Review Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 5, Issue 1, Spring 2022 | Page: 6-17

journal.ihio.gov.ir

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.

Copyright © 2022 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقاله مروری

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱ | صفحات ۶ تا ۱۷

journal.ihio.gov.ir

نظام‌های تأمین مالی سلامت در کشورهای منتخب

سید مرتضی علیزاده رضویان[1*] MD

[1] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

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

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷ تصحیح: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷ انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷

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 امریکا 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 عمدتا 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، می تواند یکی از مهمترین عامل تأثیرگذار بر عادلانه بودن تأمین مالی نظام‌های سلامت باشد.

مقدمه

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 نتیجهٔ 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. 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

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 قاعدتا 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. به‌علاوه، 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 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 طرح ها، 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 گزارشی 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 دیازپورا (Diaspora) یک ابزار بدهی است که توسط نهاد مستقل کشوری و با همکاری خصوصی صادر می‌شود، اوراق قرضه مسئولیت پذیری اجتماعی (سبز) که تمایل به سرمایه‌گذاری در طرح‌های محیطی یا توسعه‌ای دارند و نرخ‌های پایین‌تر بازگشت سرمایه خود را می‌توانند بپذیرند [۷].

۴. ضمانت‌های دولتی، مشوق‌های دولتی ـ 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.

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 درحال توسعه، در حال ایجاد نظام‌های تأمین مالی «رشد یافته در خانه» (Home-grown) به‌منظور 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 تقریبا 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 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

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 درحقیقت، 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 درخصوص کنترل کیفیت خدمات و حرکت به سمت پرداخت برای خدمات مبتنی بر نتایج و پیامد شده است. وزارت بهداشت بریتانیا درحال 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].

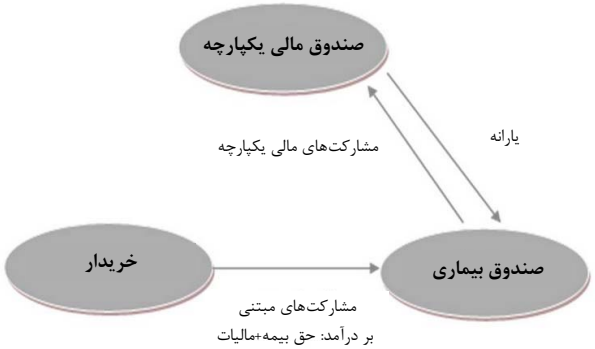
آلمان

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 به‌صورت کارانه FFS پرداخت می‌کنند. صندوق‌های بیمه‌ای عموماً به بیمارستان‌ها و پزشکان، بودجه عمومی مشخصی پرداخت می‌کنند. درمورد پزشکانی که حقوق ثابت ندارند و مسئول خدمات سرپایی هستند ابتدا از سوی صندوق‌هایِ بودجه عمومی انجمن‌های پزشکی پرداخت می‌شود و سپس این انجمن‌ها حق پزشکان را به‌صورت 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 برمبنای 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 ۶٫۶درصد 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



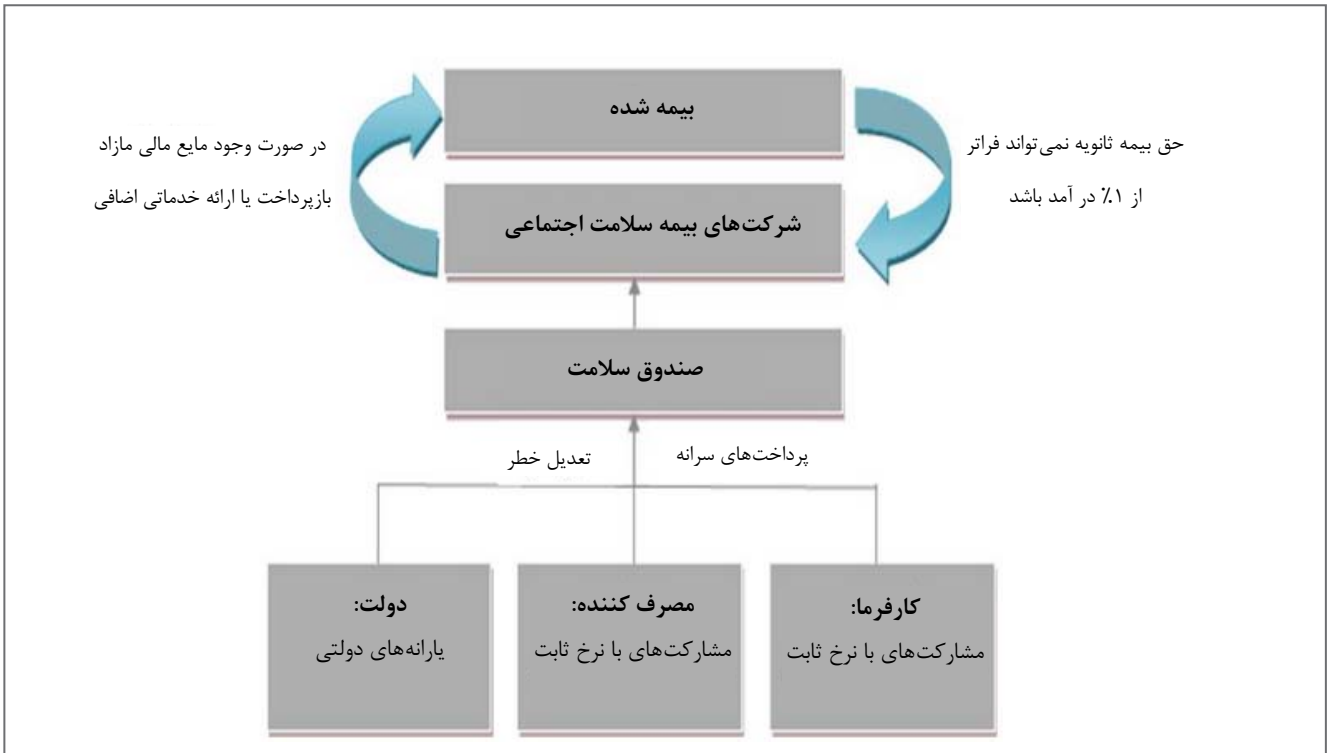
شکل ۱ | مدل یارانه‌ای تأمین خدمات بسته خدمات بیمه پایه در آلمان

و یارانه‌هـای دولتی نیز به‌صورت مسـتقیم به صندوق جدیدی واریز خواهد شـد. سـپس صندوق برمبنای سـرانه، منابع مالی را در بین طرح‌های بیمـه‌ای توزیع خواهد کرد، هرچند پرداخت‌ها براسـاس عوامل ریسـک چون سـن، جنس و وضعیت بیماری تنظیم شده‌اند. طرح‌هـای بیمه کارآ و خوب مدیریت شـده می‌تواننـد منابع مالی بیشتری را به سمت بیمه‌شده بفرستند و حتی منافعی را ایجاد کنند که در بسـته بیمه پایه لحاظ نشده است. طرح‌های بیمه‌ای ناکارآمد می‌توانند حق بیمه اضافه برای بیمه شـده در نظر بگیرند که معمولاً یک‌درصـد از درآمد ناخالص در نظر گرفته می‌شـود. البته اگر طرح حق بیمه ثانویه را بر فرد تحمیل کند، بیمه شـده آزاد است که فورا طرح بیمه خود را تغییر دهد. مدل اصلاحی سال ۲۰۰۷ در شکل ۲ مشخص شده است.

کانادا

طرح سـلامت ملی کانادا دسترسی شهروندان خود را به مراقبت پزشـکی، صرف‌نظر از توانایی آنها برای پرداخت، میسر ساخته است. اکثر کانادایی‌های شاغل پوشش مراقبت سلامت به عنوان یک مزیت اشـتغال دریافت می‌کنند. نظام سلامت کانادا، شبکه‌ای از طرح‌های بیمه سـلامت اجتماعی است و عموما به‌واسطه دولت مرکزی تأمین مالی می‌شـود. نظام مراقبت سلامت در کانادا از طریق ۱۰ استان و ۳ منطقه اداره می‌شود. خدمات شـامل ویزیت‌های پزشک، بستری در بیمارستان، مراقبت‌های چشمی و دندانپزشکی و نیز مراقبت‌های احتیاطی هسـتند. اکثر بیمارسـتان‌های کانادا غیرانتفاعی هسـتند و براسـاس بودجه‌های تخصیصی تعیین شـده توسـط دولت ایالتی تأمین مالی می‌شوند. پرداخت به پزشکان براساس برنامه زمان‌بندی هزینه انجام می‌شـود. نظـام ارائه خدمت تا حد زیادی متشـکل از بیمارسـتان‌های اجتماعی و پزشکان خویش‌فرماست. دولت مرکزی دسـتورالعمل‌ها را صادر کرده و بر پرداخت‌ها و ارائه خدمات نظارت دارد. معمولا 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 به‌صورت انفرادی به شکل پرداخت‌های از جیب (OPP) و بیمه درمان خصوصی (PHI) تأمین می‌شـود. مبلغ تخصیص داده شده به ارائه‌کنندگان و مؤسسات سلامت، در درجه نخست توسط دولت‌ها برای آن دسته از کالاها و خدمات سلامت که دولت‌ها به‌صورت یارانه‌ای ارائه می‌کنند و در مرحلـه بعد توسـط بیماران به‌صورت انفـرادی بابت خدمات و



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

کالاهای سلامت که در بخش خصوصی هستند، ارائه می‌شود.تقریبا ۷۰درصد 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 ۱۵درصد) و بیمه سلامت خصوصی (با افزایش تدریجی ۱۲درصد) تقسیم می‌شود. ۳درصد 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 ۳۰درصد به اندکی بیش از ۴۰درصد کل هزینه‌های خصوصی افزایش یافته، ضمن اینکه درآمدهای حاصل از پرداخت از جیب از ۵۸درصد به حدود کمتر از ۵۰درصد منابع مالی بخش خصوصی تنزل یافته است. دلیل این نوسانات احتمالا 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، ۴۱درصد از مالیات، ۳۱درصد از حق بیمه و ۲۸درصد 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.

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، باوجود 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 جراحت‌های 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

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 ۲درصد 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. مدیکر برای سالمندان، مدیکید برای اقشار کم‌درآمد، بیمه سلامت خصوصی برای اکثر آمریکایی‌ها و برنامه‌های دولتی برای ارتشیان و جانبازان فعال و بازنشسته در نظر گرفته شده است. ۱۵درصد از جمعیت نیز بدون هیچ پوشش سلامتی هستند. هنجارهای اجتماعی ایالات متحده آمریکا بر مسئولیت‌پذیری فردی، آزادی انتخاب و کثرت‌گرایی جامعه تاکید 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].

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 ۷۲درصد از درآمدهای سطوح محلی از عواید مالیاتی تأمین می‌شد. منابع دیگرتأمینی شامل ۱۸درصد از طریق دولت، ۳درصد از طریق دیگر منابع و ۷درصد از طریق پرداخت‌های استفاده‌کنندگان از خدمات صورت می‌گرفت [۶]. شهرداری‌ها درآمد خود را از وضع مالیات دریافت می‌کنند (۶۱درصد از کل درآمد در سال ۲۰۰۳). طی ۵ سال اخیر، درآمد مالیاتی ۳/۰۷درصد افزایش یافته و درآمد از طریق پرداخت استفاده‌کنندگان از خدمات به ۰/۶درصد 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 ۲/۲درصد از بیمارن 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 درآمدی، مستمری‌ها به کودکان و مستمری 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

کشـور دیگر که با سـوئد توافقات دو جانبه دارند، فراهم می‌کند. به خدمات موجود در سـطح وسـیعی یارانه تعلق می‌گیـرد و برخی از خدمات به‌صـورت رایگان ارائه می‌شـوند. مقامات محلی درخصوص سـطوح مالیات‌های درآمد محلی تصمیم‌گیری می‌کنند و در نتیجه سطح مالیات بین شوراها و شهرداری‌های مختلف، متنوع خواهد بود. بـه طور اداری مالیات‌ها توسـط مقامات مالیاتی ملـی از کارفرمایان جمـع آوری می‌شـوند. متوسـط میزان مالیـات محلی در اسـتان ۳۱/۵۵درصد و در شهرسـتان‌ها ۲۰/۷۳درصد در سـال ۲۰۱۱ بود. نسـبت مالیات‌های اختصاص داده شده به هر یک از خدمات مراقبت سلامت به طور دقیق مشخص شده و در سال ۲۰۰۹ حدود ۹۱درصد از کل هزینه‌های شوراهای 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 رسـید. نظام شیلی در آغاز اقشار کم‌درآمد را هدف قرار داد و تقریبا به پوشـش همگانی تا اواسط قرن بیستم دست یافت. با این حال، یک نظام بیمه خصوصی انتخابی و با سودآوری بالا که در درون بیمه سـلامت اجتماعی گنجانده شده، نابرابری‌های سلامت را بین اقشـار پردرآمد و اقشار تهیدسـت افزایش داده است. اصلاحات دسترسـی همگانی با ضمانت‌نامه‌های شـفاف در سال ۲۰۰۵ ایجاد شـد و در اولین مرحله، بسـته اجباری حداقل مزایا، محدودسـازی زمـان انتظار و تعیین سـقف پرداخت‌هـا 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 (فوناسـا)، بزرگ‌ترین بیمه‌گر دولتی است که ۴ گروه را تحت پوشـش قرار می‌دهد و همه ذی‌نفعان فوناسـا را در انباشت خطر و مالی با هم ترکیب می‌کند. این ۴ گروه عبارتند از:

۱- گروه A: اقشار تهیدست

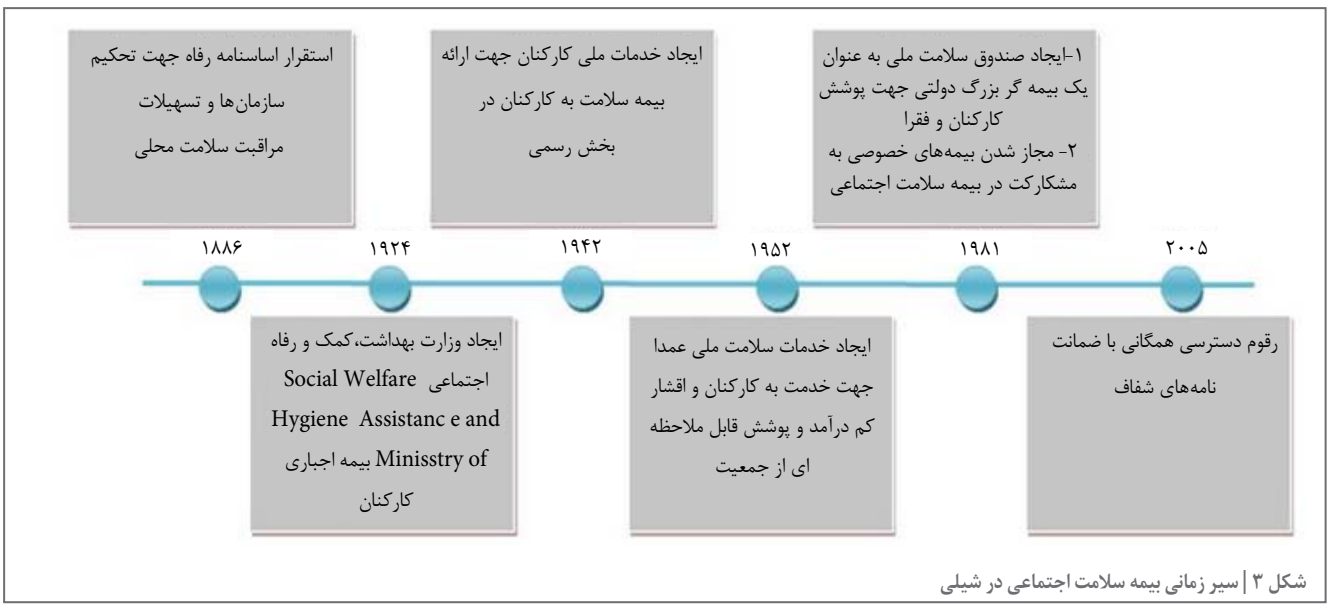
۲- گروه B: اقشار با درآمد خیلی کم

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 پوشـش دولت است. در صورتی که گروه‌های B، C و D مشـارکت‌های مالی اجباری در فوناسا خواهند داشت (۷درصد از درآمد تا حداکثر ۱۴۰$ آمریکا در ماه)، البته هیچ پرداخت یا پیش‌پرداخت مضافی را نخواهند داشت [۱۵].

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



شکل ۳ | سیر زمانی بیمه سلامت اجتماعی در شیلی

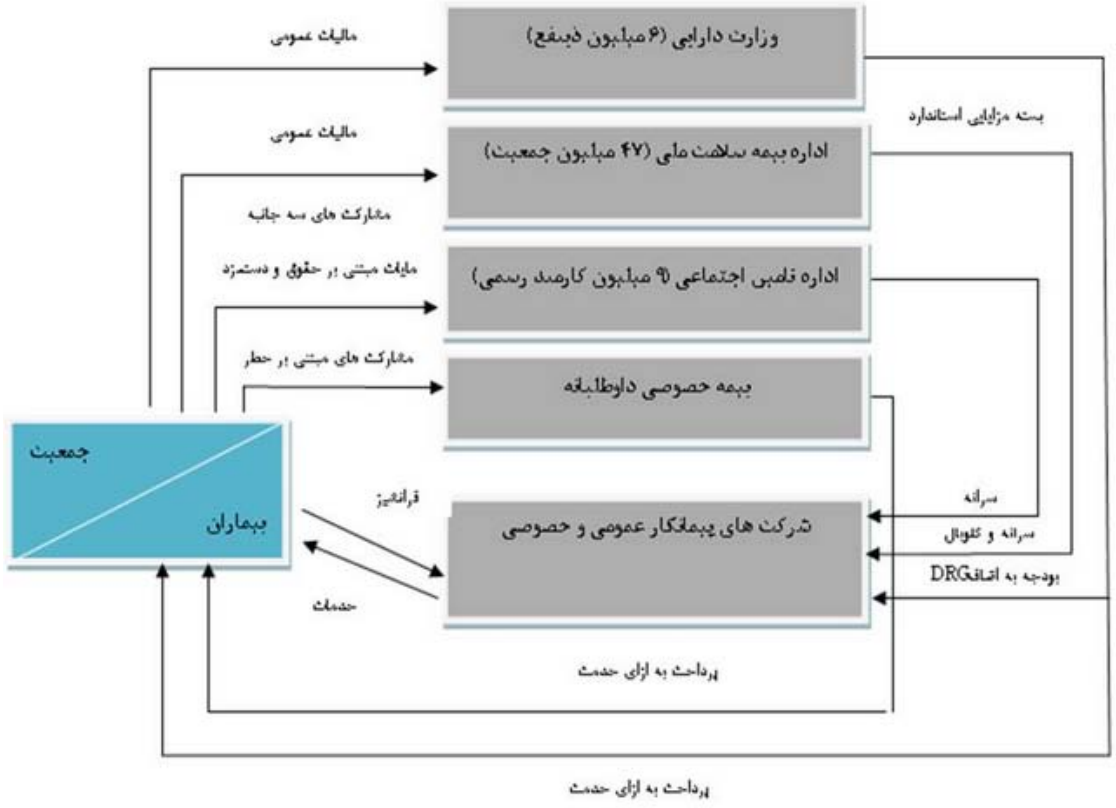
تایلند

سیستم مراقبت سلامت تایلند به‌واسطه ترکیبی از منابع مالی سلامت مالیات عمومی، مشارکت‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم از جیب تأمین مالی می‌شود. باوجود 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 تقریبا ۷۵درصد 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 ۹۰درصد 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

مشـکلات مالی قابل ملاحظه‌ای برای دولت (به‌عنوان ارائه‌کنندگان اصلی مراقبت سلامت)، سازمان‌های بیمه سلامت (به‌عنوان خریداران اصلی خدمات مراقبت سلامت) و بیماران (به‌عنوان مصرف‌کنندگان خدمات سلامت) وجود داشته است [۱۴].

در سـال‌های اخیر دولت‌ها علاقه فزاینده‌ای به خصوصی‌سـازی خدمات مراقبت سلامت نشان دادند و به عنوان یکی از سیاست‌های غالب در نظام سـلامت مطرح شـد. گرچه در عصـر حاضر تلاش بر محدودسـازی نقش خصوصی‌سـازی شـده، زیرا این سیاست برای توجه به مباحث عدالت و کارآیی و نحوه حفاظت از بیماران در برابر خدمات با هزینه‌های هنگفت کافی به نظر نمی‌رسد. بنابراین افزایش نقـش بخش خصوصی، بدون توجه جزئی به پیامدهای بالقوه، منجر به وخامت بیشـتر در زمینه عدالت و دسترسی خواهد شد. علاوه بر این، اهداف فعلی برنامه ۵ساله توسعه برای سیستم مراقبت سلامت تاکیـد می‌کند که وزارتخانه هنوز هم در جسـتجوی راه‌های کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب بیماران باشد. بنابراین سیاست خصوصی‌سـازی در وزارت بهداشـت به اهداف خود نخواهد رسـید. درنتیجه بازار مراقبت سـلامت در ایران گستره وسیعی از مشکلات پیچیده مالی را متحمل شـده و در حال حاضر حدود ۴۱/۴درصد از منابـع مالی در بخش‌های بیمارسـتانی و ۲۷/۶درصد در بخش‌های خصوصی سرپایی هزینه شده است [۱۴].

نتیجه گیری

در حـال حاضـر به طـور متوسـط در دنیا مـردم ۱۸درصد از هزینه‌هـای درمان را می‌پردازند. این رقم در کشـورهای مختلف از حدود ۳درصد تا حـدود ۶۰درصد تغییر می‌کند و در ایران این رقم حدود ۴۶درصد برآورد شده اسـت. در کشورهای پیشرفته این رقم پایین‌تر از کشـورهای در حال توسعه است. کشورهایی که در اجرای UHC موفـق بودنـد، از تأمین مالی متکی بـه پرداخت از جیب به سـمت اتکا به منابع مالیاتی حرکت کردند. اما کشورهایی که درآمد بالا ندارند و مشاغل غیررسمی در آنها زیاد است، نمی‌توانند نظام‌های بیمـه‌ای و متکی به تأمین اجتماعی را اجرا کنند، بنابراین ناگزیر به سمت تأمین مالی سلامت از طریق منابع مالیاتی می‌روند، هرچند به دلیل توسعه نیافتن سیستم‌های اشتغال و نیز سیستم‌های گردآوری مالیـات عادلانه دراین نوع تأمین مالی هم دچار مشـکل می‌شـوند. کشـورهای پیشرفته با یک جریان دیگر هم روبه‌رو شده‌اند. به دلیل افزایش بار مالی خدمات سـلامت، به‌خصوص در کشورهایی که امید به زندگی بالا رفته است، تمایل به استفاده از بخش خصوصی بیشتر شـده است. اما خود استفاده از بخش خصوصی اگر تحت مدیریت و نظارت بالا نباشد، می‌تواند منجر به گسترش بی‌عدالتی در بهره‌مندی از سلامت شود.

تأمیـن مالی به سـطح توسـعه‌یافتگی اقتصادی ارتبـاط دارد. کشـورهایی کـه در آنها سـطح سـرانه درآمد پایین، نرخ اشـتغال غیررسـمی بـالا و بازتوزیع ثروت ناعادلانه باشـد، رژیم‌های مالیاتی بهتر جواب می‌دهند. شیوه‌های گوناگون دیگر مانند انواع مالیات‌های نشـاندار، عوارض خاص و فروش اوراق قرضه می‌تواند 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.
تعـارض منافع: دکتر مرتضـی علیزاده رضویان هیچگونه تضـاد منافعی 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
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.
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. Piroozi 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.
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-

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.
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.
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.
11. doi: 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, Ramezanian 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 K enya: a case study of the county departments of health. Int J Health Plann Manage. 2018;33(4):1159-77. doi: 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.
11. Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners'