

تأثیر بازتوزیعی بر روی تامین مالی مراقبت‌های سلامت عمومی

دکتر محمدحسن احمدپور^۱

زهرا مشایخی^۲

چکیده:

این مقاله بر روی تاثیرهای بازتوزیعی روش‌های مختلف تامین مالی بیمه‌های سلامت همگانی تمرکز دارد. ما به تحلیل تاثیرهای گزینه‌های مختلف تامین مالی بیمه‌های همگانی سلامت بر روی بازتوزیع درآمد از سمت مخاطرات خوب به مخاطرات بد و افراد با درآمد بالا به افراد با درآمد پایین می‌پردازیم.

گزینه‌های تامین مالی مورد نظر یا درآمد محور (تحت عنوان مالیات‌های مبتنی بر درآمد، مالیات‌های مستقیم و مالیات‌های غیر مستقیم)، سلامت محور («کاستنی نسبی»^۳، «کاستنی خدمتی»^۴ و «تخفیف عدم خسارت»^۵) و یا هیچ‌کدام باشند.

مقاله نشان خواهد داد دولت‌هایی که دسترسی به مراقبت‌های سلامت را جزو نیازهای اساسی شهروندان خود می‌دانند، لازم است به تاثیرهای ناشی از بازتوزیع در زمان ایجاد تغییر در روش تامین مالی مراقبت‌های سلامت توجه نمایند.

واژه‌های کلیدی: تامین مالی مراقبت‌های سلامت - بازتوزیع - مبتنی بر درآمد - مبتنی بر سلامت - تعرفه‌های ثابت

^۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، حقوق‌دان.

^۲. پژوهشگر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، بیمارستان سینا

3. Coinsurance

4. Deductibles

5. No-claims

مقدمه:

در بسیاری از کشورهای صنعتی، مبنای تامین مالی بیمه‌های سلامت، بطور فزاینده ای دچار تغییر شده‌اند. نتیجه پیشرفت‌های فناوری در بخش سلامت، تشخیص و درمان موفقیت‌تر بیماری‌ها از صد سال پیش می‌باشد. این خیز خوشایندی برای هر فرد شدیداً بیماری است و این اطمینان برای ما حاصل می‌شود که تعداد افراد بیمار بیشتری درمان خواهند شد. با این وجود، درمان‌های نوین و افزایش امید به زندگی، برای بیمه شدن، هزینه در بردارد. در نتیجه این تحولات، موسسات بیمه‌گر همگانی و خصوصی باید به دنبال روش‌هایی برای مهار افزایش هزینه‌های سلامت باشند.

در ارزیابی بیمه‌های سلامت همگانی، ما در کشورهای مختلف، اغلب ترکیبی از چندین روش تامین مالی بر اساس تاثیر متفاوت فشارهای وارده توسط هر سیستم تامین مالی را مشاهده می‌کنیم

برخی از کشورها، تامین مالی بیمه‌های سلامت خود را با مشارکت همگانی مستقیم افراد و برخی دیگر از منبع مالیات‌های عمومی تامین می‌کنند. افزایش هزینه مراقبت‌های سلامت در برخی از کشورها، باعث ایجاد تحول اساسی شده و در بسیاری از کشورها در حال ایجاد تحولات اساسی می‌باشد. تغییر روش‌های تامین مالی اغلب مشمول این تحولات قرار می‌گیرند این مسئله می‌تواند تاثیرهای مهمی بر روی عدالت نسبت به درآمد افراد داشته باشد؛ چرا که این تحولات اغلب تاثیرهای بازتوزیعی بین مخاطرات مختلف سلامت و گروه‌های مختلف درآمدی را تحت تاثیر قرار می‌دهند.

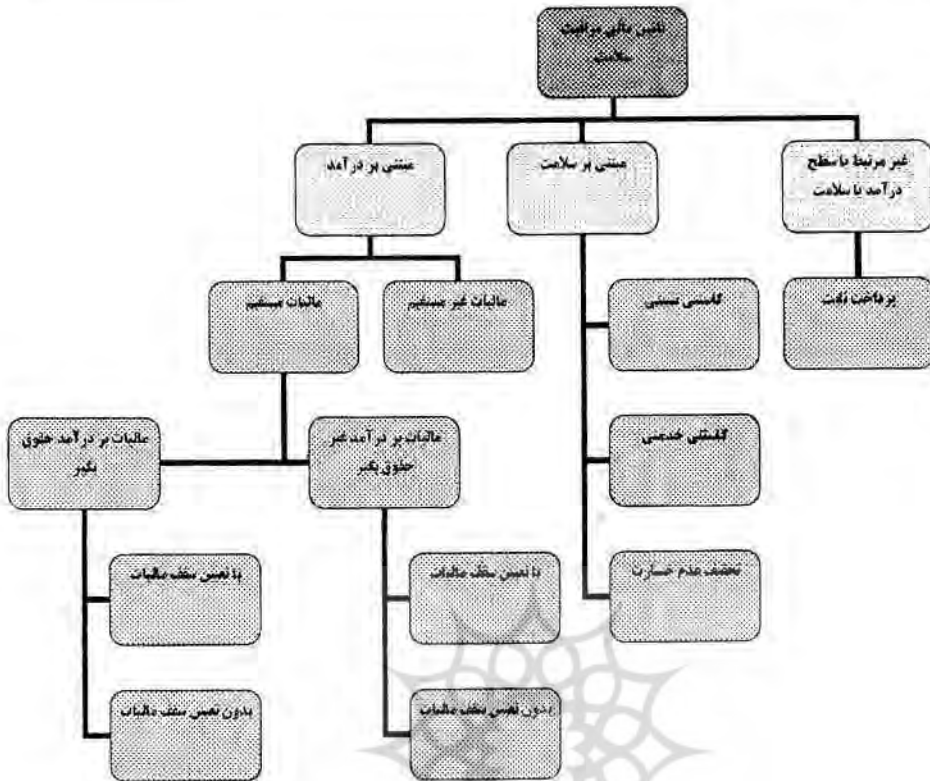
این واقعیت نیز وجود دارد که این تحولات، بر روی شاخص عدالت در دسترسی یا عدالت در استفاده از مراقبت‌های سلامت اثرگذار است با این وجود، تغییر در روش‌های تامین مالی مراقبت‌های سلامت، این دو معیار عدالت را بطور مستقیم مورد تاثیر قرار می‌دهد، در حالی‌که این عوامل بطور مستقیم با شاخص عدالت در درآمد مربوط هستند. به این دلیل، این اقدام در درجه اول بر روی توزیع درآمد افراد در داخل طرح‌های بیمه همگانی سلامت تمرکز یافته است. جهت ارزیابی تحولات مراقبت‌های سلامت و ارائه پیشنهادهای برای آینده در قالب

اصطلاحات مربوط به عدالت، لازم است ابتدا پیامدهای حاصل از گزینه‌های مختلف تأمین مالی بر روی بازتوزیع بررسی شود. در نتیجه، ما به دنبال مفاهیمی از گزینه‌های مختلف تأمین مالی بیمه سلامت همگانی می‌گردیم که بر باز توزیع درآمد از مخاطرات خوب به مخاطرات بد سلامت و از مشارکت بیشتر افراد با درآمد بالا به درآمد پایین تاکید نماید. تحلیل ما به طور ویژه روی کشورهای اروپایی OECD برای مثال کشورهایی از این گروه که دارای سیستم‌های مراقبت سلامت توسعه یافته و کنترل شده تر باشند، تمرکز دارد.

گزینه‌های اصلاحی مختلفی جهت توسعه و بهبود مبانی تأمین مالی مراقبت سلامت وجود دارد. کشورهایی که از روش‌های مشارکت برای تأمین هزینه‌های مالی مراقبت سلامت استفاده می‌کنند، می‌توانند به آسانی، سرعت و میزان مشارکت را افزایش دهند. سیستم‌های تأمین مالی سلامت مالیات محور می‌تواند به وسیله افزایش نرخ مالیات یا مبنای تعیین مالیات، توسعه یابند. موسسات بیمه‌گر همگانی، از هر یک از این دو روش می‌توانند استفاده کنند و یا برای کاهش هزینه‌ها و تثبیت پایه ای تأمین مالی سلامت، از طرح‌های مشارکت هزینه‌ای استفاده نمایند. همه این تغییرات، درجه باز توزیع را در مقایسه با قبل، تغییر خواهد داد. این مقاله به تحلیل افراد تحت تأثیر این طرح‌ها و نتایج مورد انتظار از اجرای این طرح‌ها خواهد پرداخت.

گزینه‌های مختلف تأمین مالی که ما با اصطلاح بازتوزیع بررسی خواهیم کرد، در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی



طرح‌های تأمین مالی مراقبت سلامت می‌تواند هم درآمد محور و هم سلامت محور باشد و یا هیچ کدام طرح‌های تأمین مالی درآمد محور، از مالیات‌های مستقیم و مالیات‌های غیر مستقیم کمک می‌گیرد. مالیات‌های مستقیم از قبیل «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر» و «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» که باید به طور مستقیم به وسیله مالیات دهنده نهایی به دولت پرداخت شود، هستند. «مالیات بر درآمد حقوق بگیر»، شامل تمامی درآمدهای مالیات‌پذیر فرد می‌شود در صورتیکه در «مالیات بر درآمد حقوق بگیر»، صرفاً بر دستمزدها مالیات بندی می‌کند و نه بر اجزاء دیگر درآمد شخص. از دیدگاه نظری، هر دو نوع مالیات‌ها می‌توانند یک سقف مشارکت داشته باشند به این معنی که بالاتر از یک مرز معین، هیچ درآمندی مشمول مالیات نخواهد بود؛

1. Health Oriented
2. Income Oriented

ولی در عمل، سقف مشارکت فقط در «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» به کار برده می‌شود. مالیات‌های غیر مستقیم از قبیل مالیات‌های اقلام مصرفی (مالیات بر مواد مصرفی که در ایران تحت عنوان مالیات بر ارزش افزوده یاد می‌شود)، ابتدا به وسیله واسطه پرداخت شده، ولی در نهایت، به مالیات دهنده نهایی منتقل می‌شود.

روش‌های تأمین مالی سلامت محور، شامل روش‌های مختلف مشارکت در پرداخت از قبیل «کاستنی نسبتی»، «کاستنی خدمتی» و «تخفیف عدم خسارت» می‌باشد. با «کاستنی نسبتی»، فقط پرداخت یک قسمت از خسارت تضمین می‌شود و سایر هزینه‌ها، باید به طور مستقیم توسط شخص بیمه شده پرداخت شود. بدین ترتیب، مخاطره هزینه‌ای بین «بیمه شده» و «موسسه بیمه‌گر سلامت» تسهیم می‌شود. در طرح‌های بیمه‌ای از قبیل «کاستنی خدمتی»، بیمه‌گر، فقط خسارات بیشتر از حد تعیین شده را پرداخت خواهد کرد. در طرح بیمه‌ای «تخفیف عدم خسارت»، یک کمک هزینه درمان است که اگر در طول مدت زمان تعیین شده از طرف بیمه شده خسارتی مطالبه نشده باشد، پرداخت می‌شود.

حق بیمه‌های مخاطره محور، از قبیل آن‌هایی که در بیمه نامه‌های خصوصی تعیین می‌شوند نیز سلامت محور هستند، اما مهمترین نکته در تنظیم یک سیستم مراقبت سلامت عمومی، توجه به اصل «نابرابری اطلاعات بین بیمه‌گر و بیمه شده»^۱ می‌باشد. برای مثال مصرف کنندگان، اطلاعات ناقصی از کیفیت و قیمت درمان‌های مختلف دارند. هر دو گزینه «ارتقای اطلاعات مصرف کننده» یا «انتخاب‌های اشتباه مصرف کننده» هزینه‌های بالایی را بر سیستم وارد می‌کنند. از طرف دیگر، موسسات بیمه‌گر در یک بازار رقابتی، با مشکل «انتخاب معکوس»^۲ روبه‌رو می‌شوند. به عنوان مثال، بار^۳ در کتاب خود تحت عنوان «تئوری اقتصادی و وضعیت رفاهی»، طی یک مطالعه مروری و تفسیری در سال ۱۹۹۲، نشان می‌دهد که بیمه درمانی خصوصی نمی‌تواند همه مخاطرات سلامت را برای همه افراد تحت پوشش خود قرار دهد. در

1. Asymmetry of Information
2. Adverse Selection
3. Barr

نتیجه، سیستم به دلیل وجود شکاف در پوشش مخاطرات و ساختارهای با انگیزش‌های نامناسب، دچار ناکارآمدی می‌شود. به این دلیل است که بیمه‌های همگانی به گونه ای طراحی شده‌اند که همه افراد با یک قیمت (حق بیمه) مشابه و بدون توجه به وضعیت سلامتی آنها بیمه شوند. بنابراین، حق بیمه‌های مخاطره محور، گزینه مناسبی برای مراقبت سلامت همگانی نیستند و بنابراین در این طرح مطرح نمی‌شوند.¹ در نهایت مراقبت‌های همگانی سلامت می‌تواند هم مبتنی بر درآمد و هم مبتنی بر پرداخت‌های ثابت غیر مرتبط با سلامت باشد که معادل پولی آن میانگین مخاطرات است.

تأمین مالی درآمد محور

به طور کلی، برای این که حد و مرز عادلانه تعیین مالیات مشخص شود، دو اصل مختلف در جهت مالیات بندی عادلانه مطرح شده است: اصل انتفاع و اصل توان پرداخت. «اصل انتفاع از مالیات»² بیان می‌کند آنهایی که استفاده بیشتری از محصول یا خدمت می‌برند، باید نسبت به آن‌هایی که استفاده کمتری می‌برند، مالیات بیشتری جهت تولید (محصول) یا خدمت پرداخت کنند. به عنوان مثال، افراد استفاده کننده از خدمات بخش دولتی، باید مطابق با منافع حاصل از خدمت دریافت شده مالیات پرداخت کنند. اگر ما این اصل را در تأمین مالی مراقبت سلامت استفاده کنیم، آنگاه هر شخصی باید بر اساس میزان استفاده خود از خدمات درمانی مالیات پرداخت کند. در این صورت، برای مخاطرات بالای سلامتی، وضعیت نامناسبی پیش می‌آید؛ به ویژه زمانی که آنها (مؤسسات بیمه گر) مسئولیتی در قبال وضعیت سلامتی بیمه شدگان نداشته باشند. لذا، این شرایط مخالف مفهوم برابری در دستیابی به مراقبت سلامت است. زیرا این

¹ در این مقاله، مؤسسات بیمه گر به شدت تابع ضوابط دولتی نیز به عنوان بیمه گر همگانی در نظر گرفته شده اند. حتی اگر که ارائه خدمات و تأمین مالی آنها کاملاً توسط بخش خصوصی انجام شود. بنا بر این سیستم بیمه درمان در کشورهایی نظیر هلند و سوئیس، با وجودی که خصوصی می‌باشند، به عنوان عمومی در نظر گرفته شده اند چون پوشش بیمه درمان پایه برای تمام شهروندان و کارگران خارجی اجباری می‌باشد و ضوابط ارائه خدمات بیمه ای پایه را نیز دولت تعیین می‌کند.

² . Benefit Principle of Taxation

شیوه افراد را از استفاده از تسهیلات درمانی باز می‌دارد. اگر ما برآستی نگران دستیابی برابر به مراقبت سلامت باشیم، این موضوع یک استدلال قوی برای تفکیک بین میزان پرداخت‌ها و میزان استفاده از مراقبت سلامت را فراهم می‌سازد. یک انتقاد دیگر در خصوص اصل انتفاع، دغدغه باز توزیع درآمد پس از پرداخت‌های مراقبت سلامت است که به صورت خالص صورت می‌گیرد. پرداخت‌های اضافی برای مراقبت سلامت نباید تأمین نیازهای اساسی از قبیل غذا، مسکن، آموزش که یک وضعیت اخلاقی خاص دارد را به خطر اندازد. اگر استفاده از مراقبت سلامت با درآمد رابطه عکس داشته باشد، مثلاً در شرایطی که افراد فقیر، از سلامت کمتری برخوردار باشند، از این که بخش عمده‌ای از درآمد خود را صرف دریافت مراقبت سلامت کنند، رنج خواهند برد. بنابراین به طور خلاصه کاربرد اصل انتفاع در تأمین مالی مراقبت سلامت به معنای یک تبعیض قوی در برخورد با بیماری و فقر است.

از سوی دیگر، «اصل توان پرداخت»^۱ توضیح می‌دهد که هر کس باید برای خدمات بیمه همگانی، بر طبق توانایی اقتصادی خودش، که به طور معمول به وسیله درآمد یا حقوق ماهیانه سنجیده می‌شود، مالیات پرداخت کند در میان سیاست‌گذاران OECD، یک توافق نامه جامع برای اصل تأمین مالی مراقبت سلامت بر اساس توانایی پرداخت امضاء شده است. با این حال واگستاف و دوورسیلر^۲ معتقدند که در مجموع، بررسی‌های محدودی در مورد جنبه‌های اخلاقی اصل توان پرداخت در تأمین مالی مراقبت سلامت انجام شده است استدلال‌هایی که در مغایرت با «اصل انتفاع» وجود دارد، هیچ استدلالی بر دفاع از «اصل توان پرداخت» ارائه نمی‌کند، چرا که تفکیک ماهیت «پرداخت» از «استفاده از مراقبت سلامت» از طریق «پرداخت یک مبلغ ثابت» یا «مالیات تجمیعی» امکان‌پذیر است. بنابراین شخص به آسانی می‌تواند بدون توجه به مبلغ پرداختی، از مراقبت‌های سلامت مورد نیاز خود استفاده کند، اما این بدان معنی نیست که میزان پرداخت با توانایی پرداخت ارتباط دارد.

1. Ability to pay Principle
2. Wagstaff and Doorsalcr

در عمل ما با یک توافق عمومی در ارتباط با «اصل توان پرداخت» در تأمین مالی مراقبت سلامت همگانی مواجه هستیم، ولی طرفداران محدودی در مورد مشارکت‌های مبتنی بر «پرداخت ثابت» وجود دارد و استقبال محدود از آن در تعداد کمی از کشورهای مثل هلند که استفاده از آن اخیراً مطرح شده است، دلیل دیگری بر این مدعا باشد. این اقبال محدود «پرداخت ثابت» شاید ناشی از آن باشد که با یک پرداخت یکسان از جانب همه، بایستی هزینه‌های مراقبت سلامت همه افراد را پوشش داد که در این صورت، اشخاص کم درآمد در پرداخت این مبلغ ثابت، با مشکل مواجه می‌شوند. برای مثال، اعضاء طرح‌های بیمه سلامت همگانی در آلمان در سال ۲۰۰۳، باید برای پوشش هزینه‌های مراقبت سلامت همگانی مبلغ ۱۸۸۵ یورو به عنوان «پرداخت ثابت» پرداخت می‌کردند. بنابراین فردی با درآمد دریافتی نزدیک به خط فقر، لازم بود ۱۷٪ از درآمد خود را صرف هزینه‌های مراقبت سلامت کنند. اگر ما دغدغه دستیابی برابر به مراقبت سلامت را داشته باشیم، این هزینه‌های بالا بدون یارانه‌های مناسب، برای اشخاص کم درآمد، قابل تحمل نیستند. از این رو حداقل دلایل کاربردی بیشتری برای روش تأمین مالی مراقبت سلامت از طریق اصل «توان پرداخت» وجود دارد.

اگر مراقبت سلامت، یک کالای مهم با یک جایگاه اخلاقی برجسته در نظر گرفته می‌شود، به نحوی که همه افراد باید به یک اندازه از مزایای جانبی آن برخوردار شوند، آنگاه این استدلال مساوات طلبانه، مجوز دیگری را برای پذیرش «اصل توان پرداخت» بوجود می‌آورد. چیزی که می‌تواند در اینجا مورد بحث قرار گیرد عضویت یکسان در یک مجموعه سیاسی است (مثلاً دولت محلی) و دستیابی و بهره‌گیری برابر از سیستم مراقبت سلامت، مستلزم بودن یک روش تأمین مالی است که خسارات جانبی را به یک اندازه از اعضاء طلب کند. بر اساس ادبیات مالیاتی، این وضعیت به طرحی تفسیر می‌شود که هر مالیات پرداز، استفاده برابری از آخرین واحد درآمدش را کسب می‌کند. با این حال واگستف و دورسلیر^۱ به درستی اشاره می‌کنند که این گزینه، توضیح نمی‌دهد که چرا سیاست‌گذاران، مراقبت سلامت را به عنوان یک وضعیت منحصر به فرد در نظر می‌گیرند، تا آنکه با نگاه وسیعتری، به تأثیر تأمین مالی طیف گسترده‌ای

1. Wagstaff and Doorslaer

از خدمات مهم از دیدگاه اخلاقی بر توزیع درآمد نگاه کنند. به عبارت دیگر، چه چیزی باعث می‌شود که مراقبت سلامت این قدر مهم باشد که ما باید تحت هر شرایطی از «اصل توان پرداخت»^۱ تأمین مالی آن پیروی کنیم. در حالی که ما یک چنین سخت‌گیری را در تأمین مالی سایر اجناس و خدماتی که اهمیت اخلاقی مشابهی برخوردارند، اعمال نمی‌کنیم؟ چرا ما به مجموعه این خدمات به طور یک کاسه نگاه نمی‌کنیم؟ یک دلیل احتمالی ممکن است این باشد که درک ما از اهمیت مراقبت سلامت به واسطه شرایط تاریخی و وضعیت سیاسی جامعه ما شکل گرفته است. از این رو اهمیت ویژه‌ای که ما به سلامت می‌دهیم، ریشه در فرهنگ و افکار و ادراک عمومی ما دارد. ولی این موضوع، هنوز چگونگی به وجود آمدن این ادراکات و این که ما چگونه این وضعیت را نهادینه کرده، به این معنی که توجیه ما برای وضعیت ویژه‌ای که برای مراقبت سلامت قایلیم، چیست را شرح نمی‌دهد.

بنابراین، اگر چه می‌توانیم اکنون درباره اصل انتفاع در تأمین مالی مراقبت سلامت همگانی بحث کنیم و حداقل دلایل کاربردی برای به کارگیری اصل توان پرداخت را پیدا کنیم، ولی این موضوع تأثیرهای انواع متفاوت طرح‌های درآمد محور برای تأمین مالی مراقبت سلامت را تشریح نمی‌کند. چنان‌که از شکل ۱ می‌توان مشاهده کرد، انواع مختلف مالیات‌ها می‌تواند در تأمین مالی مراقبت سلامت بطور گسترده‌ای مورد استفاده قرار بگیرد. مراقبت سلامت می‌تواند به وسیله مالیات‌های مستقیم و یا مالیات‌های غیر مستقیم (مالیات بر مواد مصرفی) تأمین مالی شود، در جایی که مالیات‌های مستقیم می‌تواند شکل «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر»^۱ یا «مالیات بر درآمد حقوق بگیر»^۲ را به خود بگیرد. ما اکنون در مورد تأثیرهای باز توزیع این گونه گزینه‌های درآمد محور تأمین مالی مراقبت سلامت بحث خواهیم کرد.

1. Personal Income Tax
2. Payroll Tax

مالیات‌های غیر مستقیم

اهمیت مالیات‌های غیر مستقیم، از قبیل «مالیات بر مواد مصرفی»^۱ در تأمین مالی مراقبت سلامت از کشوری به کشور دیگر متغیر است. در سال ۱۹۸۷ تقریباً ۰.۴٪ از هزینه‌های مراقبت سلامت در ایرلند از مالیات‌های غیر مستقیم تأمین می‌شد، در مقابل در فرانسه (بین سال‌های ۱۹۸۴ تا ۱۹۸۹) تقریباً صفر درصد این هزینه‌ها از این منبع تأمین می‌شد. سایر کشورهایی که به طور گسترده روی مالیات‌های غیر مستقیم تکیه دارند شامل بریتانیا و پرتغال هستند (یعنی بیش از یک سوم)، در صورتی که هلند و سوئیس جزء آن دسته از کشورهای هستند که تنها ۵ درصد از هزینه‌های مراقبت سلامت شان از مالیات‌های غیر مستقیم تأمین می‌شود. مالیات‌های غیر مستقیم از قبیل مالیات بر درآمد، نسبت به مالیات‌های مستقیم از دیدگاه اقتصادی کارآمدتر به نظر می‌رسند. مزیت مهم مالیات‌های غیر مستقیم به عنوان ابزاری برای تأمین مالی مراقبت سلامت این است که می‌تواند به طور انتخابی برای تغییر رفتارهای غیر سالم از طریق وضع مالیات بر مصرف بالای کالاهایی مثل نیاکو یا الکل به کار گرفته شود.

مالیات‌های غیر مستقیم در عین حال، طبیعتاً (برای افراد کم درآمد) بسیار کاهنده هستند، به این معنی که فقرا بخش عمده‌ای از درآمدها را صرف کالاهای مشمول مالیات می‌کنند. بنابراین اثر بازتوزیعی مالیات‌های غیر مستقیم، از فقرا به ثروتمندان می‌باشد. بطور نمونه واگستف^۲ و همکارانش، این اثر را به شکل زیر نشان داده‌اند. آنها در ارزیابی شان از تحولات تأمین مالی مراقبت سلامت در ۱۲ کشور OECD، شاخص کاکوانی^۳ را به کار برده‌اند. شاخص پیشرفت مالیات‌های غیر مستقیم استفاده شده برای تأمین مالی مراقبت سلامت در همه کشورهای بررسی شده منفی است. افزایش مقدار مطلق درآمدهای حاصل از ارائه مراقبت سلامت به وسیله این منبع، باعث کاهش سهم آن از منابع تأمین مالی بخش سلامت شده است

1. Consumption Taxes
2. Wagstaff
3. Kakwani

همگام با همه گزینه‌های تأمین مالی که مبتنی بر سلامت نیستند، مالیات‌های غیر مستقیم، یک اثر بازتوزیعی از افراد سالم به بیماردارند. هرچند میزان این تأثیر، به درآمد فرد بستگی ندارد، ولی به میزان مصرف اشخاص مربوط می‌شود. دو فرد را در نظر بگیرید: یک فرد سالم که مراقبت سلامت دریافت نکرده یا به میزان کم دریافت کرده و دیگری فرد بیماری که به میزان زیاد، مراقبت سلامت دریافت کرده است. با روش مالیات بر درآمد، اگر دو نفر درآمد مشمول مالیات مشابهی داشته باشند، مالیات یکسانی نیز پرداخت می‌کنند و خدمات مراقبت سلامت از شخص سالم به شخص بیمار باز توزیع می‌شود. با روش‌های مالیات غیر مستقیم، مثل «مالیات بر مواد مصرفی»، این مقدار مصرف است که میزان مشارکت فرد را تعیین می‌کند، نه میزان درآمد. از این رو اگر هر دو نفر میزان مصرف مشابه داشته (و خدمات مربوطه مشمول مالیات بر مصرف باشد)، ولی لزوماً درآمد مشابهی نداشته باشند، مراقبت سلامت از سالم به بیمار باز توزیع می‌شود زیرا هر دو آنها به میزان برابر مالیات مبتنی بر مصرفشان را پرداخت می‌کنند. این اثر اگر به طور میانگین مصرف سالم بیشتر از بیمار باشد، تقویت می‌شود، به دلیل این که از قبل مالیات بر مصرف بیشتری نسبت به دومی پرداخت کرده است.

«مالیات بر درآمد حقوق بگیر»^۱ یا «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر»^۲

استفاده از مالیات‌های مستقیم (عمدتاً «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر») و «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» (مانند مشارکت‌های بیمه اجتماعی) نیز از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. برای مثال، در سوئد و دانمارک بیش از دو سوم از هزینه‌های مراقبت سلامت به وسیله مالیات‌های مستقیم تأمین مالی می‌شود، در حالی که آلمان و فرانسه به میزان زیاد به مشارکت‌های بیمه اجتماعی تکیه می‌کنند. اسپانیا و هلند نیز بسیار زیاد به «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» تکیه کرده‌اند. ولی اهمیت «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» در تأمین منابع مراقبت سلامت به طور قابل ملاحظه‌ای به دنبال اصلاحات سیستم‌های تأمین مالی مراقبت سلامت

1. Payroll Tax
2. Personal Income Tax

کاهش یافته است. نظر به مسن تر شدن جوامع و افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت، تأمین مالی در مراقبت سلامت بر اساس «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» ممکن است مشکل ساز شود. افزایش مورد نیاز مالیات‌ها برای متعادل نگه داشتن هزینه‌های عمومی، هزینه‌های نیروی انسانی را افزایش می‌دهد که به طور معمول این تغییر به سمت افزایش ناخواسته بیکاری، فشار بیشتری را بر روی سیستم تأمین مالی (با فرض ثابت بودن سایر شرایط) ایجاد می‌کند. علاوه بر کنترل هزینه‌ها، استفاده از مالیات بر درآمد کل یا منابع دیگر تأمین مالی ممکن است این مشکل را کاهش دهد تا این‌که بار مالی ایجاد شده، برای مدت طولانی صرفاً بر دستمزدها باقی نماند.

بطوری که در بالا اشاره شد، مالیات بر درآمد بدون توجه به این‌که چه نوع از درآمد مطرح شده است سبب بازتوزیع مراقبت سلامت از افراد سالم به بیمار شده است. در مورد بازتوزیع بین گروه‌های درآمد، واگستف و همکارانش نشان می‌دهند در ۱۲ کشور مطرح شده در مطالعه آنان، مالیات‌های مستقیم فزاینده هستند، بدون توجه به مقداری که مالیات‌های مستقیم، هزینه‌های مراقبت سلامت را در کشورهای مربوطه تأمین مالی می‌کنند. مشارکت‌های بیمه اجتماعی در آلمان و هلند سیر نزولی دارند، ولی در فرانسه صعودی هستند. هر سه کشوری که بر مشارکت بیمه اجتماعی تکیه زیادی کرده‌اند، سالها به وسیله واگستف مورد مطالعه قرار گرفتند. سیر نزولی «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» در هلند و آلمان به علت تعیین سقف مشارکت و احتمال تخفیف تمام یا بخشی از هزینه‌ها بوسیله سیستم بیمه اجتماعی ایجاد شد. در کشورهایی مانند ایتالیا، اسپانیا یا بریتانیا که کمتر ولی نه به میزان ناچیز روی مشارکت بیمه اجتماعی تکیه کرده‌اند (بین ۲۰ تا ۴۰ درصد از هزینه‌های کل مراقبت سلامت)، میزان «مالیات بر درآمد حقوق بگیر»، صعودی بوده است.

در نتیجه، هم «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر» و هم «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» حداقل زمانی که سقف کمک یا سقف مشارکت وجود ندارد، عملاً بازتوزیع را ایجاد می‌کنند. بر اساس میزان منابع مختلفی که برای مالیات ممکن باشد، تاثیرهای بازتوزیع متفاوت خواهد بود. اگر فردی دارای انواعی از درآمد بوده و سرجمع آنها وضعیت اقتصادی او را تشکیل دهند، مبنای

مالیاتی اهمیت خواهد داشت؛ برای مثال اگر درآمد فرد از طریق سرمایه‌گذاری، دریافت اجاره بها یا موارد مشابه آن تشکیل شود، مبنای تعیین مالیات او مناسب برای افراد کم درآمد نخواهد بود. «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» که طبق تعریف مالیات فقط به دستمزد تعلق می‌گیرد، نسبت به «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر» تاثیرهای بازتوزیع کمتری دارد. در این مورد افراد فقیر سهم بیشتری از درآمد خود را برای مراقبت سلامت نسبت به ثروتمندان پرداخت می‌کنند. مزیت «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» که برای مراقبت سلامت اخذ می‌شود، مستقل از «مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر» که درآمدهای عمومی را افزایش می‌دهد، این است که تاثیرهای بازتوزیع هر یک از آنها می‌تواند به طور متفاوتی محقق شود. به عنوان مثال، «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» می‌تواند تصاعدی در نظر گرفته شود. اگر سیستم مراقبت سلامت عمومی از طریق مالیات عمومی هم بارانه دریافت کند، می‌تواند با افزایش مالیات بر درآمد همراه شود؛ چنان‌که در بسیاری از کشورها از این روش استفاده می‌شود و در این صورت، سرعت پیشرفت سیستم از حالتی که فقط از «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» استفاده شود، بیشتر خواهد بود.

مشخصه دیگر «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» این است که اگر بخشی از هزینه‌های بیماری به وسیله بیمه سلامت همگانی پوشش داده شود، «اصل انتفاع» در آن به صورت نسبی مد نظر قرار می‌گیرد.

از منظر رفاه اجتماعی ثابت شده که یک ترکیب مناسب از بازتوزیع درآمد و بازتوزیع از فرد سالم به بیمار، از یک مالیات حداکثری مبتنی بر درآمد صرف بهتر است. برای مثال اگر رفاه اجتماعی اشخاص نه فقط ظرفیت کسب درآمدها بلکه به وضعیت سلامت آنها نیز مربوط می‌باشد، افراد در معرض ابتلا به بیماری‌های احتمالی مختلفی خواهند بود و مشخص شده است که تعدیل کردن و افزایش مالیات بر درآمد برای پوشش مخاطره سلامت غیر ممکن و غیر عملی است. در این شرایط، طرح بیمه سلامت عمومی یک روش مناسب جهت افزایش رفاه اجتماعی اشخاص با احتمال برخورداری کمتر از این خدمات را ارائه می‌دهد.

ولی آیا مالیات بر درآمد اکثریت جامعه را حمایت می‌کند؟ با یک روش اقتصادی-سیاسی، کیفمن^۱ نشان داده است که از دیدگاه قانون اساسی، یک سیستمی که بازتوزیع درآمد را با بازتوزیع از سالم به بیمار ترکیب می‌کند، می‌تواند تحت شرایط معینی مورد توجه فقرا و ثروتمندان هر دو باشد. اگرچه ثروتمندان بخشی از درآمد خود را به فقرا منتقل می‌کنند، اما آنها از پوشش بیمه سلامت همگانی نیز بهره‌مند می‌شوند. به دلیل این‌که این حق بیمه، مخاطرات آنها را تضمین می‌کند. حمایت اجتماعی مناسب صرفاً زمانی حاصل می‌شود که درآمد به صورت معتدل اما به اندازه کافی به نحوی بازتوزیع شود که توان پوشش حمایتی از فقرا با مخاطرات سلامت پایین را نیز دارا باشد. حمایت از چنین سیستمی به وسیله اشخاص ثروتمند را ممکن است بتوان مستقر ساخت اگر با تعیین سقف مشخصی برای مشارکت، این بازتوزیع درآمد محدود شود.

تعیین سقف مشارکت یعنی این‌که برای درآمدهای بالاتر از یک حد معین، مشارکت یا مالیات تعیین نمی‌شود. سقف مشارکت، سیر فزاینده مالیات را در نقطه معینی، محدود می‌کند و باعث کاهش درآمدهای مالیاتی به شرحی که در بالا گفته شد، می‌شود. به طوری که هر چه سقف مشارکت کمتر تعیین شود، باعث کاهش توسعه تأمین مالی طرح مراقبت سلامت می‌شود. برای اشخاص با درآمد بالاتر از سقف مشارکت مراقبت سلامت، «پرداخت ثابت» و بدون افزایش صورت می‌گیرد. در خصوص کشور آلمان، این مسئله در کنار قانونی که به افراد با درآمد بالاتر از یک حد معین اجازه داده شده که خود را از قانون بیمه اجباری خارج نموده و تنها به صورت اختیاری تحت پوشش بیمه‌های سلامت عمومی قرار گیرند، تشدید شده است. به نحوی که افراد ثروتمند می‌توانند از بیمه سلامت اجتماعی خارج شده و باعث کاهش تاثیرهای بازتوزیعی شود.

پرداخت ثابت

^۱. Kifmann

در اینجا مختصری در مورد تأمین مالی بیمه سلامت از طریق «پرداخت ثابت» توضیح داده شده است. این نکته ممکن است به دلیل تمایل بیشتر مردم در بسیاری از کشورها به پذیرش بهتر روش‌های یکپارچه باشد. در شرایطی که روش‌های پرداخت ثابت، بازتوزیع را صرفاً از افراد سالم به بیمار انجام می‌دهند، جامعه اغلب شکل بازتوزیع درآمد از ثروتمند به فقیر را بیشتر می‌پسندد. برای رسیدن به هر دو هدف اصلی ترین‌رگن^۱ پیشنهاد می‌کند که ما حداقل به دو ابزار مؤثر برای رسیدن به این اهداف نیاز داریم و گرنه یکی از هدف‌ها نمی‌تواند به طور کامل محقق شود. همچنین «بربر و هافلر^۲» توصیه می‌کنند که بازتوزیع درآمد باید از طرح بیمه مستقل باشد و به سمت سیستم مالیات تغییر جهت دهد. در حالی که بازتوزیع در میان مخاطرات مختلف سلامت، که از طریق «پرداخت ثابت» تأمین مالی می‌شود، وظیفه اساسی بیمه‌های سلامت باقی می‌ماند. در نتیجه، اولاً این آسانتر و بسیار مؤثرتر است که از مشارکت هزینه ای افراد از طریق قراردادهای بیمه استفاده شود تا هیچ کس بیش از این، دغدغه بازتوزیع درآمد را نداشته باشد. این امر موجب افزایش انگیزه جهت عقد قرارداد بیمه خواهد شد و بنابراین، در موسسه بیمه‌گر نیز سود مؤثری را تولید می‌کند. دوماً استفاده از بازتوزیع درآمد، منحصراً از طریق سیستم مالیات عمومی، بار اضافی مالیاتی را به وسیله انتقال بار مالیاتی از نیروی کار به مودیان مالیاتی کم تحرک تر مثل دریافت کنندگان درآمد اجاره یا سرمایه گذاری‌های موجود کاهش می‌دهد. سوماً، رقابتی میان شرکت‌های بیمه‌گر خصوصی که باید بیمه سلامت با بسته مشابه را به همه ارائه کنند، ولی می‌توانند روی تعرفه‌ها رقابت کنند، ایجاد می‌کند (مثلاً در کشور هلند بعد از اصلاحات سال ۲۰۰۶). هر چند که رقابت در تعرفه در روش‌های پرداخت مبتنی بر درآمد در صورت وجود امکان دسترسی موسسه بیمه‌گر به اطلاعات درآمدی اشخاص نیز وجود دارد. چنان‌که به عنوان مثال، در قانون بیمه اجباری کرکن کاسن^۳ مشاهده می‌شود. علاوه بر آن، استفاده از روش‌های مرسوم مشارکت در

- 1 . Tinbergen rule
- 2 . Breyer and Haufler
3. Krankenkassen

پرداخت بطور ترکیبی با روش‌های مشارکت درآمد محور، مانند پرداخت یک مبلغ معین جهت ویزیت پزشک یا هر نسخه پزشکی نیز وجود دارد.

سیستم سلامت سوئیس یک نمونه از نظام‌های تأمین مالی شده به وسیله «پرداخت ثابت» است. در سال ۲۰۰۷، میزان متوسط مشارکت ماهانه برای هر فرد بالغ به ۱۹۴ یورو رسید که در صورت محاسبه حق بیمه افراد زیر ۱۸ سال، میزان آن باز هم کاهش می‌یافت. اشخاص کم درآمد، ضربه‌های سخت تری را به وسیله «پرداخت ثابت» نسبت به اشخاص ثروتمند، متحمل می‌شوند. به این دلیل، آنها مبلغی یارانه برای پرداخت حق بیمه شان دریافت می‌کنند. این یارانه‌ها به وسیله دولت‌های ایالتی سوئیس پرداخت می‌شوند. بنابراین استفاده صرف از «پرداخت ثابت» حق بیمه به این دلیل سیر نزولی دارد که فقرا باید یک قسمت نسبتاً زیادی از درآمدشان را صرف هزینه‌های مراقبت سلامت کنند. «پرداخت یارانه‌ها» و مالیات‌های تصاعدی می‌تواند این ضعف را جبران کند؛ از آن دیدگاه اصل تینرگن به اجرا درآمد دو ابزار برای رسیدن به دو هدف استفاده می‌شود؛ که شامل اثر بازتوزیع از فرد سالم به بیمار (با استفاده از روش پرداخت ثابت) و از ثروتمند به فقیر (به وسیله یارانه و مالیات‌های تصاعدی) هستند. در واقع، جنبه‌های مثبتی بر مساوات در روش پرداخت ثابت، عامل ایجاد بازتوزیع میان مخاطرات سلامت نمی‌باشند (ارتباط معنی‌داری بین بیماری - سلامت و میزان درآمد وجود ندارد) ولی بیشتر نگرش‌های دولتی در حمایت از مردم فقیر به وسیله تأمین هزینه‌های مالی مراقبت سلامت آنها انجام می‌شود. از این رو دولت‌ها مجبور شده‌اند از درآمدهای عمومی برای بازتوزیع درآمد به سمت فقرا استفاده کنند. مجدداً به تاثیرهای بازتوزیعی انواع مختلفی از مالیات‌ها که در قسمت بالا بحث شد برمی‌گردیم.

با این حال «پرداخت ثابت» و گزینه‌های تأمین مالی وابسته به درآمد، از جنبه‌های «پرداخت یارانه» و «الگوی بازتوزیع»، با هم تفاوت دارند. «پرداخت یارانه» به فقرا در روش «پرداخت ثابت» نسبت به «الگوی بازتوزیع» در روش تأمین مالی درآمد محور، نمود بیشتری دارد. زیرا «پرداخت یارانه‌ها» باید کاربردی شوند و یک بخش جلا در بودجه دولت اختصاص داده شود. در این مسئله احتمالاً دو هدف دنبال می‌شود. اولاً اگر پرداخت یارانه‌های درآمد محور،

عملیاتی شوند، میزان برداشت افراد واجد شرایط نسبت به روش دیگر، به طور قابل ملاحظه‌ای ممکن است کمتر باشد که ممکن است به سبب «کمبود اطلاعات» یا «ترس از شناسایی شدن به عنوان فقیر» باشد این به کاهش بازتوزیع از ثروتمند به فقیر و شاید حتی از مخاطرات خوب به بد منجر خواهد شد. در بازتوزیع ناشی از روش‌های اجباری، در مدل تأمین مالی درآمد محور، تأثیر عامل «ترس از شناسایی شدن به عنوان فقیر» لحاظ نمی‌شود. دوم، به دلیل قرار گرفتن این ارقام در بودجه دولت، احتمال کاهش یافتن مبالغ «پرداخت یارانه‌ها» به دلایل مختلف از قبیل ضوابط مالی قانونی و یا تغییر در سیاست‌های حمایتی دولت، وجود دارد و بنابراین می‌تواند براحتی نسبت به سطح بازتوزیع مطابق ساختار تأمین مالی درآمد محور، کاهش بیشتری پیدا کند. برای این موضوع سه دلیل وجود دارد. اول این‌که اگر بازتوزیع هزینه در بین گروه‌های درآمدی در تأمین مالی مراقبت سلامت، همانند روش «پرداخت ثابت» کاهش یابد، نیاز به استفاده از «درآمد مالیاتی» برای «پرداخت یارانه» به فقرا ضرورت می‌یابد تا تأمین عدالت اجتماعی در سطح عمودی محقق شود. در زمان رکود اقتصادی، در آمد مالیاتی کل، که برای «پرداخت یارانه» استفاده می‌شود، ممکن است براحتی دوباره به سمت هزینه‌های مهم دولتی هدایت شود، مبه خصوص اگر این درآمدهای مالیاتی، محقق نشده باشد. از طرف دیگر، اگر بازتوزیع از طریق ساختار مشارکت در بیمه مراقبت سلامت اجرا شده باشد، جبران میزان مشارکت در مراقبت سلامت از طرق دیگری غیر از آن، تقریباً غیر ممکن خواهد شد. دوم به محض کاهش حمایت برای بازتوزیع درآمد در سیستم سلامت، کاهش مالیات‌ها و حذف «پرداخت یارانه»ها نسبت به تغییر کل سیستم از تأمین مالی دستمزدی به «پرداخت ثابت» مناسب تر است. بالاخره «پرداخت یارانه‌ها» احتمالاً نسبت به کل پرداخت‌های اشخاص جهت مراقبت سلامت کاهش می‌یابد، اگر «پرداخت یارانه‌ها» با تغییر میزان «پرداخت ثابت» ارتباط نداشته باشد (که در این حالت، انتظار می‌رود، روند افزایشی هزینه‌های مراقبت سلامت، افزایش بیشتری یابد)، به کمتر شدن بازتوزیع مجدد از ثروتمند به فقیر شود. بنابراین «پرداخت یارانه حق بیمه» در سویی نمی‌تواند به طور رضایت بخشی انتظارات مربوط به کاهش میزان «پرداخت‌های ثابت» برای فقرا را برآورده سازد.

گذشته از این، «پرداخت ثابت»، کارگران را در مقایسه با تأمین مالی درآمد محور جریمه می‌کند؛ چون دستمزدها (که مالیات براساس آنها تعیین می‌شود)، مبتنی بر وضعیت سلامت فرد هستند. یعنی اگر بیماری مانع کار کردن کارگر می‌شود، در قبال آن غرامت دریافت می‌کند. اگر درآمد یک کارگر به دلیل بیماری کم شود، پرداخت‌های مراقبت سلامت درآمد محور نیز کاهش می‌یابد، در حالی که «پرداخت ثابت» به همان اندازه ثابت باقی می‌ماند.

در مجموع، تغییر از «تأمین مالی درآمد محور» به «تأمین مالی با پرداخت ثابت»، به طور قابل ملاحظه‌ای مختصات سیستم مراقبت سلامت را تغییر خواهد داد. استفاده از روش «پرداخت ثابت» یعنی طرح تأمین مالی که در ساختار خودش بازتوزیع ندارد، احتمالاً به کاهش بازتوزیع از ثروتمند به فقیر منجر می‌شود و به دنبال آن نابرابری بیشتری در درآمد ایجاد می‌کند. دلیل این که اغلب کشورها رغبت زیادی برای استفاده از چنین روشی را ندارند نیز می‌تواند این باشد.

تأمین مالی از بخش‌های مرتبط با سلامت

در بسیاری از کشورها، تأمین مالی بخش سلامت، تنها متکی به این بخش نیست، بلکه از سایر روش‌های مبتنی بر میزان درآمد یا «تعرفه‌های ثابت» با شرایطی که در بالا ذکر شد نیز استفاده می‌کنند. در واقع، دولت‌ها سعی در کاهش یا جلوگیری از رفتارهای مخاطره آمیز اخلاقی نموده و بنابراین با استفاده از روش‌هایی مثل «کاستنی نسبتی»، «کاستنی خدمتی» و یا سایر روش‌های تسهیم مخاطرات، هزینه‌های این بخش را کاهش می‌دهند.

تصور بر این است که این ابزارها برای کنترل «مخاطرات اخلاقی» اثربخش هستند وقتی که مردم مجبور به پرداخت بخش معینی از هزینه‌های هر ویزیت پزشکی از جیب خود باشند، آنها بیشتر در جریان هزینه‌های مربوطه قرار می‌گیرند. این مسئله مردم را به این سمت سوق می‌دهد که دقت کنند که کدام مراجعه به پزشک، بیشتر مورد نیاز آنان است. در نتیجه «مخاطرات اخلاقی» کاهش یافته و بیمه‌گران همگانی بخشی از هزینه‌های خود را ذخیره می‌کنند که این خود می‌تواند در مرحله دیگری با کاهش میزان مشارکت مورد نیاز بیمه

شدگان، به صرفه جویی در هزینه‌ها نیز منجر شود. در صورت انجام این فرآیند، ممکن است تاثیرهای بازتوزیعی که در بالا توضیح داده شد، خدشه‌دار شوند. اگر در پی ارزیابی عدالت در تامین مالی بخش سلامت در قالب اصطلاحات مربوط به تاثیرهای بازتوزیعی از سمت افراد ثروتمند به فقرا و از سمت افراد سالم به بیمار باشیم، لازم است همچنین تاثیرهای سایر اجزای هزینه‌ای که بیمه شده با آن روبه‌رو است نیز مورد تحلیل قرار گیرد. با این وجود، در بسیاری از کشورهای اروپایی، سهم این بخش از پرداخت‌ها در مقام مقایسه با میزان مشارکت‌های ماهانه پرداختی توسط بیمه شدگان، کمتر می‌باشد. به عنوان مثال، بیش از ۷۰ درصد هزینه‌های هزینه‌های سلامت بوسیله بیمه‌های همگانی تامین منابع می‌شوند، خواه از طریق درآمد‌های ناشی از مالیات‌های مستقیم یا از طریق مشارکت‌های بیمه‌های درمانی. این مسئله می‌تواند در نتیجه درک مفهوم اتحاد و یکپارچگی و مسئولیت مشترک اجتماعی در این کشورها باشد. ایده غالب این است که هر فردی لازم است بدون توجه به میزان ثروت و درآمد خود، از مراقبت‌های سلامت مناسب برخوردار شود با این وجود، مشارکت‌های مالی مربوط به بخش سلامت می‌تواند تاثیر شگرفی بر میزان درآمد خانوار کم درآمد یا بیمه شدگانی که بطور حاد دچار بیماری شده داشته باشد چون در این شرایط، نیاز فوری به ویزیت پزشک و دریافت اقدامات درمانی مورد نیاز خواهند داشت.

در بخش‌های بعد، روش‌های مختلف تسهیم هزینه معرفی خواهند شد. میزان تاثیرهای این روش هابر روی تاثیرهای بازتوزیعی در بخش اول مقاله عنوان شد نیز مورد تحلیل قرار خواهند گرفت.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

کاستنی نسبی

«کاستنی نسبی» رایج‌ترین روش معرفی شده توسط بیمه‌گران همگانی برای کاهش هزینه‌های ناشی از «مخاطرات اخلاقی» است. در این حالت، پرداخت‌کننده ثالث (بیمه‌گر) سهم معین یا مبلغ ثابتی از هزینه خدمات دریافت شده را پرداخت می‌کند. مثلاً در مشارکت بیمه‌ای با سهم بیمه‌گر ۷۰ درصد، بیمار مجبور است که ۳۰ درصد هزینه‌های درمان را خود بپردازد. پرداخت این هزینه علاوه بر مبلغی است که به عنوان حق بیمه ماهانه پرداخت می‌کند که این عام می‌تواند بر روی سطح انتظار بازتوزیع تاثیرگذار باشد. در این مرحله، این پرسش بیشتر خودنمایی می‌کند که «آیا استفاده از «کاستنی نسبی» در تأمین مالی مراقبت سلامت، تاثیر مثبت یا منفی بر روی میزان عدالت در مقایسه با روش‌های مشارکت درآمد محوردارد یا خیر؟»

ابتدا ما به بررسی بازتوزیع درآمد از افراد ثروتمند به فقیر می‌پردازیم. بریر و هوفلر^۱ بر روی بازتوزیع درآمد بیش از بازتوزیع بین مخاطرات سلامت تاکید می‌کنند. آنها دریافتند در صورتی که بازتوزیع بخشی از سیستم بیمه درمانی باشد و تنها محدود به سیستم‌های عمده‌ای نباشد. یک افزایش محسوس در میزان مشارکت بیمه‌ای بیمه‌گر باعث ایجاد کاهش محسوس در میزان حق بیمه می‌شود. بطور حسی (طبیعی) در این حالت یک انگیزه برای افراد ثروتمند وجود خواهد داشت تا میزان «کاستنی نسبی» خود را نسبت به زمانی که «کاستنی نسبی» تغییر نکرده بود، کاهش داده یا قطع کنند و این بیمه‌نامه‌ها را خریداری نکنند. چرا که روش‌های «کاستنی ثابت»، به عنوان تدابیری جهت کاهش تبعات مربوط به سیستم بیمه‌های همگانی سلامت طراحی شده‌اند. در نتیجه، در یک طرح بیمه سلامت همگانی که به فرد امکان عدم مشارکت را بدهد و بتواند در شکلی که «کاستنی نسبی» کمتری را نیاز دارد و در نتیجه مشارکت کمتری را دارد، انتخاب کند، طبعاً تاثیرهای بازتوزیع کمتری از سمت افراد با درآمد بالا به افراد با درآمد پایین را نیز دنبال خواهد داشت. برای کسب اطمینان بیشتر از ایجاد پیامدهای عادلانه،

^۱ Breyer and Haufler

دولت لازم است که سطح بهینه میزان «کاستنی نسبتی» را که لازم است به صورت اجباری پرداخت شود را تعیین نماید.

فرض کنید بیمه شده موظف باشد میزان ۱۰ درصد از هزینه‌های درمان را خود بپردازد، یعنی میزان مشارکت بیمه‌ای بیمه‌گر ۹۰ درصد باشد. سهم ثابت ۱۰ درصد در این حالت، قطعاً برای افراد فقیر سهم بیشتری از درآمد آنها را شامل می‌شود تا افراد غنی؛ چرا که سهم ناچیزی از درآمد افراد غنی و سهم مهمی از درآمد افراد فقیر را تشکیل می‌دهد. در نگاه نخست، این طرح بیمه‌ای در مقایسه با طرح‌های بیمه‌ای که از این نحوه مشارکت استفاده نمی‌کنند، ناعادلانه تر بوده و اثر کمتری دارد. با این وجود، اگر «کاستنی نسبتی» در تحقق اهداف خود موفق باشد و آگاهی مردم را نسبت به میزان هزینه بالا برده و باعث کنترل «مخاطرات اخلاقی» شود، در این صورت به نظر می‌رسد که وجود مشارکت‌های بیمه‌ای کارفرما هم افراد کم درآمد و هم افراد با درآمد بالا از نبود آن بهتر باشد. احتمال کاهش هزینه‌های غیر ضرور در صورت مجبور بودن بیمار به پرداخت قسمتی از آن بالا خواهد رفت. به عنوان مثال، استفاده از درمان‌های غیر ضرور مثل ویزیت پزشکی به دلیل سرماخوردگی کاهش یافته و هزینه‌های موسسات بیمه‌گر را کاهش می‌دهد. اگر ذخیره چنین هزینه‌هایی که ناشی از کاهش «مخاطرات اخلاقی» است، زیاد باشد؛ امکان مهم تر بودن مشارکت‌های بیمه‌ای کارفرما از طریق ایجاد تاثیر مثبت بر روی کاهش مشارکت‌ها وجود خواهد داشت.

تجربه موسسه بیمه درمان «رند»^۱ که طی سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۱ در ایالات متحده بوقوع پیوست، بطور تصادفی طرح‌های بیمه‌ای مختلف به افراد اختصاص یافت. یافته‌ها نشان داد که سطح خدمات سلامت مورد استفاده با میزان پرداخت مستقیم هزینه توسط افراد نسبت مستقیم داشت. افرادی که ۲۵ درصد از هزینه درمان را باید می‌پرداختند، در حدود ۸۱ درصد مراقبت‌های رایگان را استفاده می‌کنند و افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه‌ای، معادل حدود نصف هزینه خدمات رایگان را مورد استفاده قرار دادند. گذشته از این، فقرا تمایل به مثبتی شدن از مشارکت یا پرداخت هزینه‌های مربوطه توسط دولت هستند. بنا براین مزیت کاهش

^۱. RAND

میزان مشارکت ناشی از ذخیره هزینه‌ها مشمول این گروه نخواهد شد. بنابراین اگر افراد غنی با پرداخت از جیب مواجه شوند (مجبور به پرداخت هزینه شوند) «کاستنی نسبتی» اثر منفی بر روی حداقل افراد ثروتمند خواهد داشت. در واقع، این مطالعه نشان داد که کاهش استفاده از خدمات سلامت در افراد فقیر، تاثیرهای زیان باری بر وضعیت سلامت آنها داشته است. این تاثیر منفی را می‌توان با مثبتی ساختن فقرا از پرداخت شخصی (از جیب) خنثی نمود. در این مورد، توسعه شاخص پارتو از طریق استفاده از «کاستنی نسبتی»، در صورتی که بیمه‌های درمان همگانی از طریق روش‌های درآمد محور تامین مالی شده و تعداد کمی از افراد غنی به مراقبت‌های سلامت رایگان دسترسی داشته باشند، ممکن خواهد بود. با این وجود، این توسعه شاخص پارتو تنها در صورتی معتبر خواهد بود که نگاه ما معطوف به بازتوزیع از سمت افراد غنی به فقیر باشد.

از جانب دیگر، ما به بررسی بازتوزیع از سمت افراد سالم به بیمار در کسانی که انتظار توسعه شاخص پارتو در آنها کمتر است نیز می‌پردازیم. به نظر می‌رسد که افراد مسن و افراد بیمار مزمن بیشتر نیازمند درمان باشند. بر این مبنی، این افراد با تحمیل هزینه‌های بالاتری جهت پرداخت مشارکت مالی کارفرما (در صورت داشتن بیمه مربوطه) نیز روبه‌رو می‌شوند که در صورت نداشتن آن نیاز به پرداخت آن نخواهند داشت. علاوه بر آن، بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که نابرابری در سلامت بر روی سطح درآمد فرد نیز تاثیر گذار است؛ به نحوی که اغلب افراد بیمار از میزان درآمد کمتری برخوردارند. این افراد به دو دلیل نیازمند می‌شوند: اول این‌که آنها از بیماری رنج می‌برند و دیگر این‌که هزینه‌های درمان این افراد برای آنها سنگین است و آنها از طریق «کاستنی نسبتی» مجبور به پرداخت آن هستند. با این حال، بریر^۱ پیشنهاد می‌کند در یک سیستمی که برنامه ریز اجتماعی یک سطح «کاستنی نسبتی» مختلط را انتخاب نموده که پوشش آن برای همه اجباری است و انتخاب‌هایی برای بیمه درمان مکمل جهت پوشش مخاطرات را ارائه می‌نماید، امکان توسعه شاخص پارتو به سمت افراد با مخاطرات بالا وجود خواهد داشت. در این مدل، او پیشنهاد می‌کند که بعد از استفاده از مشارکت بیمه

^۱. Breyer

کارفرما، تنها تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی مرتبط با بیماری‌های کم خطر کاهش خواهد یافت. در مورد مخاطرات با خطر بالا، به دلیل ایجاد بیماری‌های جدی، امکان کاهش تقاضا وجود ندارد. او نشان می‌دهد مخاطرات با خطر بالا، که برای آنها بیمه مکمل خریداری شده است، در صورتی که کسش قیمت برای تقاضای مخاطرات با خطر کم و به طبع آن اثربخشی بدست آمده از کاهش مصرف خدمات بهداشتی و درمانی بوسیله گروه بطور مناسبی بالا باشد، وجود «کاستنی نسبتی» از نبود آن موثر تر خواهد بود. استرکمپ^۱ به توسعه مدل بریر بوسیله تفسیر نموداری به منظور بیان میزان‌های مختلف «کاستنی ثابت» پرداخته است. او نشان می‌دهد که افتراق بین میزان‌های مختلف مشارکت بیمه‌ای بیمه شده بر اساس درآمد و بر اساس میزان حدت بیماری، اگر با میزان‌های مناسب تعیین شود، می‌تواند توجه به توسعه روش‌های تخصیص را حتی در سطحی ورای آن سطحی که بریر تعیین کرده، توسعه یابد

انتظار می‌رود افرادی که مجبور به پرداخت درصدی از هزینه درمانشان هستند، بدنبال یافتن بهترین قیمت خدمات درمانی باشند. این عامل خود رقابت بین فراهم کنندگان خدمت را افزایش داده و بنابراین می‌تواند باعث کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت خدمات شود. گذشته از آن، مثلا برای افراد مسن، که امکان فعالیت کمتری برای یافتن قیمت مناسب را دارند، کسش قیمت برای تقاضا جهت ویزیت پزشک با رفتن به نزدیک ترین داروخانه به منزل آنان و خریداروی مورد نیاز پایین تر خواهد بود این رفتار بطور واضحی اثربخشی نتایج پیاپی‌های حاصل از حالتی که کسش پذیری تقاضا بالا باشد را کاهش می‌دهد. با یک جمعیت مسن، این اثر مثبت «کاستنی نسبتی» بطور مداوم کاهش خواهد یافت.

یک روش دیگر جهت کاهش تاثیرهای منفی مخاطرات، در صورت تصویب برنامه ریزان، استفاده از یارانه‌های پرداختی به مردم است. یارانه‌ها را می‌توان به صورت مثنی ساختن کامل افراد از پرداخت مشارکت بیمه‌ای سهم بیمه شده، یا مشارکت بیمه‌ای سهم کارفرما همراه با کاهش قیمت بر اساس دامنه ابتلای بیماری پرداخت شود.

^۱. Osterkamp

بحث بالا نشان می‌دهد که امکان استفاده از «کاستنی نسبتی» بدون تغییر اهداف بازتوزیعی که با استفاده از مشارکت‌ها دنبال می‌شود، وجود دارد. حتی این امکان وجود دارد که به توسعه شاخص‌های پارتو با تأمین هزینه‌های مراقبت‌های سلامت دست یافت. گذشته از آن، ما فقط به تاثیرهای استفاده از «کاستنی نسبتی» در نقطه زمانی که مشارکت‌های مستقیم مالی سلامت وجود دارد توجه نمودیم. به در صورتیکه تأمین مالی بخش سلامت از طریق مالیات‌های عمومی مستقیم صورت گیرد، تغییر در تاثیرهای بازتوزیعی کمتر مشخص می‌شود که این نکته بستگی به نوع مالیات اخذ شده و تصمیماتی دارد که دولت در رابطه با مبالغ ذخیره شده اخذ می‌نماید. امکان نتیجه‌گیری از کاربرد توأم تأمین مالی از طریق مالیات و مشارکت بیمه‌ای مافروما وجود ندارد. تنها می‌توان تاثیرهای مشارکت بیمه‌ای را به تنهایی بررسی نمود که اثر کاهنده بر درآمد دارد هر چند سهم آن از درآمد افراد کم درآمد بیشتر از افراد کم درآمد است.

«کاستنی ثابت»

از آنجایی که «کاستنی خدمتی» تاثیرهای مشابهی روی بازتوزیع مانند «کاستنی نسبتی» دارد این انتخاب بسیار به هم نزدیک است. امکان معرفی «کاستنی خدمتی» در داخل یک طرح «کاستنی نسبتی» و یا به عنوان جایگزینی برای آن وجود دارد. در این حالت، بیمه برای هزینه‌های سلامت خود، تا حد تجمیعی معینی را پرداخت می‌کند برای مثال سابقاً بیمار ۳۰۰€ برای خدمات سلامت پرداخت می‌کرد؛ هزینه‌های مازاد بر آن را بیمه پرداخت می‌نمود. این می‌تواند یک راه حل باشد که می‌تواند برای جبران کردن مشکل و ایراد بیماری مزمن در یک طرح «کاستنی نسبتی» به کار برده شود. این چنین بیمارانی فقط درصد معینی از هزینه مربوط به داروها تا وقتی که مبلغ قابل کسر (کاستنی بیمه) تمام شده باشد را باید پرداخت کنند و باقیمانده به وسیله شخص ثالث پرداخت خواهد شد.

اگر «کاستنی خدمتی» بر دارایی آنها مقرر شده باشد. مقایسه دوباره مزیت‌های پس انداز به علت کاهش مخاطره اخلاق و مضرات هزینه‌های اضافی برای بیماران، که پی آمد بازتوزیع را از قسمت ۱ تغییر می‌دهد ضروری است.

«کاستنی خدمتی» بازتوزیع از ثروتمند به فقیر تا زمانی که برای هر فرد به میزان یکسان باشد کاهش می‌دهد. اگرچه همچنان که در مورد «کاستنی نسبی» شرح داده شد، این می‌تواند کاهش مخاطره اخلاقی را تا این اندازه زیاد امکان‌پذیر کند که مشارکت‌ها می‌توانستند کاهش درآمد ایجاد شده به وسیله «کاستنی خدمتی» را جبران کنند با این حال «کاستنی خدمتی» نسبت به «کاستنی نسبی» در کاهش مخاطره اخلاقی کمتر مؤثر است تا زمانی که انگیزه برای کاهش هزینه وجود نداشته باشد «کاستنی خدمتی» یک مرتبه مصرف می‌شود. از طرف دیگر بیمه هزینه‌های اجرایی را پس انداز می‌کند به این دلیل که این نباید بسیاری از تقاضاهای کوچک را برآورده سازد فقط در تقاضاهای متجاوز شده از حد تعیین شده می‌آید، گفته می‌شود. €۳۰۰. به علت این که «کاستنی خدمتی» می‌تواند به همان اندازه «کاستنی نسبی» نتایج مشابه بر حسب ثبات تأمین مالی و بالا بردن میزان تساوی حقوق به دست آورد.

بازتوزیع از سالم به بیمار به وسیله «کاستنی خدمتی» نسبت به «کاستنی نسبی» کمتر از شکل طبیعی (اصلی) خود خارج می‌شود. همین که بیمه شونده «کاستنی خدمتی» خود را پرداخت کرد، بازتوزیع از سالم به بیمار بدون این روش عملی خواهد شد. مبلغ قابل کسر ممکن است در یک سطح بالا تعیین شود. اگرچه میانگین سلامت شخص از این میزان هرگز تجاوز نخواهد کرد. در این مورد برای افراد با بیماری مزمن و جدی که با هزینه‌های بسیار بالا به دلیل بدشانسی روبه‌رو می‌شوند عادلانه نیست.

«تخفیف عدم خسارت»

ترتیب‌های مختلفی برای معرفی الگوهای «تخفیف عدم خسارت» امکان‌پذیر است. بدون توجه به روش انتخاب شده، در همه این روش‌ها، طرف بیمه شده، اگر هیچ‌گونه خسارتی دریافت نکرده باشد، مشمول دریافت تخفیف خواهد شد. در صورت بروز حادثه برای بیمه شده، او می‌تواند تصمیم بگیرد که ادعای خسارت کند که در این صورت سال آینده با حق بیمه بالاتری روبه‌رو خواهد شد و اگر هیچ ادعایی در طول سال جاری نداشته باشد، از یک تخفیف حق بیمه برای سال آینده برخوردار می‌شود.

در هلند الگوهای «تخفیف عدم خسارت» در سیستم مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۶ اجرا شد. اگر یک شهروند هلندی در طول سال هیچ‌گونه تقاضا و ادعایی جهت جبران خسارت نداشته باشد، مبلغ €۲۵۰ به عنوان پاداش دریافت می‌کند و اگر کمتر از €۲۵۰ تقاضا داشته باشد، تفاوت آن به همان اندازه کم و برداشت می‌شود. بعضی از انواع خدمات مراقبت سلامت مثل ویزیت پزشک عمومی، مراقبت مادران باردار، مراقبت ماما، واکسیناسیون و آنفولانزا باعث ایجاد «تخفیف عدم خسارت» نمی‌شود.

با صرفه‌ترین طرح موسسه رند^۱ شامل مبلغ ۱۰۰۰ دلار امریکا «کاستنی خدمتی» است که هزینه‌های بیشتر از آن توسط بیمه‌گر پرداخت می‌شود. این فرمول مشابه راه حلی بود که در طرح موسوم به «۱۰ ماه وقفه» معدنچیان زغال سنگ مورد استفاده قرار گرفت که چون در اصلاحات مراقبت سلامت امریکا، آنها پرداخت «کاستنی خدمتی» بیش از ۱۰۰۰ دلار را نپذیرفتند، برای تأمین انگیزه مناسب در آنها، موسسه بیمه گر، پرداخت یک مشوق مالی را برای بیمه شده معرفی نمود. در این طرح، کارگرانی که هزینه درمانی خانواده آنها صفر بود، سالانه ۱۰۰۰ دلار امریکا به عنوان تشویق جایزه دریافت می‌کردند. اگر هزینه‌های درمانی آنها کمتر از ۱۰۰۰ دلار امریکا بود، ما به التماس توسط موسسه بیمه‌گر به عنوان جایزه به بیمه شده اصلی پرداخت می‌شد. مشاهده شد که این روش، هزینه‌های سلامت را به اندازه روش معرفی شده توسط موسسه رند با تعیین ۱۰۰۰ دلار «کاستنی خدمتی» کاهش داد.

حال سؤال این است که آیا استفاده از مشوق‌های موجود در روش‌های «تخفیف عدم خسارت»، بازتوزیع از ثروتمند به فقیر را کاهش می‌دهد؟ اول برای ایجاد امکان پرداخت خسارت، باید میزان مشارکت‌های درآمد محور افزایش یابد. به موازات افزایش میزان مشارکت‌های درآمد محور، بازتوزیع درآمد افزایش خواهد یافت در این شرایط، افراد سالم از کمک‌های مالی برخوردار می‌شوند که هزینه آن را افراد با درآمد کم نیز با پرداخت مشارکت بیشتر، تأمین می‌نمایند، در حالی که از هیچ مزیت بیشتری برخوردار نمی‌شوند. بیشتر خدمات سلامت مانند ویزیت پزشک عمومی که مکرراً مورد نیاز فقرا می‌باشند، مشمول محاسبات

^۱. RAND HIE

مربوط که «پرداخت مشوق» را کاهش می‌دهد، نمی‌باشند که این عامل اثر بازتوزیع درآمد از ثروتمند به فقیر را افزایش می‌دهد. هر چند که تعداد خدمات مستثنی افزایش یابد، میزان ذخیره هزینه ناشی از «مخاطرات اخلاقی» کاهش خواهد یافت. علاوه بر آن، در مثال‌های ارائه شده در فوق، هزینه‌های مدیریتی نیز کاهش می‌یابند؛ چرا که هر اعلام خسارتی، نیازمند طی فرآیندهای خاص خود می‌باشد.

«پرداخت مشوق عدم خسارت» به صورت «مبلغ معین» فقط در صورت عدم دریافت هر گونه خسارت در سال اخیر، اخیراً در کشورهایی مثل آلمان در قالب بعضی قراردادهای بیمه سلامت خصوصی اجرا می‌شود؛ مشاهده شده است. گذشته از آن، زمانی که این ضابطه بازپرداخت بسیار سخت و دقیق مطرح می‌شود، باید این اطمینان را حاصل نمود که در این طرح، امکان استفاده از بازپرداخت برای فقرا هم امکان‌پذیر است. برای این بخش از جمعیت، این به طور فزاینده‌ای مشکل خواهد بود که از یک طرف مبلغ بالایی را به عنوان مشارکت پرداخت نمایند و از طرف دیگر، به منظور برخورداری از «مشوق»، برای مدت یک سال از اعلام خسارت خودداری نمایند، چرا که امکان عدم پرداخت حتی هزینه‌های ناچیز هم سخت خواهد بود. تاثیرهای بازتوزیع از افراد سالم به بیمار در این خصوص شبیه به تاثیرهای حاصل از «کاستنی خدمتی» است. بنابراین برای کسب اطلاعات در این خصوص نیاز به مراجعه به موارد مربوط به «کاستنی خدمتی» در بالا می‌باشد.

ملاحظات پایانی

افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت، اصلاحات زیادی را در بسیاری از کشورها به دنبال داشته است و در چندین کشور هم هنوز در حال انجام شدن است. تغییرات در تأمین مالی مراقبت سلامت، در اغلب این اصلاحات پیش بینی شده است. این مقاله بر نتایج بازتوزیع روش‌های مختلف استفاده شده در تأمین مالی بیمه سلامت همگانی تمرکز دارد. در طرح‌های بیمه‌ای مبتنی بر مشارکت به شکل «مالیات بر درآمد حقوق بگیر»، تأمین مالی هزینه‌های تصاعدی

مراقبت سلامت به علت کاهش نیروی کار و رشد در جمعیت سالخورده به طور فزاینده ای با مشکل روبه‌رو شده است. این روند تصاعدی مشارکت‌ها تا زمانی که سقف پایین دستمزدها اصلاح و یکپارچه نشود، ادامه خواهد یافت. امکان جبران هزینه‌های بیمه سلامت از طریق «مالیات بر ارزش افزوده» که از لحاظ اقتصادی نیز به جهت نداشتن تاثیرهای گمراه کننده مؤثر خواهد بود. هدف عدالت در بازتوزیع درآمد، در این شرایط تا حدی کم رنگ خواهد شد، هر چند که مالیات‌های غیر مستقیم کاهش می‌یابند.

«مالیات بر درآمد غیر حقوق بگیر» می‌تواند برای تأمین مالی مراقبت سلامت یا جبران مشارکت‌های بیمه‌ای نیز استفاده شود، چرا که میزان مالیات بیشتری نسبت به «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» دارد. در صورت کم بودن میزان مالیات یا وجود مشکل در فرآیند وصول مالیات‌ها، آنها هم با کمبود درآمدی مشابه «مالیات بر درآمد حقوق بگیر» مواجه می‌شوند. روش «پرداخت ثابت» برای تأمین مالی هزینه‌های مراقبت سلامت، بازتوزیع درآمد را به سمت سیستم مالیاتی سوق خواهد داد. این شرایط، فضای بهتری را برای رقابت در سیستم مراقبت سلامت فراهم می‌کند ولی در عوض، به پرداخت کمک‌های مالی حق بیمه به افراد فقیر نیاز دارد. بازتوزیع درآمد از پرداخت طریق کمک‌های مالی و وضع مالیات‌های تصاعدی از بازتوزیع درآمد از طریق طرح تأمین مالی مبتنی بر درآمد مناسب تر است اما احتمال کاهش حمایت سیاسی برای بازتوزیع درآمد و به دنبال آن، کاهش بازتوزیع درآمدی از افراد ثروتمند به فقیر وجود دارد. معرفی یک طرح تأمین مالی که بازتوزیع در آن به عنوان یکی از محورهای آن پیش بینی نشده باشد، احتمالاً به کاهش بازتوزیع از افراد غنی به فقیر و در نتیجه تشدید بی عدالتی در درآمد منجر می‌شود.

ما برای کنترل نرخ تصاعدی هزینه‌های سلامت، بیشتر بر روی روش «کاستنی ثابت» تاکید کرده ایم. پرداخت مشوق‌های «تخفیف عدم خسارت»، «کاستنی خدمتی» و «کاستنی نسبتی» نمونه هایی از پرداخت‌های سلامت محور هستند که می‌توانند برای کاهش «مخاطرات اخلاقی» و به دنبال آن، کاهش مصرف بالای خدمات سلامت استفاده شوند. در این مقاله عنوان شد که تأمین سطح بازتوزیع به وسیله طرح‌های اصلی تأمین مالی (مانند «مالیات بر

درآمد غیر حقوق بگیر» یا «پرداخت ثابت» همراه با کمک‌های مالی) تنها در صورتی امکان‌پذیر است که طرح‌های «کاستنی ثابت»، باعث ذخیره هزینه شده و نرخ‌های مشارکت کاهش یافته و این ارقام جهت تأمین کمک‌ها مالی به افراد فقیر و بیماران مزمن تخصیص یابند.

به دو جنبه مهم از اصلاحات تأمین مالی مراقبت سلامت، به ویژه در مورد «کاستنی ثابت» که در مقاله ما مورد ملاحظه قرار نگرفت، باید توجه شود. اول این که اصلاحات تأمین مالی، چه تأثیرهایی بر روی بازتوزیع استفاده از خدمات مراقبت سلامت خواهد داشت؟ در اینجا این نگرانی وجود دارد که این روش‌ها به ویژه در افراد فقیر و مخاطرات بد، از یک طرف، مصرف بالا را کاهش خواهد داد، اما میزان استفاده ضروری از مراقبت سلامت که از لحاظ سلامت ضروری است را نیز کاهش می‌دهد بنابراین آیا امکان طراحی یک روش تأمین مالی وجود دارد که به صورت توأم بتواند هم مصرف بالا را کاهش دهد و هم از دستیابی به مراقبت سلامت بهداشتی ضروری جلوگیری نکند؟

دوم چه حد این تغییرات در طرح تأمین مراقبت سلامت، نسبت به اهداف اولیه آنها واقعاً اثربخش و کارآمد هستند؟ بطور مشخص، ما به دنبال کاهش کدام نوع از مصرف بالا هستیم؟ علل این مصارف بالا چیست و آیا بیماران تأثیر کافی را در اتخاذ این تصمیمات دارند؟ آیا مصرف بالایی که به وسیله فراهم کنندگان آنها (پزشک، بیمارستان و...) القا نشده باشد و بنابراین در حدود تصمیم بیمار قرار می‌گیرند و در واقع یکی از مشکلات اساسی افزایش هزینه‌های سلامت هستند، وجود دارد؟ اگر وجود دارد آیا امکان کنترل آن به وسیله «کاستنی ثابت» وجود دارد؟ در زمان اجرای اصلاحات تأمین مالی مراقبت سلامت همگانی، تمرکز روی کارایی و عدالت برای رسیدن به اهداف تعیین شده و پیشگیری از تأثیرهای جانبی احتمالی، ضروری می‌باشد.

منابع انگلیسی

1. Barr, N.: Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *J. Econ. Lit.* 30(2), 741-803 (1992)
2. Barr, N.: The economics of the welfare state. Oxford University Press, Oxford (2004)
3. Blomqvist, A., Horn, H.: Public health insurance and optimal
4. income taxation. *J. Publ. Econ.* 24, 353-371 (1984)
5. Breyer, F.: Distribution effects of co-insurance options in social health insurance systems. In: Lopez-Casnovas, G. (ed.) Incentives in Health Economics. Readings of the 1st European conference on health economics, pp. 120-133. Springer, Berlin (1991)
6. Breyer, F., Haufler, A.: Health care reform: Separating insurance from income redistribution. *Int. Tax Publ. Finance* 7, 445-461 (2000)
7. Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005. Berlin (2005)
8. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn (2003)
9. Cremer, H., Pestieau, P.: Redistributive taxation and social insurance. *Int. Tax Publ. Finance* 3, 281-295 (1996)
10. Culyer, A.J.: Need: The idea won't do—but we still need it. *Soc. Sci. Med.* 40, 727-730 (1995)
11. Deaton, D.: Health, inequality, and economic development. *J. Econ. Lit.* 41(1), 113-158 (2003)
12. Doorslaer, E. van, Wagstaff, A., Bleichrodt, H., et al.: Income-related inequalities in health: some international comparisons. *J. Health Econ.* 16, 93-112 (1997)
13. Doorslaer, E. van, Wagstaff, A., Burg, H. van den, et al.: The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *J. Health Econ.* 18, 291-313 (1999)
14. European Commission: MISSOC, Mutual Information System on Social Protection. Social Protection of the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland. Comparative Tables, Part 5, Luxembourg, Hungary, Malta, The Netherlands. Situation on 1 January 2007. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2007)
15. European Commission: MISSOC, Mutual Information System on Social Protection. Social Protection of the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland. Comparative Tables, Part 7, Romania, Switzerland, Slovenia, Slovakia. Situation on 1 January 2007. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2007)
16. Kakwani, N.C.: Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Econ. J.* 87, 71-80 (1977)
17. Keeler, E.B.: Effects of cost sharing on use of medical services and health. *J. Med. Pract. Manage.* 8, 317-321 (1992)
18. Kifmann, M.: Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related? *Public Choice* 124, 283-308 (2005)

19. Langer, B., Pfaff, A.B., Wasem, J., et al.: Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfprämien-systems in der Schweiz. In: Greß, S., Pfaff, A.B., Wagner, G.G. (eds.) Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, pp. 187–208. Edition der Hans-Boeckler-Stiftung, Düsseldorf (2005)
 20. Maarse, H.: The no-claim arrangement in health insurance. Health Policy Monitor, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (2006). Available at <http://www.hpm.org/survey/nl/a8/2>
 21. Maarse, H., Bartholome'e, Y.: A public-private analysis of the new Dutch health insurance system. Eur. J. Health Econ. 8, 77–82 (2007)
 22. OECD: OECD Health Data 2006. OECD, Paris (2006)
 23. Osterkamp, R.: Public health insurance. Pareto-efficient allocative improvements through differentiated co-payment rates Eur. J. Health Econ. 4, 79–84 (2003)
 24. Smith, J.P.: Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. J. Econ. Perspect. 13(2), 145–166 (1999)
 25. Vektis: Zorgmonitor 2007, Financiering van de Zorg 2006. Vektis, Zeist (2007)
 26. Wagstaff, A., Doorslaer, E. van: Equity in health care finance and delivery. In: Culyer A.J., Newhouse J.P. (eds.) Handbook of Health Economics, pp. 1803–1862. North Holland, Amsterdam (2000)
 27. Wagstaff, A., Doorslaer, E. van, Burg, H. van den, et al.: Equity in the finance of health care: some further international comparisons. J. Health Econ. 18, 263–290 (1999)
 28. Walzer, M.: Spheres of Justice. A defence of pluralism and equality. Robertson, Oxford (1983)
 29. Westerhout, E., Pellikaan, F.: Can we afford to live longer in better health? CPB Document 85, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, Den Haag (2005)
- World Bank: World Development Report 2006. Equity and Development. World Bank and Oxford University Press, New York (2005)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی