

پیشگیری از بیماری های چشمی

بنام آنکه هستی نام ازو یافت
سازمان بیمه خدمات درمانی کشور
هیات مدیره

کنفرانس تجربیات کشوری در مطالعات اقتصادی دارو و درمان

**نقش سازمانهای بیمه سلامت در افزایش کارایی،
اثربخشی و عدالت در ارائه خدمات سلامت**

دکتر علی حسن زاده
بهمن ۱۳۹۰

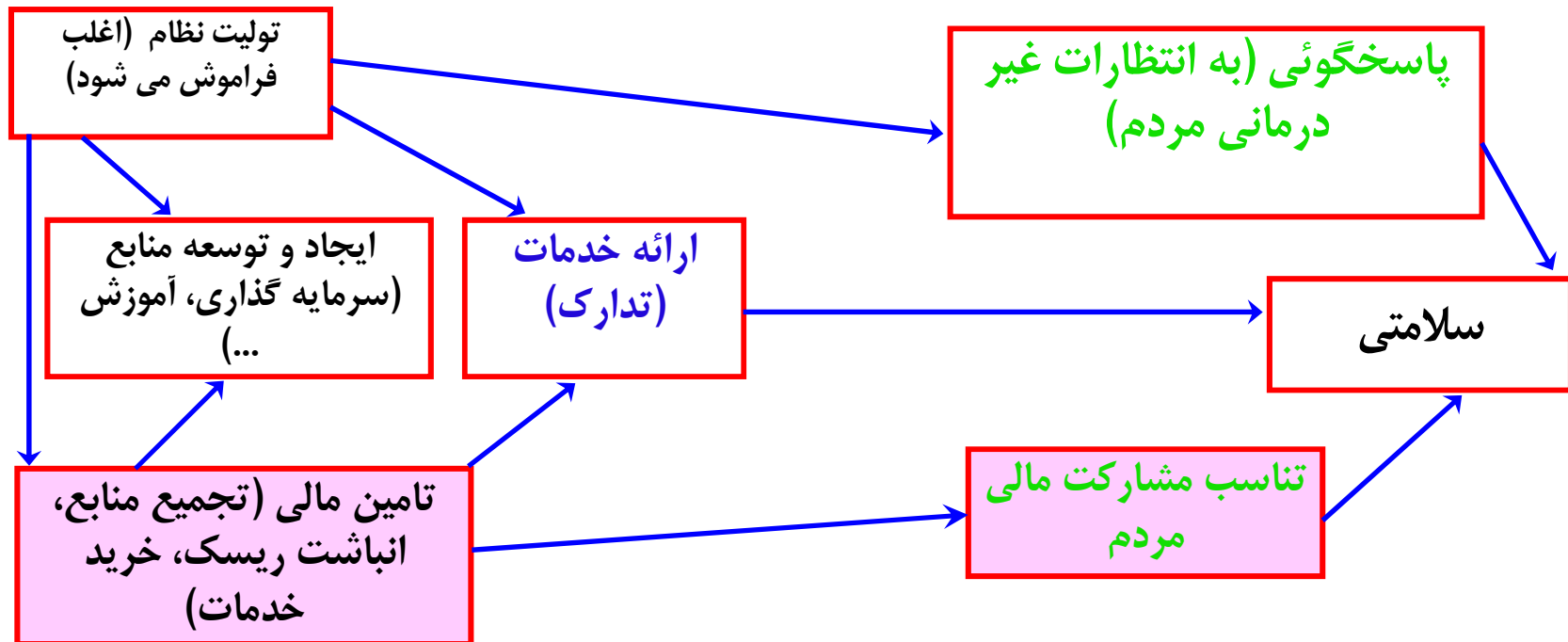
« سلامت یکی از نیازهای اساسی جوامع بشری است. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است. از «اسقلیوس» خدای طب در یونان قدیم، «ایمهوتپ» در مصر باستان، «تراتئون - فریدون» در ایران باستان تا طب سنتی ابن سینا و «آئورودی» در شبه قاره همه و همه نشان از اهمیت سلامت در جوامع بشری دارد.

« برآورده شدن این نیاز در بازاری شکل می‌گیرد که به تعبیر اقتصاددانان دچار شکست است. به این معنی که شرایط یک بازار کامل بر آن حکمفرما نیست. در چنین شرایطی قیمت خدمات سلامت و توان پرداخت مردم نقش تعیین‌کننده‌ای را در چگونگی عرضه و تقاضای آن ایفا می‌کند.

نظام سلامت، از عملکرد تا نتیجه

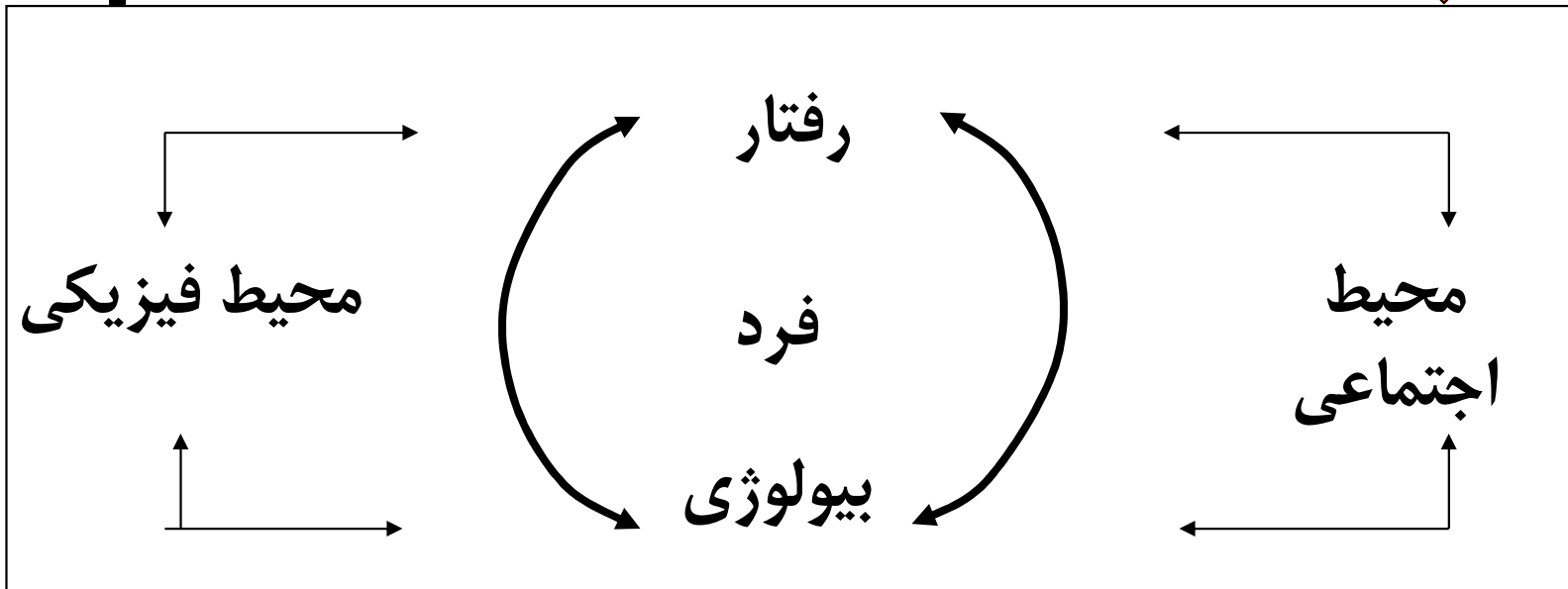
کارکرد های نظام سلامت

اهداف و نتایج نظام سلامت



عوامل تعیین کننده در سلامتی

سیاستها و اقدامات مربوط به آن



دسترسی به مراقبت های سلامتی کیفی

Dr Hassanzadeh M.D,
Ophthalmologist

عوامل تعیین کننده سلامت

- رفتارهای افراد و عوامل محیطی تعیین کننده
- ۷۰ درصد از مرگ های پیش رس در دنیا است
- اقدامات پیشگیرانه و سیاستگذاریهایی که به این دو عامل مهم توجه داشته باشد می تواند موجب کاهش بار بیماریها، افزایش کیفیت زندگی و طول عمر گردد.

عوامل تعیین کننده سلامت

- **بیولوژی فردی:** ساختار ژنتیکی افراد (کلیه عواملی که اشخاص با آن متولد می شوند)
- **رفتارها:** واکنش ها یا بروز پاسخ های فردی به محرک های درونی یا شرایط بیرونی، رفتارها می تواند رابطه دو جانبه با بیولوژی فردی داشته باشد
- **محیط اجتماعی:** واکنش متقابل بین فامیل، دوستان، همکاران و سایر جوامع است

عوامل تعیین کننده سلامت

- **محیط فیزیکی:** همانگونه است که حس شده و شنیده می شود این محیط از عناصری مانند اوزون و تشعشعات نیز اثر می پذیرد
- **قوانین و سیاست گذاریها:** از طریق مواردی مانند حمل و نقل، آموزش، کار، کارگاهها، سازمانهای جامعه نگر، گروههای شهری و حرفه ای در بهداشت و سلامت افراد و جوامع **تاثیرگذار است**

سلامت نیروی پیش برنده در اقتصاد کشورها

اثرات بخش سلامت برای کل اقتصاد

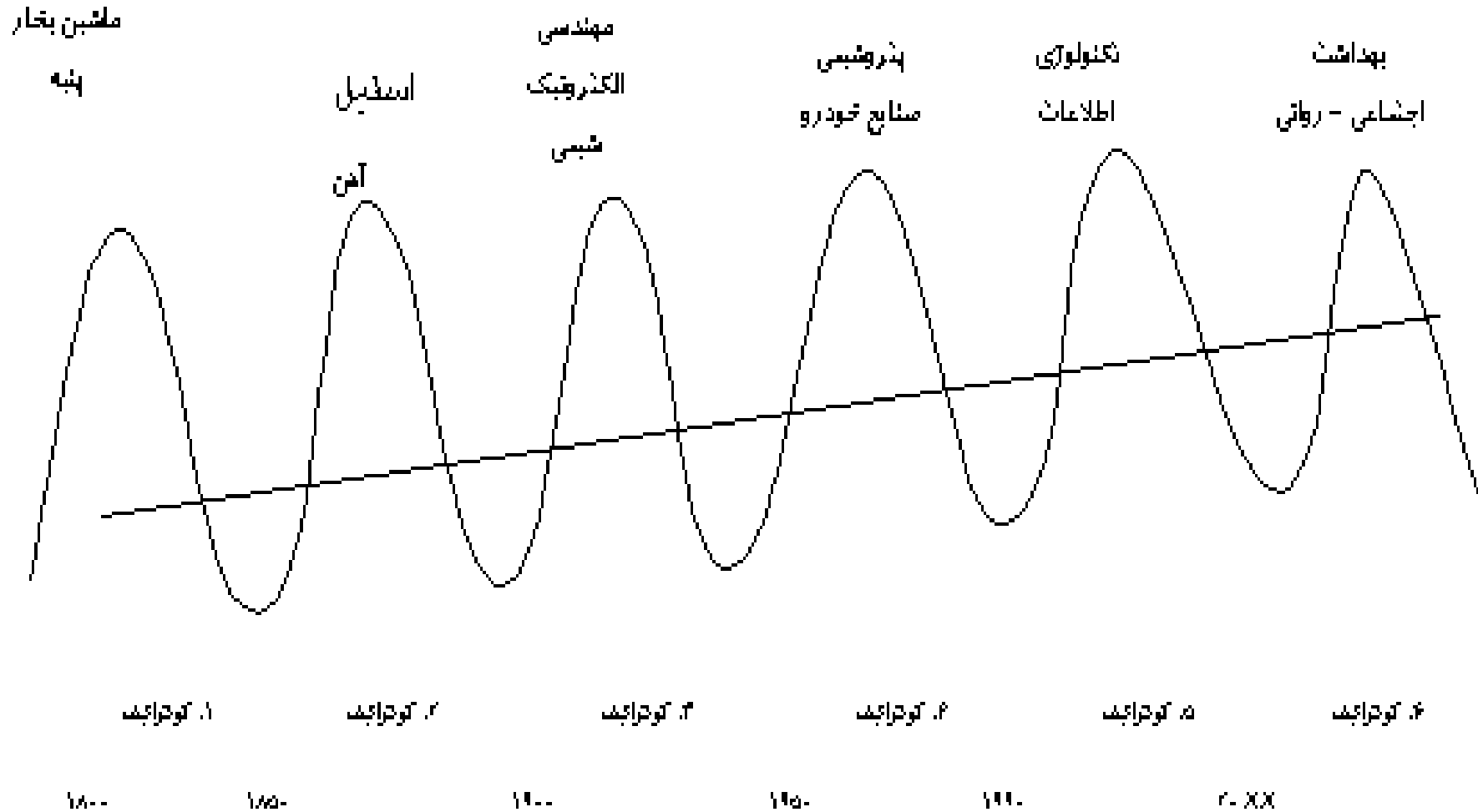
* رفاه اجتماعی با توجه به تئوری سلامت مولد

* رشد در تولید ناخالص ملی واقعی (GNP)

* بهره وری و ظرفیت اقتصاد

* اشتغال

سلامت نیروی پیش برنده در اقتصاد کشورها



امواج بلند چرخه های اقتصادی و حوزه های ابتکار اساسی (چرخه کنتراتیف)

بهمن

Dr. Hassanzadeh M.D,
Ophthalmologist

رابطه مثبت بین سلامت و درآمد سرانه در تئوری توسعه

- درآمد بیشتر منجر به مصرف بیشتر کالاها و خدمات بهداشتی درمانی، غذای بهتر و دسترسی بیشتر به آب آشامیدنی سالم و ...
- در سالیان گذشته جنبه منفی این رابطه تصادفی مد نظر قرار می گرفت و چنین تصور می شد که درآمد بالاتر، سلامت افزونتر را دنبال داشته و موجب اختلاف طبقاتی بیشتر می شود

مدلهای نشان دهنده رابطه سلامت و درآمد سرانه

- بهره‌وری : جمعیت‌های سالم، بهره‌وری کاری بالاتر دارند
- آموزش و تربیت : افراد سالم و دارای امید به زندگی بیشتر، انگیزه بیشتری برای سرمایه‌گذاری در مهارت‌ها و قابلیت‌های خود دارند
- سرمایه‌گذاری در « سرمایه فیزیکی » : امید به زندگی طولانی‌تر به مفهوم نیاز به افزایش پس‌اندازهای تجمعی است
- « انتقال جمعیتی » : تغییر به سمت کاهش در نرخ مرگ و میر و نرخ باروری منجر به افزایش نسبت جمعیت در سن

اشتغال

Dr Hassanzafer M.D,
Ophthalmologist

تجزیه و تحلیل های اقتصاد کلان

- اگر امید به زندگی در یک کشور پنج سال بالاتر از کشور دیگر باشد، درآمد سرانه در کشور دارای جمعیت سالمتر سالیانه به میزان $3/0$ تا $5/0$ درصد سریعتر از کشور دارای جمعیت با سطح سلامتی پائین تر رشد خواهد کرد
- هزینه های بیماری یکی از علل قابل ملاحظه فقر در بسیاری از کشورهای دارای درآمد سرانه پائین می باشد. سلامتی اغلب تنها دارائی است که اشخاص فقیر دارا هستند و مهمترین پیش نیاز لازم برای مشارکت آنان در بازار کار به منظور کسب درآمد می باشد

Dr Hassanzadeh M.D,
Ophthalmologist

بهمن

اهداف کلیدی اقتصاد در سلامت

* کارایی Efficiency

– کارایی عملیاتی Operational Efficiency

– کارایی تخصیصی Allocational Efficiency

* اثربخشی Effectiveness

* عدالت Equity

– عدالت افقی Horizontal Equity

– عدالت عمودی Vertical Equity

اهداف کلیدی اقتصاد در سلامت

کارائی عملیاتی

انتخاب بین روش های جایگزین در دستیابی به یک هدف واحد، با حداکثر بازده برای سطح مشخص از منابع ، و حداقل هزینه برای سطح بازده مطلوب

ضوابط دستیابی به کارائی عملیاتی :

- * هزینه کمتر در دستیابی به نتیجه مطلوب با سطح ثابت بازده ← ترجیح آن گزینه
- * هزینه کمتر در دستیابی به نتیجه مطلوب با سطح بیشتر بازده ← ترجیح آن گزینه
- * هزینه کمتر در دستیابی به نتیجه مطلوب با سطح کمتر بازده ← محاسبه هزینه - اثربخشی



سالهای عمر کیفی (شاخص های DALY , DALE)

اهداف کلیدی اقتصاد در سلامت

کارائی تخصیصی : پاسخ به سوال آیا فعالیت انجام شده ، ارزش انجام را دارد؟

استفاده از تکنیک هزینه - فایده

* فعالیت هایی انجام شوند که فواید آن بیش از هزینه است.

* فعالیت هایی که هزینه آن بیش از فواید است بایستی متوقف شوند.

* در تصمیم به تغییر در اندازه یک برنامه ← رعایت قوانین

فوق

عدالت در سلامت

- فقر مهمترین عامل مرگ ، بیماری و ناتوانی قابل پیشگیری است. بطور متوسط کودکی که در خانواده فقیر متولد می شود دوبرابر بیشتر از کودکی که در گروه بالای جامعه متولد می شود، شانس مرگ تا قبل از رسیدن به سن پنج سالگی را دارد.
- درهند داراها سه برابر بیشتر از ندارها از یارانه سود می برند. (فقرا ۱۰/۱ درصد، گروه دوم ۴/۱۳٪ ، گروه میانه ۸/۱۷٪ ، گروه چهارم ۶/۲۵ درصد و ثروتمندان ۱/۳۳٪)
- فقرا بیشترین بار بیماریها را بدوش می کشند ولی سهم کمتری از مراقبتهای سلامت دارند «مراقبت های معکوس»

✓ سلامت تنها دارائی افراد فقیر است

✓ ۸۴ درصد از فقرا ۹۲ درصد از بار جهانی بیماریها را بدوش می کشند در صورتیکه فقط ۱۱٪ (معادل ۲۸۰ میلیارد دلار) از مصارف جهانی سلامت (۲۵۰۰ میلیارد دلار) نصیب کشورهای کم و متوسط درآمد می شود

✓ فقر مهمترین عامل مرگ ، بیماری و ناتوانی قابل پیشگیری است. کودکی که در خانواده فقیر متولد میشود دوبرابر بیشتر از کودکی که در گروه بالای جامعه متولد میشود، شانس مرگ تا قبل از رسیدن به سن پنجسالگی را دارد

عدالت در سلامت

- سر در گمی در مباحثِ عدالت (بی عدالتی، در سطح و کیفیتِ سلامت برای گروه جمعیتی در مقابل سطح تدارک و توزیع خدمات)
- عوامل طبیعی تعیین کننده تفاوت در سلامت افراد (تفاوت‌های بیولوژیک، رفتارهای انتخابی مخاطره آمیز، تماس با شرایط زندگی و کاری غیر سالم و پر استرس، دسترسی ناکافی به خدمات اساسی، انتخاب طبیعی، و ...) آیا بی عدالتی در سلامت با این موضوعات قابل توجیه است؟

ابعاد نظری عدالت در سلامت

- قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم تحلیل فلسفی است (سه دیدگاه)
- **سودگرایی** به معنی قضاوت در مورد یک سیاست براساس پیامدهای آن. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می پردازد.
- **لیبرالیسم** به حقوق و فرصت ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه برپایان کار.
- **جامعه گرایی** نوع جامعه ای را که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می کنند مهم می داند

نظریه های اخلاقی

- هر نظریه سؤالات خاص خود را دارد که راهنمای اتخاذ تصمیم در سیاستگذاری نظام سلامت است
- برای سودگرایان، تندرستی چگونه باید اندازه گیری و سنجیده شود؟ بر پیامدها تاکید دارند- مردم به کجا باید برسند
- برای لیبرال ها ، افراد چه حقوقی دارند؟ بر حقوق و فرصتها تاکید می کنند- مردم از کجا آغاز کنند
- برای جامعه گرایان، محدوده ها و ارزش های جامعه خوب کدامند؟ بر انواع افراد و جوامعی که باید خلق شوند؛ تاکید می ورزند

عدالت در سلامت از دید گاه کاربردی


- برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم اصلِ عدالت به دو بخش افقی و عمودی تقسیم می شود
- به تعبیر او عدالت افقی عبارتست از اینکه برابرها بایستی برابر درمان شوند و عدالت عمودی یعنی اینکه نابرابرها نابرابر درمان شوند
- فرضیهٔ عدالت مالی در دو مرحله بایستی بررسی شود اولاً پذیرش عدالت عمودی به مفهوم پرداخت براساس توان پرداخت، و دوماً در بین گروههای دارای وضعیت مالی برابر، پرداخت واقعی برای اقدام مناسب وجود دارد

ویژگیهای عدالت افقی

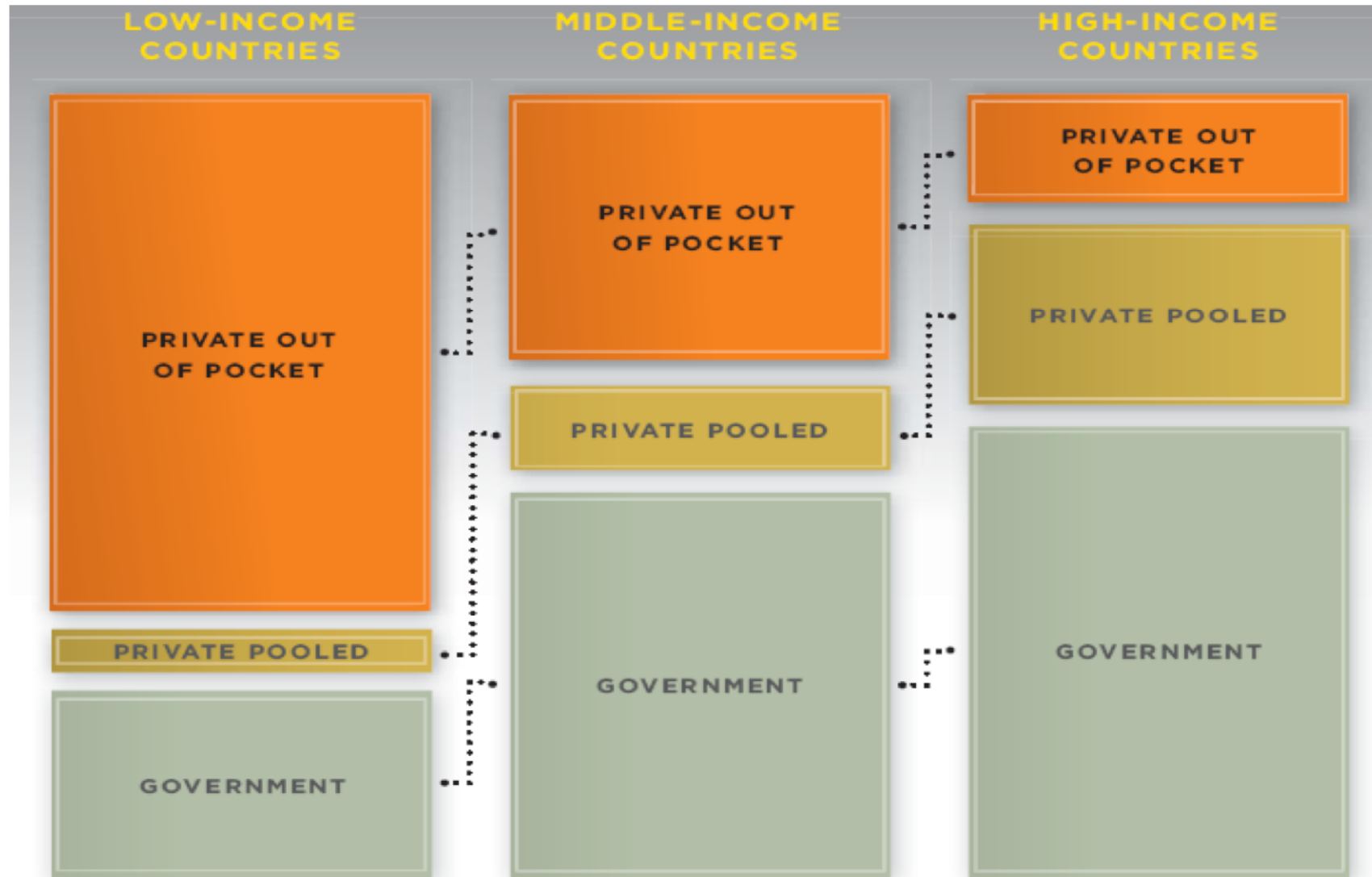
- مصرف برابر برای نیازهای برابر مانند هزینه پرستاری برابر به ازای تخت در کلیه بیمارستانهای اورژانس
- مطلوبیت برابر برای نیاز برابر مانند اقامت بستری برابر برای نیاز سلامتی مشابه
- دسترسی برابر برای نیاز برابر مانند مدت انتظار برابر برای شرایط بیماری مشابه
- بهداشت و درمان برابر به ازای نابرابریهای سلامتی مانند نرخ مرگ و میر استاندارد که با سن و جنس در کلیه مناطق تحت پوشش سلامت تنظیم شده است

ویژگیهای عدالت عمودی

- درمان نامساوی برای نیازهای نامساوی مانند عدم تساوی در درمان بیماریهای قابل درمان عادی و بیماری شدید و بحرانی
- تامین پیشرونده منابع مبتنی بر توانایی پرداخت مانند مالیات بر درآمد پیشرونده، و تامین انحصاری منابع از مالیات بر درآمد
- عدالت عمودی در سلامتی منتهی به دو سوال می شود :
 - الف- توانایی در پرداخت را چگونه می توان توصیف کرد؟
 - ب- رابطه بین توانایی در پرداخت و پرداخت ها چگونه باید باشد؟

- 
- باید به این سؤال پاسخ داد که چه کسی هزینه خدمات سلامت را می پردازد؟
 - سیستم تامین مالی زمانی عادلانه است که این پرداخت بر اساس «توان پرداخت» افراد باشد
 - برای اندازه گیری نیازمند دسترسی به دو نوع اطلاعات بطور همزمان هستیم که شامل سطح اجتماعی-اقتصادی احاد جامعه، و میزان پرداخت برای مراقبتهای سلامت (شامل مالیات، حق بیمه، پرداختهای مستقیم از جیب) است

نمودار مقایسه کشورهای ثروتمند و فقیر از منظر تامین مالی سیستم سلامت



بهمن

Dr Hassanzadeh M.D,
Ophthalmologist

- « سلامتی » کلید بهره‌وری است و بنابراین به تنهایی نتیجه یک سیاست توسعه‌ای موثر نیست بلکه خود عامل حیاتی توسعه است
- اگر بیماری مهم‌ترین معضل فقرا باشد بنابراین « بیمه سلامت » و مراقبت‌های بهداشتی درمانی نقطه مرکزی سیاست‌های فقرزدایی خواهد بود

- برای فرار از فقر، فقرا نیازمند **فرصت و امنیت** هستند. اگر **آموزش** به عنوان منبع اصلی بهبود فرصت ها تلقی شود بنابراین سلامت بیشتر، عامل کلیدی تشدید امنیت خواهد بود.

- **توسعه سلامت محور** موجب بهبود دسترسی به آموزش می شود. بنابراین **فرصت و امنیت** دو عامل کاملاً مرتبط با همدیگر هستند که بهترین شانس را به افراد فقیر می دهند تا خود و خانواده شان را از ورطه فقر و تنگدستی

بیرون بکشند.»
Dr Hassanzadeh M.D.
Ophthalmologist

- سرمایه گذاری در مبارزه آگاهانه با بیماری و آموزش های پیشگیرانه در محیط کار موجب کاهش بیماریهای مرگ آور و تضمین سلامت مالی آینده سیستم های مستمری و بیمه های اجتماعی خواهد شد فلذا مشارکت سازمانهای بیمه اجتماعی در طرح های « مبارزه آگاهانه با بیماری » کاملاً منطقی است.

روند زمانی تغییرات شاخص عدالت ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۱
(سید معاون رضوی و همکاران)

سال	شاخص عدالت در تامین مالی IFFC	نسبت خانوارهای مواجه با حالت اسف بار	درصدی از خانوارها که بدلیل تامین هزینه های سلامت زیر خط فقر می افتند
۱۳۷۴	0.8345	2.13%	1.22%
۱۳۷۵	0.8334	2.13%	1.11%
۱۳۷۶	0.8416	1.97%	0.95%
۱۳۷۷	0.8355	2.13%	1.06%
۱۳۷۸	0.8370	2.14%	1.12%
۱۳۷۹	0.8358	2.18%	1.25%
۱۳۸۰	0.8337	2.19%	1.11%
۱۳۸۱	0.8330	2.32%	1.12%

نتایج بدست آمده از مطالعه استانه‌ها در سال ۱۳۸۱

- استان چهارمحال و بختیاری حائز بهترین رتبه (۰.۸۸۱۸) و استان قم بدترین رتبه (۰.۷۹۷۲) در شاخص عدالت IFFC
- استان قم بیشترین (۴.۷۲٪) و استان چهارمحال و بختیاری (۰.۶۷٪) کمترین خانوارهای مواجهه با هزینه اسف بار را دارد
- استان خراسان (۲.۶۹٪) بیشترین و استان تهران (۰.۲۷٪) کمترین خانوارهای فقیر شده را داشته است

شاخص تناسب در مشارکت مالی مردم در تامین هزینه های سلامت (۱۳۸۱)

درصد خانوارهای فقیر شده Impo veris hed	درصد خانوارهای مواجه با Catastro phic	شاخص عدالت IFFC	نام استان
0.99%	1.72%	0.8513	لرستان
0.71%	1.14%	0.8513	ایلام
0.50%	1.41%	0.8602	کهگیلویه بویراحمد
0.36%	0.89%	0.8731	بوشهر
1.10%	1.59%	0.8479	زنجان
0.85%	1.68%	0.8425	سمنان
1.32%	1.53%	0.8482	یزد
0.83%	1.31%	0.8589	هرمزگان
0.27%	2.49%	0.8212	تهران
1.18%	2.01%	0.8481	اردبیل
0.88%	4.72%	0.7972	قم
1.14%	2.74%	0.8273	قزوین
1.57%	2.18%	0.8378	گلستان
1.12%	2.32%	0.8330	کل کشور

بهمن

Dr Hassanzadeh M.D, Ophthalmologist

درصد خانوارهای فقیر شده Impo veris hed	درصد خانوارهای مواجه با Catastro phic	شاخص عدالت IFFC	نام استان
1.30%	2.25%	0.8290	مرکزی
1.48%	3.36%	0.8144	گیلان
1.19%	2.80%	0.8259	مازندران
1.26%	3.19%	0.8247	آذربایجان شرقی
1.74%	2.69%	0.8438	آذربایجان غربی
1.13%	3.78%	0.8098	کرمانشاه
0.36%	1.30%	0.8692	خوزستان
0.78%	1.78%	0.8483	فارس
0.64%	2.24%	0.8446	کرمان
2.69%	2.98%	0.8120	خراسان
1.64%	3.43%	0.8191	اصفهان
1.58%	1.81%	0.8358	سیستان بلوچستان
1.62%	3.00%	0.8196	کردستان
0.92%	2.95%	0.8169	همدان
1.41%	0.67%	0.8818	چهارمحال بختیاری

هزینه های سلامت در سال ۱۳۸۷

- از کل هزینه های سلامت خانوارها ۵۱٪ و دانشگاههای علوم پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، و وزارت بهداشت به ترتیب ۱۴، ۱۱، ۷ و ۳ درصد تامین مالی کرده اند. از کل هزینه های خدمات درمانی خانوارها با ۵۹٪ بیشترین سهم و سپس و دانشگاههای علوم پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و وزارت بهداشت به ترتیب با ۱۵، ۱۲، ۷ و ۲ درصد قرار دارند.
- در بین فراهم کنندگان خدمات سلامت بیمارستانها با ۴۱ درصد از کل هزینه های سلامت را مصرف کرده و سپس فراهم کنندگان خدمات سرپائی، داروخانه ها، و فراهم کنندگان خدمات وابسته به سلامت به ترتیب با ۲۸، ۱۵ و ۵ درصد قرار دارند.

هزینه های سلامت در سال ۱۳۸۷

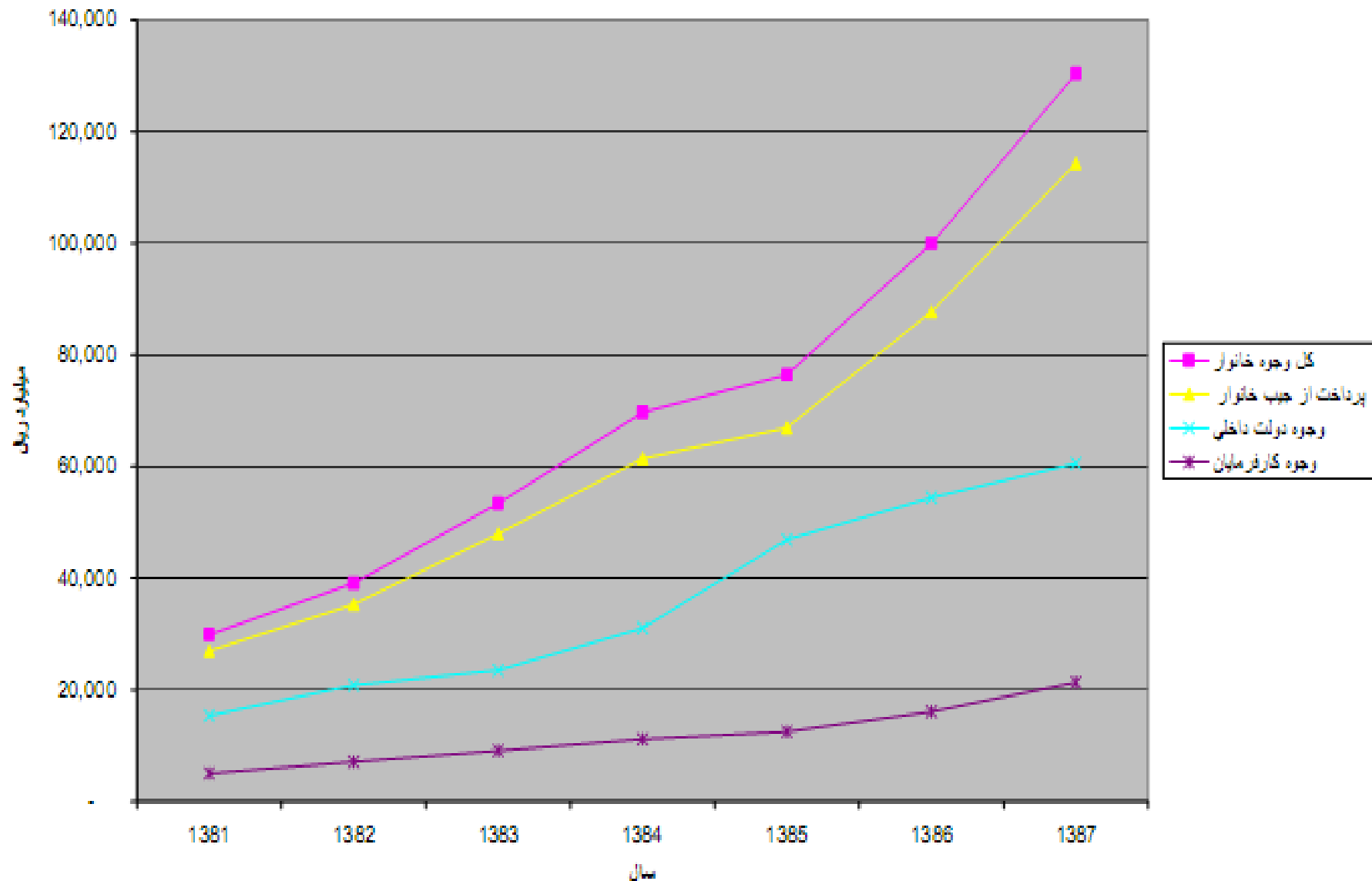
■ ۵۳٪ از هزینه هائی که توسط وزارت بهداشت فراهم شده به بیمارستانها و ۱۲٪ به فراهم کنندگان خدمات سرپائی، ۱۰٪ به اداره سلامت عمومی و ۲۴٪ به فراهم کنندگان خدمات وابسته به سلامت پرداخت شده است.

■ خانوارها ۵۲٪ از هزینه های بیمارستانی را تامین کرده و سپس دانشگاههای علوم پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و وزارت بهداشت به ترتیب با ۱۸، ۱۱، ۸ و ۳ درصد قرار دارند.

هزینه های سلامت در سال ۱۳۸۷

- ۹۳٪ از هزینه های بیمارستانی صرف ارائه خدمات درمانی می شود و ۳٪ به خدمات جانبی مانند آزمایشگاه رادیولوژی و ... اختصاص دارد.
- ۵۸٪ از هزینه ها را مردم و سپس وجوه دولت مرکزی، و کارفرمایان به ترتیب با ۲۷ و ۱۰ درصد قرار دارد
- روند هزینه ها نشان می دهد هرگاه سهم دولت کاهش یافته بار بر دوش خانوارها افزایش پیدا کرده است و بالعکس.

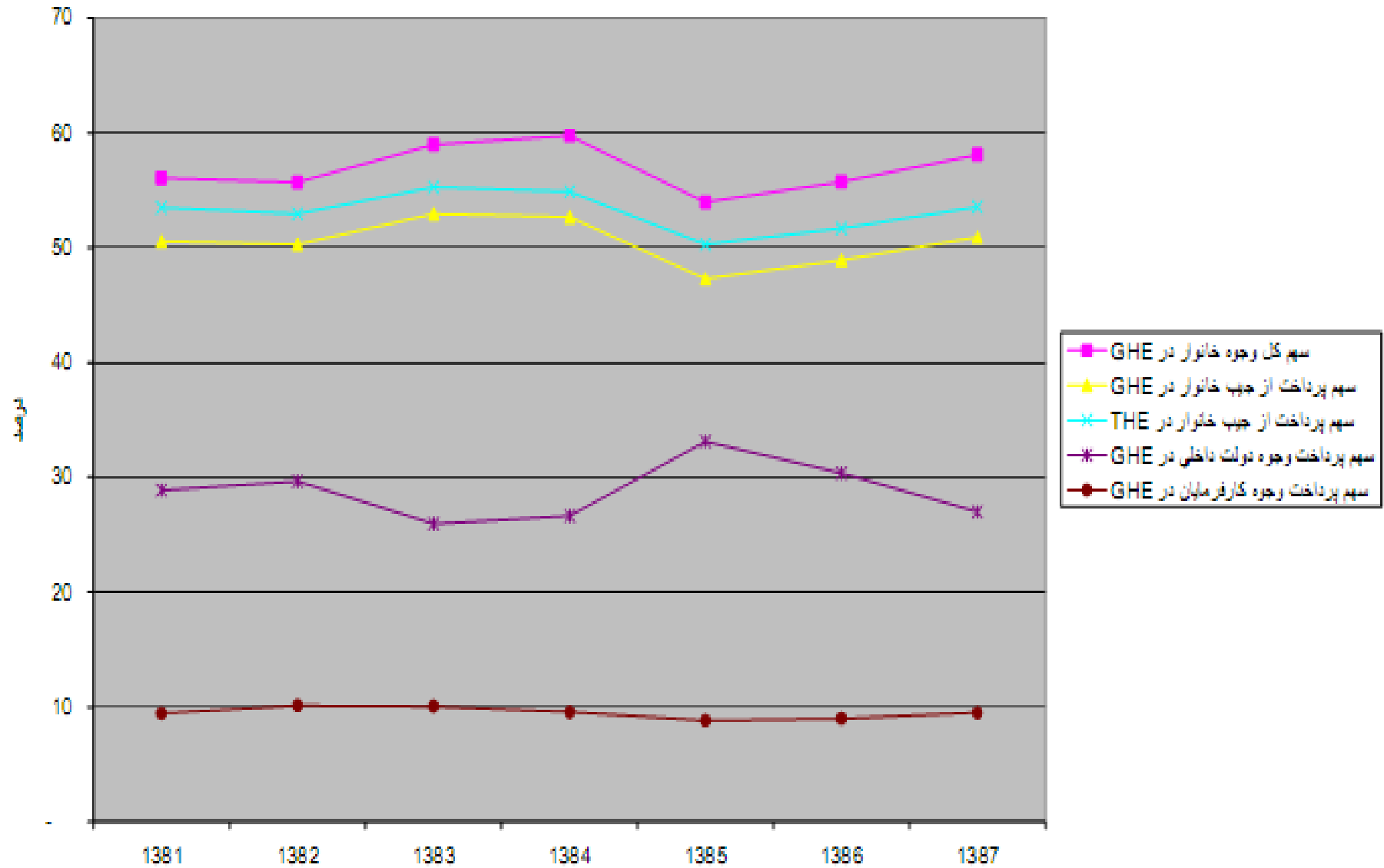
نمودار 1- روند هزینه های سلامت بر حسب منابع تامین مالی طی سالهای 1381-1387



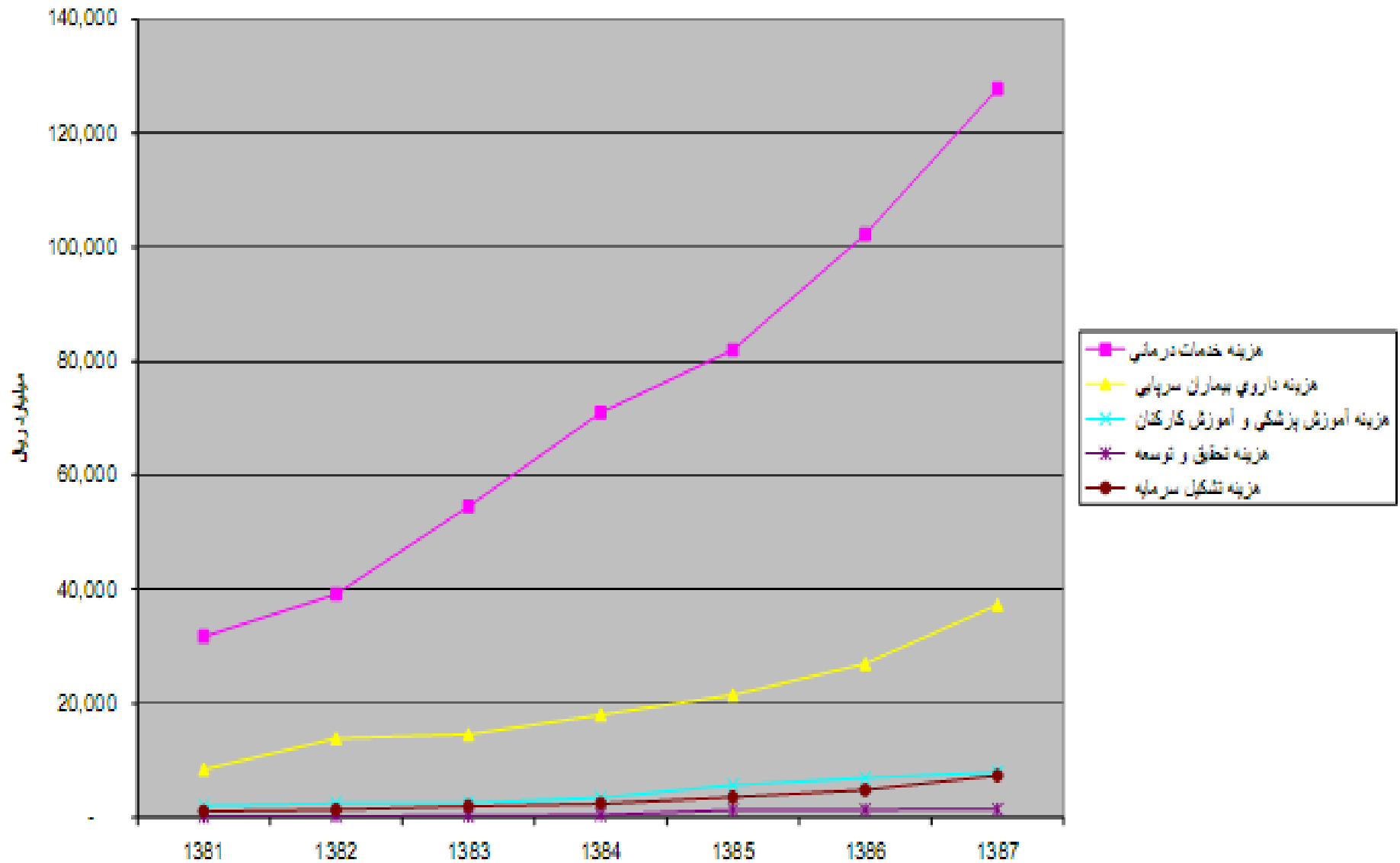
بهمن

Dr Hassanzadeh M.D, Ophthalmologist

نمودار 2. درصد بار مالی هزینه های سلامت بر دوش عمده ترین تامین کنندگان منابع مالی طی سالهای 1381-1387



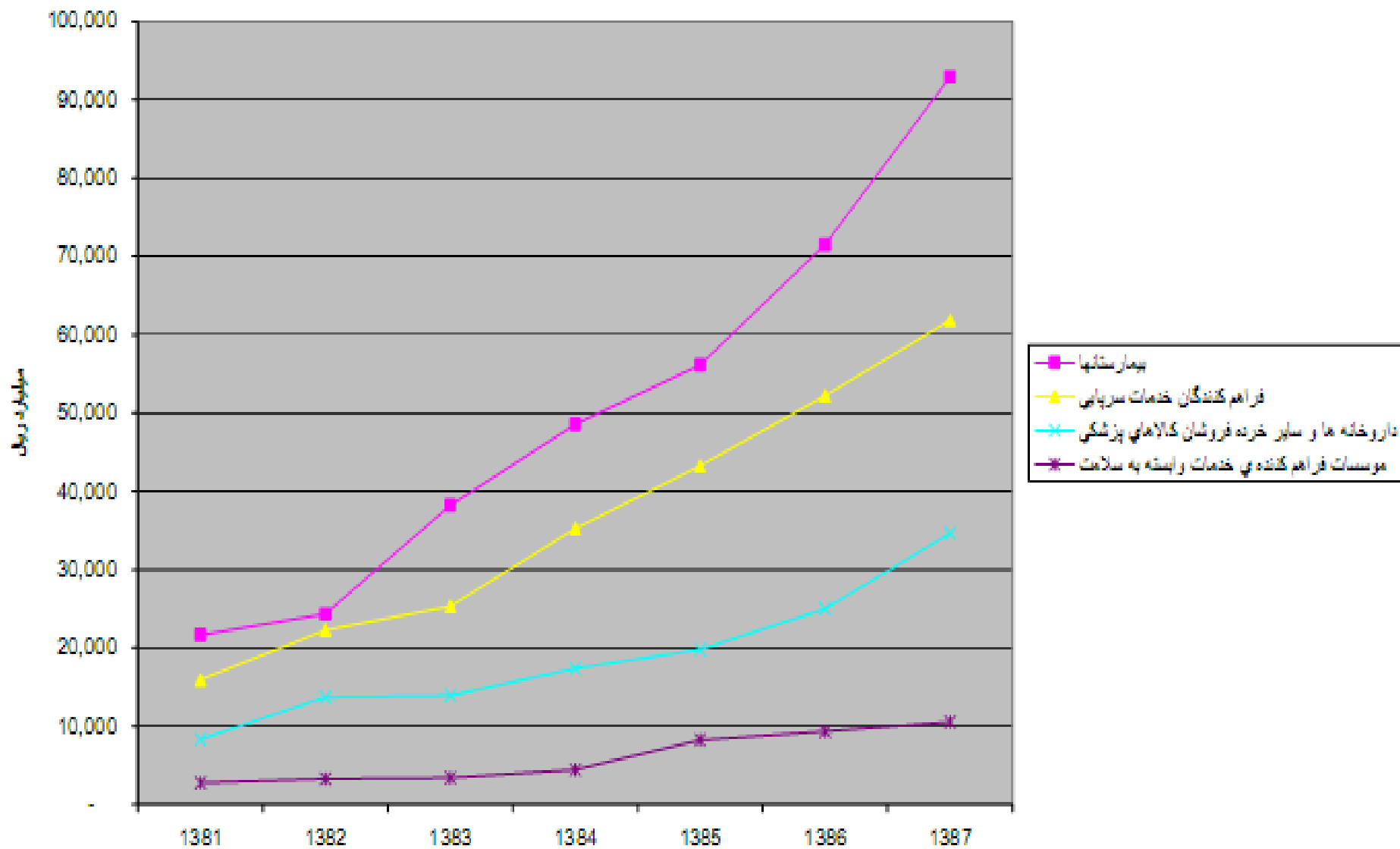
نمودار 3- روند هزینه های سلامت بر حسب کارکردهای مختلف طی سالهای 1381-1387



بهمن

Dr Hassanzadeh M.D, Ophthalmologist

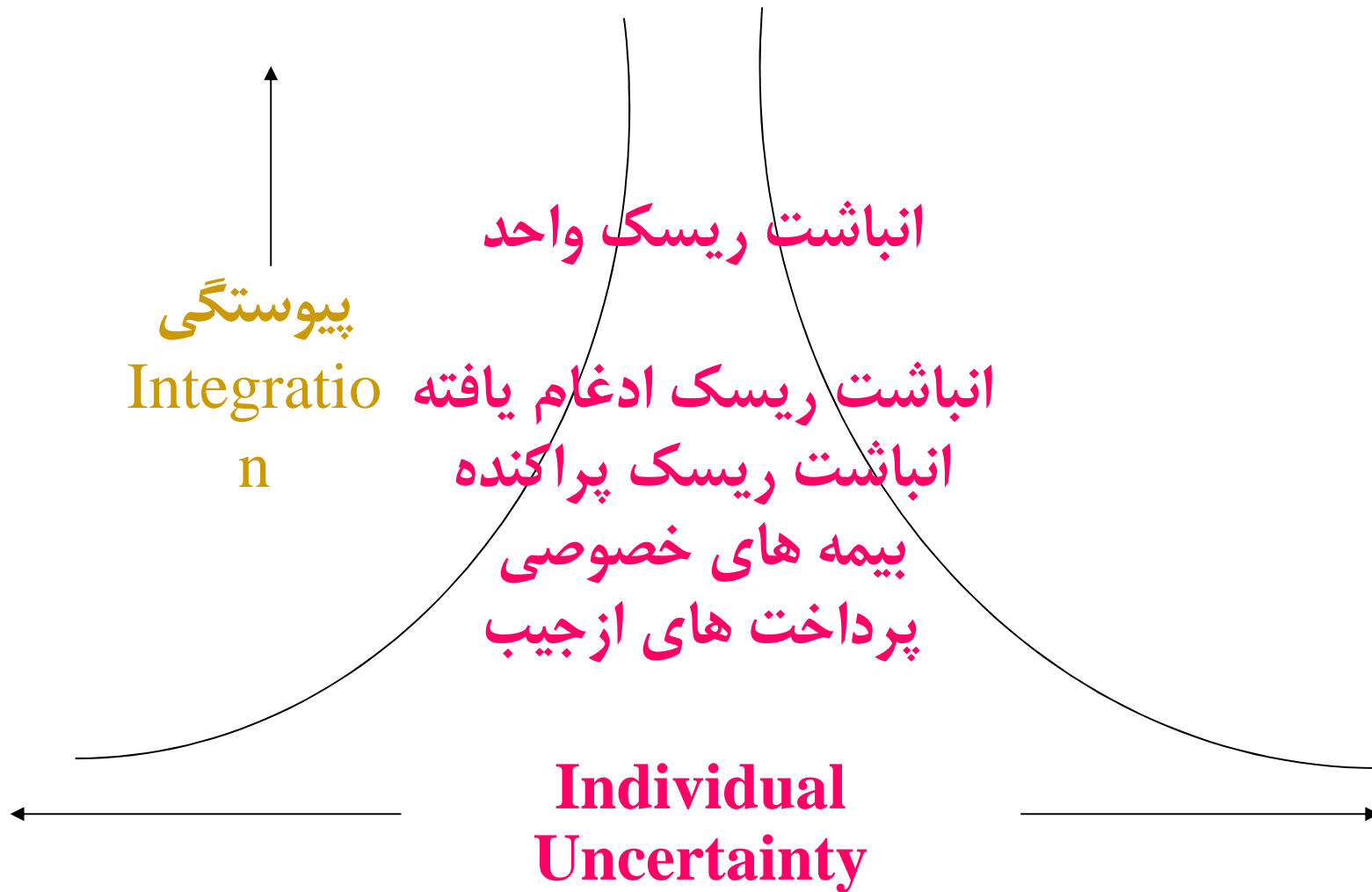
نمودار 4- روند هزینه های سلامت بر حسب فراهم کنندگان مختلف طی سالهای 1381-1387



جمع بندی و نتیجه گیری

- تنها راه نیل به عدالت در مشارکت برای تامین مالی هزینه‌های سلامت حصول پوشش همگانی می‌باشد.
- قدم اول شناخت دقیق ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی اقشار هدف و مرور سیاستهای فعلی نظام مالی بخش بهداشت و درمان است.
- نظام بیمه سلامت کشور باید با در نظر گرفتن دو ملاحظه کلیدی ساماندهی شود. ۱- نسبت به تامین منابع و تدارک سازوکارهای لازم برای تحت پوشش گرفتن اقشار خارج از سیستم بیمه‌ای مبادرت کند. ۲- در تامین منابع از محل مشارکت اعضاء به فراخور وسع درآمدی خانوارها و به روش پیش رونده و تصاعدی نسبت به تامین منابع صندوقهای بیمه عمل نماید.
- برای دستیابی به پوشش همگانی ناگزیر از ادغام سازمانهای بیمه ای هستیم در صورتی که با توجه به هرم پیوستگی قبل از رفتن به مرحله ریسک واحد ضرورت گذار از ریسک ادغام یافته وجود دارد. پیش نیاز ادغام در گام اول وحدت در نحوه تامین منابع و سپس وحدت در نحوه ایفای تعهدات و در نهایت وحدت در ساختار می باشد.

جمع بندی و نتیجه گیری



جمع بندی و نتیجه گیری

■ در بازار سلامت **علائق بیمار باید محور و مرکزیت ایفاء کنندگان نقش در بازار سلامت** (شامل فراهم کنندگان ، سیاستمداران و سازمانها) باشد. درحالیکه درعمل این عوامل درخارج از چهارچوب **علائق بیماران** قرارمی گیرد. پیش نیاز حرکت به این سمت، حدوث سه اتفاق مهم است :

(جداکردن تأمین منابع از ارائه خدمات

(جداکردن حکمرانی نهاد مالی از اعمال تولید توسط حاکمیت (یعنی تمرکز زدائی و ایجاد نمایندگی)

(مقابله با مخاطرات اخلاقی و اتخاذ سیاست هایی برای مقابله با انتخاب معکوس.

جمع بندی و نتیجه گیری

■ دولت باید در سیاست حمایت‌های اجتماعی به اقشار مواجه با شوک‌های هزینه سلامت توجه بیش از پیش داشته باشد. در این ارتباط وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی با طراحی مکانیزم‌های شناسایی دقیق تر اقشار در دو بعد ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی، و بعد منطقه‌ای و استانی میتواند هدفمند بودن حمایتها و یارانه‌های دولت را تا حدود زیادی تضمین نماید

■ این وزارت به عنوان حوزه ستادی و هماهنگی سیاست‌های حمایت اجتماعی کشور باید مرجعیت نهادینه‌سازی مطالعات مرتبط با عدالت در مشارکت مالی را نیز عهده‌دار شود و نسبت به تمهیدات لازم و طراحی ساز و کار متناسب مبادرت نماید.

جمع بندی و نتیجه گیری

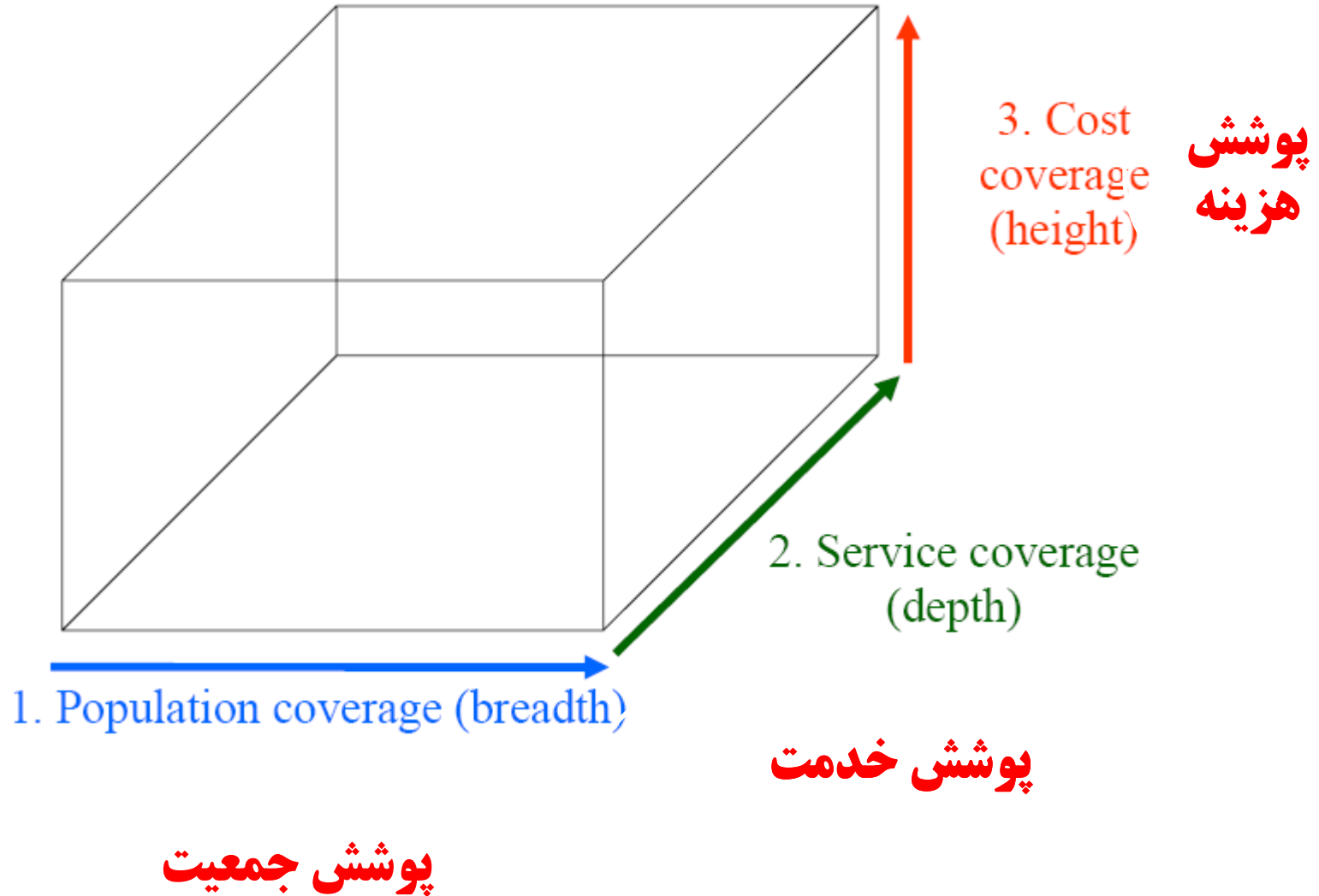
■ ضرورت انجام مطالعات مربوط به اندازه گیری شاخص IFFC – با توجه به ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه – توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی که باید نسبت به سفارشات آمارهای کمی و کیفی در حد ملی و استانی به عنوان ملزومات اولیه این سری مطالعات اقدام نماید، لذا نیم نگاه دولت را در این زمینه طلب می کند.

■ با توجه به اینکه معضل اصلی خانوارهای آسیب پذیر وضعیت نابسامان اشتغال است، و بر اساس قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی شرط بهره مندی از مزایای بیمه سلامتی مبتنی بر وضعیت اشتغال و مشارکت دستمزدی تعیین گردیده، پیدا کردن راه حل برای شکستن این مانع با حفظ اصول حاکم بر مدیریت مالی و حفظ تعادل نهادهای بیمه سلامت، اصلی ترین وظیفه سیاستگذار میباشد.

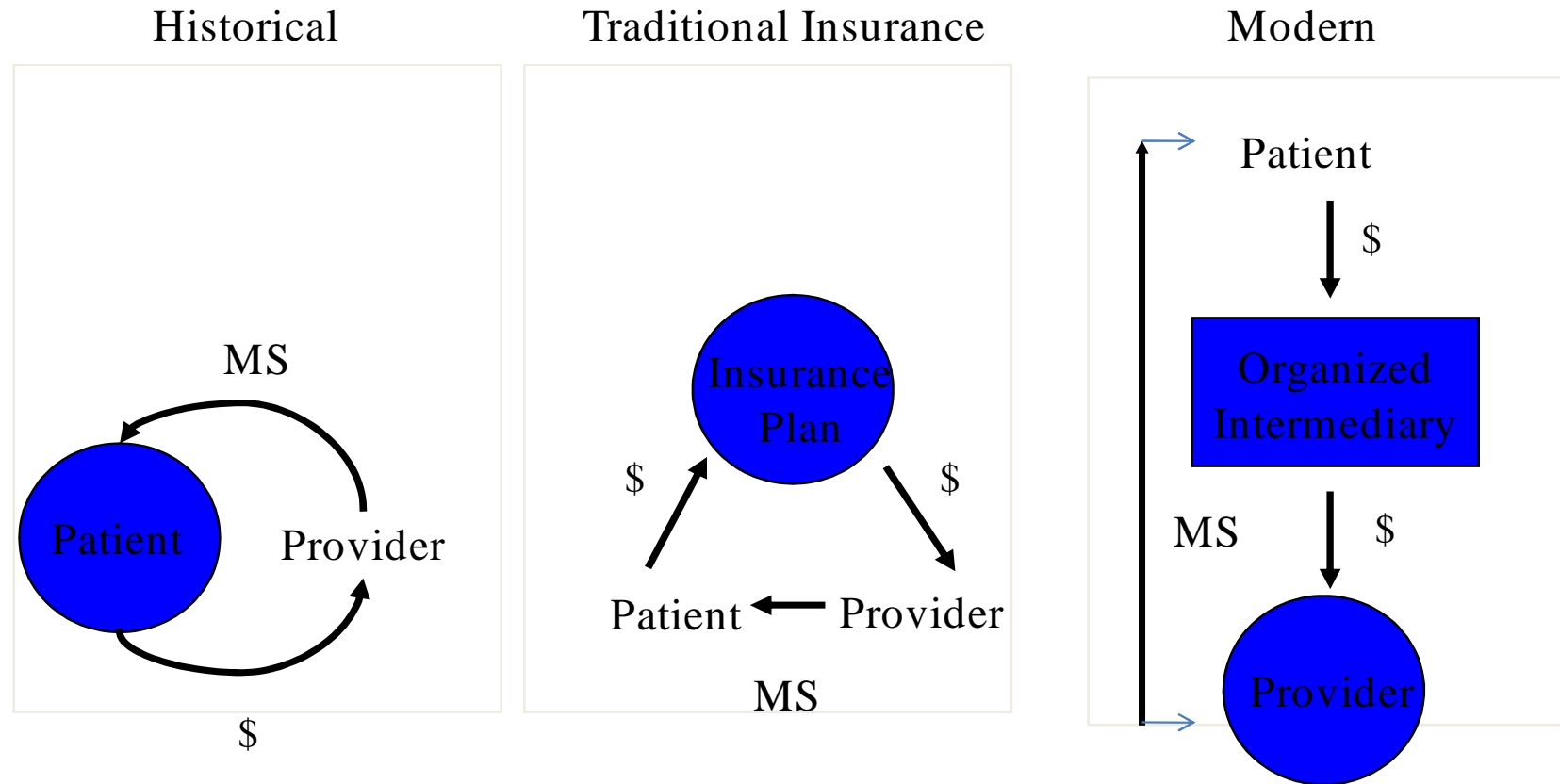
- رسالت اصلی سازمانهای بیمه اجتماعی حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری است. پوشش مالی سلامت در پنهان و عمق پوشش در کنار سطح حفاظت مالی تعریف می شود حفاظت مالی به این معنی است که افراد و خانوارها

- (۱) به هنگام نیاز، مراقبتهای سلامت را دریافت نموده و هزینه های بالا مانع از دسترسی آنان نگردد؛
- (۲) به هنگام دسترسی به مراقبتهای سلامت هزینه هائی به آنان تحمیل نشود که مانع از دستیابی به الزامات زندگی خانوار مانند غذا، آموزش، و جان پناه شود
- (۳) بدلیل هزینه های بالای مراقبتهای درمانی در ورطه فقر نیافتاده و درآمد خود را به هنگام بیماری از دست ندهند

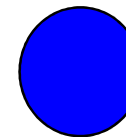
مفهوم اساسی پوشش





Relationship between Patient, Insurance Plan and Provider



\$ = Money MS = Medical Service = Locus of Risk



- 
1. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, Are Free Government Health Services The Best Way To Reach the Poor? Davidson R. Gwatkina, The World Bank, Washington, D.C. USA
 2. The concepts and principles of equity and health by Margaret Whitehead World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, EUR/ICP/RPD 414, 7734r
 3. Research on Equity, Poverty and Health Outcomes, Lessons for the Developing World, Adam Wagstaff, October 2000, ISBN 1-932126-26-0, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
 4. Sustainable health financing, Universal coverage and social health insurance, WHA58.33, 5/May/2005.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf
 5. Dying for change : poor people experience of health and ill – health , Ann Kern & Jo Ritzen WHO – World bank 2001
 6. Text book "Purchasing to improve health systems performance" by: Josep Figueras, Ray Robinson and Elke Jakubowski - Open University Press McGraw-Hill Education, Berkshire- England first published 2005, ISBN 0335 21367 7 (pb) 0335 21368 5 (hb)
 7. “Spending Wisely” buying health services for the poor, by Alexander S. Preker and John C. Langenbrunner, "The International Bank for Reconstruction and Development" /The World Bank, "ADVANCE CONFERENCE EDITION" The World Bank, World Health Organization, 2005

- 
8. Text book "Getting Health Reform Right: a guide to improve performance and equity/ Marc J. Roberts ...(etal) ISBN 0-19-516232-3" Oxford University Press 2004
 9. World Bank – technical notes, www.worldbank.org/poverty
 10. Advanced Flagship Course on Quality, Equity and Health Systems, December 9-14, 2006, Tehran, Islamic Republic of Iran, Equity Module, Lecture on "Measuring equity in health care financing" , Melitta Jakab, Harvard University
 11. Special issues with single-payer health insurance systems, Gerard F. Anderson and Peter Hussey, © 2004 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

۱۲- کتاب «عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت» تالیف سید معاون رضوی با همکاری علی حسن زاده، کاووس باسمنجی ۱۳۸۴ نشر اندیشمند شابک ۲-۰۰۰-۵۱۹-۹۶۴

۱۳- کتاب اصلاحات نظام سلامت، راهنمای عدالت و کارائی؛ ترجمه و ویرایش امیر عباس فتاح زاده، ... {و دیگران}، ۱۳۸۴ تهران مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ-ISBN: 964-06-6974-1

۱۴- قانون برنامه چهارم توسعه مصوب ۸۳/۶/۱۱ مجلس شورای اسلامی

۱۵- قانون برنامه پنجم توسعه مصوب ۸۹/۱۰/۱۵ مجلس شورای اسلامی

۱۶- گزارش حسابهای ملی سلامت سال های ۱۳۸۱-۱۳۸۷ مرکز آمار ایران- بهار ۱۳۹۰

با سپاس فراوان

بهمن

Dr Hassanzadeh M.D, Ophthalmologist

