

# تأمین اجتماعی در ژاپن\*

یوشی هیرو و کانه کو

تدوین و ترجمه دکتر هرمز همایون پور

در سفر آقای دکتر علی محمد گودرزی رئیس مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی به ژاپن، ضمن دیدار از مؤسسات تأمین اجتماعی و مذاکره با مقامات و کارشناسان مربوط، گزارشهای جدید درباره وضعیت تأمین اجتماعی آن کشور نیز در اختیار ایشان قرار گرفت. نظر به لزوم آگاهی از تجارب ارزنده ژاپن در حوزه تأمین اجتماعی، شامل بازنشستگی و درمان و اشتغال و نیروی کار، ترجمه بخش‌های اصلی این گزارش‌های مفصل ارائه می‌شود. توجه خوانندگان را به دو مقاله‌ای که درباره نظام ژاپن در شماره‌های گذشته فصلنامه چاپ شده است جلب می‌کنیم تا اطلاعاتی نسبتاً جامع و کافی در اختیار علاقه‌مندان قرار گیرد.

## بخش اول

### ۱- نظام تأمین اجتماعی ژاپن

کاهش زاد و ولد و پیر شدن جمعیت

نظام تأمین اجتماعی ژاپن درآمد خود را از محل مالیاتها و کسور بیمه اجتماعی تأمین می‌کند، و نظامی است که مجری برنامه‌های رفاه اجتماعی است تا جبران‌کننده مخاطرات گوناگونی باشد که مردم در طول حیات خود با آنها مواجه می‌شوند، نظیر افرادی که سلامت آنها به سبب بیماری و ناتوانی مختل می‌شود، یا کسانی که به سبب از دست دادن شغل یا بازنشستگی از منبع

---

\* نقل از گزارش «مؤسسه سیاستهای کار و کارآموزی ژاپن» با عنوان: وضعیت کار در ژاپن و تحلیل آن، ۲۰۰۶-۲۰۰۷:

Yoshihiro Kaneko, Japan's Social Security System, *Labour Situation in Japan and Analysis*, Japan Institute for Labour Policy and Training, Tokio, 2006.

درآمد خود محروم می‌شوند. نظام تأمین اجتماعی ژاپن در اساس شبیه نظامهای موجود در اروپا و ایالات متحد امریکاست، و بدین منظور که نیازهای مردم را در مراحل مختلف حیات آنها پاسخ دهد شامل سامانه‌هایی برای بیمه درمانی، خدمات سلامت عمومی، خدمات رفاه اجتماعی، حفظ درآمد، و اقدامات مربوط به اشتغال است. از این سامانه‌ها، بیمه درمانی، طرحهای مراقبت از سلامت سالمندان، بیمه مراقبتهای بلندمدت، نظامهای بازنشستگی، و نیز بیمه بیکاری و بیمه جبران حوادث صنعتی از جمله تأمین‌های اجتماعی ارائه شده در ژاپن هستند. در مقابل، تأمین رفاه کودکان، مادران مجرد، بیوه‌ها، سالمندان، و نیز خدمات سلامت عمومی جملگی از مقوله برنامه‌ها و سیاستهای عمومی به شمار می‌روند که اعتبارات آنها از طریق مالیاتها تأمین می‌شود.

#### مزایا و بار مالی تأمین اجتماعی

به منظور مقایسه بین‌المللی روند تأمین اجتماعی، سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۱</sup> به انتشار اطلاعات مربوط به شاخص‌های هزینه اجتماعی اقدام کرده است. این اطلاعات، صندوق‌های بازنشستگی، مراقبت درمانی و رفاه فقیران، مقرری‌های انتقالی به کودکان، مزایای تأمین اجتماعی، هزینه خدمات رفاهی، و هزینه‌هایی نظیر تسهیلات برای توسعه راکه مستقیماً به افراد منتقل نمی‌شود در برمی‌گیرد (پایگاه داده‌های هزینه‌های اجتماعی او ای سی دی). با نگاهی به نسبت و درصد هزینه اجتماعی در درآمد ملی مشخص می‌شود که ژاپن در مقامی پایین‌تر از کشورهای اروپایی اما بالاتر از ایالات متحد قرار دارد. در مقابل، بر مبنای ارقام مربوط به سالهای همانند، نسبت و درصد درآمد ملی ژاپن که صرف هزینه‌های تأمین اجتماعی می‌شود، در مقایسه با آلمان، فرانسه، و سوئد پایین‌تر است اما از امریکا و بریتانیا تجاوز می‌کند. نرخ کلی زاد و ولد در ژاپن در دهه ۱۹۷۰ معادل ۲/۱۳ درصد بود، که به سطح جایگزینی زاد و ولد<sup>۲</sup> نزدیک بود، اما تا ۲۰۰۳ به ۱/۲۹ درصد کاهش یافت. در نتیجه، بر پایه سرشماری ملی سال ۲۰۰۵، نرخ رشد جمعیت ژاپن، جمعاً ۱۲۷/۱۷۶ میلیون نفر، معادل ۰/۷ درصد است که بدترین نرخ رشد از جنگ جهانی دوم به بعد محسوب می‌شود. و نسبت افراد سالمند

1. OECD

2. replacement fertility level

(شصت و پنج ساله به بالا) معادل ۱۹/۵ درصد است. بنا به پیش‌بینی‌ها، درصد افراد سالمند رو به افزایش است، و در ۲۰۱۴ به ۲۵ درصد می‌رسد؛ بنابراین، از هر چهار ژاپنی، یک نفر شصت و پنج ساله یا پیرتر خواهد بود (برآورد جمعیت آینده ژاپن، ژانویه ۲۰۰۲، مؤسسه ملی جمعیت و تحقیقات تأمین اجتماعی<sup>۱</sup>).

از آنجا که میزان مزایای سرانه پرداختی به سالمندان به حدود ۵ برابر پرداختی به نسل‌هایی می‌رسد که هنوز کار می‌کنند، روند پیر شدن جمعیت از نظر هزینه‌های تأمین اجتماعی تبدیل به مسئله شده و باعث نگرانی گشته است. با توجه به این موضوع، «شورای مشورتی تأمین اجتماعی»<sup>۲</sup> در گزارش سال ۲۰۰۵ خود به وضعیت مزایای تأمین اجتماعی و بار مالی آنها در آینده پرداخت و مسیر اقدامات اصلاحی آینده را در ارتباط با روند عوامل اقتصادی بیان کرد و نشان داد که چگونه می‌توان با چنین رشدی در مزایا و بار مالی آنها انطباق یافت و نظامی پایدار برای تأمین اجتماعی در آینده (وقتی که نسل‌های شاغل کاهش می‌یابد و تأمین اجتماعی در مخاطره قرار می‌گیرد) پایه‌گذاری کرد.

بار هزینه‌های تأمین اجتماعی بر مبنای افزایش تفاوت درآمد و ظرفیت تحمل با نگاهی به روندهای منعکس در شاخص جینی، که بر شاخص سنجش نابرابری درآمد بنا به «بررسی بازتوزیع درآمد»<sup>۳</sup> مبتنی است، روشن می‌شود که به سبب افزایش نابرابری درآمدها در دهه ۱۹۹۰، نیاز به گسترش بازتوزیع درآمد از طریق تأمین اجتماعی کاملاً محسوس است. طبق مقایسه تطبیقی او ای سی دی در ارتباط با تفاوت درآمدها، که شاخص جینی را در مورد درآمد خالص و قابل مصرف<sup>۴</sup> خانوارها، پس از مالیات و کسور تأمین اجتماعی مقایسه می‌کند، شاخص جینی ژاپن در قیاس با کشورهای اروپای غربی پایین و از آمریکا و بریتانیا کوچکتر است. از آنجا که به سبب افزایش بار مالی تأمین اجتماعی اصلاح تفاوت درآمدها ضروری است، گزارش (ژوئن ۲۰۰۳) «شورای مشورتی تأمین اجتماعی» متذکر می‌شود که «از نظر درآمد و مالکیت اموال، تفاوت‌های بزرگی بین یکایک شهروندان وجود دارد که رسیدگی دقیق به این

1. National Institute of Population and Social Security Research
2. Advisory Council on Social Security
3. Income Redistribution Survey
4. disposable income

تفاوتها را الزامی کرده است» و «حتی از افراد سالمند، چنانچه دارای درآمد و اموال هستند، انتظار می‌رود در متناسب کردن بار هزینه‌ها مشارکت کنند».

## ۲ - نظام بازنشستگی

### ویژگیهای نظام بازنشستگی ژاپن

همه شهروندان ژاپنی از طریق نظامهای بیمه درمانی و بازنشستگی بیمه هستند. این نظامها بر پایه این اصل اداره می‌شوند که خدمات درمانی و مزایای بازنشستگی باید برای همه افرادی که بیمار می‌شوند یا به سالمندی می‌رسند فراهم باشد (بیمه برای همه، بازنشستگی برای همه). در نظام بازنشستگی ژاپن، نوعی مستمری پایه<sup>۱</sup> وجود دارد؛ همه شهروندان (از بیست تا پنجاه‌ونه سالگی) عضو این طرح مستمری پایه هستند و وقتی به سن بازنشستگی برسند (در حال حاضر، شصت سالگی، از ۲۰۱۳ برای مردان، شصت و پنج سالگی، و از ۲۰۱۸ برای زنان نیز شصت و پنج سالگی)، پرداخت مستمری پایه به آنها شروع می‌شود. برای کارگران حقوق‌بگیر<sup>۲</sup> و کارکنان دولت، به ترتیب، مقررات مستمری متقابل<sup>۳</sup> و مستمری کارکنان وجود دارد که، بر اساس این مقررات، حقوق بازنشستگی آنها، به تناسب حقوقی که می‌گرفته‌اند، علاوه بر مستمری پایه مزبور، پرداخت می‌شود.

نظام بازنشستگی ژاپن، هر پنج سال یک بار، بر پایه تجدید محاسبات مالی بازنشستگی مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد. در اصلاحات بازنشستگی سال ۲۰۰۴، تصمیم گرفته شد که به جای تثبیت بار مالی آینده بیمه در سطحی معین (۱۸/۳ درصد بعد از ۲۰۰۵، در مورد مستمریهای کارکنان)، بر مبنای روشی که از اصلاحات بازنشستگی سوئد در ۲۰۰۱ اقتباس شده، استانداردهای مزایا به موازات شرایط اقتصادی و الزامات یک جامعه در حال پیرشدن تعیین شود (البته، اعلام شد که این استانداردها در هر حال نباید از ۵۰ درصد درآمد نسل‌های شاغل پایین‌تر باشد). حق بیمه مستمری پایه برای خویش‌فرماها مبلغی معین است (۱۳/۳۰۰ ین در سال ۲۰۰۴). از سوی دیگر، حق بیمه کارگران حقوق‌بگیر و کارکنان دولت، به میزان برابر

1. basic pension

2. salaried workers

3. mutual pension

از جانب نیروی کار و مدیریت پرداخت می‌شود، و معادل ۱۳/۵۸ درصد مجموع دریافتی<sup>۱</sup> آنها شامل حقوق‌ها و فوق‌العاده‌هاست (در ۲۰۰۴).

برای بازماندگان داغ‌یده بیمه‌شده متوفی، حقوق وظیفه<sup>۲</sup> پیش‌بینی شده، و در صورتی که بیمه‌شده جسماً از کار افتاده شود، مقرری از کار افتادگی با رعایت شرایط خاص به او پرداخت می‌شود. طبق اطلاعات بازنشستگی ۲۰۰۴، از اکتبر آن سال، مزایای مربوط به مستمری پایه معادل ماهانه ۶۵/۰۷۵ ین تعیین شده، و میزان مستمری بازنشستگی سالمندان معادل ۲۳۰/۷۰۰ ین است که شامل مستمری پایه<sup>۳</sup> زوج‌ها و مبالغ مربوط به درآمد شوهر است.

در شرکت‌هایی که کسور بازنشستگی عمومی کارکنان خود را می‌پردازند، صندوق بازنشستگی کارکنان وجود دارد. به مستمری‌های بازنشستگی کارگران حقوق‌بگیر مالیات تعلق می‌گیرد. در عین حال، چون از لحاظ مسائل مرتبط با تفویض اختیار و انتقال ذخایر مشکلاتی وجود داشت، از سال ۲۰۰۱ برای شرکتها نظام مزایای معین<sup>۳</sup> و کسور معین برقرار شد تا این مشکلات حل شود. به علاوه، برای کارگران خویش فرما، صندوق ملی بازنشستگی<sup>۴</sup> وجود دارد که در مقام مکمل مستمری‌های پایه عمل می‌کند.

ویژگی نظام بازنشستگی ژاپن در ارتباط با بازار کار این است که با بیمه بیکاری تعامل دارد. به این معنا که برای کارگران شصت تا شصت و چهارساله، مستمری سالمندی و مقرری اشتغال مجدد سالمندان پرداخت می‌شود، که مشروط است به این که مستمری‌های این افراد کمتر از ۸۵ درصد دریافتی آنان هنگام بازنشستگی در شصت‌سالگی باشد.

علاوه بر اینها، به منظور حمایت از زنان کارگری که به طور همزمان هم کار می‌کنند و هم عهده‌دار مراقبت از فرزند(ان) هستند، پیش‌بینی شده که این زنان و نیز کارفرمایان آنها، در طول مدت استفاده از مرخصی مراقبت از کودکان، از پرداخت کسور بازنشستگی معاف باشند.

### ۳- بیمه درمانی و بیمه مراقبت بلندمدت

نظام بیمه درمانی ژاپن شامل است بر بیمه سلامت برای کارکنان (و خانواده کارکنان) شاغل در

1. total compensation

2. survivors' pension

3. defined benefit corporate pension

4. national pension fund

کارگاههایی که پنج نفر یا بیشتر عضو دارند، و مدیریت آن را «انجمن بیمه سلامت»<sup>۱</sup> بر عهده دارد؛ بیمه سلامت برای کارکنان (و خانواده کارکنان) شاغل در کارگاههای دارای کمتر از پنج عضو، که مدیریت آن برعهده دولت است؛ بیمه ملی سلامت برای خویش فرماها و غیره؛ و بیمه درمان که از سوی انجمنهای کمک متقابل برای کارکنان دولت مرکزی و حکومتهای محلی ارائه می شود. مشترکان طرحهای بیمه درمان، حق بیمه را خود می پردازند اما آنها و اعضای خانواده شان می توانند، با پرداخت بخشی از هزینه، به هر یک از مؤسسات درمانی که مایلند مراجعه کنند. به علاوه، انجمن بیمه سلامت، انجمن بیمه سلامت تحت مدیریت دولت، و بیمه ملی سلامت برای خویش فرماها، همگی، نظامی برای بیمه سالمندان دارند که سالمندان شصت و پنج ساله و بالاتر را در شرایط نیاز به مراقبت بلندمدت و کلیه سالمندان هفتادساله و بالاتر را پوشش می دهد. در این نظام، بار هزینه مالی درمان و مراقبت از سالمندان، از طریق مشارکت انجمنهای بیمه مربوط، که متناسب با تعداد مشترکان سالمند هر نظام است، سبک می شود؛ هرچه تعداد سالمندان عضو کمتر باشد، میزان مشارکت انجمن بیشتر می شود.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، با آنکه هزینه های درمانی در دهه ۱۹۹۰ افزایش یافت، میزان این افزایش در سالیان اخیر متعادل بوده است (از سال ۲۰۰۳ به بعد، نسبت هزینه های ملی درمان در قیاس با درآمد ملی، بین ۸ تا ۸/۹ درصد نوسان داشته است). با این حال، بدین سبب که هزینه های بیمه سلامت ملی و انجمن بیمه سلامت سالمندان به دلیل پیر شدن جامعه افزایش یافته و باعث بروز مشکلات مالی برای کل نظام درمانی کشور شده است، اکنون بحث درباره هزینه سنگین نظام مراقبت درمانی و چگونگی اصلاح آن آغاز شده است. در نتیجه این بحث و با توجه به پیشینه و زمینه موضوع، سهم پرداختی سالمندان، از اکتبر ۲۰۰۲ به ۱۰ درصد افزایش یافته و مطابق دستورالعمل بیمه سلامت سالمندان، این رقم برای سالمندان پر درآمد معادل ۲۰ درصد تعیین شده است. به علاوه، سهم پرداختی بیمه سلامت کارگران از ۲۰ درصد به ۳۰ درصد افزایش یافت و با نرخ بیمه سلامت ملی یکسان شد.

از آوریل ۲۰۰۰، نظامی برای بیمه سلامت بلندمدت برقرار شده است که از طریق پرداخت مساعدت عمومی به خانواده هایی که نیازمند مراقبت بلندمدت هستند، بار آنها را سبک می کند.

1. health insurance association

این مساعدت، تحمل بار مالی را برای سالمندان بستری و سالمندان دیگری که به مراقبت بلندمدت در خانه نیاز دارند، و نیز برای دیگر افرادی که در مؤسسات درمانی خارج از خانه تحت مراقبتهای بلندمدت واقع‌اند، آسان می‌کند.

بر پایه مقررات نظام بیمه مراقبت بلندمدت، شهروندان چهل‌ساله و بالاتر باید حق بیمه مراقبت بلندمدت را پردازند. در مقابل، افراد شصت و پنج‌ساله و سالخورده‌تر که نیاز به مراقبت بلندمدت داشته باشند، می‌توانند طبق تشخیص کمیته‌های محلی که برای این منظور تشکیل شده است از خدمات خاص بلندمدت، نظیر اعزام پرستار خانگی، برخوردار شوند. حق بیمه‌ها و ضوابط مربوط به تشخیص نیاز به مراقبتهای بلندمدت را دولت مرکزی تعیین می‌کند، اما کمیته‌های محلی یادشده مسئول اجرای این ضوابط هستند.

در ارائه خدمات مراقبت بلندمدت، که به منزله مزایای غیرنقدی است، خواسته‌های مددجویی که متقاضی این‌گونه خدمات است باید کاملاً رعایت شود؛ خدمات باید از طرف ارائه‌کننده‌ای انجام گیرد که متقاضی از بین فهرست ارائه‌کنندگان خدماتی که مورد تأیید مسئولان محلی هستند انتخاب می‌کند. استفاده‌کنندگان از خدمات مراقبتی بلندمدت فقط مسئول پرداخت ۱۰ درصد هزینه‌ها هستند. در عین حال، برای این هزینه‌ها سقف حداکثر وجود دارد تا باری سنگین بر دوش بیمه‌گر تحمیل نکند. هزینه‌هایی که از این سقف مقرر تجاوز کند، از سوی شهرداری‌ها تقبل می‌شود.

«قانون بیمه مراقبت بلندمدت»<sup>۱</sup>، به دنبال برقراری «نظام بیمه مراقبت بلندمدت»<sup>۲</sup> (۲۰۰۲)، که بررسی آن قانون را ظرف پنج سال مقرر کرد، در سال ۲۰۰۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در این تجدید نظر، کوشش شد مراقبت بلندمدت در قالب نظام بیمه‌ای مناسب قرار گیرد تا از بروز شرایطی که مراقبت بلندمدت را ضروری می‌کند تا جای ممکن پیشگیری شود، مراکز حمایتی مجهز منطقه‌ای تأسیس شود تا این‌گونه مراقبت‌ها در محل صورت گیرد، و هماهنگی میان کارکنان درمانی و پرستارها تقویت شود. شمار افرادی که برای مراقبتهای بلندمدت بیمه شده‌اند، در پایان سال ۲۰۰۲، ۴۲/۶۵ میلیون نفر بین سنین چهل تا شصت و چهار سال، و ۲۸/۶۳ میلیون نفر بین سنین شصت و پنج به بالا بود. در پایان همان سال، شمار دریافت‌کنندگان خدمات

1. Long-Term Care Insurance Law

2. Long-Term Care Insurance System

مراقبت (حمایت) بلندمدت در خانه معادل ۲/۳۲ میلیون و در مؤسسات درمانی معادل ۷۵۰/۰۰۰ نفر بود.

## بخش دوم

### قانون بیمه سلامت و اصلاحات آن

(مصوب ۲۱ ژوئن ۲۰۰۶)

هدف «وزارت بهداشت، کار و رفاه»<sup>۱</sup> ژاپن از این اصلاحات عبارت است از: حفظ پوشش فراگیر بیمه سلامت و برقراری موجبات پایداری آن در آینده. بر مبنای «چارچوب اصلاح نظام مراقبت درمانی» که در اول دسامبر ۲۰۰۵ در جلسه مشترک دولت و احزاب ائتلافی حاکم به تصویب رسید، دولت موظف به اقداماتی شده است تا کنترل هزینه‌های درمانی و رساندن آنها به سطحی معقول میسر شود، نظام مراقبت سلامت برای سالمندان ایجاد شود، و موجبات تجدید تشکیلات و ادغام بیمه‌گران فراهم گردد. رئوس کلی این اقدامات در جدول صفحه بعد منعکس شده است.

---

1. Health, Labour, and Welfare Ministry



جدول ۱ - رئوس کلی اقدامات اصلاحی

<p>۱- تلاش برای کنترل هزینه‌های درمانی</p> <p>۱. برقراری نظام برنامه‌ریزی برای کنترل هزینه‌های درمانی در میان‌مدت، شامل اقداماتی برای پیشگیری از بیماریهای مرتبط با نحوه و سبک زندگی و رفع نقایص بستری شدن‌های بیمارستانی (آوریل ۲۰۰۸)</p> <p>- افزایش نسبت فرانشیز پرداختی سالمندان و رساندن آن به سطح فرانشیز نسل جوانتر (۲۰ درصد ← ۳۰ درصد)؛</p> <p>- تجدیدنظر در بار مالی هزینه‌های بیمارستانی نظیر غذا و تجهیزات برای سالمندان بستری و تحت مراقبت درمانی بلندمدت (اکتبر ۲۰۰۶)؛</p> <p>- افزایش نسبت فرانشیز پرداختی سالمندان هفتاد تا هفتادوچهارساله (۱۰ درصد ← ۲۰ درصد)؛ کاهش فرانشیز پرداختی برای نوزادان (گسترش دامنه پوشش سیاست حمایتی دولت از نوزادان و کودکان (۲۰ درصد تا سه‌سالگی ← و تا زمان ورود به مدرسه) (آوریل ۲۰۰۸)؛</p> <p>۳. الغای پوشش نظام بیمه بلندمدت برای بیماریهای تحت مراقبت بلندمدت (آوریل ۲۰۱۲)</p>
<p>۲- برقراری نظام درمانی جدید برای سالمندان (آوریل ۲۰۰۸)؛</p> <p>۱. برقراری نظام درمانی برای سالمندان هفتادوپنج‌ساله و بیشتر</p> <p>۲. برقراری نظامی برای تعدیل هزینه‌های درمانی سالمندان شصت‌وپنج تا هفتادوچهارساله</p>
<p>۳- تجدید تشکیلات و ادغام بیمه‌گران موجود بر مبنای مناطق اداری</p> <p>۱. اقدام مداوم برای تقویت مبنای مالی بیمه مالی سلامت (آوریل ۲۰۰۶)؛ برنامه مشترک برای تقویت صندوقهای بیمه (اکتبر ۲۰۰۶)</p> <p>۲. تبدیل بیمه سلامت تحت مدیریت دولت به یک شرکت عمومی (اکتبر ۲۰۰۸)</p> <p>۳. ایجاد انجمن بیمه سلامت در سطح منطقه‌ای (اکتبر ۲۰۰۶)</p>
<p>۴- اقدامات دیگر</p> <p>تجدیدنظر در ساختار عضویت «شورای مرکزی بیمه درمان اجتماعی»، «مارس ۲۰۰۷»</p>

جدول ۲ - مقایسه بین المللی نظامهای خدمات درمانی (۲۰۰۴)

نام کشور	میانگین روزهای اقامت در بیمارستان	تعداد تخت به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر	تعداد پزشک به نسبت هر ۱۰۰۰ تخت	تعداد پزشک به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر	تعداد پرسنل پرستاری به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر
ژاپن	۳۶/۳	۱۴/۲	۱۴/۳	۲/۰	۹/۰
آلمان	۱۰/۴	۸/۶	۳۹/۵	۳/۴	۹/۷
فرانسه	۱۳/۴	۷/۵	۴۴/۹	۳/۴	۷/۵
بریتانیا	۷/۲	۴/۰	۵۷/۰	۲/۳	۹/۲
ایالات متحده امریکا	۶/۵	۳/۳	۷۳/۳	۲/۴	۷/۹
					(۲۰۰۲)

منابع: تعداد پزشکان به نسبت هر ۱۰۰۰ تخت و تعداد پرسنل پرستاری به نسبت هر ۱۰۰۰ تخت، از «اطلاعات سلامت ار ای سی دی / ۲۰۰۶». میانگین روزهای اقامت در بیمارستان، تعداد تخت به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر تعداد پزشک به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر، و تعداد پرسنل پرستاری به نسبت هر ۱/۰۰۰ نفر، «اطلاعات سلامت ار ای سی دی ۲۰۰۵».

جدول ۳- وضعیت هزینه‌های درمانی در کشورهای عضو او ای سی دی (۲۰۰۳)

ترتیب	نسبت کل هزینه‌های درمانی به تولید ناخالص داخلی (٪)	ترتیب	هزینه درمانی هر نفر (بین)	کشور	ترتیب	نسبت کل هزینه‌های درمانی به تولید ناخالص داخلی (٪)	ترتیب	هزینه درمانی هر نفر (بین)	کشور
۲۰	۹/۲	۱۶	۲۹۲/۰۲۸	استرالیا	۱	۱۵/۲	۱	۶۶۲/۰۷۶	ایالات متحده آمریکا
۹	۷/۹	۱۷	۲۷۹/۷۳۹	بریتانیا	۲	۱۱/۵	۲	۵۸۳/۰۰۵	سوئیس
۲۳	۷/۴	۱۸	۲۶۶/۷۵۵	فنلاند	۲۲	۷/۷	۳	۵۷۵/۳۶۱	لوکزامبورگ
۱۸	۸/۲	۱۹	۲۴۸/۳۳۸	ایتالیا	۷	۱۰/۱	۴	۵۷۲/۴۶۲	نروژ
۱۶	۱۰/۵	۲۰	۱۹۰/۳۵۷	یونان	۴	۱۰/۵	۵	۴۴۴/۰۱۲	ایسلند
۲۰	۷/۹	۲۰	۱۹۰/۳۵۷	اسپانیا	۱۵	۸/۹	۶	۴۰۹/۱۱۷	دانمارک
۶	۸/۰	۲۲	۱۸۷/۵۷۵	نیوزیلند	۳	۱۰/۹	۷	۳۷۱/۵۵۶	آلمان
۹	۹/۸	۲۳	۱۵۸/۸۰۸	پرتغال	۱۲	۹/۳	۸	۳۶۵/۷۵۹	سوئد
۲۹	۵/۵	۲۴	۸۱/۴۹۹	کره جنوبی	۶	۱۰/۴	۹	۳۵۸/۹۱۹	فرانسه
۲۳	۸/۳	۲۵	۷۹/۲۹۶	مجارستان	۱۱	۹/۶	۱۰	۳۴۹/۸۷۷	اتریش
۱۸	۷/۵	۲۶	۷۷/۲۰۹	جمهوری چک	۱۳	۹/۲	۱۰	۳۴۹/۸۷۷	هلند
۲۶	۶/۳	۲۷	۴۵/۷۹۲	مکزیک	۷	۱۰/۱	۱۲	۳۴۸/۸۳۳	بلژیک
۲۶	۵/۹	۲۸	۴۱/۷۳۵	اسلواکی	۲۶	۷/۲	۱۳	۳۲۶/۱۱۱	ایرلند
۲۸	۶/۵	۲۹	۴۱/۰۳۹	لهستان	۱۸	۸/۰	۱۴	۳۱۲/۳۱۵	ژاپن
۲۳	۷/۶	۳۰	۲۹/۷۹۴	ترکیه	۹	۹/۹	۱۵	۳۰۸/۸۳۸	کانادا

منابع: «اطلاعات سلامت او ای سی دی ۲۰۰۶»  
 یادداشت ۱: ترتیب و طبقه‌بندی براساس آمار ملل‌های عضو او ای سی دی است.  
 یادداشت ۲: هزینه‌های بهداشتی به پول جاری کشورها، بر پایه میانگین سالانه نرخ تسعیر، به یکن تبدیل شده است.