



Health Financing Systems in Selected Countries

Seyed Morteza Alizadeh Razavian^{1*} MD

¹ National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

*Correspondence to: Seyed Morteza Alizadeh Razavian; Email: alizadeh.mo@ihio.gov.ir

Received: February 6, 2022

Revised: April 26, 2022

Accepted: May 7, 2022

Online Published: Jan 7, 2022

Abstract

The limitation of resources in the face of the unlimited needs of society is the origin of economic decision-making. The characteristics of health needs and the economic situation and service delivery system have led to the development of different models in prioritizing needs and providing resources for health needs. Knowing the patterns can help you choose the right method. In the UK, Canada, Sweden and Chile the structure is tax-based. The structure in Germany and Turkey is based on two pillars, tax and premium. In the United States, with the exception of government-funded people with disabilities, the rest of society uses private insurance. Sri Lanka, Malaysia and Brazil were forced to provide universal health coverage through tax revenues. Low-income countries are in the same group. In Thailand, Mexico and Kyrgyzstan, premiums from official employees, along with tax revenues, are the basis for the general population's access to health services. In developing countries, financing is mainly through out-of-pocket payments, but due to the injustice created, they are moving to rely on tax resources. In developed countries, the private sector is growing gradually, and even governments with national medical systems have allowed out-of-pocket payments to increase. Financing is related to the level of economic development. In countries with low per capita incomes, high informal employment rates, and unfair wealth redistribution, tax regimes work better. A variety of other methods, such as labeled taxes, special duties, and bond sales, can help provide better financial resources for health.

Keywords: Health Insurance, Social Insurance, Financing, Service Package

Highlights

1. The level of development of countries is effective in choosing the method of health financing.
2. The more the financing system of health systems relies on tax sources, the fairer the health system is in terms of financial participation.
3. Out-of-pocket payments can be one of the most important factors influencing health financing equity.

Citation:

Alizadeh Razavian SM. Health financing systems in selected countries. Iran J Health Insur. 2022;5(1): 6-17.



نظام‌های تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب

سید مرتضی علیزاده رضویان^{۱*} MD

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سید مرتضی علیزاده رضویان؛ پست الکترونیک: alizadeh.mo@ihio.gov.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

تصحیح: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷

چکیده

محدودیت منابع در مقابل نیازهای نامحدود جامعه، خاستگاه تصمیم‌گیری اقتصادی است. ویژگی‌های نیازهای سلامت و وضعیت اقتصادی و نظام ارائه خدمت، موجب تدوین الگوهای متفاوت در اولویت‌بندی نیازها و تأمین منابع برای نیازهای سلامت شده است. شناخت الگوها می‌تواند در انتخاب شیوه مناسب کمک کند. در بریتانیا، کانادا، سوئد و شیلی ساختار بر اساس مالیات است. ساختار در آلمان و ترکیه بر پایه دو ستون مالیات و حق بیمه است. در آمریکا به‌جز افراد ناتوان که از دولت تأمین مالی می‌شوند، مابقی افراد جامعه از بیمه خصوصی استفاده می‌کنند. سریلانکا، مالزی و برزیل ناگزیر شدند از طریق درآمدهای مالیاتی، منابع مالی پوشش همگانی سلامت تأمین کنند. کشورهای کم‌درآمد نیز در همین گروه قرار دارند. در تایلند، مکزیک و قرقیزستان حق بیمه‌ها از کارمندان رسمی همراه با درآمدهای مالیاتی، مبنای دسترسی کل جمعیت به خدمات سلامت است. در کشورهای درحال توسعه تأمین مالی عمدتاً از طریق پرداخت از جیب است، اما به دلیل بی‌عدالتی ایجاد شده به سمت اتکا به منابع مالیاتی حرکت می‌کنند. در کشورهای پیشرفته بخش خصوصی به‌تدریج در حال رشد است و حتی دولت‌هایی که نظام طب ملی دارند اجازه داده‌اند سهم پرداخت از جیب افزایش پیدا کند. تأمین مالی به سطح توسعه‌یافتگی اقتصادی ارتباط دارد. در کشورهایی که سطح سرانه درآمد پایین، نرخ اشتغال غیررسمی بالا و بازتوزیع ثروت ناعادلانه باشد، رژیم‌های مالیاتی بهتر جواب می‌دهند. شیوه‌های گوناگون دیگری مانند انواع مالیات‌های نشاندار، عوارض خاص و فروش اوراق قرضه می‌تواند به تأمین بهتر منابع مالی برای سلامت کمک کند.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، بیمه اجتماعی، تأمین مالی، بسته خدمت

نکات ویژه

۱. میزان توسعه یافتگی کشورها، بر انتخاب روش تأمین مالی نظام سلامت آنها مؤثر است.
۲. هرچه روش تأمین مالی نظام‌های سلامت متکی به منابع مالیاتی باشد، نظام سلامت از منظر مشارکت مالی عادلانه‌تر است.
۳. میزان پرداخت از جیب، می‌تواند یکی از مهمترین عامل تأثیرگذار بر عادلانه بودن تأمین مالی نظام‌های سلامت باشد.

مقدمه

برای اطمینان از انجام چنین امری، نیاز به اولویت‌بندی است [۴]. تصمیم‌گیری در این باره که چه بسته خدماتی برای سازمان بیمه‌گر تدوین شود، هزینه این بسته در جامعه چقدر است و بالاخره این هزینه از کجا تأمین شود، به دلیل پیچیده بودن اولویت‌بندی اتفاق نظر درمورد بهترین شیوه تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی وجود ندارد. تعیین بسته بیمه درمان پایه همواره یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت بوده است. مطالعات اندک انجام شده در زمینه اولویت‌گذاری در کشورهای در حال توسعه بیانگر نبود توازن بین

امروزه کشورها با این حقیقت روبه‌رو هستند که باوجود نامحدود بودن نیازهای بشر، منابع محدود هستند [۱]. بخش سلامت نیز مانند سایر بخش‌ها با این محدودیت روبه‌رو است [۲]. در نتیجه محدود بودن منابع، ناگزیر انتخاب باید صورت بگیرد. زمانی که شکاف موجود بین نیاز به مراقبت از سلامت و منابع در دسترس بیشتر می‌شود، باید تصمیمات سختی اتخاذ شود [۳]. ضروری است که از منابع موجود به بهترین نحو ممکن بهره‌برداری شود.

فعالیت‌های توسعه در یک دوره چند ساله.

۳. مشوق‌های جدید از قبیل ضمانت‌های مالی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و دیگر مزایا و پاداش‌ها برای رسیدگی به شکست بازار و گسترش فعالیت‌های توسعه مداوم [۶].

چهار طبقه‌بندی عمده برای مکانیزم‌های ابتکاری تأمین مالی برای بسته خدمات پایه شناسایی شده است:

۱. مالیات، عوارض و دیگر هزینه‌های اجباری مرتبط با فعالیت‌های جهانی: شامل طرح‌هایی چون مالیات بر بلیت هواپیمایی که در سطح ملی اما در چارچوب هماهنگی و همکاری بین‌المللی وضع می‌شود. مالیات‌های وضع شده بر معاملات مالی، کربن و... نمونه‌های دیگری در این طبقه‌بندی هستند. این طرح‌ها، جریان‌های درآمد عمومی جدیدی را به واسطه بخش خصوصی تولید می‌کنند [۶].

۲. مشارکت‌های منسجم داوطلبانه: در نقطه خرید محصول، گزینه‌ای برای اهدای حجم کوچکی از منابع مالی در نظر گرفته می‌شود (مثلاً، هنگام رزرو هتل). اگرچه این طرح ماهیت خصوصی دارد، اما در حقیقت مجریان دولتی چنین مشارکت‌هایی را از طریق محرک‌های مالیاتی و تسهیلات فنی در توزیع منابع میسر می‌سازند [۶].

۳. ابزارهای مبتنی بر بدهی: صدور اوراق قرضه در بازارهای بین‌المللی سرمایه، بدهی‌های قابل گزارش را به‌عنوان کمک طی یک بازه زمانی فراهم می‌آورد. به عنوان مثال، کم شدن سقف بدهی‌ها که سایر مکانیزم‌های مبتنی بر بدهی شامل تبدیلات بدهی (که میزان بدهی را کاهش می‌دهد و به موجب آن، منابع اضافی برای هزینه‌های توسعه آزاد می‌شود) را فعال می‌کند، اوراق قرضه دیاسپورا (Diaspora) یک ابزار بدهی است که توسط نهاد مستقل کشوری و با همکاری خصوصی صادر می‌شود، اوراق قرضه مسئولیت‌پذیری اجتماعی (سبز) که تمایل به سرمایه‌گذاری در طرح‌های محیطی یا توسعه‌ای دارند و نرخ‌های پایین تر بازگشت سرمایه خود را می‌توانند بپذیرند [۷].

۴. ضمانت‌های دولتی، مشوق‌های دولتی - خصوصی، بیمه و سایر مکانیزم‌های مبتنی بر بازار: این شامل طرح‌هایی است که بودجه عمومی را به سمت ایجاد محرک‌های جلب سرمایه از بخش خصوصی سوق می‌دهد (مثلاً از طریق یارانه‌های دولتی یا تعهد به خرید یک محصول خاص در یک قیمت تعیین شده، مانند واکسن). هدف این طرح‌ها اصلاح نارسایی‌های بازار است. هدف سایر مکانیزم‌ها کاهش خطرات مستقل و یا آسیب‌پذیری‌های حاصل از اقتصاد کلان است.

معیارهایی است که بر اساس آنها اولویت‌گذاری صورت می‌گیرد و معیارهایی که باید اولویت‌گذاری بر اساس آنها صورت بگیرد. به طور کلی دو بسته خدمات سلامت در ایران به عنوان بسته‌های پایه خدمات توسط نظام سلامت تأمین مالی می‌شود. بسته نخست، بسته خدمات اولیه بهداشتی است که در حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد از هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به این بسته خدماتی اختصاص می‌یابد. این هزینه‌ها کاملاً توسط دولت پرداخت می‌شود. بسته دوم، بسته خدمات درمانی است که تأمین مالی آن قاعدتاً برعهده سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و عمومی است [۵].

تأمین مالی مراقبت سلامت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار، اشکالات متنوعی دارد. فقیرترین کشورها، بالاترین هزینه پرداخت مستقیم از جیب را به عنوان درصدی از درآمد دارند. به دلایلی، تعهد دولت به تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای کم‌درآمد، پایین بوده است. فاکتوری که اغلب نادیده گرفته می‌شود، کیفیت پایین خدمات عمومی و انگیزه پایین مستخدمان دولتی است که سرمایه‌گذاری‌های عمومی را تضعیف می‌کند و ارزش سرمایه‌گذاری‌ها را به مخاطره می‌اندازد. به علاوه، در بخش خصوصی پرداخت‌هایی مانند پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت‌های مستقیم بیماران میزان قابل توجهی از هزینه‌های بخش سلامت را در اغلب کشورها به خود اختصاص داده و در اکثر موارد غیرقانونی است، چون همه شهروندان باید خدمات سلامت را به صورت رایگان دریافت کنند [۶].

تجربه کشورهای OECD در تأمین مالی بسته خدمات پایه

کشورهای عضو OECD، مدل ابتکاری تأمین مالی را منبعث از مکانیزم‌های جمع‌آوری درآمد یا فعالیت‌های انگیزشی در حمایت از توسعه بین‌المللی می‌دانند که فراتر از رویکردهای سنتی صرف هزینه توسط بخش دولتی و خصوصی است. مکانیزم‌های حمایتی عبارتند از:

۱. رویکردها و روش‌های جدید برای تجمیع جریان درآمدی بخش‌های دولتی و خصوصی در مقیاس بالا و توسعه فعالیت‌هایی به منظور کسب مزایای حاصله توسط کشورهای همکار.
۲. اختصاص جریان‌های درآمدی جدید از قبیل جمع‌آوری منابع مالی حاصل از پرداخت‌های مستقیم، پیش‌پرداخت‌ها، مالیات، اوراق قرضه، وجوه حاصل از فروش یا طرح مشارکت داوطلبانه به

سلامت تایلند متکی بر مشارکت‌های ناشی از حقوق و دستمزد برای تنها ۱۲ درصد از جمعیت است و در سطح بین‌المللی، طرح پوشش همگانی را با استفاده از درآمدهای عمومی دولت، تأمین مالی می‌کند. در تایلند طی ۱۰ سال، تعداد افراد بدون پوشش همگانی از ۳۰ درصد به کمتر از ۴ درصد جمعیت تنزل یافت. به عبارت دیگر، اقشار کم‌درآمد، بیشترین سود را بردند و تایلند با ادغام طرح‌های مختلف، نابرابری موجود را که ناشی از وجود مزایای برتر برای کارمندان رسمی است، جبران کرد. در حال حاضر، روندی به سمت یکپارچه‌سازی صندوق‌های انباشت همچون ترکیب مشارکت‌ها، درآمدهای مالیاتی و کمک‌های توسعه‌ای در بسیاری از کشورها وجود دارد. چنین اصلاحاتی در قرقیزستان به طور ریشه‌ای، پراکندگی و نابرابری را کاهش داد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشید. دسترسی به مراقبت از سلامت در بیمه سلامت ملی آفریقای جنوبی، بیشتر مبتنی بر شهروندی و اقامت قانونی بود تا مشارکت‌های مالی [۸].

بریتانیا

انگلستان، اسکاتلند، ولز و ایرلند شمالی در سال ۱۹۴۸ تحت پوشش خدمات سلامت ملی (National Health System) درآمدند. کل جمعیت با نظامی پوشش داده می‌شود که اساساً از مالیات عمومی تأمین مالی می‌شود. مقامات دولتی محلی و منطقه‌ای خدمات را سازماندهی و مدیریت می‌کنند. به پزشکان مراقبت‌های اولیه، از طریق سرانه، پرداخت به ازای ارائه خدمت انجام می‌شود. بیمارستان‌ها بودجه تخصیصی را از مجریان بخش سلامت در سطح منطقه دریافت کرده و به پزشکان مستقر در بیمارستان‌ها حقوق پرداخت می‌شود. NHS در برابر پارلمان، پاسخگو است و اساساً از طریق مالیات، تأمین مالی می‌شود [۹].

NHS پوشش همگانی را برای گستره وسیعی از خدمات به همراه یک ساختار موازی و کوچک از بخش خصوصی ارائه می‌کند که اساساً در طیف محدودی از پروسیجرهای انتخابی، تخصصی شده‌اند. وظیفه NHS ارائه دسترسی جامع و همگانی به مراقبت سلامت است که اغلب در زمان ارائه خدمت رایگان است. بعد از یک دهه افزایش تورم در تأمین مالی NHS، نظام مراقبت سلامت بریتانیا در حال تجربه یک دوره ثبات یا کاهش در تأمین مالی است، در حالی که تقاضا برای ارائه خدمت رو به افزایش است. در نتیجه بیماران با

مثلاً بیمه مبتنی بر آب و هوا یا وام‌های دوره‌ای (Counter-cyclical) که هدفشان بیشتر بهبودی بخشیدن به اثربخشی تأمین مالی است تا ایجاد جریانات درآمدی جدید [۷].

تجربه کشورهای موفق در ارتباط با تأمین مالی در راستای دستیابی به اهداف بسته خدمات پایه

تعداد فزاینده‌ای از کشورهای در حال توسعه، در حال ایجاد نظام‌های تأمین مالی «رشد یافته در خانه» (Home-grown) به منظور پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند. این کشورها، صرف‌نظر از تفاوت‌های موجود در نوع حرکت، بر این باورند که حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت باید مبتنی بر شهروندی و یا اقامت و نه براساس وضعیت اشتغال و مشارکت‌های مالی در نظر گرفته شود. به جای وارد کردن مدل‌های نامناسب تأمین مالی از کشورهای با درآمد بالا، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط باید به داستان‌های موفقیت «بسته خدمات پایه» در کشورهای قابل مقایسه تایلند، مکزیک، سریلانکا و قرقیزستان بنگرند. این کشورها بیشترین پیشرفت را در به‌روزرسانی مفاهیم عدالت و جهان‌شمولی داشته‌اند و رویکردهایی را که براساس آنها اقشار کم‌درآمد باید حق بیمه‌های خود را پرداخت کنند، رد کرده‌اند [۸]. این کشورها در دو دسته زیر قرار گرفته‌اند:

۱. دسته اول کشورهایی از قبیل سریلانکا، مالزی و برزیل هستند که در همه سطوح درآمدی، پوشش همگانی سلامت را از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی می‌کنند. نظام‌های سلامت تأمین مالی شده از طریق مالیات در سریلانکا و مالزی، شهروندان را با بعضی از بالاترین سطوح ریسک مالی در آسیا مواجه ساخته است. در اواخر دهه ۱۹۸۰ در برزیل، نیمی از جمعیت هیچ پوشش سلامت نداشتند و دو دهه بعد از استقرار نظام مالیاتی تقریباً ۷۰ درصد از ۲۰۰ میلیون شهروند، تحت حمایت مالی، خدمات سلامت را دریافت می‌کردند. مهم‌تر از همه اینکه، تنها کشورهای با درآمد کم، برای دستیابی به پوشش همگانی و منصفانه، رویکرد تأمین مالی مبتنی بر مالیات را اتخاذ کرده‌اند [۸].

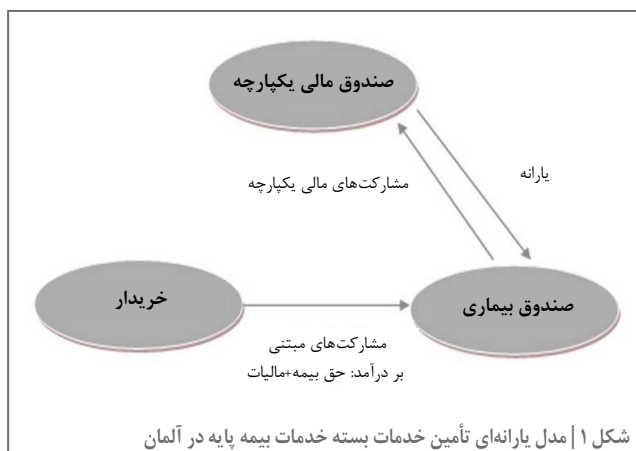
۲. دسته دوم کشورهایی چون تایلند، مکزیک و قرقیزستان هستند که حق بیمه را تنها از کارمندان رسمی جمع‌آوری می‌کنند و آنها را انباشت می‌کنند، سپس به همراه درآمدهای مالیاتی امکان دسترسی کل جمعیت را به خدمات سلامت فراهم می‌سازند. نظام

سرپایی هستند ابتدا از سوی صندوق‌های بودجه عمومی انجمن‌های پزشکی پرداخت می‌شود و سپس این انجمن‌ها حق پزشکان را به صورت کارانه پرداخت می‌کنند [۱۰].

به طور کلی، در حال حاضر تأمین مالی مراقبت سلامت در آلمان از یک مدل یارانه داخلی پیروی می‌کند. در این نظام مصرف‌کنندگان هم مالیات و هم حق بیمه خود را به صورت مستقیم به صندوق بیماری (Applicable sickness fund) پرداخت می‌کنند. سپس صندوق بیماری، مشارکت‌های مالی را به صورت منسجم و یکپارچه به صندوق دولتی سلامت واریز می‌کند و به دنبال آن، یارانه‌هایی از صندوق دولتی به صندوق بیماری تعلق می‌گیرد. به علاوه، دولت برای اقشار کم‌درآمد و طبقات خاصی از ساکنان، یارانه‌هایی را در نظر گرفته است (شکل ۱).

با توجه به این مدل، کارمندان و کارفرمایان مشارکت‌های مالی خود را به صورت مستقیم به صندوق بیماری پرداخت می‌کنند. مشارکت‌ها بر مبنای درصدی از حقوق یا دستمزد محاسبه می‌شود و در صندوق‌های بیماری متفاوتند. در سطح فردی، کارمندان و کارفرمایان پرداخت‌های مشارکتی خود را به صورت مساوی تقسیم می‌کنند. به طور متوسط، کارمندان ۷٫۶ درصد از حقوق خود و کارفرمایان ۶٫۶ درصد را برای بیمه سلامت پرداخت می‌کنند. البته یارانه‌های دولتی برای افرادی که کمتر از ۶۰ هزار دلار آمریکا در سال دریافت می‌کنند، بازنشستگان، دانشجویان، بیکاران، ناتوانان و بی‌خانمان‌ها موجود است [۶].

در سال ۲۰۰۷ نظام تأمین مالی سلامت در آلمان دستخوش تغییراتی شد. بر این اساس کارکنان و کارفرمایانشان، نرخ درصد ثابتی را به صورت مستقیم به صندوق سلامت پرداخت می‌کنند



لیست انتظار روبه‌رو شده‌اند، حق انتخاب کمتری در بیمارستان‌ها دارند و بوروکراسی در مدیریت ارائه‌کنندگان مراقبت اولیه سلامت افزایش یافته است. جیره‌بندی با رد و خروج پروسیجرها و داروهای خاص از منوی NHS و افزایش معیار برای دسترسی به درمان، در نظر گرفته شده است [۳].

در پاسخ به افزایش تقاضا و صف طولانی‌تر برای خدمات NHS به منظور کنترل هزینه‌ها به بخش خصوصی روی آورد. در آغاز سال ۲۰۱۲ دولت انگلستان به بیمارستان‌ها اجازه داد ۴۹ درصد از درآمدشان را از درآمد خصوصی بیماران به دست آورند که در حقیقت، به عنوان قسمتی از قانون تصویب شده اصلاح بخش سلامت است. شهروندان، در پاسخ به زمان‌های طولانی انتظار و کمبود انتخاب ارائه‌کنندگان، به دنبال خرید بیمه شخصی پزشکی هستند. این امر منجر به بروز سوالاتی در خصوص کنترل کیفیت خدمات و حرکت به سمت پرداخت برای خدمات مبتنی بر نتایج و پیامد شده است. وزارت بهداشت بریتانیا در حال بررسی گزینه‌ای برای بودجه‌های شخصی سلامت است که بیماران را در طول مراقبتشان کنترل کند. از طرف دیگر NHS به دنبال روش‌هایی برای افزایش پرداخت‌های خصوصی بیماران از قبیل گردشگری پزشکی و کاهش هزینه‌های عملیاتی ناشی از خصوصی‌سازی تسهیلات مراقبت از سلامت و نظام‌های ارائه خدمت است. در سال ۲۰۱۳ NHS یک نهاد کسب و کار را در مشارکت با بخش خصوصی برای خرید، ایجاد و مدیریت تسهیلات پزشکی مراقبت سلامت ایجاد کرده است [۳].

آلمان

منبع درآمد نظام درمانی این کشور عموماً از طریق مالیات‌های عمومی، مالیات بیمه‌ای (Contribution) و حق بیمه‌های خصوصی و عمومی است. حدود ۶۰ درصد کل هزینه‌های بهداشت و درمان به صندوق‌های بیمه اختصاص می‌یابد که به ترتیب ۲۱ درصد هزینه‌ها را دولت و ۷ درصد هزینه‌ها را بیمه‌های خصوصی متقبل می‌شوند. ۱۲ درصد باقیمانده نیز هزینه‌هایی است که بیماران خارج از سیستم بیمه‌ای خود متقبل می‌شوند [۶]. شرکت‌های بیمه‌گر خصوصی هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی و انتفاعی و همچنین پزشکان خود را به صورت کارانه FFS پرداخت می‌کنند. صندوق‌های بیمه‌ای عموماً به بیمارستان‌ها و پزشکان، بودجه عمومی مشخصی پرداخت می‌کنند. درمورد پزشکی که حقوق ثابت ندارند و مسئول خدمات

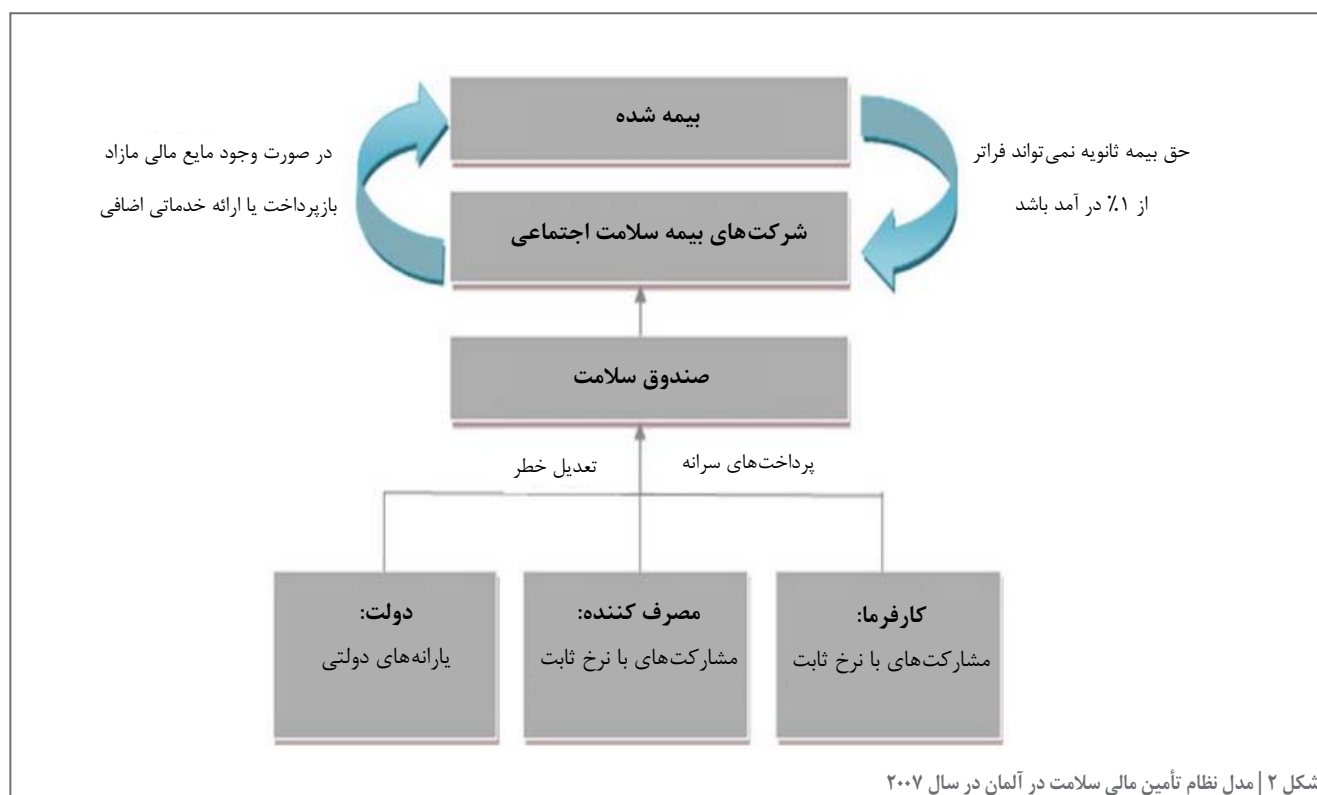
بیمه سلامت اجتماعی است و عموماً به واسطه دولت مرکزی تأمین مالی می‌شود. نظام مراقبت سلامت در کانادا از طریق ۱۰ استان و ۳ منطقه اداره می‌شود. خدمات شامل ویزیت‌های پزشک، بستری در بیمارستان، مراقبت‌های چشمی و دندانپزشکی و نیز مراقبت‌های احتیاطی هستند. اکثر بیمارستان‌های کانادا غیرانتفاعی هستند و براساس بودجه‌های تخصیصی تعیین شده توسط دولت ایالتی تأمین مالی می‌شوند. پرداخت به پزشکان براساس برنامه زمان‌بندی هزینه انجام می‌شود. نظام ارائه خدمت تا حد زیادی متشکل از بیمارستان‌های اجتماعی و پزشکان خویش فرماست. دولت مرکزی دستورالعمل‌ها را صادر کرده و بر پرداخت‌ها و ارائه خدمات نظارت دارد. معمولاً ارائه‌کنندگان خصوصی خدمات را ارائه می‌کنند [۱۱].

بنابراین منبع اصلی مالی مراقبت سلامت، اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌هاست. مابقی آن از بیماران به صورت انفرادی به شکل پرداخت‌های از جیب (OPP) و بیمه درمان خصوصی (PHI) تأمین می‌شود. مبلغ تخصیص داده شده به ارائه‌کنندگان و مؤسسات سلامت، در درجه نخست توسط دولت‌ها برای آن دسته از کالاها و خدمات سلامت که دولت‌ها به صورت یارانه‌ای ارائه می‌کنند و در مرحله بعد توسط بیماران به صورت انفرادی بابت خدمات و

و یارانه‌های دولتی نیز به صورت مستقیم به صندوق جدیدی واریز خواهد شد. سپس صندوق بر مبنای سرانه، منابع مالی را در بین طرح‌های بیمه‌ای توزیع خواهد کرد، هرچند پرداخت‌ها براساس عوامل ریسک چون سن، جنس و وضعیت بیماری تنظیم شده‌اند. طرح‌های بیمه کارآ و خوب مدیریت شده می‌توانند منابع مالی بیشتری را به سمت بیمه‌شده بفرستند و حتی منافعی را ایجاد کنند که در بسته بیمه پایه لحاظ نشده است. طرح‌های بیمه‌ای ناکارآمد می‌توانند حق بیمه اضافه برای بیمه شده در نظر بگیرند که معمولاً یک درصد از درآمد ناخالص در نظر گرفته می‌شود. البته اگر طرح حق بیمه ثانویه را بر فرد تحمیل کند، بیمه شده آزاد است که فوراً طرح بیمه خود را تغییر دهد. مدل اصلاحی سال ۲۰۰۷ در شکل ۲ مشخص شده است.

کانادا

طرح سلامت ملی کانادا دسترسی شهروندان خود را به مراقبت پزشکی، صرف نظر از توانایی آنها برای پرداخت، میسر ساخته است. اکثر کانادایی‌های شاغل پوشش مراقبت سلامت به عنوان یک مزیت اشتغال دریافت می‌کنند. نظام سلامت کانادا، شبکه‌ای از طرح‌های



شکل ۲ | مدل نظام تأمین مالی سلامت در آلمان در سال ۲۰۰۷

در دوره گذار به سمت نظام بیمه سلامت عمومی، نظام کارت سبز (green card) به عنوان گامی به سمت اطمینان از عدالت در توزیع یارانه‌های دولتی برای شهروندان مورد نیاز به خدمات سلامت مطرح شد. مدل کارت سبز، با وجود محدودیت‌های قانونی و بودجه‌ای و پوشش ناکامل، موفقیت‌های بسیاری داشته است. مشکلات موجود در این راستا، مربوط به معیار واجد شرایط بودن، ناآگاهی از وضعیت شایستگی و موانع اداری برای دسترسی بودند. اجرای کارت سبز در آغاز یک راه‌حل موقت بود و در حال حاضر، به یک برنامه دائمی برای اقشار کم‌درآمد تبدیل شده است [۱۳].

مالزی

مالزی یک نظام تأمین مالی مختلط دارد. در بخش خصوصی، بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه است و پیش‌پرداخت‌های متنوعی مبتنی بر وضعیت سلامت افراد، نوع بیمه سلامت و سطح پوشش وضع شده است. کارفرمایان بخش خصوصی ممکن است به خاطر ارائه مزایای رفاهی و سلامت و نوعاً مذاکره با سازمان‌های مراقبت مدیریت شده (MCOs) و شرکت‌های بیمه خصوصی به دلیل ارائه بیمه پزشکی برای کارمندان انتخاب شوند. خدمات عمومی مراقبت سلامت از طریق مالیات عمومی با بودجه‌های سالیانه تخصیص داده شده به وزارت بهداشت تأمین مالی می‌شوند. درخصوص نسبت درآمد عمومی اختصاص داده شده برای عملکردهای وزارت بهداشت در بودجه ملی به صورت سالیانه تصمیم‌گیری می‌شود. به علاوه، برای نیروی کار شاغل به صورت ماهانه پرداخت‌هایی به صندوق آینده‌نگر کارمندی (Employee Provident Fund (EPF) در نظر گرفته شده است. این صندوق یک طرح پس‌انداز اجباری است که امنیت را در بازنشستگی و مزایای مکمل برای افراد در پرداخت هزینه‌های پزشکی و پرداخت‌های سرانه‌ای به خانوار فراهم می‌کند. کارکنان شاغل در بخش خصوصی که درآمدی کمتر از ۳۰۰۰ رینگیت در ماه دریافت می‌کنند، کمترین مشارکت را در سازمان تأمین اجتماعی دارند. این طرح شامل مزایای پزشکی برای کارکنان حین ایجاد جراحات‌های کاری می‌شود، اگرچه درصد قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌های مراقبت سلامت را به دلیل مشارکت‌های مالی محدود، تحت پوشش قرار نمی‌دهد. کارکنان بخش دولتی و خانواده‌هایشان به خدمات پزشکی ارائه شده توسط بخش دولتی دسترسی رایگان دارند و بعضی از آنها نیز از بیمه خصوصی و خدمات

کالاهای سلامت که در بخش خصوصی هستند، ارائه می‌شود. تقریباً ۷۰ درصد کل هزینه‌های سلامت از اعمال مالیات از سوی دولت‌های فدرال، نواحی و ایالت‌ها تأمین می‌شود. پرداخت در بخش خصوصی به دو بخش پرداخت‌های از جیب (با افزایش تدریجی ۱۵ درصد) و بیمه سلامت خصوصی (با افزایش تدریجی ۱۲ درصد) تقسیم می‌شود. ۳ درصد باقی‌مانده از برخی منابع دیگر مانند صندوق‌های بیمه اجتماعی و اهدایی‌های مؤسسه خیریه تأمین می‌شود [۱۲].

در طول زمان منابع درآمدی بخش عمومی نسبت به منابع درآمدی بخش خصوصی، از طریق افزایش نسبت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در برابر بخش عمومی کاهش یافت. این امر در خلال نیمه اول دهه ۱۹۹۰ اتفاق افتاد و پیامدی مستقیم از مهار هزینه‌های ایالتی بود. در بخش خصوصی، تغییرات چشمگیرتر بود. از سال ۱۹۸۸ سهم بیمه سلامت خصوصی نسبت به هزینه‌های پرداخت از جیب به طور چشمگیری از کمتر از ۳۰ درصد به اندکی بیش از ۴۰ درصد کل هزینه‌های خصوصی افزایش یافته، ضمن اینکه درآمدهای حاصل از پرداخت از جیب از ۵۸ درصد به حدود کمتر از ۵۰ درصد منابع مالی بخش خصوصی تنزل یافته است. دلیل این نوسانات احتمالاً در افزایش تدریجی هزینه تجویز دارو و توسعه بیمه سلامت خصوصی و تا حدی ناشی از هزینه‌هایی است که تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت قرار می‌گیرند [۱۲].

ترکیه

نظام بهداشت و درمان ترکیه، ۴۱ درصد از مالیات، ۳۱ درصد از حق بیمه و ۲۸ درصد از پرداخت‌های مستقیم از جیب، تأمین مالی می‌شود. نظام ترکیه ترکیبی از بیمه سلامت ملی و بیمه سلامت خصوصی است. پوشش بیمه سلامت اجباری که توسط تأمین اجتماعی ارائه شده، فراگیر و جامع است. بخش خصوصی کوچک است اما به سرعت روبه رشد است و به جای رقابت با بخش دولتی جایگزین آن شده است. کشور ۳ سازمان اصلی تأمین اجتماعی دارد که نهادهای عمومی محسوب شده و شامل موارد زیر هستند:

- ۱- صندوق بازنشستگی کارکنان دولت برای پرداخت حقوق بازنشستگی به مستخدمان کشوری.
- ۲- سازمان بیمه اجتماعی برای کارکنان blue-collar (کارکنان شاغل در بخش دولتی).
- ۳- Bag-Kur برای کارکنان مشاغل آزاد.

سوئد

سیستم سلامت کشور سوئد بر پایه وضع مالیات بنا شده است. سطوح محلی و شهرداری‌ها می‌توانند درآمد بخش‌های سلامت خود را از دریافت مالیات بر مردم دریافت کنند. علاوه بر مالیات، منابع مالی خدمات سلامت توسط دولت و استفاده‌کنندگان از خدمات تکمیل می‌شود [۱۴]. در سال ۲۰۰۳ بیش از ۷۲ درصد از درآمدهای سطوح محلی از عواید مالیاتی تأمین می‌شد. منابع دیگر تأمین شامل ۱۸ درصد از طریق دولت، ۳ درصد از طریق دیگر منابع و ۷ درصد از طریق پرداخت‌های استفاده‌کنندگان از خدمات صورت می‌گرفت [۶]. شهرداری‌ها درآمد خود را از وضع مالیات دریافت می‌کنند (۶۱ درصد از کل درآمد در سال ۲۰۰۳). طی ۵ سال اخیر، درآمد مالیاتی ۳/۰۷ درصد افزایش یافته و درآمد از طریق پرداخت استفاده‌کنندگان از خدمات به ۰/۶ درصد کاهش یافته است [۹]. منابع تکمیلی مالی در سوئد، شامل سیستم بیمه اجتماعی، از طریق شورای مرکزی اجتماعی بیمه مدیریت می‌شود و تضمین‌های مالی را به افراد بیمار و معلولان ارائه می‌دهد. یارانه‌های خدمات دندانپزشکی و نسخه‌های دارویی توسط بیمه‌های اجتماعی پرداخت می‌شود. بیمه‌ها برای افراد اجباری هستند و بخشی از درآمدهای از دست‌رفته بیماران و معلولان را پرداخت می‌کنند. اکثر بیمه‌های سلامت با همکاری با بیماران پرداخت می‌شود. بیمه‌های خصوصی سلامت در کشور سوئد بسیار محدود هستند و در سال ۲۰۰۳ در حدود ۲/۲ درصد از بیماران از بیمه‌های خصوصی استفاده می‌کردند. در پیامدهایی چون ناخوشی، بیماری و آسیب، مراکز سلامت این اطمینان را به بیماران می‌دهند که منابع لازم برای ارائه خدمات پزشکی وجود دارد. به غیر از کاهش یارانه خدمات دندانپزشکی تغییراتی در بسته سلامت طی ۲۰ سال اخیر ایجاد نشده است. بیماران حق دارند که پزشک و خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های جغرافیایی انتخاب کنند. تحت برنامه بیمه اجتماعی، بیماران بر اساس لیست دارویی که توسط کمیته دارو تدوین شده است، تمام هزینه را پرداخت می‌کنند. بیمه سلامت اجتماعی شامل بیمه‌های درمان، بیمه‌های خانواده، حق بازنشستگی، بیمه‌های تکمیلی، حمایت‌های درمانی، مستمري‌ها به کودکان و مستمري به خانه‌دار است. به طور کلی باتوجه به قانون خدمات سلامت و پزشکی، نظام سوئد پوششی را برای کلیه ساکنان، صرف نظر از ملیت، فراهم می‌کند. به‌علاوه، پوشش اضطراری را برای کلیه بیماران اتحادیه اروپا و کشورهای منطقه اقتصادی اروپا و ۷

مراقبت سلامت خصوصی استفاده می‌کنند [۶]. پرداخت مستقیم از جیب در زمان استفاده توسط بیماران در هر دو بخش دولتی و خصوصی، سهم قابل ملاحظه‌ای از تأمین مالی مراقبت سلامت را در مالزی به خود اختصاص داده است. وزارت بهداشت به عنوان متولی سلامت با مسئولیت پیگیری پوشش همگانی خدمات سلامت مقرون به صرفه از طریق سیستم سلامت کارآمد و عادلانه، در تلاش برای تکمیل تعهدات خود در دو سطح ملی و بین‌المللی است [۱۱].

مشابه با بسیاری از کشورها، وزارت بهداشت مالزی نقش سه‌گانه‌ای به عنوان حامی مالی، ارائه‌دهنده خدمت و قانون‌گذاری برعهده دارد. مراقبت سلامت دولتی با هزینه‌های بسیار پایین کاربران پرداخت می‌شود، در حالی که درآمد جمع‌آوری شده در برابر مخارج آن، حدود ۲ درصد خواهد بود. در سطح ارائه خدمت نیز طیف گسترده‌ای از مراقبت‌ها با سطح منصفانه‌ای از پوشش جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می‌شود (ارائه معقول) و در سطح قانون‌گذاری نیز بسیاری از قوانین، رهنمون‌ها، دستورالعمل‌ها و گایدلاین‌های حاکمیت بالینی ناظر بر پزشکی وجود دارد. بیمه پزشکی، پرداخت‌های بیمه درمان و عملکرد بخش خصوصی را تنظیم می‌کنند [۱۱].

آمریکا

سیاست ارائه خدمت در ایالات متحده برخلاف کشورهای دیگر است و نظام‌های جداگانه بسیاری را برای طبقات مختلف جامعه در نظر گرفته است. مدیر برای سالمندان، مدیر برای اقشار کم‌درآمد، بیمه سلامت خصوصی برای اکثر آمریکایی‌ها و برنامه‌های دولتی برای ارتشیان و جانبازان فعال و بازنشسته در نظر گرفته شده است. ۱۵ درصد از جمعیت نیز بدون هیچ پوشش سلامتی هستند. هنجارهای اجتماعی ایالات متحده آمریکا بر مسئولیت‌پذیری فردی، آزادی انتخاب و کثرت‌گرایی جامعه تأکید می‌کند، در حالی که کشورهای دیگر بر دسترسی عادلانه به مراقبت سلامت برای کل جمعیت تمرکز کرده‌اند. به همین دلایل دولت مرکزی ایالات متحده نسبت به سایر کشورها، کمتر درگیر ارائه خدمات سلامت شده است. ایالات متحده پوشش همگانی را پیشنهاد نمی‌دهد و نسبت به سایر کشورها، پیامدهای ضعیف‌تر مراقبت سلامت را درخصوص پارامترهای خاص دارد [۸].

شد و در اولین مرحله، بسته اجباری حداقل مزایا، محدودسازی زمان انتظار و تعیین سقف پرداخت‌ها و پیش‌پرداخت‌ها را برای سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی و دولتی مشخص کرد (شکل ۳) [۱۵]. بیمه سلامت اجتماعی در شیلی شامل موارد ذیل است:

۱- صندوق ملی سلامت (فوناسا)، بزرگ‌ترین بیمه‌گر دولتی است که ۴ گروه را تحت پوشش قرار می‌دهد و همه ذی‌نفعان فوناسا را در انباشت خطر و مالی با هم ترکیب می‌کند. این ۴ گروه عبارتند از:

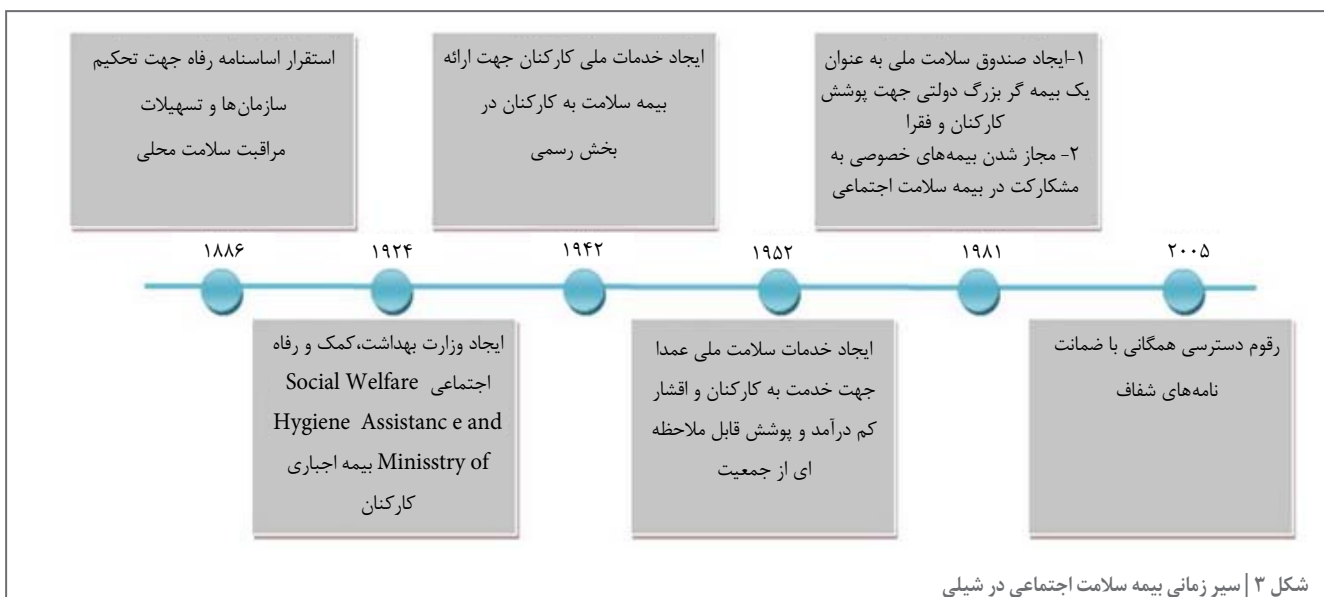
- ۱- گروه A: اقشار تهیدست
 - ۲- گروه B: اقشار با درآمد خیلی کم
 - ۳- گروه C: اقشار با درآمد متوسط رو به پایین
 - ۴- گروه D: اقشار با درآمد متوسط رو به بالا
- گروه A، به طور کامل تحت پوشش دولت است. در صورتی که گروه‌های B، C و D مشارکت‌های مالی اجباری در فوناسا خواهند داشت (۷ درصد از درآمد تا حداکثر \$۱۴۰ آمریکا در ماه)، البته هیچ پرداخت یا پیش‌پرداخت اضافی را نخواهند داشت [۱۵].

۲- بیمه‌گرهای خصوصی انتفاعی با انباشت‌های کوچک و پراکنده: از سال ۱۹۸۱ به بیمه‌گرهای خصوصی اجازه داده شد که در طرح ملی بیمه سلامت اجتماعی مشارکت کنند و ۷ درصد مشارکت‌های اجباری گروه‌های B، C و D را به اضافه یک حق بیمه اضافی که توسط بیمه‌گر خصوصی وضع می‌شود، دریافت کنند. بیمه‌گرهای خصوصی باید به مقررات دولتی نظام بیمه سلامت اجتماعی پاسخگو باشند [۱۵].

کشور دیگر که با سوئد توافقات دو جانبه دارند، فراهم می‌کند. به خدمات موجود در سطح وسیعی یارانه تعلق می‌گیرد و برخی از خدمات به‌صورت رایگان ارائه می‌شوند. مقامات محلی درخصوص سطوح مالیات‌های درآمد محلی تصمیم‌گیری می‌کنند و در نتیجه سطح مالیات بین شوراها و شهرداری‌های مختلف، متنوع خواهد بود. به طور اداری مالیات‌ها توسط مقامات مالیاتی ملی از کارفرمایان جمع‌آوری می‌شوند. متوسط میزان مالیات محلی در استان ۳۱/۵۵ درصد و در شهرستان‌ها ۲۰/۷۳ درصد در سال ۲۰۱۱ بود. نسبت مالیات‌های اختصاص داده شده به هر یک از خدمات مراقبت سلامت به طور دقیق مشخص شده و در سال ۲۰۰۹ حدود ۹۱ درصد از کل هزینه‌های شوراها استانی به هزینه‌های بخش سلامت تعلق گرفته است [۱۰].

شیلی

بیمه سلامت اجتماعی در شیلی، شاهد تحولات عظیمی از زمان استقرار آیین‌نامه رفاه در سال ۱۸۸۶ بوده و در صندوق مالی کنونی به اوج خود رسید. نظام شیلی در آغاز اقشار کم‌درآمد را هدف قرار داد و تقریباً به پوشش همگانی تا اواسط قرن بیستم دست یافت. با این حال، یک نظام بیمه خصوصی انتخابی و با سودآوری بالا که در درون بیمه سلامت اجتماعی گنجانده شده، نابرابری‌های سلامت را بین اقشار پردرآمد و اقشار تهیدست افزایش داده است. اصلاحات دسترسی همگانی با ضمانت‌نامه‌های شفاف در سال ۲۰۰۵ ایجاد



شکل ۳ | سیر زمانی بیمه سلامت اجتماعی در شیلی

تایلند

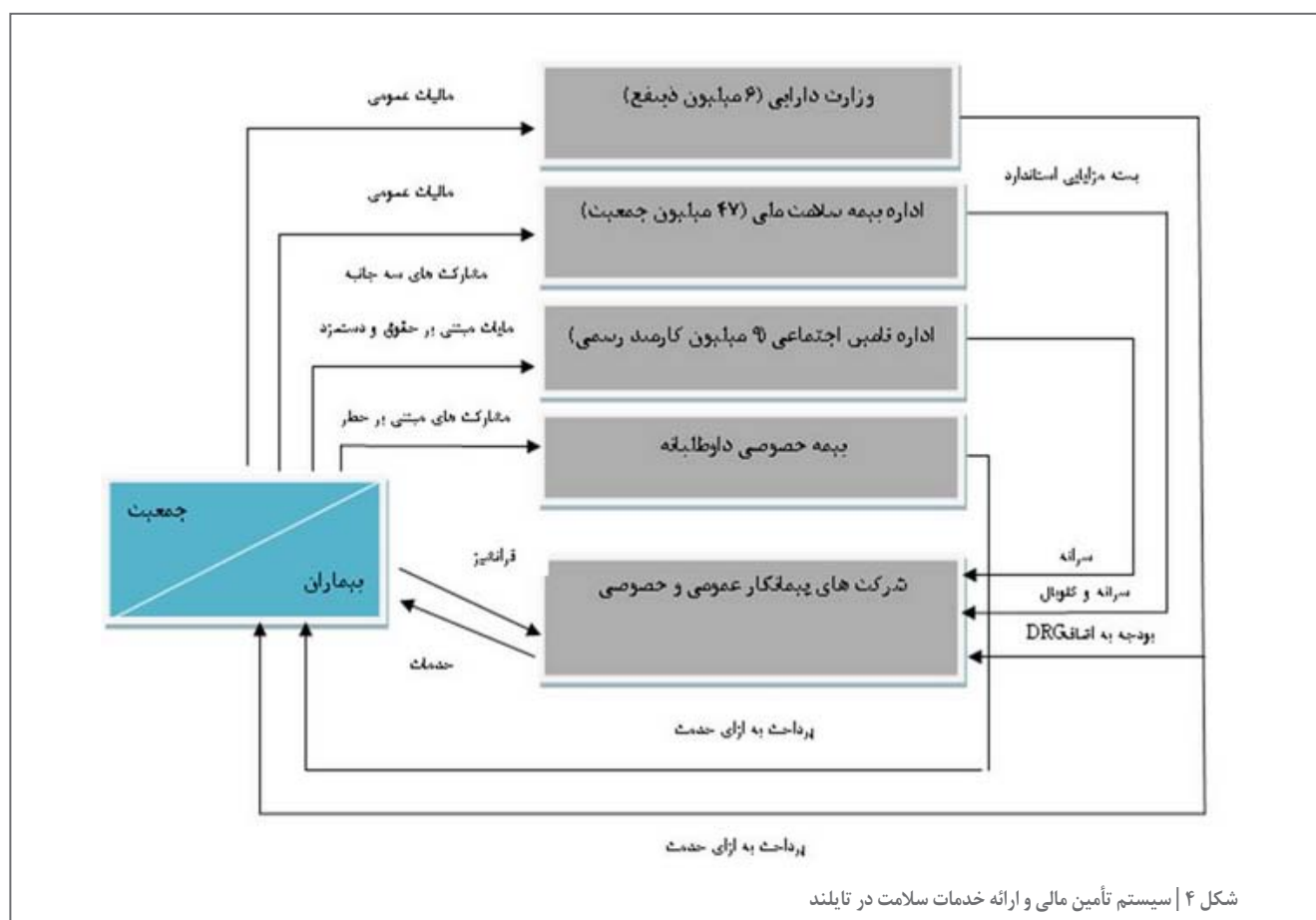
سیستم مراقبت سلامت تایلند به واسطه ترکیبی از منابع مالی سلامت مالیات عمومی، مشارکت‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب تأمین مالی می‌شود. با وجود کاهش سهم دولت و خانوارها در بحران اقتصادی آسیایی در سال ۱۹۹۷ با معرفی سیاست پوشش همگانی و اجرای کامل آن تا سال ۲۰۰۲ سهم عمومی از کل مخارج سلامت به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش و ضریب پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار به صورت چشمگیری کاهش یافت. این طرح از طریق وضع مالیات عمومی برای پوشش بزرگی با تقریباً ۷۵ درصد از کل جمعیت تأمین مالی می‌شود [۱۶].

در شکل ۴، سیستم تأمین مالی مراقبت سلامت و ارائه خدمت در تایلند بعد از پوشش همگانی در سال ۲۰۰۲ مشخص شده است:

ایران

در سال‌های گذشته، هزینه‌های مراقبت سلامت با سرعت

قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته و فشار جدی کمبود منابع در بخش سلامت احساس شد. این موضوع به نوبه خود فشارهای مضاعفی را برای سازمان‌های بیمه سلامت، سیاست‌گذاران و جمعیت ایرانی ایجاد کرده است. با توجه به این حقیقت که بیشتر از ۹۰ درصد از خدمات مراقبت سلامت توسط نهادهای دولتی و عمومی غیردولتی ارائه می‌شود، چنین فشارهایی سیاست‌گذاران را ترغیب کرد تا نقش بالقوه و جایگزینی بخش خصوصی را در ارائه خدمات دولتی مدنظر قرار دهند. ۳ منبع اصلی تأمین مالی مراقبت سلامت در ایران وجود دارد: بودجه عمومی دولت، پرداخت‌های بیمه سلامت و هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب افراد. ایران دارای ۳ سازمان اصلی بیمه سلامت است: سازمان بیمه تأمین خدمات، سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح. همه این سازمان‌ها از حمایت دولت در سطوح متنوعی سود می‌برند. طبق آمار به دست آمده در سال ۲۰۰۸ ایران ۲۲۰ میلیون دلار در نظام سلامت خود هزینه کرده است. با وجود این میزان از هزینه‌ها،



شکل ۴ | سیستم تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت در تایلند

افزایش بار مالی خدمات سلامت، به خصوص در کشورهایی که امید به زندگی بالا رفته است، تمایل به استفاده از بخش خصوصی بیشتر شده است. اما خود استفاده از بخش خصوصی اگر تحت مدیریت و نظارت بالا نباشد، می تواند منجر به گسترش بی عدالتی در بهره مندی از سلامت شود.

تأمین مالی به سطح توسعه یافتگی اقتصادی ارتباط دارد. کشورهایی که در آنها سطح سرانه درآمد پایین، نرخ اشتغال غیررسمی بالا و بازتوزیع ثروت ناعادلانه باشد، رژیم های مالیاتی بهتر جواب می دهند. شیوه های گوناگون دیگر مانند انواع مالیات های نشاندار، عوارض خاص و فروش اوراق قرضه می تواند به تأمین بهتر منابع مالی برای سلامت کمک کند.

سهم نویسندگان: دکتر مرتضی علیزاده رضویان تنها نویسنده این مقاله است. **تأییدیه اخلاقی:** موردی گزارش نشده است.

تعارض منافع: دکتر مرتضی علیزاده رضویان هیچگونه تضاد منافی را اعلام نکرده است.

منابع مالی: پژوهش حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* 2000;6(4):822-5. doi: [10.26719/2000.6.4.822](https://doi.org/10.26719/2000.6.4.822)
2. Mousavi SM, Sadeghifar J. Universal health coverage in Iran. *Lancet Glob Health.* 2016;4(5):e305-6. doi: [10.1016/S2214-109X\(16\)00068-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00068-1).
3. Mosadeghrad AM. Health strengthening plan, a supplement to Iran health transformation plan: letter to the editor. *Tehran Univ Med J.* 2019;77(8):537-8. [Persian]
4. Pirooz B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-pocket and informal payment before and after the health transformation plan in Iran: evidence from hospitals located in Kurdistan, Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2017;6(10):573-86. doi: [10.15171/ijhpm.2017.16](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.16).
5. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):602-

مشکلات مالی قابل ملاحظه ای برای دولت (به عنوان ارائه کنندگان اصلی مراقبت سلامت)، سازمان های بیمه سلامت (به عنوان خریداران اصلی خدمات مراقبت سلامت) و بیماران (به عنوان مصرف کنندگان خدمات سلامت) وجود داشته است [۱۴].

در سال های اخیر دولت ها علاقه فزاینده ای به خصوصی سازی خدمات مراقبت سلامت نشان دادند و به عنوان یکی از سیاست های غالب در نظام سلامت مطرح شد. گرچه در عصر حاضر تلاش بر محدود سازی نقش خصوصی سازی شده، زیرا این سیاست برای توجه به مباحث عدالت و کارایی و نحوه حفاظت از بیماران در برابر خدمات با هزینه های هنگفت کافی به نظر نمی رسد. بنابراین افزایش نقش بخش خصوصی، بدون توجه جزئی به پیامدهای بالقوه، منجر به وخامت بیشتر در زمینه عدالت و دسترسی خواهد شد. علاوه بر این، اهداف فعلی برنامه ۵ ساله توسعه برای سیستم مراقبت سلامت تاکید می کند که وزارتخانه هنوز هم در جستجوی راه های کاهش هزینه های پرداخت مستقیم از جیب بیماران باشد. بنابراین سیاست خصوصی سازی در وزارت بهداشت به اهداف خود نخواهد رسید. در نتیجه بازار مراقبت سلامت در ایران گستره وسیعی از مشکلات پیچیده مالی را متحمل شده و در حال حاضر حدود ۴۱/۴ درصد از منابع مالی در بخش های بیمارستانی و ۲۷/۶ درصد در بخش های خصوصی سرپایی هزینه شده است [۱۴].

نتیجه گیری

در حال حاضر به طور متوسط در دنیا مردم ۱۸ درصد از هزینه های درمان را می پردازند. این رقم در کشورهای مختلف از حدود ۳ درصد تا حدود ۶۰ درصد تغییر می کند و در ایران این رقم حدود ۴۶ درصد برآورد شده است. در کشورهای پیشرفته این رقم پایین تر از کشورهای در حال توسعه است. کشورهایی که در اجرای UHC موفق بودند، از تأمین مالی متکی به پرداخت از جیب به سمت اتکا به منابع مالیاتی حرکت کردند. اما کشورهایی که درآمد بالا ندارند و مشاغل غیررسمی در آنها زیاد است، نمی توانند نظام های بیمه ای و متکی به تأمین اجتماعی را اجرا کنند، بنابراین ناگزیر به سمت تأمین مالی سلامت از طریق منابع مالیاتی می روند، هرچند به دلیل توسعه نیافتن سیستم های اشتغال و نیز سیستم های گردآوری مالیات عادلانه در این نوع تأمین مالی هم دچار مشکل می شوند. کشورهای پیشرفته با یک جریان دیگر هم روبه رو شده اند. به دلیل

- discussions. Geneva: World Health Organization; 2017.
12. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. *Bull World Health Organ*. 2010;88:402-3. doi: [10.2471/BLT.10.078741](https://doi.org/10.2471/BLT.10.078741).
13. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011;377(9784):2160-1. doi: [10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2).
14. Dehnavieh R, Sirizi MJ, Mehrolhassani MH, Kalantari A. Strategic purchasing of healthcare services in developing countries: a new approach is required. *Iran J Public Health*. 2016;45(9):1241-2.
15. Gonzalez-Block MA, Figueroa A, Garcia-Tellez I, Alarcon J. Financial allocations in the system for social protection in health in Mexico: challenges for strategic purchasing. *Salud Publica Mex*. 2016;58(5):522-32.
16. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012;380(9845):933-43. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7).
11. doi: [10.2471/BLT.12.113985](https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985).
7. Ghoddousinejad J, Janati A, Arab-Zozani M, Imani A. Strategic purchasing in health system of Iran: a review study. *Depiction Health*. 2018;8(4):260-6.
8. Mehrolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R et al. A review of the health financing policies towards universal health coverage in Iran. *Iran J Epidemiol*. 2017;12:74-84. [Persian]
9. Mbau R, Barasa E, Munge K, Mulupi S, Nguhiu PK, Chuma J. A critical analysis of health care purchasing arrangements in Kenya: a case study of the county departments of health. *Int J Health Plann Manage*. 2018;33(4):1159-77. doi: [10.1002/hpm.2604](https://doi.org/10.1002/hpm.2604).
10. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? *Bull World Health Organ*. 2012;90(11):867-8. doi: [10.2471/BLT.12.113654](https://doi.org/10.2471/BLT.12.113654).
11. Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners'