10.30497/IFR.2021.238895.1527
Bi-quarterly Scientific Journal of Islamic Finance Researches, Research Article,
Vol. 10, No. 1 (Serial 19), Autumn 2020 & Winter 2021

Developing a Model of Providing Medical and Health Facilities Based on for-Profit Contracts in Iranian Banks

Marayam Mohammadpour[*]
Abdolmohammad Kashian[**]
Mohammad Javad Sadi[***]

Received: 20/06/2020
Accepted: 23/02/2021

Abstract

Health care financing in Iran uses a multiple model in which the government, insurance companies and patients simultaneously bear the costs of health care. Despite the government's extensive expenditures and the share of some expenses by insurance companies, patients' out-of-pocket payment is significant which necessitates their being supported. One is banking facilities provided through *Qard al-Hasan* (benevolent loan). This, however, being somehow against Banks' interests, is practically unsuccessful, and in many cases patients need to apply for loans to meet their needs, which is a form of formalization. The purpose of this paper is to provide a model to address this shortcoming in the health financing system. This model is presented using analytical-descriptive method and comparative comparison so that in addition to securing the interests of banks, it also meets the medical needs of facility applicants. The results show that the diversity of medical needs in the forms of diagnostic, medical, nursing and home nursing services has necessitated a diverse range of banking contracts. Compliance of medical needs with banking contracts shows that facilities like *Ju'alah*, *Murabaha* (installment sale), *Istisna'* and *Ijarah* can be used in such cases. The three main players in this model are banks, patients and hospitals, and the communication mechanism is designed in such a way as to prevent moral hazards and adverse selections.

Keywords

Ju'alah, Murabahah, Istisna', Leasing, Medical Facilities, Medical Services.
JEL Classification: G21.

[*] Graduated Level 3 of Esmatiyeh Seminary in Semnan, Semnan, Iran. jdelfam60@gmail.com 0000.0002.2273.3956

[**] Assistant Professor, Faculty of Economics and Management, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author). a.m.kashian@profs.semnan.ac.ir 0000-0002-5352-1446

[***] Assistant Professor, Faculty of Language and Persian Literature, Semnan University, Semnan, Iran. sadi@semnan.ac.ir 0000-0002-2018-6426

10.30497/IFR.2021.238895.1527

دو فصلنامه علمی «تحقیقات مالی اسلامی»، مقاله پژوهشی، سال دهم، شماره اول (پیاپی ۱۹)، پاییز و زمستان ۱۳۹۹، صص. ۳۴۹-۳۷۶

مدل‌سازی اعطای تسهیلات درمانی و سلامت مبتنی‌بر عقود انتفاعی در بانکداری اسلامی

مریم محمدپور *

عبدالمحمد کاشیان **

محمدجواد سعدی ***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۵

مقاله برای اصلاح به مدت ۳ روز نزد نویسنده(گان) بوده است.

چکیده

تأمین مالیِ حوزه سلامت و بهداشت در ایران از یک مدل چندگانه بهره می‌گیرد که در آن دولت، بیمه‌ها و بیماران به‌طور هم‌زمان هزینه‌های بهداشتی و درمانی را متقبل می‌شوند. علی‌رغم مخارج گسترده دولت و پرداخت برخی هزینه‌ها توسط بیمه‌ها، سهم پرداخت از جیب بیماران قابل توجه بوده و لذا حمایت از بیماران امری ضروری است. یکی از روش‌های تأمین مالی بیماران اختصاص تسهیلات بانکی است که در بانک‌های کشور از طریق قرض‌الحسنه انجام می‌گیرد. ازآنجاکه بانک‌ها به دلیل حفظ منافع‌شان، تمایلی به اعطای تسهیلات قرض‌الحسنه ندارند عملاً این شیوه از تأمین مالی رونقی ندارد و در بسیاری از موارد بیماران با دریافت وام‌هایی غیر از درمان، به رفع نیازهای خود مبادرت می‌ورزند که درواقع نوعی صوری‌سازی محسوب می‌شود. هدف از مقاله حاضر ارائه یک مدل به‌منظور رفع این نقیصه در نظام تأمین مالی سلامت است. این مدل با استفاده از روش تحلیلی-توصیفی و مقایسه تطبیقی به‌گونه‌ای ارائه می‌شود که علاوه‌بر تأمین منافع بانک‌ها، پاسخگوی نیازهای درمانی متقاضیان تسهیلات نیز باشد. نتایج نشان می‌دهد تنوع نیازهای پزشکی در قالب خدمات تشخیصی، خدمات درمانی، خدمات پرستاری و پرستاری در منزل سبب شده است که به طیف متنوعی از عقود بانکی نیاز باشد. انطباق نیازهای پزشکی با عقود بانکی نشان می‌دهد که تسهیلات جعاله، مرابحه (فروش اقساطی)، استصناع و اجاره به‌شرط تملیک می‌تواند در تأمین نیازهای درمانی مورداستفاده قرار گیرد. سه بازیگر اصلی مدل بانک، بیمار و بیمارستان هستند و مکانیسم ارتباطی آن به‌گونه‌ای طراحی شده که از کژمنشی و کژگزینی جلوگیری نماید.

واژگان کلیدی

جعاله؛ مرابحه؛ استصناع؛ اجاره به‌شرط تملیک؛ تسهیلات درمانی؛ خدمات پزشکی.

طبقه‌بندی JEL: G21.

---

* دانش‌آموخته سطح ۳ حوزه علمیه عصمتیه سمنان، سمنان، ایران

jdelfam60@gmail.com 0000.0002.2273.3956

** استادیار دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اداری، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

a.m.kashian@profs.semnan.ac.ir 0000-0002-5352-1446

*** استادیار دانشکده زبان و ادبیات فارسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

sadi@semnan.ac.ir 0000-0002-2018-6426

مقدمه

بیماری یکی از مخاطراتی است که زندگی هر فردی را تهدید می‌کند و کسی نمی‌تواند در برابر آن در امان باشد. بروز بیماری افزون بر آنکه توان فعالیت اقتصادی را از فرد سلب می‌کند و موجب قطع درآمد او می‌شود، مخارج درمان و هزینه‌های پزشکی قابل‌توجهی را بر وی تحمیل می‌کند و در مواردی که تشخیص و درمان بیماری مستلزم صرف هزینه‌های سنگینی باشد، ممکن است وضعیت رفاهی فرد و سطح زندگی او را به‌شدت در معرض مشکل قرار دهد. اهمیت ارائه خدمات درمانی پزشکی عمومی به حدی است که حتی حداقلی‌ترین نظریه‌های عدالت توزیعی و دخالت دولت در اقتصاد، ضرورت ارائه حدی از خدمات درمانی توسط نهادهای عمومی و دولتی را انکار نمی‌کنند. با این وجود در بسیاری از نظام‌های درمانی و پزشکی دنیا ازجمله ایران، امکان تأمین همه هزینه‌های بیماران از بودجه بخش عمومی امکان‌پذیر نیست و در بسیاری از موارد شخص بیمار می‌بایست خود به تأمین هزینه‌های درمانی و بهداشتی خود بپردازد (پرداخت از جیب) و حتی در برخی از موارد بیماران ممکن است ترجیح دهند و یا به هر دلیلی مجبور باشند، از خدمات بخش خصوصی بجای خدمات بخش دولتی استفاده نمایند. در چنین شرایطی آیا نظام تأمین مالی اسلامی، سازوکاری برای این موضوع در نظر گرفته است؟

بانک ازجمله نهادهایی هستند که می‌توانند در کنار سایر نهادهای دیگر مانند انواع بیمه، خدمات تأمین اجتماعی و مؤسسات خیریه، به رفع نیازهای مالی بیماران کمک کنند. علی‌رغم اهمیتی که برای بانک‌ها می‌توان در نظر گرفت، بررسی وضعیت فعلی دلالت بر آن دارد که تسهیلات درمانی و پزشکی بانک‌ها عمدتاً با عناوینی مثل وام‌های ضروری، فوری و وام کمک‌هزینه درمان ارائه می‌شود که صرفاً در قالب عقد قرض‌الحسنه پرداخت می‌گردد.

مبالغ کم و ناچیز این تسهیلات در کنار فرآیندهای بوروکراتیک دریافت این وام‌ها به‌گونه‌ای است که عملاً دسترسی به آن را مشکل و نیز کم‌فایده کرده است. لذا مقدار ناچیز وام قرض‌الحسنه درمان، هرگز پاسخ‌گوی هزینه بسیار بالای خدمات درمانی نیست و از طرفی غیرانتفاعی بودن آنها سبب شده است بانک‌ها اشتیاق چندانی به پرداخت

این‌گونه تسهیلات نشان ندهند. ازاین‌رو بسیاری از متقاضیان تسهیلات درمانی، در قالب عقود دیگری غیر از حوزه درمان اقدام به دریافت تسهیلات کرده و به دلیل نبود نظارت لازم و کافی این مبالغ را صرف هزینه‌های درمانی می‌کنند و این خود یکی از عوامل صوری‌سازی عقود است که این عمل سبب کاهش کارایی عقود بانکی و حتی در مواقعی موجب ربوی شدن معاملات می‌گردد و به شبهه ربوی بودن، دامن می‌زند. لذا طراحی وام‌های درمانی و پزشکی متناسب با عقود بانکداری اسلامی به‌گونه‌ای که هم نیاز متقاضیان تسهیلات را پاسخ دهد و هم آنکه متناسب با منافع و اهداف بانک‌ها باشد از ضروریات بوده و حلقه مفقود نظام بانکداری اسلامی است و لذا موضوعی است که در این مقاله بدان پرداخته می‌شود.

یکی از ابعاد مهم قانون بانکداری بدون ربا اعطای تسهیلات و تخصیص منابع می‌باشد که در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان اعطای تسهیلات را در دو دسته انتفاعی و غیرانتفاعی و یا چهار گروه قرض‌الحسنه، عقود مبادله‌ای، عقود مشارکتی و سرمایه‌گذاری مستقیم قرار داد (موسویان، ۱۳۸۴، ص. ۴۵). عقد قرض‌الحسنه هرچند کارآمدترین مدل قرض تأمین مالی برای بیماران است، اما تضاد آن با منافع بانک‌ها سبب شده است که عملاً کاربرد کمتری داشته باشد، مگر آنکه بانک مرکزی بانک‌ها را مجبور به اعطای تسهیلات تکلیفی نمایند. اما تأمین مالی هزینه‌های درمان در قالب عقود مبادله‌ای و مشارکتی به دلیل انتفاعی بودن این عقود و اشتیاقی که بانک‌ها به پرداخت این‌گونه تسهیلات نشان می‌دهند، می‌تواند به کاهش مشکلات مالی بیماران کمک کند و از انحراف تسهیلات نیز جلوگیری نماید. حال سؤالی که در این مورد می‌توان مطرح کرد این است که چگونه می‌توان در قالب عقود انتفاعی (مبادله‌ای و مشارکتی) الگویی برای تسهیلات درمانی ارائه داد؟

مقاله حاضر ضمن بررسی پیشینه پژوهش در دو بخش تأمین مالی نظام سلامت و نظام تأمین مالی اسلامی در بخش ۲ و نیز تبیین جنبه‌های نوآورانه پژوهش، به بررسی مبانی نظری تحقیق در بخش ۳ خواهد پرداخت و بسترهای لازم را برای پیوند میان نظام تأمین مالی اسلامی و تأمین مالی بخش سلامت فراهم خواهد آورد و با برشمردن انواع نیازهای درمانی و بیان انواع روش‌های اعطای تسهیلات بانکی، به امکان‌سنجی فقهی

اعطای وام و نیز بررسی انطباق این دو حوزه خواهد پرداخت و در نهایت مدل اعطای تسهیلات درمانی و پزشکی مبتنی‌بر عقود انتفاعی در بانکداری بدون ربا را ارائه می‌نماید (بخش ۴). بخش پنجم به بیان یک جمع‌بندی و ارائه پیشنهادهای سیاستی نیز بسنده خواهد کرد.

۱. پیشینه پژوهش

همان‌طوری که در مقدمه مقاله بیان گردید؛ پژوهش حاضر در پی ارائه مدلی برای اعطای تسهیلات درمانی و سلامت مبتنی‌بر عقود انتفاعی در بانکداری اسلامی است و لذا دو حوزه از پژوهش را شامل می‌شود: حوزه اول مربوط به تأمین مالی نظام سلامت است که در تحقیقات متعددی مورد بررسی پژوهشگران قرار گرفته است و حوزه دوم نیز بحث تأمین مالی اسلامی که این موضوع نیز از جنبه‌های مختلفی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. بر این اساس پیشینه پژوهش نیز به این دو حوزه خواهد پرداخت تا در بستر تحلیل مقایسه‌ای آن، جنبه نوآوری مقاله نیز تبیین شود.

۱-۱. پیشینه پژوهش در تأمین مالی نظام سلامت

وحدت، حیدری ارجلو و سلطانی (۱۳۹۹) در مقاله‌ای با عنوان «ارائه الگوی نظام تأمین مالی سلامت با تأکید بر عوامل ساختاری، زمینه‌ای، ابزاری و محتوایی»، معتقداند که نیاز است الگویی متناسب با اقتضائات، الزامات، قوانین و فرهنگ کشور در حوزه تأمین مالی نظام سلامت ارائه شود. لذا بر عوامل مؤثر و کارکردی بر تحقق نظام تأمین مالی سلامت در کشور تمرکز نموده و با روش زمینه‌یابی پیمایشی به بررسی الگوی تأمین مالی در نظام سلامت در جهان پرداخته‌اند. نتایج تحقیقات آنها نشان می‌دهد ایجاد یک سازوکار در بخش نظام مالیاتی، نظام بودجه‌ریزی با توجه به تحریم‌های صورت گرفته و ایجاد محدودیت‌ها در سیستم سرمایه‌گذاری در بخش سلامت و شیوع بیماری‌های مزمن و ناگهانی از بیشترین اهمیت و رتبه در ایجاد الگوی نظام تأمین مالی سلامت در کشور برخوردار است.

آهنگر، احمدی، مزینی و فرجی‌دیزجی (۱۳۹۷) در مقاله‌ای با عنوان «سیاست‌های کلیدی تأمین مالی سلامت با رویکرد انباشت و تسهیم ریسک برای ارتقای نظام‌های

سلامت در کشورهای فقیر و در حال توسعه»، معتقداند سیاست‌گذاران سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. یکی از موانع مهم برای اهداف تأمین، حفظ و ارتقا در نظام‌های سلامت، هزینه‌های رایج و اغلب گران‌بها برای مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد (و یا سرانه تولید ناخالص داخلی) است و نیاز به چنین مراقبت‌هایی اغلب نامطلوب است. بنابراین سیاست‌های تأمین مالی سلامت در جهان، سازوکارهای انباشت و تسهیم ریسک برای محافظت از مردم از این مانع مهم به مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای مراقبت‌های سلامت، اغلب با توجه ویژه به فقرا و افراد کم‌درآمد در مناطق آفریقا و مدیترانه شرقی (EMRO) به‌عنوان استراتژی کلیدی مطرح می‌کند.

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۶ و ۲۰۱۷) طی ۳ گزارش، به بررسی تأمین مالی نظام سلامت پرداخته و یک راهنمای جامع برای آن طراحی نموده است. نظام تأمین مالی سلامت کشور در جهت تدوین استراتژی‌های لازم، رویکرد سیستم محور در ارتقای بهره‌وری نظام سلامت و تدوین نظام تأمین مالی بخش سلامت در سطح ملی ۳ بخش مهم این گزارش هستند.

داوری، معافی، یارمحمدیان و خیام‌حقیقی (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان «هزینه‌های مستقیم درمانی سرطان خون لنفوسیتی حاد در اطفال استان اصفهان»، با بررسی هزینه‌های درمان سرطان خون حاد کودکان درنهایت به این نتیجه رسیده‌اند که بیشترین هزینه مربوط به مراقبت‌های بیمارستانی است (بستری) است که ۹۰ درصد از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده و بخش اصلی هزینه‌های بستری مربوط به هزینه‌های دارویی است، یعنی حدود ۴۵ درصد. بخش اصلی هزینه‌های تشخیصی مربوط به آزمایش است و هزینه‌های سرپایی هم تقریباً ۱۰۰ درصد مربوط به هزینه‌های دارویی است. درنتیجه باید گفت که مسأله دارو و تأمین آن برای بیماران سرطانی و بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج مسأله مهمی است که باید به تأمین مالی در این زمینه برای این گروه از بیماران اهتمام جدی داشت.

پازوکی، رضایی و پازوکی (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی اثرگذاری روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در اقتصاد ایران»، معتقداند می‌توان با بررسی چگونگی روش‌های

تأمین مالی منابع نظام سلامت بر فعالیت‌های بخش سلامت و بهداشت، به الگوی مناسبی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این بخش دست یافت. آنها نشان می‌دهند که میزان تأثیر متغیّر مخارج بهداشتی و درمانی خانوارها از متغیّر مخارج عمومی دولت و متغیّر پرداخته‌های مستقیم افراد تأمین می‌شود. بنابراین امید است استفاده از ابزارهای پیشنهادی مانند به‌کارگیری انواع مالیات به‌عنوان ابزاری مؤثر در سیاست‌گذاری مالی دولت، طراحی تعرفه خدمات درمانی براساس قیمت تمام شده خدمات و ایجاد بسترهای مناسب برای فعالیت بخش خصوصی؛ روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در اقتصاد ایران را بهبود بخشد.

ماهر، احمدی و شکری جمنانی (۱۳۸۷) در مقاله‌ای با عنوان «شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ – ۱۹۹۸»، به ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران پرداخته‌اند و جنبه‌های مختلفی از این موضوع را مورد تجزیه‌وتحلیل قرار داده‌اند.

فضایلی، علیزاده و هنجنی (۱۳۸۴) در مقاله‌ای با عنوان «وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران»، با تأکید بر اینکه مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های سلامت، از اهداف اصلی همه نظام‌های سلامت است و با استفاده از نتایج طرح نمونه‌گیری هزینه و درآمد خانوار و ابزار تحلیل اقتصادسنجی به ارزیابی وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت ایران پرداخته‌اند. نتایج مطالعه آنها نشان می‌دهد که شاخص مشارکت خانوار در تأمین مالی نظام سلامت مذکور در سال ۱۳۸۱ بالغ بر ۰/۸۱۵ بوده و حدود ۳/۹ درصد از جمعیت کشور در محدوده جمعیت با هزینه‌های درمانی غیرقابل تحمل قرار داشته‌اند.

کریمی، نصیری‌پور، ملکی و مخترع (۱۳۸۴) در مقاله‌ای با عنوان «ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب: ارائه الگو برای ایران»، شیوه‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در بخش سلامت ۱۲ کشور استرالیا، انگلیس، آمریکا، ترکیه، سوئد، نروژ، ژاپن، هلند، کانادا، دانمارک، فرانسه و آلمان را موردبررسی قرار داده‌اند و با استفاده از جنبه‌های مشترک آن یک الگو برای ایران طراحی نموده‌اند. یافته‌های پژوهش ایشان نشان می‌دهد

که در کشورهای مورد مطالعه تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اغلب به شکل بودجه تخصیصی و به‌صورت کلی و سالانه انجام می‌گیرد.

۱-۲. پیشینه پژوهش در تأمین مالی اسلامی (بانکداری اسلامی)

موسویان و میثمی (۱۳۹۷) در کتابی با عنوان «بانکداری اسلامی: مبانی نظری-تجارب عملی»، جنبه‌های نوینی از مباحث بانکداری اسلامی را مطرح نموده و یک چارچوب کلی از نظام تأمین مالی در بانکداری اسلامی را شرح داده‌اند.

عیوضلو و بکی‌حسکویی (۱۳۹۷) در کتابی با عنوان «مبانی فقهی و اقتصادی بانکداری و تأمین مالی اسلامی»، به راهبردهای بانکداری اسلامی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین کارکردهای اقتصاد اسلامی پرداخته‌اند و با تأکید بر فقه‌الاقتصاد، جنبه‌های مختلفی از عقود بانکداری اسلامی را شرح داده‌اند.

موسویان و میثمی (۱۳۹۴) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی ساختار عملیاتی مطلوب بانکداری اسلامی (دلالت‌هایی در راستای اصلاح قانون عملیات بانکی بدون ربا)» بیان کردند که تجربه ۳ دهه اخیر شبکه بانکی کشور در اجرای قانون بانکداری بدون ربا که در آن تقریباً تمامی بانک‌ها بدون لحاظ تناسب و به‌صورت یکسان از عقود اسلامی برای تجهیز و تخصیص منابع استفاده کرده‌اند، چندان موفق نبوده و تفکیک بین انواع بانک‌ها و مؤسسات اعتباری غیر بانکی و اختصاص عقود متناسب با تفکیک یادشده می‌تواند به تخصصی شدن شبکه بانکی و اجرای بهتر بانکداری اسلامی در عمل کمک کند.

اکبرزاده (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «آسیب‌شناسی تحول عقود از مبادله‌ای به مشارکتی در روند اعطای تسهیلات بانکی»، ضمن بررسی آسیب‌هایی که در سیرتحول روند اعطای تسهیلات از عقود مبادله‌ای به عقود به وجود آمده است که ازجمله آنها صوری عمل کردن، دور زدن قانون از سوی بانک‌ها و تغییر ماهیت عقود بانکی، انحراف از موضوع قرارداد و سود از پیش تعیین‌شده در عقود مشارکتی است. راهکارهایی هم در جهت رفع آسیب‌ها ارائه‌شده که ازجمله آنها نظارت بیشتر بر نحوه اجرای عقود بانکی است.

موسویان (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «امکان‌سنجی کاربرد مرابحه در بانکداری بدون ربا»، با بررسی فقهی عقد مرابحه و بیان اشتراک و تمایز بین مرابحه و جعاله و فروش اقساطی به این نتیجه رسیده است که گستره موضوعی قرارداد مرابحه و تنوع شیوه‌های پرداخت آن از سوی دیگر و مهم‌تر از همه نگرش وسیع در تنظیم آیین‌نامه و دستورالعمل اجرایی قرارداد مرابحه و کارت‌های اعتباری طراحی‌شده براساس مرابحه همه محدودیت‌های فروش اقساطی و جعاله را از فراروی بانکداری برمی‌دارد؛ به‌گونه‌ای که بانک‌ها می‌توانند تمام نیازهای کالایی و خدماتی مشتریان را در صورت وجود توجیه اقتصادی تأمین مالی کنند.

موسویان (۱۳۸۵) در مقاله‌ای با عنوان «الگوی جدید بانکداری بدون ربا»، با بیان یک‌سری مشکلات برای قانون بانکداری بدون ربا، یک الگوی جدید برای آن ارائه می‌دهد، که در آن بانک‌ها به سه گروه تجاری با سود معیّن مبتنی‌بر قراردادهای مبادله‌ای، بانک‌های سرمایه‌گذاری با سود متغیّر با محوریت قراردادهای مشارکتی بانک‌های جامع با ترکیب خاص قراردادهای مبادله‌ای و مشارکتی تقسیم می‌کند.

۱-۳. جنبه نوآوری مقاله حاضر

مروری بر پیشینه پژوهش نشان از آن دارد که علی‌رغم اهمیت بانک‌ها در نظام تأمین مالی کشور و گستره وسیع و متنوع ابزارهای مالی اسلامی از یک‌سو و ضرورت پرداختن به تأمین مالی نظام سلامت از سوی دیگر، هنوز پژوهشی که امکان استفاده از ابزارهای مالی و بانکی اسلامی در تأمین مالی نظام سلامت را فراهم آورد، انجام نشده است. نوآوری مقاله حاضر از این جهت است که ضمن پیوند زدن بین این دو حوزه، امکان تأمین مالی نظام سلامت در سطح خرد و خانواده را از طریق ابزارهای مالی اسلامی و بانکداری اسلامی برجسته نماید و نشان دهد که ظرفیت بانک‌های کشور در این زمینه مغفول مانده است و در عین حال امکان فعال‌سازی این ظرفیت‌ها میسر است.

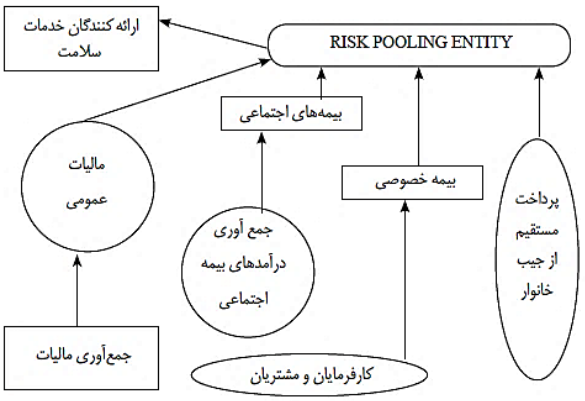
۲. مبانی نظری تحقیق

در این بخش به بررسی مبانی نظری پژوهش و پیشینه پژوهش پرداخته خواهد شد. در ابتدا ضمن تشریح سازوکار تأمین مالی نظام سلامت، به تشریح وضعیت تأمین مالی بخش

سلامت در نظام بانکداری اسلامی پرداخته و نقایص آن تبیین خواهد شد و در ادامه با تشریح انواع هزینه‌های موجود در بخش سلامت، انواع تسهیلات بانکی در بانکداری اسلامی را معرفی کرده تا امکان تطبیق آن با نیازهای درمانی و حوزه سلامت میسر باشد.

۲-۱. تأمین مالی در نظام سلامت

اهمیت حوزه سلامت و بهداشت به حدی است که بسیاری از اقتصاددانان لزوم ضرورت دخالت دولت و ایجاد مراقبت‌های مالی را مورد تأکید قرار داده‌اند. ازاین‌رو مسأله تأمین مالی بخش سلامت به یک موضوع چالش برانگیز تبدیل شده است. به‌طورکلی روش‌های تأمین مالی در بخش سلامت به ۳ بخش کلی شامل بودجه عمومی، بیمه‌های اجتماعی درمان و هزینه از جیب خانوار تقسیم می‌شود. در اقتصاد حوزه سلامت ایران نیز این ۳ روش به‌صورت یکجا مورداستفاده قرار می‌گیرد که در اصلاح به آن نظام تأمین مالی چندگانه یا مختلط گفته می‌شود (رشیدیان، ۱۳۹۲، ص. ۲).



نمودار (۱): ساختار تأمین مالی نظام سلامت

منبع: (پازوکی، رضایی و پازوکی، ۱۳۹۶، ص. ۱۹۱)

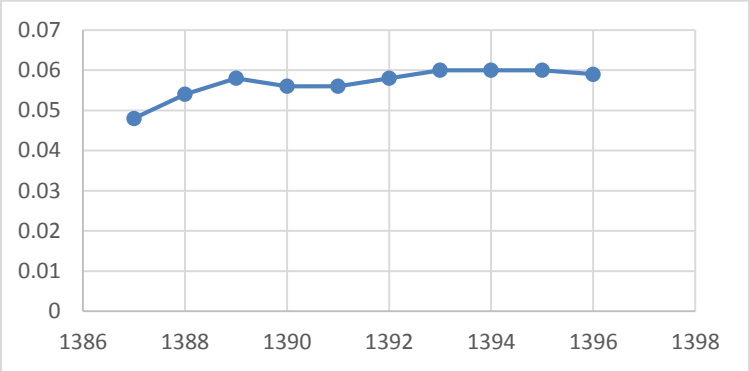
نقش اصلی تأمین مالی بخش بهداشت و سلامت در ایران برعهده دولت و بودجه عمومی است و ارائه خدمات عمدتاً توسط بخش دولتی است و بسیاری از خدمات سطح دوم، به خصوص درمان‌های گران‌قیمت بیماری‌های خاص (مانند هموفیلی، تالاسمی و

درمان‌های جایگزین کلیه) نیز از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند. به همین صورت هزینه‌های زیرساخت بیمارستان‌های دولتی از بودجه دولت تأمین می‌شود و یارانه دولت در جبران هزینه‌های تولید داروها نقش مهمی دارد.

ازآنجاکه بخش دولتی نمی‌تواند همه هزینه‌های این حوزه را تأمین کند، بخشی از این هزینه‌ها توسط بیمه‌های تأمین اجتماعی پرداخت می‌شوند. خدمات و پوشش بیمه‌های پایه مثل تأمین اجتماعی و سلامت برای پرداخت هزینه‌های درمانی بیماران با محدودیت‌ها و مشکلاتی روبروست و بر همین اساس در کنار این نوع بیمه‌ها، بیمه تکمیلی نیز به‌وجودآمده که مشکلاتی نیز برای این نوع بیمه متصور است. بسیاری از هزینه‌های دارویی در تعهد شرکت‌های بیمه‌گذار نیستند، هزینه درمان در بخش خصوصی با دولتی بسیار متفاوت است و ملاک بیمه‌ها معمولاً تعرفه بخش دولتی است و زمان انتظار هم برای دریافت هزینه‌های درمان طولانی است. خدماتی که در شرکت‌های بیمه ارائه می‌شود گاهی به‌صورت کمک‌هزینه یعنی تأمین بخشی از هزینه‌های درمانی است و اصولاً برخی از خدمات ارائه‌شده دارای محدوده زمانی است، مانند دوره‌های زمانی پرداخت کمک‌هزینه پروتز و اروتز (مثلاً چشم و دست‌وپای مصنوعی هر پنج سال یک‌بار) و نکته آخر آنکه برخی از خدمات درمانی ارائه‌شده در مراکز درمانی تحت حمایت و شمول بیمه نیستند، مانند خدمات دندانپزشکی و سونوگرافی‌های جدید و امثال آن.

همه این مسائل دست‌به‌دست هم داده تا بخشی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت «پرداخت از جیب» در هنگام مصرف است و دولت و بیمه‌ها نقشی در آن ندارند. بالارفتن پرداخت از جیب می‌تواند منشأ نگرانی از توان بلندمدت جامعه در پرداخت هزینه‌های سلامت باشد و اینکه پرداخت از جیب موجب نگرانی‌هایی از دیدگاه عدالت در تأمین منابع است. آمارها و محاسبات صورت گرفته در ایران دلالت بر آن دارد که در برخی از سال‌ها پرداخت از جیب به ۵۰ درصد نیز رسیده است، با این وجود اجرای طرح تحول سلامت از سال ۱۳۹۳ نقش بسیار زیادی در کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب داشته و طبق برخی از محاسبات این نسبت به نزدیک ۱۱ درصد رسیده است که پیشرفت نسبتاً محسوسی در این حوزه ایجاد شده است (زارعی،

پورآقا، خداکریم و موسی‌زاده نصرآبادی، ۱۳۹۶، ص. ۱۰). آمارهای بانک مرکزی ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر سهم مخارج خانوار در حوزه بهداشت و سلامت نسبت به کل بودجه خانوار نزدیک به ۶ درصد بوده که نسبت به سهم ۴ درصدی حمل‌ونقل، ۲ درصدی آموزش و تفریح فرزندان، سهم ۲ درصدی ارتباطات، سهم ۲ درصدی تفریح و امور فرهنگی و نیز سهم ۴ درصدی پوشاک و البسه نسبت قابل توجهی محسوب می‌شود.



نمودار (۲): سهم حوزه بهداشت و سلامت از بودجه خانوار

منبع: (بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران)

با این وجود در بسیاری از موارد هزینه‌های درمانی مشمول پرداخت از جیب هستند و بسیاری از خانواده‌ها امکان بهره‌گیری از آن را ندارند. از طرفی بسیاری از خدمات بهداشتی و سلامت ازجمله هزینه‌های دندان‌پزشکی، پروتز و امثال آن مشمول هزینه‌های بسیار بالایی هستند که معمولاً حمایت بیمه‌ای خاصی ندارند و بسیاری از افراد جامعه از آن محروم می‌مانند. این در حالی است که بسیاری از خانواده‌ها هر چند امکان استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی را به‌صورت پرداخت نقدی ندارند، اما امکان بهره‌گیری از این خدمات در قالب تسهیلات بانکی و پرداخت‌های تدریجی را دارند؛ لذا نظام تأمین مالی و بانکداری کشور می‌تواند تا حدود زیادی مشکلات بسیاری از خانوارها در حوزه سلامت و بهداشت را مرتفع سازد.

۲-۲. انواع هزینه‌های حوزه سلامت

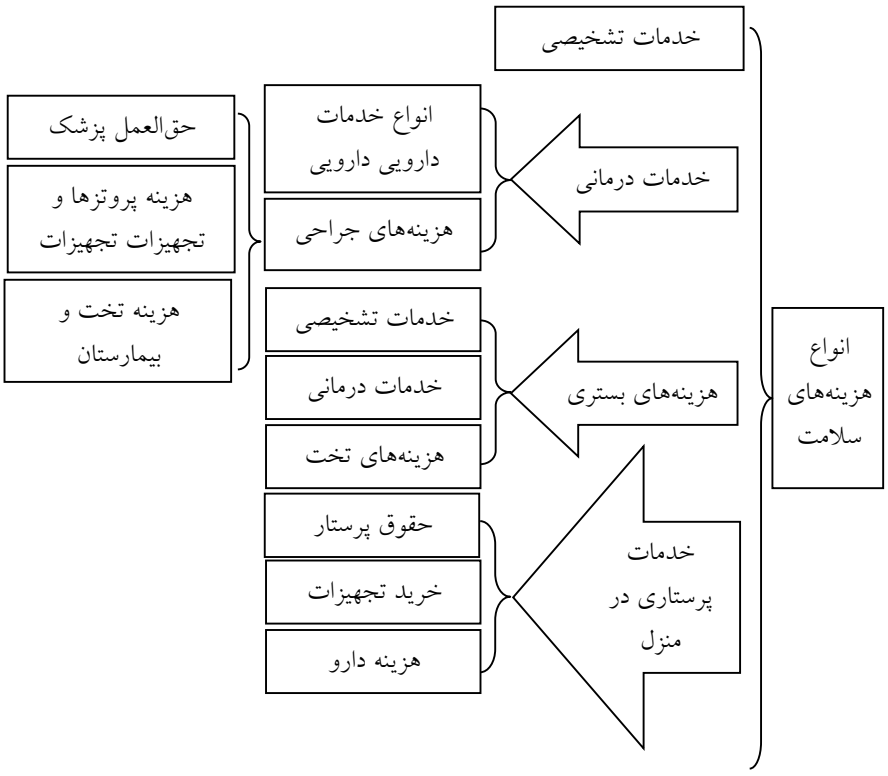
یکی از الزامات اصلی طراحی مدل برای اعطای وام‌های درمانی، شناخت از نیازهای درمانی و طراحی مدل براساس آن نیازها است. تقسیم‌بندی که در این مقاله برای نیازهای درمانی صورت گرفته براساس شیوه‌نامه تعرفه‌ای دولت است که هر ساله برای خدمات تشخیصی و درمانی مراکز درمانی اعم از دولتی، خصوصی، نیمه‌دولتی، خیریه و خدمات پرستاری در منزل در نظر می‌گیرد و پوشش کاملی از کلیه خدمات و نیازهای حوزه سلامت را شامل می‌شود.

در تقسیم اولیه، ابتدا خدماتی که در مراکز درمانی ارائه می‌شود به دو بخش خدمات تشخیصی و خدمات درمانی تقسیم شده که هر یک از آنها به زیرمجموعه‌هایی قابل‌تقسیم است. خدمات تشخیصی شامل خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی، رادیوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام ار آی، آندوسکوپی، کلونوسکوپی، انواع سونوگرافی‌ها و.... است (یعنی تمام اقداماتی که برای تشخیص بیماری صورت می‌گیرد). بعد از تشخیص بیماری روش‌های درمانی در مراکز درمانی ارائه می‌شود که شامل شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، فیزیوتراپی، دیالیز و انواع داروها و تجهیزات پزشکی، که برای درمان بیماری‌ها صورت می‌گیرد. انواع جراحی‌ها و هزینه‌های مربوط به آن‌هم در این قسمت قرار داده‌شده است.

هزینه بستری به‌صورت یک تقسیم‌بندی مستقل در نظر گرفته‌شده، زیرا ترکیبی از خدمات تشخیصی و خدمات درمانی است و علاوه‌بر آن هزینه تخت بیمار و اقامت همراه بیمار را نیز شامل می‌شود. پیدا کردن یک‌تخت به‌ویژه تخت‌های مراقبت‌های ویژه مانند سی سی یو، ای سی یو و انای سی یو در بخش‌های دولتی بسیار سخت بوده و اکنون هزینه یک شب این تخت‌ها در بیمارستان‌های خصوصی بسیار زیادی است و افراد زیادی مجبور هستند برای زنده نگه داشتن عزیزانشان این هزینه‌های جبران‌ناپذیر را به جان بخرند.

قسمت دیگر این تقسیم‌بندی بخش خدمات پرستاری در منزل بوده که تعرفه‌هایی هم برای آن توسط دولت و وزارت بهداشت در نظر گرفته‌شده است. بیمارانی که در اثر حادثه‌ای زمین‌گیر شده‌اند یا بیمارانی که دچار مرگ مغزی شدند و یا بیمارانی که برای مدت طولانی در کما هستند یا حتی سالمندان نیاز به این نوع خدمات دارند و پرداخت

این هزینه‌ها برای مدت طولانی و حتی نامعلوم خانواده بیمار را دچار بحران‌های مالی و حتی روحی-روانی خواهد کرد. البته می‌توان قسمت‌های دیگری مثل تأمین مالی برای هزینه‌های نازایی (که ترکیبی از خدمات تشخیصی و درمانی است) را هم بیان کرد. علاوه‌بر آن تأمین مالی برای هزینه نگهداری خون بند ناف که خود یک عامل پیشگیری برای کاهش هزینه‌های درمانی و مداوای بیماران صعب‌العلاج توسط خون بند ناف است. نمودار (۳) انواع هزینه‌های حوزه سلامت را شامل شده است:



نمودار (۳): انواع هزینه‌های بخش سلامت و بهداشت

منبع: (شیوه‌نامه تعرفه‌ای دولت برای خدمات تشخیصی و درمانی مراکز درمانی)

۲-۳. وضعیت تأمین مالی بخش سلامت در بانکداری ایران

در نظام مالی و بانکی ایران تسهیلاتی برای تخصیص منابع به متقاضیان وام‌های سلامت و درمان در نظر گرفته است. متقاضیان تسهیلات بانکی با مراجعه به بانک‌ها و

صندوق‌های قرض‌الحسنه با أخذ وام فوری و ضروری یا تسهیلات درمانی که هر دو آنها در قالب عقد قرض‌الحسنه با کارمزد ۴ درصد ارائه می‌شود، می‌توانند در راستای تأمین هزینه‌های درمان تسهیلات دریافت کنند. اما مسأله اصلی این است که اولاً، سقف این تسهیلات بین مبالغ ۲ میلیون تا ۳۰ میلیون تومان در بانک‌ها متغیّر است که در بسیاری از موارد تأمین‌کننده هزینه‌های بسیار بالای خدمات درمانی نیست و معمولاً بانک‌ها نیز وام‌های ۲ تا ۴ میلیونی پرداخت می‌کنند و ثانیاً با توجه به محدود بودن منابع قرض‌الحسنه در شبکه بانکی کشور و تقاضای بیشتر از ظرفیت جهت دریافت این نوع از تسهیلات بانک مرکزی اولویت پرداخت این نوع تسهیلات را به بخش‌های اقتصادی، تولیدی و همچنین اشتغال و ازدواج جوانان اختصاص می‌دهد و عملاً سهم بخش بهداشت و درمان از این وام‌ها بسیار محدود است. از طرفی بانک‌ها نیز به دلیل ماهیت قرض‌الحسنه بودن این وام‌ها، تخصیص آن را در تضاد با منافع خود می‌پندارند و عملاً از همکاری با نظام بهداشت و سلامت امتناع می‌ورزند. بنابراین دریافت این تسهیلات برای همه مشتریان مقدور نیست و حتی زمانی که مقدور باشد، در بسیاری از موارد ناکافی است. همین موضوع سبب شده است که بسیاری از افراد اقدام به دریافت تسهیلات در غیر از حوزه‌های درمانی پزشکی نمایند و در این حوزه مصرف نمایند که به چنین رفتاری اصطلاحاً صوری‌سازی عقود گفته می‌شود.

با توجه به آنچه که بیان گردید، طراحی عقودی متناسب با نیازهای درمانی و خدمات پزشکی و پرستاری علاوه‌بر اینکه با متنوع‌سازی عقود راهکار عملی دریافت تسهیلات بانکی را نشان می‌دهد، یکی از نیازهای اصلی حوزه سلامت در جامعه را پاسخ می‌دهد.

۲-۴. مدل کلی عقود در بانکداری اسلامی

طراحی مدل‌های تأمین مالی براساس عقود بانکداری اسلامی نیازمند یک بررسی اجمالی از شیوه‌های تأمین مالی در بانکداری اسلامی است. به‌طورکلی می‌توان فعالیت بانک‌ها در حیطه تخصیص منابع را به چهار گروه قرض‌الحسنه، قراردادهای مبادله‌ای، مشارکتی و سرمایه‌گذاری مستقیم تقسیم کرد. ازآنجاکه این بحث در بسیاری از پژوهش‌های مورد

بررسی قرار گرفته است در اینجا صرفاً به بیان یک چارچوب کلی از این عقود اکتفا می‌شود.

- **الف) قرض‌الحسنه:** عقدی است که به‌موجب آن، بانک‌ها می‌توانند به‌عنوان قرض‌دهنده، مبلغ معیّنی را طبق ضوابط مقرر به افراد یا شرکت‌ها به قرض واگذار نمایند و گیرنده متعهد می‌شود معادل مبلغ دریافتی را بازپرداخت نماید. این روش از اعطای تسهیلات، با اهداف خیرخواهانه و کمک به نیازمندان و غیرانتفاعی است؛ یعنی بانک بابت منابع قرض داده‌شده، سودی دریافت نمی‌کند و فقط در مقابل هزینه‌های اعطای قرض‌الحسنه، در حد ۲ تا ۴ درصد کارمزد دریافت می‌کند. ویژگی اصلی این روش، غیرانتفاعی و خیرخواهانه بودن قرارداد قرض‌الحسنه است (شعبانی، ۱۳۹۴، ص. ۲۳۸).
- **ب) عقود مبادله‌ای:** عقودی هستند که در آن مؤسسه اعتباری تمام یا بخشی از منابع مالی موردنیاز را به‌منظور انجام فعالیت اقتصادی و یا برطرف کردن نیاز یک خانوار، تأمین می‌کند. این دسته از عقود دارای ویژگی‌های انتفاعی بودن قرارداد، معیّن بودن سود، تملیکی بودن قرارداد، عدم نیاز به نظارت و کنترل هستند. ازجمله عقود مبادله‌ای می‌توان به مرابحه، اجاره به‌شرط تملیک، فروش اقساطی، سلف، خرید دین، جعاله، ضمان و استصناع اشاره کرد (موسویان و میثمی، ۱۳۹۷، ص. ۲۵۵).
- **ج) عقود مشارکتی:** عقودی هستند که در آنها فرد و یا مؤسسه مالی، تمام یا بخشی از منابع موردنیاز برای انجام یک فعالیت اقتصادی (تولیدی، تجاری و یا خدماتی) را تأمین می‌کند و درنهایت براساس قراردادی که با کارفرما منعقد کرده است سود فعالیت به درصدی که از قبل تعیین‌شده است، تقسیم می‌شود. ازجمله ویژگی‌های این قراردادها عبارت‌اند از: انتظار انتفاعی بودن قرارداد، متغیّر بودن نرخ سود قرارداد، اذنی بودن قرارداد، نیاز به نظارت و کنترل (موسویان و میثمی، ۱۳۹۷، ص. ۲۶۶). در قراردادهای مشارکتی، افزون بر مسئولیت احراز صحت قرارداد بانک مسئولیت دارد اقتصادی بودن فعالیت را احراز کند و در طول اجرای پروژه بر کیفیت به‌کارگیری منابع نظارت و کنترل داشته باشد تا از حق‌وحقوق بانک و سپرده‌گذاران دفاع کند. (اکبرزاده، ۱۳۹۲، ص. ۱۶۶؛ موسویان، ۱۳۸۴، ص. ۵۳). برخی از مهم‌ترین

عقود مشارکتی عبارت‌اند از: مضاربه، مزارعه، مساقات، مشارکت مدنی و مشارکت حقوقی.

- **د) سرمایه‌گذاری مستقیم:** مطابق ماده ۸ قانون عملیات بانکداری بدون ربا، بانک‌ها اعم از تجاری و تخصصی می‌توانند در طرح‌های تولیدی و عمرانی به سرمایه‌گذاری مستقیم مبادرت ورزند. مطابق ماده ۲۸ آیین‌نامه اجرایی، سرمایه‌گذاری مستقیم بانک‌ها عبارت است از تأمین سرمایه لازم جهت اجرای طرح‌های تولیدی و عمرانی انتفاعی به‌وسیله بانک‌ها است. سرمایه‌گذاری مستقیم روی یک طرح می‌تواند به‌وسیله یک بانک یا با مشارکت صورت پذیرد.

۳. تحلیل داده‌ها: مدل‌سازی اعطای تسهیلات درمانی

حال نوبت به آن می‌رسد که هر یک از نیازهای درمانی را متناسب با عقود مطرح‌شده در بخش پیشین مورد تجزیه‌وتحلیل قرار دهیم و انطباق هر یک از آنها را با عقود موجود بررسی کرده و راهکارهای شرعی اعطای تسهیلات را بیان نماییم.

۳-۱. تأمین مالی خدمات تشخیصی

همان‌طوری که پیش‌تر مطرح شد، خدمات تشخیصی روش‌هایی است که برای تشخیص بیماری به‌کار گرفته می‌شود. البته باید گفت که انجام این خدمات تنها برای بیماران نیست، بلکه کسانی هستند که هر از چندگاهی برای انجام چاپ کامل بدن به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، فقط برای اینکه از سلامت بدن خود اطمینان حاصل کنند. درواقع این‌گونه نیست که هر تشخیصی منجر به درمان گردد؛ این گروه از مراجعین نیز از این دسته از خدمات بهره‌مند می‌شوند. عمده خدمات تشخیصی را می‌توان در خدمات پاراکلینیکی خلاصه کرد. ناهنجاری‌ها و مشکلات نهفته در بدن که با معاینه عادی کشف نمی‌گردد و مستلزم بررسی‌های آزمایشگاهی با استفاده از تجهیزات خاص است، خدمات پاراکلینیکی می‌گویند. انواع اسکن‌ها، انواع اکوها (قلب، مغز عصب، عضله و...)، ام ار آی، انواع آندوسکوپی‌ها، انواع سونوگرافی‌ها، انواع تست‌ها (ورزش، آلرژی، تنفسی، تیلت، خواب) و..... جزء این دسته از خدمات هستند.

این دسته از خدمات، هزینه‌هایی را در بر دارد به‌ویژه اگر در بیمارستان‌های خصوصی انجام گیرد. برای تأمین مالی این دسته از خدمات می‌توان از عقد مرابحه و جعاله استفاده کرد. طراحی کارت‌های اعتباری براساس قرارداد مرابحه ازجمله شیوه‌های اعطای تسهیلات در قالب عقد مرابحه است. به این‌گونه که دارنده کارت با استفاده از اعتباری که بانک صادرکننده برای وی در نظر می‌گیرد، دارنده کارت را وکیل در خرید به‌وسیله کارت برای بانک می‌کند و متعهد می‌شود تا سقف اعتبار، منابع لازم برای خرید کالا و خدمات موردنیاز دارنده کارت را بپردازد. وقتی دارنده کارت، کارت را در دستگاه پایانه فروش قرار می‌دهد بانک ناشر پس از شناسایی و تأیید اعتبار، قیمت کالاها را به فروشگاه می‌پردازد و کالا را تملک می‌کند، سپس بانک ناشر در جایگاه فروشگاه الکترونیکی اعتباری، کالاها و خدمات را به‌صورت بیع مرابحه نسیه برای مدت‌زمان معیّن با نرخ سود معیّن به دارنده کارت می‌فروشد. کاربرد تسهیلات مرابحه‌ای بسیار زیاد است و به جرأت می‌توان گفت بیشتر تسهیلات درمانی در قالب همین عقد قابل اجراست. درواقع تسهیلات مرابحه‌ای قالب تسهیلات فروش اقساطی را درون خود نیز دارند.

۳-۱-۱. روند استفاده از عقد مرابحه برای تأمین مالی انواع خدمات تشخیصی

چنانچه بپذیریم که مرابحه در مورد خدمات نیز مصداق دارد، فرد متقاضی تسهیلات به بانک مراجعه می‌کند و برای هزینه‌های پاراکلینیکی درخواست تسهیلات می‌دهد بانک نیز در قالب عقد مرابحه به او تسهیلات ارائه می‌کند؛ به این‌گونه که بانک با پرداخت سقفی از اعتبار برای خرید این دسته از خدمات، بیمار را وکیل در پرداخت هزینه‌ها برای خرید خدمات پاراکلینیکی می‌کند و سپس این خدمات را به‌صورت بیع مرابحه‌ای نسیه برای مدت‌زمان معیّن با نرخ سود معین، به بیمار می‌فروشد.

۳-۱-۲. روند استفاده از عقد جعاله برای تأمین مالی انواع خدمات تشخیصی

فرد متقاضی تسهیلات به‌عنوان جاعل به بانک مراجعه می‌کند و از بانک می‌خواهد که یک‌سری از خدمات پاراکلینیکی را در قبال مبلغی برای او انجام دهد. بانک نیز در نقش عامل متعهد به انجام این دسته از خدمات می‌شود. سپس بانک در قالب عقد جعاله دیگری (که همان جعاله موازی یا ثانوی است) انجام این دسته از خدمات را با پرداخت

هزینه‌های آن برای بیمار از آزمایشگاه می‌خواهد. درواقع آزمایشگاه در اینجا نقش عامل را خواهد داشت. مسلماً جعلی که بیمار برای بانک در جعاله اولیه در نظر می‌گیرد باید از هزینه‌های خدمات بیشتر باشد، زیرا مابه‌التفاوت جعل در این دو عقد سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۲. تأمین مالی خدمات درمانی

بعد از تشخیص بیماری نوبت به درمان آن می‌رسد که در بخش‌های مختلف بدان پرداخته شده است:

۳-۲-۱. تسهیلات تأمین هزینه دارو

دارو و قیمت‌های بالای آن یکی از دغدغه‌های اصلی در درمان بیماری‌هاست. مسأله دارو و تأمین آن برای بیماران سرطانی و بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج از اهمیت بالاتری برخوردار است. تحقیقات در خصوص بیماران سرطانی نشان می‌دهد بیشترین هزینه در هر دو مرحله مربوط به مراقبت بیمارستانی (بستری) است که ۹۰ درصد از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده و بخش اصلی هزینه‌های بستری مربوط به هزینه‌های دارویی است، یعنی حدود ۴۵ درصد و نهایتاً هزینه‌های سرپایی هم تقریباً ۱۰۰ درصد مربوط به هزینه‌های دارویی است (داوری، معافی، یارمحمدیان و خیام‌حقیقی،۱۳۹۳، ص. ۱۰۵۱).

۳-۲-۱-۱. تأمین هزینه دارو با عقد مرابحه/ فروش اقساطی

ابتدا بیمار به بانک مراجعه می‌کند و برای خرید دارو تقاضای تسهیلات می‌کند. بانک در قالب عقد مرابحه، سقفی از اعتبار برای بیمار در نظر می‌گیرد (اصولاً با صدور کارت‌های مرابحه‌ای) و او را وکیل در خرید دارو برای خودش می‌کند. بیمار با کشیدن کارت در مراکز فروش دارو یا پرداخت نقدی هزینه دارو، آن را برای بانک خریداری می‌کند و در همان لحظه بانک دارو را به‌صورت نسیه‌ای برای مدت‌زمان معیّن با نرخ سود معیّن به بیمار می‌فروشد. مابه‌التفاوت قیمت نقد و نسیه سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۲-۲. انواع پروتزها و تجهیزات پزشکی

درواقع پروتزهای اولیه برای جایگزینی اندام‌های ازدست‌رفته (در اثر حادثه یا به‌صورت مادرزادی)، دندان مورداستفاده قرار می‌گرفتند، ولی در طول زمان کاربرد و پیچیدگی‌های آن افزایش‌یافته تا حدی که امروزه برای زیبایی هم کاربرد دارد

قیمت پروتزها بسته به نوع قطع عضو، درجه قطع عضو و نوع پروتز و جنس آن بسیار متفاوت هستند. باید گفت علاوه‌بر هزینه ساخت پروتز، هزینه‌های مراجعه به پزشک متخصص و اسکن‌های متعدد از اعضای بدن و جلسات پیگیری برای اندازه کردن پروتز تا زمانی که دیگر بیمار با آن عضو احساس راحتی کند جزیی از پروسه درمان و هزینه‌های آن است. ازجمله عقودی که می‌تواند ساخت پروتز را به‌وسیله آن تأمین مالی کرد، عقد استصناع یا همان سفارش ساخت است. دایره شمول عقد استصناع بسیار گسترده است می‌تواند هر موضوع یا کالایی که قابلیت ساخت دارد را در برگیرد، خواه شیء کوچک باشد نظیر کفش و خواه در پروژه‌های عظیم سازندگی نظیر نیروگاه‌ها و سدها کاربرد خواهد داشت.

۳-۲-۲-۱. ساخت انواع پروتز و عقد استصناع

رویه کار چنین است که بیماری که خواهان پروتز هستند سفارش ساخت آن را به بانک می‌دهد. بانک نیز در قرارداد استصناع دیگری ساخت کالا را به سازنده واگذار می‌کند کالای ساخته‌شده پس از تحویل به ملکیت بانک درآمده و پس‌ازآن بانک، کالا را در قالب عقد استصناع به سفارش‌دهنده کالا واگذار می‌نماید (استصناع موازی). در این صورت بانک فقط شیوه‌های تأمین مالی را می‌پذیرد که این شیوه‌ها در دو عقد استصناع متفاوت است. درواقع بانک در عقد استصناع که با سازنده منعقد کرده مبالغی را نقداً پرداخت می‌کند و در قالب عقد استصناع که با سفارش‌دهنده کالا منعقد کرده کالا را به‌صورت نسیه، با سود معیّن و اقساط از پیش تعیین‌شده به بیمار واگذار می‌کند و مابه‌التفاوت قیمت نقدی و نسیه کالا، سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۲-۳. تأمین هزینه عمل جراحی

در تقسیم‌بندی که در این قسمت ارائه‌شده، اعمال جراحی را به سه قسمت حق‌العمل پزشک، تجهیزات مورداستفاده در حین عمل مثل پلاتین و پروتزها و هزینه‌های مربوط

به بیمارستان ازجمله هزینه تخت و همراه بیمار هستند. از یک‌جهت می‌توان هر یک از این تقسیمات سه‌گانه را در قالب یک عقد تأمین مالی کرد. مثلاً برای ساخت پروتزها از عقد استصناع، برای خرید تجهیزات پزشکی و داروها از عقد جعاله یا مرابحه، برای هزینه تخت و بیمارستان از عقد جعاله و مرابحه و برای حق‌العمل پزشک از عقد جعاله استفاده کرد. از جهت دیگر می‌توان در یک صورت کلی به این دسته از خدمات بنگریم و با عنوان کلی، هزینه اعمال جراحی آن را در نظر بگیریم که می‌توان در قالب عقد جعاله یا مرابحه آن را تأمین مالی کرد. باید گفت که پذیرش حالت دوم (یعنی به‌صورت کلی به‌عنوان هزینه جراحی توجه کنیم) منطقی‌تر است زیرا درخواست تسهیلات در قالب یک عقد برای بیمار راحت‌تر بوده تا اینکه بخواهد برای هر یک از هزینه‌های جزء، درخواست تسهیلات دهد.

۳-۲-۳-۱. تأمین هزینه جراحی در قالب عقد جعاله

فرد متقاضی تسهیلات به بانک مراجعه کرده و به‌عنوان جاعل در قالب عقد جعاله (در قبال پرداخت جعل به‌صورت نسیه) انجام خدمتی را که همان پرداخت هزینه‌های جراحی است، از بانک می‌خواهد. بانک در قالب عقد جعاله دیگری به‌عنوان جاعل، اینکار را به عامل دیگری واگذار می‌کند و با پرداخت جعل به‌صورت نقدی در جعاله دوم، مقدار جعل در عقد جعاله اول را به‌صورت نسیه دریافت می‌کند. مابه‌التفاوت میزان جعل در جعاله اول و دوم سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۲-۳-۲. تأمین هزینه هزینه‌های جراحی با عقد مرابحه

فرد متقاضی به بانک مراجعه می‌کند و درخواست تسهیلات برای هزینه‌های جراحی می‌دهد. بانک در قالب عقد مرابحه سقفی از اعتبار برای او در نظر می‌گیرد (اصولاً در قالب کارت مرابحه است). بیمار با پرداخت هزینه‌های جراحی به‌عنوان وکیل بانک، این خدمات را برای بانک خریداری می‌کند و سپس در همان لحظه بانک به‌صورت نسیه این خدمات را به ملکیت بیمار درمی‌آورد.

۳-۳. تأمین مالی خدمات پرستاری در منزل

امروزه هر فردی ممکن است درگیر مشکلات بیماری باشد یا کسی را در خانواده خود داشته باشد که بیمار بوده و خانواده به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی در بیمارستان، ترجیح می‌دهد که در خانه از وی مراقبت کند. انجام خدمات پرستاری در منزل از بیمار، برای همه افراد مقدور نیست. مضافاً اینکه نگهداری از بیمارانی که در کُما هستند به علت نامعلوم بودن مدت‌زمان نگهداری آنها، خانواده هزینه‌های سنگینی را متحمل خواهد شد. و در برخی اوقات بیمار به بیش از یک پرستار نیاز خواهد داشت که این مسأله بر میزان هزینه‌ها می‌افزاید.

هزینه‌های پرستاری در منزل شامل حقوق پرستار، خرید لوازم و تجهیزات پزشکی و داروها است. در مورد نحوه تأمین مالی در دو مورد آخر مباحثی مطرح شد که در قالب عقد جعاله، مرابحه و گاهی تجهیزاتی که نیاز به ساختن دارد از طریق عقد استصناع می‌توان تأمین مالی کرد. صحبتی که در مورد هزینه‌های جراحی و جهاتی که به آن می‌توان توجه کرد در اینجا هم مطرح بوده؛ یعنی اگر بخواهیم هر یک از این خدمات را جداگانه بررسی کنیم در مورد حقوق و دستمزد پرستار باید گفت که از طریق عقد اجاره می‌توان تأمین مالی کرد. اما اگر به‌طور کل عنوان هزینه‌های پرستاری در منزل را مدنظر قرار دهیم در قالب عقد مرابحه و جعاله می‌توان تأمین مالی کرد.

۳-۳-۱. روند اعطای تسهیلات در قالب عقد مرابحه برای خدمات پرستاری در منزل

فرد متقاضی به بانک مراجعه می‌کند و درخواست تسهیلات برای خدمات پرستاری در منزل می‌دهد. بانک در قالب عقد مرابحه سقفی از اعتبار برای او در نظر می‌گیرد (اصولاً در قالب کارت مرابحه است). بیمار با پرداخت هزینه‌های خدمات پرستاری در منزل به‌عنوان وکیل بانک، این خدمات را برای بانک خریداری می‌کند و سپس در همان لحظه بانک به‌صورت نسیه این خدمات را با سود معیّن و اقساط از پیش تعیین‌شده به ملکیت بیمار درمی‌آورد.

۳-۳-۱-۱. روند اعطای تسهیلات در قالب عقد جعاله برای خدمات پرستاری در منزل

فرد متقاضی تسهیلات به بانک مراجعه کرده و به‌عنوان جاعل در قالب عقد جعاله (در قبال پرداخت جعل به‌صورت نسیه) انجام خدمتی را که همان پرداخت هزینه‌های خدمات

پرستاری در منزل است، از بانک می‌خواهد. بانک در قالب عقد جعاله دیگری به‌عنوان جاعل، اینکار را به عامل دیگری واگذار می‌کند و با پرداخت جعل به‌صورت نقدی در جعاله دوم، مقدار جعل در عقد جعاله اول را به‌صورت نسیه دریافت می‌کند. مابه‌التفاوت میزان جعل در جعاله اول و دوم سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۴. هزینه‌های بستری

هزینه‌های بستری ترکیبی از خدمات تشخیصی و درمانی است که علاوه‌بر آن هزینه‌های تخت و همراه بیمار را هم شامل می‌شود. اگر بخواهیم به هر یک از این خدمات، جداگانه توجه داشت روند در خواست تسهیلات برای دریافت تسهیلات برای هر خدمتی، بسیار دشوار است. قبلاً این موارد موردبررسی قرار گرفت، اما اگر با عنوان کلی هزینه‌های بستری به این مسأله توجه کنیم می‌توان در قالب عقد جعاله و مرابحه برای آن تأمین مالی در نظر گرفت.

۳-۴-۱. روند اعطای تسهیلات در قالب عقد جعاله برای هزینه‌های بستری

فرد متقاضی تسهیلات به بانک مراجعه کرده و به‌عنوان جاعل در قالب عقد جعاله (در قبال پرداخت جعل به‌صورت نسیه) انجام خدمتی را که همان پرداخت هزینه‌های بستری است، از بانک می‌خواهد. بانک در قالب عقد جعاله دیگری به‌عنوان جاعل، اینکار را به عامل دیگری واگذار می‌کند و با پرداخت جعل به‌صورت نقدی در جعاله دوم، مقدار جعل در عقد جعاله اول را به‌صورت نسیه دریافت می‌کند. مابه‌التفاوت میزان جعل در جعاله اول و دوم سود بانک را تشکیل می‌دهد.

۳-۴-۱-۱. روند اعطای تسهیلات در قالب عقد مرابحه برای هزینه‌های بستری

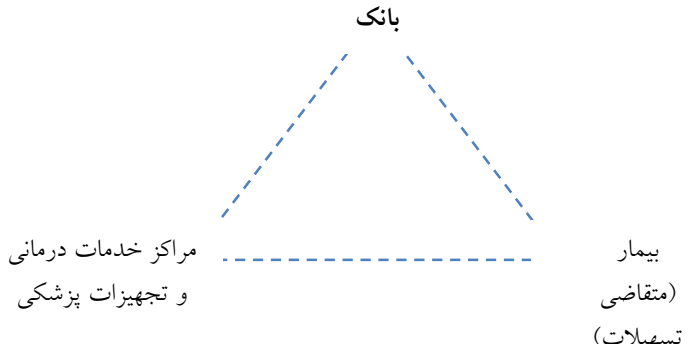
فرد متقاضی به بانک مراجعه می‌کند و درخواست تسهیلات برای هزینه‌های بستری می‌دهد. بانک در قالب عقد مرابحه سقفی از اعتبار برای او در نظر می‌گیرد (اصولاً در قالب کارت مرابحه است). بیمار با پرداخت هزینه‌های بستری به‌عنوان وکیل بانک، این خدمات را برای بانک خریداری می‌کند و سپس در همان لحظه بانک به‌صورت نسیه این خدمات را با سود معیّن و اقساط از پیش تعیین‌شده به ملکیت بیمار درمی‌آورد.

۳-۵. خرید دِین ناشی از هزینه‌های سلامت و بهداشت

یکی از ابزارهای کاربردی و مهم در نظام تأمین مالی اسلامی، خرید دِین است. از این ابزار به‌منظور تأمین مالی بنگاه‌ها، تسویه دیون خانواده و بنگاه‌ها نیز استفاده می‌شود. چنانچه فردی مشمول پرداخت هزینه‌های بیمارستانی و پزشکی شده باشد و توان پرداخت دین خود را نداشته باشد بانک می‌تواند با خرید دین از مرکز خدمات درمانی و بهداشتی حساب بیمار و مرکز را تسویه کند و بیمار را به خود بدهکار کند.

۳-۶. مدل‌سازی تعامل بازیگران

نکته‌ای که در تمامی این عقود قابل توجه است؛ مثلثی است که رئوس آن بانک‌ها، مراکز خدمات سلامت و تولیدی لوازم پزشکی و بیمار (متقاضی تسهیلات سلامت) است و هر یک از این‌ها به‌عنوان بازیگران اصلی محسوب می‌شوند.



نمودار (۴): تبیین روابط بانک، بیمار و مراکز درمانی و بهداشتی

منبع: یافته‌های تحقیق

شیوه ارتباط این ۳ رأس مثلث بسیار حائز اهمیت است و از دو حالت خارج نیست، یا اینکه بانک می‌تواند تسهیلات را مستقیماً در اختیار بیمار قرار داده و او را در شیوه خرج کردن آزاد بگذارد. از یک‌جهت چنانچه یک بیمار وام سلامت دریافت نماید هیچ محدودیتی نخواهد داشت و به‌راحتی می‌تواند در کلیه مواردی که نیاز دارد، آن را مصرف نماید. اشکال این روش نشأت گرفته از اطلاعات نامتقارن میان بانک و بیمار است که در برخی از مواقع منجر به کژمنشی و در برخی از مواقع منجر به انتخاب معکوس می‌شود.

چنانچه شخصی نیازمند وام غیر از درمان باشد، می‌تواند با مراجعه به بانک و فریب بانک از روش‌های متعددی به‌مانند فاکتورسازی، وام را دریافت کرده و در محل دیگری خرج نماید. طبیعتاً این سازوکار به صوری سازی دامن زده و انتخاب معکوس به همراه دارد. حتی زمانی که شخصی با نیت صحیح و دریافت وام سلامت به بانک مراجعه نماید، خطر انحراف از مسیر مصرف وجوه وجود دارد که این موضوع نیز به کژمنشی تعبیر شده است.

راه‌حل دوم این است که بانک به‌جای پرداخت مستقیم وام، با مراکز خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی طرف قرارداد شده و متناسب با هزینه‌ای که بیمار برای خدمات درمانی پرداخت می‌کند، مبالغ را مستقیماً در اختیار مراکز سلامت قرار داده و بیمار را به بانک بدهکار نماید. این مدل تا حدزیادی از کژمنشی و کژگزینی فاصله می‌گیرد و در صورت تسهیل دریافت ضمانت از سوی بانک‌ها می‌تواند یک مدل مؤثر باشد.

براساس آنچه که بیان شد در مجموع می‌توان تمامی هزینه‌های بهداشتی و درمانی را به ۴ دسته کلی تقسیم‌کرد: خرید کالای موجود، خرید خدمت، سفارش ساخت کالا و تسویه دیون. برای تأمین مالی هر یک از این سفارشات بانک‌ها می‌توانند از عقودی در جدول (۱) بیان شده است، استفاده نمایند.

جدول (۱): تطبیق عقود بانکی و نیازهای حوزه سلامت در سطح کلان

نوع سفارش	خرید خدمت	خرید کالای موجود	سفارش کالا	تسویه دیون
عقود قابل تطبیق با نیازهای بیمار	جعاله	مرابحه (فروش اقساطی)	استصناع	خرید دین
	اجاره	اجاره به شرط تملیک	–	
	مرابحه	–		

منبع: یافته‌های تحقیق

جمع‌بندی، نتیجه گیری و ارائه سیاست‌های پیشنهادی

جمع‌بندی و ارائه نتایج

تأمین مالیِ حوزه سلامت و بهداشت در ایران از یک مدل چندگانه بهره می‌گیرد که در آن دولت، بیمه‌ها و بیماران به‌طور هم‌زمان هزینه‌های بهداشتی و درمانی را متقبل

می‌شوند. علی‌رغم مخارج گسترده دولت در تأمین مالی نظام سلامت و نیز پرداخت برخی از هزینه‌های درمانی توسط بیمه‌ها، دلایلی وجود دارد که نشان می‌دهد سهم پرداخت از جیب توسط بیماران قابل توجه بوده و در بسیاری از موارد امکان تأمین مالی توسط دولت یا نهادهای بیمه‌ای وجود ندارد. ازاین‌رو حمایت از بیماران به‌منظور کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب یک امر ضروری تلقی می‌شود. طبیعتاً نقش بانک‌ها و نهادهای واسطه‌ای در این میان یک نقش منحصربه‌فرد است. هرچند مطلوب‌ترین مدل در تأمین مالی بیماران وام‌های قرض‌الحسنه است، اما به دلیل تعارض با منافع بانک‌ها عملاً کاربرد خود را ازدست‌داده است و لذا اولویت طراحی این مدل‌ها بر عقود انتفاعی قرار گرفته است.

گستره وسیع و متنوع نیازهای درمانی و بهداشتی و ماهیت متفاوت هر یک از آنها، نیازمند نوعی خاص از ابزارهای مالی اسلامی باشد. با این وجود گستره وسیع و متنوع عقود بانکی در بانکداری اسلامی نیز توانایی پاسخ به‌تمامی نیازهای بیماران را داشته و ازاین‌رو نظام بانکداری اسلامی می‌تواند یک سیستم پاسخ‌گویی مناسب در این حوزه داشته باشد. ازآنجاکه خدمات تشخیصی، درمانی، پرستاری و پرستاری در منزل ۴ مؤلفه اصلی مخارج در حوزه درمان و بهداشت هستند، هر یک از این موارد در طول مقاله به‌صورت دقیق مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که عقد مرابحه با کارکرد خرید کالا، تجهیزات، عضو و حتی خدمات، عقد جعاله با کارکرد خرید خدمات، عقد استصناع با کارکرد سفارش ساخت و عقد اجاره نیز به‌منظور خرید کالا و خدمات مهم‌ترین عقود قابل استفاده در مدل مستخرج هستند. چنانچه بپذیریم که عقد مرابحه علاوه‌بر کالا، امکان استفاده در خرید خدمات نیز دارد، صرف عقد مرابحه و استصناع برای اهداف حوزه سلامت و بهداشت کافی خواهد بود. ضمن اینکه مجموعه نیازهای حوزه بهداشت از ۴ حالت خرید خدمت، خرید کالای موجود، سفارش کالای ناموجود و تسویه دیون خارج نیست و عقود مرابحه (با فرض اینکه امکان بهره‌گیری از مرابحه در حوزه خدمات وجود دارد) و نیز عقد استصناع برای رفع این نیازها کافی است.

پیشنهاد سیاستی

مقاله حاضر نشان داد که امکان بهره‌گیری از عقود بانکداری اسلامی در تأمین مالی نظام سلامت وجود دارد و تنها نیاز به یک دستورالعمل اجرایی در این زمینه وجود دارد. پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران با توجه به اهمیت این حوزه از تأمین مالی و به‌منظور کمک به تأمین مالی نیازهای درمانی بیماران، اقدام به تهیه یک دستورالعمل اجرایی نموده و سازوکارهای لازم برای اجرایی شدن آن را در نظر بگیرند. پیشنهاد اصلی این مقاله آن است که بانک به‌جای پرداخت مستقیم وام، با مراکز خدمات درمانی و تجهیزات پزشکی طرف قرارداد شده و متناسب با هزینه‌ای که بیمار برای خدمات درمانی پرداخت می‌کند، مبالغ را مستقیماً در اختیار مراکز بهداشتی و درمانی قرار داده و بیمار را به بانک بدهکار نماید. این مدل تا حدزیادی از کژمنشی و کژگزینی در استفاده از تسهیلات فاصله می‌گیرد و در صورت تسهیل دریافت ضمانت از سوی بانک‌ها می‌تواند یک مدل مؤثر باشد و نقش مهمی در ارتقای رضایت در میان مردم داشته باشد.

کتابنامه

آهنگر، علی؛ احمدی، علی محمد؛ مزینی، امیرحسین؛ و فرجی‌دیزجی؛ سجاد، (۱۳۹۷). سیاست‌های کلیدی تأمین مالی سلامت با رویکرد انباشت و تسهیم ریسک برای ارتقای نظام‌های سلامت در کشورهای فقیر و درحال‌توسعه: مناطق آفریقا و مدیترانه شرقی (مناطق WHO)، *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۶(۲۲)، ۲۰۰-۲۰۲.

اکبرزاده، معین (۱۳۹۲). مقایسه تطبیقی عقود مبادله‌ای و مشارکتی و شناخت مشکلات و فواید کاربرد آنها در نظام بانکداری اسلامی. *فصلنامه اقتصاد و بانکداری اسلامی*، ۱(۴)، ۱۶۱-۱۹۸.

اکبرزاده، معین (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی تحول عقود از مبادله‌ای به مشارکتی در روند اعطای تسهیلات بانکی (*پایان‌نامه کارشناسی ارشد*). دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران.

پازوکی، مهدی؛ رضایی، عبدالله؛ و پازوکی، محمدرضا (۱۳۹۲)، بررسی اثرگذاری روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در اقتصاد ایران، *ششمین کنفرانس توسعه نظام تأمین مالی در ایران*، دانشگاه صنعتی شریف، تهران، ایران.

داوری، مجید؛ معافی، علیرضا؛ یارمحمدیان، محمدحسین؛ و خیام‌حقیقی، الهام (۱۳۹۳). هزینه‌های مستقیم درمانی سرطان خون لنفوسیتی حاد در اطفال استان اصفهان. *دوماهنامه مدیریت اطلاعات سلامت*، ۲(۷)، ۱۰۴۷-۱۰۵۷.

رشیدیان، آرش (۱۳۹۲). پوشش فراگیر سلامت در ایران. *سلامت ایران: خبرنامه دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران*، ۶(۲)، ۸-۹.

زارعی، احسان؛ پورآقا، بهروز؛ خداکریم، سهیلا؛ و موسی‌زاده نصرآبادی، علیرضا (۱۳۹۶). میزان پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های دولتی بعد از اجرای طرح تحول سلامت (یک مطالعه مقطعی در شهر تهران). *فصلنامه بیمارستان*، ۱۶(۶۲)، ۹-۱۷.

شعبانی، احمد (۱۳۹۴)، *درآمدی بر بانکداری اسلامی*. تهران: دانشگاه امام صادق علیه‌السلام.

عیوضلو، حسین؛ و بکی‌حسکویی، مرتضی، (۱۳۸۸). مبانی فقهی و اقتصادی بانکداری و تأمین مالی اسلامی (چاپ اول). تهران: دانشگاه امام صادق علیه‌السلام.

فضایلی، امیرعباس؛ علیزاده، محمد؛ و هنجنی، حسین (۱۳۸۴). وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۵(۱۹)، ۲۷۹-۳۰۰.

کریمی، ایرج؛ نصیری‌پور، امیراشکان؛ ملکی، محمدرضا؛ و مخترع، هادی (۱۳۸۴). ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب: ارائه الگو برای ایران. *فصلنامه مدیریت سلامت*، ۸(۲۲)، ۱۵-۲۴.

ماهر، علی؛ احمدی، علی‌محمد؛ و شکری جمنانی، آناهیتا (۱۳۸۷). شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران. *فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی*، ۸(۲۹)، ۱-۳۵.

موسویان، سیدعباس (۱۳۸۴). ارزیابی قراردادها و شیوه‌های اعطای تسهیلات در بانکداری بدون ربا. *فصلنامه اقتصاد اسلامی*، ۵(۱۹، ۴۵-۷۰.

موسویان، سیدعباس (۱۳۸۵). الگوی جدید بانکداری بدون ربا. *فصلنامه اقتصاد اسلامی*، ۶(۲۳)، ۱۳-۵۰.

موسویان، سیدعباس (۱۳۹۰). امکان سنجی کاربرد مرابحه در بانکداری بدون ربا. *فصلنامه روند پژوهش‌های اقتصادی*، ۱۹(۵۹)، ۳۳-۵۷.

موسویان، سیدعباس؛ و میثمی، حسین (۱۳۹۴). بررسی ساختار عملیاتی مطلوب بانکداری اسلامی (دلالت‌هایی در راستای اصلاح قانون عملیات بانکی بدون ربا). فصلنامه روند، ۲۲(۷۲)، ۸۲-۳۹.

موسویان، سیدعباس، و میثمی، حسین. (۱۳۹۷). بانکداری اسلامی (۱): مبانی نظری-تجارب عملی (ویرایش ششم). تهران: پژوهشکده پولی و بانکی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران.

وحدت، شقایق؛ حیدری ارجلو، پریوش؛ و سلطانی، حسن؛ (۱۳۹۹)، ارائه الگوی نظام تأمین مالی سلامت با تأکید بر عوامل ساختاری، زمینه‌ای، ابزاری و محتوایی، *فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۱(۴۱)، ۸۷-۹۹.

World Health Organization, (2016). Health Financing Country Diagnostic: a Foundation for National Strategy Development.

World Health Organization, (2017). a System-wide Approach to Analyzing Efficiency Across Health Developing a Programmers.

World Health Organization, (2017). National Health Financing Strategy: a Reference Guide.