

## شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۸/۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۱۱/۴

### 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 بویژه در کشورهای با درآمد پایین به بهای فقیر شدن خانوارها می‌انجامد. اطلاع از چگونگی تأمین منابع مالی نظام سلامت به منظور تأمین منابع مالی فعالیت‌های بخش سلامت و شناسایی الگوهای تأمین اعتبار با توجه به توسعه سطح اقتصادی - اجتماعی، ظرفیت‌ها و زیرساخت‌های مالی، قابلیت اجراء، مسؤولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده، می‌تواند مبنایی صحیح برای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی و درمانی عدالت محور، قرار گیرد. این پژوهش به بررسی میزان تأثیر متغیرهای اثرگذار در تأمین منابع مالی نظام سلامت، که شامل درآمد عمومی دولت برای سلامت، هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت، پرداخت مستقیم توسط افراد برای سلامت، برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای سلامت بر کل مخارج سلامت در ده کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی در فاصله سالهای ۱۹۹۸-۲۰۰۴ میلادی می‌پردازد. به دلیل کوتاه‌بودن دوره زمانی مورد بررسی، جهت تخمین مدل از داده‌های تابلویی استفاده، و سپس با استفاده از نتایج حاصل از تخمین، پیشنهاداتی برای کشور ایران ارائه شده است. نتایج بررسی نشان داد که میزان مخارج بهداشتی و درمانی خانوار، از متغیرهای مخارج عمومی دولت، هزینه‌های تأمین اجتماعی، پرداخت مستقیم توسط افراد، و برنامه‌های پیش‌پرداخت خصوصی تأثیر می‌پذیرد. اتخاذ رویکردهایی از قبیل تأمین منابع مالی از طریق مالیات، انتخاب روش‌های تأمین مالی صعودی، طراحی و عملیاتی نمودن نظام جامع اطلاعات، تعیین تعرفه

۱. استادیار، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

۲. استادیار، عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

۳. کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

email: anahita\_shokri@yahoo.com

خدمات درمانی بر اساس قیمت تمام شده خدمات، 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 و مواردی از این قبیل می‌تواند در زمینه تولید منابع مالی جدید مؤثر واقع شده و اثربخشی نتایج سیاست‌های بهداشتی و درمانی اتخاذ شده و عدالت محور بودن آنها را افزایش دهد.

### طبقه‌بندی JEL: I10

**واژگان کلیدی:** منابع مالی نظام سلامت، کل مخارج سلامت، مخارج عمومی دولت، بخش خصوصی.



## ۱- مقدمه

یکی از اهداف اساسی دولت‌ها این است که مردم به مقدار کافی از خدمات رفاهی منتفع شوند و 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 شش قلمرو اصلی شامل: سلامت، تأمین اجتماعی، خدمات اجتماعی، آموزش همگانی، اشتغال و مسکن تشکیل می‌گردد.

بهبود سلامتی افراد، به ویژه افراد فقیر و کاهش نابرابری‌های سلامتی<sup>۱</sup> بین افراد فقیر و غنی به یکی از مهمترین دغدغه دولت‌ها در زمینه سیاست‌های داخلی تبدیل گردیده است و سبب شده تا بر اساس شرایط خود جهت بهبود دسترسی به رویکردهای مختلفی از قبیل روشهای تسهیم خطر<sup>۲</sup>، بخشودگی بخشی از پرداخت‌ها یا حتی کل پرداخت‌ها، تبعیض قیمت، تخصیص مناسب منابع عمومی کمیاب<sup>۳</sup>، حمایت و قانونمندساختن بخش خصوصی در نظام سلامت، تخصیص یارانه‌های دولتی برای درمان گروه‌های کم‌درآمد، پوشش‌های بلندمدت و جامع بیمه درمان و... روی آورند. اولین گام جهت اتخاذ رویکردی مناسب برای رسیدن به وضع مطلوب و تحقق اهداف نظام سلامت: سلامتی، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه و شناخت وضعیت موجود می‌باشد (The World health report, 2000). هر چند عدم تمرکز منابع مالی و هزینه‌های سلامت در جایگاهی مشخص (پراکندگی منابع در اختیار سازمان‌های مختلف و پراکندگی هزینه) و عدم شفافیت میزان مشارکت بخش عمومی، خصوصی، خانوار و خیریه در تأمین منابع و انجام هزینه‌های سلامت، در کشور اثرگذار است؛ ولی با آگاهی از چگونگی سهم منابع مختلف در تأمین منابع مالی نظام سلامت کشور که در دسترس می‌باشد، می‌توان 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 منابع مالی (جمع‌آوری منابع مالی، انباشت سرمایه و خرید)، تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، تولید منابع و تولید<sup>۴</sup> به وجود آمده‌اند، که شرط

۱. پرداخت براساس توان مالی و دریافت خدمات بر اساس نیاز

2. Approaches of Risk Sharing      3. Appropriate allocation of scarce public sources  
4. Stewardship (جهت‌دهی راهبردی برای کلیه دست‌اندرکاران و عوامل مؤثر دخیل در این موضوع)

دستیابی به این اهداف، بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و عادلانه می‌باشد. کارآیی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت بر می‌گردد و عادلانه‌بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام مربوط می‌شود، که 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 اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد (همان).

اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قراردادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان‌یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و یا جلوگیری از تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است. (همان) 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 یا مالیات‌های معین شده<sup>۱</sup>، حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی<sup>۲</sup>، حق بیمه‌ها برای بیمه خصوصی<sup>۳</sup>، پرداخت مستقیم توسط افراد<sup>۴</sup>، تأمین مالی جامعه‌ای<sup>۵</sup>، کمکهای خارجی و خیریه‌ها<sup>۶</sup> که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند (فتاح‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴).

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 و 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 توسعه‌نیافته و برخی از کشورهای با درآمد در حال توسعه یا توسعه‌یافته 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 سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، به طور متوسط ۶ درصد بوده است که در آن سهم دولت و بخش خصوصی به ترتیب ۴۳/۶ و ۵۶/۴ می‌باشد. به‌طور متوسط ۵۳/۵ درصد از کل مخارج سلامت در فاصله این سالها در کشور (بجز

- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 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                   |

هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت) به‌طور مستقیم توسط خانوارها پرداخت شده است (Berman, 1997). بنابراین با توجه به اعداد و ارقام یاد شده می‌توان گفت خانوارها در کشور ایران، یکی از منابع عمده تأمین مالی نظام سلامت به‌شمار می‌آیند. افزایش امید به زندگی (که افزایش طول عمر افراد و متعاقباً افزایش نیاز به خدمات سلامت را در پی دارد)، بالارفتن هزینه‌های درمان به علت تغییر الگوی بیماری‌ها (بیماری‌ها با هزینه تشخیص و درمان بالا)، ظهور تکنولوژی‌ها و ابداعات جدید در امر درمان و هزینه‌های بالای آن و جستجو برای شناسایی منابع مالی جدید در کنار چاره‌اندیشی به منظور تخصیص کارایی منابع موجود را برای نظام سلامت می‌طلبد (Maher & Ajbarian, 2005).

در این مطالعه به تحلیل کل مخارج سلامت در کشورهای منتخب پرداخته شده و جهت بررسی عوامل مؤثر بر تأمین منابع مالی نظام سلامت از مدل اولیه به صورت زیر استفاده شده است:

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

که در آن: <sup>۱</sup> *THE* نشان‌دهنده سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورها، <sup>۲</sup> *OTHGGHE* نشان‌دهنده سهم مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت (بجز هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت)، <sup>۳</sup> *SSHE* سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی برای بخش سلامت کشورها، <sup>۴</sup> *OOPS* نشان‌دهنده سهم پرداخت مستقیم توسط خانوارها برای نظام سلامت کشورها، <sup>۵</sup> *PVTREPHE* نشان‌دهنده سهم برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای بخش سلامت کشورها و <sup>۶</sup> *OTHPVTHE* نشان‌دهنده سهم سایر منابع بخش خصوصی از بخش سلامت کشورها 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>۷</sup> شامل: کانادا، امریکا، ژاپن، آلمان، فرانسه، سوئد، هلند، انگلیس، ترکیه، مجارستان (در حال توسعه یا در 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 می‌شوند. به دلیل کوتاه‌بودن دوره زمانی مورد بررسی جهت تخمین مدل، متغیرهای مورد نظر به صورت ترکیبی از داده‌های مقطعی (۱۰ کشور فوق‌الشاره) و داده‌های سری زمانی (۱۹۹۸-۲۰۰۴) مورد بررسی قرار گرفته و آمار مربوط به این کشورها طی ۷ سال جمع‌آوری شده است. در مجموع برای هر متغیر ۷۰

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
7. OECD

مشاهده وجود دارد. به علت صفربودن متغیرهای مربوط به کمکهای خارجی و تأمین منابع اجتماع محور در تأمین منابع کشورهای مورد بررسی، *THE*، *OTHGGHE*، *SSHE*، *OOPs* و *PVTPREPHE* به عنوان ۵ متغیر کلیدی به تفکیک سالهای مورد مطالعه (۱۹۹۸-۲۰۰۴) وارد نرم افزار اکسل گردید و با توجه به اهداف و سؤالات مطرح شده در این تحقیق، آنالیز داده‌ها بر اساس روشهای اقتصادسنجی و آماری صورت می‌گیرد.

داده‌ها ابتدا در نرم‌افزار اکسل، پردازش شده و سپس مدل مناسب با کمک تکنیک داده تابویی با استفاده از نرم‌افزار *eviews* برآورد خواهد شد و پس از محاسبه کشش میانگین دوره‌ای (۲۰۰۴-۱۹۹۸)، حساسیت کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی در برابر تغییرات متغیرهای نامبرده در فاصله زمانی مورد بررسی، مطالعه گردید.

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:

$$THE = \alpha + \beta_1 OTHGGHE + \beta_2 SSHE + \beta_3 OOPs + \beta_4 PVTPREPHE + \varepsilon_{it}$$

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

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

$$\eta_{THE.SSHE(1998-2004)} = \beta_2 \frac{SSHE_{1998} + SSHE_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

$$\eta_{THE.OOPs(1998-2004)} = \beta_3 \frac{OOPs_{1998} + OOPs_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

$$\eta_{THE.PVTPREPHE(1998-2004)} = \beta_4 \frac{PVTPREPHE_{1998} + PVTPREPHE_{2004}}{THE_{1998} + THE_{2004}}$$

### ۳- مروری بر مطالعات مربوط<sup>۱</sup>

بالاسوبرامانیام در سال ۲۰۰۱ در مقاله‌ای با عنوان تأمین منابع مالی نظام سلامت که با هدف معرفی شیوه‌ها و مدل‌های مختلف تأمین منابع مالی انجام گردید، به‌طور کلی چهار شیوه را به منظور تأمین منابع نظام سلامت، بیان می‌نماید:

#### 1. Literature Review

۱) پرداخت‌های مستقیم توسط مصرف‌کنندگان به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت؛  
 ۲) پرداخت توسط دولت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طرف مصرف‌کنندگان، که در اکثر کشورهای در حال توسعه مانند کلمبیا و تعدادی از کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلیس و کانادا، دولت خدمت را خریداری می‌نماید و سهمی از درآمد نهایی را به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تخصیص می‌دهد؛

۳) پرداخت‌ها از طرف بیمه اجتماعی اجباری که توسط دولت پایه‌ریزی می‌گردد، درصدی از حقوق کلیه حقوق‌بگیران تأمین منابع این حالت را عهده‌دار می‌باشد که حق بیمه افراد فاقد درآمد توسط دولت از محل درآمدهای مالیاتی پرداخت می‌گردد و مراقبت‌های درمانی در محل دریافت خدمات، رایگان می‌باشد؛

۴) بیمه درمان خصوصی، که درصد کمی از مردم بیمه درمان خصوصی را خریداری می‌نمایند. به‌طور خلاصه بالاسوبرامانیام اینگونه نتیجه‌گیری می‌نماید که سیستم بیمه همگانی، از محل مالیات‌های عمومی یا حق بیمه‌های اجباری، سازوکارهایی بسیار کارا به منظور توزیع درآمد از افراد سالم و یا غنی به گروه‌های فقیر و یا با درآمد اندک می‌باشد.

بیمه سلامت خصوصی یک گزینه مناسب و قابل دوام برای تأمین منابع مالی خدمات سلامت نمی‌باشد. ساختار بندی و سازماندهی مناسب و اجرای قوانین تدوین شده شیوه‌های تأمین منابع مالی، موفقیت در سیستم تأمین منابع نظام سلامت را در بر خواهد داشت. مالکیت و فراهم‌سازی خدمات، یک موضوع بحرانی نمی‌باشد، خواه منابع از محل مالیات‌های عمومی یا حق بیمه‌های اجباری سلامت جمع‌آوری گردند. اکثر کشورها دارای بیمه درمان اجباری به صورت ادغامی از ارائه‌دهندگان خصوصی و دولتی می‌باشند. ارائه‌دهندگان بخش خصوصی، بیمارستان‌های با هدف کسب سود و بدون هدف کسب سود را در بر می‌گیرند. کنترل مخارج سلامت، مادامی که پوشش همگانی و دسترسی عادلانه به مراقبت‌های درمانی از طریق سازوکارهای بازار در اکثر کشورها قابل دسترس نمی‌باشد (Balasubramaniam, 2001).

الیاس موسسالوس و انا دیکسون در کتابی با عنوان تأمین منابع مالی نظام سلامت، که با هدف ارائه تجزیه و تحلیل‌های جدید از تجربیات جاری تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای اروپای شرقی و غربی و مرکزی تدوین گردید، چرخه نظام سلامت، عدالت در تأمین منابع مالی نظام سلامت، چگونگی جمع‌آوری درآمد، روند مخارج سلامت در اروپا، مزایا و معایب شیوه‌های مختلف تأمین منابع مالی و... را تشریح می‌نمایند و چگونگی تأمین منابع مالی نظام سلامت را در ارتباط مستقیم با بهبود سطح سلامت جامعه می‌دانند؛ و حتی گاهی اوقات، کاهش مشکلات این بخش را، انتقال منابع از سایر بخشها به نظام سلامت بر می‌شمارند و بیان می‌دارند که اکثر سیستم‌های

تأمین منابع در اروپا، ترکیبی می‌باشند و تجزیه تحلیل مزایا و معایب هر یک از سازوکارهای تأمین منابع مالی را مطرح می‌نمایند:

مالیات‌ها: از منابع مختلف (به طریق مستقیم و یا غیرمستقیم) و در سطوح مختلف (ملی و یا محلی) و انواع مختلف مالیاتی (عمومی و یا ناهمگن<sup>۱</sup>)، جمع‌آوری می‌گردند. همه انواع مالیات‌ها، مستلزم تحقق عدالت و کارایی می‌باشند. به عنوان مثال، مالیات‌های ناهمگن و یا مالیات‌های تعیین شده از درآمد<sup>۲</sup>، برای سلامت در فرانسه و ایتالیا لحاظ می‌گردد. درآمدهای مالیاتی از محل مالیات بر عوامل مخاطره‌آمیز سلامت مانند سیگار در بلژیک و انگلیس اعمال می‌گردد. مالیات‌های محلی و یا منطقه‌ای به عنوان منبع اصلی درآمد در بلغارستان، دانمارک، فنلاند، نروژ، سوئد و از سال ۲۰۰۰ در ایتالیا می‌باشد. مالیات ملی منبع اصلی درآمد در آلبانی، یونان، لهستان، پرتغال، اسپانیا و انگلیس می‌باشد. حق بیمه درمان اجتماعی، که با توجه به درآمدها و توسط بدنه اصلی دولت، جمع‌آوری می‌گردند. پرداخت حق بیمه‌ها معمولاً اجباری بوده و بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شوند. بنگاه جمع‌آوری کننده می‌تواند یک صندوق بیمه سلامت ملی (مثلاً در کروواسی، استونی، مجارستان و اسلوواکی) یا یک صندوق بیمه اجتماعی (مانند بلژیک) یا ساختار جمع‌آوری مالی ممکن است در یک صندوق غیروابسته<sup>۳</sup> متمرکز (مثلاً در فرانسه) یا در شعب مختلف محلی صندوق ملی (مثل رومانی) باشد. صندوق‌های بیمه سلامت فردی، شغلی یا ژئوگرافی (به عنوان مثال در اتریش، جمهوری چک، آلمان، لیتوانیا<sup>۴</sup>، سوئیس) و یا یک صندوق بیمه مشارکتی (لوگزامبورگ) نیز از انواع دیگر آن می‌باشد. بیمه سلامت خصوصی: بیمه سلامت خصوصی که می‌تواند به صورت جایگزینی<sup>۵</sup>، تکمیلی<sup>۶</sup> و متمم<sup>۷</sup> تقسیم‌بندی شود. بیمه سلامت خصوصی به صورت جایگزینی یک جایگزین برای بیمه دولتی<sup>۸</sup> و قابل ارائه برای بخشی از مردم که تحت پوشش همگانی نیستند، می‌باشد. در آلمان و هلند، افراد با درآمد بالا ممکن است این نوع بیمه را خریداری نمایند. بیمه سلامت خصوصی به صورت تکمیلی، می‌تواند دسترسی سریعتر به خدمات و یا افزایش کیفیت تسهیلات بستری<sup>۹</sup> در بخش عمومی را فراهم نماید. تفاضل دسترسی به خدمات میان افراد دارا و فاقد پوشش بیمه خصوصی در این زمینه نیز مطرح می‌باشد. بیمه سلامت خصوصی به صورت متمم، تمامی و یا قسمتی از پوشش برای خدمات که توسط بیمه دولتی (پایه)، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را ارائه می‌نماید. پرداخت مستقیم از جیب توسط خانوار، که شامل کلیه هزینه‌هایی که به‌طور مستقیم توسط مصرف‌کنندگان خدمات پرداخت می‌گردند؛ از قبیل پرداخت‌های مستقیم،

- |                  |                           |                      |
|------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Heterogeneous | 2. Earmarked income taxes | 3. Independent funds |
| 4. Lithuania     | 5. Substitutive           | 6. supplementary     |
| 7. Complementary | 8. statutory insurance    | 9. hotel facilities  |



پرداخت سهمی از هزینه‌ها به‌طور رسمی و پرداخت‌های غیررسمی. پرداخت‌های مستقیم خدماتی را که تحت پوشش هیچیک از بیمه‌ها نمی‌باشند، شامل می‌شود. سایر پرداخت‌ها برای خدماتی که در بسته خدمت وجود دارند اما به‌طور کامل تحت پوشش نمی‌باشند، صورت می‌گیرد.

کمکهای خیریه و وامها، نیز از محل بنگاه‌های خیریه و بانک‌های بین‌المللی به منظور ایجاد تناسب در درآمد کشور و به‌طور عمده در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، صورت می‌گیرد (Mossialos & Dixon, 2002).

سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۵، در مقاله‌ای تحت عنوان استراتژی تأمین منابع مالی نظام سلامت برای کشورهای مناطق غربی<sup>۱</sup> و آسیای جنوب شرقی برای سالهای ۲۰۱۰-۲۰۰۶، که با هدف اصلی ایجاد تناسب، کفایت، عدالت در تأمین مالی نظام سلامت، تدوین گردید، به‌طور کلی، شاخص‌های متداول به کار رفته در تجزیه، تحلیل و پایش تأمین منابع مالی نظام سلامت را ارائه نموده که در جدول (۱) منعکس شده است.

### جدول ۱. شاخص‌های متداول به کار رفته در تجزیه تحلیل و پایش تأمین منابع مالی

#### نظام سلامت

شرح	شاخص
مخارج سلامت	- کل مخارج سلامت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی - سرانه مخارج سلامت - رشد سالیانه - کل مخارج سلامت - سرانه مخارج سلامت
مخارج دولت برای سلامت	- مخارج هزینه شده برای سلامت از جانب دولت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی - مخارج هزینه شده برای سلامت از جانب دولت به عنوان درصدی از کل مخارج سلامت - مخارج هزینه شده برای سلامت از جانب دولت به عنوان درصدی از کل مخارج دولت
پرداخت مستقیم از جیب خانوارها برای مخارج سلامت	- سهم پرداخت مستقیم از جیب برای مخارج سلامت به عنوان درصدی از کل مخارج سلامت - سهم پرداخت مستقیم از جیب برای مخارج سلامت به عنوان درصدی از کل مخارج خصوصی بخش سلامت - برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی به عنوان درصدی از کل مخارج بخش خصوصی نظام سلامت

1. western pacific

ادامه جدول ۱.

شرح	شاخص
بیمه سلامت	- درصدی از کل جمعیت که تحت پوشش بیمه‌های مختلف می‌باشند. - مخارج تأمین اجتماعی برای سلامت به عنوان درصدی از مخارج عمومی دولت برای سلامت - میزان پیش پرداخت‌ها در برنامه های بیمه سلامت
عدالت در دسترسی و بکارگیری خدمات سلامت	- سرانه میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت توسط افراد با درآمدهای پایین و بالا
حمایت‌های مالی	- جمعیتی که دچار هزینه‌های سرسام آور درمان می‌باشند نسبت به کل جمعیت - میزان بروز فقر به علت مخارج سلامت به عنوان درصدی از جمعیتی که به علت بیماری فقیر شده‌اند. - درصد افراد فقیر و جمعیت آسیب پذیر که توسط تأمین اجتماعی، تحت پوشش می‌باشند.
کمک‌های خارجی	- سهم کمک‌های خارجی به بخش سلامت از کل مخارج سلامت - بدهی دو و چند جانبه برای بخش سلامت به عنوان درصدی از کل بدهی های دولت
سلامت بین‌المللی	- حصول به اهداف توسعه ای تعیین شده برای سلامت و رفع فقر - نسبت جمعیت با درآمد کمتر از یک دلار PPP <sup>۱</sup> در هر روز - میزان فاصله طبقاتی - سهم مصرف افراد فقیر از مصرف ملی <sup>۲</sup> - درصدی از جمعیت که دسترسی به داروهای ضروری دارند

منبع: World Health Organization, 2005

الیاس موسسالوس و سارا توماس، در مقاله‌ای تحت عنوان بیمه درمان اختیاری، که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد، دیدگاهی در مورد بازار بیمه سلامت اختیاری به عنوان یکی از شیوه‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت، در اتحادیه اروپا مطرح نموده‌اند: در این مقاله بازار بیمه سلامت اختیاری در اتحادیه اروپا، متنوع ذکر شده است؛ که تا حد زیادی به الگوهای تاریخی مختلف از توسعه وظایف گوناگون متصور شده کشوری و چگونگی بیمه پایه ارائه شده در کشور مرتبط می‌باشد. افراد تحت پوشش بیمه سلامت اختیاری در مناطق مختلف، متفاوت می‌باشند (به عنوان مثال از ۰/۲٪ افراد تحت پوشش در اتریش تا ۲۴/۷٪ افراد تحت پوشش در هلند). به طور خلاصه در این بررسی بیان شده بیمه سلامت اختیاری، نقش کارا و مناسبی را در تأمین منابع مالی نظام سلامت، در اتحادیه اروپا نداشته و همواره سهم اندکی از کل مخارج سلامت را به خود اختصاص داده است و در

1. Purchasing Power Parity

2. National Consumption

سال ۱۹۹۸ در بلژیک، دانمارک، فنلاند، یونان، ایتالیا، لوگزامبورگ، پرتغال، اسپانیا، سهم آن کمتر از ۵٪ بوده است (همان).

ویلیام ساودوف در مقاله‌ای تحت عنوان: تأمین منابع مالی مالیات محور، که در سال ۲۰۰۴ انتشار یافت، نظام مالیات را محور حمایت مالی مناسب برای افراد با توجه به پیش پرداخت‌های اولیه، اشتراک در منابع، امکان سرمایه‌گذاری وجوه، اشتراک در ریسک را معرفی می‌نماید و در حقیقت، درآمدهای دولت، منبع عمده تأمین منابع مالی نظام سلامت در ۱۰۶ کشور از ۱۹۱ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت می‌باشند. تأمین منابع مالی نظام سلامت که عمدتاً متکی بر درآمدهای عمومی دولت (سیستم مالیات) می‌باشد، از دو راه تحقق می‌یابد: در برخی کشورها، سیستم مبتنی بر مالیات، بر پایه نظام بیمه‌ای همگانی و خصوصی که از قبل وجود داشت، ظهور یافت؛ برای مثال در انگلیس پس از تصویب قانون بیمه ملی در سال ۱۹۱۱، تأمین منابع از طریق فیش‌های حقوقی<sup>۱</sup>، صورت می‌گرفت و تا بعد از جنگ جهانی دوم، سیستم مالیات همگانی وجود نداشت. این الگو در کشورهای اروپای غربی، معمول است. در کشورهای دسته دوم، سیستم مالیات محور مستقیماً توسط نظام استبدادی پایه‌ریزی شد. این حالت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، که تحت استعمار انگلیس بودند، مانند مالزی، سنگاپور، هنگ‌کنگ، و بسیاری از کشورهای افریقای و جزایر واقع در دریای کارائیب دیده می‌شود. سیستم مبتنی بر مالیات، دارای مزایایی برای مقیاس‌های اقتصادی<sup>۲</sup> در اجرا، ریسک‌های مدیریتی و قدرت خرید می‌باشد. این نقاط قوت به واسطه طبیعت سیاسی افزایش و تخصیص درآمدهای مالیاتی در ایالت‌های ملی مدرن<sup>۳</sup>، به وجود آمده است. به طور کلی امروزه، سیستم مالیات محور از روندهای سیاسی، اجتماعی و اقتصادی، پدیدار گشته‌اند (Savedoff, 2004).

ویلیام ساودوف (و همکار) همچنین در مقاله‌ای تحت عنوان بیمه سلامت خصوصی، راهکارهایی را برای کشورهای در حال توسعه ارائه نموده است. در این مقاله اشاره شده که برخلاف آنکه سیستم مبتنی بر مالیات و سیستم بیمه‌ای از راه‌های معمول ارتقاء عدالت و کارایی در کشورها هستند، بیمه خصوصی غالباً دیدگاه‌های عدم عدالت در دسترسی، پوشش تعداد کمی از افراد، و سلامت برای ثروتمندان را به یاد می‌آورد. اما در سطح کلان، بیمه خصوصی فرصتی برای خانوارها برای جلوگیری از مخارج بالای پرداخت مستقیم از جیب آنها فراهم می‌نماید. مطالعات گذشته نشان داده است که سیستم بیمه اجتماعی، در چندین کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی، بر پایه برنامه بیمه سلامت خصوصی داوطلبانه، که بر اساس گروه‌ها می‌باشد، تحقق یافته

---

1. payroll contribution

2. scale economic

3. modern national-state

است. بیمه سلامت خصوصی به عنوان داوطلبانه، پوشش افراد برای کسب سود، معنی می‌دهد. جدول (۲) کشورهایی که بیمه خصوصی سلامت در آنها بیشتر از ۵٪ کل مخارج سلامت را در سال ۲۰۰۱، به خود اختصاص داده بود با طبقه‌بندی از لحاظ درآمد نشان می‌دهد (Sekhri & Savedoff, 2004).

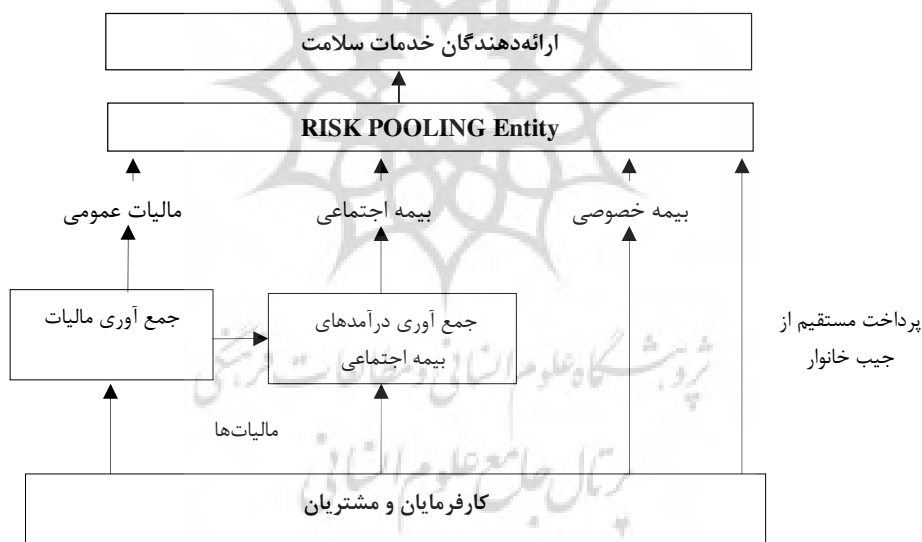
جدول ۲. کشورها با بیمه خصوصی سلامت با سهم بالای ۵٪ از کل مخارج سلامت،

سال ۲۰۰۱

درآمد پایین	اندونزی، کنیا، ماداگاسکار، مالی، زیمبابوه
درآمد متوسط پایین <sup>۱</sup>	آلبانی، برزیل، کلمبیا، جامائیکا، مراکش، نامیبیا، پاراگوئه، پرو، فیلیپین، آفریقای جنوبی، تونس، ترکمنستان
درآمد متوسط بالا <sup>۲</sup>	آرژانتین، بوتسوانا، شیلی، لبنان، پاناما، عربستان سعودی، اروگوئه
درآمد بالا	استرالیا، اتریش، بحرین، باربادوس، کانادا، فرانسه، آلمان، ایرلند، هلند، نیوزیلند، جمهوری کره، اسلوانیا، امریکا، سوئیس

و سازوکارهای تأمین منابع را به شرح شکل (۱) در این مقاله بیان نموده است:

شکل ۱. سازوکارهای تأمین منابع مالی



1. lower middle income

2. upper middle income

آژانس آمریکایی توسعه بین‌الملل (گروه اصلاحات بخش سلامت) در مقاله‌ای تحت عنوان تأمین مالی اجتماع محور بخش سلامت، بیان می‌دارد که در برنامه‌های تأمین مالی اجتماع محور، تأمین مالی و ارائه مراقبت‌های اولیه به صورت یکپارچه است؛ اما کماکان از خدمات سطوح ثانویه و ثالثیه مجزا است. ارائه‌کنندگان یا افراد به خدمت گرفته شده از سوی جوامع و یا وابسته به سازمان‌های غیردولتی و غیرانتفاعی هستند. در شیوه تأمین مالی جامعه‌ای، گروه‌های جمعیتی مختلف، از طریق برنامه‌های پیش پرداخت محلی خود اقدام به ارائه و کنترل خدمات مراقبت اولیه مربوط به خود می‌نمایند. این طرح‌ها پدیده تازه و جدیدی محسوب نمی‌شوند. چنین طرح‌هایی سابقه طولانی دارند و در بعضی موارد از سازوکارهای سنتی انباشت مخاطرات توسعه می‌یابند (مانند توانتین در آفریقای غربی). طرح‌های اجتماع محور، می‌توانند در بهبود و دسترسی مالی، بهره‌برداری، بسیج منابع و کیفیت خدمات مراقبت سلامت از طریق تلاش‌های جمعی جامعه مؤثر باشند. بدیهی‌ترین تأثیر اینگونه طرح‌ها، کاهش میزان مبلغی است که افراد در ازای دریافت خدمات مراقبت سلامت دریافت می‌دارند. پرداخت هزینه‌های مستقیم از جیب، کمتر در ازای هر یک از خدمات مراقبت سلامت می‌تواند به بهره‌برداری از خدمات مراقبت سلامت بیشتر و کاهش مدت زمان انتظار برای دریافت مراقبت منتهی گردد. این طرح‌ها از طریق سازوکارهای مختلف می‌توانند در بهبود کیفیت مراقبت سلامت مؤثر باشند؛ اولاً اعضا انتظار دارند که کیفیت خدمات بهبود یابد، ثانیاً کیفیت خدمات مراقبت سلامت ممکن است از طریق قرارداد میان ارائه‌دهندگان و طرح‌های اجتماع محور که استانداردهای معینی را برای کیفیت خدمات مختلف تصریح می‌نمایند، بهبود یابد، ثالثاً تسهیلات مربوط به امور سلامت می‌توانند از پرداخت‌های اجتماع محور به منظور ساماندهی جریان‌های نقدی و یا سرمایه‌گذاری در ملزومات دارویی و... استفاده نمایند (U.S. Agency for Int. Dev, 2004).

#### ۴- یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در چهار بخش ارائه شده است:

۱. بخش اول مربوط به نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران می‌باشد؛
۲. بخش دوم روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد بررسی را به‌طور خلاصه نشان می‌دهد؛
۳. 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؛

۴. 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.

### بخش اول: نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران

در جدول (۳) نتایج مربوط به بررسی مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران ارائه شده است:

جدول ۳. مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران

شرح	کانادا	امریکا	ژاپن	آلمان	فرانسه
جمعیت کل (میزان * ۱۰۰۰) سال ۲۰۰۵	۳۲۲۶۸	۲۹۸۲۱۳	۱۲۷۴۷۸	۸۲۴۱۴	۵۹۸۵۰
نرخ رشد سالانه جمعیت به درصد سال ۲۰۰۳	۰/۹	۱/۱	۰/۳	۰/۲	۰/۴
نسبت وابستگی (به ازای هر ۱۰۰ نفر) سال ۲۰۰۳	۴۵	۵۱	۴۸	۴۸	۵۳
درصد جمعیت بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۰۳	۶/۴	۱۶/۲	۲۴/۴	۲۴	۲/۰۵
امید به زندگی سالم (به سال)، در سال ۲۰۰۳	۷۲	۶۹/۳	۷۵	۷۱/۸	۷۲
کاهش در امید به زندگی به واسطه سطح پایین بهداشت (به درصد) در سال ۲۰۰۲	۹/۶	۱۰/۳	۸/۳	۸/۵۵	۹/۷
سرانه مخارج کل مربوط به بهداشت بر اساس دلار بین‌المللی، در سال ۲۰۰۴	۳۰۸۷	۶۱۰۳	۲۳۴۷	۲۰۶۶	۳۰۱۶
سرانه مخارج عمومی دولت در بخش بهداشت بر اساس دلارهای بین‌المللی	۲۱۵۷	۲۷۲۸	۱۸۹۷	۲۲۱۲	۲۳۰۷

شرح	سوئد	ترکیه	هلند	مجارستان	انگلیس	ایران
جمعیت کل (میزان * ۱۰۰۰) سال ۲۰۰۵	۸۸۶۷	۷۰۳۱۸	۱۶۰۶۷	۹۹۲۳	۵۹۰۶۸	۶۸۰۷۰
نرخ رشد سالانه جمعیت به درصد سال ۲۰۰۳	۰/۲	۱/۶	۰/۶	-۰/۴	۰/۳	۱/۴
نسبت وابستگی (به ازای هر ۱۰۰ نفر) سال ۲۰۰۳	۵۵	۵۷	۴۸	۴۵	۵۳	۵۹
درصد جمعیت بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۰۳	۲۲/۹	۸/۲	۱۸/۵	۲۰	۲۰/۸	۶/۴
امید به زندگی سالم (به سال)، در سال ۲۰۰۳	۷۳/۳	۶۲	۷۱/۲	۶۴/۹	۷۰/۶	۵۷/۶
کاهش در امید به زندگی به واسطه سطح پایین بهداشت (به درصد) در سال ۲۰۰۲	۸/۷	۱۱/۱۵	۹/۳۵	۱۰/۶	۹/۶	۱۶/۶
سرانه مخارج کل مربوط به بهداشت بر اساس دلار بین‌المللی، در سال ۲۰۰۴	۲۸۷۵	۵۸۹	۳۰۵۶	۱۳۳۴	۲۵۳۱	۴۶۸
سرانه مخارج عمومی دولت در بخش بهداشت بر اساس دلارهای بین‌المللی	۲۴۵۶	۴۲۵	۱۸۶۹	۹۶۸	۲۱۴۷	۲۱۸

منبع: WHO, Countries Indicator, 2006

همانگونه که مقایسه وضعیت جمعیتی کشورهای مورد پژوهش و کشور ایران نشان می‌دهد که کشور آمریکا با جمعیت (۲۹۸۲۱۳۰۰۰) نفر و کشور سوئد با جمعیت (۸۸۶۷۰۰۰) نفر به ترتیب بیشترین و کمترین جمعیت را در سال ۲۰۰۵ دارا بوده‌اند؛ کشور ایران نیز با جمعیت (۶۸۰۷۰۰۰۰) 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 (۷۱۱۳۰/۴) هزار نفر بوده است اما از لحاظ سرانه مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت، با وجودی که کشور آمریکا، آلمان و ژاپن جایگاه اول، چهارم و هفتم را در میان کشورهای مورد پژوهش داراست اما کشور ایران با سرانه ۲۱۸<sup>۱</sup> 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 بر اساس دلار بین‌الملل) را داشته است و از لحاظ سرانه کل مخارج سلامت نیز با رقم ۴۶۸ (بر اساس دلار بین‌الملل) جایگاه یازدهم (کمترین میزان) را در میان کشورهای مورد پژوهش داراست و اختلاف قابل توجهی با متوسط کشورهای مورد پژوهش ۲۷۰۰ (بر اساس دلار بین‌الملل) داشته است.

نرخ رشد سالیانه جمعیت (۱/۴٪) در کشور ایران که بعد از کشور ترکیه جایگاه دوم را داراست و با توجه به آمار ۶/۴ درصدی 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 - به منظور جلوگیری از به وجود آمدن مشکلات در سالهای آتی - می‌طلبد. نسبت وابستگی به ازای هر ۱۰۰ نفر در کشور ایران ۵۹ نفر اعلام گردیده که بیشترین میزان را در کشورهای مورد پژوهش در بر دارد و نکته قابل توجه برای سیاستگذاران بیمه‌ای محسوب می‌شود. امید به زندگی سالم<sup>۲</sup> 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 و نزدیک به آمار کشورهای ترکیه و مجارستان اعلام گردیده و در مقابل، کشور ژاپن 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 و کل سالهای از دست رفته زندگی به واسطه سطح پایین بهداشت در سال ۲۰۰۲ در کشور ایران ۱۶/۶ سال نزدیک به آمار کشورهای ترکیه و مجارستان اعلام گردیده و اختلاف قابل توجهی با متوسط کشورهای مورد پژوهش (۹/۵ سال) داشته است. چگونگی وضعیت ژنتیکی و... سطح بهداشت و درمان کشور، دسترسی به مراقبت‌های سلامت و منابع تخصیص‌یافته به بخش سلامت را

1. International dollar rate

2. Healthy life-expectancy

از علل متعدد بوجود آورنده آن می‌توان نام می‌برد در مورد ایران با سهم پایین سرانه مخارج عمومی دولت برای بخش سلامت و سرانه کل مخارج سلامت، این نتیجه مورد انتظار است.

### بخش دوم: روشهای تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد پژوهش

جمع‌بندی نتیجه مطالعات انجام شده در خصوص شناسایی چگونگی روشهای تأمین منابع مالی سلامت در کشورهای مورد پژوهش به شرح ذیل می‌باشد.

#### جدول ۴. روشهای تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای مورد بررسی

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
کانادا	تأمین منابع مالی اصلی در این قسمت بر عهده دولت و یا سازمان‌های دولتی می‌باشد؛ که به چهار قسمت تقسیم می‌شود: ۱- دولت محلی (استانی) ۲- دولت فدرال ۳- شهرداری ۴- تأمین اجتماعی افراد جامعه و تشکیلات اقتصادی، مالیات‌ها را پرداخت می‌نمایند؛ مالیات‌ها توسط دولت مرکزی، دولت‌های محلی، و شهرداری‌ها جمع‌آوری می‌گردند. که با منابع مالیاتی جمع‌آوری شده، به تأمین‌کنندگان اولیه و ثانویه خدمات سلامت پرداخت صورت می‌گیرد.	۱- بیمه‌های خصوصی ۲- پرداخت‌های مستقیم خانوار حق بیمه‌های بیمه خصوصی: افراد جامعه و تشکیلات اقتصادی، حق بیمه‌ها را پرداخت می‌نمایند؛ این حق بیمه‌ها توسط بیمه‌های خصوصی جمع‌آوری می‌گردند که بازپرداخت هزینه‌های درمان را در قبال حق بیمه‌های پرداخت شده، انجام می‌دهد. پرداخت‌های مستقیم مردم: بیماران در قبال دریافت خدمات سلامت، پرداخت‌هایی را برای داروهای بدون نسخه، خدمات بیمارستان، خدمات دندانپزشکی، بینایی‌سنجی و... انجام می‌دهند.
امریکا	۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲- حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی مالیات‌ها و مالیات‌های دستمزد از افراد جامعه، به دولت مرکزی و ایالتی پرداخت می‌شوند که تأمین‌کننده منابع مالی خدمات مدیکر و مدیکید و پوشش نظامی و سایر خدمات سلامت همگانی می‌باشد که خود تأمین‌کننده منابع مالی خدمات ارائه شده می‌باشد. حق بیمه‌های پرداختی نیز توسط افراد به کارفرمایان، منبع تأمین منابع مالی برنامه‌های سلامت و مراقبت‌های مدیریت‌شده و پوشش غرامت می‌باشند که پرداخت به سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت را نیز تأمین مالی می‌نمایند.	پرداخت‌های مستقیم خانوار بیماران پرداخت‌هایی را به داروسازان، بیمارستان‌ها (عمومی و خصوصی)، متخصصین و پزشکان مراقبت‌های اولیه و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت به ازای دریافت خدمات سلامت مربوطه انجام می‌دهند.
ژاپن	۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲- حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی مالیات‌های پرداخت شده از جانب افراد توسط دولت جمع‌آوری می‌گردند؛ یارانه دولت به برنامه‌های کمک پزشکی پرداخت می‌گردد. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی: حق بیمه‌های پرداخت شده از جانب افراد توسط بیمه‌گران جمع‌آوری می‌گردند و به مراجع مختلف مانند فدراسیون بیمه سلامت ملی، سازمان‌های بیمه‌گر و... جهت تأمین منابع مالی خدمات درمانی ارائه شده، پرداخت می‌گردد.	پرداخت‌های مستقیم خانوار پرداخت‌های مستقیم مردم که در ازای دریافت خدمت به بیمارستان‌ها، کلینیک‌های پزشکان، داروخانه، خدمات پرستاری صورت می‌گیرد.



## ادامه جدول ۴.

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
آلمان	<p>۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده</p> <p>۲- حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی</p> <p>مالیات‌های پرداخت شده از جانب افراد که در اختیار دولت‌های محلی ایالتی فدرال قرار گرفته و به صورت‌های مختلف (بودجه کلی، سرمایه‌گذاری، کارانه) منبع تأمین مالی پرداخت‌های مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد.</p> <p>حق بیمه‌های بیمه اجتماعی: حق بیمه‌های پرداخت شده از جانب افراد به نظام تأمین اجتماعی، که در اختیار صندوق قرار گرفته، و سرمایه‌گذاری منابع موجود و پرداخت موارد موردتعهد را عهده‌دار می‌باشند.</p>	<p>۱- حق بیمه‌های بیمه خصوصی</p> <p>۲- پرداخت‌های مستقیم خانوار</p> <p>پرداخت حق بیمه از جانب افراد به بیمه‌گران خصوصی، صندوق‌های جایگزین، صورت می‌گیرد و در قبال تعهدات تعیین شده بازپرداخت به بیماران و پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات از جانب بیمه‌گران خصوصی صورت می‌پذیرد.</p> <p>پرداخت‌های مستقیم خانوار: پرداخت‌های خانوار که در قبال دریافت خدمات پرستاری در منزل، بیمارستان‌های انتفاعی خصوصی، بیمارستان‌های غیرانتفاعی خصوصی و بیمارستان‌های عمومی</p>
فرانسه	<p>۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده</p> <p>۲- حق بیمه‌ها برای بیمه اجتماعی</p> <p>درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده: مالیات‌های پرداخت شده توسط مردم، توسط وزارت بهداشت و مدیریت مرکزی جمع‌آوری می‌گردد که یارانه‌ها براساس مالیات به حساب‌های تأمین اجتماعی متمرکز شده به منظور تخصیص بر پایه سهم بیماران و کمک‌های مالی در اختیار صندوق‌های بیمه سلامت قرار می‌گیرند که تأمین منابع مالی خدمات سلامت ارائه شده صورت می‌گیرد.</p> <p>حق بیمه‌های بیمه اجتماعی: حق بیمه‌های پرداخت شده توسط مردم، توسط حساب‌های تأمین اجتماعی متمرکز شده جمع‌آوری می‌گردد و به صندوق‌های بیمه سلامت به منظور تأمین هزینه خدمات ارائه شده، انتقال می‌یابد.</p>	<p>۱- حق بیمه‌های بیمه خصوصی</p> <p>۲- پرداخت‌های مستقیم خانوار</p> <p>حق بیمه‌های بیمه خصوصی: حق بیمه‌های پرداخت شده توسط مردم که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی و بیمه‌گران خصوصی غیرانتفاعی جمع‌آوری می‌گردد و برای انجام بازپرداخت‌ها به بیماران و تأمین هزینه خدمات ارائه شده، هزینه می‌گردد.</p> <p>پرداخت‌های مستقیم خانوار: که در ازای خدمات دریافت شده از پزشکان خصوصی، داروسازان، بیمارستانهای خصوصی و کلینیک‌ها، بیمارستان‌های عمومی، پزشکان سرپایی، مراکز سلامت وابسته به شهرداری، پرداخت به آنها صورت می‌گیرد.</p>
سوئد	<p>۱- منابع نظام سلامت کشور سوئد، اصولاً از محل مالیات‌ها، تأمین می‌شود.</p> <p>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.</p>	<p>۱- پرداخت مستقیم از جیب ۲- بیمه سلامت داوطلبانه پرداخت‌هایی از جانب بیماران به ارائه‌دهندگان صورت می‌گیرد؛ این پرداخت‌ها مانند پرداخت با نرخ ثابت می‌باشند.</p> <p>بیمه سلامت داوطلبانه در سوئد، بسیار محدود می‌باشد. در سال ۲۰۰۳، در حدود ۲۰۰۰۰ نفر از ساکنین کشور (۲/۳٪ از جمعیت)، این بیمه را خریداری نمودند. با این وجود، بازار بیمه سلامت داوطلبانه در کشور در حال ارتقاء می‌باشد و یکی از دلایل آن، لیست‌های طولانی انتظار برای دریافت خدمات درمانی تحت نظارت، شوراهای استانی می‌باشد. مزیت اصلی بیمه تکمیلی، فراهم‌آوردن زمینه دسترسی سریع به خدمات درمانی، در مواقع نیاز، می‌باشد.</p>

ادامه جدول ۴.

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
ترکیه	<p>۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده</p> <p>۲- حق بیمه‌های بیمه اجتماعی</p> <p>درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده: مالیات‌های پرداخت شده توسط مردم، توسط وزارت بهداشت و مدیریت مرکزی جمع‌آوری می‌گردد که یارانه‌ها براساس مالیات به حساب‌های تأمین اجتماعی متمرکز شده به منظور تخصیص بر پایه سهم بیماران و کمک‌های مالی در اختیار صندوق‌های بیمه سلامت قرار می‌گیرند که تأمین منابع مالی خدمات سلامت ارائه شده صورت می‌گیرد.</p> <p>حق بیمه‌های بیمه اجتماعی: حق بیمه‌های پرداخت شده توسط مردم، توسط حساب‌های تأمین اجتماعی متمرکز شده جمع‌آوری می‌گردد و به صندوق‌های بیمه سلامت به منظور تأمین هزینه خدمات ارائه شده، انتقال می‌یابد.</p>	<p>۱- حق بیمه‌های بیمه خصوصی</p> <p>۲- پرداخت مستقیم از جیب</p> <p>حق بیمه‌های بیمه خصوصی: حق بیمه‌های پرداخت شده توسط مردم که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی و بیمه‌گران خصوصی غیرانتفاعی جمع‌آوری می‌گردد و برای انجام بازپرداخت‌ها به بیماران و تأمین هزینه خدمات ارائه شده، هزینه می‌گردد.</p> <p>پرداخت‌های مستقیم خانوار: که در ازای خدمات دریافت شده از پزشکان خصوصی، داروسازان، بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌ها، بیمارستان‌های عمومی، پزشکان سرپایی، مراکز سلامت وابسته به شهرداری، پرداخت به آنها صورت می‌گیرد.</p>
هلند	<p>۱- مالیات‌ها</p> <p>۲- بیمه اجتماعی</p> <p>مالیات‌ها: استانداری‌ها و شهرداری‌ها مدیریت نظام مالیاتی کشور را عهده‌دار می‌باشند؛ مالیات‌های جمع‌آوری شده عمدتاً به منظور تأمین هزینه‌های تحقیق در سلامت و بهداشت همگانی به کار می‌روند.</p> <p>مالیات‌ها از افراد جمع‌آوری شده و در اختیار صندوق بیماری قرار می‌گیرد، که پرداخت‌هایی را برای ارائه دهندگان خدمات سلامت صورت می‌دهند. مالیات‌های عمومی پرداخت شده توسط مردم در بودجه دولت لحاظ شده که از آن منبع پرداخت‌هایی برای ارائه خدمات سلامت همگانی، صورت می‌گیرد.</p> <p>بیمه اجتماعی: حق بیمه‌ها به صورت درصدی و نرخ ثابت از افراد دریافت می‌گردند. حق بیمه‌ها به درآمد افراد بیمه شده وابسته می‌باشند و قسمتی از حق بیمه توسط کارفرما پرداخت می‌گردد. حق بیمه با نرخ ثابت به صندوق‌های بیماری پرداخت می‌گردد. پرداخت حق بیمه که از کانال صندوق‌های بیماری و تأمین منابع ارائه خدمات همگانی سلامت پرداخت می‌گردد و بودجه برای مؤسسات و بیمارستان‌های روانی، خدمات بیمارستانی روانی، خدمات سلامت در منزل، خانه‌های سالمندی و پرستاری در منزل تخصیص می‌یابد.</p>	<p>۱- پرداخت مستقیم از جیب</p> <p>۲- بیمه درمان داوطلبانه</p> <p>به پرداخت‌های مستقیم مردم هنگام دریافت خدمات به مؤسسات و بیمارستان‌های روانی، خدمات بیمارستانی روانی، خدمات سلامت در منزل، خانه‌های سالمندی و پرستاری در منزل، بیمارستان‌های عمومی خصوصی، پزشکان عمومی، داروسازان، پرداخت از جانب خانوار صورت می‌گیرد.</p> <p>به‌طور 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.</p>

## ادامه جدول ۴.

کشور	بخش عمومی	بخش خصوصی
مجارستان	۱- درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده ۲- حق بیمه‌های بیمه اجتماعی درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده: مالیات از جانب افراد به دولت مرکزی پرداخت می‌گردد، به دولت محلی تخصیص یافته، سرمایه‌گذاری منابع، صورت می‌گیرد و در قالب نظام‌های پرداخت مختلف، پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت صورت می‌گیرد. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی: حق بیمه‌های پرداختی از جانب افراد که توسط دولت مرکزی جمع‌آوری شده و در اختیار صندوق ملی بیمه سلامت قرار گرفته، سرمایه‌گذاری‌های لازم صورت گرفته و از طریق نظام‌های مختلف پرداخت، پرداخت به داروسازان، پزشکان خانواده، کلینیک‌ها و متخصصین بخش خصوصی، کلینیک‌های سرپایی عمومی، بیمارستان‌های کشورهای و شهرداری‌ها، بیمارستان‌های ملی و خدمات سلامت عمومی صورت می‌گیرد.	پرداخت‌های مستقیم خانوار توسط خانوار و در قبال دریافت خدمات مربوط به داروسازان، پزشکان خانواده، کلینیک‌ها و متخصصین بخش خصوصی، کلینیک‌های سرپایی عمومی، بیمارستان‌های کشورهای و شهرداری‌ها، بیمارستان‌های ملی و خدمات سلامت عمومی صورت می‌گیرد.
انگلیس	سیستم خدمات سلامت ملی انگلیس عمدتاً توسط مالیات، تأمین منابع می‌گردد. افراد جامعه مالیات‌های عمومی و حق بیمه ملی را پرداخت نموده که در اختیار دپارتمان سلامت قرار گرفته، در بودجه کلی برای بیمارستان‌ها و خدمات سلامت عمومی و پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت لحاظ می‌گردد.	پرداخت مستقیم از جیب قسمت عمده پرداخت‌های مستقیم افراد در هنگام دریافت خدمات دارویی، دندانپزشکی و چشم‌پزشکی، هزینه می‌گردد (حق بیمه‌های بیمه خصوصی) منابع مکمل: سیستم خدمات سلامت ملی ۲٪ درآمد را از هزینه کاربران <sup>۲</sup> تأمین می‌نماید.
ایران	منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر در کشور: - حق سرانه درمان دریافتی از دستگاه‌ها، سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها و همچنین بیمه‌شوندگان - درآمدهای حاصله از وجوه و اموال و دارایی‌های سازمان - کمک‌ها و هدایایی که به سازمان اعطا می‌شود - منابع حاصل از درآمدهای متفرقه - اعتبارات دولتی از محل بودجه عمومی جهت حمایت‌ها - حق بیمه (مهمترین منبع درآمد) - وجوه حاصل از خسارات و جریمه‌های نقدی مقرر در قانون	پرداخت از جیب: بیش از نیمی از مخارج سلامت به این صورت پرداخت می‌گردد.

1. WHO, Countries Indicator, 2006

2. Health care financing, OECD report, 2002

۳. مهر، ۱۳۸۰.

### بخش سوم: بررسی نتایج حاصل از برآورد مدل تأمین منابع مالی سلامت ۱۰ کشور

#### مورد پژوهش

در جدول (۵) نتایج حاصل از تخمین مدل برای کشورهای منتخب عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ ارائه شده است:

### جدول ۵. 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
پیش‌پرداخت‌های 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

همان‌طور که نتایج برآوردها 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 آن 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 و بر این اساس می‌توان گفت که ۹۸ درصد تغییرات متغیر وابسته که همان نسبت کل مخارج سلامت به تولید ناخالص داخلی می‌باشد بر اساس متغیرهای مستقل مدل قابل توضیح می‌باشد. مقدار آماره دوربین واتسون می‌تواند نشان‌دهنده وجود همبستگی بین جملات اختلال باشد، اما به دلیل آنکه در مدل پانل دیتا تخمین زده شده، سری زمانی ۷ ساله کوتاه‌مدت استفاده شده، این آماره نمی‌تواند اعتبار کافی برخوردار باشد.

در جدول (۶) نتایج حاصل از برآورد مدل، میزان حساسیت کل مخارج سلامت نسبت به متغیرهای تأمین منابع مالی برای کشورهای منتخب عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد پژوهش ارائه شده است.

#### جدول ۶. نتایج برآورد مدل برای کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی

متغیر	کشش میانگین دوره‌ای (سال ۲۰۰۴-۱۹۹۸)
مخارج عمومی دولت برای سلامت به استثنای هزینه‌های تأمین اجتماعی	۰/۷۶
هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت	۰/۸۳
پرداخت مستقیم خانوار برای سلامت	۰/۲۹
پیش‌پرداخت‌های خصوصی برای سلامت	۰/۴۰

نتایج تخمین نشان می‌دهد که:

- یک درصد افزایش در مخارج عمومی دولت (جز هزینه‌های تأمین اجتماعی در بخش سلامت)، کل مخارج بخش سلامت را به‌طور متوسط به اندازه ۰/۷۶ درصد افزایش خواهد داد.
- یک درصد افزایش در هزینه‌های تأمین اجتماعی در بخش سلامت، کل مخارج بخش سلامت را به‌طور متوسط به اندازه ۰/۸۳ درصد افزایش خواهد داد.
- یک درصد افزایش در پرداخت مستقیم توسط افراد، کل مخارج بخش سلامت را به‌طور متوسط به اندازه ۰/۲۹ درصد افزایش خواهد داد.
- یک درصد افزایش در پیش‌پرداخت‌های تأمین اجتماعی، کل مخارج بخش سلامت را به‌طور متوسط به اندازه ۰/۴۰ درصد افزایش خواهد داد.

#### بخش چهارم: بررسی نتایج مطالعه کیفی تأمین منابع مالی سلامت ۱۰ کشور عضو

##### سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی مورد مطالعه

در جدول (۸) متوسط متغیرهای اثرگذار تأمین منابع مالی در فاصله سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۴ برای هر یک از کشورهای مورد پژوهش به منظور برآورد بهتر وضعیت کشورهای مورد مطالعه و ایران، از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه، در فاصله زمانی ۱۹۹۸-۲۰۰۴، متوسط متغیرها در سالهای مختلف

برای هر کشور در ۵ مقطع (کم، خیلی کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) محاسبه و مقایسه گردیده است.

جدول ۷. تقسیم‌بندی متغیرهای مورد مطالعه در ۵ مقطع (کم، خیلی کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد)

<i>SSHE</i>		<i>THE</i>	
۱۴/۷-۰	خیلی کم	۸/۳-۶/۸	خیلی کم
۲۹/۴-۱۴/۷	کم	۹/۷-۸/۳	کم
۴۴/۱-۲۹/۴	متوسط	۱۱/۲-۹/۷	متوسط
۵۸/۸-۴۴/۱	زیاد	۱۲/۶-۱۱/۲	زیاد
۷۳/۵-۵۸/۸	خیلی زیاد	۱۴/۱-۱۲/۶	خیلی زیاد
<i>OOPs</i>		<i>OTHGGHE</i>	
۱۱/۸-۸/۴	خیلی کم	۱۹/۱-۲/۶	خیلی کم
۱۵/۲-۱۱/۸	کم	۳۵/۷-۱۹/۱	کم
۱۸/۵-۱۵/۲	متوسط	۵۲/۲-۳۵/۷	متوسط
۲۱/۹-۱۸/۵	زیاد	۶۸/۸-۵۲/۲	زیاد
۲۵/۳-۲۱/۹	خیلی زیاد	۸۵/۳-۶۸/۸	خیلی زیاد
<i>OTHPVTHE</i>		<i>PVTPREPHE</i>	
۳/۰۸-۰/۱۸	خیلی کم	۷/۲-۰/۲	خیلی کم
۵/۳۶-۳/۰۸	کم	۱۴/۳-۷/۲	کم
۷/۶۴-۵/۳۶	متوسط	۲۱/۳-۱۴/۳	متوسط
۹/۹۲-۷/۶۴	زیاد	۲۸/۴-۲۱/۳	زیاد
۱۲/۲-۹/۹۲	خیلی زیاد	۳۵/۴-۲۸/۴	خیلی زیاد

جدول ۸. متوسط متغیرها در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸ برای هر کشور و مقایسه با معیارهای تعیین شده

کشور	متغیر	<i>I</i> '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 کم	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 زیاد	خیلی کم	متوسط	خیلی کم	خیلی کم
آلمان	متوسط	۱۰/۸	۶۸/۳	۱۰/۱	۱۰/۷	۸/۴	۲/۵
	خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	کم	خیلی کم
فرانسه	کم	۹/۶	۷۳/۵	۲/۶	۱۰/۳	۱۲/۸	۰/۹
	کم	کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	کم	خیلی کم
سوئد	کم	۸/۹	۰	۸۵/۳	۱۳/۶	۰/۲	۰/۸
	کم	خیلی کم	خیلی کم	خیلی زیاد	کم	خیلی کم	خیلی کم
ترکیه	خیلی کم	۶/۸	۳۶/۵	۳۱/۷	۲۴/۳	۳/۴	۴/۲
	خیلی کم	متوسط	متوسط	کم	خیلی زیاد	خیلی کم	کم
هلند	کم	۸/۹	۵۸/۷	۴	۸/۴	۱۶/۸	۱۲/۲
	کم	زیاد	زیاد	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 زیاد	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 کم	خیلی زیاد	خیلی کم	خیلی کم	خیلی کم

منبع: WHO, Countries Indicator, 2006

۱. نشان‌دهنده سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورها.

### • کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی

مخارج صرف شده برای سلامت، به منظور حفظ، ارتقا و بهبود وضعیت سلامت فردی و جمعی افراد، که از مجموع مخارج عمومی دولت و مخارج بخش خصوصی برای ارائه کالا و خدمات سلامت حاصل می‌گردد. همان‌گونه که از جدول (۸) مشهود است، میزان نسبت کل مخارج سلامت به تولید ناخالص داخلی در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۶/۹ دلار در کشور ترکیه تا میانگین ۱۴/۱ در کشور امریکا متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۶٪ از کمترین میزان کشورهای مورد پژوهش 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.

با توجه به آنکه هزینه‌های صرف‌شده در نظام سلامت، از ۳٪ تولید ناخالص داخلی جهان در سال ۱۹۴۸ به ۷/۹٪ در سال ۱۹۹۷ روند رو به افزایشی را نشان داده است، این افزایش قابل توجه در صرف هزینه در سطح جهان، جوامع را وادار می‌سازد 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.

### • سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت یا مالیات‌های معین شده (بجز هزینه‌های تأمین اجتماعی)

با توجه به اینکه مسؤلیت نهایی عملکرد نظام سلامت یک کشور بر عهده دولت است مدیریت دقیق و مسؤولانه سلامتی جمعیت یک کشور جوهره یک دولت خوب و کارآمد است. تأمین سلامت مردم به عنوان یک اولویت ملی، دائمی و مداوم‌بودن مسؤولیت دولت را در این امر، به دنبال خواهد داشت.

همان‌گونه که از جدول (۸) مشهود است، میزان مخارج عمومی دولت برای سلامت در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، 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 توسعه‌یافته این پژوهش، میزان مخارج عمومی دولت برای سلامت آنها رقم بالاتری را به خود اختصاص داده است؛ که با توجه به وجود تعداد بیشتر افراد با سطوح پایین‌تر درآمدی در کشور ایران، توجه بیشتر دولت به منظور تأمین مخارج سلامت، افراد جامعه عادلانه‌تر به نظر می‌رسد.



با توجه به اینکه تأمین منابع مالی از طریق مالیات در این طبقه قرار می‌گیرد، بالاسوبرامانیام در سال ۲۰۰۱، و سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ و بانک جهانی در سال ۱۹۹۷ نیز این نتیجه را تأیید نموده‌اند و بانک جهانی در سال ۱۹۹۷ برآورد نمود که زمانی که میزان مالیات یک کشور کم (۱۰٪) از تولید ناخالص داخلی یا کمتر، باشد، ممکن است ۳۰٪ از درآمد عمومی دولت لازم باشد تا ۳٪ از کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی را تأمین منابع نماید و معمولاً کشورهای فقیرتر سازوکارهای مناسبی به منظور اخذ مالیات نداشته و پدیده فرار مالیاتی بویژه در میان طبقه‌های متوسط و بالای درآمدی در آنها شایع است و آنها اتکالی 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.

#### • سهم هزینه‌های تأمین اجتماعی

از آنجا که برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به صورت بیمه و ... 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 فرد کشور تأمین کند.

همان‌گونه که از جدول (۸) 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٪ افراد تحت پوشش هستند) تا میانگین ۷۳/۵٪ در کشور فرانسه متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۱۶٪ از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۳۷/۷٪) نیز کمتر بوده است.

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 غیر ناشی 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.. اشاره نمود. در حال حاضر بیمه درمان با هزینه بسیار زیادی که به نظر می‌رسد ناشی از وجود سازمان‌های موازی است در کشور اجرا می‌شود که ممکن است اصل تحقق عدالت را که یکی از مهمترین محمول 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.

• **سهم پرداخت مستقیم خانوار برای سلامت**

همان‌گونه که از جدول (۸) مشهود است، میزان سهم پرداخت مستقیم از جیب افراد برای دریافت خدمات بهداشتی - درمانی در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش، از میانگین ۸/۴٪ در کشور هلند تا میانگین ۲۵/۳٪ در کشور مجارستان متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۵۳/۵٪ از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۱۵٪) نیز بیشتر بوده است. 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.

• **سهم برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای سلامت**

در منطق اقتصاد مدرن و آزاد که امروزه تئوری‌های آن بر روابط اقتصادی جهان حاکم است، بر کاهش تصدی‌گری دولت‌ها و واگذاری امور به بخش خصوصی توصیه موکد می‌شود. محدودیت در منابع دولتی و نارسایی بازار در زمینه سلامت را می‌توان تأییدی بر این نظریه دانست. 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 جدول (۸) مشهود است، میزان سهم برنامه‌های پیش پرداخت خصوصی برای سلامت در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۰/۲٪ در کشور سوئد تا میانگین ۳۵/۴٪ در کشور آمریکا متغیر بوده است؛ در حالی که کشور ایران با میانگین ۲/۵٪ از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۹/۳٪) نیز کمتر بوده است. هر چند 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 اعتبار بخشی مؤسسات درمانی برگردد.

بخش خصوصی می‌تواند ایفاگر نقش مثبتی در تأمین منابع مالی نظام سلامت بویژه 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 (از جمله ایران) به خود اختصاص می‌دهد، و بار مالی بیشتر بر دوش خانوار تحمیل می‌شود، ولی با افزایش سطح بیمه‌های خصوصی در کشور، افراد با پرداخت پیش‌پرداخت‌هایی در ابتدا، پرداخت هزینه کمتری را در زمان نیاز و دریافت خدمات سلامت متحمل می‌شوند.

• **سایر منابع بخش خصوصی برای سلامت**

میزان سایر منابع بخش خصوصی برای سلامت در فاصله سالهای ۲۰۰۴-۱۹۹۸، در میان ده کشور مورد پژوهش از میانگین ۰/۸٪ در کشور سوئد تا میانگین ۱۲/۲٪ در کشور آمریکا متغیر بوده است؛

در حالی که کشور ایران با میانگین ۰/۵٪ از متوسط کشورهای مورد پژوهش (۳/۴٪) 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.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت، در کشورهای با نظام سلامت کارآمد، با اتخاذ تصمیماتی جهت افزایش پیش‌پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار و هزینه‌های هنگام دریافت خدمت از جانب خانوار، صورت می‌پذیرد. پوشش همگانی خدمات سلامت به این معنی است که هر یک از اجزاء جامعه امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت پیشگیری، ارتقاء سطح سلامت، بازتوانی و درمانی را داشته باشند. این امر می‌تواند با گسترش نظام مالیاتی کشور یا سیستم مبتنی بر بیمه سلامت یا ترکیبی از روشهای موجود تحقق یابد. پوشش همگانی افراد جامعه از خدمات سلامت، نیازمند توجه جدی به هر یک از روشهای اصلی تأمین منابع مالی نظام سلامت و عوامل مؤثر در آن می‌باشد؛ که به طور خلاصه به شرح زیر است:

- جمع‌آوری درآمد: حق بیمه‌های درمان برای نظام سلامت به‌طور کارآمد و عادلانه جمع‌آوری گردد.
  - اشتراک منابع: که حق بیمه‌های جمع‌آوری شده به درستی سرمایه‌گذاری شوند و افراد تحت پوشش در زمان‌های مختلف بتوانند از آن استفاده نمایند.
  - خرید خدمت: منابع برای خرید و یا ارائه مناسب خدمات سلامت، هزینه شوند.
- کشورهایی که به هدف ایجاد پوشش سلامت همگانی برای افراد جامعه نزدیک گردیده‌اند، عموماً دارای نظام مبتنی بر مالیات و یا مبتنی بر بیمه می‌باشند. در نظام مبتنی بر مالیات، درآمدهای عمومی از محل مالیات‌ها، منبع مالی اصلی نظام سلامت می‌باشند؛ و ارائه و خرید خدمات سلامت تحت مدیریت دولت قرار دارد. در این سیستم غالباً افراد نمی‌دانند که چه مقدار از مالیات پرداخت شده از جانب آنها برای سلامت هزینه می‌گردد، اما در سیستم مبتنی بر بیمه، افراد می‌دانند که چه مقدار برای سلامت پرداخت نموده‌اند. در هر دو سیستم صندوق‌ها، خدمات را از هر دو بخش خصوصی و دولتی خریداری می‌نمایند. در این نظام، بسته خدماتی نوع خدمات در دسترس یا زمان برخورداری از خدمات مشخص می‌باشد، اما جزئیات بیان نمی‌گردد.
- در نظام‌های مبتنی بر بیمه، حق بیمه‌ها از محل کارگران، خویش‌فرمایان، تشکیلات اقتصادی و دولت جمع‌آوری می‌گردد و حق بیمه‌ها در قبال دریافت بسته‌های خدماتی مشخص و تعریف شده

پرداخت می‌شود. در هر دو سیستم پرداختها از جانب اعضا تحت شمول طرح پرداخت و سرمایه‌گذاری می‌شود و افراد برحسب نیاز از خدمات بهره‌مند می‌گردند.

بررسی پیشینه بیمه درمان در کشور نشان می‌دهد مبنای بیمه در کشور ما همیشه وضعیت شغلی افراد بوده است؛ یعنی بر اساس شغل افراد، جمعیت تحت پوشش قرار گرفته‌اند. سه سازمان بیمه‌گر 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 را یکجا به صندوق این سازمان واریز می‌نمایند. منبع مالی این صندوق وابسته به درآمدهای دولتی است که نوسانات در آن، می‌تواند وضعیت این صندوق را هم دچار نوسان نماید.

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد، کل مخارج سلامت در کشورهای مورد پژوهش در برابر تغییرات متغیرهای مورد بررسی تغییرات از خود نشان دادند و چگونگی تأمین منابع مالی نظام سلامت در این کشورها به‌گونه‌ای 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 افراد درصد کمتری را در تأمین منابع نظام سلامت این کشورها به خود اختصاص داده است؛ در حالی 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.

به طور کلی تأمین منابع مالی نظام سلامت از دو بخش عمومی (درآمدهای عمومی دولت از محل مالیات‌ها، حق بیمه‌های اجتماعی و ...) و خصوصی (بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب، خیریه‌ها، منابع خارجی و ...) صورت می‌گیرد؛ لذا با توجه به نقش هر یک از روش‌ها بر اساس آنچه در این پژوهش استنباط گردید، اصلاح فرایندهای تجمیع 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.

## ۶- پیشنهادات مربوط به کاربرد یافته‌ها

با توجه به یافته‌های فوق، می‌توان موارد زیر را در سیاستگذاری‌ها مدنظر قرار داد: زمانی که کشورها به دنبال یافتن راهی به منظور به‌کارگیری 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 اجراء و مسؤولیت 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) با توجه به افزایش قیمت‌های نسبی کالاها و خدمات سلامت در کشور و نقش بارز هزینه‌های دولت در بخش بهداشت و درمان در فرایند توسعه، لزوم توجه بیشتر در زمینه افزایش سهم اعتبارات عمومی (سهم سلامت از تولید ناخالص ملی) احساس می‌گردد که همان‌گونه که از نتایج تحقیق ملاحظه گردید، این افزایش سهم با توجه به نقش تولید و نظارت دولت در فراهم نمودن کالاهای اساسی در کشورهای مورد پژوهش نیز مشاهده می‌گردد.

ب) تأمین مالی از طریق مالیات و عوارض، زیرا سیستم مالیاتی می‌تواند مزیت‌هایی را در نحوه مدیریت وضعیت اقتصادی، ریسک‌های مدیریتی و قدرت خرید جامعه به وجود 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 مسؤولیت‌پذیری ضعیف و یا بی‌ثباتی به وجود آید. راه‌هایی که علاوه بر مالیات بر درآمد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سود، مالیات غیرمستقیم، مالیات مستقیم و... می‌تواند کسب کرد، می‌تواند افزایش مالیات از منابع تولیدکننده خطر برای سلامت و تخصیص آن به نظام سلامت باشد؛ از جمله:

- تخصیص بخشی از مالیات شرکت‌های اتومبیل‌سازی و عوارض جاده‌ای
  - تخصیص بخشی از حق بیمه مربوط به بیمه‌نامه اتومبیل
  - مالیات و عوارض از صنایع و کارخانجاتی که سلامت مردم را به خطر می‌اندازند.
  - تخصیص بخشی از مالیات صنایع داروسازی، پزشکی، بیمارستانی و... به بخش سلامت
  - و....
- که تحقق هر یک از موارد بالا نیازمند توجه به زیرساخت‌ها و سازوکارهای اخذ مناسب و تخصیص بهینه آنها در موارد هدف می‌باشد.

ج) انتخاب روشهای تأمین مالی نسبی<sup>۱</sup> و روش صعودی<sup>۲</sup>، که در این نظام نسبت سهمی که افراد برای مراقبت بهداشتی پرداخت می‌کنند با افزایش درآمد بیشتر می‌شود و بنابراین با پرداخت‌های تصاعدی با افزایش سطح درآمد، نسبت بیشتری از درآمد جذب سیستم مالی می‌شود. این روشها بر خلاف پرداخت سرانه ثابت فعلی برای کلیه افراد با هر میزان درآمد است.

ت) تعیین سرانه و تعرفه خدمات درمانی با توجه به قیمت تمام‌شده خدمات

ث) ارتباط منسجم بین بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات درمانی و تبیین قوانین مشخص نظارتی بر نحوه عملکرد بخش خصوصی با توجه به محدودیت در منابع دولتی و نارسایی بازار در زمینه سلامت.

چ) 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 اهدایی 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 به طور خلاصه، لیست منظمی از کمکهای خیریه و خارجی در این نواحی از لحاظ میزان درآمد و مصرف هزینه موجود نمی‌باشد که ساماندهی مناسب وضعیت مالی و مصارف این انجمن‌ها ضروری می‌باشد.

به‌طور 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 خدمات، و با توجه به زیرساخت‌های موجود در کنار فراهم‌سازی بستر مناسب جهت به‌کارگیری روشهای کارآمد، به کار برده باشد؛ که این الگو می‌تواند افزایش دسترسی به خدمات درمانی برای افراد فقیر و توزیع ریسک میان همه افراد جامعه را ایجاد نماید.

### پیشنهادات بر مطالعات بعدی

- شناسایی وضعیت زیرساخت‌های اقتصادی - اجتماعی کشور به منظور انتخاب روشهای مختلف تأمین منابع مالی نظام سلامت؛
- تبیین اثر همپوشانی موجود در فعالیتهای دستگاه‌های دخیل در امر سلامت، بر تخصیص بودجه دولتی و هدایت منابع بخش خصوصی؛

- تبیین میزان عادلانه بودن مشارکت در بین افراد و گروه‌های اجتماعی کشور به منظور تأمین منابع مالی نظام سلامت؛
- تبیین چگونگی ساماندهی وضعیت تخصیص یارانه‌ها به بخش سلامت با اولویت بهره‌مندی مستضعفان از خدمات درمانی؛
- تبیین قیمت تمام‌شده خدمات بهداشتی و درمانی به منظور واقعی نمودن سرانه و تعرفه خدمات درمانی؛
- شناسایی چگونگی وضعیت خیریه‌ها در کشور و ساماندهی آنها به عنوان یکی از روشهای تأمین منابع مالی نظام سلامت؛
- شناسایی سازوکارهای هدایت منابع عمومی به سمت گروه‌های دارای بیشترین نیاز بهداشتی و درمانی.



## فهرست منابع

- احمدوند، علیرضا و دیگران (۱۳۸۲) گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰، نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد؛ چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.
- ای.لینچ، مارگارت (۱۳۸۲) گزیده واژه‌شناسی بیمه درمان؛ ترجمه قاسمی، محمدمهدی و صفی‌خانی، حمیدرضا؛ چاپ اول، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی.
- پژویان، جمشید (۱۳۸۴) اقتصاد بخش عمومی (مالیات‌ها)؛ چاپ سوم، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، پژوهشکده اقتصاد.
- پوررضا، ابوالقاسم (۱۳۸۳) اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه؛ چاپ اول، تهران: مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- جمشیدی، حمیدرضا (۲۰۰۵) اصلاحات نظام سلامت در ایران؛ چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- حاجی‌زاده، محمد (۱۳۸۱) بررسی عدالت در تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان ایران از طریق بودجه خانوار با استفاده از شاخص کاکوانی در سالهای ۱۳۸۰-۱۳۷۵؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- زارع، حسین (۱۳۸۳) راهبردهای خصوصی‌سازی بیمه درمان؛ تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی.
- زارع، حسین (۱۳۸۴) نظام سلامت در دنیا؛ جلد اول، چاپ اول، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی.
- زارع، حسین (۱۳۸۴) نظام سلامت در دنیا؛ جلد دوم، چاپ اول، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی.
- سازمان مدیریت صنعتی (۱۳۸۴) بررسی و تحلیل شرایط اقتصادی ایران؛ تهران: شجاعی تهرانی، حسین و عبادی فرد آذر، فرید (۱۳۸۱) اصول خدمات بهداشتی؛ چاپ دوم، تهران: نشر سماط.
- فتاح‌زاده، امیرعباس و دیگران (۱۳۸۴) اصلاحات نظام سلامت؛ چاپ اول، تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.
- ماهر، علی (۱۳۸۰) بررسی تطبیقی نظام‌های پرداخت در جهان و ارائه الگو برای کشور ایران؛ پایان‌نامه دکتری، دانشکده مدیریت و علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی.

Available at < [www.who.int/whr/](http://www.who.int/whr/) >

Balasubramaniam, K. (2001) Health Care Financing; Consumers International Regional Office for Asia and the Pacific in Collaboration



- with Cambodia NGO Alliance for Corporation, Cambodia, June 27-28. < [www.ciroap.org/health/health\\_4.doc](http://www.ciroap.org/health/health_4.doc) >
- Berman, P. (1997) National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications; Health Economics, 6:1, 1997. <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/14623/ABSTRACT> >
- Den Exter, Andre Hermans Herbert, Milena Dosljak & Reinhard Busse (2004) Health Care in Transition, Netherlands, WHO, < [www.euro.who.int/document/e84949.pdf](http://www.euro.who.int/document/e84949.pdf) >
- Didrikson, Finn (2004) Resource Allocation for Health Equity: Issues and Methods; World Bank, Institute of Public Health, <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chap8DiderichsenRAforHlthEqtyFinal.pdf> >
- Gaal, Peter (2004) Health Care in Transition: Hungary; WHO, < [www.euro.who.int/Document/E84926.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E84926.pdf) >
- Gelengard, Anna H. (2005) Health Care in Transition; World Health Organization, <[www.euro.who.int/document/e88669.pdf](http://www.euro.who.int/document/e88669.pdf)>
- Guy, Carrin (2003) Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives; WHO, Number 1.
- Health Care Financing. (2006) OECD Report; Viewed at 10 October 2006.
- Howitt, P. (2005) Health, Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Perspective; Brown University, PAHO, < [www.econ.brown.edu/fac/Peter\\_Howitt/publication/PAHO.pdf](http://www.econ.brown.edu/fac/Peter_Howitt/publication/PAHO.pdf) >
- Hsiao, Williams (2000) Health Care Financing in Developing Nations; Harvard University School of Public Health.
- Koen, Vincent (1999) Health Care in Transition: UK; European Observatory on Health Care Systems, Economic Department, NO. 256.
- Maher, Ali & Akbarian, Abas (2005) Iran Health Sector Reform: New Financial Resources; Malaysian Journal of Public Health Medicine: Volumes 5 (supplement 2).
- Manno, Maria, Hajdu Mihalyne (2001) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries, Country Studies -Hungary; OECD Health Technical papers No. 5, < <http://www.oecd.org/dataoecd/10/53/33661480.pdf> >.
- Mossialos, Elias & Dixon, Anna (2002) A Funding Health Care: An Introduction In Funding Health Care: Options for Europe; Open University Press, < <http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf> >.

- Mossialos, Elias & Thomason, Sarah (2003) 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>>.
- Mossialos, Elias, Dixon, A. (2002) 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, < [www.euro.who.int/document/obs/Fhcoplbrief4.pdf](http://www.euro.who.int/document/obs/Fhcoplbrief4.pdf) >
- 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) >.
- Savas, B. Serdar, Karahan Omer (1996) Health Care in Transition: Turkey; WHO.
- Savedoff, William (2004) Tax-Based Financing for Health System, Option and Experiences; Discussion Paper Number 4, WHO, <[whqlibdoc.who.int/hq/2004/EIP\\_FER\\_DP\\_04.4.pdf](http://www.who.int/hq/2004/EIP_FER_DP_04.4.pdf)>.
- Schieber, George (1999) Health Financing Reform in Iran: Principles and Possible Next Steps; World Bank. <[www.emro.who.int/iran/media/pdf/Iran-CCS.pdf](http://www.emro.who.int/iran/media/pdf/Iran-CCS.pdf)>.
- Sekhri, N & Savedoff, William (2004) Private Health Insurance: Implications for Developing Countries; Discussion Paper Number 3, Bulletin of the World Health Organization.
- The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance "World Health Organization, Geneva, June 2000.
- U.S. Agency for International Developments (2004) 21 Questions on CBHF; An Overview of Community-Based Health Financing; PHRplus, March; Viewed at 22 at August 2006 <[www.phrplus.org/Pubs/sp11.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/sp11.pdf)>.
- World Health Organization (2003) Glossary of Concepts and Definitions Referred to in the WHO Expenditure on Health Indicators; Viewed at 20 November 2006.
- World Health Organization (2005) Strategy on Health Care Financing for Countries on the Western Pacific and Southeast Asia Regions (2010-2010). WHO, <[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)>
- World Health Organization (2006) Countries Indicator; <<http://www.who.int/whr/2004/annex/country/...../en/index.html>>
- 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)>
- 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) >
- 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) >.
- World Health Organization, Technical Briefs for Policy -Makers, Number 1, 2005.
- World Health Report (2000) Resource Generation Function; WHO, <[www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa03\\_resource.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/hspa03_resource.pdf) >.
- World Health Organization(2006) Countries National Expenditure on Health, Viwed at 25 October.
- World Health Organization (2006) Countries, I Who, Viwed at 3 October 2006, <<http://www.who.int/countries/.../en/>>
- World Health Organization, World Health Report: Health System Improving Performance, WHO, Geneva, June 2000.
- < <http://www.euro.who.int/document/e72483.pdf> >.
- < [http://www.who.int/nha/glossary/en/Webmini\\_Glossary.pdf](http://www.who.int/nha/glossary/en/Webmini_Glossary.pdf)>.
- <<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x> >
- <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862005000200013&script=sci_arttext) >.
- <[http://www.who.int/health\\_financing/pb\\_1.pdf](http://www.who.int/health_financing/pb_1.pdf) >.



پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز  
پرتال جامع علوم انساني