



اقتصاد سلامت

نویسندگان: پیتر زوایمل، فریدریک بریر و ماتیاس کیفمان

مترجمین:

دکتر سارا امامقلی پور

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر لطفعلی عاقلی

عضو هیات علمی دانشگاه تربیت مدرس

اقتصاد سلامت یک موضوع جذاب است. این کتاب، به طور سیستماتیک به این حوزه مطالعاتی می‌پردازد. این کتاب بر اساس یک نسخه آلمانی است که از سال ۱۹۹۲ به خوبی مقبولیت یافته و تاکنون پنج بار مورد ویرایش قرار گرفته است. این منبع به عنوان یک کتاب درسی در سطح تحصیلات تکمیلی و به عنوان یک کتاب مرجع در مقاطع دانشگاهی کاربرد دارد.

ویژگی برجسته این کتاب آن است که به طور سازگار متکی بر مدل‌های اقتصادی رسمی است که در مجلات علمی «اقتصاد سلامت» طی چند دهه مورد استفاده قرار گرفته اما در کتاب‌های درسی اصلی در مقطع کارشناسی تدوین نشده‌اند. چون ما باور داریم که تجزیه و تحلیل گرافیکی صرف بسیاری از مسائل در اقتصاد سلامت بسیار پیچیده است، اکنون این متن را برای دوره‌های تحصیلات تکمیلی در دانشگاه‌های سراسر جهان ارائه می‌دهیم. فرض ما این است که خوانندگان با حساب دیفرانسیل پایه آشنا هستند. دانش اقتصادسنجی مقدماتی نیز مفید است. ضمناً، ما مراقب توضیحات خود در زمینه استدلال در بخش‌های فنی‌تر هم هستیم. علاوه بر این، ما نتایج اصلی خود را در نتیجه‌گیری غیر فنی و در خلاصه‌های پایانی هر فصل بیان می‌کنیم.

ما از کسانی که کمک‌های خود را به‌خاطر خدایمان و خاوندان خود را برای تکمیل این کتاب فراهم کرده‌اند سپاسگزاریم. آناآیا (Anna Maria)، بلایکروت (Han Bleichrodt)، لازلو گوئرکه (Lazslo Goerke)، نرمان لورنز (Normann Lorenz)، توماس مگگوایر (Thomas McGuire)، روبرت نوشلر (Robert Nuscheler) و لوییجی سیلیانی (Luigi Siciliani) بخشهایی از این دست‌نوشته را خوانده و پیشنهادات ارزشمندی را برای بهبود آن داده‌اند. همچنین مایلیم از استفان فلدر (Stefan Felder)، کریستین گراب (Kristin Grabe)، آندریاس هافلر (Andreas Haufler)، توبیاس لانون (Tobias Laun)، هانسیورگ لمان (Hansjorg Leman), ماکسیمیلین راجر (Maximilian Ruger)، فلورین شوئر (Florian Scheuer)، کارلو شولتایس (Carlo Schultheiss)، لوکاس اشتاینمان (Lukas Steinmann)، هری تلسر (Harry Telser)، سیلکه اوبلمسر (Silke Uebelmesser)، و ماتیاس ورد (Matthias Wrede) خاطر خواهانه نظرات خود در مورد نسخه آلمانی این کتاب تشکر کنیم.

در نهایت، ما از باتریک یوگستر (Patrick Eugster)، ایلجا نوشنات (Ilja Nussnath)، موریس ریشاتش (Maurus Rischatsch)، کرستین رودر (Kerstin Roeder)، ماکسیمیلین راجر (Maximilian Ruger)، کلاریسا اشکنبورگر (Clarissa Schnekenburger)، یوهانس شودر (Johannes Schoder)، سوزانا سیدلمایر (Susanna Sedlmeier)، میشل سنهاوسر (Michele Sennhauser)، ساندرا استرامتز (Sandra Strametz) و فلیپ ویدمر (Philippe Widmer) به خاطر کمک در تهیه این کتاب سپاسگزاریم.

پیتر زوایفل

زوریخ، کنستانس و آگسبورگ

فریدریک بریر

آوریل ۲۰۰۹

ماتیاس کیفمان

مقدمه مترجمین

کتاب حاضر تحت عنوان «اقتصاد سلامت» در ۱۴ فصل طراحی شده است. فصل اول مقدمه ای بر اقتصاد سلامت می باشد. فصل دوم به مباحث ارزیابی اقتصادی می پردازد. فصول ۳ و ۴ نظریه های تولید سلامت و مطالعات تجربی مرتبط با آن را ارائه می کند. فصل ۵ مباحث شکست بازار و عدالت را دربر می گیرد. فصول ۶ و ۷ موضوعات پیشرفته مرتبط با اقتصاد بیمه سلامت را شامل می شود. فصل ۸ به رفتار اقتصادی پزشکان می پردازد. در فصل ۹ موضوعات اقتصاد بیمارستان مطرح می شود. فصل ۱۰ شیوه های پرداخت به ارائه دهندگان را با مدل سازی اقتصادی اثرات آنها مورد مطالعه قرار می دهد. در فصل ۱۱ شیوه های مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد بحث قرار می گیرند. فصل ۱۲ مباحث پیشرفته اقتصاد دارو را شامل می شود. فصل ۱۳ به اقتصاد سیاسی مراقبت های بهداشتی پرداخته و فصل ۱۴ چالش های اخلاقی و قانونی های سلامت را در بر دارد.

نویسندگان کتاب، «پیر رایفا» استاد تمام اقتصاد دانشگاه زوریخ، «فریدریک بریر» استاد تمام اقتصاد دانشگاه گنستانس آلمان و «اتیاس کیفان» استاد تمام اقتصاد سلامت دانشگاه هامبورگ می باشند که هر سه از سرآمدان این رشته بودند. تألیفات متعددی در زمینه اقتصاد سلامت دارند.

باتوجه به اینکه محتویات فصول مختلف این کتاب با تکیه بر مبانی عمیق نظری ارائه شده اند و عمدتاً مطالبی جدید و پیشرفته در اقتصاد سلامت سی با آن که در متون مشابه دیگر یافت نمی شوند، این کتاب برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی به خصوص غطز دکتری رشته های اقتصاد سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی، سیاستگذاری سلامت و سایر رشته های مرتبط در بخش بهداشت و درمان مفید می باشد. البته با درنظر گرفتن شیوه ارائه نوین مباحث اقتصاد سلامت، دانش آمار، ریاضی و اقتصادسنجی مقدماتی برای درک مطالب ضروری است.

گفتنی است متن اصلی این کتاب به زبان آلمانی تهیه شده و ترجمه حاضر از نسخه ۲۰۰۹ متن انگلیسی آن صورت گرفته است. با توجه به مشکلات موجود در ترجمه مضاعف در موارد ضروری توضیحاتی در پاورقی برای تشریح بیشتر مطالب ذکر شده است. به هر ترتیب، مترجمین در برگردان متن سعی کرده اند حداکثر تلاش و دقت را در ترجمه مفاهیم و واژگان تخصصی به فارسی بکار گیرند. با این حال، از اساتید و دانشجویان محترم خواهشمند است نظرات و پیشنهادات اصلاحی را برای بهبود و شیوایی ترجمه حاضر به نشانی الکترونیکی aghelik@modares.ac.ir ارسال فرمایند.

دکتر لطفعلی عاقلی

دکتر سارا امامقلی پور

عضو هیات علمی دانشگاه تربیت مدرس

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بهار ۱۳۹۷

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل ۱: مقدمه
۱	۱-۱ سلامت - کالایی بسیار پر ارزش؟
۴	۱-۲ دیدگاه های اقتصاد خرد و کلان سلامت
۴	۱-۲-۱ یک دیدگاه ساده از اقتصاد خرد سلامت
۸	۱-۲-۲ مراقبت های بهداشتی در سطح اقتصاد کلان
۹	۱-۲-۳ انتقاد از بودجه ریزی کلی
۱۳	۱-۳ «اقتصاد سلامت» در مقابل «اقتصاد درمان»
۱۳	۱-۳-۱ اقتصاد سلامت
۱۴	۱-۳-۲ سلامت و استفاده از خدمات درمانی
۱۵	۱-۳-۳ اقتصاد درمان
۱۶	۱-۴ تحلیل سیستمی اقتصاد سلامت و مراقبت های بهداشتی
۲۰	۱-۵ خلاصه
۲۱	فصل ۲: ارزیابی اقتصادی زندگی سلامت
۲۱	۲-۱ مقدمه
۲۳	۲-۲ رویکردهای ارزیابی اقتصادی سلامت
۳۳	۲-۳ تحلیل هزینه-مطلوبیت
۳۳	۲-۳-۱ مفاهیم سنجش مطلوبیت
۳۵	۲-۳-۲ مفهوم کالی (QALY)
۳۵	۲-۳-۲-۱ محاسبه کالی ها
۳۷	۲-۳-۲-۲ مبانی نظری تصمیم
۴۳	۲-۳-۲-۳ کالی ها و مصرف
۴۵	۲-۳-۲-۴ تجمع کالی ها و تصمیم گیری جمعی
۴۸	۲-۳-۳ ارزشگذاری وضعیت سلامت
۴۸	۲-۳-۳-۱ خط مقیاس رتبه بندی
۴۹	۲-۳-۳-۲ مبادله زمانی
۵۱	۲-۳-۳-۳ شرط بندی استاندارد
۵۳	۲-۴ تحلیل هزینه-فایده
۵۳	۲-۴-۱ ایرادات اخلاقی و توجیهات
۵۴	۲-۴-۱-۱ استدلال مخالف و زندگی در مقابل پول

صفحه	عنوان
۵۷	۲-۴-۱-۲ استدلال هایی علیه ارزش محدود زندگی
۵۹	۲-۴-۲ رویکرد سرمایه انسانی
۶۲	۲-۴-۳ رویکرد تمایل به پرداخت
۶۳	۲-۴-۴ تجميع تمایل به پرداخت و اصل تصمیم گیری جمعی
۶۵	۲-۴-۴-۱ تحلیل هزینه-فایده و معیار بالقوه پارتو
۶۶	۲-۴-۴-۲ تحلیل هزینه-فایده با تعداد زیاد مداخلات
۶۷	۲-۴-۴-۳ تحلیل هزینه-فایده و تحلیل رفاه اجتماعی
۷۳	۲-۴-۵ اندازه گیری تمایل به پرداخت: با استفاده از مطالعات پیمایشی
۷۴	۲-۴-۵-۱ مشکلات عمومی پیمایش ها (نظر سنجی ها)
۷۵	۲-۴-۵-۲ روش ارزش گذاری مشروط (اقتضایی)
۸۰	۲-۴-۵-۳ تجربیات انتخاب گسسته
۸۴	۲-۴-۶ اندازه گیری تمایل به پرداخت: با استفاده از از داده های بازار
۸۷	۲-۵ تحلیل هزینه-مطلوبیت هزینه فایده و رفاه اجتماعی
۸۷	۲-۵-۱ مقایسه تحلیل هزینه-مطلوبیت و هزینه-فایده
۹۱	۲-۵-۲ رفاه اجتماعی و کالی ها (QALYs)
۹۵	۲-۶ خلاصه
۹۸	۲-۷ منابعی برای مطالعه بیشتر
۹۸	تمرین ها
۱۰۳	فصل ۳: افراد به عنوان تولید کنندگان سلامتی آنها
۱۰۳	۳-۱ مقدمه
۱۰۶	۳-۲ مفهوم تولید سلامتی
۱۰۹	۳-۳ سلامتی به عنوان بخشی از سرمایه انسانی
۱۰۹	۳-۳-۱ مدل ساده شده گراسمن
۱۱۴	۳-۳-۲ تقاضا برای سلامت و خدمات پزشکی
۱۱۴	۳-۳-۲-۱ تابع تقاضای ساختاری خدمات پزشکی
۱۱۶	۳-۳-۲-۲ توابع تقاضا در مدل سرمایه گذاری
۱۱۷	۳-۳-۲-۳ توابع تقاضا در مدل مصرف
۱۱۹	۳-۳-۳ ارزیابی مقدماتی مدل گراسمن
۱۲۳	۳-۴ تولید سلامت به مثابه تعدیل یک فرایند تصادفی
۱۲۳	۳-۴-۱ توابع تولید شرطی سلامت

صفحه

عنوان

۱۲۵	۳-۴-۲ بهینه سازی و تمایل به پرداخت کوتاه مدت برای سلامت
۱۲۹	۳-۴-۳ مدلی با امکانات تولید وابسته به وضعیت: دوره کوتاه مدت
۱۲۹	۳-۴-۳-۱ بهینه یابی وابسته به وضعیت یک فرایند تصادفی
۱۳۱	۳-۴-۳-۲ عناصر مدل
۱۳۴	۳-۴-۳-۳ مرز تولید شرطی کوتاه مدت
۱۳۹	۳-۴-۳-۴ بی ثباتی منتسب به رفتار سلامت
۱۴۱	۳-۴-۴ امکانات تولید وابسته به وضعیت: دوره بلندمدت تر
۱۴۲	۴-۴-۱ میدله بلندمدت تر با فرض تندرستی
۱۴۶	۴-۴-۲ دله بلندمدت تر با فرض بیماری
۱۴۶	۳-۴-۵ قابلیت مکمل بودن با جانشینی در تولید سلامتی؟
۱۴۶	۳-۴-۵-۱ اهمیت موضوع
۱۴۸	۳-۴-۵-۲ امکانات جانشینی در وضعیت سالم
۱۴۸	۳-۴-۵-۳ مکمل بودن در وضعیت بیماری
۱۴۹	۳-۵ خلاصه
۱۵۱	۳-۶ منابعی برای مطالعه بیشتر
۱۵۱	پیوست فصل ۳
۱۵۸	تمرین ها
۱۵۹	فصل ۴: مطالعات تجربی تولید سلامت
۱۵۹	۴-۱ مقدمه
۱۶۲	۴-۲ مطالعات مبتنی بر داده های کلی (انبوهه)
۱۶۲	۴-۲-۱ نرخ های مرگ و میر و امید به زندگی به عنوان معیارهایی از سلامت
۱۶۳	۴-۲-۲ بهره وری نهایی نظام مراقبت بهداشتی
۱۶۴	۴-۲-۲-۱ شواهد اولیه از ایالات متحده
۱۷۱	۴-۲-۲-۲ شواهد اخیر از ایالات متحده
۱۷۴	۴-۲-۲-۳ شواهدی از کشورهای صنعتی
۱۷۶	۴-۲-۲-۴ شواهد از مقایسه دو ناحیه مجاور
۱۷۹	۴-۲-۲-۵ شواهدی از یک منطقه در حال توسعه (جنوب صحرای آفریقا)
۱۸۲	۴-۲-۳ بهره وری نهایی مداخلات پزشکی منتخب
۱۸۴	۴-۲-۴ مولفه های زیست محیطی وضعیت سلامت
۱۸۵	۴-۲-۵ بی ثباتی اقتصادی و سلامت

صفحه	عنوان
۱۸۹	۴-۳ مطالعات مبتنی بر داده های فردی
۱۸۹	۴-۳-۱ سنجش وضعیت سلامت
۱۹۰	۴-۳-۲ بهره وری نهایی زیرساخت های پزشکی در سطح فردی
۱۹۳	۴-۳-۳ بهره وری مداخلات پزشکی در سطح فردی
۱۹۴	۴-۳-۴ کیفیت محیط زیست و وضعیت سلامت
۱۹۴	۴-۳-۴-۱ کیفیت هوا و استعمال دخانیات عنوان عوامل برونزا
۱۹۸	۴-۳-۴-۲ استعمال دخانیات به عنوان یک عامل درونزا
۲۰۲	۴-۴ تقاضا رای سلامت، تقاضا برای خدمات بهداشتی
۲۰۶	۴-۵ خلاصه
۲۰۷	۴-۶ منابعی برای مطالعه بیشتر
۲۰۷	تمرین ها
۲۰۹	فصل ۵: کالاهای سلامتی - شش بازار و عدالت
۲۰۹	۵-۱ مقدمه
۲۱۱	۵-۲ شکست بازار در بازارهای کالاهای سلامت
۲۱۱	۵-۲-۱ اثرات خارجی و مسئله کالاهای عمومی
۲۱۵	۵-۲-۲ ویژگی کالای اختیاری خدمات پزشکی
۲۱۶	۵-۲-۳ فقدان حاکمیت مصرف کننده
۲۱۷	۵-۲-۳-۱ ناتوانی تصمیم گیری عقلایی
۲۱۸	۵-۲-۳-۲ تنزیل بیش از حد نیازهای آتی
۲۱۹	۵-۲-۴ عدم اطلاعات کامل در بازارهای کالاهای سلامت
۲۲۱	۵-۳ شکست بازار در بازارهای بیمه های سلامت
۲۲۲	۵-۳-۱ مدل پایه
۲۲۵	۵-۳-۲ مسئله سواری مجانی
۲۳۲	۵-۳-۳ اطلاعات نامتقارن در بازار بیمه سلامت
۲۳۲	۵-۳-۳-۱ انواع ریسک
۲۳۲	۵-۳-۳-۲ تعادل بازار تحت اطلاعات متقارن
۲۳۴	۵-۳-۳-۳ تعادل بازار تحت اطلاعات نامتقارن
۲۴۰	۵-۳-۳-۴ مداخلات دولتی فزاینده رفاه در بازارهای بیمه
۲۴۱	۵-۳-۳-۵ تعاریف جایگزین برای تعادل
۲۴۴	۵-۳-۴ ریسک حق بیمه

صفحه

عنوان

۲۴۵	۵-۳-۴-۱ راه حل های بازاری محض
۲۵۳	۵-۳-۴-۲ درجه بندی اجتماعی به عنوان یک راه حل
۲۵۶	۵-۳-۴-۳ مقایسه راه حل ها
۲۵۹	۵-۴ عدالت به عنوان استدلالی به نفع دخالت دولت در بهداشت و درمان
۲۶۰	۵-۴-۱ تمایل و توانایی به پرداخت و دسترسی به مراقبت های بهداشتی
۲۶۴	۵-۴-۲ تفاوت های مادرزادی در سلامت و دسترسی به بیمه بهداشت و درمان
۲۶۴	۵-۴-۲-۱ بازتوزیع و حجاب بی خبری
۲۶۵	۵-۴-۲-۲ اجرای بارانه متقابل بین کم خطر ها و پر خطر ها
۲۶۸	۵-۵ همه سی خدمات بهداشتی
۲۶۹	۵-۵-۱ مفهوم سهم بندی
۲۷۱	۵-۵-۲ انواع سهم بندی اولیه
۲۷۳	۵-۶ خلاصه
۲۷۶	۵-۷ منابعی برای مطالعه بیشتر
۲۷۶	تمرین ها
۲۷۹	فصل ۶: طراحی بهینه قراردادهای بیمه سلامت
۲۷۹	۶-۱ مقدمه
۲۸۲	۶-۲ انواع قراردادهای بیمه سلامت و اثرات انگیرشی آنها
۲۸۶	۶-۳ حمایت بیمه ای بهینه در غیاب مخاطره اخلاقی
۲۸۷	۶-۳-۱ تبعات مالی فقط بیماری
۲۸۹	۶-۳-۱-۱ مدلی با دو وضعیت سلامت
۲۹۴	۶-۳-۱-۲ مدلی با تعداد اختیاری از وضعیت های سلامت
۳۰۲	۶-۳-۲ اثرات مطلوبیت مستقیم ناشی از بیماری
۳۰۵	۶-۳-۳ خلاصه
۳۰۶	۶-۴ پوشش بیمه بهینه با مخاطره اخلاقی
۳۰۶	۶-۴-۱ مخاطره اخلاقی ناظر بر آینده
۳۰۷	۶-۴-۱-۱ مفروضات
۳۰۹	۶-۴-۱-۲ پیشگیری بهینه بدون دسترسی به بیمه
۳۱۰	۶-۴-۱-۳ وضعیت بهینه با وجود پیشگیری قابل مشاهده
۳۱۱	۶-۴-۱-۴ وضعیت بهینه با وجود پیشگیری غیر قابل مشاهده
۳۱۶	۶-۴-۱-۵ اشارات و دلالت ها

صفحه

عنوان

۳۱۷	۶-۴-۱-۶ شواهد تجربی مخاطره اخلاقی ناظر به آینده
۳۱۸	۶-۴-۲-۶ مخاطره اخلاقی ناظر به گذشته
۳۱۸	۶-۴-۲-۱ مفروضات
۳۲۱	۶-۴-۲-۲ پوشش بیمه بهینه با وضعیت سلامت قابل مشاهده
۳۲۳	۶-۴-۲-۳ پوشش بیمه بهینه با وضعیت سلامت غیر قابل مشاهده
۳۲۸	۶-۴-۲-۴ اشارات و دلالت‌ها
۳۳۰	۶-۴-۲-۵ روابط تجربی بین پوشش بیمه و تقاضای خدمات بهداشتی
۳۳۳	۶-۵ پیامدهای طراحی بیمه سلامت اجتماعی
۳۳۶	۶-۶ خلاصه
۳۳۷	۶-۷ منابعی برای مطالعه بیشتر
۳۳۸	پیوست فصل ۶
۳۴۰	تمرین‌ها
۳۴۳	فصل ۷: انتخاب خطر در بازارهای بیمه سلامت
۳۴۳	۷-۱ مقدمه
۳۴۷	۷-۲ مدل سازی انتخاب ریسک
۳۴۷	۷-۲-۱ انتخاب مستقیم ریسک
۳۵۱	۷-۲-۲ انتخاب غیر مستقیم ریسک
۳۵۳	۷-۲-۲-۱ انتخاب غیر مستقیم ریسک با استفاده از مقدار مزایا
۳۶۹	۷-۲-۲-۲ انتخاب ریسک با استفاده از ساختار مزایا
۳۷۶	۷-۳ دلایلی دیگر به نفع تعدیل ریسک و جبران هزینه‌ها
۳۷۷	۷-۳-۱ رقابت منصفانه در بازار بیمه سلامت
۳۷۷	۷-۳-۲ ایجاد ثبات در بازار بیمه سلامت
۳۷۹	۷-۴ طراحی برنامه تعدیل ریسک
۳۷۹	۷-۴-۱ مروری بر تعدیل‌کننده‌های خطر (ریسک)
۳۸۳	۷-۴-۲ هزینه‌ها و جریان پرداخت‌ها
۳۸۵	۷-۴-۳ محاسبه پرداخت‌های تعدیل ریسک
۳۸۶	۷-۴-۳-۱ رویکرد آماری به تعدیل ریسک
۳۸۸	۷-۴-۳-۲ رویکرد انگیزشی به تعدیل ریسک
۳۹۰	۷-۵ طراحی برنامه‌های جبران هزینه
۳۹۰	۷-۵-۱ مبانی جبران هزینه

صفحه

عنوان

۳۹۱	۷-۵-۲ ساختار جبران هزینه
۳۹۳	۷-۵-۳ نتایج مطالعات تجربی
۳۹۴	۷-۶ خلاصه
۳۹۷	۷-۷ منابعی برای مطالعه بیشتر
۳۹۸	تمرین‌ها

فصل ۸: پزشکان به مثابه عرضه کنندگان خدمات پزشکی

۴۰۱	۸-۱ مقدمه
۴۰۲	۸-۲ رابطه بین تراکم پزشک و استفاده از خدمات پزشکی
۴۰۴	۸-۳ فرضیه تعاضای القایی عرضه کننده برای خدمات مراقبت‌های سرپایی
۴۰۷	۸-۴ حد اکثرسازی و تعاضای القایی عرضه کننده
۴۰۷	۸-۴-۱ مدلی از رفتار پزشک
۴۱۱	۸-۴-۲ افزایش تراکم پزشکان
۴۱۵	۸-۴-۳ سطح تعرفه پزشکی را ببینید
۴۱۶	۸-۵ تراکم پزشک و استفاده از خدمات پزشکی: توضیحات دیگر
۴۱۸	۸-۶ بررسی تجربی فرضیه تعاضای ناسی از القای عرضه کننده
۴۱۸	۸-۶-۱ تراکم پزشک و حجم خدمات
۴۲۰	۸-۶-۲ تعرفه‌های مقرراتی و حجم خدمات
۴۲۲	۸-۷ خلاصه
۴۲۳	۸-۸ منابعی برای مطالعه بیشتر
۴۲۳	تمرین‌ها

فصل ۹: خدمات بیمارستانی و کارآیی

۴۲۵	۹-۱ مقدمه
۴۲۷	۹-۲ بیمارستان به عنوان یک واحد تولیدی
۴۲۷	۹-۲-۱ برون‌داد بیمارستان: سلامت به عنوان یک متغیر پنهان
۴۲۸	۹-۲-۲ ویژگی چند مرحله‌ای تولید در بیمارستان
۴۳۲	۹-۲-۳ ناهمگنی ستاده (تولید) بیمارستان
۴۳۵	۹-۳ مقایسه کارایی بیمارستان
۴۳۵	۹-۳-۱ مقررات و اطلاعات نامتقارن
۴۳۶	۹-۳-۲ توابع هزینه بیمارستان
۴۴۱	۹-۳-۳ تجزیه و تحلیل پوشش داده

صفحه

عنوان

۴۴۱	۱-۳-۳-۹ مقدمه
۴۴۴	۲-۳-۹-۳ مقایسه کارایی بیمارستان های سوئیس
۴۴۸	۴-۳-۹ قابلیت ها و محدودیت های سنجش کارایی
۴۴۹	۴-۹ خلاصه
۴۵۰	۵-۹ منابعی برای مطالعه بیشتر
۴۵۰	تمرین ها
۴۵۱	فصل ۱۰: پرداخت کننده ارائه دهندگان
۴۵۱	۱-۱۰ مقدمه
۴۵۵	۲-۱۰ پرداخت به ارائه دهندگان به منظور کنترل هزینه ها
۴۵۵	۱-۲-۱۰ اصل مستحق هزینه ای کامل
۴۵۵	۱-۲-۱۰-۱ مدل پایه
۴۵۸	۲-۱-۲-۱۰ نظام پرداخت به هزینه ای
۴۵۹	۳-۲-۱۰-۲ اجرای جواب بیهوده او
۴۶۱	۲-۲-۱۰ پرداخت به ارائه دهندگان بستگان
۴۶۲	۱-۲-۲-۱۰ تلاش قراردادپذیر برای تسرل هزینه ها
۴۶۴	۲-۲-۱۰-۲ تلاش غیر قراردادپذیر برای هزینه ای کنترل و نظارت
۴۶۹	۳-۲-۱۰ ترکیب بیماری ها (Casemix) و رانت اطلاعات
۴۷۰	۱-۳-۲-۱۰ اطلاعات متقارن درباره ترکیب بیماری ها
۴۷۱	۲-۳-۲-۱۰ اطلاعات نامتقارن در مورد ترکیب بیماری ها
۴۷۵	۳-۱۰ نگرانی های فراتر از کنترل هزینه
۴۷۵	۱-۳-۱۰ کیفیت درمان
۴۷۶	۱-۳-۱۰-۱ بسط مدل پایه
۴۷۸	۲-۳-۱۰-۱ کیفیت قابل اثبات یا برون دادهای درمان
۴۷۹	۳-۳-۱۰-۱ کیفیت غیر قابل اثبات و برون دادهای درمان
۴۸۵	۲-۳-۱۰ انتخاب بیمار
۴۸۶	۱-۳-۲-۱۰ بسط مدل پایه
۴۸۹	۲-۳-۱۰-۲ اطلاعات متقارن در باره انواع هزینه بیمار
۴۹۱	۳-۳-۱۰-۲ اطلاعات نامتقارن در باره انواع هزینه بیمار
۴۹۵	۴-۱۰ اشاراتی برای طراحی نظام های پرداخت
۴۹۵	۱-۴-۱۰ ملاحظات کلی

صفحه	عنوان
۴۹۹	۱۰-۴-۲ پرداخت به پزشکان
۴۹۹	۱۰-۴-۲-۱ مروری بر نظام‌های پرداخت
۵۰۱	۱۰-۴-۲-۲ پرداخت بهینه به پزشک
۵۰۳	۱۰-۴-۳ پرداخت به بیمارستان‌ها
۵۰۳	۱۰-۴-۳-۱ مروری بر نظام‌های پرداخت
۵۰۴	۱۰-۴-۳-۲ پرداخت بهینه به بیمارستان
۵۰۶	۱۰-۴-۳-۳ پرداخت به بیمارستان براساس گروه‌های تشخیصی مرتبط
۵۰۸	۱۰-۵ خلاصه
۵۱۰	۱۰-۶، بجم، رای مطالعه بیشتر
۵۱۰	پیوست فصل ۱۰
۵۱۲	تمرین‌ها
۵۱۷	فصل ۱۱: انواع انواع در مراقبت‌های درمانی
۵۱۷	۱۱-۱ مقدمه
۵۲۳	۱۱-۲ پزشک به عنوان نماینده بیمار
۵۲۵	۱۱-۳ روابط وکیل-موکل تکمیلی مراقبت‌های بهداشتی
۵۲۵	۱۱-۳-۱ کارفرما به عنوان نماینده مکمل
۵۲۶	۱۱-۳-۲ دولت به عنوان نماینده مکمل
۵۲۷	۱۱-۳-۲-۱ خدمات ملی سلامت
۵۲۸	۱۱-۳-۲-۲ بیمه ملی سلامت
۵۲۹	۱۱-۳-۳ بیمه گران خصوصی سلامت به عنوان نمایندگان مکمل
۵۳۱	۱۱-۴ سازمان مراقبت مدیریت شده به عنوان شکل دیگری از ارائه مراقبت
۵۳۱	۱۱-۴-۱ سازمان مراقبت مدیریت شده به عنوان نماینده مکمل
۵۳۲	۱۱-۴-۲ ارزش‌های هزینه‌ای مراقبت مدیریت شده
۵۳۷	۱۱-۴-۳ اثرات هزینه «سازمان‌های مراقبت مدیریت شده» در سطح سیستمی
۵۴۳	۱۱-۴-۴ ارزیابی نهایی سازمان‌های مراقبت مدیریت شده
۵۴۴	۱۱-۵ خلاصه
۵۴۵	۱۱-۶ منابع برای مطالعه بیشتر
۵۴۶	پیوست فصل ۱۱
۵۵۰	تمرین‌ها
۵۵۱	فصل ۱۲: بازار داروها

صفحه	عنوان
۵۵۱	۱۲-۱ مقدمه
۵۵۴	۱۲-۲ معرفی یک داروی جدید
۵۵۴	۱۲-۲-۱ فناوری مصرف یک دارو
۵۵۵	۱۲-۲-۲ وضع مقررات بر دسترسی بازار توسط مقامات دولتی
۵۵۷	۱۲-۲-۳ اثر مشارکت در پرداخت
۵۶۰	۱۲-۳ نوآوری دارویی به عنوان سرمایه گذاری
۵۶۱	۱۲-۳-۱ توالی زمانی یک نوآوری دارویی
۵۶۲	۱۲-۳-۲-۱-۱-۱ سال، رفیقیت و هزینه نوآوری
۵۶۴	۱۲-۳-۳-۱-۱-۱ باز می فوق العاده در نوآوری دارویی؟
۵۶۸	۱۲-۴ نقش حمایت از نوآوری
۵۶۸	۱۲-۴-۱ چرا حمایت از حق امتیاز؟
۵۷۰	۱۲-۴-۲ وضعیت تصمیم بدیع کننده
۵۷۴	۱۲-۴-۳ طول دوره حمایت از حق امتیاز: از نقطه نظر قانون گذار
۵۷۸	۱۲-۵ مقررات قیمت داروها
۵۷۸	۱۲-۵-۱ دلایل مقررات قیمت
۵۷۹	۱۲-۵-۲ تضاد بین مقررات ملی و بهینه سازی جهانی
۵۸۳	۱۲-۵-۳ انواع تنظیم قیمت و تبعات آن
۵۸۳	۱۲-۵-۳-۱ تنظیم قیمت مستقیم
۵۸۴	۱۲-۵-۳-۲ قیمت های مرجع
۵۸۵	۱۲-۵-۳-۳ مقررات نرخ بازدهی
۵۸۶	۱۲-۵-۳-۴ بودجه های دارویی تحمیل شده بر پزشکان
۵۸۶	۱۲-۶ رقابت قیمتی در بازارهای دارویی
۵۹۱	۱۲-۷ خلاصه
۵۹۱	۱۲-۸ منابعی برای مطالعه بیشتر
۵۹۲	تمرین ها
۵۹۳	فصل ۱۳: اقتصاد سیاسی مراقبت بهداشتی
۵۹۳	۱۳-۱ مقدمه
۵۹۵	۱۳-۲ مراقبت بهداشتی با تأمین مالی جمعی در یک نظام دموکراسی
۵۹۷	۱۳-۲-۱ مفروضات اساسی
۵۹۸	۱۳-۲-۲ فرآیند تصمیم گیری

صفحه

عنوان

۵۹۹	۳-۲-۱۳ خرید بیمه سلامت خصوصی و تقاضا برای مراقبت های بهداشتی
۶۰۱	۴-۲-۱۳ رأی گیری بابت مراقبت عمومی بهداشتی برای یک رژیم مشخص
۶۰۵	۵-۲-۱۳ انتخاب رژیم
۶۰۶	۶-۲-۱۳ دلالت ها و اشارات تجربی تحلیل
۶۰۹	۳-۱۳ نقش انجمن های حرفه ای در مراقبت های بهداشتی
۶۰۹	۱-۳-۱۳ چرا انجمن های حرفه ای در مراقبت های بهداشتی بسیار مهم هستند؟
۶۱۲	۲-۳-۱۳ وظایف انجمن ها در مراقبت های بهداشتی
۶۱۶	۳-۳-۱۳ رقابت میان ارائه دهندگان خدمات، رقابت میان انجمن ها
۶۱۷	۴-۱۳
۶۱۹	۵-۱۳ منابع برای مطالعه بیشتر
۶۱۹	تمرین ها
۶۲۱	فصل ۱۴: چالش ها و آینده برای سیستم های مراقبت های بهداشتی
۶۲۱	۱-۱۴ مقدمه
۶۲۴	۲-۱۴ چالش های فناوری
۶۲۴	۱-۲-۱۴ سه نوع نوآوری
۶۲۷	۲-۲-۱۴ معیارهایی برای تخصیص بهینه تلاش های نوآورانه
۶۳۱	۳-۲-۱۴ اختلال در معیارها در سطح کل
۶۳۵	۳-۱۴ چالش جمعیتی
۶۳۵	۱-۳-۱۴ پیری جمعیت
۶۳۵	۱-۱-۳-۱۴ آیا کنترل بهبود یافته سلامت مدیون پزشکی است؟
۶۳۸	۲-۱-۳-۱۴ اثرات بازتوزیع پیری
۶۴۱	۲-۳-۱۴ تغییر در ترکیب خانوارها
۶۴۳	۴-۱۴ پیری جمعیت، پیشرفت های پزشکی و مخارج مراقبت های بهداشتی
۶۴۳	۱-۴-۱۴ «سندرم سیزیف» در مراقبت بهداشتی
۶۴۴	۱-۱-۴-۱۴ یک مدل ساده و پویا از سندرم سیزیف
۶۴۶	۲-۱-۴-۱۴ شواهد تجربی
۶۵۵	۲-۴-۱۴ پیری جمعیت و مخارج درمانی
۶۶۱	۳-۴-۱۴ تأمین بودجه بیمه سلامت
۶۶۴	۵-۱۴ چالش های بین المللی
۶۶۴	۱-۵-۱۴ ادغام بازارهای بیمه

صفحه

عنوان

۶۶۷

۱۴-۵-۲ مهاجرت کارکنان شاغل در مراقبت‌های بهداشتی

۶۶۹

۱۴-۵-۳ سرمایه‌گذاری مستقیم بین‌المللی در بیمارستان‌ها

۶۷۱

۱۴-۶ خلاصه

۶۷۳

۱۴-۷ منابعی برای مطالعه بیشتر

۶۷۳

تمرین‌ها

۶۷۵

منابع