

سورة الاحقاف



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

رساله دکتری

جهت دریافت درجه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

طراحی الگوی تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

استاد راهنما

دکتر سید جمال الدین طیبی

اساتید مشاور

دکتر محمد رضا ملکی - دکتر آرش رشیدیان

نویسنده

رضا دهنویه

پاییز ۱۳۸۷

۱۱۱۳۵۷



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

رساله دکتری

طراحی الگوی تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

جهت دریافت درجه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

تعداد اهداعات در کتب علمی زیاد
تست در کتب

استاد راهنما:

دکتر سید جمال الدین طبیبی

۱۳۸۸ / ۲ / ۱۵۱

اساتید مشاور

دکتر محمد رضا ملکی - دکتر آرش رشیدیان

تدوین

رضا دهنویه

پاییز ۱۳۸۷

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی

((هدف ما رضایت خالق و تکریم مخلوق است))

شماره _____
تاریخ _____
پوست _____

تصویب نامه رساله دکتری Ph.D.

بدینوسیله اعلام می نماید آقای رضا دهنوییه تیجنگ دانشجوی دوره دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی پایان نامه خود را تحت عنوان { طراحی الگوی تدوین بسته بیمه درمان پایه در ایران } در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۲۴ به عنوان آخرین شرط دریافت درجه دکتری Ph.D. به هیئت علمی این دانشکده ارائه نموده و مورد قبول واقع شد +



دکتر شهرام توفیقی
رئیس دانشکده

استاد راهنما: جناب آقای دکتر سید جمال الدین طیبی

استاد مشاور: جناب آقای دکتر محمد رضا ملکی

استاد مشاور: جناب آقای دکتر رشیدیان

استاد داور داخل: سرکار خانم دکتر سوگند تورانی

استاد داور داخل: جناب آقای دکتر محمود رضا گوهری

استاد داور خارج: سرکار خانم دکتر کتابیون جهانگیری

استاد داور خارج: جناب آقای دکتر عرب

استاد ناظر: جناب آقای دکتر نادر خالصی

آدرس: خیابان ولی عصر (ع.ج)، بالاتر از ظفر، نبش خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۱، کدپستی ۱۹۶۸۶۳۲۵۱۳

تلفن: ۸۸۷۸۸۸۲۹ - ۸۸۷۸۸۷۶۵ - ۸۸۷۸۵۹۹۰ - ۸۸۷۸۸۸۲۷

باسپاس از :

جناب آقای دکتر سید جمال الدین طبیبی، استاد راهنمای گرامی ام که به حق از ابتدای ورودم به دانشکده تاکنون، برایم الگوی یک انسان واقعی بوده است.

جناب آقای دکتر محمد رضا ملکی، استاد مشاور عزیزم که همواره با رهنمودها و نظرات عالمانه خویش مرا بهره مند ساخته است.

جناب آقای دکتر آرش رشیدیان، استاد مشاور گرانقدرم که در طول انجام پژوهش همواره راهنمایی های ارزنده شان راهگشا بود.

اساتید محترم داور سرکار خانم دکتر سوگند تورانی و سرکار خانم دکتر کتابیون جهانگیری و همچنین جناب آقای دکتر محمد عرب و جناب آقای دکتر محمودرضا گوهری که برای داوری این پایان نامه، قبول زحمت کردند.

آقای دکتر حسین ابراهیمی پور، دکتر حسین زارع، دکتر شهرام توفیقی، دکتر علی حسن زاده، دکتر حمیدرضا صفی خانی، دکتر شهرام یزدانی، کیوان بهفر، دکتر مهدی جعفری، دکتر سیدحسام سیدین، دکتر محمد حاجی زاده، دکتر آیدین الفقهده، دکتر مسعود فردوسی، سعید معنوی، حمید اسمعیل زاده، دکتر علی اصغر کیادلیری، دکتر حسن حق پرست، سرکارخانم دکتر اکرم خیاط زاده ماهانی، خانم غزال آذری، خانم خواجه پور و تمامی اساتید و دوستانی که مرا در انجام این پژوهش یاری دادند.

تقدیم به مادر و پدرم،

زیباترین سرود هستی، شکوفنده نیکی ها و زمزمه گر

واژه های صفا و صمیمیت

تقدیم به خواهران و برادرانم،

تجلی گاه مهربانی و محبت

دستهای سبزتان را به وسعت

آبی عشق بوسه می زنم

تقدیم به همسر عزیزم

سمیه

به پاس تمام مهربانی‌ها و صبوری‌هایش

طراحی الگوی تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران

چکیده:

سابقه

محدودیت منابع و نیازهای بی پایان افراد موجب می شود که خدمات تحت پوشش بیمه ها در قالب خدمات بسته اولویت بندی گردد. برای اولویت بندی مناسب این خدمات استفاده از یک الگوی منطقی و مناسب اجتناب ناپذیر می باشد. این مطالعه با هدف طراحی الگوی تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران، انجام شده است.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع کیفی و تطبیقی است که در سال های ۸۷-۱۳۸۶ به صورت مقطعی و در ۶ مرحله انجام شد. ابتدا چارچوب مفهومی پژوهش با مراجعه به کتاب‌ها، مجلات و بانک‌های معتبر اینترنتی تعیین شد. سپس مشکلات وضع موجود با استفاده از روش کیفی تعیین گردید. داده‌ها در این قسمت با ابزار مصاحبه گردآوری شده و با روش تحلیل چارچوبی داده‌ها تحلیل شد. سپس وضعیت تعیین بسته در ۶ کشور منتخب با توجه به قابلیت بهره گیری از تجارب آنها، بررسی گردید. داده‌ها در این قسمت با استفاده از جداول تطبیقی تحلیل شد. در مرحله بعدی اهمیت معیارهای استخراج شده از مراحل قبلی به نظرخواهی از کارشناسان بیمه سلامت کشور گذاشته شد. در مرحله پنجم، مدل اولیه ارایه گردید و در مرحله آخر با استفاده از فن دلفی این مدل معتبر گردیده و تبدیل به الگوی نهایی شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که تدوین بسته بیمه درمان پایه در کشور با مشکلاتی در زمینه های توافق بر سر کلیات، معیارهای تدوین بسته، سازماندهی، تأمین مالی، نظام پرداخت به ارایه دهندگان، قوانین و مقررات، حدود تعهدات، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، هماهنگی، رفتار، سیاستگذاری و نظارت و کنترل مواجه می باشد. یافته های بخش تطبیقی این مطالعه نشان داد که این کشورها عمدتاً رویکردهای منسجمی برای تدوین بسته در پیش گرفته و دارای ساختار مشخص برای تصمیم گیری در مورد خدمات بسته بوده و از معیارهای مشخصی برای تعیین خدمات بسته استفاده می نمایند. در زمینه اهمیت معیارهای تدوین بسته می توان چنین بیان نمود که مهمترین معیارهای تدوین بسته بیمه درمان پایه در کشور اثربخشی، هزینه-اثربخشی، اعتبار مستندات و عدالت هستند که در کنار سایر معیارها می توانند منجر به تعیین مناسب خدمات بسته گردند.

بحث و نتیجه گیری

هر گونه اصلاح در نحوه تدوین بسته بیمه درمان پایه کشور نیاز به یک برنامه منسجم و با در نظر گرفتن تمامی عوامل تأثیر گذار بر تدوین بسته بیمه کشور دارد. بنابراین می بایست در وهله اول با ایجاد عزم و تعهد همه جانبه، آموزش گروه های درگیر و هماهنگی های بین بخشی، مقدمات تدوین بسته فراهم شود. همچنین می بایست ترکیب مناسبی از گروه های ذی نفع مختلف را برای تشکیل گروه کارشناسی تدوین بسته، انتخاب نمود. در این بین، می بایست با آموزش عمومی جامعه، استفاده از مکانیسم های مناسب تأمین مالی، پرداخت و به همراه آن نظارت مناسب بر ارایه دهندگان خدمات بسته به صورت مناسبی خدمات بسته را ارایه نمود.

کلیدواژه‌ها

ایران، بسته بیمه درمان پایه، نظام تأمین مالی، نظام پرداخت، اولویت گذاری خدمات

فهرست مطالب

فصل اول

۲	۱-۱- مقدمه
۲	۲-۱- بیان مسئله پژوهش
۴	۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش
۶	۴-۱- اهداف پژوهش
۶	۱-۴-۱- هدف آرمانی
۶	۲-۴-۱- هدف اصلی
۷	۳-۴-۱- اهداف ویژه
۷	۵-۱- سوالات پژوهش
۷	۶-۱- روش پژوهش
۷	۷-۱- دامنه پژوهش
۸	۶-۱- محدودیت های پژوهش
۸	۷-۱- تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم و متغیرها

فصل دوم

۱۲	۱-۲- مقدمه
۱۲	۲-۲- تأمین اجتماعی و بیمه سلامت
۱۲	۱-۲-۲- نظام تأمین اجتماعی
۱۳	۲-۲-۲- نظام تأمین اجتماعی در ایران
۱۵	۳-۲-۲- تاریخچه بیمه سلامت
۲۱	۳-۲-۲- نظام ها و بیمه های سلامت
۲۱	۱-۳-۲- تفاوت بیمه سلامت با سایر بیمه ها
۲۲	۲-۳-۲- نظام های مختلف عرضه خدمات سلامت و بیمه
۲۲	۱-۲-۳-۲- نظام های عرضه خدمات سلامتی
۲۳	۲-۲-۳-۲- تقسیم بندی نظام های بیمه ای
۲۵	۳-۳-۲- پیش پرداخت و انباشت در بیمه های درمان
۲۵	۴-۳-۲- بیمه و آرایه خدمات
۲۷	۵-۳-۲- سیستم های بیسمارک و بورلیج و مختلط
۲۹	۶-۳-۲- بیمه خصوصی در مقابل دولتی
۳۵	۷-۳-۲- سیستم های تلفیقی
۳۶	۴-۲- سطوح پایه و تکمیلی بیمه
۳۶	۱-۴-۲- سطح بندی خدمات بیمه سلامت
۳۶	۲-۴-۲- سطح پایه و بسته بیمه درمان پایه
۴۱	۱-۲-۴-۲- اصول اساسی در بیمه درمان پایه

- ۴۳.....۳-۴-۲- سطح مکمل و بسته بیمه درمان مکمل.....
- ۴۴.....۵-۲- اهرم های کنترل و نقش آنها در تعیین بسته بیمه درمان پایه.....
- ۴۴.....۱-۵-۲- تأمین مالی.....
- ۴۶.....۱-۱-۵-۲- جمع آوری درآمد.....
- ۵۲.....۲-۱-۵-۲- انباشت و مدیریت.....
- ۵۵.....۳-۱-۵-۲- خرید.....
- ۵۵.....۴-۱-۵-۲- صندوق ها منفرد یا مجزا؟.....
- ۵۶.....۵-۱-۵-۲- نکاتی در مورد تأمین مالی بسته بیمه درمان.....
- ۵۸.....۲-۵-۲- نظام پرداخت.....
- ۵۸.....۱-۲-۵-۲- تأثیر پرداخت روی پیامدها.....
- ۶۰.....۲-۲-۵-۲- طبقه بندی نظام های پرداخت.....
- ۶۱.....۳-۲-۵-۲- نظام های پرداخت بر اساس واحد بازپرداخت.....
- ۶۲.....۴-۲-۵-۲- روش های پرداخت به پزشکان و سایر متخصصان بخش سلامت.....
- ۶۵.....۵-۲-۵-۲- روش های پرداخت به بیمارستان ها و مؤسسات ارایه کننده خدمات.....
- ۶۹.....۶-۲-۵-۲- انتخاب شیوه های مناسب پرداخت.....
- ۷۰.....۷-۲-۵-۲- کیفیت خدمات و محدود کردن هزینه ها.....
- ۷۰.....۸-۲-۵-۲- شیوه پرداخت و زمان استفاده از آن.....
- ۷۱.....۹-۲-۵-۲- مسائل سیاسی.....
- ۷۲.....۳-۵-۲- سازماندهی.....
- ۷۴.....۴-۵-۲- وضع مقررات و نظارت.....
- ۷۴.....۱-۴-۵-۲- اهمیت وضع مقررات در بخش سلامت.....
- ۷۷.....۲-۴-۵-۲- پاره ای از نقاط قابل تمرکز در زمینه قانونگذاری بیمه سلامت.....
- ۷۸.....۶-۲- پاره ای موضوعات تاثیر گذار بر بسته.....
- ۷۸.....۱-۶-۲- نظریات اخلاقی در نظام سلامت و دیدگاه آن ها در مورد ارایه خدمات پایه.....
- ۷۸.....۱-۱-۶-۲- نظریات اخلاقی چه جایگاهی در تعیین بسته پایه می توانند داشته باشند؟.....
- ۸۶.....۲-۶-۲- نکاتی در زمینه ارایه خدمات بسته.....
- ۸۹.....۷-۲- راه کارهای تدوین بسته بیمه درمان پایه.....
- ۸۹.....۱-۷-۲- اصول کلی.....
- ۸۹.....۱-۱-۷-۲- تعیین نحوه دسترسی به منابع مالی.....
- ۸۹.....۲-۱-۷-۲- اطمینان از وجود ساختار داخلی و کیفیت خدمات.....
- ۹۰.....۳-۱-۷-۲- تعیین میزان بهره مندی افراد جمعیت از مراقبت های سلامت.....
- ۹۰.....۴-۱-۷-۲- تعیین اینکه چه کسانی خدمات داخل بسته را دریافت کنند.....
- ۹۱.....۵-۱-۷-۲- تعیین گروه های تعیین کننده خدمات داخل بسته.....
- ۹۲.....۶-۱-۷-۲- تعیین خدمات بسته بیمه درمان پایه.....
- ۹۲.....۷-۱-۷-۲- تصمیم گیری در زمینه اولویت بندی خدمات مراقبت سلامت.....

- ۹۴..... ۲-۷-۲- ضرورت اولویت بندی خدمات.....
- ۹۴..... ۱-۲-۷-۲- مشکل اصلی اقتصاد : کمبود منابع و حق انتخاب.....
- ۹۶..... ۲-۲-۷-۲- اهمیت بیشتر اولویت بندی برای بخش سلامت کشورهای در حال توسعه.....
- ۹۷..... ۳-۲-۷-۲- پاسخ به منتقدین اولویت بندی.....
- ۹۸..... ۳-۷-۲- چالش های اولویت بندی و پیچیدگی های قضیه.....
- ۱۰۰..... ۴-۷-۲- اولویت بندی بر اساس چه معیارهایی؟.....
- ۱۰۱..... ۱-۴-۷-۲- هزینه خدمات.....
- ۱۰۴..... ۲-۴-۷-۲- هزینه-اثربخشی مداخلات.....
- ۱۱۲..... ۳-۴-۷-۲- آیا معیار هزینه-اثربخشی به تنهایی کافی است؟.....
- ۱۱۳..... ۴-۴-۷-۲- عدالت.....
- ۱۱۶..... ۵-۴-۷-۲- تأثیر محیط سیاسی.....
- ۱۱۸..... ۶-۴-۷-۲- رفتار و ترجیحات جمعیت.....
- ۱۱۹..... ۷-۴-۷-۲- اثربخشی مداخله.....
- ۱۲۰..... ۸-۴-۷-۲- هزینه های کمرشکن.....
- ۱۲۱..... ۹-۴-۷-۲- سن جامعه هدف.....
- ۱۲۱..... ۱۰-۴-۷-۲- سایر موارد.....
- ۱۲۲..... ۴-۷-۲- انواع تقسیم بندی در زمینه اولویت بندی مراقبت های سلامت.....
- ۱۲۴..... ۱-۴-۷-۲- اولویت بندی ضمنی در مقابل اولویت بندی روشن.....
- ۱۲۶..... ۲-۴-۷-۲- سطوح اولویت گذاری.....
- ۱۲۸..... ۳-۴-۷-۲- نکات قابل استفاده از تجارب بین المللی.....
- ۱۳۴..... ۵-۷-۲- راه کارهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه اولویت بندی خدمات و تدوین بسته.....
- ۱۴۸..... ۶-۷-۲- پاره ای راه کارهای اولویت بندی.....
- ۱۵۱..... ۸-۲- مروری بر مطالعات انجام شده.....
- ۱۵۱..... ۱-۸-۲- مروری بر پیشینه پژوهش در ایران.....
- ۱۵۶..... ۲-۸-۲- مروری بر پیشینه پژوهش در خارج.....

فصل سوم

- ۱۶۶..... ۱-۳- مقدمه.....
- ۱۶۶..... ۲-۳- نوع پژوهش.....
- ۱۶۶..... ۳-۳- مراحل انجام پژوهش.....
- ۱۶۷..... ۴-۳- جامعه پژوهش.....
- ۱۶۷..... ۵-۳- نمونه پژوهش.....
- ۱۶۷..... ۱-۵-۳- حجم نمونه.....
- ۱۶۸..... ۲-۵-۳- روش نمونه گیری.....
- ۱۷۰..... ۶-۳- دامنه پژوهش.....

۱۷۰	۸-۳- متغیرها
۱۷۰	۹-۳- نحوه گردآوری و ابزار گردآوری داده‌ها
۱۷۳	۱۰-۳- روش تحلیل داده‌ها
۱۷۴	۱۱-۳- ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم

۱۷۶	۱-۴- مقدمه
۱۷۷	۲-۴- تحلیل کیفی در خصوص وضعیت موجود ایران
۱۷۹	۱-۲-۴- مفهوم اول : توافق بر سر کلیات
۱۸۹	۲-۲-۴- مفهوم دوم : معیارهای تدوین
۲۰۰	۳-۲-۴- مفهوم سوم : سازماندهی
۲۱۳	۴-۲-۴- مفهوم چهارم : تامین مالی
۲۲۳	۵-۲-۴- مفهوم پنجم : نظام پرداخت
۲۲۵	۶-۲-۴- مفهوم ششم : قوانین و مقررات
۲۲۶	۷-۲-۴- مفهوم هفتم : حدود تعهدات
۲۳۱	۸-۲-۴- مفهوم هشتم : ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی
۲۳۶	۹-۲-۴- مفهوم نهم : هماهنگی
۲۳۸	۱۰-۲-۴- مفهوم دهم : رفتار
۲۴۰	۱۱-۲-۴- مفهوم یازدهم : سیاستگذاری
۲۴۴	۱۲-۲-۴- مفهوم دوازدهم : نظارت و کنترل نامناسب
۲۴۸	۳-۴- طبقه بندی صاحب نظران در زمینه رویکردهای مناسب برای تدوین بسته
۲۶۳	۴-۴- یافته‌های مطالعه تطبیقی کشورهای مورد بررسی
۲۶۳	۱-۴-۴- پیش درآمد
۲۶۴	۲-۴-۴- انگلیس
۲۹۳	۳-۴-۴- تایلند
۳۲۰	۴-۴-۴- فرانسه
۳۵۹	۵-۴-۴- ترکیه
۳۸۳	۶-۴-۴- هلند
۴۱۵	۷-۴-۴- آلمان
۴۵۸	۸-۴-۴- ایران
۴۶۹	۵-۴- یافته‌های بخش تعیین اهمیت معیارها

فصل پنجم

۴۷۳	۱-۵- مقدمه
۴۷۴	۲-۵- تحلیل وضع موجود ایران
۵۰۴	۳-۵- تحلیل نتایج مطالعه تطبیقی

۵۴۵-۴-۵- تحلیل نتایج مرحله تعیین اهمیت معیارها.....

فصل ششم

۵۳۲-۱-۶- مقدمه.....

۵۳۲-۲-۶- بحث و نتیجه گیری.....

۵۴۱-۳-۶- رایه الگوی.....

۵۴۱-۱-۳-۶- پیش درآمد.....

۵۴۱-۲-۳-۶- محتوای الگوی اولیه.....

۵۴۹-۳-۳-۶- یافته های مربوط به معتبر سازی الگو.....

۵۴۹-۱-۳-۳-۶- یافته های مرحله اول اجرای تکنیک دلفی.....

۵۵۹-۲-۳-۳-۶- یافته های مرحله دوم اجرای تکنیک دلفی.....

۵۶۰-۴-۳-۶- الگوی نهایی.....

۵۶۰-۱-۴-۳-۶- موارد عدم توافق در الگوی اولیه.....

۵۶۴-۲-۴-۳-۶- اجزای الگوی نهایی.....

فصل هفتم

۵۷۵-۱-۷- مقدمه.....

۵۷۵-۲-۷- خلاصه نتایج پژوهش.....

۵۷۹-۳-۷- پیشنهادات پژوهشگر.....

۵۸۲-۴-۷- پیشنهاد برای پژوهش های آتی.....

منابع

پیوست ها

فهرست جدول‌ها و نمودارها

جدول ۱-۲	: سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌گر کشور	۱۵
جدول ۲-۲	: سیر تغییرات بیمه خدمات درمانی ایران را از سال ۱۳۰۱ تاکنون	۲۰
جدول ۳-۲	: روش‌های مختلف برای تأمین منابع مالی در نظام‌های مراقبت بهداشتی	۲۵
جدول ۴-۲	: محاسن و معایب شیوه‌های مستقیم و غیر مستقیم تأمین خدمات بهداشتی و درمانی	۲۶
جدول ۵-۲	: نظام موجود در پاره‌ای از کشورهای اروپایی	۲۸
جدول ۶-۲	: مقایسه انواع نظام‌های بهداشتی درمانی	۲۹
جدول ۷-۲	: مقایسه پاره‌ای از ویژگی‌های بیمه‌های درمان خصوصی و اجتماعی	۳۱
جدول ۸-۲	: کارکردهای اضافی و جایگزین بیمه خصوصی در کشورهای دسته اول	۳۴
جدول ۹-۲	: کارکردهای مضاعف و اضافی بیمه خصوصی در کشورهای دسته دوم	۳۵
جدول ۱۰-۲	: نکات مختلف در ابعاد تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۵۲
جدول ۱۱-۲	: واحد پرداخت و روش‌های پرداخت پزشکان و بیمارستانها	۶۱
جدول ۱۲-۲	: خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت به بیمارستان‌ها: خطرها و انگیزه‌های مالی	۶۸
جدول ۱۳-۲	: آثار انگیزه‌های مالی	۶۹
جدول ۱۴-۲	: مقایسه نظام‌های مختلف پرداخت	۷۱
جدول ۱۵-۲	: کاربرد و رویه‌های ممکن برای تخمین و برآورد هزینه‌ها	۱۰۲
جدول ۱۶-۲	: مثال‌هایی از مداخلاتی که قادرند بار بیماری را به میزان قابل توجهی کاهش دهند	۱۰۷
جدول ۱۷-۲	: قوانین تصمیم‌گیری در تحلیل هزینه-اثر بخشی	۱۱۱
جدول ۱۸-۲	: ترکیب‌های چهارگانه ممکن از عدالت در آرایه مراقبت سلامت	۱۱۴
جدول ۱۹-۲	: عدالت در تأمین مالی و در آرایه مراقبت‌های سلامت	۱۱۶
جدول ۲۰-۲	: معیارهای اولویت‌گذاری مراقبت‌های سلامت در اوگاندا	۱۶۱
جدول ۲۱-۲	: اهمیت هر کدام از معیارهای اولویت‌گذاری سلامت انگلیس	۱۶۲
جدول ۱-۳	: متغیرهای پژوهش	۱۷۰
جدول ۱-۴	: مفاهیم اصلی و کدهای مرتبط در زمینه وضعیت موجود ایران	۱۷۸
جدول ۲-۴	: مهمترین منابع مالی انگلیس (به عنوان درصد از کل هزینه‌های مراقبت سلامت)	۲۷۳
جدول ۳-۴	: نمونه قرارداد خدمات پزشکی	۲۸۷
جدول ۴-۴	: مستندات که بسته پایه انگلیس را تعریف می‌کنند	۲۸۶
جدول ۵-۴	: تخصیص بودجه بخش سلامت بر حسب خدمات مختلف در تایلند	۳۱۷
جدول ۶-۴	: ابزارهایی برای افزایش اثربخشی و کارایی سیستم دارویی در تایلند	۳۱۹
جدول ۷-۴	: سازمان‌ها و آژانس‌های فعال در نظام بهداشت و درمان ترکیه	۳۶۵
جدول ۸-۴	: میزان دریافت حق بیمه توسط SSK	۳۶۸
جدول ۹-۴	: منابع تأمین مالی در ترکیه	۳۶۹
جدول ۱۰-۴	: سهم هر کدام از مؤسسات درگیر در نظام تأمین مالی از تأمین کل هزینه‌های بخش سلامت	۳۷۱
جدول ۱۱-۴	: توزیع منابع تأمین مالی بر حسب نوع خدمت آرایه شده در ترکیه	۳۷۲
جدول ۱۲-۴	: تخصیص منابع بر حسب نوع خدمت	۳۷۲
جدول ۱۳-۴	: سهم هزینه هر کدام از خدمات از منابع تأمین مالی	۳۷۳
جدول ۱۴-۴	: عمده مراکز مصرف بودجه دولتی در بخش سلامت	۳۷۴
جدول ۱۵-۴	: ساختار تأمین منابع اصلی هلند	۳۹۳
جدول ۱۶-۴	: مهمترین منابع تأمین مالی نظام سلامت کشور آلمان	۴۲۶
جدول ۱۷-۴	: طبقه‌بندی معیارهای حاصل از مصاحبه، مطالعه تطبیقی و مطالعه مفهومی	۴۶۹
جدول ۱۸-۴	: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای مربوط به مداخله و بیماری	۴۷۰
جدول ۱۹-۴	: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای مربوط به بیمار	۴۷۰

- جدول ۴-۲۰: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای مربوط به جامعه، آرایه دهندگان و سیاسی ۴۷۱
- جدول ۵-۱: مقایسه سازماندهی بسته در کشورهای مورد بررسی ۵۰۸
- جدول ۵-۲: مقایسه نظام تأمین مالی در کشورهای مورد بررسی ۵۱۱
- جدول ۵-۳: مقایسه روش پرداخت در کشورهای مورد بررسی ۵۱۳
- جدول ۵-۴: مقایسه قوانین و مقررات در کشورهای مورد بررسی ۵۱۴
- جدول ۵-۵: مقایسه حدود تعهدات بسته در کشورهای مورد بررسی ۵۱۶
- جدول ۵-۶: مقایسه ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی در کشورهای مورد بررسی ۵۲۰
- جدول ۵-۷: مقایسه معیارهای تدوین بسته در کشورهای مورد بررسی ۵۲۳
- جدول ۶-۱: نمونه ای از جداول طراحی شده جهت تعیین گزینه های مدل اولیه ۵۴۲
- جدول ۶-۲: میانگین و انحراف معیار هر کدام از موارد پیشنهاد شده در مدل به ترتیب اهمیت ۵۵۰
- جدول ۶-۳: میزان توافق بر روی موارد مطرح شده در مرحله اول اجرای تکنیک دلفی ۵۵۵
- جدول ۶-۴: میزان توافق بر روی موارد مطرح شده در مرحله اول اجرای تکنیک دلفی ۵۵۹

فهرست شکل‌ها و نمودارها

۳۳	شکل ۱-۲: مفهوم همبستگی اجتماعی
۵۴	شکل ۲-۲: توزیع مناسب یارانه ها
۶۱	شکل ۳-۲: جایگاه نظام های پرداخت گذشته نگر ، آینده نگر، متغیر و ثابت
۱۰۸	شکل ۴-۲: مراحل اصلی انجام تحلیل هزینه - اثربخشی
۱۱۷	شکل ۵-۲: فرایند خلاصه شده سیاستگذاری
۱۳۳	شکل ۶-۲: جایگاه اولویت بندی با رویکرد نهادی از دیدگاه هام و کالتر
۱۴۶	شکل ۷-۲: رویکردهای متداول در زمینه سهمیه بندی خدمات از دیدگاه WHO
۱۴۸	شکل ۸-۲: روابط بین سه هدف اصلی نظام سلامت
۱۵۰	شکل ۹-۲: ابعاد اصلی بسته بیمه درمان پایه
۲۴۸	شکل ۱-۴: رویکرد اول استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۴۹	شکل ۲-۴: رویکرد دوم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۰	شکل ۳-۴: رویکرد سوم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۱	شکل ۴-۴: رویکرد چهارم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۲	شکل ۵-۴: رویکرد پنجم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۵	شکل ۶-۴: رویکرد ششم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۷	شکل ۷-۴: رویکرد هفتم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۸	شکل ۸-۴: رویکرد هشتم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۵۹	شکل ۹-۴: رویکرد نهم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۶۰	شکل ۱۰-۴: رویکرد دهم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۶۱	شکل ۱۱-۴: رویکرد یازدهم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۶۲	شکل ۱۲-۴: رویکرد دوازدهم استخراج شده از نظرات کارشناسان
۲۶۷	شکل ۱۳-۴: نمودار سازمانی MHRA
۲۶۸	شکل ۱۴-۴: ساختار سازمانی NICE
۲۷۱	شکل ۱۵-۴: جریان مالی نظام سلامت کشور انگلیس بعد از رفرم سال ۱۹۹۹
۲۸۵	شکل ۱۶-۴: ویژگی های اساسی NHS
۳۰۱	شکل ۱۷-۴: ترکیب ابتدایی تعیین کننده بسته بیمه درمان پایه (پوشش همگانی) در تایلند
۳۰۳	شکل ۱۸-۴: ساختار سازمانی هیئت تأمین سلامت ملی
۳۰۸	شکل ۱۹-۴: نظام تأمین مالی مراقبت های سلامت در تایلند
۳۲۴	شکل ۲۰-۴: چرخه مدیریتی داروها در فرانسه
۳۲۵	شکل ۲۱-۴: رویه تصمیم گیری برای ثبت وسایل پزشکی در فرانسه
۳۲۶	شکل ۲۲-۴: نحوه فعالیت اداره امور افزایش سلامت
۳۳۰	شکل ۲۳-۴: جریان تأمین منابع مالی نظام سلامت فرانسه، ۱۹۹۹
۳۶۶	شکل ۲۴-۴: مراحل مختلف قرار گرفتن دارو در بسته بیمه درمان پایه ترکیه
۳۷۰	شکل ۲۵-۴: فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشور ترکیه
۳۹۲	شکل ۲۶-۴: پوشش جمعیتی و هزینه ها در نظام بیمه درمان
۳۹۴	شکل ۲۷-۴: فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت هلند
۴۱۲	شکل ۲۸-۴: مراحل ورود خدمات به بسته بیمه درمان پایه
۴۲۹	شکل ۲۹-۴: فلوجارت تأمین منابع مالی نظام سلامت آلمان
۵۴۸	شکل ۱-۶: مسیر اجرایی رسیدن به بسته بیمه درمان پایه کشور در الگوی اولیه
۵۶۵	شکل ۲-۶: نمای شماتیک محورهای الگوی پیشنهادی تدوین بسته بیمه درمان پایه کشور

شکل ۳-۶: مسیر اجرایی رسیدن به بسته بیمه در مان پایه کشور ۵۷۶

نمودار ۱-۴: سهم هر کدام از منابع در تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشور ترکیه ۳۷۳

نمودار ۲-۴: نحوه مصرف منابع مالی نظام سلامت در کشور ترکیه به تفکیک نوع خدمت ۳۷۶

فصل اول

معرفی پژوهش

۱-۱- مقدمه

یکی از سئوالات اساسی که در بسیاری از نظام های بهداشت و درمان مطرح می باشد، این است که بر اساس چه منطقی می بایست خدمات را در قالب پوشش بیمه ای در سطح حداقل، به جامعه ارایه نمود. پاسخ به این سؤال نیازمند توجه به جنبه های گوناگونی است که در این پژوهش سعی خواهد شد تا به آنها پرداخته شود. در این فصل ابتدا با هدف معرفی پژوهش، به بیان مسئله و اهمیت و ضرورت روشن نمودن روش تدوین بسته بیمه درمان پرداخته و سپس اهداف پژوهشگر از انجام پژوهش، سئوالات، روش پژوهش، دامنه پژوهش، محدودیت ها و نهایتاً تعریفی از واژه های مورد استفاده در این پژوهش ارایه شده است.

۱-۲- بیان مسئله پژوهش

امروزه تمام ملل با این حقیقت روبرو هستند که در عین نامحدود بودن نیازهای بشر، منابع محدود است و همگی بودجه ای در اختیار دارند که فقط باید در حد و اندازه آن هزینه نمایند (۱). به تبع این قضیه بخش سلامت نیز مانند سایر بخش ها با محدودیت منابع روبرو است. بنابراین همه دولت ها با عدم تجانس بین منابع و نیاز در بخش سلامت روبرو هستند (۲). نتیجه محدودیت منابع، مواجه شدن با گزینه ها و انتخاب ها است. انتخاب یعنی اینکه چه کاری باید انجام پذیرد، پول را کجا خرج کرد و چگونه وقت را صرف نمود. برای جامعه یا کشور، انتخاب اغلب به این صورت است که چه چیزی تولید و یا چه چیزی مصرف کند. نیاز به انتخاب کردن برای تخصیص منابع محدود، وظیفه خطیر هر دولت است. بنابراین، نیاز به انتخاب از بین گزینه ها، چیزی نیست که بتوان از آن اجتناب کرد، فرقی نمی کند که کدام فرد یا کشور باشد. زمانی که شکاف بین نیاز به مراقبت های بهداشتی درمانی و میزان منابع در دسترس بیشتر می شود، می بایست تصمیمات سختی اتخاذ شود (۳-۴).

با در نظر گرفتن این نکات، ضروری است که منابع موجود را به بهترین نحو ممکن، مصرف نمود. برای اطمینان یافتن از اینکه چنین اتفاقی روی خواهد داد، نیاز به اولویت بندی^۱ است. ویلیامز^۲ اولویت بندی را به عنوان "چه کسی، چه چیزی را با هزینه کی دریافت کند" تعریف می کند (۱).

1. Prioritization

2. Williams

زمانی که اهمیت و نیاز به اولویت‌بندی مشخص شد، سؤال بعدی این است که چگونه این کار را باید انجام داد. اولویت‌بندی فعل و انفعالی پیچیده است و در سطح ملی (در سطح کلان^۱)، منطقه‌ای یا ناحیه‌ای (سطح مزو^۲) و سطح بیمار (سطح خرد^۳) انجام می‌شود (۵-۶). علی‌رغم اینکه علاقه روزافزونی نسبت به اولویت‌بندی وجود دارد، اما اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام آن وجود دارد (۴).

به طور کلی، رویکردهای متفاوت چندی برای تعیین اولویت‌های خدمات مراقبت سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. هریک از این رویکردها، مزایا و معایب خاص خود را دارا است و به خودی خود، روشی ایده‌آل به حساب نمی‌آید. اما ممکن است بتوان جنبه‌های خاصی از هریک را در رویکردی جامع‌تر گنجانده و از آن برای تعریف اولویت‌ها استفاده کرد. در مجموع، نمی‌توان روش اولویت‌بندی که فراگیر و جهانی بوده و بتواند به عنوان بهترین روش اولویت‌بندی در تمام موقعیت‌ها و تمام کشورها کاربرد داشته باشد، را تعیین نمود. به علاوه، جوامع مختلف در مورد اینکه چه چیزی بهینه است، اتفاق نظر ندارند. بهینه‌سازی نیازمند استقرار اهدافی است که ممکن است در بین کشورها و نواحی مختلف، متفاوت باشند.

زمانی که تصمیم‌گیری درباره نیاز به اولویت‌بندی و ساز و کار مورد استفاده برای این امر صورت گرفت، تصمیم بعدی باید راجع به شکل یا ساختار اولویت‌بندی اتخاذ شود. در این رابطه، رویکردی که به وفور مورد استفاده قرار گرفته، تعریف یک بسته^۴ از خدمات سلامت است که منعکس‌کننده اولویت‌های انتخاب شده است. این بسته می‌تواند از دیدگاه افراد مختلف (ارایه دهنده، سازمان بیمه گر،...) مطرح شود. از دیدگاه سازمان‌های بیمه‌ای بسته خدمات، شامل خدماتی می‌شود که بایستی توسط آنها تحت پوشش قرار گیرد. یک بسته بیمه پایه معمولاً اشاره به حداقل خدماتی دارد که به منظور اطمینان از وضعیت مناسب سلامت جامعه و حفاظت آن در مقابل بیماری‌ها، باید موجود باشد.

تعریف بسته‌های بیمه خدمات درمانی در کشورهای مختلف متفاوت است. عمدتاً این بسته‌ها یا توسط مزایای ارابه شده و یا بر مبنای مزایای غیرقابل ارابه و یا هر دو روش، تعیین می‌شود. از این تعریف آنچه در عمل حاصل می‌شود، مجموعه‌ای از عملیات پزشکی، دندان پزشکی و پیراپزشکی، محصولات دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی و سایر مزایایی است که تضمین پوشش آن داده می‌شود. به طور کلی بسته‌های بیمه درمان در دو دسته، بسته بیمه درمان پایه و

1. Macro
2. Mezo
3. Micro
4. Package