مجله اقتصادی
شماره‌های ۵ و ٦ مرداد وشهریور، صفحات ٦٤-٤١

بررسی اقتصادی حساب‌های ملی سلامت در ایران طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

منیژه طبیبی
کارشناس‌ارشد علوم اقتصادی
m.ta2531@gmail.com

آزاده داودی
دانشجوی دکترای علوم اقتصادی دانشگاه فردوسی مشهد
az.davodi@gmail.com

سلامت یکی از مهم‌ترین عوامل رشد اقتصادی قلمداد می‌گردد و از این‌رو بهبود شاخص‌های سلامت یکی از اهداف مهم دولت‌ها برای رسیدن به توسعه‌یافتگی است. این در حالی است که سیاستگذاری در بخش سلامت نیازمند اطلاعاتی از ارزش خدمات این بخش، نتایج عملکردها، سهم بخش‌های دولتی و خصوصی از منابع و مصارف مالی سلامت و دریافت‌ها و پرداخت‌های اجزای هزینه‌ای در سطح ملی و بخشی می‌باشد. در این راستا حساب‌های ملی سلامت به‌این منظور طراحی شد که ابزاری را جهت شناخت بهتر نظام سلامت و بهبود عملکرد آن برای سیاستگذاران و تصمیم‌گیران این حوزه فراهم آورد. این مقاله سعی نموده تا حساب‌های ملی سلامت را طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) با تأکید بر دیدگاه اقتصادی مورد تحلیل و ارزیابی قرار دهد و از این دیدگاه کاستی‌های نظام سلامت را بررسی نماید.

واژه‌های کلیدی: حساب‌های ملی سلامت، بهداشت و درمان، تأمین مالی نظام سلامت.

۱. مقدمه

رایج‌ترین و کلی‌ترین تعریف مورد استفاده از سلامت، تعریف سازمان جهانی بهداشت است که می‌گوید "سلامت، برخورداری از سلامت کامل روحی، جسمی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت" (WHO،۲۰۰۸). این مفهوم مثبت از سلامت، نتایج کاملاً ریشه‌ای دارد. سلامت کامل اجتماعی شامل مسکن، اشتغال و حقوق مدنی نیز می‌شود. این تعریف از نوع کاملاً هنجاری است و نه از نوعی که در کوتاه‌مدت بتوان شاهد تحقق آن بود.

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

– البته اقتصاددانان نسبت مقوله سلامت رویکرد متفاوتی دارند. آنها معتقدند که سلامت کالایی بادوام و یا به‌عبارت دیگر سرمایه‌ای است که خدماتی را فراهم می‌آورد. این جریان خدماتی که از موجودی سرمایه سلامت فرد تولید می‌شود در کل دوره زندگی او به مصرف می‌رسد. بر این اساس هر فرد دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت در ابتدای هر دوره است که در طول زمان موجودی سلامت فرد با بالارفتن سن کاهش و با سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های درمانی افزایش می‌یابد و زمانی‌که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کمتر شود فرد از بین خواهد رفت.

– اقتصاددانان به دلایل مختلفی به مراقبت‌های بهداشتی توجه دارند؛ نخست اینکه منابع برای مراقبت‌های بهداشتی محدود است و مانند سایر موارد، تقاضا برای خدمات بهداشتی از عرضه آنها بیشتر است. دیگر اینکه محدودیت و کمیابی به‌آسانی و با افزایش اعتبارات بهداشتی از میان نمی‌رود، زیرا اهمیت هزینه‌های فرصت معمولاً نادیده گرفته می‌شود. برای افزایش اعتبارات بخش بهداشت لازم است اعتبارات بخش‌های دیگر به‌عنوان مثال آموزش، راه و ترابری، دفاع و ... کاهش یابد. در بسیاری از شرایط معیار ما برای تخصیص کالا و خدمات در بخش بهداشت نه میل و اشتیاق یا توانمندی پرداخت بلکه نیاز است، بنابراین ما به مجموعه‌ای از تکنیک‌های اقتصادی برای تحلیل و ارزیابی بازار مراقبت‌های بهداشتی نیازمندیم. در نهایت یک رابطه دوسویه بین وضعیت سلامت فرد و فعالیت اقتصادی وجود دارد. افراد سالم‌تر بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد توانایی بالاتری برای خرید مراقبت‌های بهداشتی بیشتر دارد.

– همچنین با توجه به اینکه انسان محور توسعه پایدار محسوب می‌گردد، تخصیص اعتبارات هرچه بیشتر در امر سلامت سرمایه‌گذاری تلقی شده و عملاً هزینه نیست.

۲. کالای سلامت و بازار

در نظام خدمات سلامت، بازارهای آزاد به‌ندرت وجود دارد و اغلب نظام‌های سلامت در دنیا با درجات متفاوتی تحت نظارت دولت‌ها هستند. در چنین وضعیتی این پرسش مطرح می‌شود که بازار[1] چگونه می‌تواند در تأمین و تخصیص منابع نظام سلامت ایفای نقش کند. در این خصوص ابتدا به ویژگی‌های بازارهای کامل[2] پرداخته می‌شود. شروط اساسی بازار رقابت کامل به‌شرح ذیل است:

– همگونی و یکنواختی محصول یا کالا

– تعداد زیاد خریداران و فروشندگان

1. Market
2. Perfect Market

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

- اطلاعات کامل درباره قیمت و کیفیت محصول
- ورود و خروج آزاد در بازار برای عرضه‌کنندگان
- هزینه‌های برابر برای تولیدکنندگان
- عوامل متغیر تولید
- فقدان صرفه‌جویی‌های مقیاس و تنوع تولید

لیکن تقریباً تمام شرایط فوق در بازار سلامت نقض می‌شود و از این‌رو با این بازار با شکست مواجه و راه برای مداخله دولت هموار می‌گردد. مهم‌ترین موارد شکست بازار در اقتصاد سلامت عبارتند از: مخاطرات اخلاقی،[1] انتخاب نامطلوب،[2] ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات،[3] پیامدهای بیرونی،[4] انحصار طبیعی[5] و توزیع درآمد.

۲-۱. مخاطرات اخلاقی

یکی از دلایل شکست بازار در بخش سلامت (بهداشت و درمان)، مخاطرات اخلاقی است. مخاطرات اخلاقی را می‌توان به‌عنوان یک رفتار استراتژیک تعریف نمود که در یک قرارداد یکی از ۲ طرف اطلاعات بیشتری نسبت به دیگری در اختیار داشته باشد.

۲-۲. انتخاب نامطلوب

این امر از عدم تقارن اطلاعات در بازار بیمه‌های سلامت ناشی می‌شود، به‌طوری‌که خریدار نسبت به فروشنده بیمه‌نامه از وضعیت مخاطرات خود اطلاع بیشتری دارد.

۲-۳. ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات

اطلاعات ممکن است به شکل نابرابر در میان عوامل مختلف توزیع شود یا دانش همه عوامل درگیر در مبادله ناقص باشد که هر دوی این حالت‌ها موجب مخاطرات و نااطمینانی‌هایی در بازار می‌شود. بنا بر تئوری اقتصادی، اطلاعات ناکامل یکی از موانع استفاده کارا از مداخلات مراقبت سلامت بوده و می‌تواند منجر به شکست بازار شود.

1. Moral Hazard
2. Adverse Selection
3. Asymmetry of Information
4. Externalities
5. Natural Monopoly

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

۲-٤. پیامدهای بیرونی

پیامدهای بیرونی هنگامی اتفاق می‌افتد که فعالیت اقتصادی تأثیر مثبتی روی افراد دیگری داشته باشد که به‌صورت مستقیم در آن عمل مشارکت نداشته‌اند. در سلامت، این بحث هنگامی مطرح می‌شود که مصرف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی توسط یک فرد منجر به نفع‌رسانی به افراد دیگر می‌شود.

۲-۵. انحصار طبیعی

ناهماهگنی خدمات پزشکی مقایسه کیفیت و قیمت را مشکل کرده و بنابراین از انتشار مؤثر اطلاعات جلوگیری می‌کند. اطلاعات ناقص نیز درجه رقابت مؤثر را کاهش می‌دهد.

۲-٦. توزیع درآمد

با توجه به ماهیت اجتماعی و آثار بیرونی مراقبت‌های بهداشتی و سلامت و همبستگی بین فقر و بیماری، این موضوع ارتباط تنگاتنگی با برابری و عدالت پیدا کرده است. بنابراین از این منظر و با توجه به آنکه نظام بازار به ایجاد عدالت و برابری توجهی ندارد، این امر دلیل مهمی برای تأمین مالی و مدیریت فعالیت‌های بخش بهداشت و سلامت توسط دولت‌ها به‌شمار می‌رود.

با این مقدمه وضعیت سلامت ایران با توجه به آمار حساب‌های ملی سلامت که مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ آن را به‌صورت سری زمانی (۱۳۸۷-۱۳۸۱) منتشر نمود، مورد بررسی قرار می‌گیرد. لازم به توضیح است این مقاله با توجه به آخرین به‌روزرسانی مرکز آمار ایران برای حساب‌های ملی سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) انجام شده است.

۳. شاخص‌های کلان سلامت

۳-۱. هزینه‌های عمومی سلامت و ترکیب آن

هزینه‌های حوزه سلامت در حساب‌های ملی را می‌توان از دیدگاه اقتصادی به‌صورت زیر تقسیم‌بندی و مقایسه نمود:

- هزینه‌های مستقیم با هزینه‌های غیرمستقیم
- هزینه‌های بهداشت با هزینه‌های درمان
- هزینه‌های تحقیق و توسعه در حوزه سلامت با سایر هزینه‌ها
- هزینه‌های سرمایه‌ای با هزینه‌های جاری

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

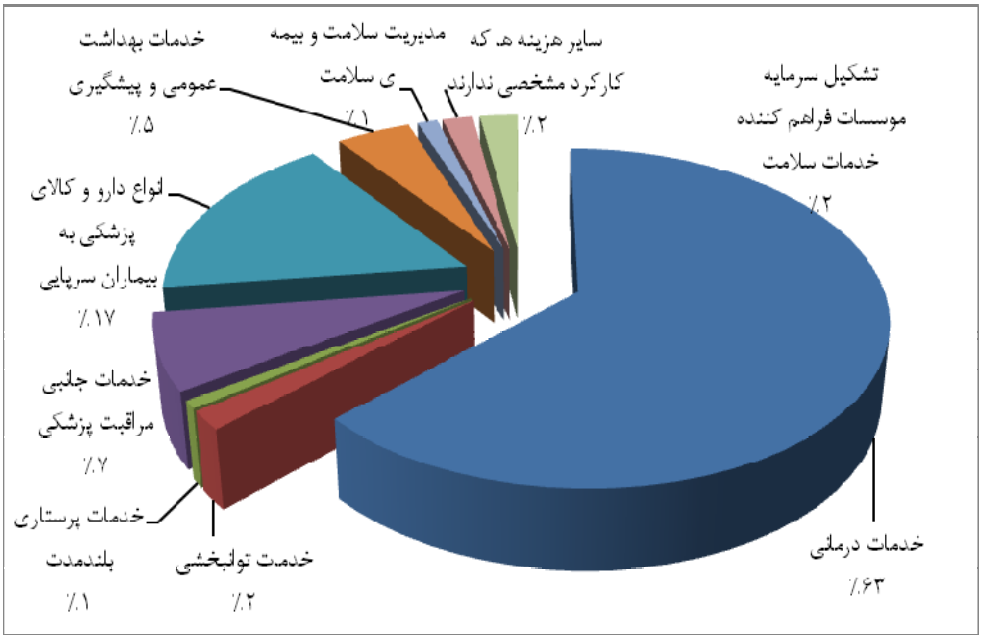
۳-۱-۱. سهم هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم

نزدیک به ۹۵ درصد هزینه‌های حوزه سلامت را هزینه‌های مستقیم تشکیل می‌دهد که مجموع آنها با عنوان هزینه‌های سلامت در حساب ملی سلامت درج می‌شود. لازم به توضیح است مجموع هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های عمومی سلامت را تشکیل می‌دهد. میزان منابع صرف‌شده در هزینه‌های مستقیم شامل سرفصل‌های زیر است:

- خدمات درمانی
- انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی
- خدمات جانبی مراقبت‌های پزشکی
- خدمات بهداشت عمومی و پیشگیری
- سایر هزینه‌ها
- تشکیل سرمایه مؤسسات فراهم‌کننده خدمات سلامت
- خدمات توانبخشی
- هزینه‌های مدیریت و بیمه سلامت
- خدمات پرستاری بلندمدت

چنانچه مشاهده می‌شود بیش از ۶۳ درصد هزینه‌های مستقیم حوزه سلامت صرف خدمات درمانی و حدود ۱۷ درصد صرف انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی می‌شود. شایان ذکر است در این میان سهم سایر هزینه‌ها که اغلب، کارکرد آنها شفاف نیست و اتلاف منابع در این حوزه بیشتر صورت می‌گیرد برابر سهم سرمایه‌گذاری است.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

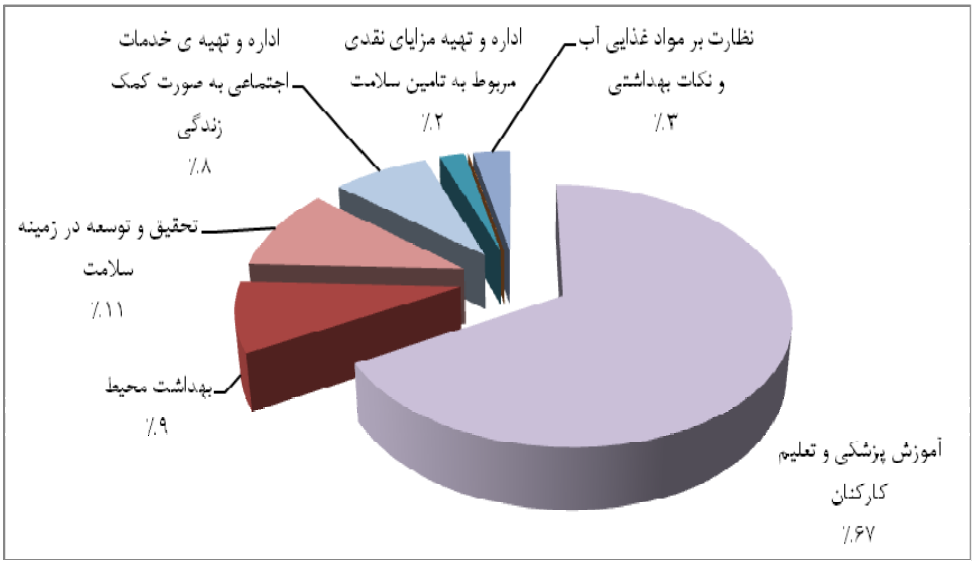
نمودار ۱. تفکیک هزینه‌های مستقیم سلامت با توجه به نوع کارکرد طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

حدود ۵ درصد هزینه‌های حوزه سلامت را هزینه‌های غیرمستقیم تشکیل می‌دهد که شامل موارد زیر است:

- آموزش پزشکی و تعلیم کارکنان سلامت
- هزینه های اداره و تهیه خدمات اجتماعی به‌صورت کمک زندگی
- تحقیق و توسعه در زمینه سلامت
- بهداشت محیط
- هزینه‌های اداره و تهیه مزایای نقدی مربوط به تأمین سلامت
- نظارت بر مواد غذایی، آب آشامیدنی و نکات بهداشتی
- سایر هزینه‌ها

با توجه به ترکیب هزینه‌های غیرمستقیم، به‌نظر می‌رسد جنس این هزینه‌ها به‌گونه‌ای است که بیشتر توسط دولت صورت می‌گیرد. در هر حال بررسی هزینه‌های غیر مستقیم سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) نشان می‌دهد ۶۷ درصد هزینه‌های مذکور صرف آموزش پزشکی و تعلیم کارکنان سلامت می‌شود. تحقیق و توسعه سهم ۱۱ درصدی و هزینه‌های اداره و تهیه خدمات اجتماعی به‌صورت کمک زندگی سهم ۸ درصدی از هزینه‌های غیرمستقیم در حوزه سلامت را دارا می‌باشند.

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



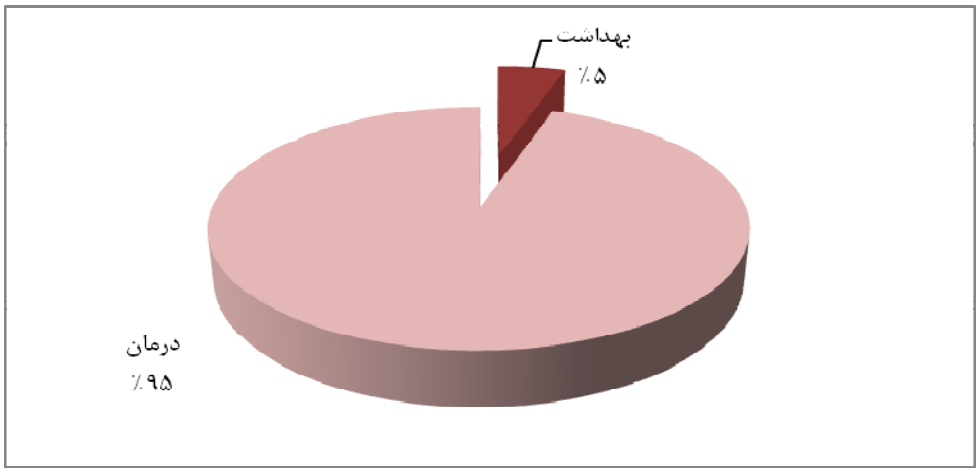
مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۲. تفکیک هزینه‌های غیر مستقیم سلامت با توجه به نوع کارکرد طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

۳-۱-۲. سهم بهداشت و درمان

با توجه به اینکه سلامت بر پایه‌های بهداشت استوار است، هزینه‌های سلامت بر اساس هزینه‌های مرتبط با بهداشت از هزینه‌های درمانی تفکیک شده است. در این ارتباط سهم هزینه‌های بهداشت (شامل بهداشت عمومی و پیشگیری، بهداشت محیط و نظارت بر مواد غذایی، آب آشامیدنی و نکات بهداشتی) از کل هزینه‌های سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) تنها ۵ درصد می‌باشد. این رقم با عنایت به سطح توسعه‌یافتگی کشور در خصوص شاخص‌های توسعه انسانی و هزینه‌های زیربنایی صورت گرفته در سال‌های گذشته نسبت به واکسن‌کوبی و ریشه‌کن نمودن بیماری‌های واگیردار، تهیه آب شرب سالم و .... طبیعی به‌نظر می‌رسد. با این‌حال با توجه به دلیل اصلی مرگ و میرهای کنونی که معطوف به بیماری‌های غیر واگیر (سکته، سرطان، بیماری‌های ناشی از مصرف دخانیات و مواد افیونی و ...) می‌باشد، ضرورت تغییر رویکرد به مقوله بهداشت ضروری است. بدیهی است تغییر رویکرد در حوزه بهداشت و افزایش سهم آن از هزینه‌های سلامت از این طریق منجر به افزایش سرمایه انسانی، کاهش هزینه‌های درمان در آینده و متضمن رشد اقتصادی مداوم خواهد بود.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۳. سهم بخش‌های بهداشت و درمان از هزینه‌های عمومی سلامت طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

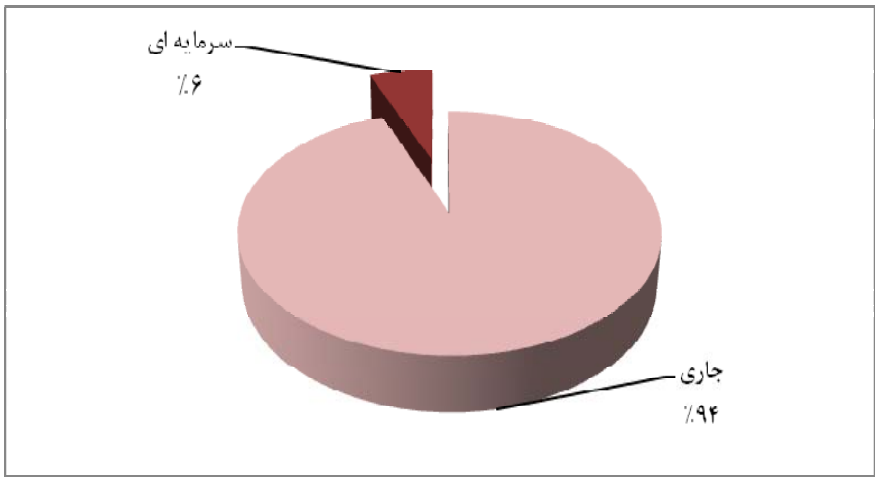
۳-۱-۳. سهم هزینه‌های سرمایه‌ای و جاری از هزینه‌های سلامت

آنچه در حساب‌های ملی سلامت به‌عنوان هزینه‌های سرمایه‌ای لحاظ گردیده تشکیل سرمایه مؤسسات فراهم‌کننده خدمات سلامت است، اما از دیدگاه سرمایه انسانی میزان سرمایه‌گذاری در آموزش پزشکی و تعلیم کارکنان سلامت و تحقیق و توسعه نیز سرمایه‌گذاری محسوب می‌شود. از این‌رو مجموع سه مورد فوق به‌عنوان شاخص هزینه‌های سرمایه‌ای و سایر هزینه‌های سلامت به‌عنوان هزینه‌های جاری ملحوظ شده است. به این ترتیب، بر اساس آمار طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) مجموع هزینه‌های سرمایه‌ای تنها سهمی معادل ۶ درصد از هزینه‌های سلامت را دارا می‌باشند. (۹۴ درصد از هزینه‌های سلامت در این دوره به‌صورت جاری هزینه شده است. به‌نظر می‌رسد وضعیت نامناسب نرخ انباشت سرمایه در حوزه سلامت، به‌طور عمده از پایین بودن نرخ سود حاصل از سرمایه‌گذاری در بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها نشأت گرفته است که باعث سوق سرمایه به حوزه‌های دیگر می‌شود. این در حالی است که حتی پزشکان به‌عنوان منتفع‌ترین افرادی که ثروت خود را فقط از حوزه سلامت کسب نموده‌اند، رغبتی به بازگشت این ثروت به حوزه سلامت و سرمایه‌گذاری در آن نشان نمی‌دهند. این امر بر سودآوری پایین و جذابیت اندک سرمایه‌گذاری در سلامت نسبت به سایر حوزه‌ها دلالت دارد. کم‌توجهی به جایگاه ویژه نظام سلامت در نظام مالی کشور از دیگر عوامل پایین بودن نرخ انباشت سرمایه برشمرده می‌شود. شایان ذکر است سود حاصل از سرمایه‌گذاری در این حوزه اساساً یک سود

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

فردی است نه نهادی و تنها نصیب پزشکان می‌شود، بنابراین منابع حاصله با خروج منابع مالی افراد از این بخش خارج و صرف سرمایه‌گذاری در دیگر بخش‌ها می‌شود.

به‌طورکلی این نکته را باید مدنظر داشت که با توجه به روند رو به رشد جمعیت و تغییر هرم جمعیت کشور به‌سمت افزایش تعداد سالمندان، به‌نظر می‌رسد تأمین سلامت افراد جامعه در آینده نیازمند سرمایه‌گذاری مکفی به‌ویژه در حوزه‌های مرتبط می‌باشد. ضمن آنکه سهم اندک سرمایه‌گذاری چه از بعد سخت‌افزاری و چه نرم‌افزاری آن می‌تواند بنیان سلامت را در آینده خدشه‌دار و روند توسعه کشور را با مشکل مواجه نماید.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ٤. سهم هزینه‌های جاری و سرمایه ای از کل هزینه سلامت طی دوره (۱۳۹۰ -۱۳۸۱)

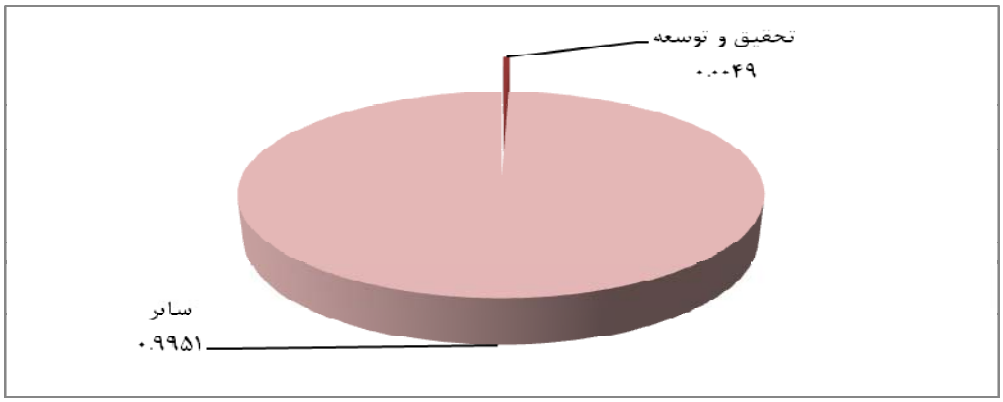
۳-۱-٤. سهم هزینه تحقیق و توسعه از هزینه‌های سلامت

امروزه در ادبیات اقتصادی تحقیق و توسعه نه‌تنها هزینه محسوب نمی‌شود بلکه نوعی سرمایه‌گذاری تلقی می‌گردد، به‌طوری‌که میزان سرمایه‌گذاری در این بخش شاخصی برای توسعه‌یافتگی کشورهای جهان به‌شمار می‌آید. با توجه به شرایطی که اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران دارند (تراکم شهرنشینی، عدم رعایت اصول زیست‌محیطی، عدم رعایت اصول استاندارد در تولید و ساخت کالاهای مصرفی، وابستگی بالای صنایع داروسازی به واردات، وضعیت نامناسب سلامت در برخی از کشورهای همسایه، شرایط تحریم و تضییقات ناشی از تغییرات نرخ ارز)، تحقیق و توسعه در بخش سلامت به‌منظور پیشگیری و کاهش مخاطرات ناشی از موارد فوق از جایگاه ویژه‌ای نسبت به سایر حوزه‌ها برخوردار است.

این در حالی است که سهم تحقیق و توسعه طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) کمتر از ۰/۰۵ درصد هزینه‌های سلامت را شامل می‌گردد. پرواضح است که سهم اندک تحقیق و توسعه در بخش

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

سلامت، چشم‌انداز مطلوبی از سلامت در آینده نزدیک را متصور نخواهد کرد. بنابراین در اولین گام باید با افزایش اعتبارات تحقیقاتی، گسترش واحدهای تحقیق و توسعه، تربیت محقق و سپس افزایش تولید علم در حوزه سلامت و دستیابی به تکنولوژی‌های پیشرفته دارو و درمان به‌سمت کسب جایگاه مدنظر در سند چشم‌انداز در خصوص سلامت قدم‌های صحیحی برداشت.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۵. سهم تحقیق و توسعه از هزینه‌های سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

۳-۲. روند هزینه‌های حوزه سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱) هزینه‌های سلامت به قیمت جاری از رشد متوسط ۲۶/۵ درصدی برخوردار بوده، این در حالی است که با توجه به شرایط عمومی تورمی کشور و افزایش قیمت کالاها و خدمات در این حوزه هزینه‌های سلامت به قیمت ثابت سال ۱۳۸۳[1] به‌طور متوسط سالانه ۷/۴ درصد افزایش نشان می‌دهد.

۱. شاخص تعدیل، شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در بخش بهداشت و درمان در نظر گرفته شده است.

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

جدول ۱. روند کل هزینه‌های سلامت و میزان رشد سالانه طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

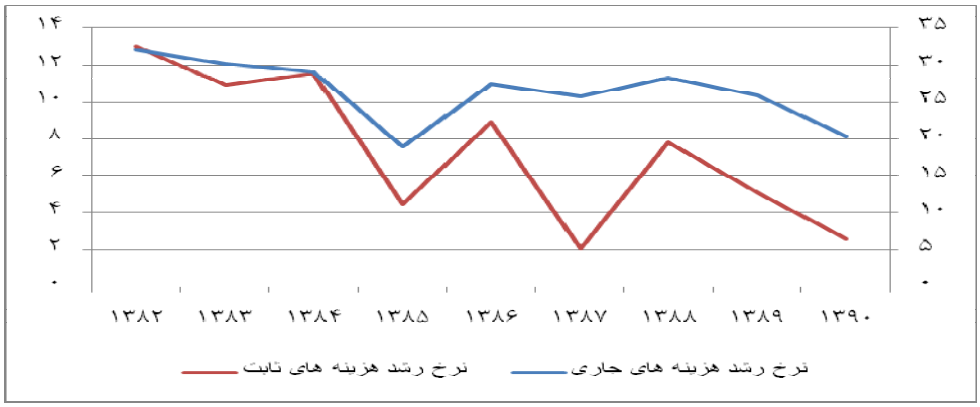
(میلیارد ریال)

سال	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸٤	۱۳۸۵	۱۳۸٦	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	متوسط نرخ رشد دوره
کل هزینه سلامت (جاری)	۵۰۳۰۶/۲	۶۶۴۶۵/۹	۸۶۵۵۸/۷	۱۱۱۷۴۳/۵	۱۳۲۸۵۸/۲	۱۶۹۳۰۶	۲۱۳۰۲۹/۶	۲۷۳۳۳۵	۳۴۴۱۳۱/۶	۴۱۳۹۳۸	–
رشد سالانه (به قیمت جاری)	–	۳۲/۱۲	۳۰/۲۳	۲۹/۱	۱۸/۹	۲۷/۴	۲۵/۸	۲۸/۳	۲۵/۹	۲۰/۳	۲۶/۵
کل هزینه سلامت (ثابت)	۶۹۰۰۷/۱	۷۸۰۱۱/۶	۸۶۵۵۸/۷	۹۶۵۸۰/۴	۱۰۰۸۷۹/۴	۱۰۹۸۶۷/۶	۱۱۲۱۲۰/۹	۱۲۰۹۰۰/۴	۱۲۷۰۳۲/۷	۱۳۰۳۷۴/۲	–
رشد سالانه (به قیمت ثابت)		۱۳/۰۵	۱۰/۹۶	۱۱/۵۸	۴/۴۵	۸/۹۱	۲/۰۵	۷/۸	۵/۱	۲/۶	۷/۴

مأخذ: حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار ایران.

در این ارتباط هرچند هزینه‌های جاری سلامت تقریباً از روند رشد ثابتی برخوردار بوده اما توجه به میزان رشد هزینه‌های ثابت سلامت نشان می‌دهد که رشد هزینه‌های ثابت حوزه سلامت روندی نزولی داشته، به‌طوری‌که از رشد ۱۳/۰۵ درصد در سال ۱۳۸۲ به رشد ۲/۶ درصد در سال ۱۳۹۰ کاهش یافته است. دلیل آن به افزایش قابل ملاحظه شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در بخش بهداشت و درمان طی این سال‌ها بازمی‌گردد. از این‌رو متوسط رشد ۷/۴ درصدی هزینه‌های ثابت سلامت طی دوره یاد شده مرهون رشد هزینه‌های سال‌های (۱۳۸۴-۱۳۸۲) است.

به هر ترتیب آنچه از نمودار (۶) نمایان است نرخ رشد هزینه‌های سلامت در هر دو صورت جاری و ثابت روندی نزولی داشته است.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

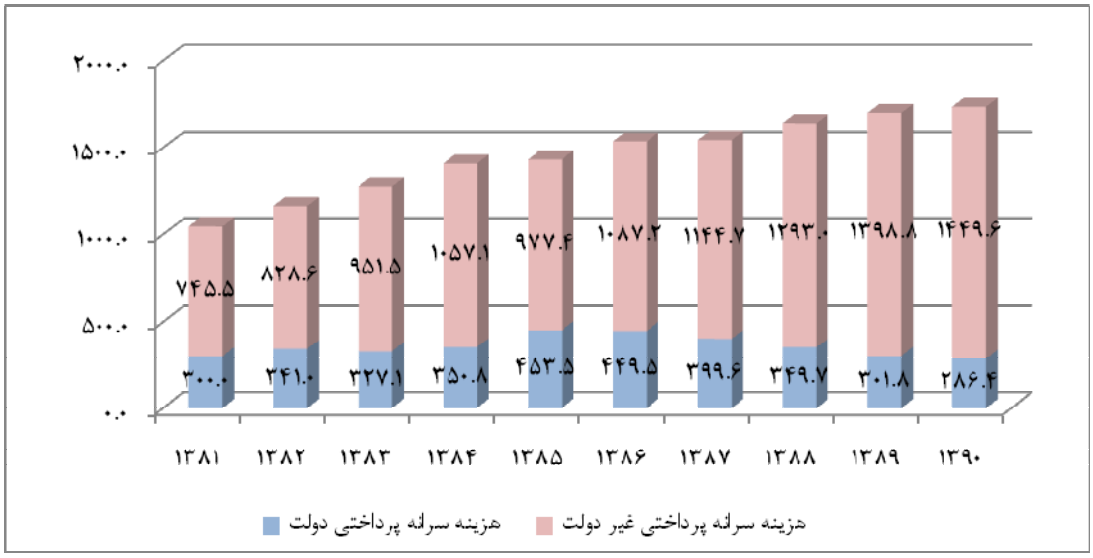
(درصد)

نمودار ٦. نرخ رشد هزینه‌های سلامت به قیمت ثابت و جاری در ایران طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

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

۳-۳. سرانه هزینه‌های سلامت

محاسبه سرانه هزینه‌های سلامت (به قیمت ثابت) طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) نشان می‌دهد این شاخص روند افزایشی داشته و به‌طور متوسط سالانه ۵/۸ درصد رشد نموده، به‌گونه‌ای که از ۱۰۴۵/۶ هزار ریال در سال ۱۳۸۱ به ۱۷۳۶ هزار ریال در سال ۱۳۹۰ فزایش یافته است. در این میان نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱) روند نوسانی داشته است، به‌طوری‌که از ۱۱/۹ درصد در سال ۱۳۸۲ تا ۰/۵ درصد در سال ۱۳۸۷ متغیر بوده است.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۷. سرانه هزینه سلامت به قیمت ثابت به تفکیک دولتی و غیردولتی طی سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

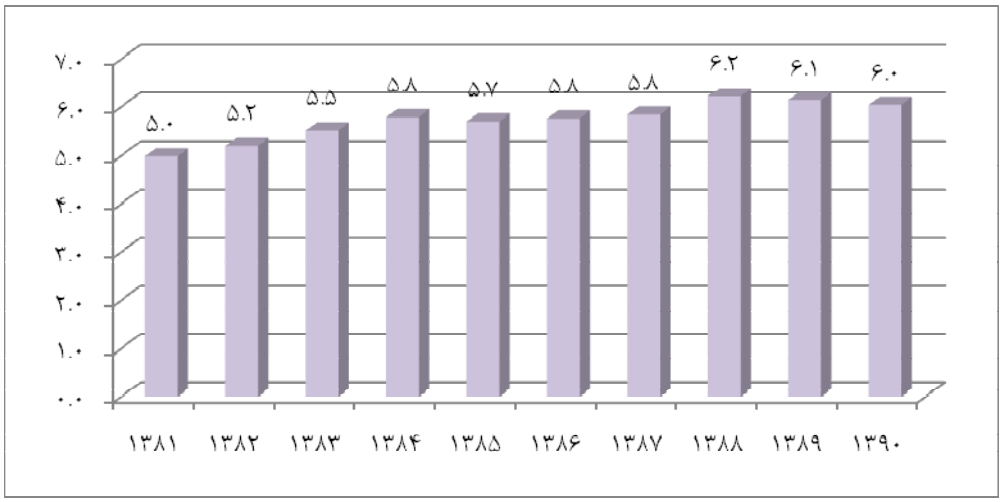
شایان توجه آنکه به‌طور متوسط سرانه هزینه سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) معادل ۱۴۴۹/۳ هزار ریال است که سهم دولت از آن تنها ۲۵ درصد، معادل ۳۵۵/۹ هزار ریال است. چنانچه مشاهده می‌شود با توجه به متوسط نرخ رشد سرانه هزینه‌های دولت در حوزه سلامت (۰/۳درصد) و متوسط نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت (۵/۸ درصد) طی دوره مذکور، در واقع سهم دولت و بخش خصوصی در میزان هزینه‌کرد سلامت هر فرد در جامعه به‌ویژه در سال‌های (۱۳۹۰-۱۳۸۷) به‌طور قابل ملاحظه‌ای به بخش غیر دولتی انتقال یافته است. این امر با توجه به سیاست‌های دولت مبنی بر خصوصی‌سازی در حوزه درمان طی این دوران دور از انتظار نبوده است. با این‌حال با توجه به کاهش سهم دولت در سرانه هزینه‌های سلامت که به‌طور عمده ناشی از محدودیت و تضییقات

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

بودجه‌ای دولت است، اثربخشی هزینه‌های دولت در حوزه سلامت بسیار تأثیرگذار وحائز اهمیت خواهد بود. از این‌رو به‌نظر می‌رسد یکی از راهکارهای مهم جهت کارا نمودن هزینه‌های دولت بازبینی و اصلاح پایه‌ای در ساز و کار ورود دولت به حوزه درمان است.

۳-٤. سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی

سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورها محسوب می‌گردد. این شاخص در واقع بیانگر میزان توجه به بخش سلامت است. سهم هزینه‌های سلامت از GDP در ایران طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) تقریباً روند ثابتی را طی کرده است. بر این اساس متوسط سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور طی ده‌ساله مورد بررسی ۵/۸ درصد بوده است. از این‌رو سهم هزینه‌های سلامت از GDP در ایران تنها از کشورهای با درآمد پایین (۵/۴ درصد) بیشتر می‌باشد و ایران از این حیث هنوز با کشورهای با درآمد متوسط و بیشتر (۶/۳ درصد) و متوسط جهانی آن، در سال ۲۰۱۱ که برابر ۸/۵ درصد بوده، فاصله معناداری دارد.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۸. سهم هزینه های سلامت از تولیدناخالص داخلی طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

(درصد)

نباید از نظر دور داشت که صرف هزینه بیشتر در بخش بهداشت و درمان لزوماً به بهبود سلامت جامعه منتهی نمی‌شود و اعمال هزینه بیشتر در حوزه سلامت تنها در صورتی می‌تواند مفید باشد که به‌صورت سیستم خدمات سلامت مدیریت شده و بر اساس نیازها و تقاضاهای واقعی مردم طراحی گردد.

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

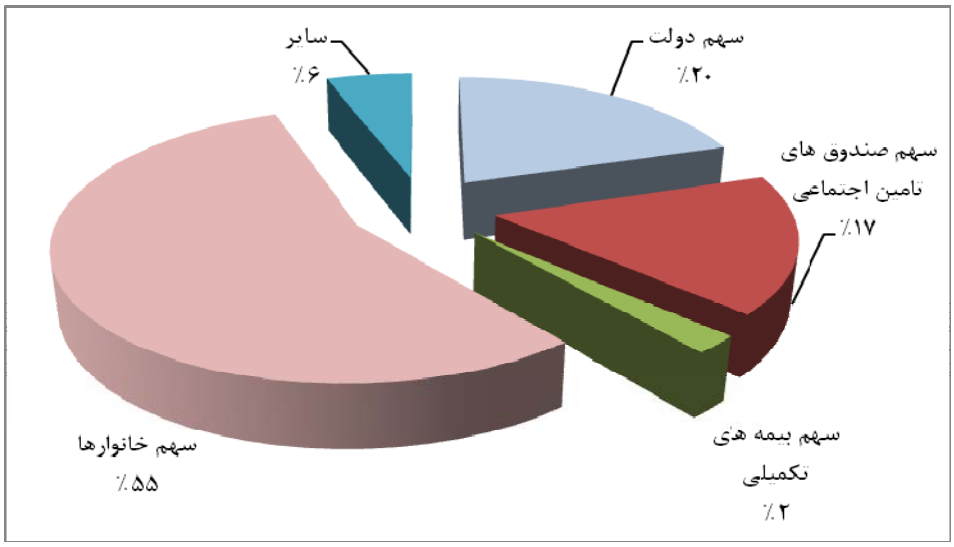
به‌علاوه سلامت جامعه به عوامل دیگری نظیر عدالت اجتماعی، نابرابری، اعتماد عمومی و در مجموع سرمایه اجتماعی نیز بستگی دارد.

٤. منابع تأمین مالی بخش سلامت

تأمین مالی یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در نظام سلامت بوده و روش‌های مختلف آن نقش مهمی در میزان، توزیع و نحوه دسترسی جامعه به مجموعه‌ای از خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز در قیمت‌های عادلانه خواهد داشت.

تقسیم‌بندی منابع مالی در بخش سلامت به‌ترتیب منشأ تأمین منابع مالی به‌شرح زیر است:

- خانوارها
- دولت از محل منابع عمومی
- صندوق‌های تأمین‌اجتماعی
- بیمه‌های تکمیلی
- سایر (مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی در خدمت خانوارها (سازمان‌های مردم‌نهاد)، منابع شرکت‌ها شامل بانک‌ها، دانشگاه آزاد و سایر)



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۹. سهم عاملین تأمین مالی به تفکیک در نظام سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

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

نقش خانوارها در تأمین مالی بخش سلامت که در اصطلاح پرداخت از جیب تعریف می‌شود[۱] بیشتر از سایر عاملین است، به‌طوری‌که خانوارها به‌تنهایی تأمین ۵۵ درصد هزینه‌های کل سلامت کشور را بر عهده دارند.

ناکارامدی نظام بیمه‌ای کشور، عدم تناسب بین نرخ رشد تعرفه‌های دولتی با رشد تورمی بازار خدمات سلامت، برخی نابسامانی‌ها در مدیریت بهداشت و درمان و تغییرات نرخ ارز از جمله دلایلی است که طی چند سال اخیر موجب افزایش سهم خانوارها در نظام تأمین مالی سلامت گردیده است.

در ایران صندوق‌های تأمین‌اجتماعی ۱۷ درصد از کل هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهند، این در حالی است که سهم دولت عمومی شامل دولت مرکزی، دولت محلی و صندوق‌های تأمین‌اجتماعی در تأمین مالی سلامت در دنیا قابل ملاحظه می‌باشد؛ هرچند با توجه به نظام سلامت هر کشور این بار تأمین مالی با نسبت‌های متفاوت میان دولت و صندوق‌های تأمین‌اجتماعی تقسیم می‌گردد. به عنوان مثال در نظام سلامت اسپانیا ۶۸ درصد تأمین مالی هزینه‌های سلامت بر دوش دولت و تنها ۵ درصد بر عهده صندوق تأمین‌اجتماعی می‌باشد و در مقابل این نسبت در آلمان ۷ درصد برای دولت مرکزی و ۷۰ درصد برای صندوق‌های تأمین‌اجتماعی است. در هر صورت در کشورهای مورد بررسی، تقسیم نسبت تأمین مالی سلامت بین دولت و صندوق‌های تأمین اجتماعی به هر شکلی که انجام گرفته باشد منجر به کاهش سهم خانوارها شده است.

لازم به توضیح است سهم بیمه‌های تکمیلی از هزینه‌های سلامت در ایران تنها ۲ درصد است.[۱] بررسی نظام سلامت سایر کشورها در فصل دوم نشان داد که بیمه‌های تکمیلی خصوصی در برخی از کشورها مانند آمریکا (۳۵ درصد) سهم بسیار خوبی در تأمین مالی سلامت دارا می‌باشند در حالی‌که در اغلب کشورها سهم بیمه‌های تکمیلی حدود ۱۰ درصد است.

٤-١. سهم بخش عمومی و خصوصی از نظام تأمین مالی سلامت

در یک نگاه کلی سهم بخش عمومی (دولت[۲] و صندوق‌های تأمین اجتماعی) طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) در تأمین مالی نظام سلامت ۳۷ درصد و سهم بخش خصوصی شامل خانوارها، شرکت‌های بیمه تکمیلی، مؤسسات خیریه و شرکت‌ها حدود ۶۳ درصد می‌باشد.[۳]

---

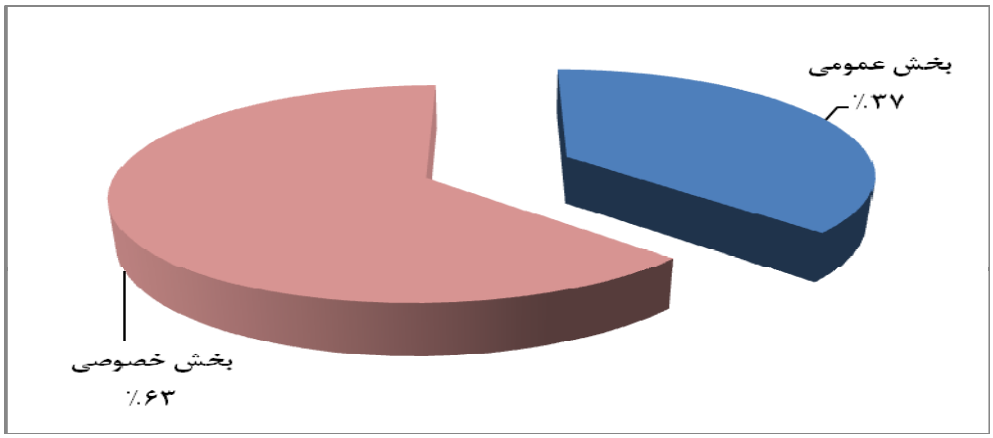
۱. پرداخت مستقیم از جیب؛ هرگونه پرداخت مستقیم بابت هزینه‌های سلامت در زمان دریافت خدمات سلامت از سوی مردم می‌باشد.

۲. شامل وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه های علوم پزشکی زیر مجموعه وزارت بهداشت، نیروهای مسلح، سایر دستگاه‌های دولت مرکزی، سایر خدمات درمانی صنعت نفت، صدا و سیما و شهرداری

۳. شایان ذکر است علیرغم اینکه بخشی از منابع صندوق‌های تأمین اجتماعی توسط خانوارها (به‌صورت حق بیمه شده و کارفرما) تأمین می‌شود، در جداول منابع تأمین مالی حساب‌های ملی سلامت، منابع صندوق‌های تأمین اجتماعی به‌عنوان منابع بخش عمومی لحاظ گردیده است، از این‌رو سهم بخش خصوصی که در صندوق تأمین اجتماعی وجود دارد در بخش عمومی لحاظ شده است که می‌بایست به‌منظور تحلیل دقیق‌تر توسط مرکز آمار ایران اصلاح گردد.

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

این در حالی است که بر اساس آمار سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی، سهم بخش خصوصی از تأمین مالی نظام سلامت در کشورهای با درآمد پایین ۵۹ درصد، کشورهای با درآمد متوسط و کمتر ۵۴/۶ درصد، کشورهای با درآمد متوسط و بیشتر ۴۲/۹ درصد و با درآمد بالا ۳۶/۴ درصد می‌باشد.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

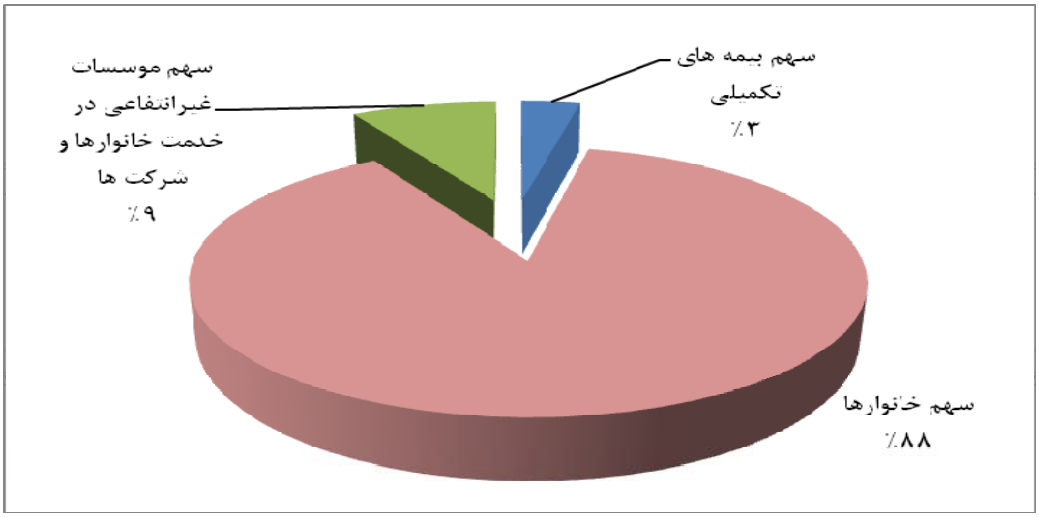
نمودار ۱۰. سهم بخش عمومی و بخش خصوصی از نظام تأمین مالی سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

به این ترتیب در ایران سهم ۶۳ درصدی بخش خصوصی در تأمین مالی سلامت بیانگر بالاتر بودن این سهم حتی نسبت به این رقم در کشورهای با درآمد پایین است.

٤-۲. سهم اجزای بخش خصوصی از منابع بخش خصوصی در هزینه‌های سلامت

از میان سهم ۶۳ درصدی بخش خصوصی در تأمین هزینه‌های سلامت، ۸۸ واحد درصد از آن سهم مستقیم خانوارها است که از وضعیت نامناسب نظام سلامت ایران جهت تأمین عدالت و ضعف‌های نهادی جدی جهت تحقق آن حکایت می‌کند. سهم مؤسسات غیر انتفاعی در خدمت خانوارها و شرکت‌ها ۹ درصد و بیمه‌های تکمیلی ۳ درصد است. این در حالی است که سهم مستقیم خانوارها از منابع بخش خصوصی در جهان طی سال ۲۰۰۸، به‌طور متوسط ۴۸/۸ درصد بوده است. همچنین پرداخت مستقیم مردم از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی برای گروه کشورهای کم‌درآمد ۸۵/۷ درصد، کشورهای با درآمد متوسط و پایین‌تر ۸۲/۷ درصد، کشورهای با درآمد متوسط و بالاتر ۷۰ درصد و کشورهای با درآمد بالا ۳۸ درصد می‌باشد.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

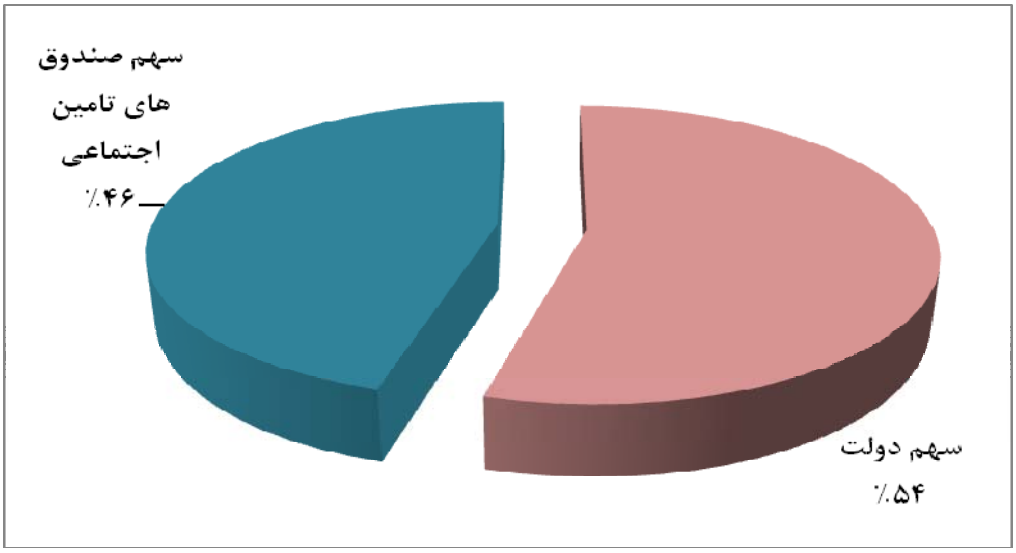
نمودار ۱۱. سهم اجزای بخش خصوصی از محل منابع بخش خصوصی طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

از این‌رو به‌نظر می‌رسد در ایران از ظرفیت سایر ارکان بخش خصوصی مانند مؤسسات خیریه و بیمه‌های تکمیلی در نظام سلامت استفاده مؤثری صورت نمی‌گیرد و خانوارها با تقبل ناکارامدی موجود، بخش عمده هزینه‌ها را در این زمینه تأمین می‌کنند.

٤-۳. سهم اجزای بخش عمومی از منابع بخش عمومی در هزینه‌های سلامت

هزینه‌های سلامت از محل بودجه دولت ۵۴ درصد از هزینه‌های سلامت در بخش عمومی را شامل می‌شود. شایان ذکر است نقش اصلی بودجه دولت در تأمین مالی خدمات سلامت ایران بر پوشش خدمات بهداشتی متمرکز است؛ زیرا شبکه بهداشتی کشور و ارائه خدمات آن توسط بخش دولتی صورت می‌گیرد. بسیاری از خدمات سطح دوم، شامل درمان‌های گران‌قیمت بیماری‌های خاص (مانند هموفیلی، تالاسمی و درمان‌های جایگزین کلیه) و هزینه‌های زیرساخت بیمارستان‌های دولتی نیز از بودجه دولت تأمین می‌شوند. علاوه براینکه یارانه دولت در جبران هزینه‌های تولید داروها نیز بخش دیگری از این ۵۴ درصد را شامل می‌شود.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت- مرکز آمار.

نمودار ۱۲. سهم اجزای بخش دولتی از هزینه‌های ملی سلامت از محل منابع دولتی طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

شایان ذکر است هزینه‌های سلامت از محل بودجه عمومی دولت به وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی زیرمجموعه وزارت بهداشت، نیروهای مسلح، سایر دستگاه‌های دولت مرکزی، سازمان خدمات درمانی صنعت نفت، صدا و سیما و شهرداری تعلق می‌گیرد. در این میان دانشگاه‌های علوم پزشکی زیرمجموعه وزارت بهداشت و درمان حدود ۶۲ درصد از هزینه‌های سلامت را که توسط دولت پرداخت می‌شود به خود اختصاص داده‌اند.

صندوق‌های تأمین‌اجتماعی شامل سازمان بیمه خدمات درمانی (گروه اصلی بیمه شدگان شامل کارکنان دولت و وابستگان آنان) و سازمان تأمین‌اجتماعی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) سهمی معادل ۴۶ درصد از منابع بخش عمومی در هزینه‌های سلامت دارند. مقایسه سهم هزینه تأمین‌اجتماعی برای سلامت نسبت به کل هزینه‌های سلامت در سایر کشورها نشان می‌دهد که این شاخص در گروه کشورهای با درآمد کم ۱۱/۵ درصد، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین‌تر ۴۴/۴ درصد، کشورهای با درآمد متوسط و بالاتر ۴۱/۵ درصد و کشورهای با درآمد بالا ۴۲/۳ درصد می‌باشد.

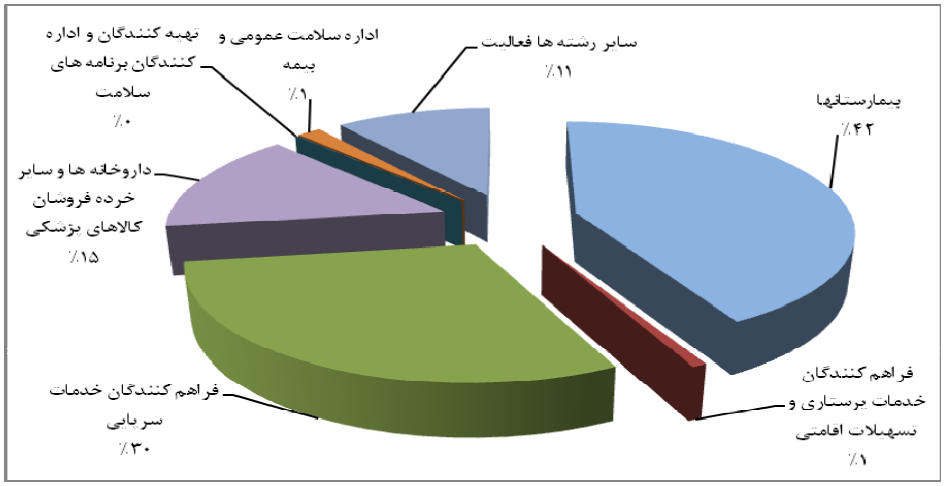
[Downloaded from ejip.ir on 2026-11-11]

۵. هزینه‌های ملی سلامت به تفکیک نوع ارائه‌دهنده خدمت

۵-۱. سهم ارائه دهندگان خدمات سلامت در هزینه‌های ملی سلامت

۸۷ درصد از هزینه‌های سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) در بیمارستان‌ها، مراکز ارائه‌دهنده خدمات سرپایی و داروخانه‌ها صرف شده است. در این میان بیمارستان‌ها نسبت به سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت بیش از ۴۲ درصد از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص داده‌اند.

۳۰ درصد از هزینه‌های سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) معطوف به مراکز ارائه‌دهنده خدمات سرپایی سلامت شامل مطب پزشکان، مطب دندانپزشکان، مطب سایر کارکنان پزشکی، مراکز و درمانگاه های پزشکی بوده است. بالاترین سهم پس از بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سرپایی به داروخانه‌ها و سایر خرده فروشان کالاهای پزشکی اختصاص دارد. این رقم برای دوره مورد بررسی ۱۵ درصد است.



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۱۳. سهم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از هزینه‌های ملی سلامت طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

۵-۲. درصد مشارکت عاملین تأمین مالی در پوشش هزینه‌های فراهم‌کنندگان خدمات سلامت

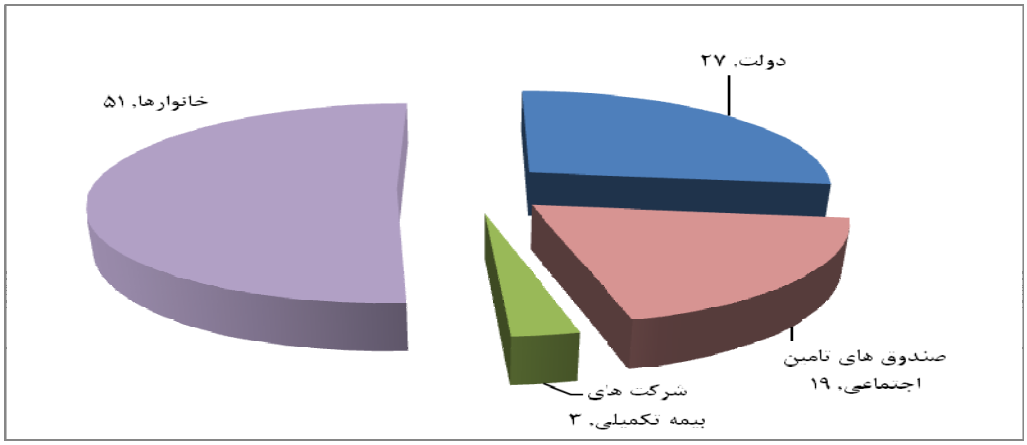
در این بخش سهم هر یک از عاملین تأمین مالی نظام سلامت شامل خانوارها، دولت، صندوق‌های تأمین‌اجتماعی و شرکت‌های بیمه تکمیلی در پوشش هزینه‌های فراهم‌کنندگان خدمات سلامت شامل بیمارستان‌ها، فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی، دارو و کالای پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۵-۲-۱. بیمارستان‌ها

بررسی کل هزینه‌های صورت گرفته طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) در بیمارستان‌ها نشان می‌دهد بیش از نیمی از هزینه‌های انجام شده در بیمارستان‌ها توسط خانوارها تأمین شده است (به‌طور متوسط ۵۱ درصد). سهم دولت و

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

صندوق‌های تأمین‌اجتماعی در این زمینه طی دوره مذکور به‌ترتیب ۲۷ و ۱۹ درصد بوده است. شایان ذکر اینکه سهم بیمه‌های تکمیلی در پوشش هزینه‌های بیمارستانی تنها ۳ درصد است.



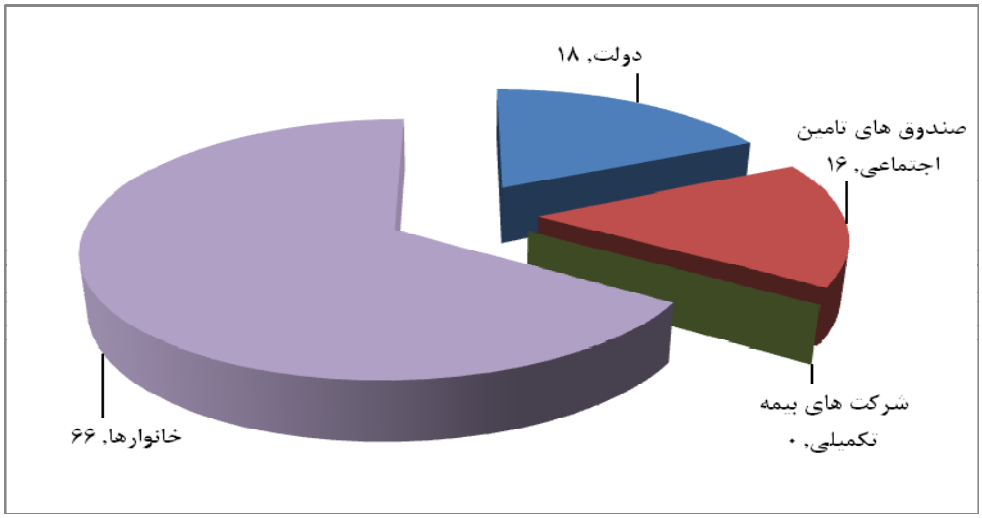
مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ١٤. درصد مشارکت عاملین تأمین مالی در پوشش هزینه‌های بیمارستان‌ها طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱)

۵-۲-۲. فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی

بررسی هزینه‌های انجام‌شده در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سرپایی نشان‌دهنده پوشش ۶۶ درصدی از هزینه‌های صورت‌گرفته در این مراکز طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) توسط خانوارها است. دولت ۱۸ درصد و صندوق‌های تأمین‌اجتماعی ۱۶ درصد از هزینه‌های فراهم‌کنندگان خدمات سرپایی را پوشش می‌دهند. در این راستا شرکت‌های بیمه تکمیلی، مؤسسات خیریه و شرکت‌ها نقش مؤثری نداشته‌اند. به‌نظر می‌رسد ضعف مالی صندوق‌های تأمین‌اجتماعی از یک سو و دستوری بودن تعرفه‌های خدمات سلامت از سوی دیگر موجب گردیده تا خانوارها بزرگترین تأمین‌کنندگان مالی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سرپایی در دوره مورد بررسی باشند.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

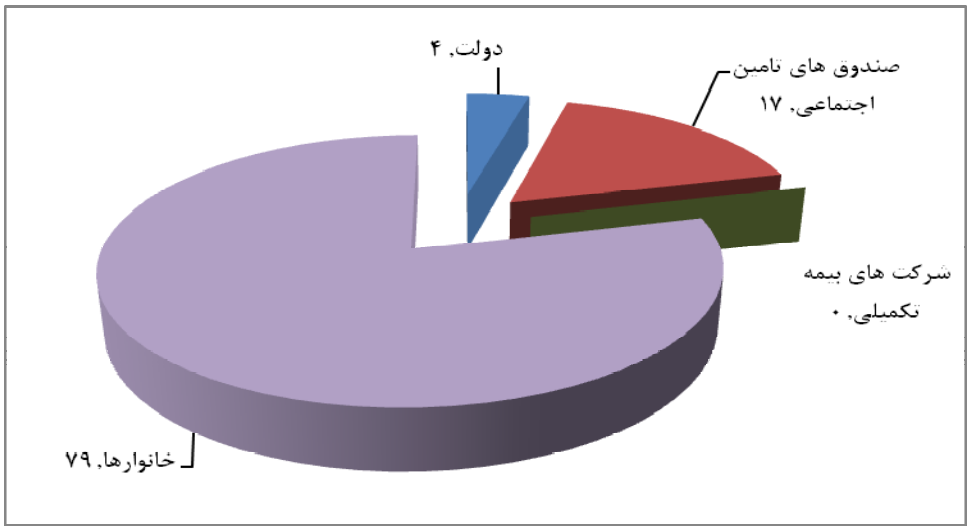
نمودار ۱۵. درصد مشارکت عاملین تأمین مالی در پوشش هزینه‌های مراکز فراهم‌کننده خدمات سرپایی طی دوره (۱۳۸۷-۱۳۸۱)

۵-۲-۳. داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی

بالاترین سهم خانوارها در تأمین مالی فراهم‌کنندگان خدمات سلامت به داروخانه‌ها (و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی) تعلق دارد، به‌گونه‌ای‌که سهم خانوارها در پوشش هزینه‌های داروخانه‌ها طی دوره (۱۳۹۰-۱۳۸۱) بالغ بر ۷۹/۵ درصد است. صندوق‌های تأمین‌اجتماعی ۱۶/۴ درصد از هزینه‌های مربوط به دارو را تأمین می‌نمایند. شایان توجه آنکه این رقم برای دولت تنها ۳/۷ درصد می‌باشد. سهم ۷۹ درصدی خانوارها در تأمین هزینه‌های دارو و کالاهای پزشکی در حالی است که طی این دوره ۷۰ درصد از هزینه‌های دارویی تحت‌پوشش بیمه بوده است. از دلایل این شکاف عوامل متعددی چون تجویز داروهای خارج از تعهد بیمه توسط پزشکان، بازاریابی و تشویق داروخانه‌ها به مصرف داروهای خارجی و خارج از تعهد بیمه و تجویز دارو توسط پزشک غیر متخصص که منجر به عدم پرداخت بیمه می‌شود، است. به‌علاوه با توجه به اینکه داروخانه‌ها با سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی تلفیق شده‌اند، نمی‌توان کل رقم حاصله را به دارو نسبت داد.

با توجه به سهم اندک سایر مراکز فراهم‌کننده خدمات سلامت از جمله فراهم‌کنندگان خدمات پرستاری و تسهیلات اقامتی، تهیه‌کنندگان و اداره‌کنندگان برنامه‌های سلامت عمومی، اداره سلامت عمومی و بیمه و سایر رشته فعالیت‌ها از بررسی آنها در این گزارش صرف‌نظر شده است.

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



مأخذ: محاسبه شده بر اساس حساب‌های ملی سلامت، مرکز آمار.

نمودار ۱۶. درصد مشارکت عاملین تأمین مالی در پوشش هزینه‌های داروخانه‌ها و سایر خرده‌فروشان کالاهای پزشکی طی دوره (۱۳۸۷-۱۳۸۱)

۶. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

صرف‌نظر از تفکیک هزینه‌ها به ۲ بخش مستقیم و غیرمستقیم، در مجموع حدود ۸۰ درصد از هزینه‌های حوزه سلامت به خدمات درمانی (۶۳ درصد) و دارو (۱۷ درصد) اختصاص یافته است.

بررسی هزینه‌های سلامت طی دوره (۱۳۹۰- ۱۳۸۱) نشان می‌دهد هرچند سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی از رشد پایداری برخوردار بوده، اما ترکیب هزینه‌های صورت‌گرفته در حوزه سلامت طی دوره مورد بررسی بیانگر کارامدی و بهره‌وری پایین هزینه‌های انجام شده است، به‌طوری‌که ترکیب هزینه‌های سلامت به بهداشت و درمان و هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای مناسب نبوده و هزینه‌های تحقیق و توسعه پایین است. این نقصان نیازمند اصلاحات اساسی در راستای توجه بیشتر به بهداشت، تحقیق و توسعه و افزایش نرخ انباشت سرمایه در حوزه بهداشت و درمان است.

با توجه به رویکرد تأمین مالی نظام سلامت، سهم بخش عمومی در این نظام (دولت داخلی و صندوق‌های تأمین‌اجتماعی) طی دوره (۱۳۹۰- ۱۳۸۱) حدود ۳۷ درصد است؛ با این‌حال الگوی روشن و هدفمندی از نقطه‌نظر متأثر ساختن نظام سلامت در کشور مشاهده نمی‌شود و بودجه‌ریزی دولت در این حوزه به‌طور عمده بر افزودن درصدی بر هزینه‌های سال قبل در زیربخش‌های بودجه بنیان شده است.

سهم خانوارها از تأمین مالی حوزه سلامت طی دوره (۱۳۹۰- ۱۳۸۱) که به پرداخت از جیب شهرت یافته است معادل ۵۵ درصد می باشد. به‌عبارت دیگر بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشور بر دوش مردم است. این رقم حتی از گروه کشورهای با درآمد پایین نیز بیشتر است و بیانگر

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

وضعیت نامناسب و ناعادلانه تأمین مالی سلامت در ایران می‌باشد. این در حالی است که اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برنامه‌های مختلف توسعه و تمام اسناد بالادستی، ناظر بر تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و سلامت برای همه آحاد جامعه و برقراری عدالت در تأمین مالی سلامت می‌باشند.

از سوی دیگر در ادبیات اقتصادی اقلامی مانند تأمین‌اجتماعی، آموزش و سلامت، به‌عنوان کالای عمومی شناخته می‌شوند و باید توسط دولت تأمین گردند. از این‌رو به‌نظر می‌رسد علیرغم وجود الزامات قانونی و نظری لازم در این راستا، نظام سلامت کشور از کاستی‌های بسیاری رنج می‌برد که اثرات نامطلوبی بر سلامت و اقتصاد خانوارها خواهد داشت. این امر توسعه کشور را به‌واسطه عدم تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز با اختلال مواجه خواهد نمود. بنابراین، در این راستا و به‌منظور مشارکت عادلانه در تأمین منابع سلامت، تامین مالی سلامت باید به‌سمت افزایش تأمین هزینه از طریق بودجه عمومی و بیمه و کاهش هزینه‌های مستقیم از سوی خانوارها باشد.

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

منابع

سوفی، ویتر؛ ان سور، تیم؛ جووت، ماتیو و روبین تامپسن (۱۳۸۳)، *اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه*، ترجمه ابوالقاسم پوررضا، تهران: انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.

کرمانی،صباغ (۱۳۸۵)، *اقتصاد سلامت*، تهران: انتشارات سمت.

کولیر، آنتونی (۱۳۹۰)، *اقتصاد سلامت نگاه انتقادی به اقتصاد جهانی*، ترجمه علی‌محمد احمدی، فاطمه دانش‌دوست و رضا اسماعیلی، تهران: انتشارات نور علم.

استیگلیتز، ژوزف ای (۱۳۹۱)، *اقتصاد بخش عمومی*، ترجمه محمد مهدی عسگری، تهران: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

کونولی، سارا و مونرو آلیستیر (۱۳۸۸)، *اقتصاد بخش عمومی*، ترجمه مرتضی سامتی، همدان: انتشارات نور علم.

جنانی، افشین (۱۳۸۵)، "بررسی عملکرد هزینه‌ها و سیاست‌های بودجه‌ای دولت در بخش بهداشت و درمان"، *مجله اقتصادی*، شماره‌های ۵۱ و ۵۲، صص ۲۲-۵.

مرکز آمار ایران، (۱۳۹۰) حساب‌های ملی سلامت.

زنگنه، مرضیه و محمدرضا ذاکری و همکاران (۱۳۸۷)، *بررسی حساب‌های ملی سلامت سال (۱۳۸۷)*، دومین سمینار عدالت در سلامت از طریق بهینه‌سازی اقتصادی مراقبت از سلامت (۱۳۹۱).

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی(۱۳۸۷)، نگاهی بر حساب‌های ملی سلامت (۱۳۸۴-۱۳۸۰).

کاظمیان، محمود (۱۳۸۷)، "آینده‌نگری در اقتصاد سلامت ایران"، *فصلنامه علمی/تخصصی سلامت و توسعه پایدار*، بهار و تابستان.

OECD (2013), Health at a Galance, OECD Indicators, OECD Publishing, PP. 153-167.

OECD.(2013) Euro stat, WHO, a System of Health Accounts (SHA 2013), OECD Publishing.

Zare, Hossain & Gerard Anderson (2013)," Trends in Cost Sharing Among Selected High Income countries (2000-2010)", Health Policy, No112, PP. 35- 44.

www.who.int.

World Bank, (2010), *World Development Indicators (WDI)*.

WHO (World Health Organization) (2010), "The World Health Report".

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