

امکان‌سنجی استفاده از صکوک جهت تأمین مالی نظام سلامت ایران:

مطالعه موردی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی

محمد توحیدی^۱ / امیرحسین شماعی زاده^۲ / محمد آزادی احمدآبادی^۳

چکیده

تأمین مالی، نقشی اساسی در تضمین ارائه اثربخش خدمات نظام سلامت داشته و به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام‌های سلامت محسوب می‌شود. در چند سال اخیر اجرای طرح تحول نظام سلامت در ایران و همچنین عدم رشد بودجه این بخش متناسب با رشد جمعیت، تورم و نیازهای فزاینده این حوزه، اهمیت برنامه‌ریزی و ارائه الگوهای بومی و جهانی برای رفع معضلات تأمین مالی را دوچندان نموده است. برخی از کشورها علاوه بر روش‌های سنتی تأمین مالی نظام سلامت، در حال تجربه‌ی سازوکارهای مکمل دیگری نیز به‌عنوان راه‌حل هستند. پژوهش حاضر بر اساس روش توصیفی به دنبال امکان‌سنجی استفاده از صکوک (اوراق بهادار اسلامی) در تأمین مالی صنعت ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. در این راستا پس از احصای انواع نیازهای این صنعت در شش حوزه‌ی ساخت و احداث، تعمیر و بازسازی، تأمین مواد اولیه مصرفی، تأمین تجهیزات و تأسیسات، تأمین خدمات و سرمایه در گردش؛ به بررسی انواع صکوک قابل استفاده برای رفع این نیازها پرداخته شده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که برای انواع نیازهای احصاشده در بخش انتفاعی و غیرانتفاعی امکان انتشار صکوک وجود دارد. صکوک قابل پیشنهاد به این صنعت در بخش غیرانتفاعی عبارت‌اند از صکوک وقف و قرض‌الحسنه و در بخش انتفاعی شامل صکوک اجاره، مرابحه، جعاله، منفعت، استصناع و مشارکت می‌شود. در این پژوهش با نظرسنجی از خبرگان نظام سلامت و بازار سرمایه و با استفاده از روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی، اولویت صکوک احصاشده برای هریک از نیازهای شش‌گانه تعیین شد. در نتیجه در زمینه نیازهای ساخت و احداث، تعمیر و بازسازی، خدمات بهداشتی-درمانی، تأمین مواد اولیه مصرفی، تأمین تجهیزات و تأسیسات و سرمایه در گردش، به ترتیب صکوک استصناع، منفعت، مرابحه، اجاره و خرید دین دارای بالاترین اولویت بوده و جهت تأمین مالی به سیاستگذاران و مدیران اجرایی این صنعت پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: تأمین مالی نظام سلامت، صکوک، صنعت مراقبت‌های بهداشتی درمانی، فرآیند تحلیل

سلسله‌مراتبی

طبقه‌بندی موضوعی: O16

۱. استادیار گروه مدیریت مالی دانشکده معارف اسلامی و مدیریت دانشگاه امام صادق(ع)

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد معارف اسلامی و مدیریت مالی دانشگاه امام صادق(ع). (نویسنده مسئول)

shamaeemir@gmail.com

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد معارف اسلامی و مدیریت بازرگانی. عضو هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق(ع).

۱- مقدمه

سلامت به عنوان یکی از پیش‌شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی محسوب می‌شود. در جمهوری اسلامی ایران نیز، تأمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه، جزء وظایف دولت اسلامی است (بند ۱ سیاست‌های کلی سلامت، ۱۳۹۳؛ اصل ۲۹ قانون اساسی). تأمین مالی نظام سلامت^۴، نقشی اساسی در تضمین ارائه اثربخش خدمات نظام سلامت دارد. به بیان دیگر، تأمین مالی منجر به تدارک منابع و انگیزه‌های اقتصادی لازم برای فعالیت نظام‌های سلامت شده و به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های عملکرد نظام سلامت در زمینه عدالت، کارایی و شاخص‌های سلامت محسوب می‌شود (بهرامی، وطن‌خواه، طیبی و تورانی، ۱۳۹۰). اهمیت تأمین مالی نظام سلامت به حدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یکی از چهار کارکرد اصلی نظام‌های سلامت بر شمرده است (WHO, 2000).

تأمین مالی سلامت دارای سه عنصر اساسی جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع و تخصیص منابع (شامل خرید و پرداخت به ازای خدمات) است (Boman & Isiaka, 2015). به‌طور کلی نظام‌های سلامت از ترکیب مالیات عمومی، مشارکت‌های اجباری در بیمه‌های اجتماعی (عموماً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با میزان ریسک)، مشارکت‌های اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با ریسک)، پرداخت مستقیم از جیب^۵ و همچنین موقوفات و کمک‌های اهدایی برای جمع‌آوری منابع مالی بهره می‌برند (WHO, 2000). تأمین مالی نظام سلامت با هر سازوکاری که باشد باید محافظت مالی^۶ کافی برای مشارکت‌کنندگان فراهم آورد به گونه‌ای که هیچ فردی به دلیل نیاز به مراقبت‌های سلامت، از نظر اقتصادی ضربه نبیند (Uzochukwu et al., 2015). با این حال هزینه کرد اندک دولت در بخش سلامت، پوشش ناکافی خدمات سلامت و سهم بالای پرداختی از جیب بیماران همواره به عنوان مشکلات تأمین مالی نظام‌های سلامت خصوصاً در کشورهای با درآمد اندک یا متوسط بوده و در نتیجه سالانه خانوارهای زیادی به دلیل هزینه‌های بالای سلامت به زیر خط فقر می‌آیند (Chisholm et al., 2019; Kumar et al., 2011; Kwon, 2011; Okech, 2013).

نظام سلامت ایران اگرچه در سال‌های اخیر توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به پیشرفت‌های چشم‌گیری در سطح کلی سلامت و بالا رفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما همچنان با مسائلی جدی برای تأمین مالی خدمات سلامت روبروست. اجرای طرح تحول

4 Healthcare System Financing

5 Out of pocket

6 Financial protection

نظام سلامت از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳، نظام سلامت ایران را دستخوش تغییرات بسیاری کرد که آثار آن همچنان ادامه دارد. هرچند اجرای این طرح، زمینه افزایش رضایتمندی مردم و بهبود شاخص‌های سلامت را فراهم آورد، لکن ادامه آن با چالش‌هایی جدی مواجه است. با اجرای این طرح، دو بیمه اصلی درمان پایه کشور - سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت که بیشترین بار هزینه مالی طرح را بر عهده داشتند - با رشد هزینه‌های درمان مواجه شدند به نحوی که طی دو سال پس از اجرای طرح، هزینه‌های درمان تأمین اجتماعی بیش از ۴۴ درصد در سال افزایش داشته، در حالی که رشد درآمدهای آن، کمتر از ۲۳ درصد در سال بوده است. در خصوص بیمه سلامت نیز به استناد قانون بودجه سال ۱۳۹۶ (جدول ۷، ردیف ۱۲۹۱۰۹) هزینه‌ها با رشد فزاینده از ۴۸۷۵۵ میلیارد ریال در سال ۹۴ به ۱۰۰۰۰۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۹۶ رسیده است (وزارت امور اقتصادی و دارایی، ۱۳۹۶). کسری شدید اعتبارات صندوق‌های بیمه‌ای - به عنوان یکی از ارکان تأمین مالی نظام سلامت ایران - و ناپایداری سایر منابع مالی طرح تحول نظام سلامت قطعاً فرآیندهای درمانی را در آینده با اختلال روبرو خواهد کرد. از سوی دیگر، گسترش مداوم فناوری‌های جدید، سالمندشدن ترکیب جمعیتی، گسترش بیماری‌های مزمن و بروز تقاضای القایی در بخش‌های تشخیصی و درمانی از دیگر مسائلی است که منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت ایران در آینده‌ای نزدیک خواهد شد (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۵).

در پاسخ به این مسائل، نظام‌های سلامت برنامه‌های مختلفی را آغاز کرده‌اند از جمله اولویت‌بندی در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی درمانی و تخصیص بیشتر منابع از سوی دولت، تقویت زیرساخت‌های سلامت و منابع انسانی و افزایش اختیار ارائه‌کنندگان دولتی در مدیریت منابع خود (Okech, 2013). در کنار این راه‌حل‌ها، برخی از کشورها علاوه بر روش‌های سنتی، از سازوکارهای مکمل دیگری نیز برای تأمین مالی نظام سلامت استفاده می‌کنند. با وجود این، این سازوکارها چندان متداول نبوده و کشورها در حال تجربه و آزمایش آن‌ها هستند (the World Bank, 2020). یکی از این سازوکارها، استفاده از بازار سرمایه است که از طریق اوراق قرضه^۷ انجام می‌گیرد و با اهداف مختلفی به منظور تأمین سرمایه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی منتشر می‌شود (Akortsu & Abor, 2011).

با توجه به اینکه از منظر شریعت اسلام، اوراق قرضه به دلیل ماهیت ربوی آن مردود است، در کشورهای اسلامی این تأمین مالی مبتنی بر عقود اسلامی و با عنوان صکوک انجام می‌شود. هدف از

⁷ Bonds

پژوهش حاضر امکان‌سنجی استفاده از انواع اوراق بهادار اسلامی (صکوک) به عنوان یکی از ابزارهای تأمین مالی نظام سلامت است. در این پژوهش، با توجه به گستره عظیم نظام سلامت و بازیگران مختلف آن، صرفاً بر روی نیازمندی‌های تأمین مالی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت تمرکز شده است. در این پژوهش پس از بررسی مبانی نظری و نکات حائز اهمیت پیرامون صکوک و صنعت سلامت ابتدا به بررسی نیازهای تأمین مالی صنعت خدمات بهداشتی درمانی پرداخته می‌شود و پس از آن با بررسی شرایط عمومی و اختصاصی صکوک راهکارهای مستقیم و غیرمستقیم تأمین این نیازها از طریق صکوک اسلامی ارائه خواهد شد. نتایج پژوهش حاضر در سطح کلان برای سیاست‌گذاران و اقتصاددانان حوزه سلامت و در سطح خرد برای مدیران اجرایی بیمارستان‌ها - صرف‌نظر از نوع بیمارستان - و دیگر مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی قابل استفاده است.

۲. مبانی نظری

۲-۱- صنعت ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی

در هر جامعه، شبکه‌ای از مفاهیم که گرد مقوله‌های سلامت، بهداشت، بیماری و درمان بنا شده‌اند، در مجموع نظام جامع سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام جامع سلامت، در درون نظام اجتماعی تعریف می‌شود و تا حد زیادی متأثر از آن است. نظام سلامت تمام فعالیت‌هایی را شامل می‌شود که هدف اصلی آن‌ها، حفظ، ارتقاء و یا بازگرداندن سلامت است.

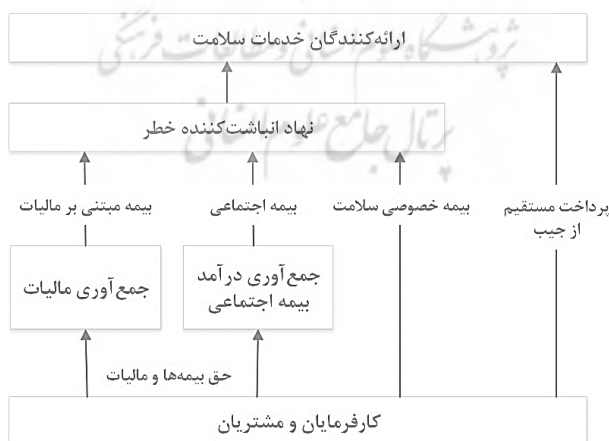
ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی شامل کلیه سازمان‌ها و بازیگرانی است که فعالیت اصلی آن‌ها، ارائه خدمات و کالاهای مرتبط با سلامت است (OECD, 2017). در ایران، این ارائه‌کنندگان طیف گسترده‌ای از سازمان‌ها و مراکز از جمله خانه بهداشت، مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، پایگاه بهداشتی، کلینیک، پلی کلینیک، واحد آزمایشگاهی، واحد پرتونگاری، واحد توان‌بخشی، بیمارستان، زایشگاه و... می‌شود (خاتمی و همکاران، ۱۳۸۵).

جدول ۱. تعاریف و اصطلاحات بخش سلامت (مروی و همکاران، ۱۳۸۷)

اصطلاح	تعریف
سلامت	آسایش کامل جسمی، روحی و اجتماعی، و نه صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی (WHO, 2000).
نظام سلامت	نظام سلامت تمام فعالیت‌هایی را شامل می‌شود که هدف اصلی آن‌ها، حفظ، ارتقاء و یا بازگرداندن سلامت است (WHO, 2000).
مراقبت بهداشتی-درمانی (مراقبت سلامت)	مراقبت‌های بهداشتی شامل ارائه خدمات و اجرای برنامه‌های پیشگیری، درمانی، بازتوانی و توان بخشی در ابعاد مختلف سلامتی است (Encyclopedia of Public Health).

۲-۲- تأمین مالی صنعت ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی

نظام‌های سلامت دارای چهار کارکرد اصلی هستند که عبارت‌اند از اول ارائه خدمات سلامت، دوم تأمین مالی - شامل جمع‌آوری، انباشت، مدیریت و تخصیص منابع جهت خرید خدمات-، سوم تولید منابع - شامل سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات- و چهارم تولید (WHO, 2000) هر کشور باید درباره راهبرد تأمین مالی به تصمیم نهایی برسد به این معنا که از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. از جمله این روش‌ها عبارت‌اند از درآمد عمومی یا مالیات‌های مشخص، حق بیمه برای بیمه اجتماعی، حق بیمه برای بیمه خصوصی، پرداخت از جیب توسط افراد، تأمین مالی جمعی، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها (ماهر، محمد احمدی و شکری، ۲۰۰۷).



شکل ۱. نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت (عرب و همکاران، ۱۳۹۵)

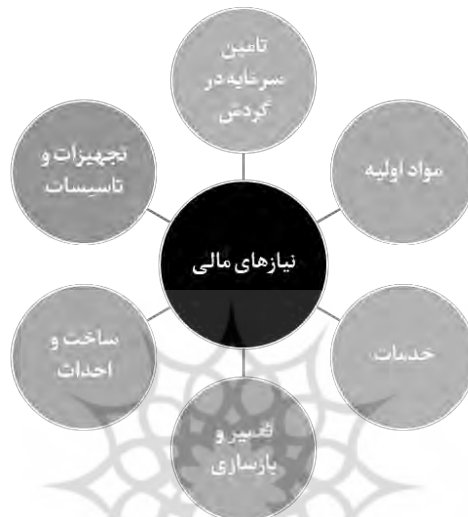
در شکل ۱ ساختار کلی نظام‌های تأمین مالی سلامت ترسیم شده است. بطور کلی در همه انواع بیمه، منابع مالی از درآمد خانوارها و کارفرمایان به دست می‌آید، اما تفاوت در این است که در برنامه‌های بیمه اجتماعی و مبتنی بر مالیات، این پول توسط مالیات عمومی یا اجتماعی به سمت دولت سوق داده می‌شود در حالی که در بیمه خصوصی، این پول به‌طور مستقیم به یک موسسه انباشت‌کننده خطر (یا همان شرکت بیمه) پرداخت می‌گردد (عرب و همکاران، ۱۳۹۵).

اصلاحات و روندهای موجود در نظام سلامت، بیش از گذشته بیمارستان‌ها را نیازمند جذب سرمایه و نقدینگی کرده است. حوزه‌هایی همچون استخدام و جذب متخصصان، یکپارچه‌سازی، فناوری اطلاعات و نوسازی تجهیزات نیازمند سرمایه‌گذاری است (Sussman & Jordahl, 2010). در طول دهه‌های گذشته، هزینه‌های نظام سلامت در اکثر کشورهای جهان با سیر یکنواختی افزایش یافته‌اند. این افزایش‌ها ریشه در وقایعی مثل گذارهای جمعیتی، گذارهای اپیدمیولوژیک، تغییر رفتارهای سلامت، پزشکی شدن جامعه، ورود فناوری‌های جدید و سازوکارهای بازپرداخت به ارائه‌کننده دارند (غضنفری و بختیاری علی‌آباد، ۱۳۹۶). این موضوعات باعث شده تا سیاست‌گذاران سلامت در کشورهای مختلف همواره با مشکل فزاینده تأمین منابع کافی برای نظام سلامت مواجه باشند (Ekman, 2004).

۲-۳- تبیین نیازهای مالی صنعت ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی

بر اساس زنجیره ارزش بیمارستان به‌عنوان یکی از کامل‌ترین مراکز ارائه‌کننده مراقبت‌های سلامت، انواع نیازهای مالی این صنعت معطوف به حوزه‌هایی همچون غربالگری و آموزش عمومی، ارجاع، تشخیص اولیه، خدمات درمانی و پرستاری، خدمات دارویی، خدمات توان‌بخشی و بازتوانی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت فناوری اطلاعات، نگهداری و تعمیرات، سترون‌سازی مرکزی، لندری، خرید و تدارکات، هتلینگ، کترینگ و روابط عمومی می‌گردد. در هر یک از سرفصل‌های هزینه‌ای مذکور، منابع بیمارستان صرف مواردی همچون نیروی انسانی، مواد مصرفی، دارو و تجهیزات پزشکی، انرژی و استهلاک خواهد شد. لازم به ذکر است موارد مذکور صرفاً به بیمارستان‌ها محدود نمی‌شود و کلیت هزینه‌های صنعت مراقبت سلامت را شامل می‌شود. برخی از این هزینه‌ها به‌صورت مستقیم با سازوکار ابزاری‌های مالی اسلامی تأمین می‌شوند و برخی دیگر، از طریق ابزارهایی که مختص تأمین نقدینگی بوده، می‌توانند تأمین مالی شوند.

برای تعیین راهکارهای مبتنی بر صکوک، نسبت به تأمین مالی این صنعت نیازهای آن را به شش بخش (شکل ۲) تقسیم نموده ایم. در ادامه ذیل هر بخش، نیازهای مالی صنعت مراقبت سلامت با نظر به تکالیف قانونی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خصوصاً در برنامه پنجم (۱۳۸۹) و ششم توسعه (۱۳۹۶)، فازهای مختلف طرح تحول نظام سلامت و بر اساس شاخص‌های ملی حوزه سلامت و مصاحبه با خبرگان، استخراج شده است.



شکل ۲. طبقه‌بندی نیازهای مالی صنعت مراقبت سلامت (محقق ساخته)

۲-۳-۱- حوزه ساخت و احداث

توسعه منابع فیزیکی بخش سلامت به منظور تأمین مؤثر مراقبت‌های سلامت، امری ضروری بوده و لازم است این منابع به صورت متعادل میان ورودی‌های متعدد نظام سلامت، توزیع شوند. افزایش تعداد پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان، بدون سرمایه‌گذاری برای ساخت، تجهیز و نگهداری واحدهای ارائه خدمات، بی‌فایده است. بر اساس داده‌های موجود، طی سال‌های اخیر در ایران بیشترین سرمایه‌گذاری در بخش بیمارستانی صورت گرفته و نتیجه آن افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی فعال بوده است. با وجود این، مقایسه شاخص‌های ایران با کشورهای با درآمد متوسط به بالا و همچنین کشورهای منطقه چشم انداز و منطقه مدیترانه شرقی، نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب ایران در این حوزه است (مجدزاده و همکاران، ۱۳۹۶). رتبه ایران در میان کشورهای با درآمد متوسط به بالا بر اساس تخت‌های بیمارستانی (به ازای هر ۱۰ هزار نفر) ۳۳ام است. نمره کشور ایران در این زمینه در

امکان‌سنجی استفاده از صکوک جهت تأمین مالی نظام سلامت ایران: مطالعه موردی ارائه‌کنندگان... == ۱۶۷

مقایسه با کشورهای منطقه چشم‌انداز معادل رتبه ۱۵ و در حوزه کشورهای مدیترانه شرقی، معادل نمره هشتم است. در جدول ۲ سایر نیازهای این حوزه، طبقه‌بندی شده است.

۲-۳-۲- حوزه تعمیر و بازسازی

طرح تحول نظام سلامت به عنوان یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های کشور ایران در حوزه سلامت بوده که ارتقای کیفیت هتلینگ (امکانات رفاهی)، به عنوان یکی از هشت بسته خدمتی این طرح اجرا شد. به رغم این، زیرساخت‌های لازم برای ارتقای خدمات هتلینگ و تشخیصی، پیش‌بینی نشده است. در زمستان ۱۳۹۳ به دستور معاونت درمان، از بودجه اختصاص داده شده به هتلینگ به ازای هر بخش بستری، اعتباری به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی اختصاص داده شد. به همراه بودجه اختصاص‌یافته برای هر بخش بیمارستان، یک راهنمای پیشنهادی، جهت به‌سازی استراحتگاه‌ها در اختیار بیمارستان‌ها قرار گرفت تا در صورت تمایل با استفاده از استانداردهای پیشنهادی به تجهیز و به‌سازی محیط پردازند (ماهر و همکاران، ۱۳۹۶). اگرچه تأمین اعتبار برای بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت صورت گرفته است، اما بیمارستان‌های دیگر مانند تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، خیریه و بخش خصوصی را شامل نمی‌شود (موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶)

۲-۳-۳- حوزه خدمات

به علل مختلفی از جمله انگیزه پایین کادر درمانی برای خدمت در مناطق محروم، همواره این مناطق از کمبود نیروی انسانی، خصوصاً پزشکان متخصص رنج می‌برد. از این رو یکی از مهم‌ترین اهداف نظام‌های سلامت، تأمین کادر درمانی در این مناطق بوده که در بسته‌ی دوم طرح تحول، تلاش شد تا انگیزه لازم برای تأمین پزشکان متخصص این مناطق با تزریق منابع مالی ایجاد شود (موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶). در زمینه نیروی کار سلامت، در مقایسه شاخص‌های بین‌المللی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، در ایران این شاخص برای پزشک، ۱،۰۲ است که میانگین این عدد در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، ۲،۲۸، در کشورهای منطقه چشم‌انداز، ۱،۳۶ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۱،۱۱ است. شاخص پرستار و ماما به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت، در ایران ۲،۳۳ است که این شاخص در سال مشابه در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، ۳،۹۰ و در کشورهای منطقه چشم‌انداز، ۲،۳۷ است (مجدزاده و همکاران، ۱۳۹۶). در جدول ۲ سایر نیازهای مالی این حوزه آمده است.

۲-۳-۴- حوزه مواد اولیه

حوزه مواد اولیه در این تقسیم‌بندی ناظر به مواردی است که به‌طور مستقیم در تولید خدمت در صنعت مراقبت سلامت کاربرد داشته و به‌طور خاص شامل اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی مصرفی می‌شود. بسیاری از بیمارستان‌ها به دلیل هزینه‌های بسیار سنگین، در خرید دارو و مواد مصرفی پزشکی با مشکل مواجه شده‌اند. از سوی دیگر، اغلب بیمارستان‌های دولتی کشور، دارای تجهیزات قدیمی و فرسوده‌ای هستند که پاسخگوی تعداد فزاینده مراجعان پس از اجرای طرح تحول سلامت نیست (موسسه ملی تحقیقات سلامت، ۱۳۹۶).

۲-۳-۵- تأمین تجهیزات و تأسیسات

این حوزه شامل سایر انواع تجهیزات - غیر از تجهیزات پزشکی مصرفی - همچون تأسیسات زیرساختی بیمارستان و همچنین تجهیزات پزشکی از نوع نیمه‌سرمایه‌ای و سرمایه‌ای می‌شود. در زمینه تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای نیز شاخص‌های ملی نشان‌دهنده لزوم سرمایه‌گذاری‌های عظیم مالی است. در سال ۱۳۹۵، در مورد دستگاه‌هایی همچون MRI، CT Scan، گاما کما، شتاب-دهنده خطی، آنژیوگرافی قلبی و... نسبت تعداد دستگاه به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت در ایران، به ترتیب معادل ۳٫۵ و ۶٫۹۳ و ۲٫۸ و ۱٫۲۳ و ۲٫۳ بوده است که در مقایسه با شاخص‌های جهانی، متوسط ارزیابی می‌شود (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷).

۲-۳-۶- تأمین سرمایه در گردش

سرمایه در گردش عبارت است از آن بخش از سرمایه هر کسب و کار که به‌صورت روزانه در جهت پیشبرد عملیات شرکت در گردش است. در صنعت مراقبت سلامت، سایر نیازهای تأمین مالی که در چهار بخش قبلی قرار نمی‌گیرند، ذیل این سرفصل طبقه‌بندی می‌شوند. مهم‌ترین نیاز مالی این طبقه، هزینه‌های پرسنلی است که شامل مواردی همچون حقوق، دستمزد، اضافه‌کار، کارانه، مأموریت و... می‌شود. سایر هزینه‌های این طبقه، در جدول ۲ قابل مشاهده است.

جدول ۲. طبقه‌بندی برجسته‌ترین نیازهای مالی صنعت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی (محقق ساخته)

ردیف	نوع نیاز مالی	نیازهای مالی
۱	ساخت و احداث	ساخت مراکز پاراکلینیک تشخیصی (مثل رادیولوژی و ام‌آر‌آی)
۲		ساخت بیمارستان، خانه بهداشت، مرکز خدمات جامع روستایی و...
۳		ساخت مراکز ارائه دارو (داروخانه) و تجهیزات پزشکی
۴		ساخت پایگاه اورژانس ۱۱۵
۵		ساخت مراکز ارائه خدمات توان‌بخشی و طب تسکینی ^۸
۶	تعمیر و بازسازی	ارتقای کیفیت خدمات هتلینگ و سایر هزینه‌های عمرانی
۷		نگهداری و تعمیرات تجهیزات پزشکی
۸	خدمات بهداشتی-درمانی	تأمین منابع انسانی بخش سلامت
۹		ارائه مراقبت‌های درمانی
۱۰		ارائه مراقبت‌های توان‌بخشی
۱۱		ارائه مراقبت‌های پرستاری بلندمدت
۱۲		ارائه خدمات جانبی مراقبت‌های پزشکی
۱۳		ارائه خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری
۱۴	مواد اولیه، تجهیزات و تأسیسات	تأمین اقلام دارویی
۱۵		تأمین تأسیسات و تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی
۱۶	تأمین سرمایه در گردش	حقوق، پاداش و مزایای کارکنان سلامت
۱۷		به‌کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات
۱۸		تحقیق و توسعه
۱۹		تأمین ملزومات اداری
۲۰		هزینه حامل‌های انرژی

⁸ Palliative Care

۲-۴- معرفی اوراق بهادار اسلامی (صکوک)

۲-۴-۱- تعریف صکوک

صکوک کلمه‌ای عربی بوده و از جمع صک گرفته شده است و به زبان ساده عبارت است از اوراقی که به پشتوانه یک دارایی واقعی منتشر شده است (Wijnbergen and Zaheer, 2013). البته باید به این تعریف افزود که علاوه بر صکوک با پشتوانه دارایی برخی از صکوک نیز مبتنی بر یک دارایی واقعی هستند. که صکوک از منظر موسسه حسابداری و حسابرسی نهادهای مالی اسلامی این گونه تعریف شده است: گواهی‌هایی است با ارزش برابر مانند سهم (بدون قابلیت تقسیم سود) درازای مالکیت بر دارایی‌های ملموس یا منافع و یا خدمات آن و یا دارایی‌های مربوط به یک پروژه یا فعالیت سرمایه‌گذاری خاص. طبق تعریف بانک توسعه اسلامی، صکوک، عموماً به ابزارهای مالی معادل اوراق قرضه اطلاق می‌شود؛ با این حال برخلاف اوراق قرضه متداول، صکوک نشان‌دهنده مالکیت سرمایه‌گذار در خصوص بخشی از دارایی و نیز، جریان نقد و ریسک متناسب با آن دارایی است. طراحی صکوک مطابق قوانین اسلامی است و پرداخت بهره را منع می‌کند (بانک توسعه اسلامی، ۲۰۱۷). منظور از صکوک در این پژوهش اوراق درآمد ثابت متعارفی است که در بازار سرمایه ایران به منظور تأمین مالی منتشر می‌شود.

۲-۴-۲- ارکان کلی انتشار اوراق بهادار اسلامی در ایران

در فرایند انتشار اوراق بهادار اسلامی علاوه بر سازمان بورس و اوراق بهادار که مجوز مؤسسه‌های مرتبط با انتشار اوراق را صادر و در حین کار بر عملکرد آن مؤسسه‌ها نظارت می‌کند، ارکان زیر نیز در فرآیند انتشار فعالیت می‌کنند.

(۱) بانی: هر شخصیت حقوقی و یا حقیقی است که از طریق انتشار اوراق بهادار اسلامی قصد تأمین مالی دارد.

(۲) ناشر (نهاد واسط): نهاد واسط طبق تعریف بند (د) ماده ۱ قانون توسعه ابزارها و نهادهای مالی جدید، «یکی از نهادهای مالی موضوع قانون بازار اوراق بهادار جمهوری اسلامی ایران است که می‌تواند با انجام معاملات موضوع عقود اسلامی نسبت به تأمین مالی از طریق انتشار اوراق بهادار اقدام نماید»

(۳) عامل فروش: عامل فروش در اوراق بهادار اسلامی شخص حقوقی است که نسبت به عرضه اوراق بهادار اسلامی از طرف ناشر برای فروش اقدام می‌نماید.

- ۴) دارندگان اوراق بهادار اسلامی: هر شخص حقیقی یا حقوقی است که از طریق خرید اوراق بهادار اسلامی در طرح با پروژه خاصی سرمایه‌گذاری می‌کند.
- ۵) ضامن (یا موسسه رتبه‌بندی اعتباری): یکی از ارکان اوراق بهادار اسلامی (صکوک) ضامن (یا موسسه رتبه‌بندی اعتباری) است. در صورت عدم وجود مؤسسه رتبه‌بندی، ضامن در صورتی متعهد به پرداخت مبلغ مورد ضمانت است که بانی از پرداخت آن خودداری نماید. این امکان برای ضامن در ماده ۶۹۹ قانون مدنی پیش‌بینی شده است. (توحیدی، ۱۳۸۶)

۲-۵- انواع ساختار صکوک

۲-۶- انواع ابزارهای مالی اسلامی

سازمان حسابداری و حسابرسی نهادهای مالی اسلامی ۱۴ نوع صکوک را بشرح زیر معرفی نموده است:

۱. صکوک اجاره
۲. صکوک استصناع
۳. صکوک مشارکت
۴. صکوک مرابحه
۵. صکوک سلم (سلف)
۶. صکوک مضاربه
۷. صکوک مزارعه
۸. صکوک مساقات
۹. صکوک مغارسه
۱۰. صکوک حق الامتياز
۱۱. صکوک نماینده سرمایه‌گذاری
۱۲. صکوک مالکیت دارایی‌هایی که در آینده ساخته می‌شود
۱۳. صکوک مالکیت منافع دارایی‌های موجود و
۱۴. صکوک مالکیت منافع دارایی‌هایی که در آینده ساخته می‌شود. در جدول ذیل به بررسی این اوراق و مقایسه آن با صکوک داخلی پرداخته شده است.

کمیته فقهی سازمان بورس و اوراق بهادار جمهوری اسلامی ایران نیز برخی از این ابزارهای مالی اسلامی نوین را مورد بررسی قرار داده و صحت شرعی این ابزارها را تأیید نموده است. این ابزارها به دو بخش انتفاعی و غیرانتفاعی تقسیم می‌شوند که علاوه بر موارد بالا که به ابزارهای انتفاعی شناخته می‌شوند، ابزارهای غیرانتفاعی نیز به دو نوع صکوک وقف و قرض الحسنه تقسیم می‌شوند.

جدول ۳. مقایسه انواع صکوک در طبقه‌بندی سازمان حسابداری و حسابرسی نهادهای مالی اسلامی

و بازار سرمایه اسلامی ایران (کاوند، ۱۳۹۶)

ردیف	صکوک پیشنهادی سازمان حسابداری و حسابرسی	معادل یا مشابه صکوک در بازار سرمایه ایران	سابقه انتشار در بازار سرمایه ایران	سابقه طرح در کمیته تخصصی فقهی
۱	گواهی مالکیت در دارائی اجاره شده	اوراق اجاره	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۲	گواهی مالکیت منافع دارائی‌های مشخص که در آینده ساخته می‌شود	اوراق منفعت		<input checked="" type="checkbox"/>
۳	گواهی مالکیت منافع دارایی موجود	اوراق منفعت		<input checked="" type="checkbox"/>
۴	گواهی سلف	گواهی سلف موازی استاندارد	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۵	گواهی مرابحه	اوراق مرابحه	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۶	گواهی مشارکت	اوراق مشارکت	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۷	گواهی مضاربه	اوراق مضاربه		<input checked="" type="checkbox"/>
۸	گواهی عاملیت در سرمایه‌گذاری	اوراق وکالت		
۹	گواهی مزارعه	اوراق مزارعه		<input checked="" type="checkbox"/>
۱۰	گواهی مساقات	اوراق مساقات		<input checked="" type="checkbox"/>
۱۱	گواهی مغارسه	-		
۱۲	گواهی استصناع	اوراق سفارش ساخت	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

۳- پیشینه پژوهش

۳-۱- تجربه‌های پژوهشی انتشار صکوک برای صنایع مختلف

پیرامون امکان‌سنجی انتشار صکوک در صنعت سلامت در کشورمان تاکنون پژوهشی انجام نشده است ولی در میان تحقیقات لاتین نفیز و مانیزا (2019) با بررسی موانع موجود پیرامون تأمین مالی صنعت سلامت در کشور مالدیو به ارائه مدل صکوک مضاربه دائمی پرداخته‌اند. همچنین پیرامون تأمین مالی بخش سلامت در تحقیقات خارجی می‌توان به صکوک با مسئولیت اجتماعی و صکوک برای سرمایه‌گذاری‌های پایدار و مسئولیت‌پذیر اشاره کرد. این نوع از صکوک در کشورهای اسلامی به منظور تأمین مالی امور عام‌المنفعه به صورت غیرانتفاعی و یا با نرخ‌هایی پایین‌تر از سایر اوراق استفاده می‌شوند. سیدمروان و همکارانش (2016) به پتانسیل‌های انواع این نوع صکوک برای افزایش رفاه و کاهش فقر در بخش‌های مختلف از جمله سلامت پرداخته‌اند. همچنین عوبدی و رقیبی (2018) به بررسی انواع مدل‌های صکوک وقف برای تأمین مالی نیازهای عام‌المنفعه از جمله بخش سلامت پرداخته‌اند. همچنین پیرامون تأمین مالی بخش سلامت در تحقیقات خارجی می‌توان به پژوهش گرشبرگ و همکاران (Gershberg, et al., 2008) اشاره نمود. در این پژوهش با عنوان «اثرات تأمین مالی مراکز خدمات درمانی بر هزینه سرمایه» اثرات انواع تأمین مالی‌های صورت گرفته توسط بخش‌های خصوصی، دولتی و شبه دولتی را بر هزینه سرمایه این مراکز اندازه گرفته است.

همچنین ساسمن و همکاران (Sussman, et al., 2010) در پژوهشی با عنوان «راهنمایی‌هایی برای استراتژی‌های تأمین مالی بیمارستان (خصوصاً بیمارستان‌های کوچک)» به ارائه هفت راهکار استراتژیک در زمینه تأمین مالی بیمارستان‌ها پرداخته است.

بررسی ظرفیت انتشار صکوک برای تأمین مالی صنایع مختلف تاکنون موارد متعددی داشته است از جمله توحیدی (۱۳۹۴) به بررسی ظرفیت انتشار صکوک برای توسعه صنعت گردشگری در شهر قم پرداخت. در این مقاله تأمین مالی این صنعت از طریق انواع ابزارهای مالی مورد بررسی قرار گرفته و پیشنهادهایی برای اجرا ارائه شده است. همچنین موسویان، کاوند و اسماعیلی گیوی (۱۳۸۷) کارآمدی صکوک جعاله برای توسعه صنعت گردشگری را بررسی نمودند. در این پژوهش مدل‌های عملیاتی برای تأمین مالی این صنعت از طریق صکوک جعاله ارائه شده است.

موسویان و حدادی (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی نقش صکوک اسلامی را در تأمین مالی بخش نفت و گاز بررسی نموده‌اند یافته‌های این پژوهش که بر اساس تحلیل نظرات خبرگان هست نشان

می‌دهد که شرکت ملی نفت ایران می‌تواند از ابزارهایی چون صکوک اجاره، استصناع و سلف، در سبد تأمین مالی بخش بالادستی نفت استفاده کند.

موسویان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان اوراق بهادار (صکوک) و کالت؛ ابزاری مناسب برای تأمین مالی صنعت پتروشیمی بر اساس روش توصیفی این فرضیه را تأیید نمودند که از نظر مالی، فقهی و عملیاتی امکان طراحی و انتشار اوراق و کالت به‌عنوان یک ابزار نوین مالی اسلامی در صنعت پتروشیمی وجود دارد. نتیجه‌های پژوهش نشان می‌دهد که مدل پیشنهادی اوراق و کالت با رعایت راهکارهای مدیریت ریسک، ابزاری مناسب برای تأمین نیازهای گوناگون مالی در صنعت پتروشیمی از جمله تأمین سرمایه در گردش و تأمین مالی طرح‌هاست.

موسویان و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان طراحی و بررسی فقهی اوراق جعاله جهت تأمین مالی طرح‌های زیرساختی حمل‌ونقل جاده‌ای در ایران با بهره‌گیری از روش پژوهش دلفی یا نظرسنجی از خبرگان، ابعاد فقهی اوراق جعاله برای تأمین مالی طرح‌های زیرساختی حمل‌ونقل جاده‌ای بررسی شده و دو مدل عملیاتی برای جعاله اوراق تأمین مالی پروژه در قابل مبلغ معین استفاده برای قراردادهای ساخت، انتقال، پرداخت اجاره به سرمایه‌گذار (BTL)، و تأمین مالی پروژه در قابل حق بهره‌برداری برای زمان معین؛ قابل استفاده برای قراردادهای ساخت، بهره‌برداری و انتقال ارائه شده است.

شیرمردی (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان اوراق جعاله، ابزاری مناسب برای تأمین مالی صنعت نفت و گاز با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و با روش توصیفی تحلیلی به تبیین می‌نماید که طبق معیارهای مالی و اقتصادی، اوراق جعاله می‌تواند به‌عنوان ابزاری مناسب در جهت تأمین مالی صنعت نفت کشور به کار گرفته شود.

۲-۳- تجربه‌های انتشار صکوک برای بخش سلامت در کشور ایران

تاکنون اوراق مختلفی برای تأمین مالی بخش سلامت در بازار سرمایه و شبکه بانکی منتشر شده است. در جدول زیر ویژگی‌های این اوراق مشخص شده است.

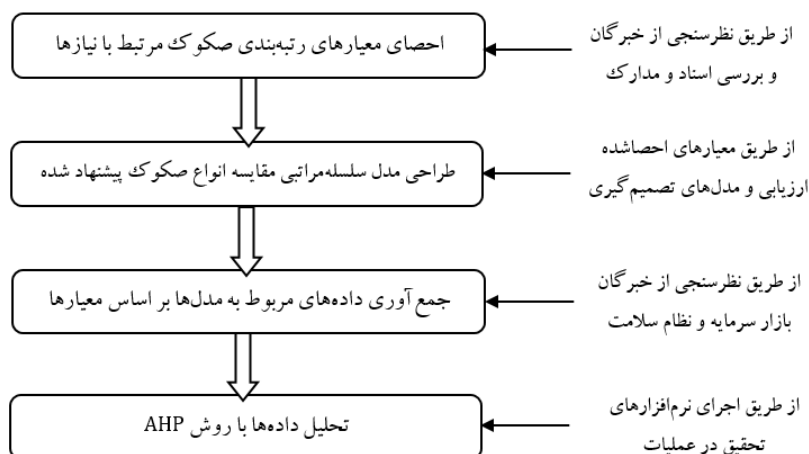
جدول ۴. تجربه‌های انتشار صکوک (محقق ساخته)

نحوه تأمین مالی	موضوع تأمین مالی	تاریخ انتشار	نوع اوراق	بانی
بازار سرمایه	درآمد حاصل از فروش محصولات خط تولید اسپری استنشاقی	۱۳۹۸	منفعت	شرکت سینا دارو
بازار سرمایه	خرید تجهیزات پزشکی موردنیاز وزارت بهداشت	۱۳۹۶	مربحه	وزارت امور اقتصادی و دارایی
بازار سرمایه	خرید نقدی دارو توسط نهاد واسط و فروش اقساطی آن جهت تأمین وجوه جهت تسویه بدهی‌های بیمه سلامت	۱۳۹۵	مربحه	وزارت تعاون
شبکه بانکی	ساخت بیمارستان سرطانی	۱۳۹۳	وقف	اداره اوقاف

۴- روش پژوهش

در این پژوهش با مرور ادبیات و مقالات مربوط به مسائل و چالش‌های مالی نظام سلامت و همچنین مصاحبه‌های گروه کانونی با خبرگان این حوزه مصادیق مهمی در میان چالش‌های مالی نظام سلامت استخراج شد. در این پژوهش این مصادیق پس از تطبیق با معیارهای موجود برای انتشار صکوک اسلامی توسط خبرگان رتبه‌بندی می‌شوند. برای این مهم پس از شناسایی صکوک مرتبط با هر یک از نیازها بر اساس دستورالعمل‌های تعیین‌شده توسط سازمان بورس پرسشنامه مربوط به رتبه‌بندی صکوک مرتبط با هر نیاز به ۱۴ نفر از خبرگان حوزه سلامت و صکوک ارائه شد تا بر اساس نظرات این خبرگان مناسب‌ترین صکوک با نیازهای استخراج‌شده تطبیق یابد و سیاست‌گذاران این حوزه بهترین صکوک جهت رفع نیاز خود را شناسایی نمایند. این معیارها و گزینه‌ها در بخش تجزیه تحلیل یافته‌ها تشریح خواهد شد. سپس بر اساس این معیارها و گزینه‌های موجود، مدل سلسله‌مراتبی تحقیق توضیح داده می‌شود.

در مرحله تحلیل داده‌ها باید روشی اتخاذ شود که بتواند ضمن مقایسه مدل‌های مختلف، اولویت‌بندی دقیقی از این مدل‌ها عرضه کند و با توجه به وجود تعدادی گزینه و تعدادی معیار کیفی جهت مقایسه آن‌ها در مسئله پژوهش، رویکرد تصمیم‌گیری چندمعیاره، روش‌های مناسبی را جهت تحلیل مسئله پیشنهاد می‌کند. حوزه تصمیم‌گیری چندمعیاره، روش‌های بسیار متنوعی را در برمی‌گیرد که از روش فرآیند تحلیل سلسله‌مراتبی در پژوهش حاضر، استفاده می‌شود. شکل زیر نمایانگر مراحل این پژوهش است.



شکل (۳): مراحل تحقیق (محقق ساخته)

۴-۱- روش فرآیند تحلیل سلسله‌مراتبی

روش فرآیند تحلیل سلسله‌مراتبی^۹ یکی از معروف‌ترین فنون تصمیم‌گیری چند شاخصه است. این روش برای تصمیم‌گیری بین چند معیار و گزینه می‌تواند مفید باشد، به گونه‌ای که این شاخص‌ها می‌توانند کمی یا کیفی باشند. مبنای روش تحلیل سلسله‌مراتبی بر مقایسات زوجی استوار است. در این روش، ابتدا با فراهم آوردن درخت سلسله‌مراتب تصمیم، کار تصمیم‌گیری آغاز می‌شود. این درخت، هدف، شاخص‌ها و گزینه‌های تصمیم‌گیری را نشان می‌دهد. در مرحله بعد مقایسات زوجی انجام می‌شود. این مقایسات، اوزان گزینه‌ها را نسبت به هم بر اساس شاخص‌ها تعیین کرده و شاخص‌ها نیز بر اساس هدف با یکدیگر مقایسه می‌شوند. در نهایت، منطق AHP به گونه‌ای است که ماتریس‌های حاصل از مقایسات زوجی را با یکدیگر تلفیق می‌سازد که تصمیم بهینه حاصل آید. جهت انجام محاسبات مربوط به روش AHP از نرم‌افزار Super Decisions نسخه دو استفاده شده است که پس از تلفیق ۱۴ پرسشنامه رتبه‌بندی (تکمیل شده توسط خبرگان) وزن نهایی گزینه‌ها و شاخص‌ها به دست آمده است.

^۹ Analytic hierarchy process (AHP) Method

۵- تجزیه و تحلیل داده‌ها

۵-۱- بانیان بالقوه‌ی صکوک اسلامی

بانیان بالقوه‌ی انتشار صکوک در واقع همان مالکان اصلی صنعت خدمات بهداشتی درمانی هستند. همان‌طور که در نمودار مشخص است عمده بیمارستان‌های کشور، دولتی و متعلق به وزارت بهداشت (دانشگاه‌های علوم پزشکی) است. در شکل ۴ نهادهای عمومی غیردولتی شامل تأمین اجتماعی، کمیته امداد، بنیاد شهید، شهرداری و... می‌شود. همچنین نهادهای دولتی غیر از وزارت بهداشت مواردی مثل آموزش و پرورش، نیروهای مسلح (ارتش و سپاه)، بانک‌ها، شرکت نفت و... را در بر می‌گیرد. طبق اطلاعات منتشر شده توسط وزارت بهداشت ۶۱۴ بیمارستان متعلق به وزارت بهداشت، ۱۶۶ بیمارستان متعلق به بخش خصوصی و ۳۷ بیمارستان متعلق به بخش خیریه می‌باشد. همچنین نهادهای عمومی غیردولتی و نهادهای دولتی - غیر وزارت بهداشت - نیز به ترتیب مالک ۸۹ و ۷۵ بیمارستان هستند. از نظر امکان انتشار صکوک محدودیتی میان مالکان نام برده وجود ندارد اما در صورت انتشار این صکوک توسط دولت به دلیل قاعده اتحاد مالکیت هیچ یک از نهادهای دولتی حق خرید چنین صکوکی را ندارند. لزوم رعایت این قاعده برای سایر بخش‌ها نیز وجود دارد.



شکل ۴. توزیع بیمارستان‌های کشور از حیث مالکیت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۷)

۵-۲- شناسایی الزامات عمومی و اختصاصی انتشار هر نوع صکوک

در ذیل به بررسی شرایط عمومی و اختصاصی دستورالعمل‌های مربوط به هر یک از صکوک پرداخته می‌شود.

الف) شرایط عمومی مشترک بین دارایی مبنای انتشار صکوک اسلامی

- (۱) به کارگیری آن در فعالیت بانسی، منجر به ایجاد جریانات نقدی شده یا از خروج وجوه نقد جلوگیری نماید.
- (۲) هیچ گونه محدودیت یا منع قانونی، قراردادی یا قضایی برای انتقال دارایی، منافع و حقوق ناشی از آن وجود نداشته باشد.
- (۳) تصرف و اعمال حقوق مالکیت در آن برای نهاد واسط دارای هیچ گونه محدودیتی نباشد.
- (۴) مالکیت آن به صورت مشاع نباشد.
- (۵) امکان واگذاری به غیر را داشته باشد.
- (ب) شرایط مشترک بین بانیان منتشرکننده صکوک
- (۱) شخص حقوقی غیردولتی
- ۱,۱. در ایران به ثبت رسیده و مرکز اصلی فعالیت آن در ایران باشد.
- ۱,۲. قالب حقوقی آن سهامی، تعاونی، صندوق سرمایه گذاری یا جزو نهادهای عمومی غیردولتی به استثناء شهرداری ها باشد.
- ۱,۳. مجموع جریان نقدی حاصل از عملیات آن در دو سال مالی اخیر مثبت باشد. اگر جریان نقد حاصل از عملیات بانسی مطابق صورت های مالی میان دوره ای حسابرسی شده در سال جاری مثبت باشد می تواند در محاسبه مجموع جریان نقدی مذکور لحاظ شود.
- ۱,۴. حداکثر نسبت مجموع بدهی ها به دارایی های آن ۹۰ درصد باشد.
- ۱,۵. اظهارنظر بازرس و حسابرس شرکت در خصوص صورت های مالی دو سال مالی اخیر آن مردود یا عدم اظهارنظر نباشد.
- (۲) شخص حقوقی عمومی یا دولتی
- ۲,۱. شهرداری ها
- ۲,۲. مؤسسات دولتی
- ۲,۳. شرکت های دولتی^{۱۰}

^{۱۰} هر شرکت تجاری که از طریق سرمایه گذاری شرکت های دولتی ایجاد شود، مادام که بیش از پنجاه درصد سهام آن متعلق به شرکت های دولتی است، شرکت دولتی تلقی می شود.

جدول ۵. مهم‌ترین شرایط اختصاصی صکوک (محقق ساخته)

نوع صکوک	مهم‌ترین شرایط اختصاصی صکوک در ارتباط با صنعت سلامت
اجاره	۱. انواع دارایی‌های زمین و ساختمان، تأسیسات، ماشین‌آلات و تجهیزات، وسایل حمل‌ونقل، سهام شرکت‌های پذیرفته‌شده در بورس اوراق بهادار تهران یا فرابورس ایران می‌تواند مبنای انتشار باشد.
	۲. در حالی که بانی شرکت تولیدی بوده و جریان نقدی حاصل از دارایی در نظر گرفته‌شده برای طرح تأمین مالی دقیقاً قابل اندازه‌گیری نباشد، بانی می‌بایست دارای توانایی پرداخت مبالغ اجاره از محل فعالیت‌های عملیاتی خود باشد.
	۳. تا زمان انتقال مالکیت دارایی به ناشر، دارایی از پوشش بیمه‌ای مناسب و کافی برخوردار باشد.
مراجعه	۱. انواع دارایی‌های زمین؛ ساختمان و تأسیسات؛ ماشین‌آلات و تجهیزات؛ وسایل حمل‌ونقل؛ نرم‌افزارهای الکترونیکی و بانک‌های اطلاعاتی، مواد و کالا می‌تواند تأمین مالی شود.
	۲. دارایی در زمان انتشار اوراق موجود بوده یا شرایط تحویل آن در مواعد زمانی مورد نظر بانی وجود داشته باشد؛ همچنین مورد مواد و کالا به دارایی‌هایی اطلاق می‌شود که به‌منظور ساخت محصول، خریداری می‌شوند تا در فرایند تولید توسط بانی مورد استفاده قرار گیرند.
	۳. ارزش تقریبی دارایی یا دارایی‌های مبنای انتشار اوراق مراجعه نباید کمتر از ده میلیارد ریال باشد.
سفارش ساخت	۱. هر نوع دارایی که امکان ساخت و تحویل آن در مواعد زمانی مورد نظر بانی وجود داشته باشد. دارایی‌هایی که به مقادیر زیاد و به‌طور مستمر در کوتاه‌مدت تولید می‌شود، نمی‌تواند مبنای انتشار اوراق قرار گیرد.
	۲. تمامی مجوزهای قانونی لازم برای ساخت از مراجع ذی‌ربط اخذ شده باشد.
منفعت	۱. در زمان انتشار اوراق، دارای جریان نقدی باشد. در خصوص منفعت سهام، ۸۰ درصد سود تقسیم شده دو سال مالی اخیر در مهلت مقرر قانونی پرداخت شده باشد.
	۲. تعلق دارایی به بانی محرز شده و تداوم آن در آینده بیش از عمر اوراق باشد.
	۳. در صورتی که منفعت مورد نظر ناشی از دارایی معینی است، تأمین مالی بر مبنای عین دارایی و یا توثیق آن برای بانی انجام نشده باشد.
	۴. بانی توانایی پرداخت مبالغ تعهدشده خود را داشته باشد.
وکالت	۱. موضوع وکالت باید نیابت پذیر باشد، در شرع و قانون منع نشده باشد، معلوم و معین باشد.
	۲. هیچ‌گونه محدودیت یا منع قانونی، قراردادی و قضایی برای انجام موضوع وکالت وجود نداشته باشد.
جعاله	۱. هر نوع عملیات احداث، تکمیل یا تعمیر و تحویل دارایی منقول یا غیرمنقولی است که بتواند موضوع قرارداد جعاله قرار گیرد و مشخصات مندرج در ماده ۱۱ این دستورالعمل را داشته باشد. (ماده ۱۱ عبارت است از این که هیچ‌گونه محدودیت یا منع قانونی، قراردادی یا قضایی برای اجرای طرح وجود نداشته باشد. از زمان شروع اجرای طرح تا پایان سررسید اوراق، دارایی‌های موجود در طرح باید از پوشش بیمه‌ای مناسب و کافی از جمله بیمه مسئولیت مدنی و بیمه تمام خطر پروژه برخوردار باشد و تمامی مجوزهای قانونی لازم برای اجرای طرح از مراجع ذی‌ربط اخذ شده باشد.)

نوع صکوک	مهم‌ترین شرایط اختصاصی صکوک در ارتباط با صنعت سلامت
مضاربه	۱. انجام فعالیت‌های بازرگانی به‌عنوان موضوع فعالیت در اساسنامه بانی قید شده و دارای حداقل دو سال سابقه خریدوفروش کالا/کالاهای موضوع قرارداد مضاربه یا کالای مشابه آن باشد.
	۲. عملیات بازرگانی بانی در خصوص خریدوفروش کالا/کالاهای موضوع قرارداد مضاربه یا کالای مشابه آن در دو سال مالی اخیر سودآور باشد.
مشارکت	شرکت‌های سهامی عام می‌توانند طبق این قانون اوراق مشارکت قابل تبدیل یا تعویض با سهام منتشر کنند. شرایط و نحوه تبدیل و تعویض این قبیل اوراق طبق آیین‌نامه اجرایی این قانون خواهد بود.
قرض الحسنه	۱. موضوع طرح تأمین مالی بانی، انجام امور غیرانتفاعی از جمله عام‌المنفعه و یا خیریه و در راستای موضوع فعالیت بانی باشد.
	۲. بانی باید توانایی بازپرداخت مبلغ قرض را در سرسید یا سررسیدهای اوراق داشته باشد ولی مثل سایرین الزاماتی مانند اینکه حداکثر نسبت مجموع بدهی‌ها به دارایی‌های آن ۹۰ درصد باشد،
	۳. بانی ملزم به مصرف وجوه ناشی از انتشار اوراق در طرح موضوع تأمین مالی هست.
	۴. بانی می‌تواند بدون ذکر شرط و تعهد قبلی، از محل منابع خود نسبت به اعطای جایزه به قید قرعه به تعدادی از دارندگان اوراق اقدام نماید.
خرید دین	۱. بانی نمی‌تواند بیش از ۵۰ درصد خالص مطالبات خود را بر اساس آخرین صورت‌های مالی حسابرسی شده مبنای انتشار اوراق قرار دهد.
	۲. بانی نباید هیچ‌گونه محدودیت یا منع قانونی، قراردادی یا قضایی برای انتقال مطالبات به نهاد واسط داشته باشد، در غیر این صورت مسئول جبران خسارات وارده به ارکان و دارندگان اوراق می‌باشد.
	۳. در صورتی که بدهکار طرف قرارداد مبنای اوراق شخص حقوقی باشد، باید در ایران به ثبت رسیده و مرکز اصلی فعالیت آن در ایران باشد.
	۴. سررسید مطالبات لزوماً هم‌زمان با سررسید اوراق خرید دین نبوده و انتشار اوراق بر مبنای بخشی از مطالبات امکان‌پذیر است
	۵. ارزش اسمی اوراق باید بیش از یک‌صد میلیارد ریال باشد.

۳-۵- تطبیق انواع صکوک با نیازهای مالی صنعت ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی

۳-۵-۱- ابزارهای مالی غیرانتفاعی

۱. صکوک قرض‌الحسنه

برای موارد استفاده از این اوراق محدودیتی وجود ندارد و مجموعه شرکت‌های صنعت خدمات درمانی می‌توانند برای انواع هزینه‌های ذکر شده در بخش قبل اعم از ساخت و احداث، تعمیرات، مواد اولیه و تجهیزات و تأمین سرمایه در گردش از این اوراق استفاده نمایند.

۲. صکوک وقف

- ✓ صکوک وقف در راستای ساخت و توسعه مراکز خدمات درمانی از جمله بیمارستان‌ها
- ✓ صکوک وقف جهت احداث دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز علمی پیرامون سلامت
- ✓ وقف انواع تجهیزات و تخت‌های بیمارستانی برای بخش خدمات درمانی

۳-۵-۲- ابزارهای مالی انتفاعی

۳. صکوک مباحه

✓ تجهیز وسایل و امکانات بیمارستان‌ها از طریق خرید تجهیزات توسط نهاد واسط و فروش آن به قیمت بیشتر به بانی

✓ خرید مواد مصرفی و دارو توسط نهاد واسط و فروش آن به قیمت بیشتر به بانی

۴. صکوک سلم (سلف): موارد استفاده از این اوراق در بخش‌های خدماتی بسیار محدود بوده و قابل توصیه نمی‌باشد.

۵. صکوک مشارکت

✓ ساخت و تجهیز اولیه بیمارستان‌ها و سایر مراکز خدمات درمانی یا اضافه کردن شعب در هریک از بخش‌های بیمارستانی

✓ مشارکت در تأمین دارو و مواد مصرفی موردنیاز مراکز خدمات درمانی

✓ مشارکت در هزینه‌های عمرانی و نوسازی مراکز خدمات درمانی و تأمین تجهیزات موردنیاز در آنها

۶. صکوک مضاربه: کارکرد این اوراق برای فعالیت‌های بازرگانی است و در بخش‌های خدماتی کاربردی ندارد.

۷. صکوک منفعت

✓ صنایع خدمات درمانی می‌توانند خدمات آتی خود از جمله بستری بیماران، عمل‌های جراحی یا ویزیت پزشکان را پیش‌فروش نمایند. دارندگان اوراق می‌توانند در صورت نیاز از این خدمات بهره‌مند شوند و یا این اوراق را به دیگران واگذار کنند تا آنان از این خدمات بهره‌مند شوند.

✓ این اوراق می‌تواند صرف‌نوسازی و بهبود بیمارستان‌ها و تأسیس شعبه‌های جدید نیز بشود چالش‌نوسازی بیمارستان‌ها مسئله‌ای است که معمولاً به دلیل کمبود بودجه و یا تاخیر در پرداخت طلب بیمارستان‌ها از شرکت‌های بیمه‌ای همواره به تعویق افتاده است.

✓ در صورتی که به تدریج سهام بخش‌های خدمات درمانی در بورس پذیرفته شوند یکی از راهکارهای تأمین مالی می‌تواند واگذاری منافع سهام آن‌ها با رعایت شرایط دستورالعمل اوراق منفعت باشد.

۸. صکوک اجاره

✓ تأمین سرمایه در گردش بابت انواع هزینه‌های مراکز خدمات درمانی که در بخش سرمایه در گردش توضیح داده شد.

✓ تأمین مالی خرید تجهیزات موردنیاز بیمارستان‌ها و سایر بخش‌های خدمات درمانی

۹. صکوک استصناع

✓ سفارش ساخت تجهیزات درمانی برای بیمارستان‌ها و سایر مراکز خدمات درمانی

✓ سفارش ساخت بیمارستان‌های تخصصی یا درمانگاه‌های کوچک و بزرگ

۱۰. صکوک جعاله

✓ همواره تعمیر و نوسازی بیمارستان‌ها به دلیل کسری بودجه و مشکلات مالی در اولویت‌های آخر قرار گرفته است لذا به وسیله این اوراق می‌توان مشکلات مهم موجود در این مراکز را رفع نمود

✓ مؤسسه‌های وابسته به دولت مانند سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با اوراق جعاله، نقدینگی بخش خصوصی را به سمت تأمین مالی طرح‌های عمرانی سوق دهند.

۱۱. صکوک خرید دین

✓ تأمین انواع سرمایه در گردش جهت بخش‌های حقوق، پاداش و مزایای کارکنان سلامت، به‌کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات، تحقیق و توسعه، تأمین ملزومات اداری، هزینه حاملهای انرژی

۵-۴- مدل سلسله‌مراتبی رتبه‌بندی صکوک

مدل مفهومی این تحقیق از نوع تصمیم‌گیری چندشاخصه است که مؤلفه‌های آن به صورت سلسله‌مراتبی با یکدیگر ارتباط دارند. برای این تحقیق ۶ مدل سلسله‌مراتبی برای هر یک از نیازهای احصا شده در سطح هدف تحقیق تعیین شده است که مقایسه معیارها و گزینه‌های مربوط به رتبه‌بندی در مرحله بعد انجام شده است، این معیارها برای هر یک از اهداف به دو بخش انتفاعی و غیرانتفاعی تقسیم شده‌اند. نهایتاً در سطح سوم مدل گزینه‌های زیرمجموعه این متغیرها که در جدول ۶ تعیین شده قرار می‌گیرند. در هر مقایسه گزینه با بیشترین وزن از میان گزینه‌ها بارنگ متفاوت مشخص شده است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۶. مدل سلسله مراتبی سه سطحی (نتایج تحقیق)

وزن گزینه‌ها	سطح گزینه‌ها (صکوک پشته‌ادی)	وزن معیارها	سطح معیارها	سطح هدف (نیازهای تامین مالی)
۰/۱۵	وکالت	۰/۷۲	اوراق انتفاعی	۱- تامین مالی ساخت و احداث
۰/۱۷	جعاله			
۰/۳۱	مشارکت			
۰/۳۷	استصناع			
۰/۶۷	وقف	۰/۲۸	اوراق غیرانتفاعی	
۰/۳۳	قرض الحسنه			
۰/۴۰	منفعت	۰/۶۲	اوراق انتفاعی	۲- تامین مالی تعمیر و نوسازی
۰/۲۸	جعاله			
۰/۱۸	مشارکت			
۰/۱۴	وکالت			
۰/۳۰	وقف	۰/۳۸	اوراق غیرانتفاعی	
۰/۷۰	قرض الحسنه			
۰/۴۱	منفعت			
۰/۲۰	جعاله	۰/۷۱	اوراق انتفاعی	۳- تامین مالی نیاز خدمات بهداشتی-درمانی
۰/۲۵	مشارکت			
۰/۱۴	وکالت			
۰/۴۸	وقف			
۰/۵۲	قرض الحسنه	۰/۲۹	اوراق غیرانتفاعی	
۰/۶۶	مراجعه			
۰/۱۴	وکالت	۰/۶۸	اوراق انتفاعی	۴- تامین مالی مواد مصرفی
۰/۲۰	مشارکت			
۰/۲۴	وقف			
۰/۷۶	قرض الحسنه			
۰/۱۰	استصناع	۰/۶۰	اوراق انتفاعی	۵- تامین مالی تجهیزات و تاسیسات
۰/۳۵	مراجعه			
۰/۱۱	مشارکت			
۰/۴۴	اجاره			
۰/۵۹	وقف	۰/۴۰	اوراق غیرانتفاعی	
۰/۴۱	قرض الحسنه			
۰/۲۴	منفعت			
۰/۱۲	جعاله	۰/۶۲	اوراق انتفاعی	۶- تامین سرمایه در گردش
۰/۳۵	اجاره			
۰/۳۹	خرید دین			
۰/۲۹	وقف			
۰/۷۱	قرض الحسنه	۰/۳۸	اوراق غیرانتفاعی	

در درخت سلسله‌مراتبی تعیین شده برای تأمین مالی نیاز ساخت و احداث، از نظر خبرگان -با توجه به تجربه موفق انتشار و ارتباط عقود با نیاز و هزینه‌ها و محدودیت‌های انتشار- اوراق انتفاعی بیشتر از اوراق غیرانتفاعی اولویت دارد. این اختلاف در مورد این نیاز زیاد ارزیابی می‌شود. از میان اوراق احصا شده برای این نیاز در بخش انتفاعی اوراق مشارکت و استصناع بیشترین اهمیت را داشته‌اند و اوراق وقف نیز از قرض‌الحسنه نمره بیشتری در میان اوراق غیرانتفاعی یافته است. در ادامه به‌عنوان نمونه درخت سلسله‌مراتبی نیاز ساخت و احداث ترسیم شده است (شکل ۵). در خصوص سایر نیازها نیز به همین ترتیب درخت سلسله‌مراتبی قابل ترسیم است.



شکل ۵. مدل سلسله‌مراتبی نیاز ساخت و احداث (محقق ساخته)

در مورد نیاز تعمیر و نوسازی نیز اوراق انتفاعی نسبت به اوراق غیرانتفاعی اولویت بیشتری دارد از میان اوراق انتفاعی با توجه به ارتباط عقد منفعت با نیاز تعمیر و نوسازی از نظر خبرگان بیشترین اولویت مربوط به این اوراق است و پس از آن اوراق جعاله قرار می‌گیرد. در میان اوراق غیرانتفاعی نیز با توجه به برخی اختلاف‌نظرها پیرامون وقف پول اوراق قرض‌الحسنه اولویت بیشتری از نظر خبرگان یافته است.

در زمینه نیاز خدمات‌دهی سلامت با توجه به این که منبع اصلی درآمدهای صنعت خدمات درمانی است اوراق انتفاعی نسبت به غیرانتفاعی اولویت خیلی بیشتری داشته است و در میان اوراق انتفاعی پس از اوراق منفعت با نمره ۰,۴۱ به ترتیب و با اختلاف ناچیزی اوراق مشارکت جعاله و وکالت رتبه‌بندی می‌شوند در اوراق غیرانتفاعی نیز مجدداً اوراق قرض‌الحسنه اولویت بیشتری داشته است.

در مورد نیاز تأمین مواد مصرفی با توجه به ماهیت این نیاز اوراق انتفاعی در اولویت است. از میان اوراق انتفاعی نیز با توجه به سابقه موفق انتشار اوراق مرابحه برای رفع نیازهای مشابه بیشترین

اولویت مربوط به این اوراق بوده است. اوراق قرض الحسنه نیز با توجه به ماهیت مصرفی نیاز اولویت جدی نسبت به اوراق وقف پول دارد.

بنا به نظر خبرگان برای تأمین تجهیزات این صنعت نیز بهتر است از اوراق انتفاعی استفاده شود مهم‌ترین اوراق مورد استفاده برای این اوراق به ترتیب عبارت‌اند از اوراق اجاره و مرابحه، دو گونه دیگر احصا شده برای تأمین این نیاز اولویت نسبتاً پایینی از نظر خبرگان داشته‌اند. خبرگان برای تأمین نیاز تجهیزات نیز مانند ساخت و احداث وقف را اولویت دارتر از قرض الحسنه دانسته‌اند.

در مورد نیاز سرمایه در گردش این صنعت ضمن اولویت مجدد اوراق انتفاعی با توجه به سوابق انتشار به ترتیب اوراق خرید دین، اجاره و منفعت از طرف خبرگان پیشنهاد شده‌اند و اوراق جعاله نیز با اختلاف بیشتری در رتبه آخر قرار گرفته است. در مورد این نیاز مطابق با نظر خبرگان اختلاف چشمگیری بین استفاده از قرض الحسنه در مقایسه با وقف وجود دارد که به ماهیت نوع نیاز مربوط می‌شود.

۲- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در ایران بیشتر مراکز خدمات بهداشتی درمانی مربوط به نهادهای بزرگ دولتی و حاکمیتی مثل دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی بوده و سایر مراکز نیز متعلق به نهادهای خصوصی است. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان انواع نیازهای مالی این نهادها را از طریق ابزارهای مالی اسلامی تأمین نمود. هر یک از نیازهای احصا شده بخش سلامت بر اساس دستورالعمل‌های انتشار صکوک با تعداد محدودی از صکوک، قابلیت تأمین مالی را داشته که این صکوک از جهت انتفاعی و غیرانتفاعی توسط خبرگان رتبه‌بندی شدند. با توجه به نظر خبرگان در همه شش نیاز احصا شده، استفاده از اوراق انتفاعی اولویت بیشتری نسبت به اوراق غیرانتفاعی دارد. در میان اوراق غیرانتفاعی نیز محدودیت وقف پول با توجه به فتوای برخی از مراجع باعث شده است که اوراق وقف صرفاً در دو نیاز ساخت و احداث و تأمین مالی تجهیزات اولویت داشته باشد و در مابقی نیازها بین اوراق غیرانتفاعی، اوراق قرض الحسنه اولویت داشته است. بر اساس نتایج پژوهش، بهترین صکوک پیشنهادی در زمینه نیازهای ساخت و احداث، تعمیر و بازسازی، خدمات بهداشتی-درمانی، تأمین مواد اولیه مصرفی، تأمین تجهیزات و تاسیسات، و سرمایه در گردش به ترتیب صکوک استصناع، منفعت، منفعت، مرابحه، اجاره و خرید دین هستند.

منابع و مأخذ

۱. الزرقاء، مصطفی احمد. (۱۴۱۲ ه.ق) مؤتمر مع الفقه الاسلامی. مجله الفقه الاسلامی. جده.
۲. آقاجانی، محمد. هاشمی، حسن. حق‌دوست، علی. نوری حکمت، سمیه. جان بابایی، قاسم. ماهر، علی (۱۳۹۶). توزیع تجهیزات پزشکی تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در ایران در سال ۱۳۹۵ و برآورد تعداد دستگاه موردنیاز تا سال ۱۴۰۴. مجله اپیدمیولوژی ایران. ۱۳ (۵).
۳. بهرامی، محمدامین. وطن‌خواه، سودابه. طیبی، سیدجمال‌الدین. تورانی، سوگند (۱۳۹۰). طراحی الگوی ارزشیابی عملکرد نظام سلامت برای ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. ۸ (۳).
۴. پایگاه قوانین و مقررات بازار سرمایه ایران (دسترسی در cmmr.seo.ir):
۵. خاتمی، حسن. رضوی، سیدمنصور. افتخاراردبیلی، حسن. مجلسی، فرشته. سیدنوزادی، محسن. پریزاده، سیدمحمدجواد (۱۳۸۵) کتاب جامع بهداشت عمومی. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۶. سازمان بورس اوراق بهادار (۱۳۹۷). دستورالعمل انتشار اوراق جعاله.
۷. سازمان بورس اوراق بهادار (۱۳۹۷). دستورالعمل انتشار اوراق اجاره.
۸. سازمان بورس اوراق بهادار (۱۳۹۲). دستورالعمل انتشار اوراق سلف استاندارد.
۹. سازمان بورس اوراق بهادار (۱۳۹۸). دستورالعمل انتشار اوراق وکالت.
۱۰. شیرمردی احمدآباد، حسین (۱۳۹۸). اوراق جعاله، ابزاری مناسب برای تأمین مالی صنعت نفت و گاز. مطالعات اقتصاد اسلامی، ۱۱ (۲)
۱۱. عرب، محمد. کاوسی، زهرا. روان‌گرد، رامین. استوار، رحیم (۱۳۹۵). نظام‌های بیمه سلامت. چاپ سوم. سازمان جهاد دانشگاهی. تهران.
۱۲. غضنفری، صادق. بختیاری علی‌آباد، محمد (۱۳۹۶). نگاهی بر روند هزینه‌های سلامت در ایران و جهان و نحوه مدیریت آن. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۱۳. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
۱۴. کاوند، مجتبی (۱۳۹۶). طبقه‌بندی ابزارهای مالی اسلامی (صکوک)، مرکز پژوهش و توسعه و مطالعات اسلامی سازمان بورس و اوراق بهادار.
۱۵. ماهر، علی. آقاجانی، محمد. قطبی، مرجان. برازنده، سجاد. صفایی، عسل. عنبری، لاله (۱۳۹۶). مدیریت و ارتقا کیفیت خدمات هتلینگ از طریق برنامه ارتقا کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی در طرح تحول نظام سلامت، روند اجرا، نتایج و چالش‌ها. فصلنامه پژوهش حکیم. ۲۰ (۲).

۱۶. ماهر، علی. محمد احمدی، علی. شکری، آناهیتا (۱۳۸۵). بررسی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران. تأمین اجتماعی. ۸ (۲۶-۲۷)
۱۷. مجدزاده، سیدرضا. احمدنژاد، الهام. عبدی، ژاله (۱۳۹۶) دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. موسسه ملی تحقیقات سلامت.
۱۸. مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۹). قانون برنامه پنجم توسعه.
۱۹. مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۶). قانون برنامه ششم توسعه.
۲۰. مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۹۳). سیاست‌های کلی سلامت.
۲۱. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۵). بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۹۶ کشور در بخش بهداشت و درمان.
۲۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۵). عمده‌ترین مسائل کشور.
۲۳. مروی، علی. زمانیان، مصطفی. امامیان، سیدصادق. خاجی، محمدرضا (۱۳۸۷). تبیین کارکردهای سیستم مورد مطالعه از منظر ادبیات نظری نظام فرادست. شرکت راهبران مدیریت امین.
۲۴. موسسه ملی تحقیقات سلامت (۱۳۹۶). تحلیل سیاست‌های سلامت اتخاذ شده با هدف پوشش همگانی سلامت در سه دهه اخیر. استخراج گزینه‌های سیاستی و ارائه راهبردهای آینده‌نگاری برای تصمیم‌گیری‌های آینده نظام سلامت ایران.
۲۵. موسویان، سیدعباس. حدادی، جواد (۱۳۹۲). تأمین مالی پروژه محور به وسیله صکوک استصناع در صنعت نفت. اقتصاد اسلامی. ۱۳ (۵۰).
۲۶. موسویان، سیدعباس. کاوند، مجتبی. اسماعیلی گیوی، حمیدرضا (۱۳۸۷). اوراق بهادار (صکوک) جعاله؛ ابزاری کارآمد برای توسعه صنعت گردشگری. اقتصاد اسلامی. ۸ (۳۲)
۲۷. موسویان، سیدعباس. بت شکن، محمدهاشم. رحیمی الماسی، فرشته (۱۳۹۸). طراحی و بررسی فقهی اوراق جعاله جهت تأمین مالی طرح‌های زیرساختی حمل‌ونقل جاده‌ای در ایران. تحقیقات مالی اسلامی. ۸ (۲).
۲۸. موسویان، سیدعباس. حسین پور، محمد. کاوند، مجتبی (۱۳۹۱). اوراق بهادار (صکوک) و کالت؛ ابزاری مناسب برای تأمین مالی صنعت پتروشیمی. اقتصاد اسلامی. ۱۲ (۴۷).
۲۹. وزارت امور اقتصادی و دارایی (۱۳۹۶). بررسی طرح تحول سلامت، چالش‌ها و راهکارها.
۳۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۷). گزارش آماری سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب). گروه مدیریت آمار و برنامه‌های امور درمان.

31. Akortsu, M. A., & Abor, P. A. (2011). Financing public healthcare institutions in Ghana. *Journal of Health Organization and Management*, 25(2).
32. Boman, C. K., & Isiaka, M. (2015). Government Health Care Financing and Workforce Productivity: Empirical Evidence from Nigeria. *African Journal of Applied Research (AJAR)*, 1(1).
33. Chisholm, D., Docrat, S., Abdulmalik, J., Alem, A., Gureje, O., Gurung, D. Kigozi, F. (2019). Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low-and middle-income countries: findings from the Emerald project. *BJPsych open*, 5(5).
34. Ekman, B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health policy and planning*, 19(5).
35. Gershberg, Alec Ian; Grossman, Michael; Goldman, Fred (2008): Health Care Capital Financing Agencies. The Intergovernmental Roles of Quasi-Government Authorities and the Impact on the Cost of Capital. In *Public Budgeting & Finance* 20 (1), pp. 1–23. DOI: 10.1111/0275-1100.00001.
36. Kumar, A. S., Chen, L. C., Choudhury, M., Ganju, S., Mahajan, V., Sinha, A., & Sen, A. (2011). Financing health care for all: challenges and opportunities. *The Lancet*, 377(9766).
37. Kwon, S. (2011). Health care financing in Asia: key issues and challenges. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(5).
38. OECD (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*.
39. Okech, T. C. (2013). *Alternative sustainable financing of public health care in Kenya*.
40. Sussman, J., & Jordahl, E. (2010). *A Guide To Financing Strategies For Hospitals: With Special Consideration For Smaller Hospitals*.
41. The World Bank (2020). *Invitation for Public Comment: Global Action Plan For Healthy Lives and Well-Being for All; Sustainable Financing*.
42. Uzochukwu, B. S., Ughasoro, M. D., Etiaba, E., Okwuosa, C., Envuladu, E., & Onwujekwe, O. E. (2015). Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18(4).
43. WHO (2000). *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. The world health report: Vol. 2000. Geneva: World Health Organization.

Investigation and Analysis of the Use of Sukuk to Finance the Iranian Health System Case Study of Health Care Providers

Mohammad Tohidi¹¹

Amir Hosein Shamaeadeh¹²

Mohammad Azadi Ahmadabadi¹³

Abstract:

Financing is one of the main challenges of the health system and plays an essential role in ensuring the effective provision of health system services. In recent years, the implementation of the health system transformation plan in Iran and the lack of budget growth in this sector in line with population growth, inflation and growing needs in this area, has doubled the importance of planning and providing new models to solve financing problems. The question of the present study is which Sukuk structure (s) is more appropriate for the different financing needs of the healthcare providers industry? In this regard, in a descriptive-analytical method, after enumerating the various needs of this industry in six areas of construction, repair and reconstruction, supply of raw materials, supply of equipment and facilities, provision of services and working capital; the types of sukuk that can be used to meet these needs have been examined. In this research, by prioritizing the experts of the health system and the capital market and using the method of hierarchical analysis process, the priority of the calculated sukuk for each of the six needs has been determined. The results of the research show that in the field of construction needs, repair and reconstruction, health services, supply of raw materials, supply of equipment and facilities and working capital, respectively, sukuk istisna, benefit, benefit, murabaha, ijarah and purchase of debt It is the highest priority and is recommended for financing the policy makers and executives of this industry.

Keywords: Health System Financing, Sukuk, Health Care Industry, Hierarchical Analysis Process

JEL Classification: O16

11. Assistant Professor of Financial Management, Faculty of Islamic Studies and Management, Imam Sadegh University

12. 2. Master student of Islamic education and financial management of Imam Sadegh University. (Corresponding Author) shamaeemir@gmail.com

13 Master student of Islamic education and business management. Member of the health core of Imam Sadegh University Development Center.