مقاله پژوهشی

شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت: مرور حیطه‌ای

علی محمد مصدق راد[۱]، شیوا طلوعی رخشان[۲]، مهناز افشاری[۳،۴]، پروانه اصفهانی[۵*]

۱- دکترای تخصصی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی ودرمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.
۴- دکترای سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
***نویسنده مسئول**: زابل، خیابان شهید رجایی، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۵۴۳۲۲-۳۲۱۹۰، پست الکترونیک p.esfahani@zbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۰۱ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵**

چکیده

مقدمه: *نظام تامین مالی سلامت فرآیند جمع‌آوری، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت مورد نیاز مردم با هدف تامین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت است. تامین مالی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام سلامت، نقش مهمی در حفظ و ارتقای رفاه مردم جامعه دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت انجام شد.*

روش کار: *این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای در خرداد و تیر ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. کلیه مقالات منتشر شده در زمینه شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت در بازه زمانی اول ژانویه ۱۹۷۵ تا ۲۰ می ۲۰۲۰ میلادی (۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹) در ۶ پایگاه داده‌ای جستجو و جمع‌آوری شدند. در نهایت، ۷۹ مقاله با روش تحلیل موضوعی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *۳۱ شاخص ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت شناسایی شد و در ۳ دسته جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شدند. شاخص‌های درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوار از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، هزینه کل سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، هزینه‌های فقرزای سلامت، سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت و درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت پرتکرارترین شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت بودند.*

نتیجه‌گیری: *میزان جذب و مدیریت منابع مالی، تسهیم ریسک، کارایی، عدالت و پایداری از معیارهای مهم ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت هستند. استفاده از شاخص‌ها برای ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ضروری است.*

کلیدواژگان: *تامین مالی پایدار، پوشش همگانی سلامت، شاخص، مرور حیطه‌ای.*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

تقاضا برای خدمات سلامت و مصرف آن، تقاضای اشتقاقی اســت که ناشی از تقاضا برای سلامت می‌باشد. خدمات سلامت زمانی ارزشمند است که فرد، بیمار شده باشد. ماهیت بیماری و زمان بروز آن گاهی اوقات خارج از کنترل فرد است و اطمینانی درمورد بیماری و استفاده از خدمات سلامت وجود ندارد. بنابراین، فرد ممکن اســت تمایلی به هزینه‌کرد برای خدمات سلامت تا پیش از بیماری نداشــته باشد. در نتیجه، فرد به هنگام بیماری ممکن اســت با هزینه زیادی مواجه شــود. همچنین، دریافت خدمات ســلامت توأم با درد و ناراحتی اســت. خدمات سلامت در بهترین حالت، موجب می‌شــود کــه بیمار، مطلوبیت قبل از بیماری خود را به دســت آورد. کاهش هزینه‌های سلامت منجر به کاهش رفاه جامعه می‌شود، در حالی‌که درمورد بیشتر کالاها و خدمات، کاهش هزینه‌ها موجب افزایش رفاه می‌شود. بنابراین، دولت‌ها باید هدف «سلامتی برای همه» را به‌عنوان یک اولویت ملی مورد توجه جدی قرار دهند. هر انســانی حق دسترسی به خدمات سلامت را بدون توجه به توانایی پرداخت دارد.

آرمان سوم توسعه پایدار به ایجاد زندگی سالم و ارتقای رفاه برای همه مردم اشــاره دارد. هدف اختصاصی هشتم این آرمان بر تحقق پوشش همگانی ســلامت شامل دسترسی به خدمات ســلامت ضروری و با کیفیت به همراه محافظــت مالی تاکید دارد[۱]. دولت‌ها باید منابع مالی مورد نیاز را برای دســتیابی به اهداف نظام سلامت تامین کنند. تزریق منابع مالی کافی به نظام ســلامت، پیش‌نیاز ارائه خدمات سلامت موثر، عادلانه و کارآمد می‌باشد. بنابراین تامین مالی به‌عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام ســلامت، نقش مهمی در حفظ و ارتقای رفاه مردم جامعه دارد. بدون منابع مالی، امکان ســاخت و تجهیز ســازمان‌های بهداشتی و درمانی، استخدام کارکنان بهداشتی و درمانی، خرید تجهیزات، ملزومات و دارو و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی وجود ندارد.

افزایش جمعیت، توسعه فناوری‌های گران‌قیمت پزشکی، توسعه بیمه‌های ســلامت، افزایش درآمد ملی، افزایش تقاضا و انتظارات مردم برای خدمات ســلامت با کیفیت، سالمند شدن جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن و تعرفه‌های بالای خدمات سلامت منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت شده است[۲]. هزینه ســلامت مردم جهان حدود ۸/۳ تریلیون دلار آمریکا در سال ۲۰۱۸ میلادی بود. به عبارتی، سرانه هزینه سلامت مردم دنیا در این ســال حدود ۱،۰۹۹ دلار بوده است[۳]. هزینه‌های سلامت با ســرعت زیادی در حال افزایش است. برآورد می‌شود که هزینه ســلامت جهان به ۱۵ تریلیون دلار در سال ۲۰۳۰ و



شکل ۱- مدل نظام تامین مالی سلامت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

۲۰ تریلیون دلار در سال ۲۰۴۰ میلادی افزایش یابد. همچنین پیش‌بینی می‌شود که سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد بالای متوسط، مثل ایران، سالانه ۴/۲ درصد افزایش یابد[۴].

نظام تامین مالی سلامت شامل ۳ کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است[۵]. هدف نظام تامین مالی سلامت، جمع‌آوری منابع مالی کافی به صورت عادلانه، مدیریت صحیح منابع مالی و استفاده بهینه از آن برای خرید خدمات سلامت به‌منظور ارتقای سطح سلامت مردم جامعه می‌باشد. شکل ۱ نظام تامین مالی سلامت را نشان می‌دهد.

کارکرد جمع‌آوری منابع مالی با چگونگی اخذ پول از منابع عمومی و خصوصی به صورت اجباری یا اختیاری مرتبط است. برای این کار از ۶ روش مالیات عمومی، بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت خصوصی، حساب پس‌انداز سلامت، کمک‌های خیریه و پرداخت مستقیم مردم برای جمع‌آوری منابع مالی نظام سلامت استفاده می‌شود. دولت بخشی از هزینه‌های سلامت را از محل مالیات و درآمدهای عمومی تامین می‌کند. سازمان‌های غیرانتفاعی بر مبنای اصل تامین اجتماعی، با دریافت حق بیمه از کارکنان و کارفرمایان بخش دیگری از هزینه‌های سلامت را با ایجاد بیمه سلامت اجتماعی پرداخت می‌کنند. در مقابل، بیمه سلامت خصوصی ماهیت انتفاعی داشته که با دریافت حق بیمه از مردم، قسمت دیگری از هزینه‌های سلامت آنها را پرداخت می‌کند. مردم با پرداخت مبلغی ماهانه به حساب پس‌انداز سلامت، از خود در برابر هزینه‌های فراتر از پوشش بیمه سلامت محافظت می‌کنند. سازمان‌ها و افراد با هدف نوع‌دوستی برای پوشش قسمتی از هزینه‌های سلامت افراد فقیر، کمک‌های مالی می‌کنند. در نهایت، مردم ممکن است مجبور شوند بخشی یا تمام هزینه‌های سلامت خود را به طور مستقیم به هنگام دریافت خدمات سلامت بپردازند. در کشورهای توسعه‌یافته بیشتر هزینه‌های سلامت توسط دولت یا بیمه‌های سلامت پوشش داده می‌شود و پرداخت مستقیم از جیب مردم حداقل است[۳].

هزینه بالای سلامت مانع دسترسی افراد (به‌ویژه فقرا) به خدمات سلامت می‌شود. روش‌های تامین مالی باید منابع مالی را به‌صورت پایدار و کارآمد جمع‌آوری و تجمیع کند تا ضمن فراهم‌سازی یک بسته اساسی خدمات سلامت برای مردم، از آنها در برابر هزینه‌های زیاد خدمات سلامت محافظت کند.

کارکرد تجمیع مالی شامل انباشت و مدیریت منابع مالی به گونه‌ای است که اعضای یک صندوق، ریسک تجمیعی سلامت را با هم شریک شوند و به این ترتیب، از هر عضو صندوق در مقابل هزینه‌های بسیار زیاد و غیرقابل پیش‌بینی سلامت محافظت شود. به‌عبارتی، ریسک مالی زیاد فردی بین اعضای صندوق توزیع می‌شود. پیش‌پرداخت‌ها موجب می‌شود که افراد از قبل، میانگین هزینه‌های مورد انتظار سلامت را بپردازند و در مقابل، اطمینان یابند که درصورت بیماری، هزینه‌های آن توسط دولت یا بیمه سلامت پرداخت خواهد شد. به عبارتی در این کارکرد، هزینه‌های سلامت بین افراد با ریسک بیماری زیاد یا کم و افراد با درآمد زیاد یا کم تسهیم می‌شود[۶]. بنابراین، تجمیع مالی موجب تسهیم ریسک مالی در گروه‌های جمعیتی بزرگ و حفاظت از افراد آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های بالای خدمات سلامت می‌شود. در بیشتر کشورهای با درآمد بالا از ۲ روش مالیات عمومی و بیمه سلامت اجتماعی برای تجمیع منابع مالی استفاده می‌شود تا مانع از فقر افراد با درآمد کم به هنگام دریافت خدمات سلامت و پرداخت مستقیم از جیب شود[۷]. پیش‌پرداخت و تجمیع ریسک برای محافظت مالی از مردم ضروری است.

کارکرد خرید خدمات سلامت شامل تخصیص درآمدهای جمع‌آوری و تجمیع شده برای خرید خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی است. خرید خدمات سلامت عبارت است از اختصاص پول جمع شده به ارائه‌دهندگانی که کالاها و خدمات سلامت را طبق بسته مزایای تعریف شده، به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌دهند[۸]. افزایش منابع مالی بخش سلامت می‌تواند منجر به افزایش خرید خدمات سلامت برای مردم و در نتیجه، بهبود نتایج سلامتی آنها شود.

با وجود این، هزینه بالای سلامت لزوما منجر به دستیابی به نتایج سلامتی بهتر برای مردم جامعه نمی‌شود. منابع مالی سلامت باید به درستی مدیریت و برای خرید خدمات سلامت هزینه شوند. ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت و شناسایی نقاط قوت و ضعف آن، اولین قدم برای اصلاح آن است. از شاخص‌ها برای ارزشیابی عملکرد نظام تامین مالی سلامت و تعیین میزان دستیابی به اهداف آن استفاده می‌شود. شاخص یک معیار اندازه‌گیری کمی یا کیفی است که مشخص می‌کند چه چیزی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

باید اندازه‌گیری شود. شاخص‌ها باید ساختارها، فرآیندها و نتایج سیستم را شامل شوند[۲]. شاخص‌های متعددی برای ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت وجود دارد. این مطالعه با هدف شناسایی شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت انجام شد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت کشور برای انتخاب شاخص‌های مهم ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت قرار می‌دهد.

روش کار

این پژوهش به صورت مرور حیطه‌ای[1] در بازه زمانی خرداد و تیر ۱۳۹۹ انجام شد. پژوهش مرور حیطه‌ای یک مطالعه ثانویه برای ترکیب یافته‌های مطالعات پژوهشی اصیل است. روش مرور حیطه‌ای، روش مناسبی برای یافتن پاسخ به سوالات «چه چیزی» و «چرا» در یک حیطه موضوعی خاص است. دلایل استفاده از مطالعه مرور حیطه‌ای عبارتند از بیان کلیت موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن نظیر تعاریف، مدل‌های مفهومی و شاخص‌های ارزشیابی، ترسیم نقشه ادبیات موضوع مربوطه، شناسایی روش‌های پژوهشی مورد استفاده در حوزه مورد نظر، بررسی ماهیت و وسعت پژوهش‌های انجام شده و شواهد پژوهشی تولید شده، تلخیص و انتشار یافته‌های پژوهش، شناسایی و تحلیل شکاف‌های پژوهشی در ادبیات موضوعی مربوطه و تعیین ضرورت انجام مرور نظام‌مند. مرور حیطه‌ای مثل مرور نظام‌مند از یک فرآیند ساختاریافته و روش جستجوی نظام‌مند استفاده می‌کند، اما برخی از محدودیت‌های مرور نظام‌مند نظیر ارزشیابی کیفیت مقالات مورد بررسی را ندارد. همچنین مرور حیطه‌ای محدود به مقالات پژوهشی اصیل داوری شده[2] نیست و شامل ادبیات خاکستری[3] نظیر گزارشات سازمانی، خلاصه مقالات کنفرانس‌ها، پایان نامه‌ها و مقالات مروری هم می‌شود. در نتیجه تعداد بیشتری از منابع را در زمان کمتری مورد بررسی قرار می‌دهد[۹].

از پروتکل شش مرحله‌ای آرسکی و اومالی[4] شامل مراحل 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؛ جمع‌آوری، خلاصه‌سازی و گزارش یافته‌ها و مشاوره اختیاری با صاحب‌نظران درمورد یافته‌های به دست آمده برای انجام این مطالعه استفاده شد[۱۰].

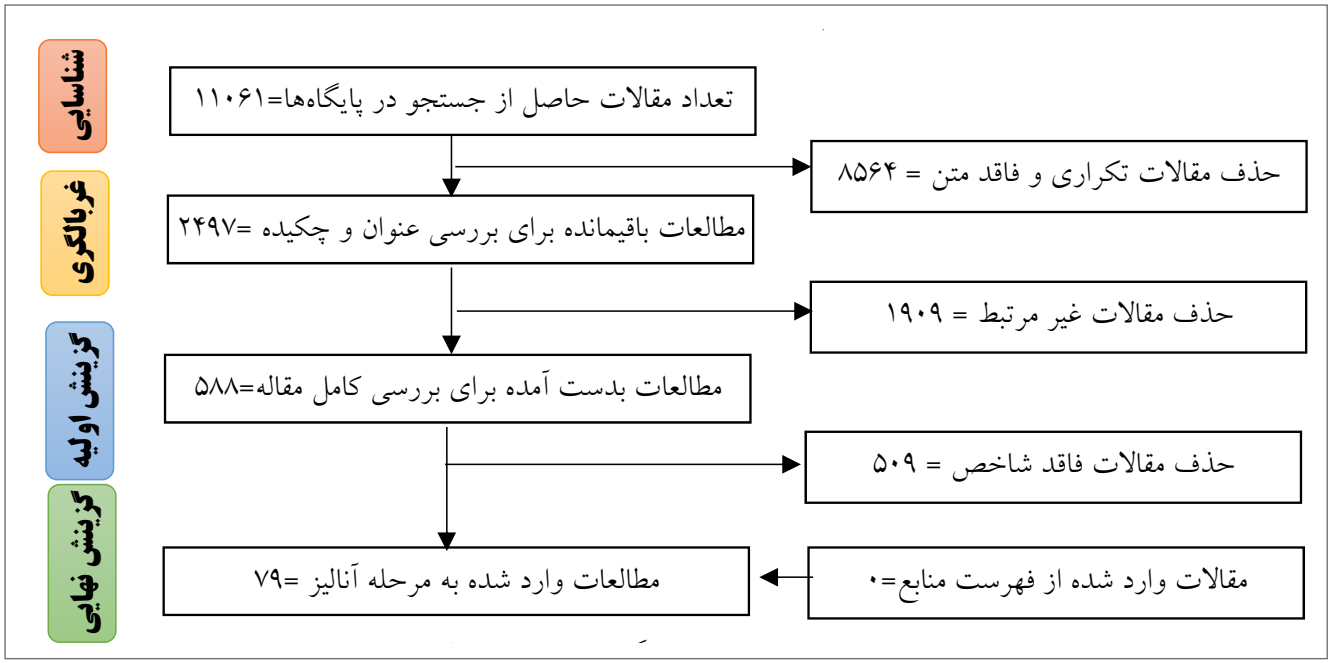
سوالات پژوهشی این مطالعه عبارت بودند از «شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت کدامند؟» و « شاخص‌های پرکاربرد ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت کدامند؟». از پایگاه‌های اطلاعاتی انگلیسی و فارسی Medline از درگاه PubMed، Web of Science، Scopus، Magiran و SID و موتورجستجوگر Google scholar برای یافتن منابع علمی این مطالعه استفاده شد. همچنین فهرست منابع مقالات به‌دست آمده در زمینه شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت نیز به‌صورت دستی جستجو شدند. مقالات به دست آمده وارد نرم‌افزار EndNote شدند. کلیدواژه‌های مورد استفاده برای جستجو شامل اصطلاحات Mesh و کلیدواژه‌های رایج مرتبط با موضوع مورد مطالعه شامل health system financing, health financing mechanisms, sustainable financial system, financial risk protection, financial resources, sustainable financing, financial management, health و indicators به زبان انگلیسی و تأمین مالی و نظام سلامت به زبان فارسی بود.

معیارهای ورود به مطالعه در این پژوهش عبارت بود از مقالات فارسی و انگلیسی منتشر شده تا بازه زمانی ۲۰ می ۲۰۲۰ میلادی (۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹) که به شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی نظام سلامت اشاره کرده باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده به زبان‌های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، مطالعات منتشر شده بعد از پایان ۲۰ می سال ۲۰۲۰ میلادی، کتاب‌ها، کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌ها بود. غربالگری مقالات به طور مستقل توسط ۳ پژوهشگر صورت گرفت و نتایج با یکدیگر مورد مقایسه و بررسی قرار گرفتند. درصورت وجود اختلاف، مقاله توسط پژوهشگر چهارم مورد بررسی قرار گرفت.

از پروتکل موارد گزارش‌دهی ترجیحی برای مرور نظام‌مند و فراتحلیل برای شناسایی، ارزیابی و انتخاب مقالات پژوهشی

1. Scoping review
2. Peer reviewed
3. Gray literature
4. Arksey and O'Malley

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]



نمودار ۱- روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

موجود استفاده شد (نمودار ۱). تعداد ۱۱,۰۶۱ مقاله در جستجوی اولیه یافت شد. در مرحله اول با مطالعه عنوان مقالات تعداد ۸,۵۶۴ مقاله به‌دلیل تکراری و یا فاقد متن بودن حذف شد. در مرحله دوم، با مطالعه چکیده مقالات، تعداد ۱,۹۰۹ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شدند. در مرحله سوم، پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۵۰۹ مقاله به‌دلیل ذکر نشدن شاخص حذف شدند. در نهایت ۷۹ مقاله مرتبط با شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت در این پژوهش استفاده شدند.

از فرم استخراج داده‌ها شامل قسمت‌های مشخصات نویسندگان، سال انتشار مقاله، کشور محل مطالعه، هدف مطالعه، نام مجله، نوع مطالعه، روش جمع‌آوری داده‌ها و شاخص‌های ارزشیابی تامین مالی سلامت برای استخراج داده‌ها استفاده شد. از روش تحلیل چارچوبی ۵ مرحله‌ای ریچی[1] و اسپنسر[2] شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، ترسیم جداول، نگاشت و تفسیر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد[۱۱]. از نسخه ۱۰ نرم‌افزار MAXQDA برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی مورد نظر در پژوهش‌های مروری نظیر جلوگیری از مداخله نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این مطالعه رعایت شد.

نتایج

تعداد ۷۹ مطالعه به شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت اشاره کردند. تعداد ۷۶ مطالعه به زبان انگلیسی (۹۶/۲ درصد) و ۳ مطالعه به زبان فارسی (۳/۸ درصد) منتشر شدند. در ۵۰ مطالعه از روش کمی، در ۱۷ مطالعه از روش مروری، در ۹ مطالعه از روش کیفی و در ۳ مطالعه از روش ترکیبی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. مطالعات کمی با استفاده از پرسشنامه (۶ مورد)، داده‌های آرشیوی (۴۴ مورد) انجام شده بود. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در مطالعات کیفی شامل مصاحبه (۹ مورد)، تحلیل اسناد (۴ مورد) و بحث گروهی متمرکز (یک مورد) بوده است. در مطالعات ترکیبی نیز مجموعه‌ای از روش‌های پرسشنامه و مصاحبه استفاده شده است.

بیشتر مقالات به ترتیب در مجلات International journal for equity in health (۶ مورد)، BMC health services research

1. Ritchie
2. Spencer

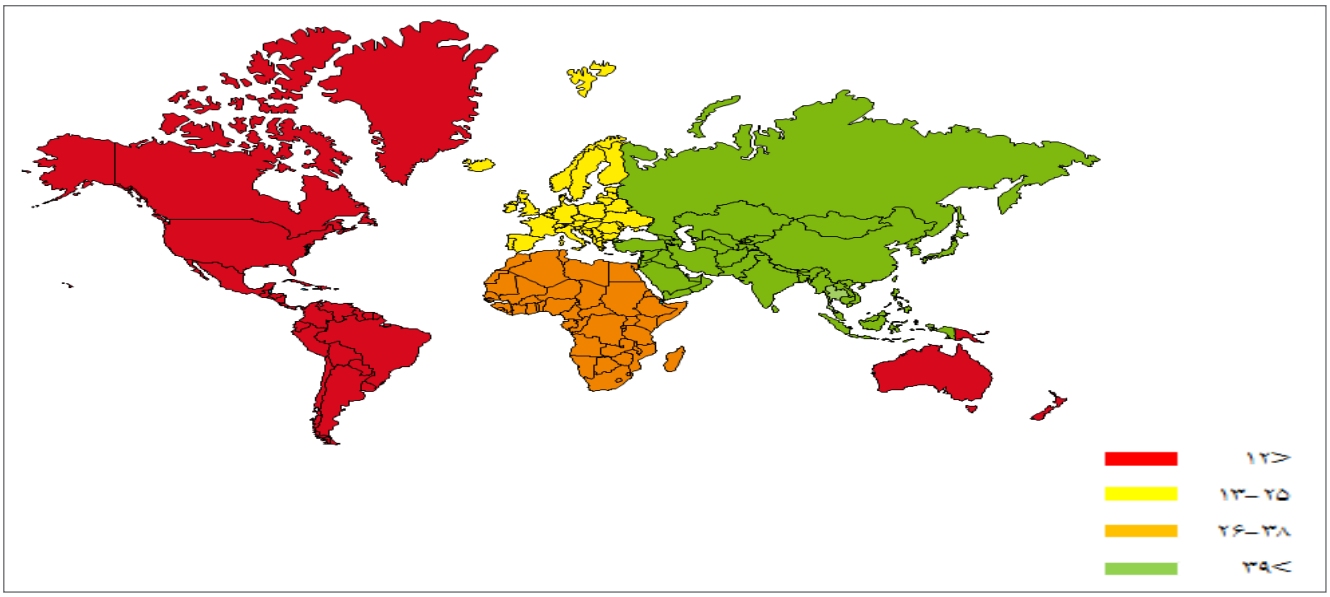
[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

(۵ مورد)، Health Policy (۵ مورد)، Health Systems & Reform (۴ مورد) و مجلات Social science & medicine، Bulletin of the World Health Organization، Health Policy and Planning، The Lancet، PLoS One، The Lancet Global Health و Global Health Research and Policy (هر کدام ۳ مورد) چاپ شدند. بیشتر مطالعات در سال‌های ۲۰۱۹ و ۲۰۱۸ میلادی انجام شدند. مطالعات از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۲۰ میلادی با رشد خوبی مواجه شدند. حدود ۷۶ درصد از مقالات از سال ۲۰۱۷ میلادی تاکنون نگاشته شدند (نمودار ۲).

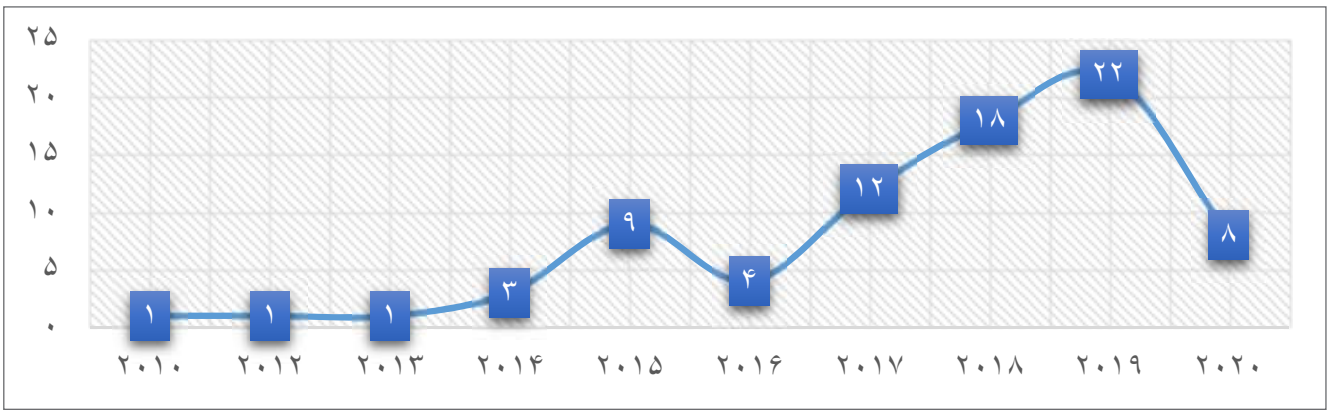
مطالعات شاخص‌های ارزشیابی تامین مالی سلامت در ۱۷۸ کشور جهان انجام شده بود. حدود ۴۰/۲ درصد مطالعات در قاره آسیا، ۳۱/۵ درصد پژوهش‌ها در قاره آفریقا، ۱۶/۱ درصد در قاره اروپا، ۷/۲ درصد در آمریکا و حدود ۵ درصد در قاره اقیانوسیه انجام شده بود. در ۷ مقاله اسامی کشورهای مورد مطالعه بیان نشده بود (شکل شماره ۱).

تعداد ۳۱ شاخص ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت شناسایی شد و در ۳ دسته جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت گروه‌بندی شدند (جدول ۱).

بیشترین شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت به



شکل ۲- توزیع فراوانی مطالعات شاخص‌های ارزشیابی تأمین مالی سلامت در کشورهای مورد مطالعه



نمودار ۲- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب سال

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول۱- تاکسونومی شاخص‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت

موضوعات اصلی	شاخص‌ها (تعداد)
جمع‌آوری منابع مالی (۱۵)	سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت (۵۱)، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی (۱۸)، هزینه کل سلامت (۱۷)، سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت (۱۳)، سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت (۶)، درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت (۶)، درآمد حاصل از مالیات مستقیم در بخش سلامت (۵)، درآمد حاصل از مالیات غیرمستقیم در بخش سلامت (۵)، سهم بخش عمومی از هزینه‌های سلامت (۵)، سرانه هزینه سلامت (۴)، سهم کمک‌های خیرین از کل هزینه‌های سلامت (۳)، سهم بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های سلامت (۱)، سهم کمک‌های خارجی از کل هزینه‌های سلامت (۱)، ایندکس مشارکت عادلانه در تامین مالی (۱) و سهم مخارج سلامتی خانوار از کل هزینه‌های مصرفی خانوار (۱)
انباشت و مدیریت منابع مالی (۵)	درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت (۲۲)، هزینه‌های فقرزای سلامت (۱۲)، شاخص کاکوانی (۲)، شاخص تمرکز (۲) و درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه (۲)
خرید خدمات سلامت (۱۱)	درصد یارانه‌های سلامت از کل هزینه‌های سلامت (۲)، درصد یارانه دولتی خدمات سلامت به ازای هر شخص (۱)، درصد یارانه برای بیماران بستری (۱)، درصد یارانه دارو (۱)، درصد یارانه‌های مراقبت‌های عمومی (۱)، درصد یارانه سلامت برای کودکان (۱)، درصد یارانه سلامت برای سالمندان (۱)، درصد پوشش خدمات سلامت (۱)، میزان هزینه به ازای روز اقامت بیمار (۱)، میزان هزینه پرداختی بیماران برای مداخلات جراحی (۱) و میزان هزینه پرداختی برای خرید دارو (۱).

ترتیب مربوط به کارکردهای جمع‌آوری منابع مالی (۴۸ درصد)، خرید خدمات سلامت (۳۶ درصد) و انباشت و مدیریت منابع مالی (۱۶ درصد) بود. از نظر فراوانی بیشترین شاخص‌ها به ترتیب شامل درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، هزینه کل سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، هزینه‌های فقرزای سلامت، سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت و درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت بود. جدول ۲ جزییات شاخص‌های ارزشیابی نظام تأمین مالی سلامت را نشان می‌دهد.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت انجام شد. در این پژوهش با بررسی ۷۹ مستند به‌دست آمده از جستجوی ۶ پایگاه اطلاعاتی و یک موتور جستجوگر تا پایان ۲۰ می ۲۰۲۰ میلادی، تعداد ۳۱ شاخص برای ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت شناسایی شد که در ۳ دسته جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت دسته‌بندی شدند.

شاخص‌های هزینه کل سلامت، سرانه هزینه سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، سهم بخش عمومی از هزینه‌های سلامت، سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت، سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، سهم بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های سلامت، سهم کمک‌های خارجی از هزینه‌های سلامت، سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت و درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت از مهم‌ترین شاخص‌های ارزشیابی کارکرد جمع‌آوری منابع مالی محسوب می‌شوند.

هزینه کل سلامت مردم دنیا[1] برابر با ۸/۳ تریلیون دلار آمریکا در سال ۲۰۱۸ میلادی بوده است. حدود نیمی از هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد کم و یک‌سوم هزینه کل سلامت در کشورهای با درآمد متوسط به خاطر بیماری‌های عفونی بود. در مقابل، بیماری‌های غیرواگیردار به ترتیب، مسئول ۳۰ و ۱۳ درصد هزینه کل سلامت کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای با درآمد کم بودند. بیش از ۷۵ درصد هزینه کل سلامت جهان در مناطق آمریکا و اروپای سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت. حدود ۱۹ درصد هزینه‌ها هم در مناطق اقیانوس آرام غربی، آسیای جنوبی شرقی و مدیترانه شرقی و یک درصد هزینه‌ها در منطقه آفریقا انجام شد[۳]. شاخص کل هزینه‌های سلامت[1] اطلاعاتی در زمینه موجود بودن منابع مالی

1. Total expenditure on health

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول۲. شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت

نام شاخص	تعریف	فرمول
هزینه کل سلامت	میزان هزینه‌های کلی بخش سلامت	هزینه‌های مستقیم + هزینه‌های غیرمستقیم در بخش سلامت
سرانه هزینه سلامت	میزان هزینه سلامت به ازای هر یک از افراد یک کشور	هزینه کل سلامت/ کل جمعیت*۱۰۰
سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	درصد هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	هزینه کل سلامت/ تولید ناخاص داخلی *۱۰۰
سهم بخش عمومی از هزینه‌های سلامت	درصد هزینه‌های سلامت بخش عمومی از کل هزینه‌های بخش سلامت	هزینه‌های سلامت بخش عمومی/ هزینه کل سلامت *۱۰۰
سهم بخش خصوصی از هزینه‌های سلامت	درصد هزینه‌های سلامت بخش خصوصی از کل هزینه‌های بخش سلامت	هزینه‌های سلامت بخش خصوصی/ هزینه کل سلامت *۱۰۰
سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت	درصد هزینه‌های سلامت از کل اعتبارات بودجه‌ای دولت	هزینه‌های بخش سلامت/کل اعتبارات عمومی دولت*۱۰۰
سهم بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های بخش سلامت	درصد هزینه‌های سلامت بیمه اجتماعی از کل هزینه‌های بخش سلامت	هزینه‌های بیمه اجتماعی سلامت / هزینه کل سلامت*۱۰۰
سهم کمک‌های خارجی از کل هزینه‌های سلامت	درصد کمک‌های خارجی از کل هزینه‌های بخش سلامت	کمک‌های خارجی برای بخش سلامت/ هزینه کل سلامت*۱۰۰
سهم کمک‌های خیرین از کل هزینه‌های سلامت	درصد کمک‌های خیرین از کل هزینه‌های بخش سلامت	کمک‌های خیرین/ هزینه کل سلامت *۱۰۰
سهم پرداخت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت	درصد پرداخت از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت	پرداخت مستقیم از جیب خانوارها برای هزینه‌های سلامت/ هزینه کل سلامت*۱۰۰
درآمد حاصل از مالیات مستقیم در بخش سلامت	میزان درآمد دولت از مجموعه مالیات مستقیم در بخش سلامت	میزان درآمد دولت از مالیات مستقیم بخش سلامت/ میزان درآمد دولت از کل مالیات‌ها
درآمد حاصل از مالیات غیر مستقیم در بخش سلامت	میزان درآمد دولت از مجموعه مالیات غیرمستقیم در بخش سلامت	میزان درآمد دولت از مالیات غیرمستقیم بخش سلامت/ میزان درآمد دولت از کل مالیات‌ها
درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت	درصد مشارکت بین خانوارها در تأمین مالی بخش سلامت	$1-\sqrt[3]{\frac{\sum_{i=1}^{n}\left\|HFC_i-HFC_0\right\|^3}{n}}$
ایندکس مشارکت عادلانه در تامین مالی	سنجش میزان عدالت در توزیع بار هزینه‌های سلامت در جامعه	$FFC=1-\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n} w_i\left\|oopcp_i-oopcp_i\right\|^2}{\sum w_i}}$ $oopcp_i=\frac{\sum w_i oop_i}{\sum w_i \times p_i}$
سهم مخارج سلامت خانوار از هزینه‌های مصرفی خانوار	درصد مخارج سلامتی خانوار از کل هزینه‌های مصرفی	مخارج سلامتی خانوار/ کل هزینه‌های مصرفی خانوار *۱۰۰
درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت	درصد خانوارهایی که بیش از ۱۰ درصد درآمد خانوار را بابت خدمات سلامت مستقیم از جیب می‌پردازند.	تعداد خانوارهای پرداخت‌کننده هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت/ تعداد کل خانوارها
هزینه‌های فقرزای سلامت	درصد خانوارهای دچار فقر شده به‌علت پرداخت هزینه‌های سلامت	$HC_{oop} = HC_{net} - HC_{gross}$
شاخص کاکوانی	سنجش میزان تصاعدی بودن پرداخت‌ها در نظام سلامت	$K_t=2\sum_{k=1}^{n}\frac{1}{n}(\frac{k}{n}-\sum_{i=1}^{k}\gamma_i)-G_{beforetax}$,
شاخص تمرکز	سنجش نابرابری اقتصادی- اجتماعی در نظام سلامت	$C=1-2\int_0^1 L_h(p)dp$.
درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه	درصد جمعیتی که تحت پوشش صندوق بیمه هستند.	جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه/ کل جمعیت*۱۰۰
درصد یارانه‌های سلامت از کل هزینه‌های سلامت	درصد یارانه‌های اختصاص یافته از کل هزینه‌های سلامت	یارانه‌های سلامت/ کل هزینه‌های سلامت*۱۰۰
درصد یارانه دولتی خدمات سلامت به ازای هر شخص	درصد یارانه اختصاص یافته دولت به هر فرد در بخش سلامت	سهم یارانه دولتی به ازای هر فرد/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه برای بیماران بستری	درصد یارانه اختصاص یافته به بیماران بستری	سهم یارانه برای بیماران بستری/ کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه دارو	درصد یارانه اختصاص یافته به داروها	سهم یارانه دارو/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانهای مراقبت‌های عمومی	درصد یارانه اختصاص یافته به مراقبت‌های عمومی	سهم یارانه برای مراقبتهای عمومی/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه سلامت برای کودکان	درصد یارانه اختصاص یافته به کودکان در بخش سلامت	سهم یارانه برای سلامت کودکان/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد یارانه سلامت برای سالمندان	درصد یارانه اختصاص یافته به سالمندان در بخش سلامت	سهم یارانه برای سالمندان/کل یارانه‌های بخش سلامت*۱۰۰
درصد پوشش خدمات سلامت	پوشش خدمات سلامت	پوشش خدمات سلامت/ کل جمعیت*۱۰۰
هزینه به ازای روز اقامت بیمار	میزان هزینه پرداختی بیمار برای هر روز بستری در بیمارستان	میزان هزینه بیمار برای هر روز بستری در بیمارستان/کل هزینه‌های بیمارستانی بیمار
میزان هزینه پرداختی بیماران برای مداخلات جراحی	میزان هزینه پرداختی هر بیمار برای مداخلات جراحی	میزان هزینه بیمار برای مداخلات جراحی/کل هزینه‌های بیمارستانی بیمار
میزان هزینه پرداختی برای خرید دارو	درصد هزینه‌های اختصاص یافته به داروها از کل هزینه‌های بخش سلامت	کل هزینه‌های دارویی/کل هزینه‌های سلامت *۱۰۰

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

برای خدمات سلامت ارائه می‌دهد. این شاخص به‌صورت سالانه جمع‌آوری و گزارش می‌شود. کل هزینه‌های سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۳۹/۶ میلیارد دلار آمریکا بود که حدود نیم درصد هزینه کل سلامت مردم جهان بوده است[۱۲].

شاخص میانگین سرانه هزینه سلامت[1] یکی از شاخص‌های مهم تامین مالی نظام سلامت است که میزان موجود بودن منابع مالی برای بخش سلامت را نشان می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ میلادی حداقل سرانه ۴۰ دلار را برای هزینه سلامت کشورها پیشنهاد کرده است[۱۳] میانگین سرانه هزینه سلامت مردم جهان حدود ۱,۰۹۹ دلار آمریکا (حداقل ۱۸ دلار در کنگو و حداکثر ۱۰,۶۲۳ دلار در آمریکا) در سال ۲۰۱۸ میلادی بود [۳ و ۱۲]. حدود ۴۰ درصد جمعیت دنیا در ۵۱ کشور با سرانه هزینه سلامت کمتر از ۱۰۰ دلار زندگی می‌کنند. در مقابل حدود ۶۰ درصد هزینه کل سلامت دنیا مربوط به ۵ کشور فرانسه، آلمان، ژاپن، انگلستان و آمریکاست که حدود ۹ درصد جمعیت دنیا را تشکیل می‌دهند. کشور آمریکا به تنهایی ۴۲ درصد هزینه سلامت دنیا را به خود اختصاص داده است. اختلاف زیادی بین هزینه‌های سلامت در کشورهای با درآمد بالا و پایین وجود دارد. به عنوان مثال، متوسط سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد پایین و بالا به ترتیب ۴۰ و ۳,۳۱۳ دلار آمریکا بوده است (اختلاف ۸۳ برابری). سرانه هزینه سلامت در کشورهای با درآمد متوسط پایین و متوسط بالا هم به ترتیب برابر با ۱۱۵ و ۴۶۶ دلار بود[۳]. سرانه هزینه سلامت ایران ۴۸۴ دلار آمریکا در سال ۲۰۱۸ میلادی بود[۱۲].

شاخص سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی[2] میزان منابعی از ثروت یک کشور را که صرف سلامتی مردم می‌شود، اندازه می‌گیرد. میانگین سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی در دنیا در سال ۲۰۱۸ میلادی، برابر با ۹/۹ درصد (حداقل ۱/۶ درصد در موناکو و حداکثر ۱۶/۹درصد در آمریکا) بود. میزان این شاخص در ایران حدود ۸,۷ درصد تولید ناخالص داخلی بود[۱۲]. کشورهای با درآمد بالا سهم بیشتری از درآمد خود را نسبت به کشورهای با درآمد پایین، به بخش سلامت اختصاص دادند. کشورهای با درآمد کم، متوسط پایین، متوسط بالا و زیاد به ترتیب ۶/۴، ۴/۸، ۶/۳ و ۸/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های سلامت کردند[۳].

در سال ۲۰۱۸ به ترتیب ۵۹ و ۴۰/۸ درصد از هزینه کل سلامت مردم دنیا از بخش عمومی[3] و بخش خصوصی[4] تامین شده است. کمک‌های خارجی حدود ۰,۲ درصد هزینه‌های سلامت دنیا را تشکیل داد (حدود ۱۶ میلیارد دلار آمریکا). این میزان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به ترتیب ۲۷ و ۳ درصد بوده است[۳]. حدود ۴۵/۹ و ۵۴/۱ درصد هزینه‌های سلامت ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی، به ترتیب توسط بخش عمومی و خصوصی تامین مالی شد[۱۲].

شاخص سهم هزینه‌های سلامت دولت از بودجه عمومی دولت[5] یکی از شاخص‌های اصلی ارزیابی میزان تعهد دولت نسبت به وضعیت سلامتی مردم است. سازمان بهداشت جهانی هدف ۱۵ درصدی را برای این شاخص در اعلامیه ابوجا[6] در سال ۲۰۰۱ میلادی به کشورها پیشنهاد کرد[۱۴]. سهم هزینه‌های سلامت دولت ایران از کل هزینه‌های عمومی دولت در سال ۲۰۱۸ میلادی ۲۱/۸ درصد بود. میانگین این شاخص در دنیا ۱۰/۲ درصد (حداقل ۱/۱ درصد در کامرون و حداکثر ۲۷/۸ درصد در کاستاریکا) بود[۱۲].

شاخص سرانه هزینه سلامت مستقیم از جیب[7] میزانی از مبلغی است که افراد به هنگام دریافت خدمات سلامت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت پرداخت می‌کنند. سرانه هزینه سلامت مستقیم از جیب مردم دنیا در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۲۰۱ دلار آمریکا بود (حداقل ۰/۱۹ دلار در کیریباتی و حداکثر ۲,۷۶۲ دلار در سوئیس). سرانه هزینه سلامت مستقیم از جیب مردم ایران در این سال برابر با ۱۷۴ دلار بود. شاخص درصد هزینه سلامت مستقیم از جیب از کل هزینه‌های سلامت[8] در جهان در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۱۸/۱ درصد بود (حداقل ۰/۱۸ درصد در کیریباتی و حداکثر ۸۴/۳ درصد در ارمنستان). سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران از کل هزینه‌های

1. Per capital total expenditure on health

2. Total health expenditure as a percentage of gross domestic product

3. Domestic general goverment health expenditure

4. Domestic private health expenditure

5. General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure

6. Abuja declaration

7. Out-of-pocket expenditures on health per capita

8. Out of pocket expenditure on health as a percentage of total health expenditure

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

سلامت در سال ۲۰۱۸ میلادی ۳۵/۸ درصد بود[۱۲]. میزان پرداخت از جیب مردم ایران حدود دو برابر میانگین جهان است.

پرداخت هزینه‌های سلامت باید متناسب با توان پرداخت خانوارها باشد. ایندکس مشارکت عادلانه در تامین مالی [۱]میزان عدالت در توزیع بار هزینه‌های سلامت در جامعه را می‌سنجد. این ایندکس بین صفر و یک متغیر است و عدد یک بیانگر مشارکت عادلانه کامل است. مشارکت عادلانه در تامین مالی زمانی روی می‌دهد که همه خانوارها سهم برابری از ظرفیت پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت کنند. شاخص مشارکت خانوار در تامین مالی سلامت[۲] برابر است با کل هزینه‌های صرف شده خانوار در امر سلامت (نظیر مالیات، بیمه سلامت اجتماعی و خصوصی و پرداخت از جیب) تقسیم بر ظرفیت پرداخت (درآمد ثابت بالاتر از حد امرار معاش)[۱۵]. اگر مشارکت خانوار در تامین مالی سلامت از ۴۰ درصد بیشتر شود، خانوار دچار هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت می‌شود.

در کشورهای با درآمد کم، به ترتیب، ۴۱، ۳۰، ۲۱ و ۲ درصد هزینه کل سلامت از محل پرداخت مستقیم از جیب، کمک‌های خارجی، دولت و بیمه‌های خصوصی تامین می‌شود. پرداخت مستقیم از جیب، دولت، کمک‌های خارجی و بیمه اجتماعی به ترتیب ۴۲، ۳۴، ۱۰ و ۷ درصد هزینه‌های سلامت کشورهای با درآمد متوسط پایین را پوشش می‌دهند. در کشورهای با درآمد متوسط بالا حدود ۳۸، ۳۵، ۱۷ و ۷ درصد هزینه‌های سلامت توسط دولت، پرداخت مستقیم از جیب، بیمه اجتماعی و بیمه خصوصی تامین می‌شود. در نهایت در کشورهای با درآمد زیاد، دولت، بیمه سلامت اجتماعی، پرداخت از جیب و بیمه سلامت خصوصی به ترتیب ۴۸، ۲۲،۲۱ و ۵ درصد هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهند[۳].

شاخص‌های درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت، درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت، شاخص کاکوانی، شاخص تمرکز، درصد جمعیت تحت پوشش صندوق بیمه و سهم مخارج سلامتی خانوار از کل هزینه‌های مصرفی خانوار از مهم‌ترین شاخص‌های ارزشیابی کارکرد تجمیع منابع مالی نظام تامین مالی سلامت هستند.

پرداخت مستقیم از جیب زیاد مردم برای خدمات سلامت منجر به افزایش درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و یا مواجه شده با فقر می‌شود. شاخص هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت[۳] یکی از شاخص‌های رسمی سازمان بهداشت جهانی برای پایش محافظت مالی پوشش همگانی سلامت (هدف ۲-۸-۳ توسعه پایدار) است. سازمان بهداشت جهانی پرداخت از جیب بیش از ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار[۱۶] و بانک جهانی پرداخت از جیب بیش از ۱۰ درصد درآمد خانوار[۱۷] را به‌عنوان معیار محاسبه شاخص هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت در نظر گرفتند. اگر خانواری مجبور شود که بیش از ۴۰ درصد درآمد خود پس از کسر هزینه‌های غذا را صرف هزینه‌های سلامت کند، ممکن است مجبور شود که از نیازهای اساسی مثل هزینه‌های آموزش فرزندان برای جبران هزینه‌های سلامت استفاده کند. حدود ۱۵/۸درصد مردم ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی، بیش از ۱۰ درصد درآمد کل خانوار را صرف خدمات سلامت کردند. این میزان در دنیا و مدیترانه شرقی به ترتیب ۱۲/۷ و ۱۱/۷ درصد بود[۱۸].

شاخص هزینه‌های فقرزای سلامت[۴] بیانگر درصد خانوارهایی است که به دلیل پرداخت مستقیم هزینه‌های سلامت، دچار مشکل مالی شده و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند و یا منجر به عمیق شدن فقر در صورت فقیر بودن آنها می‌شود. بانک جهانی در اکتبر ۲۰۱۵ میلادی، خط فقر بین‌المللی را ۱,۹۰ دلار به‌ازای فرد در روز تعیین کرد. حدود ۷۳۴ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۱۵ در فقر مطلق زندگی می‌کردند[۱۲]. هدف بانک جهانی این است که در سال ۲۰۳۰ میلادی هیچ‌کس بابت پرداخت مستقیم برای خدمات سلامت دچار فقر نشود[۱۹].

از ایندکس کاکوانی[۵] می‌توان برای فهم صعودی یا نزولی بودن سهم پرداخت از جیب مردم از بودجه خانوار[۲۰] و از ایندکس تمرکز[۶] برای درک تفاوت هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت بین خانوارهای فقیر و ثروتمند[۲۱] استفاده کرد. ایندکس کاکوانی توسط ناناک چاند کاکوانی[۷] اقتصاددان استرالیایی، برای سنجش عدالت در تامین مالی سلامت و تعیین صعودی یا نزودی

1. Fairness of financial contribution index
2. Household financial contribution
3. Catastrophic health expenditures
4. Impoverishing health expenditure
5. Kakwani index
6. Concentration index
7. Nanak Chand Kakwani

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

بودن پرداخت‌ها برای نظام سلامت معرفی شد. ایندکس کاکوانی عبارت اســت از تفاوت بین ضریب جینی درآمد پیش پرداخت و ایندکس تمرکز پرداخت‌های خدمات ســلامت. این ایندکس بین ۱- و ۱ متغیر اســت. هر قدر عدد این ایندکس بیشتر باشد، نشان می‌دهد که پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت صعودی‌تر است. در نظام تامین مالی تصاعدی (پیش‌رونده)[1]، افراد با درآمد بیشتر، سهم بیشــتری از درآمد خود را نسبت به افراد با درآمد کمتر، برای خدمات سلامت پرداخت می‌کنند. در مقابل، در یک نظام تامین مالی تنازلی (پس‌رونده)[2] افراد با درآمد کمتر، سهم بیشــتری از درآمد خود را نسبت به افراد پردرآمد صرف تامین مالی نظام سلامت می‌کنند. ایندکس تمرکز دو برابر فضای بین منحنی تمرکز و خط برابری کامل است. منحنی تمرکز نمایش گرافیکی توزیع یک متغیر در کل جمعیت است که جمعیت را با نسبت تجمعی از فقیرترین به ثروتمندترین بر اساس استاندارد زندگی رتبه‌بندی کرده باشند. ایندکس تمرکز بین ۱- و ۱ متغیر اســت. عدد منفی و مثبت به ترتیب نشــان می‌دهند که متغیر مورد نظر (برای مثال، پرداخــت از جیب) در افراد فقیر و افراد ثروتمند جامعه تمرکز یافته است.

روش‌های پیش‌پرداخت نظیر مالیات و بیمه‌های ســلامت، روش‌های مناســبی برای تامین مالی نظام سلامت بدون ایجاد فشــار مالی به مردم به هنگام دریافت خدمات ســلامت است. تجمیع منابع مالی منجر به تســهیم ریسک بین افراد با ریسک کم و زیاد بیماری و افراد ثروتمند و فقیر می‌شود. هر قدر تعداد افراد بیشــتری عضو صندوق تامین مالی نظام ســلامت باشند، فرآیند تجمیع ریسک بهتر صورت می‌گیرد. بنابراین قرار دادن همه مردم در یک صندوق تامین مالی واحد و دریافت مشارکت مالی آنها بر اســاس توان پرداخت‌شان منجر به تقویت کارکرد تجمیع منابع مالی نظام سلامت و محافظت مالی از مردم در برابر هزینه‌های بالای سلامت می‌شود.

در ســال ۲۰۱۷ میلادی ۱۲۶ کشور جهان از روش تامین مالی بیمه ســلامت اجتماعی استفاده کردند. صندوق‌های بیمه اجتماعی حدود ۵ درصد مخارج عمومی سلامت را در ۹۷ کشور جهان تشکیل می‌دهند. سهم بیمه سلامت اجتماعی از مخارج ســلامتی حدود یک تا ۲ درصد در کشــورهای با درآمد پایین، ۴/۵تا ۸/۵ درصد در کشــورهای با درآمد متوسط به پایین و ۱۶ تا ۲۰ درصد در کشــورهای با درآمد متوســط به بالاست[۲۲]. محدودیت‌های ساختاری مانند ساختار اقتصادی کشور، جمعیت زیاد روستایی، استخدام بخش رسمی محدود، مدیریت ناکارآمد مالیات و کمبود داده، مانع اســتفاده کشــورهای با درآمد کم و متوسط از روش‌های مناسب جمع‌آوری منابع مالی می‌شود.

در تجمیع منابع مالی سلامت باید به عدالت هم توجه شود. استفاده از برنامه‌های بیمه سلامت برای تسهیم ریسک به تنهایی کافی نیســت. برنامه‌های بیمه سلامت موجب می‌شود که افراد با درآمد پایین و با ریســک کمتر، سوبســید افراد با درآمد بالا و ریســک زیاد را بدهند. از طرف دیگر تعــداد قابل توجهی از مردم ممکن اســت نتوانند حق بیمه سلامت را پرداخت کنند. عدالت در تامین مالی ســلامت باید از طریق سوبسید از طرف افراد با درآمد بالا به افراد با درآمد پایین صورت گیرد. بنابراین، درآمدهای عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و خصوصی و کمک‌های مردمی باید به‌گونه‌ای هماهنگ اســتفاده شوند تا تسهیم ریسک بین مردم جامعه عادلانه صورت گیرد.

شــاخص‌های درصد یارانه‌های ســلامت از کل هزینه‌های سلامت، درصد یارانه دولتی خدمات سلامت، درصد یارانه برای بیماران بستری، درصد یارانه دارو، درصد یارانه‌های مراقبت‌های عمومی، درصد یارانه سلامت برای کودکان، درصد یارانه سلامت برای ســالمندان، درصد پوشش خدمات سلامت، هزینه به‌ازای روز اقامت بیمار، میزان هزینه پرداختی بیماران برای مداخلات جراحی و میزان هزینه پرداختی بــرای خرید دارو از مهم‌ترین شاخص‌های ارزشیابی کارکرد خرید خدمات سلامت هستند.

خرید خدمات سلامت سومین وظیفه اصلی نظام تامین مالی سلامت است که مرتبط با تخصیص منابع مالی به ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی بابت ارائه خدمات سلامت است. دولت‌ها باید از خریــد راهبردی به جای خرید منفعل اســتفاده کنند. خرید خدمات ســلامت زمانی راهبردی محســوب می‌شود که خرید خدمات ســلامت بر اســاس اطلاعات مرتبط با نیازهای مردم و عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت صورت گیرد. هدف خرید راهبردی خدمات سلامت افزایش کارایی و عدالت و کاهش هزینه اســت. در نتیجه، دولت یا سازمان بیمه سلامت به طور فعالانه تصمیم می‌گیرد که چه خدمتی، چگونه و از چه کسی خریداری شــود. دولت و بیمه‌های سلامت باید بسته‌های خدمات سلامت

1. Progressive
2. Regressive

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

را به‌گونه‌ای تنظیم کنند که خدمات هزینه-اثربخش مورد نیاز پوشش داده شـــود تا مردم به هنگام دریافت این خدمات دچار مشکلات مالی نشـــوند. دولت در صورت نیاز یارانه‌هایی را برای خرید خدمات ســـلامت گروه‌های آســـیب‌پذیر نظیر سالمندان، کودکان و فقرا باید در نظر بگیرد. همچنین از روش‌های مبتنی بـــر عملکرد و ارزش باید برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت استفاده شود تا ضمن کنترل هزینه‌های سلامت، کیفیت و اثربخشی خدمات سلامت افزایش یابد.

یک نظام تامین مالی ســـلامت خوب باید منابع مالی کافی را برای اطمینان از دسترســـی مردم به خدمات ســـلامت فراهم کند و از آنها در برابر هزینه‌های بالای خدمات سلامت محافظت کند. بنابراین سیاست‌گذاران نظام سلامت باید در سطوح کلان، میانـــه و خرد اصلاحاتی را به کار گیرند تا منجر به تقویت نظام تامین مالی سلامت کشور شود. وزارت بهداشت در سطح کلان، با اســـتفاده از قوانین، مقررات، سیاســـت‌ها و ایجاد ساختارهای لازم برای جذب و مدیریت منابع مالی و خرید راهبردی خدمات ســـلامت، از ارائه خدمات سلامت اثربخش، کارآمد، با کیفیت و عادلانه اطمینان حاصل کنند و از مردم در برابر هزینه‌های بالای سلامت محافظت کنند. دانشـــگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشـــتی و درمانی در ســـطح میانه، با به‌کارگیری برنامه‌های مناسب باید از مدیریت صحیح منابع مالی نظام سلامت و انگیزه ارائه‌کنندگان خدمات ســـلامت برای ارائـــه خدمات اثربخش و کارآمد در راستای دستیابی به هدف اصلی نظام سلامت اطمینان حاصل کنند. در نهایت، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی در ســـطح خرد، باید با به‌کارگیری اقدامات لازم و جلوگیری از اتلاف منابع، خدمات با کیفیت و ارزشمند را ارائه کنند.

نتیجه‌گیری

تامین مالی پایدار نظام سلامت شامل سه کارکرد جمع‌آوری منابع مالی، انباشـــت منابع مالی و خرید خدمات سلامت است. هدف نظام تامین مالی سلامت ایجاد مکانیزمی برای جمع‌آوری عادلانه منابع مالی کافی و پایدار، انباشـــت منابع مالی به منظور اطمینان از دسترســـی همه مردم به منابع مالی سلامت و توزیع هزینه‌ها بین مردم و در نهایت، پرداخت هزینه خدمات سلامت ارائه شـــده اســـت. میزان جذب و مدیریت منابع مالی، تسهیم ریســـک، کارآیی، عدالت و پایداری از معیارهای مهم ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت هستند. ســـهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت، درصد پرداخت مستقیم از جیب خانوارها از کل هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشـــکن ســـلامت، درصد خانوارهای مواجه بـــا فقر به دلیل پرداخت هزینه‌های ســـلامت، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، درصد مشارکت خانوارها در تامین مالی سلامت و هزینه ســـرانه سلامت، از پرکاربردترین شاخص‌های ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت هستند.

این پژوهش با اســـتفاده از روش مـــرور حیطه‌ای و منطق اســـتقرایی به شناســـایی و تبییـــن شـــاخص‌های تامین مالی نظام ســـلامت پرداخت. پیشنهاد می‌شـــود که در مرحله بعد، پژوهشگران با استفاده از این ۳۱ شاخص و نظرسنجی از خبرگان سیاســـت‌گذاری، مدیریت و اقتصاد سلامت به اولویت‌بندی این شاخص‌ها و انتخاب شاخص‌های عملکردی کلیدی نظام تامین مالی ســـلامت بپردازند. همچنین، پژوهشگران با استفاده از این شاخص‌ها می‌توانند به ارزشیابی نظام تامین مالی سلامت ایران و مقایسه آن با سایر کشورها بپردازند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

یک نظـــام اثربخش و کارآمد تامین مالی ســـلامت نقش به‌سزایی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشور دارد. بنابراین، سیاســـت‌گذاران و مدیران نظام سلامت باید به تقویت نظام تامین مالی سلامت کشور بپردازند. وظیفه نظام تامین مالی ســـلامت، ایجاد مکانیزمی برای جمع‌آوری، تجمیع و تخصیص منابع مالی به کالاها و خدمات ســـلامت مورد نیاز مردم با هدف تامین، حفظ و ارتقای ســـلامتی مردم، پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از ایشان در مقابل هزینه‌های سلامت است. نظام تامین مالی ســـلامت، منابع و انگیزه‌های اقتصادی لازم را برای فعالیت نظام سلامت فراهم می‌کند و یکی از عوامل بسیار موثر بر دستیابی به پوشش موثر، عدالت، کارآیی و نتایج مطلوب سلامتی است.

در این پژوهش ۳۱ شـــاخص کاربردی برای ارزشیابی نظام تامین مالی ســـلامت در ابعاد جمع‌آوری منابع مالی، انباشت و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت شناسایی و تبیین شد. مدیران نظام ســـلامت با جمع‌آوری داده‌های مرتبط با این شـــاخص‌ها و پایش مســـمتر آنها، ضمن شناسایی نقاط قوت و

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

ضعف نظام تامین مالی سلامت کشور، باید برنامه‌های اصلاحی لازم را تدوین و اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی با عنوان شناسایی شکاف‌های دانشـــی در حوزه الگوهای تامین مالی پایدار نظام سلامت ایران به منظور دســـتیابی به پوشـــش همگانی ســـلامت است که در موسســـه ملی تحقیقات سلامت دانشـــگاه علوم پزشکی تهران با شناسه اخلاق IR.TUMS.NIHR.REC.1399.002 تصویب شد. نویسندگان مقاله از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناســـی خود به ارتقـــای کیفیت این مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: 1. UN. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations, 2015:1-9.
2. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran. 2015: 20-45. [Persian]
3. Vrijburg KL, Hernández-Peña P. Global spending on health: Weathering the storm. World Health Organization: Geneva. 2020:19.
4. Dieleman J, Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. Lancet. 2018; 391: 1783–98
5. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. World Health Organization: Geneva. 2010:7-20.
6. Schieber G, Baeza C, Kress D, Maier M. Financing health systems in the 21st century. Disease control priorities in developing countries. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank. 2006:224.
7. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy. 2001; 56: 171–204.
8. Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends. HealthCare papers. 2007; 8:62-76.
9. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Barriers to health policy and management knowledge translation: A scoping review. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(1): 86-103.
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International journal of social research methodology. 2005; 8(1):19-32.
11. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. The qualitative researcher's co mpanion. Taylor & Francis: USA & Canada, New York. 2002:305-29.
12. The World Bank. [Access date 06/01/2020]. Available from: https://data.worldbank.org/
13. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number World Health Organization: Geneva. 2016:10-31.
14. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization: Geneva. 2010: 24-85.
15. Xu K, Klavus J, Evans DB, Hanvoravongchai P, Zerambdini R, Murray CJ. The impact of vertical and horizontal inequality on the fairness in financial contribution index. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. World Health Organization: Geneva. 2003:1-7.
16. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. Lancet. 2003; 362: 111–17.
17. The World Bank. [Access date 06/01/2020]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.TO
18. World Health Organization, World health statistics monitoring health for the SDGs. World Health Organization: Geneva. 2020:3-56.
19. The World Bank. Poverty, Health and the Human Future. [Access date 16/02/2021]. Available from: https://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly
20. Kakwani NC. Measurement of tax progressivity: an international comparison. The Economic Journal. 1977;87(345):71-80.
21. Koolman X, Van Doorslaer E. On the interpretation of a concentration index of inequality. Health economics. 2004;13(7):649-56.
22. World Health Organization. Global spending on health: a world in transition. World Health Organization: Geneva. 2019:5-35.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]

Health financing system indicators: A scoping review

Ali. Mohammad Mosadeghrad[1], Shiva Tolouie Rakhshan[2], Mahnaz Afshari[3, 4], Parvaneh Isfahani[5*]

1. Ph.D. Associate professor, Health Economics and Management Department, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Ph.D. student in Healthcare services management, Health economics and management department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. MSc in Health Economics, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

4. Ph.D. student in Health policy, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. Ph.D. Assistant professor, Healthcare services management department, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

Abstract

Introduction: Health system financing is the process of collecting, pooling, and managing financial resources for purchasing healthcare services needed by the society in order to promote, restore, or maintain their health, while financially protecting them against health costs. Financing, as one of the most important functions of the health system, plays an important role in achieving universal health coverage. Therefore, this study aimed to identify indicators for measuring health system financing.

Methodology: Following a scoping review approach, we systematically searched six databases to identify relevant documents for the period of January 1, 1975, to May 20, 2020. A total of 79 documents were reviewed and analyzed using MAXQDA software.

Results: Overall, 31 health financing indicators were identified, which were categorized into three categories of collecting financial resources, pooling financial resources, and purchasing healthcare services. Out-of-pocket health expenditures, catastrophic health expenditures, total health expenditure as a percentage of gross domestic product, global health spending, general government expenditure on health, medical impoverishment, domestic private health expenditure, and household financial contribution were the most frequently used health financing indicators.

Conclusion: Adequacy of financial resources, risk sharing, efficiency, equity, and sustainability are important criteria for evaluating the health financing system. The use of indicators is essential for evaluating the health financing system.

Keywords: Health system financing, Universal health coverage, Indicator, scoping review.

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad AM, Tolouei Rakhshan Sh, Afshari A, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. Hakim Health Sys Res. 2020;20(3); 353-366.

***Corresponding Author:** Healthcare Services management department, School of public health, Zabol University of Medical Science, Zabol, Iran.

Tel: 054322332190 Email: p.esfahani@zbmu.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-26]