اقتصاد بهداشت: عرصه‌ها و چشم‌اندازها

دکتر ابوالقاسم پوررضا:* استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران

فصلنامه پایش
سال دوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۲ صص ۳۰۲-۲۹۷
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۲/۵/۱۳

چکیده

در این مقاله ابتدا تعاریفی فشرده از علم اقتصاد، دیدگاه‌های ناظر به آن و تحولات مؤثر در شکل‌گیری آن ارایه می‌شود. تفاوت‌های بازار بهداشت و بازار کالا و نیز عرصه‌های مورد تأکید در اقتصاد بهداشت، متعاقب آن مورد بحث قرار می‌گیرند و در ادامه مسایل مرتبط با سیاست‌گذاری در این عرصه طرح و تحلیل می‌شود (البته به اختصار). فرایندهای تغییر و رویکردهای نوین در مدیریت و نظام‌های بهداشتی به همراه خلاصه‌ای از مباحث مطروحه، آخرین قسمت این نوشته را شکل می‌دهند.

توجه به این عرصه‌ها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه که با محدودیت وسیع منابع از یک‌سو و نیازهای گسترده بهداشتی-درمانی از سوی دیگر مواجه هستند، می‌تواند به نوعی، خردگرایی سازمانی و برنامه‌ریزی را تقویت نموده و بهره‌مندی بیشتر از منابع را تحقق بخشد.

کلیدواژه‌ها: توسعه، سیاست‌گذاری، اقتصاد بهداشت، تحول

* نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی
تلفن: ۶۱۱۲۹۷۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

مقدمه

« اقتصاد»، مطالعه نحوه انتخاب و به‌کارگیری منابع کمیاب مولد برای تولید کالا و خدمات و توزیع آن‌ها در جمع افراد و گروه‌های مختلف جامعه است[۱].

همچنین اقتصاد را علم مبارزه با فقر، علم قوانین حاکم بر ثروت و نشان‌دهنده شیوه‌های تشکیل و توزیع و مصرف آن، علم مطالعه در بهزیستی انسان و علم استفاده از منابع کمیاب نیز تعریف کرده اند[۲، ۳]. به نظر بعضی‌ها نیز علم اقتصاد یک روش صحیح تفکر و ناظر به هدف است که فرد را در دستیابی به هدف راهنمایی می‌کند. در هر حال عناصر اصلی علم اقتصاد تولید، توزیع، منابع و تکنیک (روش) است.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که علم اقتصاد علم رفتار کالا و خدمات است. همه عناصر اصلی اقتصاد به نحوی در کالا گرد می‌آیند و فرآیند شکل‌گیری کالا، توزیع و مصرف آن جملگی مباحثی از علم اقتصاد را به خود اختصاص می‌دهند.

کالا به‌ویژه از نقطه نظر مارکس و مارکسیست‌های کلاسیک، واحد تحلیل جامعه سرمایه‌داری است. همچنین کالا به‌عنوان تولیدی برای مبادله و فروش و نماد جامعه سرمایه‌داری معرفی شده و صرفاً اشیاء، مواد بی‌جان و مصنوعات را شامل نمی‌شود. تولیدات انسانی در قالب کالا و برای فروش در مرحله‌ای خاص از تحول حیات اجتماعی او شکل می‌گیرند وعلم اقتصاد به عنوان شاخه‌ای از علوم اجتماعی و انسانی که به مطالعه آن می‌پردازد متعاقب آن سامان یافته و سیستماتیزه می‌شود.

انقلاب صنعتی قرن ۱۸ بزرگترین نقطه عطف تاریخ حیات بشر است. این انقلاب در عرصه‌های مختلف از باروری و مرگ ومیر گرفته تامهاجرت و شهرنشینی، ساختار خانواده و حکومت و نیز روابط نسل‌ها و طبقات، تأثیر چشمگیر و شگرفی داشته است. این انقلاب سرآغاز گسترش تولید ماشینی (انبوه)، پیدایش بازار و کالا (به‌معنی اقتصادی و امروزین کلمه) و ظهور علم اقتصاد بوده است. همچنین این انقلاب به شکل‌گیری یک جهان واحد، رشد روابط بین المللی و تأثیر گذاری همه حرکت‌های اجتماعی، تاریخی، فنی و تکنولوژیک بر یکدیگر کمک شایانی نموده است.

مسأله اقتصاد و بهداشت نیز به عنوان پدیده‌های جمعی و سرنوشت‌ساز، دقیقاً پس از گسترش دستاوردهای این انقلاب در عرصه‌های مختلف مورد توجه قرار گرفتند.

بازار کالا و بازار بهداشت: تفاوت‌ها

اقتصاد بهداشت به عنوان یک عرصه مطالعات بینابینی (Interdisciplinary) در چند دهه اخیر مورد توجه علمای اقتصاد، بهداشت و سیاستگذاران و برنامه‌ریزان قرار گرفته است. اقتصاد بهداشت یا مراقبت‌های بهداشتی، به‌کارگیری و استفاده از ابزار و مفاهیم اقتصادی در مسایل مرتبط با بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی است.

اقتصاددانان به دلایل مختلفی به عرصه مراقبت‌های بهداشتی توجه دارند. اول این که منابع برای مراقبت‌های بهداشتی محدود است و همانند موارد دیگر، تقاضا برای خدمات بهداشتی از عرضه آن‌ها بیشتر است. دیگر این که محدودیت و کمیابی به آسانی و با افزایش اعتبارات بهداشتی از میان نمی‌رود، زیرا اهمیت هزینه‌های فرصت معمولاً نادیده گرفته می‌شود. برای افزایش اعتبارات بخش بهداشت لازم است که اعتبارات مثلاً 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 (Willingness) یا توانمندی پرداخت (Ability to pay)، بلکه نیاز (Need) است . لذا ما به مجموعه‌ای از تکنیک‌های اقتصادی برای تحلیل و ارزیابی بازار مراقبت‌های بهداشتی نیازمندیم.

نهایتاً یک رابطه دو سویه بین وضعیت سلامت فرد و فعالیت اقتصادی او وجود دارد. افراد سالم‌تر، بهره‌وری بیشتری دارند و یک اقتصاد مولد توانایی بالاتری برای خرید مراقبت‌های بهداشتی بیشتر دارد.

سلامت کامل یک پدیده آرمانی و غیر قابل خرید است، اما مراقبت‌های بهداشتی را می‌توان خریداری نمود. مصرف خدمات بهداشتی از یک ویژگی که اقتصاددانان به آن مطلوبیت منفی یا بی‌فایدگی (Disutility) می‌گویند برخوردار است. به این معنی که مصرف خدمات بهداشتی فی‌نفسه ناخوشایند است. اما از طرف دیگر مانند مصرف میوه تازه از مطلوبیت (Utility) برخوردار است. مصرف میوه تازه تشنگی یا گرسنگی را تخفیف

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

می‌دهد و ممکن است خاطراتی را از سفرهای دور و دراز تداعی نماید. یک نکته بسیار مهم این است که گرچه مصرف، یک انتخاب آزاد و رضایت بخش است، ولی در بسیاری از موارد، مصرف مراقبت‌های بهداشتی یک انتخاب آزاد نیست (به‌جز در موارد پیشگیری) و به‌خودی خود خوشایند و رضایت‌بخش نیز محسوب نمی‌شود[۴].

تفاوت‌های دیگری نیز بین کالاها و خدمات بهداشتی با دیگر کالاها و خدمات وجود دارد که اقتصاد بهداشت به آنها نیز می‌پردازد. این تفاوت‌ها به اختصار عبارتند از:

- ضعف آگاهی مشتری از ماهیت خدمات بهداشتی درمانی
- فقدان یا ضعف کشش تقاضا برای خدمات درمانی
- برخورداری بیماری و سلامت از عوارض خارجی (بیرونی): Externalities
- امکان ایجاد تقاضا توسط عرضه‌کننده خدمات بهداشتی-درمانی (تقاضای القایی)
- تصمیم‌گیری عرضه‌کننده در رابطه با نوع و حجم خدمات قابل ارایه به مشتری (بیمار) و در حقیقت به نمایندگی و کارگزاری از طرف وی
- سلامت و بهداشت به عنوان یک نیاز اساسی و حق انسانی
- ضعف مصرف کنندگان (بیماران)خدمات بهداشتی- درمانی در ارزیابی آنها
- عدم قطعیت و اطمینان از وقوع بیماری و ...

همه این عوامل دست در دست یکدیگر شرایطی را فراهم می‌کنند که به بیان اقتصادی به آن نارسایی بازار یا(Market failure) گفته می‌شود. پس می‌توان گفت چون بازار خدمات بهداشتی از این ویژگی‌ها برخوردار است، همانند بازار کالا و دیگر خدمات عمل نمی‌کند و سلطه مشتری در آن وجود ندارد.

نارسایی بازار زمانی رخ می‌دهد که نیروهای بازار مانع از شکل‌گیری تخصیص بهینه می‌شوند. عوامل عمده این نارسایی کنترل قیمت و حجم تولید، اطلاعات ناقص، قدرت بیشتر تولیدکنندگان و ارایه کنندگان کالاها و خدمات در مقایسه با مصرف کنندگان (مثلاً در حالت انحصار) است. همه این موانع به نوعی در بازار خدمات و مراقبت‌های بهداشتی وجود دارند.

عرصه‌های مورد تأکید در اقتصاد بهداشت

اقتصاد و بهداشت هر دو به گونه‌ای وسیع و جامع رفتارهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عبارت بهتر هر رفتار و کنش یا واکنشی که از انسان سر می‌زند، با صفات اقتصادی و بهداشتی یا غیر اقتصادی و غیر بهداشتی قابل توصیف است. این ویژگی سلطه مشترک آنها را در حوزه‌های مختلف رفتار فردی و جمعی تبیین می‌کند. این دو از یک ویژگی مشترک دیگر نیز برخوردارند که ما از آن به عنوان « پیشگیری» یاد می‌کنیم. در معنایی محدودتر بهداشت، پیشگیری از بیماری و اقتصاد، پیشگیری از اتلاف منابع تعریف می‌شود. با این اوصاف در اقتصاد بهداشت عرصه‌های زیر مورد بحث قرار می‌گیرند [۵، ۶، ۷]:

- ابعاد اقتصادی خدمات بهداشتی
- تفاوت‌های بازار خدمات بهداشتی با بازار کالا
- تحلیل هزینه‌ها و طبقه بندی آنها
- تخصیص هزینه در مراکز فعالیت
- سیاستگذاری و برنامه‌ریزی برای واحدهای بهداشتی- درمانی
- ارزشیابی واحدها و خدمات درمانی و بهداشتی
- برابری و کیفیت در عرصه خدمات بهداشتی- درمانی
- شیوه‌های پرداخت حقوق و دستمزد
- قیمت گذاری و تعرفه خدمات بهداشتی- درمانی
- نقش دولت در ساختار خدمات بهداشتی- درمانی
- توسعه اقتصادی و توسعه بهداشتی
- بیمه و سیاست‌گذاری در آن
- اقتصاد عفونت‌های بیمارستان
- ارزیابی اقتصادی پروژه‌های بهداشتی- درمانی و ....

در حقیقت اقتصاد بهداشت بیش از آن که به عنوان یک بحث و یا موضوع مستقل مطرح شود، به عنوان یک رویکرد مطرح است و لذا هر عرصه‌ای از خدمات بهداشتی- درمانی را در چارچوب مفاهیم و اصول اقتصادی می‌تواند تحت پوشش قرار دهد.

اقتصاد و سیاست‌گذاری در بهداشت

چنانچه موضوع اقتصاد بهداشت را به دو عرصه وسیع بهداشت و درمان تقسیم کنیم، برای سیاست‌گذاری دقیق‌تر و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

کارآمدتر باید به تفاوت‌های این دو عرصه توجه داشته باشیم. البته این نکته را باید همواره به خاطر داشته باشیم که تفکیک بهداشت از درمان یک امر واقعی و عینی نیست و صرفاً به جهت مطالعه دقیق‌تر پدیده ومسایل مرتبط، این جداسازی صورت می‌گیرد. به عبارت بهتر محدودیت منابع در همه عرصه‌ها و بالأخص در عرصه بهداشت و درمان ما را ناچار از انتخاب و سرمایه‌گذاری در عرصه‌های به‌خصوصی می‌نماید که چنانچه با مطالعه و درایت کافی صورت گیرد می‌تواند بهره‌وری قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. در این رابطه چند سؤال راهبردی مطرح است که عمدتاً ناظر به سیاست‌گذاری و تعیین اولویت‌هاست.

در تخصیص بخش مشخصی از اعتبارات یا سهم مشخصی از تولید ناخالص ملی، فعالیت‌های کدام عرصه (بهداشت یا درمان) برای ما مهم‌تراست ؟ بهداشت معمولاً با پیشگیری از بروز بیماری‌ها، با تکنولوژی ساده و ارزان، با دولتی و جمعی بودن آن و با تأثیرات ناشی از آن در دراز مدت تعریف و تحدید می‌شود، در حالی که درمان با متوقف نمودن پیشرفت بیماری، با تکنولوژی گران و پیچیده، با (معمولاً) خصوصی و فردی بودن آن و تأثیرات بلافصل آن مشخص و معین می‌شود.

تکیه براستفاده از نیروی انسانی یا تکنولوژی پیچیده و مبتنی بر سرمایه سنگین نیز یکی دیگر از سؤالات راهبردی است. این که چه چیز (چه نوع خدمت یا خدماتی) برای چه کسانی (کدام گروه یا جمعیت) و با چه روشی و به‌وسیله چه کسانی تولید شود، سؤالات عمده‌ای هستند که به لحاظ اقتصادی، سیاست‌گذاران باید به آنها توجه کنند[۸].

بعد از مسأله تولید، مسأله برابری در دسترسی (Equity) و اثربخشی (Effectiveness) مطرح است. با عنایت به این که برخورداری از سلامت، یک حق انسانی است و در عین حال برای تأمین سلامت همه افراد منابع محدودی وجود دارد، لذا عرصه اقتصاد بهداشت عرصه جدال یک ارزش انسانی (Equity) و یک ارزش اقتصادی (Effectiveness) تلقی می‌شود.

در بسیاری از موارد صرف هزینه‌های کلان و سرمایه‌گذاری بیشتر در عرصه خدمات بهداشتی- درمانی، به اشتباه به‌عنوان تأمین برابری در دسترسی تعبیر می‌شود، در صورتی که صرف هزینه‌های سنگین سرانه برای خدمات بهداشتی همیشه به‌معنی بالا بودن میزان بازده و اثربخشی برنامه نیست. به عنوان مثال، ایالات متحده بالاترین سرانه بهداشتی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهد، اما در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته از شاخص‌های بهداشتی چندان مطلوبی برخوردار نیست و نیز امارات عربی متحده با درآمد سرانه‌ای حدود ۴۰ برابر درآمد سرانه سریلانکا از امید به زندگی یکسانی با این کشور برخورداراست[۹]. برابری نیز صرفاً در بیمه اجباری یا ساخت بیمارستان‌های مدرن و مجهز متجلی نمی‌شود، بلکه در تخصیص منابع براساس نیاز، تولید و توزیع خدمات براساس یافته‌های اپیدمیولوژیک و حتی کیفیت نسبتاً یکسان خدمات در مناطق مختلف تجلی می‌یابد[۵].

رویکردهای نوین و فرایندهای تغییر

جدال بین این دو عرصه در میدانی صورت می‌گیرد که به آن «کیفیت» گفته می‌شود. کیفیت به عبارتی هم ناظر به هزینه (کاهش هزینه) و هم ناظر به اثربخشی است. این هر دو مقوله و یا بهتر بگوییم هر سه مقوله (کیفیت، هزینه و اثربخشی) به گونه بسیار در هم تنیده‌ای با مسأله مدیریت ارتباط دارند. مدیریت کیفیت، مدیریت هزینه (مالی) و مدیریت اثر بخش هر کدام جایگاهی ویژه در عرصه خدمات بهداشتی- درمانی دارند. کیفیت به‌ویژه در قالب مفاهیم کیفیت زندگی (Quality of Life)، سال‌های زندگی تعدیل‌شده با کیفیت (Qality Adjusted life Years-QALYs)، سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی (Disability Adjusted Life Years-DALYs)، همانند سال‌های سلامت و تندرستی (Healthy Years Equivalents-HYEs) و ... به ابزاری اساسی و مورد توجه در ارزیابی خدمات بهداشتی- درمانی در سطح فردی و جمعی تبدیل شده است[۱۰].

نظام‌های باثبات و معتبر بهداشتی نظیر NHS انگلیس شاخص‌هایی را برای تأمین کیفیت در خدمات بهداشتی تعریف و به اجرا در آورده‌اند که عمدتاً در سطح کلان سیاست‌گذاری و مدیریتی ناظر به موضوع است. کیفیت تنها به یک مرحله یا یک بعد از ساختار و فرایند ارایه خدمات محدود نمی‌شود. در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

هر لحظه و هر عرصه‌ای می‌توان آن را مطرح، پی‌گیری و محقق نمود. توجه به کیفیت از انتخاب دروندادهای سیستم یا (Inputs) تا فرایند ارایه خدمات و ارزیابی نتایج به عنوان یک مسأله اقتصادی- مدیریتی و بهره‌وری امروزه بسیار مورد تأکید است. مدیریت کیفیت (Quality management)، ارتقای کیفیت مداوم (Continuous Quality Improvement)، مدیریت کیفیت جامع (Total Quality Management -TQM) و عناوین و عرصه هایی نظیر این موارد، اقتصاد و مدیریت و خدمات بهداشتی- درمانی را در کنار هم و با هم مورد تحلیل قرار می‌دهند. آنچه در تأمین کیفیت باید مورد توجه اکید قرار گیرد، وجود معیارها و شاخص‌های راهنمای عمل و همچنین شاخص‌های سنجش و ارزیابی آن است[۱۱].

توجه به کیفیت به عنوان یک ابزار اقتصادی می‌تواند عکس‌العملی سنجیده در برابر تورم و رشد افسارگسیخته قیمت‌ها به‌ویژه در رابطه با خدمات بهداشتی- درمانی تلقی شود. برابر مطالعات انجام شده شتاب تورم در خدمات بهداشتی- درمانی به‌مراتب بیشتر از دیگر عرصه‌های فعالیت است [۱۲] و این امر نیز شاید بتواند به‌عنوان یکی از تفاوت‌های بازار بهداشت با بازار کالا تلقی شود.

دخالت دولت در کنترل بازار در حال حاضر طرفداران زیادی ندارد. اقتصادهای کنترل شده از سوی حکومت امروزه به تاریخ پیوسته‌اند و خصوصی‌سازی به‌عنوان گامی برای یکپارچه شدن نظام‌های اقتصادی دنیا روند رو به رشدی به خود گرفته است. اما علی‌رغم این در عرصه بهداشت و درمان دخالت، کمک و نظارت دولت در همه کشورها امری پذیرفته شده است. تقریباً همه دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه برای بخش بهداشت مسوولیت دارند، زیرا بهداشت و درمان (بالأخص بهداشت) ماهیتاً کالایی عمومی شناخته می‌شود که بخش خصوصی رغبت چندانی برای سرمایه‌گذاری در آن ندارد.

پیچیده بودن عرصه خدمات بهداشتی- درمانی، بالا بودن هزینه‌ها و رشد قیمت‌ها در آن، تقاضای روز افزون برای برخورداری از بهداشت و سلامت و نیز محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی، استفاده از شیوه‌هایی نظیر بالا بردن بهره‌وری و به‌کارگیری شیوه‌های کنترل و مهار هزینه‌ها را در این عرصه بیش از پیش حیاتی نموده است. در حقیقت در واکنش به این شرایط و مقتضیات بود که دگرگونی ساختاری در ارایه مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای پیشرفته به وقوع پیوست و سازمان‌های متعددی با نقش‌های متفاوت درمانگری، واسطه‌گری و بیمه‌گری فرصت ظهور و بروز یافتند. این سازمان‌ها که از آنها تحت عنوان سازمان‌های مراقبت کنترل‌شده (Managed Care Organizations) یاد می‌شود [۷]، دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی و بهداشتی- درمانی هستند. این سازمان‌ها مسئولیت مدیریت و هدایت را در زمینه‌های زیر به‌عهده دارند:

هزینه‌کردن منابع محدود مالی، توسط گروهی از ارایه کنندگان خدمات بهداشتی برای گروه یا گروه‌های مشخصی از افراد به عضویت در آمده، جهت پیشگیری، درمان و بهبود بیماری و عوارض آن براساس استانداردهای روشن و صریح مراقبت به شیوه‌ای مؤثر، کارآمد و اقتصادی در راستای تأمین سلامت فرد و جامعه.

همچنین سازمان‌های حافظ سلامت (Health Maintenance Organizations-HMOs)، ارایه‌کنندگان ترجیحی (Preferred Provider Organizations-PPOs) و ... عمدتاً در پاسخگویی به نیازهای یاد شده و براساس معیارهای بهره‌وری، کیفیت و کنترل هزینه‌ها سازمان یافته‌اند [۱۲].

البته شکل‌گیری سازمان‌هایی مشابه این سازمان‌ها در کشور ما نیز آغاز شده است. از جمله، مجتمع‌های سلامت تأسیس شده در تبریز شباهت‌های زیادی به HMOs در آمریکا و دیگر کشورهای صنعتی دارند. ارایه‌کنندگان ترجیحی نیز از سال‌ها قبل در کشور ما رایج بوده و بسیاری از سازمان‌ها از آنها خرید خدمت انجام می‌دهند.

در هر حال دنیای متحول کنونی ثبات ساختاری و سازمانی هر نظام و سیستمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خدمات بهداشتی- درمانی نیز از این امر مستثنی نبوده و برای هماهنگی با تغییرات و تحولات دیگر عرصه‌ها، استفاده بهینه از منابع، تأمین مدیریت کیفیت و جلب رضایت مصرف کننده و ارایه‌کننده دچار تحولاتی شده است که آگاهی از آن می‌تواند در سیاست‌گذاری کارآمد و اقتصادی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

مـا را یـاری کـند. ایـن تحـولات بـا توجه به سه بعد اقتصادی، مدیریتی و بهداشتی- درمانی به‌طور خلاصه به شرح زیر است:

۱- تغییر در شیوه پرداخت: کارانه (Fee for services) به عنوان یک شیوه پرداخت حاکم بر بازار جای خود را به پرداخت سرانه (Capitation) داده است.

۲- شیوه پرداخت گذشته‌نگر با شیوه پرداخت آینده‌نگر جایگزین شده است.

۳- تمرکز و تأکید بر فرد جای خود را به توجه و تأکید بر جمع داده است.

۴- استمرار و تداوم در ارایه و دریافت خدمات، جایگزین درمان‌های مقطعی شده است.

۵-پیشگیری، اولویت اول را در مقایسه با مداخله به‌خود اختصاص داده است.

۶- حفظ منابع بر ایجاد درآمد ترجیح داده می‌شود.

۷- عمده‌فروشی جایگزین خرده‌فروشی می‌شود.

۸- شیوه‌های غیر تهاجمی برشیوه‌های تهاجمی برتر شمرده می‌شوند.

۹- وابستگی و کارگروهی بر خود مختاری فردی و تخصصی غلبه می‌کند.

۱۰- سرمایه‌گذاری برای حفظ منابع بر سرمایه‌گذاری برای ایجاد منابع (پول) ترجیح داده می‌شود.

به‌طـور خلاصـه اقتصاد، ناظر به تخصیص منابع کمیاب به شیوه‌ای است که سود حاصله را به حداکثر برساند.

در بـسیاری از مـوارد، نظـام قیمت‌ها به عنوان یک مکانیزم تخـصیص بـرای اطمینان از استفاده بهینه از منابع به‌کار گرفته مـی‌شود. در تخصیص منابع خدمات بهداشتی- درمانی مکانیزم کنتـرل نـشده قـیمت بـرای تخصیص منابع، با توجه به اهمیت برابری در این عرصه، نامناسب به نظر می‌رسد.

لـذا تـصمیم دربـاره ایـن که چه کسانی باید به منابع دسترسی داشـته باشـند، چـه خدماتی باید تولید شود و کجا باید این امر صورت گیرد، در عرصه بهداشت و درمان پیچیدگی خاصی پیدا می‌کند.

در شـرایط کنونـی در کـشورهای بـا اقتـصاد پیـشرفته کنتـرل و نظارت دولت بر بخش بهداشت و نیز حد متناسب آن در معـرض بازنگـری اسـت. ایـن مـسأله بـا تـوجه بـه تحولات اخیـر و یـک قطبـی‌شـدن دنـیا و جهانـی‌شـدن پدیـده‌هـا بـه نحـوی نظـام کـشورهای در حـال توسـعه را نیـز تحـت تأثیـر قـرار داده و حـرکت‌هـای اصـلاحی در جهـت بـالابـردن بهـره‌وری و کارآیـی و حاکمـیت ارزش‌هـای مدیـریت نـوین، از جملـه کیفـیت، رضـایت مـشتریان و ارایـه‌کنـندگان، خصوصی‌سازی و ... را در پی داشته است.

منابع

1- Waud R, Hocking A, Maxwell P, Bonnici J. Economics: Australian Edition. 1st Edition, Harper Educational Publishers: Sydney, 1989

۲- قدیری باقر، اقتصاد خرد، چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۷۵

۳- منتظر ظهور محمود، اقتصاد (خرد و کلان)، چاپ اول، انتشارات دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۷۶

4-Clinton M., Scheiwe D. Management in the Australia Health Care Industry. 1st Edition, Harper Educational Publishers: Sydney,1995

5-Witter S, Ensor T, Jowett M, Tompson R. Health Economics for Developing Countries: A Practical Guide , Macmillan Publications: UK, 2001

6-Feldstein P. Health Care Economics. 4th Edition, Delmar Publications: USA, 1998

7- Folland B, Goodman J, Stano S. The Economics of Health and Health Care, 3rd Edition, Prentice Hall: USA, 2001

8- Normand C. Social Health Insurance. 1st Edition, Ministry for Health of Islamic Republic of Iran Publications: Tehran, 1997

۹- پازوکی مهدی، بهداشت و توسعه , مجله برنامه بودجه، ۱۳۷۸، ۱۹ و ۲۰، ۹۳-۷۵

10-Johannesson M. Theory and Methods of Economic Evaluation of Health Care. Kluwer Academic Publishers: London, 1996

11-Lathard A. Health Care Provision. 2nd Edition, Nelson Thornes Ltd: UK, 2001

12-Buividas J. Health Care Financing. In: Brett J. Preventive Medicine and Public Health. 1st Edition, Williams Publisher: USA, 1992

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1382.2.4.8.3]