

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

دکتر قدسی یزدیان^{۱*}، دکتر ایرج کریمی^۱، دکتر شهرام توفیقی^۲

^۱گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی
^۲مرکز تحقیقات راهبردی بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

چکیده

سابقه و هدف: مدیریت سلامت بیماران خاص، از چالش‌های جدی سیاستگذاران در امر سلامت می‌باشد. این بیماری‌ها به دلیل مزمن بودن، 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 لایکرت 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 ارائه‌دهنده 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 بیماران خاص، یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در تمامی کشورها بوده و مسایل آن از جنبه‌های سیاستگذاری، ساختار تشکیلاتی، نحوه تأمین منابع مالی و مکانیزم کنترل خدمات بیماری‌ها مورد بحث قرار می‌گیرد.

بیماری‌های خاص به دلیل مزمن بودن، نداشتن درمان قطعی، هزینه‌های کمرشکن، نیاز به فناوری‌ها و درمان‌های پیچیده، همواره بخش قابل توجهی از منابع سلامت را به خود اختصاص داده‌اند (۱). بنابراین نوسازی و سازماندهی مدیریت سلامت بیماران خاص از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش با مطالعه تطبیقی جامع مدیریت سلامت بیماران خاص در کشورهای آمریکا، انگلستان، کانادا و استرالیا، الگوی مناسبی برای ایران طراحی گردیده است.

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر قدسی یزدیان؛ تهران، بلوار اشرفی اصفهانی، حصارک، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی؛
پست الکترونیک: gh_yazdian@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۹/۱۷

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 آمریکا، 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

ارایه خدمات سلامت به آنان می‌شود. هزینه‌های عمده پزشکی از ویژگی‌های بارز این گروه از بیماران می‌باشد. این بیماران تحت پوشش برنامه مدیکید یا حمایت‌های پزشکی (Complex Medicaid Cases) قرار می‌گیرند (۵).

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

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

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

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

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

اداره تحقیقات و کیفیت مراقبت سلامت - اداره (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

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 استاندارد کردن 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).

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 زود هنگام 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 مشخص شدن بیشتر ابعاد مسئله، جدول ۳، به صورت مقایسه‌ای، وضعیت موجود کشورهای منتخب با مؤلفه‌های مرتبط را نشان می‌دهد.

نقش بدننه 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

جدول ۳) خلاصه‌ای از ویژگی‌های کشورهای مورد مطالعه در زمینه مدیریت بیماران خاص

ویژگی‌ها	کشورها			
	انگلستان	استرالیا	کانادا	ایالات متحده
سیاستگذاری سلامت بیماران خاص	به صورت متمرکز NHS	به صورت متمرکز	به صورت متمرکز	به صورت غیر متمرکز
جایگاه بیمه درمان بیماران خاص	بسته خدمات سلامت عمومی + حمایت‌های ویژه	برنامه سلامت مدیکر + حمایت‌های ویژه غیردولتی	بیمه فراگیر ملی + حمایت‌های غیردولتی	مدیکر + مدیکید + حمایت‌های غیردولتی
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
کمیته‌های ملی مرتبط با مدیریت سلامت بیماران خاص	ذی‌نقوذان سلامت، بعضی تراست‌های NHS، NICE	مرکز بیماری‌های مزمن و اولویت‌های ملی سلامت	شاخه سیاست‌گذاری سلامت	مرکز نظارت و کنترل بیماری - کمیته هماهنگی NGO ها
مکانیزم پرداخت به ارائه‌کنندگان	پرداخت به ازای سرانه جمعیت	بودجه بیمارستانی در سطح ایالت و تخصیص گرانت	نظام بودجه بندی ایالتی	غلبه پرداخت در ازای خدمت
حساب‌های ملی سلامت برای برآورد (منابع-مصارف)	حساب‌های ملی سلامت در قالب کلی	حساب‌های ملی سلامت در قالب کلی	حساب‌های ملی سلامت و ایالتی	حساب‌های 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 انجمن‌های خصوصی)
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)
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)
معیارهای پوشش خدمات سلامت بیماران خاص	قالب ملی: عمومی، جلب حمایت سیاسی بیماران	عموم شهروندان، جلب حمایت سیاسی انجمن‌ها	عموم شهروندان، جلب حمایت سیاسی انجمن‌ها	فعالیت انجمن‌ها + مدیکر + مدیکید
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
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 (اکثرأ در زمینه داروها)
مبنای تخصیص یارانه‌ها	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

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 کاستی‌های 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 از جمله 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 شوراها 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).

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 I; 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.