

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

علی محمد مصدق‌راد<sup>۱</sup>، محیا عباسی<sup>۲</sup>، مهدی عباسی<sup>۳</sup>، مهدیه حیدری<sup>۳\*</sup>

- ۱- استاد، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- دانشجوی دوره دکتری، گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

\* نویسنده رابط: [mheydari@razi.tums.ac.ir](mailto:mheydari@razi.tums.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۸

### چکیده

زمینه و هدف: تأمین مالی نظام سلامت فرآیند جمع‌آوری، تجمیع، مدیریت و تخصیص منابع مالی به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم است. کشورهای در حال توسعه با چالش‌های متعددی در تأمین، مدیریت و تخصیص منابع مالی سلامت مواجه هستند. هدف این مطالعه شناسایی روش‌های تأمین مالی پایدار در کشورهای در حال توسعه بود.

روش کار: این پژوهش با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مطالعات در زمینه روش‌های تأمین مالی نظام سلامت در پایگاه‌های داده الکترونیکی انگلیسی Pubmed، Scopus، Science Direct، Web of science، فارسی Magiran، SID، Iranmedex و موتورهای جستجوگر Google Scholar و Google با کلیدواژه‌های مناسب جستجو شد. در نهایت، تعداد ۹۴ مقاله مناسب انتخاب و با روش تحلیل چهارچوبی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند.

نتایج: تعداد ۴۲ روش برای تقویت پایداری و تاب‌آوری نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه شناسایی شد که در سه دسته جمع‌آوری و مدیریت منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شد. گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی، یکپارچه‌سازی طرح‌های بیمه درمانی متعدد، تقویت مشارکت عمومی-خصوصی، استقرار نظام ارجاع، تعیین مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تعیین دقیق بسته خدمات سلامت، مشارکت مالی خیرین و اصلاح تعرفه‌های خدمات سلامت پرتکرارترین راه‌کارهای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند.

نتیجه‌گیری: نظام تأمین مالی سلامت کشورهای در حال توسعه باید تقویت شود. اصلاحات مالی نظام سلامت باید با اصلاحات ارائه خدمات سلامت همراه باشد تا نتایج اثربخش و کارآمدی به دنبال داشته باشد. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید در سطح کلان، به تقویت حکمرانی نظام تأمین مالی سلامت بپردازند. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی در سطح خرد باید با تقویت ظرفیت بودجه و مدیریت مالی، منجر به افزایش کارایی و کاهش اتلاف منابع شوند.

واژگان کلیدی: تأمین مالی پایدار، نظام سلامت، کشورهای در حال توسعه، راهکار

## مقدمه

ارتقای سلامت مردم جامعه است (۳). بنابراین، نظام تامین مالی سلامت دارای وظایف جمع آوری منابع مالی، تجمیع و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است (۴). بسیج منابع لازم برای سلامت، جمع آوری عادلانه و مدیریت درست منابع مالی، توسعه بیمه های سلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت موثر، افزایش کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی و بهبود دسترسی مردم به خدمات موثر و کارآمد به منظور ارتقای سلامت آنها از اهداف نظام تامین مالی سلامت هستند. در صورت عدم وجود یک نظام تامین مالی مناسب، تعداد محدودی از مردم دسترسی به موقع به خدمات سلامت خواهند داشت.

خدمات سلامت برای توسعه کشور حیاتی است. بنابراین، بودجه کافی برای بخش سلامت باید تامین شود. سرعت رشد هزینه های بخش سلامت از رشد اقتصادی کشورهای جهان بیشتر است. مخارج سلامت کشورها در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ میلادی، سالانه ۳/۹٪ افزایش یافت، در حالی که، رشد سالانه اقتصادی آنها ۳ درصد بود (۵). در نتیجه، پایداری و تاب آوری نظام تامین مالی سلامت کشورها ضعیف است. تامین مالی پایدار نظام سلامت به معنای تامین منابع مالی مورد نیاز برای دستیابی به اهداف نظام سلامت و برقراری تعادل بین منابع مالی و مخارج سلامت، بدون ایجاد خللی در پایداری وضعیت مالی دولت است (۶). به عبارتی، نظام تامین مالی سلامت زمانی پایدار است که در صورت بروز شوک های اقتصادی، اجتماعی و اپیدمیولوژیک، خدمات سلامت مورد نیاز مردم بدون مشکلی تامین مالی شوند و دولت مجبور به کاهش مخارج سایر حوزه های عمومی برای تامین منابع مالی بخش سلامت نشود.

هزینه کل سلامت مردم جهان حدود ۹ تریلیون دلار آمریکا یا ۱/۸٪ تولید ناخالص داخلی جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی بود که ۶/۳٪ نسبت به سال ۲۰۱۹ افزایش داشت. حدود ۶۳ و ۳۷٪ این هزینه به ترتیب، توسط منابع عمومی و خصوصی تامین

نظام های سلامت با سه هدف اصلی تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم جامعه، پاسخ دهی به انتظارات بالینی و غیر بالینی آنها و محافظت مالی از آنها در برابر هزینه های خدمات سلامت تشکیل شدند (۱). بنابراین، نظام سلامت نه تنها مسئول سلامتی افراد جامعه است، بلکه، مسئول محافظت از آنها در برابر هزینه های مالی ناشی از بیماری می باشد. امروزه میلیون ها نفر در جهان به خدمات سلامت به خاطر هزینه زیاد دسترسی ندارند. بسیاری از مردم هم حتی با پرداخت مستقیم از جیب خود، خدمات با کیفیت پایینی دریافت می کنند. تامین مالی سلامت یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت است که با افزایش پوشش خدمات سلامت موثر و حفاظت مالی از مردم، دستیابی به پوشش همگانی سلامت را ممکن می سازد. تامین مالی موثر و کارآمد خدمات سلامت موجب ارتقای سلامتی و افزایش امید زندگی و بهره وری مردم می شود که رشد اقتصادی کشور را به دنبال دارد.

افزایش جمعیت، سالمند شدن جمعیت، بروز بیماری های نوپدید، افزایش بیماری های مزمن، شدت بیماری ها، توسعه تجهیزات و پیشرفت روش های گران قیمت پزشکی، پیچیدگی خدمات سلامت، افزایش تعرفه های خدمات سلامت، روش های متغیر پرداخت، افزایش درآمد مردم و گسترش بیمه های سلامت، موجب افزایش هزینه های سلامت شدند (۲). منابع مالی برای ساخت و تجهیز سازمان های بهداشتی و درمانی، خرید تجهیزات، لوازم و دارو و پرداخت حقوق کارکنان سلامت ضروری است. تامین مالی پایدار سلامت یکی از چالش های اصلی سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت است. آنها باید به دنبال بهترین روش های تامین مالی پایدار نظام سلامت باشند.

تأمین مالی نظام سلامت فرایند جمع آوری، تجمیع، مدیریت و تخصیص منابع مالی به منظور تامین، حفظ و

طبقه بندی می‌کند. کشورهای در حال «توسعه»، کشورهایی با درآمد کمتر، زیر ساخت‌های صنعتی توسعه نیافته، استاندارد زندگی پایین و عدم دسترسی به فناوری مدرن هستند. این کشورها اغلب کمبود شغل، مسکن، غذا، آب آشامیدنی سالم، آموزش و خدمات سلامت را تجربه می‌کنند. تعداد ۳۶ کشور "توسعه یافته" و ۱۲۶ کشور "در حال توسعه" در جهان در سال ۲۰۲۲ میلادی وجود داشت. کشورهای توسعه یافته در آمریکای شمالی، اروپا، آسیای توسعه یافته و اقیانوس آرام و کشورهای در حال توسعه در آفریقا، آسیا، آمریکای لاتین و دریای کارائیب قرار دارند (۹).

کشور ایران با وسعت ۱/۶۵ میلیون کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۸۴/۷ میلیون نفر، یک کشور در حال توسعه و با درآمد متوسط پایین است (۱۰). نظام سلامت ایران از نوع ترکیبی است که بخش‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند. وزارت بهداشت نقش کلیدی در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی اولیه دارد و خدمات بهداشتی اغلب به صورت رایگان در اختیار مردم قرار می‌گیرد. وزارت بهداشت، همچنین، در تأمین مالی و ارائه خدمات تخصصی سلامت نقش پررنگی دارد. بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی بیشتر در تأمین مالی و ارائه خدمات تخصصی سلامت مشارکت دارند (۱۱). منابع اصلی تأمین مالی نظام سلامت ایران شامل مالیات و بودجه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی، کمک‌های خیرین و پرداخت مستقیم از جیب مردم می‌باشد. سرانه هزینه سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۹ میلادی برابر با ۴۷۰ دلار آمریکا بود. حدود ۶/۷٪ تولید ناخالص داخلی کشور صرف هزینه‌های سلامت شد. حدود ۴۹/۵ و ۵۰/۵٪ هزینه‌های سلامت ایران به ترتیب توسط بخش عمومی و خصوصی تأمین مالی شد. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران از کل هزینه‌های سلامت ۳۹/۵٪ بود (۱۲). افزایش هزینه‌های سلامت، تعدد صندوق‌های بیمه سلامت، تأمین مالی نزولی، پرداخت از جیب بالای مردم، تعرفه‌گذاری نامناسب خدمات

مالی شد. هزینه‌های مراقبت‌های سرپایی، بستری و کالاهای پزشکی بیش از ۶۰٪ کل هزینه‌های سلامت را در سال ۲۰۱۹ میلادی به خود اختصاص دادند. مابقی هزینه‌ها مربوط به مراقبت‌های پیشگیرانه و سایر خدمات سلامت و هزینه‌های اداره نظام سلامت بود (۷). بانک جهانی کشورهای جهان را بر اساس سرانه درآمد ناخالص ملی (Gross National Income) به چهار دسته کشورهای پر درآمد، با درآمد متوسط بالا، با درآمد متوسط پایین و کم درآمد تقسیم می‌کند (۸). سرانه هزینه‌های سلامت مردم جهان در سال ۲۰۲۰ میلادی ۱۱۷۵ دلار آمریکا بود. این میزان در کشورهای کم درآمد، با درآمد متوسط پایین، با درآمد متوسط بالا و پردرآمد به ترتیب برابر با ۳۹، ۱۲۵، ۵۱۵ و ۳۷۰۸ دلار آمریکا بود. هزینه‌های سلامت در کشورهای کم درآمد، با درآمد متوسط پایین، با درآمد متوسط بالا و پردرآمد به ترتیب ۶/۲، ۵/۲، ۷/۱ و ۹/۲٪ از تولید ناخالص داخلی آن کشورها بود. کشورهای با درآمد بالا با داشتن ۱۵ درصد جمعیت جهان، ۸۰٪ کل هزینه‌های سلامت در سال ۲۰۲۰ میلادی را به خود اختصاص دادند. ایالات متحده آمریکا به تنهایی ۴۳/۵٪ کل هزینه‌های سلامت جهان را به خود اختصاص داد، در حالی که، ۱۵/۳٪ جمعیت جهان را تشکیل می‌دهد. کشورهای با درآمد متوسط بالا با ۳۳٪ از جمعیت جهان، ۱۶٪ کل هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص دادند. کشورهای با درآمد متوسط پایین با ۴۳٪ جمعیت جهان، تنها کمتر از ۴٪ کل هزینه‌های سلامت را تشکیل دادند. در نهایت، کشورهای کم درآمد با ۹٪ از جمعیت جهان، تنها ۰/۲٪ کل هزینه‌های سلامت را تشکیل دادند (۷). به عبارتی، بی‌عدالتی در تأمین مالی سلامت در کشورهای مختلف مشاهده می‌شود.

سازمان ملل متحد کشورهای جهان را بر اساس سرانه تولید ناخالص داخلی (Gross domestic product)، سطح صنعتی شدن، استناد ندارد عمومی زندگی و میزان زیرساخت‌های فناوری به سه دسته کشورهای در حال توسعه، کشورهای در حال گذار و کشورهای توسعه یافته

هدف شناسایی روش های تامین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه انجام شد. نتایج این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت ایران برای برنامه ریزی و اجرای اصلاحات مالی هدفمند برای تقویت نظام تامین مالی سلامت کشور در راستای پوشش همگانی سلامت قرار می دهد.

## روش کار

این پژوهش با روش مرور حیطه ای (Scoping Review) انجام شد. مرور حیطه ای یک روش پژوهشی ثانویه مناسب برای شناسایی انواع شواهد موجود و ترسیم نقشه ادبیات در موضوع مورد نظر است. پژوهش مرور حیطه ای از یک فرایند ساختاریافته و روش جستجوی نظام مند برخوردار است؛ ولیکن، محدودیت های پژوهش مرور نظام مند (Systematic review) مثل بررسی و ارزشیابی مقالات پژوهشی اصیل داوری شده (Peer reviewed) را ندارد و ادبیات خاکستری (Gray literature) نظیر مقالات مروری، پایان نامه ها، گزارش های سازمانی و خلاصه مقالات کنفرانس ها را هم در بر می گیرد تا تعداد بیشتری از شواهد مفید در زمان کوتاه شناسایی شوند (۱۳). از پروتکل آر سکی Arksey و اومالی O'Malley برای انجام این مرور حیطه ای استفاده شد که شامل شش مرحله تعیین سوال پژوهشی، شناسایی مطالعات مربوطه، انتخاب مطالعات، ترسیم داده ها، جمع آوری، خلاصه سازی و گزارش نتایج و در نهایت، مشاوره اختیاری در مورد نتایج است (۱۴). سوالات پژوهشی این مرور حیطه ای عبارتند از «روش های تامین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای در حال توسعه کدامند؟» و «پر استفاده ترین روش های تامین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه کدامند؟».

این پژوهش با تمرکز بر مطالعات منتشر شده به زبان های فارسی و انگلیسی در زمینه روش های تامین مالی پایدار نظام

سلامت، نظام پرداخت متکی به روش کارانه و کارایی پایین سازمان های بهداشتی و درمانی از مهم ترین چالش های نظام تامین مالی سلامت ایران است (۱۱).

در سال های اخیر نظام تامین مالی سلامت در بسیاری از کشورهای دنیا به دلیل همه گیری بیماری کووید-۱۹ با مشکلات شدیدی مواجه شد. شیوع و گسترش این بیماری در کشورهای جهان منجر به افزایش تقاضا برای خدمات سلامت و در نتیجه افزایش مخارج سلامتی شد. از طرف دیگر، همه گیری کووید-۱۹ تأثیر منفی بر تولید اقتصادی کشورها داشت. کشورهای جهان در یک بحران شدید اقتصادی فرو رفتند. تولید ناخالص داخلی جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی ۳/۴٪ کاهش یافت. هزینه های سلامت مرتبط با کووید-۱۹ به طور متوسط ۸٪ هزینه های دولت برای سلامت را در سال ۲۰۲۰ میلادی جذب کرد و به طور متوسط ۱٪ از کل هزینه های عمومی دولت را به خود اختصاص داد. در کشورهای با درآمد بالا، بیشتر هزینه های سلامت برای کووید-۱۹ صرف در مان، آزمایش و مراقبت های بیمارستانی می شود. در مقابل، در کشورهای کم درآمد و متوسط پایین، بیشتر این هزینه ها صرف اقدامات پیشگیرانه و مدیریت و هماهنگی نظام سلامت می شد (۷).

شرایط به شدت رو به وخامت اقتصاد کلان جهانی، با تضعیف رشد درآمد و افزایش تورم، به این معنی است که دولت ها با درآمد کمتر و هزینه های بالاتر مواجه می شوند. افزایش بدهی عمومی انباشته شده به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط پایین پیامدهای منفی بودجه ای خواهد داشت. وضعیت نامطمئن ایجاد شده توسط جنگ در اوکراین از طریق پیامدهایی برای عرضه جهانی غذا، تورم و تجارت جهانی منجر به تشدید این تهدیدها خواهد شد. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور باید اقداماتی را برای تقویت پایداری و تاب آوری نظام تامین مالی سلامت ایران بکار گیرند. بنابراین، پژوهش حاضر با

مقاله باقی ماند. تعداد ۶ مقاله هم با بررسی رفرنس مقالات به دست آمد. در نتیجه، تعداد ۹۴ مقاله برای بررسی نهایی انتخاب شدند (نمودار ۱).

از یک فرم استخراج داده شامل نام نویسندگان، نام کشور محل مطالعه، سال انجام مطالعه، سال انتشار مطالعه، روش مطالعه و روش های تأمین مالی پایدار نظام سلامت برای استخراج داده‌ها استفاده شد. از روش تحلیل چهارچوبی ریچی Ritchie و اسپنسر Spencer شامل پنج مرحله آشنایی با داده‌ها، شناسایی یک چهارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، نمایش یافته با نمودار و در نهایت، نگاشت و تفسیر نتایج، با کمک نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد (۱۵). ملاحظات اخلاقی پژوهش‌های مروری در این مطالعه لحاظ شده است.

## نتایج

تعداد ۹۴ مطالعه در فاصله زمانی ژانویه ۱۹۹۱ تا اکتبر ۲۰۲۲ میلادی به شناسایی روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای در حال توسعه پرداختند. تعداد ۶۶ مطالعه به زبان انگلیسی (۷۰/۲٪) و ۲۸ مقاله به زبان فارسی (۲۹/۸٪) به چاپ رسیدند. بیشتر مطالعات در سال ۲۰۱۹ میلادی انجام شدند (نمودار ۲).

مطالعات مورد بررسی در ۳۵ کشور در حال توسعه انجام شده بود. تعداد ۵۱ مطالعه در ایران انجام شده بود. سپس، از کشورهای نیجریه و آفریقای جنوبی به ترتیب ۶ و ۵ مطالعه بدست آمد. سایر کشورها هر کدام فقط یک مطالعه داشتند. تعداد ۴۲ روش تأمین مالی پایدار در کشورهای در حال توسعه شناسایی شد. یافته‌ها در سه کارکرد تأمین مالی شامل جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شد (جدول ۲).

گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی، یکپارچه‌سازی طرح‌های بیمه درمانی متعدد، تقویت مشارکت عمومی- خصوصی، استقرار نظام ارجاع، تعیین مالیات بر کالاهای آسیب

سلامت کشورهای در حال توسعه انجام شد. پایگاه‌های داده الکترونیکی انگلیسی Science, Scopus, Pubmed, Direct, Web of science و فارسی Magiran, SID, Iranmedex و موتورهای جستجوگر Google Scholar و Google برای جمع‌آوری داده‌ها جستجو شدند. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و دیگر کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل Sustainable health financing, funding, health insurance, health system financing, health financing, financial resources, sustainable financial system, mechanisms, Strategies, Solution, Technics, با کلیدواژه Developing countries به زبان انگلیسی و تأمین مالی پایدار، نظام سلامت، سازمان‌های بهداشتی و درمانی، استراتژی‌ها، راهکارها، تکنیک‌ها و کشورهای در حال توسعه به زبان فارسی بود (جدول ۱). علاوه‌براین، جستجوی دستی لیست منابع مقالات بدست آمده هم انجام شد. مطالعات به دست آمده وارد نرم‌افزار EndNote شدند.

معیارهای ورود به پژوهش از نظر زمانی از ژانویه ۱۹۹۱ تا اکتبر ۲۰۲۲ میلادی و از نظر زبانی شامل دو زبان فارسی و انگلیسی بودند. پس از گردآوری داده‌ها توسط پژوهشگر اول و انطباق اولیه، دو پژوهشگر دیگر نیز با بررسی‌های مجدد از صحت تطبیق اطمینان حاصل کردند. به طور کلی، تعداد ۷۳۲ مقاله استخراج شد. پس از حذف موارد تکراری و موارد فاقد متن کامل، تعداد ۵۲۶ مطالعه برای بررسی عنوان و چکیده باقی ماند که از این بین، ۲۹۸ مورد پس از بررسی عنوان و ۱۰۳ مورد نیز پس از بررسی چکیده حذف شدند. تعداد ۱۲۵ مقاله در حوزه تأمین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه در این مرحله بدست آمد. پس از حذف مقالات بدون ارائه روش‌های تأمین منابع مالی پایدار، ۸۸

تاب‌آوری نظام تامین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه بود. تعداد ۴۲ راهکار برای تامین مالی پایدار نظام سلامت کشورهای در حال توسعه شناسایی و در سه گروه جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شد. گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی، یکپارچه سازی طرح‌های بیمه درمانی متعدد، تقویت مشارکت عمومی - خصوصی، استقرار نظام ارجاع، تعیین مالیات بر کالاهای آسیب رسان، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تعیین دقیق بسته خدمات سلامت، مشارکت مالی خیرین و اصلاح تعرفه‌های خدمات سلامت پرکارترین راه‌کارهای تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند.

جمع‌آوری منابع مالی (Revenue collection)، تجمیع منابع مالی (Revenue pooling) و خرید خدمات سلامت (Service purchasing) سه کارکرد اصلی نظام تامین مالی سلامت هستند. تقویت نظام تامین مالی پایدار سلامت مستلزم تقویت این سه کارکرد اصلی است. کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل چگونگی دریافت پول از منابع عمومی (مالیات‌های مستقیم و غیر مستقیم و بیمه سلامت اجتماعی) و خصوصی (خانوارها، کارفرمایان و بیمه سلامت خصوصی) است. به‌طور کلی، روش‌های جمع‌آوری منابع مالی سلامت عبارتند از مالیات و وجوه عمومی، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، حساب پس انداز سلامت، صندوق عدالت سلامت، کمک‌های مردمی (ملی و بین‌المللی) و پرداخت مستقیم از جیب (۱۶).

جمع‌آوری منابع مالی پایدار اولین گام در تقویت نظام تامین مالی سلامت است. سرانه هزینه سلامت در کشورهای پردرآمد حدود ۹۵ برابر کشورهای کم درآمد است (۷). جمع‌آوری منابع مالی در کشورهای در حال توسعه، ضعیف و بی‌نظم است. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای در حال توسعه باید افزایش یابد. مطالعه‌ای با بررسی

رسان، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تعیین دقیق بسته خدمات سلامت، مشارکت مالی خیرین، اصلاح تعرفه‌ها با استفاده از قیمت تمام شده و استفاده از ابزارهای علمی در تخصیص منابع مالی پرکارترین راه‌کارهای تقویت پایداری نظام تامین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند (نمودار ۳).

نمودار ۴ مدل نظام تامین مالی پایدار سلامت برای کشورهای در حال توسعه را نشان می‌دهد. فرایند تامین مالی پایدار نظام سلامت شامل سه مرحله جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و در نهایت، تخصیص منابع مالی برای خرید خدمات سلامت است. جمع‌آوری منابع مالی شامل ایجاد منابع مالی جدید از طریق مالیات و وجوه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی، کمک‌های داخلی و خارجی، مشارکت بخش‌های عمومی - خصوصی، حساب پس انداز سلامت، صندوق عدالت سلامت و پرداخت مستقیم از جیب بیماران؛ و مدیریت منابع مالی موجود از طریق افزایش کارایی نظام سلامت، کاهش هزینه‌های نظام سلامت، کاهش فساد و کاهش بروکراسی می‌باشد. تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت منجر به توزیع ریسک مالی بین افراد ثروتمند و فقیر جامعه می‌شود. علاوه‌براین، حساب پس انداز سلامت، صندوق عدالت سلامت و برنامه‌های یارانه‌ای دولت برای پوشش افراد فقیر، موجب محافظت از مردم جامعه در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت می‌شود. در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت از طریق کنترل عرضه و تقاضای خدمات سلامت، موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی نظام سلامت می‌شود و خدمات سلامت موثر و کارآمد در راستای ارتقای سلامت مردم جامعه خریدار می‌شود.

## بحث

هدف این مطالعه شناسایی راهکارهای تقویت پایداری و

عنوان مثال، برای انتقال پول در کشور گابون مالیات در نظر گرفته شد. همچنین، دولت با وضع مالیات ۱۰ درصدی بر دو شرکت مخابراتی در سال ۲۰۰۹ میلادی، حدود ۳۰ میلیون دلار آمریکا برای بخش سلامت تأمین کرد (۲۰).

مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان (Sin tax) مثل سیگار، مشروبات الکلی، نوشابه‌های بسیار شیرین و غذاهای آماده، به دلیل نیاز کمتر به وجود زیرساخت‌های مالیاتی پیشرفته، در کشورهای در حال توسعه استفاده می‌شود. به عنوان مثال، بخشی از هزینه‌های بیمه سلامت ملی در کشور غنا با افزایش ۲/۵٪ مالیات بر ارزش افزوده (۲۱) و افزایش مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت (۲۲) تأمین شد. همچنین، در برخی از کشورها با وضع مالیات سبز (Green tax) و دریافت عوارض بابت آلودگی‌های محیط زیست تا حدودی منابع مالی پایدار برای نظام سلامت ایجاد می‌شود. این مالیات‌های غیر مستقیم نشان‌دار، ضمن کاهش مصرف کالاهای آسیب‌رسان سلامت، منابع مالی پایدار برای بهبود دسترسی مردم به خدمات سلامت ایجاد می‌کنند.

گسترش بیمه‌های سلامت نیز موجب تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت کشورهای در حال توسعه می‌شود. بیمه سلامت اجتماعی ماهیت غیرانتفاعی دارد و با دریافت حق بیمه از شاغلین و کارفرمایان، بخشی از هزینه‌های سلامت آنها تأمین می‌شود. در مقابل، بیمه سلامت خصوصی ماهیت انتفاعی دارد و با دریافت حق بیمه از مردم، قسمتی از هزینه‌های سلامت آنها پوشش داده می‌شود (۳). عواملی مانند نارضایتی از خدمات سلامت عمومی، آزادسازی بازارها، افزایش تجارت بین‌المللی در صنعت بیمه و رشد کلی اقتصادی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، منجر به توسعه بیمه‌های سلامت خصوصی در این کشورها شده است (۲۳). بیمه سلامت خصوصی در صورت مدیریت صحیح و تطبیق با نیازها و ترجیحات محلی، می‌تواند گزینه مناسبی برای تکمیل روش‌های موجود تأمین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه باشد.

نظام سلامت ۶۷ کشور با درآمد کم و متوسط، برآورد کرد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، هر سال ۲۷۴ میلیارد دلار اضافی باید هزینه شود تا این کشورها بتوانند به هدف سوم توسعه پایدار (بهبود سلامتی و تندرستی) دست یابند. به عبارتی، از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ میلادی، سرانه سلامت مردم در این کشورها هر سال باید ۴۱ دلار افزایش یابد و سهم هزینه‌های سلامت به ۷/۵٪ تولید ناخالص داخلی این کشورها برسد (۱۷).

میزان مخارج دولت برای سلامت از منابع داخلی بیانگر تعهد دولت به سلامت مردم است و برای پایداری برنامه‌های بهداشتی و درمانی ضروری است. سهم هزینه‌های دولت برای سلامت از کل هزینه‌های سلامت مردم جهان در سال ۲۰۱۹ میلادی ۵۹/۸٪ بود. این میزان در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا به ترتیب برابر با ۲۲/۸، ۵۲/۴ و ۶۱/۸٪ بود (۱۲). تأمین مالی عمومی سلامت در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. این افزایش به خاطر افزایش تولید ناخالص داخلی و افزایش سهم هزینه‌های دولت در بخش سلامت است (۱۸). مالیات یکی از مهمترین روش‌های پیش پرداخت برای تأمین مالی نظام سلامت است. دولت‌ها برای افزایش سهم سلامت از بودجه عمومی باید اصلاحاتی در نظام مالیاتی کشور ایجاد کنند و روش‌هایی را برای توسعه نظام مالیاتی تصاعدی و پیشگیری از فرارهای مالیاتی بکار گیرند. افزایش شفافیت مالی سازمان‌ها، شناسایی مشاغل غیررسمی، نوسازی مکانیسم‌های جمع‌آوری مالیات، شناسایی بدهکاران مالیاتی و وضع مالیات‌های اختصاصی یا نشان‌دار (Earmarked taxes)، از جمله راهکارهای مناسب برای بهبود نظام مالیاتی کشورهای در حال توسعه می‌باشند (۱۹). از عوارض خطوط هوایی، عوارض تلفن همراه، مالیات بر الکل و تنباکو، مالیات بر حواله‌های بین‌المللی انتقال پول، مالیات گردشگری و وجوه غیرفعال یا دارایی‌های بدون مدعی برای تأمین مالی سلامت در کشورهای در حال توسعه استفاده می‌شود. به

health expenditure) یا هزینه‌های پزشکی فقرا (Medical impoverishment) قرار می‌گیرند (۲۵). با افزایش یک در صدی سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت، ۲/۲٪ به خانوارهای مواجهه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت اضافه خواهد شد (۲۶). از منابع مالیاتی و کمک‌های مردمی باید برای پرداخت حق بیمه افراد فقیر استفاده شود. تخصیص یارانه سلامت (Cash transfers) یا کمک‌های نقدی و کوپن (Cash and voucher assistance) موجب محافظت مالی از خانوارهای آسیب‌پذیر در برابر هزینه‌های بالای سلامت می‌شود. به‌عنوان مثال، بکارگیری برنامه‌های حساب پس انداز سلامت (Health savings account) در آفریقای جنوبی (۲۷) و صندوق سهام عدالت سلامت (Health Equity Funds) در کامبوج (۲۸) منجر به کاهش ابتلای خانوارها به هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و افزایش استفاده از خدمات سلامت شد. در مکزیک، سهم بودجه عمومی سلامت به‌منظور افزایش پوشش جمعیت و توسعه بسته خدمات سلامت در دهه گذشته حدود ۹ درصد افزایش یافته است (۲۹).

رابطه مثبت بین سلامت و اقتصاد یک کشور وجود دارد. بخش سلامت نقش مهمی در توسعه یک کشور دارد. بنابراین، منابع مالی کافی باید در بخش سلامت سرمایه‌گذاری شود. از طرف دیگر، سلامتی مردم تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی است. حدود ۸۰ درصد عوامل موثر بر سلامتی مردم در خارج از بخش سلامت قرار دارد. تعادلی باید بین هزینه‌های بخش سلامت و سایر بخش‌های کشور وجود داشته باشد. بنابراین، فضای مالی (Fiscal space) یا ظرفیت بودجه دولت باید تقویت شود تا بدون به مخاطره انداختن تأمین مالی سایر کالاها و خدمات عمومی، منابع مالی نظام سلامت تأمین شود. نسبت هزینه‌های دولت به تولید ناخالص داخلی بیشتر از ۴۵٪ بیانگر ظرفیت مالی بسیار بالای دولت است (۳۰). افزایش درآمدها، اولویت‌بندی مجدد

خیرین نقش مهمی در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت دارند (۲۴). استفاده از کمک‌های خیرین داخلی یا خارجی راهکار مناسب دیگری برای افزایش ظرفیت مالی نظام سلامت است. میزان کمک‌های توسعه‌ای کشورهای خارجی در سال ۲۰۱۸ میلادی حدود ۱۶ میلیارد دلار (۰/۲٪ هزینه کل سلامت دنیا) بود. این میزان در سال ۲۰۱۹ میلادی هم در حد ۰/۲٪ هزینه کل سلامت مردم جهان باقی ماند (۲۸/۹، ۰/۶۷ و ۰/۰۱٪ در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا). کمک‌های مالی خارجی نقش مهمی در تأمین مالی هزینه‌های سلامت کشورهای با درآمد کم و متوسط پایین برای کمک به ارائه بسته‌های خدمات سلامت با کیفیت و پایدار برای همه دارد (۵). با وجود این، در این کشورها علی‌رغم مشاهده رشد اقتصادی و افزایش مخارج عمومی دولت، میزان مخارج دولت برای سلامت افزایش چندانی نداشته است. سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید مشارکت خیرین را در بخش سلامت هدف‌مند کنند تا از کمک‌های مالی آنها در بخش سلامت استفاده بهینه شود. خیرین سلامت باید تشویق شوند که در حوزه‌هایی مثل تقویت تاب‌آوری سازمان‌های بهداشتی و درمانی در برابر اپیدمی‌ها و بلایا، توسعه نظام مراقبت از بیماری‌ها، تحقیق و توسعه و آموزش و ارتقای سلامت هم مشارکت و سرمایه‌گذاری کنند.

پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای خدمات سلامت یکی دیگر از منابع تأمین مالی سلامت است که در سال ۲۰۱۹ میلادی حدود ۱۸٪ هزینه‌های سلامت مردم دنیا را تشکیل داده بود. این شاخص در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا به ترتیب برابر با ۴۳/۲، ۳۵/۲ و ۱۳/۶٪ بود (۱۲). پرداخت مستقیم از جیب معمولاً ۵۰ تا ۸۰٪ از کل هزینه‌های سلامت را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می‌دهد. در نتیجه، بسیاری از خانواده‌ها در این کشورها در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت (Catastrophic



بودجه‌ها، اختصاص درآمدهای جدید، بهبود کارایی و استقراض خارجی منجر به گسترش فضای مالی برای سلامت می‌شود.

افزایش هزینه‌های سلامت موجب کاهش دسترسی مردم به ویژه افراد فقیر به خدمات موثر سلامت می‌شود. اصل محافظت مالی پوشش همگانی سلامت ایجاب می‌کند که مردم جامعه به خاطر هزینه‌های خدمات سلامت دچار فقر نشوند. عدالت در تأمین مالی خدمات سلامت باید یکی از اهداف نظام تأمین مالی سلامت باشد. خانوارها باید بر اساس توانایی پرداخت به نظام سلامت کمک کنند. کارکرد تجمیع مالی نظام تأمین مالی سلامت موجب تسهیم ریسک مالی در گروه‌های جمعیتی و حفاظت از فقرا در برابر هزینه‌های بسیار زیاد و غیر قابل پیش‌بینی خدمات سلامت می‌شود (۳۱). استفاده از روش‌های تأمین مالی صعودی، گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی اجباری، اصلاح و بازنگری سرانه حق بیمه، تجمیع منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای، رفع همپوشانی بیمه‌ای، ایجاد رقابت سالم بین بیمه‌های سلامت، راه‌اندازی حساب ملی پس‌انداز سلامت، توسعه صندوق‌های عدالت سلامت و پوشش بیمه‌ای افراد فقیر در برابر هزینه‌های فاجعه بار سلامت برای تقویت پایداری کارکرد تجمیع منابع مالی سلامت کشورهای در حال توسعه ضروری است.

صندوق‌های بیمه سلامت متعدد و کوچک، نقش بسیار محدودی در پوشش همگانی سلامت در کشورهای درحال توسعه دارند. به طور کلی، یک صندوق بیمه بزرگتر، کارآمدتر و عادلانه‌تر از یک نظام بیمه سلامت شامل چند صندوق بیمه سلامت کوچک است. یکپارچه‌سازی و ادغام صندوق‌های بیمه سلامت متعدد، اصلی‌ترین راهکار برای تقویت تجمیع منابع و تجمیع ریسک در این کشورها است. تجمیع مالی موجب تسهیم ریسک مالی بین گروه‌های جمعیتی بزرگ و حفاظت از افراد آسیب پذیر در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود. هدف از تجمیع، حداکثر کردن ظرفیت توزیع مجدد وجوه پیش پرداخت

است. ادغام صندوق‌های بیمه سلامت در برنامه طرح تحول سلامت کشور ترکیه منجر به کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت به ۱۹٪ پس از ۳ سال از اجرای طرح شده بود (۳۲). ادغام طرح‌های بیمه درمانی در تایلند منجر به دستیابی به پوشش همگانی سلامت در این کشور شد (۳۳). در اندونزی نیز پنج صندوق دولتی بیمه سلامت در نوامبر ۲۰۱۱ میلادی ادغام شدند. اجرای این طرح موجب کاهش هزینه‌های اداری و ارائه بسته‌های خدمتی یکسان شد (۳۴). ادغام طرح‌های بیمه سلامت دولتی در کشور چین نیز موجب کاهش هزینه‌های سلامت فاجعه‌بار و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت شد (۳۵). با وجود این، ادغام صندوق‌های بیمه‌ای و انجام تغییرات اساسی در ساختار و فرآیند نظام بیمه‌ای، زمان بر است و نیازمند ظرفیت‌سازی سازمانی است. همچنین، لازم است که در فرآیند ادغام بیمه‌های سلامت، تمام ذینفعان مشارکت داشته باشند. این اصلاحات فراتر از حوزه وزارت بهداشت است و نیاز به حمایت و پشتیبانی سایر سازمان‌های دولتی دارد.

در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت نظام تأمین مالی سلامت شامل پرداخت وجوه جمع‌آوری و تجمیع شده به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بابت ارائه خدمات سلامت است (۱۶) که شامل سه بخش تعیین بسته‌های پایه خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. مداخلات مربوط به کارکرد خرید خدمات سلامت باید دو طرف عرضه و تقاضای خدمات سلامت را پوشش دهد. تفکیک خریدار از ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اصلاح بسته حمایتی بیمه‌ی سلامت، تمرکز بر مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت، تقویت سیستم ارجاع بیمار، تأکید بر خرید خدمات سلامت هزینه-اثربخش، توسعه راهنماهای بالینی، جیره‌بندی خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت مبتنی بر ارزش، خرید راهبردی خدمات سلامت، استفاده از روش‌های بازپرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش، حذف تقاضای القایی و افزایش کارایی نظام سلامت

خدمات سلامت با کیفیت می شود. مداخلات طرف تقاضا مثل پرداخت یارانه سلامت به افراد فقیر و کاهش پرداخت مستقیم از جیب منجر به افزایش استفاده از خدمات سلامت می شود.

دو روش مستقیم و غیرمستقیم برای تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت وجود دارد. در روش مستقیم که بیشتر در کشورهای در حال توسعه استفاده می شود، وزارت بهداشت سهم قابل توجهی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت بر عهده دارد که منجر به افزایش هزینه و ناکارآمدی تا حدود ۳۰٪ می شود (۳۷). در مقابل، در روش غیر مستقیم که بیشتر در کشورهای توسعه یافته مشاهده می شود، سازمان های تأمین مالی و سازمان های ارائه خدمات سلامت از هم جدا هستند. دولت تأمین مالی خدمات سلامت را بر عهده دارد و خدمات سلامت را از ارائه کنندگان دولتی و خصوصی در یک بازار رقابتی خریداری می کند. روش غیر مستقیم منجر به ایجاد رقابت بیشتر بین ارائه کنندگان خدمات سلامت، ارتقای کیفیت خدمات سلامت و کاهش هزینه های سلامت می شود (۳۸).

تعرفه خدمات سلامت "قیمت دستوری خدمات سلامت است که توسط مراجع قانونی تعیین می شود و خریداران خدمات سلامت باید در ازای دریافت خدمات به ارائه کنندگان خدمات سلامت بپردازند" (۳۹). تعرفه بالاتر از قیمت تمام شده خدمات سلامت موجب افزایش تقاضای القایی خدمات سلامت و در نتیجه، افزایش هزینه های سلامت می شود. از دو روش قیمت گذاری مبتنی بر هزینه و قیمت گذاری مبتنی بر ارزش برای محاسبه تعرفه های خدمات سلامت استفاده می شود (۴۰). هزینه های تولید کالاها و خدمات سلامت معیار تعرفه گذاری مبتنی بر هزینه است. این روش منجر به افزایش هزینه های نظام سلامت می شود. در مقابل، ارزش درمانی خدمات سلامت و ارتقای سلامت مردم در تعرفه گذاری مبتنی بر ارزش مورد توجه قرار می گیرد.

روش مناسب پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت منجر به کاهش هزینه های سلامت و افزایش کارایی نظام

راهکارهای مناسبی برای تقویت پایداری کارکرد خرید خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند.

یک نظام تأمین مالی پایدار علاوه بر فراهم سازی منابع مالی مورد نیاز خدمات سلامت برای طولانی مدت، از دستیابی به هدف نهایی نظام سلامت، یعنی تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه اطمینان حاصل می کند. افزایش منابع مالی سلامت باید منجر به افزایش سلامتی مردم شود. بنابراین، فقط خدماتی باید تأمین مالی شوند که ارزشمند باشند و منجر به بهبود سلامتی مردم شوند. خدمات سلامت هزینه-اثربخش مورد نیاز مردم باید در بسته های پایه خدمات سلامت قرار گیرد تا آنها به هنگام دریافت این خدمات دچار مشکلات مالی نشوند (۳). نیازسنجی و اولویت بندی خدمات سلامت و توجه به نتایج ارزشیابی های اقتصادی سلامت باید در تعیین بسته خدمات پایه سلامت در نظر گرفته شوند. همچنین، ممکن است به خاطر تقاضای فزاینده و محدودیت منابع، خدمات سلامت جیره بندی شود و دسترسی برخی مردم به خدمات سلامت مفید محدود شود (۳۶). ارائه مراقبت های پیشگیرانه و ارتقای سلامت باید مورد تأکید بیشتری قرار گیرد. هر ریال سرمایه گذاری در بخش بهداشت منجر به صرفه جویی هزاران ریال در بخش درمان می شود. مردم نیز باید با دریافت آموزش های خود مراقبتی، تقاضای خود را برای خدمات سلامت مدیریت کنند. این اقدامات موجب کنترل تقاضا برای خدمات سلامت گران قیمت و کاهش هزینه های نظام سلامت می شود.

مداخلات عرضه و تقاضای خدمات سلامت باید به صورت هماهنگ بکار گرفته شود تا نظام تأمین مالی سلامت منجر به افزایش دسترسی و استفاده از خدمات سلامت و ارتقای سطح سلامتی مردم شود و هزینه های سلامت نیز کنترل شود. مداخلات طرف عرضه منجر به توسعه منابع نظام سلامت و افزایش دسترسی مردم به

سلامت می‌شود. استفاده از روش‌های پرداخت گذشته‌نگر و متغیر مثل روش کارانه (Fee-For-Service) منجر به تشویق تقاضای القایی و مصرف بیش از نیاز خدمات سلامت و در نتیجه، افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. در مقابل، استفاده از روش‌های پرداخت آینده‌نگر و ثابت مثل روش‌های سرانه و موردی منجر به کاهش هزینه‌های سلامت و تمرکز بیشتر بر ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت می‌شود (۱۶). از روش‌های مبتنی بر عملکرد و ارزش باید برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت استفاده شود تا ضمن کنترل هزینه‌های سلامت و بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی، کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت افزایش یابد. همچنین، استفاده ترکیبی از روش‌های پرداخت ثابت (مثل بودجه، سرانه و موردی) به همراه پرداخت تشویقی (مثل پاداش مبتنی بر عملکرد) موجب کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش انگیزه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌شود. ترکیب یک روش پرداخت متغیر سطح خرد مثل کارانه با یک روش بسته سطح کلان مثل بودجه نیز موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش کارایی نظام سلامت می‌شود.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، خرید خدمات سلامت به صورت غیرفعال و سنتی انجام می‌شود. در این مدل، خرید خدمات بر اساس یک بودجه از قبل تعیین شده و یا به صورت پرداخت هزینه خدمات سلامت ارائه شده انجام می‌شود (۱۱). دولت و بیمه‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه باید از خرید فعال و راهبردی به جای خرید منفعل و سنتی خدمات سلامت استفاده کنند. آنها باید به‌طور فعالانه و مبتنی بر شواهد تصمیم بگیرند که چه نوع خدمتی، از چه کسانی، چگونه و به چه میزان خریداری شود، مناسب‌تر و توأم با منفعت است (۳). اصل حداکثرسازی

منفعت برای جامعه تحت پوشش در تعیین ترکیب و میزان بسته خدمات سلامت و انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد که منجر به کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. عدم تقارن اطلاعاتی، عدم تقارن سیاسی و عدم تقارن مالی از مهم‌ترین موانع بکارگیری خرید راهبردی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه است (۲). پرداخت کنندگان هزینه خدمات سلامت اطلاعات کاملی در مورد وضعیت بیماران و خدمات سلامت ارائه شده توسط ارائه‌کنندگان ندارند (عدم تقارن اطلاعاتی). همچنین، فاصله قدرت زیادی بین خریداران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد (عدم تقارن سیاسی). در نتیجه، برخی از گروه‌ها از قدرت سیاسی به نفع خود و به ضرر سایر گروه‌ها استفاده می‌کنند. در نهایت، خریداران خدمات سلامت در مقابل سایر روش‌های تأمین مالی ارائه‌کنندگان قدرت کمتری دارند (عدم تقارن مالی). توسعه نظام اطلاعات اثربخش، عقد قراردادهای صریح و شفاف، ایجاد فضای رقابتی بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، واگذاری اختیارات کافی به سازمان‌های بیمه سلامت، ایجاد زیر ساخت‌های قانونی لازم، اصلاح روش‌های پرداخت و بکارگیری نظام پایش و ارزشیابی، برای اجرا و تقویت خرید راهبردی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد می‌شود (۳). در کشور تایلند با خرید فعال و ارائه‌ی یک بسته خدمتی جامع، هزینه‌های سلامت برای خانوارهای فقیر کاهش چشمگیری یافت (۴).

بخش سلامت با اتلاف منابع روبرو است. حدود ۲۰ تا ۴۰٪ منابع بخش سلامت تلف می‌شود (۵). کاهش اتلاف منابع محدود بخش سلامت لازمه دستیابی به اهداف توسعه پایدار و اجرای پوشش همگانی سلامت است. افزایش کارایی، مدیریت صحیح منابع و بهبود کیفیت خدمات سلامت منجر به کاهش هزینه‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود.

بازیگران مختلف تشکیل شده است. این پیچیدگی موجب آسیب پذیری نظام سلامت در برابر فساد می شود که تأثیر مخربی بر عملکرد نظام سلامت و سلامت مردم دارد. کمبود بودجه دولت، نظارت ناکافی و عدم شفافیت در حکمرانی نظام سلامت باعث ایجاد تقلب و فساد در نظام سلامت می شود. 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. حکمرانی خوب برای عملکرد بهینه نظام سلامت حیاتی است. کیفیت حکمرانی موجب می شود که مخارج سلامت منجر به دستیابی به نتایج مثبت سلامت می شود.

تقاضای القایی و ارائه خدمات غیر ضروری سلامت نیز موجب افزایش هزینه های سلامت و کاهش کارایی نظام سلامت می شود. اجرای درست نظام ارجاع بیماران، استفاده از راهنماهای بالینی توسط ارائه کنندگان خدمات سلامت، تعیین محدودیت ارائه خدمات سلامت، بکارگیری روش مناسب پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت و آموزش ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت موجب کاهش تقاضای القایی می شود (۴۹). این راهکارها باید به طور همزمان و هماهنگ در سه سطح نظام سلامت، سازمان های بهداشتی و درمانی و ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت بکار گرفته شوند تا منجر به کاهش قابل توجه تقاضای القایی و افزایش کارایی نظام سلامت شوند.

اصلاحات تأمین مالی سلامت را به دلیل تفاوت عوامل تاریخی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی، نمی توان به سادگی از یک کشور به کشور دیگر مورد استفاده قرار داد. علل اصلی مشکلات عملکرد مالی نظام سلامت هر کشور متفاوت است و در اصلاحات پیشنهادی نظام تأمین مالی سلامت آن کشور باید مورد توجه قرار گیرد. با این حال،

ارائه کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به کنترل هزینه های سلامت حساس شوند، آموزش های لازم را دریافت دارند تا اقدامات لازم را در این زمینه بکار گیرند. استفاده از روش های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه کنندگان خدمات سلامت موجب تمرکز آنها بر ارائه خدمات ارزشمند، کاهش تقاضای القایی و در نتیجه کاهش هزینه ها می شود. همچنین، مردم باید آموزش های خود مراقبتی را دریافت کنند و تقاضاهای خود را برای خدمات سلامت مدیریت کنند (۱۱).

توجه به کارایی سازمان های بهداشتی و درمانی و استفاده بهینه از منابع محدود بخش سلامت برای پاسخ گویی به نیازهای نامحدود مردم ضروری است. توجه به کارایی منجر به دستیابی به نتایجی با هزینه کمتر می شود. دو نوع کارایی تخصیصی و فنی وجود دارد (۴۶). ابتدا، منابع محدود نظام سلامت باید صرف پروژه های سلامتی شود که بیشترین منفعت و مطلوبیت را برای جامعه داشته باشد (کارایی تخصیصی). سپس، منابع هر پروژه باید به گونه ای استفاده شود تا بیشترین ستاده حاصل شود (کارایی فنی). همچنین، از استراتژی مشارکت عمومی - خصوصی می توان برای ارائه خدمات سلامت در بخش عمومی با هزینه کمتر استفاده کرد. بخش خصوصی از توان بیشتری برای بهبود کیفیت و کارایی برخوردار است. در نتیجه، خدمات سلامت با صرفه از نظر اقتصادی و پر منفعت از نظر اجتماعی به مردم ارائه می شود (۴۷).

فساد در نظام سلامت نیز منجر به از بین رفتن منابع ارزشمند بخش سلامت می شود. مطالعه ای در سال ۲۰۱۵ میلادی هزینه مالی تقلب و فساد در نظام سلامت را حدود ۶٪ هزینه های کل سلامت جهان (۴۵۵ میلیارد دلار آمریکا) برآورد کرد. (۴۸). نظام سلامت از تعاملات پیچیده بین

تجارب بین‌المللی به عنوان اصول راهنما برای اصلاحات نظام تأمین مالی سلامت کشورهای در حال توسعه قابل استفاده است. برخی از این اصول راهنما عبارتند از حرکت به سمت اتکای غالب به منابع مالی عمومی، کاهش پراکندگی در نحوه جمع‌آوری وجوه، استفاده از خرید راهبردی خدمات سلامت و پیوند دادن پرداخت‌های ارائه‌دهنده به عملکرد آن‌ها و نیازهای بهداشتی جامعه.

## نتیجه‌گیری

کشورهای در حال توسعه علی‌رغم داشتن ۸۰٪ از جمعیت جهان، از ظرفیت و توانایی لازم و کافی برای جذب و بسیج منابع مالی برای سلامتی برخوردار نیستند. در صد بیشتری از تأمین مالی خدمات سلامت در این کشورها از طریق پرداخت از جیب مردم تأمین می‌شود. چالش‌های اصلی تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه شامل محدودیت‌های مالی، تخصیص ناکارآمد منابع بخش سلامت و فقدان ظرفیت مدیریت است. کشورهای در حال توسعه کم درآمد با افزایش تقاضا برای خدمات سلامت ضروری همراه با ناتوانی دولت‌ها در بسیج و تخصیص بودجه کافی به نظام سلامت مواجه هستند. به طور کلی، استفاده بیشتر از روش‌های پیش پرداخت مثل مالیات و بیمه‌های سلامت اجتماعی، جلب مشارکت بخش خصوصی در تأمین مالی سلامت، ادغام صندوق‌های بیمه سلامت، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش خدمات سلامت، استفاده از خرید راهبردی خدمات سلامت و استفاده از روش‌های پرداخت ثابت و مبتنی بر عملکرد به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از راهکارهای مهم تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه بودند.

سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید عدالت و کارایی نظام سلامت را بهبود بخشند و منابع مالی نظام سلامت را از طریق افزایش منابع داخلی (مالیات‌ها و بیمه‌های سلامت) و کارایی بیشتر در هزینه‌های عمومی افزایش دهند. آن‌ها باید کمک‌های مالی خارجی را حفظ کنند و سیاست‌های حمایت اجتماعی را اجرا کنند تا پرداخت‌های مستقیم از جیب مردم کاهش یابد و از فقیر شدن افراد مبتلا به بیماری جلوگیری شود. رشد اقتصادی و افزایش مخارج سلامت عمومی به تنهایی برای افزایش پوشش خدمات و دستیابی به نتایج بهتر سلامت کافی نیست. این اقدامات باید با پاسخگویی نتایج، مدیریت شفاف و جوه عمومی و مشارکت جامعه به ویژه بخش خصوصی در سطح اجرا ترکیب شوند. اصلاحات مالی نظام سلامت باید با اصلاحات ارائه خدمات سلامت همراه باشد تا نتایج اثربخش و کارآمدی به دنبال داشته باشد. افزایش بودجه نظام سلامت برای افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، در صورتی که با مداخلاتی برای هماهنگی و کنترل عرضه خدمات سلامت همراه نباشد، موجب اتلاف منابع ارزشمند نظام سلامت خواهد شد.

سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت باید در سطح کلان، به تقویت حکمرانی نظام تأمین مالی سلامت بپردازند و قوانین، مقررات، سیاست‌ها، برنامه‌ها و ساختارهایی برای تقویت مدیریت تأمین مالی سلامت به منظور ارائه خدمات سلامت مؤثر، کارآمد، عادلانه و با کیفیت مناسب تهیه کنند. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز در سطح خرد باید با تقویت ظرفیت بودجه و مدیریت مالی، منجر به افزایش کارایی و کاهش اتلاف منابع در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شوند و پاسخگو و مسئولیت‌پذیر باشند.

این پژوهش با استفاده از روش مطالعه مرور حیطه‌ای، راهکارهایی برای تأمین مالی پایدار خدمات سلامت در

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر 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. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

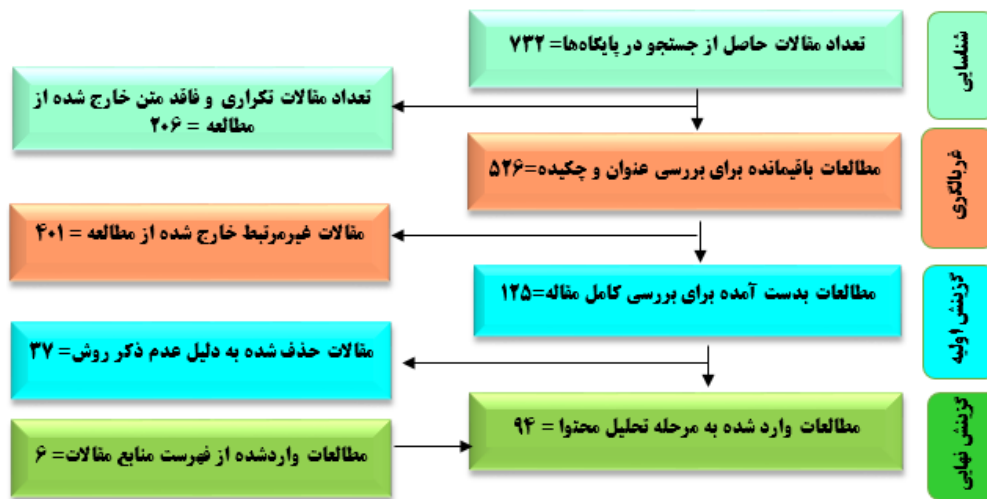
کشورهای در حال توسعه ارائه کرد. راهکارهای پر استفاده تأمین مالی پیشنهادی در این پژوهش باید با استفاده از مطالعات مرور نظام مند یا مرور واقع گرایانه ارزشیابی شوند و راهکارهای مؤثر و کارآمد تأمین مالی خدمات سلامت برای کشورهای در حال توسعه پیشنهاد شود. بنابراین، سایر پژوهشگران می توانند در مطالعات خود به ارزشیابی اثربخشی این راهکارها برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت بپردازند.

جدول ۱- استراتژی جستجو در پایگاه داده‌ای Pubmed در مطالعه مرور حیطه ای روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه

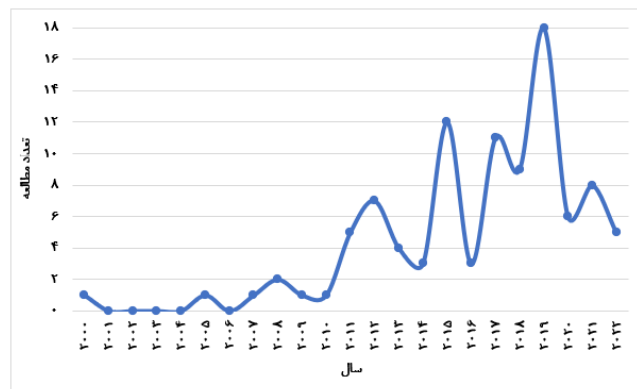
(((((health system financing (Title/Abstract)) OR (financial resources (Title/Abstract))) OR (health financing mechanisms (Title/Abstract))) OR (sustainable financial system(Title/Abstract))) OR (Sustainable health funding(Title/Abstract))) OR (Sustainable health financing(Title/Abstract))) AND (Solution(Title/Abstract))) OR (Strategies(Title/Abstract))) OR (Technics(Title/Abstract))) AND (developing counties(Title/Abstract))

جدول ۲- روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در مطالعه مرور حیطه ای روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه

روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت	ابعاد (تعداد)
استفاده از مالیات تصاعدی، تعیین مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان، تعیین مالیات بر گردشگری و مسافرت‌های لوکس، تعیین مالیات بر ارزش افزوده، گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی، افزایش حق بیمه سلامت، حساب پس‌انداز سلامت، صندوق عدالت سلامت، یارانه سلامت، تقویت مشارکت عمومی- خصوصی، مشارکت مالی خیرین، کمک‌های توسعه‌ای خارجی، استفاده از بودجه شناور، افزایش کارایی، کاهش هزینه‌ها، کاهش فساد و کاهش بروکراسی	جمع آوری و مدیریت منابع مالی (۱۷)
یکپارچه‌سازی طرح‌های بیمه درمانی متعدد، یکسان‌سازی سیاست‌های بیمه سلامت، افزایش رقابت بین بیمه‌های سلامت برای توزیع ریسک و تقویت تجمیع منابع، حساب پس‌انداز سلامت، صندوق عدالت سلامت و تخصیص یارانه به اقشار آسیب‌پذیر	تجمیع منابع مالی و ریسک (۶)
تفکیک ارائه‌دهنده از خریدار خدمات سلامت، تعیین دقیق بسته خدمات سلامت، طراحی فهرست خدمات بیمه سلامت بر اساس اولویت‌بندی خدمات سلامت، جیره‌بندی خدمات سلامت، اصلاح تعرفه خدمات سلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت، استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر، استفاده از نظام پرداخت مبتنی بر ارزش، ایجاد شفافیت در تخصیص منابع مالی، استفاده از ابزارهای علمی در تخصیص منابع مالی، اجرای سیاست‌های تمرکززدایی سلامت، بکارگیری راهنماهای بالینی، ارزیابی فناوری‌های سلامت، توسعه زیرساخت‌های الکترونیکی تأمین مالی، افزایش آگاهی جامعه در اولویت‌پیشگیری بر درمان، استقرار نظام ارجاع، ایجاد محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات سلامت، برقراری سقف پرداخت توسط بیمه تکمیلی سلامت و مشارکت ارائه‌دهندگان در ریسک مالی ارائه خدمات سلامت	خرید خدمات سلامت (۱۹)

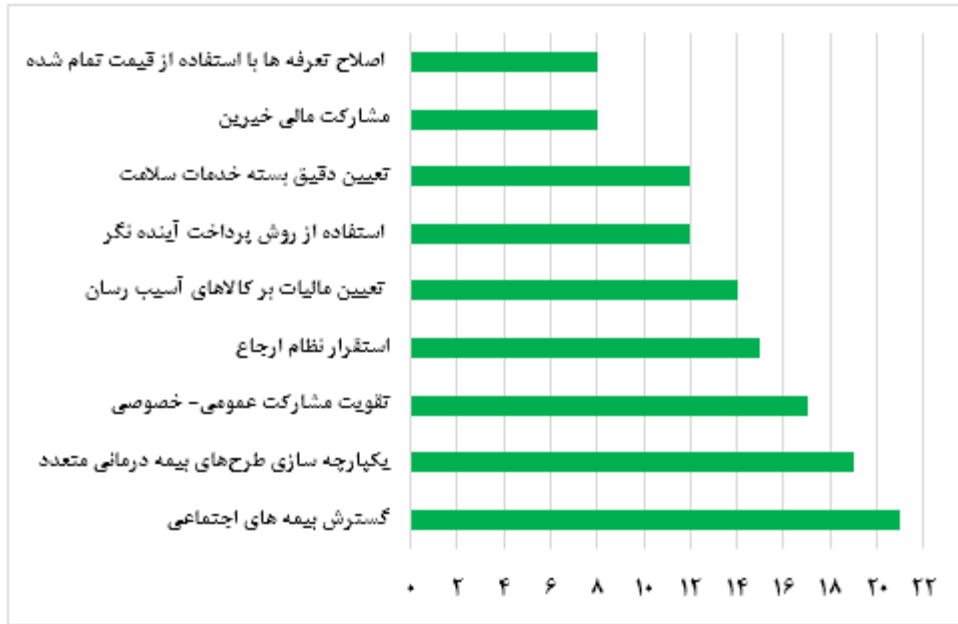


نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات مرور حیطه ای روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه



نمودار ۲- توزیع فراوانی مطالعات به تفکیک سال مطالعه در مطالعه مرور حیطه ای روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه





نمودار ۳- پرتکرارترین راهکارهای تأمین مالی پایدار نظام سلامت در مطالعه مرور حیطه ای روش های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه



نمودار ۴- مدل نظام تأمین مالی پایدار سلامت در مطالعه مرور حیطه ای روش های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه

## References

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization, 2000.
2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran. 2015: 20-45. [Persian]
3. Mosadeghrad AM, Abbasi M, Heydari M. Evaluation of Iran's Health Financing System. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2022; 20(2):111-32.
4. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. World Health Organization: Geneva. 2010:7-20.
5. Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. World Health Organization: Geneva. 2020:19.
6. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L, Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization, 2009.
7. World Health Organization. Global spending on health: rising to the pandemic's challenges. World Health Organization; 2022.
8. The World Bank. "World Bank Country and Lending Groups. Available at <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519> [access date 22/04/2023]
9. United Nations. World Economic Situation and Prospects 2022. Available at [https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/WESP2022\\_AN NEX.pdf](https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/WESP2022_AN NEX.pdf) [access date 22/04/2023]
10. Iran statistics center, population statistics. Available at: <https://www.amar.org.ir/> [Access date 22/04/2023]
11. 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]
12. The World Bank. <https://data.worldbank.org/> [access date 22/04/2023]
13. Neyazi N, Mosadeghrad AM, Afshari M, Isfahani P and Safi N. Strategies to tackle non-communicable diseases in Afghanistan: A scoping review. Front. Public Health, 2023; 11 (982416): 1-15.
14. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a 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 by Jane Ritchie and Liz Spencer in A. Bryman and R. G. Burgess [eds.] Analyzing qualitative data. 1994:173-194.
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. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. The Lancet Global Health 2017;5: 875-887.
18. Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, Jamison D, Murray CJ. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. The Lancet. 2010;375(9723):1375-87.
19. Cnossen S. Mobilizing VAT revenues in African countries. International Tax and Public Finance. 2015;22:1077-108.
20. World Health Organization. State of health

- financing in the African Region. World Health Organization, 2013.
21. Blanchet NJ, Fink G, Osei-Akoto I. The effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on health care utilisation. *Ghana Medical Journal*. 2012;46(2):76-84.
  22. Seddoh A, Akor SA. Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. *BMC Public Health*, 2012; 12 (1): 1-11.
  23. Pauly MV, Zweifel P, Scheffler RM, Preker AS, Bassett M. Private health insurance in developing countries. *Health Affairs*. 2006;25(2):369-79.
  24. Mosadeghrad AM, Tajvar M. Ehteshami F. Donors' participation in financing health system of Iran. *Hakim Health System Research*. 2019; 22(1): 26-42. [Persian]
  25. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012; 380(9845):933-43.
  26. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicounty analysis. *Lancet* 2003; 362: 111-17.
  27. Hsu J. Medical savings accounts: what is at risk? *World Health Report Background Paper* 2010;17.
  28. Annear PL, Lee JT, Khim K, Ir P, Moscoe E, Jordanwood T, Bossert T, Nachtnebel M, Lo V. Protecting the poor? Impact of the national health equity fund on utilization of government health services in Cambodia, 2006-2013. *BMJ Global Health*. 2019;4(6):e001679.
  29. 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.
  30. McIntyre D, Kutzin J, World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016.
  31. 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]
  32. Yereli AB, Koktas A. Health care financing reform: The case in Turkey. Faculty of Economics and Administrative Sciences, Hacettepe University. 2010.
  33. Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?. *Social science and medicine*. 1999; 48(7):913-23.
  34. Plummer V, Boyle M. Financing healthcare in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2016; 11(2):33-8.
  35. Gu E, Page-Jarrett I. The top-level design of social health insurance reforms in China: Towards universal coverage, improved benefit design, and smart payment methods. *Journal of Chinese Governance*. 2018 Jul 3;3(3):331-50.
  36. 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.
  37. World Health Organization. Mobilization of domestic resources for health. Geneva: World Health Organization; 2002.
  38. Hsiao WC. Why is a systemic view of health financing necessary?. *Health affairs*. 2007;26(4):950-61.
  39. Mosadeghrad A M, Isfahani P, Karimi F. Hospital Tariffs: A Conceptual Analysis. *Hakim Research Journal*. 2020; 23 (2): 246-259 [Persian]

40. Hollis A. Sustainable financing of innovative therapies: a review of approaches. *Pharmacoeconomics*. 2016;34(10):971-80.
41. McIntyre D, Kutzin J, World Health Organization. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016.
42. Greer SL, Klasa K, Van Ginneken E. Power and purchasing: why strategic purchasing fails. *The Milbank Quarterly*. 2020;98(3):975-1020.
43. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health policy*. 2018;122(5):457-72.
44. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. *Health policy and planning*. 2015;30(9):1152-61.
45. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. *World health report*. 2010;28:33.
46. 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]
47. Etemadian M, Mosadeghrad AM, Mohaghegh Dolatabadi MR, Dehnavi H. The challenges of public private partnership in hospital operations: A case study. *Payesh*. 2019; 18 (2) :127-148. [Persian]
48. Gee J, Button B. The financial cost of healthcare fraud 2015: what data from around the world shows. London: PKF Littlejohn LLP; 2015.
49. 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.

## Sustainable Health Financing Methods in Developing Countries: A Scoping Review

Ali Mohammad Mossadeghrad<sup>1</sup>, Mahya Abbasi<sup>2</sup>, Mahdi Abbasi<sup>2</sup>, Mahdiyeh Heydari<sup>\*3</sup>

1. Ph.D. Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Ph.D. student, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Ph.D. student, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: mheydari@razi.tums.ac.ir

Received: Feb 29, 2023

Accepted: May 8, 2023

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Health system financing is the process of collecting, pooling, and allocating financial resources to maintain, restore or promote the health of the people. Developing countries face many challenges in mobilizing, managing and allocating health financial resources. The aim of this study was to identify sustainable financing methods in developing countries.

**Materials and Methods:** This study was conducted using the scoping review. All the studies related to health system financing methods in developing countries were searched in the English electronic databases (i.e., Pubmed, Scopus, Science Direct, and Web of science), Persian electronic databases (i.e., Magiran, Iranmedex, and SID) and Google Scholar and Google search engines using appropriate keywords. Finally, 94 suitable documents were selected and analyzed using the framework analysis method and MAXQDA software.

**Results:** Forty-two methods were identified to strengthen the sustainability and resilience of the health financing system in developing countries; these methods were grouped into three categories: collection and management of financial resources, pooling of financial resources and purchasing of health services. The most frequently used solutions to strengthen the sustainability of the health financing system in developing countries were as follows: expanding social health insurance plans, integrating multiple health insurance plans, strengthening public-private partnerships, establishing a robust referral system, imposing taxes on harmful commodities, using perspective fixed payment methods, defining needs-based health service packages, promoting donors' contributions, and reforming health service tariffs.

**Conclusion:** The health financing system in developing countries should be strengthened. The financial reforms of the health system should be accompanied by reforms in providing health services to make possible efficient and effective results. Health policymakers and senior managers should strengthen the governance of the health financing system at the macro level. In addition, healthcare managers should increase the efficiency and reduce resource wastage by strengthening budget capacity and financial management at the micro level.

**Keywords:** Sustainable Health Financing, Health System, Developing Countries, Strategies

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 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.