

مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و ارایه الگوی مناسب برای ایران

دکتر ایرج کریمی¹، دکتر آرزینا سالاریان^{2*}، دکتر زهره عنبری³

- 1- استادیار، دکترای تخصصی اقتصاد بهداشت و درمان، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
- 2- دانش آموخته دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
- 3- استادیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت 88/2/7، تاریخ پذیرش 88/6/11

چکیده

مقدمه: تمام افراد جامعه بایستی دسترسی برابر و یکسان به خدمات بهداشتی و درمانی لازم داشته باشند. هدف کلی این پژوهش تعیین چگونگی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در 8 کشور منتخب و ارایه الگویی برای کشور ایران بود.

روش کار: این پژوهش به صورت تطبیقی در 8 کشور انجام شد. جهت تعیین چارچوب تقسیم‌بندی جامعه پژوهش از روش تقسیم‌بندی جردن استفاده شد که در آن کشورها را در چهار گروه بر اساس نوع بیمه درمانی قرار می‌دهد و از هر گروه دو کشور انتخاب شدند. یافته‌های به دست آمده از هر کشور در جداول تطبیقی قرار گرفتند. برای ارایه الگوی نهایی از تکنیک دلفی طی دو مرحله استفاده شد.

نتایج: تمامی کشورهای مورد مطالعه به منظور برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی از استراتژی‌هایی چون پوشش همگانی بیمه، وجود بسته‌های تعریف شده خدمات بهداشتی درمانی، تعداد مناسب پرسنل پزشکی و پیراپزشکی، وجود پزشک خانواده و سیستم ارجاع به همراه سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی و سرانه بالا برای بهداشت و درمان بهره برده‌اند؛ همچنین پایین بودن سهم پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران، گسترش تعهدات بیمه‌ای و بالاخره وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی بسیار کمک کننده بوده است. این سیاست‌ها به شکلی تدوین شده است که وضعیت درآمد افراد، در برخورداری از این خدمات تاثیر گذار نمی‌باشد.

نتیجه گیری: برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در ایران مستلزم ایجاد نظام ملی بیمه درمان با هدف حذف بیمه‌گری موازی، پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات ضروری پزشکی به خصوص مراقبت از سالمندان و بیماران مزمن روانی می‌باشد.

واژگان کلیدی: مطالعه تطبیقی، عدالت، خدمات بهداشتی درمانی، الگو

* نویسنده مسئول: تهران، میدان پونک، حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده علوم انسانی

Email: azita_salarian@yahoo.com

مقدمه

دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است (1). در واقع دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت‌های اجتماعی شده و باعث ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می‌گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است و حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه خواهد شد (2). یکی از مهم‌ترین اصول در نظام‌های بهداشتی درمانی صنعتی امروزه پرداختن به مسأله عدالت است. در انگلستان طب ملی با پوشش همگانی افراد جامعه امکان بهره‌گیری با کیفیت مشابه از خدمات بهداشتی درمانی را برای همه افراد ایجاد کرده است. ادبیات وسیعی درباره چگونگی تعریف و به کارگیری و اندازه‌گیری مفهوم‌های نیاز و عدالت در حوزه بهداشت و درمان وجود دارد. البته عدالت عموماً در سه حوزه بررسی می‌شود: دسترسی عادلانه به خدمات بر اساس نیازهای برابر، درمان برابر برای نیاز برابر، و نتایج برابر برای نیازهای برابر (3).

عدالت در بهداشت و درمان را می‌توان به عنوان ارزش اخلاقی که سعی در کاهش دادن تفاوت‌های سیستماتیک در گروه‌های مختلف جمعیتی در بین کشورهای دنیا دارد تعریف نمود. ممکن است کشورهای مختلف تعریف مختلفی برای عدالت ارائه دهند ولی باید دقت کرد که برای انجام هر فعالیت در جهت برقراری عدالت باید در ابتدا تعریف شفاف‌تری از آن ارائه نمود چراکه این قدم مهم تأثیر به‌سزایی بر سایر مراحل کار خواهد داشت. در تعریف عدالت تعریف دسترسی و نیاز نهفته است که باید مشخص شود تعاریف این دو واژه چیست (4).

بر اساس تعاریف مربوط به عدالت، عدالت اجتماعی زمانی حاصل می‌شود که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر اساس نیاز افراد نیازمند به آن توزیع شود. در صورتی که امروزه وجود بخش خصوصی در سیستم بهداشتی و درمانی باعث شده که کسانی که از رفاه بیشتری برخوردارند و توانایی پرداخت مالی بالاتری دارند از

خدمات بهداشتی و درمانی بهتری بهره‌مند شوند. در اینجا تصور و عقیده اختیار و آزادی فردی برای انتخاب این خدمات بر عدالت و مساوات در دسترسی مقدم است (1). انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، عدالت را به این صورت تعریف می‌کند: فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیر گروه‌های اقتصادی اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی (5).

بر اساس اصول عدالت فرد فقیری که هیچ درآمدی ندارد با یک فرد ثروتمند در دسترسی به خدمات باید برابر باشند. اما مفهوم دسترسی در بیشتر جوامع به غلط این گونه تعریف می‌شود: حداکثر برخورداری از مراقبت‌های پزشکی بر اساس درآمد فرد، زمان و پول صرف شده. در چنین حالتی دسترسی به خدمات و مقدار دریافت خدمات به قیمت و زمان و درآمد افراد مربوط می‌شود (6) و مشاهده می‌گردد که عدالت در تعریف دسترسی لحاظ نشده است و باید مورد توجه قرار گیرد.

برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی منعکس کننده تناسب بین یک سری عوامل چون: قابلیت پرداخت (Affordable) از نظر هزینه، فراهم بودن (Availability)، در دسترس بودن (Availability)، مورد قبول بودن و تطابق خدمات با نیازها می‌باشد (7). فراهم بودن خدمات به طور سنتی با شاخص‌هایی مانند تعداد پزشک و تخت بیمارستانی بر واحدی از جمعیت اندازه‌گیری می‌شود (8). این 5 عامل در برخورداری از خدمات به شکل یک زنجیر هستند به طوری که ارتقا و بهبود صرفاً یکی از این عوامل به تنهایی نمی‌تواند باعث ارتقاء سطح دسترسی، برخورداری عادلانه، بهبود دسترسی و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی شود (7).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های اساسی و مهم در امور مالی، سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبرو بوده‌اند. این چالش‌ها در بخش بهداشت و درمان شامل: حصول اطمینان از برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، افزایش کیفیت خدمات، توسعه و بهبود نتایج درمانی، قابل تحمل نمودن هزینه‌ها برای عموم مردم، توسعه کارایی،

مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی بیشتر و بهتر نظام درمانی، دخالت دادن هر چه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی و کاهش موانع بین سلامتی و مراقبت‌های اجتماعی بوده است، البته پاسخ‌های وارده به این چالش‌ها در کشورهای مختلف متأثر از شرایط مختلف تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد (9). از طرفی امروزه توجه به تخصیص عادلانه منابع مالی نیز در بخش بهداشت و درمان بسیار مورد توجه بوده است، چرا که تخصیص عادلانه‌تر منابع بهداشتی و درمانی، تضمین‌کننده سلامتی جامعه است (10).

همچنین نتایج تحقیقات در امریکا نشان می‌دهد کاهش 22/9 درصد مرگ و میر در جامعه حاکی از فراهم بودن و در دسترس بودن خدمات بهداشتی و درمانی بوده است و به طور متوسط 5 سال امید به زندگی با بهبود شرایط درمانی در افراد افزایش داشته است (2). همین‌طور باید توجه داشت که دسترسی و برخورداری از خدمات بر رضایت مشتریان خدمات بهداشتی درمانی تاثیر گذار است (11).

در حقیقت دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی یعنی فراهم کردن خدمات درست، در زمان درست و در مکان درست (2). لذا از آنجایی که شرایط افراد بر توانایی برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی تاثیر می‌گذارد باید ترتیبی اتخاذ گردد تا کلیه سیاست‌های توزیع خدمات برای همه افراد جامعه عادلانه باشد (12). همچنین ارتباط مثبتی بین فراهم بودن خدمات بهداشتی درمانی و برخورداری از خدمات وجود دارد، بنابراین سیاست‌های تخصیص منابع بهداشتی درمانی در دسترسی مصرف‌کنندگان از خدمات و نیز برقراری عدالت در دستیابی به خدمات نقش مثبتی دارد.

در حقیقت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در رابطه با دو مشخصه اجتماعی اندازه‌گیری شده است: متغیرهای سیستم بهداشتی درمانی و اندازه‌گیری سرمایه اجتماعی. با شناخت این ارتباطات روشن می‌شود که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی به طور بالقوه باعث توسعه همکاری‌های عمومی و مداخلات عمومی اجتماعی می‌شود. لذا با عنایت به اهمیت سلامت در جامعه و برخورداری همه افراد جامعه از خدمات بهداشتی و درمانی،

پژوهش حاضر با هدف تعیین الگویی مناسب در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در کشور ایران از طریق مطالعه تطبیقی در چند کشور منتخب انجام پذیرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی می‌باشد که به صورت تطبیقی در سال 1386 انجام گرفته است. در پژوهش حاضر جهت تعیین چارچوب تقسیم‌بندی جامعه پژوهش از روش تقسیم‌بندی جردن استفاده شد. این روش نظام‌های بهداشتی درمانی را از نظر میزان بهره‌وری و مزایای موجود به 4 دسته تقسیم می‌نماید:

- گروه اول: کشورهای دارای صندوق بیمه بیماری سنتی هستند. این کشورها دارای بازار بیمه‌های خصوصی بوده که از طریق یارانه‌های پرداختی ایالتی، تامین مالی می‌شوند. کشورهایی که در این گروه قرار دارند شامل: اتریش، بلژیک، فرانسه، لوگزامبورگ، هلند و آلمان می‌باشد.

- گروه دوم: کشورهای دارای صندوق بیمه بهداشت ملی که نظام بیمه بهداشت را در سطح ملی ارایه می‌نمایند. کشورهای موجود در این رده شامل: کانادا، فنلاند، نروژ، اسپانیا و سوئد است.

- گروه سوم: کشورهای دارای نظام ارایه خدمات بهداشت ملی که ایالت‌ها در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی دخیل هستند. کشورهای موجود در این رده شامل: دانمارک، یونان، ایتالیا، نیوزلند، پرتغال، ترکیه و انگلیس می‌باشد.

- گروه چهارم: کشورهای دارای نظام مختلط که هم دارای بیمه بیماری سنتی و هم دارای پوشش بیمه بهداشت ملی هستند. کشورهای این گروه شامل: استرالیا، ایسلند، ایرلند، ژاپن، سوئیس و امریکا است. بر اساس تقسیم‌بندی فوق از 4 گروه معرفی شده 8 کشور انتخاب شده است (از هر گروه دو کشور). معیار انتخاب این کشورها بیشتر دسترسی به اطلاعات و منابع و همچنین الگوهای در دسترس برای برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی بوده است.

جامعه این پژوهش کشورهای آلمان، هلند، سوئد، کانادا، انگلیس، دانمارک، ژاپن و استرالیا بود. در پژوهش حاضر برخورداری عادلانه افراد جامعه از خدمات درمانی از 5 بعد شامل: میزان دسترسی به خدمات، میزان فراهم بودن

$$Z = \frac{\frac{x}{n} - p_0}{\sqrt{\frac{p_0(1-p_0)}{n}}}$$

در این پژوهش از نظر اخلاقی به موارد زیر توجه

شده است:

- 1- در زمینه استناد به مطالب اینترنتی ضمن تماس با سایت‌های مورد مطالعه برای کسب اجازه استفاده از این منابع، از مستند بودن مطالب نیز اطمینان حاصل شد.
- 2- در ابتدا اهداف پژوهش و لزوم انجام آن برای گروه هدف در تنظیم الگو مطرح شد.
- 3- به گروه هدف در تکنیک دلفی اطلاع داده شد که در صورت عدم تمایل برای همکاری می‌توانند از شرکت در پژوهش خودداری کنند.
- 4- محرمانه بودن و محفوظ بودن کلیه اطلاعات کسب شده از الزامات می‌باشد.

نتایج

تمامی کشورهای مورد مطالعه برای ارائه عادلانه خدمات بهداشتی و درمانی ساختار لازم را فراهم نموده بودند به گونه‌ای که مشاهده شد درصد جمعیت تحت پوشش خدمات دولتی یا بیمه اجتماعی در کشورهای هلند، سوئد، کانادا، انگلیس، دانمارک، ژاپن و استرالیا 100 درصد می‌باشد. در استرالیا 45 درصد، دانمارک 28 درصد، آلمان 9 درصد، هلند 29 درصد، انگلستان 11/5 درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند. در سوئد کمترین درصد پوشش بیمه خصوصی به میزان 1 تا 1/5 درصد بیمه تکمیلی وجود دارد (جدول 1). در صورتی که کشور ایران بیمه همگانی نداشته و بیمه‌های خصوصی تنها بخشی از جمعیت را تحت پوشش دارد. سه کشور آلمان، هلند و ژاپن مخلوطی از بیمه‌های خصوصی و اجتماعی را دارا می‌باشند. و تقریباً شبیه نظام بیمه آمریکا است. دو کشور سوئد و انگلستان خدمات بهداشتی درمانی ملی دارند. البته در حال حاضر بیمه‌های خصوصی و ارائه دهندگان خصوصی نیز رشد کرده‌اند. همه این کشورها در سطح بالایی دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی اولیه را دارا می‌باشند که از مهم‌ترین اجزای سیستم ارائه خدمات عادلانه می‌باشد.

خدمات، قابل پرداخت بودن خدمات ارایه شده از نظر هزینه، نقش دولت در تامین منابع مالی و نیز روش‌های برقراری عدالت در برخورداری از خدمات پزشکی، مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای از کارت فیش و برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه، از فرم اطلاعاتی استفاده شد و به منظور تکمیل فرم‌های اطلاعاتی از پایگاه‌های اطلاع رسانی، کتب مرجع، گزارش‌های منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و بانک‌های اطلاعاتی مدلاین، پاپ مد، مش، رزنت و الزویر و نیز مذاکره با اساتید، صاحب نظران و خبرگان کشور استفاده شد.

داده‌های مورد نیاز کشور ایران با استفاده از اسناد و مدارک سازمان‌های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند معاونت سلامت و درمان وزارت بهداشت گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از جداول تطبیقی استفاده گردید. سپس با بهره‌گیری از نقاط مشترک و افتراق مندرج در جداول مقایسه‌ای، الگوی اولیه پژوهش طراحی گردید و برای اعتبار آن از روش دلفی استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ای تهیه شد و به همراه نمایی از الگوی پیشنهادی و تشریح کلیه ابعاد، الگوی ارایه شده در اختیار 50 نفر از خبرگان و صاحب نظران امر بهداشت و درمان شامل اساتید مدیران بخش سلامت، مدیران و معاونین بخش درمان، کارشناسان سازمان بیمه خدمات درمانی، کارشناسان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد با حداقل سابقه 4 سال قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا موافقت یا عدم موافقت خود را پیرامون ابعاد ذکر شده بر اساس طیف لیکرت تعیین نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات خبرگان یاد شده، میانگین امتیاز هر یک از مولفه‌های پرسش‌نامه بر اساس فرمول آزمون اختلاف نسبت صفت در جامعه با یک نسبت مشخص ($p > 75\%$, $n=50$) محاسبه گردید. در این آزمون پاسخ به سوال‌های کمتر از 75 درصد موافق یا کاملاً موافق را رد می‌کند، ضریب اطمینان 95 درصد و چنانچه Z محاسبه شده بیش از 1/64 بود، مولفه مورد نظر مورد تایید محققین قرار می‌گرفت.

در تمامی کشورهای مورد مطالعه بسته خدمات بهداشتی درمانی دولتی به خوبی تعریف شده است. خدمات بیمه دولتی جامع بوده و کلیه خدمات بهداشتی و درمانی را در بر می گیرد.

بیماران در نظام‌های بهداشتی درمانی مطالعه شده تنها در بخش دارو نیاز به پرداخت مستقیم دارند و کلیه خدمات دیگر به صورت رایگان و یا با پرداخت‌های جزئی صورت می گیرد. آنچه در خدمات دارویی مشاهده می شود قرار دادن سقف برای پرداخت‌های مستقیم است، به طوری که در داروهای ارزان قیمت بیمه سهم کمتری در پرداخت کم کمک هزینه دارد ولی در مورد سقف خاصی از داروهای گران قیمت بیمه بیشترین پرداخت را تقبل می کند. اغلب خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی در کشورهای مورد مطالعه در بخش سرپایی خدمات تخصصی تر در بخش‌های بیمارستانی ارائه می شود. موسسات ارائه دهنده خدمات اجتماعی از طریق ارجاع فعالیت می کنند یعنی به طور موقت بیمار را می پذیرند و پس از انجام خدمات لازم آنها را در صورت لزوم به مراکز مراقبتی روزانه ارجاع می دهند.

در کشورهای مورد مطالعه سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی از بیشترین مقدار 10/9 در آلمان تا 7/7 در انگلستان متغیر است. در ایران این مقدار 6 درصد است که بسیار کم می باشد. سرانه بهداشتی درمانی در کشورهای مورد مطالعه همگی نشان دهنده رقم بالایی است به طوری که بیشترین مقدار آن در کانادا با 2931 دلار و کمترین آن در انگلستان با 2160 دلار است. در ایران رقم سرانه بهداشت و درمان برابر 432 دلار است که بسیار ناچیز می باشد. در تمامی کشورهای مورد مطالعه نقش پرداخت‌های مستقیم بسیار کم می باشد، از طرفی بیمه‌های خصوصی و اختیاری در هزینه‌های بخش خصوصی نقش کمتری دارند. این امر حاکی از آن است که دولت‌ها تمایل دارند از روش‌های دیگری برای تغییر مسیر هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به سمت مصرف کنندگان استفاده کنند.

در خصوص شیوه پرداخت مشاهده شد که استرالیا و دانمارک و سوئد 16 درصد، آلمان 12/8 درصد،

هلند 8 درصد و انگلستان 11/1 درصد پرداخت مستقیم دارند (جدول 2).

در 100 درصد کشورهای مورد مطالعه حق بیمه درصدی از درآمد افراد است به طوری که افراد زیر خط فقر و کم درآمد از پرداخت حق بیمه معاف هستند. معمولاً سقف پرداخت مصرف کنندگان معلوم می شود و زمانی که هزینه از سقف تعیین شده عبور کند بیماران بیشتر از مقداری که تعیین شده را پرداخت نمی کنند (جدول 1 و 2).

بر مبنای بررسی‌های انجام شده در کشورهای منتخب دنیا و با توجه به ویژگی‌ها و معایب و مزایای هر نظام بهداشتی درمانی و با در نظر گرفتن مشخصات و امکانات موجود در کشور ایران الگوی پیشنهادی ارائه شده است (شکل 1). در این قسمت به ترتیب میزان فراهم بودن خدمات، سپس وضعیت دسترسی به خدمات، تامین منابع مالی، نحوه پرداخت مصرف کنندگان برای خدمات دریافت شده و روش‌های برقراری عدالت در برخورداری از خدمات مورد بحث قرار گرفته است. در مجموع برای برقراری عدالت در برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی موارد زیر توصیه می شود:

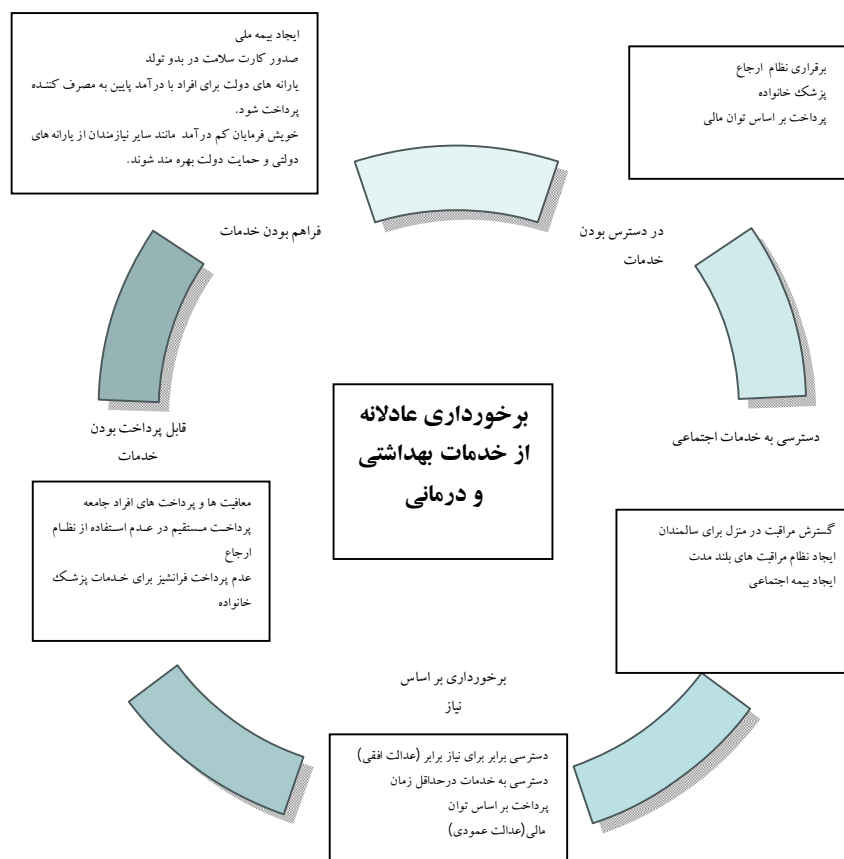
100 درصد افراد کشور تحت پوشش بیمه‌ها قرار گیرند، کلیه خدمات بستری و سرپایی تحت پوشش بیمه‌ها باشد، کلیه خدمات دندان پزشکی تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی قرار گیرد، تعهدات بیمه‌های درمانی به تمامی خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز گسترش یابد، نظام بیمه ملی اجتماعی که از تعهدات دولت است برقرار شود، تعداد پزشک و پرستار و متخصصان بر اساس استانداردهای نیروی انسانی افزایش یابد، توزیع نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی اصلاح شود، دسترسی به خدمات سرپایی از طریق پزشک خانواده صورت گیرد، دسترسی به متخصص و بیمارستان بر اساس ارجاع صورت گیرد، امکان دسترسی به بیمارستان‌های خصوصی و دولتی برای همه افراد جامعه با پوشش بیمه به طور یکسان برقرار شود، خدمات پزشکان عمومی بدون فرانشیز ارائه شود، پرداخت حق سرانه بیمه درمانی بر اساس درآمد تعیین شود و معافیت پرداخت خدمات بهداشتی درمانی برای گروه‌های نیازمند و افراد خردسال و سالمند برقرار شود.

جدول 1. شیوه های برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب و ایران

میزان فراهم بودن	شیوه دسترسی	شیوه پرداخت	نقش دولت در تامین منابع مالی (درصد)	روش های برقراری عدالت در ارائه خدمات پزشکی
آلمان	-پوشش بیمه همگانی 90 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 33/7، پرستار و ماما 100/5 و تخت بیمارستانی 89	پزشک خانواده /دروازه بان دارویی، نوتوئی، آمبولانس، دهان و دندان، حق بیمه: بر اساس درآمد، معافیت پرداخت: برای کودکان زیر 18 سال و افراد کم درآمد	سهم از GDP: 10/9 سرانه: 2817 سهم بخش دولتی: 17/6	پزشک عمومی و متخصص رایگان است. بیمه شده خصوصی فرانشیز می دهد. خدمات پایه دندان پزشکی رایگان است. خدمات بستری برای ماکزیم 14 روز در سال رایگان و برای افراد بیکار و کم درآمد و کودکان زیر 18 سال میلی اخذ نمی شود. 10 درصد بیمه خصوصی دارند.
هند	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 31/5، پرستار و ماما 137/9 و تخت بیمارستانی 46	پزشک خانواده /دروازه بان دارویی، دهان و دندان، حدود 9 درصد کل هزینه ها حق بیمه: ثابت 10 درصد معافیت پرداخت: برای افراد کم درآمد	سهم از GDP: 8/8 سرانه بهداشت و درمان: 2564 بخش دولتی: 12/2	خدمات پزشک عمومی و متخصص رایگان است. بیمه شده خصوصی فرانشیز می دهد. خدمات دندان پزشکی بیمه است. خدمات بستری رایگان است. کمتر از یک درصد بیمه خصوصی دارند.
سوئد	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 32/6، پرستار و ماما 108/7 و تخت بیمارستانی 52	پرستاران حرفه ای و پزشک خانواده /دروازه بان نظام نظام ارجاع	سهم از GDP: 9/2 سرانه بهداشت و درمان: 2512 بخش دولتی: 13/5	برای خدمات پزشک عمومی و متخصص فرانشیز جزئی می دهند. خدمات دندان پزشکی بیمه است. خدمات بستری رایگان است. کمتر از یک درصد بیمه خصوصی دارند.
کانادا	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 18/9، پرستار و ماما 73/5 و تخت بیمارستانی 44	پزشک خانواده /دروازه بان نظام ارجاع	سهم از GDP: 9/6 سرانه بهداشت و درمان: 2931 بخش دولتی: 15/9	خدمات پزشک عمومی و متخصص رایگان است. خدمات دندان پزشکی بیمه است. برای بالای 65 سال رایگان است. خدمات بستری رایگان است. برای پوشش فرانشیزها بسیاری از کارفرمایان بیمه تکمیلی برای کارکنان می پردازند.
انگلیس	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 21/3، پرستار و ماما 54 و تخت بیمارستانی 42	پزشک خانواده /دروازه بان نظام ارجاع	سهم از GDP: 7/7 سرانه: 2160 سهم بخش دولتی: 15/8	خدمات پزشک عمومی و متخصص رایگان است. خدمات بستری رایگان است. حدود 10 درصد بیمه خصوصی دارند.
دانمارک	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 29/1، پرستار و ماما 74/2 و تخت بیمارستانی 41	پزشک خانواده /دروازه بان نظام ارجاع و خارج از نظام ارجاع	سهم از GDP: 8/8 سرانه: 2583 سهم بخش دولتی: 13/1	خدمات پزشک عمومی و متخصص برای گروه یک رایگان است. برای خدمات دندان پزشکی فرانشیز 35 تا 10 درصد می پردازند. خدمات بستری رایگان است. 30 درصد بیمه خصوصی دارند.
ژاپن	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 20/1، پرستار و ماما 86/3 و تخت بیمارستانی 147	پزشک خانواده /دروازه بان نظام ارجاع	سهم بهداشت و درمان از GDP: 7/9 سرانه: 2133 بخش دولتی: 17	برای خدمات پزشک عمومی و متخصص و خدمات بستری بر اساس جدول حق الزحمه پرداخت صورت می گیرد.
استرالیا	-پوشش بیمه همگانی 100 درصد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 24/7، پرستار و ماما 91/2 و تخت بیمارستانی 40	پزشک خانواده /دروازه بان نظام ارجاع بدون ارجاع	سهم از GDP: 9/5 سرانه: 2699 سهم بخش دولتی: 17/1	برای خدمات پزشک عمومی بر اساس جدول حق الزحمه پرداخت صورت می گیرد. خدمات دندان پزشکی کودکان مدرسه ای و افراد کم درآمد رایگان است و دیگران بیمه خصوصی اند.
ایران	-بیمه همگانی وجود ندارد -تعداد پزشک به ازای 10 هزار نفر 11/9، پرستار و ماما 16/1 و تخت بیمارستانی 16	خدمات سرپایی: آزاد خدمات بستری: آزاد با نظر متخصص بدون نظام ارجاع	سهم از GDP: 6 سرانه بهداشت و درمان: 432 سهم بخش دولتی: 9	بیمه های تکمیلی قسمتی از هزینه ها را می پردازند.
		پرداخت مستقیم: در خدمات دارویی، نوتوئی، آمبولانس، دهان و دندان، حق بیمه: بر اساس درآمد، معافیت پرداخت: برای کودکان زیر 18 سال و افراد کم درآمد		
		پرداخت مستقیم: دارای سقف 99 یورو در سال به جز بستری / برای اغلب خدمات حق بیمه: 5-8 درصد از حقوق معافیت پرداخت: برای افراد کم درآمد		
		پرداخت مستقیم: تنها در خدمات خصوصی حق بیمه بین 1/5 درصد تا 37/5 درصد معافیت برای افراد کم درآمد		
		پرداخت مستقیم: دارو، دندان و چشم پزشکی حق بیمه: تا 46 پوند در هفته 2 درصد از 46 تا 350 پوند بین 2 تا 9 درصد . معافیت پرداخت: برای افراد کم درآمد		
		پرداخت مستقیم: دارو، فیزیوتراپی، دندان، و عینک . حق بیمه: درصدی از درآمد معافیت: برای بیماران مزمن که بیش از 3600 کرون دارو در سال مصرف دارند.		
		پرداخت مستقیم: فرانشیز بر اساس درآمد حق بیمه: بین 3 تا 9/5 درصد از درآمد معافیت پرداخت: در خدمات درمانی سنگین اگر فرانشیز بیش از 570 هزار ین شود		
		پرداخت مستقیم: دارو، دندان، فیزیوتراپی و خدمات آزمایشگاهی حق بیمه: درصدی از درآمد معافیت پرداخت: برای قیمت بالای 669/7 دلار		
		پرداخت مستقیم: فرانشیز بر اساس تعرفه ها که اکثراً غیر واقعی اند و برای غیر بیمه شدگان کل هزینه درمان پرداخت اوجیب		

جدول 2. میزان برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب

شیوه دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی				میزان فراهم بودن خدمات بهداشتی درمانی										
پزشک خانواده و سیستم ارجاع	دسترسی به خدمات اجتماعی	دسترسی به خدمات بستری	دسترسی به خدمات سرپایی	تعداد پزشک، پرستار و ماما و تخت بیمارستانی	بسته های بهداشتی درمانی دولتی	پوشش خدمات								
100 درصد کشورهای مورد مطالعه پزشک خانواده و سیستم ارجاع دارا می باشند.	مسئولیت و تضمین ارائه خدمات اجتماعی در 100 درصد کشورها با دولت است ولی بخش خصوصی هم این خدمات را ارائه می کند. خدمات اجتماعی در 10 درصد کشورها تحت پوشش بیمه اجتماعی است.	100 درصد کشورها برای دسترسی به خدمات بستری از سیستم ارجاع استفاده کرده، پزشکان عمومی اجازه بستری کردن را ندارند و کلیه خدمات بستری بیمارستانی در بیمارستان های دولتی رایگان و تحت پوشش بیمه ها است.	100 درصد کشورها خدمات سرپایی را از طریق پزشک عمومی دریافت می کنند. و این خدمات رایگان است.	100 درصد کشورهای مورد مطالعه بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت بیش از 2 پزشک برای 1000 نفر، بیش از 5/5 پرستار و ماما برای 1000 نفر و بیش از 4 تخت برای 1000 نفر دارند.	75 درصد کشورها مورد مطالعه بسته تعریف شده خدمات دارند که شامل موارد زیر است: خدمات پیشگیری، مراقبت های بستری و سرپایی، خدمات پزشکی، خدمات روان پزشکی، مراقبت های طولانی مدت، خدمات پیشگیری دندان پزشکی، داروهای تجویز شده، نوتوانی، وتوانبخشی و غرامت زمان بیماری	تمامی کشورها 100 درصد جمعیت شان تحت پوشش بیمه همگانی هستند. تنها در یک کشور آلمان 88 درصد جمعیت تحت پوشش بیمه همگانی و بقیه تحت پوشش بیمه اختیاری قرار دارند.								
روش های به کار گرفته شده برای برقراری عدالت در برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی				نحوه پرداخت مصرف کنندگان برای خدمات	نقش دولت در تامین منابع مالی									
پوشش بیمه خصوصی	دستابی به خدمات دندان پزشکی	وجود سقف پرداخت و معافیت پرداخت	سهم پرداختی برای دارو	دستیابی به خدمات بستری	دستیابی به متخصص	دستیابی به پزشک عمومی	حق بیمه و فرانشیز	پرداخت مستقیم بیماران	سهم بخش دولتی از کل هزینه های بهداشتی درمانی	سرانه برای بهداشت و درمان	سهم بهداشت و درمان از GDP			
62/5 درصد کمتر از 1 درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی اند و در بقیه کشورها بین 10 تا 40 درصد تحت پوشش این بیمه هستند.	50 درصد کشورهای مورد مطالعه برای خدمات پایه و کودکان رایگان هستند. بقیه کشورها تحت پوشش بیمه اند و فرانشیز می گیرند.	75 درصد دارای سقف پرداخت و معافیت پرداخت هستند.	100 درصد کشورهای منتخب برای داروهای سرپایی فرانشیز می پردازند. 75 درصد دارای سقف پرداخت است. بیش از مبلغ مشخصی مصرف کننده پرداخت نمی کند.	62/5 درصد مصرف کنندگان در کشورهای منتخب پرداختی نمی کنند. در بقیه موارد جزئی می پردازند.	62/5 درصد مصرف کنندگان در کشورهای منتخب پرداختی نمی کنند. در بقیه موارد جزئی می پردازند.	62/5 درصد مصرف کنندگان در کشورهای منتخب پرداختی نمی کنند. در بقیه موارد جزئی می پردازند.	در 100 درصد کشورهای مورد مطالعه حق بیمه درصدی از درآمد افراد است به طوری که افراد زیر خط فقر و کم درآمد از پرداخت حق بیمه معاف هستند. افراد کم درآمد خدمات را رایگان دریافت می کنند.	استرالیا و دانمارک و سوئد 16 درصد، آلمان 12/8 درصد و هلند 8 درصد و انگلستان 11/1 درصد پرداخت مستقیم دارند.	در 100 درصد کشورها بیش از 12/2 درصد از هزینه های بهداشتی درمانی مربوط به بخش دولتی است.	100 درصد کشورها مورد مطالعه بیش از 2100 دلار به طور سرانه هزینه می کنند.	100 درصد کشورها بالای 7/7 درصد از تولید ناخالص ملی را در بخش بهداشت و درمان هزینه می کنند.			



شکل 1. الگوی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در کشور ایران

بحث

در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی درمانی نخست موضوع دسترسی به خدمات مطرح می‌شود. نظام‌های همگانی خدمات درمانی با هدف دسترسی بر اساس نیاز فعالیت می‌کنند (1). گیلفورد معتقد که مراقبت‌های پزشکی به طور متوسط 5 سال به امید به زندگی افراد می‌افزاید. آنها معتقدند که اگر درمان‌های کارآمد و موثر صورت گیرد پتانسیل بیشتری برای افزایش امید به زندگی وجود دارد. بنابراین ناعدالتی و عدم مساوات در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی اولیه با کیفیت بالا می‌تواند اثرات فراوانی بر سطح سلامتی افراد جامعه به جای بگذارد (2).

در مطالعه‌ای که در کانادا انجام شده است به بررسی تفاوت‌های اجتماعی اقتصادی در بهره‌گیری از خدمات پزشکان عمومی متخصصان و خدمات بیمارستانی در کانادا پرداخته است و از دو مدل دو قسمتی استفاده

نموده است. نوع و اهمیت نیازهای بهداشتی درمانی در بهره‌گیری از خدمات موثر بوده است. به طور مثال شرایط فوری از اهم موارد مراجعه به پزشکان عمومی است در حالی که بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها بیشتر منجر به مراجعات به متخصصان و خدمات بیمارستانی می‌شود. در این مطالعه نتایج نشان داد که افراد با درآمد پایین کمتر به پزشک عمومی دسترسی داشته‌اند و قابل توجه است که افراد با درآمد پایین‌تر در مواردی که شدت بیماری شان بیشتر بوده مراجعه کرده‌اند. از طرفی افراد با درآمد پایین و تحصیلات کمتر تماس کمتری با متخصصان داشته‌اند. در نتیجه‌گیری این طرح مشخص شد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران با این که چگونه و چه موقع به سیستم بهداشتی درمانی دسترسی می‌یابند ارتباط دارد. شرایط اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر باعث می‌شود که در مراحل پیشرفته‌تر بیماری مراجعه صورت گیرد (13). امروز در دنیا نظام‌های همگانی بهداشتی درمانی مانند طب ملی مطرح

شده است تا هدف سلامت برای همه را توسعه بخشند، اما این نظام‌ها روز به روز بیشتر در معرض تهدید رفورم‌های پی در پی هستند. آنچه مهم است پایش تاثیرات این تغییرات در برآوردن اهداف عدالت در این نظام‌ها است. مطالعاتی در این زمینه انجام و مشاهده شده که تفاوت‌هایی بین گروه‌های فقیر و پردرآمد در جمعیت‌ها و میزان بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد. برقراری اهداف عدالت در نظام‌های بهداشتی درمانی تعیین دقیق نیازها و تاثیر هزینه‌های بر دوش بیماران بسیار مهم می‌باشد (14).

در مطالعه‌ای که در بلغارستان صورت گرفته نشان داده که دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای کودکان با موانع بسیاری همراه می‌باشد. در این میان نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی بسیار بیش از سایر عوامل چون موانع فرهنگی و نگرش منفی نسبت به کارکنان بخش سلامت تاثیر گذار بوده است. سطح پایین تحصیلات در دریافت ارتباط موثر با پزشکان بسیار موثر نشان داده شده است (15). در مطالعه‌ای که در کشور بلژیک در سال 2002 انجام شد، یافته‌ها نشان دهنده آن است که ناعدالتی و عدم مساوات در بهره‌گیری از خدمات پزشکی عمومی برای افراد ضعیف جامعه و ناعدالتی در دریافت خدمات چون واکسیناسیون علیه آنفولانزا، تست کنترل کلسترول خون، ماموگرافی و پاپ اسمیر برای افراد ثروتمند و طبقه بالای جامعه وجود دارد. محقق در این تحقیق بیان می‌کند به دلیل اینکه خدمات پیش‌گیری در پزشکی بیش از سایر خدمات بهداشتی درمانی همراه با ناعدالتی است، تشویق تست‌های غربالگری امکان ناعدالتی‌های بهداشتی درمانی را افزایش می‌دهد.

نواحی محروم و دور افتاده در کشور همواره وضعیت بدتری از لحاظ بهداشتی و درمانی نسبت به نواحی دیگر دارند. مطالعه‌ای در سال 2001 صورت گرفته که نشان دهنده آن است که کاهش دسترسی کافی به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی در اغلب نواحی دورافتاده و محروم کشور امریکا باعث بدتر شدن وضعیت سلامتی افراد می‌شود. بررسی اکولوژیکال انجام شده در 50 ایالت امریکا بر روی ارتباط سیگار و ناعدالتی سطح درآمد افراد حاکی از

آن است که 22/9 درصد کاهش مرگ و میر در 100 هزار نفر جمعیت بر اثر افزایش شمار به کارگیری خدمات بهداشتی اولیه توسط پزشکان در این تعداد جمعیت دیده شده است. بر اساس نتایج این تحقیق خدمات پیشگیری موثر و کارآمد در تخفیف اثرات فقر بر سلامتی موثر است (2).

یکی از عوامل مهم دیگر پوشش خدمات توسط بیمه می‌باشد. نتایج تحقیقات انجام شده نشان دهنده آن است که بیمه شدن دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری را افزایش می‌دهد و دسترسی به مراقبت‌های ویژه در مورد کودکان نارس را بالا می‌برد. کسانی که بیمه نیستند 50 درصد کمتر از بیمه شدگان مراقبت‌های پزشکی را به کار می‌برند و 5 تا 15 درصد میزان مرگ و میر بالاتری دارند (2). در کلیه کشورهای مورد مطالعه گسترش مزایای بیمه‌ها گام موثری در بهبود بر خورداری از خدمات داشته است (20-16). در این پژوهش نیز پوشش همگانی بیمه به همراه گسترش مزایای بیمه عامل مهمی در بر خورداری همه مردم بوده است. چنانچه در مطالعه‌ای با عنوان "مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی صاحبان حرف و مشاغل آزاد در چند کشور و ارایه الگو برای ایران" کریمی می‌نویسد: "پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی یکی از نیازهای ضروری جامعه و تکمیل کننده فرآیند توسعه بهداشت و درمان کشور است (21). به این ترتیب کلیه افراد برای دستیابی به خدمات سرپایی و بستری و خدمات اجتماعی مانند مراقبت در منزل از بیمه بهره می‌گیرند. قابل جو در رساله دکتری خود با عنوان "مطالعه تطبیقی نظام بیمه خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارایه الگو مناسب برای ایران" ویژگی‌های نظام کنونی بیمه درمان ایران را بیان نموده و نقایص زیادی را بیان کرده که عبارتند از وجود سازمان‌های موازی، یکسان نبودن خدمات ارایه شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر، نارضایتی بیماران از کیفیت خدمات دریافتی، نارضایتی ارایه دهندگان خدمات از تاخیر در پرداخت‌ها و تعرفه‌ها، عدم پوشش کامل جمعیت، نبود سیستم ارجاع، ضعف بنیه مالی صندوق‌ها، نبود یک نهاد معین جهت کنترل و نظارت و ارزشیابی، ضعف‌های مدیریتی و عدم آموزش

کافی مدیران و کارشناسان، فراهم نمودن امکانات برای دسترسی بیماران به خدمات مناسب و برابر، پایین بودن سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی (22).

در صورتی که در ایران بیمه درمان هیچ حمایتی از خدمات بخش خصوصی نمی‌کند، در کشورهای مورد مطالعه مشاهده شد که بیمه درمان همگانی خدمات خصوصی را نیز در بر می‌گیرد و خدمات خارج از تعهد این بیمه‌ها با بیمه‌های خصوصی که افراد دارند پوشش می‌یابد. امروزه در بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد نقش بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یافته است و بسیاری از نیازهای درمانی گروه‌های فقیر جامعه توسط این بخش تامین می‌گردد. به طوری که در گواتمالا 40 تا 45 درصد و در افریقای جنوبی بیش از 33 درصد مردم در دهک‌های فقیر جامعه از خدمات بخش خصوصی برای رفع نیازمندی‌های خود بهره می‌گیرند. لذا تامین هزینه‌های بخش خصوصی نیز در ایجاد فضای عادلانه در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی بسیار حایز اهمیت می‌باشد (23).

در واقع پرداخت‌های مستقیم نقش جزئی در برخورداری از خدمات دارد. این امر در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی بسیار حایز اهمیت است. در اینجا منظور ما از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی به معنای به کارگیری واقعی خدمات بهداشتی درمانی فردی و هر چیزی است که به کارگیری از آنها را تسهیل می‌کند. وسعت سیاست‌های امروز برای رفع مشکلات دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی مواردی چون رفع موانع سازمانی مانند تعیین زمان انتظار و برقراری قانون حقوق بیمار یا رفع موانع مالی از طریق توسعه مکانیسم‌های تخصصی منابع و برقراری قانون پوشش بیمه همگانی درمانی را در بر می‌گیرد. برقراری نظام ارجاع و وجود پزشک خانواده نیز در کشورهای مورد مطالعه نکته قابل توجهی در افزایش برخورداری مردم از خدمات بهداشتی درمانی بوده است. نحوه دسترسی و پرداخت به پزشک عمومی و متخصص از مشخصه‌های یک سیستم بهداشتی درمانی عادلانه است. به

طوری که مشاهده می‌شود در آلمان، هلند، کانادا، انگلیس، دانمارک، ژاپن و استرالیا همگی دسترسی آزاد و بدون دریافت وجه به پزشک عمومی وجود دارد و برای دسترسی به پزشک متخصص از نظام ارجاع استفاده می‌کنند. تنها در سوئد برای دسترسی به خدمات پزشک عمومی فرانشیز پرداخت می‌شود. به این صورت امکان استفاده همگانی از خدمات سرپایی و ضروری وجود دارد. به علاوه وجود پزشک عمومی به عنوان اولین نقطه تماس و دروازه بان سیستم باعث می‌شود که بیماران مسیر حرکت خود را دانسته و از مراجعات غیر ضروری به مراکز پاراکلینیکی و متخصصان کاسته می‌شود.

در تمامی کشورهای مورد مطالعه برای دستیابی به خدمات دندان پزشکی از بیمه‌های خصوصی استفاده شده است. در واقع خدمات دندان پزشکی نیز از تعهدات بیمه‌های درمان است. در نظام‌های بهداشتی درمانی مورد مطالعه برای برقراری عدالت پوشش همگانی مطرح شده تا در این نظام‌ها هیچ فردی بدون بیمه درمان امکان استفاده از خدمات بهداشتی درمانی را نداشته باشد. به این ترتیب تمامی افراد جامعه شانس این را دارند که از خدمات ضروری بهره‌مند شوند بدون اینکه نگران پرداخت برای خدمات باشند. بیمارستان‌ها نیز به طور رایگان خدمات رسانی می‌کنند، به جز آلمان و سوئد که فرانشیز جزئی پرداخت می‌کنند. به این ترتیب خدمات بستری برای کلیه افراد جامعه مهیا است. کیفیت خدمات نیز بعد مهمی در دسترسی عادلانه به خدمات است. گاهی افراد خاصی امکان استفاده از خدمات با کیفیت بالاتر را دارند چنانکه در کشور ایران افراد با درآمد بالاتر امکان استفاده از بیمارستان‌های خصوصی و خدمات بخش خصوصی که کیفیت بالاتری دارند را دارا می‌باشند. نتیجه مطالعه تطبیقی نشان داد که پوشش همگانی بیمه درمان، وجود بسته‌های تعریف شده خدمات بهداشتی درمانی، تعداد مناسب کارکنان پزشکی و پیراپزشکی بر اساس استانداردهای نیروی انسانی و از طرف دیگر دسترسی به پزشک خانواده و به خصوص وجود

نتیجه گیری

این پژوهش ایجاد نظام ملی درمان با هدف کاهش بیمه گری موازی پوشش بیمه‌ای کلیه خدمات ضروری پزشکی مثل مراقبت از سالمندان در منزل و افزایش تعهدات بیمه‌ای در خصوص بیماران مزمن روانی، توجه به تربیت پزشک خانواده و لزوم اجرای سیستم ارجاع، تعیین سقف پرداخت به خصوص در خدمات سرپایی و دارویی و گسترش نظام ملی بیمه اجتماعی را به عنوان اثر بخش ترین استراتژی‌ها در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ایران ذکر می‌نماید و توجه بیش از پیش مسئولین امر بهداشت و درمان را بر تربیت و جذب کادر متخصص پزشکی و پیراپزشکی بر اساس استانداردهای موجود و معافیت پرداخت برای گروه‌های نیازمند و حرکت به سمت نگرش سلامت نگر معطوف می‌نماید. به نظر می‌رسد تشکیل کمیته یا شورای عدالت در سلامت و خدمات سلامتی در وزارت بهداشت و درمان در نیل به این هدف بسیار کمک کننده می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس نتایج رساله دکترای تحت عنوان بررسی شیوه‌های برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب و آرایه الگو برای ایران تدوین شده است. در اینجا لازم است تا از زحمات اساتید محترم دکتر شهرام توفیقی ریاست محترم دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی ایران برای مساعدت‌های همیشگی شان و آقایان دکتر محمود محمودی و دکتر بهرام دلگشایی در مشاوره و همکاری موثرشان سپاسگزاری نموده و از تمام کسانی که به نوعی در تهیه و اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند مراتب قدردانی را ابراز نماید.

منابع

1. Hendryx M, Ahern M, Lovrich N, McCurdy A. Access to health care and community social capital. Health Serv Res 2002; 37(1): 85.

سیستم ارجاع در برخورداری از خدمات بستری و سرپایی و همین طور خدمات اجتماعی نقش موثری دارد.

سهم بالای بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی و سرانه بالا برای بهداشت و درمان و همچنین سهم بالای بخش دولتی در این رابطه اثرات مثبتی بر برخورداری افراد جامعه از خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز آنان دارد. مطالعات حاکی از آن است که سهم کمتر پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران و گسترش تعهدات بیمه‌ها و وجود سقف پرداخت برای خدمات درمانی و داروها منجر به افزایش برخورداری افراد جامعه از خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز شده به طوری که وضعیت درآمد افراد و سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی بر برخورداری از این خدمات تاثیر نمی‌گذارد.

در برقراری عدالت نقش حمایت‌های اجتماعی را نباید از نظر دور داشت. به طوریکه در مطالعه‌ای که در دو شهر چین در سال 2009 انجام شد نشان می‌دهد نقش حمایت‌های اجتماعی و وابستگی‌های خانوادگی در افراد باعث می‌شود که در نهایت عدالت در سلامت بیشتر تحقق یابد. یکی از علل مهم این امر تمایل افراد ضعیف تر جامعه به لحاظ مالی به تشکیل گروه برای رسیدن به اهداف و مقاصد شان می‌باشد. افراد غنی نیازی به تشکیل گروه برای حل معضلات سلامتی ندارند چرا که به راحتی با خرید کالا و خدمات مورد نیازشان سلامتی را به دست می‌آورند ولی این گروه‌های کم درآمد جامعه هستند که نیازمند یاری گروه‌های حمایتی به خصوص بیمه‌ها می‌باشند (24).

به کارگیری روش‌های آرایه خدمات بهداشتی درمانی به طوری که عدالت در بهره‌گیری از خدمات برقرار باشد از مهم‌ترین مسایل مورد توجه کشورهای مورد بررسی بوده است. به طوری که با استفاده از روش‌های اندازه‌گیری میزان عدالت در برخورداری از خدمات در جهت حفظ و تامین این مهم اقدامات موثری در این کشورها صورت گرفته است.

2. Gulliford M, Morgan M. Access to health care: Routledge. London: New Fetler LAN; 2003.
3. Ward P, Noyce P, St Leger A. How equitable are GP practice prescribing rates for statins?: an ecological study in four primary care trusts in North West England. *Int J Equity Health* 2007; 6(1): 2.
4. Zere E, Mandlhate C, Mbeeli T, Shangula K, Mutirua K, Kapenambili W. Equity in health care in Namibia: developing a needs-based resource allocation formula using principal components analysis. *Int J Equity Health* 2007; 6(1): 3.
5. Shin H. Income related inequity in health care access and delivery. [Phd thesis]. University of South Carolina, 2003.
6. Culyer A, Newhouse J. Handbook of Health Economics. Volume 1B. North-Holland: Elsevier Science; 2000.
7. McLaughlin C, Wyszewianski L. Access to care: remembering old lessons. *Health Serv Res* 2002; 37(6): 1441-3.
8. Williams A, Cookson R, Culyer A, Newhouse P. Handbook of health economics. North-Holland: Elsevier; 2000.
9. Busse R. Health care systems in eight countries: Trends and challenges, Netherlands. European observatory on health care systems. [On line 2002]. Available from: www.euro.who.int/observatory/Netherlands.
10. Asante A, Zwi A, Ho M. Equity in resource allocation for health: A comparative study of the Ashanti and Northern Regions of Ghana. *Health Policy* 2006; 78(2-3): 135-48.
11. Kissoon H. The effects of access, communication and customer service on member satisfaction with health care in a federal managed care plan. [Phd thesis]. Walden University, 2003.
12. Black M, Mooney G. Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Anal* 2002; 10(2):193-208.
13. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007; 7(41): 1472-6963.
14. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *Int J Health Serv* 2007; 37(1): 89-109.
15. Rechel B, Blackburn C, Spencer N. Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health* 2009; 8(1): 24.
16. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbæk K, Thomson S, Mossialos E. Health care systems in transition: Denmark. *Clin Medi* 2001; 3(7): 464-9.
17. Leon S, Rico A. Health care systems in eight countries: Trends and challenges, Sweden. European observatory on health care systems 2002: 1-5.
18. Healy J. Health care systems in eight countries: Trends and challenges Australia. European observatory on health care systems. [Onlin 2002]. Available from: www.euro.who.intobservatory/Australia.
19. Dixon A, Mossialos E. Health care systems in eight countries Trends and challenges. European observatory on health care systems. [Onlin 2002]. Available from: www.euro.who.intobservatory.
20. Blair J, Fottler M, Savage G, editors. Advances in health care management. Vol1. USA: Elsevier Science Inc; 2000.
21. Karimi M. Health care insurance in social security system. *Social Security J* 2001; 3(10): 24-33.
22. Ghabeljoo M. Comparative study in health insurance systems and design a model for Iran [Phd thesis]. Tehran Azad University, 1999.
23. Patouillard E, Goodman C, Hanson K, Mills A. Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *Int J Equity Health* 2007; 6(1): 17.
24. Sun X, Rehnberg C, Meng Q. How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities. *Int J Equity Health* 2009; 8(1): 2.

A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran

Karimi I¹, Salarian A^{2*}, Anbari Z³

1- Assistant Professor, PhD of Health Economics, Department of Health Services Administration, Faculty of Management and Economics, Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- PhD of Health Services Administration, Faculty of Management and Economics, Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, PhD of Health Services Administration, Education Development Center (EDC), Arak University of Medical Science, Arak, Iran.

Received 27 Apr, 2009 Accepted 2 Sep, 2009

Abstract

Background: All members of society should have equal access to necessary health care. The main goal of this research is to determine the status of health care access in eight selected countries and to suggest a new model for Iran.

Materials and Methods: This study was done comparatively on eight countries. In order to define a framework for categorizing the countries Jordan scales was employed. In this method, based on the kind of insurance system, countries are divided into 4 groups, from each 2 countries were selected. Data obtained from each country were placed in comparative tables. For presenting the final model, Delphi technique was utilized in two stages.

Results: To increase equity in their health care systems, all the countries in this study utilized such strategies as insurance coverage for all, defined health care packages, appropriate human resources, family physicians, referral system and high level of GNP in health sector. Also, low direct payment by patients, expansion of insurance coverage and the existence of out of pocket pay limit in pharmaceutical and medical services were also very helpful. These policies have been made in a way that the level of individuals' income did not affect the access to such services.

Conclusion: Equitable access to health care services in Iran necessitates the establishment of national health insurance system aiming at omission of parallel insurance, provision of medical care coverage for all the basic medical services especially health care coverage for the elderly and patients with chronic psychological problems.

Keywords: Comparative study, Equity, Health care services, Model

*Corresponding author;

Email: azita_salarian@yahoo.com

Address: Humanities Faculty, Science and Research Branch of Islamic Azad University, Hesarak, Poonak, Tehran, Iran.