌های بیماری پرداخت، و توسط آنها مدیریت می‌شود. مشارکت‌های بیمه اجتماعی از یک پایه باریک‌تر نسبت به مالیات عمومی جمع‌آوری می‌شود، با این تفاوت که هزینه‌ها به‌طور عمده برعهده کارفرمایان و کارمندان است، نه گروه گسترده‌تری از مالیات‌دهندگان. انتقاد از سیستم‌های بیمه اجتماعی سنتی، این است که این صندوق‌ها انگیزه کمی

1. Al-Dhawi et al. (2007).

2. Mossialos et al. (2002).

3. Maxwell et al. (2001).

برای کنترل پرداخت‌ها به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی دارند؛ زیرا قادر به افزایش نرخ مشارکت‌ها هستند. به همین دلیل، بسیاری معتقدند که توانایی کنترل هزینه‌ها تحت مدل‌های بیمه اجتماعی سنتی ضعیف بوده و منجر به استفاده غیرکارآمد از منابع شده است. افزایش شدید هزینه‌ها و کسری‌های جدید در صندوق‌های بیمه اجتماعی در سال‌های اخیر، کشورهای زیادی را مجبور کرده است تا اصلاحاتی در سیستم‌های بیمه اجتماعی خود انجام دهند که منجر به حرکت به سمت ترتیبات تأمین مالی می‌شود که کنترل بیشتری بر سطح کلی هزینه‌های بهداشت و درمان داشته باشد (موسیالوس^۲ و همکاران، ۱۳۸۱).

طرح‌های بیمه سلامت خصوصی توسط افراد یا کارفرمایان به‌طور غیرمستقیم، برای کارکنان استفاده می‌شود. میزان استفاده از بیمه سلامت خصوصی برای تأمین هزینه‌های بهداشتی در کشورهای مختلف، به‌طور قابل توجهی متفاوت است. در برخی کشورها، مانند ایالات متحده، بیمه خصوصی به عنوان تنها روش پوشش بهداشتی برای اکثریت جمعیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. در کشورهای دیگر، بیمه خصوصی به‌طور عمده توسط افراد در گروه‌های درآمدی بالاتر استفاده می‌شود. آن‌ها از بیمه سلامت خصوصی به عنوان جایگزینی برای بیمه اجتماعی و یا به عنوان مکمل پوشش‌های ارائه شده توسط دولت استفاده می‌نمایند. سطح دسترسی به خدمات بهداشتی به‌طور عمده توسط سطح پوشش بیمه‌ای که فرد می‌تواند خریداری کند، تعیین می‌شود و مشارکت‌ها بر اساس ارزیابی ریسک سلامت فرد توسط بیمه‌گر است، نه توانایی فرد برای پرداخت. به‌طور معمول افراد فقیرتر، مسن‌تر و کمتر سالم، از نظر بیمه‌گران خصوصی ریسک سلامت بیشتری دارند و بنابراین، بالاترین حق بیمه‌های بیمه‌ای را پرداخت می‌کنند. چنین طرح‌های بیمه خصوصی از نظر اقتصادی ناعادلانه هستند (وگستاف^۱ و همکاران، ۱۳۷۹).

پرداخت مستقیم از جیب، یکی از شاخص‌های مهم عدالت در نظام سلامت است که سهم زیادی از بار مالی را به خانوارها تحمیل می‌کند و می‌تواند منجر به فقر سلامت شود (شو^۳ و همکاران، ۱۳۸۲). در ادبیات اقتصادی، چند متغیر کلیدی به عنوان عوامل تعیین‌کننده پرداخت‌های مستقیم از جیب معرفی شده‌اند. نخست، مخارج سلامت دولت، نقش اساسی در کاهش OOP دارد؛ به‌گونه‌ای که افزایش سهم دولت از تأمین مالی سلامت، موجب کاهش فشار مالی بر خانوار می‌شود (وگستاف^۱ و ون دورسلار^۴، ۱۳۷۱؛ بانک جهانی، ۱۳۹۸)؛ دوم، طرح‌ها و پوشش‌های بیمه‌ای عمومی از طریق گسترش ریسک پولینگ و کاهش پرداخت‌های غیرمستقیم، سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب را کاهش می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۳۸۹)؛ سوم، درآمد سرانه یا تولید ناخالص داخلی سرانه، رابطه‌ای دوگانه با پرداخت‌های مستقیم از جیب دارد؛ در کشورهای با درآمد پایین‌تر، خانوارها بیشتر

1. Wagstaff et al. (1999).

2. Xu et al. (2003).

3. van Doorslaer (1992).

به پرداخت‌های مستقیم وابسته‌اند، در حالی که با افزایش سطح توسعه اقتصادی، وابستگی به پرداخت‌های مستقیم از جیب کاهش می‌یابد (ون دورسلار^۲، ۱۳۸۶). از این رو، انتظار می‌رود که تغییرات در این متغیرها، تأثیر معناداری بر سطح پرداخت مستقیم از جیب در کشورهای منتخب منطقه داشته باشد.

تأمین مالی پایدار و کارآمد در نظام سلامت، یکی از مهم‌ترین عوامل دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. روش‌های مختلفی مانند مالیات عمومی، بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی، پرداخت‌های از جیب و حساب‌های پس‌انداز پزشکی، هر یک با مزایا و چالش‌های خاص خود، در تأمین هزینه‌های سلامت نقش دارند. در حالی که مالیات عمومی و بیمه اجتماعی می‌توانند به توزیع عادلانه‌تر خدمات درمانی کمک کنند، پرداخت‌های مستقیم از جیب و بیمه‌های خصوصی ممکن است باعث افزایش هزینه‌های فردی و کاهش دسترسی اقشار کم‌درآمد به خدمات درمانی شوند. از این رو، انتخاب یک مدل مناسب تأمین مالی که بتواند هم عدالت در سلامت را تضمین کند و هم از نظر اقتصادی کارآمد باشد، از ضروریات سیاست‌گذاری در نظام‌های بیمه سلامت محسوب می‌شود.

۳. پیشینه پژوهش

مطالعات متعددی در زمینه نظام‌های بیمه سلامت و تأمین مالی آن و پوشش‌های آن انجام شده است که هر کدام ابعاد مختلفی از این موضوع را بررسی کرده‌اند. در برخی پژوهش‌ها، نظام‌های تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مقایسه شده‌اند، در حالی که در برخی دیگر، تأثیر انواع مختلف بیمه‌های سلامت بر دسترسی، کیفیت خدمات و عدالت اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در ادامه، به مرور برخی از مهم‌ترین پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه پرداخته می‌شود.

۳-۱. مطالعات داخلی

ماهر (۱۳۸۲) در پژوهش «مطالعه تطبیقی نظام پرداخت هزینه‌های درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران»، ابتدا به بیان و بررسی انواع نظام‌های پرداخت عبارت از: نظام پرداخت کارانه، نظام پرداخت موردی، نظام پرداخت روزانه، نظام پرداخت پاداش، نظام پرداخت با نرخ ثابت، نظام پرداخت سرانه، نظام پرداخت حقوق و نظام پرداخت بودجه‌ای، پرداخته است، سپس به بررسی و مقایسه نظام پرداخت ده کشور: آلمان، آمریکا، استرالیا، انگلستان، پاکستان، ترکیه، ژاپن، فرانسه، کانادا و کره جنوبی با ایران پرداخته است و در نهایت، یک پیشنهاد برای بهبود نظام داخل بیان می‌کند. او تصریح می‌کند که بهتر است در کشور، نظام پرداخت سرانه در سطح اول و نظام پرداخت موردی و کارانه، به ترتیب، در سطوح دوم و سوم، به صورت یک نظام پرداخت ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد.

وفایی نجار و همکاران (۱۳۸۶) در مقاله «مطالعه تطبیقی ساختار و محتوای بیمه درمان مکمل در چند کشور منتخب و ارائه الگویی برای ایران»، با پارامترهای سازمان و مدیریت، مبنای پوشش

جمعیت، معیارهای تعیین حق بیمه، روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات، حدود و تعهدات خدمات و نظارت و ارزشیابی، به بررسی و مقایسه کشورهای آمریکا، آلمان، اسلواکی، انگلیس، بلژیک، فرانسه، فنلاند، فیلیپین و هلند با ایران می‌پردازند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که پوشش ناکافی خدمات بیمه درمانی همگانی مهم‌ترین عامل انتخاب بیمه درمان مکمل است. آن‌ها پیشنهاد می‌دهند که از بیمه‌ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی با ایجاد رقابت میان آن‌ها بهره‌گرفت تا منجر به افزایش کیفیت و بهبود سطح رضایتمندی مصرف‌کننده گردد.

زارع و گودرزی (۱۳۸۶) در پژوهش «سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی»، ۱۰ کشور آمریکا، ایتالیا، روسیه، لاتویا، سوئد، دانمارک، نروژ، هلند، پرتغال و ایران را در محورهای حدود و تعهدات خدمات موجود در بسته‌های خدمات درمانی، مبانی پوشش جمعیت برای استفاده از بسته خدمات درمانی، روش‌های تأمین منابع مالی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی بررسی کردند. آن‌ها مشکلات بخش سلامت کشور ایران را مربوط به تعریف ناشفاف و نادرست بسته‌های خدمات درمانی، مناسب نبودن فرایند تعریف بسته‌ها و ناکافی بودن مبانی قانونی می‌دانند. آن‌ها یک ساختار سازمانی برای تعریف بسته‌ها پیشنهاد می‌کنند. به پیشنهاد آن‌ها یک بسته بیمه‌ای درمانی باید ابتدا به وسیله وزارت بهداشت طراحی گردد، سپس با مشورت سازمان‌های بیمه‌ای مرتبط صورت پذیرد. در نهایت، یک شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی با همراهی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ایجاد شود.

صفدری و همکاران (۱۳۸۹) در مقاله «مطالعه تطبیقی مکانیزم پرداخت بیمه‌های درمانی در کشورهای آمریکا و استرالیا و ایران»، به مطالعه تطبیقی نظام پرداخت بیمه درمان و ارائه راهکار پرداخته‌اند. آن‌ها یک پژوهش کاربردی با روش توصیف تطبیقی میان کشورهای آمریکا و استرالیا و ایران در طی سال ۱۳۸۸ انجام داده‌اند. در کشورهای مورد بررسی آن‌ها، پوشش خدمات در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی و بر حسب اقامت، پرداخت حق بیمه و شغل می‌باشد. شیوه پرداخت آن‌ها: پرداخت کارانه، پرداخت حقوق بگیری، پرداخت موردی و بودجه است. آن‌ها پیشنهاد می‌دهند که سیستم بیمه درمان ایران باید به گسترش پوشش جمعیتی بپردازد و نظام پرداخت معلوم حق‌الزحمه را تدوین کند.

کریمی و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله «بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب»، به بررسی و مقایسه مدل‌های بیمه بهداشتی-درمانی-حمایتی کشورهای آمریکا، پاراگوئه، انگلستان، سوئد، فرانسه، تایلند، استرالیا و ژاپن با ایران می‌پردازد. آن‌ها بررسی خود را پیرامون تقسیم‌بندی نظام بیمه‌ای و تحلیل در محورهای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی کلان، ساختار و مبنای پوشش انجام دادند. آن‌ها بیان می‌کنند که مدل‌های بیمه‌ای که طراحی آن در سطح وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و در سطح ملی و منطقه‌ای اجرا می‌شود، عامل فقر را بهتر پوشش می‌دهد.

محمدی و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله «بررسی ساختار بیمه سلامت اجتماعی در کشورهای منتخب؛ ارائه چهارچوبی برای بیمه درمانی پایه در ایران»، به دنبال تهیه چهارچوبی برای بیمه سلامت اجتماعی در ایران و انجام مطالعه تطبیقی در کشورهای منتخب دارای بیمه سلامت اجتماعی هستند. آن‌ها کار خود را در سه مرحله انجام دادند. در مرحله اول، ساختار بیمه سلامت کشورهای آلمان، کره جنوبی، مصر و استرالیا را بررسی و مقایسه کردند. در مرحله بعد، یک مدل برای تعیین نقاط مشترک و متمایز ساختار بیمه سلامت ایران طراحی کردند و در نهایت، به اعتبارسنجی مدل تحقیق خود پرداختند. آن‌ها با استفاده از یافته‌های پژوهش خود، چهارچوبی را برای نظام بیمه اجتماعی سلامت ایران به صورت یک سازمان بیمه اجتماعی سلامت همراه با پنج صندوق کارکنان دولت، شرکت‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد، بیمه‌شدگان خویش‌فرما، روستاییان و سایرین ارائه کردند.

سعادت‌ی و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله «مطالعه تطبیقی عدالت در تأمین مالی در مدل‌های بیمه سلامت»، ابتدا یک شاخص عدالت استخراج کرده‌اند. در کشورهای مورد مطالعه آن‌ها، چهار مدل تأیید مالی شامل بیمه درمان ملی، سیستم طب ملی، بیمه درمان اجتماعی و بیمه خصوصی استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد که فرانسه و استرالیا از دو مدل به صورت همزمان استفاده می‌کنند و کشورهای انگلیس، دانمارک، کانادا و آلمان، بالاترین میزان شاخص مشارکت عادلانه را دارند. همچنین آن‌ها بیان می‌دارند که سیستم بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های ملی و سیستم ملی بهداشت، می‌توانند عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان دهند.

حضر مقدم و جهانگیری (۱۳۹۸) در پژوهش «شناسایی و بررسی محصولات بیمه‌ای درمان در کشورهای منتخب»، به بررسی و مقایسه محصولات بیمه درمان موجود در کشورهای آلمان، انگلیس، کانادا، آمریکا، ترکیه با ایران پرداختند. نتایج نشان می‌دهد که تنوع محصولات بیمه درمان در ایران با سایر کشورها اختلاف چشمگیری ندارد. آن‌ها علت ضریب نفوذ پایین بیمه‌های درمان در کشور ایران را عدم گسترش بیمه‌نامه‌های انفرادی درمان، عدم جامعیت پوشش بیمه‌نامه‌های موجود و کیفیت نامطلوب ارائه خدمات و عدم ارائه محصولات بیمه درمان مناسب با نیاز و درخواست افراد می‌دانند. آن‌ها پیشنهاد می‌دهند بسته به بیمه‌نامه‌های تکمیلی از طریق تحت پوشش قرار دادن مواردی نظیر هزینه‌های اتاق، غذا و همراه بیمار، هزینه‌های انتقال و جابجایی، خدمات پیشگیری، خدمات توانبخشی، مراقبت در منزل، و ... جامع‌تر گردد.

بازیار و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه «تجربیات ادغام صندوق‌های بیمه سلامت در کره جنوبی، ترکیه، تایلند و اندونزی: یک مطالعه مقایسه‌ای بین کشوری»، بیان می‌دارند که تقسیم شدن در سیستم بیمه سلامت، ممکن است که منجر به نابرابری در دسترسی مالی و استفاده از خدمات مراقبت بهداشتی شود. آن‌ها برای این منظور، به بررسی و مقایسه تجربیات کشورهای کره جنوبی، ترکیه، تایلند و اندونزی در رابطه با ادغام صندوق‌های بیمه سلامت پرداختند. آن‌ها این کشورها را هدفمند

به دلیل دسترسی به داده‌های مربوط انتخاب کردند و با رویکرد تحلیل محتوای مبتنی بر داده، محتوای اسناد را تجزیه و تحلیل کرده‌اند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که بهبود عدالت در تأمین مالی سلامت و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در میان گروه‌های مختلف جمعیت، یکی از محرک‌های اصلی ادغام صندوق‌های بیمه سلامت بوده است. تجربه این کشورها همچنین تأکید می‌کند که تعهد سیاسی و تجربه یک رشد اقتصادی قابل اعتماد برای افزایش بسته مزایا و حمایت مالی از طرح واحد بیمه ملی پس از ادغام برای تسهیل اجرای ادغام صندوق‌های بیمه سلامت ضروری است. اگر قرار است ادغام راه را برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت هموار کند، سایر اصلاحات بهداشتی کمک کننده باید به‌طور همزمان یا متوالی در دو بخش عرضه و تقاضای نظام سلامت اجرا شوند.

با وجود مطالعات گسترده در زمینه نظام‌های بیمه سلامت در کشورهای مختلف، بررسی تطبیقی نظام بیمه سلامت در کشورهای حوزه منا، به‌ویژه عمان، امارات و عربستان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این کشورها به دلیل شباهت‌های فرهنگی، اقتصادی و سیاست‌های کلان سلامت، نمونه‌های مناسبی برای تحلیل و مقایسه الگوهای تأمین مالی، پوشش بیمه‌ای و مکانیزم‌های ارائه خدمات درمانی هستند. در مطالعه حاضر، با بررسی تطبیقی نظام بیمه سلامت در این کشورها، به دنبال شناسایی نقاط قوت و ضعف هر سیستم و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود سیاست‌های بیمه‌ای در ایران بوده‌ایم. این پژوهش، نه تنها به غنای ادبیات موجود کمک می‌کند، بلکه می‌تواند مبنایی برای اصلاحات ساختاری در نظام سلامت ایران باشد.

۲-۳. مطالعات خارجی

کورنیف^۱ و همکاران (۱۳۹۶) در یک مرور نظام‌مند با عنوان «پیشرفت و پیامدهای اصلاحات نظام سلامت در امارات متحده عربی»، تجربیات دبی و ابوظبی در پیاده‌سازی بیمه سلامت اجباری و پیامدهای آن را ارزیابی کردند. نتایج این بررسی، نشان داد که اصلاحات امارات، منجر به افزایش دسترسی مالی برای ساکنان و افزایش سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در زیرساخت‌های درمانی شده است. با این حال، این مرور بر این نکته تأکید می‌کند که عدم هماهنگی کافی میان رگولاتورها در امارت‌های مختلف و افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سرپایی به دلیل نبود نظام پرداخت مناسب، از چالش‌های اصلی امارات بوده است. این پژوهش، منبعی جامع برای درک چگونگی انتقال مسئولیت مالی از دولت به بخش خصوصی و جمعیت بیمه‌شده در امارات است.

هوگان^۲ و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای با عنوان «پایش پوشش همگانی سلامت در چهارچوب اهداف توسعه پایدار»، نوآوری‌های تازه‌ای در روش‌های سنجش و ارزیابی پوشش همگانی سلامت

1. Koornif et al. (2017).

2. Hogan et al. (2021).

معرفی کرده‌اند. آن‌ها تأکید می‌کنند که پرداخت‌های مستقیم از جیب، یکی از شاخص‌های کلیدی است که می‌تواند دسترسی عادلانه به خدمات را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

دشمنگیر و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله‌ای با عنوان «نظام بیمه سلامت ایران در حال گذار: نگرانی‌های عدالت و گام‌ها برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت»، به تحلیل مسیر اصلاحات نظام بیمه ایران پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که با وجود پیشرفت‌های حاصل شده در گسترش پوشش جمعیتی، همچنان مسائل جدی در زمینه عدالت مالی و دسترسی وجود دارد که از طریق پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم و تفاوت در بسته‌های مزایای بیمه‌ای تشدید می‌شود. آن‌ها تأکید می‌کنند که برای نیل به پوشش همگانی پایدار، تمرکز بر خرید استراتژیک خدمات، ادغام مؤثرتر صندوق‌های بیمه، و اصلاحات عمیق در ساختار تأمین مالی ضروری است.

آجیه‌مانگ^۱ و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله‌ای با عنوان «تجزیه و تحلیل روندهای پرداخت مستقیم از جیب در ۴۴ کشور با درآمد پایین و متوسط: تحلیل داده‌های پنل با اثرات ثابت»، به بررسی عوامل تعیین‌کننده سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت در دوره ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸ پرداختند. نتایج این پژوهش پنل دیتای اثرات ثابت نشان داد که در این کشورها، درآمدهای دولت و مخارج عمومی سلامت، ارتباط معنی‌داری با کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب دارند که مؤید نقش حیاتی تأمین مالی عمومی در حفاظت مالی از خانوارها است. با این حال، افزایش میزان فقر و نابرابری‌های درآمدی در این کشورها، به عنوان یک چالش، سهم پرداخت مستقیم از جیب را افزایش داده و مانع از دستیابی کامل به پوشش همگانی سلامت شده است. این پژوهش، منبعی قوی برای تحلیل شما در مورد چالش‌های نظام بیمه سلامت و عدم موفقیت در تأمین حفاظت مالی در برابر پرداخت‌های از جیب در کشورهای منتخب منطقه منا است.

رسولی و همکاران (۱۴۰۱) در مقاله‌ای با عنوان «اصلاحات تأمین مالی سلامت برای پوشش همگانی در کشورهای با درآمد کم و متوسط»، روند اصلاحات نظام‌های مالی سلامت را در این کشورها بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که اگرچه این اصلاحات توانسته‌اند به گسترش پوشش بیمه‌ای کمک کنند، اما پرداخت‌های مستقیم از جیب همچنان یکی از مهم‌ترین موانع تحقق عدالت مالی در سلامت محسوب می‌شود.

خلیفه و زبانی^۲ (۱۴۰۱) در مقاله‌ای با عنوان «سیستم‌های دیجیتال بیمه سلامت و حفاظت مالی در خاورمیانه»، نقش فناوری‌های نوین در بهبود دسترسی و تقویت پوشش بیمه‌ای را مورد مطالعه قرار داده‌اند. آن‌ها بیان می‌کنند که دیجیتالی‌شدن بیمه سلامت، می‌تواند کارایی نظام‌های بیمه‌ای را افزایش دهد و فشار پرداخت‌های مستقیم از جیب را کاهش دهد.

1. Agyemang et al. (2021).

2. Khalifa and Zabani (2022).

البرقاوی^۱ و همکاران (۱۴۰۲) در یک مرور نظام‌مند با عنوان «مسیرهای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا (منا): مروری بر روش‌های ترکیبی بر پیشرفت‌ها و چالش‌ها»، به ارزیابی نظام بیمه سلامت و پیشرفت کشورهای منطقه در رسیدن به بیمه سلامت همگانی پرداختند. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که اکثر کشورهای منا، برنامه‌های بیمه سلامت ملی را پیاده‌سازی کرده‌اند، که منجر به بهبود پوشش خدمات و حفاظت مالی برای بخش‌هایی از جمعیت شده است. با این حال، این مرور بر چالش‌های مهمی نظیر شمول ناقص جمعیت (به‌ویژه بخش غیررسمی اقتصاد)، کمبود تخصص در مدیریت مالی و خرید استراتژیک خدمات، و همچنین موانع نهادی و سیاسی (مانند نبود حاکمیت قوی و هماهنگی میان نهادها) تأکید می‌کند. این پژوهش منبعی به‌روز و ضروری برای شناسایی و چهارچوب‌بندی چالش‌ها و اصلاحات در نظام بیمه سلامت کشورهای منتخب است.

لای^۲ و همکاران (۱۴۰۳) در مقاله‌ای معتبر در بولتن سازمان جهانی بهداشت، با عنوان «ارزیابی عملکرد نظام سلامت و اصلاحات عمان»، به تحلیل آخرین وضعیت نظام سلامت عمان در آستانه اجرای طرح پوشش بیمه سلامت اجباری پرداختند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که عمان با وجود دستاوردهای چشمگیر در شاخص‌های کلان سلامت، برای حفظ پایداری مالی و حرکت به سمت پوشش همگانی، نیازمند تغییر در مدل تأمین مالی است. آنها تصریح می‌کنند که مهم‌ترین چالش‌های عمان، کنترل استفاده بیش از حد از خدمات و حفظ کیفیت مراقبت‌ها در بخش خصوصی است که انتظار می‌رود با اجرای کامل طرح بیمه اجباری و افزایش خرید استراتژیک خدمات، این چالش‌ها مدیریت شوند.

آلونازی^۳ (۱۴۰۳) در پژوهشی با عنوان «اصلاحات بیمه سلامت در کشورهای شورای همکاری خلیج فارس»، به تحلیل سیاست‌های بیمه سلامت در عربستان، امارات و عمان پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اجرای بیمه سلامت اجباری توانسته دسترسی به خدمات را افزایش دهد، اما چالش‌هایی همچون رشد هزینه‌ها و ضعف در نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات همچنان پابرجا است.

الجوهانی و بوگیس^۴ (۱۴۰۳) در یک مرور نظام‌مند با عنوان «مزایا و چالش‌های پیاده‌سازی و استراتژی‌های بیمه سلامت در عربستان سعودی»، به بررسی جامع روند اجرای بیمه سلامت در این کشور پرداختند. یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد که اجباری شدن بیمه سلامت، به‌طور قابل توجهی دسترسی به خدمات را برای بخش عظیمی از جمعیت، به‌ویژه مهاجران و کارکنان بخش خصوصی،

1. Albarqawi et al. (2023).

2. Lai et al. (2024).

3. Alonazi (2023).

4. Al-Juhani and Bugis (2024).

بهبود بخشیده است. با این حال، چالش‌های عمده‌ای نظیر مسائل مربوط به کیفیت خدمات، هزینه‌های فزاینده، و نیاز به سازوکارهای نظارتی قوی‌تر همچنان وجود دارد. آنها تأکید می‌کنند که برای موفقیت پایدار این نظام بیمه‌ای، باید بر توسعه نیروی کار بومی در بخش سلامت و استفاده از فناوری‌های نوین برای افزایش کارایی تمرکز شود.

کبیر و همکاران (۱۴۰۳) در یک مطالعه کیفی و گذشته‌نگر، با عنوان «تحلیل گذشته‌نگر فرایند سیاست‌گذاری بیمه سلامت همگانی در ایران: یک مطالعه کیفی»، به بررسی چگونگی تدوین و اجرای قانون بیمه سلامت همگانی در کشور پرداختند. نتایج تحلیل آنها نشان می‌دهد که فقدان تعهد سیاسی بلندمدت و ثبات سیاست‌گذاری، مقاومت ذی‌نفعان در برابر تغییرات ساختاری و تضاد منافع سازمانی، از مهم‌ترین موانع در مسیر دستیابی به یک بیمه سلامت همگانی مؤثر و کارآمد بوده‌اند. این پژوهش بر لزوم تدوین یک سیاست ملی سلامت شفاف و فراگیر، که فراتر از دولت‌ها دوام داشته باشد، تأکید می‌کند.

نوآوری این مطالعه در سه سطح است: نخست، تمرکز همزمان بر چهار کشور منتخب منا (عمان، امارات متحده عربی و عربستان سعودی) که با وجود شباهت‌های زمینه‌ای (نفت‌محوری و نقش پررنگ دولت در سیاست‌های سلامت؛ الگوهای متمایزی از تأمین مالی و بیمه‌گری دارند و تاکنون کمتر به‌طور تطبیقی بررسی شده‌اند؛ دوم، اتکای پژوهش به داده‌های تابلویی دو دهه‌ای (۲۰۲۲-۲۰۰۰) و به‌کارگیری همزمان روش‌های برآورد پیشرفته FMOLS و DOLS برای مواجهه با هم‌انباشتگی و درون‌زایی، که شواهد تجربی محکمی درباره عوامل مؤثر بر پرداخت مستقیم از جیب ارائه می‌دهد؛ و سوم، تلفیق تحلیل نهادی ساختارها و اصلاحات بیمه سلامت با نتایج تجربی به‌منظور استخراج توصیه‌های سیاستی مبتنی بر شواهد. در همین چهارچوب، چهار کشور مورد مطالعه، ضمن قرار داشتن در یک بستر منطقه‌ای مشترک، از مسیرهای نهادی متفاوتی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت عبور می‌کنند که امکان مقایسه‌ای معتبر را فراهم می‌کند و اجازه می‌دهد تا اثر تفاوت‌های نهادی بر حفاظت مالی خانوار به‌صورت آزمون‌پذیر ارزیابی شود.

۴. روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش در ۲ بخش صورت گرفته، و ۲ رویکرد برای انجام آن استفاده شده است. ابتدا با رویکرد توصیفی-تحلیلی، داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز از طریق مطالعه اسنادی و روش کتابخانه‌ای گردآوری شده‌اند. در این راستا، منابع معتبر علمی شامل کتاب‌ها، مقالات پژوهشی، گزارش‌های رسمی و اسناد مرتبط مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته‌اند. روش توصیفی-تحلیلی، امکان شناسایی، طبقه‌بندی و تحلیل مفاهیم مرتبط را فراهم می‌سازد و از طریق آن، می‌توان به درک عمیق‌تری از موضوع پژوهش دست یافت. به منظور افزایش دقت و اعتبار پژوهش، از منابع علمی معتبر و به‌روز استفاده شده و تلاش بر این بوده است تا یافته‌ها به صورت مستدل و نظام‌مند ارائه شوند.

در گام دوم، از رویکرد کمی و تحلیل داده‌های تابلویی استفاده شده است. داده‌های تابلویی به دلیل ترکیب ویژگی‌های مقطعی (بین کشورها) و زمانی (طی سال‌ها) این امکان را فراهم می‌سازند که تغییرات متغیرها با دقت بیشتری بررسی شوند و ناهمگنی میان واحدهای مقطعی کنترل گردد (شیائو، ۱۳۹۳). جامعه آماری پژوهش شامل چهار کشور ایران، عمان، عربستان سعودی و امارات متحده عربی طی دوره زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۱ است. داده‌های مورد نیاز از پایگاه‌های معتبری همچون بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت استخراج شده‌اند. تابع مورد برآورد مقاله، به صورت زیر تنظیم شده است:

$$OOP = f(LNGDP, GHE, PublicScheme, Elderly65) \quad (۱)$$

در این تابع، پرداخت مستقیم از جیب (OOP) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده و رابطه آن با چهار متغیر کلیدی بررسی شده است. این متغیرها شامل تولید ناخالص داخلی به صورت لگاریتمی (LNGDP)، سهم مخارج دولت از سلامت (GHE)، و وجود طرح‌های بیمه‌ای عمومی (PublicScheme) هستند؛ به عنوان متغیر دامی برای سال‌هایی که طرح‌های عمومی بیمه در کشورها برقرار بوده، مقدار یک و در سایر سال‌ها، مقدار صفر به خود گرفته، و همچنین سهم جمعیت بالای ۶۵ سال (Elderly65) به عنوان متغیر کنترل وارد مدل شده است. انتظار بر آن است که اثر LNGDP منفی باشد، زیرا بزرگ شدن اندازه اقتصاد، توان یارانه‌دهی و دامنه پوشش را افزایش داده و فشار پرداخت از جیب را می‌کاهد. GHE نیز انتظار می‌رود اثری منفی داشته باشد، چون جایگزینی منابع عمومی با پرداخت‌های خصوصی، حفاظت مالی ایجاد می‌کند. PublicScheme به واسطه افزایش وسعت و عمق پوشش، باید اثر منفی داشته باشد. Elderly65 اثری مثبت دارد؛ زیرا سالمندی تقاضای خدمات پرهزینه را بالا می‌برد.

به کارگیری همزمان دو روش FMOLS و DOLS به این دلیل است که داده‌های سلامت کلان در دوره‌های بلند ناپایا هستند و دیگر شیوه‌های برآورد می‌توانند تورش داشته باشد، روش FMOLS تورش‌های ناشی از درونزایی و خودهمبستگی را خنثی کرده و تخمین‌های سازگار بلندمدت ارائه می‌کند. روش DOLS با افزودن وقفه‌ها، همین تورش‌ها کنترل می‌کند و در نمونه‌های متوسط، کارایی بالایی دارد. اجرای هر دو روش در قالب پنل امکان بررسی استحکام نتایج را می‌دهد.

۵. نتایج

در ابتدای این بخش، به ساختار بیمه سلامت در کشورهای ایران، امارات متحده عربی، عمان و عربستان سعودی پرداخته می‌شود. ابتدا روند تغییرات نظام بیمه در هر یک از کشورها مورد بررسی

قرار می‌گیرد. پس از آن، به مقایسه و تحلیل کشورها در کنار هم پرداخته خواهد شد. و در ادامه، نتایج مدل گزارش می‌شود.

۵-۱. جمهوری اسلامی ایران

در طول نه دهه گذشته، اصلاحات متعددی در سیستم بیمه سلامت ایران انجام شده است که هدف آن، دستیابی به بیمه سلامت همگانی بوده است. با این حال، به‌رغم تلاش‌های متعدد برای گسترش پوشش بیمه سلامت به کل جمعیت، هنوز چالش‌های زیادی برای رسیدن و حفظ پایدار بیمه سلامت همگانی وجود دارد (دشمنگیر و همکاران، ۱۴۰۰). قانون بیمه سلامت همگانی در سال ۱۳۷۰ (۱۹۹۲م) با هدف مواجهه با افزایش هزینه‌های سلامت پس از جنگ ایران و عراق تدوین شد. این قانون هدف داشت تا ۶۰ درصد از جمعیت فاقد بیمه ایران را تحت پوشش قرار دهد و سازمان بیمه خدمات درمانی با هدف پوشش گسترده جمعیت ظرف پنج سال تأسیس شد. پیش از تصویب قانون بیمه سلامت همگانی، قانون مشخصی درباره شرکت‌های بیمه وجود نداشت و تنها به جبران منافع اشاره شده بود. تصویب این قانون و تأسیس سازمان بیمه خدمات درمانی انسجام و هماهنگی مورد انتظار را بین سیاست‌ها و قوانین بیمه سلامت ایران ایجاد کرد (رحیمی صادق و همکاران، ۱۴۰۳).

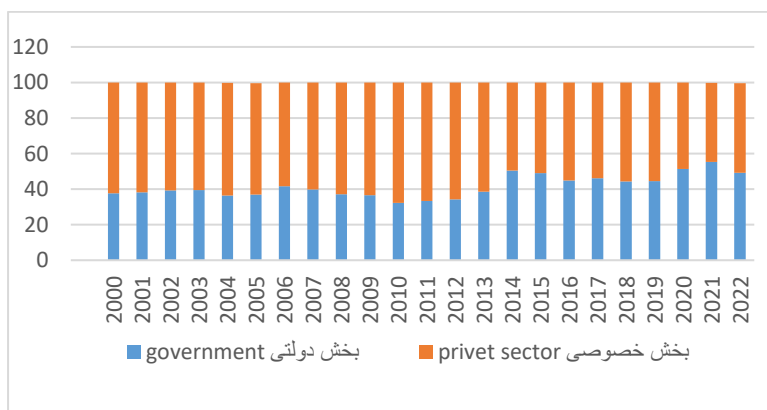
پس از تصویب قانون بیمه سلامت همگانی، سازمان بیمه خدمات درمانی تأسیس شد و سپس شورای عالی بیمه سلامت در وزارت بهداشت و درمان تشکیل گردید. این شورا هدف داشت تا پوشش بیمه را گسترش داده، سیاست‌ها را تعیین کرده، بسته‌ها، نرخ‌ها و تعرفه‌ها را مشخص، عملکرد را نظارت، و سیستم را ارزیابی نماید تا اطمینان حاصل شود که تمامی طرح‌های بیمه از قوانین و مقررات یکسان پیروی می‌کنند (رحیمی صادق و همکاران، ۱۴۰۲).

دسترس‌پذیری عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی برای تمام شهروندان ایرانی به عنوان یک حق در ماده ۲۹ قانون اساسی ایران تأکید شده است (کبیر و همکاران، ۱۴۰۳). در همین راستا و در راستای ایجاد پوشش همگانی بیمه سلامت، قوانین مختلفی تصویب شده است و در برنامه‌های توسعه نیز به آن اشاره گردیده است. در بازه ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۲ (۲۰۰۳-۱۹۹۴)، تصویب قانون بیمه سلامت همگانی، نقطه عطفی در افزایش دسترسی به خدمات درمانی و تحقق عدالت سلامت بود. در مرحله بعد، بین سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۹۲ (۲۰۱۳-۲۰۰۴)، پوشش بیمه سلامت به ساکنان روستایی گسترش یافت (دشمنگیر و همکاران، ۲۰۲۱). طرح تحول نظام سلامت نیز در سال ۱۳۹۳ با هدف بهبود دسترسی افراد نیازمند به خدمات پزشکی و افزایش پوشش بیمه‌ای جامعه اجرا شد. بر این اساس، افراد فاقد بیمه، بیمه سلامت رایگان دریافت کردند (دشمنگیر و همکاران، ۲۰۲۴).

منابع تأمین مالی بهداشت در ایران، شامل: بیمه سلامت، منابع دولتی، مالیات عمومی، کمک‌های فردی و پرداخت‌های مستقیم از جیب است. با وجود تأکیدات مکرر در اسناد کلیدی (مانند برنامه‌های پنج‌ساله سوم تا ششم) بر نیاز به گسترش پوشش بیمه سلامت برای همه ایرانیان، کاهش

پرداخت‌های مستقیم از جیب و ارتقاء دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی، بسیاری از افراد همچنان بدون پوشش بیمه هستند و مجبور به پرداخت مستقیم از جیب برای تمام هزینه‌های پزشکی خود هستند (کبیر و همکاران، ۲۰۲۴).

نمودار ۱، نشان‌دهنده سهم پرداخت‌های بخش دولتی و خصوصی از مخارج سلامت در ایران بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ است. در سال‌های ابتدایی، سهم بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی بیشتر بوده است. با اجرای سیاست‌های حمایتی، به‌ویژه از سال ۲۰۱۴ (۱۳۹۳) همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت، سهم پرداخت‌های دولتی افزایش یافته و بهبود محسوسی در کاهش سهم پرداخت‌های خصوصی مشاهده می‌شود. با این حال، در سال‌های اخیر، روند افزایش سهم پرداخت‌های دولتی کند شده و سهم بخش خصوصی تا حدودی افزایش یافته است.



نمودار ۱: سهم پرداخت بخش خصوصی و دولتی از مخارج سلامت ایران

Chart 1: Share of private and public sector payments in Iran's health spending

منبع: سازمان بهداشت جهانی

نظام بیمه سلامت در ایران از چندین نهاد اصلی تشکیل شده است که هر یک، گروه‌های خاصی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهند. سازمان تأمین اجتماعی خدماتی مانند مستمری، مزایای بیکاری و بیمه سلامت را برای کارگران بخش غیردولتی و برخی کارگران قراردادی دولت ارائه می‌دهد و از طریق بیمارستان‌های خود یا قرارداد با مراکز درمانی، خدمات‌رسانی می‌کند. سازمان بیمه سلامت، نیروهای مسلح اعضای ارتش، پلیس و سپاه پاسداران و خانواده‌های آنان را پوشش می‌دهد و خدمات خود را به‌طور عمده از طریق قرارداد با مراکز درمانی خصوصی، دولتی و تأمین اجتماعی ارائه می‌کند. سازمان بیمه خدمات درمانی نیز بیمه گروه‌های مختلفی از جمله کارمندان دولت، روستاییان، خوداشتغال‌ها و گروه‌های خاص را برعهده دارد و از طریق قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات فعالیت می‌کند. علاوه بر این، بنیاد امداد امام خمینی، جمعیت فقیر و بی‌بضاعت را از طریق سیستم ارجاع

خاص تحت پوشش قرار داده و خدمات درمانی را با همکاری سایر مراکز ارائه می‌دهد. همچنین، صندوق‌های بیمه سلامت خرد شامل طرح‌های بیمه‌ای کوچک برای کارکنان شرکت‌های بزرگ مانند بانک‌ها، خطوط هوایی و صنعت نفت هستند که پوشش‌های اختصاصی ارائه می‌دهند (ابراهیمی پور و همکاران، ۲۰۱۱).

مشکلات اصلی نظام بیمه سلامت ایران شامل نرخ نامشخص پوشش بیمه و مشکلات در تأمین مالی است. آمار هم‌پوشانی نشان می‌دهد که بسیاری از افراد تحت پوشش چند بیمه مختلف هستند، در حالی که برخی از افراد به هیچ عنوان تحت پوشش قرار ندارند. از سوی دیگر، دولت نقش مهمی در تأمین مالی دارد، اما مشکلاتی نظیر تفاوت در تعهدات مالی، پرداخت ناعادلانه سهم مالی و جریان مالی غیرشفاف وجود دارد. همچنین، نشت یارانه‌ها و عدم دقت در تعیین نرخ‌های بیمه، باعث افزایش هزینه‌های غیررسمی و پرداخت‌های مستقیم از جیب می‌شود (اکبری و همکاران، ۲۰۲۱).

۲-۵. امارات متحده عربی

امارات متحده عربی، کشوری جوان است که در سال ۱۹۷۱ به عنوان یک اتحادیه متشکل از هفت امارت: ابوظبی، دبئی، عجمان، ام‌القوین، شارجه، فجیره و رأس‌الخیمه تأسیس شد. این اتفاق به رهبران آنجا، این امکان را داده است که به صورت هدفمند برای توسعه جامعه امارات برنامه‌ریزی کنند تا وحدت ملی را تقویت کرده، رشد اقتصادی پایدار را ترویج دهند و سلامت و رفاه فردی را ارتقا بخشند. تا اواخر دهه ۱۹۶۰، گزارش شده بود که در امارات متحده عربی تنها نیمی از نوزادان زنده می‌مانند و یک‌سوم مادران در حین زایمان جان خود را از دست می‌دادند. تقریباً ۵۰ سال بعد، بسیاری از شاخص‌های سلامت این کشور در سطح کشورهای توسعه‌یافته یا حتی بهتر از آن قرار گرفت (کورنیف و همکاران، ۲۰۱۷).

جدول ۱، سیر تحولات تاریخی در بیمه سلامت و نظام بهداشت امارات متحده عربی را نشان می‌دهد. قبل از تشکیل امارات متحده عربی، منطقه، مواجهه محدودی با مفاهیم مدرن بیمه، از جمله بیمه سلامت، داشت. پس از کشف نفت، امارات رشد اقتصادی سریعی را تجربه کرد که نیاز به توسعه بخش‌های مختلف از جمله بهداشت و بیمه را ضروری می‌ساخت (هرد پی، ۲، ۲۰۱۲). در اوایل سال ۲۰۰۰، امارات شروع به معرفی بیمه سلامت خصوصی به عنوان بخشی از اصلاحات گسترده سیستم بهداشتی کرد تا چالش‌های هزینه و کیفیت را حل کند. در این دوره، امارات در رتبه ۲۷ جهان از نظر سیستم بهداشت توسط سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت (بلر و شریف، ۳، ۲۰۱۳). تا سال ۲۰۱۰، امارات به گسترش پوشش بیمه سلامت خود ادامه داد و اصلاحات قابل توجهی در جهت بهبود رقابت، متمرکز کردن مقررات و تأمین مالی خدمات بهداشتی انجام داد. این اصلاحات بخشی از یک استراتژی

1. Koornneef (2017).

2. Heard-Bey (2012).

3. Blair and Sharif (2013).

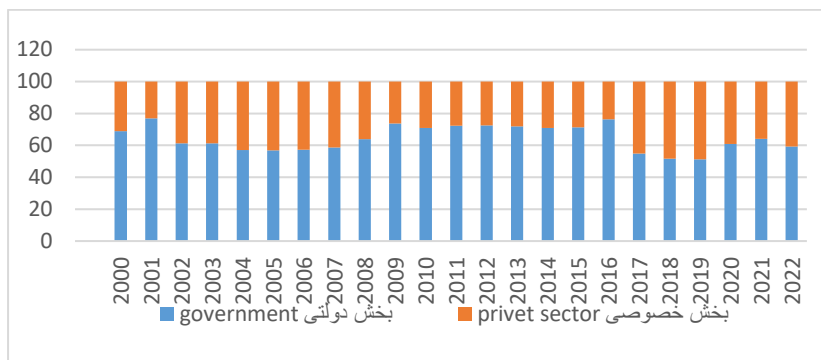
وسیع برای ساخت یک سیستم بهداشتی با کیفیت جهانی بود. امارات امروز سیستم تأمین مالی بهداشت مختلطی از بیمه‌های عمومی و خصوصی دارد. دولت همچنان نقش مهمی در تنظیم و تضمین کیفیت خدمات بهداشتی ایفا می‌کند. امارات قصد دارد سیستم بهداشتی خود را با تمرکز بر مدل‌های تأمین مالی پایدار سلامت، بهبود دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی و مدیریت بار رو به رشد بیماری‌های مزمن تقویت کند (کورنیف^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

جدول ۱: تحولات بیمه سلامت در امارات متحده عربی

Table 1: Health insurance developments in the UAE

دوره زمانی	تحول نظام بیمه
قبل از ۱۹۷۱	مواجهه محدود با مفاهیم مدرن بیمه
بعد از ۱۹۷۱	رشد اقتصادی سریع و توسعه اولیه زیرساخت‌های بهداشت
اوایل دهه ۲۰۰۰	معرفی بیمه سلامت خصوصی و اصلاحات سیستم بهداشت
دهه ۲۰۰۰-۲۰۱۰	اجرای بیمه سلامت اجباری در ابوظبی
وضعیت کنونی	سیستم بیمه سلامت مختلط عمومی و خصوصی با اصلاحات پیوسته

سیستم بهداشت و درمان امارات، یک سیستم واحد نیست، بلکه چندین سیستم وجود دارد که سه سیستم اصلی آن توسط مراجع بهداشتی ابوظبی و دبئی و وزارت بهداشت اداره می‌شوند. این سیستم‌ها در دهه گذشته به تناسب رشد جمعیت و افزایش درآمد ملی، گسترش یافته، و تحت اصلاحات عمده‌ای قرار گرفته‌اند که هدف آن، بهبود سلامت عمومی و کیفیت است؛ در حالی که هزینه‌ها در سطوح پایدار نگه‌داشته می‌شوند و به این ترتیب، خدمات بهداشتی در سطح جهانی به دست می‌آید (کورنیف^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). از سال ۲۰۰۷، نظارت بر سیستم سلامت در امارت ابوظبی برعهده یک نهاد مرکزی قانونی، یعنی مرجع سلامت ابوظبی گذاشته شده است. این نهاد به‌طور مستقیم به شورای اجرایی امارت ابوظبی گزارش می‌دهد و وظیفه تعیین الزامات نظارتی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، متخصصان و شرکت‌های بیمه را برعهده دارد. این نهاد نقش مهمی در اجرای کمپین‌های ارتقاء سلامت، برنامه‌های بهداشت عمومی و برنامه‌ریزی راهبردی ایفا می‌کند. از زمان تأسیس، این نهاد تلاش کرده است تا مراقبت‌های درمانی باکیفیت، مقرون به‌صرفه و در دسترس همگان را فراهم کند (کورنیف^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).



نمودار ۲: سهم پرداخت بخش خصوصی و دولتی از مخارج سلامت امارات متحده عربی

Chart 2: Private and public sector share of UAE health spending

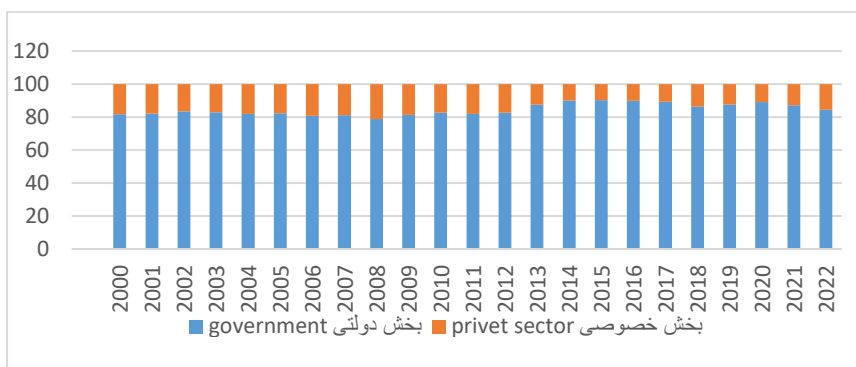
منبع: سازمان بهداشت جهانی

نمودار ۲، نشان‌دهنده سهم پرداخت‌های بخش دولتی و خصوصی از مخارج سلامت در امارات متحده عربی طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ است. در بیشتر سال‌ها، دولت سهم بیشتری در تأمین مالی بخش سلامت داشته، اما این سهم در برخی دوره‌ها کاهش یافته و بخش خصوصی نقش پررنگ‌تری ایفا کرده است. به‌ویژه در سال‌هایی مانند ۲۰۰۸ و ۲۰۱۶، کاهش سهم دولت و افزایش سهم بخش خصوصی مشهود است. در مقابل، از ۲۰۱۸ به بعد، روند افزایش سهم دولت مشاهده می‌شود که می‌تواند نتیجه مداخلات سیاستی دولت و اصلاحات ساختار بیمه سلامت باشد. به‌طور کلی، این روند نشان می‌دهد که امارات از یک مدل تأمین مالی ترکیبی استفاده می‌کند که در آن، نقش دولت غالب است، اما میزان مشارکت بخش خصوصی بسته به شرایط اقتصادی و سیاست‌های سلامت دچار نوسان می‌شود.

۳-۵. عمان

سیستم بهداشت و درمان در عمان در حال اصلاح است. در طول سه دهه گذشته، سیستم بهداشت و درمان عمان، دستاوردهای قابل توجهی در زمینه خدمات بهداشتی و پزشکی پیشگیرانه و درمانی گزارش کرده است. اقتصاد عمان به دلیل منابع بزرگ نفت و گاز، مزاد تجاری قابل توجه و نرخ تورم پایین، و در حال رشد است. دولت در حال پیشبرد خصوصی‌سازی خدمات خود، از جمله بخش بهداشت و درمان است (الضاوی و همکاران، ۲۰۰۷). در اوایل دهه ۱۹۷۰، هیچ قانونی برای تنظیم عملکرد مؤسسات بهداشتی، اصول و اهداف آن‌ها، یا حقوق و وظایف کارکنان وجود نداشت. در حقیقت، قانون‌گذاری دولتی عمان از اواسط دهه ۱۹۷۰ آغاز شد. در تاریخ ۲۲ اوت ۱۹۷۰، با صدور یک فرمان سلطنتی، وزارت بهداشت عمان تأسیس شد. در ژوئیه ۱۹۷۵، فرمان سلطنتی شماره ۷۵/۲۶ قوانینی برای تنظیم مدیریت دولتی تصویب کرد که شامل شورای وزیران و سایر نهادهای

دولتی با اختیارات و مسئولیت‌های مشخص بود. به موازات آن، فرمان سلطنتی شماره ۷۵/۲۷ نخستین قانون خدمات کشوری را معرفی کرد که حقوق و وظایف کارمندان دولت را تعیین نمود. از آن زمان، وزارت بهداشت عمان توانست از ابتدا یک نظام سلامت مدرن ایجاد کند که به تمام شهروندان عمانی، خدمات بهداشتی رایگان و قابل دسترسی ارائه می‌دهد (الشیشتاوی، ۲۰۱۰). از سال ۱۹۷۵، وزارت بهداشت برنامه‌های راهبردی ۵ ساله بلندمدت را برای توسعه نظام سلامت طراحی و اجرا کرده است. ششمین برنامه توسعه سلامت (۲۰۰۶-۲۰۱۱)، بر تثبیت و حفظ دستاوردهای قبلی و مقابله با چالش‌های جدید تمرکز دارد. ششمین برنامه توسعه سلامت، بر گسترش و بهبود امکانات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاها و شهرهای کوچک و ایجاد مراکز تخصصی درمانی جدید متمرکز است تا نیاز به اعزام بیماران به خارج از کشور برای درمان کاهش یابد (الضاوی و همکاران، ۲۰۰۷).



نمودار ۳: سهم پرداخت بخش خصوصی و دولتی از مخارج سلامت عمان

Chart 3: Share of private and public sector payments in Oman's health spending

منبع: سازمان بهداشت جهانی

سیستم بهداشت و درمان عمان به‌طور عمده توسط دولت تأمین مالی می‌شود و بیش از ۸۰ درصد از خدمات درمانی کشور را پوشش می‌دهد (الضاوی و همکاران، ۲۰۰۷). دولت سلامت را به عنوان یک حق اساسی شهروندان اعلام کرده و خود را به ارائه خدمات بهداشتی عمومی به صورت رایگان متعهد ساخته است. این سرمایه‌گذاری را نه تنها به‌عنوان پوشش مالی در برابر هزینه‌های بیماری، بلکه به دلیل نقش محوری توسعه سلامت در توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور انجام می‌دهد (الشیشتاوی، ۲۰۱۰).

همان‌طور که نمودار ۳ نشان می‌دهد، بخش آبی رنگ که سهم پرداخت دولت از هزینه‌های سلامت است، همواره بالا بوده و بخش خصوصی (قسمت قرمز رنگ) مشارکت کمتری داشته است. بر اساس

قانون، خدمات مراقبت‌های بهداشتی به صورت رایگان برای تمام شهروندان ارائه می‌شود. تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی از طریق درآمدهای حاصل از تولید نفت و گاز صورت می‌گیرد که نوسانات شدیدی داشته و قادر به پوشش افزایش فزاینده هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی نیست. بنابراین، دولت نیاز دارد رویکردهای جدیدی برای کنترل هزینه‌ها توسعه دهد (ابری و همکاران، ۲۰۰۶). منابع خصوصی برای خدمات درمانی عمدتاً از طریق پرداخت‌های مستقیم مردم برای خدمات درمانی خصوصی و پرداخت‌های مشترک برای خدمات عمومی تأمین می‌شود (الضوی و همکاران، ۲۰۰۷).

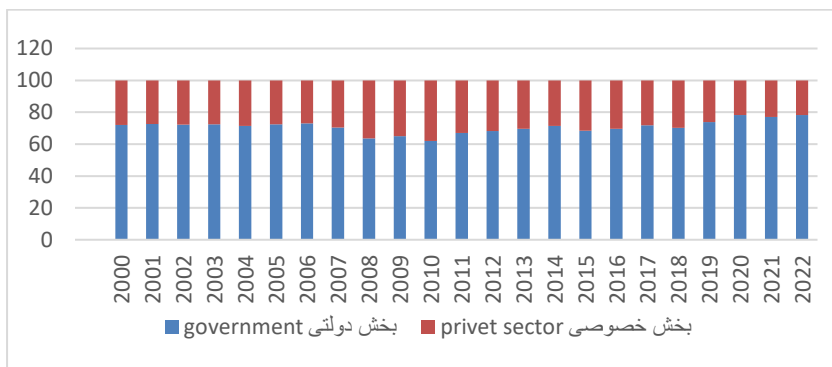
در عمان، پذیرش بیمه به‌طور پیوسته در حال افزایش است. بازار بیمه این کشور شاهد افزایش تعداد شرکت‌هایی است که از فناوری‌های پیشرفته برای بهبود خدمات خود استفاده می‌کنند. فناوری‌های کلیدی مورد استفاده شامل هوش مصنوعی برای ارزیابی ریسک و پردازش خسارات، تحلیل کلان‌داده برای ارزیابی دقیق‌تر ریسک، اینترنت اشیا برای نظارت آنی، و بلاکچین برای انجام معاملات ایمن و شفاف است این فناوری‌ها به بیمه‌گران کمک می‌کنند تا عملیات خود را بهینه‌سازی کرده، هزینه‌ها را کاهش داده و خدمات شخصی‌سازی‌شده و کارآمدتری به مشتریان ارائه دهند (البلوشی و همکاران، ۲۰۲۴).

در راستای تحقق اهداف چشم‌انداز ۲۰۴۰ عمان، نظام بیمه‌ای این کشور بر گسترش پوشش بیمه‌ای جامع، بهبود کفایت مزایا، و تضمین پایداری مالی تمرکز دارد. توسعه خدمات بیمه‌ای از طریق به‌کارگیری فناوری‌های نوین، افزایش کارایی سرمایه‌گذاری‌ها و بهینه‌سازی مدیریت منابع از جمله اقدامات کلیدی در این راستا محسوب می‌شوند. همچنین، ارتقاء سطح آگاهی عمومی درباره بیمه‌های اجتماعی و تقویت حاکمیت شرکتی، از دیگر اولویت‌های راهبردی این برنامه است. هدف اصلی این اصلاحات، ایجاد یک سیستم بیمه‌ای پایدار، کارآمد و پاسخگو است که بتواند نیازهای جمعیت رو به رشد عمان را در دهه‌های آینده تأمین کند (لای و همکاران، ۲۰۲۴).

۴-۵. عربستان سعودی

پادشاهی عربستان سعودی، دسترسی رایگان به خدمات بهداشتی را از طریق تأسیسات بهداشتی عمومی برای هر دو گروه سعودی‌ها و غیرسعودی‌ها که در بخش‌های دولتی کار می‌کنند، فراهم می‌کند. علاوه بر این، این کشور خدمات بهداشتی رایگان را به عموم مردم ارائه می‌دهد که به‌طور غیرقابل قبولی هزینه‌های تأمین مالی خدمات بهداشتی را در پادشاهی افزایش می‌دهد (الحنای و همکاران، ۲۰۲۱). سیستم بهداشت و درمان عربستان سعودی به عنوان یک سیستم بهداشتی ملی شناخته می‌شود که توسط دولت از طریق تعدادی از مؤسسات دولتی ارائه می‌شود. تأمین مالی

سیستم بهداشت و درمان عربستان سعودی از درآمدهای دولتی است که ۹۰ درصد آن از نفت و ۱۰ درصد آن از منابع دیگر تأمین می‌شود (پوته ۱ و همکاران، ۲۰۲۲).



نمودار ۴: سهم پرداخت بخش خصوصی و دولتی از مخارج سلامت عربستان سعودی

Chart 4: Share of private and public sector payments in Saudi Arabia's health spending

منبع: سازمان بهداشت جهانی

در نمودار ۴ نشان داده شده است که سهم دولت عربستان از مخارج سلامت این کشور همواره بالای ۶۰ درصد بوده است. بجز در بازه زمانی ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۲ که اندکی سهم بخش خصوصی افزایش یافته است، در کل، سهم بخش دولتی بالا بوده و در سال‌های اخیر نیز افزایش یافته است. از دلایل افزایش هزینه‌های دولت در زمینه سلامت، می‌توان به تغییرات سریع جمعیتی، افزایش جمعیت مسن، الگوهای بیماری متغیر و افزایش قیمت‌های فناوری پزشکی اشاره کرد. ارائه خدمات بهداشتی عمومی در عربستان سعودی، از کیفیت بالایی برخوردار است؛ اما به دلیل تعداد بسیار زیاد افرادی که باید خدمات ارائه دهد، با چالش‌های کارآیی مواجه است.

در پاسخ، دولت سعودی قانون بیمه سلامت تعاونی را در سال ۱۹۹۹ تصویب کرد که به دنبال آن، یک طرح بیمه سلامت اجباری برای کارمندان بخش خصوصی را در سال ۲۰۰۲ تأسیس نمود. این طرح به دنبال این بود که کارفرمایان بخش خصوصی را ملزم کند که هزینه‌های بهداشتی برای کارمندان خود (سعودی و غیرسعودی) را پوشش دهند و فشار را از روی خدمات بهداشتی عمومی کاهش دهند و کارمندان بخش خصوصی را به سمت ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی خصوصی سوق دهد (الحنای و همکاران، ۲۰۲۱).

سیستم بهداشت و بیمه سلامت در عربستان سعودی از مراحل مختلفی عبور کرده است. در دوره ۱۹۴۱-۱۹۲۵، زیرساخت‌های بهداشتی ضعیف بود و خدمات محدود به مناطق مذهبی مانند مکه و مدینه می‌شد. در سال ۱۹۲۵، وزارت بهداشت تأسیس شد و اولین لایحه خدمات بهداشتی در سال

۱۹۲۶ تصویب گردید. بین ۱۹۴۱ تا ۱۹۵۱، با آغاز تولید نفت، سرمایه‌گذاری در بهداشت افزایش یافت و ظرفیت بیمارستانی بهبود پیدا کرد. در ۱۹۵۱، وزارت بهداشت جایگزین دفتر بهداشت شد و در دهه ۱۹۶۰، بیمه مرتبط با کار معرفی شد، اما هزینه خدمات خصوصی افزایش یافت. در ۱۹۷۸، اعلامیه آما آتا به گسترش مراقبت‌های اولیه انجامید. از ۱۹۸۱ به بعد، وزارت بهداشت همراه با دیگر نهادهای دولتی مسئول ارائه خدمات شد. در ۱۹۹۹، دولت سیستم سلامت جدید را معرفی کرد تا دسترسی به خدمات را بهبود بخشد و بخش خصوصی را وارد کند. در ۲۰۰۲، سیستم بیمه سلامت ملی اجرا شد و بیمه برای کارگران مهاجر اجباری گردید (الشرقی و عبدالله، ۲۰۱۳).

در حال حاضر، در بازار عربستان، شرکت‌های مختلف بیمه سلامت برای عقد قراردادهای بیمه‌ای با یکدیگر رقابت می‌کنند. دولت با دعوت از شرکت‌های بیمه خارجی برای تأسیس شعب در عربستان، گامی جسورانه برداشته است و شرکت‌هایی از کشورهای دیگر نیز در این بازار مشارکت خواهند داشت. ۳۵ شرکت بیمه واجد شرایط برای ارائه محصولات بیمه‌ای در عربستان سعودی فعالیت می‌کنند. تمامی این شرکت‌ها، چه به عنوان دفتر مرکزی و چه به عنوان شعبه، در شهر ریاض قرار دارند. علاوه بر این، ۱۵ شعبه نیز در شهر بریده مستقر هستند (پوته و همکاران، ۲۰۲۲).

چشم‌انداز ۲۰۳۰ عربستان سعودی بر تقویت نظام بیمه سلامت به عنوان ابزاری برای کاهش هزینه‌های دولتی و افزایش نقش بخش خصوصی در تأمین مالی و ارائه خدمات بهداشتی تأکید دارد. این برنامه استراتژیک بر خصوصی‌سازی و مشارکت عمومی و خصوصی در حوزه سلامت متمرکز است تا فشار مالی دولت را کاهش داده و کیفیت و دسترسی به خدمات درمانی را بهبود بخشد. با اجرای بیمه سلامت اجباری برای کارکنان بخش خصوصی و بررسی امکان گسترش آن به تمام شهروندان، دولت در تلاش است تا پوشش سلامت همگانی را ارتقا دهد. در عین حال، چالش‌هایی مانند افزایش هزینه‌های پزشکی، رشد جمعیت، و لزوم شفاف‌سازی بازار بیمه سلامت از جمله موانعی هستند که نیازمند اصلاحات ساختاری و نظارتی دقیق‌تر خواهند بود (الجهانی و بوگیس، ۲۰۲۴).

۵-۵. مقایسه کشورها

در هر چهار کشور مورد بررسی این مطالعه، میزان مخارج سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی آن کشور، مشابه هم بوده و روند یکسانی را داشته است. نمودار ۵ این موضوع را نشان می‌دهد. در این میان، درصد مخارج سلامت کشور ایران از تولید ناخالص خود همواره بیشتر از کشورهای دیگر بوده و همواره حداقل ۵ درصد از تولید ناخالص داخلی را به خود اختصاص داده است. با اینکه درصد مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورها به یکدیگر نزدیک است، بررسی مخارج سرانه سلامت آن‌ها نتایج دیگری را به نمایش می‌گذارد.

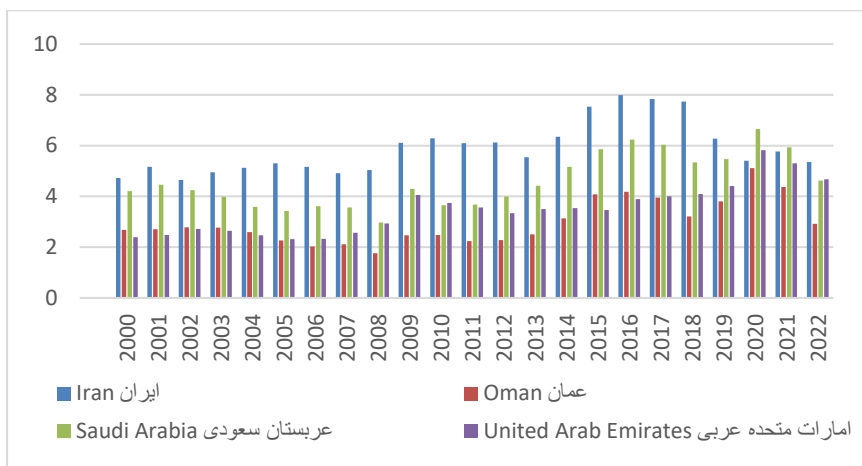
نمودار ۶، هزینه‌های جاری سرانه سلامت را به واحد دلار آمریکا نشان می‌دهد. در این میان، همواره مخارج سلامت امارات متحده عربی بیشتر از دیگر کشورها بوده و کشور ایران نیز

1. Al-Sharqi and Abdullah (2013).

2. Puteh et al. (2022).

3. AlJohani and Bugis (2024).

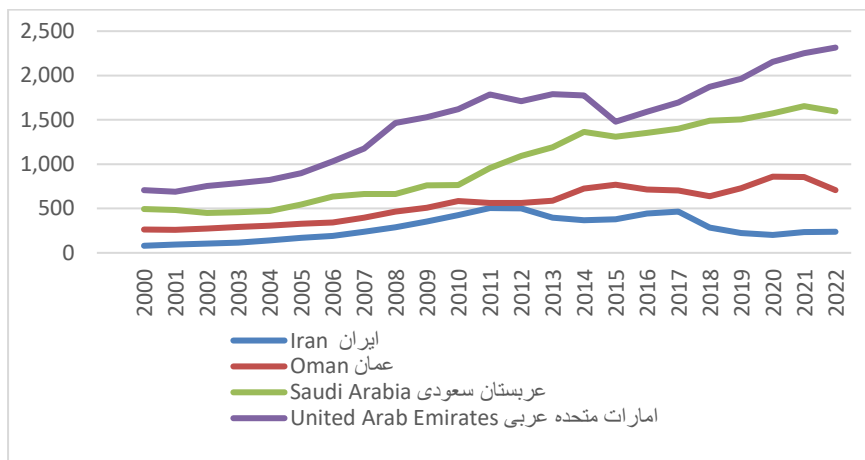
کمترین میزان مخارج سرانه سلامت را به خود اختصاص داده است. البته این امر می‌تواند به دلیل تفاوت جمعیت این کشورها باشد، اما روند زمانی این نمودار نشان می‌دهد که مخارج سلامت سرانه در ایران تقریباً ثابت بوده است. در ۳ کشور دیگر، این روند صعودی بوده است و در امارات متحده عربی مخارج سرانه سلامت از ۷۰۶ دلار در سال ۲۰۰۰، به رقم ۲۳۱۵ دلار در سال ۲۰۲۲، رسیده است و حدود ۳ برابر افزایش یافته است.



نمودار ۵: هزینه‌های جاری سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی

Chart 5: Current health spending as a percentage of GDP

منبع: سازمان بهداشت جهانی

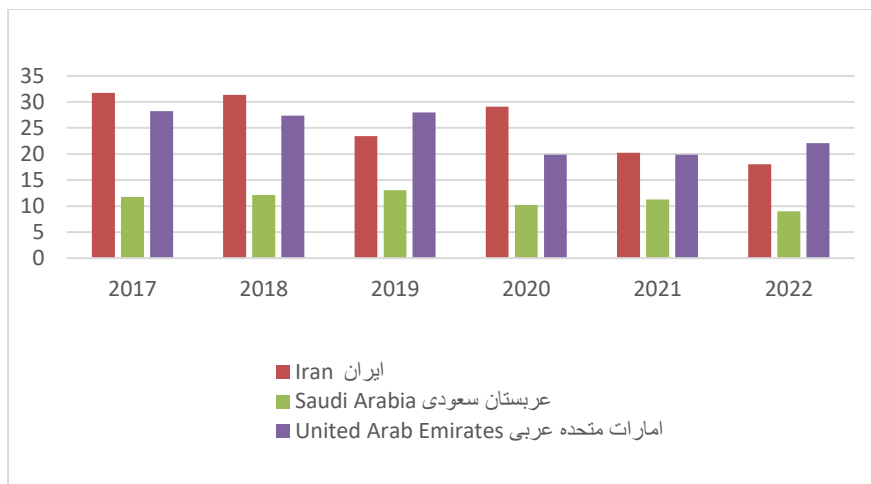


نمودار ۶: هزینه جاری سلامت سرانه به دلار آمریکا

Chart 6: Current health expenditure per capita in US dollars

منبع: سازمان بهداشت جهانی

به‌رغم تلاش کشورهای مورد بررسی برای دسترسی به پوشش همگانی سلامت، بیمه‌های اجباری بخش زیادی از مخارج سلامت را دربر نمی‌گیرند. نمودار ۷، بیمه درمان اجباری را به عنوان درصدی از مخارج سلامت در ۳ کشور ایران، عربستان سعودی و امارات متحده عربی نشان می‌دهد. با اینکه ایران بیشترین درصد مشارکت بیمه‌های اجباری در مخارج سلامت را دارد، همچنان این مشارکت کمتر از ۳۰ درصد بوده است و در سال‌های اخیر این درصد برای هر ۳ کشور کاهش یافته است.

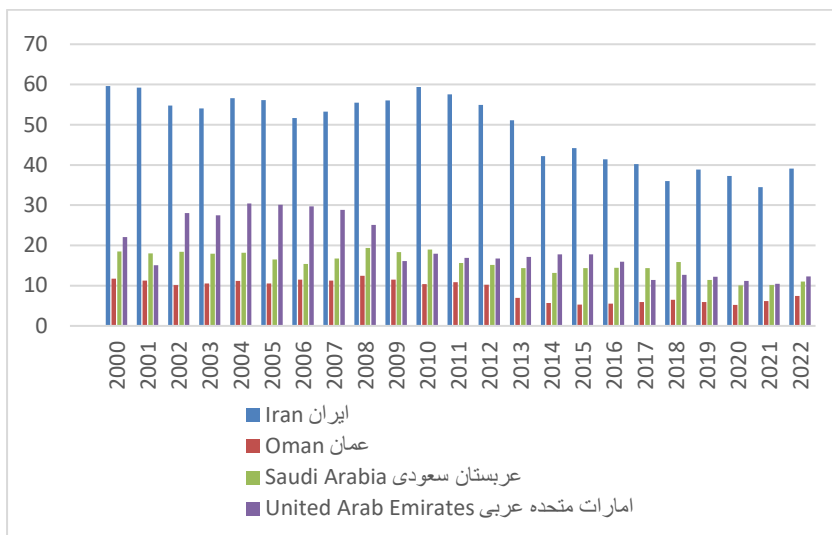


نمودار ۷: بیمه درمان اجباری به عنوان درصدی از مخارج جاری سلامت

Figure 7: Mandatory health insurance as a percentage of current health expenditures

منبع: سازمان بهداشت جهانی

نمودار ۸، سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب را به عنوان درصدی از مخارج سلامت در هر ۴ کشور مورد بررسی این مطالعه در بازه زمانی ۲۰۰۰ الی ۲۰۲۴ نشان می‌دهد. در ایران سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب زیاد بوده است و به‌طور میانگین در این بازه زمانی، حدود ۴۹/۵ درصد از مخارج سلامت را، پرداخت‌های مستقیم از جیب پوشش داده‌اند. این رقم برای عمان برابر است با ۸/۷۸ درصد از مخارج سلامت این کشور. برای کشورهای عربستان سعودی و امارات متحده عربی، به ترتیب، ۱۵/۳ و ۱۹/۲ درصد از مخارج سلامت به‌طور میانگین با پرداخت‌های مستقیم از جیب تأمین مالی می‌گردد.



نمودار ۸: سهم پرداخت مستقیم از جیب به عنوان درصدی از مخارج سلامت
Chart 8: Out-of-pocket payments as a percentage of health spending
 منبع: سازمان بهداشت جهانی

۵-۶. نتایج مدل داده‌های تابلویی

ابتدا آزمون پایایی توسط بسته نرم افزاری ایویوز ۱۳ برای متغیرهای معرفی شده در جدول ۲ گزارش شده است. متغیرها در سطح پایا نبوده اما در تفاضل مرتبه یک پایا هستند. به همین دلیل، آزمون‌های هم‌جمعی انجام شدند که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است و نشان می‌دهد که هم‌جمعی تأیید می‌شود.

جدول ۲: بررسی پایایی متغیرها

Table 2: Stationary Analysis of Variables

متغیر	LLC Prob	IPS Prob	ADF-Fisher Prob	PP-Fisher Prob	نتیجه
OOP	0.6448	0.8877	0.9701	0.9435	ناپایا
Δ OOP	0.0007	0.0002	0.0006	0.0000	پایا
PUBLICSCHEME	0.8210	0.9633	0.9936	0.9926	ناپایا (دامی است)
LNGDP	0.0088	0.3229	0.4592	0.5625	ناپایا
Δ LNGDP	0.0000	0.0010	0.0025	0.0000	پایا
GHE	0.3827	0.3593	0.4592	0.6263	ناپایا
Δ GHE	0.0001	0.0001	0.0003	0.0000	پایا
ELDERLY65	0.8187	0.2939	0.0519	0.7999	ناپایا
Δ ELDERLY65	0.0799	0.0797	0.0707	0.5810	پایا

مأخذ: یافته‌های تحقیق

جدول ۳: نتایج آزمون های هم جمعی

Table 3: Cointegration Test Results

نتیجه	احتمال (Prob.)	آماره آزمون	آزمون
هم جمعی تأیید شد.	0.0002	-3.97	ADF باقی مانده
هم جمعی (در سطح ۱۰٪)	0.0849	-1.37	Pedroni (Panel ADF)
هم جمعی ضعیف	0.1059	-1.25	Pedroni (Group ADF)
هم جمعی تأیید شد.	0.0360	-1.79	Kao (ADF)

مأخذ: یافته های تحقیق

در جدول ۴، نتایج مربوط به آزمون F لیمر گزارش شده است و نشان می دهد که مدل داده های تابلویی مورد تأیید و قابل استفاده می باشد. جدول ۵، خروجی آزمون هاسمن می باشد که بیانگر این است که در نظر گرفتن اثرات ثابت^۱، مناسب می باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون F لیمر

Table 4: Results of the F-Limer Test

احتمال	مقدار آماره	آماره آزمون
0.0000	39.1169	F
0.0000	79.4601	Chi-square
۰٫۰۰۰۰	۳۴٫۲	F اثرات مقطعی
۰٫۰۰۰۰	۸۹٫۹۲	Chi-square اثرات مقطعی

مأخذ: یافته های تحقیق

جدول ۵: نتایج آزمون هاسمن

Table 5: Hausman Test Results

نتیجه	احتمال	مقدار آماره	آماره آزمون
اثرات ثابت مناسب تر از اثرات تصادفی	0.0000	132.7999	Chi-square

مأخذ: یافته های تحقیق

برای برآورد روابط بلندمدت بین متغیرهای پژوهش، از دو روش حداقل مربعات اصلاح شده^۲ و روش حداقل مربعات پویا^۳ استفاده شده است. روش FMOLS برای اصلاح مشکلات خودهمبستگی و ناهمسانی واریانس در داده های هم انباشتگی طراحی، و نتایج آن به عنوان تحلیل اصلی ارائه شده است. روش DOLS با اضافه کردن وقفه ها و تقدم ها به مدل، سوگیری برآورد ضرایب را کاهش می دهد و به عنوان بررسی استحکام^۴ نتایج، مورد بررسی قرار گرفته، و خروجی مقایسه ای هر دو روش در

1. Fixed Effect
2. FMOLS
3. DOLS
4. Robustness

جدول ۶ گزارش شده است. مدل برای ۴ کشور مورد بررسی در بازه سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۲۲ انجام شده است. نتایج FMOLS نشان می‌دهد که متغیر PublicScheme اثر منفی و معنی‌داری بر پرداخت‌های مستقیم از جیب دارد و همچنین LNGDP و GHE نیز اثر منفی و معناداری دارند. متغیر Elderly65 اثر مثبت و معنی‌داری بر OOP نشان می‌دهد. خروجی روش DOLS نیز به صورت مشابه، جهت اثر متغیرها را بر روی پرداخت‌های مستقیم از جیب تأیید می‌کند.

جدول ۶: نتایج بلندمدت FMOLS و DOLS

Table 6: FMOLS and DOLS Long-Run Results

متغیر	FMOLS:: ضریب	FMOLS:: خطای استاندارد	FMOLS: t- Statistic	FMOLS:: Prob	DOLS:: ضریب	DOLS: خطای استاندارد	DOLS: t- Statistic	DOLS: Prob
PUBLICSCHEME	-4.336	0.685	-6.331	0.0000	-6.572	1.821	-3.608	0.0014
LNGDP	-2.428	0.439	-5.531	0.0000	-2.894	0.571	-5.071	0.0000
GHE	-0.351	0.046	-7.698	0.0000	-0.396	0.177	-2.233	0.0351
ELDERLY65	6.069	1.744	3.480	0.0008	3.601	4.443	0.811	0.4255

مأخذ: یافته‌های تحقیق

نتایج برآورد نشان می‌دهد، با افزایش یک درصد در تولید ناخالص داخلی، به طور متوسط ۰/۲۴ واحد از پرداخت‌های مستقیم از جیب کاسته می‌شود. با افزایش یک درصدی در سهم دولت از مخارج سلامت، OOP به میزان ۰/۳۵ کاهش می‌یابد. در سال‌های اجرای طرح‌های عمومی بیمه، سطح OOP به‌طور متوسط ۴/۳۳ کمتر از سال‌های دیگر است. افزایش یک درصدی جمعیت بالای ۶۵ سال با ۶/۰۷ افزایش در پرداخت‌های مستقیم از جیب همراه است.

۶. نتیجه‌گیری

این پژوهش با استفاده از داده‌های سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲، به بررسی تطبیقی نظام بیمه سلامت در چهار کشور ایران، عمان، امارات متحده عربی و عربستان سعودی و تحلیل اثر متغیرهای اقتصادی و نهادی بر سطح پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها (OOP) پرداخته است. یافته‌های کمی حاصل از مدل داده‌های تابلویی با دو رویکرد FMOLS و DOLS، نشان داد که افزایش تولید ناخالص داخلی و سهم مخارج دولت در بخش سلامت، اثر منفی و معناداری بر پرداخت‌های مستقیم خانوارها دارد. این نتایج تأیید می‌کند که سرمایه‌گذاری عمومی در حوزه سلامت، نه تنها نقش حمایتی دارد، بلکه با کاهش ریسک مالی خانوارها، رفاه اجتماعی را افزایش داده و بهره‌وری نیروی کار را ارتقا می‌دهد.

علاوه بر این، متغیر دامی مرتبط با گسترش طرح‌های عمومی بیمه نیز به‌طور معناداری کاهش پرداخت‌های مستقیم را توضیح می‌دهد و اهمیت سیاست‌های بیمه‌ای در پیشگیری از هزینه‌های فاجعه‌آمیز سلامت را برجسته می‌سازد. در مقابل، افزایش نسبت جمعیت سالمند (بالای ۶۵ سال) اثر

مثبت و معناداری بر سطح پرداخت‌های مستقیم داشته است، که نشان‌دهنده فشار مضاعف جمعیتی بر هزینه‌های سلامت و اهمیت توجه به روند سالمندی در طراحی سیاست‌های بیمه‌ای است. تحلیل کیفی و مقایسه‌ای کشورها نشان می‌دهد که تفاوت در ساختارهای تأمین مالی و نقش بخش خصوصی، سطح حفاظت مالی خانوارها را به شکل متفاوتی تحت تأثیر قرار داده است. عمان و عربستان با اتکا بر منابع عمومی و نفتی، توانسته‌اند سطح پرداخت مستقیم از جیب را پایین نگه‌دارند و عدالت در دسترسی به خدمات سلامت را ارتقا دهند. امارات متحده عربی با اتخاذ مدل ترکیبی که بخش خصوصی در آن نقش پررنگی دارد، توانسته تنوع و کیفیت خدمات سلامت را افزایش دهد، اما در معرض نوسانات ناشی از توان پرداخت افراد و فشارهای بازار بیمه خصوصی قرار گرفته است. ایران، با وجود اجرای طرح‌هایی چون بیمه سلامت همگانی و طرح تحول نظام سلامت، همچنان با سهم بالای پرداخت‌های مستقیم و چالش‌هایی نظیر هم‌پوشانی بیمه‌ها، ناکارآمدی سازوکارهای نظارتی و محدودیت منابع مواجه است. این مقایسه تطبیقی نشان می‌دهد که سهم بالای دولت در تأمین مالی خدمات سلامت و وجود نظام‌های حمایتی پایدار، نقش کلیدی در کاهش فشار مالی خانوارها دارد، در حالی که اتکای نسبی به منابع خصوصی و ضعف پوشش عمومی، هزینه‌های مستقیم را افزایش می‌دهد.

نتایج این پژوهش، پیام‌های مهمی برای سیاست‌گذاری در ایران ارائه می‌دهد. نخست، افزایش سهم منابع عمومی و ارتقاء شفافیت مالی در نظام بیمه سلامت برای کاهش فشار مالی خانوارها ضروری است؛ دوم، اصلاح ساختار نهادهای بیمه‌ها، جلوگیری از هم‌پوشانی غیرکارآمد و تقویت هماهنگی بین طرح‌های بیمه‌ای، می‌تواند عدالت و کارایی را همزمان ارتقا دهد؛ سوم، در مواجهه با روند سالمندی جمعیت، طراحی بسته‌های بیمه‌ای ویژه سالمندان و توسعه خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های طولانی‌مدت باید در دستور کار قرار گیرد. همچنین تجربه کشورهای منطقه، نشان می‌دهد که تلفیق حمایت‌های دولتی با سازوکارهای نوین بیمه‌ای و بهره‌گیری از فناوری‌های دیجیتال، زمینه‌ساز ایجاد نظامی پایدارتر و عادلانه‌تر است.

در مجموع، ترکیب تحلیل‌های کیفی و کمی، تصویری جامع از وضعیت چهار کشور ارائه می‌دهد: یافته‌های تاریخی و نهادی نشان می‌دهد که ساختار چندپاره و غیرشفاف بیمه در ایران، مانع کاهش پایدار پرداخت‌های مستقیم بوده است، و شواهد کمی مدل تابلویی تأیید می‌کند که اصلاحات مبتنی بر تقویت بیمه‌های عمومی و افزایش سهم مخارج دولت، می‌تواند به کاهش معنادار فشار مالی بر خانوارها منجر شود. حرکت به سمت یکپارچگی نهادهای افزایش شفافیت مالی و طراحی بسته‌های بیمه‌ای متناسب با تغییرات جمعیتی (به‌ویژه برای سالمندان) ضرورت حیاتی برای نظام سلامت ایران است. دستیابی به پوشش همگانی سلامت، نیازمند ترکیبی از منابع مالی کافی، اصلاحات نهادی، ارتقاء کارایی نظام بیمه‌ای و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین در مدیریت سلامت است؛ سلامت باید به

عنوان سرمایه‌ای راهبردی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی شود و سیاست‌های بیمه‌ای آینده، با چنین رویکردی طراحی شوند.

علاوه بر این، تحلیل مقایسه‌ای نشان می‌دهد که سیاست‌های مالی و بیمه‌ای در کشورهای منطقه، نه تنها بر توانایی خانوارها در مواجهه با هزینه‌های درمانی اثرگذار است، بلکه نقش مستقیمی در پایداری نظام سلامت و توسعه اقتصادی دارد. کشورهای نفت‌خیز مانند عمان و عربستان، توانسته‌اند با استفاده از منابع عمومی و ارائه خدمات رایگان یا کم‌هزینه، سطح قابل توجهی از حفاظت مالی ایجاد کنند، در حالی که کشورهایی مانند ایران و امارات با چالش‌های ناشی از اتکای نسبی به بخش خصوصی و محدودیت منابع مواجه‌اند. این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که دستیابی به پوشش همگانی سلامت، تنها با افزایش منابع مالی امکان‌پذیر نیست و اصلاحات نهادی، هماهنگی بین طرح‌های بیمه‌ای و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین در مدیریت و پایش خدمات سلامت، از اهمیت کلیدی برخوردار است.

در نهایت پیشنهاد این است که برای کاهش محسوس پرداخت‌های مستقیم از جیب در ایران به محور: گسترش وسعت و عمق طرح‌های عمومی بیمه، تقویت پایدار سهم دولت در پرداخت مخارج سلامت و مزایای تکمیلی برای پوشش بهتر هزینه سالمندان، پرداخته شود. در این میان، گسترش طرح‌های بیمه‌ای در اولویت است؛ زیرا نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در سال‌های وجود چنین طرح‌هایی، پرداخت‌های مستقیم از جیب ۴/۳۳ واحد کمتر از دیگر سال‌ها بوده‌اند و اثر این سیاست، پررنگ و کاهنده بار مالی خانوارها می‌باشد. از طرفی، مواجهه با سالمندی و افزایش جمعیت سالمند، به صورت چشم‌گیری منجر به افزایش پرداخت‌های مستقیم از جیب بوده است که با پوشش بهتر بیمه‌ای این افراد، می‌توان آن را تعدیل کرد.

سپاسگزاری: موردی وجود ندارد

تأییدیه‌های اخلاقی: موردی وجود ندارد.

تعارض منافع: تعارض منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان: نویسنده اول (۵۰ درصد)، نویسنده دوم (۵۰ درصد).

منابع مالی / حمایت‌ها: این پژوهش حمایت مالی دریافت نکرده است.

بیانیه هوش مصنوعی: در این پژوهش از هوش مصنوعی استفاده نشده است و تمامی نتایج و تحلیل‌ها توسط نویسندگان صورت گرفته است.

References

- Abri, S. M., West Jr, D. J., & Spinelli, R. J. (2006). Managing overutilization, quality of care, and sustainable health care outcomes in Oman. *Health Care Management*, 25(4), 348-355. <https://doi.org/10.1097/00126742-200610000-00011>
- Agyemang, Y. S. K., K. F. S. K. Agyemang, R., K. Agyemang, P., Owusu, A. G., Asiamah, Y., & Ofori-Amoah, J. (2021). Decomposing trends in out-of-pocket health expenditure in 44 low-and middle-income countries: A fixed-effects panel data analysis (2000-2018). *Social Science & Medicine*, 277, 113941. 10.1016/j.socscimed.2021.113941
- Akbari, M., Alimohamadzadeh, K., Maher, A., Hosseini, S. M., & Bahadori, M. (2021). Systematic analysis the barriers to the integration of health insurance in iran using the dematel approach. *Journal of Military Medicine*, 23(2), 90-98. <http://eprints.bmsu.ac.ir/9320/>
- Al Balushi, S., Priya, C. R., Shagufta, M., Amur, S., & Humaid, A. (2024). Insurance technology in GCC and Oman. *Journal of Southwest Jiaotong University*, 59(2), 622-629. <https://doi.org/10.35742/jsju.v59n2.75>
- Albarqawi, S., Abul-Atta, H., El-Khatib, Z., Loney, T., & Afifi, R. A. (2023). Pathways to universal health coverage in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A mixed-methods review of progress and challenges. *Health Policy*, 137, 104907. 10.1016/j.healthpol.2023.104907
- Al-Dhawi, A., Daniel, J., Robert, J., & Teresa, A. (2007). The challenge of sustaining health care in Oman. *Health Care Management*, 26(1), 19-30. <https://doi.org/10.1097/01.hcm.0000257007.97157.34>
- Al-Hanawi, M., Mwale, M., & Qattan, A. (2021). Health insurance and out-of-pocket expenditure on health and medicine: Heterogeneities along income. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 638035. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.638035>
- Alonazi, W. B. (2023). Health insurance reforms in the Gulf Cooperation Council countries: Opportunities and challenges. *International Journal of Health Planning and Management*, 38(1), 45-59. <https://doi.org/10.1002/hpm.3510>
- AlJohani, B. A., & Bugis, B. A. (2024). Advantages and challenges of implementation and strategies for health insurance in Saudi Arabia: A systemic review. *Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1-9. <https://doi.org/10.1177/00469580241233447>
- Al-Sharqi, O. Z., & Abdullah, M. T. (2013). Diagnosing Saudi health reforms: Is NHIS the right prescription?. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(4), 308-319. <https://doi.org/10.1002/hpm.2148>
- Alshishtawy, M. M. (2010). Four decades of progress: Evolution of the health system in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10(1), 12-22.
- Arrow, K. J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. In *Uncertainty in economics* (pp. 345-375). Academic Press. <https://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941->

- 973.pdf (Original work published in 1963 in *The American Economic Review*, 53(5), 941-973. The provided reference is for a book chapter reprint.)
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1), 23-45. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740100104>
- Bashshur, R., Shannon, G., Krupinski, E., Grigsby, J., Kvedar, J., Weinstein, R., et al. (2009). National telemedicine initiatives: Essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*, 15(6), 600-610. <https://doi.org/10.1089/tmj.2009.9960>
- Bazyar, M., Yazdi-Fryzabadi, V., Rashidian, A., & Behzadi, A. (2021). The experiences of merging health insurance funds in south Korea, Turkey, Thailand and Indonesia: A cross-country comparative study. *International Journal for Equity in Health*, 20(66), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01382-w>
- Blair, I., & Sharif, A. (2013). Health and health systems performance in the United Arab Emirates. *IHF World Hospital Congress Proceedings*, 49(4), 12-17.
- Cerf, M. (2019). Health worker resourcing to meet universal health coverage in Africa. *International Journal of Health Management*, 3(4), 789-796. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1693711>
- Dey, P., & Bach, P. B. (2019). The 6 functions of health insurance. *JAMA*, 321(13), 1242-1243. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0305>
- 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(44), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01372-4>
- Evans, D., Marten, R., & Etienne, C. (2012). Universal health coverage is a development issue. *The Lancet*, 380(9844), 864-865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61483-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61483-4)
- Glazier, H., Agha, M., Moinedding, R., & Sibley, L. (2009). Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: A population-based study. *The Annals of Family Medicine*, 7(5), 396-405. <https://doi.org/10.1370/afm.994>
- Hazarmoghaddam, N., & Jahangiri, R. (2019). Identifying and investigating health insurance products in selected countries. *International Conference on Insurance and Development*, 24, 559-586. [In Persian] <https://sid.ir/paper/899663/fa>
- Heard-Bey, F. (2012). United Arab Emirates: Economic Boom and Insurance. In *World insurance: The evolution of a global risk network* (pp. 391-414). Oxford University Press.
- Heidari, A., Arab, M., & Damari, B. (2021). A policy analysis of the national phenylketonuria screening program in Iran. *BMC Health Services Research*, 21(94), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06116-w>

- Hogan, D. R., Stevens, G. A., Hosseinpour, A. R., & Boerma, T. (2021). Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: Innovations in measurement and evaluation. *Lancet Global Health*, 9(6), e718-e730. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00115-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00115-3)
- Hsiao, C. (2014). *Analysis of panel data* (3rd. ed.). Cambridge University Press.
- Ibrahimipour, H., Maleki, M. R., Brown, R., Gohari, M., Karimi, I., & Dehnavieh, R. (2011). A qualitative study of the difficulties in reaching sustainable universal health insurance coverage in Iran. *Health Policy and Planning*, 26(6), 485-495. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr010>
- Kabir, M. J., Heidari, A., Lotfi, M., Khatirnamani, Z., & Golpira, R. (2024). A retrospective analysis of universal health insurance policy-making process in Iran: A qualitative study. *Health Science Reports*, 7(5), e20192. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70192>
- Khalifa, M., & Zabani, I. (2022). Digital health insurance systems and financial protection in the Middle East: Current status and future prospects. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1143. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08535-9>
- Khan, M., & Azeemi, N. (2017). Statical correlation between consumer tendency and health insurance performance in UEA. *International Journal of Scientific Engineering and Technology*, 6(1), 1-12.
- Koornneef, E., Robben, B. M., Al Seiri, B., & Al Siksek, Z. (2012). Health system reform in the Emirate of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Health Policy*, 108(2-3), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.08.021>
- Koornneef, E., Robben, P., & Blair, I. (2017). Progress and outcomes of health systems reform in the United Arab Emirates: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(638), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2597-1>
- Lai, T., Al Salmi, Q., Koch, K., Hashish, A., Ravaghi, H., & Mataria, A. (2024). Health system performance assessment and reforms, Oman. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(7), 533-537. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.295462>
- Maher, A. (2003). Comparative study of medical payment systems in selected countries and providing a model for Iran. *Social Security Quarterly*, 14, 231-250. [In Persian]
- Malaviya, S., Bishai, D., Soni, M., & Suliman, E. (2022). Socioeconomic disparities in healthcare utilization under universal health coverage: Evidence from Dubai household health survey. *International Journal for Equity in Health*, 21(90), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01691-8>
- Maxwell, S., Moon, M., & Segal, M. (2001). *Growth in Medicare and Out-of-Pocket Spending: Impact on Vulnerable Beneficiaries*. Urban Institute.
- Mohammadi, E., Raissi, A., Barooni, M., Ferdoosi, M., & Nuhi, M. (2014). Survey of social health insurance structure in selected countries; Providing

- framework for basic health insurance in Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(79), 1-9. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.145945>
- Mossialos, I., Dixon, E., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems.
- Mulupi, S., Kirigia, D., & Chuma, J. (2013). Community perceptions of health insurance and their preferred design features: Implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya. *BMC Health Services Research*, 13(474), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-474>
- Puteh, W., Aizuddin, A. N., & Al Salem, A. A. (2022). Feasibility of national health insurance for Saudi healthcare services: Qualitative study. *Information Sciences Letters*, 11(2), 427-437.
- Rahimisadegh, R., Noori Hekmat, S., Mehroolhassani, M. H., & Jafari Sirizi, M. (2023). Network analysis of Iranian's health insurance ecosystem before and after the introduction of Universal Health Insurance law. *Global Health Research and Policy*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s41256-023-00302-5>
- Rahimisadegh, R., Noori Hekmat, S., Mehroolhassani, M. H., & Jafari Sirizi, M. (2024). Iran's health insurance ecosystem: Challenge and strategies. *BMC Public Health*, 24(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19998-2>
- Rasooly, A., Cashin, C., & Hsiao, W. (2022). Health financing reforms for universal health coverage in low-and middle-income countries: Progress and challenges. *Health Policy and Planning*, 37(3), 255-265. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac009>
- Saadati, M., Rezapour, R., Derakhshani, N., & Naqshi, M. (2016). A comparative study of equity in financing in health insurance models. *Health and Treatment Management*, 7(2), 65-73. [In Persian]
- Safdari, R., Ghazi Saeedi, M., Godini, A., & Manjemi, F. (2010). A comparative study of the mechanism of payment of health insurance in the countries of America, Australia and Iran. *Medicine and Purification*, 77, 41-51. [In Persian]
- Shisana, O., Rehle, T., Louw, J., Zungu-Dirwayi, N., Dana, P., & Rispel, L. (2006). Public perceptions on national health insurance: Moving towards universal health coverage in South Africa. *South African Medical Journal*, 96(9), 814-818. <https://doi.org/10.1007/s11912-007-0062-8>
- Vafaei najar, A., Karimi, I., & Seyed Nozada, M. (2007). Comparative study of the structure and content of supplementary health insurance in several selected countries and providing a model for Iran. *Health Management*, 28, 57-64. [In Persian]
- van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, S., Karan, A., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, S., Tao, S., Tin, K., Wagstaff, A., & Zhao, Y. (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16(11), 1159-1184. <https://doi.org/10.1002/hec.1209>

- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance of health care: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4), 361-387. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(92\)90012-P](https://doi.org/10.1016/0167-6296(92)90012-P)
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., & Winkelhake, O. (1999). Equity in the finance of health care: Some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00044-7](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00044-7)
- World Bank. (2019). *World Development Report 2019: The Changing Nature of Work*. World Bank.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *World Health Report: Health Systems Financing - The Path to Universal Coverage*. World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)
- Zare, H., & Godarzi, A. (2007). Organization and management of organizations providing health care packages. *Social Security*, 28, 135-178. [In Persian]