



سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی (بخش اول، مطالعات تطبیقی)^۱

دکتر حسین زارع^۲

با همکاری علی محمد گودرزی^۳

چکیده

سلامتی و دسترسی به خدمات سلامتی حق مسلم هر انسانی محسوب می‌گردد.^۴ از این رو دولت‌ها برای تمام افراد جامعه باید حداقلی از مراقبت‌های بهداشتی را فراهم کنند. برای دستیابی به این هدف با انگیزه تعیین سطح پوشش مناسب برای خدمات درمانی ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت از طریق مؤسسات بیمه درمانی در سطح کشور، مطالعه تطبیقی روند تعیین بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران

۱. با عنایت به لزوم بررسی سازمان و مدیریت سازمانهای ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی، بررسی بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب از منظر عدالت در دسترسی از خدمات در شماره‌های بعدی مقاله ارائه خواهد شد.

۲. دکترای تخصصی مدیریت بهداشت و درمان، سرپرست معاونت پژوهشی موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

۳. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. UN 1948 (*Universal Declaration of Human Rights*), UN ACC 1997 (*Task Force on Basic Social Services for All*) and WHO 1978 (*Primary Health Care*). Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, 6-12, Geneva, September 1978.

در ۱۰ کشور امریکا، ایتالیا، روسیه، لاتویا، سوئد، دانمارک، نروژ، هلند، پرتغال و ایران انجام شد. عمده محورهای مورد بحث در این مطالعه حدود و تعهدات خدمات موجود در بسته‌های خدمات درمانی، مبنای پوشش جمعیت برای استفاده از بسته‌های خدمات درمانی، روش‌های تأمین منابع مالی سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی، سازمان و مدیریت بسته‌های خدمات درمانی، مبنای محاسبه مشارکت مصرف‌کنندگان بسته‌های خدمات درمانی، شرایط معافیت دریافت‌کنندگان خدمات از پرداخت هزینه مزایای موجود در بسته‌های خدمات درمانی و دسترسی به پزشکان عمومی و متخصصین بوده است. پژوهش در فاز اول به مطالعه تطبیقی در کشورهای مذکور و ایران می‌پردازد و در فاز دوم با اجرای تکنیک دلفی به آزمون کردن الگوی به‌دست آمده در ایران می‌پردازد.

با عنایت به مطالعات انجام شده و دیدگاه‌های صاحب‌نظران مشکلات موجود در بخش سلامت کشور در بخش بیمه‌های خدمات درمانی به ترتیب مربوط به تعریف غیرشفاف و نادرست بسته‌های خدمات درمانی، مناسب نبودن فرایند تعریف بسته‌های خدمات درمانی، نامناسب بودن ترکیب سازمان‌های مشارکت‌کننده در تعریف بسته‌های خدمات درمانی، ناکافی بودن مبنای قانونی تفسیر و تعریف بسته‌های خدمات درمانی، مشکلات مدیریتی بخش سلامت کشور و اثربخش نبودن نهادهای مشارکت‌کننده در تعیین بسته‌های خدمات درمانی است که برای رفع مشکلات ذکر شده پیشنهاد سیاستگذاری مقوله بسته‌های خدمات درمانی به وسیله یک نهاد فرابخشی مثل شورای عالی سلامت و یا نهاد فرابخش مستقل غیردولتی در کشور مطرح شد، علاوه بر این پیشنهاد شد که شورایی با ترکیب نمایندگی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت اقتصادی و دارایی شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، نمایندگی انجمن‌های علمی مرتبط و نمایندگان مصرف‌کنندگان، سیاستگذاری روند تدوین و ارائه بسته‌های خدمات درمانی را با توجه متغیرهای تأثیرگذار (که در الگو آمده است) بر عهده بگیرند.^۱ مبنای پوشش جمعیت واجد شرایط در زیر استفاده از بسته‌های خدمات درمانی همان‌طور که مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد تبعه کشور بودن یا اقامت در کشور ایران انتخاب شد. برای تأمین منابع مالی در بسته‌های سطح

۱. در هنگام انجام این مطالعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی هنوز شکل نگرفته بود، با تشکیل این وزارتخانه در ترکیب تیم پیشنهادی وزارت رفاه نیز اضافه می‌شود.

اول ۱۰۰ درصد به‌وسیله دولت و در سایر بسته‌ها در گروه‌هایی که زیر خط فقر نیستند با مشارکت مالی افراد پیشنهاد شده است. مدیریت سازمانی و فرایند تدوین سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های درمانی به این شرح پیشنهاد شد: پیشنهاد بسته‌های خدمات درمانی سطح اول به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گیرد. تعیین بسته‌های خدمات درمانی سطح دوم به‌وسیله سازمان‌های بیمه‌ای مرتبط و با توجه به جمعیت تحت پوشش آنها صورت پذیرد، شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مسئول بررسی پیشنهادات ارائه شده در مورد تعیین بسته‌های خدمات درمانی هستند و نهاد فرابخشی ذکر شده مثل شورای عالی سلامت کشور مسئول تصویب بسته‌های مراقبت‌های درمانی است. علاوه بر این ساختار سازمانی سازمان‌های تعیین‌کننده بسته‌های خدمات درمانی نیز به ترتیب در سطوح منطقه‌ای^۱ و ملی^۲ پیشنهاد شده است. مبنای محاسبه مشارکت مصرف‌کنندگان بسته‌های خدمات درمانی به صورت درصدی از درآمد پیشنهاد شده است و شرایط معافیت دریافت‌کنندگان خدمات از پرداخت هزینه مزایای موجود در بسته‌های خدمات درمانی با توجه به پیش‌بینی‌های بانک مرکزی و محاسبات مربوط به دهک‌های درآمدی و هزینه‌های خانوار پیشنهاد شده است.

کلیدواژه‌ها: نظام سلامت، بسته‌های خدمات درمانی، بیمه درمانی، مزایا، مدیریت سلامت، نظام سلامت، مطالعه تطبیقی.

مقدمه

مطالعه و بررسی نظام سلامت و بیمه‌های سلامت، نظام‌های حمایتی-اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر این سیستم‌ها با اصلاحات متعددی روبرو بوده است، هر چند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، اجتماعی-بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی طرق 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 هزینه‌های

1. regional
2. national

مراقبت‌های بهداشتی و ... همراه بوده است.^۱ مطالعه مقدماتی شرایط موجود در نظام بیمه‌ای، حمایتی-اجتماعی (نظام تأمین اجتماعی) کشور ایران نیز نشان می‌دهد که شرایط موجود در نظام بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی ایران نیز با مشکلات عدیده‌ای روبروست که از مهمترین این مشکلات سطح تعهدات یا بهتر بگوییم بسته‌های خدمتی است.^۲

در حال حاضر سطح تعهدات بیمه درمان از منظر نظام تأمین اجتماعی مناسب نیست به طوری که مشمول یا عدم مشمول بودن تعهدات خدمتی در مقاطع مختلف به صورت دستورالعمل و آئین‌نامه صورت گرفته و غالباً مبنای قانونی معینی ندارد یا حیطه اشاره شده در قانون را کمتر مورد توجه قرار داده است، تداخل حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی نیز از مهمترین مشکلات است به طوری که گاهی کارکردهای حمایتی از نظام بیمه‌ای بیش از کارکرد بیمه‌ای مورد انتظار است. بررسی مقدماتی نشان می‌دهد که از معیارهای تعیین خدمات تحت پوشش سیاستگذاران بیمه‌ای کشور بویژه در بخش بیمه‌های سلامت معیارهای هزینه‌ای بوده که در هنگام تصویب قانون مورد توجه قرار گرفته است.^۳ 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 هزینه‌های واقع شده تنظیم شده است و مواردی که طب پیشگیری را در بر می‌گیرد کمتر در بسته‌های خدمتی به چشم می‌خورد. هرچند دیدگاه موجود در برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تغییر این دیدگاه بیمه‌ای به سمت بیمه سلامت‌نگر است.^۴ اما در مقام اجرا هنوز فعالیت‌های زیادی نیاز به انجام دارد.

رویکرد ذکر شده در قانون برنامه چهارم توسعه کشور که به منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، تنظیم شده

۱. حسن‌زاده، علی، «بسته مزایای اساسی»، سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳، ص ۷ (ترجمه‌ای از مقاله ریاض بن عباس).

۲. زارع، دکتر حسین، *نظام سلامت در دنیا جلد ۲*، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۵.

۳. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۷۴.

۴. برنامه چهارم توسعه کشور، ماده ۹۱.

است و درخواست اقداماتی انجام از قبیل رقابت در بخش بیمه‌های درمانی^۱، ارائه تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، پوشش یکسان برای جمعیت شهری و روستایی کشور، توجه به مبنای اقامت بودن بیمه درمان با طرح موضوع بیمه اتباع خارجی و در نهایت توجه به بهبود وضعیت منابع مالی موجود در بخش سلامت و بیمه‌های درمانی، دلیل واضحی بر نگرانی عمیق قانونگذار بر اثربخشی در بخش سلامت و بخش‌های وابسته به آن است.

هر چند انتظار این است معیارهایی که برای تعیین خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد به موضوعاتی از جمله اولویت‌ها، گستره پوشش خدمتی، نوع و میزان مصرف، جمعیت مصرف‌کننده و ... توجه داشته باشد. ضمن توجه به دیدگاه‌های سازمان‌های بیمه‌گر درمان‌های جایگزین را نیز در نظر داشته باشد و با توجه به اصول اقتصاد سلامت کاربرد تکنیک‌های اقتصادی را در تعریف بسته‌های خدمتی رعایت نماید، این موضوعی است که از سیاستگذاران بخش سلامت و بیمه‌ای کشور انتظار است. بدیهی است توجه به اثرات حذف یا اضافه کردن تعهدات بر بخش‌های دیگر اجتماع و سازمان‌ها نیز لازم است^۲.

در تعریف بسته‌های خدمتی، نقش پوشش‌های بیمه‌ای 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» یا «تحت پوشش‌های بیمه مکمل هستند» مشخص می‌شود.

توجه به این نکته نیز لازم است که در هر کشور تعریف عملی بسته‌ها تحت تأثیر 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 مراقبت‌های مورد نیاز، به‌کارگیری تمهیداتی برای ارائه مراقبت‌های کیفی، پایین نگهداشتن هزینه مراقبت‌های بهداشتی

۱. برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به: حسن‌زاده، دکتر علی، «بسته مزایای اساسی»، سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴، شماره ۲۳، صص ۱۵-۷.

۲. زارع، حسین، ۱۳۸۲.

و ... صورت گرفته است^۱، حاصل تعامل یا تضاد این دیدگاه‌هاست. اگر چه اقدامات انجام شده در دستیابی به این اهداف با توجه به مدل‌های بیمه‌ای، حمایت‌های اجتماعی و به‌طور کلی نظام تأمین اجتماعی و زمینه‌های سیاسی، اجتماعی، بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی هر کشور متفاوت است ولی صرف نظر از روش‌ها و اهداف دنبال شده، سؤال اساسی کلیه سیستم‌های پوشش بیماری که محور بحث را تشکیل می‌داد، چگونگی تعریف «سیستم تعیین مراقبت‌های اساسی» است. سؤال این است که «بسته‌های مراقبت‌های اساسی» را چگونه تعریف می‌کنیم؟

۱. مبانی نظری مشکلات موجود در سیستم‌های مراقبتی^۲

۱-۱. مشکل بودن تعریف از دیدگاه کاربردی

در عمل تعریف بسته‌های مراقبت به علت مقایسه و برداشت‌های کاملاً متفاوت و متناقض بسیار پیچیده است. مصرف‌کنندگان و فراهم‌کنندگان این خدمات تمایل دارند این بسته‌ها فراگیر و بلندپروازانه باشد، ولی از دید تأمین‌کنندگان منابع این امر قابل قبول نیست. اختلاف فاحش بین خدمات پوشش داده شده توسط سازمان‌های بیمه‌ای بیانگر پیچیده بودن طبیعت این وظایف است. البته این حقیقت را نباید از نظر دور داشت که محتوای بسته‌ها فقط براساس الزامات بهداشتی، اقتصادی، سیاسی، اجتماعی کشورها تعیین نمی‌شود، بلکه در تعیین آن تمایلات، فعالان مختلفی (مانند: مصرف‌کنندگان، کارکنان بهداشت و درمان، صنعت داروسازی، نهادهای تأمین‌کننده منابع، مسئولین ذی‌نفوذ عمومی و ...) نقش بسزایی دارد.

۱-۲. توجه به دیدگاه مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان

اگرچه 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 تأمین‌کنندگان منابع نامناسب تشخیص داده شوند حذف یا

1. Wong H, and R. Bitran, "Designing a benefits package: incorporating societal considerations when defining a basic package of care", October 1999, pp 53- 61.

۲. حسن‌زاده، علی، ۱۳۸۳.

محدود گردند، مشکل در اینجاست که همین خدمات از دید فراهم‌کنندگان و مصرف‌کنندگان به‌عنوان حق تلقی می‌شود.

به دلیل متفاوت بودن برداشت است که راه‌حل‌های جایگزین اگر چه گاهی موفقیت‌آمیز هستند ولی در بعضی موارد می‌توانند منجر به بروز مشکلات جدی‌تری می‌شود.

۱-۲-۱. جایگزین‌هایی که متقاعد کننده نیستند

الف) مشارکت در هزینه: مثال بارزی که می‌توان 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 دسترس، برقرار یا افزایش داده می‌شود. مشارکت در هزینه (فرانشیز) توسط بیمار که در ابتدا با تفکر روشی برای کنترل مصارف و ضابطه‌مند کردن مراجعات بود تبدیل به عامل محدودکننده دسترس به مراقبت‌های مورد نیاز و بعضاً مراقبت‌های اساسی می‌شود. ترکیب مشارکت‌های انفرادی با مخاطرات پوشش داده شده در طرح‌های مکمل موجب بدتر شدن وضعیت به لحاظ ایجاد نابرابری می‌شود.

ب) منطقی بودن تولید خدمات: مثال دیگر، نظام طب ملی است که در آن‌ها منطقی کردن تولید بعضی خدمات منجر به مراقبت‌های غیراولویت‌دار می‌شود که از لیست سیستم خدمات ارائه شده به جمعیت حذف می‌شود. این اقدام منجر به لیست انتظارهایی می‌شود که یکی از پدیده‌های شایع در این‌گونه سیستم‌های عمومی است.

ج) محدودیت‌های مربوط به تکنیک‌های پزشکی جدید: مصرف‌کنندگان به‌طور فزاینده‌ای از اختراعات، ابداعات و پیشرفت‌های پزشکی و دارویی اطلاع پیدا کرده و طالب دسترس بدون قید و شرط به این‌گونه خدمات هستند و فراهم‌کنندگان نیز برخورداری از آن را تشویق می‌کنند و هر کاری را برای تبلیغ آن انجام می‌دهند. در چنین مسابقه‌ای که پایانی برای آن متصور نیست، نهادهای تأمین‌کننده منابع که امید به محدود کردن افزایش‌های قابل ملاحظه مصارف بهداشتی دارند سعی در استفاده از سیاست‌های منطبق‌سازی دارند. اگرچه یکی از وظایف عمده این مؤسسات و سازمان‌ها تضمین دسترس همگانی به مراقبت‌هاست ولی با توجه به اینکه نمی‌تواند منابع را برای کلیه خدمات فراهم کنند و با توجه به منابع در دسترس، سعی در محدود کردن مزایا می‌کنند.

این‌گونه محدودیت‌ها که در ابتدا کم بودند (مواردی که اثربخشی و مفید بودن آن‌ها محل

تردید داشت مانند آب درمانی، محصولات هومیوپاتی و ... به مرور زمان بیشتر شده و حتی تکنیک‌های جدید پزشکی را نیز در بر می‌گیرد که اگر چه گران قیمت هستند ولی اثر درمانی آنها به قدری است که نه تنها لازم و ضروری بلکه در بعضی مواقع اساسی است، و آنها را مشمول این محدودیت می‌کند. به‌طور مثال در تونس آب درمانی از سال ۱۹۸۲ در بسته خدمات درمانی تأمین اجتماعی قرار دارد در صورتی که محصولات دارویی جدید پوشش داده نمی‌شود).

مشکل انتخاب بین مزایای بهداشتی که سازمان‌های تأمین اجتماعی موظف به تأمین آن هستند، به این امر منجر شده است که بعضی از کشورها تلاش می‌کنند موضوع را به‌طور جدی و عمیق بررسی کنند به امید اینکه تعریفی منطقی از بسته‌های اساسی یا لازم را که طرح‌های اجباری موظف به تأمین آن هستند بر مبنای ویژگی‌های اولویت‌دار مانند: مفید بودن، اثربخشی، هزینه و ... ارائه دهند.

۲-۱. چگونه می‌توان محتوای بسته خدمات مراقبتی را تعریف کرد؟

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

۳-۲-۱. چه کسی بسته خدمات را تعریف می‌کند؟

بسته‌های خدمات چارچوب و محدوده‌ای را که مداخله جامعه از طرف، و بر روی بهداشت انفرادی افراد صورت می‌گیرد، به‌عنوان اقدامی ناشی از «همبستگی اجتماعی»^۱ تعریف می‌کنند و بنابراین بیانگر گزینه‌ای اجتماعی است.

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

۴-۲-۱. در تعریف یک بسته خدمات چه ویژگی‌هایی بایستی اعمال شود^۲

رهیافت‌های متعددی برای تعریف بسته‌های خدمات پیشنهاد شده است که هماهنگی بسیار نزدیکی با فرضیه مراقبت‌های اساسی دارد که بایستی برای آحاد جامعه فراهم و تضمین شود.

1. social solidarity

2. Wong H, and R. Bitran; Designing a benefits package: how to construct a basic package of health services, October 1998, pp 27- 40.

الف) رهیافت‌های مبتنی بر علل برای مراقبت و نیازهای بهداشتی جمعیت: فرضیه مراقبت‌های اساسی با این پیش‌فرض مطرح می‌شود که روش صحیحی برای ارزیابی نیازهای بهداشتی جمعیت وجود دارد. این ارزیابی اگرچه 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 «منطقه‌ای» به منظور شناسایی الزاماتی که ممکن است ویژه آن منطقه خاص باشد.

هدف از این رهیافت تعیین اولویت‌های مربوط به نیازهای بهداشتی است که فعالیت جمعی از سوی افراد را منطقی جلوه می‌دهد و نگرشی جدی به اهداف بهداشتی عمومی دارد. به عبارت دیگر اهداف فردی را فدای اهداف اجتماعی می‌کنند.

ب) رهیافت مبتنی بر مفید بودن مراقبت‌ها: مفید بودن مراقبت‌هایی که به‌عنوان بخشی از بسته خدمات تضمین شده قرار می‌گیرد و براساس الزامات اولویت‌دار از پیش تعیین‌شده ارزیابی می‌شود که در این ارزیابی، اثربخش بودن آن‌ها از دید علمی بایستی مدنظر قرار گیرد.

اثربخشی مراقبت‌ها نیز از بُعد جامعیت و قابلیت تأمین، توسط فراهم‌کننده بررسی می‌شود. آنچه که این رهیافت انجام می‌دهد در واقع تعریف انواع مراقبت‌ها برای انواع مشخص ترکیب‌هایی است که در آن انواع مشخص کارکنان بهداشتی در انواع مشخص ساختارها تعریف شده‌اند.

ج) رهیافت هزینه - فایده: علاوه بر دو ویژگی قبلی در این رهیافت عامل هزینه نیز لحاظ می‌شود که به منظور تعیین سطح اولویت و درجه مطلوبیت و ارتباط یک مراقبت مشخص مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و به همین ترتیب هزینه‌ها و انواع مراقبت‌ها با سطح اثربخشی مشابه مورد مقایسه قرار می‌گیرند.

این‌ها ویژگی‌های عمده‌ای هستند که براساس آن گزینه‌های مختلف در تعریف بسته‌های خدمات اساسی تعریف می‌شوند^۱.

۳-۱. جامعه به چه میزانی باید در پرداخت هزینه مراقبت‌ها مشارکت کند؟

اگرچه بعضی اعتقاد دارند پوشش مراقبت‌ها باید سطح اولویت و اثربخشی مراقبت‌های مورد

۱. رویکردهای موجود در تعیین بسته‌های خدمتی بسیار متفاوت است، بخش دیگری از این رویکردها در مقاله بعدی ارائه خواهد شد.

سؤال را در نظر داشته باشد، بعضی دیگر پوشش فراگیر را برای طیف کلی مراقبت‌هایی که اساسی تلقی می‌شوند، توصیه می‌کنند که در یک بسته مشخص و با لحاظ منابع در دسترس تعریف می‌شوند. اشکالی که در این پیشنهاد وجود دارد این است که نمی‌توان خط مشخصی بین خدمات مفید و خدمات غیرمفید کشید. چرا که رهیافتی وجود دارد که انواع مراقبت‌ها را بر مبنای مفید بودن، اثربخشی و هزینه آنها درجه‌بندی می‌کند.

۴-۱. یک بسته خدمات چه میزانی از مشارکت را در عملکرد طرح بیمه سلامت 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 و قابلیت تأمین آن تعریف می‌شود، می‌تواند موجب توسعه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت خوب می‌گردد. علاوه بر این برخی اعتقاد دارند که بسته خدمات، نقش مهمی را در کنترل مصارف سلامتی 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 ایفا می‌کند چرا که منابع تجمع می‌شوند تا استفاده بهتری در راستای مراقبت‌های با کیفیت خوب در چارچوب گزینه‌های تجمعی مبتنی بر ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و پزشکی صورت پذیرد.

مطالعه حاضر که برگرفته از مطالعه تطبیقی در نظام سلامت کشورهای مختلف می‌باشد به دنبال آن است تا با بررسی نظام‌های موجود در کشورهای مورد بررسی، الگوی مناسبی را با توجه به شرایط موجود در کشور ارائه نماید^۱.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، گذشته نظر و کتابخانه‌ای است که در

۱. زارع، حسین، ۱۳۸۲.

بخشی از پژوهش نیز ارائه الگو براساس تکنیک دلفی صورت پذیرفته است.
هدف اصلی: مطالعه تطبیقی اصول تعیین بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی برای ایران صورت گرفته است.

کشورهای مورد مطالعه: امریکا، ایتالیا، روسیه، لاتویا، سوئد، دانمارک، نروژ، هلند، پرتغال و ایران که انتخاب کشورها بر مبنای تقسیم‌بندی گاردن^۱ و درجه توسعه‌یافتگی صورت گرفته است.
زمان جمع‌آوری اطلاعات: اطلاعات مورد نیاز پژوهش در محدوده زمانی سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ استخراج گردیده است.

مبنای انتخاب کشورها: در انتخاب کشورها سعی بر آن بوده است که کشورهایی که در نظام‌های مختلف موجود در جهان قرار دارند، انتخاب شود. به همین دلیل با توجه به تقسیم‌بندی کشورها از نظر مزایای بیمه درمان که به‌وسیله گاردن^۲ ارائه شده است در کشورهای امریکا، روسیه، لاتویا، نروژ، دانمارک، ایتالیا، پرتغال، ترکیه، هلند و سوئد موارد مربوط به مبنای قانونی نظام تدارک خدمات سلامتی، حدود و تعهدات موجود در بسته‌های خدمات درمانی، سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی، مبنای پوشش جمعیت، مدت زمان بهره‌مندی از خدمات در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است و موارد مربوط به مبنای محاسبه 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 و نتایج تکنیک دلفی^۳ در مقاله‌های بعدی ارائه خواهد شد.

۱. تیپولوژی بیمه درمان با توجه به مزایا به‌وسیله گاردن صورت پذیرفته است. در این سیستم کشورها به ۴ گروه عمده به شرح زیر تقسیم می‌شوند: الف) کشورهایی با سیستم بیمه سنتی (*Traditional Sickness Insurance*) در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه‌های خصوصی و سوبسیدهای ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند. ب) کشورهایی با سیستم بیمه سلامت ملی (*National Health Insurance*) که شامل سیستم بیمه درمان در سطح ملی هستند. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار می‌گیرند. ج) سیستم طب ملی (*National Health System*) که ارائه خدمات را به‌صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده است. کشورهای دانمارک، یونان، ترکیه و انگلستان در این گروه قرار می‌گیرند. د) سیستم بیمه‌ای تلفیقی (*Mixed System*) که شامل تلفیقی از سیستم بیمه بیماری سنتی و سیستم بیمه سلامت ملی است. کشورهای استرالیا، ایسلند، ژاپن و امریکا در این گروه قرار می‌گیرند (نولاند و دیگران، ۲۰۰۱).

2. Garden

۳. تکنیک دلفی: با تکنیک دلفی نظریات کارشناسی و متخصصان با سؤالات مکرر درباره یک موضوع علمی خاص جمع‌آوری می‌شود و سعی می‌گردد که روند احتمالی رویدادهای مرتبط با موضوع آینده‌نگری شود. کسب نظریات افراد

در اجرای تکنیک دلفی از کارشناسان مدیران و اساتید متخصص در زمینه بهداشت و درمان نظرخواهی شده است و اعتبار پرسشنامه از طریق فرمول اسپیرمن براون محاسبه گردیده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از بانک‌های اطلاعاتی موجود در شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه‌ای و نیز اطلاعات رسمی منتشر شده از طرف کشورها استفاده گردید.

۱-۵. یافته‌های پژوهش در بخش مطالعات تطبیقی

با مروری اجمالی بر نظام سلامت در کشورها یک اصل مشخص می‌شود و آن این که تمامی کشورها پذیرفته‌اند که سلامت حقی است همگانی و دولت موظف به تأمین حقوق افراد هستند. تفاوت موجود در کشورها در نوع، نحوه و میزان مداخله دولت‌ها در بخش سلامت است.

گروه اول: گروهی از کشورها با تأکید بر بخش خصوصی و به‌کارگیری رویکرد تمرکززدایی، ضمن تأکید بر رویکرد بیمه‌ای در بخش درمان یارانه‌های ایالتی را به عنوان محور مداخله‌های دولت قرار داده‌اند. در بین کشورهای مورد مطالعه کشور امریکا (از نظر سیستم تلفیقی وضعیت منحصر به خود را دارد که در گروه چهارم بحث شده است)، از این سیستم

به‌طور انفرادی، بدون ذکر نام و از طریق پرسشنامه است و این افراد از وجود نظر دیگر صاحب‌نظران درباره موضوع بی‌اطلاع هستند. پس از تحلیل و خلاصه کردن نظریات کسب شده، مجدداً این نظریات در اختیار متخصصان قرار می‌گیرد و پس از چند بار تکرار، در نهایت بهترین حدس‌های ارائه شده به‌عنوان آینده‌نگری آن موضوع محسوب می‌شود.

فرایند تکنیک دلفی به صورت زیر است :

۱. گروهی از متخصصان یک زمینه خاصی از داخل و خارج سازمان انتخاب می‌شوند.
 ۲. از هر متخصص بدون اطلاع وی و تأثیرپذیری از تفکر دیگری درباره اینکه در آینده چه اتفاقی در مورد آن پدیده روی خواهد داد، پرسش می‌شود.
 ۳. پاسخ‌های گردآوری شده تحلیل گردیده و خلاصه نتایج حاصل را مجدداً در اختیار همان متخصصان قرار می‌دهند.
 ۴. باز هم بدون اطلاع از وجود سایر متخصصان، از هر یک از آنان خواسته می‌شود تا درباره آن پدیده به آینده‌نگری بپردازند.
- این فراگرد چندبار تکرار می‌شود. نتایج حاصل بررسی می‌شود و بهترین حدس‌ها به‌عنوان آینده‌نگری قابل قبول محسوب می‌گردد.
- با عنایت به مباحث علمی و تعاریف ذکر شده یکی از بهترین شیوه‌ها مبنی بر استفاده از خرد جمعی بویژه گروه متخصصین تفکیک دلفی می‌باشد (طیبی، ۱۳۷۹).

تبعیت می‌کند. کشور دیگر هلند است در این کشور تقریباً هر فردی بیمه‌ای مراقبت‌های پزشکی اولیه وجود دارد و در حدود ۶۳ درصد افراد به‌طور اجباری تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی هستند که از سال ۱۹۶۴ در هلند فعالیت می‌کند. به عبارتی نظام بیمه‌ای در این کشور، جهت ارائه مراقبت‌های سلامتی از ابزار پوشش بیمه خصوصی استفاده کرده است.

گروه دوم: بعضی از کشورها جهت ارائه خدمات سلامتی به افراد بیمه سلامت ملی^۱ را انتخاب کرده‌اند. این سیستم تمامی جمعیت کشور را تحت پوشش دارد از بین کشورهای مورد مطالعه کشور سوئد و نروژ در این گروه قرار می‌گیرند. کشور سوئد از سال ۱۹۶۲ نظام بیمه سلامت ملی را با تأکید بر عدم تمرکز در بخش‌های مختلف برای ارائه خدمات سلامتی انتخاب کرده است.

کشور نروژ از سال ۱۹۸۲ با عنایت به مصوبه قانونی، مراقبت‌های سلامتی شهری را در دستور کار خود قرار داده است، این کشور با فراز و نشیب‌های فراوان عدم تمرکز را و به عنوان یک استراتژی تعقیب کرده است و با تأکید بر پوشش‌های بیمه‌ای ارائه خدمات درمانی را پیگیری نموده است.

گروه سوم: گروه سوم کشورها با رویکرد سلامت ملی (طب ملی) در بخش سلامت وارد شده‌اند، کشورهای دانمارک، ترکیه، پرتغال و ایتالیا در این گروه قرار می‌گیرند. نظام تأمین مالی بخش سلامت در این کشورها بر مالیات‌ها استوار است. به‌عنوان مثال در دانمارک از سال ۱۹۷۱ با تصویب قانون بیمه سلامت عمومی، این سیستم آغاز شده است. ترکیه نمونه دیگری از این گروه است، این کشور که از سال ۱۹۶۱ بر مبنای قانونی مصوب، فعالیت خود را آغاز کرده است قانون تأمین اجتماعی حق همه افراد کشور می‌داند و دولت باید شرایط لازم را برای دسترسی همه افراد فراهم نماید.

گروه چهارم: این کشورها با تلفیقی از رویکردهای بکار گرفته شده در کشورهای گروه اول (سیستم سنتی) و پوشش سلامت ملی فعالیت می‌کنند. از کشورهای مورد مطالعه کشور آمریکا در این گروه قرار می‌گیرد. سیستم بکار گرفته شده در آمریکا با آنچه که در کشورهای اروپایی وجود دارد، متفاوت است. در این کشور تأمین خدمات بیمارستانی و آن هم در سطح

حداقل و برای افرادی که در معرض خطر (ناشی از بیماری) یا از نظر ملی نیازمند هستند، به عهده دولت است. خدمات غیربیمارستانی به صورت اختیاری و از طریق صندوق‌های بیمه درمان مکمل ارائه می‌شود.

نکته حائز اهمیت در مورد امریکا این که، این کشور از یک سیستم غیرمتمرکز و مبتنی بر بخش خصوصی تبعیت می‌کند. عدم تمرکز در این کشور در بخش سلامت به حدی است که بسته مزایای ارائه شده در هر ایالت ممکن است با ایالت‌های دیگر کاملاً متفاوت باشد^۱.

کشورهای لاتویا^۲، روسیه^۳ به صورت ترکیبی قابل مقایسه با سیستم‌های مختلف هستند. سیستم روسیه از نظر تأکید بر روی مالیات‌ها قابل تطبیق با کشورهایی از جمله ایتالیا^۴ و دانمارک^۵ است و از نظر تأکید بر متمرکز بودن با کشوری مانند ایران قابل مقایسه است. لاتویا از نظر تمرکزگرایی و ساختار ایالتی با کشورهای با نظام NHI و NHS قابل مقایسه است و از نظر رتبه توسعه‌یافتگی در گروه ایران قرار می‌گیرد که بررسی آن ارزشمند است.

در اکثر کشورهای مورد مطالعه بسته‌های خدمات درمانی اولیه به وسیله وزارت بهداشت و بدون مشارکت مصرف‌کننده صورت می‌گیرد و بسته‌های سطح دوم از طریق مؤسسات بیمه‌ای (درمانی و اجتماعی) ارائه می‌شود.

سطح مشارکت مصرف‌کنندگان در پرداخت هزینه خدمات مصرفی متفاوت است ولی در هر حال در تمامی کشورها مشارکت در تأمین هزینه‌ها از طرف مصرف‌کننده خدمت صورت می‌گیرد.

اکثر کشورها الگوهایی از عدم تمرکز را در ارائه خدمات تجربه می‌کنند. در بعضی از کشورهای از جمله سوئد این عدم‌تمرکز بسیار گسترده و بعضی از کشورها از جمله روسیه در حال تجربه این موضوع هستند.

1. Scheffler R., "Risk Sharing Health Systems Reforms in the United States", in A.Mills (ed), *Reforming Health Sectors*, London, Kegan Paul, 1998.
2. "Health Care Systems in Transition", *Latvia*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
3. www.moh.ru
4. "Health Care Systems in Transition", *Italy*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
5. www.etf.dk

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

پوشش جمعیت در کشورهای مختلف بر مبنای اقامت است و تمام افراد مقیم کشور حق استفاده از بسته‌های خدمات درمانی را دارند. در اکثر کشورها گروه‌های آسیب‌پذیر از پرداخت هزینه در هنگام دریافت خدمات معاف هستند. نکته قابل اهمیت در مطالعات تطبیقی تغییر بسته‌های خدمات درمانی از بسته‌های درمانی به سمت بسته‌های مراقبت‌های پیشگیری است. جداول شماره ۱ تا ۶ نظام ارائه و تدارک بسته‌های خدمات سلامتی را به‌طور مختصر در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. مقایسه تطبیقی مبنای قانونی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی با تأکید بر سازمان‌های بیمه‌ای در کشورهای منتخب

| کشور | مبنای قانونی (تشکیل) | وابستگی به دولت | ملاحظات |
|----------------------|--|---------------------|--|
| امریکا ^۱ | قانون اصلاح و تعدیل بودجه (OBRA-1965) | دولت فدرال و ایالتی | مدیکر وابسته به دولت فدرال و مدیکد وابسته به دولت ایالت (شهرداری) سیستم بیمه درمان در امریکا به جز در مورد مدیکر و مدیکد کاملاً در اختیار بخش خصوصی است. |
| ایتالیا ^۲ | مصوبه قانونی مراقبت‌های سلامت ملی ۱۹۷۸ | دولتی | |
| پرتغال ^۳ | قانون بیمه سلامت عمومی ۱۹۷۹ | دولتی | |
| ترکیه ^۴ | شروع در سال ۱۹۲۱ | دولتی | تشکیلات خدمات بهداشت درمانی در ترکیه اساساً زیر مجموعه‌ای از وزارت سلامت کشور می‌باشد که توسط سازمان اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و داروسازان ارائه می‌شود. |
| دانمارک ^۵ | قانون بیمه سلامت عمومی - ۱۹۷۱ | دولتی | ایالتها و شهرداری‌ها هم در ارایه دخالت دارند. |

1. Scheffler R., 1998.
2. "Health Care Systems in Transition", Italy, 2004.
3. Saltmon and Figueras, 1998.
4. Health Care Systems in Transition, Turkey, 2004.
5. www.etf.dk

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

| کشور | مبنای قانونی (تشکیل) | | وابستگی به دولت | ملاحظات |
|---------------------|---|---|--------------------|--|
| روسیه ^۱ | وزارت بهداشت فدراسیون روسیه - طرح بیمه اجباری سال ۱۹۹۲ | | دولتی (بسیار شدید) | ساختار متمرکز اتحاد جماهیر شوروی هم چنان بر بیشتر بخش‌ها حاکم است. |
| سوئد ^۲ | مصوبه قانونی بیمه ملی - ۱۹۶۲ | | دولتی | |
| لاتویا ^۳ | وزارت رفاه و امور اجتماعی | | دولتی | تمرکز در ارائه خدمات وجود دارد. |
| نروژ ^۴ | مصوبه قانونی بیمه عمومی - ۱۹۹۷ مصوبه مراقبت‌های سلامتی شهری - ۱۹۸۲ | | دولتی | |
| ایران | وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۶۵ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳ | وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۶۵ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳ | دولتی | در سال ۱۳۶۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل و وزارت بهداشتی منحل شد. با عنایت به تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ بخشی از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این وزارتخانه محول شده است. |
| ایران | قانون تأمین اجتماعی - تشکیل سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴ | سازمان تأمین اجتماعی | دولتی | به منظور اجرا، تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی، استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی، همچنین تمرکز وجوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی و سرمایه‌گذاری، بهره‌برداری از محل وجوه و ذخایر، سازمانی مستقل بنام «سازمان تأمین اجتماعی» تشکیل گردید. سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و امور آن منحصراً طبق اساسنامه‌های که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، اداره خواهد شد. |
| | قانون بیمه همگانی خدمات درمانی - ۱۳۷۴ | سازمان بیمه خدمات درمانی | دولتی | به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد. |

1. www.moh.ru
2. Zare, Hossein, 1384
3. Health Care Systems in Transition, Latvia, 2004.
4. Saltmon and Figueras, 1998.

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

| کشور | مبنای قانونی (تشکیل) | وابستگی به دولت | ملاحظات |
|------|--|-----------------|---|
| | سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح ^۱ | دولتی | سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران بر مبنای ماده ۸ قانون «تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۳۸ در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تشکیل شد. |

جدول شماره ۲. مقایسه نظام ارائه و تدارک بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|---------------------|---|--|
| امریکا ^۲ | ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در امریکا فعالیت دارد. دفتر مدیریت مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت و نیروی انسانی ایالات متحد مدیریت مالی مراکز سلامت دولت فدرال را به عهده دارد. مراکز ایالت‌ها عمدتاً تحت نظر شهرداری‌ها قرار دارد و مدیریت می‌شود. | پوشش بیمه‌ای مدیکر برنامه دولت فدرال از سال ۱۹۶۵ با توجه به مصوبه قانونی OBRA (قانون اصلاح و تعدیل بودجه) به‌وجود آمده است که افراد ۶۵ ساله به بالا، بیماران مزمن کلیوی را تحت پوشش دارد. مدیکر در دو بخش A و B ارائه می‌شود. مدیکر بخش A خدمات پزشکی را ارائه می‌نماید و در اختیار بخش خصوصی و بیمه‌های مکمل قرار دارد. مدیکر بخش B خدمات بیمارستانی را ارائه می‌نماید. بیش از ۱۰۰۰ شرکت بیمه‌ای خصوصی در ایالات متحد فعالیت می‌کنند و بیمه‌نامه‌هایی را به صورت گروهی و فردی ارائه می‌نمایند. علاوه بر این موارد برنامه‌های صلیب آبی و سپر آبی، سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده و سازمان‌های حفظ سلامت نیز در این کشور به‌طور گسترده‌ای فعالیت دارند. |

۱. بر مبنای قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران: پس از کسب مجوز از فرماندهی معظم کل قوا به منظور ایجاد انسجام در نظام تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و صرفه‌جویی در هزینه‌های جاری، از بازنشستگی ارتش جمهوری اسلامی ایران و سازمان بیمه بازنشستگی سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و بیمه بازنشستگی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح وابسته به وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح ایجاد می‌شود. مراحل اجرائی تجدیدنظر در سازمان‌های سابق‌الذکر با تصویب مقام معظم فرماندهی کل قوا تعیین می‌شود.

2. Scheffler R., 1998.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|----------------------|---|--|
| ایتالیا ^۱ | نظام درمانی ایتالیا به ۳ بخش شامل وزارت بهداشت، ۲۱ بخش منطقه‌ای و ۶۰۰ بخش درمانی محلی تقسیم شده است. وزارت بهداشت ۵ عملکرد محوری شامل برنامه‌ریزی، تأمین اعتبار مالی، تنظیم اصول پایش، انجام فعالیت‌های نظیر اخذ مالیات‌های عمومی، مرکزی و ایالتی و پرداخت‌ها را به عهده دارد. | <p>خدمات بهداشت ملی در سال ۱۹۷۸ تصویب شد و با الگو گرفتن از ساختار NHS در سال ۱۹۷۹ شروع به فعالیت کرد.</p> <p>حق بیمه در ۳ گروه درآمدی تقسیم شده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - افرادی که کمتر از ۱۸ میلیون لیره در سال درآمد دارند از دادن حق بیمه معاف هستند. - افرادی که از ۱۸-۳۶ لیره در سال درآمد دارند معافیت جزئی مالیاتی دارند. - افرادی که بالاتر از ۳۶ میلیون لیره در سال درآمد دارند باید مالیات کامل پرداخت نمایند. - کارفرمایان ۵/۱۵ درصد از درآمد ناخالص و کارگران ۱/۱۵ درصد درآمد خالص را به‌عنوان حق بیمه پرداخت می‌کنند. |
| پرتغال ^۲ | سیستم مراقبت سلامتی در پرتغال مبنی بر سیستم سلامت ملی است که توسط قانون شماره ۵۶ در سال ۱۹۷۹ شکل گرفته است. وزارت بهداشت متولی سلامت است و کنسول سلامت ملی ناظرانی را برای کنترل و ارزیابی برنامه‌ها به مناطق مختلف اعزام می‌کند. سیستم بهداشت ملی به‌طور کلی بر پایه ۵ فاکتور زیر بنا شده است: | <ul style="list-style-type: none"> - مالیات بیمه سلامت فردی براساس سن، جنس در گروه‌های مربوط پرداخت می‌شود یا به صورت ثابت در مورد بعضی از گروه‌ها اجرا می‌شود. - NHS بیش از ۷۵ درصد افراد را تحت پوشش قرار می‌دهد و ۲۵ درصد افراد به طرق مختلف از طرف کارفرمایان تحت پوشش قرار می‌گیرند. - منابع مالی بیمه از طریق مالیات‌های عمومی (۶۲ درصد)، مشارکت‌های بیمه درمان اجتماعی (۱۴ درصد)، بخش خصوصی (۲/۲ درصد) و مشارکت بیمه‌شدگان (۲۱/۹ درصد) تأمین می‌شود. |

1. "Health Care Systems in Transition", Italy, 2004.

2 . Saltman, Richard B., & et.al, *Social health Insurance System in Western Europe*, open university Press, 2004, pp 3-21.

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|----------------------|--|--|
| پرتغال | <p>۳. مؤسسات پزشکی خصوصی و بیمارستان‌های مشابه با شبکه بیمارستانی ایالتی در ارائه مراقبت‌ها فعالیت می‌کنند.</p> <p>۴. مؤسسه ملی مسئول کمک‌های اولیه و انتقال بیماران در موارد اورژانسی</p> <p>۵. شبکه ایالتی داروخانه‌ها</p> <p>۶. هزینه‌های سیستم از طریق مالیات و مشارکت بیماران تأمین می‌شود.</p> | <p>سیستم بیمه‌ای و حق بیمه</p> |
| دانمارک ^۱ | <p>سه مدیریت درمانی ملی، منطقه‌ای و محلی وجود دارد. وزارت بهداشت اساساً از طریق درآمدهای ملی و حمایتی‌های اقتصادی در مناطقی که رسماً از اختیارات محلی برخوردارند به فعالیت‌های خود می‌پردازند. ۱۶ منطقه به‌عنوان مجریان کلی در سطح منطقه‌ای شکل گرفته‌اند و توسط شوراهای رهبری می‌شوند، مناطق از طریق مالیات بر درآمد تأمین مالی می‌شوند، دولت نیز بخشی از تأمین اعتبار مالی را به عهده دارد.</p> | <p>نظام بیمه درمان ملی دانمارک از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود. شهرداری‌های محلی مسئول برنامه‌ریزی و پیشبرد اهداف نظام تأمین اجتماعی مانند پرستاری در منزل، بهداشت عمومی، خدمات دندانپزشکی و مراقبت‌های بهداشت همگانی می‌باشند.</p> |
| روسیه ^۲ | <p>تا سال ۱۹۹۱ مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به وزارت بهداشت USSR که وزارتخانه بهداشت را در ۱۵ جمهوری شوروی سابق سرپرستی می‌کرد محول شده بود.</p> <p>در حال حاضر بالاترین سطح اداری توسط وزیر بهداشت در مجلس می‌باشد. در سطح روستا ابتدا خدمات اولیه در مراکز Uchestac و سپس در Feldsher و بعد از آن در Layon ادامه می‌یابد و در سطح شهر Oblast ادامه درمان را پیگیری می‌کنند. در حال حاضر فدراسیون روسی جانشین سیستم خدمات بهداشتی درمانی اتحاد جماهیر شوروی سابق شده است.</p> | <p>همه خدمات اجتماعی در مالکیت دولت بوده و وابسته به دولت محلی است و بیمه براساس سرمایه‌هایی که مربوط به مناطق است تأمین مالی می‌شود. قانون بیمه اجباری در سال ۱۹۹۲ تصویب شده است. در این سیستم کارفرمایان ۳/۶ درصد از درآمدشان را برای سرمایه‌گذاری در بیمه‌های فدرالی و ایالتی هزینه می‌کنند. بیمه‌ایالتی ۳/۴ درصد از سرمایه را جذب و براساس درآمد سرانه آن را بین شرکت‌های مستقل بیمه‌ای تقسیم می‌کند. بیمه فدرال ۰/۲ درصد باقیمانده را برای بیکاران، کودکان و بازنشستگان هزینه می‌کند.</p> |

۱. زارع، حسین، *نظام سلامت در دنیا*، جلد ۲، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵.

۲. همان.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|---------------------|---|---|
| سوئد ^۱ | سیستم خدمات بهداشتی یکپارچه‌ای در سوئد وجود ندارد و تعدادی از سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی در امتداد خطوط بخشی سازماندهی شده‌اند. عملکرد سلامتی و خدمات پزشکی نسبت به ارائه خدمات سلامتی در ۲۱ دولت محلی بخشی که هر کدام براساس تفسیر خودشان سیستم خدمات بهداشتی خود را تنظیم می‌کنند. هیچ‌کدام از این سازمان‌ها (۲۱ مورد ذکر شده) مجزا و مستقل شبیه یک سیستم‌های ملی NHS وجود ندارد. در برنامه مورد نظر سوئد بخش‌ها و شهرک‌ها متشکل از دولت‌های محلی بوده که دارای زیر سیستم‌های خودمختار نیستند. به بخش‌ها و شهرک‌ها قدرت مدیریت مستقل بر مسائل (از طریق قانون) داده شده و براساس این آزادی داشتن حق وصول مالیات‌هاست. ۲۸۹ شهرک در این حیطه فعالیت می‌کنند. در مقایسه ۲۰ بخش در حیطه جغرافیایی وسیعتری عمل می‌کنند و خاصترین بدنه دولتی ناحیه‌ای برای ارائه خدمات بهداشتی محسوب می‌شوند. | بیمه بهداشت ملی اجباری در سال ۱۹۵۶ به‌وجود آمد و از طریق مبلغی که افراد به‌عنوان حق بیمه تأمین اجتماعی می‌پردازند، تأمین اعتبار مالی می‌شود. ۷۲ درصد درآمد از مالیات بخش‌ها، ۱۳ درصد از کمک هزینه‌های دولت مرکزی، ۳/۴ درصد از حق بیمه بیماران، ۱/۷ درصد از سیستم تأمین اجتماعی و باقیمانده از سایر منابع صورت می‌گیرد. تأمین اعتبار مالی سیستم خدمات بهداشتی سوئد از طریق ترکیبی از مالیات بر درآمد بخش، کمک‌های دولت مرکزی و حق بیمه بیماران صورت می‌گیرد. |
| لاتویا ^۲ | از سال ۱۹۹۳ فعالیت‌های عمده‌ای در جهت تمرکززدایی انجام شده است که در قالب تفویض اختیار به دولت‌های محلی اجرا شده است. با توجه به تصویب قانون دولت‌های محلی در سال ۱۹۹۳ بیشترین مسئولیت ارائه خدمات سلامت اولیه و ثانویه به دولت‌های محلی واگذار شد و خدمات تخصصی در مسئولیت ایالت باقی مانده است سیستم متمرکز مالی در سال ۱۹۹۷ نقش دولت‌های محلی را در حد ارائه خدمات محدود کرده است. تأمین اعتبار مالی از طریق مالیات بر درآمد (۲۸/۴ درصد)، بودجه‌های ویژه ایالتی یا یارانه‌های ایالتی، یارانه‌های اساسی، وام‌های دریافتی و پرداخت‌هایی که از طریق ارائه خدمات به دست می‌آید صورت می‌گیرد. | سیستم بیمه بخش بیمه‌ای و حق بیمه سلامت ملی از سال ۱۹۹۷ در این کشور وجود دارد. و آژانس بیمه سلامت اجباری ایالت به منظور تخصیص منابع به صندوق‌های بیماری به‌وجود آمده است. آژانس ایالتی بیمه سلامت اجباری (SCHIA) ^۳ مسئولیت نظارت بر کنترل کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را به عهده دارد. سیستم خدمات سلامتی دولتی زیر نظر وزارت رفاه فعالیت می‌کند. حق بیمه، کمتر از ۱۰ درصد درآمد خالص است. |

۱. همان.

2. Gassmann Franziska, *Who and Where are Poor in Latvia*, Ministry of Welfare of the Republic of Latvia and UNDP, Riga, 2000.

3. State Compulsory Health Insurance Agency (SCHIA).

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|--------------------|---|---|
| ترکیه ^۱ | تشکیلات خدمات بهداشتی درمانی در ترکیه زیر مجموعه‌ای از وزارت سلامت این کشور است، که توسط سازمان تأمین اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع، پزشکان خصوصی، دندانپزشکان و داروسازان ارائه می‌شود. وزارت بهداشت در سطح مرکز سیاستگذار سلامتی است. | <p>در کشور ترکیه بیشترین خدمات درمانی بیمه‌ای را سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌دهد کسانی که از این طریق بیمه شده‌اند فقط از بیمارستان‌های مربوط می‌توانند استفاده کنند.</p> <p>- سازمان بیمه اجتماعی کارگران که در حدود ۲۰ میلیون نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد.</p> <p>- بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح</p> <p>- سازمان بیمه‌ای حمایتی و بهزیستی</p> <p>- سازمان بیمه‌ای بگ کور (برای خویش‌فرمایان)</p> <p>- علاوه بر سازمان‌های ذکر شده بخش خصوصی که فعالیت‌هایی را در ترکیه انجام می‌دهد.</p> <p>- مبنای حق بیمه در سازمان‌های مختلف متفاوت است.</p> <p>- در افرادی که کارت سبز دارند حق بیمه‌ای پرداخت نمی‌شود.</p> <p>- در مؤسسات بیمه‌ای مانند بگ کور حق بیمه به صورت درصدی از درآمد است.</p> |
| نروژ ^۲ | وزارت بهداشت و امور اجتماعی نروژ مسئول تأمین خدمات سلامتی به صورت غیرمتمرکز در کشور است. شهرداری‌ها مسئول مراقبت‌های سلامت اولیه هستند. شورای استان مسئول برنامه‌ریزی برای بیمارستان است. استان‌ها مسئول برنامه‌ریزی در ارائه خدمات پزشکی و سایر خدمات سرپایی هستند. تأمین مالی سیستم بهداشتی نروژ بر اساس بودجه‌های عمومی است. | <p>- طرح همگانی بیمه ملی نروژ همه افراد مقیم کشور را به صورت اجباری تحت پوشش قرار می‌دهد.</p> <p>- مشارکت بیماران بر مبنای شرایط مختلف متفاوت است. معافیت‌هایی در بعضی از موارد از جمله در مورد خدمات ناشی از کار و بیماری‌های شغلی در نظر گرفته شده است.</p> |

1. "Health Care Systems in Transition", Turkey, 2004.

2. Saltmon and Figueras, 1998.

| کشور | سازمان و مدیریت | سیستم بیمه‌ای و حق بیمه |
|-------|--|---|
| ایران | <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت سلامت کشور را به عهده دارد. این وزارتخانه علاوه بر ارائه خدمات سلامتی، مسئولیت آموزش نیروی متخصص پزشکی را نیز عهده‌دار است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور فعالیت‌های خود را انجام می‌دهد.</p> <p>نظارت بر کیفیت خدمات از طرف وزارت بهداشت و درمان به‌طور اخص در مورد بیمارستان‌ها وجود دارد و در صورت وجود نکات در سایر فعالیت‌ها نیز صورت می‌گیرد.</p> <p>شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی نیز در فعالیت‌های درمانی از طریق سازمان‌های بیمه‌ای فعالیت‌های مهمی را در امور بیمه‌ای کشور به انجام می‌رساند.</p> <p>لیست داروها و خدمات تحت پوشش هر ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود.</p> <p>در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی آمده است، تعرفه خدمات درمانی با همکاری مشترک سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و در هیأت وزیران تصویب می‌شود که با عنایت به تغییرات به وجود آمده در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و با تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تعرفه‌های خدمات درمانی از طرف شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی برای تصویب نهایی به هیأت وزیران ارسال می‌شود.</p> | <p>- سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح فعالیت‌های بیمه‌ای را در کشور انجام می‌دهند. کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و بنیادهای متعددی در کشور فعالیت‌های حمایتی را انجام می‌دهند. بر مبنای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان سازمان بیمه‌ای معرفی شده است اما ماهیت وظایف این کمیته حمایتی است. علاوه بر این شرکت‌های بیمه‌ای بازرگانی، بانک‌ها، شرکت نفت و شهرداری تهران نیز فعالیت‌های بیمه‌ای را برای کارکنان خود ارائه می‌نمایند. از شهریور سال ۱۳۸۱ به دنبال تصویب قانون شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی شرکت‌های چندی در کشور شروع به فعالیت نموده‌اند. شرکت‌های بیمه‌ای البرز، دانا، ایران و آسیا بیشتر در قالب بیمه‌های درمانی مکمل فعالیت می‌کنند.</p> <p>- حق بیمه در سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت سرانه تعیین می‌شود.</p> <p>- حق بیمه در سازمان تأمین اجتماعی به صورت درصدی از درآمد می‌باشد که ۲۰ درصد کارفرمایان، ۷ درصد کارگران و ۳ درصد دولت پرداخت می‌نماید.</p> <p>- حق بیمه در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح به صورت سرانه تعریف می‌شود.</p> <p>- در کمیته امداد امام خمینی (ره) حق بیمه‌ای از افراد دریافت نمی‌شود و در شرکت‌های بیمه بازرگانی مانند البرز، دانا، ایران و آسیا بسته به نوع مزایای ارائه شده حق بیمه‌های متعدد پرداخت می‌شود که به صورت یکجا یا با توافق با نمایندگی‌ها به صورت چندبخشی پرداخت می‌شود.</p> |

۲. حدود تعهدات و مزایای بسته‌های خدمات درمانی

حدود تعهدات و مزایای بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای مختلف بسیار متفاوت تعریف شده است، اما اصل ثابت آن است که بیشتر کشورها پذیرفته‌اند که بسته‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) از وظایف دولت‌ها است و با محوریت ۸ اصل رایج در پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه این خدمات را ارائه می‌دهند. به‌عنوان مثال در روسیه بیشتر بر نیازهای سالمندان و زنان و زایمان تأکید شده است و در کشور لاتویا بر پوشش افراد زیر ۱۸ سال تأکید شده است، دانمارک پوشش همگانی را برای استفاده از بسته‌های مراقبت‌های اولیه مطرح کرده است و کشور سوئد این خدمات را برای همه فراهم کرده است. نکته قابل توجه این که در کشورهای مورد مطالعه، ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق شبکه‌های بهداشتی و درمانی و نظام ارجاع صورت پذیرفته است.

خدمات درمانی در کشورها عمدتاً از طریق نظام‌های بیمه درمان صورت پذیرفته است، گستره مزایای تحت پوشش در کشورهای مختلف متفاوت است. بررسی‌ها به‌طوری که مطالعات نشان می‌دهد در کشور ایتالیا مراقبت‌های اولیه و ثانویه به همه ارائه می‌شود.

سطح مزایای تحت پوشش بسیار وسیع است و شامل معاینات مربوط به پزشک عمومی خدمات پاتولوژی و رادیولوژی، هزینه‌های بستری و پزشکی در بیمارستان، هزینه‌های دارویی و حتی مزایای اضافی شامل درمان با آب معدنی است.

در ترکیه برای انجام خدمات بستری تخصصی بیمارستان‌های تخصصی تشکیل شده است. به جز خدمات PHC که به خوبی تعریف شده است، بسته‌های خدمات درمانی در این کشور وجود ندارد و دولت با هدف ارائه پوشش کامل خدمتی اقداماتی را انجام داده است، بیشتر فعالیت‌های دولت در بسته‌های درمانی در حیطه کنترل هزینه‌های دارویی صورت گرفته است.

سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دانمارک خدمات بیمارستانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه و از جمله برنامه‌های پیشگیری را ارائه می‌دهد. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مهم از جمله خدمات بیمارستانی و خدمات بهداشتی اولیه با مناطق است و حکومت‌های محلی مشمول ارائه خدمات پرستاری در منزل، معاینات بهداشتی نوزادان خدمات بهداشتی مدارس و دندانپزشکی هستند.

خدمات بیمارستانی تمام مراقبت‌های مربوط بیماری‌های جسمانی و روانی، خدمات تشخیصی درمانی و مراقبت‌ها را پوشش می‌دهد. مراقبت‌های دوران کودکی و اقامت در مکان‌های دولتی در دوران نقاهت نیز در این سیستم در نظر گرفته شده است. خدمات درمانی بیمارستان رایگان است و بیماران باید از نظام ارجاع تبعیت کنند.

دانمارک: نظام بیمه درمان ملی با دو گروه از افراد فعالیت می‌کند ۹۷/۶ درصد در گروه اول و ۲/۴ درصد در گروه دوم قرار می‌گیرند، تفاوت بین گروه‌ها در انتخاب پزشکان عمومی و متخصص است و در صورتی که افراد از سیستم ارجاع تبعیت کنند از پرداخت هزینه معاف هستند. هزینه‌های معمولی مربوط به خدمات دندانپزشکی تحت پوشش است و ۴۰ درصد از هزینه‌های مربوط به بیماران بازپرداخت می‌شود. هزینه‌های سنگین دندانپزشکی که برای کاشت دندان طلا یا عصب‌کشی وجود دارد پرداخت نمی‌شود. وزارت بهداشت و انجمن ملی بهداشت لیست داروهای تحت پوشش یارانه دولت را مشخص می‌کنند، و در این صورت ۴۹ تا ۷۴ درصد هزینه داروهای موجود در لیست پرداخت می‌شود. برای بیماران سالخورده و دارای بیماری‌های مزمن مزایای ویژه‌ای در نظر گرفته شده است. استفاده از مزایای فیزیوتراپی از طریق سیستم ارجاع و با معرفی پزشک عمومی صورت می‌گیرد.

مبالغ بسیار کمی برای هزینه‌های عینک در کودکان پرداخت می‌شود و برای افرادی که بینایی بسیار کمی دارند مبلغ ثابتی پرداخت می‌شود.

مزایای مربوط به تدفین به‌طور ثابت و هزینه بیماری در خارج از دانمارک (در اروپا و مدیترانه شرقی) نیز پرداخت می‌شود، پرستاری در منزل نیز در بسته خدمتی قرار دارد و تمامی کودکان تحت پوشش معاینات بهداشتی نوزادان، خدمات بهداشتی مدارس و دندانپزشکی قرار دارند.

روسیه: مزایای ارائه شده در سیستم سلامت روسیه با کشورهای غربی متفاوت است و عموماً بر مبنای خدمات سنگین و هزینه‌بر استوار شده است. خدماتی از جمله خانه‌های سالمندان، ارائه خدمات درمانی و توانبخشی، ماساژ درمانی و آب درمانی در زمره مزایای تحت پوشش است.

مزایای بهداشتی: در مراکز بهداشتی روستایی یا مراکز مامایی^۱ اقداماتی از جمله واکسیناسیون، مراقبت‌های بهداشتی پایه، آزمایشات روتین و خدمات مربوط به دوران بارداری

1. Feldsher

و زایمان ارائه می‌شود. ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع صورت می‌گیرد. مبنای انتخاب پزشک برای هر فرد آدرس پستی محل اقامت است.

به جز وزارت دفاع که مؤسسات پزشکی ارتش را در اختیار دارد، عرضه خدمات بستری در سطح وسیع به جز در مورد خدمات زنان، زایمان و اطفال وجود ندارد. ارائه خدمات سرپایی به وسیله وزارتخانه‌هایی که در ارتباط نزدیک با نظام سلامت هستند صورت می‌گیرد، اما دسترسی به خدمات عرضه شده بسیار مشکل است.

اکثر خدمات تخصصی و پیچیده در بیمارستان‌های تخصصی بزرگ یا پلی‌کلینیک‌هایی که در پایتخت وجود دارند، ارائه می‌شود.

سوئد: سیستم خدمات سلامت سوئد از یک نظام غیرمتمرکز تبعیت می‌کند. در برنامه موردنظر سوئد بخش‌ها و شهرک‌ها متشکل از دولت‌های محلی بوده که دارای زیرسیستم‌های سیاسی خودمختار هستند.

سیستم ناحیه علاوه بر خدمات بهداشتی اولیه برخی از خدمات ثانویه، خدمات ثانویه تخصصی‌تر و خدمات ثالثیه نیز ارائه می‌دهد.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه به این صورت تعریف شده است: بخشی از خدمات سرپایی که بدون محدودیت از نظر بیماری‌ها یا سن یا گروه‌های بیماران باید نیازهای افراد را از نظر درمان‌های پزشکی پایه، پرستاری، پیشگیری و بازتوانی بدون اتکا به منابع پزشکی و تکنیکی بیمارستان‌ها یا هر شکل دیگری از مهارت‌های خاص برآورده کنند و باید در دسترس تمام شهروندان قرار داشته باشد.

ارائه خدمات در بیمارستان ناحیه: مراقبت‌های ثانویه توسط بیمارستان ناحیه‌ای ارائه می‌گردد (از یک شکستگی کوچک گرفته تا ارجاع بیماران به سطوح بالاتر خدمتی) بیشترین خدمات بهداشتی سوئد توسط ۲۰ بخش ارائه می‌شود که شامل مراقبت‌های ارائه شده به سالمندان، خانه‌های سالمندان، خانه‌های پرستاری و مواردی از این قبیل است که در فهرست وظایف بهداشتی و خدمات پزشکی که مسئول ۲۸۹ شهرک هستند لحاظ گردیده است. شهرک‌ها نسبت به بهداشت مدارس مسئول هستند. علاوه بر این تسهیلات خاص برای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی طولانی‌مدت نیز فراهم است. بخش خصوصی بیشتر در خدمات سرپایی فعالیت دارد.

هر بخش به‌طور قابل توجهی در طراحی سیستم مراقبتی و تدوین خط‌مشی‌ها مستقل از سایر بخش‌ها و دولت مرکزی آزاد است.

خدمات اولیه شامل موارد زیر است:

خدمات درمانگاهی برای کودکان، واکسیناسیون، کنترل بیمارهای منتقله جنسی، بررسی‌های بهداشتی و مشاوره، خدمات بهداشتی ثانویه و ثالثیه، خدمات پزشک در بیمارستان‌های بخشی و ناحیه‌ای ارائه می‌شود.

مسئولان محلی نسبت به ارائه خدمات رفاهی اجتماعی، ارائه خدمات به سالمندان، معلولین و بیماران روانی وظیفه دارند. ۲۸۹ شهرک مسئول خدمات اجتماعی هستند این مناطق توسط شوراهای بومی اداره می‌شوند که هر ۴ سال مسئولیت کامل خدمات بلندمدت سالمندان و معلولین از شورای محلی به شهرک‌ها منتقل می‌شود. اصول ارائه خدمات سالمندی سوئد این است که هر فردی تمایل به باقی ماندن در خانه داشته باشد، علیرغم بیماری باید تحت پوشش قرار بگیرد. خدمات کمکی در منزل ۲۴ ساعته ارائه می‌شود. خدمات کمکی منزل شامل نظافت منزل، آشپزی، شستشو و بهداشت فردی برای افراد سالمند است. سیستم ارجاع در مراجعات لحاظ شده است.

لاتویا: در لاتویا محدوده خدمات که توسط برنامه خدمات پایه تضمین شده است شامل مراقبت از بیماری‌های حاد و مزمن، خدمات پیشگیرانه و خدمات مادر و کودک است. خدمات بهداشتی اولیه برای کودکان زیر ۱۴ سال توسط پزشک اطفال یا عمومی ارائه می‌شود. خدمات بهداشتی دانش‌آموزان توسط مقامات محلی ارائه می‌شود که با توجه به بودجه آن‌ها تعریف می‌شود. در سازمان‌های خدمات سرپایی پس از معاینه کودک برنامه ایمن‌سازی براساس مقررات وزارت رفاه تعیین و انجام می‌شود.

خدمات دندانپزشکی برای جوانان زیر ۱۸ سال و افراد آماده به خدمت نظام وظیفه توسط دولت تأمین اعتبار می‌شود. سایر افراد به غیر از مراقبت‌های اولیه و خدمات سطح دوم (وضعیت‌ها مادرزادی فک و صورت) که توسط ایالت تأمین اعتبار می‌شود باید سایر هزینه‌ها را خود پرداخت کنند.

خدمات پیشگیرانه نظیر آموزش بهداشت پایه، اندازه‌گیری فشارخون، تست پاپ‌اسمیر، سرویکس، معاینات پستان توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی اولیه صورت می‌گیرد.

خدمات بهداشتی ثانویه و ثالثیه: ۳ دسته از بیمارستان‌ها در لاتویا فعالند. بیمارستان‌های

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

ایالتی که به وزارت رفاه پاسخگو هستند. بیمارستان‌های شهرکی و بیمارستان‌های خصوصی مراکز ایالتی از طریق برنامه‌های ایالتی تأمین اعتبار می‌شوند. بیمارستان‌های تخصصی در مورد بیماری سل، سایکونورولوژی، جذام، خدمات بهداشت روان، بیماری‌های واگیر، ارتوپدی، دندانپزشکی، زایشگاه‌ها، مراقبت‌های اطفال و بازتوانی فعالیت می‌کنند.

در سطوح ثانویه بیمارستان‌های تخصص‌های اصلی، شامل جراحی، طب داخلی بزرگسالان، اطفال، بارداری، ارتوپدی، چشم پزشکی، ارولوژی، پوست، گوش و حلق و بینی را دارا بوده و خدمات مربوطه را ارائه می‌دهند.

مراقبت‌های پرستاری در خانه در لاتویا در بسته مزایای بیمه‌ها قرار دارد. خدمات بهداشتی ثانویه که در بخش خدمات بهداشتی سرپایی و بستری تعریف شده است شامل مجموعه اقداماتی است که برای تشخیص و درمان تظاهرات بیماری انجام می‌شود و در قالب مراقبت‌های اولیه قابل ارائه نیست.

خدمات بهداشتی ثالثیه: خدمات طبی بسیار اختصاصی است که توسط متخصصین با یکی از متخصصان پزشکی در مراکز یا مؤسسات تخصصی ارائه می‌شود. این خدمات توسط ایالت‌ها تأمین اعتبار مالی می‌شود.

فروژ: در فروژ طرح بیمه ملی تمام هزینه‌ها یا بخشی از مخارج مربوط به مراقبت‌های پزشکی را در موارد زیر بازپرداخت می‌کند. اقدامات پزشکی (عمومی و تخصصی)، اقدامات مامایی، تنظیم خانواده، آزمایشات دوره‌ای در دوران حاملگی، فیزیوتراپی، درمان‌های دارویی، درمان بیماری‌های دندانی، درمان توسط متخصصین اعضای مصنوعی، آزمایش و معالجه توسط روانشناس، شنوایی‌سنجی، پزشکی مصنوعی (اقدامات ضروری)، ضایعات صورت، چشم مصنوعی و کلاه‌گیس. علاوه بر این در صورتی که فرد با ازکارافتادگی دائمی یا کاهش دائمی توان کار مواجه باشد، مزایای توانبخشی را نیز دریافت می‌کند.

جمهوری اسلامی ایران: در جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی سلامت افراد در جمهوری اسلامی ایران است. تأمین مالی بخش سلامت در ایران از طریق بودجه‌های دولتی و پرداخت‌های افراد صورت می‌گیرد. خدمات PHC از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه می‌شود و خدمت درمانی از طریق سازمان‌های بیمه‌ای بدین شرح ارائه می‌شود: در سازمان بیمه خدمات درمانی خدمات و تعهدات بر مبنای ماده ۵ و ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تأمین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو

شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد، به جز مواردی که تحت پوشش بیمه‌های مضاعف (مکمل) قرار می‌گیرد، به سازمان بیمه خدمات درمانی واگذار شده است. خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل)^۱ به شرح زیر تعریف شده است:

- خدمات جراحی‌های زیبایی مثل رینوبلاستی، لیپکتومی و سایر، پیوند قلب، مغز استخوان و کبد، تعویض مفاصل (به استثنای موارد عفونت و شکستگی‌ها)، اسکولیوز به جز درمان‌های پیشگیری‌کننده، کاشت حلزون شنوایی و اسفنکتر مصنوعی مثانه، خدمات اعمال نازائی مانند ZIFT, GIFT, IVF و INFERTILITY مردان، حوادث ناشی از کار به جز مواردی که به عهده کارفرماست، خدمات و پیشگیری نظیر TL و وازکتومی، خدمات ترمیمی دندانپزشکی همانند ردیف کردن دندان، ارتودنسی، دست دندان مصنوعی، عینک و سمعک، عصا، شکم‌بند، جوراب واریس، کمرتهای طبی، دست و پای مصنوعی، نگهداری بیماران روانی در آسایشگاه‌های روانی، تصحیح عیوب انکساری مانند RK و لیزیک، هزینه خدمات غربالگری^۲.

تعهدات سازمان بیمه خدمات درمانی در صندوق‌های بیمه‌ای مختلف یکسان نیست.

سازمان تأمین اجتماعی ارائه خدمات درمانی را به کارگران و خانواده‌های آنان به عهده دارد. بر مبنای قانون تأمین اجتماعی موارد زیر تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در قالب پوشش بیمه اجتماعی است:

حوادث و بیماری‌ها، بارداری، غرامت دستمزد، ازکارافتادگی، بازنشستگی، مرگ، مقرری بیمه بیکاری. علاوه بر این مزایای نقدی کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی طبق مقررات پرداخت می‌شود. تعهدات قانونی سازمان تأمین اجتماعی بر مبنای قانون تأمین اجتماعی و قانون الزام عبارتند از^۳:

- انجام کلیه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی، بیمارستانی اعم از پزشکی و دندانپزشکی برای بیماران مشمول قانون تأمین اجتماعی،

۱. مصوبه جلسه مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۴ هیأت وزیران (آیین‌نامه اجرایی مذکور طی نامه شماره ۵۳۱۱/ت/۱۴۹۹۳/هـ در تاریخ ۱۳۷۴/۵/۲ ابلاغ شده است).

2. screening

۳. دوره مزایای نامحدود مزایا تا هنگامی که فرد زنده است ادامه می‌یابد و در مقابل دوره مزایای محدود قرار دارد که دوره زمانی استفاده از مزایا مشخص است.

- انجام کمک‌ها و معاینات طبی و معالجات قبل، حین و بعد از زایمان یا پرداخت وجه نقد به جای کمک‌های مذکور بنا به درخواست بیمه‌شده طبق ضوابط مقرر،
 - توانبخشی و تجدید فعالیت بیمه‌شدگان آسیب‌دیده که قدرت کار خود را از دست داده‌اند و اقدام بر اشتغال به کارهای مناسب آنان.
- با استناد به ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی کلیه اقدامات درمانی سرپایی، بیمارستانی، داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیصی طبی تحت پوشش [سازمان تأمین اجتماعی] می‌باشد.
- خدمات پزشکی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی بر مبنای قانون شامل کلیه اقدامات سرپایی، بیمارستانی، داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیصی طبی است و افراد خانواده بیمه‌شده شامل همسر، فرزندان تحت تکفل و پدر و مادر تحت تکفل مشمول استفاده از مزایا هستند.
- سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران بر مبنای ماده ۸ قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح مصوب ۱۳۶۸ در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تشکیل شد.
- کمک‌ها و تعهدات سازمان شامل خدمات درمانی که در داخل و حسب مورد در خارج از کشور ارائه می‌شود و به شرح زیر است:
- کلیه بیمارانی که تحت پوشش بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح هستند می‌توانند برای معالجه به پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مؤسسات درمانی مراجعه کنند. در این صورت به غیر از پرسنل نظامی (پرسنل کادر) که در هنگام مراجعه فرانشیز پرداخت نمی‌کنند وابستگان آن‌ها در صورت مراجعه بستری ۱۰ درصد فرانشیز و در صورت مراجعه سرپایی ۳۰ درصد فرانشیز پرداخت می‌کنند.
 - در صورت مراجعه به بیمارستان‌های غیرطرف قرارداد هزینه‌ها طبق تعرفه مصوبه پرداخت می‌شود. هزینه‌های معالجه بیماران در خارج از کشور تابع ضوابط کشور است. جداول شماره ۳ و ۴ به ترتیب وضعیت بهره‌مندی از خدمات دندانپزشکی و مدت زمان بهره‌مندی از مزایای ارائه شده در قالب بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. مقایسه وضعیت پوشش خدمات دندانپزشکی قابل ارائه در قالب بسته‌های خدمات درمانی به بیماران در کشورهای منتخب و ایران^۱

| کشور | پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی |
|---------|---|
| امریکا | در قالب بسته‌های مکمل ویژه دندانپزشکی ارائه می‌شود. |
| ایتالیا | در مراکز بهداشتی و درمانی و پزشکان طرف قرارداد درمان به صورت آزاد صورت می‌گیرد. |
| ترکیه | وزارت بهداشت پرداخت نمی‌کند. در سازمان‌های بیمه‌ای از طریق بیمه‌های مکمل یا بیمه‌های خصوصی برای پرسنل خریداری می‌شود. |
| دانمارک | به صورت بازپرداخت می‌باشد به این صورت که: ۶-۳۵ درصد هزینه‌هایی که در لیست وجود ندارد و ۱۰۰٪ هزینه‌هایی که در لیست وجود دارد به بیمار پرداخت می‌شود. درمان برای کودکان آزاد است و در مورد افراد معلول نیز بخشی از هزینه‌ها پرداخت می‌شود. |
| سوئد | در مراکز دندانپزشکی دولتی مراقبت‌های دندانپزشکی برای افراد کمتر از ۲۰ سال رایگان می‌باشد. بیمه دندانپزشکی از سوئد به دو بخش تقسیم شده است: ۱. بیمه دندانپزشکی پایه شامل (Check up) پر کردن و درمان ریشه دندان، مراقبت‌های اورژانس. ۲. درمان‌های ارتودنسی و Prosthetic. قیمت‌ها ثابت می‌باشد لیکن ارائه‌دهندگان خدمات میزان مشارکت را تعیین می‌نمایند. در مورد خدمات دندانپزشکی پایه، اداره بیمه اجتماعی یک سوبسید ثابتی که به‌وسیله دولت معین شده است، را به ارائه‌کنندگان خدمات دندانپزشکی می‌پردازد. بیماران بقیه هزینه را خواهند پرداخت. مراقبت‌های دندانپزشکی پایه ممکن است به صورت مبلغ کلی ثابت برای مراقبت‌ها تا دو بار در سال ارائه گردد. |
| لاتویا | خدمات دندانپزشکی برای جوانان زیر ۱۸ سال و افراد آماده به خدمت نظام وظیفه توسط بودجه خدمات بهداشتی دولتی تأمین می‌شود. سایر افراد به غیر از مراقبت‌های سطح اول و خدمات سطح دوم (وضعیت‌های مادرزادی فک و صورت) که توسط ایالت تأمین اعتبار می‌شود باید سایر هزینه‌ها را خود پرداخت کنند. |
| نروژ | در مورد کودکان تا سن ۲۰ سالگی که تحت پوشش مراقبت‌های پایه دندانپزشکی می‌باشند، تا سن ۱۸ سالگی هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنند و برای ۲ سال باقیمانده (۱۸ تا ۲۰ سالگی) یک هزینه محدودی را پرداخت می‌نمایند. درمان‌های ارتودنسی به‌صورت کامل یا بخشی از آن بر حسب شرایط تحت پوشش می‌باشند. در مورد بزرگسالان خدمات دندانپزشکی تحت پوشش بسیار محدود می‌باشد. برخی پوشش‌ها برای جراحی دندان و درمان بیماری‌های خاص رنج می‌برند یا دارای نیازهای خاص درمانی هستند، ارائه می‌شود. |

۱. زارع، حسین، محمدرضا جمالی و رضا رشیدی، *نظام سلامت در دنیا*، جلد ۱، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

| کشور | پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی |
|-------|--|
| ایران | <p>سازمان بیمه خدمات درمانی: خدمات اولیه دندانپزشکی از جمله جرم‌گیری، کشیدن دندان و پرکردن دندان را تحت پوشش قرار می‌دهد و خدمات پیشرفته از جمله عصب‌کشی و سایر موارد را تحت تعهد خود ندارد.</p> <p>سازمان تأمین اجتماعی: در واحدهای ملکی سازمان خدمات اولیه دندانپزشکی به‌طور رایگان تحت پوشش است. خدمات تخصصی تحت پوشش نیست.</p> <p>سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح: خدمات اولیه دندانپزشکی از جمله جرم‌گیری، کشیدن دندان و پرکردن دندان را تحت پوشش قرار می‌دهد و خدمات پیشرفته از جمله عصب‌کشی و سایر موارد را تحت تعهد خود ندارد (شبیه سازمان بیمه خدمات درمانی است).</p> |

منبع: یافته‌های پژوهش.

جدول شماره ۴. مقایسه تطبیقی مدت زمان بهره‌مندی از مزایای ارائه شده در قالب بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ایران

| کشور | واجدین شرایط | ملاحظات |
|----------------------|--|--|
| امریکا ^۱ | با داشتن پیش‌فرض‌های لازم از جمله حداقل سن ۶۵ سال در مورد مدیکر و تأیید ایالت مبنی بر ناتوانی فرد و در مورد مدیکید و نیز مورد دوره استفاده از مزایا محدودیتی ندارد. گفتنی است استفاده از بیمه مدیکید در صورت مرتفع شدن پیش‌شرطها مقدور نیست. | میزان مزایای قابل استفاده به‌وسیله افراد در پوشش مدیکر به‌طور کامل تعریف شده است و در صورتی که افراد بیش از حدود مشخص شده مصرف نمایند باید از جیب پرداخت کنند. |
| ایتالیا ^۲ | شهروندان ایتالیایی مقیم ایتالیا محدودیتی ندارد. شهروندان غیرایتالیایی دارای مجوز اقامت در ایتالیا دوره مزایا شبیه شهروندان ایتالیایی دارند. | |
| پرتغال ^۳ | دوره مزایا نامحدود است. | |
| ترکیه ^۴ | دسته‌بندی‌های متعددی با توجه به وضعیت درآمدی است. دوره مزایا نامحدود است. | |
| دانمارک ^۵ | دوره مزایا نامحدود است. | |
| روسیه ^۶ | دوره مزایا نامحدود است. | |
| سوئد ^۷ | دوره مزایا نامحدود است. | |

1. www.medicare.com
2. "Health Care system in Transition", Italy, 2004.
3. Saltman, Richard B., & et.al, 2004.
4. "Health Care system in Transition", Turkey, 2004.
5. "Health Care system in Transition", Denmark, 2004.
6. www.moh.ru
7. "Health Care system in Transition", Sweden, 2004.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

| کشور | واجدین شرایط | ملاحظات |
|---------------------|--|--|
| لاتویا ^۱ | دوره مزایا نامحدود است. | برنامه مراقبت پایه در سال ۱۹۹۴ مزایا را برای تمام شهروندان تعریف کرده است. |
| نروژ ^۲ | دوره مزایا نامحدود است. | |
| ایران ^۳ | سازمان تأمین اجتماعی: برای بیمه شدگان اصلی نامحدود است. سازمان بیمه خدمات درمانی: برای بیمه شدگان اصلی نامحدود است. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح: برای بیمه شدگان اصلی نامحدود است. | در مورد بیمه شدگان بستری بسته به قانون متغیر است. |

منبع: یافته‌های پژوهش.

پوشش جمعیت

با عنایت به مطالعه انجام شده افراد واجد شرایط استفاده از بسته مزایای درمانی در کشورهای منتخب و ایران به شرح زیر است:

جدول شماره ۵. مقایسه تطبیقی افراد واجد شرایط استفاده از بسته مزایای درمانی

در کشورهای منتخب و ایران

| کشور | واجدین شرایط |
|--------|---|
| امریکا | <p>۱. واجدین شرایط مدیکر: افراد ۶۵ سال و بالاتر و مبتلایان به بیماری‌های کلیوی</p> <p>۲. واجدین شرایط مدیکید: زنان بیوه و کودکان زیر ۱۹ سالی که به وسیله دولت ایالتی واجد شرایط تشخیص داده شوند.</p> <p>۳. سایر افراد بسته به میزان درآمد و میزان پرداخت حق بیمه می‌توانند از مزایای بیمه‌ای بخش خصوصی در بستری‌های مختلف ارائه شده استفاده کنند. کشور امریکا ساختار منحصر به فردی دارد که در تمامی ابعاد سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و به نوبه خود در بخش سلامت نیز دخالت کرده است و آن هم مربوط به سیستم غیرمتمرکز (تقریباً ۱۰۰ درصد) موجود در این کشور است.</p> |

1. Keune Marteen, , 2000.

2. Saltman, Richard B., & et.al, 2004.

۳. دانش دهکردی، نوشین، ۱۳۷۹.

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

| کشور | واجدین شرایط |
|---------|---|
| ایتالیا | <p>ایتالیایی‌ها: تمامی افراد ایتالیایی که شهروند ایتالیا هستند تحت پوشش هستند. غیرایتالیایی‌ها:</p> <p>۱. تمامی افراد مقیم اتحادیه اروپا: افرادی که بر مبنای قوانین اتحادیه اروپا اجازه دریافت مراقبت‌های بهداشتی درمانی را در سایر نقاط اتحادیه اروپا ندارند.</p> <p>۲. شهروندان خارج از اتحادیه اروپا خانواده آنها، در صورتی که تحت پوشش قانون اجباری خدمات بهداشت و درمانی ملی باشد.</p> <p>۳. کارگران یا خویش‌فرمایان و افرادی که موضوع قوانین ایتالیا قرار می‌گیرند.</p> <p>۴. ساکنین خارج از اتحادیه اروپا و خانواده وابسته به آنها در صورتی که مشمول خدمات طب ملی برخورد باشند.</p> |
| پرتغال | تمام افراد مقیم پرتغال |
| ترکیه | افراد بسته به شرایط تحت پوشش سازمان‌های مختلف قرار می‌گیرند. افرادی که تحت پوشش سازمان خاصی قرار ندارند توسط وزارت بهداشت از طریق طرح کارت سبز تحت پوشش مزایای بستری قرار گرفته‌اند در مقام تئوری پوشش همگانی فراهم است. اما در اجرا گروهی از افراد هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند. |
| دانمارک | تمام افراد مقیم دانمارک |
| روسیه | تمام افراد مقیم روسیه |
| سوئد | تمام افراد مقیم سوئد |
| لاتویا | بر مبنای قانون مزایای پایه که در سال ۱۹۹۴ مصوب شد تمام افراد لاتویایی تحت پوشش قرار دارند. قانون بیمه همگانی نیز همه را تحت پوشش قرار داده است. |
| نروژ | تمام افراد مقیم نروژ |
| ایران | <p>در مقام تئوری تمام افراد کشور تحت پوشش مزایای بستری قرار دارند ولی با توجه به آمار بین ۵ تا ۶ درصد جمعیت کشور پوشش بیمه‌ای برای استفاده از مزایای سرپایی را ندارند.</p> <p>سازمان تأمین اجتماعی: تمامی کارگران که بر مبنای قانون کار فعالیت می‌کنند و اعضای خانواده آنها که مشمول قانون تأمین اجتماعی هستند + خویش‌فرمایان.</p> <p>سازمان بیمه خدمات درمانی: روستائیان، کارکنان دولت، خویش‌فرمایان و سایر اقشار که مشمول قانون بیمه همگانی خدمات درمانی هستند + بیمه‌نشدگان شهری (بستری).</p> <p>سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح: تمامی نظامیان و بستگان آنها که مشمول قانون بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح هستند.</p> |

منبع: یافته‌های پژوهش.

۴. روش‌های تأمین منابع مالی

۴-۱. نقش دولت و مردم در تأمین منابع مالی بخش سلامت

با عنایت به این که نقش منابع مالی در مقاله دوم مورد بررسی قرار گرفته است، در اینجا به‌طور بسیار مختصر شاخص‌های کلان در بخش مالی مرور می‌شود. سهم دولت در تأمین هزینه‌های بخش سلامت به صورت کلان در میزان GDP اختصاص یافته به بخش سلامت بروز می‌کند، آمریکا ۱۳ درصد، ایتالیا ۸/۱ درصد، پرتغال ۸/۲ درصد، دانمارک ۸/۳ درصد، روسیه ۵/۳ درصد، سوئد ۸/۴ درصد، لاتویا ۵/۹ درصد، نروژ ۷/۸ درصد است.

جمهوری اسلامی ایران

میزان GDP اختصاص یافته به بخش سلامت در ایران ۶/۶ درصد است. سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا ۱۵۸ دلار (۶۰۴ دلار برحسب نرخ برابری ارز در سال ۲۰۰۷) است. سهم دولت در پرداخت هزینه‌های بخش سلامت ۴۷/۸ درصد است و سهم بخش خصوصی ۵۲/۲ درصد است که از این میزان ۹۴/۸ درصد در قالب پرداخت از جیب صورت می‌گیرد. دولت برای هر نفر ۵۷ دلار از هزینه‌های ۱۵۸ دلاری را پرداخت می‌کند.

همان‌طور که ملاحظه شد از بین کشورهای بررسی شده جمهوری اسلامی ایران در کنار ترکیه کمترین سهم GDP را در بخش سلامت به خود اختصاص می‌دهد. این در حالی است که از نظر GDP نیز ایران در بین کشورهای ذکر شده وضعیت چندان مناسبی ندارد. اگر شاخص سهم دولت در پرداخت هزینه‌های بخش سلامت در نظر بگیریم، ایران کمترین مشارکت را در بین کشورهای ذکر شده دارد، به عبارتی در ایران کمتر از ۴۷ درصد هزینه‌ها به‌وسیله دولت و بیش از ۵۱ درصد هزینه‌ها به‌وسیله مصرف‌کنندگان پرداخت می‌شود. این موضوع لزوم افزایش GDP و مدیریت درست منابع مالی را ضروری می‌سازد. موضوع دیگری که از افزایش GDP هم حیاتی‌تر است، بازمهندسی مدیریت تأمین منابع مالی در کشور است که به نظر می‌رسد به‌عنوان مهمترین مشکل در بخش سلامت خود را نشان می‌دهد. در صورتی که از منظر بسته‌های خدمات درمانی پایه به این موضوع نگریسته شود با کم بودن اعتبارات دولت میزان مزایای مورد تعهد دولت و به تبع آن بیمه‌های درمانی کشور که ماهیتی دولتی دارند کاهش یافته و این موضوع ضمن افزایش پرداخت از جیب بیماران در اقبال نیازمند جامعه مشکلات جدی ایجاد می‌کند.

سازمان و مدیریت سازمان‌های ارائه‌دهنده بسته‌های خدمات درمانی

جدول شماره ۷. مقایسه شاخص‌های تطبیقی در کشورهای مورد مطالعه و ایران

| موضوع | الگوهای رایج | کشورهای منتخب |
|--|---|--|
| ساختار کلان | ۱. تأکید بر سوبسیدهای ایالتی و سیستم مالیات | ۱. هلند |
| | ۲. بیمه سلامت همگانی (NHI) | ۲. سوئد، نروژ، از بعضی ابعاد لاتویا |
| | ۳. سیستم سلامت ملی (NHS) | ۳. دانمارک، ترکیه، پرتغال، تا حدودی روسیه و ایتالیا |
| | ۴. سیستم تلفیقی (Mixed Systems) | ۴. امریکا |
| در جمهوری اسلامی ایران از نظر برخورداری افراد از خدمات بستری با تأکید بر سوبسیدهای دولتی سیستم شبیه سیستم سلامت ملی (NHS) عمل می‌کند، که در این سیستم میزان مشارکت بیماران نسبتاً بالاست و در برخورداری افراد از خدمات سرپایی به نوعی از روش ۱ و ۲ استفاده می‌کند. | | |
| نقش دولت در ارائه بسته‌های سطح دوم در قالب بیمه‌های درمانی | ۱. دولت بیمه‌گر است و ارائه دهنده خدمت | ۱. روسیه، ایتالیا، پرتغال، سوئد، لاتویا، دانمارک، نروژ، ایران |
| | ۲. دولت در حوزه بیمه‌گری و تولید خدمات نقشی ندارد. | ۲. امریکا به جز در مورد مدیکر و مدیکید |
| نقش بخش خصوصی | ۱. بخش خصوصی در امور بیمه‌گری نقش محدودی دارد و عمدتاً بیمه‌های تکمیلی را ارائه می‌دهد. | ۱. ایتالیا، پرتغال، ترکیه، سوئد، لاتویا، دانمارک، نروژ و ایران |
| | ۲. بیمه درمانی همگانی و تکمیلی عمدتاً به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌شود. | ۲. امریکا |
| تأمین منابع مالی | دولت | ۱. بخش دولتی بیش از ۸۰ درصد منابع را تأمین می‌کند. |
| | | ۲. بخش دولتی بین ۶۰-۸۰ درصد منابع را تأمین می‌کند |
| | | ۳. بخش دولتی کمتر از ۶۰ درصد منابع را تأمین می‌کند |
| مردم | مردم | ۱. مردم کمتر از ۲۰ درصد منابع را تأمین می‌کند. |
| | | ۲. مردم ۲۰-۴۰ درصد منابع را تأمین می‌کند |
| | | ۳. مردم بیش از ۴۰ درصد منابع را تأمین می‌کند |

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، شماره بیست و هشتم

| کشورهای منتخب | الگوهای رایج | موضوع |
|---|---|-------------------------------------|
| ۱. پرتغال، دانمارک، روسیه، سوئد، نروژ ۲. لاتویا، ایران (روستائیان، خویش فرمایان) ۳. ترکیه، ایران (کارگران و کارمندان دولت) | ۱. اقامت ۲. ملیت و اقامت ۳. اشتغال و وضعیت شغلی | مبنای پوشش |
| ۱. پرتغال، دانمارک، روسیه، سوئد، لاتویا، نروژ، ترکیه، ایران، ایتالیا ۲. امریکا: شرط سن و بیماری کلیوی (مدیکر)، شرط ناتوانی مالی، بیه بودن برای زنان و بی سرپرستی برای کودکان (مدیکید) | ۱. دوره مزایا نامحدود است. ۲. دوره استفاده از مزایا مشروط است. | مدت زمان بهره‌مندی از مزایا |
| ۱. در تمام کشورها رایگان است. ۲. در اکثر کشورهای از طریق سیستم‌های بیمه درمانی صورت می‌گیرد. در کشورهایی که سیستم طب ملی (NHS) و بیمه سلامت ملی (NHI) دارند پوشش خدمات اجباری است. در ایران پوشش اجباری نیست ولی تمامی جمعیت تحت پوشش بسته‌های بستری می‌باشند و بخشی از خدمات تحت پوشش بسته‌های سرپایی قرار ندارند. ۳. در بیشتر کشورها از طریق بیمه‌های مکمل و بخش خصوصی در قالب پوشش اختیاری ارائه می‌شود. | ۱. بسته‌های PHC ۲. بسته‌های خدمات درمانی ۳. بسته‌های خدمات توانبخشی و درمانی غیرضروری (از نظر درمانی) | سطح‌بندی بسته‌ها |
| ۱. پرتغال، دانمارک، نروژ، ایتالیا، ترکیه ۲. امریکا (سطح‌بندی شده بسته به روز بستری)، روسیه (۲۰٪)، سوئد (روزانه ۸ دلار) | ۱. در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان بخش دولتی مشارکت صورت نمی‌گیرد. ۲. در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان بخش دولتی مشارکت صورت می‌گیرد. | بستری |
| ۱. دانمارک: در صورت دریافت خدمات از طریق سیستم ارجاع ۲. مشارکت‌های مختلفی در قالب پرداخت درصدی از هزینه‌ها، پرداخت مبالغ ثابت، پرداخت هزینه‌های دارویی، پرداخت‌های روزانه. | ۱. در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان بخش دولتی مشارکت صورت نمی‌گیرد. ۲. در صورت مراجعه به ارائه‌دهندگان بخش دولتی مشارکت صورت می‌گیرد. | مشارکت در پرداخت هزینه خدمات سرپایی |

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که ملاحظه شد در اکثر کشورهای مورد مطالعه بسته‌های خدمات درمانی اولیه به وسیله وزارت بهداشت و بدون مشارکت مصرف‌کننده صورت می‌گیرد و بسته‌های سطح دوم از طریق مؤسسات بیمه‌ای (درمانی و اجتماعی) ارائه می‌شود. سطح مشارکت مصرف‌کنندگان در پرداخت هزینه خدمات مصرفی متفاوت است ولی در هر حال در تمامی کشورها مشارکت در تأمین هزینه‌ها از طرف مصرف‌کننده خدمت صورت می‌گیرد.

اکثر کشورها الگوهایی از عدم تمرکز را در ارائه خدمات تجربه می‌کنند. در بعضی از کشورها از جمله سوئد این عدم تمرکز بسیار گسترده و در بعضی از کشورها از جمله روسیه در حال تجربه این موضوع هستند.

پوشش جمعیت در کشورهای مختلف بر مبنای اقامت است و تمام افراد مقیم کشور حق استفاده از بسته‌های خدمات درمانی را دارند. در اکثر کشورها گروه‌های خاص افراد از پرداخت هزینه در هنگام دریافت خدمات معاف هستند. نکته قابل اهمیت در مطالعات تطبیقی تغییر بسته‌های خدمات درمانی از بسته‌های درمانی به سمت بسته‌های مراقبت‌های پیشگیری است. یافته‌های تکنیک دلفی که منتج به ارائه الگو برای ایران شد با ویژگی‌های زیر همراه است.

یک نهاد فرابخشی مثل شورای عالی سلامت در کشور به‌عنوان سیاستگذار بخش سلامت ایفای نقش کند. یا با توجه به موارد زیر شورایی با ترکیب نمایندگانی از وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقتصادی و دارایی، (با ۶۵ درصد آرا وزارت کار و امور اجتماعی) شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی، نمایندگی انجمن‌های علمی مرتبط و نمایندگان مصرف‌کنندگان (از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس) سیاستگذاری روند بسته‌های خدمات درمانی را با توجه به موارد زیر بر عهده بگیرد:

بسته‌های خدمات درمانی در قالب ۳ سطح جزئی مراقبت‌های بهداشتی PHC بسته‌های خدمات درمانی (سطح دوم) و بسته‌های خدمات درمانی (سطح سوم یا توانبخشی) ارائه شود. در ارائه بسته‌های مزایای درمانی، بسته‌های سطح اول بدون مشارکت‌های مصرف‌کنندگان خدمات ارائه شود. بسته‌های خدمات درمانی سطح دوم با مشارکت مالی مصرف‌کنندگان خدمت ارائه شود.

علی‌رغم یافته‌های مطالعات تطبیقی که مبنای پوشش را اقامت می‌دانند صاحب‌نظران مبنای پوشش جمعیت را ملیت ایرانی پیشنهاد نموده‌اند.

صاحب‌نظران به این عقیده‌اند که شورای عالی سلامت کشور سیاستگذار بسته‌های خدمات درمانی باشد در این مورد در جهت تعیین بسته‌های خدمات درمانی به ترتیب و با توجه به نقطه نظرات صاحب‌نظران موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. بسته‌های خدمات درمانی سطح اول به وسیله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین گیرد.

۲. تعیین بسته‌های خدمات درمانی سطح دوم به‌وسیله وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (سازمان‌های بیمه‌ای مرتبط) و با توجه به جمعیت تحت پوشش آنها صورت پذیرد، لازم به یادآوری است که در ابتدا بسته‌های خدمات درمانی^۱ تعریف شود و هر سازمان علاوه بر ارائه بسته آن بسته پایه‌ای خود بسته‌های مورد نظر خود را با توجه به جمعیت تحت پوشش ارائه دهد.

هر یک از سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی موظفند، علاوه بر ارائه بسته خدمات درمانی اصلی بسته مزایای ویژه خود را تعیین نمایند.

صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که کلیه افرادی که با توجه به پیش‌بینی بانک مرکزی زیر خط فقر قرار دارند لازم است بدون توجه به نوع بیماری از پرداخت هزینه‌های درمان معاف شوند. در ارائه پوشش حمایتی به افراد مبتلا به بیماری‌های خاص فقط فرد بیمار مورد حمایت قرار گرفته شود و وابستگان این افراد بسته به پوشش بیمه‌ای قبلی خود مزایا را دریافت می‌دارند. علاوه بر این صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که بنیاد بیماری‌های خاص مسئول تعیین بسته خدمات درمانی مبتلایان به بیمارهای خاص است که باید علاوه بر بسته خدمات درمانی پایه ارائه شود (در این مورد تصمیم‌گیری با توجه به فراوانی داده‌ها لحاظ شده است که با محدود شدن دامنه پاسخ‌های قابل قبول) می‌تواند متفاوت باشد.

برای مراجعه به بیمارستان‌ها حتی‌المقدور از طریق سیستم ارجاع صورت گیرد. نظارت و ارزیابی باید توسط یک نهاد غیرانتفاعی مستقل با ترکیبی از نماینده

1. Core Benefit Package

مصرف‌کنندگان و به تعداد مساوی نماینده ارائه‌دهندگان خدمت، سازمان‌های بیمه‌ای، نماینده دولت، نماینده قوه قضائیه و براساس چک لیست‌های استاندارد شده صورت پذیرد. علاوه بر نظارت و ارزیابی به روش ذکر شده در مقاطع زمانی ۶ ماهه یا یکساله نظرسنجی رضایتمندی از مصرف‌کنندگان خدمات انجام گیرد.

پیشنهادات

۱. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که نگرش حاکم بر بخش سلامت در اکثر کشورها نگرش سلامت‌نگر است لذا لازم است نگرش حاکم بر این بخش به سمت طب پیشگیری تغییر یابد.
۲. روند فعلی ارائه بسته‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه به صورت رایگان همچنان ادامه یابد.
۳. روند فعلی ارائه بسته‌های خدمات درمانی به وسیله سازمان‌های بیمه‌ای با در نظر گرفتن نگرش بیمه سلامت (به جای نگرش حاکم یعنی جبران غرامت) ادامه یابد.
۴. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که سهم بخش دولتی در اکثر کشورها بیشتر از سهم بخش خصوصی (مردم) است. لذا لازم است با به‌کارگیری سیستم‌های کنترل هزینه‌ای در بخش سلامت با هدف حفظ منابع فعلی به هر طریق که ممکن است پرداخت از جیب بیمار کاهش یابد.
۵. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که سیستم موجود در ارائه بسته‌های خدمات درمانی در اکثر کشورها به صورت فدرالی و ایالتی با محوریت عدم تمرکز در بخش سلامت است توجه سیاستگذاران بخش سلامت در این مورد حرکت برنامه‌ریزی شده به سمت عدم تمرکز با لحاظ کردن ویژگی‌های منطقه‌ای است.
۶. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که مدیریت حاکم بر بخش سلامت مدیریت تخصصی با محوریت گروه‌های کاری است. لذا پیشنهاد می‌نماید ضمن توجه به این موضوع مدیریت بخش سلامت با استفاده از فارغ التحصیلان مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و اقتصاد سلامت انجام شود.
۷. مبنای پوشش بسته‌های خدمات درمانی از نظر صاحب‌نظران ملیت ایرانی است لذا پیشنهاد

- می‌نماید با توجه به این موضوع بسته‌های خدمات درمانی سازمان‌های بیمه‌ای با قابلیت جابجایی سازمانی^۱ و در سطح ملی تعریف شود.
۸. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، بسته‌های خدمات درمانی سطوح دوم و سوم با مشارکت مالی مصرف‌کنندگان در هنگام دریافت خدمات ارائه می‌شود، پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن سطوح درآمدی میزان مشارکت افراد با معافیت افرادی که از نظر درآمدی در خطر فقر قرار دارند تعیین شود.
۹. بسته‌های خدمات درمانی در کشورهای مختلف با محوریت طب پیشگیری و خدمات جامعه‌نگر تنظیم می‌شود. پیشنهاد می‌شود این موضوع در دستور کار سازمان‌های بیمه‌ای و شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی و شورای عالی سلامت کشور قرار گیرد.
۱۰. پوشش خدمتی سازمان‌های بیمه‌ای در کشور پاسخگوی نیاز ملت شریف ایران نیست، لذا لازم است بسته خدمات پایه درمانی از طرف شورای عالی سلامت به‌عنوان بسته حداقلی نیازهای ضروری تعریف و با مشارکت افراد در اختیار تمامی افرادی که ملیت ایرانی (با توجه به نظر صاحب‌نظران) دارند، قرار گیرد. بدیهی است در مورد افرادی که توانایی پرداخت مشارکت هزینه‌ای را ندارند، بخش دولتی موظف به تأمین مشارکت هزینه‌ای این افراد است. تصویب قانون توقف ضرر^۲ در مجلس شورای اسلامی توصیه می‌شود: به‌گونه‌ای که حداکثر سهم مردم در پرداخت هزینه‌های بخش سلامت به صورت درصدی از درآمد مشخص شود و مابقی از محل حمایت‌های اجتماعی صورت گیرد. این موضوع در کشورهای مختلف با هدف جلوگیری از ایجاد هزینه‌های کمرشکن برای بیماران و بیمه‌شدگان در حال اجراست.

منابع و مأخذ (استفاده شده در پژوهش)

منابع فارسی

۱. افتاده، غلامحسین و محمد واثق، مجموعه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی (سال ۱۳۷۸)،

1 . portability

2 . stop loss

- شرکت انتشارات علمی و فرهنگی تهران، ۱۳۷۹.
۲. ابن علی، علی اکبر، *مجموعه قوانین و مقررات حمایتی ایثارگران، شهدا، آزادگان، مقودالائرها، جانبازان، رزمندگان با آخرین اصلاحات*، مؤسسه معین اداره با همکاری مؤسسه فرهنگی انتشاراتی، چاپ اول، تهران، ۱۳۸۱.
۳. دانش دهکردی، نوشین و همکاران، «بررسی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی از بدو تأسیس تا سال ۱۳۷۸»، پروژه پژوهشی، اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۷۹.
۴. زارع، حسین، رساله دکترای تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۸۲.
۵. زارع، حسین، *نظام سلامت در دنیا*، جلد ۱، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴.
۶. زارع، حسین، *نظام سلامت در دنیا*، جلد ۲، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۵.
۷. زارع، حسین، *راهبردهای خصوصی‌سازی بیمه درمان*، جلد ۱ و ۲، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴.
۸. زارع، حسین، *بیمه درمان پایه*، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۴.
۹. خالقی‌نژاد طبری، احمد و همکاران، «جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی»، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، گزارش شماره ۸۱، تهران، ۱۳۸۰.
۱۰. ساسان‌نژاد، امیر هوشنگ، *مجموعه کامل قوانین و مقررات بیمه*، تهران، انتشارات فردوسی، چاپ اول، ۱۳۷۹.
۱۱. ناصرزاده، هوشنگ، *مجموعه قوانین نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران*، تهران، انتشارات خورشید، چاپ پنجم، ۱۳۸۰.
۱۲. گزارش ارزشیابی استراتژی‌های بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۹۹۷.
۱۳. *مجموعه قوانین و مقررات سازمان بیمه خدمات درمانی*، جلد اول، سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، چاپ اول، ۱۳۷۵.
۱۴. *مجموعه قوانین و مقررات بیمه*، معاونت پژوهش، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات ریاست جمهوری، چاپ دوم، ویرایش اول، اداره چاپ و انتشار، تهران، ۱۳۸۱.

منابع انگلیسی

1. Aasland Aadne, *Ethnicity and Poverty in Latvia, Ministry of Welfare of the Republic of Latvia and UNDP*, Riga, 2000.
2. *Averting the Old Age Crisis*, World Bank, Washington, 1994.
3. Cholet DJ, Lewis M. "Private Insurance: Principles and Practice", in *Innovations in Health Care Financing*. Washington D.C., World Bank, 1997.
4. Cichon M et al., *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. Geneva. ILO, ISSA, 1999.
5. David R Philips, *Health And Health Care In The Third World*, 1992.
6. Esping - Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, NJ: Princeton University Press. 1991.
7. Ellis RP, Mc Guir TG., "Supply – Side and Demand – Side Cost Sharing in Health Care", in *Journal of Economic Perspectives*, Vol.7, No.4, 1993.
8. Gassmann Franziska, *Who and Where are Poor in Latvia, Ministry of Welfare of the Republic of Latvia and UNDP*, Riga, 2000.
9. *Health Care Systems in Transition - Latvia*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
10. *Health Care Systems in Transition - Italy*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
11. *Health Care Systems in Transition - Turkey*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
12. Keune Marteen, *Poverty and the Labour Market in Latvia, Ministry of Welfare of the Republic of Latvia and UNDP*, Riga, 2000.
13. Kenneth Black, JR & Harold D. Skipperr, JR, *life & Health Insurance*, 13th edition, Prentice Hall, 2001.
14. Outerville JF., "The Health Insurance Sector: Market Segmentation and International Trade in Health Services", in S. Zarrilli and C. Kinnon (eds). *International Trade in Health Service*. Geneva. UN, WHO, 1998.
15. Normand C, Weber A., *Social Health Insurance. A Guide Book for Planning*, Geneva, WHO, 1994.
16. Pieters D., *Introduction into the basic Principles of Social Security*, Kulwert Law and Taxation Publishers, 1993.
17. Marchand S. et al. "Class, Health and Justice", in *Milbank Quarterly*, Vol.46 No.3, 1998.
18. Mitchell O, Zeldes S., *Social Security Privatization: A Structure for Analysis* (Working Paper, No.5512). Cambridge, Mass. National Bureau of Economic Research, 1996.
19. Sheryl A. Like & Lucy A. Jenkins, *Life & Health Insurance, Principles of Health Insurance, Medical Expense Insurance*, 2000, Chapter 16.
20. Scheffler R. "Risk Sharing Health Systems Reforms in the United States", in A. Mills (ed), *Reforming Health Sectors*. London, Kegan Paul, 1998.
21. Saltmon and Figueras, "Analyzing The evidence on European health care reform in Health Affairs", Vol.17, No.2, 1998.
22. UN 1948 (Universal Declaration of Human Rights), UN ACC 1997 (Task Force

- on Basic Social Services for All*) and WHO 1978(*Primary Health Care*), “Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata”, 6-12 September, Geneva, 1978.
23. Williams A. “Priority Setting in Public and Private Health Care”, in A.J.Cuyler and A.Maynard., *Being Reasonable about the Economics of Health*, 1997.
 24. Johnson Simon, Kaufman Daniel and Shleifer Andrei, The Unofficial Economy in Transition, *Brooking Papers on Economic Activity 2*, 1997.
 25. Mueller Katharina, *Old-age security in the Baltics: legacy, early reforms and recent trends*, Frankfurt Institute for Transformation studies, Nr. 7/01, 2001.