مقاله مروری

سیاست گذاری برای جیره بندی در نظام سلامت: مطالعه مروری و ارائه پیشنهاد برای ایران

کیوان رحمانی [۱]، رضا رضایتمند [۲]، نیوشا صادق‌پور [۳]، مهسا نیک‌آیین [۴]، سمیرا اعرابی [۵]، یاسمین مولوی طالقانی [۶*]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

[۲] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

[۳] دانشجوی دکتری حرفه‌ای پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

[۴] دستیار تخصصی، بخش ترمیمی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۵] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

[۶] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اصفهان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** یاسمین مولوی طالقانی
yasamin_molavi1987@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: جیره بندی به‌عنوان راهکار کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی در استفاده از منابع محدود نظام سلامت مطرح است، بنابراین این مطالعه با هدف مرور مطالعات در رابطه با جیره بندی در کشورهای مختلف و ارائه پیشنهاد برای نظام سلامت ایران انجام شده است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر به روش مرور نظامند انجام گردید. به‌منظور یافتن مقالات انتشار یافته از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی (web of knowledge، PubMed، Scopus، Ovid و Science direct) با بهره گیری از کلید واژه‌های rationing، stewardship، policy making ، healthcare، health، care، coverage، services استفاده شد. ارزیابی کیفیت مطالعات از طریق توافق نویسندگان با استفاده از بررسی رعایت و اجتناب از خطا انجام شد.

یافته‌ها: با جستجوی کلید واژه‌ها تعداد ۲۸۸۰ مقاله بازیابی شد که پس از اعمال معیارهای ورود، تعداد ۲۹ مقاله انتخاب شدند. چارچوب مفهومی برای تولیت در جیره بندی نظام سلامت در ۳ سطح تأمین مالی (پرداخت از جیب، ارزیابی ریسک مبتنی بر سن، بسته خدمات، پرداخت به ارائه کنندگان)، ارائه خدمات (پزشکی مبتنی بر شواهد، زمان و لیست انتظار خدمات، فارماکوپه دارویی) و تأمین منابع (توزیع خدمات سطح بندی، صلاحیت نیروی کار، ارزیابی فناوری سلامت تکنولوژی و داروها) پیشنهاد شد.

نتیجه گیری: افزایش هزینه‌های نظام سلامت و محدود بودن منابع برای تقاضاهای رو به افزایش، جیره بندی را غیر قابل اجتناب می کند. با توجه به الگوی مفهومی پیشنهادی، راهکارهایی از قبیل ایجاد داشبورد اطلاعاتی، اجرای راهنماهای بالینی، همگن سازی بسته‌های خدمات ارائه شده توسط صندوق‌های بیمه‌ای، ارزیابی تکنولوژی سلامت، احتساب ترجیحات اجتماعی، برای شفاف شدن سیاست جیره بندی در نظام سلامت ایران پیشنهاد می شود.

واژه‌های کلیدی: جیره بندی، نظام سلامت، کاهش هزینه

کاربرد مدیریتی: صرفه جویی در هزینه‌های بخش سلامت کشور با اجرای الگوی پیشنهادی ارائه شده در این پژوهش و استفاده کاراتر از منابع محدود نظام سلامت

ارجاع: رحمانی کیوان، رضایتمند رضا، صادق پور نیوشا، نیک‌آیین مهسا، اعرابی سمیرا، مولوی طالقانی یاسمین. سیاست گذاری برای جیره بندی در نظام سلامت: مطالعه مروری و ارائه پیشنهاد برای ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۳(۳): ۶۲-۲۴۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۹/۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۴

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

مقدمه

ارتقای سلامت، پاسخگویی و مشارکت مالی عادلانه به‌عنوان اهداف اصلی نظام‌های سلامت بر اساس پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است (۱). همچنین راه دستیابی به این اهداف، از طریق کارکردهای تأمین مالی، ارائه خدمات، تأمین منابع و تولیت عملکرد نظام سلامت است (۲). اکثر نظام‌های سلامت با چالش‌های مشترکی از جمله افزایش هزینه‌ها، عدم کارایی منابع مورد استفاده در بخش دولتی و خصوصی و نیز عدالت در سلامت مواجه هستند (۳). بنابراین در حال حاضر بیشتر سازمان‌های ملی و بین المللی در نظام سلامت به‌دنبال افزایش منابع و بهبود کارایی در ارائه خدمات و نیز بهبود دسترسی (مالی و غیر مالی) افراد به خدمات سلامت هستند (۴).

افزایش هزینه‌های نظام سلامت مختص کشورهای توسعه یافته نبوده و در همه کشورها این چالش مطرح است (۵). در طول ۴ دهه گذشته، هزینه‌های بهداشتی جهانی در سطح جهانی به‌طور سرسام آوری افزایش پیدا کرده است، به‌طوریکه هزینه‌های این بخش به نسبت تولید ناخالص ملی در طی این دوره در سوئیس۳ برابر، در آمریکا ۲ برابر، در انگلیس نزدیک به ۲ برابر و در فرانسه ۲ برابر گزارش شده است (۶). همچنین هزینه‌های نظام سلامت در کشور ایران در سال‌های اخیر همانند سایر کشورها و خصوصاً با توجه به چالش سالمندی جمعیت، افزایش یافته است (۷). هزینه کلی نظام سلامت در ایران که کشوری با درآمد زیر متوسط است، به عنوان درصدی از هزینه‌های عمومی دولت در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷/۵ درصد بوده است و در همین سال سهم پرداخت از جیب نیز ۴۱/۹ درصد گزارش شده است (۸).

هزینه های رو به افزایش سلامت و فشار محدودیت منابع باعث شده است، سیاستمداران نظام سلامت به انتخاب و اولویت بندی بین مصارف و منابع روی آورند (۹). شکاف تقاضا بین خدمات و منابع در دسترس، جهت ارائه خدمات سلامت و یا به‌عبارتی فزونی تقاضا نسبت به عرضه‌ی خدمات منجر به جیره بندی در نظام سلامت می شود (۱۰). جیره بندی خدمات سلامت باعث اولویت بندی و محدود کردن دسترسی به خدمات، ارتقای برون دادهای سلامتی، تخصیص مؤثر منابع و دستیابی به توزیع عادلانه‌تر منابع نظام سلامت می شود (۱). به عبارت دیگر، جیره بندی به انتخاب بین گزینه‌های رقیب در استفاده از منابع محدود و اینکه این انتخاب در چه سطحی و توسط چه کسی انجام شود، مربوط است (۳). یکی از اهداف جیره بندی، کنترل هزینه‌ها و افزایش کارایی در استفاده از منابع محدود نظام سلامت است (۱۱). کاهش هدر رفت منابع، مدیریت اثربخش توزیع منابع و خدمات مراقبتی و افزایش رضایت مندی بیماران و کارکنان از سایر پیامدهای جیره بندی است (۹،۱۲،۱۳).

با توجه به چالش‌های متعددی که در پی کمبود منابع در زمینه ارائه عادلانه خدمات و مراقبت‌های سلامت در نظام سلامت کشورهای مختلف وجود دارد، ضرورت اولویت بندی و تخصیص بهینه منابع موجود بیش از هر زمان دیگری احساس می شود (۱۴). در همین راستا، ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه، ماده ۹۰ و ۸۹ قانون برنامه چهارم توسعه و بند ۵ تا ۱۹ سیاست‌های کلی برنامه ۵ توسعه در چارچوب سند چشم انداز ۲۰ ساله، از جمله مواد قانونی است که بر اولویت بندی و جیره بندی خدمات در نظام سلامت تأکید داشته است (۱۵،۱۶). با این حال، با وجود گذشت بیش از ۳ دهه از کاربرد جیره بندی در کشورهای اروپایی و ایالات متحده آمریکا از جمله سوئیس، کانادا، ایتالیا، هلند و سوئد و انجام مطالعات نظامند در این زمینه، هنوز تعریف و چارچوب مشخص و واضحی از این مفهوم ارائه نشده است (۱۳،۱۷،۱۸). به نظر می رسد علت این امر درک اندک از جیره بندی در نظام سلامت نیست، بلکه یکی از دلایل این سردرگمی می تواند، تمایل به استفاده از واژگان متفاوت در بیان مفهوم در بین تصمیم گیرندگان و محققین باشد (۱۹). بنابراین نیاز به جداسازی و شفاف سازی این مفاهیم و مشخص نمودن ارتباط آن‌ها با جیره بندی لازم است. بنابراین این مطالعه با هدف مرور مطالعات در رابطه با جیره بندی و بررسی سیاست‌های مطرح و در نهایت ارائه چارچوب مفهومی برای سیاست گذاری منابع با رویکرد جیره بندی در نظام سلامت ایران انجام شده است.

روش پژوهش

مطالعه حاضر به روش مرور نظام مند و با منطق تفکر نقادانه انجام گردید. به‌منظور یافتن مقالات انتشار یافته به صورت الکترونیکی در بازه زمانی سال ۲۰۰۰ میلادی تا ماه می سال ۲۰۱۶ میلادی، از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

موجود در کتابخانه ملی دیجیتال پزشکی ایران (web of knowledge، PubMed، Scopus، Ovid و Science direct) استفاده گردید. جستجو با بهره گیری از کلید واژه‌های rationing، stewardship، policy making، healthcare، health care، coverage، services به صورت مجزا و یا ترکیبی با عملکردهای بولی در ماه جون سال ۲۰۱۶ میلادی انجام گرفت. همچنین لیست رفرنس مطالعات انتشار یافته برای افزایش حساسیت و انتخاب تعداد بیشتری از مطالعات بررسی گردید. ارزشیابی جستجو توسط یکی از پژوهشگران به‌صورت تصادفی برای بررسی عدم حذف مطالعات انجام شد. در نهایت، مقالات مرتبط انتخاب و نسبت به حذف موارد غیر مرتبط اقدام شد.

پس از تعیین مطالعات مرتبط، ارزیابی کیفیت مطالعات از طریق توافق نویسندگان با استفاده از بررسی رعایت و اجتناب از خطا از طریق میزان رعایت معیارها و ضوابط استاندارد براساس چک لیست موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری منظم و فراتحلیل ها (PRISMA) انجام شد (۲۰). سپس، تقسیم بندی مطالعات به تفکیک هریک از کارکردهای نظام سلامت انجام شد. هدف از این کار دقیق‌تر کردن موضوع مقاله بود. در نهایت، باتوجه به مؤلفه‌های استخراج شده، پیشنهاد سیاستی برای تولیت در جیره بندی نظام سلامت ایران به صورت مدل مفهومی ارائه شد.



نمودار ۱: فلوچارت انتخاب مقالات

بعد از بررسی و مرور مقالات یا خلاصه مقالات و شناسایی عدم توافق‌ها، مطالعات با ویژگی‌های ذیل انتخاب شدند. مطالعاتی که حداقل نمره را در ارزیابی کیفیت مقالات براساس چک لیست PRISMA کسب نمودند و مطالعاتی که به بررسی جیره بندی در حداقل یکی از کارکردهای نظام سلامت پرداخته‌اند. سایر معیارهای ورود مطالعات عبارت بودند از مطالعاتی که بین سال ۲۰۰۰ میلادی تا می ۲۰۱۶ میلادی انجام شده است، مطالعاتی که به زبان فارسی و انگلیسی انجام شده است، مقالات مرتبط با ژورنال‌های معتبر و علمی باشد. خروج مطالعات شامل مطالعاتی که دستیابی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

به متن کامل مقاله امکان پذیر نبود، مطالعاتی که به صورت نظری، اخبار، نامه‌ها و سیاست‌ها صورت گرفته بود، مطالعاتی که در حوزه‌های خارج از سیستم بهداشت و درمان صورت گرفته بود، بودند.

همچنین جلوگیری از تحریف اطلاعات، اجتناب از تعارض منافع، اطلاع رسانی نتایج تحقیق به سازمان های مربوطه و مالکیت معنوی به عنوان ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است.

یافته‌ها

با جستجوی کلید واژه‌ها در سایت‌های اشاره شده تعداد ۲۸۸۰ مقاله بازیابی شد که پس از اعمال معیارهای ورود مطرح شده در روش کار، تعداد ۲۹ مقاله واجد شرایط، انتخاب شدند (نمودار۱). به طور کلی، ۱۷/۰ درصد از مقالات واجد شرایط مربوط به ۵ سال گذشته بودند. همچنین، ۴۱/۱ درصد از مقالات انتخاب شده مربوط به ایالات متحده، ۳۴/۴ درصد مربوط به کشور بریتانیا، ۶/۸ درصد مربوط به کشور آلمان، ۳/۴ درصد مربوط به کشور هلند، ۳/۴ درصد مربوط به کشور نیوزلند، ۳/۴ درصد مربوط به کشور هند، ۳/۴ درصد مربوط به کشور نروژ، ۳/۴ درصد مربوط به کشور اسپانیا بوده است. از ۲۹ مقاله انتخاب شده، ۳۵/۵ درصد به جیره بندی در کارکرد تأمین منابع نظام سلامت، ۲۸/۸ درصد به کارکرد تأمین مالی، ۲۲/۲ درصد به کارکرد ارائه خدمات و ۱۳/۳ درصد به کارکرد تولیت پرداخته است.

تعریف جیره بندی

با توجه به بررسی های انجام شده، ابهام زیادی در مورد تعریف جیره بندی در مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. از دیدگاه آلن ویلیامز (۱۹۹۷) هنگامی که کسی از خدمتی منع شده است (یا به وی ارائه نشده است) در حالیکه همه با سودمندی آن موافقند و می‌خواهند از آن بهره مند شوند، بحث جیره بندی معنا پیدا می‌کند (۲۱). جیره بندی از طریق مکانیزم‌های عدم و یا خودداری از ارائه خدمات، لیست انتظار برای درمان و مراقبت رقیق شده که به موجب آن مراقبتی با کیفیت پایین‌تر به بیماران بیشتری ارائه می شود، انجام می شود (۱).

همچنین جیره بندی در ارائه خدمات سلامت براساس ذی نفعان مختلف در نظام سلامت در ۴ سطح مراقبت از بیمار (به معنای عدم ارائه برخی خدمات سودمند مورد انتظار به بیمار به جای مراقبت‌هایی که بیمار یا همراه آن به صراحت درخواست کرده اند)، پزشکان (مراقبت بالینی خوب)، مدیر عامل بیمارستان (به معنای اختصاص بودجه بین واحدها) و مدیر واحد تعریف می شود (۲۱).

قضاوت بالینی درست در رابطه با خدماتی که منفعتی در پی نخواهند داشت جیره بندی نیست، چرا که با توجه به تعریف جیره بندی توجه به نکته‌ی سودمند بودن خدمت مهم است و اگر خدمت مورد نظر برای فرد منفعتی در پی نداشته باشد، جیره بندی نخواهد بود (۲۲).

انواع جیره بندی:

یافته ها نشان داد که ۱۲ نوع جیره بندی در نظام سلامت وجود دارد که در ادامه به هریک از آن‌ها اشاره می شود:

۱- جیره بندی صریح و ضمنی

۱- ۱جیره بندی صریح

۲ معیار واضح برای تولیت در نظام سلامت شامل کارآمد بودن درمان‌ها و عدالت در توزیع آن‌هاست. بر کسی پوشیده نیست که تصمیم گیری به‌ندرت کاملاً ضمنی یا صریح است و موقعیت‌های بینابینی زیادی وجود دارد که توسط متخصصان در هنگام تبادل اطلاعات بیماران پذیرفته شده است (۲۳).

در جیره بندی صریح، اساس و یا معیارهایی که در تصمیم گیری تخصیص منابع مورد استفاده قرارگرفته‌اند، آشکارا و به‌طور مستقیم مشخص شده‌اند. معیارهای مورد استفاده برای گنجاندن و یا محرومیت افراد از خدمات، به خوبی تعریف و شناخته شده‌اند (۲۴,۲۵). پیامدهای جیره بندی صریح می تواند شامل درگیری کمتر برای ارائه دهندگان و فشار کمتر بر روی روابط ارائه دهنده خدمات-بیمار، کنترل همزمان بر روی هزینه‌ها و کیفیت خدمات از طریق گنجاندن خدمات مؤثر و حذف خدمات کمتر مؤثر و مبتنی بودن مداخلات بر شواهد اثربخشی آن‌ها باشد (۲۳).

۱-۲ جیره بندی ضمنی

براساس نتایج مطالعات، جیره بندی ضمنی زمانی رخ می دهد که محدودیت در استفاده از خدمات بهداشتی و محصولات از طریق مقررات تعریف نشده است (۴,۹). رایج‌ترین روش جیره بندی ضمنی، لیست انتظار و تعیین بازپرداخت انتخابی داروهاست. در حالیکه جیره بندی خدمات می تواند به پیچیدگی تصمیم گیری‌های پزشکی و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

نیازها، ترجیحات شخصی و فرهنگی بیماران حساس‌تر باشد، جیره بندی ضمنی غالباً منجر به استفاده از معیارهای خودسرانه و اختیاری می شود و در نتیجه عدالت را خدشه دار می کند (۲۲). در جیره بندی ضمنی نتایج حاصله از تصمیماتی که گرفته می شوند کمتر برای افراد قابل مشاهده است و این شیوه اغلب به راحتی قابل استفاده و پیشبرد است، چون معیارها و قوانین کمتری را نیاز دارد، اگرچه ممکن است اختلاف عقیده میان گروه‌های مختلف در سیستم رخ دهد. نظام بودجه سیستم مراقبت بهداشتی درمانی آلمان از نوع جیره بندی ضمنی است (۲۶،۲۷).

۲- جیره بندی بر اساس قیمت یا جیره بندی پولی

نتایج مطالعات حاکی از آن بود که، در این نوع جیره بندی کالاها و خدمات به افرادی که توانایی و تمایل به پرداخت دارند، ارائه می شود. جیره بندی بر اساس قیمت به‌طور بارز در نظام سلامت کشور آمریکا انجام می شود. این نوع جیره بندی دسترسی افراد به خدمات سلامت را از طریق مالی محدود می‌کند. همچنین در نظر گرفتن سهم پرداختی برای گیرندگان خدمات چه در هنگام دریافت خدمت و چه برای پوشش بیمه‌ای از این نوع جیره بندی است. یکی از مشکلات این روش، خصوصاً در نظام سلامت این است که موضوع نیاز، عدالت و برابری را نادیده می‌گیرد. علاوه بر این، ایجاد شبکه‌های ارائه دهنده نوعی دیگر از این جیره بندی است. در این روش مجموعه‌ای از ارائه دهندگان به‌عنوان مراکز در دسترس افراد بیمه شده معرفی می شوند و در صورت مراجعه آن‌ها به مراکزی غیر از این‌ها، به صورت مراجعه به بخش خصوصی تلقی شده و هیچ بازپرداختی به فرد صورت نخواهد گرفت. بنابراین در این روش با استفاده از انگیزه مالی دسترسی افراد را محدود خواهیم نمود چرا که امکان دارد، همه خدمات در مجموعه تعریف شده وجود نداشته باشد. این شیوه امکان دارد در جیره بندی بر اساس انحصار نیز طبقه بندی گردد (۲۸).

۳- جیره بندی بر اساس سن

براساس نتایج مطالعات، برای اعمال جیره بندی بر اساس سن بایستی یک سن خاص (به طور مثال: دهه ی هفتم زندگی افراد) به عنوان مبنای جیره بندی انتخاب شود. با عبور از آن سن خاص، مداخلات پیچیده‌ی افزایش دهنده‌ی عمر به آن فرد تعلق نخواهد گرفت (۲۹،۳۰). به‌عبارت دیگر، در این دیدگاه منابع به کاربردهایی با اثربخشی بیشتر تخصیص داده می شوند. بیشتر تصمیمات جیره بندی بر اساس سن در سطح استراتژیک بر نقش شاخص کالی (QALY) در تخصیص منابع متمرکز هستند (۳۱). کاربرد سن در جیره بندی در نظام سلامت آمریکا پیشنهاد شده است. موارد ذکر شده نشان دهنده اهمیت سن در تصمیمات جیره بندی منابع است. اگرچه سطوح مختلف دیدگاه‌های مختلفی دارند، اما به‌طور کلی نمی توان از معیار سن به‌عنوان معیاری معتبر برای شفافیت بیشتر استفاده کرد (۳۰،۳۲-۳۵).

۴- تهیه لیست خدمات بر اساس هزینه و سودمندی آن‌ها

بارزترین نمونه این رویکرد، لیست خدمات ایالت اورگان در آمریکا است. اگرچه در ابتدا فقط خدمات بود، اما در اصلاحیه‌های متوالی، هزینه خدمات هم به لیست اضافه شد و به سمت اقدامات با هزینه سودمندی بیشتر رفتند (۹). تهیه بسته خدمات که در کشورهای مختلفی استفاده می شود نیز از این نوع، جیره بندی است. برای تهیه بسته خدمات، فاکتورهای مختلفی از جمله برقراری ارتباط بین پیشگیری و درمان، کسب بروندادهای متعدد از دروندادها، امکان تعیین تمام دروندادهای مورد نیاز، امکان هماهنگ سازی منابع و امکان جهت دهی تقاضا برای خدمات باید در نظر گرفته شود. بنابراین بسته خدمات، تمام دروندادهایی را که ممکن است برای ترویج و ارائه یک مداخله خاص به آن احتیاج باشد، مشخص می سازد. به‌طور مثال در کشور اسپانیا فهرست خدماتی که به‌طور عمومی تأمین مالی می شدند، تهیه شده است. در این فهرست همه خدمات در حال ارائه در سیستم سلامت لیست و فقط ۶ خدمت خاص حذف شدند. معیارهایی که برای شامل شدن خدمات در کشور اسپانیا در نظر گرفته شد، شامل: نبود شواهد علمی برای ایمن بودن تکنولوژی ارائه خدمت و نبود شواهد معتبر برای مؤثر بودن تکنولوژی در پیشگیری، درمان و حذف یا کاهش درد بیماران بود. تهیه این لیست با هدف تعیین حقوق شهروندان (بیماران)، ایجاد برابری بین مناطق مختلف، ازبین بردن ناعدالتی و کاهش هزینه‌های سلامت بود (۴).

۵- جیره بندی بر اساس زمان انتظار

جیره بندی براساس زمان انتظار خصوصاً در بیماران سرپایی می تواند استفاده شود. رویکردهای مورد استفاده در

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

این نوع سهمیه بندی شامل دریافت خدمات توسط اولین مراجعه کننده و نیز تریاژ بیماران است (۲۳). منطقی به نظر می رسد که رویکرد دوم نسبت به رویکرد اول بهتر است چرا که در رویکرد اول عدالت و مسائل اخلاقی متوجه تصمیمات خواهد بود. استفاده از سیستم تریاژ ابزار مناسبی برای تخصیص منابع محدود در شرایط بحرانی است. همچنین علاوه بر حفاظت مصرف کننده، آموزش مردم، پزشکان و تصمیم گیرندگان برای ترویج پاسخ‌های رفتاری مناسب خصوصاً در شرایط بحران، عامل دیگری در تولیت نظام سلامت، می باشد (۳۶).

۶- جیره بندی بر اساس لیست انتظار یا صف

براساس نتایج مطالعات، این نوع جیره بندی، خصوصاً در موارد غیر اورژانسی و در مداخلاتی مثل پیوند اعضا می تواند استفاده شود. معیارهای مورد استفاده در این روش می تواند شامل در نظر گرفتن نیاز برای یک مداخله خاص، نتایج خدمات قبلی و وخیم بودن شرایط گیرنده خدمت باشد (۳۲،۳۷).

۷- جیره بندی از طریق انحصار

این نوع جیره بندی به معنای خارج کردن برخی خدمات و یا ارائه دهندگان خدمات از بسته خدمات از طریق تصمیمات بالادستی است. این روش غیر مستقیم‌تر و ضمنی‌تر از سایر روش‌هاست (۹).

۸- جیره بندی بر اساس ارزیابی تکنولوژی سلامت

به این شیوه، پزشکی مبتنی بر اقتصاد هم گفته می شود. از جمله مهمترین نمونه‌های این روش اقدامات سازمان The National Institute for Health and Care Excellen (NICE) در انگلستان است. تأمین مالی اقدامات در صورتی انجام می شود که هزینه اثربخشی آن ثابت شده باشد. ارزیابی اقتصادی داروها و تکنولوژی‌های جدید نیز توسط بسیاری از کشورهای توسعه یافته انجام می شود. در کشور اسپانیا ارزیابی فناوری سلامت برای دارو، تکنولوژی و مداخلات جدید توسط دفاتر منطقه‌ای انجام می شود و نتایج آن اغلب منتشر می گردد. هرچند انتشار نتایج، تنها در مورد داروها الزامی است (۳۸،۴۰).

۹- جیره بندی بر اساس پزشکی مبتنی بر شواهد

تهیه راهنماهای پزشکی به‌منظور کمک به قضاوت و تصمیمات بالینی پزشکان از جمله رویکردهای ضمنی جیره بندی است. اگرچه هدف از این دستورالعمل‌ها کمک به شفافیت بیشتر تصمیمات و منطقی کردن مراقبت‌های بالینی است، اما هنوز این روش، به‌عنوان ابزاری قطعی جهت جیره بندی مطرح نیست (۳۹).

۱۰- جیره بندی بر اساس روش‌های پرداخت از جمله پرداخت مبتنی بر عملکرد و سازمان‌های مراقبت مدیریت شده

طرح‌های پرداخت با هدف افزایش سلامت و ارزش پول بیمه گران و نیز پرداخت کنندگان مالیات مورد استفاده قرار می گیرد. در اصل، سیاست گذاران از این طریق بسته خدمات و دسترسی را محدود می کنند (۹). به‌طور مثال هنگامی که از روش کارانه برای پرداخت به ارائه دهندگان استفاده می شود، هیچ انگیزه‌ای برای محدود کردن خدمات وجود نداشته و در مقابل امکان ارائه خدمات اضافی نیز وجود دارد، اما در استفاده از پرداخت مبتنی بر عملکرد انگیزه‌های مالی برای ارائه خدمات بیشتر از بین می رود و تصمیمات به سمت منطقی‌تر شدن می رود. مثال دیگر در این روش سازمان‌های نگهدارنده سلامت در کشور آمریکا است. در این روش که سرانه سلامت افراد در اختیار تیم پزشکی قرار می گیرد، هم منبع درآمد پزشکان بوده و هم منبع هزینه مراقبت‌های سلامتی افراد خواهد بود (۹). مثال دیگری که می توان در این مقوله ذکر کرد این است که هنگامی که برنامه ارائه خدمت جدیدی مطرح می شود، سیاست گذاران برای کنترل تعداد خدمات ارائه شده، پرداختی پایینی برای ارائه کنندگان در نظر می گیرند که نتیجه آن این است که افراد کمتری برای شرکت در برنامه حاضر خواهند شد. این سیاست منجر به کاهش خدمات و محدودیت در دسترسی افراد به خدمات برنامه مورد نظر خواهد شد (۹،۲۲).

۱۱- جیره بندی از طریق بودجه بندی عمومی

براساس بررسی های انجام شده، تأمین مالی ارائه دهندگان از طریق بودجه مشخص، آن‌ها را مجبور می کند دست به انتخاب بزنند تا از منابع و سرمایه خود به بهترین شکل برای بیماران خود استفاده کنند. این نوع جیره بندی به‌طور بارز در سیستم طب ملی انگلیس استفاده می شود. تأمین مالی مراکز ارائه دهنده خدمات پس از جمع آوری مالیات عمومی از طریق بودجه‌های گلوبال در اختیار آن‌ها قرار می گیرد. سازمان‌های ارائه دهنده مجبورند تا با بودجه

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

محدود خود خدمات مورد نیاز بیماران مراجعه کننده را ارائه دهند در نتیجه انتخاب‌های آنان به صورت اولویت بندی بین مصارف مختلف اتفاق می افتد (۹,۲۱,۲۳).

۱۲- استراتژی‌های مربوط به تقاضا و عرضه

به‌طور کلی، همه رویکردهای جیره بندی خدمات سلامت را در ۲ دسته استراتژی‌های مربوط به تقاضا و استراتژی‌های مربوط به عرضه خدمات نیز می توان طبقه بندی نمود.

۱۲-۱ استراتژی های مربوط به تقاضا

استراتژی‌های مربوط به تقاضا، برای تأثیر بر انتخاب مصرف کنندگان خدمات نظام سلامت، اعمال می شوند. بسیاری از این استراتژی‌ها بر میزان پرداخت از جیب مصرف کنندگان به ازای تمام خدمات و یا گروهی از خدمات اثر می گذارد. فرانشیز، حق بیمه‌ها، بسته‌های خدمت صندوق‌های بیمه‌ای و ایجاد شبکه‌های تأمین کنندگان و ارتباط دادن میزان حق بیمه و میزان پرداخت‌ها در این شبکه‌ها با میزان افراد تحت پوشش در شبکه و میزان مصرف خدمات، از مثال‌های مربوط به استراتژی‌های مربوط به تقاضا است.

۱۲-۲ استراتژی‌های مربوط به عرضه

معمولاً در برگیرنده‌ی تنظیم تأمین کنندگان در راستای تأثیر بر کنترل ارائه‌ی خدمات سلامت است. تنظیم تعداد و حجم تربیت نیروی انسانی، کاهش تعداد افرادی که وارد یک حرفه‌ی به خصوص می شوند، اعطای پروانه کار به افراد و سازمان‌ها، سطح بندی خدمات، ارائه مراقبت‌های مدیریت شده، اعطای حق مالکیت و انحصار و ارزیابی تکنولوژی‌های جدید برای جلوگیری از ورود یک محصول دارویی و یا یک ابزار پزشکی به بازار همگی از این دست استراتژی‌ها هستند (۳,۲۱).

چارچوب مفهومی پیشنهادی برای جیره بندی در نظام سلامت:

جهت ساختارمند کردن سیاست‌های جیره بندی در مطالعات مرور شده، از چارچوب کارکردهای نظام سلامت استفاده شد. لازم به ذکر است، جیره بندی به عنوان یکی از ابزارهای سیاست گذاری و اعمال تولیت در نظام سلامت است و سیاست‌های آن بایستی در راستای ارتقای حاکمیت درون بخشی در این سیستم باشد. بنابراین کارکرد تولیت به طبع ماهیت خود ناظر به سایر کارکردهای نظام سلامت است. به همین دلیل چارچوب مفهومی ارائه شده در این مطالعه، جیره بندی را بر اساس کارکردهای نظام سلامت توضیح می دهد.

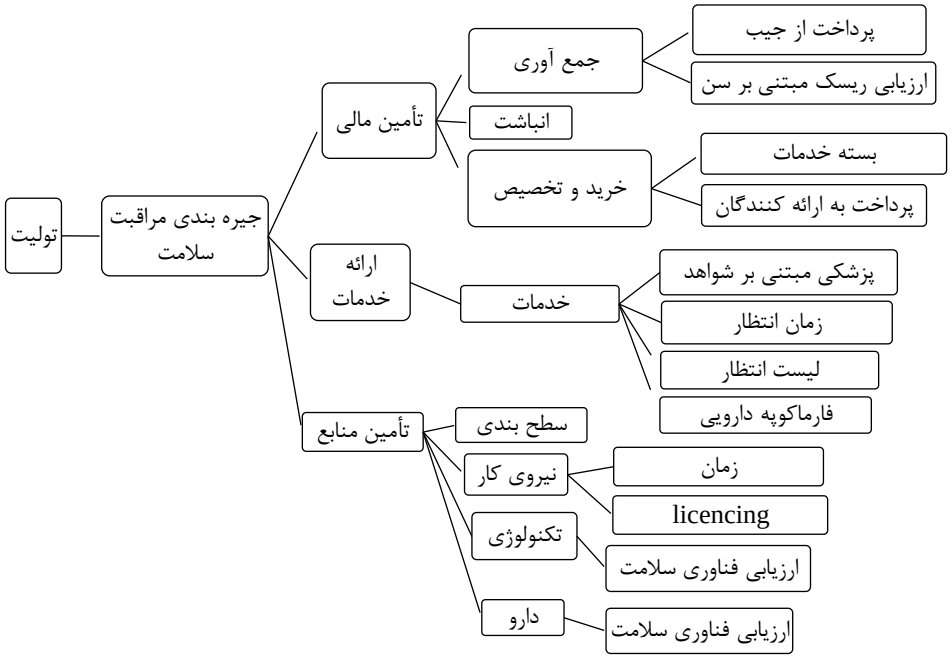
همانطور که در نمودار ۲ دیده می شود، پرداخت مستقیم از جیب می تواند به عنوان یک ابزار جیره بندی مرتبط با عملکرد تأمین منابع مالی در نظر گرفته شود. به نظر می رسد از جیره بندی بر مبنای سن می توان برای تعیین و دریافت حق بیمه‌ها استفاده نمود، چرا که سن افراد به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین تعیین کننده‌ها، برای ارزیابی ریسک مطرح است (۴۱). در زمینه خرید و تخصیص منابع، سیاست‌هایی که مطرح است شامل بسته خدمات و شیوه‌های پرداخت به ارائه کنندگان هستند (۴۲). بسته خدمات پرکاربردترین سیاست در سایر کشورها خصوصاً در زمانی که در نظام سلامت کشوری سیستم پزشک خانواده و نظام ارجاع حاکم است، می باشد (۴۳). از سوی دیگر، هدف سیاست شیوه پرداخت به ارائه دهندگان (۳,۹,۴۴)، کاهش انگیزه‌های مالی ارائه دهنده برای ارائه خدمات اضافی است. به عبارت دیگر، این شیوه به عنوان راهکاری برای محدود سازی عرضه خدمات اضافی است. از جمله سیاست‌های موفق در این زمینه پرداخت بر اساس بودجه بوده است که بیشتر در کشور آمریکا حاکم است (۲۷).

در زمینه کارکرد ارائه خدمات، اصلی‌ترین سیاست‌ها استفاده از زمان انتظار و لیست انتظار بود (۲۵). طبیعتاً این سیاست‌ها ماهیت پنهانی داشته و تعارض‌های کمتری را متوجه رابطه بیمار و ارائه دهنده خواهد نمود. تهیه لیست فارماکوپه بیمارستان‌ها نیز به‌عنوان یک سیاست مطرح بوده است، چرا که این سیاست، مشابه بسته خدمات در سطح کلان عمل خواهد کرد. تریاژ بیماران به‌عنوان ابزاری برای اولویت بندی در خدمات اورژانسی یکی از سیاست‌های جیره بندی در ارائه خدمات است (۳۶). استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد برای افزایش اثربخشی منابع مورد استفاده و کاهش خدمات غیر مفید، سیاستی است که در بیشتر مطالعات به آن اشاره شده است (۲۵,۳۹).

در کارکرد تأمین منابع، سیاست‌های مطرح شده شامل کنترل تربیت نیروی انسانی، توزیع کنترل شده منابع تحت عنوان سطح بندی خدمات در ایران، ارزیابی فناوری سلامت در زمینه تجهیزات و داروهای جدید (۲۳,۳۸,۴۰) و صدور پروانه کار برای ارائه دهندگان بود. در کنار این سیاست‌ها، در

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

بعضی مطالعات، اصلاح نظام سلامت مبتنی بر بازار نیز به‌عنوان رویکردی به جیره بندی افزایش کارایی منابع مطرح شده است (۲۸,۴۵)، که این سیاست‌ها در چهارچوب مفهومی این مطالعه به دلیل اینکه تمرکز اصلی این چارچوب بر روی کارکردهای نظام سلامت است و مؤلفه اصلاح نظام سلامت مبتنی بر بازار، بیشتر در کشورهای توسعه یافته مطرح است، لحاظ نشده است.



نمودار ۲: چارچوب مفهومی برای تولیت در جیره بندی نظام سلامت

بحث

افزایش هزینه‌های نظام سلامت، بیش از پیش، ما را متوجه اولویت بندی و جیره بندی در نظام سلامت می‌کند. در همه جوامع نسبت به استفاده از جیره بندی دیدگاه‌های منفی و مثبتی وجود دارد. دیدگاه‌های حاکم بر جامعه چه سوسیالیست و چه دموکراتیک جیره بندی را ضروری می‌دانند. در عمل، پزشکان به‌عنوان اصلی‌ترین ارائه دهنده خدمت، بیشترین نقش را در اولویت بندی خدمات بر عهده دارند. اگرچه سطوح اعمال جیره بندی شامل سیاست گذاران، مدیران، پزشکان، پرستاران و سایر ارائه دهندگان است، در شرایط فعلی که با افزایش هزینه‌های نظام سلامت روبرو هستیم، سیاست گذاران به‌دنبال شفافیت بیشتر در اقدامات بالینی بوده و بیشتر به مداخلات در عرضه خدمات و انگیزه‌های ارائه دهندگان تمایل دارند. از جمله این مداخلات، پرداخت مبتنی بر عملکرد است. در کشور آمریکا که چارچوب بخش خصوصی بر نظام سلامت حاکم است، اکثراً از رویکردهای مبتنی بر توان پرداخت افراد در جیره بندی خدمات استفاده می شود (۴۱). در حالیکه، در نظام طب ملی انگلیس که به چارچوب سوسیالیستی نزدیک است، اکثراً از رویکردهای مبتنی بر نیاز برای جیره بندی استفاده شده است. علی‌رغم افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران، هیچ روش مدون و مشخصی در سیاست گذاری برای جیره بندی در نظام سلامت ایران وجود ندارد و دلیل آن هم این است که مرحله اولویت بندی خدمات تا به حال شروع نشده است (۲۱,۳۲).

با توجه به بررسی‌های انجام شده، تعاریف متعددی در رابطه با مفهوم جیره بندی در ادبیات جیره بندی وجود دارد و باید این موضوع را مد نظر قرار داد که این تعاریف در طی زمان دچار تغییراتی شده‌اند و عامل زمان و

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

زمینه بر شکل گیری این تعاریف تأثیرگذار بوده است. حتی بسته به اینکه محققین از چه کشوری بوده‌اند، تعاریف آن‌ها متفاوت است. بسیاری از تعاریف در کشور آمریکا سهمیه بندی را موضوعی بسیار وسیع، بدون در نظر گرفتن نیازمند بودن یا نبودن دریافت کننده به خدمت دانسته‌اند و جیره بندی را به هر ۲ صورت صریح و ضمنی معرفی می کنند (۹،۴۵). با این حال با توجه به مطالعات، به‌نظر می رسد مقاومت در مقابل مفهوم جیره بندی در کشورهای اروپایی کمتر است. در کشورهای اروپایی مفهوم نیازمند بودن خدمت گیرنده دیده شده است و اکثراً صریح بودن جیره بندی، جزء تعریف آمده است (۲۵،۳۲،۴۶). به نظر می رسد مفهوم جیره بندی در نظام سلامت ایران بیشتر به مفاهیم کشورهای اروپایی نزدیک است.

از دیدگاه مشتریان و ذینفعان نظام سلامت، واژه جیره بندی بار منفی به همراه داشته و کاربرد آن موجب اظهارات مختلفی خواهد شد، بنابراین در بیان مفهوم جیره بندی، شفافیت از اهمیت بسزایی برخوردار است. در بیشتر کشورهای توسعه یافته در راستای افزایش طول عمر افراد، گفتمان جیره بندی به این صورت توسعه یافته است که به‌جای غالب بودن احساسات، شواهد هزینه اثربخشی مداخلات که توسط فنون ارزیابی اقتصادی Health Technology Assessment (HTA) تولید می شوند، در قضاوت‌های کارکنان بالینی به کار گرفته شود (۲۳،۳۸،۴۰). ارزیابی فناوری سلامت در کشور ایران مقوله نسبتاً جدیدی است و هنوز به صورت صحیح در نظام سلامت کاربرد نداشته است. از آنجا که فناوری‌های جدید (تجهیزات و دارو) هزینه‌های زیادی را متوجه نظام سلامت کرده است، به نظر ضروری‌ترین رویکرد جیره بندی که باید سیاست‌های مناسب آن تهیه شود، ارزیابی فناوری سلامت است.

سیستم بیمه کشورها نیز تا حد زیادی جیره بندی در نظام سلامت را مشخص می کند. به‌عنوان مثال در کشور آمریکا که سیستم یکپارچه و همگانی بیمه‌ای ندارد، تصمیم گیری برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف و تخصیص منابع دشوارتر از سایر کشورهایی است که سیستم بیمه‌ای دارند (۴۱). این موضوع در نظام سلامت ایران نیز مصداق دارد، به‌طور مثال بسته‌های خدمتی بیمه‌های پایه با هم متفاوت هستند.

نحوه پرداخت در نظام سلامت نیز در جیره بندی خدمات نقش دارد (۴۲). به‌طور مثال تأمین مالی از محل مالیات‌های عمومی و به صورت بودجه کل، باعث ایجاد محدودیت‌هایی در ارائه خدمات و در نتیجه جیره بندی خواهد شد. سیستم بودجه بندی در نظام سلامت ایران اگرچه هیچگونه انگیزه‌ای برای اولویت بندی و کنترل هزینه در آن دیده نمی شود اما می توان با اصلاح آن در جهت محدود کردن مصارف و جیره بندی مراقبت‌های سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

در کشور آمریکا، تأمین مالی از طریق پرداخت از جیب، سبب محدودیت در دسترسی به خدمات شده است (۲۴). در نظام سلامت ایران پرداخت از جیب به‌عنوان اصلی‌ترین منبع مالی مطرح است و منطقی به نظر می رسد که در راستای اهداف نظام سلامت (کاهش پرداخت از جیب)، این رویکرد به جیره بندی نمی تواند در نظام سلامت ایران کارایی لازم را داشته باشد (۴۷).

نظام پرداخت به ارائه کنندگان به صورت کارانه نیز یکی دیگر از منابع هزینه‌های زیاد در نظام سلامت ایران است. مطالعه رشیدیان و همکاران (۱۳۹۴) ثابت کرده است که سیستم پرداخت کارانه، انگیزه برای ارائه خدمات بیشتر را به‌همراه دارد و سیاست کنترلی مناسبی برای کاهش هزینه در بر ندارد (۴۸). لذا به‌عنوان یکی از رویکردهای جیره بندی و تحت عنوان اصلاح نظام پرداخت، می توان از سایر نظام‌های پرداخت مانند پرداخت مبتنی بر عملکرد، در نظام سلامت ایران جهت کنترل هزینه‌ها و جیره بندی مراقبت‌های سلامت استفاده کرد.

در حالیکه استفاده از شواهد بالینی در نظام سلامت ایران ضعیف است، در بیشتر کشورهای توسعه یافته روند استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد به سمت همراهی با پزشکی مبتنی بر اقتصاد حرکت کرده است (۲۵،۳۹). اگرچه اقدامات بالینی صحیح در نتیجه استفاده از راهنماهای بالینی، موجب کارایی و اثربخشی در استفاده از منابع می شود، اما هنوز نسبت به استفاده از این ابزار در سطح ملی تردیدهایی وجود دارد (۲۵).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

در کنار این موارد باید توجه داشت که در راستای افزایش منافع سلامتی، منابع بایستی به شکلی کارآمد تخصیص داده شوند. این اصل بیشتر از جنبه‌ی اخلاقی مطرح است تا اقتصادی، چرا که بهبود سلامت مردم از طریق تخصیص کارآمد منابع یک هدف اخلاقی است و تخصیص ناکارآمد باعث می شود سلامت تعدادی از بیماران در معرض خطرات قابل پیشگیری قرار بگیرد. در مرحله‌ی بعد، منافع سلامتی برخواسته از منابع محدود می بایست به شکلی عادلانه یا منصفانه تقسیم شود، ما نباید در زمینه‌ی تقسیم منابع با گروه‌ها و افراد خاص رفتاری متفاوت داشته باشیم. در سیستم آلمان سعی بر آن است که همه شهروندان بدون توجه به سن، وضعیت تأهل، درآمد و ریسک‌های موجود، امکان دسترسی جامع و با کیفیت بالا داشته باشند (۲۷). همچنین در کشورهای ولز، نیوزلند و انگلیس با استفاده از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به تحلیل قانونی و قضاوت ارزش یک بیمار به بیمار دیگر و در کل جامعه در زمان تصمیم گیری برای سهمیه بندی مراقبت‌های بهداشتی درمانی پرداخته می شود (۲۵).

یکی از نگرانی‌های عمده در مباحث جیره بندی در کشورهای توسعه یافته این است که چقدر مراقبت‌های افزایش دهنده‌ی عمر، در مقابل مراقبت‌های افزایش دهنده‌ی کیفیت زندگی، در اولویت قرار گیرند (۳۵-۳۰،۳۲). تمایل عمومی به اولویت دادن به افزایش عمر در برابر افزایش کیفیت، بدون در نظر گرفتن تفاوت زیاد هزینه بین ۲ مورد اخیر، موجب دشواری جیره بندی می شود. نگرانی دیگری که در جیره بندی مطرح خواهد بود، سن افراد (جوان در برابر پیر) است. در شرایطی که رقابت برای دریافت یک خدمت یکسان توسط یک بیمار جوان و یک بیمار پیر وجود دارد، نمی توان به‌طور قطعی اولویت بندی کرد. در کنار این موضوع، نابرابری‌های سلامت بین افراد همیشه توسط یک متغیر تحت تأثیر نیست و شرایط افراد می تواند توسط متغیرهای چندگانه‌ای تشریح شود (۲۱). در کشور آمریکا، برای افزایش ارزش‌های اخلاقی، عدالت بین نسلی در تخصیص برنامه‌های اجتماعی در دستور کار قرار گرفته است (۴۹). بنابراین استفاده از مکانیسم عدالت به‌صورت افقی و عمودی در ارائه خدمات در نظام سلامت ایران نیز پیشنهاد می شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کمبود مطالعات علمی پیشین در زمینه جیره بندی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای مشابه با نظام سلامت ایران اشاره داشت. بنابراین پیشنهاد می شود، پژوهش‌های بیشتری توسط پژوهشگران به ویژه سیاستگذاران روی مفاهیم و موضوعات کلان نظام سلامت انجام گردد. پر واضح است که این مطالعه همانند هر پژوهشی دارای محدودیت مطالعاتی بوده است. در این راستا، لازم به توضیح است که مطالعات از چند پایگاه اصلی داخل و خارج کشور احصا شدند. بنابراین ممکن است برخی از پژوهش‌های منتشر نشده وارد مطالعه نشده باشند. البته تلاش شد که این موارد در معیارهای ورود و خروج شفاف شوند. بنابراین مانند غالب مطالعات مروری، مطالعاتی نقد و بررسی شدند که معیارهای مورد نظر را پوشش داده باشند. همچنین با توجه به بررسی‌های انجام شده، از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای مشابه در این زمینه در پایگاه های معتبر علمی ایران مشاهده نشده است، بنابراین نتایج این مطالعه می تواند گامی مثبت در نحوه صحیح سیاست گذاری برای جیره بندی در نظام سلامت کشور ایران برای سیاستگذاران داشته باشد.

نتیجه گیری

افزایش هزینه‌های نظام سلامت و محدود بودن منابع برای تقاضاهای رو به افزایش، جیره بندی را غیر قابل اجتناب می کند. جیره بندی مراقبت‌های سلامت به‌عنوان یک ابزار تولیتی، با استفاده از شیوه‌های مختلفی انجام می گیرد. بر اساس کارکردهای نظام سلامت می توان رویکردهای مختلفی برای جیره بندی اتخاذ نمود. ویژگی‌های نظام سلامت ایران به عدم شفافیت در جیره بندی و سلیقه‌ای بودن آن دلالت دارد. با توجه به چارچوب استخراج شده و وضعیت نظام سلامت ایران، راهکارهایی از قبیل ایجاد واحدی جهت تهیه اطلاعات و شواهد هزینه اثربخشی مداخلات به‌صورت غیر متمرکز، تهیه و اجرای راهنماهای بالینی، همگن سازی بسته‌های خدمات ارائه شده توسط صندوق‌های بیمه‌ای مختلف، قانون گذاری و رعایت راهنماها از طریق ۳ فاکتور مبتنی بر کنترل، خود کنترلی و استفاده از مشوق‌های مالی،

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

ارزیابی تکنولوژی سلامت، تهیه اطلاعات و تعیین آستانه استاندارد برای لیست انتظار و زمان انتظار، اولویت بندی در استفاده از بودجه گلوبال منطقی و احتساب ترجیحات اجتماعی برای شفاف شدن سیاست جیره بندی در نظام سلامت ایران، پیشنهاد می شود.

در نهایت از آنجاییکه مشخصاً سیستم ارزشی نقش کلیدی در فرایند جیره بندی دارد، در کشور ایران به‌منظور جیره بندی در سیستم مراقبت باید ابتدا ارزش‌های حاکم بر جامعه را شناسایی و سپس ملاک‌ها را مشخص کرد و سپس اقدام به انجام سهمیه بندی منابع سلامت نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند بدینوسیله از تمامی افرادی که ایشان را در انجام پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م ر. ر

جمع آوری داده‌ها: س. الف، ی. م ط، ک. ر، ن. ص، م. ن آ

تحلیل داده‌ها: ی. م ط، ک. ر

نگارش و اصلاح مقاله: ی. م ط، ک. ر

سازمان حمایت کننده

این مطالعه از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Withanachchi N, Uchida Y. Healthcare rationing: A guide to policy directions in Sri Lanka. Health policy 2006; 78(1): 17-25. doi: https://doi.org/10. 1016/ j.healthpol.2005.08.009.
2) Brundtland GH. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Word Health organization (WHO): Switzerland, Geneve. 2000: 23.
3) Maynard A. Health care rationing: doing it better in public and private health care systems. J Health Polit Policy Law 2013; 38(6): 1103-27. doi: 10.1215/03616878-2373157.
4) Rodríguez-Monguío R, Antoñanzas Villar F. Healthcare rationing in Spain: framework, descriptive analysis and consequences. Pharmacoeconomics 2006; 24(6): 537-48. PMID: 16761902.
5) Elmi ZM, Sadeghi S. Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality. Middle-East Journal of Scientific Research 2012; 12(1): 88-91. doi: 10.5829/idosi.mejsr.2012.12.1.64196.
6) OECD STAT, Development OFEC-OA. OECD Health expenditure and financin. Available from URL: https:// stats.oecd.org/ Index. aspx? DataSetCode =SHA. Last Access: Sep 9, 2018.
7) Rasel M, Ardalan A. The Future of Ageing and Its Health Care Costs: A Warning for Health System. Salmand 2007; 2(4): 300-5. [Persian]
8) Hashemi H, Alwan A. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean Islamic Republic of Iran health profile 2015. Word HEALTH organization (WHO): Switzerland, Geneve. 2015: 1-42.
9) Hicks LL. Making hard choices. Rationing health care services. J Leg Med 2011; 32(1): 27-50. doi: 10.1080/01947648.2011.550825.
10) Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility, fairness and rationing in health care. Health policy 2006; 76(3): 312-9. doi: 10.1016/j. healthpol. 2005. 06.013.
11) Chang K, Ying YH. Economic growth, human capital investment, and health expenditure: A study of OECD countries. Hitotsubashi Journal of Economics 2006; 47(1): 1-16. doi: http://doi.org/ 10.15057/7644.
12) Moreira T. Health care rationing in an age of uncertainty: A conceptual model. Social Science & Medicine 2011; 72(8): 1333-41. doi: https://doi.org/ 10.1016/j.socscimed.2011.02.026.
13) Strech D, Persad G, Marckmann G, Danis M. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. Health policy 2009; 90(2 and 3): 113-24. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.10.013.
14) Asante AD, Zwi AB. Factors influencing resource allocation decisions and equity in the health system of Ghana. Public Health 2009; 123(5): 371-7. doi: 10.1016/j.puhe.2009.02.006.
15) Ministry of Health and Medical Education, Deputy for Coordination and policy making. Available from URl: http://rc.majlis.ir/fa/law/ show/ 94202. Last Access: Mar 4, 2018.
16) General Policies of fifth five year national development in the framework of twenty- year perspective. Available from URL: http://www. leader.ir/fa/content/4666/leader.ir. Last Access: Jul 02, 2018.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

17) Allan GM, Innes GD. Do family physicians know the costs of medical care? Survey in British Columbia. Can Fam Physician 2004; 50(2): 263-70. PMID: 15000338.
18) van Delden JJ, Vrakking AM, van der Heide A, van der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. J Med Ethics 2004; 30(2): 207-11. PMID: 15082820.
19) Weisleder P. Health Care Rationing in a Just Society: The Clinical Effectiveness Model. Semin Pediatr Neurol 2015; 22(3): 201-4. doi: 10.1016/ j.spen.2015.05.001.
20) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med 2009; 151(4): 264-9. doi: 10. 7326/ 0003- 4819-151-4-200908180-00135.
21) Brock DW. Health Care Resource Prioritization and Rationing: Why Is It So Difficult? Social Research 2007; 74(1): 125-48.
22) Berney L, Kelly M, Doyal L, Feder G, Griffiths Ch, Jones IR. Ethical principles and the rationing of health care: A qualitative study in general practice. Br J Gen Pract 2005; 55(517): 620-5. PMID: 16105371.
23) Williams I. Institutions, cost-effectiveness analysis and healthcare rationing: the example of healthcare coverage in the English National Health Service. Policy and Politics 2013; 41(2): 223-39. doi: https://doi.org/10.1332/030557312X655477.
24) Kapp MB. Health Care Technology, Health Care Rationing, and Older Americans: Enough Already! Care Manag J 2010; 11(4): 245-8. PMID: 21197931.
25) Manning J. Exceptional circumstances schemes and the social factors exclusion in healthcare rationing. Oxford University Commonwealth Law Journal 2013; 13(1): 75-114. doi: https://doi.org/ 10.5235/ 14729342.13.1.75
26) Schultheiss C. In the machinery of implicit rationing. Effects of cost reduction in the German health care system. PsychoNeuro 2004; 30(4): 221-6.
27) Nadolski H. Budgeting and rationing in the German health care system. J Contemp Health Law Policy 2002; 18(3): 697-702.
28) Schut FT, Van de Ven W. Rationing and competition in the Dutch health-care system. Health Economics 2005; 14(S1): S59-S74. doi: https://doi.org/10.1002/hec.1036.
29) Dey I, Fraser N. Age-based rationing in the allocation of health care. J Aging Health 2000; 12(4): 511-37. doi: 10.1177/ 089826430001200404.
30) Miller SC. The invisibility of gender: A feminist commentary on age-based healthcare rationing. Journal of Philosophical Research 2005; 30(S2): 263-74.
31) Alpinar Z, Civaner M, Ors Y. Rationing healthcare: Should life-style be used as a criterion?. Anadolu kardiyoloji dergisi: AKD = the Anatolian journal of cardiology 2010; 10(4): 367-71. doi: 10.5152/akd.2010.097.
32) Klein R. A middle way for rationing healthcare resources. BMJ (Clinical research ed) 2005; 330(7504): 1340-1. doi: https://doi.org/10.1136/ bmj.330. 7504.1340.
33) Callahan D. Must We Ration Health Care for the Elderly?. J Law Med Ethics 2012; 40(1): 10-6. doi: 10.1111/j.1748-720X.2012.00640.x.
34) Wiese CH, Schepp CP, Bergmann I, Hinz JM, Graf BM, Lassen CL. Age rationing: Means of resource allocation in healthcare systems. Anaesthesist 2012; 61(4): 354-62. doi: 10.1007/s00101-012-2009-1.
35) Morreim H, Antiel RM, Zacharias DG, Hall DE. Should age be a basis for rationing health care?. virtual mentor 2014; 16(5): 339-47. doi: 10.1001/virtualmentor.2014.16.05.ecas2-1405.
36) Kanter RK, Cooper A. Mass Critical Care: Pediatric Considerations in Extending and Rationing Care in Public Health Emergencies. Disaster Med Public Health Prep 2009; 3 (Suppl 2): S166-71. doi: 10.1097/DMP. 0b013e3181be6844.
37) Tong A, Jan S, Wong G, Craig JC, Irving M, Chadban S, et al. Rationing scarce organs for transplantation: healthcare provider perspectives on wait-listing and organ allocation. Clin Transplant 2013; 27(1): 60-71. doi: 10.1111/ctr.12004.
38) Rothgang H, Niebuhr D, Wasem J, Gress S. The National Institute for Clinical Excellence (NICE) -- Agency for rationing health care services or model for evidence-based health care?. Gesundheitswesen. 2004; 66(5): 303-10.
39) Samanta A, Samanta J. Evidence-based medicine: A clinical governance tool for rationalising or rationing health care?. Clin Gov 2005; 10(4): 308-13.
40) Bridges JFP, Onukwugha E, Mullins CD. Healthcare rationing by proxy: Cost-effectiveness analysis and the misuse of the $50000 threshold in the US. Pharmacoeconomics 2010; 28(3): 175-84.
41) Kruse J. Rationing medical resources: Panacea or peril for American health care?. J Leg Med. 2011; 32(1): 1-10.
42) Rooshenas L, Owen-Smith A, Hollingworth W, Badrinath P, Beynon C, Donovan JL. "I won't call it rationing ...": An ethnographic study of healthcare disinvestment in theory and practice.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

Social Science & Medicine 2015; 128: 273-81. doi: 10.1016/ j.socscimed.2015.01.020.
43) Owen-Smith A, Coast J, Donovan J. "I can see where they're coming from, but when you're on the end of it … you just want to get the money and the drug.": Explaining reactions to explicit healthcare rationing. Social Science & Medicine 2009; 68(11): 1935-42.
44) Albrecht GL. Rationing health care to disabled people. Sociol Health Illn 2001; 23(5): 654-77.
45) Orentlicher D. Rationing health care: it's a matter of the health care system's structure. Ann Health Law 2010; 19(3): 449-64. PMID: 21456395.
46) Oduncu FS. Priority-setting, rationing and cost-effectiveness in the German health care system. Med Health Care Philos 2013; 16(3): 327-39. doi: 10.1007/s11019-012-9423-7.
47) Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Haghdoost A, Abolhallaje M, Ansari M, et al. Total health expenditures and proportion of out-of-pocket payments in Iranian provinces; 2008-2014. irje 2017; 12(5): 1-12. [Persian]
48) Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Sturm H, Oxman AD. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. Cochrane Database of Syste Rev 2015; 4(8): CD006731. doi: 10.1002/14651858.CD006731.pub2.
49) Churchill LR. Age-rationing in health care: flawed policy, personal virtue. Health Care Analysis 2005; 13(2): 137-46.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]

Manage Strat Health Syst

Review Article

Policy-making for Rationing in the Healthcare System: A review to provide suggestions for Iran

Keivan Rahmani [1], Reza Rezayatmand [2], Niyousha Sadeghpour [3], Mahsa Nikaeen [4], Samira Arabi [5], Yasamin Molavi Taleghani [6]*

[1] Ph.D. student in Health services Administration, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] MD student, School of Medical, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] Post Graduate student, Department of Operative Dentistry, School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] MSc student in Health services Administration, School of Public Health and Safety, Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[6] Ph.D. student of Health services Administration, Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*** Corresponding Author:** Yasamin Molavi Taleghani
yasamin_molavi1987@yahoo.com

Citation: Rahmani K, Rezayatmand R, Sadeghpour N, Nikaeen M, Arabi S, Molavi Taleghani Y. Policy-making for Rationing in the Healthcare System: A review to provide suggestions for Iran. Manage Strat Health Syst 2018; 3(3): 249-62.

Received: July 25, 2018
Revised: December 11, 2018
Accepted: December 15, 2018

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Rationing is considered as a solution to control the costs and increase the efficiency in using the limited resources of the healthcare system. Therefore, this study was conducted to review the studies carried out on rationing in different countries and to provide suggestion for Iran's healthcare system.

Methods: This systematic review was carried out to find the papers published in this regard. To hit this target, we searched the English databases (web of knowledge, PubMed, Scopus, Ovid and Science Direct) using the keywords of "rationing, stewardship, policy making, healthcare, health care, coverage, and services". We selected the related studies and assessed their quality. Authors reached consensus regarding the included studies in order to avoid making errors.

Results: We searched the keywords and found 2880 relevant papers. The inclusion criteria were applied and 29 eligible papers were selected finally. A conceptual framework was suggested for rationing at three levels of financing (out of pocket payment, age-based risk assessment, service package, payment to providers), rendering services (evidence-based medicine, duration and the waiting list of services, and medicinal pharmacopoeia), and providing resources (distribution of leveling services, workforce competence, assessment of health technology and pharmaceuticals).

Conclusion: Considering the increased health care costs and restrictions of resources for increasing demands, rationing is inevitable. With regard to the proposed conceptual model, the solutions to clarify the rationing policy in the healthcare system of Iran include: creation of information dashboard, implementation of clinical guidelines, homogenization of service packages provided by insurance funds, health technology assessment, and assessment of social preferences.

Key words: Rationing, Healthcare system, Cost decrease

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.3.6.7]
[DOI: 10.18502/mshsj.v3i3.256]