

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سازمان بیمه سلامت ایران

گزارش جهانی سلامت (سال ۲۰۱۰)

تأمین منابع در نظام سلامت

به سوی پوشش همگانی

ترجمه و ویرایش:

سیدمرتضی ادیانی، احسانه اسحاقی، پوپک ابراهیمزاده،

پروانه کیهانی، انوشیروان محسنی بندپی و حمیدرضا نیکوخوی

بهار ۱۳۹۳

فهرست برگه

گزارش جهانی سلامت (سال ۲۰۱۰) تأمین منابع در نظام سلامت، به‌سوی پوشش همگانی
ترجمه و ویرایش: سیدمرتضی ادیبانی، احسانه اسحاقی، پروانه کیهانی، حمیدرضا نیکوخوی، انوشیروان محسنی بندپی
و پوپک ابراهیم‌زاده
فهرست‌نویسی بر اساس اطلاعات فیپا.
-۱
ب. ایران، قوانین و احکام - ج. عنوان.
کتابخانه ملی ایران

عنوان: گزارش جهانی سلامت (سال ۲۰۱۰) تأمین منابع در نظام سلامت، به‌سوی پوشش همگانی
ترجمه و ویرایش: سیدمرتضی ادیبانی، احسانه اسحاقی، پوپک ابراهیم‌زاده، پروانه کیهانی، انوشیروان محسنی بندپی و
حمیدرضا نیکوخوی
ویراستار و طراح جلد: سهیل جلالی
شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه
نوبت چاپ: ۱۳۹۳
شابک:
قیمت: ۱۴۰۰۰۰ ریال
ناشر: جهاد دانشگاهی صنعتی امیرکبیر
نشانی پستی: تهران، خیابان شریعتی، حسینیه ارشاد، خیابان قبا، بلوار شهرزاد، خیابان شهید علیپور مشکانی، شماره ۸
نشانی وب‌گاه: www.msio.org.ir - info@msio.org.ir
کد پستی: ۱۹۴۸۷۴۴۸۵۱ - صندوق پستی: ۴۴۱۴-۱۹۳۹۵
استفاده از مطالب کتاب با ذکر نام منبع بلامانع است.

نمودار محتوای کتاب

گزارش جهانی سلامت (سال ۲۰۱۰)

تأمین منابع در نظام سلامت، به سوی پوشش همگانی

مرور اجمالی

فصل اول: ما در کجای مسیر نیل به پوشش همگانی قرار داریم؟

فصل دوم: تخصیص اعتبار بیشتر به حوزه سلامت

فصل سوم: قدرت اعداد

فصل چهارم: سلامت بیشتر با پول

فصل پنجم: برنامه‌ای برای اجرا

فهرست تفصیلی

گزارش جهانی سلامت (سال ۲۰۱۰)

تأمین منابع در نظام سلامت، به سوی پوشش همگانی

- مقدمه مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

- مقدمه مشاور مدیر عامل سازمان

- پیام دبیر کل سازمان جهانی سلامت

۱

مرور اجمالی

۱	مرور اجمالی
۱	چرا پوشش همگانی؟
۳	در حال حاضر در کجای این مسیر قرار داریم؟
۵	حل مسئله
۶	افزایش منابع کافی در سلامت
۱۰	از بین بردن ریسک اعتبارات مالی و موانع دسترسی به خدمات
۱۶	ارتقاء کارایی و حذف اتلاف
۱۹	بی‌عدالتی در پوشش درمان
۲۰	برنامه عملیاتی
۲۱	تسهیل و حمایت از تغییرات
۲۳	اقدامات کاربردی برای شرکای خارجی
۲۵	پیام امید
۲۵	یادداشت‌های آخر

۲۷

فصل اول: ما در کجای مسیر نیل به پوشش همگانی قرار داریم؟

۲۹	پیام‌های کلیدی
۳۰	ما در کجای مسیر نیل به پوشش همگانی قرار داریم؟
۳۴	پرداخت‌های مستقیم
۳۶	صندوق‌های تجمیع
۳۸	کمک‌های خارجی

۳۹	..... به‌سوی پوشش همگانی
۴۱	..... حفظ و بهبود نتایج موجود
۴۳	..... پوشش همگانی در دو بعد
۴۸	..... انتخاب صحیح
۵۰	..... حرکت به سمت پیشبرد اهداف
۵۲	..... مراجع

۵۹ فصل دوم: تخصیص اعتبار بیشتر به حوزه سلامت

۶۱	..... پیام‌های کلیدی
۶۲	..... افزایش منابع سلامت
۶۳	..... اما هزینه پوشش سلامت در جهان چقدر است؟
۶۶	..... حصول اطمینان از تسهیم عادلانه مجموع هزینه‌های دولت در بخش سلامت
۶۹	..... تولید ناخالص داخلی
۷۱	..... ایجاد تنوع در منابع داخلی درآمد
۷۴	..... جستجوی منابع از محل بودجه داخلی در حوزه سلامت
۸۱	..... کمک‌های مالی خارجی
۸۴	..... تأثیر رکود اقتصادی بر مشارکت در جهت توسعه
۸۸	..... نتیجه‌گیری
۸۹	..... مراجع

۹۷ فصل سوم: قدرت اعداد

۹۹	..... پیام‌های کلیدی
۱۰۰	..... مشکلات پرداخت مستقیم
۱۰۶	..... کارایی معافیت از هزینه‌ها
۱۰۹	..... عقب‌نشینی از روش پرداخت مستقیم
۱۱۱	..... قدرت اعداد
۱۱۵	..... کجا و چگونه افراد بیشتری را تحت پوشش قرار دهیم؟
۱۱۶	..... تمرکز بر فقرا
۱۱۹	..... سایر موانع موجود بر سر راه دسترسی به خدمات
۱۲۲	..... نتیجه‌گیری

۱۲۴.....مراجع

۱۳۵

فصل چهارم: سلامت بیشتر با پول

۱۳۷.....	پیام‌های کلیدی.....
۱۳۸.....	استفاده عاقلانه از منابع.....
۱۴۰.....	ده دلیل عمده عدم اثربخشی.....
۱۴۲.....	حذف هزینه‌های غیر ضروری دارو.....
۱۴۵.....	استفاده مناسب از داروها.....
۱۴۶.....	استفاده بهینه از فناوری‌ها و خدمات.....
۱۴۸.....	ایجاد انگیزه در مردم.....
۱۴۹.....	بهبود اثربخشی بیمارستان - طول مدت بستری.....
۱۵۱.....	دریافت مراقبت در مراجعه اولیه.....
۱۵۲.....	از بین بردن استهلاک و فساد.....
۱۵۳.....	ارزیابی اساسی خدمات مورد نیاز.....
۱۵۶.....	مزایای بالقوه بهبود اثربخشی.....
۱۵۹.....	مشوق‌ها، تأمین مالی سلامت و اثربخشی.....
۱۶۳.....	پرداخت بر اساس عملکرد.....
۱۶۵.....	خرید راهبردی.....
۱۶۷.....	پراکندگی.....
۱۶۹.....	جبران بی‌عدالتی.....
۱۷۱.....	نتیجه‌گیری.....
۱۷۲.....	مراجع.....

۱۸۵

فصل پنجم: برنامه‌ای برای اجرا

۱۸۷.....	آموزه‌های تجربی.....
۱۸۷.....	۱- روش پرداخت برای خدمات سلامت به گونه‌ای که مانعی برای دسترسی به خدمات ایجاد نکند
۱۹۰.....	۲- یکپارچه نمودن تجمیع بودجه و اتخاذ روش پیش‌پرداخت اجباری.....
۱۹۱.....	۳- استفاده عادلانه و اثربخش‌تر از منابع.....
۱۹۴.....	حمایت از تغییرات.....

۱۹۵.....	اقدام شماره ۱: ایجاد رویکرد.....
۱۹۶.....	اقدام شماره ۲: آنالیز شرایط- درک نقطه شروع.....
۱۹۸.....	اقدام شماره ۳: ارزیابی مالی.....
۱۹۹.....	اقدام شماره ۴: ارزیابی محدودیت.....
۲۰۱.....	اقدام شماره ۵: پیشبرد و تنظیم استراتژی‌ها و اهداف تغییر.....
۲۰۴.....	اقدام شماره ۶: اجرایی نمودن شامل ارزیابی ساختارها و قوانین سازمانی.....
۲۰۵.....	اقدام شماره ۷: ارزیابی و نظارت.....
۲۱۲.....	نتیجه‌گیری.....
۲۱۴.....	مراجع.....

فهرست جداول و تصاویر

- تصویر شماره ۱: سه بعدی که نمایانگر زمان حرکت به سوی پوشش همگانی است. ۱۴
- تصویر شماره ۲: فرآیند تصمیم‌گیری در مورد منابع مالی بخش سلامت..... ۲۳
- تصویر شماره ۱-۱: میزان پوشش زایمان تحت نظر کارکنان ماهر بخش سلامت و واکسیناسیون DTP3 توسط دولت‌ها، بر اساس آخرین اطلاعات..... ۴۵
- تصویر ۱-۲: میزان جمعیت تحت پوشش، میزان خدمات در دسترس و مجموع کل هزینه‌ها..... ۴۸
- تصویر ۱-۲: هزینه‌های سلامت به‌عنوان درصدی از مجموع هزینه‌های دولت توسط کشورهای عضو سازمان جهانی سلامت در منطقه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷..... ۶۷
- تصویر ۲-۲: سهم هزینه دولت در بخش سلامت در منطقه اروپایی WHO در سال ۲۰۰۷..... ۶۹
- جدول ۱-۲: گزینه‌های داخلی برای سرمایه‌گذاری ابداعی..... ۷۶
- تصویر ۳-۲: مشارکت در توسعه برای میزان هزینه تخصیص داده شده به هر فرد بر اساس سطح درآمد کشور در کشورهای با درآمد متوسط و کم در سال ۲۰۰۷..... ۸۶
- تصویر ۱-۳: پرداخت از جیب به‌عنوان نتیجه سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۲۰۰۷..... ۱۰۱
- تصویر ۲-۳: تأثیر پرداخت از جیب بر بروز فاجعه مالی و فقر..... ۱۰۲
- تصویر ۳-۳: پرداخت‌های مستقیم در قبال دریافت تسهیلات عمومی و خصوصی در ۳۹ کشور..... ۱۲۰
- تصویر ۱-۴: محور درصد زایمان توسط پرسنل ماهر- کل سرانه هزینه‌های سلامت، کشورهای با درآمد کم و متوسط، از آخرین سال موجود (هر نقطه نشان‌دهنده یک کشور)..... ۱۳۹
- جدول ۱-۴: ده منبع متداول در عدم اثربخشی..... ۱۴۰
- تصویر ۲-۴: قیمت متوسط تدارکات بخش عمومی برای داروهای ژنریک در کشورهای منطقه WHO ۱۴۳..... ۱۴۳
- جدول ۲-۴: مزایای بالقوه ارزیابی انتقادی مداخلات..... ۱۵۵
- جدول ۳-۴: پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی هزینه‌ها به‌ترتیب میزان هزینه و درآمد کشورها..... ۱۵۷
- تصویر ۱-۵: فرآیند تصمیم‌گیری در مورد منابع مالی بخش سلامت..... ۱۹۵
- جدول ۱-۵: تصمیمات فنی مورد نیاز برای اقدام شماره ۵..... ۲۰۱
- جدول ۲-۵: پایش پوشش همگانی از نظر حفاظت در برابر ریسک مالی..... ۲۰۶

مقدمه مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران

امروزه موضوع سلامت از اولویت‌های اصلی زندگی افراد است و حفظ و گسترش آن در حوزه رفاه اجتماعی و توسعه پایدار امری ضروری است، همچنین مفهوم عدالت در سلامت و دسترسی عادلانه و به موقع افراد به مراقبت‌های سلامت مبتنی بر مفهوم فلسفی و اخلاقی عدالت است. به همین دلیل این موضوع برای دولت‌ها تبدیل به یک مبحث سیاسی جهت برآورده کردن انتظارات مردم گردید.

WHO استفاده از بالاترین استانداردهای سلامت را حق همه مردم می‌داند و پوشش همگانی بهترین شیوه برای نایل شدن به این حق است. گزارش ۲۰۱۰ سازمان جهانی سلامت حاصل تجربیات و تحقیقات گسترده در زمینه عملکرد صحیح نظام تأمین مالی بخش سلامت در کشورهای متفاوت است و راهکارهایی ارائه می‌دهد تا کشورها بتوانند با تغییر رویکرد در نظام تأمین مالی خود، سریعتر به اهداف تعیین شده برای پوشش همگانی دست یابند. این گزارش تأکید بر پرداخت حق بیمه افراد نیازمند (که قادر به پرداخت حق بیمه نیستند) توسط دولت‌ها جهت تحقق پوشش همگانی را دارد.

از سوی دیگر طی دهه گذشته، تجربیات ارزشمندی از شکست روش پرداخت مستقیم بخصوص در نظام تأمین مالی بخش سلامت به دست آمد. از آنجا که هدف نظام سلامت باید دربرگیرنده کاهش نابرابری‌ها باشد، چاره کار حرکت به سمت نظام پیش‌پرداخت، تجمیع منابع، توزیع ریسک‌های مالی و تحت پوشش قرار گرفتن اکثریت مردم جامعه است.

این گزارش شاخص مهم صحت نظام مالی بخش سلامت را میزان دسترسی و استفاده افراد از خدمات سلامت عنوان نموده است. بدیهی است دستیابی به بالاترین سطوح قابل دسترسی سلامت

نیازمند اقدامات جدی نظیر نوآوری در تأمین منابع، اتخاذ روش پیش‌پرداخت، حذف یا کاهش پرداخت مستقیم و استفاده بهینه از مدیریت و نیز خرید راهبردی خدمات به جای خرید منفعل می‌باشد. به هر صورت این گزارش به سیاستگذاران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر کمک می‌کند با درس گرفتن از گذشته و با توجه به چالش‌های متعدد در این حوزه حتی‌المقدور مفاهیم این گزارش را مدنظر قرار داده و با بررسی و نقد آن، امکان اجرای توصیه‌ها و راه‌حل‌های کتاب را در صدر برنامه‌ریزی خود قرار دهند.

در پایان اینجانب از تلاش‌های بی‌شائبه کلیه همکاران در ترجمه و ویرایش دقیق این کتاب و ناشر محترم آن قدردانی به عمل آورده و توفیق روزافزون‌شان را از خداوند متعال خواستارم و همچنین از زحمات کلیه همکارانی که به انحاء مختلف از این گروه حمایت کردند سپاسگزاری می‌نمایم.

دکتر محسنی بندپی

مدیرعامل

مقدمه مشاور مدیر عامل سازمان

بهبود و اصلاح نظام سلامت برای رفاه انسان و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی مستمر بسیار حیاتی است، مسئولیت نهایی عملکرد کلی نظام سلامت یک کشور به عهده دولت است که می‌بایست تمام بخش‌های جامعه را در فرایند تولید خود دخیل نماید. تولید به معنای تعیین و تقویت قواعد بازی و ارائه سیاست‌های راهبردی برای تمام بازیگران و عوامل تأثیرگذار بر آن می‌باشد. تولید بر مبنای مدیریت دقیق و مسئولانه سلامت مردم دارای چارچوب سیاسی شفاف با انگیزش‌ها، تنظیم‌ها و اطلاع‌رسانی عمومی است تا تصمیمات کلان نظام سلامت، مبتنی بر آنها انجام شود و از تصمیمات موردی تحت تأثیر مسائل سیاسی جلوگیری نماید. در جایی که ورودی‌های نظام سلامت توسط سایر نهادها (ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و فروشندگان دارو و تجهیزات و ...) انجام می‌شود وظیفه تولید برای اطمینان از بهبود کارایی و اثر بخشی ترکیب این ورودی‌ها، تنظیم و نظارت بر بازار است.

فلسفه وجودی این گزارشات ارتقای کارکردهای اصلی نظام سلامت (ارائه خدمات سلامت، تولید منابع، تأمین منابع مالی، تولید) است. ضمن اینکه سیاست‌های مربوط به تغییر توازن میان ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و پاسخگویی آنها باید به دقت و ظرافت تحت پایش قرار گیرند تا تأثیر این فرایندها بر سلامت، پاسخگویی و توزیع بار مالی مشخص گردد.

یک سیاست خوب بین ارائه‌کنندگانی که در دستیابی به اهداف نظام سلامت (سلامت خوب، عادلانه بودن مشارکت و پاسخگویی به انتظارات مردم) مشارکت می‌کنند و آنهایی که آسیب می‌رسانند و یا حتی بی‌اثرند باید تمایز قائل شود و به گونه‌ای متناسب آنان را تشویق یا تنبیه نماید. تفاوت میان نظامی با عملکرد خوب و نظامی با عملکرد بد را می‌توان با مرگ، ناتوانی، فقر، حقارت و ناامیدی سنجید.

در هر صورت این گزارش به سؤالات ذیل پاسخ می‌دهد:

۱- نظام بیمه سلامت از نظر مالی چگونه تأمین می‌شود؟

۲- چگونه می‌توان در زمان بیماری، مردم را در برابر هزینه‌ها حفاظت نمود؟

۳- چگونه می‌توان از منابع موجود استفاده بهینه نمود؟

در سال ۲۰۰۵ میلادی تمام اعضای WHO متعهد شدند تا نظام تأمین مالی را به‌منظور دسترسی همه مردم به خدمات سلامت توسعه دهند به‌گونه‌ای که افراد هنگام پرداخت هزینه مشکلی نداشته باشند، این هدف به عنوان پوشش همگانی تعریف شد.

تأکید این گزارش نیز حرکت به سوی تحقق پوشش همگانی به عنوان هدف اصلی موضوع ارائه خدمات سلامت است. اولین قدم در جهت نیل به پوشش همگانی، این است که بدانیم در مقایسه با کشورهای دیگر در کجای این مسیر قرار گرفته‌ایم، چه کارهایی انجام داده و چه کارهایی باید انجام بدهیم. سه چالش اساسی که کشور را از نزدیک شدن به پوشش همگانی باز می‌دارد عبارتند از:

۱- دسترسی به منابع.

۲- استفاده نادرست و غیرمنصفانه از منابع.

۳- تأکید بیش از حد بر پرداخت مستقیم در زمان بیماری اعم از قانونی و یا غیر قانونی (پدیده زیرمیزی و یا رشوه). در این موارد ضروری است مفهوم حقوق بیماران ترویج داده شود و تشکیلاتی جهت بررسی سریع و عادلانه حقوق پایمال شده آنان ایجاد گردد.

برای دستیابی به بهترین سطوح قابل دسترسی خدمات سلامت، نظام تأمین منابع نیازمند اقدامات بدیع و جدی است. منابع سلامت را می‌توان با نوآوری در تأمین منابع از طریق مالیات بر معاملات نقدی، صنعت گردشگری و ... یا از طریق مالیات‌های غیرمستقیم بر محصولات مضر مانند دخانیات و ... و ایجاد صندوق‌های مضاعف و یا منابع متنوع و همچنین استفاده از کمک‌های خیرین و کمک‌های خارجی، افزایش داد. بدیهی است اتخاذ سیاست‌های مالی مناسب برای بخش سلامت یکی از اساسی‌ترین اقدامات است. کشورهایهایی که پوشش همگانی سلامت را تقریباً در حد بالایی محقق کرده‌اند مشارکت را برای آحاد جامعه از طریق مالیات یا حق بیمه اجباری کرده‌اند.

افزایش تقاضای عمومی برای دسترسی به خدمات کیفی و نیاز به خدمات با قیمت‌های مناسب، فشارهای سیاسی را برای تصمیمات عاقلانه افزایش می‌دهد. این گزارش تخمین می‌زند به دلیل عدم کارایی و اثر بخشی حدود ۲۰-۴۰ درصد از تمام هزینه‌های بخش سلامت هدر می‌رود، لذا استفاده عاقلانه‌تر از منابع می‌تواند باعث شود بدون افزایش هزینه‌ها به سمت تحقق پوشش همگانی گام برداشت. بنابراین اتخاذ رویکردی مبتنی بر درک صحیح شرایط کنونی بسیار اساسی است و بهبود کارایی و اثربخشی باعث تحقق بسیاری از اهداف در حوزه سلامت می‌گردد و این بهبود را می‌توان از طریق اعمال فرآیند خرید راهبردی، تسهیل فرآیندهای مدیریتی و مالی بخش سلامت و محقق نمود. مدیریت مؤثر از طریق تدوین قوانین و حصول اطمینان از اجرایی شدن آنها کلید اصلی بهبود کارایی و برابری است. ارتقاء سیستم سبب تقاضا برای کسب خدمات بیشتر، کیفیت بهتر و یا افزایش پیشگیری از خطرات مالی خواهد شد.

کاهش پرداخت‌های مستقیم، شاخص اصلی پیشرفت در راستای نیل به پوشش همگانی محسوب می‌شود. بنابراین بزرگترین عامل ممانعت از پیشرفت در نظام‌های سلامت را استمرار وابستگی به پرداخت‌های مستقیم می‌دانند. پرداخت‌های مستقیم اثرات منفی بر سلامت دارد و سبب می‌شود افراد در زمانی که نیاز به مراقبت دارند از خدمات سلامت (مخصوصاً ارتقاء سلامت و پیشگیری) صرف‌نظر نمایند و حتی با پرداخت‌های نسبتاً کم به ورطه فقر و فاجعه مالی کشانده شوند.

به همین دلیل شاخص مهم سیستم مالی حوزه سلامت، میزان دسترسی و استفاده افراد از خدمات سلامت می‌باشد. روش پرداخت مستقیم غیر عادلانه‌ترین روش برای تأمین بودجه بخش سلامت است. پرداخت مستقیم یک روش ارتجاعی است که بر اساس آن ثروتمندان و فقرا برای دریافت خدمات ویژه به یک اندازه پول پرداخت می‌کنند. لذا برای اینکه حرکت به سمت پوشش همگانی تسریع شود ضروری است وابستگی به پرداخت‌های مستقیم را کاهش دهیم که این امر نیازمند معرفی و یا تقویت انواع روش‌های پیش‌پرداخت و یا تجمع منابع می‌باشد.

در این گزارش سیاستگذاران برای برنامه‌ریزی جهت حذف پرداخت مستقیم سه گزینه را مطرح

نمودند:

- جایگزین نمودن انواع پیش‌پرداخت‌ها به جای پرداخت مستقیم.
- ادغام صندوق‌های پراکنده و تبدیل آن به یک صندوق واحد.
- افزایش کارایی صندوق‌ها.

به هر حال برای تحقق پوشش همگانی لازم است مستمراً کاهش موانع و مشکلات مالی را مدنظر داشته باشیم و سیاست‌هایی را اتخاذ نماییم تا بتوانیم به پوشش گسترده خدمات سلامت و سطح بالایی از حفاظت در ریسک مالی در هر سطح هزینه دست یابیم.

امید است کلیه تصمیم‌گیران حوزه سلامت این گزارش را مورد نقد و بررسی قرار داده و با در نظر گرفتن نیازهای مالی از راهکارهای ارائه شده استفاده نمایند و بدانند همیشه روش‌های جدید دیگری مطابق با شرایط کشور وجود دارد که می‌تواند راهگشا باشد.

در خاتمه از تلاش‌های بی‌وقفه همکاران مان در ترجمه و ویرایش این کتاب (با وجود دشواری متن اصلی) و ناشر محترم تقدیر و تشکر نموده و همچنین از جناب آقای مهندس برزگر، معاون محترم مطالعات و توسعه خدمات بیمه‌ای و آقای دکتر جیریایی مدیر کل محترم سازمان بیمه سلامت استان مرکزی به‌دلیل حمایت و همکاری بی‌دریغ‌شان از گروه سپاسگذاری می‌نمایم و سلامت و توفیقشان را از درگاه ایزد منان خواستارم.

دکتر سید مرتضی ادیانی

مشاور مدیرعامل

پیام دبیر کل سازمان جهانی سلامت

گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی سلامت، در پاسخ به نیاز همه کشورها، اعم از فقیر و غنی، به صورت یک راهنمای کارآمد برای رفع مشکلات مالی حوزه سلامت، تنظیم گردید. هدف، بررسی نتایج در شرایط مختلف و تنظیم لیستی از گزینه‌ها جهت افزایش منابع کافی و از بین بردن مشکلات و موانع مالی بر سر راه دسترسی به خدمات، علی‌الخصوص برای قشر فقیر می‌باشد. همان‌طور که در عنوان کتاب آمده، تأکید این گزارش بر حرکت به سوی تحقق پوشش همگانی، به‌عنوان هدف اصلی مباحث ارائه خدمات سلامت می‌باشد.

نیاز به راهنما در این بخش، در شرایطی که مردم با مشکلات رکود اقتصادی و همچنین افزایش قیمت‌ها و هزینه‌های خدمات مراقبت از سلامت (به دلیل سالمندی جمعیت، بیماری‌های مزمن و روش‌های نوین اما گران‌قیمت درمانی) مواجهند، امری بدیهی است. همان‌طور که در این گزارش اشاره شده، افزایش تقاضای عمومی برای دسترسی به خدمات کیفی و نیاز به خدمات با قیمت‌های مناسب و قابل پرداخت، فشارهای سیاسی را برای اتخاذ تصمیمات عاقلانه افزایش می‌دهد.

نصیحت من به همه کشورها، در زمان مزیقه مالی، یافتن راه‌هایی جهت بهبود کارایی است، چرا که فقط جستجوی چگونگی کاهش هزینه‌ها، ما را به نتایج مناسب نمی‌رساند. تمامی کشورها می‌توانند از منابع خود، استفاده بسیار بهتری کنند. و این بهبود را می‌توان از طریق اعمال فرآیندهای تأمین تدارکات و سیستم‌های خرید بهتر، استفاده گسترده‌تر از داروهای ژنریک، تشویق بیشتر ارائه‌کنندگان خدمات، و همچنین تسهیل فرآیندهای مدیریتی و مالی بخش سلامت محقق نمود.

در حال حاضر، این گزارش حاکی از آن است که به دلیل عدم کارایی، شاهد اتلاف حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد کل مصارف حوزه سلامت هستیم و در آینده، با سیاست‌گذاری بهتر در ۱۰ بخش مهم می‌توانیم

کاهش چشمگیر هزینه‌ها را به چشم بینیم. استفاده عاقلانه‌تر از منابع می‌تواند سبب شود کشورها بدون افزایش هزینه‌هایشان به سمت تحقق پوشش همگانی گام بردارند.

یکی از مشکلاتی که برای نیل به این هدف به آن اشاره شده، استمرار وابستگی به پرداخت‌های مستقیم نظیر هزینه‌های خدمات سلامت می‌باشد که از آن به‌عنوان بزرگترین عامل ممانعت از پیشرفت در سیستم‌های سلامت یاد می‌شود. مستندات و شواهد فراوانی وجود دارد که حاکی از تأثیر مثبت افزایش صندوق‌ها از طریق پیش‌پرداخت در افزایش پوشش سلامت جامعه است. این مکانیسم‌ها، حمایت مالی فقرا توسط اغنیا و همچنین افراد بیمار توسط افراد سالم را ممکن می‌سازند. تجربیات نشان می‌دهد که زمانی این «پیش‌پرداخت‌ها» مؤثرترند که گروه بزرگتری در آن مشارکت داشته باشند و همچنین صندوق‌ها برای پوشش هزینه‌های خدمات سلامت کلیه افراد تجمیع گردند.

در نتیجه این اقدامات، هیچکس نباید به واسطه استفاده از خدمات درمانی و یا پیشگیری به ورطه مشکلات حاد مالی بیفتد.

بر اساس شواهد، همه کشورها نیازمند منابع کافی و در عین حال ثابت در بخش سلامت هستند، حال آنکه سرمایه کافی تنها پیش‌نیاز حرکت به سوی پوشش همگانی نیست. بسیاری از کشورهای هم‌سطح در میزان هزینه‌های سلامت، به نتایج بسیار متفاوتی در این حوزه دست می‌یابند. این تفاوت‌ها را تنها می‌توان به واسطه چگونگی سرمایه‌گذاری سیاستگذاران توجیه نمود.

همچنین در شرایط مختلف سیاست‌های یکسان پاسخگو نیستند. این گزارش هشدار می‌دهد که همه استراتژی‌های مؤثر پیشنهادی در سرمایه‌گذاری حوزه سلامت باید بومی‌سازی شود. سیستم‌های سلامت، سیستم‌هایی پیچیده و منعطف می‌باشند، اگرچه اجزای آنها می‌توانند به‌صورت تصادفی با یکدیگر تعامل داشته باشند. این گزارش با نشان دادن تجربیات شکست‌ها و موفقیت‌ها تلاش دارد به کشورها کمک کند که اتفاقات منفی را پیش‌بینی کرده و از آنها احتراز نمایند. همیشه کم و کاست وجود دارد، اما تصمیمات باید به‌گونه‌ای اتخاذ گردند که یک توازن مناسب میان میزان جمعیت، خدمات و هزینه‌های تحت پوشش ایجاد نماید.

با این حال و علی‌رغم همه این هشدارها، پیام جهانی ما بسیار خوشبینانه است: همه کشورها در تمامی سطوح توسعه می‌توانند به سرعت در جهت تحقق پوشش همگانی و همچنین حفظ دستاوردهایشان در این زمینه گام بردارند.

کشورهایی که سیاست‌های مناسبی را اتخاذ می‌کنند، می‌توانند به پوشش گسترده خدمات سلامت و همچنین سطح بالایی از حفاظت در برابر ریسک مالی در هر سطح هزینه‌ای دست یابند. از صمیم قلب امیدوارم که تجربیات کارآمد و توصیه‌های ارائه شده در این گزارش، سیاستگذاران را در جهت صحیح رهنمون سازد. در سراسر جهان، هر تلاشی هر چند کوچک در جهت نیل به پوشش همگانی بسی ارزشمند و دست‌یافتنی است.

دکتر مارگارت چان

دبیرکل سازمان جهانی سلامت

◀◀ مرور اجمالی

◀ چرا پوشش همگانی؟

حفظ و گسترش سلامت در حوزه رفاه اجتماعی و توسعه پایدار اقتصادی و اجتماعی امری ضروری است. این موضوع بیش از سی سال قبل در زمان بیانیه آما آتا توسط امضاکنندگان آن مورد بررسی قرار گرفته بود. آنان تأکید داشتند که «بهداشت برای همگان» به «کیفیت بهتر زندگی» و همچنین «صلح و امنیت جهانی» منتج خواهد شد.

امروزه مردم در بسیاری از کشورهای جهان موضوع «سلامت» را پس از دیگر نگرانی‌های اقتصادی خود همچون بیکاری، دستمزدهای پایین، هزینه‌های بالای زندگی و... از اولویتهای اصلی می‌دانند و بر همین اساس، اغلب اوقات مبحث سلامت برای دولت‌ها تبدیل به یک موضوع سیاسی برای برآورده کردن انتظارات مردم شده است.

برای حفظ و توسعه سلامت راه‌های زیادی وجود دارد. برخی از این راه‌ها خارج از بخش سلامت قرار دارند. در جوامع بشری «شرایطی که افراد در آن رشد، زندگی و کار می‌کنند و پیر می‌شوند» به صورت مؤثر بر چگونگی زندگی و مرگ آنها تأثیرگذار است و بر همین اساس آموزش، مسکن، غذا و اشتغال همه و همه بر مقوله سلامت تأثیر می‌گذارد و رفع نابرابری در این امور، بی‌عدالتی در حوزه سلامت را کاهش می‌دهد.

در این میان دسترسی به موقع افراد به خدمات سلامت یعنی مجموعه‌ای از توسعه، پیشگیری، درمان و توانبخشی؛ بسیار مهم و ضروری است اما هم‌اکنون این امر تنها برای قشر محدودی از جامعه میسر بوده و برای فراگیر شدن آن لازم است تا نظام تأمین مالی بخش سلامت عملکرد مناسبی داشته باشد. عملکرد صحیح نظام تأمین مالی مشخص می‌کند که آیا مردم در زمان نیاز، استطاعت مالی برخوردار از خدمات درمانی را دارند و یا اینکه خدمات سلامت اصلاً ارائه می‌شوند یا خیر.

در سال ۲۰۰۵ میلادی به منظور رسمیت بخشیدن به مسائل پیشگفت، تمام اعضای سازمان جهانی سلامت (WHO) متعهد شدند تا نظام تأمین مالی را به منظور دسترسی کل مردم به خدمات سلامت توسعه دهند به گونه‌ای که افراد هنگام پرداخت هزینه‌ها مشکلی نداشته باشند. این هدف تحت عنوان «پوشش همگانی»^۱ و گاهی نیز «پوشش همگانی سلامت» نامیده می‌شود.

برای رسیدن به این هدف، دولت‌ها با سه سؤال اساسی مواجه هستند:

نظام بیمه سلامت چگونه از نظر مالی تأمین می‌شود؟

دولت چگونه می‌تواند در زمان بیماری، مردم را در برابر هزینه‌های بیماری حفاظت کرده و خدمات

سلامت را به آنان ارائه دهد؟

دولت چگونه می‌تواند از منابع موجود استفاده بهینه نماید؟

از سوی دیگر دولت‌ها باید تضمین نمایند که پوشش همگانی به صورت عادلانه در حال انجام است و

ابزارهای قابل اعتمادی برای کنترل و ارزیابی پیشرفت آن اتخاذ شده است.

در این گزارش، سازمان جهانی سلامت راهکارهایی را ارائه می‌دهد تا کشورها بتوانند با تغییر نظام‌های تأمین مالی خود، سریع‌تر به اهداف تعیین شده برای پوشش همگانی دست پیدا کرده و در عین حال دستاوردهای خود را حفظ نمایند. گزارش مذکور نتیجه ترکیب تحقیقات جدید با آموزه‌های حاصل از تجربیاتی است که منجر به اقدامات عملی می‌شود تا همه کشورها صرف نظر از میزان توسعه-یافتگی قادر به اجرایی نمودن آنها باشند و بتوانند نیازهایشان را برآورده سازند. همچنین این گزارش روش‌هایی را پیشنهاد می‌کند که جامعه بین‌الملل بتواند از تلاش‌های کشورهای کم‌درآمد برای نایل شدن به پوشش همگانی حمایت نماید.

نیاز برای تأمین پوشش همگانی و استراتژی تأمین اعتبار آن در زمانی که جهان با مشکل رکود اقتصادی و موارد دیگری همچون جهانی شدن بیماری‌ها به همراه هزینه‌ها و تقاضاهای رو به رشد درمان بیماری‌های مزمن (بیشتر در قشر سالمند) دست به گریبان است، محسوس‌تر می‌باشد.

◀ در حال حاضر در کجای این مسیر قرار داریم؟

مصوبه شماره ۵۸.۳۳ مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۰۵ میلادی اعلام نمود که همه افراد باید به خدمات سلامت دسترسی داشته و نباید برای پرداخت هزینه‌های درمان متحمل سختی شوند. با این وجود هم‌اکنون جوامع جهانی در هر دو مورد فاصله زیادی با پوشش همگانی مطلوب دارند.

به‌عنوان مثال در بخش پوشش خدمات سلامت، نسبت تولد نوزادان توسط متخصصین زنان و زایمان در برخی از کشورها کمتر از ۱۰٪ است در حالی که در بعضی دیگر از کشورها این نسبت نزدیک به ۱۰۰٪ بوده که سبب به حداقل رسیدن میزان مرگ و میر مادران شده است. البته در این کشورها نیز تفاوت‌های مشابهی وجود دارد. زنان ثروتمند هر جا که ساکن باشند سطح بالایی از خدمات را دریافت می‌کنند در حالی که زنان بی‌بضاعت از آن خدمات محروم هستند. زنان ثروتمند از جمعیت ۲۰ درصدی قشر مرفه کل جامعه، نسبت به زنان فقیر، ۲۰ برابر بیشتر از خدمات متخصصین زنان و زایمان استفاده می‌کنند.

در صورتی که شکاف پوشش خدمات سلامت بین افراد فقیر و غنی در ۴۹ کشور کم‌درآمد دنیا تا سال ۲۰۱۵ از بین برود، جان بیش از ۷۰۰۰۰۰ زن حفظ خواهد شد. از سوی دیگر با توجه به آمار موجود، عمر کودکان پولدار طولانی‌تر از کودکان فقیر است که با از بین بردن شکاف پوشش خدمات سلامت و ارائه حداقل خدمات درمانی به کودکان کمتر از ۵ سال به ویژه واکسیناسیون معمولی، جان بیش از ۱۶ میلیون کودک از مرگ نجات خواهد یافت.

اما درآمد، تنها فاکتور تأثیرگذار بر پوشش خدمات نیست. بسیاری از اقشار جامعه همانند مهاجرین و اقلیت‌های قومی و مذهبی علی‌رغم نیاز بیشترشان به دریافت خدمات درمانی، نسبت به سایر گروه‌ها، از خدمات کمتری برخوردار می‌شوند.

روی دیگر این سکه بیانگر این واقعیت است که حتی در صورتی که مردم از خدمات سلامت نیز بهره‌مند شوند، با هزینه‌های بالا و گاهی فاجعه بار^۱ درمان مواجه هستند.

در برخی از کشورها سالیانه بیش از ۱۱٪ از جمعیت به دلیل هزینه‌های بالای درمان متحمل فشارهای اقتصادی شده و بیش از ۵٪ نیز دچار فقر می‌شوند. در سراسر جهان سالیانه ۱۵۰ میلیون نفر گرفتار مشکلات و فشارهای مالی هزینه‌های درمانی و ۱۰۰ میلیون نفر به زیر خط فقر^۱ سوق داده می‌شوند.

یکی دیگر از مشکلات موجود در بحث خدمات سلامت، از دست رفتن درآمد مالی^۲ افراد بیمار است که هم بر بیمار و هم بر مراقبت‌کنندگان^۳ وی تأثیر می‌گذارد. در برخی از کشورها خویشاوندان بیمار می‌توانند به طرق مختلف و هر چند اندک بیمار را در طول دوران بیماری، حمایت مالی نمایند. حمایت مالی دولت برای کمک به افرادی که بسیار بیمار بوده و قادر به کار کردن نیستند، چندان رایج نیست. بر اساس گزارش سازمان جهانی کار^۴، در سراسر دنیا از هر پنج نفر تنها یک نفر از حمایت‌های گسترده تأمین اجتماعی که حتی فقدان حقوق در دوران بیماری را هم شامل می‌شود، برخوردار است، این در حالیست که بیش از نیمی از جمعیت دنیا فاقد هرگونه حمایت رسمی تأمین اجتماعی می‌باشند. با وجود آنکه در کشورهای با درآمد متوسط، ۲۰ تا ۶۰ درصد از مردم تحت پوشش تأمین اجتماعی هستند، در شبه صحرای آفریقا و جنوب قاره آسیا این میزان به ۵ تا ۱۰ درصد می‌رسد.

تأمین منابع مالی؛ بخش مهمی از تلاش‌های گسترده تأمین اجتماعی در حوزه سلامت است. بر همین اساس، سازمان جهانی سلامت با همکاری سازمان جهانی کار در سازمان ملل، کمک به کشورها را آغاز نموده‌اند تا در این کشورها پوشش جامع تأمین اجتماعی مشتمل بر انواع حفاظت از ریسک مالی، ابعاد گسترده جایگزین درآمد و حمایت اجتماعی در مواقع بیماری را توسعه دهند. (۶)

1- Below the Poverty Line

2- Lost Income

3- Carers

4- ILO (International Labour Organization)

◀◀ حل مسئله

سه چالش اساسی و مرتبط، کشورها را از نزدیک شدن به پوشش همگانی خدمات سلامت باز می‌دارد.

اولین چالش، دسترسی به منابع است. صرف نظر از میزان ثروت، کشوری وجود ندارد که بتواند دسترسی سریع همه افراد به هر نوع تکنولوژی و اقدامات درمانی را برای ارتقای سلامت و افزایش طول عمرشان تضمین نماید. دقیقاً برخلاف آن، کشورهای فقیر به اکثریت جامعه خدمات اندکی ارائه می‌دهند. دومین چالش، تأکید بیش از حد بر پرداخت‌های مستقیم در زمان بیماری است. این موارد شامل پرداخت هزینه نقدی داروها، هزینه مشاوره و فرآیندهاست. حتی اگر همه مردم تحت پوشش نوعی از بیمه سلامت^۱ باشند، ضروری است در قالب مشارکت در پرداخت^۲، مشارکت بیمه‌ای^۳ و یا کسورات^۴ نیز مورد حمایت قرار گیرند.

تأکید بر پرداخت مستقیم اعم از پرداخت قانونی و یا غیر قانونی (مانند زیرمیزی^۵) میلیون‌ها نفر از مردم را از دریافت خدمات سلامت در زمان نیاز محروم می‌کند.

سومین چالش، استفاده نادرست و غیر منصفانه از منابع است. در یک تخمین خوش‌بینانه، ۲۰ تا ۴۰ درصد از منابع بخش سلامت هدر می‌روند. در صورت کاهش میزان اتلاف منابع، نظام‌های بخش سلامت قادر خواهند بود کیفیت ارائه خدمات خود را بهبود دهند و بر همین اساس وزارت بهداشت نیز می‌تواند بودجه اضافه‌تری از وزارت اقتصاد و دارایی^۶ دریافت نماید.

بنابراین، رسیدن به پوشش همگانی (حداقل بر روی کاغذ) تقریباً آسان است. کشورها باید منابع مالی را به میزان کافی افزایش داده، اتکای بیش از اندازه به پرداخت مستقیم را هنگام تأمین مالی

-
- 1- Health Insurance
 - 2- Copayments
 - 3- Coinsurance
 - 4- Deductibles
 - 5- Informal (under the table)
 - 6- Ministry of Finance

خدمات کاهش دهند و کارآیی و عدالت^۱ را ارتقا بخشند. در بخش‌های بعدی این کتاب موارد مذکور مورد بحث قرار خواهند گرفت.

در طول دهه گذشته، بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و متوسط، نشان داده‌اند که نزدیک شدن به پوشش همگانی حق انحصاری کشورهای پردرآمد نیست. به‌عنوان مثال کشورهای برزیل، شیلی، چین، مکزیک، رواتندا و تایلند در سال‌های اخیر برای حل سه مشکل بیان شده، اقدامات خوبی انجام داده‌اند. جمهوری گابن روش‌های جدیدی برای افزایش منابع مالی بخش سلامت اتخاذ نموده که از آن جمله می‌توان وضع مالیات بر استفاده از تلفن همراه را نام برد. کشور کامبوج صندوق سهام سلامت را معرفی نموده که هزینه‌های درمان افراد فقیر را پوشش می‌دهد و کشور لبنان هم کارآیی و کیفیت شبکه مراقبت‌های اولیه را ارتقاء داده است.

بر همین اساس مشخص است که هر کشوری می‌تواند حداقل برای حل یکی از سه مشکل عنوان شده، اقدامات بیشتری انجام دهد. اکنون حتی کشورهای پردرآمد نیز به این موضوع پی برده‌اند که هنگام مواجهه با افزایش هزینه‌ها و انتظارات در بخش سلامت باید به‌صورت مداوم راهکارهای موجود را ارزیابی مجدد نمایند. به‌عنوان مثال جمعیت کشور آلمان رو به سالمندی است و قشر حقوق‌بگیر آن به‌عنوان بخشی از کل جمعیت، کاهش یافته است. بنابراین برای دولت دشوار است که نظام بیمه درمان اجتماعی را طبق روال گذشته از منابع مشارکت مبتنی بر دستمزد^۲ تأمین نماید. دولت برای حل این مشکل، وجوه اضافی را از درآمدهای عمومی به بخش سلامت تزریق می‌کند.

◀ افزایش منابع کافی در سلامت

اگر چه حمایت‌های مالی داخلی برای ثبات پوشش همگانی کاری بسیار مهم است، این انتظار که کشورهای کم‌درآمد بدون حمایت در یک دوره کوتاه‌مدت بتوانند به پوشش همگانی برسند غیرواقعی

1- Equity

2- Wage based Insurance Contribution

خواهد بود. کمیته بین‌المللی^۱ نیازمند تلاش‌های بومی و حمایت مالی جهت گسترش مداوم دسترسی به خدمات در فقیرترین کشورها می‌باشد.

برای رسیدن به این هدف، اطلاع از قیمت‌های احتمالی مهم است. برآوردهای اخیر از هزینه‌های مورد نیاز رسیدن به اهداف توسعه عصر طلایی سلامت (MDGs)^۲ جهت حصول اطمینان از دسترسی به کمک‌های اساسی برای بیماری‌های فردی در ۴۹ کشور کم‌درآمد بیانگر این مطلب است که می‌بایست تا سال ۲۰۱۵ به طور متوسط (بدون وزن‌دهی) کمی بیش از ۶۰ دلار آمریکا حق سرانه پرداخت نمود. باید توجه داشت که اخیراً آنها بیش از ۳۲ دلار می‌پردازند. این مبلغ در سال ۲۰۱۵ هزینه توسعه نظام سلامت را شامل می‌شود تا دولت‌ها بتوانند مداخلات ترکیبی مورد نیاز را مشخص نمایند.

بنابراین اولین مرحله برای پوشش همگانی اطمینان از این امر است که فقیرترین کشورها این اعتبار مالی را دارند و اعتبارات مذکور به‌طور مستمر در طی سال‌های متمادی می‌تواند نسبتاً افزایش یابد.

اما حتی کشورهایی که اخیراً هزینه‌هایی بالغ بر آنچه که برای حداقل‌ها تعیین شده است را پرداخت کرده‌اند نیز به اطمینان خاطر نرسیده‌اند و برای رسیدن به اهداف توسعه عصر طلایی سلامت از طریق حصول اطمینان از دسترسی به کمک‌های احتمالی متمرکز بر بیماری‌های فردی و کمک‌های مالی مطرح شده در گزارش، درست در ابتدای راه می‌باشند. ارتقاء سیستم، سبب ایجاد تقاضا برای کسب خدمات بیشتر، کیفیت بهتر و یا افزایش پیشگیری از خطرات مالی خواهد شد. کشورهای پردرآمد به‌طور مستمر به دنبال کسب اعتبارات مالی جهت برآوردن انتظارات رو به رشد مردم و هزینه‌کرد به‌منظور بهبود مستمر تجهیزات و توسعه سلامت به طرق مختلف می‌باشند.

تمام کشورها برای افزایش نقدینگی در بخش سلامت دارای اهداف عملیاتی هستند، مشروط بر اینکه دولت‌ها و افرادی که در این بخش مشغول فعالیت‌اند در جهت تحقق این اهداف گام بردارند. سه روش شاخص و یک انتخاب چهارم در راستای توسعه مساعدت‌ها و کارآیی بهتر آنها در بخش سلامت وجود دارد.

1- International Community

2- Millennium Development Goals

۱- افزایش اثربخشی جمع‌آوری مالیات

در بعضی از کشورهای پردرآمد، اجتناب از پرداخت مالیات^۱، مالیات ناکارآمد^۲ و جمع‌آوری حق بیمه^۳ می‌تواند از مشکلات جدی به شمار آید. وجود مشکلات عملی در جمع‌آوری مالیات و مشارکت‌ها در بیمه‌های سلامت خصوصاً در کشورهای دارای بخش‌های بزرگ خصوصی، به اثبات رسیده است. بهبود اثربخشی جمع‌آوری مالیات باعث افزایش اعتبارات مالی می‌شود و می‌تواند در جهت ارائه یا خرید خدمات از سوی مردم به کار رود. کشور اندونزی به‌طور کلی نظام مالیاتی را با تمام مزایای کلیدی‌اش به هزینه‌کرد کلی دولت به‌ویژه در بخش سلامت متصل کرده است.

۲- اولویت‌بندی مجدد بودجه‌های دولتی

گاهی دولت‌ها در زمان تقسیم بودجه، اولویت کمی برای بخش سلامت در نظر می‌گیرند. برای مثال، تعداد بسیار کمی از کشورهای آفریقایی با موافقت رؤسای کشورهاشان، به هدف تعیین شده در بیانیه ابوجا در سال ۲۰۰۱، یعنی تخصیص ۱۵٪ از بودجه به بخش سلامت، رسیده‌اند؛ ۱۹ کشور در منطقه که بیانیه را به امضاء رسانده‌اند حتی نسبت به سال ۲۰۰۱ نیز رقم کمتری را به این امر اختصاص داده‌اند. اما جمهوری متحد تانزانیا ۱۸/۴٪ و لیبیا ۱۶/۶٪ را به بخش سلامت اختصاص داده‌اند. (ارقامی که شامل مشارکت اعضای خارجی از طریق دولت بوده که جدا نمودن آنها از این گردونه مشکل می‌باشد). ۴۹ کشور کم‌درآمد که به‌عنوان یک گروه در نظر گرفته شدند، توانسته‌اند از منابع داخلی با استفاده از ۱۵٪ کل هزینه‌کرد دولت، هر ساله مبلغ ۱۵ میلیارد دلار را به بخش سلامت تخصیص دهند.

۳- ابتکار در بخش مالی حوزه سلامت

تاکنون توجه همگانی در مورد مناطق فقیر، معطوف به بالا بردن اعتبارات مالی حوزه سلامت با کمک کشورهای ثروتمند بوده است. یکی از روش‌های اجباری ابتکاری هزینه‌کرد بین‌المللی در نظام‌های سلامت، افزایش مالیات‌ها بر بلیت‌های هواپیما، داد و ستدهای پولی خارجی و دخانیات می‌باشد، که

1- Tax Avoidance

2- Inefficient Tax

3- Insurance Premium Collection

سالانه حدود ۱۰ میلیارد دلار برای بخش سلامت درجهان تأمین اعتبار می‌نماید. کشورهای ثروتمند، متوسط و کم‌درآمد می‌بایست این مکانیسم‌ها را برای بالا بردن اعتبارات مالی داخلی خود به کار ببندند. اخذ مالیات بر داد و ستدهای پولی خارجی می‌تواند مبالغ هنگفتی را در بعضی از کشورها تولید نماید. برای مثال کشور هندوستان دارای بازار داد و ستد مالی خوبی با گردش روزانه ۳۴ میلیارد دلار می‌باشد. اگر هند این روش را به کار ببندد، وجه اخذ شده مالیاتی از ۰.۰۰۵٪ این میزان معاملات می‌تواند سالانه ۳۷۰ میلیون دلار آمریکا را به خود اختصاص بدهد. نمونه‌های دیگر شامل ارتباطات بین‌المللی (صادرات) و اخذ مالیات مشترک از تولید و خدمات می‌باشد، مانند تلفن زدن با موبایل. اخذ هر نوع مالیات تأثیرات بدی را بر اقتصاد وارد می‌کند و با جذب سپرده‌گذاری منافات دارد. دولت‌ها نیازمند اجرای قوانینی هستند که با اقتصادشان بهترین هم‌خوانی را داشته باشد و همچنین از نظر سیاسی، آن قوانین را حمایت کنند. به عبارت دیگر مالیات بر تولیداتی که برای سلامتی مضرند دارای سود دو جانبه است. به‌گونه‌ای که هم‌سطح سلامت مردم را بالا می‌برند و هم باعث افزایش اعتبارات می‌گردند. بر اساس اطلاعات موجود اعمال ۵۰٪ مالیات بر دخانیات، سبب افزایش ۴۲ / ۱ میلیارد دلار اعتبار مالی در ۲۲ کشور کم‌درآمد می‌شود. در تعدادی از کشورها اگر تمام این نقدینگی در بخش سلامت صرف شود، دولت امکان افزایش بیش از ۲۵٪ و در نهایت تا ۵۰٪ هزینه‌کرد سلامت را خواهد داشت. افزایش مالیات بر الکل تا ۴۰٪ بر قیمت خرده‌فروشی تأثیر می‌گذارد. محاسبات در ۱۲ کشور کم‌درآمد که اطلاعات آنها در دسترس می‌باشد نشان می‌دهد سطوح مصرف تا ۱۰٪ کاهش یافته است، در حالی که درآمدهای مالیاتی بیش از سه برابر شده، که معادل ۳۸٪ هزینه‌کرد بخش سلامت در آن کشورها است. پتانسیل لازم برای افزایش مالیات بر دخانیات و الکل در تعداد زیادی از کشورها وجود دارد. حتی اگر فقط تقسیم‌بندی درآمدها به بخش سلامت اختصاص پیدا کند، دسترسی به خدمات به‌طور وسیعی افزایش خواهد یافت. تعدادی از کشورها برای تولیدات مضر دیگر نیز مثل نوشابه‌های حاوی شکر و غذاهایی با نمک بالا یا چربی ترانس ۷.۸ مالیات‌هایی را وضع نموده‌اند.

◀ ۴- توسعه مشارکت در بخش سلامت

در حالی که همه کشورها، ثروتمند یا فقیر، کارهای فراوانی برای افزایش اعتبارات مالی بخش سلامت یا تنوع اعتباری منابع خود انجام داده‌اند، تا سال ۲۰۱۵ فقط هشت کشور از ۴۹ کشور کم‌درآمد مذکور شانس حصول اعتبارات مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف توسعه عصر طلایی (MDGs) از منابع داخلی را خواهند داشت. نیل به این هدف، نیازمند یکپارچگی جهانی است. کسری بودجه‌ای که کشورهای کم‌درآمد با آن مواجه هستند، باعث شده که کشورهای ثروتمند، توسعه مساعدت رسمی (ODA)^۱ را جدی بگیرند، و به‌منظور پشتیبانی از آن در جهت بهبود اثربخشی مساعدت‌ها، اهتمام بیشتری داشته باشند. درحالی که اعتبارات مالی ابتکاری می‌تواند مکمل توسعه مساعدت رسمی باشد، اگر قرار بود کشورها بودجه جاری بین‌المللی خود را فوراً در اختیار قرار می‌دادند، اعتبار بخش سلامت کشورهای کم‌درآمد یک شبه بیش از دو برابر می‌شد و تمام مشکلات در مسیر نیل به اهداف توسعه عصر طلایی (MDGs) از بین می‌رفت.

◀ از بین بردن ریسک اعتبارات مالی و موانع دسترسی به خدمات

علی‌رغم اینکه داشتن اعتبارات مالی کافی مهم است ولی اگر مردم از مشکلات مالی رنج ببرند یا از استفاده از خدمات به دلیل پرداخت نقدی بترسند، نزدیک شدن به پوشش همگانی غیر ممکن خواهد بود. وقتی این موضوع اتفاق بیفتد بیماران باید کلیه ریسک‌های مالی مرتبط را تحمل کنند. باید متوجه باشند که آیا می‌توانند از عهده پرداخت هزینه‌های خدمات برآیند یا خیر، و اغلب این بدین معنا است که باید بین پرداخت برای خدمات سلامت و مایحتاج دیگر مثل غذا و تحصیل فرزندان یکی را انتخاب نمایند. درجایی که هزینه‌ها از طریق منابع موجود شارژ می‌شوند، همه افراد باید بدون در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی خود مبلغ یکسانی را پرداخت کنند. بنابراین هیچ ارتباطی بین بیمار و سالم، یا بین ثروتمند و فقیر وجود ندارد. چنین نظام‌هایی توزیع هزینه‌ها را در چرخه‌ی زندگی غیر ممکن می‌سازد، به

عبارت دیگر، پرداخت حق مشارکت در زمان جوانی و سلامت و استفاده از آن در موقع بیماری. در نتیجه، ریسک فاجعه و فقر مالی بالا است و رسیدن به پوشش همگانی امکان پذیر نمی باشد.

تقریباً در تمام کشورها برخی از پرداخت‌های مستقیم اجباری شده‌اند، که این امر مشارکت در هزینه^۱ نام دارد، اگر چه این میزان پرداخت در کشورهای فقیرتر، سهم بیشتری از کل هزینه‌ها را شامل می شود. در سال ۲۰۰۷ بهترین نمونه‌ها در ۳۳ کشور کم درآمد دیده شد، که بیش از ۵۰٪ کل هزینه‌های حوزه سلامت را پرداخت مستقیم از جیب مردم تشکیل می داد.

تنها روشی که دولت‌ها برای کاهش اتکا بر پرداخت‌های مستقیم به کار می‌بندند تشویق به تجمیع ریسک^۲ و شیوه پیش‌پرداخت^۳ می باشد، مسیری که بیشتر کشورهای که به پوشش همگانی نزدیک هستند انتخاب کرده‌اند. زمانی که یک جامعه به پیش‌پرداخت و مکانیسم‌های مشارکتی دسترسی دارد، نیل به پوشش همگانی سلامت، واقعی تر می شود، که این امر به پرداخت‌های پیش از وقوع بیماری، مشارکت به چند روش و استفاده از خدمات سلامت توسط عموم افراد تحت پوشش، اعم از درمان، مراقبت از افراد بیمار و ناتوان، پیشگیری و بهبود اشخاص بستگی دارد.

تنها زمانی که پرداخت‌های مستقیم ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه درمان را در برگیرد، وقوع فاجعه مالی^۴ و فقر^۵ به کمترین سطح خواهد رسید. هدفی که کشورهای ثروتمندتر امیدوارند به آن دست یابند، اما کشورهای دیگر تنها با بکارگیری روش‌های نوین، قادر به استقرار اهداف کوتاه مدت تر هستند. برای مثال، اخیراً کشورهای عضو سازمان جهانی سلامت در مناطق جنوب شرقی آسیا و اقیانوسیه، هدفی بین ۳۰٪ تا ۴۰٪ را تعیین نموده‌اند.

-
- 1- Cost sharing
 - 2- Risk Pooling
 - 3- Prepayment Approach
 - 4- Financial Catastrophe
 - 5- Impoverishment

اعتبارات مالی می‌توانند از منابع مختلف (مانند مالیات بر درآمد و دستمزد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات غیر مستقیم بر دخانیات و الکل و یا حق بیمه^۱) جذب شوند. اهمیت منابع کمتر از سیاست‌های اداره نظام‌های پیش‌پرداخت است.

آیا این مشارکت‌ها می‌توانند الزامی باشند؟

چه کسی باید آنها را پرداخت کند؟ چگونه و چه وقت؟

چه اتفاقی برای افرادی که نمی‌توانند مشارکت مالی داشته باشند می‌افتد؟

تصمیماتی نیز باید در مورد تجمیع^۲ گرفته شود. آیا اعتبارات باید به‌عنوان پشتوانه درآمد دولت در نظر گرفته شود یا به‌عنوان اعتبار بیمه درمان، اعم از اجتماعی، خصوصی، انجمنی، یا صندوق‌های خرد؟ برای طراحی چنین سیاست‌هایی، هر کشوری می‌تواند از تجربیات خود سه درس بزرگ بگیرد.

اولاً، در هر کشوری گروهی از جمعیت، فقیرتر از آن است که بتواند از طریق مالیات بر درآمد و یا حق بیمه‌ها مشارکت داشته باشد. این اقشار، نیازمند دریافت یارانه از محل صندوق‌های تجمیع علی‌الخصوص مالیات‌های دولتی می‌باشند. چنین کمکی را می‌توان از طریق دسترسی مستقیم به خدمات تحت پوشش دولت یا از طریق تخصیص یارانه به حق بیمه‌های آنان ارائه داد. کشورهای که کل جمعیت آنها به مجموعه‌ای از خدمات دسترسی دارند، غالباً سطح نسبتاً بالایی از صندوق‌های تجمیع دارند که حدود ۵ تا ۶ درصد تولید ناخالص داخلی می‌باشد.

ثانیاً، مشارکت‌ها می‌بایست اجباری باشند. در غیر این‌صورت افراد غنی و سالم از گردونه خارج می‌شوند و سرمایه کافی برای تحت پوشش قرار دادن نیازهای افراد بیمار و فقیر وجود نخواهد داشت. به‌طور مثال، با اینکه بیمه‌های اختیاری می‌توانند باعث افزایش سرمایه‌ها در غیاب پیش‌پرداخت‌های گسترده و تجمیع گردند و همچنین مزایای بیمه‌ای فراوانی ارائه دهند، توانایی محدودی در تحت پوشش

1- Insurance Premium

2- pooling

قراردادن خدمات برای افراد بسیار فقیری دارند که حتی استطاعت پرداخت حق بیمه خود را ندارند. وجود برنامه‌های طولانی‌مدت‌تر، در جهت گسترش پیش‌پرداخت، مشارکت اجتماعی و هدایت بیمه‌های خرد به سمت تجمیع وسیع از اهمیت زیادی برخوردار است.

ثالثاً، تجمیع‌هایی که نیازهای درمانی و سلامت تعداد کمی از افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، در طولانی‌مدت دوام ندارند چرا که چند فقره از بیماری‌های پرهزینه، آنها را از دور خارج خواهد کرد. تجمیع‌های متعدد، هر کدام با سیستم‌های اجرایی و اطلاعاتی مختص خود، دسترسی به عدالت را مشکل می‌سازند و به هیچ‌وجه کافی نیستند. اکثراً یکی از تجمیع‌ها مزایای فراوانی را به افراد نسبتاً غنی ارائه می‌کند، افرادی که نمی‌خواهند هزینه‌های افراد فقیرتر با سطح سلامت پایین‌تر، کاهش یارانه‌ای داشته باشد.

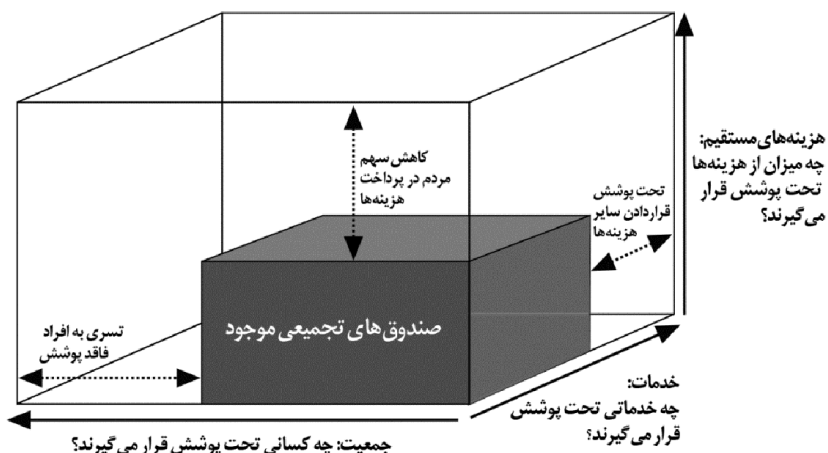
کاهش هزینه‌ها از طریق تخصیص یارانه زمانی میسر است که صندوق‌های متعددی وجود داشته باشد، اما این امر نیازمند خواست سیاسی و قابلیت‌های فنی و اجرایی است. به‌طور مثال در هلند و سوئیس، سرمایه صندوق‌ها بین افرادی با نیازهای کمتر به پوشش درمان و دارو و افرادی با نیاز به خدمات درمانی بیشتر و ریسک بالاتر، مبادله می‌شود.

حتی زمانی که سرمایه به‌طور گسترده پیش‌پرداخت و تجمیع می‌شود، ضروری است که تبادلات سرمایه‌ای میان بخشی در جمعیت تحت پوشش وجود داشته باشد.

در دسترس قراردادن میزانی از خدمات و تحت پوشش قراردادن بخشی از کل هزینه‌های پیش رو (تصویر شماره یک) نشان‌دهنده شرایط حاضر در یک کشور فرضی می‌باشد (در صندوقی که «صندوق‌های تجمیع جاری»^۱ نام دارد)، جایی که حدود نیمی از جمعیت تحت پوشش می‌توانند از نیمی از خدمات استفاده کنند، اما این در حالیکه کمتر از نیمی از هزینه‌های این خدمات از صندوق‌های تجمیع^۲ پرداخت می‌شود. برای نزدیک‌تر شدن به پوشش همگانی و جامع، این کشور فرضی نیازمند به گسترش پوشش در افراد بیشتر، ارائه خدمات بیشتر و یا پرداخت بخش بیشتری از هزینه‌ها می‌باشد.

1- Current Pooled Funds

2- Pooled Funds



تصویر شماره ۱- سه بعدی که نمایانگر زمان حرکت به‌سوی پوشش همگانی است.

در کشورهایی با مکانیسم‌های طولانی‌مدت‌تر در حمایت‌های درمانی و سلامت اجتماعی، مانند آنچه در اروپا و یا ژاپن وجود دارد، صندوق «تجمع سرمایه‌های جاری» فضای بیشتری را پر می‌کند. اما هیچ‌کدام از کشورهایی که درآمد بالا دارند که گفته می‌شود به بیمه همگانی دست یافته‌اند، ۱۰۰٪ جمعیت را برای ۱۰۰٪ خدمات موجود و برای ۱۰۰٪ هزینه‌ها، بدون وجود لیست انتظار، تحت پوشش قرار نداده‌اند. هر کشوری به روش خود این صندوق را پر می‌کند و نسبت خدمات را با نسبت هزینه‌های پیش‌رو، از صندوق‌های تجمع متناسب و متوازن می‌کند.

با این وجود، کل جمعیت در این کشورها حق استفاده از مجموعه‌ای از خدمات را دارند (پیشگیری، ارتقاء، درمان و توانبخشی). در واقع هر فردی به کمک مکانیسم‌های سرمایه‌گذاری بر اساس پیش‌پرداخت و تجمع، در برابر ریسک‌های مالی شدید حفاظت می‌شود. این مکانیسم‌ها همگی بر یک اساس پایه‌گذاری شده‌اند، حتی اگر در موارد به خصوصی تفاوت داشته باشند، این تفاوت‌ها ناشی از اثر متقابل انتظارات مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، محیط سیاسی و وجود و دسترسی به صندوق‌ها می‌باشد.

کشورها، مشروط به اینکه اقدامات خود را کجا و چگونه آغاز نمایند، راه‌های مختلفی را در جهت نیل به پوشش همگانی طی می‌کنند و در طول مسیر پیشرفت، که در تصویر شماره یک در سه محور خلاصه شده است، روش‌های مختلفی را بر می‌گزینند. به‌طور مثال، زمانی که همه اقشار به جز اقشار مرفه از خدمات سلامت محروم می‌باشند، حرکت سریع به سوی سیستمی که همه افراد، اعم از فقیر و غنی را تحت پوشش قرار دهد، یک اولویت خواهد بود، حتی اگر لیست خدمات و نسبت هزینه‌های تحت پوشش صندوق‌های تجمیع نسبتاً کم باشد. این در حالی است که کشورها در یک سیستم گسترده با چند استثنای هزینه‌ای، ممکن است نیاز به چند حرکت هدفمند در جهت شناخت و از بین بردن موارد غیر مشمول داشته باشند. در چنین مواردی این کشورها می‌توانند خدمات بیشتری را برای افراد فقیر و یا نسبت بیشتری از هزینه‌ها را تحت پوشش قرار دهند.

در نهایت، پوشش همگانی نیازمند حرکت به سوی تحت پوشش قرار دادن ۱۰۰٪ جمعیت است و برنامه‌هایی که برای این هدف در نظر گرفته می‌شوند باید از همان ابتدا طراحی شوند، حتی اگر این اهداف به سرعت به دست نیایند.

◀ موانع دیگر در راه دسترسی به خدمات سلامت

از بین بردن موانع مالی که در بطن سیستم پرداخت مستقیم وجود دارند، به افراد فقیرتر کمک می‌کند که به مراقبت‌های درمانی دسترسی پیدا کنند، اما تنها این اقدام، تمام مشکلات سیستم را حل نمی‌کند. تحقیقات اخیر مبنی بر اینکه چرا مردم درمان بیماری‌های مزمن را به‌طور کامل پیگیری نمی‌کنند، نشان می‌دهد که هزینه‌های ایاب و ذهاب و درآمد از دست رفته جهت درمان می‌توانند موانع مهمتری نسبت به هزینه‌های تحمیل شده برای خدمات باشند. علاوه بر آن اگر خدمات اصلاً وجود نداشته باشند و یا اینکه در دسترس و نزدیک نباشند، مردم نمی‌توانند از آنها استفاده کنند، حتی اگر خدمات کلاً رایگان باشند.

بسیاری از کشورها درصدد هستند راه‌هایی را برای از بین بردن این موانع بیابند. یکی از این راه‌ها پرداخت مشروط^۱ می‌باشد، یعنی افراد به شرط انجام اقداماتی در جهت بهبود سلامتشان، مبلغی دریافت نمایند (غالباً مرتبط با پیشگیری)، و این موضوع باعث افزایش استفاده آنان از خدمات در برخی موارد شود. موارد دیگر شامل بازپرداخت‌ها جهت تحت پوشش قراردادن هزینه‌های ایاب و ذهاب و همچنین ایجاد برنامه‌های کم‌هزینه می‌باشد که درآمدزایی را برای افراد خانه‌دار فقیر (غالباً زنان) و به تبع آن استفاده از خدمات سلامت ممکن سازد.

◀ ارتقاء کارایی و حذف اتلاف

داشتن پول به اندازه کافی برای سلامت یک اصل مهم است، اما تنها صرف داشتن پول، تحقق پوشش همگانی را تضمین نمی‌کند، همچنین از بین بردن موانع مالی، از طریق پیش‌پرداخت و تجمیع نیز متضمن دسترسی به خدمات سلامت نیست. نیاز نهایی، تضمین استفاده بهینه از منابع می‌باشد. امکان دستیابی بیشتر به خدمات سلامت با شرایط برابر منابع در تمام کشورها وجود دارد. پرواضح است که وقتی داروهای گران‌قیمت با قیمت ارزان‌تر ارائه گردند، بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. نمونه‌های مشابه دیگری نیز وجود دارد: به‌طور مثال، استفاده بیش از حد مجاز از آنتی‌بیوتیک‌ها و تزریقات، عدم وجود طریقه نگهداری مناسب (که این امر باعث اتلاف می‌شود) و همچنین نوسانات زیاد قیمت دارو در نتیجه مذاکرات نمایندگی‌های تولیدکننده و توزیع‌کننده دارو، کاهش هزینه‌های غیر ضروری دارویی و استفاده مناسب از آنها در کشورها و همچنین بهبود کنترل کیفیت، می‌تواند ۵٪ هزینه‌های سلامت آنها را ذخیره کند.

داروها سه قسم از متداولترین دلایل عدم کارایی که در این گزارش به‌طور مختصر و اجمالی به آنها اشاره شده است، را تشکیل می‌دهند. راه‌حل‌های ارائه شده برای شش دلیل دیگر را می‌توان در سرفصل‌های ذیل تقسیم‌بندی کرد:

– استفاده بهینه از تکنولوژی‌ها و خدمات سلامت

- تشویق و ترغیب کارکنان بخش سلامت
 - بهبود کارایی بیمارستان
 - دریافت مراقبت‌های سلامت در همان وهله اول از طریق کاهش خطاهای پزشکی
 - از بین بردن هدر رفت و فساد دارویی
 - ارزیابی منتقدانه از خدمات مورد نیاز
- یک بررسی ساده نشان می‌دهد که حدود ۲۰ تا ۴۰٪ منابع هزینه شده در بخش سلامت هدر می‌روند، منابعی که می‌توان با راهبرد دوباره آنها به سمت پوشش همگانی، گام برداشت.
- تمام کشورها، بدون در نظر گرفتن سطح درآمدشان، می‌توانند قدم‌هایی را در جهت افزایش کارایی بردارند، ارزیابی ابتدایی از وضعیت موجود و ذکر دلایل عدم کارایی‌های منطقه‌ای، تأثیرگذار بر تحلیل‌های این گزارش می‌باشد.
- عدم کارایی، گاهی به دلیل ناکافی بودن سرمایه‌گذاری در بخش سلامت می‌باشد. به‌طور مثال، حقوق پایین باعث می‌شود کارگران مشکلات مالی خود را با شغل دوم جبران نمایند، که این مسئله باعث کاهش کارآمدی آنها برای شغل مورد تصدی اول می‌گردد. بنابراین، ارزیابی هزینه‌ها و تأثیر احتمالی راه‌حل‌های ممکن، ضروری است.
- انگیزش برای کارایی بیشتر را می‌توان از طریق روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات به وجود آورد. پرداخت «هزینه در قبال خدمت»^۱ موجب ارائه بیشتر خدمات به افرادی است که توان پرداخت هزینه‌ها را دارند و یا افرادی که هزینه‌های آنها از طریق صندوق‌های تجمیع پرداخت می‌شود (به‌طور مثال مالیات‌ها و بیمه) و سبب ارائه خدمات کمتر به افرادی است که توانایی پرداخت ندارند.
- بسیاری از راه‌حل‌های جایگزین مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همه این راه‌ها نکات مثبت و منفی دارند. در جایی که «هزینه در قبال خدمت» در جامعه عرف به حساب می‌آید، دولت‌ها و شرکت‌های بیمه‌ای می‌بایست ابزار کنترلی خود را جهت کاهش ارائه بیش از حد خدمات معرفی نمایند. این ابزار کنترلی ممکن است در اجرا بسیار پرهزینه و نیازمند توان انسانی مضاعف و همچنین زیرساخت‌هایی جهت

اندازه‌گیری و پایش استفاده (استفاده بیش از حد ممکن) از این خدمات باشد. در موارد دیگر پرداخت‌های «هزینه در قبال خدمت» از طریق سرمایه‌گذاری در سطح مراقبت‌های اولیه^۱ یا با چند مدل پرداخت موردی جایگزین شده‌اند، مانند گروه‌های تشخیصی (DRG)^۲ در سطح بیمارستان. سرانه^۳ شامل پرداخت مبلغی ثابت و یا تسهیلاتی معین (بدون در نظر گرفتن خدمت) به یک ارائه‌کننده خدمت در ازای ثبت نام هر فرد می‌باشد. پرداخت موردی^۴ نیز بر اساس پرداخت هزینه‌ای ثابت برای هر مورد، بدون در نظر طول مدت درمان در بیمارستان می‌باشد (پرداخت مبلغی مشخص برای یک فرآیند، بدون در نظر گرفتن اینکه بیماران چه مدت در بیمارستان بستری هستند). هر دو روش، انگیزه را برای ارائه خدمات بیش از حد نیاز^۵، کاهش می‌دهند. با این حال، بر سر این موضوع بحث است که گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRGs) ممکن است بیمارستان‌ها را به ترخیص زود هنگام و پذیرش دوباره بیماران ترغیب کنند که این موضوع باعث دو برابر شدن پرداخت‌ها می‌گردد.

سیستم پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت^۶ یک فرآیند همیشه متغیر^۷ و پیچیده است. بعضی کشورها سیستم پرداخت ترکیبی^۸ را تعریف نموده‌اند و بر این باورند که این روش مؤثرتر از سیستم پرداخت واحد می‌باشد.

البته پیدا کردن روش‌های مؤثرتر برای خرید خدمات، امکان‌پذیر است که اغلب به‌عنوان خرید استراتژیک^۹ تعریف می‌شوند. به سیستم سنتی^{۱۰} که در آن ارائه‌دهندگان^{۱۱}، هزینه‌های خدمات خود را

-
- 1- Primary Care Level
 - 2- Diagnostic Related Groups (DRGs)
 - 3- Capitation
 - 4- Per person
 - 5- Over Servicing
 - 6- Service Providers
 - 7- Ever Changing
 - 8- Mixed Payments
 - 9- Strategic Purchasing
 - 10- Traditional System
 - 11- Providers

دریافت می‌نمایند، خرید خدمت منفعل^۱ گفته می‌شود (یعنی دولت بودجه‌ای را به سطوح مختلفی از مدیریت بر اساس هزینه‌هایی که سال قبل دریافت نموده‌اند، اختصاص می‌دهد). خرید فعال^۲ با سوال از نیازهای سلامتی فرد می‌تواند باعث بهبود کیفیت و بهره‌وری گردد برای مثال سؤالاتی از این قبیل: چه اقدامات و خدماتی می‌تواند نیازها و انتظارات افراد را برای دسترسی به منابع به بهترین شکل تأمین نماید؟ ترکیب مناسب توسعه، پیشگیری، درمان و توانبخشی چگونه است؟ اینگونه اقدامات و خدمات چگونه و از چه کسانی باید خریداری و ارائه گردد؟

خرید استراتژیک، چیزی فراتر از خرید فعال و منفعل می‌باشد. کشورها می‌توانند بر اساس توانایی خود که در چه موقعیتی اقدام به جمع‌آوری، کنترل و تحلیل نیازهای اطلاعاتی نموده و استانداردهای کیفیت و بهره‌وری را تقویت و اجرا نمایند، تصمیم‌گیری نمایند. خرید منفعل باعث کاهش اثربخشی می‌گردد. به همین دلیل هر چقدر کشورها به خرید فعال نزدیک‌تر شوند، سیستم‌های سلامت آنها کارآمدتر خواهد شد.

◀ بی‌عدالتی در پوشش درمان

دولت‌ها، به بهترین وجه مسئول اعمال ارائه خدمات سلامت بخش‌های دولتی و خصوصی در رفع نیازهای مالی بیماران می‌باشند. آنها همچنین باید تضمین نمایند که خدمات پیشگیری و بهبود برای کل جمعیت در دسترس می‌باشد، خدماتی نظیر برنامه‌های رسانه‌های گروهی طراحی شده برای کاهش مصرف دخانیات و یا ترغیب مادران در واکسیناسیون فرزندانشان.

آنها همچنین مسئولیت تضمین دریافت خدمات مورد نیاز توسط افراد را بر عهده داشته و باید از آنها در برابر ریسک ناشی از استفاده از اینگونه خدمات حفاظت نمایند. این امر می‌تواند در تضاد با اثربخشی باشد چرا که همیشه مؤثرترین روش استفاده از منابع، منصفانه‌ترین راه نیست. برای مثال، استقرار

1- Passive Purchasing

2- Active Purchasing

خدمات در مناطق پرجمعیت، معمولاً کارآمدتر می‌باشد، اما روستاییان فقیر نیازمند این هستند که محل ارائه خدمات به آنها نزدیک‌تر باشد.

از طرفی دولت‌ها باید آگاه باشند که خدمات عمومی رایگان ممکن است توسط افراد ثروتمند قبضه گردد و بیش از فقرا از این خدمات استفاده نمایند، در حالی که شاید نیاز آنها به این خدمات به مراتب کمتر باشد. در بعضی از کشورها فقط ثروتمندترین افراد به سطح مناسبی از خدمات دسترسی دارند در حالی که فقیرترین افراد از این مزایا مستثنی می‌شوند. بعضی از گروه‌ها، در شکاف موجود در اکثر سیستم‌ها، از قلم می‌افتند. الگوهای مستثنی شدن از خدمات متفاوت است. باید توجه ویژه‌ای به مشکلات و نیاز زنان و گروه‌های قومی و عشایر برای دسترسی به خدمات نمود، هم‌بطور مشکلات خاصی که افراد بومی با آن دست به گریبانند.

◀ برنامه عملیاتی

هیچ کشوری پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت را به چالش نمی‌کشد. تمام کشورها سیستمی دارند که بر اساس آن شاخص‌ها، محدودیت‌ها و فرصت‌ها تعریف می‌شود و این فرآیند باید بر اساس تجربیات ملی و بین‌المللی پشتیبانی گردد. آنها می‌توانند با افزایش پیش‌پرداخت^۱ و تجمیع^۲، بودجه بخش سلامت را افزایش، منابع خود را تغییر، و اتکاء به پرداخت‌های مستقیم^۳ را کاهش دهند و از منابع موجود به شکل مؤثرتر و منصفانه‌تر استفاده نمایند. سلامت می‌تواند پیشگام افزایش اثربخشی و عدالت باشد. تصمیم‌گیرندگان بخش سلامت می‌توانند اقدامات زیادی جهت کاهش کمبودهایی مانند تأمین خدمات^۴، تنظیم قوانین و مقررات^۵ در راستای توسعه ارائه خدمات و همچنین افزایش بازده کلی سیستم^۶ انجام دهند. اقداماتی که سایر بخش‌ها نیز می‌توانند از آنها پیروی نمایند.

-
- 1- Prepayment
 - 2- Pooling
 - 3- Direct Payments
 - 4- Service Delivery
 - 5- Regulations and Legislations
 - 6- Overall efficiency of the system

انتخاب چند مورد از اقدامات انجام شده یا تقلید صرف از برنامه‌های کشورهای دیگر که در شرایط متفاوتی تدوین گردیده‌اند، کافی نخواهد بود. استراتژی تأمین هزینه‌های بخش سلامت نیاز به برنامه‌های بومی^۱ دارد تا با خروج از وضعیت موجود به سمت پوشش همگانی سوق داده شود بنابراین، ضروری است کشورها ظرفیت خود را برای تحلیل لحظه‌ای نقاط قوت و ضعف سیستم به گونه‌ای افزایش دهند که بتوانند سیاست‌های تأمین مالی^۲ بخش سلامت را برای اجرا و پایش در طول زمان اصلاح و تنظیم نمایند.

◀ تسهیل و حمایت از تغییرات

مطالبی که در بالا عنوان شد بیشتر بر چالش‌های فنی مربوط به اصلاحات پرداخت هزینه‌ها در بخش سلامت تأکید دارد. اما جنبه‌های فنی فقط یک بخش از سیاست‌های توسعه و اجرا می‌باشد و تنوع اقدامات نیز از اصولی است که باعث تسهیل تغییرات و واکنش‌ها بوده و امری ضروری به نظر می‌رسد. این اقدامات در فرآیند تصمیم‌گیری‌های مربوط به پرداخت هزینه‌ها در بخش سلامت که در نمودار ۲ ارائه شده، جمع‌آوری، و بیش از اینکه یک طرح اولیه به شمار آید، به عنوان یک راهنما ارائه گردیده است. البته باید اشاره داشت با اینکه فرآیندهای مورد انتظار ما از نظر مفهومی جدا از هم می‌باشند اما روی اصول آتی و مستمر یکدیگر را پوشش داده و با هم در تعامل هستند.

هفت اقدامی که در نمودار توضیح داده شد، فقط در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط به کار گرفته نمی‌شوند، بلکه کشورهایی با درآمد بالا که در حفاظت از خطرات مالی به سطوح بالاتری دست یافته‌اند نیز با رشد تقاضا و محدودیت‌های مالی روبرو می‌شوند، چرا که برای تحت پوشش قرار دادن مردم، نیازمند خود ارزیابی مداوم هستند تا متضمن موفقیت سیستم پرداخت هزینه در مواجهه با روش‌ها و فنون تشخیصی- درمانی در حال تغییر باشند. تدوین و اجرای استراتژی پرداخت هزینه در بخش سلامت، فرآیندی است که همیشه در حال انطباق با شرایط می‌باشد، و هرگز یک فرآیند خطی و یکوجهی نیست. این مسئله باید با بیان شفاف قوانین و ایده‌آل‌ها در سیستم پرداخت هزینه‌ها شروع شود - با درک

1- Home Grown

2- Health financing policies

این موضوع که مفهوم متفاوت پوشش همگانی سلامت^۱ در کشورهای مختلف، پایه و اساس تحلیل وضعیت است. (اقدام شماره ۲).

اقدام شماره ۳ تعیین‌کننده بسته‌های مالی می‌باشد و اینکه چگونه در طول زمان تغییر می‌کند. این بخش شامل مواردی از قبیل بررسی میزان پرداخت از جیب مردم^۲ و میزان هزینه مصرفی در بخش غیردولتی می‌باشد. اقدام شماره ۴ محدودیت‌های احتمالی در طرح‌های در حال اجرا و پیشرفت را برای پوشش‌های همگانی بررسی می‌کند، در حالی که اقدام شماره ۵ و ۶ فرمول‌بندی و اجرای استراتژی‌های جزئی را پوشش می‌دهد.

چرخه‌ای که در پایین مشاهده می‌شود، زمانی تکمیل می‌گردد (اقدام شماره ۷) که یک کشور مسیر پیشرفت خود را به سوی اهداف مورد نظر بررسی نموده (اقدام شماره ۱) و استراتژی‌های خود را مجدداً ارزشیابی کرده و طرح‌های نوینی را جهت اصلاح مشکلات ارائه دهد. این فرآیند بر اساس یادگیری مداوم، ارزیابی و انطباق مجدد به‌عنوان تغذیه‌کننده‌های کاربردی سیستم، عمل می‌کند. سیستم‌های پرداخت هزینه در بخش سلامت باید قابل انعطاف باشند، نه فقط به دلیل اینکه همیشه شرایط برای توسعه و پیشرفت وجود دارد، بلکه به این دلیل که کشورها نیز تغییر می‌کنند، مانند الگوهای بیماری، کاهش یا افزایش منابع، گسترش یا محدودیت مؤسسات.

1- Universal Health Coverage

2- Out of Pocket

تنهایی، کلیه شکاف‌های مالی ۴۹ کشور کم‌درآمد را که از قبل مشخص شده، می‌پوشاند و تا قبل از سال ۲۰۱۵ جان بیش از ۳ میلیون نفر را نجات می‌دهد.

سیستم ODA^۱ سنتی را می‌توان با منابع جدید سرمایه‌گذاری تکمیل کرد. همانطور که کارگروه مقامات ارشد پیشنهاد کردند، راه‌های جدیدی که برای افزایش منابع مالی مورد بحث بود را می‌توانستند در سطح بین‌المللی به کار گیرند. مبارزه انتخاباتی Massive Good مؤسسه میلینیوم شاهدهی بر این ادعاست. بسیاری از مکانیزم‌های نوین سرمایه‌گذاری نیازی به موافقت بین‌المللی ندارند. اگر کشورهای ثروتمند حتی یکی از موارد معرفی شده در بحث را حمایت کنند، می‌توانند سرمایه‌گذاری مضاعف را در جهت ایجاد اقدامات سریع‌تر به سوی تحقق پوشش همگانی در کشورهای نیازمند افزایش دهند.

شرکای خارجی نیز توانستند نقاط قوت سیستم‌های سرمایه‌گذاری در کشورهای دریافت‌کننده خدمت را تقویت نمایند. اخیراً خیرین از طرق مختلف کمک‌های مالی خود را ارائه می‌دهند که این موضوع به‌طور چشمگیری باعث افزایش کمک در سطح ملی و بین‌المللی می‌گردد. سیستم‌های هماهنگ‌کننده در رقابت با حسابداران، حسابرسان و آمارگیران سیستم‌های داخلی، مکانیزم‌های حسابرسی، پایش و ارزشیابی را متوقف می‌نمایند. از طرفی کارکنان وزارت بهداشت و سایر ارگان‌ها می‌توانند به‌طور رایگان زمان بیشتری را برای تحت پوشش قرار دادن سلامت و درمان مردم صرف نمایند.

مجامع بین‌المللی با قبول «بیانیه پاریس با موضوع ارائه کمک‌های مؤثر^۲» و «دستورالعمل Accra با موضوع چگونگی اقدام^۳» باعث ایجاد پیشرفت‌های زیادی بوده‌اند. مشارکت بین‌المللی^۴ در بخش سلامت و طرح‌های مرتبط در جهت اجرای اصول بیانیه و دستورالعمل مذکور پایه‌گذاری گردید. گزارش-های کشور ویتنام در سال ۲۰۰۹، نشان می‌دهد که بیش از ۴۰۰۰ هیئت اعزامی خود جوش برای بررسی پروژه‌های سلامت راهی رواندا شدند. رواندا موظف است که سالانه ۸۹۰ شاخص سلامت را به هیئت

1- Official Development Assistance

2- Paris Declaration on Aid Effectiveness

3- Accra Agenda for Action

4- International Health Partnership

اعزامی گزارش دهد که فقط ۵۹۵ مورد آن مربوط به بیماری HIV و مالاریا است در حالی که نوآوری‌ها و فعالیتهای جدیدی در هیئت‌های اجرایی در حال شکل‌گیری است.

◀ پیام امید

اولین پیام مهم گزارش جهانی سلامت^۱ این است که تحقق پوشش همگانی سلامت بسیار مشکل است. با این حال، تجربیات سراسر دنیا نشان می‌دهد که کشورها می‌توانند سریع‌تر از پیشینیان اقداماتی جهت حمایت از منافع به دست آمده، انجام دهند. اکنون، ارتقاء صندوق‌های مالی مکمل و تنوع منابع مالی امکان‌پذیر است. پرهیز از پرداخت‌های مستقیم به علاوه پیش‌پرداخت‌ها و تجمیع (با تضمین اینکه تلاش‌های صورت گرفته برای پوشش رشد هزینه‌ها باعث اتکای بیشتر به پرداخت‌های مستقیم نمی‌شود) باعث کارایی بیشتر و استفاده منصفانه‌تر از منابع می‌گردد.

اکنون که اصول کار به خوبی پایه‌ریزی شده و درس‌هایی از کشورهای مجری فراگرفته شده است زمان استفاده از این اصول و عمل بر اساس آنهاست چرا که هدف همه کشورها تسریع یا تقویت فرآیند توسعه پوشش همگانی می‌باشد.

◀ یادداشت‌های آخر

در این گزارش، عبارت «خدمات سلامت» برای افراد (خدماتی مانند واکسیناسیون در دوران خردسالی یا درمان سل) و برای گروه‌های جمعیتی (خدماتی مانند تبلیغات منفی در مورد استعمال دخانیات در رسانه‌های جمعی) شامل توسعه، پیشگیری، درمان و توانبخشی می‌باشد.



ما در کجای مسیر

نیل به پوشش همگانی قرار داریم؟

◀ پیام‌های کلیدی

- بهبود شرایط سلامت برای رفاه انسان و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی مستمر بسیار حیاتی است. همانطور که در اساسنامه سازمان جهانی سلامت آمده دستیابی به «بالاترین سطوح قابل دسترسی سلامت» نیازمند اقدامات جدید و یا ادامه اقدامات قدیمی در مسیر نیل به تحقق پوشش همگانی در بسیاری از کشورها و اقداماتی جدی‌تر برای حفظ دستاوردها در کشورهای دیگر می‌باشد.
- برای نیل به پوشش همگانی، کشورها نیازمند نوعی سیستم مالی‌اند که افراد جامعه را قادر سازد از انواع خدمات سلامت (ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی) بدون هیچ مشکل مالی بهره‌مند شوند.
- امروزه میلیون‌ها نفر به دلیل مخارج خدمات سلامت در زمان دریافت خدمات از آنها بی‌بهره‌اند و بسیاری از افرادی که از خدمات استفاده می‌کنند به مشکلات مالی برمی‌خورند و یا حتی به دلیل پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت به سمت فقر مالی سوق داده می‌شوند.
- یکی از اقدامات اساسی در جهت کاهش مشکلات مالی ایجاد شده به دلیل پرداخت در قبال خدمات سلامت، جایگزین نمودن روش پیش پرداخت به جای روش پرداخت مستقیم هنگام دریافت خدمات می‌باشد. تجمع سرمایه‌ها باعث بهبود و افزایش دسترسی به خدمات موردنیاز می‌باشد و ریسک مالی بیماری را در میان کل جمعیت توزیع می‌کند.
- صندوق‌های تجمع^۱ هرگز نمی‌توانند صد درصد هزینه‌های تمام افراد جامعه را برای صد درصد خدمات پوشش دهند. کشورها مجبورند تصمیمات سختی در مورد چگونگی استفاده از این صندوق‌ها بگیرند.
- در سراسر جهان، راه بسیار طولانی تا تحقق پوشش همگانی پیش رو می‌باشد اما تمام کشورها در سطوح مختلف درآمدی از طریق افزایش سرمایه بخش سلامت، تجمع سرمایه به صورت مؤثرتر در جهت توزیع ریسک مالی و افزایش بهره‌وری، پیشرفت‌های چشمگیری به سوی تحقق پوشش همگانی داشته‌اند.

◀ ما در کجای مسیر نیل به پوشش همگانی قرار داریم؟

مارین پینتالاکارن در تاریخ ۷ اکتبر ۲۰۰۶ با موتورسیکلت سر یک پیچ زمین خورد و محکم به درختی اصابت کرد که باعث شد سر او به دلیل نداشتن کلاه ایمنی صدمه شدیدی ببیند. موتورسوارهای دیگر چند لحظه بعد او را پیدا می‌کنند و به یک بیمارستان در همان حوالی می‌رسانند. پزشکان مورد را صدمه شدید مغزی تشخیص دادند و او را به یک مرکز ترومای مغزی ارجاع دادند که ۶۵ km دورتر بود، جایی که این تشخیص تأیید گردید. اسکن مغز لخته و تورم را نشان داد. جمجمه پینتالاکاران از چند جا شکسته، مغزش متورم شده، تغییر شکل داده و در حال خونریزی بود. بنابراین پزشکان تصمیم به عمل جراحی گرفتند و او را به بخش اورژانس منتقل کردند. یکی از جراحان قسمتی از جمجمه او را برداشت که فشار درون مغزی را کاهش دهد. یک لخته نیز برداشته شد. ۵ ساعت بعد، بیمار زیر دستگاه تنفس مصنوعی به بخش ICU منتقل شد و تا ۲۱ روز در آنجا تحت مراقبت کامل بود. ۳۹ روز بعد از پذیرش در بیمارستان کاملاً بهبود یافته و مرخص شد.

آنچه در این داستان حائز اهمیت است پیشرفت‌های پزشکی در درمان یک جسم آسیب دیده نیست. آنچه مهم است این است که این اتفاق در یک کشور عضو OECD^۱ با میانگین سرانه سالانه ۴۰۰۰ دلار آمریکا اتفاق نیفتاد بلکه در تایلند اتفاق افتاد که این میانگین ۱۳۶ دلار است. این رقم تنها ۳/۷٪ تولید ناخالص داخلی این کشور می‌باشد. همچنین بیمار از قشر مرفه جامعه نبوده است او تنها یک کارگر عادی با درآمد ۵ دلار در روز می‌باشد.

دکتر ویتایا چادبونچاچای، جراح جمجمه پنتالاکاران در بیمارستان محلی خان کائن در استان شمال شرقی گفت: قوانین تایلند رسیدگی به تمام بیماران تصادفی را بدون در نظر گرفتن جایگاه اجتماعی و مالی آنها در حد استاندارد الزام نموده است. او ابراز داشت که کارمندان مراکز درمانی به تمامی بیماران در سطح عالی و یکسان رسیدگی می‌کنند و این بدون در نظر گرفتن هزینه‌های درمانی آنان است چرا که در تایلند تمامی هزینه‌های مراقبت‌های درمانی افراد، تحت پوشش می‌باشد.

زمانی که بسیاری از کشورها اعم از قطب‌های اصلی اقتصادی مانند چین و ایالات متحده آمریکا در حال بررسی راه‌های مرتفع کردن نیازهای مراقبت‌های درمانی و سلامت جوامع خود می‌باشند، پوشش همگانی سلامت از مباحث اساسی در ارائه خدمات سلامت است. (این موضوع شامل پاسخ به سؤالاتی از قبیل موارد ذیل است: پوشش همگانی سلامت چیست، هزینه آن چقدر است و چگونه باید این هزینه را پرداخت کرد؟) در این گزارش این مسئله از دیدگاه مالی و سرمایه‌گذاری بررسی شده و راهکارهایی که در آن تمام کشورها اعم از فقیر و غنی بتوانند میزان دسترسی به خدمات سلامت کیفی را بدون مواجهه با مشکل مالی افزایش دهند مورد بحث قرار گرفته است. (راهنما ۱-۱)

سه مبحث اساسی و مهم در سرمایه‌گذاری بر حوزه سلامت به شرح ذیل می‌باشد:

۱) افزایش نقدینگی حوزه سلامت تا سطح کفایت

۲) حذف موانع مالی در جهت دسترسی به خدمات سلامت و کاهش خطرات مالی بیماری

۳) استفاده بهینه از منابع موجود

راهنما ۱-۱: عملکرد سیستم سرمایه‌گذاری حوزه سلامت (توضیحات فنی)

سرمایه‌گذاری در بخش سلامت چیزی بیش از افزایش نقدینگی برای سلامت است، بحث این است که چه کسی، چگونه و چه زمانی این نقدینگی را پرداخت می‌نماید:

وصول مالیات: موضوعی است که بیشتر افراد آن را با سرمایه‌گذاری در بخش سلامت مرتبط می‌دانند. به عبارت دیگر، روشی است که باعث افزایش نقدینگی جهت پرداخت هزینه‌های سیستم سلامت می‌گردد. اغلب اوقات این پول از خانواده‌ها، سازمان‌ها و شرکت‌ها و گاهی از مشارکت‌های خارجی (منابع خارجی) وصول می‌شود. منابع مالی را می‌توان از طریق بستن مالیات خصوصی یا عمومی، مشارکت‌های بیمه سلامت اجباری و یا داوطلبانه، پرداخت مستقیم از جیب، مانند هزینه در قبال خدمت و یا کمک‌های مالی تأمین نمود.

سیستم مالی حوزه سلامت چه می‌کند؟ (توجیه فنی): موضوع مالی نظام سلامت، موضوعی بیش از افزایش نقدینگی است، چرا که منبع دریافت و پرداخت پول و چگونگی مصرف نقدینگی افزوده شده را در برمی‌گیرد.

وصول درآمد: راهی است که بیشتر افراد از طریق آن با سرمایه‌گذاری در بخش سلامت در ارتباطند، به عبارت دیگر، شیوه‌ای جهت افزایش نقدینگی برای پرداخت هزینه‌های درمان می‌باشد. این پول عمدتاً توسط خانوارها، سازمان‌ها یا شرکت‌ها و در برخی مواقع از طریق شرکای خارجی که به‌عنوان منابع خارجی تلقی می‌شوند تأمین می‌گردد. این منابع

می‌تواند از طریق مالیات‌های خصوصی و عمومی، مشارکت اجباری یا داوطلبانه در حوزه بیمه سلامت، پرداخت مستقیم از جیب مانند پرداخت مستقیم هزینه‌ها و یا مساعدت‌های مالی خیرین بدست آید.

تجمیع: مدیریت سرمایه و تجمیع را شامل می‌شود، به طوری که خطرات پرداخت هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامت افراد در میان تمام اعضای سرمایه‌گذار و شرکا تقسیم می‌شود. هدف اصلی تجمیع، توزیع ریسک به صورت گسترده جهت پوشش خدمات سلامت است. اگر سرمایه‌ها تجمیع گردند، می‌بایست قبل از اینکه بیماری اتفاق افتد پیش‌پرداخت^۱ داشته باشند که این پیش‌پرداخت از طریق مالیات و حق بیمه محقق می‌شود.

سیستم‌های مالی بخش سلامت اکثراً علاوه بر پیش‌پرداخت، پرداخت مستقیم به تأمین‌کنندگان خدمات سلامت را نیز دارند که این ترکیب گاهی «پرداخت مشارکتی هزینه»^۲ نامیده می‌شود.

خرید: فرآیند پرداخت برای خدمات سلامت است که به سه شیوه اساسی انجام می‌گیرد، یکی از این شیوه‌ها بودجه‌بندی دولتی^۳ از طریق به‌کارگیری درآمدهای عمومی دولتی و گاهی حق بیمه‌ها است که به صورت مستقیم به تأمین‌کنندگان خدمات سلامت پرداخت می‌گردد (تلفیق خرید و ارائه خدمات)، دومین روش تفکیک عوامل خرید و ارائه خدمات می‌باشد. سومین روش نیز پرداخت مستقیم افراد به ارائه‌دهندگان خدمات است. بسیاری از کشورهای جهان یک نوع سیستم ترکیبی را به کار می‌برند. در این روش همان‌طور که در فصل (۴) به طور کامل بحث و بررسی می‌شود به تأمین‌کنندگان خدمات سلامت می‌توان با شیوه‌های مختلف پرداخت نمود، همچنین فرآیند خرید شامل تصمیماتی در مورد نوع خدمات و هزینه‌های آنها می‌باشد. خدمات مورد بحث اعم از پیشگیری، ارتقاء، درمان و توانبخشی به صورت مبسوط در فصل ۲ مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

عناوینی که می‌توانند گمراه‌کننده باشند: هر کشوری انتخاب‌های مختلفی در مورد چگونگی ارتقاء میزان درآمدها، تجمیع و چگونگی خرید خدمات انجام می‌دهد. این واقعیت که چندین کشور مختلف تصمیم گرفته‌اند که بخشی از میزان درآمد را به اجبار به حق بیمه برای پشتیبانی از بخش سلامت اختصاص دهند، به این معنی نیست که تمام کشورها اینگونه باشند. بعضی از کشورها تنها یک صندوق تجمیعی دارند، در حالی که دیگر کشورها در تأمین بودجه سلامت خود به صورت چند صندوقی عمل می‌کنند و این صندوق‌ها از طریق شرکت‌های بیمه‌ای شخصی مدیریت می‌شوند. حتی زمانی که کشورها انتخاب مشابهی در رابطه با چگونگی تجمیع سرمایه‌های خود دارند، در حصول

1- Prepayment

2- Cost Sharing

3- Government to provide budgets

اطمینان از در دسترس بودن خدمات به اشکال کاملاً متفاوتی عمل می‌کنند. همین اشکال در دو سیستم مبتنی بر مالیات^۱ نیز به‌طور بسیار گسترده‌ای کاربرد دارد، به همین دلیل شیوه بودجه‌بندی سنتی از طریق اعمال مالیات و اخذ حق بیمه پاسخگو نیست. از آنجایی که این فرآیند از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است، در این مسیر چگونگی ارتقاء درآمدها و تجمیع و مصرف آنها نیز بسیار مهم است. انتخاب‌هایی که باعث می‌گردند تأثیر، کارایی و عادلانه بودن سیستم‌های مالی مورد بررسی قرار گیرند، در فصول بعد به‌طور کامل توجیه می‌شوند.

افراد در مرکز توجه: در همه کارهای فنی (تکنیکی) این نکته حائز اهمیت است که افراد دقیقاً در مرکز توجه قرار گیرند. از طرفی آنها بودجه‌هایی را فراهم می‌آورند که مستلزم پرداخت و ارائه خدمات است. از سوی دیگر، صرفاً دلیل افزایش این بودجه‌ها، ارتقاء سلامت عمومی و در نهایت تحقق رفاه عمومی مردم می‌باشد. سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت تنها یک وسیله برای نیل به هدف است و خود به تنهایی هدف محسوب نمی‌شود.

ارائه خدمات سلامت هزینه دارد. پزشکان، پرستاران، داروسازان و کارکنان بیمارستان‌ها از عواملی‌اند که در حوزه خدمات سلامت فعالیت می‌نمایند و می‌بایست در قبال خدمات آنها مبالغی پرداخت نمود.

امروزه هزینه‌های پرداختی سالیانه جهانی در بخش سلامت در حدود ۵/۳ تریلیون دلار است (۱). از طرفی هنوز بیماری‌های مسری در بخش‌هایی از دنیا شیوع بالایی داشته و بیماری‌های غیرمسری (بیماران خاص از جمله بیماران قلبی، سرطانی‌ها و بیماری‌های حاد دیگر) نیز افزایش روز افزون دارند که همه اینها باعث افزایش روزانه هزینه‌های درمان می‌شوند.

این درحالی است که ادامه این روند باعث ارتقاء شرایط دارویی، درمانی و امور پزشکی پیچیده و همچنین افزایش میزان هزینه برای معالجه می‌شود. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که کشورهای پیشرفته و غنی‌تر به نحو مطلوب‌تری قادر به فراهم نمودن تسهیلات درمانی برای افراد جامعه باشند. کشورهایی که به پوشش همگانی نزدیک شده‌اند، بودجه بیشتری را در حوزه سلامت صرف می‌نمایند. به‌عنوان مثال کشورهای OECD صرفاً ۱۸٪ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند اما ۸۶٪ هزینه‌های سلامت جهانی به آنها تعلق دارد. تعداد کمی از کشورهای OECD سالیانه کمتر از ۲۹۰۰ دلار به هر نفر تخصیص می‌دهند اما باید توجه نمود که همواره میزان درآمد کم کشورهای مختلف باعث تخصیص کمتر بودجه به بخش سلامت نمی‌گردد. نمونه آن، کشوری مانند تایلند است که با متحمل

شدن ریسک‌های مالی فراوان، بودجه بسیار بالایی را به نسبت درآمد کشور به حوزه سلامت اختصاص داده است.

به‌طور نسبی، تغییرات بودجه‌ای در این بخش با میزان درآمد بیشتر کشورها ارتباط مستقیم دارد، چنانچه میزان پرداخت‌های مستقیم از جیب را هنوز می‌توان روش اصلی پرداخت در سیستم‌های مالی بسیاری از کشورها دانست.

هنوز هم بسیاری از کشورهای جهان به‌طور مستقیم هزینه‌های سنگینی را با توجه به میزان بودجه‌بندی به سیستم‌های سلامت تحمیل می‌نمایند.

◀ پرداخت‌های مستقیم

راهنما ۱-۲: پرداخت مستقیم شامل چه مواردی است؟

در بخش سلامت، عموماً در قبال دریافت مشاوره از متخصصین، فرآیندهای تحقیقی و درمانی، دارو و تجهیزات، تست‌های آزمایشگاهی و تسهیلات دیگر، از گیرندگان خدمات وجهی مطالبه می‌شود. در کشورهای مختلف، میزان این وجوه و هزینه‌ها توسط دولت و سازمان‌های غیر دولتی بر اساس اصل اعتماد تعیین می‌گردد.

دریافت این وجوه گاهی ماهیت قانونی، در برخی از موارد غیر قانونی (زیر میزی) و گاهی هر دو ماهیت را دارند. حتی در جایی که این هزینه‌ها تحت پوشش بیمه قرار دارند، بیماران عموماً نیازمند مشارکت در پرداخت هزینه‌ها از طریق مشارکت بیمه‌ای، مشارکت در پرداخت و یا کسورات هستند که بیمه شده مجبور است در زمان استفاده از خدمات مستقیماً از جیب پرداخت نماید چرا که این هزینه‌ها را برنامه بیمه‌ای پوشش نمی‌دهد. کسورات، بخشی از هزینه‌ها هستند که بیمه شده قبل از آنکه بیمه‌گر هرگونه هزینه‌ای را پوشش دهد، مستقیماً از جیب پرداخت می‌نماید. مشارکت بیمه‌ای، نشانگر میزان هزینه‌هایی است که بیمه شده بعد از پرداخت کسورات می‌بایست مستقیماً از جیب پرداخت نماید، در حالی که مشارکت در پرداخت، وجه ثابتی است که بیمه شده باید در قبال هر خدمت پرداخت کند.

ما از لفظ «پرداخت مستقیم» به‌جای تمامی آیتم‌های مذکور استفاده می‌کنیم. با این حال، چون عبارت پرداخت از جیب هم تداعی‌کننده مفاهیم مشابه می‌باشد، این دو عبارت گاهی به جای یکدیگر استفاده می‌شوند.

پرداخت‌های مستقیم اثرات منفی بر سلامت دارد و باعث می‌شود افراد از استفاده خدمات سلامت (خصوصاً در ارتقاء سلامت و پیشگیری) صرف نظر نمایند و بررسی‌های سلامت را به تعویق اندازند. این بدین معناست که آنها در مراحل اول بیماری زمانی که احتمال درمان و بهبودی بسیار بالاست خدمات درمانی را دریافت نمی‌کنند. برآورد شده است که حدود ۱/۳ میلیون نفر به دلیل عدم استطاعت مالی از دستیابی به خدمات درمانی محرومند و به دلیل ناتوانی در انجام کار خطر سقوط به سطح فقر و یا بدتر از آن به زیر خط فقر را دارند (۲).

به همین جهت بسیاری از افراد در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت خود به مشکل بر می‌خورند (۳-۶). برآوردها در ۸۹ کشور که ۹۰٪ کل جمعیت جهان را در بر دارند نشان می‌دهد افرادی که از فاجعه مالی رنج می‌برند بعد از نیازهای اساسی، در حدود ۴۰ درصد از کل درآمد خانوار را صرف امور درمانی و سلامت می‌کنند (۷).

در بعضی از کشورها بیش از ۱۱٪ از افرادی که از خدمات بهداشت و سلامت بهره‌مند می‌شوند به مشکلات مالی بر می‌خورند و ۵٪ نیز با فاجعه مالی مواجه می‌شوند. در نهایت، مطالعات اخیر نشان می‌دهند که پرداخت از جیب باعث گردیده است ۱۰۰۰۰۰ خانوار در کنیا و سنگال در طول یک سال به زیر خط فقر سوق داده شوند. در حدود ۲۹۰۰۰۰ نفر تجربه مشابهی را در آفریقای جنوبی داشته‌اند (۸). فاجعه مالی در همه کشورها در کلیه سطوح درآمدی اتفاق می‌افتد اما به‌طور گسترده‌ای در زمان وجود پرداخت‌های مستقیم برای خدمات سلامت افزایش می‌یابد (۹).

به‌طور کلی، سالانه حدود ۱۵۰ میلیون نفر در پرداخت هزینه‌های سلامت با فاجعه مالی مواجه می‌شوند در حالی که حدود ۱۰۰ میلیون نفر از آنها به زیر خط فقر سوق داده می‌شوند (۷).

هزینه‌های فاجعه بار لزوماً به دلیل هزینه‌های فرآیندهای درمانی یا یک تصادف پرهزینه به وجود نمی‌آیند بسیاری از خانوارها با پرداخت‌های نسبتاً کم، نیز به ورطه فاجعه مالی کشانده می‌شوند. (۱۰) صورت حساب‌های پزشکی کم‌هزینه اما مستمر باعث می‌شود افرادی با امراض حاد یا مزمن در معرض فقر مالی قرار گیرند. (۱۱-۱۳)

بنابراین، علاوه بر اینکه پرداخت از جیب سبب تعویق در استفاده از خدمات سلامت و فشار مالی می‌شود باعث کمبود و نابرابری در منابع نیز می‌گردد. این امر موجب بهره‌مندی روزافزون افراد غنی از خدمات سلامت و کاهش میزان استفاده افراد فقیر می‌شود. (راهنما ۱-۳)

راهنما ۱-۳: سرمایه‌گذاری برای پوشش همگانی سلامت

سیستم‌های مالی می‌بایست بصورت خاص برای نیل به موارد ذیل طراحی گردند:

- تسهیل دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت کیفی و مؤثر مورد نیاز (اعم از پیشگیری- ارتقاء سلامت- درمان و توانبخشی)

- حصول اطمینان از اینکه استفاده از خدمات، فرد استفاده‌کننده را به مشکلات مالی نیندازد (۱۴).

در سال ۲۰۰۵ مجمع سلامت جهانی به اتفاق آراء مصوبه‌ای را مبنی بر تشویق کشورها به توسعه سیستم مالی سلامت در کمترین زمان ممکن مطرح نمود که در جهت نیل به دو هدف مذکور جهت تحقق پوشش همگانی بوده است (۱۵). هر چه کشورها برای مشارکت مالی سیستم سلامت به پرداخت مستقیم هزینه تکیه کنند از این دو هدف دورتر خواهند شد.

◀ صندوق‌های تجمع

پیشرفت به سوی پوشش همگانی به سرمایه کافی و تعداد زیادی از افراد نیازمند است، سرمایه‌ای که توسط کمک‌های مالی و مالیات‌های دولتی عمومی پشتیبانی می‌گردد. هر چه تعداد افرادی که در تقسیم ریسک مشارکت دارند بیشتر شود ریسک مالی افرادی که با آن مواجه هستند کمتر می‌شود.

در کل هر چه تجمع بزرگ‌تر باشد، بهتر می‌تواند با ریسک‌های مالی مواجه گردد. با ادله مشابه، تجمع‌هایی که مشارکت‌کنندگان کمتری دارند با معضلی روبه‌رو می‌شوند که آمارگیران^۱ آن را نوسانات شدید تقاضا و مصرف^۲ می‌نامند. (۱۶)

یک تجمع، جهت بقا نیاز به پول واریزی دارد که این مسئله نیاز به پیش‌پرداخت‌ها را توجیه می‌کند. پیش‌پرداخت به این معنی است که مردم قبل از اینکه بیمار شوند، پرداخت کنند و در زمان بیماری از

1- Actuaries

2- Fluctuations in utilizations and claims

صندوق‌های تجمیع استفاده نمایند. راه‌های بسیار زیادی برای تنظیم پیش‌پرداخت‌ها جهت افرادی که استطاعت مالی دارند وجود دارد (فصل ۳ را مشاهده فرمایید).

اما همیشه در تمام کشورها افرادی هستند که توان مشارکت مالی ندارند. کشورهایی که به پوشش همگانی سلامت نزدیک شده‌اند برای پوشش نیازهای سلامت اقشار مذکور از مالیات بر درآمد استفاده و سعی می‌کنند دسترسی همه افراد را به خدمات سلامت در زمان نیاز تضمین نمایند.

همه کشورها در هر نقطه از مسیر که باشند همگی در جهت دستیابی به پوشش همگانی گام بر می‌دارند و در مراحل مختلف توسعه سیستم‌های سرمایه‌گذاری هستند. به‌طور مثال کشور رواندا در کنار سه سازمان عظیم بیمه سلامت دارای سیستم مالیاتی است که همچنان در حال توسعه و پیشرفت می‌باشد (راهنما ۱-۴) و در آینده ممکن است تجمیع‌های بزرگتری را با حذف تجمیع‌های فردی پایه‌گذاری نماید.

راهنما ۱-۴: تقسیم ریسک بیماری: بیمه درمان جمعی در کشور رواندا

دولت رواندا گزارش می‌دهد که ۹۱٪ جمعیت کشور تحت پوشش یکی از سه برنامه بیمه‌ای می‌باشند. (۱۷). اولین برنامه Rwandaise assurance maladies است که یک بیمه سلامت اجباری^۱ برای کارکنان دولت و بیمه سلامت اختیاری برای کارکنان بخش خصوصی می‌باشد. دومین برنامه «بیمه درمان ارتش»^۲ نام دارد که نیازهای تمامی پرسنل ارتش را مرتفع می‌نماید. سومین طرح که از اهمیت خاصی برای پوشش بیمه‌ای جمعیت کشور برخوردار است، خوشه‌ای از Assurance Maladies Communities (که یک بیمه درمان جمعی برای افرادی است که عموماً در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و در بخش خصوصی مشغول فعالیت هستند) می‌باشد. این طرح‌های بیمه جمعی^۳ طی ده سال اخیر رشد چشمگیری داشته‌اند و هم‌اکنون ۸۰٪ جمعیت کشور را تحت پوشش قرار می‌دهند. حدود ۵۰٪ بودجه طرح بیمه جمعی از حق بیمه اعضا فراهم می‌شود و ۵۰٪ دیگر این بودجه، از طریق یارانه دولت از محل مالیات عمومی و حمایت خیرین به دست می‌آید (۱۸).

برنامه‌های بیمه‌ای، تمام هزینه‌های سلامت را در بر نمی‌گیرد، خانوارها هنوز هم باید برای بخشی از هزینه‌ها پرداخت از جیب داشته باشند و میزان خدمات ارائه شده اصلاً با آنچه در کشورهای پردرآمد فراهم است برابری نمی‌کند با این حال

1- Compulsory social health insurance scheme

2- Military Medical Insurance scheme

3- Mutual insurance schemes

اقدامات انجام شده بسیار تأثیرگذار بوده‌اند. حق سرانه از ۱۱ دلار در سال ۱۹۹۹ به ۳۷ دلار در سال ۲۰۰۷ افزایش یافت، افزایش جمعیت تحت پوشش نشانگر افزایش استفاده از خدمات و مهمتر از آن نشان‌دهنده بهبود نتایج بررسی سطح سلامت، به‌طور مثال کاهش مرگ و میر کودکان^۱ می‌باشند (۱۹). در مراحل اولیه پیشرفت، چالش‌هایی وجود دارد که این چالش‌ها شامل تنظیم مشارکت‌ها برای فقیرترین افراد، افزایش خدمات قابل ارائه، افزایش پوشش هزینه‌ها و بهبود مدیریت منابع می‌باشد. کشور رواندا در تلاش است که مکانیسم‌های مختلف مالی را از طریق پیشبرد یک چارچوب قانونی و ملی در کنترل بیمه سلامت اجتماعی هماهنگ نماید (۲۰).

◀ کمک‌های خارجی

در کشورهای کم‌درآمد که ساختار پیش‌پرداخت‌ها غیر کارآمد و ناکافی است و نیازهای سلامت بسیار بالاست موانع زیادی بر سر راه افزایش صندوق‌های مورد نیاز از طریق پیش‌پرداخت و تجمیع قرار دارد. از این رو حمایت بین‌المللی ضرورت پیدا می‌کند. سرمایه‌گذاری از طریق پیش‌پرداخت‌ها و تجمیع، برخلاف سرمایه‌گذاری ساده در پروژه‌ها و برنامه‌ها بهترین راه کمک به کشورها در حرکت از نقطه پرداخت هزینه‌ها توسط افراد به سمت افزایش دسترسی به خدمات سلامت و حفاظت در مواقع ریسک مالی می‌باشد (۲۱، ۲۲).

طی پنج سال اخیر بسیاری از آژانس‌های بین‌المللی با هدف محقق ساختن پوشش همگانی در جهت بسط و توسعه سیستم‌های مالی بخش سلامت به کشورها کمک شایانی نموده‌اند. این آژانس‌ها همچنین اخیراً سعی کردند مشخص کنند که آیا این کمک‌های مالی باعث حمایت از این فرآیند می‌گردد و یا برعکس بهبود فرآیند را به تعویق می‌اندازد؟ این تلاش، در تلفیق بیانیه پاریس در تأثیرگذاری کمک^۲ و دستورالعمل متعاقب Accra^۳ کاملاً مشهود است.

1- Declines in child mortality

2- Paris Declaration on Aid Effectiveness

3- Accra Action Agenda

مشارکت بین‌المللی توسط فعالان ذی‌ربط در حوزه سلامت، سعی بر عملی کردن این اصول در بخش سلامت دارند و این تلاش‌ها در جهت ترغیب کشورهای کمک‌کننده و دیگر شرکای توسعه در حرکت به سوی محقق نمودن اهداف کشورهای نیازمند می‌باشد (۲۳، ۲۴).

◀ به سوی پوشش همگانی

بسیاری از کشورها در حال ایجاد اصلاحات در راه سرمایه‌گذاری بر مراقبت‌های سلامت در مسیر نیل به پوشش همگانی می‌باشند در این میان کشور چین و آمریکا به‌عنوان دو قطب مهم اقتصادی جهان به چشم می‌خورند.

در آوریل سال ۲۰۰۹، دولت چین برنامه‌های خود را برای ارائه خدمات سلامت مطمئن، مؤثر، راحت و در دسترس تا سال ۲۰۲۰ ارائه داد (۲۵). اگر این برنامه‌ها به خوبی پیاده شوند، اصلاحات مکانیسم‌های بازار محوری که در سال ۱۹۷۸ ارائه شدند کنار خواهند رفت. قبل از سال ۱۹۷۸، دولت خدماتی کاملاً رایگان را به کل جمعیت ارائه می‌داد. اما پس از بازار محور شدن خدمات، میزان پرداخت مستقیم رو به افزایش گذاشت - افزایشی از ۲۰٪ هزینه‌ها در سال ۱۹۸۰ تا ۶۰٪ در سال ۲۰۰۰ که باعث شد بسیاری از افراد جامعه به سوی فاجعه مالی سوق داده شوند. استفاده از این روش جدید بدین معنا بود که بیمارستان‌ها می‌بایست به هزینه‌های پرداختی از سوی بیماران وابسته باشند که باعث می‌گردید پزشکان مجبور شوند داروی تجویزی و درمان پیشنهادی را به‌خاطر درآمدشان ارائه دهند و نه بر اساس کارایی پزشکی‌شان. دولت اقداماتی در جهت بهبود این امور انجام داد. برنامه‌های تعاونی پزشکی که در سال ۲۰۰۳ با هدف مرتفع نمودن نیازهای جمعیت روستایی کشور و برنامه بیمه درمان پایه شهری ارائه گردید، در سال ۲۰۰۷ در ۷۹ شهر به‌صورت پایلوت پیاده شد. این برنامه‌ها در متن آخرین اصلاحات قرار داشتند. هدف دولت، کاهش وابستگی به پرداخت‌های مستقیم و افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه دولتی از ۱۵٪ در سال ۲۰۰۳ به ۹۰٪ در سال ۲۰۱۱ و گسترش دسترسی به خدمات و حمایت از ریسک مالی در طول زمان بود (۲۶).

پیش‌بینی می‌شود اصلاحات اخیر در بخش سلامت در ایالات متحده تا سال ۲۰۱۹، جمعیت ۳۲ میلیونی افراد فاقد بیمه را تحت پوشش قرار دهد (۲۷). استراتژی‌های بسیاری برای نیل به این هدف به کار گرفته می‌شود. بیمه‌گذاران خصوصی، دیگر نخواهند توانست افراد را به دلیل وضعیت سلامت‌شان نپذیرند و افراد کم‌درآمد و خانواده‌هایشان از تخصیص یارانه به هزینه‌های درمانی بهره‌مند خواهند شد (۲۸).

بسیاری از کشورهای با درآمد کم تا متوسط نیز پیشرفت‌های چشمگیری در بهبود سیستم مالی خود در جهت نیل به پوشش همگانی داشته‌اند. به عنوان مثال: شیلی (۲۹) و کلمبیا (۶)، کوبا (۳۰)، رواندا (۲۰)، سریلانکا (۳۱) و تایلند (۳۲) و برزیل (۳۳). کاستاریکا (۳۴)، غنا (۳۵)، قرقیزستان (۳۶)، مغولستان (۳۷) و جمهوری مولداوی (۳۸). هم‌زمان کشورهایی مانند گابن (۳۹) و جمهوری دموکراتیک لائو (۴۰)، مالی (۴۱)، فیلیپین (۴۲)، تونس (۴۳) و ویتنام (۴۴) فرم‌های مختلفی از پیش‌پرداخت و تجمع را برای افزایش حفاظت از ریسک مالی، علی‌الخصوص برای افراد فقیر، ارائه داده‌اند. در مقیاس دیگر، ۲۷ کشور عضو OECD همه شهروندان‌شان را تحت پوشش قرار دادند که این امر با مجموعه‌ای از مداخلات در قالب تجمع سرمایه امکان‌پذیر گردید. در حالی که مکزیک با طرح داوطلبانه خدمات بیمه‌ای تحت عنوان Seguro popular و ترکیه با برنامه تغییرات سلامت در این راستا گام برداشتند (۴۵-۴۷).

هر کدام از این کشورها در جهت نیل به پوشش همگانی از شیوه‌های مختلف با سرعت‌های مختلف استفاده کردند. گاهی مواقع تغییرات سیستمی آنها در دوره‌های طولانی شکل گرفته است، گاهی مسیر کاملاً بر عکس شده و گاه میان‌بر زده‌اند که باعث گردیده در مدت زمان کوتاه‌تر و به شکل سریع‌تری این روند انجام شود (۲۱، ۴۸).

به‌عنوان مثال جمهوری کره در اوایل دهه ۱۹۶۰ اقدامات خود را شروع کرد. سرمایه‌گذاری اولیه بر اصول زیربنایی متمرکز شد اما در سال ۱۹۷۷ این برنامه به مدد حمایت‌های چشمگیر سیاسی به‌طور قابل ملاحظه‌ای گسترش یافت (۴۹). گسترش پایدار برنامه‌های سلامت به دنبال افزایش بیمه از طریق کارفرما تحقق یافت. در ابتدا این طرح با شرکت‌هایی با بیش از ۵۰۰ نفر کارمند شروع به کار کرد و در طول زمان و به‌صورت سلسله‌وار به شرکت‌هایی که صرفاً ۶ نفر کارمند داشتند و اخیراً به شرکت‌هایی که

حتی فقط یک کارمند تمام‌وقت دارند تسری یافت. در سال ۱۹۸۱ کارکنان دولت و معلمین نیز به این طرح افزوده شدند که این امر در ارتقاء میزان آگاهی عمومی نقش کلیدی ایفا نمود. در عوض، این فرآیند باعث گردید که در سال ۱۹۸۸ پوشش همگانی در قلب اهداف و برنامه‌های سیاسی دولت قرار گیرد دقیقاً زمانی که برنامه‌های مرتبط با میزان رفاه اجتماعی به یکی از مباحث اصلی در انتخابات ریاست‌جمهوری تبدیل گردید. در سال ۱۹۸۹ پوشش بیمه به‌صورت چشمگیری افزایش یافت نظیر افراد بی‌بضاعت، خویش‌فرما و روستاییان (۵۰). از آن زمان تاکنون، این سیستم در پی افزایش خدمات ارائه شده و هزینه‌های مورد قبول توسط بیمه‌گر می‌باشد.

◀ حفظ و بهبود نتایج موجود

رشد سریع به سمت پوشش همگانی، یک چالش بزرگ به شمار می‌رود. اما حفظ و بهبود دستاوردهای موجود نیز به خودی خود مشکل می‌باشد. چندین کشور سیستم‌های مالی خود را با تغییر شرایط تطبیق داده‌اند. به‌عنوان مثال کشور غنا از طریق استفاده از تسهیلات بودجه دولت، بعد از استقلال در سال ۱۹۵۷ شروع به اقداماتی در زمینه ارائه رایگان مراقبت‌های پزشکی نمود اما مجبور شد این سیستم را در اوایل دهه ۱۹۸۰ به دلیل کمبود شدید منابع و قبل از معرفی بیمه سراسری که اخیراً انجام شده است، منحل نماید (راهنما ۱-۵).

راهنما ۱-۵: غنا: مراحل مختلف اصلاحات مالی حوزه سلامت

پس از استقلال در سال ۱۹۵۷، دولت غنا مراقبت‌های پزشکی اولیه را به مردم خود ارائه داد. این سیستم از محل مالیات عمومی و مقداری حمایت مالی خارجی پشتیبانی می‌گردید و مردم هیچ پولی بابت دریافت خدمات پرداخت نمی‌کردند. اما طی دهه ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ با بدتر شدن شرایط اقتصادی، کشور در یک اقدام اصلاح ساختاری، بخش سلامت را آزاد نمود.

آزادسازی^۱ باعث افزایش بسیار سریع تعداد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت در بخش خصوصی و در نتیجه اضافه شدن هزینه‌های درمانی برای مردم گردید. این مسئله به کاهش چشمگیر استفاده از خدمات خصوصاً در میان قشر فقیر منجر شد و افرادی که نیازمند درمان بودند نیز غالباً به دلیل پرداخت از جیب در خطر نابودی مالی قرار گرفتند (۵۱). اخیراً با تلاش دولت پرداخت از جیب بیمار و نیز هزینه‌های کلی درمان کاهش یافته است. یکی از اقداماتی که دولت انجام داده است، قرار دادن بیماری‌های جذام و سل، واکسیناسیون و مراقبت‌های دوران بارداری از پرداخت هزینه بوده است. همچنین این کشور افراد بسیار فقیر را از پرداخت مستثنی می‌کند. یک طرح بیمه سلامت ملی در سال ۲۰۰۴ ارائه گردید که تا سال ۲۰۰۹، ۶۷/۵٪ جمعیت در آن ثبت نام کرده بودند (۳۵). در طول سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸، ویزیت‌های سرپایی کشور تا ۵۰٪ رشد داشت، این بدان معنی است که این جمعیت از ۱۲ میلیون به ۱۸ میلیون افزایش یافت، در حالی که پذیرش‌های مراقبت‌های بستری تا ۶/۳٪ افزایش داشت (یعنی از ۰/۸ میلیون نفر به حدود ۰/۸۵ میلیون نفر). در حال حاضر برنامه‌های بیمه سلامت جمعی در هر منطقه، تجمیع ریسک جداگانه‌ای برای خود دارند. بنابراین برای کشور غنا پراکنندگی^۲ همانند حفظ شرایط هنوز هم معضل بزرگی است، اما این کشور در طول چند دهه گذشته در جبران زمان فاصله‌گیری از پوشش همگانی^۳ (سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۸) اهتمام فراوان ورزیده است.

شیلی نیز مراحل مختلفی را در این مسیر پشت سر گذارده است. پس از طی ۳۰ سال حمایت دولت از بیمه، در سال ۲۰۰۰ حمایت‌ها به سمت ترکیبی از بیمه سلامت خصوصی و عمومی پیش رفت و تضمینی برای دستیابی به پوشش همگانی و همچنین حفظ کیفیت عوامل درمانی در شرایط توصیف شده ایجاد نمود. تعداد این شرایط بیش از پیش افزایش یافته و افراد بی‌بضاعت مهم‌ترین ذی‌نفعان این طرح‌ها بودند (۲۹).

همه کشورها برای حفظ و بهبود سلامت، با افزایش میزان تقاضا برای دریافت خدمات بهتر، خطرات بیماری و افزایش فهرستی از فناوری‌های گران‌قیمت پزشکی و دارویی مواجه می‌شوند. سرعت افزایش مداوم و مستمر هزینه‌ها بیشتر از سرعت رشد میزان درآمدهای ملی می‌باشد و به همین جهت دولت‌ها همیشه درگیر جلوگیری از افزایش هزینه‌ها هستند.

1- liberalization

2- Fragmentation

3- Redressing the move away from universal coverage

◀ پوشش همگانی در دو بعد

بسیاری از کشورهای دنیا با شرایط مختلف توسعه اقتصادی نشان داده‌اند که راه‌های زیادی برای تحقق پوشش همگانی وجود دارد. با این حال، جهان راهی طولانی را جهت نیل به این هدف پیش رو دارد. به‌منظور درک شرایط کنونی، باید بر دو عامل اساسی در پوشش همگانی تمرکز نماییم: استطاعت مالی در استفاده از خدمات سلامت و حفاظت مالی افراد در زمانی که ریسک مالی ناشی از درمان آنها را تهدید می‌کند (راه‌نما ۳-۱).

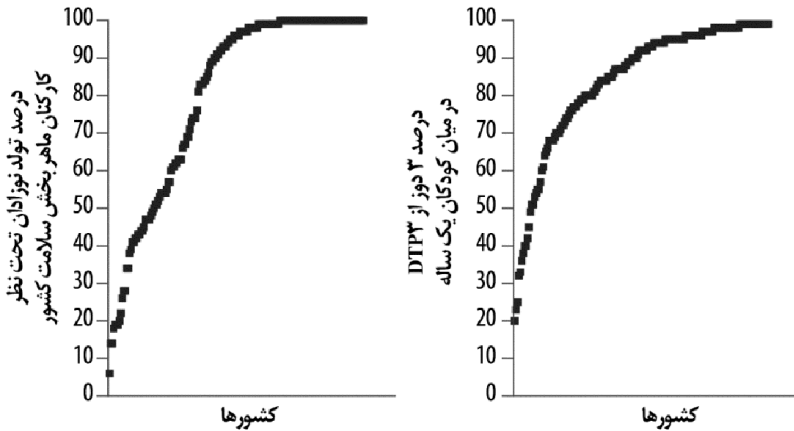
همان‌طور که در مطالب اولیه ذکر شد ارزیابی‌ها و برآوردها نشان می‌دهند که ۱۵۰ میلیون نفر در سطح جهان از فاجعه مالی ناشی از استفاده از خدمات و پرداخت مستقیم از جیب رنج می‌برند و هر ساله ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل فشارهای مالی خدمات سلامت به سمت فقر سوق داده می‌شوند. این مسئله دلالت بر فقدان شدید حفاظت در برابر ریسک‌های مالی دارد. این مشکل در کشورهای کم‌درآمد بیشتر نمایان است اما تنها محدود به آنها نیست. در شش کشور OECD بیش از یک درصد جمعیت که تقریباً ۴ میلیون نفر را شامل می‌شود از فاجعه مالی متاثر از پرداخت‌های سنگین در این زمینه رنج می‌برند در حالی که در پنج کشور دیگر این مجموعه، از هر ۱۰۰۰ نفر، پنج نفر با این مشکل مواجه هستند (۷). علاوه بر این، مقروضات درمانی از عناصر اصلی ورشکستگی فردی در آمریکا می‌باشد. محققان دانشگاه هاروارد در سال ۲۰۰۸ به این نتیجه رسیدند که در سال ۲۰۰۷ صورت‌حساب‌های پزشکی (درمانی) عامل ۶۲٪ درصد از ورشکستگی‌ها بوده است (۵۲).

بسیاری از این افراد تحت پوشش انواع مختلف بیمه سلامت بوده‌اند اما خدمات ارائه شده از سوی بیمه به هیچ‌وجه آنها را در برابر هزینه‌های بالای درمانی مورد حفاظت قرار نداد. افزایش ورشکستگی‌ها به رکود اقتصادی اخیر مربوط نمی‌شد. در سال ۲۰۰۱ هم صورت‌حساب‌های پزشکی باعث ایجاد ۵۰٪ از ورشکستگی‌های مالی در ایالات متحده آمریکا شد.

در مقیاس کلی، ورشکستگی‌های مالی ناشی از مراقبت‌های سلامت هنوز هم مورد توجه خاص قرار نگرفته‌اند شاید به این دلیل که دسترسی به مراقبت‌های سلامت برای افراد مختلف مشکل نیست و یا

اینکه کمک‌های رسمی به دست عموم مردم نمی‌رسد (۵۳، ۵۴). با این حال، اگر میزان پرداخت‌های مستقیم در سطح بالا بماند و دسترسی به پول نیز افزایش یابد، مشکل بزرگی ایجاد خواهد کرد. کاهش پرداخت‌های مستقیم، شاخص اصلی پیشرفت در راستای نیل به پوشش همگانی محسوب می‌شود. در بعضی مواقع مطالعات در سطح کشور میزان ایجاد فاجعه مالی در قشر فقیر را پایین گزارش می‌کند، زیرا این افراد به دلیل فقر کلاً از استفاده از خدمات بهداشتی چشم‌پوشی می‌کنند (۵۵، ۵۶). بنابراین شاخص مهم، صحت سیستم مالی حوزه سلامت، میزان دسترسی و استفاده افراد از خدمات سلامت می‌باشد.

اگرچه اطلاعات کلیدی در زمینه دلایل کاهش پوشش همگانی در دست است اما داده‌ها و اطلاعات امور مالی در مورد میزان دستیابی به خدمات سلامت به هیچ وجه کافی نیست. این آمار تأثیر بالای موانع مالی در جلوگیری از استفاده از خدمات را نشان می‌دهد. به عنوان مثال واکسیناسیون کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌هایی مانند دیفتی، کزاز و سیاه سرفه (DTP3) در نجات جان بسیاری از کودکان تأثیرگذار است. در حالی که استفاده از پرسنل مجرب و متخصص در زمان زایمان به حفظ سلامت مادر و نوزاد کمک شایانی می‌کند. گزارشات مفصلی در زمینه آمار کودکان واکسینه شده با DTP3 و زایمان‌های انجام شده توسط افراد ماهر بدست آمده است. تصویر ۱-۱ نشان می‌دهد که پوشش درمانی در دو مورد ذکر شده در کشورها متفاوت می‌باشد. در حالی که در بسیاری از کشورها این دو پوشش به ۱۰۰٪ می‌رسد، هنوز زایمان در حضور افراد ماهر در ۱۶ کشور کمتر از ۴۰٪ و واکسیناسیون (DTP3) در ۷ کشور کمتر از این میزان است. این آمار نشان می‌دهد که خدماتی که نیازمند وجود افراد متخصص‌تر می‌باشند، کمتر در دسترس افراد است (۵۷).



تصویر شماره ۱-۱: میزان پوشش زایمان تحت نظر کارکنان ماهر بخش سلامت و واکسیناسیون DTP3 توسط دولت‌ها، بر اساس آخرین اطلاعات^a

a: به ترتیب از کمترین به بیشترین میزان پوشش (منبع: ۱۹)

نابرابری در زمینه پوشش (نتایج سلامت) نیز در اکثر کشورها وجود دارد. بررسی‌های بهداشتی و دموگرافیکی متعاقباً اختلافاتی را در میان گروه‌های مختلف مالی در کشورها، خصوصاً کشورهای کم-درآمد نشان می‌دهند.

باز هم تبعیض‌های فراوانی میان میزان دسترسی به خدمات زایمان توسط افراد ماهر و اعمال مصون‌سازی و واکسیناسیون وجود دارد. با اینکه استثنائاتی وجود دارد، می‌توان گفت افراد غنی حتی در کشورهای کم‌درآمد از بهترین خدماتی که در کشورهای پردرآمد وجود دارد نیز بهره‌مند شدند. با این حال در تمام کشورها میان فقرا و اغنیا تفاوت وجود دارد، فقط میزان این تفاوت متغیر است. در برخی شرایط، پوشش DTP3 در میان اقشار فقیر جامعه تنها ۱۰٪ این میزان در میان اقشار غنی جامعه می‌باشد (۵۸).

همچنین استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در میان اکثر کشورهای جهان متفاوت است (۵۹، ۶۰). داده‌ها و اطلاعات در ۵۲ کشور بررسی شده در گزارش سازمان جهانی سلامت و ارزیابی همه سطوح درآمدی، نشان داد که در طول یک دوره ۴ هفته‌ای قبل از بررسی، میزان استفاده جمعیت از خدمات از

۱۰٪ تا ۳۰٪ متغیر بود (۵۸). برخی بررسی‌ها حاکی از استفاده دو برابری افراد مرفه از خدمات سلامت در مقایسه با افراد فقیر می‌باشد، این در حالیست که افراد فقیر بیش از مرفهین به این خدمات نیازمندند. در حالی که اطلاعات ارائه شده حاکی از میزان پوشش می‌باشد، کیفیت خدمات مراقبتی را نشان نمی‌دهد. شواهد دال بر این است که نابرابری‌ها در استاندارد خدمات ارائه شده نیز وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد فقیر در کشورهای فقیر نه تنها به‌طور گسترده‌ای از این خدمات بی‌بهره‌اند، بلکه زمانی که آنها خدمات سلامت را دریافت می‌کنند، این خدمات نسبت به اقشار مرفه از کیفیت پایینی برخوردارند (۶۱). بنابراین شاخص‌های ارائه شده، بیانگر این مطلب است که میلیون‌ها نفر، غالباً قشر فقیر، نمی‌توانند از خدماتی که به آنها نیاز دارند، استفاده نمایند. این در حالیست که میلیون‌ها نفر دیگر نیز به دلیل استفاده از خدمات با مشکلات مالی مواجه می‌شوند.

تنها دلیل پوشش ناکافی و ناعادلانه، مشکلات سیستم مالی نیست، اما بدیهی است که افزایش سرمایه، کاهش وابستگی به پرداخت مستقیم و افزایش کارآمدی سیستم مالی باعث بهبود پوشش خدمات سلامت می‌گردد.

چندین کشور از طریق تأمین حفاظت مالی در زمان بیماری یا وضع حمل، زمانی که افراد نمی‌توانند به دلایل مالی از خدمات سلامت استفاده نمایند، از افراد نیازمند حمایت می‌کنند. سازمان بین‌المللی کار (ILO) اطلاعاتی را در راستای حق مرخصی بیماران و مادران پس از زایمان جمع‌آوری کرد. سال ۲۰۰۷ ، در ۱۴۵ کشور دنیا، افراد مذکور از مزایای مرخصی در ایام نیاز بهره می‌بردند. اگرچه اختلافات قابل توجهی میان طول دوران مرخصی و حقوق پرداختی در این دوران وجود داشت، صرفاً ۲۰٪ از این کشورها ۱۰۰٪ درآمد ماهانه را به بیماران پرداخت نمودند، در حالی که اکثر کشورها پرداخت ۷۵-۵۰٪ را تقبل کردند. بیشتر کشورها سالیانه بیش از یک ماه حقوق مرخصی استعلاجی را پرداخت می‌کنند، اما ۴۰ کشور کمتر از یک ماه پرداخت می‌نمایند (۶۲).

اکثر کشورهای صنعتی به کارمندان بخش دولتی مزایای استفاده از مرخصی با حقوق را به مادران ارائه می‌دهند، اما باز هم مدت این مرخصی و ماهیت پرداختی‌ها تفاوت شایانی دارد. با اینکه استفاده از این حقوق قانوناً اجباری می‌باشد، در برخی کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط انجام فعالیت‌های حمایتی برای زنان نادیده گرفته می‌شود (راه‌نما ۱-۶).

راهنما ۱-۶: حمایت از ریسک مالی و جایگزینی درآمد: در دوران مرخصی زایمان و بارداری

موضوع اصلی حمایت از مادران، متضمن استراحت بانوان در زمان تولد نوزاد (و تضمین عدم ایجاد مشکل مالی برای خود و خانواده‌اش و ادامه کار پس از مرخصی) و پرداخت درآمدی جایگزین درآمد همیشگی‌اش در گذشته در زمان مشخصی از دوران بارداری و پس از زایمان می‌باشد. با اینکه مبلغ پرداختی در این دوران، اغلب جایگزین کل درآمد قبل نمی‌باشد، اما وجود آن باعث کاهش مشکلات مالی بسیاری از خانواده‌ها در زمان تولد نوزاد است و یک حمایت اجتماعی مهم به شمار می‌رود. سیستم مرخصی زایمان و درآمد جایگزین، اثرات غیر مستقیمی بر سلامت دارد. بر این اساس که مادران مشکل بازگشت به کار را پس از زایمان، در زمانی که از لحاظ پزشکی به هیچ‌وجه بازگشت به کار توجیه شده نمی‌باشد، ندارند.

بسیاری از کشورهای پیشرفته منابع قابل توجهی را به حمایت از دوران مرخصی زایمان تخصیص می‌دهند.

در سال ۲۰۰۷ دولت نروژ بیش از هر دولت دیگری، ۳۱۰۰۰ دلار برای هر نوزاد در هر سال که در کل معادل ۱/۸ میلیارد دلار بود به این طرح تخصیص داد. درست برخلاف آن، بیشتر کشورهای با درآمد کم و یا متوسط علی‌رغم وجود قانون حمایت در مجموعه قوانین شان هیچ‌بودجه‌ای به دوران مرخصی زایمان اختصاص نداده‌اند.

این مسئله ممکن است به دلیل عدم الزام بخش‌های مختلف به اعمال قانون باشد اما دلیل دیگر این است که در برخی کشورها مرخصی زایمان به هیچ‌عنوان از طریق اختصاص درآمد جایگزین حمایت نمی‌گردد.

حمایت‌های مالی از افراد در زمان بیماری و زایمان تنها برای کارگران بخش دولتی فراهم می‌شود. به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد، بیش از ۵۰ درصد از جمعیت کاری در بخش خصوصی مشغول هستند و در زمان نیاز، حقوقی دریافت نمی‌کنند (۶۳).

اگرچه این گزارش بر عوامل حفاظت از ریسک مالی در زمان نیاز به خدمات سلامت متمرکز است، به این نکته نیز توجه دارد که حمایت‌های اجتماعی نیز به اندازه حمایت‌های مالی حائز اهمیت می‌باشند. بر این اساس WHO و ILO فعالیت‌های مشترکی را در سازمان‌های بین‌المللی در راستای کمک به کشورها برای ارائه برنامه‌های ارتقای حمایت اجتماعی آغاز نمودند. این برنامه‌ها نوعی حفاظت مالی از ریسک است که در کنار راه‌های جایگزینی درآمد و حمایت اجتماعی در زمان بیماری به‌طور مفصل مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند (۶۴).

در کشورهای اروپایی با توجه به پشتیبانی مالی در طی سال‌های متمادی در حیطه سلامت اجتماعی، صندوق «تجمیع سرمایه جاری» تقریباً تمام فضا را در بر می‌گیرد. اما در کشورهای مرفه که ادعای تحقق پوشش همگانی را دارند نیز هرگز نمی‌توان گفت ۱۰۰٪ جمعیت به ۱۰۰٪ خدمات دسترسی دارند.

در واقع هر کدام از این کشورها، طبق شیوه‌های کاربردی خود، صندوق‌ها را از طریق اندازه‌گیری خدمات و «سرمایه صندوق‌های تجمیع» پر می‌کنند. زمان انتظار برای دریافت خدمات در کشورها ممکن است بسیار متفاوت باشد. برخی از خدمات بسیار گران، ممکن است به تمامی شهروندان ارائه نشوند و شهروندان مجبور باشند به تناسب میزان هزینه‌ها بخشی از آن را به‌صورت پرداخت مستقیم دریافت کنند. با این وجود همه افراد در این کشورها به مجموع خدمات (اعم از پیشگیری، ارتقاء، درمان، و توانبخشی) دسترسی دارند و به لطف پیش‌پرداخت و صندوق‌های تجمیع، تقریباً از ریسک‌های شدید مالی در امان هستند. اصول زیربنایی یکی‌اند، حتی اگر موارد جزئی به دلیل تفاوت در انتظارات مردم و تأمین‌کنندگان حوزه سلامت، شرایط سیاسی و وجود سرمایه، متفاوت باشند.

کشورها در چگونگی نیل به پوشش همگانی بسته به چگونگی آغاز مسیر و انتخاب‌های مختلف در سه محور تصویر ۱-۲ متفاوت از یکدیگر می‌باشند، چرا که این عملکرد، بستگی به چگونگی شروع اقدامات دارد. به‌عنوان مثال، در جایی که فرآیندها نشان می‌دهند که تنها افراد مرفه از خدمات سلامت بهره می‌برند، حرکت سریع به سوی سیستمی که سبب حفاظت مالی از کلیه اقشار (غنی یا فقیر) و همچنین توزیع مساوی خدمات می‌گردد، یک الزام و اولویت است، حتی اگر فهرست خدمات و هزینه‌های تحت پوشش صندوق‌های تجمیع بسیار کم باشد (۲۱، ۶۶). این در حالیست که کشورهایی که خدمات فاقد پوشش^۱ کمی دارند، هدفشان تحت پوشش قرار دادن افراد فاقد پوشش، افزایش خدمات و یا هزینه‌های تحت پوشش می‌باشد.

بسیاری از کشورها در مسیر نیل به پوشش همگانی از کارکنان بخش دولتی آغاز می‌کنند، چرا که این قشر قابل تشخیص و بررسی‌اند. اما این کار تبعاتی همچون بدتر شدن وضعیت تبعیض در خدمات

برای گروه‌های دیگر دارد. همچنین دستیابی به اهداف جزئی باعث خواهد شد که تلاش در جهت اصلاحات اساسی کمرنگ شود. این موارد به‌صورت جزئی در فصل سه بررسی می‌شوند.

◀ حرکت به سمت پیشبرد اهداف

قانون اساسی WHO استفاده از بالاترین استانداردهای سلامت را حق همه افراد می‌داند.^۱ پوشش همگانی بهترین شیوه برای نایل شدن به این حق و ایجاد پایه‌های اساسی بیانیه آما-آتا^۲ است که بیش از ۳۰ سال قبل تنظیم شده است. در این بیانیه مشخص گردیده که ارتقاء و حمایت از سلامت نیز دو مقوله‌اند که در تداوم و پیشرفت اقتصادی و توسعه اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌نمایند و در نهایت به زندگی مطلوب‌تر، برخورداری از تأمین اجتماعی و ایجاد آرامش منجر می‌گردند.

گزارش سازمان جهانی سلامت سال ۲۰۰۸ بر «اصل پوشش همگانی»^۳ خصوصاً بر مراقبت‌های اولیه سلامت^۴ و تصمیمات مجمع سلامت جهانی^۵ تأکید نمود (۶۷) که این امر در کمیسیون تصمیمات سلامت اجتماعی سال ۲۰۰۸^۶ و تصمیمات بعدی مجمع سلامت جهانی بسیار اثرگذار بود (۶۸). گزارشات مذکور نظراتی را ارائه می‌دهد که ماحصل کشمکش‌های مالی بخش سلامت در هر کشور می‌باشد. اگر چه مباحث تکنیکی در سیستم‌های مالی حوزه سلامت بسیار شایع است، اما همیشه باید در نظر داشت که عدالت و انسانیت باید در مرکز توجه باشد. شاید این دو محور توجه بسیار خوشبینانه باشند، اما حقیقت این است که تمام کشورها در هر شرایط اقتصادی، می‌توانند اقدامات بیشتری را در جهت پوشش همگانی و حفظ دستاوردهایشان انجام دهند.

برای نیل به پوشش همگانی، باید سه نکته اساسی را در نظر داشت:

- 1- WHO's Constitution describes the fundamental right of every human being to enjoy "the highest attainable standard of health"
- 2- Declaration of Alma-Ata
- 3- The principle of universal coverage
- 4- Primary health care
- 5- World Health Assembly resolution
- 6- The 2008 Commission on Social Determinants of Health

۱- سیستم‌های سلامت در واقع مجموعه «سیستم‌های تطبیقی پیچیده‌ای»^۱ هستند که رابطه اجزای آنها قابل پیش‌بینی نیست و به‌صورت تصادفی با هم ارتباط دارند. شرکای این سیستم غالباً در مواجهه با مقاومت هنگام تغییرات، نیازمند یادگیری و تطبیق مستمر هستند (۶۹). با اینکه ما راه‌حل‌های مختلفی را برای نیل به پوشش همگانی ارائه می‌دهیم، کشورها همیشه باید آمادگی رویارویی با اتفاقات غیر مترقبه را داشته باشند.

۲- طراحی یک برنامه در راستای نیل به پوشش همگانی در کشورها مستلزم بررسی وضعیت موجود می‌باشد. آیا حمایت سیاسی و اجتماعی در جهت نیل و نگاهداشت پوشش همگانی سلامت وجود دارد؟ این سؤال بدین معنا است که راه‌حل‌های گوناگون در شرایط مختلف متفاوت است اما روش‌های غالب به انسجام اجتماعی و خودباوری منجر می‌شود.

انسجام اجتماعی مستلزم ایجاد توسعه در پوشش همگانی سلامت است، چرا که وقتی اقبال مرفه آمادگی کمک به افراد بیمار را داشته باشند، سیستم حفاظت مالی برای کل جمعیت تأثیرگذارتر می‌شود. تحقیقات اخیر حاکی از این است که اکثر اجتماعات، انسجام نسبی را در زمان مرتفع نمودن مشکلات مالی حوزه سلامت دارند اما میزان این انسجام در مکان‌ها و شرایط مختلف متفاوت است (۷۰) به بیان دیگر، در هر جامعه‌ای اقداماتی در جهت کاهش بی‌عدالتی‌ها و حرکت به سوی مساوات صورت می‌گیرد (۷۱).

۳- سیاستگذاران باید تصمیم بگیرند که در طولانی‌مدت چه میزان از هزینه‌های سلامت از محل صندوق‌های تجمع پرداخت گردد و چگونه بین میزان جمعیت، میزان خدمات و هزینه‌های تحت پوشش توازن ایجاد کنند. برای آن کشورهایی که بر روی حفظ اهداف بدست آمده متمرکز شده‌اند، پایش و تطابق مداوم، هم‌زمان با فناوری رو به رشد و تغییر ساختارهای سنی و الگوهای بیماری بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

سه فصل بعدی شیوه‌هایی عملی نیل به موارد ذیل را به‌طور خلاصه ارائه می‌دهند:

- افزایش میزان بودجه‌ها در حوزه سلامت در صورت نیاز یا حفظ سرمایه‌گذاری متناسب با افزایش

تقاضا و نیاز

- فراهم آوردن و حفظ سطح مناسب حفاظت از ریسک مالی به‌طوری که افرادی که نیازمند خدمات مختلف هستند به موقع از این خدمات بهره‌برند و به فاجعه مالی و فقر دچار نشوند.

- بهبود بهره‌وری و عدالت در چگونگی استفاده از سرمایه‌ها به‌صورتی که جامعه به سمت تحقق پوشش همگانی پیش رود.

فصل پایانی به فهرست‌بندی مراحل عملی می‌پردازد که همه کشورها و شرکای بین‌المللی می‌توانند در جهت نیل به پوشش همگانی سرمایه‌های خود را افزایش داده، تجمیع سرمایه قابل ملاحظه‌ای داشته و از منابع استفاده بهینه نمایند.

◀ مراجع

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006;84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007;26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007;16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. Social health protection: *an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010).

9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003;362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007;49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009;68:201-209. doi:10.1016/j.socsci-med.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fiftyeighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).

21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010;15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007;370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (<http://www.internationalhealthpartners-hip.net/en/home>, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no.7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendRe-conProp.pdf>, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. Towards universal health coverage: the Chilean experience. World health report 2010 background paper, no.4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; (<http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009;28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469

33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006;60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005;58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf; accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*, 2010, World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688

42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81–104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries*. Good practices in health financing. Washington, DC, The World Bank, 2008:385–437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20- doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1_00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920–1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45–64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871–876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693

52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf; accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no.8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ: Canadian Medical Association journal=journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841

62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (<http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf>, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health_Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005;34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>, accessed 08 July 2010).

۲

تخصیص اعتبار بیشتر

به حوزه سلامت

◀ پیام‌های کلیدی

- تاکنون هیچ کشوری نتوانسته تضمین کند که همه افراد دسترسی فوری به تمام خدماتی که احتمال دارد سلامتی آنها را حفظ و یا بهبود بخشد، دارند. همه آنها با محدودیت‌های منابع مواجهند، هرچند که این مسئله در کشورهای کم‌درآمد مهم و حیاتی‌تر است.
- هر کشوری اگر بخواهد، می‌تواند در بخش سلامت صندوق‌های مضاعف ایجاد کند و یا از طریق منابع متنوع تأمین بودجه نماید.
- این موارد شامل دولت‌هایی است که در تخصیص بودجه‌شان، اولویت بیشتری به حوزه سلامت داده، مالیات یا مشارکت بیمه‌ای^۱ را به‌طور مؤثرتری جمع‌آوری نموده و صندوق‌های مضاعف^۲ را از طریق بودجه‌های ابداعی^۳ ایجاد می‌نمایند.
- مالیات بر محصولات مضر مانند دخانیات و مشروبات الکلی یکی از این موارد می‌باشد. آنها مصرف‌گرایی را کاهش داده، سلامت را بهبود بخشیده و منابع دولت‌ها را که می‌تواند در حوزه سلامت صرف شود، افزایش می‌دهند.
- با این نوآوری‌ها، وجوه افزایش یافته خیرین برای اکثر کشورهای بسیار فقیر در طی یک دوره طولانی ضروری خواهد بود. کشورهای کمک‌کننده نیز می‌توانند منابع بیشتری را افزایش دهند تا با روش‌های ابداعی راهی برای انتقال سرمایه‌های بیشتر به کشورهای فقیر باز کنند اما آنها باید اقدامات بیشتری انجام دهند تا تعهدات بین‌المللی‌شان را برای کمک‌های توسعه‌ای دولت (ODA) و تأمین کمک‌های مالی قابل پیش‌بینی‌تر و طولانی‌مدت برآورده نمایند.

1- Insurance contributions

2- Additional domestic funds

3- Innovative financing

◀ افزایش منابع سلامت

در سال ۲۰۰۹، مؤسسه ملی تعالی بالینی و سلامت بریتانیا اعلام کرد که خدمات ملی سلامت^۱ نمی‌تواند هزینه‌های سنگین دارو را برای درمان بیماری سرطان کلیه تقبل نماید، چرا که از نظر هزینه مقرون به صرفه نیست (۱). این موضوع، خشم عمومی را برانگیخت (۲) اما مؤسسه از این حذف پوشش با عنوان سهمیه‌بندی منابع و ایجاد اولویت دفاع کرد. حقیقت این است که داروها و تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی^۲ جدید، بسیار سریع‌تر از منابع مالی نوین قابل دسترس می‌باشند (۳).

همه کشورها اعم از غنی و فقیر، برای افزایش منابع مالی مورد نیاز خود جهت پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت مورد تقاضای مردم (که گاهی با یکدیگر فرق دارند) تمام تلاش خود را به کار می‌بندند. هیچ کشوری (مهم نیست که چقدر ثروتمند باشد) قادر به تأمین هزینه‌های بخش سلامت همگانی، با هر نوع تکنولوژی یا نوآوری که ممکن است باعث بهبود سلامت یا افزایش طول عمر گردد، نمی‌باشد. اما وقتی که حوزه سلامت کشورهای ثروتمند به واسطه فشارهای مضاعف جمعیت سالخورده و نیروی کار تحلیل یافته با محدودیت‌های بودجه‌ای مواجه می‌گردند هزینه‌های صرف شده در بخش سلامت همچنان در سطح بالایی باقی می‌ماند. ایالات متحده آمریکا و نروژ بیش از ۷۰۰۰ دلار سرانه در سال، حق بیمه پرداخت می‌نمایند. کشور سوئیس نیز بیش از ۶۰۰۰ دلار پرداخت می‌کند. کشورهای عضو سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی (OECD) به‌عنوان یک گروه، به‌طور متوسط حدود ۳۶۰۰ دلار هزینه پرداخت می‌نمایند. در انتهای دیگر نمودار درآمدی، کشورها بر سر تضمین میزان دسترسی به اساسی‌ترین خدمات، تمام تلاش خود را به کار می‌بندند.

با احتساب سهم مشارکت‌های خارجی، ۳۱ کشور عضو سازمان جهانی سلامت (WHO) سالانه کمتر از ۳۵ دلار و ۴ کشور نیز کمتر از ۱۰ دلار برای هر نفر پرداخت می‌نمایند (۴).

اما هدف همه کشورها، حفاظت گسترده در برابر خطرات مالی و دسترسی به خدمات بخش سلامت به شکل عادلانه‌تر می‌باشد. رواندا با سرانه درآمد ملی حدود ۴۰۰ دلار، بسته‌ی خدمات پایه را از طریق

1- National Health Service

2- Medicines and diagnostic and curative technologies

سیستم بیمه سلامت با حق سرانه ۳۷ دلار (۴) به شهروندان خود ارائه می‌دهد. وقتی دولت رواندا از محل حمایت‌های مالی انجمن‌های خیریه بین‌المللی سود می‌برد، خود نیز متعهد می‌گردد که ۱۹/۵٪ از کل هزینه‌های سالیانه بخش سلامت را تامین نماید (۴). ۱۸۲ کشور عضو سازمان جهانی سلامت (WHO) با سطوح مختلف در تولید ناخالص داخلی (GDP) وجود دارند که برابر یا بیشتر از رواندا هزینه می‌کنند و در بعضی موارد این برتری چشمگیر است، ولی هنوز بسیاری از کشورها از استانداردهای پوشش همگانی سلامت فاصله دارند (۴). این مسئله نیاز به تغییر دارد. به جز چند کشور، باقی آنها با افزایش حمایت خود در برابر خطرات مالی، مشکلی در دستیابی به خدمات سلامت کیفی ندارند. برای رسیدن به استانداردهای پوشش همگانی سلامت باید هزینه زیادی کرد. از این رو لازم است ابتدا دولت‌ها برآورد هزینه نموده سپس منابع تامین هزینه را شناسایی نمایند.

◀ اما هزینه پوشش سلامت در جهان چقدر است؟

پوشش همگانی دارای مفهومی مشابه و یا ثابت برای تمام شرایط نیست به عبارت دیگر به معنای پوشش ضروری برای همه مردم و همه چیز نمی‌باشد. همانطوری که در فصل اول توضیح داده شد، اقدامات انجام شده برای پوشش همگانی به معنای انجام بهترین روش جهت توسعه یا حفظ پوشش در سه بعد مهم است:

از تجمیع صندوق‌ها چه کسانی، چه خدماتی و چه مقدار از هزینه‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند. در این چارچوب، ضروری است سیاستگذاران تصمیماتی در رابطه با نحوه افزایش یا مدیریت صندوق‌ها اتخاذ نمایند. کشور تایلند، خدماتی مانند تجویز دارو، اورژانس، بستری، پیشگیری و ارتقاء سلامت را برای بیماران به صورت رایگان ارائه داد، ضمن اینکه خدمات پرهزینه‌ای مانند رادیوتراپی، شیمی‌درمانی برای درمان سرطان، عمل‌های جراحی، و مراقبت‌های مهم پس از تصادفات و موارد اورژانس را نیز تحت پوشش قرار داد. اجرای همه موارد فوق با سرانه ۱۳۶ دلار که کمتر از میانگین هزینه‌های بخش سلامت در کشورهایی با درآمد متوسط و پایین می‌باشد (۱۵۳ دلار) محقق گردید (۴). اما در کشور تایلند همه

خدمات تحت پوشش نیستند. برای مثال تا این اواخر، پیوند کلیه جزء خدمات تحت پوشش نبود (راهنما ۱-۲). سایر کشورها خدمات دیگری را تحت پوشش قرار ندادند.

راهنما ۲-۱: کشور تایلند حد و مرز پوشش‌های مراقبت‌های سلامت را مجدداً مشخص می‌کند.

در سال ۲۰۰۲ وقتی که کشور تایلند طرح پوشش همگانی^۱ ۳۰ باهات^۱ (واحد پول تایلند) را اعلام کرد، مراقبت جامع سلامت^۲ را ارائه داد که فقط شامل خدمات پایه^۳ نبود بلکه خدماتی مانند رادیوتراپی، جراحی، مراقبت‌های بالینی پس از تصادف و موارد اورژانس را نیز تحت پوشش قرار می‌داد ولی پیوند کلیه را شامل نمی‌شد. دکتر پراتیپ داناکیچارون، معاون دبیر کل سازمان تأمین سلامت ملی که مدیریت طرح را به عهده داشت گفت: «ما نگران این بودیم که پیوند کلیه به‌عنوان عامل مهارکننده‌ی بیماری‌های دیابت و فشار خون هنوز تحت کنترل نباشد». پیوند کلیه بسیار پرهزینه است، هزینه‌های همودیالیز سالانه برای هر بیمار حدود ۴۰۰۰۰۰ باهات تایلند (۱۲۰۰۰ دلار) می‌باشد، چهار برابر بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ باهات تایلند، یعنی معادل سقف هزینه دارو و درمان‌های هر فرد در طول زندگی‌اش که این مبلغ توسط کمیته فرعی بسته‌های مزایای سازمان تأمین سلامت ملی^۴ اعلام گردیده است.

دکتر داناکیچارون بر این باور است که این طرح باید بیماری‌های کلیوی را از ابتدا تحت پوشش قرار می‌داد. این دیدگاه از طرف او که مدیر طرح سلامت بین‌المللی در وزارت بهداشت بود، مطرح گردید. این مسئله برای تانچارونساتین، کاملاً منصفانه بود، او می‌گوید: «در تایلند سه طرح مراقبت سلامت وجود دارد و فقط پیوند کلیه در این طرح گنجانده نشده است. این در حالی است که نیمی از مردم که تحت پوشش این طرح هستند جزو فقیرترین مالیات‌دهندگان اقتصاد کشور تایلند می‌باشند.» دیدگاه او نسبت به ناعادلانه بودن این طرح، احساس مشترکی را در بین بعضی از مردم مانند سابییل نوکساکول (بیمار شصت ساله‌ای که بیش از ۱۹ سال، تمام پس‌انداز خود را صرف هزینه‌های پیوند کلیه کرده بود) ایجاد نمود. او گفت: «من قبلاً ۷ میلیون باهات تایلند پس‌انداز داشتم، اما اکنون تمام پس‌انداز من بر باد رفته است.» در سال ۲۰۰۶، نوکساکول، انجمن بیماران کلیوی تایلند را پایه‌گذاری کرد که باعث افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود و تحت فشار قرار دادن اداره تأمین سلامت ملی جهت ارائه درمان به این افراد گردید. سرانجام در اکتبر سال ۲۰۰۸ وزارت بهداشت، مونکول ناسونخلا را مشمول طرح درمان پیوند کلیه نمود.

1- 30 bahat scheme

2- Comprehensive health care

3- Basics

4- National Health Security Office

برای اطلاع از این مسئله که تا چه حد می‌توانید پوشش خدمات را در هر سه بعد گسترش دهید، لازم است اطلاعاتی از میزان هزینه‌ی خدمات داشته باشید. در کمیسیونی که در سال ۲۰۰۱ در رابطه با موضوع اقتصاد کلان و سلامت برگزار گردید، تخمین زده شد که خدمات پایه را می‌توان با قیمت ۳۴ دلار برای هر نفر ارائه داد (۶). که این مبلغ بسیار نزدیک به هزینه‌ای است که در رواندا پرداخت می‌شد. اما این محاسبات، هزینه کلی آنتی رتروویرال^۱ یا درمان بیماری‌های غیر مسری و همچنین سرمایه‌ای را که باعث ارتقاء نظام سلامت جهت پوشش مناطق دور دست می‌گردد، در بر نمی‌گرفت.

برآوردهای اخیر هزینه‌های اصلی ارائه خدمات سلامت توسط مقامات عالی رتبه سازمان جهانی سلامت در بخش ابداعات بین‌المللی در تأمین مالی حوزه سلامت^۲ نشان می‌دهد که در ۴۹ کشور کم-درآمد، ضروری است میانگین سرانه‌ای با هزینه‌ی کمتر از ۴۴ دلار در سال ۲۰۰۹ به بیش از ۶۰ دلار تا سال ۲۰۱۵ افزایش یابد (۷). این برآورد شامل هزینه توسعه بخش سلامت است تا بتوانند ترکیبی از مداخلات به خصوصی ارائه دهند. این مداخلات می‌تواند بیماری‌های غیر مسری و یا موارد مرتبط با بخش سلامت در اهداف توسعه عصر طلایی (MDG) را هدف قرار دهد. ارقام مذکور (بدون وزن دهی) در ۴۹ کشور مختلف، در دو بازه زمانی به دست آمد. نیازهای واقعی در کشورها متنوع است: لازم است که در پنج کشور بررسی شده سرانه‌ای بیش از ۸۰ دلار در سال ۲۰۱۵ هزینه شود، در حالی که شش کشور دیگر باید کمتر از ۴۰ دلار هزینه نمایند.

این موضوع به این معنا نیست که ۳۱ کشوری که در بخش سلامت کمتر از ۳۵ دلار برای هر نفر هزینه می‌کنند، تلاش‌های خود را در جهت نزدیک‌تر شدن به پوشش سلامت همگانی از طریق افزایش منابع متوقف نمایند. بلکه ضروری است این کشورها توسعه پوشش سلامت خود را با منابع موجود متناسب سازند گرچه این کشورها همانطوری که در دو بخش بعدی توضیح خواهیم داد ظرفیت افزایش منابع داخلی را دارند ولی با این حال در آینده نزدیک نیاز به کمک‌های خارجی خواهند داشت. حتی با رشد فزاینده تولید ناخالص داخلی و بودجه دولتی که سلامت را در اولویت قرار می‌دهد فقط ۸ کشور از

1- Anti- ritroviral

2- Innovative International Financing for Health Systems

۴۹ کشور تا سال ۲۰۱۵ شانس تأمین هزینه‌های مورد نیاز خدمات را از منابع داخلی در سال ۲۰۱۵ خواهند داشت (۷).

بسیاری از کشورهای ثروتمند نیز نیاز به افزایش صندوق‌های مضاعف برای پاسخگویی به تقاضاهای در حال رشد بخش سلامت دارند که تعدادی از نیازها ناشی از افزایش سن، داروهای جدید، فرآیندها و فناوری‌های در حال توسعه برای خدمت‌رسانی به آنهاست. جنبه مهم این موضوع، کاهش سن کاری مردم در بعضی کشورهاست. کاهش مشارکت حاصل از مالیات بر درآمدها یا کاهش حق بیمه از حقوق (مالیات بر میزان دستمزد) سیاستگذاران را مجاب می‌کند تا منابع جایگزینی را برای تأمین هزینه‌ها در نظر بگیرند.

سه روش برای افزایش صندوق‌های مضاعف یا تنوع منابع بودجه^۱ وجود دارد:

اول اولویت‌دهی به حوزه سلامت در صرف هزینه‌های موجود^۲ خصوصاً در بودجه دولتی.

دوم یافتن منابع جدید یا متنوع از محل هزینه‌های داخلی و سوم افزایش حمایت‌های مالی خارجی. روش‌های مذکور در این گزارش به ترتیب بررسی خواهند شد، دو روش اول در تمامی کشورهای فقیر و غنی و در تمامی مراحل پیشرفت از اهمیت بالایی برخوردار است. این فصل به موضوع کمک‌های وسیع در بخش سلامت کشورهای کم‌درآمد، پردرآمد و با درآمدهای متوسط می‌پردازد.

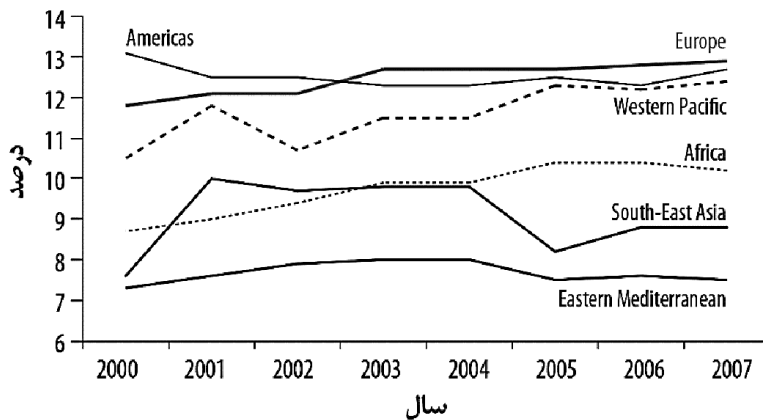
◀◀ حصول اطمینان از تسهیم عادلانه مجموع هزینه‌های دولت در بخش سلامت

حتی در کشورهایی که کمک‌های خارجی اهمیت بسیاری دارد، سهم آنها عموماً خیلی کمتر از پولی است که از منابع داخلی برای بخش سلامت تخصیص داده شده است. برای مثال، در کشورهایی که درآمد پایینی دارند سهم منابع خارجی در سال ۲۰۰۷ کمی کمتر از ۲۵٪ از کل هزینه‌های بخش سلامت و بقیه از محل منابع داخلی بوده است (۴). بنابراین حفظ و افزایش منابع داخلی در بخش سلامت حتی در فقیرترین کشورها نیز بسیار مهم و در کشورهای پر درآمد نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۸).

1- Diversify sources of funding

2- Existing spending

دولت‌ها با تأمین هزینه‌های حوزه سلامت با سرمایه‌گذاری مستقیم و یا غیر مستقیم، با ارتقای شاخص‌های اجتماعی از طریق کاهش فقر یا بهبود سطح تحصیلی زنان، باعث توسعه آن می‌گردند. اگرچه این مسئله فقط شامل موارد مستقیم سهم هزینه‌های کلی اختصاص یافته به بخش سلامت می‌شود و حاکی از میزان توجه دولت به این بخش است اما در بین کشورها برخی موارد با هم تفاوت‌های فاحشی دارند. تصویر ۱-۲ میانگین سهم بودجه دولت در حوزه سلامت را بین کشورهای عضو سازمان جهانی سلامت (WHO) از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ (آخرین سالی که ارقام آن موجود می‌باشد) نشان می‌دهد. این ارقام شامل مشارکت شرکای خارجی در هزینه‌های تحمیلی جهت پرداخت‌ها از طریق بودجه دولت و همچنین هزینه‌های پیش‌بینی شده می‌باشد زیرا اکثر کشورها این ارقام را جداگانه گزارش نمی‌دهند.



تصویر ۱-۲: هزینه‌های سلامت به‌عنوان درصدی از مجموع هزینه‌های دولت توسط کشورهای عضو سازمان جهانی سلامت در منطقه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷^a

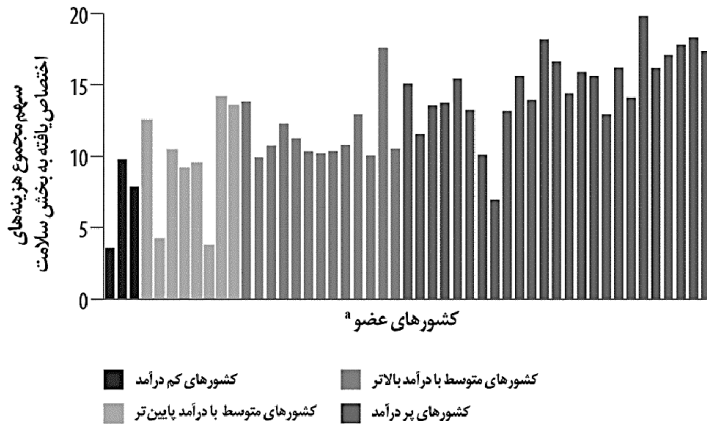
a: ارقام مذکور، میانگین‌های بدون وزن هستند. هزینه‌های دولت در بخش سلامت شامل همه پرداختی‌ها توسط وزارتخانه‌ها و کل سطوح دولت و همچنین از محل مشارکت‌های اجباری در بیمه سلامت اجتماعی می‌باشد. (منبع: ۴)

این نمودارها شامل میانگین‌های بدون وزن هستند. هزینه‌های بخش سلامت شامل بودجه سلامت در بدنه دولت^۱ و همچنین هزینه‌هایی است که از محل بیمه اجباری سلامت اجتماعی جمع‌آوری می‌گردد.

دولت‌های آمریکایی، اروپایی و مناطق غرب اقیانوسیه به‌طور متوسط نسبت به سایر مناطق بودجه بیشتری به حوزه سلامت اختصاص می‌دهند. کشورهای آفریقایی نیز مانند کشورهای اروپایی و مناطق غرب اقیانوسیه به‌عنوان یک گروه، تعهدات بخش سلامت را افزایش می‌دهند. در آسیای جنوب شرقی، اولویت بخشی به حوزه سلامت در سال ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ کاهش شدیدی یافت اما مجدداً افزایش پیدا کرد در حالی که دولت‌های عضو سازمان جهانی سلامت در منطقه مدیترانه شرقی، میزان مشارکت اختصاص یافته در بخش سلامت را از سال ۲۰۰۳ کاهش دادند.

علت بعضی اختلافات در منطقه را می‌توان با تفاوت‌های منابع مالی کشورها توضیح داد. عموماً هر چه کشوری ثروتمندتر شود، سهم بیشتری از بودجه کل کشور را به بخش سلامت اختصاص می‌دهد. شیلی نمونه بسیار خوبی است، در این کشور سهم بودجه دولت در بخش سلامت که در سال ۱۹۹۶ برابر ۱۱٪ بود پس از یک دهه رشد اقتصادی چشمگیر به ۱۶٪ افزایش یافت (۹).

اما ثروت و دارایی کشور، تنها عامل مداخله‌گر نیست. تفاوت‌های مهم در کشورهای با سطوح درآمدی مشترک نشان‌دهنده سطوح مختلف تعهدات دولت نسبت به بخش سلامت می‌باشد. این مسئله را می‌توان به روش‌های گوناگونی نشان داد اما در اینجا، گزارش دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی سلامت در اروپا مورد بررسی قرار می‌گیرد که شامل کشورهای با همه نوع سطوح درآمدی می‌باشد. در تصویر ۲-۲، محور عمودی نشانگر سهم مجموع هزینه‌های اختصاص یافته به بخش سلامت است و خطوط روی محور افقی، نشانگر کشورهای در منطقه است که به ترتیب از کمترین سطح سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP) به بیشترین سطح مرتب شده‌اند.



تصویر ۲-۲: سهم هزینه دولت در بخش سلامت در منطقه اروپایی WHO در سال ۲۰۰۷

الف: ترتیب از کمترین سطح سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP) به بیشترین سطح (منبع ۴)

تخصیص بودجه به بخش سلامت در کشورهای اروپایی عضو سازمان جهانی سلامت (WHO) از کمترین میزان بودجه کل دولت که ۴٪ است تا تقریباً ۲۰٪ متغیر می‌باشد. اگرچه اولویت بخشیدن بودجه دولت برای بخش سلامت عموماً با درآمد دولت افزایش می‌یابد، اما بعضی دولت‌ها ترجیح می‌دهند که علی‌رغم سطوح پایین درآمد دولت، سهم بیشتری از مجموع هزینه‌های خود را به بخش سلامت اختصاص دهند اگرچه کشورهای ثروتمندتر، سهم کمتری در بخش سلامت در نظر می‌گیرند. این الگو را نیز می‌توان به صورت جهانی دید. اگرچه با افزایش سطح درآمد دولت، تعهدات دولت به بخش سلامت افزایش می‌یابد اما بعضی کشورهای کم‌درآمد نسبت به شرکای پردرآمدشان، سهم بیشتری از بودجه کل دولت را به این بخش اختصاص می‌دهند. ۲۲ کشور کم‌درآمد در سراسر دنیا بیش از ۱۰٪ بودجه خود را در سال ۲۰۰۷ به بخش سلامت تخصیص داده‌اند، در حالی که در ۱۱ کشور پردرآمد این میزان کمتر از ۱۰٪ بودجه بوده است.

اگر چه در تصویر ۲-۱ قاره آفریقا پایین‌ترین سطر را نشان نمی‌دهد اما حجم نسبتاً پایین سرمایه‌گذاری داخلی در بخش سلامت در بعضی از کشورهای این منطقه باعث نگرانی می‌شود مانند شبه صحرای آفریقا که کندترین پیشرفت را به سمت اهداف توسعه عصر طلایی (MDG) داشته است

(۱۰، ۱۱). در سال ۲۰۰۷، فقط سه کشور آفریقایی شامل لیبیا، رواندا و جمهوری متحد تانزانیا از بیانیه آبوجای سال ۲۰۰۱ پیروی نمودند. در این بیانیه رهبران آفریقایی متعهد شدند که حداقل ۱۵٪ بودجه سالانه خود را به توسعه بخش سلامت اختصاص دهند (۱۲). اما متأسفانه در سال ۲۰۰۷ نوزده کشور آفریقایی نسبت به قبل از بیانیه آبوجا سهم کمتری از بودجه کل دولت را به این بخش اختصاص داده اند (۴).

بنابراین دولت‌ها با توجه به هزینه‌های بخش سلامت، گزینه‌ای برای بازبینی اولویت‌های بودجه‌ای دارند. اگر چه بودجه مورد نیاز به دلیل اختلاف هزینه‌های ناشی از بافت سنی جمعیت و الگوهای بیماری متفاوت است باز هم بسیاری از حکومت‌ها در کشورهای فقیر و غنی می‌توانند بودجه بیشتری را از محل منابع قابل دسترس به بخش سلامت اختصاص دهند. در این صورت نتایج حائز اهمیتی بدست می‌آید. گروه کشورهای کم‌درآمد می‌توانند (حداقل) هزینه‌ای بالغ بر ۱۵ میلیارد دلار در سال را از محل منابع داخلی با افزایش سهم سلامت در کل هزینه‌های دولت (از طریق کمک‌های خارجی^۱) تا ۱۵٪ افزایش دهند. بودجه افزایش داده شده در سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۵ در همان کشورها، حدود ۸۷ میلیارد دلار خواهد شد (۷).

دلایلی وجود دارد که بعضی از کشورها در بودجه خود اولییتی به بخش سلامت نداده‌اند. برخی از دلایل مالی و سیاسی و درک نادرست وزارتخانه‌های مالی از حوزه سلامت باعث می‌شود وزارتخانه‌های بخش سلامت ناکارآمد جلوه کنند. علاوه بر این، دولت‌هایی که توجه زیادی به بودجه بخش سلامت دارند در اصل نشان می‌دهند که دولتمردان شان چقدر به سلامت مردم آن کشور اهمیت می‌دهند. توجه به پوشش همگانی سلامت به معنای رسیدگی به فقرا و اقلیت‌هایی است که اغلب به خاطر مسائل سیاسی هزینه‌ای^۲ برای آنها پرداخت نمی‌شود و نماینده‌ای هم در پارلمان ندارند.

اینگونه مسائل است که موضوع سلامت از نظر سیاسی تا این حد مهم جلوه می‌کند و توضیح می‌دهد که چرا جوامع شهری که در نیل به پوشش همگانی رقابت تنگاتنگی دارند، می‌توانند

1- Net of external aid inflows

2- Disenfranchised

سیاستمداران را ترغیب کنند تا اقدام به تأمین هزینه‌های بخش سلامت نموده و پوشش همگانی را به قله رفیع حوزه سیاست برسانند (۱۳). افزایش اثربخشی و امکان محاسبات مالی نیز شاید وزارتخانه‌های بخش مالی و شرکا را متقاعد نماید که تخصیص بودجه بیشتر باعث استفاده بهینه از آن می‌شود. (در فصل ۴ این مورد را یادآور خواهیم شد).

یادگیری زبان اقتصاددانان و مباحثاتی که آنها را متقاعد به وجود نیاز برای تأمین هزینه‌های بیشتر می‌کند می‌تواند به وزارتخانه‌های بخش سلامت کمک کند تا با وزارتخانه‌های بخش مالی به مذاکره بپردازند. از طرفی به آنها درک پیچیدگی‌های موجود در تغییرات تأمین هزینه‌های بخش سلامت نیز یاری می‌رساند تا از فرصت‌های به وجود آمده استفاده مطلوب نمایند. برای مثال، وزارتخانه‌های بخش سلامت باید مذاکرات خیرین با وزارتخانه‌های اقتصاد و دارایی را در رابطه با مسئولیت پرداخت بدهی‌ها و حمایت از بودجه عمومی پیگیری نمایند (۱۴-۱۶). نه تنها نیاز است که آنها این فرآیندها را درک کنند بلکه باید قادر به بحث و مذاکره با وزارت اقتصاد و دارایی برای مشارکت صندوق‌های قابل دسترس نیز باشند.

◀ ایجاد تنوع در منابع داخلی درآمد

دو روش اساسی در افزایش سرمایه داخلی در بخش سلامت وجود دارد: یکی تخصیص بیشتر منابع مالی موجود به بخش سلامت، همان‌گونه که در بخش قبلی در مورد آن بحث شد و دیگری یافتن روش‌های جدید برای افزایش سرمایه یا تنوع منابع.

جمع‌آوری مالیات و مشارکت اثربخش بیمه، به‌طور مؤثرتری باعث افزایش صندوق‌های مضاعف می‌گردد. بهبود تجمع درآمد موضوعی است که شاید همه کشورها باید به آن توجه کنند حتی اگر برای بسیاری از کشورهای کم‌درآمد با بخش‌های بزرگ غیر دولتی مشکل‌ساز باشد (۱۷). با وجود این وظیفه بفرنج، پیشرفت‌هایی در تجمع مالیات در شرایط گوناگون وجود دارد که شامل کشورهایی با بخش غیردولتی بزرگ می‌باشد، کشور اندونزی نمونه بارز آن است (راهنما ۲-۲).

بازنگری که در کشور اندونزی صورت گرفت نیاز به سرمایه‌گذاری، ایجاد سطحی خاص از تکنولوژی و زیرساخت‌هایی بیش از توان برخی کشورها داشت. لازم است فرآیند وصول مالیات از شرکت‌ها همانند وصول مالیات از افراد بهبود یابد. اگر چه این مسئله می‌تواند در کشورهای کم‌درآمد که دارای صنایع استخراجی هستند، مجدداً مشکل‌ساز شود. استقبال ضعیف مالیات‌دهندگانی که قدرت پرداخت بالایی دارند، می‌تواند منجر به افت قابل ملاحظه درآمد گردد.

راهنما ۲-۴: کشور اندونزی درآمدهای حاصل از مالیات را با تشویق و ترغیب مردم به پیروی از قانون، افزایش می‌دهد.

حتی قبل از بحران کشورهای آسیایی یعنی سالهای ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸، جمع‌آوری مالیات‌های غیرنفتی در کشور اندونزی رو به کاهش بود و به کمتر از ۶/۹٪ از سهم تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۲۰۰۰ رسید. سیاست دولت در مورد مالیات بسیار پیچیده و مدیریت امور مربوط به مالیات نیز بسیار ضعیف بود. در پایان سال ۲۰۰۱، دبیر کل سازمان مالیات‌ها (DGT)^۱ تصمیم گرفت که سیستم دریافت مالیات و مدیریت آن را تسهیل کند. هدف او تشویق و پیروی داوطلبانه مردم بود تا بدین‌وسیله مالیات‌دهندگان، مبلغ مالیات را خود تعیین نموده سپس اقدام به پرداخت آن از محل درآمدهای اعلام شده نمایند. پیروی داوطلبانه آنها از این قانون باعث تأمین ۹۰٪ درآمد کل مالیات کشور از این محل می‌گردد و حداقل مقاومت در پرداخت مالیات را برای دولت‌هایی که در پی بهبود شرایط مالیات بر درآمد خود هستند، ایجاد می‌کند. بر خلاف آن، وصول اجباری مالیات دشوار است و نتیجه مثبتی در بر نخواهد داشت.

دبیر کل سازمان مالیات‌ها (DGT) پیش‌نویس قوانین و مقررات مالیاتی را واضح، قابل دسترس و نتیجتاً کاربردی و منطبق با سیاست عدم رشوه‌خواری تدوین نمود. دبیر کل سازمان مالیات‌ها (DGT) با شفاف‌سازی فعالیت‌های خود در امور مالیاتی برای عموم باعث از بین رفتن سریع، ارزان و نسبی تعارضات گردید. بخشی از کارایی و اثربخشی سیستم با دیجیتالی کردن فرآیندهای کاغذی بهبود یافت. چهار سال پس از اجرای طرح، نتایج مثبتی از طریق پرداخت مالیات بر درآمدها از ۹/۹٪ به ۱۱٪ از سهم تولید ناخالص داخلی (GDP) محصولات غیرنفتی بدست آمد. درآمدهای مضاعف از محل مالیات نشان می‌دهد که وقتی مخارج کلی دولت افزایش می‌یابد پرداخت هزینه‌های بخش سلامت نیز سریع‌تر انجام می‌گیرد.

گسترش جهان شمولی و استفاده از منابع - که عموماً از منبع مالیات برای آن استفاده می‌شود - باعث استفاده نادرست از منابع مالیات بر درآمد می‌گردد که این امر از طریق روزه‌های قانونی پیش‌بینی نشده و یا با استفاده غیر قانونی از حساب‌های مخفی افراد میسر می‌شود. در حال حاضر، تمام کشورهای OECD ماده ۲۶ مدل قرارداد مالیاتی سازمان مذکور یعنی تبادل اطلاعات را پذیرفته‌اند، و بیشتر از ۳۶۰ توافق در رابطه با تبادل اطلاعات مالیاتی به امضاء رسیده است (۱۹). امید است شرکت‌های جهانی و مؤسسات مالی که به آنها خدمت‌رسانی می‌کنند، در معاملات آتی خود بیش از پیش شفاف باشند و کشورهای میزبان آنها نیز سهم منصفانه‌تری از مالیات را به دست آورند و بعضی از آنها به پرداخت‌های بخش سلامت بیشتر رسیدگی و توجه نمایند.

اما پذیرش پرداخت مالیات نیز زمانی می‌تواند مفید واقع شود که شهروندان به دریافت حقوق مناسب از سوی دولت‌ها ایمان داشته باشند. از مطالعاتی که در سال ۲۰۰۹ انجام شده اینگونه می‌توان نتیجه‌گیری کرد در حالی که تهدیدهایی مانند بازرسی و مجازات می‌تواند عامل مهمی در پیروی از قانون باشد، آگاهی از وضعیت عملکرد دولت نیز مهم است (۲۰). پذیرش مالیات در بوتسوانا بسیار چشمگیر و ارائه خدمات دولتی نیز کاملاً محسوس بود ولی در کشورهای همسایه که کیفیت اینگونه خدمات در سطح بسیار پایین‌تری بود، پذیرش پرداخت مالیات نیز پایین بود.

در مدت زمان کوتاهی، کشورهای کم‌درآمد با اقتصاد عظیم غیررسمی تمایل به دریافت مالیات‌هایی پیدا کردند که بتوان آنها را به راحتی جمع‌آوری کرد مانند مالیات مستقیم کارکنان دولت و شرکت‌های واردات و صادرات کالاهای گوناگون و مالیات بر ارزش افزوده (VAT) (۲۱). برای مثال کشور غنا ۷۰٪ تا ۷۵٪ از سرمایه‌های مورد نیاز خود را برای طرح‌های بیمه سلامت ملی از محل مالیات‌های عمومی تأمین نمود به ویژه با اختصاص ۲/۵٪ به سهم مالیات بر ارزش افزوده بیمه سلامت ملی کشور که معادل ۱۲/۵٪ از کل سرمایه مورد نیاز بود. بقیه سرمایه از محل دیگر منابع عمومی و شرکای توسعه تأمین شد، در حالی که حق بیمه به‌عنوان منبع قدیمی و سنتی پرداخت بیمه، تنها برابر با ۳٪ از کل درآمد ماهیانه افراد بود. طرح بیمه سلامت ملی بر مبنای مالیات بر ارزش افزوده (VAT) قادر به حمایت از افزایش کل هزینه‌های بخش سلامت از محل صندوق‌های داخلی جمع شده بود. در

همان زمان، این طرح وابستگی سیستم به پرداخت‌های مستقیم جهت دریافت خدمات سلامت را به-عنوان منبع تأمین اعتبار کاهش داد (۲۲).

در سال ۲۰۰۳ شیلی، کشوری با درآمد بالا و متوسط نیز ۱٪ مالیات بر ارزش افزوده (VAT) را در صندوق بخش سلامت افزایش داد. کشورهای ثروتمندتر، صرف‌نظر از اشکال قدیمی درآمد مالیاتی و کسر بیمه بر اساس دستمزد، بر تنوع منابع مالی خود تأکید می‌کنند. داشتن جمعیت مسن برای کشورها، به معنای مشارکت کمتر در پرداخت حق بیمه از طریق درآمد ماهیانه می‌باشد و این مشارکت مالی، کل هزینه‌های مراقبت‌های درمانی آنها را پوشش نمی‌دهد. برای مثال، اخیراً کشور آلمان شروع به تزریق پول به سیستم بیمه اجتماعی سلامت، از محل درآمدهای مالیات عمومی با استفاده از یک صندوق مرکزی جدید تحت عنوان Gesundheitsfond نموده است. طرح بیمه سلامت ملی فرانسه حدود سی سال است که بخشی از بودجه خود را از صندوق مشارکت عمومی و اجتماعی^۱ تأمین می‌نماید که شامل مالیات‌های اخذ شده از مستغلات و سود سرمایه و اشکال قدیمی درآمدی مانند مالیات بر درآمد می‌باشد (۲۳).

◀ جستجوی منابع از محل بودجه داخلی در حوزه سلامت

از سال ۲۰۰۰ انجمن بین‌المللی، جهت افزایش بودجه برای بهبود وضعیت سلامت در کشورهای فقیر اقدامات مهمی انجام داده است. خلاصه‌ای از این اقدامات در اینجا ذکر شده تا کمکی جهت افزایش هزینه‌های منابع داخلی در کشورهای دیگر باشد.

یکی از اولین اقدامات آنها، وضع مالیات بر بلیط هواپیما برای استفاده در صندوق unitaid بود، این صندوق جهت تسهیل خرید داروهای گلوبال برای بیماری‌های ایدز، سل و مالاریا می‌باشد (۲۴، ۲۵). تا امروز حدود یک میلیارد دلار از این محل تأمین اعتبار شده که وقتی با کمک‌های قدیمی‌تر تلفیق گردد صندوق unitaid را قادر می‌سازد بودجه پروژه‌های سلامت در ۹۳ کشور را تأمین نماید که این میزان در سال ۲۰۰۶ بالغ بر ۱/۳ میلیارد دلار بوده است (۲۶). در همان زمان، قدرت خرید صندوق unitaid باعث

1- Contribution sociale généralisée

افت چشمگیر قیمت تولیدات بسیار مهم و افزایش میزان این تولیدات در بهبود سطح سلامت گردیده است. اخیراً، مؤسسه Millennium، طرحی برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت که همان مالیات داوطلبانه یکپارچه تحت عنوان Massive Good است ابداع نموده در این صورت افراد می‌توانند با مشارکت داوطلبانه از طریق خرید تولیدات گردشگری و سفر، به صندوق unitaid کمک کنند (۲۷، ۲۸). برآورد می‌شود از سال ۲۰۰۶ قراردادهای فروشی که از طریق کشورهای کمک‌کننده تضمین شده و به بازار سرمایه بین‌المللی صادر گردیده، به بیش از ۲ میلیارد دلار افزایش یابد (۲۹). این صندوق‌ها راهی به سوی ایجاد تسهیلات مالی بین‌المللی برای واکسیناسیون (بر اساس پیمان GAVI^۱) گشودند. دولت‌های هشت کشور بدون در نظر گرفتن اینکه موجودی بازگشتی و کمک‌های آتی، مورد استفاده قرار گیرد و یا اینکه تنها در صندوق unitaid باقی بماند متعهد به بازگرداندن موجودی صندوق‌های ضروری در زمان استطاعت مالی شدند. حداقل، آنها این امکان را به صندوق می‌دهند تا در صورت نیاز کمک‌های فوری صورت پذیرد و به تعویق نیفتد.

اخیراً در طرح خطیر سرمایه‌گذاری ابداعی بین‌المللی در حوزه‌های سلامت، گزینه‌های زیادی برای کمک به تأمین موجودی مضاعف در صندوق‌های قدیمی بازبینی شد (۳۰). نتیجه بازبینی طرح این بود که مالیات بر معاملات نقدی، پتانسیل افزایش نقدینگی جهانی را تا بالاترین میزان ممکن دارد بدین معنی که مجموع سالیانه اینگونه مالیات‌ها بالغ بر ۳۳ میلیارد دلار بود. البته گزینه‌های دیگری نیز پیشنهاد گردید (۳۰، ۳۱).

این پیشرفت‌ها باعث افزایش توجه به منابع جدید صندوق‌ها گردیده و سرعت انسجام رو به رشد بین‌المللی را در سرمایه‌های سلامت حفظ نموده است. اما مذاکرات در مورد سرمایه‌های ابداعی، تاکنون نیاز کشورها را برای یافتن منابع جدید صندوق‌ها برای مصارف داخلی نادیده انگاشته است یعنی کشورهایی با درآمد متوسط و کم که نیاز بیشتری به افزایش هزینه‌ها دارند و کشورهای پر درآمد که نیاز به ایجاد تغییر در رویارویی با نیازها، تقاضاها و الگوهای متغیر بخش سلامت دارند می‌بایست به دنبال منابع جدید باشند.

1- GAVI Alliance

برای کمک به این مذاکرات، لیستی از گزینه‌های فوق در جدول ۱-۲، برای کشورهایی که در پی افزایش یا تنوع منابع داخلی سرمایه هستند، ارائه شده است. تمام گزینه‌های فوق در همه شرایط قابل اجرا نخواهند بود و قدرت درآمدزایی آنها در کشورها متفاوت است با این وجود، ما پیشنهادهایی در رابطه با میزان سرمایه احتمالی ارائه می‌دهیم که ممکن است با توجه به میزان درآمد کشور افزایش یابد. برای مثال، حتی اگر طرح مذکور، مالیاتی بر معاملات نقدی ببندد که باعث افزایش نقدینگی شود، اینگونه تأمین مالی باز هم در کشورهای پردرآمد نسبت به کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است. در حقیقت تنها ده کشور پردرآمد جهان، ۸۵٪ کل درآمد معاملات خارجی مرسوم را به خود اختصاص می‌دهند (۳۵) چرا که حجم مبادلات در اکثر کشورهای با درآمد متوسط و کم اندک است و به همین دلیل مالیات بر تجارت نیز اثر زیادی در افزایش نقدینگی بخش سلامت ندارد. البته استثناهایی نیز وجود دارد، مثلاً هندوستان، بازار مبادلات ارزی بسیار بزرگی دارد که گردش معاملات روزانه آن به ۳۴ میلیارد دلار

می‌رسد (۳۵). در صورت عملیاتی شدن این طرح در هندوستان، سالانه ۰/۰۰۵ درصد مالیات بر ارزش افزوده امور تجاری، معادل ۳۷۰ میلیون دلار می‌شد.

جدول ۱-۲: گزینه‌های داخلی برای سرمایه‌گذاری ابداعی

گزینه‌ها	پتانسیل افزایش سرمایه ^a	فرضیات / نمونه‌ها	توضیحات
مالیات ویژه بر شرکت‌های بزرگ و انتفاعی: مالیاتی که بر بعضی شرکت‌های بزرگ اقتصادی در کشور تحمیل می‌شود.	\$\$-\$\$\$	کشور استرالیا اخیراً مالیاتی بر شرکت‌های معدن تحمیل کرد. گابن نیز مالیاتی برای شرکت‌های تلفن همراه تعیین نمود. کشور پاکستان مالیات طولانی مدتی برای شرکت‌های دارویی دارد.	مالیات ویژه برای هر کشور، مفهومی خاص دارد
مالیات بر معاملات نقدی: مالیات بر معاملات خارجی در بازارهای نقدی	\$\$-\$\$\$	بعضی از کشورها با درآمد متوسط در بازارهای مهم معاملات ارزی رایج توانستند منابع جدید و قابل توجهی را ارائه دهند	اگر این طرح بصورت گسترده اجرا شود شاید نیاز به هماهنگی با سایر بازارهای مالی داشته باشد.

گزینه‌ها	پتانسیل افزایش سرمایه ^۴	فرضیات / نمونه‌ها	توضیحات
تعهدات دولت به شهروندان مقیم خارج از کشور: تعهدات دولت به فروش خدمات به شهروندانی که در خارج از کشور زندگی می‌کنند.	\$\$	باعث کاهش مقروضات دولت به کشورهای میزبان می‌گردد (تخفیف ملی ^۱). در هندوستان، اسرائیل و سری‌لانکا مورد استفاده قرار گرفت، اگرچه در حوزه سلامت نبود.	برای کشورهایی با جمعیت مهاجر قابل ملاحظه و مقیم خارج از کشور
مالیات بر معاملات نقدی: مالیات بر کلیه حساب‌های معاملات بانکی یا معاملات نقدی	\$\$	در دهه ۱۹۹۰، در برزیل یک نوع مالیات بر معاملات بانکی وجود داشت که پس از آن به مالیات بر کل جریان مالی به داخل و خارج از کشور تبدیل شد. بطور مثال کشور گابن.	به نظر می‌رسد از طرف گروه‌های مشمول، مخالفت‌های شدیدی با این نوع مالیات وجود دارد (۳۲).
یکپارچگی مشارکت داوطلبانه در هزینه‌های تلفن همراه: یکپارچگی مشارکت به افراد و شرکت‌ها اجازه ارائه کمک‌های داوطلبانه به واسطه صورتحساب‌های ماهانه تلفن همراه را می‌دهد.	\$\$	پرداخت از طریق پست برای خدمات تلفن همراه در بازار جهانی، ۷۵۰ میلیون دلار است، که اگر حتی ۱٪ از آن اخذ شود، مبلغ بسیار زیادی است، که این هزینه بسته به میزان درآمد کشور متغیر است (۳۳).	هزینه‌های استقرار و راه اندازی این میزان مشارکت، تحت عنوان حق نصب و راه اندازی سیستم موبایل از دارندگان تلفن همراه کسر می‌شود که حدود ۱ تا ۳ درصد صورتحساب آنان است (۳۳).
مالیات‌های غیر مستقیم بر تنباکو: مالیات‌های غیر مستقیم بر الکل	\$\$	مالیات‌های غیر مستقیم بر دخانیات و الکل در بیشتر کشورها وجود دارد اما امید فراوانی به افزایش آنها بدون کاهش درآمدها می‌رود.	باعث کاهش مصرف دخانیات و الکل می‌گردد که این مسئله تاثیر مثبتی بر سلامت عموم جامعه دارد.
مالیات‌های غیر مستقیم بر غذای ناسالم (شکر، نمک): مالیات غیر مستقیم بر مواد غذایی ناسالم و محتویات آن	\$\$-\$	رومانی پیشنهاد تعیین ۲۰٪ مالیات بر غذاهای چاق کننده، شور، مواد نگه‌دارنده و شکر را داده است.	مصرف مواد غذایی مضر را کاهش و سلامت را بهبود می‌بخشد.
فروش محصولات یا خدمات فرانشیزی:	\$	محصولات فرانشیزی فروشی یا خدماتی که درصدی از سود آنها به	چنین طرحی در کشورهایی با درآمد کم یا متوسط عملی نیست.

گزینه‌ها	پتانسیل افزایش سرمایه ^۴	فرضیات / نمونه‌ها	توضیحات
مانند محصولات RED صندوق جهانی، که بدینوسیله به شرکت‌ها مجوز داده می‌شود تا محصولات خود را فروخته و سهمی از سود را به بخش سلامت اختصاص دهند.		بخش سلامت اختصاص می‌یابد.	
مالیات بر صنعت گردشگری: مالیات بر صنعت گردشگری به‌طور گسترده بر فعالیت‌های مرتبط با گردشگران بین‌المللی وضع می‌شود.	\$	مالیات بر بلیط‌های هواپیمایی از گذشته وضع و پذیرفته شده است، اما محل‌های دیگری نیز برای وضع مالیات در این حوزه می‌توان یافت.	موارد حاصله بین کشورها خیلی متفاوت است و بستگی به پتانسیل بخش گردشگری دارد.

انسجام مالیاتی در مورد کالاها و خدمات خاص، گزینه مورد انتظار دیگری است که ظرفیت ثابتی را برای ایجاد منابع ارائه می‌دهد و با حمایت‌های سیاسی این موارد را می‌توان به سرعت اجرایی نمود. مالیات یکپارچه اجباری که بر بلیط‌های هواپیمایی می‌بندند شاید برای اجرا به ۲ تا ۱۲ ماه زمان نیاز داشته باشد (۳۰).

مکانیزم‌های پیشنهادی نظیر مالیات از نظر سیاسی بسیار حساسند. بدیهی است که گروه‌های خاصی در برابر آنها مقاومت خواهند کرد. برای مثال، مالیات بر معاملات نقدی شاید به‌عنوان دغدغه‌ای در بخش بانکی یا برای صادرکنندگان و واردکنندگان به حساب آید. وقتی کشور گابن در سال ۲۰۰۹ به منظور افزایش موجودی صندوق‌ها، برای پرداخت یارانه به گروه‌های کم‌درآمد در مورد مراقبت‌های سلامت جهت نقل و انتقالات نقدی مالیات وضع نمود با اعتراضات مردمی مواجه شد زیرا آنان اعتقاد داشتند این مسئله منجر به محدودیت‌های مبادلاتی می‌گردد. با این حال، کشور گابن ۱/۵٪ مالیات بر سود حاصل از مراسلات پستی نقدی شرکت‌ها و ۱۰٪ مالیات بر هزینه تلفن همراه وضع کرد. دو مالیات مذکور در سال ۲۰۰۹ باعث افزایش ۳۰ میلیون دلاری اعتبارات بخش سلامت شد (۳۷، ۳۶). همین مورد، در کشور پاکستان وجود داشت که تا سال‌های متممادی برای تأمین بخشی از هزینه‌های بخش سلامت بر سود شرکت‌های دارویی مالیات وضع نمود (۳۸).

در حالی که مالیات‌های وضع شده بر محصولات مضر، مزیت افزایش سرمایه و بهبود سطح سلامت را به همراه دارد به‌طور هم‌زمان باعث کاهش مصرف این محصولات مضر مانند دخانیات و مشروبات الکلی نیز می‌گردد. مطالعات در ۸۰ کشور نشان داده است که قیمت واقعی دخانیات که با قدرت خرید هماهنگی داشت در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ کاهش یافت. با اینکه از سال ۲۰۰۰ سرمایه صندوق‌ها افزایش یافت امید است که با فعالیت در چارچوب کنوانسیون کنترل استعمال دخانیات سازمان جهانی سلامت (WHO) افزایش بیشتر اعتبارات این بخش را درآینده شاهد باشیم (۳۹).

تخمین میزان افزایش نقدینگی در هر کشور از طریق مکانیزم‌های مالی ابداعی در این گزارش غیر ممکن است. اما سازمان جهانی سلامت (WHO)، پتانسیل دستاوردهای حاصل از افزایش مالیات در بخش دخانیات در ۲۲ کشور از ۴۹ کشور کم‌درآمد را تحلیل کرده است تا اطلاعات کافی برای محاسبات در دسترس قرار گیرد. در این کشورها، مالیات بر سیگارهای تولید داخل بین ۱۱ تا ۵۲ درصد از مبلغ خرده فروشی در مارک‌های پرترفدار می‌باشد که نشانگر مقدار جزیی $۰/۵۱-۰/۰۳$ دلار در هر بسته بیست عددی است (۳۷). تخمین زده می‌شود که ۵۰ درصد افزایش در مالیات غیر مستقیم باعث افزایش $۱/۴۲$ میلیارد دلار سرمایه در این کشورها شود که این میزان بسیار چشمگیر است. در کشورهایی مانند جمهوری خلق دموکراتیک لائو، ماداگاسکار و ویتنام با فرض اینکه افزایش درآمد به‌طور کلی به بخش سلامت اختصاص یابد، درآمد اضافی نشانگر ۱۰٪ افزایش یا بیشتر در کل هزینه‌های حوزه سلامت و بیش از ۲۵٪ افزایش در بودجه سلامت دولت می‌باشد. از دیدگاه دیگر این ارزیابی ساده می‌تواند سرمایه‌های اضافی را افزایش دهد و باعث شود سطح کمک‌های جاری خارجی در بخش سلامت گروه خاصی از کشورها، دو برابر شود (راهنما ۲-۳).

راهنما ۲-۳: بودن یا نبودن عوارض

عوارضی که گاهی تحت عنوان مالیات‌های اختصاصی از آن یاد می‌شود، به برنامه‌ها یا مصارف خاص تخصیص داده

می‌شوند. نمونه‌هایی از این قبیل شامل بهای پخش برنامه‌های تلویزیونی برای پخش سراسری و عوارض راهداری جهت حفظ و بهبود راه‌ها و جاده‌ها می‌باشد. مؤسسه بهبود سلامت در غرب استرالیا^۱ در سال ۱۹۹۱ تأسیس شد که در ابتدا از محل مالیات بر ارزش افزوده‌ی محصولات دخانیات تأمین می‌شد، در حالی که جمهوری کره مؤسسه ملی ارتقای سلامت خود را در سال ۱۹۹۵ از محل مالیات‌های دخانیات ایجاد نمود (۴۰). صندوق بهبود سلامت کشور تایلند نیز در سال ۲۰۰۱ تشکیل شد که با ۲٪ مالیات و جریمه‌های دخانیات و مشروبات الکلی تأمین بودجه می‌گردید (۴۱).

(۴۲)

حوزه‌های بهداشتی اغلب از این مالیات‌ها طرفداری می‌کردند چون این مالیات سرمایه‌های موجود در صندوق را برای بهبود سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تضمین می‌نمودند. رقابت خدمات درمانی با فعالیت‌های بهبود سلامت و پیشگیری از بیماری در مسئله سرمایه‌گذاری رقابتی ناعادلانه است چرا که اینگونه خدمات، کمتر اورژانسی به نظر می‌رسند. دلیل دیگر آن است که نتیجه این فعالیت‌ها در طولانی‌مدت بروز می‌کند و همین مسئله باعث می‌شود این خدمات برای سیاستمدارانی که همیشه نیم‌نگاهی به چرخه موفقیت در کاندیداتوری دارند و یا برای صندوق‌های بیمه‌ای که به منافع مالی اهمیت می‌دهند، جذابیت کمتری داشته باشد.

اما اخذ عوارض، مورد تأیید وزارتخانه‌های مالی نیست چون باعث محدود شدن اختیارات آنها در چرخه اقتصادی دولت می‌گردد.

عملاً، هر نوع عوارض مانند مالیات بر دخانیات در بخش سلامت ضامن افزایش سرمایه دولت در حوزه سلامت نیست. اکثر درآمدهای دولتی ضرورتاً قابل تعویض‌اند. افزایش سرمایه در بخش سلامت از محل عوارض شاید با کاهش بقیه بودجه جاری جبران شود. این مسئله که آیا عوارض، منجر به افزایش خالص سرمایه در بخش سلامت و یا فعالیت دیگری شود، سؤالی است که باید آن را به‌صورت تجربی آزمود و پاسخ داد.

دیدگاه واقع‌بینانه این است که به جای تکیه بر عوارض، بودجه بیشتری به بخش سلامت اختصاص یابد. اگر بتوان دولت‌ها را ترغیب کرد که منابع مالی جدیدی به بخش سلامت تخصیص دهند بسیار ایده‌آل است (آنچه در این فصل توضیح داده شد). اگر نتوانند باز هم احتمالاً افزایشی در بودجه سلامت آنان به چشم می‌خورد چرا که سلامت معمولاً سهمی در افزایش بودجه‌های دولت دارد. اگرچه این افزایش ممکن است کمتر از همان میزان در مورد عوارض باشد اما باعث نمی‌شود که وزارتخانه‌های مالی با نگاه بدبینانه بخش سلامت را از دیگر منابع مالیاتی محروم نمایند.

نگرانی‌های بین‌المللی فزاینده‌ای در رابطه با پیامدهای منفی مصرف الکل بر سلامت و اقتصاد وجود دارد و سیاست‌های تعیین قیمت می‌تواند هسته اصلی استراتژی‌ها در کاهش این نگرانی‌ها باشد. برای

مثال در مسکو، قیمت الکل در اوت سال ۱۹۸۵ تا ۲۰٪ و سال بعد تا ۲۵٪ افزایش یافت. نتایج، نشانگر تنزل چشمگیر ۲۸٫۶ درصدی در مصرف الکل طی ۱۸ ماه بعدی بود. پذیرش بیمارستانی برای مشکلات روانی مصرف الکل و اختلالات رفتاری و مرگ حاصل از سیروز کبدی، مسمومیت الکلی و سایر خشونت‌های رفتاری کاهش چشمگیری یافت. متأسفانه این کاهش مصرف، به دلیل کاهش رشد قیمت الکل در سال ۱۹۸۷ به بعد سیر نزولی و معکوس داشت (۴۴).

تجزیه و تحلیل کشورهای منتخب که اطلاعات مربوط به مصرف، مالیات و قیمت مشروبات الکلی در دسترس شان می‌باشد، نشان می‌دهد که اگر مالیات‌های غیرمستقیم تا حداقل ۴۰٪ در قیمت خرده‌فروشی افزایش می‌یافت، درآمد اضافی قابل توجهی حاصل می‌شد و اثرات مضر نوشیدن الکل کاهش می‌یافت. برای ۱۲ کشور کم‌درآمد در این نمونه، سطح مصرف تا بیش از ۱۰٪ تنزل یافت، در حالی که درآمدهای مالیاتی بیش از سه برابر، یعنی حدود ۳۸٪ از کل هزینه‌های سلامت در آن کشورها را به خود اختصاص داد (۳۷).

این مبالغ قابل اغماض نمی‌باشد. اگر همه کشورها فقط یکی از گزینه‌های توصیف شده در جدول ۱-۲ را انتخاب می‌کردند و اولویت بیشتری در بودجه دولت به بخش سلامت می‌دادند می‌توانستند مبالغ قابل توجه بیشتری را به این حوزه اختصاص دهند.

◀ کمک‌های مالی خارجی

قبل از رکود اقتصاد جهانی که از اواخر سال ۲۰۰۸ شروع شد، جهان شاهد افزایش کمک‌های مالی در بخش سلامت از سوی کشورهای ثروتمند به کشورهای فقیر و همچنین افزایش میانگین سرمایه‌گذاری بخش سلامت از سوی منابع خارجی از ۱۶/۵٪ تا ۲۴/۸٪ در سال ۲۰۰۷ بود (۴). بر اساس داده‌های OECD، تعهدات دولت به حوزه سلامت از ۴ میلیارد دلار مشارکت بین‌المللی در سال ۱۹۹۵ به ۱۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۷ و ۲۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۸ گزارش گردید.

شاید این ارقام نشان‌دهنده اطلاعاتی کمتر از میزان واقعی است، چرا که این داده‌ها شامل همه کشورهای غیر عضو OECD مانند چین، هندوستان و بعضی کشورهای خاورمیانه نمی‌شود. گزارشات

فقط برای تعداد محدودی از مؤسسات بین‌المللی است و ارتباطی با صندوق‌های ارائه شده توسط بازیگران مهم بخش خصوصی در بخش سلامت مانند Bill، مؤسسه Melinda Gates، سایر مؤسسات خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی ندارد. مطالعه اخیر نشان داد که ترکیب میزان مشارکت از این منابع شاید حدود ۲۱/۸ میلیارد دلار بوده است که این رقم تقریباً ۵ میلیارد دلار بیشتر از رقم گزارش شده OECD در سال ۲۰۰۷ بود (۴۵).

این چشم‌انداز برای کشورهای دریافت‌کننده کمک، حداقل از چهار منظر مهم، منفی‌تر از ارقام نجومی ارائه شده توسط OECD است.

اولاً، علی‌رغم افزایش حمایت‌های خارجی، کل هزینه‌های بخش سلامت به شکل رقت‌باری در همان حد پایین مانده است و به قدری ناکافی است که نمی‌تواند دسترسی به خدمات پایه سلامت را در بسیاری از کشورها تضمین نماید. در قسمت‌های قبل گزارش شد که فقط ۸ کشور از ۴۹ کشور کم‌درآمد مورد بررسی در این تحلیل، امید نیل به اهداف بیانیه Millennium (تحقق پوشش همگانی) را از منابع داخلی تا سال ۲۰۱۵ دارند. سایر کشورها به بودجه بیشتری از محل منابع خارجی نیاز خواهند داشت که از ۲ دلار تا ۴۱ دلار برای هر فرد تا سال ۲۰۱۵ متفاوت خواهد بود.

ثانیاً، حتی اگر بودجه خارجی واقعاً افزایش یابد، حدود نیمی از کشورهایی که بازپرداخت کمک‌های توسعه‌ای خود را به OECD گزارش کرده‌اند، در مسیر صحیح نیل به اهدافی که در سطح بین‌المللی متعهد به انجام آن هستند، می‌باشند (برای توسعه کلی از جمله بخش سلامت) (۴۶). سایر کشورها حتی دراز مدت نیز موفق به برآورده نمودن تعهداتشان نمی‌باشند. پیشرفت تدریجی برای اجرای این تعهدات، هزینه زیادی می‌خواهد. اگر تمام خیرین به قول‌هایشان جامه عمل بپوشانند، سه میلیون زندگی را می‌توان تا قبل از سال ۲۰۱۵ نجات داد (۷).

ثالثاً، توسعه مشارکت‌ها در آمار ارائه شده از بخش سلامت که در بالا گزارش شد تنها نشانگر تعهدات می‌باشد در حالی که ارقام واقعی کمتر از این است. علاوه بر این، بعضی از سرمایه‌ها که خیرین به‌عنوان وجه پرداختی گزارش می‌کنند به کشورهای هدف نمی‌رسد. به ندرت سهم قابل توجهی از

کمک‌ها به مشارکت‌های فنی مانند آموزش‌های عمومی در حیطه درمان و پیشگیری اختصاص می‌یابد. به‌عنوان مثال چین موردی بین سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۶ اتفاق افتاد، زمانی که داده‌های کمیته حاکی از آن بود که بیش از ۴۰٪ از کمک‌های توسعه رسمی بخش سلامت (ODA) جذب بخش پشتیبانی فنی گردیده که اغلب کشورهای خیر با سرمایه‌گذاری غیر مستقیم از طریق مشارکت یا ارائه آموزش‌های مورد نیاز به کشورهای هدف، کمک‌های خود را ارائه نمودند (۴۷). بودجه پرداختی به بخش پشتیبانی‌های فنی بهتر است به سرمایه‌گذاری مستقیم در بخش سلامت در راستای بهبود خدمات سلامت تعلق گیرد چرا که پشتیبانی‌های فنی در مقایسه با سرمایه‌گذاری مستقیم چندان مفید فایده نخواهد بود.

در نهایت، موضوع محدودیت در هزینه‌کرد بودجه وارد شده به کشور به‌عنوان کمک باعث ایجاد نگرانی شده است. اقتصاد کلان و اهداف پولی برای جلوگیری از تورم اقتصادی تنظیم می‌شوند و سطح ذخایر مبادلات ارزی بر اساس روش مدیریت محتاطانه اقتصاد کلان می‌باشد. عده‌ای معتقدند که این مسئله باعث جلوگیری از سوء استفاده در کمک‌های پرداختی می‌گردد چون سهمی از این کمک‌ها که به کشور می‌رسد از چرخه پول خارج گردیده تا از تورم جلوگیری نماید و یا برای جمع‌آوری ذخایر مبادلات ارزی مورد استفاده قرار گیرد (۴۸-۵۰).

اخیراً مذاکرات تندی صورت گرفته در مورد اینکه آیا اهدافی که برای تورم اقتصادی یا ذخایر مبادلات ارزی در کشورها تنظیم شده از دقت لازم برخوردار است و کمک‌های مالی خیرین تنها در بخش سلامت و توسعه مصرف می‌شود، یا خیر (۳۹، ۵۱، ۵۲). علاوه بر آن تمام این آمار، با فرض عدم همکاری دولت‌ها در تخصیص بودجه بیشتر به بخش سلامت می‌باشد حال آنکه توسعه بخش سلامت با اولویت بخشی بیشتر به آن و تخصیص بودجه مورد نیاز در کنار این کمک‌های مالی، باعث بروز اتفاقی شگفت‌انگیز خواهد شد (۵۳).

شاید بررسی مجدد اهداف در کنترل اقتصاد کلان، باعث یافتن گزینه‌های دیگری برای افزایش کمک‌هایی باشد که می‌توان آنها را در بخش سلامت هزینه نمود. هزینه‌کرد اشتباه، مشکل دیگر است. کشورها می‌توانند مشکل تزریق پول به بخش سلامت خود را از طریق قرض گرفتن و یا چاپ اسکناس

برای تأمین هزینه‌های جاری مرتفع کنند. این راه‌حل‌ها و سیاست‌ها در طولانی‌مدت عملی نیستند زیرا پول قرض گرفته شده بایستی بازپرداخت گردد و چاپ اسکناس نیز باعث افزایش تورم و فشارهای ناشی از آن خواهد گردید.

کمک شرکای خارجی به این فرآیند می‌تواند از طریق محدود نمودن حوزه هزینه کرد این مبالغ باشد. حداقل، این گزینه باعث افزایش سقف بودجه دولتی در بخش سلامت می‌گردد و می‌تواند کمک‌های بیشتری به ارتقاء سلامت نماید. اخیراً پیشنهاد تدوین دستور العمل مبسوطی ارائه گردید تا ساختار فرآیند کمک‌های ارائه شده و مدیریت آنها بررسی شود (۵۴، ۵۵). هدف این است که کمک‌ها را صدقه در نظر نگیریم بلکه به عنوان یک مسئولیت جهانی در جهت کمک به جمعیت عظیمی بنگریم که به این حمایت‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها نیازمندند.

◀ تأثیر رکود اقتصادی بر مشارکت در جهت توسعه^۱

تأثیر دقیق رکود مالی و اقتصادی که از سال ۲۰۰۸ شروع شده بر مشارکت در جهت توسعه سلامت هنوز مبهم می‌باشد. اما نگرانی‌هایی وجود دارد که رکود اقتصادی ممکن است باعث ایجاد یک وقفه در ارائه مشارکت‌های خارجی گردد، آن هم زمانی که مقبولیت جهانی مبنی بر لزوم وجود حمایت‌های مالی خارجی برای نیازهای بخش سلامت رو به افزایش است.

مشارکت در جهت توسعه، همیشه باعث ایجاد رشد اقتصادی در کشورهای کمک‌کننده می‌شود اما به دلیل مرتبط نبودن بحران‌های اخیر اقتصادی بر کاهش مشارکت در جهت توسعه، این موضوع در بخش سلامت اثر ندارد (۵۶). اما بسیاری از کشورها که در گذشته جزء شرکای بین‌المللی و اصلی مشارکت در جهت توسعه در بخش سلامت بوده‌اند، هم‌اکنون بدهی‌های بیشتری در مقایسه با زمان رکود اقتصادی در کمک به کشورهای دیگر دارند که بخشی از این بدهی‌ها صرف کاهش تأثیرات بحران

اقتصادی و ایجاد رشد اقتصادی و توسعه در کشورهایشان شده است. بعضی از آن کشورها هم‌اکنون در صدد هستند تا از طریق صرفه‌جویی، بدهی‌های خود را کاهش دهند.

OECD گزارش می‌دهد با اینکه بعضی از کمک‌کنندگان متعهد شدند کمک‌های خود را به ODA تا سال ۲۰۱۰ ادامه دهند، شماری از کمک‌کنندگان اصلی اخیراً کمک‌های خود را کاهش داده و یا به تعویق انداخته‌اند (۴۶). انتظار می‌رفت کل میزان مشارکت‌های دولتی در جهت توسعه (ODA) تا سال ۲۰۱۰ به رشد خود کمتر از میزان پیش‌بینی شده ادامه دهد. این خبر خوبی نیست و امید است که خیرین اصلی نه تنها سطح کنونی کمک به کشورهای فقیرتر را حفظ کنند بلکه این کمک‌ها را تا حد لازم افزایش دهند تا به تعهدات بین‌المللی کمک‌رسانی خود جامه عمل بپوشانند. همچنین امید می‌رود که بدهی‌های دولت، باعث قطع خدمات سلامت نگردد.

حتی قبل از رکود اقتصادی جهانی فعلی، همیشه علتی برای نگرانی در رابطه با چگونگی توزیع کمک‌رسانی در بخش سلامت در سراسر دنیا وجود داشته است. جهت‌دهی به کمک‌ها در بخش سلامت و اختصاص کمک‌های مالی به بیماری‌های پرخطر و نادیده انگاشتن سایر موارد، دغدغه دیگری است. از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶ کمک‌های مالی به کشورهای کم‌درآمد بر MDG6 (مبارزه با HIV و AIDS، مالاریا و سایر بیماری‌ها شامل سل) متمرکز شد که بالغ بر ۴۶/۸٪ از کل کمک‌های خارجی به بخش سلامت بود. با اختصاص این مبلغ به بیماری‌های مذکور تنها ۲/۲۵ دلار به هر فرد در سال می‌رسد، مانند سلامت کودک و مادر (MDG4 و 5)، تغذیه (MDG1)، بیماری‌های غیرمسمری و تقویت نظام‌های سلامت (۴۷). هزینه مورد نیاز برای تقویت نظام سلامت به تنهایی بیش از این رقم می‌باشد که معادل ۲/۸۰ دلار برای هر نفر در سال است که صرف آموزش تعداد بیشتری از کارکنان در بخش سلامت می‌شود و این مبلغ حتی جدا از هزینه‌های ضروری مانند حقوق کارمندان شان می‌باشد (۵۷).

در نظر گرفتن کمک‌های اخیر از طرف صندوق جهانی مبارزه علیه ایدز، سل و مالاریا (GAVI) برای پشتیبانی از توسعه نظام‌های سلامت و ایجاد پتانسیل بیشتر در این حوزه تصاویر واقع‌بینانه‌تری را ارائه می‌دهد. با این وجود بیماری‌هایی غیر از موارد مذکور مداوماً توسط خیرین

بی‌اهمیت شمرده می‌شوند مانند مسائل نظام‌های سلامت، مدیریت، منطق، تدارکات و خرید، زیرساخت‌ها و توسعه نیروی کار (۵۸).

عدم توازن در تخصیص کمک‌های مالی به کشورهای مختلف مشهود است، خصوصاً بعضی کشورها از کمک‌های مالی خوبی برخوردار می‌شوند در حالی که دیگر کشورها تقریباً چیزی دریافت نمی‌کنند. تصویر ۲-۳ نشان می‌دهد که کشورهای دریافت‌کننده کمک که بیش از ۲۰ دلار به ازای هر نفر از کمک‌های خارجی در حوزه درمان در سال ۲۰۰۷ بهره‌برداران از کشورهای با درآمد متوسط بوده‌اند، در حالی که تعداد زیادی از کشورهای کم‌درآمد کمتر از ۵ دلار برای هر نفر دریافت می‌کردند. بسیاری از کشورهای فقیر نسبت به همسایگان ثروتمندتر کمک‌های کمتری برای توسعه بخش سلامت دریافت نمودند. برای مثال، در سال ۲۰۰۷ نامیبیا که کشوری با درآمد متوسط رو به پایین می‌باشد، حدود ۳۴ دلار به ازای هر نفر در بخش سلامت دریافت نمود، در مقایسه با ۱۰ دلار به ازای هر نفر در کشور موزامبیک ۴/۴۰ دلار در جمهوری دموکراتیک کنگو و ۲/۸۰ دلار در جمهوری گینه (۴). واضح است که علاوه بر نیاز، عوامل دیگری نیز در چگونگی تخصیص این کمک‌ها دخیل هستند.



تصویر ۲-۳: مشارکت در توسعه برای میزان هزینه تخصیص داده شده به هر فرد بر اساس سطح درآمد کشور

در کشورهای با درآمد متوسط و کم در سال ۲۰۰۷^a

a: استثناء قراردادن ایالات جزیره‌ای کوچک (منبع: آمار سلامت ملی ارائه شده توسط سازمان جهانی سلامت)

بر اساس گزارش مذکور پیشنهاد شد که تمرکز صرف کمک‌های مالی بر بیماری‌های پرخطر کاهش یابد و کشورهایی که عملکرد آنان با مضمون بیانیه ۲۰۰۵ پاریس در مورد تأثیرگذاری هر چه بیشتر کمک‌های مالی مغایرت دارد، مورد بررسی بیشتر قرار گیرند که این دو مورد باعث شد کشورهای دریافت‌کننده کمک به دنبال ساخت و اجرایی نمودن برنامه‌های ملی بر اساس اولویت‌های خود باشند (۵۹). در این گزارش، تغییر رویه از مکانیزم‌های تامین منابع بین‌المللی توسط شرکای توسعه جهانی بر اساس استفاده از پروژه‌های کاربردی^۱ درخواست شد (۶۰). تأکید مجدد بر حق مشارکت‌های مالی مورد توافق در برنامه‌های سلامت ملی نسبت به کمک‌های مبتنی بر اجرایی نمودن پروژه‌های کاربردی مورد نیاز است. تا زمان تحقق بازتاب تأثیر این ایده‌آل‌های مورد نظر در ارقام رسمی فاصله زیادی مانده است. بر اساس مطالعات صورت گرفته در «تمایندگی نیروژ برای توسعه همکاری^۲» بین سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷، تعدادی از پروژه‌های مرتبط با سلامت به جای افت حتی تا ۲۰۰۰ برابر افزایش داشتند: اکثر این پروژه‌ها بسیار کوچک بودند و میانگین بازپرداخت آنها تنها ۵۵۰۰۰۰ دلار بود (۶۱). نیاز به مدیریت، پایش و گزارش‌دهی در تعداد متفاوتی از پروژه‌های کوچک، باعث تحمیل هزینه‌های معاملاتی بسیار بالا در کشورهای دریافت‌کننده کمک می‌گردد.

بیانیه پاریس نیز تأکید بر این داشت که بودجه باید قابل پیش‌بینی و بلندمدت باشد. در شرایطی که کشورها نمی‌توانند روی یک بودجه ثابت حساب باز کنند، به واقع برنامه‌ریزی برای آینده غیر ممکن می‌گردد به‌طور مثال در بورکینوفاسو در بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶ بودجه سلامت برای هر فرد، ابتدا از ۴ تا ۱۰ دلار افزایش و سپس به ۸ دلار کاهش پیدا کرد. این در حالی است که تعدادی از کشورهای کم‌درآمد، دو سوم هزینه‌های سلامت خود را از طریق منابع خارجی تأمین می‌کنند بنابراین توانایی پیش-بینی میزان کمک‌ها به‌صورت یک دغدغه دائمی در آمده است (۴، ۶۲).

1- "International financing mechanisms that build on project applications approved in a development partner's global headquarters or capital"

2- Norwegian Agency for Development Cooperation

بعضی از شرکای توسعه، از طریق تغییر ساختار مشارکتی از تعهدات خود به ODA شانه خالی کردند. قراردادهای MDG اتحادیه اروپا، نمونه بارزی از انعطاف‌پذیری و اجرا بر اساس حمایت‌های بودجه طی مدت شش سال می‌باشد. هیچ‌کس این نوع تعهدات کوتاه مدت را نمی‌پسندد چرا که این تعهدات بودجه کمک‌های آتی را محدود می‌نماید. در دستور جلسه عملکرد سال ۲۰۰۸ (accra) آمده است که خیرین OECD متعهد به تأمین اطلاعات «گردش سه تا پنج ساله هزینه و یا طرح‌های اجرایی کشورهای دریافت‌کننده» شدند که این مسئله آغازی برای ایجاد تعهدات طولانی مدت گشت (۵۹).

◀ نتیجه‌گیری

کشورها همیشه نیاز به تنظیم نظام‌های مالی در جهت ارتقاء سرمایه‌های بخش سلامت به میزان کافی دارند. بسیاری از کشورهای پردرآمد با کاهش نیروی کار به دلیل افزایش سن روبه‌رو هستند و درنظر دارند فرم منابع سستی را مانند مالیات و حق بیمه سلامت از کارگران و کارمندانشان به شکل دیگری جایگزین نمایند. در بسیار از کشورهای کم‌درآمد، اکثر مردم شاغل در بخش غیر دولتی هستند و این مسئله جمع‌آوری مالیات بر درآمد و حق بیمه سلامت بر اساس دستمزد را مشکل می‌کند.

چند مورد برای افزایش سرمایه صندوقهای مضاعف در بخش سلامت وجود دارد که فهرستی از آنها در جدول ۱-۲ ارائه گردیده است. همه این موارد برای تمام کشورها کاربردی نخواهد بود و پتانسیل ایجاد درآمد و امکان اجرای سیاسی آنها در کشورها متفاوت است. در بعضی موارد، درآمد مضاعفی که از اشخاص حقیقی یا حقوقی دریافت می‌شود، می‌تواند ضروری و تا حد ممکن بیش از کمک‌های نقدی جاری باشد اما این نوآوری و مکانیزم‌های مضاعف، تنها گزینه نیستند. بسیاری از حکومت‌ها در کشورهای غنی و فقیر هنوز در زمان تخصیص منابع، چندان اهمیتی برای بخش سلامت قائل نمی‌شوند. بنابراین، تجهیز بهتر وزارتخانه‌های حوزه سلامت برای مذاکره با وزارت اقتصاد و دارایی و سازمان برنامه و بودجه و نیز مؤسسات مالی بین‌المللی، مهم و حیاتی می‌باشد. اما پیام این فصل این است که همه کشورها می‌توانند سرمایه بخش سلامت شان را بیش از این افزایش دهند.

اما منابع مالی ابداعی نباید به‌عنوان جایگزینی برای پول ODA که از طرف خیرین ارائه می‌گردد، باشد. درخواست از کشورهای دریافت‌کننده کمک برای استفاده از کمک‌های مالی خارجی به‌صورت شفاف و کاربردی‌تر کاملاً قابل درک است. اما این نگرانی‌ها نباید باعث قطع تعهدات کشورهای غنی‌تر مندرج در بیانیه‌های پاریس و Accra گردد. عملکرد جمعی که منتهی به ایجاد بنیادهای تأمین تسهیلات مالی بین‌المللی جهت واکسیناسیون^۱ و بنیاد ملنیوم^۲ شده، اثری بر تأمین بودجه کالاهای عمومی جهانی در بخش سلامت نداشته است، البته نیازی هم نیست که کشورها در همه حوزه‌ها انتظار همکاری‌های بین‌المللی بیشتری را داشته باشند چرا که خود، توانایی تقبل بخشی از هزینه‌های بخش سلامت را دارند. اگر دولت‌های کمک‌کننده به تعهدات خود پایبند باشند و بخشی از بودجه طرح‌های سلامت کشورها را تقبل نمایند، انجمن بین‌المللی فاصله‌چندان زیادی تا نیل به اهداف MDG در سال ۲۰۱۵ نخواهد داشت. علاوه بر این اگر هر کشور کمک‌کننده فقط یکی از موارد ابداعی توضیح داده شده در این بخش را قبول نماید و از درآمد آن برای تکمیل ODA استفاده کند، بنیان حرکت مستمری را به سمت تحقق پوشش همگانی سلامت پی‌ریزی کرده و سلامت را به آیندگان هدیه می‌کند.

◀ مراجع

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E>, accessed 3 April 2010).
2. *Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE*. *Daily Mail*, 29 April 2009 (<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html>, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/>

1- International Financing Facility for Immunization

2- Millennium Foundation

- pressreleases/pressreleasesearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010).
 5. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
 6. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, World Health Organization, 2001.
 7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_\(world_health_organization\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf), accessed 6 July 2010).
 8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
 9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
 10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
 11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ ABUJA/3).
 13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle- income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355–384.

14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. General budget support – has it benefited the health sector? World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009;93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001–07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>; accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf>; accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009;70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf>; accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009;9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_frae/en/index.html; accessed 6 July 2010).

24. Unitaid. 2010 (<http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html>, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*. 2010;375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 back- ground paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (<http://www.iff-immunisation.org>, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet__currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*. 2010;375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658

35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel: Bank for International Settlements, 2007 (<http://www.bis.org/publ/rpfx07t.pdf>, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. Nishtar S. *Choked pipes—reforming Pakistan’s mixed health system*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva: World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4; HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA: Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998;93:1501-1510. PMID:9926554

45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009;373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC: Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries*. ActionAid, 2010 (<http://www.ifwatchnet.org/sites/ifwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf>, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening*. World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en).
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf>, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC: International Monetary Fund, 2006 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf>, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed*. World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health*. World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health: report prepared for the Accra High-level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/ Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf>, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient*. World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

End notes

- a. The high-level taskforce included interventions proven to reduce mortality among mothers, newborns and children under five; childbirth care; reproductive health services; prevention and treatment of the main infectious diseases; diagnosis, information, referral, and palliative care for any presenting conditions; and health promotion.

b. Typically, the term official development assistance (ODA) is used to describe assistance provided officially by governments. Development assistance for health is broader, including ODA, plus lending and credits from multilateral development banks, transfers from major foundations and NGOs.

۳

قدرت اعداد

◀ پیام‌های کلیدی

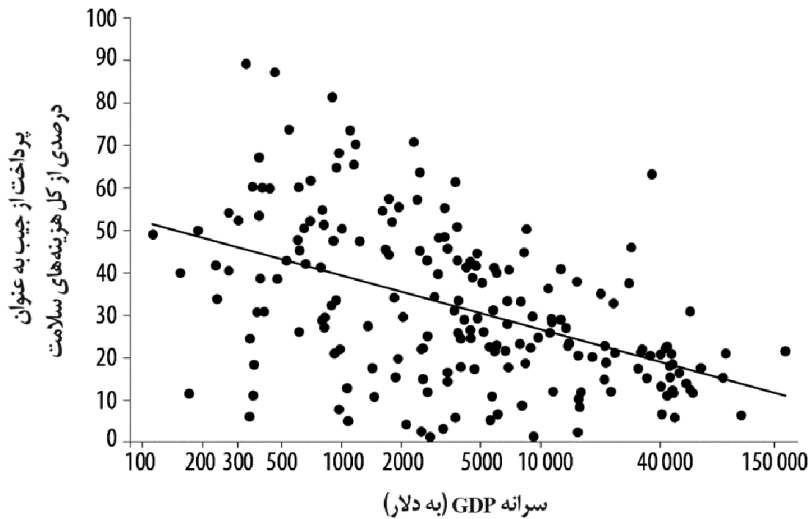
- در زمانی که مردم نیاز به مراقبت دارند و باید برای مواردی از جمله ویزیت و دارو هزینه پرداخت کنند، نظام‌های وابسته به پرداخت‌های مستقیم مانع از دسترسی میلیون‌ها نفر به خدمات سلامت شده و مشکلات مالی ایجاد می‌نمایند که این امر حتی منجر به فقر افراد بیشتری نیز می‌شود.
- کشورها می‌توانند با کاهش وابستگی به پرداخت‌های مستقیم، حرکت به سمت پوشش همگانی را تسریع کنند و این امر نیازمند معرفی و یا تقویت انواع روش‌های پیش‌پرداخت و یا تجمیع منابع می‌باشد.
- کشورهایی که پوشش همگانی سلامت را تقریباً در حد بالایی محقق کرده‌اند، پرداخت حق بیمه را برای آن دسته از افرادی که استطاعت پرداخت دارند از طریق مالیات و یا حق بیمه اجباری نموده‌اند.
- صندوق‌های اجباری پیش‌پرداخت، به جای آنکه به‌صورت مستقل و جداگانه تشکیل شوند بهتر است به‌طور مطلوب با هم ادغام شده و تبدیل به یک صندوق شوند. با کاهش صندوق‌های پراکنده، پتانسیلی قوی برای ایجاد حمایت مالی به وجود می‌آید که دستیابی به اهداف عدالت محور را محقق می‌سازد.
- طرح‌های داوطلبانه نظیر بیمه سلامت اجتماعی و یا بیمه خرد هنوز هم می‌تواند در جوامعی که منابع اجباری صرفاً سطح اندکی از پیش‌پرداخت‌ها را پوشش می‌دهند، کاربردی باشند. اگر این جوامع بتوانند برخی از پرداخت‌های مستقیم را به سمت تجمیع صندوق‌های پیش‌پرداخت هدایت کنند، خواهند توانست بخش اعظمی از مردم را به هنگام بیماری در مقابل ریسک مالی حفاظت کرده و آنها را از مزایای بیمه شدن آگاه کنند.
- حتی با حذف پرداخت‌های مستقیم، باز هم برخی از مردم برای دریافت خدمات سلامت با مشکلات مالی مواجه می‌شوند. هزینه رفت و آمد و همراهان بیمار از جمله این مشکلات بوده که دولت‌ها برای کاهش این موانع باید گزینه‌هایی همچون کاهش هزینه‌های حمل و نقل را در چنین شرایطی ارائه دهند.

◀ مشکلات پرداخت مستقیم

موضوع اصلی در بخش اجرای نظام سلامت، روش و نحوه پرداخت در ازای دریافت خدمات سلامت است و با وجود اینکه افزایش منابع کافی برای استمرار نظام سلامت امری ضروری می باشد، بدیهی است که نحوه پرداخت نیز به هنگام دریافت کالاها و خدمات بسیار حائز اهمیت است. امروزه پرداخت مستقیم در سراسر دنیا به خصوص در کشورهای فقیرتر، یکی از رایج‌ترین روش‌ها هنگام دریافت دارو و خدمات سلامت است (۱).

مطالعاتی که اخیراً بر اساس اطلاعات سازمان جهانی سلامت پیرامون مخارج بخش سلامت، سیستم‌های بررسی نوع‌شناسی^۱ و مصاحبه با صاحب‌نظران خیره در ۵۰ کشور دنیا با درآمد متوسط و پایین انجام شد بیانگر آن است که فقط در ۶ کشور، دریافت‌کنندگان خدمات سلامت در ازای دریافت برخی از امکانات دولتی، به صورت مستقیم هزینه پرداخت نمی‌کنند (۳).

با این وجود، پرداخت مستقیم تنها به کشورهایی با درآمد پایین و یا نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت که پیچیدگی کمتری دارند، محدود نمی‌شود (تصویر ۳-۱). در ۳۳ کشور، پرداخت مستقیم در هنگام بیماری روش اصلی نحوه پرداخت محسوب شده و تخمین زده می‌شود که در ۷۵ کشور دیگر نیز، ۲۵ درصد از کل تأمین منابع مالی در بخش سلامت را همین روش تشکیل می‌دهد (۴). همانطور که در فصل ۱ اشاره شد، پرداخت‌های مستقیم به روش‌های مختلف انجام می‌شود که از آن جمله می‌توان به هزینه مشاوره پزشک، پرداخت برای فرآیندها، خرید دارو و سایر ملزومات و تست‌های آزمایشگاهی اشاره نمود. همچنین برای بیمه‌شدگان نیز پرداخت مستقیم در قالب کسورات، مشارکت بیمه و مشارکت در پرداخت انجام می‌شود.



تصویر ۳-۱: پرداخت از جیب به عنوان نتیجه سرانه تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۲۰۰۷

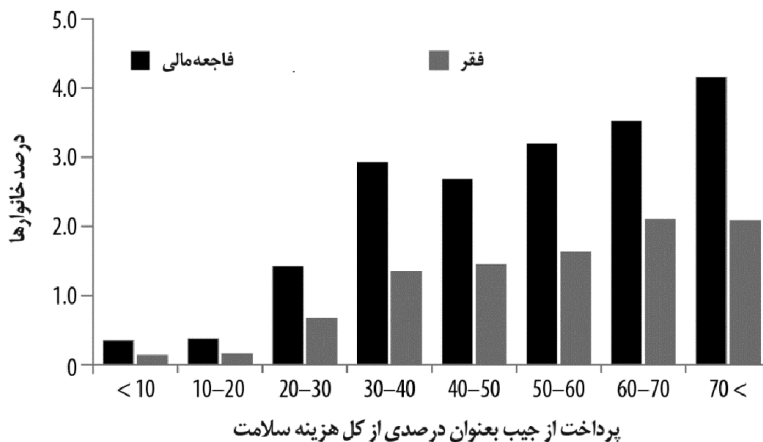
یکی از دلایل عدم مطلوبیت پرداخت مستقیم دسترسی نیازمندان به خدمات سلامت است. این موضوع به ویژه در افراد فقیرتر که در اغلب موارد باید بین هزینه درمان و هزینه های ضروری دیگر همچون خوراک و یا اجاره و... یکی را انتخاب کنند محسوس تر است و حتی در مواردی که فرد به دلایلی نظیر وجود توده در سینه و یا پایین نیامدن تب کودک مجبور به انتخاب پرداخت مستقیم هزینه های درمانی می شود، ممکن است فقر و یا حتی نابودی را به دنبال داشته باشد

بر اساس مطالعات انجام شده در کشور براندی در سال ۲۰۰۲ میلادی، طی دو سال مشخص شد که از هر ۵ بیمار، ۴ نفر بدهکار بوده و یا دارایی خود را برای تأمین منابع مالی مورد نیاز هزینه های درمانی، فروخته اند (۵). این بررسی همچنین بیانگر آن است که در بسیاری از کشورها مردم برای تأمین هزینه های درمانی، مجبور به قرض گرفتن و یا فروش دارایی های خود می شوند (۶، ۷).

فاجعه مالی ناشی از پرداخت مستقیم به ازای دریافت خدمات سلامت، زمانی به وقوع می پیوندد که فرد بیش از ۴۰٪ از درآمد خود را پس از کسر هزینه سالانه غذا، به صورت پرداخت از جیب، صرف هزینه های درمان نماید. اینگونه افراد در اکثر کشورها ۱۱٪ کل جمعیت را تشکیل می دهند. در حالی که

در کشورهای فقیر این میزان تنها ۲٪ جمعیت است. این واقعیت که در کشورهای فقیر، وقوع فاجعه مالی در میان افراد ثروتمندتر در پایین‌ترین حد است، تعجب‌آور نیست، اما عدم مشاهده فاجعه مالی در میان بی‌بضاعت‌ترین افراد جامعه تا حدی عجیب به نظر می‌رسد. واقعیت این است که افراد مذکور به دلیل عدم استطاعت مالی و عدم توانایی در پرداخت هزینه‌های درمانی به‌طور کلی از دریافت خدمات سلامت خودداری می‌کنند. بر اساس بررسی‌های حاصل از همین مطالعات، مشخص شده که خانوارهایی که دارای فرزند معلول، کودک و یا سالمند هستند و مجبور به استفاده از خدمات می‌باشند بیش از هر قشری با این فاجعه مالی مواجه می‌شوند (۸-۱۱).

وقوع فاجعه مالی تنها زمانی به‌طور عادی به سطح قابل اغماضی می‌رسد که تأکید بر پرداخت مستقیم کمتر از ۱۵ تا ۲۰ درصد از کل هزینه‌های درمان باشد (تصویر ۲-۳). در حال حاضر کشورهای با درآمد بالا تا حد زیادی به این سطح رسیده‌اند بر همین اساس کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز می‌توانند امیدوار باشند که در قالب اهداف کوتاه‌مدت به این سطح نائل شوند. بررسی‌ها و اطلاعات سازمان جهانی سلامت بیانگر آن است که اخیراً کشورهای جنوب شرقی آسیا و مناطق غرب اقیانوس آرام، رسیدن به سطح ۳۰ تا ۴۰ درصدی را هدف خود قرار داده‌اند (۱۲، ۱۳).



تصویر ۲-۳: تأثیر پرداخت از جیب بر بروز فاجعه مالی و فقر

بررسی‌های انجام شده در بعضی از کشورها نشان می‌دهد، هر نوع هزینه‌ای که مستقیماً بر خانواده‌ها تحمیل شود باعث کاهش تمایل آنها به استفاده از خدمات سلامت شده و یا آنکه آنها را به سمت خط فقر و یا پایین‌تر سوق می‌دهد (۱۴). پژوهش تجربی صورت گرفته در کشور کنیا نشان داده است که افزودن ۰/۷۵ دلار آمریکا به قیمت پشه‌بند آغشته به ماده حشره‌کش، موجب کاهش ۷۵ درصدی تقاضای خرید آن و افزایش ناچیز قیمت داروی ضد انگل نیز باعث کاهش ۸۰ درصدی از میزان تقاضا شده است (۱۵). پرداخت مستقیم هزینه‌های درمانی هر چند اندک، ممکن است موجب بروز افزایش خوددرمانی‌های نامناسب، مصرف نادرست (به‌عنوان مثال استفاده از داروهای تاریخ گذشته یا غیر استاندارد و یا کامل نکردن دوز مصرف دارو) و یا به تعویق انداختن دریافت مشاوره پزشکی ضروری با متخصص در ابتدای بیماری شود (۱۶).

از سوی دیگر، پرداخت مستقیم رسمی تنها مانع دسترسی بیمار به خدمات سلامت نیست. برای نمونه تا چندی پیش در کشور ارمنستان، حدود ۱۰٪ از هزینه‌ها توسط بیمار به روش مستقیم به بیمارستان‌های بخش دولتی پرداخت می‌شد اما ۹۰٪ باقیمانده به‌صورت غیر مستقیم و یا غیر رسمی توسط کارکنان بخش سلامت از بیمار دریافت می‌شد (۱۷). بر همین اساس دولت‌ها در حال حاضر سیاست‌هایی را برای حذف پرداخت‌های غیر رسمی اتخاذ نموده‌اند زیرا به این نکته پی برده‌اند که این روش مانع از دسترسی مردم به خدمات مورد نیازشان شده و همچنین به دلیل مشخص نبودن مبلغ، نگرانی زیادی بر بیمار و خانواده وی وارد می‌شود. پرداخت‌های غیر رسمی در بسیاری از کشورهای جهان رواج دارد (۱۸-۲۰).

روش پرداخت‌های مستقیم، غیر عادلانه‌ترین روش برای تأمین بودجه بخش سلامت است. در بخش اجرای نظام سلامت، پرداخت مستقیم یک روش ارتجاعی است که بر اساس آن برای دریافت خدمات ویژه، ثروتمندان و فقرا به یک اندازه پول پرداخت می‌کنند. پیشینه اجتماعی اقتصادی یک کشور تنها عامل ایجاد این بی‌عدالتی نیست. در فرهنگ‌هایی که جایگاه زنان و دختران پایین‌تر از مردان است، معمولاً آنها برای درمان در صف انتظار پس از مردان قرار می‌گیرند و زمانی که نوبت به آنان می‌رسد پول خانواده تمام شده است، بدین ترتیب دسترسی زنان و دختران به خدمات سلامت کاهش می‌یابد (۲۱).

رابطه موجود در فرآیند پرداخت مستقیم، یک رابطه دو طرفه میان ارائه‌کنندگان و ذی‌نفعان با گیرندگان خدمت می‌باشد. بیماری که در مرکز درمانی واقع در روستا به پرستاری سکه پرداخت می‌کند مطمئن است که در ازای آن، خدمات و یا دارو دریافت می‌کند. این موضوع به خودی خود بد نیست اما زمانی بد می‌شود که شما به‌عنوان وزیر بهداشت بخواهید به افراد ساکن در منطقه‌ای دورافتاده و فاقد سکه خدمات ارائه دهید.

ماهیت روش پرداخت مستقیم طوری است که مانع از توزیع هزینه به‌صورت رسمی و یکپارچه بین مردم سالم و بیمار و یا غنی و فقیر شده و همچنین افراد نمی‌توانند از کمک‌های مالی در بخش سلامت در تمام طول عمر خود بهره ببرند زیرا به جای پرداخت حق بیمه در زمان جوانی و سلامت مجبور به پرداخت مستقیم می‌شوند بنابراین در زمان نیاز، دستشان خالی مانده و با وجود آسیب‌پذیری شدید باید هزینه‌ها را بدون پوشش درمانی پرداخت نمایند.

با وجود نواقص موجود در روش پرداخت مستقیم به‌عنوان یک سیستم تأمین مالی بخش سلامت، این پرسش مطرح است که چرا روش مذکور تا این اندازه رواج دارد؟

دلیل اول: برخی از دولت‌ها نمی‌خواهند در بخش سلامت هزینه کنند و تأکید زیادی بر تأمین منابع مالی از طریق این روش دارند. اینگونه دولت‌ها متوجه این امر نیستند که توانایی توسعه پیش‌پرداخت و نظام‌های تجمیع را دارند. این موضوع باعث ایجاد شکاف بین پوشش خدمات ضروری^۱ و پوشش خدمات دولتی^۲ می‌شود. به‌طور نمونه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، گرفتار انجام خدمات در قبال دریافت دستمزد اندک به علاوه هزینه‌های غیررسمی می‌باشند در حالی که این خدمات به هیچ‌وجه کافی نیستند. در اینگونه موارد، بسیاری از دولت‌ها برای تکمیل حقوق ارائه‌کنندگان خدمات، پرداخت رسمی در قبال خدمت و یا پرداخت کمک‌هزینه را بر می‌گزینند و دسترسی به داروها و منابع را سهل‌تر می‌نمایند.

دلیل دوم: در مناطقی از جهان که بودجه‌ای برای ارائه امکانات درمانی وجود ندارد و یا بودجه دولتی به‌صورت نامنظم به آنها تخصیص داده می‌شود، روش پرداخت مستقیم فرصتی را برای بهره‌برداری از

1- Necessary service coverage

2- The coverage the government does manage to provide

منابع فراهم می‌کند. به‌عنوان نمونه در جمهوری دموکراتیک کنگو، مسافت جغرافیایی، درگیری‌های نظامی پراکنده و بلایای طبیعی عواملی هستند که حتی در مواردی به‌صورت موقت موجب مجزا شدن بسیاری از مناطق کشور می‌شوند. این نواحی و به‌خصوص استان‌های شرقی کشور، توسط دولت حمایت و کنترل شده و روش پرداخت مستقیم توسط بیمار، به‌عنوان یک روش پیش فرض (جدا از کمک‌های خارجی) و با ارائه خدمات در سطوح پایین اجرا می‌شود (۲۲). در این کشور به‌طور عادی پس از وقوع هر بحرانی به‌ویژه نبردهای مسلحانه، روش پرداخت مستقیم به‌عنوان یک روش پیش‌فرض برای تأمین اعتبار بخش سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مواقع مردم بیشترین نیاز را به دریافت خدمات درمانی دارند ولی به آن دسترسی نداشته و این امر تهدیدی برای آنها به شمار می‌رود (۲۳).

دلیل سوم: روش پرداخت مستقیم در زمان بروز بحران‌های اقتصادی، به نظر گزینه جذابی می‌آید. در سال‌های بعد از ۱۹۷۰ و اوج رکود اقتصاد جهانی، کشورهای در حال توسعه برای اولین بار تجربه تأمین دستمزد ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در مراکز دولتی را از روش پرداخت مستقیم تجربه نمودند. بحران‌های مالی و بدهی جهانی، سبب ظهور بدعتی در سیاست‌های تعدیل ساختاری شد و هزینه‌های دولتی را محدود نمود (۲۴). در آن هنگام بود که پیشنهاد شد افزایش قیمت خدمات ممکن است راهی برای ایجاد درآمد تکمیلی مورد نیاز فراهم نموده، همچنین مصرف زیاد را کاهش دهد و ارائه خدمات کم‌بها و با هزینه اندک را تقویت نماید (۲۵).

یکی از نتایج این نوع تفکر، پیشنهاد راهکار روش پرداخت مستقیم «باماکو» در سال ۱۹۸۷ میلادی بود. این راهکار که به تصویب وزارت بهداشت کشورهای آفریقایی رسیده اینگونه توجیه کرده است که روش پرداخت مستقیم در زیرمجموعه‌های قدیمی بخش دولتی حوزه سلامت می‌تواند هزینه داروی موردنیاز و حقوق پرسنل را در سطح مالی تأمین نماید (۲۶). بر مبنای مدارک موجود، اصلاحات حاصل از راهکار «باماکو» دسترسی به خدمات و دارو را در برخی زمینه‌ها افزایش داد اما شواهدی دیگر نیز بیانگر این موضوع است که این راهکار به‌خصوص در قشر فقیر، مانعی برای دسترسی به خدمات ایجاد نمود (۲۷-۳۱).

بر همین اساس امروزه بسیاری از کشورها برخی از شیوه‌های پرداخت مستقیم را به جامعه خود تحمیل نمودند و اغلب به‌عنوان یک روش کنترل‌کننده قیمت، استفاده زیاد از خدمات سلامت را کاهش دادند. لازم به توضیح است که این روش، برای کنترل قیمت‌ها مؤثر نبوده و ناخواسته مانع دسترسی بخشی از جامعه که نیاز زیادی به این خدمات دارند می‌شود. در فصل ۴ به این مطالب بیشتر پرداخته می‌شود.

◀ کارایی معافیت از هزینه‌ها

بیشتر کشورهایی که در نظام سلامت، بر پرداخت‌های مستقیم تکیه می‌کنند از استثناء نمودن گروه‌های خاصی از جامعه مانند زنان باردار و یا کودکان از پرداخت و یا ارائه برخی از خدمات به‌صورت رایگان پرهیز می‌نمایند. سال ۲۰۰۶ دولت براندی، ارائه خدمات مراقبت از مادر و کودک مانند زایمان را رایگان نمود. ۳ ماه پس از اجرای این برنامه، استفاده از خدمات سرپایی برای کودکان زیر ۵ سال تا ۴۲٪ افزایش یافت (۳۲). کشور سنگال در سال ۲۰۰۵، زایمان طبیعی و سزارین را رایگان نمود. براساس اولین ارزیابی‌های صورت گرفته، این سیاست منجر به افزایش ۱۰ درصدی زایمان در بیمارستان‌های دولتی و افزایش بیش از ۳۰ درصدی سزارین شد (۳۳).

شاخص دیگری که در این ارزیابی‌ها مورد بررسی قرار گرفته، درآمد افراد است. به‌عنوان نمونه در کشور آلمان برای ارائه برخی از خدمات بر اساس درآمد افراد، کمک هزینه و در کشور فرانسه برای اقشار فقیر و بی‌بضاعت بیمه تکمیلی رایگان (بیمه‌ای که کمک‌هزینه را پوشش می‌دهد) در نظر گرفته شده است (۳۴). با این وجود به نظر می‌رسد طرح‌های ارائه خدمات سلامت رایگان در کشورهای با درآمد پایین‌تر، کارایی کمتری دارد. در اینگونه کشورها که بیشتر افراد جامعه کشاورزند و یا رسماً دستمزدی دریافت نمی‌کنند، ابزارهای سنجش در این راستا اثربخش نبوده و شناسایی فقیرترین قشر جامعه مشکل است. آنها برای اجتناب از مستثنی نمودن افراد نیازمند به خدمات، میان شاخص‌های مختلف گرفتار شده‌اند. سوق دادن مزایا به سمت گروهی که نیاز کمتری دارند ممکن است باعث افزایش تعداد افراد

بدون پوشش شده و به تبع آن کم و بیش در برخی مناطق موانعی برای دسترسی به خدمات سلامت ایجاد کند (۳۵).

در شرایط کنونی بعید به نظر می‌رسد انتخاب روش معافیت از پرداخت هزینه‌های درمانی بتواند در بسیاری از کشورها اثربخش باشد برای نمونه ارزیابی‌های انجام شده در کشور کامبوج (سال ۱۹۹۰ میلادی) ۵ سال پس از رایگان نمودن برخی از خدمات سلامت، بیانگر ناکارآمدی این اقدامات بوده است. یکی از دلایل این ناکارآمدی شاید این بود که ۵۰ درصد از درآمد مالی حاصل از دریافت هزینه‌ها در قبال ارائه خدمات سلامت، بین کارکنان بخش سلامت باز توزیع می‌شد اما بعد از اعمال این روش ارائه هر خدمت رایگانی به منزله از بین رفتن درآمد ارائه‌کنندگان خدمت بوده است (۳۶). بر اساس نتایج حاصل از این بررسی‌ها و به‌منظور اثربخش کردن این روش، لازم است مکانیزمی برای تأمین منابع مالی مورد نیاز پیش‌بینی و جایگزینی مناسب برای درآمدهای از دست رفته، تعیین شود. در کشور کامبوج راهکار پیش‌بینی منابع جایگزین، عملیاتی شده و صندوق‌های «عدالت در سلامت» معرفی شدند که توسط سازمان‌های خیریه خاص تأمین اعتبار می‌شدند. این امر برای جبران منابع مالی و درآمد از دست رفته کارکنان بخش‌های ارائه‌کننده خدمات برای افراد فقیر و معاف از پرداخت هزینه‌های درمانی انجام شد.

با راه‌اندازی این صندوق‌ها، استفاده از امکانات درمانی توسط افراد فقیر ساکن در مناطق روستایی و شهری افزایش یافت (۳۷، ۳۸) از سوی دیگر اجرای این راهکار، حمایت‌های مالی دیگری نیز به همراه داشت به‌گونه‌ای که مبالغ قرض گرفته شده از این صندوق‌ها کمتر از مبالغی بود که در روش پرداخت مستقیم توسط بیماران پرداخت می‌شد (۳۹). با مشاهده نتایج بدست آمده، حمایت از این رویکرد افزایش یافت. اکنون در پروژه حمایتی بخش سلامت کامبوج، اکثر صندوق‌های عدالت در سلامت با یکپارچه‌سازی کمک‌های مالی خیرین، تأمین اعتبار می‌شوند اگرچه این صندوق‌ها از سال ۲۰۰۷ میلادی از کمک‌های مالی وزارت اقتصاد و دارایی نیز برخوردار شده‌اند. کشور قرقیزستان نیز این روش را برای سیستم ارائه خدمات سلامت اعمال نمود (۴۰).

در این میان به نظر می‌رسد عوامل دیگری نیز در عدم استفاده اقشار فقیر از خدماتی که در برنامه سلامت جامعه بصورت رایگان و یا دارای یارانه می‌باشند دخیلند که طرح و بررسی آنها مشکل است. برای نمونه به مواردی می‌توان اشاره کرد که طبقه فقیر و ضعیف جامعه به دلیل نشان‌دار شدن به واسطه دریافت سرویس رایگان، یارانه و یا نوع رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، رغبتی به استفاده از اینگونه خدمات نشان نمی‌دهند. از سوی دیگر در سیستم‌هایی که درآمدهای کارکنان بخش سلامت به‌طور کامل و یا تا حدودی وابسته به روش پرداخت مستقیم است واضح است که در برابر هر تقاضایی برای ارائه خدمات رایگان مقاومت می‌شود. مطالعه انجام شده توسط بانک جهانی در کشور کنیا، بیانگر آن است که امکانات خدمات رایگان در هر ماه به ندرت به بیش از ۲ درصد از جمعیت ۴۲ درصدی زیر خط فقر، ارائه می‌شود (۴۱). این نکته حائز اهمیت است که در بسیاری از موارد، کارکنان بخش سلامت نیز به دلیل ناکافی بودن حقوقشان برای معیشت خود دچار مشکل می‌شوند.

از طرف دیگر به نظر می‌رسد که هدف قرار دادن درآمد در برخی از سطوح جامعه ممکن است اثربخش باشد. به‌عنوان مثال از رهبران جامعه در کشور کامبوج خواسته شد افرادی که باید به آنها خدمات سلامت رایگان ارائه داد و توسط صندوق‌های عدالت در سلامت^۱ پشتیبانی شوند را شناسایی و معرفی کنند. ثابت شد که ارزیابی آنها دقیق بوده و افرادی که انتخاب شدند نیازمندتر بودند (۴۲). در پاکستان طرح "Heart File" روش‌های جدید ارائه خدمات رایگان را شناسایی نموده که به‌صورت مختصر به آن خواهیم پرداخت (۴۳).

در دهه ۹۰ میلادی، برخی از کشورهای تازه استقلال یافته از اتحاد جماهیر شوروی متوجه شدند که کاهش سطح هزینه‌های دولتی، تأثیری مستقیم بر افزایش سریع پرداخت از جیب به‌صورت غیر رسمی داشته است. این روند سبب ایجاد موانع مالی جدی برای دریافت خدمات سلامت در اقشار فقیر جامعه شده بود. بر همین اساس و به‌منظور جلوگیری از بروز مشکلات بیشتر، بسیاری از این کشورها هزینه‌های رسمی و یا کمک‌هزینه‌ها را جایگزین پرداخت‌های غیر رسمی نموده و منابع بیشتری را اختصاص دادند. این کشورها روش‌های ارائه خدمات سلامت رایگان را معرفی، افراد نیازمند را شناسایی و حمایت نمودند

(۴۴). اما کشورهای تازه استقلال یافته از اتحاد جماهیر شوروی که برخلاف این چند کشور، سیاست‌های جبرانی را اتخاذ نکردند به واسطه پرداخت مستقیم در ازای دریافت خدمات سلامت تقریباً با نرخ‌های فاجعه بار مالی مواجه شدند. (۴۵)

◀ عقب‌نشینی از روش پرداخت مستقیم

زمانی که سیاستگذاران، معافیت از پرداخت هزینه‌های درمانی را به کل جامعه تعمیم دهند مشکلات هدف قرار دادن گروه‌های خاص حل خواهد شد. اخیراً ۶ کشور با درآمد پایین روش‌های پرداخت مستقیم را برای امکانات دولتی لغو و یک کشور این سیاست را به امکانات بهداشتی ارائه شده در تشکیلات غیر دولتی تعمیم داد (۴۶). در برخی موارد این اقدام به‌طور معنی داری تعداد افراد جویای درمان را افزایش داد. به‌عنوان مثال از آوریل سال ۲۰۰۶ تا ژانویه سال ۲۰۰۷ حذف هزینه‌های درمان در مناطق روستایی کشور زامبیا باعث افزایش ۵۵ درصدی استفاده از خدمات دولتی شد روستاهایی که بیشترین تعداد افراد فقیر را در خود جای داده بودند بیشترین میزان استفاده از خدمات در آنها دیده شد (۴۷). سال ۲۰۰۱ میلادی در کشور اوگاندا میزان استفاده از خدمات در مراکز درمانی تا ۸۴ درصد افزایش یافت (۴۸).

لیکن در هر دو حالت، حذف هزینه‌ها تنها عامل ایجادکننده وضعیت فوق نبوده است. افزایش بودجه‌های خدمات سلامت در مناطق روستایی، بخش مهمی از این سیاست بود. در کشور زامبیا افزایش تخصیص بودجه از منابع داخلی به همراه کمک‌های خیرین باعث افزایش ۳۶ درصدی حمایت‌های مالی مناطق روستایی نسبت به مبالغ دریافتی در روش پرداخت مستقیم در سال قبل بود. دولت اوگاندا هزینه داروها را افزایش داد و این امکان را برای مدیران فراهم ساخت که کنترل بیشتری روی تأمین بودجه داشته باشند از این‌رو مدیران، انعطاف‌پذیری در پرداخت دستمزدها را که در گذشته از طریق پرداخت مستقیم کسب می‌کردند، از دست ندادند.

برخی از ناظرین این‌طور استدلال کرده‌اند که پرداخت‌های مستقیمی که در دریافت امکانات دولتی باعث ایجاد درآمدهای ناچیزی برای دولت می‌شود را می‌توان بدون زحمت حذف کرد (۴۹، ۵۰). مطالعات صورت گرفته در ۱۶ کشور شبه صحرای آفریقا پیرامون پرداخت‌های مستقیم به ازای دریافت امکانات

دولتی، افزایش ۵ درصدی از کل هزینه‌های بازگردانده شده به نظام سلامت را نشان داده است. این در حالیست که این میزان شامل هزینه‌های اجرایی نمی‌شود (۵۱، ۵۲).

لیکن تا حد زیادی وجوه بودجه، تنها صرف هزینه‌های ثابت پرسنلی و زیرساخت‌ها می‌شود (و اندکی از این بودجه را می‌توان به تأمین داروها و دیگر اقلام مورد نیاز بیماران تخصیص داد). این جا است که درآمدهای حاصل از پرداخت‌های مردمی نقش حساسی را ایفا می‌کند. مطالعه صورت گرفته در یکی از مناطق غنا نشان داد تا زمانی که پرداخت‌های مستقیم به ترتیب ۸ درصد و ۲۷ درصد از کل هزینه‌های مراکز درمانی و بیمارستان‌های منتخب در مطالعه را تأمین می‌کند هزینه‌های غیر از حقوق و دستمزد در ۶۶٪ از مراکز درمانی و ۸۳٪ از بیمارستان‌ها از آن روش پرداخت می‌شود. بخش مهمی از انعطاف‌پذیری بودجه تحت کنترل مدیران مراکز، جهت پرداخت حقوق از این روش تأمین می‌گردد (۵۳).

در داخل یک سیستم هر چه قیمت‌ها افزایش یابد سیاست‌گذاران می‌بایست بیشتر به تبعات اصلاحات روش پرداخت مستقیم توجه کنند. بدون برنامه‌ریزی خاص و زمینه‌سازی برای تقاضاهای رو به رشد و هزینه‌های از دست رفته، حذف روش‌های پرداخت مستقیم می‌تواند منجر به عدم پرداخت دستمزد به ارائه‌کنندگان خدمت و یا دریافت زیرمیزی توسط آنان، افزایش ساعت کاری کارکنان بخش درمان، خالی شدن درمانگاه‌ها، نگهداری نادرست و یا از بین رفتن تجهیزات شود (۴۶، ۵۴). در اوگاندا حذف روش‌های پرداخت مستقیم به دلیل ایجاد فاجعه هزینه‌های درمانی در بین افراد فقیر، اثر مثبتی نداشت دلیل آن به احتمال زیاد موجود نبودن مکرر دارو در مراکز درمانی دولتی و سوق یافتن مردم به سمت داروخانه‌های خصوصی در سال ۲۰۰۱ میلادی بود (۵۵). همچنین ممکن است پرداخت‌های غیر رسمی به کارکنان بخش سلامت، به‌طور فزاینده‌ای جایگزین فقدان درآمد ناشی از پرداخت مستقیم بوده باشد. اینکه تا چه حد این امر اتفاق می‌افتد روشن نیست، اما به نظر می‌رسد رجوع به پرداخت‌های غیر رسمی یکی از مخاطرات حذف پرداخت مستقیم باشد. واضح نیست آیا کشورهایی که روش‌های پرداخت رسمی دستمزد را به‌منظور جلوگیری از پرداخت‌های غیر رسمی معرفی کرده‌اند، علی‌رغم موفقیتشان برای کاهش این امر، موفق به مدیریت حذف پرداخت‌های غیر مستقیم شده‌اند یا خیر (۵۶).

تجربیات نشان می‌دهد که برای کاهش وابستگی به پرداخت‌های مستقیم که مانع اصلی پوشش همگانی محسوب می‌شود ضروری است منابع دیگری برای جایگزین کردن روش‌های پیشین پرداخت رسمی و یا غیر رسمی شناسایی شود. اگر دولت‌ها توانایی و تمایل به افزایش بودجه در بخش سلامت را داشته باشند این امر بی‌درنگ انجام خواهد شد (۵۷). اما استقرار روش‌های جایگزین، هزینه‌هایی دارد و مستلزم ایجاد تغییراتی در نظام مالی است.

این موضوع را باید در نظر داشت که این قبیل روش‌های جایگزین، صرفاً در کشورهایی که منابع محدودی دارند کاربرد ندارد. اگرچه پرداخت‌های مستقیم در اکثر کشورهای عضو OECD تقریباً نقش مهمی ندارد اما روند صعودی آن حتی قبل از رکود اقتصاد جهانی در بسیاری از کشورها نمایان شد. بسیاری از این کشورها سهم هزینه بیمار را از طریق پرداخت مستقیم افزایش داده بودند تا سهم دولت را محدود و استفاده غیر ضروری از خدمات را کاهش دهند (۵۸). اینگونه پرداخت‌های مستقیم برای برخی از مردم مشکلات مالی ایجاد کرده و دسترسی به خدمات را برای گروه دیگر کاهش می‌دهد. همانطور که در فصل یک اشاره شد تنها در شش کشور عضو OECD سالیانه بیش از ۱٪ از جمعیت یعنی تقریباً چهارمیلیون نفر به واسطه پرداخت مستقیم با فاجعه مالی مواجه می‌شوند.

◀◀ قدرت اعداد

مؤثرترین اقدام در برابر ریسک مالی ناشی از پرداخت هزینه‌های درمانی، مشارکت در پرداخت است. هرچه تعداد افراد مشارکت‌کننده بیشتر شود حفاظت در مقابل ریسک مالی نیز کاهش می‌یابد. نارین-پیتتالاکارن با کمک مردم روستا، صندوق وجوه اضطراری را برپا نمود تا در مواقع بیماری و یا وقوع حادثه از آن برداشت کنند. هزینه عمل جراحی مغز وی به همراه هزینه مراقبت‌ها در بیمارستان منطقه‌ای خان کائن باعث اتمام پس‌اندازش شد. خوشبختانه به دلیل پرداخت مالیات عمومی در تایلند، تحت پوشش بیمه همگانی قرار گرفته بود و مخارج او تأمین شد. این امر نتیجه یک تصمیم آگاهانه نبود بلکه نتیجه تصمیمی بود که گروهی در چند دهه گذشته آنرا اتخاذ و برایش مبارزه کرده بودند. پیتتالاکارن جزئی از این خیل عظیم مردم است. او به‌عنوان یک کارگر فصلی درآمدی برابر ۵ دلار در روز داشته که

حتی قادر به پرداخت باهات در زمان نیاز به مراقبتش نبود اما تحت درمان قرار گرفت و سلامتی خود را بدست آورد. در اعداد، قدرت نهفته است (راهنما ۳-۱).

راهنما ۳-۱: قدرت در اعداد نهفته است.

سیاستگذاران برای برنامه‌ریزی جهت حذف پرداخت‌های مستقیم و دیگر اشکال آن با سه گزینه مرتبط روبرو هستند. اولین گزینه، جایگزین نمودن انواع پیش‌پرداخت‌ها به جای روش پرداخت مستقیم می‌باشد که رایج‌ترین نوع پیش‌پرداخت، ادغام مالیات با حق بیمه‌ها است. دومین گزینه ادغام صندوق‌های پراکنده و تبدیل آنها به یک صندوق واحد و سومین گزینه افزایش کارایی صندوق‌ها می‌باشد. (در فصل ۴ به تفصیل به آن پرداخته شده است.)

پیش‌پرداخت ضرورتاً به آن معنا نیست که مردم هزینه‌های کامل خدماتی را که دریافت می‌کنند، می‌پردازند بلکه پرداخت، قبل از بیمار شدن صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، مردم پولی را به صندوق واریز و در زمان بیماری از آن برداشت می‌کنند. گاهی خدماتی، گران‌تر از پول واریز شده و گاهی خدماتی ارزان‌تر از کل مبلغ واریزی به صندوق دریافت می‌کنند.

چه این صندوق‌ها با هم ادغام شوند و یک صندوق ملی ایجاد شود و یا ادغام نشوند و به‌صورت جداگانه با هم رقابت کنند و نیازهای مناطق مختلف را مرتفع نمایند در هر صورت این موضوع از اولویت ملی برخوردار است. در اکثر کشورهای با درآمد بالا، جمع‌آوری و ادغام منابع از طریق ادغام عملکردهای دو وزارتخانه دارایی و بهداشت و در سطح دولت مرکزی صورت می‌گیرد. به‌عنوان مثال جمهوری کره بیش از ۳۰۰ شرکت بیمه انفرادی را در یک صندوق ملی واحد ادغام نمود (۵۹).

در این زمینه استثنائاتی نیز وجود دارد. شهروندان سوئیسی قویاً به این موضوع رأی داده‌اند که به جای یک صندوق واحد *caisse unique* چند صندوق داشته باشند و منابع مالی برای گروه‌های کوچکتر جامعه تجمیع شود. (۶۰) از اوایل دهه ۱۹۹۰ کشور هلند، دارای سیستم صندوق‌های رقابتی بوده است (۶۱). در هر دو مورد، پرداخت حق بیمه اجباری بوده و دولت‌ها تمایل به یکی کردن صندوق‌ها از طریق برابری ریسک دارند که به‌وسیله آن پول از صندوق‌های بیمه‌ای که بخش عظیمی از افراد دارای ریسک پایین را تحت پوشش قرار می‌دهند به صندوق‌های بیمه‌ای که به‌طور عمده افراد با ریسک بالا را پوشش داده و متحمل هزینه‌های زیاد می‌شوند، انتقال می‌یابد.

با این وجود تجربیات نشان می‌دهد که وجود صندوق واحد دارای مزیت‌های متعدد و به تبع آن ظرفیت و کارایی بیشتر در جهت کمک مالی به جامعه است (به فصل ۴ مراجعه شود). مدرک مستدلی وجود دارد که نشان می‌دهد سیستم‌های تجمیع چندگانه و فاقد برابری ریسک ممکن است برخلاف اهداف عدالت در تأمین مالی فعالیت کنند زیرا هر صندوق تجمیع شده‌ای تمایل به تحت پوشش قرار دادن افراد با ریسک پایین دارد و آن دسته از افراد تحت پوششی که مزایای

بیشتری دریافت می‌کنند نمی‌خواهند صندوق‌های تجمیع یافته آنها، افرادی را تحت پوشش قرار دهد که ضرردهی به همراه داشته باشند (۶۲).

همچنین برابری ریسک زمانی محقق می‌شود که دولت‌های مرکزی برای ارائه تسهیلات سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی و یا به سطوح پایینتر دولتی بودجه اختصاص دهند. مردم و بنگاههای مناطق ثروتمند تر با مشکلات کمتر از نظر سلامت، عموماً از طریق مالیات و وجوه پرداختی، در مقایسه با میزان خدمات دریافتی، مشارکت بیشتری در تجمیع ها دارند. درحالیکه ساکنین مناطق فقیرتر با مشکلات بیشتر از حیث سلامت، خدمات بیشتری را در مقایسه با میزان مشارکت خود دریافت می‌کنند. برخی کشورها، از فرمولهای تخصیص ترکیبی برای تعیین میزان بودجه تخصیصی و ارائه تسهیلات بصورت منصفانه برای نواحی مختلف جغرافیایی استفاده می‌کنند (۶۳).

از مدت‌ها قبل مردم به‌صورت داوطلبانه دارایی خود را تجمیع می‌کردند تا در زمان بیماری با استفاده از آن در مقابل ریسک مالی محافظت شوند. سال ۱۹۵۲ در غرب بنگال طرح خانه بیمه سلامت دانشجویان^۱ اجرا شد و از دهه ۱۹۸۰ در چند کشور واقع در غرب آفریقا از جمله بنین، گینه، مالی و سنگال طرح‌هایی آغاز شد که اغلب آنها کمتر از چند صد نفر عضو داشتند (۶۴-۶۷). طرح‌های مذکور کاملاً محلی بوده و اغلب وابسته به روستایی خاص و یا گروه‌های شغلی بودند. در مثالی دیگر در کشور اوکراین، افراد صندوق‌های بیماری تشکیل داده‌اند تا هزینه‌های دارو را در مواقع محدودیت تخصیص بودجه دولتی به مراکز درمانی محلی، پوشش دهند. معمولاً حق بیمه‌ها ۵٪ از دستمزد را تشکیل می‌داد که اغلب اوقات با کمک خیرین نیز افزایش می‌یافت. در سطح ملی، زمانی که پوشش بیمه‌ها اندک است صندوق‌های مذکور در برخی از شهرهای کوچک که تأمین امکانات بهداشتی آنها با کمبود بودجه روبرو شده، نقش اساسی ایفا می‌کنند (۶۸).

در فقدان یک جایگزین مؤثر (مکانیزمی بر اساس تجمیع کنترل شده عمومی^۲)، چنین طرح‌هایی اغلب در میان گروه‌های مختلف جامعه محبوبیت پیدا می‌کنند. از طریق ۴۹ طرح مبتنی بر سلامت جامعه که در کشورهای بنگلادش، هند و نپال اجرا شد با الگوبرداری از طرح‌های کشور هند به کارگران غیر رسمی مانند کارگران و کشاورزان خرد، خدماتی ارائه گردید. این گونه طرح‌ها می‌تواند صدها هزار نفر

1- The Students' Health Home insurance scheme

2- A functioning publicly regulated pooling mechanism

عضو داشته باشد (۶۹)، اما در شرایط تقریبی آن قدر کم جمعیت‌اند که به‌عنوان تجمیع محسوب نمی‌شوند و صرفاً برخی مداخلات درمانی گران‌قیمت مانند جراحی را به‌صورت محدود تحت پوشش قرار می‌دهند. به علاوه طرح‌های مذکور هزینه‌های مراقبت‌های اولیه و در بعضی از موارد بخشی از هزینه‌های بستری را پوشش داده، مردم را با پیش‌پرداخت و تجمیع آشنا ساخته و می‌توانند «یکپارچگی»^۱ را که فاکتور اصلی ایجاد حرکت گسترده‌تر به سوی پوشش همگانی است، به وجود آورند (۷۰).

بیمه سلامت اجتماعی و یا بیمه خرد microinsurance می‌تواند به‌عنوان یک نهاد، زمینه‌ای برای ایجاد طرح‌های بزرگتر منطقه باشد که به نوبه خود با صندوق ریسک ملی ادغام شود اگرچه همیشه تشکیل این قبیل موارد به پشتوانه دولتی نیاز دارد. بسیاری از کشورهایی که در طرح پوشش همگانی موفق بوده‌اند، از طرح‌های کوچکتر بیمه درمان اختیاری شروع کرده‌اند و به تدریج به بیمه اجتماعی اجباری برای گروه‌های خاص تبدیل شده و در نهایت در سطوح گسترده‌تر، افراد را در برابر ریسک مالی محافظت کردند. سال‌ها بعد طرح‌های بیمه درمان اختیاری در کشورهای آلمان و ژاپن نقش مهمی در توسعه پوشش همگانی ایفا کرد.

در راستای پوشش همگانی، اخیراً چند کشور در مقایسه با روش منتخب چند قرن پیش کشورهای آلمان و ژاپن مسیر کوتاه‌تری را برگزیدند. در سال ۲۰۰۱، پیش از آنکه اصلاحات پوشش همگانی آغاز شود تایلند چند طرح به‌صورت جداگانه راه‌اندازی کرد که می‌توان «طرح رفاه سلامت برای افراد بی‌بضاعت»^۲، «طرح کارت سلامت اختیاری»^۳، «طرح خدمات درمانی کارکنان دولت»^۴، «طرح تأمین اجتماعی برای بخش دولتی»^۵ و «بیمه خصوصی»^۶ را نام برد. علی‌رغم رشد سریع پوشش همگانی در دهه ۱۹۹۰، تقریباً ۳۰٪ از مردم تایلند در سال ۲۰۰۱ تحت پوشش قرار نگرفته بودند (۷۱). «طرح

-
- 1- Solidarity
 - 2- Health Welfare Scheme for the Poor
 - 3- Voluntary Health Card scheme
 - 4- Civil Servants Medical Benefit Scheme
 - 5- Social Security Scheme for the formal sector
 - 6- private insurance

خدمات درمانی کارکنان دولت» در مقایسه با «طرح رفاه سلامت برای افراد فقیر» به دلیل دریافت یارانه‌های دولتی موفق‌تر عمل کرد (۷۲). در نتیجه، این اقدامات باعث افزایش نابرابری‌ها شد. در سال ۲۰۰۱ کاهش طرح‌های پراکنده و تخصیص یارانه دولت برای خدمات سلامت در رأس برنامه اصلاحی پوشش همگانی قرار گرفت. سیاستگذاران با طرح این موضوع که افراد فاقد پوشش اعم از کارمندان غیر رسمی و اقشار فقیر قادر به پرداخت حق بیمه نمی‌باشند، به تدریج گسترش پوشش همگانی از طریق پرداخت حق بیمه را رد کردند (۷۳) و در عوض، طرح‌های «رفاه سلامت برای افراد بی‌بضاعت» و «کارت سلامت اختیاری» را جایگزین آن نمودند و بودجه عمومی را که پیش از این صرف طرح پوشش همگانی از طریق پرداخت حق بیمه به ارائه‌دهندگان خدمات در بخش دولتی می‌شد در سطح ملی یکپارچه کردند که امروزه «طرح پوشش همگانی» و پیش از این «طرح ۳۰ باهات» نامیده می‌شد. طرح‌های «خدمات درمانی کارکنان دولت» و «تأمین اجتماعی» با یکدیگر ادغام نشدند اما طرح پوشش همگانی هنوز هم از طریق تجمیع سرمایه برای ۵۰ میلیون نفر ادغام شده و به همین دلیل نسبت جمعیت بدون پوشش بیمه همگانی از ۳۰٪ به کمتر از ۴٪ کاهش یافته است.

کلیه کشورهایی که از رقابت شرکت‌های بیمه برای پوشش اجباری استفاده می‌کنند از سیستم برابری ریسک برای جلوگیری از اثرات منفی مشارکت هزینه بهره می‌برند. جمهوری چک که از رقابت شرکت‌های بیمه‌ای استفاده نمود با مشکل تحمیل کل هزینه‌های مشتریان مسن و فقیر به یکی از صندوق‌ها مواجه شد. سال ۲۰۰۳ این دولت مکانیزم برابری خطر را به تمام درآمدهای پیش‌پرداخت شده اجباری برای بیمه درمانی تعمیم داد و به‌طور مؤثر منابع را از صندوق‌هایی که افراد با ریسک پایین را تحت پوشش داشتند به صندوق‌هایی که افراد با ریسک بالا را پوشش می‌دادند انتقال داد. این اصلاحات مکانیزمی برای جبران خسارت صندوق‌هایی که افراد با ریسک بالا را پوشش می‌دادند نیز ایجاد نمود (۷۴).

◀ کجا و چگونه افراد بیشتری را تحت پوشش قرار دهیم؟

در مبحث تأمین اعتبار بر مبنای پیش‌پرداخت و ادغام منابع، سیاستگذاران ابتدا باید تصمیم بگیرند کدام قشر جامعه برای تحت پوشش قرار گرفتن در اولویت هستند. در گذشته بسیاری از کشورهای

اروپایی با درآمد بالا و همچنین کشور ژاپن از کارگران بخش دولتی شروع کردند زیرا از آمار مشخص برخوردار بوده و به راحتی مالیات بر دستمزد از آنها کسر می‌شد.

لیکن امروزه شروع این کار از بخش دولتی به جای حرکت به سوی یک تجمیع ریسک بزرگ و به تبع آن انتقال یارانه دولتی از افراد دارا به فقیر و از افراد سالم به بیمار باعث پراکندگی بیشتر و نابرابری می‌شود. از سال ۱۹۸۰ به بعد شاید فقط جمهوری کره بوده که با این روش به سمت پوشش همگانی حرکت کرده است. در آن کشور، سیستم پوشش همگانی با حمایت قوی دولت آغاز شد و توأم با رشد سریع اقتصادی و مشارکت فعال کارکنان بخش دولتی در مقایسه با آمار کشورهای با درآمد پایین و متوسط بهبود چشمگیری یافت (۷۵، ۷۶).

معهدا، نتایج زیاد مثبت نبود. به‌عنوان نمونه گروه‌هایی که در ابتدا تحت پوشش همگانی قرار داشتند به‌ویژه افرادی که قادر به پرداخت حق بیمه نبودند، برای افزایش مزایا و یا کاهش حق بیمه فشار آوردند تا پوشش همگانی به سایر گروه‌ها تعمیم نیابد. این تشدید نابرابری باعث شد کسانی که در استخدام رسمی بودند به‌طور کلی نسبت به بقیه جمعیت از امنیت مالی بیشتری برخوردار شوند. ۱۵ سال پیش کشور مکزیک نیز این وضعیت را تجربه کرد و آن زمانی بود که انواع مختلف صندوق‌های تجمیع شده، گروه‌های متنوع جمعیتی را با سطوح مختلف مزایا تحت پوشش قرار دادند (۷۷-۷۹). چنین تمهیداتی نه تنها غیر منصفانه بلکه ناکارآمد و پرخرج نیز هستند (۸۱، ۸۰). منطق اصلاحات اخیر در مکزیک گسترش پوشش همگانی مؤثرتر برای بی‌بضاعت‌ترین افراد جامعه بود (۸۲).

◀ تمرکز بر فقرا

سیاستگذاران برای برنامه‌ریزی در خصوص چگونگی تأمین مالی پوشش همگانی، نباید افرادی که قادر به پرداخت حق بیمه نیستند را مستثنی کنند. عدم توانایی افراد برای پرداخت حق بیمه می‌تواند ناشی از دستمزد کم و نداشتن استطاعت برای پرداخت مالیات بر دستمزد و یا حق بیمه باشد. موضوع کلیدی این است که آیا پرداخت حق بیمه باید با میزان برخورداری از خدمات مرتبط باشد؟ آیا افرادی که حق بیمه پرداخت نمی‌کنند باید خدمات سلامت را به‌صورت آزاد دریافت نمایند؟ تحقیقات اندکی که در

این زمینه صورت گرفته حاکی از آن است که اگرچه اکثر افراد معتقدند نه تنها به افراد فقیر در پرداخت هزینه‌های درمانی می‌بایست کمک شود بلکه این کمک باید تمام جوانب زندگی آنها را در بر بگیرد (۸۳). هر کشوری از دریچه وضعیت اقتصادی اجتماعی خود به این موضوع نگاه می‌کند اما سیاستگذاران باید به خاطر بسپارند که هر اندازه در تأمین مالی بخش سلامت انصاف رعایت شود به همان میزان از ثبات بیشتری در درازمدت برخوردار خواهد بود.

تنها افراد فقیر و بیمار با خطر مستثنی شدن از پرداخت حق بیمه مواجه نیستند بلکه کارگران دارای مشاغل پرخطر نیز تهدید می‌شوند. در منطقه‌ای که پیتتالاکاران دچار سانحه شد کارگران، جزء افرادی بودند که در صورت عدم ارائه خدمات درمانی و پرداخت هزینه‌های درمانی، به جای اینکه از بخش ICU سر در آورند به سردخانه روستا فرستاده می‌شدند.

هر سیستمی که پذیرفته شود باز هم درآمدهای عمومی متضمن پرداخت حق بیمه توسط کلیه اقشار می‌گردد. به‌عنوان مثال برای پرداخت حق بیمه به آنها یارانه دولتی تعلق بگیرد و یا آن که پرداخت مستقیم به آنها تحمیل نشود.

کشورهایی که مجموع ترکیب هزینه‌های حاصل از درآمد عمومی دولت و حق بیمه‌های اجباری درمانشان، کمتر از حدود ۵ تا ۶ درصد از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهد، تلاش می‌کنند پوشش خدمات سلامت برای افراد فقیر را تضمین نمایند (۸۴). دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی سلامت در قاره آمریکا مدافع سطح ۶ درصدی می‌باشد (۸۵، ۸۶). تنها کشورهای ثروتمندتر به این سطح نایل می‌شوند اما لازم است کشورهایی که پوشش بیمه همگانی را هدف خود قرار داده‌اند تدابیری برای توسعه حق بیمه‌ها بیاندیشند تا افراد فقیر را در طول زمان تحت پوشش قرار دهند. توسعه مشارکت به روش‌های متعددی از جمله تخصیص یارانه به حق بیمه‌ها و یا ارائه خدمات رایگان، امکان‌پذیر است.

در این میان پاسخ به دو سؤال بسیار مهم است اول آنکه چه کسانی باید تحت پوشش قرار بگیرند و دیگر آنکه بودجه آن باید از کجا تأمین شود. در حقیقت برای تأمین بودجه، تقسیم‌گزینه‌ها به دو گروه مالیات و یا بیمه درمان اجتماعی کمکی نخواهد کرد. در اکثر نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت، روش‌های ترکیبی (هیبریداسیون) شامل جمع‌آوری، تجمیع و هزینه‌کرد منابع به روش‌های مختلف

می‌باشد. منابع درآمدی ضرورتاً تعیین‌کننده نحوه ادغام منابع و یا طرف ذی‌نفع نمی‌باشد. حق بیمه‌هایی که از کارمندان و کارفرمایان گرفته می‌شود را می‌توان در یک صندوق با عنوان حق بیمه‌های حاصل از درآمد عمومی دولت ادغام نمود. سال ۲۰۰۴ جمهوری مولداوی شرکت ملی بیمه سلامت را معرفی کرد که تأمین مالی آن به دو طریق صورت می‌گرفت: ۴٪ مالیات بر دستمزد وضع شد که در سال ۲۰۰۹ به ۷٪ افزایش یافت و درآمدهای بودجه عمومی که پیش از آن به مراکز درمانی منطقه‌ای و ملی تخصیص می‌یافت به شرکت اختصاص داده شد (۸۷).

در واقع تجمیع درآمد بودجه عمومی با حق بیمه‌های اجباری، نواقص سیستم غیر متمرکز بودجه را برطرف ساخت و زمانی که آن را با یک تغییر از روش پرداخت مبتنی بر ورودی به خروجی تبدیل کرد منجر به برابری بیشتر در سرانه دولتی سلامت در سراسر مناطق دولت محلی شد. همچنین سطح پرداخت از جیب را برای فقیرترین قشر که ۲۰٪ جامعه را تشکیل می‌دهند کاهش داد (۸۸، ۸۹)، اگرچه جمهوری مولداوی هنوز هم در توسعه پوشش همگانی برای بخش‌هایی از جمعیت با چالش‌هایی مواجه است (راهنما ۳-۲).

راهنما ۳-۲: حقوق قانونی در جمهوری مولداوی

سال ۲۰۰۴ میلادی جمهوری مولداوی، سیستم ملی بیمه درمان اجباری را معرفی کرد. قوانین تصریح می‌کنند که از لحاظ اقتصادی، جمعیت فعال سهم خود را از طریق مالیات بر حقوق و دستمزد می‌پردازند و یا اگر خویش‌فرما باشند، حق بیمه یکسان پرداخت می‌کنند. باقیمانده جمعیت یعنی آن دسته که تحت عنوان بیکار و یا بدون شغل ثبت شده‌اند از پرداخت حق بیمه معاف شده و دولت با پرداخت نیمی از حق بیمه، آنها را بیمه نموده است. تغییر در اصل حقوق یعنی از شهروند جمهوری مولداوی بودن به فردی که خودش حق بیمه پرداخت می‌کند به این معناست که یک چهارم جمعیت (۲۷/۶ درصد در سال ۲۰۰۹) دسترسی کافی به خدمات سلامت ندارند. بخش عظیمی از این جمعیت، کارگران روستایی کشاورز بوده که به خدمات اولیه و تا حدودی مشاوره توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه دسترسی داشته اما برای دریافت سایر خدمات باید پرداخت مستقیم یا به عبارتی از جیب پرداخت نمایند (۸۷).

دولت نه تنها این جمعیت را که اکثراً زیر خط فقر هستند ملزم به پرداخت حق بیمه می‌کند بلکه مبلغ حق بیمه را از کلیه بیمه‌شدگان خویش‌فرما از جمله پزشکان، سردفترهای اسناد رسمی و وکلای نیز یکسان دریافت می‌نماید. قانون دیگری که در فوریه سال ۲۰۰۹ وضع شد تضمین نمود کلیه افراد بی‌بضاعت طبق قانون حمایت اجتماعی به صورت اتوماتیک یارانه بیمه درمان را به‌طور کامل دریافت خواهند کرد. با تصویب قانونی در دسامبر سال ۲۰۰۹ نگرانی‌ها در خصوص

پوشش همگانی بیشتر شد به این ترتیب بسته خدمات مانند کلیه مراقبت‌های اولیه برای همه شهروندان صرف نظر از وضعیت بیمه‌شان ارتقاء یافت. علی‌رغم وجود برخی مسائل پیرامون مبحث تساوی حقوق در بخش سلامت، از سال ۲۰۰۴ که اصلاحات بیمه درمان ارائه گردید تمرکز تمام بودجه‌های عمومی مراقبت‌های سلامت در کنار مجزا نمودن فرآیندهای خرید و ارائه خدمات منجر به افزایش عدالت جغرافیایی دولت در سرانه هزینه‌های درمان شده است (۹۰).

حتی کشور آلمان هم که قدیمی‌ترین سیستم بیمه سلامت اجتماعی مبتنی بر شغل را در دنیا دارد، سهم درآمدهای عمومی دولت را در تجمیع بیمه افزایش داده است. این افزایش، واکنش به چالش‌های ناشی از سالمندی جمعیت و کاهش حق بیمه‌های مبتنی بر دستمزد^۱ بود که از سال ۲۰۰۸ تأثیرات بحران جهانی اقتصاد بر اشتغال و نرخ‌های حق بیمه داشته است. متعاقباً وجوه اضافی از درآمدهای عمومی دولت به نظام بیمه تزریق و نرخ حق بیمه سلامت مبتنی بر دستمزد از ۱۵/۵٪ به ۱۴/۹٪ کاهش یافت (۹۱، ۹۲).

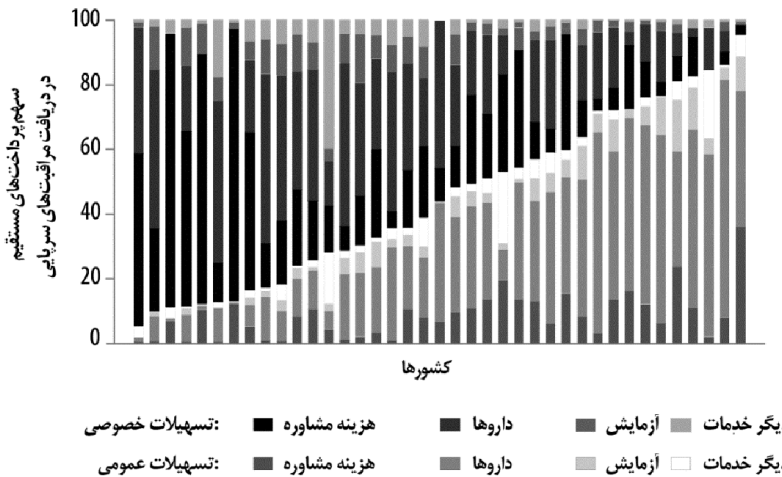
◀ سایر موانع موجود بر سر راه دسترسی به خدمات

اگرچه تغییر رویه از روش پرداخت مستقیم به نظام پیش‌پرداخت و تجمیع منابع باعث برخورداری افراد فقیر از خدمات می‌شود اما دسترسی به مراقبت سلامت را تضمین نمی‌کند. پرداخت‌های مستقیم فقط بخشی از هزینه‌های مالی است که مردم هنگام دریافت خدمات با آن مواجه می‌شوند و پرداخت مستقیمی که در مراکز درمانی دولتی صورت می‌گیرد نیز تنها بخش کوچکی از این هزینه‌ها را پوشش می‌دهد. وانگهی، هزینه‌های مالی تنها یکی از موانع بالقوه برای دریافت مراقبت سلامت می‌باشند (۹۳، ۹۴). فرهنگ‌ها و گویش‌های مختلف از دیگر موانع موجود در جوامع چند فرهنگی محسوب می‌شوند به‌عنوان مثال در برخی جوامع زنان اجازه ندارند به تنهایی سفر کنند.

نتایج حاصل از مطالعات سازمان جهانی سلامت در ۳۹ کشور با درآمد پایین و متوسط نشان می‌دهد که به‌طور میانگین تنها ۴۵ درصد از کل پرداخت از جیب هزینه‌های سرپایی در مراکز درمانی دولتی انجام گرفته که شامل ویزیت دکتر، دارو و آزمایشگاه بوده است (بخش خاکستری در تصویر ۳-۳) در

1- Wage-linked health insurance contributions.

برخی از کشورها این میزان کمتر از ۱۵٪ بود. ۵۵٪ باقیمانده پرداخت از جیب مربوط به استفاده از خدمات در مراکز خصوصی غیر دولتی و خدمات دارویی و آزمایشگاه بود (۹۵). ارائه خدمات سلامت رایگان در مراکز درمانی دولتی بخشی از روش کاهش موانع مالی برای دسترسی به خدمات است.



تصویر ۳-۳: پرداخت‌های مستقیم در قبال دریافت تسهیلات عمومی و خصوصی در ۳۹ کشور

رفت و آمد، عامل مهم دیگر در ایجاد هزینه، خصوصاً در مناطق دور افتاده روستایی است. در مطالعه پیشین سازمان جهانی سلامت، هزینه رفت و آمد به صورت میانگین بیش از ۱۰٪ از کل هزینه‌های پرداخت از جیب بیماران را در ۳۹ کشور تشکیل می‌داد (۹۵). این امر باعث می‌شد بیماران درمان خود را به تعویق بیندازند (۹۶). اقامت طولانی بیمار در بیمارستان مستلزم اسکان و تأمین غذا برای همراه بیمار است که آن نیز به هزینه درمان بیمار اضافه می‌شود (۹۷). حتی در کشورهایی که محدودیت پرداخت مستقیم برای درمان وجود ندارد هزینه‌های رفت و آمد و سایر پرداخت‌های مستقیم می‌تواند مانع جدی برای دریافت مراقبت‌های به موقع خانواده باشد (۹۸).

فایق آمدن بر موانع مالی به چند روش امکان‌پذیر است. بدیهی‌ترین روش، سرمایه‌گذاری بر مراقبت‌های اولیه است تا افراد بتوانند راحت و ارزان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند. این روش مهم‌ترین عامل موفقیت کشور تایلند در تعمیم پوشش همگانی بود. بدین صورت که اصلاحات تأمین

مالی بخش سلامت با گسترش مراقبت‌های اولیه در سراسر کشور و ارائه خدمات سلامت در روستاها توسط پزشکان جوان فارغ‌التحصیل توأمأ همراه شد (۹۹).

دیگر کشورها برای ایجاد اصلاحات تدریجی، از کوپن یا انتقال وجه نقد مشروط (CCTs) استفاده کردند. CCT یک ابزار مالی برای دسترسی مردم به خدمات و یا ارائه برخی از اقدامات بهداشتی خاص، از جمله اقدامات پیشگیرانه محسوب می‌شود (۱۰۰، ۱۰۱).

کشورهای آمریکای لاتین، برزیل، کلمبیا، هندوراس، مکزیک و نیکاراگوآ از این روش استفاده کردند (۱۰۲-۱۰۴). سال ۱۹۹۷ کشور مکزیک طرح انتقال وجه نقد مشروط (CCTs) را که پیش از آن *progesa* نامیده می‌شد آغاز نمود و ۵ میلیون خانواده را با صرف معادل ۴ میلیارد دلار هزینه‌های عمومی تحت پوشش قرار داد و توانست سلامت کودکان را افزایش و مرگ و میر نوزادان را کاهش دهد (۱۰۵، ۱۰۶).

طرح انتقال وجه نقد مشروط در کشورهای بنگلادش، اکوادور، گوآتمالا، هند، اندونزی، کنیا، نپال، پاکستان، ترکیه و آمریکا نیز اجرا شد. با اینکه آنها جایگاه خود را در تأمین مالی بخش سلامت کشور حفظ می‌کنند ولی به دلیل محدودیت خدمات و یا پایین بودن کیفیت آنها مانند مناطق روستایی شبه صحرای آفریقا این طرح‌ها کاربردی نیستند.

ایرادهایی نیز به این طرح وارد است از جمله تحمیل هزینه‌های بالقوه فراوان و ناکارآمدی توزیع ریسک که افراد مرفه با سوء استفاده از تحصیلات و یا ارتباطات خود از این مزایا بهره می‌برند.

لیکن در کشورهایی که موانع اساسی برای دسترسی گروه‌های خاص مثلاً افراد فقیر و یا ساکنین مناطق دورافتاده به خدمات سلامت وجود دارد طرح CCTs ممکن است در کوتاه‌مدت تنها راه تضمین دسترسی به موقع مردم به خدمات مورد نیازشان باشد.

◀ نتیجه‌گیری

طی سه دهه گذشته تجربیات ارزشمندی از شکست‌های روش پرداخت مستقیم به‌خصوص در تأمین مالی بخش سلامت حاصل شد. چاره کار، حرکت به سوی نظام پیش‌پرداخت، تجمیع منابع، توزیع ریسک‌های مالی بیماری و سلامت و تحت پوشش قرارگرفتن اکثریت مردم جامعه است. برنامه‌ریزی باید کاملاً با دقت انجام گیرد تا از تشدید ناامیدی در اقشار فقیر و آسیب‌پذیر به‌ویژه ساکنین روستاهای دورافتاده جلوگیری شود. اطلاعات مورد نیاز برای سیاستگذاری در راهنمای شماره ۳-۳ به‌صورت اجمالی بیان شده است.

در اهداف بلندمدت می‌بایست سطح پرداخت‌های مستقیم به کمتر از ۱۵ الی ۲۰ درصد از کل هزینه‌های درمان کاهش و نسبت مجموع هزینه بیمه دولتی و اجباری در تولید ناخالص داخلی حدود ۵ الی ۶ درصد افزایش یابد. برای برخی از کشورها رسیدن به این سطح کاری بس دشوار بوده و ممکن است به جای آن اهداف کوتاه‌مدت‌تری را جایگزین کنند. اگرچه این اقدامات ممکن است استرس‌زا باشد، اما اخیراً بسیاری از کشورها حتی کشورهای با منابع محدود نیز در این راستا گام‌های بزرگی برداشته‌اند.

برای آن‌دسته از کشورهایی که قادر به تأمین اعتبار نبوده و یا آنکه فاقد توان فنی برای حمایت از این تحول هستند مشارکت‌های مالی خارجی امری بسیار حیاتی محسوب می‌شود و این امر بسیار مهم است که حمایت‌ها در چارچوب بیانیه پاریس صورت گیرد یعنی به طریقی اجازه داده شود تا کشورهای دریافت‌کننده کمک با توجه به اولویت‌هایشان به تدوین، فرموله کردن و اجرای برنامه‌های ملی خود بپردازند. از شیوه‌های پراکنده‌ای که در آن، کمک خیرین به کشورهای کانالیزه می‌شود باید پرهیز گردد. همچنین شرکای توسعه باید به خاطر داشته باشند که برای بسیاری از دولت‌هایی که هنوز به پرداخت مستقیم وابسته‌اند، به‌عنوان یک راهکار خارجی و مساعدت خیرانه، نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند.

گذار به نظام پیش‌پرداخت و تجمیع منابع مستلزم جنبشی در سطوح ملی و بین‌المللی است تا کشورها به اجرای تعهداتشان در دهه گذشته احترام بگذارند و این موفقیت بستگی به میزان تداوم منابعی دارد که دولت‌ها به آن متعهد شده‌اند. بدون سرمایه‌گذاری در بخش سلامت به‌خصوص در بخش زیرساخت‌ها و پرسنلی، ارائه مراقبت‌های اولیه در سطح مناسب امکان‌پذیر نبوده و پرسش در خصوص

چگونگی خرید خدمات سلامت کاملاً نامربوط خواهد بود. وقتی مراقبتی وجود ندارد حتی پرداخت پول نیز چاره‌ساز نیست. به‌طور کلی، حتی در کشورهایی که پیش‌پرداخت و تجمیع منابع امری معمولی است همیشه افراد فقیری وجود دارند که به خدمات رایگان نیازمند هستند.

راهنما ۳-۳: ایده‌های اصلی برای کاهش موانع تأمین مالی

امروزه سؤال اصلی متولیان بخش سلامت این است که چطور می‌توان سیستم فعلی تأمین مالی را با کمک قدرت موجود در اعداد و ارقام تغییر داد و سود حاصل را حفظ نمود؟ در این قسمت به ذکر برخی نظریات می‌پردازیم که چگونه سیاستگذاران در مورد چگونگی افزایش حفاظت مالی از جامعه توأم با کاهش موانع استفاده از خدمات تصمیم می‌گیرند.

تجمیع پرداخت‌ها

کشورها می‌توانند با معرفی فرم‌های مختلف پیش‌پرداخت و تجمیع منابع در جهت تکمیل پوشش همگانی، گام‌های سریع‌تری برداشته و از قدرت اعداد بهره‌مند شوند.

تجمیع و یا تعدیل ریسک^۱

تجمیع منابع پراکنده و یا توسعه راه‌های مختلف از بین بردن ریسک، هر دو فرصت‌هایی برای تکمیل پوشش همگانی هستند چرا که در فرآیند تجمیع، سرمایه‌ها جمع و در فرآیند تعدیل ریسک، انتقال وجوه بین این دو امکان‌پذیر می‌گردد.

ترکیب مالیات با بیمه درمان اجتماعی

وجوه ورودی الزاماً مشخص‌کننده نحوه تجمیع آنها نمی‌باشد. مالیات‌ها و حق بیمه‌ها را به جای آنکه در صندوق‌های جداگانه نگاه دارند می‌توان در جهت نیل به پوشش همگانی ترکیب نمود.

کمک مشارکت‌های اجباری

کشورهایی که در تکمیل پوشش همگانی پیشرو هستند از برخی روش‌های مشارکت اجباری استفاده می‌نمایند. حتی وقتی درآمدهای عمومی دولت پشتوانه درمان است، باز هم مشارکت‌های اجباری، پوشش افرادی را که در جوامع مختلف قادر به پرداخت بیمه پایه خود نیستند، از طریق صندوق‌های تجمیع ممکن می‌سازد.

طرح‌های اختیاری، گام‌های اولیه مؤثر می‌باشند.

کشورهای بسیاری هستند که شرایط اقتصادی و مالی آنها صرفاً جمع‌آوری مالیات و یا مشارکت‌های اجباری اندکی را ممکن می‌سازد. در چنین شرایطی، طرح‌های اختیاری، پتانسیل حفاظت کمی از بیماران در برابر ریسک مالی درمان را دارند و ممکن است بتوانند مردم را متوجه مزایای داشتن پیش‌پرداخت و تجمیع نمایند. اما تجربه نشان داده است که

توانایی آنها محدود است.

کاهش پرداخت مستقیم

تنها زمانی که پرداخت مستقیم خانوارها به ۱۵ الی ۲۰ درصد کل هزینه‌های درمان برسد خطر فاجعه مالی به صورت محسوسی کاهش یافته است با این حال طبق گزارشات مذکور، کشورهایی نیز هستند که شاید نیل به اهداف کوچکتر آنها را اغنا می‌نماید. این کشورها غالباً به کشورهای جنوب شرقی آسیا و مناطق غربی اقیانوسیه تعلق دارند.

◀ مراجع

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (<http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for healthcare in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* (1982) 2006;62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).

9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006;62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006;21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia Pacific Region. *Lancet*, 2010;375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf>; accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010;125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007;122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005;331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME et al. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008;13:1442-1451. doi:10.1111/j.13653156.2008.02173.x PMID:18983268

20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006;9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002;37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9-16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990;5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995;10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of*

- Health Planning and Management*, 1997, 12: Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO ;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JJ, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine* (1982), 1993; 37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITG Press, 2008:168-198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/\\$FILE/mkandatarget.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf), accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372

40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf>, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, Euro-pean Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no. 18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).

51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995;32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyongator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999;14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009;2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006;62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009;373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://go.worldbank.org/LSI0CP3900>, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003;56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009;18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004;328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608

63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234.
doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudyi V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform_1_Publications/EN_publicace.pdf, accessed 24 June 2010).

75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995;32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006;40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004;19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997;41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005;24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (<http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/>, accessed 24 June 2010).

86. regional Towards the fifth summit of the Americas challenges. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf -accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (<http://www.hpm.org/survey/de/a13/3>).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. Consumer-led demand side financing for health and education: an international review. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf; accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930

106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeve- co.2010.01.003.

۴

سلامت بیشتر با پول

◀ پیام‌های کلیدی

- همه کشورها برای افزایش اثربخشی سیستم‌های سلامت می‌توانند اقدامات بسیار زیادی انجام دهند در نتیجه با آزاد نمودن منابع می‌توان در جهت پوشش بیشتر مردم، خدمات و یا هزینه‌ها از آن استفاده کرد.
- برخی از این اقدامات در یک حوزه خاص از نظام سلامت، مانند دارو با هدف افزایش اثربخشی دنبال می‌شود. اقدامات دیگر به‌طور خاص بر چگونگی تأمین مالی بخش سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات تأکید دارد.
- همه کشورها در هنگام ارائه و یا خرید خدمات سلامت می‌توانند با در نظر گرفتن تحقیقات راهبردی بیشتر، نیم‌نگاهی به بهبود بهره‌وری داشته باشند به‌عنوان مثال تصمیم بگیرند چه خدماتی را بر اساس اطلاعات نیاز جمعیتی خرید نمایند و پرداخت به تأمین‌کنندگان خدمات مبتنی بر عملکرد، اطلاعات هزینه‌ای، کیفیت خدمات و اثربخشی آنها باشد.
- همه مکانیسم‌های پرداخت به تأمین‌کنندگان خدمات دارای نقاط قوت و ضعف می‌باشند اما لازم است به پرداخت هزینه در ازاء خدمت^۱ توجه ویژه نمود چرا که باعث تشویق ارائه خدمات به آن دسته از افرادی می‌شود که قادر به پرداخت هستند و یا کسانی که تحت پوشش صندوق‌های تجمیع می‌باشند در حالی که به آن دسته از افراد که قادر پرداخت نیستند، حداقل خدمات ارائه می‌گردد.
- کاهش تقسیم‌بندی در بودجه جاری و تجمیع صندوق‌ها در حوزه سلامت و همچنین ارائه خدمات باعث افزایش اثربخشی می‌شود.
- هیچ شواهدی دال بر کارایی کمتر یا بیشتر تسهیلات بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی در حوزه سلامت وجود ندارد.
- مدیریت مؤثر از طریق تدوین قوانین و حصول اطمینان از اجرایی شدن آنها کلید اصلی بهبود کارایی و مساوات می‌باشد.

1- Fee for service

- خیرین می‌توانند از طریق کمک به توسعه مالی مؤسسات داخلی و تجمیع صندوق‌های ارائه خدمات مشارکت داشته باشند و همچنین کشورهای استفاده‌کننده از این کمک‌ها ملزم به ارائه گزارش در مورد چگونگی مصرف این منابع می‌باشند. آنها همچنین قادر به کاهش هم‌پوشانی در سطح جهانی خواهند بود.

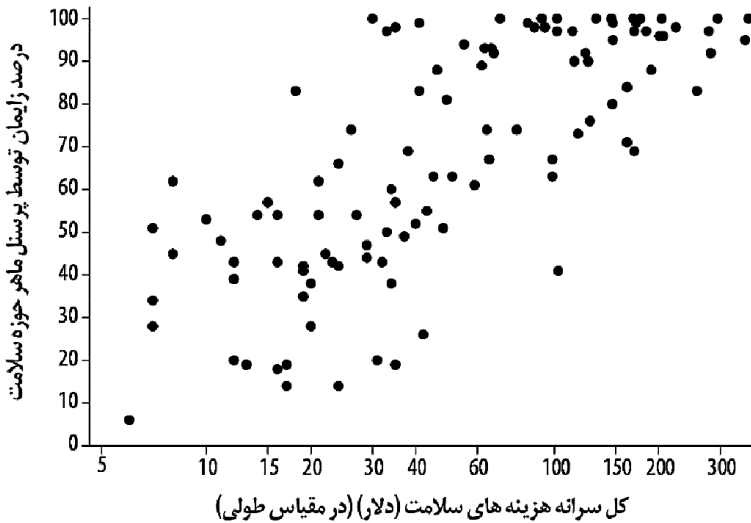
◀ استفاده عاقلانه از منابع

سیستم‌های مراقبت سلامت پول هنگفتی را می‌طلبد. مطالعه اخیری که توسط مؤسسه تحقیقات بهداشت پرایس واترهاوس کوپر انجام شده تخمین زده که بیش از نیمی از ۲۰۰۰ میلیارد دلاری که ایالات متحده آمریکا هر سال برای سلامت خرج می‌کند هدر می‌رود؛ مطالعه تامسون رویترز رقم پایین‌تری را گزارش می‌کند اما کماکان ۸۵۰-۶۰۰ میلیارد دلار در هر سال رقم قابل توجهی است (۱)، (۲). شبکه تقلب و فساد مراقبت بهداشتی اروپا اظهار می‌دارد: از هزینه‌های بهداشت جهانی که سالانه حدود ۵۳۰۰ میلیارد دلار آمریکا است، کمی کمتر از ۶٪ و یا در حدود ۳۰۰ میلیارد دلار به تنهایی به دلیل اشتهاب و یا فساد از دست می‌رود (۳).

این در حالی است که تعدادی از کشورهای دیگر مبالغ بیشتری را از طریق استفاده غیر منطقی از دارو، منابع انسانی، منابع فنی و بی‌نظمی یا پراکندگی تأمین مالی دولت از دست می‌دهند. اما تمام این مشکلات اجتناب‌ناپذیرند و همیشه سایه ناکارآمدی وجود دارد. بعضی از کشورها به دلیل درآمد بیشتر حائز سطوح بالاتری در میزان پوشش و نتایج بهتر سلامت نسبت به کشورهای دیگر می‌باشند و گاهی اوقات شکاف بین آنچه که آنها به آن رسیده‌اند و منابعی که بالقوه می‌توانستند به آن دست یابند بسیار زیاد است (۴). تصویر ۴-۱ نشانگر این مطلب است که تغییرات قابل توجهی در نسبت تولد با حضور بهورزان ماهر حتی برای کشورهای با هزینه‌های سلامت مشابه وجود دارد.

به همان اندازه که جمع‌آوری بیشتر منابع در بحث سلامت برای کشورهای کم‌درآمد در تلاش به نزدیک شدن به پوشش همگانی مهم است، به همان اندازه استفاده بهینه از منابع موجود نیز حائز اهمیت است. پیدا کردن کارآمدترین روش‌ها برای مقابله با چالش‌های چندگانه حوزه سلامت نیز موضوعی مهم

در کشورهایی است که سهمی در نگهداری سطح بالای پوشش، در زمان افزایش مستمر هزینه‌ها دارند. فرصت‌های زیادی برای افزایش اثربخشی وجود دارد. اثربخشی تنها به معنی کاهش هزینه‌ها نیست. بلکه همانطور که در صفحات بعدی مورد بحث قرار گرفته است، روشی برای اندازه‌گیری کیفیت و یا کمیت خروجی‌ها (نتایج سلامت و یا خدمات) برای میزان معینی از ورودی‌ها (هزینه‌ها) می‌باشد. بنابراین اثربخشی که خود هزینه‌بر است می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های ارائه خدمت گردد اما هیچکس دوست ندارد به دلیل کاهش هزینه‌های اثربخشی سبب کاهش نتایج سلامت گردد. بنابراین افزایش اثربخشی نیز باید یکی از ابزارهای مهم گسترش پوشش همگانی در نظر گرفته شود.



تصویر ۴-۱: محور درصد زایمان توسط پرسنل ماهر - کل سرانه هزینه‌های سلامت، کشورهای با درآمد کم و متوسط، از آخرین سال موجود (هر نقطه نشان‌دهنده یک کشور)

◀ ده دلیل عمده عدم اثربخشی

هر کشوری می‌تواند اثربخشی را بهبود بخشیده و با انجام این کار، پوشش همگانی سلامت را توسعه دهد. جدول ۴-۱ ده مشکل را شناسایی کرده و راه‌هایی برای ایجاد سیستم‌های بهداشتی درمانی اثربخش‌تر را پیشنهاد می‌دهد.

جدول ۴-۱: ده منبع متداول در عدم اثربخشی

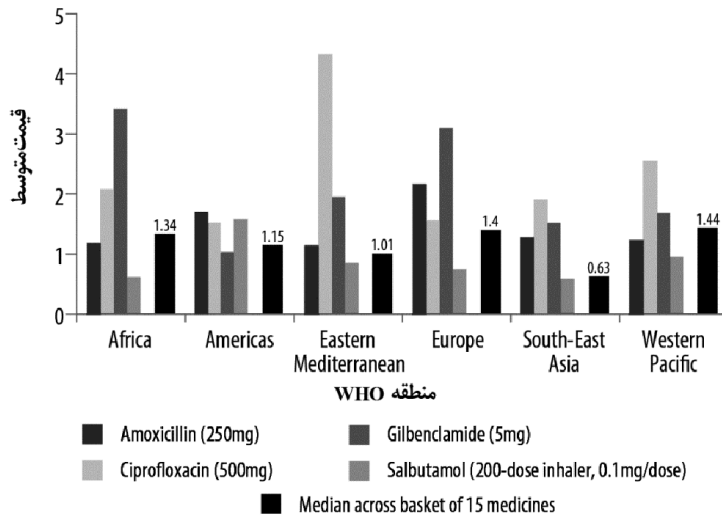
منابع عدم اثربخشی	منابع عمومی برای عدم اثربخشی	راه‌های مقابله با عدم اثربخشی
۱. داروها: استفاده از داروهای ژنریک و هزینه‌کرد بی‌مورد برای دارو	عدم کفایت کنترل بر عوامل زنجیره عرضه، تجویز و توزیع دارو، ملاحظات کمتر در کارایی/ایمنی داروهای ژنریک؛ الگوهای تجویز تاریخی و سیستم‌های خرید و توزیع ناکارآمد دارو، مالیات‌ها و عوارض بر داروها، علائم اختصاری متنوع.	بهبود اطلاع رسانی، راهنمایی و آموزش برای تجویز دارو، درخواست، اجازه یا ارائه مشوق‌هایی برای جایگزینی داروی ژنریک. توسعه خرید فعال بر اساس ارزیابی هزینه‌ها و مزایای جایگزینی مذکور. حصول اطمینان از شفافیت در خرید و مناقصه‌ها. حذف مالیات و عوارض. کنترل کامل علائم اختصاری روزافزون. نظارت و اطلاع‌رسانی قیمت دارو.
۲. داروها: استفاده از داروهای تقلبی و غیر استاندارد	عدم کفایت ساختارها/ مکانیزم‌های نظارتی بر داروها؛ تدارکات ضعیف سیستم.	تقویت الزام به رعایت استانداردهای کیفیت در تولید دارو، انجام تست محصول؛ تقویت سیستم‌های خرید با تعیین صلاحیت تأمین‌کنندگان.

منابع عدم اثربخشی	منابع عمومی برای عدم اثربخشی	راه‌های مقابله با عدم اثربخشی
۳. داروها: استفاده نامناسب و ناکارآمد	مشوق‌های نامناسب نسخه‌نگاری و شیوه‌های ارتقاء غیر اخلاقی، تقاضا/انتظارات مصرف‌کننده/، دانش محدود در مورد اثرات درمانی؛ عدم اثربخشی ضوابط قانونی.	تجویز جدا نمودن فرآیند توزیع؛ تنظیم فعالیت‌های ارتقایی، بهبود راهنمای تجویز، اطلاعات، آموزش و کاربرد؛ انتشار اطلاعات عمومی.
۴. محصولات و خدمات مراقبت بهداشتی: استفاده یا تأمین بیش از حد تجهیزات، تحقیقات و اقدامات	مکانیسم‌های پرداخت هزینه برای خدمات، تقاضاهای ایجاد شده توسط القائات تأمین‌کنندگان.	اصلاح انگیزه و ساختارهای پرداخت (به‌عنوان مثال گروه‌های مالی یا تشخیصی)، توسعه و اجرای دستورالعمل‌های بالینی
۵. کارکنان بخش سلامت: ترکیب نامناسب کارکنان با حقوق بالا و پایین که باعث کاهش انگیزه کاری می‌گردد.	سیاست‌های نامنطبق با سیاست‌ها و فرآیندهای انسانی از پیش تعیین شده؛ ایجاد مقاومت در شغل پزشکی به‌صورت ثابت/عدم انعطاف قراردادها، حقوق ناکافی، استخدام بر اساس سلیقه‌های شخصی.	انجام ارزیابی و آموزش مبتنی بر نیاز؛ تجدید نظر در سیاست‌های پاداش؛ انعطاف‌پذیر کردن قراردادها / یا پرداخت بر اساس چگونگی عملکرد؛ اجرای تغییرکار و انطباق کار با مهارت‌های لازم.
۶. خدمات مراقبت‌های سلامت: پذیرش نامناسب بیمارستان و مدت بستری	فقدان توان مراقبت‌های جایگزین؛ انگیزه‌های ناکافی برای تخفیف، کمبود اطلاعات و دانش برای بکارگیری.	ارائه مراقبت جایگزین (مانند مراقبت روزانه)، تغییر تشویق کارکنان بیمارستان؛ بالا بردن دانش کارکنان در پذیرش کارآمد.
۷. خدمات مراقبت‌های سلامت: اندازه نامناسب بیمارستان (استفاده کم از زیرساخت)	مدیریت غلط درهماهنگی و کنترل، بیمارستان‌های فراوان با تخت‌های بستری خیلی زیاد در برخی مناطق و عدم وجود چنین تسهیلاتی در دیگر مناطق. که غالباً موارد مذکور عدم برنامه‌ریزی برای توسعه زیرساخت‌های خدمات سلامت را نشان می‌دهد.	استفاده از محاسبات ورودی و خروجی در برنامه‌ریزی‌های بیمارستانی، تناسب ظرفیت مدیریتی با سایز بیمارستان، کاهش ظرفیت زمان بستری برای بالا بردن نرخ اشغال تخت به ۹۰-۸۰٪ (با کنترل مدت بستری).
۸. خدمات مراقبت سلامت: خطاهای پزشکی و کیفیت نامطلوب درمان	دانش ناکافی یا عدم استفاده از استانداردهای مراقبت بالینی و پروتکل‌ها، عدم وجود دستورالعمل؛ نظارت ناکافی.	بهبود استانداردهای بهداشتی در بیمارستان‌ها؛ بهبود در استمرار مراقبت-ها، نظارت بر عملکرد بیمارستان.

منابع عدم اثربخشی	منابع عمومی برای عدم اثربخشی	راه‌های مقابله با عدم اثربخشی
۹. نقاط ضعف سیستم سلامت: اسراف، فساد و سوء استفاده	عدم هدایت صحیح تخصیص منابع، عدم شفافیت، عدم پاسخگویی مکانیسم‌های مدیریتی ضعیف، حقوق پایین.	بهبود مقررات/مدیریت، از جمله مکانیسم‌های تحریمی قوی، ارزیابی شفافیت/عدم آلودگی به فساد؛ انجام ارزیابی مخارج عمومی و ارتقاء سیستم هدایتی.
۱۰. معضلات بخشی سلامت: تداخل ناکارآمد/راهبردهای نامناسب	سرمایه‌گذاری در موارد پرهزینه اما کم- اثر در حالی که با هزینه کم و پر اثر سرمایه‌گذاری نمی‌شود. تعادل نامناسب بین سطوح درمان/ اعم از پیشگیری، ارتقاء و درمان.	ارزیابی منظم و با هدف اعمال سیاست بر هزینه‌ها و تأثیر مداخلات یا کمک‌ها، فناوری‌ها، داروها و گزینه‌های سیاستی.

◀ حذف هزینه‌های غیر ضروری دارو

داروها ۲۰ تا ۳۰ درصد از هزینه‌های سلامت جهانی را تشکیل می‌دهد که این میزان در کشورهای با درآمد کم و متوسط کمی بیشتر است. بنابراین، قسمت اعظمی از بودجه پرداخت‌کننده را به خود اختصاص می‌دهد (۷). در بسیاری از موارد اگر دولت‌ها و افراد عادلانه پرداخت کنند این بار سبک‌تر خواهد بود. اما دقیقاً قیمت عادلانه چیست؟ قیمت‌های بین‌المللی مرجع نقطه شروع مناسبی برای مأموران خرید در مذاکرات می‌باشند. این قیمت‌های مرجع از طریق محاسبه میانگین پرداختی برای داروهای مشابه در کشورهای قابل مقایسه تعیین می‌گردند (۸). بدون داشتن چنین اطلاعات مقایسه‌ای، خریداران در تلاش برای به دست آوردن یک معامله عادلانه در بازار دارویی جهان که نه شفاف است و نه کارآمد، در جایی که طیف عظیمی از قیمت برای محصولات مشابه وجود دارد، به رقابت می‌پردازند. مطالعه اخیر در قیمت‌گذاری دارو نشان می‌دهد که داروهای ژنریک در مناطق WHO آمریکا، جنوب شرقی آسیا و مدیترانه شرقی در بخش عمومی، نزدیک به قیمت‌های بین‌المللی مرجع توسط مردم خریداری می‌شود، در آفریقا، اروپا و مناطق غرب اقیانوس آرام، دولت‌ها به‌طور متوسط ۴۴-۳۴٪ بیشتر از حد نیاز آنها را پرداخت می‌نمایند (تصویر ۴-۲) (۹).



تصویر ۴-۲: قیمت متوسط تدارکات بخش عمومی برای داروهای ژنریک در کشورهای منطقه WHO

همان مطالعه نشان داده که داروهای به‌خصوصی تقریباً همیشه با مارک‌های ویژه به قیمت‌های بسیار متفاوتی به کشورهای مختلف فروخته شده است. برای مثال قیمت سیپروفلوکساسین (آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف)، به‌طور گسترده‌ای در سراسر کشورهای در حال توسعه تا ۶۷ برابر قیمت مرجع بین‌المللی متفاوت است (۹).

حتی در کشورهای مرفه، تنوع قیمت‌گذاری قابل توجه است. در ایالات متحده آمریکا، فروش مارک سیپروفلوکساسین بین ۹۰ دلار آمریکا تا ۱۰۰ دلار در هر دوره از درمان گزارش شده است؛ در حالی که در بریتانیا نصف این قیمت به فروش می‌رسد (۱۰).

خرید داروهای برند به جای داروهای ژنریک باعث ناکارآمدی می‌شود. مطالعه اخیر که ۱۸ نوع دارو را در ۱۷ کشور با درآمد متوسط، پوشش می‌داد نشان می‌دهد که می‌توان هزینه بیماران را تا حد زیادی به‌طور متوسط تا ۶۰٪ با استفاده از داروهای ژنریک به جای داروهای برند، کاهش داد (۱۱). این اقدام، صرفه‌جویی ۱۵۵ میلیون دلاری را در سبد محدود دارویی این گروه از کشورها به همراه داشت.

دستاوردهای جهانی نظام‌مند استفاده از داروهای ژنریک، ممکن است حتی در برخی از کشورهای پردرآمد بیشتر باشد. به‌عنوان مثال، فرانسه سیاست جایگزینی داروهای ژنریک را اجرا کرد و بر اساس برآوردها فقط در سال ۲۰۰۸ استفاده گسترده‌تر از داروهای مذکور باعث صرفه‌جویی ۱/۳۲ میلیارد یورو معادل ۱/۹۴ میلیارد دلار گردید (۱۲، ۱۳).

بهبود کنترل کیفیت داروها

داروهای «بد» (غیر استاندارد، جعلی، تقلبی، دارای برچسب تقلبی و یا منقضی شده) هیچ ارزشی ندارند و اجتناب از آنها راه دیگری برای جلوگیری از ائتلاف منابع به حساب می‌آید. بیش از نیمی از محصولاتتی که در جنوب شرقی آسیا مصرف می‌شوند می‌بایست حاوی مواد ضد مالاریای خاص "artesunate" باشند اما چنین نیست (۱۴). در حالی که یک مطالعه از سه کشور آفریقایی گزارش می‌دهد که ۲۶-۴۴٪ از نمونه‌های داروهای ضد مالاریا از تست کیفیت موفق بیرون نیامده‌اند (۱۵). اطلاعات موثقی دال بر برآورد صحیح از میزان مشکل وجود ندارد. با این حال، سازمان غذا و داروی ایالات متحده تخمین زده که محصولات تقلبی بازار دارو بیش از ۱۰٪ از کل محصولات دارویی جهان را تشکیل می‌دهد، اگر ما از این به‌عنوان یک معیار پایین‌تر استفاده کنیم، درآمد سالانه جهانی از فروش داروهای غیر استاندارد بیش از ۳۲ میلیارد دلار خواهد بود (۱۶). این همان ۳۲ میلیارد دلار مورد نیاز برای ارتقای حوزه سلامت است. کشورهایی که به دنبال از بین بردن محصولات بد هستند، چندین گزینه را دنبال می‌کنند به‌ویژه پیوستن به شیوه‌های صحیح تولید دارو (GMP) و خرید از تولیدکنندگان. GMP طراحی شده است تا از تولید مداوم محصولات و کنترل بر اساس استانداردهای کیفیت برای جلوگیری از آلودگی، نصب برچسب‌های نادرست و سطوح نامناسب ماده فعال، اطمینان حاصل گردد (۱۷). بسیاری از کشورها، نیازهای خود را برای GMP بر اساس مدل توسعه‌یافته WHO فرموله کرده‌اند، در حالی که دیگران اخیراً آن را با در نظر گرفتن شرایط موجود، اقتباس نموده‌اند. برای کمک به دسترسی به داروهایی که مطابق با استانداردهای کیفیت، ایمنی و اثربخشی برای اچ آی وی/ایدز، مالاریا، سل و بهداشت باروری تهیه شده‌اند، در سال ۲۰۰۱ WHO برنامه کیفی ترتیب داده و آن را برای حمایت از آژانس‌های سازمان ملل متحد در نظر گرفته بود. اما در طول زمان، لیست داروهای مذکور تبدیل به یک

منبع برای کسانی شد که خرید و فروش عمده داروها را به عهده داشتند، از جمله شرکت‌های تدارکاتی دولتی (۱۸).

◀ استفاده مناسب از داروها

استفاده غیر منطقی از داروها نه تنها منجر به درد، رنج و مرگ می‌شود بلکه بر اساس شواهد مستدل باعث از بین بردن منابع مؤثر نیز می‌گردد. علی‌رغم اینکه بسیاری از کشورها، سیاست‌های دارویی ملی و برنامه‌های ضروری تشویق آحاد جامعه به استفاده مناسب از داروها را به تصویب رسانده‌اند، ولی کمتر از نیمی از بیماران درمان شده در کشورهای کم‌درآمد و متوسط، بر اساس راهنماهای بالینی برای بیماری‌های شایع در سطح اول خدمات درمانی دریافت می‌کنند (۱۹). تخمین زده می‌شود که بیش از نصف داروهایی که در سطح جهان تجویز می‌شوند، به‌طور نامناسب توزیع و یا به فروش می‌رسند (۱۹) و تنها نیمی از بیماران موفق به دریافت داروهای خود طبق تجویز پزشک می‌شوند (۲۰). استفاده غیر منطقی ممکن است شکل‌های مختلفی داشته باشد، از جمله استفاده از ترکیبات مضر داروها، استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی، داروهایی که مطابق با راهنماهای بالینی تجویز نشده‌اند و یا خوددرمانی‌های نامناسب (۲۱).

استفاده بی‌رویه و اشتباه از آنتی‌بیوتیک‌ها یک مشکل جدی و جهانی است. دو سوم از کل آنتی‌بیوتیک‌های بدون نسخه از طریق بازارهای خصوصی غیر قابل کنترل به فروش می‌رسند. بسیاری از بیماران با تجویز نادرست یا دوز ناکافی آنتی‌بیوتیک‌ها مواجه می‌شوند و یا دوره درمان خود را کامل نمی‌کنند. کمتر از نصف بیماران مبتلا به اسهال حاد با سرم خوراکی ارزان‌قیمت که بسیار مؤثر هم می‌باشد، درمان می‌شوند در حالی که به بیش از نیمی از آنها آنتی‌بیوتیک‌های بی‌فایده گران‌قیمت داده می‌شود به عنوان مثال استفاده بیش از حد از آنتی‌بیوتیک‌ها برای درمان عفونت‌های ریوی حاد در کشورهای با درآمد کم و متوسط به‌طور میانگین ۳۶٪ هزینه درمان را افزایش می‌دهد (۲۲).

◀ استفاده بهینه از فناوری‌ها و خدمات

فناوری‌های پزشکی می‌تواند در ارائه خدمات سلامت خوب بسیار حائز اهمیت باشند، به شرط اینکه بر اساس شواهد علمی به درستی انتخاب و مورد استفاده قرار گیرند (۲۳). در بسیاری از موارد، به دلیل فشار بازاریابی تولیدکنندگان تجهیزات، این مهم مخدوش می‌گردد. در کشورهای مرفه دقیقاً مانند کشورهای کم‌درآمد عملکرد بر اساس صرفه‌جویی می‌باشد. تکنولوژی مدرن پزشکی یکی از عوامل عمده افزایش هزینه در سازمان همکاری اقتصادی و توسعه کشورها (OECD) است و آنچه که هر کشور خاصی از آن بهره‌مند شده همیشه بر اساس نیاز آن کشور نبوده است.

در میان کشورهای OECD، بیشترین MRI و CTscan به‌طور سرانه در ژاپن یافت می‌شود در حالی که ایالات متحده آمریکا که در ارجاع تصویربرداری تشخیصی پیشرو می‌باشد، یعنی ۹۱/۲ ارجاع MRI در ۱۰۰۰ ویزیت (در مقایسه با ۴۱/۳ مورد در کشورهای عضو OECD) و همچنین ۲۲۷/۸ ارجاع CTscan در ۱۰۰۰ ویزیت (در مقایسه با ۱۱۰ مورد در کشورهای عضو OECD). تصور می‌شود بخش قابل توجهی از این آزمایشات پزشکی، غیر ضروری است (۲۴). خریدهای غیر ضروری و استفاده از تجهیزات نیز در کشورهای کم‌درآمد انجام می‌گیرد. اما به‌طور کلی، از چالش‌های دیگر فناوری، مشکل تأمین منابع می‌باشد. تخمین زده می‌شود که حداقل ۵۰٪ از تجهیزات پزشکی در کشورهای در حال توسعه، تا حدی قابل استفاده و یا کاملاً بی‌استفاده است (۲۵). در شبه صحرای آفریقا، تا ۷۰٪ از تجهیزات پزشکی بلااستفاده است. مطالعات، دلایل متعددی را برای این شکست گسترده سیستماتیک نشان می‌دهد، از جمله سوء مدیریت فرآیند اکتساب تکنولوژی، عدم آموزش کاربر و پشتیبانی فنی مؤثر (۲۶). در جایی که در آن فناوری‌های پزشکی در دسترس می‌باشد، اغلب استفاده نادرست، تشخیص غلط و خطرناک تهدیدی برای سلامت بیماران خواهد بود. تکنولوژی پزشکی نامناسب بار مالی به سیستم تحمیل می‌کند که بیمار باید آن را تقبل نماید. از قضا، یکی از بزرگترین علل ناکارآمدی که به فناوری پزشکی در کشورهای کم‌درآمد مربوط می‌شود کمک‌های مالی است. در برخی از کشورها، تقریباً ۸۰٪ از تجهیزات مراقبت‌های بهداشتی توسط کمک‌کنندگان بین‌المللی و یا دولت‌های خارجی تهیه می‌شود که بسیاری از آنها به دلایل مختلف بدون استفاده باقی مانده‌اند. می‌توان به مطالعه انجام شده در کرانه

غربی و نوار غزه اشاره نمود (۲۷). بعد از اینکه خصومت‌ها در ژانویه ۲۰۰۹ به پایان رسید، محموله بزرگی از تجهیزات به نوار غزه فرستاده شد. در حالی که برخی از تجهیزات اهدایی مفید بودند، بخش قابل توجهی به مراقبت‌های بهداشتی مربوط نمی‌شدند و یک جا به انبارها ارجاع داده شدند. اگر شرکای توسعه با کشورهای دریافت‌کننده تجهیزات اهدایی، برای روشن کردن نیازها و ظرفیت خود مشورت کنند می‌توان از این مشکل جلوگیری کرد.

این امر به دولت‌های دریافت‌کننده تجهیزات اهدایی فرصت می‌دهد که با ایجاد سیستم‌های مدیریت عقلانی، به سازماندهی و ذخیره‌سازی تجهیزات پزشکی بر اساس نوع، مدل و کارخانه سازنده پرداخته و هر یک از آنها را از نظر کیفیت چک کنند.

هر اندازه به فناوری افزوده شود، به خدمات سلامت نیز اضافه می‌گردد. در یک مطالعه مقایسه‌ای در خصوص خدمات ارائه شده به بیماران تحت برنامه Medicare در ایالات متحده آمریکا به این نتیجه رسیدند که ساکنان مناطق مرفه با وجود دریافت ۶۰٪ خدمات بیشتر، کاهش میزان مرگ و میر بیشتر و یا رضایت بالاتر را نداشته‌اند (۲۸، ۲۹). تفاوت در الگوهای عملی، ارتباطی با تفاوت در نیازهای درمانی ندارد. اما اگر ارائه‌دهندگان، خدمات خود را کمتر معطوف به بخشی از جامعه که نیاز کمتری به این موارد درمانی دارند نمایند، حدود ۳۰٪ در هزینه‌های درمانی صرفه‌جویی می‌شود (۳۰).

وجود فرصت‌های مشابه در کاهش هزینه‌ها و بهبود اثربخشی، نوسانات مشابهی در الگوهای عملی بسیاری از کشورها ایجاد می‌کند (۳۱-۳۴)، در حالی که تخمین دقیق میزان نیاز به کمک‌های پزشکی، اغلب مشکل است. سیاستگذاران می‌توانند تفاوت در الگوی عملی را در یک کشور با در نظر گرفتن تفاوت میان ارائه‌دهندگان خدمات کیفی یا مؤسسات مربوطه در مقایسه با دیگر ارائه‌دهندگان خدمات کنترل نمایند و از این طریق باعث کاهش تفاوت‌ها و در نتیجه صرفه‌جویی در منابع و بهبود سطح سلامت گردند.

◀ ایجاد انگیزه در مردم

کارکنان حوزه سلامت هسته اصلی نظام سلامت هستند و معمولاً حدود نیمی از تمام هزینه‌های سلامت در کشور را به خود اختصاص می‌دهند (۳۵). در حالی که کمبود کارکنان اغلب یک مانع عمده برای تقویت نظام سلامت محسوب می‌شود، عدم شایسته‌سالاری، آموزش ناکافی، نظارت ضعیف و توزیع نامناسب، بازدهی را نیز در داخل کشور به خطر می‌اندازد، و این در حالیست که اگر این مشکل حل نشود دوباره هزینه فراوانی به سیستم تحمیل خواهد شد (۳۶). بی‌شک نتیجه این مشکلات عدیده، کاهش اثربخشی و عملکرد می‌باشد.

اما دقیقاً اثربخشی از دست رفته نیروی کار چقدر است؟ بدون داشتن اطلاعات جامع و مطمئن، دقیق بودن سخت است اما برای اندازه‌گیری میزان اثربخشی کارکنان بخش سلامت در زمینه‌های خاص، تلاش‌های شایانی صورت گرفته است. به‌عنوان مثال، در جمهوری متحد تانزانیا، غیبت‌های غیر موجه به اضافه زمان استراحت، مرادوات اجتماعی و زمان انتظار برای بیماران، ۲۶٪ سطح اثربخشی را کاهش داده است (۳۷). سوزا و همکاران در برزیل دریافتند با تحت پوشش قرار دادن مراقبت قبل از تولد، اثربخشی کارکنان بخش سلامت، از حدود کمتر از ۲۰٪ به بیش از ۹۵٪ افزایش یافته است (۳۸). با در نظر گرفتن نمونه‌های کاملاً محدود به‌عنوان شاخص توسعه جهانی و استفاده از سطح متوسط عدم اثربخشی (۲۵٪-۱۵٪) این امکان وجود دارد که در سراسر جهان نسبت کل هزینه‌های حوزه سلامت در منابع انسانی (۴۵٪-۶۵٪، بسته به درآمد منطقه در سطح جهان)، به رقمی بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار در سال، در نتیجه عدم اثربخشی نیروی کار برسد.

در گزارش تجزیه و تحلیل جهانی سلامت سال ۲۰۰۶، موضوع چگونگی کاهش اتلاف منابع، افزایش اثربخشی و عملکرد کارکنان بخش سلامت از طریق وزن‌دهی به پاداش و تطابق بین مهارت و انجام وظیفه در میان سایر عوامل انجام می‌شود (۳۶). در ادامه، موضوع پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و پرداخت بر اساس عملکرد بیشتر مورد بحث قرار می‌گیرد.

◀ بهبود اثربخشی بیمارستان - طول مدت بستری

در بسیاری از کشورها، مراقبت‌های بیمارستانی بیش از نیم تا دو سوم کل مخارج دولت در بخش سلامت را از طریق پذیرش (اغلب بیش از حد) و طول مدت بستری به خود اختصاص می‌دهد. چهار مطالعه جداگانه بر روی بیماران بستری بزرگسال در نظام سلامت کانادا، نشان داد که به‌عنوان مثال، ۹۰-۲۴٪ از پذیرش و ۶۶-۲۷٪ از روزهای بستری اضافه بر نیاز بودند (۳۹).

دلیل دیگر عدم اثربخشی، میزان نامناسب برخی از امکانات و طیف وسیعی از خدماتی است که ارائه می‌گردد. در حالی که ممکن است وسعت بخشیدن به میزان و دامنه فعالیت‌های بیمارستان و بهره‌برداری کامل از تخصص‌های موجود، زیرساخت‌ها و تجهیزات، توجیه اقتصادی به دنبال داشته باشد. به‌طور مشابه، بیمارستان‌های کوچک زمانی ناکارآمد می‌شوند که در آن زیرساخت‌ها دیده نشده و هزینه‌های اداری در حجم کاری بسیار کوچک تقسیم می‌گردند، در نتیجه هزینه آن معادل با هزینه اداره یک بخش در بیمارستان متوسط می‌شود. تحقیق در ایالات متحده آمریکا و انگلستان عمدتاً عدم اثربخشی بیمارستان‌های زیر ۲۰۰ تخت و بالاتر از ۶۰۰ تخت را نشان می‌دهد (۴۰). شاخص مناسب اثربخشی بیمارستان، استفاده از تسهیلات بستری متناسب با ظرفیت موجود می‌باشد. بر اساس مطالعه WHO در ۱۸ کشور کم‌درآمد و متوسط، در بیمارستان‌های منطقه‌ای به‌طور میانگین فقط ۵۵٪ از تخت‌ها اشغال شدند که این میزان با ۹۰-۸۰٪ اشغال تخت پیشنهاد شده توسط WHO متفاوت است (۴). بررسی‌های اخیر در مورد بیش از ۳۰۰ مطالعه در خصوص اثربخشی و بهره‌برداری مراقبت سلامت این نکته را نشان می‌دهد که اثربخشی در بیمارستان به‌طور میانگین حدود ۸۵٪ می‌باشد، به این معنی که بیمارستان می‌تواند با صرف همان هزینه به ۱۵ درصد اثربخشی بیشتر برسد و یا با همان سطح از خدمات ۱۵٪ کاهش هزینه داشته باشد (۴۱).

تفاوت قابل توجهی بین بیمارستان در ایالات متحده آمریکا، اروپا و سایر نقاط جهان گزارش نشده است. جالب اینجاست که بیمارستان‌های عمومی اثربخشی بیشتری نسبت به هر دو مدل بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی و غیرانتفاعی داشتند (راهنما ۴-۱).

راهنما ۴-۱: کارایی نسبی در ارائه خدمات عمومی و خصوصی

نقش نسبی بخش عمومی و خصوصی (انتفاعی یا غیر انتفاعی) در ارائه مراقبت‌های بهداشتی در طول زمان، تکامل و به دلایل ایدئولوژیک برای ایجاد مباحث جدی‌تر ادامه یافته است. در نهایت، شواهد تجربی در تعیین اینکه چه نوع مؤسسه‌ای در ارائه خدمات خاص کارآمدتر است، کمک می‌نماید.

اغلب مطالعات موجود در مورد اثربخشی بیمارستان‌ها، مسئولیت حدود ۶۹-۴۵٪ از هزینه‌های بهداشتی در شبه صحرای آفریقا را متوجه دولت می‌داند (۴۲). شرکت Holling sworth (۴۱) به تازگی یک متاآنالیز بر ۳۱۷ اثر منتشر شده در خصوص اقدامات صورت گرفته را حاکی از اینکه، "ارائه خدمات عمومی ممکن است به طور بالقوه مؤثرتر از خدمات خصوصی باشد" جمع‌آوری کرده است. با این حال، مطالعات کشوری نشان می‌دهد که مالکیت با اثربخشی ارتباط مستقیم دارد. لی و همکاران (۴۳) اظهار می‌دارند که بیمارستان‌های غیر انتفاعی در ایالات متحده آمریکا اثربخشی بیشتری نسبت به بیمارستان‌های خصوصی داشتند.

از سوی دیگر، کارایی بیمارستان‌های سوئیس با توجه به نوع مالکیت آنها تفاوت نمی‌کند (۴۴، ۴۵). در آلمان، برخی از مطالعات نشان داد که بیمارستان‌های خصوصی اثربخشی فنی کمتری از بیمارستان‌های دولتی دارند و برخی دیگر به نتیجه معکوس رسیدند، در حالی که هنوز دیگران هیچ تفاوتی را احساس نمی‌کنند (۴۶، ۴۷).

مطالعات کافی راجع به اندازه‌گیری کارایی نسبی امکانات بهداشتی بخش عمومی و خصوصی در کشورهای کم‌درآمد و متوسط وجود دارد. Masiye (۴۸) شاید تنها مطالعه‌ای است که به طور قابل توجهی اثر مثبت مالکیت خصوصی بر اثربخشی در بیمارستان زامبیا را گزارش می‌کند (متوسط بازده برای بیمارستان‌های خصوصی ۷۳٪ که در مقایسه با ۶۳٪ بیمارستان‌های عمومی بوده است).

این مطالعه نیز تأکید می‌کند که اصل قرار دادن مدل مالکیت، در هر کشوری نمی‌تواند بهترین روش باشد. در عین حال، شواهد نشان می‌دهد که سطح متوسط اثربخشی در هر نوع بیمارستان می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر باشد. بیمارستان‌ها می‌توانند، صرف نظر از چگونگی مالکیت، با کاهش اتلاف و ارائه خدمات مقرون به صرفه، اثربخش‌تر شوند. حصول اطمینان از این مسئله نیازمند نظارت دقیق دولت برای تنظیم و اجرای قوانین می‌باشد.

با در نظر گرفتن نرخ متوسط ناکارآمدی یا همان ۱۵٪ نسبت به کل هزینه‌های سلامت، در بیمارستان‌های ناکارآمد کشورهایی با درآمدهای متفاوت، سالانه تقریباً معادل ۳۰۰ میلیارد دلار از دست می‌رود.

◀ دریافت مراقبت در مراجعه اولیه

هزینه‌های خطای پزشکی علاوه بر اتلاف هزینه باعث درد و رنج نیز می‌گردد. به دلیل عدم وجود اطلاعات اپیدمیولوژیک موثق، گستردگی و شدت خطای پزشکی در سطح جهان ناشناخته است، اما برآوردها نشان می‌دهد که از هر ۱۰ بیمار در کشورهای توسعه‌یافته یک نفر در زمان دریافت مراقبت‌های بیمارستانی آسیب می‌بیند؛ این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه این تعداد ممکن است به‌طور قابل توجهی افزایش یابد (۴۹).

همیشه ۱/۴ میلیون نفر در سراسر جهان از عفونت ناشی از بیمارستان‌ها رنج می‌برند (۵۰). اگرچه میزان خسارات وارده به دولت مشخص نیست، اما انجام یک مطالعه در سال ۱۹۹۹ بیانگر این مطلب است که خطاهای پزشکی قابل پیشگیری ممکن است منجر به مرگ ۹۸۰۰۰ نفر در سال در ایالات متحده آمریکا شود که هزینه‌ای معادل ۱۷ تا ۲۹ میلیارد دلار را در بر داشته باشد (۵۱).

یک معیار ساده برای کاهش خطای پزشکی، تشویق به رعایت بهداشت دست^۱، ترویج شیوه‌های تزریق ایمن^۲ و اطمینان از تشخیص دقیق بیماری می‌باشد. یک روش ساده نجات حیات استفاده از چک لیستی است که WHO به‌عنوان روش ابتکاری جهت نجات حیات^۳ در جراحی ایمن از آن حمایت می‌کند.

نتایج قابل توجهی، به‌ویژه درمیشیگان با رعایت چک لیست‌ها بدست آمده که در آن یک برنامه ابتکاری گسترده جهت کاهش عفونت‌های جریان خون با تهیه یک چک لیست کوتاه در میان مواردی دیگر به اجرا در آمد. این فهرست به پرستاران این امکان را می‌دهد که از صحت روش پزشکان اطمینان حاصل کنند (۵۲). عفونت‌های جریان خون تحت مراقبت‌های ویژه طی هر ۱۰۰۰ روز استفاده از کاتتر به ۱.۴ کاهش یافته که این میزان کمتر از ۲۰٪ میزان قبل از اجرا بوده و زندگی حدود بیش از ۱۸۰۰ نفر را

-
- 1- Encourage hand hygiene
 - 2- Safe injection practices
 - 3- Life-saving procedure

ظرف چهار سال نجات داد. در حال حاضر در کشورهای مختلف از جمله چین، اردن، تایلند و انگلستان از این فهرست ابتکاری استفاده می‌شود.

رویکرد تنبیهی^۱ نیز رویکردی بحث برانگیز در کاهش خطاهای پزشکی می‌باشد که در صورت بروز خطا، پرداخت به افراد خاطی متوقف می‌گردد. این رویکرد در ایالات متحده آمریکا مورد آزمایش قرار گرفت. از اکتبر سال ۲۰۰۸، جهت آن دسته از خطاهای پزشکی، خصوصاً در مورد افراد بالای ۶۵ سال، که «منطقاً قابل پیشگیری است»^۲، و حادثه محسوب نمی‌شود، دولت بازپرداخت به بیمارستان‌ها را متوقف نمود. این خدمات عبارتند از: اشتباهات عمده، مانند خطا در جراحی اشتباهی، عوارض زخم بستر شدید، و همچنین برخی از صدمات ناشی از افتادن بیمار از روی تخت و یا امتناع از پرداخت به دلیل اشتباهات. مدیکر امیدوار است سالانه مرگ و میر حدود ۹۸۰۰۰ نفر را که با خطاهای پزشکی رخ می‌دهد کاهش دهد (۵۳).

◀ از بین بردن استهلاک و فساد

تخمین زده می‌شود که هر سال ۲۵-۱۰٪ از هزینه‌های عمومی در حوزه سلامت که برای تهیه یا خرید مواد لازم از قبیل دارو، تجهیزات و زیرساخت‌ها در نظر گرفته شده با فساد مالی از دست برود (۵۴). فقط در کشورهای توسعه‌یافته، دولت‌ها برآورد می‌کنند که سالانه هزینه‌ای بالغ بر ۱۲ تا ۲۳ میلیارد دلار با تقلب و دیگر اشکال سوء استفاده در حوزه سلامت از دست می‌رود (۵۵).

از آنجایی که تولید و توزیع دارو، روند پیچیده‌ای را دنبال می‌کند، فرصت‌های خاص برای سوء استفاده‌های بسیاری در این زمینه وجود دارد، اگرچه این مشکل در تمام زمینه‌های خرید گسترش یافته است.

تجربه نشان داده است که برای مهار فساد در خرید و توزیع دارو، دو راهبرد مکمل باید به کار گرفته

شود:

1- Punitive approach

2- Reasonably preventable

اول، رویکرد نظم و انضباط است که گرایش از بالا به پایین داشته و مبتنی بر اصلاحات قانونی، ایجاد قوانین، ساختارها و فرآیندهای اداری مورد نیاز برای اطمینان از تنظیم قوانین شفاف پزشکی می‌باشد و دوم، رویکرد ارزشی غالباً از پایین به بالا است که سعی در ترویج یکپارچگی سازمان از طریق ارزش‌های اصول اخلاقی، برای ایجاد انگیزه اخلاقی در کارکنان بخش عمومی دارد.

از سال ۲۰۰۴، ۲۶ کشور بر اساس این اصول در حوزه دارو، برنامه مدیریتی خوبی ارائه داده‌اند که باعث کاهش هزینه‌های دارویی گردیده است (۵۶). ایجاد وحدت رویه در شفاف‌سازی فرآیند خرید دارو با تمرکز بر قیمت و در دسترس بودن داروهای کیفی در سطح کشور، از طریق اقدامات ترویج کارایی زنجیره خرید دارو به واسطه شفاف‌سازی و مسئولیت‌پذیری محقق می‌شود (۵۷).

اما این اصول به خرید و توزیع دارو محدود نمی‌شوند و می‌توانند در تمامی حوزه سلامت مورد استفاده قرار گیرند. اصول اصلی مدیریت بیمه شامل مسئولیت‌پذیری، شفاف‌سازی و احترام به حکومت قانون هستند (۵۸).

وظایف هسته نظارت در راستای نظارت داخلی و ممیزی، شامل اقداماتی است که می‌تواند به‌طور مؤثر با محدودیت بودجه‌ای و دیگر هدررفت‌های هزینه‌ای ناشی از ثبت نام، اعتبار و صدور مجوز به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، امکانات و محصولات (در جهت بهبود کیفیت) مبارزه نماید. بهبود مدیریت نیز نیازمند هوشیاری و استفاده بهتر از اطلاعات می‌باشد به‌طوری که نقایص عملکردی و تغییرات را می‌توان مشاهده و مانیتورینگ کرد.

◀ ارزیابی اساسی خدمات مورد نیاز

هزینه یک سال زندگی سالم کمتر از ۱۰ تا ۱۰۰۰۰۰ دلار، بسته به عوامل گوناگون تخمین زده شده است (۵۹، ۶۰). اگر سالانه ۱۰ دلار را برای زندگی سالم انتخاب کنید در طول ۱۰۰۰۰۰ سال یک میلیون دلار پس‌انداز کرده‌اید، اما اگر هزینه‌کرد سالانه را ۱۰۰۰۰۰ دلار انتخاب کنید، تنها ۱۰ سال توأم با سلامت را انتخاب کرده‌اید. هیچ قانون کلی وجود ندارد که در یک کشور، مداخله دولتی با در نظر گرفتن جوانب الگوهای بیماری و سطح پوشش، بیشترین تأثیر را در قیمت داشته باشد. حتی این موضوع که

پیشگیری مقرون به صرفه‌تر از درمان است، همیشه صادق نیست. برخی از انواع پیشگیری‌ها مقرون به صرفه هستند و کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند در حالی که بعضی از آنها اینطور نیستند. در خوش‌بینانه‌ترین حالت هر کشوری نیازمند ارزیابی موارد مقرون به صرفه و اثربخشی در محیط‌های خاص خود است اگر چه WHO-CHOICE (انتخاب مداخلات دولتی مقرون به صرفه) برنامه‌ای را در دستور کار دارد و با برگزاری دو دوره پروژه اولویت‌های کنترل بیماری، کتابچه راهنمایی را در ارتباط با صرفه‌جویی هزینه در اثر طیف گسترده مداخلات دولتی در موقعیت‌های مختلف منتشر کرده است (۶۱). واضح است که به دلایل مختلف، مداخلات و کمک‌های کم‌تأثیر اما پرهزینه مورد استفاده بیشتری به نسبت موارد مؤثر اما کم هزینه دارد (۵۹، ۶۰). بنابراین، اولویت تخصیص منابع به مداخلات مؤثر اما کم‌هزینه، راهی مؤثر برای دستیابی به بازدهی بیشتر می‌باشد. نتایج بررسی چند مطالعه تطبیقی که وضع موجود را با ترکیبی مناسب‌تر از مداخلات بالقوه برای مجموعه‌های بیماری با شرایط خاص مقایسه می‌کند (جدول ۴-۲) نشان می‌دهد که بسته به شرایط، می‌توان به نتایج مشابهی، بین ۱۶٪ و ۹۹٪ میزان پرداختی جاری سلامت دست یافت. این پس‌انداز می‌تواند بعدها نقش مهمی را در بهبود سلامت از راه‌های دیگر ایفا کند.

حتی با ارائه مجوز انتقال سرمایه جهت تخصیص به بخش‌های مورد نیاز در کشورهایی که به مداخلات مؤثر بر کاهش هزینه اولویت می‌دهند، افزایش اثربخشی تا حدود ۲۰٪ ممکن خواهد بود (جدول ۴-۲). بدیهی است، در کشورهای مختلف مداخلات مؤثر بر کاهش هزینه‌ها متفاوت است اما در کشورهای کم‌درآمد بسیاری از این مداخلات مانند مراقبت و درمان پیشگیرانه برای سلامت مادر و نوزاد و یا واکسیناسیون در دوران کودکی که ممکن است به قیمت جان انسان تمام شود هنوز به‌طور کامل اجرا نمی‌شود.

جدول ۴-۲: مزایای بالقوه ارزیابی انتقادی مداخلات

هزینه به دست آوردن یک سال زندگی سالم*			پول رایج*	مطالعه
درصد یسرفت	ترکیب بهینه	ترکیب کنونی		
۲۰	۸/۵۷	۱۰/۶۵	US\$	درمان دارویی مالاریا در زامبیا (۶۲) (هزینه هر مورد درمان)
۹۹	۲۱۸۵	۳۰۰۰۰۰	BHT	پیشگیری از بیماری و آسیب در تایلند (۶۳) پیشگیری از بیماری قلب و عروق پیشگیری از آسیب رانندگی (الکل) پیشگیری از آسیب رانندگی (کلاه‌های ایمنی)
۴۵	۳۳۷۵	۶۱۹۰		
۲۱	۷۸۸	۱۰۰۰		
۶۶	۸۹۳	۲۶۲۱	EEK	کنترل مصرف الکل و تنباکو در استونی (۶۴) الکل دخانیات
۱۵	۲۴۷	۲۹۲		
۳۰	۲۶۳۳۷	۳۷۸۳۵	NGN	کمک به افراد با مشکلات عصبی در نیجریه (۶۵) اسکیزوفرنی افسردگی صرع سوء مصرف الکل
۶۸	۶۷۱۱۳	۲۱۰۵۴۴		
۴۱	۶۲۰۹۵	۱۰۴۵۸۶		
۲۱	۱۰۵۰۷	۱۳۳۳۹		
۴۷	۱۰۶۷۷	۲۰۱۳۴		
۴۲	۱۷۵۳۶	۳۰۰۷۲	AUS	بسته‌های مراقبت از سلامت روانی در استرالیا (۶۶) اسکیزوفرنی اختلال خلقی (از هر نوع) اختلال اضطراب (از هر نوع) اختلالات ناشی از مصرف بی رویه الکل
۴۵	۱۰۷۴۸۲	۱۹۶۰۷۰		
۴۵	۱۰۷۴۸۲	۲۰۴۶۳		
۴۰	۹۱۳۰	۱۵۱۸۴		
۴۵	۵۳۴۱۲	۹۷۹۳۲		
۲۶	۳۳۱۳	۴۴۵۳	I\$	مراقبت از سرطان دهانه رحم و پیشگیری (۶۷) (Eur A) نواحی زیر مجموعه با درآمد بالا (WprB) نواحی زیر مجموعه با درآمد متوسط (SearD) نواحی زیر مجموعه کم درآمد
۳۵	۱۹۸۴	۳۰۷۱		
۱۶	۳۵۵	۴۲۱		

زمانی که تصمیم‌گیری در مورد ترکیب بهینه از مداخلات مؤثر بر کاهش هزینه، تنها عامل مورد توجه نیست و در مواردی که مسئله انصاف، عدالت و یا نجات عمومی مطرح است، ارزش‌های اجتماعی مداخلات خاص درمانی، ممکن است با سودآوری در حوزه سلامت منافات داشته باشد.

مراقبت در دوران کهنسالی که هزینه‌بر است را در نظر بگیرید. به‌طور مثال، در ایالات متحده آمریکا، علی‌رغم اینکه تنها ۵٪ از کل جمعیت تحت پوشش صندوق مدیگر را افراد کهنسال تشکیل می‌دهند، مراقبت از بیمار در سال آخر حیات تقریباً یک سوم از هزینه‌های سالانه مدیگر را در بر می‌گیرد (۶۸). ارجحیت ارزش‌های اجتماعی به ملاحظات هزینه‌ای، باعث می‌گردد که جوامع همچنان به ارائه مراقبت در دوره کهنسالی ادامه دهند. مثال دیگری از این دست، که دغدغه سیاستگذاران کشورهای با درآمد کم و متوسط است کنار گذاردن برنامه‌های کاهنده هزینه به واسطه گسترش پوشش به مناطق روستایی دور دست می‌باشد. همانطور که در فصل اول آمده است، تعهد به تحقق پوشش همگانی تا میزان قابل توجهی به انسجام اجتماعی به‌عنوان آمادگی برای ایجاد تعادل در اثربخشی و عدالت بستگی دارد.

در حالی که برقراری عدالت بسیار حائز اهمیت است، دولت‌ها نیز باید همچنان بر اقدامات کاهش‌دهنده هزینه تمرکز نمایند تا بتوانند خرید راهبردی بیشتر در خدمات داشته باشند و اطمینان حاصل نمایند که سیستم از سرمایه موجود به بهترین وجه استفاده نموده است. این موضوع در بخش‌های بعدی همین فصل بیشتر مورد بحث قرار خواهد گرفت.

◀ مزایای بالقوه بهبود اثربخشی

با در نظر گرفتن سطح متوسط ناکارآمدی مشخص شده در بخش‌های قبلی و ضرب آنها با میانگین هزینه‌های سلامت در ارتباط با هر یک از اجزاء، درک آنچه که از طریق اثربخشی بیشتر ممکن است به دست آید، امکان‌پذیر می‌گردد (جدول ۳-۴).

۱۰ عامل شایع ناکارآمدی در این جدول شامل پنج گروه عمده منابع انسانی در حوزه سلامت، دارو، بیمارستان‌ها، هدررفت هزینه به دلیل فساد مالی و مشکلات مداخله‌ای می‌باشد.

در این جدول مشخص می‌شود که کشورهای کم‌درآمد سالانه می‌توانند ۲۴-۱۲٪ از کل هزینه‌های سلامت را از طریق بهبود بیمارستان یا اثربخشی نیروی کار صرفه‌جویی کنند، در نتیجه می‌توانند منابع را به‌منظور جلوگیری از گسترش بالقوه ریسک مالی برای اکثر مردم و یا توسعه خدمات موجود آزاد کنند. دقیقاً چه اتفاقی خواهد افتاد، اگر کشورها بر روی تمام این منابع ناکارآمد نامشخص به‌طور هم‌زمان کار کنند. اما دستاوردها قطعاً تا زمانی که بهبود اثربخشی در کارکنان بخش سلامت افزایش نیابد، به‌عنوان یک برآورد متوسط ملموس نخواهند بود. برآوردها نشان می‌دهد ۴۰-۲۰٪ از کل هزینه صرف‌اموری می‌شود که کمتر در بهبود سلامت مردم نقش دارد. دستاوردهای بهداشتی بالقوه از طریق سرمایه‌گذاری مجدد این منابع، به روش‌های بهتر برای بهبود سلامت جامعه، فراوان دیده می‌شود.

جدول ۴-۳: پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی هزینه‌ها به‌ترتیب میزان هزینه و درآمد کشورها

میزان پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی در کل جمعیت (\$ میلیارد دلار)		سرانه پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی (به دلار امریکا)		میزان محدوده پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی (درصد هزینه‌های کلی سلامت)	تقسیم‌بندی درآمدی
محدوده	میانگین	میزان	میانگین		
۱۱۰-۸۵۱	۵۶۳				منابع انسانی با درآمد بالا با درآمد متوسط با درآمد کم
۷۹-۶۳۹	۴۹۹	۷۸-۶۳۹	۴۹۲	۸-۱۶	
۲۹-۲۰۶	۶۱	۷-۴۸	۱۴	۷-۱۴	
۱-۶	۳	۱-۵	۲	۸-۱۵	
۲۴-۱۹۳	۱۱۵				دارو با درآمد بالا با درآمد متوسط با درآمد کم
۱۴-۱۲۴	۹۵	۱۴-۱۲۲	۹۳	۲-۳	
۹-۶۷	۱۹	۲-۱۶	۵	۲-۵	
۰-۲	۱	۰-۲	۱	۳-۵	
۵۴-۵۰۳	۲۸۷				بیمارستان‌ها با درآمد بالا با درآمد متوسط با درآمد کم
۳۱-۳۳۰	۲۳۶	۳۰-۳۲۵	۲۳۳	۳-۸	
۲۳-۱۶۸	۴۹	۵-۳۹	۱۱	۵-۱۱	
۱-۴	۲	۱-۳	۱	۴-۹	
۵۱-۴۶۸	۲۷۱				هدررفت با درآمد بالا با درآمد متوسط با درآمد کم
۲۹-۳۱۵	۲۲۴	۲۸-۳۱۰	۲۲۱	۳-۸	
۲۲-۱۵۰	۴۴	۵-۳۵	۱۰	۵-۱۰	
۱-۴	۲	۱-۳	۲	۵-۱۰	

میزان پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی در کل جمعیت (\$ میلیارد دلار)		سرانه پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی (به دلار آمریکا)		میزان محدوده پتانسیل اثربخشی در صرفه‌جویی (درصد هزینه‌های کلی سلامت)	تقسیم‌بندی درآمدی
محدوده	میانگین	میزان	میانگین		
۱۴۱-۱۰۹۴	۷۰۵				ترکیبی از مداخلات
۹۶-۷۸۶	۶۱۱	۹۵-۷۷۴	۶۰۲	۱۰-۲۰	با درآمد بالا
۴۳-۳۹۹	۸۹	۱۰-۷۰	۲۱	۱۰-۲۰	با درآمد متوسط
۲-۸	۴	۲-۷	۳	۱۰-۲۰	با درآمد کم
۲۸۲-۲۱۸۸	۱۴۰۹				کل
۱۹۲-۱۵۷۳	۱۲۲۳	۱۸۹-۱۵۴۸	۱۲۰۴	۲۰-۴۰	با درآمد بالا
۸۶-۵۹۹	۱۷۸	۲۰-۱۴۰	۴۲	۲۰-۴۰	با درآمد متوسط
۴-۱۷	۸	۳-۱۳	۷	۲۰-۴۰	با درآمد کم

گام اول برای کشورها بررسی ماهیت و علل بومی عدم اثربخشی بر اساس آنالیز مذکور می‌باشد. بنابراین ارزیابی هزینه‌ها و تأثیرات احتمالی راه‌حل‌های ممکن ضروری است. همانطور که اخیراً در لبنان مشاهده شده است بی‌شک بهبود اثربخشی ممکن خواهد بود. در راهنما ۲-۴ دستاوردهای قابل توجهی را می‌توان تقریباً در همه جای لبنان دید، در حالی که ممکن است نتایج همه کشورها با نتایج این کشور مطابقت نداشته باشد.

راهنما ۴-۲: اصلاحات در کشور لبنان: بهبود اثربخشی نظام سلامت، افزایش پوشش و کاهش پرداخت از جیب بیمار

در سال ۱۹۹۸ لبنان ۱۲/۴٪ از تولید ناخالص داخلی خود را صرف بخش سلامت کرد، این میزان بیش از هر کشور دیگری در منطقه مدیترانه شرقی بود.

پرداخت از جیب بیمار که معادل ۶۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت بود نیز در میان کشورهای منطقه بالاترین به حساب می‌آمد و مانع بزرگی برای افراد کم‌درآمد محسوب می‌شد. از آن پس، یک سری اصلاحات جهت ارتقاء مساوات و عدالت توسط وزارت بهداشت اجرا شده است.

مؤلفه‌های کلیدی این اصلاحات عبارتند از: بازسازی بخش عمومی شبکه مراقبت‌های اولیه درمان، بهبود کیفیت در

بیمارستان‌های عمومی و القا استفاده منطقی از فناوری‌های پزشکی و دارویی. مورد آخر همچنین شامل افزایش استفاده از داروهای ژنریک با کیفیت تضمین شده می‌باشد. وزارت بهداشت نیز به دنبال تقویت جایگاه راهبردی و حکومتی خود از طریق قانونگذاری در بخش سلامت و فناوری پزشکی در گرو ایجاد یک سیستم یکپارچه برای همه بیمارستان‌ها و عقد قرارداد با بیمارستان‌های خصوصی برای ارائه خدمات خاص بستری با قیمت مشخص بوده است. در حال حاضر وزارت بهداشت یک پایگاه اطلاعاتی دارد که از آن برای نظارت بر ارائه خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی دولتی و خصوصی استفاده می‌کند.

بهبود کیفیت خدمات در بخش عمومی، در سطوح ۱ و ۲ و ۳ باعث افزایش اثربخشی، به‌ویژه در میان فقرا شده است. وزارت بهداشت به‌عنوان عاملی که بیشترین خدمات را ارائه می‌دهد، در حال حاضر قادر است بهترین مذاکرات را برای خرید خدمات از بیمارستان‌های خصوصی انجام دهد و می‌تواند از این پایگاه داده، برای ردیابی هزینه‌های هر واحد از خدمات مختلف بیمارستانی استفاده نماید.

از سال ۱۹۹۸ استفاده از خدمات پیشگیرانه، ارتقایی و درمانی، به‌ویژه در میان فقرا به‌عنوان خروجی‌های بخش سلامت گسترش یافته و کاهش هزینه‌های دارویی همراه با سایر دستاوردهای اثربخشی بدان معنی است که هزینه‌های سلامت به‌عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی از ۱۲/۴٪ به ۸/۴٪ کاهش یافته است. پرداخت از جیب بیمار به‌عنوان بخشی از هزینه‌های سلامت با کاهش از ۶۰٪ به ۴۴٪ به افزایش سطح حفاظت در زمان ریسک مالی کمک شایانی نموده است.

◀ مشوق‌ها، تأمین مالی سلامت و اثربخشی

در قسمت‌های قبل اقدامات خاصی به‌منظور بهبود اثربخشی در ۱۰ منطقه معین پیشنهاد شد. در این بخش، تمرکز بر عوامل ایجاد انگیزه و بی‌انگیزگی که در نهاد کلیه سیستم‌های مختلف تأمین مالی که می‌توانند باعث ارتقاء یا بهبود اثربخشی گردند وجود دارد. یکی از ملاحظات کلیدی چگونگی پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. مکانیسم‌های پرداخت به بیمارستان‌ها و امکانات بهداشتی و پزشکان، پرستاران، فیزیوتراپ‌ها و غیره که خدمت ارائه می‌کنند، در سیستم‌های مختلف متنوع است و باعث عدم اثربخشی می‌گردد. ابتدایی‌ترین سیستم پرداخت که تاکنون بررسی شده، پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت توسط بیمار در زمان نیاز است. در اینجا بسیاری از معایب این سیستم به‌ویژه موانع مالی دسترسی فقرا و مشکلات مالی ناشی از استفاده افراد از خدمات را مورد بحث قرار

می‌دهیم. پرداخت هزینه در ازاء خدمت باعث تشویق افراد مرفه به استفاده بی‌دلیل از خدمات بی‌مورد می‌گردد. این نوع پرداخت، نوع دیگری از عدم اثربخشی است.

حتی جایی که سرمایه‌ها تجمیع می‌گردند طرح‌های بیمه‌ای هزینه در ازاء خدمت هنوز هم‌شکل عمومی پرداخت محسوب می‌گردد. این روش شایع و پرهزینه است. از آنجا که بیمه‌گر پرداخت‌کننده است، دکتر و بیمار انگیزه‌ای برای محدود کردن هزینه‌ها ندارند و در نتیجه استفاده بی‌مورد از خدمات اجتناب‌ناپذیر است. خدمات پیش از نیاز، اغلب به‌صورت استفاده بیش از حد از داروهای تجویزی است اما فقط به آن محدود نمی‌شود. عوامل مؤثر بر بروز افزایش سزارین مثال دیگری است. عوامل متعدد دیگری نیز وجود دارند اما افزایش تقاضا توسط بیماران و افزایش عرضه خدمات توسط پزشکان که به ازاء هر خدمت پرداخت صورت می‌گیرد، در این موضوع نقش مهمی دارند (۷۰).

علی‌رغم اینکه سزارین با افزایش مرگ و میر مادران و نوزادان و افزایش مشکلات در زایمان‌های بعدی ارتباط مستقیم دارد (۷۱-۷۳)، حتی زمانی که زایمان طبیعی هیچ‌گونه خطر خاصی ندارد، به‌طور فزاینده‌ای انجام می‌شود (۷۴). در ۶۹ کشور از ۱۳۷ کشوری که اطلاعات آنها موجود است، میزان سزارین رو به افزایش است، هزینه این کشورها حدود ۲ میلیارد دلار در هر سال برای این فرآیند غیر ضروری تخمین زده می‌شود (راهنما ۴-۳).

راهنما ۴-۳: تنوع جهانی در عمل سزارین

تعداد سزارین در کشورهای مختلف اعم از ثروتمند و در حال پیشرفت یا کشورهای کم‌درآمد به‌خصوص کشورهای آفریقایی، بسیار متفاوت است این در حالی است که در گروه اول استفاده بی‌مورد مشاهده می‌شود و در گروه دوم در زمان نیاز نیز دسترسی به خدمات وجود ندارد.

در سال ۲۰۰۷ اطلاعات سزارین در ۱۳۷ کشور نشان داد که در ۵۴ کشور، تولد سزارینی کمتر از ۱۰٪ از کل تولدها را به خود اختصاص می‌دهد و در ۶۹ کشور این مقدار بیشتر از ۱۵٪ بوده است. تنها در ۱۴ کشور میزان توصیه شده

۱۵- ۱۰٪ رعایت شده بود.

تحلیل ویژه‌ای بر اساس WHO – CHOICE (انتخاب روش‌های مؤثر بر کاهش هزینه^۱) نشان می‌دهد که هزینه‌های جهانی سزارین به‌طور سالانه بیش از دو میلیارد دلار است. در سال ۲۰۰۸ تعداد سزارین‌های غیر ضروری در جهان، از تعداد جراحی‌های ضروری بیشتر شد. در همان سال به دلیل تمرکز بیش از حد بر سزارین در کشورهای پرآمد (و در نتیجه افزایش هزینه آن) هزینه سزارین در سراسر جهان ۶ برابر هزینه نیازهای درمانی کل افراد در کشورهای فقیر بود.

تأثیر استفاده افراد مرفه از سزارین بر ترویج آن در میان آحاد مردم جامعه مشخص نیست، اما با توجه به همان مطالعه عرضه و تقاضا که در آن خدمات سلامت توسط دولت ارائه می‌گردند، نرخ سزارین نازل است. به‌طور خاص، افزایش دو برابری سهم هزینه‌های سلامت از محل منابع دولتی معادل با ۲۹/۸٪ باعث کاهش ۵۰-۹/۶٪ میزان سزارین شده است (۷۰).

بیشتر سیستم‌هایی که هزینه‌های بیماران را از صندوق‌های بیمه پرداخت می‌کنند خدمات SP را (برای مقابله با خدمات اضافه) کنترل می‌نمایند. همچنین بسیاری از کشورها با مشارکت در پرداخت یا سایر نمونه‌های مشارکت در هزینه، بیماران را تشویق می‌کنند که آیا نیازی به استفاده از خدمات مذکور دارند یا خیر. اما این اقدامات برای پیاده‌سازی ممکن است پرهزینه باشد زیرا نیاز به نظارت زیادی دارد و قادر نیست با عامل اصلی مشکل که تمایل فراوان به ارائه خدمات اضافه توسط ارائه‌دهنده خدمات دارد مقابله نماید.

یک استراتژی برای محدود کردن ارائه خدمات اضافه، محدود نمودن پرداخت سرانه به ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. سرانه معمولاً در سطح اول مراقبت ارائه می‌شود که به موجب آن به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، مبلغی از پیش تعیین شده برای پوشش تمام نیازهای سلامت هر فرد ثبت نام شده پرداخت می‌گردد. در واقع، تعیین پزشک سطح یک و یا امکانات اولیه، دارندگان صندوق را مسئول مدیریت پرداخت هزینه‌های بیماران می‌نماید که به سطوح بالاتر سیستم ارجاع می‌شوند. این مسئله باعث ترغیب آنان به تمرکز بر پیشگیری از بیماری می‌گردد. پیشگیری از بیماری، ارجاع را کاهش

می‌دهد و از دست دادن بخشی از هزینه را متوقف می‌کند. با این حال متأسفانه این مسئله ممکن است باعث شود که پزشکان ارجاع را به تاخیر بیندازند.

گاهی سرانه به صورت مستقل، به خدمات و امکانات سطح یک اختصاص می‌یابد. در این حالت، ممکن است ارائه‌دهندگان خدمات در این سطح، بدون دلیل موجه و بدون اهمیت به مشکلات احتمالی در سطوح دیگر، بیماران را با فراغ بال به سطوح بالاتر ارجاع دهند.

در بیمارستان‌ها پرداخت هزینه خدمات متناسب با طول مدت بستری است و چون پرداخت هزینه برای خدمات بالینی، مبتنی بر مدت بستری مداوم بیمار است، باعث می‌شود بیماران مدت طولانی‌تری بستری شده و بیمارستان پول بیشتری دریافت نماید (۷۶، ۷۷).

مکانیسم‌های اثربخش‌تر، از پرداخت موردی استفاده می‌کنند مانند گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRGs) که به ازاء تشخیص بیماری هر فرد مراجعه‌کننده به بیمارستان، در قبال تمامی آزمایش‌ها و پاتولوژی‌ها تنها یک هزینه تشخیص دریافت می‌کنند که این هزینه برابر است با متوسط کل هزینه‌های تشخیصی آن فرد. مشکل این است که بیمارستان می‌تواند بیماران مبتلا را زود ترخیص نماید به طوری که آنها مجبور بشوند دوباره به بیمارستان مراجعه کنند و با پذیرش مجدد، هزینه مضاعفی در قبال DRG جدید پرداخت نمایند. بسیاری از کشورها و صندوق‌های بیمه‌ای و نه فقط آنهایی که درآمد بالایی دارند یک نوع پرداخت موردی را برای سیستم‌های تأمین مالی بیمارستان خود به منظور کنترل هزینه‌ها و تشویق در جهت افزایش اثربخشی به کار می‌برند. این کشورها عبارتند از: قزاقستان، قرقیزستان، تایلند و ترکیه (۷۸-۸۱).

در سوئد، مقایسه میان مناطقی که در آنها پرداخت بر اساس DRG رواج دارد با دیگر مناطق، حاکی از آن است که این نوع پرداخت باعث صرفه‌جویی ۱۰ درصدی در هزینه‌ها می‌شود (۸۲).

در ایالات متحده آمریکا گزارش شده که متوسط مدت بستری در بیمارستان تحت برنامه DRG در مقایسه با دیگر روش‌های پرداختی کاهش یافته است (۸۳). با این حال، هم سرانه و هم دستمزد بر اساس DRG، نیاز به اندازه‌گیری دقیق هزینه قبل از اجرا و نظارت بر تأثیر آن در طول زمان دارد. جایگزین الگوی پرداختی به کارکنان بخش سلامت به جای پرداخت به ازاء خدمت یا به ازاء هر بیمار،

پرداخت وجه ثابت و مشخصی می‌باشد. در اینجا چالش، تشویق افرادی است که هیچ‌گونه نفع مالی در بهتر انجام دادن وظایف خود ندارند. در سال ۲۰۰۴ وزارت بهداشت انگلیس پاداشی به پزشکان عمومی داد تا تشویقی برای بهبود مراقبت به‌خصوص در پایش شرایط ویژه بیماران (نارسایی قلبی، آسم، دیابت) باشد. این پاداش می‌تواند بالغ بر چند هزار پوند در سال باشد و بخش قابل توجهی از درآمد یک پزشک را تشکیل دهد (۸۴).

چندین کشور شروع به توسعه سیستم‌های ترکیبی پرداخت، هم در سطح بیمارستان و هم در سطح ارائه‌دهندگان خدمات فردی نمودند. با فرض اینکه روش‌های صحیح ترکیبی پرداخت می‌تواند اثربخشی و کیفیت بیشتری را نسبت به مدل پرداخت واحد در بر داشته باشد (۸۵). به‌عنوان مثال، سیستم آلمان با هدف کنترل هزینه‌ها، بودجه را با پرداخت DRG در سطح بیمارستان ترکیب می‌کند. در فنلاند، پرداختی به پزشکان ترکیبی از حقوق، دستمزد، سرانه و پرداخت به ازاء خدمت می‌باشد.

◀ پرداخت بر اساس عملکرد^۱

مفهوم پرداخت در قبال عملکرد خوب^۲، با دیدگاه عدم وجود حادثه درمدیکر متناقض می‌باشد. این در حالیست که مطابق برنامه پرداخت در قبال عملکرد خوب، پزشکان و پرستاران فعال پاداش می‌گیرند، اما در سیستم مدیکر هیچ‌گونه پاداشی وجود ندارد. تنها زمانی که فردی مرتکب اشتباهی می‌شود سیستم از پرداخت هرگونه وجهی به او خودداری می‌کند. بسیاری از طرح‌های انگیزشی عملکرد، در طول چند دهه گذشته با عناوین مختلف به اجرا درآمده است: پرداخت بر اساس عملکرد، عقد قرارداد مبتنی بر عملکرد، تأمین مالی مبتنی بر عملکرد و تأمین مالی مبتنی بر نتایج، اما همه برای ارائه پاداش در قبال خدمات خاص به‌منظور جذب افراد بیشتر، کیفیت بهتر و نتایج بهتر در سلامت تلاش می‌کنند (۸۶). همانطور که در ابتدای این فصل توضیح داده شد، در بعضی از کشورهای مرفه نتایج مثبتی از پرداخت بر اساس عملکرد بدست آمده است که نمونه آن در انگلستان می‌باشد.

1- Paying for performance

2- Paying for good performance

در ایالات متحده آمریکا بیش از ۲۰۰ نوع پرداخت بر اساس عملکرد وجود دارد، فرانسه دارای یک برنامه سراسری است، اسپانیا و ایتالیا برنامه‌های محلی و یا پروژه‌های آزمایشی کوچکی دارند (۸۴). ارزیابی نشان می‌دهد که طرح‌های عملکردی - انگیزشی باعث بهبود عملکرد پزشک و یا بیمارستان در شرایط مختلف با شاخص‌های متفاوت می‌گردد. اما باید در نظر داشت که شاخص‌های کیفی مشترکی نیز وجود دارد، مانند: پایبندی به بهترین اصول مراقبت^۱، کنترل فشار خون در بیماران و کاهش عوارض دیابت (۸۷، ۸۸). با این حال، شواهدی وجود دارد که این انگیزه گاهی منجر به بهبود عملکرد ارائه‌دهنده نمی‌شود (۸۹) زیرا مقرون به صرفه نیستند.

آیا هزینه‌های بهبود عملکرد ارزش پرداخت دارد؟

آیا روش‌های مقرون به صرفه‌تری در ادامه راه برای رسیدن به نتایج مشابه وجود دارد؟ در گذشته، این پرسش‌ها مطرح نشده است (۹۰).

در سال‌های اخیر، این نوع مکانیزم در کشورهای در حال توسعه به اشکال مختلف و اغلب به‌عنوان یک پروژه آزمایشی با کمک‌های مالی خیرین به مشکلات کودکان و مراقبت‌های مادر پرداخته‌اند (۹۱). این کشورها عبارتند از: برون‌دی، کامبوج، کامرون، جمهوری دموکراتیک کنگو، مصر، هائیتی، هندوستان، نیکاراگوئه و رواندا. بهبود در روند ارائه مراقبت‌های سلامت در بسیاری از مناطق این کشورها گزارش شده است نظیر مراقبت‌های بیشتر در دوران بارداری، افزایش تعداد زنانی که در زمان وضع حمل از مزایای بخش سلامت بهره‌مند شده‌اند و پوشش واکسیناسیون و ایمن‌سازی کودکان (۹۲، ۹۳).

با این حال نتایج احتمالی را باید با احتیاط نگریست چرا که شواهد و تحقیقات کاملاً موثقی، اثبات‌گر آنها نمی‌باشند اما همین مستندات نیز در صورت استفاده مناسب و صحیح باعث افزایش اثربخشی سیستم سلامت می‌گردند (۹۴). این مهم نیازمند اشراف به قوانین بازی و دانستن این مطلب است که از هر مشارکت‌کننده چه چیزی انتظار می‌رود. همچنین در زمانی که ارائه دهندگان خدمات (SP) به دنبال سود بیشتر و تمرکز بر بیماران مرفه در مقابل فعالیت‌هایی با سود کمتر و عدم ارائه خدمات ویژه به

بیماران فقیر هستند، نیازمند ارتقای سیستم اطلاعات و پایش جهت مقابله با تحریکات منفی می‌باشند. چنین برخوردی با بیماران در هر دو نوع کشور، ثروتمند و فقیر دیده می‌شود (۹۵-۹۷).
 دو نگرانی دیگر نیز در مورد طرح‌های تشویقی بر اساس عملکرد وجود دارد. اول اینکه اگر پرداخت بر اساس عملکرد در طرح‌های مختلف به گونه‌های متفاوت انجام شود، ممکن است طرح‌های مذکور بر سر جذب SPها رقابت کنند. وقتی که پای خیرین به میان کشیده می‌شود، کشورهای دریافت‌کننده کمک باید بررسی کنند که چه نوع تشویقی بر اساس عملکرد با استراتژی‌های کلی ارائه خدمات و سرمایه‌گذاری در بخش سلامت هم‌خوانی دارد و عوامل تشویقی را چگونه، کجا و برای چه چیز باید به کار برد؟

دوم اینکه، تشویق‌های مالی از ارائه دهندگان خدمات ممکن است به صورت کاملاً نامحسوسی باعث شود کارکنان بخش سلامت احساس کنند که ظرفیت‌ها و توانایی‌های آنان زیر سؤال رفته و یا این تصور را پیش آورد که خواست قلبی و هم‌نوع دوستی آنان برای تشویق‌کنندگان ارزشی ندارد (۹۸). چنین تشویقاتی حتی ممکن است باعث شود کارکنان برای هر کار خود انتظار تشویق داشته باشند (۹۹).

◀ خرید راهبردی

پرداخت بر اساس عملکرد تنها راه حصول اطمینان از ارائه خدمات کیفی به افراد نیازمند و عملکرد مؤثر سیستم می‌باشد. در گذشته، همیشه به SPها پرداخت صورت می‌گرفت و یا اینکه دولت بر اساس هزینه‌های سال‌های گذشته، بودجه‌ای را جهت پرداخت هزینه‌های SPها تخصیص می‌داد. این عمل خرید منفعل^۱ نام دارد (۱۰۰، ۱۰۱). خرید فعال^۲ غالباً از طریق موارد ذیل، دسترسی به خدمات کیفی و کاربردی را محقق می‌سازد:

- بررسی نیازهای سلامت یک جامعه و تفاوت جوامع

1- Passive purchasing

2- Active Purchasing

- کمک‌ها و خدماتی که به بهترین وجه این نیازها و انتظارات جامعه را از طریق منابع موجود مرتفع نمایند

- بهترین حالت ترکیبی ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی

- چگونگی ارائه یا خرید این کمک‌ها و خدمات شامل مکانیسم‌های قرارداد و پرداخت به SPها مانند آنچه در ابتدای این فصل توصیف شد

- اینکه این خدمات از چه کسانی خریداری شود

- در نظر گرفتن این مسئله که ارائه‌دهندگان خدمات کیفی و کاربردی در دسترس باشند (۱۰۲).

تصمیم‌گیری میان خرید فعال و منفعل آسان نیست. کشورها در اصل تصمیم می‌گیرند که کجا می‌توانند بر اساس توانایی‌هایشان در جمع‌آوری، پایش و تفسیر اطلاعات مورد نیاز عمل کنند و استاندارد کیفیت و اثربخشی را حفظ نمایند. خرید منفعل منجر به عدم اثربخشی می‌گردد. بعضی کشورها ممکن است کل ظرفیت‌های استفاده از خرید فعال را نداشته باشند اما همیشه می‌توانند از خرید منفعل به سوی خرید فعال گام بردارند. البته پرداخت بر اساس عملکرد یکی از گام‌های مؤثر در جهت خرید فعال می‌باشد. با این حال باید در نظر داشت که بهترین حالت پیگیری انجام تمامی امور، نیل به خرید فعال می‌باشد.

ممکن است ابزار خرید راهبردی نیازمند تغییر و تعریف مجدد باشند. همانطور که نشان داده شده است اکثر سیستم‌های پیشرفته مالی در بخشی سلامت شیوه‌های مختلفی را جهت پرداخت به SPها بر می‌گزینند تا تشویقی برای ارائه بهینه خدمات ایجاد نمایند. بسیاری از کشورها میان عوامل سیاسی و عوامل فنی به دنبال ترکیب مناسبی برای ایجاد انگیزه در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشند.

این مقوله که سیاستگذاران مجبور به تصمیم‌گیری در مورد ترکیب روش‌های مختلف پرداخت به SPها با هدف خرید خدمات برای رفع نیازهای مردم می‌شوند، حقیقتی است که در باب سیستم مراقبت از سلامت صادق است.

◀ پراکندگی

همه کشورها بر اساس شرایط محیطی به دنبال راه‌حل‌های عملی در پرداخت به SPها می‌باشند، هر تصمیمی که گرفته شود، کمی پیش‌پرداخت و تجمیع باعث اصلاح شرایط مراقبت از سلامت با حداکثر رفع نیاز می‌گردد. هر چقدر که تجمیع ریسک‌ها بزرگتر باشد، بهتر است چرا که این تجمیع‌ها مزایای بسیار زیادی نظیر ظرفیت فراهم نمودن هزینه‌های بالاتر در شرایط خاص و بیماری‌های پرهزینه را دارند. کارآمدترین سیستم‌های سلامت از پراکندگی تجمیع‌ها دوری می‌کنند و همیشه سعی در ایجاد ارتباط میان صندوق‌ها و منابع مختلف دارند. همانطور که در فصول قبل توضیح داده شد، پراکندگی باعث جدایی فقیر و غنی و سالم و بیمار در دریافت کمک‌ها می‌گردد. در آمریکا، با وجود هزینه‌کرد فراوان در بخش سلامت، پراکندگی تجمیع یکی از عوامل منفی در تحقق پوشش همگانی به شمار می‌رود (۱۰۳).

پراکندگی می‌تواند از عوامل اصلی عدم بهره‌وری باشد. سیستم‌هایی که صندوق‌های فراوان و مختلف با مدیریت‌های هزینه‌ای خاص دارند، نیازمند تلاش‌های مضاعف در جهت هماهنگی فعالیت این تجمیع‌ها و صندوق‌ها هستند. به همین ترتیب، پراکندگی در دیگر بخش‌های سیستم مانند عملکرد بیمارستان‌ها، توزیع دارو و تجهیزات و پشتیبانی از بخش‌های آزمایشگاهی به ابطال هزینه و هم‌پوشانی منتج می‌گردد.

اغلب به برنامه‌های سلامت عمومی مانند کنترل بیماری سل و HIV، به دلیل پراکندگی در تأمین هزینه و ارائه خدمات، خلل وارد می‌گردد (۱۰۴).

در جایی که تخصیص بودجه بر مبنای برنامه از سوی دولت صورت پذیرد، تجمیع صندوق‌ها و تخصیص آنها به SPها از طریق برنامه ارائه شده انجام می‌شود. در بسیاری از موارد برنامه‌های مختلف تنظیمات متفاوتی را در ارائه خدمات دارند مانند یک بیمارستان پذیرنده بیماران سل. به طور مثال، استراتژی مطلوب در کشور قرقیزستان، محقق نمودن پوشش حدوداً ۵۰٪ بیماران مبتلا به سل از طریق تسهیلات ارائه شده در سطح مراقبت‌های اولیه بود، اما تنها ۴-۳٪ این هزینه‌کرد در سطح ۱ ارائه می‌شد،

چرا که اکثر کمک‌های خارجی و داخلی به‌صورت جداگانه جمع می‌شدند و این کمک‌ها به سیستم اصلی پرداخت به SPها متصل نمی‌شدند و عمدتاً به بیمارستان‌های سل تزریق می‌گردید (۱۰۵).

اخیراً این فرآیندها اصلاح شده و از سال ۲۰۱۱ قرار است برخی از این سرمایه‌ها به صندوق‌های عمومی بیماران سل افزوده شود تا صرف مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ این بیماران گردد. بررسی هزینه‌های بیماران HIV و معتادان استونیا، نشان‌دهنده تداخل هزینه‌های غیر ضروری آنها، حتی تا دو برابر بود. معتادان تزریقی در تمام برنامه‌ها، گروه‌های هدفی بودند که در کنار بیمه بودن، عضو NGOهای^۲ طرف قرارداد بیمه نیز محسوب می‌شدند (۱۰۶). برای رفع این مشکل، دولت فرآیند عقد قرارداد واحدی را ارائه داد که بر اساس آن منابع و تمام کمک‌های هر دو برنامه با هم ترکیب می‌شوند (۱۰۷).

پراکندگی معضلی عمومی است و تنها به بخش سلامت محدود نمی‌شود. گزارش جدید بانک جهانی بیانگر این مطلب است که در کشورهای آمریکای لاتین، ادغام مناسب کمک‌های اجتماعی و بیمه اجتماعی (که شامل بیمه سلامت نیز می‌شود)، باعث ارتقاء کارآیی، اثربخشی و مساوات می‌گردد (۱۰۸).

همچنین پراکندگی تنها دغدغه داخلی دولت‌ها نمی‌باشد بلکه در سطح بین‌المللی باعث افزایش هزینه‌های مدیریتی خیرین و دریافت‌کنندگان مساعدت‌ها و در سطح کشور سبب افزایش غیر ضروری هزینه‌ها، تغییرات راهبری سیاسی و استانداردهای کیفی می‌گردد (۱۰۹). نمونه‌ای از این افزایش هزینه‌ها و اسراف‌ها برگزاری سالانه سمینارهای مختلف برای افزایش توانایی اعضای صندوق‌های مختلف می‌باشد. گاه افراد مشابهی از یک کشور دریافت‌کننده مساعدت در طول یک سال در کارگاه‌های آموزشی مختلفی شرکت می‌نمایند، در حالی که موضوعات مشابهی از طریق ارائه‌کنندگان مختلف ارائه می‌گردد (۱۱۰).

بنابراین، طبق بیانیه پاریس که تأکید بر اثربخشی کمک‌ها دارد، ضروریست خیرین اصلی جهت افزایش تسلط کشورها بر برنامه‌ها و استراتژی‌های سلامت اقدام و در هم‌سو نمودن تلاش‌های شان

1- Primary Health Cares

2- Contracted NGOs

فعالیت جدی داشته باشند. آنان می‌توانند این کار را با کاهش پراکندگی از طریق ایجاد کانال، میان صندوق‌های کشورهای دریافت‌کننده خدمت و کاهش هزینه‌کرد اضافی برای آموزش، ارائه خدمت، پایش‌ها و گزارشات مورد نیاز انجام دهند. نباید اهمیت این مسئله را نادیده گرفت، زیرا از سال ۲۰۰۰ به بعد، تعداد مشارکت‌کنندگان بین‌المللی و بنیادهای جهانی در بخش سلامت که هر کدام تجمیع و کانال مخصوص خود را در حمایت از کشورها دارند، به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (۱۱۱).

◀ جبران بی‌عدالتی

بهبود اثربخشی باعث نتایج بهینه در هزینه‌کرد مؤثرتر بخش سلامت می‌گردد. اما به تنهایی کفایت نمی‌کند چرا که مقوله سلامت چیزی بیش از بهبود سطح سلامت آحاد جامعه با در نظر گرفتن شاخص امید به زندگی می‌باشد. سیستم‌های سلامت، اهداف چندگانه و گاه رقابتی دارند مانند: بهبود سطح کلی سلامت، کاهش بی‌عدالتی در بخش سلامت، بهبود سطح پاسخگویی سیستم به نیازها و انتظارات مردمی و حصول اطمینان از عدالت مالی در جمع‌آوری پول برای بخش سلامت (۱۱۲). از دیدگاه ایده‌آل گرایانه، اثربخشی را می‌توان توانایی سیستم در حرکت به سمت تحقق تمامی اهداف به‌صورت هم‌زمان معنا کرد. مساعدت‌های مالی از طریق بهبود سطح کلی سلامت جامعه و ارائه پوشش همگانی موجب ارتقای پوشش، سلامت آحاد جامعه و کاهش نابرابری‌ها می‌گردد. نابرابری اساسی در میزان دسترسی به کارکنان ماهر بیمارستانی برای تولد نوزادان، ایمن‌سازی جهت بیماری‌های دیفتی، کزاز و سیاه‌سرفه در همه کشورها وجود دارد که بر اساس بررسی‌های سلامت و دموگرافیک اخیر، اکثراً در کشورهای کم‌درآمد با میزان مرگ و میر بالای مادران و نوزادان شایع‌تر است که در فصل یک به تفصیل توضیح داده شد. اما نابرابری‌ها حتی در کشورهای مرفه نیز وجود دارد (۱۱۳). (بر اساس کمیسیونی در مورد شاخص‌های اجتماعی سلامت^۱)

تحقیقات اخیر در کشور استرالیا نشان داد که بیماران مجاری قلب و عروق کمک‌های کمتری را در زمان بیماری در صورت تعلق به اقشار اجتماعی و اقتصادی پایین، دریافت می‌کردند. وحشتناک‌تر اینکه

افراد کم‌درآمد در حدود ۵۲٪ کمتر از اعضای گروه‌های اقتصادی بالاتر از خدمات آنژیوگرافی بهره می‌برند (۱۱۴). مثال‌های مشابه نابرابری‌های دیگر نیز در سطح سلامت و دسترسی به خدمات در تمام کشورها و در تمام سطوح درآمدی وجود دارد (۱۱۵، ۱۱۶). در کشور کاستاریکا، مهاجرین از گروه‌های کوچک باقیمانده بدون پوشش بیمه درمان می‌باشند و این در حالی است که این کشور قدم‌های بسیار مؤثری در جهت تحقق پوشش همگانی برداشته است (۱۱۷). در تمامی کشورها جمعیت فقیر، نیازمند توجه خاص می‌باشند چون همیشه به دلیل سطح سلامت پایین در مقایسه با اقشار مرفه عمر کوتاهی دارند. تحقیقات جدید در هفت کشور آمریکای مرکزی و جنوبی نشان می‌دهد که زنان تهیدست نسبت به اقشار دیگر از مراقبت‌های دوران بارداری بسیار کمتری بهره‌مند می‌باشند. این نابرابری در میزان پوشش، یکی از دلایل اختلاف میان سطح سلامت زنان اقشار مرفه و فقیر می‌باشد (۱۱۸).

در همین کشورها، زنان آفریقایی - آمریکایی (دورگه) اغلب اوقات بدون وجود مزایای مراقبتی مناسب نسبت به زنان مرفه، نوزادان خود را به دنیا می‌آوردند و از سطح سلامت پایینی برخوردار بودند (۱۱۸). در کشورهای مرفه مانند استرالیا، کانادا، نیوزیلند و آمریکا انواع مختلف نابرابری در میزان دسترسی به خدمات سلامت میان اقشار مرفه و فقیر وجود دارد که غالباً به دلیل هزینه‌های حمل و نقل و سفر جهت دستیابی به خدمات ایجاد می‌گردد. مجموعاً، به دلایل متفاوتی افراد گروه‌های تهیدست و فقیر از سطح سلامت بسیار پایین‌تری برخوردارند (۱۱۹).

حصول اطمینان از اینکه بخش بسیار چشمگیری از هزینه‌های حوزه سلامت از طریق پیش‌پرداخت و تجمع تأمین می‌گردد، باعث افزایش حفاظت از ریسک مالی و ایجاد دسترسی برای کلیه آحاد جامعه به خدمات می‌شود. تبادلات پولی، اسناد و هزینه‌ها و دیگر مکانیسم‌های کاهش مشکلات مالی مرتبط با حمل و نقل و هزینه‌های اقامت، در کنار از دست رفتن حقوق روزهای مرخصی سبب افزایش بسیار زیاد سطح پوشش می‌گردد. اما جبران نابرابری‌ها، نیازمند چیزی فراتر از ایجاد سیستم‌های مناسب مالی در بخش سلامت می‌باشد.

موارد تعیین کننده دیگری نیز خارج از بحث سلامت و مرتبط با امور اقتصادی و اجتماعی مطرح است اما باید دانست که وجود مکانیسم‌های مالی بخش سلامت که در این گزارش به تفصیل آمده از ملزومات ایجاد برابری در میزان پوشش می‌باشد.

◀ نتیجه‌گیری

تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰-۴۰ درصد کل هزینه‌کرد در بخش سلامت به دلیل فقدان اثربخشی و کارایی از دست می‌رود. با وجود اینکه به دلیل محدودیت در اطلاعات^۱ این تخمین نسبی می‌باشد، اما نشان می‌دهد که افزایش کارایی و اثربخشی باعث تحقق بسیاری از اهداف در بخش سلامت می‌گردد. همه کشورها می‌توانند در این زمینه، اقداماتی هر چند کوچک داشته باشند. سازمان ملل می‌تواند نقش مؤثرتری در افزایش اثربخشی در ساختار سلامت جهانی داشته باشد و از تلاش‌های کشورهای دریافت کننده مساعدت‌ها برای افزایش کارایی حمایت نماید.

مضمون این فصل ارائه راه‌حل‌های عملی جهت کاهش هدررفت هزینه‌ها در بخش سلامت می‌باشد. سیاستگذاران باید با در نظر گرفتن نیازهای خود، از این راه‌ها استفاده نمایند و بدانند که همیشه ممکن است روش‌های نوین دیگری نیز مطابق شرایط بخصوص خود بیابند. شاید برخلاف تصور، کاهش هزینه‌ها متضمن افزایش اثربخشی نباشد. گاهی فقدان اثربخشی و کارایی نتیجه‌ی هزینه‌کرد ناکافی در بخش سلامت می‌باشد. به‌عنوان مثال، حقوق پایین کارکنان بخش سلامت باعث می‌گردد که آنها برای افزایش درآمد خود، شغل دومی را در زمان شغل اصلی انجام دهند که این مسئله باعث فقدان اثربخشی فعالیت‌های آنان در بخش سلامت می‌گردد. مطابق با نیازهای هر کشور، راه‌حل‌های مختلفی برای کاهش اسراف و هدررفت بودجه وجود دارد اما باید این مسئله را در نظر گرفت که کاهش هر چند جزئی سوء مصرف منابع، کشورهای فقیر را قادر می‌سازد به سوی تحقق پوشش همگانی گام بردارند. این در حالی است که کشورهای ثروتمندتر نیز می‌توانند با کاهش هدررفت منابع، میزان دسترسی و کیفیت خدمات ارائه شده را افزایش بخشند.

◀ مراجع

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010).
2. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf>, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe*, 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. *Medicine expenditures*. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/dmpguide>, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. *Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis*. *Lancet*, 2009;373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicine-prices>, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en 2009*. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).

13. *Mémento médicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-presse/La-Mutualite-francaise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament>, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/prequal/default.htm>, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/eht>, accessed 7 July 2010).

24. *Health at a glance 2009*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam: Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva: World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 ([http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report\(July09\).pdf](http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf), accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003;138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003;138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care—is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003;349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002;23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997;15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706

34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage.* Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges.* World health report 2006 background paper (<http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>; accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health.* Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad.* London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil.* World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf; accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe.* Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183

45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>; accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008;17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006;38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007;7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009;338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html; accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006;355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin: Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005;24:189-210. doi:10.1016/j.jheale-co.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector*. World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (<http://www.medicinestransparency.org/>, accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009;90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/choice/>, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (<http://www.dcp2.org/>, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation* : C/E, 2003;1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007;6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand*. Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007;84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007;6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004;184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009;27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001;20:188-195. doi:10.1377/hlt-haff.20.4.188 PMID:11463076

69. National Health Accounts [online database]. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/nha>; accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348:946-950. doi:10.1056/NEJMsb022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;109:593-596. PMID:12118633
73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2005;330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2000;53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*. 2004;118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. *BMC Health Services Research*. 2008;8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5

80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009;9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999;8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DP.E.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007;357:181-190. doi:10.1056/NEJMsr065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007;356:486-496. doi:10.1056/NEJMsa064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003;179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006;11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529

91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (<http://www.who.int/contracting/PBF.pdf>, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.

101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001, 56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009, 374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkaziya B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme*. Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf; accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf; accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf; accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf; accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009

(http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).

110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; <http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf>, accessed 04 June 2010).

111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009

(<http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674>, accessed 7 July 2010).

112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).

113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009;9:460-
doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401

115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).

116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>, accessed 2 July 2010).

117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

118. Parodi CT, Muñoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos / raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all*. World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

۵

برنامه‌ای برای اجرا

◀ آموزه‌های تجربی

نحوه تأمین اعتبار خدمات سلامت در همه کشورها دائماً دستخوش تغییر است. هر کشور باید بر اساس ارزش‌ها، محدودیت‌ها و فرصت‌های موجود، سیستم تأمین اعتبار خود را بسازد و در این مسیر می‌تواند و ضروری است که از تجربیات موجود در سطوح ملی و بین‌المللی استفاده نماید. با توجه به بازبینی صورت گرفته از بهترین مستندات موجود در فصل‌های پیشین، اکنون زمان آن است که نتیجه‌گیری‌های اصلی اعم از روش‌های پیشنهادی جهت اجرای پوشش همگانی برای کشورها ترسیم گردد.

◀ ۱- روش پرداخت برای خدمات سلامت، به‌گونه‌ای که مانعی برای دسترسی به خدمات ایجاد نکند.

مهمترین نتیجه این است که بخش‌های سلامت در سراسر دنیا وابستگی فراوانی به پرداخت‌های مستقیم به‌عنوان یک منبع درآمد داخلی دارند. این در حالی است که الزام به پرداخت مستقیم (اعم از رسمی و یا غیر رسمی) مانع از دریافت خدمات سلامت توسط میلیون‌ها نفر از مردم در زمان نیاز می‌گردد و این امر می‌تواند منجر به ایجاد فشار مالی و یا حتی فقر بیماران گردد. بسیاری از کشورها توانستند با پیش‌پرداخت‌هایی که به مرور تجمیع شده، ریسک‌های مالی را در کل جمعیت توزیع کنند و بخش عمده‌ای از بودجه دولت در بخش سلامت و در نتیجه پوشش افراد بیشتری را تضمین نمایند. پیش‌پرداخت‌ها و تجمیع، هم موانع مالی را در دسترسی به خدمات سلامت از میان بر می‌دارند و هم وقوع فاجعه مالی را به‌عنوان دو هدف کلیدی در مسیر نیل به پوشش همگانی کاهش می‌دهند.

مدرک مستدلی وجود دارد که نشان می‌دهد افزایش وجوه از طریق پیش‌پرداخت اجباری^۱، مؤثرترین و عادلانه‌ترین راه برای تعمیم پوشش همگانی می‌باشد. در کشورهایی که به تحقق پوشش همگانی سلامت نزدیک شده‌اند، پیش‌پرداخت امری معمولی است و از طریق تزریق مالیات کلی و یا حق بیمه‌های اجباری به حوزه بیمه سلامت سازماندهی می‌شود. مکانیزم انتخابی میان این دو همیشه به‌طور

1- Compulsory prepayment

مناسب پاسخگو نیست، همچنین وجه تمایز مشخصی بین این دو وجود ندارد. دیده شده است کشورهای که اتکای فراوانی به حق بیمه‌های کارمند/ کارفرما، حاصل از مالیات حقوق و دستمزد در تأمین پیش‌پرداخت دارند، به دلیل اشراف به مسن شدن جمعیت شاغل، در فکر تنوع بخشیدن به منابع تأمین اعتبار صندوق‌های خود می‌باشند چرا که به دلیل سالمندی، بخش کوچک‌تری از کل جمعیت، حقوق‌بگیر بوده و به تبع آن حق بیمه کمتری از طریق مالیات حقوق و دستمزد به صندوق پیش‌پرداخت واریز خواهد شد. لازم به ذکر است که قبلاً بسیاری از کشورها این رویه را در پیش گرفته‌اند.

تقریباً همه کشورها ظرفیت افزایش بودجه بخش سلامت را دارا هستند این امر یا از طریق اولویت بخشی بیشتر به بخش سلامت در تخصیص بودجه دولتی یا با افزایش درآمد حاصل از مالیات صورت می‌گیرد (در فصل ۲ به این موضوع پرداخته شده است). مالیات بستن بر تولیدات مضر مانند تنباکو و الکل نه تنها باعث ارتقای سلامت جامعه می‌شود بلکه افزایش درآمد مضاعفی را نیز در پی خواهد داشت، هرچند بسیاری از کشورها هنوز از این روش بهره نبرده‌اند.

تداوم یک سیستم، منوط به مقرون به صرفه و عادلانه بودن حق بیمه‌های نظام سلامت آن است. زمانی که مردم به طرق مختلف مالیاتی و یا بیمه‌ای، حق بیمه پرداخت می‌کنند، ارزیابی عادلانه بودن حق بیمه‌های دریافتی امری پیچیده خواهد بود. به‌عنوان مثال، ممکن است حق بیمه‌ها مبتنی بر دستمزد نباشد، اما یک نظام مالیاتی پیشرونده^۱ می‌تواند تعادل را برقرار نماید چرا که در چنین سیستمی افراد پولدار نسبت به افراد فقیر بخش بیشتری از درآمد خود را در قالب حق بیمه پرداخت می‌کنند. عموماً پرداخت حق بیمه‌ها باید توسط همه افراد و بر اساس میزان توانایی‌شان صورت بگیرد.

پوشش همگانی زمانی محقق می‌شود که دولت‌ها هزینه‌های سلامت افراد نیازمندی را که قادر به پرداخت حق بیمه نیستند، پوشش دهند. در همه کشورها، اعم از فقیر و غنی، برخی از مردم نمی‌توانند با پرداخت حق بیمه از طریق مالیات بر درآمد و یا حق بیمه مشارکت نمایند و یا حتی نمی‌توانند مشارکت کمی داشته باشند. به جز برخی استثنائات مشخص، تعداد اندکی از کشورها که هزینه‌های سلامت را ازآمدهای عمومی دولت و حق بیمه‌های اجباری تأمین می‌کنند و تنها کمتر از ۵ الی ۶ درصد تولید

ناخالص داخلی را به این امر تخصیص داده‌اند، توانسته‌اند به پوشش همگانی نزدیک شوند زیرا با این مبالغ، قادر نیستند به میزان کافی به افراد فقیر کمک کنند.

حذف روش‌های پرداخت مستقیم ضرورتاً متضمن تأمین اعتبار و دسترسی به خدمات سلامت نیست. در برخی کشورها، حذف پرداخت‌های مستقیم فقط برای خدمات دولتی، ممکن است صرفاً میزان اندکی دسترسی به خدمات را افزایش داده و فاجعه مالی را کاهش دهد. همچنین هزینه‌های رفت و آمد و همراه بیمار به همراه موانع غیر مالی دیگر همانند محدودیت سفر تنها برای زنان، برخی مشکلات امر درمان و آشنا نبودن به زبان باعث می‌گردند که افراد فقیر نتوانند از خدمات استفاده نمایند. در بسیاری از این موارد امور مالی پاسخگوی این قبیل مشکلات نیست.

به‌عنوان مثال، در برخی از کشورها روش انتقال وجه نقد مشروط (CCTs^۱) در بخش سلامت، تأثیر مثبتی بر توسعه پوشش همگانی، به‌ویژه در پیشگیری از بیماری‌ها دارد، در حالی که روش انتقال وجه نقد غیر مشروط^۲ عمدتاً توسط وزارتخانه‌های دارایی و تأمین اجتماعی برای کاهش نابرابری درآمدها استفاده می‌شود و مردم را قادر می‌سازد از کالاها و خدمات سلامت در هنگام نیاز استفاده کنند.

در مسیر نیل به پوشش همگانی، نمی‌توان از انتخاب‌های دشوار اجتناب کرد. هیچ کشوری نمی‌تواند دسترسی به کلیه خدمات سلامت را که موجب توسعه، حمایت و ارتقای سلامت می‌شود، تضمین کند. تصمیم‌گیری‌ها باید میزان جمعیت تحت پوشش، میزان خدمات سلامت، هزینه‌ها و سرمایه موجود را در بر گیرد. این گزینه‌ها تا حدی در کشورها قابل اجرا هستند، مثل تعیین اثربخشی یک فرآیند در کاهش هزینه‌ها زیرا بخشی از این گزینه‌های مبتنی بر ارزش‌های اجتماعی، منعکس‌کننده دیدگاه‌های یک کشور برای نیل به یکپارچگی و خودمحوری جامعه می‌باشند.

در کل، تحقق پوشش همگانی در گرو تحت پوشش قرار دادن ۱۰۰ درصد جمعیت است. حتی در این صورت نیز نوع خدمات سلامت تحت پوشش و میزان هزینه‌هایی که توسط صندوق‌های تجمیع، پوشش داده می‌شوند هنوز هم جای بحث دارند.

1- Conditional cash transfers

2- Unconditional cash transfers

۲- یکپارچه نمودن تجمیع بودجه و اتخاذ روش پیش‌پرداخت اجباری

محقق ساختن پوشش همگانی با طرح‌های ثبت نام اختیاری بیمه غیر ممکن است. افراد با ریسک پایین، یعنی جمعیت سالم و جوان، احتمال دارد خود را بیمه نکنند به علاوه، تضمین مشارکت گروه خویش‌فرما نیز سخت است. مشارکت داوطلبانه ممکن است مردم را قادر سازد تا از مزایای پیش‌پرداخت استفاده نمایند. یقیناً وجود حفاظت اندک از ریسک مالی، بهتر از نبودن آن است اما در درازمدت اگر هدف تعمیم ۱۰۰ درصدی پوشش همگانی باشد، لازم است مشارکت اجباری شود.

تجمیع‌های کوچک به لحاظ مالی در دراز مدت تداوم ندارند، چون آسیب پذیر هستند. یک بیماری و یا یک فرآیند پر هزینه ذخایر آنها را خالی می‌کند. در جایی که افزایش و تجمیع صندوق‌ها برای سلامت به طرق دیگر امکان‌پذیر نیست، بیمه جامع و بیمه خرد می‌توانند نقش اساسی داشته و راهکاری مفید برای تقویت یکپارچگی و توسعه مزایای پیش‌پرداخت باشند. آنها همچنین تا حدی مشارکت‌کنندگان را در برابر ریسک مالی حفاظت می‌کنند اما در نهایت، صندوق بزرگ‌تر ایمن‌تر بوده و لازم است تجمیع صندوق‌ها از همان ابتدا در دستور کار قرار گیرد. این امر همچنین مستلزم آن است که صندوق‌های کوچک دولتی مانند بودجه‌های سلامت منطقه‌ای نیز با هم ادغام شوند. در برخی موارد، پوشش مناسب در مناطق فقیرتر زمانی محقق می‌گردد که به صورت مستقیم از صندوق‌های تجمیع شده مرکزی و یا منطقه‌ای یارانه دریافت گردد و هزینه‌ها تقسیم شود.

صندوق‌های متعدد تجمیع که به گروه‌های مختلف جمعیتی، خدمات ارائه می‌کنند کارایی ندارند زیرا آنها دوباره کاری کرده و هزینه سیستم‌های مدیریتی و اطلاعاتی را افزایش می‌دهند. به‌عنوان مثال زمانی که وزارت بهداشت و بخشی از سازمان تأمین اجتماعی، خدمات سلامت را به صورت جداگانه به گروه‌های مختلف جمعیتی ارائه می‌دهند، نتایج دوباره کاری و عدم اثربخشی مشهودتر است.

وجود صندوق‌های متعدد تجمیع، تحقق عدالت و حفاظت از ریسک را دشوار می‌سازد. حصول اطمینان از دسترسی کل جمعیت به مزایای مشابه، مستلزم آن است که افراد فقیر و غنی به یک صندوق تجمیع، حق بیمه پرداخت کرده و توسط همان صندوق نیز تحت پوشش قرار گیرند. همچنین، زمانی که

افراد با درآمدها و ریسک‌های مختلف سلامت به یک صندوق واحد حق بیمه پرداخت کرده و در زمان نیاز هم از همان صندوق استفاده کنند، حفاظت از ریسک مالی افزایش می‌یابد.

صندوق‌های متعدد تجمیع می‌توانند عدالت و حفاظت مالی را در برخی شرایط ممکن سازند، اما این امر به توانایی اجرایی قابل توجه اعم از تجمیع صندوق‌ها در یک شرایط جغرافیایی به صورت غیر رقابتی (مثل صندوق‌های دولتی که جمعیت یک استان و یا یک منطقه را پوشش می‌دهند) و یا در یک شرایط رقابتی (شرایطی که بیمه‌گرهای مختلف برای جذب مشتری با هم رقابت می‌کنند) نیازمند است. اگر بودجه دولتی کافی باشد و مشارکت اجباری شود، تحقق عدالت و حفاظت مالی امکان‌پذیر خواهد بود. اما برای آنکه چنین ساختارهایی در کنار هم اثربخش‌تر باشند، ضروری است صندوق‌های تجمیع بیمه‌ای، در مواردی از طریق ایجاد یک صندوق تجمیع مجازی^۱، اعتبارات را از بیمه‌گرهای مناطقی که افراد با ریسک پایین را پوشش می‌دهند به بیمه‌گرهای مناطقی که افراد با ریسک پایین را پوشش می‌دهند منتقل می‌نماید. این روش نیازمند توانایی بالا در نظارت مؤثر بر ریسک‌ها و هزینه‌ها می‌باشد تا بتوان سرمایه را جمع‌آوری و میان صندوق‌های مختلف مبادله نمود.

۳- استفاده عادلانه و اثربخش‌تر از منابع

همه کشورها می‌توانند کارایی را تا حد بسیار زیادی افزایش دهند و به واسطه آن منابع را برای تسریع حرکت به سوی تحقق پوشش همگانی آزاد سازند. در بسیاری از کشورها صرفاً تمرکز بر بخش دارو (به‌عنوان مثال بهبود راهنمای تجویز دارو^۲ و یا شفاف‌سازی در خرید و مناقصه) می‌تواند بدون تأثیر منفی بر کیفیت، بسیاری از هزینه‌ها را کاهش دهد. فصل ۴ به سایر دلایل فقدان اثربخشی رایج و نحوه مواجهه با آنها پرداخته است. پراکندگی منابع منجر به ایجاد مشکلاتی در تجمیع منابع و کاهش اثربخشی فرآیند خرید و ارائه خدمات می‌شود. ورود بی‌رویه مساعدت‌های توسعه‌ای به بخش سلامت می‌تواند سهواً به این مشکل دامن زند. کمک‌های مالی مبتنی بر برنامه و استراتژی نباید به‌طور موازی

1- A virtual single pool

2- Prescribing guidance

ارائه کردند زیرا هر کدام از آنها نیازمند مدیریت و نظارت خاص خود می باشند. با این حال، زمانی که با هم جمع می شوند، تا حدی سازماندهی و هم‌سو نیز می گردند.

خرید فعال یا راهبردی و عقد قرارداد برای خرید خدمات سلامت، به کشورها در حرکت سریع‌تر به سوی پوشش همگانی کمک می کند، اما هرگز نباید کیفیت را نادیده انگاشت. لازم است مقامات مسئول در تخصیص منابع مالی برای خرید و یا عقد قرارداد جهت خرید خدمات سلامت، ارزش پول رایج، اثربخشی امور و آگاهی از نیازهای مردم را مد نظر قرار دهند. این امر مستلزم وجود سیستم‌های اطلاعاتی مناسب و همچنین مدیریت و تجزیه و تحلیل عمیق اطلاعات می باشد. تشخیص صحیح نیازهای سلامت جامعه، الگوهای پرداختی و اثربخشی مداخلات بر هزینه‌ها نیز باعث ارتقای کیفیت و کارایی خرید راهبردی می گردد.

وجود انگیزه در SPها در مراکز دولتی و خصوصی برای ارائه خدمات مؤثر، عادلانه و کیفی ضروری است. هیچگونه مستنداتی دال بر کارایی بیشتر SPها در بخش خصوصی نسبت به SPها در بخش دولتی و یا بالعکس وجود ندارد. در تعیین چگونگی تأمین مالی در بخش سلامت برای ارائه بی‌نقص خدمات سلامت، رویکرد عملگرایانه نسبت به رویکرد ایدئولوژیک ارجح می باشد.

به‌طور کلی روش پرداخت در ازای خدمت باعث افزایش خدمت‌رسانی به افراد مرفه (تحت پوشش بیمه) و کاهش خدمت‌رسانی به افرادی می شود که قادر به پرداخت در قبال دریافت خدمات نیستند. بدون شک، مکانیزم‌های پرداخت را باید بر اساس درجه مطلوبیتشان ارزیابی نمود. به‌عنوان مثال، استفاده از سرانه^۱ در خدمات سرپایی^۲ و انواع پرداخت موردی^۳ مانند DRG مرتبط با بیماران بستری، انگیزه و تمایل افراد را برای ارائه خدمات بیش از نیاز به گروه‌های مرفه کاهش می دهد، چرا که سیستم پرداخت در قبال خدمت وجود ندارد. اما این روش نیز می تواند مشکلات دیگری ایجاد کند، به‌عنوان مثال ترخیص زود هنگام از بیمارستان و بستری مجدد که موجب پرداخت مضاعف می گردد. بسیاری از کشورها در حال استفاده آزمایشی از ترکیبی از روش‌های پرداخت و فرآیندهای اجرایی هستند تا از توانایی‌های سیستم

1- Capitation

2- Outpatient services

3- Case-based payment

استفاده برده و نقاط ضعف موجود را کاهش دهند. مداخلات پیشگیرانه و ارتقاء سلامت می‌توانند از لحاظ مالی اثربخش بوده و نیاز به درمان‌های بعدی را کاهش دهند. لیکن به‌طور کلی، سیاستمداران در تضمین دسترسی بیماران به درمان، تحت فشار بیشتری هستند تا اجرای روش‌های پیشگیرانه و ارتقاء، و سیستم‌های مالی نیز تمرکز بیشتری بر پرداخت هزینه‌های درمان دارند. این در حالیست که خود افراد نیز برای پیشگیری، کمتر هزینه می‌کنند. این بدان معناست که گاهی اوقات لازم است دولت‌ها جدا از سیستم‌های تأمین مالی خدمات که مبتنی بر درمان و توانبخشی فردی می‌باشند، بر اقدامات پیشگیرانه و ارتقاء کل جامعه سرمایه‌گذاری کنند.

مدیریت مؤثر، عامل کلیدی بهبود اثربخشی و عدالت است. اگرچه در خارج از بخش سلامت، دستورالعمل‌هایی برای مدیریت خوب مانند مدیریت مالی و نظارت تنظیم شده است، اما این دلیل لازم و کافی برای عدم پیشگامی بخش سلامت در این عرصه نیست. متولیان بخش سلامت می‌توانند با وضع قوانین و مقررات، گام‌های اساسی در کاهش معضلاتی همچون نحوه خرید خدمات سلامت، ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و افزایش کارایی سیستم بردارند.

مواردی که ذکر شد حاصل تجربیات طولانی مدت بسیاری از کشورها بوده است که می‌تواند به متولیان بخش سلامت در انتخاب بهترین روش‌ها کمک کند. اما انتخاب ساده گروهی از عوامل از منوی گزینه‌ها و یا وارد کردن عوامل مورد استفاده در کشورهای دیگر، بدون اعمال تغییرات مورد نیاز، کارایی نخواهد داشت.

در جهت نیل به پوشش همگانی، کشورها ملزم هستند استراتژی نظام سلامت را بر اساس شرایط داخلی خود پایه‌ریزی نمایند. از دیگر اقدامات اکید کشورها، افزایش ظرفیت‌ها و توانایی‌های خود در تحلیل و درک نقاط ضعف و قوت سیستم جاری می‌باشد تا بر اساس نتایج حاصل بتوانند سیاست‌های تأمین مالی حوزه سلامت را در طول سال‌های آتی تعیین، اجرا، پایش و اصلاح نمایند.

این آموزه‌ها، عمدتاً با چالش‌های فنی اصلاحات مالی بخش سلامت مرتبط می‌باشند اما کار فنی تنها یکی از عوامل پیشبرد و عملی نمودن سیاست‌ها می‌باشد. اقدامات دیگری نیز برای ایجاد تغییرات و دست یافتن به نتایج مطلوب ضروری می‌باشند. در بخش بعدی به این مطالب پرداخته می‌شود.

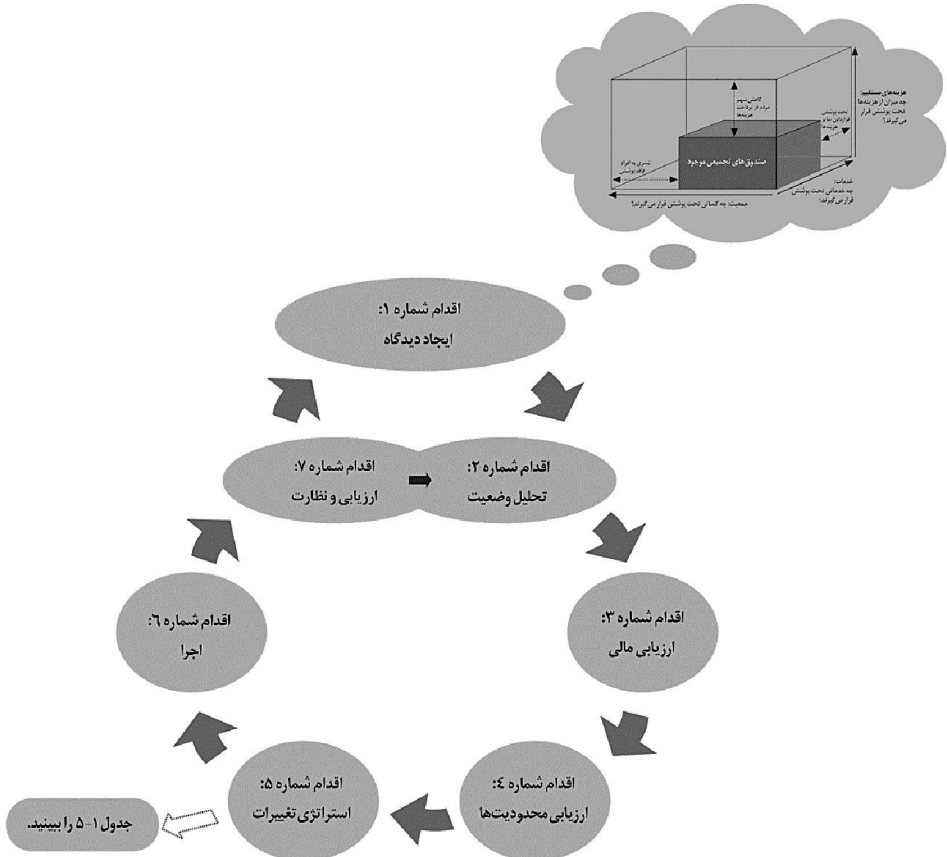
◀ حمایت از تغییرات

چرخه تصمیم در بخش مالی حوزه سلامت که در اینجا به آن اشاره شده (تصویر ۵-۱) نه به‌عنوان یک دستور کار، بلکه به‌عنوان یک راهنما ارائه گردید، با اینکه فرآیندهای مذکور مجزا به نظر می‌رسند، ولی در هم تنیده‌اند.

مجموع هفت اقدام اشاره شده، نه تنها در کشورهای کم‌درآمد و متوسط کاربرد دارد بلکه در کشورهای پردرآمد و مرفه که از لحاظ حفاظت در برابر ریسک مالی از سطح بالایی برخوردارند، نیز مؤثر است. آنها نیازمند ارزیابی مداوم فعالیت‌های خود و حصول اطمینان از نیل به اهداف عالی سلامت هستند که هر لحظه با تغییرات دائمی تشخیصی درمانی و تکنولوژی، افزایش تقاضا و محدودیت‌های مالی مواجه می‌باشند.

طراحی و اجرای استراتژی‌های مالی بخش سلامت برای نیل به کمال، نیازمند تطابق و تغییرات دائمی است و پیشرفت بر اساس اقدامات نامنعطف، بدون در نظر گرفتن شرایط، مشکلات را حل نمی‌کند. این چرخه تنها زمانی کامل می‌شود که یک کشور بررسی کند که تا چه حد به اهداف استراتژیک خود دست یافته است (اقدام ۱) چرا که باعث ارزیابی مجدد استراتژی‌ها و ارائه طرح‌های جدید برای رفع مشکلات می‌گردد. این فرآیند، مبتنی بر یادگیری دائمی و پشتیبانی سیستمی برای ارزیابی مجدد و اصلاح می‌باشد.

سیستم‌های مالی بخش سلامت می‌بایست دائماً خود را با شرایط منطبق نمایند، نه تنها به این دلیل که همیشه جایی برای بهبود وجود دارد، بلکه به این دلیل که کشورها نیز دائماً در حال تغییر و تحول هستند. به‌عنوان مثال، تغییرات در الگوهای بیماری، تغییرات کاهشی و افزایشی در میزان منابع، پیشرفت یا پسرفت نهادها (تصویر ۵-۱).



تصویر ۵-۱: فرآیند تصمیم‌گیری در مورد منابع مالی بخش سلامت

◀ اقدام شماره ۱: ایجاد رویکرد

اتخاذ رویکردی مبتنی بر درک صحیح شرایط کنونی بسیار اساسی است، زیرا کشورها برای نیل به پوشش همگانی قاعدتاً مسیرهای مختلفی را انتخاب می‌کنند. برای تحقق پوشش همگانی، می‌بایست کاهش موانع و مشکلات مالی و ارتقاء و حفظ حفاظت در زمان ریسک مالی را مستمراً در نظر داشت. با این حال، ضروری است همیشه میزان جمعیت، خدمات و هزینه‌هایی که باید تحت پوشش منابع موجود باشند را سنجید. طبقه‌بندی انتخاب‌هایی که یک کشور باید انجام دهد، کمک شایانی در این شرایط

می‌باشد. به‌طور مثال، در کشوری که تصور غالب بر این است که خود افراد نیز باید بخشی از هزینه‌های درمانی و سلامت خود را تقبل نمایند، تنها بخشی از این هزینه‌ها از طریق صندوق‌های تجمع پرداخت می‌شود و از خانوارها خواسته می‌شود که در پرداخت مستقیم مابقی هزینه‌ها، حداقل برای برخی از خدمات، مشارکت نمایند. در کشورهایی که مبحث انسجام اجتماعی در تجمع صندوق‌ها پررنگ‌تر است نیز شاید بهتر باشد بخش بیشتری از هزینه‌ها تحت پوشش قرار گیرد، حتی اگر خدمات کمتری ارائه شود. تشخیص این ارزش‌ها و ایجاد رویکرد سیستم مبتنی بر آن، برای تعیین چارچوب فنی پیشرفت بسیار مهم است. بدین طریق، سیاستگذاران نیز بر مدیریت تغییرات میزان پوشش که معلول پیشرفت سیستم مالی است، عملکرد بهتری خواهند داشت.

◀ اقدام شماره ۲: آنالیز شرایط- درک نقطه شروع

از دیدگاه مالی، تجزیه و تحلیل شرایط باید بر دو جزء پوشش همگانی («پوشش» و «همگانی») متمرکز گردد. این تحلیل مشخص می‌کند که چه کسی، برای چه خدماتی و چه میزان از هزینه‌ها باید تحت پوشش صندوق‌های تجمع قرار گیرد. همچنین این مسئله باعث مشخص شدن فاصله‌ها میان شرایط موجود و شرایط ایده‌آل هر کشور می‌گردد.

(همانطور که در اقدام شماره ۱ توضیح داده شده است)، در برنامه‌ریزی آتی لازم است بررسی شرایط داخلی و خارجی سیستم سلامت را که ممکن است در حرکت به سوی پوشش همگانی دخیل باشند، مد نظر قرار داد (راهنما ۵-۱). این فرآیند فقط یک فرآیند فنی نیست. داشتن اطلاعات صحیح که نشان‌دهنده ارتباط مستقیم فاجعه مالی با پرداخت مستقیم هزینه‌های خدمات سلامت است، نه تنها در اتخاذ استراتژی مناسب، بلکه در اتخاذ رویکرد مناسب سیاسی نیز مؤثر است (۱).

راهنما ۵-۱: اجزای کلیدی تحلیل شرایط در بخش مالی حوزه سلامت

حفاظت از ریسک مالی:

- چه صندوق‌هایی بر اساس نیاز، در دسترس می‌باشند و منابع کدام است؟ دولت چگونه در بودجه‌بندی خود، به بحث سلامت اولویت می‌دهد؟

- میزان پرداخت از جیب مردم باید چقدر باشد (مانند پرداخت‌های مستقیم)، و تأثیر حفاظت در زمان ریسک مالی بر ایجاد فاجعه مالی و فقر چیست؟
- در دیگر مشارکت‌ها، چه کسی و چه میزان به بخش سلامت پرداخت می‌کند؟ (این مسئله نیازمند بررسی فلسفه عدالت در مشارکت‌های مالی می‌باشد).
- چه کسی تحت پوشش صندوق‌های تجمع می‌باشد؟ برای چه خدماتی؟ برای چه میزان از هزینه‌ها؟

دسترسی به خدمات مورد نیاز:

- سنجش میزان دسترسی مالی (داشتن استطاعت مالی) استفاده از خدمات مشکل است. بنابراین تحلیل متمرکز سطوح جاری پوشش برای مساعدت‌کنندگان امری کلیدی می‌باشد. این سنجش همچنین شامل ارزیابی دلایل پوشش ناکافی، علی‌الخصوص در میان افراد و گروه‌های فقیر و همچنین ارزیابی میزان اثربخشی تغییرات در بهبود این شرایط می‌باشد.

اثربخشی:

- مشکلات و موانع اصلی بر سر راه اثربخشی سیستم، نتایج و عوامل آن.

ویژگی‌ها و ظرفیت‌های سیستم سلامت:

- توصیف سیستماتیک و ارزیابی کیفی تنظیمات برای افزایش صندوق‌های تجمع و استفاده از آنها در ارائه خدمات. این مبحث فقط شامل پیگیری منابع نیست، بلکه درک چگونگی به جریان انداختن این منابع (شامل سرمایه‌های خارجی) در سیستم به سمت مصارف نیز از اهمیت شایانی برخوردار است، در حالی که کجایی و چگونگی پراکندگی سیستم و همچنین کاستی و ضعف کاربرد ابزار سیاسی نیز باید در نظر گرفته شود. همچنین دولت موظف است بر نمایندگی‌های خرید خدمات نظارت نماید که چه چیزی را و برای چه کسانی خریداری می‌کنند.
- ارزیابی وجود، توزیع و الگوی استفاده از تسهیلات سلامت (اعم از دولتی و غیر دولتی) و ورودی‌های اصلی مانند دارو و تجهیزات، امکان کاربردی بودن روش‌های مختلف در افزایش میزان پوشش را تعیین می‌نماید. به‌طور مثال، وقتی که تسهیلات برای افرادی که پوشش کمتری دارند، قابل دسترسی نباشد، انتقال پول بین صندوق‌ها در زمان نیاز، هیچ‌گونه تأثیری نخواهد داشت.

عوامل تأثیرگذار خارج از بخش سلامت:

- متغیرهای دموگرافیک، مانند میزان رشد جمعیت، ساختار سنی، الگوهای مهاجرتی و توزیع جغرافیایی، مشارکت نیروی کار، گستره کار خصوصی و غیره نشان‌دهنده سرعت افزایش نیازها و کارایی روش‌های مختلف در افزایش درآمد می‌باشد.
- مشکلات بیماری و تغییرات احتمالی در طول زمان و بودجه مورد نیاز برای افزایش سطح پوشش در طول زمان

- وجود شبکه‌های حمایت اجتماعی که اثرات اقتصادی بیماری‌های طولانی‌مدت و یا موانع مالی دسترسی به خدمات را کاهش می‌دهد.

- جوانب مرتبط با مدیریت بخش عمومی و چارچوب قانونی برای درک و یافتن نقاط ضعف موجود در تغییر سیستم مالی در قالب قوانین و مقررات موجود. سوالات کلیدی شامل موارد ذیل می‌باشد:

پرداختی کارکنان بخش سلامت به چه طریق است و آیا با قوانین کارکنان دولت هم‌خوانی دارد؟ در صورت لزوم، چه چیز برای اصلاح این فرآیندها مورد نیاز است؟ تصمیم‌گیری در سطوح حاکمیتی در مورد منابع مالی تخصیص داده شده چگونه است (یعنی سرانجام تمرکززدایی سیاسی - مدیریتی)؟ چگونه بودجه بخش عمومی تنظیم می‌شود؟ نهایتاً بدنه دولت (به‌طور مثال بیمارستان‌های عمومی) چه کارهایی را می‌تواند در بازتوزیع سرمایه میان گروه‌های هدف انجام دهد؟

◀ اقدام شماره ۳: ارزیابی مالی

در حال حاضر و احتمالاً در آینده، منابع بخش سلامت که از محل دولت، خانوارها، بخش‌های خصوصی، سازمان‌های غیر دولتی^۱ و شرکای خارجی تأمین می‌گردد، نیاز به ارزیابی دارد تا بتواند چارچوب جامع سرمایه‌ای برای این بخش ایجاد نماید. این ارزیابی باید شامل تحلیل منابع عمومی تخصیص داده شده به بخش سلامت در طول زمان باشد. عدم وجود ارتباط میان سیاست، برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه در بسیاری از کشورها موجب نگرانی است.

ابزارهای تحلیلی مانند هزینه‌های میان‌مدت - فرآیند برنامه‌ریزی و فرمولیزاسیون بودجه‌ای که اهداف مالی سه سالانه را بر اساس طرح‌های اقتصادی کلان ارائه می‌دهند و منابع را به اولویت‌های استراتژیک این اهداف تخصیص می‌دهند - می‌توانند باعث ایجاد شمای کلی از سرمایه‌گذاری و مناسبات اطلاعاتی میان حوزه‌های برنامه‌ریزی‌کننده وزارت‌های سلامت و اقتصاد و امور مالیاتی گردند (۲).

در بعضی کشورها، این مسئله شامل ایجاد مناسبات میان نهادهای مالی بین‌المللی و شرکای خارجی در ارزیابی منابع احتمالی و چگونگی ارتباط آنها با فعالان بخش دولتی و غیر دولتی نیز می‌گردد.

سیاستگذاران در پی یافتن چگونگی کاهش سهم دولت در هزینه‌های پرداختی می‌باشند. در نهایت، نقش مکمل منابع مختلف سرمایه‌ای در بخش سلامت نیز باید در نظر گرفته شود.

در فصل ۲ لیستی از پیشنهادات به کشورهای مختلف برای افزایش سرمایه‌های داخلی جایگزین و یا مضاعف در بخش سلامت ارائه گردید. کشورها حداقل کاری که می‌توانند انجام دهند پاسخ به این پرسش است که آیا بخش سلامت سهم مناسب و متعارفی از بودجه دولتی را به خود اختصاص می‌دهد و همچنین مالیات بر دخانیات، الکل و دیگر محصولات مضر برای سلامتی افزایش می‌یابد یا خیر؟ چنین مالیات‌هایی به صورت مستقیم و غیر مستقیم (از جهت افزایش سرمایه مضاعف در بخش سلامت) کمک شایانی به بهبود سلامت عموم خواهد کرد. حدوداً هر کشوری می‌تواند یکی از پیشنهادات ارائه شده در فصل ۲ را به کار بندد.

درک ادبیات اقتصاددانان برای افزایش سرمایه بخش سلامت بسیار حیاتی می‌باشد. وزارت بهداشت تنها زمانی اعتماد وزارت اقتصاد و دارایی و دیگر وزارتخانه‌ها را به خود جلب می‌کند که بتواند با استفاده صحیح از منابع عمومی به پیشرفت و نتایج عالی دست یابد.

آشنایی با ادبیات اقتصاددانان، همچنین باعث می‌گردد که بتوانیم آنها را مجاب نماییم تا بودجه مضاعفی را به بخش سلامت اختصاص دهند. از اقدامات حیاتی در این خصوص می‌توان به استفاده وزارت بهداشت از توانایی‌هایش به واسطه تحلیل سیاست‌های بخش سلامت در جمع‌آوری مدارک و مستندات مورد نیاز و شرکت در جلسات مختلف با وزارتخانه‌های اقتصاد و دارایی و برنامه‌ریزی و بودجه اشاره نمود.

◀ اقدام شماره ۴: ارزیابی محدودیت

اکنون، پس از انجام اقدامات پایه‌ای، سیاستگذاران بایستی حامیان اصلی تغییرات و همچنین مقاومت‌های احتمالی را تشخیص دهند. ارزیابی محدودیت‌های احتمالی باعث می‌شود سیاستگذاران مسائلی را که نیازمند مشورت‌های مبسوط می‌باشند تشخیص دهند و بدانند با چه کسانی و چگونه باید مشورت نمایند. چنین ارزیابی باعث می‌گردد تصمیمات سیاسی، زمینه‌ای برای پیشبرد اهداف گردند.

و در این مرحله است که سیاستگذاران متوجه می شوند که از لحاظ فنی و سیاسی چه چیز قابل دستیابی است و تعیین می کنند که دولت چگونه می تواند تقاضای جامعه را به واسطه یک سیستم سلامت با عملکرد بهینه، پاسخ دهد. البته این فرآیند باید همزمان با اقدامات دیگر و به صورت مستمر پیگیری و به انجام رسد. آنچه در زمان حال به نظر غیر ممکن است، شاید در آینده ممکن گردد.

نکاتی که باید به خاطر داشت اعم است از:

- تحقق پوشش همگانی تنها ماهیت فنی ندارد، بلکه تعبیر یک کشور از مفهوم انسجام اجتماعی را نشان می دهد. ظرفیت پیشرفت همیشه تا حدودی سیاسی است.

- سیستم های مالی بخش سلامت در برابر تغییرات مقاومت نشان می دهند و این مسئله گاهی بدین دلیل است که طی این تغییرات ممکن است منافع سهامداران قدرتمند به خطر افتد. در مواجهه با نیروهای مخالف و در خطر افتادن منابع سهامداران، حمایت از تغییرات باید به طور قوی و مستمر از سطوح بالا اعمال گردد.

- این فرآیند در سطح اجتماعات محلی معکوس عمل می کند. تحقیقات جمعیتی، علاقه فراوان مردم به تغییرات و بهبود را در سیستم سلامت کشور نشان می دهد. حرکت های کوچک محلی برای اعمال اصلاحات در بخش سلامت و اجتماعات کارکنان دولت (که شامل سازمان های مصرفی با شرایط به-خصوص می باشند) خود می توانند وسیله ای برای تحقق تغییرات، هم در سطح ملی و هم در سطح بین المللی باشند. ایجاد ارتباط میان این اجتماعات و وزات بهداشت می تواند باعث شود بحث سلامت همیشه در دستور کار سیاستمداران قرار گیرد. به طور مثال، کشور بنگلادش از این روش برای بهبود و گسترش کلینیک های درمانی و سلامت در جامعه استفاده کرده است. گروه های مدیریتی و مردم محور برنامه ریزی، مدیریت و ایجاد تعامل مناسب میان مردم و کارکنان بخش سلامت کمک های شایانی می کنند (۳).

- فعال نمودن فضای سیاسی و درگیر نمودن آن با موضوع بخش سلامت در بسیاری از کشورها نتایج درخشانی در پی داشته است. حمایت، ایجاد ارتباط مناسب و مباحث مستدل اثر شایانی در ایجاد حمایت مالی و سیاسی در تحقق پوشش همگانی دارند.

◀ اقدام شماره ۵: پیشبرد و تنظیم استراتژی‌ها و اهداف تغییر

این نفس‌گیرترین و زمان‌برترین اقدام است. همچنین نقطه تمرکز در ادبیات سرمایه‌گذاری بر بخش سلامت است و بدنه حمایت فنی ارائه شده به کشورها را تشکیل می‌دهد، البته با این تصور که بقیه اقدامات انجام می‌شوند. در حقیقت، علی‌رغم اینکه بقیه اقدامات اساس فنی کار را تشکیل می‌دهند، یا انجام نشده‌اند و یا اینکه خیلی سطحی به آنها پرداخته شده است. پیشبرد استراتژی‌ها و اهداف در این مرحله باید از تحلیل شرایط و ارزیابی مفهوم سرمایه‌گذاری منتج گردد (اقدام شماره ۲ و ۳).

بررسی فنی و دقیق استراتژی را می‌توان براساس تحلیل شرایط و ارزیابی دقیق سناریوهای سرمایه‌گذاری با تمرکز بر سه مرحله کلیدی حوزه مالی بخش سلامت آغاز نمود که اعم از افزایش سرمایه، تجمیع سرمایه و استفاده از آن برای حصول اطمینان از در دسترس بودن خدمات است.

برای نشان دادن میزان و ماهیت تصمیمات اساسی، جدول ۵-۱ پیام‌های کلیدی فصول یک تا چهار را ارائه می‌دهد.

جدول ۵-۱: تصمیمات فنی مورد نیاز برای اقدام شماره ۵

هدف اصلی	اجزا	تصمیمات
افزایش صندوق‌ها به میزان لازم	میزان مورد نیاز (این قسمت مرتبط با اقدام شماره ۳ بوده و اقدامات دیگری نیز، هم‌زمان با آن انجام خواهد شد)	۱. ترکیبی از مالیات و یا مشارکت‌های بیمه‌ای که خانوارها در آن شرکت می‌کنند، باید انتخاب شود. در مورد هر نوع مکانیزمی برای افزایش درآمدهای بخش سلامت در کشور، برای مثال، مشارکت از محل تجارت، تصمیم‌گیری شود. حصول اطمینان از واریز مقادیر ثابت و قابل پیش‌بینی سرمایه به صندوق‌ها در سیستم، به‌عنوان یک هدف مد نظر قرار گیرد.
	عدالت در مشارکت	۲. توسعه مکانیزمی برای پوشش قرار دادن افرادی که استطاعت پرداخت حق مشارکت را ندارند، از طریق اعمال یارانه مختلف، یا از محل درآمدهای عمومی دولت و یا اخذ حق مشارکت‌های بیمه‌ای بیشتر از افرادی که توان پرداخت دارند، برای تحت پوشش قرار دادن اعضای که حق مشارکت پرداخت نمی‌کنند.
		۳. استقرار سیستم مناسبی برای اخذ حق مشارکت‌های بیمه‌ای خانوارها، که همه افراد استطاعت مالی شرکت در آن را داشته باشند.
	اثربخشی بیشتر با تجمیع	۴. افزایش اثربخشی با افزایش صندوق‌ها از طریق ترغیب افراد به مشارکت

تصمیمات	اجزا	هدف اصلی
۵. ارزیابی‌های مستدل میزان پتانسیل افزایش صندوق‌ها (داخلی یا خارجی) در آینده و هماهنگ کردن آنها با نیازهای ارزیابی شده و رشد نیازها (مرتبط با اقدام شماره ۳)	ثبات مالی	
۶. بر اساس تصمیم شماره ۱، زمینه‌های سازمانی و اجرایی پایه‌ریزی گردد تا بتوان حق مشارکت‌ها را از منابع گوناگون جمع‌آوری نمود (بدین‌وسیله میزان وابستگی به پرداخت مستقیم از جیب، در کشورهایی که این وابستگی بالاست، کاهش می‌یابد).	وجود استطاعت مالی و دسترسی مورد نیاز	کاهش موانع مالی
۷. مشخص کنید که آیا حفاظت مالی از استفاده‌کنندگان (مانند پوشش هزینه‌های سطح اولیه مراقبت‌ها) از خدمات، باعث بهبود کیفیت خدمات شده است یا خیر. حفاظت مالی از استفاده‌کنندگان، نه تنها جایگزین کل مبلغ افزایش یافته و پرداخت شده از حقوق است، بلکه جایگزین مبلغ خدماتی است که در گذشته، در قبال پرداخت هزینه ارائه می‌شد (یعنی تحت پوشش قرار دادن این خدمات) نیز مهم می‌باشد. برای برآورده نمودن تقاضاهای رو به رشد و مورد انتظار، به صندوق‌های دیگری نیاز است. این مسئله احتمال جایگزینی پرداخت‌های غیر رسمی به جای رسمی را کاهش می‌دهد.		
۸. مشخص کنید که آیا گروه‌ها یا مداخلات خاصی وجود دارد (مانند اسناد و نقل و انتقالات مالی) که باید برای آنها اقداماتی در جهت مرتفع نمودن تقاضاها صورت پذیرد، تا بتوان دسترسی مناسب به خدمات را تضمین نمود؟		
۹. مشارکت در سیستم سلامت را (از طریق مالیات و یا بیمه) هر چه زودتر الزامی نمایید. این مسئله تضمین می‌کند که مردم حق مشارکت خود را در زمان سلامت و نه فقط از ترس بیماری، پرداخت نمایند. حق انتخاب مردم در مشارکت، نتیجه‌ای جز کاهش میزان پوشش فقرا و قشر آسیب‌پذیر نخواهد داشت.	عدالت در تجمیع ^۱	
۱۰. اگر تجمیع‌های متعدد وجود داشته باشد، با ادغام صندوق‌ها در صندوقی بزرگتر و یا با بکارگیری مکانیزمی برای تعدیل ریسک‌ها در میان همه صندوق‌ها، پراکندگی صندوق‌ها کاهش می‌یابد و رفتار عادلانه با افراد در صندوق‌های مختلف تضمین می‌شود.		

تصمیمات	اجزا	هدف اصلی
۱۱. مشخص کنید که چه کسی، در هر سطحی از مشارکت در پرداخت، واجد شرایط دریافت خدمات صندوق‌ها می‌باشد. یک برنامه زمانی برای توسعه این پارامترها مطابق با طرح ثبات مالی که در بالا توضیح داده شد، تهیه نمایید.		
۱۲. کاهش پراکندگی صندوق‌ها تا حد امکان	اثربخشی تجمیع	
۱۳. طراحی و بکارگیری مکانیزم‌های پرداختی به ارائه‌کنندگان خدمات، که از طریق ایجاد انگیزه باعث افزایش کیفیت و اثربخشی خدمات گردند. ۱۴. از آنجا که تمام روش‌های پرداختی به ارائه‌کنندگان، مزایا و معایبی دارد، لازم است اقدامات تکمیلی برای ارتقاء کیفیت و اثربخشی خدمات، مانند کنترل هدررفت و فساد مالی، طراحی زنجیره صحیح تهیه، تأمین و انتخاب داروهای اثربخش صورت پذیرد. (جزئیات بیشتر را در فصل ۴ ملاحظه نمایید). ۱۵. چگونگی تخصیص منابع تجمعی را میان انواع خدمات سلامت در سطوح مختلف مراقبتی، با حصول اطمینان از عدم ایجاد هیچ‌گونه مانع در هماهنگی این سطوح مشخص نمایید. ۱۶. خرید و عقد قرارداد راهبردی را سرلوحه کار خود قرار دهید تا استفاده بهینه از سرمایه موجود را تضمین نماید. ۱۷. مشخص کنید که آیا ایجاد تجمعی از صندوق‌ها به صورت مجزا برای ارتقاء سلامت و پیشگیری در بخش سلامت ضروری است، یا خیر. ۱۸. نتایج و اثربخشی استفاده از صندوق‌ها را به صورت مداوم کنترل کنید.	استفاده عاقلانه از منابع	استفاده اثربخش منابع
۱۹. چگونگی تخصیص منابع تجمیع شده در مناطق مختلف جغرافیایی را با توجه به میزان نسبی جمعیت، درآمد/فقر، نیازهای سلامت و اختلافات اجتناب‌ناپذیر هزینه‌ها در ارائه خدمات (برای مثال با توجه به تراکم جمعیت) مشخص نمایید. ۲۰. مشخص کنید که آیا نابرابری‌هایی در پوشش و پیامدهای سلامت باقی مانده که نتوان بواسطه تغییر در سیستم تأمین مالی آنها را از بین برد؟ و نیازمند اقداماتی در سایر بخش‌های حوزه سلامت و یا حوزه‌های دیگر	عدالت در استفاده از منابع	

تصمیمات	اجزا	هدف اصلی
باشند؟ (برای مثال توزیع تسهیلات سلامت یا منابع انسانی) و همچنین کدام وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های اجتماعی و مدنی می‌توانند به بهترین شکل در حل این مشکلات، مشارکت نمایند و سپس، راه‌حل‌های مشترکی را اتخاذ و بکار گیرند؟		

◀ اقدام شماره ۶: اجرایی نمودن شامل ارزیابی ساختارها و قوانین سازمانی

در این مرحله، برخی از کشورها فقط خواستار تغییرات کوچکی برای حفظ دستاوردها هستند. بقیه کشورها خواستار انجام اصلاحات و ایجاد مؤسسات و سازمان‌های جدید می‌باشند. به‌طور مثال، کشوری ممکن است برای رفع موانع و محدودیت‌ها بر سر راه تجمیع و خرید در سیستم مدیریت مالی بخش عمومی، صندوق بیمه سلامت با متولیان بیمه دولتی را ایجاد نماید. با این حال، گاهی نیازی به مؤسسات جدید نیست بلکه مؤسسات موجود، تنها نیازمند تطابق با شرایط می‌باشند یعنی زمانی که بیمه اجباری توسط بخش خصوصی تنظیم و ارائه گردد. وقتی که صندوق بیمه اجباری، نماینده بخش عمومی باشد اعمال قوانین جدید و یا بازنگری و تشدید قوانین موجود ضروری است.

قانونگذاری صحیح مطمئناً باعث پیشرفت سیستم‌های مالی بخش سلامت در جهت نیل به پوشش همگانی و حمایت از حقوق افراد جامعه در دریافت مراقبت‌های سلامت می‌گردد. اخیراً در بسیاری از کشورها، قوانین جدید و حقوق مذکور در قانون اساسی باعث گردید افراد بسیار زیادی برای احقاق حق دسترسی به خدمات سلامت به دادگاه‌ها مراجعه نمایند (۴). البته مثبت دانستن این مسئله در نیل به پوشش همگانی، بسیار زود است چرا که محققان دریافته‌اند که همیشه مرفهین توانایی بیشتری در اعلام خواسته‌ها و شکایات خود در مقایسه با افراد فقیر و بی‌بضاعت داشته‌اند (۵).

در بسیاری از کشورها یکی از چالش‌های بزرگ اجرایی نمودن این مرحله، کمبود ظرفیت سازمانی و فنی است. وجود حسابداران، آمارگیران، ویراستاران، اقتصاددانان و وکلا، همگی در شرایط مختلف می‌تواند بسیار ضروری باشد. این در حالیست که گاهی علی‌رغم نیاز به این متخصصین، آنها در دسترس نیستند. بنابراین، کشورها باید اولویت‌های آموزشی و پرورشی خود را ارزیابی مجدد نمایند تا بتوانند

تخصص‌های مورد نیاز را ایجاد و یا اینکه از طریق استراتژی‌های مختلف افراد متخصص را به کشور دعوت نمایند.

گسترش پوشش خدمات، اغلب قربانی کمبود ارائه‌کنندگان و گرانی خدمات است و سرمایه‌گذاری بر برنامه‌ها نیاز به حصول اطمینان از وجود کارکنان ماهر، به میزان کافی دارد. همچنین برنامه‌های مالی باید تأثیر مثبتی بر روی کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده و در دسترس قرار گرفتن داروها و فناوری‌های مناسب داشته باشد. سیاستگذاران نیز باید از مقرون به صرفه بودن اصلاحات در بخش‌های دیگر حوزه سلامت اطمینان حاصل نمایند.

مرتفع نمودن بسیاری از مشکلات بخش سلامت نیازمند همکاری‌های بیشتر وزارت بهداشت و کارکنان آن با سایر وزارتخانه‌ها می‌باشد.

◀ اقدام شماره ۷: ارزیابی و نظارت

سیاستگذاران باید جایگاه کشورشان را بشناسند. اینکه چه اصلاحاتی در برنامه‌ریزی، منتهی به استقرار نظام پوشش همگانی شده و یا قبلاً در تحولات و اجرای اهداف مورد نظرشان دخالت داشته در تعیین جایگاه و سرعت عمل سیاستگذاران مهم است. از طرفی باید بدانند که آیا در حال نزدیک شدن به پوشش همگانی هستند یا در حال دور شدن از آن.

سیستم‌های تأمین بودجه، الزاماً پاسخگوی تغییراتی که برنامه‌ریزی شده نمی‌باشند. بنابراین، آمادگی برای مواجهه با اتفاقات غیر منتظره و توانایی تصمیم‌گیری سریع بسیار مهم است. در اجرای این امر، سیاستگذاران نیازمند بارش مداوم افکار صحیح می‌باشند. در جدول ۵-۱ اطلاعات مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل صحیح را ارائه کردیم که تعداد زیادی از آنها مربوط به نحوه دسترسی به منابع مالی مورد نیاز می‌باشد. در اینجا، به ارزیابی پیامدها بر می‌گردیم که هریک از آنها برای یک کشور الزامی است تا بتواند مشخص کند که آیا در حال نزدیک شدن به پوشش همگانی هست یا خیر.

برای کنترل نیازها باید بر نحوه دسترسی مردم به خدمات سلامت مورد نیاز و خطرات مالی در پرداخت آنها توجه نمود. کسب برخی از اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی دقیق مشکل است. برای مثال،

اگرچه ارزیابی تعداد افراد تحت پوشش طرح ویژه بیمه سلامت آسان است، ولی شاخص خوبی برای پوشش دقیق نمی‌باشد چون ما نیز می‌خواهیم از سهم خدمات مورد نیاز و هزینه‌های تحت پوشش اطلاع داشته باشیم.

در سیستم‌هایی که از طریق خدمات مختلط بخش خصوصی و دولتی مشخص می‌شوند یعنی مواردی که بخشی از هزینه‌ها توسط بیمه و بخش دیگر با درآمدهای حاصل از مالیات تأمین می‌شود این تصویر می‌تواند پیچیده باشد. در تئوری، هر کسی می‌تواند از خدمات دولتی استفاده کند اما در عمل، شاید مردم در مناطق دور افتاده، دسترسی فیزیکی به این خدمات نداشته و یا شاید به‌خاطر اینکه کیفیت خدمات ضعیف است و یا ضعیف به نظر می‌رسد از آنها استفاده نکنند پس مشخص کردن اینکه در واقع چه کسی تحت پوشش خدمات دولتی است حتی با وجود اطلاعات واقعی حاصل از بررسی دقیق خانوارها نیز، می‌تواند مشکل باشد.

در جدول ۵-۲ ما شاخص‌هایی را معرفی می‌کنیم که دقیقاً نشان داده‌اند چه کسانی تحت پوشش هستند، حمایت‌های ارائه شده در برابر خطرات مالی تا چه حدی بوده، میزان پرداخت از جیب مردم چقدر است و تأثیر آن بر فجایع مالی و اصلاحات چیست. موارد ذکر شده، مشخصاً تأثیر احتمالی سیستم مالی سلامت بر زندگی مردم را پوشش نمی‌دهند. برای مثال، مردمی که قبلاً در فقر زندگی می‌کردند، وضعیت زندگی شان با پرداخت‌های بخش سلامت بهبود نخواهد یافت، اما بیشتر از این هم در ورطه فقر فرو نمی‌روند. سایر شاخص‌ها مانند اینکه آیا مردم فقیر به دلیل پرداخت‌های بخش سلامت فقیرتر می‌شوند، با کنترل بیشتر کشورها قابل دسترسی است، اما در اینجا، لیستی از حداقل شاخص‌هایی که در سطح وسیعی مورد استفاده قرار می‌گیرند را ارائه می‌دهیم (۶-۸).

جدول ۵-۲: پایش پوشش همگانی از نظر حفاظت در برابر ریسک مالی

اهداف و اقدامات	شاخص‌های مرتبط	تفسیر
۱. افزایش سرمایه مورد نیاز حوزه سلامت: چه بخشی از جمعیت،	۱. کل سرانه هزینه‌های سلامت	۱. باید با نیازهای جمعیتی مرتبط باشد، اما در سال ۲۰۰۹ میانگین حداقل نیاز در میان کشورهای کم‌درآمد ۴۴ دلار تخمین زده شده که تا سال ۲۰۱۵ به ۶۰ دلار خواهد رسید.

اهداف و اقدامات	شاخص‌های مرتبط	تفسیر
خدمات و هزینه‌ها را می‌توان تحت پوشش قرار داد؟	۲. کل سرانه هزینه‌های سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	۲. این مسئله همچنین در دسترس بودن صندوق‌ها را نشان می‌دهد، چرا که هزینه‌های کلی سلامت نسبت به GDP عموماً با سرانه GDP افزایش می‌یابد. کشورهای عضو WHO در منطقه جنوب شرقی آسیا و مناطق غربی اقیانوس آرام، هدف ۴ درصدی را برای خود مشخص نموده‌اند، با اینکه این هدف ممکن است به هیچ‌وجه کافی نباشد. حدوداً ۴۰ کشوری که سرانه GDP آنها کمتر از ۱۰۰۰ دلار است، با وجود هزینه‌های موجود حتی به حداقل نیازهای سرمایه‌ای نیز دست نخواهند یافت.
۳. هزینه عمومی دولت در بخش سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولت ^a	۳. نشان‌دهنده تعهدات دولت به بخش سلامت می‌باشد. کشورهای شبه صحرای آفریقا هدف ۱۵ درصدی را برای دولت‌های خود جهت هزینه‌های سلامت در نظر گرفته‌اند. در منطقه مدیترانه شرقی، ایالت‌های عضو WHO در حال بررسی پیشنهاد هدف ۸ درصدی هزینه‌های دولت به وزارت بهداشت می‌باشند.	
۴. هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	۴. نشان‌دهنده ظرفیت و خواست دولت در حمایت از جمعیت در برابر هزینه‌های مراقبت‌های سلامت می‌باشد. برای بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط، با داشتن ۵-۴٪ تولید ناخالص داخلی، نزدیک شدن به پوشش همگانی بسیار مشکل می‌نماید و نیل به این هدف در کوتاه‌مدت بسیار دور از ذهن می‌باشد و نیازمند برنامه‌های طولانی‌مدت است.	
۲. سطوح حفاظت از ریسک مالی و پوشش گروه‌های آسیب‌پذیر- ترکیبی از پاسخ به این سوالات که چه کسانی و چه میزان از هزینه‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند.	۵. هزینه‌های پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت با اشراف به این مسئله که پرداخت از جیب چه گروه‌های جمعیتی را بیشتر آزار می‌دهد.	۵. شواهد تجربی نشان می‌دهد که پرداخت از جیب ارتباط تنگاتنگی با وقوع فاجعه مالی و فقر دارد. زمانی که پرداخت از جیب برای خدمات سلامت نسبت به کل هزینه‌های سلامت کمتر از ۲۰-۱۵ درصد می‌باشد، فاجعه مالی و فقر کمتری وجود خواهد داشت. این میزان هنوز در بسیاری از کشورها بالاست و هدف کشورهای عضو در غرب اقیانوس آرام ۳۰-۲۰ درصد تعیین شده است.
۶ درصد خانوارهایی که هر	۶ در شرایط ایده‌آل، این درصد مستقیماً اندازه‌گیری می‌شود، با اینکه	

اهداف و اقدامات	شاخص‌های مرتبط	تفسیر
	سال به دلیل پرداخت از جیب از فاجعه مالی رنج می‌برند، با اشراف به این مسئله که چه گروه‌های جمعیتی، بیشتر تحت تأثیر قرار دارند.	شاخص شماره ۵ ارتباط تنگاتنگی با فاجعه مالی دارد.
	۷. درصد خانوارهایی که هر سال به دلیل پرداخت از جیب از فقر رنج می‌برند، با اشراف به این مسئله که چه گروه‌های جمعیتی بیشتر تحت تأثیر قرار دارند.	۷. همان دیدگاهی که در مورد شاخص ۶ صادق است.
۳. کارایی استفاده صحیح از منابع ^b	۸. میانگین قیمت داروهای ژنریک برای مصرف‌کننده در مقایسه با قیمت‌های بین‌المللی مرجع .	۸. جایی که این میزان بالاتر از مثبت ۱/۱ است، شواهد محکمی دال بر توانایی پس‌انداز سرمایه وجود دارد .
	۹. درصد بودجه دولتی که با احتساب هزینه‌ها و حقوق‌های ثابت در مقایسه با هزینه‌های روز افزون دارو و تجهیزات به حوزه سلامت تخصیص می‌یابد.	۹. تفسیر این مورد بسیار سخت است، با اینکه اکثر کشورها می‌دانند چه زمانی سرمایه کافی برای خرید (به‌طور مثال دارو) وجود ندارد. این شاخص بیش از عدم اثربخشی، عدم کفایت و نارسایی را نشان می‌دهد .

a- بودجه هزینه‌های عمومی سلامت، از محل درآمدهای عمومی دولت برای تمامی وزارتخانه‌ها، در تمام سطوح دولت در تلفیق با بودجه بیمه سلامت اجباری تأمین می‌گردد .

b- اتخاذ شاخص‌های ارزشمند، معتبر و قابل مقایسه در کارایی سیستم سلامت بسیار مشکل است. این دو شاخص تنها دو نشانگر ساده هستند و کشورها نیاز به تمرکز بر دیگر موارد عدم اثربخشی دارند که به خودی خود از اهمیت شایانی برخوردارند. شاخص‌های پنهان شامل موارد ذیل می‌باشد: سهم هزینه‌های کلی در سطح اولیه مراقبت‌ها یا مراقبت‌های بیمارستانی، میزان ارجاعات از سطح اولیه مراقبت‌ها به سطح دوم، استفاده از داروهای ژنریک یا داروهای برند، جراحی سرپایی یا بستری و همچنین کل هزینه‌های مدیریتی و اداری بطور جداگانه .

در این قسمت، شاخص‌های دیگری برای پوشش سلامت پیشنهاد نمی‌دهیم و می‌خواهیم جمعیتی را که به دلیل عواملی نظیر سن، جنس و شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی به خدمات مورد نیاز دسترسی ندارند شناسایی کنیم اما این اطلاعات در بسیاری از کشورها در دسترس نمی‌باشد و دامنه خدمات مورد نیاز به علت بیماری‌های مختلف و الگوهای دموگرافیک به‌طور چشمگیری متفاوت است. اگر کشوری بخواهد، می‌تواند یک سری از مداخلات گوناگون و مؤثر در پوشش را کنترل نماید. تعدادی از شاخص‌های احتمالی در آمارهای جهانی سلامت (۹) به‌طور سالانه ارائه می‌گردد که اکثراً مربوط به کشورهای کم‌درآمد می‌باشد و بیماری‌های مسری در آنها زیاد است.

جریان منظم اطلاعات در این مناطق، مانند آنچه در شرایط ارزیابی شده راهنما ۵-۱ توضیح داده شد، به دو عامل بستگی دارد:

یک سیستم اطلاع‌رسانی جامع، میزان پوشش افراد نیازمندی را که به واسطه مسائلی مانند سن، جنس، شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی و سایر شاخص‌های آسیب‌پذیری یا محرومیت در تنگنا قرار دارند نشان می‌دهد. این مسئله نیازمند ارتباط تنگاتنگ مسئولین اجرایی بخش سلامت و مراکز ملی آمار است.

سیستم کنترل جریان مالی و بررسی حساب‌های بخش سلامت کشور درست مانند بررسی‌های متناوب خانوارها، اطلاعات بسیار دقیقی از میزان پرداخت از جیب مردم و حفاظت در برابر خطرات مالی ارائه می‌نماید.

سیاستگذاران باید تلاش کنند یک سیستم گزارش‌دهی مالی واحد ایجاد نمایند که به واسطه عواملی مانند برنامه‌ها و یا اقدامات اجرایی غیر متمرکز و یا شرایط مختلف بیمه‌ای، مختل نشود. مشکلات، زمانی زیادتر می‌شود که تأمین بودجه پروژه‌ها یا برنامه‌ها توسط خیرین به‌خاطر سیستم‌های گزارش‌دهی مالی موازی که هیچ ارتباطی با هم ندارند اثربخشی خود را از دست دهد. جمع‌آوری اطلاعات از کلیه فعالان بخش سلامت چه در بخش خصوصی و چه دولتی بسیار مهم است. در بسیاری از کشورها سیستم‌های اطلاعاتی مالی بخش سلامت، داده‌های بسیار ناچیزی را از بخش غیر دولتی جمع‌آوری می‌-

نماید و همین مسئله باعث می‌شود که از شرایط سلامت و الگوهای مصرف جمعیت تصویر کاملی نداشته باشند.

◀ دستور کار جامعه بین‌الملل

اگرچه کشورها می‌توانند با پیگیری دستورالعملی که در بالا آمده بسیاری از وظایف خود را به انجام رسانند اما روابط بین‌الملل نقش حیاتی را برای کشورهایایی که به کمک بیشتر نیاز دارند ایفا می‌نماید. رعایت موارد ذیل برای شرکای توسعه لازم و ضروری است:

◀ حفظ سطوح همکاری یا ارتقاء آنها به میزان مورد نیاز

فقط حدود نیمی از کشورهایی که گزارش هزینه ODA را به OECD می‌فرستند به سمت اهداف بین‌المللی مورد تعهد خود، گام بر می‌دارند. کشورهای دیگر به دلیل طولانی بودن مسیر، کنار می‌کشند. این در حالی است که علی‌رغم رکود اقتصادی، بعضی از خیرین به همکاری شان تا سال ۲۰۱۰ ادامه خواهند داد. اما بعضی دیگر میزان تعهدات خود را کم کرده و یا به تعویق انداخته‌اند. این نکته بسیار نگران‌کننده است و امید می‌رود شرکای توسعه به تعهدات پاریس و آکارا همچنان وفادار بمانند.

◀ حصول اطمینان از امکان پیش‌بینی کمک‌ها

وقتی کشورها نتوانند به منابع پایدار تکیه کنند، برنامه‌ریزی برای آینده مشکل خواهد شد. برخی از کشورهای کم‌درآمد، برای تأمین دو سوم از مخارج بخش سلامت، تکیه بر منابع خارجی دارند، به‌نحوی که پیش‌بینی کمک‌ها برای آنها از اهمیت بالایی برخوردار است. شرکای پیشرفت می‌توانند با تغییر ساختار همکاری و ایجاد تعهدات سالانه به جای برنامه‌های ۳-۵ ساله، از این مشکل بکاهند (آنچه خیرین OECD در آکارا انجام دادند).

◀ ابداعاتی برای تکمیل منابع سلامت جهت اقشار فقیر

تاکنون، دستاوردهای زیادی در این زمینه، به‌ویژه از طریق برنامه «تأمین مالی بخش سلامت در عصر طلایی»^۱ حاصل شده که اغلب شامل مکانیزم‌های پیشرفته مشارکت‌های اختیاری افراد در بخش سلامت مثلاً خرید اینترنتی بلیت‌های هواپیما، رزرو هتل یا اجاره ماشین می‌باشد. برآورد شد تا سال ۲۰۰۶، فروش اوراق قرضه‌ای که به‌وسیله کشورهای کمک‌کننده و در بازار سرمایه بین‌المللی صادر شده است تا ۲ میلیارد دلار افزایش یابد. با وجود اینکه چنین طرحی منجر به ایجاد نتایج امیدوارکننده‌ای شده، اما اقدامات بیشتری در این زمینه لازم است. برای مثال تخمین زده می‌شود مالیات جهانی بر معاملات نقدی می‌تواند تا ۳۳ میلیارد دلار در سال افزایش یابد. (بخش ۲ ملاحظه شود)

◀ حمایت از کشورها در اجرای برنامه‌های سلامت (مقدم بر تحمیل اولویت‌های خارجی)

تعدادی از شرکای خارجی بر اساس برنامه‌های ناشی از اعلامیه ۲۰۰۳ پاریس، مبنی بر کمک مؤثر به کشورهای دریافت‌کننده کمک مطابق با اولویت‌های این کشورها جهت تنظیم و اجرای برنامه‌های ملی تمرکز بیشتری نمودند. ضروریست به مشارکت‌های مالی توافق شده در برنامه ملی سلامت^۲ بیشتر توجه شود تا گزارش‌دهی و پیگیری نتایج در سطح ملی میسر گردد.

◀ ایجاد کانال‌های سرمایه‌ای از طریق مؤسسات و مکانیزم‌های مهم پوشش همگانی

بعضی کشورهای دریافت‌کننده کمک اذعان دارند که خیرین علاقه‌ای به تقویت سیستم‌های سلامت این کشورها ندارند و اینکار را صرفاً به اجبار از طریق سیستم‌های موازی مانند تزریق پول به کشورها، خرید امکاناتی همچون دارو، تجهیزات و خدمات و در نهایت، ارزیابی نتایج (۱۰) انجام می‌دهند. یکی از روش‌های تقویت سیستم‌های ملی برای جهت‌دهی به منابع خارجی، باید از طریق مکانیزم‌های تجمیع ریسک کشورهای دریافت‌کننده کمک انجام شود. این موضوع ممکن است به شکل کمک صرف به کشور و باز گذاردن دست مسئولین در انتخاب محل تخصیص این کمک باشد، به‌نحوی که خیرین تعیین

1- Millennium Foundation on Innovative Financing

2- National health plans

نکنند که کمک‌های آنها چگونه در بخش سلامت استفاده شود و به دولت‌ها اجازه دهند که بودجه را بر اساس نیاز، در خلال برنامه‌ها و تجمیع بیمه توزیع نمایند. شرکای توسعه همچنین باید باعث افزایش ظرفیت‌های بومی این مؤسسات گردند.

◀ حمایت از تلاش‌های منطقه‌ای برای استفاده مؤثرتر از منابع

دوباره‌کاری را با جهت‌دهی به امور کاهش داده و اجراء ارزیابی و گزارش زنجیره اقدامات را دو برابر کنیم. هزینه معاملاتی که به کشورها تحمیل می‌شود دارای اهمیت است. بیش از ۴۰۰ مأموریت بین‌المللی سلامت در سال ۲۰۰۹ در ویتنام وجود داشت (۱۱). در رواندا، دولت باید بیش از ۸۹۰ مورد را که فقط ۵۹۵ مورد از آن به HIV و مالاریا اختصاص دارد، به کمک‌کنندگان گزارش دهد (۱۲).

◀ مثالی از افزایش اثربخشی از طریق کاهش دوباره‌کاری و پراکندگی در کمک‌های بین‌المللی

پراکندگی کمک‌های بین‌المللی منجر به ایجاد مخارج مدیریتی زیاد برای کشورهای ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده کمک، دوباره‌کاری‌های غیر ضروری و اختلافات در سیاستگذاری و استانداردهای کنترلی در سطح کشورها می‌شود. لازم است خیرین اصلی، تلاش‌های خود را در جهت کاهش پراکندگی در روش ارائه کمک‌ها و چگونگی استفاده از آنها در کشورهای دریافت‌کننده کمک افزایش دهند. بیش از ۱۴۰ طرح سلامت جهانی، به‌صورت موازی در حال اجرا هستند که باعث ائتلاف منابع و مسئولیت‌های سنگین در کشورهای دریافت‌کننده می‌شود (۱۱).

◀◀ نتیجه‌گیری

اکنون، زمان خوبی برای تأمین اعتبار بخش سلامت است. دو سیستم مراقبت سلامت گسترده، یکی در چین و دیگری در ایالات متحده آمریکا، که قبلاً از مکانیسم‌های بازار آزاد به‌عنوان مبنایی برای بودجه‌بندی استفاده می‌کردند، در حال اصلاح فرآیندهای خود می‌باشند.

چین سیستم گسترده خود را در جهت پوشش همگانی به حرکت در آورده است، در سال ۲۰۱۰ رئیس‌جمهور آمریکا، باراک اوباما، تا حدی بودجه‌بندی را بر اساس درآمد عمومی تنظیم نمود و در ماه

مارس لایحه‌ای را در قانون ایالات متحده به امضاء رساند که طی آن ۳۲ میلیون آمریکایی فاقد بیمه، تحت پوشش مراقبت‌های سلامت قرار گرفتند.

اگرچه پوشش همگانی هنوز محقق نشده اما این اصلاحات قانونی حداقل باعث سهولت مشمولیت افراد در طرح خدمات درمانی (مدیکر) و تحت پوشش قرار گرفتن ۲۰ میلیون نفر فاقد بیمه شد.

اصلاحات در چین و ایالات متحده آمریکا تا حدودی به دلیل وسعت سیستم‌های شان جلب نظر نمود، اما کشورهای دیگری نیز مشغول ارزیابی مجدد رویکردشان در تنظیم بودجه مراقبت‌های سلامت هستند. همانطور که در این گزارش آمده است، در بسیاری از کشورها، با سطوح توسعه اقتصادی مختلف، اصلاح بودجه سلامت در حال انجام است. هر چند چالش‌هایی که هر یک در پیش روی دارند متفاوت است برنامه‌هایی که نیازهای جامعه‌شان را مرتفع می‌کند، همگی شامل نوعی پیش‌پرداخت و تجمع خواهد بود اما حقیقت این است که هیچ فرمول ثابتی برای دستیابی به پوشش همگانی وجود ندارد. واکنش کشورها به چالش‌ها تا حدودی منوط به تاریخ آن کشورها و روش‌هایی است که تا کنون باعث توسعه سیستم‌های تأمین مالی سلامت شده است. همچنین، اولویت‌های اجتماعی با مفاهیم انسجام اجتماعی ارتباط تنگاتنگ دارند (۱۳). واکنش‌های مختلف می‌توانند به طرق مختلف فشارها و مشکلات را مرتفع نمایند. با چشم‌پوشی از این فشارها، یکی از مهم‌ترین وظایف دولت که همان ارائه مراقبت‌های سلامت به همگان است، شکست خواهد خورد.

هر کشور می‌تواند اقداماتی برای نزدیک‌تر شدن به پوشش همگانی انجام دهد و دستاوردهایش را حفظ نماید.

همانطور که این وظیفه، دلهره‌آور و سنگین به نظر می‌رسد، سیاستگذاران باید بدانند که خیلی از کشورها قبل از آنها تلاش‌های خود را برای ایجاد سیستم پوشش همگانی آغاز نموده‌اند. مستندات این اقدامات نیز موجود است و می‌توان از آنها درس گرفت. یک مسئله نگران‌کننده و حائز اهمیت، انسجام اجتماعی است که در مباحث سیاسی از آن یاد می‌شود، همان موضوعی که چندین بار در این گزارش به آن اشاره شده است. ساده‌نگاری است که بگوییم اصلاحات، همیشه در جایی که نیازمند اقدامات مردمی و مشارکت فعال جامعه مدنی بوده، نتیجه داده است.

در تایلند، تنها یکی از فاکتورهای توسعه، طرح پوشش همگانی بود که مراقبت‌های سلامت را برای میلیون‌ها نفر تایلندی که قبلاً با معضل پرداخت از جیب یا صرف نظر کردن از درمان مواجه بودند، به ارمغان آورد. خوشبختانه نارین پینتالاکارن وقتی در ۷ اکتبر ۲۰۰۷ کنار موتور خود افتاده بود، هیچ یک از این مشکلات را نداشت. برای نارین، گزینه سومی وجود داشت و آن حمایت میلیون‌ها مالیات‌دهنده، وجود یک مرکز ترومای تخصصی ۶۵ کیلومتر دورتر از جایی که او تصادف کرده بود و یک پزشک جراح، با سال‌ها تجربه بود. آن روز، نارین تحت پوشش کامل قرار داشت.

◀ مراجع

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México* 2007;49: Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (<http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm>, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003;12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006;368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006;62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.

10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

◀ نمایه

آ

آزادسازی، ۴۱

ا

استطاعت مالی، ۱، ۳۵، ۳۷، ۴۳، ۷۵، ۱۰۲، ۱۹۶، ۲۰۱، ۲۰۲

استفاده بی‌رویه، ۱۴۵

استفاده منطقی از فناوری‌های پزشکی و دارویی، ۱۵۸

اسکن مغز، ۳۰

اعتبارات مالی، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲

افزایش کارایی، ۱۷، ۱۱۲، ۱۷۱، ۱۹۳

اقدامات پیشگیرانه، ۱۲۱، ۱۹۳

آ

آموزش ناکافی، ۱۴۸

ا

انتقال وجه نقد غیر مشروط، ۱۸۹

انسجام اجتماعی، ۵۱، ۱۵۶، ۱۹۶، ۲۰۰، ۲۱۳

اهداف توسعه عصر طلایی سلامت، ۷

اهداف عدالت محور، ۹۹

I

JLO، ۴۶، ۴۷، ۵۲

O

OECD، ۳۰، ۳۳، ۴۰، ۴۳، ۵۶، ۵۷، ۶۲، ۷۳، ۸۱، ۸۲

۸۵، ۸۸، ۹۵، ۱۱۱، ۱۴۶، ۱۷۹، ۲۱۰

ا

اتلاف منابع، ۵، ۱۴۴، ۱۴۸، ۲۱۲

اثربخشی، ۸، ۱۰، ۱۹، ۲۰، ۷۱، ۷۲، ۱۳۷، ۱۳۹، ۱۴۰

۱۴۱، ۱۴۴، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۴، ۱۵۶، ۱۵۷

۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۱

۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۶، ۲۰۱، ۲۰۳، ۲۰۸

۲۰۹، ۲۱۲

اخذ مالیات، ۹

ادبیات اقتصاددانان، ۱۹۹

ادغام صندوق‌های پراکنده، ۱۱۲

ارائه پاداش در قبال خدمات خاص، ۱۶۳

ارائه‌کنندگان خدمت، ۱۸، ۱۰۷، ۱۱۰

ارجاع، ۳۰، ۱۴۶، ۱۶۱، ۱۶۲

ارزش‌های اصول اخلاقی، ۱۵۳

ارزشیابی، ۲۲، ۲۴، ۲۰۵

اهداف عملیاتی، ۷

اولویت، ۸، ۱۵، ۴۹، ۶۱، ۶۲، ۶۵، ۶۸، ۶۹، ۸۱، ۸۳، ۱۱۲،

۱۱۵، ۱۵۴، ۱۸۸، ۱۹۶

بیمه‌گرهای فعال، ۱۹۱

ب

پایگاه اطلاعاتی، ۱۵۸

پراکندگی، ۴۱، ۱۱۶، ۱۳۸، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۹۱، ۱۹۶،

۲۰۲، ۲۰۳، ۲۱۲

پرداخت از جیب، ۲۲، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۴۱، ۱۰۱، ۱۰۲،

۱۰۸، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۵۸، ۱۹۶، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸،

۲۱۴، ۲۰۹

پرداخت قانونی، ۵

پرداخت مالیات، ۸، ۷۲، ۷۳، ۱۱۱، ۱۱۶

پرداخت مستقیم، ۵، ۱۱، ۱۵، ۲۹، ۳۱، ۳۴، ۳۶، ۳۹، ۴۳،

۴۶، ۴۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶،

۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹،

۱۲۰، ۱۲۳، ۱۲۳، ۱۸۷، ۱۸۹، ۱۹۶، ۲۰۲

پرداخت مشروط، ۱۶

پرداخت موردی، ۱۸، ۱۶۲، ۱۹۲

پوشش خدمات دولتی، ۱۰۴، ۲۰۶

پوشش خدمات ضروری، ۱۰۴

پوشش همگانی، ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵،

۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۶،

۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱،

۵۲، ۶۳، ۶۴، ۷۰، ۸۲، ۸۹، ۹۹، ۱۱۱، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶،

۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۳، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۵۶، ۱۶۷، ۱۶۹، ۱۷۰،

۱۷۲، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۵،

۱۹۶، ۲۰۰، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳،

۲۱۴

پیش‌پرداخت، ۲۹

ب

برنامه ملی سلامت، ۲۱۱

بهبود بهره‌وری، ۵۲، ۱۳۷

بهداشت برای همگان، ۱

بهداشت دست، ۱۵۱

بودجه، ۵، ۸، ۱۰، ۲۰، ۳۱، ۳۳، ۳۷، ۴۸، ۶۱، ۶۲، ۶۵، ۶۶

۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۴، ۷۹، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۷

۸۸، ۸۹، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳،

۱۱۵، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۳۷، ۱۴۲، ۱۶۳، ۱۷۱، ۱۸۸، ۱۹۰،

۱۹۱، ۱۹۶، ۱۹۹، ۲۰۵، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۲، ۲۱۳

بودجه جاری، ۱۰، ۷۹، ۱۳۷

بودجه عمومی، ۷۱، ۱۱۵، ۱۱۸

بودجه‌های ابداعی، ۶۱

بیانیه آب‌جای سال ۲۰۰۱، ۷۰

بیانیه آما- آتا، ۵۰

بی‌عدالتی، ۱، ۱۹، ۱۰۳، ۱۶۹

بیماری‌های مزمن، ۲، ۱۵

بیمه اجتماعی اجباری، ۱۱۴

بیمه جامع، ۱۹۰

بیمه جمعی، ۳۷

بیمه خرد، ۹۹، ۱۱۴، ۱۹۰

بیمه خصوصی، ۱۱۴

بیمه درمان اختیاری، ۱۱۴

بیمه درمان ارتش، ۳۷

تولیدات مضر، ۹، ۱۸۸

پیشگیری، ۱، ۷، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۵، ۲۹، ۳۱، ۳۵، ۳۶

۴۹، ۶۳، ۷۹، ۸۳، ۱۴۲، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۶۱

۱۶۶، ۱۸۹، ۱۹۳، ۲۰۳

ج

جهان شمولی، ۷۳

ت

ح

حرکت هدفمند، ۱۵

تأمین اجتماعی، ۴، ۵۰، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۸۹، ۱۹۰

تأمین اعتبار، ۲، ۹، ۷۴، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۱۵، ۱۲۲، ۱۸۷

۱۸۸، ۱۸۹، ۲۱۲

حسابرسی، ۲۴

تجمع ریسک، ۱۱، ۴۱، ۱۱۶، ۲۱۱

حق بیمه، ۸، ۱۲، ۱۳، ۳۱، ۳۷، ۶۲، ۶۶، ۷۳، ۷۴، ۸۸، ۹۹

تجمع صندوق‌ها، ۶۳، ۱۳۷، ۱۶۷، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۶

۱۰۴، ۱۱۲، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۸۸، ۱۹۰

تخصیص بودجه، ۷۱، ۸۳، ۱۰۹، ۱۱۳، ۱۶۷، ۱۸۸، ۱۹۸

حمایت مالی، ۴، ۷، ۴۱، ۹۹، ۲۰۰

تخصیص بارانه، ۱۲، ۱۳، ۴۰، ۱۱۵

تشخیص دقیق، ۱۵۱

خ

خرید استراتژیک، ۱۸، ۱۹

تشویق‌های مالی، ۱۶۵

خرید خدمت منفعل، ۱۹

تعدیل ریسک‌ها، ۲۰۲

خط فقر، ۴، ۳۵، ۱۰۳، ۱۰۸، ۱۱۸

تعهدات بین‌المللی، ۸۵

خطاهای پزشکی، ۱۷، ۱۴۱، ۱۵۱، ۱۵۲

تقاضا، ۷، ۳۶، ۴۲، ۴۸، ۵۱، ۱۰۳، ۱۴۱، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۹۴

خطای پزشکی، ۱۵۱

تقسیم ریسک، ۳۶، ۳۷

تکنولوژی مدرن پزشکی، ۱۴۶

تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی، ۶۲

توانبخشی، ۱، ۱۴، ۱۹، ۲۵، ۲۹، ۳۱، ۳۶، ۴۹، ۱۹۳

توزیع نامناسب، ۱۴۸

توزیع هزینه‌ها، ۱۰

توسعه پایدار، ۱

توسعه مساعدت رسمی، ۱۰

تولد نوزادان، ۳، ۱۶۹

تولید ناخالص داخلی، ۱۲، ۳۰، ۶۳، ۶۵، ۶۸، ۶۹، ۷۲، ۱۰۱

۱۱۷، ۱۲۲، ۱۵۸، ۱۸۹، ۲۰۷

د

درآمد، ۳، ۴، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۲۱، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷

۴۶، ۴۷، ۶۲، ۶۳، ۶۶، ۶۹، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶

۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۱، ۸۶، ۸۸، ۸۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۵

۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۲، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸

۱۱۹، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۸، ۱۵۵، ۱۵۷، ۱۵۸،
 ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۷۱، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۹۶، ۲۰۳، ۲۱۲،
 درآمد‌های عمومی، ۱، ۳۱، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۲۳، ۱۸۸، ۲۰۱،
 ۲۰۸

درآمدهای مالیاتی، ۹، ۸۱

دستاوردها، ۲۹، ۱۵۷، ۲۰۴

دسترسی به موقع، ۱، ۱۲۱

دستمزد، ۱۲، ۶۶، ۷۴، ۸۸، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۱۰، ۱۱۳، ۱۱۶،

۱۱۸، ۱۱۹، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۸۸

دستورالعمل، ۲۴، ۳۸، ۱۴۱، ۲۱۰

دستیابی، ۱۶، ۲۹، ۳۵، ۳۷، ۴۲، ۴۴، ۵۰، ۶۳، ۹۹، ۱۵۴،

۱۷۰، ۲۰۰، ۲۱۳

رویکرد عملگرایانه، ۱۹۲

ریسک مالی، ۴، ۲۹، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۷، ۵۲، ۹۹

۱۱۱، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۲۳، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۷۰، ۱۹۰، ۱۹۱،

۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۲۰۶، ۲۰۷

ز

زیرمیزی، ۵، ۱۱۰

س

سازمان بین‌المللی کار، ۴۶

سازمان جهانی سلامت، ۴، ۲۹، ۴۵، ۵۰، ۶۲، ۶۳، ۶۵

۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۹، ۸۶، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۱۷، ۱۱۹، ۱۲۰،

سرانه، ۷، ۱۸، ۳۰، ۳۷، ۶۲، ۶۳، ۶۸، ۶۹، ۱۰۱، ۱۱۸، ۱۳۹،

۱۴۶، ۱۵۷، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۹۲، ۲۰۶، ۲۰۷

سرمایه‌گذاری، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹،

۴۰، ۵۱، ۶۷، ۶۹، ۷۲، ۷۵، ۷۶، ۷۹، ۸۱، ۸۳، ۱۲۰،

۱۲۲، ۱۴۲، ۱۵۷، ۱۶۵، ۱۹۳، ۱۹۸، ۲۰۱، ۲۰۵

سرویس رایگان، ۱۰۸

سطوح قابل دسترسی سلامت، ۲۹

سلامت، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵،

۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۱، ۳۳،

۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵،

۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۹، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶

۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸،

۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۹

۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹،

۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸،

ذ

ذی‌نفعان، ۴۲، ۱۰۴

ر

راهنماهای بالینی، ۱۴۵

رایگان، ۱۵، ۲۰، ۲۴، ۳۹، ۴۱، ۶۳، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۷،

۱۲۰، ۱۲۳

رفاه اجتماعی، ۱، ۴۱

رفع نابرابری، ۱

روش ابتکاری جهت نجات حیات، ۱۵۱

روش‌های اجباری ابتکاری هزینه‌کرد بین‌المللی، ۸

رویکرد ارزشی، ۱۵۳

رویکرد ایدئولوژیک، ۱۹۲

رویکرد تنبیهی، ۱۵۲

ع

عدالت، ۱۳، ۲۰، ۵۰، ۵۲، ۹۹، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۲، ۱۱۸،
۱۵۶، ۱۵۸، ۱۶۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۳، ۱۹۶، ۲۰۱، ۲۰۲،
۲۰۳

عدالت در سلامت، ۱۰۷، ۱۰۸
عقد قرارداد مبتنی بر عملکرد، ۱۶۳

غ

غیبت‌های غیر موجه، ۱۴۸

ف

فاجعه مالی، ۱۱، ۳۵، ۳۹، ۴۳، ۴۴، ۵۲، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۱۱،
۱۲۳، ۱۸۷، ۱۸۹، ۱۹۶، ۲۰۷
فساد مالی، ۱۵۲، ۱۵۶، ۲۰۳
فشارهای اقتصادی، ۴

ق

قانون‌گذاری، ۱۵۸، ۲۰۴
قشر حقوق‌بگیر، ۶
قشر سالمند، ۲

۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۳۵، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹،
۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۴، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰،
۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹،
۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹،
۱۷۰، ۱۷۱، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳،
۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳،
۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲،
۲۱۳

سیستم سنتی، ۱۸

ش

شاخص سلامت، ۲۴
شایسته‌سالاری، ۱۴۸
شرکای خارجی، ۲۳، ۲۴، ۳۱، ۶۷، ۸۴، ۱۹۸، ۲۱۱

ص

صندوق تجمع مجازی، ۱۹۱
صندوق‌های رقابتی، ۱۱۲
صندوق‌های مضاعف، ۶۱، ۶۶، ۷۱، ۸۸

ط

طرح‌های انگیزشی عملکرد، ۱۶۳
طرح‌های داوطلبانه، ۹۹

مراقبت‌های اولیه، ۶، ۱۸، ۵۰، ۱۱۴، ۱۱۸، ۱۲۰، ۱۲۱،

۱۲۲، ۱۵۸، ۱۶۷، ۱۶۸

مراقبت‌های سلامت، ۱۷، ۳۱، ۳۹، ۴۱، ۴۳، ۶۴، ۷۸، ۱۱۸،

۱۴۱، ۱۵۹، ۱۶۱، ۱۶۴، ۲۰۴، ۲۰۷، ۲۱۳، ۲۱۴

مرگ و میر کودکان، ۳۷

مرگ و میر مادران، ۳، ۱۶۰

مزایای مراقبتی، ۱۷۰

مشارکت اجباری، ۳۱، ۱۲۳، ۱۹۰، ۱۹۱

مشارکت در پرداخت، ۳۴، ۱۰۰، ۱۱۱، ۲۰۲

مشارکت مبتنی بر دستمزد، ۶

مشاوره پزشکی، ۱۰۳

مصرف، ۹، ۱۹، ۳۱، ۳۶، ۴۸، ۷۷، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۳، ۱۰۳،

۱۰۵، ۱۳۸، ۱۴۴، ۱۵۵، ۲۱۰

منابع داخلی، ۸، ۱۰، ۲۳، ۶۵، ۶۶، ۷۰، ۷۱، ۷۴، ۷۶، ۸۲،

۱۰۹

میلینیوم، ۲۴

ک

کارایی، ۶، ۱۶، ۱۷، ۲۵، ۳۱، ۳۹، ۷۲، ۱۰۶، ۱۱۲، ۱۳۷،

۱۴۰، ۱۵۰، ۱۵۳، ۱۶۸، ۱۷۱، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳،

۱۹۶، ۲۰۸

کاهش درآمدها، ۷۷

کاهش هدررفت هزینه‌ها، ۱۷۱

کسورات، ۳۴، ۱۰۰

کشورهای با درآمد کم و متوسط، ۲۰۷

کشورهای با درآمد متوسط، ۴

کشورهای عضو سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی،

۶۲

کشورهای کم‌درآمد، ۲، ۶، ۱۰، ۳۸، ۴۰، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۴۷،

۶۱، ۶۶، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۶، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸،

۱۳۸، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۵۰، ۱۵۴، ۱۵۷، ۱۶۰، ۱۶۹، ۱۹۴،

۲۰۶، ۲۰۹، ۲۱۰

کم هزینه، ۱۵۴

ن

نظام تأمین مالی، ۱، ۲

نظام مالیاتی، ۸، ۱۸۸

نظام مالیاتی پیشرونده، ۱۸۸

نقدینگی، ۷، ۹، ۳۱، ۷۵، ۷۶، ۷۹

گ

گیرندگان خدمت، ۱۰۴

م

مالیات بر ارزش افزوده، ۱۲، ۷۳، ۷۴، ۷۶

مالیات غیر مستقیم، ۱۲، ۷۷، ۷۹

محصولات مضر، ۶۱، ۷۹، ۱۹۹

مداخلات ترکیبی، ۷

مداخلات خاصی، ۲۰۲

ه

هدررفت هزینه، ۱۵۶

هزینه در قبال خدمت، ۱۷، ۳۱

هزینه‌کرد، ۷، ۸، ۹، ۸۳، ۱۴۰، ۱۵۳، ۱۶۷، ۱۶۹، ۱۷۱

وجه نقد مشروط، ۱۲۱، ۱۸۹

هزینه‌های فاجعه بار، ۳۵

وصول مالیات، ۳۱، ۷۲

همبستگی، ۱۱۴

۹

واکسیناسیون، ۳، ۱۹، ۲۵، ۴۱، ۴۴، ۴۵، ۷۵، ۸۹، ۱۵۴،

۱۶۴