

Assessing the Progress of Successful Selected Countries in Achieving Universal Health Coverage in 2017 and Providing Appropriate Solutions for Iran: A Review Study

Sara Emamgholipour¹, Mobarakeh Ali Panah Dolatabad², Pedram Nourizadeh Tehrani^{3*}

¹Department of Management Sciences and Health Economics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Health and Treatment Services, Faculty of Paramedical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

*Corresponding Author: Pedram Nourizadeh Tehrani, Master of Health Economics, Department of Management Sciences and Health Economics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: pedramnzt@yahoo.com

Received: March 16, 2020

Revised: August 29, 2020

Accepted: September 9, 2020

Online Published: September 14, 2020

Abstract

Introduction: Achieving the universal health coverage in each country is different according to cultural, social, economic conditions, available resources and development infrastructure, which in Iran over the past few decades, several efforts have been made in this field. The aim of this study is to gain successful experiences of countries such as Malaysia, Thailand, Chile, Costa Rica, Cuba, Sweden and some countries in different continents with different health care systems that have achieved universal health coverage.

Methods: This study is a review study. The bulk of the data studied is related documentation, including official published reports, articles, books, regulations, and newsletters that search for keywords such as insurance, universal health coverage, and health. Health, Health System, Financial Resources and Health System Performance in external databases such as Google Scholar, Web of Science and websites such as World Bank, World Health Organization, Also, the use of some internal databases such as Iranmedex and holding meetings with the beneficiaries of the Ministry of Health in Iran has been obtained. All data were analyzed by using content analysis method.

Results: Today, there is no single global model for designing health insurance systems. Countries differ in terms of priorities, population covered, degree of development, type of government system and other factors, and each has its strengths and weaknesses. Countries must evaluate these strengths and weaknesses with their economic, political, and executive priorities, needs, and constraints, and select the best system.

Conclusion: Successful countries in the field of universal health coverage have also benefited from the political and financial commitments of their government and the private sector has acted as a complement to the public sector. Recognizing the health needs for a regular and coordinated referral system is one of the reasons for improving public health coverage. Universal health coverage is a time-consuming process that Iran has come very close to this great goal in the past few years with the implementation of the Health Transformation Plan.

Keywords: Hospital Deductions, Reimbursement, Medical Records, Hospital Income

Citation:

Emamgholipour S, Ali Panah Dolatabad M, Nourizadeh Tehrani P. Assessing the progress of successful selected countries in achieving universal health coverage in 2017 and providing appropriate solutions for Iran: A review study. Iran J Health Insur. 2020;3(2):68-81.

بررسی روند پیشرفت کشورهای منتخب موفق در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۷ و ارائه راهکارهای مناسب برای ایران: یک مطالعه مروری

سارا امامقلی پور^۱، مبارکه علی پناه دولت آباد^۲، پدram نوری زاده طهرانی^{۳*}

^۱ گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: پدram نوری زاده طهرانی، کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیکی: pedramnzt@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۹

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۶

چکیده

مقدمه: دستیابی و نحوه رسیدن به پوشش همگانی سلامت در هر کشور با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، منابع موجود و زیرساخت‌های توسعه‌یافتگی، متفاوت است که در ایران نیز طی چند دهه گذشته، تلاش‌های متعددی در این زمینه انجام شده است. هدف این پژوهش دستیابی به تجارب موفق کشورهای نظیر مالزی، تایلند، شیلی، کاستاریکا، کوبا، سوئد و برخی کشورهای در قاره‌های مختلف با سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف است که به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند.

روش بررسی: این پژوهش، مطالعه‌ای مروری است. بخش عمده داده‌های مورد مطالعه، مستندات مرتبط با موضوع شامل گزارش‌های رسمی انتشار یافته، مقالات، کتب، آیین‌نامه‌ها و خبرنامه‌هایی است که با جستجوی کلیدواژه‌هایی همچون بیمه (Insurance)، پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage)، سلامت (Health)، نظام سلامت (Health System)، منابع مالی (Financial Resources) و عملکرد نظام سلامت (Health System Performance) در پایگاه‌های داده‌ای خارجی مانند Google Scholar، Web of Science و وبسایت‌هایی مانند بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، همچنین استفاده از برخی پایگاه‌های داخلی مانند Iranmedex و برگزاری جلسه با ذی‌نفعان وزارت بهداشت در ایران به دست آمده است. تمام داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوایی، بررسی و تحلیل شدند.

یافته‌ها: امروزه الگوی جهانی واحدی برای طراحی نظام‌های بیمه سلامت وجود ندارد. کشورها از منظر اولویت‌ها، جمعیت تحت پوشش، درجه توسعه‌یافتگی، نوع سیستم حکومتی و دیگر عوامل متفاوتند و هر کدام، نقاط قوت و ضعف خود را دارند. کشورها باید این نقاط ضعف و قوت را با اولویت‌ها، نیازها و محدودیت‌های اقتصادی و سیاسی و ظرفیت‌های اجرایی خود ارزیابی و اقدام به انتخاب بهترین نظام کنند.

نتیجه‌گیری: کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی سلامت از تعهدات سیاسی و مالی دولت نیز بهره‌مند بوده‌اند و بخش خصوصی به‌عنوان مکمل در کنار بخش عمومی فعالیت داشته است. شناخت نیازهای بهداشتی برای وجود یک سیستم ارجاع منظم و هماهنگ از دلایل بهبود در زمینه پوشش همگانی سلامت است. پوشش همگانی سلامت پروسه‌ای زمان‌بر است که ایران در چند سال گذشته با اجرای طرح تحول سلامت به این هدف بزرگ بسیار نزدیک شده است.

واژگان کلیدی: بیمه، پوشش همگانی سلامت، سلامت، نظام سلامت، منابع مالی، عملکرد نظام سلامت

مقدمه

سلامت انسان همواره برای هر جامعه‌ای دارای اهمیت فراوان بوده، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامت را حقی همگانی دانسته و آن را رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی تعریف کرده است [۱]. امروزه در سراسر جهان پوشش همگانی سلامت روندی افزایشی داشته است و هر کشور با توجه به منابع و فرصت‌هایی که در اختیار دارد در این فرایند مهم و بزرگ گام برمی‌دارد [۲]. مفهوم پوشش همگانی سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، توصیف یک راهبرد پیشنهادی درمان و توانبخشی با کیفیت لازم و مناسب و در سطح هزینه‌ای که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند بیان شده است [۳]. پوشش همگانی سلامت براساس نامه سال ۱۹۴۸ همگام با رعایت حقوق و عدالت در دسترسی و همچنین حق همگانی برای تمام افراد در سازمان جهانی بهداشت بنیان نهاده شده است [۴ و ۵].

در گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت، اصل پوشش همگانی سلامت تصریح و توسط کمیسیون اجتماعی و بهداشتی سازمان جهانی سلامت نیز تأیید شد. براین اساس تلاش بسیار گسترده‌ای برای گسترش پوشش همگانی سلامت در بسیاری از کشورها به‌عنوان مجموعه‌ای از اصلاحات سیاستی که از چندین دهه قبل مورد توجه قرار گرفته بود انجام شد. همچنین شواهد گوناگون و مختلفی از میزان دستیابی کشورها براساس اقدام‌ها و سیاست‌های اتخاذشده به‌دست آمد. در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت ۳ جنبه هزینه، خدمات و جمعیت تحت پوشش مورد تأکید قرار گرفته است که از آنها به‌عنوان مکعب پوشش همگانی سلامت یاد می‌شود؛ به‌گونه‌ای که هدف نهایی آن تضمین بهره‌مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی)، بدون تحمل کردن ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه پرداخت مخارج سلامت است؛ طوری که مخارج سلامت افراد نباید بیش از آستانه توان مالی آنها باشد [۶].

در گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت برای دستیابی به اهداف تحول نظام‌های سلامت، به بهبود استوار وضعیت سلامت فقرا برای نیل به پوشش همگانی سلامت توجه ویژه‌ای شده است [۷]. با بررسی تجربیات و روش‌های اندازه‌گیری پیشرفت به‌سوی پوشش همگانی سلامت و مطالعه آن با هدف بهره‌گیری از تجربیات سایر کشورها می‌توان گام مهم و مؤثری را برای درک هرچه بهتر ارتباط بین عوامل اجتماعی، محیط زیست، بلایای طبیعی و سلامت ایجاد کرد. پوشش همگانی سلامت مسئله مهمی در مرکز و هسته سؤال‌هایی

از چگونگی سلامت در برنامه توسعه جدید است که می‌تواند اهداف توسعه در سال ۲۰۱۵ را نیز نیز به موفقیت برساند [۸]. در هر کشور با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و منابع موجود و زیر ساخت‌های توسعه یافتگی کشور، دستیابی و نحوه رسیدن به پوشش همگانی سلامت متفاوت است. به‌عنوان مثال سوئد و نروژ با سیستم یکپارچه ملی (بیمه همگانی) با چین که دارای نظام چندلایه بیمه‌ای است (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۴) تفاوت دارند؛ اگرچه هر ۳ کشور گام‌های مفید و مؤثری در راستای پوشش همگانی سلامت برداشته و به این هدف بزرگ رسیده‌اند. همچنین آلمان و انگلیس با ۲ بازار به ترتیب دولتی- خصوصی و ملی، روش‌های متفاوتی را برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت در دستور کار خود قرار داده‌اند [۹]. نتایج موفق حاصل از اجرای پوشش همگانی سلامت در تایلند عبارتند از: دسترسی بالا به خدمات بهداشتی، پایین آمدن ناخوشی، سطح بالای حفاظت از ریسک مالی، کاهش ۸/۵ درصدی مرگ و میر کودکان در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ و پرداخت‌های مستقیم پزشکی از ۴۵ درصد به ۱۵ درصد. عوامل بالا و دیگر عوامل، ظرفیت سیستم‌های بهداشتی تایلند را در میان ۸۰ کشور به رتبه اول با بالاترین میانگین قرار داده است [۱۰].

در ایران نیز طی چند دهه گذشته برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت تلاش‌های متعددی انجام شده است و قانون بیمه همگانی سلامت با هدف پوشش بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ به تصویب مجلس رسید [۱۱]. در سال ۱۳۸۹ (قبل از اجرای طرح تحول سلامت) ۸۳/۱۵ درصد از مردم تحت پوشش بیمه‌هایی نظیر خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیرو مسلح، کمیته امداد و سایر صندوق‌های بیمه‌ای بودند و ۱۶/۸۵ درصد به دلیل فقر یا شاید رفاه زیاد از این قاعده مستثنا بودند که بعد از طرح تحول در سال ۱۳۹۳ این عدد به ۹۶ درصد افزایش یافته است [۱۲]. ضریب نظام پوشش بیمه ایران نشان می‌دهد که فقط ۱۵ درصد از بار هزینه‌های مستقیم بیماری و پرداخت از جیب کاهش یافته است و نیز ۲ درصد احتمال میزان برخورداری از سلامت افزایش پیدا کرده است. آمارها حاکی از آن است که ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی مانند خانواده‌های سالخورده، بعد خانوار، زندگی در شهر به ترتیب هر کدام ۲۰، ۲۳ و ۲۴ درصد هزینه‌های مستقیم از جیب را افزایش داده‌اند. بنا بر مطالعه اخیر وزارت بهداشت، با سرمایه‌گذاری عظیمی که در این بخش انجام شده است نزدیک به ۹۸ درصد از مردم ایران در سال ۱۳۹۶ به پوشش همگانی سلامت

دست پیدا کرده‌اند [۱۳].

هدف این پژوهش، دستیابی به تجارب موفق کشورهای نظیر مالزی، تایلند، شیلی، کاستاریکا، کوبا، سوئد و سایر کشورها در قاره‌های مختلف با سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف است که به پوشش همگانی سلامت دست یافته‌اند. توان با بررسی این موارد، می‌توان به درک عمیق‌تر و شفاف‌تری نسبت به پوشش همگانی سلامت رسید تا بتوان علل دخیل در استقرار پوشش همگانی سلامت را با اهداف آن سنجید. این پژوهش علمی توصیه‌هایی نیز برای ایران در مسیر رسیدن به پوشش یکپارچه همگانی سلامت که کماکان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران محسوب می‌شود، خواهد داشت.

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای مروری است که وضعیت چندین کشور مختلف و تجارب موفق هر یک از آنها را در ارتباط با چگونگی و علل و عوامل تأثیرگذار در رسیدن به پوشش همگانی سلامت، بررسی می‌کند و در نهایت از این تجارب موفق، توصیه‌هایی برای ایران ارائه خواهد شد. در این پژوهش بخش بسیار عمده داده‌های مورد مطالعه، مستندات مرتبط با موضوع شامل گزارش‌های رسمی انتشار یافته و مقالات، کتب، آیین‌نامه‌ها و خبرنامه‌هایی است که با جستجوی کلیدواژه‌هایی همچون بیمه، پوشش همگانی سلامت، سلامت، نظام سلامت، منابع مالی و عملکرد نظام سلامت در پایگاه‌های داده‌ای خارجی مانند Google Scholar و Web of Science، وبسایت‌هایی مانند بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، همچنین استفاده از برخی پایگاه‌های داخلی مانند Iranmedex و برگزاری جلسه با ذی‌نفعان وزارت بهداشت در ایران به دست آمده است. تمام داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوایی، مرور و تحلیل شدند. روش گردآوری داده‌ها به این صورت انجام شد که ابتدا کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی سلامت (حدود ۶۰ کشور) به ترتیب شناسایی و دسته‌بندی شدند. سپس با توجه به نظر افراد متخصص و نگرش اساتید به اینکه هر کدام از این کشورها دارای انواع سیستم‌های بهداشتی و درمانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی، جمعیتی و دیگر عوامل تأثیرگذار متفاوتی هستند، طبقه‌بندی و معیارهای ورودی و خروجی تعیین شدند.

جامعه پژوهش مورد نظر از میان ۳ قاره جهان به ترتیب اولویت قاره‌های آسیا (اولویت برتر آسیا به دلیل وجود ایران در این قاره)، آمریکا و اروپا و کشورهای نظیر مالزی، تایلند، شیلی، کوبا، کاستاریکا

و سوئد به صورت هدفمند انتخاب و کلیه مقاله‌های مرتبط با آن کشورها در مورد موضوع مورد مطالعه پژوهش، استخراج و بررسی شدند. هدف از انتخاب هر یک از این کشورها دلایلی مانند اقتصادی، موقعیت جغرافیایی آسیایی، پیشرفت چشمگیر در زمینه پوشش همگانی سلامت با توجه به محدودیت درآمد در کشورهای آمریکای لاتین و در نهایت، مقایسه با یک کشور پیشرفته جهان اول با نظام سلامت ملی مانند سوئد بوده است. در پایان، داده‌های مرتبط با آنها با روش‌های ذکر شده جمع‌آوری شد که برای هر کشور، تجارب اساسی موفق با بررسی و تحلیل موردی ذکر شده است.

در این مطالعه ویژگی‌های جمعیتی، موقعیت جغرافیایی، متولی نظام سلامت هر کشور، نوع نظام سلامت، نوع و نقش بیمه، واحد یا چندگانه بودن صندوق بیمه و سایر اطلاعات کشورها مورد بحث و نتیجه‌گیری قرار گرفته است.

در این پژوهش، اطلاعات اولیه جمع‌آوری شده کشورها در ۶ جلسه گروهی با حضور نمایندگان بیمه و ذی‌نفعان وزارت بهداشت و دیگر حوزه‌های بیمه‌های تکمیلی، سازمان برنامه‌ریزی و توسعه و بیمه تأمین اجتماعی در اختیار متخصصان و سیاست‌گذاران ماهر و صاحب‌نظر قرار گرفت و طبق اظهارنظر ایشان، اصلاحات انجام شده و اطلاعات به دست آمده به متن اصلی اطلاعات پژوهش اضافه شد.

یافته‌ها

امروزه الگوی جهانی واحدی برای طراحی نظام‌های بیمه سلامت وجود ندارد. کشورها از نظر اولویت‌های مورد نظر خود، جمعیت تحت پوشش، درجه توسعه یافتگی، نوع سیستم حکومتی و دیگر عوامل متفاوتند. نظام‌های پرداخت‌کننده واحد و چندگانه (نظام واحد بیمه سلامت، شامل کشورهای است که همه شهروندان را در صندوق ریسک واحدی جای می‌دهند و کشورهای است که از نظام پرداخت چندگانه بیمه استفاده می‌کنند، صندوق‌هایی دارند که سطوح بالقوه متفاوتی از ریسک را پوشش می‌دهند)، هر کدام نقاط قوت و ضعف خود را دارند و کشورها باید این نقاط ضعف و قوت را با اولویت‌ها و نیازها، همچنین محدودیت‌های اقتصادی و سیاسی و ظرفیت‌های اجرایی خود ارزیابی و برای انتخاب بهترین نظام، اقدام کنند [۱۴].

در این مطالعه، یافته‌های به دست آمده برای هر کشور به صورت جداگانه در قالب یک جدول در زمینه‌های جمعیتی، امید به زندگی، میزان مرگ و میر کودکان، احتمال مرگ بین ۱۵ تا ۶۰ سال، مخارج کلی نظام سلامت، سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی، نوع

از: طرح تأمین مالی شده از راه مالیات برای ارائه خدمات رایگان، بسته خدمات جامع با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه و کنترل هزینه‌ها با بودجه ثابت و پرداخت آن به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت [۱۵]. نظام بیمه‌ای تایلند با حمایت دولت و بودجه کافی در سال ۲۰۰۲ با اجرای طرح کارت سلامت اختیاری افراد دارای پوشش بیمه و فاقد پوشش بیمه و همچنین طرح رفاه پزشکی افراد کم‌درآمد در قالب برنامه‌ای موفق، به تحت پوشش قرار دادن ۷۵ درصد از مردم کشور تایلند پرداخت [۱۸] و بر همین اساس در سال ۲۰۱۴ نزدیک به ۹۹ درصد مردم تحت پوشش همگانی سلامت قرار گرفتند [۱۹]. تحلیل استقرار پوشش همگانی در تایلند بر اثر عوامل مختلفی نظیر تعهدات مالی و سیاسی، خدمات اجتماعی مناسب، ظرفیت فنی تولید و بهره‌گیری شواهد پژوهشی، بستری مناسب برای رسیدن به این هدف مهم در درازمدت به‌شمار می‌آورد. حمایت سیاسی پایدار، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و وجود سازمان خریدار توانمند برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت در این کشور، نقش ویژه و تعیین‌کننده‌ای داشته است [۶]. از دیگر عوامل مؤثر می‌توان به نقش دولت در پیاده‌سازی ظرفیت‌ها برای استفاده هرچه بیشتر خدمات مطلوب نیز اشاره کرد [۱۰].

در زمینه تعامل بیشتر با بخش خصوصی برای ارائه مراقبت‌هایی که با بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند، تعقیب اهداف ملی سلامت در غیاب همکاری بین دولت و نظام‌های خصوصی بسیار مشکل

نظام سلامت، متولی نظام سلامت، نظام بیمه سلامت، نحوه تأمین مالی، نقش حکومت و رتبه جهانی سلامت ارائه شده‌اند و در نهایت در راستای اهداف مطالعه، چگونگی نحوه رسیدن به پوشش همگانی سلامت و تجارب موفق هر یک از آنها استخراج شده است. در جدول ۱ باتوجه به اطلاعات جمع‌آوری شده از منابع اطلاعاتی سازمان جهانی بهداشت به برخی از اطلاعات کشورهای در حال بررسی در این مطالعه بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ اشاره شده است [۱۶].

۱- تایلند

این کشور با جمعیتی حدود ۷۰ میلیون در شبه جزیره هند و چین در جنوب شرقی آسیا واقع شده است. امید به زندگی در این کشور برای مردان ۷۲ و برای زنان ۷۸ سال است. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸ متوسط رشد اقتصادی این کشور ۵/۲ درصد بوده است [۱۵]. ساختار نظام خدمات سلامت در تایلند متشکل از نهاد‌های دولتی و خصوصی است. نقش دولت در این ساختار بسیار گسترده و اساسی است، همچنین وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت، مدیریت مجموعه گسترده‌ای از بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان روستایی را نیز برعهده دارد و سایر ارگان‌ها نیز برای خود دارای مراکز درمانی اختصاصی هستند [۱۷].

آغاز طرح پوشش همگانی در تایلند با هدف برخورداری عادلانه از مراقبت‌های سلامت دارای ۳ ویژگی مهم و خاص است که عبارتند

جدول ۱ | اطلاعات کشورهای بررسی شده در مطالعه بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶

شخص	تایلند	کاستاریکا	مالزی	سوئد	کوبا	شیلی
میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۵ (به ازای هر ۱۰۰ تولد زنده)	۱۰/۷	۷	۸	۳	۵/۵	۸/۱
احتمال مرگ بین ۱۵ تا ۶۰ سال برای مردان و زنان در سال ۲۰۱۵ (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)	۱۰۵/۱۹۲	۱۲۴/۶۶	۷۹/۱۶۷	۶۴/۴۲	۱۱۳/۷۰	۱۱۰/۵۳
سرانه کل هزینه‌های بهداشتی در سال ۲۰۱۴	۶۰۰ \$	۱۳۹۰ \$	۶۰۰ \$	۵۲۱۹ \$	۲۴۷۵ \$	۱۷۵۰ \$
نوع نظام حکومتی کشور در سال	پادشاهی	جمهوری مستقل	پادشاهی	پادشاهی	جمهوری	جمهوری
صندوق توسعه پول در سال ۲۰۱۶	۳۹۰/۵۹۲	۵۷/۶۸۹	۳۰۲/۵۷۱	۵۱۷/۴۴۰	۵۱	۲۴۳/۹۰۳
سهام بخش بهداشت از بودجه سلامت در سال ۲۰۱۴	۴/۱	۹/۳	۴/۲	۱۲٪	۱۱٪	۷/۸
رتبه امید به زندگی	۷۶	۳۳	۶۶	۱۰	۳۸	۳۶

اجتماعی و اقتصادی و اقتصادی در میزان مرگ و میر را به طور قابل توجهی کاهش دهد [۲۵].

کاستاریکا بین سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰ میلادی، رونق بسیار موفقی را در زمینه نظام سلامت خود تجربه کرد و پیشرفت‌های قابل توجهی در شاخص‌هایی همچون پوشش جمعیت، مرگ و میر نوزاد، امید به زندگی و خدمات بهداشتی به دست آورد؛ به گونه‌ای که این دستاوردها بعد از آمریکای لاتین، این کشور را در رتبه دوم قرار داد. علاوه بر این، یک روند تدریجی برای ادغام خدمات بهداشتی نیز ایجاد شد، اما در همان دوره، هزینه مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک درصد از تولید ناخالص ملی تقریباً معادل ۵ برابر شد که این کشور از نظر پوشش همگانی سلامت در رتبه چهارم منطقه قرار داد. بحران اقتصادی دهه ۱۹۸۰ مشکلات مالی را شدت بخشید و دولت برای مقابله با آنها، برنامه‌ای برای کاهش هزینه‌ها و تبدیل مدل فعلی مراقبت‌های بهداشتی به مدل کارآمدتری که بتواند استانداردهای سلامت کاستاریکا را در آینده حفظ کند، معرفی کرد [۲۶]. در سال ۱۹۹۲ وزارت بهداشت در این کشور شکل گرفت که در جدول ۳، روند بیمه شدن، قانون و در نهایت رسیدن به پوشش همگانی سلامت اشاره شده است. این کشور در سال ۲۰۱۳، حدود ۹۵ درصد از جمعیت خود را تحت پوشش بیمه قرار داد [۲۷].

نظام سلامت در کاستاریکا متشکل از وزارت بهداشت (نقش سیاست‌گذار و قانون‌گذار) و تأمین اجتماعی (ارائه‌دهنده عمومی خدمات سلامت) است. نظام بیمه‌ای این کشور، از نوع تأمین اجتماعی چندگانه به عنوان خریدار خدمت و ارائه‌دهنده خدمت (درمان مستقیم) است که نتیجه آن، قرار گرفتن این کاستاریکا در زمره کشورهای موفق در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت است [۲۸]. در مجموع، کاستاریکا نظام سلامت خود را بر محور تأمین اجتماعی مستقل و عمومی می‌داند، اگرچه این امر موجب کاهش بهره‌وری، افزایش هزینه و فساد در مدیران شده، اما موجب دسترسی این کشور به پوشش همگانی سلامت در این سال‌ها شده است.

است. در بسیاری از کشورهایی که به پوشش همگانی دست پیدا کرده‌اند، بیمارستان‌ها و پزشکان بخش خصوصی به عنوان بخشی از طرح عمومی در نظر گرفته می‌شوند؛ زیرا منابع مالی اصلی از بخش عمومی نشئت می‌گیرند [۲۰]. در سال ۲۰۰۷ تصویب قانون ملی سلامت، نهادینه کردن مجمع ملی سلامت و جنبش‌های سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها، نقطه عطف مهمی میان اصلاحات اساسی در تایلند در زمینه پوشش همگانی ایجاد کرد که وضعیت قبل و بعد آن در جدول ۲ ارائه شده است [۲۱].

۲- کاستاریکا

این کشور با جمعیتی حدود ۴/۸۱۰/۰۰۰ نفر در آمریکای مرکزی واقع شده است. امید به زندگی در این کشور برای مردان ۷۷ و برای زنان ۸۲ سال است. کاستاریکا بر مبنای اصلاحات نظام سلامت خود، رویکرد متمایزی برای پوشش همگانی سلامت بر پایه اصول صلاحیت، همبستگی و اقدام جمعی برای غلبه بر نابرابری‌های اجتماعی، ایجاد کرده است. در اواخر دهه ۱۹۸۰ میلادی، بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین اصلاحات اجتماعی را برای کاهش فقر، کاهش نابرابری اجتماعی-اقتصادی، بهبود نتایج سلامت و حفاظت از ریسک مالی آغاز کردند. به این منظور، با شروع اصلاحات در دهه ۱۹۹۰ میلادی با هدف تقویت سیستم‌های بهداشتی به منظور کاهش نابرابری در دسترسی و نتایج بهداشتی متمرکز شدند که بر گسترش پوشش همگانی سلامت، به ویژه برای شهروندان فقیر، مؤثر بود. در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه در آمریکای لاتین، تأمین مالی دولت، معرفی مداخلات مربوط به عرضه را برای گسترش پوشش بیمه برای شهروندان بدون بیمه، با بسته‌های مزایای تعریف شده را افزایش داده و به افزایش خدمات منجر شده است [۲۴]. به طور کلی در هر جامعه‌ای، بیمه درمانی می‌تواند به بهبود چشمگیر در مرگ و میر نوزادان و کودکان، ارتقا سلامت و افزایش امید به زندگی منجر شود. همچنین گسترش بیمه برای افراد فقیر می‌تواند تفاوت‌های

جدول ۲ | اصلاحات اساسی در تایلند در زمینه پوشش همگانی

سال اجرا	توضیحات
۲۰۰۱	تشکیل صندوق ارتقای سلامت مبتنی بر مالیات کالاهای زیان آور
۲۰۰۲	استقرار نظام پوشش همگانی سلامت
۲۰۰۷	تصویب قانون ملی سلامت، نهادینه کردن مجمع ملی سلامت و جنبش‌های سلامت در همه سیاست‌گذاری‌ها
۲۰۱۰	گسترش پوشش سلامت برای افراد فاقد تابعیت

۳- مالزی

این کشور با جمعیتی حدود ۳۰/۳۳۱/۰۰۰ نفر در جنوب شرقی آسیا واقع شده است. امید به زندگی در این کشور برای مردان ۷۳ و برای زنان ۷۷ سال است. به طور کلی در هر کشور با وجود اینکه امر ادغام صندوق‌های بیمه درمانی یک گام ضروری برای توسعه سیستم صحیح و کارآمد محسوب می‌شود، اما صرف این اقدام، کفایت نمی‌کند و برای مفید واقع شدن باید، با کمک اصلاحات در زمینه عرضه مانند بهبود خدمات بهداشتی در مناطق روستایی و شهرهای کوچک، گسترش سیستم بهداشت و درمان، بهبود سیستم ارجاع، پیشرفت استفاده از دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد و کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی انجام شود [۲۹].

مسئولیت برنامه‌های بیمه‌ای و نظام سلامت مالزی برعهده صندوق ذخیره اجباری این کشور با عنوان صندوق ذخیره کارفرمایان است. این سازمان در خصوص مزایای دیگری همچون مسکن و آموزش و پرورش نیز فعال بوده و حق بیمه‌های پرداختی به این سازمان توسط کارکنان و کارفرمایان، در ۳ حساب جداگانه برای مسکن، مستمری و خدمات سلامت پس‌انداز می‌شود که سازمان EFP تفاوتی بین آنها قائل نیست. اگرچه مالزی فاقد نظام ملی سلامت است، اما این امکان را برای این سازمان ایجاد کرده تا از محل حساب پس‌انداز، هزینه‌های درمانی را بپردازد. آغاز تاسیس سازمان تأمین اجتماعی در مالزی سال ۱۹۷۱ است که ابتدا به‌عنوان یکی از زیرمجموعه‌های دولت تاسیس شده بود و هم‌اکنون نحوه اداره آن به شکل هیئت‌امنایی است باشد و مسئول اجرای برخی طرح‌های بیمه‌ای و درمانی محسوب می‌شود. در مالزی حق بیمه‌های جمع‌آوری شده، در بازار بورس اوراق بهادار، اوراق قرضه خصوصی و بازار پول سرمایه‌گذاری می‌شوند [۳۰].

بیشترین تکیه مالزی برای اجرای برنامه‌های بازنشستگی و خدمات سلامت خود بر موسسه‌ای به نام صندوق احتیاطی کارکنان (EPF) است و سازمان تأمین اجتماعی (SOCISO) برنامه‌های بیمه سلامت حوادث ناشی از کار و بازنشستگی را پشتیبانی می‌کند [۳۱]. افزایش هزینه‌های سلامت و انتظارات روزافزون در مالزی را می‌توان از مهم‌ترین چالش‌های این کشور برشمرد [۳۲]. در نتیجه، دستیابی به پوشش همگانی سلامت پروسه‌ای طولانی مدت است که کشور مالزی با بهره‌گیری از ترکیب سیستم مالی که دولت به‌عنوان حامی و سرمایه‌گذار اصلی در بخش دولتی و همچنین افرادی که توانایی مالی دارند، به‌عنوان مکمل در بخش خصوصی به‌وجود آمده است [۳۳].

۴- سوئد

این کشور با جمعیتی حدود ۱۰ میلیون نفر در شمال اروپا قرار دارد و چهارمین کشور بزرگ اروپا به‌شمار می‌رود. امید به زندگی در این کشور برای مردان ۸۱ و برای زنان ۸۴ سال است. در جدول ۴ برخی از شاخص‌های این کشور که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ انتشار یافته، مشاهده می‌شود [۱۶].

نظام همگانی و یکپارچه در سوئد، نمونه موفقی از نظام سلامت ملی مبتنی بر مالیات و بیمه سلامت اجباری است که ارائه‌دهنده اصلی خدمات سلامت برای کل افراد مقیم کشور است. نظام سلامت در این کشور تحت اداره دولت است که ساختار آن به ۳ سطح ملی، منطقه‌ای و محلی تقسیم‌بندی شده است. وظیفه دولت شامل قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری، تأمین مالی و مراقبت از افراد سالخورده است. متولی نظام سلامت در این کشور ترکیبی از ارگان‌ها و مؤسسات است. متولی نظام بیمه در این کشور شهرداری‌ها، شورای استان‌ها و

جدول ۳ | اصلاحات اساسی کاستاریکا در زمینه پوشش همگانی

سال	توضیحات
۱۹۶۱	بیمه شدن کارگران
۱۹۷۵	بیمه شدن کشاورزان
۱۹۷۸	بیمه اختیاری برای کارگران خویش‌فرما
۱۹۸۴	بیمه شدن افراد بی‌بضاعت
۱۹۹۵	بیمه اجباری بازنشستگی
۱۹۹۶	بیمه درمانی دانشجویی جهانی
۲۰۰۱	قانون حفاظت از کارگران
۲۰۰۵	بیمه برای افراد آسیب‌پذیر (فقرا و روستاییان)

شده در سال ۲۰۱۵، جمعیتی بالغ بر ۶۱۴ هزار نفر در سوئد تحت پوشش بیمه خصوصی قرار داشتند [۹ و ۳۴].

۵- کوبا

این کشور با جمعیتی بالغ بر ۱۲ میلیون نفر، از مجمع‌الجزایری در دریای کارائیب تشکیل شده که حدود ۴۰۰ سال در استعمار اسپانیا بوده است. این کشور در سال ۱۹۵۳ با رهبری فیدل کاسترو شاهد شرایط جدیدی بود. هاوانا به‌عنوان پایتخت، مرکز اصلی اقتصاد این کشور به‌شمار می‌رود.

امید به زندگی در این کشور برای مردان ۷۷ و برای زنان ۸۱ سال است. بنابر گزارش‌های انتشار یافته از سوی سازمان جهانی بهداشت، ۸۰ درصد جمعیت از زندگی در مناطق شهری و ۹۹ درصد مردم در این کشور از سواد بهره‌مندی دارند. کوبا با شاخص توسعه انسانی ۰/۸۰، مورد قبول استاندارد های صندوق جهانی طبیعت در زمینه توسعه پایدار واقع شده است (گزارش جهانی صندوق طبیعت، ۲۰۱۶). همچنین در برابر حقوق کارگران، آزادی قابل توجهی اتخاذ کرده

از نوع طب ملی سلامت است که به‌عنوان نقش خریدار خدمت از نوع صندوق واحد نیز عمل می‌کند. در جدول ۵، جزئیات ۳ سطح نظام سلامت در کشور سوئد تشریح شده است.

دولت سوئد از طریق وزارت سلامت و امور اجتماعی با کمک ۷ سازمان دولتی دیگر نظیر هیئت ملی سلامت و رفاه، هیئت بازرسی مراقبت‌های سلامت و اجتماعی، آژانس بررسی خدمات و مراقبت‌های سلامت، آژانس بهداشت عمومی، آژانس محصولات پزشکی، شورای ارزیابی فناوری در مراقبت‌های سلامت و آژانس منافع داروسازی و دندان پزشکی مسئول بخش بهداشت و درمان است. همچنین در سال ۱۹۸۲ میلادی، قانون بیمه سلامت در این کشور به تصویب رسید و تمام افراد مقیم را با بیمه اجباری مبتنی بر مالیات عمومی تحت پوشش قرار داد. به‌دلیل وجود سیستم نظام سلامت یکپارچه و نظام‌مند، سوئد از کشورهای بسیار موفق در زمینه پوشش همگانی سلامت به‌شمار می‌رود. در این کشور، بیمه‌های خصوصی با هدف پوشش تکمیلی نیز فعالیت می‌کنند که فقط کمتر از یک درصد هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کنند. براساس گزارش‌های منتشر

جدول ۴ | اصلاحات اساسی در کشور سوئد در زمینه پوشش همگانی

مالیات عمومی	منبع تأمین مالی نظام سلامت
۲۳	رتبه جهانی سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت
۴	مرگ و میر مادران به ازای ۱۰۰ هزار تولد زنده (۲۰۱۵)
۲/۴	مرگ و میر نوزادان به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده
٪ ۸۴	درصد سهم دولت از مخارج سلامت در سال ۲۰۱۴
٪ ۱۴	درصد سهم مردم از مخارج سلامت در سال ۲۰۱۴
۲/۷	تعداد تخت بیمارستانی به ازای ۱۰۰۰ نفر
۴	تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر

جدول ۵ | سطوح ۳ گانه نظام سلامت در سوئد

شماره	نوع سطح بندی	نام موسسه	وظایف
۱	ملی	وزارت سلامت و امور اجتماعی	سیاست‌گذاری
۲	منطقه	۱۲ شورای استان / ۹ نهاد منطقه‌ای	تأمین مالی، ارائه خدمات سلامت با کیفیت
۳	محلی	۲۹۰ شهرداری	مراقبت از افراد مسن و از کار افتاده، نیازهای مسکن

کوبا و اصول اساسی حرفه پزشکی به عنوان یک نوع کنترل اجتماعی محسوب می شود. سیستم مراقبت بهداشتی پرهزینه و بسیار حرفه‌ای کوبا باعث افزایش وابستگی مردم به اقلیت کارآفرینان می شود. همچنین در این کشور وابستگی به کمک‌های خارجی ادامه دارد، به نحوی که بدون کمک روسیه، کوبا نمی تواند از پوشش جهانی بهداشتی که تقریباً به طور کامل توسط پزشکان ارائه می شود، بهره‌مند شود [۳۸].

۶- شیلی

این کشور در آمریکای جنوبی قرار دارد که جمعیت آن تقریباً برابر با ۱۸ میلیون نفر است. در سال ۱۹۲۴ بیمه اجباری کارگران رسمی و در سال ۱۹۸۰ صندوق ملی فوناسا که مستقل از دولت بود، به عنوان ساختار اصلی نظام سلامت در این کشور تشکیل شدند. صندوق بیمه شیلی از نوع نظام چندگانه و مدل بازار تنظیم شده است. در کنار بیمه عمومی فوسانا، بیمه خصوصی ایساپرس هم نیز وجود دارد که اداره عالی سلامت، وظیفه نظارت بر آنها را دارد و هر یک از این دو بیمه با هدف اینکه فقط بیمه فوناسا در بخش عمومی تأمین کننده مالی و بیمه خصوصی ایساپرس از ارائه خدمات سلامت منع شده‌اند، کار خود را آغاز کرد. وزارت بهداشت هم به عنوان متولی نظام سلامت و ارائه دهنده خدمات سلامت در این کشور نقش آفرینی می کند. این کار باعث افزایش بهره‌وری و کارایی در هر یک از این دو بخش از طریق رقابت پذیری می شود. بیش از ۹۰ درصد مردم، تحت پوشش همگانی سلامت (فوسونا) هستند که تمام عوامل دولت بر آنها نظارت دارند.

بیمه خصوصی در شیلی به دلیل ویژگی‌هایی نظیر گران بودن و استفاده نشدن از سوی افراد کم درآمد، امکان نداشتن تغییر بیمه و بی توجهی به برنامه های پیشگیری، زمینه هایی را برای استفاده بیشتر از فوسونا و ایجاد رقابت بین بیمه‌های خصوصی ایجاد کرده است. این مدل از طریق شکل‌های مختلفی مانند عقد قرارداد بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و با روش‌های ترکیبی مختلف پرداخت، سازگار است. در گذشته صندوق‌های بیمه شیلی به طور آزادانه می توانستند حق بیمه مورد نظر خود را تعیین کنند و با تعریف هر یک از بسته‌های خدمات سلامت، با ارائه دهندگان خدمات سلامت قرارداد‌های مخصوصی ببندند، اما امروزه با اصلاحاتی که در این زمینه انجام شده، دولت به جای بیمه گر این فعالیت‌ها را تنظیم می کند. فعالیت‌های تنظیمی شامل جلوگیری از انباشت بدهی، حفاظت مالی از اعضای صندوق‌های بیمه و تضمین تبعیت هر دو بیمه را می شود. هدف از

است، به گونه ای که اتحادیه‌ها نیز در کوبا دارای نقش سیاسی هستند و حق قانونی (قانون اساسی) درباره مشورت قانون استخدامی دارند. آنها همچنین دارای حق پیشنهاد قوانین جدید به مجلس شورای ملی هستند. کوبا در زمینه پزشک خانواده، مراقبت‌های اولیه و طب مکمل و جایگزین در سیستم پزشکی به خوبی توسعه یافته است [۳۵].

بیشتر کشورهای آمریکای لاتین دچار فقر هستند و علل مرگ در این کشورها شامل سوء تغذیه، اسهال، پنومونی، سل، مالاریا و بیماری‌های ایبیدی است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، کوبا در زمینه بهداشت و درمان با بسیاری از کشورهای جهان اول برابری می کند و در برخی موارد نیز شرایط بهتری دارد. به عنوان مثال میزان مرگ و میر نوزادان در واحد جمعیت از میزان استاندارد و کشورهای جهان اول نیز به مراتب پایین تر است. ۹۵ درصد جمعیت این کشور از آب آشامیدنی سالم و بازیافت مجدد آن بهره می برند و مالاریا و فلج اطفال نیز به طور کامل ریشه کن شده است.

در کوبا تمرکز بسیار ویژه‌ای بر پیشگیری شده و مراقبت‌های بهداشتی به عنوان بخشی از حقوق شهروندی در نظر گرفته می شود. مراقبت‌های بهداشتی همگانی برای تمام شهروندان رایگان است. کوبا دارای بالاترین نسبت دکتر به بیمار در سطح جهان و برابر با ۷/۶ در هر ۱۰۰۰ نفر است. در سال ۲۰۱۴، نرخ مرگ و میر نوزادان در کوبا، یکی از کمترین نرخ‌ها در جهان و برابر با ۲/۴ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بوده است. از دیگر دستاوردهای این کشور در زمینه علم پزشکی می توان به داروهای معالجه و پیشگیری سرطان ریه و همچنین جلوگیری از قطع عضو بدن در بیماری‌های دیابت اشاره کرد [۳۶]. به نقل از مجله لنست، اگر همه کشور های با درآمد متوسط و کم درآمد راهبرد کوبا را در پیش گیرند، سلامت جهان دچار دگرگونی بزرگی می شود.

میان کشورهای آمریکای لاتین، تجربه کوبا می تواند جایگزین جالبی برای بسته استاندارد اصلاحات بخش سلامت باشد یا حتی در شرایط دشوار، حداقل تحریم‌های اقتصادی و سایر خصومت‌ها، کوبا قادر بوده است اولویت بندی نیازهای بهداشتی خود را شناسایی و به خوبی در اختیار مردم قرار دهد [۳۷]. ارائه مراقبت‌های بهداشتی یکی از اولویت‌های اصلی انقلاب جهانی کوبا بوده است. بحث ساختار و تکامل سیستم بهداشت عمومی کوبا، موارد بسیاری نظیر وزارت بهداشت عمومی، نیروی پزشکی، گسترش سیستم بهداشتی و درمانی، محدودیت‌های سیستم بهداشتی، تمرکز بر وابستگی بیش از حد به متخصصان، حداقل مسئولیت دادن به کارکنان بهداشت جامعه، آموزش بهداشت، اثربخشی پایین هزینه‌های سیستم بهداشتی

خود نزدیک شده و در برخی موارد موفقیت‌های چشمگیری را نیز کسب کرده‌اند [۴۳].

تایلند در زمره نخستین کشورهای با درآمد کم و متوسط است که از سال ۲۰۰۲ میلادی به پوشش همگانی سلامت دست یافته است. کشورهایی همچون چین، غنا، هندوستان، فیلیپین، رواندا، آفریقای جنوبی و ویتنام از تجربه تایلند در خصوص اصلاح نظام سلامت و دسترسی به پوشش همگانی سلامت استفاده کرده‌اند. قانون اساسی تایلند بر حق دسترسی همه شهروندان به مراقبت‌های سلامت و حق دسترسی رایگان فقرا به مراقبت‌های سلامت و دسترسی به خدمات سلامت برای همه تأکید کرده است. این مهم در برنامه هشتم توسعه اقتصادی و اجتماعی ملی تایلند نیز آمده است.

توسعه اقتصادی و اجتماعی دهه‌های گذشته و تجربه ۲۵ سال اصلاح تأمین مالی نظام سلامت نیز به موفقیت پوشش همگانی سلامت کمک کرده است که تمامی این موارد با نتایج این پژوهش هم‌خوانی داشته و تأیید می‌شوند [۴۶]. ترکیه نیز در سال ۲۰۱۴ به پوشش همگانی سلامت دست یافت. تعهد سیاسی به نظام بهداشت و درمان، برقراری نظام قوی ثبت اطلاعات الکترونیکی، تقویت نظام مرکزی وزارت بهداشت با استفاده از افزایش تعداد و توان فنی نیروی انسانی، جلب مشارکت همگانی برای اجرای برنامه، ایجاد جذابیت و مشوق‌های مناسب برای کاهش مقاومت در برابر تغییرات به وجود آمده از جمله عوامل موفقیت ترکیه برای دستیابی به پوشش همگانی بوده است. متناسب با شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورهای مختلف و تشابه آنها با ترکیه، این عوامل می‌توانند برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت مؤثر و سودمند باشند و براساس نتایج مطالعه در کشورهای مختلف نیز آثار مثبت و به‌سزایی داشته‌اند [۴، ۴۷، ۵۰]. پوشش همگانی سلامت برای کشورهای توسعه‌یافته مسئله

تازه‌ای نیست. واژه پوشش همگانی سلامت با نظام سلامت کشورهایی مانند کانادا، انگلیس، سوئد، آلمان و فرانسه، از قرن بیستم، زمانی که این کشورها دسترسی به برخی خدمات پایه مراقبت‌های سلامت را برای عموم مردم فراهم کردند، عجزین شده است [۴]. این کشورها با وجود تنوع در نوع نظام سلامت و تأمین مالی آن، جمعیت خود را از دسترسی به بسته جامعی از خدمات سلامت در زمان دریافت خدمات بهره‌مند کرده‌اند که با نتایج به‌دست آمده برای کشور سوئد سازگاری کامل دارد. کشورهای درحال توسعه‌ای مانند چین [۵۱، ۵۲]، ترکیه [۵۳]، تایلند [۱۷، ۵۴]، کره جنوبی [۵۵]، مکزیک [۵۶] و برزیل در مسیر پوشش همگانی سلامت، دست به اصلاحاتی گسترده

اشاره به موارد بالا این است که نمی‌توان ادعا کرد فقط مدل‌هایی با صندوق بیمه واحد می‌توانند کشوری را به موفقیت برسانند، بلکه کشوری مانند شیلی با نظام بیمه چندگانه نیز می‌تواند چنین دستاوردی را در زمینه پوشش همگانی (بالای ۹۰ درصد جمعیت) محقق سازد. این موفقیت از طریق تعامل دولت با سیستم کارآمد و کنترلی که توسط سازمان‌های حسابرس مستقل انجام می‌شود، می‌تواند پوشش بیمه‌ای جمعیت و ارتقای کیفیت خدمات را توسط یک نظام مبتنی بر رقابت به‌خوبی محقق سازد و به سرانجام برساند. هرچند در خصوص برابری و کیفیت این نظام، مباحثی مطرح است. [۳۹، ۳۰، ۲۹]

برنامه پوشش همگانی سلامت در شیلی از اهمیت فراوانی در زمینه سیاست‌های اجتماعی و چشم‌انداز قانونی برخوردار است. عوامل مهم در ارزیابی اصلاحات در این کشور عبارتند از: مشروعیت و انصاف در روند تعیین اولویت در سطح سیاست‌گذاری، اجرای تضمین کیفیت مراقبت و نیاز به فرایندها و راهبردهای اجرای برنامه بهداشتی در سطح سازمانی [۴۰]. در واقع براساس دو اصل رقابت بین صندوق‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، شیلی از مدل نظام سلامت بازار تنظیم‌شده تبعیت می‌کند، اما در مقایسه با سایر کشورهای موفق در زمینه پرداخت از جیب سهم نسبتاً بالایی برابر با ۲۴ درصد در سال ۲۰۰۴ دارد که این نرخ در سال ۲۰۰۰ بیشتر و برابر با ۴۰ درصد بوده که سیاست‌گذاران این کشور با سیاست‌های درپیش‌گرفته امیدوارند در سال‌های آینده، این مقدار کاهش پیدا کند [۴۱]. در نتیجه، افزایش منابع موجود برای مراقبت‌های بهداشتی، ایجاد همبستگی بین بخش‌های عمومی و خصوصی و بهبود کیفیت مراقبت، از اجزای کلیدی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در شیلی محسوب می‌شوند [۴۲].

بحث

در دهه گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط ثابت کرده‌اند که دستیابی و نزدیک شدن به پوشش همگانی سلامت، منحصر حق کشورهای توسعه‌یافته و پردرآمد نیست. شیلی، چین، برزیل، مکزیک، رواندا، ترکیه و تایلند از جمله کشورهای درحال توسعه هستند که برای برطرف کردن چالش‌های پیش‌روی توسعه پوشش همگانی سلامت، اقدام‌های مؤثری انجام داده‌اند. براساس نتایج به‌دست آمده در این مطالعه، کشورهای تایلند و شیلی با اقدام‌های مناسب و برنامه‌ریزی‌های صحیح در این راستا، به اهداف

پرداخت هزینه‌های آن و رایگان بودن کلیه خدمات در یک کشور هم نیست. با این حال حرکت به سمت این هدف به معنای حرکت به سمت عدالت، توسعه اولویت‌ها و همبستگی اجتماعی است. پوشش همگانی سلامت نه تنها بر خدماتی که پوشش داده می‌شوند تمرکز دارد، بلکه بر چگونگی پوشش آنها از طریق تمرکز بر مراقبت‌های سلامت مردم محور و یکپارچگی مراقبت‌ها نیز تأکید می‌کند.

تمام کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی سلامت از تعهدات سیاسی و مالی دولت نیز بهره‌مند بوده‌اند و بخش خصوصی به‌عنوان مکمل در کنار بخش عمومی نیز فعالیت داشته است. حمایت همه‌جانبه دولت و تأمین مالی از راه مالیات یکی از راهکارهای موفق دولت‌ها در بخش سلامت بوده است. شناخت نیازهای بهداشتی و پیاده‌سازی ظرفیت‌ها در زمینه گسترش و تقویت سیستم بهداشتی در راستای توجه به پیشگیری و بهداشت عمومی از نکات حائز اهمیت کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی بوده است. همچنین وجود سیستم ارجاع منظم و هماهنگ از دلایل بهبود این امر در زمینه پوشش همگانی سلامت است و برنامه‌ریزی دولت برای کاهش هزینه‌ها از طریق پرداخت براساس سرانه و کنترل اجتماعی زمینه‌ساز چنین دستاورد مهمی بوده است.

آموزش صحیح و پیشرفت علمی در کشوری مانند کوبا با درآمد متوسط و کم، این کشور را دچار تحولات گسترده عظیمی در بخش سلامت کرده است. وجود یک صندوق بیمه واحد و سرمایه‌گذاری

در هر ۳ بعد پوشش همگانی (گستره خدمات، جمعیت و حفاظت مالی) زده‌اند. توجه به تجربیات این کشورها در مسیر نیل به پوشش همگانی، حاکی از آن است که اصلاحات و تغییر در نظام سلامت هر کشور برای دستیابی به هدف غایی نظام فوق که همانا حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه است، باید جامع بوده و در تمامی ابعاد انجام شود. تلاش‌های پراکنده، اختصاصی و بدون برنامه، یا بی‌فایده خواهند بود یا فقط به پیشرفت‌های مقطعی منجر خواهد شد [۵۷].

نتیجه‌گیری

منظور از پوشش جمعیت ایده‌آل، آن است که تمام افراد یک کشور تحت پوشش همگانی سلامت با بالاترین استاندارد قرار گیرند و تمام افراد هنگام دریافت خدمات پزشکی مورد نیاز، دچار هزینه‌های کمرشکن و مشکلات مالی قابل ملاحظه‌ای نشوند. در مورد راهکارهای دستیابی به پوشش همگانی نظام سلامت علاوه بر تأمین مالی در بخش سلامت، باید برخی از اجزای سلامت مانند نیروی کار در بخش سلامت، تسهیلات، شبکه‌های ارتباطی بین بخشی، نظام‌های اطلاعاتی و سازوکارهای تضمین کیفیت را نیز پوشش دهد. پوشش همگانی سلامت فقط تضمین ارائه بسته حداقلی از خدمات سلامت نیست، بلکه تضمین گسترش سریع پوشش خدمات سلامت و محافظت در برابر خطر مالی است. همچنین این مفهوم به معنای پوشش رایگان تمام مداخلات بهداشتی ممکن، بدون

جدول ۶ | جمع‌بندی نوع سیستم نظام سلامت و میزان دستیابی به پوشش همگانی سلامت

نام کشور	نوع سیستم نظام سلامت	درصد پوشش همگانی
تایلند	متشکل از نهادهای دولتی و خصوصی است که نقش دولت در آن بسیار گسترده و اساسی است. همچنین وزارت بهداشت به‌عنوان متولی نظام سلامت، مدیریت مجموعه گسترده‌ای از بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشت و درمان روستایی را نیز برعهده دارد. سایر ارگان‌ها نیز برای خود مراکز درمانی اختصاصی دارند.	۹۹
کاستاریکا	متشکل از وزارت بهداشت (نقش سیاست‌گذار و قانون‌گذار) و تأمین اجتماعی (ارائه‌دهنده عمومی خدمات سلامت) است و نظام بیمه‌ای این کشور، از نوع تأمین اجتماعی چندگانه به‌عنوان خریدار خدمت و ارائه‌دهنده خدمت (درمان مستقیم) است.	۹۵
مالزی	نظام بیمه همگانی	۹۰
سوئد	نظام سلامت ملی مبتنی بر مالیات و بیمه سلامت اجباری	۹۲
کوبا	NHS	۹۵
شیلی	نظام چندگانه و مدل بازار تنظیم شده	۹۰

- age in Thailand: Achievement and experiences learned. *Hakim Health Sys Res.* 2015. 2015;18(3):217-32. [Persian]
7. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization.* 2013;91:853-63.
 8. Christopher Dye JCRaRFT. Research for Universal Health Coverage. *Science Translational Medicine.* 2013;5(199).
 9. Anell A GA, Merkur SM. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2012;14(5):1-59.
 10. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001726.
 11. Najafi B. A Review of financing policies on the way to achieve public health coverage in Iran. *Journal of Epidemiology in Iran.* 2017;12(5):74-84. [Persian]
 12. Rashidian A, Karimi-Shahanjarini A, Khosravi A, Elahi E, Beheshtian M, Shakibazadeh E, et al. Iran's multiple indicator demographic and health survey-2010: Study protocol. *Int J Prevent Med.* 2014;5(5):632.
 13. Ahmadi A, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of pocket payments in health system of Iran, using two part regression model. *Journal of Health Administration.* 2014;17(56).
 14. Anderson GF, Hussey P. Special Issues With Single-Payer Health Insurance Systems, 2004.
 15. Evans TG, Chowdhury A, Evans D, Fidler A, Lindelow M, Mills A, et al. Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges: an independent assessment of the first 10 years (2001-2010). *Health Insurance System Research Office: Non-thaburi.* 2012.
 16. Annual R. Information of Thailand. *World Health Organization,* 2015.
 17. Hanvoravongchai P. Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints, 2013.
 18. Pramualratana P, Wibulpolprasert S. Health insurance systems in Thailand: *Health Systems Research Institute;* 2002.
 19. Vahidi T. Introduction to Thai health systems. *Tehran: A Conference at Ministry of Health and Medical Education,* 2014. [Persian]
 20. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy.* 2004 Apr 1;68(1):17-30.

دریافتی‌ها در بازار بورس و استفاده آنها در جامعه برای تقویت و گسترش سیستم بهداشتی و همچنین نظام‌های بیمه‌ای هماهنگ از دیگر عوامل بهبود کیفیت مراقبت و در نهایت، پوشش همگانی سلامت بوده است؛ به‌عنوان مثال در شیلی با وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد، با دخالت دولت در زمینه قیمت‌گذاری حق بیمه و تنظیم بازار، شاهد افزایش بهره‌وری و رقابت‌پذیری هستیم. نظام یکپارچه و ملی سوئد با حمایت دولت و ۷ سازمان دیگر، نمونه بارز کشوری موفق و آشکار در زمینه پوشش همگانی سلامت از نوع نظام سلامت ملی است.

پوشش همگانی سلامت فرایند زمان‌بری است که ایران در چند سال گذشته با اجرای طرح تحول سلامت به این هدف بزرگ بسیار نزدیک شده است. اجرای طرح‌ها و سیاست‌ها و برنامه‌هایی نظیر شناخت اولویت‌ها و نیازها، تضمین کیفیت خدمات با نظارت دولت، حمایت‌های مالی در بخش خصوصی، بیمه اجباری و گسترش بیمه، توجه به پیش‌گیری، تأمین مالی از راه مالیات برای ارائه خدمات سلامت عمومی، بسته خدمات جامع با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه، کنترل هزینه‌ها با بودجه ثابت و پرداخت آن به ارائه‌دهندگان، ظرفیت فنی تولید، بهره‌گیری از شواهد پژوهشی، حمایت سیاسی پایدار، اصلاحات در زمینه عرضه و دسترسی وسیع و عادلانه خدمات و همچنین پزشک خانواده، از جمله اقدام‌هایی است که باعث شده کشورمان در این زمینه، گام‌های مؤثری بردارد و به این هدف بزرگ به‌طور کامل و یکپارچه دست پیدا کند.

References

1. Callahan D. The WHO definition of 'health'. *Hastings Center Studies.* 1973;77-87.
2. Garrett L, Chowdhury AMR, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. *Lancet.* 2009;374(9697):1294-9.
3. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet.* 2012;380(9837):126-33.
4. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet.* 2012;380(9845):924-32.
5. Mahler H, editor *The meaning of health for all by the year 2000.* World Health Forum; 1981.
6. Doshmangir L, Rashidian A, Bazayr M. Universal health cover-

21. Jongudomsuk P. The Kingdom of Thailand health system review. Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
22. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Boonyapaisarncharoen T, Prakongsai P, editors. Why has the Universal Coverage Scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? BMC Public Health. 2012;12(S1):S6.
23. Sakunphanit T. Universal health care coverage through pluralistic approaches: experience from Thailand. Bangkok, ILO Sub-regional Office for East Asia, 2006.
24. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2015;385(9974):1230-47.
25. Dow WH, Schmeer KK. Health insurance and child mortality in Costa Rica. Social Sci Med. 2003;57(6):975-86.
26. CarmeloMesa-Lago. Health care in Costa Rica: Boom and crisis. Social Sci Med. 1985;21(1):13-21.
27. Vargas JR, Muiser J. Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1940-2000). Health Res Policy Syst. 2013;11(1):28.
28. World Bank Organization. Report on health system review, 2012.
29. Bazyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MR, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. Int J Health Policy Manag. 2016;5(4):253.
30. Kanmanesh N. Health and insurance system in selected countries, 2016.[Persian]
31. Bali AS, Asher MG. Coordinating healthcare and pension policies: an exploratory study, 2012.
32. Jaffar S, Noh KM, Muttalib KA. Malaysia Health System Review, Asia Pacific observatory on Health Systems and Transitions. Health Systems in Transition. 2013;3(1):15-21.
33. Chua HT, Cheah JCH. Financing universal coverage in Malaysia: a case study. BMC Public Health; 2012;12(1):1-7.
34. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D. 2015 international profiles of health care systems: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 January.
35. Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. J Am Board Fam Pract. 2005;18(4):297-303.
36. Cohn M. uman Rights Hypocrisy: US Criticizes Cuba. 2016.
37. Pol De Vos CaC, Patrick Van der Stuyft. contrasting models in Latin America's health sector reformWim De Ceukelaire. TMIH. 21 September 2006.
38. Werner D. Health care in Cuba: a model service or a means of social control--or both? 1983.
39. Savedoff WD. Governing mandatory health insurance: concepts, framework, and cases. Governing mandatory health insurance: learning from experience Washington, DC, World Bank. 2008:13-48.
40. Bastías G, Pantoja T, Leisewitz T, Zárate V. Health care reform in Chile. Can Med Assoc J. 2008;179(12):1289-92.
41. Correa-Burrows P. Out-of-pocket health care spending by the chronically ill in Chile. Procedia Economics and Finance. 2012;1:88-97.
42. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Najera-De Ferrari M, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Chile. PLoS Med. 2014;11(9):e1001676.
43. Savedoff WD, Smith AL. Achieving universal health coverage: learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden. Washington, DC: Results for Development Institute. 2011.
44. Anell A, Glenngard AH, Merkur SM. Sweden: Health system review. Health systems in transition. 2012;14(5):1-159.
45. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. Lancet. 2012;379(9818):833-42.
46. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Suthiwisak P. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Thailand, 2014.
47. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet. 2013;382(9886):65-99.
48. Preker AS, Lindner ME, Chernichovsky D, Schellekens OP. Scaling up affordable health insurance: staying the course: World Bank Publications; 2013.
49. Mulupi S, Kirigia D, Chuma J. Community perceptions of health insurance and their preferred design features: implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):474.
50. Aran M, Ozceli EA. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country Summary Report for Turkey, 2014.
51. Chun C, Kim S, Lee J, Lee S. Republic of Korea: Health system review. Health Systems in Transition. 2009;11(7).
52. Liang L, Langenbrunner JC. The long march to universal coverage: lessons from China, 2013.
53. Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor, 2013.
54. Sakunphanit T. Thailand: universal health care coverage

- through pluralistic approaches. Social Security Extension Initiatives in East Asia ILO sub-regional office for East Asia Bangkok: International Labour Organization, 2006.
55. Knauth FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259-79.
56. Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S, et al. An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *Lancet*. 2014;384(9960):2164-71.
57. Temkin LS. Universal health coverage: Solution or siren? Some preliminary thoughts. *Journal of Applied Philosophy*. 2014;31(1):1-2.