



مرکز ملی تحقیقات بر سلامت

یک مطالعه بانک جهانی



سیاست‌های تأمین منابع سلامت

در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین منابع

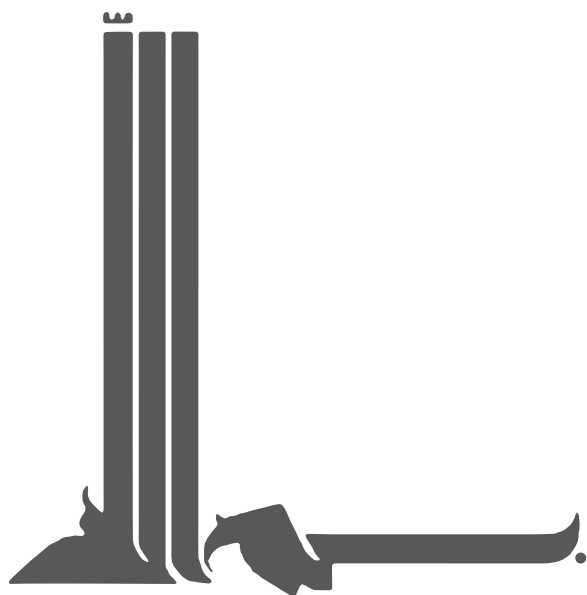
سیاست‌های تأمین منابع سلامت در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین منابع

بازگردان به پارسی:

دکتر انور اسماعیلی
دکتر علی شجاعی

نویسنده:

چریل کشین





مرکز ملی تحقیقات بیهوشی سلامت

سیاست‌های تأمین منابع سلامت

در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین منابع

یک مطالعه بانک جهانی

نویسنده:

چریل کشین

بازگردان به پارسی:

دکتر انور اسماعیلی

دکتر علی شجاعی

سرشناسه	کشین، چریل، Cashin, Cheryl
عنوان و نام بدیدآور	سیاست‌های تأمین منابع سلامت در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین منابع: یک مطالعه بانک جهانی/نویسنده چریل کشین؛ ترجمه انور اسماعیلی، علی شجاعی؛ پدیدآورنده و تهیه‌کننده: مؤسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده؛ [برای] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت.
مشخصات نشر	تهران: نارون دانش، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	[۹۳] ص: ۲۲ × ۲۹ س.م.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۲۷۶-۰۹۷-۷
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	عنوان اصلی: [2016] Health financing policy : the macroeconomic, fiscal, and public finance context.
یادداشت	کتابنامه: ص. [۸۷ - ۹۳]
موضوع	اقتصاد پزشکی
موضوع	Medical economics
موضوع	سیاست پزشکی
موضوع	Medical policy
شناسه افزوده	اسماعیلی، انور، ۱۳۴۹- مترجم
شناسه افزوده	Esmaili, Anvar
شناسه افزوده	شجاعی، علی، ۱۳۴۶- مترجم
شناسه افزوده	مؤسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده
شناسه افزوده	سازمان بیمه سلامت ایران، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
رده بندی کنگره	RA۴۱۰
رده بندی دیویی	۳۳۸/۴۷۳۶۲۱
شماره کتابشناسی ملی	۷۳۵۹۲۷۷
وضعیت رکورد	فیبا



مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

نشانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت: تهران، شهرک قدس (غرب)، بلوار ایوانک، خیابان فلامک شمالی، نبش خیابان درخشان
ساختمان شماره ۱، ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳ تلفن: ۰۲۱ - ۹۶۸۸۱۸۶۰

نام کتاب: سیاست‌های تأمین منابع سلامت در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین منابع

مترجمان: دکتر انور اسماعیلی، دکتر علی شجاعی

چاپ اول: ۱۳۹۹

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۲۷۶-۰۹۷-۷

ناشر: نارون دانش

ISBN: 978-622-276-097-7



تلفن: ۰۲۱ - ۲۲۹۱۹۰۶۸

اجرا، چاپ و انتشار: مؤسسه مطبوعاتی آینده (energytoday.ir)

صحت مطالب این کتاب بر عهده صاحبان اثر است

سخن نخست

در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط از جمله ایران برای دستیابی به اهداف اعلام شده نظام سلامت، همچون پوشش همگانی سلامت، نیازمند افزایش مصارف سلامت دولت است. با توجه به واقعیت‌های کلان اقتصادی کشورها، رشد مصارف سلامت دولت محدود بوده و گفت‌وگوهای سیاستی تأمین منابع سلامت حول این واقعیت می‌باشد. گفتگو در مورد سیاست‌های ساختاری تأمین منابع سلامت، در خصوص افزایش سطح بودجه و استفاده بهتر از بودجه برای رسیدن به اهداف بخش سلامت است. وزارتخانه‌های سلامت در راستای رسیدن به اهداف و برآوردهای منابع مورد نیاز، باید آماده باشند که در گفتگوهای سیاستی تأمین منابع با اهداف، راهبردها و برنامه‌های مربوطه وارد بحث شوند. بودجه‌بندی برای سلامت از بودجه‌بندی برای بخش‌های دیگر متفاوت است، زیرا نیازهای سلامت در طول زمان و مکان متفاوت است.

تأمین منابع سلامت شامل سیاست‌هایی می‌شود که یک کشور برای مواردی همچون منابع درآمد و مکانیسم‌های مشارکت (جمع‌آوری درآمد)، انباشت منابع، خرید خدمت، سیاست‌های مربوط به طراحی بسته مزایا، جیره بندی و شرایط استحقاق و تولیت و ... انجام می‌دهد.

در حال حاضر نظام بیمه سلامت کشور با مشکلاتی در مباحث تأمین مالی مواجه است که جهت دستیابی به راه حل آنها بایستی دانش و علوم تخصصی در این حوزه بسط و انتشار یابد و از نظرات علمی و کارشناسی اندیشمندان نظام‌های سلامت استفاده کرد تا بتوان سیاست‌های لازم را جهت پاسخگویی به این چالش‌ها پیشنهاد داد.

توسعه و به کارگیری دانش بشری در نظام بیمه سلامت، انجام تحقیقات بنیادی، جمع‌آوری، تنظیم و طبقه بندی اسناد، مقالات و مدارک مربوطه و انتشار آنها در راستای دستیابی به آخرین دستاوردهای نظام‌های سلامت دنیا در حوزه تأمین منابع سلامت است که در چند سال اخیر با جدیت در دستور کار سازمان بیمه سلامت ایران قرار گرفته است.

رویکرد مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت به عنوان نماینده علمی سازمان متبوع، انتشار آثاری است که ضمن دارا بودن پایه‌های استوار علمی از کیفیت و نوآوری بالایی برخوردار باشد. از سوی دیگر، تولید و انتشار آثار علمی در حوزه پوشش همگانی، محافظت مالی از بیمه‌شدگان، تأمین و پایداری منابع از مهمترین دغدغه‌های مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت می‌باشد، در همین راستا کتاب «سیاست‌های تأمین منابع سلامت: یک مطالعه بانک جهانی» تقدیم حضور اندیشمندان مباحث مرتبط با حوزه سلامت می‌شود.

امید است چاپ این اثر گامی مهم در جهت رشد و تعالی دانش در نظام سلامت ایران باشد.

دکتر علی شجاعی

سرپرست مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

پیش‌گفتار مترجمان

نظام سلامت و پوشش همگانی سلامت به تأمین منابع کافی برای پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت نیاز دارد. هیچ کشوری فقط از طریق منابع خصوصی به پوشش همگانی جامعه نرسیده و نیازمند تخصیص منابع از سوی دولت بوده‌اند. اما منابع دولت محدود هستند پس هزینه‌ها باید با دقت مدیریت شوند تا بیشترین حمایت مالی ممکن با منابع موجود را فراهم آورند.

بانک جهانی برای تقویت نظام‌های تأمین منابعی که به اهداف نظام سلامت، از جمله دستیابی به پوشش پایدار همگانی سلامت، دست یابند؛ گفتگوهای سیاستی را برای مدت طولانی انجام داده‌اند. بخش عمده‌ای از گفت‌وگو در مورد تأمین منابع سلامت بر ارائه استدلال و شواهد جهت افزایش منابع در بخش سلامت بر اساس سیاست‌های مربوطه است. به همین ترتیب، بیشتر کارهای تحلیلی در تأمین منابع سلامت بر روی هزینه متمرکز دارد.

چارچوبی که تأمین منابع سلامت را در بافتار سیاست‌های کلان اقتصادی فراهم می‌کند، به بهبود گفتگو بین رهبران بخش سلامت و مدیران بودجه مرکزی کمک می‌نماید. هر چند ممکن است افزایش بودجه بخش سلامت لازم باشد، اما هدف اصلی گفت‌وگوی سیاست‌های تأمین منابع سلامت این موضوع نیست؛ بلکه بیشتر دنبال پایداری منابع، پرداخت‌های به موقع، کاهش محدودیت در تخصیص و تجمیع منابع می‌باشد.

هدف اصلی این کتاب آن است که کلیه اجزای چارچوب مدیریت منابع کلان اقتصادی را که باید برای بحث و گفتگو در زمینه تأمین منابع آگاهانه در سطح کشور مورد توجه قرار گیرند، در نظر بگیریم. کتاب همچنین برای سیاست‌گذاران کشور به منظور بحث در مورد بخش سلامت و بررسی هزینه‌های عمومی سلامت، مفید است. مطالب بر مطالعات موردی از ۱۱ کشور در حال حرکت به سمت یا حفظ پوشش همگانی سلامت به عنوان بخشی از برنامه مشارکت ژاپن با بانک جهانی در پوشش همگانی سلامت متمرکز کرده است.

برای رسیدن به اهداف مورد نظر کتاب به شرح زیر تنظیم شده است:

فصل اول مقدمه‌ای بر موضوع کلی کتاب بوده و فصل دوم اهداف گفتگو در مورد سیاست‌های تأمین منابع سلامت را طرح می‌کند. در ادامه در فصل سوم، جنبه‌های کلیدی محیط اقتصاد کلان را جهت شناسایی گزینه‌های واقعی کمک به هزینه‌های دولتی سلامت را بررسی می‌کند. فصل چهارم، گزینه‌های گوناگون منابع درآمدی برای بخش سلامت و نحوه ارزیابی امکان‌سنجی آنها را مورد بحث قرار می‌دهد. در فصل پنجم نیز، در مورد جریان منابع و نظام‌های مدیریت تأمین منابع عمومی توضیح داده؛ و در نهایت فصل ششم، در مورد چگونگی ارزیابی پایداری منابع هزینه‌های سلامت و روش‌های افزایش مصارف سلامت شرح می‌دهد.

باور بر این است که با استفاده از این توضیحات سیاست‌گذاران حوزه سلامت در تأمین منابع سلامت توفیق بیشتری یافته و نظام سلامت را در رسیدن به اهداف خود کمک خواهند کرد.

در پایان جا دارد از زحمات همه اساتیدی که در پیشبرد این اثر به ما کمک و مساعدت کردند نهایت تشکر خود را اعلام کرده و قدردان همه اندیشمندانی باشیم که با نقد خود ما را در غنی کردن بیشتر مطالب راهنمایی می‌فرمایند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۳	فصل اول مقدمه
۱۹	فصل دوم اهداف گفتگوهای سیاستی تأمین سلامت
۲۹	فصل سوم زمینه کلان اقتصادی و مالی: پتانسیل منابع دولتی برای حوزه سلامت
۴۹	فصل چهارم ارزیابی گزینه‌های افزایش درآمد برای بخش سلامت
۶۱	فصل پنجم فرصت‌های مناسب برای هماهنگ کردن مصارف سلامت با اهداف نظام سلامت
۷۷	فصل ششم پایداری مالی الگوی‌های مصارف جاری سلامت و دستاوردهای بالقوه بهره‌وری
۸۵	فصل هفتم نتیجه‌گیری
۸۷	منابع

اختصارات

CSG	Contribution Sociale Généralisée	مشارکت اجتماعی
DRG	diagnosis-related group	گروه‌های تشخیصی مرتبط
EAP	East Asia and Pacific	شرق آسیا و اقیانوس آرام
GDP	gross domestic product	تولید ناخالص داخلی
GFM	Global Fiscal Model	مدل جهانی مالی
GFS	Government Finance Statistics	آمارهای مالی دولت
GNI	gross national income	درآمد ناخالص ملی
HCP	Health Coverage for the Poor	پوشش سلامت فقرا
HNP	Health, Nutrition, and Population	سلامت، تغذیه و جمعیت
IMF	International Monetary Fund	صندوق بین‌المللی پول
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional	بیمه ملی سلامت
JLN	Joint Learning Network low- and middle-income country	شبکه آموزش مشترک
MOH	Ministry of Health	وزارت بهداشت
NHA	National Health Accounts	حسابهای ملی سلامت
NHI	National Health Insurance	بیمه ملی سلامت
NHIS	National Health Insurance Scheme	طرح بیمه ملی سلامت

اختصارات

NHSO	National Health Security Office	سازمان تأمین اجتماعی سلامت
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development	سازمان همکاری و توسعه اقتصادی
OOP	out-of-pocket health expenditure	هزینه پرداخت از جیب در سلامت
PEAS	Essential Health Services Plan	برنامه خدمات ضروری سلامت
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief	طرح رئیس جمهور برای کمک به ایدز
PFM	public financial management	مدیریت تأمین مالی عمومی
PHRD	Partnership for Human Resources Development	مشارکت برای توسعه منابع انسانی
RBF	results-based financing	تأمین مالی مبتنی بر نتایج
SHA	System of Health Accounts	سیستم حسابهای سلامت
SIS	Comprehensive Health Insurance	بیمه سلامت جامع
SSNIT	Social Security and National Insurance Trust	ائتلاف بیمه ملی و تأمین اجتماعی
SUS	Unified Health System	نظام سلامت یکپارچه
UHC	universal health coverage	پوشش همگانی سلامت
VAT	value-added tax	مالیات بر ارزش افزوده
VSS	Vietnam Social Security	تأمین اجتماعی ویتنام
WHO	World Health Organization	سازمان جهانی سلامت

مقدمه

پوشش همگانی سلامت (UHC^۱) به منابع مالی کافی برای پرداخت هزینه‌های ضروری خدمات سلامت نیاز دارد. این منابع باید بتوانند هم تجمیع (برای تأمین حمایت مالی) و هم بازتوزیع (برای حفظ عدالت) شده و به طور کارآمد و عادلانه افزایش یابند. از آنجا که اگر افراد، بیمه را بیش از حد پرهزینه ببینند و یا به سود خود ندانند به طور داوطلبانه در صندوق بیمه مشارکت نمی‌کنند، مشارکت اجباری با یارانه متقاطع برای رسیدن به پوشش همگانی ضروری است (فونج ۱۹۹۶). از آنجا که تنها مداخله دولت می‌تواند مشارکت و یارانه متقاطع را الزامی کند، درآمد دولت اگر به طور موثرتر ذخیره و بازتوزیع شود و به حفظ عدالت کمک کند بیشترین کارایی را خواهد داشت. در حقیقت، هیچ کشوری که عمدتاً به منابع مالی داوطلبانه خصوصی متکی بوده باشد به پوشش همگانی جمعیت نرسیده است (کوتزین ۲۰۱۲). بنابراین هدف پوشش همگانی نیازمند تعهد مالی از سوی دولت و همچنین سازوکارهای ذخیره و بازتوزیعی است که بتواند حفاظت مالی و یارانه‌ی عادلانه برای فقرا را تأمین نماید. در نهایت، منابع مالی محدود هستند بنابراین هزینه‌ها باید با دقت مدیریت شوند تا با ایجاد بیشترین مقدار ارزش پول، اکثریت مردم، همراه با دسترسی به بالاترین کیفیت خدمات را پوشش داده و بیشترین حمایت مالی ممکن با منابع موجود را فراهم آورد.

بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت (WHO^۲) برای تقویت سیستم‌های تأمین مالی قوی‌تری که بتوانند به اهداف نظام سلامت، از جمله دستیابی به پوشش پایدار همگانی سلامت، دست یابند؛ تحلیل و گفتگوهای سیاستی را برای مدت طولانی انجام

1. universal health coverage
2. World Health Organization

داده‌اند. نمونه‌های قابل توجه شامل گزارش ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت ("تأمین منابع در نظام‌های سلامت: بسوی پوشش همگانی") و منابع بازبینی شده نظام سلامت بانک جهانی (گوترت و اسکیر ۲۰۰۶) و روش‌های خوب تأمین مالی سلامت (گوترت، اسکیر و واترز ۲۰۰۸) می‌باشند.

بخش عمده‌ای از گفت‌وگو در مورد تأمین مالی سلامت، این موضوع را به عنوان یک سرمایه‌گذاری ضروری و توانمندساز در فرآیند توسعه اقتصادی اعلام کرده است. تجزیه و تحلیل و مشاوره متمرکز بر ارائه استدلال و شواهد برای حمایت از ادعای افزایش هزینه‌ها در بخش سلامت بر اساس سیاست‌های مربوطه، اصول تأمین مالی عمومی و تقویت عملکرد تأمین مالی، تولید درآمد، انباشت و خرید خدمات سلامت است. به همین ترتیب، بیشتر کارهای تحلیلی در تأمین مالی سلامت بر روی بخش هزینه و یا نحوه استفاده از منابع مالی تمرکز دارد. از طریق پایگاه داده هزینه‌های جهانی سلامت، سازمان جهانی بهداشت داده‌های قابل مقایسه‌ای را از سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲ مبتنی بر الگوی هزینه‌های ملی سلامت که مطابق نسخه‌های سیستم حساب‌های سلامت طبقه‌بندی شده‌اند را در اختیار قرار می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۵). با این حال، کسب اطلاعات مربوط به منابع درآمد بخش سلامت دشوار است. موضوع فضای مالی و یا اینکه عملاً چقدر بودجه دولت برای افزایش هزینه‌های سلامت موجود بوده و از چه منابع مالی به دست آمده است؟ در مجله مالی سال ۲۰۰۶، استراتژی جهانی سلامت، تغذیه و جمعیت (HNP ۲۰۰۷) بانک جهانی، فضای مالی و بانک جهانی دستورالعمل‌های سلامت (تاندون و کاشین ۲۰۱۰) و گزارش جهانی سلامت ۲۰۱۰ گنجانده شده است. با این وجود، چارچوب مشخصی برای تجزیه و تحلیل دوجانبه درآمد و هزینه‌های تأمین مالی سلامت دولتی وجود ندارد.

جنبش جهانی پوشش همگانی سلامت با درخواست‌های چشم‌گیری جهت افزایش هزینه‌های دولتی سلامت در برخی کشورها همراه شده است. این موضوع در کنار وضعیت اقتصادی جهان و رکود اقتصادی بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، بحث‌های مربوط به تأمین مالی سلامت را در چارچوب واقعیت‌های اقتصاد کلان و مالی بحرانی‌تر

<p>۱. گزینه‌های واقعی هزینه‌های سلامت دولت</p> <p>گزینه‌های واقعی برای کل هزینه‌های سلامت دولت با توجه به واقعیت‌های کلان اقتصادی و مالی و اولویت‌های رقابتی بودجه چیست؟</p> <ul style="list-style-type: none"> * اندازه کلی اقتصاد؛ چقدر سریع در میان مدت (تقریباً پنج سال آینده) رشد می‌کند؟ * مقدار کارایی رشد اقتصادی بر درآمد کل در دسترس دولت، چقدر است؟ * کمک‌های توسعه در اقتصاد چقدر اهمیت دارد و چگونه ورود کمک‌ها بر اقتصاد کلان و مالی تاثیر می‌گذارد؟ * با توجه به اولویت‌های رقابتی و انعطاف‌ناپذیری بودجه، چقدر از کل بودجه دولتی می‌تواند به هزینه‌های سلامت اختصاص یابد؟
<p>۲. منابع جدید درآمد بالقوه برای بخش سلامت</p> <p>کدام منابع بالقوه درآمد برای بخش سلامت می‌تواند بودجه‌های بیشتر را در کارآمدترین و موثرترین روش‌ها ایجاد کند و حداقل انحراف در اقتصاد کلان و مالی را ایجاد کند؟</p> <ul style="list-style-type: none"> * کدام منابع درآمد جدید در سیاست جاری اقتصاد کلان و مالی قابل قبول است؟ * کدام یک از این منابع درآمد بالقوه از لحاظ اداری و سیاسی امکان‌پذیر است؟ * کدام منابع درآمد جدید می‌تواند بدون صرفه‌جویی در هزینه‌های سلامت دولتی موجود، کمک‌های اضافی را ایجاد کند؟ * کدام منابع درآمدی با سایر وظایف تأمین مالی سلامت (انباشت و خرید) هم‌راستا هستند؟
<p>۳. فرصت‌هایی برای تعادل بهتر هزینه‌های سلامت با اهداف نظام سلامت</p> <p>چه محدودیت‌هایی در نظام مدیریت منابع عمومی فعلی بایستی تا حد امکان کاهش یابد تا عملکرد انباشت و خرید در دستیابی بهتر هزینه‌های سلامت دولتی به اهداف نظام سلامت، بهبود یابد؟</p> <ul style="list-style-type: none"> * تا چه میزان سطح و رویکرد عدم تمرکز مالی، انباشت، بازتوزیع و بارانه متقاطع صندوق‌های سلامت را حمایت یا مانع می‌شود؟ * چه تعداد صندوق تجمیع منابع متفاوت (در مناطق جغرافیایی و سطوح اداری، از منابع مختلف درآمد و خریداران مختلف) در بخش سلامت وجود دارد؟ * آیا مکانیزم‌هایی برای انباشت و بازتوزیع بودجه‌های سلامت در صندوق‌های مختلف، مناطق جغرافیایی، سطوح اداری و منابع درآمد وجود دارد؟ * تا چه حد احتمال توسعه، پرداخت و حسابداری برای بودجه بخش سلامت به جای درون دادها، براساس اولویت‌های جمعیت، برنامه‌ها و خدمات می‌باشد؟ * چه معیارهای پاسخگویی را می‌توان برای اطمینان از صرف مؤثر بودجه‌ها برای جمعیت، برنامه‌ها و خدمات دارای اولویت بکار برد؟
<p>۴. پایداری مالی الگوهای مصارف جاری سلامت</p> <p>بدون هزینه‌کرد بیشتر درآمد و تنها با ایجاد ارزش برای پول، چه مقدار از اهداف بخش سلامت برآورده می‌شوند؟</p> <ul style="list-style-type: none"> * آیا در نظام سلامت یا زیرمجموعه‌های مربوطه مانند نظام بیمه ملی سلامت هزینه‌ها به طور منظم از درآمدها تجاوز می‌کنند؟ * آیا روش‌های وجود دارد که موجب استفاده بهتر از بودجه موجود و مانع از هزینه‌های غیرمولد شوند؟ * چه سرمایه‌گذاری‌های محوری برای رسیدگی به ناکارآمدی‌های موجود در کوتاه مدت، میان متوسط و بلند مدت مورد نیاز است؟ * چه انگیزه‌های در سطوح مختلف سیستم برای کارآمدی وجود دارد و کدام موسسات این دستاوردهای شاخص و متفاوت را به کارگیری می‌کنند؟

می‌سازد (گیلینگام ۲۰۱۴). متأسفانه اکثر سیاست‌گذاران سلامت هنوز به طور گسترده‌ای از تصمیمات در خصوص منابع مالی عمومی و پیامدهای اقتصاد کلان مربوط به بخش سلامت حذف می‌شوند. اغلب گسستگی میان اقتصاد کلان و سیاست‌گذاری سلامت وجود دارد و عواقب تصمیمات کلیدی مالی که در غیاب درک روشن از یک سو و عواقب بالقوه‌ای برای بخش سلامت از دیگر سو اتخاذ می‌گردد، برای وضع اقتصاد کلان و مالی کشور، افزایش مخارج یا بازتخصیص مخارج دولتی را به بار می‌آورد (گولدبروک ۲۰۰۷). یک چارچوب پایه که تأمین مالی سلامت را در بستر وسیع سیاست‌های کلان اقتصادی و مالی و مدیریت تأمین مالی عمومی (PFM) فراهم می‌کند، به یک گفتگوی آگاهانه‌تر بین رهبران بخش سلامت و مقامات بودجه مرکزی (معمولاً وزارت بهداشت و وزارت دارایی) کمک می‌نماید. افزایش بودجه بخش سلامت ممکن است ضروری باشد، اما این موضوع هدف خاص گفت‌وگوی سیاست‌های تأمین مالی سلامت نیست. بهبود ثبات مالی، پرداخت‌های به موقع، کاهش محدودیت در تجمیع بودجه، تخصیص منابع در بخش سلامت و رویکردهای خرید ممکن است به همان اندازه یا مهمتر از افزایش منابع برای دستیابی به اهداف مربوطه باشد (کوتزین، کاشین و جاکاب ۲۰۱۰).

اهداف این جزوه راهنما

هدف اصلی این جزوه راهنما آن است که کلیه اجزای چارچوب مدیریت منابع کلان اقتصادی، مالی و عمومی را که باید برای بحث و گفتگو در زمینه تأمین مالی آگاهانه در سطح کشور مورد توجه قرار گیرند، در نظر بگیریم.

جزوه راهنما برای سیاست‌گذاران کشور به منظور بحث در مورد بخش سلامت و موسسات مالی و همچنین شرکای بین‌المللی که در زمینه‌های فنی کمک می‌کنند، مانند تجزیه و تحلیل وضعیت تأمین مالی سلامت و بررسی هزینه‌های عمومی سلامت، مفید است. این جزوه بر مطالعات موردی از ۱۱ کشور در حال حرکت به سمت یا حفظ پوشش همگانی سلامت به عنوان بخشی از برنامه مشارکت ژاپن با بانک جهانی (میدا و همکاران، ۲۰۱۴) و همچنین نمونه‌های از کشورها دیگر تمرکز کرده است.

این جزوه حول چهار مجموعه سؤالاتی که برای قرار دادن گفتگوی تأمین مالی سلامت در چارچوب اقتصاد کلان و مالی کشور کلیدی می‌باشند، سازمان یافته است (جدول ۱، ۱). هر بخش به شاخص‌ها، منابع و ابزارهای تحلیلی که برای پاسخ دادن به این سؤالات برای یک کشور خاص در دسترس هستند، اشاره دارد.

جزوه راهنما به شرح زیر تنظیم شده است:

فصل دوم اهداف گفتگو در مورد سیاست‌های تأمین مالی سلامت و شاخص‌های پایه‌ای را ارائه می‌دهد؛ که می‌توانند نقطه شروع بحث باشند.

فصل سوم، جنبه‌های کلیدی محیط اقتصاد کلان و مالی را مورد بحث قرار می‌دهد که گزینه‌های واقعی هزینه‌های دولتی سلامت را تعیین می‌کند و همچنین جنبه‌هایی از روش‌های بودجه‌بندی دولتی را شناسایی می‌کند که بر تصمیم‌گیری‌های نحوه تخصیص تأثیر می‌گذارند.

فصل چهارم، گزینه‌های گوناگون منابع درآمدی برای بخش سلامت و نحوه ارزیابی امکان‌سنجی و عواقب احتمالی آن را مورد بحث قرار می‌دهد.

فصل پنجم، در مورد گزینه‌ها و محدودیت‌های جریان منابع و سیستم‌های مدیریت تأمین مالی عمومی برای هم‌راستا بودن بهتر منابع مالی با اولویت‌ها از طریق انباشت بهتر درآمدهای سلامت و خرید، بحث می‌کند.

فصل ششم، در مورد چگونگی ارزیابی پایداری مالی هزینه‌های سلامت و فرصت‌های شناسایی روش‌های کارآمد و افزایش ارزش پول برای مصارف سلامت بحث می‌کند.

اهداف گفتگوهای سیاستی تأمین سلامت

هدف از گفتگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت، دستیابی به یک درک مشترک بین رهبران بخش سلامت و مقامات مرکزی بودجه (معمولا وزارت بهداشت و وزارت دارایی) در مورد نقش دولت در بخش سلامت یک کشور است؛ که معمولا شامل مواردی همچون اهداف بخش سلامت و منابع مورد نیاز برای دستیابی به این اهداف؛ مقدار اولیوی که در بودجه دولتی به سلامت داده می‌شود؛ و چگونگی پاسخگو بودن بخش سلامت برای استفاده از منابع به طور موثر می‌باشند. این درک مشترک باید بر روی یک تصویر واقع بینانه از زمینه اقتصاد کلان و مالی کشور، محدودیت‌ها و اولویت‌های رقابتی در فرایند تنظیم بودجه ساخته شود؛ هر آنچه بخش سلامت برای دستیابی به اهداف مورد توافق، در زمان مربوطه متعهد به انجام آن است (عملکرد و پاسخگویی).

نقطه شروع

دو سوال کلیدی وجود دارد:

- * راهبردهای حامی طرح‌های عملیاتی بخش سلامت کدام‌ها هستند و برای اجرای آنها چه منابعی لازم است؟
- * تا چه اندازه الگوهای فعلی هزینه‌های سلامت دولت نیازهای منابع سلامت را پوشش داده و شکاف‌ها کدامند؟

گفتگو در خصوص سیاست‌های تأمین مالی سلامت باید با روشن ساختن اهداف و راهبردهای بخش سلامت و حمایت از برنامه‌های عملیاتی با برآورد واقعی از منابع مورد نیاز برای دستیابی به آنها آغاز شود. تجزیه و تحلیلی که سرمایه‌گذاری مورد نیاز و مزایای

آن را برای توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور نشان دهد، بخش سلامت را در مذاکره و فرآیند تعیین اولویت‌های بودجه در وضعیت قوی تری قرار می‌دهد و در صورت نیاز تغییر در اولویت‌های هزینه‌ای ایجاد می‌کند.

بسیاری از کشورها برنامه‌های دقیق بخش سلامت را همراه با برآورد منابع مورد نیاز تدوین می‌کنند، اما این برآوردها اغلب از واقعیت به دور بوده و شکاف‌های غیرقابل جبرانی را در کوتاه مدت و میان مدت بوجود می‌آورند (جدول ۲،۱). اگرچه برآورد منابع مورد نیاز برای دستیابی به اولویت‌های بخش سلامت برای حمایت از گفتگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت و تعیین اولویت در بودجه ضروری است، اجرای دقیق پایین به بالای هزینه برنامه‌های سلامت، بسته‌های مزایا و مسیرهای مراقبت به ندرت برای تعیین کل منابع مورد نیاز مفید هستند (کوتزین، کاسین و جاکاب ۲۰۱۰). لذا چالش‌های زیادی در خصوص هزینه‌های پایین به بالای برنامه‌های سلامت و بسته‌های مزایای بوجود می‌آیند، زیرا امکان ایجاد هزینه‌های دقیق برای هر یک از سرویس‌های خاص وجود ندارد و تخمین و جمع‌آوری هزینه‌های خدمات فردی به طور معمول منجر به برآورد بالای هزینه‌ها شده که تقریباً همیشه بالاتر از حد منابع بالقوه در دسترس می‌باشد (اوزالتین و کاشین ۲۰۱۴). علاوه بر این، هزینه پایین به بالای برنامه‌های سلامت و بسته‌های مزایا بر اساس ساختارهای هزینه جاری است که ممکن است به علت ناکارآمدی یا منعکس کننده

▼ جدول ۲،۱ مثال‌هایی از هزینه‌گذاری برای برنامه‌های ملی سلامت

کشور	تمرین هزینه	شکاف منابع تخمینی
وزارت بهداشت غنا	برنامه میان مدت توسعه بخش سلامت ۲۰۱۰-۱۳	۳۴ دلار برای هر فرد افزایش ۱۱۳ درصدی بودجه سلامت دولت
وزارت بهداشت و رفاه خانواده هند	پیش‌نویس سیاست ملی سلامت هند در سال ۲۰۱۵	۶،۶ میلیارد دلار در سال افزایش ۴۰ درصدی بودجه سلامت دولت
وزارت بهداشت جمهوری زامبیا	برنامه راهبردی ملی سلامت ۲۰۱۱-۱۵	۱،۲ میلیارد دلار در ۵ سال گذشته ۳۵٪ افزایش بودجه سلامت دولت

منبع: وزارت بهداشت غنا ۲۰۱۰؛ وزارت بهداشت و رفاه خانواده هند ۲۰۱۴؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زامبیا ۲۰۱۰

کادر ۱،۲ تلاش برای پرداخت هزینه بسته خدمات ضروری در پرو

یک بسته مزایای جدید برای برنامه بیمه سلامت جامع (SIS)، خدمات سلامت ضروری (PEAS^۲) در سال ۲۰۱۰ در پرو تعریف شد و تخمین زده شد که ۶۵ درصد از بیماری‌ها را پوشش دهد. با حمایت آژانس‌های بین‌المللی، شاخص‌های هزینه و بار بیماری به عنوان پایه بسته برنامه خدمات ضروری سلامت استفاده شد. در این تجزیه و تحلیل، برآوردهای اپیدمیولوژیک شرایط پرخطر را بر اساس مطالعات پیشین در مورد بار بیماری، ده بسته خدمات مراقبت استاندارد مرتبط با این شرایط و هزینه‌های واحد این خدمات مورد بررسی قرار داد. با این حال، عدم اجرای موثر برنامه خدمات ضروری سلامت و عدم هماهنگی میان بسته‌های مزایای تعریف شده، اقدامات اجرایی و روند بودجه را به تأخیر انداخت.

منبع: Francke 2013

کمی بودجه مزمین بخش‌های مربوطه باشد. برآورد هزینه خدمات پایین به بالا همچنین واکنش ارائه‌کنندگان خدمات به راهبردهای جدید خرید راهبردی را مدنظر قرار نمی‌دهد. حتی زمانی که برآورد هزینه منجر به برآورد کلی معقول از نیازهای منابع می‌شود، ممکن است انطباق جریان‌های تأمین مالی با اولویت‌های خدمات دشوار باشد (کادر ۲،۱). برآورد بودجه‌ای که نشان‌دهنده درک محدودیت‌های اقتصاد کلان و مالی باشد، احتمالاً از طرف وزارت دارایی پیش‌بینی خواهد شد، اما ابزار و روش‌های مناسب هزینه‌گذاری برنامه‌های سلامت محدود باقی می‌مانند. حرکت از بودجه مبتنی بر درون‌داد به بودجه برنامه‌ای در بسیاری از کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD^۳)، همراه با افزایش استفاده از ابزار برای برآورد و پیش‌بینی هزینه‌های سلامت بوده است (استولفی، لورنزونی و اودرکیک ۲۰۱۲؛ NHS انگلستان ۲۰۱۳)، اما تا به امروز چنین ابزارهایی به طور گسترده در کشورهای با درآمد پایین و متوسط استفاده نشده است.

منابع مورد نیاز برای دستیابی به اهداف بخش سلامت باید در مقابل میزان فعلی کل

1. Seguro Integral de Salud
2. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
3. Organisation for Economic Cooperation and Development

▼ جدول ۲,۲ پرسش‌های کلیدی و منابع لازم برای گفتگوی در خصوص سیاست‌های تأمین مالی سلامت

نقطه شروع برای گفتگوی در خصوص سیاست‌های مالی در سلامت	
سئوالات کلیدی	شاخص‌ها
کل هزینه‌های سرانه سلامت (قیمت ثابت) کل هزینه‌های سلامت به عنوان درصدی از تولید	کل مصارف سرانه سلامت و نسبت هزینه‌های سلامت به کل اقتصاد چقدر است؟
مصارف سلامت دولت به عنوان درصدی از کل هزینه‌ها پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت	دولت چه مقدار به کل هزینه‌های سلامت کمک می‌کند؟
مصارف سلامت دولت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولت	درجه اولویت سلامت در بودجه دولت؟
* درصد درآمد سلامت دولت از مالیات عمومی درصد درآمد سلامت دولت از مالیات حقوق و دستمزد اختصاص یافته درصد درآمد سلامت دولت از دیگر منابع اختصاص یافته درصد درآمد سلامت دولت از کمک‌های اهدا کنندگان	منابع اصلی درآمد سلامت دولت چیست؟
شاخص‌های اختصاصی کشورها	آیا اهداف بخش سلامت برآورده شده‌اند؟

منابع:

شاخص‌های توسعه جهانی

<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

مجموعه اولیه شاخص‌های توسعه بانک جهانی از منابع بین‌المللی رسمی شناخته شده تهیه شده است. این منبع رایج‌ترین و دقیق‌ترین داده توسعه جهانی در دسترس را ارائه می‌دهد و شامل برآوردهای ملی، منطقه‌ای و جهانی می‌باشد. بانک جهانی داده هزینه سلامت، با استفاده از حساب‌های ملی سلامت

<http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>

حساب‌های ملی سلامت (NHA) اجرای ملی سیستم حساب‌های سلامت ۲۰۱۱ است که چارچوبی برای ردیابی تمام مصارف سلامت در یک کشور در یک دوره زمانی مشخص برای هر نهادی است که این مصارف را تأمین و مدیریت می‌کند. حساب‌های ملی سلامت داده دائمی و جامع در مورد مصارف سلامت در یک کشور تولید می‌کند که به نوبه خود می‌تواند در گفتگوهای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد تأمین مالی کمک کند.

منبع: نویسنده

1. National Health Accounts

جدول ۲,۳. خط‌مشی تأمین مالی سلامت: غنا و اندونزی

غنا					اندونزی					شاخص‌ها	سوالات کلیدی
۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲	۲۰۱۳	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲	۲۰۱۳		
۵۷	۷۱	۷۷	۸۶	۱۰۰	۶۴	۸۶	۹۹	۱۰۸	۱۰۷	سرنانه کل هزینه‌های سلامت (دلار رایج آمریکا)	سطح مطلق مصارف سلامت چیست؟
۵.۲	۵.۲	۴.۸	۵.۲	۵.۴	۲.۸	۲.۸	۲.۹	۳.۰	۳.۱	کل هزینه‌های سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	نسبت مصارف سلامت به اندازه اقتصاد چقدر است؟
۷۱.۰	۷۱.۸	۷۴.۴	۶۸.۳	۶۰.۰	۴۰.۰	۳۷.۷	۳۷.۹	۳۹.۶	۳۹.۰	کل مصارف سلامت دولت به عنوان درصدی از هزینه سلامت	دولت چقدر از هزینه‌های سلامت را تأمین می‌کند؟
۱۲.۵	۱۲.۱	۱۴.۰	۱۱.۰۰	۱۱.۰	۶.۸	۶.۲	۶.۰	۷.۰	۷.۰	مصارف سلامت دولت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولت	سلامت چقدر در اولویت بودجه دولت است؟

سرنانه هزینه‌های سلامت و نسبت به کل اقتصاد که تصویری از کل منابع جاری سلامت به دست می‌دهد، سنجیده شوند. در کل هزینه‌های سلامت، هم سهم دولت به عنوان سهم از کل، و هم سهم کل بودجه اختصاصی دولت به سلامت، تصویری از اولویت فعلی دولت به سلامت را ارائه می‌دهد. منابع فعلی که دولت به بخش سلامت اختصاص می‌دهد باید از لحاظ اینکه تا چه میزان اهداف بخش سلامت را تأمین می‌نماید مورد بررسی قرار گیرد. جدول ۲,۲ پرسش‌های کلیدی و شاخص‌هایی را ارائه می‌دهد اطلاعات لازم برای گفتگو در مورد سیاست‌های تأمین مالی سلامت را فراهم می‌کند.

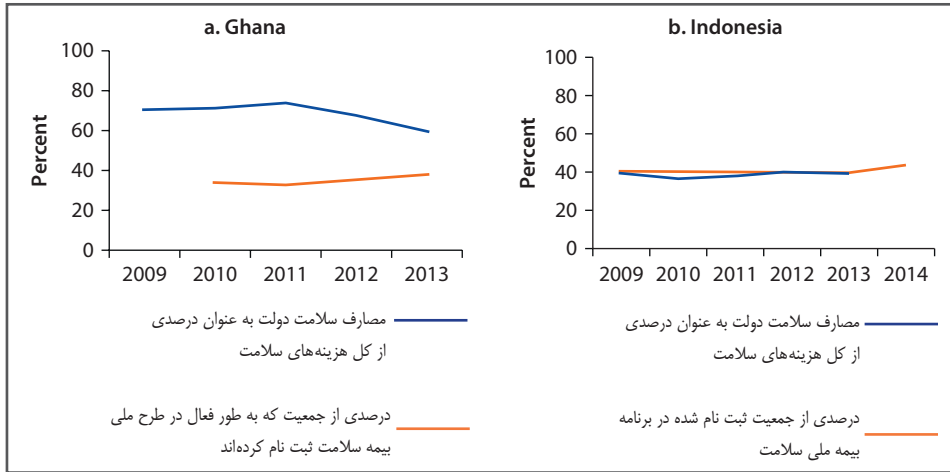
جدول ۲,۳ شاخص‌های تأمین مالی پایه برای غنا و اندونزی را نشان می‌دهد. دولت‌های هر دو کشور از نظر سیاسی برای پوشش همگانی سلامت متعهد گشته‌اند. در هر دو کشور، در حالی که کل مصارف مطلق سلامت به ویژه بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ به میزان قابل توجهی افزایش یافته است، مصارف سلامت به عنوان سهم از تولید ناخالص داخلی تنها کمی افزایش یافته است. مصارف سلامت دولت به عنوان درصد کل

هزینه‌های دولت در غنا در آن دوره کاهش و در اندونزی کم و بیش افزایش یافته است. در غنا و اندونزی، پیشرفت در دستیابی به اهداف بخش سلامت مربوط به پوشش همگانی سلامت، همراه با افزایش نسبی مخارج دولت در سلامت (جدول ۲,۴ و شکل ۲,۱) متوقف شد. پوشش طرح ملی بیمه سلامت در غنا در کمتر از ۴۰ درصد جمعیت باقی مانده و سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت در حال افزایش است. اندونزی میزان پوشش بیمه ملی سلامت خود را از ۴۱ درصد، که چندین سال در آن متوقف بود، به ۴۹ درصد در سال ۲۰۱۴ رساند. جهش پوشش بیمه در پی اجرای قانون جدید تأمین اجتماعی بود که دولت را مجبور می‌ساخت دسترسی به بیمه سلامت را برای همه شهروندان اندونزیایی تحت برنامه بیمه ملی سلامت (JKN^۱) فراهم سازد. با این وجود، شکاف در پوشش جمعیت که دولت قصد داشت آن را تا سال ۲۰۱۹ رفع نماید، همچنان بزرگ است. در حالی که افزایش مصارف دولتی در هر دو کشور ممکن است برای پیشرفت سریعتر به سوی اهداف بخش سلامت ضروری باشد، سیاست‌های تأمین مالی سلامت در هر دو کشور نیازمند بازنگری کامل تر و اقدامات بعدی برای بهبود بخشیدن به هر دو سوی درآمد و هزینه است.

▼ جدول ۲,۴. پیشرفت بسوی اهداف بخش سلامت

کشور	اهداف	شاخص‌ها	پیشرفت					
			۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲	۲۰۱۳	۲۰۱۴
غنا	افزایش دسترسی جغرافیایی و مالی به خدمات ضروری	درصد جمعیتی که به طور فعال در طرح ملی بیمه سلامت ثبت نام شده‌اند	-	۳۴	۳۳	۳۵	۳۸	۳۹
		پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت	۱۸.۸	۱۸.۲	۱۶.۴	۲۹.۴	۳۵.۹	-
اندونزی	ثبت نام تمام شهروندان اندونزیایی در برنامه بیمه ملی سلامت تا سال ۲۰۱۹	درصد مردمی که در برنامه بیمه ملی سلامت ثبت نام کرده‌اند	۴۱	۴۱	-	-	-	۴۹

منابع: WHO ۲۰۱۵؛ NHIA ۲۰۱۲؛ اتو و همکاران ۲۰۱۴؛ بی و همکاران ۲۰۱۳؛ تیم ملی برای تسریع در کاهش فقر



▲ تصویر ۲,۱ مصارف سلامت دولت به عنوان بخشی از مصارف سلامت و پیشرفت در جهت اهداف غنا و اندونزی

منابع: WHO ۲۰۱۵؛ NHIA ۲۰۱۲؛ اتو و همکاران ۲۰۱۴؛ هاری مورتی و همکاران ۲۰۱۳؛ تیم ملی برای سرعت بخشیدن به کاهش فقر ۲۰۱۵.

رفع چالش‌های تأمین مالی سلامت

گفتگوی سازنده در مورد سیاست‌های تأمین مالی سلامت عمیق‌تر به تخصیص بودجه دولتی می‌پردازد تا درک بهتری از محدودیت‌ها و فرصت‌ها برای هر دو سطح افزایش منابع مالی (سمت درآمد) و استفاده بهتر از منابع مالی برای دستیابی به اهداف بخش سلامت (سمت هزینه) را ارائه نماید. در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، چالش‌های تأمین مالی سلامت در ارتباط با هر دو سوی درآمد و هزینه است.

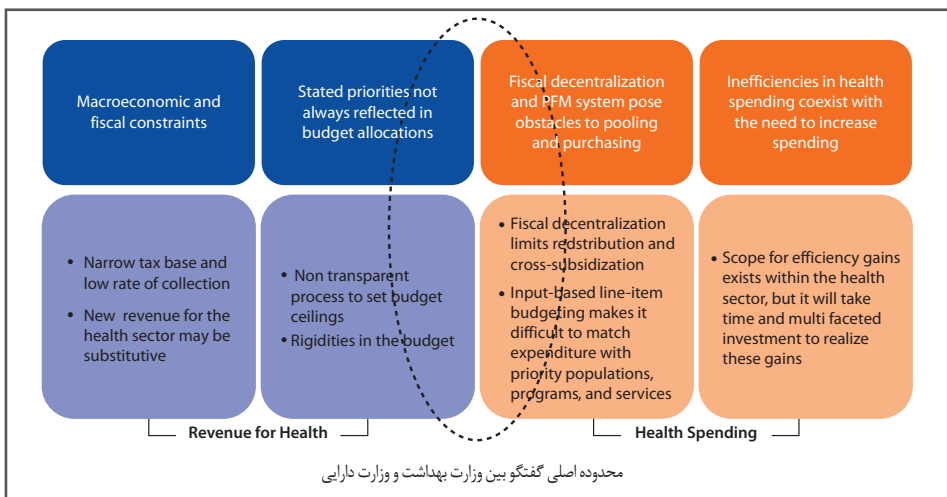
محدودیت‌های اقتصاد کلان و مالی پایدار هستند. چالش‌های درآمد ناشی از محدودیت‌های مداوم اقتصاد کلان و مالی، منابع کلی دولت را محدود می‌کنند. درآمد پایین سرانه ناخالص ملی در بسیاری از کشورها همراه با مشارکت کم بخش رسمی نیروی انسانی و جمع‌آوری غیر مؤثر مالیات می‌باشد.

اولویت‌های اعلام شده همیشه در تخصیص بودجه منعکس نمی‌شوند. با محدودیت منابع دولتی، به دلیل فرآیندی ایجاد تخصیص بودجه نهایی و مصارف کل، دریافت مزایای که بخش سلامت بطور نامتناسب از کمک توسعه بین‌المللی دارد و به علت سخت‌گیری‌های ناشی از تعهدات بودجه مصوب و محدود کننده سهم اختیاری بودجه، تخصیص بودجه ممکن است منعکس کننده اولویت‌ها و اهداف مربوط به بخش سلامت نباشد.

عدم تمرکز مالی و نظام‌های مدیریت تأمین منابع عمومی می‌تواند چالش‌هایی را برای متناسب نمودن مصارف سلامت با اهداف مربوطه ایجاد کند.

تمرکززدایی مالی ممکن است با اهداف تأمین عدالت و حمایت مالی بدلیل نیازهای مصارف سلامتی بسیار متفاوت میان جمعیت‌ها و در میان جمعیت‌ها در طول زمان، در تضاد باشد. سیستم مدیریت تأمین مالی عمومی - راه ایجاد، اجرا و محاسبات بودجه - می‌تواند چالش‌هایی را برای خرید موثر و تطابق مصارف سلامت با اولویت جمعیت، برنامه‌ها و خدمات ایجاد کند. به عنوان مثال، بودجه‌های خطی که براساس درون‌دادها شکل داده می‌شوند، ممکن است به طور مستقیم به جایی که بیشترین نیاز به خدمات است، جریان پیدا نکنند. پروژه با درآمد ضعیف و بودجه تنظیم شده سالانه می‌تواند بر ثبات و قابل پیش‌بینی بودن درآمد پایه برای بخش سلامت تأثیر بگذارد و سپس توان تطابق مصارف با اولویت‌ها را از بین ببرد.

ناکارآمدی در مصارف سلامت با نیاز به افزایش مصارف همراه است. منشاء بسیاری از ناکارآمدی‌ها در مصارف سلامت، شامل ظرفیت جذب پایین و رشد هزینه غیرمولد ناشی از تصمیمات درون بخش سلامت می‌باشند. این ناکارآمدی نه تنها موجب اتلاف منابع می‌گردد بلکه بر توانایی بخش سلامت برای موفقیت در مذاکره جهت افزایش منابع مالی نیز تأثیر می‌گذارد. رشد هزینه غیرمولد همراه با محدودیت‌های درآمد می‌تواند



▲ تصویر ۲,۲ چالش‌های کلیدی تأمین مالی سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط

پایداری مالی نظام سلامت یا سازمان‌های زیرمجموعه آن را مانند برنامه‌های بیمه ملی سلامت را تهدید کند.

چارچوب اقتصاد کلان و مالی خارج از کنترل بخش سلامت قرار دارد، همچنین بسیاری از تصمیمات مربوط به مصارف سلامت خارج از نظام مدیریت تأمین منابع عمومی هستند و تحت تأثیر مستقیم وزارت دارایی نیستند. بنابراین، دامنه گفت‌وگوی سیاستی تأمین مالی سلامت بین وزارت بهداشت و وزارت دارایی بر سطح و اثربخشی تأمین منابع مالی سلامت، به طور عمده در حوزه‌های تنظیم اولویت و قوانین نظام مدیریت تأمین مالی عمومی قرار دارد (شکل ۲،۲).

بخش‌های باقیمانده راهنمایی لازم را برای درک چالش‌های سیاست تأمین مالی سلامت و فرصت‌های گفتگوی آگاهانه و مولد سلامت را فراهم می‌نمایند.

زمینه کلان اقتصادی و مالی: پتانسیل منابع دولتی برای حوزه سلامت

سوالات کلیدی

تعدادی از سوالات کلیدی در زمینه اقتصاد کلان و مالی به ترتیب زیر است:

- * گزینه‌های واقعی برای کل مصارف دولتی با توجه به واقعیت‌های کلان اقتصادی و مالی و اولویت‌های رقابتی بودجه چیست؟
- * اندازه کلی اقتصاد؛ چقدر سریع در میان مدت (تقریباً پنج سال آینده) رشد می‌کند؟

- * تا چه حدی رشد اقتصادی به درآمد کل در دسترس دولت کمک می‌کند؟
- * کمک‌های توسعه در اقتصاد چقدر اهمیت دارد و چگونه ورود کمک‌ها بر زمینه کلان اقتصادی و مالی تاثیر می‌گذارد؟

- * با توجه به اولویت‌های رقابتی و عدم انعطاف‌پذیری بودجه، چه مقدار بیشتری از کل بودجه دولتی می‌تواند به مصارف سلامت اختصاص یابد؟

مصارف سلامت دولت بخشی از سیاست کلی مالی است که در مورد مدیریت محدودیت‌ها و اولویت‌ها برای دستیابی به اهداف سیاست است. محدودیت‌ها و اولویت‌ها با هم فضای مالی را برای سلامت و یا دسترسی به بودجه را فراهم می‌کند که به دولت اجازه می‌دهد منابع را برای گسترش و حفظ پوشش، بدون ایجاد خطر برای پایداری وضعیت مالی دولت (هلر ۲۰۰۶) تعیین کند. فضای مالی محدوده منابع بالقوه موجود را برای دستیابی و حفظ پوشش همگانی سلامت مشخص می‌کند. فضای مالی زمینه واقعی برای بررسی آنچه که از نظر افزایش درآمد برای پوشش همگانی سلامت امکان‌پذیر بوده و می‌تواند در یک سطح معین از مصارف، قابل دستیابی باشد را مشخص می‌کند. برای گفتگو در مورد سیاست‌های تأمین مالی سلامت لازم است که محدودیت‌های کلان اقتصادی و مالی موثر بر توانایی فعلی و آینده دولت برای افزایش مصارف، اولویت‌های

مصارف دولت و نحوه تعیین اولویت‌ها را درک کنیم. اینها با هم یک تصویر واقع‌گرایانه از گزینه‌های منابع بالقوه دولتی در زمینه سلامت را فراهم کرده و میزان مصارف دولتی که می‌توانند به طور قابل ملاحظه‌ای برای بخش سلامت افزایش یابد را روشن خواهند کرد. درآمد قابل تحقق برای بخش سلامت ممکن است به دلیل فشارهای سیاسی، سختی تأمین منابع مالی و اولویت‌های رقابتی به مراتب کمتر از آنچه که به طور بالقوه در دسترس است، باشد.

اگر چه تصمیم‌گیری در خصوص تولید درآمد و مصارف دولت، از جمله مصارف سلامت، بر پتانسیل رشد اقتصادی تاثیر می‌گذارد، بخش سلامت نمی‌تواند به طور مستقیم بر محدودیت‌های اقتصادی و مالی تأثیر بگذارد. با این وجود، مهم است که محدودیت‌هایی گفتگو در مورد سیاست‌های واقعی تأمین مالی سلامت را درک کنید. برای نمایندگان بخش سلامت نیز مهم است که زبان، دیدگاه‌ها و تعهدات افراد دولتی مسئول در مدیریت کلی اقتصاد را درک کنند.

مقررات مالی و کلان اقتصادی

بستر مالی و اقتصاد کلان، محدودیت‌های مربوط به مصارف دولتی را ایجاد می‌کند، که با مواردی همچون میزان درآمد دولتی حاصل از طریق رشد اقتصادی، تلاش‌های انجام شده برای جمع‌آوری درآمد، مقدار مالیات اضافی درخواستی، میزان قرض دریافتی، مقدار کمک‌های اهدایی و مقدار خلق پول محدود می‌شود. اگر یک کشور دارای کسری مالی کم و در کل بدهی را تحت کنترل نگه دارد، تأمین مالی کسری بودجه، راه دیگری برای تولید منابع مالی است. همه این عوامل با همدیگر، میزان کلی بودجه عمومی را تعیین کرده و در چارچوب این بودجه محدودیت‌های بودجه برای سلامت و سایر بخش‌ها تعیین می‌شود. در سطح جهانی، توسعه اقتصادی به طور کلی به شدت با مصارف سلامت و به صورت ویژه با مصارف سلامت دولت در ارتباط است. مصارف سلامت به عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی، سرانه مصارف سلامت، سهم مصارف دولت از کل مصارف سلامت و سهم مصارف سلامت در کل بودجه دولت به عنوان افزایش درآمد ملی، افزایش می‌یابد. تحلیل اخیر بانک جهانی نشان می‌دهد که چقدر از مصارف سلامت دولت مربوط به وضعیت

▼ جدول ۳،۱ تولید درآمد به عنوان سهم تولید ناخالص داخلی بر اساس درآمد گروه، ۲۰۱۲

۲۰۱۰				۱۹۹۵					
جمع	بالا	>وسط و وسط	کم	جمع	بالا	>وسط و وسط	کم	گروه درآمد	
۷,۳۵۵	۲۳,۱۶۸	۴,۷۰۶	۱,۵۵۰	۶,۷۶۸	۲۴,۶۳۶	۷,۳۴۱	۱,۹۰۳	۳۸۰	سرانه (\$US), GDP واقعی
۴۸,۶	۵۸,۹	۴۶,۸	۴۵,۱	۶۶,۱	۶۴,۱	۵۰,۷	۶۴,۱	۹۰,۸	بدهی عمومی دولت (GDP%)
۳۱,۸	۳۹,۰	۳۲,۷	۳۰,۶	۲۹,۵	۴۰,۵	۳۱,۱	۲۸,۰	۲۰,۴	درآمد دولت (GDP%)
۵۹۷	۲,۹۲۶	۵۹۵	۱۹۷	۴۰	۳۹۴	۱,۶۵۵	۳۶۱	۱۰,۹	کل سرانه مصارف سلامت (دو هزار \$US) بالا
۶,۹	۹,۴	۷,۱	۶,۶	۶,۰	۵,۷	۷,۱	۶,۰	۵,۵	کل مصارف سلامت (GDP%)
۵۸,۵	۷۲,۶	۶۱,۸	۶۳,۵	۴۴,۶	۵۶,۹	۷۲,۳	۶۰,۸	۶۱,۷	مصارف سلامت دولت درصد مصارف (سلامت)
۱۱,۵	۱۴,۹	۱۱,۵	۱۲,۱	۹,۴	۱۰,۰	۱۲,۲	۱۰,۸	۱۰,۱	مصارف سلامت دولت (درصد مصارف عمومی دولت)
۳۲,۳	۱۸,۶	۲۸,۸	۲۹,۲	۴۴,۶	۳۵,۴	۱۹,۹	۳۰,۸	۳۱,۳	مصارف پرداخت از جیب سلامت (درصد مصارف سلامت)
۲۱۱	۶۶	۴۷	۵۵	۴۳	۲۰,۹	۴۲	۴۰	۶۸	تعداد کشورها

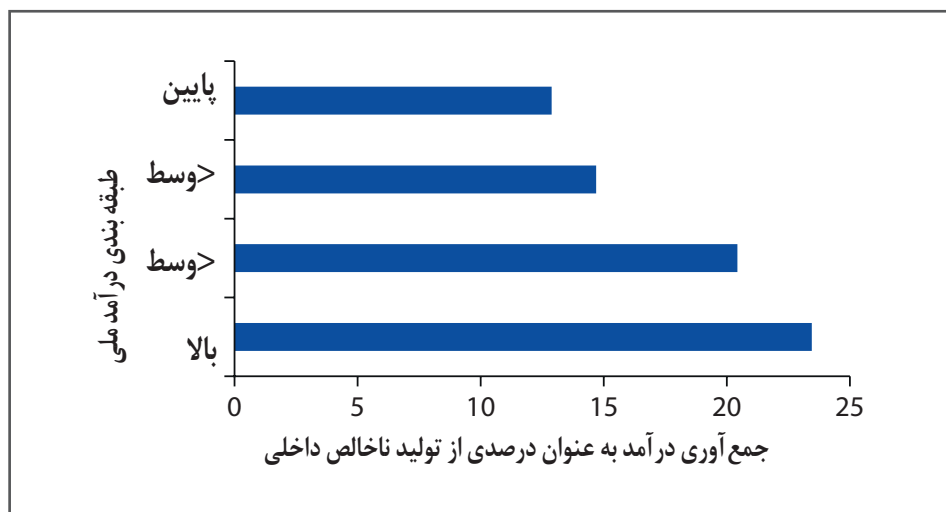
منبع: منطبق بر فلیشر، لیو و اسکیر ۲۰۱۳. توجه: GDP (gross domestic product) = تولید ناخالص داخلی.

مالی و اقتصاد کلان یک کشور است (جدول ۳،۱). با وجود این، داده‌ها نشان می‌دهند که رابطه بین عملکرد مالی و اقتصاد کلان و مصارف سلامت دولت صرفاً بر مبنای تولید ناخالص داخلی سرانه نیست. توانایی کشورهای کم‌درآمد برای کاهش میزان بدهی و افزایش اثربخشی تلاش‌های جمع‌آوری درآمد نیز فضای مالی را فراهم نمود که مصارف سلامت دولت سریعتر از تولید ناخالص داخلی افزایش یابد (فلیشر، لیو و اسکیر ۲۰۱۳). رشد اقتصاد کلان منجر به افزایش طبیعی در مصارف سلامت دولت می‌شود، اما در میان دولت‌ها اختلاف زیادی وجود دارد که چگونه رشد موثر اقتصاد به درآمد دولت و در نهایت به افزایش مصارف سلامت تبدیل می‌شود (تاندون و کاشین ۲۰۱۰).

بیشتر کشورهای با درآمد پایین به میزان تولید درآمد کمتر از ۱۵ درصد از تولید ناخالص داخلی دست می‌یابند، در حالی که در کشورهای دارای درآمد بالا این عدد تقریباً ۲۵ درصد است (شکل ۳،۱). بنابراین، در بسیاری از کشورها با افزایش تولید درآمد دنبال افزایش بودجه کل دولت هستند (IMF 2011b).

پتانسیل تولید درآمد دولت به شدت تحت تاثیر نرخ اشتغال و سهم اشتغال در بخش رسمی قرار دارد. با این وجود، میزان تولید ناخالص داخلی کشور، نرخ مالیات و درآمد کلی را تعیین نمی‌کند (منتیر و مهیوس ۲۰۱۴). بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط اقداماتی را برای بهبود جمع‌آوری درآمد، مانند تقویت نهادهای اداری مالیاتی، کاهش معافیت‌هایی که اهداف سیاسی مشخصی را دربر نمی‌گیرند؛ توسعه پایه مالیات‌های خاص مانند مالیات بر ارزش افزوده (VATs^۲) و مالیات بر درآمد شرکت‌ها در نظر می‌گیرند (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱b). این اقدامات همچنین می‌توانند منبع مهمی از درآمد جدید برای بخش سلامت باشند. برای مثال، غنا با چنین اقداماتی موفقیت‌هایی را به همراه داشته است و درآمد بیشتری را برای بخش بهداشت و درمان به ارمغان آورده است (کادر ۳،۱).

بسیاری از کشورهای با درآمد پایین‌تر با استفاده از کمک‌های توسعه، به شکل



▲ تصویر ۳،۱ تولید درآمد به عنوان سهم تولید ناخالص داخلی، گروه درآمد، ۲۰۱۲

1. International Monetary Fund
2. value-added taxes

مساعدهت‌های مالی و وام، به حمایت از اقتصاد و بودجه دولتی خود اقدام نموده و به سرمایه‌گذاری بیشتر در زیرساخت‌های اجتماعی و فیزیکی کمک می‌کنند. اگر کمک‌های توسعه قابل توجه باشد، زمینه‌های مالی و اقتصاد کلان نیز تحت تأثیر جریان‌های مورد انتظار کمک‌های توسعه، قابلیت اطمینان و انعطاف‌پذیری این صندوق‌ها و نحوه پاسخ دولت با هر تغییری در سیاست‌های اقتصاد کلان و مالی قرار می‌گیرند. شواهدی در سطح جهان وجود دارد؛ هر چند که کمک‌های توسعه به طور کلی در بلندمدت به رشد اقتصادی کمک می‌کند، اما در تأثیر بر بسیج منابع داخلی و درآمد کل مالیات متفاوت است (بندیک، سریولی، گوبتا و ماتهورا، ۲۰۱۲ فاجرناس و روبرت ۲۰۰۴). پیامدهای اقتصاد کلان و مالی به ترکیب، ثبات، انعطاف‌پذیری و محیط سیاسی و سازمانی و کمک‌های قابل اطمینان در کشور حساس هستند (بندیک و همکاران، ۲۰۱۲). زمانی که مصارف دولت، از جمله مصارف سلامت، زمینه‌های کلان اقتصادی و مالی

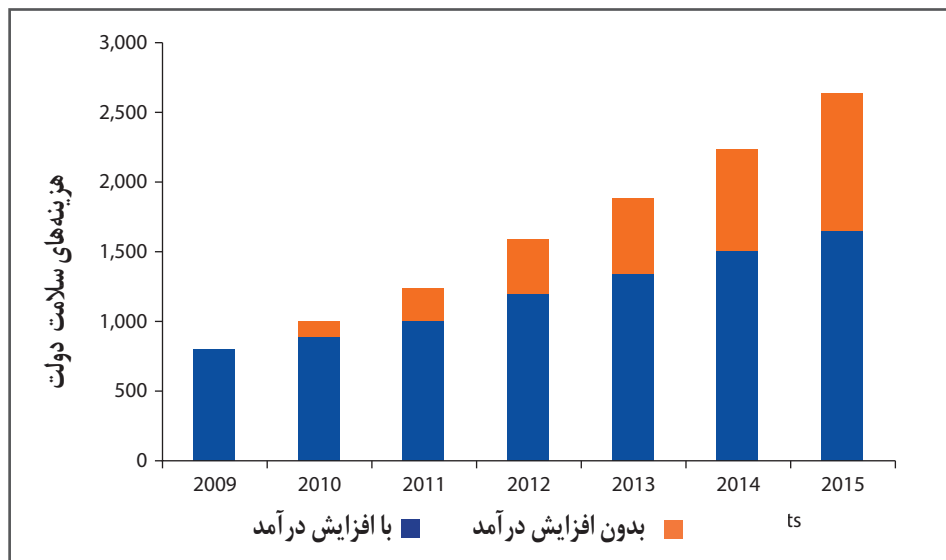
کادر ۳،۱ سیاست‌های جمع‌آوری درآمد و بودجه سلامت

دولت در غنا

در حالی که دولت در سال ۲۰۰۹ به بررسی امکان بالقوه فضای جدید مالی برای سلامتی در غنا پرداخت، اقدامات جدیدی برای بهبود اثربخشی تولید درآمد کشور، از جمله ادغام مجدد درآمد، کاهش خسارات مالیاتی و معافیت برای سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی، سرویس ارتباطی جدید مالیات و تشدید در اجرای مالیات به عمل آمد (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱a). درآمد بالقوه اضافی به عنوان منبع مهم فضای مالی جدید برای سلامتی محسوب می‌شود، به ویژه هنگامی که افزایش درآمد همراه و حاصل از رشد اقتصادی است. از فضای جدید بالقوه مالی برای سلامتی، بین ۱۱ تا ۳۲ درصد، به طور مستقیم به افزایش جمع‌آوری درآمد اختصاص یافت. در واقع با وجود این که سهم کل بودجه دولت برای سلامت دچار رکود شد میزان جمع‌آوری درآمد (از ۱۵،۴ به ۱۹،۴ درصد از تولید ناخالص داخلی بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۱) بهبود یافت و بودجه سلامت افزایش یافت.

را نادیده می‌گیرد، عواقب آن می‌تواند برای سلامت عمومی اقتصاد و رفاه خانواده‌ها شدید باشد. اگر هزینه‌های دولت از درآمد پیشی گیرد و بدهی‌ها بیش از حد افزایش یابند، پرداخت سود و بهره افزایش می‌یابد و گرفتن وام برای دولت به دلیل نرخ بهره بالاتر ممکن است مشکل‌تر شود. زمانی که توانایی دولت برای تأمین بودجه برنامه‌های آن بسیار کاهش یابد، این الگو می‌تواند به بحران مالی تبدیل شود بنابراین بایستی تنظیمات مالی (کاهش شدید مصارف یا افزایش درآمد) در راستای کنترل بدهی‌ها انجام شود (کادر ۳،۲).

در حالیکه توافق عمومی وجود دارد که ثبات اقتصاد کلان برای رشد اقتصادی مهم است و دولت‌ها نیازمند حفظ سلامت مالی می‌باشند، آگاهی روبه رشدی نیز وجود دارد که سیاست‌های خیلی سختگیرانه در اقتصاد کلان می‌تواند نه تنها برای عدالت و حمایت اجتماعی بلکه بر رشد اقتصادی نیز پیامدهای منفی داشته باشد. در میان این موقعیت‌ها، تعادل مناسب بسته به هر کشوری متفاوت بوده و قابل بحث است (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۰۶؛ گولدمبروک - ۲۰۰۷). در هر صورت، کشورهایی که مدیریت مالی خوب را حفظ می‌کنند انعطاف‌پذیری بیشتری برای استفاده از سیاست مالی به عنوان ابزاری برای محافظت از خانوارها در زمان رکود اقتصادی دارند (کادر ۳،۳).



▲ تصویر ۱،۱ B۳ پیش‌بینی فضای مالی برای سلامت در غنا، ۲۰۰۹-۲۰۱۵

منابع: اسکیر و همکاران. ۲۰۱۲؛ WHO ۲۰۱۳؛ بانک جهانی ۲۰۱۵.

کادر ۳,۲ مصارف غیرمنطبق دولت با واقعیات مالی و اقتصاد

کلان در غنا

غنا طی بیش از یک دهه رشد اقتصادی نسبتاً قوی داشته است. با این حال، گسترش مالی شدید بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۸ و به ویژه سال ۲۰۰۸، اقتصاد را نابود کرد و با بحران مالی جهانی نیز به آن آسیب وارد شد. رشد هزینه‌های عمومی ۵۵ درصد یا ۴,۴ درصد از تولید ناخالص داخلی و بودجه بخش سلامت دولت از ۰,۹۳ به ۲,۵۰ درصد از تولید ناخالص داخلی افزوده شد. بنابراین، سیاست‌های کل مصارف دولت نادیده گرفته شده و واقعیات‌های کلان اقتصادی و مالی به بحران نزدیک شده بود. استفاده از حقوق و دستمزد در بخش دولتی، زیاد، کسری بودجه نزدیک به ۱۵ درصد، تولید ناخالص داخلی و تورم به ۲۰ درصد رسید. برنامه تثبیت و اصلاح اقتصادی توسط حکومت در سال ۲۰۰۹ انجام شد و تأثیرات مثبتی بر سلامت کلی اقتصاد گذاشت. با این وجود، عدم تعادل در سال ۲۰۱۴ دوباره ظاهر شد، و مجدداً غنا مجبور شد برنامه تثبیت اقتصادی را در دستور کار خود قرار دهد.

منابع: کاشین، اسکیر، و میکا ۲۰۱۱؛ صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۴

سوالات کلیدی و منابع لازم برای درک زمینه‌های مالی و اقتصاد کلان

فرصت‌ها و محدودیت‌های حوزه اقتصاد کلان را می‌توان با بررسی روند اندازه و نرخ رشد اقتصاد، اثربخشی تولید درآمد دولت و میزان انعطاف‌پذیری دولت در اخذ وام شناخت. در بعضی از کشورهای با درآمد پایین نیز ممکن است تاثیر کمک‌های اهدایی روی وضعیت اقتصاد کلان اهمیت داشته باشد. سوالات کلیدی، شاخص‌های اندازه‌گیری و منابع لازم برای درک وضعیت مالی و اقتصاد کلان در جدول ۳,۲ جمع‌آوری شده است.

اولویت‌های مصارف و بودجه دولت

رشد اقتصادی اغلب به تنهایی برای افزایش واقعی مصارف سلامت در دولت برای

کادر ۳,۳ سیاست‌های ضد دوره‌ای و هزینه‌های سلامت

استفاده از سیاست‌های کلان اقتصادی و مالی برای رشد و حمایت از سلامت و رفاه مردم، در زمان رکود اقتصادی اهمیت ویژه‌ای دارد. در طول این دوره‌ها، نیاز به خدمات اجتماعی مانند مزایای بیکاری و حمایت از سلامت و کاهش آسیب‌های رکود اقتصادی برای جامعه است. بنابراین، در حالی که قراردادهای اقتصادی و درآمدهای دولتی کاهش می‌یابند، نیاز به افزایش مصارف دولت بیشتر است. نیازهای مصارف دولت به طور معمول در جهت مخالف عملکرد اقتصاد حرکت می‌کنند. زمانی که مصارف دولت در جهت حمایت از نیازهای جامعه باشند نه در جهت رشد اقتصادی، از آن به عنوان مصارف "ضد دوره‌ای" (countercyclical) یاد می‌شود. هدف از سیاست‌های ضد دوره‌ای خنثی کردن تأثیرات اجتماعی چرخه‌های رکود اقتصادی با افزایش مصارف و صدور مجوز کسری بودجه در طول رکود اقتصادی می‌باشد.

شواهد زیادی وجود دارد که مصارف ضد دوره‌ای در طول بحران‌ها برای حفاظت از سلامت جمعیت و کاهش ریسک مالی خانوار در ارتباط با نیازهای سلامت، حیاتی است. با این حال، در تعدادی از کشورها، تعهدات مربوط به اهداف کوتاه مدت مالی، موسسات مالی ضعیف دولتی و دسترسی محدود به بازارهای اعتباری، مانع توانایی دولت در ارائه پاسخ‌های ضد دوره‌ای در سلامت می‌شود. از سوی دیگر، کشورهایی که سیاست‌های اقتصاد کلان و مالی را با دقت در طول دوره‌های با عملکرد اقتصادی قوی مدیریت می‌کنند، ظرفیت بیشتری برای سیاست‌های ضد دوره‌ای در طول رکود دارند.

منابع: گودرون و اسکیمید-هیبل ۲۰۰۸؛ ویلینی و اسکیمیتز ۲۰۱۴.

▼ جدول ۳,۲ سوالات و منابع کلیدی برای درک مفاهیم اقتصاد کلان و مالی

درک زمینه‌های مالی و اقتصاد کلان	
شاخص‌ها	سوالات کلیدی
سرانه تولید ناخالص داخلی (قیمت ثابت) سرانه نرخ رشد تولید ناخالص داخلی نرخ تورم نرخ اشتغال	اقتصاد چقدر بزرگ است، سرعت رشد آن چگونه است، آیا اساس ثبات و توسعه آن مبتنی بر چیست؟
جمع‌آوری درآمد به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	دولت چقدر در تبدیل رشد اقتصادی به درآمد توانمند است؟
	سیاست‌های بهبود جمع‌آوری درآمد
کمک‌های دریافتی برای توسعه از خارج از کشور به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی کمک‌های دریافتی برای توسعه از خارج از کشور به عنوان درصدی از کل درآمد دولت	کمک به توسعه چقدر در درآمد کلی دولت مهم است؟
بدهی ناخالص به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی کسری بودجه به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی	میزان انعطاف‌پذیری دولت برای اخذ وام جهت تأمین مالی اولویت‌های مصارف چقدر است؟

شاخص‌های توسعه جهانی

<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

مجموعه اول شاخص‌های توسعه بانک جهانی از منابع بین‌المللی رسمی و شناخته شده تهیه شده است. این شاخص‌ها دقیق‌ترین و به روزترین اطلاعات توسعه در دسترس را ارائه می‌دهد و شامل برآوردهای ملی، منطقه‌ای و جهانی است.

ارزیابی هزینه‌های عمومی سلامت از دیدگاه فضای مالی در بانک جهانی

<http://documents.worldbank.org/curated/en/2010/02/12614836/Assesing-public-expenditure-health-fiscal-space-perspective>

این سند یک چارچوب مفهومی ساده برای ارزیابی فضای مالی سلامت و یک نقشه راه برای نشان دادن چنین ارزیابی‌های را فراهم می‌کند.

زمینه‌های کلان مالی و معلومات تأمین مالی سلامت

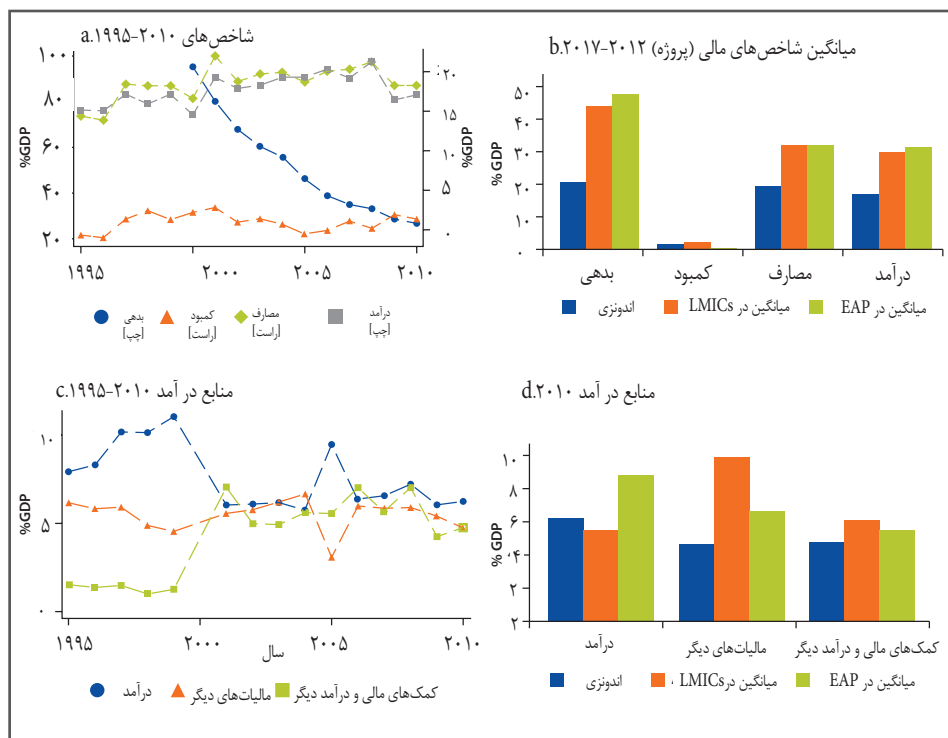
<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/05/17984788/europe-central-asia-macro-fiscal-context-health-financing-factsheets-much-can-country-spending-health>

برگه‌های اطلاعاتی از نمایه‌های گرافیکی ۱۴ شاخص کلیدی مرتبط با محیط مالی بزرگتری که یک نظام سلامت در آن فعال است، استفاده می‌کنند. تعریف هر شاخص و همچنین راهنمای تفسیر هر یک در زمینه فضای مالی سلامت در تمام برگه‌های اطلاعات ارائه شده است. اطلاعات ۱۸۸ کشور فعال دوره سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۱۰ در دسترس هستند. داده‌های مورد استفاده در برگه‌های اطلاعات از شاخص‌های توسعه جهانی (بانک جهانی)، چشم انداز اقتصاد جهانی (صندوق بین‌المللی پول) و آمار نوامبر ۲۰۱۲ جهانی سلامت (سازمان جهانی بهداشت) اخذ شده است. درآمد ناخالص ملی (GNI) مبتنی بر روش اتلس (در حال حاضر US \$) است.

1. gross national income

دستیابی به اهداف بخش سلامت کافی نیست (کوترین، کاشین و جاکاب ۲۰۱۰). اولویت در بودجه دولت برای سلامت، همراه با رشد اقتصاد کلان، در کشورهایی توانمند برای گسترش پوشش جمعیت، بهبود خدمات و ارائه بهتر حمایت مالی مهم است (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). اولویت دادن به سلامت در بودجه‌های دولتی، به طور گسترده‌ای متفاوت است، اما به طور متوسط سهم مجموع کل هزینه‌های دولتی برای سلامت در ۱۵۷ کشور ۱۱٫۵ درصد می‌باشد (بانک جهانی ۲۰۱۵). این سهم از ۱٫۵ درصد (میانمار) تا تقریباً ۲۸ درصد (کاستاریکا) (شکل ۳٫۲) متفاوت است. تاندون و همکاران (۲۰۱۴) مروری کلی را بر عوامل نظری و تجربی موثر بر روند اولویت دادن به سلامت در بودجه انجام داده‌اند.

یک گام مهم در روند گفت‌وگوی سیاست‌های تأمین مالی سلامت، ارزیابی تخصیص به سلامت در بودجه در برابر اولویت‌های سیاسی است و اینکه در صورت لزوم برای تغییر

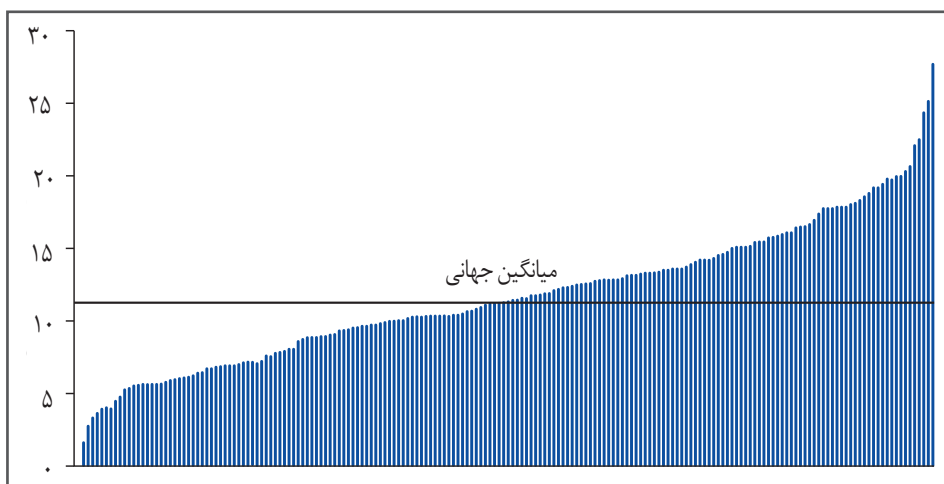


▲ تصویر ۳٫۲، ۱ اندونزی: زمینه کلان مالی و اسناد تأمین مالی سلامت

تخصیص بیشتری از بودجه به سلامت، چه میزان بودجه وجود دارد. اگر درک روشنی از چگونگی شکل‌گیری بودجه عمومی و تعیین اولویت‌ها وجود داشته باشد، بخش سلامت در طول فرآیند مذاکره برای بودجه در جایگاه بهتری قرار می‌گیرد. همچنین مفید است که مناطق خاصی از مصارف را شناسایی کنید که می‌توانند به دلیل ناکارآمدی و یا تشدید نابرابری به طور قابل ملاحظه‌ای به سلامت منتقل شوند.

فرآیند فرمول‌بندی بودجه

در جریان فرآیند تصویب بودجه، دولت‌ها سعی می‌کنند نیازهای مصارف را با توجه به محدودیت منابع براساس نیازهای وزارتخانه‌ها تقسیم کنند، در حالی که در عین حال اطمینان حاصل شود که منابع به اولویت‌های سیاسی اختصاص یافته است. فرآیند شکل‌گیری بودجه‌ها و تعیین اولویت‌های مصارف برای هر کشوری ویژه است. با این حال، یک ویژگی مشترک در کشورهای با درآمد پایین، این است که فرآیندهای موجود اغلب اولویت‌های میان مدت مشخصی که به طور موثر از طریق بودجه‌های سالانه اجرا شوند را ایجاد نمی‌کنند (گولدمبروک ۲۰۰۷؛ ابخ - نکروماه، دینکلو، ابور ۲۰۰۹). این موضوع



▲ تصویر ۳،۲ سلامت به عنوان بخشی از کل هزینه عمومی دولت، ۲۰۱۲

منبع: بانک جهانی ۲۰۱۵ توجه: روند جهانی از کمترین (میانمار) به بالاترین (کاستاریکا) نشان داده شده است. توجه: روند جهانی از کمترین (میانمار) به بالاترین (کاستاریکا) نشان داده شده است.

ممکن است به دلیل فرایندهای بودجه‌ای از هم گسیخته‌ای باشد که فاقد شفافیت لازم است. برای مثال، بودجه‌بندی برای هزینه‌های جاری و سرمایه‌گذاری ممکن است در صورت وجود یک وزارت برنامه‌ریزی جداگانه مسئول برای سرمایه‌گذاری، از هم گسیخته شوند. علاوه بر این، ادغام تأمین مالی اضافی و کمک‌های اهدایی در فرآیند تشکیل بودجه‌بندی به طور کامل امکان‌پذیر نمی‌باشد (گابتا و همکاران ۲۰۰۸). این عوامل سبب کاهش شفافیت و پاسخگویی و جلوگیری از تخصیص منابع به اولویت‌ها می‌شود و همچنین فرصت ایجاد چانه‌زنی را که جدا از فرایند بودجه می‌باشد را فراهم می‌کنند (دابلا -نوریس و همکاران ۲۰۱۰). در حال حاضر از هم گسیختگی و عدم شفافیت کامل در روند بودجه، اغلب وضعیت مؤثر بسیاری از وزارتخانه‌های بهداشت را تضعیف می‌کند. فرایندهای تعیین سقف مصارف و نیازهای بودجه می‌تواند به طور موازی اتفاق بیفتد و اغلب برای وزارتخانه‌های بهداشت دشوار است که بر میزان بودجه تعیین شده توسط مقامات بودجه مرکزی تأثیر بگذارند. حتی شفافیت‌های کمتر تنظیمات بودجه سالانه که در خارج از فرایند تعیین اولویت‌های رسمی نیز صورت می‌گیرد، اغلب بخش سلامت را در معرض خطر بیشتر قرار می‌دهد (گولبروک ۲۰۰۷).

درک جریان کمک‌های قابل توجه توسعه به بخش سلامت نیز می‌تواند وضعیت این بخش در روند بودجه را تضعیف کند. کمک خارج از بودجه به سلامت، این بخش را در موارد کمبود بودجه دولت در معرض کاهش سهم واقعی خود قرار می‌دهد (فرگ و همکاران، ۲۰۰۹). شناخت و محاسبه جریان‌های خارجی وارده به نظام سلامت هر کشور، یکی از مولفه‌های اصلی گفتگو در مورد سیاست‌های مؤثر در زمینه تأمین مالی سلامت است.

شناسایی سهمیه اختیاری بودجه دولتی

محدوده افزایش سهم کل بودجه اختصاص یافته به سلامت، بخشی از سهم بودجه‌ای است که اختیاری است یا هزینه‌های اجباری را دربر نمی‌گیرد. اقلام هزینه‌ای غیراختیاری عبارتند از پرداخت سود به بدهی، دستمزد کارمندان دولت، حقوق بازنشستگی و کمک‌های اجتماعی و سایر مصارف دیگر که توسط قانون تعیین شده است. پس از آنکه اقلام بودجه غیراختیاری تحت پوشش قرار گرفت، بودجه اختیاری است که بین بخش‌های مختلف

اختصاص داده می‌شود. مصارف دستمزد به طور خاص مخارج غیراختیاری است که اغلب اولویت مخارج دولت در حوزه‌های دیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بدهی عمومی و پرداخت بدهی (پرداخت بهره) نیز یک محدودیت عمده است. ابتکارهای کمک به بدهی، که باعث کاهش میزان پرداخت بدهی های دولت می‌شود و بنابراین هزینه‌های غیراختیاری را کاهش می‌دهد، فرصت مهمی برای تخصیص آن به مصارف بیشتر سلامت هستند. شناخت سهم واقعی بودجه که برای مصارف اختیاری در دسترس است می‌تواند بستر واقعی برای گفت‌وگو در خصوص سیاست‌های تأمین مالی سلامت فراهم کند (کادر ۳،۴).

شناسایی حوزه‌های خاص در بودجه برای تخصیص مجدد

تنظیم اولویت در بودجه باید منعکس کننده اصولی باشد که تمام منابع در بالاترین میزان ارزش (بهره‌وری) خود استفاده می‌شوند و خانوارهای ضعیف از مصارف ناکارآمد دولتی بهره‌مند می‌شوند. در بودجه اختیاری، برخی از هزینه‌ها ممکن است ناکارآمد باشند یا نارسایی‌ها را تشدید کنند، از این رو پتانسیل گفتگو در مورد آنها جهت اختصاص مجدد به سلامت را دارند (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱b). برای مثال بعضی از یارانه‌ها و معافیت‌های مالیاتی از سوی فشارهای سیاسی یا بنا به مصالح وجود دارند که می‌توانند علاوه بر هدر رفت درآمد؛ ناعادلانه و ناکارآمد نیز باشند.

به ویژه، یارانه‌های انرژی به شدت ناکارآمد هستند، که منجر به مصرف بیش از حد سوخت و کاهش انگیزه‌های سرمایه‌گذاری در انرژی‌های تجدیدپذیر می‌شوند (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۳). یارانه‌های سوخت اغلب برای بهره‌مندی خانواده‌های با درآمد پایین و متوسط در نظر گرفته می‌شوند، اما اغلب ثروتمندان، که سرانه بیشتر مصرف انرژی دارند از آنها بهره‌مند می‌شوند (IEG ۲۰۰۸). در بودجه بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط کاهش یارانه‌های غیرمولد و معافیت‌های مالیاتی می‌توانند درآمد بیشتری را برای سلامتی به ارمغان آورند (باکس ۳،۵).

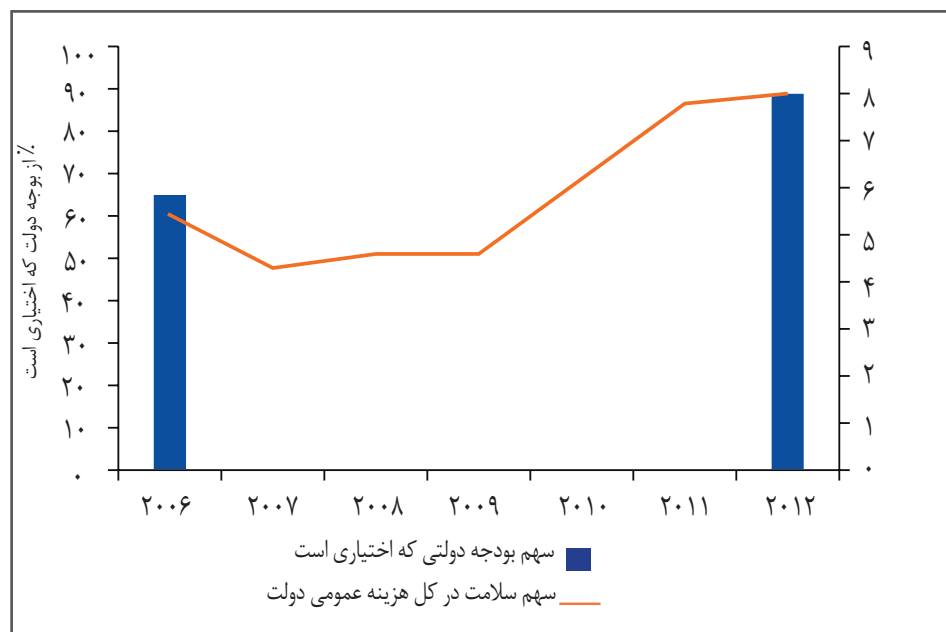
درک پیامدهای تمرکززدایی مالی

تمرکززدایی مالی شامل تفویض برخی مسئولیت‌های مربوط به هزینه‌ها یا تولید درآمد

کادر ۳,۴ افزایش سهم اختیاری بودجه دولتی در کنیا

در سال ۲۰۰۶ تنها ۶۵ درصد بودجه عمومی دولت کنیا اختیاری بود. این بودجه غیرمنعطف دولت کنیا تأمین منابع مالی برای مقاصد سیاسی را دشوار کرده بود. بین سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۱۲ سهم اختیاری بودجه تا حدود ۹۰ درصد افزایش یافت. انعطاف‌پذیری بیشتر باعث شد که سهم بودجه برای سلامت از کمترین یعنی ۴,۳ در سال ۲۰۰۷ به ۸ درصد در سال ۲۰۱۲ افزایش یابد.

به سطوح پایین (فرعی) دولت است. تمرکززدایی مالی به یک روند عمده در سراسر جهان تبدیل شده است، با این ایده که انتقال قدرت و منابع به سطوح محلی دولت، در بعضی موارد منجر به نزدیک شدن تصمیمات به رای دهندگان و تطابق بهتر بین تخصیص منابع و نیازهای محلی خواهد شد. اصطلاح تمرکززدایی برای توصیف تعدادی از اصلاحات مربوط به انتقال قدرت مالی، اداری یا سیاسی برای برنامه‌ریزی، مدیریت و یا ارائه خدمات از سطح دولت مرکزی به سطوح محلی استفاده شده است (بوسرتو همکاران، ۲۰۰۰) با این حال،



▲ تصویر ۳,۴,۱ سهم اختیاری بودجه دولت و تخصیص آن به سلامت در کنیا، ۲۰۰۶-۲۰۱۲

منبع: کنیا، وزارت تحول و برنامه‌ریزی ۲۰۱۳.

کادر ۳،۵ فرصت‌های برای افزایش اولویت سلامت در بودجه

دولت اندونزی

در اندونزی، یارانه‌های سوخت، بار عظیمی بر بودجه دولت مرکزی وارد می‌کنند و دیگر اولویت‌های مصرف را از بین می‌برند، در حالی که بیشتر خانواده‌های ثروتمند از آن بهره می‌برند. سهم بودجه مصرفی یارانه‌های سوخت اغلب بیش از جمع سهم اختصاص داده شده به سلامت و آموزش است. در سال ۲۰۰۶، اندونزی یارانه‌های سوخت و میزان بدهی را کاهش داد، که منجر به بهبود کلی فضای مالی و افزایش ۲۰ درصدی در کل هزینه‌های دولت شد. با این حال، یارانه‌های سوخت همچنان ۲۰ درصد کل بودجه کشور را به خودش اختصاص می‌داد. یک حرکت جسورانه توسط رئیس‌جمهور تازه انتخاب شده، یارانه‌های سوخت را تا پایان سال ۲۰۱۴ بیش از ۳۰ درصد کاهش داد. رئیس‌جمهور قول داد که منابع پس انداز شده را به اولویت‌های توسعه اندونزی، از جمله سلامت، اختصاص دهد.

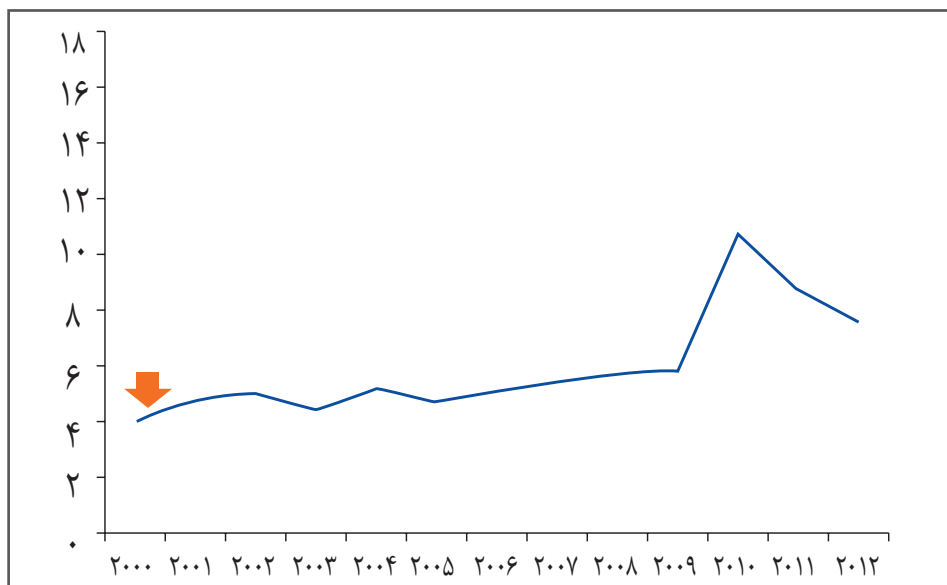
منبع: بی و همکاران، ۲۰۱۳

تمرکززدایی می‌تواند تلاش برای افزایش بودجه دولتی به بخش سلامت را تضعیف کند، زیرا اولویت سیاست‌های ملی در فرایندهای بودجه محلی قابل مشاهده نیست (باکس ۳،۶). پیامدهای هزینه‌های سلامت و اولویت در کل بودجه دولت در حالت غیرمتمرکز هم در مسئولیت تولید درآمد و هم در مسئولیت هزینه‌ها متفاوت است (کادر ۳،۷). در حالی که تصمیم‌گیری‌های مربوط به هزینه در سطح محلی به وسیله مقامات (همراه با منابع کافی دولتی)، موجب بهبود در تخصیص سلامت در برخی موارد می‌شود (اوجیمورا و جوتینگ ۲۰۰۷)، انتقال مسئولیت برای تولید درآمد به سطح محلی منجر به تکه تکه شدن تأمین مالی سلامت، محدود کردن انباشت و احتمالاً موجب تشدید نابرابری می‌گردد (کوتزین، کاشین، و جاکاب ۲۰۱۰). در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، پایه مالیاتی در سطح محلی ضعیف است و وابستگی دولت مرکزی به یارانه‌ها برای تأمین مالی اولویت‌های هزینه‌ای مانند سلامت وجود دارد.

کادر ۳,۶ تمرکززدایی مالی و اولویت سلامت در بودجه کشور

برزیل

در برزیل، طبق قانون حداقل سهم بودجه به سلامت اختصاص می‌یابد. در سال ۱۹۹۶ بود که قانون بیشتر مسئولیت مدیریت و تأمین مالی سلامت را به ایالت‌ها و شهرداری‌ها انتقال داد. ایالت‌ها و شهرداری‌ها به ترتیب ملزم بودند حداقل ۱۵ و ۱۲ درصد از کل بودجه خود را برای سلامت اختصاص دهند. برای دولت فدرال، مقدار تخصیص سال مالی قبلی، با رعایت و تنظیم تغییرات اسمی تولید ناخالص داخلی باید حفظ شود. اگرچه شهرداری‌ها به طور مداوم الزامات بهداشتی مورد نیاز خود را دارند. سطح مصارف در سطوح ایالت و فدرال حفظ نشده است. به طور خاص در سطح ایالت، تفسیر گسترده‌ای از مصارف سلامت برای تأمین بودجه نظام سلامت یکپارچه انجام می‌شود (SUS¹). نتیجه این موارد یک دهه رکود در سهم مجموع کل هزینه‌های اختصاص یافته دولت به سلامت بود، و تنها در سال‌های اخیر تاحدودی افزایش یافته است.



▲ تصویر ۳,۶,۱ سلامت به عنوان بخشی از بودجه کل دولت در برزیل، ۲۰۱۲-۲۰۰۰
منابع: میدا وهمکاران ۲۰۱۴؛ بولتن WHO ۲۰۱۰.

1. Sistema Único de Saúde

کادر ۳,۷ تمرکززدایی مالی و اولویت‌بندی مجدد سلامت در

بودجه دولت هند و ویتنام

در هند، اگرچه تعهد خاصی برای افزایش مصارف سلامت عمومی به عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی وجود دارد، اما ثابت شده است که تمرکززدایی مالی مانع دستیابی به این هدف می‌شود. نخست وزیر متعهد شد که سهم سلامت از مصارف عمومی تا سال ۲۰۱۲ تا ۲-۳ درصد از تولید ناخالص داخلی افزایش یابد که از حدود ۰,۹ درصد تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است. گرچه، به طور عمده به دلیل ساختار فدرال غیرمتمرکز هند هدفی چالشی می‌باشد اما در سال‌های اخیر تأمین مالی از بودجه عمومی برای سلامت افزایش یافته است. سلامت یک "موضوع دولتی است" و در مجموع دولت مرکزی و ایالتی حدود ۷۵ درصد از کل مصارف سلامت را بر عهده دارند. در هند به منظور واقعی نمودن موضوع، مصارف سلامت ایالت‌ها بایستی از سال ۲۰۰۵ تاکنون ۲۲ تا ۳۸ درصد افزایش می‌یافت که یک سناریوی تقریباً غیرممکن بود.

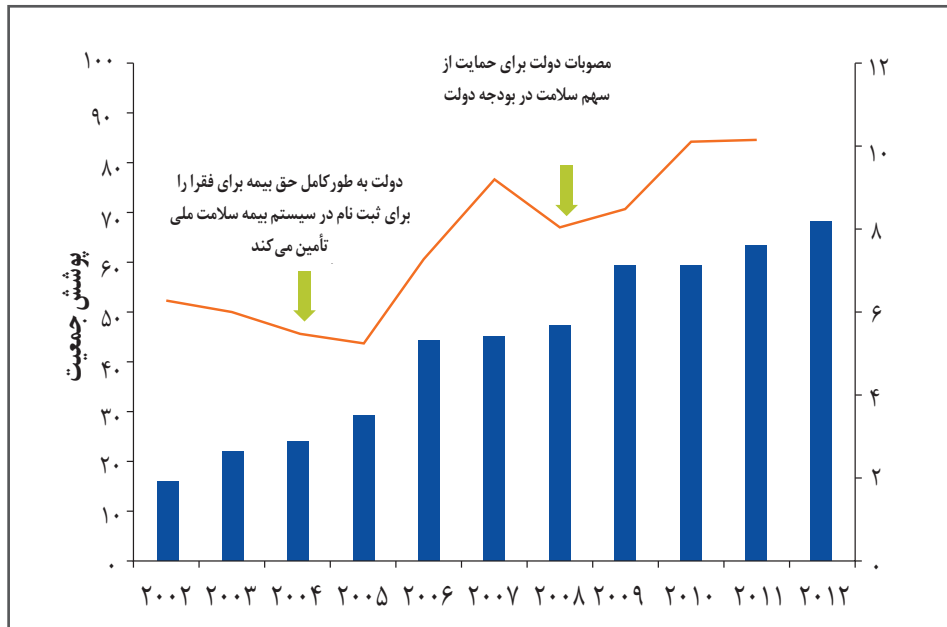
در ویتنام، از سوی دیگر، تمرکززدایی مالی، دستیابی دولت از عمل به تعهد قانونی خود برای افزایش سهم بودجه دولتی اختصاص یافته به سلامت را حفظ کرده است. به دین نحو که از ابتدای برنامه پنج ساله در سال ۱۹۷۸، اختیار مصارف به دولت‌های محلی واگذار شد؛ در حالی که مسئولیت تولید درآمد به عهده دولت ملی است. مدیریت مرکزی و اختصاص مجدد درآمد به ایالت‌ها به حفظ ثبات سهم سلامت در کل بودجه کمک کرده است. افزایش مصارف سلامت دولت به صورت مطلق و به عنوان سهمی از کل مصارف دولت، امکان افزایش یارانه‌ها و پوشش سیستم بیمه سلامت ملی را فراهم نموده است. کمک‌های مالی دولت برای گروه‌های هدف (یارانه‌ای) از سال ۲۰۰۵ به شدت افزایش یافته است و در حال حاضر ۴۰ درصد از درآمد حاصل از سیستم بیمه سلامت ملی (NHI) را تشکیل می‌دهد، که از ۵ درصد در سال ۲۰۰۵ به این مقدار رسیده است.

سوالات کلیدی برای درک فرایند بودجه و تنظیم اولویت‌ها

فرآیند بودجه‌ریزی دولت و تعیین اولویت‌ها می‌تواند با بررسی روند کل بودجه دولت، سهم در دسترس آن برای مخارج اختیاری و چگونگی تنظیم مقررات بودجه درک گردد. برای شناسایی فرصت‌های بازتخصیص سهم بیشتری از بودجه برای بخش سلامت، می‌توان ارقام هزینه بودجه را برای شناسایی موارد ناکارآمد (با استفاده از تجزیه و تحلیل سرمایه‌گذاری) یا شناسایی موارد تشدید کننده نابرابری (تحلیل ایجاد سود) در دستور کار قرار داد. جدول ۳،۳ سوالات و منابع کلیدی برای درک فرآیند بودجه‌ریزی و تعیین اولویت‌ها را خلاصه می‌کند.

توجه

۱. وضعیت مالی دولت، مبتنی بر توانایی فعلی و آینده دولت برای تأمین مالی برنامه‌های خود با درآمد و یا با وام‌های دریافتی می‌باشد. بنابراین موقعیت مالی دولت براساس تعادل درآمدها و هزینه‌ها در طول زمان، اعتبار لازم برای پرداخت بدهی‌ها و نرخ بهره تعیین می‌شود.



▲ تصویر ۱، ۳، ۷، ۱ سلامت به عنوان بخشی از بودجه دولت و پوشش سیستم بیمه سلامت ملی در ویتنام ۲۰۰۲-۱۲

منابع: تاندون و همکاران، ۲۰۱۴؛ سوماناتان و همکاران، ۲۰۱۴.

▼ جدول ۳،۳ سوالات و منابع کلیدی برای درک فرایند بودجه و تنظیم اولویت درک فرآیند بودجه و تعیین اولویت

درک فرآیند بودجه و تعیین اولویت
سوالات کلیدی
کل بودجه دولتی چقدر است و چه مقدار از آن اختیاری است؟ نحوه بودجه‌ریزی و تعیین اولویت‌ها چگونه است؟ سهام بودجه از کمک‌های توسعه بین‌المللی و اهدایی چقدر است و در مقابل این موارد چه مقدار بودجه سلامت با کاهش مواجه می‌گردد؟ آیا موارد بودجه‌ای وجود دارند که به دلیل ناکارآمدی و یا تشدید نابرابری بتوان به سلامت باز تخصیص داد؟ پیامدهای عدم تمرکز مالی برای تخصیص بودجه به بخش سلامت چیست؟

منابع

سیاست مالی برای سیاست‌گذاران سلامت

<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/03/19487496/fiscal-policy-health-policy-makers>

این مقاله خلاصه‌ای از اصول اساسی سیاست مالی را مطرح کرده است. این اصول شامل تصمیمات مربوط به وظایف دولت، مخارج و تأمین آن است که بر رشد اقتصادی، اشتغال، تورم و رفاه اقتصادی تأثیر می‌گذارد. در نهایت کاربردهای خاصی از سیاست مالی در بخش سلامت مورد بحث قرار گرفته است.

بررسی مصارف عمومی

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPUBLICSECTORANDGOVERNANCE/EXT-PUBLICFINANCE/0,,contentMDK:20236662~menuPK:2083237~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:1339564,00.html>

بازنگری مصارف عمومی (PER) یک ابزار تشخیصی کلیدی برای ارزیابی اثربخشی تأمین مالی عمومی است. یک PER معمولاً هزینه‌های دولت را در طول یک دوره زمانی به منظور ارزیابی سازگاری آنها با اولویت‌های سیاسی و نتایج مورد نظر مورد تحلیل قرار می‌دهد.

دستورالعمل مدیریت هزینه‌های عمومی

<https://www.imf.org/external/pubs/ft/extend/index.htm>

دستورالعمل صندوق بین‌المللی پول، تجزیه و تحلیل نحوه برنامه‌ریزی، تهیه و اجرا بودجه

بودجه‌بندی مبتنی بر نتایج

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22757604~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>

بودجه‌بندی مبتنی بر نتایج به دنبال تغییر مدیریت بودجه از ورودی‌ها به خروجی‌های ملموس و پیامدهای مرتبط با اهداف سیاست عمومی است.

ارزیابی گزینه‌های افزایش درآمد برای بخش سلامت

سوالات کلیدی

بعضی از سوالات کلیدی در مورد منابع درآمد بالقوه جدید برای بخش سلامت به شرح زیر است:

* کدام منابع بالقوه درآمد برای بخش سلامت می‌تواند منابع مالی یا بودجه‌های اضافی را به کارآمدترین و موثرترین روش تولید کند و حداقل انحراف اقتصاد کلان و مالی را ایجاد کند؟

* کدام منابع درآمد جدید در سیاست فعلی اقتصاد کلان و مالی قابل قبول خواهد بود؟
* کدام منابع درآمد جدید می‌تواند درآمد بخش سلامت را با کارآمدترین و موثرترین روش افزایش دهد و حداقل انحراف اقتصاد کلان و مالی را ایجاد کند؟

* کدام منابع درآمد جدید می‌تواند بدون صرفه‌جویی در مصارف سلامت دولتی موجود، کمک‌های اضافی را ایجاد کند؟

* کدام منابع درآمدی از لحاظ سیاسی قابل اجرا هستند و با سایر وظایف تأمین مالی سلامت از جمله انباشت منابع و خرید خدمات هماهنگ شده‌اند؟

در حوزه منابع دولتی برای سلامت، ترکیبی از منابع مالی برای دستیابی به یک پایگاه پایدار منابع و افزایش منابع مالی در کارآمدترین و موثرترین روش مهم است. دولت‌ها می‌توانند درآمد بخش سلامت را از طریق مالیات (مالیات‌های ملی و محلی عمومی و مالیات‌های مشخص)، منابع درآمد غیرمالیاتی و کمک‌های اهدایی توسعه افزایش دهند. کشورهای متعهد به دستیابی یا حفظ پوشش همگانی سلامت به منابع متعدد درآمد متکی هستند و ترکیب منابع ممکن است در طول زمان، به دلیل چالش‌های مالی و تغییرات سیستم‌های سلامت تغییر کند.

کادر ۱.۴ تنوع منابع درآمد برای بخش سلامت: فرانسه، ژاپن

و غنا

فرانسه دارایی بسیار متنوعی برای تأمین مالی عمومی پوشش همگانی سلامت دارد. تا پایان دهه ۱۹۹۰، سیستم بیمه سلامت ملی تقریباً به طور انحصاری توسط مشمولان حقوق و دستمزد از کارفرمایان و کارکنان تأمین می‌شد. از سال ۱۹۹۸، بیشتر کارکنان مشمول مشاغل حقوق و دستمزد با مالیات مشخص شدند و با کمک مالی عمومی (CSG^۱) جایگزین شده است، که نه تنها به درآمد حاصل از دستمزد، بلکه به درآمد حاصل از دارایی‌های مالی و سرمایه‌گذاری، حقوق بازنشستگی، مزایای بیکاری، مزایای معلولیت و قمار نیز متکی هستند. مشارکت اجتماعی در حال حاضر یکی از اصلی‌ترین منابع مالی برای سیستم بیمه (۳۷ درصد) است. علاوه بر این، اخذ مالیات‌های خاصی از مصرف دخانیات و الکل و صنعت داروسازی، درآمد پایه را تکمیل می‌کند. بنابراین درآمد سیستم پوشش همگانی سلامت تا حدودی از درآمد دستمزد قطع شده است. با این حال، در حالی که این تغییر پایگاه، درآمد بیمه سلامت را گسترش داده است، مقدار واقعی درآمد جمع‌آوری شده را افزایش نداده است (چیورول و همکاران، ۲۰۱۰).

در ژاپن منابع پوشش همگانی سلامت، ۴۹ درصد از طریق کمک‌های بیمه اجتماعی، ۳۷ درصد مالیات‌های عمومی (۲۵ درصد ملی، ۱۲ درصد محلی) و ۱۴ درصد از پرداخت از جیب تأمین می‌شود. در غنا، طرح ملی بیمه سلامت (NHIS^۲) از طریق بخش اختصاصی مشمولین مالیات بر ارزش افزوده، حقوق اجتماعی، کمک‌های مالی، درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری و حق بیمه پرداخت شده غیرمستقیم توسط افراد مانند کارگران بخش خصوصی و غیررسمی تأمین مالی می‌شود (اسکیبر و همکاران ۲۰۱۲).

منبع: میدا و همکاران. ۲۰۱۴

اکثر کشورها به ترکیبی از درآمد کلی مالیات در سطوح ملی و محلی، درآمد اختصاصی و کمک‌های بخش خصوصی به هزینه‌های مراقبت‌های سلامت، متکی هستند. به طور کلی، روندی به طرف تنوع بیشتر منابع درآمد و شواهدی از تغییر در جهت درآمد کلی مالیات و دور از پرداخت مالیات بر درآمد (کادر ۴،۱) وجود دارد.

ارزیابی منابع درآمدی جایگزین

تمام منابع درآمدی بالقوه برای بخش سلامت شامل تعدادی از گزینه‌های تجاری در اقتصاد توسعه یافته است. تمام مالیات‌ها مشکلاتی را بر اقتصاد تحمیل می‌کنند و موجب تغییر رفتار مردم می‌شوند. مالیات‌هایی که حداقل مشکل را دارند، یعنی حداقل تاثیر بر رفتار فردی و فعالیت‌های اقتصادی می‌گذارند، انهایی هستند که رایج‌ترین مبنای (اکثر مردم و شرکت‌ها) و کمترین نرخ بهره را دارند. مالیات‌ها بر همه افراد بسته به گروه‌های درآمدشان به صورت متفاوت، اعمال می‌شود. مالیات‌هایی که تاثیر نسبتاً بالاتری بر درآمد افراد ثروتمند دارند، مالیات‌های پیشرونده‌ای هستند که منجر به بازتوزیع عادلانه‌تری نیز می‌شوند. به طور کلی، معیارهای ارزیابی و انتخاب منابع درآمد عمومی عبارتند از:

* کارآیی: اثرات اقتصادی؛ برای مثال، تاثیر بر رشد اقتصادی، عرضه نیروی کار و پس انداز / سرمایه گذاری

* عدالت: پیشرونده / پسرونده (صعودی/نزولی)

* سادگی و شفافیت اداری

شواهد از کشورهای با درآمد بالا نشان می‌دهد که مالیات بر دارایی کمترین عارضه برای رشد را دارد، به دنبال آن مالیات بر مصرف، مالیات بر درآمد شخصی و مالیات بر درآمد شرکت می‌باشند (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱b).

مالیات بر درآمد سرمایه تاثیر قوی بالقوه‌ای بر سرمایه‌گذاری دارد. با این حال، شواهد مشابه برای کشورهای با درآمد پایین در دسترس نیستند و تأثیرات کارایی ابزارهای مالیاتی جایگزین احتمالاً به شدت متناسب با ترکیب فعالیت اقتصادی و قدرت مؤسسات هر کشوری متفاوت است. تاثیر مالیات بر عدالت نیز ممکن است واضح نباشد، زیرا تاثیر مالیات را نمی‌توان جداگانه تعیین کرد. "مالیات تهاجمی ممکن است تنها راه تأمین

هزینه‌های عمومی بسیار پیشرفته باشد" (صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱b). از سوی دیگر، شایستگی مصارفی که از طریق مالیات‌های جدید یا افزایش یافته تأمین می‌شود ممکن است عواقب منفی را توجیه نماید.

تأثیر کلی همه اقدامات مالیاتی و برآورد مصارف مالی که آنها تأمین می‌کنند اهمیت

کادر ۴،۲ ترکیبی عادلانه از منابع درآمد برای طرح ملی بیمه

سلامت در غنا

یک مطالعه اخیر نشان می‌دهد که سیستم تأمین مالی نظام سلامت غنا پیشرفته است، که عمدتاً به دلیل پیشرفت مالیات عمومی است که بخش عمده‌ای از منابع درآمد بخش سلامت را تشکیل می‌دهد. مالیات بیمه سلامت ملی (بخش اختصاصی مالیات بر ارزش افزوده و هزینه‌های اجتماعی) به آرامی در حال پیشروی است. حق بیمه به دلیل تفاوت‌های جغرافیایی و طیف گسترده‌ای از معافیت‌های حق بیمه متفاوت در نظر گرفته می‌شود. یک گروه معافیت بزرگ شامل بزرگسالان بالای ۷۰ سال، کودکان زیر ۱۸ سال، افراد بیکار، زنان باردار و افراد دارای اختلال سلامت روان وجود دارند که از پرداخت حق بیمه به طور کامل معاف بوده و به وسیله دولت مرکزی تأمین مالی می‌شود. از نظر صلاحیت طرح ملی بیمه سلامت نتایج متفاوت است. برخی تحقیقات نشان داده است که ثروتمندان تا ۵۰ درصد احتمال بیشتری برای ثبت نام در طرح ملی بیمه سلامت از فقیرترین ساکنان دارند (جهنو اپیا و همکاران ۲۰۱۱). با این حال، تأثیر حمایت مالی و اثرات آن بر بهره‌وری، در میان فقرا بیشتر است (نگوین، راجکوتا و وانگ ۲۰۱۱؛ اسکیر و همکاران ۲۰۱۲). اما، بروز مزایای کلی استفاده عمومی از خدمات دولتی و خصوصی، بیشتر از طرف اغنیا است. مراقبت‌های سرپایی بیمارستان در بخش عمومی دولتی ضعیف است و مزایای خدمات سلامت در سطح ابتدایی نسبتاً به طور مساوی توزیع می‌شود (اکازیلی و همکاران ۲۰۱۲).

منابع: آکاسیلی و همکاران. ۲۰۱۲؛ جهنو-اپیا و همکاران. ۲۰۱۱؛ نگوین، راجکوتا و وانگ ۲۰۱۱؛ اسیر ۲۰۱۲

دارد (کادر ۴،۲). برخی از اقدامات بخش سلامت برای معرفی یا افزایش مالیات بدون درک تاثیر بالقوه بر گستره اقتصاد، فقر و عدالت است. تأثیر نظری مالیات‌های مختلف و یا تاثیرات مشاهده شده در کشورهای با درآمد بالا ممکن است در کشورهای با درآمد پایین وجود نداشته باشد، بنابراین تجزیه و تحلیل دقیق پیش از حمایت از اقدامات تقویت درآمد خاص برای بخش سلامت توصیه می‌شود.

اضافه نمودن منابع درآمد جدید

محدودیت‌های اقتصاد کلان، اولویت‌های رقابتی و عدم انعطاف در بودجه، موانع بزرگ افزایش مصارف سلامت دولت هستند. فراتر از موانع مذکور، بعید است منابع "بی استفاده‌ای" وجود داشته باشد که درآمد جدیدی را برای بخش سلامت بدون صرفه‌جویی در منابع موجود به ارمغان بیاورد.

هنگامی که منابع درآمد جدید برای بخش سلامت شناسایی می‌شوند، مقامات می‌توانند درآمد جدید را با کاهش در بخش‌های دیگر بودجه سلامت برای مدیریت محدودیت‌های مالی، جبران کنند. با وجود این گزینه‌های تأمین مالی نوآورانه باید مورد بررسی قرار گیرند و برای این که به عنوان منابع مالی اضافی مورد پذیرش واقع شوند باید اقدامات دیگری در جهت جلوگیری از جبران شدن صورت گیرد.

هماهنگی منابع درآمد جدید با انباشت و خرید

برای بخش سلامت، معیارهای اضافی که برای ارزیابی گزینه‌های درآمد مهم هستند، این است که آیا منابع مالی جدید در هماهنگی با سایر وظایف تأمین مالی سلامت (انباشت و خرید) هستند و همچنین اینکه آیا منابع مالی جدید پایه درآمد پایدار و قابل پیش‌بینی را فراهم می‌کنند. مهمتر از همه این است که منابع درآمد چندگانه را بتوان با هم جمع کرده و به صورت انعطاف‌پذیر برای استراتژی‌های خرید موثر استفاده نمود. کشورهای با درآمد پایین و متوسط زیادی درآمد مالیاتی را به عنوان منبع درآمد جدیدی برای بخش سلامت انتخاب کرده‌اند؛ زیرا آنها می‌توانند در ردیف‌های غیربودجه‌ای جمع‌آوری شوند و از محدودیت‌های سیستم‌های بودجه دولتی که مانع اثربخشی انباشت و خرید

می‌شوند جلوگیری شود (کاتزین، کاشین و جاکاب، ۲۰۱۰). در کشورهای دیگر سهم حقوق و دستمزد اختصاص یافته بخش‌های رسمی به بیمه سلامت، موانع انباشت را ایجاد کرده است (مایده و همکاران، ۲۰۱۴). منابع غیردولتی درآمد، مانند پرداخت از جیب و طرح‌های بیمه اجتماعی یا طرح‌های داوطلبانه بیمه خصوصی نه تنها ناعادلانه هستند، بلکه از هم گسیختگی را در هر دو کارکرد انباشت و خرید سیستم تأمین مالی سلامت ملی بوجود می‌آورند.

ثبات و قابل پیش‌بینی بودن بودجه، به ویژه برای حمایت از کارکرد خرید راهبردی مهم است. خریدار سلامت باید بتواند قراردادهای را با ارائه‌دهندگان منعقد کرده و میزان پرداخت پایدار را تنظیم کند تا ارائه‌دهندگان بتوانند خدمات و الزامات مورد نیاز خود را برنامه‌ریزی کنند. هنگامی که جریان‌های تأمین مالی به صورت سالانه دچار تغییرات زیادی شده یا به طور نامنظم پرداخت می‌شوند، خریداران نمی‌توانند در مورد قراردادهای قابل اعتماد و میزان پرداخت مذاکره کنند، همچنین ممکن است ارائه‌دهندگان را با افزایش بدهی مواجه کرده یا مطالبات را با فاصله زمانی زیاد از ارائه خدمات پرداخت کنند.

درآمد و مالیات اختصاص یافته

در فرآیند سالانه تنظیم سقف بودجه و عدم اطمینانی که برای بودجه سلامت ایجاد می‌شود، تعدادی از بخش‌های سلامت از یک مالیات خاص یا سهم درآمد دولتی برای سلامت حمایت می‌کنند. اختصاص دادن تمام یا بخشی از مجموع درآمدی، درآمد حاصل از یک مالیات یا گروه مالیاتی را از درآمد کلی جدا کرده و آن را برای یک هدف تعیین شده کنار می‌گذارد. مالیات‌های مشخص می‌توانند فرم‌های مختلفی از جمله مالیات برای کالاهای خاصی، مالیات بر پرداخت‌های اختصاص یافته یا سهم ثابت از درآمد کل اختصاص داده شده برای یک هدف مشخص داشته باشند. اختصاص دادن کل درآمد از یک مالیات یا بخشی از آن به سلامتی یا اختصاص سهم خاصی از درآمد گاهی اوقات به عنوان راهی برای محافظت یا "تسریع" درآمد دولتی اختصاص یافته به بخش سلامت به شمار می‌رود، در نتیجه افزایش یا حداقل سطح آن حفظ شود. مخالفان اختصاص دادن

استدلال می‌کنند که این موضوع محدودیت‌های را در سیاست مالی ایجاد می‌نماید که انعطاف‌پذیری و احتمالاً کارایی تخصیصی را کاهش می‌دهد (تاندون و کاشین، ۲۰۱۰). کشورها زیادی برای تأمین مالی قسمتی از بخش سلامت به مالیات مشخصی تکیه می‌کنند، هرچند شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه وابستگی کلی به مالیات‌های مشخص شده در حال کاهش است (مایده و همکاران، ۲۰۱۴). مالیات بر حقوق و دستمزد اختصاصی می‌تواند ناکارایی در اقتصاد را با انحراف تصمیمات بازار کار ایجاد کند. به عنوان مثال، کشورهای با درآمد بالا مانند فرانسه و ژاپن در تلاش هستند تا میزان مالیات بر درآمد مشخص را کاهش دهند که نه تنها منجر به مشکلات بازار کار می‌شوند بلکه درآمد کافی را با توجه به جمعیت سنی در دراز مدت ایجاد نمی‌کنند (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). کشورهای که دارای بخش غیررسمی بزرگ مانند تایلند هستند، گسترش مالیات تنها از طریق مالیات بر درآمد مشکل بوده و مجبور شده‌اند از طریق گسترش درآمد عمومی، برای سلامت تخصیص بودجه ایجاد کنند. اختصاص بخشی از مالیات در حال گسترش مانند مالیات بر ارزش افزوده همانطور که در غنا و شیلی انجام می‌شود، از تحریف بازار کار جلوگیری می‌کند، اما ممکن است با اضافه شدن انعطاف‌ناپذیری بودجه، ناکارآمدی تخصیصی را ایجاد کند

افزایش مالیات به طور خاص بر کالاهایی که بر سلامت تاثیر منفی می‌گذارند، به طور عمده دخانیات و الکل (که به عنوان مالیات گناه نیز شناخته می‌شوند) می‌تواند درآمدهایی مشخصی را برای بخش سلامت بوجود آورد و به عنوان ابزاری برای ارتقای بهداشت عمومی عمل کرده و مصرف کالاهای با تأثیر منفی بر سلامت را کاهش دهد. علاوه بر این، مالیات بر الکل و دخانیات می‌تواند با تعدیل اثرات خارجی ناشی از کالاهای مصرفی مربوطه بر کارایی موثر باشند، زیرا مصرف الکل و دخانیات هزینه‌های جامعه را بیش از هزینه‌های فرد مصرف‌کننده، ایجاد می‌کنند. حتی اگر مالیات آنها به طور مشخص برای سلامت نباشند، مالیات‌های بالاتر می‌توانند مصرف را کاهش داده و پیامدهای منفی سلامت را کاهش دهند و احتمالاً تقاضای خدمات سلامت را نیز کنترل کند که برای همه مردم سودمند است (تاندون و کاشین، ۲۰۱۰).

بحث بر علیه "مالیات بر گناه" اغلب بر مبنای عدالت صورت می گیرد، زیرا این مالیات ممکن است زمانی که مصرف در میان فقرا متمرکز شود، پسرورنده باشد. تجزیه و تحلیل مزایا همراه با پیش بینی های واقعی میزان درآمد که می تواند تولید شود مورد نیاز است. با افزایش مالیات ها، ممکن است بسته به کشش تقاضا برای این کالاها، مصرف نیز به میزان قابل توجهی کاهش یابد و درآمد کل به طور واقعی با سقوط مواجه شود. افزایش نرخ مالیات بر الکل و دخانیات همچنین ممکن است سبب افزایش قاچاق و مصرف محصولات با کیفیت پایین و حتی بالقوه خطرناک شود.

شواهد تجربی کمی برای حمایت از اثرات مثبت بالقوه مالیات مشخص از نظر درآمد برای سلامتی یا عواقب منفی احتمالی مربوط به عدم انعطاف بودجه و ناکارآمدی وجود دارد. برخی مطالعات تجربی نشان می دهد که در حالی که اختصاص دادن مالیات در کل

کادر ۴,۳ منبع جدید درآمد سلامت، بودجه قبلی سلامت

دولت در قزاقستان را حذف کرد

در سال ۱۹۹۶ دولت قزاقستان یک سیستم بیمه سلامت اجباری را برای تولید درآمد جدید برای بخش سلامت معرفی کرد. سیستم بیمه سلامت با مالیات جدید سه درصد به صندوق بیمه سلامت اجباری اختصاص یافته و توسط کارگران، افراد مستقل (خودکار) و بیکاران ثبت نشده، پرداخت می گردید. کمک های مالی از بودجه های محلی برای جمعیت معاف شده به عمل می آمد. با این حال، به دلیل ناکامی های عملیاتی و همچنین عدم افزایش مصارف سلامت دولت، سیستم تنها پس از سه سال لغو شد. در حالیکه این سیستم در حال اجرا بود، کل مصارف سلامت دولتی در قزاقستان از ۳/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۵ به ۱,۵ درصد از تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۸ (سالی که سیستم لغو شد) کاهش یافت.

منبع: شیمان و همکاران. ۲۰۱۰

می‌تواند هزینه‌های دولت را افزایش دهد، اما هزینه‌های برنامه هدف به طور خودکار افزایش نمی‌یابد (کراولی و هوفر ۲۰۱۲). اثربخشی اختصاص مالیات یا درآمد برای سلامت به نظر می‌رسد به افزایش بودجه عمومی یا بهبود ثبات آن کمک نماید (مایده و همکاران، ۲۰۱۴). در برخی موارد، در صورتی که درآمد اختصاصی بیشتر از کاهش در سایر بخش‌های بودجه باشد تخصیص منابع می‌تواند هزینه‌های برنامه هدف را کاهش دهد (کادر ۴،۳).

منابع درآمد نوآورانه

جامعه بین‌المللی تلاش‌هایی را برای کشف منابع ابتکاری تأمین مالی بخش‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط افزایش داده است و نمونه‌های بیشتری از منابع مالی نوآورانه داخلی نیز در حال ظهور است. نیروهای سطح بالای جهانی در زمینه تأمین مالی بین‌المللی برای نظام‌های سلامت، طیف وسیعی از گزینه‌ها را برای تکمیل تأمین مالی دوجانبه سنتی (نیروی تأمین مالی بین‌المللی نظام‌های سلامت ۲۰۰۹) مورد بررسی قرار دادند. سازمان جهانی بهداشت نیز تحلیلی از گزینه‌های نوآورانه درآمد از منابع ملی و توان بالقوه آنها برای افزایش درآمد ارائه داد (جدول ۴،۱). بر اساس این تحلیل، مالیات‌بندی بر شرکت‌های بزرگ سودآور و معاملات ارزی بیشترین پتانسیل را برای کمک به درآمدهای قابل توجه در بخش سلامت دارد. تاثیرات بالقوه بر کارایی و عدالت بایستی براساس بسترهای مربوط هر کشور مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

جدول ۴،۲ منابع و سوالات کلیدی ارزیابی گزینه‌هایی منابع مالی در راستای ایجاد درآمد دولت برای سلامت را خلاصه می‌کند.

▼ جدول ۴,۱ منابع داخلی نوآورانه درآمدی و برآورد پتانسیل افزایش درآمد

گزینه	پتانسیل افزایش درآمد
مالیات بر شرکت‌های بزرگ و سودآور	متوسط - بالا
مالیات بر معاملات ارزی	متوسط - بالا
اوراق قرضه دیاسپورا	متوسط
مالیات معاملات مالی	متوسط
مشارکت داوطلبانه تلفن همراه	متوسط
مالیات غیرمستقیم دخانیات	متوسط
مالیات غیرمستقیم بر کالاهای غیربهداشتی	پایین - متوسط
فروش محصولات یا خدمات انحصاری	پایین
مالیات گردشگری	

منبع: متناسب با WHO ۲۰۱۰.

درک نقاط ضعف و قوت منابع مالی جایگزین در راستای ایجاد درآمد دولت برای سلامت

سوالات کلیدی

- * کدام منابع جدید درآمد، تأمین مالی اضافی را در کارآمدترین و عادلانه‌ترین روش برای نظام سلامت ایجاد کرده و کمترین مشکلات مالی و اقتصاد کلان باخود دارد؟
- * کدام منابع درآمد جدید در سیاست اقتصاد کلان و مالی فعلی قابل قبول خواهد بود؟
- * کدام یک از این منابع درآمد بالقوه از لحاظ اداری و سیاسی امکان‌پذیر است؟
- * کدام منابع درآمد جدید می‌تواند بدون صرفه‌جویی در مخارج سلامت دولت تأمین مالی اضافی را ایجاد کند؟
- * چه رابطه‌ای بین این منابع تأمین مالی و سایر وظایف تأمین مالی سلامت همچون انباشت و خرید وجود دارد؟

منابع

سیاست‌های مالی برای سیاست‌گذاران سلامت

<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/03/19487496/fiscal-policy-health-policy-makers>

این مقاله اصول اساسی تشکیل دهنده سیاست‌های مالی را خلاصه کرده است. این اصول شامل تصمیمات مربوط به وظایف دولت، مصارف آن و تأمین مالی مخارجی که بر رشد اقتصادی، اشتغال، تورم و رفاه اقتصادی تأثیر می‌گذارد. کاربردهای خاص سیاست‌های مالی در بخش سلامت مورد بحث قرار گرفته است

تجزیه و تحلیل برآورد مزایا

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPSIA/0,,contentMDK:20472485~menuPK:1108016~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:490130~isCURL:Y~isCURL:Y~isCURL:Y,00.html>

تجزیه و تحلیل مزایا، توزیع منافع خدمات عمومی را در سراسر گروه‌های جمعیتی برآورد نموده و اثرات رفاهی مخارج دولت روی گروه‌های مختلف مردم و یا خانواده‌های انفرادی را توصیف می‌کند. این کار با ترکیب اطلاعات قیمت واحد ارائه این خدمات (بدست آمده از دولت یا داده ارائه دهندگان خدمات) با اطلاعات استفاده‌کننده از این خدمات (به دست آمده از یک نظرسنجی از نمونه‌ای خانواده‌ها) انجام می‌شود.

فرصت‌های مناسب برای هماهنگ کردن مصارف سلامت با اهداف نظام سلامت

سوالات کلیدی

سوالات کلیدی زیر جهت شناسایی فرصت‌هایی هماهنگی مصارف سلامت با اهداف نظام سلامت است:

رفع چه محدودیت‌هایی در سیستم مدیریت تأمین مالی عمومی فعلی می‌تواند به بهبود انباشت و خرید برای بهتر نمودن مصارف مستقیم سلامت با اهداف نظام سلامت کمک کند

* تا چه اندازه سطح و رویکرد تمرکززدایی مالی، بانی حمایت یا مانع انباشت وجوه مالی، بازتوزیع و یارانه‌های متقاطع سلامت می‌شود؟

* چه تعداد انباشت مالی متفاوت در بخش سلامت (در سراسر مناطق جغرافیایی و سطوح اداری، منابع درآمد مختلف و خریدارهای مختلف) وجود دارد؟

* آیا مکانیزم‌هایی برای تجمیع و بازتوزیع منابع مالی سلامت در مناطق جغرافیایی، سطوح اداری و منابع درآمد متفاوت وجود دارد؟

* تا چه حد می‌توان تهیه، پرداخت و حسابداری بودجه بخش سلامت را بر اساس جمعیت، برنامه‌ها و اولویت خدمات به جای ورودی‌ها انجام داد؟

* آیا امکان استفاده از وجوه مالی سلامت دولتی به صورت انعطاف‌پذیری برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت براساس خروجی‌ها یا سایر راهبردهای خرید وجود دارد؟
* چه شاخص‌های پاسخگویی برای اطمینان از استفاده مؤثر وجوه مالی برای اولویت‌های

جمعیت، برنامه‌ها و خدمات وجود دارد؟

درآمد بیشتر برای بخش سلامت، در صورتی که با اهداف خاصی نظیر بهبود دسترسی به خدمات اولویت‌دار، تقویت کیفیت مراقبت، بهبود عدالت و حمایت مالی نباشد، کمکی به دستیابی اهداف پوشش جهانی سلامت نمی‌کند. برای برآورد اهداف پوشش جهانی، نه تنها میزان مصارف سلامت دولت مهم است، بلکه به همین صورت نحوه هزینه‌کرد و جریان این پول در سیستم نیز که با اولویت‌های مربوطه هماهنگ و هم‌جهت باشد مهم است.

بودجه‌بندی برای سلامت به جهت تنوع نیازهای سلامت در طول زمان و مناطق جغرافیایی متفاوت چالش‌های خاصی دارد و بهره‌برداری و هزینه‌های خدمات تحت تأثیر تصمیمات کارکنان نظام سلامت و انتخاب‌های مردم است. این به این معنی است که دولت همیشه از نوع خدمات در حال خرید به وسیله منابع بودجه اطلاع کامل ندارد و امکان دارد انعطاف‌پذیری لازم را برای صرف وجوه مالی در مکان و زمان مناسب برای خرید خدمات مورد نیاز را نداشته باشد.

در راستای تطابق بهتر تأمین مالی سلامت با اولویت‌های جمعیتی، برنامه‌ها و خدمات، کشورهای زیادی اصلاحات انباشت و خرید را طوری انجام داده‌اند که امکان انتقال وجوه مالی به بیشترین نیاز جمعیتی فراهم گردد و انگیزه برای ایجاد کارایی و کیفیت را بوجود آورد. با این حال، فرآیند بودجه‌بندی بخش عمومی اغلب با ساختار ویژه و منحصر به فرد بخش سلامت یا اصلاحات انباشت و خرید (جدول ۵،۱) سازگار نیست. بخش مهمی از گفت‌وگوی سیاست‌های تأمین مالی سلامت، شناسایی مناطقی است که می‌توان وجوه مالی موجود را به طور موثرتر برای اهداف بخش سلامت مورد استفاده قرار داد و محدودیت‌هایی سیستم مدیریت مالی عمومی مورد توجه قرار گیرند. این بخش بر این نکته تمرکز دارد که ساختار سازمانی افزایش درآمد، عدم تمرکز مالی، و قوانین مدیریت مالی عمومی بر گزینه‌ها و کارایی انباشت و خرید تأثیر می‌گذارد.

از آنجا که جزئیات فنی کارکردهای تأمین مالی سلامت در جای دیگر به صورت مشروح آمده است در این قسمت بحث نشده است. (گوترت و اسکایر ۲۰۰۶؛ لانگن برونر، کاشین، و 'دوقرتی ۲۰۰۹؛ کوتزین، کاشین، و جاکاب ۲۰۱۰؛ صندوق بین‌المللی پول ۲۰۱۱).

فرصت‌های بهبود انباشت

ارائه پوشش همگانی سلامت و حمایت مالی از مردم به صورت کلی نیازمند مقدار قابل توجهی از کمک مالی متقاطع، هم از ثروتمندان به فقرا و هم از افراد کم‌خطر از نظر بیماری (برای مثال جوانان) به افراد با خطر بالاتر (برای مثال سالمندان) می‌باشد. آنچه مهم است توافق جمعی بر تعهد به بازتوزیع و کمک مالی متقاطع است، اما مکانیسم مربوطه نیز مورد نیاز است (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). انباشت منابع تأمین مالی و مشارکت مردم امکان بازتوزیع وجوه مالی را از افراد با توانایی پرداخت بیشتر و نیاز کمتر به پوشش خدمات ضروری به افراد با توانایی به پرداخت کمتر و نیازهای بالاتر را فراهم می‌کند. انباشت بخش مهمی از گفتگوهای سیاست تأمین مالی سلامت است؛ از آنجا که تعدادی از اقدامات انجام شده توسط وزارتخانه‌های دارایی و دیگر بخش‌های دولت، به ویژه تمرکززدایی مالی، پیامدهای مهمی برای بازتوزیع منابع مالی سلامت عمومی دارد.

محدودیت‌هایی انباشت بهتر در سیستم تأمین مالی عمومی فعلی می‌تواند ناشی از تعدادی از منابع، از جمله موارد زیر باشد:

- * تمرکززدایی مالی که مسئولیت تولید درآمد و پاسخگویی به هزینه را به سطوح پایین اداری با بازتوزیع محدود درآمد اختصاص می‌دهد
- * انباشت جداگانه برای منابع مختلف درآمد (به عنوان مثال، مالیات بر حقوق و درآمد عمومی)
- * انباشت جداگانه برای طرح‌ها یا برنامه‌های مختلف بیمه سلامت عمومی یا خصوصی
- * بخش‌های از بودجه سلامت، مانند حقوق و دستمزد کارکنان، به طور مستقیم توسط وزارت دارایی و یا خزانه‌داری تعیین و پرداخت می‌شود.

انباشت در سراسر مناطق جغرافیایی و سطوح اداری با

تمرکززدایی مالی

اهداف سیاسی زیادی برای تمرکززدایی مالی وجود دارد، اما این اهداف لزوماً در بخش‌های مختلف یکسان نیستند. در سلامت، برخی از اهداف تمرکززدایی ممکن

▼ جدول ۵,۱ چالش‌های معمول در نظام مدیریت تأمین مالی عمومی جهت تطابق تأمین مالی سلامت با اهداف

چالش‌های مدیریت تأمین مالی عمومی	کارکرد مدیریت تأمین مالی عمومی	موقعیت اجرایی	کارکرد تأمین مالی سلامت
پیش‌بینی درآمد ضعیف	پیش‌بینی درآمد	منابع کافی و پایدار برای رسیدن به اهداف مشخص	جمع‌آوری درآمد
نحوه تعیین سقف بودجه بخش دولتی، تعهدات سیاسی در سطح / منبع تأمین وجه مالی، اهداف بخش یا برنامه‌های راهبردی و عملیاتی را نشان نمی‌دهد	فرمول‌بندی بودجه		
چون شمولیت بودجه واقع بینانه نیست، منجر به تنظیمات خاص می‌شود			
عدم تمرکز مالی به معنای نداشتن مکانیسم/مجوز انتقال جابجایی جوه مالی بین بودجه‌ها در سطوح اداری مختلف	فرمول‌بندی بودجه	مکانیسم تجمع و بازتوزیع منابع وجوه مالی	انباشت
فرآیندهای فرمول‌بندی مختلف و تمهیدات انباشت برای جریان‌های مختلف درآمد (به عنوان مثال، بیمه سلامت اجتماعی)			
مشکلات تطابق سلامت با اولویت‌بندی‌های مختلف، زمانی که بودجه‌ها بر اساس ورودی طبقه‌بندی شکل گرفته و پرداخت می‌شود.	اجرای بودجه (پرداخت به ارائه کننده خدمت)	مجوز خرید خدمات برای جمعیت (بسته‌های مزایا، خدمات ضروری و غیره)	خرید
تعداد خروجی‌ها به تسهیلات مربوطه قابل پیش‌بینی نیست، بنابراین به جای تسهیلات نیازمند برنامه هستیم.		بودجه پایدار و قابل پیش‌بینی برای ورود به قرارداد با ارائه دهندگان	
بودجه عملیاتی عمدتاً توسط حقوق مصرف می‌شود		انعطاف‌پذیری برای پرداخت با توجه به خروجی، فعالیت یا عملکرد	
تنظیمات مختلف خرید و حسابداری جریان‌های مختلف درآمد (مثلاً بودجه سلامت، SHI)			

است با اهداف عدالت گستری و حمایت مالی در یک بخش که در سراسر جمعیت و داخل جمعیت در طول زمان نیازهای بسیار متفاوتی در مصارف دارند در تعارض باشد (کوستافونت ۲۰۱۲). در سیستم‌های همچون انگلستان جمع‌آوری درآمد عمدتاً متمرکز است، اما درجات اختیارات مخارج در زیرمجموعه متفاوت است؛ تأمین منابع مالی سلامت در سطح ملی انباشت می‌گردد، سپس به لحاظ جغرافیایی با استفاده از سازوکار فرمول تخصیص مبتنی بر نیاز بازتوزیع می‌گردد (انگلستان دپارتمان سلامت ۲۰۱۱). در دانمارک هشت درصد مالیات بر درآمد ملی به سلامت اختصاص داده شده و توسط دولت مرکزی جمع‌آوری (انباشت) می‌گردد و سپس از طریق فرمول سرانه تعدیل شده با ریسک و مواردی از پرداخت مبتنی بر فعالیت به پنج منطقه و ۹۸ شهرداری بازتوزیع می‌شود (ورانگ بک ۲۰۱۰). با استفاده از این رویکرد به عدم تمرکز مالی در بخش سلامت، مزایای تعیین اولویت‌های محلی می‌تواند با مزایای عدالت در یک سطح بالاتر تجمیع گردد، اگر چه همیشه این طور نیست (کوستافونت ۲۰۱۲). به خصوص هنگامی که عدم تمرکز مالی با تخصیص مبتنی بر فرمول با یک بودجه‌بندی و فرآیند تخصیص منابع جایگزین می‌شود که الگوهای مخارج تاریخی را که عمدتاً به دلایل دیگری غیر از نیاز و عدالت به وجود می‌آیند، حفظ می‌کند؛ می‌تواند بهبود یابد (بوسرت و همکاران ۲۰۰۳). در کشورهای با درجه بالایی از عدم تمرکز مالی، افزایش درآمد دولت و تنظیم اولویت در هزینه‌ها بدون یک مکانیزم مبتنی عدالت برای بازتوزیع، انباشت بیشتر از هم گسیخته شده، و اغلب بر عدالت و حفاظت مالی اثرات منفی دارد (کادر ۵,۱).

انباشت از طریق منابع درآمد چندگانه

یک مانع رایج برای انباشت موثر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط عدم تجمیع درآمد ناشی از مالیات عمومی و سایر منابع مالی در بخش سلامت است. در این سیستم‌ها، جمع‌آوری و استفاده از درآمد مالیات از طریق سیستم بودجه نشان داده می‌شود و عمدتاً به عنوان یارانه‌های عرضه به منظور حفظ زیرساخت تحویل خدمات سلامت پرداخت می‌شود. سایر منابع درآمد ممکن

کادر ۵,۱. تمرکزگرایی مجدد نسبی مالی برای حفظ انباشت

وجوه مالی سلامت در جمهوری قرقیزستان

در اوایل دوره گذار پس از فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی، در جمهوری قرقیزستان، تمرکززدایی مالی در مقیاس وسیع صورت گرفت. عدم تمرکز در پاسخ به تقاضای قوی از سوی سیاستمداران محلی همگام با افزایش تمایل در سطح مرکزی برای کنترل بودجه بیشتر آغاز شد تا با توجه فروپاشی اقتصادی و انقباض شدید در بخش منابع عمومی نسبت به بودجه مسئولیت پذیرتر باشند. دولت‌های محلی از عمل به تعهدات بودجه‌ای خود در بخش سلامت ناتوان بودند، بنابراین، بخشی از اختیارات بودجه مجدداً متمرکز شد و در قالب کمک‌های مالی به سطح محلی اختصاص و برگشت داده شد.

منبع: چاکبروتی و همکاران. ۲۰۱۰

است در صندوق غیر بودجه‌ای مانند یک بیمه دولتی انباشت شوند و به عنوان جبران خدمات پرداخت شوند. در تعدادی از کشورها این عدم تجمع منابع به این دلیل کاهش می‌یابد که درآمدهای مالیاتی عمومی به جای حمایت از ورودی‌ها به طور فزاینده‌ای به صورت یارانه برای پوشش افراد و جبران خدمات انجام می‌شود.

برخی از کشورها دارای طرح‌های پوشش چندگانه یا بیمه‌گری هستند که وجوه مالی را به طور جداگانه جمع‌آوری و انباشت می‌کنند. این موارد اغلب نیاز به ساز و کارهای بازتوزیع برای دستیابی به عدالت و حمایت مالی دارد. در آلمان، به عنوان مثال، سیستم بیمه سلامت ملی شامل بیش از ۱۳۰ طرح رقابتی و یا "وجوه بیماری" است. حفظ عدالت و بازتوزیع در بین همه صندوق‌های بیماری نیازمند تنظیمات مستمر در بین همه واحدهای انباشت از طریق انواع مکانیزم گوناگون است (پایین را ببینید).

مکانیسم‌های موجود بازتخصیص منابع مالی در راستای بهبود

انباشت

در غیاب یک صندوق ملی واحد برای تأمین مالی سلامت، مکانیزم‌های انتقال بین سطوح ادارات دولتی، بین دولت و خریدارهای سلامت دولتی و در همه برنامه‌های مختلف بیمه، اهرم‌های کلیدی در سیستم مدیریت مالی عمومی برای بهبود انباشت هستند. مکانیسم‌های انتقال عبارتند از قوانین مدیریت مالی عمومی که به وجوه مالی اجازه حرکت در بین همه موسسات را می‌دهد و فرمول‌های فنی که آنها را مطلع کند. قوانین تدوین بودجه، اجرا و حسابداری بر نحوه جریان وجوه در بخش سلامت که مکانیزم موجود برای انتقال وجوه و انباشت را دیکته می‌کند موثر است. فرمول مورد استفاده برای بازتوزیع وجوه مالی مبتنی بر تجزیه و تحلیل بسیار فنی است که منعکس کننده نیازها و اولویت‌های سیاسی است.

دست‌یابی به بازتوزیع منابع درآمد متعدد، اغلب نیاز به فرمول‌ها و مکانیزم‌های پیچیده‌ای می‌باشد. برای مثال در آلمان، عدم تعادل درآمد و هزینه در همه صندوق‌های سلامتی که به جمعیت‌های با خطرات متفاوت ارائه خدمت می‌کردند بوجود آمد. در اصلاحات سال ۲۰۰۹ وجوه مالی همه صندوق‌ها در یک صندوق جدید جمع‌آوری و انباشت شد و پس از آن وجوه مالی مربوطه براساس فرمول سرانه تعدیل شده با ریسک، بازتوزیع گردید (بوس و استوک ۲۰۱۰).

تعدادی از کشورها به وسیله استاندارد کردن جنبه‌های کلیدی سیستم و یارانه متقاطع یا ادغام صندوق‌ها به یارانه متقاطع موثر بین صندوق‌های متعدد دست یافته‌اند. ژاپن از طریق استانداردسازی موثر جنبه‌های از سیستم و یک سری از نقل و انتقال بین ایالتی، انباشت چندین هزار طرح بیمه را به صورت موثری در سیستم بیمه سلامت ملی خود بهبود داده است؛ در حالی که فرانسه برنامه‌های انواع بیمه‌ها را به تدریج در سه صندوق ادغام کرده است (کادر ۲، ۵).

در برخی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، موارد اداری، سیاسی و فنی

کادر ۵,۲ یارانه متقاطع موثر با برنامه‌های چندگانه بیمه در

ژاپن و فرانسه

ژاپن و فرانسه به وسیله استاندارد کردن جنبه‌های کلیدی سیستم و یارانه متقاطع یا ادغام صندوق‌ها به یارانه متقاطع موثر بین صندوق‌های متعدد دست یافته‌اند. ژاپن با استفاده از ترکیبی از مزایای استاندارد و پرداخت به ارائه دهنده در همه برنامه‌ها، نه تنها انتقال بین دولتی را ممکن ساخته، بلکه انتقال بین برنامه‌های سلامت در سطح ثانویه را نیز ایجاد کرده است. به عنوان نتیجه، برنامه‌های بیمه شرکت‌های بزرگ به صورت واقعی حدود ۴۰ درصد از حق بیمه را به طور مستقیم به صندوق مراقبت از افراد مسن در خطر که توسط دولت مدیریت می‌شود پرداخت می‌کنند. این منابع از یارانه‌های درآمد عمومی است که در سطح بالا به این برنامه‌ها انتقال می‌یابد. با این حال، یارانه‌ی متقاطع کامل نبوده و در نرخ حق بیمه چند پارچگی وجود دارد؛ همچنین برنامه‌هایی وجود دارند که قادر هستند برای افراد ثروتمند نیز حق بیمه به نرخ‌های پایین‌تر ارائه دهند. از سوی دیگر، فرانسه چند برنامه موجود را طوری در صندوق‌های بزرگتر ادغام کرده است که بیش از ۸۰ درصد از جمعیت تحت پوشش دربر گرفته است (ساختار عمومی).

منبع: میدا و همکاران. ۲۰۱۴

مانع بازتوزیع منابع مالی در میان صندوق‌های مجری برنامه‌ها و طرح‌های بیمه‌ای متعدد می‌باشند؛ این کشورها تلاش کرده‌اند تا بازتوزیع و عدالت را با ادغام برنامه‌های چندگانه بهبود بخشند، اما به دلیل پابرجا بودن چالش‌های ادغام، نتایج به گونه‌ای مبهم بوده‌اند (کادر ۵,۳).

منابع و سوالات کلیدی برای درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود انباشت در جدول ۵,۲ منابع و سوالات کلیدی درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود انباشت خلاصه شده است.

کادر ۵,۳ ادغام طرح‌های بیمه‌ای چندگانه یا برنامه‌های بهبود

انباشت

ترکیه چندین برنامه بیمه‌های خود را یکپارچه کرده و به ادغام یا یکپارچگی و یارانه‌ی متقاطع در بسیار سطح بالای دست یافته است (اتون و همکاران، ۲۰۱۳). سیستم پوشش همگانی غنا با طرح‌های متقاطع در سطح منطقه آغاز شد و با طرح ملی بیمه سلامت ادغام شد. طرح ملی بیمه سلامت به طور موثر منابع مالی را برای پوشش جمعیت هدف در سراسر مناطق توزیع کرده است. فرآیند ادغام صندوق طرح ملی بیمه سلامت تا حد زیادی توسط این واقعیت که بیش از ۷۰ درصد از درآمد آن از یک بخش اختصاص داده شده از مالیات عمومی (مالیات بر ارزش افزوده) می‌آید و این که بیشتر درآمد آن در یک صندوق خارج از بودجه (صندوق بیمه ملی سلامت) نگه داشته می‌شود تسهیل شد. از سوی دیگر، ویتنام، برنامه‌های متعدد خود، از جمله برنامه بخش رسمی و برنامه پوشش سلامت برای فقرا (HCP^۱) را، بدون انباشت درآمد موثر برای گروه‌های مختلف بیمه شده ادغام کرده است. بنابراین اگرچه تمام ذینفعان تحت پوشش همان ساختار سازمانی و مدیریت خریدار یعنی تأمین اجتماعی ویتنام (VSS^۲) قرار می‌گیرند، اما درآمد موجود برای پوشش خدمات در همه گروه‌های ذینفع بسیار نابرابر است (سوماناتان، داو و تین ۲۰۱۳).

در پرو قانون بیمه همگانی سلامت یک چارچوب ساختارمند را برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت از طریق یک فرایند ادغام هماهنگ نهادی از برنامه‌های بیمه سلامت جامع و ESSALUD در سال ۲۰۱۰، ایجاد کرد؛ اما ادغام واقعی متوقف شده و تعهد سازمانی به ادغام نهادی کامل نیز نامشخص بود. در نهایت، اندونزی آخرین کشوری بود که در راستای تلاش برای دستیابی به عدالت و کارایی و اعمال فشار نهایی برای دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت اقدام به ادغام برنامه‌های متعدد کرد. این برنامه‌ها در سال ۲۰۱۴ در یک سیستم ملی ادغام شدند. بایستی منتظر بود که آیا ادغام به طور مستمر ادامه خواهد یافت و منجر به بازتوزیع و عدالت بهتر خواهد شد؟

منبع: میدا و همکاران. ۲۰۱۴

درک فرصت‌ها و محدودیت‌ها بهبود انباشت
سوالات کلیدی
<p>منابع و سوالات کلیدی برای درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود انباشت در جدول ۵،۲ منابع و سوالات کلیدی درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود انباشت خلاصه شده است.</p> <p>* طبیعت مالی و میزان تمرکززدایی آن چیست و چه فرصت‌ها و محدودیت‌های برای بهبود انباشت خلق می‌کند؟</p> <p>* انباشت در چه تعداد از صندوق‌های بخش سلامت (در سراسر مناطق جغرافیایی و سطوح اداری، منابع درآمدی و خریداران مختلف) وجود دارد؟</p> <p>* چه مقدار نابرابری در بین صندوق‌ها از لحاظ میزان مشارکت، مزایا و هزینه برای پوشش هر بیمه‌شده وجود دارد؟</p> <p>* آیا مکانیزم‌هایی برای جمع‌آوری و بازتوزیع منابع مالی سلامت در بین مناطق جغرافیایی، سطوح اداری و منابع درآمدی مختلف وجود دارد؟</p> <p>* عناصر کلیدی فرمول‌های بازتخصیص ضروری کدام‌ها هستند؟</p>

منابع

شاخص‌های تمرکززدایی مالی بانک جهانی

<http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/fiscalindicators.htm>

شاخص‌های تمرکززدایی بانک جهانی از آمار مالی دولتی صندوق بین‌المللی پول (GFS) گرفته شده است که داده‌های مربوط به متغیرهای مالی را با تعاریف ثابت در بین کشورها و سال‌های مختلف ارائه می‌دهد. آمارهای مالی دولت شامل بیش از ۵۰ متغیر است که در سطح ملی و استانی پراکنده‌اند.

کمیته‌های خاص ارزیابی سازمانی بهبود و تقویت تأمین مالی سلامت سازمان جهانی بهداشت (OASIS^۲)

www.who.int/health_financing/tools/systems_review/en

دپارتمان تأمین مالی نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، چارچوب و رویکرد تحلیلی را تدوین نموده که می‌تواند برای بررسی ساختارمند نظام تأمین مالی از جمله ارزیابی عملکرد تأمین مالی سلامت راهنمای کمکی باشد. چارچوب OASIS شامل مدلی برای ارزیابی نحوه انباشت است.

فرصت‌های برای بهبود خرید

خرید سلامت به نحوه تخصیص منابع مالی به ارائه دهندگان خدمات سلامت، جهت خدمات تعهد شده به مردم (به عنوان مثال، بسته‌های مزایا و خدمات ضروری) اشاره دارد. هنگامی که خدمات سلامت با منابع دولتی خریداری می‌شود، در واقع اجرای بخشی از بودجه می‌باشد. خرید سلامت زمانی خرید راهبردی است که خریدار فعالانه برای تأثیر بر هزینه خدمات، کیفیت و نحوه تحویل آنها سیاست‌گذاری می‌کند (نگاه کنید به "خرید راهبردی برای کارایی و ارزش پول" که در ادامه می‌آید)

خرید راهبردی سلامت نیازمند قدرت اداری برای تصمیم‌گیری سازمانی بوده و ورود به قراردادهای خرید راهبردی با ارائه‌دهندگان خدمات، لازمه انعطاف‌پذیری در تخصیص بودجه برای پرداخت به خروجی و پیامدها و همچنین سیستم اطلاعات طراحی و پیاده‌سازی سازوکار خرید راهبردی می‌باشد (فونزولیدا و همکاران ۲۰۱۰). یک خریدار بزرگ یا خریدار چندگانه که تحت مجموعه قوانین و مقررات یکپارچه‌ای عمل می‌کند، می‌تواند بر نحوه استفاده از منابع سلامت و ارائه دهندگان خدمات تأثیر بگذارد. نظام‌های با انباشت پراکنده، معمولاً خریداران را نیز متفرق کرده و به شدت قدرت این اهرم را برای تطابق منابع با اولویت‌های بخش سلامت تضعیف می‌کند. در کشورهایی با یک یا چند خریدار بزرگ که کل جمعیت را پوشش می‌دهند، با توجه به انعطاف‌پذیری که جهت اختصاص منابع مالی به پرداخت خدمات، به جای ورودی‌ها دارند؛ همچنین با توجه به ظرفیت فنی بالا و سیستم‌های اطلاعات پیچیده مربوطه، قدرت شکل دادن به نحوه استفاده از منابع سراسری بخش سلامت می‌تواند عمیق و قابل توجه باشد

علاوه بر این که پراکندگی انباشت‌ها، قدرت خریدار را محدود می‌کند، مدیریت تأمین مالی عمومی نیز قواعد حاکم بر چگونگی شکل‌گیری بودجه، پرداخت و حسابداری سلامت را ایجاد نموده و خریداران را در تعدادی از کشورها با محدودیت مواجه می‌کند. به ویژه، مدیریت تأمین مالی عمومی قواعدی را مطرح می‌کند که

بودجه‌ها را براساس ورودی‌ها تخصیص می‌دهند و توانایی خریداران را برای تنظیم بودجه با اولویت‌های خدمات دچار محدودیت می‌کند.

برای وزارت دارایی اغلب راحت‌ترین راه آزاد کردن منابع مالی با استفاده از آیت‌های مبتنی بر ورودی به جای آزاد کردن منابع مالی با استفاده از انعطاف‌پذیری است. این موضوع به ویژه در مواردی که سیستم نظارت بر بودجه ضعیف می‌باشد چشمگیر است. هنگامی که تاخیر در انتقال وجوه و تنظیمات سالانه بودجه وجود دارد. نحوه اجرای بودجه، موضوعات غیرقابل پیش‌بینی و ناکارآمدی را ایجاد می‌کند. در برخی مواقع ممکن است محدودیت‌های مدیریت تأمین مالی عمومی را از طریق تغییرات در نحوه شکل‌گیری، اجرا و حسابداری بودجه مورد بحث قرار دهیم. برای مثال، برنامه بودجه‌ریزی، که بودجه را به جای موارد اداری و ورودی‌ها، براساس اهداف و فعالیت‌های مرتبط سازماندهی می‌کند، انعطاف‌پذیری در تخصیص و استفاده از منابع را افزایش داده و پرداخت مبتنی بر خروجی‌ها را به ارائه‌دهندگان خدمات، عملی‌تر می‌سازد. در تعدادی از کشورها، این تغییرات دشوار است و برای دستیابی به اهداف مربوطه یا بایستی جریان‌های منابع مالی جایگزین خارج از بودجه (برای مثال صندوق‌های جدید بیمه) ایجاد کرد یا از طریق برنامه‌های خاص (به عنوان مثال برنامه‌های تأمین مالی مبتنی بر نتایج¹ (RBF) آن را امکان‌پذیر ساخت. برای مثال، در جمهوری‌های آسیای مرکزی، انعطاف‌ناپذیری سیستم مدیریت تأمین مالی عمومی و خزانه‌داری، پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طریق سیستم‌های پیام‌محور را مشکل کرده است.

علاوه بر این، در بودجه سنتی خطی، در مواقع کاهش بودجه سلامت در سال بعد به جای سرمایه‌گذاری مجدد هر دستاورد کارآمدی برای ارتقاء و بهینه‌سازی از طریق منطقی نمودن عرضه در سیستم ارائه خدمات به دست می‌آید. یک سازمان جدید خریدار خدمت، اجازه تأمین بودجه از خارج خزانه‌داری را فراهم نموده و از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار است. حتی زمانی که خریداران جدید برای دور زدن قوانین سفت و

1. results-based financing

سخت مدیریت تأمین مالی عمومی تشکیل شده‌اند، بیشتر وجوه عمومی برای سلامت هنوز هم به طور معمول از بودجه سراسری به دست می‌آید و مهم است که انتقال از بودجه به خریداران سلامت به موقع، کامل و انعطاف‌پذیر باشد.

هدف از گفت‌وگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت بایستی شناسایی موانع موثر

کادر ۵،۸ محدودیت‌های بودجه خطی برای بهبود خرید راهبردی سلامت در مغولستان

قبل از مدل متمرکز سماشکو، سیستم تحویل سلامت در مغولستان اکثراً دولتی بود که به صورت سلسله‌مراتبی سازماندهی شده بود و پرداخت به مراکز سلامت با استفاده از ورودی‌ها و مبتنی بر بودجه خطی از طریق مالیات سراسری تأمین مالی می‌گردید. مغولستان از این مدل تأمین مالی و ارائه خدمات خارج شد. اگرچه وزارت بهداشت همچنان به تأمین مالی بیشتر خدمات عمومی سلامت ادامه می‌دهد

موسسات با استفاده از بودجه‌های خط تاریخی و مراکز سلامتی، به وسیله مدل سرانه انعطاف‌پذیر برای ارائه مراقبت‌های اولیه پایه پرداخت می‌شوند. سازمان بیمه سلامت اجتماعی خدمات بستری را با استفاده از یک نظام پرداخت مبتنی بر مورد و براساس گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRGs) خرید می‌کند. حتی با وجود معرفی برخی از نظام‌های پیامد محور، خرید راهبردی سلامت از طریق قانون بوجه توسط مدیریت سختگیرانه مستمر در تمام بودجه عمومی محدود شده است و همه پرداخت‌های به ارائه‌دهنده خدمت هنوز هم براساس آیت‌های خطی ورودی محور، توزیع و محاسبه می‌گردند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت که در خصوص ارزیابی نظام پرداخت به ارائه‌کننده مصاحبه شدند، ادعا کردند که محدودیت‌های بودجه خطی، نسبت به کمبود بودجه‌ای که دریافت می‌کردند مانع بزرگتری برای کارایی و کیفیت در مراقبت سلامت هستند.

منبع: کاشین و همکاران. ۲۰۱۵

درک فرصت‌ها و محدودیت‌ها برای بهبود خرید راهبردی

سوالات کلیدی

- * به چه میزان توسعه، پرداخت و حسابداری بودجه بخش سلامت را به جای ورودی‌ها می‌توان بر اساس اولویت‌های جمعیت، برنامه‌ها و خدمات قرار داد؟
- * آیا خریدار جدای از ارائه دهنده مراقبت با اقتدار سازمانی تصمیم به خرید راهبردی می‌گیرد؟
- * چه تغییراتی در قوانین مدیریت تأمین مالی عمومی لازم است تا به کارگیری نظام پرداخت پیامدمحور برای ارائه‌دهندگان خدمات مجاز باشد؟
- * آیا خریدار دسترسی به نظام‌های اطلاعاتی مناسب برای طراحی و پیاده‌سازی راه‌های خرید راهبردی دارد؟
- * چه معیارهای پاسخگویی را می‌توان قرار داد، برای تأمین اطمینان از این که بودجه‌ها به طور مؤثر برای اولویت‌ها (جمعیت‌ها، برنامه‌ها و خدمات) مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

منابع

کادر ابزاری برای وزارتخانه‌های بهداشت جهت انجام کار موثرتر با وزارتخانه‌های دارایی

<https://www.hfgproject.org/new-toolkit-ministries-health-work-effectively-ministries-finance/> (Kanthor and Erickson 2013; Todini 2013.)

دستورالعمل‌ها بانک جهانی برای طراحی و پیاده‌سازی نظام‌های پرداخت به ارائه دهنده خدمات

<http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-7815-1>

دستورالعمل‌ها، راهنمای گام به گامی برای طراحی و پیاده‌سازی یک نظام پرداخت سرانه جهت مراقبت‌های اولیه، پرداخت مبتنی بر مورد جهت خدمات بستری و بودجه گلوبال برای پرداخت به بیمارستان‌ها را فراهم نموده است. این کتابچه‌ها همچنین به نظام‌های پشتیبانی کننده همچون نظام‌های اطلاعات و صدور صورت حساب می‌پردازند.

قیمت‌گذاری خدمات سلامت برای پرداخت به ارائه‌کننده خدمت: یک کتابچه راهنمای عملی

<http://www.jointlearningnetwork.org/resources/coosting-manual-tool-kit>

این کتابچه راهنما که توسط شبکه آموزش مشترک برای پوشش همگانی سلامت (JLN) تدوین یافته، راهنمایی‌های فنی و نمونه‌های عملی برای برنامه‌ریزی و اجرای تمرین هزینه‌گذاری جهت پرداخت به ارائه‌کننده خدمات سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط را فراهم می‌کند. این راهنما، دستورالعمل‌های گام به گامی برای طراحی یک تمرین هزینه‌گذاری، ایجاد ابزار جمع‌آوری داده‌ها، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های هزینه و استفاده از نتایج برای ایجاد سیاست پرداخت به ارائه دهنده خدمت و تنظیم میزان پرداخت را فراهم می‌کند.

بر خرید راهبردی ناشی از فقدان اقتدار سازمانی برای تصمیم‌گیری جهت خرید راهبردی، انعطاف‌ناپذیری سیستم مدیریت تأمین مالی عمومی و مشکلات نظام‌های پیامد محور برای پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، عدم کفایت نظام‌های اطلاعات و از هم گسیختگی قدرت خرید باشد. علاوه بر این، خریداران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت گاهی ادعا می‌کنند که در صورتی بودجه به طور کامل و به موقع منتقل شده و قابل انعطاف باشد می‌توانند در چارچوب اعتبارات موجود عمل کنند، (کادر ۵,۴). گفتگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت بایستی همچنین این موانع بسیار عملی (و احتمالاً قابل حل) موثر بر خرید راهبردی سلامت را نشان دهند.

سوالات و منابع کلیدی برای درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود خرید راهبردی جدول ۵,۳ خلاصه‌ای از سوالات و منابع کلیدی برای درک فرصت‌ها و محدودیت‌های بهبود خرید راهبردی است.

پایداری مالی الگوی های مصارف جاری سلامت و دستاوردهای بالقوه بهره‌وری

سوالات کلیدی

آنچه در ادامه خواهد آمد سوالات کلیدی برای ارزیابی پایداری مالی الگوی های مصارف جاری سلامت و دستاوردهای بالقوه بهره‌وری می‌باشد:

چه مقدار اهداف بخش سلامت با خلق ارزش برای پول و بدون ایجاد هزینه اضافی قابل دستیابی است؟

* آیا در نظام سلامت یا سازمان‌های زیرمجموعه، همچون سازمان ملی بیمه سلامت، هزینه‌ها به طور منظم از درآمدها پیشی می‌گیرد؟

* آیا دستاوردهای کارآمدی وجود دارد که راه استفاده بهتر از منابع مالی موجود را نشان دهند و مانع از هزینه‌های غیرمولد شوند؟

* چه سرمایه‌گذاری‌های سازمانی برای رسیدگی به ناکارآمدی‌های اصلی در کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت مورد نیاز است؟

* چه انگیزه‌های در سطوح مختلف سازمان برای تولید دستاوردهای کارآمد وجود دارد و کدام موسسات دستاوردهای کارآمد اقدامات مختلف را به کارگیری می‌کنند؟

همه کشورها برای دستیابی یا حفظ پوشش همگانی با محدودیت منابع روبرو هستند، بنابراین مدیریت کارآمد مصارف برای به حداکثر رساندن میزان بودجه موجود در سطح پوشش حیاتی است. کشورها در مراحل مختلف پوشش همگانی سلامت با چالش‌های مختلف مدیریت مخارج مواجه هستند. در مراحل اولیه، کشورها بر منابع بیشتری در سیستم تمرکز کرده و مصارف عمومی را افزایش می‌دهند. با این حال تقاضای هزینه تقریباً همیشه پدیدار می‌شود، به طوری که گسترش پوشش و پایداری مالی قریب به یقین همیشه جای نگرانی می‌باشند (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). پایداری مالی نظام سلامت به این معنی است که نبایستی هزینه‌ها به طور منظم از درآمدها پیشی گیرد؛ و "تعهدات"، "پایان باز" برای نظام به طور کلی و همچنین در زیرمجموعه، مانند سازمان ملی بیمه سلامت، محدود است. پایداری مالی محدودیتی است که تحت آن پوشش همگانی سلامت باید مدیریت شود (تومپسون و همکاران، ۲۰۰۹). این موضوع نیازمند هر دوی منابع پایدار و متنوع و اقدامات صریح برای مدیریت هزینه‌ها در سیستم است.

اگر هزینه‌ها مدیریت نشوند و به طور مرتب بر منابع درآمدی پیشی گیرند، کشورها می‌توانند هزینه‌های خود را با تنظیم مجدد اولویت‌های بودجه دولتی، افزایش مالیات، برگشت مقیاس پوشش (بطور صریح یا ضمنی) یا بدهی بدهند. از این رو، کشورهایی که فشار هزینه‌ها را کنترل می‌کنند، پیامدهای نه تنها برای پایداری مالی، بلکه برای توسعه و پایداری پوشش نیز دارند. یافتن تعادل مناسب در سیاست‌های حاوی هزینه‌ها (حتی مصارف سراسری ممکن است نیازمند افزایش باشند) بدون کاهش پوشش یک چالش مداوم است که نیاز به همکاری نزدیک بین وزارت بهداشت و وزارت امور مالی دارد (میدا و همکاران، ۲۰۱۴).

بخش درآمدی پایداری مالی در بخش‌های قبلی مورد توجه قرار گرفت. با این حال، افزایش هزینه‌های عمومی بخش سلامت، اگر میزان بهره‌وری مصارف کم باشد، ممکن است بر نتایج سلامت تاثیر معنی‌داری نداشته باشد. در این بخش، هزینه‌های سلامت از منظر پایداری مالی یا متعادل‌سازی قیمت و فشار هزینه‌ها با منابع موجود و برای دستیابی به کارایی و ارزش بیشتر برای پول مورد بررسی قرار می‌گیرد. منابع ناکارآمد بسیاری در مصارف سلامت و رشد غیرمولد هزینه به دلیل تصمیمات داخل

بخش سلامت وجود دارد، که بعضی اوقات پایداری مالی نظام سلامت و یا سازمان‌های زیرمجموعه، مانند برنامه‌های بیمه ملی سلامت را تهدید می‌کند. نظام‌های سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط با چالش‌های دوگانه افزایش مصارف و برآورده نمودن اهداف سیستم‌های سلامت ایالتی روبرو هستند، در حالی که در همان زمان بایستی رشد هزینه‌های مازاد در بخش‌های غیرمرتبط با اهداف بخش سلامت و با کمترین کارآمدی را مدیریت کنند. مدیریت هزینه‌ها بسیار مهم است، زیرا صرف محدود کردن هزینه‌ها، پوشش همگانی را کاهش خواهد داد. کشورهایی که موفق به مدیریت رشد مخارج در نظام سلامت خود، بدون کاهش پوشش همگانی شده‌اند، از روش‌های کنترل و خرید راهبردی استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، سیاست‌هایی که از نظام‌های پرداخت راهبردی حمایت می‌کنند یا فرصت‌های مناسبی برای مذاکره در خصوص قیمت داروها و در بحث هدفمندی یارانه‌ها فراهم می‌نمایند، می‌توانند سیاست‌های انتخابی خوبی برای افزایش پوشش همگانی، آزادسازی منابع برای فراهم آوردن دسترسی بیشتر به خدمات با کیفیت‌تر و افزایش حفاظت از خطر مالی باشند (میدا و همکاران، ۲۰۱۴).

بنابراین، گفتگو بین وزارت بهداشت و وزارت دارایی باید به استفاده از سیاست‌ها و اهرم‌های سازمانی موثرتر به منظور اطمینان از این که رشد هزینه‌ها در راستای دستیابی به اهداف مرتبط است، تمرکز داشته باشد. وزارت دارایی همچنین نیازمند تحلیلی دقیق برای نشان دادن نحوه مدیریت هزینه و دستاوردهای کارآمد به دست آمده با رویکردهای مختلف می‌باشد. یک مسئله کلیدی برای گفتگو این است که چگونه میزان بهره‌وری در سیستم مورد استفاده قرار می‌گیرد، مثلاً آیا صرفه‌جویی در هزینه‌های مربوطه مجدداً به نظام سلامت اضافه می‌شود یا در حوزه‌های دیگر بودجه دولت جذب می‌شود؟

اهداف و سقف هزینه

برخی کشورها به طور جدی به وسیله مذاکره یا اعمال محدودیت‌های هزینه در سطوح مختلف سیستم، از جمله کل نظام، سیستم‌های زیرمجموعه، منطقه جغرافیایی یا ارائه دهنده خدمات، نظم مالی را رعایت می‌کنند. این روش به طور فزاینده‌ای در کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در حال استفاده است. برای مثال، دانمارک،

برای هزینه‌های سلامت دولت در سطح ملی سقف گذاشته است و سوئد سقف بودجه را در سطح منطقه و شهرداری‌ها اعمال می‌کند. آلمان طی مذاکرات مربوطه سقف بودجه را در همه بخش‌های مختلف سلامت، مانند سقف سراسری بودجه برای کل پزشکان سیار و سقف تجویزی (ابتدا در سطح کلی، سپس در سطح پزشک) به اجرا می‌گذارد.

فرانسه و ژاپن هزینه‌های خود را در سطح اهداف کلی مصارف سلامت مدیریت می‌کنند. فرانسه هزینه‌های مربوط به اهداف مصارف را در طول سال (کادر ۶،۱) رصد می‌کند؛ و ژاپن در صورت افزایش میزان مصرف کلی، نرخ‌های پرداخت را کاهش می‌دهد. سقف بودجه در مراکز سلامت برای بیمارستان‌های عمومی در استرالیا استفاده می‌شود و پزشکان عمومی برای ارائه مراقبت‌های اولیه در انگلیس سرانه بودجه دریافت می‌کنند. هر دو طرح UC تایلند و سازمان تأمین اجتماعی ترکیه نیز در سطح ارائه دهنده خدمت سقف را اعمال می‌کنند.

در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، وزارت بهداشت و وزارت دارایی به طور معمول اهداف مصارف را منطبق بر سقف بودجه بخش سلامت تعیین می‌کنند. این مسائل محور گفتگوی سیاسی در مورد چگونگی تنظیم اهداف هزینه در سطوح سازمان‌های زیرمجموعه و نحوه اجرای آنها است. به عنوان مثال، هزینه‌های سلامت در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط به جای سلامت عمومی و مراقبت‌های اولیه اغلب صرف مصارف درمانی سطح سوم می‌شوند. در هنگام مدیریت هزینه‌ها، با وجود کنترل مصارف سایر سطوح، ممکن است هزینه‌های سطح سوم همچنان رشد کند در حالی که صرف هزینه در این سطح از کارآمدترین روش استفاده از منابع برای دستیابی به اهداف نظام سلامت نمی‌باشد. همچنین، در حالی که بودجه ممکن است به شدت کنترل شود، مصارف در سیستم بیمه اجتماعی ممکن است برای مدیریت سخت‌تر باشد، به خصوص اگر پرداخت به ارائه دهندگان متکی به فی فور سرویس و بدون محدودیت باشد. در غنا، به عنوان مثال، در حالی که اجماع عمومی بر افزایش مصارف دولت برای سلامت تا رسیدن به اهداف سلامت و پوشش همگانی وجود دارد، رشد هزینه هر عضو در طرح ملی بیمه سلامت (NHIS^۱) ممکن است از لحاظ مالی ناپایدار گردد. (اسکیبر و همکاران، ۲۰۱۲)

1. National Health Insurance Scheme

کادر ۶،۱ اهداف هزینه و سیستم‌های هشدار اولیه در فرانسه

در فرانسه، بعد از ۲۰ سال کسری بودجه در سازمان بیمه ملی سلامت (NHI)، از طریق یک سری از اقدامات هماهنگ همچون ایجاد اهداف ملی مصارف سلامت شامل هدفک‌های برای مراقبت سرپایی و بیمارستان‌ها و نظارت نزدیک بر هزینه‌های از طریق گزارشات مستمر "کمیته هشدار" در طول سال به پارلمان شروع به کاهش هزینه‌ها نسبت به سال‌های قبل کردند. میزان رشد مصارف سلامت در فرانسه در حال حاضر، با کاهش از سطح ۷ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۳ درصد در سال، از سال ۲۰۱۰ بهتر کنترل می‌شود. با این حال، مشکل رفع نشده است، زیرا رکود اقتصادی فشار بیشتری بر درآمدهای بودجه ایجاد کرده است و فشار قیمت‌های جدید مانند طبقه‌بندی پزشکان عمومی به عنوان متخصص که به آنها امکان افزایش قیمت‌ها را در حدود ۱۰ درصد داده است منجر به افزایش بیش از پیش هزینه‌ها شده است (دوران-زالکسی ۲۰۱۰).

منبع: میدا و همکاران. ۲۰۱۴

خرید راهبردی برای خلق کارایی و ارزش پول

خرید استراتژیک و پرداخت به ارائه‌کننده خدمات راهبردهای کلیدی مدیریت هزینه در کشورهایی با پوشش همگانی سلامت هستند. رویکردهای جامع خرید راهبردی در برخی موارد نه تنها نتایج را برای مدیریت هزینه‌ها نشان می‌دهد بلکه همزمان سیستم را به سمت افزایش ارزش برای پول و افزایش پوشش همگانی سلامت سوق می‌دهد (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). راهبردهای خرید استراتژیک شامل نظام‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت جهت مدیریت و تحویل خدمات کارآمد (النگن برونر، کاشین، و دوقرتی ۲۰۰۹)، مذاکره قوی با تولیدکنندگان دارویی برای مدیریت هزینه‌های دارویی، و مشوق‌های محدود کردن خدمات پرهزینه است. خرید راهبردی می‌تواند به جای کاهش مزایا، "آجاره‌ها" یا تجمیع درآمدهای اضافی را برای گروه‌های علاقه‌مند، مانند ارائه‌دهندگان خدمات در سطح سوم و شرکت‌های دارویی، کاهش دهد. یک آژانس خریداری قوی با اهرم و ظرفیت مذاکره برای

کادر ۶,۲ قدرت خریدار بزرگ در تایلند

سازمان تأمین اجتماعی سلامت (NHSO) تنها خریدار سه چهارم جمعیت تایلند (یا حدود ۵۰ میلیون دینفع) در طرح پوشش همگانی است. بنابراین سازمان تأمین اجتماعی سلامت قدرت چانه‌زنی قابل توجهی دارد و با شرکت‌های داروسازی برای کاهش قیمت داروها، محصولات پزشکی و مداخلات مذاکره می‌کنند. به عنوان مثال، قیمت همودیالیز از ۶۷ \$ آمریکا به ۵۰ \$ در هر چرخه کاهش یافت (معادل ۱۷۰ میلیون \$ در سال صرفه‌جویی)، تجویز داروهای ژنریک، توزیع مناسب فن‌آوری‌های پزشکی و مداخله موثر پیشگیری (اداره تحقیقات سازمان بیمه سلامت، ۲۰۱۲)

منبع: میدا و همکاران، ۲۰۱۴

قیمت‌ها و شرایط پرداخت به ارائه‌کنندگان و تأمین‌کنندگان از طرف افراد تحت پوشش می‌تواند به مدیریت هزینه‌ها بدون کاهش پوشش کمک کند (کادر ۶,۲).

بخش مهمی از مدیریت هزینه و خرید راهبردی کنترل هزینه‌های دارویی است. مصارف دارویی معمولاً سهم زیادی هم از مصارف سیستم‌های پوشش همگانی سلامت و هم از مصارف پرداخت از جیب مردم را به خود اختصاص می‌دهد. برخی از گزینه‌های مطرح جهت مذاکره و مدیریت هزینه شامل قیمت‌گذاری مرجع و مقررات دیگر در غنا و فرانسه، تخفیف اجباری و مذاکرات با شرکت‌های داروسازی در تایلند و ترکیه و امتناع از پوشش داروهای با حداقل اثربخشی یا حداقل معیارهای مقرون به صرفه بودن در فرانسه و تایلند می‌باشند (میدا و همکاران، ۲۰۱۴).

در ژاپن، هزینه‌های دارویی، به جای کنترل از طریق مقررات نظارتی و یا مذاکره قوی با شرکت‌های داروسازی، از طریق کاهش قیمت‌های دارویی که از مسیر رقابت‌ها به دست می‌آیند کنترل می‌شوند (میدا و همکاران، ۲۰۱۴). بحث‌های بیشتر در مورد راهبردهای خرید استراتژیک در جاهای دیگر در دسترس هستند (فیگوراس، رابینسون، و جاکوبوسکی ۲۰۰۵؛ لانگین برونر، کاشین، و دوقرتی ۲۰۰۹؛ فوینزالییدا و همکاران ۲۰۱۰).

کنترل عرضه و تقاضا

علاوه بر اهداف و کنترل مصارف کلی نظام سلامت و سازمان‌های زیرمجموعه، برای مدیریت هزینه‌ها و خلق ارزش پول به وسیله مدیریت دسترسی به خدمات معین، در داخل و یا خارج از روش‌های خرید استراتژیک، نیازمند راهبردهای در سطح کوچکتر هستیم. کشورها گاهی اوقات سیاست‌های خاصی را جهت مدیریت عرضه و بهره‌برداری مستقیم در بخش‌های از نظام سلامت که بیشتر هزینه اثربخش هستند؛ از طریق راهبردهای پیشگیرانه مراقبت‌های اولیه (انگلستان، فرانسه، سوئد، سوئیس، تایلند و ترکیه) فهرست انتظار برای خدمات الکتیو (نیوزیلند)؛ و ارزیابی فناوری سلامت برای ایجاد معیارهایی مانند هزینه اثربخشی جهت پوشش خدمات اضافی (دانمارک، هلند، نیوزیلند و تایلند) انجام می‌دهند.

مدیریت هزینه‌های ناخواسته از طریق تمرکز بر مراقبت‌های اولیه، کارایی سیستم‌های پوشش همگانی سلامت در برزیل، تایلند و ترکیه را افزایش داده است. این کشورها بر روی مراقبت‌های اولیه به عنوان یک سیاست مدیریت هزینه به طور ضمنی یا صریح متمرکز شده‌اند. در حالی که تمرکز برزیل بر مراقبت‌های اولیه در سیستم پوشش همگانی سلامت آن شکل یک استراتژی مستتر مدیریت هزینه را داشت، تمرکز بر روی توسعه پوشش مراقبت‌های اولیه به عنوان یک سیاست مدیریت هزینه در تایلند و ترکیه یک تصمیم صریح و روشن بود (میدا و همکاران ۲۰۱۴ دفتر تحقیقات سازمان بیمه سلامت ۲۰۱۲). گرچه فرانسه و ژاپن در مراحل اولیه تمرکز کمتری بر مراقبت‌های اولیه داشتند، فرانسه در تلاش است تا نظام سلامت خود را به سمت مراقبت‌های اولیه و پیشگیری باز تعریف کند. برنامه‌های پیشگیرانه اخیر که تحت عنوان ایمن‌سازی و غربالگری سرطان معرفی شده‌اند در حال حاضر تحت پوشش بیمه هستند، اگرچه کل برنامه‌های بهداشت عمومی همچنان از طریق بودجه مستقیم تأمین مالی می‌شود. جدول ۶،۱. خلاصه‌ای از منابع و پرسش‌های کلیدی درک ارزیابی پایداری مالی الگوی‌های مصارف موجود و فرصت‌های دستیابی به کارایی را معرفی می‌کند.

ارزیابی پایداری مالی الگوی‌های مصارف موجود

سوالات کلیدی

- * آیا در نظام سلامت شما یا سازمان‌های زیرمجموعه آن مانند سازمان ملی بیمه سلامت، هزینه‌های به طور منظم از درآمدها پیشی می‌گیرد؟
- * آیا دستاوردهای کارآمدی که امکان استفاده بهتر از بودجه موجود و جلوگیری از هزینه‌های غیر ضروری را فراهم کند، وجود دارد؟
- * برای رفع ناکارآمدی‌های کلیدی در دوره‌های کوتاه، متوسط و بلند مدت، چه سرمایه‌گذاری لازم است؟
- * آیا مقدار صرفه‌جویی در هزینه و سود حاصل از کارایی که می‌تواند از این روش‌ها به دست آید برآورد شده است؟
- * چه انگیزه‌های در سطوح مختلف نظام سلامت برای ایجاد سودآوری کارآمد وجود دارد و کدام موسسات دستاوردهای کارآمد اقدامات مختلف را جذب می‌کنند؟

منابع

داده‌های کارآیی: یک ابزار ارزیابی کارایی استفاده از منابع نظام سلامت

<https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2014/10/04-Data-for-Efficiency-A-Tool-for-Assessing-Health-Systems-Resource-Use-Efficiency.pdf>

(Heredia-Ortiz 2013)

ارزیابی نظام‌های پرداخت به ارائه‌کننده خدمت سلامت: یک راهنمای عملی

برای کشورهای که در زمینه پوشش همگانی سلامت فعال هستند

<http://www.jointlearningnetwork.org/resources>

این راهنما که توسط شبکه آموزشی مشترک برای پوشش همگانی سلامت (JLN¹) ایجاد شده است، یک چارچوب نظام‌مند و فرآیند گام به گامی را برای یک کشور یا یک موسسه فراهم می‌نماید که به ارزیابی طراحی و اجرای نظام پرداخت فعلی و شناسایی موارد اصلاحی آن جهت دستیابی به اهداف نظام سلامت آنها کمک کند.

نتیجه گیری

مصارف سلامت دولت در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط برای دستیابی به اهداف اعلام شده حوزه سلامت، همچون پیگیری پوشش همگانی سلامت، نیازمند افزایش است. با توجه به واقعیت‌های کلان اقتصادی و مالیاتی در بسیاری از این کشورها، رشد مصارف سلامت دولت در کوتاه مدت و میان مدت محدود شده و گفت‌وگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت به عنوان یک رویکرد جامع تر حول این واقعیت‌ها می‌باشد. گفتگو در مورد سیاست‌های ساختاری تأمین مالی سلامت در راستای درک بهتر محدودیت‌ها و فرصت‌های هر دو طرف، افزایش سطح بودجه (سمت درآمد) و استفاده بهتر از بودجه برای رسیدن به اهداف بخش سلامت (سمت هزینه) با نگاهی عمیق تر به تخصیص بودجه‌های دولتی می‌پردازد. هنگامی که وزارتخانه‌های بهداشت و دارایی درک مشترکی از محدودیت‌های کلان اقتصادی و مالی داشته باشند، بحث‌ها می‌توانند به طور مولد بر استفاده از منابع در سلامت در موثرترین راه برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تمرکز کنند.

وزارتخانه‌های بهداشت برای دستیابی به اهداف، و برآوردهای واقع بینانه از منابع مورد نیاز، باید آماده باشند که در گفتگوهای سیاستی تأمین مالی با اهداف، استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی روشن وارد مذاکره شوند. آنها همچنین باید نشان دهند که اقتصاد کلان و مالی کشور و محدودیت‌هایی را که مقامات مرکزی بودجه دارند، درک می‌کنند. وزارتخانه‌های مالی باید از چالش‌های خاص بودجه‌ریزی بخش سلامت آگاهی داشته باشند و بویژه آنچه را که دولت برای مردمی خریداری می‌کند که علاوه بر دسترسی به خدمات سلامت، نیازمند حمایت مالی نیز هستند را درک کند. بودجه‌بندی برای سلامت از بودجه‌بندی برای بخش‌های دیگر متفاوت است، زیرا نیازهای سلامت در طول زمان و در مناطق جغرافیایی متفاوت است و بهره‌برداری و هزینه‌های خدمات تحت تأثیر تصمیم‌گیری‌های کارکنان نظام سلامت و انتخاب مردم است. این بدان معنی است که

دولت همیشه نمی‌داند که با بودجه سلامت خود چه چیزی را در برنامه "خرید" داشته باشد و ممکن است انعطاف‌پذیری لازم را برای دریافت منابع بودجه در مکان درست و در موقع مناسب برای خرید خدمات مورد نیاز وجود نداشته باشد.

بخشی از گفتگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت که اغلب نادیده گرفته می‌شوند، این است که چگونه می‌توان در نظام تأمین مالی سلامت استفاده بهتری را از پول انجام داد. مسیری را که بودجه‌های بخش سلامت در آن شکل گرفته اجرا شده و محاسبه می‌گردند، آزادی عمل کافی برای هماهنگی بهتر بین منابع عمومی سلامت و اولویت‌های بخش سلامت را فراهم می‌کند. اما وزارتخانه‌های مالی اغلب تمایلی به تغییر این نظام‌ها در راستای دور شدن از روش‌های سنتی که شمارش و محاسبات آنها مبتنی بر ورودی‌ها، ساختارها، کارکنان و تخت می‌باشد، ندارند. نظام‌های اطلاعاتی و ظرفیت ضعیف برای نظارت بر بودجه در بخش سلامت چالش‌های بیشتری را در افزایش انعطاف‌پذیری در استفاده از منابع بودجه ایجاد می‌کند. گفتگوهای سیاستی تأمین مالی سلامت فرصت‌های را برای انعطاف‌پذیری در تخصیص بودجه فراهم می‌کند (به عنوان مثال، دور شدن از کنترل‌های سخت مورد محور) در حالی که هنوز ضمانت پاسخگویی جهت استفاده از بودجه عمومی به صورت نتیجه محوری است. در نهایت برای پاسخگویی به استفاده از بودجه دولت، منابع بایستی در راستای اولویت‌های جمعیت، برنامه‌ها و خدمات و دستیابی به اهداف مرتبط بخش سلامت باشند. برای توسعه فرصت‌هایی ایجاد گفتگوی‌های سازنده سیاستی تأمین مالی سلامت، وزارتخانه‌های بهداشت باید برنامه‌های راهبردی را با برآورد هزینه واقعی داشته باشند، کارآیی بالقوه را اندازه‌گیری نموده و برای پاسخگویی در بخش سلامت متعهد به اهداف روشن و قابل اندازه‌گیری باشند. باید به فقر نظام‌های اطلاعاتی و نظارتی، ضعف ممیزی داخلی و خارجی بخش سلامت و ظرفیت ضعیف تهیه و مدیریت موجودی به عنوان بخشی از بهبود نظام تأمین مالی سلامت پرداخته شود. از سوی دیگر، وزارتخانه‌های مالی، باید الزامات منحصر به فرد بودجه سلامت و اهمیت ترتیبات انباشت و خرید خدمت برای هدایت منابع محدود عمومی به اولویت‌های جمعیتی، برنامه‌ها و خدمات را درک کنند. آنها باید به انعطاف‌پذیری در قوانین مدیریت تأمین مالی عمومی تمایل داشته باشند تا ضمن هدایت منابع مالی به اولویت‌های بخش سلامت هم زمان از امکان پاسخگویی نیز اطمینان حاصل شود.

- Abekah-Nkrumah, G., T. Dinklo, and J. Abor. 2009. "Financing the Health Sector in Ghana: A Review of the Budgetary Process." *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences* (17): 45–59.
- Akazili, J., B. Garshong, M. Aikins, J. Gyapong, and D. McIntyre. 2012. "Progressivity of Health Care Financing and Incidence of Service Benefits in Ghana." *Health Policy and Planning* 27 (Suppl 1): i13–22.
- Astolfi, R., L. Lorenzoni, and J. Oderkirk. 2012. *A Comparative Analysis of Health Forecasting Methods*. Paris: OECD.
- Atun, R., S. Aydin, S. Chakraborty, S. Sumer, M. Aran, I. Gurol, and R. Akdag. 2013. "Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity." *The Lancet* 382 (9886): 65–99.
- Benedek, D., Crivelli, E., Gupta, S., and Muthoora, P. 2012. *Foreign Aid and Revenue: Still a Crowding Out Effect?* Washington, DC: International Monetary Fund.
- Bi, X., P. Harimurti, A. C. Tandon, and J. Langenbrunner. 2013. *Fiscal Space for Universal Health Coverage in Indonesia: Lessons from Jamkesmas Financing*. Washington, DC: World Bank.
- Bossert, T., M. Chawla, D. Bowser, J. Beauvais, U. Giedion, J. Arbelaez, and A. Villan. 2000. *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America*. Washington, DC: LAC HSR.
- Bossert, T., O. Larranaga, U. Giedion, J. Arbelaez, and D. Bowser. 2003. "Decentralization and Equity of Resource Allocation: Evidence from Colombia and Chile." *Bulletin of the World Health Organization* 81 (2): 95–100.
- Busse, R., and S. Stock. 2010. "The German Health Care System. 2009." In *International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*, edited by T. C. Fund, 28–31. Washington, DC: The Commonwealth Fund.
- Calderon, C., and K. Schmidt-Hebbel. 2008. *Business Cycles and Fiscal Policies: The Role of Institutions and Financial Markets*. Santiago: Central Bank of Chile.
- Cashin, C., A. Ankhbayar, T. Tsilaajav, O. Nanzad, G. Jamsran, and A. Somnathan. 2015. "Assessment of Systems for Paying Health Care Providers in Mongolia: Implications for Equity, Efficiency, and Universal Health Coverage." Washington, DC: World Bank.

- Cashin, C., G. Schieber, and A. Micah. 2011. *Assessing the Prospects for Additional Fiscal Space for Health in Ghana*. Washington, DC: World Bank.
- Chakraborty, S., S. O'Dougherty, P. Panopoulou, M. Martin, and C. Cashin. 2010. "Aligning Public Expenditure and Financial Management with Health Financing Reforms." In *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, edited by J. Kutzin, C. Cashin, and M. Jakab, 268–98. Copenhagen: World Health Organization.
- Chevreur, K., I. Durand-Zaleski, S. Bahrami, C. Hernandez-Quevedo, and P. Mladovsky. 2010. *France: Health System Review*. Health Systems in Transition Series 12 (6). Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Costa-i-Font, J. 2012. *Fiscal Federalism and European Health System Decentralization: A Perspective*. London: London School of Economics and Political Science.
- Crowley, G., and A. Hoffer. 2012. "The Effects of Dedicating Tax Revenues." *Mercatus on Policy* 109 (June). Mercatus Center, George Mason University.
- Dabla-Norris, E., R. Allen, L. Zanna, T. Prakash, E. Kvintradze, V. Lledo, I. Yackovlev, and S. Gollwitzer. 2010. *Budget Institutions and Fiscal Performance in Low-Income Countries*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Durand-Zaleski, I. 2010. "The French Health Care System, 2009." In *International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States*, edited by T. C. Fund, 23–27. Washington, DC: The Commonwealth Fund.
- Fagernäs and Roberts. 2004. "Fiscal Impact of Aid: A Survey of Issues and Synthesis of Country Studies of Malawi, Uganda and Zambia." ESAU Working Paper 11. Overseas Development Institute, London.
- Farag, M., A. Nandakumar, S. Wallak, G. Gaumer, and D. Hodgkin. 2009. "Does Funding from Donors Displace Government Spending for Health in Developing Countries?" *Health Affairs* 28 (4): 1045–55.
- Figueras, J., R. Robinson, and E. Jakubowski, eds. 2005. *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Fleisher, L., A. Leive, and G. Schieber. 2013. *Taking Stock of Fiscal Health: Trends in Global, Regional, and Country Level Health Financing*. Washington, DC: World Bank.

- Francke, P. 2013. Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage. Washington, DC: World Bank.
- Fuchs, V. 1996. "What Every Philosopher Should Know about Health Economics." Proceedings of the American Philosophical Society 140 (2): 186–97.
- Fuenzalida, H., S. O'Dougherty, T. Evetovits, C. Cashin, G. Kacevicius, and M. McEuen. 2010. "Purchasing of Health Care Services." In *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, edited by J. Kutzin, C. Cashin, and M. Jakab, 155–86. Copenhagen: World Health Organization.
- Gillingham, R. 2014. *Fiscal Policy for Health Policy Makers*. Washington, DC: World Bank.
- Goldsborough, D. 2007. *Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries: Evidence and Agenda for Action*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Gottret, P., and G. Schieber. 2006. *Health Financing Revisited*. Washington, DC: World Bank.
- Gottret, P., G. Schieber, and H. Waters. 2008. *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries*. Washington, DC: World Bank.
- Gupta, S., G. Schwartz, S. Tareq, R. Allen, I. Adenauer, K. Fletcher, and D. Last. 2008. *Fiscal Management of Scaled-Up Aid*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Harimurti, P., E. Pambudi, A. Pigazzini, and A. Tandon. 2013. "The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor." World Bank/UNICO. Washington, DC.
- Health Insurance System Research Office. 2012. "Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the First 10 Years (2001–2010)." Nonthaburi, Thailand.
- Heller, P. 2006. "The Prospect of Creating 'Fiscal Space' for the Health Sector." *Health Policy and Planning* 21 (2): 75–79.
- Heredia-Ortiz, E. 2013. *Data for Efficiency: A Tool for Assessing Health Systems' Resource Use Efficiency*. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- IEG. 2008. *Climate Change and the World Bank Group. Phase I—An Evaluation of World Bank Win-Win Energy Policy Reform*. Washington, DC: World Bank Independent Evaluation Group (IEG).

3
2)

- IMF. 2006. IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets. Washington, DC: International Monetary Fund.
- . 2011a. Ghana: 2011 Article IV Consultation. Washington, DC: International Monetary Fund.
- . 2011b. Revenue Mobilization in Developing Countries. Washington, DC: International Monetary Fund.
- . 2011c. Revenue Mobilization in Developing Countries. Fiscal Affairs Department. Washington, DC: International Monetary Fund.
- . 2013. Energy Subsidy Reform: Lessons and Implications. Washington, DC: International Monetary Fund.
- . 2014. 2014 Article IV Consultation—Staff Report Ghana. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Jehu-Appiah, C., G. Aryeetey, E. Spaan, T. de Hoop, I. Agyepong, and R. Baltussen. 2011. "Equity Aspects of the National Health Insurance Scheme in Ghana: Who Is Enrolling, Who Is Not and Why?" *Social Science and Medicine* 72: 157–65.
- Kanthor, J., and C. Erickson. 2013. A Toolkit for Ministries of Health to Work More Effectively with Ministries of Finance. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Kenya, Ministry of Devolution and Planning. 2013. Comprehensive Public Expenditure Review. Nairobi: Government of Kenya.
- Kutzin, J. 2012. "Anything Goes on the Path to Universal Health Coverage? No." *Bulletin of the World Health Organization* 90: 867–68.
- Kutzin, J., C. Cashin, and M. Jakab. 2010. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition. Copenhagen: World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Langenbrunner, J., C. Cashin, and S. O'Dougherty. 2009. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals. Washington, DC: World Bank.
- Long, B., and J. Kanthor. 2013. Self-Assessment of Internal Control Health Sector: A Toolkit for Health Sector Managers. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Maeda, A., E. Araujo, C. Cashin, J. Harris, N. Ikegami, and M. Reich. 2014. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. Washington, DC: World Bank.
- McIntyre, D., and F. Meheus. 2014. Fiscal Space for Domestic Funding of Health

- and Other Social Services. Centre on Global Health Security Working Group Papers. London: Chatham House.
- National Team for the Acceleration of Poverty Reduction. 2015. "The Road to National Health Insurance (JKN)." Jakarta.
- Nguyen, H., Y. Rajkotia, and Hong Wang. 2011. "The Financial Protection Effect of Ghana National Health Insurance Scheme: Evidence from a Study in Two Rural Districts." *International Journal for Equity in Health* 10 (4).
- NHIA. 2012. Ghana National Health Insurance Authority Annual Report 2011. Accra.
- NHS England. 2013. 2012–13 Programme Budgeting Guidance. London: National Health Service England.
- Otoo, N., P. Marquez, K. Saleh, and C. Cashin. 2014. Japan–World Bank Partnership Program on Universal Health Coverage: Country Summary Report for Ghana. Washington, DC: World Bank.
- Ozaltin, A., and C. Cashin. 2014. Costing of Health Services for Provider Payment. Washington, DC: Joint Learning Network (JLN) for Universal Health Coverage.
- Rozner, S. 2013. Developing and Using Key Performance Indicators: A Toolkit for Health Sector Managers. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Schieber, G., C. Cashin, K. Saleh, and R. Lavado. 2012. Health Financing in Ghana. Washington, DC: World Bank.
- Sheiman, I., J. Langenbrunner, J. Kehler, C. Cashin, and J. Kutzin. 2010. "Sources of Funds and Revenue Collection: Reforms and Challenges." In *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, edited by J. Kutzin, C. Cashin, and M. Jakab, 85–118. Copenhagen: World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.
- Somanathan, A., H. Dao, and T. Tien. 2013. Integrating the Poor into Universal Health Coverage in Vietnam. Washington, DC: World Bank.
- Somanathan, A., A. Tandon, H. Dao, K. Hurt, and H. Fuenzalida-Puelma. 2014. Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam. Washington, DC: World Bank.
- Tandon, A., and C. Cashin. 2010. Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective. Washington, DC: World Bank.
- Tandon, A., L. Fleisher, R. Li, and W. Yap. 2014. Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs? Washington, DC: World Bank.

- Taskforce for Innovative International Financing of Health Systems. 2009. "More Money for Health, and More Health for the Money" (accessed January 2015), http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/taskforce_report_EN.pdf.
- Thompson, S., T. Foubister, J. Figueras, J. Kutzin, G. Permanand, and L. Bryndova. 2009. Addressing Financial Sustainability in Health Systems. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Todini, N. 2013. Guided Self-Assessment of Public Financial Management Performance (PFMP-SA): A Toolkit for Health Sector Managers. Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Uchimura, H., and J. Jutting. 2007. "Fiscal Decentralization, Chinese Style: Good for Health Outcomes?" OECD Development Centre Working Paper no. 264, Chiba, Japan.
- UK Department of Health. 2011. Resource Allocation: Weighted Capitation Formula. 7th ed. London: UK Department of Health.
- Velenyi, E., and M. Smitz. 2014. Cyclical Patterns in Government Health Expenditures between 1995 and 2010: Are Countries Graduating from the Procyclical Trap or Falling Back? Washington, DC: World Bank.
- Vrangbaek, K. 2010. "The Danish Health Care System, 2009." In International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States, edited by T. C. Fund, 16–18. Washington, DC: The Commonwealth Fund.
- WHO. 2010. The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: The World Health Organization.
- . 2013. Global Health Observatory Data Repository (accessed June 1, 2013), <http://apps.who.int/gho/data/view.main>.
- . 2015. Global Health Expenditure Database. The World Health Organization, Geneva, <http://apps.who.int/nha/database> (accessed May 15, 2015).
- WHO Bulletin. 2010. "Brazil's March toward Universal Health Coverage." Bulletin of the World Health Organization 88 (9): 641–716.
- World Bank. 2014. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank.
- . 2015. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank.

HEALTH FINANCING POLICY

THE MACROECONOMIC, FISCAL, AND PUBLIC FINANCE CONTEXT

حرکت جهانی به سمت پوشش همگانی سلامت با درخواست برای افزایش زیاد مصارف سلامت دولت همراه است. این امر، همراه با وضعیت اقتصادی جهانی و رکود اقتصادی در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، بحث و گفتگو در مورد تأمین مالی سلامت در چارچوب واقعیت‌های اقتصاد کلان و مالی را بیش از هر زمان دیگری مهم‌تر نشان می‌دهد. متأسفانه، غالباً تصمیمات اساسی مالی با حوزه سلامت هماهنگ نبوده و در غیاب درک صحیح از عواقب بالقوه برای بخش سلامت اتخاذ می‌شود.

هدف گفتگوی سازنده سیاست‌های تأمین مالی سلامت، دستیابی به درک مشترک بین رهبران بخش سلامت و مقامات بودجه مرکزی در مورد اهداف سیاستی نظام سلامت و منابع مورد نیاز برای دستیابی به این اهداف، مقدار اولویت سلامت در بودجه دولت و نحوه پاسخگویی بخش سلامت برای استفاده موثر از بودجه خواهد بود. وقتی وزارتخانه‌های سلامت و دارایی درک مشترکی از محدودیت‌های اقتصاد کلان و مالی داشته باشند، بحث‌ها می‌توانند به‌طور مفیدی بر استفاده از وجوه موجود در ردیف‌های بالقوه منابع سلامت به موثرترین روش برای دستیابی به اهداف نظام سلامت تمرکز کنند. سیاست‌های تأمین مالی سلامت، اجزای اصلی اقتصاد کلان، مالی و بافتار مدیریت تأمین مالی عمومی را تشریح می‌کند که باید برای بحث آگاهانه در مورد تأمین مالی سلامت در سطح کشور مورد توجه قرار گیرند. هر بخش از کتاب به اقدامات، منابع و ابزارهای تحلیلی اشاره دارد که برای کمک به پاسخگویی به این سوالات برای یک کشور خاص در دسترس است. سیاست‌های تأمین مالی سلامت از مطالعات موردی ۱۱ کشور در حال حرکت به سمت یا تداوم پوشش همگانی سلامت به‌عنوان بخشی از برنامه مشترک بانک جهانی و ژاپن و همچنین نمونه‌های از کشورهای دیگر در راستای پوشش همگانی سلامت حاصل شده است.

