

- وصول مقاله: ۹۵/۱۰/۲۲
- اصلاح نهایی: ۹۶/۲/۱۴
- پذیرش نهایی: ۹۶/۲/۱۵

## مطالعه تطبیقی عدالت در تامین مالی در مدل‌های بیمه سلامت

محمد سعادت<sup>۱</sup> / رامین رضاپور<sup>۲</sup> / ناصر درخشانی<sup>۳</sup> / مریم نقشی<sup>۴</sup>

چکیده

**مقدمه:** مشارکت عادلانه در تامین مالی یکی از اهداف اصلی نظام‌های بهداشتی درمانی در جهان می‌باشد. برقراری سیستم بیمه‌ای یکی از رایج‌ترین روش‌ها برای محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامتی به شمار می‌رود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی نظام‌های بیمه‌ای در کشورهای مختلف جهان صورت گرفت.

**روش پژوهش:** این پژوهش به صورت تطبیقی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. ابتدا بررسی متون جامعی برای استخراج شواهد علمی با استفاده از پایگاه‌های داده و وبسایت‌های مرتبط و معتبر انجام پذیرفت. پس از غربالگری متون یافته شده، داده‌های مربوط به شاخص‌های عدالت در تامین مالی استخراج گردید. جهت تطبیق داده‌های شاخص‌های عدالت در تامین مالی با مدل‌های بیمه سلامت از چارچوب تقسیم‌بندی گاردن استفاده شد.

**یافته‌ها:** در کشورهای مورد مطالعه از چهار مدل تامین مالی و بیمه‌ای که شامل بیمه درمان ملی (NHI)، سیستم طب ملی (NHS)، بیمه درمان اجتماعی (SHI) و بیمه خصوصی استفاده می‌شود. فرانسه و استرالیا کشورهایی بودند که از دو مدل به طور همزمان استفاده می‌کنند. کشورهای انگلیس، دانمارک، کانادا و آلمان به ترتیب دارای بالاترین میزان شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی بودند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه نشان داد سیستم‌های بیمه‌ای اجتماعی، بیمه‌های ملی و سیستم ملی بهداشتی می‌توانند عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان دهند، بنابراین می‌توان گفت برقراری سیستم بیمه‌ای نقش بسزایی در محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت داشته است. البته قابل ذکر است انتخاب مدل بیمه‌ای در کشورها باید براساس منابع و زیر ساخت‌های موجود هر کشور صورت پذیرد تا بتواند بخوبی نقش خود را ایفا کند.

**کلیدواژه‌ها:** عدالت، بیمه سلامت، تامین مالی، مشارکت عادلانه.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب حوادث جاده‌ای، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: rezapour2012@yahoo.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

## مقدمه

سلامت و تندرستی حق مسلم همه مردم است و تامین آن و رساندن مردم به درجه متناسبی از سلامت یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است. از مهم‌ترین رخدادهای تاریخی که در تحول عرضه و تولید خدمات سلامت صورت گرفت، تصمیم جامعه جهانی مبنی بر پذیرش روش مراقبت‌های اولیه سلامت که دلالت بر دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی برای همه افراد در سطح جهان بدون در نظر گرفتن طبقه اجتماعی و اقتصادی آنها دارد، بود که به منظور نیل به این هدف متعالی صورت پذیرفت. با وجود این عدم توان مالی جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یکی از موانع تعیین‌کننده جهت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مطرح است [۱-۳].

آنچه در ارائه خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد مساله‌ی عدالت است. سازمان جهانی بهداشت مطلوبیت خدمات و عادلانه بودن آن را دو هدف اصلی خود قرار داده است. در این راستا سیاست‌های مالی نقش پراهمیتی از حصول عدالت و ایفای رسالت سیستم سلامت ایفا می‌کنند. لذا انتخاب شیوه‌های مختلف تامین مالی، بازپرداخت هزینه‌ها و پوشش‌های بیمه مختلف یک چالش مهم در بسیاری از کشورهاست [۴،۵]. هزینه‌های سنگین خدمات سلامت که جهت دریافت مراقبت‌های سلامت صرف می‌شود به خصوص هزینه‌هایی که به صورت پرداخت از جیب صورت می‌گیرد سطح معینی از درآمد خانوار (اغلب ۴۰ درصد درآمد) را شامل می‌شود و یافته‌های بین‌المللی حاصل از تلاش پژوهشگران در کشورهای مختلف جهان حاکی از این است که بیش از ۱۰ درصد افراد فرو افتاده در زیر خط فقر متحمل هزینه‌ای کمرشکن سلامت بودند [۶-۸]. استراتژی بیمه بهداشت و درمان در راستای کسب محبوبیت، در بسیاری از کشورهای جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه، به عنوان یک راه حل جهت حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های بهداشت و درمان به وجود آمدند.

مدل‌های متنوع و مختلفی از بیمه درمانی در کشورهای مختلف جهان، از جمله بیمه درمانی ملی یا اجتماعی، که

مستلزم ثبت نام اجباری توسط افراد و یا مدل‌های داوطلبانه بیمه مانند بیمه درمانی خصوصی وجود دارد [۹]. اکثریت کشورهای با درآمد بالا طور کلی تکیه بر مالیات (برای مثال، انگلستان) و یا بیمه درمانی اجباری (فرانسه، آلمان) برای تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی کرده‌اند. در مقابل، در کشورهای با درآمد پایین و در حال توسعه با توجه به کمبود یک پایه مالیاتی قوی و ظرفیت نهادی کم برای جمع‌آوری مالیات موثر، به نظر می‌رسد طراحی یک سیستم بهداشتی کارآمد مبتنی بر مالیات یک کار دشوار و سختی است. بنابراین، در این کشورها، سازمان‌های بیمه‌ای کوچک خصوصی و یا میکرو بیمه‌ها ممکن است قادر به ارائه حفاظت مالی، به بخش قابل توجهی از جمعیت باشد [۱۰-۱۲]. در حال حاضر مسائلی هم‌چون افزایش انتظارات بیماران و افزایش هزینه خدمات بهداشتی، بیمه‌های درمانی را با مشکلات عدیده‌ای روبه رو ساخته است که این مسئله می‌تواند باعث تحمیل مشکل کسری بودجه در بخش دولتی گردد [۱۳، ۱۴]. شیوه تامین هزینه‌های بخش سلامت، با توجه به نظام تامین مالی در کشورها متفاوت است و از طریق مالیات عمومی، مالیات خاص برای بخش سلامت، بیمه‌های تامین اجتماعی (به صورت پرداخت قسمتی از حقوق) و بیمه درمان خصوصی و نیز از طریق پرداخت مستقیم مردم تامین می‌گردد. انتخاب هر یک از این شیوه‌های تامین مالی، آثار متفاوتی در تحقق عدالت اجتماعی و نیز کارایی نظام سلامت خواهد داشت، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی مدل‌های بیمه‌ای مختلف در کشورهای مختلف جهان و وضعیت کشورها در میزان دستیابی به شاخص‌های عدالت در تامین مالی سلامت صورت پذیرفت.

## روش پژوهش

این مطالعه از نوع مطالعات تطبیقی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. بررسی متون با استفاده از کلیدواژه‌های زیر انجام گرفت:

Fair Financing Contribution, Health Out Of Pocket, Insurance,

- شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI): شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در سال ۲۰۰۰ از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از ۳ هدف عمده یک نظام سلامت مطرح شده است [۱۶].

داده‌های مورد نیاز شاخص‌های عدالت در تامین مالی شامل پرداخت مستقیم از جیب، هزینه‌های کمر شکن سلامت و میزان مشارکت عادلانه در تامین مالی از متون استخراج گردید و با استفاده از جدول تطبیقی در کشورهای مورد مطالعه مقایسه شد.

### یافته‌ها

در سال ۲۰۱۲ در بین ۲۵ کشور توسعه یافته دنیا همه به نوعی به پوشش همگانی مختلف دست پیدا کرده‌اند [۱۷]. چهار مدل رایج تامین مالی و بیمه در کشورهای مورد مطالعه به شرح زیر بودند:

۱- بیمه درمان ملی (NHI)

۲- سیستم طب ملی (NHS)

۳- بیمه درمان اجتماعی (SHI)

۴- بیمه خصوصی [۱۸]

در روش بیمه درمان ملی دولت به طور کلی تامین مالی خدمات درمانی را از طریق دولت به صورت مالیات تامین می‌کند، ولی در واقع مراقبت‌های درمانی توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود. این روش نیازمند یک مدل است که می‌تواند توسط تثبیت تامین مالی، بیمه و هماهنگی روش‌های پرداخت توسط دولت محکم‌تر شود. سه ارزش که این بیمه‌ها را متمایز می‌کند، پوشش اجباری، پرداخت مشارکت (حق سرانه) براساس توانایی پرداخت و دریافت مزایا بر طبق نیاز می‌باشد.

این نوع از مدل بیمه که در کشورهای کانادا، استرالیا، تایوان و ... اجرا می‌گردد دارای برخی از خصوصیات به شرح ذیل می‌باشد:

۱- ارائه خدمت بهداشتی توسط بخش خصوصی.

### Catastrophic Payment, equity in health

همچنین جهت افزایش دسترسی به متون علمی، جستجوی دستی گزارشات رسمی منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی، وب سایت‌های مرتبط، مقالات و کتب در دسترس انجام گرفت. تیپولوژی بیمه سلامت با توجه به مزایا تقسیم‌بندی می‌شود که بوسیله گاردن صورت پذیرفته و در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. در این سیستم کشورها به چهار گروه عمده به شرح زیر تقسیم می‌شوند:

الف- کشورهایی با نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت یا صندوق‌های بیماری: در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه‌های خصوصی و سوبسیدهای ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند.

ب- کشورهایی با سیستم بیمه ملی سلامت: که شامل سیستم بیمه درمان در سطح ملی هستند.

ج- سیستم طب ملی: که ارائه خدمات را به صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده است.

د- سیستم بیمه‌ای تلفیقی: که شامل تلفیقی از سیستم بیمه بیماری سنتی و سیستم بیمه ملی سلامت است [۱۵].

از گروه اول کشورهای آلمان، فرانسه، کره جنوبی و ژاپن، گروه دوم کشورهای دانمارک و انگلیس، گروه سوم کشورهای کانادا و استرالیا و گروه چهارم کشور آمریکا جهت بررسی تطبیقی انتخاب شدند. برای بررسی وضعیت میزان عدالت در تامین مالی کشورهای مختلف جهان از شاخص‌های ذیل استفاده گردید:

- میزان پرداخت از جیب: نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که مستقیماً از جیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می‌شود.

- هزینه‌های کمرشکن: زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشد.

این نوع مدل بیمه که بیشتر به مدل بورلیج مشهور است در کشورهای انگلیس (زادگاه مدل بورلیج)، دانمارک، نیوزیلند، ایرلند و ... اجرا می‌گردد و دارای ویژگی‌های زیر می‌باشد:

۱- ارائه خدمت و تامین مالی توسط دولت انجام می‌گیرد.

۲- دولت جهت تامین مالی توسط مالیات اقدام می‌کند.

۳- مالکیت بیشتر بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با دولت می‌باشد.

۴- بیشتر پزشکان، کارمندان دولت می‌باشند.

چون که دولت تنها پرداخت کننده می‌باشد و همچنین ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌باشد به همین دلیل کنترل بیشتری روی هزینه‌ها و منافع دارد، لذا این نوع سیستم بیمه‌ای تمایل به کوچک‌سازی هزینه‌ها برای هر فرد دارد [۱۹].

بیمه درمانی اجتماعی (SHI) یک مکانیزم برای تامین مالی و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی است که از یک سو از طریق ادغام خطرات بهداشتی اعضایش و از سویی دیگر با استفاده از کمک‌های مالی شرکت‌ها، خانواده‌ها، و دولت عمل می‌کند [۲۳]. به طور کلی به عنوان یک مکانیزم حمایت مالی برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طریق تسهیم ریسک سلامت و ادغام صندوق‌های بیماری برای بخش بیشتری از جمعیت تلقی می‌گردد. این مدل از تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی به عنوان "مدل بیسمارک" شناخته شده است که در بسیاری از کشورهای عضو اتحادیه اروپا مانند آلمان، فرانسه، بلژیک، اتریش و هلند و همچنین در کشورهایی مثل کره جنوبی و ژاپن و ... استفاده می‌گردد.

این مدل از بیمه که با دو خصوصیت "اجتماعی" و "بیمه" شناخته شده است دارای یک سری ویژگی‌های خاص می‌باشد که برخی از آنها شامل:

۱- عضویت اجباری افراد یا گروه‌ها

۲- مسئولیت اعضاء در پرداخت بخشی از درآمد به عنوان سهم مشارکت

۲- پرداخت سهم مشارکت بیمه شهروندان به برنامه بیمه عمومی.

۳- توانایی پرداخت کننده هزینه خدمت برای دریافت خدمت با قیمت پایین به دلیل قدرت قابل توجه بازار که ناشی از ارائه خدمت توسط بخش خصوصی می‌باشد.

از آنجایی که این نوع از مدل بیمه نیازی به بازاریابی ندارد به همین دلیل هیچ انگیزه‌ای جهت رد تقاضا و سود وجود ندارد به همین دلیل این مدل ضمن تمایل به ارزان‌تر شدن، شکل مدیریتی ساده‌تری نیز دارد [۱۹].

در کشور کانادا همه انواع خدمات درمانی ضروری مردم که در چارچوب بسته خدماتی قرار دارد و توسط نظام بیمه خدماتی پوشش داده می‌شود، این خدمات از طریق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی عموماً دولتی به صورت رایگان تامین می‌شود و در ارائه خدمات بیمه‌های مکمل حق پوشش خدماتی را که تحت پوشش دولت است را ندارند و بیمه مکمل تنها مواردی را پوشش می‌دهد که در بیمه اصلی لحاظ نشده است مثل: دارو و خدمات دندان پزشکی [۲۱، ۲۰، ۱۸].

اما در نظام طب ملی علاوه بر تامین مالی از طریق حمایت مالیاتی مطابق با برنامه NHI، در سیستم طب ملی دولت خود مدیریت زیرساخت‌ها را برای ارائه مراقبت‌های پزشکی بر عهده دارد. بیشتر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، مانند پزشکان یا کارمندان دولت می‌باشند و یا در یکی از زیرساخت‌های عمومی سازماندهی شده می‌باشند. در کشور انگلستان قسمت عمده درآمدزایی از طریق مالیات عمومی و انباشت در یک صندوق واحد در وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و خرید خدمت توسط واحدهای محلی صورت گرفته و خدمات ارائه می‌شود. این مدل بر اساس مراقبت‌های اولیه تاسیس شد و بیشترین تمرکز بر روی خدمات سلامت و بهداشت جامعه بود. همچنین این سیستم مالک بیمارستان‌ها می‌باشد و کارکنان مثل متخصصان استخدام می‌باشند و دیگر کارکنان حقوق بگیر نظام می‌باشند. پزشکان مراقبت‌های اولیه به عنوان پزشکان عمومی، اغلب پزشکان خصوصی می‌باشند [۲۲، ۱۸].

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد کشورهای مورد مطالعه جهت پوشش حداکثری بیمه مردم از مدل‌های مختلفی استفاده می‌کنند. تلفیق مدل‌های مختلف در برخی از کشورها با هدف پوشش حداکثری و همچنین برای پوشش هزینه‌های مازاد به صورت بیمه تکمیلی ارائه شده است.

با توجه به این که در مدل بورلیج، ارائه خدمات با هزینه‌های موجه و قابل پرداخت برای همه افراد میسر می‌باشد ولی هم‌چنان خطر ارائه خدمات با کیفیت پایین وجود دارد در حالی که در مدل بیسمارک می‌توان به کیفیت بالا در خدمات ارائه شده رسید اما تضمین ارائه مراقبت برای همه افراد با هزینه قابل پرداخت وجود ندارد، لذا به نظر می‌رسد بهترین سیستم بیمه‌ای که در آن ارائه خدمات برای همه افراد و با هزینه قابل پرداخت و هم‌چنین با کیفیت بالا صورت پذیرد، ترکیبی از دو مدل بیسمارک و بورلیج باشد. کشور آمریکا دارای وضعیت متفاوتی به لحاظ بیمه‌ای بود به طوری که با استفاده از قوانین بازار، بیمه خصوصی را به عنوان بیمه پایه خود انتخاب کرده است. این امر علی‌رغم بهبود شاخص‌های پرداخت مستقیم از جیب و هزینه‌های کمرشکن برای خانوارها، موجب افزایش ناعدالتی در مشارکت تامین مالی شده است ( $FFC=0.86$ ) [۳۱].

یافته‌ها نشان می‌دهد پایین‌ترین میزان پرداخت از جیب و هم‌چنین پایین‌ترین میزان مواجهه با هزینه‌های کمر شکن به نسبت هر خانوار در بین کشورهای مورد بررسی مربوط به کشور فرانسه و بالاترین میزان پرداخت از جیب و میزان مواجهه با هزینه‌ای کمرشکن به نسبت هر خانوار مربوط به کشور کره جنوبی می‌باشد که هر دو از مدل بیمه‌های اجتماعی در ساختار سیستم سلامت خود بهره‌مند می‌باشند. اختلاف موجود در بین این دو کشور می‌تواند به تفاوت در درآمد سرانه این کشورها و بازتوزیع درآمد در آنها باشد. مطابق یافته‌ها کشورهای آلمان، انگلیس، کانادا و دانمارک [۳۱] دارای بالاترین میزان مشارکت عادلانه در تامین مالی بودند و

۳- مشارکت در پرداخت بر اساس توانایی مالی و بدون توجه به خطرات بهداشتی افراد

۴- مکانیسم مناسب جهت جمع‌آوری منظم مشارکت‌ها

۵- انتخاب مراقبت‌های بهداشتی با توجه به نیازهای بهداشتی

۶- برنامه‌ریزی جهت کمک‌های اجتماعی برای پوشش جمعیت‌های آسیب‌پذیر

۷- پوشش حجم زیادی از جمعیت

۸- تجمیع مشارکت‌های اعضا و وجوه جمع‌آوری شده در یک صندوق و یا مجموعه‌ای از صندوق‌ها [۲۴].

این نوع مدل بیشتر در آلمان اجرا می‌شود و دولت کارفرمایان و کارکنان را مجبور به پرداخت بیمه اجتماعی جهت تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی می‌کند و هم‌چنین خدمات بهداشتی درمانی توسط ارائه‌کننده‌گان خصوصی انجام می‌گیرد [۱۸، ۲۵].

بسیاری از کشورها در دنیا هستند که در سیستم بهداشت درمان خود در کنار مدل‌های گفته شده از مدل بیمه‌های خصوصی نیز جهت پوشش جمعیتی افراد استفاده می‌کنند. در این نوع مدل که بیشتر در کشورهای آمریکا و سوئیس کاربرد دارد، ارائه خدمات و تامین مالی تحت مالکیت و مدیریت نهادهای خصوصی فعال در اقتصاد بازار آزاد است. مشخصه اصلی این نوع بیمه، تامین مالی به وسیله افراد و کارفرما است و مبتنی بر اشتغال و یا خریدهای فردی بیمه بهداشت خصوصی می‌باشد [۲۶، ۲۸].

کشورها از مدل‌های مختلف بیمه‌ای برای محافظت مالی و پوشش حداکثری مردم استفاده می‌کنند. در جدول شماره ۱ وضعیت کشورها بر اساس نوع مدل بیمه مورد استفاده آورده شده است. (جدول ۱)

بر اساس مدل بیمه مورد استفاده در کشورها و سیاست‌های محافظت مالی، شاخص‌های مشارکت عادلانه در تامین مالی نظام سلامت وضعیت متفاوتی دارند. در نمودار شماره ۲ وضعیت کشورها بر اساس شاخص‌های عدالت در تامین مالی سلامت مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به مدل بیمه‌ای مورد استفاده و سیستم تامین مالی موجود در این کشورها که مشارکت در پرداخت هزینه‌های سلامت بر اساس توانایی پرداخت و ناشی از درآمد افراد می‌باشد، می‌توان گفت که هر سه نوع مدل NHS، NHI و SHI در دستیابی به میزان مشارکت عادلانه در تامین مالی بالا موثر هستند.

بیمه خصوصی در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد، با این حال، استفاده از آن در درجه اول برای پوشش تکمیلی افرادی که توسط برنامه ملی پوشش نداده شده‌اند و یا خدمات خاصی که تحت پوشش برنامه ملی نیستند، کاربرد دارد. از آنجا که اکثر برنامه‌های بهداشتی ملی پوشش جامع و بدون هزینه را ارائه می‌دهند لذا نیاز کمی برای بیمه خصوصی وجود دارد. به عنوان مثال، در سوئد فقط ۲٫۵ درصد از شهروندان بیمه درمانی خصوصی دارند [۲۹،۳۰]. در مقایسه دو کشور آلمان و فرانسه، در فرانسه بیمه خصوصی هم فعالیت می‌کند. با وجود این که مشارکت عادلانه در آلمان بهتر از فرانسه هست اما پرداخت مستقیم از جیب و پرداخت فاجعه بار در آلمان نسبت به فرانسه بالا می‌باشد. این می‌تواند نشان‌دهنده پوشش بیمه‌ای مکمل در جهت محافظت مالی از خانوارها در برابر هزینه‌ای سلامت توسط بیمه‌های خصوصی باشد که می‌تواند در کشورها مورد استفاده قرار گیرد.

امروزه ورود سیستم بیمه‌ای در کشورها برای پوشش هزینه‌های بهداشتی درمانی امری ضروری است. اما باید در نظر داشت سیستم بیمه‌ای در هر کشوری باید براساس منابع و زیر ساخت‌های آن انتخاب و اجرا گردد تا بتواند به اهداف خود از جمله محافظت مالی دست پیدا کند. یافته‌های مطالعه نشان داد سیستم‌های بیمه‌ای اجتماعی، بیمه‌های ملی و سیستم ملی بهداشتی می‌توانند عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان دهند. با این وجود کشورها باید براساس شرایط خود نسبت به انتخاب نوع سیستم بیمه‌ای اقدام کنند.

جدول ۱ - لیست کشورها بر اساس نوع بیمه‌های سلامت مورد استفاده

| کشور      | بیمه درمان اجتماعی | بیمه خصوصی | نظام طب ملی | بیمه درمان ملی | توضیحات   |
|-----------|--------------------|------------|-------------|----------------|---|
| فرانسه    | *                  | *          |             |                | دارای بیمه اجباری سلامت می‌باشد. بیمه درمان خصوصی جهت پوشش خدمات تکمیلی و همچنین به عنوان پوشش هزینه ای مازاد عمل می‌کند.     |
| آلمان     | *                  |            |             |                | دارای بیمه اجباری سلامت   |
| انگلیس    |                    | *          | *           |                | NHS (تامین مالی از طریق مالیات)، فقط دارای بیمه درمان خصوصی می‌باشد که جهت پوشش خدمات تخصصی دریافتی خارج از سیستم ارجاع و ... |
| استرالیا  |                    | *          |             | *              | بیمه سلامت دولتی (نظام مدیکیر) و خصوصی  |
| ژاپن      | *                  |            |             |                | اغلب طرح های بیمه تحت پوشش بیمه اجتماعی می باشد.  |
| کره جنوبی | *                  | *          |             |                | دارای برنامه بیمه سلامت اجباری و بیمه درمان خصوصی جهت پوشش هزینه ای مازاد   |
| کانادا    |                    |            |             | *              | دارای بیمه سلامت دولتی مختص هر ایالت و حمایت دولت مرکزی از برنامه های ملی از طریق بیمه سلامت مدیکیر                           |
| آمریکا    |                    | *          |             |                | بیمه خصوصی سلامت و بیمه سلامت دولتی (نظام مدیکیر و مدکید)   |
| دانمارک   |                    |            | *           |                | -----   |

جدول ۲ - میزان شاخص‌های عدالت در تامین مالی سلامت بر اساس کشورهای منتخب

| کشور      | پرداخت مستقیم از جیب (%) (۳۳) | هزینه های کمر شکن (۳۲) (% نسبت خانوار) | شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی (۳۱) |
|-----------|-------------------------------|--|--|
| فرانسه    | ۶                             | ۰,۰۱                                   | ۰,۸۸۹                                  |
| آلمان     | ۱۳                            | ۰,۰۳                                   | ۰,۹۱۳                                  |
| انگلیس    | ۱۰                            | ۰,۰۴                                   | ۰,۹۲۱                                  |
| استرالیا  | ۱۹                            | --                                     | --                                     |
| ژاپن      | ۱۴                            | --                                     | ---                                    |
| کره جنوبی | ۳۶                            | ۱,۷۳                                   | ۰,۸۴۷                                  |
| کانادا    | ۱۴                            | ۰,۰۹                                   | ۰,۹۱۳                                  |
| آمریکا    | ۱۱                            | ۰,۵۵                                   | ۰,۸۶۰                                  |
| دانمارک   | ۱۳                            | ۰,۰۷                                   | ۰,۹۲۰                                  |

**Reference:**

- 1- Dror DM, Jacquier C. Micro-insurance: Extending Health Insurance to the Excluded. *International social security review*, 1999; 52(1): 71-97.
- 2- King M. Community health worker extra hands for a doctor. *Trans Mohammadloo S, Pashapoor N) Urmia: Takvin*; 2000.
- 3- Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008; 1136(1): 161-71.
- 4- Organization WH. *The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization*; 2000.
- 5- Orszag PR, Emanuel EJ. Health care reform and cost control. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(7): 601-3.
- 6- Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. *Erasmus University, Rotterdam and IPS, Colombo*; 2005.
- 7- Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health policy*, 2007; 83(2): 304-13.
- 8- Wade RH. Making the world development report 2000: attacking poverty. *World Development*, 2001; 29(8): 1435-41.
- 9- Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, Have At, Baltussen R. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2012; 90(9): 685-92.
- 10- Berkhout E, Oosting H. *Health Insurance in Low Income Countries: Where is the evidence that it works?*; 2008.
- 11- Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical medicine & international health*, 2005; 10(8): 799-811.
- 12- Churchill CD. What is insurance for the poor? *Protecting the poor: A microinsurance compendium*. 11: *International Labour Organization (ILO) in association with GSE Research*; 2006: 11-24.
- 13- Zare H. *Basic Health Insurance: Principles, Structure, Coverage and Regulation*. Tehran: *Medical Services Insurance Organization Publication*; 2006: 37-45.
- 14- Flood C. *International health care reform: a legal, economic and political analysis*: Psychology Press; 2003.
- 14- Noland & Esmith. *Economic of health and health care*. Garden; 2003: 532.
- 15- Karimi S, Ziari NB. *Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs*. Director General, 2013; 9(7).
- 16- Rodin J, de Ferranti D. *Universal health coverage: the third global health transition? The Lancet*, 2012; 380(9845): 861-2.
- 17- Act C. *An Overview of US Health Care Delivery*. 9781284037753\_CH01\_PASS 03.indd 20-1.
- 18- Reid TR. *The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care*: Penguin; 2010.
- 19- *World Health Organization, Europe ROF, Copenhagen. Health Care Systems in Transition Canada*; 1996.



- 20- Marchildon GP, Mossialos E, Allin S. Health systems in transition: Canada. European Observatory on Health Systems and Policies Copenhagen; 2005.
- 21- Boyle S. Health Systems in Transition: United Kingdom (England): Health System Review: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- 22- Carrin G, Desmet M, Basaza R. Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and non-profit health insurance organizations. Building social security: The challenge of privatization; 2001.
- 23- WHO. Regional overview of social health insurance in South-East Asia. SEA-HSD-274 Regional Office for South-East Asia, New Delhi; 2004: 12-4.
- 24- Santerre RE, Neun SP. Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies. Chicago: Irwin; 1996.
- 25- Kulesher RR, Forrestal EE. International models of health systems financing. Journal of Hospital Administration, 2014; 3(4): 127.
- 26- McPake B, Kumaranayake L, Normand CE. Health economics: An international perspective. New York, NY: Routledge; 2002.
- 27- Graig L. A. Health of nations: an international perspective on U.S. health care reform (3rd ed.). Washington, DC: Congressional Quarterly; 1999.
- 28- Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. WHO regional publications European series, 1997: 72.
- 29- Flood CM, Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. Health Economics, Policy and Law, 2010; 5(3): 219-341.
- 30- Murray CJ, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism Geneva: World Health Organization, 2003; 12.
- 31- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The lancet, 2003; 362(9378): 111-7.
- 32- WHO. Out-of-pocket expenditure on health as a percentage of private expenditure on health (US\$) Last update: April 12, 2016 <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.