

ارزیابی فضای مالی: حلقه‌ای مفقود در مدیریت تامین مالی نظام سلامت ایران

نادر جهان مهر^۱، سهیلا دمیری^{۳*}، رضا گودرزی^۴، ژاله عبدی^۵

۱-استادیار، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران ۲-مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران ۳-گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴-استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران ۵-استادیار، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
آدرس: تهران، خیابان انقلاب، خیابان قدس، خیابان پورسینا، کد پستی: ۱۴۱۷۶۱۳۱۵۱، تلفن: ۰۹۱۷۴۲۵۶۰۵۸،
پست الکترونیک: damiri.sheila@gmail.com

دریافت: ۹۸/۹/۳۰ پذیرش: ۹۸/۱۱/۸

چکیده

مقدمه: توانایی افزایش منابع برای مخارج دولت در بخش سلامت، وابسته به موقعیت اقتصاد کلان کشور است. مفهوم فضای مالی، به قراردادن سلامت در بستر وسیع‌تر محیط اقتصادی و مالی کمک می‌کند. آشنایی با این مفهوم می‌تواند چارچوبی برای تحلیل ظرفیت آتی دولت در تامین مالی سلامت در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد.

روش کار: مطالعه‌ی مروری حاضر با بهره‌گیری از گزارش‌ها و مقالات منتشرشده در پایگاه‌های داده‌ی داخلی و خارجی، به بررسی مبانی نظری و الگوهای توسعه‌ی فضای مالی سلامت و بررسی اجمالی ابعاد مختلف توسعه‌ی فضای مالی برای نظام سلامت ایران می‌پردازد.

یافته‌ها: فضای مالی سلامت، فراهمی فضای بودجه‌ای است که به دولت اجازه می‌دهد منابع مورد نیاز برای تحقق اهداف عمومی مطلوب را بدون واردکردن هیچ‌گونه آسیب به پایداری مالی، تامین کند. این فضا می‌تواند از طریق منابع متعددی ایجاد شود که به‌طورعمده در ۵ گروه شرایط مساعد اقتصاد کلان، اولویت‌بندی مجدد بودجه‌ی سلامت در بودجه‌ی عمومی دولت، افزایش منابع ویژه‌ی بخش سلامت، کمک‌های توسعه و دست‌آوردهای کارآیی طبقه‌بندی می‌شوند. با توجه به شرایط فعلی اقتصاد کشور، به‌نظر می‌رسد بهترین گزینه برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت در ایران، ارتقای کارآیی مخارج فعلی باشد.

نتیجه‌گیری: بهره‌گیری از تحلیل‌های فضای مالی می‌تواند به تامین مالی پایدار سلامت و افزایش هم‌راستایی تامین مالی سلامت با اهداف نظام مدیریت تامین مالی عمومی کمک کند.

کلواژگان: فضای مالی سلامت، تامین مالی پایدار سلامت، مخارج سلامت دولت، اقتصاد کلان، بودجه، ایران

مقدمه

در اغلب کشورها، ورای همه‌ی نگرانی‌های اقتصادی مانند بیکاری، دستمزدهای پایین و هزینه‌های بالای زندگی، سلامت غالباً به مساله‌ای سیاسی تبدیل شده است. دولت‌ها براساس معاهدات بین‌المللی، حق سلامت را به رسمیت شناخته‌اند؛ بنابراین، حتی وضعیت دشوار مالی یک کشور نیز آن را از لزوم اقدام برای تحقق بخشیدن به حق سلامت افراد مبرا نمی‌سازد [۳، ۴]. سیاست‌گذاران سلامت در سراسر جهان نگران افزایش مخارج سلامت هستند، زیرا طی سال‌های اخیر، مخارج کل سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی به‌طور میانگین در همه‌ی گروه‌های درآمدی کشورهای جهان افزایش یافته است [۵، ۶]. پیش‌بینی رشد مخارج سلامت در سال‌های آتی، منجر به طرح مسائلی در زمینه‌ی ثبات

بسترسازی شرایط با ثبات در بخش‌های گوناگون اقتصاد از مهم‌ترین الزامات حرکت به سوی رشد پایدار و توسعه‌ی همه‌جانبه است. یکی از پیش شرط‌های مهم ثبات اقتصادی، ثبات پولی و مالی می‌باشد. نقش سیستم‌های مالی، تخصیص منابع در طول زمان و بین سرمایه‌گذاری‌های مختلف است. شکل صحیح این سیستم به اقتصاد اجازه می‌دهد به سطح بالایی از رشد -البته در صورت ثبات سایر شرایط اقتصاد کلان- دست یابد [۱]. هدف سیاست ثبات مالی، کاهش کسری بودجه و انباشتگی بدهی است. هرچند اتخاذ این سیاست‌ها برای اهداف اقتصاد کلان ضروری است، اما توانایی دولت‌ها برای پاسخ‌گویی به مسئولیت‌های عمومی اساسی و تعهدات سیاسی مقامات، آن را به مصالحه می‌طلبند [۲].

زمستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره چهارم، پیاپی ۸۷

google، google scholar و PubMed به زبان انگلیسی جست و جو گردید. برای دستیابی به مطالعات مرتبط، منابع مندرج در مطالعات گردآوری شده نیز بررسی شد. معیارهای ورود به مطالعه، ارزیابی توصیفی از مبانی فضای مالی، فضای مالی سلامت و ارزیابی الگوهای توسعه‌ی آن‌ها بود. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی جامع کلیه‌ی منابع نبود، بلکه تلاش شد تصویری منسجم از تحلیل فضای مالی سلامت ارائه گردد. در راستای این امر، پس از گردآوری منابع مرتبط، یافته‌های به دست آمده، تلخیص و تلفیق گردید. همچنین، به منظور ارزیابی تصویر اجمالی از وضعیت فضای مالی سلامت در ایران، متناسب با هر بخش، پایگاه‌های داده‌ای داخلی و خارجی نیز جست و جو گردید.

یافته‌ها

۱. مفهوم فضای مالی

مفهوم فضای مالی، پس از بحران آسیا برای تاکید بر لزوم تامین مالی مداوم زیرساخت‌های اساسی، صرف نظر از نیازهای ثبات مالی، شکل گرفت [۱۲]. برای فضای مالی، تعاریف گوناگونی ارائه شده که هر یک بر جنبه‌های متفاوتی از سیاست‌های بسیج منابع تاکید دارد [۲۲]. پیتز هلر در سال ۲۰۰۵، فضای مالی را چنین تعریف کرد: «در دسترس بودن فضای بودجه‌ای که به دولت اجازه می‌دهد منابع را برای هدفی مشخص، بدون وارد آوردن هیچ‌گونه آسیب به پایداری موقعیت مالی فراهم کند» [۱۱]. کمیته‌ی مشترک توسعه‌ی بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول در سال ۲۰۰۶، فضای مالی را چنین تعریف کردند: «شکاف میان سطوح فعلی مخارج و حداکثر سطح مخارجی که دولت می‌تواند بدون تاثیر بر قدرت پرداخت بدهی‌های خود متحمل شود» [۲۳]. برخی نیز آن را در قالب عوامل اقتصاد سیاسی به بحث گذارده‌اند؛ برای مثال، روی و هیوتی در سال ۲۰۰۵، فضای مالی را «اقدامات سیاستی به هم پیوسته برای افزایش بسیج منابع داخلی، اصلاحات لازم برای تامین حاکمیت و محیط اقتصادی و نهادی توانمندساز برای موثر ساختن این اقدامات سیاستی» تعریف کردند [۲۴-۲۶].

روی و همکاران در سال ۲۰۰۷، شقوق مختلف توسعه‌ی فضای مالی را در ۴ گروه کمک‌های رسمی توسعه، بسیج منابع داخلی، تامین مالی کسری بودجه و اولویت‌بندی مجدد و افزایش کارایی مخارج تقسیم و آن را در قالب چارچوب لوزی شکل فضای مالی ترسیم کردند که از قراردادن چهار ستون در کنار یکدیگر در دستگاه مختصات ایجاد می‌شود. میزان محتمل برای افزایش در هر یک از این منابع، به عنوان نسبتی از تولید ناخالص داخلی رسم می‌گردد و ناحیه‌ی محصور شده

اقتصادی گردیده، زیرا اگر هزینه‌ها همان‌طور که پیش‌بینی می‌شود، افزایش یابد و درآمدها با نرخ متناظر رشد نکنند، کسری بودجه رشد صعودی خواهد یافت. این کسری بودجه از طریق افزایش بدهی‌های دولت و افزایش استقراض ناشی از آن می‌تواند به اقتصاد کشور آسیب وارد نماید [۷، ۸].

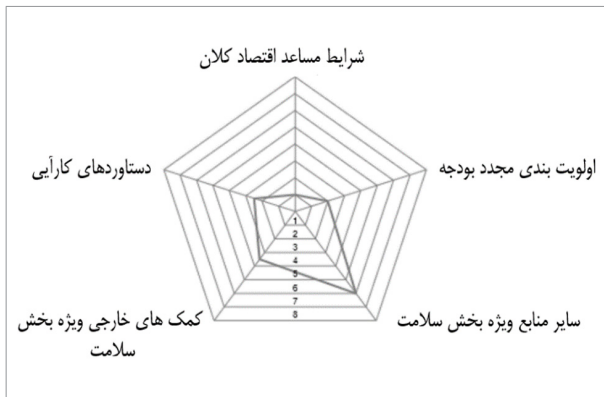
توام شدن افزایش هزینه‌های سلامت با سالمندی جمعیت و بحران‌های مالی و اقتصادی اخیر، دولت‌ها را به بررسی مجدد فضای مالی وادار کرده است [۹]. فضای مالی، به توانایی دولت در فراهم کردن فضای بودجه‌ای بیش‌تر برای هدفی مشخص، بدون وارد آمدن هرگونه خدشه به پایداری موقعیت مالی آن اشاره دارد [۱۰، ۱۱]. فضای مالی، ضربه‌گیری برای پاسخ به نیازهای بیش‌تر در زمینه‌ی ثبات مالی و در کنار آن، حفاظت از تامین منابع برای تعهدات سیاسی مهم است [۲]. اگرچه فضای مالی به مخارج کلی دولت اشاره دارد، اما از آن‌جاکه فقدان سطوح کافی و پایدار منابع، بزرگ‌ترین محدودیت در دستیابی به پیامدهای سلامت است، تقاضای روزافزونی برای یک چارچوب به‌منظور تحلیل فضای مالی سلامت نیز به‌طور ویژه وجود دارد [۱۲]. این مفهوم، به قراردادن سلامت در بستر وسیع‌تر محیط اقتصادی و مالی کمک می‌کند. باتوجه به این که تامین مالی پایدار بخش سلامت، چالش پیش روی کلیه‌ی کشورهای جهان است، بنابراین تحلیل فضای مالی سلامت به کشورهای کم‌درآمد محدود نمی‌شود [۱۲، ۱۳]. نمونه‌هایی از این تحلیل‌ها در سطح ملی برای کشورهای اندونزی، نپال، غنا، بوتان و در سطح منطقه‌ای، در کشورهای جنوب صحرای آفریقا و جنوب شرقی آسیا انجام شده است [۱۴-۱۹].

نظام سلامت ایران نیز هم‌چون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها مواجه است. مخارج سرانه‌ی سلامت کشور بر اساس دلار رایج آمریکا از حدود ۵۸۰ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ دلار در سال ۲۰۱۵ افزایش یافت و ادامه‌ی این روند، کشور را با چالش‌های بسیاری در زمینه‌ی تامین منابع مورد نیاز بخش سلامت مواجه می‌سازد [۲۰]. پیش‌بینی مخارج و منابع تامین آن‌ها در قالب تحلیل‌های فضای مالی، ضمن تسهیل برنامه‌ریزی تامین منابع پایدار برای برنامه‌های اجتماعی مهم، می‌تواند ابزاری برای مدیریت مالی عمومی در کشور باشد. بررسی حاضر به‌منظور آشنایی سیاست‌گذاران، مدیران و پژوهشگران با مفاهیم فضای مالی سلامت و انطباق اجمالی این مفهوم با نظام سلامت ایران انجام شد.

روش کار

در پژوهش مروری حاضر، برای گردآوری اطلاعات، واژه‌های فضای مالی (fiscal space) و فضای مالی سلامت

سلامت را نشان می‌دهند. در نهایت، منطقه‌ی محدود شده توسط خط خاکستری، نشانگر پتانسیل افزایش فضای مالی سلامت از طریق همه‌ی منابع است [۱۶]. البته الگوی تار عنکبوت نقطه‌ضعف‌هایی نیز دارد؛ از جمله این که تغییرات موردانتظار در فضای مالی بخش سلامت می‌تواند در طول هر محور مقادیر منفی را نیز در برگیرد، اما مقادیر منفی در الگو قابل‌نمایش نیستند. از سویی، ستون‌ها یا محورهای مختلف این الگو کاملاً مستقل از یکدیگر نبوده و احتمال هم‌بستگی در هر دو جهت مثبت و منفی میان آن‌ها وجود دارد. با این حال، این الگو چارچوب مفهومی ساده و نسبتاً جامعی است و می‌تواند راهنمای مفیدی در زمینه‌ی تحلیل روش‌های گوناگون توسعه‌ی فضای مالی سلامت باشد [۱۲]. در بخش بعد، مروری اجمالی بر وضعیت هریک از این ۵ گزینه در توسعه‌ی فضای مالی سلامت ایران خواهیم داشت.

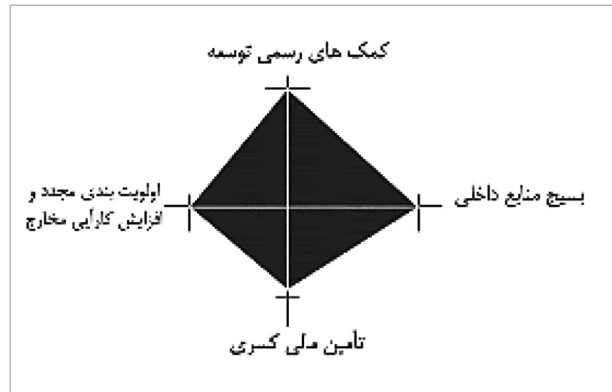


شکل ۲. مدل تار عنکبوت فضای مالی، بر اساس الگوی ۵ بعدی بانک جهانی [۱۶]

۳. فضای مالی سلامت در ایران

۳-۱. شرایط مساعد اقتصاد کلان: فضای مالی سلامت به محیط مساعد اقتصاد کلان، مانند رشد اقتصادی پایدار، بهبود ایجاد درآمد و سطوح پایین کسری مالی وابسته است [۳۱]. طی ۵ دهه‌ی گذشته، ایران با تغییرات قابل توجه اجتماعی و اقتصادی مواجه بوده است. جنگ، بلایای طبیعی، نوسانات مداوم قیمت نفت و تحریم‌های اقتصادی و سیاسی بین‌المللی، به شدت جامعه را متأثر ساخته است [۳۲]. نرخ رشد سالیانه‌ی تولید ناخالص داخلی ایران طی سال‌های ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۴، بین ۲۳/۱۷ و ۲۱/۵۹- در نوسان بوده که حاکی از نوسانات زیاد اقتصاد کشور است [۳۳]. درآمدهای نفت و گاز، نقشی اساسی در اقتصاد ایران ایفا کرده و به‌طور متوسط، ۱۶ درصد تولید ناخالص داخلی، ۴۰ درصد بودجه‌ی دولت و ۸۰ درصد درآمد حاصل از صادرات کشور را تشکیل می‌دهند [۳۴]. علی‌رغم دسترسی به منابع فراوان نفت و گاز و درآمدهای ارزی حاصل از صادرات آن، ایران نتوانسته زمستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره چهارم، پیاپی ۸۷

درون شکل، نشان‌دهنده‌ی مجموع فضای مالی موجود در کشور است [۲۷].



شکل ۱. شکل لوزی فضای مالی روی و همکاران [۲۷]

۲. فضای مالی سلامت

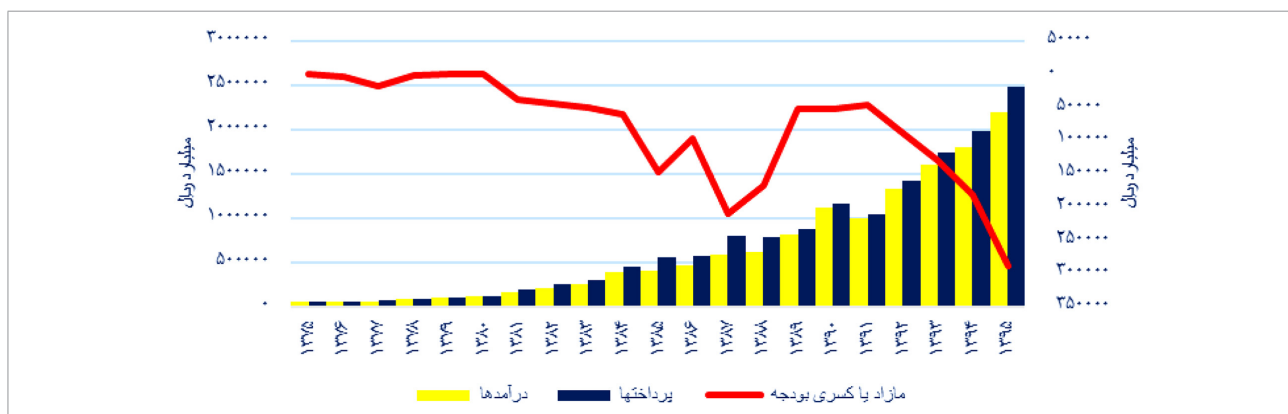
در سراسر جهان، کشورها با چالش یافتن منابع کافی برای تأمین مالی سلامت مواجه هستند. بنابراین توجه بسیاری معطوف پاسخ‌گویی به این پرسش شده که «چگونه می‌توان فضای مالی سلامت را توسعه داد؟». فضای مالی، چارچوبی برای کاوش شیوه‌ی توسعه‌ی پایدار منابع بخش سلامت توسط دولت است. علت تمرکز بر دولت در این تحلیل‌ها آن است که دولت، بزرگ‌ترین منبع تأمین مالی سلامت است و بیش‌تر از هر منبع دیگری، توانایی تضمین محافظت مالی و تأثیر بر کارایی و عدالت را از طریق ابزار سیاست‌گذاری دارد [۲۸]. هلر، مفهوم فضای مالی را برای بخش سلامت اصلاح کرد و آن را به صورت «ظرفیت دولت برای فراهم کردن منابع بودجه‌ای بیش‌تر برای بخش سلامت، بدون واردآوردن هیچ‌گونه آسیب به موقعیت مالی آن» تعریف نمود [۲۸، ۲۹]. براساس تعریف هلر، بانک جهانی نیز در سال ۲۰۱۰ چارچوبی برای ارزیابی فضای مالی سلامت طراحی کرد. این الگو، منابع توسعه‌ی فضای مالی سلامت را در ۵ گروه شرایط مطلوب اقتصاد کلان، اولویت‌بندی مجدد بخش سلامت در مخارج دولت، ایجاد منابع اختصاصی بیش‌تر برای بخش سلامت، کمک‌های رسمی توسعه برای سلامت و افزایش کارایی مخارج سلامت دولت طبقه‌بندی می‌کند که با استفاده از نمودار تار عنکبوت نمایش داده می‌شود [۲۹، ۳۰]. هریک از محورهای این نمودار، نشان‌دهنده‌ی یکی از گروه‌های فوق است و پره‌ها، میزان افزایش پیش‌بینی‌شده در طول هر محور در قالب درصد و نسبت به سال پایه را نشان می‌دهند. شکل ۲ مدلی فرضی از این نمودار است. خط خاکستری نشان‌دهنده‌ی درصد افزایش بالقوه در مخارج سلامت دولت در هریک از ۵ گروه فوق است. نقاط نزدیک به مرکز، پتانسیل پایین و نقاط دور از مرکز، پتانسیل بیش‌تر آن منبع برای افزایش فضای مالی

بخش خصوصی، تردید برای جمع‌آوری مالیات از نخبگان، وابستگی به درآمدهای نفتی و کم‌بود فرهنگ مالیاتی، میزان جمع‌آوری درآمدهای مالیاتی در کشور را محدود کرده است [۴۱].

کسری بودجه‌ی دولت به پدیده‌ی پایدار در ساختار اقتصاد ایران تبدیل شده؛ هرچند میزان این کسری طی سالیان مختلف متفاوت بوده است. از سال ۱۳۹۱، شیب کسری بودجه شدت یافته و از ۴۵,۵۴۶ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۱ به ۲۸۸,۴۹۵/۵ میلیارد ریال افزایش یافته؛ یعنی طی ۴ سال ۶/۳ برابر شده است (نمودار ۱) [۳۴]. کسری بودجه‌ی دولت و شیوه‌ی تامین مالی آن، از چالش‌برانگیزترین مسایل اقتصاد ایران است [۴۲]. کشورها ممکن است برای تامین خواسته‌های ملی با استفاده از منابع محدود، متوسل به استقراض شوند. استقراض منجر به ایجاد بدهی می‌شود [۴۳]. کسری بودجه و بدهی‌های خارجی بلندمدت، اثر منفی معناداری بر رشد اقتصادی کشورهای در حال توسعه دارند [۴۴]. بنابراین پایداری بدهی، یکی از جنبه‌های محوری سیاست‌های اقتصاد کلان است [۴۵]. اگرچه در حال حاضر، شاخص‌های «پایداری بدهی» اقتصاد ایران در شرایط «بدون خطر» اما نیازمند بررسی و توجه بیشتر قرار دارد، اما در صورت بروز هریک از شوک‌های اقتصادی- مالی کلان، احتمال ورود آن به ناحیه‌ی خطر وجود دارد. به عبارت دیگر، مقاومت شاخص‌های پایداری بدهی اقتصاد ایران در مقابل شوک‌های اقتصادی، ضعیف است. بنابراین برای افزایش درجه‌ی پایداری مالی اقتصاد، ایجاد تعهدات برای بخش عمومی باید با احتیاط صورت گیرد [۴۶].

موانع پیش‌روی توسعه‌یافتگی را از میان بردارد و صرف میلیاردها دلار درآمد کسب‌شده از محل این ثروت بین نسلی، نه تنها رشد پایدار و بالایی را به ارمغان نیاورده، بلکه بی‌ثباتی اقتصاد کلان و رشد اقتصادی نسبتاً پایین را نیز به همراه داشته است [۳۵]. کشورهای دارای منابع طبیعی -هم‌چون نفت و گاز- در کوتاه‌مدت با درآمدهای ناپایدار و غیرقابل پیش‌بینی ناشی از صادرات منابع مواجه هستند که اجرای سیاست‌های تثبیت اقتصادی را دشوار می‌سازد. در بلندمدت نیز رشد اقتصادی پایین‌تری را نسبت به سایر کشورها تجربه می‌کنند [۳۶]. شوک‌های درآمدهای نفتی به صورت دوره‌ای نااطمینانی‌های عمده‌ای را بر متغیرهای کلان اقتصاد به شدت وابسته به نفت ایران تحمیل می‌کند و به تبع آن، بودجه‌ی دولت نیز از شوک‌های ناگهانی مثبت و منفی در قیمت نفت تاثیر می‌پذیرد [۳۷، ۳۸].

در اغلب کشورها درآمدهای مالیاتی، منبع اصلی بودجه‌ی دولت برای تامین مالی و توسعه‌ی نظام‌های سلامت هستند. این درآمدها تعیین‌کننده‌ترین عامل پیش‌رفت به‌سوی پوشش همگانی سلامت می‌باشند. هر ۱۰۰ دلار سرانه‌ی درآمد مالیاتی بیش‌تر در هر سال، منجر به حدود ۱۰ دلار مخارج سرانه‌ی بیش‌تر در زمینه‌ی سلامت می‌شود [۳۹]. اما ایران در میان کشورهای جهان، جایگاه مناسبی از نظر میزان این شاخص ندارد؛ به گونه‌ای که در سال ۲۰۱۴ در رده‌ی ۱۶۲ کشورهای جهان و رده‌ی ۴۵ (در میان ۴۷ کشور) کشورهای با درآمد متوسط به بالا قرار داشت [۴۰]. دلایل مختلفی هم‌چون وجود شرکت‌های بزرگ ناکارآمد دولتی، تعداد اندک مالیات‌دهندگان بزرگ



نمودار ۱. درآمدها، مخارج (سمت چپ) و کسری بودجه‌ی (سمت راست) دولت ایران از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵ [۳۴]

علاوه بر چالش‌های اقتصادی داخلی، جامعه‌ی ایران سال‌های طولانی است که تحت تحریم‌های ایالات متحده و جامعه‌ی بین‌الملل قرار دارد [۴۷]. در این دوران، تحریم‌ها طیف وسیعی از اقدامات را در بر گرفت؛ تحریم‌هایی که شاید سخت‌ترین ضربه‌ها را وارد کردند، تحریم‌های مالی/بانکی و محدودیت‌های صادرات نفت بود که از سال ۲۰۱۱ اعمال شد. این تحریم‌ها، ایران

را از دسترسی به بازار مالی جهانی محروم کرد [۴۸]. تحریم‌های مذکور در جولای ۲۰۱۵ و پس از توافق روی برنامه‌ی جامع اقدام مشترک به منظور حل مناقشات هسته‌ای ایران، لغو شد [۴۹]. تحریم‌های اقتصادی موجب افت اقتصادی قابل ملاحظه، افزایش تورم، کاهش درآمدهای دولت، سرمایه‌گذاری‌های عمومی، اشتغال، امنیت شغلی، ثبات اقتصادی و همچنین درآمد و قدرت

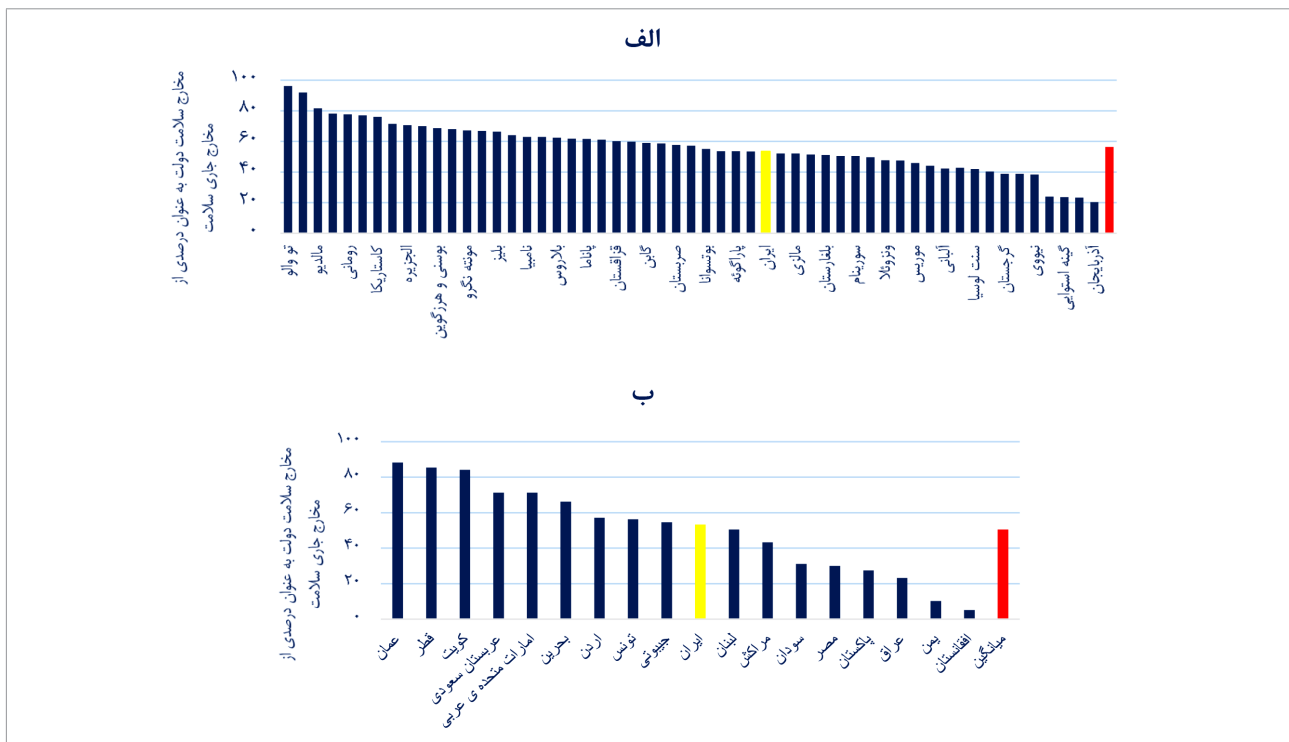
میانگین میزان مشارکت دولت در تامین مالی سلامت در کشورهای با درآمد بالا در سال ۲۰۱۵ برابر با ۵۶/۴۰ درصد بود و ایران با ۵۳/۳۸ درصد در رتبه‌ی ۳۴م این کشورها و رتبه‌ی ۱۰م کشورهای EMRO قرار داشت. این از میانگین کشورهای با درآمد متوسط به بالا ۳/۰۲ درصد کمتر است؛ در حالی که ۲/۸۸ درصد از میانگین کشورهای EMRO بیش‌تر می‌باشد و از بالاترین میزان مشارکت دولت در تامین مالی سلامت در EMRO - که مربوط به عمان است - (۸۸/۲۵ درصد) ۳۴/۸۷ درصد فاصله دارد (نمودار ۲) [۵۲].

ایران با سهم ۲۲/۷۵ درصدی سلامت از بودجه‌ی عمومی دولت، از نظر نشانگر مذکور در هر دو گروه این کشورها در جایگاه بالایی قرار گرفته است (نمودار ۳) [۵۳]. بر مبنای این مقایسه، به نظر می‌رسد دولت ایران سهم قابل‌قبولی از بودجه‌ی خود را به تامین مالی سلامت اختصاص داده و تحمیل بار سنگین‌تری از مخارج سلامت بر ذمه‌ی دولت، ممکن است تأثیرات سوئی بر پایداری بدهی‌های دولت و به تبع آن، پایداری اقتصاد کلان کشور داشته باشد.

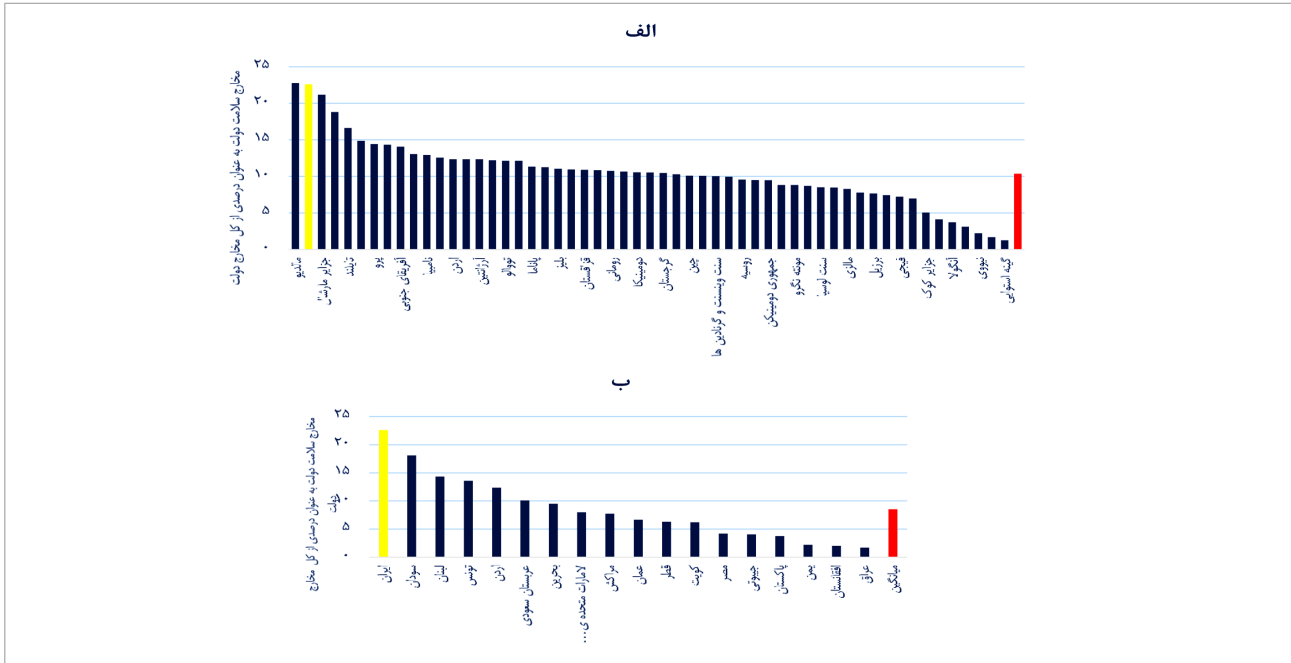
بر اساس پیش‌بینی‌های انجام‌شده، میزان مخارج سلامت دولت در ایران از ۱۴/۳ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۵ به ۲۶/۸ میلیارد دلار در سال ۲۰۴۰ خواهد رسید. سهم مخارج دولت در تامین مالی سلامت، پس از شوک طرح تحول سلامت با شیب ملایمی کاهش می‌یابد؛ به گونه‌ای که از ۵/۵ درصد در سال ۲۰۱۶ به ۴۹/۸ درصد در سال ۲۰۴۰ خواهد رسید (نمودار ۴) [۵۴].

خرید خانوارها، کاهش رفاه همه‌ی گروه‌های درآمدی خانوارهای شهری و روستایی، تضعیف استانداردهای زندگی و کاهش توانایی دولت برای تامین مالی سلامت، آموزش و تامین اجتماعی می‌شود. با کاهش ظرفیت دولت در تامین مالی سلامت، سهم خانوارها در تامین مالی مخارج سلامت، افزایش و دسترسی به مراقبت‌های سلامت کاهش می‌یابد [۵۰]. تحریم‌های ایالات متحده مجدداً از ۵ نوامبر ۲۰۱۹ اعمال شد [۵۱]. بر اساس پیش‌بینی‌های صندوق بین‌المللی پول، نرخ رشد اقتصادی ایران در سال ۲۰۱۹ برابر با ۶/۰۰- بوده و تا سال ۲۰۲۴ نیز هم‌چنان اندک خواهد بود (۰/۲ در سال ۲۰۲۰ و ۱/۱ در سال ۲۰۲۴) [۵۲]. بنابر آنچه در این بخش عنوان شد، به نظر می‌رسد که محیط اقتصاد کلان کشور، بستر مساعدی برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت نباشد.

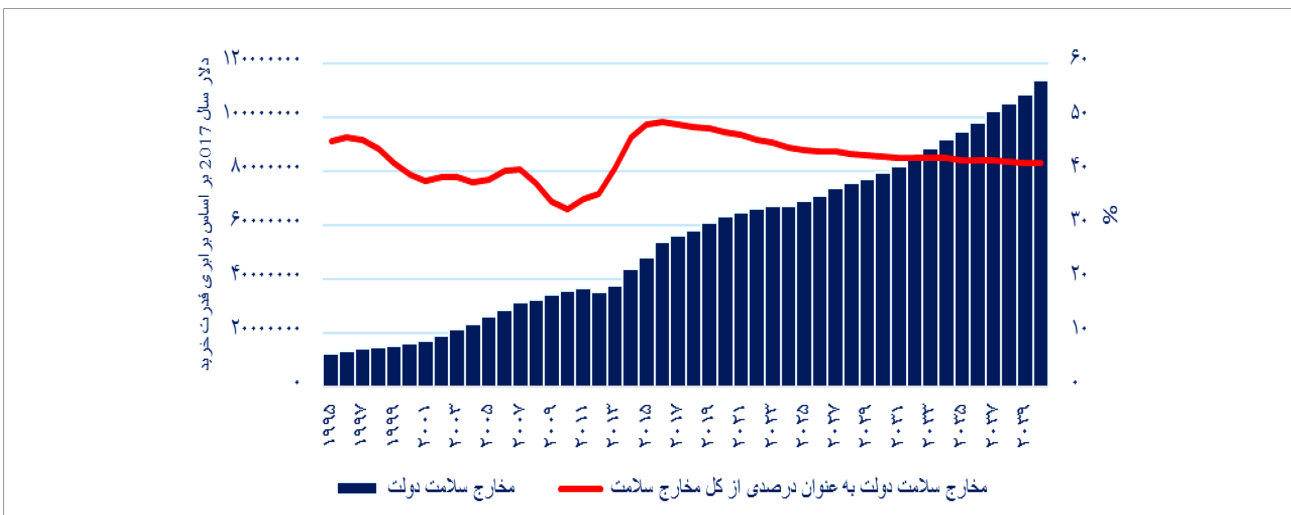
۲-۳. اولویت‌بندی مجدد سلامت در بودجه‌ی دولت:
فضای مالی سلامت می‌تواند از طریق افزایش سهمی از کل بودجه که به بخش سلامت اختصاص می‌یابد، ایجاد گردد. مقایسه‌ی میان کشورها نشان داد که تفاوت وسیعی در مخارج دولت در زمینه‌ی سلامت، حتی در میان کشورهای با سطح درآمد مشابه وجود دارد. تخصیص بودجه، فرآیندی بسیار سیاسی است. تصمیم‌گیرندگان با نیازهای رقابتی مواجه هستند و موارد پیروز در این رقابت، در اولویت‌های بالاتر قرار می‌گیرند. به این ترتیب، استدلال برای اختصاص سهم بزرگ‌تری از بودجه به بخش سلامت، منبعی نیست که در بیش‌تر کشورها به آسانی به دست آید [۲۵].



نمودار ۲. مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از مخارج جاری بخش سلامت در کشورهای با درآمد متوسط (الف) و EMRO (ب) در سال ۲۰۱۵ [۵۳]



نمودار ۳. مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از کل مخارج دولت در کشورهای با درآمد متوسط بالا (الف) و EMRO (ب) در سال ۲۰۱۵ [۵۳]



نمودار ۴. کل مخارج سلامت (سمت چپ) و مخارج سلامت دولت به عنوان درصدی از کل مخارج سلامت (سمت راست) طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۴۰ در ایران [۶۷]

برنامه‌های پوشش همگانی سلامت در نظر می‌گیرند. نشان‌دار کردن منابع شامل جدا کردن همه یا بخشی از یک درآمد کل - یا درآمد ناشی از یک مالیات یا گروهی از مالیات‌ها - و کنار گذاشتن آن برای هدفی مشخص است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۸۰ کشور از این ابزار استفاده می‌کنند [۵۵]. در مطالعه‌ی تکیان و همکاران که بر مبنای دیدگاه متخصصین، به بررسی ابعاد مختلف الگوی توسعه‌ی ظرفیت مالی نظام سلامت پرداخته، پتانسیل گزینه‌های نشان‌دار کردن منابع برای توسعه‌ی ظرفیت مالی نظام سلامت ایران، متوسط ارزیابی شد [۵۶]. یکی از رایج‌ترین رویکردهای مورد استفاده برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت در جهان، وضع مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان - به‌ویژه دخانیات - می‌باشد که با

ابعاد شرایط مساعد اقتصاد کلان و اولویت بندی مجدد سلامت در بودجه‌ی دولت بیشتر سیاست‌های اقتصاد کلان، وضعیت کلی آن و تبادلات اقتصاد سیاسی میان بخش‌های مختلف را شامل می‌شوند و خارج از کنترل نظام‌های سلامت قرار دارند با این وجود تحلیل آن‌ها به منظور درک تغییرات مخارج سلامت دولت در بطن محیط سیاسی و اقتصادی کلان ضروری است. سه مورد باقی‌مانده، در حوزه‌ی نظام سلامت قرار دارند و با توجه به این‌که پتانسیل ایجاد منابع مختص بخش سلامت را دارند، سزاوار توجه می‌باشند [۱۴].

۳-۳. منابع ویژه‌ی بخش سلامت: بسیاری از کشورها نشان‌دار کردن منابع را مکانیسمی برای توسعه‌ی فضای مالی و بسیج منابع برای بخش سلامت و تامین مالی

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

قاعده مستثنی نیست. مطالعات مختلف حاکی از ناکارایی در نظام مراقبت‌های بیمارستانی و همچنین مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در ایران است. براساس مرور نظام‌مند انجام‌شده توسط مهدیان و همکاران، کارایی فنی در بیمارستان‌های ایران با استفاده از روش‌های SFA و DEA برابر با ۰/۸۸۵ و ۰/۸۰۹ بود [۶۶-۶۷]. در مطالعه‌ی مصدق راد و همکاران نیز میانگین کارایی بیمارستان‌ها در ایران ۰/۵۸۴ تا ۰/۹۹۸ تخمین زده شد [۶۷]. براساس نتایج مطالعه‌ی رشیدیان و همکاران، میانگین امتیاز عملکرد معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ۰/۶۱۱ تا ۰/۸۳۸ بود [۶۸]. در مواجهه با چالش‌های عمده‌ی اقتصادی و فشارهای قابل توجه بر بودجه‌ی دولت، بهبود کارایی مخارج فعلی سلامت می‌تواند گام مهمی در توسعه‌ی فضای مالی سلامت باشد [۱۸]. با توجه به وجود چنین ناکارایی‌های وسیعی در نظام سلامت کشور، به نظر می‌رسد تمرکز بر مدیریت هزینه‌ها و ارتقای کارایی، پتانسیل قابل توجهی برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت در ایران داشته باشد.

بحث

نظام‌های تامین مالی عمومی، مجموعه‌ای از قوانین، نهادها، سیاست‌ها و فرآیندهای حاکم بر استفاده از منابع عمومی هستند. این قوانین و نهادها، میزان تخصیص منابع عمومی سلامت، انعطاف‌پذیری در استفاده از آن‌ها، اثربخشی مخارج و شیوه‌ی محاسبه‌ی نتایج حاصل از این هزینه‌کردها را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهند [۶۹]. چارچوب مفهومی ارزیابی فضای مالی سلامت می‌تواند دروندادی برای چارچوب‌های مخارج میان‌مدت یا ارزیابی‌های مستقل طی گفت‌وگوهای سیاستی برای افزایش مخارج سلامت دولت و نیز مبنایی برای طراحی استراتژی‌ها و اصلاحات تامین مالی سلامت باشد [۷۰]. [۷۱]. چارچوب مخارج میان‌مدت که مبنای الگوهای رایج بودجه‌ریزی در برخی کشورها (آلمان، سوئد، آمریکا و ...) است، یک ارزیابی آینده‌نگر بالا به پایین از منابع دولتی موجود در یک کشور یا یک بخش است که با تخمین‌های بخشی پایین به بالا از هزینه‌های سیاست‌های مختلف همراه می‌باشد [۷۲]. این چارچوب، یک ابزار برنامه‌ریزی بودجه‌ای برای تطابق پیش‌بینی منابع موجود با پیش‌بینی‌های مخارج مورد نیاز برای ۳ تا ۵ سال آینده است و می‌تواند از منظر دولت به عنوان یک کل یا برای بخشی خاص -مانند سلامت- کامل گردد. این چارچوب‌ها میزان پیش‌بینی‌پذیری بودجه را برای هر بخش مشخص کرده و می‌توانند برخی از نااطمینانی‌های حول برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های دولت را کاهش دهند. [۱۲] بنابراین، توسعه‌ی فضای مالی سلامت نباید تنها به مساله‌ای پیرامون بسیج منابع

تدوین قانون جامع کنترل مصرف دخانیات در سال ۱۳۸۵ در ایران اجرایی شد. مطالعه‌ی غلامی و همکاران نشان داد که منابع حاصل از مالیات بر ارزش افزوده‌ی دخانیات تا سال ۱۴۰۰ سالانه ۲۰ درصد رشد خواهد داشت [۵۵، ۵۷]. علاوه بر آن، اختصاص ۱۰ درصد از منابع هدف‌مندی یارانه‌ها و ۱ درصد از مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت، نمونه‌های دیگری از سیاست‌های نشان‌دار کردن منابع برای سلامت در ایران هستند [۵۸، ۵۹].

۳-۴. کمک‌های رسمی توسعه برای بخش سلامت: اگرچه بسیاری از کشورهای در حال توسعه به چنین منابعی وابسته‌اند، اما چالش کمک‌های توسعه آن است که اکثر شرکای توسعه، به تامین منابع برای دوره‌های زمانی بیش‌تر از یک یا دو سال متعهد نمی‌شوند. این عدم قطعیت همراه با نگرانی درباره‌ی استثمار منابع کشورها از طریق فراهم کردن کمک‌های توسعه‌ای کوتاه‌مدت، کشورهای دریافت‌کننده را از پذیرش چنین وجوهی باز می‌دارد. سایر موانع استفاده از کمک‌های توسعه عبارتند از: ناپایداری، جانشین منابع داخلی سلامت شدن، محدودیت حمایت‌های خارج بودجه‌ای (با اولویت‌های دولت هم‌راستا نیست) و ظرفیت جذب جریان‌های منابع خارجی فراوان (تورم و نوسانات نرخ ارز). بنابراین، با وجود جذابیت اولیه‌ی فرصت‌های فضای مالی ارایه‌شده به وسیله‌ی این کمک‌ها، بررسی دقیق‌تر چالش‌های این منابع، از میزان جذابیت آن‌ها می‌کاهد؛ به هر حال مهم این است که این کمک‌ها می‌توانند شکاف‌های مالی کوتاه‌مدت را در فاصله‌ی زمانی که اقدامات مالیاتی میان‌مدت و بلندمدت داخلی انجام می‌شود، پر کنند [۲۵]. علاوه بر این، بررسی روند کمک‌های توسعه‌ی سلامت به کشورهای با درآمد متوسطه بالا نشان می‌دهد که نقش این عامل در تامین مالی مخارج سلامت این کشورها با شیبه‌ی نسبتاً تند در حال کاهش است [۶۰]. براساس پیش‌بینی‌های انجام‌شده، میزان کمک‌های توسعه‌ای سال‌های آتی به نظام سلامت ایران، بسیار ناچیز و قابل چشم پوشی است [۵۴]. بنابراین به نظر می‌رسد نمی‌توان از مجرای کمک‌های توسعه به بسیج منابع برای بخش سلامت امیدوار بود.

۳-۵. دست‌آوردهای کارایی: یکی از شناخته‌شده‌ترین رویکردهای توسعه‌ی فضای مالی سلامت، بهبود کارایی و کاهش هدررفت منابع در بخش سلامت است. نتایج بررسی انجام‌شده در کشورهای جنوب صحرای آفریقا نشان می‌دهد که ۱ درصد افزایش کارایی مخارج سلامت، میزان مرگ‌ومیر نوزادان را ۰/۹۱ درصد کاهش می‌دهد؛ در حالی که ۱ درصد افزایش در مخارج سلامت، این میزان را تنها ۰/۴۰ درصد کاهش می‌دهد [۱۸]. مطالعات، شواهد گسترده‌ای از وجود ناکارایی در نظام‌های سلامت کشورها ارایه می‌دهند [۶۱-۶۵]. نظام سلامت ایران نیز از این

دولت در پرداخت دیون نشده، منجر به بیرون راندن سایر بخش‌های اولویت‌دار از بودجه‌ی دولت به دلیل فشار ناشی از افزایش مخارج سلامت نگردد [۲۴].

علی‌رغم اهمیت تحلیل‌های فضای مالی و تلاش‌هایی که برای تبیین مفهوم آن صورت گرفته است، همچنان ابهاماتی در رابطه با معنی دقیق این مفهوم برای ایجاد اصلاحات تامین مالی سلامت، شیوه‌ی ارزیابی کارآمد پتانسیل‌های آن و همچنین شیوه‌ی گسترش فضای مالی سلامت در شرایط حقیقی یک جامعه وجود دارد. فقدان راهنماهای دقیق در مورد چگونگی توصیف و اندازه‌گیری این فضا نیز منجر به اختلافات زیادی در کاربرد این مفهوم شده است [۷۳]. به دلیل تفاوت گسترده در مخارج و گزینه‌های درآمدی دولت در سراسر جهان، کشورها نیازمند بررسی دقیق گزینه‌های فضای مالی در سطح ملی، متناسب با شرایط ویژه‌ی خود و ارزیابی کامل آن‌ها طی بحث‌های فراگیر پیرامون گزینه‌های بهبود هستند [۷۴]. طی سال‌های اخیر، بسیاری از کشورها به پوشش همگانی سلامت به‌عنوان یک اولویت سیاسی ملی متعهد شده‌اند. باین‌که در اکثر کشورها وجوه عمومی، سنگ‌بنای تامین مالی پایدار برای پوشش همگانی سلامت است، اما دولت‌ها با چالش‌های مداومی برای ایجاد تعادل میان محدودیت‌های مالی و گسترش دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت مواجه‌اند [۶۹]. مطالعه‌ی یوسفی‌نژاد و همکاران حاکی از آن است که بیمه‌های سلامت در ایران طی دهه‌های آینده با کم‌بود شدید منابع مواجه خواهند بود [۷۵]. از سویی، نگرانی‌هایی در مورد بار اقتصادی طرح تحول سلامت روی بودجه‌ی دولت و پایداری منابع آن نیز وجود دارد [۷۶]. نگرانی‌هایی از این قبیل در تامین مالی بخش سلامت و سایر بخش‌های اجتماعی، موید ضرورت انجام پیش‌بینی‌ها و تحلیل‌های دقیق‌تر در تامین مالی بخش‌های مختلف، به‌ویژه سلامت و هم‌راستایی آن‌ها با اهداف سیاست‌های مالی کلان با استفاده از ابزارهایی چون تحلیل فضای مالی است.

نتیجه‌گیری

توانایی افزایش منابع برای مخارج بخش‌های اجتماعی -از جمله سلامت- به موقعیت اقتصاد کلان کشور وابسته است. تحقیقات اندکی در سطح کشورها پیرامون این موضوع انجام شده که «آیا، چگونه و چه مقدار مخارج سلامت می‌تواند افزایش یابد و پایداری چنین افزایشی با توجه به وضعیت رشد و توسعه‌ی اقتصادی کشور به چه صورت است؟» [۷۷]. در نظر نگرفتن چالش‌های اقتصادی و مشکلات مالی، از مهم‌ترین موانع دستیابی به اهداف برنامه‌هاست. استفاده از تحلیل‌های فضای مالی در زمان تدوین برنامه‌ها از طریق پیش‌بینی مخارج

محدود شود، بلکه باید از زاویه‌ی مدیریت مخارج عمومی مورد مذاقه قرار گیرد [۶۹].

همان‌گونه که عنوان شد، اقتصاد ایران به دلیل مشکلات ساختاری و تحریم‌های اقتصادی، بستر مساعدی برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت فراهم نمی‌کند. با توجه به سهم نسبتاً بالای سلامت از مخارج دولت و کسری رو به رشد بودجه به نظر می‌رسد افزایش سهم سلامت از مخارج دولت می‌تواند از طریق تحمیل بار مالی بیش‌تر بر بودجه، پایداری بدهی‌های دولت را در وضعیت خطر قرار دهد. کمک‌های توسعه‌ی سلامت نیز به دلیل روند کلی نزولی آن در کشورهای با درآمد متوسط به بالا و سایر چالش‌های مطرح‌شده، برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت ایران مناسب نیست. بنابراین، شاید ایجاد فضای مالی از طریق ارتقای کارایی نسبت به سایر گزینه‌ها پتانسیل بالاتری در توسعه‌ی فضای مالی سلامت داشته باشد، اما نتیجه‌گیری نهایی مستلزم بررسی‌های بیش‌تر است. در بخش اختصاص منابع ویژه به سلامت، شواهد کافی برای قضاوت درباره‌ی ظرفیت آن برای توسعه‌ی فضای مالی سلامت وجود ندارد. در مطالعه‌ی تکیان و همکاران پیرامون بررسی گزینه‌های سیاستی توسعه‌ی فضای مالی سلامت ایران، دست‌آوردهای کارایی در گروه خوب قرار گرفت؛ بدان معنی که در عمل امکان‌پذیر بوده و فضای خوبی برای افزایش ظرفیت مالی فراهم می‌کند. رشد اقتصادی، اولویت‌گذاری مجدد سلامت در بودجه‌ی دولت و منابع مختص بخش سلامت در گروه متوسط قرار گرفتند؛ یعنی در تئوری امکان‌پذیر هستند، اما وجود برخی موانع، امکان‌پذیری آن‌ها را کاهش می‌دهد. افزایش ظرفیت مالی از طریق کمک‌های خارجی، ضعیف ارزیابی شده و برای افزایش ظرفیت مالی نظام سلامت ایران مناسب دانسته نشد [۵۶].

باید توجه داشت که هر گونه اندازه‌گیری که از فضای مالی صورت می‌گیرد باید حداقل در پس‌زمینه‌ی یک چارچوب مخارج میان مدت انجام شود تا دیدگاهی جامع نسبت به اولویت‌های مخارج دولت به دست دهد. اگر بودجه‌های آینده تضمین نشوند، ممکن است اقداماتی که مستلزم تحمیل مخارج است، به دلیل تامین ناکافی منابع مورد نیاز تکمیل نگردند یا این که نیاز به قطع منابع سایر اقلام مخارج وجود داشته باشد. بنابراین، فضای مالی نباید به‌عنوان مسأله‌ای مرتبط با بخشی خاص در نظر گرفته شود، بلکه باید در بطن یک چارچوب مالی و بودجه‌ای جامع و آینده‌نگر تحلیل گردد و زمانی که این تحلیل‌ها برای بخش سلامت به کار می‌رود، توجهات می‌بایست معطوف افزایش منابع مالی برای بخش سلامت در دوره‌ی زمانی کوتاه تا میان مدت و به‌طریقی سازگار با پایه‌های اقتصاد کلان کشور باشد و موجب آسیب به پتانسیل اقتصادی و توانایی بلندمدت

تامین مالی سلامت کشور فراهم نماید. نگرشی که در پرتو آن، مساله‌ی تامین مالی سلامت منطبق با نیازهای سلامت جامعه و شرایط اقتصاد کلان کشور، در بازه‌ی زمانی میان مدت مورد واکاوی قرار گیرد. این مطالعه می‌تواند گامی اولیه برای توسعه‌ی پژوهش‌های آتی به منظور برنامه‌ریزی تامین منابع پایدار برای نظام سلامت کشور باشد. همچنین، آشنایی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان با مفاهیم ذکر شده می‌تواند دقت نظر ایشان در طراحی و توسعه‌ی برنامه‌های سلامتی که مستلزم تحمیل تعهدات قابل توجه بر مخارج عمومی دولت است را افزایش دهد.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر از پایان‌نامه‌ی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با عنوان «تحلیل فضای مالی سلامت در ایران و پیش‌بینی آن تا سال ۱۴۰۹» و کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1396.80 استخراج شده است.

و درآمدها، دیدگاه واقع‌گرایانه‌تری در مورد سطح مخارجی که می‌تواند با در نظر گرفتن درآمدهای مورد انتظار تحمیل گردد، ارائه می‌دهد و بنابراین، ابزاری برای مدیریت کارآ و اثربخش نظام تامین مالی عمومی کشور و جلوگیری از کسری بودجه، حفظ ثبات مالی و اقتصادی کشور و تامین مالی پایدار بخش‌های زیربنایی -مانند سلامت- فراهم می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع، برای بسط مباحثی فضای مالی، بومی‌سازی و کاربردی‌ساختن آن، لازم است مجموعه‌ای از مطالعات در کشور طراحی و اجرا گردد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

مطالعه‌ی حاضر از جمله نخستین مطالعاتی است که به بررسی فضای مالی برای بخش سلامت در ایران پرداخته است. آشنایی با این مفهوم می‌تواند زیربنای ایجاد نگرشی نظام‌مند و همه‌جانبه در طراحی و اصلاح نظام

References

- Setoodeh nia S, Fariba A. The Impact of Fiscal and Monetary Policies on Fiscal Consolidation in Iran. Quarterly Journal of The Macro and Strategic Policies 2013;1(3):103-15. [in persian].
- OECD. Fiscal Consolidation Targets, Plans and Measures, OECD Journal on Budgeting. 2011;11:(2)1-56.
- World Health Organization. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage: WHO: Geneva. 2010: 1-106.
- Hall P. The right to the highest attainable standard of health. The Lancet. 2015;386(9995):738-9.
- Rezaei S, Fallah R, Karyani AK, Daroudi R, Zandiyan H, Hajizadeh M. Determinants of healthcare expenditures in Iran: evidence from a time series analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2016;30:313.
- World Health Organization,. World Health Statistics 2015 Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 15 May 2017]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/.
- Orszag PR. Growth in Health Care Costs. Statement before the Committee on the Budget. Congressional Budget Office: United States, Washington DC. 2008.
- Przywara B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. European Commission: Directorate General Economic and Financial Affairs: Belgium, Brussels. 2010:1-83.
- World Health Organization. What is "fiscal space" and why does it matter?. [cited 2 October 2018]. Available from: http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/why-it-matter/en/.
- Heller PS. The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. Health Policy and Planning. 2006;21(2):75-9.
- Heller MPS. Understanding fiscal space: International Monetary Fund; 2005.
- Tandon A, Cashin C. Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective: World bank; 2010.
- World Health Organization. Fiscal space for health. [cited 2 October 2018]. Available from: http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/en/.
- Tandon A, Rokx C, Schieber G, Gottret P, Chawla M, Harimurti P, et al. Giving more weight to health: assessing fiscal space for health in Indonesia. The World Bank: United States, Washington DC. 2009: 3-42.
- Belay T, Tandon A. Assessing fiscal space for health in Nepal. The World Bank: United States, Washington DC. 2011: 1-36.
- Schieber G, Cashin C, Saleh K, Lavado R. Health financing in Ghana. The World Bank: International Bank for Reconstruction and Development: United States, Washington DC. 2012: 119-140.
- Sharma J. An assessment of fiscal space for health in Bhutan. The International journal of health planning and management. 2016;31(3):296-308.
- Novignon J, Nonvignon J. Fiscal space for health in sub-Saharan African countries: an efficiency approach. 2015.
- Gupta I, Mondal S. Fiscal space for health spending in South-east Asia. Journal of health care finance. 2013;39(4):68-82.
- World Bank. Current health expenditure per capita (current US\$) 2018 [cited 2018 25 April 2018]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=IR>.
- Marcel M. Budgeting for fiscal space and government performance beyond the great recession. OECD Journal on Budgeting. 2014;13(2):1A.
- Roy R, Heuty A, Letouzé E. Fiscal space for what? Analytical issues from a human development perspective. 2007.
- Development Committee. Fiscal policy for growth and development: An interim report (Washington: World Bank and International Monetary Fund). 2006.[cited 18 Oc-

- tober 2018]. Available from: [http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMINT/Documentation/20890698/DC2006-0003\(E\)-FiscalPolicy.pdf](http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMINT/Documentation/20890698/DC2006-0003(E)-FiscalPolicy.pdf).
- 24- Bernadette Mukhwana B. Analysis of fiscal space and policy options for targeted intergovernmental transfers, with specific focus on health sector. World Bank Group: United States, Washington DC. 2013: 16-37.
 - 25- Gheorghe A. Fiscal space for health: OPM seminar series on health financing for UHC: Oxford Policy Management; 2016. [cited 2019 April 9]. Available from: <http://www.opml.co.uk/publications/fiscal-space-health>.
 - 26- Roy R, Heuty A. Investing in development: the Millennium Development Goals, aid and sustainable capital accumulation. *Journal of international Affairs*. 2005;161-75.
 - 27- Okwero P, Tandon A, Sparkes S, McLaughlin J, Hoogveen JG. Fiscal Space for Health in Uganda. World Bank Group: United States, Washington DC. 2010: 49-65.
 - 28- Powell-Jackson T, Hanson K, McIntyre D. Fiscal Space for Health: a review of the literature. London School of Hygiene and Tropical Medicine: United Kingdom, London. 2012: 4-28.
 - 29- Barroy H, Kutzin J, Tandon A, Kurowski C, Lie G, Borowitz M, et al. Commentary: Assessing fiscal space for health in the SDG era: a different story. *Health Systems & Reform*. 2017(just-accepted)
 - 30- Saleh K, Couttolenc B, Barroy H. Health Financing in the Republic of Gabon. World Bank Group: United States, Washington DC. 2014: 77-93.
 - 31- Behera DK, Dash U. Effects of economic growth towards government health financing of Indian states: an assessment from a fiscal space perspective. *Journal of Asian Public Policy*. 2019;12(2):206-27.
 - 32- Naghavi M, Shahraz S, Sepanlou SG, BESc PN, Pourmalek F, Lozano R, et al. Health transition in Iran toward chronic diseases based on results of Global Burden of Disease 2010. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17(5):321.
 - 33- World Bank. World Development Indicators/GDP growth rate 2015 [cited 4 April 2017]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2015&locations=EGIR&start=1966&view=map..>
 - 34- Central Bank of Islamic Republic of Iran. Economic Time Series Database 2018 [cited 8 July 2018]. Available from: <https://tsd.cbi.ir/DisplayEn/Content.aspx>.
 - 35- Shakeri A. Investigating Iran's Experience in Management Foreign Exchange Resources and Expenditures. Islamic Republic of IRAN Ministry of Tehran: Ministry of Economic Affairs and Finance: Iran, Tehran. 2011:6-38. [in persian]
 - 36- Nabli MK, Arezki R. Natural Resources, Volatility, and Inclusive Growth: Perspectives from the Middle East and North Africa. International Monetary Fund: United States, Washington DC. 2012: 5-19.
 - 37- Shahnazi R, Afrasiabi ML. Effect of Exogenous Oil Revenue Shocks on Reallocation of Public and Private Investments in Iran. *International Journal of Energy Economics and Policy*. 2018;8(1):27-37.
 - 38- Dizaji SF. The effects of oil shocks on government expenditures and government revenues nexus in Iran (as a developing oil-export based economy). ISS Working Paper Series/General Series. 2012;540(540):1-41.
 - 39- Reeves A, Gourtsoyannis Y, Basu S, McCoy D, McKee M, Stuckler D. Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*. 2015;386(9990):274-80.
 - 40- International Monetary Fund(IMF). World Revenue Longitudinal Data(WoRLD): IMF; 2016 [Appril 2018]. Available from: <http://data.imf.org/?sk=77413F1D-1525-450A-A23A-47AEED40FE78>.
 - 41- Samimi J, Zarroki S, Hadizadeh A. Tax Capacity and Tax Effort: Evidence from Islamic Republic of Iran. *World Applied Science Journal*. 2009; 6(10): 1413-23.
 - 42- Maddah M, Jeyhoon-Tabar F. The Tax and Petroleum Revenue Effect on Iran's Public Expenditures (1994–2015), Employing Fiscal Illusion Approach. *Iranian Economic Review*. 2018;22(3):837-870.
 - 43- Sergius Nwannebuike U, James Ike U, Ifeanyi Onuka O. External debt and economic growth: The Nigeria experience. *European Journal of Accounting, Auditing and Finance Research*. 2018;4(2):33-48.
 - 44- Zamanian Gholam Reza, Herati Jawad, Taghizadeh Hojjat. The Impact of Foreign Debt on Economic Growth in Developing Countries. *Economic Research and Regional Development*. 22(10):191-224. [in persian].
 - 45- Wyplosz C. Debt Sustainability Assessment: The IMF Approach and Alternatives. Graduate Institute of International Studies. Switzerland, Geneva. 2007:1-34.
 - 46- Atashbar T, Ghasemi M, Zamani R. Sustainability of Public Financial Obligations of Iran in the Medium Term. Islamic Consultative Research Bureau: Public Sector Studies Office: Iran, Tehran. 2016: 1-29. [In persian]
 - 47- Fayazmanesh S. The Politics of the U.S. Economic Sanctions Against Iran. *Review of Radical Political Economics*. 2003;35(3):221-40.
 - 48- Smeets M. Can economic sanctions be effective?. World Trade Organization: Economic Research and Statistics Division: Switzerland, Geneva. 2018:1-19.
 - 49- Mousavian SH, Mousavian MM. Building on the Iran nuclear deal for international peace and security. *Journal for Peace and Nuclear Disarmament*. 2018;1(1):169-92.
 - 50- Kokabisaghi F. Assessment of the effects of economic sanctions on Iranians' right to health by using human rights impact assessment tool: A Systematic Review. *International journal of health policy and management*. 2018;7(5):374.
 - 51- Aloosh M, Salavati A, Aloosh A. Economic sanctions threaten population health: the case of Iran. *Public health*. 2019;169:10-3.
 - 52- International Monetary Fund(IMF). World Economic Outlook, April 2019: Growth Slowdown, Precarious Recovery 2019 [5 Agust 2019]. Available from: <file:///C:/Users/soheila%20damiri/Desktop/text.pdf>.
 - 53- World Health Organization. Global Health Expenditure Database 2019 [10 July 2019]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.
 - 54- Dieleman JL, Campbell M, Chapin A, Eldrenkamp E, Fan

- VY, Haakenstad A, et al. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*. 2017;389(10083):2005-30.
- 55- Cashin C, Sparkes S, Bloom D. *Earmarking for Health: From Theory to Practice*. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2017: 7-27.
- 56- Takian AH, Bairami F, Akbari Sari A, Harirchi I, . Analysis for Policy to Develop Policy Options to Increase Fiscal Space for Health System in Iran(Ph D Thesis). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2018: 260-280.[in persian].
- 57- Gholami E, Mousavi Jahromi Y. Forecasting of the Value Added Tax from Tobacco Consumption Using Neural Network Method. *Journal of Economic Modeling Research Kharazmi University*. 2015;5(20(9-2015)):55-72.
- 58- Zandian H, Takian A, Rashidian A, Bayati M, Moghadam TZ, Rezaei S, et al. Effects of Iranian economic reforms on equity in social and healthcare financing: a segmented regression analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2018;51(2):83.
- 59- Doshmangir L, Bazayr M, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H. Health financing consequences of implementing health transformation plan in Iran: achievements and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;8(6):384-6.
- 60- Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange: Development Assistance for Health Database 1990-2015* Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2016 [18 July 2019]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/development-assistance-health-database-1990-2015>.
- 61- Asandului L, Roman M, Fatulescu P. The efficiency of healthcare systems in Europe: A data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*. 2014;10:261-8.
- 62- Pritchard C, Wallace MS. Comparing the USA, UK and 17 Western countries' efficiency and effectiveness in reducing mortality. *JRSM short reports*. 2011;2(7):1-10.
- 63- Akazili J, Adjuik M, Jehu-Appiah C, Zere E. Using data envelopment analysis to measure the extent of technical efficiency of public health centres in Ghana. *BMC international health and human rights*. 2008;8(1):11.
- 64- De P, Dhar A, Bhattacharya B. Efficiency of health care system in India: An inter-state analysis using DEA approach. *Social Work in Public Health*. 2012;27(5):482-506.
- 65- Alexander CA, Busch G, Stringer K. Implementing and interpreting a data envelopment analysis model to assess the efficiency of health systems in developing countries. *IMA Journal of Management Mathematics*. 2003;14(1):49-63.
- 66- Mahdiyian S, Dehghani A, Tafti AD, Pakdaman M, Askari R. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8(1):126.
- 67- Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. *Journal of Payavard Salamat*. 2017;11(3):318-31.
- 68- Rashidian A, Jahanmehr N, Farzadfar F, Khosravi A, Shariati M, Akbari Sari, Majdzadeh R. Performance Evaluation and Ranking of public health and primary care system in Iran(Ph D Thesis). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2015. 168-170.
- 69- Cashin C, Bloom D, Sparkes S, Barroy H, Kutzin J, O'Dougherty S. *Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage*. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2017: 1-47.
- 70- Rajan A, Barroy H, Stenberg K. *Budgeting for health*. In: World Health Organization. *Strategizing national health in the 21st century: A handbook*. Edition 1. Geneva: World Health Organization; 2016: 1-50.
- 71- World Health Organization. What is "fiscal space" and why does it matter?. [cited 2019 May 20]. Available from: http://www.who.int/health_financing/topics/fiscal-space/why-it-matter/en/
- 72- Kordbache M. Medium-Term Expenditure Framework. *Iranian Journal of Planning and Budgeting* 2007(101):33-69.[in persian].
- 73- Barroy H, Sparkes S, Dale E. Assessing fiscal space for health expansion in low-and-middle income countries: a review of the evidence. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2016: 5-16.
- 74- Ortiz I, Chai J, Cummins M. Identifying Fiscal Space: Options for social and economic development for children and poor households in 184 countries United Nations Children's Fund (UNICEF), New York: Division of Policy and Practice UNICEF; 2011. [cited 2019 April 20]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1946006.
- 75- Yousefi Nezhad V, Izadbakhsh H, Tehrani G, Ataeipoor S. Simulating the financial health system of Health insurance with System dynamics approach. *Hakim Research Journal*. 2016;18(4):306-15.
- 76- Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management*. 2015;4(10):637.
- 77- Gupta I, Mondal S. Health spending, macroeconomics and fiscal space: a study of SEAR countries. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2014;3(3):273.

Fiscal Space Assessment: A Missing Link in Financing Management of Iran's Health System

Nader Jahanmehr^{1,2}, Soheila Damiri^{3*}, Reza Goudarzi⁴, Zhaleh Abdi⁵

¹ School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Prevention of Cardiovascular Disease Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

⁵ National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: The government's ability to allocate additional resources to the health sector depends on the country's macroeconomic condition. The concept of fiscal space helps put health in the broader context of the economic and financial environment. In this study, we explored the fundamentals of the concept of fiscal space for health and provided a brief overview of the different methods for the expansion of fiscal space for health in Iran.

Methods: This review study, by using reports and articles published in internal and external databases, examines the theoretical foundations and different methods of fiscal space expansion in health generally and for Iran's health system specifically.

Results: Fiscal space for health is the availability of budgetary room that allows a government to provide resources for desired public purposes without impairing fiscal sustainability. This space can be generated by a variety of sources, which can broadly be categorized into five categories, including conducive macroeconomic conditions, a re-prioritization of health within the government budget, an increase in the health sector-specific resources, foreign aid, and an increase in the efficiency of existing government health outlays.

Conclusion: The use of fiscal space analysis can help sustainable health financing and increase the alignment of health financing with the goals of the public financial management system.

Keywords: Fiscal Space for Health; Sustainable Health Financing; Government Health Expenditure; Macroeconomy; Budget; Iran

Please cite this article as follows:

Jahanmehr N, Damiri S, Goudarzi R, Abdi Zh. Fiscal Space Assessment: A Missing Link in Financing Management of the Iran's Health System. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 22(4): 337-348.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Enghelab Sq., Tehran, Iran. Tel: +98-9174256058, Email: damiri.soheila@gmail.com