

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

علی محمد مصدق‌راد^۱، مهدی عباسی^۲، مهدیه حیدری^۲، محیا عباسی^{۲*}

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 پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۸

چکیده

مقدمه: نظام تأمین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی به منظور 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 توسعه یافته انجام شد. **روش کار:** این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مطالعات مرتبط با راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته 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 توسعه یافته 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 توسعه یافته بودند.

نتیجه‌گیری: از راهکارهای نوآورانه‌ای برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه یافته 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 توسعه یافته، نظام سلامت، مرور حیطه‌ای

مقدمه

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].

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

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 به وجود آمدند. نظام سلامت بیس‌مارک^۱ 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^۲ 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 می‌رفت 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

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

1. Bismarck health system
2. Beveridge health 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 ساختار یافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، اما محدودیت‌های مطالعه مرور نظام‌مند^۷ مانند بررسی و ارزشیابی مقالات پژوهشی اصیل دآوری 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 به صورت نمودار و جدول،

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 به صورت 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 به وجود آمدن خللی در پایداری وضعیت مالی دولت [۱۰]. در یک نظام تأمین مالی سلامت با عملکرد بالا^۵ بودجه 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 کارایی، 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 با وجود 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].

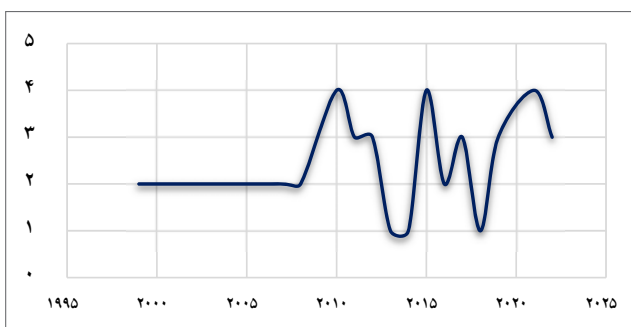
6. Scoping review
7. Systematic review
8. Peer reviewed
9. Gray literature
10. Arksey & O'Malley

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

مطالعات به دست آمده وارد نرم افزار اندنوت^{۱۱} 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 زبان های مختلف، به جز فارسی و انگلیسی است. پس از گردآوری داده ها توسط پژوهشگر اول و انطباق اولیه، دو پژوهشگر دیگر نیز با بررسی های مجدد از صحت تطبیق اطمینان حاصل کردند.

به طور کلی، تعداد ۶۳۸ مقاله از جستجو در پایگاه های 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 توسعه یافته در این مرحله به دست آمد. پس از حذف مقالات بدون ارائه روش های 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 روش های تأمین منابع مالی پایدار نظام سلامت استفاده شد. از روش تحلیل چارچوبی ریچی و اسپنسر^{۱۲} شامل ۵ مرحله آشنایی با داده ها، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه سازی، نمایش یافته با نمودار و در نهایت، نگاشت و تفسیر نتایج، برای تحلیل داده های این



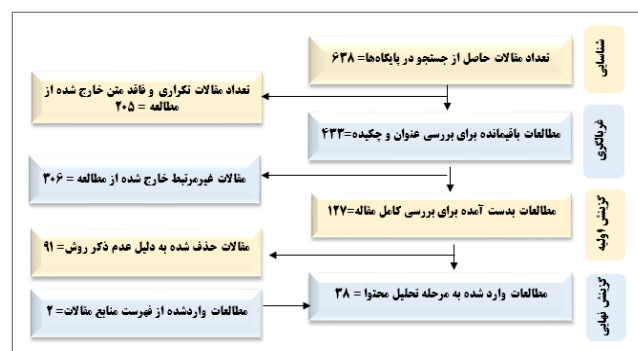
نمودار ۲- توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته به تفکیک سال انتشار

جمع آوری، خلاصه سازی و گزارش یافته ها و مشاوره اختیاری با صاحب نظران در مورد یافته های حاصله استفاده شد [۱۴]. سوالات پژوهشی مطالعه عبارتند از روش های تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه یافته کدامند؟ و پراستفاده ترین روش های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته کدامند؟».

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

جدول ۱- 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 پایگاه ها و یافتن مقالات

11. EndNote
12. Ritchie & Spencer

استرالیا، ایتالیا، سوئیس، ژاپن، شیلی، استونی، کره جنوبی، هلند، دانمارک و ایرلند انجام شدند.

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.

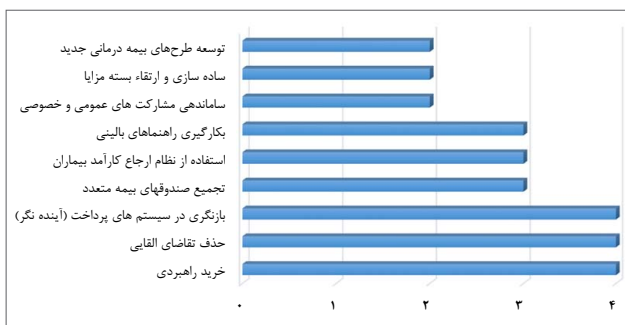
خرید راهبردی، کاهش یا حذف تقاضای القایی، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر، تجمیع صندوق‌های بیمه متعدد، به‌کارگیری نظام ارجاع کارآمد برای هدایت بیماران، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، سامان‌دهی مشارکت‌های عمومی - خصوصی، ساده‌سازی و ارتقای بسته خدمات سلامت و توسعه طرح‌های بیمه درمانی جدید، پرتکرارترین 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،

پژوهش استفاده شد [۱۵]. از نسخه ۱۰ نرم‌افزار مکس کیودا^۱ 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،



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



نمودار ۴- مدل نظام تأمین مالی پایدار سلامت در کشورهای توسعه یافته

جدول ۲- راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه یافته

ابعاد	روش‌های تأمین مالی 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 کارایی و بهره‌وری منابع، استفاده از بیمه سلامت خصوصی، افزایش کنترل شده 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 هزینه‌اثربخش، 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 هزینه‌اثربخش، 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

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^{۱۳}، تجمیع^{۱۴} و تخصیص^{۱۵} 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 (وجه عمومی دولت و بیمه سلامت اجتماعی) و خصوصی (بیمه سلامت خصوصی، کمک‌های مردم و پرداخت مستقیم از جیب) است. از شش روش مالیات و وجه 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].

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

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 کارایی منابع هستند. در بعد تجمیع نیز عمده 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 توسعه یافته 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 توسعه یافته انجام شد. ۳۰ راهکار برای تأمین مالی پایدار سلامت در کشورهای توسعه یافته شناسایی و در سه گروه جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شدند. پرتکرارترین

13. Mobilization
14. Accumulation
15. Allocation

کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی است [۲۰]. دولت‌ها در کشورهای با درآمد بالا در سال ۲۰۱۹ میلادی، به‌طور متوسط ۱۸/۶ درصد بودجه عمومی را صرف مخارج سلامتی کردند. در ژاپن (۲۴ درصد)، ایالات متحده (۲۲ درصد) و آلمان (۲۱ درصد) بیش از ۲۰ درصد از هزینه‌های عمومی دولت به خدمات سلامت اختصاص یافت [۳]. تخصیص منابع ناکافی به بخش سلامت اثرات مخرب اجتماعی دارد و منجر به تضعیف سایر بخش‌های اقتصادی جامعه می‌شود. فضای مالی^{۱۹} در حقیقت فضایی در بودجه دولت است که به دولت اجازه می‌دهد منابع مالی را برای هدف مورد نظر بدون به خطر انداختن پایداری موقعیت مالی (ثبات اقتصادی) فراهم کند [۲۱]. دولت با منطقی‌سازی و اولویت‌بندی مجدد هزینه‌ها، اصلاحات مالی، استقرار ملی و بین‌المللی باید منابع لازم را برای تأمین مالی سلامت فراهم کند. در کشورهای با نسبت درآمد پایین دولت به تولید ناخالص داخلی، اقدامات جدی باید به‌کار گرفته شود تا این نسبت حداقل به ۱۵ درصد برسد، در غیر این صورت بحران‌های مالی، تأمین مالی بخش سلامت را با چالش جدی مواجه خواهد ساخت. به عنوان مثال، اسپانیا و پرتغال به شدت تحت تأثیر رکود اقتصادی در پی بحران مالی ۲۰۰۸ میلادی قرار گرفتند. سهم بودجه عمومی در سلامت در این دو کشور به دنبال اقدامات به‌کار گرفته شده برای مهار هزینه‌های عمومی از سال ۲۰۰۹ میلادی کاهش یافت. سهم بودجه عمومی سلامت در پرتغال بین سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۴ میلادی به میزان ۵ درصد کاهش یافت و بعد آن هم تقریباً ثابت ماند. در مجارستان، ساختار 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 شد، در حالی که سهم بیمه‌های اجتماعی ۱۹ درصد بود [۲۲].

بیمه سلامت اجتماعی نوعی تأمین مالی و مدیریت خدمات سلامت بر اساس تجمع ریسک است 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

19. Fiscal space

وجوه عمومی دولت شامل مالیات‌های مستقیم و غیر مستقیم (مثل مالیات بر درآمد کارکنان، مالیات بر سود شرکت‌ها، مالیات بر دارایی، مالیات بر ثروت، مالیات فروش، مالیات بر ارزش افزوده و مالیات واردات و صادرات) و درآمدهای شرکت‌های دولتی (مانند نفت، گاز و معادن) است. بیش از ۷۰ درصد از هزینه‌های سلامت در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی از منابع عمومی تأمین می‌شود. در دانمارک، سوئد و بریتانیا، دولت بیش از ۸۰ درصد هزینه‌های سلامت را تأمین می‌کند. در آلمان، ژاپن، فرانسه و جمهوری اسلواکی بیش از ۷۵ درصد از کل هزینه‌های سلامت از طریق بیمه سلامت اجتماعی اجباری پرداخت شده است. فقط در ایالات متحده کمتر از نیمی از کل هزینه‌های سلامت توسط دولت یا بیمه سلامت اجتماعی تأمین می‌شود و حدود ۳۵ درصد هزینه‌ها از طریق بیمه سلامت خصوصی پرداخت می‌شود [۱۷].

در بسیاری از کشورهای پیشرفته، به دلیل وجود زیرساخت‌های مناسب نظام مالیاتی، عمده‌ترین روش تأمین مالی سلامت استفاده از وجوه عمومی مانند مالیات است که به‌صورت مالیات مستقیم (مثل مالیات بر 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}) است. مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت مانند مشروبات الکلی، دخانیات و نوشیدنی‌های شیرین، علاوه بر ایجاد درآمد برای اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند منجر به کاهش تقاضا برای این نوع محصولات هم شود [۱۸]. مطالعه‌ای نشان داد که با وضع مالیات و افزایش ۱۰ درصدی قیمت کالاهای مضر سلامتی، کل مصرف این کالاها در کشورهای توسعه‌یافته ۴ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۸ درصد کاهش خواهد یافت [۱۹]. مالیات‌های زیست‌محیطی (مالیات سبز) شامل مالیات بر انرژی، حمل و نقل و آلودگی است. درآمد حاصل از مالیات‌های مرتبط با محیط زیست به‌طور متوسط ۲ درصد تولید ناخالص داخلی

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

پرداخت مستقیم از جیب بیماران حدود ۱۳/۶ درصد هزینه‌های سلامت مردم را در کشورهای با درآمد بالا در سال ۲۰۱۹ میلادی تشکیل داد. سرانه پرداخت مستقیم از جیب بیماران در این کشورها برابر با ۷۶۹ دلار آمریکا بود. این شاخص در کشورهای با درآمد متوسط و پایین برابر با ۱۰۲ و ۱۵ دلار بود. کشور سوئیس با سرانه ۲۴۴۵ دلار آمریکا بالاترین پرداخت از جیب را در جهان داشته است. با توجه به سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور (۹۲ هزار دلار)، مردم حدود ۲/۶ درصد درآمدشان را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند [۲۳].

بیماری‌ها و هزینه‌های سلامت مرتبط با آنها به‌طور مساوی در بین جمعیت توزیع نشده است. برای مدیریت این فقدان قطعیت می‌توان خطرات سلامتی و منابع مالی را تجمیع کرد و در اختیار بیماران قرار داد. وظیفه تجمیع مالی نظام تأمین مالی سلامت موجب تسهیم ریسک مالی در گروه‌های جمعیتی و محافظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های زیاد خدمات سلامت می‌شود [۲۵]. انباشت و مدیریت منابع مالی موجب می‌شود که ریسک پرداخت هزینه خدمات سلامت یک بیمار بر عهده همه افراد تحت پوشش باشد. استفاده از روش‌های تأمین مالی صعودی، توسعه و گسترش روش‌های پیش پرداخت نظیر مالیات و بیمه سلامت اجتماعی، تجمیع منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌های سلامت، اصلاح و بازنگری سرانه حق بیمه، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز سلامت، توسعه صندوق‌های عدالت و پوشش بیمه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت برای تقویت پایداری کارکرد تجمیع منابع مالی ضروری است.

در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت شامل پرداخت وجوه جمع‌آوری و تجمیع شده به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ازای ارائه خدمات سلامت طبق بسته تعریف شده خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش است [۱۶]. تفکیک خریدار از ارائه‌دهنده خدمات سلامت، تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت، اصلاح بسته حمایتی بیمه‌ی سلامت، جیره‌بندی خدمات سلامت، هدفمندسازی یارانه‌های بخش سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، تقویت سیستم ارجاع بیمار، خرید راهبردی خدمات

و روشی نسبتاً منصفانه برای تأمین مالی خدمات سلامت است. کشورهایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر و نسبت اشتغال بالا تمایل دارند پوشش بیمه سلامت اجتماعی زیادی داشته باشند. ژاپن و کره جنوبی از جمله کشورهای آسیا و اقیانوسیه هستند که پوشش همگانی سلامت مبتنی بر بیمه سلامت اجتماعی دارند.

پس از مالیات و وجوه عمومی دولت، بیمه سلامت اجتماعی و پرداخت از جیب مردم، بیمه سلامت خصوصی منبع مهم تأمین مالی سلامت در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته است. حدود ۱۰ درصد هزینه‌های سلامت در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه توسط بیمه سلامت خصوصی پرداخت می‌شود [۲۳]. به‌طور متوسط، یک دلار از هر ۱۰ دلاری که برای سلامت در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه هزینه می‌شود، از محل بیمه‌های سلامت خصوصی است. بیمه سلامت خصوصی یک سوم کل هزینه‌های سلامت در ایالات متحده، تقریباً نیمی در سوئیس و حدود ۶۰ درصد در هلند را تشکیل می‌دهد [۲۴]. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، نقش بیمه خصوصی سلامت در حال افزایش است. عوامل مختلفی مانند نارضایتی فزاینده از مراقبت‌های سلامت عمومی، آزادسازی بازارها و افزایش تجارت بین‌المللی در صنعت بیمه و رشد کلی اقتصادی به توسعه بیمه‌های سلامت خصوصی کمک می‌کنند.

بیمه سلامت خصوصی اگر به دقت مدیریت شود و با نیازها و ترجیحات محلی تطبیق داده شود، ابزار ارزشمندی برای تکمیل گزینه‌های موجود تأمین مالی سلامت خواهد شد. بیمه سلامت خصوصی هزینه پرداخت مستقیم از جیب مردم را برای دریافت خدمات فاقد پوشش بیمه سلامت اجتماعی کاهش می‌دهد. بیمه سلامت خصوصی به اشکال مختلف وجود دارد؛ بیمه تکمیلی^{۲۰} خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش بیمه سلامت اجتماعی نیستند، بیمه مکمل^{۲۱} بازپرداخت اضافی برای خدمات خارج از پوشش طرح بیمه سلامت اجتماعی ارائه می‌کند و بیمه جایگزین^{۲۲} نیز به‌عنوان جایگزینی برای پوشش بیمه سلامت اجتماعی به ویژه برای افراد ثروتمند عمل می‌کند.

20. Supplementary insurance

21. Complementary insurance

22. Replacement insurance

در این کشورها برای بهبود کیفیت و کارایی خرید خدمات سلامت است. خرید راهبردی خدمات سلامت، دسترسی مقرون به صرفه به مراقبت با کیفیت بالا را تسهیل می‌کند و کارایی 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 کارایی و عدالت و ارائه خدمات سلامت مقرون به صرفه 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 کارایی 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 کارایی نظام سلامت می‌شود. اجرای نظام ارجاع، به کارگیری 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 یک پنجم منابع سلامت به صورت 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

سلامت، به کارگیری راهنماهای بالینی، ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، حذف تقاضای القایی، افزایش کارایی نظام سلامت و به کارگیری 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

خرید راهبردی، تغییر شیوه‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان، نظارت بر رفتار ارائه‌دهنده خدمات، نظام ارجاع و تمرکز بر پیشگیری از مهم‌ترین راهکارهای دستیابی به تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه یافته به شمار می‌رود. مسیر تأمین مالی پایدار نظام سلامت هر کشور با توجه به بافت محلی آن متفاوت است. با این حال، تجارب کشورهای توسعه یافته و مسیر آنها در نهادینه‌سازی این روش‌ها قابل الگوبرداری است. سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران می‌توانند با بومی‌سازی و به‌کارگیری این راهکارها از پایداری تأمین مالی خدمات سلامت کشور اطمینان حاصل کنند.

این مطالعه مروری به بررسی شواهد مرتبط با تأمین مالی کشورهای توسعه یافته در ۳۰ سال گذشته پرداخت و اطلاعات ارزشمندی در زمینه روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در این کشورها ارائه کرد که مورد استفاده سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت کشور خواهد بود. پژوهشگران می‌توانند با استفاده از مطالعات مرور واقع‌گرایانه، اثربخشی این روش‌های پیشنهادی تأمین مالی را بررسی کنند و پیشنهادهای برای نحوه اجرای آنها در ایران ارائه دهند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت
در کشورهای پیشرفته ساختارهای مناسبی نظیر نظام مالیاتی جامع، بیمه‌های سلامت اجتماعی منسجم، خرید راهبردی خدمات سلامت و نظارت مستمر برای تأمین مالی پایدار نظام سلامت وجود دارد. مالیات و وجوه عمومی دولت و بیمه‌های سلامت اجتماعی اصلی‌ترین روش‌های تأمین مالی سلامت در این کشورها است و حدود سه چهارم کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. کشورهای در حال توسعه نیز لازم است با الگوبرداری از کشورهای موفق، نظام مالیاتی خود را بهبود بخشند و از رویکردهای نوین جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع و خرید خدمات سلامت برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت خود استفاده کنند. کشورهای در حال توسعه باید دارای سیاست ملی تأمین مالی سلامت برای انتخاب منابع مالی نظام سلامت، جمع‌آوری و مدیریت منابع مالی، تجمیع ریسک، خرید خدمات سلامت و تضمین استفاده از خدمات سلامت و کارایی نظام سلامت باشند. ملاحظات زیست‌محیطی (خطرات مرتبط با محیط زیست مثل تغییرات آب و هوا و

افزایش کیفیت و کارایی در تخصیص منابع، تاکید بر خدمات اولیه بهداشتی در خرید خدمات و ایجاد مکانیسم نظارت کارآمد از راهکارهای کشورهای توسعه یافته برای بهبود عملکرد خرید خدمات سلامت هستند. هدف کارایی ارائه خدمات سلامت با هزینه کمتر است. سیاست‌گذاران و مدیران باید منابع محدود بخش سلامت را صرف پروژه‌های با بیشترین منفعت و مطلوبیت برای جامعه (کارایی تخصیصی) کنند و منابع هر پروژه باید طوری استفاده شود که ستاده بیشتری (کارایی فنی) تولید شود [۳۴]. تأمین مالی سلامت پایدار نه تنها مستلزم افزایش درآمدها، بلکه نیازمند مصرف مؤثرتر و عادلانه‌تر آن است. خرید راهبردی خدمات سلامت و نهادینه‌سازی فرآیندهای ارزیابی فناوری سلامت منجر به افزایش کارایی تخصیصی و ترویج ارائه خدمات سلامت عادلانه، اثربخش و مقرون به صرفه می‌شود. راه‌اندازی نظام جامع اطلاعات سلامت، پیش‌نیاز تقویت نظام تأمین مالی است. هدف اولیه نظام اطلاعات سلامت افزایش دسترسی، کیفیت و کارایی خدمات سلامت برای همه است.

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

نتیجه‌گیری

تأمین مالی یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام سلامت است که به بسیج، تجمیع و تخصیص منابع مالی برای تأمین نیازهای سلامتی مردم مربوط می‌شود. این مطالعه راهکارهای تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه یافته را شناسایی و تبیین کرد. افزایش درآمدها و مدیریت هزینه‌ها، مالیات‌های اختصاصی، جلوگیری از فساد، افزایش پوشش بیمه سلامت،

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

بلائیای طبیعی) و اجتماعی (نابرابری، روابط کار و سرمایه گذاری در سرمایه انسانی) باید به هنگام تصمیم گیری برای پایداری تأمین مالی سلامت مورد توجه قرار گیرد.

اقدامات با اولویت نظام سلامت کشورهای توسعه یافته عبارتند از تقویت تاب آوری نظام سلامت در برابر بحران ها، ترویج پیشگیری و درمان بهتر بیماری های غیرواگیر، پیشگیری و رسیدگی به چالش های سلامت روان پس از همه گیری ها، حمایت از تحولات دیجیتالی نظام سلامت برای استفاده حداکثری از داده های سلامت و ابزارهای دیجیتال جدید و حمایت از برنامه های منطقه ای و بین المللی برای مقابله با تهدیدات سلامت عمومی جهانی. سیاست گذاران 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 می ماند. سیاست گذاران باید اولویت بیشتری به ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش و با کیفیت و بهبود کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی بدهند. عدالت در تأمین مالی سلامت باید مورد توجه سیاست گذاران 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 توسعه یافته 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.

- 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.
- Sustainable health financing methods in developed countries: A scoping review

Sustainable health financing methods in developed countries: A scoping review

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Mahdi Abbasi², Mahdiyeh Heydari², 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.