

مطالعه تطبیقی

نظام سلامت در دنیا

جلد دوم

(بسته‌های خدمات درمانی، بیمه سلامت)

نویسنده

دکتر حسین زارع



سازمان بیمه خدمات درمانی

زارع، حسین، ۱۳۵۲ -

مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا / مؤلف حسین زارع، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۲.

ISBN 964-8952-10-8 (ج ۲)

۲ ج: جدول

فهرست نویسی بر اساس اطلاعات قیفا.

ص.ع. به انگلیسی:

Edited by Hossein Zare, Health Care Systems Around the World, Health Care Packages, Health insurance

کتابنامه: ص. [۲۰۷، ۲۱۰].

مندرجات: ج. ۲. بسته های خدمات درمانی، بیمه سلامت. ---

۱. سلامت پروری -- مطالعه تطبیقی، ۲. پزشکی -- خدمات -- مطالعات تطبیقی، ۳. تأمین اجتماعی -- مطالعات تطبیقی. الف. سازمان بیمه خدمات درمانی. ب. شرکت انتشارات علمی و فرهنگی. ج. عنوان.

۶۱۳

RA ۲۲۷ / ۸ / ۶م

۸۲۴۳۳۹۵م

کتابخانه ملی ایران

مطالعه تطبیقی

نظام سلامت در دنیا (جلد دوم)

(بسته های خدمات درمانی، بیمه سلامت)

نویسنده: دکتر حسین زارع

چاپ اول: زمستان ۱۳۸۴؛ شمارگان: ۲۲۰۰ نسخه

حروفچینی و آماده سازی: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت چاپ و نشر علمی و فرهنگی کتیبه

حق چاپ محفوظ است.



سازمان بیمه خدمات درمانی

با همکاری شرکت انتشارات علمی و فرهنگی

نشانی: تهران، خیابان دکتر علی شریعتی، بالاتر از خیابان شهید وحید دستجردی (ظفر)، خیابان شهید برادران علی پورمشکاتی، شماره ۵۷، سازمان بیمه خدمات درمانی، اداره کل مطالعات و پژوهش، صندوق پستی:

۱۹۳۹۵-۴۴۱۴ تلفن: ۲۲۸۵۶۵۷۵ - ۲۷ - ۲۲۸۵۸۷۲۱ www.mslo.org.ir

○ شرکت انتشارات علمی و فرهنگی: تهران، خیابان افریقا، چهارراه شهید حقانی (جهان کودک)، کوچه کمان،

شماره ۴، کدپستی ۱۵۱۸۷۳۶۳۱۳؛ صندوق پستی ۱۵۸۷۵۹۶۴۷؛ تلفن: ۸۸۷۷۲۵۶۹؛ فاکس: ۸۸۷۷۲۵۷۲

www.elmifarhangt.com

info@elmifarhangt.com آدرس رایانه ای:

بسم الله الرحمن الرحيم

بدون شک عبور از دوران گذار در جامعه رو به توسعه باید واجد ابزار و ویژگیهایی باشد تا بتواند ضمن حفظ هویت و رفتار اصیل، کلیه فعالیتها و جهش های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به سمت پیوندهایی جهانی رهنمون سازد.

در طول این مدار تقدم برخی از اهداف اجتماعی ملموس و غیرقابل اجتناب می باشد که یکی از عوامل موثر را می توان توسعه پایدار و همه جانبه بیمه های درمانی و تأمین اجتماعی دانست که در حال حاضر محور اصلی بسیاری از فعالیتها در کشورهای در حال توسعه بوده، عاملی تأثیر گذار در روند اجتماعی کشورهای توسعه یافته تلقی می شود.

همزمان با درک این مهم باید الگوهای مناسبی را به جهت عملیاتی نمودن نظریات و مطالعات انجام یافته ارائه کرد که قطعا نه نسخه های صرفا مبتنی بر نظریات علمی غرب می تواند پاسخگو باشد و نه تجربیات خاص بومی عامل پیشرفت و رفع معضلات محسوب می گردد و بی شک در این رهگذر استفاده از دستاوردهای جهانی و تلفیق همزمان آن با تجربیات و استعداد های بالقوه داخلی راهگشا خواهد بود.

کتاب پیش رو که با تلاش جناب آقای دکتر حسین زارع به رشته تحریر درآمده، توانسته است بخشی از انتظارات منطقی و علمی مورد نظر را در قالب های گوناگون بیان داشته و حرکت مبارک و نوید بخشی را به منظور درک مفاهیم و مقیاسها در نظام سلامت و بیمه های سلامت به عنوان عاملی اثر بخش و آرامش آفرین ترسیم نماید.

ضمن تشکر از مولف محترم کتاب، امید آن داریم که صاحب نظران ارجمند با ارائه پیشنهادات خود ما را در جهت تکمیل هر چه بهتر با هدف خدمت والای تر رهنمون سازند.

دکتر سید ابوالقاسم موسوی

معاون وزیر رفاه و تأمین اجتماعی

و رئیس هیأت مدیره و مدیر عامل

سازمان بیمه خدمات درمانی

در هر حرفه ای که هستید نه اجازه بدهید که به بدبینی های بی حاصل دچار شوید و نه بگذارید که بعضی لحظه های تاسف باری که برای هرملتی پیش می آید مار را به یاس و ناامید بکشاند. در آرامش حاکم بر آزمایشگاهها و کتابخانه هایتان زندگی کنید. نخست از خود بپرسید :

برای یادگیری چه کرده ام ؟

سپس همچنان که به پیش می روید بپرسید:

برای کشورم چه کرده ام؟

و این پرسش را آنقدر ادامه دهید تا به این احساس شادی بخش و هیجان انگیز برسید که شاید سهم کوچکی در پیشرفت و اعتلای بشریت داشته اید. اما هر پاداشی که زندگی به تلاشهایتان بدهد یا ندهد هنگامی به پایان تلاشهایمان نزدیک می شویم، هر کدامان باید حق آن را داشته باشیم که با صدای بلند بگوئیم :

من آنچه در توان داشته ام انجام داده ام .

لونی پاستور

۱۸۸۲-۱۸۹۵

دیباچه

... دنیای متحول کنونی، فرصت فکر کردن را هم به آسانی فراهم نمی‌کند چه برسد به این که به مصداق «کاروان رفت و تو در خواب و بیابان در پیش»، «کی روی؟ ره ز که پرسی؟ چه کنی؟ چون سازی؟» برسیم که به قولی «عبور باید کرد و هم‌نورد افق‌های دور باید شد»...

اقیانوس بی‌پایان دانش را پای پیاده باید رفت و از بی‌نهایت کمک خواست، حق تعالی هم به هر که بخواهد نور دانش را ارزانی می‌کند. غرض حرکت است که راه نرفته را پایانی نیست. جویندگان روشنایی همین که از افق دور نمانند رؤسفیدند، همراهی و همدلی رسول هم دلیل راه است که «طی این مرحله بی‌همراهی خضر ندانیم».

... چالش‌های موجود در بخش سلامت کشورمان را شبیه بسیاری از کشورهای دیگر درگیر خواهد کرد و در این رهگذار باید قبل از مواجه شدن با چالش به فکر چاره بود این بزرگترین اتفاقی است که از مطالعه تجربیات کشورهای دیگر حاصل می‌شود، انتظار برخورد مناسب و اصولی با چالش‌ها بزرگترین انتظار نیست، اتفاق مهم آن است که نگذاریم چالش‌ها بوجود آید. مجموعه حاضر با این هدف تنظیم شده است.

بدون شک تنظیم این مجموعه بدون همکاری و مساعدت دوستان عزیز و گرانقدر که همواره به حقیر لطف دارند امری ناممکن بود، برخورد لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه تمامی عزیزانی که در این راه تلاش نمودند تشکر و قدردانی کنم.

جناب آقای دکتر سیدابوالقاسم موسوی معاون محترم وزیر رفاه و تأمین اجتماعی و رئیس هیات مدیره و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی همواره در جهت توسعه و گسترش یافته‌های جدید علمی تلاش مستمر دارند، چاپ این کتاب و سایر کتابهای مرتبط با حوزه سلامت دورنمایی ایشان در این امر است، توفیق ایشان را از خداوند متعال مسئلت می‌نمایم و از ایشان بسیار تشکر و قدردانی می‌کنم.

از تأکید و تشویق دوست و همراه گرامی جناب آقای دکتر حمیدرضا صفی‌خانی و توجه جدی اعضای محترم شورای عالی مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی به ویژه جناب آقای دکتر محمد عرب‌مازار یزدی و جناب آقای دکتر حمید رضائی‌قلعه که همواره به حقیر لطف داشته و دارند، تشکر و قدردانی می‌کنم.

آموزه‌های ارزشمند استاد گرانقدر و فاضل جناب آقای دکتر سیدجمال الدین طیبی همواره راهگشای اینجانب بوده و هست، راهنمایی‌های ارزشمند جناب آقای دکتر ایرج کریمی،

جناب آقای دکتر صدقیانی و سایر اساتید گرانقدری که همواره از محضر آنها آموخته‌ام، نقش بسزایی در تنظیم این مجموعه داشته است، توفیق روزافزون این عزیزان را از خداوند متعال مسئلت می‌نمایم.

از تلاش‌های خالصانه برادر ارجمند جناب آقای میرطاهری مدیر محترم تولید انتشارات علمی و فرهنگی بسیار متشکرم و توفیق ایشان را در خدمت به جامعه علمی و فرهنگی کشور از حضرت باری تعالی مسئلت می‌نمایم.

دوست و همراه گرامی جناب آقای محمدرضا جمالی در مراحل مختلف راهنمایی‌های ارزشمندی ارائه نمودند، از ایشان بسیار تشکر و قدردانی می‌کنم.

از سایر عزیزانی که در مراحل مختلف کتاب قبول زحمت نمودند، بویژه سرکار خانم مینا انصاری، سرکار خانم ویدا روزبهرانی همکار گرانقدر، جناب آقای خدارحمی، سرکار خانم بابایی، سرکار خانم عسکری، سرکار خانم والی و تمامی همکاران سازمان بیمه خدمات درمانی به ویژه همکاران حوزه مطالعات و پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنم:

اگر تشویق و راهنمایی‌های دوستان و همراهان گرانقدر، تلاش همه عزیزان، صبر و تحمل خانواده عزیزم و بیش از پیش توفیق خداوند متعال نبود چنین مجموعه‌ای پدید نمی‌آمد، خداوند متعال را برای این همه نعمت و توفیق سپاس می‌گذارم و از همه عزیزان یاد شده مجدداً تشکر می‌کنم. بدون شک تنظیم این مجموعه با توجه به محدودیت زمانی که وجود داشت خالی از اشکال نیست، از اساتید گرانقدر، صاحب‌نظران ارجمند و خوانندگان محترم و گرانقدر استعدا می‌کنم دیدگاه‌های ارشادی و انتقادی خود را از حقیر دریغ ننمایند.

این کتاب را تقدیم می‌کنم به همه آنهایی که به من آموختند

دکتر حسین زارع

اسفند ۱۳۸۴

dr_zare@yahoo.com

hossein.zare@gmail.com

فهرست مطالب

صفحه	شرح
۱	بخش اول : الگوی نظام سلامت در قالب سیستم تلفیقی
۳	۱. نظام سلامت در ایالات متحد
۳	مقدمه
۳	۱-۱. توسعه تاریخی سیستم مراقبت بهداشتی
۷	۱-۲. شرح زیر سیستم بیمارستانها
۱۴	۱-۳. شرح سرویسهای مراقبتی طولانی مدت
۱۵	۱-۴. خانه‌های پرستاری
۱۷	۱-۵. مراقبت‌های سلامت خانگی
۱۹	۱-۶. مراقبتهای روزانه بزرگسالان
۲۱	۱-۷. تسهیلات کمکی زندگی
۲۲	۱-۸-۱. پرسنل ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی
۲۲	۲-۸-۱. مسئولان سرویس‌های بهداشتی
۲۴	۱-۸-۲. پزشکان
۲۷	۱-۸-۳. پرستاران ثبت نام شده
۲۹	۱-۸-۴. داروسازان
۳۰	۱-۸-۵. دستیاران پزشک و پرستاران دستیار
۳۴	۱-۸-۶. نتیجه‌گیری در مورد پرسنل بهداشتی
۳۴	۱-۹. تأمین مالی نظام سلامت ایالات متحد
۳۷	۱-۹-۱. تأمین مالی بیمارستانها
۳۷	۱-۹-۲. تأمین مالی بخش خصوصی
۳۹	۱-۹-۳. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی
۴۱	۱-۹-۴. پرداخت حقوق پزشکان
۴۱	۱-۹-۵. پرداخت حقوق داروسازان
۴۲	۱-۹-۶. خلاصه‌ای از تأمین مالی بخش سلامت در ایالات متحد

صفحه	شرح
۴۲	۱-۱۰. شاخصهای سلامت جمعیت در ایالات متحد
۴۲	۱-۱۰-۱. مرگ و میر نوزادان
۴۳	۱-۱۰-۲. امید به زندگی
۴۳	۱-۱۰-۳. شدت مرگ و میر
۴۵	۱-۱۱. اصول سیستمهای مراقبتی بهداشتی مرسوم
۴۵	۱-۱۱-۱. دسترسی محدود
۴۵	۱-۱۱-۲. معیارهای جمعیتی و جغرافیایی
۴۷	۱-۱۱-۳. سیستم مشتق شده از تکنولوژی
۴۹	۱-۱۱-۴. نتایج دیگر
۵۰	۱-۱۲. خلاصه
۵۱	۲. نظام بیمه سلامت و برنامه حمایتی اجتماعی در ایالات متحد
۵۱	۲-۱. بیمه درمان خصوصی در ایالات متحد
۵۳	۲-۲. سازمان و مدیریت
۵۳	۲-۳. بیمه درمان
۵۴	۲-۲-۱. پوشش بیمه‌ای مخارج پزشکی
۵۴	۲-۲-۲. پوشش بیمه‌ای پایه‌ای مخارج پزشکی
۵۵	۲-۲-۳. پوشش بیمه‌ای پایه ای مخارج بیمارستانی
۵۵	۲-۲-۴. پوشش بیمه‌ای پایه‌ای مخارج جراحی
۵۶	۲-۲-۵. پوشش بیمه‌ای پایه‌ای مخارج پزشک (غیر جراحی)
۵۶	۲-۲-۶. پوشش‌های بیمه‌ای پایه‌ای مخارج پزشکی
۵۷	۲-۲-۷. سایر پوشش‌های بیمه ای مخارج پزشکی
۵۷	۲-۲-۸. پوشش‌های بیمه‌ای جبران غرامت بیمارستانی
۵۸	۲-۲-۹. پوشش‌های بیمه‌ای ریسک محدود شده
۵۸	۲-۳. مدیکر در ایالات متحد آمریکا
۵۸	۲-۳-۱. مقدمه
۵۹	۲-۳-۲. سازمان و مدیریت

شرح	صفحه
۲-۳-۳. مدیریت مراکز مکدیگر و مدیکید	۵۹
۲-۳-۴. مرکز بهداشتی بومیان آمریکا	۶۰
۲-۳-۵. تامین مالی	۶۰
۲-۳-۶. مزایا و تعهدات	۶۱
۲-۳-۶-۱. مدیکر بخش (الف): مزایای بیمارستانی	۶۱
۲-۳-۶-۲. مدیکر بخش (ب): مزایای پزشکی	۶۱
۲-۳-۷. استثنائات تعهدات مدیکر	۶۲

بخش دوم: الگوی نظام سلامت در قالب سیستم طب ملی

ایتالیا

۲-۱. مقدمه	۶۷
۲-۲. ساختار، هزینه و تامین مالی نظام سلامت ایتالیا	۷۰
۲-۳. سیر توسعه نظام بهداشتی و درمانی ایتالیا	۷۲
۲-۴. وضع کنونی و دور نمای آینده بیمه درمان ایتالیا	۷۹
خلاصه	۷۹

پرتغال

۳-۱. ساختار	۷۹
۳-۲. هزینه	۸۰
۳-۳. تامین منابع مالی	۸۲
۳-۴. بیمه سلامت در پرتغال	۸۴
۳-۴-۱. بیمه سلامتی همگانی	۸۴
۳-۴-۲. سایر اطلاعات	۸۵
خلاصه	۸۵

ترکیه

مقدمه	۹۱
۴-۱. ساختار نظام بهداشت و درمان کشور ترکیه	۹۱
۴-۲. نظام ارائه خدمات درمانی	۹۲

صفحه	شرح
۹۲	۴-۲-۱. سیستم خدمات دولتی
۹۲	۴-۲-۲. سیستم خدمات درمانی بیمه‌ای
۹۳	۴-۲-۳. بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
۹۳	۴-۲-۴. سیستم خدمات درمانی بخش خصوصی
۹۳	۴-۲-۵. نظام بیمه‌های اجتماعی و امدادی (حمایتی) در ترکیه
۹۴	۴-۲-۶. سازمان بیمه تأمین اجتماعی کارگران
۹۴	۴-۲-۷. سازمان بیمه‌ای بگ کور
۹۴	۴-۲-۸. صندوق بازنشستگان مأمورین دولتی
۹۴	۴-۲-۹. سازمان حمایتی - امدادی
۹۸	۴-۳. سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی
۹۸	۴-۳-۱. خدمات بهداشتی دولتی
۹۸	۴-۳-۲. خدمات بهداشت محیط
۹۹	۴-۳-۳. خدمات بهداشتی درمانی شغلی
۹۹	۴-۳-۴. خدمات بهداشتی درمانی در مدارس
۱۰۰	۴-۳-۵. خدمات بهداشتی درمانی اولیه
۱۰۱	۴-۳-۶. مراکز بهداشتی
۱۰۱	۴-۳-۷. پستهای بهداشتی
۱۰۱	۴-۴. مزایا
۱۰۱	۴-۱. مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خدمات سلامت عمومی
۱۰۳	۴-۴-۲. مراقبت ثانویه، مرحله سوم و چهارم
۱۱۰	۵- تأمین منابع مالی در سیستم مراقبتهای بهداشتی-درمانی

۱۱۷	دانشمارک
-----	----------

۱۱۷	مقدمه
۱۱۸	۵-۱. ساختار سازمانی مدیریت سازمان
۱۱۹	۵-۲. نظام بیمه خدمات درمانی
۱۱۹	۵-۳. نظام سلامت دولتی
۱۱۹	۵-۳-۱. سازماندهی بخش دولتی

صفحه	شرح
۱۲۰	۵-۳-۲. خدمات بیمارستانی
۱۲۰	۵-۳-۳. مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۱۲۰	۵-۳-۳-۱. پزشکان عمومی و متخصص
۱۲۰	۵-۳-۳-۱-۱. گروه اول
۱۲۲	۵-۳-۳-۱-۲. گروه دوم
۱۲۲	۵-۳-۳-۲. دندانپزشکان
۱۲۲	۵-۳-۳-۳. دارو
۱۲۳	۳-۳-۴. معالجه از طریق ساخت اعضاء مصنوعی و فیزیوتراپی
۱۲۳	۵-۳-۳-۵. عینک
۱۲۳	۵-۳-۴. هزینه‌های تدفین
۱۲۳	۵-۳-۵. بیمه درمانی مسافرتی
۱۲۴	۵-۳-۶. پرستاری در منزل و ...
۱۲۴	۵-۴. تأمین مالی
۱۲۴	خلاصه
۱۲۹	بخش سوم : الگوی نظام سلامت در قالب سیستم بیمه ملی
۱۳۱	سوم
۱۳۱	مقدمه
۱۳۱	۶-۱. بعد تاریخیچه‌ای
۱۳۳	۶-۲. ارائه خدمات بهداشتی در بخش
۱۳۵	۶-۲-۱. ماهیت مشکلات بهداشتی
۱۳۵	۶-۲-۲. اهداف خرد و کلان سیستم بهداشتی بخشی
۱۳۶	۶-۲-۳. منابع خدمات بهداشتی درمانی در بخش
۱۳۷	۶-۲-۴. نفوذ سیاسی خدمات بهداشتی درمانی
۱۳۹	۶-۲-۵. مدیریت سازمان خدمات بهداشتی بخش
۱۴۰	۶-۲-۶. هزینه‌ها و درآمدهای مالیاتی کلی

صفحه	شرح
۱۴۱	۶-۲-۷. تأمین مالی
۱۴۲	۶-۳. ارائه خدمات سلامتی
۱۴۲	۶-۳-۱. ارائه خدمات بهداشتی در سطح محلی یا ناحیه ای
۱۴۷	۶-۳-۲. منابع
۱۴۸	۶-۳-۳. اهداف خرد و کلان
۱۴۹	۶-۳-۴. تأثیر سیستم ناحیه
۱۵۱	۶-۳-۵. مدیریت بر سیستم خدمات بهداشتی ناحیه
۱۵۲	۶-۴. ارائه خدمات: مراقبتهای بهداشتی اولیه
۱۵۲	۶-۴-۱. مفهوم مراقبتهای اولیه
۱۵۲	۶-۴-۲. مرکز خدمات بهداشتی
۱۵۳	۶-۴-۲-۱. منابع
۱۵۳	۶-۴-۲-۲. اهداف کلان مرکز بهداشتی
۱۵۴	۶-۴-۳. برنامه های مراقبتی اولیه
۱۵۴	۶-۴-۳-۱. مدیریت
۱۵۵	۶-۴-۴. ارائه خدمات: بیمارستان ناحیه
۱۵۵	۶-۴-۵. ارائه خدمات: بیمارستان عمومی بخش
۱۵۶	۶-۴-۶. ارائه خدمات: مرکز پزشکی محلی
۱۵۷	۶-۴-۷. بخش خدمات بهداشتی خصوصی
۱۵۸	۶-۵. سیاستها، خطمشی و برنامه ریزی
۱۵۸	۶-۵-۱. سیاستها و وزن تاریخی در سطح بخش
۱۵۹	۶-۵-۱-۱. تغییرات خط مشی خدمات بهداشتی
۱۵۹	۶-۵-۱-۱-۱. دوره گسترش
۱۵۹	۶-۵-۱-۱-۲. دوره کاهش هزینه ها و تمرکز مجدد
۱۶۰	۶-۵-۱-۲. تغییر مسیر سیاستها (خط مشیها)
۱۶۱	۶-۵-۱-۳. برنامه ریزی در سطح بخش
۱۶۳	۶-۵-۱-۴. مدیریت

صفحه	شرح
۱۶۳	۲-۵-۶. سیاستها، خطمشی و برنامه ریزی در سطح ملی
۱۶۳	۱-۲-۵-۶. نیروهای سطح ملی
۱۶۴	۱-۱-۲-۵-۶. سیاستگذاری در سطح دولت مرکزی
۱۶۵	۲-۱-۲-۵-۶. نقش مؤسسات اجرایی دولتی مرکزی
۱۶۶	۳-۱-۲-۵-۶. نقش سازمانهای غیردولتی
۱۶۶	۶-۶. - مزایای سیستم آرایه خدمات بهداشتی درمانی در سوئد
۱۶۶	۱-۶-۶. خدمات بهداشتی اولیه و دولتی
۱۷۱	۲-۶-۶. خدمات بهداشت دولتی
۱۷۴	۳-۶-۶. خدمات بهداشتی ثانویه و ثالثیه
۱۷۸	۴-۶-۶. ارتباط بین خدمات اولیه و بیمارستانی
۱۷۹	۷-۶. خدمات اجتماعی
۱۸۱	۸-۶. مباحث فعلی سیستمهای خدمات بهداشتی
۱۸۲	۱-۸-۶. مزایا و یا معایب سیستم فعلی
۱۸۳	۲-۸-۶. کنترل هزینه
۱۸۴	۳-۸-۶. مدیریت سیستم
۱۸۴	۴-۸-۶. تفکیک بخشهای خصوصی از دولتی
۱۸۵	۵-۸-۶. مشکلات سلامتی
۱۸۶	۶-۸-۶. مباحث مراقبتهای اولیه
۱۸۸	نتیجه گیری
۱۹۳	نروژ
۱۹۳	مقدمه
۱۹۳	۷- ساختار، هزینه و بودجه سیستم مراقبت سلامتی
۱۹۳	۱-۷. ساختار و پوشش
۱۹۴	۲-۷. هزینه
۱۹۵	۳-۷. تامین مالی
۱۹۷	۴-۷. ساختار کلی سیستم بیمه ملی

صفحه	شرح
۱۹۹	۷-۵. وضعیت کنونی و دورنمای آینده
۲۰۰	خلاصه

۲۰۵	بخش چهارم : الگوی نظام سلامت در قالب کشورهای متأثر از
	نظام سوسیالیستی
۲۰۷	آلبانی
۲۰۷	مقدمه
۲۰۷	۸-۱ ساختار سازمانی سیستم خدمات بهداشتی
۲۰۹	۸-۱-۱ وزارت دارایی
۲۰۹	۸-۱-۲ وزارت بهداشت
۲۱۲	۸-۲ مدیریت سلامتی ناحیه تیرانا
۲۱۳	۸-۲-۱ سازمان بهداشتی دولتی
۲۱۴	۸-۲-۲ سازمان بیمه سلامتی
۲۱۵	۸-۲-۳ دولتهای محلی
۲۱۵	۸-۳ نظام ارائه خدمات سلامت
۲۱۵	۸-۳-۱ خدمات بهداشتی اولیه و دولتی
۲۲۰	۸-۳-۲ خدمات بهداشتی دولتی
۲۲۳	۸-۳-۳ خدمات ثانویه
۲۳۰	۸-۴ منابع و تربیت نیروی انسانی

۲۳۷	روسیه
۲۳۷	مقدمه
۲۳۷	۹-۱ ساختار سازمانی و مدیریت سازمان
۲۳۸	۹-۱-۱ وزارت سلامت
۲۳۸	۹-۲ نظام سلامت ارائه خدمات سلامت روسیه
۲۴۱	۹-۲-۱ خدمات بهداشتی اولیه و خدمات بهداشتی دولتی
۲۴۱	۹-۲-۲-۱ مجموعه‌های بهداشتی / ایستگاه‌های مامایی
۲۴۲	۹-۲-۲-۲ مراکز بهداشتی

فهرست مطالب / بیست و یک

صفحه	شرح
۲۴۲	۹-۲-۲-۳. پلی کلینیک های شهری
۲۴۳	۹-۲-۲-۴. پلی کلینیک های فوق تخصصی
۲۴۴	۹-۲-۶. تامین منابع مالی
۲۴۶	۹-۳. ارائه خدمات سلامتی
۲۴۸	۹-۳-۱. ارائه خدمات سطح دوم و سوم
۲۴۸	۹-۳-۱-۱. مراکز بهداشتی / بیمارستان های Uchastok
۲۴۸	۹-۳-۱-۲. بیمارستان های ناحیه ای
۲۴۹	۹-۳-۱-۳. پلی کلینیک های شهری
۲۴۹	۹-۳-۱-۴. Oblast بیمارستان های
۲۴۹	۹-۳-۱-۵. Oblast پلی کلینیک های
۲۴۹	۹-۳-۱-۶. بیمارستان های فوق تخصصی و پلی کلینیک ها
۲۵۰	۹-۳-۱-۷. پلی کلینیک های شرکتی و بیمارستان های دیگر وزارتخانه ای
۲۵۰	۹-۳-۱-۸. بیمارستان ها و پلی کلینیک های فدرال
۲۵۱	۹-۳-۱-۹. بیمارستان های روزانه
۲۵۱	۹-۳-۱-۱۰. مراکز ارائه دهنده مراقبت های مزمن و بازتوانی
۲۵۱	۹-۴. بخش خصوصی
۲۵۲	۹-۵. مزایای ارائه شده
۲۵۷	۹-۶. خدمات اجتماعی
۲۵۹	خلاصه
۲۶۱	ضمیمه
۲۶۹	۹-۷. سیستم خدمات بهداشتی جمهوری شوروی سابق
۲۶۹	لاتویا
۲۶۹	مقدمه
۲۶۹	۱۰-۱. ساختار ارائه خدمات سلامتی
۲۷۲	۱۰-۱-۱. سلسله مراتب موجود در ارائه خدمات بهداشتی اولیه
۲۷۲	۱۰-۱-۱-۱. پلی کلینیکها

بیست و دو / نظام سلامت در دنیا جلد دوم ، بسته‌های خدمات درمانی

صفحه	شرح
۲۷۲	۱۰-۱-۲. کلینیکهای اورژانس بیمارستان یا کلینیکهای اورژانس سیار
۲۷۲	۱۰-۱-۳. گروه پزشکی
۲۷۳	۱۰-۱-۴. مراکز مراقبت مامایی
۲۷۳	۱۰-۱-۵. نقاط سلامتی
۲۷۴	۱۰-۱-۲. ارائه خدمات بوسیله پزشکان عمومی
۲۷۷	۱۰-۱-۲. خدمات بهداشتی سطح دوم و سوم
۲۷۹	۱۰-۱-۳. مشکلات خدمات بهداشتی سطح دوم و سوم
۲۷۹	۱۰-۳. خدمات اجتماعی
۲۷۹	۱۰-۳-۱. سازمان‌های ارائه دهنده خدمات اجتماعی
۲۸۲	۱۰-۴. سازماندهی سیستم ارائه خدمات بهداشتی
۲۸۲	۱۰-۴-۱. خدمات بهداشتی اولیه
۲۸۳	۱۰-۴-۲. خدمات بهداشتی سطح دوم
۲۸۴	۱۰-۴-۳. خدمات بهداشتی سطح سوم
۲۸۵	۱۰-۴-۳-۱. تمرکززدایی در ارائه خدمات
۲۸۵	۱۰-۴-۳-۲. تشکیل صندوق‌های بیماری
۲۸۸	۱۰-۵. بخش خصوصی
۲۹۰	۱۰-۵-۱. پرداختهای زیرمیزی
۲۹۱	۱۰-۶. نظام خدمات بهداشتی دولتی
۲۹۲	۱۰-۶-۱. مزایا
۲۹۴	۱۰-۶-۲. سیستم بازپرداخت محصولات دارویی
۲۹۵	۱۰-۶-۲-۱. تشخیص
۲۹۵	۱۰-۶-۲-۲. پرداخت تخت‌روز (برای درمان بیمارستانی)
۲۹۵	۱۰-۶-۲-۳. بازپرداخت اضافی به بیمارستانها
۲۹۷	۱۰-۶-۲-۴. دستمزد پزشکان
۲۹۹	۱۰-۷. تأمین مالی سیستم های خدمات بهداشتی
۳۰۰	۱۰-۷-۱. تأمین اعتبار مالی از بودجه ایالتی

صفحه	شرح
۳۰۳	۱۰-۷-۲. منابع خارجی
۳۰۳	۱۰-۷-۳. پرداخت از جیب بیماران (منابع خصوصی)
۳۰۵	۱۰-۷-۳-۱. مشارکت در خدمات سرپایی
۳۰۵	۱۰-۷-۳-۲. مشارکت خدمات بستری
۳۰۵	۱۰-۸. پوششدهی سیستم
۳۰۷	۱۰-۸-۱. پذیرش دولتی سیستم
۳۰۸	۱۰-۹. مشکلات نظام سلامت در لاتویا
۳۰۸	۱۰-۹-۱. مشکلات در توسعه خدمات بهداشتی اولیه
۳۱۰	۱۰-۹-۲. ارتقای خدمات بهداشتی دولتی
۳۱۳	۱۰-۹-۳. مشکلات ساختار فیزیکی بیمارستانها
۳۱۷	خلاصه
۳۲۳	بخش پنجم: بررسی وضعیت موجود در ایران
۳۲۳	جمهوری اسلامی ایران
۳۲۳	مقدمه
۳۲۳	۱۱-۱. نظام سلامت
۳۲۳	۱۱-۲. سیاستگذاری در بخش بهداشت و درمان
۳۲۴	۱۱-۳. شبکه بهداشتی و درمانی کشور ایران
۳۲۴	۱۱-۳-۱. سطح اول
۳۲۵	۱۱-۳-۲. سطح دوم
۳۲۵	۱۱-۳-۳. سطح سوم
۳۲۶	۱۱-۴. سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی
۳۲۶	۱۱-۴-۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۲۶	۱۱-۴-۲. بخش خصوصی
۳۲۶	۱۱-۴-۳. سازمان تامین اجتماعی
۳۲۶	۱۱-۴-۴. سازمانهای خیریه
۳۲۸	۱۱-۴-۵. شبکه مراقبتهای بهداشتی درمانی در ایران

بیست و چهار / نظام سلامت در دنیا جلد دوم ، بسته‌های خدمات درمانی

صفحه	شرح
۳۲۹	۱۱-۴-۶. نمای سازمانی و شرح مختصر واحدهای عرضه خدمات
۳۳۰	۱۱-۴-۶-۱. خانه بهداشت
۳۳۲	۱۱-۴-۶-۲. نیروی انسانی خانه بهداشت
۳۳۳	۱۱-۴-۶-۳. مرکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۳۳	۱۱-۴-۶-۴. تسهیلات زایمانی
۳۳۳	۱۱-۴-۶-۵. مرکز بهداشتی-درمانی شهری
۳۳۵	۱۱-۴-۶-۶. مرکز بهداشت شهرستان
۳۳۶	۱۱-۴-۶-۷. بیمارستان شهرستان
۳۳۶	۱۱-۴-۶-۸. چگونگی ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی
۳۳۶	۱۱-۴-۶-۸-۱. ثبت روزانه فعالیتها
۳۳۶	۱۱-۴-۶-۸-۲. زیج حیاتی
۳۳۷	۱۱-۴-۶-۸-۳. پرونده خانوار
۳۳۷	۱۱-۵. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۳۳۷	۱۱-۵-۱. سازمان و مدیریت
۳۳۸	۱۱-۵-۱-۱. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی
۳۳۹	۱۱-۵-۱-۲. وظایف شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی
۳۳۹	۱۱-۵-۲. بیمه‌های اجتماعی و درمانی
۳۴۰	۱۱-۵-۲-۱. اهداف و وظایف حوزه بیمه ای

فهرست مطالب / بیست و پنج

صفحه	شرح
۳۴۱	۱۱-۵-۲-۲. اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی
۳۴۲	۱۱-۵-۲-۳. اهداف و وظایف حوزه امدادی
۳۴۲	۱۱-۶. سازمانهای بیمه ای
۳۴۲	۱۱-۶-۱. سازمان بیمه خدمات درمانی
۳۴۲	۱۱-۶-۱-۱. سازمان و مدیریت
۳۴۳	۱۱-۶-۱-۲. خدمات و تعهدات
۳۴۳	۱۱-۶-۱-۲-۱. نحوه انجام تعهدات
۳۴۴	۱۱-۶-۱-۲-۲. روشهای تأمین منابع مالی
۳۴۴	۱۱-۶-۱-۴. پوشش جمعیتی
۳۴۵	۱۱-۶-۱-۵. حق بیمه
۳۴۷	۱۱-۷. سازمان تأمین اجتماعی
۳۴۷	۱۱-۷-۱. سازمان و مدیریت
۳۴۸	۱۱-۷-۲. تعهدات و مأموریت اصلی سازمان
۳۴۹	۱۱-۷-۲-۱. نحوه انجام تعهدات
۳۴۹	۱۱-۷-۲-۲. گستره خدمات تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی
۳۵۰	۱۱-۷-۲-۳. نحوه ارائه خدمات
۳۵۱	۱۱-۷-۳. روشهای تأمین منابع مالی
۳۵۲	۱۱-۷-۴. پوشش جمعیتی
۳۵۳	۱۱-۷-۴-۱. ساز و کارهای پوشش جمعیت
۳۵۳	۱۱-۷-۵. حق بیمه
۳۵۴	۱۱-۸. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران
۳۵۴	۱۱-۸-۱. سازمان و مدیریت
۳۵۵	۱۱-۸-۲. هدف و مأموریت
۳۵۵	۱۱-۸-۳. خدمات و تعهدات
۳۵۵	۱۱-۸-۴. روشهای تأمین منابع مالی
۳۵۶	۱۱-۸-۵. ارائه خدمات

صفحه	شرح
۳۴۹	۱-۲-۷-۱۱. نحوه انجام تعهدات
۳۴۹	۲-۲-۷-۱۱. گستره خدمات تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی
۳۵۰	۳-۲-۷-۱۱. نحوه ارائه خدمات
۳۵۱	۳-۷-۱۱. روشهای تأمین منابع مالی
۳۵۲	۴-۷-۱۱. پوشش جمعیتی
۳۵۳	۱-۴-۷-۱۱. ساز و کارهای پوشش جمعیت
۳۵۳	۵-۷-۱۱. حق بیمه
۳۵۴	۸-۱۱. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران
۳۵۴	۱-۸-۱۱. سازمان و مدیریت
۳۵۵	۲-۸-۱۱. هدف و مأموریت
۳۵۵	۳-۸-۱۱. خدمات و تعهدات
۳۵۵	۴-۸-۱۱. روش‌های تأمین منابع مالی
۳۵۶	۵-۸-۱۱. ارائه خدمات
۳۶۳	بخش ششم : تحلیل و تطبیق
۳۶۳	مقدمه
۳۶۳	۱- مروری اجمالی بر سیستم ارایه مراقبتهای سلامتی
۳۶۷	۲- حدود تعهدات و مزایای بسته‌های خدمات درمانی
۳۷۴	۳- سازمان و مدیریت سازمانهای ارایه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی
۳۸۲	۴- روش‌های تأمین منابع مالی
۳۸۸	۵- تمرکز و عدم تمرکز
۳۹۲	۶- مبنای پوشش جمعیت
۳۹۲	۷- سایر موارد
۴۲۴	یافته‌های پژوهش در بخش مطالعات تطبیقی
۴۲۹	الگو
۴۳۳	یافته‌های تکنیک دلفی
۴۳۶	فهرست منابع

فهرست جداول تطبیقی

صفحه	شرح
۳۹۳	جدول شماره ۱: مقایسه تطبیقی مبنای قانونی سازمان ارایه دهنده خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۳۹۵	جدول شماره ۲: مقایسه تطبیقی مدت زمان بهر مندی از مزایای ارایه شده در قالب بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۳۹۶	جدول شماره ۳: مقایسه تطبیقی افراد واجد شرایط استفاده از از بسته مزایای درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۳۹۸	جدول شماره ۴: مقایسه تطبیقی نظام‌های پرداخت به پزشکان در سازمانهای ارایه-دهنده خدمات در کشورهای منتخب و ایران
۳۹۹	جدول شماره ۵: مقایسه تطبیقی انتخاب پزشک از طرف بیمه‌شدگان و دسترسی متخصص از طرف بیمه‌شدگان در کشورهای منتخب و ایران
۴۰۲	جدول شماره ۶: مقایسه تطبیقی بین شرایط خاصی که مشارکت بیمه‌شده در پرداخت هزینه خدمات بسته‌های خدمات درمانی کاهش یافته است
۴۰۴	جدول شماره ۷: مقایسه بین میزان مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌های سرپایی موجود در بسته خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۴۰۶	جدول شماره ۸: مقایسه بین میزان مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌های بستری موجود در بسته خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۴۰۸	جدول شماره ۹: مقایسه وضعیت پوشش خدمات دندانپزشکی قابل ارایه در قالب بسته‌های خدمات درمانی به بیماران در کشورهای منتخب و ایران
۴۱۰	جدول شماره ۱۰: مقایسه سازمان و مدیریت بخش سلامت و بخش بیمه‌ای ارایه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران
۴۳۰	جدول شماره ۱۱: مقایسه ویژگیهای مورد مطالعه در کشورهای منتخب
۴۳۲	جدول شماره ۱۲: یافته‌های تکنیک دلفی همراه با ویژگیهای الگوی ارائه شده

فهرست جداول شاخص‌های کلیدی بخش سلامت

صفحه	شرح
۶۴	جدول شماره ۱-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در ایالات متحد- ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت
۷۶	جدول شماره ۲-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در ایتالیا - ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت
۸۷	جدول شماره ۳-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در پرتغال - ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت
۱۱۵	جدول شماره ۴-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در ترکیه - ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت
۱۴۵	جدول شماره ۵-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در دانمارک - ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت
۱۹۰	جدول شماره ۶-۱: شاخص‌های کلیدی بهداشت و درمان در سوئد - ۲۰۰۳ - شاخص‌های دموگرافیکی - شاخص‌های بهداشتی - حسابهای ملی سلامت

صفحه

شرح

۲۰۱	جدول شماره ۷-۱: شاخص های کلیدی بهداشت و درمان در نروژ - ۲۰۰۳
	- شاخص های دموگرافیکی
	- شاخص های بهداشتی
	- حسابهای ملی سلامت
۲۳۳	جدول شماره ۸-۱: شاخص های کلیدی بهداشت و درمان در آلبانی - ۲۰۰۳
	- شاخص های دموگرافیکی
	- شاخص های بهداشتی
	- حسابهای ملی سلامت
۲۶۶	جدول شماره ۹-۱: شاخص های کلیدی بهداشت و درمان در روسیه - ۲۰۰۳
	- شاخص های دموگرافیکی
	- شاخص های بهداشتی
	- حسابهای ملی سلامت
۳۲۰	جدول شماره ۱۰-۱: شاخص های کلیدی بهداشت و درمان در لتونی - ۲۰۰۳
	- شاخص های دموگرافیکی
	- شاخص های بهداشتی
	- حسابهای ملی سلامت
۳۵۸	جدول شماره ۱۱-۱: شاخص های کلیدی بهداشت و درمان در جمهوری اسلامی ایران - ۲۰۰۳
	- شاخص های دموگرافیکی
	- شاخص های بهداشتی
	- حسابهای ملی سلامت

فهرست اشکال و نمودارها

صفحه	شرح
۳۵	شکل ۱: جریان مالی موجود در نظام سلامت ایالات متحد
۵۰	شکل ۲: نمودار سازمانی وزارت سلامت و نیروی انسانی ایالات متحد
۶۹	شکل ۳: ساختار سازمانی سیستم سلامت در ایتالیا
۷۱	شکل ۴: سیستم گردش مالی بخش سلامت در ایتالیا- ۲۰۰۱
۸۱	شکل ۵: ساختار سازمانی نظام سلامت در پرتغال
۸۳	شکل ۶: سیستم گردش مالی بخش سلامت در پرتغال
۹۵	شکل ۷: ساختار سازمانی نظام سلامت در ترکیه
۹۶	شکل ۸: ساختار سازمانی نظام سلامت در ترکیه
۱۱۰	شکل ۹: سیستم گردش مالی بخش سلامت در ترکیه
۱۱۹	شکل ۱۰: ساختار سازمانی نظام سلامت در دانمارک
۱۲۱	شکل ۱۱: نظام گردش مالی بخش سلامت در دانمارک
۱۳۴	شکل ۱۲: ساختار سازمانی نظام سلامت در سوئد
۱۴۰	شکل ۱۳: سازمان سیاسی بخش در سوئد
۱۴۳	شکل ۱۴: جریان مالی در نظام سلامت سوئد
۱۴۵	شکل ۱۵: خدمات بهداشتی شهر اومنا
۱۴۶	شکل ۱۶: ناحیه بهداشتی اومنا
۱۵۰	شکل ۱۷: جریان مالی در خدمات بهداشتی
۱۹۴	شکل ۱۸: نمودار سازمانی وزارت سلامت و امور اجتماعی نروژ
۱۹۶	شکل ۱۹: جریان مالی در بخش سلامت نروژ
۲۱۰	شکل ۲۰: ساختار سازمانی نظام سلامت آلبانی
۲۱۱	شکل ۲۱: جریان مالی موجود در سیستم سلامت آلبانی
۲۳۹	شکل ۲۲: ساختار نظام سلامت روسیه
۲۴۵	شکل ۲۳: تأمین و مدیریت مالی بخش سلامت در فدراسیون روسیه

صفحه

شرح

۲۷۱

شکل ۲۴: ساختار سازمانی نظام سلامت لاتویا (لتونی)

۳۰۱

شکل ۲۵: تأمین مالی نظام سلامت در لاتویا (لتونی)

۳۲۷

شکل ۲۶: تأمین مالی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

مطالعه و بررسی ابتدایی سیستم‌های بیمه ای و حمایت‌های اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه های اخیر سیستم‌های حمایتی اجتماعی با اصلاحات متعددی روبرو بوده است، هر چند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، اجتماعی بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی طرف مختلفی را تجربه کرده است لیکن این اصلاحات عمدتاً با هدف بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، فراهم کردن مراقبت‌های کیفی و در نهایت پایین نگه داشتن هزینه های مراقبت‌های بهداشتی و ... همراه بوده است. مطالعه مقدماتی شرایط موجود در نظام بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی کشور ایران نیز نشان می‌دهد که شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای - اجتماعی کشور با مشکلات عدیده‌ای روبرو است که از مهمترین این مشکلات مشخص نبودن سطح تعهدات و یا بهتر بگوییم بسته‌های خدمتی است.

در حال حاضر سطح تعهدات بیمه درمان از منظر نظام تامین اجتماعی مناسب نیست بطوری که مشمول یا عدم مشمول بودن تعهدات خدمتی در مقاطع مختلف به صورت دستورالعمل و آیین نامه صورت گرفته و غالباً مبنای قانونی معینی ندارد و یا حیطه اشاره شده در قانون را کمتر مورد توجه قرار داده است. بررسی مقدماتی نشان می‌دهد که از معیارهای تعیین خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه ای کشور معیارهای هزینه ای بوده که در هنگام تصویب قانون مورد توجه قرار گرفته است اما در حال حاضر قابلیت کاربرد یا ندارد یا مطابق زمان و تکنولوژی نیست .

دیدگاه موجود در صنعت بیمه کشور در بخش سلامت نگاه جبران غرامت است نه پیشگیری، به همین دلیل بسته‌های خدمتی با محوریت جبران هزینه های واقع شده تنظیم شده است و مواردی که طب پیشگیری را در بر می‌گیرد کمتر در بسته‌های خدمتی به چشم می‌خورد. هر چند دیدگاه موجود در برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تغییر دیدگاه بیمه‌ای به سمت بیمه سلامت‌نگر است اما در مقام اجرا هنوز فعالیتهای زیادی نیاز است.

انتظار این است معیارهایی که برای تعیین خدمات مورد استفاده قرار می گیرد به موضوعاتی از جمله اولویتها، گستره پوشش خدمتی، نوع و میزان مصرف، جمعیت مصرف کننده و ... توجه داشته باشد و ضمن توجه به دیدگاههای سازمانهای بیمه‌گر درمانهای جایگزین را در نظر داشته باشد و با توجه به اصول اقتصاد سلامت تکنیکهای اقتصادی را در تعریف بسته‌های خدمتی رعایت نماید. بدیهی است توجه به اثرات حذف یا اضافه کردن تعهدات بر بخش‌های دیگر اجتماع و سازمانها نیز لازم است صورت پذیرد.

در تعریف بسته‌های خدمتی، نقش پوششهای بیمه ای پایه و مکمل را نیز نباید از نظر دور داشت، دیدگاههای مربوط به «تعریف خدمات تحت پوشش»، «تعریف خدماتی که تحت پوشش نیستند» و «تلفیقی از هر دو سیستم» دیدگاههای رایج است، بدین ترتیب خدماتی که «تحت پوشش هستند» و «خدماتی که تحت پوشش نیستند» و یا تحت پوشش های بیمه مکمل هستند مشخص می شود.

توجه به این نکته نیز لازم است که در هر کشور تعریف عملی بسته ها تاثیر شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، نفوذ گروههای تخصصی، صنایع دارویی، منابع مالی و فشارهای عمومی نیز قرار دارد. اصلاحات شکل گرفته در کشورهای مختلف که با هدف بهبود دسترسی به مراقبتها، گسترش پوشش جمعیتی، تضمین دسترسی برابر کلیه مراقبت های مورد نیاز، بکارگیری تمهیداتی برای ارائه مراقبت های کیفی، پایین نگهداشتن هزینه مراقبت های بهداشتی و ... صورت گرفته است، حاصل تعامل یا تضاد این دیدگاههاست.

اگر چه اقدامات انجام شده در دستیابی به این اهداف با توجه به مدل حمایت اجتماعی و زمینه های سیاسی، اجتماعی، بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی هر کشور متفاوت بوده است ولی صرف نظر از روش ها و اهداف دنبال شده سوال اساسی کلیه سیستم های پوشش بیماری که محور بحث را تشکیل می داد، چگونگی تعریف «سیستم مراقبت های اساسی» است. سوال این است:

« بسته های مراقبت های اساسی » را چگونه تعریف می کنیم؟ در پاسخ به این سوال صاحب نظران بر این عقیده اند که مزایای مراقبت بهداشتی که در طرح اجباری بیماریها پوشش داده می شود باید بطور دقیق تعریف شود به گونه ای که هدف از برقراری آنها را نیز بیان نماید.

مشکلات موجود در سیستم های مراقبتی

۱- مشکل بودن تعریف از دیدگاه کاربردی

در عمل تعریف بسته های مراقبت به علت مقایسه و برداشت های کاملاً متفاوت و متناقض بسیار پیچیده است. مصرف کنندگان و فراهم کنندگان این خدمات تمایل دارند این بسته ها فراگیر و بلند پروازانه باشد، چرا که بسته مورد نظر، اساسی است ولی از دید تامین کنندگان منابع این امر قابل قبول نیست.

اختلاف فاحش بین سیستم های خدمات پوشش داده شده توسط سازمانهای بیمه ای بیانگر پیچیده بودن طبیعت این وظایف است. البته این حقیقت را نبایستی از نظر دور داشت که محتوای بسته ها فقط براساس الزامات بهداشتی، اقتصادی، سیاسی، اجتماعی کشورها تعیین نمی شود بلکه در تعیین آن نمایلات، فعالان مختلفی (مانند: مصرف کنندگان، کارکنان بهداشت و درمان، صنعت داروسازی، نهادهای تامین کننده منابع، مسئولین ذی نفوذ عمومی و ...) نقش بسزایی دارد.

۲- توجه به دیدگاه مصرف کنندگان و ارائه دهندگان

اگر چه در درون سیستم خدمات، مواردی وجود دارد که بسیار واضح و مشخص هستند ولی به هنگام اصلاحات ممکن است بازنگری در مدل و تعریف مجدد از خدمات صورت گیرد و بنابراین برخی خدمات که از دید تامین کنندگان منابع نامناسب تشخیص داده شوند حذف یا محدود گردند، مشکل در اینجا است که همین خدمات از دید فراهم کنندگان و مصرف کنندگان به عنوان حق تلقی می شود.

به همین دلیل متفاوت بودن برداشت است که راه حل های جایگزین اگر چه گاهاً موفقیت آمیز هستند ولی در بعضی موارد می توانند منجر به بروز مشکلات جدیدتری شوند.

جایگزینی هایی که متقاعد کننده نیستند .

الف- مشارکت در هزینه

مثال بارزی که می توان نام برد پدیده مشارکت در هزینه است که در بعضی کشورها به علت عدم توازن بسته مزایای پوشش داده شده با نیازهای واقعی جامعه و منابع در دسترسی، برقرار و یا افزایش داده می شود. مشارکت در هزینه (فرانشیز) توسط بیمار که در ابتدا با تفکر روشی برای کنترل مصارف و ضابطه مند کردن مراجعات بود تبدیل به عامل محدود کننده دسترسی به مراقبت های مورد نیاز و بعضاً مراقبت های اساسی می شود . ترکیب مشارکت های انفرادی با مخاطرات پوشش داده شده در طرح های مکمل موجب بدتر شدن وضعیت به لحاظ ایجاد نابرابری می شود.

ب- منطقی بودن تولید خدمات :

مثال دیگر سیستم های طب ملی است که در آنها منطقی کردن تولید بعضی خدمات منجر به مراقبت های غیر اولویت دار می شود که از لیست سیستم خدمات ارائه شده به جمعیت حذف می شود. این اقدام منجر به لیست انتظارهایی می شود که یکی از پدیده های شایع در اینگونه سیستم های عمومی است.

ج- محدودیت های مربوط به تکنیک های پزشکی جدید

مصرف کنندگان بطور فزاینده ای از اختراعات ، ابداعات و پیشرفت های پزشکی و دارویی اطاع پیدا کرده و طالب دسترسی بدون قید و شرط به اینگونه خدمات هستند و فراهم کنندگان نیز برخورداری از آن را تشویق می کنند و هر کاری را برای تبلیغ آن انجام می دهند در چنین مسابقه ای که پایانی برای آن متصور نیست، نهادهای تامین کننده

منابع که امید به محدود کردن افزایش های قابل ملاحظه مصارف بهداشتی دارند سعی در استفاده از سیاست های منطق سازی دارند. اگر چه یکی از وظایف عمده این موسسات و سازمانها تضمین دسترسی همگانی به مراقبت هاست ولی با توجه به اینکه نمی تواند منابع را برای کلیه خدمات فراهم کنند با توجه به منابع در دسترسی سعی در محدود کردن مزایا می کنند.

اینگونه محدودیت ها که در ابتدا کم بودند (مواردی که اثر بخشی و مفید بودن آنها محل تردید داشت مانند آب درمانی، محصولات هومیوپاتی و ...) به مرور زمان بیشتر شده و حتی تکنیک های جدید پزشکی را نیز در بر می گیرد که اگر چه گران قیمت هستند ولی اثر درمانی آنها بقدری است که لازم و گاهاً اساسی نیز هست، و آنها را مشمول این محدودیت می کند، به طور مثال در تونس آب درمانی از سال ۱۹۸۲ در بسته خدمات درمانی تامین اجتماعی قرار دارد در صورتیکه محصولات داروئی جدید پوشش داده نمی شود).

مشکل انتخاب بین مزایای بهداشتی که سازمانهای تامین اجتماعی موظف به تامین آن هستند به این امر منجر شده است که بعضی از کشورها تلاش می کنند موضوع را به طور جدی و عمیق بررسی کنند به امید اینکه تعریفی منطقی از بسته های اساسی یا لازم را که طرح های اجباری موظف به تامین آن هستند بر مبنای ویژگی های اولویت دار مانند: مفید بودن، اثربخشی، هزینه و ... ارائه دهند.

چگونه می توان محتوای بسته خدمات مراقبتی را تعریف کرد؟

لازم است به سوالاتی که در محور بحث بسته خدمات در کشورهای مختلف قرار گرفته است پاسخ داد این سوالات عبارتند از:

۱- چه کسی بسته خدمات را تعریف می کند؟

بسته های خدمات چارچوب و محدوده ای را که مداخله جامعه از طرف، و بر روی بهداشت انفرادی افراد صورت می گیرد، به عنوان اقدامی ناشی از همبستگی اجتماعی تعریف می کنند و بنابراین بیانگر گزینه ای اجتماعی است.

سی و هشت / نظام سلامت در دنیا جلد دوم ، بسته‌های خدمات درمانی

ابعاد اقتصادی ، اجتماعی، پزشکی و اخلاقی آنها نشان می دهد که این امر محصول مباحثات جاری و مفصل کلیه افراد و نهادهایی است که درگیر سیستم هستند.

در تعریف یک بسته خدمات چه ویژگی هایی بایستی اعمال شود ؟
رهیافت های متعددی برای تعریف بسته های خدمات پیشنهاد شده است که هماهنگی بسیار نزدیکی با فرضیه مراقبت های اساسی دارد که بایستی برای آحاد جامعه فراهم و تضمین شود.

الف- ره یافت های مبتنی بر علل برای مراقبت و نیازهای بهداشتی جمعیت
فرضیه مراقبت های اساسی با این پیش فرض مطرح می شود که روش صحیحی برای ارزیابی نیازهای بهداشتی جمعیت وجود دارد. این ارزیابی اگر چه ممکن است مستمر نباشد ولی باید منظم باشد و زمانی مطلوبتر است که بر دو سطح قرار گیرد :
سطح «ملی» به لحاظ تعیین الزامات اساسی عمومی و سطح «محلی» به منظور شناسایی الزاماتی که ممکن است ویژه آن منطقه خاص باشد.
هدف از این ره یافت تعیین اولویت های مربوط به نیازهای بهداشتی است که فعالیت جمعی از سوی افراد را منطقی جلوه می دهد و نگرشی جدی به اهداف بهداشتی عمومی دارد به عبارت دیگر اهداف فردی را فدای اهداف اجتماعی می کنند.

ب- ره یافت مبتنی بر مفید بودن مراقبت ها
مفید بودن مراقبت هایی که به عنوان بخشی از بسته خدمات تضمین شده قرار می گیرد براساس الزامات اولویت دار از پیش تعیین شده ارزیابی می شود که در این ارزیابی، اثربخش بودن آنها از دید علمی بایستی مد نظر قرار گیرد.
در کشور فرانسه طرح «خدمات پزشکی فراهم شده SMR» فقط محصولات دارویی را مد نظر داشته و اطلاعات لازم درخصوص اثربخشی محصولات مورد سوال را فراهم کرده و قادر می سازد ارزیابی لازم به لحاظ هزینه، اثربخشی و بهبود حاصله در اثر یک داروی جدید را مقایسه داروی قبلی موجود در بازار به انجام رساند .

اثر بخشی مراقبت ها نیز از بعد جامعیت و قابلیت تامین، توسط فراهم کننده بررسی می شود.

آنچه که این رهیافت انجام می دهد در واقع تعریف انواع مراقبت ها برای انواع مشخص از اختلالات است که در آن انواع مشخص کارکنان بهداشتی در انواع مشخص ساختارها تعریف شده اند.

ج- رهیافت هزینه - فایده

علاوه بر دو ویژگی قبلی در این رهیافت عامل هزینه نیز لحاظ می شود که به منظور تعیین سطح اولویت و درجه مطلوبیت و ارتباط یک مراقبت مشخص مورد ارزیابی قرار می گیرد و به همین ترتیب هزینه ها و انواع مراقبت ها با سطح اثربخشی مشابه مورد مقایسه قرار می گیرند.

اینها ویژگی های عمده ای هستند که براساس آن گزینه های مختلف در تعریف بسته های خدمات اساسی تعریف می شوند.

۳- جامعه به چه میزانی می بایست در پرداخت هزینه مراقبت ها مشارکت کند ؟

اگر میزان بعضی اعتقاد دارند پوشش مراقبت ها بایستی به سطح اولویت و اثربخشی مراقبت های مورد سوال داشته باشد، بعضی دیگر پوشش فراگیر را برای طیف کلی مراقبت هایی که اساسی تلقی می شوند توصیه می کنند که در یک بسته مشخص و با لحاظ منابع در دسترس تعریف می شوند. اشکالی که در این گزینه وجود دارد این است که نمی توان خط مشخصی بین خدمات مفید و خدمات غیرمفید کشید. چرا که رهیافتی وجود دارد که انواع مراقبت ها را بر مبنای مفید بودن، اثربخشی و هزینه آنها درجه بندی می کند.

۴- یک بسته خدمات چه میزانی از مشارکت را در عملکرد طرح بیمه بیماری به خود اختصاص می‌دهد؟

از آنجایی که بسته خدمات تضمین می‌کنند که آحاد جمعیت مراقبت‌هایی را که به آن نیاز دارند دریافت نمایند. به همین لحاظ بسته‌های خدمات عامل مهمی در تعیین مطلوبیت سیستم و انگیزش بهداشت و درمان خوب می‌باشد.

از طرف دیگر با عنایت به اینکه بسته خدمات بر مبنای اثربخشی خدمات قابلیت تأمین آن تعریف می‌شود موجب توسعه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت خوب می‌گردد.

مضافاً اگر چه عده‌ای اعتقاد دارند که بسته خدمات سهمی را در کنترل مصارف بهداشتی ایفا کرده و منابع را به مراقبت‌های ضروری که هزینه - فایده آنها به اثبات رسیده اختصاص می‌دهد و اثر آن بر هزینه مراقبت‌ها با تثبیت تعرفه‌های مربوط به کارکنان بهداشتی-درمانی موجب جلوگیری از تخصیص منابع به خدماتی می‌شود که مفید بودن آنها محل شک است؛ عده‌ای دیگر این اصل اقتصادی صرف را نپذیرفته و معتقدند که بسته خدمات نقشی حیاتی در کارایی سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی بازی می‌کند چرا که منابع جمع شوند تا استفاده بهتری در راستای مراقبت‌های با کیفیت خوب در چهارچوب گزینه‌های تجمعی مبتنی بر ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و پزشکی صورت پذیرد^۱.

در واقع انتظار مردم از دولت‌ها و تکلیف دولتها نسبت به مردم دغدغه بسیاری از دول در دوران معاصر بوده و می‌باشد. دیدگاه‌های جدید بوجود آمده در جامعه اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی مقوله حفظ سلامت را هم از بعد اقتصادی و هم از بعد منطقی مهم‌تر می‌سازد. این شاید اصلی‌ترین دلیل موجود دولتها و اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت شده است در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث‌انگیز دوران معاصر است.

۱. برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به :

حسن زاده، علی، بسته مزایای اساسی، سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴، شماره ۲۳، صص ۱۵-۷

پیشگفتار / چهل و یک

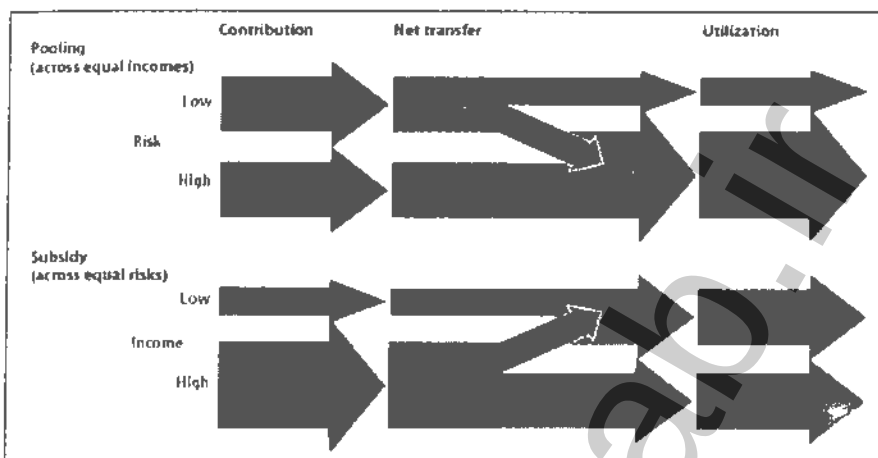
گروهی سلامت را حق طبیعی آحاد جامعه می دانند و دولتها را مکلف به تامین هزینه های سلامت می دانند، گروهی با محور قراردادن مقوله های هزینه- اثر بخشی و هزینه- منفعت تقسیم و تسهیم منابع در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده اند. گروهی از افراد وظیفه دولت را تنها کمک به افشار آسیب پذیر دانسته و گروهی بدون توجه به درآمد مقوله ملیت را محور بحث قرار داده اند.

دیدگاه هر چه که باشد ایفای نقش دولت وابسته به عناصر کلیدی تاثیر گذار در فرآیند دریافت خدمات است. عدالت در دسترسی به خدمات اولیه خدمات با قیمت مناسب و ارایه خدمات کیفی از مهمترین گزینه هایی است که در این مقوله مطرح است. توجه به این گزینه هاست که عمق مداخله دولت را محقق می کند.

در این میان نقش هزینه ها و توزیع مشارکت افراد و هزینه های بخش سلامت، نوع حرکت را در پوشش دهی خدمات مشخص می کند. مقوله بیمه اجتماعی خود پاسخی به این سوال است که نوع حرکت مشارکت هزینه ای در بخش سلامت چگونه باید باشد؟

توجه به اصل بنیادین پرداخت متفاوت و بهره مندی با توجه به نیاز تا حدی تکلیف افراد و دولتها را مشخص می کند. به عبارت با توجه به این اصل است که گروه های با ریسک بالا و پائین و گروه های با درآمد بالا و پایین در بیمه درمان اجتماعی مطرح می شوند و حرکت مصرف با توجه به نیاز را تعریف می کنند (شکل ۱) اما این موضوع تکلیف افراد را در برابر یکدیگر بیان می کند. نقش مهم تر و اساسی تر که تکلیف دولتها در مقابل مردم است هنوز جای بحث فراوان دارد.

چهل و دو / نظام سلامت در دنیا جلد دوم ، بسته‌های خدمات درمانی



بدون شک تابع حرکت دولت در مشارکت هزینه های سلامت جامعه وابسته به متغیرهایی از جمله ضوابط هماهنگی، توجه به الگوی بیماری ها در جامعه، توجه به توزیع پراکندگی جمعیت در مناطق شهری و روستائی، توجه به توزیع ثروت در جامعه، توجه به پراکندگی مراکز ارایه دهنده مراقبت های بهداشتی درمانی و توجه به توزیع اپیدمیولوژی جمعیت و از همه مهم تر توجه به خدمات مورد نیاز اکثر افراد با محور قرار دادن افراد فقیر و گروههای آسیب پذیر می باشد.

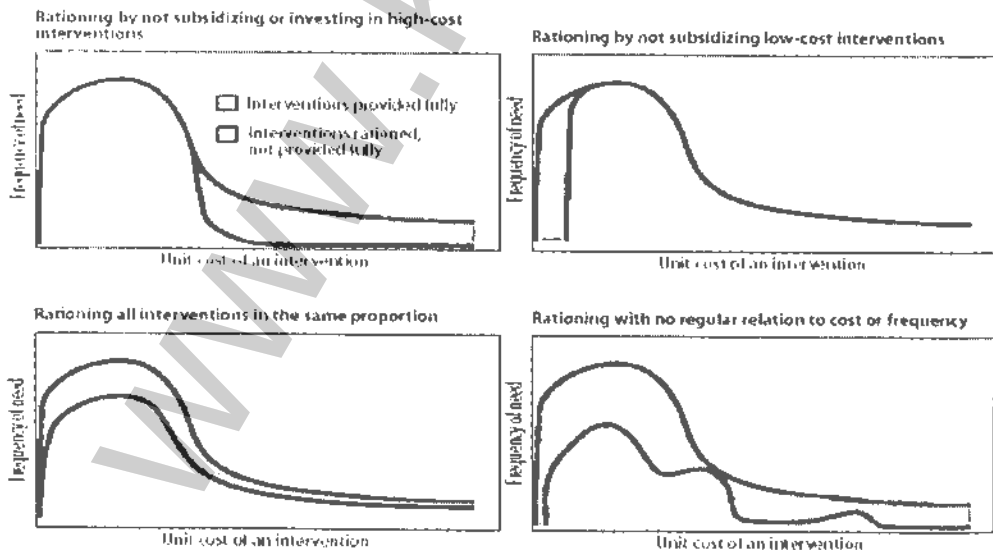
بدیهی است که توجه صرف به موضوعات ذکر شده و عدم توجه به شرایط و وضعیت درآمدی کشورها نه تنها در حل مشکلات موثر نیست بلکه خود به عنوان یک معضل جدی عمل می کند.

هزینه های سنگین بخش سلامت به عنوان یک اهرم فشار بر اقتصاد هر کشور عمل می کند بطوری که به عنوان یک موضوع جدی در سر فصل اعتبارات هر کشور (خواه ثروتمند و خواه فقیر) قرار دارد، توجه به GDP کشورهای توسعه یافته و میزان اعتبارات تخصیص یافته در این کشورها شکاف موجود بین وضعیت سلامت و توزیع ثروت را در کشور های پیشرفته و در حال توسعه بهتری آشکار می کند.

در این میان در کشورهای کم‌درآمد مشکلاتی از جمله انتخاب اولولت‌ها و بدنبال آن جیره‌بندی خدمات بی‌نهایت مهم است. مدل‌های مختلف که بیشتر در بخش توزیع یارانه‌ها مورد توجه است به نظر قابل تعمیم به بسته‌های خدمات درمانی نیز می‌باشد. لذا در این مبحث این رویکردهای ۴ گانه بطور خیلی خلاصه مرور می‌شود.

رویکرد اول: سهمیه‌بندی بدون توجه به یارانه دولت در مداخلات پر هزینه
این موضوع که تا حدودی الگوی مورد نظر بیمه‌ای در کشور ایران (البته بدون توجه به سازمان‌هایی از جمله بنیاد بیمه‌های خاص، بنیاد حمایت از کودکان سرطانی و ...) میباشد. ضمن به دور بودن از عدالت، اصل بیمه پرداخت یکسان و مصرف متفاوت را که از اصول بنیادین در بیمه‌های اجتماعی است را خدشه دار می‌کند و موجب پرداخت بیشتر از جیب افراد بیمار و فقر روز افزون این گروه از جمعیت می‌شود.

رویکرد دوم: سهمیه‌بندی خدمات بدون آرایه یارانه در مداخلات کم هزینه
این مدلی است که در بعضی از خدمات از جمله خدمات ارزان قیمت قابل اجراست، از



چیل و چپار / نظام سلامت در دنیا، بسته‌های خدمات درمانی

مهمترین انتقاداتی که به این رویکرد وارد است مواجه شدن ارایه دهندگان خدمت با خدماتی است که سودی برای آنها ندارد. از دیدگاه مصرف کنندگان خدمات از آنجایی که این مدل یارانه‌ها را در خدمات درمان و مکمل تخصیص می‌دهد موجب افزایش پرداخت از جیب بیماران می‌شود بدنبال آن باعث خدشه‌دار کردن اصل عدالت در افراد فقیر جامعه می‌شود.

رویکرد سوم: سهمیه بندی در همه مداخلات در مقیاس مشابه

این مدل در صورتی که متغیرهایی از جمله اولویت خدمات، مصرف خدمات، الگوی مصرف خدمات در جمعیت فقیر و ثروتمند را لحاظ کند منجر به ارایه مدل چهارم و در صورتی که این گزینه ها را لحاظ نکند منجر به افزایش فشار مضاعف بر طبقه کم درآمد جامعه می‌شود.

رویکرد چهارم: سهمیه بندی بدون سهمیه مقرر روی هزینه ها با تناوب نیاز

در این مثال خدماتی که بوسیله اکثریت جامعه مصرف دارد مشمول سوبسید بیشتر می گردد و خدماتی که مصرف کمتری دارد مشمول سوبسید کمتری می گردد. بزرگترین مشکلی که در این روش ایجاد می کند افزایش بار مالی سوبسید ها بر دولت خواهد بود. با توجه به وضعیت خاص کشورهای در حال توسعه این الگو قابل تأمل خواهد بود. بستر مزایای دولتی در بخش سلامت که در قالب طرح های بیمه درمان بیان می شود نیز تابعی است که متغیرهای مختلفی را در خود جای داده است. سازمانهای بیمه ای به عنوان پرداخت کنندگان واسط نقش مهمی را در ارتباط بین ارایه دهنده و مصرف کننده به عهده دارند. از طرفی وجود ویژگیهای منحصر به فرد بازار بیمه های درمان و گسترده تر از آن بازار سلامت در موارد زیر نوع حرکت در تعیین بسته های خدمتی را بازرتر می سازد، بدیهی است این نوع حرکت با توجه به شرایط خاص کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته بدلیل کم بودن منابع قابل تحصیل به بخش سلامت است^۱.

۱. برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به :

موسوی، سیدابوالقاسم و حسین زارع، لایه بندی نظام تأمین اجتماعی، بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۸۴، شماره ۲۳، صص ۱۵-۷

کتاب حاضر در ابتدا نظام سلامت و بیمه سلامت را در کشورهای مختلف با رویکرد تطبیقی مورد بررسی قرار می‌دهد، پس از تبیین و تشریح نظام سلامت در بخش تحلیل و تطبیق ابتدا مقایسه تطبیقی بین کشورها صورت گرفته و سپس با استناد به نتایج دیدگاههای صاحب‌نظران الگوی مربوط ارایه شده است.

در انتخاب کشورها سعی بر آن بوده است که کشورهایی که در نظام‌های مختلف موجود در جهان قرار دارند، انتخاب شود به همین دلیل از بین کشورهایی با سیستم متمایل به بخش خصوصی و نظام تلفیقی کشور آمریکا، از بین کشورهایی با سیستم طب ملی کشورهای ایتالیا، پرتغال، ترکیه، دانمارک انتخاب شده است، از بین کشورهایی با سیستم بیمه ملی سوئد و نروژ و از بین کشورهای متأثر از نظام سوسیالیستی آلبانی، روسیه و لتونی انتخاب شده اند.^۱

در کشورهای مورد مطالعه موارد مربوط به حدود و تعهدات موجود در بسته‌های خدمات درمانی، سازمان و مدیریت سازمان‌های ارایه دهنده بسته‌های خدمات درمانی، مبنای پوشش جمعیت، مبنای محاسبه میزان مشارکت مصرف‌کنندگان در پرداخت حق بیمه و هزینه‌های درمان، نحوه ارایه و استفاده از خدمات، دسترسی به پزشکان عمومی و متخصص و روش‌های تامین منابع مالی مورد بررسی قرار گرفته است.

۱. بعضی از صاحب‌نظران و نویسندگان کشورهای شوروی سابق را در گروه کشورهایی با طب ملی قرار داده‌اند، همانطور که خوانندگان محترم ملاحظه خواهند کرد سیستم متمرکز دولتی این کشورها در بخش‌های اقتصادی و تامین منابع مالی در بخش‌های مختلف از جمله بخش سلامت ساختار متمرکزی را تبعیت می‌کند ولی با توجه به مواردی چون صندوقهای بیمه‌ای موجود در این کشورها و نوع پرداختهایی که مصرف‌کنندگان خدمات در هنگام دریافت خدمات دارند، الگوهای موجود در این کشورها با دیدگاههای طب ملی کاملاً توافق ندارد، به همین دلیل در تقسیم‌بندی کتاب، این کشورها در قالب کشورهای متأثر از نظام سوسیالیستی قرار گرفته‌اند.

چهل و شش / نظام سلامت در دنیا، بسته‌های خدمات درمانی

این کتاب بدنبال پاسخگویی به موضوعات زیر است :

- حدود و تعهدات خدمات موجود در بسته‌های خدمات درمانی
- مبانی پوشش جمعیت برای استفاده از بسته‌های خدمات درمانی
- روشهای تأمین منابع مالی سازمانهای ارائه دهنده بسته‌های خدمات درمانی
- سازمان و مدیریت بسته‌های خدمات درمانی
- مبنای محاسبه مشارکت مصرف کنندگان بسته‌های خدمات درمانی
- شرایط معافیت دریافت کنندگان خدمات از پرداخت هزینه مزایای موجود در بسته‌های خدمات درمانی

با عنایت به رایاه مبانی مربوط به سیستم حمایت‌های اجتماعی در جلد اول، در این کتاب بسته حمایت‌های اجتماعی که بیشتر در مقوله تأمین اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد و بسته‌های مکمل که بیشتر در مقوله بیمه‌های درمان اختیاری قرار می‌گیرد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. برای کسب اطلاعات در موارد ذکر شده خوانندگان محترم به کتاب های بیمه درمان مکمل و نظام سلامت در دنیا مراجعه نمایند.^۱

از خوانندگان گرامی درخواست مینماید دیدگاههای ارشادی و انتقادی خود را از حقیر دریغ ننمایند.

دکتر حسین زارع

زمستان ۱۳۸۴

۱. زارع، حسین. محمدرضا جمالی و دکتر رضا رشیدی، نظام سلامت در دنیا جلد (۱)، سازمان بیمه خدمات درمانی با همکاری مؤسسه انتشارات علمی و فرهنگی، تهران، ۱۳۸۴

۲. زارع، حسین، بیمه درمان مکمل، انتشارات سازمان بیمه خدمات درمانی و مؤسسه انتشارات علمی و فرهنگی، تهران، ۱۳۸۴