

مدل های پرداخت و تامین مالی در نظام سلامت:

1- مدل پرداخت مستقیم:

این مدل ساده ترین مدل به شمار می رود که عموماً در بخش خصوصی کاربرد دارد. بیمار با مراجعه به سطح اول در صورت لزوم به سطح دوم ارجاع داده می شود. بیمار از جیب خود هزینه درمان را به صورت سیستم کارانه (فی فور سرویس) پرداخت می کند. این مدل هم چنین می تواند برای حالتی که بیمار با مراجعه به مرکز درمانی سهم هزینه خود را به صورت فرانشیز می پردازد نیز کاربرد داشته باشد.

مدل پرداخت مستقیم بستگی کامل به قدرت پرداخت دارد. زمانی که درآمد افراد زیر سطح معینی باشد و نیز در هنگام وقوع بحران های بهداشتی اجرای این مدل با مشکلات زیادی همراه می شود.

در حال حاضر مدل پرداخت مستقیم تنها یک نقش حمایتی در نظام های بهداشتی و درمانی جهان ایفاء می کنند. بیشترین کاربرد این مدل در خرید دارو و یا در پرداخت فرانشیز در مراکز درمانی است.

2- مدل بازپرداخت بیمه اختیاری:

در این مدل هزینه های بیمه شدگان، مستقیماً به خود آنها توسط شرکت بیمه ای پرداخت می شود. از طرف دیگر توسط سیستم کارانه، بیماران حق الزحمه پزشکان و موسسات درمانی را پرداخت می کنند. در حقیقت در این مدل ارتباط بین موسسات بیمه ای و ارائه دهندگان خدمات وجود ندارد.

این مدل معایبی نیز دارد که از آن جمله می توان به مصرف بیش از حد توسط بیمه شده اشاره کرد. در حالی که بیمه شده حق بیمه خود را پرداخت کرده است علاقه ای به محدود کردن تقاضای خود ندارد که از آن بعنوان خطر اخلاقی یاد می شود. ارائه دهندگان خدمات نیز که براساس سیستم کارانه تغذیه می شوند طبعاً علاقه مندند که خدمات بیشتری را به بیمه شده ارائه دهند.

دومین عیب این مدل ایجاد یک نوع نابرابری است. دست یابی به بیمه براساس توانایی پرداخت افراد تعیین می شود. وجود اهداف سودآوری باعث می شود که سازمان های بیمه ای اقدام به انتخاب افرادی با خطرات کمتر بکنند و عموماً این موسسات ترجیح می دهند که با افراد کم درآمد و یا سال خورده قرارداد بیمه نداشته باشند.

سوال: در مدل ، هزینه بیمه شدگان، مستقیماً توسط شرکت بیمه به خود آنها پرداخت

می شود و بصورت سیستم کارانه حق الزحمه پزشکان توسط بیماران پرداخت می شود؟ (ارشد مدیریت

خدمات بهداشتی و درمانی 89)

الف) بازپرداخت بیمه اختیاری ب) بازپرداخت بخش عمومی

ج) قراردادی بیمه اختیاری د) انحصاری بیمه اختیاری

پاسخ گزینه الف /

سوال: در کدامیک از نظام‌های پرداخت، شرکت بیمه‌گر، هزینه‌های درمان بیمه شدگان را مستقیماً به خود آنها پرداخت می‌کند؟ (ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی 91)

الف) مدل قراردادی بیمه اختیاری (ب) مدل باز پرداخت بیمه اختیاری

ب) مدل باز پرداخت بخش عمومی (د) مدل پرداخت مستقیم

پاسخ گزینه ب /

3-مدل بازپرداخت بخش عمومی:

در این مدل تامین مالی بیمه‌های عمومی براساس مالیات بیمه‌ای می‌باشد که مقدار آن کاملاً بستگی به درآمد افراد دارد. در این مدل نیز همانند مدل قبلی هیچ ارتباطی بین موسسات بیمه‌گر و ارایه دهندگان خدمت وجود ندارد بیماران براساس سیستم کارانه حق الزحمه پزشکان و موسسات درمانی را پرداخت می‌کنند ممکن است بین موسسات بیمه‌ای بیماران سهم پرداختی بیمار نیز در نظر گرفته شود.

4-مدل قراردادی بیمه اختیاری:

این مدل ابتدا در اروپا مطرح شد و اساس آن بر عقد قرارداد بین موسسات بیمه‌ای و ارایه دهندگان استوار بود. وجود چنین قراردادی باعث می‌شود که بخشی یا تمام خدمات به طور رایگان به بیمار عرضه گردد. از آنجا که بیمه از نوع اختیاری است بین موسسات بیمه‌ای رقابت وجود دارد و نوع پرداخت این موسسات به ارایه دهندگان خدمت نیز براساس کارانه و سرانه می‌باشد. پرداخت کارانه براساس نوع خدمات و پرداخت سرانه براساس تعداد افراد صورت می‌گیرد.

5-مدل قراردادی عمومی:

مالیات بر درآمد به صورت اجباری وجود دارد و سازمان‌های عمومی اعم از دولت یا بیمه پرداخت خود را به صورت کارانه یا سرانه انجام می‌دهند. در این مدل هم همانند مدل‌های عمومی چون یک نوع حالت اجبار بر پرداخت از طرف مردم وجود دارد، پوشش بیمه‌ها و خدمات معمولاً همگانی است.

سوال: کدامیک از خصوصیات زیر در نظام‌های پرداخت و تأمین مالی جز نکات مدل قرارداد مدل

عمومی می‌باشد؟ (ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی 87)

الف) مالیات بر درآمد بصورت اجباری وجود دارد و سازمان‌های عمومی اعم از دولت یا بیمه پرداخت خود را بصورت کارانه یا سرانه انجام می‌دهند.

ب) ساده‌ترین مدل به شمار می‌رود که عموماً در بخش خصوصی کاربرد دارد.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

ج) در این مدل گرچه مصرف کننده مختار است تا حدی محل درمان خود را انتخاب کند ولیکن هیچ تضمینی وجود ندارد که رقابت بین ارائه دهندگان خدمات باعث تثبیت قیمت‌ها گردد.

د) در این مدل هزینه‌های بیمه شدگان مستقیماً به خود آنها توسط شرکت‌های بیمه پرداخت می‌شود.

پاسخ گزینه الف/

6- مدل انحصاری بیمه اختیاری:

در این مدل موسسات بیمه‌ای در رقابت آزاد هستند و از محل حق بیمه دریافتی آنها بودجه و حقوق ثابت به مراکز درمانی و یا پزشکان پرداخت می‌شود. تفاوت عمده‌ای که این مدل با سایر مدل‌های اختیاری دارد تملک مراکز درمانی در سطح اول و دوم توسط موسسات بیمه‌ای است. استخدام، مدیریت، ارزیابی و برنامه ریزی نیز عمدتاً توسط موسسات پرداخت کننده صورت می‌گیرد.

از آن جایی که در این مدل موسسه بیمه‌ای فرصت بیشتری جهت اداره و کنترل سازمان‌های خود می‌یابد، کارایی چه از لحاظ کمی و چه کیفی افزایش می‌یابد. در این مدل پوشش همگانی بیمه امکان پذیر نیست زیرا بیمه براساس توانایی پرداخت صورت می‌گیرد. از طرف دیگر انحصاری بودن مدل باعث می‌شود تا پول و بیمار با هم ارتباط نداشته باشد در حقیقت پذیرش بیمار به معنی دریافت پول نیست.

7- مدل انحصاری بخش عمومی:

پرداخت کنندگان عموماً دولت یا صندوق‌های بیمه هستند. تامین مالی براساس مالیات بر درآمد صورت می‌گیرد و نوع پرداخت به ارائه دهندگان خدمات نیز به صورت بودجه و حقوق ثابت است. همانند مدل‌های انحصاری مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی از آن پرداخت کنندگان است (دولت محلی، دولت مرکزی و بیمه‌های عمومی). همراه با مدل‌های عمومی قراردادی که عمدتاً برای خدمات سرپایی مناسب است از مدل‌های انحصاری نیز - که به نظر می‌رسد مناسب بیمارستان‌هاست - استفاده می‌شود. در مدل قراردادی استقلال موسسات و پزشکان حفظ می‌شود و مزیت مدل انحصاری کنترل هزینه‌ها و مدیریت موسسات است.

نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران:

نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران مثل بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی آمیخته با بیمه‌های گوناگون می‌باشد. ارائه خدمات بهداشتی و پیش‌گیری در ایران کلاً دولتی است هرچند سازمان‌های ملی و ارگان‌های نیمه دولتی نیز ممکن است تا حدی عهده دار خدمات بهداشتی باشند.

مسائل و مشکلات موجود در نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران:

مشکلات متعددی در نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران وجود دارد می باشد که اهم آنها به شرح زیر می باشند:

- مشکل دسترسی اقتصادی برخی از اقشار مردم به خدمات درمانی.
- کافی نبودن اطلاعات و تحقیقات کاربردی به منظور سیاست گذاری و برنامه ریزی.
- کافی نبودن مشارکت مردم در بعد تصمیم گیری در برنامه های بهداشتی و درمانی.
- کافی نبودن هماهنگی های بین بخشی.
- ضعف مدیریت در برخی سطوح شبکه.
- نقص نظام ارجاع.
- عدم هماهنگی بخش خصوصی و بخش دولتی.
- کافی نبودن نظام اطلاعات برای برنامه ریزی و نظارت.
- نقص جامعه نگری و مهارت های حرفه ای در فارغ التحصیلان دانشگاه های علوم پزشکی.
- مشکلات اقتصادی برای به کارگیری نیروی آموزش دیده
- عدم توجه به اقتصاد بهداشت
- مشکل تدارک و تهیه برخی از داروها، تجهیزات و ملزومات پزشکی از خارج از کشور.
- مشکل نگهداری تجهیزات موجود.
- کافی نبودن نظارت در بخش خصوصی.

خصوصیات نظام بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه

کشور	برنامه ریزی (از نظر متمرکز)	خصوصیات عمده
کشورهای در حال توسعه (ایران و امریکای لاتین)	نیمه متمرکز	<ul style="list-style-type: none"> - استفاده از سیستم تعاون هماهنگی. - نظام بوروکراتیک مستقر در شهرها. - استفاده ناهماهنگ از خدمات. - کمبود چشم گیر در زمینه های پرسنی و امکانات. - جدایی خدمات پیش گیری از درمان. - استفاده ترکیبی از خدمات دولتی، خیریه، خصوصی و غیره.

-استفاده وسیع از شبکه مراقبت های بهداشتی در ایران.

سازمان های ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی کشور ایران:

- 1- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: بیش از 70/9 درصد از موسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی است که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می کنند.
- 2- بخش خصوصی: 18/8 درصد از کل موسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است.
- 3- سازمان های تامین اجتماعی: سازمان تامین اجتماعی در بخش درمان 2/75 درصد از مراکز درمانی را در اختیار دارد.
- 4- سازمان های خیریه و غیر دولتی: 1/9 درصد از مراکز درمانی در اختیار این سازمان هاست.
- 5- بنیادها: بنیادها شامل بنیاد شهید، بنیاد جانبازان و مستضعفان هستند که در حدود 1/9 درصد از مراکز درمانی را در اختیار دارند.
- 6- سازمان بهزیستی: 1/5 درصد از مراکز درمانی در اختیار این سازمان است.
- 7- وزارت نفت: مراکز درمانی وابسته به این وزارت خانه 0/9 درصد از کل مراکز درمانی را تشکیل می دهند.
- 8- سایر سازمان ها و موسسات دولتی (1/07 درصد).

فصل ششم: شبکه های بهداشتی درمانی

مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC):

مراقبت های اساسی است که به صورت وسیع باید در اختیار افراد قرار گیرد و توسط آنها پذیرفته شود و با مشارکت آنها با بهایی باشد که جامعه و کشور از عهده آن بر آیند.

مراقبت های بهداشتی اولیه به عنوان هسته اصلی و کانون اعتلای بهداشت در سطوح عمومی و جزء جدایی ناپذیر توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه می باشد زیرا می تواند حداقل خدمات را برای حفظ سلامتی مردم در اختیار آنها قرار دهد.

اجزای اصلی مراقبت های بهداشتی اولیه :

-آموزش بهداشت به مردم در زمینه مسایل بهداشتی

-بهبود غذا و تغذیه صحیح

-تامین آب آشامیدنی سالم و کافی و بهسازی اساسی محیط

-واکسیناسیون و ایمن سازی علیه بیماری های عمده عفونی

-پیش گیری از بیماری های شایع و بومی و کنترل آنها

-درمان مناسب و فوری بیماریهای شایع

-پیش بینی و تدارک داروهای اساسی

-مراقبت مادر و کودک و تنظیم خانواده

-ولی به مرور بعد از کنفرانس اجزای دیگری هم به حداقل های فوق اضافه گردید:

-تامین نیروی انسانی

-بهداشت دهان و دندان

-آمادگی جهت مقابله با حوادث و بلایای طبیعی

-بهداشت روانی.

سوال: کدام یک از موارد زیر از اجرای اصلی مراقبت های بهداشتی اولیه نمی باشد؟ (ارشد مدیریت

خدمات بهداشتی و درمانی 89)

الف) درمان متناسب برای بیماریها و آسیب های شایع

ب) اشتغال افراد جامعه یا کارکنان بهداشت روستا

ج) بهسازی محیط زیست

د) توانبخشی

پاسخ گزینه د/

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به

خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه

دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

021/66902061 - 66902038

013/33338002 (رشت)

013/42342543 (لاهیجان)