

تحلیل حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران

محمود کاظمیان*

چکیده

موضوع این مقاله تحلیل صورتهای مالی هزینههای بخش بهداشت و درمان کشور در چارچوب تحلیلهای اقتصاد کلان و بر اساس دادههایی است که در طرح پژوهشی "حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران- سالهای ۱۳۸۰-۱۳۵۰"، توسط نگارنده تهیه شده است. تحلیل و ارزیابی ارائه شده با نشان دادن تصویری از وضعیت اقتصادی بخش بهداشت و درمان، ضرورت توجه به تدوین سیاستهایی را در سه بحث مهم خاطر نشان می سازد: الف) نحوه تأمین مالی هزینههای بخش بهداشت، ب) تنظیم روابط مالی بین بخش بهداشت و درمان و بخشهای اصلی در توضیح هزینه ناخالص داخلی (GDE) یا مجموع منابع مالی هزینهها در اقتصادی ملی، و ج) نحوه تنظیم روابط مالی یا هزینهها در زیربخشهای اصلی در بخش بهداشت و درمان. در حال حاضر نبود توجه مناسب به تحلیل صورتهای مالی هزینهها برای کل فعالیتهای بخش بهداشت و درمان و سیاستهای مورد انتظار در بخش، از جمله موضوعاتی است که روند آینده و مشارکت کلیه عوامل مؤثر در حل مشکلات اقتصادی و اجتماعی و انجام اصلاحات در بخش را با ابهام مواجه نموده است.

کلیدواژهها

اصلاحات در بخش بهداشت و درمان، روند هزینهها، پاسخگویی (با مسئولیت پذیری) در بخش، شاخص تعدیل هزینهها، سهم بخش از GDE، توزیع هزینهها، واحد دلار بین المللی، کارایی.

این مقاله برای تحلیل داده‌هایی تنظیم گردیده است که براساس طرح پژوهشی "حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران - سالهای ۱۳۸۰-۱۳۵۰"، توسط نگارنده تهیه شده و در گزارشات رسمی بخش بهداشت و درمان مورد استناد قرار گرفته است.^۱ مطالعه و تحلیل حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور می‌تواند توضیحاتی را در سطح کلان درباره نحوه تأمین مالی هزینه‌ها و مصارف بخش بهداشت و درمان و روابط مالی بین اجزای بخش یا کل بخش با برون آن فراهم نماید. این توضیحات عموماً به عنوان مبانی اولیه برای تدوین برنامه‌ها و سیاستهای کلی بخش بهداشت و درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین زمانی که اصلاحات در بخش بهداشت و درمان به عنوان مجموعه‌ای از برنامه‌ها برای اصلاح روشها و نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد، موضوعات مالی و هزینه‌ها برای اصلاحات، که همیشه به صورت یک محدودیت اساسی محسوب می‌شود، با استفاده از اطلاعات حسابهای ملی بخش مشخص می‌گردد.

مستندسازی سیاستها و تصمیمات براساس اطلاعات حسابهای ملی بهداشت و درمان نیازمند فراهم نمودن طبقه‌بندیهای مناسب از نحوه تأمین مالی هزینه‌ها و مصارف در واحدهای اصلی ارائه‌دهنده خدمات در بخشهای دولتی و غیردولتی می‌باشد. یک طبقه‌بندی مناسب آن است که در انطباق با ویژگیهای نحوه تأمین مالی و ارایه خدمات بهداشتی و درمانی کشور قرار داشته و بتواند به درستی نشان‌دهنده سهم بخش و اجزای آن در هزینه ناخالص ملی (یا داخلی) و زیر مجموعه‌های اصلی آن باشد. همچنین انطباق طبقه‌بندیها در حسابهای ملی بهداشت و درمان با طبقه‌بندیها در حسابهای ملی از فعالیتهای اقتصادی در کشور و طبقه‌بندیهای بین‌المللی می‌تواند امکان بررسی موقعیت بخش و در زیرمجموعه‌های آن را در سطح ملی و در مقایسه‌های تطبیقی با سایر کشورها فراهم نماید. از سوی دیگر اطلاعات درباره روند هزینه‌های بهداشت و درمان کشور برای یک دوره با چند دهه، امکان آن را فراهم می‌سازد تا تحولات بخش و سیاستهای اتخاذ شده، به خصوص درباره نحوه تأمین مالی و توزیع

۱. طرح پژوهشی حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران - سالهای ۱۳۵۰-۱۳۸۰، با استناد به مجموعه اطلاعات ثبتی در قوانین بودجه سالانه و دستگاههای عرضه‌کننده خدمات و همچنین اطلاعات بودجه خانوار و سایر اطلاعات مربوط به هزینه‌های اختصاص یافته به بخش بهداشت و درمان در طول دوره اشاره شده، موضوع طبقه‌بندی و نحوه تنظیم صورتهای مالی هزینه‌ها و مصارف در بخش بهداشت و درمان کشور را برای یک دوره ۳۱ ساله (۱۳۸۰-۱۳۵۰) ارائه نموده است. توضیحات کامل نحوه تنظیم حسابها در این طرح، در ویرایش اول در مقاله "حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران - سالهای ۱۳۷۷-۱۳۵۰"، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱۰، پاییز ۱۳۸۰، منتشر گردید. ویرایش جدید توضیحات یاد شده با اصلاحاتی همراه با اطلاعات تفصیلی حسابهای یاد شده برای دوره ۱۳۵۰-۱۳۸۰، در خرداد ۱۳۸۳ ارائه شده است.

هزینه‌ها و مصارف، در هر سال یا دوره‌های چندساله قابلیت مقایسه با سالها و دوره‌های دیگر پیدا نماید.

توجه به این نکته ضروری است که مقایسه‌های سالانه و تطبیقی حسابهای ملی بهداشت و درمان در تحلیلها با محدودیتهایی نیز روبرو است. این محدودیتهای در تحلیلهای سری زمانی می‌تواند ناشی از تغییراتی باشد که اهم آنها عبارتند از: تغییرات در کیفیت خدمات، تکنولوژی ارائه خدمات، ترکیب خدمات عمومی و تخصصی بهداشتی و درمانی، پوشش جمعیتی، نرخ مراجعات برای دریافت خدمات که ممکن است در نتیجه تغییرات در قدرت خرید عمومی تغییر یابد، و تغییرات در سایر عوامل مؤثر بر روند کمی خدمات و یا هزینه واحد خدمت که در نتیجه تغییرات پیش‌بینی نشده در سیاستها یا تصمیمات در یک سال خاص حاصل می‌آید. باید توجه داشت که آن بخش از تغییرات ساختاری که به صورت تغییرات یکباره و گسترده در کاربرد دستاوردهای علوم و تکنولوژی، روشها برای ارائه خدمات، و ساختار نیروی انسانی بخش (شامل پزشک عمومی، پزشک متخصص و مجموعه نیروی انسانی غیر پزشک برای ارائه خدمات) مشاهده می‌گردد می‌تواند به تغییرات پیش‌بینی نشده در کیفیت و نوع خدمات، تنوع خدمات و متوسط هزینه واحد خدمت بیانجامد که این نیز تحلیلهای مقایسه‌ای برای موضوعات

مالی و هزینه‌ای بخش و ارتباط آنها با عملکرد خدمتی (یا کالایی) بخش را دشوار می‌سازد. به عبارت دیگر نمی‌توان در وضعیتی که تغییرات ساختاری کاملاً محسوس بوده و تفاوت ساختارها در طبقه‌بندی موردنظر در دو سال متفاوت چشمگیر می‌باشد، هزینه واحد خدمت در بخش بهداشت و درمان را از جهات تنوع و کیفیت اجزای تشکیل دهنده خدمت در این دو سال یکسان محسوب نمود و آنها را واجد شرایط لازم برای مقایسه دانست. در چنین وضعیتی، با در دست داشتن اطلاعات هزینه‌ها برای یک دوره با چنددهه، استفاده از حسابهای مالی سالانه برای مقایسه‌های تطبیقی تنها برای دوره‌های کوتاه مدت ۳ یا حداکثر ۵ ساله توصیه می‌شود.

از سوی دیگر در شرایط بهره‌گیری از یک طبقه‌بندی مناسب و سازماندهی شده برای منظور داشتن ترتیبات یکسان برای یک دوره زمانی ۵ یا ۱۰ ساله و یا بیشتر، می‌توان بسیاری از مشکلات ناشی از تغییرات ساختاری را که در نتیجه تغییرات در نحوه مدیریت مالی و اداره حقوقی امکانات تاسیساتی بخش بهداشت و درمان حاصل می‌شود، برای تحلیلهای از نوع سری زمانی برطرف نمود. در چنین شرایطی می‌توان تحلیلهایی را که روند یا ترکیب هزینه‌ها را مورد توجه قرار می‌دهند، برای دوره‌های بلندمدت با چند دهه واجد شرایط لازم برای درستی دانست. مواردی

از این نوع، به ترتیبی که در این مقاله نشان داده شده است، می‌تواند نتایج قابل اعتمادی را در مقایسه‌های سالانه برای دوره‌های بلند مدت فراهم نماید.

در بخش بعدی مقاله ویژگیهای حسابهای ملی بهداشت و درمان برای ارائه تحلیلهای اقتصادی مناسب ارائه می‌گردد. سپس این تحلیلهای برای ارائه تصویری از وضعیت بخش بهداشت و درمان و تاثیرپذیری آن از سیاستها و شرایط کلی در اقتصاد ملی نشان داده می‌شود. در بخش چهارم، تحلیلی بر اساس قابلیتهای مقایسه‌ای بخش بهداشت و درمان کشور در مقیاس بین‌المللی ارائه می‌گردد. در بخش پنجم، نتیجه‌گیری ارائه می‌شود.

۱- ویژگیهای حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور و کاربردها

در این بخش از مقاله به اختصار ویژگیهای مورد انتظار از مطالعه و تحلیل حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور مورد بحث قرار می‌گیرد. موضوع این ویژگیها از مباحث اصلی در روش‌شناسی تحلیلهای اقتصادی بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود. "موری" (Murray C., 2000) با تاکید بر این موضوع که فراهم نمودن اطلاعات مناسب و با قابلیتهای مقایسه‌ای از عملکرد بخش بهداشت و درمان، عامل بسیار مهمی برای توضیح تغییرات در بخش و تقویت مبانی سیاستگذاری برای آن

می‌باشد، چارچوبی را برای ارزیابی عملکرد عملیاتی و مالی بخش بهداشت و درمان بر اساس حسابهای ملی بخش در سه موضوع اصلی آن ارائه نموده است که عبارتند از: حدود دستیابی بخش به هدفهای آن، حدود کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر بخش اما واقع در خارج از نظام بهداشتی و درمانی، و ارزیابی حدود مسوولیت‌پذیری و پاسخگویی در زیر مجموعه‌های اصلی بخش. در این چارچوب ارائه تحلیلهای اقتصادی برای سیاستگذاری به صورت هماهنگ با دیگر بخشهای اقتصادی و اجتماعی مهم دانسته شده است. "راویندرا" (Ravindra R., P. Berman, et. al., 1997) و "برمن" (Berman P., 1996) در شناخته‌شده‌ترین بحث درباره حسابهای ملی بهداشت و درمان، با ارائه طبقه‌بندیهای اصلی از این حسابها (طبقه‌بندی بر حسب هزینه‌های مربوط به

مؤسسات و سایر فراهم آورندگان خدمات، هزینه های انواع فعالیتها و خدمات، موارد هزینه ها مانند هزینه های پرسنلی و سایر، طبقه بندی منطقه ای و اداری، و طبقه بندی بر حسب وضعیت اقتصادی-اجتماعی (مانند دهکهای درآمدی و هزینه ای در بودجه خانوارها)، کاملترین ویژگیهای اقتصادی و اجتماعی تحلیلهای بخش بهداشت و درمان را برای هر یک از این طبقه بندیها نشان داده است. در حال حاضر موضوع این تحلیلها در چارچوب حسابهای ملی بهداشت و درمان در گروه کشورهای OECD و با حمایت مالی و کارشناسی بانک جهانی در حداقل ۳۰ کشور در حال توسعه، از موضوعات بسیار مهم در سیاستگذاری و هدایت اصلاحات در بخش بهداشت و درمان محسوب می شود.

در این مقاله حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور و تحلیل آن، در انطباق با حسابهای هزینه ملی در SNA و طبقه بندی "برمن" از هزینه ها در زیربخشهای بهداشت و درمان، با توضیحاتی درباره دو موضوع اصلی زیر موردنظر بوده است:

الف) زیربخشهای اصلی در طبقه بندی مربوط به منابع مالی هزینه ها و در بخشهای دولتی و خصوصی؛ و ب) مجموعه ای از متغیرهای اصلی در حسابهای ملی برای نشان دادن رابطه بین هزینه های ناخالص داخلی و بخش بهداشت و درمان، و نسبتهای حائز اهمیت و روندها

برای مقایسه ها، و همچنین روند کمی سیاستها و تصمیمات در بخش بهداشت و درمان.

به طور کلی حسابهای ملی بهداشت و درمان، تنظیم شده براساس طبقه بندیهای مرسوم در حسابهای ملی و حسابهای بخشی در سطح بین المللی، در صورتی می تواند موضوع تحلیلهای مناسب دانسته شود که از شرایط لازم برای مقایسه های تطبیقی مطابق و آنچه که "موری" و "راویندرا" بیان داشته اند، برخوردار باشد. در این مطالعه، این شرایط عبارتند از: الف) برقراری تفکیکهای لازم و معنی دار در اقلام هر یک از طبقه بندیها و در ارقام توضیحی برای این اقلام، و ب) سازگاری ارقام کلی در مجموعه طبقه بندیهای اصلی با یکدیگر (شامل طبقه بندیها بر اساس منابع هزینه ها، مصارف در مراکز و مؤسسات بهداشتی و درمانی، مصارف نهایی در بخشهای دولتی و خصوصی، و توزیع سالانه بر اساس جداول منابع-مصارف)، و ج) سازگاری ارقام با یکدیگر در هر یک از اقلام هزینه ها در طبقه بندی منابع هزینه ها و در اقلام مصرف در طبقه بندی مصارف، و در طول دوره زمانی به خصوص در تحلیلهایی در چارچوب مطالعات از نوع سری زمانی. به این ترتیب در طول دوره زمانی هر یک از روندها تحت شرایط یکسان در کل دوره قابل ارزیابی می باشد.

همچنین لازم است که در حسابهای ملی بهداشت و درمان موضوع تغییرات در

ساختارهای هزینه و مصرف در بخش در طول دوره و تحولات ناشی از جابه جایی ها در مدیریت و تنظیم سالانه حسابها به طور مناسب و مطابق با واقعیات هر سال در نظر گرفته شوند، و هر یک از ارقام در هر سال به صورت مستقل از ارقام مشابه در سایر اقلام و در سالهای دیگر نشان داده شوند. نکته حائز اهمیت دیگر این است که ضروری است که در هر یک از طبقه بندیها، استقلال بخشهای دولتی و خصوصی و زیرمجموعه های اصلی آنها نسبت به یکدیگر حفظ گردیده و از قابلیت مقایسه ای با روندها در حسابهای ملی کشور و هزینه ناخالص داخلی برخوردار باشد. تاکید بر این ویژگیها در حسابهای ملی بهداشت و درمان امکان آن را فراهم می نماید که تحلیل روندها و مقایسه سالانه ارقام اصلی در این حسابها، از قابلیت اعتماد مناسب و مورد انتظار، به خصوص برای گروههای آگاه به تحولات اقتصادی کشور و بخش بهداشت و درمان، برخوردار باشد.

به طور کلی می توان اهم موضوعاتی را که در برنامه های میان مدت و بلندمدت اقتصادی-اجتماعی دولت در بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار می گیرند، شامل موارد زیر دانست. (۱) انواع کالاها و خدماتی که باید در بخش تولید و عرضه شوند، (۲) مقدار تولید و عرضه این کالاها و خدمات، (۳) چگونگی تولید و عرضه آنها، (۴) گروههای اقتصادی و

اجتماعی دریافت کننده این کالاها و خدمات، و (۵) موضوعاتی مانند چگونگی توزیع و حدود دسترسی به کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی، سطح عمومی قیمتها، رشد اقتصادی و اشتغال در بخش، نقش و سهم بخشهای دولتی و خصوصی در عرضه کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی، و حدود بهره مندی خانوارها از کل منابع بخش به کار گرفته شده برای عرضه خدمات مختلف. اطلاعات حسابهای ملی بهداشت و درمان می تواند با قرار گرفتن در کنار مجموعه اطلاعات دیگری درباره ساختارهای فیزیکی و نیروی انسانی بخش و اطلاعات از عملکردها، تحلیلهای مناسبی برای ارزیابی برنامه ها و سیاستهای به اجرا درآمده، و اثربخشی و یا کارایی آنها فراهم نماید.

در دهه های اخیر موضوعات دیگری برای تصمیم گیری در سطح دولتها اهمیت یافته است که مهمترین آنها عبارتند از: افزایش سهم بخش خصوصی (یا خصوصی سازی) در عرضه کالاها و خدمات و افزایش نقش آنها در رشد اقتصادی و اشتغال، اصلاحات عمومی در سطح بخشهای اقتصادی به منظور افزایش کارایی یا بهره وری در آنها، و اصلاح مبانی اقتصادی فعالیتها با تاکید بر گسترش نقش اقتصاد بازار. در بخشهای اجتماعی و به خصوص بخش بهداشت و درمان، تاکید عمده بر انجام اصلاحات عمومی، و افزایش سطوح دسترسی و کارایی قرار داشته،

و سیاستهایی از نوع خصوصی سازی یا حاکمیت اقتصاد بازار با هدف کاهش مداخلات دولت، در وضعیت و شرایط بسیار محدود مورد توجه بوده است.

تحلیل های اقتصادی با استفاده از اطلاعات حسابهای ملی بخش بهداشت و درمان همچنین می تواند راهنمای مؤثری برای تدوین و اجرای مقررات عمومی در فعالیتهای بخش محسوب گردد. در ضمن باید توجه داشت که توجیه اقتصادی مناسب برای تخصیص منابع بیشتر به بخش بهداشت و درمان نیازمند ارائه اطلاعات و تحلیل های مناسب در مورد اهمیت و نقش این بخش و زیرمجموعه های اصلی آن (مانند بیمه های اجتماعی بهداشتی و درمانی، هزینه های بخش عمومی و سایر) در توزیع عادلانه هزینه ها و عرضه کالاهایی از نوع کالاهای عمومی و مانند آن می باشد، که این اطلاعات و تحلیلها نیز به طور عمده از طریق توسعه حسابهای اقتصادی بخش فراهم می گردند.

با توجه به محدودیتهای یک مقاله، در اینجا فرصت آرایه یک تحلیل و ارزیابی جامع با استفاده از کلیه ویژگیهای حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور و زیرمجموعه های اصلی آن، در پاسخ به موضوعات اصلی فوق وجود نخواهد داشت. همچنین به جهت محدودیت در نمایش نمودارها و تحلیل نتایج آنها، تحلیل حاضر تنها با تاکید بر موضوع

منابع هزینه های بخش بهداشت و درمان و توزیع این منابع در زیرمجموعه های کلی بخش ارائه می گردد. به هر حال، به صورتی که در این تحلیل نشان داده خواهد شد، می توان انتظار داشت با اصلاح سیاستها و مشکلات توزیع منابع هزینه ها، رضایت بیشتری در هر دو گروه دریافت کنندگان و فراهم آورندگان خدمات فراهم گردد، و تدریجاً نیز با سیاستها و توجیهات اقتصادی مناسب، منابع مالی و کارایی خدمات در بخش بهداشت و درمان کشور افزایش یابد. نکته شایان ذکر دیگر این است که پیش از این نویسنده در مقاله "بررسی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" (مرکز پژوهشهای مجلس ۱۳۸۰)، موضوع ارزیابی و تحلیل عملکرد و شرایط اقتصادی و اجتماعی بخش بهداشت و درمان کشور در زیربخشهای اصلی آن را با تفصیل مناسب، اما بدون استناد به نتایج حسابهای ملی بهداشت و درمان، عرضه داشته است. در ادامه تلاش می شود با استفاده از نتایج تحلیل عملکرد غیر مالی بخش در مقاله یاد شده، تحلیل اقتصادی از عملکرد منابع هزینه های بخش بهداشت و درمان کشور در سطح کلان بر اساس نمودارهایی ارائه شود.

۲- تحلیل اقتصادی از منابع هزینه های بخش بر اساس نتایج حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور

در این بخش از مقاله به طور خاص با استفاده

از ویژگیهای حسابهای ملی بهداشت و درمان، موضوع سهم منابع هزینه های بخش بهداشت و درمان از کل منابع در هزینه ناخالص داخلی و تخصیص منابع هزینه ها در داخل بخش بهداشت و درمان کشور مورد ارزیابی و تحلیل قرار می گیرد. در این تحلیل نتایج حایز اهمیت از حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور با طبقه بندی منابع هزینه ها، مورد توجه قرار می گیرد. نمودار (۱) روند هزینه ناخالص داخلی و کل هزینه های بهداشت و درمان کشور را در دوره ۱۳۵۰-۱۳۸۰ نشان می دهد. به طوری که در این نمودار مشاهده می شود، شکاف بین این دو گروه از هزینه ها به قیمتهای ثابت سال ۱۳۶۹، پس از کاهش تدریجی از سال ۱۳۵۸ و در طول دهه ۱۳۶۰، از سال ۱۳۷۰ به طور مستمر در حال افزایش بوده است. یکی از عوامل مؤثر در افزایش شکاف یاد شده، روند افزایش سطح عمومی بهای خدمات بهداشتی و درمانی کشور به میزانی بیش از روند افزایشی در سطح عمومی قیمتها برای تعدیل هزینه ناخالص داخلی به قیمتهای ثابت، بوده است. در این دوره شاخص ضمنی تعدیل برای هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به حدود ۱۸۵۹ در سال ۱۳۸۰ افزایش یافت، در حالی که شاخص ضمنی تعدیل برای هزینه ناخالص داخلی (GDE) در این دو سال از ۱۰۰ به ۱۱۹۶ افزایش حاصل نمود. نمودار (۲) با وضعیت مشابه، شکاف بین دو گروه از هزینه های مصرفی (بدون منظور

نمودن هزینه های تشکیل سرمایه ثابت) را برای بخش بهداشت و درمان و GDE نشان می دهد. در سالها دهه ۱۳۷۰ شاخص تعدیل هزینه های مصرفی در بخش بهداشت و درمان از ۱۰۰ در سال پایه ۱۳۶۹ به ۱۸۶۶ در سال ۱۳۸۰ افزایش یافت. این شاخص برای هزینه های مصرفی در GDE از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به ۱۰۸۵ در سال ۱۳۸۰ افزایش حاصل نمود.

علاوه بر آن، در دوره ۱۳۷۰-۱۳۸۰ نرخ رشد سالانه برای کل منابع هزینه های بهداشت و درمان به قیمتهای جاری حدود ۳۱/۶۴ درصد و برای GDE به قیمتهای جاری حدود ۲۹/۶۹ درصد بود. متوسط نرخ رشد سالانه برای هزینه های مصرفی بهداشت و درمان و هزینه های مصرفی در GDE به قیمتهای جاری نیز در این دوره به ترتیب حدود ۳۳/۲۲ درصد و ۲۸/۹۹ درصد بوده است. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که رشد بیشتر شاخص ضمنی تعدیل هزینه ها در بخش بهداشت و درمان کشور نسبت به رشد متوسط این شاخص در GDE، علی رغم فزونی نرخ رشد سالانه منابع هزینه ها در بخش بهداشت و درمان به قیمتهای جاری نسبت به منابع هزینه ها در GDE، از عوامل مؤثر در افزایش شکاف بین هزینه های بهداشت و درمان و GDE به قیمتهای ثابت در دو نمودار یاد شده بوده است.

نمودار (۳) توزیع کل منابع هزینه ها در بخش بهداشت و درمان کشور به قیمتهای ثابت

در سال پایه ۱۳۶۹ را بین بخشهای دولتی و خصوصی نشان می دهد. به طوری که در این نمودار مشاهده می شود از سالهای ۱۳۵۸ و بعد از آن روند کاهشی (یا افزایشی) در هزینه های بهداشت و درمان بخش دولتی به طور تقریباً متقابل با روند افزایشی (یا کاهشی) در هزینه های بخش خصوصی جبران شده است. در سالهای دهه ۱۳۷۰ نیز روند کاهشی هزینه های بخشهای دولتی در سه سال ۱۳۷۲-۱۳۷۴ به حدی بود که جبران آن تا سال ۱۳۸۰ مقدور نگردید. در این دهه سطح هزینه ها در بخش خصوصی در سال پایانی دوره و در سال ۱۳۸۰ هنوز کمتر از سطح آن در سال شروع دهه ۱۳۷۰ بوده است. نمودار (۴) مقایسه انواع منابع هزینه ها در بخش بهداشت و درمان به قیمتهای ثابت سال ۱۳۶۹ را به تفکیک منابع عمومی در بودجه دولت، منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه ها و منابع در بودجه خانوارها، نشان می دهد. به طوری که ملاحظه می شود از سال ۱۳۶۱ به بعد، به جز سال ۱۳۷۲، هزینه های بهداشت و درمان از منابع بودجه خانوارها همواره بیش از منابع عمومی برای این هزینه ها در بودجه دولت بوده است. نکته حائز اهمیت دیگر در منابع بودجه خانوارها، نوسانات شدید کاهشی و افزایشی آن از سال ۱۳۶۳ به بعد می باشد که نشان دهنده تاثیرپذیری شدید این منابع از روند شاخص بهای خدمات در بخش بهداشت و درمان می باشد. از سال یاد شده تا سال ۱۳۸۰

منابع هزینه های بهداشت و درمان خانوارها به قیمتهای جاری از رشد سالانه مثبت و به طور متوسط معادل ۲۵/۷ درصد برخوردار بوده است. در مقابل رشد شاخص تعدیل این هزینه ها برای خانوارها در این سالها، به طور متوسط سالانه حدود ۲۷/۲۲ درصد بوده است. نوسانات در منابع هزینه های بهداشت و درمان خانوارها در چند سال اول دهه ۱۳۷۰ را می توان ناشی از سیاستهای تعدیل اقتصادی و اثرات شدید آن بر روند افزایش قیمتها در بخش بهداشت و درمان و به طور هم زمان بر قدرت خرید عمومی خانوارها دانست. در این سالها منابع هزینه های بهداشت و درمان بخش دولتی نیز به حدی نبود که بتواند جبران مناسبی برای کاهش منابع هزینه های خانوارها به قیمتهای ثابت ۱۳۶۹ باشد. به طور کلی در این دهه حذف سیاستهای کنترلی بر روند قیمتها و هزینه های بخش بهداشت و درمان و عدم استقرار نظام مناسب برای تنظیم و کنترل اقتصادی قیمتها در بخش، از عوامل مؤثر در ایجاد نوسانات نامطلوب در منابع هزینه های بهداشت و درمان خانوارها بوده است.

همچنین، به طوری که در نمودار (۴) ملاحظه می گردد، روند منابع هزینه ها در بودجه خانوارها از سال ۱۳۷۴ به طور هم زمان با رشد تدریجی منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه ها برای هزینه های بهداشت و درمان، کاهش یافته است. از سوی دیگر، روند کاهشی و سپس رشد

محدود منابع تأمین اجتماعی از سال ۱۳۷۸ به طور هم‌زمان با روند افزایشی منابع هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه خانوارها مشاهده شده است. این موضوع به طور منطقی نشان‌دهنده اهمیت نقش بیمه‌های اجتماعی در هزینه‌های بهداشت و درمان برای کاهش پرداختهای مستقیم خانوارها می‌باشد. همچنین می‌توان اهمیت بیمه‌های اجتماعی بهداشتی و درمانی را در اصلاح توزیع هزینه‌های بخش به سود گروه‌های با درآمد کمتر، مؤثر دانست. نمودار (۵) توزیع منابع بخش دولتی در تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان را در دو گروه اصلی این هزینه‌ها شامل: الف) منابع عمومی در بودجه دولت و ب) منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه‌ها، نشان می‌دهد. به طوری که ملاحظه می‌شود روند منابع عمومی دولت در کل دوره، به جز سالهای ۱۳۷۱ و ۱۳۷۵-۱۳۷۹، عامل تعیین‌کننده در نوسانات و روندهای افزایشی و کاهشی هزینه‌های بخش دولتی بوده است. از ابتدای دهه ۱۳۷۰ منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه‌ها با شروع خدمات اختصاصی سازمان تأمین اجتماعی به صورت استقلال یافته از روند هزینه‌ها از منابع عمومی بودجه دولت، و به دنبال آن از سال ۱۳۷۴ با شروع فعالیتهای سازمان بیمه خدمات درمانی و بهره‌گیری این سازمان از منابع حق بیمه‌ها، سهم و نقش منابع تأمین اجتماعی از حق بیمه‌ها به طور مؤثرتر از پیش، در مجموع منابع بخش

دولتی افزایش یافته است.

نمودار (۶) مقایسه بین روند هزینه‌ها در منابع بودجه بخش دولتی و منابع اختصاص یافته از این بودجه به هزینه‌های بهداشت و درمان را نشان می‌دهد. در سالهای ۱۳۶۸ و ۱۳۷۰ نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان در منابع بودجه بخش دولتی به کل منابع بودجه بخش دولتی به قیمتهای ثابت سال ۱۳۶۹، در بیشترین سطح به ترتیب بالغ بر ۹/۸۹ و ۱۰/۵۱ درصد می‌گردید. این نسبت در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ به ترتیب حدود ۶/۵۹ و ۷/۶۷ درصد بوده است. به این ترتیب به روشنی می‌توان علت افزایش شکاف بین این دو هزینه‌ها را در نمودار یاد شده شناسایی نمود. به همین ترتیب در نمودار (۷)، مقایسه بین روند هزینه‌ها در منابع عمومی بودجه دولت و منابع اختصاص یافته از آن به هزینه‌های بهداشت و درمان نشان داده شده است. نسبت هزینه‌های بهداشت و درمان در منابع عمومی به کل منابع عمومی در بودجه دولت به قیمتهای ثابت سال ۱۳۶۹، پس از رسیدن به میزان حداکثر آن در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ (به ترتیب حدود ۱۰/۵۵ و ۹/۸۹ درصد)، در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ به حدود ۶/۴۷ و ۷/۰۳ درصد بالغ گردید. بر این اساس می‌توان محدودیتها در تخصیص منابع از بودجه بخش دولتی و منابع عمومی بودجه دولت را در سالهای اخیر از عوامل محدودکننده منابع هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه‌های بخش دولتی

شاخص تعدیل هزینه ناخالص داخلی (GDE)

و هزینه های مصرفی در GDE از عوامل مؤثر در افزایش شکاف هزینه ای در نمودارهای (۱) و (۲) بوده است؛ اما یکسانی متوسط نرخ رشد سالانه شاخصهای تعدیل برای هزینه های مصرفی دولت و هزینه های مصرفی بهداشت و درمان بخش دولتی نشان دهنده آن است که محدودیت منابع اعتباری بهداشت و درمان از منابع عمومی به قیمتهای جاری مهمترین عامل در افزایش شکاف مشاهده شده در نمودارهای (۶) و (۷) بوده است.

از سوی دیگر در دهه ۱۳۷۰، شاخص ضمنی تعدیل هزینه ناخالص داخلی (GDE) و هزینه های مصرفی در GDE از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به ترتیب به ۱۱۹۶ و ۱۰۸۵ در سال ۱۳۸۰ افزایش یافت، که به طور متوسط رشد سالانه ای معادل ۲۸/۱۶ درصد و ۲۶/۹۳ درصد را نشان می دهند. در مقابل شاخص ضمنی تعدیل برای کل هزینه های بهداشت و درمان و هزینه های مصرفی بهداشت و درمان از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به ترتیب به ۱۸۵۹ و ۱۸۶۶ افزایش حاصل نمود و متوسط رشد سالانه آنها معادل ۳۳/۹۵ و ۳۴/۰۰ درصد بوده است. همچنین شاخص

ضمنی تعدیل هزینه های مصرفی دولت از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به ۸۷۳ در سال ۱۳۷۷ و ۱۵۵۰ در سال ۱۳۸۰ افزایش یافت، و شاخص ضمنی تعدیل هزینه های مصرفی بهداشت و درمان بخش دولتی از ۱۰۰ در سال ۱۳۶۹ به ۹۲۲ در سال ۱۳۷۷ و ۱۵۵۰ در سال ۱۳۸۰ افزایش یافت. متوسط رشد سالانه این دو شاخص تعدیل در دوره ۱۳۶۹-۱۳۸۰ در حدود ۳۱/۵۳ درصد در سال بوده است.

به این ترتیب ملاحظه می شود نرخ رشد بیشتر شاخص تعدیل هزینه های کل و مصرفی بهداشت و درمان به ترتیب نسبت به نرخ رشد

۳- مقایسه تطبیقی در تحلیل نتایج حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور

مقایسه تطبیقی از نسبتهای هزینه ای در بخش بهداشت و درمان از موضوعاتی است که به طور مرسوم در گزارشات بین المللی از وضعیت بخش بهداشت و درمان کشورها مورد توجه قرار می گیرد^۲. در این بخش از مقاله، با توجه به قابلیتهای پیش بینی شده در حسابهای ملی بهداشت و درمان ایران، مقایسه تطبیقی یاد شده طی نمودارهایی ارائه می گردد. نمودار (۸) نسبت کل هزینه های بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی (GDP) را در تعدادی از کشورهای منتخب و ایران (به قیمتهای

۲- در این بخش از مقاله از نتایج حسابهای ملی کشورهای دیگر، ارائه شده در گزارش سازمان جهانی بهداشت، سال ۲۰۰۳، استفاده شده است.

جاری و ثابت) نشان می دهد. به طوری که ملاحظه می شود، این نسبت در ایران به قیمتهای جاری و ثابت تنها از قابلیت مقایسه با ۹ کشور انتهایی نمودار و از جمله کشورهای روسیه، جمهوری کره و چین برخوردار است. نمودار (۹) نسبت کل هزینه های بهداشت و درمان از منابع بخش دولتی به کل هزینه های بهداشت و درمان کشور را در یک مقایسه تطبیقی با دیگر کشورها نشان می دهد. نمودار (۱۰) نیز به طور متقابل نسبت کل هزینه های بهداشت و درمان از منابع بخش خصوصی به کل هزینه های بهداشت و درمان را در مقایسه یاد شده نشان می دهد. به طوری که مشاهده می شود، سهم نسبتاً بالای هزینه های بخش خصوصی از کل هزینه های بهداشت و درمان در ایران، با مستثنی دانستن وضعیت نامساعد کشور امریکا (که علی رغم سهم بالای اختصاص یافته به بخش بهداشت و درمان از GDP، از شرایط ساختاری نامناسب نسبت به گروه کشورهای OECD رنج می برد)، تنها قابل مقایسه با کشورهای مصر، مراکش، جمهوری کره، چین و فیلیپین است. در این مجموعه، غیر از جمهوری کره که در چند سال اخیر به اصلاحات ساختاری مهم برای تغییر وضعیت این نسبت اقدام نموده است، سایر کشورها عموماً از جمله کشورهایی هستند که با محدودیت قابل ملاحظه در منابع مالی بخش دولتی مواجه هستند.

نمودار (۱۱) یکی از شاخصهای مهم در تحلیل

هزینه های بهداشت و درمان را نشان می دهد. این شاخص عبارت است از نسبت هزینه بهداشت و درمان خانوارها از طریق پرداخت مستقیم آنها، به کل هزینه های بهداشت و درمان نسبت بالای سهم پرداختی خانوارها در ایران نسبتی است که تنها قابل مقایسه با همان گروه کشورهای اشاره شده در نمودار قبلی می باشد. نکته شایان ذکر این است که این گروه از کشورها عموماً از سابقه بسیار محدودی در برنامه های بیمه های اجتماعی بهداشت و درمان، در مقایسه با ایران، برخوردار می باشند. در مقابل در کشورهای پیشرفته از طریق توسعه بیمه های اجتماعی دولتی (و یا بیمه های تکمیلی دولتی و غیر دولتی) و یا از طریق افزایش منابع تخصیصی از منابع درآمدهای عمومی دولت، سعی شده است نسبت یاد شده کاهش یابد. در نمودار (۱۲) نسبت هزینه های بهداشت و درمان از منابع تأمین اجتماعی (یا حق بیمه ها) به کل هزینه های بهداشت و درمان در بخش دولتی، نشان داده شده است. این نسبت در گروهی از کشورهای پیشرفته که در آنها خدمات بهداشتی و درمانی در بخش دولتی به صورت سازماندهی شده تقریباً به طور کامل از طریق نظام بیمه های اجتماعی بهداشتی و درمانی ارائه می گردد، نزدیک به صد درصد می باشد. در مقابل در تعدادی دیگر از کشورهای پیشرفته که در وضعیت یک نظام بهداشتی و درمانی ملی (National Health System, NHS) یا در

مقایسه با کشورهای توسعه یافته و کشور چین را نداشته است، و نسبتی تقریباً همتر از با کشورهای رومانی، مصر، سوریه، مالزی و فیلیپین نشان می دهد.

نمودارهای (۱۴) و (۱۵) وضعیت مقایسه ای هزینه سرانه بهداشت و درمان را بر اساس نرخ اسمی ارز در گزارشات IMF و نرخ تبدیل بر اساس واحد دلار بین المللی (ppp) نشان می دهند. در هر دو نمودار وضعیت نسبتاً نامساعد هزینه سرانه در کشور به نرخهای ارز خارجی، به طور آشکار تنها قابلیت مقایسه با هشت کشور انتهایی نمودار (روسیه، رومانی، مصر، مراکش، سوریه، چین، مالزی و فیلیپین) را دارا می باشد.

فراجم

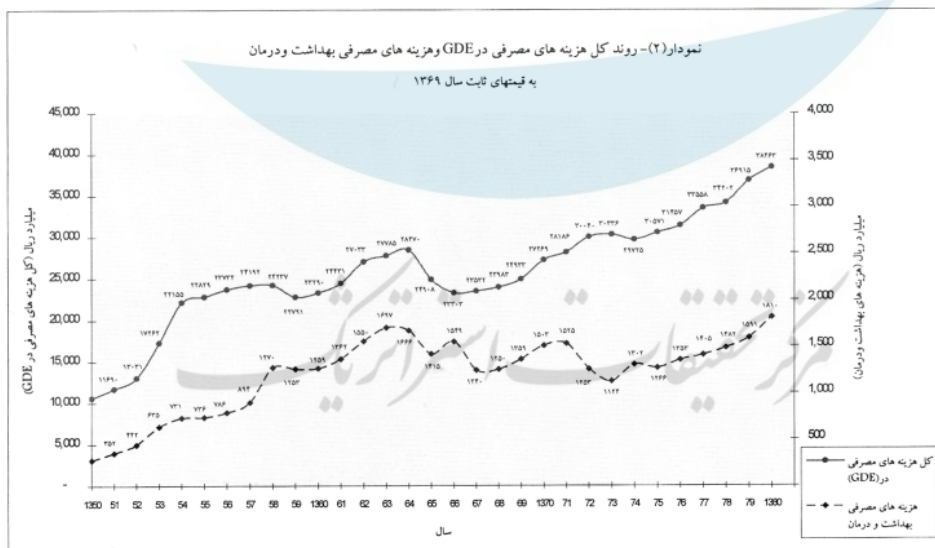
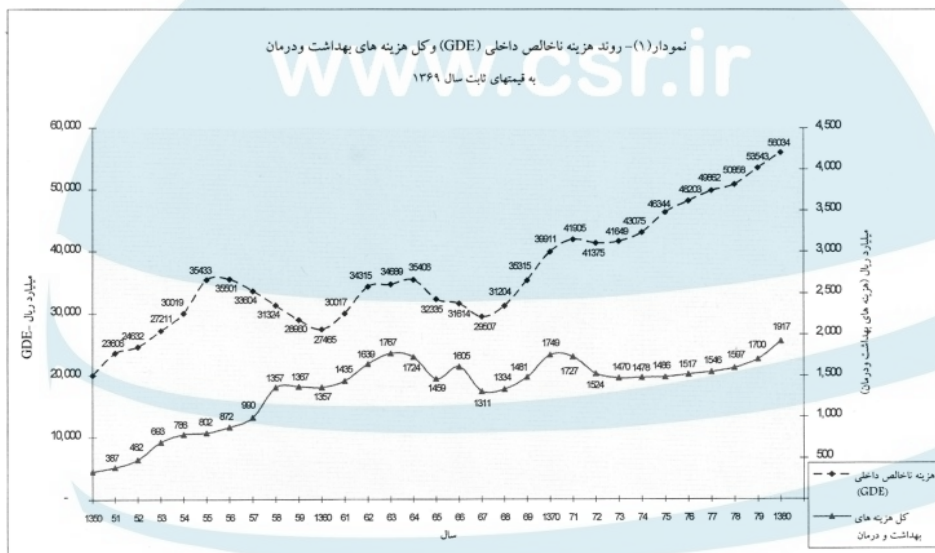
نتایج تحلیل در یک تصویر کلی در انطباق با انتظارات از روندها، و حدود و نحوه فعالیت های مؤسسات بهداشتی و درمانی کشور در طبقه بندی منابع هزینه ها در بخشهای دولتی و غیر دولتی در سطح کلان قرار داشته است. توسعه این حسابها در آینده برای نشان دادن جزئیات تحلیلی بیشتری علاوه بر آنچه که در این مقاله برای طبقه بندی منابع هزینه ها ارائه شده است، می تواند تحلیلهای پیچیده تری از وضعیت و سیاستهای بخش بهداشت و درمان و تأثیرپذیری آنها از متغیرهای اقتصاد کلان کشور فراهم نماید.

شرایطی نزدیک به آن قرار دارند، و منابع اختصاص یافته از بودجه بخش دولتی تقریباً به طور کامل از طریق مالیاتها و سایر درآمدهای عمومی تأمین می گردد، توسعه نظام بیمه های اجتماعی بهداشتی و درمانی و تأمین منابع از طریق منابع (یا درآمدهای) اختصاصی بهداشت و درمان (یا منابع حق بیمه ها) کمتر اهمیت داشته است و این نسبت بسیار محدود یا در حدود چند درصد می باشد. در کشورهای کمتر توسعه یافته، فقدان یک نظام فراگیر برای بیمه های اجتماعی بهداشت و درمان و اتکا محدود به حق بیمه های دریافتی و مشارکت مالی دولت در نظام بیمه های اجتماعی بهداشت و درمان، موجب گردیده است تا این نسبت وضعیتی متفاوت از گروههای کشورهای پیشرفته داشته باشد. به نظر می رسد در کشورهای کمتر توسعه یافته، موضوع اتکا به نظام بیمه های اجتماعی بهداشت و درمان و گسترش آن تا مرحله فراگیری کامل و پوشش کامل کلیه خدمات و هزینه ها هنوز امکانپذیر دانسته نشده است. سهم نسبتاً بالای مشاهده شده در کره جنوبی، نشان دهنده تحولی است که طی کمتر از چند سال پیش از آن وقوع یافت. نمودار (۱۳) نسبت کل هزینه های بهداشت و درمان دولت از منابع بودجه عمومی را به کل هزینه های دولت از منابع بودجه عمومی نشان می دهد. به طوری که ملاحظه می شود این نسبت در ایران به هیچ وجه قابلیت

در یک نتیجه گیری کلی از تحلیل حسابهای ملی بهداشت و درمان کشور در طبقه بندی منابع هزینه ها، موضوعات زیر حایز اهمیت به نظر می رسد. اول آنکه، مقدار و سهم تخصیص یافته از مجموع منابع مالی کشور و منابع مالی در بخش دولتی به فعالیتهای بهداشت و درمان کشور، از محدودیتهای قابل ملاحظه ای برخوردار است. این شرایط ایجاب می نماید که علاوه بر تلاش برای رفع محدودیتهای گفته شده، برنامه هایی نیز برای بهره گیری بهینه از منابع موجود و در دسترس بخش بهداشت و درمان کشور مورد توجه قرار گیرد تا تأمین منابع بیشتر، از توجیه مناسب نیز برخوردار گردد. دوم آنکه، توزیع منابع مالی بخش به خصوص از جهت نحوه تأمین مالی از طریق زیرمجموعه های اصلی آن در بخشهای دولتی و خصوصی، نشان دهنده وضعیتی است که به طور عمده به صورت گسستگی این زیرمجموعه ها از یک سیاست جامع و جهتگیری از پیش برنامه ریزی شده در بخش مشاهده می شود. به عبارت دیگر، به طور ساده باید پذیرفت که روند منابع مالی در هر یک از زیرمجموعه های اصلی بخش به طور مستقل از سیاستهای یک روند برنامه ریزی شده در سطح کلان نوسان داشته است. سوم آنکه، عدم توجه به سیاستها و نتایج اقتصادی در مجموعه سیاستهای مالی و هزینه ای بهداشت و درمان کشور، و از جمله عدم توجه به سیاستهای

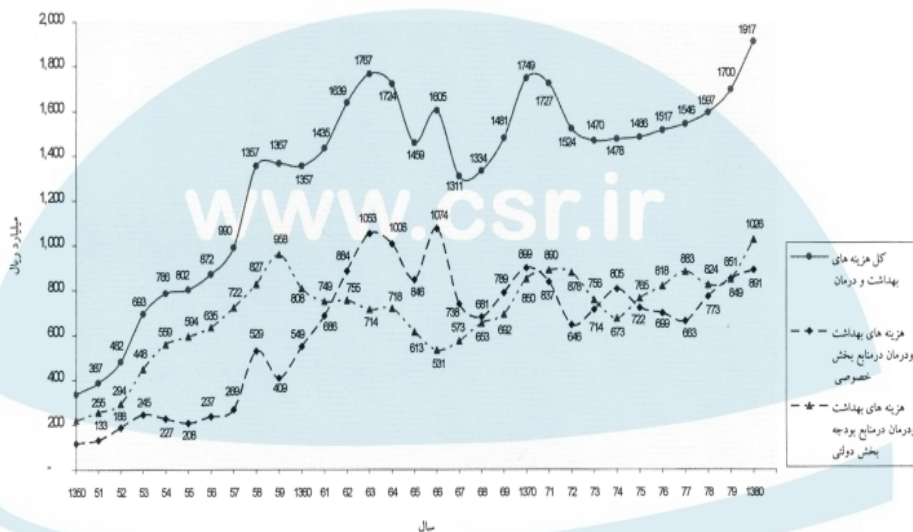
تنظیم و کنترل سطح عمومی بهای خدمات بهداشتی و درمانی و ارتباط سطح هزینه های بخش در هر یک از صورتها به قیمتهای جاری و به قیمت ثابت در یک سال پایه، از موضوعاتی است که نتایج سیاستهای مورد نظر در بخش را همیشه در شرایط ابهام آمیز قرار داده است. چهارم آنکه، باید توجه داشت که بخش دولتی در هر شرایط و به هر صورتی ناگزیر از جبران محدودیتهای کل منابع مالی تخصیص یافته به بخش بهداشت و درمان کشور می باشد. این ضرورت به خصوص در شرایط عدم مشارکت مؤثر از سوی بخش غیر دولتی در تأمین مالی هزینه های بخش، به صورت یک واقعیت انکارناپذیر وجود دارد. جبران محدودیتهای نیز از طریق سیاستهایی امکانپذیر است که اهم آنها عبارت است از: تأمین هزینه های ضروری در کلیه مراکز و مؤسسات بهداشتی و درمانی کشور و فراهم نمودن حمایتهای مالی و مقرراتی برای آنها، افزایش کارایی منابع و مدیریت مالی مناسب در بخش دولتی، و مشارکت و اصرار مدیریت کلان بخش بهداشت و درمان در همسو نمودن منابع و سیاستهای بخش با منابع و سیاستهای اقتصادی و اجتماعی دولت و همسو نمودن موضوعاتی مانند نرخ تورم و اصلاح توزیع هزینه ها در بخش بهداشت و درمان با موضوعات مشابه در سطح کلان و مجموع بخشهای اقتصادی و اجتماعی. پنجم آنکه، به عنوان یک سیاست

مورد انتظار و مهم، بخش غیر دولتی و به خصوص بخش خصوصی انتفاعی، باید با مسوولیت‌های مهم آن در پذیرش نقش و سهم مؤثر در توسعه خدمات بهداشتی و درمانی کشور (و افزایش سطح اشتغال نیروی انسانی آموزش یافته برای بخش)، به خصوص شرایط محدودیت منابع مالی به قیمت‌های ثابت و محدودیت کشش پذیری این منابع در شرایط افزایش سطح عمومی بهای خدمات بهداشتی و درمانی، آشنا و هدایت شود.



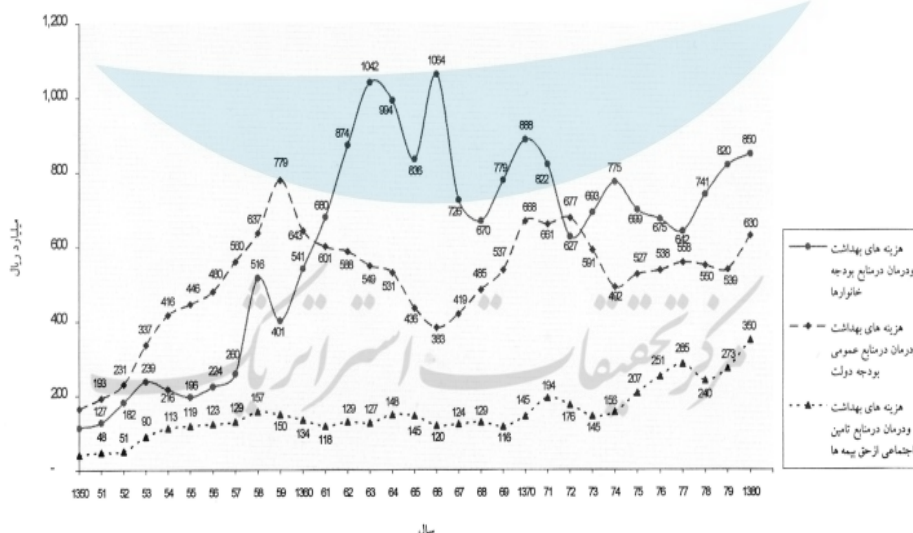
نمودار (۳) - روند کل هزینه های (مصرفی و تشکیل سرمایه ثابت) بهداشت و درمان و هزینه های بهداشت و درمان در منابع بخش های دولتی و

خصوصی - به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹



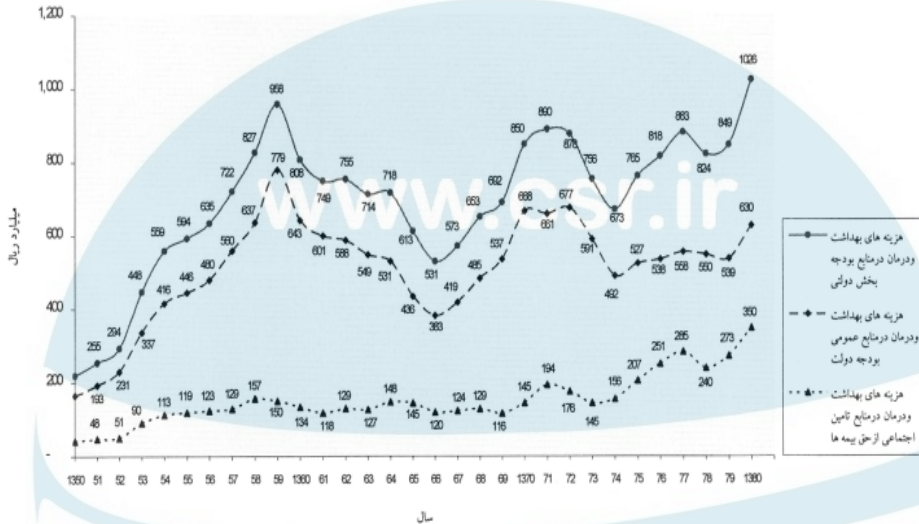
نمودار (۴) - روند کل هزینه های (مصرفی و تشکیل سرمایه ثابت) بهداشت و درمان در منابع عمومی بودجه دولت، منابع تامین اجتماعی از حق بیمه

ها و بودجه خانوارها - به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹



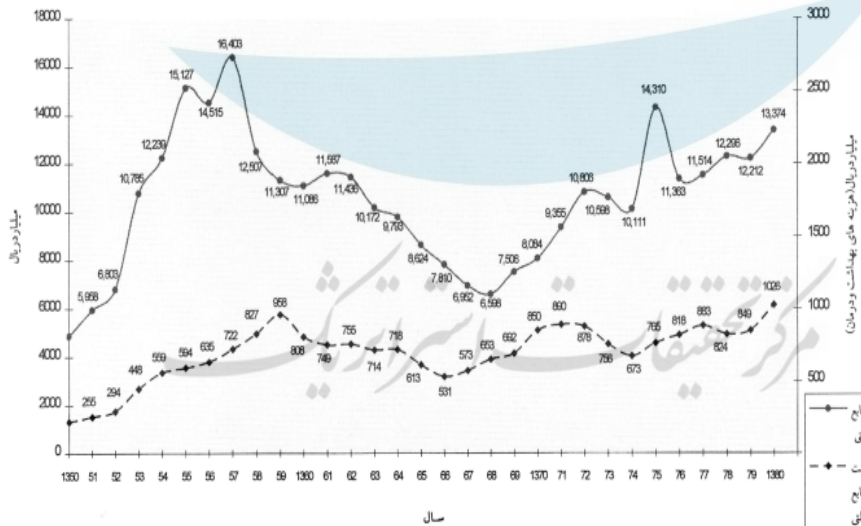
نمودار (۵) - روند کل هزینه های (مصرفی و تشکیل سرمایه ثابت) بهداشت و درمان در منابع بودجه بخش دولتی، منابع عمومی بودجه دولت

و منابع تامین اجتماعی از حق بیمه ها - به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹



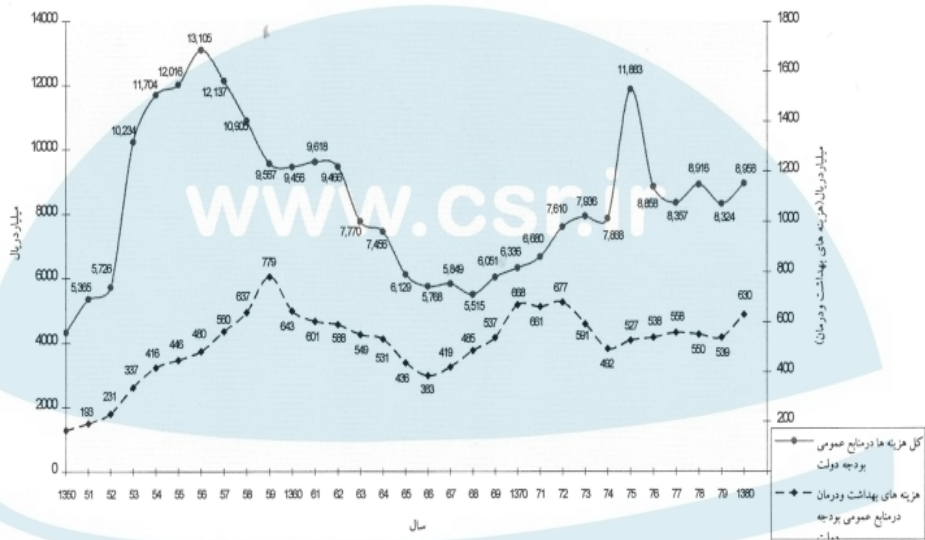
نمودار (۶) - روند کل هزینه های مصرفی و تشکیل سرمایه ثابت در منابع بودجه بخش دولتی و منابع بودجه برای هزینه های بهداشت و درمان

بخش دولتی - به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹



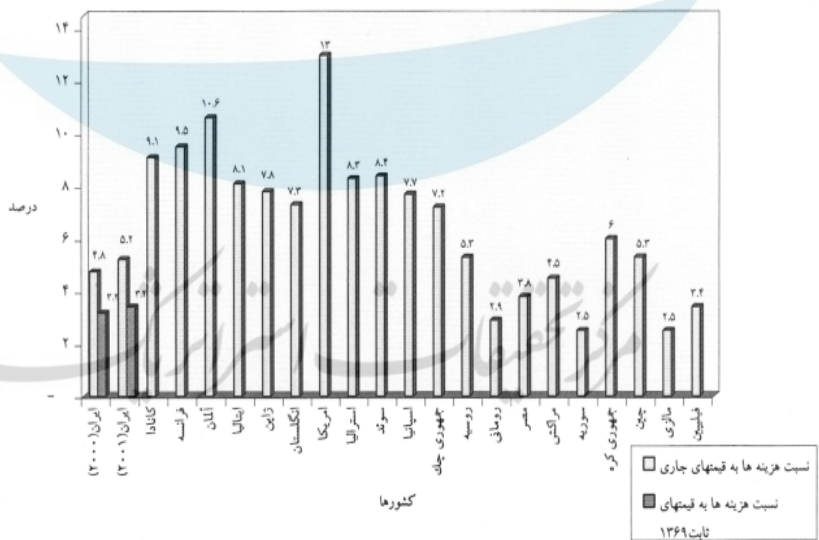
نمودار (۷)- روند کل هزینه های مصرفی و تشکیل سرمایه ثابت در منابع عمومی بودجه دولت و منابع عمومی برای هزینه های بهداشت و درمان

دولت - به قیمت های ثابت سال ۱۳۶۹

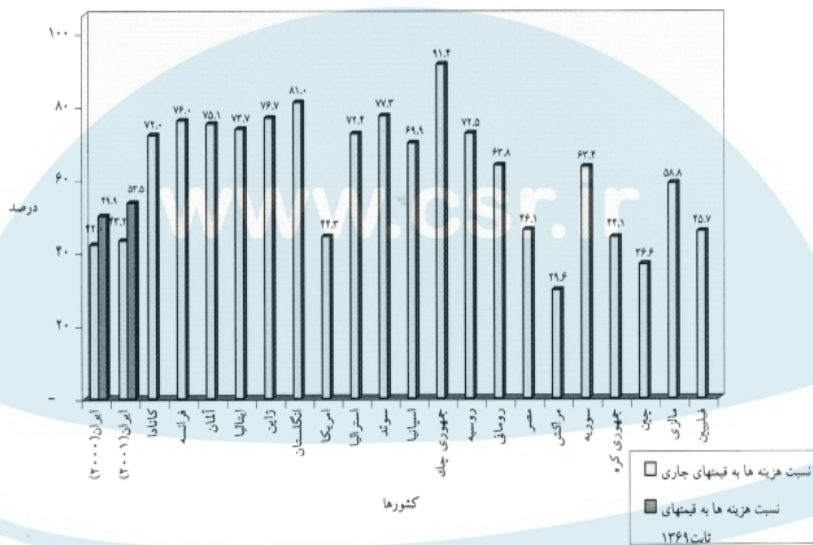


نمودار (۸)- نسبت کل هزینه های بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی (GDP)

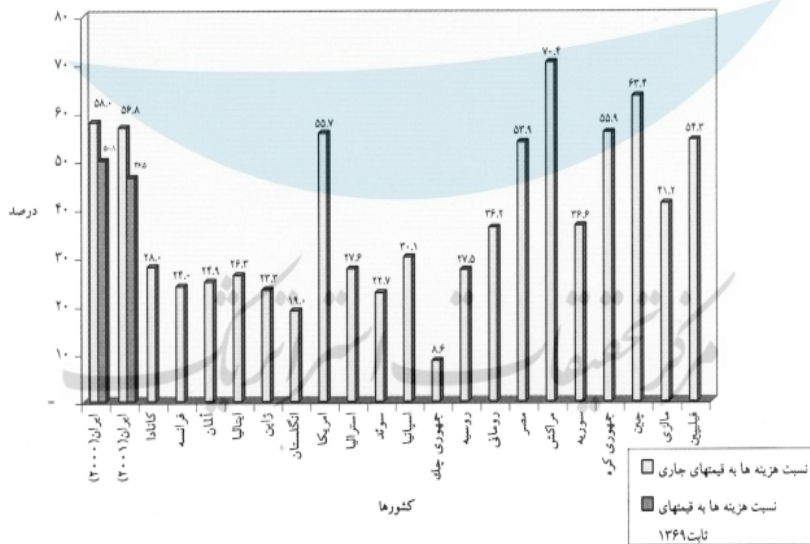
در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



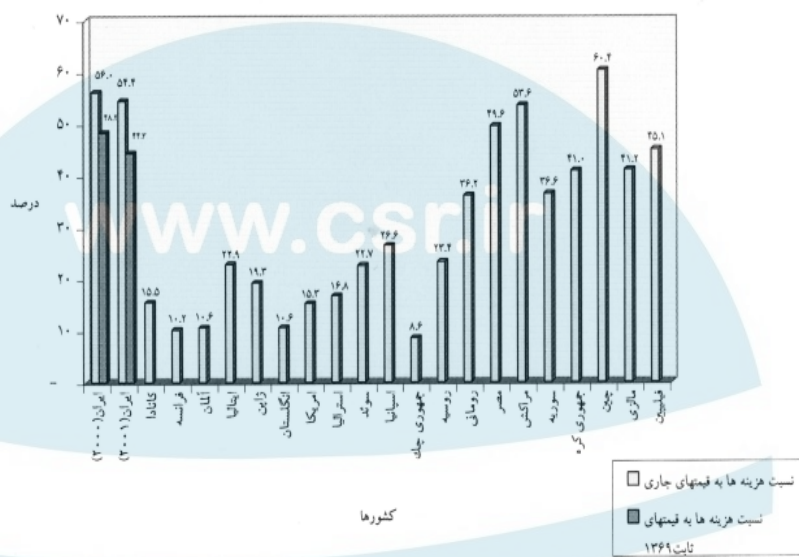
نمودار (۹) - نسبت کل هزینه بهداشت و درمان از منابع بخش دولتی به کل هزینه های بهداشت و درمان
دوایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



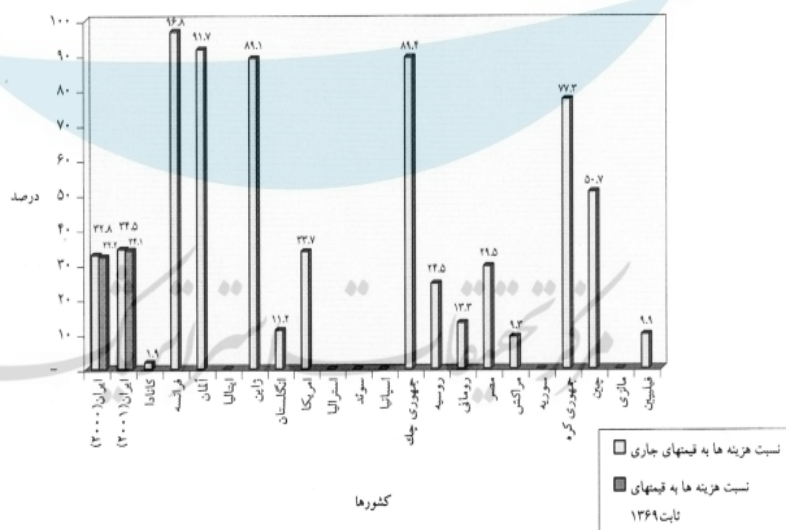
نمودار (۱۰) - نسبت کل هزینه بهداشت و درمان از منابع بخش خصوصی به کل هزینه های بهداشت و درمان
دوایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



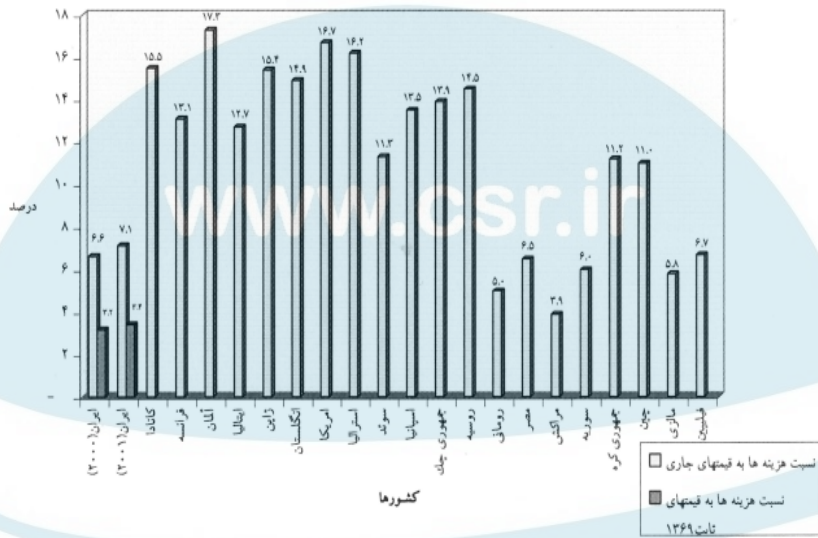
نمودار (۱۱) - نسبت هزینه بهداشت و درمان خانوارها در پرداختهای مستقیم به کل هزینه های بهداشت و درمان
در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



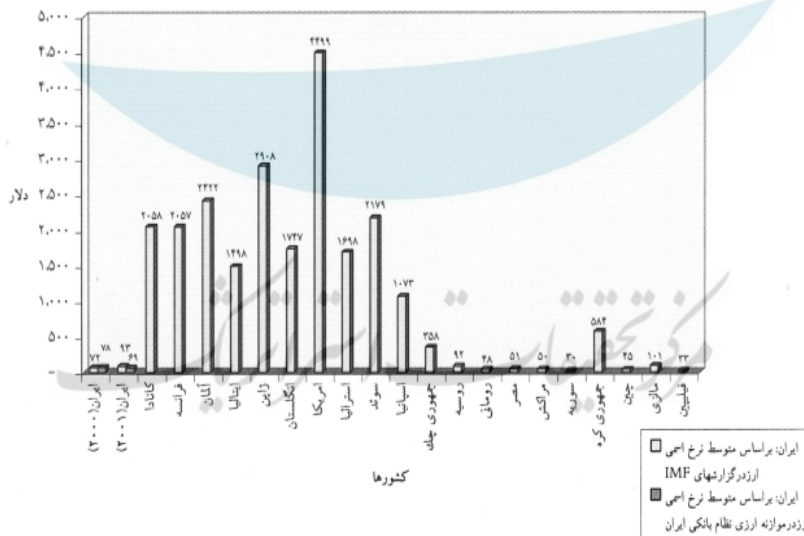
نمودار (۱۲) - نسبت کل هزینه بهداشت و درمان تامین اجتماعی از منابع حق بیمه ها به کل هزینه های بهداشت و درمان بخش دولتی
در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



نمودار (۱۳) - نسبت کل هزینه بهداشت و درمان دولت از منابع عمومی در بودجه دولت به کل هزینه ها از منابع عمومی بودجه دولت در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)

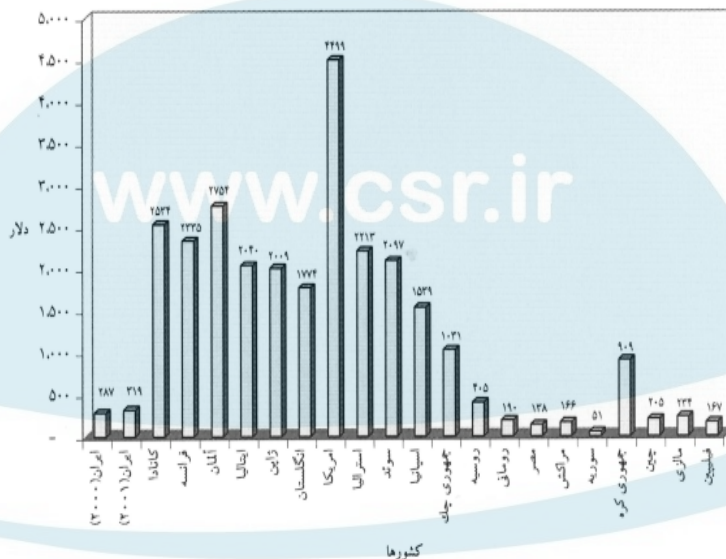


نمودار (۱۴) - هزینه سرانه بهداشت و درمان براساس متوسط نرخ اسمی ارز - (دلار) در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



نمودار (۱۵) - هزینه سرانه بهداشت و درمان براساس واحد دلار بین المللی (PPP)

در ایران و تعدادی از کشورها (سال ۲۰۰۰)



منابع:

3-Murray C., J. Frenk: "A WHO Framework for Health System Performance Assessment", Evidence and Information for Policy, World Health Organization, May2000

4. Berman P.: "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications", Health Economics, vol. 6, October, 1996

۱- مرکز پژوهشهای مجلس، بررسی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر امور زیربنایی، ارزیابی عملکرد در سالهای ۱۳۷۹-۱۳۸۰، سال ۱۳۸۰.

2- Ravindra R., P. Berman, and A. Somanathan: "Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches, Special initiative Report No. 4.", Partnerships for Health Reform Project, PHR, Abt Associates Inc., and Harvard School of Public Health, University Research Corporation, December 1997

مرکز تحقیقات استراتژیک