

اختصاصی سازی منابع در آمدی برای بخش سلامت

معاونت مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۷۵۴۰
خردادماه ۱۴۰۰

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۴.....	اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت: تجربه کشورهای دنیا
۱۳.....	مزایا و معایب اختصاصی سازی منابع درآمدی
۱۵.....	نتایج اختصاصی سازی: تجربه کشورها
۱۷.....	اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در قوانین ایران
۲۳.....	جمع بندی
۲۵.....	پیوست
۲۸.....	منابع و مآخذ



اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت

چکیده

در سال‌های اخیر پیشنهادهایی از طرف برخی سازمان‌های دولتی یا نمایندگان مجلس در راستای اختصاصی سازی مالیات بر انواع کالاها و خدمات برای بخش سلامت ارائه شده است. هرچند بخش عمده این پیشنهادها به تصویب نرسیده‌اند، اما آگاهی از تجربیات سایر کشورها می‌تواند منجر به ایجاد بینشی برای سیاستگذاران در مورد استفاده از این رویکرد در دنیا شود. به‌طور کلی بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی کشورها بخشی از منابع درآمدی خود را برای حوزه سلامت اختصاص می‌دهند. در این میان اختصاص بخشی از مالیات بر درآمد برای پوشش بیمه‌های اجتماعی و درمانی کارکنان بخش رسمی شایع‌تر است. همچنین تمایل زیادی برای اختصاصی سازی منابع حاصل از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به‌ویژه دخانیات برای بخش سلامت وجود دارد. تجربه اختصاصی سازی از محل سایر منابع درآمدی برای بخش سلامت نظیر مالیات بر ارزش‌افزوده، مالیات بر درآمدهای شرکت‌های تلفن همراه، مالیات بر بنزین و مالیات بر بلیت پرواز نیز به‌صورت موردی و در برخی کشورها مشاهده می‌شود.

طرفداران رویکرد اختصاصی سازی مزایایی از قبیل عبور از محدودیت‌های بودجه‌ای، ایجاد ارتباط بین منابع اختصاص یافته و برنامه‌های مشخص (و متعاقب آن افزایش پاسخگویی مجریان برنامه‌ها) و یا آگاه سازی جامعه در مورد هزینه‌های برنامه‌ای مشخص را برای آن ذکر می‌کنند. با این حال انتقاداتی نیز به این رویکرد وجود دارد. از مهم‌ترین آنها مغایرت آن با انعطاف در فرایند بودجه‌ریزی را می‌توان ذکر کرد. تجربیات مستند کشورها نیز به این مسئله اشاره دارد که اختصاصی سازی، سیاست ارجح آنها نبوده و برای پیشبرد یک اولویت ملی مهم و بازه زمانی مشخص استفاده شده است و بعد از مدتی به دلایلی از جمله تغییر اولویت‌ها یا ایجاد کسری در سایر بخش‌ها، اختصاصی سازی را پایان داده‌اند. همچنین منابع حاصل از اختصاصی سازی به‌طور بالقوه نسبت به شرایط رکود و رونق اقتصادی تأثیرپذیر است. بنابراین این رویکرد معمولاً در موارد نبود ارتباط بین اولویت‌ها و فرایند بودجه‌ریزی و به‌منظور افزایش منابع مالی برای یک اولویت ملی مهم در بازه زمانی مشخص مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در ایران نیز مواردی از اختصاصی سازی منابع درآمدی مشخص برای سلامت به شرح ذیل وجود دارد:

- تخصیص ۱۰ درصد از منابع حاصل از هدفمندسازی یارانه‌ها به حوزه سلامت،

- یک واحد درصد از منابع مالیات بر ارزش‌افزوده،

- بخشی از منابع حاصل از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان و دخانیات.

درمجموع ضرورت دارد اولاً دولت نسبت به بهینه بودن اختصاص درآمدهای اختصاصی مذکور از منظر بودجه‌ریزی و اولویت‌های کشور برنامه‌ریزی داشته باشد، ثانیاً در صورت لزوم اختصاص منابع مذکور به بخش سلامت، لازم است این امر به موازات مدیریت بهینه هزینه‌ها و پاسخگویی شفاف در برابر نحوه هزینه‌کرد اعتبارات تخصیص‌یافته به بخش سلامت، مبتنی بر نگاه فرابخشی و در قالب فرایند بودجه‌ریزی انجام شود تا انضباط مالی دولت نیز افزایش یابد. در این راستا لازم است مجلس به منظور نظارت اثربخش، بُعد نظارتی خود را ساختارمند و تقویت نماید.

مقدمه

حفظ و ارتقای سلامت شهروندان از وظایف بنیادین دولت‌ها به‌شمار می‌رود و دسترسی به این هدف نیازمند صرف هزینه است. لذا کشورها بخشی از منابع درآمدی خود را در این راستا هزینه می‌کنند. در این میان دولت‌ها منابع مذکور را یا از طریق فرایند بودجه‌ریزی تخصیص می‌دهند و یا آن را برای بخش سلامت اختصاصی‌سازی می‌کنند.

به‌طور کلی، اختصاصی‌سازی درآمد یعنی مجزا کردن یا حفظ همه یا نسبتی از یک مالیات یا سایر منابع درآمدی برای یک هدف خاص. اختصاصی‌سازی برای سلامت، نسبتی از یک منبع درآمدی خاص، که باید به بخش سلامت (بخش سلامت به‌طور عام یا یک برنامه بهداشتی درمانی، به‌طور خاص)، جمعیت و یا خدمت خاص اختصاص یابد را معین می‌کند. برخی کشورها اختصاصی‌سازی درآمدها برای بخش سلامت را به‌عنوان مکانیسمی برای بهبود ظرفیت مالی^۱ و بسیج منابع - به‌منظور پوشش همگانی سلامت و یا تأمین بودجه مورد نیاز اولویت‌های بهداشتی - درمانی خود در نظر می‌گیرند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در گزارش خود، تحت عنوان «اختصاصی‌سازی برای سلامت، از تئوری تا عمل (سال ۲۰۱۷)» منابع درآمدی اختصاصی‌سازی شده برای بخش سلامت را در سه دسته‌بندی شامل: مالیات بر درآمد/دستمزد، مالیات بر مصرف و مالیات بر سایر منابع درآمدی قرار داده که شرح آن در جدول ۱ آمده است.

۱. وضعیتی که در آن دولت‌ها قادر باشند بدون ایجاد اختلال در پایداری مالی، منابع لازم برای دستیابی به اهداف عمومی را فراهم کنند.



جدول ۱. منابع درآمدی اختصاصی سازی شده برای بخش سلامت

مالیات بر درآمد/ دستمزد	مالیات بر درآمد/ دستمزد یا درآمد عمومی
درآمد عمومی	
پرداخت‌های انتقالی به سطح محلی (از سطح ملی)	
مالیات بر ارزش افزوده	مالیات بر مصرف
مالیات دخانیات یا مشروبات الکلی	
سایر موارد مالیات بر مصرف	
بخت آزمایی	سایر منابع درآمدی
سایر	

مأخذ: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷.

در کشور ما نیز طبق قانون، از سال ۱۳۹۳ بخشی از منابع حاصل از یک واحد درصد از مالیات بر ارزش افزوده^۱ و ۱۰ درصد هدفمندسازی یارانه‌ها^۲ به طرح تحول سلامت اختصاص می‌یابد که مهم‌ترین منابع مالی اختصاصی سازی شده برای بخش سلامت در کشور به‌شمار می‌روند.^۳ مورد اول هم‌زمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، واریز می‌گردد، مورد اخیر نیز علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده و به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شوند.

طی سال‌های اخیر به‌منظور تأمین مالی برای حوزه سلامت، به‌خصوص در راستای تأمین مالی پایدار برای طرح تحول سلامت، پیشنهادهای مختلفی مبنی بر مالیات بر انواع کالاها و خدمات از طرف برخی سازمان‌های دولتی یا نمایندگان، در زمان بررسی لایحه بودجه سالیانه، ارائه می‌شود که معمولاً مصوب نمی‌شوند.^۴ با توجه به اقبال عمومی ایجاد شده در میان سیاستگذاران حوزه سلامت برای استفاده از این رویکرد در تأمین منابع مالی بخش سلامت بررسی تجربه سایر کشورها در این زمینه در دستور کار گروه بهداشت و درمان مرکز قرار گرفت.

در بخش ابتدایی این گزارش، ضمن بررسی تجربه سایر کشورها پیرامون اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت، احکام و قوانین مرتبط با اختصاصی سازی منابع برای بخش سلامت در ایران، احصا و مورد ارزیابی قرار گرفته است و در پایان با توجه به درس‌های آموخته از تجربه سایر کشورها و

۱. در ابتدای سال ۱۳۹۳، طبق قانون بودجه، علاوه بر افزایش نرخ مالیات بر ارزش افزوده، يك واحد درصد از منابع حاصل از آن برای بخش سلامت منظور گردید که در ماده (۲۷) قانون الحاق (۲) دائمی گردید.

۲. اختصاص منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها به بخش سلامت ذیل بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه تصویب شده بود، ولی اجرایی نشد تا اینکه در ماده (۴۶) قانون الحاق (۲) دائمی و به‌عنوان بخشی از منابع مالی پایدار طرح تحول اجرا گردید.

۳. سایر مصادیق اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در قوانین دائمی کشور در جدول ۶ همین گزارش مشاهده می‌شود.

۴. شایان ذکر است که همه پیشنهادهای ارائه شده منابع پایدار محسوب نمی‌شد؛ به‌عنوان مثال مالیات بر مصرف برخی کالاها و خدمات، به این دلیل که بجز مواردی مثل ارزش افزوده، تأمین مالی از محل مالیات بر مصرف الزاماً نمی‌تواند پایدار باشد (به‌دلیل کشش‌پذیری و کاهش مصرف و کاهش منابع مالیاتی ناشی از آن).

وضعیت اجرایی شدن قوانین موجود در کشور، درخصوص جایگاه رویکرد اختصاصی‌سازی منابع برای حوزه سلامت در کشور پیشنهادهایی ارائه شده است.

اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت: تجربه کشورهای دنیا

براساس گزارش منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷)، حداقل ۸۰ کشور منابعی را برای بخش سلامت خود اختصاصی‌سازی می‌کنند. شکل ۱ تعداد کشورها را براساس منابع مختلفی که برای حوزه سلامت اختصاصی‌سازی کرده‌اند به تصویر کشیده است.

شکل ۱. اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در کشورهای مختلف



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷).^۱

در ادامه این بخش پیرامون هرکدام از این منابع درآمدی و مصارف آنها در بخش سلامت کشورهای مختلف، توضیحات بیشتری ارائه شده است:

1. https://www.who.int/health_financing/documents/earmarking-for-health/en/



۱. مالیات بر درآمد/دستمزد، درآمد عمومی

از بین ۸۰ کشور مشخص شده در گزارش سازمان بهداشت جهانی، بالغ بر ۶۰ کشور درآمدهای حاصل از مالیات بر درآمد/دستمزد را برای سلامت اختصاصی سازی می کنند.^۱ پُرکاربردترین ابزار اختصاصی سازی منابع درآمد برای سلامت، مالیات بر درآمد یا دستمزد، به منظور تأمین مالی بیمه درمانی اجتماعی است. مالیات های درآمد/دستمزد اختصاصی سازی شده، به طور معمول هم بر کارمند و هم کارفرما اعمال می شوند. این منابع برای پوشش بیمه اجتماعی درمانی کارگران بخش رسمی در نظر گرفته می شوند و به منظور پوشش جمعیت های در اولویت، همچون فقرا و سالمندان به طور معمول با مالیات های عمومی ترکیب می شوند. دولت مرکزی دانمارک، ۸ درصد مالیات بر درآمد را برای سلامت در نظر می گیرد. منابع حاصل، از طریق تعدیل ریسک و پرداخت های مبتنی بر فعالیت به پنج منطقه و ۹۸ شهرداری بازتوزیع می شوند. ازسویی، نظام بیمه سلامت ملی فرانسه تا سال ۱۹۹۸ به طور انحصاری از طریق اختصاص مالیات بر دستمزد تأمین مالی می شد. البته پس از آن، منبع تأمین مالی به مالیات بر درآمد تغییر پیدا کرده است، که تنها بر درآمد/دستمزد اعمال نمی شود، بلکه درآمد حاصل از دارایی ها و سرمایه گذاری های مالی، حقوق بازنشستگی، مزایای بیکاری، مزایای از کارافتادگی و قمار را نیز در برمی گیرد. نمونه دیگر، صندوق اعتباری ملی ایدز در زیمبابوه است که از طریق ۳ درصد مالیات بر درآمد اشخاص و شرکت ها تأمین مالی می شود. عناوین کشورهایی که بخشی از مالیات بر درآمد/دستمزد و یا درآمد عمومی را برای بخش سلامت خود اختصاصی سازی کرده اند در جدول پیوست مشاهده می شود.

همچنین پنج کشور بخشی از درآمد عمومی و هشت کشور نیز بخشی از منابع انتقال یافته از سطح ملی، یا درآمدهای سطح محلی را برای سلامت اختصاصی سازی می کنند. (جدول ۲)

جدول ۲. اختصاصی سازی منابع برای بخش سلامت

کشور	توضیحات
برزیل، اندونزی و ویتنام	بخشی از کل هزینه های دولتی را برای بخش سلامت اختصاصی سازی می کنند.
بولیوی	بخشی از درآمدهای عمومی را به واکسیناسیون اختصاص می دهد.
آفریقای جنوبی	مصارف فعالیت های خاصی همچون اقدامات مرتبط با HIV / ایدز را در بودجه سلامت اختصاصی سازی می کند.
هند، اندونزی، اوگاندا، بولیوی، برزیل، کلمبیا و مکزیک، آفریقای جنوبی	نسبتی از وجوه انتقالی از دولت ملی به دولت های محلی را برای سلامت اختصاصی سازی می کنند.

مأخذ: همان.

۱. میزانی که از این مالیات برای بخش سلامت در نظر گرفته می شود در کشورهای مختلف متفاوت است.

۲. مالیات بر مصرف

اختصاصی‌سازی بخشی از مالیات بر مصرف به‌ویژه در کشورهایی که دارای نیروی کار غیررسمی گسترده یا سایر موانع برای جمع‌آوری مالیات‌های مستقیم هستند به کار می‌رود. این نوع مالیات، بر کالاها و خدمات اعمال می‌گردد و مبنای آن، پول‌های هزینه شده برای مصرف کالاهاست. مالیات‌های بر مصرف شامل مالیات بر فروش یا ارزش‌افزوده‌اند که به‌طور معمول غیرمستقیم هستند، از انواع دیگر این نوع از مالیات‌ها، مالیات بر کالاها و آسیب‌رسان به سلامتی است. در ادامه این بخش هر کدام از این نوع مالیات‌ها همراه با نمونه‌هایی از استفاده آنها در حوزه سلامت کشورهای مختلف به تفکیک توضیح داده شده است:

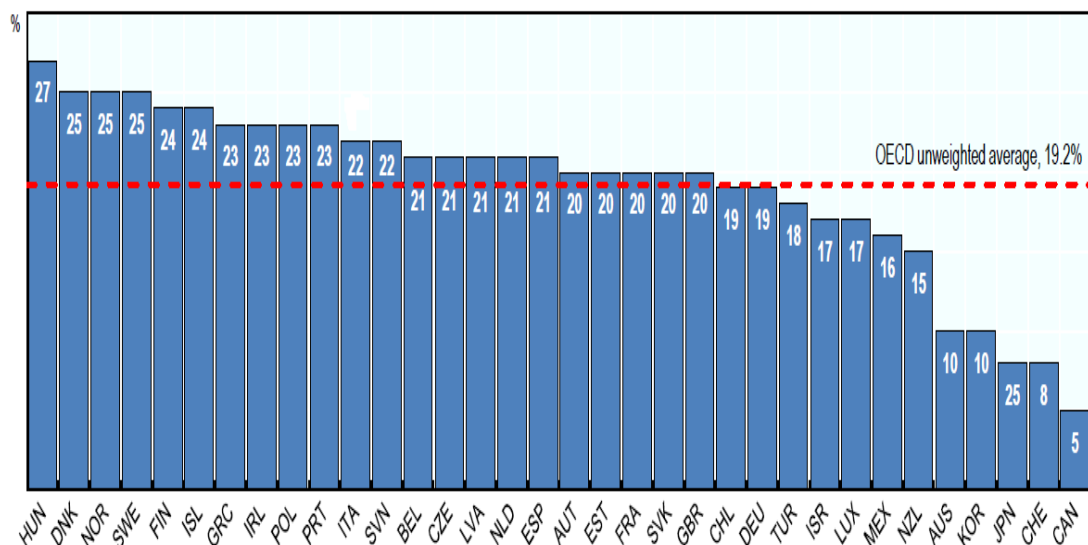
۲-۱. مالیات بر ارزش‌افزوده

از مهم‌ترین ابزارهای مالیاتی که اخیراً مطرح شده، مالیات بر ارزش‌افزوده است، مالیات بر ارزش‌افزوده نوعی مالیات چندمرحله‌ای است که به کالاها و خدمات تعلق می‌گیرد و منظور از آن، اخذ مالیات از اضافه ارزش کالاهای تولید شده یا خدمات ارائه شده است که در هر مرحله از تولید و توزیع به‌صورت درصدی جدا از قیمت اخذ می‌شود. به عبارت دیگر مالیات بر ارزش‌افزوده نوعی مالیات بر قیمت فروش است که بار مالیاتی آن بر دوش مصرف‌کننده نهایی است و از ارزش‌افزوده بنگاه‌ها یعنی مابه‌التفاوت بین عایدی ناشی از فروش کالاها و خدمات و کل هزینه‌هایی که بابت خرید نهاده‌های تولیدی (به‌استثنای نیروی انسانی) است، پرداخت شده، دریافت می‌شود. مالیات بر ارزش‌افزوده در هر مرحله از تولید وضع می‌شود به همین دلیل از مالیات‌های بر فروش و مالیات‌های غیرمستقیم^۱ کاملاً متمایز است. شکل ۲ میزان مالیات بر ارزش‌افزوده را در ۳۴ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود تقریباً همه کشورهای عضو OECD این نوع مالیات‌ها را اخذ می‌کنند و میانگین آن نیز به حدود ۱۹ درصد می‌رسد. همچنین این مالیات در برخی کشورهای در حال توسعه و توسعه‌نیافته نیز اعمال می‌شود و میانگین آن در آسیا و قاره آمریکا حدوداً ۱۲-۱۳ درصد و در کشورهای آفریقایی ۱۵ درصد است.

۱. مالیات غیرمستقیم توسط يك نهاد در زنجیره تأمین جمع‌آوری می‌شود (معمولاً تولیدکننده یا خُرده‌فروش) و به دولت پرداخت می‌شود، اما به‌عنوان بخشی از قیمت خرید کالا یا خدمت به مصرف‌کننده منتقل می‌شود. در نهایت مصرف‌کننده با پرداخت هزینه بیشتری برای محصول، مالیات را پرداخت می‌کند. اما مالیات مستقیم به‌طور مستقیم توسط شخص و یا سازمان به نهاد مالیاتی پرداخت می‌شود. به‌عنوان مثال، پرداخت‌کننده مالیات، مالیات مستقیم را به دولت و برای اهداف مختلفی پرداخت می‌کند، از جمله این مالیات‌ها مالیات بر املاک و مستغلات، مالیات بر اموال شخصی، مالیات بر درآمد یا مالیات بر دارایی است.



شکل ۲. مالیات بر ارزش افزوده در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) - ۲۰۱۶



مأخذ: بانک اطلاعاتی مالیاتی کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه (OECD).

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) در بین ۸۰ کشور که منابعی را برای بخش سلامت خود اختصاصی‌سازی می‌کنند، چهار کشور بخشی از منابع حاصل از مالیات بر ارزش افزوده را برای این حوزه اختصاصی‌سازی می‌کنند. جدول ۳ جزئیات مرتبط با اختصاصی‌سازی منابع حاصل از مالیات بر ارزش افزوده را برای بخش سلامت در این کشورها نشان می‌دهد:

جدول ۳. اختصاصی‌سازی بخشی از منابع حاصل از مالیات بر ارزش افزوده در حوزه سلامت

کشور	توضیحات
شیلی	یک واحد درصد (Percentage Point)، مالیات بر ارزش افزوده را برای تأمین مالی مجموعه‌ای از خدمات تضمین شده (که به AUGE شناخته می‌شود) اختصاص می‌دهد. برنامه اصلاحات AUGE^۱ برگرفته از عبارت اسپانیایی به مفهوم: «دسترسی همگانی با ضمانت مشخص» می‌باشد. در این برنامه که از سال ۲۰۰۵ آغاز شده و هنوز هم تداوم دارد مواردی نظیر سرطان، بیماری‌های مادرزادی قلبی، فشار خون بالا، آسیب‌های تهدیدکننده حیات، زایمان پیش از موعد و... اولویت‌بندی (۸۰ اولویت) شده‌اند و تشخیص، درمان و توانبخشی برای هر اولویت، براساس نیاز تحت پوشش قرار گرفته است. گروه‌های هدف هر کدام از اولویت‌ها، با توجه به حداکثر زمان مشخص شده برای ارائه خدمت، دارای حق دسترسی، حمایت مالی (فرانشیز با توجه به نوع بیمه فرد است) و حق کیفیت (به معنای دریافت مراقبت سلامت از ارائه‌دهنده معتبر) می‌باشند. نرخ مالیات بر ارزش افزوده در این کشور ۱۹ درصد است.^۲

1. Acceso Universal con Garantías Explícitas.

2. System Efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) Reform." 2015.

کشور	توضیحات
غنا	۲/۵ واحد درصد از مجموع ۱۷/۵ درصد مالیات بر ارزش افزوده را برای تأمین مالی طرح ملی بیمه سلامت ^۱ (NHIS) اختصاص می‌دهد. NHIS حدود ۹۵ درصد از شرایط بیماری، که مردم غنا با آنها درگیر هستند را پوشش می‌دهد. بسته مزایای این طرح شامل خدمات سرپایی، بستری، زایمان و خدمات اورژانس می‌شود. ^۲
ایران	از سال ۱۳۹۳ سیاستگذاران در ایران نیز تصمیم گرفتند یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده را به بخش سلامت کشور اختصاص دهند. براساس قانون مربوط ^۳ مقرر شده تا منابع حاصل، از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که در قوانین بودجه سنواتی کشور پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص یابد و پس از تحقق هدف مذکور، نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه‌نیافته، مصارف هیئت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام شود. شایان ذکر است نرخ مالیات بر ارزش افزوده در ایران ۹ درصد است.
ایتالیا	نرخ مالیات بر ارزش افزوده در کشور ایتالیا ۲۲ درصد است. در این کشور ۳۸/۵ درصد از مجموع مالیات بر ارزش افزوده برای صندوق برابری ملی و به منظور کمک به مناطقی که قادر به تأمین منابع مالی کافی برای ارائه بسته اصلی بهداشتی درمانی نمی‌باشند اختصاص داده می‌شود. ^۴

۲-۲. مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان

مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان نوعی مالیات غیرمستقیم است که بر کالاهایی که مشخصاً برای سلامتی افراد و جامعه مضر هستند، اعمال می‌شود (برای مثال الکل و دخانیات، آبنبات‌ها، مواد مخدر، نوشابه‌های قندی، فست‌فودها، شکر و...). مالیات‌های کالاهای آسیب‌رسان معمولاً به منظور افزایش قیمت این نوع کالاها و متعاقب آن تغییر رفتار مصرف‌کننده در راستای کاهش مصرف آنها و همچنین افزایش منابع درآمدی وضع می‌شوند. افزایش این نوع مالیات‌ها به‌طور معمول شایع‌تر از انواع دیگر مالیات‌هاست، با این حال به دلیل این مدعا که بار آن اغلب بر فقرا وارد می‌شود، مورد انتقاد نیز قرار می‌گیرند. از طرفی منابع حاصل از آن می‌تواند با تغییر در رفتار مصرف‌کننده (مثلاً با کاهش میزان مصرف و یا مصرف دخانیات ارزان‌تر) در طول زمان کاهش یابد.^۵

براساس بررسی بین‌المللی سیاست‌های قیمتگذاری و کنترل دخانیات در اروپا، شواهد گسترده در رابطه با تأثیرات مالیات محصولات دخانی، نشان می‌دهد که اعمال این مالیات‌ها یکی از مؤثرترین روش‌ها برای کنترل مصرف دخانیات هستند. اخیراً، تعدادی از کشورها مالیات‌های جدیدتر و بیشتری را بر طیف گسترده‌تری از محصولات ناسالم اعمال کرده‌اند یا مالیات‌هایی را به روش‌های جدید با هدف افزایش قیمت

1. National Health Insurance Scheme (NHIS)

2. System Efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform." 2015.

۳. ماده (۳۷) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، مصوب اسفندماه ۱۳۹۳.

4. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A. Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(4):1-168.



تولید، توزیع، فروش و مصرف چنین کالاهایی بنیان نهاده‌اند. برای مثال از سال ۲۰۱۰ کشورهای نظیر دانمارک، مجارستان، فنلاند، فرانسه، مکزیک و بریتانیا مالیات بر فروش غذاها یا نوشیدنی‌های ناسالم را آغاز کرده‌اند. در برخی از این کشورها درآمدهای حاصل برای مصارف خاص مرتبط با سلامت اختصاصی‌سازی شده‌اند. البته گفتنی است که به‌دلیل کم‌کشش بودن این کالاها، مالیات بر آنها، به غیر از مواردی که نرخ مالیات اعمال شده به اندازه کافی زیاد باشد (به‌طوری که منجر به تغییر رفتار شود)، می‌تواند منجر به توسعه فقر شود، به‌دلیل اینکه متعاقب افزایش قیمت نه‌چندان زیاد (به‌دلیل اعمال مالیات ناچیز)، مصرف‌کنندگان به‌جای کاهش مصرف این کالاها، از سایر هزینه‌های خود (ازجمله مصارف ضروری در سبد خانوار) به‌منظور جبران این افزایش قیمت صرف‌نظر می‌کنند که این مسئله در شرایط رکود اقتصادی می‌تواند نارضایتی ایجاد کند؛ لذا هرگونه سیاست‌گذاری در این زمینه مستلزم در نظر گرفتن نکات فوق است.

در ایران مالیات بر دخانیات و کالاهای آسیب‌رسان به سلامت، در قالب مواد قانونی مختلف (ماده (۴۸) و ماده (۶۹) قانون الحاق (۲) و اخیراً ماده (۷۳) قانون برنامه ششم توسعه) مدنظر قرار گرفته است و شاهد اعمال مالیات بر این کالاها و در نظر گرفتن بخشی از منابع حاصل از آن به حوزه سلامت هستیم. همچنین براساس ماده (۸) قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات، باید هر ساله از طریق افزایش مالیات، به میزان ۱۰ درصد، قیمت محصولات دخانی در کشور افزایش یابد که طبق قوانین بودجه سنواتی بخشی از آن به برنامه‌های سلامت اختصاص می‌یابد.

در ادامه به بررسی استفاده از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان در بخش سلامت کشورهای مختلف پرداخته شده است.

۱-۲-۲. مالیات بر دخانیات و مشروبات الکلی

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷)، بالغ بر ۳۰ کشور همه یا بخشی از درآمدهای حاصل از مالیات بر دخانیات را برای بخش سلامت اختصاصی‌سازی می‌کنند^۱ (پیوست ۱). برای مثال در فرانسه از درآمدهای حاصل از مالیات دخانیات برای تأمین بودجه بخشی از برنامه بیمه سلامت استفاده می‌شود. از درآمدهای حاصل از این نوع مالیات در کشور نپال به کنترل سرطان اختصاص داده می‌شود. ترکیه از این درآمدها برای تأمین بودجه بخشی از برنامه بیمه سلامت ملی خود استفاده می‌کند. مصر از این منابع برای پرداخت یارانه بیمه دانشجویان، پوشش خدمات پیشگیری و خدمات درمانی و توانبخشی استفاده می‌کند. در برخی از کشورها درآمدهای حاصل از مالیات این نوع کالاها صرف ارتقای سلامت یا اهداف پیشگیری (که در مقایسه با خدمات درمانی بودجه کمتری برای آنها در نظر گرفته می‌شود) می‌گردد. صندوق ارتقای

۱. براساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی (سال ۲۰۱۶)، به‌طور متوسط در دنیا مجموع انواع مالیات بر هر پاکت پُرفروش‌ترین برند سیگار حدود ۵۰ درصد است. این میزان در کشورهای منطقه EURO تا حدود ۷۰ درصد نیز می‌رسد. همچنین، قیمت هر پاکت پُرفروش‌ترین برند سیگار به‌طور متوسط در کشورهای دنیا حدود ۵/۷ دلار (دلار بین‌المللی، براساس برابری قدرت خرید) است. قیمت پُرفروش‌ترین برند سیگار در ایران در سال مذکور حدود ۲ دلار و مجموع مالیات بر آن حدود ۲۰ درصد بوده است.

سلامت تایلند، به‌طور مستقیم از طریق اختصاص دو درصد مالیات بر دخانیات و مشروبات الکلی تأمین مالی می‌شود. همچنین براساس قانون کنترل دخانیات ایالت ویکتوریا در استرالیا، منابع حاصل از افزایش مالیات بر محصولات دخانی به بنیاد ارتقای سلامت اختصاص می‌یابد.

در ادامه، نمونه‌های دیگر از تجربه استفاده از منابع درآمدی حاصل از اعمال مالیات بر دخانیات در بخش سلامت کشورها مشاهده می‌شود. (جدول ۴)

جدول ۴. مصارف منابع حاصل از اختصاصی‌سازی مالیات دخانیات برای بخش سلامت کشورها، سال ۱۳۱۶

کشور	مصارف مالیات
الجزایر	استفاده از درآمدهای حاصل از اضافه بهای مالیات سیگار به‌منظور کمک به صندوق اورژانس و مراقبت‌های پزشکی
آرژانتین	اختصاص ۷ درصد مالیات بر قیمت خرده‌فروشی سیگار برای برنامه‌های بهداشتی و / یا اجتماعی
بنگلادش	اختصاص ۱ درصد اضافه‌بهای مالیات بر حداکثر قیمت خرده‌فروشی محصولات دخانی برای توسعه سلامت
دماغه سبز	استفاده از کل درآمدهای غیرمستقیم حاصل از مالیات دخانیات برای ورزش و سلامت
کلمبیا	انتقال مجموع درآمدهای حاصل از مالیات غیرمستقیم دخانیات (۱۰ درصد قیمت خرده‌فروشی)، به بخش بهداشت و درمان سطح محلی
کومور	اختصاص بخشی از ۵ درصد اضافه مالیات بر دخانیات به وزارت ورزش و بخش دیگر آن به اورژانس‌های بیمارستانی
کنگو	اختصاص درآمد حاصل از مالیات خاص غیرمستقیم بر دخانیات به بیمه سلامت و ورزش
جزایر کوک	اختصاص ۵۰ درصد درآمد غیرمستقیم مالیات دخانیات به وزارت بهداشت، برای برنامه‌های بیماری‌های غیرواگیر
کاستاریکا	اختصاص همه درآمدهای حاصل از مالیات‌های خاص غیرمستقیم دخانیات به تأمین بودجه برنامه‌های پیشگیری و درمان بیماری‌های مرتبط با مصرف دخانیات، درمان سرطان، سوءمصرف الکل و امور ورزش
ساحل عاج	اختصاص درآمدهای حاصل از اضافه مالیات بر دخانیات به برنامه ایدز و کنترل دخانیات. عواید حاصل از سایر مالیات‌های اضافی صرف ورزش می‌شود.
مصر	اختصاص بخشی از درآمدهای مالیاتی به تأمین بودجه بیمه سلامت
السالوادور	اختصاص ۳۵ درصد از درآمدهای حاصل از مالیات بر دخانیات، الکل و سلاح گرم، مهمات و مواد منفجره به تأمین بودجه صندوق همبستگی برای سلامت (FOSALUD)
استونی	اختصاص ۰/۵ درصد از درآمدهای غیرمستقیم دخانیات به آمادگی جسمانی و سرمایه‌گذاری ورزش
گوآتمالا	تمام درآمدهای حاصل از مالیات غیرمستقیم بر قیمت دخانیات برای برنامه‌های بهداشتی استفاده می‌شود.
ایسلند	اختصاص حداقل ۰/۹ درصد از خالص فروش دخانیات به کنترل دخانیات
اندونزی	۱۰ درصد اضافه‌بها بر مالیات غیرمستقیم دخانیات اعمال شده است که ۵۰ درصد درآمد حاصل از آن به اجرای برنامه‌ها و قوانین سلامت در سطح منطقه‌ای اختصاص یافته است. ۲ درصد از درآمدهای مالیات دخانیات به دولت‌های منطقه‌ای اختصاص می‌یابد که بخشی از آن باید صرف سلامت شود.
ایران	۲ درصد مالیات دخانیات جمع‌آوری شده، برای پشتیبانی فعالیت‌های کنترل دخانیات استفاده می‌گردد.
ایرلند	اختصاص سالیانه ۱۶۸ میلیون یورو مالیات دخانیات، به‌طور مستقیم پس از جمع‌آوری به ارائه خدمات سلامت
جامائیکا	واریز ۲۰ درصد از درآمدهای حاصل از مالیات بر مقدار مصرف سیگار به صندوق ملی سلامت
لیتوانی	اختصاص ۱ درصد درآمدهای حاصل از مالیات غیرمستقیم بر دخانیات به تأمین مالی صندوق تربیت بدنی و حمایت از ورزش
ماداگاسکار	اختصاص ۶ آریاری (واحد پول ماداگاسکار) به‌ازای هر پاکت سیگار به تأمین مالی صندوق ملی ارتقا و توسعه جوانان، ورزش و سرگرمی

۱. با توجه به اینکه اطلاعات این جدول و جدول پیوست حاصل بررسی‌های جداگانه و در سال‌های متفاوت هستند در برخی از موارد (در مورد کشورهای ذکر شده) با هم هم‌پوشانی ندارند.



کشور	مصارف مالیات
موریتانی	اختصاص درآمد حاصل از ۷ درصد اضافه مالیات بر واردات سیگار به تحقیقات مبارزه با سرطان
موریس	اختصاص بخشی از درآمدهای مالیات دخانیات، به تأمین مالی درمان مشکلات بهداشتی مرتبط با مصرف سیگار
مراکش	اختصاص ۵/۴ درصد از کل درآمدهای حاصل از مالیات غیرمستقیم به صندوق همبستگی اجتماعی. این صندوق مراقبت‌های سلامت را (در میان اقدامات دیگر)، برای فقرا و معلولین جسمی تأمین مالی می‌کند.
نپال	واریز درآمد حاصل از مالیات غیرمستقیم دخانیات به صندوق مالیات سلامت
پالاو	اختصاص ۱۰ درصد درآمدهای حاصل از مالیات غیرمستقیم دخانیات به صندوق هزینه‌های مشترک پوشش مراقبت‌های سلامت برای شهروندان فاقد شغل و کسانی که حداقل ۶۰ سال سن دارند و یا از کارافتاده هستند. ۱۰ درصد منابع حاصل از مالیات بر الکل و دخانیات به پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر اختصاص می‌یابد.
پاناما	واریز ۵۰ درصد درآمدهای مالیات بر دخانیات به مؤسسه ملی انکولوژی وزارت بهداشت و گمرک برای جلوگیری از تجارت غیرقانونی دخانیات
فیلیپین	اختصاص ۸۰ درصد درآمدهای تصاعدی دخانیات (بعد از کسر سهم کشاورزان تنباکو)، به برنامه‌های پوشش همگانی سلامت و بهبود امکانات بهداشتی
جمهوری کره	واریز ۸۴۱ وون (واحد پول کره)، به‌ازای هر پاکت سیگار به صندوق ارتقای سلامت (تحقیقات ارتقای سلامت از جمله کنترل دخانیات را تأمین مالی می‌کند).
رومانی	۴۷/۳۸ رون (کد ایزوی واحد پول رومانی) به‌ازای ۱۰۰۰ سیگار و ۶۱/۵۹ رون به‌ازای هر کیلوگرم تنباکو (نرخ‌ها سالیانه براساس تورم تعدیل می‌گردند) به سلامت اختصاص می‌یابد. به‌علاوه، ۱ درصد بودجه حاصل از مالیات غیرمستقیم سیگار صرف تأمین مالی ورزش می‌شود.
سوئیس	واریز بخشی از مالیات غیرمستقیم بر سیگار به صندوق پیشگیری از دخانیات
تایلند	۲ درصد مالیات غیرمستقیم دخانیات و الکل به صندوق ارتقای سلامت (Thaihealth) واریز می‌شود.
ایالات متحده آمریکا	اختصاص مبلغی به‌ازای هر پاکت سیگار (براساس ایالت متفاوت است)، برای تأمین بودجه انواع مختلفی از اقدامات (عمدتاً اقدامات بهداشتی درمانی)
ویتنام	اختصاص ۱/۵ درصد اضافه‌بهای مبنای مالیات غیرمستقیم دخانیات برای تأمین مالی صندوق پیشگیری و کنترل آسیب‌های ناشی از دخانیات

مأخذ: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶.

براساس گزارش مذکور، ۹ کشور نیز درآمدهای مالیاتی حاصل از فروش مشروبات الکلی را برای بخش سلامت در نظر می‌گیرند.

۲-۲-۲. مالیات بر سایر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت (خوراکی و غیر خوراکی)

نوشیدنی‌های شیرین، غذاها و محصولات حاوی قند، نمک و چربی بالا و مواردی همچون بنزین، یا گازوئیل^۱ نمونه‌هایی از سایر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت به‌شمار می‌آیند. برخی کشورها اقدام به اعمال مالیات بر این‌گونه کالاها می‌کنند که در مواردی بخشی از درآمدهای حاصل از آنها به حوزه سلامت اختصاص می‌یابد. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷)، ۱۰ کشور مجارستان، مکزیک، بریتانیا، آمریکا، فرانسه، پولینزی فرانسه،^۲ کاستاریکا، جامائیکا و باربادوس مالیات بر سایر کالاهای آسیب‌رسان به سلامت را برای این حوزه اختصاصی‌سازی می‌کنند. (پیوست ۱)

۱. منجر به ایجاد آلودگی در هوا می‌شوند.

۲. از قلمروهای فرادریایی فرانسه در بخش جنوبی اقیانوس آرام، جنوب جزایر کروالین و شرق جزایر کوک.

کشور مجارستان براساس استراتژی ملی خود تحت عنوان «مجارستان سالم: ۲۰۲۰-۲۰۱۴»^۱ بر برخی مواد غذایی در چهار گروه محصولات شیرین قندی، اسنک‌های نمکی، نوشیدنی‌های سبک و ادویه‌جات مالیات اعمال می‌کند. درصد این مالیات‌ها از ۰/۱ درصد در مرباهای میوه‌ای تا ۴۹ درصد در شیرینی‌های بسته‌بندی شده متغیر است. متعاقب اعمال این مالیات‌ها، از سال ۲۰۱۱ تا سال ۲۰۱۴ مبلغی بالغ بر ۲۰۰ میلیون یورو درآمد حاصل شده است. این درآمدها برای افزایش دستمزدهای کارکنان حوزه سلامت استفاده شده‌اند. از محل این اعتبارات نزدیک به ۹۵۰۰۰ نفر شاغل در حوزه سلامت منتفع شده‌اند و به‌طور میانگین در مرحله نخست ۱۷/۶ درصد و در مرحله بعدی ۸/۲ درصد افزایش درآمد گزارش شده است.

از طرفی در سال ۲۰۰۲ دولت منطقه‌ای مادرید اسپانیا، مالیات بر خُرده‌فروشی فراورده‌های نفتی^۲ را وضع نمود. در این راستا یک سنت (یورو) به‌عنوان مالیات بر هر لیتر بنزین وضع شد. این مبلغ که به نظام سلامت عمومی (به‌ویژه بیمارستان‌ها) اختصاص یافت، به «سنت سلامت» مشهور است.

۳-۲. سایر موارد مالیات بر مصرف

مالیات بر مصرف اشکال دیگری نیز دارد. مثلاً مالیات بر کالاهای لوکس یا ارتباطات مخابراتی و... . تجربه استفاده از منابع حاصل از مالیات بر این کالاها برای بخش سلامت محدود است. برای مثال مالیات بر بلیت‌های پرواز داخلی توسط «یونیت‌اید»^۳ در سال ۲۰۰۶ با همکاری کشورهای برزیل، شیلی، فرانسه، نروژ و انگلستان و اختصاص منابع حاصل برای خرید داروی بیماران مبتلا به سل و ایدز در کشورهای با درآمد کم از این قبیل بوده‌اند. یونیت‌اید با کمک این ایده نوآورانه در سال ۲۰۰۸، بالغ بر ۳۶۴ میلیون دلار درآمد به‌دست آورد.

۳. سایر منابع درآمدی

برخی از کشورها (گابن، غنا، بوتان، بولیوی، ایتالیا، بریتانیا و کاستاریکا)، سایر منابع درآمدی را که در هیچ‌یک از دسته‌بندی‌های پیشین جای نمی‌گیرند برای سلامت اختصاصی‌سازی می‌کنند (جدول ۵).

1. Healthy Hungary, 2014–2020.
2. Hydrocarbon Retail Sales Tax (HRST)
3. UNITAID



جدول ۵. اختصاصی سازی سایر منابع درآمدی برای حوزه سلامت

کشور	توضیحات
گابن	بر ۱۰ درصد درآمد شرکت های تلفن همراه مالیات اعمال می کند و منابع حاصل را به پوشش بیمه سلامت ملی اختصاص می دهد تا افرادی که قادر به پرداخت هزینه عضویت در بیمه نیستند تحت پوشش قرار گیرند. در سال ۲۰۰۹ دولت گابن ۱۲ میلیارد فرانک (۲۵ میلیون دلار) از این طریق جمع آوری کرده است.
بولیوی و غنا	بخشی از صرفه جویی ناشی از بخشودگی بدهی ها ^۱ را برای حوزه سلامت اختصاصی سازی می کنند.
بوتان	دارای قدیمی ترین صندوق اعتباری سلامت در جهان است که هزینه برخی از واکسیناسیون ها و داروهای ضروری را پوشش می دهد.
کاستاریکا، بریتانیا	از بخشی از وجوه حاصل از بخت آزمایی ها در بخش سلامت استفاده می کنند. از سال ۲۰۰۹ در کاستاریکا، وجوه حاصل از بخت آزمایی ها، برای تأمین صندوق کشوری ایمن سازی اختصاصی سازی شده است. این وجوه به منظور خرید واکسن و پیگیری استراتژی واکسیناسیون سیاه سرفه و تأمین مالی مصارف برنامه ریزی نشده مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال منابع حاصل از بخت آزمایی ها بخش کوچکی از بودجه ایمن سازی را تأمین کرده است.

مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷).

مزایا و معایب اختصاصی سازی منابع درآمدی

بحث های بسیاری پیرامون اختصاصی سازی منابع درآمدی برای یک حوزه مشخص وجود دارد که بهتر است پیش از استفاده از این رویکرد در نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند. طرفداران اختصاصی سازی برخی مزایای بالقوه را در مورد آن بیان می کنند، در مقابل، معایب و انتقادهایی نیز در مورد اختصاصی سازی منابع درآمدی وجود دارد که در ادامه به هر کدام از آنها اشاره شده است:

– مزایای اختصاصی سازی منابع درآمدی برای حوزه مشخص

- در شرایط نبود رابطه ای قوی بین سیاست ها و فرایند بودجه ریزی، اختصاصی سازی، تأمین مالی اولویت های دولت را تضمین می کند. این امر درآمدهای مشخصی را در برابر رقابت های سیاسی حفظ کرده و می تواند منجر به عبور از محدودیت های بودجه ای تعیین شده توسط وزارت دارایی شود.
- اختصاصی سازی، با افزایش ارتباط بین مالیات ها و مزایای دریافتی باعث افزایش کارایی تخصیصی هزینه های عمومی می شود (و از این رو بین عرضه و تقاضا ارتباط برقرار می کند). درست همانند پرداخت های کاربران برای خدمتی خاص. به این معنا که درآمدها از دریافت کنندگان خدمت، به منظور تأمین مالی خدمت مذکور، اخذ می گردند.
- اختصاصی سازی می تواند باعث کاهش مقاومت های عمومی در مقابل دریافت مالیات شود، چرا که افراد بین وجهی که می پردازند و خدمتی که دریافت می کنند، ارتباطات مشاهده می کنند. این ارتباط

پاسخگویی سیاستگذاران و ارائه‌دهندگان را در ارائه خدمات مورد انتظار بیشتر می‌کند. در نتیجه مردم احساس می‌کنند ارتباط بیشتری با نظام مالیاتی دارند.

● اختصاصی‌سازی منجر به آگاه‌سازی مردم در مورد هزینه برنامه یا خدمتی خاص می‌شود، این امر در مواقعی که مردم پیگیر افزایش هزینه‌های سلامت برای تأمین مالی گسترش پوشش بهداشتی درمانی و پیشرفت کلی پوشش همگانی هستند اهمیت دارد.

● اگر نظام مدیریت مالی دولتی سخت (بدون انعطاف) باشد و درآمدهای اختصاصی‌سازی شده توسط یک صندوق فرابودجه‌ای مدیریت شود می‌تواند منجر به انعطاف‌پذیری بیشتری در نحوه استفاده از بودجه دولتی گردد. این امر در بخش سلامت، به معنای عبور از موانع نظام مدیریت مالی دولتی به منظور اجرای ترتیبات انباشت و خرید است.

● از طریق اختصاصی‌سازی هم می‌توان بهداشت عمومی را ارتقا بخشید (از طریق انگیزه‌های مالی منفی مثل اخذ مالیات بر دخانیات) و هم منابع را از افرادی که فعالیت‌های ناسالم انجام می‌دهند دریافت کرد و صرف ارائه خدمت به آنان، به‌ویژه در برنامه‌های پیشگیری یا ارتقای بهداشت نمود.

– از جمله نقدهای وارد شده بر اختصاصی‌سازی منابع

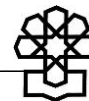
● اختصاصی‌سازی، به‌طور عمومی باعث کاهش انعطاف در فرایند بودجه‌ریزی می‌شود. کسانی که معتقدند مخارج دولتی باید از طریق تصمیمات سیاسی و نه درآمدهای حاصل از مالیات‌های اختصاصی‌سازی شده تعیین گردد، استدلال می‌کنند که اختصاصی‌سازی می‌تواند به تخصیص غیر اثربخش و ناکارآمد منابع منجر گردد.

● تأمین بودجه برنامه‌ها از طریق اختصاصی‌سازی، به این معناست که سقفی برای مخارج وجود ندارد و همه منابع مالی جمع‌آوری شده بدون هیچ‌گونه ذخیره، هزینه می‌شوند یا اینکه برنامه، کمتر از آنچه اعتبار نیاز دارد تأمین بودجه می‌شود (اختصاصی‌سازی به جای کف درآمد، به سقف درآمد تبدیل می‌شود).

● اختصاصی‌سازی مالیات‌ها می‌تواند به انحراف در کل اقتصاد منجر شود. برای مثال به‌طور خاص، مالیات بر حقوق می‌تواند بر تصمیمات مردم در مورد پیوستن به مشاغل رسمی تأثیر گذاشته و منجر به انحراف در بازار کار و افزایش اشتغال غیررسمی شود.

● درآمدهای اختصاصی‌سازی شده در زمان رکود اقتصادی، ممکن است توانایی دولت را در تعدیل هزینه‌ها یا تثبیت اقتصادی با محدودیت روبه‌رو کنند.

● اختصاصی‌سازی منجر به تکه‌تکه شدن در فرایند بودجه‌ریزی می‌شود. در مورد تأمین مالی سلامت، جدا کردن منابع درآمدی می‌تواند انباشت را تکه‌تکه کند. همچنین مجزا کردن سلامت از سایر



حوزه‌های مصارف عمومی می‌تواند مانع از یکپارچگی سیاست‌های بهداشتی با سیاست‌های سایر بخش‌ها که برای ارتقای بهداشت عمومی نیز ضروری هستند، شود.

- با اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای ارائه خدمت به افرادی که وجوه مربوط از آنها اخذ می‌شود یا توصیف سهم افراد از خدماتی که تأمین مالی می‌کنند؛ احساس مسئولیت مشترک برای تأمین مالی خدمات عمومی کاهش می‌یابد. این موضوع به‌خصوص، در مورد مشارکت در پرداخت برای بیمه‌های سلامت در زمان عدم ارتباط بین نیاز و توانایی پرداخت در زمان مشارکت برای بیمه سلامت ملی، اهمیت دارد.

- درآمدهای اختصاصی‌سازی شده در معرض نفوذ گروه‌های ذی‌نفع هستند، که برای به‌دست آوردن منابع، در جهت منافع یا اولویت‌های خود، بدون توجه به آثار گسترده‌تر اختصاصی‌سازی منابع مالی، در تلاش هستند.

- مغایرت با اصول بودجه‌ریزی (اصول جامعیت و عدم تخصیص)، ایجاد رقابت در استفاده اختصاصی از درآمدهای عمومی و احتمال کاهش بودجه برای برخی هزینه‌های اولویت‌دار در سال‌های آتی نیز از دیگر انتقادهایی هستند که در مورد اختصاصی‌سازی منابع درآمدی مطرح می‌شوند.

نتایج اختصاصی‌سازی: تجربه کشورها

مطالعات در مورد آثار و پیامدهای اختصاصی‌سازی منابع درآمدی مشخص برای بخش سلامت بسیار محدود است، ولی با این حال بررسی انجام شده بر روی ۶ کشور غنا، استونی، اندونزی، فیلیپین، آفریقای جنوبی و ویتنام نشان داده است که تقریباً تمام مسئولین حوزه اقتصادی در کشورهای مورد مطالعه اذعان داشته‌اند به‌دلیل آنکه باعث عدم انعطاف در فرایند برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی می‌شود، سیاست بهینه نبوده است، اما از آنجایی که هدف، یک اولویت ملی بوده، مسئولین حوزه سلامت با دولت‌های مرکزی برای استفاده از این رویکرد به توافق رسیده‌اند. به‌عنوان مثال در کشور غنا تا زمانی که بحث تأمین مالی نظام بیمه سلامت ملی مطرح نشده بود تلاش‌های وزارت دارایی برای افزایش مالیات بر ارزش‌افزوده از لحاظ سیاسی محبوبیتی نداشته است، در فیلیپین نیز حمایت از افزایش مالیات دخانیات منوط به اختصاص بخش قابل توجه از درآمدهای حاصل از آن برای گسترش پوشش بیمه سلامت ملی برای جمعیت فقیر شده است. یکی از دلایل مهم استفاده از اختصاصی‌سازی در این کشورها پیشبرد و حفظ یک اولویت بهداشتی درمانی بوده است. در غنا، استونی و فیلیپین، اختصاصی‌سازی برای بخش سلامت، منجر به شروع و توسعه برنامه بیمه سلامت ملی شده است، در آفریقای جنوبی نیز این رویکرد به‌منظور مقابله مؤثر با اپیدمی ایدز به‌کار رفته است.

حمایت سیاسی برای استفاده از رویکرد اختصاصی‌سازی به نوع منبع درآمد نیز بستگی دارد. به‌عنوان مثال در فیلیپین و ویتنام علی‌رغم مخالفت صنعت دخانیات، دریافت مالیات بر دخانیات به‌دلیل حمایت عمومی از آن موفق بوده و در غنا اختصاصی‌سازی مالیات بر ارزش‌افزوده به‌علت تصاعدی بودن قابلیت پذیرش بیشتری داشته است.

اثر اختصاصی‌سازی بر عدالت و کارایی: تأثیر اختصاصی‌سازی منابع در بخش سلامت بر روی عدالت و کارایی مشخص نیست. اختصاصی‌سازی می‌تواند منجر به افزایش یا کاهش عدالت و اثربخشی منابع درآمدی گردد. به‌عنوان مثال علی‌رغم اینکه مالیات بر ارزش‌افزوده در غنا تقریباً تصاعدی است و صرف منابع آن برای تحت پوشش قرار دادن فقرا آن را تصاعدی‌تر می‌کند، اما به‌دلیل اینکه خانوارهای ثروتمند نسبت به فقرا تمایل بیشتری برای استفاده از خدمات نظام بیمه سلامت ملی دارند نمی‌توان تأثیر خالص آن را بر عدالت مشخص کرد. در استونی نیز مالیات بر درآمد تنازلی است که این امر منجر می‌شود اشتغال رسمی کاهش یافته و منابع حاصل در طول زمان کم شوند (به ناکارایی می‌انجامد). از این‌رو برای تأمین کمبود منابع مالی صندوق بیمه سلامت در این کشور از درآمدهای عمومی به آن یارانه داده می‌شود. البته این یارانه به‌منظور جبران کاهش منابع صندوق است و نه ایجاد عدالت در پوشش افراد.

اختصاصی‌سازی و ظرفیت مالی: موضوع دیگر، پتانسیل بالقوه اختصاصی‌سازی در بهبود کوتاه‌مدت در ظرفیت مالی است. در غنا گرچه با استفاده از اختصاصی‌سازی، درآمدهای اضافی ایجاد شده، اما کل منابع توزیع شده برای بخش سلامت (به‌عنوان سهمی از هزینه‌های دولتی) به سطح قبل از اختصاصی‌سازی رسیده است و نشانه‌هایی از جابه‌جایی مصرف منابع برخی برنامه‌ها مثل واکسیناسیون یا برخی از هزینه‌های اجرایی ارائه‌دهندگان دولتی در بودجه وزارت بهداشت مشاهده شده است. در این کشور اختصاصی‌سازی برای نظام بیمه سلامت ملی، به‌جای اولویت‌بندی بین بخش سلامت با سایر بخش‌ها به اولویت‌بندی مجدد در درون بخش سلامت منجر شده است. همچنین براساس جزئیات بودجه‌ای در کشور گابن، افزایشی که متعاقب اختصاصی‌سازی مالیات بر درآمدهای شرکت‌های تلفن همراه در بودجه‌های بخش سلامت رخ داده بود پایان یافته و منابع بودجه‌ای بخش سلامت به سطح قبل از شروع اختصاصی‌سازی رسیده است. در استونی نیز اصلاحاتی به‌منظور کاهش سهم مالیات بر درآمد اختصاصی‌سازی شده و افزایش استفاده از درآمدهای عمومی در حال اجراست.

تجربه این کشورها نشان داده است که اختصاصی‌سازی باید برای یک افق زمانی مشخص و محدود مورد استفاده قرار گیرد تا مؤثر واقع گردد؛ چراکه اولویت‌ها در طول زمان تغییر می‌کنند و احتمال کسری در بودجه سایر بخش‌ها افزایش می‌یابد و عدم انعطاف در بودجه منجر به ناکارآمدی می‌گردد. در کشور آفریقای جنوبی، از زمان نهادینه شدن و عملیاتی شدن مقابله با اپیدمی ایدز،



اولویت‌ها تغییر پیدا کرده‌اند، لذا دولت در نظر دارد به اختصاصی‌سازی منابع در حوزه ایدز پایان داده و منابع مالی را برای تأمین مالی عمومی^۱ مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح استانی به‌کار برد. در غنا بعد از ۱۳ سال از اختصاصی‌سازی برای تأمین بودجه «طرح بیمه سلامت ملی» و کسری ایجاد شده در بودجه سایر بخش‌های حوزه سلامت، در راستای افزایش کارایی تخصیصی اقدام به اولویت‌بندی مجدد در بخش سلامت شده است. در این کشور نگرانی‌هایی مبنی بر آسیب به سایر اولویت‌های بهداشتی مثل ایمن‌سازی بروز پیدا کرده است. احکام مرتبط با اختصاصی‌سازی منابع برای بخش سلامت در ایران علی‌رغم اینکه معطوف به موضوع/موضوعات مشخصی هستند، ولی فاقد محدوده زمانی مشخص می‌باشند و از این حیث می‌توان گفت واجد اشکال‌اند.

رابطه اختصاصی‌سازی با پیامدهای سلامتی: یافتن ارتباط بین اتخاذ سیاست اختصاصی‌سازی و اهداف و پیامدهای سلامت دشوار است، چراکه عوامل بسیاری بر این پیامدها تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال گرچه کاهش مصرف دخانیات در فیلیپین، نتیجه افزایش مالیات بر این کالاها عنوان شده است و یا در فیلیپین و غنا اختصاصی‌سازی منجر به گسترش پوشش بیمه سلامت شده، همچنین در این دو کشور دسترسی به خدمات سلامت به‌ویژه برای جمعیت فقیر افزایش یافته است، ولی آیا اینکه در صورت عدم انجام اختصاصی‌سازی، این نتایج حاصل می‌شد یا خیر مشخص نیست و نیازمند بررسی همه ابعاد و اطمینان از اثربخشی آن است. هرچند این اعتقاد وجود دارد که نظام بیمه سلامت ملی در غنا بدون اختصاصی‌سازی شکل نمی‌گرفت و تداوم نمی‌یافت.

اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در قوانین ایران

موضوع اختصاصی‌سازی منابع درآمدی در برخی از احکام قوانین دائمی، احکام مربوط به تبصره‌های بودجه سنواتی و همچنین پیشنهادهایی که نمایندگان مجلس در فرایند بررسی لوایح بودجه سنواتی ارائه می‌کنند مشاهده می‌شود.

بارزترین مواد قانونی پیرامون اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در ایران، مواد (۳۷)^۲ و (۴۶)^۳ قانون الحاق (۲) هستند. مورد اخیر درواقع حکم مربوط به بند «ب» ماده (۳۴) قانون برنامه پنجم توسعه است که در قانون الحاق (۲) دائمی شده است.

در ماده (۳۰) قانون الحاق (۲) نیز تأکید شده تا به‌منظور انجام اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی، ۱۰ درصد از منابع حاصل از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به‌طور مستقیم، به وزارت بهداشت اختصاص یابد. این حکم نیز پیش‌تر

1. General Financing

۲. افزودن یک واحد درصد به مالیات بر ارزش‌افزوده سهم دولت به‌عنوان مالیات سلامت.

۳. افزودن ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت.

در بند «ب» ماده (۳۷) قانون برنامه پنجم توسعه مورد تصویب قرار گرفته بود که در قانون الحاق (۲) دائمی شده است.

مواد (۲۸)، (۴۸) و همچنین (۶۹) قانون الحاق (۲)، احکام دیگری هستند که به ترتیب استفاده از منابع حاصل از تنخواه‌گردان بودجه عمومی دولت، اخذ عوارض از کالاها و خدمات آسیب‌رسان به سلامت و عوارض نوشیدنی‌های قندی برای حوزه سلامت را مورد اشاره قرار داده‌اند. در ماده (۶۹) قانون الحاق (۲) بر وضع و اخذ عوارض از خُرده‌فروشی سیگار و استفاده از منابع حاصل برای مصارفی نظیر پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصل نیز تأکید شده است. ماده (۷۳) قانون برنامه ششم توسعه نیز بر اخذ مالیات بر دخانیات تأکید کرده است که طبق مفاد آن، بخشی از منابع حاصل از آن به وزارت بهداشت و برای مصارف مشخص شده در قانون مذکور اختصاص می‌یابد.

در ادامه، جزئیات مربوط به اختصاصی‌سازی منابع درآمدی در قوانین دائمی کشور به تصویر کشیده شده است. (جدول ۶)

جدول ۶. مصادیق اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در قوانین دائمی

قانون	مصادیق اختصاصی‌سازی
قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۶-۱۴۰۰)	ماده (۷۳) - الف - از ابتدای اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات‌های مستقیم مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۳ و قانون مالیات بر ارزش‌افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷ مشمول مالیات به شرح زیر است: ۱. مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و تولید مشترک بیست درصد (۲۰٪)، تولید داخل با نشان بین‌المللی (برند) بیست‌وپنج درصد (۲۵٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می‌گردد. ۲. مالیات انواع توتون پیپ و تنباکوی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می‌گردد. پ) مالیات موضوع این ماده تابع کلیه احکام مقرر در قانون مالیات بر ارزش‌افزوده به استثنای نرخ مضاعف مالیات این ماده خواهد بود. سازمان امور مالیاتی کشور مکلف است مالیات موضوع این ماده را وصول و آن را به ردیف درآمدی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز نماید. ت) با لازم‌الاجرا شدن این قانون، علاوه بر عوارض موضوع بند «الف» این ماده، مالیات عملکرد، مالیات بر ارزش‌افزوده، حقوق ورودی، حق انحصار و بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) نیز به محصولات دخانی اعمال می‌گردد. تبصره - صد درصد (۱۰۰٪) درآمدهای حاصل از اجرای بند «الف» این ماده طی ردیف‌هایی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش موضوع بند «ب» ماده (۶۹) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴ در اختیار وزارتخانه‌های ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد.
قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات	ماده (۲۸) - بند «م» - به دولت اجازه داده می‌شود به منظور پیش‌آگاهی، پیشگیری، امداد رسانی، بازسازی و نوسازی مناطق آسیب‌دیده از حوادث غیرمترقبه از جمله سیل، زلزله، سرمازدگی، تگرگ، طوفان، آتش‌سوزی، گردوغبار، پیشروی آب دریا، آفت‌های فراگیر محصولات کشاورزی و بیماری‌های همه‌گیر انسانی و دامی و حیات وحش و مدیریت خشکسالی، تنخواه‌گردان موضوع ماده (۱۰) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت



قانون	مصادیق اختصاصی سازی
مالی دولت (۲) (مصوب ۱۳۹۳)	مصوب ۱۳۸۰ را به سه درصد (۳٪) و اعتبارات موضوع ماده (۱۲) قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور مصوب ۱۳۸۷ را به دو درصد (۲٪) افزایش دهد. اعتبارات مذکور با پیشنهاد وزارت کشور و تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور (ظرف مدت ۱۰ روز) و تصویب هیئت وزیران قابل هزینه است. از ابتدای سال ۱۳۹۵ بخشی از اعتبارات مذکور به ترتیب و میزانی که در قوانین بودجه سنواتی تعیین می شود به صورت هزینه ای و تملک دارایی های سرمایه ای به جمعیت هلال احمر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اختصاص می یابد تا در جهت آمادگی و مقابله با حوادث و سوانح هزینه گردد. ماده (۳۰) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان، معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور در چارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می شود. توزیع این منابع بین دانشگاه های علوم پزشکی توسط وزارتخانه مذکور با تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور براساس عملکرد واحدهای یادشده بر مبنای تعرفه های مصوب هر سه ماه یکبار صورت می گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه کرد اعتبارات مذکور را هر ۶ ماه یکبار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مسئول حسن اجرای این ماده است. ماده (۳۷) - علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً یک واحد درصد در هر سال به عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و هم زمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی می شود، واریز می گردد. صد درصد (۱۰۰٪) منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش بینی می شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع)، اختصاص می یابد و پس از تحقق هدف مذکور نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان های مناطق توسعه نیافته، مصارف هیئت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام شود. هرگونه پرداخت هزینه های پرسنلی نظیر حقوق و مزایا، اضافه کار، کمک های رفاهی، پاداش، فوق العاده های مأوریت، کارانه، بهره وری، مدیریت، نوبت کاری، دیون و مانند آن و هزینه های اداری نظیر ارقام مصرفی اداری و تأمین اثاثیه و منصوبات اداری از این محل ممنوع می باشد. ماده (۴۶) - به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کمک به تأمین هزینه های تحمل ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی و درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص مورد نیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده و به حساب درآمد اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می شود. ماده (۴۸) - هرگونه تولید و واردات و عرضه کالاها و خدمات آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف، مشمول عوارض خاص تحت عنوان <u>عوارض سلامت</u> می باشد. فهرست خدمات و اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوء مصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض (حداکثر ۱۰ درصد ارزش کالا) برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه های امور اقتصادی و دارایی، تعاون، کار و رفاه اجتماعی و صنعت، معدن و تجارت و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تعیین و ابلاغ می شود. صد درصد (۱۰۰٪) مبلغ وصولی پس از واریز به خزانه و مبادله موافقت نامه به صورت درآمد - هزینه در اختیار دستگاه های اجرایی مربوطه قرار می گیرد. ماده (۶۹) - به دولت اجازه داده می شود: الف) نسبت به وضع و اخذ عوارض از نوشیدنی های قندی تولید داخل، تولید مشترک داخلی، خارجی و

قانون	مصادیق اختصاصی سازی
	نوشیدنی‌های وارداتی اقدام نماید. منابع حاصله به حساب درآمد عمومی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز و طی ردیفی که در قانون بودجه مشخص می‌شود به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و تصویب هیئت وزیران به منظور پیشگیری، آموزش، تغییر سبک زندگی و غربالگری بیماران دیابتی و بیماران قلبی و عروقی، کمک به تشکلهای غیردولتی ذی‌ربط، پیشگیری از بیماری‌های مشترک انسان و دام، توسعه، تکمیل و تجهیز اماکن ورزشی با اولویت مناطق کمتر توسعه یافته و روستاها هزینه شود. ب) به منظور ارتقای سلامت جامعه و کاهش مصرف دخانیات نسبت به وضع و اخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار اقدام کند. درآمد حاصله به حساب درآمد عمومی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز و طی ردیفی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و تصویب دولت به منظور کاهش مصرف دخانیات و آموزش، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش به خصوص ورزش همگانی در مدارس در اختیار دستگاه‌های ذی‌ربط قرار گیرد.

علاوه بر موارد مذکور در جدول فوق، افزایش عوارض گمرکی و سود بازرگانی واردات لوازم آرایشی، اخذ عوارض از خودروهای وارداتی یا اضافه عوارض به قیمت خرده‌فروشی سیگار نیز از جمله مصادیق اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت در احکام مربوط به تبصره‌های بودجه سنواتی هستند. جدول ۷ وضعیت اعتبارات اختصاصی سازی شده برای مصارف بخش سلامت را براساس قانون بودجه سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد.

جدول ۷. اعتبارات اختصاصی سازی شده برای وزارت بهداشت

براساس قانون بودجه سال ۱۳۹۷

(میلیارد ریال)

ردیف اعتباری	اعتبارات ابلاغ شده در قانون بودجه	عملکرد (تا پایان دی ماه ۱۳۹۷)
قوانین دائمی	۴,۰۵۹	۰
	۲۴۶,۶۰۵	۳۱۷۲۲
	۳۷,۰۰۰	۱۷۵۰۰
	۲۰۰	۰

۱. به منابع اختصاص یافته به بخش بهداشت و درمان می‌توان منابع درآمدی سازمان بیمه سلامت نظیر، حق بیمه‌های دریافتی، کمک‌ها و هدایای مشخص، منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوهات شرعی در قلمرو نظام تأمین اجتماعی با مجوز طرح تقلید و همچنین منابع حاصل از حق بیمه مشمولان تأمین اجتماعی که در قوانین بودجه سنواتی انعکاس نمی‌یابند را نیز افزود.

۲. اعتبارات ردیف درآمدی مربوطه در قانون بودجه، ۶۴۸۳۳ میلیارد ریال پیش‌بینی شده است. طبق قانون مذکور ۵۰۰۰ میلیارد ریال از این اعتبارات به جهت تجهیز و تکمیل طرح‌های بیمارستانی در حال ساخت وزارت بهداشت، طرح‌های وزارت راه و شهرسازی و طرح‌های بیمارستانی مندرج در جداول (۱۹) و (۲۰) قانون بودجه در اختیار سازمان مجری ساختمان‌ها و تأسیسات دولتی و عمومی، شرکت مادر تخصصی قرار خواهد گرفت.



عملکرد (تا پایان دی‌ماه ۱۳۹۷)	اعتبارات ابلاغ شده در قانون بودجه	ردیف اعتباری	
۰	۵۶	اعتبارات موضوع افزایش قیمت نوشابه‌های گازدار قندی تولید داخل و وارداتی (۵۰ درصد سهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت پیشگیری و درمان بیماران دیابتی، قلبی و عروقی، ۳۰ درصد سهم وزارت ورزش و جوانان برای توسعه ورزش همگانی روستایی و ۲۰ درصد سهم سازمان دامپزشکی برای مقابله با بیماری‌های مشترک انسان و دام)	اضافه شده در قانون بودجه
۰	۲۵۰۰	هزینه‌کرد الزامات مندرج در بند «م» ماده (۲۸) قانون الحاق (۲) - بند «ب» تبصره «۱۳» قانون بودجه	
۷۸۶۲	۱۴۹۹	ماده (۳۰) قانون الحاق (۲) - ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد برای درمان فوری و بدون قیدوشرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی	
۰	۹۴۲	اعتبارات موضوع اخذ ۵ درصد از واردات خودروهای وارداتی جهت خرید آمبولانس	
۰	۲۲۰	هیئت امنای ارزی - افزایش مجموعاً ده درصد عوارض گمرکی و سود بازرگانی واردات لوازم آرایشی جهت خرید عضو مصنوعی (پروتز) حلزون جهت کاشت حلزون شنوایی (بند «ح» تبصره «۱۰» قانون بودجه)	
۰	۱۱۴۱	پیشگیری از بیماری‌های ریوی و توسعه ورزش همگانی - ۵۰ درصد سهم وزارت بهداشت و ۵۰ درصد سهم وزارت جوانان	مجموع اعتبارات اختصاصی‌سازی ابلاغ شده (میلیارد ریال)
۰	۲۲۷	موضوع حق بیمه شخص ثالث شرکت‌های بیمه‌ای بابت هزینه در امور منجر به کاهش تصادفات (۶۳ درصد نیروی انتظامی و ۲۷ درصد سازمان راهداری و حمل‌ونقل جاده‌ای و ۱۰ درصد اورژانس) - بند «الف» تبصره «۱۰» قانون بودجه	
۵۷۰۸۴	۱۰۶۹۴۰	سهم اعتبارات اختصاصی‌سازی شده از مجموع اعتبارات (مجموع عمومی - اختصاصی - تملک) ^۲ مصوب قانون بودجه سال ۱۳۹۷ (درصد)	
	۱۴		

مأخذ: قانون بودجه سال ۱۳۹۷ - داده‌های دریافت شده از وزارت بهداشت به صورت غیررسمی.

توضیح: برای دریافت داده‌های کامل یک سال بودجه‌ای مکاتباتی با وزارت بهداشت انجام شد، ولی پاسخی ارائه نگردید.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود در قانون بودجه سال ۱۳۹۷ مجموعاً از محل مواد قانونی پیرامون اختصاص منابع درآمدی به بخش سلامت و همچنین تبصره‌های اضافه شده در قانون بودجه، ۱۰۶۹۴۰ میلیارد ریال اعتبار به وزارت بهداشت ابلاغ شده است. یعنی حدود ۱۴ درصد مجموع اعتبارات وزارت بهداشت در قانون بودجه سال مذکور.

بیشتر ردیف‌های درآمدی که برای مصارف بهداشت و درمان اختصاصی‌سازی شده‌اند مربوط به عوارض و مالیات هستند (مثل مالیات بر ارزش افزوده، عوارض خُرده‌فروشی سیگار، عوارض گمرکی و سود بازرگانی واردات لوازم آرایشی) و عمدتاً ذیل اعتبارات ردیف‌های متفرقه قرار داده شده‌اند.

۱. اعتبارات ردیف درآمدی مربوطه در قانون بودجه ۲۵۰۰ میلیارد ریال پیش‌بینی شده است.
۲. ۷۴۳۵۸۲ میلیارد ریال.

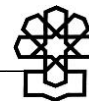
میزان اعتبارات از محل موضوع یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده، به تنهایی حدود ۴۳ درصد از این اعتبارات را شامل می‌شود و به همراه سهم سلامت از هدفمندسازی یارانه‌ها به حدود ۸۰ درصد مجموع اعتبارات اختصاصی سازی شده در سال ۱۳۹۷ می‌رسد.

بررسی جزئیات قانون بودجه سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد که اعتبارات اختصاصی سازی شده برای بهداشت و درمان دقیقاً مبتنی بر حکم تعیین شده در قوانین مرتبط یا طبق سهمی که قانون بودجه در ردیف‌های هزینه‌ای برای آنها مشخص کرده است تخصیص داده نشده‌اند.

برای مثال ردیف درآمدی موضوع ماده (۳۷) قانون الحاق (۲)، حدود ۶۴۸۳۳ میلیارد ریال پیش‌بینی شده، ولی تنها ۴۶۶۰۵ میلیارد آن به وزارت بهداشت ابلاغ شده است. در صورتی که ۵۰۰۰ میلیارد ریال از این اعتبارات را که به جهت تجهیز و تکمیل طرح‌های بیمارستانی در حال ساخت وزارت بهداشت، طرح‌های وزارت راه و شهرسازی و طرح‌های بیمارستانی مندرج در جداول (۱۹) و (۲۰) قانون بودجه در اختیار سازمان مجری ساختمان‌ها و تأسیسات دولتی و عمومی، شرکت مادر تخصصی قرار می‌گیرد از این مقدار کسر کنیم، کماکان بالغ بر ۱۳۲۰۰ میلیارد ریال اعتبارات ابلاغ نشده باقی می‌ماند. مثال دیگر ردیف هزینه‌ای با عنوان پیشگیری از بیماری‌های ریوی و توسعه ورزش همگانی است که مربوط به درآمد موضوع اضافه عوارض قیمت خرده‌فروشی هر نخ سیگار در بند «م» تبصره «۶» قانون بودجه است. طبق بند مذکور سهم وزارت بهداشت از این اعتبارات ۳۵۰۰ میلیارد ریال است، ولی در ردیف هزینه‌ای مربوطه تنها ۱۴۱ میلیارد ریال اعتبار لحاظ شده، یعنی ۳۳۵۹ میلیارد ریال اعتبار آن ابلاغ نشده است.

نکته دیگری که در رابطه با اعتبارات اختصاصی سازی شده وجود دارد عملکرد ضعیف آنهاست. به غیر از منابع موضوع یک واحد درصد مالیات بر ارزش افزوده، سایر منابع اختصاصی سازی شده برای سال ۱۳۹۷ تا تاریخی که بررسی انجام شده عملکرد مناسبی نداشته است. به طوری که عنوان شده حدود نیمی از مجموع این اعتبارات تخصیص نیافته‌اند. علت عملکرد بالای اعتبارات موضوع ماده (۳۰) قانون الحاق (۲) نیز اعتبارات معوق انباشته در سال‌های گذشته بوده که در سال ۱۳۹۷ به وزارت بهداشت پرداخت شده است. عملکرد ضعیف اعتبارات اختصاصی سازی شده تنها به سال ۱۳۹۷ محدود نمی‌شود، بلکه سال‌های قبل نیز عملکرد این نوع اعتبارات با میزان ابلاغ شده فاصله زیادی داشته‌اند. عدم عملکرد کافی این اعتبارات در کنار عدم ابلاغ کامل اعتبارات براساس قوانین مربوطه، خود به طور مضاعف پتانسیل اعتبارات اختصاصی سازی شده را کاهش داده است.

بنابراین به طور کلی می‌توان عنوان کرد که بیشتر اعتبارات اختصاصی سازی شده برای سلامت به ظاهر مجموع اعتبارات بهداشت و درمان را افزایش داده‌اند، ولی به علت عدم ابلاغ کامل براساس قوانین و همچنین عدم تخصیص و عملکرد کافی، وزارت بهداشت عمده‌تاً از آنها بی‌نصیب مانده است و برخلاف تصور ایجاد شده، اتفاقاً محل مناسبی برای پایداری منابع نظام سلامت محسوب نمی‌شوند.



بررسی حاضر نشان داد که برخی کشورها اختصاصی‌سازی منابع درآمدی را برای تأمین مالی حوزه سلامت خود به کار می‌گیرند. در این میان استفاده از مالیات بر درآمد/ دستمزد متداول‌تر از سایر منابع است. جدای از منابع مذکور که برای بیمه‌های اجتماعی و درمانی کارکنان بخش رسمی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، در میان کشورها بیشترین تمایل برای اختصاصی‌سازی منابع حاصل از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به‌ویژه دخانیات برای بخش سلامت وجود دارد. در مقابل، علی‌رغم اخذ مالیات بر ارزش‌افزوده در بسیاری از کشورها، تنها تعداد کمی از آنها (طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، چهار کشور، از جمله ایران) بخشی از منابع حاصل را برای بخش سلامت اختصاصی‌سازی می‌کنند. تجربه اختصاصی‌سازی سایر منابع درآمدی (نظیر مالیات بر درآمدهای شرکت‌های تلفن همراه، مالیات بر بنزین، مالیات بر بلیت پرواز، منابع درآمدی حاصل از بخشودگی بدهی‌ها و یا وجوه حاصل از بخت‌آزمایی‌ها) برای بخش سلامت نیز به صورت موردی و تنها در برخی کشورها مشاهده شده است.

طرفداران اختصاصی‌سازی مزایایی از قبیل عبور از محدودیت‌های بودجه‌ای، ایجاد ارتباط بین منابع اختصاص‌یافته و برنامه‌های مشخص (و متعاقب آن افزایش پاسخگویی مجریان برنامه‌ها) یا آگاه‌سازی جامعه در مورد هزینه برنامه‌ای مشخص را مطرح می‌کنند؛ اما از سوی دیگر انتقادهایی جدی به اختصاصی‌سازی نیز وارد است که مغایرت با اصول بودجه‌ریزی و نفوذ گروه‌های ذی‌نفع از جمله مهم‌ترین آنها هستند. مستندات موجود از تجربیات کشورهایی که از این رویکرد استفاده کرده‌اند نیز به این مسئله اشاره دارد که اختصاصی‌سازی سیاست ارجح آنها نبوده و برای پیشبرد یک اولویت ملی مهم در مدت محدود و مشخص استفاده شده است. دلیل اصلی عدم اولویت قرار دادن این رویکرد نیز ایجاد عدم انعطاف و اولویت‌گزینی در بودجه و متعاقباً ناکارآمدی ذکر می‌شود. همچنین بعضی از این کشورها به دلایلی از جمله تغییر اولویت‌ها یا ایجاد کسری در سایر بخش‌ها، بعد از مدتی اختصاصی‌سازی را پایان داده‌اند. در قوانین اختصاصی‌سازی منابع برای سلامت در کشور ما، بازه زمانی مشخص برای مصارف موضوع اختصاصی‌سازی لحاظ نشده است و از این حیث می‌توان گفت واجد اشکال هستند.

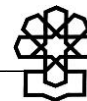
در مورد پایداری منابع نیز باید گفت منابع حاصل از اختصاصی‌سازی به‌طور بالقوه نسبت به شرایط رکود و رونق اقتصادی تأثیرپذیر هستند. در تجربیات کشورها به ناپایداری این منابع اشاره شده است. این در حالی است که توجیه اصلی پیشنهادکنندگان اختصاص مالیات بر سایر کالاها و خدمات برای برنامه تحول سلامت در ایران ایجاد منابع مالی پایدار برای آن برنامه بوده است.

در حال حاضر طبق قوانین کشور ایران، حدوداً ۱۴ درصد از اعتبارات وزارت بهداشت در قانون بودجه سال ۱۳۹۷ از محل اختصاصی‌سازی منابع مشخص بوده است، همان‌گونه که در گزارش اشاره شد، عملکرد اعتبارات اختصاصی‌سازی شده برای حوزه سلامت کشور پایین بوده است؛ بنابراین تجربه

این رویکرد در کشور ما نیز حاکی از آن است که ضمانت اجرایی برای تخصیص منابع مالی به‌طور کامل وجود ندارد و نمی‌توان آن را به‌عنوان منبع پایدار برای حوزه سلامت تلقی کرد.

نکته دیگری که باید مدنظر سیاستگذاران قرار گیرد رصد نحوه هزینه‌کرد اعتبارات اختصاص‌یافته برای بخش سلامت کشور است. درواقع اختصاصی‌سازی سایر منابع درآمدی یا منابع بیشتر برای بخش سلامت پیش از اطمینان از به‌کارگیری راهکارهای اصولی مدیریت مصارف این بخش، نتیجه‌ای جز هدررفت منابع و از دست رفتن منابع مالی بالقوه برای بخش‌های دیگر نیز به دنبال نخواهد داشت. همان‌طور که می‌دانیم بسیاری از اهداف بخش سلامت از طریق تلاش‌هایی در خارج از این حوزه تحقق می‌یابند و پرداختن به سایر حوزه‌ها (آموزش، مسکن، امنیت، آب، جاده و...) علاوه بر اهمیتی که دارند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، اهداف بخش سلامت را نیز دنبال می‌کنند، لذا در قبال استفاده از منابع درآمدی و تخصیص آنها به حوزه‌های مختلف در کشور، داشتن یک رویکرد اجتماعی الزامی است.

بنابراین اولاً لازم است دولت و مجلس در تدوین و تصویب قوانین اختصاصی‌سازی، شرط مشخص بودن برنامه اولویت‌دار و بازه زمانی اولویت‌دار بودن آن برنامه را رعایت نمایند تا در بستر زمان برنامه مذکور دچار عدم تحقق منابع نشود. با رعایت این شروط می‌توان نسبت به اجرای صحیح و کامل احکام قانونی مربوط به اختصاصی‌سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت امیدوار بود و بخشی از نگرانی‌ها درباره پایداری منابع مورد نیاز برای یک برنامه مشخص را نیز کاهش داد. ثانیاً باید به این مسئله اشاره کرد که پیش از تصمیم‌گیری برای اختصاصی‌سازی منابع درآمدی، لازم است وزارت بهداشت در مورد نحوه هزینه‌کرد منابع اختصاص‌یافته و میزان دستیابی به اهداف برنامه‌های حوزه بهداشت و درمان براساس شواهد شفاف پاسخگو باشد ضمن اینکه مجلس باید در این باره بُعد نظارتی خود را ساختارمند و تقویت نماید.



اختصاصی سازی منابع درآمدی مختلف برای بخش سلامت در دنیا

ردیف	کشور	مالیات بر درآمد/دستمزد یا درآمد عمومی			مالیات بر مصرف				سایر	
		درآمد یا دستمزد	درآمد عمومی	سطح محلی	نقل و انتقالات	ارزش افزوده	دخانیات	الکل	سایر مصارف	بخش آزمایشی
۱	آلبانی									
۲	الجزایر	*								
۳	آرژانتین	*								
۴	استرالیا	*					*			
۵	اتریش	*								
۶	باربادوس								*	
۷	بلژیک	*								
۸	بوتان									*
۹	بولیوی	*	*		*					*
۱۰	بوسنی و هرزگوین	*								
۱۱	بوتسوانا						*			
۱۲	برزیل		*		*					
۱۳	بلغارستان	*					*			
۱۴	شیلی	*				*				
۱۵	چین	*								
۱۶	کلمبیا	*			*		*	*		
۱۷	کاستاریکا	*							*	*
۱۸	کرواسی	*								
۱۹	جمهوری چک	*								
۲۰	دانمارک	*					*			
۲۱	جیبوتی						*			
۲۲	دومینیکا								*	
۲۳	مصر						*			
۲۴	استونی	*					*			
۲۵	فنلاند	*					*			
۲۶	فرانسه	*					*		*	
۲۷	پولینزی فرانسه								*	
۲۸	گابن	*								*
۲۹	آلمان	*								

ردیف	کشور	مالیات بر درآمد/دستمزد یا درآمد عمومی			مالیات بر مصرف				سایر	
		درآمد یا دستمزد	درآمد عمومی	نقل و انتقال سطح محلی	ارزش افزوده	دخانیات	الکل	سایر مصارف	بخش آزمایشی	سایر
۳۰	غنا	*			*					*
۳۱	یونان	*				*				
۳۲	گواتمالا					*	*			
۳۳	گینه	*								
۳۴	هندوراس	*								
۳۵	مجارستان	*						*		
۳۶	ایسلند	*				*				
۳۷	هند			*		*	*			
۳۸	اندونزی	*	*	*		*				
۳۹	ایران				*					
۴۰	ایرلند	*				*				
۴۱	رژیم صهیونیستی	*								
۴۲	ایتالیا	*			*					*
۴۳	جامائیکا	*				*	*	*		
۴۴	ژاپن	*								
۴۵	قزاقستان	*								
۴۶	کنیا	*								
۴۷	لائوس	*								
۴۸	لتونی					*				
۴۹	لیتوانی	*								
۵۰	لوکزامبورگ	*								
۵۱	مقدونیه	*								
۵۲	مالت	*								
۵۳	مکزیک	*		*		*	*	*		
۵۴	مغولستان	*				*				
۵۵	نپال					*				
۵۶	هلند	*								
۵۷	نیوزیلند						*			
۵۸	نیجریه	*								
۵۹	نروژ	*								
۶۰	پاناما					*				
۶۱	پرو	*				*				
۶۲	فیلیپین	*				*	*			



ردیف	کشور	مالیات بر درآمد/دستمزد یا درآمد عمومی			مالیات بر مصرف				سایر	
		دستمزد درآمد یا	درآمد عمومی	نقل و انتقالات سطح محلی	ارزش افزوده	دخانیات	الکل	سایر مصارف	بخت آزمایی	سایر
۶۳	لهستان	*				*				
۶۴	پرتغال	*				*				
۶۵	قطر					*				
۶۶	جمهوری کره	*				*				
۶۷	رومانی	*				*				
۶۸	فدراسیون روسیه	*								
۶۹	صربستان					*				
۷۰	سنگاپور	*								
۷۱	اسلواکی	*								
۷۲	اسلونی	*				*				
۷۳	آفریقای جنوبی		*	*						
۷۴	سوئیس	*								
۷۵	تانزانیا	*								
۷۶	تایلند	*				*	*			
۷۷	ترکیه	*								
۷۸	اوگاندا			*						
۷۹	بریتانیا					*		*	*	
۸۰	ایالات متحده آمریکا	*				*	*	*		
۸۱	اروگوئه	*								
۸۲	ویتنام	*				*				
۸۳	زیمبابوه	*								

مأخذ: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷.

منابع و مأخذ

۱. قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰-۱۳۹۴).
۲. قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰).
۳. قانون بودجه سال ۱۳۹۳ کل کشور، مصوب ۱۳۹۲/۱۲/۱۰ مجلس شورای اسلامی.
۴. قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، مصوب شهریورماه ۱۳۸۵.
۵. قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲). مصوب اسفندماه ۱۳۹۳.
6. ARSC, MoHCW, NHI, GHANA(2013) Feasibility and projections for earmarked VAT as a source of health financing: Report of a skills workshop, Harare February14-15 2013, EQUINET, Harare
7. Cashin C., Sparkes S., Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Geneva: World Health Organization; 2017.
8. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.Doetinchem O. Hypothecation of tax revenue for health. World health report .2010
9. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A. Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(4):1-168.
10. HEALTH SYSTEMS FINANCING The path to universal coverage. World Health Organization 2010.
11. Igoumenidis M, Athanasakis K. Earmarking tobacco taxes for health purposes via median entities. 2014.
12. Leal A, López-Laborda J, Rodrigo F. Prices, taxes and automotive fuel cross-border shopping. *Energy Economics*. 2009, 31(2):225-34.
13. MARTOS É, BAKACS M, JOÓ T, KAPOSVÁRI C, NAGY B, SARKADI NE, et al. Assessment of the impact of a public health product tax. Budapest:.,WHO Regional Office for Europe. 2015.
14. Monzón A, Guerrero Ma-J. Valuation of social and health effects of transport-related air pollution in Madrid (Spain). *Science of the Total Environment*. 2004;334:427-34.
15. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V .Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? Bulletin of the World Health Organization. 2008, 86(11):898-901.
16. R Elovainio, DB Evans "Raising and Spending domestic money for health" Center on Global Health Security Working Group Papers. 2013.
17. system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform." 2015.
18. Tan YL. *Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries*. Geneva: World Health Organization; 2016.
19. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. *BMC public health*. 2017;17(1):583
20. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. *BMC public health*. 2017;17(1):583
21. www.taxfoundation.org/how-many-countries-world-have-value-added-tax
22. OECD Tax Database 1st January 2016.



شماره مسلسل: ۱۷۵۴۰

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت

نام معاونت: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: محمد بختیاری علی آباد

مدیر مطالعه: مریم رهبری

ناظران علمی: سید محمد موسوی خطاط، سید سجاد پادام

اظهار نظر کننده: توحید آتش بار

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه های کلیدی: —



تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۳/۱۱