

# حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران: سالهای ۱۳۵۰ - ۱۳۷۷

دکتر محمود کاظمیان\*

## چکیده

اطلاعات درباره نحوه تأمین مالی هزینه‌ها و یا منابع و مصارف هزینه در بخش بهداشت و درمان یکی از موضوعات اساسی برای تدوین برنامه‌ها و سیاستهای بخش بهداشت و درمان و اصلاحات آن محسوب می‌شود. نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان مناسبترین اطلاعات از این نوع را فراهم می‌کند. امروزه پس از حداقل دو دهه، این نظام با تعاریف مناسب و ویژگیهای مورد انتظار، در مجموعه وسیعی از مطالعات درباره حسابهای ملی بهداشت و درمان توسط تحلیلگران در بخش بهداشت توسعه یافته است. در این مطالعه تلاش شده است ساختار اطلاعاتی مورد نظر، با طبقه‌بندی با قابلیت اعتماد مناسب، برای نحوه تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی در ایران ارائه شود. این مطالعه تصویر جامعی برای دوره ۲۸ ساله حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور فراهم می‌کند. روش و کاربردها در این مطالعه می‌تواند به طور

---

\* نویسنده لازم می‌داند از همکاری که در تهیه اطلاعات مورد نیاز مشارکت داشته‌اند، صمیمانه تشکر نماید. این همکاران عبارتند از آقای امیر مشعوف، خانم جمیله رحیمی‌نیا، و آقای بیژن مهدوی. این همکاران همچنین با مشارکت فعال در مباحثات، مشارکت ارزنده در تعریف نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور داشته‌اند. این پروژه تحقیقی صرفاً با علاقه‌مندی شخصی نویسنده و گروه همکاران به انجام رسیده است.

مناسب برای مستندسازی سیاستها و تصمیم‌گیریها در طول دوره ۲۸ ساله مورد نظر، مورد استفاده قرار گیرد.

#### مقدمه

حسابهای ملی اقتصادی که با روش هزینه یا مجموعه‌ای از منابع مالی و مصارف محاسبه می‌شوند، در طول یک دوره مالی (یا یک سال) اطلاعاتی در مورد ارزش کل محصول به قیمت بازار فراهم می‌کند. این حسابها همچنین می‌تواند اطلاعاتی درباره سهم بخشهای دولتی و خصوصی از مجموع هزینه‌ها و دریافتها ارائه دهد. به همین ترتیب، حسابهای ملی بخش بهداشت و درمان اطلاعاتی در مورد ارزش کل خدمات این بخش و عملکرد و سهم بخشهای دولتی و خصوصی از مجموع منابع مالی و مصارف بخش بهداشت و درمان به دست می‌دهد. این اطلاعات هنگامی که برای یک دوره چند ساله در سطح کلان اقتصادی و بخشی فراهم می‌شود، امکان تحلیل عملکردها و تأثیرپذیری اقتصاد کلان و بخشی از عوامل سیاستگذاری و عوامل ایجادکننده نوسانات را مقدور می‌سازد. در این مطالعه فراسم کردن اطلاعاتی که نشان‌دهنده روند تغییر منابع مالی و مصارف بخش بهداشت و درمان براساس طبقه‌بندیهای مرسوم از بخشهای دولتی و خصوصی و اجزای آنها در حسابهای ملی اقتصادی باشد، مورد نظر بوده است.

تهیه حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران برای یک دوره ۲۸ ساله از طریق جمع‌آوری اطلاعات ثبتي هزینه‌ها در مجموعه گروههای پرداخت‌کننده هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان (یا تأمین‌کنندگان منابع مالی بخش) و گروههای فراهم‌آورنده خدمات در بخش صورت پذیرفته است. در مورد تعدادی از گروههایی که به طور غیرانتفاعی در بخش خصوصی فعالیتی از نوع تأمین منابع هزینه‌ای یا از نوع ارائه خدمات انجام می‌دهند، و در بخش دولتی در بعضی سالها از منابع غیرتخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان در این بخش هزینه کرده یا خدمتی فراهم ساخته‌اند، اطلاعات مورد نیاز به صورت نتیجه‌ای از برآوردها فراهم شده است. این مجموعه از اطلاعات سهم محدودی از مجموعه اطلاعات مربوط به منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان را شامل می‌شود. برای تهیه اطلاعات منابع و مصارف بخش، همزمان با تکمیل ارقام کلان سالانه و روند مورد نظر، سعی شده از تعاریف و طبقه‌بندیهای مرسوم در حسابهای ملی اقتصادی و حسابهای ملی بهداشت و درمان استفاده شود. همچنین تلاش شده است ترتیبات مربوط به نحوه تأمین مالی هزینه‌ها و مصارف بخش بهداشت و درمان با توجه به

تغییرات وقوع یافته در طول دوره، به صورتی در نظر گرفته شوند که قابلیت مقایسه سالانه اطلاعات امکانپذیر شود. توجه به قابلیت مقایسه‌ای سالانه برای ارقام منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان و اجزای ارائه شده برای این ارقام، از اهمیت ویژه برخوردار بوده و تلاشی برای استاندارد نمودن این ارقام برای تحلیلهای بعدی نیز محسوب می‌شود. در مورد تعاریف و طبقه‌بندیها، و استانداردسازی ارقام کلان و اجزای آن برای طول دوره ۲۸ ساله، در بخشهای بعدی مقاله با تفصیل لازم توضیح داده خواهد شد.

در مجموعه حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران، منابع هزینه‌ای در دو بخش دولتی و خصوصی طبقه‌بندی شده و سهم دولت مرکزی مطابق با طبقه‌بندی بخش دولتی در حسابهای ملی، یک جزء اصلی از بخش دولتی محسوب شده است. در بخش بعدی این مقاله موضوع طبقه‌بندی بخشهای دولتی و خصوصی و اجزای آنها در مجموع منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان مورد بحث قرار گرفته و در بخش سوم مقاله درباره ترتیبات استانداردسازی برای تغییرات در مدیریت تأمین منابع مالی و مصارف بخش بهداشت و درمان توضیح داده شده است. مقایسه این حسابها با حسابهای ملی بهداشت و درمان در سطح بین‌المللی از جهات نحوه تنظیم اجزای عملیاتی برای انواع منابع مالی و انواع فراهم‌آوردندگان خدمات و همچنین از جهت موضوع طبقه‌بندی موارد هزینه، کاستیهایی را نشان می‌دهد که در بخش چهارم این مقاله به آن اشاره می‌شود. در بخش پنجم مقاله خلاصه‌ای از نتایج و نمودارها، و سپس انتظارات از روند آینده مطالعات در ایران درباره تنظیم حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور مورد بحث قرار می‌گیرد. تحلیل ارقام حسابهای ملی بهداشت و درمان با توجه به تغییرات سازمانی و سیاستگذاری، یا از جهاتی تحولات در بخش بهداشت و درمان طی دوره مورد بحث، و تأثیرپذیری این بخش از تغییرات و نوسانات کلان اقتصادی، موضوعی جداگانه در مقاله دیگر خواهد بود.

### ۱. طبقه‌بندی منابع هزینه‌ای و مصارف در بخش بهداشت و درمان ایران

منابع هزینه‌ای در بخش بهداشت و درمان ایران، با استفاده از طبقه‌بندیهای مرسوم در حسابهای ملی کشور، به صورت منابع هزینه‌ای در بخشهای دولتی و خصوصی نشان داده شده است. در بخش دولتی بهداشت و درمان، سه گروه عمده تأمین‌کنندگان هزینه‌ها برای مصارف نهایی عبارتند از: (۱) دولت مرکزی، (۲) سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی (از سال ۱۳۷۴)، و (۳) شهرداری تهران (از سال ۱۳۷۱). تأمین منابع مالی در این سه گروه به ترتیب

از محل بودجه عمومی دولت، حق بیمه‌های پرداختی توسط بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی و بیمه‌شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی (همراه با مشارکت دولت مرکزی از محل بودجه عمومی در تأمین منابع مالی این سازمان)، و از محل بودجه شهرداری تهران صورت پذیرفته است. هزینه‌های پرداخت شده بابت بیمه‌های خدمات درمانی دولتی از ابتدای دوره تا سال ۱۳۷۳ به طور کامل از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین مالی می‌شد. در این سالها حق بیمه‌های دریافتی از کارکنان دولت، یا تحت حمایت دولت توسط دولت دریافت و به عنوان درآمد بخش عمومی به حساب خزانه‌داری واریز می‌شد. همچنین با شروع فعالیت سازمان بیمه خدمات درمانی از نیمه دوم سال ۱۳۷۴ و ابتدای سال ۱۳۷۵، بخشی از منابع بودجه عمومی، که بابت هزینه مصرفی نهایی مراکز بهداشتی و درمانی در بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی دولتی تخصیص می‌یافت، به اعتبارات سازمان بیمه خدمات درمانی منتقل شد. این بخش از منابع بودجه عمومی سپس از طریق سازمان یادشده برای هزینه‌های مصرفی نهایی بهداشتی و درمانی دولت برگشت داده می‌شود. در طبقه‌بندی ارائه شده، این نحوه تأمین مالی هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت از محل منابع بودجه عمومی برای یکسان کردن هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت از محل بودجه عمومی در کل دوره، مورد توجه قرار گرفته است. جزء باقیمانده از منابع هزینه‌ای بهداشت و درمان از محل بودجه عمومی دولت، منابعی است که از سال ۱۳۵۹ توسط جمعیت هلال احمر و سازمان صدا و سیما، در بخش بهداشت و درمان هزینه می‌شود. این منابع از محل اعتبارات دولتی در سایر برنامه‌ها (غیر از برنامه‌های بهداشتی و درمانی دولت) تأمین مالی شده و به همین جهت به عنوان سایر هزینه‌های جاری بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی در نظر گرفته شده است. در بخش خصوصی، طبقه‌بندی منابع هزینه‌ای بهداشت و درمان شامل شش گروه اصلی است. گروه اول، خانوارها. هزینه‌های بهداشت و درمان این گروه معادل با هزینه‌های پرداختی خانوارها از منابع بودجه ناخالص آنها بدون انتقالات یا سهمی از هزینه درمان که توسط استفاده‌کننده پرداخت می‌شود [پرداخت از جیب<sup>۱</sup>] در نظر گرفته شده است.

این بخش از هزینه‌های بهداشت و درمان بخش خصوصی شامل انتقالات از بخش دولتی نیست (انتقالات از بخش دولتی، جزیی از هزینه کل بهداشت و درمان بخش دولتی در منابع هزینه‌ای بهداشت و درمان محسوب شده است).

1. private out-of-pocket health expenditure

گروه دوم، نهادهای خیریه در بخش عمومی. (کمیتة امداد امام و بنیاد جانبازان و مستضعفان) منابع هزینه‌ای بخش خصوصی (یا منابع دریافتی از کمکهای خانوارها و سایر منابع غیردولتی) این نهادها به طور همزمان از محل منابع بودجه عمومی دولت نیز عهده‌دار انجام هزینه‌های بهداشتی و درمانی هستند، که در منابع اعتباری دولت مرکزی منظور شده است. گروه سوم، شرکت ملی نفت ایران. که هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن از منابع داخلی شرکت تأمین مالی می‌شود. این هزینه‌ها، در طبقه‌بندی منابع هزینه‌ای بهداشت و درمان، از نوع هزینه‌های از محل منابع جبران خدمت کارکنان در بخش خصوصی محسوب شده است.

گروه چهارم، هزینه‌های بهداشت و درمان بیمه‌های تجاری بابت خدمات عمومی و تکمیلی بهداشتی و درمانی. از سال ۱۳۷۷ بخشی از این هزینه‌ها برای گروههای بازنشسته از محل بودجه عمومی دولت و در خارج از مجموعه منابع بخش خصوصی تأمین مالی می‌شود. گروه پنجم، مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها در بخش خصوصی. این مؤسسات عمدتاً فراهم آورنده خدمات نیز محسوب می‌شوند. منابع هزینه‌ای بخش خصوصی برای این مؤسسات مانند نهادهای خیریه در گروه دوم، از محل انتقالات از خانوارها یا منابع داخلی شرکتهای وابسته به دولت تأمین مالی می‌شوند. این منابع در طول دوره براساس برآوردهایی - با در نظر داشتن تعداد تختهای بیمارستانی و درمانگاههای خیریه و سایر مؤسسات غیروابسته به بودجه دولت، و مجموع هزینه‌های مصرفی بخش خصوصی و مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها - در حسابهای ملی مشخص شده است.

گروه ششم، هزینه جاری مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به دانشگاههای غیردولتی و غیروابسته به بودجه عمومی دولت. این مؤسسات نیز عمدتاً فراهم آورنده خدمات محسوب شده و منابع هزینه‌ای آنها از محل شهریه پرداختی بابت آموزش عالی توسط خانوارها یا سایر مؤسسات آموزش عالی غیروابسته به بودجه دولت تأمین مالی می‌شود. سایر منابع دریافتی دو گروه اخیر از محل پرداختی خانوارها بابت دریافت خدمات و سایر پرداختیها توسط بیمه‌های درمانی تأمین مالی می‌شود. گروههای اول، دوم و چهارم در بخش خصوصی از نوع گروههای هزینه‌ای برای دریافت (یا خرید) خدمات بهداشتی و درمانی از مراکز خصوصی و دولتی محسوب می‌شوند. گروه سوم، شرکت ملی نفت ایران، از نوع هر دو گروه مؤسسات فراهم آورنده خدمات و دریافت کننده خدمات از سایر مراکز بهداشتی و درمانی خصوصی یا دولتی محسوب می‌شود.

طبقه‌بندی ارائه شده در فوق در جدول (۱) نشان داده شده است. در این طبقه‌بندی، منابع هزینه‌ای بهداشت و درمان در دو بخش دولتی و خصوصی مشخص شده است. در این طبقه‌بندی (با صرف‌نظر نمودن از هزینه‌های عمرانی یا تشکیل سرمایه در بخش بهداشت و درمان) انتقالات از بخش دولتی به بخش خصوصی، در مجموع منابع هزینه‌ای بخش دولتی منظور شده و انتقالات از خانوارها به مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی، نهادهای خیریه دولتی، مؤسسات بیمه تجاری و مؤسسات بهداشتی و درمانی آموزش عالی غیردولتی، در مجموعه منابع هزینه‌ای مؤسسات و نهادهای یادشده منظور شده است. در مرحله بعد، با استفاده از اطلاعات مربوط به پرداختهای مؤسسات بیمه‌ای و خانوارها به مؤسسات بخش دولتی، هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت مرکزی و بخش دولتی از محل بودجه بخش دولتی و درآمدهای اختصاصی بهداشت و درمان مؤسسات وابسته به بخش دولتی، مشخص شده است. همچنین پس از مشخص شدن مانده منابع بودجه بخش دولتی که عمدتاً شامل منابع مؤسسات بیمه درمانی می‌باشد، و مانده پرداختیهای خانوارها که صرف پرداخت هزینه‌ها در مؤسسات بهداشتی و درمانی غیروابسته به بخش دولتی می‌شود، همراه با سایر منابع در بخش خصوصی، مجموع هزینه‌های مصرفی مؤسسات فراهم آورنده خدمات در بخش خصوصی، مشخص شده است. در بخش خصوصی سهم مؤسسات بهداشتی و درمانی خیریه و غیرانتفاعی خصوصی براساس برآوردی از هزینه‌های این مؤسسات بدست آمده است. این برآورد با استفاده از اطلاعات تعداد تختهای بستری و درمانگاههای وابسته به این مؤسسات و در نظر گرفتن مبانی هزینه‌ای مشابه با بخش دولتی برای آنها، صورت پذیرفته است. باقیمانده هزینه‌های مصرفی بخش خصوصی پس از کسر هزینه‌های مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی، شامل هزینه‌ها در مؤسسات وابسته به بخش خصوصی انتفاعی و سایر مؤسسات غیروابسته به بودجه دولت می‌شود. این شیوه برای محاسبه هزینه‌های مصرفی در زیرمجموعه بخش بهداشت و درمان، قابلیت ارزیابی هزینه‌های بهداشت و درمان کشور را براساس هزینه‌های مصرف نهایی در چارچوب اطلاعات هزینه ناخالص ملی در حسابهای ملی کشور، فراهم کرده است.

جدول (۲) نشان‌دهنده طبقه‌بندی مصارف مؤسسات بهداشتی و درمانی در بخشهای دولتی و خصوصی است. این مؤسسات در بخش دولتی عمدتاً شامل مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به بودجه عمومی دولت و مؤسسات وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است. در بخش

خصوصی نیز این مؤسسات به طور عمده شامل دو گروه است. گروه اول شامل مؤسسات بهداشتی و درمانی خیریه و غیرانتفاعی خصوصی (در خدمت خانوارها) بوده، و گروه دوم شامل مؤسسات بهداشتی و درمانی انتفاعی در بخش خصوصی و سایر مؤسسات استفاده کننده از منابع داخلی شرکتهای دولتی و منابع دانشگاههای غیردولتی است. منابع گروه اول از محل انتقالات از بخش خصوصی (به طور عمده خانوارها)، دریافتها از بیمه‌ها و دریافتهای مستقیم از دریافت کنندگان خدمات (خانوارها) تأمین مالی می‌شود. در گروه دوم نیز منابع مؤسسات بهداشتی و درمانی انتفاعی در بخش خصوصی، از محل بیمه‌ها و دریافتهای مستقیم از دریافت کنندگان خدمات، تأمین مالی می‌شود. طبقه بندی مصارف در جدول (۲) در انطباق با نحوه تنظیم هزینه مصرف نهایی در بخشهای دولتی و خصوصی در هزینه ناخالص ملی حسابهای ملی کشور قرار دارد. در این جدول، انتقالات از بخش دولتی به بخش خصوصی در مجموع مصارف بخش خصوصی لحاظ شده و انتقالات از خانوارها به مؤسسات خیریه و غیرانتفاعی خصوصی در مجموع مصارف این مؤسسات منظور شده است.

تراز مالی منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان در جدول (۳) نشان داده شده است. این جدول ارقام ارائه شده در تراز مالی بخش را در سال ۱۳۷۷ نشان می‌دهد. در این جدول، در بخش دولتی، منابع اختصاص یافته در مجموعه مؤسسات وابسته به بودجه عمومی دولتی و تأمین اجتماعی، مؤسسات وابسته به نهادهای خیریه و سایر مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی و مؤسسات وابسته به بخش خصوصی انتفاعی به مصرف می‌رسد. منابع بودجه شهرداری تهران نیز به لحاظ نحوه هزینه کردن آنها و نحوه اداره مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به شهرداری (که با شیوه‌های اداری و مالی در بخش خصوصی مدیریت می‌شوند) در گروه مصارف مؤسسات وابسته به بخش خصوصی منظور شده است. در بخش دولتی، همچنین، بخشی از مصارف مؤسسات وابسته به بودجه عمومی دولت از طریق منابع سازمان تأمین اجتماعی (در درمان غیرمستقیم) تأمین مالی می‌شود. در جدول (۳)، منابع بودجه خانوار و توزیع مصارف آن میان گروههای اصلی مؤسسات بهداشتی و درمانی نشان داده شده است. در این جدول، سایر منابع بخش خصوصی از جهات توزیع مصارف آنها در مؤسسات بهداشتی و درمانی با عملکرد محدود نشان داده شده است. مصارف مربوط به منابع بیمه‌های تجاری در مؤسسات بخش خصوصی انتفاعی، و بخشی از مصارف مربوط به منابع شرکت ملی نفت ایران در مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به آن و بخش دیگر به صورت هزینه‌های درمان غیرمستقیم در

مؤسسات وابسته به بخش خصوصی انتفاعی منظور شده است. در سال ۱۳۷۷ منابعی در نهادهای خیریه دولتی از مجموع منابع بخش خصوصی، وجود نداشته و منابع سایر مؤسسات بهداشتی و درمانی و مؤسسات وابسته به دانشگاههای غیردولتی، به لحاظ مصارف آنها در همان مؤسسات، در جدول (۳) در ردیف مصارف در سایر مؤسسات غیروابسته به بودجه بخش دولتی قرار داده شده است. در مجموع می‌توان جدول منابع و مصارف نشان داده شده برای سال ۱۳۷۷ را با قابلیت اعتماد مناسب تحلیل و ارزیابی نمود.

موضوع شایان ذکر دیگر در طبقه‌بندی منابع هزینه‌ای و مصارف بخش بهداشت و درمان موضوع تشکیل سرمایه ثابت در بخش است. منابع تشکیل سرمایه ثابت در بخش دولتی معادل با اعتبارات عمرانی بهداشت و درمان در بخش دولتی در نظر گرفته شده است. منابع تشکیل سرمایه ثابت در بخش خصوصی نیز براساس گزارشات بانک مرکزی از فعالیتهای مؤسسات در بخش خصوصی که تا سال ۱۳۷۶ به طور سالانه تهیه می‌شد، مشخص شده است. (قرار است این گزارشات، پس از مدتی وقفه، از سال ۱۳۸۱ توسط اداره آمار اقتصادی بانک مرکزی مجدداً تهیه شود.) در بخش دولتی و در بودجه عمومی دولت، بخش محدودی از هزینه‌های عمرانی صرف خرید زمین و ساختمان می‌شود که به جهت عدم امکان تفکیک آنها از هزینه‌های اصلی تشکیل سرمایه ثابت، کل اعتبارات عمرانی دولت معادل با هزینه‌های تشکیل سرمایه ثابت در نظر گرفته شده است. منابع هزینه‌های عمرانی بخش دولتی به تفکیک منابع از بودجه عمومی دولت، بودجه سازمان تأمین اجتماعی و بودجه شهرداری تهران در جدول (۱) نشان داده شده است. در این جدول، همچنین، منابع تشکیل سرمایه ثابت در بخش خصوصی بهداشت و درمان ارائه شده است. جدول (۱-۳) مصارف مربوط به این منابع هزینه‌ای را در بخشهای دولتی و خصوصی نشان می‌دهد. در این جدول با توجه به توضیحات قبلی، منابع بودجه شهرداری تهران در شمار مصارف بخش خصوصی طبقه‌بندی شده است. هزینه تشکیل سرمایه ثابت در بخش خصوصی برای سال ۱۳۷۷ به صورت برابری ارائه شده است. در ضمن، تفکیک این هزینه‌ها میان اجزای منابع هزینه‌ای طی دوره مورد بحث، به جهت عدم انجام چنین تفکیکی در اطلاعات سالانه منتشر شده توسط اداره آمارهای اقتصادی بانک مرکزی، مقدور نبوده است.

به‌طور کلی تهیه جداول منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان در دوره ۱۳۵۰-۱۳۷۷ با اتکا به اطلاعات ثبتی و رسمی از منابع ذیربط بوده است. در موارد نقصان اطلاعات نیز برآوردها برای هزینه‌های مصرفی بخش، براساس سایر اطلاعات از منابع ذیربط و به‌طور عمده براساس



مجموع هزینه‌های سازمان یا نهاد مربوط، موارد هزینه، تعداد مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی یا افراد تحت پوشش یا تأمین‌کننده منابع در آنها و سایر اطلاعات ذریبط حاصل آمده است. برآوردهایی از این نوع موجب استقلال ارقام سری زمانی در هر یک از ردیفهای طبقه‌بندی شده و، بر همین، اساس ارقام کلی‌تر و در زیرمجموعه‌های بخشهای دولتی و خصوصی واجد شرایط لازم و قابلیت اعتماد از جهت استقلال ارقام در سری زمانی و همچنین از جهت نزدیکترین برآورد از عملکردها در هر دوره مالی (یا یک سال) محسوب می‌شود. انطباق برآوردها با ارقام کلان در حسابهای ملی کشور و با عملکرد کلی مورد انتظار در بخش در هر سال-که در مرحله بعد از برآوردها مورد توجه قرار گرفت- قابلیت اعتماد برآوردها را تأیید کرده است. در مجموع منابع هزینه‌ای بخش بهداشت و درمان، تنها مربوط به اطلاعات هزینه‌ای مؤسسات خیریه غیرانتفاعی خصوصی و سایر مؤسسات غیروابسته به بودجه بخش دولتی، در کل دوره به صورت برآوردی ارائه شده است. این اعتبارات نیز به صورتی که قبلاً به آن اشاره شد، براساس ظرفیتهای این مؤسسات و نزدیکی اعتبارات واحد خدمتی در این مؤسسات (شامل تخت بستری و درمانگاه) با اعتبارات واحد خدمتی در بخش دولتی، برآورد شده است. در مجموع میانگین سهم برآوردها از کل منابع اعتباری بخش در جدول منابع (یا جدول پایه) در سالهای ۵۰-۱۳۵۶ سالانه حدود ۲۳/۰۲ درصد، در سالهای ۵۷-۱۳۶۹ سالانه حدود ۵/۷۳ درصد، و در سالهای ۷۰-۱۳۷۷ سالانه حدود ۱/۸۹ درصد بوده است. این میانگین‌ها از سهم برآوردها در کل منابع بخش در هر دوره در شرایطی حاصل شده است که با در نظر داشتن اطلاعات جامع از نحوه عملکرد بخش در کل دوره، هیچگونه احتمالی از جهت نادیده گرفتن منابع اعتباری وجود ندارد. یک نکته شایان ذکر دیگر، موضوع منابع اعتباری بهداشت و درمان از بودجه خانوارها است که در این مورد برآورد کلان براساس اطلاعات مرکز آمار ایران از بودجه خانوار، تعداد و بعد خانوارها در اطلاعات یادشده و اطلاعات جمعیتی صورت پذیرفته است. این برآورد در ارقام میانگین‌های برآوردی اشاره شده، منظور نشده است. به طور کلی انتظار می‌رود حسابهای ملی بهداشت و درمان که برای سالهای ۵۰-۱۳۷۷ ارائه شده، مناسبترین اطلاعات پایه‌ای را برای تحلیل وضعیت بخش بهداشت و درمان طی دوره یادشده فراهم کند.

۲. استاندارد نمودن ساختار مدیریت کلان و تأمین منابع مالی بخش در کل دوره.  
در طول دوره موردنظر، سازماندهی منابع هزینه‌ای، مدیریت خدمات و مدیریت منابع مالی

بخش بهداشت و درمان در سطح کلان تغییرات قابل ملاحظه‌ای داشته است. در دوره ۵۰-۱۳۵۷، در بخش دولتی، دولت مرکزی اصراری بر مدیریت متمرکز خدمات بیمارستانی و درمانگاهی بخش توسط وزارت بهداشتی وقت نداشت. از سال ۱۳۵۸، مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانی وابسته به جمعیت هلال احمر، سازمان ملی خدمات اجتماعی، مؤسسه خیریه جمعیت حمایت مادران و نوزادان و تعدادی دیگر از سازمانهای دولتی از جمله مراکز وابسته به وزارت راه و ترابری که مجموعاً با استفاده از منابع بودجه عمومی به طور مستقل از آن وزارت فعالیت می‌کردند، همراه با تعدادی از مراکز درمانی غیرانتفاعی و غیروابسته به بودجه عمومی دولت، و از جمله مراکز وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، تحت مدیریت وزارت بهداشت وقت یا دانشگاهها قرار گرفت. از سال ۱۳۶۵، نیز، کلیه تختهای بیمارستانی و مراکز درمانی دانشگاهی، تحت مدیریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. در این سال و سالهای بعد، تنها مراکز بیمارستانی وابسته به شرکت ملی نفت، وزارت دادگستری، بانک ملی و شرکت ملی فولاد در اصفهان خارج از مدیریت وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی قرار داشتند. در این دوره، همچنین، گسترش تدریجی شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور پس از تهیه طرح جامع مراقبتهای اساسی بهداشتی<sup>۱</sup>، که از سال ۱۳۶۲ به اجرا درآمد، به نقش متمرکزتری برای وزارت بهداشت در هدایت مراکز درمانگاهی در روستاها انجامید. پیش از آن تا سال ۱۳۵۷، سازمان ملی خدمات اجتماعی با تعدادی قریب به ۳۵۰ درمانگاه روستایی (تقریباً معادل با تعداد درمانگاههای وزارت بهداشتی وقت) سهم قابل ملاحظه‌ای در ارائه خدمات درمانگاهی در روستاهای کشور داشت. از نیمه دوم دهه ۱۳۶۰، وزارت بهداشت، منابع و مدیریت ارائه خدمات در روستاها را تدریجاً به سازمانهای وابسته به آن در استانها واگذار کرد. در سال ۱۳۷۰ تقریباً تنها بخش محدودی از منابع مالی و مدیریت این خدمات از جهات پشتیبانیهای مالی و اجرایی وزارتخانه در طول سال، در اختیار وزارت بهداشت در مرکز باقی ماند. از سال ۱۳۶۹ تغییرات در مدیریت کلان بخش به صورتی متفاوت با سال ۱۳۵۸، آغاز شد. از سال ۱۳۶۹، امکانات بیمارستانی (با حدود ۴۸۰۰ تخت) و سایر امکانات درمانگاهی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی به این سازمان بازگردانده شد. بر همین اساس، منابع مالی مربوط به امکانات یاد شده، که قبلاً تقریباً تمامی آن در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گرفت و از طریق این وزارتخانه هزینه می‌شد، به طور مستقیم توسط سازمان تأمین اجتماعی هزینه می‌شود.

1. PHC

همچنین از سال ۱۳۷۳، با ادغام دانشگاههای علوم پزشکی و سازمانهای بهداشت و درمان استانها، ادغام یک باره در منابع اعتباری این دو مجموعه حاصل و در سال ۱۳۷۵ تقریباً کامل شد. در این ادغام دانشگاه علوم توانبخشی کشور با مدیریت حدود ۱۳۰۰ تخت در بیمارستان رازی استقلال یافت. بیمارستان یادشده، تا سال ۱۳۶۵ تحت مدیریت سازمان بهزیستی کشور قرار داشت. توسعه مراکز بیمارستانی و درمانگاهی شرکت ملی نفت از سال ۱۳۷۰ و شرکت ملی فولاد از سال ۱۳۶۶، و شروع خدمات مستقل بیمارستانی وزارت آموزش و پرورش از سال ۱۳۷۷ همزمان با گسترش امکانات درمان سرپایی در تعدادی از سازمانها و مؤسسات دولتی که از سال ۱۳۷۵ آغاز شده بود، از جمله تحولات مدیریتی بخش در دهه ۱۳۷۰ محسوب می شود. فعالیتهای بخش خصوصی در کل دوره ۵۰-۱۳۷۷ نیز به نحو قابل ملاحظه‌ای متأثر از تغییرات مدیریت کلان بخش طی این دوره بوده است. در ابتدای دوره تعداد تختهای بیمارستانی بخش خصوصی بالغ بر ۵۲۲۰ تخت می شد. این تعداد در سال ۱۳۵۷ به حدود ۹۶۰۰ تخت افزایش یافت. پس از آن سال تعداد تختهای بخش خصوصی تدریجاً تا سال ۱۳۶۷ کاهش یافت و به حدود ۷۹۰۰ تخت رسید. علت این کاهش عدم وجود صرفه‌های اقتصادی برای توسعه در بخش خصوصی انتقاعی و انتقال مدیریت تعدادی از بیمارستانهای خصوصی به بخش غیرانتقاعی وابسته به بخش عمومی بود. این روند از سال ۱۳۶۸ تغییر و تدریجاً با افزایش فعالیتهای بخش خصوصی، تعداد تختهای بستری در این بخش، در سال ۱۳۷۷ به حدود ۱۰,۱۰۰ تخت افزایش یافت. در طول سالهای مورد بحث، بیشترین نوسانات در تعداد تختهای بیمارستانی و درمانگاههای وابسته به مؤسسات بهداشتی و درمانی خیریه و غیرانتقاعی خصوصی و سایر مؤسسات غیروابسته به بودجه بخش دولتی مشاهده شده است. به طور مثال، تعداد تختهای بیمارستانی در مؤسسات غیرانتقاعی خصوصی از ۱۳۶۰ تخت در سال ۱۳۵۰ به ۴۱۳۰ تخت در سال ۱۳۵۸ افزایش یافت و به همان دلایل یادشده در مورد عدم گسترش بخش خصوصی در دوره ۵۸-۱۳۶۷، روند افزایش تعداد تختهای وابسته به این مؤسسات تا زمان حاضر با نوسانات شدید همراه بوده است. براساس اطلاعات سالهای اخیر، تعداد تختهای وابسته به مؤسسات بهداشتی و درمانی غیرانتقاعی خصوصی پس از یک روند افزایشی که از سال ۱۳۶۹ شروع شد، در سال ۱۳۷۴ به ۹,۶۵۵ تخت رسید و پس از آن در سالهای ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ به ترتیب به ۴,۷۰۰ و ۶,۰۴۰ تخت کاهش یافت و سپس در سال ۱۳۷۷ به حدود ۵,۴۲۰ تخت رسید. در این سالها گسترش نقش این مؤسسات بیشتر به صورت افزایش

تعداد درمانگاههای وابسته به آنها مشاهده شده است. آخرین گروه باقی مانده از مجموعه فراهم‌آوردندگان خدمات در بخش غیردولتی، مؤسسات بهداشتی و درمانی وابسته به شرکت ملی نفت، شرکت ملی فولاد، بانک ملی و وزارت آموزش و پرورش هستند. در طول سالهای دهه ۱۳۷۰ در مجموعه این مؤسسات، روند افزایش امکانات مؤسسات وابسته به شرکت ملی نفت قابل ملاحظه بوده است (از ۸۶۰ تخت در سال ۱۳۶۹ به حدود ۱۱۷۰ تخت در سال ۱۳۷۷).

برای ارائه نتایج حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور در طول دوره ۲۸ ساله، توجه به ترتیبات مدیریت تأمین منابع مالی و مصارف بخش، برای ایجاد قابلیت مقایسه به صورت سالانه، حائز اهمیت بوده است. این قابلیت مقایسه باید به ترتیبی فراهم می‌شد که اولاً، سهم سالانه هر یک از منابع تأمین هزینه‌ها در سه بخش اصلی دولت، مؤسسات غیرانتفاعی در خدمت خانوارها، و خانوارها قابل شناسایی بوده، و در گروه فراهم‌آوردندگان خدمات نیز تفکیک بخشها و مقایسه سهم آنها از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش به طور سالانه امکان‌پذیر می‌شد. ثانیاً، باید ترتیبی در نظر گرفته می‌شد تا دو شرط اصلی جامعیت اطلاعات مالی و هزینه‌ای بخش و استقلال اطلاعات سالانه از یکدیگر با توجه به روند تغییرات مدیریت مالی و خدماتی بخش فراهم و همراه با آن صورت یکسان برای مدیریت مالی و خدماتی بخش برای کل دوره لحاظ می‌شد. به طور مثال، باید مدیریت مالی و خدماتی در هر یک از بخشهای خصوصی انتفاعی، خصوصی غیرانتفاعی، و بخش وابسته به شرکتها و مؤسسات دولتی که در ضمن غیروابسته به بودجه بخش دولتی محسوب می‌شوند، با تعریف مشخص برای کل دوره در نظر گرفته شده و جابه‌جایی منابع و مصارف میان آنها و، همچنین، میان آنها و بخش دولتی در هر سال نیز در چارچوب تعریف یاد شده قرار گیرد. در همین حال سعی شد مجموعه این ویژگیها در حسابهای ملی بهداشت و درمان با تعاریف مناسب و یکسان در کل دوره برای تشخیص نقش و سهم بخشهای اصلی تأمین‌کننده منابع مالی و فراهم‌آورنده خدمات در نظر گرفته شود. فراهم‌آوردن اطلاعات پایه براساس این تعاریف برای سالهای آینده نیز امکان‌پذیر بوده و به نظر می‌رسد براساس این تعاریف بتوان روند توسعه و سیاستهای بخش را در کل دوره مورد بحث و در آینده نیز با قابلیت اعتماد مناسب مورد تحلیل و ارزیابی قرار داد.

۳. مقایسه تطبیقی برای روشها و کاربردها در حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران. طبقه‌بندی و تعاریف مورد استفاده در ارائه دوره ۲۸ ساله حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور

یکی از انواع طبقه‌بندی‌هایی را شامل می‌شود که امروزه در تدوین این حسابها در سطح بین‌المللی متداول است. برمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) پنج وضعیت مختلف از طبقه‌بندی مصارف را به شرح زیر ارائه کرده است:

۱) فراهم آورندگان خدمات و مؤسسات بهداشتی و درمانی

۲) فعالیتهای یا انواع خدمات مراقبتهای بهداشتی و درمانی

۳) موارد هزینه یا طبقه‌بندی اقتصادی هزینه‌ها

۴) طبقه‌بندی منطقه‌ای یا اداری - جغرافیایی

۵) طبقه‌بندی اقتصادی - اجتماعی

"برمن" مشکل فقدان یکسانی در ارقام مربوط به هر یک از طبقه‌بندیها را در مقایسه میان کشورها مورد توجه قرار داده و این مشکل را حتی برای تعاریف بسیار ساده از هزینه‌ها، (به طور مثال در طبقه‌بندی شماره ۱)، بسیار جدی می‌داند. در یک مثال ساده، برمن متذکر می‌شود که برای خدمات درمانی بیمارستانی، تا بلند هزینه‌های این نوع خدمات را در مراکز درمان بستری با حداقل ۲۵ تخت و هند این هزینه‌ها را در مراکز درمان بستری با حداقل ۱۰ تخت، هزینه درمان بیمارستانی تلقی می‌کنند. در ایالات متحد، هزینه خدمات پزشکان برای درمان بستری جدا از هزینه‌های بیمارستانی منظور و پرداخت؛ و در اغلب کشورهای OECD این هزینه‌ها توسط بیمارستان و در حساب خدمات بیمارستانی منظور می‌شود. رفع این مشکلات در هر یک از طبقه‌بندیهای مربوط به حسابهای ملی بهداشت و درمان برای مقایسه بین‌المللی به آسانی مقدور نیست. "برمن" سایر مشکلات در تدوین این حسابها را شامل مواردی از قبیل تفکیک یا ادغام ارقام حسابها در هر یک از طبقه‌بندیها، و تفاوت مبانی محاسباتی در دو گروه کشورهای ایالات متحد و کشورهای در حال توسعه در یک سو و گروه کشورهای OECD در سوی دیگر از جهات ادغام یا تفکیک طبقه‌بندیهای پنج‌گانه فوق می‌داند. (در کشورهای گروه OECD... طبقه‌بندیهای مربوط به فراهم‌آورنده خدمات، فعالیتهای و موارد هزینه، به صورت ادغام یافته در یک مجموعه اطلاعاتی قرار می‌گیرند. در طبقه‌بندی مربوط به کشورهای ایالات متحد علاوه بر تفکیک طبقه‌بندیهای فوق، تأکید اساسی بر ارائه جزئیات بیشتری از بخشهای خصوصی و دولتی، و ارائه ماتریس منابع و مصارف، به جای تنها یک صورت مقایسه‌ای منابع و مصارف در حسابداری با جدول T، قرار گرفته است).

1. Berman

در حال حاضر، مطالعات "برمن" و بسیاری از اقتصاددانان بر یافتن چارچوبهای مناسبی از طبقه‌بندیها و تعاریف برای کشورهای در حال توسعه، تمرکز پیدا کرده است. محاسبه حسابهای ملی کشور مصر<sup>۱</sup> برای سال ۹۵-۱۹۹۴ و تعداد حداقل ۳۰ کشور دیگر، که با حمایت مؤسسات بین‌المللی و از جمله بانک جهانی صورت پذیرفته است، از مطالعات وسیع در زمینه حسابهای ملی محسوب می‌شود که موضوع اصلی آنها نیز ارائه صورتهای مناسبی از طبقه‌بندیها و تعاریف بوده است. صورتهای مناسب برای طبقه‌بندیها و تعاریف در این مطالعات با معیارهایی چون قابلیت مقایسه بین‌المللی، قابلیت تحلیلهای اقتصادی و تحلیلهای اقتصادی - اجتماعی مورد سنجش قرار می‌گیرد. همچنین این طبقه‌بندیها و تعاریف باید با نحوه ثبت هزینه‌ها و فعالیتهای در هر کشور انطباق داشته، و با کاربرد مناسبی برای تحلیل سیاستهای بهداشتی و درمانی در هر کشور مورد توجه قرار گیرد.

تأکید بر این معیارها برای طبقه‌بندیها و تعاریف با دشواریهایی نیز همراه است. به طور معمول در تعریف هزینه‌های بهداشتی و درمانی، تأکید بر برنامه‌هایی است که توجه اصلی آنها به انجام فعالیتهای بهداشتی و درمانی قرار دارد (در این مفهوم، برنامه‌های جانبی برای سوبسیدهای تغذیه‌ای، تأمین آب مصرفی سالم در شهرها و خدمات بهداشت محیط شهری و روستایی که توسط شهرداریها یا واحدهای مشابه در روستاها ارائه می‌شود، از مجموع هزینه‌های بهداشتی و درمانی کنار گذاشته می‌شوند). دشواریهای دیگر شامل مواردی است که به طور مثال عبارتند از: تعریف جزئیات فعالیتهای (شامل درمان بستری، درمان سرپایی، خدمات پیشگیری فردی، خدمات بهداشت عمومی برای جامعه، و سایر خدمات یا فعالیتهای)، تعریف جزئیات موارد هزینه (شامل هزینه‌های دارو، تجهیزات، سرمایه‌گذاری ثابت، حقوق و دستمزد، و سایر هزینه‌ها) و سایر تعاریف در طبقه‌بندیهای جغرافیایی (استانی یا منطقه‌ای) و اقتصادی - اجتماعی (برای دهکهای درآمدی)

در حال حاضر، در مجموعه وسیعی از کشورها برنامه‌های تنظیم حسابهای ملی بهداشت و درمان برای امکان پذیر کردن تحلیلهای مناسب برای انجام اصلاحات در بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گرفته است. موضوعات حائز اهمیت برای این تحلیلهای را می‌توان شامل موارد زیر دانست: وسعت بخش بهداشت و درمان در کل هزینه‌های اقتصاد ملی و نحوه تخصیص منابع برای فعالیتهای در حال گسترش بخش، فرایند جریان وجوه میان منابع و مصارف در بخش، نقش و

1. Rannan-Eliya, R. et. al. 1995

سهم گروه‌های اصلی تأمین‌کنندگان منابع مالی و فراهم‌آوردندگان خدمات در مجموع هزینه‌های بخش، و توزیع هزینه‌ها میان انواع فعالیتها و در سایر طبقه‌بندیها. برای مثال توماس<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) و کرنل<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) در مطالعات حسابهای ملی بخش بهداشت و درمان در افریقای جنوبی وسعت نابرابریهای جغرافیایی، وابستگی شدید هزینه‌های بخش دولتی به منابع مالیاتها، و وسعت قابل ملاحظه بخش خصوصی در تأمین منابع مالی هزینه‌ها و ارائه خدمات را به طور خاص مورد توجه و تحلیل قرار داده‌اند. ماگنولی<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) نیز در مطالعه حسابهای ملی بخش بهداشت و درمان در کشورهای امریکای لاتین و کارائیب، مزایای مطالعه حسابهای ملی بخش را شامل مواردی دانسته که اهم آنها عبارتند از: آشنایی با وضعیت کلی بخش که در نتیجه جامعیت این حسابها از مجموع هزینه‌های بخشهای دولتی و خصوصی حاصل می‌شود، امکان‌پذیر ساختن تدوین برنامه‌های ملی و استاندارد کردن انواع منابع و مصارف برای تصمیم‌گیری درباره برنامه‌های مختلف، استفاده از تعاریف و فعالیتهای منطبق با حسابهای ملی بخش در سایر کشورها برای بهره‌گیری از تجربه‌های این کشورها در تدوین انواع برنامه‌ها و سیاستها، مطالعه تغییرات در اجرای حسابها و ارزیابی سیاستها و برنامه‌ها پس از گذشت دوره‌ای از اجرا، و شناخت تأثیرات ناشی از انواع سیاستها در داخل بخش و در سطح کلان بر منابع، مؤسسات تأمین منابع مالی و تخصیص منابع.

در این مقاله فرصت ارائه چارچوبهای تحلیلی لازم از روند منابع و مصارف بخش بهداشت و درمان ایران فراهم نبوده است، اما برای امکان‌پذیر دانستن چنین تحلیلهایی در کشور تعداد وسیعی از نماگرهای هزینه‌ای در جداول (۴) و (۴-۱) ارائه شده‌اند.

به طور کلی در این مقاله، صورت ارائه شده برای حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور و بسیاری موارد جزئی‌تر (که در حسابهای ملی بهداشت و درمان بسیاری از کشورها به طور تدریجی و با نوآوری‌هایی در سالهای اخیر منظور شده است)، قطعاً کاستیهایی را نشان می‌دهد. رفع این کاستیها تنها در شرایط تنظیم یک برنامه مطالعاتی جامع با منابع مالی کافی امکان‌پذیر است، اما هنوز نمی‌توان نسبت به وجود حساسیتهای لازم در مقامات سیاستگذار و تصمیم‌گیرنده در کشور امیدوری کافی داشت. تلاش محدودی که در حال حاضر در کشور صورت می‌پذیرد، برای آشناساختن یک گروه آماری با ساختار بهداشت و درمان کشور و گروه

1. Thomas S. et. al.

2. Cornell J. et. al.

3. Magnoli A.

متخصصین بهداشت و درمان کشور با مفاهیم پایه و اساسی حسابهای ملی بهداشت و درمان طرح‌ریزی شده است. این دو گروه تا رسیدن به طرح جامع موردنظر، نیازمند زمان زیادی هستند. در حالی که برای تهیه این مقاله و تلاشی که مقدمات آن از حدود شش سال قبل آغاز شده، علی‌رغم آشنایی مقامات اصلی سیاستگذار با شکل‌گیری این مطالعه، هنوز توجه خاصی نسبت به آن مشاهده نمی‌شود. این مشکل خود ناشی از اندیشه‌ای است که نویسنده آن را از نوع اندیشه جهان‌سومی در مقامات سیاستگذار و تصمیم‌گیرنده کشور می‌داند.

علی‌رغم همه این مشکلات، این مقاله از جهت ارائه طبقه‌بندیهای مناسب از منابع و مصارف در بخش بهداشت و درمان کشور و ارائه مجموعه‌ای از نماگرها، که در جداول (۴) و (۴-۱) نشان داده شده است، حاوی نوآوری‌هایی است. طبقه‌بندی منابع بخش، به ترتیبی که به آن اشاره شد، تفکیک مشخصی از انواع هزینه‌ها میان دولت مرکزی و سایر اجزای بخش دولتی، و میان بخش دولتی و بخش خصوصی را نشان داده است. در بخش خصوصی نیز منابع تأمین هزینه‌ها در مجموعه خانوارها و سایر تأمین‌کنندگان منابع مالی، با برقراری شرایط جامعیت منابع اطلاعاتی، ارائه شده است. ماتریس منابع و مصارف نیز به صورت جامع، ارتباط میان تأمین‌کنندگان منابع مالی و فراهم‌آوردندگان خدمات را نشان می‌دهد. براین اساس و با توجه به اتکا به اطلاعات ثبتی، ارقام ارائه شده در سطح کلان از قابلیت اعتماد بسیار بالایی برخوردار است. اگرچه سطح دوم ارقام از لحاظ جمع‌پذیری<sup>۱</sup>، هنوز اطلاعات مورد انتظار در مورد جزئیات بیشتر از انواع فعالیتها را نشان نمی‌دهد، اما امکان آن را فراهم ساخته است که این جزئیات، در مراحل بعدی برای تکمیل مطالعه، با شرایط لازم قابل دستیابی باشند. ارائه یک مجموعه اطلاعاتی برای دوره طولانی ۲۸ ساله از دیگر ویژگیهای این مطالعه است. همچنین ارائه ارقام در دو سطح قیمتهای جاری و قیمتهای ثابت در یک سال پایه، در شرایطی که روند افزایشی قیمتها در کشور همواره مقایسه ارقام سالانه به قیمتهای جاری را غیرقابل اعتماد کرده است، از ویژگیهای حایز اهمیت در این مطالعه محسوب می‌شود. از سوی دیگر ارائه صورتی از حدود ۹۰ نماگر برای سری زمانی مورد بحث، از ویژگیهایی است که می‌تواند برای تدوین برنامه‌ها و سیاستها در بخش بهداشت و درمان کشور، و تدوین برنامه موسوم به اصلاح بخش

1. aggregation



بهداشت و درمان<sup>۱</sup> درسائهای آینده با اهمیت بسیار مورد توجه قرار گیرد. شاید بتوان با جرأت مدعی شد که تاکنون هیچ یک از این مجموعه از نماگرها در تدوین سیاستهای بخش به درستی و به طور مستند مورد توجه نبوده‌اند، و اینکه اساساً هیچ برنامه‌ای برای اصلاح بخش بهداشت و درمان بدون توجه به این نماگرها قابل تدوین نبوده و یا حداقل یک برنامه کامل محسوب نمی‌شود. اما به هرحال باید این مطالعه را قدم اول در تدوین و اجرای یک برنامه جامع برای حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور محسوب نمود.

#### ۴. خلاصه نتایج حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران

نتایج این مطالعه از جهات ارائه تصویری از نقش و سهم بخش بهداشت و درمان کشور در مجموع هزینه ناخالص داخلی و اجزای اصلی هزینه‌ها در حسابهای ملی کشور، بسیار حائز اهمیت به نظر می‌رسد. مشاهده سری زمانی در این نتایج یک ویژگی اصلی بخش را نشان می‌دهد که هیچگاه در تصمیمات سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان کشور رفع مشکل ناشی از نوسانات در منابع و مصارف بخش، - حداقل برای دوره‌های ۳ تا ۵ ساله، - مورد توجه نبوده است. این نوسانات به صورت خارج از کنترل، در واقع در مورد اکثر نماگرهای هزینه‌ای مشاهده می‌شود. نکته جالب اینکه در طول دوره ۲۸ ساله، مطالعه روند رشد کمی هزینه‌ها و خدمات (لااقل از جهات تخصصی پزشکی، تکنولوژی تجهیزات و کیفیت تأسیسات بهداشتی و درمانی) حائز اهمیت دانسته شده است. همچنین نتایج مربوط به سهم اجزای اصلی منابع تأمین مالی از مجموع منابع تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان، از منظر نوسانات و ناپایداری روندها، جالب توجه به نظر می‌رسند.

در این مقاله فرصت تحلیل نتایج نیست، اما برای گروههای علاقه‌مند به نتایج این مطالعه، روند سری زمانی تعدادی از نماگرها برای دوره ۱۳۵۰-۱۳۷۷ در نمودارهای ۱ تا ۴ ارائه شده است. درحال حاضر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را برای تکمیل سری زمانی تا سال ۱۳۸۰، و تکمیل مطالعات حسابهای ملی کشور با ویژگیهای یادشده در بخش سوم این مقاله، اعلام داشته است. اگرچه هنوز نمی‌توان این علاقه‌مندی را در حد کفایت برای تداوم این مطالعه محسوب کرد، اما این امیدواری وجود دارد که بتوان در آینده با ارائه یک برنامه جامع هر

1. health sector reform

چه زودتر کاستیهای حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور را برطرف و فاصله‌ای که با دیگر کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه از جهت تدوین این حسابها وجود دارد، جبران کرد.

آخرین نکته شایان ذکر این است که نتایج روند هزینه‌های بهداشت و درمان کشور از زوایایی باید با احتیاط مطالعه شود. اولاً، این نتایج به طور معمول نمی‌تواند بهبود کیفیتی را که به کاهش هزینه‌ها می‌انجامد بدرستی نشان دهد. به طور مثال، گسترش تجهیزات پزشکی، رادیولوژیها و آزمایشگاههای تشخیص طبی، و بهبود تکنولوژی آنها ممکن است طی دوره‌ای خدمات بیشتر (یا با کیفیت بالاتر) به ازای هزینه‌های کمتر را موجب شود. این حالت معمولاً برای خدمات بهداشتی و درمانی در سطوح تخصصی پایین‌تر (یادر سطح مراقبتهای اساسی بهداشتی و درمانی) بسیار محتمل است. اما در سطح بالاتر تخصصی پزشکی انتظار می‌رود هزینه‌های ناشی از موارد فوق برای واحد خدمتی افزایش یابد. بنابراین، در دوره‌ای که سطوح تخصصی خدمات بهداشتی و درمانی در کشور افزایش یافته است (به طور خاص در سالهای دهه ۱۳۷۰)، بخشی از افزایش هزینه‌ها را باید ناشی از افزایش سطح خدمات تخصصی نسبت به خدمات پزشکی عمومی دانست. در مقابل، در سالهای ۱۳۶۲ تا ۱۳۷۲ گسترش خدمات مراقبتهای اساسی بهداشتی و درمانی گسترش عمومی تجهیزاتی در بخش، اثری قابل ملاحظه در محدود نگاهداشتن رشد هزینه‌های بهداشت و درمان کشور در شرایط گسترش خدمات مؤثر به جمعیت بیشتر در روستاها داشته است. ثانیاً باید توجه داشت که افزایش سطح کمی خدمات در بسیاری از سالها (به خصوص سالهای بعد از ۱۳۵۹) به طور عمده ناشی از صرفه‌جویی به قیمت‌های ثابت در هزینه حقوق و دستمزد کارکنان (به خصوص در بخش دولتی) بوده است. در این شرایط افزایش کمی خدمات با کاهش کیفیت آن همراه بوده است. بدیهی است در شرایط کاهش یا افزایش کیفیت خدمات، مقایسه و تحلیل ارقام سالانه هزینه باید با احتیاط بیشتری صورت پذیرد، زیرا در این شرایط، ارائه خدمات بیشتر لزوماً رضایت بیشتری حاصل نمی‌کند. از این رو توصیه می‌شود روند هزینه‌ها در برخی شرایط برای توضیح روند کمی خدمات مورد توجه قرار گیرد که ثبات کیفیت خدمات، ثبات سهم نسبی خدمات تخصصی و عمومی بهداشتی و درمانی، ثبات نسبی تکنولوژی ارائه خدمات، ثبات پوشش جمعیتی، ثبات نرخ بیماری و مانند آن به طور مناسب در نظر گرفته شوند. معمولاً این شرایط با ثبات در ارائه خدمات در کشور، در طول دوره‌های ۳ تا ۵ ساله و در مقاطع زمانی مناسب، قابل مشاهده بوده و تحلیل نتایج مربوط به آنها تنها در این دوره‌های زمانی از قابلیت اعتماد لازم برخوردار خواهد بود.

## تحلیل نهایی

تحلیل و ارزیابی نحوه تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان و موضوع مصارف در این بخش براساس اطلاعات جامع از مجموع هزینه‌ها و وضعیت آن در هر دوره، و همچنین براساس نماگرها و تغییرات آنها در دوره‌های چند ساله امکان‌پذیر است. نتایج حاصل از چنین ارزیابی‌هایی می‌تواند به طور مؤثر برای تدوین برنامه‌های جامع بخشی و طرح‌ریزی اصلاحات در بخش بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گیرد. مطالعه حسابهای ملی بخش بهداشت و درمان همچنین می‌تواند ابزار لازم برای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری را با توجه به مجموع عاملان دولتی و غیردولتی فعال در بخش، فراهم کند. در حال حاضر به جهت سهم و نقش عمده دولت از مجموع امکانات درمان بستری کشور و درمان سرپایی روستایی، توجه مدیریت کلان کشور به عاملان تأمین مالی و فراهم آوردن خدمات در بخش غیردولتی به طور محسوس ناکافی به نظر می‌رسد. علی‌رغم روند رو به توسعه حسابهای ملی بهداشت و درمان در سطح بین‌المللی طی دو دهه گذشته، هنوز تلاش قابل ملاحظه‌ای در کشور در جهت ثبت مناسب و طبقه‌بندی شده اطلاعات مالی و شناسایی نقش و سهم عوامل غیردولتی تأثیرگذار در بخش بهداشت و درمان مشاهده نمی‌شود. بعد از دو دهه تلاش، کشورهای OECD در تنظیم و استاندارد کردن نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان، و کاربرد در حال گسترش نظام ارائه شده توسط ایالات متحد در کشورهای در حال توسعه، می‌توان با اعتماد بسیار زیاد از روشها و کاربردهای نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان در کشور برای تدوین سیاستها و برنامه‌های بخشی استفاده کرد. این مطالعه، با زمینه توسعه نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور در سالهای آینده، تلاش کرده است تا شیوه‌های مناسبی برای طبقه‌بندیها و تعاریف، و برقراری ترتیبات ساختاری مطلوب برای نظام یادشده فراهم آورد. علی‌رغم دشواری در تهیه اطلاعات مورد نیاز، در این مطالعه سعی شده است با تأکید بر جامعیت لازم، و با استفاده از مناسبترین اطلاعات، (از نوع اطلاعات ثبتی)، تعریف مناسبی برای نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور ارائه شود. علاوه بر آن، در این مطالعه توجه به ارائه نتایج برای مجموعه وسیعی از برنامه‌ها و سیاستها، از ویژگیهای حائز اهمیت محسوب می‌شود. روش ارائه شده برای تعریف نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور در این مطالعه به قدر کافی ساده بوده، و در مقایسه با مطالعات انجام شده در دیگر کشورها از مزیت یک روش ساده با قابلیت تحلیلی و کاربردی مناسب برخوردار است. روش ارائه شده همچنین می‌تواند، با توسعه اطلاعات مربوط به انواع طبقه‌بندیها، ساختار نظام حسابهای ملی بهداشت و درمان را برای یک دوره زمانی طولانی تعریف کند.

جدول ۱. طبقه‌بندی منابع هزینه در بخش بهداشت و درمان

|   |
|---|
| کل هزینه‌های بهداشت و درمان به عنوان بخشی از هزینه ناخالص داخلی   |
| هزینه‌های جاری خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های جاری خدمات درمانی بستری و تخصصی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های جاری خدمات توانبخشی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های جاری برنامه‌های تحقیقات بهداشتی و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی  |
| هزینه‌های اداری (پشتیبانی) در برنامه‌های بهداشتی و درمانی و آموزش عالی گروه پزشکی دولت در بودجه عمومی                       |
| هزینه‌های بیمه درمانی دولت در بودجه عمومی   |
| سایر هزینه‌های جاری بهداشتی و درمانی دولت در بودجه عمومی  |
| هزینه‌های عمرانی خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های عمرانی خدمات درمانی بستری و تخصصی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های عمرانی خدمات توانبخشی دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های عمرانی برنامه‌های تحقیقات بهداشتی و علوم پزشکی دولت در بودجه عمومی  |
| کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی  |
| کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی  |
| کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی   |
| هزینه‌های پرداختی سازمان بیمه خدمات درمانی از محل حق بیمه پرداختی بیمه‌شدگان  |
| هزینه‌های جاری بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی  |
| هزینه‌های جاری بهداشت و درمان شهرداری تهران   |
| هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی  |
| هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان شهرداری تهران   |
| کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان بخش دولتی  |
| کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش دولتی  |
| کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش دولتی   |
| هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها بدون حق بیمه پرداختی و انتقالات   |
| هزینه‌های بهداشت و درمان نهادهای خیریه در بخش عمومی از محل کمک‌های خانوارها   |
| هزینه‌های بهداشت و درمان شرکت ملی نفت از محل منابع جبران خدمت کارکنان   |
| هزینه‌های پرداختی مؤسسات بیمه تجاری برای بیمه درمانی غیر دولتی- پس از کسر کمک‌های دولت                                      |
| هزینه‌های بهداشت و درمان مؤسسات غیر انتفاعی خصوصی و سایر مؤسسات غیر وابسته به بودجه بخش دولتی                               |
| هزینه‌های جاری خدمات درمانی دانشگاه آزاد اسلامی و سایر دانشگاه‌ها از اعتبارات آموزش عالی گروه بهداشت و علوم پزشکی غیر دولتی |
| هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش خصوصی   |
| کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیر دولتی)  |
| کل هزینه‌های عمرانی بهداشت و درمان بخش خصوصی  |
| کل هزینه‌های بهداشت و درمان از محل منابع بخش خصوصی (غیر دولتی)  |

جدول ۲. طبقه‌بندی مصارف در بخش بهداشت و درمان

|   |
|---|
| جمع کل دریافتی‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی   |
| دریافتی‌های مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (وابسته به وزارت بهداشت و سایر وابسته به منابع عمومی دولت) از محل منابع عمومی دولت (شامل دریافتی از سازمان بیمه خدمات درمانی از سال ۱۳۷۴)          |
| دریافتی‌های مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (وابسته به منابع عمومی دولت) از محل درآمدهای اختصاصی (شامل دریافتی از اعتبارات درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، خانوارها و سایر منابع خصوصی) |
| جمع دریافتی‌های مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی (وابسته به منابع عمومی دولت) از محل منابع عمومی و درآمدهای اختصاصی   |
| دریافتی‌های مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی از محل منابع (یا اعتبارات درمان مستقیم) سازمان تأمین اجتماعی  |
| دریافتی‌های مراکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی از محل درآمدهای اختصاصی (شامل دریافتی از خانوارها و سایر منابع خصوصی)   |
| جمع دریافتی‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات وابسته به سازمان تأمین اجتماعی از محل اعتبارات درمان مستقیم و درآمدهای اختصاصی  |
| جمع دریافتی‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در بخش دولتی از محل منابع بخش دولتی و درآمدهای اختصاصی   |
| دریافتی‌های مؤسسات بهداشتی و درمانی خیریه و غیرانتفاعی خصوصی از محل منابع اختصاصی، بیمه‌های درمانی و سایر منابع خصوصی   |
| دریافتی‌های مؤسسات بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انقاعی) و سایر مؤسسات غیر وابسته به بودجه بخش دولتی از محل منابع اختصاصی، بیمه‌های درمانی و منابع خصوصی  |
| جمع دریافتی‌های مؤسسات بهداشتی و درمانی خصوصی   |





جدول ۳-۱. منابع و مصارف و مجموع هزینه‌های بخش بهداشت و درمان (سال ۱۳۷۷)

میلیون ریال - (به قیسهای جاری)

| مجموع       | کل هزینه‌ها | تسهیل سرمایه ثابت | اوضاع بخش خصوصی | تشکیل سرمایه ثابت بخش دولتی |                | مجموع       | منابع     | منابع عمومی | منابع خصوصی | مجموع       | منابع | مصارف       |
|-------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|
|             |             |                   |                 | کمبودهای تهران              | کمبودهای تهران |             |           |             |             |             |       |             |
| ۶,۲۱۲,۲۱۰   | ۶,۲۱۲,۲۱۰   |                   |                 | ۱۵۲,۷۳۰                     | ۵۱۱,۱۵۱        | ۶۶۳,۸۸۱     | ۶,۲۱۲,۲۱۰ |             |             | ۶,۲۱۲,۲۱۰   |       | ۶,۲۱۲,۲۱۰   |
| ۱۵۷,۵۰۰     |             |                   |                 |                             |                | ۱۵۷,۵۰۰     |           |             |             | ۱۵۷,۵۰۰     |       | ۱۵۷,۵۰۰     |
| ۹۸,۱۵۲      |             |                   | ۱,۸۵۲           |                             |                | ۹۶,۳۰۰      |           |             |             | ۹۶,۳۰۰      |       | ۹۶,۳۰۰      |
| ۸,۹۷۷,۸۳۳   |             |                   | ۵۱,۸۸۲          |                             |                | ۸,۹۲۵,۹۵۱   |           |             |             | ۸,۹۲۵,۹۵۱   |       | ۸,۹۲۵,۹۵۱   |
| ۲۲۵,۶۷۹     |             |                   |                 |                             |                | ۲۲۵,۶۷۹     |           |             |             | ۲۲۵,۶۷۹     |       | ۲۲۵,۶۷۹     |
| ۱۲۵,۶۷۹     |             |                   |                 |                             |                | ۱۲۵,۶۷۹     |           |             |             | ۱۲۵,۶۷۹     |       | ۱۲۵,۶۷۹     |
| ۱۵۲,۹۱۲,۳۳۹ |             |                   | ۵۱,۸۸۲          | ۱,۸۵۲                       | ۱۵۲,۷۳۰        | ۱۵۲,۹۱۲,۳۳۹ |           |             |             | ۱۵۲,۹۱۲,۳۳۹ |       | ۱۵۲,۹۱۲,۳۳۹ |

# ترکیب هزینه‌های تشکیل سرمایه ثابت از منابع بخش خصوصی امکان‌پذیر نبوده است.

میلیون ریال - (به قیسهای ثابت ۱۳۶۸)

| مجموع     | کل هزینه‌ها | تسهیل سرمایه ثابت | اوضاع بخش خصوصی | تشکیل سرمایه ثابت بخش دولتی |                | مجموع     | منابع   | منابع عمومی | منابع خصوصی | مجموع     | منابع | مصارف     |
|-----------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|----------------|-----------|---------|-------------|-------------|-----------|-------|-----------|
|           |             |                   |                 | کمبودهای تهران              | کمبودهای تهران |           |         |             |             |           |       |           |
| ۶۲۱,۳۳۰   | ۶۲۱,۳۳۰     |                   |                 | ۱۸,۹۲۸                      | ۶۰۲,۴۰۲        | ۶۸۲,۳۳۰   | ۶۲۱,۳۳۰ |             |             | ۶۲۱,۳۳۰   |       | ۶۲۱,۳۳۰   |
| ۹۰,۵۷۶    |             |                   |                 |                             |                | ۹۰,۵۷۶    |         |             |             | ۹۰,۵۷۶    |       | ۹۰,۵۷۶    |
| ۱۸,۱۲۰    |             |                   |                 |                             |                | ۱۸,۱۲۰    |         |             |             | ۱۸,۱۲۰    |       | ۱۸,۱۲۰    |
| ۱۵,۸۱۸    |             |                   | ۲۱۸             |                             |                | ۱۵,۶۰۰    |         |             |             | ۱۵,۶۰۰    |       | ۱۵,۶۰۰    |
| ۷۸۵,۱۶۹   |             |                   | ۶,۲۳۷           |                             |                | ۷۷۸,۹۳۲   |         |             |             | ۷۷۸,۹۳۲   |       | ۷۷۸,۹۳۲   |
| ۳۲,۱۱۲    |             |                   |                 |                             |                | ۳۲,۱۱۲    |         |             |             | ۳۲,۱۱۲    |       | ۳۲,۱۱۲    |
| ۳۲,۱۱۲    |             |                   |                 |                             |                | ۳۲,۱۱۲    |         |             |             | ۳۲,۱۱۲    |       | ۳۲,۱۱۲    |
| ۱,۵۰۵,۳۳۰ |             |                   | ۶,۲۳۷           | ۲۱۸                         | ۱۸,۹۲۸         | ۱,۵۰۵,۳۳۰ |         |             |             | ۱,۵۰۵,۳۳۰ |       | ۱,۵۰۵,۳۳۰ |

# ترکیب هزینه‌های تشکیل سرمایه ثابت از منابع بخش خصوصی امکان‌پذیر نبوده است.

**جدول ۴. نماگرهای منابع هزینه‌ای  
(سری زمانی به قیمت‌های جاری و به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹)**

|   |
|---|
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان به هزینه ناخالص داخلی (GDE)  |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                  |
| نسبت کل هزینه‌های سرمایه‌گذاری (یا عمرانی) بهداشت و درمان به کل هزینه‌های سرمایه‌گذاری در هزینه ناخالص داخلی (GDE)  |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی (با انتقالات) به هزینه ناخالص داخلی (GDE)                       |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی (بدون انتقالات) به هزینه ناخالص داخلی (GDE)                     |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی (با انتقالات) به کل هزینه‌ها در بودجه بخش دولتی                 |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی (با انتقالات) به کل هزینه‌های بهداشت و درمان                    |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به هزینه ناخالص داخلی (GDE)                                    |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌ها در بودجه بخش دولتی                              |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های دولت در بودجه عمومی                            |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان                                 |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی              |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به هزینه ناخالص داخلی (GDE)                                 |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌ها در بودجه بخش دولتی                           |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان                              |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی           |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)            |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)             |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مصرفی بخش دولتی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)  |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های جاری در بودجه بخش دولتی                       |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان               |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان                |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)           |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)            |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های مصرفی بخش دولتی در هزینه ناخالص داخلی (GDE) |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های جاری در بودجه بخش دولتی                      |



ادامه جدول ۴. نماگرهای منابع هزینه‌ای

(سری زمانی به قیمت‌های جاری و به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹)

|   |
|---|
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های مصرفی دولت در هزینه ناخالص داخلی (GDE)  |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های جاری دولت در بودجه عمومی   |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان  |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان  |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی  |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان دولت در بودجه عمومی به کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی   |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)   |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های جاری در بودجه بخش دولتی   |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان  |
| نسبت هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های جاری بهداشت و درمان در بودجه بخش دولتی  |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به هزینه ناخالص داخلی (GDE)   |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به کل هزینه‌های بخش خصوصی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                         |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به کل هزینه‌های بهداشت و درمان  |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (بدون انتقالات) به کل هزینه‌های بهداشت و درمان  |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                          |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به کل هزینه‌های مصرفی بخش خصوصی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (با انتقالات) به کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان                                       |
| نسبت هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان بخش غیر دولتی از منابع بخش خصوصی (بدون انتقالات) به کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان                                     |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به هزینه ناخالص داخلی (GDE)                           |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های بخش خصوصی در هزینه ناخالص داخلی (GDE) |

ادامه جدول ۴. نماگرهای منابع هزینه‌ای

(سری زمانی به قیمت‌های جاری و به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹)

|   |
|---|
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های بهداشت و درمان                              |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)           |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های مصرفی بخش خصوصی در هزینه ناخالص داخلی (GDE) |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های مصرفی (یا جاری) بهداشت و درمان              |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های مصرفی خانوارها در هزینه ناخالص داخلی (GDE)  |
| نسبت کل هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها (شامل پرداخت مستقیم از بودجه خانوارها و هزینه بیمه‌های خصوصی) به کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان از منابع بخش خصوصی     |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به هزینه ناخالص داخلی (GDE)   |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به کل هزینه‌های بخش خصوصی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                   |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان  |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به کل هزینه‌های مصرفی در هزینه ناخالص داخلی (GDE)                       |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان                                    |
| نسبت کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان نهادهای خیریه و مؤسسات غیرانتفاعی از منابع بخش خصوصی به کل هزینه‌های مصرفی بهداشت و درمان از منابع بخش خصوصی                 |

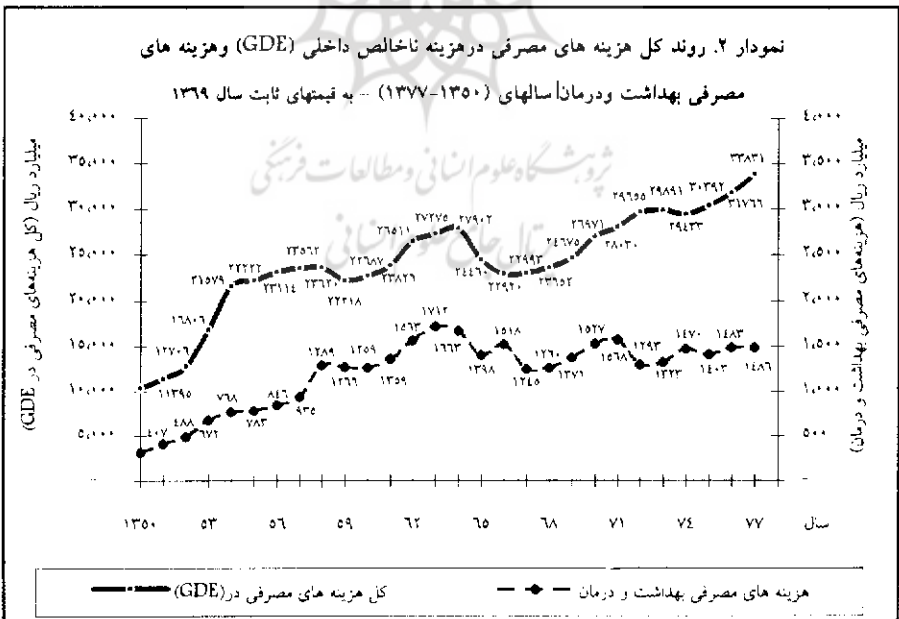
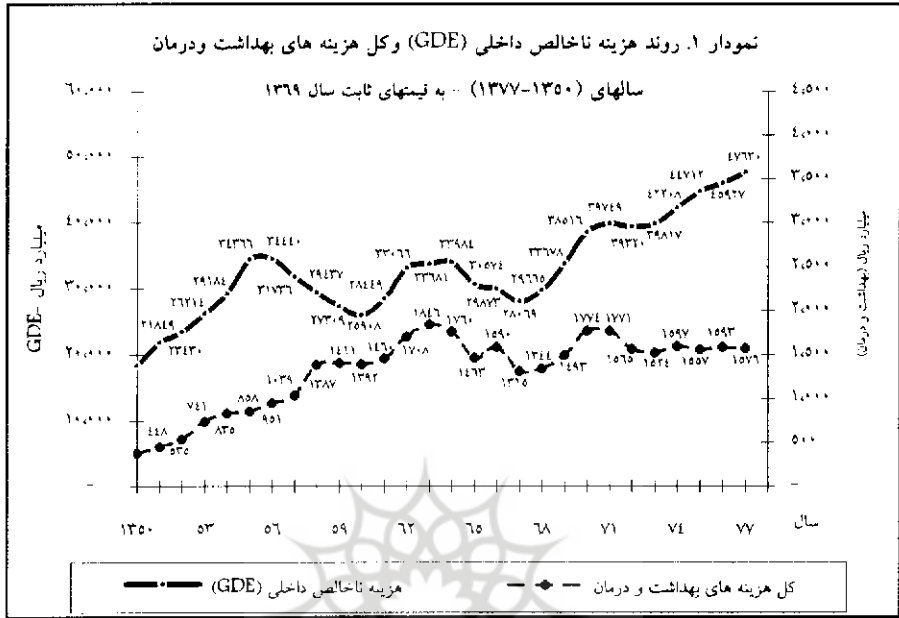
جدول ۱-۴. نماگرهای مصارف

(سری زمانی به قیمت‌های جاری و به قیمت‌های ثابت سال ۱۳۶۹)

|  |
|--|
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی بخش دولتی به هزینه ناخالص داخلی (GDP)   |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی بخش دولتی به کل هزینه‌های بخش دولتی در (GDP)  |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی بخش دولتی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان  |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) به هزینه ناخالص داخلی (GDP)  |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) به کل هزینه‌های بخش دولتی در (GDP)                                       |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) به کل هزینه‌های بهداشت و درمان   |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) به کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش دولتی                      |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی به هزینه ناخالص داخلی (GDP)  |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های بخش دولتی در (GDP)                                     |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان   |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی به کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش دولتی                    |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی بخش دولتی از منابع بودجه بخش دولتی به کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش دولتی                      |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) از منابع بودجه عمومی به کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی        |
| نسبت کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دولتی (وابسته به بودجه عمومی دولت) از منابع بودجه عمومی به کل هزینه‌های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش دولتی |

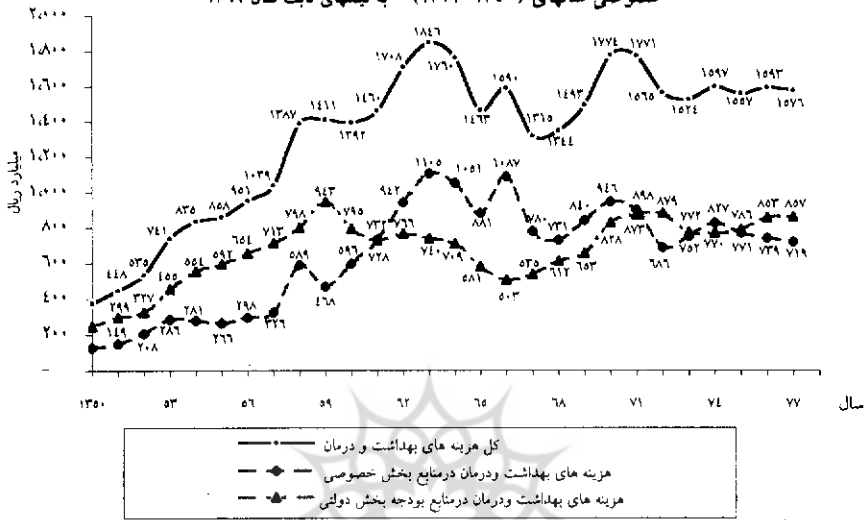
ادامه جدول ۱-۴. نماگرهای مصارف  
(سری زمانی به قیمت های جاری و به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹)

|   |
|---|
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی و سایر مؤسسات غیر انتفاعی و غیر وابسته به بودجه بخش دولتی) به هزینه ناخالص داخلی (GDP)  |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی و سایر مؤسسات غیر انتفاعی و غیر وابسته به بودجه بخش دولتی) به کل هزینه های بخش خصوصی در (GDP)                                     |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی و سایر مؤسسات غیر انتفاعی و غیر وابسته به بودجه بخش دولتی) به کل هزینه های بهداشت و درمان   |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) و سایر مؤسسات وابسته به منابع اختصاصی شرکت های دولتی و دانشگاه های غیر دولتی به هزینه ناخالص داخلی (GDP)                         |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) و سایر مؤسسات وابسته به منابع اختصاصی شرکت های دولتی و دانشگاه های غیر دولتی به کل هزینه های بخش خصوصی در (GDP)                  |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) و سایر مؤسسات وابسته به منابع اختصاصی شرکت های دولتی و دانشگاه های غیر دولتی به کل هزینه های بهداشت و درمان                      |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) و سایر مؤسسات وابسته به منابع اختصاصی شرکت های دولتی و دانشگاه های غیر دولتی به کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش خصوصی |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) به هزینه ناخالص داخلی (GDP)  |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) به کل هزینه های بخش خصوصی در (GDP)   |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) به کل هزینه های بهداشت و درمان   |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی بخش خصوصی (انتفاعی) به کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش خصوصی  |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی خیریه و غیر انتفاعی خصوصی به کل هزینه های بخش خصوصی در (GDP)   |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی خیریه و غیر انتفاعی خصوصی به کل هزینه های بهداشت و درمان   |
| نسبت کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی خیریه و غیر انتفاعی خصوصی به کل هزینه های مراکز بهداشتی و درمانی در بخش خصوصی  |



نمودار ۳. روند کل هزینه های بهداشت و درمان و منابع هزینه ها در بخشهای دولتی و

خصوصی سالهای (۱۳۷۷-۱۳۵۰) - به قیمتای ثابت سال ۱۳۶۹



نمودار ۴. روند هزینه های جاری یا مصرفی بهداشت و درمان در منابع بودجه جاری دولت،

منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه ها و خانوارها سالهای (۱۳۷۷-۱۳۵۰) - به قیمتای ثابت سال ۱۳۶۹

