بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاستهای بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان*

افشین جنانی**

یکی از بخشهای مهم اقتصاد یک کشور بررسی دستیابی به رشد و توسعه اقتصادی بخش بهداشت و درمان است. در بودجه کشورهای پیشرفته و صنعتی مبالغ ویژه‌ای را برای این بخش اختصاص می‌دهند. به‌طوری که شاخصهای نشان‌دهنده وضعیت بخش، بیانگر عملکرد مطلوب آنهاست. ولی متأسفانه در کشور ما به این بخش توجه کافی مبذول نشده است. این مقاله، مطلب فوق را با بررسی عملکرد بخش و سیاستهای اعمال شده طی برنامه‌های اول تا چهارم نشان می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: اعتبارات بخش بهداشت و درمان، شاخصهای مهم سلامت، وضع بخش بهداشت و درمان، سرانه‌های بهداشتی، مخارج بهداشت، ظرفیت درمانی کشور

۱. مقدمه

بخش بهداشت و درمان از بخشهای اصلی اقتصاد یک کشور است که در فرایند توسعه اقتصادی به‌عنوان بخش زیربنایی محسوب می‌شود، به‌طوری که بیشتر کشورها توجه ویژه به این بخش را حائز اهمیت می‌دانند. متأسفانه در کشور ما به این بخش توجه کافی مبذول نشده است، به‌طوری که به‌رغم رشد کمی اعتبارات بودجه‌ای در این بخش، شاخصها، نشان‌دهنده وضع نامناسب بخش بهداشت و درمان، در مقایسه با سایر کشورهاست. در این مطالعه پس از ذکر کلیاتی برای آشنایی خوانندگان با بخش بهداشت و درمان، به بررسی مقایسه‌ای شاخصهای نشان‌دهنده وضع این بخش با ۳۱ کشور مورد بررسی پرداخته‌ایم. سپس ضمن تشریح موقعیت و امکانات موجود در بخش بهداشت و درمان کشور، به بررسی اعتبارات بودجه‌ای این بخش طی برنامه‌های توسعه اول تا سوم پرداخته شده و جهت‌گیریها و راهبردهای برنامه چهارم را برای ارتقای آن، معرفی کرده‌ایم. در پایان پیشنهادهایی به‌منظور توسعه این بخش ارائه شده است.

---

* این مقاله از طرحی با همین عنوان با همکاری خانم ضیایی‌فر و آقای نصراله مقصودی تهیه شده است.

** کارشناس ارشد علوم اقتصاد، رئیس گروه برنامه‌ریزی دفتر تحقیقات و سیاستهای مالی

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

۲. کلیات

بخش بهداشت و درمان برای تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، در چارچوب سیاستها و خط‌مشی‌های تعیین شده، دربرگیرنده مجموعه‌ای نظام یافته از فعالیتها و عملیات اجرایی در زمینه‌های مختلف پزشکی است. به‌رغم تأکید صریح قانون اساسی برای فراهم کردن امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی برای کل جامعه، شواهد و قرائن نشان‌دهنده آن است که در برنامه‌های توسعه اقتصادی برای تخصیص هزینه‌های دولت به این بخش، توجه لازم صورت نگرفته است. پیش از بیان مطلب اصلی، معرفی نکاتی اساسی جهت یادآوری در این بخش ضروری است.

الف- در بخش بهداشت و درمان دو مقوله اساسی مورد توجه قرار می‌گیرد. نخست، بهداشت به معنای پیشگیری از بروز بیماریها و دیگری درمان به‌معنای متوقف کردن پیشرفت بیماری. به‌طور کلی بخش بهداشت و درمان چهار حیطه را پوشش می‌دهد. اولین حیطه بحث تولیت دولت است که وزارت بهداشت و درمان این وظیفه را بر عهده دارد. دوم تأمین منابع مالی و سوم، چگونگی جمع‌آوری منابع، تجمیع و مدیریت منابع و خرید خدمات است. مورد چهارم سرمایه‌گذاری در راستای آموزش منابع انسانی ماهر و متخصص در گروه بهداشتی و پزشکی و سرمایه‌گذاری در پژوهش، ساختمان، تجهیزات، تدارک دارو و ملزومات پزشکی و به‌طور کلی تولید منابع فیزیکی است.

ب- ماهیت بهداشت و درمان، خدمتی عمومی است و بخش خصوصی رغبت چندانی برای صرف هزینه و انجام سرمایه‌گذاری در آن را ندارد از این‌رو تقریباً تمامی دولتها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه در این بخش مسئولیت دارند. بنابراین دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه برای تمامی کشورها امری قابل قبول و پذیرفته شده است. از سوی دیگر به علت آنکه عرضه خدمات بهداشتی و درمانی با مشکلاتی مواجه است، دخالت دولت در این بخش، امری حیاتی به‌نظر می‌رسد.

ج- اقتصاد در بخش بهداشت و درمان به تحلیل و بهره‌وری بهینه از منابع محدود و کمیاب و ارزیابی دقیق آنها برای استفاده مطلوب در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت انسانها و حفاظت از محیط‌زیست می‌پردازد. هدف اصلی در این بخش توزیع عادلانه منابع و استفاده از منابع موجود در جهت تحقق سلامت برای تمام افراد جامعه است.

شیوه تأمین هزینه‌های بخش بهداشت و درمان با توجه به نظام تأمین مالی در کشورهای مختلف، متفاوت است و ممکن است از مالیات عمومی، مالیات خاص برای این بخش، بیمه تأمین اجتماعی (به‌صورت پرداخت قسمتی از حقوق)، بیمه‌های درمان خصوصی و نیز از پرداخت مستقیم مردم تأمین شود. هرچه سهم منابع تأمین شده از مالیات و پیش‌پرداخت (پیش از بیماری) بیشتر باشد، نظام تأمین سلامتی، عادلانه‌تر است و هر چه این منابع بیشتر از پرداخت مستقیم بیماران در زمان بیماری تأمین شوند، آن نظام

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

ناعادلانه‌تر است.توجه نکردن به عدالت در تأمین مالی هزینه‌ها، می‌تواند آثار نامناسبی در پی داشته باشد که بعضی از آنها عبارت‌اند از:

- خانوارها سهم ناعادلانه‌ای را (با توجه به توان پرداخت) در این بخش هزینه خواهند کرد،
- سهم خانوارهایی که هزینه‌های کمرشکن بر آنها تحمیل می‌شود افزایش می‌یابد،
- با افزایش خانوارهای یادشده، نابرابری در توزیع درآمد افزایش خواهد یافت،
- در نهایت گروه دیگری از خانوارها به‌دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های سلامتی به زیرخط فقر سقوط خواهند کرد و در تله فقر گرفتار خواهند آمد.

۳. بررسی تجربی سایر کشورها

در کشورهای صنعتی، حسابهای ملی بخش بهداشت نشان‌دهنده جریانهای مالی مخارج بخشهای عمومی و خصوصی و منابع تأمین مالی آنهاست. فقط در تعداد کمی از کشورهای در حال توسعه حسابهای بخش بهداشت مطابق با استاندارد حسابهای ملی نگهداری می‌شود. بنابراین در این بخش با مشکل جمع‌آوری داده‌ها روبه‌رو بوده‌ایم. داده‌هایی که علاوه بر نشان دادن جریانهای مالی بخش بهداشت و درمان، معرف کارایی و اثربخشی هزینه‌های انجام شده نیز باشند.

در کشورهای دارای نظام ایالتی، از آنجایی که یک دولت مرکزی در کنار دولتهای محلی به اداره امور کشور می‌پردازد و مخارج بخش بهداشت و درمان به‌صورت کلی نیست، دستیابی به اطلاعات بهداشتی مشکل است. برای مقایسه وضع بخش بهداشت و درمان کشور با سایر کشورها و ارزیابی هزینه‌های دولت و بخش خصوصی در آن، اطلاعات مربوط به شاخصهای نشان‌دهنده موقعیت این بخش در ۳۱ کشور منتخب جمع‌آوری شد. برای مقایسه، از تولید ناخالص داخلی تمامی کشورها بر حسب دلار امریکا استفاده شده و تمامی مقادیر پولی نیز به دلار امریکا تبدیل شده‌اند.[۱] با استفاده از اطلاعات جمعیتی هر کشور، سرانه مخارج بهداشتی به‌دست آمده است که این امر مقایسه را آسان‌تر می‌کند.

۳-۱. شاخصهای مهم سلامت

شاخصهای مهم سلامت نظیر امید به زندگی و نرخ مرگ و میر نوزادان (در هر هزار تولد، سال ۲۰۰۳) در کشور ما، البته از میان ۳۱ کشور منتخب به ترتیب ۶۹/۷ سال و ۴۲/۹ درصد بوده است و از این نظر کشور ما در جایگاههای هشتم و بیست و هفتم قرار گرفته است. از مهم‌ترین علل افزایش امید به زندگی در ایران طی

۱. آخرین سال برای تمامی کشورها سال ۲۰۰۱ میلادی است.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

سالهای اخیر، می‌توان به کاهش مرگ و میر کودکان کوچکتر از پنج سال، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، افزایش سطح سواد و ایجاد تسهیلات در مناطق روستایی اشاره کرد. لازم به یادآوری است که در میان کشورهای مورد بررسی، کشور ژاپن بالاترین میزان شاخص امید به زندگی به میزان ۸۱ سال را داراست. در مجموع از مقایسه امید به زندگی در ایران (۶۹/۷ سال) با میانگین کشورهای در حال توسعه (۶۹/۲ سال) و میانگین کشورهای توسعه یافته (۷۹ سال)، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در این مورد از موقعیت مناسبی در کشور برخورداریم.

در رابطه با شاخص نرخ مرگ‌ومیر نوزادان، کشور سوئد با ۳/۳ درصد کمترین نرخ را به خود اختصاص داده است. این امر نشان‌دهنده آن است که به‌رغم کاهش نرخ مرگ‌ومیر نوزادان در سالهای اخیر، هنوز با استانداردهای مطلوب فاصله زیادی داریم. به‌طوری که میانگین این نرخ در کشورهای توسعه یافته ۴/۷ نفر در هزار تولد در کشورهای در حال توسعه (۳۱/۹ نفر در هزار تولد) محاسبه شده است. کاهش قابل توجه این نرخ نسبت به سالهای گذشته حاصل افزایش دسترسی به مراقبتهای بهداشتی اولیه، پوشش واکسیناسیون، مراقبت کودک و مادر، تنظیم خانواده و مراقبت از بیماریهای حاد تنفسی کودکان بوده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نرخ مرگ‌ومیر کودکان کوچکتر از پنج سال را در سال مورد بررسی برابر ۳۳ در هزار نفر اعلام کرده در حالی که مرکز آمار ایران ۴۲/۹۶ نفر در هزار را به روش غیرمستقیم برآورد کرده است. نابه‌سامانی در تولید و ارائه آمار و ارقام مرگ‌ومیر موجب ارزیابی و تحلیل غیرواقعی از عملکرد این شاخص شده و سازمانهای بین‌المللی را نیز دچار سردرگمی کرده است. به‌طوری که درگزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۳۷۹ وضع ایران در مقایسه با سایر کشورها ارزیابی نشده است.

۲-۳. شاخص منابع

پزشکان، از مهم‌ترین عوامل مدیریت تخصیص منابع بخش سلامت هستند که در میزان اثربخشی و کارایی خدمات بهداشتی و درمانی نقش اساسی ایفا می‌کنند. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی سهم به‌سزایی در جذب و به‌کارگیری کشور داراست و به‌دلیل رشد فزاینده فارغ‌التحصیلان پزشکی و نبود امکان جذب آنان در این وزارت‌خانه، در سالهای اخیر سهم پزشکان شاغل در این وزارتخانه با توجه به کل پزشکان کشور کاهش یافته است. به‌طوری که شاخص تعداد پزشک به ازای هر هزار نفر، (متوسط سالهای ۲۰۰۲-۱۹۹۵) حدود ۰/۹ بوده و کشور ما در میان ۳۱ کشور مورد بررسی در جایگاه چهارم قرار گرفته است.

به‌رغم کاهش تعداد پزشکان، در مقایسه با کشورهای مورد بررسی، ایران از موقعیت مناسبی برخوردار است. به‌طوری که میانگین این شاخص در کشورهای توسعه یافته ۲/۹ پزشک برای هر هزار نفر و

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

در کشورهای در حال توسعه ۱/۷ پزشک برای هر هزار نفر است. ملاحظه می‌شود که در این مورد حتی از میانگین کشورهای در حال توسعه نیز پایین‌تر هستیم. غنی‌ترین کشور در این مورد یونان است. یونان با رقم ۴/۴ بیشترین میزان این شاخص را در میان کشورهای مورد بررسی به خود اختصاص داده است.

در رابطه با ظرفیتهای فیزیکی می‌توان از شاخص تعداد تخت بیمارستانی (در هر هزار نفر) استفاده کرد. در این رابطه، ایران با ۱/۶ در جایگاه ششم و ژاپن با ۱۶/۵ بیشترین میزان این شاخص را به خود اختصاص داده است. در کشور ما با توجه به توسعه ظرفیتهای درمان بستری، امکان استفاده از این ظرفیتها به دلایل مختلف فراهم نشده است. این امر نشان‌دهنده کارا نبودن استفاده از منابع بخش درمان است. میانگین این شاخص در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به‌ترتیب ۶/۶ و ۴/۳ تخت بیمارستانی بوده است.

۳-۳. شاخصهای نشان‌دهنده میزان مشارکت

شاخصهای مخارج بهداشت عمومی و خصوصی که به‌صورت درصدی از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۱ هستند، نشان‌دهنده مشارکت مخارج بهداشتی بخشهای عمومی و خصوصی در ترکیب تولید کشور هستند. در کشورهای مورد بررسی، به‌ترتیب آلمان، ۸/۱ و آمریکا، ۷/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را به مخارج بهداشت عمومی و خصوصی تخصیص داده‌اند و در این مورد رتبه اول را کسب کرده‌اند، در حالی که میزان این شاخص در کشور ایران به ترتیب ۲/۷ و ۳/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی بوده است و در میان کشورهای مورد بررسی، ایران به‌ترتیب در جایگاه دهم و بیست و پنجم قرار گرفته است.

در مورد مخارج بهداشت خصوصی، از جایگاه مساعدی برخورداریم. به‌طوری که در جایگاهی بالاتر از میانگین کشورهای توسعه یافته (۲/۸ درصد) و کشورهای در حال توسعه (۲/۷ درصد) قرار گرفته‌ایم. اما در مورد مخارج بهداشت عمومی رتبه کسب شده، در مقایسه با میانگین کشورهای توسعه‌یافته (۶/۵ درصد) مناسب نیست. این در حالی است که در مقایسه با میانگین کشورهای در حال توسعه (سه درصد) از موقعیت مناسبی برخورداریم. سهم مخارج بهداشت عمومی در کل هزینه عمومی، نشان‌دهنده میزان تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان توسط دولت است. در این رابطه ایران، شش درصد از کل هزینه عمومی را به مخارج بهداشت عمومی تخصیص داده و رتبه دوازدهم را در میان کشورهای مورد بررسی، کسب کرده است.

سرانه مخارج بهداشت عمومی و خصوصی (بر حسب دلار در سال ۲۰۰۱) نشان‌دهنده میزان مخارج بهداشتی است که دولت برای هر فرد هزینه می‌کند. در این مورد کشور ایران با ۴۷ و ۶۶/۲ دلار، به‌ترتیب دارای رتبه‌های هشتم و نهم در میان کشورهای مورد بررسی است. کشور نروژ بیشترین (بالاترین) شاخص سرانه مخارج بهداشت عمومی به میزان ۲۵۶۵/۶ دلار و کشور آمریکا بالاترین شاخص سرانه مخارج بهداشت خصوصی به میزان ۲۶۷۵/۲ دلار را در ۲۰۰۱ دارا بوده‌اند. موقعیت بخش بهداشت و درمان کشور

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

در میان ۳۱ کشور مورد بررسی نشان می‌دهد که سرانه‌های مخارج بهداشت خصوصی در ایران بیشتر از سرانه‌های مخارج بهداشت عمومی است. علاوه بر این از مقایسه سرانه‌های بهداشتی ایران با میانگین این سرانه‌ها در کشورهای توسعه یافته و کمتر توسعه یافته، کمبود سرانه‌های بهداشتی در کشور به‌خوبی مشهود است. در مجموع مقایسه موقعیت ایران با سایر کشورهای مورد بررسی، دال بر صحت این فرضیه است که "مخارج بهداشت عمومی سهم اندکی از کل هزینه‌های دولت را تشکیل می‌دهد".

۴. وضع بخش بهداشت و درمان کشور

در بخش بهداشت و درمان برای تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، در چارچوب سیاستها و خط‌مشی‌های تعیین شده، مجموعه‌ای نظام یافته از فعالیتها و عملیات اجرایی انجام می‌شود که مهم‌ترین آنها آموزش بهداشت، پیشگیری و ایمنی‌سازی علیه بیماریهای واگیر، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم‌سازی محیط‌زیست، مبارزه با بیماریها، تأمین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد و راه‌اندازی مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمان سرپایی و بستری، تأمین و آموزش نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های مختلف پزشکی و سلامت است. در ادامه به معرفی بعضی از ظرفیتهای موجود در این بخش که برای انجام فعالیتهای یادشده به‌کار گرفته می‌شود اشاره می‌کنیم. اطلاعات این بخش براساس آخرین آمار موجود در سال ۱۳۸۲ است.

۴-۱. ظرفیت پزشکی

در سال ۱۳۸۲ تعداد ۳۰۲۱۳۶ نفر در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی فعالیت داشته‌اند.[۱] از این تعداد فقط ۷/۵ درصد (۲۲۷۵۸ نفر) به حرفه پزشکی اشتغال داشته‌اند.[۲] ۱۵۹۲۷۱ نفر (۵/۲ نفر) پیراپزشک و ۱۲۰۱۰۷ نفر (۸۷/۳۱ درصد) سایر کارکنان را تشکیل می‌داده‌اند. با احتساب ۶۶/۴ میلیون نفر جمعیت کل کشور درمی‌یابیم که برای هر هزار نفر ۰/۳۴ نفر پزشک و ۰/۵۳ نفر پیراپزشک در دسترس هستند. براساس آمار وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی حدود ۶۵۰۰۰ مطب خصوصی پزشکی و دندانپزشکی در کشور وجود دارد. تعداد پزشکان کل کشور اعم از پزشکان عمومی، متخصص و دندانپزشک ۹۲۰۰۰ نفر برآورد می‌شود. ظرفیت پذیرش و توان پاسخگویی پزشکان مستقر در مطبهای خصوصی، با در نظر گرفتن متوسط ۱۵ بار مراجعه در هر روز و ۲۵۰ روز کار در سال حدود ۲۴۳/۷ میلیون بار مراجعه است که این رقم به‌معنای ۳/۶ بار مراجعه برای هر نفر از جمعیت کشور است. همچنین براساس بررسیهای آماری درسال ۱۳۸۱، حجم مراجعه جمعیت به مراکزبهداشتی و درمانی شهری و روستایی حدود ۱۵۳ میلیون بار بوده

---

۱. بخش دولتی بهداشت و درمان کشور.

۲. از این تعداد ۹۸۱۴ نفر پزشکان عمومی بوده‌اند.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

است (۵۹/۱ درصد رشد) حدود ۹۲ درصد از پزشکان و دندانپزشکان در مناطق شهری اشتغال داشته و حدود هشت درصد آنها در مناطق روستایی مستقر بوده‌اند.

۲-۴. ظرفیت درمانی کشور

ظرفیت درمان بستری کشور بدون احتساب بخشهای بیمارستانی وابسته به نیروهای انتظامی و دفاعی، در سال ۱۳۸۲ تعداد ۱۱۱۵۵۲ تخت بوده است که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با دراختیار داشتن حدود ۶۹ درصد از ظرفیت درمان بستری کشور (۷۷۷۷۶ تخت) از امکانات قابل توجهی برخوردار است. سازمان تأمین اجتماعی با ۱۰/۷ درصد (۱۱۹۷۹ تخت) بخش خصوصی با ۱۰/۱ درصد (۱۱۳۰۵ تخت) و سایر مؤسسه‌ها و سازمانها با ۱۰/۲ درصد(۱۰۴۹۲ تخت) از ارائه‌دهندگان دیگر امکانات درمان بستری کشور هستند. نسبت تخت بیمارستانی به جمعیت در کشور معادل ۱/۶۸ تخت برای هر هزار نفر بوده است که این رقم در مقایسه با استاندارد مورد نظر سازمان بهداشت جهانی برای منطقه مدیترانه شرقی و خاورمیانه (۴ تخت برای هر ۱۰۰۰ نفر) بسیار فاصله دارد.

خدمات تشخیصی و درمان سرپایی و مراقبتهای اولیه بهداشتی در نتیجه استقرار و فعالیت ۵۹۱۳ مرکز بهداشتی - درمانی دولتی شهری و روستایی و ۶۲۲ مرکز بهداشتی درمانی خصوصی و ۹۹۹ مورد سایر مراکز، در چارچوب نظام شبکه‌ای مراقبتها و خدمات بهداشتی و درمانی کشور فراهم شده است. بیش از ۸۹ درصد از جمعیت روستایی توسط این مراکز پوشش داده شده و برای ۱۰۰ درصد جمعیت شهری و روستایی امکانات دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی به‌طور نسبی فراهم شده است. میزان بهره‌وری و استفاده از ظرفیتهای یادشده در قالب شاخص ضریب اشتغال تخت با توجه به تحلیلها و بررسیهای آماری کمتر از ۶۱/۳ درصد برای سال ۱۳۸۲ است[1] که در مقایسه، با نسبتهای مطلوب حدود ۹۰ درصد فاصله دارد. این مقاله در برگیرنده بررسیهای استانی نیست ولی توزیع نامتعادل امکانات درمان بستری و بیمارستانی در سطح کشور[2] ضمن تشدید مشکلات و کمبودها موجب بی‌تعادلی در توزیع و اشتغال پزشکان شده و بالارفتن هزینه مراجعه برای استفاده از امکانات را در پی داشته است.

---

۱. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی(۱۳۸۲)، *بررسی وضع عملکردی نظام سلامت در کشور*.

۲. نگاهی به سالنامه آماری ۱۳۸۲ نشان‌دهنده آن است که بیشتر امکانات بهداشتی و درمانی در استانهای تهران، اصفهان، فارس و خوزستان متمرکز شده‌اند.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

۳-۴. اعتبارات دولتی

با در نظر گرفتن ۶۶/۴ میلیون نفر جمعیت کشور، سرانه اعتبارات دولتی در این بخش برای هر نفر حدود ۲۵۲۲۲۹ ریال بوده است. باتوجه به مجموع مطالب ارائه شده، بخش بهداشت و درمان کشور از وضع مناسبی برخوردار نیست.[۱]

امروزه بسیاری از کشورهای توسعه یافته یا در حال توسعه به این امر مهم پی برده‌اند که اصل سلامت چه در ابعاد بهداشتی و چه در ابعاد درمانی، یک فرایند راهبردی است و از آن به‌عنوان مهم‌ترین عامل توسعه پایدار یاد می‌کنند و توجه ویژه‌ای نسبت به این امر مبذول داشته‌اند. در حالی که برای مسئولان و کارشناسان، بخش بهداشت و درمان در کشور ما همچنان از مباحث چالش برانگیز به شمار می‌آید. سرانه‌های محاسبه شده در این بخش با خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی – درمانی مطابقت ندارد. آنچه در این بخش مشهود است جایگزینی ناعدالتی به‌جای عدالت سلامت در نظام بهداشت و درمان کشور و همچنین وضع به هم ریخته کنونی آن است که باعث تأسف و نگرانی همه شده است.

۵. بررسی اعتبارات بودجه‌ای بخش بهداشت و درمان

حجم اعتبارات تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان طی سالهای برنامه اول از منابع بودجه عمومی و درآمدهای اختصاصی حدود ۴۵۰۴/۵ میلیارد ریال بوده است که نسبت به رقم پیش‌بینی شده در برنامه، ۸۴ درصد افزایش داشته است. سهم اعتبارات جاری از کل منابع این بخش طی سالهای برنامه، ۷۷ درصد بوده است که نسبت به رقم پیش‌بینی شده با ۱۷۵ درصد تحقق هدف، همراه است. سهم اعتبارات عمرانی از مجموع اعتبارات بخش برنامه ۲۳ درصد بود که نسبت به رقم پیش‌بینی شده ۱۲۴ درصد تحقق داشته است. با توجه به اینکه درصد تحقق اعتبارات جاری و عمرانی بیش از اهداف مورد نظر برنامه بوده و سهم اعتبارات عمرانی بسیار کمتر از اعتبارات جاری است، پیش‌بینی می‌شود که سهم اندک این بخش از اعتبارات، آثار نامطلوبی بر عملکرد سالهای بعد داشته باشد.

بخش بهداشت و درمان به سه زیربخش اصلی بهداشت، درمان و سایر (تحقیق و بررسی و خدمات اداری) تقسیم می‌شود. زیر بخش بهداشت، خود دربرگیرنده سه جزء خدمات بهداشتی – درمانی عمومی، خدمات بهداشتی – درمانی روستایی و بهداشت محیط است. زیربخش بهداشت طی برنامه اول از روند تحققی بسیار مطلوبی نسبت به ارقام پیش‌بینی شده برخوردار بوده است. به‌طوری که درصد تحقق اعتبارات جاری از ۹۹/۴ درصد در ۱۳۶۸ به ۲۲۳/۸ درصد در ۱۳۷۲ رسیده است. همچنین از ابتدای برنامه اول تا پایان آن، اعتبارات عمرانی زیربخش بهداشت از ۱۴۱/۱ درصد به ۳۴۴/۵ درصد رسیده است. درصد بالای

---

۱. به‌ویژه آنکه سرانه‌های بهداشتی در کشور بسیار پایین است.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

اعتبارات سرمایه‌گذاری و جاری جذب شده نشان‌دهنده عملکرد مطلوب و تخصیص مناسب منابع مالی به بخش یادشده است. همچنین عملکرد اعتبارات جاری و عمرانی سایر اجزای بخش بهداشت، بیش از اهداف پیش‌بینی شده در برنامه بوده است.

بخش درمان نیز مانند زیربخش بهداشت، در برنامه اول از درصد تحقق سرمایه‌گذاری بسیار مناسبی برخوردار بوده، به‌طوری که طی سالهای برنامه در این زیربخش همواره از درصد تحقق سرمایه‌گذاری بسیار مناسبی برخوردار بوده و درصد تحقق عملکردها بیش از پیش‌بینی‌ها بوده است. در زیربخش سایر (تحقیق و بررسی و خدمات اداری) اعتبارات جاری با عملکردی مثبت و بیش از ۱۰۰ درصد اعتبارات پیش‌بینی شده روبه‌رو بوده است. در حالی‌که عملکرد اعتبارات عمرانی بسیار ضعیف بوده و طی سالهای برنامه روند نوسانی و کاهشی شدیدی داشته است به‌طوری که اعتبارات عمرانی در سال ۱۳۷۲ به ۱۰ درصد اهداف پیش‌بینی شده رسیده است این امر عملکرد بسیار پایین این بخش در جذب اعتبارات عمرانی یا تخصیص نیافتن منابع مالی به بخش یادشده را نشان می‌دهد.

عملکرد کلی بخش بهداشت و درمان نشان می‌دهد که اعتبارات بخش بهداشت و درمان طی برنامه اول روندی افزایشی، مثبت و بیش از ارقام پیش‌بینی شده داشته است. در برنامه دوم سیاست دولت در بخش بهداشت و درمان، کاهش تصدی در بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بوده است. ولی در این مورد بخش خصوصی مشارکت ضعیفی داشته است. مهم‌ترین دلایل این امر عبارت‌اند از:

- وجود وضع اقتصادی نامطلوب در بخش بهداشت و درمان در مقایسه با سایر بخشهای اقتصادی،
- وجود دیدگاه غیراقتصادی در بخش بهداشت و درمان در تصمیم‌گیری کلان کشور.

در سالهای برنامه دوم، اعتبارات جاری بخش بهداشت و درمان روندی صعودی داشته است. اعتبارات عمرانی در برخی زیربخشها مانند زیربخش بهداشت و خدمات بهداشتی و درمان عمومی با درصد تحقق کمتری از آنچه در برنامه پیش‌بینی شده بود، مواجه شد. اما با این حال عملکرد اعتبارات بودجه‌ای بخش، مطلوب و روند افزایشی داشته است. طی سالهای برنامه دوم، سیاستها و اهداف مورد توجه در این بخش عبارت بودند از:

- کاهش نرخ مرگ‌ومیر کودکان، نوزادان و مادران با توسعه بهداشت عمومی،
- افزایش پوشش ایمن سازی، بهداشتی و درمانی،
- افزایش بهره‌وری تأسیسات و تسهیلات بهداشتی – درمانی.

همچنین طی سالهای برنامه دوم برای ایجاد تحولاتی در بخش بهداشت و درمان کشور اقداماتی انجام شد که مهم‌ترین آنها به این ترتیب بوده است:

- پیشنهاد و تدوین طرح سطح‌بندی خدمات درمان بستری،

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

- اصلاح ساختار و تقویت نظام بیمه درمان،
- اصلاح ساختار تشکیلات و تقویت نظام بیمه درمان،
- اصلاح ساختار تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

طی سالهای برنامه سوم به‌طور متوسط حدود ۵۰ درصد از اعتبارات کل بخش بهداشت و درمان به بودجه جاری (اعتبارات هزینه‌ای) و بقیه به بودجه عمرانی (تملک داراییهای سرمایه‌ای) و درآمد اختصاصی تقسیم شده است. پرداختها از درآمدهای اختصاصی بخش بهداشت و درمان طی این سالها حدود ۳۵ درصد از کل بودجه بوده است و سهم نسبتاً خوبی از بودجه دریافتی آن را تشکیل می‌دهد. در بررسی مقایسه‌ای در سال ۱۳۸۱ نسبت به سال پیش از آن، جمع کل اعتبارات حدود ۵۰ درصد افزایش داشته است و مبلغ کل اعتبارات از ۱۰۳۵۹ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ به ۱۵۰۸۰ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۱ رسیده است. با توجه به درخواست مردم نسبت به عرضه خدمات با کیفیت بالاتر در مراکز بهداشتی درمانی کشور، پیش‌بینی می‌شود که علاوه بر افزایش کمی خدمات‌دهی، افزایش کیفی بخش نیز مدنظر مجریان قرار گیرد. اعتبارات عمرانی و جاری استانی در سال ۱۳۸۱ نسبت به سال پیش از آن با افزایش ۵۰ درصد مواجه بوده و به ترتیب از ۶۰۵ و ۵۳۷۲ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ به ۸۴۰ و ۸۳۹۴ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۱ رسیده است.[۱]

در مجموع، طی برنامه سوم روند تخصیص اعتبارات به‌سوی اعتبارات جاری در حرکت است. با توجه به اهمیت اعتبارات عمرانی در اشتغال‌زایی و نوسازی مراکز بهداشتی، درمانی، به نظر می‌رسد باید از کاهش روند اعتبارات عمرانی در سالهای آینده جلوگیری شود. طی برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور سیاستهای اصلی بخش بهداشت و درمان نظیر افزایش مشارکت عمومی در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزشیابی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش سهم بخش غیردولتی به‌منظور کاهش تصدی دولت، اصلاح ساختار، تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه بهداشتی درمانی کشور، بوده است. با رسیدن به اهداف کمی و کیفی مرتبط با بخش آموزش، تحقیقات، بهداشت و سلامت موفقیتهایی به‌دست آمد:

- بهبود فن‌آوری به‌کار گرفته شده در خدمات بهداشتی و درمانی کشور و دسترسی بیشتر و کامل‌تر به این خدمات در کنار ارتقای شاخصهای توسعه اجتماعی نظیر سطح سواد، اشتغال، میزان شهرنشینی و صنعتی شدن، موجب تغییر سیمای سلامت شد.

---

۱. طی سالهای ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ سایر اعتبارات زیربخش بهداشت و درمان از نظر آماری به‌صورت رسمی و دقیق موجود نبوده است به همین دلیل از ذکر آنها خودداری شده است.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

• با توجه به افزایش واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در شبکه روستایی از ۹۲ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۹۳ درصد در سال ۱۳۸۲، دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی از طریق شبکه‌های بهداشتی روستایی در سال ۱۳۷۹ (رقم ۸۹ درصد) نسبت به سال پیش از آن چهار درصد افزایش را نشان می‌دهد.

• میزان پوشش واکسیناسیون کودکان کوچکتر از یک سال در مورد بیماریهای سرخک و در سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲، بیش از ۹۵ درصد بوده است. در فاصله زمانی ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲ واکسیناسیون فلج اطفال و سه‌گانه نوبت سوم بیش از ۹۵ درصد و میزان واکسیناسیون هپاتیت نوبت سوم کودکان کوچکتر یک سال، در سالهای یادشده ۹۴ درصد بوده است.

• میزان استفاده از روشهای مدرن پیشگیری به‌منظور کنترل موالید در سالهای (۱۳۸۲- ۱۳۷۹)، ۵۹/۹ درصد بوده است.

• دسترسی جمعیت ساکن در مناطق روستایی به آب آشامیدنی سالم در سال ۱۳۷۹ حدود ۸۶ درصد بوده که این میزان در سال ۱۳۸۲ به ۸۹ درصد رسیده است.

بررسیهای آماری نشان می‌دهد که تا پایان سال ۱۳۸۲ حدود ۹۷/۷ درصد از جمعیت ۶۵ میلیونی کشور با احتساب جمعیت روستاییان، تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار داشته‌اند. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیمه‌شدگان به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، خرید خدمات و قراردادهای خاص بیمه‌گران اصلی به این شرح بوده است:

• کارکنان دولت که مشمول قانون استخدام کشوری هستند، با جمعیت تحت تکفل آنها حدود ۶/۵ میلیون نفر، یعنی ۱۰ درصد از جمعیت کشور،

• کارگران و مزدبگیران تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل آنها حدود ۲۴/۱ میلیون نفر، ۳۷ درصد از جمعیت کشور،

• روستاییان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی ۲۰/۸ میلیون نفر یعنی حدود ۳۲ درصد از جمعیت کشور،

• نیروهای مسلح و افراد تحت تکفل آنها چهار میلیون نفر یا شش درصد از جمعیت کشور،

• سایر اقشار (جانبازان، طلاب و روحانیون، خانواده شهدا) با ۹۰۰ هزار نفر جمعیت، حدود ۱/۴ درصد از جمعیت کشور،

• مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی ۵/۲ میلیون نفر، یعنی هشت درصد از جمعیت کشور.

در مجموع، مقایسه روند اعتبارت بخش بهداشت، درمان طی سه برنامه توسعه (اجرا شده) پس از پیروزی انقلاب اسلامی نشان‌دهنده آن است که به‌رغم افزایش کمی اعتبارات، سهم اعتبارات این بخش از بودجه عمومی دولت دارای روندی کاهنده بوده است. با در نظر گرفتن این مطلب در کنار موقعیت سطح

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

پایین بخش بهداشت و درمان ایران و وضع نامناسب این بخش می‌توان چنین نتیجه گرفت که "اعتبارات دولت در بخش بهداشت و درمان نتوانسته است موجب توسعه خدمات بهداشتی شود."

۶. بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه

براساس راهبردها و سیاستهای تعیین شده برای بخش بهداشت و درمان، اهداف کمی بخش در برنامه چهارم توسعه به این صورت در نظر گرفته شده است:

الف- ارتقا به سطح مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع مالی نظام سلامت از ۸۳ درصد فعلی به ۹۰ درصد در آخر برنامه چهارم، به‌گونه‌ای که تمام اقشار به تناسب دهکهای درآمدی مشارکت کنند، البته این مشارکت با حق بیمه‌های خدمات درمانی تحقق می‌یابد.

ب- سهم دولت در بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۴۵ درصد فعلی به ۵۵ درصد افزایش و سهم مردم به ۳۰ درصد در پایان برنامه چهارم توسعه کاهش یابد.

ج- سهم بهداشت و درمان از ۵/۵ درصد تولید ناخالص داخلی به ۷/۵ درصد در پایان برنامه چهارم توسعه افزایش یابد.

د-کاهش و همسان‌سازی نرخ تورم در بخش سلامت از ۲۰ درصد فعلی به سطح نرخ تورم جاری در کشور تا آخر برنامه چهارم توسعه نیز مدنظراست.

تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی در منطقه تا پایان برنامه چهارم توسعه، به‌گونه‌ای که ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات این بخش، ۳۰ درصد مصارف ارزی آن را تأمین کند.

در برنامه چهارم، دولت علاوه بر اهداف بهداشتی در تأمین سلامت جامعه، ارتقای امنیت غذایی را نیز مورد تأکید خاص قرار داده است. در پی تغییرات جمعیتی بیماریهای مسری[1]، تغییر سبک زندگی، رواج شهرنشینی و پدیده‌های جهانی شدن، الگوهای درمان و نیز بیماریها شباهت بسیاری با سایر کشورها و کشورهای پیشرفته پیدا کرده است و سهم بیماری روانی، قلبی، عروقی، سرطانها، حوادث و سوانح در مرگ‌ومیر افزایش یافته است. از این‌رو پیش‌بینی می‌شود که با افزایش بی‌بند و باری جنسی و اعتیاد تزریقی، بیماریهایی مانند ایدز و هپاتیت به‌طور نگران‌کننده‌ای در کشور شیوع یابد. در کنار این موارد با دشوار شدن شرایط زندگی، ازدواج و اشتغال، افزایش شکاف درآمدی، نرخ تورم مستمر، افزایش قابل توجهی در بیماریهای روانی را شاهد خواهیم بود. چنین شرایطی بیش از هر زمان دیگری، سیاست‌گذاری و مدیریت دولت را برای کنترل مخاطرات سلامتی جامعه در بخشهای مختلف اقتصادی و اجتماعی (آموزش

1. Epidemiologic

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

و پرورش، محیط‌زیست، بهداشت و درمان، نیروی انتظامی، صداوسیما و نظایر آن) مورد تأکید خاص قرار می‌گیرد.

۷. پیشنهادها

برای بهبود وضع نظام سلامت و بهداشت و درمان جامعه و ارتقای آن پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- تأکید بر اصلاح و اجرای روش تعیین سهم بودجه‌ای بخشهای مختلف اجتماعی و اقتصادی به‌ویژه بخش بهداشت و درمان کشور،
- نهادینه شدن امر برنامه‌ریزی در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی با تشکیل منظم ستاد برنامه و ستاد نظارت به منظور تخصیص واقعی اعتبارات به بخش،
- پی‌ریزی نظام بودجه‌ای عملیاتی به‌عنوان مقدمه‌ای برای ارتباط بودجه سالیانه با برنامه‌های توسعه،
- تعریف شاخصهای مناسب در ارزیابی میزان تحقق برنامه و پیش‌بینی سازوکار جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز در این زمینه،
- ایجاد تشکیلات مناسب در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی ساماندهی مشارکت مردم و بخش خصوصی،
- بازنگری و اصلاح نظام مدیریتی و مالی اداره امور مراکز درمانی کشور،
- اتخاذ تمهیدات لازم برای تخصیص مناسب منابع بودجه‌ای به این بخش، براساس سهم واقعی،
- برگزاری دوره‌های آموزشی برای مسئولان مالی بخشهای بهداشتی و درمانی کشور در راستای استفاده بهینه از منابع مالی عمومی و اختصاصی

جدول شماره ۳. موقعیت بخش بهداشت و درمان ایران در مقایسه با برخی کشورها

شاخصهای نشان‌دهنده موقعیت	جایگاه ایران
امید به زندگی (سال ۲۰۰۳)	۸
نرخ مرگ ومیر نوزادان (در هزار تولد، سال ۲۰۰۳)	۲۷
نسبت تخت بیمارستانی (متوسط ۲۰۰۲-۱۹۹۵)	۶
تعداد پزشک (به ازای هر هزار نفر، متوسط ۲۰۰۲-۱۹۹۵)	۴
مخارج بهداشت عمومی (درصدی از GDP سال ۲۰۰۱)	۱۰
مخارج بهداشت خصوصی (درصدی از GDP سال ۲۰۰۱)	۲۵
سهم مخارج بهداشت عمومی در کل هزینه عمومی (سال ۲۰۰۱)	۱۲
سرانه مخارج بهداشت عمومی (دلار، سال ۲۰۰۱)	۸
سرانه مخارج بهداشت خصوصی (دلار، سال ۲۰۰۱)	۹
سهم مخارج بهداشت عمومی در تولید ناخالص داخلی (سال ۲۰۰۱)	۱۵

مأخذ: محاسبه شده براساس جدول شماره‌های ۱ و ۲.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۴. وضع تولید و جمعیت در کشورهای منتخب در سال ۲۰۰۱

کشور	تولید ناخالص داخلی (میلیون دلار)	جمعیت (میلیون نفر)
اتریش	۱۸۹۵۷۹/۵	۸/۱
استرالیا	۳۶۸۷۶۱/۸	۱۹/۷
اسلواکی	۲۰۴۶۲/۴	۵/۴
آمریکا	۱۰۰۱۹۷۰۰	۲۸۸/۴
انگلستان	۱۴۲۹۶۶۵	۵۹/۲
ایران	۱۱۴۰۵۱/۶	۶۵/۵
آفریقای جنوبی	۱۱۴۱۷۳/۹	۴۵/۳
آلبانی	۴۲۵۴/۴	۳/۲
آلمان	۱۸۵۳۴۰۶	۸۲/۵
برزیل	۵۰۸۹۹۴/۵	۱۷۴/۵
بنگلادش	۴۶۹۹۶/۶	۱۳۵/۷
پاکستان	۵۸۵۵۷/۲	۱۴۴/۹
پرتغال	۱۱۰۰۴۶/۳	۱۰/۲
پرو	۵۳۶۳۹/۱	۲۶/۳
چین	۱۱۷۵۷۱/۶	۱۲۸۰/۴
دانمارک	۱۵۹۲۳۳/۶	۵/۳۷
روسیه	۳۰۹۸۸۶/۹	۱۴۴/۱
ژاپن	۴۱۷۵۵۹۵	۱۳۷/۲
سوئد	۲۱۹۴۳۹۳/۳	۸/۹
سوریه	۱۹۳۷۶/۷	۱۶/۹
شیلی	۶۶۴۵۰	۱۵/۶
فرانسه	۱۳۲۰۴۲۱	۵۹/۵
کانادا	۶۹۴۴۷۵/۱	۳۱/۴
گواتمالا	۲۰۹۵۸/۷	۱۲
مجارستان	۵۱۸۳۰/۸	۱۰/۱۶
مصر	۹۸۴۷۵/۸	۶۶/۴
مکزیک	۶۲۳۸۹۲/۵	۱۰۰/۸
نروژ	۱۶۹۷۷۹/۸	۴/۵
هند	۴۷۸۵۲۴/۲	۱۰۳۲/۵
ونزوئلا	۱۲۶۱۹۷/۴	۲۵/۱
یونان	۱۱۷۱۵۹/۶	۱۰/۶

مأخذ: GFS و IFS سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۱

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

منابع

الف) فارسی

احمدوند، علیرضا(۱۳۸۲)، *گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰*، تهران، موسسه فرهنگی ابن‌سینا.

سازمان ملل(۱۳۸۲)،" گزارش سال ۲۰۰۴ توسعه انسانی سازمان ملل"، *دنیای اقتصادی*، شماره ۴۴، ۲۷ تیر.

سازمان مدیریت وبرنامه‌ریزی (۱۳۸۳)، *گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۲ و نظارت بر عملکرد چهار ساله برنامه سوم*، تهران.

سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۷)، *روند گذشته، جاری و آینده‌نگری ۱۰ ساله جمعیت ایران ۸۵-۱۳۷۱*، تهران.

سازمان برنامه و بودجه (۱۳۸۲)، *گزارش اقتصادی و نظارت بر عملکرد سه ساله اول برنامه سوم توسعه*، تهران.

سازمان برنامه و بودجه، *گزارش اقتصادی سالهای مختلف*

سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۲-۱۳۶۸)، *گزارش عملکرد برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

سازمان برنامه و بودجه (۱۳۷۷-۱۳۷۳)، *مستندات برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.*

سازمان برنامه و بودجه(۱۳۸۳-۱۳۷۹)، *مستندات برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی* جمهوری اسلامی ایران، تهران.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (۱۳۸۳)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی* و فرهنگی" تهران.

سازمان برنامه و بودجه، *مجموعه قوانین بودجه سالهای مختلف کشور.*

ستاری‌فر، محمد (۱۳۸۱)، "طرح برپایی نظام جمع رفاه و تأمین اجتماعی کشور"، *مجله برنامه و بودجه*، شماره ۷۴، تیر و مرداد، صص ۱۳-۳.

مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۳)، *شاخصهای بخش سلامت*، دفتر بررسیهای اقتصادی، مرداد.

موسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ (۱۳۸۲)، همایش چالشها و چشم‌اندازهای توسعه ایران، *گزارش بهداشت و درمان.*

مؤسسه تحقیقات علمی صنعتی ایران، لوح فشرده پاک، *اطلاعات ۷۵ کشور جهان*، سال ۱۳۸۴.

مرکز آمار ایران، *سالنامه آماری کشور*، سالهای مختلف.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، *سالنامه آماری پزشکی کشور*، سالهای مختلف.

ب) انگلیسی

World Development Report*, IMF*, 2003.

World Development Indicator, *IMF*, 2003.

ج) سایتهای اینترنتی

WWW. edu. recent. Ir

http://pechinaboradcast. cn

http://newsgooya.com

wwww. hamshahri. net

www.Iranhealers. com

www. Mehrnews. Ir

www. salamatiran. com

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۱. شاخصهای نشان‌دهنده وضع بخش بهداشت و درمان در بعضی از کشورهای توسعه یافته

کشورهای توسعه یافته	امید به زندگی (سال ۲۰۰۳)	نرخ مرگ‌ومیر کودکان (در هر هزار تولد، سال ۲۰۰۳)	نسبت تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر (متوسط ۲۰۰۲-۱۹۹۵)	تعداد پزشک (به ازای هر هزار نفر، متوسط (۲۰۰۲-۱۹۹۵)	مخارج بهداشت عمومی (درصدی از GDP در سال ۲۰۰۱)	مخارج بهداشت خصوصی (درصدی از GDP در سال ۲۰۰۱)	سهم مخارج بهداشت عمومی در کل هزینه عمومی (سال ۲۰۰۱)	سرانه مخارج بهداشت عمومی (دلار، سال ۲۰۰۱)	سرانه مخارج بهداشت خصوصی (دلار، سال ۲۰۰۱)
آلمان	۷۸/۵	۴/۲	۹/۱	۳/۳	۸/۱	۲/۷	۱۳/۱۸	۱۸۱۹/۷	۶۰۶/۶
اتریش	۷۸/۹	۴/۷	۸/۶	۳/۲	۵/۵	۲/۵	۱۳/۰۱	۱۲۸۷/۳	۵۸۵/۱
استرالیا	۸۰/۳	۴/۸	۷/۹	۲/۵	۶/۲	۲/۹	۱۶/۸۸	۱۱۶۰/۶	۵۴۲/۸
آمریکا	۷۷/۴	۶/۶	۳/۶	۲/۷	۶/۲	۷/۷	۲۱/۸۷	۲۱۵۴	۲۶۷۵/۲
انگلستان	۷۸/۳	۵/۲	۴/۱	۲	۶/۳	۱/۳	۱۵/۴۲	۱۵۲۱/۴	۳۱۳/۹
پرتغال	۷۷/۳	۵/۱	۴	۳/۲	۶/۳	۲/۹	۱۴/۸۱	۶۷۹/۷	۳۱۲/۹
دانمارک	۷۷/۴	۴/۶	۴/۵	۳/۴	۷	۱/۵	۰/۷۲	۲۰۷۵/۷	۴۴۴/۸
ژاپن	۸۱	۳/۳	۱۶/۵	۱/۹	۶/۲	۱/۸	۱/۶	۲۰۳۵/۳	۵۹۰/۹
سوئد	۸۰/۳	۲/۸	۳/۶	۳	۷/۴	۱/۳	۱۳/۴۸	۱۸۲۴/۶	۳۲۰/۵
فرانسه	۷۹/۴	۴/۳	۸/۲	۳/۳	۷/۳	۲/۳	–	۱۶۲۰	۵۱۰/۴
کانادا	۸۰	۴/۸	۳/۹	۲/۱	۶/۸	۲/۸	۱/۰۱	۱۵۰۴	۶۱۹/۳
یونان	۷۸/۹	۵/۶	۴/۹	۴/۴	۵/۲	۴/۱	۷/۰۶	۵۷۴/۷	۴۵۳/۲
میانگین	۷۹	۴/۷	۶/۶	۲/۹	۶/۵	۲/۸	۱۰/۸	۱۵۲۱/۴	۶۶۴/۶

مأخذ: GFS سالهای مختلف.

[Downloaded from ejjp.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۲. شاخصهای نشان‌دهنده وضع بخش بهداشت و درمان در بعضی از کشورهای در حال توسعه

کشورهای توسعه یافته	امید به زندگی (سال ۲۰۰۳)	نرخ مرگ‌ومیر کودکان (در هر هزار تولد، سال۲۰۰۳)	نسبت تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر (متوسط ۲۰۰۲-۱۹۹۵)	تعداد پزشک (به ازای هر هزار نفر، متوسط (۲۰۰۲-۱۹۹۵)	مخارج بهداشت عمومی (درصدی از GDP در سال ۲۰۰۱)	مخارج بهداشت خصوصی (درصدی از GDP در سال ۲۰۰۱)	سهم مخارج بهداشت عمومی در کل هزینه عمومی (سال ۲۰۰۱)	سرانه مخارج بهداشت عمومی (دلار، سال ۲۰۰۱)	سرانه مخارج بهداشت خصوصی (دلار، سال ۲۰۰۱)
ایران	۶۹/۷	۴۲/۹	۱/۶	۰/۹	۲/۷	۳/۸	۵/۹۷	۴۷	۶۶/۲
آفریقای جنوبی	۴۴/۲	۶۲/۲	–	۰/۶	۳/۶	۵/۱	–	۹۰/۷	۱۲۸/۵
آلبانی	۷۷/۱	۲۲/۳	۳/۳	۱/۴	۲/۴	۱/۳	۳/۸	۳۱/۹	۱۷/۳
اسلواکی	۷۴/۲	۷/۶	۷/۸	۳/۶	۵/۱	۰/۶	۱۷/۹۲	۱۹۳/۳	۲۲/۷
برزیل	۷۱/۴	۳۰/۷	۳/۱	۱/۳	۳/۲	۴/۴	۶/۲۱	۹۳/۳	۱۲۸/۳
بنگلادش	۶۱/۷	۶۴/۳	–	۰/۲	۱/۵	۲	–	۵/۲	۶/۹
پاکستان	۶۲/۶	۷۴/۴	–	۰/۶	۱	۳	۰/۷۶	۴	۱۲/۱
پرو	۶۹/۲	۳۳	۱/۵	۰/۹	۲/۶	۲/۱	۶/۳۱	۵۲/۲	۴۲/۲
چین	۷۲	۲۵/۳	۲/۵	۱/۴	۲	۳/۴	۱۲/۰۱	۱/۸	۳/۱
روسیه	۶۶/۴	۱۷	۱۰/۸	۴/۲	۳/۷	۱/۷	۵/۱۲	۷۹/۶	۳۶/۶
سوریه	۶۹/۷	۳۰/۶	۱/۴	۱/۳	۲/۴	۳	۲/۳۴	۲۷/۵	۳۴/۴
شیلی	۷۶/۴	۹/۱	۲/۷	۱/۱	۳/۱	۳/۹۲	۱۲/۶۷	۱۳۲	۱۶۷
گواتمالا	۶۵/۲	۳۶/۹	۱	۰/۹	۲/۳	۲/۵	–	۴۰/۲	۴۳/۷
مجارستان	۷۲/۲	۸/۷	۸/۲	۲/۹	۵/۱	۱/۷	۹/۰۳	۲۶۰/۲	۸۶/۷
مصر	۷۰/۷	۳۳/۹	۲/۱	۱/۶	۱/۹	۲	۳/۲۹	۲۸/۲	۲۹/۷
مکزیک	۷۴/۹	۲۱/۷	۱/۱	۱/۵	۲/۷	۳/۴	۴/۹۵	۱۶۷/۱	۲۱۰/۴
نروژ	۷۹/۲	۳/۷	۱۴/۶	۳	۶/۸	۱/۲	۴/۸	۲۵۶۵/۶	۴۵۲/۷
ونزوئلا	۷۴/۱	۲۳	۱/۵	۲/۴	۳/۷	۲/۳	۶/۴۸	۱۸۶	۱۱۵/۶
هند	۶۴	۵۷/۹	–	–	۰/۹	۴/۲	۱/۸	۴/۲	۱۹/۵
میانگین	۶۹/۲	۳۱/۹	۴/۲	۱/۷	۳	۲/۷	۶/۵	۲۱۱/۱	۸۵/۵

مأخذ: GFS سالهای مختلف.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۵. بودجه زیربخشهای بهداشت و درمان، طی سالهای برنامه اول، دوم و سوم توسعه

شرح	برنامه اول					برنامه دوم					برنامه سوم			
	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲
بودجه بهداشتی*	۱۲۳/۵	۱۷۶/۲	۲۴۶/۳	۲۸۸	۴۹۷/۹	۸۴۳/۴	۱۰۷۷	۱۲۶۸/۱	۱۶۴۵/۴	۱۹۹۶	۲۹۸۳	۳۶۶۲	۵۷۴۰	۶۰۲۹
بودجه درمانی	۱۶۸/۵	۲۷۱/۸	۳۹۰/۲	۴۳۳/۵	۷۴۵/۷	۱۷۵۴/۵	۲۸۸۶/۲	۳۱۳۶/۵	۳۷۵۵/۹	۳۹۴۵	۴۵۵۹	۵۲۹۷	۷۳۲۱	۸۲۹۱
بودجه تحقیقاتی	۱/۸	۳/۹	۶/۹	۷/۵	۱۶/۹	۱۴/۴	–	۰/۷۲	–	۱	–	–	۲۵	۳۳
بودجه خدمات اداری	۱۱۳/۳	۷۹/۱	۱۳۱/۵	۲۱۷/۱	۵۸۵/۴	۱۰۰/۶	۱۵۲/۲	۲۰۰/۱	۲۱۶/۷	۳۱۷	۲۹۹	۵۲۵	۸۱۳	۹۲۵
اعتبارات ملی	–	–	–	–	–	۲۷۱۲/۹	–	۴۶۰۵/۴۳	۵۶/۱۸	۶۲۵۹	۷۷۹۶	۹۴۸۴	۱۳۸۹۹	۱۵۲۷۷/۵
اعتبارات استانی	–	–	–	–	–	۸۱/۶	–	۱۵۸/۵	۱۰۸/۳	۳۲۵	۵۱۳	۸۷۵	۱۱۸۱	۱۴۷۰/۵
کل بودجه بخش بهداشت و درمان	۴۰۷/۱	۵۳۱	۷۷۵	۹۴۶	۱۸۴۶	۲۷۹۴/۵	۴۱۱۵/۴	۴۷۶۳/۹	۵۷۲۶/۴	۶۵۸۴	۸۳۰۸	۱۰۳۵۹	۱۵۰۸۰	۱۶۷۴۸
هزینه عمومی دولت	۴۳۱۶/۷	۶۰۵۱/۱	۸۰۹۰/۹	۱۰۷۵۶/۷	۲۰۸۸۶/۹	۴۱۹۶۱/۹	۵۷۸۷۷/۵	۶۵۴۳۷/۹	۷۰۹۷۰/۲	۹۳۲۴۲/۸	۱۰۸۳۱۶/۲	۱۳۸۸۵۹/۶	۲۳۱۹۶۳	۳۶۷۰۳۹
سهم از هزینه عمومی دولت**	۹/۴	۸/۷	۹/۶	۸/۸	۸/۸	۶/۶	۷/۱	۷/۲	۸/۱	۷/۲	۷/۷	۸	۶/۳	۴/۶

مأخذ: قانون بودجه سالهای مختلف.

* بودجه های بهداشتی شامل مجموع برنامه خدمات بهداشت عمومی، خدمات بهداشت روستایی، تغذیه و بهداشت محیط است.

** پایین بودن سهم از هزینه عمومی در سالهای ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به‌ترتیب مربوط به یکسان‌سازی نرخ ارز و شفاف‌سازی قیمت حاملهای انرژی بوده است.

[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-16]