مقاله پژوهشی

روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته: یک مرور حیطه‌ای

علی‌محمد مصدق‌راد[۱]، مهدی عباسی[۲]، مهدیه حیدری[۲]، محیا عباسی[۲و۳*]

۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** محیا عباسی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران آدرس ایمیل: ma-abbasi@razi.tums.ac.ir شماره تلفن: ۰۲۱۴۲۹۳۳۰۰۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۸ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵**

چکیده

مقدمه: *نظام تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی به‌منظور خرید خدمات سلامت مورد نیاز با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آنهاست. افزایش هزینه‌های سلامت و کارآیی پایین سازمان‌های بهداشتی و درمانی، پایداری تأمین مالی نظام سلامت را با چالش مواجه کرده است. این مطالعه با هدف بررسی روش‌های تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته انجام شد.*

روش کار: *این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مطالعات مرتبط با راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته در پایگاه‌های اطلاعاتی «SID»، «Magiran»، «Web of science»، «Science Direct»، «Scopus»، «PubMed» و «Iranmedex» و دو موتور جستجوی «Google» و «Google scholar» با کلیدواژه‌های مناسب جستجو شد. در نهایت، ۳۸ مطالعه انتخاب و با کمک نرم‌افزار MAXQDA و روش تحلیل چارچوبی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *۳۰ روش برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته شناسایی شد و در ۳ بخش جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شد. خرید راهبردی، کاهش تقاضای القایی، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر، تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد، به‌کارگیری نظام ارجاع کارآمد بیماران، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، مشارکت‌های عمومی- خصوصی، ارتقای بسته خدمات سلامت مبتنی بر ارزش و توسعه طرح‌های بیمه درمانی جدید پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته بودند.*

نتیجه‌گیری: *از راهکارهای نوآورانه‌ای برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته استفاده می‌شود. سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران می‌توانند با بومی‌سازی و به‌کارگیری این راهکارها از پایداری تأمین مالی خدمات سلامت کشور اطمینان حاصل کنند.*

واژگان کلیدی: *تأمین مالی پایدار، کشورهای توسعه‌یافته، نظام سلامت، مرور حیطه‌ای*

مقدمه

نظام سلامت شامل ۴ کارکرد اصلی حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع (نیروی انسانی، تجهیزات و اطلاعات) و ارائه خدمات سلامت به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه است [۱]. پوشش همگانی سلامت برای دستیابی به زندگی سالم و ارتقای تندرستی مردم ضروری است. دستیابی به پوشش همگانی سلامت نیازمند مداخلات تأمین مالی سلامت است که هم منابع جدید را بسیج کند و هم از منابع موجود تا حد امکان کارآمد، عادلانه و حساب شده استفاده کند.

کارکرد تأمین مالی سلامت شامل جمع‌آوری، تجمیع و تخصیص منابع مالی برای خرید خدمات سلامت است [۱].

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

هدف نظام تأمین مالی سلامت جمع‌آوری و مدیریت صحیح منابع مالی پایدار به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه است. در یک نظام تأمین مالی سلامت خوب، منابع مالی کافی برای سلامت وجود دارد، به‌طوری که مردم بدون ابتلا به فقر ناشی از هزینه‌های سلامت از خدمات سلامت مورد نیاز بهره‌مند شوند.

در سال ۲۰۲۰ میلادی، حدود ۱۰/۸ درصد تولید ناخالص داخلی جهان، برابر با ۹ تریلیون دلار آمریکا، صرف مخارج سلامتی مردم جهان شد. به ترتیب، ۶۳ و ۳۷ درصد این مخارج، توسط منابع عمومی و خصوصی تأمین شد. سرانه هزینه سلامت مردم دنیا ۱۱۷۵ دلار آمریکا در سال ۲۰۲۰ میلادی بود. این میزان به ترتیب ۳۹، ۱۲۵، ۵۱۵ و ۳۷۰۸ دلار آمریکا در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط پایین، با درآمد متوسط بالا و پردرآمد بود [۲].

سرانه هزینه سلامت مردم ایران ۵۷۳ دلار آمریکا در سال ۲۰۲۰ میلادی بود. حدود ۵/۳ درصد تولید ناخالص داخلی کشور صرف هزینه‌های سلامت شد. بخش عمومی و خصوصی به ترتیب ۵۳/۹ و ۴۶/۱ درصد هزینه‌های سلامت ایران را تأمین کردند. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران از کل هزینه‌های سلامت ۳۷ درصد بود [۳]. تأمین مالی نزولی، پرداخت از جیب بالای مردم، تعدد صندوق‌های بیمه سلامت، فقدان شفافیت در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، نظام پرداخت کارانه، تقاضای القایی، کارآیی پایین سازمان‌های بهداشتی و درمانی و افزایش هزینه‌های سلامت، مهم‌ترین چالش‌های نظام تأمین مالی سلامت ایران است [۴].

بیشتر کشورهای در حال توسعه از جمله ایران با چالش‌های متعددی در تأمین مالی نظام سلامت خود مواجه هستند و بدون تقویت نظام تأمین مالی سلامت به هدف پوشش همگانی سلامت دست نخواهند یافت. حدود ۳/۶ میلیارد نفر در جهان خدمات سلامت اساسی مورد نیاز خود را دریافت نمی‌کنند و حدود ۱۰۰ میلیون نفر به خاطر پرداخت از جیب برای خدمات سلامت به فقر کشیده می‌شوند [۵].

کشورهای جهان بر اساس سرانه تولید ناخالص داخلی، سطح صنعتی شدن، میزان زیرساخت‌های فناوری و استاندارد عمومی زندگی به ۳ دسته کشورهای در حال توسعه، کشورهای در حال گذار و کشورهای توسعه‌یافته گروه‌بندی شدند. کشورهای توسعه‌یافته، کشورهایی با درآمد بالا، اقتصاد توسعه‌یافته، زیرساخت‌های فناوری پیشرفته و کیفیت زندگی بالا هستند. ۳۶ کشور «توسعه‌یافته» در سال ۲۰۲۲ میلادی در جهان وجود داشت که بیشتر آنها در اروپا، آمریکای شمالی، آسیای توسعه‌یافته و اقیانوس آرام قرار دارند [۶].

نظام‌های سلامت به معنای واقعی، بعد از پایان جنگ جهانی دوم، از سال ۱۹۵۰ میلادی در کشورهای توسعه‌یافته شکل گرفتند. دولت‌ها به دنبال ارائه خدمات سلامت مقرون به صرفه و قابل دسترس برای همه مردم بودند. چالش مهم نظام سلامت تا دهه ۱۹۷۰ میلادی تخصیص حدود ۷ درصد از تولید ناخالص داخلی به خدمات سلامت بود. در نتیجه، دو نوع نظام سلامت عمومی بیسمارک و بویریج به‌وجود آمدند. نظام سلامت بیسمارک[1] مبتنی بر بیمه‌های سلامت اجتماعی، با حضور صندوق‌های بیمه عمومی است که از طریق مشارکت‌های کارفرما-کارمند و مستقل از ارائه خدمات سلامت تأمین مالی می‌شود، مثل کشورهای آلمان، بلژیک، اتریش، سوئیس و فرانسه. در مقابل، تأمین مالی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در نظام سلامت بویریج[2] در یک ساختار دارای بودجه مالیاتی انجام می‌شود، مثل کشورهای انگلستان، سوئد، اسپانیا، ایتالیا، دانمارک و نروژ [۷].

صنعت سلامت یکی از بزرگ‌ترین صنایع در سراسر جهان محسوب می‌شود. در اتحادیه اروپا، بخش سلامت ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی، ۱۵ درصد از هزینه‌های عمومی و ۸ درصد از نیروی کار را تشکیل می‌دهد [۸]. نظام سلامت قرن بیستم برای شرایط آن زمان طراحی شده بود. در آن زمان انتظار می رفت که مردم به‌طور متوسط بین ۶۵ تا ۷۰ سال زندگی کنند. با وضعیت اشتغال، درآمد و پس‌انداز مردم آن زمان و بازنشستگی در سنین ۶۰ تا ۶۵ سالگی، منابع مالی برای تأمین مالی نظام سلامت کافی بود. در قرن بیست و یکم، میانگین امید به زندگی مردم کشورهای توسعه‌یافته از ۸۰ سالگی بالاتر رفت. علم و فناوری سلامت منجر به بهبود کیفیت زندگی مردم، حتی در سنین بسیار بالا شد. طولانی شدن عمر با سلامتی خوب هزینه دارد. از طرف دیگر، رکودهای مکرر اقتصادی و به دنبال آن بیکاری و کاهش تقاضای عمومی

1. Bismarck health system
2. Beveridge health system

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

مردم، فشار زیادی بر بودجه عمومی دولت‌ها وارد می‌کند، تقاضا برای خدمات سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و دسترسی به خدمات خصوصی را محدود می‌کند [۹].

در سال‌های اخیر، همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ از یک طرف موجب بحران شدید اقتصادی و از طرف دیگر، موجب افزایش تقاضا برای خدمات سلامت گرانقیمت شد [۲]. بنابراین، نظام سلامت باید به‌صورت پایدار تأمین مالی شود تا بتواند خدمات اثربخش و کارآمد سلامت را بدون وقفه به جامعه ارائه کند. تأمین مالی پایدار سلامت مستلزم ظرفیت کافی کشور برای بسیج و مدیریت موثر منابع مالی برای مداخلات سلامت اولویت‌دار است که منجر به گسترش پوشش همگانی سلامت می‌شود و از مردم در برابر هزینه‌های سلامت فاجعه‌بار محافظت می‌کند و سلامت کل جمعیت را بهبود می‌بخشد.

بحث پایداری مالی برای اولین بار در سال ۲۰۱۳ میلادی توسط سازمان همکاری اقتصادی و توسعه[۳] مطرح شد. تأمین مالی پایدار نظام سلامت[۴] عبارت است از حصول اطمینان از فراهم بودن منابع مالی مورد نیاز برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و برقراری تعادل بین منابع مالی و مخارج آن، بدون به‌وجود آمدن خللی در پایداری وضعیت مالی دولت [۱۰]. در یک نظام تأمین مالی سلامت با عملکرد بالا[۵] بودجهٔ کافی و پایدار برای نظام سلامت در نظر گرفته شده، ریسک مالی ناشی از بیماری در بین گروه‌های مردم پخش شده و خدمات و کالاهای سلامت به گونه‌ای خریداری می‌شود که ضمن دستیابی به عدالت، کیفیت و کارآیی، از مردم در برابر هزینه‌های خدمات سلامت محافظت مالی شود. به عنوان مثال، تجربه نظام سلامت بیمه ملی کانادا به هنگام رکود اقتصادی ۲۰۰۸ میلادی نشان داد که باوجود فشارهای مالی، نتایج سلامت، رضایت بیماران و عملکرد بیمارستان‌ها حفظ شدند [۱۱]. در مقابل، بیمه سلامت اجتماعی در یونان حدود ۴۰ درصد هزینه‌های سلامت کشور را پوشش می‌داد که مشارکت مالی بیمه اجتماعی به میزان ۲۹/۳ درصد در سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۲ میلادی به دلیل رکود اقتصادی و بیکاری شدید (۲۷ درصد) کاهش یافت و عدالت و کیفیت خدمات سلامت به شدت تحت تأثیر قرار گرفت [۱۲].

3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
4. Sustainable health financing system
5. High-performance health financing system

سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه می‌توانند از تجربیات خوب نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته استفاده کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته انجام شد. بررسی روش‌های تأمین مالی سلامت آن کشورها، اطلاعات ارزشمندی را برای سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت ایران به منظور برنامه‌ریزی و اجرای اصلاحات هدفمند مالی فراهم می‌کند.

روش کار

در این مطالعه از روش مرور حیطه‌ای[۶] برای شناسایی روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته استفاده شد. پژوهش مرور حیطه‌ای نوعی مطالعه ثانویه برای ترکیب شواهد تحقیقاتی حاصل از مطالعات اولیه پژوهشی است که با هدف شناسایی ماهیت، ویژگی‌ها، میزان (حجم) و دامنه ادبیات تحقیق، گروه‌بندی آنها و شناسایی شکاف‌های دانشی در ادبیات تحقیق موجود انجام می‌شود. این نوع مطالعه مروری برای یافتن پاسخ سوالاتی از نوع چه چیزی و چرا در حیطه موضوعی خاص مناسب است. مطالعه مرور حیطه‌ای اگرچه از یک فرآیند ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، اما محدودیت‌های مطالعه مرور نظام‌مند[۷] مانند بررسی و ارزشیابی مقالات پژوهشی اصیل داوری شده[۸] را ندارد و شامل ادبیات خاکستری[۹] مثل گزارش‌های سازمانی، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها، پایان‌نامه‌ها و مقالات مروری هم می‌شود. در نتیجه، شواهد اطلاعاتی مفید بیشتری در زمان کمتر شناسایی خواهند شد [۱۳].

برای انجام این مرور[۱۰] حیطه‌ای از پروتکل آرسکی و اومالی شامل ۶ مرحله شناسایی سوالات پژوهش، شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش، انتخاب مطالعات مرتبط برای مرور از بین مطالعات اولیه، استخراج داده‌ها به‌صورت نمودار و جدول،

6. Scoping review
7. Systematic review
8. Peer reviewed
9. Gray literature
10. Arksey & O'Malley

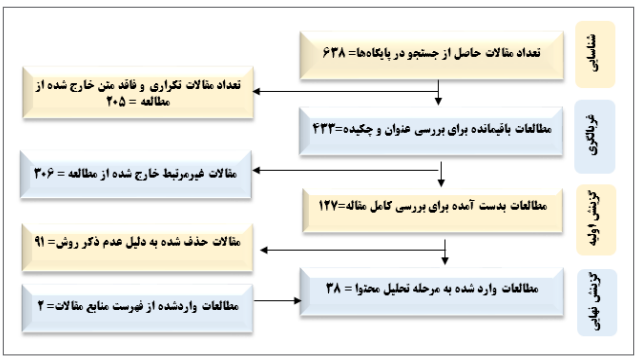
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران درمورد یافته‌های حاصله استفاده شد [۱۴]. سوالات پژوهشی مطالعه عبارتند از روش‌های تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته کدامند؟ و پراستفاده‌ترین روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته کدامند؟».

پایگاه‌های داده الکترونیکی انگلیسی PubMed، Scopus، Science Direct، Web of science و فارسی Iranmedex، Magiran، SID و موتورهای جستجوگر Google Scholar و Google مورد استفاده قرار گرفت. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای این جستجو شامل اصطلاحات Mesh و دیگر کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Sustainable health funding، Sustainable healthcare financing، Sustainable health financing، Health system financing، Financial resources، Health financing mechanisms، Sustainable financial system، Strategies، Solution، Technique با کلیدواژه Developed countries به زبان انگلیسی و تأمین مالی پایدار، راهکارها و استراتژی‌ها به زبان فارسی است. (جدول ۱). علاوه بر این، جستجوی دستی لیست منابع مطالعات به‌دست آمده و متون خاکستری در حوزه تأمین مالی سلامت صورت گرفت.

جدول۱- استراتژی جستجو در پایگاه PubMed

((((((((“health system financing”]Title/Abstract]) OR (“financial resources”]Title/Abstract])) OR (“health financing mechanisms”]Title/Abstract])) OR (“sustainable financial system”]Title/Abstract])) OR (“sustainable health funding”]Title/Abstract])) OR (“sustainable health financing”]Title/Abstract])) AND (“sustainable healthcare Financing”]Title/Abstract])) AND (“solution”]Title/Abstract])) OR (“strategies”]Title/Abstract])) AND (“technique”]Title/Abstract])) AND (“developed countries”]Title/Abstract])

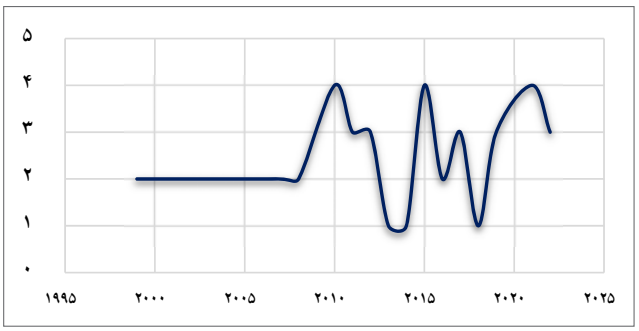


نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

مطالعات به دست آمده وارد نرم‌افزار اندنوت[11] شدند معیارهای ورود به پژوهش از نظر زمانی (از ژانویه ۱۹۹۱ تا اکتبر ۲۰۲۲ میلادی) و از نظر زبانی (دو زبان فارسی و انگلیسی) اعمال شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف، به جز فارسی و انگلیسی است. پس از گردآوری داده‌ها توسط پژوهشگر اول و انطباق اولیه، دو پژوهشگر دیگر نیز با بررسی‌های مجدد از صحت تطبیق اطمینان حاصل کردند.

به‌طور کلی، تعداد ۶۳۸ مقاله از جستجو در پایگاه‌های مختلف به دست آمد. پس از حذف موارد تکراری و موارد فاقد متن کامل، ۴۳۳ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین ۱۸۹ مورد پس از بررسی عنوان و ۱۱۷ مورد نیز پس از بررسی چکیده حذف شدند. ۱۲۷ مقاله در حوزه تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته در این مرحله به‌دست آمد. پس از حذف مقالات بدون ارائه روش‌های تأمین منابع مالی پایدار، ۳۶ مقاله باقی ماند. دو مقاله هم با بررسی رفرنس مقالات به دست آمد. در نتیجه ۳۸ مقاله برای بررسی نهایی انتخاب شدند (نمودار ۱).

در این مطالعه از فرم استخراج داده، شامل نام نویسنده، نام کشور، سال انتشار و روش‌های تأمین منابع مالی پایدار نظام سلامت استفاده شد. از روش تحلیل چارچوبی ریچی و اسپنسر[12] شامل ۵ مرحله آشنایی با داده‌ها، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، نمایش یافته با نمودار و در نهایت، نگاشت و تفسیر نتایج، برای تحلیل داده‌های این



نمودار ۲- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته به تفکیک سال انتشار

11. EndNote
12. Ritchie & Spencer

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

پژوهش استفاده شد [۱۵]. از نسخه ۱۰ نرم‌افزار مکس کیودا[۸] برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی پژوهش‌های مروری رعایت شد.

یافته‌ها

۳۸ مطالعه در بازه زمانی ژانویه ۱۹۹۱ تا اکتبر ۲۰۲۲ میلادی به بررسی روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته پرداختند. بیشتر مطالعات در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۱ میلادی انجام شدند (نمودار ۲). این مطالعات بیشتر در کشورهای انگلستان، کانادا، آمریکا، آلمان، اسپانیا، استرالیا، ایتالیا، سوئیس، ژاپن، شیلی، استونی، کره جنوبی، هلند، دانمارک و ایرلند انجام شدند.

نمودار ۳- پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته

۳۰ روش برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته شناسایی شد. این راهکارها در ۳ کارکرد تأمین مالی شامل جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شد.

خرید راهبردی، کاهش یا حذف تقاضای القایی، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر، تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد، به‌کارگیری نظام ارجاع کارآمد برای هدایت بیماران، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، سامان‌دهی مشارکت‌های عمومی- خصوصی، ساده‌سازی و ارتقای بسته خدمات سلامت و توسعه طرح‌های بیمه درمانی جدید، پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه‌یافته بودند (نمودار ۳).

نمودار ۴ مدل تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته را نشان می‌دهد. این مدل سیستمی، دارای سه بخش ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. برنامه‌های تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت علاوه بر افزایش منابع مالی مورد نیاز باید بر استفاده بهینه از منابع مالی موجود نیز تأکید داشته باشد. در بعد ساختار، مدیریت نظام تأمین مالی،

نمودار ۴- مدل نظام تأمین مالی پایدار سلامت در کشورهای توسعه‌یافته

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

جدول۲- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته

ابعاد	روش‌های تأمین‌مالی پایدار نظام سلامت
جمع‌آوری منابع مالی (۹)	وضع مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت، به‌کارگیری مالیات بر مصرف، به‌کارگیری مالیات بر کالاهای لوکس، مالیات سبز، جلب مشارکت مردم در تأمین مالی، افزایش کارآیی و بهره‌وری منابع، استفاده از بیمه سلامت خصوصی، افزایش کنترل‌شده سهم بیمار از هزینه‌ها و ایجاد بودجه اختصاصی برای پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری
تجمیع و مدیریت منابع مالی (۶)	تفکیک خریدار و ارائه‌دهنده خدمت، استفاده از نظام ارجاع کارآمد بیماران، خرید راهبردی، تخصیص منابع براساس عملکرد، تدوین بسته خدمات بهداشتی اولیه همگانی و رایگان، تمرکز بر مداخلات هزینه اثربخش، تخصیص یارانه به اقشار آسیب‌پذیر، حذف تقاضای القایی، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر، افزایش مشارکت بیمار با ارائه‌دهنده خدمت در تصمیم‌گیری درمان، افزایش مناقصه رقابتی برای قراردادهای بیمارستانی، ادغام و هماهنگی مراقبت، پزشکی مبتنی بر شواهد و ترویج اعتباربخشی و ارتقای کیفیت خدمات و کنترل هزینه‌ها
خرید خدمات سلامت (۱۵)	تفکیک خریدار و ارائه‌دهنده خدمت، استفاده از نظام ارجاع کارآمد بیماران، خرید راهبردی، تخصیص منابع براساس عملکرد، تدوین بسته خدمات بهداشتی اولیه همگانی و رایگان، تمرکز بر مداخلات هزینه اثربخش، تخصیص یارانه به اقشار آسیب‌پذیر، حذف تقاضای القایی، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر، افزایش مشارکت بیمار با ارائه‌دهنده خدمت در تصمیم‌گیری درمان، افزایش مناقصه رقابتی برای قراردادهای بیمارستانی، ادغام و هماهنگی مراقبت، پزشکی مبتنی بر شواهد و ترویج اعتباربخشی و ارتقای کیفیت خدمات و کنترل هزینه‌ها

نظام جامع اطلاعات سلامت، نیروی انسانی متعهد و کارآمد و زیرساخت‌های فناوری اطلاعات عناصر کلیدی تقویت نظام تأمین مالی پایدار سلامت به شمار می‌روند. در بخش فرآیند نیز سه کارکرد اصلی نظام تأمین مالی سلامت شامل جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع و خرید خدمات سلامت تبیین شده است. برای بهبود هر کدام از این کارکردها نیز راهکارهای متعددی پیشنهاد شد. در بعد جمع‌آوری منابع مالی، راهکارهای ارائه شده منطبق بر دو جزء اصلی این بعد یعنی افزایش درآمدها و مدیریت هزینه‌ها در قالب افزایش کارآیی منابع هستند. در بعد تجمیع نیز عمدهٔ راهکارها در دو حوزه تجمیع منابع مالی و انباشت خطر و توانمندسازی شرکت‌های بیمه و به‌کارگیری سیاست‌های کنترل هزینه ارائه شده است. در بعد خرید خدمت نیز اکثر کشورهای توسعه‌یافته بر تفکیک خریدار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت، خرید راهبردی، تمرکز بر خدمات پیشگیری و تقویت نظام ارجاع و به‌کارگیری روش ثابت پرداخت همراه با نظارت بر ارائه‌دهنده خدمات سلامت متمرکز شدند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی روش‌های تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته انجام شد. ۳۰ راهکار برای تأمین مالی پایدار سلامت در کشورهای توسعه‌یافته شناسایی و در سه گروه جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شدند. پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در این کشورها عبارتند از خرید راهبردی، کاهش تقاضای القایی، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر، تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد، به‌کارگیری نظام ارجاع بیماران کارآمد، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، مشارکت عمومی- خصوصی، ارتقای بسته خدمات سلامت مبتنی بر ارزش و توسعه طرح‌های بیمه درمانی جدید.

بسیج[13]، تجمیع[14] و تخصیص[15] پول برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی مردم سه وظیفه اصلی نظام تأمین مالی سلامت است. کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل نحوه اخذ پول از منابع عمومی (وجوه عمومی دولت و بیمه سلامت اجتماعی) و خصوصی (بیمه سلامت خصوصی، کمک‌های مردم و پرداخت مستقیم از جیب) است. از شش روش مالیات و وجوه عمومی، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، حساب پس انداز سلامت، کمک‌های مردمی (ملی و بین‌المللی) و پرداخت مستقیم از جیب مردم برای جمع‌آوری منابع مالی مورد نیاز نظام سلامت استفاده می‌شود [۱۶]. کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا در سال ۲۰۱۹ میلادی به ترتیب ۴/۹، ۵/۳ و ۱۲/۵ درصد تولید ناخالص داخلی را صرف هزینه‌های سلامت کردند [۳].

وجوه عمومی دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی مهم‌ترین روش‌های تأمین مالی سلامت در کشورهای پیشرفته است.

13. Mobilization
14. Accumulation
15. Allocation

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

وجوه عمومی دولت شامل مالیات‌های مستقیم و غیر مستقیم (مثـل مالیات بر درآمد کارکنان، مالیات بر سـود شـرکت‌ها، مالیـات بـر دارایی، مالیات بـر ثروت، مالیات فـروش، مالیات بـر ارزش افـزوده و مالیـات واردات و صـادرات) و درآمدهای شـرکت‌های دولتی (مانند نفت، گاز و معادن) اسـت. بیش از ۷۰ درصد از هزینه‌های سـلامت در کشـورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی از منابع عمومی تأمین می‌شود. در دانمارک، سـوئد و بریتانیا، دولت بیش از ۸۰ درصد هزینه‌های سـلامت را تأمین می‌کند. در آلمان، ژاپن، فرانسه و جمهوری اسـلواکی بیش از ۷۵ درصد از کل هزینه‌های سلامت از طریق بیمه سـلامت اجتماعی اجباری پرداخت شـده است. فقط در ایالات متحده کمتر از نیمی از کل هزینه‌های سـلامت توسط دولت یا بیمه سـلامت اجتماعی تأمین می‌شـود و حدود ۳۵ درصـد هزینه‌هـا از طریق بیمه سـلامت خصوصـی پرداخت می‌شود [۱۷].

در بسـیاری از کشـورهای پیشـرفته، بـه دلیـل وجـود زیرساخت‌های مناسـب نظام مالیاتی، عمده‌ترین روش تأمین مالی سـلامت اسـتفاده از وجوه عمومی مانند مالیات است که به‌صورت مالیات مسـتقیم (مثل مالیات بـر درآمد یا دارایی)، مالیات غیر مستقیم (مثل مالیات بر ارزش افزوده) و مالیات‌های اختصاصی (مثل مالیات بر منابع طبیعی، مالیات تراکنش‌های مالی، مالیات سبز[۱۶]، مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان[۱۷] و مالیات بر کالاهای لوکس[۱۸]) اسـت. مالیات بر کالاهای آسیب‌رسـان سلامت مانند مشروبات الکلی، دخانیات و نوشیدنی‌های شیرین، علاوه بر ایجاد درآمد برای اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی می‌توانـد منجر به کاهش تقاضا بـرای این نوع محصولات هم شـود [۱۸]. مطالعه‌ای نشـان داد که با وضع مالیات و افزایش ۱۰ درصدی قیمـت کالاهای مضر سـلامتی، کل مصرف این کالاها در کشورهای توسـعه‌یافته ۴ درصد و در کشورهای در حال توسـعه ۸ درصد کاهش خواهـد یافت [۱۹]. مالیات‌های زیست‌محیطی (مالیات سبز) شـامل مالیات بر انرژی، حمل و نقـل و آلودگی اسـت. درآمد حاصل از مالیات‌هـای مرتبط با محیط زیسـت به‌طور متوسـط ۲ درصد تولید ناخالص داخلی کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی است [۲۰].

دولت‌ها در کشورهای با درآمد بالا در سال ۲۰۱۹ میلادی، به‌طور متوسـط ۱۸/۶ درصد بودجه عمومـی را صرف مخارج سـلامتی کردنـد. در ژاپـن (۲۴ درصد)، ایـالات متحده (۲۲ درصـد) و آلمان (۲۱ درصد) بیـش از ۲۰ درصد از هزینه‌های عمومی دولت به خدمات سلامت اختصاص یافت [۳]. تخصیص منابع ناکافی به بخش سـلامت اثـرات مخرب اجتماعی دارد و منجـر به تضعیف سـایر بخش‌های اقتصادی جامعه می‌شـود. فضـای مالـی[۱۹] در حقیقت فضایی در بودجه دولت اسـت که بـه دولت اجازه می‌دهـد منابع مالی را بـرای هدف مورد نظر بدون به خطر انداختن پایداری موقعیت مالی (ثبات اقتصادی) فراهم کند [۲۱]. دولت با منطقی‌سـازی و اولویت‌بندی مجدد هزینه‌ها، اصلاحات مالی، استقراض ملی و بین‌المللی باید منابع لازم را برای تأمین مالی سـلامت فراهم کند. در کشـورهای با نسـبت درآمد پایین دولت به تولیـد ناخالص داخلی، اقدامات جدی باید به‌کار گرفته شود تا این نسبت حداقل به ۱۵ درصد برسـد، در غیر این صورت بحران‌های مالی، تأمین مالی بخش سلامت را با چالش جدی مواجه خواهد ساخت. به عنوان مثال، اسـپانیا و پرتغال به شـدت تحت تاثیر رکود اقتصادی در پی بحران مالی ۲۰۰۸ میلادی قرار گرفتند. سـهم بودجه عمومی در سلامت در این دو کشور به دنبال اقدامات به‌کار گرفته شده بـرای مهار هزینه‌های عمومی از سـال ۲۰۰۹ میلادی کاهش یافت. سـهم بودجه عمومی سـلامت در پرتغال بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴ میلادی به میزان ۵ درصد کاهش یافت و بعد آن هم تقریباً ثابت ماند. در مجارسـتان، سـاختار تأمین مالی بیمه سلامت اجتماعی اصلاح شد. در نتیجه، ۵۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۱۷ میلادی توسط وجوه عمومی دولت تأمین مالی شـد، در حالی که سهم بیمه‌های اجتماعی ۱۹ درصد بود [۲۲].

بیمه سلامت اجتماعی نوعی تأمین مالی و مدیریت خدمات سـلامت بر اسـاس تجمیع ریسک اسـت که خطرات سلامتی مردم را از یک سو و مشارکت مالی افراد، خانوارها، سازمان‌ها و دولت را از سوی دیگر جمع‌آوری می‌کند. بنابراین بیمه سلامت اجتماعی، مردم را در برابر بار مالی و سلامتی محافظت می‌کند

16. Green tax
17. Sin tax
18. Luxury tax

19. Fiscal space

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

و روشـــی نســـبتاً منصفانه برای تأمین مالی خدمات ســـلامت است. کشورهایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر و نسبت اشـــتغال بالا تمایل دارند پوشش بیمه سلامت اجتماعی زیادی داشـــته باشـــند. ژاپن و کره جنوبی از جمله کشورهای آسیا و اقیانوسیه هستند که پوشـــش همگانی سلامت مبتنی بر بیمه سلامت اجتماعی دارند.

پـــس از مالیـــات و وجـــوه عمومـــی دولت، بیمه ســـلامت اجتماعـــی و پرداخـــت از جیب مردم، بیمه ســـلامت خصوصی منبـــع مهـــم تأمین مالی ســـلامت در بســـیاری از کشـــورهای توســـعه‌یافته اســـت. حدود ۱۰ درصد هزینه‌های ســـلامت در کشـــورهای عضو ســـازمان همکاری اقتصادی و توسعه توسط بیمه سلامت خصوصی پرداخت می‌شود [۲۳]. به‌طور متوسط، یک دلار از هر ۱۰ دلاری که برای ســـلامت در کشورهای عضو ســـازمان همکاری اقتصادی و توســـعه هزینه می‌شود، از محل بیمه‌های ســـلامت خصوصی است. بیمه سلامت خصوصی یک ســـوم کل هزینه‌های سلامت در ایالات متحده، تقریباً نیمی در سوئیس و حدود ۶۰ درصد در هلند را تشکیل می دهد [۲۴]. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، نقش بیمه خصوصی سلامت در حال افزایش اســـت. عوامل مختلفی مانند نارضایتی فزاینده از مراقبت‌هـــای ســـلامت عمومی، آزادســـازی بازارها و افزایش تجـــارت بین‌المللی در صنعت بیمه و رشـــد کلـــی اقتصادی به توسعه بیمه‌های سلامت خصوصی کمک می‌کنند.

بیمه ســـلامت خصوصی اگـــر به دقت مدیریت شـــود و با نیازها و ترجیحات محلی تطبیق داده شـــود، ابزار ارزشـــمندی برای تکمیل گزینه‌های موجود تأمین مالی سلامت خواهد شد. بیمه ســـلامت خصوصی هزینه پرداخت مستقیم از جیب مردم را برای دریافت خدمات فاقد پوشـــش بیمه ســـلامت اجتماعی کاهـــش می‌دهد. بیمه ســـلامت خصوصی به اشـــکال مختلف وجـــود دارد؛ بیمـــه تکمیلی[20] خدماتی را پوشـــش می‌دهد که تحت پوشـــش بیمه سلامت اجتماعی نیســـتند، بیمه مکمل[21] بازپرداخـــت اضافی برای خدمات خارج از پوشـــش طرح بیمه سلامت اجتماعی ارائه می‌کند و بیمه جایگزین[22] نیز به‌عنوان جایگزینی برای پوشـــش بیمه ســـلامت اجتماعی به ویژه برای افراد ثروتمند عمل می‌کند.

20. Supplementary insurance
21. Complementary insurance
22. Replacement insurance

پرداخـــت مســـتقیم از جیب بیماران حـــدود ۱۳/۶ درصد هزینه‌هـــای ســـلامت مردم را در کشـــورهای بـــا درآمد بالا در ســـال ۲۰۱۹ میلادی تشکیل داد. ســـرانه پرداخت مستقیم از جیب بیماران در این کشورها برابر با ۷۶۹ دلار آمریکا بود. این شـــاخص در کشورهای با درآمد متوسط و پایین برابر با ۱۰۲ و ۱۵ دلار بود. کشور سوئیس با سرانه ۲۴۴۵ دلار امریکا بالاترین پرداخت از جیب را در جهان داشـــته اســـت. با توجه به سرانه تولید ناخالص داخلی این کشـــور (۹۲ هزار دلار)، مردم حدود ۲/۶ درصد درآمدشـــان را صرف هزینه‌های ســـلامت می‌کنند [۳].

بیماری‌هـــا و هزینه‌هـــای ســـلامت مرتبط با آنهـــا به‌طور مســـاوی در بین جمعیت توزیع نشده است. برای مدیریت این فقدان قطعیت می‌توان خطرات سلامتی و منابع مالی را تجمیع کـــرد و در اختیار بیماران قرار داد. وظیفـــه تجمیع مالی نظام تأمین مالی ســـلامت موجب تسهیم ریسک مالی در گروه‌های جمعیتی و محافظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های زیاد خدمات ســـلامت می‌شود [۲۵]. انباشت و مدیریت منابع مالی موجب می‌شـــود که که ریسک پرداخت هزینه خدمات سلامت یک بیمار بر عهده همه افراد تحت پوشـــش باشـــد. استفاده از روش‌های تأمین مالی صعودی، توســـعه و گســـترش روش‌های پیش پرداخت نظیر مالیات و بیمه ســـلامت اجتماعی، تجمیع منابـــع مالی صندوق‌هـــای بیمه‌ای، رفع همپوشـــانی بیمه‌های سلامت، اصلاح و بازنگری ســـرانه حق بیمه، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز ســـلامت، توســـعه صندوق‌های عدالت و پوشش بیمـــه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار ســـلامت برای تقویت پایداری کارکرد تجمیع منابع مالی ضروری است.

در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی ســـلامت شـــامل پرداخت وجوه جمع‌آوری و تجمیع شـــده به ارائه‌کنندگان خدمات ســـلامت در ازای ارائه خدمات ســـلامت طبق بســـته تعریف شـــده خدمات ســـلامت به جمعیت تحت پوشـــش اســـت [۱۶]. تفکیک خریـــدار از ارائه‌دهنده خدمات ســـلامت، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشـــتی اولیه، تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت، اصلاح بسته حمایتی بیمه‌ی ســـلامت، جیره‌بندی خدمات ســـلامت، هدفمندسازی یارانه‌های بخش سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، تقویت سیســـتم ارجاع بیمار، خرید راهبردی خدمات

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

سلامت، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، حذف تقاضای القایی، افزایش کارآیی نظام سلامت و به‌کارگیری روش‌های مبتنی بر عملکرد بازپرداخت، از جمله راهکارهای مربوط به تقویت پایداری کارکرد خرید خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند.

تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پیش‌نیاز تقویت پایداری نظام مالی سلامت است. ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثربخش موجب پیشگیری از بستری شدن مردم در بیمارستان‌ها و افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. آموزش مردم در زمینه ارتقای سلامت موجب کاهش تقاضای آنها برای خدمات سلامت می‌شود. علاوه بر این، بسته خدمات سلامت پایه تحت پوشش بیمه سلامت باید شامل خدمات سلامت موثر و کارآمد باشد. نیازسنجی خدمات سلامت، تعیین اولویت‌های بهداشتی و درمانی و مطالعات هزینه-منفعت و هزینه-اثربخشی مداخلات سلامت باید در تعیین بسته خدمات پایه سلامت مورد توجه قرار گیرد. همچنین جیره‌بندی خدمات سلامت و محدودسازی دسترسی برخی مردم به خدمات سلامت مفید به دلیل محدودیت منابع گاهی اوقات ضروری است [۲۶]. از روش‌های تعیین بسته‌های محدود خدمات سلامت، صف انتظار و مشارکت مالی بیماران می‌توان برای جیره‌بندی خدمات سلامت استفاده کرد.

تعرفه یا قیمت دستوری خدمات سلامت که توسط مراجع قانونی تعیین می‌شود و خریداران خدمات سلامت باید به ارائه‌کنندگان خدمت سلامت بپردازند [۲۷]، باید به صورت منطقی تعیین شود. دو روش تعرفه‌گذاری مبتنی بر هزینه و مبتنی بر ارزش برای محاسبه تعرفه‌های خدمات سلامت استفاده می‌شود [۲۸]. تعرفه‌گذاری مبتنی بر هزینه بر پایه هزینه‌های تولید کالاها و ارائه خدمات سلامت است و منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. در مقابل، در تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، به ارزش درمانی و ارتقای سلامت خدمات توجه می‌شود و مداخلات سلامت با نسبت هزینه-اثربخشی افزایشی یا نسبت هزینه مطلوبیت افزایشی بالا تأمین مالی می‌شود.

خرید راهبردی خدمات، سابقه‌ای طولانی در کشورهای توسعه‌یافته دارد و یکی از مهم‌ترین راهکارهای مورد استفاده در این کشورها برای بهبود کیفیت و کارآیی خرید خدمات سلامت است. خرید راهبردی خدمات سلامت، دسترسی مقرون‌به‌صرفه به مراقبت با کیفیت بالا را تسهیل می‌کند و کارآیی نظام سلامت را افزایش می‌دهد [۲۹]. انگلستان سابقه‌ای طولانی در خرید راهبردی خدمات سلامت دارد [۳۰]. در هلند نیز خرید راهبردی سلامت از سال ۲۰۰۶ میلادی به یک اصل اساسی نظام سلامت برای افزایش کارآیی و عدالت و ارائه خدمات سلامت مقرون‌به‌صرفه و مبتنی بر بیمار تبدیل شده است [۳۱]. ترکیب و میزان بسته خدمات سلامت و انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در خرید راهبردی در راستای حداکثرسازی منفعت برای جامعه تعیین می‌شود.

استفاده از روش مناسب پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باعث افزایش کارآیی نظام سلامت می‌شود. روش‌های پرداخت متغیر گذشته‌نگر (مثل کارانه) موجب ایجاد تقاضای القایی، ارائه خدمات سلامت غیرضروری و افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. در مقابل، استفاده از روش‌های پرداخت ثابت آینده‌نگر مثل روش‌های سرانه و موردی موجب کاهش هزینه‌های سلامت و تمرکز بیشتر بر ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت می‌شود. استفاده از روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد نیز منجر به افزایش کیفیت خدمات سلامت، کنترل هزینه‌ها و بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود [۱۶].

ارائه خدمات غیرضروری توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (تقاضای القایی) موجب افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش کارآیی نظام سلامت می‌شود. اجرای نظام ارجاع، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، اصلاح روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تعیین سقف تعداد خدمات برای پزشکان و همچنین آموزش ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت منجر به کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت می‌شود [۳۲].

افزایش بودجه سلامت باید با استفاده بهتر از منابع فعلی سلامت همراه باشد تا نتیجه بهتری حاصل شود. شواهد نشان می‌دهد حداقل یک‌پنجم منابع سلامت به‌صورت ناکارآمد مصرف می‌شود [۳۳]. منابع انسانی بزرگ‌ترین مؤلفه هزینه‌های سلامت است و استفاده مناسب از کارکنان سلامت متخصص و ماهر یکی از مهم‌ترین عوامل در بهره‌وری نظام سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

اســت. افزایش کیفیت و کارآیــی در تخصیص منابع، تاکید بر خدمــات اولیه بهداشــتی در خرید خدمات و ایجاد مکانیســم نظــارت کارآمــد از راهکارهای کشــورهای توســعه‌یافته برای بهبود عملکرد خرید خدمات ســلامت هســتند. هدف کارآیی ارائه خدمات ســلامت با هزینه کمتر اســت. سیاست‌گذاران و مدیران باید منابع محدود بخش ســلامت را صرف پروژه‌های با بیشــترین منفعت و مطلوبیت برای جامعه (کارآیی تخصیصی) کنند و منابع هر پروژه باید طوری اســتفاده شــود که ســتاده بیشــتری (کارآیی فنی) تولید شود [۳۴]. تأمین مالی سلامت پایدار نه‌تنها مســتلزم افزایش درآمدهــا، بلکه نیازمند مصرف مؤثرتر و عادلانه‌تر آن اســت. خرید راهبردی خدمات ســلامت و نهادینه‌ســازی فرآیندهــای ارزیابی فناوری ســلامت منجر بــه افزایش کارآیــی تخصیصی و ترویج ارائه خدمات ســلامت عادلانــه، اثربخــش و مقرون‌به‌صرفه می‌شــود. راه‌اندازی نظام جامــع اطلاعات ســلامت، پیش‌نیاز تقویت نظــام تأمین مالی اســت. هدف اولیه نظام اطلاعات ســلامت افزایش دسترسی، کیفیت و کارآیی خدمات سلامت برای همه است.

فســاد در نظام ســلامت نیز منجر به از بیــن رفتن منابع ارزشــمند بخش ســلامت می‌شــود. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۵ میلادی هزینه مالی تقلب و فســاد در نظام ســلامت را حدود ۶ درصــد هزینه‌های کل ســلامت جهــان (۴۵۵ میلیارد دلار آمریکا) بــرآورد کرد [۳۵]. نظام ســلامت از تعاملات پیچیده بین بازیگران مختلف تشکیل شده است. این پیچیدگی موجب آســیب‌پذیر بودن نظام سلامت در برابر فساد می‌شود که تأثیر مخربی بر عملکرد نظام سلامت و سلامت مردم دارد. در نتیجه، کاهش فســاد در بخش ســلامت برای تقویت نظام ســلامت و دســتیابی به عدالت در سلامت، به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط ضروری است.

نتیجه‌گیری

تأمیــن مالی یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام ســلامت اســت که به بسیج، تجمیع و تخصیص منابع مالی برای تأمین نیازهای سلامتی مردم مربوط می‌شود. این مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار در کشــورهای توســعه‌یافته را شناســایی و تبیین کرد. افزایــش درآمدها و مدیریت هزینه‌ها، مالیات‌های اختصاصی، جلوگیری از فســاد، افزایش پوشش بیمه سلامت، خرید راهبردی، تغییر شــیوه‌های پرداخت بــه ارائه‌دهندگان، نظارت بر رفتــار ارائه‌دهنده خدمات، نظــام ارجاع و تمرکز بر پیشــگیری از مهم‌ترین راهکارهای دســتیابی بــه تأمین مالی پایدار در کشــورهای توسعه‌یافته به شمار می‌رود. مسیر تأمین مالی پایدار نظام ســلامت هر کشور با توجه به بافت محلی آن متفاوت اســت. با این حال، تجارب کشــورهای توســعه‌یافته و مسیر آنها در نهادینه‌سازی این روش‌ها قابل الگوبرداری است. سیاســت‌گذاران نظام ســلامت ایران می‌توانند با بومی‌ســازی و به‌کارگیــری ایــن راهکارها از پایداری تأمیــن مالی خدمات سلامت کشور اطمینان حاصل کنند.

این مطالعه مروری به بررسی شواهد مرتبط با تأمین مالی کشورهای توسعه‌یافته در ۳۰ سال گذشته پرداخت و اطلاعات ارزشــمندی در زمینه روش‌های تأمین مالی نظام ســلامت در ایــن کشــورها ارائه کرد که مورد اســتفاده سیاســت‌گذاران و مدیران نظام سلامت کشور خواهد بود. پژوهشگران می‌توانند با اســتفاده از مطالعات مرور واقع‌گرایانه، اثربخشی این روش‌های پیشــنهادی تأمین مالی را بررســی کنند و پیشــنهاداتی برای نحوه اجرای آنها در ایران ارائه دهند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

در کشــورهای پیشرفته ســاختارهای مناسبی نظیر نظام مالیاتــی جامع، بیمه‌های ســلامت اجتماعی منســجم، خرید راهبردی خدمات ســلامت و نظارت مســتمر برای تأمین مالی پایدار نظام ســلامت وجود دارد. مالیات و وجوه عمومی دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی اصلی‌ترین روش‌های تأمین مالی سلامت در این کشورها است و حدود سه‌چهارم کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. کشورهای در حال توسعه نیز لازم اســت با الگوبرداری از کشــورهای موفق، نظام مالیاتی خود را بهبود بخشــند و از رویکردهای نوین جمــع‌آوری منابع مالی، تجمیع و خرید خدمات ســلامت برای تقویت نظام تأمین مالی ســلامت خود اســتفاده کنند. کشــورهای در حال توسعه باید دارای سیاســت ملی تأمین مالی ســلامت برای انتخاب منابع مالی نظام ســلامت، جمع‌آوری و مدیریت منابع مالی، تجمیع ریســک، خرید خدمات ســلامت و تضمین استفاده از خدمات سلامت و کارآیی نظام سلامت باشند. ملاحظات زیست‌محیطی (خطــرات مرتبط با محیط زیســت مثل تغییــرات آب و هوا و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

بلایای طبیعی) و اجتماعی (نابرابری، روابط کار و سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی) باید به هنگام تصمیم‌گیری برای پایداری تأمین مالی سلامت مورد توجه قرار گیرد.

اقدامات با اولویت نظام سلامت کشورهای توسعه‌یافته عبارتند از تقویت تاب‌آوری نظام سلامت در برابر بحران‌ها، ترویج پیشگیری و درمان بهتر بیماری‌های غیرواگیر، پیشگیری و رسیدگی به چالش‌های سلامت روان پس از همه‌گیری‌ها، حمایت از تحولات دیجیتالی نظام سلامت برای استفاده حداکثری از داده‌های سلامت و ابزارهای دیجیتال جدید و حمایت از برنامه‌های منطقه‌ای و بین‌المللی برای مقابله با تهدیدات سلامت عمومی جهانی. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه باید منابع محدود خود را صرف اقدامات سلامتی با اولویت کنند. افزایش هدفمند بودجه نظام سلامت باید با مداخلات پیشگیرانه و اقدامات موثر برای کاهش اتلاف منابع همراه باشد تا اطمینان حاصل شود که نظام سلامت از نظر مالی در بلند مدت پایدار می‌ماند. سیاست‌گذاران باید اولویت بیشتری به ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش و با کیفیت و بهبود کارآیی سازمان‌های بهداشتی و درمانی بدهند. عدالت در تأمین مالی سلامت باید مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت قرار گیرد و افراد بر اساس نیاز و توانایی پرداخت دسترسی به خدمات سلامت اثربخش و کارآمد داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان «مطالعه تطبیقی تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و طراحی الگوی تأمین مالی مناسب برای سازمان بیمه سلامت ایران» و کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1399.597 است که با حمایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت انجام شد. نویسندگان از داوران محترم که با انتقادات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. World Health Organization. The World health report, 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000: 25.
2. World Health Organization. Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization; 2022:2.
3. The World Bank. Health expenditure indicators. [Access date: 1/5/2023]. Available from: https://data.worldbank.org/
4. Mosadeghrad AM, Heydari M, Ramandi S, Abbasi M. Strategic Analysis of the Iranian Health Financing System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2021;18:373-388 [Persian]
5. World Bank Group. High-performance health financing for universal health coverage: Driving sustainable, inclusive growth in the 21st century. World Bank, Washington DC: 2019: 25.
6. United Nations. World Economic Situation and Prospects 2022. [Access date: 1/5/2023]. Available from: https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/WESP2022_ANNEX.pdf
7. Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. International Journal for Equity in Health. 2015;14(1):1-4.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Healthcare Costs Unsustainable in Advanced Economies without Reform. [Access date: 1/5/2023]. Available from: http://www.oecd.org/health/ostsunsustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm
9. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. Health policy responses to the financial crisis in Europe. World Health Organization, 2012:6.
10. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization, 2009: 2.
11. Roos NP. The disconnect between the data and the headlines. Canadian Medical Association Journal. 2000;163(4):411-2.
12. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. Health policy. 2014;115(2-3):111-9.
13. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P and Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: A scoping review. Frontiers in Public Health, 2023; 11 (982416): 1-15.
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

methodological framework. International journal of social research methodology. 2005;8(1):19-32.
15. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess B, eds. Analyzing qualitative data. 2nd ed. London: Routledge; 2002: 187-208.
16. Mosadeghrad AM, Tolouei Rakhshan Sh, Afshari A, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. Hakim Health System Research. 2020;20(3); 353-366.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2017, Paris: OECD Publishing. [Access date: 1/5/2023]. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-46-en
18. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. BMC public health. 2017;17(1):1-4.
19. Evans T, Pablos-Mendez A. Shaping of a new era for health financing. Lancet (London, England) 2016;387(10037):2482–4.
20. Barde JP, Braathen NA, Bark R. Environmentally related taxes in OECD Countries: Issues and strategies. Paris: OECD Publishing; 2001.
21. Heller P. Back to basics-fiscal space: what it is and how to get it. Finance and Development. 2005;42(2):32-3.
22. Mueller M, Morgan D. New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework. Health Policy. 2017;121(7):764-9.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Statistics 2021. [Access date: 06/05/2023]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en
24. The Organisation for Economic Co-operation and Development. Private health insurance spending 2022. [Access date 28/04/2023]. Available from: https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf
25. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M, Karimi F. Sustainable Financing Strategies for the Iranian Health System: A Scoping Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2021;19(2):137-56. [Persian]
26. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari–Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2017;31:47.
27. Mosadeghrad AM, Isfahani P, Karimi F. Hospital tariffs: A conceptual analysis. Hakim Research Journal. 2020; 23 (2) :246-259 [Persian]
28. Hollis A. Sustainable financing of innovative therapies: a review of approaches. Pharmacoeconomics. 2016;34(10):971-80.
29. Greer SL, Klasa K & Van Ginneken E. Power and Purchasing: Why Strategic Purchasing Fails. Milbank Q 2020; 98(3):975-1020.
30. Propper C, Burgess S & Gossage D. Competition and quality: evidence from the NHS internal market 1991–9. The Economic Journal 2008; 118(525):138-70.
31. Van Ginneken E, Busse R & Gericke CA. Universal private health insurance in the Netherlands: The first year. Journal of Management & Marketing in Healthcare 2008; 1(2):139-53.
32. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Strategies for reducing induced demand in the health system: A scoping review. Journal of Health Administration. 2023;25(4):45-68.
33. World Health Organization. The World Health Report 2010 - Health Systems Financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010:27.
34. Mosadeghrad AM, Esfahani P, & Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard. 2017; 11 (3):318-33. [Persian]
35. Gee J, Button M. The financial cost of healthcare fraud. England: University of Portsmouth publication, 2015:6.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

Sustainable health financing methods in developed countries: A scoping review

Ali Mohammad Mosadeghrad[1], Mahdi Abbasi[2], Mahdiyeh Heydari[2], Mahya Abbasi[2,3*]

1- Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Ph.D. student in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran.

Abstract
Introduction: Health financing system is the process of collecting, pooling, and managing financial resources to purchase healthcare services and promote, restore, or maintain people's health. An increase in health expenditure and the governments' inability to commit sufficient resources introduces challenges to the sustainability of health system financing. This study was conducted to identify sustainable financing methods in developed countries.
Methods: This study was a scoping review research. All studies related to sustainable health financing solutions in developed countries were searched using appropriate keywords in "PubMed", "Scopus", "Science Direct", "Web of Science", "Magiran", "SID" and "Iranmedex" databases and two search engines "Google" and "Google Scholar". Finally, 38 studies were selected and analyzed using the framework analysis method and MAXQDA software.
Results: Overall, 30 solutions were identified for sustainable financing of the health system of developed countries and categorized into three sections: collecting financial resources, pooling and managing financial resources, and purchasing healthcare services. Strategic purchasing, reducing induced demand, using prospective payment methods, consolidating multiple insurance funds, using an efficient patient referral system, using clinical guidelines, public-private partnerships, value-based health services package, and introducing new innovative health insurance schemes were the most frequent solutions for sustainable health system financing in developed countries.
Conclusion: Innovative solutions are used to strengthen the sustainability of the health financing system in developed countries. Iran's policymakers can sustain the country's health system financing by adopting and adapting these solutions.
Keywords: Sustainable health financing, Developed countries, Health system, Scoping review

Please cite this article as follows:
Mosadeghrad AM, Abbasi M, Heydari M, Abbasi M. Sustainable health financing methods in developed countries: A scoping review. Hakim Health Sys Res. 2022; 24(4): 359-371

***Corresponding Author:** School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Ma-abbasi@razi.tums.ac.ir Tel: 02142933006

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research(NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]