

# دستیابی به پوشش فراگیر سلامت: توسعه نظام مالی سلامت\*

گزینش و ترجمه علی اصغر احمدکیا دلیری\*\*، حسن حق پرست\*\*\*

## مقدمه

برای تأمین پوشش فراگیر در کشورهایی که هم‌اکنون از آن برخوردار نیستند، ضروری است تا میزان پیش‌پرداختها افزایش و میزان اتکا بر پرداختهای مستقیم<sup>۱</sup> و حق‌الزحمه<sup>۲</sup> پرداختی کاربران<sup>۲</sup> کاهش یابد. این کار را می‌توان از طریق (۱) بسط و توسعه نظامهای مالیات‌محور عادلانه در سطح گسترده یا (۲) نظامهای مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت یا (۳) ترکیبی از هر دو انجام داد. این مقاله تصمیمات کلیدی را که می‌بایست در طول دوره‌گذار برای بهبود وظایف تأمین مالی سلامت (شامل جمع‌آوری درآمد)، تجمیع (انباشت) و خرید یا تدارک (خدمات) اتخاذ شود به‌طور مختصر ارائه می‌کند.

## پوشش فراگیر چیست و چگونه می‌توان به آن دست یافت؟

پوشش فراگیر مراقبت سلامت به این معناست که هرکس در جامعه در زمان نیاز، به مراقبت

\* این مقاله از گزارش سازمان بهداشت جهانی با عنوان *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System* استخراج شده است.

\*\* کارشناس ارشد اقتصاد سلامت (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، کارشناس دفتر برنامه‌ریزی بیمه‌های درمان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

\*\*\* دانشجوی دکتری اقتصاد بهداشت و درمان

1. out-of-pocket
2. user fees

سلامت (ارتقای، پیشگیرانه، درمانی و بازتوانی) مناسب با قیمتی که توانایی پرداخت آن را دارد، دسترسی داشته باشد.

از این رو پوشش فراگیر به طور تلویحی بیانگر عدالت در دسترسی و حمایت خطر مالی است. همچنین پوشش فراگیر بر عقیده عدالت در تأمین مالی استوار است یعنی مردم بر اساس توانایی پرداخت مشارکت می‌کنند، نه بر اساس ای بیماری که به آن مبتلا هستند. این نشان می‌دهد که منبع مالی مهمی باید از مشارکتهای پیش‌پرداختی و تجمع‌شده تأمین شود، نه از حق‌الزحمه یا هزینه‌هایی که به واسطه بیماری فرد و خدمات مورد استفاده پرداخت می‌شود. پوشش فراگیر نیازمند تصمیماتی است که باید در هر ۳ سطح نظام تأمین مالی اتخاذ شود:

- جمع‌آوری درآمد: مشارکتهای مالی برای نظام سلامت باید به طور عادلانه و کارا جمع‌آوری شود.

- تجمع (انباشت): مشارکتهای به نحوی تجمع شوند که هزینه‌های مراقبت سلامت میان تمامی افراد تقسیم شود و بر افرادی که بیمار هستند تحمیل نشود (این نیازمند سطح معینی از همبستگی<sup>۱</sup> در جامعه است).

- خرید: مشارکتهای برای خرید یا تدارک مداخلات سلامت کارا و مناسب مورد استفاده قرار گیرد. کشورهایایی که به پوشش فراگیر دست یافته‌اند، نظامهای پیش‌پرداخت را که اساساً به عنوان نظامهای مالیات‌محور یا مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت توصیف می‌شوند، بسط و توسعه داده‌اند. در نظام مالیات‌محور درآمد مالیات عمومی منبع اصلی تأمین مالی است و منابع موجود توسط دولت‌ها برای تدارک یا خرید خدمات سلامتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در نظام مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت مشارکتهای از کارکنان، خویش‌فرمایان، مؤسسات و دولت جمع‌آوری می‌شود. در هر دوی این نظامها مشارکتهای پرداخت‌شده جمع‌آوری و سپس توزیع می‌شود و خدمات تنها به کسانی که به آن نیاز دارند ارائه می‌شود.

خطرات مالی مرتبط با بیماری در جامعه میان تمامی مشارکت‌کنندگان تسهیم می‌شود و بنابراین منابع تجمع‌شده وظیفه‌ای بیمه‌ای انجام می‌دهند. اما در نظامهای مالیات‌محور بیمه مبهم است (به طور کلی مردم نمی‌دانند که چه مقدار از مالیات‌هایشان در صندوق سلامت هزینه می‌شود) در صورتی در بیمه اجتماعی سلامت این موضوع مشخص و واضح است (مردم

1. solidarity

می‌دانند که پرداخت آنها برای سلامت چه میزان است). در هر دوی این نظامها منابع مالی معمولاً برای خرید یا تدارک خدمات از ارائه‌کننده خصوصی یا عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در نظام بیمه اجتماعی سلامت به طور کلی مشارکت‌کنندگان حق برخورداری از یک بسته مزایای مشخص و معین را دارند. در نظام مالیات‌محور بسته‌های مزایا برحسب نوع خدمات در دسترس وجود دارد، اما جزئیات همیشه واضح و مشخص نیست. داشتن نظام تأمین مالی ترکیبی<sup>۱</sup> که در آن گروههای خاص تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و مابقی افراد جامعه به وسیله مالیاتهای عمومی تحت پوشش قرار می‌گیرند، در میان کشورها کاملاً رایج است. تقریباً در تمامی کشورها هنوز هم افراد و خانوارها می‌بایست در زمان دریافت برخی خدمات، مبالغی را به طور مستقیم پرداخت کنند (مثلاً حق‌الزحمه و فرانشیز مشاوره‌ها، آزمایشها، بستری در بیمارستان و ...) هرچند این گونه پرداختها اساساً بخش کوچکی از کل مخارج سلامت را در مقایسه با کشورهایی که هنوز به پوشش فراگیر دست نیافته‌اند، تشکیل می‌دهد.

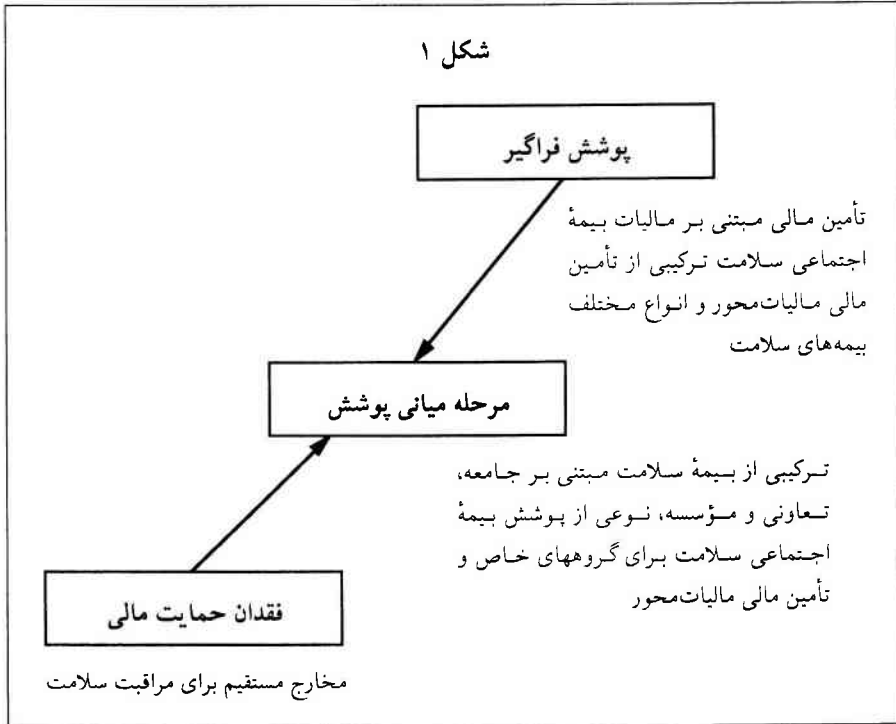
### انتقال به پوشش فراگیر

دستیابی به پوشش فراگیر در کشورهایی که هنوز به آن دست نیافته‌اند، سالها به طول خواهد انجامید. در آغاز انتقال، پوشش جمعیت کامل نیست و احتمالاً فقیرترین گروهها از حداقل حمایت برخوردارند. بر حق‌الزحمه‌ها و هزینه‌هایی که می‌بایست برای دریافت خدمات پرداخت شود تأکید زیادی می‌شود. در مراحل اولیه ضروری است از پرداختهای مستقیم فاصله گرفته شده و به سمت اشکالی از پیش‌پرداخت (که ممکن است روشهای مختلف حمایت از مردم در مقابل خطرات مالی را ترکیب کند، در صورتی وجود منابع مالی کافی برای تدارک خدمات را تضمین می‌کند) حرکت شود. این اشکال ممکن است شامل بیمه سلامت مبتنی بر جامعه، تعاونی و مؤسسه، سایر اشکال بیمه سلامت خصوصی و پوشش اجباری بیمه اجتماعی سلامت برای گروههای خاص جمعیتی باشد. قطعاً دنبال کردن منابع مالی حاصل از مالیات نیز مورد نیاز است (به شکل ۱ بنگرید).

مکانیسم‌هایی که در مرحله میانی وجود دارند، لزوماً زمانی که پوشش فراگیر حاصل شد، کنار گذاشته نمی‌شوند. در حقیقت، آنها می‌توانند مکانیسم‌های سازمانی مهمی برای ایجاد

1. mixed

پوشش فراگیر باشند. به علاوه در هر یک از مکانیزم‌های پوشش فراگیر، بیمه خصوصی سلامت می‌تواند برای تأمین مالی خدماتی که قسمتی از بسته مراقبت سلامت فراگیر نیست، مورد استفاده قرار گیرد.



موضوع اساسی در دوره انتقال «تجزیه منابع مالی» است که در این حالت صندوقهای مالی کوچک زیادی در یک زمان وجود دارند (این صندوقها ممکن است آن قدر کوچک باشند که گرانی مراقبت سلامت موجب شود تا عده کمی در این طرحها عضو شده و از این رو طرح با خطر مالی یا ورشکستگی مواجه شود). سیاستگذاران در مرحله ابتدایی می‌بایست تضمین کنند که مکانیزم‌های سازمانی (که به عنوان اقدامات برابرسازی و یکسان‌سازی خطر شناخته می‌شوند) وجود دارند که اجازه می‌دهند منابع مالی از طرحهایی با احتمال خطر پایین به طرحهای با احتمال خطر بالا منتقل شوند. به علاوه، در جایی که صندوقها بر اساس مناطق

جغرافیایی وجود داشته یا اجازه دسترسی محدودی به ثروتمندان یا افراد سالم می‌دهند برخی از صندوقها ثروتمند و برخی فقیر هستند که این امر به دسترسی نابرابر به خدمات منجر شده و دولت‌ها را وادار می‌کند از طریق تنظیم قوانین و مقررات این بی‌عدالتی را اصلاح کنند.

### سرعت انتقال

بدون توجه به نوع مکانیسم تأمین مالی که یک کشور تصمیم به پذیرش آن می‌گیرد، انتقال به پوشش فراگیر ممکن است سالها و حتی دهه‌ها به طول بینجامد. برای مثال در ژاپن بین تصویب اولین قانون مربوط به بیمه سلامت و قانون نهایی اجرایی کردن پوشش فراگیر ۳۶ سال فاصله وجود دارد. زمانی در همین حدود برای دستیابی به نظام مالیات‌محور فراگیر در بریتانیا صرف شد. برخی عوامل سرعت انتقال به پوشش فراگیر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. عوامل اصلی که می‌توانند سرعت انتقال را افزایش دهند عبارت است از:

۱) رشد اقتصادی بالا که ظرفیت و توانایی مردم برای مشارکت در طرح تأمین مالی سلامت را افزایش می‌دهد و ۲) وجود کارکنان ماهر برای اجرای نظام ملی. سایر ارکان تسهیل‌کننده که دارای اهمیت هستند عبارتند از: پذیرش مفهوم همبستگی در جامعه، اثربخشی تولید (تصدی‌گری) و اعتماد مردم به دولت.

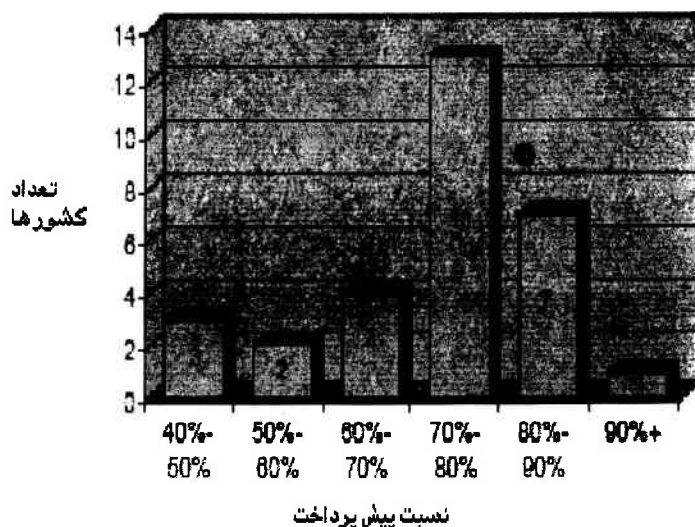
### سطح پیش‌پرداخت

تعداد محدودی از نظامها، کل هزینه‌های مراقبت سلامت را از منابع مالی پیش‌پرداخت و تجمیع شده تأمین می‌کنند. بیشتر کشورها تا حدودی به نوعی از فرانشیز یا هزینه‌های مستقیم برای استفاده از خدمات سلامت نیاز دارند (برای مثال خدمات تشخیصی، بستری و ...) که این کار استفاده بیش از حد از خدمات را نیز محدود می‌کند. بسیار مهم است که پرداختهای مستقیمی که توسط بیماران در زمان ارائه خدمات دریافت می‌شود، آن قدر بالا نباشد که دسترسی آنها را به مراقبت سلامت کاهش دهد یا افراد را در معرض خطرات مالی جدی قرار دهد. بر این اساس شکل ۲ سطح پیش‌پرداخت در ۳۰ کشور سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۱</sup> را نشان می‌دهد که تمامی آنها به پوشش فراگیر دست یافته یا در حال دستیابی به آن هستند.

1. OECD

همان طور که مشخص است تمامی این کشورها، به استثنای ۳ کشور، قسمت عمده هزینه‌های مراقبت سلامت خود را از طریق منابع مالی پیش‌پرداخت و تجمیع شده تأمین می‌کنند و این در حالی است که در ۲۱ کشور نسبت پیش‌پرداختها بیش از ۷۰ درصد است.

شکل ۲. نسبت پیش‌پرداختها در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه



کشورها باید کدام مکانیزم تأمین مالی سلامت را انتخاب کنند؟ نمی‌توان گفت روشی که منابع مالی را افزایش می‌دهد بهترین روش برای تمامی جوامع است، یا از مزیت‌های ویژه‌ای (بر اساس اثر روی ۱ - پیامد سلامت، ۲ - پاسخگویی به بیماران و ۳ - کارایی) برخوردار است. در حقیقت، در میان کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه ۱۵ کشور از نظام بیمه اجتماعی سلامت، ۱۲ کشور از نظام مالیات‌محور و ۳ کشور از ترکیب هر دو بهره‌مندند. اما تصمیمات مهمی وجود دارد که در هر یک از مکانیزم‌های تأمین مالی سلامت می‌بایست اتخاذ شود:

- **کارایی و شفافیت اجرایی:** تأمین مالی مبتنی بر مالیات اغلب کارایی بالاتری در جمع‌آوری درآمد دارد زیرا منابع مالی به طور مستقیم از وزارت دارایی به وزارت سلامت انتقال و سپس به خدمات سلامت یا مناطق مختلف کشور تخصیص می‌یابد. اما روش بیمه اجتماعی سلامت دارای شفافیت بیشتری است زیرا خانوارها و مؤسسات مستقیماً مشارکت دارند و بسته مزایای معینی را دریافت می‌کنند. در جایی که چندین صندوق بیمه‌ای وجود دارد افراد می‌توانند فرصتهایی را با توجه به صندوقی که عضو آن هستند به دست آورند. اما در کشورهای فقیری که دارای بخش غیررسمی گسترده‌اند، شناسایی میزان درآمد مردم و جمع‌آوری مالیاتها و مشارکتهای بیمه سلامت مشکل است. از این رو مهم است که در این کشورها روشهای بهبود کارایی و عدالت در جمع‌آوری درآمد بسط و توسعه یابد.
- **ثبات منابع مالی:** تشخیص مزیت خاص یک نظام در این مورد کار مشکلی است. نظامهای مبتنی بر مالیات درآمدهایشان را از طیف گسترده‌ای از منابع به دست می‌آورند و غالب چانه‌زنی‌های سیاسی بر درصد تخصیصی به سلامت متمرکز است. برعکس در نظامهای بیمه اجتماعی سلامت تمرکز بیشتر بر یافتن روشهایی است که از اتکای صرف بر مشارکتهای مبتنی بر حقوق و دستمزد و استفاده از یارانه‌های دولتی جلوگیری کنند.
- **عدالت:** ممکن نیست بتوان گفت که یک روش همیشه بهتر از روش دیگر عمل می‌کند. در نظامهای مبتنی بر مالیات، عدالت در تأمین مالی به تصاعدی یا تنازلی بودن نظام مالیاتی بستگی دارد. در نظامهای بیمه اجتماعی سلامت موضوع عدالت به برابر بودن مشارکتهای برای تمامی اعضا یا تفاوت آن بر اساس درآمد مرتبط است. روش اول (برابری مشارکتهای روشی تنازلی است. موضوع مهم دیگر این است که آیا تمامی مردم به بسته مزایای یکسانی دسترسی دارند یا خیر؟ که این موضوع در نظامهای مالیات‌محور گاهی اوقات عادلانه است و گاهی اوقات غیرعادلانه. یکسان بودن بسته مزایا در نظامهای بیمه اجتماعی سلامت صادق است. بنابراین ضروری است درباره چگونگی افزایش عادلانه منابع مالی و چگونگی تعیین عدالت در دسترسی بدون توجه به نوع نظام، تصمیمات مهمی اتخاذ شود.
- **تجمیع (انباشت):** هر دو نظام مبتنی بر مالیات و بیمه اجتماعی در صورت نبود قوانین و مقررات مناسب نسبت به «تجزیه منابع مالی» آسیب‌پذیرند. در نظامهای مبتنی بر مالیات تجزیه احتمالاً جغرافیایی است، بویژه زمانی که سطوح بالایی از عدم تمرکز وجود دارد. در

بیمه اجتماعی سلامت تجزیه بین صندوقهایی رخ می‌دهد که عضویت بر پایه شاخصه‌هایی غیر از مکان سکونت است، مثلاً بر اساس شغل. برای هر دو نظام اقدامات برابرسازی (یکسان‌سازی) خطر باید برای کاهش تفاوت قرار گرفتن در معرض خطر، یا تضمین تدارک مراقبت سلامت یکسان در صندوقهای فقیر و غنی انجام پذیرد.

● خرید: تمامی نظامهای تأمین مالی سلامت در انتخاب (۱) نوع خدماتی که باید خریداری کنند و (۲) کسانی که باید خدمات ارائه کنند و (۳) مکانیزمهای پرداختی که باید مورد استفاده قرار گیرند، با چالشهای مشابه مواجهند. این حقیقت که دولت در جمع‌آوری منابع مالی برای سلامت نقشی حساس ایفا می‌کند، لزوماً به این معنا نیست که دولتها باید مراقبت را ارائه کنند. بیشتر نظامها از مجموعه‌ای از روشهای مختلف تدارک (ارائه) خدمات استفاده می‌کنند که شامل ارائه‌کنندگان عمومی، انتفاعی و غیرانتفاعی است. همین طور در هر دو نظام مبتنی بر مالیات و بیمه اجتماعی سلامت، مجموعه‌ای از روشهای مختلف برای خرید مراقبت از بخش غیردولتی به کار گرفته می‌شود. هدف اصلی ایجاد انگیزه برای ارائه مراقبت مناسب با کیفیت بالاست. سیاست‌گذارانی که به دنبال دستیابی به پوشش فراگیر در کشورشان هستند، می‌بایست درباره چگونگی افزایش منابع مالی، چگونگی تجمیع (انباشت) آنها و چگونگی تدارک یا خرید خدمات تصمیمات مهمی اتخاذ کنند (بدون توجه به مکانیزمهای تأمین مالی سلامت که آنها را به کار می‌گیرند).

● همگرایی به یک مکانیزم خاص احتمالاً به وسیله تاریخچه آن مکانیزم و ماهیت محدودیتها و فرصتهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اولین عامل اساسی زمینه‌سازمانی است و امکان (قابلیت) استفاده از تجربیات موفق موجود. برای مثال اگر کشوری هم‌اکنون دارای نظام مالیاتی کارآمد است، تداوم این روش می‌تواند مناسب باشد. بر عکس، در صورت وجود سازمانهای سنتی تعاونی سلامت یا صندوقهای بیماری غیردولتی، دولت ممکن است تصمیم به ایجاد نظام جدیدی بگیرد. در تمامی موارد «تولیت (تصدی‌گری) دولتی» و «تمایل سیاسی قوی» برای اصلاح تأمین مالی سلامت ضرور است. عامل مهم تأثیرگذار دیگر «وضعیت اقتصادی» است. به نظر می‌رسد نظام تأمین مالی مبتنی بر مالیات خیلی جذاب‌تر است؛ زمانی که اقتصاد قوی بوده و به طور مداوم در حال رشد است، زیرا تأمین مالی دولتی می‌تواند به صورت پایدار وجود داشته باشد. اما زمانی که فشارهای



مستمری بر منابع مالی دولتی وجود دارد نظام بیمه اجتماعی سلامت جذاب تر است زیرا سایر عاملان می بایست مشارکت کنند و صندوقهای اختصاصی برای سلامت وجود داشته باشد. اما در این حالت خطر اثرات منفی بر اشتغال خصوصاً در کشورهای کم درآمد و همین طور سؤالاتی درباره تواناییهای مدیریتی (که به مشکلات بالقوه ای که در ثبت نام و جمع آوری مشارکتها از خویش فرمایان و کارکنان بخش غیررسمی وجود دارد، اشاره دارد) وجود خواهد داشت. صرف نظر از اینکه چگونه منابع مالی افزایش می یابند، می بایست تصمیمات آگاهانه ای در خصوص نحوه انباشت منابع مالی و نحوه استفاده از آنها برای خرید یا تدارک خدمات اتخاذ شود. این امر تا اندازه ای به این دلیل است که انواع مختلفی از مکانیزمهای سازمانی را می توان در میان کشورهایی که به پوشش فراگیر دست نیافته اند، مشاهده کرد.

### نتیجه گیری

سرانجام، انتخاب نظام تأمین مالی سلامت از سوی یک کشور می بایست آن کشور را به این جهت رهنمون شود که چگونه می تواند با توجه به شرایط موجود به پوشش فراگیر دست یابد. پیش پرداخت و تجمیع (انباشت) منابع و خطرات جزء اصول اساسی در تأمین دسترسی به خدمات مورد نیاز و حمایت مالی است. پوشش فراگیر بدون توسعه مؤسساتی که ایجاد صندوقهای پیش پرداخت و تجمیع (انباشت) و استفاده از منابع در خرید خدمات را به شکل کارا و عادلانه تسهیل کنند، حاصل نخواهد شد.