

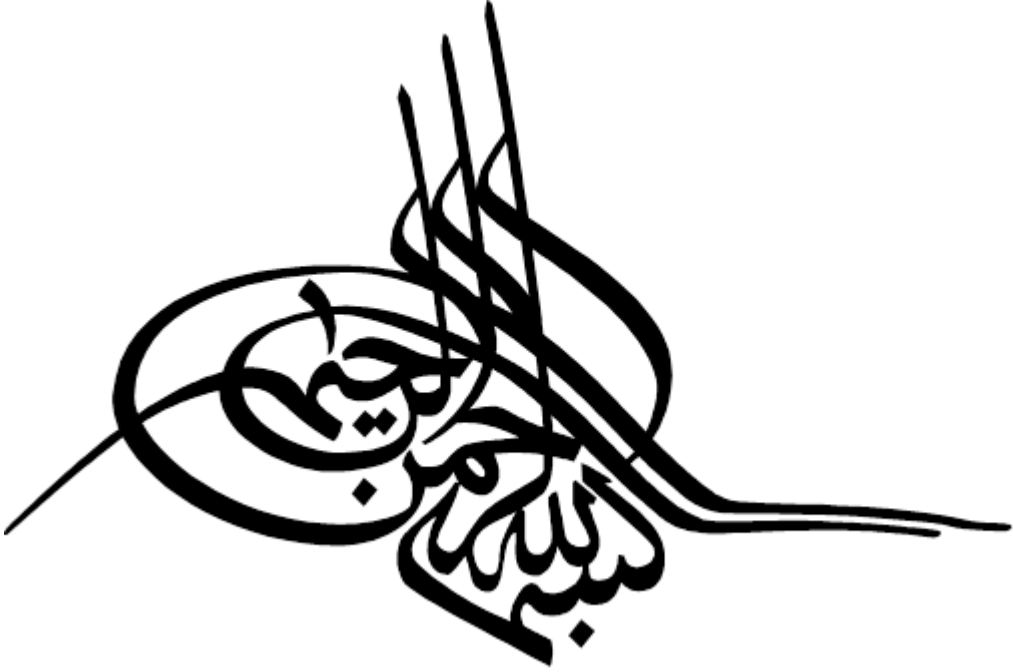
گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

مطالعه تطبیقی شیوه های توزیع منابع حمایتی دولتی در بخش سلامت به منظور اصلاح الگوی مصرفی خدمات

مدیر اجرایی طرح

دکتر سارا امامقلی پور

موسسه ملی تحقیقات سلامت



فهرست مطالب:

۸	چکیده
۱۰	فصل اول: بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح
۱۱	۱-۱ مقدمه
۱۶	۱-۲ بررسی متون
۱۹	۱-۳ اهداف و فرضیات پژوهش
۲۰	فصل دوم: مبانی نظری توزیع منابع حمایتی
۲۱	۲-۱ مقدمه
۲۲	۲-۲ مبانی نظری
۲۷	۲-۲-۱ مداخلات برای فراهم سازی دسترسی به خدمات درمانی
۲۸	۲-۲-۱-۱ مداخلات غیرمالی سمت تقاضا
۲۸	۲-۲-۱-۲ مداخلات مالی سمت تقاضا
۲۹	۲-۲-۱-۳ مداخلات غیرپولی سمت عرضه
۳۰	۲-۲-۱-۴ مداخلات مالی سمت عرضه
۳۱	۲-۳ اعطای یارانه های عمومی در بخش سلامت
۳۲	۲-۳-۱ سوبسیدهای سمت تقاضا در مقابل سوبسیدهای سمت عرضه
۴۳	۲-۳-۲ عوامل تاثیرگذار بر اثربخشی سوبسیدها
۴۴	۲-۴ انواع منابع حمایتی
۴۵	۲-۴-۱ وچر
۴۹	۲-۴-۲ پرداختهای انتقالی شرطی
۵۳	۲-۴-۳ هدفمندی یارانه های بهداشت و درمان
۵۴	۲-۴-۴ کارتهای هوشمند سلامت
۵۵	۲-۴-۵ معافیت پرداخت
۶۰	۲-۴-۶ تامین مالی مبتنی بر نتیجه
۶۰	۲-۴-۷ قرارداد با NGO ها
۶۲	۲-۵ نتایج اقدامات حمایتی
۶۲	۲-۵-۱ استفاده از خدمات سلامت
۶۳	۲-۵-۲ بهبود مراقبتهای سلامت

۶۹	۲-۶ هزینه های هدفمندی یارانه ها
۷۲	۲-۷ تجربیات کشورهای مورد مطالعه
۷۵	۲-۷-۱ کلمبیا
۸۲	۲-۷-۲ آفریقای مرکزی و غربی
۸۴	۲-۷-۳ مکزیک
۸۶	۲-۷-۴ برزیل
۸۶	۲-۷-۵ ارمنستان
۸۷	۲-۷-۶ هند
۹۳	۲-۷-۷ ترکیه
۹۹	۲-۷-۸ آرژانتین
۱۰۱	۲-۷-۹ شیلی
۱۰۲	۲-۷-۱۰ فیلیپین
۱۰۵	۲-۷-۱۱ کامبوج
۱۱۱	۲-۷-۱۲ گرجستان
۱۱۵	۲-۷-۱۳ اندونزی
۱۱۷	۲-۷-۱۴ تانزانیا
۱۱۹	۲-۷-۱۵ تونس
۱۲۲	فصل سوم: روش اجرا
۱۲۳	۳-۱ روش اجرا
۱۲۵	۳-۲ بررسی میزان و سهم منابع مالی دولتی تخصیص یافته بخش سلامت در کشورهای منتخب و روند آنها
۱۲۷	فصل چهارم: یافته ها
۱۲۵	۴-۱ سیاستهای حمایتی در بخش بهداشت و درمان کشورهای منتخب
۱۳۴	۴-۲ سیاستهای حمایتی در نظام سلامت ایران
۱۴۸	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۴۹	نتیجه گیری
۱۵۳	بحث
۱۵۶	فهرست منابع

فهرست جداول

- جدول (۱-۲): محدودیتهای دسترسی از جانب تقاضا و عرضه و باتوجه به ۴ بعد دسترسی ۲۶
- جدول (۲-۲): نمونه ای از برنامه وچر در کشورهای مختلف ۴۸
- جدول (۲-۳): گونه شناسی برنامه های پرداخت نقدی، اهداف و ذینفعان ۵۱
- جدول (۲-۴): انواع DSF ۵۶
- جدول (۲-۵): رژیمهای مختلف یارانه ای در کلمبیا ۷۹
- جدول شماره (۳-۱): کشورها و برنامههای حمایتی مراقبت از سلامت و میزان مخارج سلامت ۱۲۵
- جدول شماره (۴-۱): کشورها و برنامههای حمایتی مراقبت از سلامت و میزان مخارج سلامت ۱۲۸
- جدول (۴-۲): انواع برنامه های توزیع یارانه و روش اجرای آن در ایران ۱۳۵
- جدول (۴-۳): آثار هرکدام از انواع شیوه های توزیع منابع حمایتی در بخش بهداشت و درمان ۱۳۹

فهرست اشکال

- شکل (۲-۱): سه بعد مهم برای حرکت به سمت UHC ۲۳
- شکل (۲-۲) فرایند توزیع وچر ۴۶
- شکل (۲-۳): تاثیر اعطای وچر بر مطلوبیت افراد ۴۹

فهرست نمودارها

- نمودار (۱-۱): سهم مخارج عمومی بهداشت و درمان از کل مخارج دولتی ۱۵
- نمودار (۲-۱): درخت تصمیم برای سوبسیدهای سمت عرضه ۳۴
- نمودار (۲-۲): درخت تصمیم برای سوبسیدهای سمت تقاضا ۳۹
- نمودار (۲-۳): مبادله بین دقت و هزینه های هدفمندی ۴۳

چکیده

مقدمه: ارائه مطلوب خدمات در بخش سلامت نیازمند تخصیص منابع اعم از منابع مالی و انسانی است. با فرض منابع انسانی کافی، نحوه توزیع منابع مالی دولتی در سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا بخش خصوصی با هدف سودآوری و انتفاع، ممکن است به تنهایی قادر به تأمین خدمات بهداشتی و درمانی مناسب نباشد. حمایت های دولت در این بخش به صورت تأمین تجهیزات و دارو، کمک به واحدهای بهزیستی و بیمه ها، معافیت ها و تخفیف های مالیاتی، کمک به خانه های بهداشت روستایی و مشاوره، خدمات درمانی ارزان و یارانه ای و موارد مشابه صورت می گیرد. به بیان دیگر، دولت در بخش سلامت می تواند مستقیماً به ارائه مراقبت سلامت بپردازد یا به تأمین مالی سلامت کمک نماید. هر کدام از حمایت ها و کمک های دولت می تواند آثار متفاوتی بر بازار خدمات سلامت و رفتار ارائه دهندگان و مصرف کنندگان این نوع خدمات داشته باشد. با توجه به اهمیت کمیابی منابع، باید شیوه های تخصیص و توزیع آنها به نحوی باشد که خدمات سلامت با کمیت و کیفیت مناسب در دسترس متقاضیان قرار گیرد. با توجه به الزام برنامه پنجم توسعه کشور در جهت کاهش هزینه های پرداخت از جیب، افزایش سهم دولت در تأمین مخارج عمومی سلامت و تخصیص مناسب منابع دولتی در بخش سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا افزایش بازدهی این منابع به مفهوم ارائه مطلوبتر خدمات سلامت خواهد بود. گفتنی است در سال ۱۳۹۱، حدود ۱۵ درصد از کل مخارج دولت صرف مخارج عمومی سلامت شده است.

هدف ما در این مطالعه این است که از مقایسه روشهای مختلف تخصیص منابع حمایتی دولت در کشورهای مختلف، به آثار مثبت و منفی آنها بر ارائه خدمات سلامت پی برده و از تجربه های موفق دولتها برای ارائه مطلوب خدمات سلامت کشور استفاده نماییم. علاوه بر این، مطالعه حاضر به دنبال توزیع عادلانه منابع دولتی بین سازمانها و مراکز دولتی بهداشت و درمان، بین برنامه های سلامت، بین گروههای مختلف بیماران و نیز به دنبال تضمین منابع کافی برای برنامه های بهداشتی است.

روش اجرای طرح: این مطالعه از نوع مطالعات کیفی می باشد. روش مورد استفاده، جستجوی گسترده در منابع الکترونیک و پایگاههایی مانند PubMed، MEDLINE، EBSCO، Web of Science و سایت سازمانهای بین المللی مانند بانک جهانی (World Bank)، صندوق بین المللی پول (International Monetary Fund (IMF)، سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه (Organization of Economic Cooperation and Development (OECD)، سازمان جهانی بهداشت World Health Organization (WHO) و سایت وزارت بهداشت و گزارش های کشورهای منتخب می باشد.

کلید واژه هایی که برای جستجو به کار رفته اند شامل: Public financing, Subsidies in health sector, Government budget, Demand-side financing, demand side financing, supply side financing, supply-side

Resource Allocation .financing, Conditional cash transfers, governmental transfers, Vouchers
Financing and decision- و Health Services ، Resource Allocation in Public Health .Decisions
making in public health می‌باشند که برای بررسی اثرات نحوه توزیع منابع دولتی آنها را به همراه کلید واژه های
Consumer behavior و Efficiency استفاده کردیم.

جامعه آماری این مطالعه، کلیه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت است. با توجه به گزارشهای رسمی سازمان جهانی بهداشت،
در سال ۲۰۱۲ تعداد ۱۱۶ کشور، بیش از ۱۰ درصد بودجه ملی را به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده‌اند که از این کشورها،
۴ درصدشان جزو کشورهای مدیترانه شرقی، ۳۶ درصد اروپا، ۲ درصد جنوب شرق آسیا، ۱۵ درصد پاسیفیک غربی، ۲۲ درصد
امریکا و ۲۱ درصد آفریقا بودند. نمونه آماری تحقیق، از بین ۱۱۶ کشور مذکور انتخاب شده است و دیگر معیار انتخاب (علاوه بر
تخصیص حداقل ۱۰ درصدی منابع دولتی)، وجود گزارشها و اطلاعات آماری در مورد نظام سلامت آنها بوده است.

در این مطالعه، ابتدا ادبیات مربوط به تخصیص منابع دولتی در بخش سلامت کشورهای منتخب مرور و بر استراتژی‌ها و روشهای
بهبود توزیع منابع سلامت تأکید شد. همچنین رویکردهای استراتژیک، روشهای توزیع منابع، فرمولهای تخصیص، سازوکارهای
اجرایی تخصیص، تحلیل داده‌ها و نتایج یا اثرات این تخصیص‌ها مورد بررسی قرار گرفت. سپس، شیوه‌های مختلف تخصیص منابع
دولتی در بخش سلامت (برگرفته از مرور ادبیات) و اثرات احتمالی آن در قالب طراحی پرسشنامه، از پانل خبرگان مورد پرسش
قرار گرفته و جمع بندی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری:

از نظر خبرگان مطالعه حاضر، روش‌هایی که بیشترین قابلیت اجرایی را در زمینه (context) ایران داشتند به ترتیب عبارت بودند
از: برنامه‌های بیمه‌ای شامل طرح ملی بیمه سلامت اجتماعی (SHI) و برنامه ملی بیمه سلامت دولتی، کارت سبز برای فقرا،
سیستم ترکیبی از تأمین اجتماعی، بخش دولتی و بخش خصوصی، برنامه دسترسی همگانی با تضمین صریح. برنامه‌هایی که از نظر
خبرگان در سطح متوسط قرار داشتند شامل: وچرها، پرداختهای کوتاه مدت برای جبران هزینه های، رویکرد کمک مبتنی بر
بازدهی (OBA (output-based aid). تأمین مالی مبتنی بر عملکرد و پرداخت دولت به NGO ها بودند و برنامه‌هایی که از
نظر خبرگان کمترین مطلوبیت را برای اجرا در ایران دارند عبارتند از: پرداخت های انتقالی شرطی یا CCT (Conditional
Cash Transfer)، پرداختهای انتقالی نقدی غیرشرطی.

فصل اول :

بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح

۱-۱ مقدمه

خدمات سلامت، حوزه های متنوعی از جمله آموزش سلامت، کنترل، پیشگیری و درمان بیماری ها، واکسیناسیون عمومی، طرح های غربالگری بیماران، بهداشت محیط، خدمات تشخیصی و موارد دیگر را در بر دارد. ارائه مطلوب خدمات سلامت نیازمند منابع مختلف انسانی، فیزیکی و مالی است. با توجه به سرمایه گذاری دولت در تامین نیروی انسانی ماهر و متخصص و توسعه آموزشهای پزشکی در کشور، شاید بتوان گفت که منابع انسانی از حیث کمیت و کیفیت بهبود یافته، اما ممکن است توزیع جغرافیایی آنها متناسب با نیازهای بهداشتی و درمانی نباشد. بنابراین، منابع مالی به عنوان مکمل منابع انسانی، نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت ایفا می کنند و در چارچوب تحلیل های اقتصادی، تخصیص منابع مالی باید از اصول متعارف اقتصادی (کمیابی، هزینه فرصت، کارایی، انتخاب عقلایی و...) پیروی نماید.

در حوزه کلان سلامت، نظام انگیزشی (سیستم پرداختها) و تأمین مالی از لوازم اصلی ارائه خدمات مطلوب سلامت به شمار می روند. تامین مالی در بخش سلامت دو تعریف محدود و گسترده دارد. تحت تعریف محدود، تامین مالی فقط به جابجایی سرمایه ها به سمت مراقبتهای سلامت مربوط می شود. تعریف گسترده تامین مالی مراقبت سلامت موضوعات زیر را پوشش می دهد: تحرک ذخایر به سمت مراقبت سلامت، تخصیص ذخایر سرمایه ای به مناطق و گروههای جمعیتی و برای انواع خاص مراقبتهای سلامت، مکانیسمهایی برای پرداخت جهت مراقبت سلامت [۱].

از دیدگاه عدالت، تامین مالی در بخش سلامت به دو دلیل مهم است: اول- تامین مالی، میزان دسترسی به خدمات درمانی و اینکه چه کسی آن را دریافت کند، مشخص می کند. دوم- مکانیسمهای تامین مالی، درجه حمایت مالی در مقابل هزینه های فاجعه بار بیماری را نشان می دهند. بنابراین اغلب برنامه های تامین مالی جهت خدمت به این دو هدف طراحی شده اند: تضمین دسترسی برابر به مراقبتهای سلامت و حمایت بیماران در برابر زیانهای فاجعه بار ناشی از بیماری (حمایت مالی) و جلوگیری از فقر [۱].

منابع عمده تامین مالی بخش سلامت اغلب کشورها عبارتند از: مالیاتها، سهم بیمه های اجتماعی، حق بیمه های خصوصی، تامین مالی گروهی (اجتماعی) و پرداخت مستقیم از جیب [۲]. با توجه به ویژگی های خاص نظام سلامت (دامنه دخالت دولت، عدم تقارن اطلاعات، موارد شکست بازار و وجود اثرات خارجی)، نقش دولت در تامین و تخصیص منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت پررنگتر است، به طوری که استانداردهای بالاتر سلامت با مخارج دولتی بیشتر همراه است. در صورت کاهش نقش دولت، باید بیمه های خصوصی، نهادهای مالی و افراد، بابت خدمات سلامت بپردازند و هر اندازه پرداخت از جیب افراد بیشتر شود، نظام سلامت از عدالت دورتر می ماند.

به استناد گزارش رسمی سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۲ به طور متوسط ۱۵٫۸ درصد از کل مخارج دولتها به بخش سلامت اختصاص یافته و ۱۱۶ کشور، بیش از ۱۰ درصد بودجه ملی خود را به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده اند که از این کشورها، ۴ درصد جزو کشورهای مدیترانه شرقی، ۳۶ درصد اروپایی، ۲ درصد در جنوب شرق آسیا، ۱۵ درصد در پاسیفیک غربی، ۲۲ درصد در قاره آمریکا و ۲۱ درصد در قاره آفریقا بوده اند.

در دنیای واقعی، معمولاً افراد تا زمانی که دچار بیماری نشده باشند، به سلامت و خودمراقبتی کمتر بها می دهند و هر چه سطح تحصیلات کمتر و وضعیت اقتصادی ضعیف تر باشد، کم توجهی به وضعیت سلامت، نمود بیشتری دارد. لذا یکی از دلایلی که دولتها سهم بیشتری از بودجه را به بخش بهداشت و درمان اختصاص می دهند این است که دولتها برای سلامت ارزش بیشتری قائل هستند. دلیل دیگر این است که چون دولت ثروتمندتر شده بیشتر هم خرج می کند. برای مثال به دلیل رشد اقتصادی، شیلی مخارج دولت در بخش سلامت را از ۱۱ درصد در ۱۹۹۶ به ۱۶ درصد در ۲۰۰۶ افزایش داد [۳].

دولتها می توانند بهبود سلامت را تأمین مالی کنند. به طور مستقیم از طریق سرمایه گذاری در بخش سلامت و یا غیر مستقیم از طریق صرف مخارج روی عوامل تعیین کننده اجتماعی (کاهش فقر، بهبود سطح آموزش زنان و ...).

یکی از روشهایی که دولتها می توانند برای دستیابی افراد به خدمات بهداشتی کمک کنند اعمال معافیتها می باشد. برخی کشورها که عدالت را مدنظر قرار داده اند فقرا و خانوارهای کم درآمد را معاف کردند. مالوی که جز کشورهای کم درآمد است معافیتها را در سه فاز انجام داد: اول در بیمارستانهای مرکزی، سپس در بیمارستانهای محلی و نهایتاً در مراکز بهداشتی [۱].

در تانزانیا، ۹۰ درصد بیمارستانها و ۲۰ درصد داروخانه های عمومی، افراد ناتوان را از هزینه استفاده کننده، معاف کردند و تقریباً ۳۰ درصد امکانات برای کودکان زیر ۵ سال و بیماران مزمن معاف شدند [۱].

اما شواهدی وجود دارد که نشان می دهد برنامه های معافیت ممکن است در معرض تحریف و سوءاستفاده توسط کسانی که قدرتی در اعطای معافیت دارند باشند. این موضوع که بستگان و دوستان عوامل اجرایی برنامه معافیت بیشتر از فقرا و نیازمندان منفعت می برند در کشورهایی مانند غنا و بنگلادش مستند شده است. البته می توان از ابزارهایی برای سنجش توانایی مالی افراد استفاده کرد. همچنانکه در تایلند و ویتنام از این ابزارها استفاده شد و "کارت های سلامت" به فقرا داده شد (کسانی که ثبت نام کرده بودند) برای خرید خدمات بهداشتی که مشترکاً توسط دولت و نمایندگان محلی انجام می شد [۱].

از دیگر روشهای کمک دولتها در مورد مراقبتهای بهداشتی دو نوع یارانه غیرمستقیم را می توان مدنظر قرار داد: مالیات نگرفتن از حق بیمه های سلامت پرداختی کارکنان و یا اینکه از یک مبلغ کلی که بابت مخارج سلامت پرداخت می شود مالیات گرفته نشود [۴] (برای مثال ۱۵۰ هزار تومان پرداخت مستقیم مخارج بیمه + مخارج پرداخت از جیب + ۳ درصد درآمد ناخالص تعدیل شده).

یارانه های غیرنقدی در بخش سلامت (برای مثال برنامه های تغذیه ای و برنامه های مادر و کودک و ...) می توانند به عنوان سرمایه گذاری هایی باشند که منافع بلندمدتی دارند که حتی در صورت پرداختهای نقدی مساوی هم محقق نمی شدند و علاوه بر منافع کارایی، منافع عدالت هم دارند. این نوع پرداختها نسبت به نقدی، شانس فرصتهای برابر بیشتری را ایجاد می کنند [۴].

گینسبورگ (۱۹۸۱) بیان کرده که مالیات بر درآمدی که حق بیمه های پرداختی کارکنان از آن حذف نشده اند می تواند نسبت مخارج درمانی پوشش داده شده توسط بیمه را به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد [۵].

یارانه های دولت به بخش بهداشت و درمان می توانند کوتاه مدت یا بلندمدت باشند. یارانه های کوتاه مدت (یکباره) برای اقداماتی مانند واکسیناسیون مناسب هستند که فقط یک دوره در زمان انجام می شوند. اما برای اقدامات دیگری مانند تجهیزات تصفیه آب، پشه بندهای ضد مالاریا و ... یارانه های بلندمدت تر مناسب به نظر می رسند. سوال کلیدی این است که اثراتی که این سوبسیدها باقی می گذارند چه هستند؟ آیا یارانه های یکباره در کوتاه مدت موجب کاهش سرمایه گذاریهای بلندمدت در چنان اقداماتی نمی شوند؟ [۶]

مدل نئوکلاسیک رفتار مصرف کننده پیش بینی می کند که توزیع رایگان یا شدیداً یارانه ای کالای آزمودنی مانند سلامت در کوتاه مدت می تواند به افزایش تقاضای آن در بلندمدت منجر شود. در واقع استفاده کنندگان از یک کالای رایگان یا با یارانه بالا، بعد از تجربه کردن آن خدمت یا کالا و فهمیدن ارزش واقعی محصول، تمایل به پرداخت بیشتری برای جایگزین پولی آن خواهند داشت. این درک ممکن است به بقیه افراد جامعه که مشمول یارانه نبوده اند نیز منتقل شود و تمایل به پرداخت کل جامعه را افزایش دهد. به علاوه پذیرش محصول در کوتاه مدت منجر به اثرات سلامتی و بهره وری می شود و پول نقد افراد یارانه داده شده افزایش می یابد [۶].

حالت دیگری که ممکن است مطرح باشد این است که مصرف کنندگان قیمت‌هایی را که قبلاً با آنها مواجه شده اند به عنوان نقاط مرجع یا لنگری در نظر می‌گیرند که این موجب می‌شود قیمت ذخیره بعدی شان تحت تاثیر قرار گیرد. چنان اثراتی در روانشناسی "اثرات مغایرت سابقه"^۱ شناخته شده هستند.

تحت چنان ترجیحات وابسته به مرجعی، یارانه‌ها می‌توانند "اثر استحقاق"^۲ را ایجاد کنند: کسانی که یارانه‌ای برای یک محصول سلامت دریافت کرده اند ممکن است حول یک قیمت یارانه‌ای لنگر اندازند و هنگامی که یارانه قطع می‌شود یا کاهش می‌یابد تمایلی به قیمت بالاتر ندارند [۶].

برای مثال کرمر و میگوئل (۲۰۰۷) دریافتند که در کنیا والدینی که برای یک سال در معرض درمان ضدکرم رایگان برای فرزندانشان بودند بعد از اینکه آن برنامه دیگر رایگان نبود تمایلی به پرداخت بابت آن نداشتند [۷].

ترجیحات وابسته به مرجع همچنین می‌توانند "اثر قیمت نسبی"^۳ را برای کسانی که مشمول یارانه نبوده اند ایجاد کنند. هنگامی که قیمت ذخیره آنها بوسیله قیمت یارانه‌ای که به بقیه پیشنهاد شده تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۶].

مراقبت بهداشتی عمومی می‌تواند به عنوان ابزاری برای حذف فقر گسترده و سیاست بازتوزیع به کار رود هنگامی که به دلیل محدودیتهای اطلاعاتی و اجرایی، جلوی بازتوزیع از طریق پرداختهای انتقالی نقدی گرفته شود.

بنابراین در اغلب کشورها به دلیل حساسیت و ویژگیهای خاص، بخش بهداشت و درمان کاملاً به دست بخش خصوصی سپرده نمی‌شود و بخش عمده‌ای از مخارج سلامت توسط دولتها تأمین می‌شود. در مراقبت سلامت می‌توان ۵ نقش را برای بخش دولتی برشمرد [۲]:

الف- اطلاع رسانی: شامل اطلاع رسانی ضدخانیا، گزارش کیفیت ارائه دهندگان و مطالعات اثربخشی

ب- تنظیم مقررات: مجوزها و گواهی‌های نیاز

پ- اجبار: ایجاد تعهد برای عمل کردن به یک شیوه خاص، خرید بیمه

ت- تامین مالی مراقبت: هر شیوه‌ای از مراقبت که مشمول پرداخت توسط دولت شود

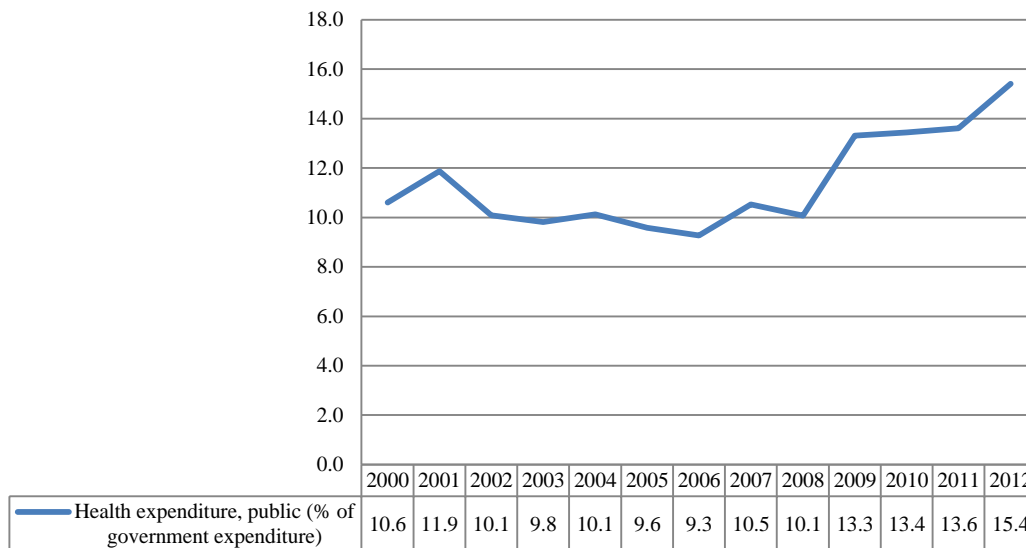
^۱ . Background contrast effects

^۲ . Entitlement effect

^۳ . relative price effect

ث- ارائه مراقبت: ارائه مستقیم مراقبت

بنابراین از جمله نقشهایی که دولت در این بخش ایفا می کند ارائه مراقبت سلامت به طور مستقیم و یا کمک به تامین مالی سلامت باشد. تامین مالی نیز می تواند به اشکال مختلف صورت گیرد: کمک برای خرید مراقبت سلامت (مانند مدیکر و مدیکید)، کمک برای خرید بیمه، صرف مخارج برای سلامت عمومی، اعطای انواع گرنتها به ارائه دهندگان مراقبت، اعمال معافیتها (معافیتهای مالیاتی یا معافیتهای پرداخت هزینه، به عبارت دیگر چه دولت به فردی ۱۰۰ هزار تومان بدهد و چه ۱۰۰ تومان او را از مخارج معاف کند) [۲]، اعطای سوبسیدهای متقاطع و که هر کدام از این انواع کمکهای دولت می تواند آثار متفاوتی بر بازار خدمات سلامت و رفتار عرضه کنندگان و مصرف کنندگان در این بازار داشته باشد.



نمودار (۱-۱): سهم مخارج عمومی بهداشت و درمان از کل مخارج دولتی

باتوجه به نمودار (۱-۱) در سال ۱۳۹۱ حدود ۱۵ درصد از کل مخارج دولت صرف مخارج عمومی سلامت شده است و نیز روند این تخصیص طی سالهای گذشته صعودی بوده است. از آنجاییکه بر اساس داده های موجود در مقایسه با بخشهای دیگر مانند آموزش، سهم مخارج عمومی بهداشت از کل مخارج دولت در حال افزایش می باشد [۸]، می توان گفت ارزش سلامت برای دولت در حال افزایش می باشد. بنابراین شایسته است بررسی شود که این بودجه به چه شکلی صرف شود که بیشترین کارایی و کمترین آثار نامطلوب را داشته باشد. آیا سوبسیدها بهتر است به صورت نقدی باشند یا غیرنقدی. آیا ارائه رایگان خدمات در کوتاه مدت می تواند منجر به افزایش تقاضای آن در بلندمدت شود. با شیوه های مختلف کمک چه کسانی بیشترین منفعت را می برند. در کشورها

معمولاً پس از انجام هر اصلاحات و یا اعمال سیاستی خاص برای توجیه آن از تحلیل وقوع منفعت^۱ (BIA) استفاده می شود. برنامه های بیمه سلامت سوبسید داده شده اغلب در کشورهای درحال توسعه استفاده می شوند و از آنجائیکه حق اساسی هر انسان، درمان مناسب می باشد، هدفشان استفاده افراد کم درآمد و بیمه نشده از خدمات درمانی می باشد. غالباً منافع توزیعی بالقوه این سوبسیدها همراه با زیانهای کارایی می باشند که به دلیل تحریف در رفتار مشارکت کنندگان و تحریف تخصیص منابع به بخش بهداشت و درمان صورت می گیرد [۹].

با توجه به الزام برنامه پنجم توسعه کشور در جهت کاهش هزینه های پرداخت از جیب، افزایش سهم دولت در تامین مخارج عمومی سلامت و تخصیص مناسب منابع دولتی در بخش سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است. مقایسه روشهای مختلف تخصیص منابع حمایتی دولت در کشورهای مختلف، موجب شناسایی آثار مثبت و منفی آنها بر ارائه خدمات سلامت و معرفی تجربه های موفق دولتها برای ارائه مطلوب خدمات سلامت کشور می شود. علاوه بر این، می توان با مطالعه تطبیقی، توزیع منابع حمایتی دولتی بین سازمانها و مراکز دولتی بهداشت و درمان، بین برنامه های سلامت و بین گروههای مختلف بیماران را در کشورهای مختلف بررسی کرد.

۲-۱ بررسی متون

در زمینه شیوه های مختلف تامین مالی در داخل کشور مطالعات گسترده ای صورت گرفته است. اما مطالعاتی وجود ندارند که به روش های توزیع منابع دولتی و شیوه هایی که دولتها می تواند بودجه حمایتی خود را در اختیار بخش بهداشت و درمان قرار دهند و آثار این شیوه ها پرداخته باشند.

از جمله مطالعات داخلی در زمینه تامین مالی می توان به مطالعه جنانی (۱۳۸۲) اشاره کرد که به بررسی اعتبارات بودجه ای طی برنامه های اول تا سوم توسعه در ایران و مقایسه شاخصهای نشان دهنده وضع بخش بهداشت و درمان در ۳۱ کشور پرداخته است [۱۰].

مطالعه یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) شاخصهایی را که برای تخمین نیاز مناطق مختلف به منابع سلامت مورد نیاز است معرفی و براساس آن وضعیت استانهای کشور را بررسی کرده است [۱۱].

^۱ . Benefit Incidence Analysis

مطالعات خارجی صورت گرفته معمولاً به طور اختصاصی برای هر کشور یا به صورت بررسی مجموعه ای از کشورها می باشد که توسط سازمانهای بین المللی انجام شده است.

یافته های مطالعات بانک جهانی (۲۰۱۲) نشان می دهد که ذخایر عمومی سرمایه ای سلامت به سختی به دست فقرا می رسند و نیاز به هدایت مجدد این سرمایه ها به سمت خدماتی وجود دارد که به فقرا بیشتر کمک می کنند. برای مثال نشان داده شده که مراقبتهای اولیه سلامت بیشتر به نفع فقرا هستند تا ثروتمندان.

راهنمای ارزیابی سیستمهای سلامت بیان می کند میزان پایداری مخارج دولتی را می توان از طریق دو شاخص الف- نسبت بودجه دولتی صرف شده روی مراقبتهای سرپایی به کل مخارج دولتی سلامت و ب- نسبت بودجه دولتی صرف شده روی مراقبتهای بستری به مخارج دولتی سلامت، نشان داد. معمولاً بودجه اختصاص داده شده به مراقبتهای بستری اثر جانشینی با مراقبتهای سرپایی خصوصاً PHC دارد. اگرچه مخارج عمومی صرف شده برای مراقبتهای بستری بیشتر از سرپایی است اما شاخص و اندازه مشخصی برای آنها وجود ندارد. اما روند آنها را می توان بررسی کرد، روند کاهشی در یک گروه می تواند نشان دهنده کاهش توجه دولت به آن بخش باشد [۱۲].

در کشورهای OECD علاوه بر بیمه ها، برنامه های جامع موازی برای تحت پوشش قرار دادن افراد وجود دارد. برای مثال در اسکاتلند از ۲۰۰۲ همه ایالات از مراقبتهای تخصصی پرستاری برای افراد سالمند به هنگام نیاز حمایت می کنند و تحت قانون اسکاتلندی مراقبت اجتماعی و سلامت (۲۰۰۲) مراقبتهای فردی برای افراد سالمند که بخشی از سیستم مراقبت اجتماعی می باشد هم در موسسات و هم در منزل رایگان است و مراقبت توسط مسولان محلی تامین مالی می شود. مثال دیگر شامل کشورهای اروپای غربی و جنوبی است. کشورهایی که دسترسی کامل و خانه های پرستاری را با مراقبتهای پرستاری تخصصی ترکیب می کنند [۱۳].

دولت استرالیا یارانه های مدیکیر را برای مراقبتهای و خدمات پزشکی سرپایی و تجویز دارو، و مراقبتهای سلامت خانگی را برای افراد سالمند تعریف کرده است. مدیکیر معمولاً ۸۵ تا ۱۰۰ درصد جداول تعرفه مراقبتهای سرپایی را جبران می کند و ۷۵ درصد جداول تعرفه پزشکی برای بیماران خصوصی در بیمارستانهای عمومی و هر مبلغی بیش از این توسط بیمار پرداخت می شود. پزشکان بیماران را درمان می کنند و صورتحساب را مستقیماً برای سازمان مربوطه می فرستند تا میزان یارانه مربوط به آن را دریافت

کنند(صورت حساب انباشتی)^۱. برای جلوگیری از کاهش صورت حسابهای انباشتی، پرداختهای اضافی به پزشکان عمومی پیشنهاد می‌شود مانند مراقبتهایی که برای دارندگان کارت امتیاز فراهم می‌شود(کم درآمدها و سالمندان)، کودکان زیر ۱۶ سال، ساکنین روستاها و مناطق دورافتاده [۱۴].

از طرف دیگر دولت استرالیا ابزارهایی برای کنترل هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان دارد. دولت استرالیا بازار بالغ داروهای ژنریک را دارد و یک خریدار شبه انحصاری مجوزهای پزشکی می‌باشد که اجازه کنترل قیمتگذاری دارویی را می‌دهد. بیمارستانهای عمومی با بودجه‌های ناظر بر آینده گلوبال که گسترده هستند و به طور موثری هزینه‌ها را کنترل می‌کنند مدیریت می‌شوند. معیارهای دیگر برای کنترل رشد هزینه‌ها، شامل کنترل رشد خدمات تشخیصی از طریق توافقنامه با تخصص پزشکی مربوطه، کنترل دسترسی به برخی خدمات تخصصی از طریق دروازه بانانی مثل پزشکان عمومی و محدودکردن تعدادی از ارائه دهندگان برای برخی خدمات با فناوری بالا مانند MRI است [۱۴].

در هند بخش عمده‌ای از مخارج عمومی بهداشت مستقیماً صرف خدمات درمانی و سطح سوم می‌شود. همچنین بخش عمده بودجه دولتی اختصاص یافته به بخش بهداشت و درمان صرف مخارج حقوق و دستمزد می‌شود و بخش کمی برای مخارج تکمیلی مانند دارو و تجهیزات باقی می‌ماند. بنابراین ماهیت مخارج عمومی درمانی منجر به زیرساختهای نامناسب در بخش سلامت شد. تعداد پزشکان، پرستاران و ماماها در سال ۲۰۰۴ کمتر از یک چهارم شاخصهای WHO بود [۱۵].

در آمریکای لاتین، مراقبتهای درمانی عمدتاً بوسیله نهادهای دولتی ارائه می‌شوند. کلمبیا کشوری است که طرح یارانه به بیمه سلامت را اجرا کرده است. کلمبیا کشوری بود که مشکلات کارایی، عدالت و کیفیت را در ارائه خدمات درمانی داشت. در ۱۹۹۳ دولت تصمیم گرفت اصلاحاتی عمیق در بخشهای درمانی دولتی ایجاد کند. بنابراین رویکرد رقابت تنظیم شده را انتخاب کرد و مشارکت بیمه‌گران سلامت بخش خصوصی را به شکلی افزایش داد که تا به امروز در منطقه بی‌نظیر بوده است. رقابتی که اصلاح‌گران به آن امید داشتند هزینه‌های درمان را کاهش و کیفیت را افزایش می‌داد درحالیکه دولت درگیر عدالت بود اما کامل محقق نشد. برنامه بیمه سلامت یارانه‌ای، یک یارانه دولتی تقاضامحور بود که قصد داشت خانوارهای کم درآمد بیمه سلامت خریداری کنند. غربالگری استفاده کنندگان غیرمتمرکز بود و توسط دولتهای محلی انجام می‌شد [۹].

^۱. Bulk Billing

۳-۱ اهداف و فرضیات پژوهش

اهداف (خروجی ها) اصلی طرح :

مطالعه تطبیقی شیوه های توزیع منابع حمایتی دولتی در بخش سلامت به منظور اصلاح الگوی مصرفی خدمات

اهداف (خروجی ها) اختصاصی طرح:

- بررسی میزان و سهم منابع مالی دولتی تخصیص یافته بخش سلامت در کشورهای منتخب و روند آنها
- بررسی شیوه های مختلف توزیع منابع دولتی در بخش سلامت نظام سلامت ایران و سایر کشورها
- بررسی آثار و نتایج کوتاه مدت و بلندمدت شیوه های مختلف توزیع منابع حمایتی در بخش سلامت کشورهای منتخب
- ارائه راهکارهای مناسب توزیع منابع حمایتی دولت برای ایران

اهداف کاربردی طرح^۱:

- استفاده از تجربیات کشورهای مختلف در پیاده سازی روشهای مختلف حمایتی در کشور
- پیش بینی آثار بلندمدت اجرای سیاستهای حمایتی و جلوگیری از آثار نامطلوب آنها با استفاده از راهکارهای سیاستی

سوالات پژوهش :

- وضعیت شاخصهای تامین مالی بخش سلامت (سهم مخارج عمومی سلامت از کل مخارج دولت، سهم مخارج عمومی و خصوصی از کل مخارج سلامت، سهم پرداخت از جیب از کل مخارج خصوصی سلامت) در کشورهای منتخب چگونه می باشد؟
- دولتهای منتخب، بودجه عمومی تخصیص داده شده به بخش سلامت را به چه شیوه هایی توزیع می کنند؟
- شیوه های مختلف توزیع منابع دولتی در بخش بهداشت و درمان در کوتاه مدت و بلندمدت چه اثراتی بر الگوی مصرف افراد می گذارد؟
- باتوجه به وضعیت موجود در ایران، چه راهکارهای توزیعی پیشنهاد می شود؟

فصل دوم:

مبانی نظری توزیع منابع حمایتی

۲-۱ مقدمه

قبل از اینکه سیاستگذاران اقدام به مطالعات امکان سنجی انواع یارانه ها کنند باید مشکلات بخش بهداشت و درمان را شناسایی کنند و تعیین کنند آیا سوبسیدهای عمومی می توانند این مشکلات را حل کنند یا خیر. سپس باید تصمیم بگیرند که به نهاده ها یا ستاده ها سوبسید دهند تا نوع سوبسید را مشخص کنند. مشکلات نظام سلامت که با دادن یارانه می توان آنها را کاهش داد عبارتند از:

- بهبود وضعیت سلامت جمعیت
- کاهش فقر و نابرابریهای اقتصادی-اجتماعی در برودادهای سلامت
- ارائه خدمات با هزینه کمتر
- افزایش رضایت بیمار

فیشر(۱۹۹۸)، بیان می کند که مدیران اجرایی بخش عمومی، عقاید و مجموعه ای از ارزشها را می پروراند که برای هدایت تخصیص منابع به طور ابتکاری، گسترش داده شده اند. وی ارزشهای استفاده شده توسط مدیران اجرایی در زمینه تصمیمات تخصیص را به شش گروه تقسیم بندی می کند: استحقاق، نیاز فرد، عدالت، مطلوبیت، اکولوژی(یعنی تصمیمات باید دغدغه های افراد را هم در نظر بگیرند) و منفعت و شایستگی شخصی [۱۶]. از نظر فیشر اگرچه ترتیبات غیررسمی مذکور ایراداتی دارند اما اگر توسط حس همکاری، کنترل و شایستگی متوازن شوند می توانند تخصیص منابع را به صورتی بهینه انجام دهند.

شیوه تأمین مالی مراقبتهای سلامت نقش مهمی در تعریف اولویتهای بهداشت عمومی بازی می کند. دو تا از معمول ترین روشهای تأمین مالی مراقبتهای درمانی در کشورهای صنعتی مالیات و بیمه های اجتماعی سلامت(SHI) هستند. دیده شده در کشورهای با مدل های تأمین مالی SHI نسبت به کشورهای با سیستمهای مالیاتی، فعالیتهای بهداشت عمومی ملی، جامعیت کمتری دارند. این اختلاف به تمرکز اولیه هر سیستم برمی گردد. درحالیکه صندوقهای بیمه اجتماعی ابتدائاً مسئول جمعیتی هستند که به عنوان اعضا تعریف شده اند، متولیان سلامت مسئول جمعیت موجود در یک منطقه جغرافیایی هستند. این رویکرد در سیستمهای مبتنی بر مالیات منجر به این می شود که متولیان سلامت با رویکردهای جمعیتی و ایجاد ارتباطات با دیگر بخشهای تأثیرگذار بر سلامت خود را سازگار کنند و در رویکردهای مبتنی بر بیمه های اجتماعی سازگاری با دیدگاه فردی صورت می گیرد. بنابراین مدل های NHS که از طریق مالیات تأمین مالی می شوند زیرساختها و ارتباطات گسترده تری برای تسهیل استراتژیها و اهداف بهداشت عمومی داشته باشند [۱۷].

در سالهای اخیر روند سیاست تأمین مالی سلامت جهت دستیابی به پوشش جامع در بسیاری کشورها مورد توجه بوده است. با استفاده از تجربیات کشورها می توان به چندین مورد اشاره کرد:

- هزینه حق بیمه ها را از طریق فراهم کردن مراقبتهای بیمارستانی عمومی سوبسید داده شده برای گروههای فقیر جمعیتی پایین نگه دارند. مانند تایلند یا سنگاپور.
- صندوقهای بیمه اجتماعی که از سوبسیدهای متقاطع درمانی برای جمعیت کم درآمد استفاده می کنند. مانند کاستاریکا که اغلب جمعیت شاغل هستند و تحت پوشش بیمه سلامت اجتماعی می باشند.
- همه حق بیمه های سلامت توسط صندوقهای دولتی سوبسید داده می شوند(برای مثال در تایلند کارگران، کارفرمایان و دولت همه سهم یکسانی را می دهند) یا فقط حق بیمه های افراد کم درآمد و خویش فرماها را یارانه دهند(مانند ترکیه و کره) [۱۸]

در تایلند حمایتهای دولتی از طریق بیمه اجتماعی سلامت صورت می گیرد. در این راستا چهار نوع برنامه وجود دارند که هرکدام گروه متفاوتی از افراد را تحت پوشش قرار می دهند: برنامه حمایت اجتماعی(فقط شامل کارگران)، برنامه منفعت پزشکی مستخدمین دولتی(کارگران و وابستگانشان)، برنامه سالمندان و کم درآمدها(خانوارهای کم درآمد) و برنامه کارت سلامت(با انتخاب خانوار یا فرد) که هرکدام از آنها بسته حمایتی متفاوتی را شامل می شوند [۱۸].

در دانمارک سیستم تأمین مالی دولتی محلی از طریق ۱۶ انجمن منطقه ای که مبتنی بر مالیاتهای محلی می باشند، توزیع منابع صورت می گیرد [۱۸].

۲-۲ مبانی نظری

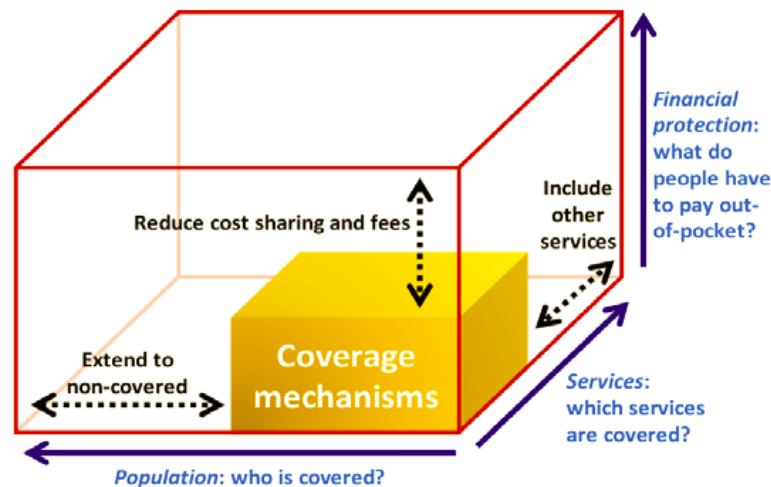
اهداف مهم نظامهای تأمین مالی عبارتند از [۱۸]:

۱- پخش ریسک. باید ریسک را طی زمان پخش کنند تا خانوارها بتوانند برای مخارج سلامت برنامه ریزی کنند. مثلاً طرحهای پس انداز درمانی.

۲- تجمیع ریسک. برای درمانهای گران حتی طرحهای پس انداز شخصی نیز برای هزینه های بالا کفای نیستند. بنابراین نظامهای تأمین مالی باید بین اعضای جامعه تجمیع ریسک انجام دهند بنابراین افراد با نیازهای کم سلامت می توانند به افراد با نیازهای سلامت بیشتر یارانه دهند. نوع دیگر سوبسیدهای متقاطع می تواند بین گروههای فقر و ثروتمندتر باشد یا بین سالمندان و جوانترها.

- ۳- ارتباط بین بیماری و فقر. به دلیل وجود این ارتباط باید تضمین کنیم که فقرا به سیستم سلامت دسترسی دارند.
- ۴- اهمیت اساسی سلامت. سلامت یک نیاز اساسی است که بدون آن افراد قادر به لذت بردن از سایر کالاها نیستند. بنابراین بالاترین سطح دسترسی ممکن به خدمات سلامت مناسب توسط اعضای جامعه مدنظر است.

این تصور وجود دارد که باید پوشش جامع سلامت (UHC) به عنوان یک حق برای همه وجود داشته باشد و هر فرد بدون اینکه متحمل دشواریهای مالی شود باید به مراقبتهای سلامت که نیاز دارد دست یابد. WHO بیان می کند که UHC هنگامی حاصل می شود که همه مردم بدون ترس از واقع شدن در فقر به خدمات سلامت با کیفیت دسترسی داشته باشند (مراقبتهای پیشگیری، ترویج، درمان، توانبخشی و تسکینی) [۱۹].



شکل (۲-۱): سه بعد مهم برای حرکت به سمت UHC

براساس شکل (۲-۱) WHO صراحتاً بیان کرده که کشورها باید ۴ فعالیت را جهت تامین مالی UHC در اولویت قرار دهند [۱۹]:

۱- کاهش پرداختهای مستقیم،

اولین قدم برای گسترش UHC، براندازی نظام پرداخت از جیب می باشد. البته می توان پرداخت پول را فقط در مورد خدماتی به کار برد که قصد کنترل و کاهش آن وجود دارد برای مثال سزارین. در سیرالئون فقط ۱۲ ماه بعد از اینکه پرداخت پولی برای خدمات زنان باردار و کودکان حذف شد، استفاده از مراقبتهای بهداشتی برای بچه ها ۲۱۴ درصد افزایش و مرگ و میر زایمان ۶۱ درصد کاهش یافت [۲۰]. در کشورهایی مثل زامبیا، نپال و افغانستان همه مراقبتهای بهداشتی اولیه در هنگام استفاده رایگان شدند و در افغانستان میزان استفاده در سال اول ۴۰۰ درصد افزایش پیدا کرد.

۲- حداکثر کردن پیش پرداختهای اجباری،

هیچ کشوری در دنیا نمی تواند با استفاده از بیمه اختیاری به عنوان مکانیسم اولیه تامین مالی به UHC نزدیک شود. پیش پرداخت اجباری توسط افرادی صورت می گیرد که استطاعت مشارکت دارند اگر اجباری نباشد افراد ثروتمند و سالم خروج اختیاری انجام می دهند و تامین مالی کافی برای پوشش نیازمندان و افراد در معرض خطر انجام نمی شود.

۳- راه اندازی نهادهای بزرگ تجمیع ریسک

اصل انسجام اجتماعی مستلزم حداکثر بازتوزیع به شکل سوبسیدهای متقاطع درآمد از ثروتمندان به فقرا و سوبسیدهای متقاطع ریسک از افراد سالم به بیمار می باشد. این می تواند از طریق تجمیع ریسک صورت گیرد. صندوقهای تجمیع ریسک کوچک برای تعداد کم افراد نمی توانند ریسک را به طور کافی پخش کنند. از سوی دیگر داشتن طرحهای چندگانه برای گروههای اجتماعی متفاوت که هر کدام سیستمهای اطلاعاتی و اجرایی خودشان را دارند نیز کارا و در بلندمدت از نظر مالی با دوام نیستند.

کشورهایی با طرحهای تک صندوقی مانند کره، استونی، مجارستان و اسلوانی هزینه های اجرایی کمتری نسبت به کشورهایی با صندوقهای چندگانه دارند مانند اتریش، فرانسه، آلمان (۱۳۴ طرح بیمه ای وجود دارد) و لوکزامبورگ.

۴- استفاده از درآمدهای عمومی دولت برای کسانی که استطاعت مشارکت ندارند.

حتی در کشورهای اروپایی که نظامهای بیمه سلامت مناسبی دارند، حضور دولت برای حمایت از فقرا باید وجود داشته باشد. در کشورهای فقیرتر که نسبت بیشتری از مردم با دستمزدهای پایین و در بخشهای غیررسمی زندگی و کار می کنند، درآمدهای عمومی دولت مهمتر هستند.

اما در بسیاری موارد این اصول نادیده گرفته می شوند. اگرچه توافق عمومی وجود دارد که پرداخت مستقیم برای سلامت، جریمه ای برای فقرا و ناعادلانه ترین شیوه تامین مالی در بخش بهداشت و درمان است، در اغلب کشورهای در حال توسعه هنوز هم برای دریافت خدمت پول پرداخت می شود. در سرتاسر جهان هر ساله ۱۵۰ میلیون نفر به دلیل پرداختهای مستقیم با هزینه های فاجعه بار مراقبتهای بهداشتی درمانی مواجه می شوند و ۱۰۰ میلیون نفر به سمت خط فقر سوق داده می شوند، به عبارتی در هر ثانیه ۳ نفر به دلیل پرداخت از جیب بابت خدمات درمانی فقیر می شوند [۲۱] چین، تایلند، افریقای جنوبی و مکزیک در بین اقتصادهای نوظهوری هستند که به سرعت در حال سرمایه گذاری عمومی در بخش سلامت هستند.

در بسیاری از کشورها دولتها سوبسیدهایی را برای گسترش بیمه های خصوصی اختیاری و طرحهای بیمه سلامت مبتنی بر جامعه اختصاص می دهند اما این برنامه ها پوشش کم و هزینه های اجرایی زیادی دارند و فقرا را مستثنی می کنند. برنامه های مختلف نشان داده اند که هیچ کشوری نتوانسته است با استفاده از بیمه های داوطلبانه به پوشش سلامت فراگیر نزدیک شود. بنابراین

بسیاری کشورها به سمت بیمه های اجتماعی سلامت رفته اند. این بیمه ها در کشورهای با درآمد بالا توانسته اند به UHC (Universal health coverage) دست یابند اما در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط موفق نبوده اند. ۱۰ سال بعد از برنامه بیمه های اجتماعی (SHI) در تانزانیا پوشش مردم فقط به ۱۷ درصد رسیده بود [۲۲]. برای کشورهای توسعه یافته نیز رسیدن به این هدف طول می کشد مثلا برای آلمان رسیدن به UHC ، ۱۲۷ سال طول کشید. آلمان ۱۳۴ طرح بیمه سلامت دارد. طرحهای بیمه ای بودجه شان را از صندوق ملی سلامت (National Health Fund) تامین می کنند. این صندوق همه سهمهای اجباری از حقوق افراد را جمع می کند (۱۵,۵ درصد سهم کارگر و کارفرما) و آنها را با توجه به تعدیل ریسک بین صندوقها بازتوزیع می کند. تقریبا یک چهارم اعضا پرداختی ندارند و در صندوق مشارکت نمی کنند (مثلا بیکاران، کودکان و همسران بیمه شده ها و والدین که در مرخصی زایمان هستند) اما منافعی را دریافت می کنند که مشابه منافع افراد مشارکت کننده است. سهم از حقوق به تنهایی برای پوشش هزینه های سلامت اعضا کافی نیست. بنابراین درآمدهای عمومی مالیاتی دولت این شکاف مالی را پر می کنند.

برنامه بیمه اجباری غنا که به عنوان یک نمونه موفق SHI به حساب می آید فقط ۳۶ درصد جمعیت را تحت پوشش دارد [۲۳]. کشورهای مثل سریلانکا، مالزی و برزیل، UHC را از درآمدهای مالیاتی تامین می کنند. سریلانکا و مالزی کشورهایی هستند که بالاترین میزان حمایت در برابر ریسک مالی را در آسیا فراهم می کنند [۲۴]. در برزیل در اواخر ۱۹۸۰ نیمی از جمعیت پوشش بیمه نداشتند اما دو دهه بعد از اینکه نظام سلامت یکپارچه مبتنی بر مالیات راه اندازی شد، حدود ۷۰ درصد جمعیت ۲۰۰ میلیونی برزیل به آن متکی بودند [۲۵].

دومین گزینه که در مجموعه دیگر کشورهای موفق در UHC شامل تایلند، مکزیک و قرقیزستان به کار می رود این است که حق بیمه ها از افرادی که مشاغل رسمی حقوق بگیر دارند دریافت می شود و با درآمدهای مالیاتی دیگر جمع می شوند تا پوشش سلامت را برای کل جمعیت تامین کنند.

براساس گزارش WHO در سال ۲۰۱۵ فقط ۸ کشور از کشورهای کم درآمد در وضعیتی هستند که بتوانند UHC را به طور کامل از منابع داخلی تامین مالی کنند و بقیه نیازمند کمکهای توسعه ای می باشند.

در بخش بهداشت و درمان، دسترسی^۱ عبارت است از استفاده به موقع از خدمات با توجه به نیاز [۲۶]. بهره مندی (مصرف)^۲ از خدمات درمانی نیز به عنوان جایگزین عملیاتی برای دسترسی به مراقبتهای درمانی استفاده می شود. دسترسی چهار بعد دارد:

^۱ . access

^۲ . Utilization

فراهم بودن^۱، دسترسی جغرافیایی^۲، استطاعت داشتن^۳ و مقبولیت^۴ [۲۷]. محدودیتهای دسترسی به خدمات درمانی می توانند از سمت تقاضا یا عرضه نشأت بگیرند. عوامل تعیین کننده سمت تقاضا، عواملی هستند که توانایی استفاده از خدمات درمانی را در سطح فرد، خانوار یا جامعه تحت تأثیر قرار می دهند درحالیکه عوامل سمت عرضه جوانب ذاتی نظام سلامت هستند که مانع دریافت خدمت توسط افراد، خانوارها یا جامعه می شوند. با شناسایی این عوامل می توان مشخص کرد که چه مداخله ای باید صورت گیرد اگرچه اغلب مداخلات هر دو سمت همزمان صورت می گیرند [۲۸].

پیترز و همکاران (۲۰۰۸) چارچوبی ارائه داده اند که محدودیتهای دسترسی را در هر ۴ بعد هم از سمت عرضه و هم تقاضا بررسی کنند (۲۶) اما انسور و کوپر (۲۰۰۴) چارچوبی ارائه کرده اند که فقط یکی از سمتها را در بر می گیرند [۲۹]. می توان محدودیتهای دسترسی را برحسب عوامل تاثیرگذار سمت تقاضا یا عرضه تفکیک کرد (جدول ۱-۲).

جدول (۱-۲). محدودیتهای دسترسی از جانب تقاضا و عرضه و باتوجه به ۴ بعد دسترسی

محدودیتهای سمت عرضه	محدودیتهای سمت تقاضا
دسترسی جغرافیایی	
<ul style="list-style-type: none"> • موقعیت خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> • هزینه های غیرمستقیم خانوار (مثل هزینه حمل و نقل) • وسایل حمل و نقل در دسترس
فراهم بودن	
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان فاقد صلاحیت بخش بهداشت و درمان، غیبت از کار، ساعات بازبودن مراکز • زمان انتظار • انگیزش کارکنان • داروها و دیگر مواد مصرفی • یکپارچه نبودن خدمات درمانی • عدم ارجاع یا به موقع نبودن 	<ul style="list-style-type: none"> • اطلاعات در مورد ارائه دهنده ها • آموزش
استطاعت	
<ul style="list-style-type: none"> • هزینه ها و قیمتهای خدمات شامل پرداختهای غیررسمی 	<ul style="list-style-type: none"> • منابع خانوار و تمایل به پرداخت • جریان نقدی درون جامعه

^۱ . availability

^۲ . geographic accessibility

^۳ . affordability

^۴ . acceptability

• طَبابت دوتایی در بخش خصوصی-دولتی	• هزینه فرصت
مقبولیت	
<ul style="list-style-type: none"> • پیچیدگی نظام صورتحساب و عدم توانایی بیماران برای دانستن قیمت‌ها از قبل • ویژگی‌های خدمات درمانی • مهارت‌های بین فردی کارکنان 	<ul style="list-style-type: none"> • انتظارات خانوار • لکه اجتماعی • ترجیحات جامعه، رفتارها و نورمها • کمبود اطلاعات سلامت

۱-۲-۲ مداخلات برای فراهم سازی دسترسی به خدمات درمانی

مراقبت اولیه بهداشتی که در سال ۱۹۷۸ توسط کشورهای عضو WHO بنانهاده شد، برای کاهش نابرابری در سلامت از طریق فراهم آوری دسترسی جامع به خدمات بهداشتی عمل می کرد. درحالیکه هدف، پوشش فراگیر بود اما نظامهای سلامت ناقص دچار "فرضیه عدالت معکوس"^۱ بودند که بیان می کند مداخلات بهداشتی جدید ابتدائاً به افرادی می رسند که از نظر اقتصادی-اجتماعی وضع بهتری دارند، درحالیکه اکثریت فقرا بعداً می توانند منتفع شوند و به دلیل این وقفه زمانی خصوصاً در کشورهای درحال توسعه که تا حد زیادی به سرمایه های اهداشده به بخش بهداشت و درمان بستگی دارند، اغلب استراتژی هدفگذاری ترجیح داده می شود [۳۰]. در این راستا دو گزینه هدفمندی برای فراهم سازی دسترسی بیشتر فقرا و افراد آسیب پذیر به خدمات بهداشت و درمان وجود دارد: برای ایجاد ظرفیت جهت ارائه دهندگان خدمات درمانی، ارائه خدمات برای گروههای منتخب را هدف قرار داد(استراتژی سمت عرضه) یا محدودیتهای دسترسی و مشارکت در سمت تقاضا را کاهش داد(استراتژی سمت تقاضا) [۳۱]. بسیاری از مداخلات پیشنهادی رویکرد انگیزشی پولی را برای برطرف کردن محدودیتهای دسترسی خدمات بهداشتی مدنظر قرار داده اند. اغلب این انگیزه های مالی از کانال تقاضا وارد می شوند و در راستای کاهش آثار شکست دولت برای ارائه خدمات سلامت کافی می باشند. هنگامی که به ارائه دهنده براساس تعداد خدمات ارائه شده پرداخت می شود، تأمین مالی سمت تقاضا (DSF) می تواند مرتبط با برونداد فرایند باشد. هدف این رویکرد: (۱) هدفمندی سازی ارائه خدمت (۲) بهبود رفتار ارائه خدمت (۳) ارتقا رقابت رقابت و نتیجتاً بهبود کیفیت مراقبت (۴) بهبود مراقبت برای گروههای هدف [۳۲-۳۴]. تأمین مالی سمت عرضه نیز به عنوان ابزاری برای تقویت ارائه خدمات سلامت مبتنی بر میزان نهاده مالی می باشد و مستلزم شیوه پرداخت خاصی برای پرداخت به ارائه دهنده است.

انواع مداخلات سمت تقاضا و سمت عرضه می توانند به صورت مداخلات مالی یا غیرمالی باشند.

^۱ . inverse equity hypothesis

۱-۲-۲ مداخلات غیرمالی سمت تقاضا

مداخلات غیرمالی سمت تقاضا موارد زیر را شامل می شوند [۲۸]:

- مشاوره و ارائه اطلاعات در مورد خدمات سلامت به مصرف کنندگان در مورد دسترسی هایشان، اهدافشان و هزینه های مرتبط می تواند محدودیتهای دسترسی که در اثر نبود اطلاعات در مورد خدمات/ارائه دهندگان سلامت ایجاد می شود را کاهش دهد و نیز هوشیاری خانوارها در مورد وضعیت سلامت را افزایش دهد. مشارکت جامعه نیز یک مداخله میانبر است با این کار می توان عزت نفس را افزایش داد.
- بازاریابی اجتماعی که به استفاده از ابزارهای بازاریابی و منابع موجود مرتبط است می تواند تغییر رفتار مثبت در بین افراد خدمت دریافت نکرده را تشویق کند. برای مثال برای تشویق استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و یا وسایل حفاظتی برای جلوگیری از انتقال بیماریهای جنسی. این روش همچنین می تواند بر ترجیحات فرهنگی و لکه های اجتماعی غلبه کند(برای مثال هنگامی که یک خدمت خاص مورد قبول مردم نیست).
- فرانشیز دادن راهی برای ترویج کالاهای تحت مارک فرانشیز داده شده از طریق خرده فروشان خصوصی می باشند. تقریباً مشابه بازاریابی اجتماعی است و ایراداتی دارد مثل اینکه موضوعات سلامت محدودی را می تواند شامل شود، به سمت مناطق شهری گرایش دارد و نیازمند این است که بخشی از ارزش محصولات برای مشتریان پرداخت شود.
- دامنه ای از مداخلات پیشگیرانه و درمانی را می توان توسط کادر بهداشتی غیرحرفه ای از طریق مبادلات مبتنی بر جامعه اجرا کرد. این نیروی کار غیرحرفه ای میتوانند از نوآموزان استخدام شده از درون یک جامعه باشند بنابراین محدودیت عدم پذیرش خدماتی که آنها ارائه می دهند تاحدی کاهش می یابد اما دامنه مداخلات بهداشتی شان اندک است.
- اعتباربخشی برای نشان دادن نیروی کار بهتر. اعتباربخشی مستلزم ارزیابی مراقبتهای ارائه شده توسط ارائه دهندگان بهداشتی باتوجه به استانداردهای تعریف شده می باشد. گواهی نامه مربوطه می تواند نشانه ای برای مشتریان بالقوه باشد مبنی بر اینکه خدمات با کیفیت مشخصی در دسترس هستند بنابراین تاحدی مشکل اطلاعات را برطرف می کنند.

۲-۲-۱-۲ مداخلات مالی سمت تقاضا

مداخلات مالی سمت تقاضا موارد زیر را دربر می گیرند:

- صندوقهای عدالت سلامت^۱ مکانیسمهای شخص ثالث هستند که ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی منتخب را برای خدمات ارائه شده به فقرا جبران می کنند [۳۵]. منافع ارائه شده توسط این صندوقها به بیماران واجد شرایط دسترسی مالی به خدمات سلامت را می دهد.
- وچرهای هدفمند برای خدمات بهداشتی مستلزم این هستند که دارنده آن، بدون دریافت مبلغی، خدمات خاصی را از ارائه دهندگان منتخب دریافت کند. استفاده کنندگان وچر اطلاعاتی در مورد ارائه دهندگان و خدمات موردنظر دریافت می کنند.
- صندوقهای وام عوام^۲ فرصتی را برای مردم فراهم می آورد که با نرخهای بهره صفر یا پایین جهت پرداخت بابت خدمات درمانی وام بگیرند [۳۲].
- یافته های مرتبط با چنان صندوقهایی برای خدمات زایمان و بهداشت کودکان در نپال دریافتند که فقیرترین افراد در آنها مشارکت نمی کنند [۳۶].
- برنامه های پیش پرداخت، ریسک هزینه های درمانی را پخش می کنند. درحالیکه بیمه سلامت اجتماعی فقط کارگران حقوق بگیر بخش رسمی را پوشش می دهد، بیمه های سلامت مبتنی بر جامعه مشمول بخش غیررسمی فقیر نمی شوند. دولت می تواند ثبت نام فقرا در تجمیع ریسک را با سوبسید دادن به حق بیمه هایشان تسهیل کند [۲۷].
- پرداختهای انتقالی نقدی شرطی، پرداختهای پولی هستند که در دوره زمانی مشخصی هنگامی که رفتار خاصی را انجام می دهند، انجام می شوند.

۳-۱-۲-۲ مداخلات غیرپولی سمت عرضه

مداخلات غیرمالی سمت عرضه موارد زیر را شامل می شوند:

- ارائه بسته اساسی خدمات سلامت. که این اغلب شامل خدمات هزینه-اثربخش ارائه شده در پایین ترین رده نظام سلامت، از جمله امکانات استفاده شده توسط فقرا می باشد.
- وضع مقررات در بخشهای سلامت و غیرسلامت چه دولتی و چه خصوصی.
- مکانهای انتظار زایمان مکانهایی هستند که نزدیک ارائه دهندگان خدمات درمانی ساخته می شوند تا زنان نزدیک زایمان بتوانند بدون هزینه یا با حداقل هزینه در آنجا بمانند.

^۱ . Health equity funds

^۲ . Community-loan funds

- حمل و نقل اورژانسی با سیستم ارتباطات مربوطه
- ارائه مراقبتهای درمانی سازگار با فرهنگ را می توان از طریق دوره های آموزشی خاص یا با به کار بردن اعضای از گروههای نژادی مشابه بهبود داد.
- تمرکززدایی شیوه ای است که در آن قدرت و مسئولیت به سطوح پایین تر وزارت بهداشت منتقل می شوند. با این کار می توان منابع مالی را با توجه به نیازهای محلی تخصیص داد [۲۸].

۴-۱-۲-۲ مداخلات مالی سمت عرضه

مداخلات مالی سمت عرضه شامل موارد زیر می شوند:

- پرداختهای مبتنی بر عملکرد مستلزم ترتیبات قراردادی با کارکنان یک واحد بهداشتی برای ارائه خدمات سلامت خاص به گروه جمعیتی خاص در قبال انگیزه های مالی می باشند. این انگیزه ها اغلب مکمل حقوقهای ناچیز می باشند و پرداختهایشان عمدتاً مرتبط با خروجیهای مقداری و گاهی هم کیفی می باشد. این استراتژی به طور بالقوه می تواند همه ابعاد محدودیتهای دسترسی را تحت تأثیر قرار دهد اما به طور خاص کیفیت مراقبت را متأثر می کند.
- تأمین مالی مبتنی بر نیاز، تخصیص منابع مالی یا بودجه بر اساس فرمولی است که نیازهای سلامت جامعه را منعکس می کند و اغلب شامل اندازه، سن، جنس و درجه فقر آن جامعه می باشد [۳۷].
- برون سپاری که شامل ترتیبات قراردادی بین دولت و ارائه دهندگان خصوصی (contracting out) یا با ارائه دهندگان دولتی (internal contracting) می باشد [۳۸]. اصیل^۱ (دولت)، عامل^۲ (نهاد مورد قرارداد) را بابت ارائه خدمات سلامت به گروهی مشخص جبران می کند. البته رویکردهای متفاوتی از برون سپاری خدمات بهداشتی وجود دارد اما در اینجا منظور قراردادهای مدیریتی است که دولت، بنگاههای خصوصی را اجاره می کند تا نهادهای بهداشتی دولتی موجود را مدیریت کنند [۳۹].
- حذف مبالغ پرداختی مصرف کننده یا کاهش آن می تواند استطاعت را افزایش دهد اما اگر همراه با ابزارهای دیگر مانند افزایش عرضه دارو و بهبود مدیریت نباشد ممکن است دسترسی را کاهش دهد [۴۰].

^۱ . principal

^۲ . agent

۳-۲ اعطای یارانه های عمومی در بخش سلامت

در بسیاری کشورها خانوارهایی که در آنها یک عضو خانواده از بیماری مزمن رنج می برد با وجود هزینه های فاجعه بار درمانی به سمت فقر سوق داده می شوند. بسیاری هزینه های درمانی روی مداخلات غیراثر بخش و اقدامات فنی ناکارا در ارائه خدمات درمانی هدر می روند. بدتر از همه اینکه شواهدی وجود دارد که سوبسیدهای عمومی در بخش بهداشت و درمان در رسیدن به دست ذینفعان فقیر و آسیب پذیر شکست می خورند.

مداخلات دولتی در بخش سلامت عمدتاً سوبسیدهای سمت عرضه هستند که از طریق شبکه ای از تسهیلات بهداشتی عمومی ارائه می شوند. برخی از این امکانات به کل جمعیت خدمت ارائه می کنند، برخی دیگر فقط افرادی را که قادر به تهیه بیمه سلامت نیستند و تحت پوشش تامین اجتماعی نیستند را پوشش می دهند. در بسیاری کشورها این خدمات در کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان موفق بوده اند اما دولتهای اندکی در کشورهای در حال توسعه هستند که آنقدر درآمد داشته باشند که دامنه ای از خدمات که انتظارات عموم را تامین کنند، ارائه دهند. از سوی دیگر مقررات دولتی نیز موجب ناکاراییهای تخصیصی جدی می شوند [۴۱].

سوبسیدهای سمت عرضه که بخشی یا همه هزینه نهاده های سلامت (زیرساختها، کارکنان، داروها، تجهیزات، مواد مصرفی غیرپزشکی) را پوشش می دهند، انگیزه کمی برای جذب بیماران یا افزایش بهره وری فراهم می کنند. نبود هدفمندی (محدود کردن منافع به زیرگروه مشخصی از جمعیت) به میزان زیادی تاثیر مخارج عمومی بر بهداشت و درمان را کم رنگ می کند [۴۱].

گزارش توسعه جهانی ۲۰۰۴ رویکردهای سنتی ارائه خدمات عمومی را مورد بازبینی قرار می دهد و بحث می کند که چرا آنها اغلب به فقرا نمی رسند. استراتژیهای سوبسید سمت عرضه در بهداشت، آموزش یا زیرساختها که جهت تامین مالی نهاده هایی مانند هزینه پرسنلی، تجهیزات و ساختمان استفاده می شوند، دسترسی به کیفیت خدمات بین فقرا را بهبود نمی دهند. سوال اساسی این است که سوبسیدهای دولتی را چگونه باید هدفگذاری و منتقل کرد به شکلی که کارایی و نوآوری را ارتقا دهند، پاسخگویی عملکرد را افزایش دهد و منابع دولتی را با مشارکت و تامین مالی خصوصی به صورت اهرمی به کار برد [۴۱].

رویکرد کمک مبتنی بر بازدهی^۱ (OBA) با استفاده از استراتژی سوبسید سمت تقاضا در جستجوی پاسخ به این سوال است. طرح OBA با یک بخش خصوصی برای ارائه خدمات قرارداد می بندد و پرداخت بودجه عمومی را مشروط بر خدمات واقعی ارائه شده قرار می دهد. آنها پتانسیل هدفگذاری موثر بخشهای خاصی از جمعیت، تحریک عرضه و تقاضا برای خدمات کمتر از حد ارائه شده

^۱. output-based aid

و استقرار یک نظام پایش نسبتاً آسان دارند. برای مثال، هنگامی که طرح وچر (voucher) براساس اصل رقابت ایجاد می شود نه تنها مشتریان را تقویت می کند بلکه برای ارائه دهندگان نیز انگیزه ارائه خدمت نوآورانه، هزینه اثربخش و احساس مسولیت پذیری در مقابل مشتریان ایجاد می کند. وچرهای رقابتی یکی از انواع استراتژیهای سوبسید سمت تقاضا هستند و می توانند یکی از پاسخهای موجود برای پاسخ به چالشهای آتی در بخش بهداشت و درمان باشند. البته طراحی و اجرای ترتیبات می تواند اثربخشی طرح وچر را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار دهد [۴۱]. سه عامل سوبسیددهی بخش بهداشت را موجه می سازد:

۱- توزیع غیرمنصفانه ثروت و سلامت. از دید جامعه برخی توزیعها عادلانه و موجه هستند به خصوص آنهایی که فقر را کاهش می دهند یا حذف می کنند تا به همه مردم این فرصت را بدهند که از استانداردهای موجه سلامت برخوردار شوند. سلامت عموماً به عنوان یک حق انسانی در نظر گرفته می شود. در غیاب سوبسیدها، مادامی که توزیع ثروت ناعادلانه است، توزیع دسترسی به مراقبتهای درمانی و بنابراین توزیع وضعیت سلامت هم ناعادلانه است. هزینه های فاجعه بار درمان را می توان با استراتژیهای تسهیم ریسک مانند بیمه سلامت و تامین اجتماعی کاهش داد اما حتی در کشورهای صنعتی نیز این بازارها به دلیل عدم تقارن اطلاعات، به طور ناقص عمل می کنند.

۲- وجود اثرات جانبی. بسیاری مداخلات سلامت (واکسیناسیون، درمان بیماریهای واگیر) نه تنها فرد درمان شده بلکه به دیگران نیز منفعت می رسانند.

۳- اطلاعات ناقص. فقدان اطلاعات فرد در مورد درمانهای موردنیاز آتی و هزینه های آنها. این ناطمینانی بازاری برای انباشت ریسک و تسهیم هزینه ها از طریق بیمه سلامت ایجاد می کند. از آنجاییکه افراد تاحدی اطلاعات در مورد هزینه های درمانی احتمالی آتی خود دارند، این انگیزه برای افراد با هزینه های انتظاری بالاتر وجود دارد که بیمه سلامت بیشتری خریداری کنند. این مساله به عنوان انتخاب معکوس می باشد و همراه با مصرف بیش از حد خدمات (مخاطره اخلاقی) منجر به فروپاشی کامل بازار بیمه سلامت یا حق بیمه های خارج از توان پرداخت برای بخش زیادی از جمعیت می شوند [۴۱].

۱-۳-۲ سوبسیدهای سمت تقاضا در مقابل سوبسیدهای سمت عرضه

سوبسیدها را می توان به دو گروه سمت تقاضا و سمت عرضه تقسیم کرد. سوبسیدهای سمت عرضه مرتبط با نهادها و سوبسیدهای سمت تقاضا مرتبط با ستاده ها هستند. البته می توان ترکیبی از هر دو را هم بکار برد.

سوبسید سمت عرضه

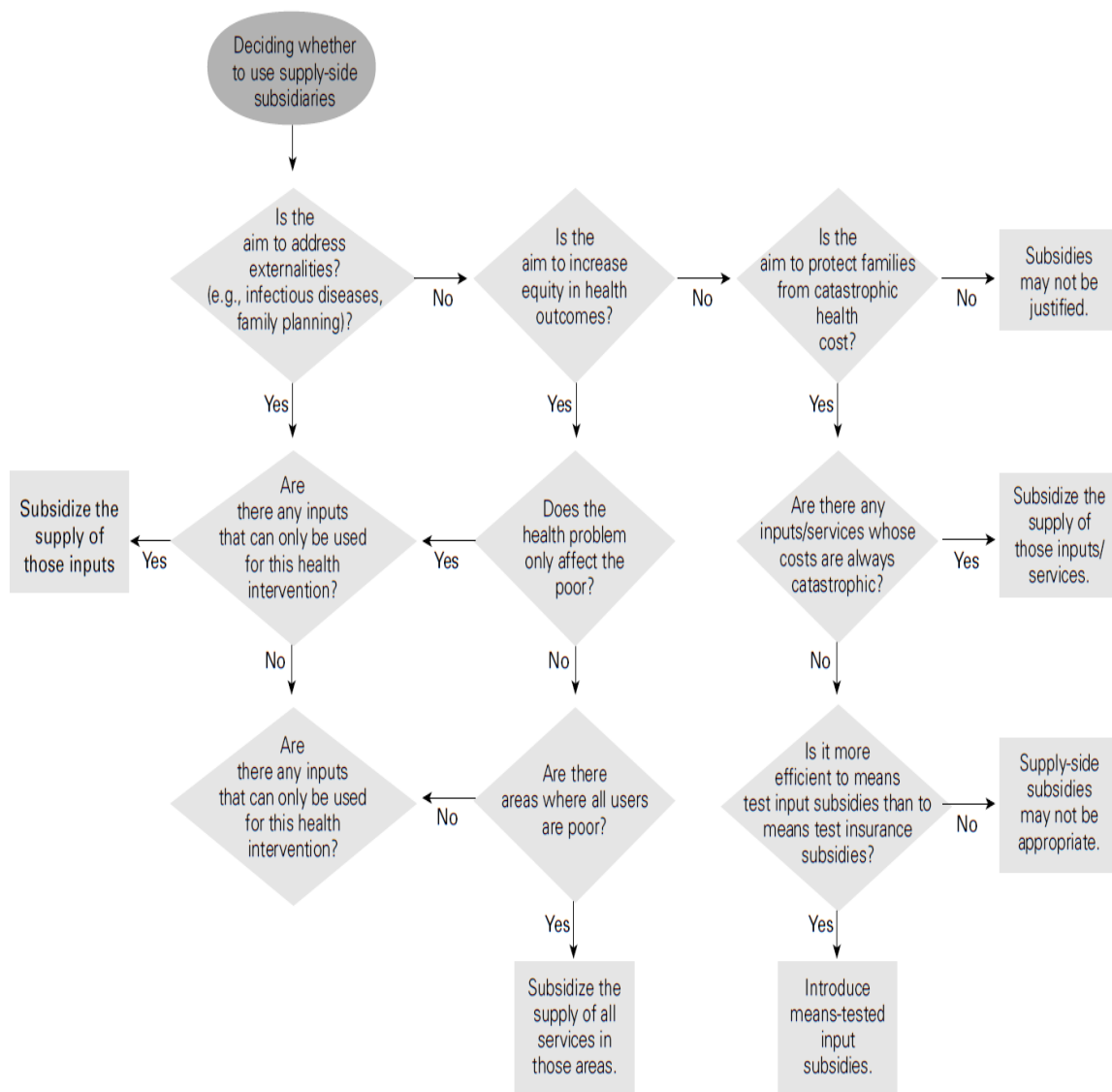
سوبسیدهای سمت عرضه را می توان به دو گروه تقسیم کرد: نقدی و غیرنقدی. سوبسیدهای نقدی ممکن است نهاده های قابل سوبسید را مشخص کرده باشند یا نه. شامل پرداختهای مقطوع و قراردادهای بلوکی برای ارائه مجموعه ای از خدمات، معافیت های مالیاتی و پرداختهای علی الراس مبتنی بر جمعیت هستند.

نظامهای ملی سلامت و تحت تملک دولت مثالهایی از سوبسیدهای غیرنقدی سمت عرضه هستند. این گروه اغلب برای دامنه محدودتری از کالاها و خدمات (شامل داروها، آموزش و پرداخت حقوق کارکنان) ارائه می شوند. سوبسیدهای سمت عرضه معمولا نسبتا آسان معرفی و ارزان اجرا می شوند و می توانند برای گروههای گسترده ای از مردم منفعت ایجاد کنند. در جایی مناسب هستند که کالا یا خدمت سوبسید داده شده فقط بتواند توسط گروههای هدف استفاده شود [۴۱].

معایب سوبسیدهای سمت عرضه

- دشوار بودن هدفگذاری. تضمینی وجود ندارد که سوبسیدهای سمت عرضه به کسانی که مدنظر بوده اند منفعت برساند. یک راه برای محدود کردن منافع به گروههای هدف سوبسید دادن به ارائه دهندگانی است که آنها استفاده می کنند اما جمعیت هدف ممکن است از امکاناتی که یارانه دریافت می کنند استفاده نکنند. راهکار دیگر سوبسید دادن به نهاده هایی است که فقط برای مشکلات خاص سلامت استفاده می شوند، مانند واکسیناسیون و داروهای خاص.
- فقدان قدرت بیماران. سوبسیدهای سمت عرضه اغلب مرتبط با خدمات کم کیفیت هستند. به دلیل اینکه جریان کمک از دولت به ارائه دهنده است نه به بیماران، سوبسیدهای سمت عرضه انگیزه ای ایجاد نمی کنند که ارائه دهندگان خدمات، خدمات خوب و چیزی فراتر از نیازهای اولیه بیماران ارائه دهند.
- فقدان انگیزه برای بهبود کارایی. از آنجاییکه این گروه سوبسیدها معمولا پرداخت را با ارائه خدمت مرتبط نمی کنند، ممکن است در افزایش حقوق اسراف کنند و منجر به ناکارایی شود [۴۱].

نمودار (۱-۲): درخت تصمیم برای سوبسیدهای سمت عرضه



رفرنس: [۴۱]

در این گروه از یارانه ها ارتباط مستقیمی بین ذی نفعان مدنظر، سوبسید و ستاده مورد نظر (مانند دسترسی یا استفاده) وجود دارد. بنابراین سطح بودجه دریافت شده بوسیله ارائه دهنده به بازده تولید شده وابسته است. این سوبسیدها می توانند تحت هدایت کننده مصرف کننده یا ارائه دهنده باشند و نیز می توانند قبل یا بعد از مصرف خدمات ارائه شوند (نمودار ۱-۲).

"یارانه های سمت تقاضای تحت هدایت مصرف کننده"^۱ که قبل از مصرف خدمت داده می شوند: شامل پرداختهای نقدی به بیماران، معافیت‌های مالیاتی برنامه های پس انداز پزشکی خانواده و وچرها. ویژگیهای این یارانه ها عبارتند از [۴۱]:

- پرداختهای انتقالی نقدی که به بیماران بالقوه برای ریسکهای درمانی داده می شود برای اهداف دیگر مانند خرید غذا استفاده می شود مگر اینکه مراقبتهای پزشکی اورژانسی مورد نیاز باشد.

- معافیت‌های مالیاتی روی برنامه های پس انداز درمانی خانواده مستلزم این است که خانواده ها درصد مشخصی از درآمدشان را در حسابهایی پس انداز کنند که فقط برای مخارج پزشکی استفاده می شوند (برنامه Medisave در سنگاپور). همچنین دولت‌ها می توانند خودشان چنان سپرده هایی را برای افراد ایجاد کنند.

- وچرها همیشه سوبسیدهای تقاضای تحت هدایت مصرف کننده نیستند بلکه می توانند در اختیار ارائه دهنده باشند.

سوبسیدهای تقاضای تحت هدایت مصرف کننده که بعد از استفاده از خدمت ارائه می شوند: بازپرداختهای نقدی به بیماران نشان دهنده این سوبسیدها می باشند که بعد از استفاده از خدمت پرداخت می شوند. این نوع سوبسید به طور معمول توسط شرکتهای بیمه استفاده می شود اما می توان از آن برای سوبسیدهای دولتی در نظامهای سلامت توسعه یافته هم استفاده کرد. مسأله مهم در چنان طرحهای سوبسیدی نیاز به این تضمین است که ادعاهای بازپرداختها درست باشند (یعنی خدمت واقعاً ارائه شده باشد) و از مخاطره اخلاقی اجتناب شود. البته می توان مخاطره اخلاقی را با پوشش فقط بخشی از مخارج کاهش داد [۴۱].

"سوبسیدهای تقاضای تحت هدایت ارائه دهنده"^۲ که قبل از ارائه خدمت داده می شوند: شامل قراردادهای هزینه به ازای هر مورد می شوند که در آنها ارائه دهنده سوبسید ثابتی را برای هر تعداد خاص از خدمات دریافت می کند، پرداختهای سرانه و وچهای ارجاع که توسط ارائه دهنده ها توزیع می شود و دریافت کننده را مستحق دریافت کالاها یا خدمات ارائه شده توسط دیگران می کند [۴۱].

^۱ . Consumer-Led Demand-Side Subsidies

^۲ . Provider-Led Demand-Side Subsidies

- قراردادهای هزینه به ازای هر مورد معمولاً توسط خریدار شخص ثالث مانند مقامات بهداشت منطقه ای یا استانی اجرا می شوند. همچنین قراردادهای هزینه به ازای حجم کار، یک حداقلی از حجم خدمت خریداری می شود و با افزایش حجم خدمت، هزینه تغییر می کند.

- تحت نظام سرانه، ارائه دهنده سوبسیدی را برای ارائه مراقبت به افرادی خاص دریافت می کند. پرداختهای سرانه سوبسیدهای تقاضا هستند اگر مستقیماً با تعداد بیمارانی که واقعاً توسط ارائه دهنده خدمت رسانی شده اند گره خورده باشند. پرداختهای سرانه ای که برای پوشش شهروندانی یک منطقه خاص به ارائه دهنده داده می شوند، بدون توجه به اینکه آیا آنها از ارائه دهنده خاصی استفاده کرده اند، سوبسید سمت عرضه هستند.

- وچرهای ارجاع می توانند ارائه دهندگانی مانند پزشکان عمومی را قادر کنند که به عنوان دروازه بانانی برای سوبسیدهای دولتی عمل کنند و تضمین کنند که سوبسیدها به فقیرترین افراد یا نیازمندترین افراد می رسند. با محدود کردن تعداد وچرهای دریافت شده توسط هر ارائه دهنده می توان کل حجم سوبسید را کنترل کرد. اینکه تعداد وچرهای دریافت شده توسط هر ارائه دهنده تابعی از تعداد بیماران هدف باشد، انگیزه ای برای جیره بندی دقیق این سوبسید می باشد. البته انگیزه سوء استفاده هم وجود دارد [۴۱].

سوبسیدهای تقاضای تحت هدایت ارائه دهنده که بعد از ارائه خدمت داده می شوند: شامل سوبسید کارانه و پرداختهای هدفمند. تحت یک سوبسید کارانه، ارائه دهنده بابت ارائه خدماتی مناسب به افرادی مناسب از دولت سوبسید دریافت می کند. مانند سوبسید پزشکی عمومی نیوزلند که در آن پزشکان عمومی به ازای هر مشاوره کودک که می دهند، پرداختی را از دولت دریافت می کنند. دریافت سوبسید می تواند منوط به این باشد که ارائه دهنده پول پرداخت شده توسط بیمار را کاهش دهد یا حذف کند. این شکل از سوبسید ممکن است از نظر اجرایی ساده تر از وچر باشد اما کنترل آن مشکل است. سوبسیدهای کارانه انگیزه قوی برای افزایش بهره وری ایجاد می کنند چون درآمد سوبسیدی ارائه دهندگان مستقیماً با نرخی که در آن خدمات ارائه می شوند مرتبط است. در انگلیس پزشکان عمومی سوبسیدها را به این شرط دریافت می کنند که به سطح پوشش خاصی برای ایمن سازی دست یابند. سوبسید معمولاً مبتنی بر بیماران فردی نیست بلکه مبتنی بر جمعیت هدف است مانند نرخ پوشش غربالگری یا واکسیناسیون. سوبسید همچنین می تواند مبتنی بر برونداد سلامت بین جمعیت خاصی باشد مثلاً نرخ بهبودی بیماران مسلول [۴۱].

مزایا و معایب سوبسیدهای تقاضا

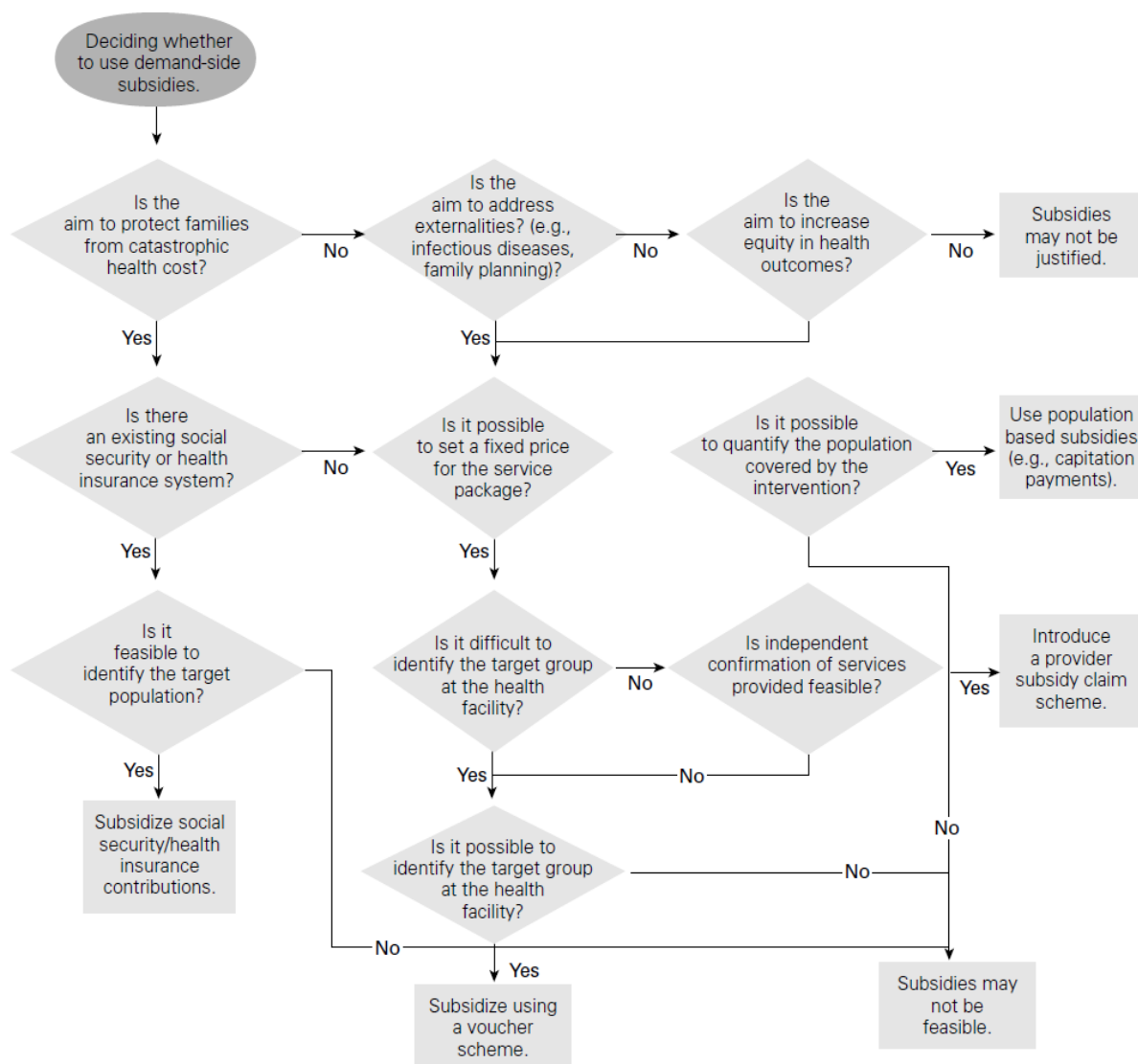
الف - مزایا:

- پاداش مبتنی بر بازده. با گره زدن دریافت سوبسید با تولید بازده خاص، سوبسیدهای تقاضا انگیزه ای برای افزایش آن ستاده و بنابراین بهره وری پیدا می کنند.
 - عملکرد مبتنی بر شواهد. ارتباط بین سوبسیدها و برونداد، این فرصت را ایجاد کند که مشخص کنیم ستاده ها چه خواهند بود. این به دو دلیل مهم است: اول اینکه سوبسیدها می توانند به طور صریح برای کاهش مشکلات سلامت به کار روند. دوم اینکه به سیاستگذاران اجازه می دهد مداخلاتی را تصریح کنند که مبتنی بر شواهد و هزینه اثربخش هستند.
 - هدفگذاری. هدفگذاری تا حد زیادی می تواند اهداف عدالت و کاهش فقر را برآورده کند. همچنین می تواند مصرف خدمات دارای اثرات جانبی مثبت را افزایش دهد. اگرچه هدفگذاری به طور غیرمستقیم توسط سوبسیدهای سمت عرضه نیز حاصل می شود اما به طور مستقیم توسط سوبسیدهای سمت تقاضا محقق می شود. برای مثال وچرها یکی از ابزارهایی هستند که برای برنامه ریزان سلامت درجاتی از اطمینان را فراهم می آورند که سوبسیدهایشان به جمعیت مورد نظر می رسد. برنامه ریزان می توانند بدانند چه کسانی نتوانسته اند به وچرها دست یابند و چه کسانی استفاده کرده اند. این شیوه هدفگذاری به ویژه هنگامی ارزشمند است که جهت گسترش خدمات به جمعیتهایی که حصول به آنها مشکل است تلاش می شود (مانند خودفروشان، معتادان و جمعیتهای بومی). با دادن وچر به این گروهها می توان استفاده آنها از خدمات بهداشت و درمان را افزایش داد البته باید مراقب بود که این هدفمندی منجر به بدنام سازی آنها نشود.
 - ارزیابی و پایش مبتنی بر ستاده. با سوبسیدهای سمت تقاضا می توان به دقت ردیابی کرد چه کسی خدمت دریافت کرده، چه خدماتی و حتی اینکه چه نتایجی حاصل شده است. با وجود این اطلاعات می توان سیستم را ارزیابی کرد.
- [۴۱].

ب- معایب سوبسیدهای تقاضا:

- هزینه های اجرایی و مبادلاتی بیشتر به دلیل نیاز به اندازه گیری ستاده. هزینه های اجرایی و مبادلاتی شامل هزینه تولید و توزیع و چرها، قرارداد با ارائه دهنده ها و پایش عملکرد آنها، جبران ارائه دهنده ها و استقرار نظامی برای اجتناب از عدم سوء استفاده از طرح و چر.
- خدمت بیش از حد. به دلیل ارتباط مستقیم بین ستاده و سوبسید همراه با مخاطره اخلاقی و مساله نمایندگی.
- خامه گیری. هنگامی روی می دهد که ارائه دهنده ها از ارائه مراقبت به گروههایی که نیازمند خدمات بیشتر هستند اجتناب می کنند. اگر سوبسید برای فراهم آوری دسترسی به خدمات باشد و نه استفاده آنها، تحت سیستم پرداخت سرانه و سوبسید بیمه سلامت این مساله ایجاد می شود.
- رضایت کم بیمار. سوبسیدهای سرانه انگیزه ای برای ارائه دهنده ایجاد نمی کنند که خدماتی سازگار و مناسب بیماران ارائه دهند [۴۱].

نمودار (۲-۲): درخت تصمیم برای سوبسیدهای سمت تقاضا



رفرنس: [۴۱]

شواهد زیادی وجود دارد که بیان می کنند فقرا و افراد آسیب پذیر غالباً از مخارج عمومی سلامت کمتر از ثروتمندان منفعت می برند. ضعف سمت عرضه موجب توجه به تأمین مالی سمت تقاضا به عنوان شیوه ای برای بهبود هدفمندی گروههای خاص و نیز ابزاری برای ارتقای کارایی ارائه دهنده می باشند. تأمین مالی مکانیسمهای تأمین مالی سمت تقاضا تحت هدایت مصرف کننده (Consumer led demand-side financing) به عنوان انتقال قدرت خرید به گروههای خاص برای کالاها و خدمات تعریف شده هستند. تأمین مالی سمت تقاضا در امریکا، اروپا، تعدادی کشورهای امریکای جنوبی و برخی دیگر از کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط برای دامنه گسترده ای از خدمات شامل بهداشت، آموزش، مسکن و غذاهای اساسی استفاده می شوند [۴۲].

از تامین مالی سمت تقاضا و تحت هدایت مصرف کننده می توان به چندین شکل جهت رسیدن به اهداف سیاستی گوناگون استفاده کرد (نمودار ۲-۲). اهدافی شامل [۴۲]:

- به عنوان ابزارهایی برای هدفمندی افراد کم درآمد و دیگر افراد آسیب پذیر
- به عنوان ابزارهایی برای تغییر رفتار
- برای تشویق رقابت بین ارائه دهندگان

برادفورد و شاپیرو بیان می کنند که تأمین مالی سمت تقاضا ویژگیهای زیر را دارند:

۱- گرت به مصرف کنندگان مبتنی بر ویژگیهای شخصی و خانوار داده می شود. این گرتها برای توزیع مجدد منابع به سمت افراد نیازمندتر یا کم توان تر برای تأمین مالی نیازهایشان هستند.

۲- انتخاب میانه. مصرف کنندگان به یک امکانات خاص محدود نمی شوند بلکه می توانند از بین امکانات گوناگون برای یک کالای خاص خرید کنند.

۳- رقابت عرضه کنندگان. ارائه دهندگان تشویق به رقابت بیشتر برای کسب منابع تأمین شده برای مصرف کننده می شوند.

۴- کاهش نرخ نهایی بازپرداخت (MMR) (marginal rate of reimbursement).

برخی روشهای دیگر نیز وجود دارند که نه کاملاً تأمین مالی سمت تقاضا و نه کاملاً مربوط به عرضه هستند:

- خریداران دولتی با بیمارستانهای عمومی بر اساس تعداد بیماران مداوا شده قرارداد می بندند (معیارهای ۱ و ۳ را برآورده می کند اما ۴ را نه)

- گرتهای بلوکی به مراکز خصوصی براساس توافق برای پذیرش سطح مشخصی از بیماران رایگان (ویژگیهای ۲ و ۳ را دارد اما ۱ و ۴ را نه)

- سرمایه گذاری قبل از پذیرش و ارائه خدمت برای بیمارستانهای استانی (ویژگی ۱ و واحدی ۲، اما نه ۳ و ۴)

- گرت نقدی که فقط در شرایطی داده می شود که بیماران از خدمات مشخصی استفاده کنند (ویژگیهای ۱ و ۳ اما نه ۲)

تأمین مالی سمت عرضه به صورت کلی عبارت است از وجود خریدار دولتی در بخش سلامت. تفاوت یک خریدار دولتی با تأمین مالی سمت تقاضا این است که خریدار دولتی با وجود مدرکی دال بر استفاده کالاها و خدمات توسط یک مصرف کننده هدفمند،

مقادیر یارانه را مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت می کند به جای اینکه آن را به تقاضاکننده بدهد. بسیاری برنامه های سرانه در انگلیس و سوئد در این گروه جای می گیرند و از معیار $MMR = 0-10\%$ تبعیت می کنند [۴۲].

بنابراین دولت با اعمال سیاستهایی می تواند استفاده از یک کالا یا خدمت خاص را تشویق یا اجبار کند. به دو دلیل این مسأله روی می دهد: وجود اثرات جانبی (externalities) و کالاهای استحقاقی (merit goods). در حالت اول، منافع اجتماعی مصرف یک کالای خاص از منافع خصوصی آن بیشتر است مانند واکسیناسیون و درمان بیماریهای واگیردار. حالت دوم (کالاهای استحقاقی) به این دلیل است که فرض می شود تصمیمات شخصی ایراد دارند زیرا افراد اطلاعات کافی برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه و انتخاب سطح مناسب مصرف ندارند بنابراین دولت باید دخالت کند.^۱

ارزیابی هزینه برنامه های تأمین مالی باید ریسک نسبی نشتی سرمایه (fund-leakage) که از فعالیتهای فریبکارانه تحت هر دو سیستم عرضه و تقاضا حاصل می شود را نیز به حساب آورد. برای مثال ممکن است وچرها توسط کسانی که آنها را بین ذینفعان توزیع می کنند منحرف شوند. همچنین شیوع فعالیتهای غیرقانونی در مراکز درمانی دولتی (سمت عرضه) نیز در بسیاری کشورها وجود دارد که این می تواند به دلیل رفتار رانت جوینان افراد مسئول تخصیص منابع باشد. نشتی ها همچنین هنگامی ناشی می شوند که نهادهای موردنظر برای درمان بیماریها با اولویت خاص به جای درمانهای با اولویت پایین تر استفاده می شوند. خرید مستقیم خدمات توسط بیماران یا یک خریدار مستقل از طریق استفاده از وچرها یا سیاستهای سمت تقاضا تا حد زیادی می تواند به کاهش این نشتی کمک کند [۴۲].

موضوع دوم این است که آیا منافع بالقوه ای در خرید انتخابی نسبت به سوبسید دادن به امکانات عمومی وجود دارد. یکی این است که خرید انتخابی رقابت بین ارائه دهندگان خدمات را افزایش می دهد و می تواند کیفیت را افزایش دهد. البته این برای خدمات ساده تر مانند خدمات روتین مربوط به بارداری و درمان برخی بیماریها بهتر عمل می کند اما برای خدمات غیرمعمول تر و پیچیده تر ممکن است به این شکل نباشد. مورد دیگر این است که مصرف کنندگان می توانند خدمات را از ارائه دهندگان محلی دریافت کنند به جای اینکه مسافتی را طی کنند تا به مراکز دولتی برسند [۴۲].

در مجموع باید دو نکته را مدنظر قرار داد که سیاستهای سمت تقاضا هنگامی قابل کاربرد هستند که بتوان افراد یا گروهها را به طور دقیق هدفگذاری کرد و نیز بتوان خدمات با کیفیت مناسب و استاندارد برای دسترسی افراد فراهم کرد [۴۲].

^۱ براساس ایده کالاهای استحقاقی ممکن است دولت برای مثال احساس کند که استحمام روزانه به نفع افراد است اما افراد نیازشان به حمام کردن را درست درست درک نکرده اند بنابراین ممکن است دولت قانونی وضع کند که حمام کردن در هر خانوار اجبار شود یا یارانه داده شود.

در مورد تامین مالی شخص ثالث یا مبتنی بر مصرف کننده باید این نکته را مدنظر قرار داد که همه نظامهای تأمین مالی، هزینه های مبادلاتی را در بر دارند. این هزینه ها را می توان هنگامی حداقل کرد که بودجه مستقیماً به تسهیلات داده می شود و نیازی به شناسایی گروههای مصرف کننده و استقرار سیستمهای پایش وجود ندارد.

نکته دیگر در انتخاب بین سیستمهای مبتنی بر تقاضا یا عرضه این است که کارایی این دو سیستم، حدی است که مصرف کنندگان بتوانند پایینترین قیمتها را از ارائه دهندگان بدست آورد. اگر بازار کاملاً رقابتی باشد اهمیتی ندارد که خریدار در مقیاسهای بزرگ یا کوچک خرید کند. اما در مورد بازارهای انحصاری، انحصارچندجانبه یا رقابت انحصاری، خرید عمده منافی دارد که موجب کاهش قیمت خدمات می شود. در بخش سلامت که ارائه دهندگان خدمات سطح دوم و سوم تاحدی تعدادشان کم است، منافع چنان خرید عمده ای آشکار می شود بنابراین سیاستهای سمت تقاضا مانند وچر تاحدی کارکرد خود را از دست می دهند [۴۲].

سوال اساسی این است که آیا منافع شیوه های سمت تقاضا از هزینه های آن بیشتر است. باید این نکته را در نظر داشت که در نبود رقابت، ارائه دهنده در مقابل ارائه خدمات با کیفیت احساس مسئولیت نمی کند. می توان هزینه های هدفمندی غلط را با استفاده از یک تابع زیان بررسی کرد. تابع زیان، زیان (هزینه) انتظاری ناشی از شیوه هدفمندی شامل [۴۲]:

- ارزش منافع تعلق گرفته به گروههای غیرهدف (خطای نوع ۲)

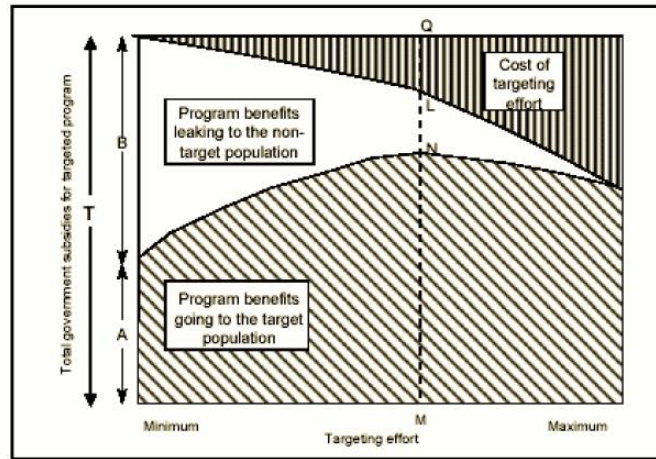
- ارزش منافی که به گروههای هدف تعلق نگرفته اند (خطای نوع ۱)

- هزینه رژیم هدفمندی

تابع زیان عمومی:

زیان (از جانب تقاضا) = (تعداد افراد گروه هدف که منافع را دریافت می کنند) + (تعداد افراد گروه هدف که منافع را دریافت نمی کنند) * ارزش دریافت شده توسط هر کدام از ذینفعان + هزینه شیوه هدفمندی استفاده شده

نمودار (۲-۳): مبادله بین دقت و هزینه های هدفمندی



در سمت منافع می توان منافع متناسب به گروه هدف را افزایش داد. این منافع بالقوه دو نوع هستند: اثرات بازار و اثرات مکانیسم (نمودار ۲-۳). اثرات بازار به این دلیل ایجاد می شوند که ذینفعان بر منابعی که استفاده می کنند کنترل دارند. اثرات مکانیسم از طریق انتقال اطلاعات در مورد اهمیت خدمات موردنظر در وچر ایجاد می شوند. همچنانکه در شکل نشان داده می شود همچنانکه شیوه های هدفمندی پیچیده تر می شوند، هزینه هایشان افزایش می یابند. برای مثال شیوه های ارزیابی درآمد و ثروت نیز پیچیده می شوند [۴۲].

۲-۳-۲ عوامل تاثیرگذار بر اثربخشی سوبسیدها

سه عامل رقابت، قرارداد و فساد اثربخشی سوبسیدهای سلامت را متاثر می کنند [۴۲].

رقابت: به دلیل اینکه بازار خدمات درمانی در پاسخگویی به موضوعاتی مانند اثرات جانبی و توزیع منافع سلامت بین گروههای درآمدی مختلف شکست می خورد، سوبسیدها توجیه می یابند. اما دادن سوبسیدها فقط به مراکز دولتی اغلب به رقابت در بازار لطمه می زند و این ممکن است موجب کاهش کارایی، کیفیت و رضایت بیمار شود. هنگامی که در یک شهر بخش خصوصی، تامین اجتماعی و دولت هرکدام بیمارستانها و مراکز درمانی خاص خود را دارند و همه در یک منطقه جغرافیایی خاص خدمت ارائه می کنند، رقابت برای سوبسیدها این امکان را فراهم می آورد که برای ارائه خدمات با هر کدام از این ارائه دهنده ها قرارداد بست منوط بر اینکه کدامیک قیمتها یا کیفیت بهتری ارائه می دهند. بنابراین می توان گفت سوبسیدهای رقابتی جلوی تحریف بازار را می گیرند.

اگر سوبسیدها در فضای غیررقابتی داده شوند، سوبسیدهای سمت عرضه که موجب بهبود ارائه خدمت برای جذب بیشتر بیمار می شوند اما تغییری در میزان سوبسید دریافتی ایجاد نمی شود، انگیزه کمی برای جذب بیماران بیشتر و بهبود رضایت بیمار و کیفیت خدمات وجود دارد اما در مورد سوبسیدهای سمت تقاضا که بیماران بیشتر موجب سوبسید بیشتری هم می شود انگیزه لازم برای جذب بیماران وجود دارد.

حالت دیگر این است که سوبسید فقط به ارائه دهندگان معتبر داده شود، کسانی که سطح خاصی از استانداردهای کیفی را فراهم کرده باشند. این می تواند انتخاب را برای بیماران محدود کند اما در صورت موفقیت تضمین می کند که آنها خدمات بهتری را دریافت می کنند. منافع همراه کردن اشکالی از اعتباربخشی با سوبسید مستقیم یا غیرمستقیم هستند. مستقیم به این مفهوم که خدمات سوبسید داده شده، استانداردهای خاصی را مدنظر قرار می دهند و غیرمستقیم یعنی برای ارائه دهنده ها انگیزه ای جهت افزایش استانداردهای خدماتشان ارائه می کنند تا ملزومات اعتباربخشی را تامین کنند.

قرارداد: قرارداد بستن منافع زیادی دارد چون طرفین قرارداد مجبور می شوند انتظاراتشان را مشخص کنند. قراردادهای برنامه ریزان سلامت را مجبور می کنند که به دقت مشخص کنند چه خدماتی از ارائه دهنده می خواهند و آنها را از طریق پروتکل‌های مدیریتی جزئی و خصوصیات کیفیت تعیین کنند. همچنین باید ارائه دهندگان اولویتهای خریداران را بدانند تا بر اساس تقاضای خریداران عمل کنند.

فساد: نشت بودجه برنامه به افرادی به جز ذی نفعان موردنظر به دلیل فساد هم در سوبسیدهای سمت تقاضا و هم عرضه می تواند روی دهد اما شکل آن متفاوت است. وچرها در معرض جعل و بازار سیاه هستند. سوبسیدهای کارانه و سرانه در معرض ادعاهای فریبکارانه هستند. سوبسیدهای سمت عرضه ممکن است با دله دزدی، فروش مجدد یا استفاده از نهاده های اهداشده برای بیماران به جز ذینفعان مدنظر، منحرف شوند.

۴-۲ انواع منابع حمایتی

انواع متفاوتی از منابع حمایتی وجود دارند مانند محصولات، وچرها و مبالغ نقدی که توسط دولت یارانه داده شده و به سمت گروههای خاصی هدفگذاری می شوند. شش نوع مکانیسم هدفمندی وجود دارد که در بخش سلامت به کار برده می شوند شامل: فرمول تخصیص منابع، قرارداد با NGO ها، معافیت پرداخت، پرداختهای انتقالی نقدی، وچرها و استراتژی های تقسیم بندی بازار.

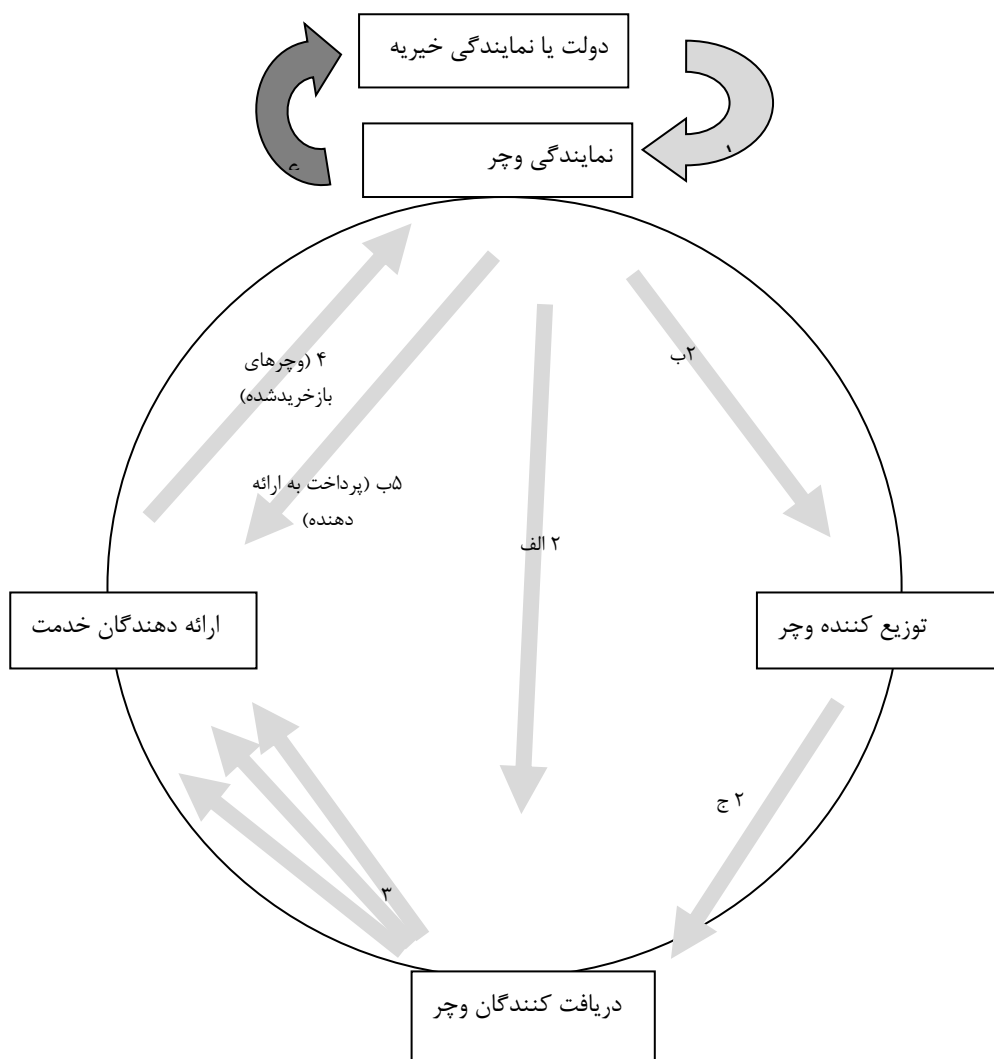
[۴۳].

۱-۴-۲ وچر

برنامه وچر یکی از ابزارهای مورد استفاده برای سوبسید دادن به کالاها و خدمات بخش بهداشت و درمان است. وچر بلیطی است که می تواند در مبادلات دامنه محدودی از کالاها و خدمات استفاده شود. وچرها دریافت نقدی برای کالاهای خاص را با ارائه آنها توسط فروشندگان خاص در یک زمان مشخص گره می زنند. وچرهای درمانی در مبادلات خدمات سلامت (مانند مشاوره های پزشکی یا تستهای آزمایشگاهی) یا کالاهای مصرفی درمانی استفاده می شوند (مثل داروها) [۴۳].

نحوه کار برنامه وچر

یک برنامه وچر با انتقال سرمایه ها به یک دفتر نمایندگی وچر آغاز می شود (۱). سپس وچرها توسط نمایندگی تولید می شوند و بین جمعیت هدف توزیع می شوند، یا بوسیله خود نمایندگی (۲ الف) یا بوسیله موسسات ثالث (۲ ب) که به نوبه خود بین بخشهایی از جمعیت توزیع می شوند که ارتباط نزدیکی با آنها دارند (۲ ج). دریافت کنندگان وچر، وچرهای یک ارائه دهنده خدمت سلامت را دریافت می کنند (۳) و آنها را با کالاها یا خدمات مبادله می کنند. ارائه دهندگان، وچرها را به دفاتر نمایندگی وچر بازمی گردانند (۴)، سپس دفتر نمایندگی به ارائه دهنده ها مبلغ مجموعی را که از قبل توافق شده است بابت هر وچر بازگردانده شده می پردازد (۵). نمایندگی وچر، برون داد و نتایج برنامه را به دولت یا خیریه ای که سوبسید را داده، گزارش می دهد (۶). ارائه دهندگان خدمات سلامت شامل کلینیکها، پزشکان غیررسمی، بیمارستانها، آزمایشگاهها یا دیگر مراکز تشخیصی، داروخانه ها، ارائه دهندگان خدمات مراقبتی اجتماعی، مروجین بهداشتی، آمبولانسها یا دیگر ارائه دهندگان خدمات حمل و نقل و فروشندگان پروتز می باشند.



شکل (۲-۲) فرایند توزیع وچر

ویژگیهای وچرها:

۱- وچرها اجازه هدفگذاری دینفعان را می دهند.

وچر از سوبسیدهای سمت تقاضا هستند که با هدفگذاری بهتر به سیاستگذاران کمک می کنند تا به نسبت بیشتری از مردم سوبسید بدهند (حساسیت). هدفگذاری همچنین به جداسازی مردمی که جزو گروه هدف نیستند کمک می کند (تخصیص). در بسیاری برنامه های سوبسیدی اغلب در سطح تسهیلات سلامت، جداسازی کسانی که می خواهیم به آنها کمک کنیم از کسانی که نمی خواهیم دشوار است بنابراین حساسیت و تخصیص پایین است. اما در برنامه های وچر این دو معمولاً بالا هستند. وچرها به خصوص برای دینفعانی که خارج از محدوده قانون عمل می کنند (مصرف کنندگان داروهای غیرقانونی، خودفروشان و ...) و یا ترس

از بدن‌امی دارند (افراد مسلول، جذامی و HIV/AIDS) قابل استفاده هستند. همچنین هدف‌مندی جمعی هنگامی موثر است که افراد خارج از جمعیت هدف بتوانند به طور غلط ادعا کنند که شایسته دریافت منافع هستند.

۲- وچرها استفاده از خدمات کم مصرف را تشویق می کنند.

وچرهای سلامت ممکن است مردم را تشویق به ویژگی‌هایی کنند که در غیر اینصورت نداشتند. برای سوبسید دادن به خدماتی که از منظر رفاه اجتماعی کم مصرف هستند مانند برنامه ریزی خانواده، درمان بیماری‌های واگیر، ایمن سازی، مراقبتهای سلامت روان و خدمات سلامت مادر و کودک. همچنین هنگامی که اطلاعات در مورد خدمات موجود به طور ضعیفی انتشار یافته است.

۳- وچرها را به سادگی می توان مدیریت کرد.

اگرچه از بین سوبسیده‌های سمت تقاضا، آنها را ساده تر می توان اداره کرد اما هزینه های اجرایی بالا یکی از ایراداتشان است.

۴- وچرها تقاضای القایی را کاهش می دهند.

از آنجاییکه وچرها توسط استفاده کننده کنترل می شوند، مشکلات مرتبط با تقاضای القایی کاهش می یابد و چون معمولاً برای خدمات محدود و کاملاً شفاف استفاده می شوند احتمال ریسک اینکه برای شرایطی گرانتر از آنچه در واقع می باشد استفاده شود کم است. برای مثال هنگامی که می توان دو گروه تشخیصی متفاوت را به یک بیمار نسبت داد، بیمارستان تمایل دارد از گروهی استفاده کند که سطح سوبسید بالاتری دارد. برنامه های وچر به میزان زیادی از این پدیده خزش تشخیصی^۱ اجتناب می کنند.

۵- وچرها برای بسته های خدمات با هزینه ثابت یا قابل پیش بینی بهتر عمل می کنند.

این بازپرداخت به ارائه دهنده ها را آسان می کند. ارائه دهندگان می توانند از قبل روی مبلغی به ازای هر وچر توافق کنند به خصوص هنگامی که خدمات از قبل به طور شفافی مشخص هستند و هر بیمار دقیقاً خدمات مشابهی می گیرد. همچنین هنگامی که بیماران خدمات متفاوتی با توجه به شرایط مستقل مانند نتایج تستهای آزمایشگاهی دریافت می کنند.

در برنامه پیشگیری از ایدز در نیکاراگوئه، درمان عفونتهای منتقله از راه جنسی بر اساس تشخیص متفاوت است. نمایندگی وچر برای هر عفونت، پروتکل مدیریتی را معین کرده و امکاناتی با داروهای اساسی ارائه می کند. در موارد خاص هنگامی که درمانهای اضافی نیاز است پزشکان می توانند از نمایندگی وچر درخواست جبران هزینه های اضافی را داشته باشند.

^۱ . diagnostic creep

۶- وچرها رضایت مشتری را افزایش می دهند.

در یک برنامه وچر رقابتی، دارنده وچر معمولاً می تواند یک ارائه دهنده انتخاب کنند. اگر وچر همه هزینه های خدمات را پوشش دهد یا اگر هزینه اخذشده بوسیله همه ارائه دهنده ها یکسان باشد، دارنده وچر انتخابش را بر این اساس انتخاب می کند که کدام ارائه دهنده خدمات با کیفیت تر، مناسب تر و سازگارتری ارائه می دهد. بنابراین ارائه دهنده ها تلاش می کنند کیفیت را افزایش دهند تا دارندگان وچر بیشتری را جذب کنند [۴۱].

جدول (۲-۲)، مثالهایی از برنامه وچر در بخش بهداشت و درمان در کشورهای مختلف را نشان می دهد.

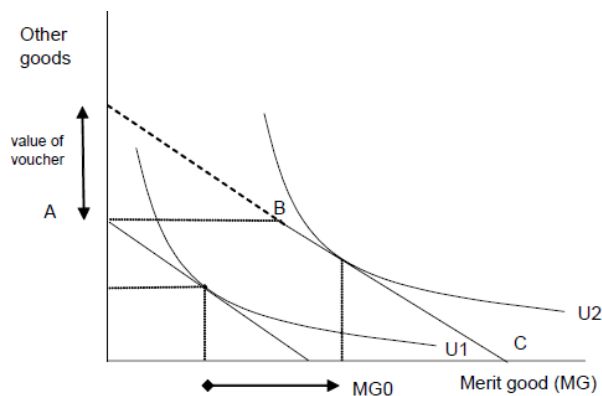
جدول (۲-۲): نمونه ای از برنامه وچر در کشورهای مختلف

هدف برنامه	ذینفعان هدف	کشور	رفرنس
کاهش وقوع عفونتهای قابل انتقال جنسی	شرکای بیماران جنسی واگیردار	افریقای جنوبی(۸۸)	Koumans and others(۲۰۰۳)
کاهش مرگ و میر کودکان در اثر مالاریا	همه زنان باردار که خدمات سلامت پیش از زایمان دریافت می کنند	تانزانیا(۸۹) اوگاندا	Marchant and others (۲۰۰۲)
افزایش استفاده از خدمات سلامت باروری و کودکان در مناطق پرجمعیت	همه ساکنین زن و کودک در مناطق پرجمعیت	هند(۹۰)	Mookherji (۲۰۰۳)

رفرنس: [۴۱]

اقتصاد خرد سیستم وچر

فرض کنید که فرد می تواند ترکیبی از کالای استحقاقی مانند بهداشت و دیگر کالاها را خریداری کند. وچر داده شده به کالای استحقاقی موجب انتقال قیدبودجه به سمت راست می شود مانند یک سوبسید قیمتی. تفاوت در این است که در این جا مصرف سایر کالاها نمی تواند فراتر از حداکثری که فرد در وضعیت قبل از وچر خریداری می کرد افزایش یابد. بنابراین قیدبودجه جدید ABC می شود [۴۳].



شکل (۲-۳). تاثیر اعطای وچر بر مطلوبیت افراد

اگر هردو کالاهای استحقاقی و سایر کالاها در ترجیحات افراد باشند، انتقال قید بودجه منجر به افزایش سطح مطلوبیت می شود (شکل ۲-۳). در مقابل اگر یک پرداخت انتقالی نقدی صورت گیرد منجر به افزایش مطلوبیت تا سطح U_3 می شود و نسبت به حالت وچر، میزان مصرف کالای استحقاقی کمتر افزایش می یابد.

۲-۴-۲ پرداختهای انتقالی شرطی

بر اساس مطالعات انجام شده اهدافی که می توان از سیاستهای حمایتی انتظار داشت و ارزیابی را بر اساس آن انجام داد عبارتند از: استفاده از مراقبتهای سلامت، مخارج سلامت، عدالت و سایر برون دادهای سلامت می باشند. که ممکن است برخی یا همه آنها در انجام و پیاده سازی سیاست حمایتی مدنظر باشند. مطالعات مختلف برای سنجش تاثیر سیاست از آزمایش تصادفی کنترل شده (RCT)، سربهای زمانی منقطع مطالعات کنترل شده قبل بعد استفاده کنند [۴۴].

پرداختهای انتقالی نقدی شرطی (CCTs) برنامه هایی هستند که مبالغ نقدی را به خانوارهای فقیر انتقال می دهند با این شرط که آن خانوارها سرمایه گذاری های مشخصی در سرمایه انسانی انجام دهند. سلامت و تغذیه جز مواردی هستند که معمولاً نیاز به بررسی ادواری، پیش رشد و ... دارند. CCT ها افراد فقیر را وامی دارند که مصرف بیشتری از خدمات سلامت و آموزش داشته باشند. اما شواهدی که در مورد بهبود نتایج نهایی آنها در آموزش و بهداشت وجود دارد پیچیدگی خاص خود را دارند. CCT ها احتمال اینکه اینک خانوارها فرزندانشان را برای چکاپهای پیشگیرانه ببرند افزایش می دهند اما همیشه منجر به بهبود وضعیت تغذیه ای کودک نمی شوند. نرخ ثبت نام مدرسه بین خانوارهایی که ذی نفع برنامه هستند افزایش می یابد اما شواهد کمی وجود دارد که برون دادهای آموزشی آنها هم افزایش می یابد. بنابراین برای حداکثر کردن اثر بالقوه آنها بر انباشت سرمایه انسانی (ارتقا سلامت و آموزش)، باید CCT ها را با دیگر برنامه های بهبود کیفیت عرضه خدمات و روشهای حمایتی دیگر همراه کرد [۴۵].

پرداختهای انتقالی نقدی شرطی (CCT) اخیراً در چندین کشور امریکای لاتین مطرح شده اند. در این طرح مبلغ پولی به خانوارهایی که حایز شرایط باشند پرداخت می شود. پرداختهای نقدی شرطی به چند دلیل نسبت به پرداختهای غیرنقدی و غیرشرطی ترجیح داده شده اند [۴۵].

- برخلاف پرداختهای انتقالی غیرنقدی که ارائه کالای خاصی را از قبل تعیین کرده اند، CCT ها شبکه های مطمئن منعطف تری هستند که به افراد اجازه می دهند موارد را بر اساس نیاز یا ترجیحاتشان خریداری کنند.
- پرداختهای انتقالی غیرنقدی اغلب به دلیل هزینه های لجستیکشان مورد انتقاد قرار می گیرند (مثلاً هزینه های حمل و نقل محصولات بزرگ به مناطق دورافتاده).
- مشروط بودن برنامه های CCT استدلال موثری در مقابل انتقادی است که بیان می کند پرداختهای انتقالی اجتماعی بی فایده و اتلاف کننده منابع هستند و می تواند به عنوان انگیزه ای برای سازگار شدن رفتار خانوارها باشد و رفاهشان را افزایش دهد.

برنامه های CCT جهت خنثی کردن تاثیرات اقتصادی اجتماعی گسترده بحران بدهی ۱۹۸۰ و بحران مالی مکزیک (۱۹۹۵) و آسیا (۱۹۹۷)، از اواسط دهه ۱۹۹۰ در امریکای لاتین گسترش یافتند. برنامه های CCT که جزء سوبسیدهای سمت تقاضا هستند که جهت کاهش قیدها و برطرف کردن تنگناها در ارائه خدمات اجتماعی به کار می روند. CCT به غلبه افراد بر محدودیتهای دسترسی به خدمات اجتماعی کمک می کند. پرداختهای انتقالی پولی، پولی را فراهم می کنند که خانوارها بتوانند هزینه های غیرمستقیمشان (مانند حمل و نقل طی بستری) یا هزینه های فرصت (مانند کاهش درآمد در اثر زمان صرف نشده برای فعالیتهای مولد درآمد) مرتبط با درمانشان را جبران کنند. از سوی دیگر مکانیسم CCT تنها مکانیسم پرداخت انتقالی است که موجب افزایش عدالت می شود [۴۵].

هدف کلی برنامه های CCT ارائه راهکارهای حمایتی به خانوارهایی است که در فقر شدید زندگی می کنند تا ظرفیت بالقوه بلندمدت اعضای خانوار بهبود یابد. بنابراین هدف آنها فراتر از افزایش مداخلات سلامت موثر می باشد و موضوع سرمایه انسانی را دربر می گیرد. این برنامه ها هم با ارائه انگیزه های مالی، تغییر رفتار در خانوارها ایجاد می کنند و هم مستلزم دسترسی رایگان به خدمات اولیه سلامت می باشند. در نتیجه CCT می تواند با کاهش یا حذف محدودیتهای مالی دسترسی، تاثیر مثبتی بر تقاضا برای خدمات سلامت ایجاد کند و تاثیر مثبت بالقوه ای بر درآمد خانوارهای ذینفع داشته باشد [۴۵].

مثال: برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار در هند و نپال و اکوادور، جامائیکا، ترکیه و کنیا.

تأثیر پرداختهای انتقالی نقدی بر سلامت

پرداختهای انتقالی نقدی به چند شیوه می توانند سلامت خانوارها را تحت تأثیر قرار دهند: با پوشش دادن هزینه هایی که به طور مستقیم با دسترسی به خدمات سلامت مرتبط هستند (شامل مخارج حمل و نقل، پرداختهای پزشکی و هزینه فرصت)، با افزایش مصرف غذا (هم کمیت و هم کیفیت تغذیه) و با ایجاد انگیزه جهت مشارکت در مراقبتهای پیشگیرانه و آموزش سلامت [۴۶].

تأثیر پرداختهای نقدی غیرشرطی بر سلامت

ارزیابی برنامه DECT در ملاوی نشان داد که طی ۵ ماه برنامه، پرداختهای انتقالی موجب دسترسی بهتر به مراقبتهای درمانی شدند. DECT قدرت خرید برای مخارج حمل و نقل، صورتحسابهای بیمارستان و دارو را افزایش داد و موجب دسترسی آسان تر به خدمات درمانی شد [۴۶].

ویژگیهای برنامه های حمایتی (cash transfers) پرداخت نقدی ارتباط نزدیک با جنبه هایی مانند گروه هدف، اندازه پرداخت انتقالی، مدت و زمانبندی دریافت کمک نقدی و شرایطی که گروههای هدف بر اساس آن مشخص شده اند، دارد (افریقای مرکزی و غربی) [۴۵].

جدول (۳-۲): گونه شناسی برنامه های پرداخت نقدی، اهداف و ذینفعان

نوع پرداخت انتقالی نقدی به خانوار	جزئیات برنامه	اهداف اصلی	ذینفعان اصلی
پرداخت انتقالی نقدی شرطی جهت توسعه انسانی	پرداختهای انتقالی درآمدی به خانوارهای فقیر که با شرایط رفتاری گره خورده مانند حضور در مدرسه و یا مشاوره پزشکی	بهبود برون دادهای آموزش، سلامت و تغذیه	کودکان در خانوارهای فقیر
پول نقد برای کار	پرداختهای نقدی به نیروی کار که در پروژه های کاری عمومی مشارکت می کنند.	کاهش آسیب پذیری فصلی و افزایش درآمد خانوار برای پوشش نیازهای اولیه	افراد توانمند در خانوارهای فقیر
پرداختهای انتقالی غیرشرطی	پرداختهای انتقالی درآمدی به خانوارهای فقیر بدون رفتارهای شرطی	افزایش درآمد خانوار برای برطرف کردن نیازهای اولیه	خانوارهای فقیر و معمولاً بیکار
مستمری اجتماعی	کمک درآمدی منظم به افراد سالمند	فراهم کردن وسایل امرار معاش برای سالمندان	سالمندان
منافع کودکان	گرفتهای نقدی (هدفمند یا کلی) به خانوارهای با بچه	کمک به برطرف کردن نیازهای اولیه بچه ها	کودکان

گرنتهای ناتوانی	حمایت افراد ناتوان	دسترسی افراد ناتوان به خدمات و نیازهای اولیه	افراد ناتوان خصوصاً افراد بیکار
-----------------	--------------------	--	---------------------------------

رفرنس: [۴۵]

کدام انواع خدمات سلامت به صورت مشروط قابل استفاده هستند؟ خدمات سلامت دامنه گسترده ای از پیشگیری تا ارائه خدمات اولیه، ثانویه و سطح سوم دارند. در مراقبتهای بهداشتی پیشگیرانه و سطح اول، ویزیت منظم کلینیکهای بهداشتی و سطوح به روز ایمن سازی جز معمول ترین شرایط هستند. این اقدامات برای بهبود سلامت مردم مهم هستند و به سادگی قابل اندازه گیری هستند. در عمل اغلب مشروط بودن سلامت و آموزش برای بچه ها ترکیبی استفاده می شود [۴۵].

در مقابل، خدمات مراقبتی درمانی به عنوان شرایط CCT مناسب نیستند زیرا افراد آنها را هنگام بیماری نیاز دارند نه به طور منظم. اما برای برخی گروههای خاص که به درمانهای پزشکی منظم نیاز دارند، CCT می تواند راهی برای بهبود نتیجه و دسترسی آنها به درمان باشد. CCT ها اولین بار در اواخر دهه ۱۹۹۰ در امریکای لاتین آغاز شدند (مکزیک، برزیل، کلمبیا، هندوراس، نیکاراگوئه و اکوادور). البته در بخشی کشورهای دیگر مانند کامبوج، ترکیه، افریقای جنوبی و اندونزی هم وجود دارند. ارزیابی در اغلب کشورها نشان داده است که CCT ها مصرف خانوارهای فقیر را افزایش داده اند البته تاثیر آن به تعداد ذینفعان و میزان پرداخت انتقالی بستگی دارد. اگرچه تاثیر مثبت آنها در کوتاه مدت بزرگ است اما اثرات بلندمدت آن بر روی سلامت هنوز در حال ارزیابی می باشد. برای مثال در مکزیک، CCT ها در جهت کاهش مرگ و میر و بیماری نوزادان، چاقی، فشار خون و دیابت در بزرگسالان موفقیت آمیز عمل کرده اند. در هندوراس و کلمبیا نیز کاهش شیوع اسهال در بین کودکان به CCT ها نسبت داده شده است [۴۵].

تفاوت بین برنامه های CCT و برنامه های تامین مالی سلامت چیست؟ CCT ها و برنامه های تامین مالی سلامت اهداف و عملکرد متفاوت دارند. هر دو آنها درون مکانیزمهای تامین اجتماعی قرار می گیرند. اما طرحهای تامین مالی سلامت برای حمایت از ریسکهای مالی پرداخت برای خدمات سلامت و جهت تضمین در دسترس بودن خدمات سلامت طراحی می شوند. ماهیتاً آنها شامل مکانیزمهایی برای جمع آوری سهمهای پیش پرداخت (مثلاً از طریق مالیات) هستند که قبل از خرید خدمت انباشت می شوند. CCT ها حمایت از ریسک فراهم نمی کنند بلکه شکلی از کمک اجتماعی هستند که در آن ذینفعان مجبور به پرداخت نیستند. CCT ها اجازه گسترش پوشش مراقبتهای بهداشتی پایه مانند واکسیناسیون یا مراقبتهای مادر و کودک یا ارائه خدمت به کسانی را می دهند که در غیر اینصورت توانایی پرداخت بابت آن را نداشتند. CCT ها همچنین می توانند به طور غیرمستقیم دسترسی به مراقبتهای درمانی را افزایش دهند اما به طور خاص برای حمایت خانوارها در مقابل هزینه های فاجعه بار طراحی

نشده اند. CCT ها مداخلات سمت تقاضا هستند و انگیزه ای برای استفاده بیشتر از خدمات سلامت مرتبط فراهم می کنند. آنها کنترل مستقیمی بر ارائه دهندگان خدمات سلامت ندارند اما مشروط بودن آنها فقط هنگامی می تواند موثر باشد که خدمات سلامت باکیفیت جهت استفاده در دسترس باشند. درجاییکه مرکز بهداشتی وجود ندارد یا خدماتی قابل ارائه نیست، پرداختهای انتقالی نقدی به چیزی دست نمی یابند. بنابراین مداخلات سمت عرضه برای برخورد با مشکلات بالقوه ای مانند کیفیت پایین خدمات، کمبود کادر درمانی یا تنگناهای عرضه پزشکی، پیش نیازهای یک CCT موفق هستند [۴۵].

۳-۴-۲ هدفمندی یارانه های بهداشت و درمان

هدفگذاری یکی از خصوصیات برنامه هایی است که کمکهای اجتماعی ارائه (کمکهای نقدی یا انواع دیگر سوبسیدهای عمومی) می دهند. با استفاده از هدفمندی می توان بر اساس ویژگیهای اقتصادی- اجتماعی، منابع را مستقیماً به سمت یک گروه خاص هدایت کرد. هدفگذاری به این کمک می کند که چگونه بهترین تخصی منابع را در بین گروههای ذینفع انجام دهیم.

انواع هدفمندی

هدفمندی ۴ شکل اصلی به خود می گیرد اگرچه می تواند به شکل ترکیبی از این انواع نیز به کار رود [۴۶]:

۱- هدفمندی گروهی categorical targeting

نیازی به آزمون وسیع ندارد در عوض منافع مستقیماً به سمت گروهی هدایت می شوند که شناسایی آنها نسبتاً آسان است مانند زنان، سالمندان، کودکان، افراد ناتوان و افراد فاقد زمین. هدفمندی منابع به سمت افراد متأثر از HIV و ایدز و بیماران خاص می تواند نوعی از این هدفگذاری باشد اگرچه ممکن است هنگام گروه بندی و مشخص کردن آنها ترس از بدنامی و مسأله عدالت وجود داشته باشد.

۲- خودهدفمندی self-targeting

شیوه ای است که در آن هرکس می تواند سهمی باشد اما برنامه ویژگیهایی دارد که سهمی شدن افراد با وضع بهتر را کاهش می دهد. برای مثال برنامه کار دولتی با دستمزدهای پایین تر از دستمزد بازار که در آن افراد فقیرتر تمایل دارند با این دستمزدها کار کنند. در واقع افرادی که گزینه های بهتری دارند خودشان انتخاب می کنند که از برنامه خارج شوند مانند استفاده از خدمات بیمارستانی دولتی. یک نوع دیگر از خودهدفمندی، دادن سوبسید به برخی کالاها است که فقط فقرا و افراد کم درآمدتر مصرف می کنند.

۳- هدفمندی جغرافیایی geographic targeting

یک منطقه به دلیل فقرش، ویژگیهای جغرافیایی، اجتماعی و ... انتخاب می شود. برای مثال مناطقی که بیماری خاصی در آنجا بیشتر شیوع دارد، تستهای غربالگری، پایش و ... رایگان ارائه می شود. اگرچه هدفمندی جغرافیایی به این معنی است که همه در آن منطقه می توانند در برنامه وارد شوند اما غالباً به دنبال آن ارزیابیهای فردی و خانوار نیز انجام می شود. مانند برنامه پروگرسا در مکزیک

۴- هدفمندی مبتنی بر جامعه community-based targeting

این اغلب مستلزم یک کمیته مبتنی بر جامعه یا مجلس عمومی می باشد اگرچه مقامات دولتی محلی، رهبران سنتی، نخبگان، NGO های بین المللی و CBO های محلی هم نقش دارند. ذینفعان بر اساس مجموعه ای از معیارهایی که با یک فرایند مبتنی بر جامعه یا توسط مجریان برنامه تعیین شده اند، انتخاب می شوند [۴۷].

Coady, Grosh & Hoddinott (۲۰۰۴)، ۲۲ برنامه هدفمند را مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که به طور متوسط یک چهارم بیشتر منابع به افراد فقیر اختصاص می یابد اما بیش از ۲۵ درصد برنامه ها نتایج بازگشت کننده داشتند [۴۷]. شیوه هایی که بهترین عملکرد را با توجه به دسترسی فقرا داشتند، خودهدفمندی از طریق احتیاجات کاری همراه با آزمون وسیع، هدفمندی مطلق مبتنی بر سن و شیوه های مبتنی بر جامعه بودند. در جایکه نظامهای قیمومیتی یا امکان نفوذ نخبگان وجود دارد و یا گروه هدف کمتر نمایان هستند، ممکن است رویکرد هدفمندی مطلق بهتر باشد [۴۸].

۴-۲-۴ کارتهای هوشمند سلامت

کارت هوشمند، کارتی کوچک یا وسیله ای است که حاوی یک تراشه الکترونیک می باشد. این تراشه امکان ذخیره و دستیابی به اطلاعات سلامت افراد را ممکن می سازد. این تکنولوژی می تواند سطوح بالایی از امنیت و حفظ اطلاعات خصوصی فراهم آورد. از این کارت در کشورهایی مانند الجزایر، اتریش، استرالیا، بلژیک، فرانسه، آلمان، مغولستان، ایتالیا، کنیا، مکزیک، اسلوانی، اسپانیا، تایوان، انگلیس و امریکا استفاده می شود [۴۹].

کارتهای هوشمند چندین کاربرد و توانایی دارند که برای ارائه دهندگان مهم است [۴۹]:

- شناسایی دقیق بیمار بین مرزهای جغرافیایی و سازمانی
- یکپارچگی اطلاعات سلامت و ثبت اطلاعات و توانایی شناسایی همه موقعیتهایی که یک بیمار از خدمات استفاده می کند
- پیشگیری از صدور دو کارت با هم

- از بیمار در شرایط اضطرار حفاظت می کند و امکان ردیابی بیمار در وضعیتهای بحرانی را ایجاد می کند.
- در زمان پرداخت سهم پرداختی بیمار، بیمه و دولت دقیقاً ثبت می شود.
- این کارتها هزینه های اجرایی بیمارستانها را کاهش و کارایی اجرایی را افزایش می دهند و امکان مدیریت اطلاعات پزشکی را فراهم می آورند

۵-۴-۲ معافیت پرداخت

برخی موارد حتی هنگامی که خدمات به طور موجهی قابل دسترس هستند، تقاضا پایین می ماند. یا اینکه حتی هنگامی که دسترسی به مراقبتهای درمانی وجود دارد، هزینه های حمل و نقل و درمان و زیان وارد بر درآمد ممکن است موجب شود خانوارهای فقیر، بیشتر در فقر قرار گیرند. بنابراین سیاستهای تأمین مالی سمت تقاضا (DSF) به عنوان ابزارهایی هستند که این وضعیت را اصلاح می کنند و در بسیاری کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط به کار می روند تا بر محدودیتهای دسترسی غالب آیند. DSF به گروهی از مکانیسمها گفته می شود که برای انتقال قدرت خرید به گروههای خاصی از مردم برای خرید کالاها و خدمات مشخصی استفاده می شود. در یک مرور سیستماتیک که توسط بنیاد استرالیایی توسعه بین الملل در سال ۲۰۱۴ انجام شد، منحصراً بر سلامت مادر و نوزاد و تمرکز بر ۴ منظر توجه شد: اثربخشی، امکان پذیر بودن، تناسب و معنی دار بودن. انواع DSF استفاده شده در مراقبتهای مادر و نوزاد در کشورهای با درآمد کم و متوسط عبارتند از [۵۰]:

- پرداختهای انتقالی شرطی (CCT) که برای خانوارهای فقیر هدفگذاری شده اند.
- پرداختهای نقدی کوتاه مدت برای جبران هزینه های دستیابی به خدمات زایمان
- وچرها برای خدمات زایمانی که در این حالت ارائه دهنده بعداً جبران می شود
- وچرها برای کالاهای استحقاقی مانند انهدام زیستگاههای حشرات که موجب ارتقای سلامت مادر و نوزاد می شود
- پرداختهای انتقالی نقدی غیرشرطی (مانند فوق العاده ها و مزایای زایمانی)

نتایج برنامه هومی توانند به شکل کمی، کیفی یا اقتصادی باشند.

بروندادهای کمی شامل کاهش مرگ و میر و بیماری مادر (پیش از زایمان، حین زایمان و بعد از زایمان) و نوزاد (پریناتال، نئوناتال و نوزاد) و بهره مندی از خدمات زایمان می شود (جدول ۴-۲).

بروندادهای کیفی شامل کاهش مرزها و پیش شرطهای اجرای موفق و ارتقای تجربیات ارائه دهندگان می شود.

برونداهای اقتصادی نیز هزینه اثربخشی مداخلات DSF را در بر می گیرد.

جدول (۴-۲): انواع DSF

منفعت دلاری حاصله	برنامه ها	توزیع	ساختار اجرایی مورد استفاده	مکانیسم ارتقای بهداشت باروری	
۶۸ دلار (۵۸٪) - gdp سرانه در هر ماه (دوبار در طول بارداری پرداخت می شود. - بیان نشده	Dr Muthulakshmi Reddy Memorial Assistance در هند Scheme	مستقیماً به حساب بانکی افراد	نظام سلامت دولتی	حذف اثرات زیان بار فقر بر سلامت طی دوران بارداری	پرداختهای انتقالی نقدی غیرشرطی
۱۵ دلار (۵٪) - gdp سرانه هرماه	- پروگرسا در مکزیک (Oportunidades) - السالوار دور (Comunidades Solidarias Rurales)				
۷۵ دلار (۱۵ درصد) هر دو ماه ۲۵۰ دلار (۱۲۹) درصد) در طول ماه ۳۳ - ۳ دلار (۳٪) هرماه - بیان نشده	- پرو (Juntos) - بولیوی (Bono Juana Azurduy) - هندوراس (Programa de Asignacion Familiar Social Risk) - ترکیه (Mitigation Project Program - اندونزی) Keluarga (Harapan -	مستقیماً به حساب بانکی افراد، توزیع در جامعه یا فرستادن برای ذینفعان	سیستم رفاه اجتماعی	شرایطی که بهره مندی از خدمات زایمانی خاصی را ارتقا می دهد.	پرداختهای انتقالی نقدی شرطی
۳۱-۱۳ دلار (۱۱-۲۶٪) بسته به مکان	هند (Janani Suraksha Yojana)	پرداختهای گذشته نگر در مراکز بهداشتی	نظام سلامت دولتی	حذف اثرات زیان بار فقر بر دسترسی به	پرداختهای کوتاه مدت برای جبران هزینه

<p>- ۷-۲۴ دلار (۱۲-۴۱٪) بسته به مکان</p> <p>- برای ۴ ANC و زایمان و دو PNC (هزینه وچر ۲,۵ دلار- (.۳)</p> <p>- برای ۴ ANC و زایمان و دو PNC (هزینه وچر ۱,۲ دلار- (.۳)</p> <p>- برای ۳ ANC و زایمان و دو PNC و هزینه های حمل و نقل (وچر رایگان داده می شود)</p>	<p>Safe Delivery - نیپال) Incentive (Programme)</p> <p>- کنیا) Vouchers for (Health)</p> <p>- اوگاندا) HealthyBaby (vouchers)</p> <p>- اوگاندا) Makerere University Voucher (Scheme)</p>			<p>خدمات بارداری</p>	<p>های دسترسی</p>
<p>- باهدف حذف پرداختهای غیررسمی</p> <p>- برای ۳ ANC و زایمان و یک PNC و هزینه های حمل و نقل (هزینه وچر ۱,۲ دلار- (.۱)</p> <p>- برای ۳ ANC و زایمان و دو PNC (وچر رایگان داده می شود)</p> <p>- برای ۱ ANC</p>	<p>Obstetric Care - ارمنستان) State Certificate (Program)</p> <p>- پاکستان) Pilot voucher (scheme)</p> <p>- هند) Sambhav vouchers)</p> <p>- هند) Chiranjeevi scheme)</p>	<p>توزیع مبتنی بر جامعه</p>	<p>آژانس مدیریت وچر</p>	<p>حذف یا کاهش هزینه خدمات زایمانی خاص در نقطه استفاده</p>	<p>وچر برای خدمات زایمان</p>

<p>و زایمان، حمل و نقل و غذا (عدم وجود وچر) - برای ۳ ANC و زایمان و یک PNC (وچر رایگان داده می شود) - برای ۳ ANC و زایمان و یک PNC و هزینه های حمل و نقل (وچر رایگان داده می شود) - برای ۳ ANC و زایمان و یک PNC و هزینه های حمل و نقل (وچر رایگان داده می شود)</p>	<p>- هند (MAMTA scheme) - بنگلادش (Pilot voucher scheme) - کامبوج (Pilot voucher scheme)</p>				
<p>- ۰,۵ دلار (۲ درصد) تخفیف برای از بین بردن محل پشه ها که ۳,۵ دلار هزینه دارد - ۲,۷ دلار (۶٪) تخفیف برای سمپاشی کانون پشه ها که ۳ و ۶۵ دلار هزینه دارد - ۴,۲ دلار تخفیف برای سمپاشی</p>	<p>- تانزانیا (Discount voucher scheme) - تانزانیا (Tanzania National Voucher Scheme) - غنا (Volta voucher scheme)</p>	<p>توزیع در مراکز بهداشت</p>	<p>مراکز بهداشتی دولتی</p>	<p>حذف یا کاهش هزینه کالاهای استحقاقی در هنگام استفاده</p>	<p>وچر برای کالاهای استحقاقی</p>
<p>ANC:antenatal care, PNC : postnatal care.</p>					

برخی برنامه های DSF برای چندین وضعیت مناسب هستند مانند برنامه کاهش ریسک اجتماعی (Social Risk Mitigation Programme) در ترکیه و برنامه وچر سلامت مادر (Maternal Health Voucher Scheme) در بنگلادش که هر دو شامل پرداختهای کوتاه مدت برای جبران هزینه های دسترسی می باشند.

رفرنس: (۵۱)

مطالعات مختلف نشان می دهند که محدودیتهای جغرافیایی، مالی و اجتماعی، دسترسی به مراقبت از طریق DSF را به تعویق می اندازند. دور بودن مکان و ارتباطات حمل و نقل ضعیف با برنامه های DSF حل نمی شوند. هزینه های اضافی درمان که توسط DSF پوشش داده نمی شوند نیز می توانند بازدارنده باشند، برای مثال هزینه های حمل و نقل برای ارجاعات بیرونی، مشارکت در پرداخت برای وچرها، داروها و آزمایشها و درمان پیچیده ای که توسط وچرها یا ترتیبات رایگان پوشش داده نمی شود. در مورد محدودیتهای اجتماعی نیز برای مثال مسؤلیتهای زنان در خانواده نیز می تواند دریافت خدمت را به تعویق اندازد. رفتار نامناسب کادر پزشکی نیز تاثیرگذار است و ممکن است حتی با وجود DSF نتوان نتیجه مطلوب گرفت. همزمان با برنامه های DSF باید نحوه پرداخت به ارائه دهندگان برای ایجاد انگیزه مناسب را هم در نظر گرفت. در برنامه Chiranjeevi در گجرات هند، ارائه دهندگان بدون توجه به پیچیدگی موارد با یک نرخ ثابتی جبران می شدند که این موجب بی میلی به درمان موارد پیچیده می شد (cream-skimming) [۵۱].

مثالهای مختلف DSF:

کمک مبتنی بر ستاده^۱، پرداختهای انتقالی شرطی^۲، DSF تحت هدایت مصرف کننده^۳ (وچرها، پرداختهای نقدی، تخفیف مالیاتی)، DSF تحت هدایت عرضه کننده^۴ (پرداخت سرانه، وچرهای ارجاع) برنامه های وچر برای این طراحی شده اند که به طور کارایی جمعیت هدف را انتخاب کنند. و عمدتاً برای تشویق استفاده از کالاها و خدماتی هستند که کمتر از حد استفاده می شوند [۵۲].

کمکهای مبتنی بر ستاده (OBA) ترکیبی از DSF سوق دهنده مصرف کننده و ارائه دهنده هستند [۵۳]. اینها استراتژیهای کمک هستند که ارائه خدمات را با سوبسیدهای مبتنی بر عملکرد را ارتباط می دهند. ارائه دهندگان ممکن است از بخش خصوصی یا دولتی یا سازمانهای غیردولتی باشند. همه طرحهای OBA باید ستاده ای را که سوبسید به آن داده می شود و نیز ذینفعان را نسبت به طرحهای مبتنی بر نهاده، واضح تر مشخص کنند.

^۱ . output-based aid

^۲ . conditional cash transfer

^۳ . consumer-led DSF

^۴ . provider-led DSF

۶-۴-۲ تامین مالی مبتنی بر نتیجه

براساس تعریف بانک جهانی، تامین مالی مبتنی بر نتیجه (Results-based financing)، هر برنامه ای است که ارائه یک یا چند خدمت را با استفاده از انگیزه های مالی پاداش دهد. در RBF، رابطه نمایندگی به این صورت شکل می گیرد که اصیل، خود دولت یا مجموعه ای از بدنه دولت مانند وزارت بهداشت می باشد و عامل (نماینده)، سازمان اجراکننده (درحالت پرداخت مبتنی بر عملکرد) و یا افراد (درحالت پرداختهای انتقالی شرطی) می باشند. سازمان اجراکننده می تواند یک سازمان خصوصی غیرانتفاعی (NGO)، یک ارائه دهنده انتفاعی خصوصی و یا جزئی از بدنه دولت باشد [۵۴].

RBF را می توان با استفاده از موجودی ذخایر داخلی، موجودی ذخایر خیریه ها و یا ترکیبی از هر دو تامین مالی کرد [۵۵]. در بخش بهداشت و درمان، RBF می تواند سمت تقاضا یا عرضه را هدف قرار دهد. اگر سمت عرضه را هدف قرار دهد به آن پرداخت مبتنی بر عملکرد می گویند (performance-based financing (PBF)، اگر سمت تقاضا را هدف قرار دهد، مکانیسمهای سمت تقاضا برای مثال CCT ها یکی از انواع آنها هستند.

همچنین می توان مکانیسمهای ترکیبی از هر دو سمت تقاضا و عرضه را بکار برد. برای مثال، برنامه social security programme Red de Protección Social در نیکاراگوئه، CCT را با پرداخت مبتنی بر عملکرد ترکیب کرده است [۵۶].

۷-۴-۲ قرارداد با NGO ها

درون سپاری (Contracting-in) به این معنی است پیمانکاران فقط حمایت مدیریتی از کارکنان سلامت دارند اما هزینه های عملیاتی جاری از کانالهای دولتی معمول پوشش داده می شود. اما در برون سپاری (contracting-out) پیمانکاران مسولیت کامل ارائه خدمات از قبل تعیین شده در یک حوزه عملیاتی دارند. و بر روی کارکنان کنترل مدیریتی کامل دارند [۵۶].

اگرچه پرداخت به NGO ها ممکن است به معنی کامل هیچ کدام از دو نوع بالا نباشد اما برای مثال می توان به پرداخت به NGO ها در افغانستان براساس عملکرد در دوره بعد از جنگ اشاره کرد. در ۲۰۰۲، بانک جهانی، اتحادیه اروپا و وزارت بهداشت افغانستان تعدادی از NGO ها را به طور رقابتی به کار گرفت تا بسته تعریف شده ای از خدمات ضروری بهداشتی را ارائه دهند. بانک جهانی قراردادی را با وزارت بهداشت افغانستان امضا کرد تا در چارچوب مکانیسم تقویت وزارت بهداشت در سه ایالت، خدمات ارائه شود. برنامه از ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ اجرا شد و شامل ۵۵ قرارداد به ارزش ۱۵۵ میلیون دلار بود و ۷۷ درصد جمعیت افغان را هدف قرار می داد. بانک جهانی به NGO ها و وزارت بهداشت مبلغ ثابتی را به اضافه پاداش براساس عملکرد می داد (در صورتیکه اهداف محقق می شدند ۱۰٪ ارزش قرارداد را به NGO ها پاداش می داد) درحالیکه اتحادیه اروپا، مخارج نهاده ها را

جبران می کرد. براساس مطالعاتی که در مورد اثرات این پاداش انجام شد، عده ای از مدیران NGOها اظهار داشتند که مبلغ پاداش کافی نیست و یا اینکه دفاتر اصلی و ریاست در مورد نحوه خرج و توزیع پاداش تصمیم می گیرد، بنابراین نقش انگیزشی پاداش زیر سوال می رود. اما در مجموع نتایج برنامه اجراشده نشان دادند که رشد سریعی در ارائه خدمات درمانی روی داده است. تا اواسط ۲۰۰۶، بسته پایه خدمات سلامت، ۸۲ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار داده است [۵۷]. تراکم نسبی مراکز درمانی از ۱ در ۳۴۰۰۰ نفر جمعیت به ۱ در ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت افزایش یافت. مراکز درمانی به طور مشخصی تعداد پرسنل خانم را افزایش دادند. پوشش خدمات درمانی افزایش پیدا کرد. تعداد زنانی که در مراکز درمانی وضع حمل می کردند و نیز تعداد زنانی که مراقبت پیش از زایمان دریافت کرده بودند، از ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ به میزان ۱۰۰ درصد افزایش پیدا کرد. نرخ واکسیناسیون DPT نیز از ۵۵٪ به ۷۰٪ رشد کرد [۵۶].

در بنگلادش، در ۱۹۹۸ دولت با تامین سرمایه بانک توسعه آسیایی، با ۴ تا NGO برای ارائه خدمات مراقبتهای اولیه شامل ایمن سازی، خدمات قبل و حین زایمان، تنظیم خانواده و درمان بیماریها، در چهار شهر بزرگ، قرار داد بست. این NGOها نسبت به برنامه های دولتی هزینه اثربخش تر بودند.

رواندا: تأمین مالی مبتنی بر عملکرد، رواندا یکی از پیشگامان RBF بود. RBF به عنوان بخشی از برنامه استراتژیک سلامت ملی و به عنوان یک سیاست ملی بود. دولت اجازه پرداخت پاداش به مراکز دولتی و NGOها را داشت. تحت این برنامه کمیته های راهبری بخشها و نواحی بر روی سه نوع قرارداد عملکرد مذاکره می کردند: بین وزارت بهداشت و ۳۰ ناحیه اجرایی، بین کمیته های راهبری نواحی و کمیته های مدیریت مراکز بهداشتی. منابع درآمدی مراکز بهداشتی از بودجه دولتی، دریافتی های نقدی از بیماران، حق عضویت در بیمه *mutuelle*، مشارکتهای خیرین بود. در این برنامه، مراکز بر اساس میزان خدماتی که براساس ساختار قیمتی استاندارد شده براساس لیست ۱۴ خدمت ارائه می دادند و براساس رتبه کیفیت نیز تعدیل شده بود، جبران می شدند. مراکز بهداشتی می توانستند با افزایش کیفیت و کمیت ارائه خدمت، درآمد خود را افزایش دهند. پرداخت پاداش به مراکز به صورت زیر محاسبه می شود [۵۶]:

پرداختهای مبتنی بر عملکرد به ازای هر مرکز = (تعرفه * میزان خدمت ارائه شده) * (رتبه کیفیت)

کیفیت به صورت فصلی و براساس ۱۴ خدمت و ۱۸۵ متغیر محاسبه می شد. رتبه های کمتر از ۱۰۰، موجب تنزیل درآمد می شوند. درآمد پاداش مستقیماً به حساب مرکز واریز می شود و کارکنان تصمیم می گیرند که آیا بین افراد توزیع شود و یا برای توسعه مرکز استفاده شود.

طی این برنامه میزان استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری از ۷٪ به ۲۸٪ افزایش پیدا کرد. و زایمانهای با کمک از ۲۹٪ به ۵۲٪ افزایش پیدا کرد. بین ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷، مرگ و میر زیر ۵ سال از ۱۹۸ به ۱۰۳ در ۱۰۰۰ کاهش یافت و پوشش واکسیناسیون DTP۳ از ۸۳٪ به ۱۰۰٪ افزایش یافت.

۵-۲ نتایج اقدامات حمایتی

۵-۱-۲ استفاده از خدمات سلامت

پرداختهای انتقالی نقدی از طریق تاثیر بر سمت تقاضا و کمک به خانوارهای فقیرتر می تواند مرگ و میر و بیماری را کاهش دهند. شواهدی که از مطالعات موجود در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط وجود دارد بیان می کنند که پرداختهای انتقالی نقدی تاثیر مثبتی بر استفاده از خدمات درمانی دارند. یک مرور سیستماتیک انجام شده بر روی ۶ برنامه CCT اجرا شده در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط (مکزیک، نیکاراگوئه، هندوراس، برزیل، کلمبیا و مالاوی) دریافتی که استفاده از خدمات درمانی، پوشش ایمنی و وضعیت سلامت افزایش می یابد [۵۸].

دریافتهای پرداختهای انتقالی کمک می کند که فقرا به هزینه های مستقیم (درمان و دارو و ...)، هزینه های غیرمستقیم (هزینه حمل و نقل و درآمد از دست رفته بابت بیماری و ...) غلبه کنند. شواهدی که در مورد تاثیر این پرداختها بر استفاده از خدمات پیشگیرانه سلامت وجود دارد عمدتاً برای بچه ها و مراقبتهای بارداری قوی تر و برای بزرگسالان محدودتر هستند [۵۹].

- در مناطقی که برنامه پروگرسا در مکزیک ارائه می شود، در مقایسه با مناطق دیگر، ویزیتهای بهداشتی به میزان ۱۸ درصد افزایش یافتند.
- در برنامه juntos پرو، ایمن سازی کودکان زیر ۱ سال به میزان ۳۰ درصد طی یک سال از زمان اجرا افزایش یافت. همچنین ویزیتهای قبل و بعد از زایمان در کلینیکهای بهداشتی به میزان ۶۵ درصد افزایش یافتند.
- در برنامه پرداختهای انتقالی که در مناطق فوق العاده فقیر بنگلادش اجرا می شود، استفاده از شیوه های پیشرفته پیشگیری از بارداری به میزان ۱۸٫۶ درصد افزایش یافت. پوشش واکسیناسیون به میزان ۴۵ درصد افزایش یافت. ۹۵ درصد کودکان زیر ۵ سال کپسولهای ویتامین آ دریافت کردند. ۹۶ درصد زنان باردار مراقبتهای قبل از زایمان و ۹۳ درصد مراقبتهای پس از زایمان دریافت می کنند [۶۰].

۲-۵-۲ بهبود مراقبتهای سلامت

شواهد تاثیر پرداختهای انتقالی نقدی بر بروندهای نهایی سلامت گستردگی کمتری دارند. بانک جهانی در تحلیل فراگیر بیش از ۲۰ برنامه CCT شواهدی از تاثیر CCT ها بر شاخصهایی مانند کاهش شیوع بیماری، کاهش نرخ کم خونی و کاهش نرخ مرگ و میر کودکان یافتند. با در نظر گرفتن این موضوع که عوامل ایجادکننده بیماری ممکن است با پرداختهای انتقالی نقدی کاهش نیابند اما وجود مداخلات مکمل، کیفیت خدمات و وجود این برنامه ها می تواند تفاوت ایجاد کند. مطالعات بروندهای سلامت نیازمند افق زمانی طولانی تری هستند. با این وجود می توان به چند مورد اشاره کرد [۵۹]:

- در مالاوی، ۲۰۰۷-۲۰۰۸، بیماری به میزان ۲۳ درصد بین کودکان مشارکت کننده در برنامه پرداختهای اجتماعی غیرشرطی Mchinji کاهش پیدا کرد اما برای کودکانی که مشارکت نداشتند فقط ۱۲,۵ درصد کاهش یافت.
- در کلمبیا شیوع اسهال در بین کودکان زیر ۲۴ ماه برای کودکان خانوارهای روستایی مشارکت کننده در برنامه *Familias en Acción programme* نسبت به سایر کودکان، به میزان ۱۰,۵ درصد پایینتر بود.
- در مکزیک برنامه پروگرسا موجب کاهش ۱۱ درصدی مرگ و میر زایمان شد. بعد از گذشت دو سال از برنامه، کاهش ۲۲ درصدی در روزهای بستری بزرگسالان ایجاد شده بود. برای زنان مشارکت کننده در برنامه، وزن نوزادان حین تولد به طور متوسط به میزان ۱۲۷,۳ گرم افزایش پیدا کرد.

تحلیلهای مختلف نشان می دهند که اغلب کشورهای در حال توسعه حدود ۱-۲ درصد از gdp شان را صرف پرداختهای انتقالی اجتماعی می کنند. اما این میزان باتوجه به اندازه اقتصاد تغییر می کند. در کشورهای با درآمد متوسط ممکن است یک درصد از gdp برای دستیابی بخش عمده ای از جمعیت کافی باشد اما در کشورهای با درآمد پایین همان درصد از gdp فقط موجب سطح پایینی از مخارج مطلق سلامت و سطح ناکافی منافع برای جمعیت محدودی می شود.

در تلاش برای برآورد امکان افزایش مخارج اختصاص یافته به پرداختهای انتقالی، ILO یک بسته پایه جامع از اقدامات اجتماعی حمایتی برای ۷ کشور در افریقا و ۵ کشور آسیایی فراهم کرد. سه تا از اجزای این بسته (مستمری اجتماعی، منافع کودکان و فعالیتهای عمومی) پرداختهای انتقالی نقدی هستند. چهارمین جزء، مراقبتهای بهداشتی پایه رایگان در نقطه ارائه خدمت می باشد که این جزء پرداختهای انتقالی محسوب نمی شود [۵۹].

دولتها و خیرین عمدتاً مداخلات سمت عرضه، برای مثال افزایش کیفیت و دسترسی به مدارس، بیمارستانها یا دیگر خدمات عمومی و یا پرداختهای غیرنقدی کالا یا غذا را ترجیح می دهند. این با کشورهای پردرآمد که در آنجا منافع بچه و یا مستمری های دولتی به عنوان یک اصل قانونی می باشد، مغایرت دارد. امروزه نسبت به قبل مدلهای رفاهی در جهان در حال توسعه شباهت

بیشتری به مدل‌های اروپایی دارد. سیاست پرداخت‌های نقدی شرطی در واکنش به رکود اقتصادی عمیق در ۱۹۸۰ در امریکای لاتین ایجاد شد و به دنبال رکود ۱۹۹۵ و ۱۹۹۷ در مکزیک و آسیا شدت یافت. شهرداریها در برزیل تجربه رفاه شرطی را در ۱۹۹۵ آغاز کردند. پروگرسا اولین برنامه CCT سرتاسری در مکزیک بود که در ۱۹۹۷ آغاز شد و به عنوان نمونه ای برای امریکای لاتین، جامائیکا، کنیا، مقدونیه، پاکستان، افریقای جنوبی و ترکیه استفاده شد. اخیراً برنامه های CCT در کشورها و شهرهای پردرآمد مانند نیویورک نیز گسترش یافته اند و در انگلیس نیز به صورت پایلوت در حال انجام است. استدلال نظری وجود دارد که چرا پرداخت‌های انتقالی نقدی به خانوارهای کم درآمد، گزینه سیاستی خوبی برای تأمین اهداف رفاهی و توسعه ای می باشد [۶۰].

چگونه پرداخت‌های انتقالی سلامت و رفاه را بهبود می دهند؟

هدف پرداخت‌های انتقالی حمایت از جوامع کم درآمد در مدیریت ریسک و آسیب پذیری و بهبود وضعیت اقتصادی آنها می باشد. چندین مکانیسم برای انجام این کار وجود دارد. ابتدا، گرایش ریسک‌گریزی خانوارهای کم درآمد به خوبی شناسایی می شود. چنان خانوارهایی به دلیل کمبود منابع به طور عقلایی سعی می کنند تاجایی که ممکن است کمتر در معرض ریسک‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی قرار گیرند. در این راستا آنها از فرصت‌های سودآورتر اقتصادی نیز چشم‌پوشی می کنند. برای مثال محصولات کشاورزی مطمئن تر اما کم بازده تر می کارند. سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD) به این مسأله به عنوان مدیریت معلول ریسک و به عنوان مانع عمده توسعه اقتصادی و انسانی می نگرد. این تصمیمات ممکن است خانوارها را ضعیف تر کنند. دوم اینکه این پرداخت‌های انتقالی، نورم‌های اجتماعی مثبت را رواج می دهند. سوم اینکه این پرداخت‌ها از طریق تشویق استفاده بیشتر از خدمات عمومی همراه با ارائه شیوه‌های مناسب سرمایه‌گذاری منابع اضافی، از توسعه سرمایه انسانی حمایت می کنند (سرمایه‌گذاری اجتماعی) [۶۰].

مقایسه بین پرداخت‌های انتقالی نقدی و غیرنقدی

معمولاً پرداخت‌های نقدی به غیرنقدی ترجیح داده می شوند. پرداخت‌های نقدی به دریافت‌کننده آن استقلال می دهند تا تصمیم بگیرد چگونه می خواهد مصرف و سرمایه‌گذاری کند. پرداخت‌های نقدی اسانتر توزیع می شوند. در مورد آنها مسأله فساد مطرح نمی شود. اما اگر سیاستگذار هدف خاصی داشته باشد (مثلاً بهبود وضع تغذیه یا افزایش مراقبت‌های پیشگیرانه) پرداخت‌های نقدی کمتر قابل اتکا هستند. هدفگذاری پرداخت‌های نقدی دشوار است چون احتمالاً نسبت به پرداخت‌های غیرنقدی، بیشتر توسط ثروتمندان مورد درخواست قرار می گیرد. همچنین پرداخت‌های انتقالی نقدی اگر در بازار محلی تورم را تحریک کنند، می توانند دوبرابر بیشتر از پرداخت‌های غیرنقدی برگشت‌کننده (کاهنده) باشند (regressive) [۶۰].

نتایج برنامه CT

در برنامه *Familias en Acción* کلمبیا، کاهش معنی داری در وقوع بیماریهای اسهالی روی داد: ۲۷٪ کاهش در ۲ ساله ها، ۱۶٪ درصد کاهش در ۲-۴ ساله ها مشاهده شد اما تاثیر معناداری برای بچه های بزرگتر یا برای بیماریهای تنفسی در هیچ گروهی بعد از یک سال دیده نشد.

در برنامه PATH جامائیکا بعد از یک سال هیچ تاثیری دیده نشد.

مستمری ها و دیگر پرداختهای نقدی غیرشرطی در افریقای زیرصحرا به عنوان کاهش دهنده اصلی بار HIV/AIDS در منطقه شناخته شدند. در زومبا و مالاوی، پرداختهای نقدی به دختران بزرگسال موجب کاهش ۶۰ درصدی ریسک سرایت HIV شد. ارزیابی پروگرسا نشان داد که تفاوت معناداری در سطح متوسط هموگلوبین و نرخ کم خونی بین گروههای درمان و کنترل بعد از یک سال وجود داشت. اما در نیکاراگوئه تاثیری بر نرخ کم خونی بچه های ۶-۶۰ ماهه مشاهده نشد. میزان شیوع در هر دو گروه کنترل و درمان بعد از دو سال تقریباً ۳۳٪ بود. شاید به این دلیل که برنامه Nicaraguan غذا یا مکملهای غذایی نمی داد بلکه فقط پرداختهای انتقالی نقدی و جلسات آموزشی ارائه می شد.

ارزیابی پروگرسا بهبود میانگین قد به سن در پیگیری دو ساله را نشان داد که معادل ۱،۰۱۶ سانتی متر/سال در رشد بود(یا یک ششم میانگین رشد بیشتر در هر سال) برای بچه های ۱۲-۳۶ ماهه. اما رشد قدی به طور کامل اصلاح نشد و کوتاه قدی غالب بود. در کلمبیا تاثیر کوچکی در بچه های زیر ۲۴ ماهه دیده شد که ۶،۹٪ کاهش احتمال سوء تغذیه مزمن را بعد از یک سال نشان می داد.

بهبود رشد در ارزیابی های هندوراس یا برزیل یا در پرداختهای غیرشرطی اکوادور بعد از دو سال مشاهده نشد.

برنامه گرت درآمد پایه در نامبیا با کاهش شیوع کم وزنی بچه ها از ۴۲٪ به ۱۰٪ نسبت داده شد.

منفعت دیگر برنامه ها بهبود دانش مراقبت سلامت است. یک پیگیری ۱۰ ساله از مشارکت کنندگان در برنامه پروگرسا ارتقای دانش افراد در مورد ریسک فاکتورهای شیوه زندگی شامل سیگار، الکل، سلامت جنسی و برنامه تنظیم خانواده را نشان داد.

یکی دیگر از برونادهای CT، تاثیر آن بر SDH است. در برنامه گرت درآمد پایه نامبیا کاهشی در تعداد شهروندان زیر خط فقر غذایی از ۷۶٪ به ۳۷٪ در یک سال مشاهده شد. در افریقای جنوبی گرت حمایت کودکان، شکاف فقر را به میزان ۴۷٪ کاهش داد. باتوجه به مرور جامعی که توسط بانک جهانی بر روی CCT ها انجام شد به استثنای چند مورد اندک، CCT ها به طور قوی تصاعدی (progressive) هستند [۴۵].

پروگرسا تاثیر معنی داری بر کاهش فقر در دو سال اول داشته است. فقر سرانه به میزان ۱۷٪، شکاف فقر به میزان ۳۶٪ و شدت فقر به میزان ۴۶٪ کاهش یافت.

برنامه های CCT در برزیل، مکزیک و شیلی مورد بررسی قرار گرفتند و مشاهده شد که برنامه ها به خوبی برای فقیرترین افراد هدفگذاری شدند و به طور متوسط حدود ۶۰٪ منابع CCT به سمت ۲۰٪ فقیرترین افراد جریان یافتند. اگرچه مقدار پرداختهای در مقایسه با میزان اصلی پرداختهای اجتماعی خیلی کم بود (تقریباً ۰,۰۱٪ کل درآمد در شیلی و ۰,۵٪ در مکزیک و برزیل) این برنامه ها موجب کاهش نابرابری به میزان ۲۱٪ در برزیل و مکزیک و ۱۵٪ کاهش در شیلی طی ۱۰ سال شده اند.

تاثیر بر نظام سلامت: ارزیابی پروگرسا نشان می دهد که استفاه از خدمات پیشگیرانه به میزان ۱۸٪ افزایش می یابد. همچنین نتایج یک مطالعه پیمایشی ۵۳٪ افزایش در ویزیت خانوارها از کلینیکهای عمومی بدون کاهش ویزیت کلینیکهای خصوصی نشان می دهد یعنی ذی نفعان از مراکز خصوصی به مراکز دولتی منتقل نشده اند. میزان بستری برای بزرگسالان بالای ۱۸ سال کاهش یافت. البته باید در نظر داشت که استفاده از مراقبتهای بهداشتی معیار ضعیفی از نیاز به مراقبتهای بهداشتی است.

در مجموع می توان گفت تاثیر CT ها بر نظامهای سلامت به ویژه دسترسی عمده است اما نیاز به بررسی و مطالعه بیشتر دارد.

در پرداختهای نقدی سه مورد را باید در نظر داشت: شرطی بودن، هدفگذاری و ارتباط با دیگر سیاستهای حمایتی اجتماعی. کمیسیون SDH سازمان جهانی بهداشت به سیاستگذاران و فعالین بخش بهداشت توصیه می کند که فعالیتهای زیر را در سطح محلی، ملی و جهانی اتخاذ کنند: شرایطی را که افراد در آن به دنیا می آیند، زندگی و کار می کنند و به سالمندی می رسند بهبود دهند، با توزیع نامناسب قدرت و منابع برخورد کنند و مبنای دانش را با سنجش مسائل و ارزیابی گسترش دهند [۶۰].

- شرطی بودن

یکی از جنجالی ترین موضوعات مربوط به پرداختهای نقدی این است که شرطی باشند یا نه. مخالفان شرطی بودن پرداختها دلایل اخلاقی و تجربی زیادی دارند: از نظر اخلاقی اگر رفاه برای زندگی خانوار اساسی باشد، رفاه شرطی رقت انگیز است. مخالفان معتقدند که شرایط عمدتاً توسط متخصصین پردرآمدی وضع می شوند که درک اندکی از حقیقت فقر دارند و ممکن است بدنامی یا خفت ایجاد کنند یا غیرمرتبط باشند. اما اگر در نظر بگیرید فقر نتیجه عملکرد نادرست فرد بوده است نه نتیجه شانس او، نیاز است که شرایطی وضع شود زیرا ممکن است افراد حس مسولیت نداشته باشند. بنابراین شرطی بودن راهی برای تضمین حمایت از گروه متوسط می باشد. همچنین مخالفین معتقدند که احتمال ایجاد خوی بچه گانه در افراد ایجاد می شود. خانوارها ترجیحاتشان را بیان نمی کنند بلکه رفتارهایی را که از سوی عوامل اجرایی دیکته می شود می پذیرند. همچنین هزینه اثربخشی برنامه های شرطی بودن مشخص نیست برخی مواقع شرایط غیرضروری و صوری هستند و در واقع افراد خیلی کمی از برنامه بیرون گذاشته می شوند. آنها بیان می کنند که اگر به افراد اطلاعات بدهید و خدمات در دسترس باشند این می تواند جایگزینی برای CCT باشد [۶۰].

- هدفمندی

هدفمندی ضروری است زیرا افرادی که بیشترین نیاز را دارند بیشترین منفعت را می‌برند و نشستی به افراد کمتر نیازمند کاهش می‌یابد. استدلال مخالفان هدفمندی: اطلاعات موردنیاز برای هدفگذاری ممکن است دردسترس نباشند یا به دست آودنشان هزینه داشته باشد، هنگامی که مداخلات یا سیاستها فقط برای فقرا هدفگذاری شده باشد، از نظر کیفیت یا دوام پست می‌شوند. هزینه‌های مرتبط با استراتژیهای هدفمندی بالا است، این‌ها فقط شامل هزینه‌های مالی نیستند بلکه هزینه‌های اجتماعی را هم دربرمی‌گیرد برای مثال در مکزیک براساس کار کیفی که انجام شده بسیاری از ذینفعان پروگرسا فکر می‌کنند که فرایند هدفمندی عادلانه نبوده است. در هدفمندی نیازی نیست که سیاستی را شاخه شاخه کرد و برخی گروهها را به صراحت مستثنی کرد بلکه آنها می‌توانند درون یک سیاست فراگیر که منافع حالت قیفی دارند وجود داشته باشند. در سیاستهای مخروطی(قیفی) همه گروهها به مداخله دسترسی دارند و منفعت می‌برند اما منابع و منافع به طور متناسبی برای افرادی که نیازهای بیشتری دارند بزرگتر هستند. بنابراین ملزومات از قبل فقیر بودن و جزو اقلیت و فقرا قرار داشتن به طور بالقوه برقرار می‌باشد. این مسیری است که نظامهای رفاهی در اغلب کشورهای پردرآمد اتخاذ می‌شوند [۶۰].

- ارتباط با دیگر سیاستهای حمایتی اجتماعی

اگر ابعاد همه جانبه فقر مزمن در نظر گرفته نشود ممکن است سیاستگذاری فقط موجب راه حل‌های ناقصی برای مشکلات اجتماعی شود. کاهش این ریسک نیازمند سیاستهای حمایت اجتماعی جامع و مناسب است که همه کاستیهای مرتبط با فقر مزمن و نه فقط درآمد را هدف قرار دهد، مانند اقداماتی شامل حمایت رفاهی از گروههایی که مستحق دریافت CT نیستند(مانند خانوارهای بدون بچه یا بزرگسالان مستمری بگیر)، مکانیسمهای بیمه برای تسهیم ریسک و تجمیع منابع، امکاناتی برای کمک اضطراری. همچنین سیاستهایی که در سرمایه انسانی سرمایه گذاری می‌کنند(مانند سواد)، برای بهبود کیفیت و قابلیت پذیرش خدمات ضروری هستند. همزمان سیاستهای کلان اقتصادی نیز باید رشد ملی را تقویت کنند، توزیع مناسب درآمد، استانداردهای مناسب نیروی کار همراه با عملکرد برای تضمین حقوق افراد، دموکراسی و ثبات سیاسی-اجتماعی وجود داشته باشد [۶۰].

معافیت پرداخت

در بسیاری کشورهای کم درآمد مبالغ دریافتی مصرف کنندگان به ازای ارائه خدمات سلامت دولتی دریافت می‌شوند. ایراد عمده ای که این مبالغ پرداختی مصرف کننده دارند، تاثیر منفی بالقوه آنها در دسترسی به مراقبتهای سلامت است زیرا این پرداختهای پولی به همراه هزینه‌های دیگری مانند غذا، حمل و نقل، زمان و پرداختهای غیررسمی معمولاً موانع بزرگتری نسبت به فقط خود مبالغ پرداختی مصرف کننده ایجاد می‌کنند. سیاست رسمی در بسیاری کشورها این است که فقرا را از پرداخت معاف کرد. اما در

عمل مکانیسمهای معافیت اغلب ناکارا و نمی توانند از فقرا حمایت کنند. شکست عمده آنها در هدفگذاری است. هدفگذاری خوب عبارت است از محدود کردن ورود خطاهای ورود و خروج می باشد. عمده سیستمهای معافیت در کشورهای در حال توسعه یکی از این دو نوع خطا را دارند. خطاهای ورود که منجر به نشت منابع به افراد دارا تر می شود به دلیل فشارهای قدرتمندان و وابستگان، نبود معیار شفاف یا مسولیت پذیری پایین افراد معاف شده می باشد. دو عامل نیز موجب خطاهای خروج می شوند. اول، هنگامی که کادر سلامت خودشان را در شرایط بازاری می بینند تضاد منافع ناشی از دادن معافیت و کسب درآمد ایجاد می شود. هر کدام از بیماران معاف شده علامت کاهش درآمد است. دوم، کادر سلامت معمولاً تجربه یا زمان کافی برای ارزیابی عینی توانایی پرداخت افراد ندارند.

یک راه حل نهادی برای کمک به دسترسی فقرا به خدمات درمانی باید دو ویژگی داشته باشد. باید یک بودجه و صندوق اختصاصی وجود داشته باشد و باید همراستا با پروفایل فقر افراد تحت جمعیت باشد. بودجه باید به نهادی واگذار شود که منافعش با ماموریتش جهت تنظیم هدفمندی موثر برای فقرا در تضاد نباشد. طرف خریدار یا پرداخت کننده شخص ثالث که قادر است فقرا را شناسایی کند و به آنها پرداخت کند، می تواند راه حل خوبی باشد [۳۵].

تأمین مالی سمت تقاضا شیوه ای است که از طریق آن دولت می تواند مصرف خصوصی کالاهای خاصی را تامین مالی کند. در مقابل تامین مالی سمت عرضه که در آن بودجه دولتی مستقیماً به سمت عرضه کنندگان می رود، در تامین مالی سمت تقاضا مقدار پول مشخصی را برای میزان مشخصی از مخارج به دست می آورند. اگر مصرف کنندگان خودشان این کالاها را (با پول دولت) خریداری کنند، تامین مالی سمت تقاضا مطرح است و اگر دولت آنها را خریداری کند، تامین مالی سمت عرضه است. اما برخی موارد مرز بین آنها خیلی دقیق نیست. مزیت تامین مالی سمت تقاضا این است که مصرف کنندگان نفوذ مستقیمی بر بسته خدمات عرضه شده دارند. مثلاً مصرف کنندگان می توانند عرضه کننده، کیفیت یا ترکیب بسته را انتخاب کنند. اما ایراد آن این است که هزینه های بالایی برای دولتها دارد و امکان استفاده نامناسب از بودجه اختصاص یافته وجود دارد. انواع مختلف تامین مالی سمت تقاضا [۶۱]:

وچرها:

اگر در نظر بگیریم که نرخ نهایی جبران (MRR) بین ۰-۱۰ درصد قرار دارد. گرنتی که از طریق وچر داده می شود موجب تفاوت در ساختار MRR می شود. برای مثال ۵۰-۰.

سوبسیدهای با نرخ ثابت^۱:

^۱ . flat rate or uncapped subsidy

درصد ثابتی از همه مخارج مصرف کننده را بدون محدودیت می پردازد. مطلوبیت دادن چنان سوبسیدی به مصرف کننده نسبت به مطلوبیت اعطای وچر کمتر می باشد. حتی اگر هر دو به یک میزان برای دولت هزینه داشته باشند. با یک مثال می توان این را نشان داد. فرض کنید که فرد ابتدائاً درآمد ۱۰۰۰ دلاری دارد و بابت هزینه های درمان با نرخ ۷۵٪ جبران می شود. در این حالت اگر متحمل هزینه درمان ۴۰۰ دلاری شود، دولت ۳۰۰ دلار آن را و خود فرد بقیه ۱۰۰ دلار را خواهد پرداخت. بنابراین ۹۰۰ دلار از درآمد برای فرد باقی می ماند. پس این نوع سوبسید برای دولت ۳۰۰ دلار هزینه دربر دارد. حال اگر دولت معادل همین هزینه، یک وچر ۳۰۰ دلاری بابت درمان به فرد بدهد، فرد بازهم ۱۰۰ دلار بابت درمان از جیبش پرداخت می کند اما مطلوبیت بیشتری نسبت به حالت اول کسب می کند [۶۱].

همچنین از نظر توزیع رفاه نیز وچر و سوبسید با نرخ ثابت، متفاوت از هم عمل می کنند. با یک سوبسید با نرخ ثابت، مصرف کنندگان ثروتمندتر نسبت به فقرا سوبسید بالاتری دریافت می کنند. برای مثال با یک نرخ جبران ۷۵٪، یک مصرف کننده ثروتمند که حاضر است ۲۰۰ دلار از جیبش بابت درمان پرداخت کند، از دولت ۶۰۰ دلار یارانه می گیرد درحالیکه مصرف کننده ای که ۱۰۰ دلار از جیب پرداخت می کند، فقط ۳۰۰ دلار از دولت دریافت می کند (۶۰).

۶-۲ هزینه های هدفمندی یارانه ها

انواع هزینه های هدفمندی عبارتند از [۴۷]:

- خطای خروج

هیچ فرایند هدفمندی کامل نیست. هر تلاشی برای انتقال پرداختهای انتقالی به فقرا دو نوع خطا را دربر دارد. خطای ورود و خطای خروج. کاهش خطای ورود تا حدی از نوع منفعت بالقوه است ولی خطای خروج از نوع هزینه است. هر خطای ورودی در بهترین حالت یک تخفیف مالیاتی غیرعمدی و در بدترین هدررفت هزینه است. از سوی دیگر خطای نوع خروج می تواند بامحروم کردن خانوارهای فقیر از سرمایه های انتقالی نسلهای بعد را هم در دام فقر قرار دهد.

- هزینه های اجرایی

آزمونهای وسیعی که برای شناسایی درآمد و دارایی خانوارها انجام می شوند، هزینه های اداری و اجرایی زیادی دربردارد.

- هزینه های شخصی

ذینفعان بالقوه برای نشان دادن شایستگی خود برای دریافت پرداختهای انتقالی دولت باید متحمل هزینه هایی شوند. برای مثال هزینه حمل و نقل، زمان صرف شده در نوبت و مبالغ رسمی یا غیررسمی که باید برای ثبت نام پرداخت شود.

- هزینه های غیرمستقیم

هزینه های غیرمستقیم هنگامی ناشی می شوند که ذی نفعان رفتارشان را تغییر می دهند تا بتوانند شایسته دریافت گرنت شوند. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد هدفمندی فقر می تواند ضدانگیزه ای برای کارکردن باشد چون ممکن است افزایش درآمد ذینفعان را از دریافت گرنت سلب صلاحیت کند. برای مثال اگر فرد درآمد ماهانه ای کمتر از \$۲۰ داشته باشد مستحق دریافت پرداخت انتقالی ماهانه ۸۰ دلاری می شود بنابراین احتمال کمتری دارد که فرد تلاش کاری بیشتری از خود نشان دهد.

- هزینه های اجتماعی

هزینه های اجتماعی هدفمندی شامل بدنامی، احتمال کاهش همبستگی اجتماعی و کاهش تدریجی کمکهای غیررسمی. البته ممکن است برنامه ماهیتاً هدفش کاهش بدنامی و بهبود استقلال اقتصادی است اما ممکن است کلیشه های آن اثرات روانی داشته باشد. مثلاً در ارمنستان سیاستگذاران یک برنامه پرداخت انتقالی را معرفی تأکید کردند فقط برای فقرا است با این قصد که از ترس از بدنامی استفاده و خودهدفمندی را تشویق کنند. برعکس در جامائیکا یک برنامه پرداختهای انتقالی اجتماعی را از طریق تبلیغات تلویزیونی معرفی کردند با نشان دادن همسربردار یکی از وزرای کابینه که در حال ثبت نام برای برنامه بود.

- هزینه های سیاسی

هدفمندی فقرا هزینه های سیاسی نیز در بردارد، مثلاً با حذف ذینفعان گروه متوسط نارضایتی ایجاد می کنند. آسیب پذیری سیاسی برنامه های به خوبی هدفمندی شده هنگامی بیشتر می شود که فشاری برای کاهش بودجه وجود داشته باشد مثلاً در زمان بحران اقتصادی.

هدفمندی پرداخت کمکهای دولتی را می توان در قالب گروههای زیر مورد بررسی قرار داد [۴۷]:

هدفمندی گروهی *Categorical targeting*

از آنجاییکه کسب اطلاعات در مورد درآمد و دارایی هزینه بر است، هدفمندی قطعی بر ویژگیهای مشاهده شده مرتبط با فقر بستگی دارد. در حالیکه این مکانیسم هزینه های اجرای فرایند هدفمندی را کاهش می دهد اما خطاهای ورود و خروج را افزایش می دهد. دو نوع از ویژگیهایی که غالباً استفاده می شوند: جغرافیایی و دموگرافیک.

هدفمندی افراد سالمند *Targeting older people*

هدفمندی افراد سالمند از طریق مستمری اجتماعی سالمندان، پرداخت انتقالی اجتماعی مهمی در بسیاری کشورهای در حال توسعه است.

هدفمندی کودکان *Targeting children*

یکی از انواع هدفمندیهای مطلق ارائه منافع به خانوارهای بچه دار است به ویژه هنگامی که بچه ها یتیم یا آسیب پذیر هستند. بسیاری موضوعات مرتبط با هدفمندی افراد سالمند برای بچه ها نیز صادق است مثلاً اثبات سن. این موضوع را نیز باید مدنظر داشت که در اغلب کشورها تعداد بچه ها در خانوارهای فقیر بیشتر از خانوارهای غیرفقیر است.

هدفمندی افراد دارای ناتوانی (Targeting people with disabilities)

ناتوانی می تواند علت یا نتیجه فقر باشد. افراد دارای ناتوانی معمولاً محدودیتهای بیشتری در دسترسی به آموزش، اشتغال، درمان و ... دارند.

مدلهای مختلفی که ناتوانی را مدنظر قرار می دهند، رویکردهای جایگزینی را در حمایتهای اجتماعی ارائه می دهند. مدل نیکوکاری (charity model) به مردم دارای ناتوانی را به عنوان قربانیان شرایط می نگرد که مستلزم بهبود رفاه هستند. مدل پزشکی (medical model) به ناتوانی ها مستقیماً به عنوان معلول بیماریها و صدمات می نگرد که نیازمند بازتوانی و درمانهای پزشکی هستند. مدل اجتماعی (social model) مردم دارای ناتوانی را تقویت می کند تا مشارکت و سهم اقتصادی و اجتماعی آنها را افزایش دهد و درحالیکه مخارج دولتی روی مراقبتهای غیرضروری را کاهش می دهد، عملکرد اقتصادی عمومی را بهبود می بخشد.

اینکه کدام گروه افراد ناتوان مستحق دریافت کمک هستند در کشورهای مختلف متفاوت است. برای مثال در افریقای جنوبی وزارت ملی توسعه اجتماعی افرادی را مستحق می داند که به دلیل ناتوانی نمی توانند وارد بازار کار شوند. در نامیبیا، وزارت بهداشت، فردی با ۵۰٪ ناتوانی را مستحق دریافت گرنت ناتوانی می داند.

هدفمندی جغرافیایی (Geographical targeting)

هدفمندی جغرافیایی، استحقاق را براساس موقعیت محل زندگی ذی نفعان تعیین می کند. نابرابری در استانداردهای زندگی بین مناطق و جوامع مختلف قابل مشاهده است.

خودهدفمندی (Self-targeting)

خودهدفمندی به برنامه های پرداختهای انتقالی فراگیری اشاره می کند که ابتدائاً برای فقرا جذاب هستند. فرض می شود که افراد غیرفقیر به طور داوطلبانه از منافع بالقوه چشم پوشی می کنند، به دلیل هزینه های مشارکت، برچسب خوردن و شرایط مرتبط (ثبت نام، حضور در کلینیکهای دولتی و ...). خودهدفمندی از دیگر مکانیسمهای هدفمندی ارزانتر است.

هدفمندی مبتنی بر جامعه (Community-based targeting)

این نوع هدفمندی نسبتاً جدید است اما اصول اساس آن از مکانیسمهای غیررسمی تامین اجتماعی حمایت می کنند. این هدفمندی به عنوان سیاست دولتی قرارداد با گروههای اجتماعی یا نهادهای واسطه ای جهت انجام فعالیتهای زیر تعریف می شود:

- شناسایی دریافت کنندگان منافع نقدی یا غیرنقدی

- پایش ارائه آن خدمات

- درگیر شدن در برخی قسمتهای فرایند ارائه خدمت

معمولاً در مقیاس کوچک یا برنامه های پابلوت استفاده می شود اما در کشورهایی مانند بنگلادش و اندونزی به صورت ملی نیز پیاده شده است. اساس هدفمندی مبتنی بر جوامع این است که خود جوامع بهتر قادر هستند تصمیم بگیرند چه کسانی فقیر و مستحق دریافت خدمت هستند. ریسکهایی که این نوع هدفمندی با آن روبروست: در معرض دستکاری و تسخیر اعضای قدرتمندتر جامعه و نخبگانی قرار دارد که ممکن است منابع را به شیوه ای تخصیص دهند که از اهداف استاندارد هدفمندی دور شوند. به علاوه از آنجاییکه هدفمندی مبتنی بر جامعه اجزا مهم سیاست هدفمندی را غیر متمرکز می کند می تواند منجر به تغییر سطوح منافع برای گروههای مشابه در مناطق مختلف شود و این هدف عدالت افقی را تحلیل می برد [۴۷].

۷-۲ تجربیات کشورهای مورد مطالعه

با تقسیم بندی تاثیر انواع مداخلات، اثرات انواع مداخلات را می توان به صورت زیر طبقه بندی کرد [۴۴]:

۱- تاثیر بر ارتقا خدمات سلامت

Thornton ۲۰۰۶ تاثیر مثبت یک انگیزه شرطی مالی را بر افرادی نشان می دهد که برای HIV تست داده اند و جهت نتایجشان بازمی گردند. وی با کنترل کردن فاصله دریافت که در گروه مداخله، نسبت افرادی که برای جمع آوری نتایجش آزمایشهایشان رفتند ۲۷ درصد در مقایسه با گروه درمان بود.

Gertler ۲۰۰۰ نشان داد که در مناطقی که پرداختهای انتقالی نقدی به مردم داده می شد، افزایش ۲,۰۹ در تعداد ویزیتهای سرپایی ایجاد شد.

۲- تاثیر بر پروندههای سلامت

Attanasio ۲۰۰۵ برنامه Familias en Accion را در کلمبیا مورد بررسی قرار داد. برنامه به صورت دو نوع پرداختهای انتقالی پولی به مادران بود: الف- مشروط به شرکت کودکان زیر ۷ سالشان در ویزیتهای مراقبتهای پیشگیرانه، ۱۵ دلار در ماه دریافت می

کردند. همچنین مادران تشویق می شدند که در دوره های بهداشت، تغذیه و برنامه ریزی خانواده شرکت کنند. ب- مشروط به شرکت فرزندان ۷-۱۷ ساله شان در ۸۰ درصد کلاسهای مدرسه، ماهیانه گزنی بابت هر بچه دریافت می کردند (۸ دلار ابتدایی و ۱۶ دلار دبیرستان)

برای احراز شایستگی افراد برای شرکت در برنامه شهروندان کلمبیایی باید در شهرهای موردنظر در برنامه زندگی می کردند (این شهرها جمعیتی کمتر از ۱۰۰ هزار نفر داشتند و امکانات آموزش و سلامت کافی داشتند که کمبودی از سمت عرضه وجود نداشته باشد)، فرزند زیر ۱۸ سال داشتند و متعلق به پایین ترین گروه اقتصادی و اجتماعی باشند. برنامه های Familias en Accion توسط IADB و وامهای بانک جهانی تامین مالی می شوند. یک برنامه تغذیه ای مهم که کودکان مکملهای غذایی دریافت می کنند نیز Hogares Comunitarios (HC) برای ۱۶ سال در کلمبیا اجرا شد. مادران باید بین ثبت نام در FA یا HC یکی را انتخاب می کردند. برای ارزیابی از CBA استفاده شد.

برنامه 'Red de proteccion social' در نیکاراگوئه توسط Maluccio ۲۰۰۴ بررسی شد. این برنامه دو جزء دارد: الف- پرداخت انتقالی نقدی ماهانه "تامین غذا" (bono alimentario) معادل \$۲۲۴ در سال که حدود ۱۳ درصد مخارج خانوارهای ذینفع قبل از برنامه می باشد و مشروط به حضور ماهانه در کارگاههای آموزش سلامت، آوردن بچه های زیر ۵ سال برای ویزیتهای پیشگیرانه مراقبت کودک (شامل ارائه داروهای ضدانگلی، ویتامینها و مکملهای آهن)، انجام واکسیناسیون منظم و وزن مناسب داده می شود. اگر هرکدام از شرایط را نداشته باشند نمی توانند پرداختهای انتقالی نقدی را دریافت کنند. ب- پرداخت نقدی بابت حضور در مدرسه هر دو ماه. این برنامه نهایتاً برای خانوارهای فقیر که در مناطق روستایی ساکن هستند هدفگذاری شده است.

در برنامه CCT نیکاراگوئه، Red de Protección Social، در مناطقی که از هدفمندی جغرافیایی استفاده می کردند تحلیل مقداری نشان می داد که خطای ورود افراد ۱۴ درصد و خطای خروج ۳ درصد بود. درحالیکه درجاییکه هدفمندی خانوارها استفاده می شود خطای ورود به ۶ درصد کاهش یافت اما خطای خروج به حدود ۱۰ درصد افزایش یافت.

برنامه PRAF در هندوراس توسط Morris ۲۰۰۴ بررسی شد. دو برنامه حمایتی شامل الف- دو نوع انگیزه پولی: آموزشی که مشروط به حضور بچه های ۶-۱۲ ساله در مدرسه می باشد و پرداختهای انتقالی سلامت که بابت ویزیتهای ماهانه مراکز بهداشتی برای کودکان و چکاپ پیش از زایمان برای زنان باردار می باشد. ب- منابع برای شرایط بهداشتی محلی به اضافه مداخله تغذیه ای مبتنی بر جمعیت مورد بررسی قرار گرفتند. فاز اول PRAF از ۱۹۹۰ توسط دولت هندوراس تامین مالی شد و هدف آن افزایش تقاضا برای مراقبتهای پیشگیرانه در زنان باردار، مادران جدید و بچه های ۰-۳ ساله بود. فاز دوم در ۱۹۹۸ توسط بانک توسعه بین امریکایی (IADB) Inter-American Development Bank فاز دوم ارزش وچرها افزایش یافت.

شواهد تجربی موجود در ارزیابی اثرات وچرها

نیکاراگوئه: وچرها برای درمان بیماریهای کارگران جنسی داده شد. در طول ۶ سال، ۱۵۰۰۰ وچر توزیع شد و باتوجه به مطالعه مقایسه ای قبل/بعد که انجام شد اثر مثبت آن تأیید شد و نرخ شیوع سیفلیس ۱۰,۲۵٪ و سوزاک ۵,۲۵٪ در سال کاهش یافت. هزینه به ازای هر بیمار ۶,۷\$ در مقایسه با ۷,۶\$ متوسط هزینه دیگر بیماران بود [۴۲].

چین: وچر به زنان باردار کم درآمد داده شد و باتوجه به مطالعه مقایسه ای قبل/بعد، اثر مثبت آن تأیید شد.

کالیفرنیا: وچرهای تاکسی و پتو به عنوان انگیزه ای برای مراقبتهای پیش از زایمان به فقرا داده شد و باتوجه به مطالعه مقایسه ای قبل/بعد، اگرچه اغلب وچرهای تاکسی استفاده نشدند اما اثر مثبت آن تأیید شد.

مکزیک: پرداختهای انتقالی نقدی محدود برای خدمات سلامت در اولویت (برنامه پروگرسا) که برنامه شبیه وچر است به این معنی که وچر به طور مشخص وجود ندارد بلکه بسته ای از خدمات برای افرادی خاص ارائه می شود. مطالعاتی به صورت آزمونهای تصادفی کنترلی انجام شد و اثرات مثبت تأیید شدند.

ویسکانسن(امریکا): وچر برای دسترسی کارگران مهاجر به خدمات سلامت شامل دندانپزشکی، پزشک و بیمارستان داده شد. این کارگران که معمولاً در مناطق دورافتاده زندگی می کردند، بین ۴۲ تا ۷۰ درصد صورتحسابشان پوشش داده می شد. برای ارزیابی یک مطالعه توصیفی انجام شد اما نتیجه مشخص نشد.

آیداهو(امریکا): وچرهای غذا به عنوان انگیزه ای برای مراقبتهای پیش از زایمان به زنان باردار کم درآمد داده شد و براساس مطالعه قبل/بعد مشخص شد که موجب افزایش استفاده از خدمات شده اند.

بالتیمور(امریکا): وچرهایی که می توانند با کالاها و خدمات مبادله شوند به معتادان هرئینی به عنوان انگیزه ای برای بازگرداندن نمونه های ادرار بدون ماده مخدر داده می شد. این طرح برای معتادانی که در برنامه نگهدارنده متادون شرکت می کردند اجرائ شد. و به طور معنی داری موثر بود.

انگلیس: وچر برای ویلچرهای الکتریکی جهت افراد شدیداً ناتوان داده می شد.

امریکا: وچرها برای افراد سالمند ثبت نامی ۶۵ سال به بالا در HMO تحت برنامه مدیکید داده می شوند. همچنین در ایالت ماساچوست، وچر بابت بیمه داده می شود. کارگرانی که درآمدی ۲۰۰٪ زیر خط فقر دارند و فاقد مدیکید هستند. در این برنامه تسهیم هزینه بین کارفرماها و وچرهای دولت که به کارکنان داده می شود صورت می گیرد.

می توان اثرات وچرها یا دیگر سیستمهای تأمین مالی سمت تقاضا را به صورت زیر خلاصه کرد:

اثرات انگیزشی ایجاد می کنند که افراد را تشویق می کند رفتارشان را تعدیل کنند مثلاً بایک برنامه درمانی موافقت کنند یا از خدمات سلامت پیشگیرانه کلیدی استفاده کنند. همچنین مصرف کنندگان تشویق می شوند قدرت بازاری شان را برای انتخاب بهترین خدمات از بین ارائه دهندگان جایگزین اعمال کنند و این موجب تشویق ارائه دهندگان خدمات برای بهبود خدماتشان می شود. نیز قدرت خرید افرادضعیف و نیازمند را افزایش می دهد.

این نکته قابل ذکر است که باتوجه به مطالعات مختلفی که انجام شده است بهترین استفاده از وچرها برای خدمات قابل پیش بینی است که نسبتاً آسان به صورت یک پکیج درمی آیند. بنابراین گروههای موردنظر این برنامه کسانی هستند که بیماریهای قابل پیش بینی دارند. مانند زنان باردار، سالمندان، نوزادان، گروههای پرریسک، افرادی که بیماریهای مزمن یا ناتوانی دارند.

در مقایسه با تأمین مالی سمت عرضه، مشاهدات بین المللی سمت تقاضا هیچگونه تأثیر معنی داری بر کیفیت نشان نمی دهند [۴۲].

۱-۷-۲ کلمبیا

برنامه بیمه سلامت اجتماعی ملی (NSHI) با رفرم سلامت ۱۹۹۳ به عنوان ابزار کلیدی تأمین مالی مراقبت سلامت معرفی شد. این برنامه به صورت دو طرح بیمه ای جداگانه باتوجه به توانایی پرداخت طراحی شده بود. رژیم مشارکتی (CR) یک طرح بیمه سلامت اجباری برای شاغلین رسمی (کارکنان بخش رسمی) و خوداشتغالانی (کارکنان بخش غیررسمی) که توانایی پرداخت دارند و مستمری بگیران می باشد. رژیم سوبسیدی (SR) بودجه عمومی را برای پرداخت بابت حق بیمه های افراد فقیر اختصاص می دهد [۶۲].

ویژگیهای رفرم ۱۹۹۳ نظام سلامت در کلمبیا:

- دولت نقش خود در ارائه خدمات مراقبتی را رها کند و نظام سلامت به فروش خدمات خوداتکا شود.

- بیمه فردی به عنوان مکانیسم وابستگی افراد به سیستم می باشد. سیستم جدید شامل دو زیر سیستم است
(برنامه های بیمه سلامت اجتماعی ملی (NSHIS):

- زیرسیستم مشارکتی (contributory regime): که کارکنان و کسانی که توانایی پرداخت را دارند تحت پوشش قرار می دهد. خود کارکنان ۲۵ درصد و کارفرمایانشان ۷۵ درصد از پرداخت را پوشش می دهند. CR همه اعضای درجه اول خانواده افراد ذی نفع را تحت پوشش قرار می دهد. اگر خانواده ای دو نفر کارکن دارد هر دو باید در پرداخت حق بیمه مشارکت کنند.
- زیرسیستم سوبسیدی: کسانی را تحت پوشش قرار می دهد که نمی توانند به پوششی دسترسی داشته باشند. کمکهای دولتی، به پرداخت حق بیمه های افراد فقیر اختصاص می یابند.

حدوداً ۷۰ درصد جمعیت تحت سیستم مشارکتی و ۳۰ درصد تحت پوشش سوبسیدی هستند.

CR : این بیمه سلامت همه اعضای درجه یک خانواده را به عنوان ذی نفعان فرد مشارکت کننده پوشش می دهد. در حالی که زوجین هر دو کار می کنند هر دو باید در حق بیمه مشارکت کنند که واحد پرداخت سرانه نامیده (per capita payment Unit(upc) می شود. افراد به میزان ۱۲ درصد حقوقشان در UPC مشارکت دارند و اگر کارگر رسمی باشد ۴ درصد توسط خود فرد و ۸ درصد توسط کارفرما پرداخت می شود. کارگران مستقل هم همه ۱۲ درصد را از حقوق خودشان می پردازند که از کف دو برابر حداقل دستمزد به بالا باشد. افراد می توانند انتخاب کنند تا در برنامه های سلامتی که CR ارائه می کند ثبت نام کنند (موسسات ارتقای سلامت) (EPS, Health Promoting Companies). این موسسات سهمهای حاصل از دستمزد را جمع می کنند و آنها را به یک صندوق اصلی منتقل می کنند که درآمد را انباشت و آن را بین زیرشاخه ها توزیع می کند. این صندوق اجرایی، صندوق تضمین و تامین اجتماعی نامیده می شود (FOSYGA, Social Security and Guarantees Fund).

- برای تامین SR، ۱ درصد کل درآمدها به زیر صندوق مشترک واریز می شود.
- برای فعالیتهای پیشگیرانه و ارتقای سلامت، ۰,۴۱ درصد از کل درآمد به زیر صندوق پیشگیری و ارتقا منتقل می شود.
- ۰,۲۵ درصد از کل درآمدها برای پرداختهای مرخصی بیماری
- ۰,۲۵ درصد برای پرداخت مرخصی زایمان
- باقی آن برای پرداخت بابت ادعاهای مطرح شده برای این برنامه های سلامت می باشد و خدماتی که در این بسته شامل نمی شوند. مازاد به صورت اوراق قرضه دولتی سرمایه گذاری می شود و برای نیازهای آتی ذخیره می شود.

SR: کلمبیا در سال ۲۰۰۵، ۱٫۱ درصد از GDP را به SR اختصاص داده است.

سیستم SR حق بیمه های فقرا را یارانه می دهد و شناسایی افراد براساس سیستم SISBEN صورت می گیرد. رتبه های SISBEN بر اساس تعدادی از ابعاد فقر شامل مشارکت در بازار نیروی کار، درآمد، دسترسی آموزشی، ساختار خانواده، دارایی ها، لوازم خانه و دسترسی به آب و شبکه های بهداشتی محاسبه می شود. رتبه های SISBEN مقادیری بین ۰ تا ۱۰۰ را اتخاذ می کنند و به ۶ گروه تقسیم می شوند. افرادی با کمترین رتبه در گروههای ۱ و ۲، مادامی که در CR ثبت نام نکرده اند مستحق SR هستند. SR به ترتیب از طریق پرداختهای انتقالی دولتی ملی (که ۵۶٫۳ درصد از کل بودجه SR را تامین می کند)، ۱ درصد از سهم مشترک CR، درآمد مالیاتهای محلی از محل مالیات بر جرایم و سهم صندوقهای منفعت خانوادگی تامین می شود.

فرمول تخصیص پرداختهای انتقالی دولتی ملی مشتمل بر اندازه جمعیت، ریسک مالاریا و دنگو، نرخهای واکسیناسیون و پراکندگی جغرافیایی جمعیت و ظرفیت اجرایی محلی می باشند. کل پرداختهای انتقالی دولتی ملی بخش سلامت در سال ۲۰۰۵ به تفکیک عبارتند از ۵۵٫۲ درصد برای پوشش بیمه سلامت توسط SR، ۴۵ درصد برای ارائه خدمات درمانی توسط بیمارستانهای عمومی یا سوبسیدهای سمت عرضه و ۱۱٫۹ درصد برای ارائه فعالیتهای بهداشت عمومی جمعی.

شرکتهای بیمه در هر دو زیرسیستم ایجاد شدند.

- برنامه منفعت پایه شامل فرایندهای پزشکی، بستری و داروهای بود که بیمه باید تحت پوشش قرار دهد. فرایندهای پزشکی که در برنامه شامل نمی شوند باید از بازار خریداری شوند.
- بیمارستانها و مراکز بهداشتی عمومی دیگر نباید منابع مالی را مستقیماً از دولت دریافت کنند بلکه باید با موسسات خصوصی برای قرارداد با شرکتهای بیمه رقابت کنند.
- بهداشت عمومی فقط به موضوعاتی مانند واکسیناسیون و آموزش محدود می شود که باید شرکتهای بیمه مدیریت کنند.

تأمین مالی SR:

- از طریق پرداختهای انتقالی دولتی ملی
- ۱ درصد از مشارکت های جمعی CR
- درآمدهای مالیاتی محلی حاصل از مالیات بر جرائم (Sin Taxes)

پرداختهای ملی برای SR به طور سالانه به شهرداریها تخصیص داده می شوند تا بابت پرداخت به افراد ثبت نام شده جاری در SR هزینه شود و نیز بابت گسترش تدریجی برنامه ریزی شده پوشش بیمه برای جمعیت مستحق. فرمول تخصیص برای گروه دوم توسط سازمان ملی برنامه ریزی تعیین می شود ، به صورت تابعی از کل جمعیت بیمه نشده یک شهرداری که با سهم بیمه نشده های شهرداری نسبت به کل جمعیت بیمه نشده در کشور موزون شده. کل سرمایه برای سوبسیدهای بیمه سلامت به شهرداریها راه پیدا می کرد جایکه قدرت محلی مستقیماً برای برنامه های سلامت که SR ارائه می دادند را قرار داد می بست.

نظام سلامت کلمبیا مکانیسمهایی را برای مانیتور کردن و تعدیل حق بیمه ها گسترش داده است و تصمیم در مورد حق بیمه ها براساس افزایش سالانه حداقل دستمزد اتخاذ می شود.

در ۲۰۰۴ زیربرنامه تحت عنوان سوبسیدهای جزئی (partial subsidies) ps در برنامه SR وارد شد. این زیربرنامه پوشش بیمه سلامت موقتی را برای جمعیت شهری SISBEN ۲ و ۳ که به دلیل نبودجه بودجه در SR وارد نشده اند فراهم می کند. تامین مالی برنامه از طریق منابع محلی شهرداریها و دیپارتمانهایی که مسول اجرای برنامه هستند انجام می شود. دولت ملی نیز این موجودی ها را تکمیل می کند. حق بیمه این زیربرنامه نصف حق بیمه کامل SR است. چون بسته خدمتی کوچکتری را نسبت به SR تحت پوشش قرار می دهد.

سوبسیدهای سمت عرضه:

برای ارائه خدمات مراقبتی به بیمه نشده ها یا خدمات پوشش داده نشده توسط SR ، شبکه ای از ارائه دهنده های دولتی وجود دارد. این خدمات عمدتاً با سوبسیدهای عرضه حاصل از درآمدهای ملی مالیاتی شهرداریها که اختصاص یافته به سلامت هستند و درآمدهای مالیاتی محلی حاصل از مالیاتهای جرایم تامین مالی می شوند. برای دستیابی به این بودجه ارائه دهندگان دولتی قراردادهای ارائه خدمت با مقامات محلی سلامت منعقد می کنند. ارائه دهندگان دولتی مجاز هستند از استفاده کنندگان مبالغی بگیرند که نسبت به درآمد در مقیاس کاهنده قرار دارند. جمعیت بیمه نشده ای که نیازمند چنان خدماتی هستند می توانند برای ارائه دهندگان خصوصی پرداخت مستقیم از جیب نیز داشته باشند.

بسته منافع

بسته های منافع (برنامه های تکمیلی سلامت) تحت CR و SR ، لیست تفصیلی از مداخلات تحت پوشش هستند. مداخلات در سه سطح طبقه بندی شده اند و پیچیدگی تخصص، تکنولوژی و منابع مالی مورد نیاز برای ارائه در حال افزایش است. اولین سطح پیچیدگی شامل مراقبتهای پیشگیرانه و اورژانسی، پزشکی اولیه، دندانپزشکی و خدمات تشخیصی است. سطوح دوم و سوم مراقبتهای توانبخشی و تخصصی، بستری و خدمات تشخیصی متناظر با آنها را در نظر می گیرند. همچنین در همه سطوح برای هر مداخله زیرشاخه ای به عنوان مراقبت بحران نیز وجود دارد. سوبسیدهای جزئی فقط برای خدمات پیش از زایمان و مادران، خدمات برای بچه های کمتر از یک سال، تجویز دارو و مراقبتهای ارتوپدی پوشش ارائه می دهند (جدول ۵-۲).

جدول (۵-۲): رژیمهای مختلف یارانه ای در کلمبیا

محتوا	رژیم مشارکتی (CR)	رژیم سوبسیدی (SR)	رژیم سوسیدی-سوبسیدی جزئی (PS)
قواعد ثبت نام	- قبل از پوشش کامل مراقبتهای پیچیده تر، حداقل چند هفته از ثبت نام گذشته باشد - عدم پذیرش برای تحت پوشش قرار دادن یا شرایط از قبل موجود وجود ندارد - تعدیل ریسک حق بیمه با سن و جنس	- حداقل دوره ۲ ساله ثبت نام برای جابجایی برنامه ها - عدم پذیرش برای تحت پوشش قرار دادن یا شرایط از قبل موجود در صورت وجود معیارهای شایستگی وجود ندارد - معیارهای شایستگی وجود ندارد - خیر	- هیچکدام - عدم پذیرش برای تحت پوشش قرار دادن یا شرایط از قبل موجود در صورت وجود معیارهای شایستگی وجود ندارد - خیر
تسهیم هزینه	برای مراقبتهای اورژانسی، خدمات پیشگیرانه و خدمات اقتضایی به نفع سلامت عمومی (مانند دیابت و فشار خون) تسهیم هزینه وجود ندارد. مشارکت در پرداخت به صورت نزولی برای مراقبتهای سیار و بستری تا یک سقف سالانه مشخص.		
انتخاب بیمه گر	انتخاب درون مجموعه برنامه های در دسترس در شهری که شغل قرار گرفته آزاد است.	انتخاب درون مجموعه برنامه های SR که در شهرداری انجام می شوند آزاد است.	انتخاب درون مجموعه برنامه های SR که در شهرداری انجام می شوند و محصولات سوبسید جزئی را ارائه می دهند آزاد است.

انتخاب ارائه دهنده	انتخاب آزادانه درون شبکه برنامه، استفاده از دروازه بانان	انتخاب محدود به شبکه عمومی برای مراقبتهای کمتری پیچیده، انتخاب آزاد درون شبکه برنامه، دیگر مراقبتهای مدیریت شده توسط دروازه بانان	مشابه رژیم سوبسیدی
--------------------	--	---	--------------------

دیگر خدمات

پوشش مداخلاتی که مکمل خدمات پزشکی فردی مشمول در رژیم مشارکتی و سوبسیدی هستند.

- مجموعه ای از مداخلات سلامت عمومی در سطح جامعه مانند آموزش سلامت و فعالیتهای پیشگیری از ریسک و کنترل بیماریهای منتقله از حشرات توسط دولتهای محلی به عنوان بخشی از یک برنامه تحت عنوان برنامه مراقبت اولیه (Plan PAB) (*de Atención Básica*) . PAB از طریق پرداختهای انتقالی مشخص شده برای سلامت از سطح ملی به گروهها و شهرداریها تامین مالی می شود.
- مداخلات پزشکی برای تصادفات جاده ای از طریق سیاستهای بیمه تکمیلی برای همه وسایل نقلیه تامین مالی می شوند. (بیمه اجباری حوادث وسایل نقلیه) (SOAT) *Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito*
- سهم کارفرماها در سیاستهای بیمه ای برای صدمات مربوط به کار، وضعیتهای پزشکی و ناتوانی ها اجباری است.
- سیاستهای بیمه تکمیلی خصوصی که می توانند توسط افرادی خریداری شوند که خدمات پزشکی پوشش داده نشده توسط رژیم مشارکتی یا سازگاری بیشتری را می خواهند.

مناسب بودن پوشش

به استثنای بیماریهای روانپزشکی که پوشش برای آنها محدود است، بسته حمایتی هر دو رژیم (به جز رژیم سوبسید جزئی) حداقل مداخلات پیشگیرانه و درمانی را برای موارد غیر پیچیده دربر می گیرد. اما مکانیسم سیستماتیکی برای بازبینی محتوای بسته حمایتی وجود ندارد. و بنابراین باید مناسب بودن بسته حمایتی برای مدنظر قرار دادن تغییر اولویت های سلامت کلمبیا مدنظر قرار گیرد.

انگیزه برای رفرم

قبل از ۱۹۹۳ منابع عمومی به طور ضعیفی هدفگذاری شده بودند و ۴۰ درصد سوبسیدها به بیمارستانهای دولتی اختصاص یافته بود ۵۰ درصد ثروتمندتر جمعیت را منفعت می رساندند. و تخصیص منابع بهداشت و درمان به سمت مراقبتهای درمانی و گران رفته بود، باوجود کارایی کم آنها. تخصیص منابع به جای اینکه مبتنی بر نیازهای مردم باشد، در راستای سوابق مخارج بیمارستانها بود. سرمایه گذاری زیاد در ساخت بیمارستانها با توجه کم به نیازهای خدمات بهداشتی منجر به نرخهای اشغال تخت پایین و استفاده کمتر از خدمات در بیمارستانهای سطح دوم و سوم شد. و نهایتا کیفیت ضعیف خدمات، در استفاده و پذیرش کم شبکه عمومی ارائه دهنده ها منعکس شد.

در ۲۰۰۵-۱۹۹۳ بیمه سلامت اجتماعی با دو برنامه جداگانه طراحی شد. سرمایه CR با مشارکت هر فردی که بتواند پرداخت کند و با افزایش نرخ مشارکت از ۱۱ به ۱۲ درصد به دست آمد. این منابع صرف مخارج CR و مشارکت در مخارج SR می شوند. برای تامین SR، منابع ملی و محلی تخصیص داده شده به سلامت افزایش یافتند و به سمت سوبسیدهای تقاضا هدایت شدند و سوبسیدهای سمت عرضه تدریجا به سوبسیدهای سمت تقاضا تبدیل شدند.

در مطالعات مختلفی که انجام شده اگرچه اثرات مثبت زیادی برای رفرم کلمبیا برشمرده شده است اما ایراداتی نیز برای آن مطرح شده است [۶۳].

- باتوجه به برنامه CR، وظیفه اصلی یافتن مکانیسم ثبت نام بخش غیررسمی است. حدود یک سوم این جمعیت، تحت عنوان جمعیت ساندویچی هستند که در دو گروه تقسیم می شوند: یک گروه مردمی هستند که کمتر از دوبرابر حداقل دستمزد کسب می کنند و مستحق دریافت یارانه هستند و گروه دیگر افرادی هستند که توانایی پرداخت دارند اما انگیزه ندارند.
- هزینه های اجرایی ثبت نام، پایش و جمع آوری سهمها از افراد میزان قابل توجهی است.

- بهداشت عمومی در کلمبیا یکی از بزرگترین قربانیان بود. اکثریت بودجه در بیمه های سلامت فردی سرمایه گذاری شد و منابع مخصوص بهبود سلامت کاهش یافتند. به علاوه شرکت های بیمه به تعهدات خودشان در مورد بهداشت عمومی عمل نکردند چون این خدمات، استفاده از دیگر خدمات کلینیکی مانند عکسبرداری پیشگیرانه را افزایش می دادند.
- این رفرم بخش خصوصی را بیشتر تقویت کرد. نقش دولت به عنوان تنظیم کننده و هدایت کننده بهداشت عمومی در فضای ملی و شهرداری از دست رفت. مدل نتولیبرال در کلمبیا نه تنها مشکلات قبلی را برطرف نکرد بلکه نتایج زیانباری داشت. گذشت ۱۰ سال از رفرم نشان داد که تقویت بخش خصوصی و مکانیسم های بازار، نابرابری اجتماعی در کلمبیا را افزایش داد. شرکت های بیمه به حدی از نظر سرمایه های مالی تقویت شده بودند که این ذخایر را در تجارت اسلحه سرمایه گذاری می کردند.

۲-۷-۲ آفریقای مرکزی و غربی

در سال ۲۰۰۷-۲۰۰۸ مطالعه ای توسط دفتر منطقه ای آفریقای جنوبی و غربی^۱ (WCARO) سازمان ملل با همکاری پژوهشگران محلی در منطقه انجام شد. حمایت اجتماعی به عنوان جزء مهمی از استراتژیهای کاهش فقر و تلاش برای کاهش آسیب پذیری اقتصادی، اجتماعی، طبیعی و دیگر شوکها محسوب می شود. به دلیل آسیب پذیری بیشتر بچه ها نسبت به بزرگسالان و نقشی که حمایت اجتماعی می تواند در تضمین تغذیه مناسب، استفاده از خدمات پایه (آموزش، سلامت، آب و بهداشت) و دسترسی به خدمات اجتماعی داشته باشد، حمایت اجتماعی به خصوص برای کودکان مهم تر است. این سیاستها نه تنها حمایتی هستند (برای مثال حمایت سطح درآمد یا مصرف خانوار) بلکه ابزارهایی برای ممانعت خانوارها از متوسل شدن به استراتژیهای منفی تطبیق^۲ که برای کودکان زیان آور هستند فراهم می کنند (برای مثال، خارج کردن آنها از مدرسه)، همچنین راهی برای بهبود بهره وری خانوارها، افزایش درآمدها و حمایت از پیشرفت کودکان می باشند (از طریق سرمایه گذاری در آموزش و سلامت آنها) که نهایتا کمک به شکستن چرخه فقر می کند. هدف مطالعه یافتن کاراترین مکانیسمهای تامین اجتماعی است که به فقیرترین و آسیب پذیرترین افراد برسد [۶۴].

چارچوب حمایتی که به حمایت اجتماعی اشاره می کند شامل:

^۱. West & Central Africa Regional Office

^۲. negative coping strategies

- کمک اجتماعی برای افراد و خانوارهای فوق العاده فقیر. این دربرگیرنده پرداختهای قابل پیش بینی منظم(نقدی یا غیرنقدی و عدم دریافت وجه) از جانب نهادهای دولتی یا غیردولتی به افراد یا خانوارها می باشد با هدف کاهش فقر و آسیب پذیری، افزایش دسترسی به خدمات پایه و بهبود انباشت دارایی.
 - خدمات اجتماعی به گروههای حاشیه ای که نیازمند مراقبتهای خاصی هستند و یا بر اساس ویژگیهای اجتماعی(و نه اقتصادی) خاص توان دسترسی ندارند. چنان خدماتی به طور معمول برای کسانی هدفگذاری می شوند که بیماری، مرگ سرپرست/نان آور خانوار، تصادف/بلای طبیعی را تجربه کرده اند، کسانی که از ناتوانی، خشونت خانوادگی یا فراتر از آن، فروپاشی خانواده رنج می برند، کهنه سربازان یا مهاجران.
 - بیمه اجتماعی برای حمایت از افراد در مقابل ریسکهای زندگی، سلامت و دیگر شوکها. بیمه اجتماعی، دسترسی به خدمات را در زمان نیاز تامین می کند و عمدتاً به شکل مکانیسمهای سوبسیدی تجمیع ریسک^۱ با معافیت بالقوه سهم فقرا می باشند.
 - ابزارهای عدالت اجتماعی برای حمایت از افراد در مقابل ریسکهای اجتماعی مانند تبعیض یا سوء استفاده. این می تواند شامل قوانین ضد تبعیضی باشد(برحسب دسترسی به دارایی، اعتبار و خدمات) [۶۴].
- این ابزارهای حمایت اجتماعی به طور کلی برای کاهش آسیب پذیری جمعیت به کار می روند اما می توان آنها را جهت کاهش ریسکهای خاصی که کودکان با آن مواجه هستند نیز سازگار نمود.
- یکی از روشهای حمایتی، پرداختهای نقدی^۲ می باشد. ویژگیهای برنامه های پرداخت نقدی ارتباط نزدیک با جنبه هایی مانند گروه هدف، اندازه پرداخت انتقالی، مدت و زمانبندی دریافت کمک نقدی و شرایطی که گروههای هدف بر اساس آن مشخص شده اند، دارد.
- گرنه حمایت از کودکان در افریقای جنوبی که به ۸ میلیون کودک منفعت می رساند وقوع فقر بین خانوارهای متاثر از HIV را به میزان ۸ درصد کاهش داد [۶۵]. برنامه پرداختهای نقدی در زامبیا نشان داد که در نتیجه این دریافتها، ۱۲ درصد خانوار بیشتر روزانه پروتئین مصرف کردند.

^۱ . subsidized risk-pooling mechanisms

^۲ . cash transfers

شواهد نشان می دهند که پرداختهای انتقالی نقدی تاثیر مثبتی بر کاهش فقر کودکان دارند هنگامی که پرداختهای انتقالی یا مستقیماً برای کودکان هدفگذاری شده اند یا غیر مستقیم با افزایش درآمد خانوار آنها را متاثر می کنند.

پرداختهای انتقالی نقدی شرطی برای توسعه انسانی در امریکای لاتین شواهدی قوی فراهم می کنند که نرخ واکسیناسیون و وضعیت سلامت کودکان و دیگر اعضای خانواده بهبود یافته و علاوه بر این سطح مصرف خانوار و تغذیه هم ارتقا پیدا کرده است [۶۶].

اجرای پرداختهای انتقالی نقدی مستلزم ظرفیت فنی و اجرایی مناسب می باشد. تضمین اینکه پرداختهای انتقالی به طور موثری هدفگذاری می شوند و به شکل منظمی ارائه می شوند و در معرض فساد و انحراف منابع نیستند، کلید اجرای موفق و تاثیر آنها است. بنابراین تعهد سیاسی و در دسترس بودن منابع می تواند اجرای آن را تضمین کند.

۳-۷-۲ مکزیك

در ۱۹۹۷ دولت مکزیك برنامه جدیدی را آغاز کرد که قصد آن حذف فقر در مناطق روستایی بود. PROGRESA، که در آن آموزش، سلامت و برنامه تغذیه با رویکردی جامع برای مبارزه با فقر اتخاذ شده بود. ویژگی متمایزکننده این بود که منافع نقدی به طور هدفمند مستقیماً به خانوارهایی تعلق می گرفت که فرزندانشان را به مدرسه می فرستادند یا از مراکز بهداشتی خدمات دریافت می کردند. تحلیل پروگرسا از این نظر مهم است که کشورهای دیگر امریکای لاتین مانند هندوراس، آرژانتین، نیکاراگوئه، اکوادور و ونزوئلا نیز مانند مکزیك پرداختهای انتقالی نقدی هدفمند به خانوارهای روستایی فقیر را دنبال می کنند. برای ارزیابی میزان موفقیت پروگرسا اگرچه این برنامه اهداف به مرتبگی در زمینه سلامت، آموزش و تغذیه داشت اما هدف اجتماعی حاصله از این برنامه هدفمند فقط برحسب تاثیر بالقوه آن بر حذف فقر سنجیده شد. منفعت اولیه هدفمندی در سطح خانوار این است که تقسیم بندی خانوارها بر اساس شایستگی یا عدم شایستگی آنها برای دسترسی به منافع روش موثرتری برای استفاده از منابع محدود جهت دستیابی به اهداف اجتماعی است [۶۷-۶۸]. پروگرسا که ابتدائاً فقط فقرای مناطق روستایی با کمتر از ۲۵۰۰ ساکن را تحت پوشش قرار می داد، در سال ۲۰۰۱ به آپورتونیدادس (Oportunidades) تغییر نام داد و پوشش آن مناطق شهری کوچک نیز گسترش داده شد، این برنامه یکی از بهترین CCT ها محسوب می شود [۶۹].

ارزیابی مرحله اول مکانیسم هدفمندی پروگرسا

تعداد کمی از کشورها مانند شیلی و کلمبیا از انواع آزمونهای وسیع برای هدفگذاری برنامه های اجتماعی استفاده می کنند. شاخص SISBEN کلمبیا بسیار شبیه شاخص استفاده شده در پروگرسا است. انتخاب خانوارها به عنوان ذینفعان پروگرسا در سه مرحله کامل می شود. ابتدا گروههای جمعیتی (شهرداریها) با استفاده از یک شاخص حاشیه ای مبتنی بر سرشماری انتخاب می شوند. سپس درون گروهها (شهرداریها)، خانوارها با استفاده از داده های پیمایشی جمع آوری شده در سطح خانوار انتخاب می شوند. در مرحله سوم لیست ذی نفعان بالقوه جهت بازبینی و بحث به مجلس ارائه می شود و باتوجه به معیارهای تعیین شده برای انتخاب خانوارهای ذی نفع تغییر می کند [۶۹].

متدولوژی انتخاب نواحی و خانوارهای ذینفع در پروگرسا در شناسایی نواحی یا خانوارهای فوق العاده فقیر موثرتر هستند اما در تمایز بین نواحی و خانوارهای میانی کارایی کمتری دارند. به عبارت دیگر هرچه پروگرسا یا هر برنامه انتقالی هدفمند دیگر به سمت جوامع کمتر حاشیه ای گسترش یابد، شانس خطای انتخاب بالاتر است.

برنامه پروگرسا در مکزیک توسط Gertler ۲۰۰۰ مورد ارزیابی قرار گرفت. دو نوع پرداخت انتقالی نقدی هر دو ماه به افراد داده می شد. یکی عمومی و یکی مشروط به حضور در مدرسه. الف- جزء تغذیه ای شامل مکملهای غذایی برای کودکان ۴-۲۳ ماه، کودکان ۲-۴ سال کم وزن و زنان باردار و شیرده در خانوارهای ذی نفع می شد. ب- جزء سلامت شامل ویزیت‌های منظم مراقبتی در مراکز بهداشتی برای همه اعضای خانوار می شد. ج- جزء آموزش [۷۰].

برای ارزیابی این طرح ۵۰۶ از ۵۰۰۰۰ خانوار روستا به طور تصادفی انتخاب شدند و از RCT استفاده شد. ۳۲۰ خانوار گروه مداخله و ۱۸۶ خانوار گروه کنترل بودند.

اما در مکزیک در سال ۱۹۹۰ برنامه های هدفمند فقط متعلق به ۲۰ درصد جمعیت بودند که در مناطق به شدت فقیر زندگی می کردند اگرچه نرخ فقر ۴۰ درصد بود نیم دیگر فقرا بدون پوشش رها شدند [۷۱]

ذینفعان پروگرسا در مقایسه با افراد در مناطق غیر پروگرسا، به طور متوسط ویزیت‌های بیشتری از کلینیک داشته اند. استفاده از کلینیک‌های عمومی ۵۳ درصد افزایش یافت اما کاهش در استفاده از خدمات ارائه دهنده های خصوصی مشاهده نشد به این معنی که این دو با هم جایگزین نیستند [۷۰]. ویزیت‌های پایشی کودکان از بدو تولد تا دو سالگی و کودکان ۳ تا ۵ ساله نیز افزایش یافت. ویزیت‌های پیش از زایمان نیز افزایش نشان می داد.

۴-۷-۲ برزیل

نام برنامه حمایتی: بولسا فامیلیا (Bolsa Familia)

قبل از اکتبر ۲۰۱۳ برزیل ۴ برنامه پرداختهای انتقالی نقدی شرطی (CCT) داشت. هرکدام از این برنامه ها برنامه تامین مالی، نمایندگی اجرایی، شرایط و سیستم اطلاعاتی خودشان را داشتند. از آنجاییکه سیستمهای کنترلی اطلاعات مبادله نمی کردند یک خانوار می توانست همه ۴ برنامه را دریافت کند و خانوار دیگر با نیازمندی برابر، هیچکدام را دریافت نمی کرد. ارزش پرداختهای انتقالی هماهنگ نشده بود بنابراین دولت مرکزی تحت شرایط مشابه به افراد مشابه، مقادیر متفاوتی را پرداخت می کرد. در اکتبر ۲۰۰۳ برنامه بولسا فامیلیا با بهره گیری از سیستم اطلاعات یکپارچه که در سال ۲۰۰۱ اجرا شده بود، برای سازماندهی و ادغام CCT های گوناگون ایجاد شد. خانوارها در فقر خیلی زیاد (درآمد سرانه زیر 42ppp) ذینفعان این برنامه هستند که هر ماه معادل ۴۲ دلار بدون توجه به ترکیبشان می گیرند. خانوارها در دو طیف خیلی فقیر و فقیر متوسط برای هر بچه یا زن باردار در خانواده هر ماه ۱۳ دلار اضافه می گیرند اما این محدود به ۳ بچه یا زن باردار می شود بنابراین حداکثر مقدار داده شده به یک خانوار خیلی فقیر ۹۱ دلار و فقیر متوسط ۳۹ دلار است. برنامه مستلزم به روزرسانی کارت واکسیناسیون برای بچه های زیر ۷ سال و ویزیتهای منظم مراکز بهداشتی برای زنان باردار و شیرده می باشد [۷۲].

۵-۷-۲ ارمنستان

در مطالعه ای در ارمنستان، تأثیر ابزارهای انصراف بر مصرف خدمات درمانی مورد بررسی قرار گرفته است [۷۳].

با در نظر گرفتن تأثیر کاهنده قیمتها بر مصرف خدمات درمانی، دولتها سیاستهای انصرافی (waiver) و معافیتها (exemptions) را برای حمایت از گروه خاصی یا تضمین ارائه خدمات خاصی اجرا می کنند. فسخ کننده ها در درمان عمدتاً درصد هستند تا خدمات سوبسید داده شده را برای گروه جمعیتی خاصی که با استفاده از چندین معیار تعیین می شوند، تضمین کنند. از سوی دیگر، معافیتها درصد تضمین ارائه رایگان نوع خاصی از خدمات می باشند.

تحول بخش سلامت در ارمنستان که طی دهه ۹۰ روی داد به دنبال بهبود دسترسی به خدمات مراقبت سلامت به خصوص بین فقرا و افراد آسیب پذیر بود. فرایند گذار در ارمنستان شامل حداقل دو بعد بود. اول، کاهش کلی در مخارج دولتی در بخش سلامت طی اوایل دهه ۹۰ که بر روی تعداد پرسنل، کیفیت خدمات و نگهداری زیرساختهای موجود تأثیرگذار بود. اگرچه کاهش مخارج واقعی در زمینه های اجتماعی بعد از استقلال در اواخر دهه ۹۰ برعکس شد، اثرات مهمی بر کیفیت عرضه خدمات سلامت و بر

تقاضای این خدمات مشاهده می شد. کاهش کیفیت خدمات همراه با دستمزدهای کمتر، نبود دارو و تخریب زیرساختها با کاهش مشخصی در تعداد بیماران و افزایش پرداختهای غیررسمی همراه شده بود.

بعد دوم، اصلاح متمایل به بازار در بخش سلامت است که مستلزم فرایندهای تمرکززدایی و خصوصی سازی برخی اجزای نظام سلامت بود. بیمارستانها و پلی کلینیکها به موسسات شبه خصوصی تبدیل شدند و مدیریت ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی تمرکززدایی شد که به آنها اجازه می داد قیمتهای خدمات سلامت را تثبیت کنند و ترکیبی از پرسنل اجرایی و پزشکی را انتخاب کنند. در ۱۹۹۳ نهادهای درمانی دولتی تبدیل به واحدهای شبه مستقل شدند که می توانستند درآمدهای خودشان همراه با تامین بودجه دولتی را داشته باشند. در ۱۹۹۵ به بیمارستانها و پلی کلینیکها اجازه داده شد خدمات خصوصی را علاوه بر خدماتی ارائه کنند که توسط دولت تامین مالی می شوند.

۶-۷-۲ هند

در این مطالعه محققان به بررسی تاثیر مداخلات سمت تقاضا و مداخلات سمت عرضه بر بروندهای سلامت در هند پرداخته اند. تحلیل داده های پیمایش ملی سلامت خانوار (NFHS) National Family Health Survey در ۱۹۹۲ و ۱۹۹۸ توسط کسترتون^۱ و همکاران نشان داد که وضعیت اقتصادی عامل تعیین کننده مهمتری نسبت به دسترسی می باشد بنابراین دسترسی بیشتر به خدمات مامایی به تنهایی مشکلی را حل نمی کند و استراتژیهای سمت تقاضا تاثیرگذارتر هستند [۷۴].

مداخلات موجود برای بهبود خدمات سلامت مادران شامل مداخلات سمت تقاضا مانند پرداختهای انتقالی نقدی شرطی (CCT) برای غلبه بر محدودیتهای مالی و مداخلات سمت عرضه مانند ارتقای زیرساختهای درمانی برای غلبه بر محدودیتهای جغرافیایی دسترسی به خدمات می باشد.

در هند تحت برنامه ماموریت ملی سلامت روستایی (NRHM) National Rural Health Mission که در سال ۲۰۰۵ شروع شد، استراتژی ملی از تشویق کادر ماهر زایمان در زایمانهای خانگی به تشویق زایمان در مراکز بهداشتی تبدیل شد. استراتژیهای خلاقانه گوناگونی برای تشویق زایمانهای زایشگاهی گسترش داده شد که شامل عوامل سمت تقاضا مانند برنامه مبتنی بر CCT به نام (JSY) Janani Suraksha Yojana یا عوامل سمت عرضه مانند ارتقای مراکز زایمانی. این مطالعه به شکل مقایسه قبل -

^۱. Kesterton

بعد با چندین گروه کنترل با استفاده از یک طراحی شبه تجربی انجام شد. زمان مبنا از اپریل ۲۰۰۶ تا مارچ ۲۰۰۷ مربوط به قبل از مداخله بود، زمان ۲ (اپریل ۲۰۰۷ تا مارچ ۲۰۰۸) متناظر با استراتژی سمت عرضه یعنی ارائه خدمات ۷/۲۴ در مراکز بهداشتی بود، زمان ۳ (اپریل ۲۰۰۸ تا مارچ ۲۰۰۹) متناظر با برنامه JSY بود.

JSY: تحت این برنامه متمرکز، ذی نفعان باردار باید ۱۹ سال به بالا داشته باشند و فقط تا دو تولد را شامل می شود. برنامه برای زنان زیر خط فقر برای همه زایمانها (در خانه یا مراکز درمانی) و برای زنان طبقات مختلف (Schedule Caste (SC)) (زایمانهایی در مراکز بهداشتی (دولتی یا خصوصی)) داشته اند، می باشد. SC اغلب گروه غیربرخوردار اجتماعی و اقتصادی در هند می باشد. مشاهده شد که هم JSY و هم مراکز درمانی ۷/۲۴ تاثیر معناداری بر افزایش نرخ زایمانهای زایشگاهی داشته اند. اما در JSY امکان اینکه افرادی که نیازمندتر هستند نتوانند پرداخت تقدی را دریافت کنند وجود دارد. بنابراین شاید بتوان گفت ارائه خدمات ۷/۲۴ هزینه اثربخش تر است و نیز با مراجعه به بیمارستانهای سطح ۲ را کاهش می دهد.

کمی نقدی اضافی به ذینفعان SC: دولت ایالتی برنامه ای را از ۲۰۰۸ آغاز کرد که در آن یک مبلغ نقدی ۱۵۰۰ روپیه ای به هر زن باردار SC بالای ۱۹ سال که قبلا در مراکز بهداشتی زایمانی داشته بدون توجه به دفعات آن پرداخت می کند. برنامه JSY بزرگترین برنامه CCT دنیا برحسب تعداد ذینفعان است و در ۲۰۱۰ حدود ۹٫۵ میلیون زن را شامل می شده است.

چندین کشور در حال توسعه از درآمدهای مالیاتی برای سوسید دادن به بیمه سلامت کارکنان بخش غیررسمی (معمولا روستایی) و خانوارهایشان یا حداقل فقیرترین بین آنها استفاده کرده اند. مثلا در کلمبیا، فیلیپین و ویتنام فقرا در طرح ملی اجتماعی بیمه سلامت به هزینه مالیات دهندگان ثبت نام می کنند. در مکزیک و چین نیز خانوارهایی که توسط بخش رسمی پوشش داده نشده اند گزینه هایی برای ثبت نام در طرح بیمه سلامت ملی دارند. در هر دو این کشورها میزان مشارکت در پرداخت تاحدی به درآمد خانوار مربوط است اما سهم خانوارهای فقیر کاملا توسط مالیات دهندگان پرداخت می شود و خانوارهای غیر فقیر یا یک نرخ مشارکت یکنواخت سوسید داده شده را می پردازند (مانند چین) یا سهمی وابسته به درآمدشان (مانند مکزیک).

برنامه چین که از سال ۲۰۰۳ شروع شد و تا ۲۰۰۸ به طور متناوب در همه حوزه های روستایی گسترش یافت و با سیستم قدیمی برنامه بیمه روستایی مبتنی بر دهات که تحت عنوان سیستم پزشکی مشارکتی (CMS) cooperative medical system شناخته شده بود جایگزین شد. این برنامه پاسخی بود به افزایش پرداختهای افراد بابت استفاده از خدمات. برنامه به جای اینکه مثل قبل در سطح دهات عمل کند در سطح شهرستانها عمل می کرد و از طریق مشارکت خانوارها (که البته بخش عمده ای از سهم فقرا و گروههای خاص را دولت سوسید می داد) و سوسیدهای دولت تامین مالی می شد [۷۵].

یک مساله این بود که بودجه آن طرح برای وارد کردن تلنگر عمده ای به پرداخت از جیب خانوارها خیلی کم بود. درآمد به ازای هر ثبت نامی فقط یک پنجم کل مخارج سلامت سرانه روستایی بود و مشارکت در پرداخت در برنامه بالا بود و نرخ بالای فرانشیز را نشان می داد. با این همه برنامه تاحدی موجب شد مردم به دنبال خدمات درمانی باشند که تا قبل از این نبودند و از آنجاییکه در چین نام پرداخت کارانه به ارائه دهندگان وجود دارد، موجب شد دارو و تکنولوژیهای جدید برای ارائه دهندگان حاشیه سود بیشتری نسبت به خدمات اولیه داشته باشند بنابراین بیمه موجب استفاده بیشتر از خدمات گرانتر شد و بنابراین پرداخت از جیب به طور واقعی افزایش پیدا کرد. و چون در این برنامه فرانشیز بالا بود تعداد زیادی از فقرا نیز ثبت نام نکردند. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۷ انجام شد ۱۸۹ شهرستان در چین به صورت مقایسه قبل و بعد از معرفی طرح مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد باوجود دوره کوتاهی که از طرح گذشته و کمی بودجه، طرح اثرات عمده ای داشته است: موجب افزایش ۲۰ درصدی در ویزیت‌های بستری و سرپایی شده است. با در نظر گرفتن نرخهای فرانشیز بالا، تعجب آور نیست که تغییر عمده ای در استفاده از خدمات درمانی بین دهک فقر صورت نگرفت. شواهدی از کاهش پرداخت از جیب و یا کاهش هزینه های فاجعه بار مشاهده نشد. در سمت عرضه نیز شواهد نشان دهنده افزایش نرخ اشغال تخت، هزینه های پرسنلی و سرمایه ای شدند [۷۵].

برنامه RSBY در هند **Rashtriya Swasthya Bima Yojna (RSBY), India**

یک برنامه ملی بیمه سلامت دولتی است که هدف آن بهبود دسترسی خدمات پزشکی با کیفیت برای کارکنان غیررسمی که زیر خط فقر زندگی می باشد. از سال ۲۰۰۷ در سطح گسترده در ۲۲ ایالت هند پیاده شده است. ۱۷ تا که قبلا کارتهای هوشمند سلامت داشته اند و ۵ تا که اخیرا شروع کرده اند. مجری آن دولت بود و توسط وزارت کار و اشتغال راه اندازی شد. طرح بیمه ای توسط دولت ایالتی و با مشارکت شرکتهای بیمه خصوصی و دولتی اجرا می شود. RSBY ، ۷۵ درصد بودجه اش را از دولت مرکزی و مابقی را از دولتهای ایالتی تامین می کرده است. این طرح بیمه ای، کارگران بخش غیررسمی که زیر خط فقر زندگی می کنند را هدف قرار داده است. ذی نفعان ۳۰ روپیه به ازای هر خانوار در هر سال پرداخت می کنند تا ثبت نام شوند. دولت ایالتی از طریق مزایده رقابتی یک شرکت بیمه خصوصی یا دولتی را انتخاب می کند. خدمات سلامت توسط شبکه ای از بیمارستانهای خصوصی و دولتی ثبت شده ارائه می شوند و پرداخت با استفاده از کارتهای هوشمند غیرنقدی انجام می گیرد. اغلب خدمات پزشکی و اعمال جراحی تحت پوشش هستند و برای خدمات سرپایی نیز نرخ بسته ها از قبل مشخص شده است. بیماریهای از قبل موجود، مراقبتهای زایمان و نوزادان نیز تحت پوشش قرار می گیرند. واحد ثبت نام در RSBY خانوار است که تا ۵ عضو را شامل

می شوند. از ویژگیهای منحصر به فرد برنامه، تکنولوژی کارتهای هوشمند و سیستم مدیریت کلیدی می باشد. تحت این برنامه دولت مرکزی ۷۵-۹۰ درصد حق بیمه های افراد را می پردازد.

اجزا کلیدی برنامه:

- انگیزه های هدفمند: RSBY از ترکیب مناسبی از انگیزه ها برای هرکدام از طرفهای رابطه استفاده می کند تا پایداری بلندمدت طرح را تامین کند. بیمه گران به ازای هر خانوار ثبت شده و هر کارت هوشمند منتشرشده جبران می شوند و ذی نفعان با پرداخت ۳۰ روپیه حق ثبت نام عضو می شوند. انگیزه بیمارستانها برای جذب خانوارهای زیر خط فقر، منابع درآمدی زیاد است به شکلی که بیمارستانهای عمومی می توانند بخشی از درآمد را نگه دارند و مشوقهایی بین پزشکان و دیگر کارکنان توزیع کنند. بیمه گران نیز انگیزه هایی برای پایش مشارکت بیمارستانها برای اجتناب از دعاوی اضافی و غیرضروری دارند.
- ثبت نام یکپارچه: برای اولین بار بود که به طور یکپارچه در هند از کارتهای هوشمند بیومتریک در زمینه بهداشت و درمان استفاده می شد. ابتدا بیمه گران لیست الکترونیکی از خانوارهای مستحق زیر خط فقر دریافت می کنند. در روز ثبت نام، RSBY واحدهای ثبت نام سیاری را به روستاها جهت جمع آوری اطلاعات بیومتریک(مانند اثر انگشت) و عکس ذی نفعان می فرستد. همان موقع کارتهای هوشمند عکس دار منتشر می شوند و ذی نفعان حق ثبت نام را می پردازند. کل فرایند کمتر از ۱۰ دقیقه طول می کشد. در هر فرایند ثبت نام چند فرد باید حضور داشته باشند، مامور دولت ایالتی در سطح بخش، فرد ذی نفع، شخص صادرکننده کارت، نماینده شرکت بیمه. سپس لیست خانوارهای ثبت شده هر روز به دولت ایالتی فرستاده و متمرکز می شود.
- دسترسی به خدمات بدون پول نقد از طریق کارتهای هوشمند: افراد بعد از کشیدن کارت و استفاده از اثر انگشت می توانند از خدمات تعریف شده بستری یا سرپایی استفاده کنند. هنگام ترخیص نیز دوباره کارت کشیده می شود و هزینه از کل مبلغ ۳۰ هزار روپیه موجود در کارت کسر می شود.
- پایش: شیوه های دقیقی برای پایش و ارزیابی طراحی شده است و گزارشهای ادواری به دولت ارائه می شود.

تأثیر

- خانوارهای زیر خط فقر را از هزینه های فاجعه بار سلامت محافظت می کند و امکان استفاده بیشتر آنها از خدمات را فراهم می آورد.

- امکان کنترل منابع موجود را در اختیار ذی نفعان قرار می دهد و به آنها اجازه می دهد ارائه دهندگان را خودشان انتخاب کنند از این رو امکان رقابت بین آنها را افزایش می دهد.

انتقاداتی که به این برنامه وارد می شود این است که احتمال وجود فساد و سوء استفاده در آن از بین نرفته است و منابع عمومی به جای اقدامات پیشگیرانه به سمت اقدامات درمانی رفته اند [۷۶-۷۹].

در سال ۲۰۱۰ با بررسی انجام شده دریافتند که حدود ۱۱ هزار ذی نفع جعلی وجود دارد که کارت دریافت کرده اند. تحت این برنامه اگر حادثه غیرمترقبه ای مانند سیل و خشکسالی و ... روی دهد کشاورزان اتوماتیک مستحق دریافت این یارانه می شوند و این موضوع بر میزان تلاش افراد برای کار روی زمینهایشان تاثیر داشت [۷۸].

در سال ۲۰۱۳، ۳۵ میلیون خانوار در RSBY ثبت نام کرده بودند و ادعا شد که ۵۰ درصد خانوارهای زیر خط فقر در ایالت‌های هند بودند. اما نابرابریها را در نظر نگرفتند: فقط ۸٪ خانوارها در یک بخش و ۹۰ درصد در یک بخش دیگر بودند! در سال اول ثبت نام تعداد مردان ثبت نام شده ۱٫۵ برابر زنان بودند. با توجه به اینکه در هر خانوار فقط ۵ نفر می توانستند ثبت نام کنند اولویت با مردان بود. RSBY فقط هزینه های بستری را پوشش می داد درحالیکه ۷۴٪ پرداخت از جیب در هند به علت هزینه های سرپایی و دارو بود. متأسفانه شواهد معنی داری وجود دارد که ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی و درمان و شرکتهای بیمه توسط بازی با دولت سودشان را حداکثر می کنند. بیمارستانها با مرسوم کردن پرداختهای غیرقانونی، حساب سازی و ارائه درمانهای غیرضروری دچار سوء رفتار در حد کلاهبرداری شده اند [۷۶]. شرکتهای بیمه صدور کارت را مدتها پس از ثبت نام به تعویق می اندازند. اگرچه هنوز زیانهای وارده بر دولت کاملاً محاسبه نشده است اما پیش بینی می شود که بالغ بر دهها میلیون روپیه باشد.

برنامه CY (Chiranjeevi Yojana) در هند، یک برنامه وچر دولتی می باشد که با متخصصین زنان و زایمان و ماماهاى بخش خصوصی قرار داد بسته است که به زنانی که زیر خط فقر هستند خدمات ارائه کنند تا نرخ مرگ و میر مادران و نوزادان کاهش یابد. این برنامه از سال ۲۰۰۵ در ۵ بخش فقیر ایالت گجرات شروع شد و به تمام ایالتها گسترش یافت. این برنامه توسط دولت گجرات با حمایت دولت مرکزی تحت نظر هیات ملی سلامت روستایی تامین مالی می شود. نرخ مرگ و میر مادران از ۳۸۹ در ۱۰۰ هزار تولد در ۱۹۹۸ به ۱۰۰ در ۲۰۱۰ و مرگ و میر نوزادان از ۶۰ در ۱۰۰ تولد زنده به ۳۰ کاهش یافت. در CY دولت با پزشکان داوطلب بخش خصوصی یک تفاهم نامه غیررسمی امضا می کند و در مقابل آنها برای شروع فعالیت پیش پرداختی می گیرند و به ازای هر ۱۰۰ زایمان (سزارین، طبیعی یا شرایط دیگر) ۴۵۰۰ دلار می گیرند. هر ارائه دهنده با امکانات اولیه مانند اتاق زایمان، دسترسی به خدمات بیهوشی در برنامه ثبت نام کند. ذی نفعان CY از طریق کادر بهداشتی ثبت نام می شوند.

برنامه پیشگامی در مراقبتهای اولیه در پاکستان

یک برنامه کنتراتی دولت محور که مدیریت همه واحدهای سلامت پایه را در یک استان پایلوت به یک NGO محلی با هدف بازسازی و بهبود کیفیت خدمات مراقبتهای اولیه بهداشتی در مناطق روستایی پاکستان واگذار می کند. این برنامه از سال ۲۰۰۳ شروع شده و ابتدائاً فقط در ایالت پنجاب بوده سپس به ۱۲ ایالت دیگر نیز گسترش یافته است. برنامه توسط دولت پاکستان با کمک خارجی تامین مالی می شود. هدف اولیه، سازمان دهی مجدد سیستم با استفاده از تکنیکهای نوآورانه مدیریت و انگیزه های مبتنی بر عملکرد بود. برنامه چندین نوآوری داشت شامل پرسنل جدید با حقوقهای بازاری، بهبود نظارت اجرایی، بهبود عرضه دارو مشکلی که بخش بهداشت و درمان هند با آن دست به گریبان است، سطوح پایین تامین مالی دولتی است که موضوع پاسخگویی را در نظام ارائه عمومی زیر سوال می برد و همچنان تسلط پرداخت از جیب را باقی می گذارد (۸۵).

۳ برنامه: دو برنامه فدرال که توسط دولت هند معرفی شده اند: ماموریت ملی سلامت روستایی (NRHM) وزارت بهداشت و رفاه خانوار (MOHFW) و (Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) وزارت کار و اشتغال و نیز برنامه Rajiv Aarogyasri که توسط دولت Andhra Pradesh راه اندازی شد. هدف برنامه NRHM جوان سازی سیستم سلامت با هدف تقویت زیرساختهای ارائه خدمات بهداشت عمومی و بهبود ارائه خدمت به ویژه در مناطق روستایی و با تمرکز بر مراقبتهای اولیه بود. در مقابل RSBY و Rajiv Aarogyasri برنامه های سمت تقاضا هستند که هدف آنها بهبود خرید دولتی خدمات بستری برای فقرا می باشد و به ترتیب بر ارائه مراقبتهای سطح دوم و سوم تمرکز می کنند [۸۰].

چندین نکته برنامه های هند را تبدیل به داستان منحصر به فردی می کنند: رویکرد پایین به بالا در اولویت بندی پوشش و حمایت مالی ابتدا برای ذینفعان آسیب پذیر، ویژگیهای نوآورانه برنامه ها، موفقیت و چالشهای این طرحها و دوگانگی آشکار در رویکردهای تامین مالی (سمت عرضه در مقابل سمت تقاضا)

NHRM در سال ۲۰۰۵ معرفی شد و سرمایه گذاری دولت مرکزی در سلامت به ویژه مراقبتهای بهداشتی اولیه را افزایش داد. برنامه عملکرد شامل: ۱- افزایش مخارج عمومی سلامت ۲- کاهش عدم توازن منطقه ای در زیرساختهای عمومی ارائه خدمات سلامت ۳- تجمع منابع ۴- یکپارچگی ساختارهای سازمانی (یکپارچگی افقی) ۵- تمرکززدایی و مدیریت بخشی برنامه های ملی سلامت ۶- افزایش مشارکت اجتماع ۷- پرداخت به کارکنان بخش بهداشت و درمان مبتنی بر عملکرد

از ۲۰۰۷، موج جدیدی از طرحهای بیمه سلامت با مسولیت دولت (GSHISS) مجموعه جدیدی از ترتیبات را برای کنترل، تخصیص و مدیریت استفاده از منابع عمومی برای سلامت ایجاد کردند شامل بسته های خدمات واضح، پاسخگویی بیشتر برای خدمات ارائه شده و طرح پایین به بالا برای رسیدن به پوشش جامع به شیوه ای که اول فقرا پوشش را دریافت کنند. مثلاً RSBY و RA که بیش از ۳۰۰ میلیون هندی را تحت پوشش دارند و بر مراقبتهای بستری تمرکز می کنند.

این ۳ طرح به طور موازی توسط نهادهای مختلف و در دوره زمانی مشابه اجرا شدند و از رویکردهای تامین مالی و ارائه خدمت متفاوتی استفاده کردند اما در واقع مکمل هم بودند.

طرح RSBY در ۲۰۰۸ معرفی شد و در مقابل NHRM طرح مبتنی بر تقاضا بود که پوشش بیمه سلامت تا سطح ۳۰ هزار روپیه (۶۰۰ دلار) در سال برای هر خانوار را جهت درمان بستری خریداری می کرد. ذی نفعان ۳۰ روپیه (حدود ۰,۶ دلار) در هر سال برای هر خانوار پرداخت می کردند بنابراین تمرکز آن بر مراقبتهای بستری ثانویه است. خدمات را رایگان در بیش از ۱۰ هزار بیمارستان موجود در شبکه دریافت می کردند. تا سپتامبر ۲۰۱۲ این طرح بیش از ۳۲ میلیون خانوار را که واجد شرایط بودند ثبت نام کرد. هماهنگ کننده مرکزی وزارت کار و اشتغال هند بود. این وزارت مستقیماً بر نمایندگی ایالتی نظارت داشت و این نمایندگی تحت نظارتش با شرکتهای بیمه قرارداد می بست و آنها را کنترل و پایش می کرد.

طرح سوم RA نیز که در ۲۰۰۷ در ایالت آندرا پرادش هند معرفی شد سیاست سمت تقاضا می باشد. این طرح بیمه سلامت جامعه با تمرکز بر خدمات سطح سوم برای درمان ۹۳۸ بیماری مزمن جدی و تهدید کننده حیات حدود ۲۰ میلیون خانوار در آن ایالت پرداخت می کند و همه خانوارهای فقیر و بخش عمده ای از گروههای کم درآمد و با درآمد متوسط را دربر می گیرد. فرایند ثبت نامی خاص یا حق عضویتی برای این طرح وجود ندارد بلکه هر فردی که در لیست زیر خط فقر باشد را شامل می شود. ۵ سال بعد نیز تعدادی دیگر از ایالات مشابه این طرح را در پایش گرفتند.

برنامه هایی مانند RSBY شروع امیدوارکننده ای دارند اما باید ظرفیتهای مدیریتی شان به خصوص در سطح مرکزی را تقویت کنند و بر پایش بهتر بیمه گران و بیمارستانهای طرف قرارداد متمرکز شوند. تمرکز همه برنامه ها باید بر ارائه دهندگان خدمات باشد تا بهره وری، کارایی، کیفیت مراقبت و رضایت بیمار حفظ شود. به علاوه در برنامه های تامین مالی سمت تقاضا مانند RSBY و RA باید بسته منافع را هر از چندگاهی مورد بازنگری قرار داد و اصلاحاتی در مکانیسم پرداخت به ارائه دهنده ایجاد کرد.

۷-۷-۲ ترکیه

در سال ۲۰۰۲ شاخصهای سلامت ترکیه عقبتر از کشورهای OECD و کشورهای با درآمد متوسط بودند. نظام ارائه خدمات و تأمین مالی تکه تکه بود و ۴ برنامه بیمه اجتماعی مجزا و کارت سبز برای فقرا وجود داشت که هر کدام شرایط استحقاق و قوانین دسترسی متفاوتی را داشتند: سازمان بیمه اجتماعی برای کارگران یقه آبی در بخشهای خصوصی و دولتی که کارکنان بخش رسمی را پوشش می دهد، آژانس بیمه اجتماعی برای بازرگانان، صنعتگران و خویش فرماها که خویش فرماها را پوشش می دهد، آژانس بیمه اجتماعی برای خدمتکاران فعال یا بازنشسته. تولید و حکمرانی نظام سلامت توسط وزارت بهداشت نامناسب بود.

هماهنگی کمی بین وزارت بهداشت و وزارت کار و تامین اجتماعی که هر دو ارائه دهندگان و تامین کنندگان مالی نظام سلامت بودند وجود داشت. در ۲۰۰۳ ترکیه یک رفرم سلامت جامع را راه اندازی کرد که "برنامه تحول سلامت" نامیده می شد و هدف اصلی آن افزایش دسترسی به خدمات و حذف fragmentation در تامین مالی از طریق ادغام ۵ برنامه بیمه سلامت (شامل برنامه کارت سبز) در بیمه جامع سلامت بود تا از طریق نهاد تامین اجتماعی اخیراً ایجاد شده مدیریت شود [۸۱].

پوشش رسمی بیمه سلامت مردم ترکیه به طور معنی داری گسترش پیدا کرد و به ۹۵ درصد جمعیت رسید. در حالیکه در همان زمان دولت ایجاد و اجرای ظرفیت مورد نیاز را برای تضمین دسترسی و ارتقای استفاده کارا از منابع را متقبل شد. بروندادهای کلیدی سلامت نیز بهبود پیدا کردند. نرخ مرگ و میر نوزادان از ۲۸,۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده در ۲۰۰۳ به ۱۰,۱ در سال ۲۰۱۰ کاهش پیدا کرد. امید به زندگی از ۷۱,۸ سال در ۲۰۰۲ به ۷۴,۳ در ۲۰۱۰ افزایش پیدا کرد. نسبت مرگ و میر مادران از ۶۱ در ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۲۰۰۰ به ۱۶,۴ در ۲۰۱۰ کاهش پیدا کرد.

کارت سبز (Yesil Kart) که از ۱۹۹۲ راه اندازی شد، با اجرای طرح تحول سلامت، گسترش عمده ای در تعداد ذینفعان و منافع برنامه ایجاد شد به طوریکه تعداد ذینفعان از ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۱ سه برابر شد. کارت سبز که فقرا را پوشش می دهد توسط وزارت بهداشت تامین مالی و اجرا می شود [۸۱].

سال ۲۰۰۳: طرح تحولی که در ۲۰۰۳ معرفی شد موجب شد که از آن به بعد بیماران را به دلیل عدم توانایی پرداخت به عنوان گروگان در بیمارستان نگه ندارند. خدمات آمبولانس رایگان شد و پرداختهای مبتنی بر عملکرد به طور پایلوت در ۱۰ بیمارستان وزارت بهداشت اجرا شد.

۲۰۰۴: نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد به افراد به طور مکمل در موسسات وزارت بهداشت پیاده شد. دارندگان کارت سبز برای خدمات سرپایی تحت پوشش قرار گرفتند.

۲۰۰۵: دارندگان کارت سبز برای داروهای تجویزی مربوط به خدمات سرپایی نیز تحت پوشش قرار گرفتند. برای محصولات دارویی، کارت سبز نیازمند مشارکت در پرداخت بود. در این سال پزشک خانواده نیز برای اولین بار اجرا شد.

برنامه کارت سبز برای فقرا

اصلاحات نظام سلامت در ترکیه که بر روی گسترش دسترسی به خدمات برای فقرا و افراد محروم متمرکز شده بود همراه بود با افزایش قابل توجه در حمایت مالی از فقرا. برنامه کارت سبز برای فقرا برنامه حمایت اجتماعی مهم دولت ترکیه بود. این برنامه که در سال ۱۹۹۲ پایه گذاری شده بود، هدفش ارائه منافع سلامت به فقرایی بود که از طریق ابزار رسمی بیمه سلامت تحت پوشش قرار نگرفته بودند و قادر به پرداخت برای خدمات سلامت نبودند. شهروندان ترکیه که درون مرزهای ترکیه زندگی می کنند و

توسط بیمه های اجتماعی تحت پوشش قرار نگرفته اند و کسانی که درآمد سرانه خانوارشان منهای مالیات و حق بیمه های اجتماعی کمتر از یک سوم آستانه حداقل دستمزد است، شایستگی دریافت کارت سبز را دارند به علاوه مستمری بگیران بالای ۶۵ سال و افراد با بیماریهای مزمن حتی اگر درآمد سرانه خانوارشان بیش از یک سوم حداقل دستمزد باشد [۸۱].

چگونه تأمین مالی می شود؟

برنامه کارت سبز از طریق بودجه ملی تأمین می شود. در ۲۰۰۲، بودجه تخصیص داده شده به برنامه فقط ۰,۱۵ درصد GDP و ۴,۰۵ درصد از مخارج عمومی سلامت بود اما در ۲۰۰۹، این بودجه به ۰,۴ درصد GDP و ۸,۴۳ درصد مخارج عمومی سلامت رسید. برای پرداخت به ذی نفعان کارت سبز، وزارت مالی منابع را به وزارت بهداشت اختصاص می داد و درعوض خدمات ارائه شده به دارندگان کارت سبز به بیمارستانها پرداخت می شد. در این حالت وزارت بهداشت همه ارائه دهنده و هم خریدار بود، به جز در مواردی که دارندگان کارت سبز مراقبت را از بیمارستانهای دانشگاهی دریافت می کردند.

چه شرایطی برای استحقاق لازم است؟

تا ۲۰۰۴، برنامه کارت سبز فقط هزینه های درمان بستری را پوشش می داد. در ۲۰۰۳ فقط ۲,۵ میلیون مردم ثبت نام شده تحت برنامه را پوشش می داد و هدفگذاری آن فقط ۲۰ درصد ذی نفعان متعلق به پایین ترین دهک را شامل می شد. بودجه اختصاص یافته به برنامه فقط نماینده ۰,۳۳ درصد کل مخارج سلامت بود. در ۲۰۰۴، منافع برنامه گسترش پیدا کردند و خدمات بستری و سرپایی را در بیمارستانهای دانشگاهی و وزارت بهداشت پوشش دهند. در ۲۰۰۵، داروهای تجویزی سرپایی نیز در بسته منافع وارد شدند. بنابراین تا ۲۰۰۶ تقاضا برای کارت سبز افزایش پیدا کرد و ۸,۳ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفتند. طی سالها بسته منافع گسترش پیدا کرد و هم تراز بقیه بیمه ها قرار گرفت. در ۲۰۱۱، تعداد ذی نفعان به ۹,۱ میلیون نفر یا ۱۲,۷ درصد کل جمعیت ترکیه رسید.

امروزه بسته منافع پایه، جامع است و مخارج خدمات سلامت برای موارد زیر را در بر می گیرد:

- مراقبتهای سلامت پیشگیرانه شخصی شامل مراقبتهای پیشگیرانه برای مواد اعتیادآور مضر برای سلامت
- خدمات بستری و سرپایی، مشاوره های پزشکی، آزمایشهای تشخیصی، درمان، پانسمان، درآوردن دندان، پروتزهای دندانی و عینک
- مراقبتهای زایمانی بستری و سرپایی، معاینات پزشکی، آزمونهای تشخیصی و عملها، زایمان، هزینه درمان و مراقبتهای اورژانسی نوزادان بعد از تولد، خدمات چکاپ
- بستری و درمان برای موارد اورژانس

- لقاح مصنوعی تا دو بار
 - خون و فرآورده های خونی، واکسیناسیون، داروها، پروتزها، کالاهای پزشکی و تجهیزات
 - تجهیزات پزشکی و دارویی
 - ارائه مراقبتهای بهداشتی رایگان برای افراد زیر ۱۸ سال بدون توجه به وضعیت بیمه ای آنها
- ذی نفعان کارت سبز فقط برای خدماتی تحت پوشش قرار می گیرند که در مراکز دولتی ارائه می شوند و فقط در موارد اورژانسی اگر مراکز عمومی پر باشند می توانند به مراکز خصوصی مراجعه کنند. میزان مشارکت در پرداخت برای ذی نفعان کارت سبز مشابه بیمه جامع سلامت است. به علاوه ذی نفعان کارت سبز، هزینه مراقبتهای دندانپزشکی، پروتز و ارتز را نیز تسهیم می کنند.

چگونه ذی نفعان شناسایی و ثبت می شوند؟

تا ۲۰۱۲ یک برنامه هدفمندی هیبریدی برای شناسایی افراد مستحق کارت سبز استفاده می شد. ثبت نام ارادی است و درخواستها در سطح دفاتر کارت سبز موجود در بخشها جمع آوری می شدند. تصمیم نهایی در مورد توزیع کارتها توسط کمیته های محلی و نماینده دولت در امر کارت سبز در مرکز استان انجام می شود.

ادغام برنامه کارت سبز در بیمه سلامت جامع

در ابتدای ۲۰۱۲ برنامه کارت سبز در برنامه بیمه سلامت جامع ادغام شد. این منجر به تغییر در جریان وجوه و فرایند شناسایی و ثبت نام شد. از ۲۰۱۲ منابع برای دارندگان کارت سبز(که تدریجا در حال انتقال به سیستم ملی شناسایی فقرا بودند) از وزارت مالی به سازمان تامین اجتماعی منتقل شدند. شناسایی فقرایی که توسط بودجه دولتی تحت پوشش قرار می گیرند مبتنی بر یک "سیستم ملی تحت عنوان نظام یکپارچه خدمات حمایتی اجتماعی" می باشند که توسط وزارت امور خانواده و سیاستهای اجتماعی مدیریت می شوند. از این نظام همچنین برای تعیین کمک هزینه های دانشجویی، مراقبت در منزل برای سالمندان و پرداختهای انتقالی نقدی شرطی(CCTs) و منافع ناتوانی نیز استفاده می شود.

تحت سیستم جدید افراد بسته به درآمدشان به یک تا ۴ گروه(G۰-G۳) تقسیم می شوند:

- G۰: خانوارهایی با درآمد سرانه کمتر از یک سوم حداقل دستمزد (صفر TL تا TL۲۹۵) حق بیمه نمی پردازند. حق بیمه ها توسط دولت پوشش داده می شوند.
- G۱: خانوارهایی با درآمد سرانه بین یک سوم حداقل دستمزد و دستمزد حداقل (TL ۲۹۵,۵ تا TL۸۸۶,۵) حق بیمه TL ۳۵,۴۶ را می پردازند (۱۲ درصد یک سوم دستمزد حداقل).

- G2: خانوارهایی که درآمد سرانه شان بین دستمزد حداقل و دوبرابر دستمزد است (TL ۸۸۶,۵ تا TL ۱۷۷۳) حق بیمه TL ۱۰۶,۳۸ را می پردازند (۱۲ درصد حداقل دستمزد).

- G3: خانوارهایی که درآمدشان بیش از دو برابر دستمزد حداقل است (بیش از TL ۱۷۷۳) حق بیمه TL ۲۱۲,۷۶ را می پردازند (۱۲ درصد دو برابر حداقل دستمزد)

ذی نفعان کارت سبز بر اساس آزمون معیار درآمد شناسایی می شوند و در طبقه G۰ قرار می گیرند. اگر این معیار محقق شود، مخارج سلامت هر عضو توسط بودجه دولت تحت پوشش قرار می گیرند. شناسایی، گواهی و پایش دارندگان کارت سبز تحت مقررات و قواعد خاص می باشد. افرادی که حق بیمه شان از بودجه دولت پرداخت می شود هر ساله برای ارزیابی مجدد دیده می شوند. تحت شرایط زیر نظام به روز می شود:

- مردمی که درآمدشان طی سال تغییر می کند باید درآمد ماهانه را به کار گیرند بنابراین میزان حق بیمه هایشان متناسب با آن تعدیل می شود.

- سیستم داده ها را از منابع اطلاعاتی متفاوتی استفاده می کند تا اطلاعات درآمدی یک خانوار را جمع آوری کند. اگر قبل از اینکه یک بیمه شده خوداظهار کند، تغییراتی در درآمد شناسایی شود، سیستم دوباره درآمد خانوار را شناسایی می کند و سطوح حق بیمه مناسبتری را تعیین می کند.

- اگر تعداد اعضای خانوار به دلیل تولد، ازدواج و ... تغییر کند و در داده های عمومی ثبت شود، درآمد سرانه خانوار به طور اتوماتیک مورد بازبینی قرار می گیرد و حق بیمه مناسب تعیین می شود.

پایش و ارزیابی

سیستم پایش و ارزیابی جداگانه ای برای بررسی استفاده خدمات و پیامدهای برنامه کارت سبز وجود ندارد. اما شاخصهای سلامت در ترکیه در سطح ملی از طریق سیستم یکپارچه اطلاعات سلامت مبتنی بر وب تحت عنوان "SAGLIK-NET" بررسی می شوند. سیستم MEDULA موتور اصلی فراوری دعاوی و اطلاعات بیمه سلامت جامع است. این فرایند شامل شناسایی ذی نفعان، مجوز دادن خدمات، مدیریت ارجاع، دریافت و قضاوت در مورد دعاوی و پرداخت بابت آنها می باشد.

به دلیل نرخ پوشش پایین کارت سبز و منافی که متناسب نبودند و جذاب نبودن این برنامه برای شهروندان، از ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ مخارج اختصاص یافته به دارندگان کارت سبز حدوداً ۵ برابر شد و این باعث بهبود عملکرد آن شد.

پیامدها(۸۷):

- در ۲۰۰۳، فقط ۲۴٪ فقیرترین دهک درآمدی تحت پوشش بیمه بودند (۱۲٪ بیمه اجباری برای افرادی که شاغل فعال بودند و ۱۲٪ توسط برنامه کارت سبز). در ۲۰۱۱، پوشش بیمه سلامت برای فقیرترین دهک به حدود ۸۵٪ افزایش پیدا کرد (حدود ۶۰٪ از طریق برنامه کارت سبز، ۲۴٪ از طریق بیمه سلامت اجباری و بقیه توسط بیمه خصوصی). البته پوشش بیمه برای همه دهکهای درآمدی افزایش یافت. برای مثال پوشش دهک دوم از ۳۸٪ در ۲۰۰۳ (۸٪ برنامه کارت سبز، ۲۹٪ بیمه اجباری و بقیه بیمه خصوصی) به ۸۴٪ در ۲۰۱۱ افزایش یافت (۳۳٪ کارت سبز، ۵۰٪ بیمه اجباری و بقیه بیمه خصوصی).

- در ۲۰۰۳، برنامه کارت سبز فقط ۲٫۴ میلیون نفر را پوشش می داد (۳٫۶٪ جمعیت ترکیه) در حالیکه ۲۹٪ جمعیت به عنوان فقیر گروه بندی شده بودند. گسترش منافع (عمق پوشش همراه با افزایش تقریباً ۴ برابری تعداد ذی نفعان از ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵) موجب شد که در ۲۰۱۱، ۱۳٫۸٪ جمعیت را تحت پوشش قرار دهد، در حالیکه حدود ۱۶٪ جمعیت فقیر بودند. هدفگذاری دهکهای فقیر نیز بهبود پیدا کرد. در ۲۰۰۳، ۳۳٪ مخارج فقیرترین دهک توسط برنامه پوشش داده می شد اما در ۲۰۱۱ این نسبت به ۴۲٪ افزایش یافت.

- تحلیل مخارج OOP بین ۵ کوانتیل مخارج که به برنامه کارت سبز دسترسی دارند نشان می دهد که مخارج پزشکی شامل دارویی، خدمات سرپایی در بیمارستانهای سطح دوم و سوم و ... برای همه کوانتیل ها کاهش پیدا کرده است. برای پنجک اول (فقیرترین)، مخارج پزشکی به عنوان درصدی از مخارج سلامت از ۶۳٫۲٪ در ۲۰۰۳ به ۴۹٫۴٪ در ۲۰۱۱ کاهش یافت. البته در دهکهای دیگر نیز کاهشهایی اگرچه کمتر مشاهده می شود. همچنین مخارج سلامت به عنوان درصدی از مخارج غیرغذایی از ۳٫۱٪ در ۲۰۰۳ به ۲٫۴٪ در ۲۰۱۱ کاهش یافتند. بنابراین برنامه کارت سبز موجب کاهش هزینه های فاجعه بار سلامت شدند [۸۲].

- عملکرد هدفمندی برنامه کارت سبز در ترکیه در مقایسه با برنامه های حمایتی بین المللی: در ۲۰۰۳، ۵۵٪ منافع به فقیرترین دهکهای درآمدی تعلق گرفتند، در ۲۰۰۵، ۶۴٪، در ۲۰۰۷، ۶۸٪ و در ۲۰۰۸، ۷۱٪. در مقابل ۶۰٪ پرداختهای انتقالی یارانه ای خانوار در شیلی، ۳۹٪ در برنامه CCT بولسا برزیل، ۳۴٪ برنامه CCT مکزیک و ۳۴٪ در برنامه کارت صحت اندونزی منافع به پایین ترین دهکهای درآمدی آن کشورها اختصاص یافتند [۸۲].

در ۲۰۱۲ برنامه کارت سبز در موسسه تامین اجتماعی ادغام شد و یک بیمه سلامت یکپارچه اجرا شد.

۸-۷-۲ آرژانتین

سیستم سلامت: آرژانتین دارای سیستم سلامت از هم گسیخته چه به صورت عمودی و چه به صورت افقی است. در این سیستم ترکیبی از تأمین اجتماعی، بخش دولتی و بخش خصوصی خدمات سلامت را ارائه می‌کنند. کارگران بخش‌های دولتی و خانواده‌هایشان تحت پوشش زیرمجموعه تأمین اجتماعی هستند، افرادی که استطاعت مالی پرداخت هزینه‌ها را دارند تحت پوشش بیمه‌های خصوصی هستند و بخش دولتی خدمات را به سایر افراد به ویژه فقرا ارائه می‌دهد. علاوه بر این عدم یکپارچگی افقی ساختار فدرال آرژانتین به گونه‌ای است که مسئولیت خدمات مربوط به سلامت را بر عهده هر استان می‌گذارد؛ اگرچه این سیستم کارایی و تطابق خدمات را بر حسب هر ناحیه بالا می‌برد اما یک چالش بسیار پیچیده در فرموله کردن و اجرای سیاست‌های ملی سلامت به وجود می‌آورد. وزارت بهداشت مسئول هماهنگی بین شورای سلامت فدرال، تنظیم قوانین و کنترل استانداردها می‌باشد.

تأمین مالی و سیستم ارائه خدمت: هزینه‌های بخش سلامت توسط خانوار، تأمین اجتماعی و بخش دولتی تأمین مالی می‌گردد. کل هزینه‌های سلامت ۹،۴ درصد از کل GDP را تشکیل می‌دهد که از این مقدار ۳۳،۹ درصد توسط خانوار، ۳۸،۷ درصد توسط تأمین اجتماعی و مابقی ۲۷،۳ درصد به وسیله بخش دولتی تأمین مالی می‌گردد. خانوارها از طریق پرداخت از جیب هزینه‌های مربوط به دریافت خدمات سلامت را تأمین می‌کنند که اصولاً این هزینه‌ها مربوط به دارو، فرانسیز و یا بیمه خصوصی است.

اقدام اصلاحی: با به وجود آمدن بحران اقتصادی در آرژانتین در سال ۲۰۰۱، تعداد جمعیتی که در فقر مطلق زندگی می‌کردند به طور غیرقابل باوری افزایش یافت، بی‌عدالتی‌ها بیشتر شد و تعداد افرادی که تحت پوشش هیچگونه بیمه سلامتی نبودند افزایش یافت. در نتیجه شدت وخامت شاخص‌های بهداشتی مانند نرخ مرگ و میر مادران زیاد شد و میانگین شاخص ملی آنها کاهش یافت. به همین منظور دولت آرژانتین برنامه نوآورانه بیمه سلامت مادر و کودک را اجرا نمود که به نام *Plan Nacer* معروف است و تغییرات نوآورانه در سیستم سلامت آرژانتین را معرفی می‌کند. *Plan Nacer* به ابزاری قدرتمند برای افزایش پوشش خدمات پایه در بین جمعیت بیمه نشده تبدیل شده است و به توسعه دولت و کارا تر شدن سیستم سلامت کمک کرده است.

هدف *Plan Nacer* کاهش نرخ مرگ و میر مادران و کودکان در زنان باردار و کودکان بیمه نشده از طریق یک مکانیزم مالی مبتنی بر نتیجه در سطح ملی، استانی و ارائه دهنده بوده است. این برنامه به طور ویژه بین پرداخت و دستاوردها بر اساس سه گروه شاخص ارتباط برقرار نمود. این سه نوع شاخص عبارتند از: ثبت نام در برنامه، ارائه موثر خدمات اولویت‌دار سلامت و پیامدهای سلامت. بعلاوه *Plan Nacer* در قوی‌تر کردن عملکرد دولتی و حاکمیتی دولت مرکزی در سطح ایالتی و در جائیکه ارائه خدمات به صورت غیرمتمرکز در سطح استانی بود نقش قابل توجهی داشته است. این ابزارها شامل قراردادهای الزام‌آور قانونی بین دولت

ملی و استان‌ها و نیز بین استان‌ها و ارائه دهندگان خدمات سلامت هستند و شامل یک سیستم کنترل و ارزیابی بسیار قوی است که دارای ممیزی داخلی و خارجی و استراتژی ارزیابی اثر است.

پیامدها: نتایج موقتی که از مطالعه ارزشیابی اجرا شده در استان‌های Misiones and Tucuman نشان داد که در طول سال اول اجرای برنامه پیامدهای مثبتی بدست آمده است. به ویژه مطالعه نشان داد که برنامه احتمال اولین ویزیت مراقبت دوران بارداری را قبل از هفته ۱۳ و ۲۰ حاملگی را افزایش داده است. تعداد ویزیت‌های مراقبت‌های دوران بارداری افزایش یافته است و زنان نیز خدمات با کیفیت بالا دریافت می‌کنند و احتمال واکسیناسیون کودکان و استفاده از سونوگرافی نیز افزایش یافته است. بهبود در کمیت و کیفیت خدمات را می‌توان به تولدهای سالم‌تر، افزایش تولدهای با وزن مناسب و کاهش در احتمال کودکان متولد شده با وزن بسیار پایین تعبیر کرد. در نهایت، برنامه برای کودکان زیر ۵ سال احتمال چکاپ‌های مربوط به سلامت کودک افزایش یافته است.

چنین اصلاحات شدیدی نمی‌تواند کلید موفقیت برنامه باشد. بلکه فاکتورهای اصلی در این زمینه، استفاده استراتژیک از منابع مالی برای ثبت نام و حفظ قراردادها با جمعیت هدف، قرارداد با مکانیزم‌های اجرایی داخلی و روش مبتنی بر نتیجه که عامل ایجاد انگیزه برای دستیابی به نتایج مطلوب بوده است. تمامی این موارد داخل چارچوب شبکه مراقبت سلامت موجود بوده است که قبلاً در عملکرد کارا برای جمعیت بیمه نشده با شکست مواجه شده است.

در آینده، برنامه‌هایی که استراتژی پوشش همگانی مراقبت سلامت در آرژانتین را مورد حمایت قرار می‌دهند می‌بایست درس‌های مربوط به Plan Nacer را مورد توجه قرار دهند. حرکت از یک برنامه سنتی و که اعتباربخشی آن مبتنی بر ورودی است به یک روش اعتباربخشی مبتنی بر نتیجه، به افزایش دسترسی به خدمات پایه سلامت کمک می‌کند و حاکمیت کل سیستم دولتی سلامت را قوی‌تر می‌کند. به هر حال این موضوع زمانی تکمیل می‌شود که سیستم‌های اطلاعات سلامت، ابزارهای کنترل و ارزشیابی برای ارزیابی عملکرد بخش‌های مختلف حوزه سلامت، پروتکل‌های بالینی یا راهنماهای بالینی، مباحث مربوط به تداوم برنامه، عدالت در بین استان‌ها و یک فرایند استاندارد که شامل مطالعات بالینی و هزینه-اثربخشی و مکانیزم‌های ارزشگذاری اجتماعی برای تعیین اولویت‌ها است، وجود داشته باشند.

۹-۷-۲ شیلی

سیستم سلامت: شیلی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت برای ۱۷ میلیون جمعیت خود، متکی بر بیمه اجتماعی سلامت است. سیستم بیمه اجتماعی سلامت آن همیشه مورد انتقاد قرار گرفته است چرا که دارای دو زیر مجموعه‌ی جداگانه است: بیمه گران بزرگ دولتی (فوناسا Fonasa، صندوق ملی بهداشت) سه چهارم از جمعیت شامل فقرا و شهروندان کم درآمد را تحت پوشش قرار داده است و خدمات سلامت را اغلب در بخش‌های دولتی ارائه می‌دهد و چندین بیمه گر خصوصی انتفاعی (ایس اپریز Isapres) که حدود یک ششم از جمعیت را که از سلامت بالاتری برخوردارند تحت پوشش قرار می‌دهد و خدمات را منحصرأ در بخش‌های خصوصی ارائه می‌دهد. بعلاوه تا سال ۲۰۰۵ در سیستم بیمه اجتماعی سلامت کمبود یک بسته خدمت مشخص به عنوان تفاوت اصلی از نظر محتوا و کیفیت خدمات ارائه شده بین فوناسا و ایس اپریز وجود داشت و این موضع امکان انتخاب خسارت‌زا را برای ایس اپریز به وجود آورده بود.

اقدام اصلاحی: اصلاحاتی در سال ۲۰۰۵، با عنوان دسترسی همگانی با تضمین صریح (AUGE) بسته خدمات پایه را برای بیمه اجتماعی سلامت با تأکید بر درمان‌های مشخص و تضمین شده برای ۵۶ مشکل اولویت‌دار سلامت تعریف کرد. در سال ۲۰۱۰ این خدمات به ۶۹ مورد افزایش یافت و با اقدامات دولت هم اکنون ۸۰ مورد از مشکلات مربوط به سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد. بسته خدمات AUGE نه تنها ارائه خدمات درمانی را تضمین می‌کند بلکه میزان زمان انتظار و پرداخت از جیب برای دریافت درمان را به حداقل ممکن کاهش داده است. فوناسا خدمات درمانی را که در بسته خدمات تعریف نشده‌اند تحت پوشش قرار نمی‌دهد. اگرچه بیمه‌گران دولتی بیش از نیمی از بودجه خود را صرف خدمات غیر AUGE می‌کنند. Isapres خدماتی فراتر از AUGE ارائه می‌کنند؛ اما این پوشش اضافی از فردی به فرد دیگر بنا بر میزان مشارکت در حق بیمه و برنامه سلامتی که خریداری کرده است تغییر می‌کند.

پیامدهای مثبت و منفی طرح: اصلاحات AUGE با افزایش قابل توجهی در هزینه‌های کلی بخش سلامت در کشور چه از منابع بخش خصوصی و چه دولتی، همراه بود. مخارج واقعی سلامت با وجود اینکه دارای ۷/۵ درصد سهم در تولید ناخالص داخلی داشته است، به ازای هر نفر ۱۵۵ درصد (از ۵۴۲ دلار به ۱۳۸۴ دلار) افزایش داشته است. میزان پرداخت از جیب مردم برای مخارج سلامت حدود ۱۰ درصد کاهش یافت. یعنی از ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۰ به حدود ۳۸ درصد در سال ۲۰۱۱ رسیده است.

AUGE دسترسی به خدمات سلامت را برای همه شامل فقرا و سایر ذینفعان Fonasa بهبود داده است. در Fonasa دسترسی نه تنها برای خدمات تحت پوشش AUGE بلکه برای سایر خدمات سلامت که در بسته خدمات AUGE تعریف نشده‌اند افزایش

یافته است. دولت ظرفیت ارائه‌دهندگان عمومی برای پاسخگویی به رشد تقاضای خدمات AUGE و غیر AUGE را توسعه داده است.

بسته خدمات سخاوتمندانه ای که در Fonasa برای جمعیت فقیر پیشنهاد شده است (خدمات AUGE بعلاوه غیر AUGE) منجر شده است که هزاران نفر درآمد خود را برای استفاده از خدمات مربوط به فقرا کمتر از مقدار واقعی گزارش کنند. اخیراً Fonasa شاخص‌هایی را برای از بین بردن چنین سوءاستفاده‌هایی به کار گرفته است.

اصلاحات پیشنهادی اخیر که در صدد محدود کردن انتخاب خسارت‌زا و افزایش جابجایی ذینفعان برآمده است منجر شد که بسته خدمات پیشنهادی Isapres فراتر از بسته پیشنهادی AUGE شود. این موضوع باعث ایجاد تفاوت بسیار زیاد در بسته های خدمت بین بیمه‌گران دولتی و خصوصی شده است و ممکن است منجر به ایجاد فشار سیاسی برای گسترده‌تر کردن خدمات AUGE برای شهروندان شود. چنین سناریوهایی از نظر مالی امکانپذیر نیستند و احتمال این خطر وجود دارد که تمام تلاش‌ها برای تضمین ارائه خدمات در بیمه اجتماعی سلامت تغییر کند و به سال‌های قبل از ۲۰۰۵ بازگردد.

۱۰-۷-۲ فیلیپین

سیستم سلامت: کشور فیلیپین دارای جمعیتی در حدود ۹۴,۹ میلیون نفر است. از لحاظ اقتصادی جزء کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین هستند. کشور دارای جمعیت جوانی است. اگرچه عملکرد اقتصادی دولت از سال ۲۰۰۱ به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود یافته است اما رشد فقر نیز تا حدودی افزایش داشته است و شاخص فقر در حال حاضر ۲۰,۹ درصد است و نابرابری قابل توجهی (سلامت و تحصیلات) در بین سطوح درآمدی وجود دارد. اگرچه در مجموع پیامدهای سلامت به طور معناداری بهبود یافته‌اند اما نابرابری در پیامدها سلامت همچنان ثابت مانده و یا حتی بدتر شده است. تقریباً ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت از جیب تأمین می‌شود و عاملی برای فقیرتر شدن بسیار از خانوار شده است. از لحاظ تاریخی سیستم سلامت فیلیپین مشابه NHS سازماندهی می‌شد و وزارت بهداشت مسئول ارائه رایگان خدمات سلامت به کل افراد جامعه بود و تأمین مالی از طریق بودجه که به صورت خطی تعیین می‌شد تأمین می‌گردید. در سال ۱۹۶۹ فیلیپینی‌ها سیستم تأمین اجتماعی را برای ارائه خدمت به کارکنان بخش‌های دولتی معرفی کردند (مدیکیر). در سال ۱۹۹۶ برنامه مدیکیر مسئول ارائه خدمت به سایر گروه‌ها نیز شد و کمیته بیمه سلامت فیلیپین مسئول اجرای مدیکیر شد. تغییر اساسی که در سمت عرضه رخ داد مربوط است به تمرکززدایی واحدهای دولتی محلی (LGU). که این واحدها مسئول تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت بودند.

اقدام اصلاحی: در سال ۱۹۹۶ فیلیپین همچون سایر کشورهای با درآمد پایین و متوسط برنامه های سمت تقاضا را برای خانوارهای فقیر معرفی کرد (برنامه حمایت). هدف این برنامه بهبود دسترسی خانوارهای فقیر به خدمات سلامت مورد نیاز بدون تجربه بار مالی بود. بر خلاف بسیاری از کشورها که چنین برنامه هایی را می شوند در فیلیپین این برنامه با برنامه بیمه سلامت ملی (NHIP) ادغام شد. این طراحی به منظور ارائه بهترین انباشت خطر و توزیع آن بین گروه های مختلف بود بنابراین فیلیپین را می توان به عنوان مدلی برای سایر کشورهایی که چنین برنامه هایی را برای اقشار فقیر اجرا می کنند در نظر گرفت.

پیامدهای اجرای طرح: اگرچه در سایر جنبه های اجرایی برنامه HCP با مشکلات متعددی روبرو شد. از جمله این مشکلات می توان گفت که این انتظارات به وجود آمد که واحدهای دولت محلی می بایست افراد فقیر را شناسایی، ثبت نام کنند و به آنها مستمری پرداخت گردد. هر سه جنبه طرح دارای مشکلات فراوانی بود. در سطح واحدهای دولتی محلی تناقضات و نقاط ضعف هایی در استفاده از ابزارهای مورد هدف تعیین شده وجود داشت. در حالیکه انجمن بیمه سلامت فیلیپین (PhilHealth) قرار بود که میزان اعتبار لیست تهیه شده از افراد، قدرت تصمیم گیری مالی برای خانوارهای فقیر موجود در لیست را با نظارت فرماندار یا شهردار تعیین کند. بعلاوه دریافت برنامه HCP توسط دولت های محلی به علت موانع مالی و هم جواری سیستم های سمت عرضه و تقاضا بسیار کند بود. حتی اگر واحدهای دولتی محلی مسئول پرداخت حق بیمه خانوار فقیر به PhilHealth باشند آنها همچنان انتظار تأمین مالی برای تجهیزات بهداشتی خودشان را دارند. در برخی مواقع دولت ملی این مشکلات را تشخیص داده و خانوارهای فقیر را از طریق یارانه دولت ملی در برنامه نام نویسی می کند. این موضوع بسیار خوب بود و تعداد افراد ثبت نام شده افزایش پیدا کرد به جز در مواردی که تأمین مالی از منابع نامشخص مانند خیریه ها تأمین شده بود و نمی توانست ادامه دار باشد. دولت ملی به کمک به تأمین مالی ۹۰ درصد از حق بیمه های فقرا در سطح محلی ادامه داد البته بدون هیچگونه کنترل بر روی گروه های هدف و مکانیزم ثبت نام. به طور کلی گروه هدف از خطاهای مربوط به ورود و خروج ناراحت بودند و بسیاری از فقرای واقعی در برنامه ثبت نام نشدند.

گروه دیگر مشکلات مربوط است به ارائه خدمت و پوشش مالی با استفاده از بسته خدمت فیلیپین است. این بسته های خدمات به قدری سطحی هستند که قادر به تقویت توانایی مالی خانوار برای استفاده از خدمات نیستند. بعلاوه philhealth به عنوان یک خریدار خدمت استراتژیک قدرت کافی برای مسئولیت پذیر کردن ارائه کنندگان در ارائه خدمت تحت HCP را ندارد.

مشکل دیگر مربوط به مدیریت تجهیزات پزشکی بخش دولتی و قبول مسئولیت برای تأمین مالی آن است. در شرایط عدم وجود سیستم‌هایی که بتوانند درآمد تجهیزات پزشکی را از PhilHealth دریافت کنند، بیمارستان‌ها تأمین مالی ناکافی خواهند شد و کیفیت خدماتشان را بهبود نخواهند داد. هیچ‌گونه سیستم شفافیتی که عملکرد تجهیزات پزشکی را کنترل کند وجود ندارد.

۱۵ سال بعد از معرفی HCP در فیلیپین تغییرات ناچیزی در دسترسی و حفاظت مالی برای خانوارهای فقیر صورت گرفت. خانوارهای فقیر گروه اقلیت در استفاده از خدمات سلامت بودند. بررسی جمعیت و سلامت آنها در سال ۲۰۰۸ و بررسی سلامت خانوار در سال ۲۰۱۱ نشان داد که پوشش مداخلات کلیدی مانند خدمات مبتنی بر تجهیزات و مراقبت‌های دوران بارداری دارای وقفه معناداری بین گروه‌های فقیرنشین و گروه‌های ساکن در مناطق با درآمد بالا وجود داشته است. گفته می‌شود که فقرا با هزینه‌های کمرشکن سلامت روبرو نیستند، این موضوع ناشی از این حقیقت است که اقشار فقیر استطاعت مالی برای تأمین هزینه‌های مراقبت سلامت را ندارند بنابراین از این خدمات استفاده نمی‌کنند. نابرابری‌های بزرگی در پیامدهای سلامت بین گروه فقیر و غنی باقی خواهد ماند.

با گذشت زمان چندین تغییر مثبت در HCP صورت گرفت. HCP یک کمیته سیاسی قوی در سطح ریاست جمهوری ایجاد کرد، اما اکثر تمرکز این کمیته بر روی نشان دادن نتایج به عنوان یک قرارداد اجتماعی با مردم بود. این کمیته همچنان به عنوان بخشی از برنامه بیمه سلامت ملی باقی مانده است و انباشت خطر و بازتوزیع درآمد را حمایت می‌کند. یک مکانیزم جدید با هدف بازسازی طرح در سطح ملی به تصویب رسید و دولت ملی متعهد گردید که تمامی یارانه دولتی را برای خانوارهای فقیر فراهم نماید. در نتیجه حدود ۴,۶۶۴ میلیون خانوار (۲۰٪ از کل جمعیت) که قبلاً تحت پوشش بیمه قرار نگرفته بودند هم اکنون نام‌نویسی شده‌اند. بسته خدمات برای خانوارهای فقیر بزرگتر شد (خدمت و پوشش مالی) و حق بیمه‌های برای پوشش این خدمات جدید افزایش یافت. تیم‌های سلامت جامعه که با هدف تقویت دسترسی خانوارهای فقیر به خدمات PhilHealth فعالیت می‌کردند به طور قابل ملاحظه‌ای در کل کشور افزایش یافتند.

دولت مرکزی مسئول تأمین مالی هزینه‌ها برای خانوارهای فقیر در برنامه‌های میان مدت ملی شد، بنابراین هیچ‌گونه خطر عدم قطعیت در تأمین مالی وجود نداشت. با گذشت زمان PhilHealth قراردادهای اجرایی و سیستم کنترل خود را قوی‌تر کرد. چالش اصلی که HCP در حال حاضر با آن روبرو است این است که آیا تلاش برای این بازسازی قادر خواهد بود که مشکل دسترسی مالی به خدمات با کیفیت را برای خانوارهای فقیر فراهم کند. یک سری محدودیت‌های مربوط به سمت عرضه وجود دارد - تجهیزات برای دریافت مجوز رسمی از PhilHealth نیازمند به روزرسانی هستند. تجهیزات دارای مجوز و معتبر برای ارائه خدمات بایستی وجود داشته باشند و در جایی که خدمات دولتی موجود نمی‌باشد مکانیزم‌هایی برای برانگیختن بخش خصوصی

برای ارائه خدمت به خانوارای فقیر به کارگرفته می‌شود. یکی از چالش‌های حال حاضر این موضع است که آیا وزارت بهداشت و PhilHealth قادر خواهند بود که به سرعت و در زمان مناسب سیستم‌های ارزیابی و کنترل عملکرد در HCP را راه‌اندازی کنند.

۱۱-۷-۲ کامبوج

- صندوق برابری سلامت که فقرا را شناسایی نموده و هزینه‌های ایشان را تقبل می‌نماید:

«صندوق برابری سلامت» به عنوان شخص ثالث، هزینه‌های سلامت اقشار فقیر را بجای ایشان پرداخت می‌نماید. این صندوق توسط یک سازمان مردم‌نهاد محلی اداره می‌شود و مستقل از بیمارستان فعالیت می‌کند. هم وزارت بهداشت و هم یونیسیف بر این باور بودند که استفاده از چنین سازمانی برای اجرای این برنامه به دلایل مدیریتی و ثبات اجتماعی-سیاسی ارجح است. هدف دیگر از انتخاب این گزینه، ایجاد ظرفیت در بخش اجتماعی غیر دولتی بود. بدین ترتیب، در سال ۱۹۹۹ در ناحیه سوتنیکوم- که منطقه ای فقیر نشین است- وزارت بهداشت با یونیسیف توافق نمودند تا این برنامه را در سطح استانی اجرا نمایند. نقطه ورود به این برنامه، در حقیقت از طرح کلی تر نشأت گرفت. طرح کلی، «تفاهم نامه جدید» نام داشت و در آن کارکنان دولت در حوزه سلامت که از درآمد نسبتاً بهتری نسبت به سایرین برخوردار بودند (متوسط درآمد ماهیانه ۱۰۰-۸۰ دلار امریکا)، بخاطر رعایت قوانین مربوط به ساعات کاری و نیز عدم دریافت وجود زیرمیزی یا عدم ارسال نسخ به داروخانه‌های خصوصی از امتیازات خاصی برخوردار می‌شدند. به غیر از اثرات مثبت مستقیم این طرح در افزایش کیفیت خدمات به مردم، شرایط جدید کاری که برای کارکنان درآمدهای منصفانه تری را به ارمغان آورده بود باعث گردید که سرمایه‌گذاری برای ارتقاء کیفیت خدمات، در حیطه‌هایی همچون آموزش یا نظارت نیز به نتایج بهتری بینجامد. هدف «تفاهم نامه جدید»، افزایش در هزینه‌های استفاده‌کنندگان رسمی (an increase in the official user fees) به ویژه در سطح بیمارستان بود. هرچند، این خطر وجود داشت که فقرا هنوز هم به خدمات ارتقاء یافته دسترسی نداشته باشند. برای فائق آمدن بر این دو چالش در سطح بیمارستانی- زیست پذیری (موفقیت) مالی (financial viability) و برابری در دسترسی- وزارت بهداشت و یونیسیف تصمیم گرفتند تا یک برنامه سمت تقاضا به نام «صندوق برابری سلامت» معرفی نمایند. این برنامه سیاست سمت تقاضا بوده که از طرف دولت مرکزی اجرا می‌شده است.

نحوه تامین مالی: با همکاری وزارت بهداشت کامبوج و یونیسیف تهیه می‌شود. هر دو مشارکت کننده، اقدامات این صندوق را از طریق یک سری شاخص‌های کمی رصد می‌کردند. همچنین دقت و کفایت سازو کار تعیین گروه هدف را نیز ارزیابی می‌کردند اما هیچ نقشی در کارهای اجرایی طرح که توسط سازمان مردم‌نهاد محلی انجام می‌شد نداشتند.

اهداف برنامه: اطمینان از افزایش کیفیت خدمات و دسترسی اقشار فقیر به خدمات با کیفیت در سطح بیمارستانی

جامعه هدف برنامه: بیماران بستری فقیر جامعه هدف برنامه بودند. سازمان مردم نهاد «خدمات بهبود خانواده کامبوج»، مسئول اجرای این طرح بود که در دو مرحله این فقرا را شناسایی می نمود. در مرحله نخست، کارکنان پذیرش بیمارستان بیمارانی که امکان پرداخت هزینه پذیرش را نداشتند شناسایی می کردند. در مرحله دیگر، این سازمان در بین بیماران بستری شده نیز فعالانه به جستجوی نیازمندان می پرداخت، چرا که با این واقعیت روبرو بود که بسیاری از نیازمندان ممکن بود هزینه پذیرش را از طریق قرض گرفتن یا فروش اموالشان تأمین می کردند اما در حقیقت قادر نبودند که مایحتاج ضروری مثل غذا یا وسایل اولیه زندگی مثل لوازم آشپزخانه، پشه بند یا پوشاک خود را تهیه نمایند. البته بعد از ترخیص هم وضعیت بیماران نیازمند پیگیری می شد.

- میزان اثربخشی:

- ویژگی مهم «تفاهم نامه جدید» این بود که پرداخت های زیر میزی را متوقف کرد، از این رو بیماران فقط با پرداخت هزینه پذیرش تحت مراقبت قرار می گرفتند. این امر به میزان قابل توجهی ابهامات را کاهش می دهد و دسترسی های مالی را نیز بهبود می بخشد.

- در این مطالعه مسافت تا بیمارستان به عنوان یک مانع مهم در دسترسی به مراقبت های بیمارستانی شناسایی شد. بر اساس شواهد، تعداد نسبتاً کمی از بیماران (کمتر از ۶٪) در فاصله ۵ کیلومتری بیمارستان تحت پوشش این طرح بودند و آنهایی که با فاصله متوسط یا زیاد از بیمارستان قرار داشتند، بیشتر تحت حمایت مزایای طرح قرار گرفته بودند. بنابراین، صندوق برابری سلامت نابرابری در هزینه های سلامت را در ارتباط با مسافت کاهش می دهد. اما، به خودی خود نابرابری در بهره برداری از خدمات را که ناشی از موانع جغرافیایی در دسترسی به مراقبت ها می باشد برطرف نمی نماید.

- ایرادات:

- صندوق برابری سلامت محدودیت ناشی از «هزینه-فرصت» بستری در بیمارستان را مورد توجه قرار نمیدهد. این امر بخصوص برای افراد فقیری که مثلاً در فصول کاشت برنج یا برداشت محصول بایستی سرکار خود حاضر باشند و قادر به دریافت خدمات بیمارستانی در آن مدت نیستند مهم است.

- این طرح به طور فعالانه اقدامات خود را در سطح جامعه یا بیمارستان ارتقاء نمی دهد. همین امر سبب می شود که بین افرادی که به بیمارستان مراجعه نکرده اند اصلاً شناخته شده نباشد. همچنین، از بین بیماران بستری که قبلاً تحت حمایت این طرح قرار نگرفته بودند، پس از بازگشتشان فقط ۳۵٪ از وجود چنین طرحی آگاه بودند. در نتیجه، عدم قطعیت در تحت پوشش قرار دادن همه نیازمندان می تواند منجر به ترس ایشان برای مراجعه به بیمارستان گردد.

- این طرح برنامه حمایتی مشخصی برای کسانی که در منزل بیمار هستند و مراجعه به بیمارستان برایشان به دلایلی همچون سن بالا، جنسیت، ساختار خانواده و یا جمعیت زیاد خانواده، مشکل است ندارد. این افراد به احتمال زیاد آسیب پذیری بالایی دارند و چون معمولاً در خانواده های زن-سرپرست هستند یا از نظر مالی وابسته هستند، فقیر نیز می باشند.

- استفاده از وچرهای هدفمند و صندوق های برابری سلامت برای بهبود دسترسی زنان فقیر به ماماهاى متخصص:

وزارت بهداشت کامبوج با همکاری شرکت فنی بلژیک، در سال ۲۰۰۷ اقدام به اجرای طرحی نمودند هدف اصلی آن بهبود دسترسی به زایمان ایمن برای زنان فقیر در سه منطقه روستایی در این کشور بود. تا قبل از این برنامه، در سال ۲۰۰۵ برنامه ای توسط وزارت بهداشت طراحی گردیده بود که هدفش کاهش میزان مرگ و میر زنان زایمان بود و از طرح صندوق برابری سلامت نشأت گرفته بود. برنامه فعلی در حقیقت بر زیرساختهای برنامه قبلی استوار است. اجرای طرح و وچر با مشارکت سازمان های مردم نهاد که پیش از این در طرح صندوق برابری سلامت همکاری کرده بودند و هم اکنون به عنوان آژانس اجرای وچرها شناخته می شدند، صورت پذیرفت. این وچرها به زنان بارداری که از نظر مالی نیازمند بودند تعلق می گرفت و برای خدمت رسانی به این افراد مراکز سلامت عمومی مشخص شده بودند. از بین ۴۲ مرکز سلامت موجود در این سه استان، فقط ۳۰ مرکز که دارای کیفیت مطلوب خدمت رسانی بودند انتخاب شدند. سه معیار اصلی انتخاب مراکز عبارت بودند از: (۱) حداقل میزان خدمات تعریف شده در بسته خدمتی مراکز سلامت را که توسط وزارت بهداشت تعیین گردیده ارائه دهد؛ (۲) حداقل یک مامای مهارت دیده در زمان مورد نیاز در اختیار داشته باشد؛ و (۳) در گذشته تعداد نسبتاً زیادی برای دریافت مراقبت های پیش از تولد و زایمان به آن مرکز مراجعه کرده باشند. روند کار هم بدین ترتیب بود که در پایان هر ماه، آژانس، به هر یک از این مراکز طرف قرارداد بر اساس تعداد کوپن ها و تعرفه تعیین شده برای مصرف کننده (حدود ۷/۵ دلار امریکا برای زایمان طبیعی و ۰/۲۵ دلار امریکا برای هر بار مراجعه پیش و پس از زایمان) حق الزحمه را پرداخت می نمود [۸۳].

این برنامه سیاست سمت تقاضا بوده و توسط دولت مرکزی اجرا می شود. هدف برنامه، بهبود امکان زایمان ایمن برای زنان نیازمند در سه ناحیه سلامت روستایی بود. جامعه هدف برنامه، سه ناحیه فقیر نشین در پرجمعیت ترین استان کامبوج. علی رغم وجود بیمارستان در مراکز این سه ناحیه، بیمارستان ها امکانات زایمان به ویژه اتاق عمل را دارا نبودند. در این طرح ۴۳ مرکز سلامت که جمعیتی حدود ۵۳۸ هزار نفر را پوشش می داد انتخاب شدند. مواردی هم که نیاز به جراحی داشتند، مثلاً در مورد سزارین ها، به بیمارستان استانی ارجاع داده می شدند.

هر خانم باردار نیازمند وچری دریافت می کرد که ۵ کوپن داشت. این کوپن ها قابل جدا شدن بودند و برای سه بار ویزیت پیش از زایمان، زایمان و یک ویزیت پس از زایمان طراحی شده بودند. در هر بار مراجعه، هزینه رفت و آمد از منزل تا مرکز سلامت هم

پوشش داده می‌شد. در صورت نیاز به ارجاع به بیمارستان نیز هزینه رفت و آمد تقبل می‌شد. در داخل بیمارستان نیز هزینه‌ها تحت پوشش برنامه صندوق برابری سلامت بودند. توضیحات دیگر هم به استفاده کنندگان ارائه می‌شد مثلاً اینکه این ووچرها فقط برای حاملگی فعلی شمامست، به نفع شمامست که از هر ۵ کوپن برای رفت و آمد استفاده نمایید.

پرداخت به کارکنان مبتنی بر عملکرد ایشان بود. (The performance-based contracting (PBC) scheme).

شاید بتوان گفت که هزینه‌های بیمارستانی به تنهایی مانعی برای دستیابی مادران باردار به خدمات بیمارستانی برای وضع حمل نبود ولی در این طرح دستمزد پایین کارکنان به عنوان مانع شناخته شد و سعی شد با این نحوه پرداخت این مانع از میان برداشته شود. در طرح ووچرها که با محوریت مراکز سلامت انجام می‌گرفت، سعی گردید که با تشویق‌های مالی ماماها، کلیه خدمات مربوط به مادران نیازمند از جمله زایمان پوشش داده شود.

به منظور پایش برنامه، آژانس اجرای ووچرها، داده‌های روتین مربوط به تعداد زنان باردار نیازمند شناسایی شده، تعداد ووچرهای توزیع شده، میزان استفاده از ووچرها در هر کدام از مراحل پیش از زایمان، زایمان، مراقبت‌های پس از زایمان و خدمات مربوط به ارجاع، هزینه‌های خدماتی که در این طرح ارائه شده بود و تعداد زایمانهایی که در بیمارستان‌ها تحت حمایت صندوق برابری سلامت انجام شده بود را جمع‌آوری و رصد می‌نمود.

قابل ذکر است که همزمان با این برنامه، برنامه‌های حمایتی موازی نیز وجود داشته‌اند:

۱- صندوق برابری سلامت (Health Equity Fund (HEF)). از ۲۰۰۵ و در سه بیمارستان محلی با هدف بهبود دسترسی اقشار فقیر به مراقبت‌های بیمارستانی آغاز به فعالیت نمود. اداره این برنامه بر عهده دو سازمان مردم‌نهاد که به عنوان خریدار خدمت ثالث ایفای نقش می‌کردند بود. کارکنان این دو سازمان بیماران را بر اساس معیارهای تعریف شده‌ای در بیمارستان تحت مصاحبه قرار می‌دادند و در سه دسته تقسیم‌بندی می‌نمودند: بسیار فقیر، فقیر و غیر فقیر و گروه آخر از مشمولان طرح حذف می‌شدند. سایر افراد نیز بر اساس امتیازی که در طبقه‌بندی دریافت نموده بودند به طور کامل یا نسبی از بسته خدمات بیمارستانی استفاده می‌کردند. در این بسته، پرداخت تعرفه بیمارستانی، هزینه‌های رفت و آمد به بیمارستان یا مرکز سلامت، هزینه تغذیه در زمان بستری، و هزینه‌های مربوط به فوت گنجانده شده بود.

۲) طرح‌های مشوق زایمان. از سال ۲۰۰۷ شروع شده و به ازای هر زایمان به ماماها و دیگر کارکنان، در بیمارستان‌ها ۱۲/۵ دلار آمریکا و در مراکز بهداشت ۱۵ دلار اضافه بر دستمزد همیشگی پرداخت می‌شود.

۳) قرارداد پرداخت مبتنی بر عملکرد. در این برنامه خدمات منتخبی که برای آنها شاخص‌های پیامدی تعریف شده بودند از مشوق‌های مالی بهره می‌بردند. همچنین، این خدمات از نظر نیروی انسانی مورد نیاز، بهبود کیفیت و اقلام دارویی و پزشکی نیز از

حمایت های خاصی بهره مند بودند. نتیجه این برنامه، ارتقاء قابل ملاحظه این خدمات بود به نحوی که هم اکنون کم و بیش، حداقل کیفیت به این ترتیب تعریف می شود که خدمات به شکل شبانه روزی و بدون هیچ گونه وجه زیر میزی ارائه گردد.

۳) در دو ناحیه از سه ناحیه انتخاب شده برای طرح فعلی، از گذشته برنامه ای اجرا می شد که مطالعات متعددی بر اثربخشی آن تأکید کرده اند. در کل، برنامه شبیه به برنامه مبتنی بر عملکرد بود. تنها تفاوت سازمان اجرا کننده برنامه بود که یک نهاد بین المللی مسئول این کار بود و دیگر اینکه درآمد کارکنان مشارکت کننده در این طرح الزاماً بایستی بیش از دیگران عایدی داشتند.

(در مطالعات انجام شده، از پرداخت مبتنی بر عملکرد به عنوان مداخله ای یاد شده است که به استقرار برنامه و وچرها کمک شایانی نمود. در واقع هر کدام از این برنامه های حمایتی بخشی از موانعی را که بر سر راه دسترسی مادران باردار فقیر به خدمات با کیفیت ماماهاى آموزش دیده برطرف می نمایند. موانع مالی با وچرها و طرح صندوق برابری در سلامت برطرف گردیدند. مشکل دستمزد اندک کارکنان نیز با طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و مشوق های مالی تا حدودی رفع شدند).

اثربخشی برنامه:

۱- مطالعات نشان دادند که تعداد خدمات زایمان بعد از شروع به کار طرح و وچرها و برنامه های صندوق برابری سلامت افزایش چشمگیری داشتند.

۲- زنان باردار نیازمندی که از وچرها استفاده کردند زایمان های قبلی خود را در منزل و با قابله های سنتی انجام می دادند. این امر بر تسهیل دسترسی به خدمات که توسط این طرح امکانپذیر شد را تأیید می کند.

(این مطالعه تقریباً ۲ سال بعد از شروع برنامه انجام شده است و به درستی نمی تواند اثربخشی های طولانی مدت را ارزیابی کند.) در تفسیر دستاوردهای این مطالعه باید عوامل دیگر را هم در نظر گرفت که متأسفانه داده های قابل اعتمادی برای اثبات آنها در دسترس نیست. نخست اینکه، افزایش در میزان استفاده از تسهیلات زایمان بیمارستانی به دلیل انتقال زایمان ها از منزل به بیمارستان بود. دوم، اجرای همزمان طرحهای حمایتی گوناگون سبب می شود که ارزیابی اثربخشی این برنامه به طور مستقل امکانپذیر نباشد. سوم، چون این برنامه حدود ۲ سال است که آغاز شده است، نمی توان هنوز یک ارزیابی دقیق از اثرات طولانی مدت آن ارائه داد.

اطمینان از دسترسی به تمامی مادران نیازمند به وچرها و اطمینان از اینکه دریافت کنندگان وچرها حتماً از این امکانات استفاده کنند از جمله چالش های دیگر هستند.

- صندوق برابری سلامت (Health Equity Funds):

شرایط کلی نظام سلامت در کامبوج در زمان طرح ریزی این برنامه:

- عرضه خدمات از نظر کمیت (تنوع خدمات، تعداد کارکنان و اقلام دارویی) تقویت شده و به سطح مشخصی رسیده بود، هر چند که کیفیت خدمات دهی هنوز قابل قبول نبود.

(۲) یک نظام تعرفه ای مشخص بر سلامت حاکم بود و هزینه ها مشخص بودند، ضمن اینکه این نظام توسط نمایندگان مصرف کنندگان نیز پذیرفته شده بود.

(۳) نظام معافیت از پرداخت تعرفه برای بعضی افراد موجود بود هر چند که از کارایی لازم برخوردار نبود و فقط تعدادی از افراد واقعا فقیر را پوشش می داد.

(۴) بعضی افراد با محدودیت های واقعا سختی در بعضی موارد مواجه بودند، مثلا مردمی که در فقر شدید به سر می بردند از پرداخت هزینه های مربوط به سلامت عاجز بودند. همچنین، عموم مردم از دانش کافی در رابطه با خدماتی که نظام سلامت ارائه می داد برخوردار نبودند و نیز رضایت عمومی از مبالغ تعرفه ها به چشم نمی خورد. (

این صندوق در ابتدا در سال ۲۰۰۰ میلادی و با توافقی که بین وزارت بهداشت کامبوج و سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت و با حمایت سازمانهای غیر دولتی از کشور انگلستان بنا نهاده شد. در بدو امر استانهای محدودی در پابلوت طرح شرکت داده شدند، ولی به مرور زمان پوشش وسیع تری یافت و با حمایت سازمانهای مختلف خارجی همچون یونیسیف تبدیل به یک طرح ملی گشت. در سال ۲۰۰۴، یک سازمان غیر دولتی از کشور بلژیک هم به جمع حامیان پیوست و سه استان مهم را تحت پوشش قرار داد. سپس، این طرح توسط سازمان یاری رسان ایالات متحده نیز مورد تأیید و حمایت مالی قرار گرفت.

با توجه به شرایط استانهای مختلف نوع برنامه و نحوه پوشش آن ممکن بود که تغییر یابد اما همواره سه اصل مدنظر قرار می گرفت: (۱) توصیه می شد که یک سازمان مردم نهاد به عنوان شخص ثالث مدیریت اجرای برنامه را برعهده بگیرد، (۲) هزینه های غیر از استفاده کنندگان (۳) (non-user-fee costs) هم پوشش داده شود و (۳) اجرای فعالیت های حمایت اجتماعی هم در این طرح مدنظر قرار گیرد.

طراحی سیاستی این برنامه نیز توسط وزارت بهداشت و با مشاوره و حمایت سازمانهای گوناگونی از جمله بانک جهانی و ... انجام پذیرفت.

این برنامه سیاست حمایتی سمت تقاضا بوده که دولت مرکزی با حمایت سازمانهای بین المللی انجام می دهد. تأمین بودجه توسط وزارت بهداشت و کمک های سازمانهای بین المللی انجام میگرفته است.

هدف برنامه، بهبود دسترسی به خدمات سلامت برای فقرا بوده است. (رفع موانع مالی، جغرافیایی، اطلاعاتی و فرهنگی-اجتماعی که فقرا با آن دست به گریبان هستند).

البته برنامه حمایتی موازی دیگری نیز وجود داشته است:

برنامه های سمت عرضه: (۱) تعرفه مصرف کننده (برای خدماتی که در بیمارستان ها یا مراکز سلامت ارائه می گردد تعرفه هایی در نظر گرفته شده است. البته معافیت هایی هم برای گروههایی از دریافت کنندگان خدمات تعریف شده است.) (۲) قرارداد (پیمان کاری): کلیه ارائه دهندگان سطح اول خدمات (مراکز بهداشت) و مراکز ارجاع (مثل بیمارستانها) توسط یک سازمان غیر دولتی مدیریت می شوند. البته این سازمان تحت قرارداد و نظارت وزارت بهداشت عمل می نماید.

برنامه های سمت تقاضا: (۱) صندوق برابری سلامت (۲) بیمه سلامت جامعه محور (این برنامه که غیر دولتی، غیر انتفاعی و در سطح محله است، معمولاً توسط یک سازمان غیر دولتی محلی یا بین المللی اجرا می شود. در این برنامه بخش زیادی از خدمات تحت پوشش بیمه قرار می گیرند. مردم حق بیمه را از پیش می پردازند و در ازای آن خدمات رایگان دریافت می نمایند. بیمه به ارائه دهندگان خدمت نیز معمولاً در اول هر ماه مبلغی پرداخت می نماید و در بعضی موارد ارائه دهندگان پس از ارائه مستندات مربوطه هزینه انجام خدمات را دریافت می دارند.

اثربخشی برنامه:

طرح صندوق برابری سلامت، به ویژه هنگامی که با طرحهای حمایتی دیگر ترکیب می شد دسترسی فقرا به خدمات سلامت عمومی را بهبود می بخشید. طرح بیمه سلامت جامعه-محور (Community Based Health Insurance (CBHI)) بیشتر در زمینه کاهش پرداخت از جیب مردم اثرگذار است. بنابراین این دو برنامه از طرق مختلف ولی به شکل مکمل هم بر هزینه ها فائق می آیند و هم دسترسی را بهبود می بخشند.

در جلسه ای که با حضور وزارت بهداشت، نمایندگان سازمانهای بین المللی حامی برنامه و کلیه انجمن های مردم نهاد که در اجرای طرح مشارکت داشتند در ۲۰۰۶ تشکیل شد مصوب گردید که این برنامه باید ملاحظاتی را مدنظر قرار دهد. مثلاً در اجرا، بهترین روش شناسایی فقرا را اعمال نماید تا بدینوسیله بتوان آن را به عنوان یک برنامه اثربخش در سطح ملی چه از منظر خدمات سلامت و چه از منظر مالی معرفی نمود.

۱۲-۷-۲ گرجستان

برنامه بیمه پزشکی (MIP):

- از سال ۲۰۰۶ آغاز شده است اما در طول زمان دچار تغییرات قابل توجهی شده است.

- MIP بسته ای جامع از مزایای خدمات مراقبت سلامت است که به ۲۰ درصد از فقیرترین شهروندان گرجستانی که از راه‌های مختلف شناسایی شده اند ارائه می‌گردد.

- قبل از سال ۲۰۰۶، نظام سلامت از کمبود بودجه حادی رنج می‌برد- فقط ۱/۵ از تولید ناخالص داخلی به این بخش اختصاص داشت و بنابراین حدود ۷۵ درصد از هزینه‌های این بخش توسط مردم پرداخت می‌شد- با وجود اینکه در اصول انتظار می‌رفت که پوشش سلامت جامع باشد ولی سطح بودجه اختصاص یافته ناکافی بود. - مهم‌ترین هدف MIP، حمایت مالی از فقیرترین بخش جامعه بوده است. هدف اساسی MIP ارائه بیمه سلامت به اقشار فقیر بوده است. البته هدفی که بیشتر از آن یاد می‌شود بهبود حمایت‌های مالی از اقشار فقیر است و انتظار نمی‌رود که مستقیماً باعث ارتقاء اهداف سلامتی گردد. که این طرح توسط دولت مرکزی (وزارت کار، سلامت و امور اجتماعی (MoLHSA)) انجام می‌شود.

این برنامه خدمات زیر را شامل می‌شود:

الف- درمان‌های فوری سرپایی و بستری شامل خدمات آزمایشگاهی یا تشخیصی برای روشن شدن نیاز به بستری؛

ب- خدمات بستری برنامه ریزی شده به غیر بعضی درمان‌ها مثل اعمال جراحی زیبایی و یا درمان خارج از کشور؛

ج- شیمی درمانی و رادیو تراپی؛

د- مراقبت‌های خاص سرپایی و اقدامات تشخیصی و آزمایشات محدود که توسط پزشک خانواده یا پزشک عمومی تجویز می‌شوند؛

ن- هزینه زایمان (تا سقف ۴۰۰ GEL)؛ و

ه- بخش کوچکی از خدمات داروخانه‌ای مشکلات سرپایی (تا سقف سی دلار در ماه با پنجاه درصد کوپن)

- MIP برنامه ای است که بودجه آن از طریق منابع مالیات عمومی تأمین می‌شود. طی ۲ سال نخست، دولت ارائه دهنده حمایت‌های مالی بود اما پس از آن با بستن قرارداد با شرکت‌های بیمه ای خصوصی، حمایت‌های بیمه ای خدماتی که در بخش‌های سلامت دولتی و خصوصی به افراد فقیر ارائه می‌گردد از عهده دولت خارج گردید. در واقع دولت سیاست‌ها را تعیین می‌کند، سرانه هر فرد را به بیمه‌گذاران خصوصی پرداخت می‌نماید و بر برنامه نظارت دارد.

دولت‌های محلی نیز در این برنامه نقشی بر عهده دارند. دو منطقه آجارا و تفلیس (پایتخت) موظف شدند تا از محل درآمد خودشان هزینه بعضی از گروه‌ها (بخصوص آنهایی که نزدیک خطر فقر بودند، یا امتیازشان فقط اندکی بالاتر از معیارهای تعریف شده بود) تأمین نمایند. در نهایت دولت نیز یک سری خدمات بیمه ای پزشکی را به صورت نیمه مستقل مورد حمایت قرار می‌دهد و در حقیقت وظیفه بازرس (ombudsman) را در MIP به عهده دارد. در حقیقت اختلافات بین بیمه‌گذاران، دریافت

کنندگان و تأمین کنندگان خدمات را برطرف می کند و اطلاعاتی همچون فواید برنامه و قوانین مربوطه را به دریافت کنندگان ارائه می نماید. به طور کلی، دولت مرکزی نقش حمایتگری داشته و یک پشتیبان کلیدی برای برنامه MIP شناخته می شود.

یکی از مهم ترین نقاط قوت MIP شناسایی دقیق فقرا و تعریف روشهای گزینشی دقیق برای این هدف است، حتی اگر این ابزار در یک برنامه دولتی منظم و ساختار یافته استفاده نشود باز هم دارای ارزش است. این ابزار گزینشی از چند برنامه فنی کمک گرفته است ولی یک ابزار نو و جدید است. محل استفاده از این ابزار برنامه کمک اجتماعی هدفمند (TSA) بود که در آن ده درصد از جمعیت کشور گرجستان که در نهایت فقر زندگی می کردند شناسایی و به صورت نقدی به ایشان کمک می شد. یک پژوهش اختصاصی نیز طراحی شد تا بتواند بهترین شاخص های فقر مصرفی خانوار را شناسایی نماید. بیشتر از صد شاخص استخراج گردید که این تعداد به میزان چشمگیری بیش از شاخص های برنامه های مشابه در منطقه است. اغلب شاخص ها دارای-محور طراحی گردیده اند ولی شاخص های جمعیتی و منطقه ای نیز در بین آنها گنجانده شده اند.

ثبت نام در این طرح به صورت خودکار صورت نمی گیرد و خانوارهایی که فکر می کنند حائز شرایط برای دریافت حمایتها می باشند باید به آژانسی خدمات اجتماعی که مسئول کارهای اجرایی طرح است و در وزارت خانه واقع شده است مراجعه و خود را معرفی کنند. در مرحله بعد یک فرد ارائه دهنده خدمات اجتماعی (social worker) به محل زندگی خانوار مراجعه نموده و اطلاعات لازم را جهت تکمیل پرسشنامه شاخص ها دریافت می نماید. داده های دریافتی سپس وارد یک فرمول پیچیده شده و در نهایت امتیاز خانوار از آن استخراج می گردد. باید توجه داشت که مبنای صلاحیت برای دریافت کمک ها، خانوار می باشد نه افراد. هرچند که در نهایت برای افراد دریافت کننده کمک در MIP جداگانه کارت شناسایی بیمه صادر می شود. سه ماه پس از تأیید صلاحیت و ثبت نام در MIP، افراد کمک های تعیین شده را دریافت می نمایند. صلاحیت خانوار ها برای سه تا چهار سال دارای اعتبار است و پس از آن باید فرایند تعیین صلاحیت از طریق همان ابزار پیشین دوباره انجام پذیرد چرا که ممکن است در طی این سالها در شرایط خانوارها تغییری ایجاد شده باشد. البته امکان خارج شدن از فهرست دریافت کنندگان خدمات MIP هم وجود دارد. در طول هر دوره یک ممیزی هم انجام می شود که چنانچه تغییری در شرایط خانوارها ایجاد شده باشد یا اطلاعات دقیق و درستی را ارائه نکرده باشند، صلاحیتشان لغو گردد. ممکن است نگرانی هایی مبنی بر تقلب و استفاده بعضی افراد که حائز شرایط نبودند وجود داشته باشد، چنانکه بعضی از این نقل قول ها در بین مردم گفته می شد، اما به طور کلی این برنامه از نظر سلامت اجرا نسبتاً شفاف عمل کرده است. قابل توجه آنکه، این برنامه مخصوص افراد غیر فقیر طراحی نشده است و نباید گمان کرد که ایشان می توانند با پرداخت مبلغ خاصی از این خدمات استفاده نمایند.

خانوارهایی که امتیاز ۷۰۰۰ یا پایین تر داشتند شامل استفاده کنندگان از طرح MIP هستند که حدود ۹۰۰ هزار خانوار را در بر می گیرد. خانوارهایی که امتیاز پایین از ۵۷ هزار را کسب نموده باشند برای طرح TSA صاحب صلاحیت تشخیص داده می شوند که این گروه نیز شامل حدود ۴۰۰ هزار خانوار می باشد. TSA برای خانوارهای بسیار ضعیف (۱۰ درصد جمعیت) طراحی گردیده بود بنابراین به ابزار سنجش دقیقی نیاز داشت. در حالیکه MIP برای حدود ۲۰-۲۵ درصد جمعیت که فقرا هستند برنامه ریزی شده است.

با این برنامه، برنامه های حمایتی موازی وجود نداشته اند. MIP هسته مرکزی برنامه اصلاح ساختار سلامت در گرجستان بوده است. پیش از آن فقط یک برنامه که آن هم مربوط به بیماریها بود توسط دولت مورد حمایت مالی قرار گرفته بود و هزینه سایر برنامه ها که در بخش خصوصی ارائه می شدند را مردم می پرداختند. برای مثال از سپتامبر ۲۰۱۲ برنامه ای مشابه MIP آغاز گردید که البته مخصوص اقشار فقیر نبود و گروههایی همچون بازنشستگان، کودکان و دانشجویان را که مجموعاً حدود ۷۵۰ هزار نفر می شدند، مشمول می شود. هر چند که این برنامه هم بر خرید خصوصی از بیمه گذاران طرف قرار داد استوار است.

اثر بخشی برنامه:

پرداخت از جیب مردم در بین افرادی که در این طرح جای می گیرند به صفر رسیده است چرا که این طرح هزینه دارو را پوشش می دهد. البته تحقیقات نشان می دهد که MIP بر الگوی مصرف تأثیری نداشته است.

از آنجایی که ابزار شناسایی افراد صاحب شرایط برای قرار گرفتن تحت پوشش MIP همان ابزاری است که برای شناسایی فقیرترین افراد جمعیت به منظور بهره برداری از طرح TSA استفاده می شود، تلاش بر این است که این ابزار به شکلی اصلاح شود که به شکل ایده آل فقط مخصوص MIP باشد.

نکته دیگر اینکه علی رغم اینکه تاکنون مشکل جدی در تأمین اعتبار این برنامه وجود نداشته است اما ممکن است در آینده که هزینه خدمات افزایش می یابد در این راستا نیز چالش هایی پدید آید.

خاطر نشان می سازد که پوشش داروهای سرپایی در این طرح نسبتاً اندک است. دلیل این امر بالا بودن هزینه های دارویی در گرجستان است (حدود ۳-۴ درصد GDP که یکی از بالاترین مقدارها در دنیا است). چنانچه این پوشش گسترش یابد ممکن است که MIP در آینده با چالش تأمین منابع مالی مواجه شود.

در کل، واحدی که به طور دقیق و نظام مند داده های مرتبط را از خانوارها جمع آوری و وظیفه تحلیل عملکرد MIP را داشته باشد در این برنامه گنجانده نشده است، هر چند که مطالعاتی برای تحلیل عملکرد MIP صورت پذیرفته است.

چالشهای پیش روی برنامه:

- (۱) MIP بر اساس رویکرد سمت تقاضا و برای پوشش همگانی طرح ریزی شده بود. اما نکته بسیار مهم کیفیت خدمات مراقبت‌های اولیه است. بسیاری از مردم گرجستان با دور زدن سطح اول مراقبت‌ها به دنبال تسهیلات تخصصی‌تر بوده یا از خود-درمانی به کمک داروخانه‌ها استفاده می‌کنند. بنابر این ایجاد یک نظام قوی‌تر مراقبت‌های اولیه مورد نیاز است.
- (۲) یک چالش همیشگی در MIP تحت پوشش قرار دادن کلیه افراد فقیر است. هر چند که ابزار تشخیص صلاحیت این افراد نسبتاً دقیق طراحی شده ولی تقریباً نیمی از فقیرترین پنجم (quintile) هنوز پوشش داده نشده‌اند. مطالعه یونیسف می‌گوید که اقلیت‌های جمعیتی همچون آذری‌ها و آرامنه جزو این افراد هستند که معمولاً به خاطر مشکل زبان از این طرح جا مانده‌اند.
- (۳) سطح پوشش داروها به نسبت پایین است و این به آن معنی است که برای خدمات سرپایی افراد بایستی مبلغ بیشتری از جیب خود خرج کنند.
- (۴) همانطور که شواهد بین‌المللی تأیید می‌کند هزینه خدمات به مرور زمان بیشتر خواهد شد. به خصوص که در گرجستان حمایت دولت از بیمه‌ها نیز نسبتاً اندک است. پس باید فکری به حال تأمین بودجه MIP در آینده نمود.
- (۵) افزایش ظرفیت تحلیل و ارزیابی عملکرد MIP نیز بایستی مدنظر قرار بگیرد.

۱۳-۷-۲ آندونزی

"جامکیسماس" - برنامه بیمه سلامت برای اقشار فقیر و نسبتاً فقیر که توسط دولت تأمین مالی می‌گردد و در حال حاضر بزرگترین برنامه بیمه در کشور آندونزی است.

برنامه در سال ۲۰۰۵ برای کمک به فقرا آغاز به کار کرد. در سال ۲۰۰۷ به جامکیسماس تغییر نام داد و برای پوشش دادن به اقشار نسبتاً فقیر نیز گسترش یافت. جامکیسماس بیشتر مثل یک برنامه حمایتی سمت تقاضا که کمک‌کننده تأمین منابع مالی است عمل می‌کند تا یک برنامه بیمه‌ای تکامل یافته. البته بازپرداخت این برنامه هزینه کامل خدمات را در بر نمی‌گیرد چرا که تأمین‌کننده‌های خدمات هنوز در قالب دستمزد پرداختی یا وجوه سرمایه‌گذاری از یارانه دولتی بهره‌مند هستند. این برنامه اساساً توسط وزارت بهداشت و درمان تأمین مالی و مدیریت می‌شود و بیش از ۷۶ میلیون نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. پنج بازیگر مهم در پیاده‌سازی جامکیسماس عبارتند از: (۱) نیروی ملی کار برای سرعت بخشیدن به کاهش فقر (TNPK)؛ (۲) وزارت خانه‌های دولتی اعم از وزارت دارائی، وزارت بهداشت و درمان، و وزارت برنامه ریزی توسعه ملی (باپناس)؛ (۳) دولتهای منطقه‌ای و استانی؛ (۴) تأمین‌کنندگان مراقبت‌های سلامت در بخش دولتی و فهرست مشخصی از بخش خصوصی؛ و (۵) بیمه‌گذاران یا بخش ثالث. البته دفتر معاون رئیس جمهور که قانوناً وظیفه ارتقاء اجرای برنامه‌های کمک‌های اجتماعی را به عهده دارد نیز در جامکیسماس همکاری می‌نماید. هدف برنامه، افزایش دسترسی و بهبود کیفیت خدمات سلامت برای اقشار فقیر و نسبتاً فقیر می‌باشد.

باشد. در حال حاضر جامکیسماس حدود یک سوم جمعیت اندونزی را تحت پوشش قرار می دهد (تخمین رسمی ۷۶/۴ میلیون نفر افراد فقیر و نسبتاً فقیر را نشان می دهد).

دارندگان کارت جامکیسماس و خانواده های ایشان اجازه دارند بدون پرداخت هیچگونه وجهی (اعم از کوپن، مابه التفاوت های هزینه ها و یا وجوهات دیگر) از خدمات مراقبت های اولیه در کلیه مراکز سلامت بخش دولتی استفاده کنند. همچنین خدمات بستری (تخت های درجه سه) در بیمارستان های دولتی سطح دو و سه و نیز تعداد منتخبی از بیمارستان های خصوصی تحت پوشش این برنامه می باشند. (از سال ۲۰۱۲ این برنامه هزینه های کمر شکن سلامت را نیز تقبل کرده است.

اثر بخشی:

حدود چهل درصد از خانوارهای فقیر یا نسبتاً فقیر تحت پوشش این برنامه قرار گرفته اند. نرخ استفاده از خدمات سرپایی و بستری در بین این افراد افزایش داشته است. سطح پرداخت های مربوط به هزینه های کمر شکن کاهش داشته است. به طور کلی دارندگان کارتهای جامکیسماس از خدمات ارائه شده رضایت دارند و اذعان کرده اند که برداشتشان از این برنامه مثبت است.

مشارکت بخش خصوصی در تأمین خدمات این برنامه افزایش داشته است و در مناطق گوناگون حدود سیصد برنامه تکمیلی دیگر آغاز شده است.

به طور کلی، مهم ترین چالش برنامه های کشوری سلامت در اندونزی، اطمینان از آماده بودن امکانات سمت عرضه و تأمین منابع مالی پایدار برای برنامه ها است.

ایرادات:

شواهد نشان می دهد مهمترین انتقادات عبارتند از:

- سطح بالای خطا در شناسایی افراد نیازمند تحت پوشش و نیز استفاده افراد غیر نیازمند از خدمات این برنامه

- آگاهی پایین افراد از خدمات جامکیسماس

- سطح پایین بهره برداری از خدمات و نیز پایین بودن نسبی کیفیت مراقبت ها

- عدم ثبات در میزان در دسترس بودن مزایای برنامه در مناطق مختلف

- میزان نسبتاً اندک حمایت های مالی

- راههای ضعیف پاسخگویی و ارائه بازخورد

۱۴-۷-۲ تانزانیا

پرداختهای انتقالی شرطی (CCT):

با عنایت به تجربه موفق برنامه تحویل مشروط پول نقد (CCTs) در سایر جوامع، دولت تانزانیا در سال ۲۰۱۰ از طریق صندوق فعالیتهای اجتماعی تانزانیا (TASAF) در سه منطقه این برنامه را اجرا نمود. این برنامه تلاش کرد که فقرا را به کمک انجمن های محلی شناسایی و سپس کمک های نقدی را نیز از همین طریق به دست نیازمندان برساند. جامعه هدف در این برنامه، فقرا و خانواده های آسیب پذیر هستند. کمک های نقدی در CCT قرار است به فعالیتهای خاصی اختصاص یابد، به عنوان مثال اقدامات مرتبط با سرمایه انسانی همچون اجازه ادامه تحصیل به فرزندان یا بردن منظم کودکان به مراکز سلامت تحت پوشش این کمک ها هستند. اجرای موفق این برنامه می تواند نتایجی همچون افزایش نرخ ثبت نام، بهبود مراقبتهای پیشگیرانه، و بالارفتن میزان استفاده از مزایای این برنامه توسط خانوارها را در پی داشته باشد.

برنامه CCT در تانزانیا نسبت به نمونه های مشابه در گذشته این ویژگی را دارد که بیشتر بر کمک انجمن های محلی چه در زمینه شناسایی گروه هدف و چه اجرای برنامه استوار است.

هدف برنامه:

الف) تهیه روش عملیاتی برای ارائه برنامه تحویل مشروط پول نقد از طریق انجمن های محلی و با حمایت بودجه اجتماعی؛
ب) آزمایش اثربخشی روش استفاده از انجمن های محلی برای برنامه تحویل مشروط پول نقد و اینکه درسهای آموخته شده از پایلوت می تواند برای تدوین سیاستهای مربوط به خانواده های آسیب پذیر به دولت کمک نماید.

به طور کلی در تانزانیا، حمایت های مالی از انجمن های محلی توسط صندوق فعالیتهای اجتماعی تانزانیا (TASAF) صورت می گیرد. این صندوق در سال ۲۰۰۰ توسط دولت تانزانیا و در راستای راهبرد کاهش فقر و بهبود شرایط زندگی از طریق تسهیل فعالیت های اقتصادی در سطح انجمن ها بنا نهاده شد.

پایلوت برنامه CCT در مناطقی انجام شد که تحت پوشش TASAF I بودند. این مناطق شامل فقیرترین و آسیب پذیرترین شهروندان تانزانیایی می باشند. این مناطق با یک نظام ارزیابی دقیق مورد شناسایی قرار گرفتند. برخی از شاخص های استفاده شده عبارتند از: سطح فقر، عدم امنیت غذایی، نرخ خالص ثبت نام در مدارس ابتدایی، دسترسی به آب آشامیدنی مطمئن،

دسترسی به تسهیلات سلامت، نرخ ابتلا به ایدز، و دسترسی به جاده). در مرحله بعد، محله های مختلف در مناطق با استفاده از شاخص فقر نسبی و محرومیت که در سرشماری درآمد و هزینه سال ۱۹۹۲ به دست آمده بود، اولویت بندی می شدند. ارزیابی های مشارکتی دیگری نیز صورت گرفت تا راههای کنار آمدن فقرا با این مشکلات شناسایی شود. کودکان آسیب پذیر به یکی از روش زیر مشخص می شدند:

- یک یا هر دو والدین فوت شده بودند
 - کودکان سر راهی
 - یک یا هر دو والدین به بیماریهای مزمن (مثل ایدز) مبتلا بودند،
 - کودک علی رغم داشتن والدین در قید حیات، مبتلا به بیماری مزمن بود
- افراد مسن آسیب پذیر شامل موارد زیر بودند:
- کسانی که هیچ مراقبی در اطراف خود نداشتند
 - از نظر سلامتی شرایط خوبی نداشتند
 - خیلی فقیر بودند

البته اولویت بندی نواحی در صورتی اتفاق می افتاد که منابع موجود جوابگوی نیازهای کل منطقه نبود. دیگر معیارهای مد نظر برای اولویت بندی عبارت بودند از:

- اولویت نخست: خانوارهایی که در آنها یک کودک سرپرست خانوار بود
- اولویت دوم: خانوارهایی که در آنها یک فرد مسن سرپرست خانوار بود
- اولویت سوم: خانوارهایی که فقط از افراد فقیر تشکیل شده بودند

ثبت نام افراد حائز شرایط به صورت جداگانه در هر محله صورت می پذیرفت و بر اساس تعداد افراد نیازمند این فرایند می توانست بین یک تا سه روز ادامه یابد.

اثربخشی:

این برنامه اثرات مثبت زیادی دربر داشت مثلا: پیامدهای سلامتی، پیامدهای آموزشی، رفتارهای کاهش دهنده خطر، و سرمایه گذاری بر روی احشام (livestock) برای بهبود معیشت. این نتایج نشان می دهد که به طور کلی این برنامه تجربه موفق بوده است [۸۴].

۱۵-۷-۲ تونس

برنامه کمک پزشکی رایگان (FMAP):

از زمان انقلاب، دولت تونس یک برنامه جبران اقتصادی و اجتماعی را طراحی کرده است که تمرکز آن بر بهبود در امر شناسایی دقیق شبکه های ایمنی اجتماعی و کیفیت خدمات می باشد. مهمترین شبکه ایمنی اجتماعی در کشور تونس کمکهای مربوط به مراقبت های سلامتی و اجتماعی را به فقرا ارائه می دهد و "برنامه ملی تونس برای کمک به خانواده های نیازمند" (PNAFN) نامیده می شود. این برنامه از ژوئن ۲۰۱۲ حدود ۲۰ درصد جمعیت (معادل ۲۳۵ هزار خانوار) را تحت پوشش قرار می دهد. در ابتدا در سال ۱۹۸۶، همزمان با اصلاحات ساختاری، PNAFN ایجاد گردید و هیچ کمک مالی داوطلبانه ای را به طور مستقیم دریافت ننمود. به دلیل شرایط بد اقتصادی از ژانویه ۲۰۱۱، برای تقویت پوشش و پایداری خدمات و مراقبت هایی که PNAFN به فقرا ارائه می نمود، برنامه کمک پزشکی رایگان (FMAP) طراحی شد تا در این شرایط اقتصادی به خدمات مدنظر PNAFN آسیبی وارد نشود. ۲۷ درصد جمعیت کارتهای مراقبت سلامت را در دست دارند که این کارتها شامل خدمات رایگان یا یارانه ای می باشد. کلیه حائزین شرایط استفاده از خدمات PNAFN، می توانند از خدمات FMAP که شامل دسترسی رایگان می باشد، بهره برداری نمایند.

وزارت سلامت عمومی در کشور تونس علاوه بر این که مسئولیت تأمین مالی و ارائه بخش بسیار زیادی از خدمات عمومی را به عهده دارد مستقیماً امور مربوط به FMAP را هم پوشش می دهد. اطلاعات نشان می دهد که در سال ۲۰۱۰ این برنامه رقمی معادل ۱۳/۹ درصد هزینه کل سلامت عمومی (۲۶۷ میلیون TND) را به خود اختصاص داده است. البته در خصوص نحوه تأمین مالی و بودجه مصرفی FMAP اطلاعات شفافی وجود ندارد و باید گفت که بودجه اختصاصی بدین منظور در نظر گرفته نشده است.

شناسایی افراد حائز شرایط برای بهره برداری از این برنامه بر عهده وزارت امور اجتماعی است. این وزارتخانه یک پایگاه داده فقر را بنا نهاده است که اطلاعات اقتصادی- اجتماعی مربوط خانواده هایی را که در PNAFN ثبت نام کرده بودند را در خود جای داده است. در واقع وزارت بهداشت خدمات سلامت را به همه شهروندان به صورت یکسان ارائه می کند و مسئولیتی در زمینه اجرای طرح FMAP بر عهده ندارد. در حقیقت نقش وزارت بهداشت حمایتی است هرچند که عدم تأمین اعتبار این برنامه می تواند برای وزارت بهداشت نیز نگرانی به دنبال داشته باشد.

PNAFN تشخیص صلاحیت افراد برای استفاده از خدمات FMAP را از طریق یک نظام طبقه بندی شناسایی صورت می دهد. البته تعیین صلاحیت و نظام پاسخگویی در این طرح به خوبی مستند نشده است. در واقع نظام ثبت فقر در تونس وجود ندارد.

کمیسیون های محلی در زمینه شناسایی اینگونه افراد کمک می کنند ولی فرآیند دقیق راستی آزمایی در خصوص میزان هزینه، درآمد و دارایی خانوارها در دسترس نیست.

کلیه سازمان های ارائه دهنده خدمات عمومی ملزم به شرکت در FMAP می باشند، هر چند که برخی از خدمات اساساً در این طرح پوشش داده نمی شوند. همه خانوارهایی که بر مبنای خطر فقر حائز شرایط شناخته می شوند تحت پوشش این برنامه هستند. یک کارت رایگان نیز که اعتباری پنج ساله دارد بر اساس قوانین ملی و سهمیه مناطق در دسترس این افراد قرار می گیرد. همانطور که اشاره شد بعضی از اقشار آسیب پذیر که اجازه استفاده از PFAFN را نداشتند میتوانند در طرح FMAP از مزایای تعرفه های کاهش یافته بهره برداری نمایند. آسیب پذیر بودن خانوارها بر مبنای خود-اظهاری ایشان در خصوص درآمدشان می باشد و شروط زیر را بایستی رعایت کرده باشد:

- درآمد خانوارهای با جمعیت دو نفر یا کمتر نباید بیشتر از حداقل حقوق باشد؛

- درآمد خانوارهای با جمعیت سه تا پنج نفر نباید بیشتر از یک و نیم برابر حداقل حقوق باشد؛

- درآمد خانوارهای با جمعیت بیش از پنج نفر نباید بیشتر از دو برابر حداقل حقوق باشد.

کمیسیون های محلی که از افراد مسئول در سطح محلات (شامل نمایندگان از سازمانهای اجتماعی مدنی) تشکیل شده اند در مرحله نخست صلاحیت افراد را با استفاده از خود-اظهاری و بر اساس فهرستی از معیارهای طبقه بندی تأیید می نمایند. معیارهای صلاحیت عبارتند از: الف) خود-اظهاری (راستی آزمایی نشده) خانوار مبنی بر دارا بودن سطح درآمدی زیر خط فقر قبل از انقلاب (بر اساس تعریف دولت تونس ۱/۲۵ - ۰/۷۵ دلار در روز)، ب) اندازه خانوار، ج) تعداد افراد معلول یا داراری شرایط مزمن از نظر سلامتی در خانوار، د) شرایط زندگی خانوار مثل وضعیت سکونت یا دارایی ها، و ن) عدم توانایی اشتغال سرپرست خانوار به دلیل معلولیت (جسمانی یا روانی).

ناگفته نماند که این نظام با عدم شفافیت و برابری در انجام وظایف روبرو بوده و در مظان اتهام قرار دارد. از این رو از سال ۲۰۱۱، وزارت امور اجتماعی در جهت اصلاح ساختار آن اقداماتی مبذول داشته است.

برای ثبت نام در این طرح یک فرآیند رسمی و یک صف انتظار پیش بینی شده است. بر اساس داده های قدیمی و تعداد مورد انتظار، دولت سهمیه هایی را برای برنامه در نظر گرفته است، هرچند که مکانیسم دقیق اختصاص این سهمیه ها و میزان افزایش سالیانه منتشر نشده است.

به طور کلی وجهی برای ثبت نام در نظر گرفته نمی شود و حائزین شرایط لازم نیست که ثبت نام مجدد انجام دهند. البته بغیر از شکایات های غیر رسمی به اداره روابط شهروندی (که به شدت کارایی پایینی دارد)، هیچ فرایند رسمی برای طرح شکایات و رسیدگی و جبران دیده نشده است.

ارزیابی برنامه در زمینه هایی مثل بازبینی مخارج عمومی، دسترسی به خدمات، و اجرای بخش شناسایی افراد حائز شرایط به طور منظم صورت نمی گیرد. پژوهش ها نشان می دهد که براساس آخرین آمار ارائه شده در سال ۲۰۰۵، چهل درصد خانوارهای فقیر تحت پوشش این برنامه بوده اند.

هیچ نظام اعتبار بخشی یا اقدام رسمی جهت تأیید یا رد موجود نیست. همچنین، اقدام شفاف و مشخصی که نشان دهنده بهبود پیامدهای سلامتی منتج شده از این برنامه باشد صورت نگرفته است.

ایرادات:

- FMAP، چه در طراحی و چه در مصداق ها، به میزان گسترده ای برنامه ای غیر شفاف بوده و از نظر نظام های قوانین مربوطه و دیده بانی وضعیت به شمار می رود.

- اگرچه از نظر قانون کارمندان سیار خدمات اجتماعی وزارت امور اجتماعی موظف هستند حداقل سالیانه یک بار وضعیت افراد تحت پوشش را بررسی و مشخص کنند که آیا باز هم برای ادامه دریافت خدمات حائز شرایط می باشند یا خیر، در این راستا هیچ اقدام مؤثر و محدودیتی اعمال نمی شود.

- شاخص های تعیین صلاحیت و مکانیسم های پاسخگویی به روشنی مستند نشده است.

- از آنجا که این برنامه مورد دیده بانی قرار نمی گیرد و یا بر مبنای شرایط سلامتی نمی باشد هیچ مشوق مستقیمی برای cream skim تدارک دیده نشده است.

- کارتهای مراقبت سلامت و معیارهای شناسایی موجود امکان سوءاستفاده، عدم شفافیت، و نابرابری را به میزان زیادی فراهم می کند.

- فقدان یک بسته شفاف خدمات تحت پوشش و هماهنگی با بخش خصوصی

- فقدان یک نظام اطلاعات مدیریتی دقیق در زمینه خدمات تحت پوشش، نحوه بهره برداری، هزینه ها و شکایات

- عدم دیده بانی وضعیت سلامت دریافت کنندگان خدمات و نیازهای برآورده نشده ایشان

- پیگیری و دیده بانی مسائل مرتبط با آن [۸۵].

فصل سوم:

روش اجرا

۳-۱ روش اجرا

این مطالعه از نوع مطالعات کیفی می باشد. روش مورد استفاده، جستجوی گسترده در منابع الکترونیک و پایگاههایی مانند PubMed، MEDLINE، EBSCO، Web of Science و سایت سازمانهای بین المللی مانند بانک جهانی (World Bank)، صندوق بین المللی پول (International Monetary Fund (IMF)، سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه (Organization of Economic Cooperation and Development (OECD)، سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization (WHO) و سایت وزارت بهداشت و گزارش های کشورهای منتخب می باشد.

کلید واژه هایی که برای جستجو به کار می روند شامل: Public financing, Subsidies in health sector, Government budget, Resource Allocation in Public Health، Resource Allocation Decisions، Financing and decision-making in public health و Health Services می باشد که برای بررسی اثرات نحوه توزیع منابع دولتی می توان آنها را به همراه کلید واژه های Efficiency و Consumer behavior استفاده کرد.

برای رسیدن به هدف اول، جامعه آماری این مطالعه، کلیه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت است. با توجه به گزارشهای رسمی سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۲ تعداد ۱۱۶ کشور، بیش از ۱۰ درصد بودجه ملی را به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده اند که از این کشورها، ۴ درصدشان جزو کشورهای مدیترانه شرقی، ۳۶ درصد اروپا، ۲ درصد جنوب شرق آسیا، ۱۵ درصد پاسیفیک غربی، ۲۲ درصد آمریکا و ۲۱ درصد افریقا بودند. نمونه آماری تحقیق، از بین ۱۱۶ کشور مذکور انتخاب می شود و دیگر معیار انتخاب (علاوه بر تخصیص حداقل ۱۰ درصدی منابع دولتی)، وجود گزارشها و اطلاعات آماری در مورد نظام سلامت آنها است. در این مرحله، حداقل ۱۰ کشور با درجات توسعه یافتگی متفاوت (آمریکا، کانادا، تایلند، نیجریه، کنیا، بنگلادش، مصر، دانمارک، تانزانیا، ترکیه) به عنوان نمونه آماری مدنظر هستند.

در راستای هدف دوم، ابتدا ادبیات مربوط به تخصیص منابع دولتی در بخش سلامت کشورهای منتخب مرور می شود و بر استراتژیها و روشهای بهبود توزیع منابع سلامت تأکید می شود. همچنین رویکردهای استراتژیک، روشهای توزیع منابع، فرمولهای تخصیص، سازوکارهای اجرایی تخصیص، تحلیل دادهها و نتایج یا اثرات این تخصیصها بررسی می شود.

در تکمیل مرحله اول شاخصهای تامین مالی (سهم مخارج عمومی سلامت از کل مخارج دولت، سهم مخارج عمومی و خصوصی از کل مخارج سلامت، سهم پرداخت از جیب از کل مخارج خصوصی سلامت) کشورهای منتخب با استفاده از آمار توصیفی تحلیل می شود.

سپس در راستای هدف سوم، با استفاده از گزارشهای مستندی که طی یک دوره زمانی مشخص (۲۰۱۲-۲۰۰۰) وضعیت کشورهای منتخب را مورد بررسی قرار داده اند، به تحلیل آثار کوتاه مدت و بلندمدتی که این توزیع در سیستم سلامت آن کشورها گذاشته است پرداخته می شود.

جهت رسیدن به هدف چهارم:

از آنجایی که عوامل موثر بر تأمین و توزیع منابع دولتی تنوع زیادی دارند، رویکرد کمی به این پژوهش ممکن است باعث کاهش عواملی که یافت می‌شوند و یا حتی نادیده ماندن برخی از آنها شود بنابراین در کنار رویکردهای کمی باید با توجه به اطلاعات بدست آمده از ایران و سایر کشورهای موردنظر چارچوبی مقدماتی را برای مولفه‌های مختلف فراهم نمود و سپس این چارچوب را با روش دلفی تکمیل و نهایی نمود.

روش دلفی با مشارکت افرادی انجام می‌پذیرد که در موضوع پژوهش دارای دانش و تخصص باشند. گزینش اعضای واجد شرایط از مهمترین مراحل این روش می‌باشد، زیرا اعتبار کار به شایستگی و دانش این افراد بستگی دارد. یکی از روش‌های انتخاب خبرگان دلفی، نمونه‌گیری هدفدار یا قضاوتی است چرا که در روش دلفی نیاز به متخصصان واجد شرایطی دارد که درک و دانش عمیقی از موضوع پژوهش داشته باشند.

نمونه‌گیری هدفدار، بر این فرض استوار است که دانش پژوهشگر برای انتخاب اعضای پانل قابل استفاده است. در صورتی که پژوهشگر، خود تمام افراد مناسب را برای عضویت در پانل شناسد، میتواند از روش نمونه‌گیری زنجیره‌ای استفاده کند که از روشهای غیراحتمالی به حساب می‌آید. در این روش، پژوهشگر کار تعیین اعضا را با شناسایی افراد آگاه، آغاز و از این طریق به دیگر افراد مناسب برای کار دست می‌یابد.

تعداد مناسب برای اعضا، نکته دیگری است که در تشکیل پانل باید به آن توجه کرد. مانند هر نوع نمونه‌گیری دیگر، حجم نمونه به عواملی مانند امکان دسترسی به افراد، زمان لازم و هزینه گردآوری اطلاعات بستگی دارد. در روش دلفی که اعضای پانل باید از متخصصان موضوع پژوهش باشند، این محدودیتها افزایش پیدا می‌کند. از طرف دیگر، ایجاد اتفاق نظر میان اعضا به عنوان هدف از کاربرد این روش با افزایش آنان دشوارتر می‌شود. برای دعوت اعضای پانل به مشارکت، از طریق تماس تلفنی، ارسال ایمیل یا مذاکره حضوری موضوع پژوهش به آگاهی آنها رسید و از آنها دعوت شد که در فرایند پژوهش مشارکت نمایند. علاوه بر این، از خبرگان درخواست شد که افراد دیگری را معرفی کنند که براساس معیارهای یاد شده برای مشارکت در این پژوهش مناسب باشند. پس از انتخاب اعضای پانل، نظرات آنها در مورد مولفه‌های انتخاب شده به صورت مراحل تکراری برای رسیدن به اجماع و توقف فرایند، جمع‌آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

در این مطالعه به منظور بررسی قابلیت اجرای روش‌های موجود و مورد استفاده در کشورهای مختلف دنیا برای بازتوزیع منابع حمایتی دولت در بخش بهداشت و درمان نظر خبرگان در کمیته امداد، سازمان‌های بیمه، وزارت بهداشت به ویژه سیاستگذاران و اساتید دانشگاه جمع‌آوری گردید.

برای این منظور پس از گردآوری و بررسی مقالات و متون مرتبط، پرسشنامه منطبق با اهداف ویژه تهیه گردید. در تهیه عناوین راهنما (topic guides) و سوالات پرسشنامه، علاوه بر مرور متون مربوط، نظرات چند نفر از کارشناسان خبره در این حوزه اخذ شد. پس از آماده شدن پیش نویس اولیه سوالات، از طریق مصاحبه با ۴ نفر از اعضای خبره غیرمنتخب، معنی دار بودن سوالات از نظر پاسخگویان تعیین شده و اصلاحات لازم صورت گرفت و در نهایت پرسشنامه برای گروه‌های مختلف مصاحبه‌شوندگان از طریق ایمیل ارسال گردید. با توجه به هدف مطالعه و به منظور کسب تجربیات و دیدگاه‌های ارائه دهندگان خدمات، شرکت کنندگان این پژوهش را بیش از ۵۰ نفر که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (purposeful sampling) انتخاب شده بودند، تشکیل می‌دادند که البته به علت مشغله کاری بسیاری از مصاحبه‌شوندگان تنها موفق به دریافت پرسشنامه از ۱۰ نفر از آنها شدیم.

۲-۳ بررسی میزان و سهم منابع مالی دولتی تخصیص یافته بخش سلامت در کشورهای منتخب و روند آنها

جمع‌آوری اطلاعات کشورها برای مطالعه از طریق فرمها و جداول استخراج داده محقق ساخته صورت گرفته است.

جهت انتخاب کشورها از اطلاعات نحوه تأمین مالی و نحوه تخصیص بودجه‌های دولتی کشورها که از حسابهای ملی سلامت کشورها و سایت WHO به دست آمد، استفاده شد و از طریق فرم زیر جمع‌آوری شد. اگر کشورهای با توجه به ستون چهارم شرط ورود به مطالعه را داشتند سپس موارد بعد برای آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد و در نهایت کشورهایی باقی می‌مانند که همه اطلاعات ستونها برای آنها وجود داشته باشد (جدول ۱-۳).

جدول شماره (۱-۳): کشورها و برنامه‌های حمایتی مراقبت از سلامت و میزان مخارج سلامت

ردیف	کشور	برنامه سلامت	درصد مخارج عمومی دولت از کل مخارج سلامت	درصد مخارج عمومی دولت از کل مخارج عمومی سلامت	سرايه مخارج عمومی دولت در بخش سلامت (PPP)
۱					

					۲
--	--	--	--	--	---

فصل چهارم:

یافته ها

باتوجه به مطالبی که به تفصیل در فصل ۲ به آنها اشاره شد، پس از اینکه میزان و سهم منابع مالی دولتی تخصیص یافته بخش سلامت در همه کشورها براساس روش ذکرشده در فصل ۳ مورد بررسی قرار گرفت، جدول شماره (۳-۱) تکمیل گردید. سپس همه روشهای توزیع منابع حمایتی در بخش بهداشت و درمان شناسایی شدند و آثار بلندمدت و کوتاه مدت توزیع در کشورهای منتخب بر اساس شواهد، مورد بررسی قرار گرفتند.

باتوجه به حجم زیاد مطالب استخراج شده و جهت ایجاد قابلیت مقایسه، نتایج در قالب جداول آورده شده اند.

۴-۱ سیاستهای حمایتی در بخش بهداشت و درمان کشورهای منتخب

به استناد گزارش رسمی سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۲ به طور متوسط ۱۵٫۸ درصد از کل مخارج دولتها به بخش سلامت اختصاص یافته و ۱۱۶ کشور، بیش از ۱۰ درصد بودجه ملی خود را به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده اند که از این کشورها، ۴ درصد جزو کشورهای مدیترانه شرقی، ۳۶ درصد اروپایی، ۲ درصد در جنوب شرق آسیا، ۱۵ درصد در پاسیفیک غربی، ۲۲ درصد در قاره آمریکا و ۲۱ درصد در قاره آفریقا بوده اند. با بررسی متون و پایگاههای داده ای موجود، در جدول (۴-۱) اطلاعات مربوط به ۵۲ کشور منتخب به همراه شیوه هایی که برای توزیع منابع حمایتی در بخش بهداشت و درمان استفاده می کنند ارائه می شود.

جدول شماره (۴-۱) : کشورهای و برنامه های حمایتی مراقبت از سلامت و میزان مخارج سلامت

ردیف	کشور	برنامه سلامت	درصد مخارج عمومی دولت از کل مخارج سلامت	درصد مخارج عمومی سلامت از کل مخارج عمومی دولت	سرانه مخارج عمومی دولت در بخش سلامت (PPP)
۱	آمریکا	مدیکیر (Medicare) مدیکید (Medicaid) برنامه بیمه سلامت کودکان (State Children health Insurance Program) برنامه های چشم پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) وچر تاکسی و پتو به عنوان انگیزه ای برای مراقبت های پیش از زایمان برای فقرا	۴۷/۸	۲۰/۳	۴۰۴۷

			ویسکانسن: وچر برای دسترسی کارگران مهاجر به خدمات سلامت آیداهو: وچر غذا به عنوان انگیزه‌ای برای مراقبت‌های پیش از زایمان برای زنان باردار کم درآمد بالتیمور: وچر به معتادان جهت مبادله کالا و خدمات وچرها برای افراد سالمند ثبت نامی ۶۵ سال به بالا در HMO تحت برنامه مدیکید		
۲۴۸۰	۱۲/۴	۶۷	مراقبت‌های طولانی مدت (Long Term Care)	ایرلند	۲
۲۱۸۰	۱۵	۷۳	مراقبت‌های طولانی مدت (Long Term Care)	اسپانیا	۳
۲۷۸۷	۱۶	۸۲/۸	مراقبت‌های طولانی مدت (Long Term Care) وچر برای ویلچرهای الکتریکی جهت افراد شدیداً ناتوان	انگلیس	۴
۴۹۴	۲۰/۲	۷۵/۲	یاراندهی به افراد تحت پوشش بیمه سلامت (Subsidy for Enrolling into Health Insurance) برنامه های بیمه سلامت اجتماعی ملی (NSHIS) رژیم مشارکتی (contributory regime) پرداخت‌های انتقالی دولتی (Government Cash Transfer) برنامه مراقبت اولیه (Plan de Atención Básica) (PAB) بیمه اجباری حوادث وسایل نقلیه Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito (SOAT)	کلمبیا	۵
۹۲۸	۲۸	۷۴/۷	یاراندهی به افراد تحت پوشش بیمه سلامت (Subsidy for Enrolling into Health Insurance)	کاستاریکا	۶
۲۷۵	۱۵	۵۶/۹	یاراندهی به افراد تحت پوشش بیمه سلامت (Subsidy for Enrolling into Health)	پرو	۷

			(Insurance) پرداخت نقدی (Cash transfer)		
۱۲۱۷	۱۳/۵	۵۵/۳	یارانه‌دهی به افراد تحت پوشش بیمه سلامت (Subsidy for Enrolling into Health) (Insurance) ساختار هزینه (Fee structure)	کره جنوبی	۸
۲۶	۹/۸	۳۸/۲	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	بنگلادش	۹
۴۱	۱۲/۴	۴۹/۵	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	بورکینافا سو	۱۰
۲۹	۶/۲	۲۲/۶	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	کامبوج	۱۱
۱۶	۱۲/۵	۵۱/۴	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) پرداخت نقدی (Cash transfer): - پرداخت انتقالی نقدی شرطی جهت توسعه انسانی - پول نقد برای کار - پرداخت‌های انتقالی غیرشرطی - مستمری اجتماعی - منافع کودکان - گرنت‌های ناتوانی خدمات اجتماعی به گروه‌های حاشیه ای که نیازمند مراقبت‌های خاصی هستند و یا بر اساس ویژگی‌های اجتماعی(و نه اقتصادی) خاص توان دسترسی ندارند بیمه اجتماعی برای حمایت از افراد در مقابل ریسک‌های زندگی، سلامت و دیگر شوک‌ها	جمهوری آفریقای مرکزی و غربی	۱۲
۱۲	۱۱/۵	۵۰/۸	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	جمهوری دموکراسی کنگو	۱۳
۲۵۷	۱۴/۲	۴۹/۳	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت	جمهوری	۱۴

			(Exemption and waiver programs)	دومینیکن	
۲۱	۱۱/۱	۵۰	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	اتیوپی	۱۵
۱۱۸	۹/۲	۶۵/۳	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	فیجی	۱۶
۵۵	۱۲/۵	۵۵/۹	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) وچر (Volta voucher scheme)	غنا	۱۷
۴۴	۸/۲	۳۰/۵	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار وچر (Sambhav vouchers) برنامه (Chiranjeevi scheme) ماموریت ملی سلامت روستایی (NRHM) National Rural Health Mission برنامه مبتنی بر CCT به نام Janani Suraksha (JSY) Yojana	هند	۱۸
۵۰	۶/۲	۳۷/۹	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) برنامه (Program Keluarga Harapan)	اندونزی	۱۹
۲۹	۵/۹	۳۹/۴	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار وچر برای سلامت (Vouchers for Health)	کنیا	۲۰
۵۳	۱۷/۸	۷۲/۴	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) پرداخت نقدی (Cash transfer)	مالاوی	۲۱
۳۷	۱۲/۳	۴۳/۸	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	مالی	۲۲
۱۴	۱۰/۳	۳۳/۲	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	نیجریه	۲۳

۶۸۴	۱۱/۳	۷۹/۲	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	رومانی	۲۴
۵۳	۹/۶	۵۵/۸	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	سنگال	۲۵
۳۰۳	۱۸/۱	۶۹/۴	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	سوازیلند	۲۶
۲۸۹	۱۵/۳	۷۷/۷	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	تایلند	۲۷
۷۶۲	۱۲/۸	۷۲/۷	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs) برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار برنامه Social Risk Mitigation Project برنامه کارت سبز برای فقرا (Turkey's Green) (Card Program for the Poor)	ترکیه	۲۸
۹۵	۵/۳	۱۸/۱	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	ایالت جرجیا در آمریکا	۲۹
۱۰۳	۱۰/۱	۴۵/۲	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	ویتنام	۳۰
۱۲	۱۱/۵	۵۰/۸	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	زئیر	۳۱
۶۳	۱۶/۴	۶۳/۶	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	زامبیا	۳۲
-	۱۰/۱	۲۱/۴	برنامه‌های چشم‌پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	زیمبابوه	۳۳
۷۱۶	۱۴/۸	۴۸/۴	پرداخت نقدی (Cash transfer) ساختار هزینه (Fee structure) بسته منافع AUGE (The AUGE Benefits)	شیلی	۳۴

			(Package)		
۲۴۰	۶/۴	۳۶/۱	پرداخت نقدی (Cash transfer) برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار	اکوادور	۳۵
۱۶۵	۱۷	۴۹/۴	پرداخت نقدی (Cash transfer)	هندوراس	۳۶
۵۰۵	۱۵/۱	۵۰/۳	پرداخت نقدی (Cash transfer) برنامه PROGRESA	مکزیک	۳۷
۱۵۹	۱۹/۱	۵۴/۳	پرداخت نقدی (Cash transfer) برنامه 'Red de proteccion social' وچرها (Voucher)	نیکاراگوئه	۳۸
۴۷۴	۸/۷	۴۵/۷	ساختار هزینه (Fee structure) برنامه بولسا فامیلیا (Bolsa Familia) پرداخت نقدی (Conditional Cash transfer)	برزیل	۳۹
۴۴۳	۱۲/۹	۴۷/۷	ساختار هزینه (Fee structure)	آفریقای جنوبی	۴۰
۲۱۲	۸/۶	۵۳/۶	برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار	جامائیکا	۴۱
۳۹	۱۳/۶	۴۵/۳	برنامه های انگیزشی شرطی برای زنان باردار (Safe (Delivery Incentive Program)	نیپال	۴۲
۱۶۵	۱۷	۴۹/۴	برنامه PRAF	هندوراس	۴۳
۱۱۸	۷/۴	۵۲/۲	برنامه های چشم پوشی و معافیت از پرداخت (Exemption and waiver programs)	ارمنستان	۴۴
۲۳۶	۱۲/۵	۵۵/۹	وچر به زنان باردار کم درآمد	چین	۴۵
۴۰	۱۰/۲	۳۷/۴	وچر برای کالاهای استحقاقی (Tanzania (National Voucher Scheme پرداخت نقدی شرطی مبتنی بر جامعه (Community-Based Conditional Cash) (Transfers	تانزانیا	۴۶

۳۱	۱۰/۱	۲۵	برنامه وچر سلامت مادران (maternal health voucher program)	آگاندا	۴۷
۵۰	۶/۲	۳۷/۹	برنامه پوشش بیمه سلامت افراد فقیر و نسبتاً فقیر (The Nuts & Bolts of Jamkesmas) برنامه public health card program	اندونزی	۴۸
۳۸۷	۱۳/۳	۵۹/۴	برنامه پوشش بیمه افراد فقیر (FMAP)	تونس	۴۹
۹۵	۵/۳	۱۸/۱	برنامه بیمه سلامت فقرا (MIP)	گرجستان	۵۰
۶۷	۱۰/۲	۳۶/۹	برنامه پوشش سلامت خانواده‌های فقیر (HCP)	فیلیپین	۵۱
۹۲۷	۲۱/۷	۶۶/۵	برنامه افزایش استفاده از خدمات سلامت در افراد بیمه نشده (The Plan Nacer Program)	آرژانتین	۵۲

۲-۴ سیاست‌های حمایتی در نظام سلامت ایران سیاست‌های حمایتی در راستای طرح تحول سلامت در ایران

در اردیبهشت ۱۳۹۳ طرح تحول سلامت در ایران اجرا شد که ارایه این بسته حمایتی در بخش درمان از سوی دولت موجب کاهش هزینه‌های پرداختی مردم شد. در این بخش سهم پرداخت هزینه‌های بیمارستانی از ۳۷ درصد به ۳ درصد در روستاها و ۶ درصد در شهرها کاهش پیدا کرده است. هدف اصلی بسته درمان که از سوی دولت ارایه شد، کاهش پرداخت از جیب مردم بود. هدف از اجرای بسته حمایتی دولت این بود که بیماران صعب‌العلاج پوشش ۹۰ درصدی داشته باشند. یکی دیگر از اقدامات وزارت بهداشت در بسته حمایتی استقرار ۴ هزار پزشک در سراسر کشور بود. به دلیل عدم وجود امکانات در شهرهای اطراف، مردم به بیمارستانهای شهرهای مرکزی روی آوردند بنابراین نیاز به بودجه قابل ملاحظه‌ای برای تجهیز بیمارستانها در این شهرها وجود دارد. مرمت مراکز خدمات بهداشت درمانی در حاشیه شهرها را از جمله اقدامات وزارت بهداشت بود. اقدامات حمایتی در زمینه خدمات دندانپزشکی، بیشتر در جهت پیشگیری بوده‌اند. تصمیم گرفته شد بخشی از داروهای درمان ناباروری با مکانیسم پرداخت از سوی بیمه‌ها، تحت پوشش وزارت بهداشت قرار گیرد. تعدادی از این اقلام وارد فهرست پوشش بیمه شده و طی تفاهم‌نامه‌ای در سال ۱۳۹۴ بین وزیر بهداشت و وزیر رفاه بسته شد، این حمایت از ۵۰ درصد پوشش، به ۷۰ درصد رسید. به طور خلاصه می‌توان در راستای حمایت دولت در بخش بهداشت و درمان اقدامات زیر را برشمرد:

سیاستهای سمت تقاضا:

- برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستانها
- ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستانها
- برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستانها
- دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعبالعلاج، خاص و نیازمند
- برنامه ترویج زایمان طبیعی

سیاستهای سمت عرضه:

- نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت
- برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
- برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستانها

نمونه برنامه‌های باز توزیع یارانه در ایران

این یارانه ها نمونه هایی از سیاست های حمایتی سمت تقاضا می باشند. ایران نیز مانند بسیاری از کشورها به منظور بهبود دسترسی اقشار آسیب پذیر در جامعه برنامه هایی را در دست اجرا داشته و یا طرح اولیه را برای اجرای آن ارائه داده است. نمونه ای از این برنامه ها در جدول (۲-۴) آورده شده است.

جدول (۲-۴): انواع برنامه های برنامه های توزیع یارانه و روش اجرای آن در ایران

نحوه اجرا	برنامه اعطای یارانه در ایران
مبلغ ۲۸۸۰ میلیارد ریال از اعتبار این مصوبه برای یارانه خرید مواد غذایی در نظر گرفته شده است که در اختیار کمیته امداد امام خمینی(ره) و سازمان بهزیستی کشور قرار می گیرد.	بن غیرنقدی کالا
با توجه به مفاد بندهای "و" و "د" تبصره (۱۵) قانون	کالا برگ های روستایی و عشایری

<p>بودجه سال ۱۳۸۶ اعتباری معادل ۲۵۰/۴ میلیارد ریال به عنوان ذخیره در اختیار وزارت رفاه و تامین اجتماعی قرار می گیرد تا در صورت بروز هر گونه حوادث غیر متقربه (خشکسالی، سیل و زلزله) و با اعلام کالابرج های فوق العاده برای مناطق حادثه دیده با تصویب کارگروهی مرکب از وزیر رفاه و تامین اجتماعی، کشور، بازرگانی و رییس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور مورد استفاده قرار گیرد.</p>	
<p>۹۰ درصد از هزینه های درمان توسط بیمه و مابقی توسط کمیته امداد تأمین خواهد شد.</p>	<p>حذف پرداخت فرانشیز از سوی مددجویان کمیته امداد در مراکز درمانی و بیمارستانی</p>
<p>تامین مالی کوچک برای ایجاد اشتغال و فرصت های کارآفرینی برای گروه های کم درآمد جامعه در شهرهای استان های مختلف اجرا شده است. طرح تاک در قالب همان پول جمع گردان های خانگی و جمع آوری و سپردن این پس اندازها به بانک در اعطای تسهیلات به نتیجه رسیده و زمینه اشتغال زایی مناسب را با رویکرد متفاوت تر فراهم آورده است. این طرح بر اساس مصوبه شورای عالی اشتغال کشور در شهرهای مختلف اجرا می شود مزایایی دارد که از جمله آن می توانیم گسترش عدالت اجتماعی، کاهش نرخ بیکاری، کم کردن فاصله طبقاتی، توسعه اشتغال پایدار و از همه مهمتر ایجاد ظرفیت ها و توانمندی های جدید در بین خانواده های نیازمند را مورد توجه و تاکید قرار دهیم.</p>	<p>طرح «تاک»</p>
<p>پوشش فرزندان تحت پوشش کمیته امداد در طرح مذکور با عنوان بیمه عمر و سرمایه است. یکی از دغدغه های اصلی</p>	<p>طرح "آتیه"</p>

<p>کمیتته امداد و حامیان این است زمانی فرزندان به بزرگسالی رسیده و تقریباً از چرخه حمایتگری خارج می‌شوند، منابعی برای ادامه زندگی و رفع نیازهای خاص آن دوران مانند هزینه‌های ازدواج و غیره در اختیار داشته باشند. در حال حاضر حدود ۱۵ هزار نفر از این فرزندان تحت پوشش بیمه هستند و مبلغی برای آنان به صورت ماهیانه به این سازمان‌های بیمه‌ای تجاری پرداخت می‌شود.</p>	
<p>برای توزیع بسته کیفیت غذایی ۴ مرحله پیش‌بینی شده است، که البته این موضوع بستگی به تأمین اعتبارات دارد و جهت گیری آن کاملاً هدفمند است و خانواده‌هایی که مورد شناسایی قرار گرفته‌اند و بچه‌هایی که سوء تغذیه دارند از این سبد کیفیت غذایی بهره‌مند خواهند شد. در سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها که در نیمه ۹۳ تصویب کردیم، به این موضوع توجه شد. برای نخستین بار نیز در بودجه سالیانه کشور ردیفی به عنوان امنیت غذایی جای گرفت. بر این اساس امنیت غذا و تغذیه به عنوان برنامه‌های رفاهی دولت مطرح است و دنبال می‌شود. در برنامه تغذیه کودکان زیر شش سال، خانواده‌های نیازمند، سرپرست خانوار، کمک به چندقلوها، زنان باردار و ارائه یک وعده غذای گرم به کودکان مهدروستاها مورد توجه اند و امیدواریم با این سیاست‌ها از درد و رنج مردم کم کنیم.</p>	<p>توزیع سبد بسته کیفیت غذایی به اقشار آسیب‌پذیر یا "غذای ارزان ویژه اقشار آسیب‌پذیر"</p>
<p>پیشنهاد شده اما اجرا نشده است.</p>	<p>دریافت مالیات سلامت از نوشابه برای شیر / اختصاص شیرخشک برای دهک های کم درآمد</p>

از سوی دیگر با توجه به شواهدی که در کشورهای مختلف وجود داشت، آثار کوتاه مدت و بلندمدتی که هرکدام از انواع شیوه های توزیع منابع حمایتی بر میزان مصرف، قیمتها، رفتار مصرف کنندگان و ارائه دهندگان خدمات می گذارند مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج آن در جدول (۳-۴) قابل مشاهده است.

جدول (۳-۴): آثار هرکدام از انواع شیوه های توزیع منابع حمایتی در بخش بهداشت و درمان

نتایج	کشور	برنامه
<ul style="list-style-type: none"> - به عنوان ابزارهایی برای هدفمندی افراد کم درآمد و دیگر افراد آسیب پذیر - به عنوان ابزارهایی برای تغییر رفتار برای تشویق رقابت بین ارائه دهندگان 		<p>یارانه های سمت تقاضا و تحت هدایت مصرف کننده که قبل از مصرف خدمت داده می شوند: شامل پرداختهای نقدی به بیماران، معافیتهای مالیاتی برنامه های پس انداز پزشکی خانواده و وچرها</p>
<ul style="list-style-type: none"> - کاهش محدودیتهای مالی دسترسی - ارائه راهکار حمایتی برای خانوارهای شدیداً فقیر - ایجاد تغییر رفتار با استفاده از انگیزه های مالی - CCT ها برای مراقبتهای درمانی مناسب نیستند اما برای گروههای خاص که به درمانهای منظم نیاز دارند مناسب هستند - نتایج در اغلب کشورها نشان داده که مصرف خانوارهای فقیر افزایش یافته-البته تاثیر آن به تعداد ذی نفعان و میزان پرداخت بستگی دارد. - تاثیر در کوتاه مدت بیشتر است - به طور مستقیم یا غیرمستقیم دسترسی را افزایش می دهد اما برای حمایت خانوار در مقابل هزینه های فاجعه بار طراحی نشده است - تاثیرشان منوط به این است که خدمات سلامت با کیفیت در دسترس باشند. - در پرو-بولیوی-هندوراس و ترکیه برای ارتقا یک نوع خاص خدمات زایمانی به کار می روند - در بین مناطق استفاده کننده شیوع HIV/AIDS کاهش یافته - از دیگر برودادهای CT ، تاثیر آن بر SDH است برای مثال تعداد شهروندان زیر خط فقر غذایی را کاهش می دهد. استفاه از خدمات پیشگیرانه افزایش می یابد. باتوجه به مرور جامعی که توسط بانک جهانی بر روی CCT ها انجام شد به استثنای چند مورد اندک، CCT ها به طور قوی تصاعدی (progressive) هستند - بانک جهانی در تحلیل فراگیر بیش از ۲۰ برنامه CCT شواهدی از تاثیر CCT ها بر 	<p>اولین بار در امریکای لاتین آغاز شدند (۱۹۹۰) نپال، اکوادور، مکزیک، برزیل، کلمبیا، هندوراس، نیکاراگوئه</p> <p>و در مالای (برنامه DECT) در کامبوج، افریقای جنوبی، ترکیه، اندونزی، پرو، بولیوی</p>	<p>CCT (پرداختهای انتقالی شرطی) شکلی از کمک اجتماعی هستند که به افراد پول نقد پرداخت می شود یا افراد ذی نفع مجبور به پرداخت نیستند. با این شرط که آن خانوارها سرمایه گذاری های مشخصی در سرمایه انسانی انجام دهند</p> <p>CCT ها همچنین می توانند به طور غیرمستقیم دسترسی به مراقبتهای درمانی را افزایش دهند اما به طور خاص برای حمایت خانوارها در مقابل هزینه های فاجعه بار طراحی نشده اند. CCT ها مداخلات سمت تقاضا هستند و انگیزه ای برای استفاده بیشتر از خدمات سلامت مرتبط فراهم می کنند.</p> <p>مداخلات سمت عرضه برای برخورد با مشکلات بالقوه ای مانند کیفیت پایین خدمات، کمبود کادر درمانی یا تنگناهای عرضه پزشکی، پیش نیازهای یک CCT موفق هستند</p>

<p>شاخصهایی مانند کاهش شیوع بیماری، کاهش نرخ کم خونی و کاهش نرخ مرگ و میر کودکان یافتند.</p> <p>در مکزیک، CCT ها در جهت کاهش مرگ و میر و بیماری نوزادان، چاقی، فشار خون و دیابت در بزرگسالان موفقیت آمیز عمل کرده اند. در هندوراس و کلمبیا نیز کاهش شیوع اسهال در بین کودکان به CCT ها نسبت داده شده است.</p> <p>یک مرور سیستماتیک انجام شده بر روی ۶ برنامه CCT اجرا شده در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط (مکزیک، نیکاراگوئه، هندوراس، برزیل، کلمبیا و مالاوی) دریافته که استفاده از خدمات درمانی، پوشش ایمنی و وضعیت سلامت افزایش می یابد</p>		
<p>حذف یا کاهش هزینه خدمات زایمانی خاص در نقطه استفاده</p> <p>- حذف پرداختهای غیررسمی</p> <p>با هدفگذاری بهتر به سیاستگذاران کمک می کنند تا به نسبت بیشتری از مردم سوبسید بدهند. هدفگذاری همچنین به جداسازی مردمی که جزو گروه هدف نیستند کمک می کند. استفاده از خدمات کم مصرف را تشویق می کنند.</p> <p>وچرها تقاضای القایی را کاهش می دهند.</p> <p>هزینه های اجرایی بالا دارند.</p> <p>برای بسته های خدمات با هزینه ثابت یا قابل پیش بینی بهتر عمل می کنند.</p> <p>رضایت مشتری را افزایش می دهند.</p>	<p>ارمنستان-پاکستان-هند-بنگلادش-کامبوج - چین(وچر به زنان باردار کم درآمد)- کالیفرنیا(وچر تاکسی و پتو برای مراقبتهای پیش از زایمان)- نیکاراگوئه(وچر به کارگران جنسی)- ویسکانسن(وچر خدمات درمانی و دندانپزشکی به کارگران مهاجر)- آیداهو(وچر غذا به زنان باردار کم درآمد به عنوان انگیزه ای برای مراقبتهای پیش از زایمان)- بالتیمور(وچر به معتادان هروئینی برای بازگرداندن نمونه ادرار بدون ماده</p>	<p>وچر برای خدمات زایمان برنامه وچر یکی از ابزارهای مورد استفاده برای سوبسید دادن به کالاها و خدمات بخش بهداشت و درمان است. وچر بلیطی است که می تواند در مبادلات دامنه محدودی از کالاها و خدمات استفاده شود. وچرها دریافت نقدی برای کالاهای خاص را با ارائه آنها توسط فروشندهگان خاص در یک زمان مشخص گره می زنند.</p> <p>یک برنامه وچر با انتقال سرمایه ها به یک دفتر نمایندگی وچر آغاز می شود. سپس وچرها توسط نمایندگی تولید و بین جمعیت هدف توزیع می شوند، یا بوسیله خود نمایندگی یا بوسیله موسسات ثالث که به نوبه خود بین بخشهایی از جمعیت توزیع می شوند که ارتباط نزدیکی با آنها دارند. دریافت کنندگان وچر، وچرهای یک ارائه دهنده خدمت سلامت را دریافت می کنند و آنها را با کالاها یا خدمات مبادله می کنند. ارائه دهندگان، وچرها را به دفاتر نمایندگی وچر بازمی گردانند، سپس دفتر</p>

	<p>مخدر)- انگلیس(وچر برای ویلچرهای الکتریکی جهت افراد شدیداً ناتوان)</p>	<p>نماینده‌گی به ارائه دهنده‌ها مبلغ مجموعی را که از قبل توافق شده است بابت هر وچر بازگردانده شده می‌پردازد. نماینده‌گی وچر، برونداد و نتایج برنامه را به دولت یا خیریه ای که سوبسید را داده، گزارش می‌دهد. ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت شامل کلینیکها، پزشکان غیررسمی، بیمارستانها، آزمایشگاهها یا دیگر مراکز تشخیصی، داروخانه‌ها، ارائه دهنده‌گان خدمات مراقبتی اجتماعی، مروجین بهداشتی، آمبولانسها یا دیگر ارائه دهنده‌گان خدمات حمل و نقل و فروشنده‌گان پروتز می‌باشند.</p>
<p>حذف یا کاهش هزینه کالاهای استحفاقی در هنگام استفاده</p>	<p>تانزانیا-عنا</p>	<p>وچر برای کالاهای استحفاقی</p>
		<p>سوبسیدهای تقاضا و تحت هدایت مصرف کننده که بعد از استفاده از خدمت ارائه می‌شوند: بازپرداختهای نقدی به بیماران نشان دهنده این سوبسیدها می‌باشند که بعد از استفاده از خدمت پرداخت می‌شوند. این نوع سوبسید به طور معمول توسط شرکتهای بیمه استفاده می‌شود</p>
<p>حذف اثرات زیان بار فقر بر سلامت طی دوران بارداری</p>	<p>هند- پروگرسا در مکزیک، السالوادور</p>	<p>پرداختهای انتقالی نقدی غیرشرطی (مستقیماً به حساب بانکی افراد واریز می‌شود، دوبار طی بارداری)</p>
<p>-شناسایی دقیق بیمار بین مرزهای جغرافیایی و سازمانی -یکپارچگی اطلاعات سلامت و ثبت اطلاعات و توانایی شناسایی همه موقعیتهایی که یک بیمار از خدمات استفاده می‌کند -پیشگیری از صدور دو کارت با هم -از بیمار در شرایط اضطرار حفاظت می‌کند و امکان ردیابی بیمار در وضعیتهای بحرانی را ایجاد</p>	<p>ترکیه، الجزایر، اتریش، استرالیا، بلژیک، فرانسه، آلمان، مغولستان، ایتالیا، کنیا، مکزیک، اسلوانی، اسپانیا، تایوان، انگلیس و</p>	<p>کارت اعتباری هوشمند سلامت</p>

<p>می کند. -در زمان پرداخت سهم پرداختی بیمار، بیمه و دولت دقیقاً ثبت می شود.</p>	<p>امریکا</p>	
<p>حذف اثرات زیان بار فقر بر دسترسی به خدمات بارداری</p>	<p>هند-نیپال-کنیا-اوگاندا</p>	<p>پرداختهای کوتاه مدت برای جبران هزینه های دسترسی(پرداختهای گذشته نگر هستند)</p>
<p>- هزینه های اجرایی ثبت نام، پایش و جمع آوری سهمها از افراد میزان قابل توجهی است. بهداشت عمومی در کلمبیا یکی از بزرگترین قربانیان بود. اکثریت بودجه در بیمه های سلامت فردی سرمایه گذاری شد و منابع مخصوص بهبود سلامت کاهش یافتند. به علاوه شرکتهای بیمه به تعهدات خودشان در مورد بهداشت عمومی عمل نکردند - این رفرم بخش خصوصی را بیشتر تقویت کرد. نقش دولت به عنوان تنظیم کننده و هدایت کننده بهداشت عمومی در فضای ملی و شهرداری از دست رفت. -اگر صندوقهای متعددی وجود داشته باشد هزینه های اجرایی زیاد است.</p>	<p>کلمبیا، تانزانیا، غنا، در آلمان ۱۲۷ سال طول کشید کشورهای موفق: سریلانکا، برزیل، تایلند، مکزیک و قرقیزستان</p>	<p>بیمه سلامت اجتماعی (SHI) ویژگیها: این بیمه های اجباری در کشورهای با درآمد بالا توانسته اند به (UHC) Universal health coverage دست یابند اما در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط موفق نبوده اند. -رسیدن به UHC طول می کشد - بهداشت نسبت به درمان کم رنگتر است.</p>
<p>نرخ شیوع سیفلیس و سوزاک در سال کاهش یافت. اثرات انگیزشی ایجاد می کنند که افراد را تشویق می کند رفتارشان را تعدیل کنند مثلاً بایک برنامه درمانی موافقت کنند یا از خدمات سلامت پیشگیرانه کلیدی استفاده کنند. بهترین استفاده از وچرها برای خدمات قابل پیش بینی است که نسبتاً آسان به صورت یک پکیج درمی آیند. بنابراین گروههای موردنظر این برنامه کسانی هستند که بیماریهای قابل پیش بینی دارند. مانند زنان باردار، سالمندان، نوزادان، گروههای پرریسک، افرادی که بیماریهای مزمن یا ناتوانی دارند.</p>		<p>وچرها نیکاراگوئه: وچرها برای درمان بیماریهای کارگران جنسی چین: وچر به زنان باردار کم درآمد داده شد کالیفرنیا: وچرهای تاکسی و پتو به عنوان انگیزه ای برای مراقبتهای پیش از زایمان به فقرا داده شد ویسکانسن(امریکا): وچر برای دسترسی کارگران مهاجر به خدمات سلامت شامل دندانپزشکی، پزشک و بیمارستان داده شد. بالتیمور(امریکا): وچرهایی که می توانند با کالاها و خدمات مبادله شوند به معتادان هروئینی به عنوان انگیزه ای برای بازگرداندن نمونه های ادرار بدون ماده مخدر داده می شد. انگلیس: وچر برای ویلچرهای الکتریکی جهت افراد</p>

		<p>شدیداً ناتوان داده می شد. امریکا: وچرها برای افراد سالمند ثبت نامی ۶۵ سال به بالا در HMO تحت برنامه مدیکید داده می شوند. همچنین در ایالت ماساچوست، وچر بابت بیمه داده می شود.</p>
<p>سهم خانوارهای فقیر کاملاً توسط مالیات دهندگان پرداخت می شود و خانوارهای غیر فقیر یا یک نرخ مشارکت یکنواخت سوبسید داده شده را می پردازند(مانند چین) یا سهمی وابسته به درآمدشان(مانند مکزیک). بودجه آن طرح برای وارد کردن تلنجر عمده ای به پرداخت از جیب خانوارها خیلی کم بود. برنامه تاحدی موجب شد مردم به دنبال خدمات درمانی باشند که تا قبل از این نبودند و از آنجاییکه در چین نام پرداخت کارانه به ارائه دهندگان وجود دارد، موجب شد دارو و تکنولوژیهای جدید برای ارائه دهندگان حاشیه سود بیشتری نسبت به خدمات اولیه داشته باشند بنابراین بیمه موجب استفاده بیشتر از خدمات گرانتر شد و بنابراین پرداخت از جیب به طور واقعی افزایش پیدا کرد</p>	<p>کلمبیا، فیلیپین و ویتنام، مکزیک و چین</p>	<p>طرح ملی اجتماعی بیمه سلامت</p>
<p>خانوارهای زیر خط فقر را از هزینه های فاجعه بار سلامت محافظت می کند و امکان استفاده بیشتر آنها از خدمات را فراهم می آورد. احتمال وجود فساد و سوء استفاده در آن از بین نرفته است و منابع عمومی به جای اقدامات پیشگیرانه به سمت اقدامات درمانی رفته اند RSBY فقط هزینه های بستری را پوشش می داد درحالیکه ۷۴٪ پرداخت از جیب در هند به علت هزینه های سرپایی و دارو بود. - این ۳ طرح به طور موازی توسط نهادهای مختلف و در دوره زمانی مشابه اجرا شدند و از رویکردهای تامین مالی و ارائه خدمت متفاوتی استفاده کردند اما در واقع مکمل هم بودند. طرح RA سیاست سمت تقاضا می باشد. این طرح بیمه سلامت جامعه با تمرکز بر خدمات سطح سوم برای درمان ۹۳۸ بیماری مزمن جدی و تهدید کننده حیات حدود ۲۰ میلیون خانوار در آن ایالت پرداخت می کند و همه خانوارهای فقیر و بخش عمده ای از گروههای کم درآمد و با درآمد</p>	<p>هند(RSBY)</p>	<p>برنامه ملی بیمه سلامت دولتی(هدف آن بهبود دسترسی خدمات پزشکی با کیفیت برای کارکنان غیررسمی که زیر خط فقر زندگی می باشد.) تحت این برنامه دولت مرکزی ۷۵-۹۰ درصد حق بیمه های افراد را می پردازد. پرداخت با استفاده از کارتهای هوشمند غیرنقدی انجام می گیرد. اغلب خدمات پزشکی و اعمال جراحی تحت پوشش هستند و برای خدمات سرپایی نیز نرخ بسته ها از قبل مشخص شده است. بیماریهای از قبل موجود، مراقبتهای زایمان و نوزادان نیز تحت پوشش قرار می گیرند.</p>

<p>متوسط را در بر می گیرد. فرایند ثبت نامی خاص یا حق عضویتی برای این طرح وجود ندارد بلکه هر فردی که در لیست زیر خط فقر باشد را شامل می شود.</p> <p>در برنامه های تامین مالی سمت تقاضا مانند RSBY و RA باید بسته منافع را هر از چندگاهی مورد بازنگری قرار داد و اصلاحاتی در مکانیسم پرداخت به ارائه دهنده ایجاد کرد.</p>		<p>دو برنامه فدرال که توسط دولت هند معرفی شده اند: مأموریت ملی سلامت روستایی (NRHM) و (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) (RSBY)) و نیز برنامه Rajiv Aarogyasri که توسط دولت هند راه اندازی شدند. هدف برنامه NRHM جوان سازی سیستم سلامت با هدف تقویت زیرساختهای ارائه خدمات بهداشت عمومی و بهبود ارائه خدمت به ویژه در مناطق روستایی و با تمرکز بر مراقبتهای اولیه بود. در مقابل RSBY و Rajiv Aarogyasri برنامه های سمت تقاضا هستند که هدف آنها بهبود خرید دولتی خدمات بستری برای فقرا می باشد و به ترتیب بر ارائه مراقبتهای سطح دوم و سوم تمرکز می کنند</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مراقبتهای سلامت پیشگیرانه شخصی شامل مراقبتهای پیشگیرانه برای مواد اعتیادآور مضر برای سلامت - خدمات بستری و سرپایی، مشاوره های پزشکی، آزمایشهای تشخیصی، درمان، پانسمان، درآوردن دندان، پروتزهای دندانی و عینک - مراقبتهای زایمانی بستری و سرپایی، معاینات پزشکی، آزمونهای تشخیصی و عملها، زایمان، هزینه درمان و مراقبتهای اورژانسی نوزادان بعد از تولد، خدمات چکاپ - بستری و درمان برای موارد اورژانس - لقاح مصنوعی تا دو بار - خون و فرآورده های خونی، واکسیناسیون، داروها، پروتزاها، کالاهای پزشکی و تجهیزات - تجیزات پزشکی و دارویی <p>ارائه مراقبتهای بهداشتی رایگان برای افراد زیر ۱۸ سال بدون توجه به وضعیت بیمه ای آنها پوشش بیمه سلامت برای فقیرترین دهک به حدود ۸۵٪ افزایش پیدا کرد پرداخت از جیب کاهش یافت</p>	<p>ترکیه</p>	<p>کارت سبز برای فقرا(هدفش ارائه منافع سلامت به فقرایی بود که از طریق ابزار رسمی بیمه سلامت تحت پوشش قرار نگرفته بودند و قادر به پرداخت برای خدمات سلامت نبودند).</p>

<p>مسئولیت خدمات مربوط به سلامت را بر عهده هر استان می باشد؛ اگرچه این سیستم کارایی و تطابق خدمات را بر حسب هر ناحیه بالا می برد اما فرموله کردن و اجرای سیاست های ملی سلامت دشوار است.</p> <p>هدف برنامه، کاهش نرخ مرگ و میر مادران و کودکان در زنان باردار و کودکان بیمه نشده از طریق یک مکانیزم مالی مبتنی بر نتیجه در سطح ملی، استانی و ارائه دهنده بود</p> <p>تعداد ویزیت های مراقبت های دوران بارداری افزایش یافته است و زنان نیز خدمات با کیفیت بالا دریافت می کنند و احتمال واکسیناسیون کودکان و استفاده از سونوگرافی نیز افزایش یافته است. بهبود در کمیت و کیفیت خدمات را می توان به تولدهای سالم تر، افزایش تولدهای با وزن مناسب و کاهش در احتمال کودکان متولد شده با وزن بسیار پایین تعبیر کرد. در نهایت، برنامه برای کودکان زیر ۵ سال احتمال چکاپ های مربوط به سلامت کودک افزایش یافته است.</p>	<p>آرژانتین</p>	<p>سیستم ترکیبی از تأمین اجتماعی، بخش دولتی و بخش خصوصی خدمات سلامت را ارائه می کنند. کارگران بخش های دولتی و خانواده هایشان تحت پوشش زیرمجموعه تأمین اجتماعی هستند، افرادی که استطاعت مالی پرداخت هزینه ها را دارند تحت پوشش بیمه های خصوصی هستند و بخش دولتی خدمات را به سایر افراد به ویژه فقرا ارائه می دهد.</p> <p>برنامه نوآورانه بیمه سلامت مادر و کودک <i>Plan Nacer</i></p>
<p>بسته خدمات AUGE نه تنها ارائه خدمات درمانی را تضمین می کند بلکه میزان زمان انتظار و پرداخت از جیب برای دریافت درمان را به حداقل ممکن کاهش داده است. فوناسا (صندوق ملی سلامت) خدمات درمانی را که در بسته خدمات تعریف نشده اند تحت پوشش قرار نمی دهد</p> <p>اصلاحات AUGE با افزایش قابل توجهی در هزینه های کلی بخش سلامت در کشور چه از منابع بخش خصوصی و چه دولتی، همراه بود.</p> <p>میزان پرداخت از جیب مردم برای مخارج سلامت حدود ۱۰ درصد کاهش یافت. یعنی از ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۰ به حدود ۳۸ درصد در سال ۲۰۱۱ رسیده است.</p> <p>AUGE دسترسی به خدمات سلامت را برای همه شامل فقرا و سایر ذینفعان Fonasa بهبود داده است. در Fonasa دسترسی نه تنها برای خدمات تحت پوشش AUGE بلکه برای سایر خدمات سلامت که در بسته خدمات AUGE تعریف نشده اند افزایش یافته است. دولت ظرفیت ارائه دهندگان عمومی برای پاسخگویی به رشد تقاضای خدمات AUGE و غیر AUGE را توسعه داده است.</p> <p>ایراد: برخی افراد درآمد خود را برای استفاده از خدمات مربوط به فقرا کمتر از مقدار واقعی گزارش می کنند.</p>	<p>شیلی</p>	<p>برنامه دسترسی همگانی با تضمین صریح (AUGE) بسته خدمات پایه را برای بیمه اجتماعی سلامت با تأکید بر درمان های مشخص و تضمین شده برای تعدادی از مشکلات اولویت دار سلامت تعریف کرد.</p>
<p>این انتظارات به وجود آمد که واحدهای دولت محلی می بایست افراد فقیر را شناسایی، ثبت نام</p>	<p>فیلیپین</p>	<p>برنامه حمایتی سمت تقاضا در ادغام با برنامه بیمه</p>

<p>کنند و به آنها مستمری پرداخت گردد. که این هزینه بر و دشوار است.</p> <p>دولت ملی به کمک به تأمین مالی ۹۰ درصد از حق بیمه های فقرا در سطح محلی ادامه داد البته بدون هیچگونه کنترل بر روی گروه های هدف و مکانیزم ثبت نام. به طور کلی گروه هدف از خطاهای مربوط به ورود و خروج ناراحت بودند و بسیاری از فقرای واقعی در برنامه ثبت نام نشدند.</p> <p>بسته های خدمات به قدری سطحی هستند که قادر به تقویت توانایی مالی خانوار برای استفاده از خدمات نیستند.</p> <p>مشکل دیگر مربوط به مدیریت تجهیزات پزشکی بخش دولتی و قبول مسئولیت برای تأمین مالی آن است. هیچ گونه سیستم شفافیتی که عملکرد تجهیزات پزشکی را کنترل کند وجود ندارد.</p> <p>برای برطرف کردن مشکلات دولت مرکزی مسئول تأمین مالی هزینه ها برای خانوارهای فقیر در برنامه های میان مدت ملی شد، بنابراین هیچگونه خطر عدم قطعیت در تأمین مالی وجود نداشت. با گذشت زمان PhilHealth قراردادهای اجرایی و سیستم کنترل خود را قوی تر کرد.</p>		<p>سلامت ملی</p>
<p>رشد ارائه خدمات درمانی</p> <p>تعداد زنانی که در مراکز درمانی وضع حمل می کردند و نیز تعداد زنانی که مراقبت پیش از زایمان دریافت کرده بودند، در عرض یک سال ۱۰۰ درصد افزایش پیدا کرد.</p> <p>افزایش نرخ واکسیناسیون</p> <p>این NGO ها نسبت به برنامه های دولتی هزینه اثربخش تر بودند.</p>	<p>افغانستان</p> <p>بنگلادش</p> <p>رواندا</p>	<p>تأمین مالی مبتنی بر عملکرد و پرداخت دولت به NGO ها</p> <p>وزارت بهداشت تعدادی از NGO ها را به طور رقابتی به کار گرفته تا بسته تعریف شده ای از خدمات ضروری بهداشتی را ارائه دهند.</p> <p>دولت با چند NGO برای ارائه خدمات مراقبتی اولیه شامل ایمن سازی، خدمات قبل و حین زایمان، تنظیم خانواده و درمان بیماریها، در چند شهر بزرگ قرارداد بست.</p> <p>با افزایش کیفیت خدمات، پاداش پرداختی به NGO ها افزایش می یابد.</p>

با استفاده از نتایج به دست آمده، پرسشنامه ای تدوین شد که در آن نام هر شیوه یارانه دهی در بخش بهداشت و درمان به همراه توضیح خلاصه ای در مورد آن روش و نیز مزایا و معایب آن در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنها خواسته شد که بهترین و مناسبترین شیوه ها را برای ایران مشخص نمایند. از نظر خبرگان روش‌هایی که بیشترین قابلیت اجرایی را در زمینه (context) ایران داشتند به ترتیب عبارت بودند از: برنامه‌های بیمه‌ای شامل طرح ملی بیمه سلامت اجتماعی (SHI) و برنامه ملی بیمه سلامت دولتی، کارت سبز برای فقرا، سیستم ترکیبی از تأمین اجتماعی، بخش دولتی و بخش خصوصی، برنامه دسترسی همگانی با تضمین صریح. برنامه‌هایی که از نظر خبرگان در سطح متوسط قرار داشتند شامل: وچرها، پرداختهای کوتاه مدت برای جبران هزینه‌های، رویکرد کمک مبتنی بر بازدهی (OBA (output-based aid)، تأمین مالی مبتنی بر عملکرد و پرداخت دولت به NGO ها بودند و برنامه‌هایی که از نظر خبرگان کمترین مطلوبیت را برای اجرا در ایران دارند عبارتند از: پرداخت های انتقالی شرطی یا CCT (Conditional Cash Transfer)، پرداختهای انتقالی نقدی غیرشرطی.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

نتیجه گیری

با در نظر گرفتن هدف نظام سلامت که بهبود دسترسی افراد به خدمات بهداشت و درمان می باشد و مدنظر قرار دادن چهار بعد دسترسی (فراهم بودن، دسترسی جغرافیایی، استطاعت داشتن و مقبولیت)، می توان گفت حمایت‌های دولتی می توانند در راستای حذف و یا کاهش محدودیت‌های سمت تقاضا یا عرضه ی دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی باشند. در مراقبت سلامت می توان نقش را برای بخش دولتی برشمرد:

الف- اطلاع رسانی: شامل اطلاع رسانی ضدخانیا، گزارش کیفیت ارائه دهندگان و مطالعات اثربخشی

ب- تنظیم مقررات: مجوزها و گواهی های نیاز

پ- اجبار: ایجاد تعهد برای عمل کردن به یک شیوه خاص، خرید بیمه

ت- تامین مالی مراقبت: هر شیوه ای از مراقبت که مشمول پرداخت توسط دولت شود

ث- ارائه مراقبت: ارائه مستقیم مراقبت

بنابراین از جمله نقشهایی که دولت در این بخش ایفا می کند و در این مطالعه نیز به آن پرداخته شد ارائه مراقبت سلامت به طور مستقیم و یا کمک به تامین مالی سلامت باشد. تامین مالی نیز می تواند به اشکال مختلف صورت گیرد: کمک برای خرید مراقبت سلامت (مانند مدیکیر و مدیکید)، کمک برای خرید بیمه، صرف مخارج برای سلامت عمومی، اعطای انواع گرنتها به ارائه دهندگان مراقبت، اعمال معافیتها (معافیت‌های مالیاتی یا معافیت‌های پرداخت هزینه، به عبارت دیگر چه دولت به فردی ۱۰۰ هزار تومان بدهد و چه ۱۰۰ تومان او را از مخارج معاف کند)، اعطای سوبسیدهای متقاطع و که هر کدام از این انواع کمک‌های دولت می تواند آثار متفاوتی بر بازار خدمات سلامت و رفتار عرضه کنندگان و مصرف کنندگان در این بازار داشته باشد.

عوامل تعیین کننده سمت تقاضا، عواملی هستند که توانایی استفاده از خدمات درمانی را در سطح فرد، خانوار یا جامعه تحت تأثیر قرار می دهند در حالیکه عوامل سمت عرضه جوانب ذاتی نظام سلامت هستند که مانع دریافت خدمت توسط افراد، خانوارها یا جامعه می شوند. قبل از اینکه سیاستگذاران اقدام به مطالعات امکان سنجی انواع یارانه ها کنند باید مشکلات بخش بهداشت و درمان را شناسایی کنند و تعیین کنند آیا سوبسیدهای عمومی می توانند این مشکلات را حل کنند یا خیر. سپس باید تصمیم بگیرند که به نهاده ها یا ستاده ها سوبسید دهند تا نوع سوبسید را مشخص کنند.

به طور خلاصه بر اساس شواهد و یافته های مطالعه یارانه های سمت تقاضا که قبل و یا بعد از استفاده از خدمات بهداشتی درمانی به افراد داده می شوند شامل پرداخت‌های نقدی به بیماران، معافیت‌های مالیاتی برنامه های پس انداز پزشکی خانواده و وچرها می باشند. به طور کلی ویژگیهای زیر را می توان برای این روشها برشمرد:

- از این ابزارها می توان به صورت هدفمند برای افراد کم درآمد یا بیماران خاص استفاده کرد.
 - می توانند موجب تغییر رفتارهای سلامتی در افراد شوند.
 - می توانند موجب تشویق رقابت بین ارائه دهندگان شوند.
 - هزینه خانوارهای فقیر یا بیماران را کاهش می دهند.
- و به طور خاص نیز می توان ویژگیهای هر کدام از روشهای حمایتی را مشخص کرد.
- ویژگیهای پرداختهای انتقالی شرطی به افراد مصرف کننده(پرداختهای یارانه ای که مشروط به انجام کار یا محقق شدن هدفی توسط مصرف کننده باشند):
 - کاهش محدودیتهای مالی دسترسی
 - ارائه راهکار حمایتی برای خانوارهای شدیداً فقیر
 - ایجاد تغییر رفتار با استفاده از انگیزه های مالی به ویژه استفاده از خدمات پیشگیرانه را افزایش می دهند
 - CCT ها برای مراقبتهای درمانی مناسب نیستند اما برای گروههای خاص که به درمانهای منظم نیاز دارند مناسب هستند
 - نتایج در اغلب کشورها نشان داده که مصرف خانوارهای فقیر افزایش یافته-البته تاثیر آن به تعداد ذی نفعان و میزان پرداخت بستگی دارد.
 - تاثیر آنها در کوتاه مدت بیشتر است
 - اگرچه به طور مستقیم یا غیرمستقیم دسترسی را افزایش می دهد اما برای حمایت خانوار در مقابل هزینه های فاجعه بار طراحی نشده است
 - تاثیرشان منوط به این است که خدمات سلامت با کیفیت در دسترس باشند.
 - تاثیر مهم آنها بر SDH تأیید شده است
 - بانک جهانی در تحلیل فراگیر بیش از ۲۰ برنامه CCT شواهدی از تاثیر CCT ها بر شاخصهایی مانند کاهش شیوع بیماری، کاهش نرخ کم خونی و کاهش نرخ مرگ و میر کودکان یافتند و نیز در کاهش چاقی، فشار خون و دیابت در بزرگسالان موفقیت آمیز عمل کرده اند.
 - ویژگیهای وچرها:
 - حذف یا کاهش هزینه خدمات زایمانی خاص در نقطه استفاده

- حذف پرداختهای غیررسمی

- با هدفگذاری بهتر به سیاستگذاران کمک می کنند تا به نسبت بیشتری از مردم سوبسید بدهند. هدفگذاری همچنین به جداسازی مردمی که جزو گروه هدف نیستند کمک می کند.

- استفاده از خدمات کم مصرف را تشویق می کنند.

- وچرها تقاضای القایی را کاهش می دهند. اما هزینه های اجرایی بالا دارند.

- برای بسته های خدمات با هزینه ثابت یا قابل پیش بینی بهتر عمل می کنند.

- رضایت مشتری را افزایش می دهند.

- بهترین استفاده از وچرها برای خدمات قابل پیش بینی است که نسبتاً آسان به صورت یک پکیج درمی آیند. بنابراین گروههای موردنظر این برنامه کسانی هستند که بیماریهای قابل پیش بینی دارند. مانند زنان باردار، سالمندان، نوزادان، گروههای پرریسک، افرادی که بیماریهای مزمن یا ناتوانی دارند.

• ویژگیهای بیمه سلامت اجتماعی (SHI):

- این بیمه های اجباری در کشورهای با درآمد بالا توانسته اند به UHC (Universal health coverage) دست یابند اما در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط موفق نبوده اند.

- بهداشت نسبت به درمان کم رنگتر است.

- اگر صندوقهای متعددی وجود داشته باشد هزینه های اجرایی زیاد است.

- بودجه دولتی این طرح برای وارد کردن تلنگر عمده ای به پرداخت از جیب خانوارها باید به میزان قابل توجهی باشد.

- در برخی کشورها برنامه تاحدی موجب شد مردم به دنبال خدمات درمانی باشند که تا قبل از این نبودند برای مثال در چین پرداخت کارانه به ارائه دهندگان وجود دارد، موجب شد دارو و تکنولوژیهای جدید برای ارائه دهندگان حاشیه سود بیشتری نسبت به خدمات اولیه داشته باشند بنابراین بیمه موجب استفاده بیشتر از خدمات گرانتر شد و بنابراین پرداخت از جیب به طور واقعی افزایش پیدا کرد.

- ویژگیهای تامین مالی مبتنی بر عملکرد و پرداخت دولت به NGO ها (دولت با چند NGO (داخلی یا خارجی) برای ارائه خدمات مراقبتهای اولیه شامل ایمن سازی، خدمات قبل و حین زایمان، تنظیم خانواده و درمان بیماریها، قرارداد می بندد):

- این NGO ها نسبت به برنامه های دولتی هزینه اثربخش تر هستند

- میزان دسترسی به خدمات را در مناطق دورافتاده افزایش می دهند

- کیفیت ارائه خدمت را افزایش می دهند

- ویژگیهای معافیت پرداخت

- به طور بالقوه می توانند هزینه های کمرشکن را کاهش دهند اما در عمل مکانیسمهای معافیت اغلب ناکارا هستند و نمی توانند از فقرا حمایت کنند.

- شکست عمده آنها در هدفگذاری است. که اغلب دو نوع خطای ورود و خروج روی می دهد. عمده سیستمهای معافیت در کشورهای درحال توسعه یکی از این دو نوع خطا را دارند. خطاهای ورود که منجر به نشت منابع به افراد دارا تر می شود به دلیل فشارهای قدرتمندان و وابستگان، نبود معیار شفاف یا مسولیت پذیری پایین افراد معاف شده می باشد. دو عامل نیز موجب خطاهای خروج می شوند. اول، هنگامی که کادر سلامت خودشان را در شرایط بازاری می بینند تضاد منافع ناشی از دادن معافیت و کسب درآمد ایجاد می شود. هرکدام از بیماران معاف شده علامت کاهش درآمد است. دوم، کادر سلامت معمولاً تجربه یا زمان کافی برای ارزیابی عینی توانایی پرداخت افراد ندارند.

مسأله مهم در مورد بودجه عمومی دولت که در قالب منابع حمایتی به بخش بهداشت و درمان اختصاص می یابد، پایداری این منابع می باشد. راهنمای ارزیابی سیستمهای سلامت بیان می کند میزان پایداری مخارج دولتی را می توان از طریق دو شاخص الف- نسبت بودجه دولتی صرف شده روی مراقبتهای سرپایی به کل مخارج دولتی سلامت و ب- نسبت بودجه دولتی صرف شده روی مراقبتهای بستری به مخارج دولتی سلامت، نشان داد. معمولاً بودجه اختصاص داده شده به مراقبتهای بستری اثر جانشینی با مراقبتهای سرپایی خصوصاً PHC دارد. اگرچه مخارج عمومی صرف شده برای مراقبتهای بستری بیشتر از سرپایی است اما شاخص و اندازه مشخصی برای آنها وجود ندارد. بنابراین یکی از شاخصهایی که از طریق آن می توان متوجه میزان اثربخشی هر یک از روشهای توزیع منابع حمایتی دولتی شد، بررسی میزان پایداری است که آن منبع می تواند داشته باشد.

از نظر خبرگان مطالعه حاضر، روشهایی که بیشترین قابلیت اجرایی را در زمینه (context) ایران داشتند به ترتیب عبارت بودند از: برنامههای بیمه ای شامل طرح ملی بیمه سلامت اجتماعی (SHI) و برنامه ملی بیمه سلامت دولتی، کارت سبز برای فقرا،

سیستم ترکیبی از تأمین اجتماعی، بخش دولتی و بخش خصوصی، برنامه دسترسی همگانی با تضمین صریح. برنامه‌هایی که از نظر خبرگان در سطح متوسط قرار داشتند شامل: وچرها، پرداخت‌های کوتاه مدت برای جبران هزینه‌های، رویکرد کمک مبتنی بر بازدهی (OBA (output-based aid)، تأمین مالی مبتنی بر عملکرد و پرداخت دولت به NGO ها بودند و برنامه‌هایی که از نظر خبرگان کمترین مطلوبیت را برای اجرا در ایران دارند عبارتند از: پرداخت‌های انتقالی شرطی یا CCT (Conditional Cash Transfer)، پرداخت‌های انتقالی نقدی غیرشرطی.

بحث

با توجه به الزام برنامه پنجم توسعه کشور در جهت کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب، افزایش سهم دولت در تأمین مخارج عمومی سلامت و تخصیص مناسب منابع دولتی در بخش سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است. اگرچه هر یک از روش‌های نامبرده به تنهایی نمی‌تواند پاسخگوی توزیع مناسب یارانه‌ها در بین افراد نیازمند باشد اما اجرای هر یک از این موارد در شرایط خاص ممکن است بتواند بخشی از نیازهای افراد مورد نظر را فراهم نماید. در عین حال برای اجرای مناسب اینگونه روش‌ها نیازمند وجود شبکه‌های اطلاعاتی جامع در کشور، شناسایی دقیق گروه‌های درآمدی و در برخی موارد الزام نمودن افراد به پرداخت مبلغی جزئی به عنوان حق مشارکت هستیم. مثلاً در بحث کارت سبز برای فقرا همانطوریکه در ترکیه اجرا شد و باعث رضایتمندی عموم مردم و بهره‌مندی فقرا از خدمات سلامت مورد نیاز شد، می‌تواند در ایران نیز نتایج رضایت بخشی به دنبال داشته باشد اما اجرای آن در ایران نیازمند شناسایی دقیق گروه‌های نیازمند و آسیب‌پذیر و ترویج فرهنگ استفاده منطقی از کارت‌ها می‌باشد. در عین حال باید مراکز درمانی نیز در این زمینه آگاه و اطلاعات لازم را به دست آورند تا ارائه خدمت بطور مناسب و منطقی انجام شود. در بحث اجرای طرح وچرها نیاز به زیرساخت‌های اطلاعاتی قوی در کشور داریم علاوه بر این وجود تعهد بالا در میان کنندگان خدمات سلامت و نیز موسسات ثالث از جمله پیش شرط‌های اجرای این طرح می‌باشد که به نظر می‌رسد اجرای آن را در کشور دشوار سازد.

در بحث توزیع منابع حمایتی دولت در بخش بهداشت و درمان چندین نکته باید مورد ملاحظه قرار گیرند:

نکته مهم اول، یک راه حل نهادی برای کمک به دسترسی فقرا به خدمات درمانی باید دو ویژگی داشته باشد. باید یک بودجه و صندوق اختصاصی برای آن وجود داشته باشد و باید همراستا با پروفایل فقر افراد تحت جمعیت باشد. بودجه باید به نهادی واگذار شود که منافعتش با ماموریتش جهت تنظیم هدفمندی موثر برای فقرا در تضاد نباشد. طرف خریدار یا پرداخت کننده شخص ثالث

که قادر است فقرا را شناسایی کند و به آنها پرداخت کند، می تواند راه حل خوبی باشد، اما قراردادن بودجه در اختیار ارائه دهنده خدمات بدون نظارت می تواند مشکلاتی ایجاد کند.

نکته مهم دوم، در اعطای یارانه ها و توزیع کمکها و بودجه دولتی در این بخش، هدفمندی ضروری است زیرا با این کار افرادی که بیشترین نیاز را دارند بیشترین منفعت را می برند و نشتی به افراد و گروههای کمتر نیازمند کاهش می یابد. منظور از هدفمندی هم در سطح تقاضا(افراد و خانوارها و گروههای بیماران و ...) و هم در سطح عرضه می باشد. در واقع در سمت عرضه نیز هنگام اختصاص بودجه به خرید تجهیزات، دارو و ... و یا خدمات تشخیصی، بستری، سرپایی و باید ارزیابی های اقتصادی صورت گرفته، نیاز سنجی و اولویت بندی انجام شود.

مخالفان هدفمندی معتقدند که اطلاعات موردنیاز برای هدفگذاری ممکن است در دسترس نباشند یا به دست آوندشان هزینه بر و زمان بر باشد، یا اینکه هزینه های مرتبط با استراتژیهای هدفمندی بالا باشد اما در واقع در هدفمندی نیازی نیست که سیاستی را شاخه شاخه کرد و برخی افراد، گروهها و یا خدمات را به صراحت مستثنی کرد بلکه آنها می توانند درون یک سیاست فراگیر که منافع حالت قیفی دارند وجود داشته باشند. در سیاستهای مخروطی(قیفی) همه گروهها به مداخله دسترسی دارند و منفعت می برند اما منابع و منافع به طور متناسبی برای افرادی که نیازهای بیشتری دارند و یا خدماتی که در اولویت هستند، بزرگتر هستند.

نهایتاً نکته مهم دیگر این است که اگر ابعاد همه جانبه فقر مزمن و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی در نظر گرفته نشود ممکن است سیاستگذاری فقط موجب راه حلهای ناقصی برای مشکلات اجتماعی شود. کاهش این ریسک نیازمند سیاستهای حمایت اجتماعی جامع و مناسب است که همه کاستیهای مرتبط با فقر مزمن و نه فقط درآمد را هدف قرار دهد، مانند اقداماتی شامل حمایت رفاهی از گروههای مختلف، مکانیسمهای بیمه برای تسهیم ریسک و تجمیع منابع، امکاناتی برای کمک اضطراری، بررسی عوامل تاثیر گذار بر SDH ها که خود بر سلامت تاثیر گذارند و همچنین سیاستهایی که در سرمایه انسانی سرمایه گذاری می کنند(مانند سواد) ، برای بهبود کیفیت و قابلیت پذیرش خدمات ضروری هستند. همزمان سیاستهای کلان اقتصادی نیز باید رشد ملی را تقویت کنند، توزیع مناسب درآمد، استانداردهای مناسب نیروی کار همراه با عملکرد برای تضمین حقوق افراد، دموکراسی و ثبات سیاسی-اجتماعی وجود داشته باشد.

در زمینه شیوه های مختلف تامین مالی در داخل کشور مطالعات گسترده ای صورت گرفته است. اما مطالعاتی وجود ندارند که به روش های توزیع منابع دولتی و شیوه هایی که دولتها می توانند بودجه حمایتی خود را در اختیار بخش بهداشت و درمان قرار دهند و آثار این شیوه ها پرداخته باشند.

از نظر مقایسه تاکنون مطالعه ای که در این راستا در کشور انجام شده باشد وجود نداشته است اما کریمی و همکاران (۱۳۸۸) با هدف بررسی برخورداری عادلانه از خدمات بیان کردند که این هدف با ایجاد نظام ملی بیمه درمان و پوشش بیمه ای همه خدمات ضروری پزشکی به خصوص مراقبت از سالمندان و بیماران مزمن روانی انجام می شود (۸۶). در مطالعه حاضر نیز روشهای یارانه دادن جهت افزایش امکان دسترسی به خدمات بهداشت و درمان به طور کامل مورد بررسی قرار گرفت. برای مثال برای ارائه خدمات به سالمندان و بیماران مزمن چون هدفگذاری به سادگی قابل انجام است و میزان خطای هدفمندی یارانه های سلامت پایین است به راحتی می توان از وچرها، کارت سبز، پرداختهای انتقالی نقدی استفاده کرد.

عبادی و قوام (۱۳۸۸) معتقدند که هدفمندی دارو تأثیری بر عدالت نداشته و اثربخش نبوده است (۸۷) اما اندایش و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که حذف یارانه دارو، شاخص هزینه زندگی همه خانوارهای شهری و روستایی را افزایش می دهد (۸۹). دلیلی که می توان ذکر نمود این است که باتوجه به گستردگی بازار مصرف دارو، به جای هدفمند نمودن یارانه به خود دارو، بهتر است که گروههای تقاضا کننده و مصرف کننده دارو را مورد هدفمندی قرار دهند.

بذرافشان و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که هدفمندی یارانه ها (نه یارانه های سلامت) تأثیری بر هزینه های بهداشت و درمان حدود ۹۰ درصد از جمعیت روستایی بیرجند نداشته است (۸۸) که این نشان می دهد فقط از یارانه های هدفمند خاص بخش بهداشت و درمان می توان انتظار اثربخشی بر روی بروندهای این بخش را داشت. به عبارت دیگر اگر قصد دولت کاهش هزینه های بهداشت و درمان خانوارهای فقیر یا افزایش دسترسی گروه خاصی باشد باید یارانه های اختصاص یافته از جانب دولت دقیقاً در این راستا هدفگذاری شوند.

از سوی دیگر هنگام اختصاص یارانه ها در بخش بهداشت و درمان باید علاوه بر آثار کوتاه مدت، آثار بلندمدت آنها را نیز در نظر گرفت. مدل نئوکلاسیک رفتار مصرف کننده پیش بینی می کند که توزیع رایگان یا شدیداً یارانه ای کالای آزمودنی مانند سلامت در کوتاه مدت می تواند به افزایش تقاضای آن در بلندمدت منجر شود. در واقع استفاده کنندگان از یک کالای رایگان یا با یارانه بالا، بعد از تجربه کردن آن خدمت یا کالا و فهمیدن ارزش واقعی محصول، تمایل به پرداخت بیشتری برای جایگزین پولی آن خواهند داشت. این درک ممکن است به بقیه افراد جامعه که مشمول یارانه نبوده اند نیز منتقل شود و تمایل به پرداخت کل جامعه را افزایش دهد. بنابراین ممکن است قصد دولت از طرح تحول سلامت در کوتاه مدت این باشد که افراد خدمات بستری را رایگان دریافت نمایند اما در بلندمدت این منجر به تقاضای بیش از حد شده و کسانی که مشمول یارانه نمی شوند نیز تمایل به استفاده دارند.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی

- به طور خاص بر شیوه‌های مختلف هدفمندی یارانه‌ها در بخش سلامت متمرکز شوند
- بررسی انواع سیاست‌های توزیع یارانه به طور خاص در بخش سلامت مانند سیاست‌های مخروطی، شاخه‌ای و
- انجام مرور سیستماتیک بر روی هر کدام از روش‌های توزیع منابع حمایتی در بخش سلامت و آثار و تبعات آنها

فهرست منابع

1. Hsiao, W. and Y. Liu, *Health care financing: assessing its relationship to health equity*. Challenging inequities in health: From ethics to action, 2001: p. 261-275.
2. Senate, V., *INTRODUCTION TO PUBLIC FINANCING IN HEALTH CARE*. 2008. 1.
3. Organization, W.H., *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. 2010: Geneva: World Health Organization.
4. Smeeding, T., *Approaches to measuring and valuing in-kind subsidies and the distribution of their benefits*, in *Economic transfers in the United States*. 1984, University of Chicago Press. p. 139-176.
5. Ginsburg, P.B., *Altering the tax treatment of employment-based health plans*. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 1981. 59(2): p. 224-255.
6. Dupas, P., *Short-run subsidies and long-run adoption of new health products: Evidence from a field experiment*. *Econometrica*, 2014. 82(1): p. 197-228.
7. Kremer, M. and E. Miguel, *The Illusion of Sustainability*. *Quarterly Journal of Economics*. Vol. CXXII No. 3. August. 2007.
8. WDI. 2014.
9. Trujillo, A.J., J.E. Portillo, and J.A. Vernon, *The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching*. *International journal of health care finance and economics*, 2005. 5(3): p. 211-239.
10. Afshin, J., *Assessing costs and political public budget performance in health care*. *Journal of economy*, 2002. 5(51,52).
11. Mehdi, Y., *Allocation method based on needs assessment of existing healthcare resources and the allocation of resources to the provinces of Iran*. *Hakim*, 2010. 2(13): p. 80-90.
12. Islam, M., *Health systems assessment approach: a how-to manual*. *Health systems assessment approach: a how-to manual*, 2007.
13. Francesca, C., et al., *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care*. Vol. 2011. 2011: OECD Publishing.
14. *International Profiles of HealthCare Systems*. 2013.

- .15 M, G.R. and M. Choudhury, *Health Care Financing Reforms in India*, National Institute of Public Finance and Policy. 2012.
- .16 Fisher, C.M., *Resource allocation in the public sector: values, priorities, and markets in the management of public services*. 1998: Psychology Press.
- .17 Baum, N.M., et al., *Resource allocation in public health practice: a national survey of local public health officials*. Journal of Public Health Management and Practice, 2011. 17(3): p. 265-274.
- .18 Mossialos, E., et al., *Funding health care: options for Europe*. 2002, Open University Press Buckingham.
- .19 Averill, C. and A. Marriott, *Universal health coverage: why health insurance schemes are leaving the poor behind*. 2013.
- .20 Leone, S.S., *Ministry of Health and Sanitation*. Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, 2010.
- .21 Xu, K., et al., *Protecting households from catastrophic health spending*. Health affairs, 2007. 26(4): p. 972-983.
- .22 *National Health Insurance Fund* 2011.
- .23 Blanchet, N.J., G. Fink, and I. Osei-Akoto, *The effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on health care utilisation*. Ghana medical journal, 2012. 46(2): p. 76-84.
- .24 Dalinjong, P.A. and A.S. Laar, *The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana*. Health economics review .2012 , : (1)2p. 1.
- .25 Wagstaff, A., *Social health insurance reexamined*. World Bank Policy Research Working Paper, 2007(4111).
- .26 Peters, D.H., et al., *Poverty and access to health care in developing countries*. Annals of the New York Academy of Sciences : (1)1136 .2008 ,p. 161-171.
- .27 O'Donnell, O., *Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers*. Cadernos de Saúde Pública, 2007. 23(12): p. 2820-2834.
- .28 Jacobs, B., et al., *Addressing access barriers to health services :an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries*. Health policy and planning, 2012. 27(4): p. 288-300.
- .29 Ensor, T. and S. Cooper, *Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side*. Health policy and planning, 2004. 19(2): p. 69-79.
- .30 Victora, C.G., et al., *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies*. The Lancet, 2000. 356(9235): p. 1093-1098.
- .31 Bornemisza, O., et al., *Promoting health equity in conflict-affected fragile states*. Social science & medicine, 2010. 70(1): p. 80-88.
- .32 Ensor, T., *Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries*. The international journal of health planning and management, 2004. 19(3): p. 267-285.
- .33 Bhatia, M. and A. Gorter, *Improving access to reproductive and child health services in developing countries: are competitive voucher schemes an option?* Journal of international development, 2007. 19(7): p. 9.981-75
- .34 Standing, H., *Understanding the 'demand side'in service delivery*. Definition, frameworks and tools. London: UK Department of International Development, 2004.

- .35 Hardeman, W., et al., *Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia*. Health policy and planning, 2004. 19(1): p. 22-32.
- .36 Morrison, J., et al., *Utilization and management of maternal and child health funds in rural Nepal*. Community Development Journal, 2010. 45(1): p. 75-89.
- .37 Pearson, M., *Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches*. 2002: DFID. Health systems resource centre (HSRC).
- .38 Arur, A., et al., *Contracting for health and curative care use in Afghanistan between 2004 and 2005*. Health policy and planning, 2010. 25(2): p. 135-144.
- .39 Loevinsohn, B. and A. Harding, *Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries*. The Lancet, 2005. 366(9486): p. 676-681.
- .40 Yates, R., *Universal health care and the removal of user fees*. The Lancet, 2009. 373(9680): p. 2078-2081.
- .41 Sandiford, P., et al., *A guide to competitive vouchers in health*. 2005.
- .42 Ensor, T., *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, Bangladesh: World Health Organization, 2003.
- .43 Hanson, K., E. Worrall, and V. Wiseman, *Targeting services towards the poor: a review of targeting mechanisms and their effectiveness*. Health, economic development and household poverty: from understanding to action, 2007: p. 134-154.
- .44 Lagarde, M., A. Haines, and N. Palmer, *The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries*. The Cochrane Library, 2009.
- .45 Fiszbein, A., N.R. Schady, and F.H. Ferreira, *Conditional cash transfers: reducing present and future poverty*. 2009: World Bank Publications.
- .46 Adato, M. and L. Bassett, *Social protection and cash transfers to strengthen families affected by HIV and AIDS*. 2012: Intl Food Policy Res Inst.
- .47 Coady, D., M.E. Grosh, and J. Hoddinott, *Targeting of transfers in developing countries: Review of lessons and experience*. Vol. 1. 2004: World Bank Publications.
- .48 DFID, U., *Social transfers and chronic poverty: emerging evidence and the challenge ahead*. DFID Report. London, 2005.
- .49 Alliance, S.C., *Smart Card Technology in US Healthcare: Frequently Asked Questions*. Estados Unidos, 2012.
- .50 Murray, S.F., et al., *Effects of demand-side financing on utilisation, experiences and outcomes of maternity care in low-and middle-income countries: a systematic review*. BMC pregnancy and childbirth, 2014. 14(1): p. 1.
- .51 Jega, F.M., *Contracting out to improve maternal health: evaluating the quality of care under the Chiranjeevi Yojana in Gujarat, India*. 2007, Group of the Liverpool School of Tropical Medicine, University of Liverpool.
- .52 Gupta, I., W. Joe, and S. Rudra, *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries*. World health report, 2010.
- .53 Brook, P.J. and S. Smith, *Contracting for public services: Output-based aid and its applications*. 2001: World Bank Publications.
- .54 Pearson, M., *Results based aid and results based financing: What are they? Have they delivered results*. London: HLSP Institute, 2011.

- .55 Klingebiel, S., *Results-Based Aid (RBA): New aid approaches, limitations and the application to promote good governance*. Limitations and the Application to Promote Good Governance (November 21, 2012), 2012.
- .56 Meessen, B., A. Soucat, and C. Sekabaraga, *Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?* Bulletin of the World Health Organization, 2011. 89(2): p. 153-156.
- .57 Sondorp, E., et al., *Afghanistan: Paying NGOs for performance in a postconflict setting*. Eichler R, Levine R; the Performance-Based Incentives Working Group. Performance incentives for global health: potential and pitfalls. Washington, DC: Center for Global Development, 2009: p. 139-64.
- .58 Pantoja, T., *Do conditional cash transfers improve the uptake of health interventions in low and middle income countries*. A support Summary of a systematic review, 2008.
- .59 Arnold, C., T. Conway, and M. Greenslade, *Cash Transfers: Literature Review*. Policy Division, London, 2011.
- .60 Forde, I., K. Rasanathan, and R. Krech, *Public health agencies and cash transfer programmes: Making the case for greater involvement*. 2011.
- .61 Janssen, M., E. Maasland, and E. Mendys-Kamphorst, *The economics of demand-side financing*. Rotterdam: SEOR-ECRI, 2004.
- .62 Gottret ,P.E., G. Schieber, and H. Waters, *Good practices in health financing: lessons from reforms in low and middle-income countries*. 2008: World Bank Publications.
- .63 Escobar, M.-L., et al., *Colombia: After a decade of health system reform*. From Few to Many , :2009p. 1.
- .64 UNICEF, *Child Poverty: A Role for Cash Transfers? West and Central Africa*. UNICEF Regional Office West and Central Africa, Dakar, Senegal, 2009.
- .65 Booyesen, F., *Social grants as safety net for HIV/AIDS-affected households in South Africa* . SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 2004. 1(1): p. 45-56.
- .66 Rawlings, L.B. and G.M. Rubio, *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs*. The World Bank Research Observer, 2005. 20(1): p. 29-55.
- .67 Lipton, M. and J. Van der Gaag, *Including the poor: proceedings of a symposium organized by the World Bank and the International Food Policy Research Institute*. 1993: World Bank Publications.
- .68 Van de Walle, D., *Targeting revisited*. The World Bank Research Observer, 1998. 13(2) :(p. 231-248.
- .69 Skoufias, E., B. Davis, and S. De La Vega, *Targeting the poor in Mexico: an evaluation of the selection of households into PROGRESA*. World development, 2001. 29(10): p. 1769-1784.
- .70 Gertler, P., *Final report: the impact of Progesa on health*. International Food Policy Research Institute, Washington, DC, 2000: p. 2000.
- .71 Yaschine, I., *The Changing Anti-Poverty Agenda: What Can the Mexican Case Tell Us?* 1. IDS Bulletin, 1999. 30(2): p. 47-60.
- .72 Soares, S., et al., *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality*. Brasilia: International Poverty Centre, 2007.
- .73 Chaudhury, N., J.S. Hammer, and E. Murrugarra, *The effects of a fee-waiver program on health care utilization among the poor: evidence from Armenia*. 2003: World Bank, Development Research Group, Public Services Team, and Europe and Central Asia Region, Human Development Sector Unit.

- .74 Amudhan, S., et al., *Effectiveness of demand and supply side interventions in promoting institutional deliveries—a quasi-experimental trial from rural north India*. *International journal of epidemiology*, 2013. 42(3): p. 769-780.
- .75 Wagstaff, A., et al., *Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme*. *Journal of health economics*, 2009. 28(1): p. 1-19.
- .76 Balooni, K., et al., *Challenges in the sustainability of a targeted health care initiative in India*. *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 2012. 1(1): p. 21-32.
- .77 Sinha, K., *Unnecessary procedures on the rise in govt hospitals too: Report*. *The Times of India*, 2012. 15.
- .78 Shivakumar, G., *Government paid private insurer crores in premium for ghost beneficiaries*. *The Hindu Online*, 2013. 2.
- .79 La Forgia, G. and S. Nagpal, *Government-sponsored health insurance in India: Are you covered?* 2012: World Bank Publications.
- .80 Nagpal, S., *Expanding health coverage for vulnerable groups in India*. UNICO studies series, 2013(13).
- .81 Menon, R., S. Mollahaliloglu, and I. Postolovska, *Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor*. 2013: World Bank Washington, DC.
- .82 Atun, R., et al., *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity*. *The Lancet*, 2013. 382(9886): p. 65-99.
- .83 Bellows, N.M., B.W. Bellows, and C. Warren, *Systematic Review: the use of vouchers for reproductive health services in developing countries: systematic review*. *Tropical Medicine & International Health*, 2011. 16(1): p. 84-96.
- .84 Marchant, T., et al., *Socially marketed insecticide-treated nets improve malaria and anaemia in pregnancy in southern Tanzania*. *Tropical Medicine & International Health*, 2002. 7(2): p. 149-158.
- .85 Koumans, E., et al., *Patient-led partner referral enhances sexually transmitted disease service delivery in two towns in the Central African Republic*. *International journal of STD & AIDS*, 1999. 10(6): p. 376.