

مروری بر اصلاحات نظام پرداخت حق الزحمه

فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی

در کشورهای منتخب آسیا و امریکای لاتین

دکتر ریکاردو بیتران* و دکتر وینی‌سی. ییپ**

ترجمه دکتر کامبیز منظم

چکیده

در راستای ایجاد فرصت‌هایی برای پژوهش و کمک در طراحی پژوهش، مشارکت در اصلاحات بهداشت- درمان^۱، انجام پژوهش حاضر را برای این گزارش، تعهد کرده است. این پژوهش چگونگی اصلاح در نظام پرداخت (حق‌الزحمه) به فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی در کشورهای منتخب آسیا و امریکای لاتین و همچنین سئوالات پژوهشی ممکن و رویکردهای پژوهشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. روش پرداخت و مکانیسم انتقال منابع مالی از پرداخت‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی (دولت، بیمه‌ها و یا بیماران) به فراهم‌کنندگان خدمات است که بر رفتار فراهم‌کنندگان از حیث نوع، مقدار و کیفیت خدماتی که عرضه می‌کنند و نیز عملکرد مالی آنان تأثیر می‌گذارد. این یافته در پژوهش حاصل شد که اصلاحات در آسیا بیشتر در سطح اصلاحات ملی بوده که بر کل نظام تأمین اجتماعی تأثیر گذاشته است. و اصلاحات در امریکای لاتین کمتر متمرکز و یکنواخت بوده است.

* Ricardo Bitran, Ph.D., Bitran and Associates

** Winnie C.Yip, Ph.D., Harvard school of Public Health

1. Partnership for Health Reform (PHR)

۱. دیباچه

بسیاری از دولتهای کشورهای در حال توسعه برای بخش وسیعی از جمعیت کشورهاشان منابع مالی لازم را تأمین کرده و مراقبتهای بهداشتی- درمانی را ارائه می‌کنند. تأمین منابع مالی مراکز بهداشتی- درمانی دولتی و بیمارستانها توسط دولت براساس بودجه‌بندی‌های سنتی است، بنابراین سیستمی با محاسبه‌پذیری کم را بین کارکنان و مدیران بخش بهداشت- درمان به وجود می‌آورد که انگیزش‌های کمی برای حصول کارایی در تولید خدمات بهداشتی- درمانی ایجاد می‌کند. افزون بر این، برای بهبود عدالت در دسترسی، مراقبتهای بهداشتی- درمانی در مراکز دولتی به صورت رایگان ارائه می‌شود، که این امر حق بیماران برای تقاضای خدمات با کیفیت خوب و به هنگام را تا حدودی کاهش می‌دهد. مراقبت رایگان، و ناتوانی همراه آن در کسب درآمد از بیماران، نیز کمبود انگیزه مدیران و کارکنان بخش بهداشت- درمان را برای بهبود سطح خدمات، کیفیت آن و ترکیب ورودیها تشدید می‌کند.

در بخش خصوصی کشورهای در حال توسعه، منابع مالی برای خدمات بهداشتی- درمانی عمدتاً از طریق روش کارانه^۱ تأمین می‌شود. بیمه بهداشتی- درمانی به تازگی و به کندی رشد کرده و عموماً انتخابی مناسب برای افراد پردرآمد است، با آنکه برخی بیمه‌گرها گزینه‌های دیگری برای پرداخت اختیار کرده‌اند. بسیاری از آنان پرداخت به فراهم‌کنندگان براساس کارانه را ادامه می‌دهند. پرداخت به روش کارانه انگیزه‌هایی در فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی ایجاد می‌کند که منجر به افزایش هزینه، افزایش مصرف و تبعیض در قیمت خدمات توسط متخصصان امور بهداشت و درمان می‌شود. بیمه بهداشتی- درمانی می‌تواند با کاهش یا حذف پرداخت سهم مستقیم از جیب بیماران^۲، این مسائل را پیچیده‌تر کند و در نتیجه باعث افزایش تقاضا و مصرف بیشتر شود. نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان، برای عملکرد خوب هر دو بخش دولتی و خصوصی بسیار اساسی است. یک روش پرداخت به فراهم‌کننده را می‌توان به عنوان تدبیری برای انتقال منابع مالی از پرداخت‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی (دولت، بیمه‌گرها، بیماران) به فراهم‌کنندگان تعریف کرد. در زمینه موضوع پرداخت جبرانی به فراهم‌کنندگان خدمات روشهای پرداخت چند جانبه‌ای وجود دارد که در سراسر دنیا پذیرفته شده است. **بودجه‌های ثابت**، که براساس آنها فراهم‌کننده به‌طور دوره‌ای مبلغ مشخصی دریافت می‌کند- که نوعاً به محصول او (خدمات بهداشتی- درمانی)

1. fee for service

2. out-of-pocket

وابسته نیست (همانند بخش دولتی بسیاری از کشورهای در حال توسعه) - و کارانه - که براساس آن فراهم‌کننده برای هر واحد خدمت پزشکی مبلغی مشخص دریافت می‌کند (همانند بخش خصوصی) - دو مثال از روشهای پرداخت معمول در این زمینه به‌شمار می‌روند. وجود روشهای متعدد دیگر برای پرداخت، و عملی و مناسب بودن ترکیب دو یا چند روش از میان آنها بدین معنا است که دولت و پرداخت‌کنندگان خصوصی گزینه‌های متعددی برای انتخاب نظام پرداخت در اختیار دارند؛ آنها باید بهترین روش برای رسیدن به اهداف خود را که با محدودیتهای آنان سازگارتر است انتخاب کنند.

چگونگی رفتار فراهم‌کنندگان خدمات از حیث نوع، مقدار و کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین چگونگی عملکرد آنها از حیث شیوه تأمین مالی، پدیده‌ای است که وابستگی نزدیکی به نوع نظام پرداخت مورد عمل دارد. در واقع، هر یک از روشهای پرداخت مجموعه‌ای از انگیزه‌های صریح و تلویحی به همراه دارد که موجب می‌شود فراهم‌کنندگان (و مصرف‌کنندگان) به روشهای متفاوتی رفتار کنند، این امر طیف وسیعی از نتایج ممکن، به لحاظ نوع و حجم خدمات مصرف‌شده، به بار می‌آورد. در سال ۱۹۹۵، بارنوم و دیگران رفتار فراهم‌کنندگان مراقبتهای بهداشتی - درمانی را مورد بحث قرار داده و انگیزه‌های آنان را در شایعترین نظامهای پرداخت از جمله انتقال از طریق بودجه، سرانه، پرداخت جبرانی به‌صورت کارانه، پرداخت جبرانی براساس مورد، و نظامهای ترکیبی را به‌دقت بررسی می‌کنند. آنها همچنین هزینه‌های اجرایی نظامهای پرداخت متفاوت و ساختار سازمانی مناسب برای استقرار موفقیت‌آمیز روشهای نوین پرداخت را بررسی کرده‌اند. نویسندگان نتیجه گرفته‌اند که کلیه مکانیسم‌های پرداخت منجر به ایجاد هر دو انگیزه منفی و مثبت می‌شود و نظامهای ترکیبی می‌توانند زیانها و موانع روشهای منفرد را جبران کنند. آنها همچنین توصیه کرده‌اند کشورهای کم‌درآمد که توانایی‌های مدیریتی کمی دارند باید از شیوه‌های پرداخت پیچیده‌ای که با توانایی‌های انسانی و سازمانی آنها همخوانی ندارد اجتناب کنند. دو نظام پرداخت که در طی ۱۰ الی ۱۵ سال گذشته در کشورهای صنعتی ابداع شده و گسترش روزافزونی پیدا کرده است، روش پرداخت سرانه و پرداخت موردی است. برطبق روش پرداخت موردی، برای هر مورد که به‌طور کامل انجام داده می‌شود مبلغ معینی به فراهم‌کننده خدمت پرداخت می‌شود (مثلاً، برای هر مورد زایمان طبیعی) - بدون در نظر گرفتن منابع پزشکی عملاً به کار گرفته شده. در پرداخت سرانه، مبالغ ثابتی به‌طور متناوب به ازای هر فرد که تحت پوشش طرح بیمه

بهداشتی- درمانی قرار دارد، بدون توجه به میزان خدماتی که انجام شده است، به فراهم‌کننده پرداخت می‌شود.

کشورهای در حال توسعه نیز تجربه نظامهای پرداخت سرانه و موردی را آغاز کرده‌اند. برای مثال، طرح تأمین اجتماعی تایلند به بیمارستانهای دولتی و خصوصی از طریق سرانه به‌طور جبرانی پرداخت می‌کند. دولت فدرال برزیل از طریق یک سیستم بهداشتی- درمانی منحصر به فرد، یک نظام پرداخت مرکب از روش موردی و کارانه را برای پرداخت به کلیه فراهم‌کنندگان مراقبتهای بهداشتی- درمانی دولتی و خصوصی در سطح ملی در پیش گرفته است. در آرژانتین، اوبراس سوشیالس^۱ و برنامه کمکهای پزشکی جامع و یکپارچه^۲، از ارائه خدمات در مراکز متعلق به خود فاصله گرفته و به سمت عقد قرارداد مستقیم با فراهم‌کنندگان، یا بنگاههای حد واسط که بیشتر به صورت سرانه است روی آورده‌اند.

پروژه مشارکت در اصلاحات بهداشتی- درمانی، برای مطالعه تأثیر پرداخت سرانه و موردی به فراهم‌کنندگان، بر کارکرد نظام مراقبتهای بهداشتی- درمانی در کشورهای در حال توسعه، پژوهشهای کاربردی عمده‌ای را برعهده گرفته است. موفقیت مشهود و مشخص این دو روش پرداخت در کشورهای صنعتی در کنترل رشد مخارج، بهبود کیفیت مراقبتهای بهداشتی- درمانی و افزایش کارایی در بیمارستانها و معالجات سرپائی، آنها را به‌عنوان هدفهای پژوهشی جالب طرح مشارکت در اصلاحات بهداشتی- درمانی درآورده است. به‌خصوص اینکه در محیط یک کشور در حال توسعه، در ارتباط با تأثیر این دو روش پرداخت بر عملکرد نظام بهداشت- درمان دانسته‌های کمی وجود دارد.

این پژوهشها در اصلاحات نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان در دو کشور در امریکای لاتین و یک کشور در آسیا به‌مورد اجرا گذارده خواهد شد. برای یافتن فرصتهای پژوهشی، و همچنین برای کمک به طراحی پژوهشها، سه مطالعه موردی جداگانه از تجربیات مرتبط با اصلاحات برعهده این پروژه گذاشته شد. دو مقاله از آنها، "مروری بر کشورهای آسیایی، تجربه اصلاحات در نظام

۱. Obras Sociales نهادهای اولیه بیمه بهداشتی- درمانی هستند. آنها هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی- درمانی را از محل مالیاتها تأمین می‌کنند و پرداخت یا عرضه مزایای مراقبتهای بهداشتی- درمانی را اداره می‌کنند. مالکیت آنها با اتحادیه‌های تجاری و دولتهای ایالتی (استانی) است.

۲. Program of Integrated Medical Assistance برنامه‌ای است که خدمات پزشکی برای اوبراس سوشیالس- جهت چهار میلیون افراد بازنشسته و مستمری‌بگیر کشور آرژانتین- فراهم می‌کند.

پرداخت به فراهم‌کنندگان^۱ توسط وینی‌سی. بیپ و اصلاحات در پرداخت به فراهم‌کنندگان در امریکای لاتین^۲ نوشته ریکاردو بیتران، در این مجموعه عرضه می‌شود. سومین مقاله که بر سؤالات پژوهشی احتمالی و رویکردهای پژوهشی تمرکز دارد در سند دیگری ارائه می‌شود.^۱ هیچ یک از این بررسیهای منطقه‌ای که در اینجا عرضه می‌شود جامع نیست، در عوض، این بررسیها بر کشورهایی که اصلاحات بنیادی در مکانیسم‌های پرداخت به فراهم‌کنندگان انجام داده‌اند - و به نظر می‌رسد زمینه مناسبی برای مطالعات موردی کشورها باشد - تأکید می‌کند.

۲. روشهای پرداخت به فراهم‌کنندگان و برنامه اصلاحات در آسیا

در آسیا، منشاء بسیاری از نظامهای بهداشتی - درمانی مدل انگلیسی است، و غالباً تأمین مالی و ارائه مراقبتها دولتی است. این وضعیت در دهه اخیر تغییر بسیاری کرده است. بیشتر کشورها یک بخش خصوصی بزرگ و در حال رشد در هر دو زمینه تأمین مالی و ارائه خدمات داشته‌اند. امروزه، از لحاظ مقوله اصلاحات پرداخت به فراهم‌کنندگان، سه گروه بزرگ از کشورها وجود دارد. گروه اول شامل کشورهایی می‌شود که روشهای قدیمی پرداخت را از دوران تسلط استعمار حفظ کرده‌اند که براساس آن به بیمارستانها بودجه سنتی پرداخت می‌شود، پزشکان در بیمارستانهای دولتی کار می‌کنند و حقوق دریافت می‌کنند، در حالی که آنهایی که در بخش خصوصی کار می‌کنند از روش پرداخت جبرانی به صورت کارانه استفاده می‌کنند. این گروه شامل هند، مالزی، سریلانکا و احتمالاً پاکستان و بنگلادش می‌شود. از آنجا که در این گروه از کشورها اصلاحات اندکی در دست مطالعه قرار گرفته است در اسناد مربوط به این مطالعه به شرح زیر مورد بحث قرار نخواهد گرفت.

گروه دوم از کشورهایی تشکیل شده است که طرح بیمه بهداشتی - درمانی اجتماعی را تا حدودی اجرا کرده‌اند. این کشورها شامل تایوان، ژاپن، کره و فیلیپین هستند که روشهای برگزیده آنان برای تأمین مالی در بخش بهداشت - درمان به الگوی بیسمارک نزدیکتر است.

طرحهای بیمه‌ای متکی بر کارفرما و مقیاس کوچک در این کشورها به تدریج رشد کرده، و بدون ایجاد یک سیستم ارائه خدمات متکی بر مالیاتها، پوششی کامل ایجاد کرده است. تورم هزینه باعث

۱. ماسیرا. د. ۱۹۹۸، "مکانیسم‌های پرداخت به فراهم‌کنندگان: انگیزه‌ها، پیامدها و اثرات سازمانی، مباحثی برای تحقیق در کشورهای در حال توسعه".

شده است که برخی از این کشورها اصلاحاتی را در نظام پرداخت آغاز کنند - اصلاحاتی نظیر کنترل‌های حجم کار پزشکان (تایوان) و بودجه‌بندی گلوبال برای بیمارستانها (کره، تایوان). به نظر می‌رسد گروه آخر از کشورهای آسیایی از یک الگوی انگلیسی تأمین منابع و ارائه خدمات دولتی به سمت مدلی براساس بیمه اجتماعی پیش می‌روند. این کشورها که شامل تایلند، اندونزی و ویتنام هستند، اصلاحات در تأمین مالی بخش بهداشت - درمان را در اثر تغییرات اقتصادی وسیعتری عهده‌دار شده‌اند. با افزایش درآمد، رضایت مردم از خدمات دولتی موجود کمتر شده است. محدودیت‌های نقدینگی دولت توسعه تسهیلاتی را که می‌تواند عامه مردم را راضی کند محدود کرده است، و بنابراین، بیمه اجتماعی به عنوان راهی برای انتقال منابع مالی و ارائه پوشش کامل به شهروندان مورد توجه قرار گرفته است. در حالی که این کشورها اصلاح در تأمین منابع مالی بخش درمان را تحت مطالعه قرار داده بودند، بسیاری کشورها نیز انگیزه‌های فراهم‌کنندگان را در مدنظر قرار داده و نظامهای پرداخت خود را تغییر داده‌اند. با وجود این که در ابتدا نظام بهداشتی - درمانی چین براساس الگوی انگلیسی نبوده است، تغییرات مشابهی را تجربه می‌کند. تغییرات در تأمین منابع مالی همراه با رشد سریع تورم هزینه‌ها منجر به تفکر درباره اصلاحات در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات شده است.

سنگاپور نمونه‌ای منحصر به فرد است که برنامه "مدی‌سیو"^۱ را ارائه کرده است. اگرچه اصل مسئولیت فردی در نظر گرفته شده در برنامه مدی‌سیو از نظر تأمین منابع مالی بهداشت - درمان قابل توجه است، علاقه کمتری از حیث پرداخت به تأمین‌کنندگان خدمات وجود دارد، و بدین لحاظ، سنگاپور در مطالعه زیر منظور نشده است. پرداخت برای مراقبتهای بدون بستری در سنگاپور هنوز به روش کارانه صورت می‌گیرد، لکن در مورد پرداخت روزانه بستری و حداکثر مخارج هر جراحی محدودیت‌هایی وجود دارد.

نظامهای پرداخت به فراهم‌کنندگان و اصلاحات اخیر

چین

این بررسی بر مناطق شهری چین تمرکز دارد. پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات در شهرهای چین در ابتدا براساس کارانه بوده است. پیش از اصلاحات اقتصادی سال ۱۹۷۸، بیشتر منابع مالی بیمارستانهای عمومی چین از محل بودجه دولتی تأمین می‌شد و تقریباً همه پزشکان در بیمارستانها

1. Medisave

شاغل بوده و حقوق ثابت دریافت می‌کردند. هزینه‌های بیماران براساس روش کارانه بر طبق فهرست تعرفه‌های ملی، تعیین شده به‌طور متمرکز، محاسبه می‌شد. برای اطمینان از اینکه خدمات پزشکی حتی برای فقیرترین دهقانان قابل دستیابی باشد بهای خدمات کمتر از هزینه آنها تعیین می‌شد. پس از اصلاحات اقتصادی سال ۱۹۷۸، تا حدی به علت کاهش درآمد دولت - ناشی از عدم تمرکز مالی - و تا اندازه‌ای نیز به علت تغییر در ایدئولوژی - که نقش دولت را در تأمین مالی و اجرای خدمات اجتماعی کمرنگ می‌کرد - بودجه دولتی برای بیمارستانها بسیار کاهش یافت. در ۱۹۹۳، بودجه دولتی تنها ۱۰ الی ۱۵ درصد مخارج بیمارستانی را پوشش می‌داد. بنابراین، به منظور اینکه بیمارستانها بتوانند درآمد کافی داشته باشند، به آنها اجازه داده شد برای معالجات "جدید"، که بیشتر از نوع خدمات تشخیصی با تکنولوژی پیشرفته‌اند، قیمت‌هایی بیش از میزان هزینه محاسبه و دریافت کنند تا از این طریق یارانه متقاطع برای پوشش خدماتی، که پائین‌تر از هزینه قیمت‌گذاری شده‌اند، تأمین شود. در نتیجه، فراهم‌کنندگان انگیزه‌ای برای تجویز بیش از حد لزوم خدمات تشخیصی تکنولوژی پیشرفته گران‌قیمت می‌یابند که نهایتاً منجر به افزایش هزینه‌ها می‌شود. بیشتر بیمارستانها به این نتیجه رسیده‌اند که تجهیزات ساخته شده با استفاده از تکنولوژی پیشرفته را، راه حل تأمین منابع مالی خود بدانند. برخی از آنها حتی از کارکنان خود برای خرید این تجهیزات وام می‌گیرند و در واقع، آنها را به دارندگان سهم دستگاه یا ضامن کاربرد تجهیزات تبدیل می‌کنند که بازپرداخت به آنها منوط به افزایش مصرف دستگاه مزبور خواهد بود. در عین حال، برای جبران بخشی از خدمات پزشکان شاغل در بیمارستانها پاداش در نظر گرفته شده است که وابستگی زیادی به حجم خدماتی دارد که حاشیه سود بالایی برای بیمارستان در برداشته باشد.^۱

سیستم پرداخت کارانه، به همراه یک فهرست تعریف شده قیمت، عامل اصلی افزایش سریع هزینه‌هایی است که از سال ۱۹۷۸ در چین تجربه شده است. در فاصله بین سالهای ۱۹۷۸ تا ۱۹۹۳، مصارف واقعی بخش بهداشت - درمان با نرخ ۱۱ درصد در سال رشد کرد. این افزایش سریع هزینه‌ها منجر به ایجاد بحران مالی در دو برنامه اصلی تأمین اجتماعی شد - بحرانی که در نهایت - دولت را به یافتن راه‌حلهای جدیدی هدایت کرد.

۱. این پاداش‌ها معمولاً برای خدمات "گرانقیمت همان دستگاهها پرداخت می‌شود که در این روش همه کارکنان پزشک و کارکنان کمکی انگیزه افزایش مصرف دارند و حاشیه سود بالا این امر را برای بیمارستان نیز توجیه‌پذیر می‌کند. م.

پنجاه درصد از جمعیت شهری چین توسط برنامه بیمه دولتی^۱ و یا برنامه بیمه کار^۲ پوشش داده شده است. برنامه بیمه همگانی کارکنان دولت، بازنشستگان، افراد ناتوان، اساتید دانشگاه و دانشجویان را پوشش می‌دهد و توسط دولت تأمین مالی می‌شود. برنامه بیمه کار کارگران و بازنشستگان طرحها و شرکتهای دولتی و وابستگان آنان را پوشش می‌دهد؛ این برنامه به صورت درصدی از دستمزد (۱۱ الی ۱۴ درصد) تأمین مالی می‌شود. در سال ۱۹۹۳ برنامه بیمه دولتی ۹ درصد و برنامه بیمه کار ۴۰ درصد از جمعیت شهری را پوشش می‌داد. در هیچ یک از برنامه‌ها هیچ‌گونه مشارکت در تأمین مالی از سوی مصرف‌کننده وجود ندارد و این امر باعث تقویت نظام پرداخت کارانه در جهت افزایش هزینه‌ها می‌شود.

به‌عنوان بخشی از تلاشهایی که برای محدود کردن هزینه‌ها به عمل می‌آید، چین مدل نوینی را برای بیمه سلامتی شهرنشینان مورد آزمایش قرار داد که الگو برداری از حساب پس‌اندازهای پزشکی سنگاپور بود. برخلاف سنگاپور، چین یک نظام پرداخت ثابت و آینده‌نگر را نیز ارائه کرد. این مدل‌های اصلاحی ابتدا در سال ۱۹۹۴ در شهر زنجیانگ از استان جیانگسو و شهر جیوجیانگ از استان جیانگ زی به آزمایش گذاشته شد. قیمت بسته‌های خدمات برای ویزیت سرپائی و بستری بیمار تعیین شد و نرخ پرداختها آینده‌نگر بود. ابتدا، در نرخ پرداختها نوع و شدت بیماری در نظر گرفته نمی‌شد، بلکه تفاوت آنها براساس سطح تسهیلات مورد لزوم بود. فراهم‌کنندگان می‌توانستند آن مقدار از پرداخت را که از هزینه خدمات بیشتر بود دریافت کنند، لکن در صورتی که هزینه آنها از حد پرداخت موردی بالاتر می‌بود، می‌بایستی ریسک مالی آنرا تقبل کنند. در سال ۱۹۹۷، در این دو شهر طرح بودجه گلوبال برای بیمارستانها نیز آغاز شد؛ رشد سالانه بودجه ۲۲ درصد در نظر گرفته شد و با محدودیت‌هایی در میزان درآمد حاصل از داروها همراه بود. شواهد اولیه نشانگر موفقیت در کنترل هزینه‌ها بود (هیپ و هسایو ۱۹۹۷). مصارف سرانه واقعی شدیداً افت داشت و کاهش در طول مدت اقامت بیماران و تجویز آزمایشهای تشخیصی گران‌قیمت به وجود آمد. براساس تجربیات موفق اولیه، دولت چین تصمیم می‌گیرد این تجربه را به ۳۸ شهر گسترش دهد، هر چند شواهدی وجود دارد که پرداخت موردی آینده‌نگر، منجر به انتخاب ریسک و کاهش میزان خدمات می‌شود، و از این رو، خطر بالقوه‌ای است که کیفیت مراقبتها را تهدید می‌کند. علاوه بر این، شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد هزینه‌های فراهم‌کنندگان خدمات به جمعیتی که هنوز به روش کارانه پرداخت می‌کنند، یعنی جمعیت بیمه‌نشده‌ها، انتقال می‌یابد.

1. Government Insurance Scheme (GIS)

2. Labor Insurance scheme (LIS)

در بعضی از آن ۳۸ شهر، پرداخت جبرانی موردی برای خدمات بستری و نظام پرداخت سرانه برای خدمات سرپائی در نظر گرفته شد. علاوه بر این تجربیات دولتی، بسیاری از شهرها در چین نیز تجربیات محلی را آغاز کرده‌اند. شهر "هایکو" در استان "هاینان" برنامه بیمه اجتماعی را اصلاح و از مدل حساب پس اندازهای پزشکی در سال ۱۹۹۴ استفاده کرده است. همچنین این مدل بر رویکرد از نوع اورگون در خصوص مزایا و روش پرداخت، و سیستم پرداخت از نوع گروههای مرتبط تشخیصی^۱ را ترکیب می‌کند. در ابتدا یک فهرست ۱۹۴ موردی از گروههای مرتبط تشخیصی با هدف پرداخت به فراهم‌کنندگان تهیه شد که در سال ۱۹۹۷ به ۴۱۴ گروه رسید. شواهد تجربی درباره تأثیر این الگوی اصلاحی به علت عدم انجام ارزیابی علمی محدود است.

در شانگهای، یک تجربه محلی دیگر با هدفی متفاوت در جریان بود. به علت افزایش ۵۳ درصدی هزینه‌های بیمارستانی از سال ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۴، شانگهای یک سیستم بودجه‌ای گلوبال بیمارستان را مستقر کرد. افزایش هزینه‌های بیمارستانی بیش از ۲۴ درصد ممنوع شد. قسمت ویزیت و جراحی‌ها کاهش داده شد تا آنها را با هزینه‌های نیروی کار صرف شده متناسب کند، و بهای سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی ۱۲ الی ۱۵ درصد کاهش داده شد. این تلاشها باعث شد که افزایش هزینه‌ها در سال ۱۹۹۴-۹۵ در محدوده اهداف از پیش تعیین شده نگهداشته شود.

اندونزی

اندونزی، تا سال ۱۹۹۷، رشد اقتصادی شگفت‌انگیزی را تجربه کرد. در همان زمان بودجه بهداشتی- درمانی دولت شدیداً محدود شد. مصارف فعلی بخش بهداشت- درمان عمومی در حدود ۰/۸ درصد تولید ناخالص داخلی برآورد می‌شود و به نظر نمی‌رسد این درصد در دهه آینده افزایش یابد. این مسئله دولت را به سمت یافتن راه دیگری برای تأمین منابع بخش بهداشت- درمان سوق داد. مطالعاتی که توسط وزارت بهداشت با همکاری بانک جهانی انجام شد نشان داد که دولت تنها ۳۰ درصد از مصارف بهداشتی- درمانی را می‌پردازد که نشان دهنده اینست که بخش خصوصی نقش عمده‌ای را در تأمین منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی ایفا می‌کند. دولت به دنبال روشهایی برای سازماندهی بهتر منابع و ایجاد یک طرح بیمه بهداشتی- درمانی از نوع مراقبت‌های مدیریت شده است.

1. diagnosis related group (DRG)

در اوایل سال ۱۹۸۷، اندونزی در حال آزمایش یک روش پرداخت به فراهم‌کنندگان بود. عمده تجارب بسیار جالب توجه مربوط به پرداخت به کارکنان، به‌ویژه پزشکان است. به‌عنوان بخشی از اصلاحات در پرداخت حقوق و مزایا به کارکنان کشوری، پرداخت به پزشکان بیمارستانهای عمومی به عملکرد آنها وابسته شد تا کیفیت خدمات حرفه‌ای را تشویق و آنها را به صرف وقت بیشتری در بخش عمومی، در مقابله با بخش خصوصی ترغیب کند. سیستم پاداش میزان تلاش و زمان را محاسبه نمی‌کرد و به جای آن به کمیت خدمات توجه داشت. جوایز (پاداش‌ها) که حدوداً کمتر از ده درصد متوسط درآمد کل بود، برای انگیزش و تغییر رفتار ناکافی به‌نظر می‌رسید. این ارزیابی براساس مطالعه‌ای درباره ۲۰۰ پزشک خانواده صورت گرفت (چرنیکوفسکی و بایولکن ۱۹۹۵). هرچند، به‌نظر می‌رسد این طرح اصلاحی ادامه نیافته است.

در سال ۱۹۹۰، بخش بهداشت-درمان با وضعیت دشواری مواجه شد. پزشکانی که در نقاط سخت و محروم خدمت می‌کردند از حقوق کم شکایت داشتند. در همان هنگام پزشکان خواهان امنیت شغلی مادام‌العمر، "مستمری" و همچنین ضمانت‌های قانونی برای ارتقاء پیش‌بینی شده در خدمات دولتی بودند. در نتیجه، اصلاحاتی به مورد اجرا گذارده شد که ضمن آن دانش‌آموختگان در رشته پزشکی مجبور نبودند به سیستم دولتی بپیوندند، بلکه تشویق شدند در مراکز بهداشتی-درمانی اجتماعی (پوسکز ماس) سمت‌های موقتی را - که حقوق آن براساس میزان سختی کار و درجه انزوای تعیین می‌شد - بپذیرند. یک بسته مزایای استخدامی تا حدودی قابل مذاکره نیز برای حصول اطمینان از اجرای عدالت در کل سیستم و همچنین برای جلوگیری از تفاوت فاحش حداقل و حداکثر حقوق، الزامی شد.

وقتی قرارداد اولین گروه هزار نفری پزشکان در سال ۱۹۹۵ به پایان رسید، فرصتهای شغلی کافی برای جذب آنان در سیستم دولتی وجود نداشت. برای حل این مسئله پروژه‌هایی تنظیم و به مورد اجرا گذارده شد که پزشکان مزبور را برای تصدی شغل "پزشک خانواده" و ارائه خدمات پزشکی به جمعیتی با اندازه معین (مثلاً، یک ناحیه) در قالب یک طرح "پیش پرداخت حقوق" آماده می‌کرد. این طرح پیش پرداخت که به اختصار جاپکام^۱ نام دارد در زیر توضیح داده می‌شود:

استراتژی بهداشت و درمان ملی به موجب قانون شماره ۲۳ در سال ۱۹۹۲ - که طرح درمان متمرکز و مستقیم جاپکام را ایجاد کرده است، شکل گرفت. این طرح به صورت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی با خصوصیات زیر تعریف شده است:

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

- کنترل هزینه‌ها از طریق نظام پرداخت سرانه و مشارکت در ریسک.
- عدالت از طریق ارائه یک بسته مزایای پایه.
- تضمین کیفیت از طریق عقد قرارداد با فراهم‌کنندگان، رویه‌های استاندارد برای خدمت، خدمات مشتری‌گرا و مدیریت کیفیت.

هدف در واقع فراهم کردن بسته خدمات پایه برای همه اندونزیایی‌ها (بدون توجه به توانایی پرداخت آنها) از طریق ایجاد رقابت بین طرحهای درمان مستقیم و متمرکز شده است. خدمات تحت پوشش شامل خدمات پیشگیری، خدمات درمانی اولیه و خدمات ساده تخصصی و بستری‌های محدود است. مجریان این طرحها برای ارائه خدمات بیشتر در ازای دریافت هزینه بیشتر آزاد گذارده شده‌اند. به فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی که در این شبکه مشارکت می‌کنند به صورت سرانه پرداخت می‌شود.

چهار نوع سازمان جاپکام عبارتند از: ۱) آسکر^۱ برای کارکنان دولت، ۲) آستک^۲ برای کارگران رسمی، ۳) دانا سهت^۳ برای جمعیتی که توسط دو سازمان قبلی پوشش داده نشده‌اند و ۴) جاپکام خصوصی. بجز در مورد آسکر و آستک که طرحهای بیمه اجتماعی هستند در بقیه موارد مشارکت اختیاری است.

بررسی و ارزیابی طرحهای آزمایشی برای پوشش جمعیت روستایی در اوایل دهه ۱۹۹۰ مشکلات عدیده در خصوص جمع‌آوری حق بیمه‌ها و همچنین موانع مدیریتی و اجرائی عمده‌ای را آشکار کرد (هال و هال، ۱۹۹۵). علاوه بر این، فرض بر این است افرادی که تحت پوشش جاپکام هستند ممکن است میزان مصرف‌شان را افزایش دهند، در حالی که افرادی که تحت پوشش نیستند سطح استفاده‌شان را ثابت نگه می‌دارند، بنابراین، این امر ممکن است منجر به پیدایش وضعیتی ناعادلانه‌تر شود. این حقیقت که طرحهای جاپکام خدمات تدارک‌کنندگان دولتی را با یارانه‌ای در سطح بالا جبران می‌کند، بخش خصوصی را در شرایطی غیررقابتی در برابر بازار جاپکام قرار می‌دهد. جبران تمامی هزینه یک واحد، اثر منفی افزایش هزینه را به دنبال خواهد داشت، که به نوبه خود، نامنویسی (در طرح بیمه‌ای) را تضعیف خواهد کرد. در مورد مشارکت مصرف‌کننده در پرداخت بخشی از هزینه‌ها نیز مطالعاتی به عمل آمده است، این اقدام آنها را قادر می‌کند از مراقبتهای اولیه در بخش خصوصی نیز استفاده کنند. سایر ضعف‌های طرح شامل انتخاب

1. Pt. Askes

2. Pt. Astek

3. Dana Sehat

"معکوس" ناشی از نامنویسی اختیاری، و همچنین "انتخاب ریسک" و مشکلات جمع‌آوری حق بیمه‌ها در شرایطی است که به جای گروه، فرد اختیار انتخاب و خرید بیمه را دارد.

ژاپن

از اعماق ویرانه‌های جنگ جهانی دوم، ملت ژاپن پیشرفت‌های شگفت‌انگیزی در وضعیت بهداشت و درمان - با مخارج ملی نسبتاً کم - به دست آورده است. با این وجود، نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ژاپن با دو مشکل اساسی مواجه است، اولین آن مشکل تأمین مالی است. در گذشته، ژاپن هزینه‌ای ثابت نسبت به تولید ناخالص داخلی را برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی حفظ کرده بود. این امر تنها با این واقعیت که تولید ناخالص داخلی قبل از دهه ۱۹۸۰ رشد قابل توجهی داشته است همخوانی دارد. سالهای پیشرفت سریع در دهه هشتاد پایان یافت ولی افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ادامه یافت. چالش دوم بهبود کیفیت ارائه خدمات است.

ژاپن دارای یک نظام بیمه اجتماعی بهداشتی - درمانی است که به فراهم‌کنندگان خدمات براساس یک فهرست تعرفه یکنواخت، که از طریق مذاکره سیاسی تعیین می‌شود، پرداخت می‌کند. در سال ۱۹۷۷، دولت ژاپن نسبت به تورم هزینه در بخش بهداشتی - درمانی توجه زیادی پیدا کرد. سرعت رشد مخارج پزشکی از رشد اقتصادی جامعه در بهترین شرایط ۱۵ سال اخیر بیشتر شده بود. در نتیجه، دولت ژاپن تصمیم گرفت که یک بودجه گلوبال برای بخش بهداشت - درمان ژاپن تعیین کند تا رشد آن از رشد اقتصادی جامعه بیشتر نشود. در سال ۱۹۸۲، دولت "سازمان اقدامات جامع به منظور تنظیم منطقی روند مخارج مراقبت‌های بهداشتی - درمانی" را تأسیس کرد تا اصول و مبانی راهنما را اجرا کند. شورای اجتماعی مرکزی پزشکی تعرفه و همچنین سقف رشد مصارف پزشکی را معین می‌کند (که این سقف معادل نرخ رشد اقتصادی مورد انتظار است). به نظر می‌رسد این تلاشها باعث کاهش نرخ رشد مصارف بهداشتی - درمانی تا نزدیک به نرخ تورم در ژاپن است (گونجی، ۱۹۹۵ و ایکگامی، ۱۹۹۱). در این کشور، یک تجدیدنظر دایمی در فهرست تعرفه‌ها ایجاد شده که، شامل تلاشهای اخیر در جهت طراحی "مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع"^۱ برای تعیین روش امتیازی^۲ در فهرست تعرفه‌ها است. هرچند، هنوز بحثی درباره استفاده از پرداخت سرانه یا پرداخت جبرانی موردی، یا دیگر روشها در جریان نبوده است.

1. Resource - Based Relative Value Scale (RBRVS)

2. point (rating) system

در ژاپن اساساً فقط دو نوع فراهم‌کننده خدمات وجود دارد، پزشکان دارای مطب (بیش از ۹۰ درصد خصوصی) و بیمارستانها که ۸۰ درصد آنها خصوصی‌اند. بخش دولتی و بیمارستانهای دانشگاهی از دولت یارانه مستقیم دریافت می‌کنند. همان فهرست تعرفه یکسان برای پزشکان خصوصی و بیمارستانها مورد عمل قرار می‌گیرد. سیستم کارانه باعث ایجاد انگیزه در جهت افزایش برخی خدمات مانند تحویل دارو و آزمایش شده است. از آنجا که پزشکان معمولاً خود داروی تجویز شده را توزیع می‌کنند، انگیزه بیشتری برای تجویز بیش از حد لزوم یا تجویز داروهای گران قیمت با سود بیشتر دارند. علاوه بر این، سیستم کارانه برای پزشکان این انگیزه را ایجاد می‌کند که بیمار بیشتری ببینند و این امر اثر تحریف‌کننده‌ای بر تعداد بیماران دارد. فقدان تفاوت عملی (کارکردی)^۱ بین پزشکان مطب‌دار (که بیشتر آنها متخصص‌اند) و پزشکان شاغل در بیمارستانها، همراه با نبودن سیستم درباری^۲ مؤثر (ناشی از همین اختلاف) منجر به شلوغ شدن، اوقات انتظار طولانی، و مدتهای مشاوره کوتاه در بیمارستانهای دانشگاهی یا سایر بیمارستانهای بزرگ شده است.

ترکیب انگیزه‌های ایجاد شده توسط سیستم کارانه و سالمندی جمعیت باعث بیش‌درمانی سالمندان شده است که به‌عنوان یکی از علل اصلی افزایش سریع هزینه‌ها توصیف شده است. برای کنترل این مشکل، دولت در سال ۱۹۹۰ طرحی ارائه کرد که به موجب آن بیمارستانهایی که درصد بالایی بیماران سالمند دارند که با استانداردهای مربوط به تعداد نیروی کار مربوط مطابقت دارد، می‌توانند روش پرداخت جدیدی مشتمل بر پرداخت روزانه انتخاب کنند.

کُره

در سیستم مراقبتهای بهداشتی- درمانی کره، به‌طور سنتی بخش خصوصی غالب است و حدود ۸۵ درصد بیمارستانها و تقریباً همه مطب‌ها، خصوصی هستند. بیمه بهداشتی- درمانی اجباری در سال ۱۹۷۷ ایجاد و پوشش آن در ژوئیه سال ۱۹۸۹ کامل شد. بیمه بهداشتی- درمانی ملی^۳ به دو بخش مساعده‌های پزشکی برای تهیدستان و بیمه پزشکی جهت افراد شاغل تقسیم می‌شود. خدمات بهداشتی- درمانی به‌طور غیرمستقیم توسط بیمه فراهم می‌گردد (بیمه خود فراهم‌کننده

1. Functional differences 2. Gatekeeping
3. The National Health Insurance (NHI)

خدمات نیست). به فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی براساس یک فهرست تعرفه ملی و سیستم کارانه پرداخت می‌شود. یک کمیته از فدراسیون ملی بیمه پزشکی همه مواردی را که توسط فراهم‌کنندگان درخواست می‌شود یک به یک بررسی و آنها را براساس میزان تعدیل شده پرداخت می‌کند. جبران خدماتی که تحت پوشش بیمه است با استفاده از وجوه صندوق بیمه (حق بیمه کارکنان) و بقیه آن به‌طور مستقیم توسط بیماران پرداخت می‌شود. استفاده از هر خدمت بهداشتی-درمانی مستلزم مشارکت استفاده‌کننده در هزینه درمان، یعنی، فرانشیز و بیمه مکمل^۱ مشترک است. با وجود گستردگی پوشش بیمه بهداشتی-درمانی ملی، هنوز ۶۰ درصد هزینه‌های بهداشت-درمان توسط خانوارها تأمین می‌شود.

عرضه‌کنندگان خدمات مجاز هستند برای خدماتی که توسط بیمه پوشش داده نمی‌شود قیمت را براساس نرخ بازار تعیین کنند. در نتیجه، در مصرف خدمات بدون پوشش بیمه، به‌ویژه روشهای تشخیصی گران‌قیمت و با تکنولوژی پیشرفته رخ می‌دهد. بهای این خدمات ۳۰۰ الی ۶۰۰ درصد قیمت تمام شده برآورد شده خدمات مورد مطالعه است (برمن ۱۹۹۷). علی‌رغم مکانیسم‌های کنترل‌کننده سمت تقاضا، کره رشد هزینه سریعی را تجربه کرد (یانگ ۱۹۹۱)، مصرف دارو، تنظیم نشده در بیشتر موارد و منبعث از انگیزه‌های فراهم‌کنندگان خصوصی خدمات، همپای مخارج فزاینده ۳۰ درصد کل هزینه بهداشت-درمان را تشکیل می‌دهد. بار تأمین مالی خدمات فاقد پوشش بیمه‌ای ممکن است برای خانوارهای کم‌درآمد بیشتر از خانوارهای پردرآمد باشد.

در سال ۱۹۹۴ اصلاحات در نظام بهداشت-درمان مطرح شد که هدف کلی آن اطمینان دادن به آحاد جامعه برای دسترسی به یک سبد خدماتی جامع با کیفیت بالا بود که با کارآمدترین روش تولید شود و در ازای پرداخت مناسب عرضه شود.

قبل از اصلاحات، پزشکان بیمارستانها حقوق ماهانه می‌گرفتند و گاهی اوقات، براساس عملکردشان به آنان پاداش داده می‌شد. برنامه دولت این است که به تدریج روش کارانه را با کاربرد یک روش پرداخت آینده‌نگر براساس گروههای مرتبط تشخیصی در خدمات بستری و "مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع" در خدمات سرپائی جایگزین کند. تجربه پرداخت موردی در اواخر سال ۱۹۹۵ آغاز شد (اولین باری که در کره روش دیگری به‌جز کارانه استفاده می‌شد). برای جلوگیری از مقاومت سیاسی، ابتدا این امر به‌صورت تجربی و اختیاری برقرار گردید. هیچ‌گونه

ارزیابی سیستماتیک برای تعیین اثر روش پرداخت گروههای مرتبط تشخیصی بر رفتار فراهم‌کنندگان صورت نگرفته است، اگرچه در مشاهدات عادی تغییرات بنیادی به نظر نمی‌رسد (دکتر یانگ بونگ مینگ). یکی از نکات مهم که باید در بررسی روش پرداخت از نوع گروههای مرتبط تشخیصی در کره در نظر گرفته شود تصحیح خطای ناشی از انتخاب نامناسب در بیمارستانها است. به علت ماهیت انتخابی این تجربه، بیمارستانهایی در این روش مشارکت می‌کنند که مشکل مالی دارند. شاید در نمونه واقعی بیمارستانها، تغییر به سمت پرداخت روش فوق اثرات متفاوتی داشته باشد.

فیلیپین

در سال ۱۹۹۱، کل مخارج بهداشت-درمان در سطح ملی در فیلیپین حدود ۲/۳ درصد از تولید ناخالص ملی بود. منابع اصلی آن شامل دولت (۴۴ درصد)، بیمه اجتماعی که در آنجا مدی‌کر^۱ و غرامت کارگران^۲ نامیده می‌شود (۱۲ درصد)، پرداخت مستقیم توسط خانوار (۳۸ درصد)، سازمانهای حفظ بهداشت-درمان^۳ و بیمه خصوصی (۶ درصد) است. برنامه مدی‌کر یک برنامه بیمه‌ای اجباری است که در سال ۱۹۶۹ به تصویب رسید و در سال ۱۹۷۲ اجرا شد. هدف مدی‌کر این بود که به تدریج بتواند برای تمام جمعیت فرصتهای پایداری ایجاد کند که بتوانند به خود در پرداخت هزینه برای دستیابی به مراقبت‌های پزشکی مناسب کمک کنند. در سال ۱۹۹۱، براساس برآورد انجام شده، مدی‌کر ۲۶ میلیون عضو اصلی و تبعی داشت که ۴۲ درصد کل جمعیت را شامل می‌شد. قانون بیمه بهداشتی-درمانی ملی سال ۱۹۹۵ برنامه بیمه ملی^۴ را در سال ۱۹۹۶ پایه‌گذاری کرد - برنامه‌ای که منجر به گسترش مدی‌کر فعلی شد تا کل جمعیت کشور را پوشش دهد. نکته اصلی این برنامه پوشش فقرا است که حق بیمه آنان توسط دولت محلی یا مرکزی به صورت یارانه پرداخت می‌شود.

فیلیپین یک سیستم کارانه را در برنامه مدی‌کر حفظ کرده است. برخی مؤلفان به این سیستم انتقاد دارند که پوشش اندکی در زمینه بلایای طبیعی ایجاد کرده اما صرفاً درآمد فراهم‌کنندگان را افزایش داده است (گرترلر و سولون ۱۹۹۶). مبالغ جبرانی مدی‌کر مستقیماً به فراهم‌کننده پرداخت

1. Medicare
2. employee compensation
3. health maintenance organization (HMO)

4. Nation Insurance program

می‌شود و میزان جبران خدمات تخصصی به این بستگی دارد که بستری شدن دارای ماهیت جراحی است یا غیرجراحی. به جراحان براساس رتبه‌بندی‌ای که توسط کمیسیون مراقبتهای پزشکی فیلیپین معین شده، پرداخت می‌شود در حالی که متخصصین بیهوشی یک سوم نرخ جراحان را دریافت می‌کنند. پزشکان غیرجراح مقدار ثابتی در روز دریافت می‌کنند که این مقدار برای متخصصین پروانه‌دار بیشتر از پزشکان عمومی است. فشار ناشی از افزایش تقاضا و هزینه‌های تولید قیمت مراقبتهای بهداشتی-درمانی را افزایش می‌دهد. اگر قدر مطلق سطح پوشش ثابت باشد، بیمه‌شده باید مقدار بیشتری را به‌طور مستقیم پرداخت کند. اگرچه افزایش مزایای مدی‌کر ممکن است باعث افزایش بیشتر هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی-درمانی شود.

برای مقابله با انگیزه‌های تجویز بیش از حد لزوم به علت پرداخت کارانه، مدی‌کر براساس نوع خدمت و درجه بیمارستان، حداکثر مصرف را تعیین کرده است. علاوه بر این، کمیسیون مراقبتهای پزشکی فیلیپین یک فهرست اولویت‌بندی شده از بیمارستانهای پرریسک را تهیه کرده است و یک سیستم پایش منظم به‌وجود آورده است. هیچ‌گونه اصلاحی در سیستم پرداخت به فراهم‌کنندگان طراحی نشده است.

تایوان

پیش از استقرار برنامه ملی بیمه بهداشتی-درمانی در سال ۱۹۹۵، سه طرح عمده بیمه اجتماعی وجود داشت، و روش پرداخت در آنها به‌صورت کارانه براساس فهرست تعرفه‌ها بود (لیو ۱۹۹۷). رشد سریع هزینه‌ها، رشد فزاینده سالخوردگان، آشفته‌گی بیمه و مراقبتهای پزشکی و فشارهای سیاسی به درک ضرورت بیمه ملی بهداشت-درمان کمک کرد. در آغاز از فهرست اولیه تعرفه‌های بیمه کار اقتباس شد (چیانگ ۱۹۹۷، لو ۱۹۹۵). مشارکت در این برنامه تحت مقررات قانون بیمه ملی بهداشتی-درمانی اجباری است.

نگرانی درباره رشد سریع هزینه‌ها و مراقبتهای بهداشتی-درمانی دولت را به سوی طراحی اصلاحات در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان سوق داد (لیو ۱۹۹۷). برخی از استراتژی‌های اصلاحات در پرداخت (لی ۱۹۹۷) عبارتند از:

- تدوین و گسترش نظام پرداخت موردی شامل گروههای مرتبط تشخیصی در بستری و گروههای سیار بیماران در سربائی و گروههای منابع مصرفی برای مراقبتهای خانگی؛

● تجدیدنظر در فهرست تعرفه فعلی براساس مسیری که در امریکا ابداع شده یعنی "مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع".

● ابداع یک فهرست دارویی ضروری و تجدیدنظر در قیمت دارو به طوری که انعکاسی از هزینه تولید آن باشد. سیاستهای مشابهی نیز برای تجهیزات و لوازم پزشکی توصیه شد؛

● ایجاد بودجه‌های گلوبال در کوتاه مدت و پرداخت سرانه در طولانی مدت.

دپارتمان بهداشتی- درمانی ایجاد شد و روش پرداخت آینده‌نگر براساس مورد را برای تشخیص‌های معینی مورد آزمایش قرار داد که شامل سزارین و زایمانهای طبیعی می‌شود. این میزان پرداخت شامل: مشاوره‌های پزشکی، پرستاری، هزینه‌های بخش، هزینه اقدامات پزشکی و داروها می‌شود. با این‌که این سیستم همانند سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی در امریکا است ولی تعداد گروه‌های تشخیصی کمتر است. برای مثال، در ایالات متحد برای سزارین چهار گروه تشخیصی وجود دارد، که در مقایسه، تایوان فقط یک گروه دارد. تحلیل‌های مقدماتی نشان می‌دهد که هم طول مدت اقامت و هم هزینه هر بستری سزارین پس از ۶ ماه از استقرار روش پرداخت موردی کاهش یافته است (لی ۱۹۹۷). استفاده از پرداخت جبرانی براساس مورد، برای گسترش به سایر اقدامات جراحی از قبیل آپاندکتومی، ترمیم فتق، تعویض مفصل زانو یا هیپ، پیوند عروق کرونر و کوله‌سیستکتومی در سال جاری در حال طراحی است.

برای کاهش مقاومت از جانب فراهم‌کنندگان، توصیه شده بود که نرخ پرداخت براساس اصل بودجه خنثی تعیین شود مگر در مواردی که فهرست تعرفه شدیداً به هم بخورد (لی ۱۹۹۷). براساس این اصل میزان پرداخت برای هر مورد براساس تحلیل آماری داده‌های سنتی تعیین می‌شود. با این وجود، میزان پرداختهای توافق شده باعث توزیع مجدد منابع میان انواع مختلف پزشکان می‌شود. به‌طور کلی، وضع پزشکان سطح اول در این سیستم پیشنهادی بهتر شد و بر جراحان اثر منفی داشت، حال آنکه در وضعیت سایر انواع پزشکان تغییری حاصل نشد. این توزیع مجدد به‌طور طبیعی باعث مقاومت و اعتراض گروه‌هایی (به‌ویژه پزشکان بیمارستانی) شد که در جریان اصلاحات برخی مزایا را از دست می‌دادند. این وضعیت هنگامی که بسیاری بیمارستانها سیستم حقوق ثابت را جایگزین کرده و از روش حقوق به اضافه پاداش یا حتی از سیستم دستمزد پزشکی استفاده کردند، بدتر شد. براساس گزارش دفتر ملی بیمه بهداشتی- درمانی، تعداد پزشکان در بیمارستانها به ترتیب به ۳/۶ درصد و ۴ درصد در سالهای ۱۹۹۵ و ۱۹۹۶ کاهش یافته و در بخش

مراقبت‌های سطح اول در همان دوره زمانی به ترتیب ۶/۴ درصد و ۵/۷ درصد اضافه شده است. تجدیدنظرهای عمده در قیمت خدمات کمکی در جولای سال ۱۹۹۶ شروع شد که اولین قدم به سوی پرداخت عادلانه محسوب می‌شود.

تایوان همچنین از یک کنترل حجمی برای خدماتی که از طریق کارانه پوشش داده می‌شود، استفاده می‌کند. پزشکان برای دیدن ۳۰ بیمار اول در روز حق ویزیت کامل دریافت می‌کنند اما به موازات افزایش تعداد موارد در روز پرداخت کمتری به ازای هر ویزیت صورت می‌گیرد. مقدار پرداخت شده برای ۱۵۰ ویزیت در ماه نصف نرخ کامل است (لیو ۱۹۹۷).

تایلند

در میان تمام کشورهای آسیایی تایلند بیشترین گزینه‌ها را در روشهای پرداخت به فراهم‌کنندگان دارد. همان‌گونه که در جدول زیر نشان داده شده است. هر طرح بیمه‌ای به‌طور جداگانه با مکانیسم متفاوتی به فراهم‌کنندگان پرداخت می‌کند.

بیمه اولیه و طرحهای مزایای پزشکی - درمانی و شیوه پرداخت مورد عمل در تایلند			
طرح پوشش بهداشتی - درمانی	زمان برقراری	درصد پوشش	روش پرداخت به فراهم‌کنندگان
کارکنان دولت	۱۹۸۰	۱۱	کارانه
تأمین اجتماعی	۱۹۹۰	۹	سرانه
غرامت کارگران	۱۹۷۳	۵	کارانه
کارت پزشکی	۱۹۸۳	۵	سرانه و بودجه
بیمه خصوصی	۱۹۷۸	۱	کارانه
مراقبت آزاد	۱۹۷۵	۲۱	بودجه سنتی

طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت از طریق درآمد دولت تأمین می‌شود. این طرح کارکنان دولتی، مستمری‌بگیران و وابستگان آنها را برای خدمات سرپایی و بستری در بخش دولتی و بخشی

از هزینه‌های بستری در بیمارستانهای خصوصی را پوشش می‌دهد. به فراهم‌کنندگان به صورت پرداخت جبرانی به روش کارانه پرداخت می‌شود. مشخص است که کنترل ضعیفی بر مصرف اعمال می‌شود و تجربه نشان می‌دهد که بیمارستانها از این طریق مقداری یارانه متقاطع برای سایر طرحهای سختگیرانه پرداخت می‌کنند. طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت بیشترین مصرف سرانه را دارد که بیش از ۹۰۰ بات برای هر فرد تحت پوشش است.

طرح تأمین اجتماعی طرحی اجباری است که کارگران کارگاههای بیش از ۱۰ نفر را پوشش می‌دهد و توسط پرداخت سه قسمتی، یعنی، دولت، کارفرما و کارگر تأمین مالی می‌شود، به این ترتیب که هر کدام معادل ۱/۵ درصد مزد کارگر را پرداخت می‌کنند. بخش دولتی و خصوصی هر دو می‌توانند وارد این سیستم شوند به شرط آنکه استانداردهای مشخصی را که کمیته پزشکی تعیین می‌کند رعایت کنند. به بیمارستانهای طرف قرارداد به صورت سرانه و با میزان ۹۰۰ بات برای هر کارگر در سال پرداخت می‌شود. کلیه خدمات سرپایی و بستری در بیمارستانهای طرف قرارداد با این طرح پوشش داده می‌شود (هسایو ۱۹۹۳). همچنانکه سرانه دریافت شده توسط بیمارستان کلیه خدمات از سطح اول تا سوم را پوشش می‌دهد می‌توان فرض کرد که بیمارستانها مصرف خدمات سطح اول و پیشگیری برای درمان بیمارانشان را افزایش می‌دهند و خدمات غیرلازم و گران را انجام نمی‌دهند. تغییر اخیر در این طرح اینست که کارگر خود پزشکش را انتخاب می‌کند در حالی که در سیستم قبلی فراهم‌کنندگان توسط کارفرما انتخاب می‌شدند.

صندوق غرامت کارگران^۱ همان جمعیت تحت پوشش سیستم تأمین اجتماعی را برای بیماری یا حوادث ناشی از کار پوشش می‌دهد. این صندوق از طریق کسر ۲ درصد مالیات از دستمزد کارگران تأمین مالی می‌شود. کارگران برای انتخاب بیمارستانهای دولتی یا خصوصی کاملاً آزادند و صندوق براساس روش کارانه و تا سقف ۳۰,۰۰۰ بات برای هر بار بیماری ناشی از کار می‌پردازد (هسایو ۱۹۹۳). ثابت شده است که این سقف در بیشتر موارد دست نیافتنی است (بنت ۱۹۹۲).

بدین ترتیب، تأمین اجتماعی و صندوق غرامت کارکنان مزایا را به صورت مکمل به جمعیت یکسانی گسترش می‌دهند، اما از روشهای پرداخت متفاوتی استفاده می‌کنند. این گونه رویکردهای متنوع و تکه تکه نسبت به تأمین مزایای بهداشتی - درمانی باعث ایجاد عدم کارایی و نابرابریهایی در میان ۵۹ درصد از جمعیت تحت پوشش برخی از طرحهای مختلف مزایا همچنین بین افراد تحت

1. the Workman's Compensation Fund (WCF)

پوشش با ۴۱ درصد باقیمانده - که هیچ‌گونه پوشش بیمه‌ای ندارند - می‌شود. به‌عنوان مثال، شواهدی روایتی موجود است که حاکی از انتقال بیماران از سیستم تأمین اجتماعی به سیستم صندوق غرامت کارگران برای درمان یک بیماری واحد بعلت مزایای بیشتر این روش است.

در سال ۱۹۸۳ یک سیستم کارت بهداشتی - درمانی آغاز شد که ابتدا به‌صورت طرح تأمین مالی اجتماعی بود و هشت اتفاق درمانی را در سال پوشش می‌داد که برای هر مورد حداکثر ۲۰۰۰ بات می‌پرداخت. این محدودیت‌ها بعداً در حین اصلاحات طرح مورد تجدیدنظر قرار گرفت. با رسیدن به سالهای ۸۸-۱۹۸۷ این برنامه گسترش یافت و حق بیمه‌ها از ۳۰۰ بات برای هر خانوار به ۵۰۰ بات افزایش یافت. از سال ۱۹۹۴ طرح کارت بهداشتی - درمانی معادل ۵۰۰ بات برای هر کارت از دولت دریافت کرده است. بیماران حق دارند که اولین نقطه تماس (مراجعه) به سیستم بهداشتی - درمانی خود را انتخاب کنند و هیچ‌گونه سقفی برای مصرف تعیین نشده است. این طرح تغییر نام پیدا کرد و پروژه بیمه بهداشتی - درمانی اختیاری نام گرفت و حمایت‌های لازم برای ادامه طرح نیز چندگانه شد. ابتدا به‌عنوان یک طرح اولیه برای خدمات سطح اول شروع شد و اکنون گسترش یافته و به یک طرح کامل عملیاتی با مشارکت در ریسک برای خدمات بهداشتی و پزشکی تبدیل شده است. این طرح غیرمتمرکز شده و به هر استانی اجازه انعطاف در قیمت‌ها، میزان و نوع مزایای تحت پوشش و همچنین مدیریت صندوق داده شده است. تقریباً ۷۰ درصد از بودجه سیستم کارت بهداشتی - درمانی برای تأمین مالی فراهم‌کنندگان در سطوح مختلف تخصیص یافته است. مطالعات نشان داده که این طرح در حدود سه چهارم هزینه‌های مستقیم درمان را تأمین و بقیه آن را از سایر منابع درآمدهای بیمارستان تأمین می‌کند.

طرح کارت کم درآمدهای وزارت بهداشت که مردم به‌صورت خانوادگی برای گرفتن آن درخواست می‌کنند خانوارهای فقیر را از پرداخت بهای خدمات در مراکز دولتی معاف می‌کند؛ البته در صورتی که آنها شرایط سیستم ارجاع را رعایت کرده باشند. بودجه کارت رایگان براساس تعداد مصرف‌کنندگان کم درآمد خدمات بهداشتی - درمانی در سالهای قبل میان استانها توزیع می‌شود. این امر تنها نیمی از درآمد مرکز را تأمین می‌کند و بقیه توسط یارانه متقاطع از بیمه‌شدگان دیگر (به‌ویژه کارکنان دولت) و بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود (هسایو ۱۹۹۳). مبالغ نسبتاً زیادی به‌صورت پرداخت مستقیم میان خانوارهایی که تحت پوشش هستند مشاهده شده است (پانارونوتایی و میلز ۱۹۹۷)؛ این نکته نشانگر آنست که ظاهراً بیماران حاضرند، حتی زمانی که واجد شرایط استفاده از

خدمات رایگان بخش دولتی هستند، برای دریافت خدمات بهداشتی- درمانی به هزینه خود به بخش خصوصی مراجعه کنند.

تفاوتی وسیع در درآمد پزشکان بخش دولتی و خصوصی وجود دارد که باعث خروج نیروهای پزشکی، پرستاری و سایر فراهم‌کنندگان از بخش دولتی و پیوستن آنها به بخش خصوصی می‌شود. اکثریت کسانی که در بخش دولتی کار می‌کنند به صورت پاره‌وقت در درمانگاه‌های خصوصی نیز اشتغال دارند. وزارت بهداشت عمومی یک امتیاز ۱۰,۰۰۰ بات ماهانه برای پزشکانی که فقط در بخش دولتی کار کنند در نظر گرفته است.

ویتنام

تغییرات بنیادی در ساختار و عملکرد کشاورزی از دهه ۱۹۸۰ صورت گرفته که منجر به واگذاری گسترده سیستم تعاونی در دهه ۱۹۹۰ شده و این امر اثرات عمیقی بر نظام سلامت ویتنام برجای گذارده است.

در سال ۱۹۹۲، در ویتنام، به دنبال فرمان حکومتی طرحی حاوی یک سیستم بیمه بهداشت- درمان اجباری مبتنی بر دستمزد برای کلیه کارکنان دولت و کارکنان شرکتهای خصوصی دارای بیش از ده کارگر ایجاد شد. این طرح پس از اجرای نمونه آزمایشی در گوشه و کنار کشور طی مدت ۱ تا ۴ سال تصویب گردید. در همان هنگام یک سیستم بیمه اختیاری برای کارگران کارگاههای کوچک و کشاورزان نیز ایجاد شد.

بودجه دولت مرکزی منبع اصلی پرداخت حقوق کارکنان شاغل در بخش بهداشت و درمان، در سطح مرکزی و استانی و همچنین آن تعداد از افرادی است که در سطح بخش کار می‌کنند. بر طبق مصوبه (قانون) دفاتر بیمه استانی باید برای فراهم کردن خدمات با بیمارستانها قرارداد ببندند. در طرحهای اولیه از روش کارانه استفاده می‌شد که با توجه به پیچیدگی درمان و تعداد روزهای بستری در بیمارستان بود.

تعرفه‌هایی از پیش برای پیشرفت تعیین می‌شد و هیچ حدی برای حجم کار وجود نداشت مگر روزهای بستری که یک سقف ۱۰ روزه برای آنها در نظر گرفته شده بود. برخی افزایش هزینه‌ها گزارش شد و نظارت بر صحت اقدامات که شامل چاپ خلاصه راهنمای درمانی برای ۴۰۰ نوع بیماری می‌شود، نیز انجام شد. استانهایی که در خط مقدم تغییر قرار داشتند همانهایی بودند که

به عنوان محل اجرای برنامه‌های آزمایشی در نظر گرفته شدند. آنها از حیث روش پرداخت متفاوت بودند. برای مثال هایفونگ طرح بیمه اجباری را در سال ۱۹۸۹ شروع کرد و روش کارانه را برای پرداخت جبرانی به کار برد. در کوانگ نام دا نانگ طرح اختیاری بود اما دفاتر بیمه قراردادهایی حجمی با بیمارستانها منعقد کردند که در آن تعداد روزهای بستری سالانه و متوسط قیمت هر روز تعیین شده است. بیمارستانها می‌توانند هزینه هر بیمار را اعلام کنند ولی هزینه کلی ماهانه نباید از محدوده‌ای که تعیین شده خارج شود. به بیمارستانها مجوز داده شده که هر مقدار سود داشته باشند (انسور ۱۹۹۵).

۳. اصلاحات در روش پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات در امریکای لاتین

اگرچه تعدادی از کشورهای منطقه امریکای لاتین اصلاحات در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان را آغاز کرده‌اند، در این مطالعه آنهایی مورد توجه قرار گرفته‌اند که به نظر می‌رسد اصلاحات آنها با اهداف پژوهشی مشارکت در اصلاحات بهداشت و درمان بیشترین ارتباط را دارد؛ کشورهای مزبور شامل آرژانتین، بولیوی، برزیل، شیلی و کلمبیا هستند. این کشورها روش پرداخت براساس مورد و سرانه را اختیار کرده‌اند یا در حال انتخاب هستند. گزارش شده است که اوروگوئه نیز تجربه مرتبطی در محدوده نظام پرداخت به عرضه‌کنندگان خدمات دارد ولی امکان دسترسی به اطلاعات آن وجود نداشت.

آرژانتین

آرژانتین سیستم مراقبتهای بهداشتی-درمانی پیچیده‌ای دارد، جایی که سیستم‌های تأمین مالی و عرضه خدمات دولتی و خصوصی به صورت مختلف همزیستی دارند. مؤسسات بیمه بهداشتی-درمانی متعلق به اتحادیه، که طی سالهای اول دولت پرون در اوایل دهه پنجاه تشکیل شد و به نام اوبراس سوشیالس معروف است، بیمه بهداشتی-درمانی برای ۴۰ درصد جمعیت کشور را فراهم می‌کند؛ بیمه‌گران خصوصی شبیه سازمانهای حفظ سلامت که پره پاگاس^۱ نامیده می‌شود ۱۵-۱۰ درصد آرژانتینی‌ها را پوشش می‌دهند، همچنین، اوبراس سوشیالس تحت مالکیت استانها کارکنان دولت در استان مربوط رازیر پوشش بیمه‌ای قرار می‌دهند. بین ۴۰-۳۰ درصد از مردم کشور، که

1. Prepagas

اکثراً کم درآمد هستند، تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند اما اجازه دارند که از خدمات بهداشتی-درمانی مراکز دولتی رایگان استفاده کنند.

مراکز بهداشتی-درمانی دولتی تحت نظر دولت محلی (در استانها) قرار دارند و به صورت غیر متمرکز اداره می‌شوند. بخش خصوصی عرضه خدمات بهداشتی-درمانی بسیار خوب رشد یافته و از صدها درمانگاه در کل کشور تشکیل شده است که در برخی نقاط خدمات پیچیده و تخصصی و با کیفیت بالا ارائه می‌کنند. آرژانتین یکی از کشورهایی است که بیشترین تعداد سرانه پزشک در دنیا را دارد، و مخارج بخش بهداشت-درمان در دو دهه اخیر افزایش قابل توجهی یافته است، اگرچه، کیفیت وضعیت بهداشت-درمان به همان مقدار بهبود نیافته است.

آرژانتین تجربه زیادی در ابداع و نوآوری در سیستم‌های پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات دارد. برنامه کمکهای پزشکی یکپارچه و جامع^۱ که مراقبتهای بهداشتی-درمانی را برای اوبراسوشیال با عظمت فراهم می‌کند که ۴ میلیون نفر آرژانتینی‌های بازنشسته و ناتوان را پوشش می‌دهد و برای هر فرد در حدود ۱,۰۰۰ دلار آمریکا در سال هزینه می‌کند - مبلغی بالنسبه بالا برای کشوری که درآمد ناخالص ملی سرانه آن در سال ۱۹۹۶، ۸,۵۰۰ دلار آمریکا بوده است. این برنامه مراقبتهای بهداشتی-درمانی استفاده‌کنندگان را از طریق طیف وسیعی از عرضه‌کنندگان خدمات - که قراردادهای متفاوتی همچون سرانه، کارانه و روش پرداخت موردی با آنها دارد - فراهم می‌کند.

برنامه مزبور از اواسط دهه هشتاد تا اواخر آن برخی خدمات خود را توسط مراکز بهداشتی-درمانی تحت نظارت خود عرضه می‌کرد. امروزه اوبراسوشیالس اول خدمات را خریداری می‌کنند که این خریدگاهی مستقیم است و گاه از طریق نهادهای واسطی به نام واحدهای اجرایی موقت^۲ انجام می‌شود. واحدهای اجرایی موقت نوعاً خدمات بهداشتی-درمانی را از عرضه‌کنندگان مختلف خریداری کرده و آنها را به یک بسته خدماتی، در محدوده بودجه مشتریان اوبراسوشیالس تبدیل می‌کنند. کارانه عمده‌ترین روش خرید خدمات بهداشتی-درمانی در اوبراسوشیالس بوده و در حال حاضر روش سرانه جایگزین آن شده است، که به موجب آن اوبراسوشیالس مبالغ ثابتی را به واحدهای اجرایی موقت پرداخت می‌کند که در ازای آن هر یک از استفاده‌کنندگان از پوشش خدماتی مراقبتهای بهداشتی-درمانی برخوردار شوند.

1. Programa de Asistencia Medical Integral (PAMI)

2. Enterprise Transitory Units (HTI)

در حدود سال ۱۹۹۴ وزارت بهداشت آرژانتین در قالب یک پروژه مالی که توسط بانک جهانی تأمین می‌شد ابتکاری برای تقویت مدیریت و تأمین مالی بیمارستانهای دولتی به صورت غیرمتمرکز در سطح استانی آغاز کرد. این پروژه بیمارستانهای خودگردان دولتی نام گرفت و باعث افزایشی بسیار قابل ملاحظه در بازپس گرفتن هزینه‌ها توسط بیمارستانهای دولتی به‌ویژه از اوبراس سوشیالس شد که به مقیاس وسیعی از خدمات مراقبتهای بهداشتی-درمانی این بیمارستانها استفاده می‌کردند ولی پولی برای آن نمی‌پرداختند. اکنون فرض بر این است که بیمارستانهای دولتی مبالغ روز افزونی بابت سهم مشارکت^۱ (بیمه شده) از هزینه‌های خدمات درمانی از اوبراس سوشیالس دریافت می‌کنند.

اصلاح در سیستم اوبراس سوشیالس نیز در سال ۱۹۹۶ تحت نظر وزارت بهداشت و در قالب پروژه‌ای که بانک جهانی تأمین مالی کرده بود آغاز شد. تا قبل از آن سال بیش از ۳۰۰ اوبراس سوشیالس در کشور وجود داشت که اندازه و منابع مالی مختلف داشتند. استفاده‌کنندگان اختیار مراجعه به هر واحد دلخواه را نداشتند و فقط می‌بایست به اوبراس سوشیالس منطقه خود مراجعه کنند. اصلاحات اخیر به دنبال این بود که -به‌منظور ایجاد رقابت میان اوبراس سوشیالس این قاعده را تغییر دهد.

تنها پس از یکسال از شروع اصلاحات، ادغام‌های متعددی صورت گرفت و تعداد اوبراس سوشیالس به کمتر از ۱۰۰ واحد رسید. مؤسسات بزرگتر و رقابتی‌تر مناسبات جدیدی شامل کاربرد سیستم‌های جدید پرداخت، مانند سرانه، با فراهم‌کنندگان برقرار کردند. هیچ مطالعه در خصوص سیستم‌های جدید انجام نشده است و اثرات آنها بر کیفیت مراقبتها، رضایت مشتری، دسترسی به خدمات و مخارج مراقبتهای بهداشتی-درمانی اوبراس سوشیالس مشخص نیست.

با وجود تغییرات فوق روش کارانه از سیستم بهداشتی-درمانی آرژانتین حذف نشد. در واقع "پره پاگاس"، بیمه‌گران خصوصی بهداشت-درمان، عمدتاً براساس کارانه خدمات پزشکی فراهم‌کنندگان را جبران می‌کنند.

به‌طور خلاصه، آرژانتین اصلاحات مهمی در نظامهای پرداخت به فراهم‌کنندگان را تجربه کرده است. اوبراس سوشیالس از روش کارانه و تولید خدمات توسط خود به سمت خرید خدمات مراقبتی، به‌طور عمده بر مبنای روش سرانه تغییر وضعیت داده است؛ و بیمارستانهای دولتی هم

1. Share of cost

اکنون مجدانه تر از پرداخت‌کننده‌های شخص ثالث برای خدماتی که به مشتریان آنها می‌دهند، پول مطالبه می‌کنند.

بولیوی

در اواسط سال ۱۹۹۶ بولیوی برنامه بیمه بهداشتی-درمانی مادران و کودکان^۱ را به مورد اجرا گذارد. برنامه مزبور شامل ارائه یک بسته خدماتی پایه‌ای حاوی اقدامات مراقبتی مربوط به مادر و کودک (حدود ۱۲ مورد) است که در سطح شهرداری‌ها در بیمارستانهای دولتی، مراکز و ایستگاههای بهداشتی-درمانی با بودجه دولت مرکزی عرضه می‌شوند.

بیمه بهداشتی-درمانی مادران و کودکان به دلایل زیاد سیاستی نوآورانه محسوب می‌شود. اول اینکه، براساس ارائه یک بسته خدماتی پایه‌ای معتدل و واقعی موارد مراقبت مربوط به مادر و کودک است. دوم اینکه، در میان یک شبکه نامتمرکز قرار داده شده است. دولت مرکزی هر ماه براساس قانون مشارکت مردمی مصوب سال ۱۹۹۴، منابعی برای هزینه‌های تکراری برنامه‌های اجتماعی و سایر سرمایه‌گذاریها (مانند جاده‌سازی) به شهرداریها اختصاص می‌دهد. مرجع مزبور مشخصاً اعتباراتی براساس یک مکانیسم سرانه-که مبلغ ثابت و معینی به نسبت جمعیت هر شهرداری در نظر می‌گیرد-برای برنامه‌های اجتماعی در اختیار شهرداریها قرار می‌دهد. سوم، خدمات بهداشتی-درمانی مادران و کودکان را می‌توان هم از وزارت بهداشت و هم از تأمین‌کنندگان بیمه اجتماعی دریافت کرد. چهارم، خدمات بهداشتی-درمانی باید به صورت رایگان در اختیار همه مادران و کودکان قرار گیرد. هر یک ماه یک بار فراهم‌کنندگان این خدمات باید صورت‌حساب‌های خود را به دفتر دیپارتمان محلی مسئول اداره برنامه بیمه-برای خدماتی که در قالب برنامه بیمه انجام داده است-ارسال کنند؛ صورت‌حساب براساس فهرست قیمت تعیین شده توسط اداره مرکزی بهداشت و درمان تهیه می‌شود. آمارهای مهم پایه‌ای در مورد جزئیات استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی، تهیه صورت‌حساب، و تراز مالی در هر یک از شهرداریهایی که تحت برنامه بیمه بهداشتی-درمانی مادر و کودک عمل می‌کند، وجود دارد.

پروژه مشارکت برای اصلاحات بهداشت-درمان در حال اتمام ارزیابی وسیعی از برنامه فوق در ۱۰ شهرداری از ۳۱۱ شهرداری است. این ارزیابی سه جنبه از برنامه شامل هزینه، کاربرد و کیفیت، و

1. Maternal and Child Health Insurance (Seguro Nacional de Maternidad y Miniez) (SNMN)

ظرفیت اجرایی را اندازه گیری می‌کند. دولت بولیوی برای گسترش برنامه بیمه به منظور تحت پوشش قرار دادن جمعیت بزرگتری از مردم و همچنین تعداد بیشتری از فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی، برنامه‌هایی در دست طراحی دارد.

برزیل

دو برنامه اصلاح در سیاستگذاری که طی ۱۵ سال گذشته در برزیل اجرا شده است دورنماهای خوبی برای پژوهشگران در زمینه تأثیر اصلاحات بر نظامهای پرداخت به فراهم‌کنندگان، فراهم می‌کند. اولین آنها برگزیدن یک سیستم مرکب از پرداخت موردی و کارانه تحت برنامه بهداشتی-درمانی در سیستم جدید و استثنایی بهداشت-درمان همگانی فدرال^۱ (ساس) در سال ۱۹۸۵ است. موضوع دوم برنامه کمک بهداشتی-درمانی^۲ (پاس) است که به تازگی در شهر ساو پائولو اجرا شده است. این دو ابتکار و موضوعات بالقوه قابل پژوهش در زیر توضیح داده می‌شود.

سیستم پرداخت جبرانی "ساس" به فراهم‌کنندگان خدمات

برزیل دارای سیستم بهداشتی-درمانی غیر متمرکز است که در امریکای لاتین بی نظیر است. دولت فدرال یارانه‌ها را از طریق ساس به سیستم بهداشت-درمان عمومی می‌پردازد. ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در اختیار فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی (انتفاعی و غیرانتفاعی) قرار دارد که بیشتر آنان در سیستم ساس مشارکت دارند. مشارکت در ساس یعنی فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی را بصورت رایگان به مردم عرضه می‌کنند و تنها صورتحساب‌های خدماتی را که انجام داده‌اند به ساس ارسال می‌کنند.

شواهد نشان می‌دهد که نرخ مصرف خدمات بهداشتی-درمانی اثربخش (از حیث میزان هزینه)^۳ در برزیل پایین است. سهم بیشتری از حد مطلوب بودجه بهداشت و درمان فدرال که از طریق سیستم پرداخت جبرانی ساس به فراهم‌کنندگان خدمات داده می‌شود صرف پرداخت خدمات بهداشتی-درمانی شخصی می‌شود که از حیث (تحلیل) هزینه اثربخش به شمار نمی‌آیند.

1. Unique Health System (Sistema Único de saúde, sus)

2. Health Assistance Program (Programa de asistencia de Saúde, Pas)

3. cost effective

در نیمه‌های سال ۱۹۹۶ اعضای یک هیئت مأمور از طرف بانک توسعه بین ملل قاره امریکا^۱ وابسته به بانک جهانی در این راستا استدلال می‌کردند که نرخهای جبرانی باید بگونه‌ای تغییر کند که فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی به انجام خدمات هزینه اثربخش ترغیب شوند و مصرف خدماتی که هزینه اثربخش یا بیشتر دارند کم شود.

براساس گزارش تهیه شده، این واقعیت که نرخ خدمات در ساس نخواهد توانست هزینه‌های رو به افزایش خدمات بهداشتی- درمانی را پوشش دهد برخی فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی خصوصی (انتفاعی) را از ساس دور کرده و به سمت بازار پر سود بیمه خصوصی بهداشتی- درمانی سوق داده است. با این وجود، فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی انتفاعی هنوز مشارکت زیادی در خدمات ساس دارند و به پرداختهای جبرانی ساس تکیه دارند. در سطح ملی فراهم‌کنندگان انتفاعی ۴۱ درصد از مراقبتهای بیمارستانی را عرضه می‌کنند و پس از آنها، فراهم‌کنندگان خدمات غیرانتفاعی با ۳۲ درصد و بیمارستانهای دولتی با ۱۷ درصد قرار دارند. این درصدها به پرداختهای بیمارستانی ساس بسیار نزدیک است. وضعیت در مورد خدمات سرپایی متفاوت است. فراهم‌کنندگان انتفاعی تنها یک پنجم از خدمات را برای ساس انجام می‌دهند و فراهم‌کنندگان غیرانتفاعی هم در همین حدود، در حالی که بخش دولتی ۵۷ درصد مراقبتهای بهداشتی- درمانی را انجام می‌دهد. برخلاف مراقبتهای بستری، در بخش سرپایی سهم مشارکت فراهم‌کنندگان دولتی که ۵۷ درصد از ارائه خدمات را برعهده دارند تنها ۲۷ درصد از بازپرداخت ساس را دریافت می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که فراهم‌کنندگان دولتی بیشتر بر خدمات ارزان قیمت سرپایی متمرکز هستند که بیشتر از نوع خدمات پیشگیری و برخی انواع مراقبتهای سطح اول است، در حالی که فراهم‌کنندگان انتفاعی و غیرانتفاعی و مراکز دانشگاهی خدمات گران‌قیمت‌تری را عرضه می‌کنند. (پرداخت به ازای هر واحد خدمت در این مراکز چهار برابر واحد خدمت در مراکز دولتی است).

از قرار معلوم، نرخ نسبی به‌عنوان خدمات در ساس در سالهای اخیر تغییر چندانی نداشته است. علاوه بر این، هیچ‌گونه ارزیابی از اثرات تغییر نسبی در نرخ خدمات در طول زمان بر عرضه خدمات بخصوص توسط گروههای مختلف فراهم‌کنندگان صورت نگرفته است.

1. Inter-American Development Bank

روش ابداعی "پاس" در سائوپائولو

در اوایل دهه ۱۹۹۰، تحلیلگران و سیاستگذاران شهر سائوپائولو در پاسخ به مشکلات فراوان در زمینه کیفیت خدمات، دسترسی، مخارج، عدم رضایت کارکنان و متخصصان بخش بهداشت-درمان بحث‌هایی را در خصوص گزینه‌ها مناسب برای اصلاح در سیستم مراقبت‌های بهداشتی-درمانی شهری آغاز کردند. ایده ایجاد یک شبکه رقابتی از فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی که خدماتشان را به شهر سائوپائولو بفروشند توسط همان تحلیل‌گران ارائه شد.

در سال ۱۹۹۴ برنامه کمک به بهداشتی-درمانی (پاس) شروع شد. اگرچه با پیشنهاد اولیه تفاوت‌هایی داشت، یعنی تنها فراهم‌کنندگان دولتی در شبکه لحاظ شدند که خدمات را به شهر بفروشند. هر شبکه که به نام واحد بهداشت-درمان نامیده شد شامل چند مرکز بهداشتی-درمانی دولتی و یک یا چند بیمارستان بود. واحدهای بهداشت-درمان پایه در واقع مرکز مدیریت بهداشت-درمان هستند که آزادند از هر فراهم‌کننده خدمات، خرید خدمت کنند، هر کارمندی را به کار گیرند و هر مکانیسمی را برای کنترل هزینه اتخاذ کنند. واحدهای بهداشت-درمان پایه از تعاونی‌های پزشکی فراهم‌کنندگان خدمات تشکیل شده است. کارکنان آنها دیگر کارمندان دولت نیستند (آنها باید شغل دولتی‌شان را ترک کنند و به واحد بهداشت-درمان پایه بپیوندند)، اما، در عوض آنها اعضای تعاونی هستند که درآمدشان دیگر براساس حقوق ثابت نیست و به جای آن، میزان آن کاملاً به عملکرد تعاونی وابسته است. تأمین مالی واحدهای بهداشت-درمان پایه براساس سرانه‌ای است که به ازای هر فرد ثبت‌نام شده به‌طور ماهانه توسط شهرداری پرداخت می‌شود و این مبلغ از ساس و یا سایر منابع شهری حاصل می‌شود. هزینه‌های صرفه‌جویی شده توسط واحد سلامت پایه به درآمدی برای کارکنان تبدیل می‌شود. مردم آزادند در هر واحدی که خواستند ثبت‌نام کنند؛ آنها در موقع ثبت‌نام کارت شناسایی واحد بهداشتی-درمانی دریافت می‌کنند. خدمات بهداشتی-درمانی برای مشتریان رایگان است (همان‌گونه که در قانون اساسی الزامی است).

عملکرد پاس ارزیابی نشده است اگرچه روش مدیریتی پاس باعث ثبت داده‌های دقیق مصارف و مخارج پزشکی شده است. براساس داده‌های مدیریت پاس به نظر می‌رسد استفاده از خدمات سرپائی در شهرداری سائوپائولو از زمان شروع پاس بسیار افزایش داشته است، همچنین به‌نظر می‌رسد مخارج بهداشتی-درمانی نیز افزایش داشته است.

شیلی

از ۱۹۸۱ کارکنان رسمی شیلی می‌بایست طبق قانون ۷ درصد از حقوق ماهانه‌شان را برای بیمه بهداشتی- درمانی بپردازند و برای انتخاب بیمه خصوصی یا دولتی آزادند. بنگاههای خصوصی بیمه بهداشتی- درمانی که از طریق مشارکت اجباری درصدی از حقوق ماهانه تأمین مالی می‌شوند "ایسا پرس" نام دارند. حدود ۲۵ ایساپرس وجود دارد که ۲۵ درصد جمعیت یعنی ۳/۵ میلیون نفر را پوشش می‌دهد. تعدادی ایساپرس بسته نیز وجود دارد که توسط شرکتهای بزرگ خریداری شده و فعال‌اند ولی آنها فقط کارگران همان شرکتها و وابستگان‌شان را تحت پوشش قرار می‌دهند. پوشش آنها درصد کوچکی از جمعیت شیلی را تشکیل می‌دهد. تنها یک بیمه گر سلامتی دولتی در کشور وجود دارد که صندوق بهداشت- درمان ملی^۱ نامیده می‌شود. صندوق بهداشت- درمان ملی عامل دولتی تأمین مالی بخش بهداشت- درمان است که برای اجرا و بهبود کالاهای عمومی بهداشت- درمان و سرمایه‌گذاری و اجراء در بیمارستانهای دولتی و مراکز سلامتی شهرداری پرداخت می‌کنند. حدود نیمی از درآمد صندوق بهداشت- درمان ملی از خزانه دولت است و بقیه از ۷ درصد مشارکت صندوق مزبور تأمین می‌شود. تخمین زده می‌شود که در حدود ۵۰ درصد از مشتریان صندوق بهداشت- درمان ملی افراد فقیری هستند که هیچ‌گونه مشارکت مالی با صندوق ندارند اما استحقاق دریافت مراقبتهای بهداشتی- درمانی در بیمارستانهای دولتی را دارند. نیمه دیگر استفاده‌کنندگان به صورت پرداخت درصدی از حقوق ماهانه با صندوق بهداشت- درمان ملی مشارکت دارند و براساس درآمدشان هنگام استفاده از مراقبتهای بیمارستانهای دولتی فرانشیز پرداخت می‌کنند. به‌طور اصولی، مراقبتهای بهداشتی- درمانی سطح اول در مراکز بهداشتی- درمانی شهرداری برای همه افراد تحت پوشش صندوق رایگان است، در حالی که سایر افراد که بیشتر آنها درآمدهای در سطح متوسط و بالا دارند و توسط ایساپرس پوشش داده می‌شوند، در مراکز شهرداری باید هزینه‌ها را بپردازند. در عمل، تقاضای مراقبتهای بهداشتی- درمانی در مراکز شهرداری برای افراد غیر تحت پوشش صندوق بهداشت- درمان ملی کم است.

تا این اواخر، صندوق هر ۲۷ مرکز بهداشت- درمان منطقه‌ای دولتی را با استفاده از روش سنتی بودجه تعدیل شده (مبتنی بر عملکرد گذشته) تأمین مالی کرده است. یک مرکز بهداشت- درمان

1. National Health Fund (Fondo Nacional de Salud, FONASA)

شامل یک دفتر اجرایی و فنی است که تحت نظر آن تا ۲۰ بیمارستان دولتی فعالیت می‌کند. صندوق بهداشت- درمان ملی یک سیستم پرداخت ترکیبی از روش موردی و روش کارانه را ایجاد کرده تا بتواند یارانه‌های دولتی را به مراکز بهداشت- درمان برساند. اگرچه سیستم جدید هنوز کاملاً عملیاتی نشده، انتقال و گردش وجه به گونه‌ای تنظیم شده است که به مراکز بهداشت- درمان منطقه‌ای و ملی برای خدمات بیمارستانی که تولید می‌کنند، پاداش داده شود. هر مرکز در پایان هر ماه اطلاعاتی در خصوص اقدامات و بروندهای کلی سیستم بیمارستانی به صندوق بهداشت- درمان ملی ارسال می‌کند. صندوق با استفاده از این اطلاعات و ترکیب آن با فهرست تعرفه خود تعیین می‌کند چقدر باید به مرکز مزبور پرداخت شود.

با انتقال و جوه توسط صندوق بهداشت- درمان ملی، هر مرکز منطقه‌ای می‌تواند منابع مزبور را به بیمارستانهای متعدّدش تخصیص دهد. به نظر نمی‌رسد برونداد بیمارستان شاخص خوبی برای تعیین مبلغ پرداختی به بیمارستان باشد، به جای آن، پرداخت به بیمارستانها براساس تعداد و نوع کارکنانی است که حقوق دریافت می‌کنند.

این روش تأمین مالی موجب افزایش عدم کارایی می‌شود، زیرا: الگوهای نامناسب تأمین نیروی انسانی موجب بقای خود می‌شوند؛ و مدیران و تکنیسین‌های بیمارستان انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌ها یا انجام درخواستهای بیماران ندارند. با این وجود، این شیوه متداول‌ترین روش تأمین مالی بیمارستانهای دولتی کشورهای در حال توسعه، از جمله در امریکای لاتین و حوزه کارائیب شناخته می‌شود.

پرداخت جبرانی به بیمارستانها توسط مراکز بهداشت- درمان فرایندی بسیار پیچیده‌تر شده است به این دلیل که بیمارستانهای دولتی خیلی نیز هم اکنون از طریق دریافت بهای خدمات از مصرف کننده کسب درآمد می‌کنند. بنابراین این مراکز شروع کرده‌اند که کلیه درآمد، و یا قسمتی از آن را، به حساب پذیرفته و از مبلغ پرداخت جبرانی (که در نبود آن درآمد می‌پرداختند) کسر کنند. به زبان دیگر، مراکز بهداشت- درمان منطقه‌ای دولتی (از طریق کاهش مبالغ جبرانی) از درآمد بیمارستانهایشان مالیات می‌گیرند و این مالیات را برای پرداخت یارانه متقاطع به دیگر بیمارستانهای حوزه اختیار رسمی‌شان به کار می‌برند. به‌ویژه در مورد بیمارستانهای بسیار ناکارآمد و یا آنهایی که توانایی محدودی برای دریافت وجه از مصرف‌کننده دارند.

کلمبیا

در سال ۱۹۹۳ دولت کلمبیا قانون شماره ۱۰۰ را از تصویب گذراند که اصلاحی بنیادی در سیستم بهداشتی-درمانی تأمین اجتماعی کشور بود. اصلی ترین اهداف اصلاحات دستیابی به موارد زیر بود:

۱. پوشش کامل مراقبتهای بهداشتی-درمانی
۲. کارآمدی بیشتر در فراهم کردن خدمات
۳. سطوح مناسب کیفیت خدمات مراقبتهای بهداشتی-درمانی

برای دستیابی به این اهداف استراتژی های زیر طراحی شد:

ایجاد رقابت بین بیمه گران در راستای بهبود کیفیت مراقبتها

در سیستم جدید شهروندان کلمبیایی حق دارند از یک بسته خدمات بهداشتی-درمانی استفاده کنند و همچنین از حق انتخاب بیمه گر برخوردار هستند. افرادی که توانایی پرداخت دارند به یک "روش مشارکتی" می پیوندند و در یک نهاد ارائه و ترویج بهداشت-درمان^۱ ثبت نام می کنند. شرکت در این نهاد مشروط به پرداخت مبلغی در حدود ۱۲ درصد از دستمزد کارگر است که یک درصد آن به یک صندوق تعاونی به نام صندوق توزیع مجدد منابع بهداشتی-درمانی "فوسیگا"^۲ واریز می شود که این صندوق مقادیر زیادی یارانه دولتی نیز دریافت می کند. فقرا (که براساس درآمد و وضعیت شغلی تعریف می شوند) و نیازمندان با "روش یارانه ای" پوشش داده می شوند. آنها در یکی از مدیریت های روش یارانه ای (آرس) ثبت نام می کنند. فوسیگا وجوه صندوق تعاونی خود را (که شامل یک درصد از حقوق استفاده کنندگان به اضافه یارانه دولت است) به نحوی باز توزیع می کند که منابع به سمت نهادهای ارائه و ترویج بهداشت-درمان و آرس ها هدایت شود، به طوری که هر استفاده کننده بتواند با بیمه گر خود-مستقیماً و یا با کمک پرداختهای یارانه ای، (یک پرداخت ثابت به نام "واحد پرداخت سرانه"^۳) مشارکت داشته باشد. این پرداخت یک وهله ای رقابت در قیمت را حذف می کند و منظور از آن ارتقای سطح رقابت در کیفیت است. شواهدی در دست است که نهادهای ارائه و ترویج بهداشت-درمان برای رقابت در کیفیت تلاش زیادی به عمل می آورند.

1. Health Promotion Entity (Empresas Promotoras de Salud, EPS)

2. Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA

3. Capitation Payment Unit

ایجاد رقابت بین فراهم‌کنندگان

پیش از اصلاحات، بیمارستانهای عمومی و تأمین اجتماعی هزینه فعالیتهایشان را از طریق بودجه سستی تأمین می‌کردند (با یارانه). تحت سیستم جدید، هنگامی که همه جمعیت عضو یک نهاد ارائه و ترویج بهداشت-درمان یا یک "آرس" باشند، بیمارستانهای عمومی دیگر یارانه دریافت نمی‌کنند. بجای آن، انتظار می‌رود بیمارستانها برای تأمین مخارج خود، خدمات را به شرکتهای بیمه‌ای بفروشند. انتظار می‌رود این مکانیسم، که فراهم‌کنندگان خدمات را به سمت رقابت در کیفیت و قیمت سوق می‌دهد، با تغییر جهت یارانه‌های دولتی از فراهم‌کنندگان خدمات به بیمه، در ازای خدمات بهداشتی-درمانی، باعث تغییرات ساختاری در نظام بهداشت-درمان شود.

افزایش حجم منابع ملی در جهت ترویج همبستگی بین ثروتمندان و تهیدستان

یارانه‌های دولتی بهداشت و درمان عمومی به‌طور قابل توجهی افزایش یافت تا در حد امکان پوشش کاملی به جمعیت بدهد، اگرچه رسیدگی به این منابع و تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص آنها بسیار متمرکز باقی ماند. رویهمرفته، یارانه‌های دولتی برای بهداشت-درمان که به صورت درصدی از تولید ناخالص داخلی بیان می‌شد، در طی ۵ سال بیش از ۲ برابر شد. همچنین در این دوره مشارکت در بهداشت-درمان به صورت پرداخت درصدی از دستمزد (حقوق) از ۸ درصد به ۱۲ درصد رسید.

رقابت کنترل شده

کلمبیا سیستمی مبتنی بر تأکید بر رقابت به عنوان عامل بهبود کارایی و کیفیت تولید ایجاد کرده است. با این وجود، وقوع چند نارسایی بازار سبب مداخله دولت شد. برای مثال آزادی استفاده‌کنندگان در انتخاب شرکتهای بیمه (که اصلی‌ترین جنبه اصلاحات بود) قویاً به قابلیت دسترسی به اطلاعات مربوط به سطوح کیفیت خدمات تحت پوشش نهادهای ارائه و ترویج بهداشت-درمان و خدماتی که با مباشرت آنها ارائه می‌شود وابسته است. انتخاب ریسک در میان بیمه‌گراها و ایجاد کارتل‌ها و انحصارات در میان فراهم‌کنندگان خدمات نیز می‌بایست کنترل شود. همچنین، به دو دلیل عمده به شرح زیر، برخی نواحی جغرافیایی شرایط لازم برای رقابت کامل بین بیمه‌گراها و فراهم‌کنندگان خدمات را ندارند:

۱. ممکن است بیمه‌گرها تمایلی به ارائه خدمت در مناطق دورافتاده نداشته باشند، و
۲. برخی بیمارستانهای دولتی در برخی نواحی دورافتاده کشور کماکان حالت انحصاری خود را
حفظ می‌کنند.

در تلاش برای غلبه بر نارسایی‌های بازار، دولت دست به یک سری اقداماتی زد که یا
تهدیدکننده بوده، یا برای بیمه‌گران و فراهم‌کنندگان انگیزه ایجاد می‌کرد و هدف از آنها حمایت از
شهروندانی بود که در نامساعدترین وضع به سر می‌بردند. این اقدامات در پی دستاوردهای زیر
است:

۱. جلوگیری از "معکوس" توسط مشتریان و "انتخاب ریسک" توسط بیمه‌گرها (انتخاب
موقعیت‌های توأم با مخاطره در کسب و کار بیمه‌گری)؛
۲. تضمین حداقل استانداردهای کیفیت در میان فراهم‌کنندگان از طریق اعتباربخشی و کنترل کیفی؛
۳. دادن اجازه انتخاب از میان بیمه‌گرهای متعدد به مشتریان؛ و
۴. استاندارد کردن بسته خدمات پایه‌ای بهداشتی-درمانی.

همانند مناطق دیگر در امریکای لاتین، بیمارستانهای دولتی در کلمبیا از طریق بودجه سنتی
تأمین مالی می‌شوند. قانون اصلاحات ماده ۱۰۰ قانون مکانیسم‌هایی را تعریف کرده است که
تدارک‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی عمومی به تدریج به سمت تقاضای بازار سوق داده
می‌شود. این کار از طریق کاهش تدریجی سالانه مقدار یارانه دولتی به بیمارستانهای دولتی و
افزایش حجم یارانه‌ها به فوسیگا انجام می‌گیرد.

با این وجود، این کار تاکنون اجرا نشده است. بخش قابل توجهی از منابع اضافی که دولت برای
تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی-درمانی تحت اصلاحات، برای تأمین کسریهای دائماً فزاینده
بیمارستانهای دولتی پرداخت می‌شود. اخیراً، دولت سیستم جدیدی طراحی کرده است که هدف آن
محدود کردن مقدار یارانه جانشین به بیمارستانهای دولتی، و تخصیص آن براساس نوع و حجم
تولید است.

با اینحال، زمان لازم است تا بیمارستانهای دولتی بتوانند خود را با سیستم جدیدی تطبیق دهند
که در آن بیشتر درامدشان از فروش خدمات به نهادهای ارائه و ترویج بهداشت-درمان و آرس‌ها و
مقدار کمی از آن از طریق یارانه‌های جانشین (که به تدریج کاهش می‌یابد) به صورت بودجه حاصل
شود. قانون جدید تمهیداتی را در دست مطالعه دارد که بودجه کمی برای بیمارستانها منظور

می‌شود. در چارچوب اصلاحات مزبور، آرس‌ها و نهادهای ارائه و ترویج بهداشت- درمان می‌توانند خدمات مورد نیاز خود را در شرایطی رقابتی از بیمارستانهای دولتی یا خصوصی خریداری کنند. با وجود این، برای حمایت از بقای مالی بیمارستانهای دولتی قانون برای مدتی آرس‌ها را به خرید حداقل ۴۰ درصد خدمات از بیمارستانهای دولتی مجبور می‌کند.

نهادهای مزبور در بدو امر خدمات فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی را به صورت کارانه جبران می‌کنند. در عوض آرس‌ها قراردادهایی به صورت سرانه با بیمارستانهای دولتی دارند. شواهدی در دست است که بیمارستانهای دولتی، زمانی که به صورت سرانه از آرس‌ها مبالغی دریافت می‌کنند، رفتارشان را تغییر نمی‌دهند و طبق معمول کار می‌کنند، در حالی که به الزامات قراردادهای سرانه و به تقاضای مشتری و کیفیت خدمات تا اندازه‌ای بی‌اعتنا می‌نمایند.

در کلمبیا، از زمان اصلاحات تاکنون هیچ‌گونه ارزیابی سیستماتیک از کیفیت مراقبتهای بهداشتی- درمانی، حجم خدمات ارائه شده، رضایتمندی مشتری و سودآوری عرضه‌کننده به عمل نیامده است. هر چند، گفته می‌شود کیفیت مراقبتها کاهش یافته، مصرف افزایش یافته و سود فراهم‌کنندگان خصوصی کم شده است.

۴. روندهای کلی و فرصتهای تحقیق

اخیراً در آسیا و امریکای لاتین اصلاحاتی اساسی در زمینه سیستم‌های پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات صورت گرفته است. اصلاحات در آسیا عمدتاً در سطح ملی بوده و بر کل سیستم تأمین اجتماعی تأثیر گذارده است، در صورتی که در امریکای لاتین کمتر متمرکز و یکنواخت بوده است. برای مثال در آرژانتین اصلاح‌طلبان اولیه اوبراس سوشیالس منفرد بوده‌اند که خود به‌طور جداگانه برنامه اصلاحات در پرداخت را اجرا کرده‌اند و هر اوبراس سوشیالس رویکرد کمی متفاوت از دیگران در پیش گرفته‌اند.

در آسیا به نظر می‌رسد هدف اولیه اصلاحات کنترل هزینه‌ها بوده است: به یقین، در طرحهای بیمه‌ای موجود (مانند کره، ژاپن و تایوان) افزایش سریع هزینه‌ها در دو دهه اخیر مشکلی اساسی بوده است و هدف برنامه اصلاحات نظام پرداخت به‌طور عمده کنترل آن بوده است. به نظر می‌رسد انگیزه برنامه اصلاحی در امریکای لاتین بیشتر ترکیبی است. در برخی موارد (مانند کلمبیا)

اصلاحات نظام پرداخت بخشی از یک سیستم وسیع‌تر اصلاحی با هدف نیل به چند هدف از جمله افزایش دسترسی و بهبود کیفیت و کارایی بوده است. به نظر می‌رسد اصلاحات نظام پرداخت در آرژانتین در پاسخ به اصلاحات دیگری انجام شده باشد که مقدماً در جهت ایجاد رقابت بین سازمانهای بیمه‌ای حرکت می‌کند (اوبراس سوشیالس). اگرچه اصلاحات نظام پرداخت در امریکای لاتین اغلب هدفهای متعددی را دنبال کرده است، معمولاً کنترل هزینه یکی از آنها است. بنابراین در امریکای لاتین و آسیا عنصر اصلی و شایع اصلاحات انتقال ریسک بیشتر به فراهم‌کنندگان خدمات بوده است.

علی‌رغم این حقیقت که اصلاحات کاملاً وسیعی در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات در این دو منطقه صورت گرفته است در این زمینه ارزیابی سیستماتیک محدودی انجام شده است. اگرچه به لحاظ تئوری روشهای پرداختی‌ای که ریسک بیشتری به فراهم‌کننده انتقال می‌دهد، مانند سرانه، قیمت بسته‌های آینده‌نگر و بودجه گلوبال، منجر به روشهای درمانی با هزینه‌های آگاهانه‌تر می‌شود، ولی شواهد مستند و محکمی در این باره در هیچ یک از مناطق هنوز در دست نیست. شواهد مقدماتی (از چین و ژاپن) نشان می‌دهد که هزینه‌های درمانی پس از حرکت به سوی بودجه گلوبال با روشهای پرداخت آینده‌نگر کاهش می‌یابد، اما نیاز فوری به مطالعات تطبیقی بین کشورها در خصوص تأثیر اصلاحات وجود دارد.

همان‌گونه که انتقال ریسک، به فراهم‌کنندگان خدمات عنصر اصلی اصلاحات در امریکای لاتین و آسیا است، به نظر می‌رسد ارزیابی اثرات این استراتژی، بارزترین اولویت برای تحقیقات است. ارزیابی اثرات حداقل باید در دو سطح انجام گیرد. اول، ارزیابی اثرات روشهای جدید پرداخت (مانند سرانه و پرداخت موردی) بر پیامدهای خدمات مانند مصرف خدمات، الگوهای درمانی و هزینه‌های درمانی باید به عمل آید. اگر معلوم شد که پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات، بر الگوهای درمانی واقعاً مؤثر بوده است، در آن صورت لازم است سطح دوم ارزیابی برای کشف مکانیسم‌هایی که می‌تواند موجب بروز این اثرات شود به عمل آید.

فراهم‌کنندگان، گزینه‌های متعددی¹ از جمله تغییر ساختار مدیریتی، اصلاحات سازمانی یا اشکال جدید قراردادی بین سازمانها را در اختیار دارند که می‌توانند توسط آنها هزینه‌ها و الگوهای درمانی را کنترل کنند. در ایالات متحد هم این عوامل در توجیه واکنش فراهم‌کنندگان خدمات به

1. alternative means

روشهای نوین پرداخت به نظر با اهمیت می‌رسند. سازمانهای فراهم‌کننده مراقبتهای مستقیم و متمرکز بهداشتی-درمانی (درمانگاههای شرکت بیمه بهداشتی-درمانی) الگوهای درمانی و نرم‌ها (هنجارها) را تغییر داده‌اند و روندی در جهت جامعیت و یکپارچگی در تأمین مالی و ارائه خدمات در حال شکل‌گیری است. در آسیا و امریکای لاتین چگونگی پاسخ فراهم‌کنندگان به انگیزه‌های ذاتی روشهای نوین پرداخت و در نتیجه چگونگی و میزان مطلوبیت فعالیتهای آنان هنوز درک نشده است.

این مطالعه همچنین -به‌ویژه در مورد برزیل و تایوان- چگونگی تأثیر قیمت‌های نسبی بر رفتار فراهم‌کنندگان را روشن می‌کند. در این کشورها نظیر برزیل جایی که داده‌های مربوط به قیمت و میزان مصرف برای مدت نسبتاً طولانی وجود دارد و در طول زمان تغییراتی در قیمت تعرفه‌ها رخ داده است، بسیار جالب خواهد بود. در خصوص چگونگی تغییر در آمار ارائه خدمات (مانند نرخ میزان مصرف خدمات مختلف) به هنگام تغییر در قیمت و چگونگی پاسخ گروههای مختلف فراهم‌کننده خدمت به تغییرات تعرفه‌ها، تحقیق شود. این کار می‌تواند به پرداخت‌کنندگان برای طراحی فهرست‌های تعرفه که استفاده بیشتر از خدمات بهداشتی-درمانی هزینه اثربخش را تشویق می‌کنند، کمک می‌کند.

تجارب سایر کشورها (به‌ویژه کره و تایوان) بر اهمیت محیط سیاسی تأکید می‌کند. برنامه اصلاحات پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات موضوعی کاملاً سیاسی است زیرا به‌طور غیرقابل اجتنابی منابع را میان گروههای مختلف باز توزیع می‌کند. پژوهش می‌تواند به شیوه‌ای مؤثر فرایند سیاسی‌ای که اصلاحات توفیق‌آمیز در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان از طریق آن و همچنین چگونگی تأثیر مقاومت در برابر برنامه اصلاحات بر طراحی نظام پرداخت جبرانی به فراهم‌کنندگان را بررسی می‌کند.

سرانجام این مطالعه زمینه‌های اصلاحات در نظام پرداخت به فراهم‌کنندگان را به روشنی نشان داده است. اصلاحات موفق در نظام پرداخت می‌بایست با توجه به ویژگیهای هر سیستم مراقبتی بهداشتی-درمانی، و محیطی که باید اصلاحات در آنجا انجام گیرد طراحی و تنظیم شود. کشورهای مختلف برای دستیابی به اهداف گوناگونی از طریق اصلاحات در نظام پرداخت در تلاش هستند. بسیار با اهمیت است که هر تحلیلی درخصوص اثرات اصلاحات نظام پرداخت این نکات را در مد نظر قرار دهد.