



بررسی وضعیت اقتصاد نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مجری طرح: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت
با همکاری: دفتر بودجه و پایش عملکرد، معاونت توسعه و مدیریت منابع، وزارت بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی

مشخصات کتاب

نام کتاب: بررسی وضعیت اقتصاد نظام سلامت

جمهوری اسلامی ایران

ناشر: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت،

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی کرمان

مؤلفین: دکتر اسما صابر ماهانی، مینا بهرام پور، الهام

امین، دکتر محسن بارونی، دکتر رضا گودرزی

صفحه آرای: رضا شیخ زاده

نوبت چاپ: چاپ اول

سال چاپ: تیرماه ۱۳۹۴

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

فهرست مطالب

۴	۱ - پیام‌های کلیدی
۵	۲- خلاصه اجرایی
۵	۱-۲- مقدمه
۶	۲-۲- مراحل و روش اجرایی
۶	۲-۳- اهم نتایج
۷	۲-۴- نتیجه گیری
۸	۳- گزارش تفصیلی
۸	۱-۳- مقدمه
۸	۲-۳- روش کار
۱۰	۳-۳- یافته‌ها
۳۴	۴- بحث و نتیجه گیری:
۴۶	۵- رفرنس‌ها
۴۹	۷- پیوست‌ها:

فهرست اشکال

۲۴	شکل ۱: تاریخ پیدایش و تکوین علم اقتصاد
۲۹	شکل ۲: اهداف و کارکرد نظام سلامت
۳۰	شکل ۳: نحوه تامین مالی در ایران در بخش‌های مختلف
۳۱	شکل ۴: نظام بهداشتی درمانی ایران

۱- پیام‌های کلیدی

روند تکامل مکتب اقتصادی پدیده‌ها و واقعیات اقتصادی در اندیشه انسان تأثیر دارد و تفکر او را برای توجیه و حل مسئله‌ای برمی‌انگیزد، تلاش فکری انسان برای بیان رابطه حتمی و مطلق بین پدیده‌های اقتصادی، نظریات اقتصادی گوناگونی را شکل می‌دهد که دارای یک شیوه بررسی و در مدار اصول یکسانی باشد و یک مکتب اقتصادی را ایجاد می‌کند.

پس از بررسی متون و مقالات پیرامون علم اقتصاد مشخص شد که مکتب اقتصادی ایران بیشترین شباهت را به مکتب کلاسیک‌ها خصوصاً نئوکلاسیک‌ها دارد و از نظر نظام اقتصادی شبیه نظام اقتصاد اسلامی بوده که در آن بر عدالت و کارایی تأکید ویژه می‌شود؛ بر این اساس با تشکیل پنل خبرگان مهم‌ترین شاخص‌های این حوزه‌ها در ابعاد خرد و کلان مشخص و درنهایت به بررسی وضعیت شاخص‌های استخراج‌شده در طی سال‌های گردآوری در ایران پرداخته شد.

مقایسه و سنجش این شاخص‌ها باعث نمایاندن وضعیت عدالت و وضعیت اقتصادی کشور است و اهتمام و تلاش‌های آتی را به سمت و سویی سوق می‌دهد که حامل دست آوردهای ارزنده‌تری در زمینه ارتقای سطح سلامت و بهداشت جامعه باشد.

شاخص‌ها، اگرچه ریشه در اقلام آماری دارند، لیکن خود ابزاری هستند که می‌توانند داده‌های خام را به اطلاعات مفید تبدیل نمایند و با توانایی خود زمینه را برای مقایسه خدمات ارائه‌شده و امکانات مختلف هموار کنند. بدین ترتیب نظام اطلاعات و شاخص‌های مربوطه از

اهمیت و ویژگی خاصی برخوردارند و تمامی تصمیم‌گیرندگان و برنامه‌ریزان به‌نوعی به آن‌ها نیازمندند.

۲- خلاصه اجرایی

۲-۱- مقدمه

نظام اقتصادی عبارت از مجموعه مرتبط و منظم عناصری است که به‌منظور ارزشیابی و انتخاب در زمینه تولید، توزیع و مصرف برای کسب بیشترین موفقیت فعالیت می‌کند. به‌عبارت‌دیگر نظام اقتصادی، مجموعه هماهنگ از نهادهای اجتماعی و حقوقی است؛ یکی از شاخص‌های محوری توسعه پایدار، سلامت است، سلامت شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است^۱ تأمین سلامت شهروندان از نیازهای اصلی محسوب می‌گردد. سلامت ابعاد و تعیین‌کننده‌های متعدد و پیچیده‌ای دارد. در نتیجه تأمین آن به‌صورت تک‌بعدی و یک‌سویه میسر نمی‌شود و نیازمند اتخاذ نگاهی همه‌جانبه و کل‌نگر در همه سطوح است. در نتیجه اقتصاد سلامت با تکیه بر شیوهای علمی تخصصی منابع، ارتقاء بهره‌وری، برقراری عدالت و ارزیابی اقتصادی می‌تواند کمک شایانی به مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت در دستیابی به اهداف متعالی تأمین سلامت مردم جامعه نماید. این گزارش در پی بررسی وضعیت اقتصاد سلامت ایران از شناخت مکاتب مؤثر بر این نظام تا شاخص‌های مهم این حوزه در ابعاد خرد و کلان است.

^۱ سلامت نداشتن بیماری نیست بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.

۲-۲- مراحل و روش اجرایی

در پژوهش حاضر، به روش مرور نظام‌مند و مطالعه کتابخانه‌ای و همچنین بحث گروهی متمرکز به بررسی وضعیت اقتصاد نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخته شد. برای این منظور، کلیه‌ی شاخص‌های های خرد و کلان اقتصاد سلامت استخراج گردید و سپس با استفاده از سایت‌های معتبر وضعیت شاخص‌ها بررسی گردید و مقالات، تحقیقات و گزارش‌های مورد بحث در راستای هدف پژوهش، استخراج و به‌دقت مطالعه و گزارش و از نظر محتوایی مورد تحلیل قرار گرفتند.

۲-۳-۱- مهم نتایج

با توجه به اینکه ایران جز کشورهای در حال توسعه می‌باشد، اقتصاد ایران مثل اقتصاد تمام کشورهای در حال توسعه یک مدل منحصربه‌فرد است و نمی‌توان نوع آن را دقیقاً با مکاتب اقتصادی همخوان دانست اما بیشترین شباهت را به مکتب اقتصادی نئوکلاسیکی دارد؛ اقتصاد ایران بر اساس تعالیم اسلام پایه‌ریزی شده است در نتیجه می‌توان گفت که از لحاظ نظام اقتصادی می‌توان آن را اقتصاد اسلامی نامید. حاصل یک نظام مطلوب، شاخص‌هایی هستند که می‌توانند پایه و اساس تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی قرار گیرند در نتیجه در این گزارش با پایش مستمر نظام اقتصاد سلامت ایران شاخص‌های کلیدی به صورت دو بخش اصلی یعنی شاخص‌های خرد و شاخص‌های کلان در بخش سلامت معرفی سپس وضعیت این شاخص‌ها در نظام سلامت ایران مورد پایش و ارزیابی قرار گرفت و نتایج آن به صورت جدول شماره یک ارائه شده است.

۲-۴- نتیجه گیری

برای بررسی و رصد مداوم اقتصاد نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران داشتن اطلاعات به روز در مورد شاخص‌های اقتصادی مهم بخش سلامت ضرورت دارد. بررسی‌ها نشان داد که شاخص‌هایی مهم خصوصاً شاخص‌های اصلی عدالت در نظام سلامت به طور دقیق اندازه‌گیری نشده‌اند لذا پیشنهاد می‌گردد که این شاخص‌ها در اولویت بررسی قرار گیرند.

۳- گزارش تفصیلی

۳-۱- مقدمه

نیازها و احتیاجات انسان در طول تاریخ، او را وارد عرصه اقتصادی جامعه نموده است. تلاش برای رفع نیازها و اقدام به تولید کالا و محصولات متنوع سرآغازی برای رشد علم اقتصاد می‌باشد. دامنه اندیشه بشری بسیار گسترده است و هر جا که مسئله احتیاج انسان مطرح گردد، اندیشه خاصی در جهت تأمین آن در ذهن بشر شکل می‌گیرد. یکی از راهکارهای اساسی که انسان در جهت رفع نیازهای خود پیدا نمود، استفاده از منابع موجود برای تأمین احتیاجات نامحدود می‌باشد، همین اصل، مقوله اقتصاد و علم اقتصاد را ایجاد کرده است (۱).

سلامت، مستقل از متغیرهای اقتصاد کلان نمی‌باشد و هر یک از متغیرهای کلان به نوعی بر آن تأثیر می‌گذارد؛ لذا مقتضی است که نگاه برنامه ریزان اقتصادی در کشور به گونه‌های باشد که برنامه‌های سلامت و بهداشت و رفاه عمومی کشور، هماهنگ با سایر سیاست‌گذاری‌های بخش اقتصاد کلان صورت گیرد (۲).

۳-۲- روش کار

در پژوهش حاضر، به روش مرور نظام‌مند و مطالعه کتابخانه‌ای و همچنین بحث گروهی متمرکز به بررسی وضعیت اقتصاد نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران پرداخته شد. برای این منظور، کلیه‌ی شاخص‌های خرد و کلان اقتصاد سلامت استخراج گردید سپس به منظور تهیه‌ی شناسنامه‌ی شاخص، اطلاعات موجود شاخص‌ها به تفکیک، در بانک‌های اطلاعات رسمی

داخلی (مرکز آمار ایران، بانک مرکزی، دفتر پژوهش‌های مجلس، وزارت بهداشت) و خارجی (WHO, world bank) جستجو شد و مقالات، تحقیقات و گزارش‌های مورد بحث در راستای هدف پژوهش، استخراج و به‌دقت مطالعه و گزارش و از نظر محتوایی مورد تحلیل قرار گرفتند. در مرحله بعد به‌منظور مشخص کردن وضعیت موجود شاخص‌ها در دهه‌های اخیر از طریق مرور نظام‌مند آمار و گزارشات منتشر شده و مطالعات انجام‌شده استفاده گردید.

۳-۳- یافته‌ها

اقتصاد موضوعات بسیاری را دربرمی‌گیرد که به روش‌های پیچیده کنش و واکنش انجام می‌دهند؛ بنابراین اقتصاددانان نظریه‌های مختلفی درباره اینکه مردم و دولت چگونه باید در بازار رفتار کنند ارائه داده‌اند که این امر باعث شکل‌گیری مکاتب اقتصادی گردید. در ادامه به بحث در مورد انواع مکاتب پرداخته شد سپس در مورد تفاوت مکتب و نظام اقتصادی بحث شد بعد از آن نظام‌های اقتصادی و انواع آن را معرفی گردید. بعد از آن در مورد نظام اقتصادی ایران و اقتصاد سلامت ایران صحبت شده و در آخر به معرفی وضعیت شاخص‌های سلامت پرداخته شده است.

انواع مکاتب اقتصادی

مکتب سوداگری

مکتب سوداگری یا مرکانتیلیسم^۲ از قرن شانزدهم تا نیمه قرن هجدهم رواج داشت و بیشترین سهم را در ایجاد خصلت تهاجمی خصومت و رقابت و استعمار در نظام اقتصادی سرمایه‌داری داشت (۳).

سوداگران برای تنظیم امور بازرگانی طرفدار یک دولت نیرومند مرکزی بودند. آن‌ها به صداقت افراد در بازرگانی داخلی ایمان نداشتند و برای توسعه بازرگانی، دخالت دولت را لازم می‌دانستند (۴) و معتقد بودند که اساس ثروت و قدرت به صورت پول، طلا و نقره است. از نظر

² Mercantilisme

آن‌ها هر جامعه‌ای که در جمع‌آوری و اندوختن طلا و نقره خوب عمل کند، جامعه ثروتمندی تلقی می‌گردد در نتیجه تمام قدرت خود را برای به دست آوردن این فلزات گران‌بها صرف می‌کردند (۵).

نظریات مکتب مرکانتیلیست اگرچه متناسب با رونق تجارت و اهمیت روزافزون مبادلات بین‌المللی شکل گرفته است اما به‌نوبه خود در تکامل نظام اقتصادی سرمایه‌داری تجاری و حتی ایجاد زمینه برای پیدایش نظام اقتصادی سرمایه‌داری صنعتی نقشی درخور توجه داشت. در این نظام مسئله حضور دولت در اقتصاد مشخص است.

مکتب کینز

اقتصاد کینزی^۳ یا کینزی‌گرایی^۴ نظریه‌ای در اقتصاد کلان است که در قرن ۱۸ میلادی بر پایه ایده‌های اقتصاددان انگلیسی جان مینارد کینز بنا شده است.

اقتصاددانان کینزی‌گرا استدلال می‌کنند که تصمیمات بخش خصوصی گاهی اوقات ممکن است منجر به نتایج غیرکارا در اقتصاد کلان شود و بنابراین از سیاست‌گذاری فعال دولت در بخش عمومی حمایت می‌کنند (۶).

این سیاست‌گذاری‌ها شامل سیاست‌های پولی که توسط بانک مرکزی اعمال می‌شود و یا سیاست‌های مالی حکومت که به قصد پایدار کردن چرخه تجاری انجام می‌شود، باشد.

³ Keynesian economics

⁴ Keynesianism

مکتب نئوکلاسیک ها

اقتصاد کلان نئوکلاسیک^۵ یک مکتب فکری اقتصادی است که در اوایل دهه ۱۹۷۰ در آثار اقتصاددانانی شکل گرفت که در دانشگاه‌های شیکاگو و مینه سوتا تمرکز داشتند. از میان آن‌ها به‌ویژه می‌توان رابرت لوکاس (برنده جایزه نوبل سال ۱۹۹۵)، توماس سارجنت، نیل والاس و ادوارد پرسکات (از برندگان جایزه نوبل سال ۲۰۰۴) را نام برد (۷).

چارچوب اقتصاد نئوکلاسیک چنین خلاصه شده است: خریداران تلاش می‌کنند تا نفعشان از به دست آوردن کالاها را به حداکثر برسانند و این کار را با افزایش خریدهای خود از یک کالا تا جایی انجام می‌دهند که آنچه آن‌ها از یک واحد اضافه به دست می‌آورند با آنچه آن‌ها باید از آن صرف نظر کنند تا آن را به دست آورند، موازنه شود. بدین طریق آن‌ها «مطلوبیت» خود را به حداکثر می‌رسانند - یعنی رضایتمندی همراه با مصرف کالاها و خدمات. به همین ترتیب، افراد برای بنگاه‌هایی که می‌خواهند آن‌ها را استخدام نمایند، نیروی کار خود را عرضه می‌کنند، با موازنه کردن منافع از ارائه واحد نهایی خدماتشان (دستمزدی که به دست خواهند آورد) با عدم مطلوبیت خود نیروی کار - از دست دادن فراغت - این ترتیب افراد انتخاب‌هایشان را در وضعیت نهایی، انجام می‌دهند. این نتیجه‌اش یک نظریه تقاضای کالا و عرضه عوامل مولد است (۸).

⁵ New classical macroeconomics

اخلاق‌گرایی اقتصادی

اسکولاستیک از ریشه لاتین اسکولا به معنی مدرسه می‌باشد. در قرون وسطی علم و حکمت تنها در مدارس کلیسا تدریس می‌شد بنابراین مجموعه علم و حکمت منتسب به مدرسه و بنام اسکولاستیک معروف شد و طرفداران این مکتب مدرسیون نام گرفتند. از نمایندگان این مکتب می‌شود به توماس آکویناس و آلبرتوس ماگنوس اشاره کرد.

این مکتب از قرن نهم تا پانزدهم میلادی رواج داشت و هدفش بسط تعالیم حضرت عیسی توسط فلسفه یونان بود. از دیدگاه اقتصادی این مکتب نوعی اقتصاد ملی بر مبنای اخلاق ارائه می‌کند و مسائل اقتصادی تا حدی که مربوط به اخلاق و تعالیم مسیحیت است مورد بررسی قرار می‌گیرد.

«مهم‌ترین نظریات این مکتب شناختن حق لوازم زندگی برای افراد انسان است و در پی آن شناخت حق فرد برای داشتن کالاهای مورد نیاز و همچنین درآمدی که بتواند زندگی انسان را در سلسله مراتبی که خداوند مقدر نموده تأمین نماید. نقش این مکتب را نباید در شکل‌گیری نظام‌های اقتصادی در قرون وسطی نادیده گرفت.»

دستمزد عادلانه که نه بر اساس عرضه و تقاضای نیروی کار در بازار شکل گرفته باشد بلکه بر اساس اصول اخلاقی مکتب اسکولاستیک باید تأمین‌کننده زندگی متعارفی برای مزدبگیران باشد در کنار سایر تعلیمات این مکتب باعث شد که در طول حیات این مکتب در طی حدود ۶ قرن تضاد طبقاتی میان طبقه کارگر و کارفرما از بین برود (۳).

مکتب اتریش

اقتصاد اتریشی یا مکتب اتریشی^۶ که به مکتب وین نیز مشهور است یکی از مکتب‌های اندیشه اقتصادی خارج از جریان اصلی است که بر سازمان‌یابی خود به خودی بر اساس سازوکار قیمت‌ها تأکید دارد. فردگرایی روش‌شناختی و خنثی نبودن پول از دیگر مشخصه‌های فکری آن است.

نام این مکتب از بنیان‌گذاران و هواداران نخستین خود که شهروندان امپراتوری هابزبورگ اتریش بودند، از جمله کارل منگر، اوژون فن بوم-باورک، لودویگ فن میزس و برنده جایزه نوبل، فردریش هایک مشتق شده است.

امروزه، پیروان مکتب اتریش از سراسر جهان هستند، اما بیشتر با عنوان اقتصاددانان اتریش و آثار آنان با عنوان اقتصاد اتریشی نامیده می‌شود.

«مکتب اتریش در اواخر سده نوزدهم و اوایل سده بیستم گسترش یافت. اقتصاددانان اتریشی نظریه ارزش نئوکلاسیک و نظریه ارزش ذهنی (سویژکنیویسم) را که جریان‌های اصلی اندیشه اقتصادی معاصر بر آن‌ها متکی است، توسعه دادند و مسئله محاسبات اقتصادی که از اقتصاد نامتمرکز بازار آزاد در مقابل تخصیص منابع یک اقتصاد برنامه‌ریزی متمرکز دفاع می‌کند، مطرح کردند.»

^۶ Österreichische Schule

اقتصاددانان مکتب اتریشی لزوم انجام قراردادهای داوطلبانه بین عاملین اقتصادی را مورد تأکید قرارداده‌اند و بر این دیدگاه‌اند که معاملات تجارتي باید در معرض کمترین قيود ممکن اجباری قرار گیرند و به‌ویژه در معرض کمترین مداخلات دولت باشد. تحت تأثیر قهرمان فکری‌شان، جان لاک، اقتصاددانان لیبرتارین مجتمع در مکتب اتریش معتقدند که این قيود حداقلی، باید مبتنی بر آزادی‌های فردی، حقوق برابر باشند (۳).

نئولیبرالیسم

نئولیبرالیسم در وهله نخست نظریه‌ای در مورد شیوه‌هایی در اقتصاد سیاسی است که بر اساس آن‌ها با گشودن راه برای تحقق آزادی‌های کارآفرینانه و مهارت‌های فردی در چهارچوبی نهادی که ویژگی آن حقوق مالکیت خصوصی قدرتمند، بازارهای آزاد و تجارت آزاد است، می‌توان رفاه و بهروزی انسان را افزایش داد.

از نظر نئولیبرالیسم، نقش دولت، ایجاد و حفظ یک چهارچوب نهادی مناسب برای عملکرد این شیوه‌هاست. مثلاً دولت باید کیفیت و انسجام پول را تضمین کند

«به‌علاوه، دولت باید ساختارها و کارکردهای نظامی، دفاعی، قانونی لازم برای تأمین حقوق مالکیت خصوصی را ایجاد و در صورت لزوم عملکرد درست بازارها را با توسل به سلطه تضمین کند. از این گذشته، اگر بازارهایی (در حوزه‌هایی از قبیل زمین، آب، آموزش، مراقبت بهداشتی، تأمین اجتماعی یا آلودگی محیط‌زیست وجود نداشته باشد، آن‌وقت، اگر لازم باشد، دولت باید آن‌ها را ایجاد کند ولی نباید بیش از این در امور مداخله کند»

بنیان‌گذار این مکتب اویکن است و روستو، اشمولدرز، هایک و ارهارد از نمایندگان معروف این مکتب هستند. آن‌ها خواستار شرایط آزاد هستند و مکانیسم بازار را تأیید می‌کنند و مخالف مداخله دولت در اقتصاد هستند و با مالکیت اشتراکی بر زمین و ابزار تولید و سوسیالیسم و هدایت اقتصاد مبارزه می‌کنند.

طرفداران این مکتب چون اقتصاد لیبرالیستی خالص را شکست‌خورده نیروهای مزاحم و مختل‌کننده و مخالف می‌دانند لذا یک لیبرالیسم نورماتیو و اقتصاد رقابتی تنظیم‌شده را پیشنهاد می‌کنند.

به اعتقاد نئولیبرالیست‌ها، لیبرالیسم به‌جای اینکه به آزادی رقابت بیندیشد، آزادی انتزاعی را مورد توجه قرار می‌دهند یعنی فقط خود آزادی را هدف قرار می‌دهد و این عدم حساسیت به انعقاد قراردادهایی بود که به ایجاد کارتل و تراست و کنسرن و سایر راه‌های ایجاد انحصار انجامید و در واقع وقتی آزادی بالاترین هدف باشد ایجاد رقابت نمی‌تواند هدف لیبرالیسم باشد (۳).

مکتب شیکاگو

طرفداران لیبرالیسم در مقابله با موج مداخله‌گرایی که تحت تأثیر مکتب کینز در نظام اقتصادی کشورهای سرمایه‌داری تأثیرگذار بود به دفاع از اصول و مبانی لیبرالیسم پرداختند و منشأ تمام مشکلات را مداخله دولت در اقتصاد دانستند. در رأس اینان مکتب شیکاگو و میلتون فریدمن قرار دارد.

درحالی که در نظام اقتصادی آمریکا دولت کمترین نقش را در مقایسه با سایر کشورهای سرمایه‌داری داشت و سهم دولت آمریکا در تولید ناخالص ملی از یک درصد هم تجاوز نمی‌کرد اما فریدمن چنین می‌گوید:

«خواهیم کوشید به این سؤال پاسخ دهیم که برای رفع نارسایی‌های سیستم خودمان که نتایجی مشابه نتایج بالا به بار می‌آورد (تحت‌الشعاع قرار گرفتن منافع عمومی به وسیله منافع افراد) چه می‌توانیم بکنیم و چگونه می‌توانیم دامنه نفوذ و قدرت دولت را محدود کنیم و درعین حال کاری کنیم که دولت در انجام وظایف اصلی خود توانا گردد.»

یعنی از عهده دفاع از ملت در مقابل دشمن خارجی برآید و بتواند از هریک از آحاد مردم در برابر زور و اجبار از دیگر هم‌وطنانش حمایت کند و در موارد اختلاف میان مردم به قضاوت درست بپردازد و به ما یاری دهد تا بتوانیم بر سر قوانینی که می‌باید از آن‌ها پیروی کنیم به توافق برسیم (۳).

نهادگرایی

مکتب تاریخی قدیم این مکتب که در طی ۳۰ سال یعنی از سال ۱۸۴۰ تا ۱۸۷۰ رواج داشت واکنشی در برابر مکتب کلاسیک بود و اصول عمده آن را موردانتقاد قرارداد. بنیان‌گذاران این مکتب عبارت‌اند از فریدریش لیست (۱۷۸۹-۱۸۴۶) ویلهلم روشر (۱۸۱۷-۱۸۹۴) و هیلد براند (۱۸۱۲-۱۸۷۸) (۳).

تفاوت مکتب و نظام اقتصادی

مکتب، راه و رسمی است که پیروان آن، برای رسیدن به کمال باید آن را پیموده و رعایت کنند و مکتب اقتصادی قواعدی اساسی است که با عدالت اجتماعی ارتباط دارد و وظیفه آن، ارائه راه‌حل‌هایی است که با مفهوم عدالت‌خواهی سازگار است (۹).

این شیوه، متکی بر اصول، عقاید، اهداف و انگیزه‌ها، قوانین و مقررات است. مکتب اقتصادی دانش تجربی نیست و به توضیح و تفسیر مشکلات اقتصادی نمی‌پردازد؛ بلکه مکتب، جهت دهنده به علم است و با ارائه انگیزه‌ها، آرمان‌ها، قوانین، مقررات و بایدها و نبایدها، آن علم را هدایت می‌کند. تجلی عینی و نمود خارجی مکتب، نظام است که رسالت آن، اجرای اهداف مکتب است.

به‌عبارت‌دیگر، تنظیم و هدایت فعالیت‌های اقتصادی و تقسیم آن میان افراد، بر طبق رهنمودهای مکتب، هنری است که نظام اقتصادی آن را بر عهده دارد (۱۰).

نظام، مجموعه منظم عناصری است که میان آن‌ها روابطی وجود داشته باشد و یا بتواند ایجاد شود و دارای یک هدف یا منظور باشد (۱۱).

نظام اقتصادی عبارت از مجموعه مرتبط و منظم عناصری است که به‌منظور ارزشیابی و انتخاب در زمینه تولید، توزیع و مصرف برای کسب بیشترین موفقیت فعالیت می‌کند (۱۲).

به‌عبارت‌دیگر نظام اقتصادی، مجموعه هماهنگ از نهادهای اجتماعی و حقوقی است؛

که در بطن آن، برخی وسایل سازمان‌یافته به پیروی از برخی از انگیزه‌های برتر به‌منظور برقراری تعادل اقتصادی مورداستفاده قرار گرفته می‌گیرد (۱۳). بر این اساس، نظام اقتصادی نیز یکی از زیر نظام‌های اجتماعی است.

واژه «اقتصادی» اشاره به بُعد خاصی از رفتارها و روابط مردم دارد؛ که بر اساس محاسبه هزینه و فایده و به‌منظور تأمین معاش انجام می‌گیرد. اهداف کلان نظام اقتصادی می‌تواند عدالت اقتصادی، استقلال، رفاه عمومی، رشد و توسعه اقتصادی و اموری از این قبیل باشد (۱۴).

نهادهای اساسی یک نظام اقتصادی

مهم‌ترین نهادهای اساسی اقتصادی که باید در هر نظام تعریف شوند، عبارت‌اند از: عدالت اقتصادی؛ که به‌منظور از بین بردن فقر مطلق و ایجاد توازن و تعادل نسبی بین اقشار جامعه برقرار می‌گردد.

آزادی اقتصادی؛ مقصود این که انسان‌ها در انتخاب نوع و میزان تولید و در انتخاب نوع و میزان مصرف تا چه حد آزادی دارند.

مالکیت؛ نظر نظام، نسبت به مالکیت عوامل تولید و کالاها و خدمات مصرفی؛ حقوق عوامل تولید؛ یعنی این که هر کدام از عوامل چهارگانه تولید چه حقی را دارند (۱۵).

ویژگی‌های نظام اقتصادی

۱. باید همه اصول نظام اقتصادی و قواعد آن به صورت کامل اجرا شود؛ تا نتایجی که نظام در دستیابی به آن‌ها تمایل دارد، محقق شود. اجرای کامل هر نظام، مستلزم سازگاری همه‌ی عرصه‌های فعالیت در جامعه با مطالبات نظام است.

۲. نظام اقتصادی باید، نظامی پویا باشد؛ یعنی در آن، قانون ثابتی که همه جزئیات را شامل شود، وجود نداشته باشد؛ بلکه نظام باید فقط خطوط کلی و اصول اساسی را تعیین کرده، جزئیات دیگر را به جامعه واگذار کند؛ تا مطابق وضعیت، متغیر آن‌ها به مرور زمان تعیین شود.

۳. نظام اقتصادی دارای ارزش‌ها بوده و هدف‌دار شمرده می‌شود. به عبارت دیگر، نظام اقتصادی، مجموعه‌ی معینی از ارزش‌ها را برگزیده و به آن پایبند است (۱۶).

انواع نظام اقتصادی

به طور عمده سه نوع نظام اقتصادی در دنیای فعلی وجود دارد:

نظام اقتصادی سرمایه‌داری

این نظام، بر مبنای مکتب‌های اقتصادی فیزیوکراتیسم، کلاسیک، جهان‌بینی فلسفی دئیسم (خداشناسی طبیعی)، ناتورالیسم (اصالت طبیعت) و لیبرالیسم اقتصادی (اصالت فرد و آزادی‌های فردی) شکل گرفته است.

این نوع نظام، موفقیت بیشتر را در فراهم کردن زمینه برای حداکثر کردن سود در بازار می‌داند و ضمن تأکید بر همسویی منافع فرد و اجتماع، مکانیسم بازار را در برقراری تعادل اقتصادی کافی دانسته و هر نوع مداخله دولت را محکوم می‌کند.

نظام اقتصاد سوسیالیستی

با پذیرش مکتب اقتصادی مارکسیسم و جهان‌بینی ماتریالیسم (اصالت ماده) و اصالت جمع، ابزار مادی تولید را به‌عنوان زیربنا و کلیه تحولات جامعه را به‌عنوان روبنا تابع پیشرفت و تکامل ابزار مادی تولید می‌داند.

بیشترین موفقیت اجتماع، در تأمین مصالح و منافع جامعه است، نه فرد. آزادی‌های فردی در زمینه‌های اقتصادی به نفع جامعه سلب می‌گردد و دولت به‌عنوان نماینده جامعه، برنامه‌ریزی را بر عهده می‌گیرد.

نظام اقتصادی اسلام

مسئله اقتصاد، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل زندگی بشری، مطرح است و اسلام نیز نگرش خاصی به آن دارد.

این نوع نظام، تحت تأثیر جهان‌بینی توحیدی و نگرش به فرد و جامعه است و بیشترین موفقیت را در ایجاد توازن میان منافع فرد و اجتماع و برقرار کردن همسویی میان این دو می‌داند. بر همین اساس، آزادی فردی را در یک محدوده به رسمیت شناخته و وظایف گسترده‌ای در زمینه ایجاد تعادل اقتصادی، توازن و تأمین اجتماعی به عهده دولت گذاشته است.

نظام اقتصاد اسلامی عبارت است از مجموعه قواعد کلی ارائه شده در اسلام در زمینه روش تنظیم حیات اقتصادی و حل مشکلات اقتصادی، در راستای تأمین عدالت اجتماعی. در اقتصاد اسلامی ارزش باید به جامعه برگردد یا بین مشتری و تولیدکننده و سرمایه‌دار توزیع شود. پس هر کدام از این پاسخ‌ها مسیر خود را جدا می‌کنند و مکتب کاملاً متمایزی را می‌سازند (۱۷).

اهداف نظام اقتصادی اسلام

نظام اقتصادی اسلام سه نوع هدف دارد:

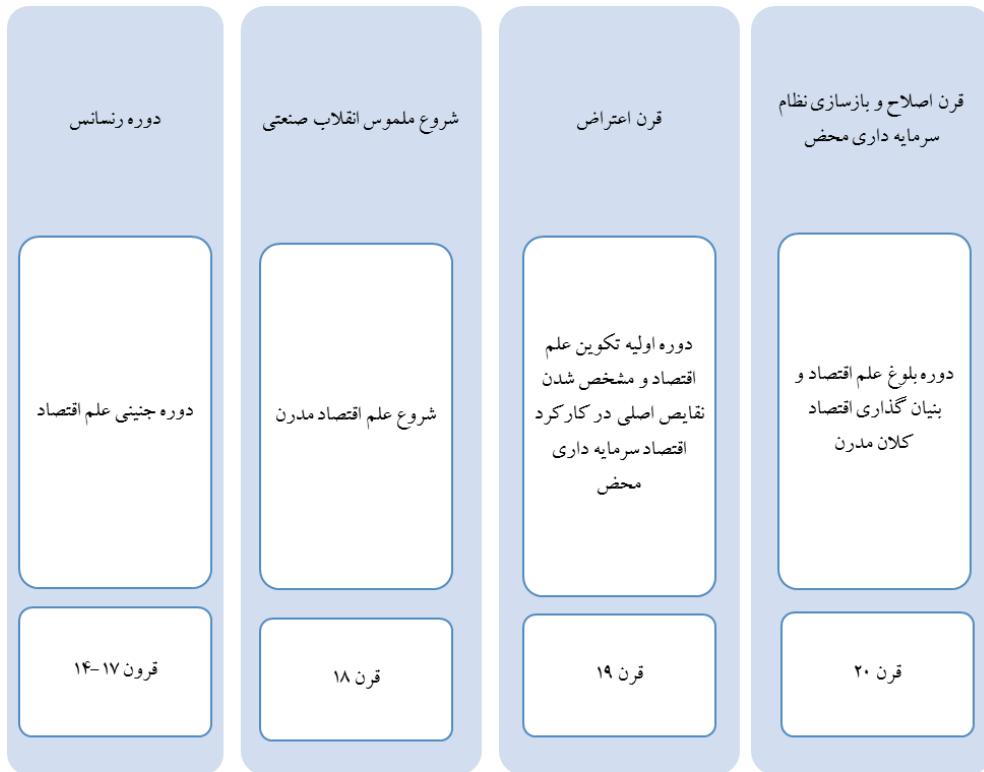
۱. هدف عالی یا غایی؛ هدف عالی نظام اقتصادی اسلام در سطح کلان، رفاه عمومی است؛ یعنی تأکید بر این که همه مردم در جامعه‌ی اسلامی باید به حد رفاه مادی لازم برسند. به لحاظ نظری، راهکارها و تدبیرها، برای رفع فقر و پدیدآوران رفاه برای همه مردم، تفاوت‌هایی بین نظام اقتصادی اسلام و دیگر نظام‌های اقتصادی وجود دارد.
۲. اهداف میانی؛ عدالت، امنیت و رشد اقتصادی و بارور ساختن استعدادهای طبیعت برای تأمین نیازها و رفاه بشر از اهداف میانی اقتصاد اسلامی است. به یقین می‌توان اظهار داشت که هیچ نظام اقتصادی در طول تاریخ سامان نیافته، مگر آن که عدالت و رشد اقتصادی و آبادانی تمام بخش‌های اقتصادی از اهداف آن باشد؛ به همین سبب، هر نظامی برای دستیابی به اهداف موردنظرش تلاش‌های فراوانی را پی می‌گیرد.

۳. اهداف مقدماتی؛ اهداف مقدماتی، برنامه‌هایی است که نظام اقتصادی، برای وصول به اهداف میانی و نهایی پیش می‌گیرد. این اهداف ضرورتی ندارد که به‌طور مستقیم از ناحیه‌ی آموزه‌های دینی تأیید شوند؛ بلکه لازم است دارای دو ویژگی باشند:

الف. برای تحقق اهداف میانی و نهایی نظام اقتصادی باشند؛

ب. باید در چارچوب موازین اسلامی باشند.

با توجه به دو ویژگی پیشین می‌توان ادعا کرد که اهداف مقدماتی محدود نیست و افزون بر آن ممکن است به‌حسب وضعیت اقتصادی، متفاوت باشند (۱۸).



مکاتب اقتصادی
فیزیوکرات
ها، مرکانتیلیست ها

اسمیت پدر علم
اقتصاد

منتقدان اصلی نظام
اقتصادی سرمای
داری محض
(مارکس و...)

کینز: اصلاح کننده
اصلی نظام سرمایه
داری محض

شکل ۱: تاریخ پیدایش و تکوین علم اقتصاد

مکتب اقتصادی ایران

اصلی‌ترین چالش بین اقتصاددانان ایران در خصوص تعیین مکتب اقتصاد کشور است. رویکرد اقتصاد بازار و اعتقاد به حاکمیت بازار و تسویه خودبه‌خود بازار، ریشه در اقتصاد کلاسیک و مکتب کلاسیک اقتصادی دارد که در مکتب «نئوکلاسیکی» تبلور یافته است. شایان‌ذکر است در مکاتب جدید اقتصاد هم دوباره به بازارمحوری روی آورده‌اند. از نگاه علم اقتصاد، بازار مهم‌ترین رکن اقتصادی است که به حاکمیت مکانیسم قیمت کمک می‌کند. الگوی توسعه بسیاری از کشورها، حمایت شدید دولتی را نشان می‌دهد اما همیشه رد پای اقتصاد آزاد کنار هر توسعه‌ای دیده شده است. زمانی که دولت بهره‌وری پایین داشته باشد، نئوکلاسیکی خواندن مدل اقتصاد ایران اعتراض به اقتصاد بازاری است در صورتی که بازار از ضروریات هر اقتصادی است.

بعضی از اساتید اقتصاد در ایران معتقدند که «اقتصاد ایران مثل اقتصاد تمام کشورهای در حال توسعه یک مدل منحصربه‌فرد است و نمی‌توان نوع آن را با مکاتب اقتصادی همخوان دانست. مدل اقتصادی کشورهای در حال توسعه مناسب با ساختار و فرهنگ و نهادهای آن اقتصاد از تئوری‌های علمی جدا شده و در چارچوب خاص خود قابل تشخیص و تبیین است.» (۱۹).

اقتصاد و اقتصاد سلامت

ماهیت اقتصاد، مبادله یا کسب پول می‌باشد و بخش اصلی اقتصاد، بازار است؛ یعنی جایی که خریداران و فروشندگان پول را برای دریافت کالا و خدمات مبادله می‌کنند. بدون خریداران

و فروشندگان، اقتصادی وجود نخواهد داشت، یعنی هیچ جراح ثروتمند، شرکت بیمه، واحدهای درآمد بیمارستان و... نخواهیم داشت. سیاست‌گذاری‌های بخش‌های اقتصادی در جامعه به‌طور مستقیم بر محدود ساختن یا توسعه سلامت ملی تأثیر می‌گذارد (۲۰).

یکی از شاخص‌های محوری توسعه پایدار، سلامت است، سلامت شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. تأمین سلامت شهروندان از نیازهای اصلی محسوب می‌گردد. سلامت ابعاد و تعیین‌کننده‌های متعدد و پیچیده‌ای دارد. در نتیجه تأمین آن به‌صورت تک‌بعدی و یک‌سویه میسر نمی‌شود و نیازمند اتخاذ نگاهی همه‌جانبه و کل‌نگر در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، ملی و جهانی است (۱). می‌توان گفت سلامت، مستقل از متغیرهای اقتصاد کلان نمی‌باشد و هر یک از متغیرهای کلان به‌نوعی بر آن تأثیر می‌گذارد؛ لذا مقتضی است که نگاه برنامه‌ریزان اقتصادی در کشور به‌گونه‌ای باشد که برنامه‌های سلامت و بهداشت و رفاه عمومی کشور، هماهنگ با سایر سیاست‌گذاری‌های بخش اقتصاد کلان صورت گیرد.

یکی از ویژگی‌های بارز بخش سلامت، دخالت گسترده دولت در این بازار است. بیش‌تر دولت‌ها سیاست‌های خود را در جهت تأثیرگذاری در کوتاه‌مدت اعمال می‌کنند. این سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها شامل سیاست پولی و تأثیر آن بر نرخ بهره و در سطح کلان ایستایی خودکار اقتصاد می‌باشد (۱).

خدمات سلامت به‌عنوان کالایی عمومی^۷ از طرف دولت‌ها حمایت و ضمانت می‌شود و تأمین آن جزء وظایف حاکمیت است. با این وجود خدمات سلامت را به دلایل زیر نمی‌توان مثل بسیاری از کالاها و خدمات فقط به دست بازار آزاد سپرد.

پیش‌شرط‌های استقرار بازار آزاد و عملکرد مفید آن عبارت‌اند از رقابت‌پذیری، حاکمیت مشتری، آزادی در انتخاب، جریان آزاد اطلاعات و آگاهی مشتری، تصمیم‌گیری عقلایی، همگونی محصول، بازار کامل به دلیل جنبه‌های ویژه بازار سلامت اجرای پیش‌شرط‌های فوق به علل زیر مشکل و در برخی موارد ناممکن است:

۱. بخش عمده‌ای از خدمات سلامت کالای عمومی است، جنبه همگانی دارد و رقابت ناپذیر می‌باشد.
۲. حیاتی بودن خدمات سلامت و در نتیجه عدم حساسیت به تغییرات قیمت قدرت تصمیم‌گیری را در بسیاری موارد از فرد می‌گیرد و به این دلیل حاکمیت مشتری محدود می‌شود.
۳. محدودیت واحدهای ارائه خدمات و حیاتی بودن خدمات سلامت می‌تواند باعث انحصار شود.

⁷ Public good

۴. عدم تقارن در اطلاعات بهداشتی و پزشکی بین عرضه‌کننده و دریافت‌کننده خدمت، قدرت تصمیم‌گیری و آزادی در انتخاب را از دریافت‌کننده خدمت می‌گیرد.

۵. حیاتی بودن خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات زمینه ایجاد تقاضای القایی (Induced demand) را فراهم می‌کند.

۶. اثرات خارجی (Externality) به‌طور گسترده‌ای در مراقبت‌های سلامت دیده می‌شوند.

۷. شواهد عینی مبین وجود عدم اطمینان گسترده‌ای در این بخش است.

۸. خدمات سلامتی ماهیت و کیفیت یکسانی ندارند و همگون نمی‌باشند.

۹. با پدیده افزایش فزاینده هزینه‌های سلامتی مواجه هستیم (۲۱).

پس می‌توان گفت مهم‌ترین موارد شکست بازار در اقتصاد سلامت عبارت‌اند از: مخاطرات اخلاقی^۸، انتخاب ناسازگار^۹، نامتقارن بودن اطلاعات^{۱۰}، آثار بیرونی^{۱۱} و انحصار طبیعی^{۱۲} (۲۲).

دخالت دولت: به دلیل شکست بازار در حوزه سلامت دخالت دولت‌ها در تنظیم بازار

خدمات بهداشتی و درمانی بسیار ضروری و حیاتی تلقی شده است. این دخالت و مدیریت که به

⁸ Moral Hazard

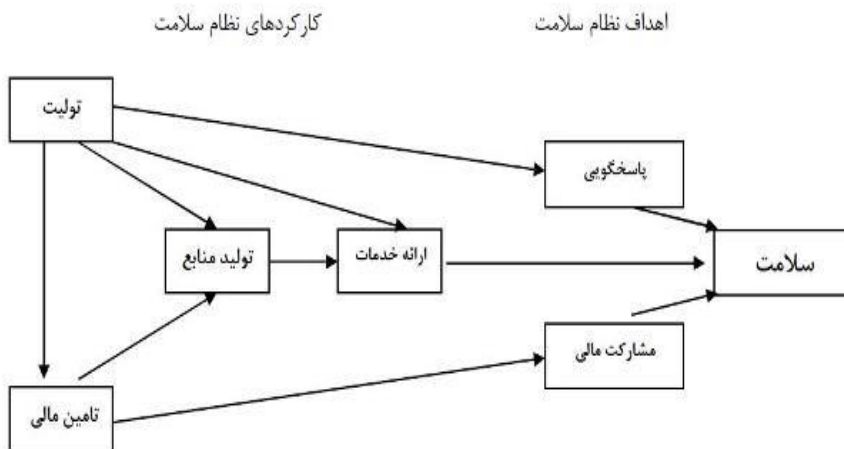
⁹ Adverse Selection

¹⁰ Asymmetry of Information

¹¹ Externalities

¹² Natural Monopoly

«تولیت^{۱۳}: دولت در نظامات سلامت» موسوم می‌باشد، ارتباطی تنگاتنگ با ظرفیت و توان اجرایی کارشناسی دولت‌ها داشته و در کشورهای پیشرفته، بسیار عمیق و گسترده است. برعکس کشورهای جهان سوم به دلیل فقدان سازوکارهای کارآمد تولید دولت در این حوزه بسیار ضعیف بوده و بازار خدمات بهداشتی و درمانی آن‌ها به شدت تحت تأثیر سیاست‌های بخش خصوصی و تابع منافع و تبلیغات کمپانی‌های دارویی و صاحبان حرف پزشکی قرار دارد (۲۳).



شکل ۲: اهداف و کارکرد نظام سلامت

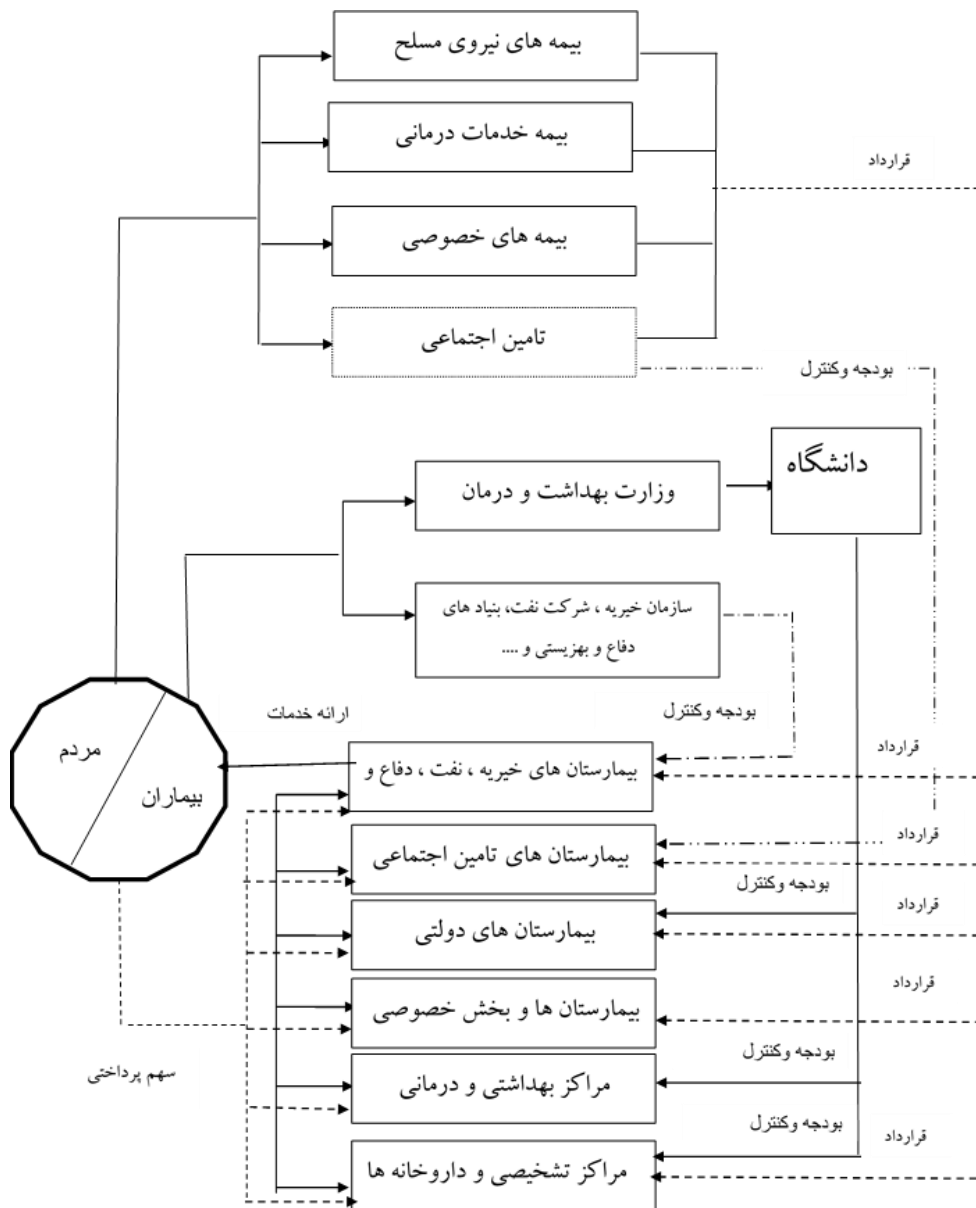
با توجه به آخرین آمارهای بانک جهانی نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های سلامت در ایران برابر ۶/۷ درصد تولید ناخالص داخلی بوده است. در سال ۲۰۱۳ میلادی میانمار، ترکمنستان و قطر سه کشوری بودند که کمترین هزینه (به نسبت تولید ناخالص داخلی) را صرف سلامت می‌کردند. سهم هزینه‌های سلامت در میانمار برابر با ۱/۸ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور و در قطر برابر با ۲/۲ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور بوده است. سهم هزینه‌های سلامت در تولید

¹³ Stewardship

ناخالص داخلی عراق در سال ۲۰۱۳ میلادی برابر با ۳/۶ درصد بود. ایالات متحده آمریکا، جزایر مارشال و لیبریا در سال ۲۰۱۳ میلادی بیشترین بخش از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کردند. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی آمریکا برابر با ۱۷/۹ درصد بوده است که معادل ۸ هزار و ۳۶۲ دلار برای هر فرد بوده است. در جزایر مارشال برابر با ۱۵/۶ درصد و در لیبریا برابر با ۱۵/۵ درصد بوده است. البته این مجموع سهم مخارج دولت و بخش خصوصی است اما تا حدود زیادی این رده‌بندی در مورد میزان مخارج دولت در بهداشت و سلامت نیز مصداق پیدا می‌کند. جالب اینجاست که دولت کوبا بیشترین سهم را در هزینه‌های بهداشت کشورش می‌پردازد و حدود ۹۱/۵ درصد از آن هزینه‌ها را متقبل می‌شود (۲۴).

شکل ۳: نحوه تامین مالی در ایران در بخش‌های مختلف

بخش عمومی	بخش خصوصی
<p>منابع مالی سازمان های بیمه گر در کشور:</p> <ul style="list-style-type: none"> - حق سرانه درمان دریافتی از دستگاه ها سازمان، ها وزارتخانه ها و همچنین بیمه شوندگان -درآمدهای حاصله از وجوه و اموال و دارایی های سازمان - کمک ها و هدایایی که به سازمان اعطا میشود -منابع حاصل از درآمدهای متفرقه -اعتبارات دولتی از محل بودجه عمومی جهت حمایت ها -حق بیمه (مهمترین منبع درآمد) -وجوه حاصل از خسارات و جریمه های نقدی مقرر در قانون 	<p>پرواقت از جیب: بیش از نیمی از مخارج سلامت به این صورت پرداخت می گردد</p>



شکل ۴: نظام بهداشتی درمانی ایران (۲۵)

در این قسمت ابتدا شاخص‌های کلیدی حوزه اقتصاد سلامت در غالب دودسته شاخص‌های اقتصادی حوزه‌ی کلان و خرد، فهرست شده‌اند. سپس شناسنامه‌ی شاخص‌ها در قالب جدول ۱، تدوین شد.

در جدول شماره ۱، مشخصات کلی شاخص‌های اصلی و فرعی، منبع اطلاعات همراه با ذکر تقسیم‌بندی (کشوری یا استانی) و مطالعات انجام‌شده در زمینه شاخص موردنظر با ذکر وضعیت دسترسی (دسترسی یا عدم دسترسی به نتایج) اشاره شده است.

در نهایت پس از مشخص کردن وضعیت موجود شاخص‌ها در دهه‌های اخیر اطلاعات مربوط به هر شاخص از ابتدای انتشار تا سال ۱۳۹۴، در فایل اکسل وارد شده است. در ادامه به ذکر چندین نکته در زمینه‌ی این شاخص‌ها به ترتیب اولویت می‌پردازیم.

۱. نخستین اولویت مربوط به شاخص‌هایی است که نه در گزارشات رسمی و نه در میان مطالعات، آماري از آنان منتشر نشده است و خلأ پژوهشی این موارد در بخش بهداشت و درمان بیشتر به چشم می‌خورد. فهرست این متغیرها در زیر آورده شده است.

- تورم در بخش دارو
- نرخ بیکاری در بخش بهداشت
- نسبت شاغلین بخش بهداشت به جمعیت فعال کشور (نیاز به محاسبه دارد)
- سهم بخش سلامت از اندازه‌ی دولت
- سهم بیمه‌ی درمانی از GDP به تفکیک صندوق
- شاخص رایین‌هود

۲. اولویت دوم مربوط به متغیرهای است که دو آمار متفاوت از آنان در منابع مختلف یافت شده است. در این موارد، هر دو آمار با ذکر منبع وارد و میزان تفاوت آنان با یکدیگر محاسبه شده است. این متغیرها شامل:

• شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی در بخش بهداشت و درمان شهری

• درصد تغییرات شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی شهری

عنوان شاخص	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳
	۸۱	۸۲	۸۳	۸۴	۸۵	۸۶	۸۷	۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲
نقاط شهری (آمار اعلام شده توسط مرکز آمار) ۱۳۹۰=۱۰۰	۱/۵	۱/۸	۱/۱	۴۹	۱/۱	۱/۴	۱/۹	۱/۳	۹۰	۱۰	۱۲	۱۶
	۳۱	۳۵	۴۱		۵۷	۶۳	۷۲	۸۰			۱	۸
نقاط شهری (آمار اعلام شده توسط بانک مرکزی) ۱۳۹۰=۱۰۰		۱/۸	۱/۵	۱/۴	۱/۵	۱/۵	۱/۹	۱/۲	۱/۳	۱۰	۱۲	۱۷
	۲۳	۲۶	۳۱	۳۶	۴۱	۴۸	۵۹	۷۱	۸۵	۰	۹	۳
تفاوت در آمار اعلام شده توسط مرکز آمار و بانک مرکزی	۸/۵	-۹	۹/۶	۱/۶	۱/۶	۱/۹	۱۳	۹/۱	۴/۷	۰	۸/۲	۵/۳
	-											

۳. اولویت سوم مربوط به متغیرهایی است که در منابع رسمی دولتی، آمار یکپارچه‌ای از آنان منتشر نشده و تنها به ذکر نتایج چندین مطالعه که به صورت پراکنده انجام شده بودند اکتفا شد. این شاخص‌ها شامل موارد زیر هستند:

- شاخص تمرکز
- شاخص تایل
- شاخص اتکینسون
- شاخص کاکوانی

- ضریب جینی
- تجارت خارجی بخش سلامت
- بانک اطلاعات اقتصادی اجتماعی

اعداد به دست آمده از مطالعه راغفر و همکارانش که طی سال‌های ۶۳ تا ۸۸ برای شاخص‌های

عدالت به دست آمده به صورت جدول پایین می‌باشند:

۱۳۸۸	۱۳۸۴	۱۳۷۹	۱۳۷۴	۱۳۶۸	۱۳۶۳	عنوان شاخص
						شاخص تمرکز ↓
۰.۴۹۸	۰.۵۳۱	۰.۵۲۶	۰.۵۳۶	۰.۵۱۶	۰.۵۵	نابرابری در هزینه‌های سلامت: کل کشور
۰.۵۰۴	۰.۵۴	۰.۵۱۲	۰.۵۰۸	۰.۴۸۹	۰.۵۲۵	مناطق شهری
۰.۴۹۴	۰.۵۱۷	۰.۵۱۹	۰.۵۵۷	۰.۵۵	۰.۵۳۹	مناطق روستایی
						شاخص اتکینسون ↓
۰.۴۷۳	۰.۴۹۲	۰.۴۲	۰.۴۴۶	۰.۴۴۴	۰.۴۶۷	نابرابری در هزینه‌های سلامت: مناطق شهری
۰.۴۵۵	۰.۴۰۲	۰.۴۰۲	۰.۴۶۶	۰.۴۹۸	۰.۴۷۶	مناطق روستایی
۵۱.۲	۵۳.۲	۵۶.۲	۵۳.۶			درصد پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت
۸۸	۹۵.۳	۹۶.۲	۹۷			درصد پرداخت از جیب از کل هزینه‌های خصوصی سلامت
						شاخص کاکوانی ↓
۰.۱۰۲	۰.۱۱۱	۰.۰۹۹	۰.۱۰۷	۰.۱	۰.۰۹۹	نابرابری در هزینه‌های سلامت: کل کشور
						هزینه‌های کمرشکن ↓
	۲.۳	۲.۲	۲.۱			درصد خانوارهایی مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن: کل کشور
						شاخص مشارکت مالی عادلانه ↓
۰.۸۳	۰.۸۳۷	۰.۸۳۶	۰.۸۳۵			کشوری
۰.۷۹	۰.۸۵۳	۰.۷۸	۰.۷۸	۰.۸	۰.۷۹	مناطق شهری
۰.۷۵	۰.۸۲۶	۰.۷۵	۰.۷۵	۰.۷۷	۰.۷۶	مناطق روستایی
						هزینه‌های فقرزا ↓
۱.۲	۰.۸	۱.۲	۱.۲			درصد خانوارهایی که با پرداخت هزینه‌های سلامت به دام فقر می‌افتند

۴- بحث و نتیجه‌گیری:

برای بررسی و رصد مداوم اقتصاد نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران داشتن اطلاعات

به‌روز در مورد شاخص‌های اقتصادی مهم بخش سلامت ضرورت دارد.

در ادامه شاخص‌های اصلی فرعی به تفکیک در بخش کلان و خرد، مورد بررسی قرار گرفته است.

بخش کلان اقتصاد سلامت

تورم در بخش سلامت: در این دسته، شاخص بهای کالا و خدمات مصرفی بخش سلامت به تفکیک در چند زیرشاخه‌ی: ۱- مقادیر شاخص در نقاط شهری و روستایی، کل کشور و به تفکیک در استان‌ها، ۲- تغییرات این شاخص نسبت به سال قبل در کل کشور، نقاط شهری و روستایی، ۳- تورم در تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتی و ۴- تورم در بخش دارو، ارائه شده است. البته درزمینه‌ی شاخص فرعی تورم در بخش دارو هنوز آمار رسمی منتشر نشده است. محاسبه‌ی میزان تورم در بخش‌های مختلف بهداشت و درمان در کشور ما با توجه به سهم بالای پرداخت از جیب مردم که در آخر سال ۹۱ به ۷۰٪ می‌رسید از اهمیت زیادی برخوردار است. به‌خصوص در بخش دارو که تاکنون گزارش رسمی منتشر نشده است. البته انتظار می‌رود تا با اجرای طرح تحول نظام سلامت، میزان این تورم کاهش پیدا کند اما تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نگرفته است. لذا پیشنهاد می‌گردد تا اطلاعات آن در سطح استانی و کشوری مورد ارزیابی قرار گیرد.

عدالت در توزیع خدمات: با توجه به محدودیت منابع موجود در بخش سلامت و ضروری بودن کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی در زندگی افراد، توزیع عادلانه‌ی خدمات در میان اقشار با توجه به سطح نیاز مردم از اهمیت زیادی برخوردار است. عدالت در توزیع خدمات

سلامت، مفاهیم بالا را در غالب چندین شاخص (شاخص تمرکز، رابین‌هود، تایل، اتکینسون، سرانه‌ی تخت و سرانه‌ی پزشک و ضریب جینی) موردسنجش قرار داده است. متأسفانه در موارد شاخص‌های تمرکز، رابین‌هود، تایل، اتکینسون، آمار یکپارچه‌ی دولتی در دست نبود و تمرکز مطالعات انجام‌شده تنها بر مقادیر این شاخص‌ها درزمینه‌ی بهره‌مندی از خدمات یا هزینه‌های سلامت، اغلب در سطح کشوری و در نقاط شهری و روستایی یا بسیار محدود در سطح استانی بوده است. درزمینه‌ی سرانه‌ی تخت و پزشک نیز از محاسبات مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ استفاده‌شده و مقادیر این شاخص به‌صورت محاسبه‌شده در منابع رسمی موجود نمی‌باشد.

اما مطالعات انجام‌شده درزمینه‌ی ضریب جینی برخلاف موارد قبل، به‌صورت جزئی توزیع برخی خدمات بهداشتی درمانی مانند: انواع تخت، پزشکان با تخصص‌های مختلف و در مواردی نابرابری در هزینه‌های سلامت یا توزیع نابرابر خدمات سلامت را در سطح استانی موردبررسی قرار داده است. بررسی شاخص‌های معرفی‌شده در این بخش، در رسیدن سیستم سلامت به عدالت در توزیع و بهره‌مندی از خدمات، به‌خصوص خدمات بحرانی‌تر، در سطح استانی (اولویت با استان‌های محروم) پیشنهاد می‌شود.

عدالت در تأمین مالی: از اهداف مهم طرح تحول نظام سلامت، برقراری عدالت در

تأمین مالی نظام سلامت و کاهش بار هزینه‌های پرداختی مستقیم توسط بیمار می‌باشد. این بخش در غالب شاخص پرداخت از جیب، شاخص کاکوانی، شاخص هزینه‌های کمرشکن، شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی و شاخص هزینه‌های فقر را معرفی‌شده است. مطالعات اندکی از سال

۱۳۸۱ به بعد، به صورت پراکنده شاخص پرداخت از جیب را در سطح استانی محاسبه کرده‌اند. پیشنهاد می‌شود تا به جای اندازه‌گیری این هزینه‌ها به تنهایی، مطالعاتی همانند مطالعه‌ی انجام گرفته در استان کردستان (۱۳۸۸)، میزان پرداخت از جیب خدمات سلامت را به صورت جزئی در زیرشاخه‌های فرعی از خدمات (تشخیصی، بستری، سرپایی، خدمات دندان پزشکی، دارویی و ...) در استان‌های مختلف موردسنجش قرار دهند تا اطلاعات یکپارچه‌ای از وضعیت پرداخت از جیب جمع‌آوری شود و مبنای سیاست‌گذاری قرار گیرند.

شاخص هزینه‌های کمرشکن نیز متعاقباً و به دنبال بالا رفتن پرداخت از جیب و حفاظت مالی اندک از اقشار آسیب‌پذیر (بیماران) بالا می‌رود. محاسبه‌ی درصد خانوارهای مواجه شده با این هزینه‌ها در هر استان، مبنای سیاست‌های قیمت‌گذاری و یارانه‌ی خدمات، خواهد بود. مطالعات در این زمینه به صورت محدود در سه استان کشور (یزد، مشهد و کرمان) انجام گرفته و درصد خانوارهای مواجه شده با این هزینه‌ها به تفکیک بر اساس عوامل مختلف مشخص شده است.

شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی به عقیده‌ی سازمان بهداشت جهانی یکی از متغیرهای اصلی در اندازه‌گیری کارایی و عملکرد نظام‌های ارائه خدمات سلامت در کشورهای دنیا می‌باشد. اهمیت این شاخص تا حدی است که سازمان بهداشت جهانی وزن ۲۵ درصدی برای محاسبه شاخص کلی عملکرد نظام‌های سلامتی به آن داده است. به عبارت دیگر یک نظام سلامتی وقتی در عادلانه‌ترین وضعیت از نظر تحمیل بار مالی قرار دارد که درصد هزینه‌های مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه‌های سلامت پایین و پیش‌پرداخت‌ها متناسب با ظرفیت پرداخت درآمد باشد و

افراد غنی مشارکت مالی بیشتری داشته باشند؛ اما در ایران تنها به چندین مطالعه در سطح کشوری اکتفا شده است. شاخص هزینه‌های فقر را نیز، درصد مواجه خانوارها با هزینه‌های سلامتی را مشخص می‌کند که خانوار را به دام فقر می‌اندازد. در این مورد نیز تنها یک مطالعه‌ی کلی در سطح کشور انجام شده است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود که در این راستا مطالعات بیشتر و دقیق انجام گیرد.

اشتغال و بیکاری در بخش بهداشت: متأسفانه در این مورد نیز آمار منتشر شده‌ای وجود

ندارد و نیاز است تا مقادیر آن با توجه به داده‌های اولیه‌ی موجود در مرکز آمار ایران محاسبه شود.

سهم بخش‌های مختلف سلامت از GDP: این شاخص آینده‌ی توجه دولت به بخش

سلامت است. سرمایه‌گذاری در سلامت موجب رشد و رفاه بیشتری برای جامعه می‌شود، همچنین رابطه مستقیمی بین سرمایه‌گذاری فزاینده دولت‌ها در نظام بهداشتی و افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر کودکان وجود دارد؛ به همین دلیل اقتصاددانان اساساً سرمایه‌گذاری در سلامت را هزینه نمی‌دانند. آمار مربوط به این شاخص به تفکیک در بخش‌های خصوصی و دولتی از سال ۱۳۷۴ موجود است.

تجارت خارجی بخش سلامت: اهمیت این بخش به دلیل تأثیر تجارت بین‌المللی

خدمات سلامت بر موازنه‌ی بین توزیع عادلانه‌ی این خدمات، ایجاد انگیزه برای افزایش کارایی

نظام سلامت و مدیریت منابع محدود مالی دولت‌ها است و پیامدهای مثبت یا منفی برای نظام سلامت و جامعه به همراه می‌آورد. آمار موجود در این بخش مربوط به مطالعه‌ای در زمینه‌ی توریست‌های سلامت در کشور و میزان درآمدزایی و سرمایه‌گذاری در کشور است.

واردات و صادرات محصولات دارویی: برخلاف خدمات بیمارستانی، آمار مربوط به

واردات و صادرات محصولات دارویی توسط مرکز آمار ایران منتشر شده است.

ارزش‌افزوده‌ی بخش بهداشت و درمان: آمار مربوط به ارزش‌افزوده‌ی بخش

بهداشت و درمان (به قیمت ثابت و جاری) از سال ۱۳۴۰، همه‌ساله توسط مرکز آمار و در غالب حساب‌های ملی سالانه به تفکیک در بخش دولتی و خصوصی منتشر شده است. مقایسه‌ی این ارقام در استان‌های مختلف نشان‌دهنده‌ی سهم بخش دولتی در ارائه‌ی خدمات و در نتیجه تأمین عدالت اجتماعی در پرداخت هزینه‌های سلامت یا به عبارت دیگر تأمین عدالت مالی از نظر هزینه‌های این بخش می‌باشد که از اهداف مهم برنامه‌های توسعه‌ای کشور و از شروط لازم تحقق اهداف انسانی سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور است.

سهم بخش سلامت از اندازه‌ی دولت: مفهومی است که نه در گزارشات و آمار

منتشر شده و نه در میان مطالعات، تاکنون بدان پرداخته نشده است.

سهم دولت از تأمین مالی بخش سلامت: این شاخص کلی نیز از طریق سنجش سهم

دولت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت (هزینه‌های بهداشتی و هزینه‌های سلامت) به تفکیک

ترجمان‌ها و نهادهای دولتی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، نیروهای مسلح، سایر دستگاه‌های دولتی، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت، صداوسیما، شهرداری، صندوق‌های تأمین اجتماعی و کل بخش دولتی) تعریف می‌شود. آمارهای منتشرشده در این بخش از حساب‌های ملی سلامت استخراج شده‌اند.

وضعیت پوشش بیمه‌ای: تعداد افراد تحت پوشش بیمه‌های درمانی (تأمین اجتماعی، خدمات درمانی) را مشخص می‌کند. این آمار یکپارچه در محاسبه‌ی ضریب نفوذ بیمه‌ای بیمه‌ها در استان‌های مختلف، استفاده می‌شود.

سهم بخش دولتی در ارائه خدمات: اگرچه مقصود اساتید از طرح این شاخص، سهم دولت در هزینه‌های هر بخش می‌باشد اما متأسفانه آماری در این زمینه یافت نشد و به‌جای آن، سهم بخش دولتی و خصوصی در ارائه‌ی خدمات در بخش‌های: ۱- سرپایی (مراکز بهداشتی درمانی، داروخانه‌ها، آزمایشگاه، رادیولوژی، توان‌بخشی و ۲- بستری: تعداد تخت‌های بیمارستانی، جایگزین شد. بررسی این آمار ضعف و خلأهای ایجادشده، در ارائه‌ی خدمات بیمارستانی بخش دولتی که بیماران را در معرض بازار خدمات درمانی خصوصی و هزینه‌های کمرشکن قرار می‌دهد را نشان داده و در مطالعات این حوزه مورد استفاده است.

هزینه‌های بهداشتی درمانی: آمار منتشرشده در این بخش که از بانک جهانی دریافت شده نشان‌دهنده‌ی وضعیت هزینه‌های بهداشتی درمانی کشور در سال‌های مذکور است. اهمیت

هزینه‌های بهداشتی درمانی به دلیل ضروری بودن کالای سلامت، بی تفاوت بودن خریداران نسبت به قیمت و در نتیجه تأثیر زیاد آن بر بودجه‌ی خانوار است. متأسفانه آمار موجود در سطح کشور بوده و محاسباتی درزمینه‌ی این شاخص‌ها در سطح استانی انجام نگرفته است. بررسی دقیق وضعیت استان‌ها، گام بزرگی در طراحی سیاست‌های دقیق‌تر و رسیدن به اهداف نهایی سیستم سلامت، یعنی محافظت از اقشار آسیب‌پذیر خواهد بود.

بانک اطلاعاتی شاخص‌های اقتصادی اجتماعی بیمه‌شده‌ها: منظور از بانک

اطلاعاتی، گردآوری اطلاعات افراد تحت پوشش نظام سلامت در همه ابعاد مهم از جمله وضعیت سلامت، درآمد، بیمه، شغل و ...، مشابه آنچه در کشورهای پیشرفته وجود دارد، می‌باشد تا بر اساس اطلاعات صحیح و دقیق به برنامه‌ریزی برای ابعاد مختلف مربوط به سلامت کشور پرداخته شود. به‌عنوان مثال: در تعیین حق بیمه افراد بجای برخورد یکسان با همه‌ی افراد، بر مبنای اطلاعات جمعیت تحت پوشش ریال دست به تصمیم‌گیری زد. برای رسیدن به همه اهداف موردنظر اقتصاد سلامت از جمله عدالت، داشتن همچنین بانک اطلاعاتی موردنیاز و مطلوب است.

بخش خرد اقتصاد سلامت

در حوزه‌ی خرد اقتصاد سلامت به دلیل ماهیت گسترده‌ی، جز در مورد شاخص سهم بیماری‌های مختلف از بودجه‌ی بهداشت و درمان، اطلاعات یکپارچه‌ای از مقادیر شاخص‌ها منتشر نشده و نیاز به انجام پژوهش‌های کاربردی درزمینه‌ی این شاخص‌ها وجود دارد.

شاخص تفاوت تعرفه و قیمت تمام‌شده‌ی خدمات: لازمه‌ی این شاخص، محاسبات

اولیه‌ی درزمینه‌ی قیمت تمام‌شده‌ی کالاها و خدمات سلامت است. جمع‌آوری اطلاعات مفید در این زمینه، سیاست‌گذاران را در فرآیند تعیین تعرفه‌ی عادلانه‌ی خدمات یاری می‌کند. اهمیت این بخش درزمینه‌ی خدمات ضروری‌تر یا خدماتی که پوشش بیمه‌ای کمتری نسبت به بقیه دارند، پررنگ‌تر است.

هزینه به ازای هر کالی: متأسفانه باوجود اطلاعات مفیدی که محاسبه‌ی این شاخص

درزمینه‌ی پیامدهایی نظیر ایمنی، اثربخشی و هزینه-اثربخشی یک روش، دارو یا تجهیزات پزشکی در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار می‌دهد، نتایج یافت شده تنها محدود به یک مطالعه‌ی ثانویه درزمینه‌ی دارویی خاص می‌باشد. درنتیجه پیشنهاد می‌گردد به این شاخص اهمیت ویژه‌ای دهند و موردبررسی قرار گیرد.

سهم بیماری‌های مختلف از بودجه‌ی بهداشت و درمان: نتایج تحلیل بودجه‌ی

بخش سلامت که توسط دفتر مطالعات اجتماعی مجلس گردآوری شده است، از سال ۱۳۸۵، به فایل اکسل وارد شده است. استخراج این شاخص به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا میزان سرمایه‌گذاری‌های دولتی در پیشگیری یا کنترل بیماری‌های مختلف را دنبال کرده و در صورت احساس نیاز در بخش‌های خاص، اطلاعات لازم جهت اصلاح بودجه یا تخصیص بودجه به فصل‌های جدید را فراهم کنند. در کنار این شاخص، در قسمتی دیگر سهم مراکز تحقیقات بیماری‌های مختلف از بودجه‌ی بخش بهداشت و درمان نیز آورده شده است. این مراکز به‌نوبه‌ی

خود سهم زیادی در ارزیابی وضعیت کنونی یک بیماری و تحلیل روش‌های تشخیصی و درمانی روز دنیا دارند.

بار مالی تحمیل‌شده به بیمه به تفکیک بیماری: متأسفانه در این زمینه اطلاعات

زیادی در دست نیست و مطالعات انجام گرفته تنها محدود به محاسبه‌ی میانگین سهم پرداختی بیمه در شایع‌ترین کدهای تشخیصی در افراد ۶۰ سال به بالا، می‌باشد. انجام پژوهش‌های کاربردی در زمینه‌ی بار هزینه‌ای گروه‌های مختلف بیماران از بیمه، مانند: بیماران خاص، موجب می‌شود تا با مقایسه‌ی این ارقام با بار کلی بیماری‌ها، راهکارهایی چون: اصلاح سهم پرداختی بیمه یا تعلق گرفتن یارانه‌های دولتی به آن اتخاذ شود تا بتوان حفاظت مالی بیشتری از افراد تحت پوشش، به‌خصوص در مواردی که بیمار نیاز به مراقبت‌های پرهزینه یا طولانی‌مدت دارد، به عمل آورد.

تعیین هزینه اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان: اهمیت و لزوم

انجام تحلیل‌های اقتصادی در حوزه‌ی سلامت به‌منظور حداکثر کردن برون‌دادهای بهداشتی به ازای حداقل استفاده از منابع، بر هیچ‌کس پوشیده نیست. محدودیت منابع در دسترس بر اهمیت این موضوع می‌افزاید. انجام تحلیل‌های اقتصادی در زمان ورود تکنولوژی یا رویه درمانی جدید یا تصمیم‌گیری در زمینه‌ی دورویه‌ی درمانی جایگزین، از اتلاف منابع می‌کاهد و اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. مطالعات انجام‌شده در این زمینه از سال ۱۳۸۰ تاکنون، متمرکز بر رویه‌های درمانی یا داروهای جایگزین بوده است. با توجه به گران بودن ورود

تکنولوژی‌های جدید به عرصه‌های تشخیصی و درمانی، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌هایی در زمینه‌ی سنجش اثربخشی این تکنولوژی‌ها به ازای هزینه‌ی مصروفه انجام شود.

بار بیماری‌ها: محاسبه‌ی بار بیماری‌ها سیاست‌گذاران بخش سلامت را از آثار یک بیماری

خاص بر سلامت جامعه و لزوم سرمایه‌گذاری بر آن، پیش از شیوع گسترده و یا به‌منظور کنترل آن، مطلع می‌کند. مطالعات مربوط به بار بیماری‌ها از سال ۱۳۸۲، انجام شده است. در این میان پرداختن به بیماری‌های مزمن و مادام‌العمر که سلامت فرد و اقتصاد خانوار و جامعه را در مدتی طولانی تحت تأثیر قرار می‌دهند از اولویت پژوهشی برخوردارند.

با توجه به یافته‌های مطالعه کمبودهای موجود در این زمینه در قالب جدول شماره دو

ارائه شده است.

جدول شماره ۲ شاخص‌های ناموجود در اقتصاد سلامت

شاخص‌های کلان اقتصاد سلامت

تورم در بخش دارو: در سطح کشوری و استانی موردنیاز است.
شاخص تمرکز
شاخص رابین‌هود
شاخص تایل
شاخص اتکینسون
ضریب جینی
شاخص کاکوانی
شاخص هزینه‌های کمرشکن
شاخص مشارکت مالی عادلانه
هزینه‌های فقر زا
سهم بخش سلامت از اندازه دولت
شاخص‌های اقتصادی اجتماعی بیمه‌شده‌ها

شاخص‌های خرد اقتصاد سلامت

شاخص تفاوت تعرفه و قیمت تمام‌شده خدمات
هزینه به ازای هر QALY به تفکیک بیماری‌های مختلف
بار هزینه‌ای بیماری‌ها در هر یک از صندوق‌های بیمه‌ای به تفکیک بیماری‌های مختلف
تعیین هزینه اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان بر اساس جدول لیگ خدمات بهداشتی درمانی

۵- رفرنس‌ها

- ۱- احمدیان راد، ر. سیر پیدایی و تکوین مکاتب اقتصادی. روزنامه رسالت، ص ۱۸، شماره ۷۵۸۰ به تاریخ ۹۱/۴/۱۳.
- ۲- احمدی، علی محمد، محمد غفاری، حسن، عماد، سید جواد. «رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با سلامت در ایران» فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳. ص ۳۲-۷.
- 3- *Wikipedia: The Free Encyclopedia*. Wikimedia Foundation, Inc., date last updated (۱۶November 2014). Web. Date accessed (24 November 2015). https://fa.wikipedia.org/wiki/مکاتب_اقتصادی
- ۴- شارل، ژید؛ تاریخ عقاید اقتصادی، کریم سنجابی، تهران انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۰، جلد اول، ص ۲.
- ۵- تفضلی، فریدون؛ تاریخ عقاید اقتصادی (از افلاطون تا دوره معاصر)، تهران، نی، ۱۳۷۲، چاپ اول، ص ۵۲.
- 6- Oser, Jones. The evolution of economic thought: Harcourt, Brace & World; 1970.
- 7- [Internet]. 2015 [cited 29 November 2015];:1966. Available from: <http://www.donya-e-eqtasad.com/news/586539/>
۷. [Internet]. 2015 [cited 29 November 2015];:1966. Available from: <http://www.donya-e-eqtasad.com/news/586539/>
- 8- E. Roy Weintraub. "Neoclassical Economics." *The Concise Encyclopedia of Economics*. .translate by Dr Hossein Mirjalili, David R. Henderson, ed. Originally published as *The Fortune Encyclopedia*

of Economics, Warner Books. 1993. Library of Economics and Liberty [Online] available from <http://www.econlib.org/library/Enc1/NeoclassicalEconomics.html>; accessed 29 November 2015; Internet.

- ۹- صدر، محمدباقر؛ اقتصاد ما، ترجمه ع. اسپهبدی، تهران، برهان، ۱۳۵۰ جلد دوم، ص ۱۴-۱۷.
- ۱۰- سادات حسینی، سید حسین؛ نظام اقتصادی صدر اسلام، جزوه کلاسی، دانشگاه مفید، ۱۳۸۶، مقدمه، ص ۲.
- ۱۱- نمازی، حسین؛ نظام‌های اقتصادی؛ تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۷، چاپ پنجم، ص ۳۱-۳۳.
- ۱۲- نمازی، حسین؛ نظام‌های اقتصادی؛ تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۷، چاپ پنجم، ص ۳۷.
- ۱۳- لاروژی، ژوزف؛ نظام‌های اقتصادی، ترجمه شجاع‌الدین ضیائیان، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۵۵، چاپ دوازدهم، ص ۱
- ۱۴- میرمعزی، سیدحسین؛ اسلام و نظام اقتصادی، فصلنامه اقتصاد اسلامی، سال اول، پاییز ۱۳۸۰، شماره ۳، ص ۹۲.
- ۱۵- رزمی، علی‌اکبر؛ نظام‌های اقتصادی، مشهد، موحد، ۱۳۷۲، چاپ اول، ص ۱۶-۱۷.
- ۱۶- منذر، قحف؛ دین و اقتصاد (نظام اقتصادی اسلام و علم تحلیل اقتصادی اسلام)، ترجمه سیدحسین میرمعزی، فصلنامه اقتصاد اسلامی، ۱۳۸۴، شماره ۱۸، ص ۱۷۱-۱۷۳
- ۱۷- نمازی، حسین؛ نظام‌های اقتصادی؛ تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۷، چاپ پنجم، ص ۴۰.
- ۱۸- یوسفی، محمدعلی؛ ابهام در اهداف نظام اقتصادی اسلام، فصلنامه اقتصاد اسلامی، شماره ۲۳، ۱۳۸۶، ص ۱۱۷-۱۳۴.

۱۹- مکتب اقتصادی ایران چیست؟ (سه شنبه، ۲۱ مرداد ۱۳۹۳)، صمت. کرمی.س. شماره ۳۷۹.

۲۰- گتزن، توماس ای. اقتصاد سلامت: اصول و جریان منابع، مترجمین. نکویی مقدم، محمود میر سلیمانی. محمدرضا، بهرامی. محمد امین.؛ انتشارات وزارت بهداشت، ص ۲۸.

۲۱-- وزارت بهداشت، درمان و آموزش. سند توسعه ملی سلامت. تهران: وزارت بهداشت؛ سال ۱۳۸۳، ص ۱۳.

۲۲- مهرآرا، محسن. اقتصاد بهداشت، چاپ دانشگاه تهران، موسسه انتشارات و چاپ، چاپ اول، سال ۱۳۸۷، ص ۴۹-۵۱.

۲۳- واعظ مهدوی، محمدرضا. آیا اصلاحات رئیس جمهور جدید امریکا در بهداشت و درمان به معنای پایان اندیشه لیبرالیسم در این حوزه است؟ نوشته شده ۲۲ دی ۱۳۸۸.

24- The World Bank, World Development Indicators (2015). Health expenditure, total (% of GDP) [Data file]. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

۲۵- آصف زاده، سعید. عزیزپور، رضا. مدیریت بهداشت و درمان. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین و حدیث امروز، چاپ اول، ۱۳۸۵، ص ۹۵.

جدول ۱: شناسنامه‌ی شاخص‌ها

شاخص‌های حوزه‌ی کلان اقتصاد سلامت				
مطالعات داخلی مرتب	وضعیت و سطح دسترسی	شاخص‌های فرعی	عنوان شاخص	ردیف
<p>بررسی و تحلیل تغییرات شاخص تورم در بخش عمومی و بخش سلامت کشور ایران. احمدی و همکاران (متوسط تورم تعرفه‌های بخش‌های خصوصی و دولتی از سال ۷۴ تا ۸۶ در سطح کشوری محاسبه شده است)</p>	<p>شاخص قیمت کالا و خدمات بخش بهداشت و درمان توسط مرکز آمار ایران ارائه می‌شود (کشوری)</p>	<p>تورم در بخش درمان</p>	<p>تورم در بخش سلامت</p>	<p>۱</p>
	<p>عدم وجود</p>	<p>تورم در بخش دارو</p>		
	<p>موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (کشوری)</p>	<p>درصد تغییرات شاخص قیمت در بخش بهداشت و درمان</p>		
	<p>تعرفه‌های خدمات خصوصی در سال ۹۱ و ۹۲ و ۹۳، موجود در سایت وزارت بهداشت (کشوری)</p>	<p>متوسط تورم تعرفه‌های بخش خصوصی</p>		

	تعرفه‌های خدمات دولتی در سال ۹۱ و ۹۲، موجود در سایت وزارت بهداشت (کشوری)	متوسط تورم تعرفه‌های بخش دولتی		
تحلیل فضایی نابرابری سلامت در شهر شیراز (محاسبه‌ی شاخص تمرکز پاسی و دورسلا در مناطق نه‌گانه‌ی شهر شیراز در سال ۸۵) محاسبه‌ی شاخص‌های اندازه‌گیری نابرابری در سلامت در استان مرکزی (محاسبه‌ی شاخص تمرکز نسبی و مطلق در سال ۸۶) اندازه‌گیری نابرابری در هزینه‌های سلامت (اندازه‌گیری شاخص تمرکز به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور در سال‌های ۶۳، ۶۸، ۷۴، ۷۹، ۸۴ و ۸۸)	عدم وجود	شاخص تمرکز	عدالت در توزیع خدمات	۲
	عدم وجود	رایب‌هود		

<p>محاسبه‌ی شاخص‌های اندازه‌گیری نابرابری در سلامت در استان مرکزی (محاسبه‌ی شاخص نسبی تایل در سال ۸۶)</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>تایل</p>	
<p>اندازه‌گیری نابرابری در هزینه‌های سلامت (اندازه‌گیری شاخص اتکینسون به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور در سال‌های ۶۳، ۶۸، ۷۴، ۷۹، ۸۴ و ۸۸)</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>اتکینسون</p>	
<p>وضعیت توزیع پزشک متخصص و تخت فعال در بیمارستان‌های دولتی ایران سال‌های ۸۰ تا ۸۵ (عدم دسترسی به متن کامل مقاله)</p>	<p>اطلاعات اولیه‌ی مربوط به توزیع تخت در سالنامه‌ی آماری مرکز آمار ایران (استانی)</p>	<p>سرانه تخت بیمارستانی</p>	
<p>عدالت در توزیع تخت‌های مراقبت ویژه در ایران از رویکرد منحنی لورنز و ضریب جینی در سال ۱۳۸۶ (محاسبه‌ی سرانه‌ی تخت‌های مراقب ویژه‌ی اطفال و بزرگسالان به تفکیک استان) (عدم دسترسی به نتایج این بخش)</p>	<p>اطلاعات اولیه‌ی مربوط به توزیع پرسنل پزشکی به تفکیک پزشکی (عمومی و تخصص‌های مختلف) و پیراپزشکان در سالنامه‌ی مرکز آمار ایران (استانی)</p>	<p>سرانه پرسنل پزشکی</p>	

<p>عدالت در توزیع تخت‌های مراقبت ویژه در ایران از رویکرد منحنی لورنز و ضریب جینی در سال ۱۳۸۶ (محاسبه‌ی ضریب جینی تخت‌های مراقب ویژه در ایران) (در سطح کشوری)</p> <p>سنجش نابرابری در توزیع منابع بهداشتی و درمانی: یک مطالعه موردی (مقدار ضریب جینی محاسبات نیروی انسانی و تخت در بخش بهداشت و درمان استان اردبیل، سال‌های ۸۰ تا ۸۵)</p> <p>تحلیل ارتباط بین توزیع نهاده‌های بخش بهداشت با پیامدهای سلامتی در سال‌های ۷۹ تا ۸۷ در ایران</p> <p>(محاسبه‌ی ضریب جینی پزشکان، پرستاران و تخت بیمارستانی در سطح کشوری) (عدم دسترسی به اطلاعات محاسبه‌شده‌ی هر سال)</p> <p>محاسبه‌ی شاخص‌های اندازه‌گیری نابرابری در سلامت در استان مرکزی</p> <p>(محاسبه‌ی ضریب جینی در سال ۸۶)</p>	عدم وجود	ضریب جینی		
--	----------	-----------	--	--

<p>برآورد پرداخت مستقیم از جیب خدمات سرپایی بیماران درمان در شهر قزوین در سال ۹۱ درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت توسط مردم در استان کردستان در سال ۱۳۸۸ برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان در سال ۸۸ (محاسبه‌ی سهم هزینه‌های کل، پرداخت از جیب از بودجه‌ی خانوار)</p>	<p>در موجود world bank (کشوری)</p>	<p>پرداخت از جیب</p>	<p>عدالت در تأمین مالی</p>	<p>۳</p>
--	--	--------------------------	--------------------------------	----------

<p>برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان در سال ۸۸ (محاسبه‌ی سهم هزینه‌های کل، پرداخت از جیب از بودجه‌ی خانوار) الگوی مصرف خدمات بهداشتی درمانی در سبد مصرفی خانوارهای استان کرمان سال ۷۵ تا ۸۱ (متوسط هزینه مصرفی انواع کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی یک خانوار شهری و روستایی در استان کرمان)</p>	<p>موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (استانی)</p>	<p>سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی از بودجه خانوار</p>		
<p>اندازه‌گیری نابرابری در هزینه‌های سلامت (اندازه‌گیری شاخص کاکوانی به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور در سال‌های ۶۳، ۶۸، ۷۴، ۷۹، ۸۴ و ۸۸)</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>شاخص کاکوانی</p>		

<p>بررسی برابری در تأمین مالی</p> <p>هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی سال‌های ۸۲ تا ۸۶ (محاسبه‌ی درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت در نقاط شهری و روستایی و کل کشور) (در سطح کشوری)</p> <p>محاسبه‌ی شاخص عدالت در مشارکت مالی و نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی در مناطق مختلف ایران بین سال‌های منتخب ۱۳۶۳ و ۱۳۸۸ (به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور)</p> <p>تعیین میزان هزینه‌های کمرشکن سلامت خانوارهای استان یزد در سال ۱۳۹۰ برآورد میزان مواجهه خانوارهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۱</p> <p>بررسی میزان مشارکت مالی خانوارها در استفاده از خدمات سلامت در سال ۱۳۹۱</p> <p>بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های کمرشکن خدمات درمانی در بیمارستان‌های</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>هزینه‌های کمرشکن</p>
--	-----------------	-------------------------

<p>عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله اجرای برنامه سوم و چهارم توسعه در سال ۹۰ (به تفکیک مناطق شهری و روستایی و کل کشور)</p>	عدم وجود	شاخص مشارکت مالی عادلانه		
<p>عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت (محاسبه‌ی شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی در دوره‌ی زمانی ۷۴ تا ۸۱) عدم دسترسی به اطلاعات)</p> <p>محاسبه‌ی شاخص عدالت در مشارکت مالی و نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی در مناطق مختلف ایران بین سال‌های منتخب ۱۳۶۳ و ۱۳۸۸ (به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور)</p> <p>تأثیر ناکارآمدی بیمه بر فقر خانوارهای کشور (محاسبه‌ی نرخ فقر، شکاف و شدت فقر ناشی از هزینه‌های بهداشتی درمانی در سال‌های ۶۳، ۶۸، ۷۴، ۷۹، ۸۴ و ۸۸ به تفکیک در مناطق شهری و روستایی و کل کشور) (در سطح کشوری)</p>	عدم وجود	هزینه‌های فقرزا		

	<p>آمار خام آن جهت محاسبه‌ی شاخص در سایت مرکز آمار ایران موجود است (استانی)</p>	<p>نسبت شاغلین بخش بهداشت به جمعیت فعال کشور</p>	<p>۴ اشتغال و بیکاری</p>
	<p>موجود در سایت مرکز آمار ایران</p>	<p>نرخ بیکاری در بخش بهداشت</p>	
<p>تحلیل تجربی رابطه بین مخارج بهداشتی و تولید ناخالص داخلی در ایران در سال‌های ۱۳۳۸ تا ۱۳۸۳ (عدم دسترسی به اطلاعات مطالعه) بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاست‌های بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان (بررسی اعتبارات بودجه‌ای دولت در سال ۸۲) (در سطح کشور)</p>	<p>موجود در سایت WHO (کشوری)</p>	<p>سهم بخش عمومی از مخارج بهداشتی</p>	<p>۵ سهم بخش‌های مختلف بهداشت از GDP</p>
	<p>موجود در سایت WHO (کشوری)</p>	<p>سهم بخش خصوصی از مخارج بهداشتی</p>	
<p>توریزم درمانی در ایران و جهان تعداد توریست‌های سلامت، میزان درآمد ارزی، تعداد شغل ایجادشده و میزان سرمایه‌گذاری از سال ۱۳۸۴ تا ۱۴۰۰</p>	<p>موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (کشوری)</p>	<p>واردات و صادرات خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی</p>	<p>۶ تجارت خارجی بخش سلامت</p>

	واردات و صادرات محصولات دارویی	موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (کشوری)		
۸	ارزش افزوده بهداشت (به قیمت ثابت و جاری)	ارزش افزوده بهداشت (به قیمت ثابت و جاری)	موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (کشوری)	۵۵
		ارزش افزوده درمان (به قیمت ثابت و جاری)	موجود در سایت مرکز آمار و بانک مرکزی (کشوری)	
۹	سهام بخش سلامت از اندازه دولت	عدم وجود		
۱۰	سهام بیمه های درمان دولتی و خصوصی از هزینه های سلامت	حسابهای ملی سلامت	موجود در سایت مرکز آمار ایران (کشوری)	
۱۱	سهام دولت از تأمین مالی بخش بهداشت و درمان	حسابهای ملی سلامت	موجود در سایت مرکز آمار ایران (کشوری)	
			بررسی عملکرد هزینه ها و سیاست های بودجه ای دولت در بخش بهداشت و درمان (بررسی اعتبارات بودجه ای دولت در سال ۸۲) (در سطح کشور)	

<p>مطالعه‌ی مقایسه‌ای ضریب نفوذ بیمه‌های اجتماعی و بازرگانی در ایران (اعلام افراد تحت پوشش بیمه‌ی تأمین اجتماعی و تفکیک بر اساس شمول بیمه‌ای در سال‌های ۸۵ و ۹۰ و حق بیمه‌ی دریافتی بیمه‌ی تأمین اجتماعی و بیمه‌ی خدمات درمانی در سال ۸۹) درصد پوشش صندوق‌های بیمه اجتماعی (تعداد افراد تحت پوشش بیمه‌ی تأمین اجتماعی، بیمه‌ی سلامت، کمیته‌ی امداد، نیروهای مسلح در سطح کشوری در سال ۹۱ و تفکیک بر اساس وضعیت شمول بیمه‌ای)</p>	<p>موجود در سایت مرکز آمار ایران (کشوری)</p>	<p>تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش بیمه</p>	<p>۱ ۲ وضعیت پوشش بیمه</p>
	<p>آمار مربوط به مؤسسات درمانی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز آزمایشگاهی، پرتونگاری، داروخانه و توان‌بخشی به تفکیک وضعیت حقوقی موجود در سایت مرکز آمار ایران (استانی)</p>	<p>بخش خصوصی و دولتی به تفکیک بستری سرپایی</p>	<p>سهم هریک از بخش‌ها در ارائه خدمات</p>

<p>برآورد تابع تقاضای بیمه درمان خصوصی در مناطق شهری ایران: تحلیل توییت (در سطح کشوری و سال ۸۹)</p> <p>برآورد تابع تقاضای بیمه‌ی درمان مکمل در صنعت بیمه‌ی کشور در بازه‌ی ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷</p> <p>(محاسبه‌ی عوامل اثرگذار بر گسترش بیمه‌ی درمان مکمل در سطح کشوری و ضریب عرض از مبدأ استان‌های مختلف)</p> <p>عوامل کمی و کیفی اثرگذار بر تقاضای بیمه‌ی عمر</p> <p>(در سطح کشوری و در سال ۱۳۹۱)</p>	عدم وجود	بانک اطلاعاتی	شاخص‌های اقتصادی اجتماعی بیمه‌شده‌ها	۱ ۳
شاخص‌های حوزه‌ی خرد اقتصاد سلامت				

<p>- مروری بر اجرای بهایابی بر مبنای فعالیت در بخش خدمات بهداشتی درمانی (مطالعه‌ی مروری بر نتایج مطالعات هزینه‌یابی انجام‌شده به روش ABC در بازه‌ی ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸ در استان‌های مختلف)</p> <p>- بررسی میانگین قیمت تمام‌شده‌ی خدمات درمانی در واحدهای سرپایی و تصویرنگاری در مرکز آموزشی - درمانی الزهرای (س) اصفهان و مقایسه‌ی آن با میانگین تعرفه‌ی خدمات</p> <p>- تعیین هزینه تمام‌شده خدمات رادیولوژی در بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در سال ۱۳۸۹</p> <p>- محاسبه قیمت تمام‌شده دیالیز با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت در بیمارستان شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۹</p> <p>- محاسبه قیمت تمام‌شده خدمات بخش رادیولوژی بیمارستان آموزشی درمانی گلستان اهواز با استفاده از روش هزینه‌یابی بر مبنای فعالیت (ABC) در سال ۱۳۸۸</p> <p>- قیمت تمام‌شده خدمات بهداشتی درمانی در استان کهگیلویه و بویراحمد</p> <p>- محاسبه قیمت تمام‌شده خدمات بخش آنالیز</p>	<p>عدم وجود</p>		<p>شاخص تفاوت تعرفه و قیمت تمام‌شده خدمات</p>	<p>۱ ۴</p>
---	-----------------	--	---	----------------

<p>ارزیابی فناوری سلامت داروی اینفلیکسیماب (تجزیه و تحلیل مطالعات انجام شده در زمینه اثربخشی این دارو در برابر سایر روش‌های درمانی در بازه‌ی ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ و محاسبه‌ی هزینه به ازای کالی) (در سطح کشوری)</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>به تفکیک بیماری‌های مختلف</p>	<p>هزینه به ازای هر QALY</p>	<p>۱ ۵</p>
	<p>مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (کشوری)</p>	<p>برخی بیماری‌های خاص و یا دسته‌بندی‌های بیماری‌ها</p>	<p>سهم هزینه‌ای بیماری‌های مختلف از بودجه بهداشت و درمان</p>	<p>۱ ۶</p>
<p>هزینه‌های درمانی و بیماری‌ها در سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان تهران، سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۷</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>به تفکیک بیماری‌های مختلف</p>	<p>بار هزینه‌ای بیماری‌ها در هر یک از صندوق‌های بیمه‌ای</p>	<p>۱ ۷</p>

<p>۱</p>	<p>۸</p>	<p>تعیین هزینه</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>تحلیل هزینه اثربخشی</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>آزمون غربالگری مصرف - ترکیبات اپیونیدی در آزمایشگاه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی کرمان طی سال ۱۳۸۰.</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>تحلیل هزینه اثربخشی روش‌های غربالگری و تشخیص دیابت بارداری در سال ۱۳۸۰ در شهر تهران</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>تحلیل هزینه اثربخشی غربالگری دیابت نوع دو: مطالعه‌ی موردی در شهر شیراز، در سال ۱۳۹۱</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>تحلیل هزینه اثربخشی درمان سرطان سینه با آنتی‌بادی‌های مونوکلونال نسبت به شیوه‌های رایج درمانی</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>(عدم دسترسی به اطلاعات مقاله) تحلیل هزینه اثربخشی. مراقبت در منزل در مقایسه با مراقبت در بیمارستان. برای بیماران سکنه مغزی در سال ۱۳۹۲ در شهر تهران</p>
<p>۸</p>	<p>۸</p>	<p>اثربخشی خدمات مختلف بخش بهداشت و درمان</p>	<p>لیگ خدمات بهداشتی درمانی</p>	<p>جدول</p>	<p>عدم وجود</p>	<p>هزینه اثربخشی راه‌های اولیه‌ی پیشگیری از دیابت نوع دو (عدم دسترسی به اطلاعات مقاله) هزینه اثربخشی آزمایش‌های معمول قبل از عمل جراحی (عدم دسترسی به اطلاعات مقاله)</p>

<p>بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲ به تفکیک در ۶ استان (چهارمحال و بختیاری، یزد، بوشهر، خراسان، آذربایجان شرقی و هرمزگان) برنامه‌ی پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی، سال ۱۳۹۰ (اعلام بار برخی بیماری‌های مزمن قلبی عروقی بر اساس مطالعات قبله انجام شده در کشور) بار بیماری استئوپروز در ایران در سال ۱۳۸۰ و در ۹ استان کشور بار بیماری‌های غیر واگیردار در سال ۱۳۹۰ (در سطح کشوری)</p>	<p>وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی (کشوری)</p>	<p>به تفکیک بیماری‌ها</p>	<p>بار بیماری‌ها</p>	<p>۱ ۹</p>
---	---	-------------------------------	--------------------------	----------------

پیوست ۲

در جدول شماره ۳ شاخص‌های بررسی شده و منبع گردآوری آن‌ها آورده شده است:

منبع	شاخص‌های جستجو شده از پایگاه‌های داده داخلی و خارجی
مرکز آمار ایران	شاخص قیمت بهداشت درمان
مرکز آمار ایران	شاخص قیمت بهداشت و درمان خانوارهای

	شهری کشور
مرکز آمار ایران	ارزش ستانده فعالیت‌های اقتصادی به قیمت‌های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	مصارف واسطه فعالیت‌های اقتصادی به قیمت‌های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	رشد ارزش افزوده رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور (بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	هزینه‌های ملی سلامت برحسب نوع عاملین تأمین مالی و نوع کارکرد
مرکز آمار ایران	مصرف اقتصاد ایران به تفکیک تولیدکنندگان بازاری و غیر بازاری به قیمت خریدار (بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	عرضه اقتصاد ایران به تفکیک تولیدکنندگان بازاری و غیر بازاری به قیمت تولیدکننده (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	مصرف اقتصاد ایران به قیمت خریدار (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	مصرف اقتصاد ایران به قیمت تولیدکننده (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	افزوده بازرگانی اقتصاد ایران (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	واردات اقتصاد ایران به قیمت سیف (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	تشکیل سرمایه اقتصاد ایران به قیمت خریدار (در حوزه بهداشت و درمان)

مرکز آمار ایران	جدول متقارن اقتصاد ایران (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	ضرایب مستقیم اقتصاد ایران (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	ضرایب مستقیم و غیرمستقیم (لئونتیف) اقتصاد ایران (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	ضرایب پسین و پیشین اقتصاد ایران (در حوزه بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	سهم استان از ارزش افزوده. بخش. بهداشت و مددکاری اجتماعی
مرکز آمار ایران	ارزش افزوده رشته فعالیت های اقتصادی کشور به تفکیک استان به قیمت های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	مصرف واسطه رشته فعالیت های اقتصادی کشور به تفکیک استان به قیمت های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	ستانده رشته فعالیت های اقتصادی کشور به تفکیک استان به قیمت های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	رزش افزوده، مصرف واسطه و ستانده رشته فعالیت های اقتصادی استان به قیمت های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
مرکز آمار ایران	شاخص قیمت بهداشت و درمان خانوارهای روستایی کشور
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه های بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری

مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب وسعت خانوار
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب تعداد افراد شاغل خانوار
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب گروه شغلی سرپرست خانوار
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب فعالیت اصلی محل کار سرپرست خانوار
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب وضع شغلی سرپرست خانوار
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری در هر یک از گروه‌های درآمد سالانه
مرکز آمار ایران	متوسط انواع هزینه‌های غیرخوراکی سالانه یک خانوار شهری بر حسب استان
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برای گروه‌های مختلف هزینه در طبقات درآمد پولی و غیر پولی ناخالص (بهداشت و درمان)
مرکز آمار ایران	درصد توزیع متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار بر حسب گروه‌های مختلف هزینه در طبقات درآمد پولی و غیر پولی ناخالص
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه‌های بهداشت و درمان سالانه یک خانوار روستایی
مرکز آمار ایران	هزینه سفرهای داخلی خانوارها بر حسب نوع سفر به تفکیک اقلام اصلی هزینه (هزینه‌های درمانی)
مرکز آمار ایران	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار

	شهری در هر یک از دهک‌های هزینه سالانه
مرکز آمار ایران و بانک مرکزی	متوسط هزینه بهداشت و درمان ناخالص سالانه یک خانوار شهری در هر یک از گروه‌های هزینه سالانه
مرکز آمار ایران و بانک مرکزی	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری در هر یک از دهک‌های درآمد سالانه
مرکز آمار ایران و بانک مرکزی	متوسط هزینه بهداشت درمان یک خانوار شهری در هر یک از گروه‌های هزینه سالانه
مرکز آمار ایران و بانک مرکزی	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری بر حسب استان
بانک مرکزی ایران	ارزش‌افزوده و مازاد عملیاتی به قیمت‌های جاری بهداشت و مددکاری اجتماعی
بانک مرکزی ایران	مخارج دولت بر حسب وظایف (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی ایران	ارزش‌افزوده بخش‌های نهادی به تفکیک فعالیت‌های اقتصادی به قیمت‌های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
بانک مرکزی ایران	ارزش ستانده بخش‌های نهادی به تفکیک فعالیت‌های اقتصادی به قیمت‌های جاری (بهداشت و مددکاری اجتماعی)
بانک مرکزی ایران	مصرف واسطه بخش‌های نهادی به تفکیک فعالیت‌های اقتصادی به قیمت‌های جاری (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی ایران	هزینه مصرفی فردی خانوارها، مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها و دولت عمومی به قیمت‌های جاری (بهداشت)
بانک مرکزی ایران	هزینه‌های مصرفی نهایی دولت بر حسب وظایف

	به قیمت‌های جاری (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	متوسط هزینه بهداشت و درمان سالانه یک خانوار شهری در هر یک از گروه‌های هزینه سالانه: ۱۳۹۲ بر اساس طبقه‌بندی COICOP
بانک مرکزی	متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برای گروه‌های مختلف هزینه برحسب نحوه تصرف مسکن (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برای گروه‌های مختلف هزینه در طبقات هزینه ناخالص (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	درصد توزیع متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برحسب گروه‌های مختلف هزینه در طبقات هزینه ناخالص (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برای گروه‌های مختلف هزینه در طبقات درآمد پولی ناخالص (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	درصد توزیع متوسط هزینه ناخالص سالانه یک خانوار برحسب گروه‌های مختلف هزینه در طبقات درآمد پولی ناخالص (بهداشت و درمان)
بانک مرکزی	هزینه سفرهای خارجی خانوارها به تفکیک اقلام اصلی هزینه (هزینه‌های درمانی)
بانک مرکزی	ضرایب مستقیم داده- ستانده خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	داده - ستانده اقتصاد ایران به تفکیک تولید داخلی و واردات (خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی)

بانک مرکزی	داده - ستانده اقتصاد ایران و افزوده‌های بازرگانی و حمل‌ونقل (خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی)
بانک مرکزی	واردات دارو و محصولات دارویی
بانک مرکزی	واردات خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	ضرایب مستقیم داخلی داده- ستانده خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	ضرایب مستقیم و غیرمستقیم داده- ستانده خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	ضرایب مستقیم و غیرمستقیم داخلی داده- ستانده خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	ضرایب پیوند پیشین و پسین محصولات دارویی
بانک مرکزی	ضرایب پیوند پیشین و پسین خدمات بیمارستانی و غیر بیمارستانی
بانک مرکزی	ستانده رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور به قیمت‌های جاری بهداشت و درمان
بانک مرکزی	ستانده رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور به قیمت‌های ثابت بهداشت و درمان
بانک مرکزی	مصرف واسطه رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور به قیمت‌های جاری بهداشت و درمان
بانک مرکزی	مصرف واسطه رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور به قیمت‌های ثابت بهداشت و درمان
بانک مرکزی	ارزش افزوده رشته فعالیت‌های اقتصادی کشور به قیمت‌های جاری بهداشت و درمان

بانک مرکزی	ارزش افزوده رشته فعالیت های اقتصادی کشور به قیمت های ثابت بهداشت و درمان
بانک مرکزی	تولید ناخالص داخلی و درآمد ملی به قیمت های جاری (بهداشت و درمان)
Who	سرايه درآمد ناخالص ملی
Who	نسبت قیمت مصرف کننده داروهای انتخاب شده Median consumer price ratio of selected medicines
Who	در دسترس بودن داروهای ژنریک Median availability of selected generic medicines
Who	سرايه پرداخت بهداشت Health Disbursements per Capita
Who	هزینه کل در بهداشت Total Expenditure on Health
Who	مخارج عمومی دولت در بهداشت و درمان General Government Expenditure on Health
Who	منابع خارجی از هزینه های بهداشتی درمانی سهم کل External resources for health
Who	سهم بخش تأمین اجتماعی از هزینه های بهداشتی درمانی دولت Social security expenditure on health
Who	سهم پرداخت از جیب از هزینه های بهداشتی

	درمانی خصوصی Out-of-pocket expenditure
Who	مخارج خصوصی در بهداشت Private Expenditure on Health
world bank	سرايه هزینه‌های بهداشتی Health expenditure per capita
world bank	هزینه‌های بهداشت و درمان، عمومی Health expenditure, public (% of total health expenditure)
world bank	هزینه‌های بهداشت و درمان، کل % از تولید ناخالص داخلی Health expenditure, total (% of GDP)
world bank	پرداخت از جیب مراقبت سلامت Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)

دستورالعمل اندازه‌گیری میزان عدالت در تأمین مالی نظام سلامت

عدالت در سلامت

عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هرکسی به‌طور ایده‌ال، باید فرصت عادلانه‌ای بر دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و واقع‌بینانه‌تر اینکه هیچ‌کس نباید از به دست آوردن ظرفیت‌ها محروم گردد، البته به شرطی که موانع سر راه، قابل اجتناب باشند؛ بنابراین عدالت با ایجاد فرصت‌های برابر برای سلامت مرتبط بوده و تفاوت‌های سلامتی را به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.

عدالت در سلامت:

دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی حق همه شهروندان است و نباید تحت تأثیر درآمد افراد باشد.

مراقبت‌های بهداشتی باید بر اساس نیاز توزیع شود.

تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی بایستی بر اساس توانایی پرداخت باشد.

هدف عدالت در سلامت

هدف از سیاست‌های عدالت در ارائه خدمات سلامت، حذف تفاوت‌های سلامت به طوری که همه افراد سطح و کیفیت یکسانی را داشته باشند، نیست؛ بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت‌هایی است که از عواملی که هم قابل اجتناب و هم ناعادلانه هستند؛ نشأت گرفته باشند و هدف حذف اثرات جانبی منفی است برای اینکه دولت افزایش تولید داشته باشد.

عدالت در تأمین مالی نظام سلامت

تقریباً در همه کشورها نارسایی‌های جدی در عملکرد نظام‌های سلامت در یک یا چند کارکرد از جمله تأمین منابع مالی وجود دارد. تأمین منابع مالی، در نظام‌های سلامت زمانی عادلانه خواهد بود که خطراتی که خانوارها به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شوند، برحسب توان پرداخت آن‌ها توزیع شده باشد نه بر اساس خطر خود بیماری.

یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید. نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است.

مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده عادلانه بودن تأمین مالی یک نظام سلامت، سهم پیش‌پرداخت از کل هزینه پرداخت‌شده توسط خانوار است.

عدالت در تأمین مالی نظام سلامت

عدالت در تأمین مالی به دو شکل قابل بررسی است:

۱. عدالت عمودی (vertical equity)

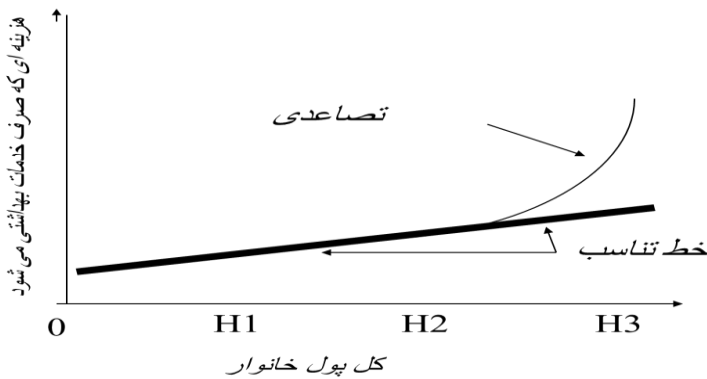
۲. عدالت افقی (horizontal equity)

(۱) عدالت عمودی:

عدالت صعودی (Progressive):

نظامی است که مشارکت افراد به عنوان بخشی از درآمد، متناسب با افزایش درآمد بالا

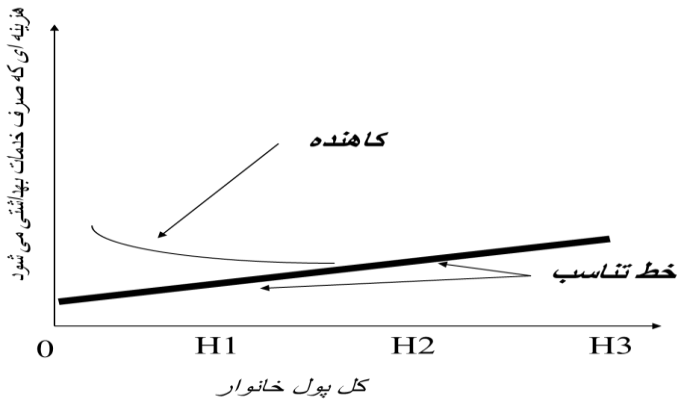
می رود.



عدالت نزولی (Regressive):

نظامی است که مشارکت افراد به عنوان بخشی از درآمد، متناسب با افزایش درآمد کاهش

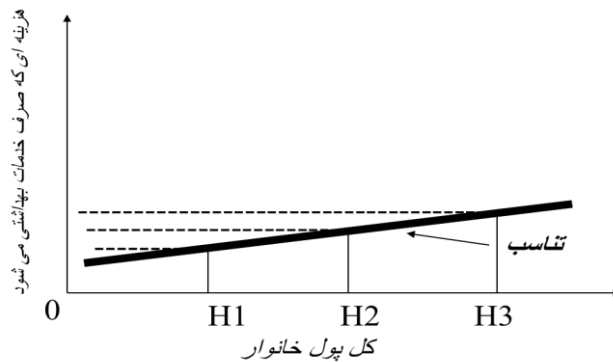
یابد.



عدالت متناسب: (Proportional)

نظامی است که در آن سهم مشارکت افراد بدون توجه به میزان درآمد، به صورت درصد

ثابتی از حقوق و دستمزد خواهد بود.



۲) عدالت افقی:

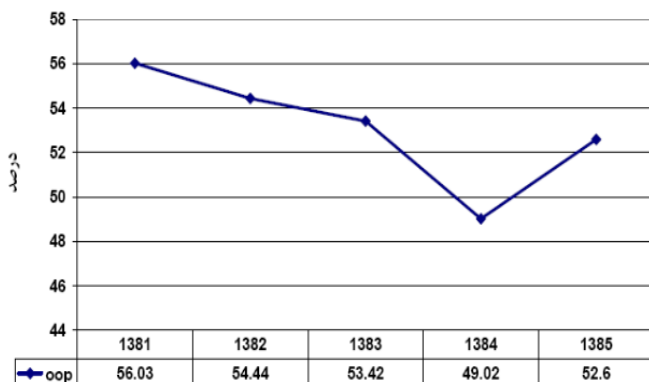
عدالت افقی نیازمند آن است که خانوارها با توان یکسان پرداخت یکسان داشته باشند.

روش‌های اندازه‌گیری عدالت

الف. روش‌های ساده اندازه‌گیری

۱- پرداخت از جیب (Out Of Pocket): OOP

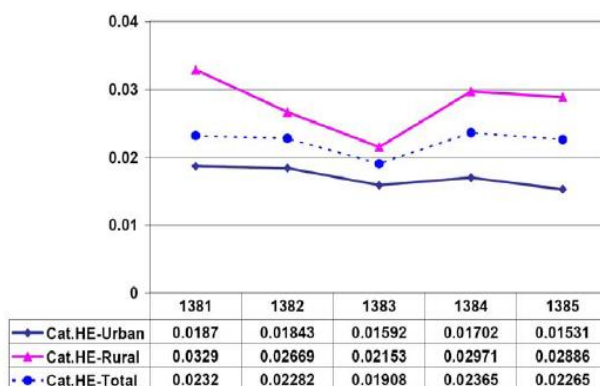
نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که مستقیماً از جیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می‌شود. به‌عنوان یک اصل کلی افزایش آن (به علت نزولی بودن و تأثیر بر دسترسی به خدمات) نامطلوب است. از این رو کاهش هرچه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده و به‌عنوان یک مورد در برنامه چهارم توسعه ذکر گردیده است.



روند نسبت پرداخت مستقیم از جیب مردم در هزینه‌های سلامت

۲- هزینه‌های کمرشکن (فاجعه‌بار) (CE):

هزینه‌های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار یا مصارف غیرخوراکی او باشد. در کشورهای درحال توسعه میزان این شاخص ۱۰٪ کل درآمدشان می‌باشد. به عبارتی از نسبت هزینه‌های سلامت (اعم از مستقیم و غیرمستقیم) به ظرفیت پرداخت هر خانوار محاسبه می‌گردد. کاهش هرچه بیشتر این شاخص نیز مثبت ارزیابی شده و به‌عنوان یک مورد در برنامه چهارم توسعه ذکر گردیده است.



روند نسبت جمعیت مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت در مناطق شهری، روستایی و کل کشور

سه عامل باید وجود داشته باشد تا پرداخت کمرشکن رخ بدهد:

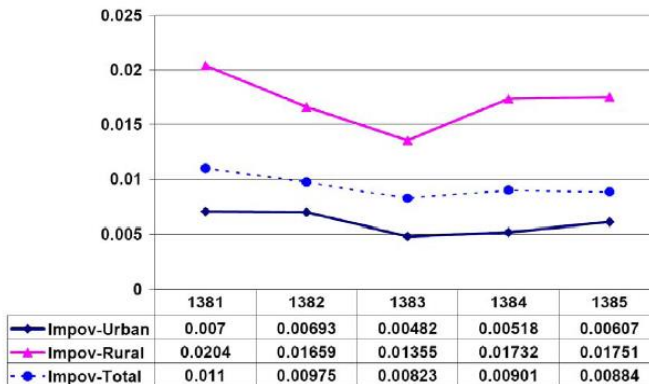
- وجود مراقبت‌های سلامت که نیازمند پرداخت از جیب باشد
- ظرفیت پایین خانوار جهت پرداخت

- عدم وجود سیستم پیش پرداخت جهت انباشت خطر (بیمه)

۳- هزینه‌های فقر زا (MI (Medical Impoverishment):

این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت

به سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند به عبارتی فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند.



روند نسبت جمعیتی که به دلیل هزینه‌های درمانی در ورطه فقر افتاده اند به تفکیک مناطق شهری، روستایی و کل کشور از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵

ب. روش‌های پیچیده اندازه‌گیری

۱- شاخص کاکوانی (Kakwani Index (KI):

شاخص کاکوانی یکی از باارزش‌ترین شاخص‌های موجود در سنجش میزان عدالت در

تأمین مالی می‌باشد. این شاخص میزان تصاعدی بودن پرداخت‌ها برای نظام سلامت را

موردسنجش قرار می‌دهد. به عبارتی عدالت افقی در زمینه تأمین مالی نظام سلامت از طریق این

شاخص آزمون می‌شود. اگر مقدار شاخص کاکوانی مثبت باشد، تصاعد در مشارکت‌ها وجود دارد، همچنین مقدار منفی این شاخص بیانگر تنازلی بودن مشارکت‌هاست.

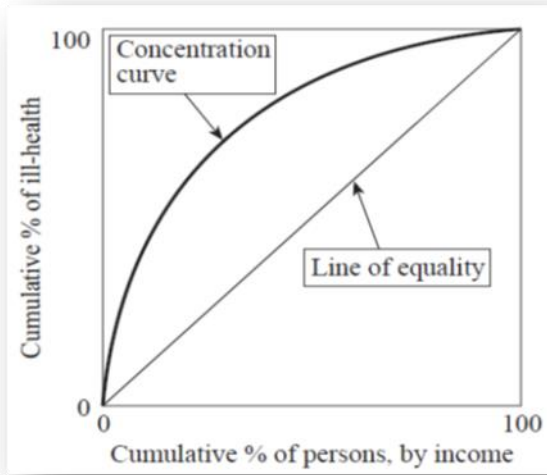
اندازه‌گیری شاخص کاکوانی:

تفاوت بین شاخص تمرکز برای پرداخت و ضریب جینی برای درآمدهای قبل از پرداخت که معادل دو برابر مساحت بین منحنی تمرکز پرداخت و منحنی لورنز است ($K=C-G$ که $C=-$)
 $(G=(0,1)$ و $1,1)$

برای این منظور ابتدا منحنی تمرکز و منحنی لورنز و ضریب جینی را تعریف می‌کنیم:

منحنی تمرکز (concentration curve):

منحنی تمرکز نشان‌دهنده درصد تجمعی جمعیت در محور افقی که برحسب درآمد از فقیرترین به ثروتمندترین رتبه‌بندی شده و محور عمودی درصد تجمعی بار بیماری-سلامت است. شاخص تمرکز شاخصی است برای نشان دادن میزان نابرابری در درآمد مربوط به بهداشت و درمان.



شاخص تمرکز (concentration index) :

بیان کمی درجه‌ای از نابرابری مرتبط با درآمد در بهداشت و درمان. شاخص تمرکز دو برابر مساحت بین منحنی تمرکز و خط برابری است.

$$C = \frac{2}{n\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{n}$$

که در آن h_i بیانگر متغیر بخش بهداشت و میانگین آن، n حجم نمونه، r رتبه کسری درآمد می‌باشند اما برای محاسبه ساده‌تر شاخص تمرکز از فرمول پایین استفاده می‌کنیم که این شاخص را از نظر کوواریانس بین متغیر بخش سلامت و رتبه کسری در توزیع استانداردهای زندگی تعریف می‌کند.

$$C = \frac{2}{\mu} \text{cov}(h, r)$$

$CI = 0$ منحنی روی خط برابری قرار می گیرد.

$CI < 0$ منحنی بالای خط برابری قرار می گیرد و نشان دهنده تمرکز نامتناسب بیماری و فقر

است

$CI = -1$ زمانی که تنگدست ترین افراد بیمار می شوند.

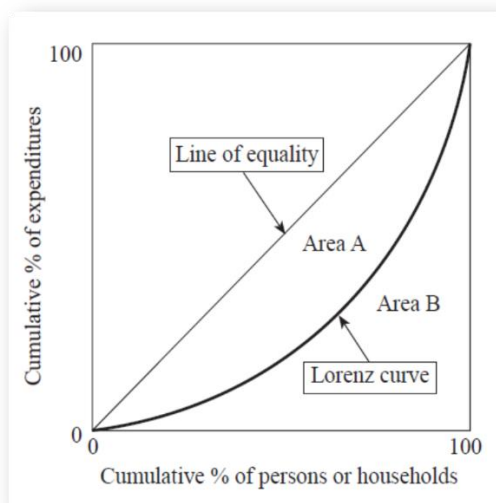
$CI > 0$ منحنی زیر خط برابری قرار می گیرد.

$CI = +1$ زمانی که ثروتمندترین افراد بیمار می شوند.

منحنی لورنز (Lorenz curve):

نشان دهنده درصد تجمعی درآمد، هزینه های مراقبت بهداشتی و غیره (محور عمودی)

به وسیله صدک های متوالی جمعیت (محور افقی) است.



ضریب جینی (Gini coefficient):

شاخصی برای اندازه گیری نابرابری درآمد است، همچنین می توان آن را برای اندازه گیری

توزیع سلامت بکار برد.

$$\text{Gini coefficient} = A / (A+B)$$

$$\text{Gini} = \sum_{i=1}^n (x_i - x_{i+1})(y_1 - y_{i+1})$$

ضریب جینی = ۰ = برابری کامل

ضریب جینی = ۱ = نابرابری کامل

این ضریب تفاوت‌های افراد یا گروه‌های اجتماعی را هنگامی که بر اساس وضعیت سلامتشان رتبه‌بندی شده است را می‌سنجد فرمول مورداستفاده برای محاسبه ضریب جینی به صورت زیر است:

$$\text{Gini coefficient} = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |r_i - r_j|^\alpha}{2n^2 \mu^\beta}$$

که در آن r_i وضعیت سلامت فرد یا گروه i ام و r_j وضعیت سلامت فرد یا گروه j ام و μ میانگین وضعیت سلامت برای کل جامعه، n تعداد افراد در جامعه مورد مطالعه و مقدار $\alpha=2$ و $\beta=1$ است.



۲- شاخص آتکینسون (Atkinson Index):

این شاخص از معیارهای نابرابری است که در آن پارامتر مرزی (ϵ میزان اجتناب از نابرابری) می‌باشد و هرچه میزان اجتناب از نابرابری بیش‌تر باشد، میزان نابرابری محاسبه‌شده برای توزیع معین درآمد بیش‌تر است. به عبارتی ϵ میزانی است که جامعه به نابرابری اهمیت می‌دهد.

محاسبه‌ی شاخص آتکینسون:

$$A_{\varepsilon} = 1 - \left[\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left(\frac{y_i}{\bar{y}} \right)^{1-\varepsilon} \right]^{\frac{1}{1-\varepsilon}} \quad \varepsilon \neq 1$$

$$A_{\varepsilon} = 1 - \frac{\prod_{i=1}^N Y_i^{(1/N)}}{\bar{Y}} \quad \varepsilon = 1$$

($0 < \varepsilon < \infty$)

N = تعداد خانوار

Y_i = درآمد خانوار i ام

\bar{Y} = میانگین درآمد کل خانوارها

ε = پارامتر اجتناب از نابرابری

$A=0$ ← برابری کامل

$A=1$ ← نابرابری کامل

۳- شاخص تیل ((Theil Index):

از شاخص‌های اندازه‌گیری نابرابری است. انتقال درآمد از یک فرد ثروتمند به یک فرد

فقیر باعث کاهش شاخص تیل می‌شود.

$$N = \text{تعداد خانوار}$$

$$Y_i = \text{درآمد خانوار } i \text{ ام}$$

$$\bar{Y} = \text{میانگین درآمد کل خانوارها}$$

$$T = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^n \frac{Y_i}{\bar{Y}} \ln \frac{Y_i}{\bar{Y}}$$

$$T=0 \text{ برابری کامل و } T = \ln N \text{ نابرابری کامل}$$

مزیت تیل نسبت به ضریب جینی این است که به خانوارهای فقیر وزن بیش تری می دهد.

شاخص اتکینسون جزئی از شاخص تیل است.

۲- شاخص مشارکت مالی عادلانه (Fairness in Financial Contribution)

:FFCI (Index)

شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی باهدف اندازه گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه های درمانی در جامعه طی سالیان اخیر از سوی سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان یکی از سه هدف عمده یک نظام سلامت خوب مطرح شده است. از نظر این شاخص نظام سلامت زمانی عادلانه تأمین مالی می شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. بر این اساس عدالت عبارت است از برابر بودن سهم حق مشارکتها از ظرفیت پرداخت خانوارها.

محاسبه مشارکت مالی عادلانه:

oop = هزینه‌های درمانی پرداخت شده از جیب

ctp = ظرفیت پرداخت

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |oopctp_h - oopctp_0|^3}{\sum w_h}}$$

-ابتدا برای هر خانوار یک شاخص تحت عنوان مشارکت در تأمین مالی با نماد $oopctp_h$

تعریف می‌شود. این شاخص برابر است با نسبت کل هزینه‌های بهداشتی خانوار به ظرفیت

پرداخت هر خانوار. صورت کسر را با نماد oop_h و مخرج کسر را با نماد ctp_h نمایش داده و

اندیس h نماینده خانوار است.

$$oopctp_h = \frac{oop_h}{ctp_h}$$

پس از محاسبه $oopctp_h$ شاخص دیگری برای کل خانوارهای نمونه آماری موجود

محاسبه می‌شود که در واقع مقدار نرم $oopctp_0$ می‌باشد. این مقدار نرم شباهت زیادی به

میانگین آماری $oopctp_h$ دارد ولی با کمی تفاوت با فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$oopctp_0 = \frac{\sum w_h oop_h}{\sum w_h ctp_h}$$

محتوای رادیکال در این فرمول بی‌شبهت به محاسبه واریانس آماری نیست. بنابراین آنچه پس از محاسبه عددی رادیکال به دست می‌آید به‌نوعی بیانگر میزان پراکندگی و یا به عبارتی عدم تعادل و بی‌عدالتی در مشارکت مالی است. به همین دلیل با تفریق این عدد از ۱ می‌توان به شاخص عدالت یعنی *IFFC* رسید. گفتنی است که دامنه تغییرات *IFFC* بین حداقل صفر و حداکثر ۱ می‌باشد و هرچه ضریب به عدد ۱ نزدیک‌تر باشد گویای شرایط عادلانه‌تر در مشارکت مالی است.

منابع:

- “Analyzing Health Equity Using Household Survey Data” Owen O’Donnell, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff and Magnus Lindelow, The World Bank, Washington DC, 2008, www.worldbank.org/analyzingtheequity
- Wagstaf A. Measuring equity in health care financing, world bank, 2001.
- EIP/WHO. (2004), Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures Methodology.
- Wagstaf & Doorslear , Equity in health care financing and delivery, 1998.
- باقری لنگرانی؛ کامران. (۱۳۸۹)، درآمدی بر عدالت در نظام سلامت، مرکز مطالعه و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز.
- محمدعلی زاده؛ حسین و همکاران. وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۹.
- پورمقیم، سیدجواد. اقتصاد بخش عمومی، نشر نی، چاپ دوم، ۱۳۷۰، تهران.