



# بررسی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران

دکتر علی ماهر<sup>۱</sup>، دکتر علی محمد احمدی<sup>۲</sup>  
آناهیتا شکری جمنانی<sup>۳</sup>

## چکیده

نظام‌های سلامت ایجاد شده‌اند تا با ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیری، سطح سلامت افراد جامعه را بهبود و ارتقاء بخشند؛ اما گاهی دسترسی به این خدمات به خصوص در کشورهای با درآمد پایین به بهای فقیر شدن خانوارها می‌انجامد. اطلاع از چگونگی تأمین منابع مالی نظام سلامت به منظور تأمین اعتبار فعالیت‌های بخش سلامت و شناسایی الگوهای تأمین اعتبار با توجه به توسعه سطح اقتصادی اجتماعی، ظرفیت‌ها

- 
۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پست الکترونیک: dralimaher@gmail.com
  ۲. استادیار، عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس
  ۳. کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی. پست الکترونیک: anahita\_shokri@yahoo.com

و زیرساخت‌های مالی، قابلیت اجرا، مسئولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده، می‌تواند مبنایی صحیح برای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی و درمانی عدالت محور قرار گیرد.

**روش کار:** این پژوهش به بررسی میزان تأثیر متغیرهای اثر گذار در تأمین منابع مالی نظام سلامت، که شامل درآمد عمومی دولت برای سلامت، هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت، پرداخت مستقیم از جیب توسط افراد برای سلامت، برنامه‌های پیش‌پرداخت خصوصی برای سلامت بر کل مخارج سلامت در ده کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ می‌پردازد. به دلیل کوتاه بودن دوره زمانی مورد بررسی جهت تخمین مدل از داده‌های تابلویی استفاده گردیده، و سپس با استفاده از نتایج حاصل از تخمین پیشنهاداتی را برای کشور ایران ارائه می‌نماید.

**یافته‌ها:** نتایج بررسی نشان داد که میزان مخارج بهداشتی و درمانی خانوارها از متغیرهای مخارج عمومی دولت، هزینه‌های تأمین اجتماعی، پرداخت مستقیم از جیب توسط افراد، برنامه‌های پیش‌پرداخت خصوصی تأثیر می‌پذیرد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** اتخاذ رویکردهایی از قبیل تأمین منابع مالی از طریق مالیات، انتخاب روش‌های تأمین مالی صعودی، طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات، تعیین تعرفه خدمات درمانی به قیمت واقعی، ارتباط منسجم بین بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی، شفاف نمودن سهم مشارکت مردم و دولت در تأمین منابع مالی نظام سلامت، ساماندهی وضعیت خیریه‌ها در کشور از لحاظ منابع ورودی و صرف هزینه می‌تواند در زمینه تولید منابع مالی جدید مؤثر واقع گشته و اثربخشی سیاست‌های بهداشتی و درمانی و عدالت محور بودن آنها را افزایش دهد.

**کلید واژه‌ها:** تأمین منابع مالی نظام سلامت، کل مخارج سلامت، درآمدهای عمومی دولت، بخش خصوصی

## ۱. مقدمه

یکی از اهداف اساسی دولت‌ها این است که مردم به مقدار کافی از خدمات رفاهی منتفع گردند؛ رفاه اجتماعی به عنوان اولویت اصلی عملکردی دولت‌ها مجموعه اقداماتی (اعم از

سیاست یا خدمات) است که برای رفع نیازهای آحاد جامعه و کاهش مشکلات اجتماعی صورت می‌گیرد و در همه حال از ۶ قلمرو اصلی سلامت، تأمین اجتماعی، خدمات اجتماعی، آموزش همگانی، اشتغال و مسکن تشکیل می‌گردد.

از این رو بهبود سلامتی افراد، به ویژه افراد فقیر و کاهش نابرابری‌های سلامتی بین افراد فقیر و غنی به یکی از مهمترین دغدغه‌های دولت‌ها در زمینه سیاست‌های داخلی تبدیل گردیده است و سبب شده تا براساس شرایط خود جهت بهبود دسترسی به رویکردهای مختلفی از قبیل روش‌های تسهیم خطر، بخشودگی بخشی از پرداخت‌ها یا حتی کل پرداخت، تبعیض قیمت، تخصیص مناسب منابع عمومی کمیاب، حمایت و قانونمند ساختن بخش خصوصی در نظام سلامت، تخصیص یارانه‌های دولتی برای بیمه درمان گروه‌های کم درآمد، پوشش‌های بلند مدت و جامع بیمه درمان روی آورند.

در این راستا اولین گام جهت اتخاذ رویکردی مناسب برای رسیدن به وضع مطلوب و تحقق اهداف نظام سلامت<sup>۱</sup> شناخت وضعیت موجود می‌باشد، ولیکن این وضعیت در کشور به علت عدم وجود حساب‌های ملی بهداشت و عدم شفافیت میزان مشارکت بخش عمومی، خصوصی، خانوار و خیریه در کشور به خوبی شناخته شده نیست و همین عامل از اثربخشی سیاست‌های بهداشتی - درمانی و عدالت محور بودن آن کاسته و مسئولان را از تحقق اهداف سلامت خصوصاً از جنبه عدالت اجتماعی با مشکل و مانع روبه‌رو ساخته است.

در حالی که با آگاهی از چگونگی سهم منابع مختلف در تأمین منابع مالی نظام سلامت کشور می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی - درمانی عدالت محور و مداخلات دولتی مبتنی بر کاهش فقر فراهم ساخت و سعی شده است تا در این پژوهش بدین مهم پرداخته شود.

## ۲. مبانی نظری

نظام‌های سلامت با چهار کارکرد اصلی تأمین مالی (جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه و خرید)، تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، تولید منابع و تولید به وجود آمده‌اند. که

---

۱. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سه هدف عمده نظام سلامت سلامتی جامعیت، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه برشمرده شده است. (WHO, 2000)

شرط دستیابی به این اهداف بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و عادلانه می‌باشد. کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت بر می‌گردد و عادلانه بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام مربوط می‌شود. نوع تأمین مالی نظام سلامت شاخص عمده‌ای است که تعیین می‌نماید آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت پایه سلامت برای افراد وجود دارد یا خیر و این که سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد؟

اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی شخصی اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت چنین مراقبت‌ها و یا تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است.

هر کشور باید درباره یک راهبرد تأمین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی، حق بیمه‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم توسط بیماران، تأمین منابع اجتماع محور، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰).

تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای فقیرتر و برخی از کشورهای با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند اما در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولاً سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت می‌باشد. برای مثال طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران سهم کل مخارج بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی

در فاصله سال ۲۰۰۴-۱۹۹۸، به طور متوسط کمتر از ۶ درصد بوده است که در آن سهم دولت و بخش خصوصی به ترتیب ۴۳/۶ و ۵۴/۴ می باشد. (فتاحزاده، ۱۳۸۲).

بنابراین با توجه به اعداد و ارقام یاد شده می توان گفت خانوارها در کشور ایران، یکی از منابع عمده تأمین مالی نظام سلامت به شمار می آیند.

البته با توجه به تأکید قانون برنامه چهارم توسعه بر کاهش سهم مردم از هزینه های نظام سلامت به ۳۰ درصد یا کمتر، افزایش دسترسی (فیزیکی و مالی) افراد به خصوص اقشار نیازمند به مراقبت های سلامتی و همچنین کاهش میزان خانوارهای روبه رو با مخارج کمرشکن درمانی به یک درصد، شناسایی روش های تأمین منابع مالی مطلوب برای کشور ضرورت بیشتری می یابد.

مهمترین منابع به منظور تأمین منابع مالی خدمات سلامت در دنیا عبارتند از:

۱. درآمد عمومی یا مالیات های معین شده<sup>۱</sup>
۲. حق بیمه های بیمه اجتماعی<sup>۲</sup>
۳. حق بیمه های بیمه خصوصی<sup>۳</sup>
۴. تأمین منابع اجتماع محور<sup>۴</sup>
۵. پرداخت های مستقیم مردم<sup>۵</sup>
۶. کمک های خارجی<sup>۶</sup>

افزایش امید به زندگی، بالا رفتن هزینه های درمان به علت تغییر الگوی بیماری ها، ظهور تکنولوژی ها و ابداعات جدید در امر درمان و هزینه های بالای آن، جستجو برای شناسایی منابع جدید در کنار چاره اندیشی به منظور تخصیص کارای منابع، را برای نظام سلامت می طلبد (ماهر، ۲۰۰۵).

ایران، کشوری با درآمد متوسط است. درآمد دولت غالباً وابسته به درآمدهای نفتی است و سیستم مالیاتی به خوبی در کشور توسعه نیافته است. اصلاحات نظام سلامت در ایران، در سال ۲۰۰۳ با هدف اصلی افزایش بهره وری خدمات سلامت آغاز گردید، که یکی از مهمترین

1. General revenue or earmarked taxes
2. Social insurance contributions
3. Private insurance premiums
4. Community financing
5. Direct out of pocket payments
6. External aid

برنامه‌ها در این اصلاحات، تولید منابع جدید برای افزایش منابع مالی خدمات سلامت کشور می‌باشد (جمشیدی، ۲۰۰۵).

در این پژوهش به تحلیل کل مخارج سلامت در کشورهای منتخب پرداخته شده است تا ضمن شناسایی عوامل مؤثر، از نتایج این تحلیل به عنوان ابزاری در سیاست‌گذاری‌های کلان نظام سلامت جهت تحقق اهدافی مانند عادلانه بودن مشارکت در تأمین منابع مالی در بین افراد و گروه‌های اجتماعی کشور، ساماندهی وضعیت تخصیص یارانه‌های کشور به بخش سلامت، ساماندهی وضعیت خیریه‌ها در کشور، تعیین سازوکارهای هدایت منابع عمومی به سمت گروه‌های دارای بیشترین نیاز بهداشتی و درمانی، شفاف نمودن سهم مشارکت مردم و دولت و ارائه الگوی مشخص در اخذ منابع مالی، استفاده گردد.

### ۳. روش بررسی

در این پژوهش تمرکز بیشتر بر روی سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از کل مخارج سلامت به جز هزینه‌های تأمین اجتماعی (چون سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی به‌طور مجزا مورد بررسی قرار گرفته است) هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت از کل سلامت، سهم پرداخت مستقیم مردم از کل مخارج سلامت، (جزئی از مخارج بخش خصوصی) سهم برنامه‌های پیش‌پرداخت بخش خصوصی از کل مخارج سلامت، (جزئی از مخارج بخش خصوصی) به عنوان عوامل مؤثر بر تأمین منابع مالی نظام سلامت می‌باشد. برای این منظور با استفاده از آمارهای تأمین منابع مالی نظام سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر می‌شود؛ ۱۰ کشور از ۳۰ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی<sup>۱</sup> شامل کانادا، امریکا، ژاپن، آلمان، فرانسه، سوئد، هلند، ترکیه، مجارستان (در حال توسعه، مرحله گذار اقتصادی) در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ (که به‌طور تصادفی انتخاب گردیده‌اند)؛ به عنوان الگو در نظر گرفته شده و سپس با ایران مقایسه می‌شدند. متغیرهای مورد نظر به صورت ترکیبی از داده‌های مقطعی (۱۰ کشور فوق‌الشاره) و داده‌های سری زمانی (۲۰۰۴-۱۹۹۸) مورد بررسی قرار گرفته و با استفاده از روش‌های اقتصادسنجی، مدلی طراحی شد و سپس با استفاده

---

1. OECD

از مدل مربوطه حساسیت کل مخارج سلامت در برابر تغییرات متغیرهای نامبرده بررسی گردید.

#### ۴. مدل

در این مطالعه جهت بررسی عوامل مؤثر بر تأمین منابع مالی نظام سلامت مدل اولیه به صورت زیر بود:

$$THE: f[OTHGGHE, SSHE, OOPS, PVTREPHE, OTHPVTHE, \dots]$$

که در آن THE<sup>۱</sup> نشان‌دهنده کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورها، OTHGGHE<sup>۲</sup> نشان‌دهنده سهم مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت به جز هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت (چون هزینه‌های تأمین اجتماعی به‌طور مجزا مورد محاسبه قرار گرفته است)، SSHE<sup>۳</sup> سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی برای بخش سلامت کشورها، OOPS<sup>۴</sup> نشان‌دهنده سهم پرداخت مستقیم از جیب توسط افراد برای نظام سلامت کشورها، PVTREPHE<sup>۵</sup> نشان‌دهنده سهم برنامه‌های پیش‌پرداخت خصوصی برای بخش سلامت کشورها و OTHPVTHE<sup>۶</sup> نشان‌دهنده سهم سایر منابع بخش خصوصی از بخش سلامت کشورها میباشد.

مدل نهایی و فرم کلی معادله تخمین زده شده در این مطالعه (کشش میانگین دوره‌ای برای کل مخارج سلامت با در نظر گرفتن ضرایب متغیرهای مستقل) به صورت زیر می‌باشد.

$$[THE = \alpha + \beta_1 OTHGGHE + \beta_2 SSHE + \beta_3 OOPS + \beta_4 PVTREPHE + \varepsilon_{it}]$$

$$\eta_{THE.M}(1998-2004) = \frac{\partial THE}{\partial M} \cdot \frac{(M_{1998} + M_{2004})/2}{THE_{1998} + THE_{2004} / 2} = \beta_1 \cdot \frac{M_{1998} + M_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

1. Total expenditure on health
2. Other General government expenditure on health
3. Social security expenditure on health
4. out-of-pocket spending on health
5. Private prepaid plans expenditure on health
6. Other Private expenditure on health

$$\eta_{THE.OTHGGHE}(1998 - 2004) = \beta_1 \frac{OTHGGHE_{1998} + OTHGGHE_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

$$\eta_{THE.SSHE}(1998 - 2004) = \beta_1 \frac{SSHE_{1998} + SSHE_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

$$\eta_{THE.OOPs}(1998 - 2004) = \beta_1 \frac{OOPs_{1998} + OOPs_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

$$\eta_{THE.PVTPREPHE}(1998 - 2004) = \beta_1 \frac{PVTPREPHE_{1998} + PVTPREPHE_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

### ۵. مروری بر مطالعات مربوط

بالاسوبرامانیام در سال ۲۰۰۱، سیستم بیمه همگانی که از محل مالیات‌ها یا حق بیمه‌های اجباری تأمین اجتماعی، تأمین منابع می‌شود را با توجه به توزیع و اشتراک ریسک در این صندوق‌ها، و توزیع بار اقتصادی مراقبت‌های درمانی برحسب توان افراد، مکانیسم بسیار کارا و اثربخش در تأمین منابع مالی نظام سلامت معرفی می‌نماید، و اشاره می‌نماید که اکثر کشورهایی که سیستم بیمه همگانی در آنها به خوبی توسعه یافته دارای حداقل مشکلات از لحاظ ارائه مراقبت‌های درمانی برای افراد جامعه و کمترین نیاز به کسب منابع خارجی و وابستگی می‌باشند. همچنین وی نقش بیمه خصوصی را در تأمین منابع کم‌رنگ می‌شمارد که این نظریه‌ها، نتایج تخمین این پژوهش را نیز تأیید می‌نماید.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴، درآمدهای دولتی را با توجه به آمارهای ۱۰۶ کشور از ۱۹۱ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت، مهمترین منبع تأمین منابع مالی نظام سلامت برمی‌شمارد و مزیت‌های زیادی را در تأمین منابع مالی نظام سلامت از محل مالیات‌ها (که جزئی از درآمد عمومی دولت است) بیان می‌دارد: یکی از مهمترین مزایای آن توزیع



ریسک و اشتراک منابع میان افراد پرداخت‌کننده مالیات و یا حقیبیمه می‌باشد و روندهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی را در تحقق این نظام مؤثر می‌داند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲، نیز تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت را به معنی خطرانی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده باشد تا خطر خود بیماری بیان میدارد. بانک جهانی در سال ۱۹۹۷ برآورد نمود که زمانی که میزان مالیات یک کشور کم باشد، (۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی یا کمتر)، باشد، ممکن است ۳۰ درصد از درآمد عمومی دولت لازم باشد تا ۳ درصد از کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی را تأمین منابع نماید، معمولاً کشورهای فقیرتر سازوکارهای مناسبی به منظور اخذ مالیات نداشته و پدیده فرار مالیاتی به ویژه در میان طبقه‌های متوسط و بالای درآمدی در آنها شایع است و آنها اتکای کمتری به درآمدهای مالیاتی داشته و بیشتر متکی به درآمدهای حاصل از تجارت بین‌الملل (صادرات و واردات)، بوده و اخذ مالیات بر درآمد افراد و مالیات بر ارزش افزوده در آنها اندک است.

## ۶. یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در چهار بخش ارائه شده است:

بخش اول مربوط به نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و ایران می‌باشد؛

بخش دوم روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد بررسی را به طور خلاصه نشان میدهد.

بخش سوم به بررسی نتایج حاصل از برآورد مدل تأمین منابع مالی سلامت برای ۱۰ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد مطالعه پرداخته است.

بخش چهارم به بررسی نتایج حاصل از مطالعه کیفی تأمین منابع مالی سلامت برای ۱۰ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد مطالعه پرداخته است.

## ۶-۱. بخش اول: نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و

## کشور ایران

در جدول شماره ۱ نتایج مربوط به بررسی مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران ارائه شده است:

همانگونه که مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران نشان می‌دهد که کشور آمریکا با جمعیت (۲۹۸,۲۱۳,۰۰۰) نفر و کشور سوئد با جمعیت (۸,۸۶۷,۰۰۰) نفر به ترتیب بیشترین و کمترین جمعیت را در سال ۲۰۰۵ در بین کشورهای مورد مطالعه داشتند؛ کشور ایران نیز با جمعیت (۶۸,۰۷۰,۰۰۰) نفر در سال ۲۰۰۵، از لحاظ جمعیتی به کشور آلمان و ترکیه نزدیک و از کشورهای آمریکا و ژاپن کم جمعیت‌تر بوده است و کمتر از متوسط کشورهای مورد مطالعه (۷۱.۱۳۰.۴۰۰) نفر بوده است اما از لحاظ سرانه مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت، با وجودی که کشور آمریکا، آلمان، ژاپن جایگاه اول، چهارم و هفتم را در میان کشورهای مورد پژوهش داراست اما کشور ایران با سرانه (۲۱۸ میلیون NCU) جایگاه یازدهم (کمترین میزان) را داراست و اختلاف قابل توجهی نیز نسبت با متوسط سرانه مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت در کشورهای مورد پژوهش (۱۹۱۸ میلیون NCU) را داشته است و از لحاظ سرانه کل مخارج سلامت نیز با رقم (۴۶۸ میلیون NCU) جایگاه یازدهم (کمترین میزان) را در میان کشورهای مورد پژوهش داراست و اختلاف قابل توجهی با متوسط کشورهای مورد پژوهش (۲۷۰۰ میلیون NCU) داشته است.

نرخ رشد سالیانه جمعیت (۱/۴ درصد) در کشور ایران که بعد از کشور ترکیه جایگاه دوم را داراست؛ و با توجه به آمار ۶/۴ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ایران که کمترین میزان را در کشورهای مورد پژوهش به خود اختصاص داده است که نشان‌دهنده جوان بودن جمعیت کشور می‌باشد؛ ضرورت توجه بیشتر به تولید منابع مالی نظام سلامت را می‌طلبد. نسبت وابستگی به ازای هر ۱۰۰ نفر در کشور ایران ۵۹ نفر اعلام گردیده که بیشترین میزان را در کشورهای مورد پژوهش دربر دارد و نکته قابل توجه برای سیاستگذاران بیمه‌ای محسوب می‌شود. امید به زندگی سالم در کل جمعیت در سال ۲۰۰۳، در کشور ایران ۵۷/۶ سال بیان گردیده که کمترین میزان را در کشورهای مورد پژوهش به خود اختصاص داده است و نزدیک

1 . Million National Currency Units

به آمار کشورهای ترکیه و مجارستان اعلام گردیده است در مقابل کشور ژاپن که با ۷۵ سال بالاترین میزان را به خود اختصاص داده است. امید به زندگی سالم در کل جمعیت در سال ۲۰۰۳، در کشور ایران (۵۷/۶) اختلاف فاحشی با متوسط کشورهای مورد پژوهش (۷۰/۲۱) داشته است و کل سالهای عمر از دست رفته به واسطه سطح پایین بهداشت در سال ۲۰۰۲ در کشور ایران ۱۶/۶ سال نزدیک به آمار کشورهای ترکیه و مجارستان اعلام گردیده است و اختلاف قابل توجهی با متوسط کشورهای مورد پژوهش (۹/۵ سال) داشته است که از علل متعدد آن از جمله، وضعیت ژنتیکی و... می توان سطح بهداشت و درمان کشور، دسترسی به مراقبت های سلامت و منابع تخصیص یافته به بخش سلامت را نام برد که مشخص است که ایران با سهم پایین سرانه مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت و سرانه کل مخارج سلامت این نتیجه مورد انتظار است.

## ۲-۶. بخش دوم: روش های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد پژوهش

در جدول شماره ۲ روشهای تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشور را مورد بررسی با عنایت به آخرین اطلاعات در سال ۲۰۰۵ ارائه شده است.

### جدول شماره ۲. روش های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد بررسی

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
کانادا (۵)	تأمین منابع مالی اصلی در این قسمت برعهده دولت و یا سازمان های دولتی می باشد؛ که به چهار قسمت تقسیم می شود: ۱. دولت محلی (استانی) ۲. بخش فدرال ۳. بخش شهرداری ۴. تأمین اجتماعی	۱. بیمه های بیمه خصوصی ۲. پرداخت های مستقیم مردم
امریکا (۶)	۱. درآمد عمومی یا مالیات های معین شده ۲. حق بیمه های بیمه اجتماعی	پرداخت های مستقیم مردم
ژاپن (۵)	۱. درآمد عمومی یا مالیات های معین شده ۲. حق بیمه های بیمه اجتماعی	پرداخت های مستقیم مردم

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
آلمان(۷)	۱. درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی	۱. حق بیمه‌های بیمه خصوصی ۲. پرداخت‌های مستقیم مردم
فرانسه(۸)	۱. درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی	۱. حق بیمه‌های بیمه خصوصی ۲. پرداخت‌های مستقیم مردم
سوئد(۵)	۱. منابع نظام سلامت کشور سوئد، اصولاً از محل مالیات‌ها، تأمین می‌شود. ۲. بیمه اجتماعی، توسط سازمان‌های بیمه اجتماعی مدیریت می‌گردد؛ که بیماری‌ها و از کارافتادگی افراد را پوشش می‌دهد. قسمت عمده تأمین منابع بیمه سلامت ملی بوسیله حق بیمه کارفرمایان صورت می‌گیرد کارفرمایان دولتی و خصوصی حق بیمه را به ازای هر کارگر به نظام بیمه درمان پرداخت می‌نمایند	۱. پرداخت مستقیم از جیب ۲. بیمه سلامت داوطلبانه
ترکیه(۹)	۱. درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی	حق بیمه‌های بیمه خصوصی پرداخت مستقیم از جیب
هلند(۷)	۱. مالیات‌ها ۲. بیمه اجتماعی	۱. پرداخت مستقیم از جیب ۲. بیمه درمان داوطلبانه به طور کلی، حق بیمه توسط افراد پرداخت شده و تحت عنوان بیمه تکمیلی برای اعضا صندوق‌های بیماری به صندوق‌های بیماری انتقال و در بودجه کلی برای پرداخت‌های مربوط به بیمارستان‌های عمومی خصوصی غیرانتفاعی لحاظ می‌گردد.
مجارستان(۶)	درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده حق بیمه‌های بیمه اجتماعی	پرداخت‌های مستقیم مردم
انگلستان(۱۰)	سیستم خدمات سلامت ملی انگلیس عمدتاً توسط مالیات، تأمین منابع می‌گردد	پرداخت مستقیم از جیب، قسمت عمده پرداخت‌های مستقیم افراد در هنگام دریافت خدمات دارویی، دندانپزشکی و چشم

بخش خصوصی	بخش عمومی	کشور
<p>پزشکی، هزینه می‌گردد. حق بیمه‌های بیمه خصوصی منابع مکمل<sup>۱</sup>: سیستم خدمات سلامت ملی ۲ درصد درآمد را از هزینه کاربران<sup>۲</sup> تأمین می‌نماید. می‌نماید.</p>		
<p>پرداخت از جیب: بیش از نیمی از مخارج سلامت به این صورت پرداخت می‌گردد.</p>	<p>الف) منابع مالی سازمان بیمه خدمات درمانی و بیمه نیروهای مسلح: - حق سرانه درمان دریافتی از دستگاه‌ها، سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها و همچنین بیمه شوندگان -درآمدهای حاصله از وجوه و اموال و دارایی‌های سازمان - کمک‌ها و هدایای اعطایی - منابع حاصل از درآمدهای متفرقه - در سازمان بیمه خدمات درمانی اعتبارات دولتی از محل بودجه عمومی جهت حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی درجوامع روستایی و عشایری ب)سازمان تأمین اجتماعی: روش‌های تأمین منابع مالی سازمان تأمین اجتماعی: - حق بیمه (مهمترین منبع درآمد) - درآمد حاصل از وجوه و ذخایر و اموال سازمان - وجوه حاصل از خسارات و جریمه‌های نقدی مقرر در قانون کمک‌ها و هدایا</p>	ایران(۱۱)

گزارش OECD، ۲۰۰۶.

توضیح آنکه با عنایت به انجام مطالعه قبل از تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اعتبارات  
این وزارتخانه در ایران در نظر گرفته نشده است.

1. Complementary sources
- 2 . User charges

۳-۶. بخش سوم: بررسی نتایج حاصل از برآورد مدل تأمین منابع مالی سلامت ۱۰ کشور مورد پژوهش

در جدول شماره ۳ نتایج حاصل از تخمین مدل کل مخارج سلامت کشورهای منتخب عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی در فاصله سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۴ ارائه شده است:

جدول شماره ۳. نتایج حاصل از برآورد مدل برای ۱۰ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد مطالعه

متغیر	ضریب	آماره t	سطح خطا
ضریب ثابت	-۱۲.۲	-۵.۳۲	۰.۰
مخارج عمومی دولت برای سلامت به استثنای هزینه‌های تأمین اجتماعی	۰.۲۰	۸.۳۹	۰.۰
هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت	۰.۲۰	۸.۱۳	۰.۰
پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت	۰.۱۸	۸.۵۴	۰.۰
پیش پرداخت‌های خصوصی برای سلامت	۰.۴۰	۱۳.۶	۰.۰

ضریب تعیین	۰.۹۸۸	آماره F	۵۱۴.۵
ضریب تعیین تعدیل شده	۰.۹۸۶	سطح خطای کلی	۰.۰

منبع: داده‌های پژوهش

همانطور که نتایج برآورد نشان می‌دهند تمامی ضرائب مدل به لحاظ آماری اثر معناداری بر کل مخارج سلامت در این گروه از کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی دارند، میزان آماره t مربوط به ضرایب حاکی از این مساله است. همچنین آماره F نیز نشان می‌دهد که کلیت رابطه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می‌باشد.

ضریب تعیین معادله و ضریب تعیین تعدیل شده به ترتیب برابر با ۰.۹۸۸ و ۰.۹۸۶ می‌باشد، بر این اساس می‌توان گفت که ۹۸ درصد تغییرات متغیر وابسته که همان کل مخارج سلامت می‌باشد بر اساس متغیرهای مستقل مدل قابل توضیح می‌باشد. مقدار آماره دوربین و اتسون می‌تواند نشان‌دهنده وجود همبستگی بین جملات اختلال باشد، اما به دلیل آنکه در مدل پنل دیتا تخمین زده شده سری زمانی ۷ساله کوتاه مدت استفاده شده است این آماره نمی‌تواند از اعتبار کافی برخوردار باشد.

در جدول شماره ۴ نتایج حاصل از برآورد مدل میزان حساسیت کل مخارج سلامت را نسبت به متغیرهای تأمین منابع مالی برای کشورهای منتخب عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد پژوهش ارائه شده است.

#### جدول شماره ۴. نتایج برآورد مدل برای کشورهای عضو سازمان توسعه و

##### همکاری‌های اقتصادی

متغیر	کشش میانگین دوره ای (سال ۱۹۹۸-۲۰۰۴)
مخارج عمومی دولت برای سلامت به استثنای هزینه‌های تأمین اجتماعی	۰/۷۶
هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت	۰/۸۳
پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت	۰/۲۹
پیش پرداخت‌های خصوصی برای سلامت	۰/۴۰

منبع: داده‌های پژوهش

نتایج تخمین نشان می‌دهد که:

- درصد افزایش در مخارج عمومی دولت (جز هزینه‌های تأمین اجتماعی در بخش سلامت)، کل مخارج بخش سلامت را به طور متوسط به اندازه ۰/۷۶ درصد افزایش خواهد داد.
- درصد افزایش در هزینه‌های تأمین اجتماعی در بخش سلامت، کل مخارج بخش سلامت را به طور متوسط به اندازه ۰/۸۳ درصد افزایش خواهد داد.
- درصد افزایش در پرداخت مستقیم از جیب توسط افراد، کل مخارج بخش سلامت را به طور متوسط به اندازه ۰/۲۹ درصد افزایش خواهد داد.

- درصد افزایش در پیش‌پرداخت‌های تأمین اجتماعی، کل مخارج بخش سلامت را به طور متوسط به اندازه ۰/۴۰ درصد افزایش خواهد داد.

۶-۴. بخش چهارم: بررسی نتایج حاصل از مطالعه کیفی تأمین منابع مالی سلامت ۱۰ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد مطالعه در جدول شماره ۵ متوسط متغیرهای اثرگذار تأمین منابع مالی در فاصله سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۴ برای هر یک از کشورهای مورد پژوهش ارائه شده است.

#### ۶-۴-۱. کل مخارج سلامت

همانگونه که از جدول شماره ۵ مشهود است، میزان کل مخارج سلامت در فاصله سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۴، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۶۸٪ در کشور ترکیه تا میانگین ۱۴/۱٪ در کشور آمریکا متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۶/۰ درصد از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۹/۱) و حتی از کمترین میزان کشورهای مورد پژوهش (ترکیه با سهم ۶/۸ درصد) نیز کمتر بوده است. که با توجه به اصل انسان سالم محور توسعه پایدار چاره‌جویی به منظور افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کشور را می‌طلبد. هزینه‌های صرف شده در نظام سلامت، از ۳ درصد تولید ناخالص داخلی جهان در سال ۱۹۴۸ به ۷/۹ درصد در سال ۱۹۹۷ روند رو به افزایشی را نشان داده است؛ این افزایش قابل توجه در صرف هزینه در سطح جهان، جوامع را وادار ساخته است تا به دنبال ترتیباتی باشند تا اطمینان حاصل نمایند که افراد، به دلیل عدم توان پرداخت، از دسترسی به مراقبت محروم نمی‌مانند. برقراری چنین امکان دستیابی برای تمام شهروندان، مدت‌هاست که سنگ بنای نظام‌های پیشرفته تأمین مالی سلامت را در بسیاری کشورها تشکیل می‌دهد. (احمدوند، ۱۳۸۲، ص ۱۴۱). هر کشور باید درباره یک راهبرد تأمین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه با توجه به وضعیت جمعیتی و زیرساخت‌های فرهنگی و اقتصادی خود قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند باید در نظر داشت که تأمین منابع از هر راهی که صورت گیرد (جز وام‌های خارجی)، به نوعی از شهروندان تأمین منابع می‌گردد.



جدول شماره ۵. متوسط متغیرها در فاصله سالهای ۱۹۹۸-۲۰۰۴ برای هر کشور و مقایسه با معیارهای تعیین شده (۳)

کشور	متغیر	THE	SSHE	OTHGGHE	OOPs	PVTPREPHE	OTHPVTHE
کانادا	کم	۹.۴	۱.۴	۶۸.۷	۱۵.۵	۱۲.۱	۲.۲
	خیلی کم	کم	خیلی کم	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
امریکا	خیلی زیاد	۱۴.۱	۱۳.۹	۳۰.۵	۱۴.۳	۳۵.۴	۵.۹
	خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی کم	کم	کم	خیلی زیاد	متوسط
ژاپن	خیلی کم	۷.۷	۶۵.۵	۱۵.۷	۱۷.۱	۰.۳	۱.۴
	خیلی کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	متوسط	خیلی کم	خیلی کم
آلمان	متوسط	۱۰.۸	۶۸.۳	۱۰.۱	۱۰.۷	۸.۴	۲.۵
	متوسط	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	کم	خیلی کم
فرانسه	کم	۹.۶	۷۳.۵	۲.۶	۱۰.۳	۱۲.۸	۰.۹
	کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	کم	خیلی کم
سوئد	کم	۸.۹	۰	۸۵.۳	۱۳.۶	۰.۲	۰.۸
	کم	خیلی کم	خیلی زیاد	خیلی کم	کم	خیلی کم	خیلی کم
ترکیه	خیلی کم	۶.۸	۳۶.۵	۳۱.۷	۲۴.۳	۳.۴	۴.۲
	خیلی کم	متوسط	کم	کم	خیلی زیاد	خیلی کم	کم
هلند	کم	۸.۹	۵۸.۷	۴	۸.۴	۱۶.۸	۱۲.۲
	کم	زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	متوسط	خیلی زیاد
مجارستان	خیلی کم	۷.۷	۵۹.۴	۱۲.۳	۲۵.۳	۰.۳	۲.۸
	خیلی کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم
انگلیس	خیلی کم	۷.۵	۰	۸۲.۸	۱۰.۸	۳.۳	۳.۱
	خیلی کم	خیلی کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم

۲-۴-۶. سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت (به جز هزینه‌های تأمین اجتماعی)  
 همانگونه که از جدول شماره ۵ مشهود است، میزان مخارج عمومی دولت برای سلامت در فاصله سالهای ۱۹۹۸-۲۰۰۴، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۲/۶ در کشور فرانسه

(به علت اینکه قسمت عمده سهم مخارج عمومی دولت در این کشورها در سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی برای مخارج سلامت لحاظ گردیده است) تا میانگین ۸۵/۳ در کشور سوئد متغیر بوده است و دیده می‌شود که با وجود سرانه درآمدی بالاتر کشورهای توسعه یافته این پژوهش، میزان مخارج عمومی دولت برای سلامت آنها رقم بالاتری را به خود اختصاص داده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۲۷/۳ درصد از میزان متوسط کشورهای مورد پژوهش (۳۴/۴) نیز کمتر بوده است. که با توجه به وجود تعداد بیشتر افراد با سطوح پایین‌تر درآمدی کشور، توجه بیشتر دولت به منظور تأمین مخارج سلامت، افراد جامعه عادلانه‌تر به نظر می‌رسد.

با توجه به اینکه مسئولیت نهایی عملکرد نظام سلامت یک کشور برعهده دولت است. مدیریت دقیق و مسئولانه سلامتی جمعیت یک کشور (یا همان تولید آن)، جوهره یک دولت خوب و کارآمد است. سلامت مردم همواره، یک اولویت ملی است، بنابراین مسئولیت دولت نیز در این امر، دائمی و مداوم خواهد بود.

درآمدهای عمومی دولت که غالباً از محل مالیات‌ها، پرداخت‌های اجباری<sup>۱</sup>، شهریه‌ها<sup>۲</sup>، جمع‌آوری شده و هزینه می‌گردد. در کشور ایران به علت زیرساخت‌های اقتصادی، تأمین منابع از محل مالیات‌ها نقش پررنگی را نداشته است ایران، کشوری با درآمد متوسط است. درآمد دولت غالباً وابسته به درآمدهای نفتی است و سیستم مالیاتی به خوبی در کشور توسعه نیافته است در حالی که در اکثر کشورهای توسعه یافته پرداخت مالیات‌ها، حمایت‌های مالی کارآمدتری را برای خانوارها فراهم می‌نماید زیرا خانوارها پیش پرداخت می‌پردازند و ریسک نیز میان افراد توزیع می‌گردد؛ با این مکانیسم پرداخت، درآمدهای عمومی دولت بسیار گسترش می‌یابد. بالاسوبرامانیام در سال ۲۰۰۱، و سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ و بانک جهانی در سال ۱۹۹۷ نیز این نتیجه را تأیید نموده‌اند. معمولاً کشورهای فقیرتر سازوکارهای مناسبی به منظور اخذ مالیات نداشته و پدیده فرار مالیاتی به ویژه در میان طبقه‌های متوسط و بالای درآمدی در آنها شایع است و آنها اتکای کمتری به درآمدهای مالیاتی داشته و بیشتر متکی به درآمدهای حاصل از تجارت بین‌الملل (صادرات و واردات)، بوده و اخذ مالیات بر درآمد افراد و مالیات بر ارزش افزوده در آنها اندک است.

- 
1. Levies
  2. fees

### ۳-۴-۶. سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی

همانگونه که از جدول شماره ۵ مشهود است، میزان هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین صفر در کشورهای سوئد و انگلستان (به علت وجود سیستم ملی سلامت در این کشورها که بالای ۹۰ درصد افراد تحت پوشش هستند) تا میانگین ۷۳/۵ درصد در کشور فرانسه متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۰/۱۶ درصد از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۳۷/۷ درصد) نیز کمتر بوده است.

با توجه به اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مبنی بر اینکه «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمد حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند».

حمایت‌های نظام تأمین اجتماعی که منابع مالی آن از طریق بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت تأمین می‌شود بسیار گسترده است. از حمایت‌های نظام تأمین اجتماعی در امر درمان می‌توان به حمایت‌های لازم در زمان بیماری ناشی از کار و غیرناشی از کار و در مواقع سوانح، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به بیمه‌شدگان از طریق انعقاد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات، ارائه مراقبت‌های طولانی برای حفظ سلامت سالمندان و بیماران مزمن و غیره اشاره نمود. در حال حاضر بیمه درمان با هزینه بسیار زیادی که ناشی از ایجاد سازمان‌های موازی است در کشور اجرا می‌شود که ممکن است اصل تحقق عدالت را که یکی از مهمترین محصول بیمه درمانی است در نظام پیچیده اداری در تنگنا قرار دهد و حتی به صورت آشکار بین بیمه‌شدگان صندوق‌های مختلف تبعیض آشکاری را به وجود آورد. از تنگناهای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در کشور می‌توان به عدم تعیین تعرفه‌های واقعی اشاره کرد که تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی و حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی براساس قیمت‌های واقعی محاسبه نشده که این امر خود ناقض مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی است که به نظر می‌رسد در این میان بیشتر اقبال نیازمند که قادر به تأمین هزینه‌های درمان خویش نیستند، متضرر می‌شوند.

مطالعه ساختار نظام بیمه درمانی کشورها نشان داد که کشورهای کانادا، ژاپن و آلمان به عنوان تعدادی از کشورهای پیشرو در نظام بیمه درمانی و کشورهای انگلستان و آمریکا به عنوان نمایندگان دو قطب بیمه ملی و بیمه خصوصی مطرح می‌باشند. بررسی پیشینه بیمه درمان در کشور نشان می‌دهد مبنای بیمه در کشور ما همیشه وضعیت شغلی در بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی بوده است. لیکن در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مبنای متعددی از جمله اشتغال، سکونت و درآمد مورد توجه قرار گرفته است. یعنی براساس شغل افراد، جمعیت تحت پوشش قرار گرفته‌اند. سه سازمان بیمه گر اصلی در کشور فعالیت می‌کنند. سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح. مهمترین منبع درآمد در سازمان تأمین اجتماعی، شامل دو بخش می‌شود: حق بیمه (درصدی از حقوق و دستمزد کارگر) که باید به صندوق تأمین اجتماعی واریز شود و دومین منبع درآمدی، سود سرمایه‌گذاری است. منبع درآمد سازمان بیمه خدمات درمانی حق بیمه سرانه است که از جانب کارمند و دولت به عنوان کارفرما پرداخت می‌شود که دولت مطابق قانون بودجه‌ای را در اختیار دستگاه‌های دولتی قرار می‌دهد و آنها سهم دولت و کارمند<sup>۱</sup> را یکجا به صندوق این سازمان واریز می‌نمایند. قابل توجه اینکه در کیفیت خدمات درمانی به کارمندان دولت هم محدودیت‌ها و نارسایی‌هایی دیده می‌شود که یکی از علت‌های آن، روش عملیاتی صندوق کارکنان دولت است. منبع مالی این صندوق وابسته به درآمدهای دولتی است و عمده درآمد دولت هم درآمد نفتی است از طرفی قیمت نفت بین‌المللی بوده و نوسانات زیادی دارد. بنابراین، هر وقت که دولت دچار کمبود نقدینگی شود این صندوق هم آسیب می‌بیند.

با توجه به اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به نظر می‌رسد لازم است که تلاش به منظور افزایش سهم بیمه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت به منظور تأمین پوشش بیمه همگانی سلامت برای افراد جامعه از اولویت‌های عملکردی دولت محسوب گردد.

#### ۴-۶-۴. سهم پرداخت مستقیم از جیب افراد برای سلامت

همانگونه که از جدول شماره ۵ مشهود است، میزان سهم پرداخت مستقیم از جیب افراد برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد

۱. در این بخش از مقاله تأکید بر صندوق کارکنان دولت است.

پژوهش از میانگین ۸/۴ درصد در کشور هلند تا میانگین ۲۵/۳ درصد در کشور مجارستان متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۵۳/۵ درصد از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۱۵ درصد) نیز بیشتر بوده است. در حال که با توجه به ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به (۹۰ درصد) ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱ درصد) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف بوده است با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشتی و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید، موضوعی که تاکنون عملی نشده است.

عوامل مؤثر بر کمرشکن بودن مخارج بخش سلامت را می‌توان در قالب: سهم پرداخت‌های مستقیم خانوار از کل مخارج سلامتی، سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی، نسبت خانوارهای زیر خط فقر، نبود سیستم‌های پیش پرداخت (مانند بیمه درمان)، عدم توانایی پرداخت خانوارها تقسیم‌بندی کرد.

#### ۵-۴-۶. سهم برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای سلامت

همانگونه که از جدول شماره ۵ مشهود است، میزان سهم برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای سلامت در فاصله سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۴، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۰/۲ در کشور سوئد تا میانگین ۳۵/۴ درصد در کشور آمریکا متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۲/۵ درصد از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۹/۳ درصد) نیز کمتر بوده است.

در منطق اقتصاد مدرن و آزاد که امروزه تئوری‌های آن بر روابط اقتصادی جهان حاکم است، برکاهش تصدی‌گری دولت‌ها و واگذاری امور به بخش خصوصی توصیه مؤکد می‌شود. محدودیت در منابع دولتی و نارسایی بازار در زمینه سلامت را می‌توان تأییدی بر این نظریه

دانست، البته احتمال انحصاری شدن خدمات پزشکی توسط ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی نیز را باید در نظر داشت.

دولت یا واگذارکننده هر خدمتی به بخش خصوصی باید توان نظارتی بسیار بالایی داشته باشد و بخش خصوصی باید صلاحیت لازم و کافی را برای قبول و انجام خدمت محوله داشته باشد.

همانگونه که از نتایج تخمین مشاهده گردید در امریکا فعالیت بخش خصوصی بسیار پررنگ است. در این کشور بسته‌های زیادی از خدمات درمانی بیمه خصوصی برای افزایش قدرت انتخاب افراد وجود دارند.

هرچند که دیدگاه‌های تئوریک نشانگر این امر است که بخش خصوصی به دنبال افزایش کیفیت است اما در این میان آنچه مهم است بحث نظارت و کنترل است. شاید علت عمده ضعف نظارتی ما در کشور به عدم تعریف درست نقش کنترلی سازمان یا اعتباربخشی مؤسسات درمانی برگردد.

بخش خصوصی می‌تواند ایفاگر نقش مثبتی در تأمین منابع مالی نظام سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه باشد؛ زیرا مخارج پرداخت مستقیم از جیب در کشورهای در حال توسعه سهم بالایی را در تأمین منابع نظام سلامت این کشورها به خود اختصاص می‌دهد (از جمله ایران) و بار مالی بیشتر بر دوش خانوار تحمیل می‌شود، ولی با افزایش سطح بیمه‌های خصوصی در کشور، افراد با پرداخت پیش پرداخت‌هایی در ابتدا، پرداخت هزینه کمتری را در زمان نیاز و دریافت خدمات سلامت متحمل می‌شوند.

همانگونه که از نتایج تخمین مشاهده گردید، امروزه در اکثر کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (که کشورهای مورد پژوهش نیز از میان آنها انتخاب گردیده بود)، بیمه خصوصی، پوشش تکمیلی از پوشش ارائه شده توسط صندوق‌های همگانی فراهم می‌نماید. به عنوان مثال در کشور فرانسه، ۸۵ درصد از جمعیت بیمه خصوصی را خریداری می‌نمایند در حالی که در کشور هلند بیشتر از ۹۰ درصد افراد بیمه‌های تکمیلی را خریداری می‌نمایند.

#### ۶-۴-۶. سایر منابع بخش خصوصی برای سلامت

میزان سایر منابع بخش خصوصی برای سلامت در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۰/۸ درصد در کشور سوئد تا میانگین ۱۲/۲ درصد در کشور

امریکا متغیر بوده است؛ درحالی که کشور ایران با میانگین ۰/۵ درصد از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۳/۶ درصد) نیز کمتر بوده است.

که با توجه به وجود نهادهای حمایتی و وجود انجمن‌های خیریه در کشور، ساماندهی مناسب وضعیت مالی و مصارف این انجمن‌ها ضروری می‌باشد آژانس آمریکایی توسعه بین‌الملل؛ شرکای اصلاحات بخش سلامت، در سال ۲۰۰۴، نیز این نتیجه را تأیید نموده است. همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد؛ کل مخارج سلامت در کشورهای مورد پژوهش حساسیت در برابر تغییرات متغیرهای مورد بررسی را از خود نشان دادند و سازوکارهای تأمین منابع مالی نظام سلامت در این کشورها به گونه‌ای است که با وجودی که آن کشورها در وضعیت بهتری از لحاظ درآمد سرانه به سر می‌برند و افراد جامعه دارای رفاه بهتری می‌باشند، اما پرداخت مستقیم از جیب افراد درصد کمتری را در تأمین منابع نظام سلامت این کشورها به خود اختصاص داده است؛ درحالی که در کشور ایران آمارها نشان می‌دهد که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع نشده است و نظام سلامتی به گونه‌ای است که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه‌های زیاد، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند.

### بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد؛ کل مخارج سلامت در کشورهای مورد پژوهش حساسیت در برابر تغییرات متغیرهای مورد پژوهش را از خود نشان دادند و سازوکارهای تأمین منابع مالی نظام سلامت در این کشورها به گونه‌ای است که با وجودی که آن کشورها در وضعیت بهتری از لحاظ درآمد سرانه به سر می‌برند و افراد جامعه دارای رفاه بهتری می‌باشند، اما پرداخت مستقیم از جیب افراد درصد کمتری را در تأمین منابع نظام سلامت این کشورها به خود اختصاص داده است؛ درحالی که در کشور ایران آمارها نشان می‌دهد که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع نشده است و نظام سلامتی به گونه‌ای است که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه‌های زیاد، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثر صاحب نظران بحث تأمین منابع مالی نظام سلامت، منبع عمده و اصلی تأمین منابع را درآمدهای عمومی دولت (شامل مالیات‌ها، بیمه اجتماعی و...) می‌دانند، درعین حال که برای بیمه خصوصی نیز نقش مثبتی را قائلند و اکثراً پرداخت مستقیم از جیب را به علت تناقض با اصل تحقق عدالت در جامعه، روش نامناسبی به منظور تأمین هزینه‌های نظام سلامت بر می‌شمارند.

به طور کلی تأمین منابع مالی نظام سلامت از دو بخش عمومی (درآمدهای عمومی دولت از محل مالیات‌ها، حق بیمه‌های اجتماعی، ...) و خصوصی (بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب، خیریه‌ها، منابع خارجی و...) صورت می‌گیرد؛ لذا بر اساس آنچه در این پژوهش استنباط گردید، اصلاح فرایندهای تجمع منابع مالی و خرید خدمات (تسهیم عادلانه بین بیمه‌های اجتماعی درمان، پرداخت مستقیم، بیمه‌های درمانی خصوصی و سایر درآمدهای دولت)، و بازنگری سیستماتیک در تأمین منابع مالی کشور، ضرورت می‌یابد.

### پیشنهادات مربوط به کاربرد یافته‌ها

با توجه به یافته‌های فوق موارد زیر می‌توان موارد زیر را در سیاست‌گذاری‌ها مدنظر قرار داد: زمانی که کشورها به دنبال یافتن راهی به منظور بکارگیری استراتژی‌های بهتر تأمین منابع مالی به منظور بهبود در عملکرد نظام سلامت کشور هستند؛ توجه به توسعه سطح اقتصادی اجتماعی در کشور، ظرفیت‌ها و زیرساخت‌های مالی، قابلیت اجرا و مسئولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده ضروری است؛ سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان می‌توانند جهت بهبود وضعیت تأمین منابع نظام سلامت کشور اقدامات ذیل را انجام دهند:

الف) تأمین مالی از طریق مالیات، زیرا سیستم مالیاتی می‌تواند مزیت‌هایی را در نحوه مدیریت وضعیت اقتصادی، ریسک‌های مدیریتی و قدرت خرید جامعه بوجود آورد، که این مزیت‌ها به علت ماهیت سیاسی و نحوه جمع‌آوری مالیات‌ها و چگونگی تخصیص آن تحقق می‌یابند، البته در اجرای این نظام ممکن است چالش‌های معمول در مدیریت اثربخش ارائه خدمات عمومی و مشکلاتی نیز به علت مسئولیت‌پذیری ضعیف و یا بی‌ثباتی به وجود آید، راه‌هایی که علاوه بر مالیات بردرآمد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سود، مالیات غیرمستقیم، مالیات مستقیم و... می‌توان مالیات کسب کرد می‌تواند افزایش مالیات از منابع تولیدکننده خطر برای سلامت و تخصیص آن به نظام سلامت است؛ از جمله:



- تخصیص بخشی از مالیات شرکت‌های اتومبیل سازی و عوارض جاده ای
- تخصیص بخشی از حق بیمه مربوط به بیمه نامه اتومبیل
- مالیات و عوارض از صنایع و کارخانجاتی که سلامت مردم را در خطر می‌اندازند.
- تخصیص بخشی از مالیات صنایع داروسازی، پزشکی، بیمارستانی و غیره به بخش سلامت
- و....

که تحقق هریک از موارد بالا نیازمند توجه به زیرساخت‌ها و سازوکارهای اخذ مناسب و تخصیص بهینه آنها در موارد هدف می‌باشد.

ب) انتخاب روش‌های تأمین مالی صعودی<sup>۱</sup>، که در این نظام نسبت سهمی که افراد برای مراقبت بهداشتی پرداخت می‌کنند با افزایش درآمد بیشتر می‌شود بنابراین با پرداخت‌های تصاعدی با افزایش سطح درآمد نسبت بیشتری از درآمد جذب سیستم مالی می‌شود، این روش بر خلاف پرداخت سرانه ثابت فعلی برای کلیه افراد با هر میزان درآمد است.

ت) تعیین سرانه و تعرفه خدمات درمانی به قیمت واقعی (قیمتی که با مداخله دولت و با هدف حمایت از اقشار جامعه تعیین می‌گردد).

ث) ارتباط منسجم بین بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی و تبیین قوانین مشخص نظارتی بر نحوه عملکرد بخش خصوصی

ج) طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات به منظور تضمین صحت و تسهیل جریان اطلاعات و ممانعت از ایجاد همپوشانی بیمه‌ای

ر) ساماندهی وضعیت خیریه‌ها از لحاظ منابع ورودی و صرف هزینه، با توجه به وجود نهادهای حمایتی و وجود انجمن‌های خیریه در کشور و اینکه در برخی نواحی کمک‌های هدایی محلی بدون گذر از کانال دولت مرکزی به طور مستقیم به گروه‌های هدف مورد نظر تخصیص می‌یابند و یا در اختیار سازمان‌های غیردولتی قرار می‌گیرند و به‌طور خلاصه، لیست منظمی از کمک‌های خیریه و خارجی در این نواحی از لحاظ میزان درآمد و مصرف هزینه موجود نمی‌باشد، ساماندهی مناسب وضعیت مالی و مصارف این انجمن‌ها ضروری می‌باشد.

به طور کلی سیستم نظام سلامت ایران نیازمند الگویی است که ترکیبی از شیوه‌های مختلف تأمین منابع مالی را با اولویت کاهش سهم خانوارها در پرداخت مستقیم در زمان دریافت

## 1. Progressive fee schedules

خدمات، بکار برده باشد این الگو می‌تواند افزایش دسترسی به خدمات درمانی برای افراد فقیر و توزیع ریسک میان همه افراد جامعه را ایجاد نماید، و تحقق ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران را به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها و توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی را ایجاد نماید.

## منابع و مأخذ

### منابع فارسی

۱. احمدوند، علیرضا (ودیگران) «گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد»، چاپ اول، تهران، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۲.
۲. ای.لینچ، مارگارت، «گزیده واژه‌شناسی بیمه درمان»، ترجمه قاسمی محمد مهدی، صفی‌خانی حمیدرضا. چاپ اول، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۲.
۳. پژوهان جمشید. «اقتصاد بخش عمومی (مالیات ها)». چاپ سوم، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، پژوهشکده اقتصاد، ۱۳۸۴.
۴. پوررضا، ابوالقاسم، «اقتصادبهداشت برای کشورهای در حال توسعه»، چاپ اول، تهران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۳.
۵. حاجی‌زاده، محمد، «بررسی عدالت در تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان ایران از طریق بودجه خانوار با استفاده از شاخص کاکوانی در سال های ۱۳۷۵-۱۳۸۰» پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، بهمن ۱۳۸۱.
۶. جمشیدی، حمیدرضا. «اصلاحات نظام سلامت در ایران»، چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۰۵.
۷. زارع، حسین، «نظام سلامت در دنیا»، جلد اول، چاپ اول، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.

۸. زارع، حسین، «نظام سلامت در دنیا»، جلد دوم، چاپ اول، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.
۹. زارع، حسین، «راهبردهای خصوصی سازی بیمه درمان» تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۳.
۱۰. سازمان مدیریت صنعتی، «بررسی و تحلیل شرایط اقتصادی ایران»، تهران، ۱۳۸۴.
۱۱. شجاعی تهرانی، حسین، عبادی فردآذر، فرید، «اصول خدمات بهداشتی»، چاپ دوم تهران، نشر سماط ۱۳۸۱.
۱۲. فتاحزاده، امیرعباس و دیگران ... «اصلاحات نظام سلامت»، چاپ اول، تهران، انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینا بزرگ، تابستان ۱۳۸۴.
۱۳. ماهر، علی. «بررسی تطبیقی نظام های پرداخت در جهان و ارائه الگو برای کشور ایران»، پایان نامه دکتری، دانشکده مدیریت و علوم انسانی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۸۰.

#### منابع انگلیسی به کار رفته در پژوهش

1. Berman, P. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications." Health Economics, 6:1, 1997.
2. Balasubramaniam K, "Health Care Financing" Consumers International Regional Office for Asia and the Pacific in Collaboration with Cambodia NGO Alliance for corporation, Cambodia, June 27-28, 2001. < www.ciroap.org/health/health\_4.doc >
3. Den Exter, Andre. Hermans Herbert. Milena Dosljak, Reinhard Busse, "Health care in transition, Netherlands, WHO, 2004. < www.euro.who.int/document/e84949.pdf >
4. Didrikson, Finn, "Resource allocation for health equity: issues and methods", world bank, institute of public health, 2004. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chap8DiderichsenRAforHlthEqtyFinal.pdf >
5. Gaal, Peter. "Health care in transition. Hungary", WHO, 2004. < www.euro.who.int/Document/E84926.pdf >
6. Gelengard, Anna. H., Health care in Transition, World Health Organization, 2005. <www.euro.who.int/document/e88669.pdf>
7. GUY, Carrin, Community based health insurance schemes in developing countries: Facts, problems and perspectives, WHO, Number 1, 2003.
8. Howiit. P, "Health, human capital and economic growth: A Schumpeterian perspective, Brown University, PAHO, 2005. < www.econ.brown.edu/fac/Peter\_Howiit/publication/PAHO.pdf >
9. Hsiao, Williams, Health Care Financing in Developing Nations" Harvard University School of Public Health, 2000.
10. Koen, Vincent, "Health Care in Transition: UK", European Observatory on health care systems, Economic department, NO. 256, 1999.

11. Maher, Ali, Akbarian, Abas. "Iran Health Sector Reform: new financial resources", Malaysian journal of public health medicine: Volumes 5 (supplement 2) ,2005.
12. Manno, Maria, Hajdu Mihalyne, "SHA-Based health Accounts in 13 OECD countries, country studies –hungry" OECD health technical papers No. 5, 2001.  
< <http://www.oecd.org/dataoecd/10/53/33661480.pdf> >
13. Mossialos, Elias, Dixon, Anna. "A Funding Health Care: An Introduction In Funding Health Care: Options for Europe" Open University Press, 2002.  
< <http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf> >
14. Mossialos, Elias, Dixon, A. 'Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options.' In Funding Health Care: Options for Europe. Edited by Mossialos, E.; Dixon, A.; Figueras, J.; et al. Open University Press, 2002.  
< [www.euro.who.int/document/obs/Fhccpolbrief4.pdf](http://www.euro.who.int/document/obs/Fhccpolbrief4.pdf) >
15. Mossialos Elias, Thomason, Sarah, "Voluntary health insurance in the European union", European commission employment and social Affairs, P 15-20, 2003.  
< <http://www.euro.who.int/Document/E84885.pdf> >
16. Organization for Economic Cooperation Development, The Reform of health care: A Review of 7 countries, Health policy studies ,Paris (1994).  
< [www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf) >
17. Savas, B. Serdar, Karahan Omer, "Health Care in Transition. Turkey", WHO, 1996.
18. Savedoff, William, Tax-based financing for health system, option and experiences, Discussion paper number 4, WHO, 2004.  
< [whqlibdoc.who.int/hq/2004/EIP\\_FER\\_DP\\_04.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/EIP_FER_DP_04.4.pdf) >
19. Schieber, George, Health Financing Reform in Iran, principles and possible next steps, world Bank, 1999. <[www.emro.who.int/iran/media/pdf/Iran-CCS.pdf](http://www.emro.who.int/iran/media/pdf/Iran-CCS.pdf) >.
20. Sekhri, N, Savedoff, William, Private health insurance: implications for developing countries, Discussion paper Number 3, Bulletin of the World Health Organization, 2004. <http://www.scielosp.org>
21. U.S. Agency for International Developments, (2004), 21 Questions on CBHF; An Overview of Community-Based Health Financing, PHRplus, March 2004. Viewed at 22 at August 2006. < [www.phrplus.org/Pubs/sp11.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/sp11.pdf) >
22. World Health Report, Resource Generation function. WHO, 2000.  
<[www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa03\\_resource.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa03_resource.pdf) >
23. World Health Organization, Strategy on health care financing for countries on the western pacific and southeast Asia regions (2010-2006). WHO, 2005.  
<[www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/539A3DBF-5588-4F8C-873F-FA3D75535DF5/0/13\\_HCF.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/539A3DBF-5588-4F8C-873F-FA3D75535DF5/0/13_HCF.pdf)>
24. World Health Organization, Countries Indicator, 2006.
25. World health organization, Countries, 2006.
26. Wikipedia, the free encyclopedia, 2006.
27. World Health Organization, 2003. Glossary of concepts and definitions referred to in the WHO expenditure on health indicators. Viewed at 20 November 2006.  
< [http://www.who.int/nha/glossary/en/Webmini\\_Glossary.pdf](http://www.who.int/nha/glossary/en/Webmini_Glossary.pdf)>
28. World Health Organization, HEALTH SYSTEM INPUTS, WHO, 2002.  
< [www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa02\\_inputs.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa02_inputs.pdf)>
29. World Health Organization, Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment, WHO, 2001.  
< [http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/report\\_of\\_sprg\\_on\\_hspa.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/report_of_sprg_on_hspa.htm) >
30. World Health Organization, Social health insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific, WHO, 2005. < [www.searo.who.int/LinkFiles/RD\\_speeches\\_M-0305.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/RD_speeches_M-0305.pdf) >
31. World Health Organization, Technical briefs for policy -Makers, Number 1, 2005.
32. World health organization, World Health Report: Health System Improving Performance, WHO, Geneva, June 2000. Available at < [www.who.int/whr/](http://www.who.int/whr/)>

33. health care financing.oecd report, Canada,2002.
34. health care financing.oecd report, USA, 2003.
35. health care financing.oecd report, JAPAN, 2002.
36. health care financing.oecd report, Germany, 2002.
37. health care financing.oecd report, France, 2001.
38. health care financing.oecd report, Sweden, 2002.
39. health care financing.oecd report, Turkey, 1996.
40. health care financing.oecd report, Netherland, 2002.
41. health care financing.oecd report, Hungary, 2003.
42. health care financing.oecd report, UK, 2002.