

# Financing Healthcare

## تمويل الرعاية الصحية

Dr. Israa Al-Rawashdeh MD, MPH, PhD

Faculty of Medicine

Mutah University

2022



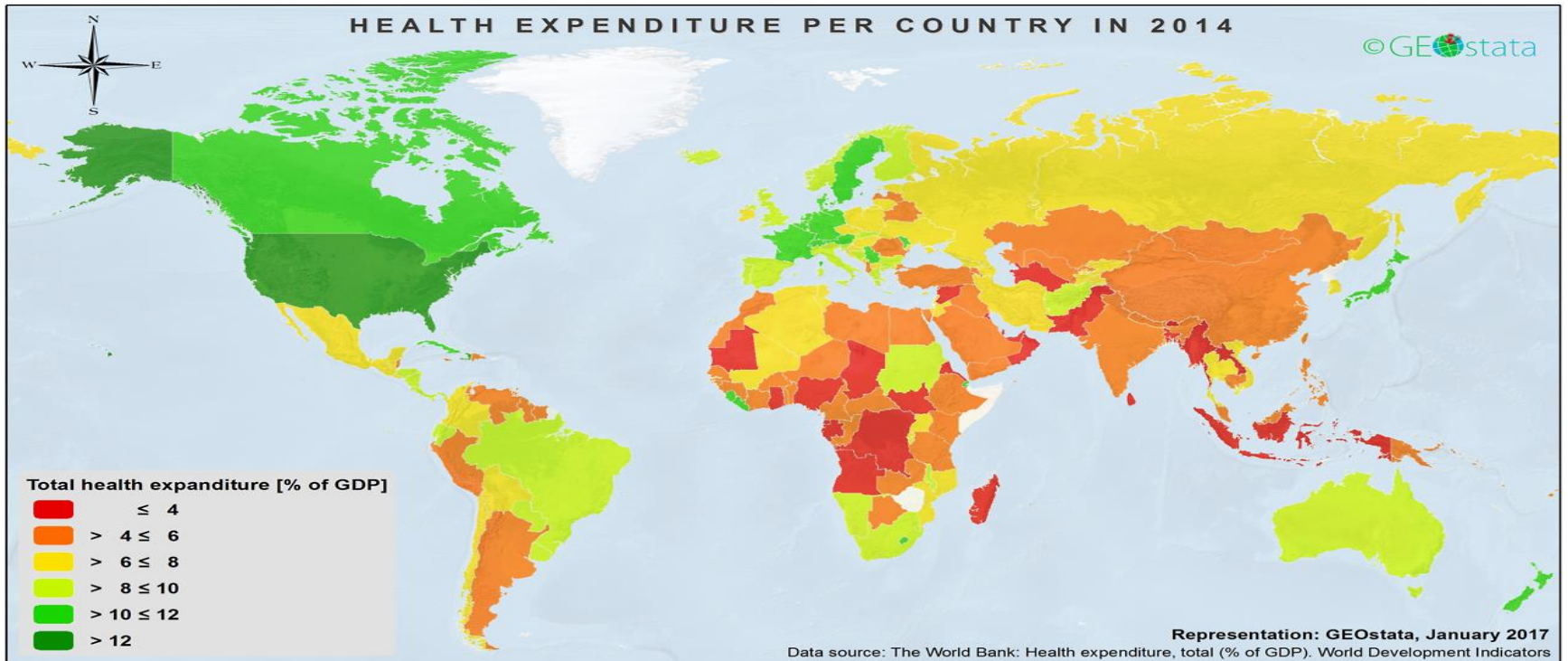
# Topics covered in this lecture:

الموضوعات التي تم تناولها في هذه المحاضرة:

- Definitions of financing and other related terms.  
تعريفات التمويل والمصطلحات الأخرى ذات الصلة.
- The three key functions involved in funding healthcare  
الوظائف الرئيسية الثلاث التي ينطوي عليها تمويل الرعاية الصحية
- Sources of finance مصادر التمويل
- Allocating resources تخصيص الموارد

# مقدمة Introduction

- Health financing is a core function of health systems. التمويل الصحي هو وظيفة أساسية للنظم الصحية.
- Expenditure levels vary between countries.. تختلف مستويات الإنفاق بين البلدان.
- The amount spent on healthcare depends on wealth. المبلغ الذي يتم إنفاقه على الرعاية الصحية يعتمد على الثروة.
- In developing countries, financing is a major barrier to health care delivery. في البلدان النامية ، يشكل التمويل عائقًا رئيسيًا أمام تقديم الرعاية الصحية.



# Definitions تعريفات

- **Financing: التمويل:**
- Finding a way to pay for something.  
إيجاد طريقة لدفع ثمن شيء ما.
- The management of **funds** for healthcare.  
إدارة الأموال الخاصة بالرعاية الصحية.
- “The function of a health system concerned with the *mobilization, accumulation* and *allocation* of money to cover the health needs of the people, individually and collectively, in the health system” (WHO 2000).
- "وظيفة النظام الصحي المعنية بتعبئة الأموال وتكديسها وتخصيصها لتغطية الاحتياجات الصحية للأفراد ، بشكل فردي وجماعي ، في النظام الصحي" (منظمة الصحة العالمية 2000).



# Objectives when funding healthcare

الأهداف عند  
تمويل الرعاية  
الصحية



All individuals who need  
care have access to  
health services (equity)

جميع الأفراد الذين يحتاجون إلى  
رعاية يمكنهم الوصول إلى  
الخدمات الصحية (الإنصاف)



All services provided are  
best value for money  
(efficiency)

جميع الخدمات المقدمة هي  
الأفضل مقابل المال (الكفاءة)

# تعريفات Definitions



- **Revenues:** إيرادات | عائدات
- Are the receivables (money that is owed to the facility and that the facility will be receiving), comes primarily from payment for services provided to patients.

هي المبالغ المستحقة القبض (الأموال المستحقة للمنشأة والتي ستستلمها المنشأة) ، وتأتي بشكل أساسي من الدفع مقابل الخدمات المقدمة للمرضى.



# Business structure هيكل الأعمال

- **For Profit: للربح:**
- A for-profit organization is set up with the intention of **making a profit**, similar to many other businesses. يتم إنشاء منظمة هادفة للربح بهدف **تحقيق ربح** ، على غرار العديد من الشركات الأخرى.
- The goal is always to bring in more revenue than needed for expenditures (expenses, costs, and taxes). الهدف دائمًا هو تحقيق إيرادات أكثر مما هو مطلوب للنفقات (النفقات والتكاليف والضرائب).
- When these two numbers are equal, this is known as breaking even. عندما يتساوى هذان الرقمان ، يُعرف هذا باسم كسر التعادل.
- Once the amount of revenue exceeds expenditures, this is called **profit**. بمجرد أن يتجاوز مبلغ الإيرادات النفقات ، يسمى هذا الربح.
- A simple formula is used: يتم استخدام صيغة بسيطة:
  - **Profit = Total Revenue - Total Expenditures.**
  - **الربح = اجمالي الإيرادات - اجمالي النفقات**

# Business structure هيكل الأعمال

- **Not-for-Profit:** غير هادفة للربح:

- Still care about the balance of revenue and expenditures.

لا يزال يهتم بميزان الإيرادات والنفقات.

- The difference between a nonprofit and a for-profit company is that : الفرق بين شركة غير ربحية وشركة هادفة للربح هو أن:

1. **A for-profit** facility pays out profits to investors, **a not-for-profit** organization must reinvest the money back into the facility or into enhancing the services provided by the facility. تقوم المنشأة الربحية بدفع الأرباح للمستثمرين ، ويجب على المنظمة غير الهادفة للربح إعادة استثمار الأموال في المنشأة أو في تعزيز الخدمات التي تقدمها المنشأة.
2. A not-for-profit corporations are tax-exempt (do not pay taxes). الشركات غير الهادفة للربح معفاة من الضرائب (لا تدفع الضرائب).
3. Funds coming into the company from sources other than patient services may be considered donations rather than investments. يمكن اعتبار الأموال الواردة إلى الشركة من مصادر أخرى غير خدمات المرضى تبرعات وليست استثمارات. غالبًا ما تكون التبرعات معفاة من الضرائب بالنسبة للمانح.



# Business structure هيكل الاعمال



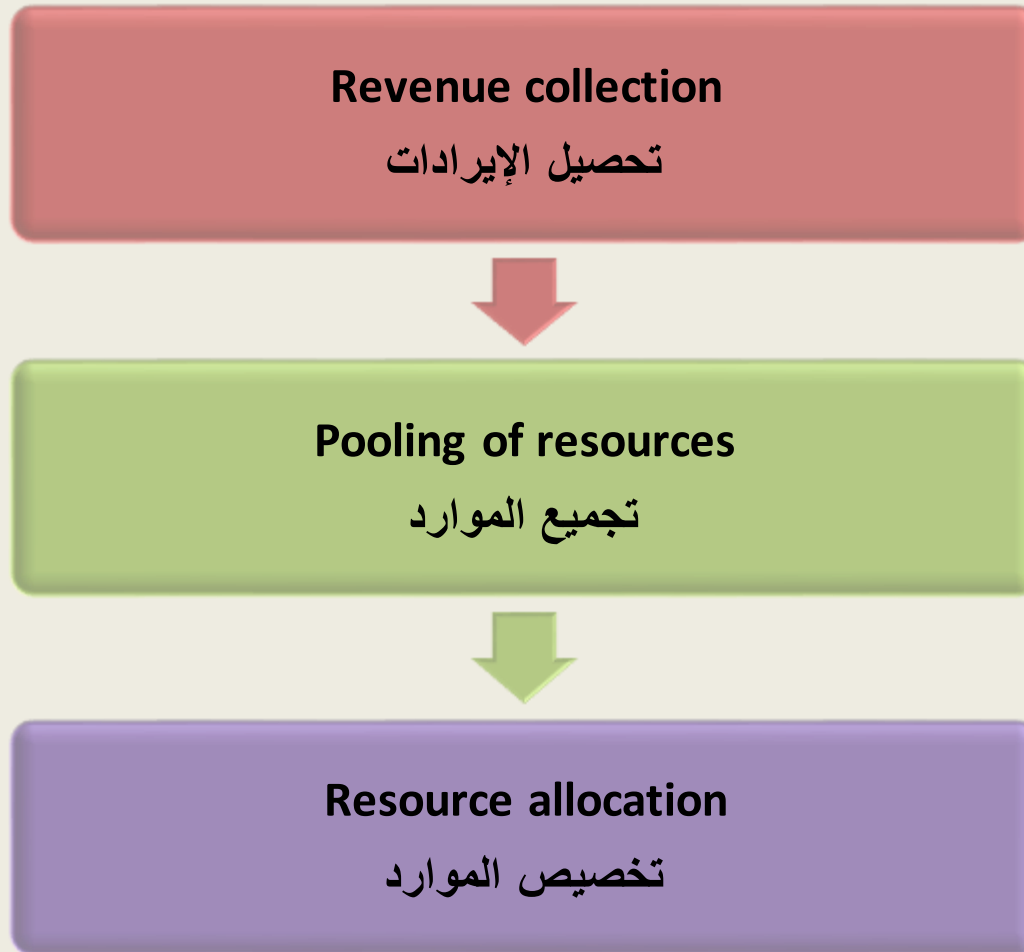
## • Third-Party Payers دافعي الطرف الثالث

The term third-party payer describes an agency, organization, or individual that pays for health care services even though it is not directly involved in the health service.

يصف مصطلح دافع الطرف الثالث وكالة أو منظمة أو فرداً يدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية على الرغم من أنها لا تشارك بشكل مباشر في الخدمة الصحية.



# Flow of finances تدفق الأموال



# 1. Revenue collection تحصيل الإيرادات



- **Revenue collection:** The means by which a health system collects money from its households or external sources.  
جباية الإيرادات: الوسيلة التي يقوم من خلالها النظام الصحي بتحصيل الأموال من الأفراد أو الأسر أو من مصادر خارجية.
- Revenue collection concerned with the *sources of revenue (who pays)* for health care, *the type of payment (what are the contribution mechanism?)*, and *the agents that collect these revenues (who collects?)*. ما يتعلق تحصيل الإيرادات بمصادر الدخل (من يدفع) للرعاية الصحية ، ونوع الدفع (ما هي آلية المساهمة؟) ، والوكلاء الذين يجمعون هذه الإيرادات (من يقوم بتحصيلها؟).
- All funds for health care, excluding donor contributions, are collected in some way from **the general population** or certain subgroups. يتم جمع جميع الأموال المخصصة للرعاية الصحية ، باستثناء مساهمات المانحين ، بطريقة ما من عامة السكان أو من مجموعات فرعية معينة.
- Collection mechanisms include **taxation, social insurance contributions, private insurance premiums, out-of-pocket payments** (direct payments made by a patient to a provider) and **loans**. تشمل آليات التحصيل الضرائب ، ومساهمات التأمين الاجتماعي ، وأقساط التأمين الخاص ، والمدفوعات الشخصية (المدفوعات المباشرة التي يدفعها المريض إلى مقدم الرعاية) والقروض.
- Collection agents (which in most cases also pool the funds and purchase health care services from providers) could be **government or independent public agencies** (such as a social security agency), **private insurance funds**, or **public and private health care providers (hospitals and health centers)** (الذين يقومون في معظم الحالات أيضاً بتجميع الأموال وشراء خدمات الرعاية الصحية من مقدمي الخدمة) يمكن أن يكونوا وكالات حكومية أو عامة مستقلة (مثل وكالة الضمان الاجتماعي) ، أو صناديق التأمين الخاصة ، أو مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة (المستشفيات والرعاية الصحية المركزية).

# Pooling of resources

## تجميع الموارد



Pooling: Accumulation of *prepaid* health resources on behalf of population so that the financial risks required by certain high-risk individuals are compensated by money from lower-risk individuals.

التجميع: تراكم الموارد الصحية المدفوعة مسبقًا نيابة عن السكان بحيث يتم تعويض المخاطر المالية التي يتطلبها بعض الأفراد المعرضين لمخاطر عالية بأموال من أفراد أقل خطورة.

### عند تجميع الموارد: When pooling resources:

- Money should be collected in advance – Prepayment contribution  
يجب تحصيل الأموال مقدمًا - مساهمة الدفع المسبق
- Contribution should be based on ability to pay  
يجب أن تستند المساهمة على القدرة على الدفع
- Access should be based on need  
يجب أن يعتمد الوصول على الحاجة
- A mix of contributors is needed (contribution > need, contribution = need, contribution < need and zero contribution with need)  
هناك حاجة إلى مزيج من المساهمين (المساهمة < الحاجة ، المساهمة = الحاجة ، المساهمة < الحاجة والمساهمة الصفرية مع الحاجة)

**We pool two things: Funds and risk** نحن نجمع بين شيئين: الأموال والمخاطر

## 2. Pooling of resources تجميع الموارد

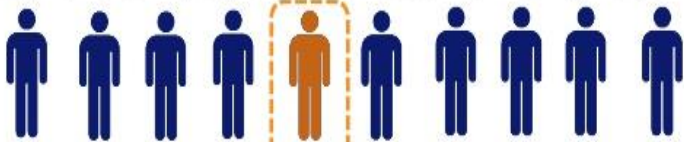
Sharing financial risk between contributors

تقاسم المخاطر المالية بين المساهمين.



### Without Risk Pooling

Let's say we have 10 people. 1 person becomes ill during the year.



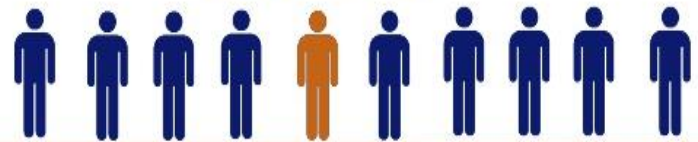
This 1 person will bear the full risk of paying for his or her care →



What happens if this person is low-income?

### With Risk Pooling

When someone falls ill...



Everyone pools their resources together before anyone falls ill



The care is paid for from the pool of money



- Both tax-based health financing and health insurance involve pooling while fee-for-service (out-of-pocket) user payments do not involve the pooling of resources. يتضمن كل من التمويل الصحي القائم على الضرائب والتأمين الصحي التجميع في حين أن مدفوعات المستخدم مقابل الخدمة (من الجيب) لا تنطوي على تجميع الموارد.
- Pooling allows for cross-subsidization from low- to high-risk people (example: charging more than the cost of production for a service or a group → less than the cost of production can be charged for another service or to another group). يسمح التجميع بالدعم المتبادل من الأشخاص ذوي المخاطر المنخفضة إلى عالية المخاطر (على سبيل المثال: فرض رسوم أكثر من تكلفة الإنتاج لخدمة أو مجموعة - أقل من تكلفة الإنتاج يمكن تحصيلها مقابل خدمة أخرى أو لمجموعة أخرى).



# Risk Pooling: Cross-Subsidy / Redistribution

Cross-Subsidy from  
Low-Risk to High-Risk



Health Risk

Cross-Subsidy from  
Rich to Poor



Income

Cross-Subsidy from  
Productive to Non-Prod.  
Part of the Life Cycle



Age

# 3. Resource allocation (Purchasing of health

3. تخصيص الموارد (شراء الخدمات (services)

(الصحية)



- The transfer of pooled resources to service providers. نقل الموارد المجمعة لمقدمي الخدمة.
- Purchasing of health services is done by public or private agencies that spend money either **to provide services directly** or **to purchase services for their beneficiaries**. يتم شراء الخدمات الصحية من قبل الوكالات العامة أو الخاصة التي تنفق الأموال إما لتقديم الخدمات مباشرة أو لشراء الخدمات للمستفيدين منها.
- In many cases, the purchaser is also the agent that pools the financial resources.

في كثير من الحالات ، يكون المشتري هو أيضًا الوكيل الذي يجمع الموارد المالية.

### 3. Resource allocation (Purchasing of health services)

#### 3. تخصيص الموارد (شراء الخدمات الصحية)

- Purchasers of health services are typically the MOH, social security agency, district health boards, insurance organizations, and individuals or households (who pay out of pocket at time of using care).  
مشترو الخدمات الصحية هم عادةً وزارة الصحة ووكالة الضمان الاجتماعي والمجالس الصحية للمقاطعات ومؤسسات التأمين والأفراد أو الأسر (الذين يدفعون من جيوبهم في وقت استخدام الرعاية).  
استخدام الرعاية).
- Purchasing can be either **passive** or **strategic**; **يمكن أن يكون**  
**الشراء إما سلبيًا أو استراتيجيًا**؛
  - passive purchasing → follows predetermined budgets or pays bills when they are presented, **الشراء السلبي - يتبع ميزانيات محددة**, مسبقًا أو يدفع الفواتير عند تقديمها ،
  - strategic purchasing → uses a thoughtful approach to seeking better quality services and low prices.
- الشراء الاستراتيجي [?] يستخدم نهجًا مدروسًا للبحث عن خدمات ذات جودة أفضل وأسعار منخفضة.

# An insured patient pay any of three types of payments to the provider:

يدفع المريض المؤمن عليه أيًا من ثلاثة أنواع من المدفوعات لمزود الخدمة:

- 1. Co-payment:** Also known as the co-pay, a co-payment is a fixed amount paid by the patient to the provider for each encounter *regardless of what is provided during the visit*.  
الدفع المشترك: المعروف أيضًا باسم الدفع المشترك ، الدفع المشترك هو مبلغ ثابت يدفعه المريض إلى مقدم الخدمة لكل لقاء بغض النظر عما يتم توفيره أثناء الزيارة.
- 2. Coinsurance:** In some policies, the patient agrees to pay a percentage of the allowed amount, while the policy pays the rest. For example, with an 80/20 policy, the third-party payer reimburses 80% and the patient pays 20 %.  
التأمين المشترك: في بعض السياسات ، يوافق المريض على دفع نسبة مئوية من المبلغ المسموح به ، بينما تدفع البوليصة الباقي. على سبيل المثال ، مع سياسة 80/20 ، يدفع دافع الطرف الثالث 80% ويدفع المريض 20%.

**3. Deductible:** This is the amount of money that a patient must pay out of pocket each year before third-party payer benefits begin and is stated in the policy agreement between the policy-holder (the patient) and the third-party payer.

3. قابل للخصم: هذا هو المبلغ المالي الذي يجب على المريض دفعه من جيبه كل عام قبل أن تبدأ مزايا دافع الطرف الثالث ويتم ذكره في اتفاقية البوليصة بين صاحب الوثيقة (المريض) والدافع للطرف الثالث.

# طرق الدفع Payment Methods

- All intermediaries and revenue managers as well as individuals and households are purchasers of health care services. جميع الوسطاء ومديري الإيرادات وكذلك الأفراد والأسر هم من يشترون خدمات الرعاية الصحية.
- **The payment mechanisms are the following:**  
آليات الدفع هي كالتالي:
- **Global budgets** a government agency determines the total amount of money that it has available to be allocated to all hospitals, physicians and clinics in the country . Allocations depend on the type of facility, its historical budget, number of beds (for hospitals), per capita rates, or utilization rates for past years.

الميزانيات العالمية وكالة حكومية تحدد المبلغ الإجمالي للأموال التي لديها لتخصيصها لجميع المستشفيات والأطباء والعيادات في الدولة. تعتمد المخصصات على نوع المنشأة ، وميزانياتها التاريخية ، وعدد الأسرة (للمستشفيات) ، ومعدلات نصيب الفرد ، أو معدلات الاستخدام للسنوات الماضية.



- **Line-item budgets** are allocated for each functional budget category, such as salaries, medicines, equipment, and administration.

يتم تخصيص ميزانيات البنود لكل فئة ميزانية وظيفية ، مثل الرواتب والأدوية والمعدات والإدارة.

LINE ITEM BUDGET			PROP
<b>Personnel Services</b>			\$
Classification	Hours	Wage/Hour	
Principal Engineer		\$	
Senior Engineer		\$	
<b>Operating Expenses (Prorated for Project)</b>			\$
• Includes:			
• Travel Expenses			
• Supplies (less than \$5,000 per item)			
<b>Equipment (\$5,000 or more per item)</b>			\$
• Itemize each piece of equipment			

- **Capitation** allocates a predetermined amount of funds per year for each person enrolled with a given provider (usually a primary care provider, such as a GP).

يخصص مبلغًا محددًا مسبقًا من الأموال سنويًا لكل شخص مسجل مع مقدم رعاية معين (عادةً مقدم رعاية أولية ، مثل الممارس العام).

# Capitation



## Payment methods Cont.

- **Per diem payment** is a predetermined payment that providers receive for each *patient day of hospital stay*; the amount of the payment usually varies by hospital department.   
الدفع اليومي عبارة عن دفعة محددة مسبقًا يتلقاها مقدمو الخدمة عن كل يوم يقضيه المريض في المستشفى ؛ عادة ما يختلف مبلغ الدفع حسب قسم المستشفى.



- **Case-based payment** is the estimated cost of all interventions typically prescribed for the treatment of a given condition. It pays the provider for each patient treatment episode, according to a predetermined payment schedule. الدفع على أساس الحالة هو التكلفة التقديرية لجميع التدخلات الموصوفة عادة لعلاج حالة معينة. يدفع للمزود مقابل كل حلقة علاج مريض ، وفقاً لجدول دفع محدد مسبقاً.

- **Fee for service** is the out-of-pocket payment that patients make *for each health care service at the point and time of use* (also known as a user fee in the public sector), or payment by other entities (such as a health insurance organization) to providers for individual health services provided to beneficiaries.

رسوم الخدمة هي المبلغ الذي يدفعه المرضى من الجيب لكل خدمة رعاية صحية في وقت ووقت الاستخدام (المعروف أيضاً باسم رسوم المستخدم في القطاع العام) ، أو الدفع من قبل كيانات أخرى (مثل التأمين الصحي) للمنظمة) لمقدمي الخدمات الصحية الفردية المقدمة للمستفيدين.



# مقاييس الدخل القومي Measures of national income

- عادة ما يتم التعبير . National income is usually expressed as GDP or GNI .  
عن الدخل القومي على أنه الناتج المحلي الإجمالي أو الدخل القومي الإجمالي.
- GDP is the money value of all the goods and services produced *within a country* and can be measured in three ways: الناتج المحلي الإجمالي هو القيمة المالية لجميع السلع والخدمات المنتجة داخل بلد ما ويمكن قياسه بثلاث طرق:
  1. The output method is the value of all goods and services produced in an economy طريقة الإخراج هي قيمة جميع السلع والخدمات المنتجة في الاقتصاد
  2. The expenditure method is the amount of resources spent on the goods and services produced in an economy طريقة الإنفاق هي مقدار الموارد التي يتم إنفاقها على السلع والخدمات المنتجة في الاقتصاد
  3. The income method is the incomes received from producing the goods and services produced in an economy طريقة الدخل هي الدخل المستلم من إنتاج السلع والخدمات المنتجة في الاقتصاد



# Gross Domestic Product (GDP) and Gross National Income (GNI)

## الناتج المحلي الإجمالي وإجمالي الدخل القومي

- GDP depends where the economic **activity** is located while GNI depends on where the **people** (owners of the labour and capital) are located

يعتمد الناتج المحلي الإجمالي على مكان النشاط الاقتصادي بينما يعتمد الدخل القومي الإجمالي على مكان تواجد الناس (أصحاب العمل ورأس المال)

- The main difference between GDP and GNI is that GNI includes net income from abroad

الفرق الرئيسي بين الناتج المحلي الإجمالي والدخل القومي الإجمالي هو أن الدخل القومي الإجمالي يشمل صافي الدخل من الخارج

# Indicators to monitor and evaluate health system financing

## مؤشرات لرصد وتقييم تمويل النظام الصحي

- Total Health Expenditure (THE) per capita in international and US\$.  
للفرد بالدولار الدولي (THE إجمالي الإنفاق على الصحة )  
والأمريكي.
- The sum of all health expenditures (including all sources of funds, external, government, and non-government including household OOPs)/ Total population.   
مجموع جميع النفقات الصحية (بما في ذلك  
جميع مصادر التمويل ، الخارجية والحكومية وغير الحكومية بما  
في ذلك النفقات التشغيلية للأسر المعيشية) / إجمالي السكان.

# In Jordan

- Based on the commonly used developmental indicators, Jordan fares better than most countries in the low middle-income category

بناءً على المؤشرات التنموية الشائعة الاستخدام ، فإن الأردن أفضل حالاً من معظم البلدان في فئة الدخل المتوسط المنخفض

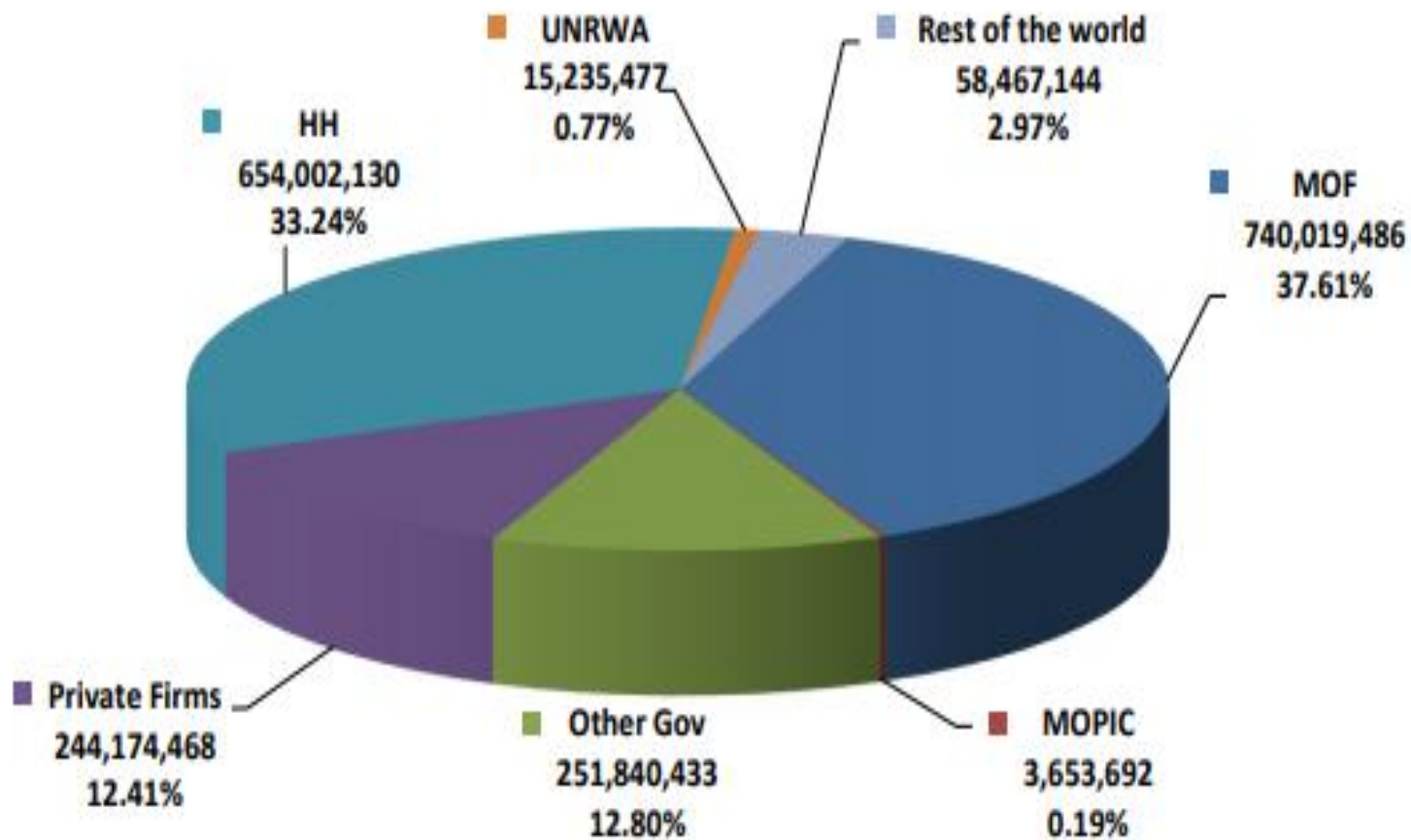
- Gross domestic product (GDP) amounted to JD ( 23.9) billion and per capita GDP was JD ( 2939.6 ) (Department of Statistics, DOS 2013)

بلغ الناتج المحلي الإجمالي (23.9) مليار دينار ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (2939.6) دينار (دائرة الإحصاء ، DOS 2013).

- The total expenditure on health care in Jordan amounts to JD 1.881 billion (US 2.7 billion) and the per capita expenditures to JD 231.8 (US\$ 327.4). (2013)
- The total expenditure on health is 8% of the GDP and is considered high for a middle-income country.
- The proportion of government budget allocated to health sector is almost **11%**.

**Figure (1): Sources of Health Funds**

**Jordan NHA 2013 Sources of Fund to Financing Agents**



# In Jordan, health care is funded by the following sources:

- MOF was the major source of health care funds (37.61% in 2013).
- The household → the second largest source, (33.24%).
- Household contributions are made primarily through *premiums paid to health insurance* plans and more importantly by *out-of-pocket expenditures*.
- Private firms provided around 12.5%, by funding for their employees' health insurance plans through self-insurance or commercial insurers.
- Donor contributions (Rest of the worlds), without the UNRWA contributions was around 2.9 %.
- UNRWA's share amounted to 0.77%;
- other governmental entities supplied 12.8% of health care funds, MOPIC 0.19%.

## In terms of expenditures,

- The public sector accounts for 65.7%,
- Private sector accounts for 31.6%,
- NGO for 2%,
- and UNRWA clinics for 0.7%



# Health expenditures by function

- 75% is spent on curative services,
- 16% percent on preventive measures (PHC),
- 6% percent on administrative activities,
- 1.5% on training, and 1.5% on miscellaneous activities.
- The expenditure on drugs at JD 500 million is higher than most countries in Jordan's income group. It accounted for approximately 26.60% of the total expenditure on health care services.

Thank  
you!