نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، پاییز ۱۴۰۰، شماره سوم، صفحات ۳۹۷ تا ۴۰۵

پژوهشی

بررسی نقش سیاست‌های کلی سلامت در تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت

سارا امامقلی‌پور*[۱]، سیدجعفر حسینی[۲]

۱. * **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، s-emamgholipour@tums.ac.ir
۲. استادیار پژوهشکده مطالعات فناوری، گروه اقتصاد دانش‌بنیان، hosseini@tsi.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: سیاست‌های کلی سلامت بستر مناسبی برای تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت است. در این چارچوب، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که حسب مبانی نظری دانش اقتصاد و تجربیات کشورهای مختلف، اجرای اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت، نیازمند چه نوع تحولی در سیاست‌گذاری‌های ما در حوزه سلامت است؟

روش: با ارزیابی تطبیقی مکاتب مختلف اقتصادی و مقایسه آن با سیاست‌های سلامت کشور، چالش‌ها احصا شد.

یافته‌ها: سیاست‌های سلامت کشور با درنظر گرفتن اهداف سیاست‌های کلی سلامت و اقتصاد مقاومتی باید بیشتر به رویکردهای دولت رفاه در عرصه نظر و تجربیات کشورهای اروپای شمالی در عرصه عمل شباهت داشته باشد؛ که در ذیل آن مباحث اجتماعی سلامت و یا اولویت بهداشت بر درمان به شدت مورد توجه است. این در حالی است که در سالیان گذشته به جهت توجه به رویکردهای مشابه رویکردهای انتخاب عمومی، با وجود رشد قابل توجه سهم مخارج سلامت در هزینه‌های ناخالص داخلی در سال‌های اخیر به واسطه طرح‌های نظیر طرح تحول سلامت، اما همچنان در شاخص‌هایی نظیر پرداخت از جیب، پرداخت مطلق هزینه‌های سلامت توسط خانوارها و ... وضعیت کشور ما از کشورهای مورد اشاره بدتر است و فشار هزینه‌های سلامت بر دوش خانوارهای ایرانی بیش از استانداردهای بین‌المللی است.

نتیجه‌گیری: مجموعه‌ای از پیشنهادها در خصوص اصلاح جهت گیری سیاست‌گذاری سلامت کشور متناسب با اهداف سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی پیشنهاد شده است.

کلید واژه‌ها: اقتصاد، رفاه اجتماعی، سیاست‌های سلامت، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی

مقدمه

با ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ انتظار بر آن بود که مسیر پیشین سیاست‌گذاری در این حوزه تغییر جدی کند و اهدافی نظیر عدالت اجتماعی در حوزه سلامت که در اسناد بالادستی کشور نظیر قانون اساسی نیز به آن تأکید فراوانی شده است، مبنای تصمیم‌گیری‌های جدید قرار گیرد. با این وجود، با وجود گذشت چندین سال از اجرای این سیاست‌ها، عموماً رویه‌های پیشین که برخی از آنها با اهداف این سیاست‌های کلی به صورت بنیادی در تعارض است، همچنان در حال تداوم است. از سوی دیگر، در حوزه اقتصاد و به واسطه چالش‌های پیش آمده سال‌های اخیر به ویژه آثار مخرب تحریم‌های بین‌المللی، راهبرد کلان و سیاست‌های کلی دیگری مطرح شده است که توسط مقام معظم رهبری سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی نام‌گذاری شده است. از آنجا که میان اهداف مورد نظر سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی و رئوس اصلی سیاست‌های کلی سلامت کشور مشابهت‌های گفتمانی فراوانی مشاهده می‌شود، به نظر می‌رسد سیاست‌های کلی سلامت بستر مناسبی برای تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت خواهد بود. در این چارچوب، این پژوهش با در نظر داشتن این اصل موضوعه که راهکار اصلی اجرای اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت، توجه به سیاست‌های کلی سلامت است به دنبال آن است که مشخص کند اجرای اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت، چه دلالت‌هایی در خصوص نگاه اقتصادی ما به حوزه سلامت خواهد داشت؟ در واقع پرسش اصلی پژوهش حاضر آن است که ترجمان سیاست‌های کلی سلامت به اقتصاد مقاومتی ناظر بر پیگیری و توسعه چه اقدامات و راهبردهایی در عرصه نظام سلامت کشور خواهد بود؟(پی‌نوشت ۱)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

جدول ۱- کارکردهای متصور برای دولت و الگوهای متفاوت مداخله دولت‌ها

	رفع شکست‌های بازار			بهبود برابری
حداقلی	عرضه کالاهای عمومی خالص: دفاع نظم و قانون حقوق مالکیت مدیریت اقتصاد کلان بهداشت عمومی			حمایت از فقرا : برنامه‌های فقرزدایی کمک در بالاهای طبیعی
متوسط	رفع مشکل آثار خارجی: آموزش پایه حمایت از محیط زیست	تنظیم انحصارها: تنظیم کالاهای عمومی قوانین ضدانحصار	رفع مشکل اطلاعات نامتقارن بیمه(بهداشت، عمر، بازنشستگی) تنظیم مالی حمایت از مصرف‌کننده	ارایه بیمه‌های اجتماعی مستمرهای بازتوزیعی مستمری برای خانوارها بیمه بیکاری
فعال	هماهنگ کردن فعالیت‌های بخش عمومی تقویت بازارها ابتکارهای گروهی			توزیع دارایی‌ها

روش

این پژوهش از نوع پـژوهش‌هـای کیفـی بـوده کـه در آن عـلاوه بـر مطالعات کتابخانه‌ای، مطالعات موردی و برگزاری پنل‌های خبرگـانی نیـز مورد استفاده بـوده اسـت. در ایـن چـارچوب، براسـاس اصـول ۱۴ گانـه سیاست‌های کلی سلامت و نیز اصول راهنمای ۱۷ بندی فرهنگستان علوم پزشکی در خصوص تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سـلامت ابتـدا یـک میزگرد خبرگانی متشکل از ۱۰ نفر تشکیل شد و نهایتـاً مؤلفـه‌هـای ۱۴ گانه زیر به عنوان موضوعات محوری در تحلیل رابطه میان اقتصاد مقاومتی و سیاست‌های کلی سلامت مدنظر قرار گرفت:

۱. پیشگیری و ارتقای سلامت (شامل اقدامات نظام سلامت در این راستا و نیز نقش مؤلفه‌های اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت (SDH))؛
۲. ارائه و تولید خدمات و زیر سـاخت‌هـای بهداشـتی درمـانی (کمیـت، کیفیت)؛
۳. دارو و صنعت آن (همه انواع شامل واکسن، ...) و تجهیزات پزشکی؛
۴. ساماندهی تقاضا، تقاضای القایی، رواج اسـتفاده از راهنماهـا، ارزیـابی فناوری سلامت، نظام سطح‌بندی؛
۵. امنیت غذایی و ایمنی غذایی؛
۶. تأمین منابع مالی؛
۷. عدالت (برابری) و کارایی؛
۸. مدیریت در حوزه سلامت (قوانین و مقررات، مدیریت منـابع، تعـارض منافع، شفافیت و پاسخگویی)؛
۹. بیمه‌ها (توسعه کمی و کیفی) و پوشش همگانی سلامت (UHC)؛
۱۰. سبک زندگی(نقش سبک زندگی در ارتقای سلامت)؛
۱۱. اصول و مبانی اخلاقی و سلامت معنوی؛
۱۲. ارتقای نیروی انسانی، آموزش و پژوهش حوزه علوم بهداشتی (سـهم آن در ارتقای سلامت)؛
۱۳. طب سنتی و فراورده‌های مرتبط با آن؛
۱۴. حمایت از اقشار آسیب‌پذیر.

مبتنی بر این معیارهـای محـوری کـه در واقـع مبنـای تـدوین سیاست‌های کلی سلامت بوده است، ابتدا سعی خواهد شد مبتنی بر آنچـه در بـین مکاتـب مختلـف اقتصـادی در خصـوص نحـوه سیاست‌گذاری و مداخله دولت به‌ویژه با توجه بـه موضـوع سـلامت مطرح است، تصریحی نظری از سیاست‌هـای کلـی سـلامت داشـته باشیم. سپس سعی خواهد شد مبتنی بر این صورت‌بنـدی نظـری و همچنـین معیارهـا و شـاخص‌هـای فـوق‌الـذکر وضـعیت موجـود شاخص‌های مرتبط با این موضوعات در حوزه سلامت کشور بررسی و مورد تحلیل آسیب‌شناسانه قرار گیرد. در انتها نیز، پیشـنهادهایی در خصوص تحول در الگوی سیاست‌گذاری سلامت کشور بـا هـدف تحقق اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت ارایه خواهد شد.

نتایج پژوهش

تبیین نظری سیاست‌های کلی سلامت از منظر دانش اقتصاد

نگاهی به موفقیت و توسعه‌یافتگی کشورها در عرصه اقتصادی به ما گوشزد می‌کند که در پشت صحنه هر کشور موفـق، الگـوی درستی از دولت و کارکردهای آن وجود دارد. به بیان بهتر، کارکرد مناسب بازارها به عنوان نهاد اصلی تخصیص منابع در کشـورهای توسعه‌یافته، بدون شک وابسته به عملکرد درست دولت‌ها است و راز ثروت‌مند شدن یا فقر ملت‌ها به عنوان پرسش محوری دانـش اقتصاد، به شدت به تحلیل درست از عملکرد دولت در نسـبت بـا بازار خواهد بود و نمی‌توان به صرف تحلیل‌های صرف مبتنـی بـر بهینـه‌سـازی و یـا کـارایی بـه چرایـی پیشـرفت یـک کشـور و عقب‌ماندگی دیگری پاسخ گفت (۱، ۲، ۳ و ۴).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

جدول ۲- مقایسه مهم‌ترین تفاوت‌های پارادایم‌های نظری اقتصاد در حوزه حکمرانی سلامت

انتخاب عمومی (مداخله حداقلی)	دولت رفاه (مداخله متوسط)
کالایی دیدن سلامت	توجه بر ضرورت پیامدهای خارجی بالای نهفته در تولید سلامت که در بازاری کردن سلامت لزوما به آنها توجه نمی‌شود
تمرکز بر ارایه خدمات درمانی با قیمت و کیفیت مناسب	سلامت در بستر مجموعه‌ای از ترتیبات نهادی شکل می‌گیرد
ضرورت تشکیل بازار سلامت	تأکید بر کل زنجیره سلامت نظیر بهداشت و امنیت غذایی
تأکید بر رقابت بر در حوزه سلامت(مجوزهای پزشکی، تولید دارو و...)	تجربه کشورهای اروپایی نشان می‌دهد که لزوما تولید سلامت توسط بخش دولتی از بخش خصوصی ضعیف‌تر نیست.
توجه ویژه به استفاده از ابزارهای تکنولوژیک برای حل چالش‌های موجود در حوزه سلامت و درمان مثل تقاضای القایی	اهمیت بحث تدارک در حوزه خدمات درمانی و پزشکی
نگاه غالب در سیستم حکمرانی سلامت آمریکا	نگاه غالب در سیستم حکمرانی کشورهای اروپایی (به ویژه شمال اروپا)

در این چارچوب و در ذیل مکاتب مختلف دانش اقتصاد، حسب مفروضات و رویکردهای مختلف درباره الگوها و مدل‌های مختلف تصمیم-گیری و میزان مداخله دولت در اقتصاد، مکاتب متفاوتی در حوزه اقتصاد توسعه و اقتصاد سیاسی شکل گرفته است که در ذیل عناوینی نظیر دولت‌های لیبرال، دولت‌های رفاه، دولت‌های توسعه‌گرا، دولت‌های سوسیالیستی یا برنامه‌ریزی متمرکز و ... تقسیم‌بندی می‌شوند. به بیان بهتر، درباره نقش و دامنه دولت در اقتصاد در میان اندیشمندان اختلاف نظر بسیار شدیدی وجود دارد و این اختلاف به اندازه‌ای است که مکاتب مختلف اقتصادی را ایجاد کرده است(۵). به عنوان نمونه بانک جهانی مبتنی بر کارکردهایی که اندیشمندان مختلف در خصوص دولت بیان داشته‌اند سه دسته از رویکردها را شناسایی کرده است که در جدول ۱ به آن اشاره شده است(۶). همان‌گونه که در این جدول مشخص است، بسته به تفسیر هر مکتب یا رویکرد اقتصادی از شکست بازار یا عدالت و بسط آن به مصادیق عینی، الگوهای متفاوتی از مداخله دولت در اقتصاد مطرح است(۷) همان‌گونه که این گزارش نشان می‌دهد و در ادامه نیز به تفصیل به آن اشاره خواهد شد، برای هر کدام از آنها نمونه‌های عینی در حوزه حکمرانی سلامت در عرصه بین‌المللی وجود دارد. به بیان بهتر، بخش مهمی از مشاجرات درباره نحوه مداخله دولت در یک اقتصاد، به نوع سیاست‌گذاری‌های سلامت باز می‌گردد.

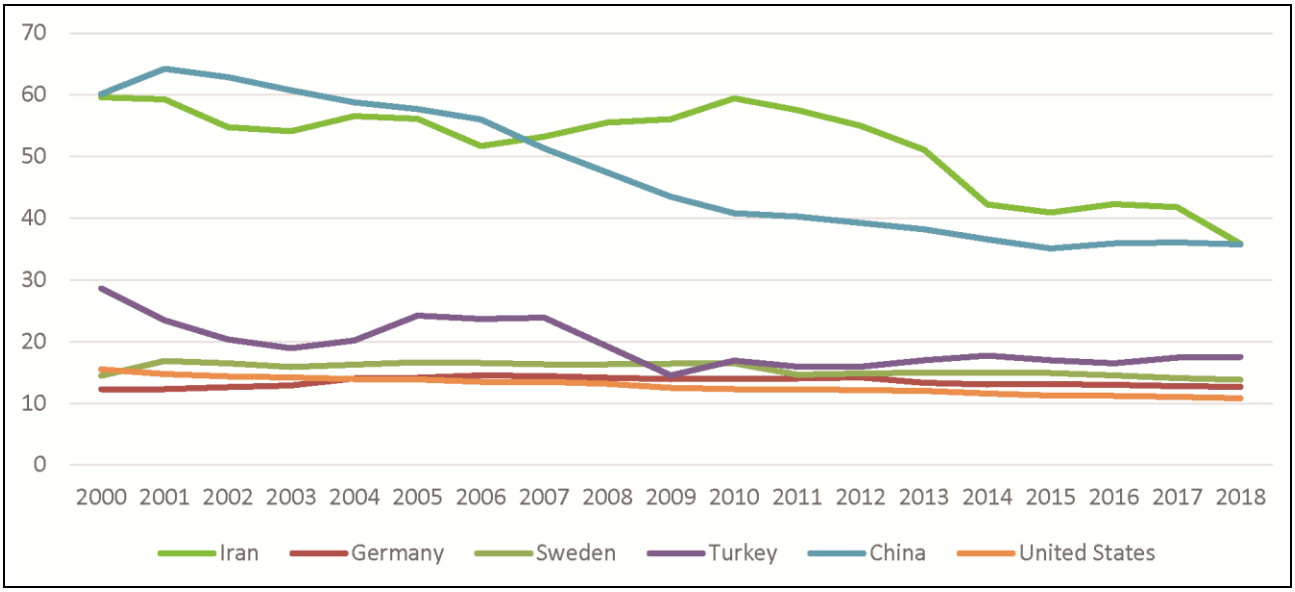
در یک سو، مکاتبی نظیر رویکردهای لیبرال، سلامت را نیز کالایی مشابه سایر کالاها و خدمات در نظر می‌گیرند و عموماً تمرکز خود را بر ارایه کارای این کالا به مردم از طریق ایجاد بازارهای کارای سلامت در حوزه‌های درمان، دارو و ... می‌گذارند. در اینجا یکی از اولیه‌ترین مسائل سیاست‌گذار سلامت، تلاش در جهت شکل‌گیری بازار سلامت است و لزوما تولید سلامت مورد نظر نیست. زیرا فرض بر آن است که در صورت شکل‌گیری بازار سلامت، دست نامریی آدام اسمیتی خواهد توانست به صورت خودجوش خدمات مورد نیز سلامتی را نیز در جامعه تولید کند. شاید بتوان الگو و مدل سیاست‌گذاری در بخش سلامت جامعه آمریکا را نزدیک‌ترین مدل به این الگوی سیاست‌گذاری دانست.(پی نوشت ۲)

به صورت طبیعی غلبه این نگاه بر سیاست‌های سلامت در یک کشور باعث خواهد شد موضوع درمان بر موضوع بهداشت تقدم یابد. مبتنی بر این نگاه آنچه در سیاست‌های کلی سلامت کشور تحت عنوان تقدم بهداشت بر درمان مطرح است، تقریبا جایگاهی ندارد و سخن آن است که هر نوع اولویت‌گذاری در واقع تنها منجر به انحراف قیمتی و ایجاد اخلال در عملکرد بازارها و در نتیجه بروز ناکارآمدی می‌شود. حال، زمانی که مسئله سلامت صرفا به بازار واگذار شود، طبیعی است که ارزش افزوده بالای خدمات و کالاهای تولیدی در بخش درمان، موضوع بهداشت را از دستور کار خارج خواهد کرد.

اما در سوی دیگر و در پارادایم دولت رفاه یا آنچه که بانک جهانی مداخله متوسط دولت می‌نامد و عموماً در کشورهای اروپایی به ویژه کشورهای اروپای شمالی مورد توجه بوده است، ضمن برشمردن تمایزهای ماهوی کالایی نظیر سلامت با سایر کالاها و خدمات، بر این مسئله تأکید می‌شود که اصولا خلاصه کردن سلامت در خدمات درمانی ارایه شده توسط پزشک، بزرگترین اشتباه در سیاست‌گذاری‌های سلامت است و اتفاقاً بخش عمده‌ای از تولید سلامت در یک جامعه ناظر بر توسعه بخش‌های بهداشتی، امنیت غذایی و یا مجموعه‌های مرتبط خدمات اجتماعی (کاهش استرس، بهبود سبک زندگی و ...) است که جنبه درمانی ندارند. در اینجا سخن آن است که اتفاقاً مداخلات هوشمند دولت‌ها خواهد توانست سلامت را به سمت توسعه بخش‌های غیردرمانی سوق دهد؛ در غیر این صورت محرک‌های بازاری به صورت خودجوش هیچگاه فضایی برای توسعه بخش‌های بهداشتی فراهم نخواهند ساخت و تنها منجر به گران شدن امر سلامت برای کثیری از بخش‌های جامعه خواهد شد.

در اینجا ممکن است سیاست‌گذاری دولت، اصلاح رژیم غذایی در جامعه باشد و لزوما وظیفه دولت در حوزه سلامت تولید ارزان و یا با کیفیت خدمات درمانی نیست. به طور مثال، دولتی ممکن است برای مدیریت منابع ملی و تغییر رفتار مردم، خدمات جراحی پلاستیک و زیبایی را عمداً با ابزارهای مالیاتی گران کند. جدول ۲ به مقایسه این دو رویکرد اصلی اقتصادی در حوزه سلامت می‌پردازد. به نظر می‌رسد روح حاکم بر سیاست‌های کلی سلامت با رویکردهای موسوم به دولت رفاه قرابت بیشتری داشته باشد. هر چند که ممکن است حسب اقتضائات

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]



نمودار ۱- سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت

داخلی کشور برخی از جزییات آن با مفاد اجرایی این سیاست‌ها در کشورهای اروپایی همخوانی نداشته باشد.

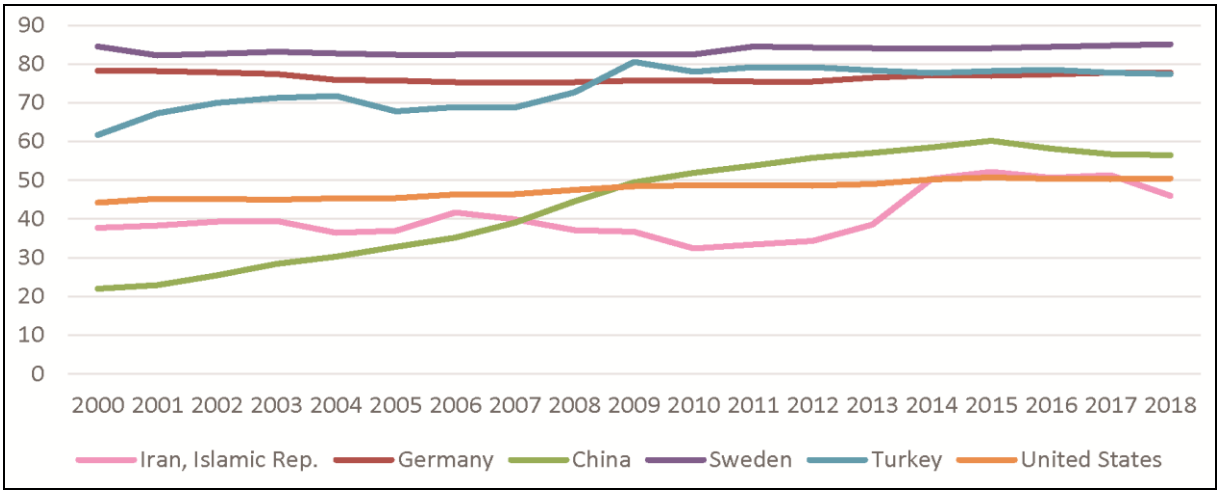
نگاهی آسیب‌شناسانه به وضعیت موجود سلامت کشور

اولین نکته در بررسی وضعیت بخش بهداشت و درمان کشور، توجه به سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی است. حسب آمارهای موجود، سهم مخارج جاری سلامت در ایران، از حدود ۴/۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به حدود ۸/۶ درصد در سال ۲۰۱۸ رسیده است که رشد این عدد بسیار قابل توجه است. بایستی توجه داشت که این ارقام مربوط به پیش از همه‌گیری کرونا است و ممکن است این عدد در شرایط کنونی سهم بیشتری را به خود اختصاص داده باشد. به طور مشابه، مشاهده می‌شود که با افزایش سهم بخش سلامت در تولید ناخالص داخلی کشور و با توجه به اینکه رشد جمعیت کشور در این دوره به همین نسبت افزایش نیافته است، سرانه مخارج سلامت از حدود ۴۴۳ دلار به ازای هر نفر در سال ۲۰۰۰ به ۱۶۹۱ دلار در سال ۲۰۱۸ رسیده است که این عدد در مقایسه با کشورهای در حال توسعه و اقتصادهای نوظهوری نظیر چین و ترکیه نیز رقم بالاتری است(۸). اما بالارفتن این عدد از سطح مشخصی، لزوما به معنای بهتر بودن تولید سلامت در یک کشور نیست. بلکه، می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که بخش زیادی از خدمات سلامتی تولید شده در یک کشور بیش از آنکه در خدمت سلامت عمومی باشد، ناظر بر توسعه کسب و کارهای مرتبط با حوزه سلامت و ایجاد درآمد برای فعالان اقتصادی بوده باشد (پی نوشت ۳) که دقیقا مخالف اهداف سیاست‌های کلی سلامت است. به همین جهت، بایستی رشد این عدد در اقتصاد ایران را در کنار سایر شاخص‌ها تجزیه و تحلیل کرد و لزوما رشد سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی به معنای بهبود وضعیت سلامت کشور در ده سال اخیر نخواهد بود.

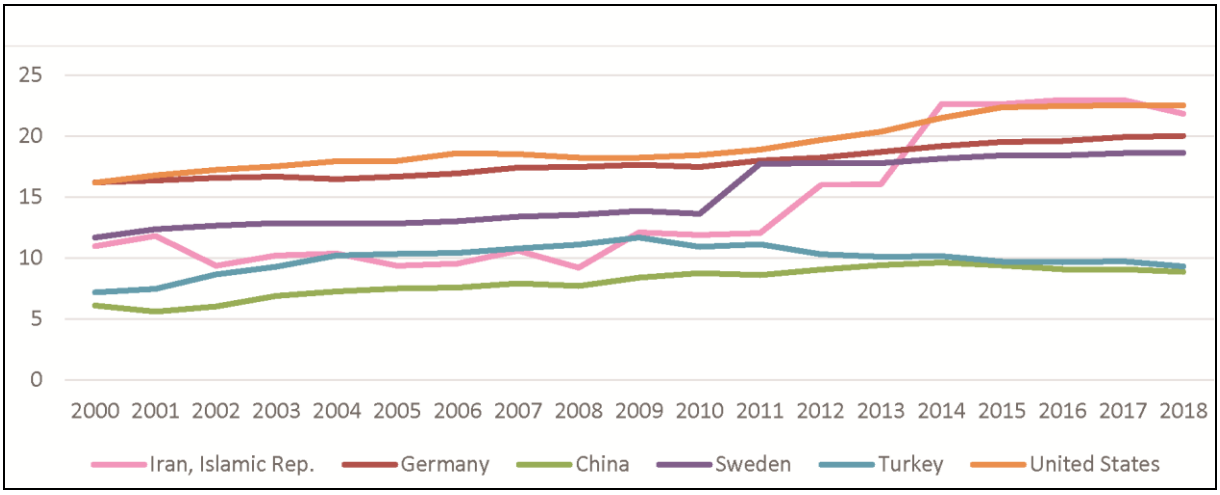
بر این اساس، برای تحلیل رشد سرانه مخارج سلامت در ایران بایستی به این سؤال پاسخ داد که چه بخشی از این مخارج سلامت توسط دولت پرداخت می‌شود و چه بخشی توسط خود افراد و یا بیمه‌ها پرداخت می‌شود؟ مبتنی بر آمارهای موجود، در بین بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته، متأسفانه شهروندان ایرانی، بیشترین میزان پرداخت از جیب را داشته‌اند و به عنوان نمونه در مقایسه با پنج کشور سوئد، ترکیه، چین، آمریکا و آلمان، این رقم برای ایران بسیار بالا است. البته، در سال‌های اخیر به واسطه طرح تحول سلامت، این رقم دارای روند کاهشی بوده و از حدود ۶۰ درصد در سال ۲۰۰۰ به حدود ۳۶ درصد در سال ۲۰۱۸ کاهش یافته است(۸). با این وجود این عدد از میزان پرداختی سایر کشورها همچنان بیشتر است و به طور مثال همان‌گونه که در نمودار ۱نشان داده شده است، در میان این ۵ کشور مورد اشاره به جز چین، این میزان زیر ۲۰ درصد است. این توضیح لازم است که هرچه میزان پرداخت از جیب بالاتر باشد احتمال مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن و فاجعه بار سلامت بیشتر است و تأمین مالی سلامت از عدالت کمتری برخوردار است.

براساس اطلاعات موجود طی سال‌های اخیر و همان‌گونه که در نمودار ۲ نشانده داده شده است، صرفاً حدود ۴۰ تا ۴۵ درصد مخارج سلامت توسط دولت پرداخت شده است و طبیعی است که این رقم مجدداً نشان‌دهنده بار بالای پرداخت از جیب از سوی خانوارها خواهد بود. این در حالی است که در کشورهایی که سرانه مخارج سلامت آنها به سرانه کشور ما نزدیک است، به ترتیب حدود ۵۷ و ۷۷ درصد مخارج سلامت برعهده دولت است. در خصوص کشورهای توسعه‌یافته اروپایی نظیر آلمان و سوئد که این عدد بیش از کشورهای مورد اشاره است و حدود ۸۰ تا ۸۵ درصد می‌رسد(۸).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]



نمودار ۲- سهم مخارج عمومی دولتی از کل مخارج سلامت

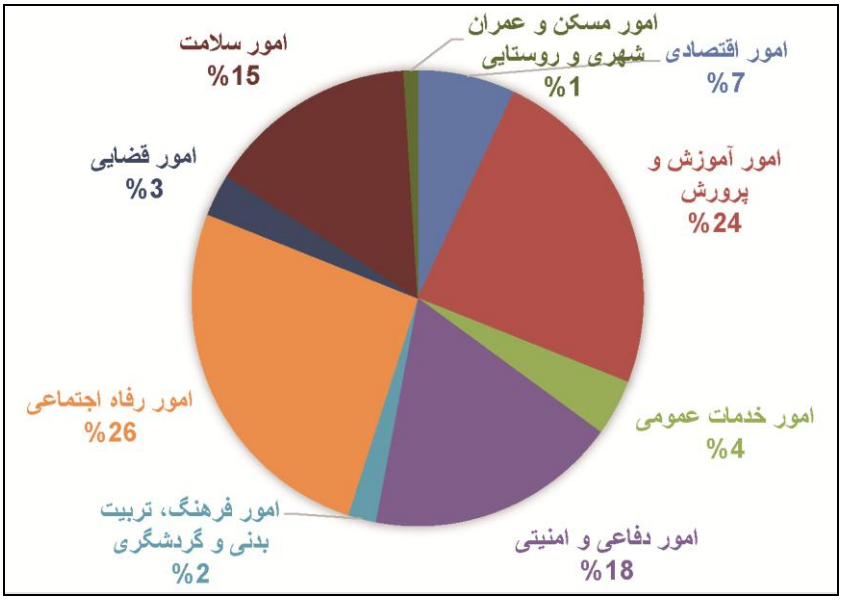


نمودار ۳- سهم مخارج عمومی سلامت از کل مخارج عمومی دولت (برحسب درصد)

بایستی دانست که پایین‌تر بودن سهم دولت در مخارج عمومی سلامت در ایران لزوما به معنای صرف هزینه‌های پایین از سوی دولت در بخش سلامت نیست. زیرا، معادل ۲۲/۵ درصد از مخارج کل دولت به بخش سلامت اختصاص یافته است. این در حالی است که در کشوری نظیر ترکیه تنها ۹ درصد از مخارج عمومی دولت به سلامت اختصاص می یابد. حتی در کشورهای توسعه‌یافته‌ای نظیر آلمان که بسته‌های سلامتی به مراتب از کشور ترکیه دامنه شمول بیشتری را خواهد داشت، این رقم حداکثر ۲۰ درصد مخارج عمومی دولت را به خود اختصاص می‌دهد(۸). بنابراین، مشخص است که این میزان هزینه دولت در حوزه سلامت، کارایی و اثربخشی لازم را نداشته است و به احتمال زیاد بخش سلامت در کشور ما مواجه با تقاضای القایی افسارگسیخته‌ای است که باعث می‌شود با وجود مخارج قابل توجه بخش سلامت برای دولت، کاهش فشار بر خانوارها در ذیل آن رخ ندهد.

از منظر دیگر، این ناکارآمدی را می‌توان در سهم امور سلامت در بودجه عمومی و جاری کشور مشاهده کرد. طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹ سهمی از بودجه که به امور سلامت اختصاص داده شده روندی افزایشی داشته است و تقریباً معادل سهم امور دفاعی و امنیتی بوده است. در شکل ۱ نیز سهم بودجه امور سلامت در لایحه بودجه ۱۴۰۰ نشان داده شده است که حدود ۱۵ درصد و معادل ۱۱۱۱۵۵میلیارد تومان است و در مقایسه با لایحه بودجه ۱۳۹۹ حدود ۵۸ درصد رشد داشته است. توجه داشته باشید که بخشی از هزینه‌های مرتبط با امور سلامت نظیر هزینه‌های بیمه سلامت در لوایح بودجه در ردیف‌های مرتبط با امور اجتماعی جایابی می‌شود و این اعداد صرفا هزینه‌های مرتبط با ارایه خدمات درمانی (اعم از حقوق و دستمزد و خرید تجهیزات و توسعه بیمارستان‌ها و ...) را نشان می‌دهد؛ اما نکته اصلی این است که بخش قابل توجهی از این اعتبارات متعلق به بخش درمان است که این موضوع در تناقض با سیاست‌های کلان حوزه سلامت است و بیانگر نوع دیگری از ناکارآمدی در تخصیص منابع حوزه سلامت در بودجه‌های عمومی است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]



شکل ۱- سهم اعتبارات مربوط به امور مختلف در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰

به طور مشابه، با وجود رشد اعتبارات بخش درمان و همچنین در نظر گرفتن تورم‌های بی‌سابقه دو سال اخیر، اعتبارات درنظر گرفته شده برای برنامه پزشک خانواده طی چند سال اخیر در بازه ۲ هزار میلیارد تومان ثابت مانده است که در مقام عمل نیز در حدود ۱۰۰۰ میلیارد تومان بیشتر نخواهد بود(پی نوشت ۴). این درحالی است که برنامه پزشک خانواده به عنوان یکی از ارکان تقویت نظام ارجاع کشور و متعاقب آن کاهش تقاضاهای القایی و هزینه‌های غیرضرور بخش بهداشت و درمان، یکی از سیاست‌های هم‌راستا با سیاست‌های کلی سلامت است که در ذیل اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت بایستی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

حال سؤال این است که با این حجم از سرمایه‌گذاری و اختصاص بودجه‌های عمومی به بخش سلامت، خروجی‌های این بخش حسب شاخص‌های متعارف چگونه است؟ در واقع، انتظار بر این است که با توجه به رویکرد درمان‌محوری در بخش سلامت کشور، حداقل اگر در حوزه‌های بهداشت عمومی نتوانستیم به استانداردهای لازم دست یابیم، در شاخص‌هایی نظیر میزان تخت‌های بیمارستانی باید از وضعیت مناسبی برخوردار باشیم. این در حالی است که در بین بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، ایران پایین‌ترین میزان تخت بیمارستانی را دارد (حدود ۱/۵ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت) که خود شاهدی دیگر بر هدر رفت منابع عمومی کشور در ذیل مدل مدیریتی موجود منابع در بخش سلامت است.

نتیجه‌گیری

مبتنی بر چارچوب‌های نظری و مفهومی موجود در دانش اقتصاد و با مفروض گرفتن سیاست‌های کلی سلامت، اجرای اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت، ناظر بر توجه بیشتر به بخشی از پارادایم‌های نظری دانش اقتصاد است که عموماً ذیل مفهوم دولت رفاه دسته‌بندی می‌شوند و از لحاظ تجربی نیز مبنای تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت در کشورهای اروپایی بوده است. به بیان بهتر، آنچه ذیل سیاست‌های کلی سلامت مطرح شده است و در بخش نخست این پژوهش ذیل شاخص‌های ۱۴ گانه بیان شد، نیازمند توجه به رویکردهای نظری و تجربیاتی مدیریتی است که در ذیل آن، تحقق سلامت در یک اجتماع را بیش از آنکه در خلق بازار سلامت جستجو می‌کنند، ماحصل یک فرآیند نهادی می‌دانند که در آن سیاستگذاری دولت‌ها بجای آنکه بر تزریق بودجه صرف در عرصه خدمات درمانی و تأکید بر مفاهیم سنتی شکست بازار استوار باشد، در جهت توسعه و تنوع انواع شبکه‌ها و ساختارهای مختلف در حوزه‌های مختلف اجتماعی است که فضای سلامتی را در جامعه محقق خواهند ساخت. البته ممکن است این الگوی سیاستی در برخی از اوقات به تزریق بودجه دولتی هم منجر شود.

این تجربه نیازمند توجه به درس آموخته‌های سیاستی کشورهایی نظیر آلمان و یا سوئد خواهد بود که نظام سلامتشان متفاوت از نظام سلامت کشورهایی نظیر آمریکا است. توجه به شاخص‌های اجتماعی سلامت و خروج مسئله سلامت از انحصار بخش درمان باعث شده است که بخش‌های بیشتری از جامعه در پوشش سلامت ارزان‌قیمت قرار گیرند که به نوعی در اصول و راهبردهای کلان سیاست‌های کلی سلامت و اقتصاد مقاومتی مورد توجه است.

همچنین، با بازاندیشی مجدد در موضوع شکست بازاردر حوزه سلامت، به تدریج مشخص شده است که در تخصیص منابع در حوزه کالاها و خدمات مرتبط امور درمانی و پزشکی، مباحثی نظیر کسب درآمد بر اساس یک روش منصفانه و عادلانه، پایداری و مشخص‌سازی واضح تقاضا، افراد واجد صلاحیت و غیر قابل صلاحیت در دریافت خدمات

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

پزشکی و درمانی، ایجاد الگوی مناسب مصرف کالاهای دارویی و تجهیزات پزشکی و نحوه پایش و نظارت بر عملکرد تولیدکنندگان از اهمیت دوچندانی نسبت به امر تولید خدمات درمانی برخوردار است که اتفاقاً چالش‌های اصلی نظام سلامت کشور ما هستند و در سیاست‌های کلی سلامت نیز تمرکز بر حل آنها بر توسعه بازار سلامت اولویت دارد.

در نهایت، تجربیات متعدد جهانی نیز مؤید موفقیت بیشتر این الگوی سیاستگذاری است که مهم‌ترین دلایل آن عبارتند از:

- واکسیناسیون بزرگسالان و کودکان، کاملا از نظر هزینه فایده توجیه‌پذیر است و در بلندمدت بازده‌های سرمایه‌گذاری بالایی دارد(۹، ۱۰)؛
- برنامه مراقبت سلامت کاملا از نظر هزینه فایده توجیه‌پذیر است و در بلندمدت بازده‌های سرمایه‌گذاری بالایی دارد(۱۱)؛
- مداخلات قانون‌گذاری در بهداشت، برای مثال مالیات بر نوشیدنی‌های شیرین، بازده سرمایه‌گذاری بالایی دارد(۱۲)؛
- انتقال سرمایه‌گذاری از مراقبت‌های سطح دوم به پیشگیری اولیه، بازده سرمایه‌گذاری بالایی دارند(۱۳)؛
- سرمایه‌گذاری در ۱۰۰۰ روز اول برای نوزادان هزینه اثربخش است و به طور بالقوه توسعه مداخلات در اوایل کودکی را ارزشمند می‌سازد و افزایش گسترده نرخ شیردهی مادران تا ۴ ماه، موجب کاهش عفونت و در نتیجه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های درمان می‌شود؛
- برنامه‌ریزی برای خانواده و پروژه‌های حمایتی در مورد رفتارهای ضداجتماعی خانوارها بازدهی حدود ۱۷-۴۴ واحد به ازای هر واحد هزینه شده خواهد داشت؛
- سرمایه‌گذاری در آموزش اولیه موجب بازده‌های اقتصادی و اجتماعی بالا و اثرات مثبت بین‌نسلی می‌شود. مدرسه ساختار مهمی برای شکل‌گیری و تغییر رفتار سلامت و برای توسعه مهارت‌های احساسی و اجتماعی است. بنابراین بازده‌های اجتماعی طولانی مدت آنها باید در سیاستگذاری‌ها مدنظر باشد؛
- سرمایه‌گذاری در محل‌های کار مروج سلامت، اثرات مثبتی بر سلامت و رفاه افراد، بهره‌وری نیروی کار و نظام سلامت دارد. به‌صورتی‌که ریسک‌های سلامت و غیبت از کار را کاهش می‌دهد و عملکرد را بهبود می بخشد. مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات در محل کار برای ارتقای سلامت روان، از طریق کاهش غیبت و نیز بازنشستگی زودتر از موعد توانسته صرفه‌جویی ایجاد کند؛
- سرمایه‌گذاری برای کودکان زیر ۳ سال نسبت به کودکان مدرسه بازده بیشتری دارد؛ اما برای هر دو قابل توجه است. زیرا در سال‌های جوانی موجب بهره‌وری بیشتر، سلامت روان بهتر، جرم و جنایت کمتر شده است(۱۴)؛
- اجرای برنامه‌های پیشگیری از سو مصرف مواد در مدارس برای جوانان ۱۲-۱۷ سال در سطح ملی موجب بازگشت سرمایه می‌شود(۱۵)؛
- مطالعه ای در ایران نشان می‌دهد هر یک درصد افزایش در امید به زندگی، درآمد سرانه را ۰,۱۶ درصد افزایش می‌دهد(۱۶)؛
- مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده که اجرای برنامه‌های پیشگیری از مشکلات سلامت روان در محل کار، منفعت خالصی به ازای هر فرد داشته است و بازده سرمایه‌ای قابل توجه دارند(۱۷)؛

حال مبتنی بر این نتایج و اصول راهنمای فرهنگستان در خصوص اقتصاد مقاومتی و آسیب‌شناسی انجام شده می‌توان بیان داشت که پیگیری سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت ناظر بر پیگیری اقدامات زیر خواهد بود:

- کاهش سهم پرداخت از جیب از طریق بازطراحی نظام بیمه‌های مکمل، افزایش سهم مخارج دولتی برای خدمات سرپایی، بهداشت محوری بیمه‌ها؛
- بازبینی مجدد نظام پرداخت در بخش سلامت در جهت کارآمدتر شدن مخارج عمومی در بخش سلامت و افزایش بهینه سهم دولت در پرداخت هزینه‌های سلامت؛
- اختصاص بخشی از بودجه برای گسترش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سطح خانوارها؛
- تعیین تکلیف نظام بیمه‌ای کشور و واگذاری کامل مدیریت و مقررات‌گذاری این نظام به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مبتنی بر اصل تعارض منافع؛
- اصلاح و بهبود نظام حسابداری شرکت‌های بیمه مطابق با اصول بین‌المللی برای افزایش شفافیت در خصوص میزان ریسک این شرکت‌ها، تعیین حق بیمه‌ها و مشارکت در پرداخت‌ها براساس آزمون وسیع؛
- توسعه شرکت‌های بیمه اتکایی در بخش درمان به ویژه با افزایش نسبت پیری جمعیت در کشور؛
- توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی سلامت (SDH) به ویژه در زمان تصویب لایحه بودجه کل کشور در جهت کاهش سهم درمان در هزینه‌های کل نظام سلامت؛
- تغییر نظام پرداخت یارانه‌های کشور به ویژه در حوزه انرژی و ارتقای بخشی از آن به توسعه شبکه‌های بهداشت و درمان کشور به ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته و حاشیه شهرها؛
- ایجاد پیوند میان نظام بیمه‌ای و نظام پرداخت پزشکان با بهره‌گیری از تجربیات کشورهایی نظیر آلمان؛
- جلوگیری از توسعه نگاه کالایی به بخش سلامت و ایجاد ساده‌انگاری در خصوص توسعه ظرفیت متخصص در کشور؛
- ایجاد نظام اولویت‌گذاری در حوزه توسعه صنایع دارویی به ویژه با توجه به توسعه پلت‌فرم‌های مرتبط با فناوری‌های نوین نظیر زیست فناوری؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

- اتکای بیشتر تجهیزات پزشکی به تولید داخل باتوجه به اینکه بیشترین سهم واردات مربوط به کالاها و مواد مصرفی می‌باشد و نه تجهیزات سرمایه‌ای؛
- ایجاد رویه‌های واقعی ارزیابی فناوری سلامت در جهت جلوگیری از توسعه تقاضای القایی در بخش سلامت؛
- ورود موضوعات مرتبط با حوزه امنیت غذایی به ویژه در موضوعات نوظهور نظیر تراریخته و به‌نژادی به وزارت بهداشت و کاستن از نقش‌های صرفا درمانی در شرح خدمات این وزارتخانه؛
- مشارکت دادن نهادهای عمومی غیردولتی نظیر ستاد اجرایی فرمان امام (ره)، صندوق‌های بازنشستگی، بنیادها و اوقاف و ... در توسعه صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور و کاستن از سهم دولت در سرمایه‌گذاری در تولید این تجهیزات و تمرکز دولت بر مقررات‌گذاری بیشتر این حوزه‌ها؛
- سرمایه‌گذاری برای سالمندی سالم و فعال شامل مداخلاتی در مورد پیشگیری از سقوط و حوادث برای سالمندان، فعالیت فیزیکی، پیشگیری از بیماری‌های واگیر و واکسیناسیون، پیشگیری از بیماری‌های روان و مراقبت‌های چندگانه در منزل.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی نقش سیاست‌های کلی سلامت در تحقق اقتصاد مقاومتی و ارائه راهکارهایی برای اجرایی شدن آن حسب اهداف سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی» است که در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب و اجرا شده است. نویسندگان مقاله از جناب آقای دکتر محمدعلی محققی و تمامی اعضای محترم کارگروه اقتصاد مقاومتی فرهنگستان علوم پزشکی کمال تشکر را دارند.

Original

Investigating the Role of General Health Policy in Achieving a Resilient Economy in the Health Sector

Sara Emamgholipour[*1], Seyed Jafar Hosseini[2]

1. ***Corresponding Author**: Associate Professor of Health Economics, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, s-emamgholipour@tums.ac.ir
2. Assistant Professor of Technology Institute Studies(TSI) Department of Knowledge-Based Economics, hosseini@tsi.ir

Abstract

Background: General health policies can provide a suitable platform to implement a resistance economy; in this context, this study sought to find the changes needed in health policies to build and implement a resilient economy.

Methods: Challenges were identified, and evaluated in different economic schools and compared with the country's health policies.

Results: Effective Health Policy and provision of a resilient economy requires attention to the welfare states theory and experience of Northern European countries with Social health issues and issues relevant to the prioritization of health over treatment. In recent years, attention to the provision of approaches like public choice has led to significant growth of domestic health expenditures; despite projects such as the Health Transformation Plan, out-of-pocket payments, and absolute payment of health expenses by households, etc., the burden in our country is worse than many other countries, and the pressure of health expenses on the Iranian households is more than current international standards.

Conclusion: Recommendations regarding reform of the country's current health policy in line with the objectives of the General Health Policies are proposed seeking a stable resilient economy.

Keywords: Economics, Health Policy, Health Care Costs, Social Welfare

منابع

1. Oghlu, AD, Robinson J. Why do nations fail? Translated by M. Mirdamadi, M. Hosein Naeimipour. Tehran: Rowzaneh Pub; 2014. [In Persian]
2. Wen Yi. The Making of an Economic Superpower: Unlocking China's Secret of Rapid Industrialization. Translated by H. Sabouri Termeh Pub; 2016.[In Persian]
3. Acemoglu DS, Johnson S, Robinson J. Handbook of Economic Growth. Edited by P. Aghion, S NDurlauf. Amsterdam: Elsevier; 2005.
4. Greif A, Institutions and the Path to the Modern Economy, Lessons from Medieval Trade. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
5. Boettke P, Leeson T. The Economic Role of the State. Cheltenham: Edward Elgar; 2015
6. World Bank. World Development Report: The State in a Changing World. New York: Oxford University Press; 1997
7. Clark B. Comparative Political Economy. Translated by: A Hatami.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]

Tehran: Kavir; 2017. [In Persian]
8. World Health Organization. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
9. Ozawa S, Clark S, Portnoy A., Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on Investment from Childhood Immunization in Low-and Middle-Income Countries, 2011–20. Health Affairs 2016; 35(2): 199-207.
10. Sim SY, Watts E, Constenla D, Brenzel L, Patenaude BN.. Return On Investment From Immunization Against 10 Pathogens In 94 Low-And Middle-Income Countries, 2011–30: Study Estimates Return on Investment from Immunization Programs Against Ten Pathogens for Ninety-Four Low-and Middle-Income Countries from 2011 to 2030. Health Affairs 2020; 39(8): 1343-1353.
11. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2017:71(8):827-834.
12. Gortmaker SL, Long MW, Resch SC, Ward ZJ, Cradock A L, Barrett J L, et al. Cost Effectiveness of Childhood Obesity Interventions: Evidence and Methods for Choices. Am J Prevent Med 2015;49:102–11.
13. Beard J, Rowell D, Scott D, van Beurden E, Barnett L, Hughes K, et al. Economic Analysis of a Community-Based Falls Prevention Program. J R Inst Public Health 2006;120:742–5
14. Reynolds AJ, Temple JA, White BA, Ou SR, Robertson DL. Age 26 Cost–Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. Child Development 2012; 82(1): 379-404.
15. Miller TR, Hendrie, D. Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention; 2009
16. Lotfalipour MR, Falahi MA, Borji M. The effect of health indices on economic growth in Iran. Journal of health administration 2012; 14(46):57-70 [In Persian]
17. Iijima S, Yokoyama K, Kitamura F, Fukuda T, Inaba R. Cost-Benefit Analysis of Comprehensive Mental Health Prevention Programs in Japanese Workplaces: a Pilot Study. Industrial Health 2013; 51(6): 627-633.

پی‌نوشت

۱. براساس آنچه در ذیل ابلاغیه سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳ مطرح شده است، مواد اصلی این سیاست‌ها شامل ۱۴ بند می‌باشند. بر اساس این سند بالادستی و در راستای پیگیری اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی مجدداً در سال ۱۳۹۹، راهبردهای پیشنهادی و اصول راهنمای کلان خود را در خصوص تحقق اقتصاد مقاومتی در ۱۷ بند خلاصه و تحت عنوان خلاصه سیاستی برای اقتصاد مقاومتی منتشر کرد. برای توضیحات بیشتر رجوع کنید به: نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، سال سوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۸.

۲. بایستی دانست که در اینجا سخن از الگوهای سیاست‌گذاری در مقام نظر است. در مقام عمل هیچ کشور و هیچ دولتی دقیقاً مشابه آنچه در مقام نظر گفته می شود سیاست‌گذاری نمی‌کند؛ بلکه سخن آن است که عملکرد نظام سلامت کدام کشور به کدام الگوی نظری نزدیک‌تر است.

۳. به عنوان مثال در آمریکا، سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی این کشور حدود ۱۷ درصد است که این نشانگر نقش پراهمیت بخش سلامت در اقتصاد و مدل کسب و کار این کشور است. ولی این موضوع به هیچ به معنای بهتر بودن وضع سلامت جامعه آمریکا در برابر سایر کشورهای توسعه یافته نیست.

۴. زیرا، درحال‌حاضر برنامه مراقبت اولیه در شهرها و حاشیه شهرها که جز برنامه‌های طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت است و مرتبط با بحث پزشک خانواده نیست، ۱۰۰۰ میلیارد تومان از اعتبارات پزشک خانواده را جذب می‌کند و فقط ۱۳۵۰ میلیارد تومان به طور خالص به پزشک خانواده اختصاص می‌یابد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-06]