



اصول و شیوه‌های تعیین بسته خدمات سلامت

پژوهش و تألیف: دکتر حسین زارع

دکتر پژمان شادپور

دکتر مژگان آزادی

سرشناسه : زارع، حسین، ۱۳۵۲ -
 عنوان و نام پدیدآور : اصول و شیوه‌های تعیین بسته خدمات سلامت / پژوهش و تألیف حسین زارع، پژمان شادپور و مژگان آزادی.
 مشخصات نشر : تهران: واژه پرداز، ۱۳۹۰.
 مشخصات ظاهری : ۳۸۴ ص: جدول.
 شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۷۹۴۵-۴۰۰۰-۴ ریال: ۸۰۰۰۰
 وضعیت فهرست‌نویسی : قیفا
 موضوع : پزشکی — خدمات
 موضوع : سلامت‌پروری
 موضوع : بهداشت — برنامه‌ریزی
 موضوع : تأمین اجتماعی — مطالعات تطبیقی
 موضوع : پزشکی — خدمات — مطالعات تطبیقی
 ردیف‌کننده : RA ۳۹۹ / ۲ از ۱ ۱۳۹۰
 شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۷۹۴۵-۴۰۰۰-۴
 شماره کتابشناسی ملی : ۲۵۸۷۹۴۳



سازمان اسناد و کتابخانه ملی
 جمهوری اسلامی ایران

کلیه حقوق چاپ و نشر این کتاب متعلق به مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

نام کتاب : اصول و شیوه‌های تعیین بسته خدمات سلامت
 تألیف: دکتر حسین زارع، دکتر پژمان شادپور، دکتر مژگان آزادی
 ویراستار ادبی : ندا شعر باف شعار
 ناشر : واژه پرداز
 لیتوگرافی : پاییزان
 چاپخانه : میران
 نوبت چاپ : اول / ۱۳۹۰
 تیراژ : ۱۰۰۰
 قیمت : ۸۰۰۰۰ ریال
 شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۷۹۴۵-۴۰۰۰-۴

نشانی ناشر : تهران - صندوق پستی ۸۷۶۳-۱۵۸۷۵ تلفن : ۰۹۱۲۳۸۴۳۹۹۰

www.wpp.ir

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

پیش‌گفتار	۱۳
مقدمه	۱۵
خلاصه مدیریتی	۱۹
بخش اول: معرفی بسته های خدمات درمانی	۲۹
۱-۱. مقدمه	۲۹
۱-۲. بیان مسئله و اهمیت موضوع	۳۲
۱-۳. ضرورت و اهمیت انجام طرح	۳۳
۱-۳-۱. شرایط تنویر موجود	۳۳
۱-۳-۲. تقویت اولویتها از طریق جیره‌بندی مراقبت	۳۶
۱-۳-۳. چالش‌های بیمه‌های سلامت در کشور	۴۳
بخش دوم: مبانی نظری و اصول تعیین بسته‌های خدمات درمانی	۵۹
فصل ۱: محاسبات هزینه ای و نقش منابع در طراحی بسته خدمات سلامت	۶۱
۱. مقدمه	۶۱
۲. منابع دولتی و نقش دولت	۶۵
۳. محاسبات هزینه اثر بخشی	۶۶
۴. اهمیت محاسبات هزینه اثر بخشی در بخش سلامت	۷۰
۵. نقش منابع در طراحی بسته خدمات سلامت	۷۱
۵-۱. کمبود منابع و حق انتخاب	۷۱
۶. نقش دولت در بخش سلامت	۷۳
۷. اولویت بندی صرف هزینه‌های عمومی در مراقبت سلامت	۷۵
۷-۱. مشکلات عمده سلامت در کشورهای در حال توسعه	۷۵
۷-۲. الگوهای ارایه خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه	۷۵
۷-۳. علت شکاف بین مشکلات سلامت و هزینه‌های صرف شده در امر سلامت	۸۰
۸. اولویت‌بندی منابع بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه	۸۵
۸-۱. شرایط و فضای موجود سیاسی و اقتصادی	۸۵
۸-۲. چرا اولویت‌بندی کنیم؟	۸۷
۸-۳. چگونه اولویت‌بندی کنیم؟	۹۰
۸-۴. چرا باید بسته خدمات سلامت را طرح‌ریزی کرد؟	۹۱
فصل ۲: تعریف بسته پایه خدمات سلامت	۹۷
۱. مقدمه	۹۷

۹۸	تعریف متفاوتی از بسته خدمات
۹۹	۲-۱. آرایه و تأمین مالی خدمات سلامت توسط دولت
۹۹	۲-۲. آرایه و تأمین مالی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی
۱۰۱	۳. چه کسی خدمات داخل بسته را دریافت می‌کند؟
۱۰۱	۳-۱. بسته منفرد و فراگیر
۱۰۲	۳-۲. بسته هدفمند برای زیرگروه‌های جمعیت
۱۰۲	۳-۳. بسته‌های متعدد
۱۰۳	۴. چه نوع خدماتی در بسته خدمات گنجانده شده‌اند؟
۱۰۳	۴-۱. مداخلات بهداشت عمومی
۱۰۴	۴-۲. مداخلات بالینی
۱۰۵	۴-۳. چگونه خدمات بسته پایه را اصلاح کنیم؟
۱۰۷	۵. تعیین هزینه‌های بسته خدمات
۱۰۷	۵-۱. هزینه و تأمین مالی
۱۰۸	۵-۲. مداخلات مختلف جایگزین و هزینه‌های آنها
۱۰۸	۵-۳. تعیین هزینه‌های نهایی
۱۰۹	۶. بسته خدمات چگونه تأمین مالی می‌شوند؟
۱۰۹	۶-۱. منابع عمومی
۱۱۰	۶-۲. منابع خصوصی

فصل ۳: رهیافتها برای تدوین بسته پایه خدمات سلامت

۱۱۳	۱. مقدمه
۱۱۴	۲. رهیافت‌های موجود در تعیین بسته‌ها
۱۱۷	۳. چگونه می‌توان یک بسته پایه خدمات سلامت تدوین کرد؟
۱۱۷	۳-۱. رویکردهای مختلف به اولویت‌بندی
۱۱۸	۳-۱-۱. تعریف دستجات و مراقبت
۱۱۸	۳-۱-۲. استفاده از معیارهای جزئی و دقیق
۱۱۹	۳-۱-۳. خطوط راهنمای بالینی
۱۲۱	۳-۲. کمی‌سازی بار بیماریها
۱۲۱	۳-۲-۱. سنجش مرگ و میر
۱۲۱	۳-۲-۲. سنجش موربیدیت
۱۲۲	۳-۲-۳. سنجش ترکیبی از موربیدیت و مرگ و میر
۱۲۵	۳-۳. رفتار و ترجیحات جمعیت
۱۲۵	۳-۳-۱. متمرکز شدن بر روند فعلی مصرف خدمات
۱۲۶	۳-۳-۲. مشکلات ذاتی این رویکرد
۱۳۰	۳-۴. نتایج بالقوه نادیده گرفتن رفتار جمعیت
۱۳۱	۳-۵. مداخلات و پیامدهای سلامت
۱۳۱	۳-۵-۱. پیامدهای مداخلات سلامت
۱۳۴	۳-۶. کمی‌سازی تأثیر مداخلات
۱۳۵	۳-۷. ارزش‌گذاری پیامدها
۱۳۶	۳-۷-۱. رویکرد سرمایه انسانی
۱۳۶	۳-۷-۲. رویکرد تمایل به پرداخت

۱۳۷	۲-۷-۳. شاخص دستمزد معادل
۱۳۸	۴-۷-۳. روش ارزشهای بیان شده
۱۳۸	۸-۳. ترکیب کردن منابع اطلاعات مختلف برای تدوین یک بسته خدمات پایه

فصل ۴: ملاحظات اجتماعی در تعریف بسته خدمات

۱۴۱	۱. مقدمه
۱۴۱	۲. فرآیند سیاست‌گذاری به عنوان یک فرآیند سیاسی
۱۴۲	۳. کاوش در فرآیند سیاست‌گذاری
۱۴۴	۴. جستجو به دنبال حصول توافق
۱۴۶	۵. راهبردی برای پرداختن به بستر سیاسی
۱۴۷	۶. حرکت به سوی مسایل فراتر از تعاریف فنی

بخش سوم: بررسی وضعیت موجود در کشورهای منتخب

۱۵۳	مقدمه
-----	-------

فصل ۵: بسته خدمات سلامتی برنامۀ بیمه سلامت آمریکا (مدیکر)

۱۵۵	الف) مشخصات عمومی
۱۵۵	مقدمه

بررسی شرایط و خصوصیات کلی

۱۵۷	۱. اطلاعات عمومی
۱۵۷	۲. مشخصات جمعیتی
۱۵۷	۳. شاخص‌های اقتصادی و سلامتی
۱۵۷	۴. مشخصات فرهنگی

ب) نظام سلامت در ایالات متحد

۱۶۰	مقدمه
۱۶۱	۱. نظام سلامت در ایالات متحد

۱-۱. توسعه تاریخی

۱-۲. تأمین مالی نظام سلامت ایالات متحد

۲. نظام بیمه سلامت و برنامه حمایت‌های اجتماعی در ایالات متحد

۱-۲. بیمه درمان خصوصی در ایالات متحد

۲-۲. سازمان و مدیریت

۲-۳. بیمه درمان

ج) بسته مزایا در مدیکر

۱. مدیکر در ایالات متحد آمریکا

مقدمه

خلاصه فصل

فصل ۶: تعیین «بسته خدمات سلامتی» طرح بیمه سلامت اجتماعی آلمان

الف) مشخصات عمومی

مقدمه

بررسی شرایط و خصوصیات کلی

۱۸۴.....	۱. اطلاعات عمومی
۱۸۵.....	۲. مشخصات جمعیتی
۱۸۶.....	۳. شاخص‌های اقتصاد سلامت
۱۸۷.....	۴. مشخصات فرهنگی
۱۸۷.....	۵. مشخصات سیاسی
۱۸۸.....	ب) نظام سلامت و بیمه‌های اجتماعی سلامت آلمان
۱۸۸.....	۱. کلیات
۱۹۱.....	۱-۲. اهداف تعیین شده برای تغییرات
۱۹۲.....	۲-۲. مقررات جدید در مورد مراجعه به پزشک
۱۹۳.....	۲-۳. مقررات جدید در مورد بیمارستان‌ها
۱۹۳.....	۲-۴. درمان سرپایی
۱۹۴.....	۲-۵. مقررات جدید مربوط به ارایه خدمات
۱۹۵.....	۳. تأمین مالی
۱۹۷.....	ج) تعیین «بسته خدمات سلامتی» طرح بیمه سلامت اجباری آلمان
۱۹۷.....	مقدمه
۱۹۸.....	۱. ساختار سازمانی و عوامل درگیر در تعریف کاتولوگ‌های خدمات
۲۰۰.....	۲. معیارهای تعریف خدمات
۲۰۰.....	۳. مراقبت‌های بستری
۲۰۴.....	۴. خدمات سرپایی
۲۰۵.....	۵. خدمات پزشکی و تشخیصی پایه
۲۰۸.....	۶. خدمات دندانپزشکی سرپایی
۲۱۰.....	۷. خدمات سرپایی ارایه شده توسط غیرپزشکان
۲۱۱.....	۸. خلاصه فصل

فصل ۷: بسته خدمات سلامت در انگلستان..... ۲۱۹

۲۱۹.....	الف) مشخصات عمومی
۲۱۹.....	مقدمه
۲۲۱.....	ب) بررسی شرایط و خصوصیات کلی
۲۲۲.....	۲. شاخص‌های اقتصادی و بهداشت-درمان
۲۲۲.....	۳. مشخصات جمعیتی
۲۲۳.....	۴. مشخصات فرهنگی
۲۲۳.....	۵. مشخصات سیاسی
۲۲۵.....	ج) نظام سلامت در انگلستان
۲۲۹.....	۱. نظام سلامت ملی
۲۲۹.....	۲. تأمین مالی
۲۳۰.....	۱-۲. مشارکت‌ها
۲۳۱.....	۲-۲. پرداخت‌های مصرف کنندگان
۲۳۳.....	د) بسته خدمات سلامتی در انگلستان
۲۳۳.....	۱. مقدمه
۲۳۵.....	۲. «بسته خدمات سلامتی» انگلستان: خدمات درمانی
۲۳۶.....	۳. چارچوب قانونی

۲۳۸	۴. تعیین هزینه خدمات دندانپزشکی
۲۴۲	۵. شبه قانونها
۲۴۷	۶. خلاصه فصل
۲۵۵	فصل ۸: بسته خدمات سلامتی در اسپانیا
۲۵۵	الف) مشخصات عمومی
۲۵۵	۱. موقعیت جغرافیایی
۲۵۶	۲. مقوله های محیط زیستی کنونی
۲۵۶	۳. جمعیت
۲۵۶	۴. نظام سلامت
۲۵۷	۵. وضعیت اقتصادی
۲۵۹	ب) نظام سلامت اسپانیا
۲۵۹	۱. ساختار سازمانی نظام سلامت
۲۶۰	۲. ارائه مراقبت سلامت
۲۶۰	۳. اصلاحات مراقبت سلامت
۲۶۵	۴. نظام بیمه سلامت اسپانیا
۲۶۵	ج) بسته خدمات سلامتی اسپانیا
۲۶۵	مقدمه
۲۷۰	۲. محتویات بسته های خدماتی برای خدمات درمانی
۲۷۶	۳. خدمات کاتالوگ MUFACE
۲۷۶	۴. خلاصه فصل
۲۸۷	فصل ۹: بسته خدمات در ایتالیا
۲۸۷	الف) مشخصات عمومی
۲۸۷	مقدمه
۲۸۷	۱. موقعیت جغرافیایی
۲۸۸	۲. خطرات و بلایای طبیعی
۲۸۸	۳. شرایط جغرافیایی
۲۸۸	۴. جمعیت
۲۸۸	۵. ساختار سنی
۲۸۸	۶. وضعیت نظام سلامت
۲۹۰	۷. وضعیت اقتصادی
۲۹۲	ب) نظام سلامت در ایتالیا
۲۹۲	مقدمه
۲۹۵	۲. سیر توسعه نظام سلامت ایتالیا
۲۹۷	۳. وضع کنونی و دور نمای آینده بیمه درمان ایتالیا
۲۹۸	ج) بسته خدمات سلامتی در ایتالیا
۲۹۸	۱. مقدمه
۳۰۲	۲. خدمات درمانی در بسته خدمات سلامتی
۳۰۶	۳. خدمات روزانه بیمارستانی
۳۰۶	۴. خدمات درمانی سرپایی : خدمات اولیه
۳۰۸	۵. خدمات دندانپزشکی سرپایی
۳۰۹	۶. خدمات سرپایی تخصصی

۳۱۰.....	۷. سایر خدمات درمانی سرپایی.....
۳۱۱.....	۸. خلاصه فصل.....
۳۱۹.....	فصل ۱۰: بسته خدمات سلامت در دانمارک.....
۳۱۹.....	الف) مشخصات عمومی.....
۳۱۹.....	مقدمه.....
۳۱۹.....	۱. موقعیت جغرافیایی.....
۳۱۹.....	۲. خطرات و بلایای طبیعی.....
۳۲۰.....	۳. جمعیت.....
۳۲۰.....	۴. ساختار سنی.....
۳۲۰.....	۵. نظام سلامت.....
۳۲۱.....	۶. سرمایه اقتصادی.....
۳۲۳.....	ب) نظام سلامت در دانمارک.....
۳۲۳.....	۱. ساختار سازمانی و مدیریت.....
۳۲۴.....	۲. نظام بیمه سلامت.....
۳۲۵.....	۳. بخش سلامت دولتی.....
۳۲۷.....	۴-۳. هزینه‌های تدفین.....
۳۲۸.....	۵-۳. بیمه درمانی مساهلتی.....
۳۲۸.....	۶-۳. پرستاری در منزل، معاینات بهداشتی نوزاد، خدمات بهداشتی مدارس و دندانپزشکی.....
۳۲۸.....	۴. تأمین مالی.....
۳۳۰.....	۱-۴. پرداخت مشترک.....
۳۳۰.....	۲-۴. منابع.....
۳۳۱.....	۵. سازمادهای منابع.....
۳۳۳.....	ج) «بسته خدمات سلامتی» در دانمارک.....
۳۳۳.....	مقدمه.....
۳۳۴.....	۱. اصول تعیین مزایا.....
۳۳۶.....	۲. عوامل اصلی در تعریف مزایا: نقشها و مسئولیتهای آنان.....
۳۳۸.....	۳. تعریف مزایا.....
۳۴۰.....	۲-۳. ابزارهای مالی.....
۳۴۲.....	۴. خدمات سرپایی: نظام بازپرداخت خدمات سلامتی.....
۳۴۷.....	۵. جدول دستمزدها.....
۳۴۹.....	۶. خلاصه فصل.....
۳۵۳.....	فصل ۱۱: خلاصه و جداول تطبیقی بررسی وضعیت موجود در کشورهای منتخب.....
۳۷۷.....	منابع.....

جدول ۲-۱: سهم بیمارستان‌ها از کل هزینه صرف شده عمومی جاری در امر سلامت.....	۷۷
جدول ۵-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۱۵۸
جدول ۵-۲: شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در آمریکا.....	۱۶۰
جدول ۵-۳: خدمات تحت پوشش مدیر و بسته‌های مکمل - ۲۰۰۴.....	۱۸۱
جدول ۶-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۱۸۵
جدول ۶-۲: شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در کشور آلمان.....	۱۸۶
جدول ۶-۳: قوانین / لوائح و کاتالوگ‌های تعریف کننده خدمات.....	۲۱۴
جدول ۷-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۲۲۲
جدول ۷-۲: مقایسه شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در انگلستان.....	۲۲۴
جدول ۷-۳: تعریف مستندات بسته خدمات بهداشتی انگلیسی، ۲۰۰۵.....	۲۴۰
جدول ۷-۴: واجد شرایط بودن برای «خدمات ضروری» اولیه تحت قرارداد خدمات پزشکی عمومی ۲۰۰۴، ۲۰۱۱.....	۲۵۱
جدول ۷-۵: خدمات بهبودی بخش تحت پوشش چارچوب‌های منتخب خدمات ملی؛ گروه ICHA-.....	۲۵۲
HC۱: خدمات بهبودی بخش.....	۲۵۲
جدول ۸-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۲۵۷
جدول ۸-۲: مقایسه شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در اسپانیا.....	۲۵۸
جدول ۸-۳: قوانین، لوائح و کاتالوگ‌های تعریف کننده خدمات و مقررات غیر صریح بخش.....	۲۸۰
جدول ۸-۴: قوانین، لوائح و کاتالوگ‌های تعریف کننده خدمات و مقررات غیر صریح بخش.....	۲۸۲
جدول ۸-۵: صرف هزینه در تأمین خدمات سلامتی منظور نشده در کاتالوگ سیستم سلامتی ملی (حکم سلطنتی ۱۹۹۵ / ۶۳) به نسبت کل هزینه صرف شده در خدمات سلامتی در دولتهای محلی اسپانیا.....	۲۸۴
جدول ۹-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۲۸۹
جدول ۹-۲: شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در ایتالیا.....	۲۹۱
جدول ۹-۳: قوانین / احکام تعریف کننده مزایا و کاتالوگ‌های خدمات درمانی در ایتالیا.....	۳۱۴
جدول ۱۰-۱: شاخص‌های کلیدی دموگرافیکی و سلامتی در ۲۰۱۱.....	۳۲۱
جدول ۱۰-۲: شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در دانمارک.....	۳۲۲
جدول ۱۰-۳: «بسته خدمات سلامتی دانمارک»، مروری بر قوانین اصلی.....	۳۴۳
جدول ۱۰-۴: مزایای مربوط به خدمات سرپایی مطابق با نظام بازپرداخت خدمات سلامتی.....	۳۵۱
جدول ۱۱-۱: مقایسه شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در کشورهای منتخب.....	۳۵۴
جدول ۱۱-۲: مقایسه شاخص‌های کلیدی بخش سلامت در کشورهای منتخب در سال ۲۰۱۱.....	۳۵۵
جدول ۱۱-۳: روشهای تأمین مالی بخش سلامت در کشورهای مورد بررسی.....	۳۵۶

- جدول ۱۱-۴. سازمان و مدیریت بخش سلامت در کشورهای منتخب..... ۳۵۷
- جدول ۱۱-۵. مقایسه نظام بیمه های سلامت در کشورهای منتخب..... ۳۵۹
- جدول ۱۱-۶. مقایسه پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامتی در کشورهای منتخب..... ۳۶۲
- جدول ۱۱-۷. مقایسه تطبیقی مبنای قانونی سازمان ارایه دهنده خدمات درمانی در کشورهای منتخب..... ۳۶۶
- جدول ۱۱-۸. مقایسه تطبیقی مدت زمان بهره مندی از مزایای ارایه شده در قالب بسته های خدمات درمانی در کشورهای منتخب..... ۳۶۸
- جدول ۱۱-۹. مقایسه تطبیقی افراد واجد شرایط استفاده از بسته مزایای درمانی در کشورهای منتخب..... ۳۶۹
- جدول ۱۱-۱۰. مقایسه اثباتی انتخاب پزشک از طرف بیمه شدگان و دسترسی متخصص از طرف بیمه شدگان در کشورهای منتخب..... ۳۷۰
- جدول ۱۱-۱۱. کاتالوگها یا جایگزین های خدمات بستری بر حسب معیار و عوامل تصمیم گیری..... ۳۷۱
- جدول ۱۱-۱۲. کاتالوگها یا جایگزین های خدمات بستری بر حسب معیارهای رده بندی..... ۳۷۲
- جدول ۱۱-۱۳. کاتالوگها یا جایگزین های خدماتی بستری بر حسب معیارها و تصمیم گیران..... ۳۷۳
- جدول ۱۱-۱۴. کاتالوگها یا جایگزین های خدماتی سرپایی بر حسب رده بندی و حیطه جغرافیایی کاربردی..... ۳۷۴
- جدول ۱۱-۱۵. کاتالوگها یا جایگزین های خدماتی سرپایی بر حسب رده بندی..... ۳۷۵
- جدول ۱۱-۱۶. کاتالوگها یا جایگزین های خدماتی سرپایی بر حسب معیارها و خدمات حذف شده..... ۳۷۶

شکل ۱: روش‌های مختلف جیره بندی مداخلات سلامت بر طبق هزینه و دفعات نیاز	۴۲
شکل ۲: فرآیند خلاصه شده سیاست‌گذاری	۱۴۶
شکل ۳: ساختار سازمانی وزارت سلامت و نیروی انسانی ایالات متحد	۱۶۳
شکل ۴: جریان مالی موجود در نظام سلامت ایالات متحد	۱۶۷
شکل ۵: نظام سلامت آلمان	۱۸۹
شکل ۶: گردش مالی نظام سلامت آلمان	۱۹۲
شکل ۷: ساختار سازمانی سلامت ملی انگلستان	۲۲۷
شکل ۸: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی انگلستان	۲۳۸
شکل ۹: ساختار سازمانی نظام سلامت اسپانیا	۲۶۳
شکل ۱۰: جزئیات مدیریت و خود مالی موجود در نظام سلامت اسپانیا	۲۶۳
شکل ۱۱: جزئیات فرآیند مالی موجود در نظام سلامت اسپانیا	۲۶۴
شکل ۱۲: ساختار سازمانی نظام سلامت در ایتالیا، ۲۰۰۰	۲۹۶
شکل ۱۳: نظام گردش مالی بخش سلامت در ایتالیا	۲۹۷
شکل ۱۴: سازمان و مدیریت نظام سلامت دانمارک	۳۲۴
شکل ۱۵: جریان مالی موجود در نظام سلامت دانمارک	۳۲۹



فبشر عبادى الذفن فستمعون القول ففتمعون احسنه

سوره مبارکه زمر، ۱۸-۱۷

پفش گفتار

معنى واقعى «سىستم‌هاى سلامت و رفاه» براساس شرايط ويژه هر كشور متفاوت است ولى در مفهوم عام عبارتست از «دستيابى به سلامت و احساس شادابى با حداقل تفاوت بين افراد و گروه‌ها» از ديدگاه سازمان بهداشت جهانى سلامت عبارتست از «احساس رضايت كامل جسمانى، روانى اجتماعى، و معنوى، نه فقط فقدان بيمارى و ناخوشى» از ديدگاه «تئورى سرمايه انسانى» سلامتى افراد يك «ذخيره سرمايه» است كه به مرور زمان با گذر طبيعى عمر مستهلك مى‌شود و بيمارى باعث استهلاك غيرطبيعى آن مى‌گردد.

سرمايه‌گذارى در سلامتى (بهداشت و درمان) اين استهلاك را جبران مى‌كند. تعريف درمان و بهداشت از ديدگاه تئورى سرمايه انسانى به اين صورت است كه درمان، فرآيندى است كه نرخ استهلاك غيرطبيعى در ذخيره سلامت را كه به تبع بيمارى بروز مى‌كند كاهش داده يا از بين مى‌برد، و بهداشت (پيشگيرى) احتمال وقوع بيمارى (افزايش غيرطبيعى نرخ استهلاك ذخيره سلامت) را كاهش داده يا از بين مى‌برد. سلامت طبق تعريف با عواملى كه با همديگر مرتبط هستند، تعيين مى‌گردد. اين عوامل عبارتند از: بيولوژيكي، زيست محيطى، رفتارى، اجتماعى، جنسى، اقتصادى، و سياسى. سياسى‌ها و برنامه‌هاى مرتبط با اين عوامل در سيستم‌هاى مختلف اجتماعى قرار داشته و اثرات متفاوتى بر اهداف و آرمانها اعمال مى‌كنند، بطور مثال بهبود در فراهم بودن مراقبت‌هاى سلامتى براى كودكان منجر به بهبود عملکرد آموزش و يادگيرى افراد جامعه و شانس بهتر براى اشتغال مى‌شود. بنابراین «سلامت و رفاه» و بدنبال آن مخاطرات مربوطه فقط به عوامل بيولوژيك ارتباط ندارند بلكه شرايط زيستى، اشتغال و شرايط اقتصادى، دسترسى به مراقبت درمانى خوب، نقش جنسيت، محيط زيست، باورهاى اجتماعى فرهنگى، تفريحات، سبك زندگى و رفتارهاى افراد نيز در آن موثرند. جنسيت افراد (مرد يا زن)، چگونگى دسترسى موثر آنها به سيستم‌هاى اجتماعى را تحت تاثير قرار مى‌دهند. با اين نگاه است كه نظام سلامت را در گروه نظام‌هاى پيچيده و سازگار طبقه‌بندى مى‌كنند، پيچيده از آن جهت كه همانند بدن آدمى داراى زير سيستم‌ها و يا

ارگان‌های متفاوتی است که در کنار هم قرار گرفته و در راستای یک هدف فعالیت می‌کنند؛ و سازگار از این منظر که هرگونه تغییر در این نظام واکنش‌های تغییر رفتار در نظام را به‌همراه دارد که می‌تواند موجب دگرگونی آن شود و به همین دلیل است که این گونه نظام‌ها از پیچیده‌ترین نظام‌های اجتماعی هستند.

بسته خدمات درمانی یا مزایای سلامت نیز یکی از این زیر سیستم‌هاست که از رویکرد فوق تعینت می‌کند و اگرچه در تدوین آن اولویت‌های نظام سلامت نقشی تعیین کننده دارد، ولی از نگاه بیمه‌های اجتماعی که بر سه اصل اساسی همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع، و الزام قانونی استوار است؛ منابع کلیدی‌ترین نقش را در تدوین آن ایفا می‌کند و اولویت‌ها بر اساس منابع در اختیار در درون بسته‌ها گروه بندی می‌شوند. از رویکردهای موجود در تدوین مزایا دو رویکرد «مزایای تعریف شده»، و «مشارکت تعریف شده» دارای بیشترین اقبال است که در هر دو سنگ زیرین منابع مالی است. در رویکرد «مشارکت تعریف شده» ابتدا منابع حاصل از حق بیمه که منابع مشارکت کارگر و کارفرما جمع‌آوری شده است، احصا گردیده و سپس بر اساس اولویت‌های سلامت بسته متناسب با آن تدوین و ارائه می‌شود. در رویکرد «مزایای تعریف شده» ابتدا بسته خدمتی بر اساس اولویت تعیین شده و سپس حق بیمه متناسب با آن تعیین می‌گردد.

در کتاب حاضر نیز که توسط دوست بسیار عزیز و همکار ارجمند جناب آقای دکتر حسین زارع با رویکردی پژوهشی به رشته تحریر درآمده است با نگاه به این دو رویکرد ضمن انجام مطالعه‌ای تطبیقی چگونگی تدوین بسته‌های درمانی طراحی و ارائه گردیده است که در نوع خود بی‌نظیر بوده و حاصل زحمات شایان توجه ایشان است.

امید آن دارم که این مجموعه بتواند در گشودن گرهی از گره‌های نظام سلامت به ویژه نظام بیمه‌های اجتماعی کشور مفید واقع گردد.

دکتر علی حسن زاده

تابستان ۱۳۸۸

مقدمه

مطالعه و بررسی نظام سلامت، بیمه‌های سلامت و تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر، این نظام‌ها با اصلاحات متعددی روبرو بوده است، هر چند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، اجتماعی - بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی شیوه‌های مختلفی را تجربه کرده است، لیکن این اصلاحات عمدتاً با هدف اصلی این اصلاحات بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، فراهم کردن مراقبت‌های کیفی و در نهایت پایین نگه داشتن هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی بوده است.^۱ مطالعه مقدماتی شرایط موجود در نظام موجود در نظام حمایت‌های بیمه‌ای - اجتماعی کشور نیز نشان می‌دهد که:

شرایط موجود در نظام سلامت، بیمه‌های سلامت و رفاه اجتماعی کشور با مشکلات عدیده‌ای روبرو است به طوری که در حال حاضر سطح تعهدات بیمه خدمات درمانی (تأمین اجتماعی) مناسب تعریف نشده است، شمول یا عدم شمول بودن تعهدات خدمتی در مقاطع مختلف با رویکرد تدوین دستورالعمل و آیین‌نامه بوده است و مبنای قانونی معینی ندارد یا اگر هم دارد به‌روش قوانین کلی و غیرراهبردی تدوین شده است.

بررسی مقدماتی نشان می‌دهد که یکی از معیارهای تعیین خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای کشور، معیار هزینه‌ای بوده که در زمان تصویب قانون وجود داشته است. به طوری که آن موارد در حال حاضر قابلیت کاربرد ندارد یا مطابق زمان و فن‌آوری نیست.

انتظار این است که معیارهایی که برای تعیین خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد به موضوعاتی از جمله اولویت‌ها، دیدگاه‌های سازمان‌های بیمه‌گر، استفاده از درمان‌های جایگزین و با هزینه کمتر برای هر فرد را در نظر داشته باشد، در حالی که در وضعیت فعلی در بعضی از موارد این موضوعات مورد توجه قرار نگرفته است.

آنچه ذکر شد از مهمترین دلایل پرداختن به این موضوع است. با توجه به رونق پیدا کردن بیمه‌های درمانی مکمل توجه به این نکته ضروری است که بسته‌های بیمه‌های درمانی مکمل را هنگامی می‌توان تعیین نمود که بسته خدمات درمانی پایه تعریف شده باشد.

کتاب حاضر برگرفته از طرح پژوهشی تعیین بسته‌های خدمات درمانی است که با هدف تعیین الگوی طراحی بسته خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی ایران و شناسایی

۱. حسن زاده، علی، بسته‌های خدمات اساسی، ریاض بن عباس، ۱۳۸۳

مبانی نظری و معیارهای موجود در تعیین بسته های خدمات درمانی در کشورهای منتخب انجام شده است. در این کتاب پس از بررسی مبانی و اصول نظری روش‌های تعیین بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب به تفکیک انجام می‌شود.

در مطالعه تطبیقی، مواردی نظیر حدود و تعهدات موجود در بسته‌های خدمات درمانی، سازمان و مدیریت سازمان‌های ارایه دهنده بسته‌های خدمات درمانی، مبانی پوشش جمعیت، مبانی مناسبه میزان مشارکت مصرف‌کنندگان در پرداخت حق بیمه و هزینه‌های درمان، بهره‌گیری از نظام ارجاع، دسترسی به پزشکان عمومی و متخصص و روش‌های تأمین منابع مالی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

تجربه طولانی مدت نویسنده به عنوان در فعالیت‌های کارشناسی و مدیریتی بخش سلامت و رفاه و آشنایی با ساختار و مسایل بخش مزبور و مفاهیم کاربردی مطالب مورد بحث، اهمیت پژوهش حاضر را برای وی امکان‌پذیر ساخته است. همچنین شناخت و ارتباط با افراد صاحب‌نظر و اثربخش در سیاست‌گذاری و مدیریت اجرایی نظام سلامت کشورها، امکان دسترسی به مطالب و منابع مورد نیاز و نیز نظرات اندیشمندان و دست‌اندرکاران بخش را تسهیل نموده است. لذا جمع‌آوری اطلاعات با دقت و قابلیت اعتماد بالایی انجام شد.

دسترسی به اینترنت و ارایه گزارشات توسط دولت‌های کشورهای مختلف در سایت‌های فعالیت‌های دولتی کشورها، اطمینان خاطر پژوهشگر در خصوص صحت و دقت، مدارک مورد مطالعه را فراهم آورده است.

کمبود اطلاعات مربوط به کشورهای مختلف در ایران از مهمترین محدودیت‌ها است. چرا که بسیاری از اطلاعات در شبکه جهانی اینترنت ارایه نشده است و یا این که روش‌هایی غیر از اینترنت برای دسترسی به آنها وجود ندارد.

کلیه مطالب این پژوهش از منابع موجود و گزارشات منتشر شده اقتضای گردیده است و تمام آنها غیرمحرمانه بوده و دسترسی به آنها از طریق مراجعه به کتابخانه و سایت‌های اینترنتی و اینترنتی فراهم بوده است.

تلاش گردیده است که کلیه مسایل اخلاقی به‌ویژه در برداشت مطلب از اندیشه‌ها و نوشته‌های پژوهشگران و مؤلفین رعایت گردیده و در مواردی که عین مطلب آورده شده است در همان محل به نام نویسنده اشاره شده است. در بقیه موارد که شکل‌گیری تفکر و اندیشه پژوهشگر از مطالعه کلی کتاب یا نوشته، یا پژوهش دیگران بوده در فهرست منابع به‌طور کامل اشاره شده است.

در عین حال براساس اصول پژوهش سعی شده است نهایت بی طرفی و عدم القاء نظرات و پیش فرض های پژوهشگر در طرح پرسش های مربوط به الگوی پیشنهادی برای دریافت بهتر و بی طرف نظرات صاحب نظران و اندیشمندان، رعایت و در انتقال دیدگاه ها نیز رعایت امانت صورت پذیرفته است. از خوانندگان عزیز استدعا دارد، اینجانب را از راهنمایی های ارزنده خود بی بهره نگذارند.

شایسته است از تلاش های ارزشمند اساتید گرانقدر جناب آقایان دکتر سید جمال الدین طبیبی و دکتر علی حسن زاده که چندین بار با مطالعه دقیق و راییه دیدگاه های ارزشمند خود ارتقای کیفی کتاب موجود را موجب شدند، تشکر و قدردانی کنم.

نکته ای که ذکر آن اهمیت دارد و ضرورت تشکر را از مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران را مضاعف می کند، فعالیت در خور تقدیر همکاران در حمایت و انتشار این مجموعه است، برخورد می داریم که از زحمات تمامی عزیزانی که در مراحل مختلف کتاب همراهی کردند کمال تشکر و احترام را داشته باشیم.

از مدیریت و همکاران محترم هیات علمی و شورای پژوهشی و انتشاراتی مرکز و سایر همکاران مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه تهران به ویژه جناب آقای یاسر مباشری و سرکار خانم علمدار کمال تشکر و احترام را داریم، از جناب آقای رضا کاشف که در مراحل مختلف همراهی کردند و سایر عزیزانی که اسم آنها سهوا ذکر نشده است کمال تشکر و احترام را داریم.

دیدگاه های ارزنده خوانندگان گرامی را بر دیده منت می گذاریم و امیدواریم که ما را از دیدگاه های ارشادی خود محروم نکنند.

با احترام و ادب،

دکتر حسین زارع و همکاران

آذر ۱۳۹۰

1. Hossein Zare: dr_zare@yahoo.com, hzare@jhsph.edu

2. Reza KAshef:

3. Mehdi Barzegar:

3. Alireza Samet: