

### أوراق في اقتصاديات الصحة



# د. قيس انيس جحيل العقابي\*: إطار نظري حول جدوى التدخل الحكومي وأنظمة التمويل في القطاع الصحي

#### مقدمة

ساد جدل كبير حول جدوى التدخل الحكومي في القطاع الصحي على مستوى العالم اذ انبرى مفكرون ومنظرون من خلفيات علمية وايديولوجية وفلسفية مختلفة في تبني وجهات نظر وقدموا الحجج في الدفاع عن أفكارهم. وتباينت هذه الأفكار بين من تبنى جدوى التدخل الحكومي وضرورته وبين من تبنى عدم جدواه وبين مساوئه. في ضوء هذه الدراسة المختصرة سيتم التعرض لأبرز هذه الأفكار مع الوقوف على جدوى التدخل من عدمه مع عرض لأبرز أنظمة تمويل الرعاية الصحية حول العالم للوقوف على فلسفتها في التمويل، بعد ان سادت في العقود الأخيرة نقاشات في أروقة السياسة والاقتصاد حول الأنظمة الصحية بدافع من القلق حيال قدرتها واستمراريتها لتمويل نفسها، وفي مواجهة الضغوط التي تمارسها زيادة التكاليف كنتيجة للأزمات الاقتصادية التي طالت بعض البلدان، وقد زاد القلق حديثا بزيادة نفقات الصحة في العديد من الدول بمعدل أسرع من معدلات النمو الاقتصادي، ممّا أوجد حالة من عدم الارتياح العديد من الدول بمعدل أسرع من معدلات النمو الاقتصادي، ممّا أوجد حالة من عدم الارتياح احتواء التكاليف، وضبط الإنفاق، والقدرة على التمويل من القضايا ذات الأولوية الرئيسة لمعظم المنطمة الصحية المنضوية في منظمة الصحة العالمية او غيرها.

إن الهدف من هذه المقالة المساهمة قدر الإمكان في تقديم إطار نظري للباحثين ولمتخذي القرار في القرار في القرار وتجارب قدمت نماذج يمكن في القطاع الصحي يساهم في تصويب القرارات في ضوء أفكار وتجارب قدمت نماذج يمكن



### أوراق في اقتصاديات الصحة

الاستفادة منها خصوصا ان القطاع الصحي في العراق يعاني من تراجع مستمر في مستوياته المختلفة كما يعاني من نقص حاد في التمويل وفي موارده البشرية الكفؤة وفي بناه التحتية ومن نقص في الادوية والمستلزمات الضرورية المنقذة للحياة. كما ان العراق مقبل على تبني قانون للضمان الصحي لتتغير بذلك فلسفة الدولة في تقديمها للخدمات الصحية فبعد ما كان هناك قطبان اساسيان في تقديم الخدمات الصحية وهما القطاع العام والخاص سيدخل قطب ثالث بمسمى الضمان الصحي يختلف في طريقة تمويله وفي طريقة تقديمه للخدمة الصحية.

## اولاً: إطار نظري لتحليل الآراء التي تتبنى تدخل الحكومة في القطاع الصحي

تبنى أصحاب هذا النهج النظرية التي تقول إن الخدمات الصحية لا يمكن ترك تقديمها للأسواق عن طريق آلية الاسعار، والسبب هو وجود ثلاثة مصادر مهمة للاختلاف بين الطلب الخاص والطلب المجتمعي عليها.

اولاً: إن الكميات المطلوبة الموضحة من خلال منحنيات الطلب لا يتم الحصول عليها عن طريق الرغبة بالدفع فقط ولكن من خلال القدرة عليه ايضاً، وعليه ستكون مطالب الاغنياء مرجحة وبشكل أكبر على مطالب الفقراء، فإذا كان المجتمع أو صناع السياسة يعتقدون بفكرة أن المطالب يجب أن تتسم بالتساوي في تخصيص موارد القطاع الصحي، فالقيم المشتقة من دالة الطلب الخاص وحدها لا يمكن الاعتماد عليها.

ثانياً: إن نقص المعلومات لدى المستهلك يؤثر في تفضيلاته وتقبيم مطالبه الخاصة، فقد يعطي تقييمات عالية على تدخلات ذات كفاءة محدودة، لأنه ضلل من المنتج أو بسبب انخفاض المستوى المعرفي مثلاً، كمن يعتقد أن استعمال الحقن كافي لعلاج المرض دون إعطاء أهمية للإجراءات الوقائية.

ثالثاً: توجد هناك وفورات خارجية مهمة في القطاع الصحي لا يمكن اهمالها فتقييم الأفراد لمنافعهم الخاصة، ينتج عنها منافع أخرى مثل ان معالجة مرض معدي سيمنع من انتشاره إلى اخرين (Normand 2008, 187). بذلك تبرز مسألة الوفورات الخارجية، وهي منتج ثانوي غير مقيد بالإنتاج أو الاستهلاك المباشر، والتي قد تؤثر بنحو غير مباشر أما سلباً أو ايجاباً في طرف آخر لم يشارك في عملية البيع والشراء (Neun 2010, 252)، إذ إنَّ أسعار السلع والخدمات التنافسية قد لا تُظهر هذه الوفورات حينما تدفع هذه القوى التنافسية اسعار السوق إلى مساوي لتكلفتها الحدية الخاصة، في حين تتطلب الكفاءة الاجتماعية أن تكون المنافع مستوى مساوي لتكلفتها الحدية الخاصة، في حين تتطلب الكفاءة الاجتماعية أن تكون المنافع



## أوراق في اقتصاديات الصحة

الحدية الاجتماعية مساوية للتكاليف الحدية الاجتماعية، والمنافع الحدية الاجتماعية تتضمن المنافع الحدية الخاصة وأي منافع حدية خارجية أخرى، أي المنافع الخارجية الإيجابية التي قد تكون موجودة، في حين أن التكاليف الحدية الاجتماعية بالمثل تتضمن التكاليف الحدية الخاصة وأي تكاليف حدية خارجية أخرى، فأسعار السوق لن تُظهر التكافة الخارجية، وفي الوقت نفسه، تميل الأسواق التنافسية إلى نقص المعروض من السلع التي تُوجِد عوامل خارجية (إيجابية)، فالمنافع الحدية الاجتماعية قد تتجاوز السعر في سوق المنافسة، ومن هذا المنطلق يمكن أن تكون الوفورات الخارجية الإيجابية مهمة في مجال الرعاية الصحية، كما هو الحال عند التفكير بجدية بمعالجة الأمراض المعدية التي تمتد منافعها الخارجية الإيجابية إلى أكثر من معالجة الأشخاص المصابين بأن يتم حماية الاخرين من الإصابة بالمرض (Sherman Folland).

## ثانياً: أطار نظري لتحليل الآراء التي تتبنى عدم جدوى تدخل الحكومة في القطاع الصحى

تواجه الأسواق إشكالية في توفير الرعاية الصحية، ليس فقط من ناحية توفيرها بعدالة ولكن أيضاً من ناحية توفيرها بشكل كفوء والسؤال هو: هل ستفعل الحكومة شيئًا أفضل ممّا يفعله السوق؟ الخبير الاقتصادي هنري سيدجويك\* Henry Sidgwick ((أنَّ السعيقات التي لا مفر منها في تدخل الحكومة قد تكون أسوأ من أوجه القصور في القطاع الخاص)). وبعد مرور أكثر من 100 عام، أعرب مارك بولي\*\* Mark Pauly ((لا شك في أن الحكومة التي يعمل بها الملائكة يمكن أن تقوم بعمل وجهة نظر مماثلة، قائلاً ((لا شك في أن الحكومة التي يعمل بها الملائكة يمكن أن تقوم بعمل أفضل من الأسواق التي يديرها البشر)) في إشارة واضحة إلى أن الحكومة قد تفشل مثلما تفشل الأسواق، ممّا يُلحظ ان الاقتصاديون قد خصصوا جهودًا كبيرة لدراسة فشل السوق لكن جهودهم كانت اقل في إيجاد نظرية قابلة للمقارنة بين فشل السوق وبين فشل الحكومة، فقد قام الاقتصاديون بتحليل سلوك المستهلكين بنجاح من خلال افتراض انهم يركزون في تعظيم المنفعة المقامديون بتحليل سلوك المستهلكين بنجاح من خلال افتراض انهم يركزون في تعظيم المنفعة

(4000 4030) 1

<sup>\*</sup> هنري سيدجويك (1838 - 1900): فيلسوف وخبير اقتصادي نفعي إنجليزي وكان أستاذًا في الفلسفة الأخلاقية بجامعة كامبريدج من عام 1883 حتى وفاته، واشتهر في الفلسفة بمناقشته النفعية وكان أحد مؤسسي وأول رئيس لجمعية البحث النفسي وعضوًا في الجمعية الميتافيزيقية وشجع التعليم العالى للمرأة. كان لعمله في الاقتصاد أيضًا تأثير دائم.

<sup>\*\*</sup> مارك بولي: هو خبير اقتصادي أمريكي حصل على شهادة البكالوريوس من جامعة كزافييه في عام 1963، وشهادة الماجستير من جامعة ديلاوير في عام 1965، وشهادة الدكتوراه في الاقتصاد من جامعة فرجينيا في عام 1967 ركز عمله على إدارة الرعاية الصحية واقتصاديات الأعمال. وكان مستشارًا لمكتب ميزانية الكونجرس ومكتب سكرتير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة. وهو أيضًا رئيس التحرير المشارك لمجلة Springer Journal International Journal of Health Care .



IRAQI ECONOMISTS NETWORK www.iraqieconomists.net

### أوراق في اقتصاديات الصحة

وسلوك المنتجين بافتراض أنهم يسعون إلى تعظيم الربح لكن لا توجد نظرية مقنعة للسلوك الحكومي، فهناك إشارات بالكاد يتم التقاطها من توظيف بعض الافتراضات المبسطة. قام تشارلز وولف Charles Wolf (1993، 1979) ببعض الأعمال في مجال فشل الحكومة إذه جادل بأنه مثلما قد يفشل السوق، قد تفشل الحكومة على الرغم من اختلاف نوعية الفشل لوجود تحديات مختلفة، بما في ذلك الاختلاف في نطاقات التحديد وقياس النواتج (على سبيل المثال، الجودة)، والحقيقة أن الحكومة ذات طبيعة احتكارية وتفضيلات السياسيين إصلاحات سريعة نتيجة لذلك، يمكن للحكومة أن تعمل بصورة غير كفؤة وغير عادلة Thomas Rice)

ينسب الفضل إلى جورج ستيجلر\* George Stigler (1971) بوضع نظرية تدعى (النظرية الاقتصادية للتنظيم) Economic theory of regulation بوصفه رائدًا في هذا المجال. جادل ستيجار في ما اسماه (وجهة النظر المثالية للتنظيم الحكومي) وأنه يخدم المصلحة العامة من خلال تقديم السلع التي لا يوفرها القطاع الخاص، وتصحيح العوامل الخارجية، والسيطرة على سلوك المحتكرين، وتحقيق العدالة وإعادة توزيع الدخل، أو عن طريق حماية الصحة، أو تعزيزها وجد ستيجار أن نظرية المصلحة العامة public interest theory هذه غير حقيقية، واقترح بدلاً عنها ما سماه بنظرية الاستحواذ او الغنيمة capture theory وهي عكس نظرية المصلحة العامة، فبدلا من أن يخدم القانون او التنظيم الجمهور، فانه يخدم الأشخاص الذين وضعوه. ومن هذا المنظور، فإنَّ التنظيم بطبيعته ضد المنافسة وضد الاستهلاك، فكيف يمكن للصناعات الخاضعة للتنظيم والتي هي تحت سيطرة المنظمين ان تخضع لتنظيم يديرونه هم أنفسهم؟ للإجابة عن هذا اعتبر ستيجلّر العملية السياسية بانها تشبه محاولة الافراد في تحقيق أقصبي قدر من الأرباح والمنفعة. لذا يحاول السياسيون تعظيم مصالحهم الشخصية من خلال الاحتفاظ بسلطتهم، ولتحقيق ذلك، فهم بحاجة إلى أصوات ومال ويمكن لمجموعات المصالح الخاصة (أصحاب الصناعات الخاضعة للتنظيم) تقديم ذلك لكنهم لن يعطوا أصواتهم واموالهم إلا إذا كان بإمكان السياسيين تقديم شيء لهم في المقابل هذا "الشيء" هو عبارة عن القوانين والتنظيمات، ومن خلال ذلك، يصبح أصحاب الصناعات الخاضعة للتنظيم أفضل حالاً نتيجة التنظيم الذي خدم مصلحتهم دون ان يخدم المصلحة العامة، وتشمل الأمثلة اللوائح والقوانين والتشريعات التي تمنع أو تثبط المنافسة أو دعم الأسعار أو الإعانات والإجراءات التي تضر المنافسين الذين يبيعون بضائع بديلة، ولكن لماذا يسمح المستهلكون بحدوث ذلك؟ يفترض

,

<sup>\*</sup> جورج جوزيف ستيجلر (1911 - 1991) خبير اقتصادي أمريكي، وحائز عام 1982 على جائزة نوبل التذكارية في العلوم الاقتصادية. وُلد في واشنطن وكان من أصل ألماني. تخرج من جامعة واشنطن عام 1931 وحصل على درجة البكالوريوس ثم أمضى عامًا في جامعة نورث وسترن حيث حصل على درجة الماجستير في إدارة الأعمال عام 1932. وخلال دراسته في نورث وسترن، طور ستيجلر اهتماماته بالاقتصاد حتى أصبح أستاذا فيه وأصبح من الاعلام في كلية شيكاغو للاقتصاد.



• IRAQI ECONOMISTS NETWORK = www.iraqieconomists.net

### أوراق في اقتصاديات الصحة

ستيجلر أنَّ مصالحهم كانت متباينة للغاية ولا يمكن للمستهلكين أن يكونوا خبراء بما يكفي لمواكبة جميع الصناعات (Thomas Rice 2009, 50).

## ثالثاً: انواع نظم التمويل الصحية:

هناك أربعة نماذج رئيسة استعملت على نطاق واسع في دول عدة، وهي نموذج بيفرج The ونموذج التأمين الصحي الوطني Bismarck، ونموذج التأمين الصحي الوطني Out-of-Pocket، ونموذج الإنفاق من الجيب National Health Insurance model وعلى الرغم ممّا لهذه النماذج من نظريات مختلفة في رسم السياسات، إلا أن معظم البلدان لديها واقعاً هو مزيج من هذه النماذج، وإنّ للفروق بينها اهمية كبيرة في تمييز المدارس الفكرية حول سياسة الرعاية الصحية، ومن ثم يجب تحليل سياسات كل بلد للتنبؤ بأي تحسينات محتملة.

1- تأمين المصادر المالية عبر الحكومة (نموذج بيفرج): تم وضع وتطوير هذا النموذج لأول مرة من وليام بيفرج \* William Beveridge في عام 1948 وأنشئ في المملكة المتحدة، وانتشر في العديد من مناطق شمال أوروبا والعالم، وغالبا ما يعتمد هذا النظام على إنشاء خدمة صحية وطنية تعمل الحكومة فيها كدافع وحيد single-payer، وتزيل المنافسة في السوق، وتبقى على الأسعار منخفضة بشكل عام. يتم تمويل الرعاية الصحية بوساطة الضرائب، ويتم الحصول على الرعاية الصحية مجاناً، ولا يضطر المريض إلى دفع أيَّة رسوم من جبيه بسبب إسهاماته من خلال الضرائب. في ظل هذا النظام تتكون أغلبية كبيرة لمقدمي الخدمات الصحية من موظفين حكوميين، والمبدأ الذي ينطلق منه النموذج هو الصحة كحق من حقوق الإنسان ومن ثمَّ، فإن التغطية الشاملة مضمونة من الحكومة وأي شخص لديه نفس الفرصة في الوصول إلى الرعاية الصحية، وفي ظل كون الحكومة هي الجهة الوحيدة التي تدفع في نظام الرعاية الصحية هذا، يمكن الإبقاء على التكاليف منخفضة وتوحيد المنافع في جميع أنحاء البلاد ومع ذلك، فإن الانتقادات العامة لهذا النظام هو قوائم الانتظار الطويلة للمراجعين نظرًا لأنَّ الجميع مكفولون في الحصول على الخدمات الصحية، فقد يؤدي ذلك إلى الإفراط في الحصول عليها، وزيادة التكاليف ومن المخاوف هو زيادة الطلب على جميع العلاجات الطبية، حتى لو كانت غير ضرورية طبياً لأنَّ المواطنين ـ لن بدفعوا التكاليف الأولية لهذه الخدمات (Chung 2017).

\*

<sup>\*</sup> ويليام هنري بيفيرج (1879 - 1963) اقتصادي بريطاني ومصلح اجتماعي اشتهر بتقريره لعام 1942 عن التأمين الاجتماعي والخدمات المساعدة (المعروف باسم تقرير بيفريدج) الذي كان بمثابة الأساس لدولة الرفاه في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية التي وضعتها حكومة العمال المنتخبة في عام 1945. خدم في حكومة ونستون تشرشل في مجلس التجارة كمدير لبورصات العمل التي تم إنشاؤها حديثًا ومن ثم سكرتير دائم لوزارة الغذاء، وكان عميد كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية من 1919 حتى 1937.



IRAQI ECONOMISTS NETWORK www.iraqieconomists.net

### أوراق في اقتصاديات الصحة

2- تامين المصادر المالية عبر الحكومة من خلال التأمينات الاجتماعية الالزامية (نموذج بسمارك): يمثل هذا النموذج شكل من اشكال اللامركزية في تقديم الرعاية الصحية. تم إنشاء هذا النموذج بحدود نهاية القرن التاسع عشر من أوتو فون بسمارك \*\* Otto von Bismarck ، إذ يقوم أصحاب العمل والموظفين بالاشتراك في التأمين الصحي، وهم فقط من لهم حق الوصول إلى "صناديق المرض" التي تم أنشاءها باقتطاعات اجبارية من اجورهم، ومقدمي الخدمات الصحية بوجه عام هم مؤسسات خاصة، على الرغم من أن صناديق التأمين الصحي الاجتماعي قد تكون عامة في بعض البلدان، فهناك شركة تأمين واحدة في (فرنسا وكوريا) في حين توجد شركات تأمين متعددة ومتنافسة في (ألمانيا وجمهورية التشيك) أو شركات تأمين متعددة غير متنافسة (اليابان). بغض النظر عن عدد شركات التأمين، فإن الحكومة تسيطر سيطرة تامة على الأسعار، في حين أن شركات التأمين سواء كانت عامة أم خاصة، هي ليست ربحية، تسمح هذه الإجراءات للحكومة بممّارسة قدر مماثل من السيطرة على أسعار الخدمات الصحية في نموذج بيفرج، لكن مع التحول في العقلية من كون الصحة كامتياز للمواطنين العاملين إلى كونها حق لجميع المواطنين، يواجه النموذج عدداً من المخاوف، مثل كيفية رعاية أولئك غير القادرين على العمل أو أولِئك الذين قد لا يكونون قادرين على تحمل تكاليف الاسهامات Chung) .2017)

3- نموذج التأمين الصحى الوطني:The National Health Insurance model

يتضمن هذا النموذج جوانب من النموذجين السابقين فهو يشبه نموذج بيفرج من حيث عمل الحكومة كدافع وحيد للإجراءات الطبية، ومثل نموذج بسمارك، يكون فيه مقدمو الخدمات الصحية قطاعاً خاصاً، وكان هناك اتجاه في السنوات الأخيرة للبلدان التي لديها أنظمة الرعاية الصحية من نوع بيفرج لتضمينه بعض خصائص نموذج بسمارك أو بالعكس، ممّا أدى إلى توجه سياسات الرعاية الصحية في عدد من البلدان، مثل المجر وألمانيا إلى النموذج المختلط وفي بعض البلدان مثل كندا، يُسمح بالتعاقد الخاص على التأمين لأولئك الذين يفضلون ذلك، ويسمح التوازن بين التأمين العام والممارسة الخاصة للمستشفيات بالحفاظ على استقلالية المستهلك في اتخاذ القرار الذي يرغب به، وعادة ما تكون المعيقات المالية أمام العلاج منخفضة، ويكون المرضى قادرين على اختيار مقدمي الرعاية الصحية،

\*\* أ.

<sup>\*\*</sup> أوتو فون بسمارك كان رجل دولة بروسيا محافظًا سيطر على الشؤون الألمانية والأوروبية من ستينيات القرن التاسع عشر وحتى عام 1890 و1890 وكان أول مستشار للإمبراطورية الألمانية بين عامي 1871 و1890. اكتسبت دبلوماسية بسمارك في السياسة الواقعية والحكم القوي في الداخل لقب "المستشار الحديدي". كان توحيد ألمانيا ونموها الاقتصادي السريع الأساس لسياسته الخارجية. لم يعجبه الاستعمار، لكنه بنى على مضم إمبراطورية خارجية عندما كانت مطلوبة من قبل كل من النخبة والرأي العام، قام بسمارك، وهو سيد السياسة المعقدة في الداخل، بإنشاء أول دول الرفاهية في العالم الحديث، بهدف الحصول على دعم الطبقة العاملة التي قد تذهب إلى أعدائه الاشتراكيين.





## أوراق في اقتصاديات الصحة

ويشبه هذا النموذج نموذج بيفرج من ناحية كونه يغطي معظم الإجراءات، بغض النظر عن مستوى الدخل وقد يقلل أيضًا من التكاليف المتعلقة بإدارة التأمين الصحي، حيث تعالج الحكومة جميع أنواع الطلب، وتقلل من حجم الازدواجية في تقديم الخدمات، ولعل أكبر انتقاد يوجهه لهذا النظام هو قوائم انتظار المراجعين الطويلة للعلاج (Chung 2017). بالنتيجة يعتمد هذا النموذج على القطاع الخاص في توفير الخدمة، لكن الدفع يأتي من برنامج التأمين الذي تديره الحكومة والذي يدفعه كل مواطن، نظرًا لعدم توافر حاجة للتسويق، وليس هناك دافع مالي لرفض المطالبات و عدم الربح، تميل برامج التأمين العالمية هذه إلى أن تكون أرخص وأبسط من الناحية الإدارية مقارنة بالتأمين الذي يهدف للربح والدافع الوحيد لهذا التامين هو امتلاك قوة سوقية كبيرة للتفاوض، من أجل خفض الأسعار، والسيطرة على التكاليف عن طريق الحد من الخدمات الطبية التي سيدفعون مقابلها أو عن طريق جعل المرضى ينتظرون العلاج. (Physicians for a National Health).

4- نموذج الإنفاق من الجيب Out-of-Pocket Modal: يوجد هذا النموذج في المناطق الريفية في الهند والصين وأفريقيا وأمريكا الجنوبية، وهو يشبه طريقة العلاج لغير المؤمن عليهم، بسبب عدم اشتراكهم، أو غير المؤمن عليهم في المناطق الأقل تطوراً التي لا تملك إلا القليل من الموارد لتوفير الرعاية الصحية الشاملة، وبموجبه يجب على المرضى دفع تكاليف إجراءاتهم من الجيب، ومع عدم القدرة، لا يستطيع الفقراء تحمُّل تكاليف الرعاية الصحية المناسبة والتفاوت في الثروة، يؤدي إلى وجود تباينات في النتائج الصحية في هذه المجالات (Chung 2017). فقط البلدان المتقدمة والصناعية والغنية من دولة العالم تُنشئ أنظمة للرعاية الصحية، ومعظم الدول الفقيرة جدا غير منظمة للغاية ولا تستطيع تقديم أي نوع من الرعاية الصحية الجماعية، والقاعدة الأساسية في مثل هذه البلدان هي: أنَّ الأغنياء فقط يحصلون على الرعاية المحاية الرعاية المحاية الرعاية المحاون على الرعاية المحاون المح

## المراجع

Chung, Mimi. *Princeton Public Health Review, Health care reform: learning from other major health care systems*. .2017 ,2 9 https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/ (accessed 2 15, 2019).

Neun, Rexford E. Santerre and Stephen P. *Health Economics, 5th Edition.* USA: South-Western, Cengage Learning, 2010.

Normand, Barbara McPake and Charles. *Health Economics An international perspective Second edition*. Simultaneously published in the USA and Canada: Routledge, 2008.



IRAQI ECONOMISTS NETWORK Www.iraqieconomists.net

## أوراق في اقتصاديات الصحة

- Physicians for a National Health Program. *Health Care Systems Four Basic Models*. .2010 http://www.pnhp.org) accessed 2019).
- Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano. *The Economics of Health and Health Care.*United States of America: Pearson Education, Inc, publishing, 2013.
- Thomas Rice, Lynn Unruh. *The economics of health reconsidered.* United States of America: Foundation of the American College of Healthcare Executives, 2009.
  - (\*) موظف في وزارة الصحة العراقية، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، قسم التخطيط المالي.
  - (\*\*) مقالة مستلة من أطروحتي للدكتوراه أثر الصدمات الاقتصادية في القطاع الصحي وسياسات الاستجابة في العراق (سيناريوهات مستقبلية)/ الجامعة المستنصرية 2020.

حقوق النشر محفوظة لشبكة الاقتصاديين العراقيين. يسمح بإعادة النشر بشرط الإشارة إلى المصدر. 16 تشرين اول / اوكتوبر 2020

http://iraqieconomists.net/