پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، صفحات ۲۷۱ تا ۲۷۸

مقاله پژوهشی
(Original Article)

مطالعه تطبیقی مدیریت سلامت بیماران خاص و پیشنهاد یک الگو برای ایران

دکتر قدسی یزدیان[1*]، دکتر ایرج کریمی[1]، دکتر شهرام توفیقی[2]

[1]گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی
[2]مرکز تحقیقات راهبردی بهداری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)

چکیده

سابقه و هدف: مدیریت سلامت بیماران خاص، از چالش‌های جدی سیاستگذاران در امر سلامت می‌باشد. این بیماری‌ها به دلیل مزمن‌بودن، نداشتن درمان قطعی، هزینه‌های کمرشکن، نیاز به فناوری‌ها و درمان‌های پیچیده، همواره بخش قابل توجهی از منابع سلامت را به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین نوسازی و سازماندهی مدیریت سلامت بیماران خاص در ابعاد سیاستگذاری، ساختار تشکیلاتی، نحوه تأمین منابع مالی و مکانیزم کنترل خدمات بیماری‌های خاص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. در این مقاله، با مطالعه تطبیقی جامع مدیریت سلامت بیماران خاص در کشورهای آمریکا، انگلستان، کانادا و استرالیا، الگوی مناسبی برای ایران طراحی شده است. هدف از این پژوهش، طراحی الگوی مدیریت سلامت بیماران خاص برای ایران بوده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع پژوهش کاربردی است. روش مطالعه آن، توصیفی، مقطعی بوده و به صورت تطبیقی انجام شده است. تحقیق در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول، طراحی یک پرسشنامه برای بررسی سلامت بیماران خاص با ۸۹ سؤال، و در مرحله دوم، با نظرخواهی از متخصصین واجد شرایط و با استفاده از مقیاس پنج‌گزینه‌ای لایکـرت بررسی شدند.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که سیاستگذاری کلان امور بیماران خاص در کشورهای مورد مطالعه توسط وزارت سلامت و رفاه و یا بالاترین شوراهای سلامت که مرکب از نمایندگان وزارتخانه‌ها هستند، صورت می‌گیرد. در بیشتر کشورهای مورد مطالعه، سازمان‌های دولتی با همکاری بخش خصوصی مهمترین نهاد ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به صورت غیر متمرکز به بیماران خاص می‌باشند. خدمات سلامت مورد نیاز بیماران خاص شامل خدمات هر سه سطح پیشگیری از جمله واکسیناسیون، آموزش شیوه زندگی سالم، مراقبت‌های دوران بیماری، مشاوره سلامت، انجام معاینات و آزمایش‌های دوره‌ای سلامتی، ارایه وسایل کمکی مربوط به بیماران خاص، خدمات آزمایشگاهی و آسایشگاهی می‌باشد. تأمین منابع مالی خدمات سلامت بیماران خاص در مرحله اول، از محل اعتبارات دولتی و سپس از سوی افراد خیر، انجمن‌ها و تشکل‌های غیردولتی و بخش مختصری از طریق مشارکت بیماران (حق بیمه و پرداخت فرانشیز) صورت می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: تشکیل "کمیته سلامت بیماران خاص" در شورای عالی سلامت، ایجاد دفتر سلامت بیماران خاص در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارایه خدمات به صورت غیرمتمرکز و تأمین منابع مالی از طریق مالیات‌ها، مشارکت افراد خیر، سرمایه‌گذاری‌های بخش دولتی و خصوصی و کمک‌های فنی سازمان‌های بین‌المللی می‌تواند در بهبود مدیریت سلامت بیماران خاص نقش مهمی را ایفا نماید.

واژگان کلیدی: مدیریت سلامت، الگو، بیماران خاص.

مقدمه

مدیریت خدمات سلامت بیمـاران خـاص، یکـی از موضـوعات چالش‌برانگیز در تمامی کشورها بوده و مسایل آن از جنبه‌های سیاستگذاری، ساختار تشکیلاتی، نحوه تـأمین منـابع مـالی و مکانیزم کنترل خدمات بیماری‌ها مورد بحث قرار می‌گیرد. بیماری‌های خاص به دلیل مزمن‌بودن، نداشتن درمان قطعـی، هزینه‌های کمرشکن، نیاز به فناوری‌ها و درمان‌هـای پیچیـده، همـواره بخـش قابـل تـوجهی از منـابع سـلامت را بـه خـود اختصاص داده‌اند (۱). بنابراین نوسازی و سازماندهی مـدیریت سلامت بیماران خاص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش با مطالعه تطبیقـی جـامع مـدیریت سـلامت بیمـاران خاص در کشورهای آمریکا، انگلستان، کانادا و استرالیا، الگـوی مناسبی برای ایران طراحی گردیده است.

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر قدسی یزدیان؛ تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، حصارک، واحـد علـوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده مدیریت و اقتـصاد، گـروه مـدیریت خـدمات بهداشـتی و درمـانی؛
پست الکترونیک: gh_yazdian@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۱۷

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

انجمن مدیریت بیماری آمریکا در سال ۲۰۰۰، مدیریت بیماری خاص را به این صورت تعریف می‌کند: "مدیریت بیماری‌های خاص، یک رویکرد نظام‌مند و جمعیتی به منظور شناسایی بیماران، مداخله از طریق استفاده از راهکارهای مبتنی بر شواهد و سنجش پیامدها پس از وقوع مداخله است".

مدیریت بیماری‌های خاص یک مدل سازمانی است که طی آن، اعضای یک گروه مراقبت سلامت، به شکلی هماهنگ و مشارکتی با یکدیگر همکاری می‌کنند تا پیامدهای منفی بیماری‌های مزمن را کاهش و سطح سلامت بیماران را ارتقا بخشند (۲).

هدف این پژوهش، مطالعه ابعاد مدیریت سلامت بیماران خاص در چند کشور منتخب از طریق مطالعه تطبیقی و ارایه الگوی مدیریت سلامت بیماران خاص برای ایران است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش کاربردی بوده و روش مطالعه آن توصیفی، مقطعی و به صورت تطبیقی انجام شده است. پژوهشگر با نظر کارشناسان و صاحبنظران، از میان کشورهای توسعه‌یافته جهان، کشورهای آمریکا، انگلستان، استرالیا و کانادا را که می‌تواند الگوی مناسبی برای ایران باشد، انتخاب نمود تا با مقایسه مدیریت سلامت بیماران خاص در کشورهای منتخب، الگوی مناسبی برای بهره‌وری حداکثر از منابع موجود در جهت ارتقای سطح سلامت بیماران خاص ارایه دهد.

داده‌های مورد نیاز از طریق مراجعه به اسناد و مدارک، کتب، مقالات، قوانین و مقررات و به ویژه کتابخانه بنیاد بیماری‌های خاص و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، همچنین بهره‌گیری از شبکه جهانی اینترنت جمع‌آوری گردیده است. ضمن آن که با استفاده از دیدگاه‌ها و نظرات صاحبنظران، اساتید، کارشناسان و دست‌اندرکاران بخش بهداشت و درمان، صحت اطلاعات در تمامی مراحل پژوهش و خصوصاً در دو مرحله بسیار حساس به شرح زیر به نظرخواهی صاحبنظران و دست‌اندرکاران گذاشته شد:

مرحله اول) اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها و اطلاعات: در این پژوهش جداول تطبیقی تدوین‌شده بر اساس معیارهای سلامت بیماران خاص در قالب اهداف ویژه بر مبنای مدارک و اسناد معتبر علمی تنظیم گردید. این جداول، اساس و پایه مقایسه تطبیقی داده‌ها و اطلاعات قرار گرفته است. از اطلاعات این جداول جهت جمع‌آوری داده‌ها و طراحی الگو استفاده گردید.

مرحله دوم) جهت آزمون الگوی طراحی‌شده، پرسشنامه‌ای مرکب از ۸۹ سؤال در زمینه‌های ابعاد سیاستگذاری، ساختار تشکیلاتی، نحوه تأمین منابع و مکانیزم کنترل سلامت بیماران خاص، تدوین و به نظرخواهی ۱۵ نفر از افراد صاحب‌نظر در رشته مربوط گذاشته شد. به منظور تعیین نظرات متخصصین، از مقیاس پنج‌گزینه‌ای لایکرت (۱= بسیار کم، ۲= کم، ۳= متوسط، ۴= زیاد و ۵= بسیار زیاد) استفاده شد. پس از تأیید اعتبار پرسشنامه توسط متخصصین و صاحب‌نظران مربوط با استفاده از تکنیک دلفی سه مرحله‌ای پرسشنامه تأییدشده به نظرخواهی ۳۰ نفر متخصص گذاشته شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، از نرم افزار آماری SPSS برای تحلیل نتایج یافته‌ها و آزمون آماری Z برای هر سؤال استفاده شد. اگر نتیجه آزمون بزرگتر از عدد ۱/۶۴- بود، آن سؤال قابل قبول و اگر کمتر از این مقدار بود، غیرقابل قبول محسوب شد.

یافته‌ها

شاخص‌ها و پیامدهای نظام سلامت در کشورهای مورد مطالعه این پژوهش نشان می‌دهند که درصد بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) در ایران، پایین‌ترین و در ایالات متحده آمریکا، بالاترین رقم را دارا است. همچنین سهم سرانه سلامت از GDP در ایران، ۷۸۸؛ در کانادا، ۲۷۹۲؛ و در امریکا، ۴۸۸۷ دلار است. تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر نیز در ایران پایین‌ترین رتبه را دارا است و حدود ۶۰٪ انگلستان و کمتر از ۵۰٪ استرالیا و آمریکا است (جدول ۱).

همچنین، روند صعودی GDP تخصیص داده‌شده به بخش سلامت در کشورهای مورد مطالعه حاکی از این است که این شاخص در فاصله بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵، بین ۱۹ الی ۳۰ درصد افزایش داشته است. در ایران این میزان، معادل ۵۹٪ افزایش نشان می‌دهد (جدول ۲).

روند صعودی GDP تخصیص داده‌شده به بخش سلامت منتج از هزینه‌های کمرشکن تشخیص و درمان بیماری‌ها است که در دو دهه گذشته با ابداع روش‌های جدید تشخیصی و درمانی سیر صعودی داشته است. در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه برای هزینه‌های بیماری‌های کمرشکن برنامه‌های خاصی وجود دارد. در ایالات متحده برنامه‌های ویژه بیماری‌های کمرشکن برای گروه‌های سنی معینی تدوین و اجرا می‌گردد. به این صورت که مدیریت تیم سلامت در بیشتر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

ایالت‌ها درباره بیماری‌های مزمن و خانمان‌برانداز پیاده می‌شود؛ برنامه مدیریت موارد کمرشکن (Catastrophic Case Management) برنامه‌ای هدف‌گذاری‌شده برای موارد معدودی از بیماران با مشکلات سلامت مزمن می‌باشد که درصد قابل توجهی از منابع، صرف ارایه خدمات سلامت به آنان می‌شود. هزینه‌های عمده پزشکی از ویژگی‌های بارز این گروه از بیماری‌ها می‌باشد. این بیماران تحت پوشش برنامه مدیکید یا حمایت‌های پزشکی (Complex Medicaid Cases) قرار می‌گیرند (۵).

جدول ۱) شاخص‌ها و پیامدهای نظام سلامت در کشورهای مورد مطالعه (منبع شماره ۳)

شاخص	کشورهای مورد مطالعه				
	انگلستان	استرالیا	کانادا	امریکا	ایران
جمعیت (میلیون)	۵۸/۷	۱۸/۷	۳۰	۲۷۶	۶۸/۵
درصد GDP بخش سلامت (۲۰۰۴)	۷/۵	۹/۶	۹/۹	۱۵/۳	۶/۵
سهم GDP سرانه سلامت (به دلار آمریکا)	۱۹۹۲	۲۳۵۰	۲۷۹۲	۴۸۸۷	۷۸۸
تعداد پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	۱۷	۲۵	۲۱	۲۷	۱۰
تعداد پرستار به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	۴۵	۹۵	۷۶	۸۳	۱۴/۹ پرستار و ماما
امید به زندگی	۷۷/۲	۷۶/۸	۷۹	۷۶/۷	۷۱
امید به زندگی تعدیل‌شده بر اساس ناتوانی و رتبه سازمان جهانی بهداشت	۷۱/۷ (۱۴)	۷۳/۲ (۲)	۷۲/۰ (۱۲)	۷۰/۰ (۲۴)	نامعلوم
رتبه سازمان جهانی بهداشت از نظر مشارکت عادلانه مالی	۸	۲۶	۱۷	۵۴	نامشخص

جدول ۲) روند GDP تخصیص داده شده به بخش سلامت (منبع شماره ۴)

کشور	مخارج سلامت مطابق درصد GDP									
	۱۹۹۶	۱۹۹۷	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵
انگلستان	۷/۰	۶/۸	۶/۹	۷/۱	۷/۳	۷/۵	۷/۷	۷/۸	۸/۱	۸/۳
استرالیا	۸/۲	۸/۲	۸/۳	۸/۴	۸/۸	۸/۹	۹/۱	۹/۲	۹/۶	۹/۵
کانادا	۸/۸	۸/۸	۹/۰	۸/۹	۸/۸	۹/۳	۹/۶	۹/۷	۹/۸	۹/۹
آمریکا	۱۳/۲	۱۳/۱	۱۳/۱	۱۳/۱	۱۳/۳	۱۴/۰	۱۴/۷	۱۵/۲	۱۵/۴	۱۵/۷
ایران	۴/۹	۵/۵	۵/۹	۶/۱	۵/۶	۶/۰	۶/۰	۶/۷	۶/۶	۷/۸

مؤسسات کنترل و نظارت بر نوع خدمات سلامت در بسیاری از کشورهای پیشرفته صنعتی وجود دارند. دو نمونه از این مؤسسات به شرح زیر هستند:

- مؤسسه ملی تعالی خدمات بالینی (National Institute for Clinical Excellence; NICE)، در سال ۱۹۹۹ تأسیس شد و هدف آن کاهش نابرابری در ارایه خدمات سلامت (به عنوان یک شاخص کیفیت سیستمی) به وسیله استانداردکردن طبابت بالینی با استناد بر شواهد معتبر در سطح ملی است. فعالیت‌های NICE در سه حوزه تعریف شده است: ارزیابی فناوری‌ها، تدوین راهکارهای بالینی و ممیزی بالینی (۶).

- اداره تحقیقات و کیفیت مراقبت سلامت (Agency for Healthcare Research and Quality) یک اداره دولتی است. این اداره همچنین وظیفه سازماندهی و رهبری سایر مراکز مطالعاتی و تحقیقاتی را در زمینه‌های زیر بر عهده دارد: ارتقای کیفیت و ایمنی بیماران، اثربخشی خدمات سلامت، طبابت بالینی و ارزیابی فناوری‌ها، ساختار ارایه خدمات، مراقبت‌های اولیه (مانند خدمات پیشگیری)، هزینه و منابع خدمات سلامت (۶).

ارزیابی فناوری سلامت مربوط به تمام بیماری‌ها و از جمله بیماری‌های مزمن و خاص است که مراکز ارزیابی فناوری سلامت (HTA) به عنوان ارایه‌دهنده خدمات علمی، در

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

نقش بدنه سیاست‌سازی مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Policy Making) فعالیت دارند. هدف ارزیابی و تحلیل فناوری‌های مرتبط با سلامت، ارایه اطلاعات مناسب جهت سیاست‌گذاری سلامت است (۶).

مراکز ارزیابی فناوری سلامت عمدتاً در سطح ملی فعالیت دارند. این مراکز در آمریکا و استرالیا تاحدودی، و در انگلستان و کانادا کاملاً نهادینه شده‌اند. در ایران چنین سیاستی برای بیماران خاص وجود ندارد.

انگلستان: تدوین راهکارهای بالینی و نیز ارزیابی‌های هزینه-اثربخشی استفاده از فناوری‌های سلامت از جمله داروها و تکنیک‌های درمانی جدید، تجهیزات پیشرفته پزشکی درباره تمام بیماری‌ها از جمله بیماری‌های خاص در سطح ملی در مؤسسه ملی تعالی خدمات بالینی انجام می‌شود.

مؤسسه ملی هماهنگی مراکز ارزیابی فناوری، (The National Coordinating Center for Health Technology Assessment)، ارایه هر گونه ساز و کار نوین در زمینه دارو، تکنیک‌ها و تکنولوژی‌های مرتبط و ارزیابی مدیریت سلامت را به عهده دارد. کنترل ارایه خدمات تحت عنوان حاکمیت بالینی (Clinical Governance) در سطح ارایه‌کنندگان خدمات سلامت توسط اهرم‌های اجرایی نظام ملی سلامت (National Health System) انجام می‌شود.

استرالیا: در مراکز ارزیابی فناوری سلامت، مطالعات توسط بخش دولتی انجام می‌شوند و نتایج، توسط گروه‌های تخصصی و با حمایت بخش عمومی، از جنبه‌های مدیریتی اجرا می‌گردد (۷).

کانادا: کنترل و مسؤولیت ارایه خدمات، در سطح ایالتی تعریف می‌شود. دفتر هماهنگی ارزیابی فناوری سلامت کانادا (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment)، برای فعالیت‌های مختلف پژوهشی مرتبط با هزینه- اثربخشی مداخلات خاص در سطح ملی فعالیت دارد. مرکزی نیز تحت عنوان کارگروه ارزیابی دوره‌ای خدمات سلامت (The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination) به بررسی‌های سیستماتیک راهکارهای بالینی و نیز فناوری‌های نوین نظارت دارد. "دفتر ممیزی و پاسخگویی" در سطح ملی، وظیفه حاکمیت و ممیزی بالینی را به عنوان کارکرد مدیریتی و عملیاتی ارایه خدمات در سطح ارایه‌کنندگان بر عهده دارد (۸).

ایالات متحده آمریکا: اهرم کنترلی بخش دولتی برای ارایه خدمات از جمله به بیماران خاص، مؤسسه طب آمریکا در کنار اداره تحقیقات و کیفیت مراقبت سلامت (Agency for Healthcare Research and Quality) به عنوان بدنه‌های سیاست‌سازی می‌باشد که متولی حاکمیت بالینی می‌باشند. این در حالی است که هر ایالت نیز برنامه‌هایی در زمینه بیماران خاص دارد (۶).

مطالعات تطبیقی نشان داد خدماتی که به بیماران خاص ارایه می‌شود شامل خدمات هر سه سطح پیشگیری از جمله واکسیناسیون، آموزش شیوه زندگی سالم و مراقبت‌های دوران بیماری، انتشار کتابچه‌های بهداشتی، مشاوره سلامت، خدمات مربوط به معاینات و آزمایش‌های دوره‌ای سلامتی برای تشخیص و درمان زودهنگام بیماری‌های خاص، ارایه وسایل کمکی مربوط به بیماران خاص، خدمات آزمایشگاهی، مراقبت و درمان در منزل، خدمات دارویی و خدمات آسایشگاهی می‌باشد.

مطالعات تطبیقی نشان دادند که عمده روش‌های تأمین منابع مالی خدمات سلامت بیماران خاص در مرحله اول، اعتبارات دولتی و سپس انجمن‌ها و تشکل‌های غیردولتی و مشارکت افراد (حق بیمه، پرداخت از جیب) می‌باشد. برای مشخص‌شدن بیشتر ابعاد مسئله، جدول ۳، به صورت مقایسه‌ای، وضعیت موجود کشورهای منتخب با مؤلفه‌های مرتبط را نشان می‌دهد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

جدول۳) خلاصه‌ای از ویژگی‌های کشورهای مورد مطالعه در زمینه مدیریت بیماران خاص

ویژگی‌ها	کشورها				
	انگلستان	استرالیا	کانادا	ایالات متحده	ایران
سیاستگذاری سلامت بیماران خاص	به صورت متمرکز NHS	به صورت متمرکز	به صورت متمرکز	به صورت غیر متمرکز	در قالب سیاستهای کلان به صورت متمرکز
جایگاه بیمه درمان بیماران خاص	بسته خدمات سلامت عمومی+ حمایت‌های ویژه	برنامه سلامت مدیکیر+ حمایت-های ویژه غیردولتی	بیمه فراگیر ملی+ حمایت تشکل‌های غیردولتی	مدیکیر + مدیکید + حمایت تشکل‌های غیردولتی	حمایت‌های دولتی
ساختار تشکیلاتی سازمان‌های ملی حمایت از بیماران خاص	خصوصی(مردمی) در تعامل با ساختارهای دولتی	دولتی + خصوصی(مردمی)	خصوصی(مردمی) در تعامل با ساختارهای دولتی	CDC و بخش خصوصی	در ساختار کلی بخش سلامت + غیردولتی
کمیته‌های ملی مرتبط با مدیریت سلامت بیماران خاص	ذی‌نفوذان سلامت، بعضی تراست‌های NHS، NICE	مرکز بیماری‌های مزمن و اولویت-های ملی سلامت	شاخه سیاست‌گذاری سلامت	مرکز نظارت و کنترل بیماری- کمیته هماهنگی NGO ها	–
مکانیزم پرداخت به ارایه کنندگان	پرداخت به ازای سرانه جمعیت	بودجه بیمارستانی در سطح ایالت و تخصیص گرانت	نظام بودجه بندی ایالتی	غلبه پرداخت در ازای خدمت	ترکیبی از نظام بودجه و نظام کارانه
حساب‌های ملی سلامت برای برآورد (منابع-مصارف)	حساب‌های ملی سلامت در قالب کلی	حساب‌های ملی سلامت در قالب کلی	حساب‌های ملی سلامت در قالب کلی	حساب‌های ملی سلامت و ایالتی	حساب های ملی سلامت در قالب کلی
تأمین منابع مالی	مالیات مستقیم و غیرمستقیم و جمع اعانات(انجمن‌ها)	مالیات عمومی(نظام ملی) و اعانات خصوصی	مالیات و جمع اعانات (در قالب انجمن‌های غیردولتی)	جمع اعانات (در قالب انجمن-های خصوصی)	مالیات + درآمد نفتی در قالب بودجه عمومی
یکپارچگی یا عدم تمرکز کارکرد انباشت منابع	یکپارچه در سطح ملی	نیمه متمرکز(در سطح ملی-منطقه ای)	نیمه متمرکز(در سطح ملی-منطقه ای)	نیمه متمرکز(در سطح ملی-منطقه ای)	صندوق‌های جدا (غیرمنسجم)
مصادیق بیماری‌های خاص	تعیین موارد حسب شرایط مختلف(فردی و بیماری)	تعیین موارد حسب شرایط مختلف(فردی و بیماری)	تعیین موارد حسب شرایط مختلف(فردی و بیماری)	تعیین موارد حسب شرایط مختلف(فردی و بیماری)	MS+ بیماران دیالیزی + تالاسمی + هموفیلی
معیارهای پوشش خدمات سلامت بیماری‌های خاص	قالب ملی: عمومی، جلب حمایت سیاسی بیماران	عموم شهروندان، جلب حمایت سیاسی انجمن‌ها	عموم شهروندان، جلب حمایت سیاسی انجمن‌ها	فعالیت انجمن‌ها + مدیکیر + مدیکید	عضویت در صندوق های بیمه درمان
کمک‌های دولت به بیماران خاص	تمام سطوح مراقبت (با توجه خاص به سطوح اولیه)	تمام سطوح مراقبت (با توجه خاص به سطوح اولیه)	تمام سطوح مراقبت (با توجه خاص به سطوح اولیه)	بیشتر سطوح ثانویه	بیشتر سطوح ثانویه
ارزیابی تکنولوژی و هزینه-اثربخشی مداخلات	مؤسسه ملی تعالی خدمات بالینی(NICE)	کمیته‌های ملی(در رأس آنها NHTAP)،مقامات سلامت، گروه‌های دانشگاهی، مشاوره خصوصی	CCOHTA، برنامه‌های منطقه‌ای و ایالتی تحقیقات ارزیابی سازوکارهای سلامت	مؤسسه پزشکی(IOM)، مطالعات موردی، گروه‌های پراکنده، سازمان‌های حرفه‌ای (اکثراً در زمینه داروها)	–
مبنای تخصیص یارانه-ها	ارزیابی‌های سیستماتیک مداخلات	ارزیابی‌های سیستماتیک مداخلات	ارزیابی‌های سیستماتیک مداخلات	ارزیابی‌های سیستماتیک مداخلات	–
رویکرد مراقبت مزمن	مدیریت بیمار و افراد سالم	مدیریت بیمار و افراد سالم	مدیریت بیمار و افراد سالم	مدیریت بیماری	مدیریت بخشی از بیماران

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

بحث

کم بودن سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) در ایران مستلزم برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر برای مصرف بهینه و مؤثر در بخش سلامت و به ویژه مدیریت بیماری‌های خاص است که در مطابقت با کشورهای پیشرفته کاستی های عمده‌ای مشاهده می‌شود. روند رو به رشد درصد تولید ناخالص داخلی(GDP) اختصاص داده شده به بخش سلامت، نگرانی همه کشورها را برانگیخته است و این نگرانی حاکی از وقوع بحران مالی نظام‌های سلامت، دارای جوانب مختلفی است؛ کشورهای پیشرفته‌ای چون انگلستان به مقوله اقتصاد درمان بسیار توجه دارند؛ به این معنا که هدف خود را به حداکثر بازدهی از منابع محدود، یعنی حداکثر سطح سلامت معطوف کرده‌اند. این هدف در صورتی محقق می‌شود که اولویت‌گذاری خدمات و سهمیه‌بندی اعتبارات و منابع مالی به نحوی صورت بگیرد که کل نظام ارایه خدمات سلامت یعنی ترکیب کلی خدمات و تسهیلات مختلف در این سیستم از بیشترین هزینه- اثربخشی، هزینه- کارایی و هزینه- مطلوبیت برخوردار باشد (۹).

ضروری است اشاره شود که سلامت با کالاها و فرآوردهای سایر بخش‌ها متفاوت است. برخورداری از سلامت، برای همگان یک حق مثبت (Positive Right) تلقی می‌شود و اهمیت حیاتی این مقوله الزامات خاصی را بر می‌انگیزد که با سایر بخش‌های خدماتی متفاوت است. پس درعین حال اهداف دیگری همچون پاسخدهی به توقعات و رضایت بیماران، مشارکت عادلانه منابع مالی و توجه به ارتقای مداوم کیفیت ارایه خدمات، نیز باید در کنار کارآیی اقتصادی مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

در کشورهای پیشرفته برای مطابقت با هزینه‌های کمرشکن بخش سلامت، روش‌های مختلفی ازجمله نظام پرداخت که با اهرم انگیزه‌های مالی به کنترل ارایه خدمات و نظارت بر نوع و میزان مصرف کالاها و خدمات می‌پردازد، اتخاذ می‌شود. از روش‌های دیگر برای تطبیق با هزینه‌های کمرشکن بهداشت و درمان، حاکمیت بالینی و مکانیزم سهمیه بندی است (۱۱).

خدمات سلامت مجانی نیست و حتی اگر به بیمار یا خانواده بیمار یا به شخص خاصی اشاره نکنیم، هزینه آن باید از جایی تأمین شود؛ این هزینه در نهایت به آحاد جامعه برمی‌گردد که باید به نحوی از انحا آن را متحمل شوند. اگر منابع آن قدر بود که برای هر کسی همه چیز فراهم بود، قاعدتاً بحث سهمیه‌بندی و محدودیت دسترسی مطرح نمی‌شد. اینجا یک دوگانگی وجود دارد و آن این است که در مقام صحبت از ارزش‌های انسانی برای زندگی انسان نمی‌توان نرخ تعیین کرد؛ این در حالی است که در عالم واقعی برای منابع محدود تصمیم‌گیری کرده و در واقع، برای زندگی انسان‌ها نرخ تعیین می‌کنیم و این چیزی است که عملاً اتفاق می‌افتد (۱۲).

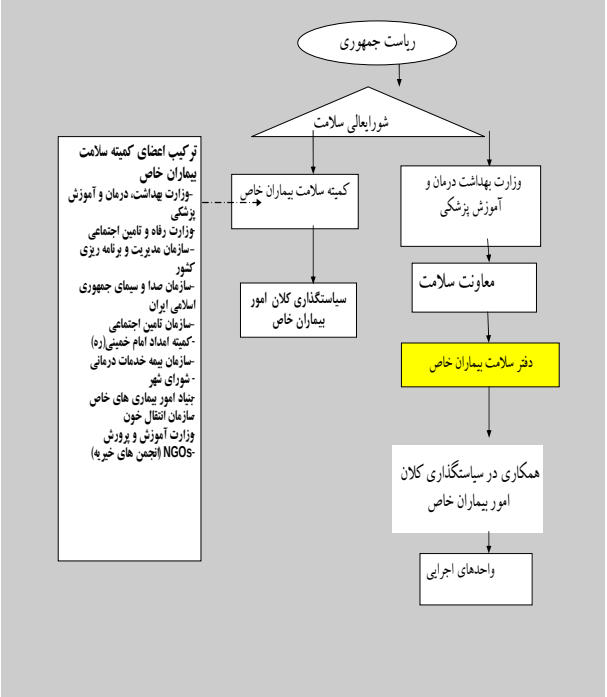
منابع و سرمایه‌ها در نظام سلامت محدود است اگر با اولویت‌گذاری هوشمندانه کار سهمیه بندی صورت نگیرد، و اگر این کار کاملاً به دست نامرئی بازار واگذار شود، در آن صورت عده‌ای که از قدرت و ثروت برخوردارند حتی اگر نیاز سلامت‌شان نسبتاً کمتر باشد، بهره می‌برند و عده‌ای دیگر با وجود نیاز بیشتر به دلیل فقر و عدم برخورداری از قدرت و ثروت، محروم خواهند شد (۱۳).

بررسی وضع موجود در ایران نشان می‌دهد که سازمان‌های متعددی مانند وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و سازمان بهزیستی کشور، از محل منابع دولتی خدمات مربوط به بیماران خاص را به صورت پراکنده به عهده دارند. بر این اساس ضروری به نظر می‌رسد که متولی امور سیاستگذاری بیماران خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد؛ ولی ارایه خدمات بهداشتی و درمانی بیماران خاص به سازمان‌های مختلف از جمله سازمان‌های بیمه‌ای، بنیاد امور بیماری‌های خاص و بخش خصوصی واگذار شود.

به این ترتیب که سیاستگذاری سلامت بیماران خاص در سطح ملی و به صورت متمرکز صورت گیرد، برنامه ریزی هم در سطح ملی و هم در سطح منطقه ای انجام شود و ارایه خدمات سلامت بیماران خاص به صورت غیرمتمرکز صورت گیرد.

مطالعه تطبیقی نشان داد که سیاست گذاری کلان امور بیماران خاص در کشورهای مورد مطالعه توسط وزارت سلامت و رفاه و یا بالاترین شوراهای سلامت که مرکب از نمایندگان وزارتخانه‌ها هستند صورت می‌گیرد. در الگوی نهایی پیشنهاد شد "کمیته سلامت بیماران خاص" در شورای عالی سلامت نهاد ریاست جمهوری و همچنین "دفتر سلامت بیماران خاص" در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردند و به صورت قانونمند سیاستگذاری سلامت بیماران خاص را عهده دار شوند (نمودار ۱).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]



نمودار ۱) الگوی نهایی ساختار سازمانی نظام خدمات بهداشتی و درمانی بیماران خاص

متخصصین عقیده دارند که ترکیب اعضای کمیته سلامت بیماران خاص در نهاد ریاست جمهوری، نمایندگان سازمان‌ها و نهادهای زیر باشند:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت آموزش و پرورش، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان‌ها و تشکل‌های غیردولتی، سازمان انتقال خون ایران، بنیاد امور بیماری‌های خاص، سازمان نظام پزشکی کشور، نماینده شوراهای شهر (نمودار ۱).

مطالعات تطبیقی نشان داد که ارایه خدمات بهداشتی- درمانی به بیماران خاص به صورت مشخص، تعیین‌نشده و گاه خدمات به صورت موازی از سوی سازمان‌های مختلف ارایه می‌شود. پیشنهاد می‌گردد که ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران خاص همانند کشورهای مورد مطالعه توسط واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی، بخش خصوصی با همکاری سازمان‌های بیمه‌ای و مشارکت مردم و به صورت غیر متمرکز در شهرستان‌های ایران ارایه گردد. متخصصین عقیده دارند که خدمات سلامت به بیماران خاص "آسیب پذیر و نیازمند" در هر سه سطح پیشگیری به صورت رایگان (با ارایه کارت بیمه درمان حمایتی) ارایه شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد از بیماران خاص فرانشیز خدمات درمانی دریافت نشود. استفاده از خدمات سلامت بیماران خاص به صورت رایگان یا در قالب بیمه همگانی در ایران برای افراد با تابعیت ایرانی در نظر گرفته شود، زیرا عده قابل توجهی به صورت غیر قانونی در ایران زندگی می‌کنند که ارایه خدمات به آنان به صورت رایگان و یا در قالب بیمه درمان همگانی مقدور نمی‌باشد. همچنین خدماتی که به بیماران خاص ارایه می‌شود شامل خدمات هر سه سطح پیشگیری باشد .

مطالعات تطبیقی و اظهارنظر متخصصین نشان داد که عمده روش‌های تأمین منابع مالی خدمات سلامت بیماران خاص از طریق مالیات‌ها (مالیات‌های مستقیم، غیر مستقیم و مالیات سلامت)، حق بیمه، یارانه دولت، مشارکت افراد نیکوکار و سازمان‌های غیردولتی مردم‌نهاد (NGOs)، منابع ناشی از سرمایه‌گذاری و کمک‌های فنی و مالی سازمان‌های بین‌المللی تأمین شود.

پیشنهاد می‌شود که نظارت بر خدمات سلامت بیماران خاص توسط ترکیبی از نمایندگان سازمان‌های ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران خاص، نماینده دولت، نماینده مصرف‌کنندگان و نمایندگان سازمان‌های بیمه ای در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، متخصصین و صاحب‌نظران اعتقاد دارند که علاوه بر بیماری‌های تالاسمی، نارسایی مزمن کلیه، هموفیلی، و هپاتیت، بیماری‌های دیابت، مالتیپل اسکلروزیس، ایدز و سرطان نیز به لحاظ ویژگی‌های مشابهی که دارند، به لیست بیماری‌های خاص در ایران افزوده شوند.

در خاتمه، پژوهش در زمینه تعیین هزینه‌های درمانی، حق سرانه بیمه درمان، تعیین بسته‌های خدمات درمانی، تعیین سال‌های ناتوانی و سالم زیستن، بررسی نقش آموزش شیوه زندگی سالم وتأثیر آن در کاهش بروز بیماری‌های خاص در کشورهای منتخب و ارایه الگو برای ایران نیز پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و کارشناسان ارشد بنیاد بیماری‌های خاص و معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه ای داشتند، تشکر و سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

REFERENCES

۱. کاظمینی م. مراقبت از بیماران مزمن کلیوی در ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ سال ۱۳۸۴.

2. Jackson SD. Health Care Quality Project, November 2001.

3. World Health Organization. The WHO Stepwise Approach ; Surveillance of Risk Factors for Non-Communicable Diseases l; Geneva 2004.

4. WHO Regional Office for Europe Copenhagen. Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention (CINDI) Programme. Protocol and Guidelines; 2004.

5. Definition for Serious and Complex Medical Condition. Available at: URL: http://books.Nap.Edu Accessed: Year 2005.

۶. شیروانی آ. مبانی تعالی خدمات بالینی. دفتر تعالی خدمات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی؛ سال ۱۳۸۶.

7. Herdman RC. Health Care Technology and Its Assessment in Eight Countries. 2000.

8. Strategic Policy and Research Intergovernmental Affairs. Health Care Systems: An International Comparison. 2001.

9. World Bank. Catastrophic Health Care Payments. 2004.

10. Bodenheimer, Thmoas S. Understanding Health Policy: A Clinical Approach. 2002.

۱۱. نقوی م، جمشیدی ح. بهره‌مندی از خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ سال ۱۳۸۴.

12. NHS Institute for Innovation and Improvement. Improving Care for People with Long-Term Conditions. 2006.

۱۳. کریمی، ایرج، اقتصاد سلامت، جلد ۲، سال ۱۳۸۴، انتشارات گپ، تهران.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]