

مطالعه تطبیقی نظام پرداخت هزینه‌های درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران

دکتر علی ماهر*

چکیده

نظام بیمه درمان در جهان از اجزای سه گانه زیر تشکیل شده و چگونگی تعاملات آنها با یکدیگر همواره مورد بحث و بررسی کارشناسان قرار داشته است. این اجزا عبارتند از: بیمه گر، بیمه شده و ارائه کننده خدمات درمانی.

مقاله حاضر به بررسی نحوه پرداخت حق الزحمه ارائه کنندگان خدمات درمانی در جهان و ارائه الگویی کاربردی برای ایران می‌پردازد. این مقاله ابتدا مدل‌های نظری نظام پرداخت و سپس کاربرد آن را در ۱۰ کشور در حال توسعه، توسعه یافته و ایران بررسی می‌کند. پس از آن با استفاده از مطالعات تطبیقی، الگوی قابل اجرا در کشور نیز ارائه می‌شود و در نهایت به نتایج نظرخواهی از سه گروه منتخب از بیمه شدگان، بیمه گران و ارائه کنندگان خدمات راجع به الگوی طراحی شده اشاره می‌شود.

مقدمه

در هر کشور به منظور بستر سازی توسعه، به‌بذل توجه ویژه‌ای به نیروی انسانی به عنوان محور توسعه نیاز است. بدین منظور به تأمین اجتماعی^۱ از نظر ایجاد اطمینان و امنیت، توجهی ویژه می‌شود. بیمه‌های اجتماعی^۲ ابزار اصلی رسیدن به یک نظام تأمین اجتماعی کارآمد هستند و در

* عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

1. social security

2. social insurance

این میان، ایجاد بیمه اجتماعی درمان به واسطه ملموس و حیاتی بودن آن، از اهمیت دوچندان برخوردار است.

به طور کلی پوشش بیمه‌های اجتماعی در جهان به سه گروه اصلی تقسیم می‌شود: بیمه بازنشستگی، بیمه درمان و بیمه بیکاری. طرح‌های بیمه درمانی از یک سو شامل ساختار بیمه‌گری (صندوق بیمه درمان) است که هزینه درمان بیماری‌هایی را که در قرارداد لحاظ شده، می‌پردازد و از سوی دیگر شامل جمعیت بیمه‌شده است. افزون بر این دو مورد، مورد سوم هم وجود دارد که به آن ارائه‌کنندگان خدمات درمانی می‌گویند؛ بدون حضور ارائه‌کنندگانی از قبیل بیمارستانها، پزشکان، داروخانه‌ها و غیره امکان ارائه خدمات درمانی وجود ندارد. مهمتر اینکه ارائه‌کنندگان خدمات درمانی بعد هزینه‌های بیمه‌های درمانی را تشکیل می‌دهند.

دو عامل به شرح زیر باعث می‌شود که در تعیین میزان هزینه‌های درمانی، ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، تحت تأثیر نظام‌های پرداخت قرار گیرند:

۱. کمیّت خدمات و فرآورده‌هایی که تجویز شده یا به مصرف می‌رسند و
۲. قیمت این خدمات و فرآورده‌ها^۱.

نحوه پرداخت هزینه این خدمات به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی یکی از دغدغه‌های اساسی سازمانهای بیمه خدمات درمانی است که در این مقاله سعی شده با مطالعه تطبیقی نظام‌های پرداخت در کشورهای منتخب و بررسی وضع موجود در کشور به ارائه‌الگویی مناسب در زمینه نظام پرداخت به مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی طرف قرارداد سازمانهای بیمه خدمات درمانی در کشور اقدام شود.

مدلهای نظری نظام پرداخت در جهان

به عنوان یک اصل کلی، هدف تمام شیوه‌های پرداخت در سیستم‌های بیمه‌ای درمان ایجاد انگیزه برای تأمین خدمات درمانی است. از آنجا که در بیمه‌های درمانی افراد حق بیمه را در زمان سلامت پرداخت می‌کنند و فقط در زمان نیاز (بیماری، بارداری و...) از خدمات درمانی استفاده می‌کنند، قیمت بر میزان تقاضا چندان اثرگذار نیست. بنابراین سازمانهای بیمه‌گر باید با پرداخت یکسان به کلیه ارائه‌کنندگان خدمات، رقابت بین آنان را برای فروش بیشتر از بین ببرند. زیرا به دو علت ارائه‌کننده خدمت می‌تواند با فروش بیشتر خدمات، سود بیشتری کسب کند:

1. Charles Normand and Axel Weber, "Social Health Insurance", WHO and ILO, 1994, p.42.

۱. بیمه‌شده (بیمار) از چگونگی و میزان صحیح مصرف بی‌اطلاع است.
۲. میزان نیاز بیمه‌شده (بیمار) به خدمت توسط خود بیمار تعیین نمی‌شود. همان‌طور که قبلاً اشاره شد بدون حضور ارائه‌کنندگان خدمات درمانی (مانند پزشکان، بیمارستانها، داروخانه‌ها و...) هیچ خدمتی ارائه نخواهد شد. در واقع ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، نیازهای مصرف‌کنندگان را تشخیص داده و تأمین می‌کنند. به همین دلیل نیاز واقعی بیمار باید به‌طور دقیق توسط بیمه‌گر مشخص شود.
- وجه تمایز بین مصرف‌کنندگان خدمات درمانی و دیگر خدمات نیز دقیقاً همین نکته است که باعث می‌شود نیاز به واسطه‌ای (سازمانهای بیمه‌گر) که دارای شناخت دقیق از نیازهای بیمار است احساس شود تا از مصرف بیش از حد خدمات درمانی جلوگیری کنند^۱. لذا ابزارهای اصلی سازمانهای بیمه‌گر برای کنترل مصرف، شیوه‌های کنترل است.
- جریان ایجاد هزینه‌ها به‌طور ساده این‌گونه است که هزینه‌ها به وسیله دو عامل: ۱. حجم خدماتی که تجویز یا مصرف می‌شود و ۲. قیمت خدمات، شکل می‌گیرد و هر دو عامل نیز به شدت متأثر از شیوه‌های پرداخت هستند.
- ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در حقیقت، تقاضا و مصرف بیمه‌شدگان را شکل می‌دهند. یعنی این مبادله فرایندی است که در آن مصرف‌کننده آگاهی به نیاز و میزان خدمات مورد نیاز خود ندارد و در واقع این ارائه‌کنندگان خدمات درمانی هستند که آن را تعیین می‌کنند.
- این اصل مسلم را باید پذیرفت که در این مبادله، ارائه‌کنندگان (به ویژه پزشکان) در پی به حداکثر رساندن سود مادی خویش هستند و راههای رسیدن به این سود عبارت است از:
 ۱. ارائه خدمت بیش از حد نیاز
 ۲. جذب بیمار به هر طریق ممکن
 ۳. ارجاع بیماران فاقد توانایی مالی یا با بیماریهای پیچیده به دیگر ارائه‌کنندگان خدمات و
 ۴. استفاده از خدمات و تجهیزات غیر ضروری برای ایجاد سود و جبران استهلاک سرمایه‌گذاری انجام‌شده توسط ارائه‌کنندگان.
- البته روشهای پرداخت باید امکان تأمین درآمد منطقی و ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات کیفی و نیز جلوگیری از پرداخت ارائه‌کنندگان به فعالیتهای غیر مرتبط و غیر مشروع را فراهم سازند. از

سوی دیگر امکان کسب درآمد کافی و قابل قبول برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی می‌تواند عرضه خدمات مطلوب به مصرف‌کنندگان و صندوق‌های بیمه درمانی را فراهم کند.

بنابراین ملاحظه می‌شود که شیوه پرداخت مطلوب می‌تواند مانع ایجاد هزینه‌های غیرمنطقی و ارائه خدمات غیرضروری شود و طراحی این شیوه، یکی از وظایف اساسی نظام‌های بیمه درمانی و یکی از ابزارهای مهم کنترل هزینه نیز است.

برای پرداخت بهای خدمات ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، روشهای مختلفی وجود دارد که هر یک از آنها تأثیرات متفاوتی بر موارد ذیل دارد و می‌توان از آنها به صورت ترکیبی نیز استفاده کرد: ۱. کیفیت ارائه خدمات درمانی، ۲. منطقی کردن هزینه‌ها و ۳. نحوه مدیریت اجرایی. در ادامه به بررسی اجمالی هشت شیوه نظام پرداخت تجربه‌شده در کشورهای مختلف جهان می‌پردازیم.

۱. نظام پرداخت کارانه^۱

این روش رایج‌ترین شیوه پرداخت در جهان به شمار می‌رود. در این روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات به ازای میزان و نوع خدمات عرضه‌شده و در مقابل ارائه صورت‌حساب توسط آنها به سازمان بیمه‌گر و پس از رسیدگی به آنها صورت می‌گیرد. از این روش هم‌اکنون در کشورهای امریکا، کانادا، استرالیا، نیوزیلند، کره جنوبی، بلژیک، فرانسه، آلمان، نروژ، سوئد و جمهوری اسلامی ایران استفاده می‌شود.

این شیوه پرداخت مبتنی بر دو رویه مختلف است. در رویه نخست حق کارانه^۲ بدون هیچ‌گونه ضابطه‌کنترلی پرداخت می‌شود، یعنی عرضه و تقاضا در بازار کنترل‌کننده قیمت‌هاست و در رویه دوم تنظیم جداول نرخ یا تعرفه ملاک محاسبه خواهد بود. البته اجرای نرخها و تعرفه‌های جداول مذکور معمولاً اجباری است.

۲. نظام پرداخت موردی^۳

پرداخت موردی بیشتر برای درمان فرد بیمار طراحی شده است تا یک اقدام درمانی خاص. درمان هر بیمار توسط پزشکان منجر به پرداخت هزینه حق‌العمل مربوط و به دو صورت انجام می‌شود.

1. fee for service

۲. حق کارانه مبلغی است که خدمت‌دهندگان به ازای هر اقدام درمانی خاص دریافت می‌کنند.

3. per case

۱. پرداخت موردی بر اساس نرخ ثابت (بدون توجه به نوع بیماری)

۲. پرداخت موردی بر اساس جدول بیماریها

روش اول ساده‌ترین حالت پرداخت موردی است و بدین معناست که درمان هر فرد معرفی شده به پزشک به دریافت یکسان حق الزحمه منجر می‌شود صرف نظر از اینکه درمان بیمار چه اندازه مشکل باشد یا چه منابعی مصرف می‌شود.

در روش دوم، بیماران بر اساس جدول بیماریها طبقه‌بندی می‌شوند. متداول‌ترین روش طبقه‌بندی موارد بیماری نظام پرداخت «گروههای همگن بیماری»^۱ است که به‌طور گسترده در ایالات متحد آمریکا و برخی کشورهای اروپایی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۳. نظام پرداخت روزانه^۲

حق الزحمه روزانه برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدماتی به کار می‌رود که ناگزیرند بیماران را برای مدت طولانی تحت درمان داشته باشند. به عبارت دیگر این نظام که بیشتر در اروپای غربی کاربرد دارد تنها برای پرداخت هزینه‌های بیمارستان مناسب به نظر می‌رسد؛ اگرچه از لحاظ تئوریک این امکان وجود دارد که برای هر موقعیت دیگری مورد استفاده قرار گیرد.

۴. نظام پرداخت پاداش^۳

به منظور ایجاد انگیزه جهت نیل به اهداف خاص می‌توان از نظام پرداخت پاداش استفاده کرد. این اهداف می‌تواند ماهیت اقتصادی داشته باشد یا با اهداف سیاستهای درمانی کشور مرتبط شود. برای مثال می‌توان به اهدافی از قبیل کاهش تجویز دارو یا خدمات تشخیصی - تصویری توسط پزشکان یا دستیابی به سطح معینی از پوشش واکسیناسیون در جمعیت برای اعطای پاداش به کارکنان یک مرکز بهداشتی - درمانی اشاره کرد. بدیهی است هیچ قاعده عمومی برای محاسبه میزان پاداش وجود ندارد ولی باید به آن مقدار باشد که انگیزه کافی برای افراد ایجاد کند.

۵. نظام پرداخت با نرخ ثابت^۴

پرداخت با نرخ ثابت معمولاً به منظور تأمین مالی سرمایه‌گذارهای خاص صورت می‌گیرد. مثلاً بودجه ثابتی برای خرید تجهیزات به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی پرداخت می‌شود هرگاه چنین نظامی برای پرداخت به کارگرفته شود، لازم است پایه‌ای برای ارزیابی بودجه فراهم شود

1. diagnosis related groups

2. daily charge

3. bonus payment

4. flat rate payment

۶. نظام پرداخت سرانه^۱

این نظام پرداخت عبارت است از پوشش خدمات درمانی هر یک از بیمه‌شدگان سازمانهای بیمه‌گر در مدتی معین که به طور معمول یکسال است و در ازای پرداخت حق‌الزحمه معین به ارائه‌کننده خدمت. پرداخت سرانه به منظور یکپارچه‌سازی هزینه‌ها توسط خدمت‌دهنده انجام می‌شود؛ به این معنی که بعضی از بیمه‌شدگان ممکن است بیمار نشوند به این ترتیب ارائه‌کننده خدمات سود می‌برد؛ برخی نیز ممکن است گرفتار بیماریهای مزمن شوند که هزینه آن از مبلغ سرانه بیشتر باشد. البته باید اشاره کرد که در مدل پرداخت سرانه، نظامهای ساده و بسیار پیچیده وجود دارد که عوامل مختلفی در هر یک از نظامها در تعیین حق‌الزحمه دخالت می‌کند.

۷. نظام پرداخت حقوق^۲

سیستم حقوق معمولاً بر اساس یک قرارداد انجام کار بین ارائه‌دهنده خدمت و سازمان بیمه‌گر بنا می‌شود که در این قرارداد سازمان بیمه‌گر حقوق ماهانه ارائه‌کننده خدمت، همچنین مزایای تکمیلی مانند پرداخت حق بیمه به سازمان بیمه‌گر را به عهده می‌گیرد.

در این نظام، حقوق معمولاً بر اساس ساعات کارکرد پرداخت می‌شود و کیفیت خدمات عرضه‌شده مورد توجه قرار نمی‌گیرد. مبلغ پرداختی بدون توجه به تعداد بیمار درمان‌شده به صورت یکسان تعیین می‌شود و هزینه تجهیزات و مواد مصرفی و همچنین نیروی انسانی مورد نیاز نیز توسط سازمان بیمه‌گر پرداخت می‌شود.^۳

۸. نظام پرداخت بودجه‌ای^۴

نظام پرداخت بودجه‌ای، به معنی پرداخت مبلغ خاصی به منظور پوشش تمام هزینه‌های خدمات در یک مدت زمان معین است و معمولاً تأمین‌کنندگان خدمات (سازمانهای بیمه‌گر) باید هر نوع کمبودی را پوشش دهند و جبران کنند. گرچه می‌توانند در این سیستم سود معینی ببرند، ارائه‌کنندگان و سازمانهای بیمه‌گر، به ویژه در کشورهای در حال توسعه عموماً با افزایش هزینه‌ها روبه‌رو هستند. در یک نظام بودجه‌ای، ارائه‌کننده خدمت و سازمان بیمه‌گر هر یک بخشی از خطر^۵ را می‌پذیرند. ویژگیهای مدل‌های نظری شیوه‌های پرداخت در جهان در جداول شماره ۱ و ۲ به صورت خلاصه آمده است.

1. capitation 2. salary payment

۳. بررسی‌ها نشان می‌دهد این شیوه که به طور گسترده در کشورهای هم‌چون ایران و آمریکا به کار گرفته شده معمولاً فاقد کارایی و بهره‌وری قابل قبول است.

4. budgetry payment 5. risk

جدول شماره ۱. ویژگی‌های شیوه‌های مختلف پرداخت به ارائه‌کنندگان در کشورهای منتخب										
ردیف	شیوه‌های پرداخت	پایه پرداخت / واحد خدمت	ارائه‌کنندگان خدمات درمانی							
			کلینیک‌های کمکی نمی‌ارزوبدی (پروتزها)	مراکز پاراکلینیک	داروخانه‌ها	بیمارستانها	پزشکان متخصص	پزشکان عمومی و دندانپزشکان		
۱	کارانه	پایه پرداخت واحد خدمت	لیست اقلام	جدول تعرفه	لیست اقلام دارویی	جدول تعرفه	جدول تعرفه	جدول تعرفه	جدول تعرفه	جدول تعرفه
			اقلام	اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی	اقدام دارویی	اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی روزهای بستری	اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی	اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی	اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی	
۲	موردی	پایه پرداخت واحد خدمت	کاربردی ندارد	جدول تعرفه	کاربردی ندارد	تعرفه کلی، جدول تعرفه	تعرفه کلی، جدول تعرفه	تعرفه کلی، جدول تعرفه	جدول تعرفه	جدول تعرفه
			-	-	-	تشخیص	متوسط مورد تشخیصی	تشخیص		
۳	روزانه	پایه پرداخت واحد خدمت	کاربردی ندارد	نرخ ثابت یا متغیر	کاربردی ندارد	نرخ ثابت یا متغیر	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد
			-	روزهای بستری	-	روزهای بستری	-	-	-	
۴	پاداش	پایه پرداخت واحد خدمت	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	تعرفه کلی	تعرفه کلی	تعرفه کلی	تعرفه کلی	اهداف ویژه
			-	-	-	اهداف ویژه، الگوهای رفتاری ویژه	اهداف ویژه، الگوهای رفتاری ویژه	اهداف ویژه، الگوهای رفتاری ویژه		

ادامه جدول شماره ۱.

ارائه‌کنندگان خدمات درمانی							پایه پرداخت / واحد خدمت	شبه‌های پرداخت	ردیف
کلینیک‌های کمی فنی ارژندی (پروترها)	مراکز پاراکلینیک	داروخانه‌ها	بیمارستانها	بزرگان مشخص	بزرگان عمومی و دندانپزشکان	تجهیزات تعیین شده یا مصوب	واحد خدمت	پرداخت	۵
کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	تعرفه کلی تجهیزات تعیین شده یا مصوب	تعرفه کلی تجهیزات تعیین شده یا مصوب	تعرفه کلی تجهیزات تعیین شده یا مصوب	پایه پرداخت واحد خدمت	بانخ ثابت	۵	
—	—	—	یا مصوب	یا مصوب	یا مصوب	واحد خدمت	بانخ ثابت	۵	
کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	کاربردی ندارد	نرخ ثابت برای بیماران معین	کاربردی ندارد	نرخ ثابت برای بیماران معین	پایه پرداخت واحد خدمت	سرازمه	۶	
—	—	—	همه خدمات عرضه شده در مدت معین	—	همه خدمات عرضه شده در مدت معین	واحد خدمت		۶	
کاربردی ندارد	میزان حقوق براساس قرارداد	میزان حقوق براساس قرارداد	میزان حقوق براساس قرارداد	میزان حقوق براساس قرارداد	میزان حقوق براساس قرارداد	پایه پرداخت واحد خدمت	حقوق	۷	
—	ساعت در ماه	ساعت در ماه	ساعت در ماه	ساعت در ماه	ساعت در ماه	واحد خدمت		۷	
کاربردی ندارد	مانند پزشکان عمومی و دندانپزشکان	مانند پزشکان عمومی و دندانپزشکان	پرداخت کلی یا اقساط بابت دارو یا پاراکلینیک	پرداخت کلی یا اقساط بابت دارو یا پاراکلینیک	پرداخت کلی یا اقساط بابت دارو یا پاراکلینیک	پایه پرداخت واحد خدمت	بودجه‌ای	۸	
—	مانند پزشکان عمومی و دندانپزشکان	مانند پزشکان عمومی و دندانپزشکان	همه خدمات عرضه شده در مدت معین	همه خدمات عرضه شده در مدت معین	همه خدمات عرضه شده در مدت معین	واحد خدمت		۸	

ردیف	شیوه‌های پرداخت	تعریف واحد پرداخت	نیازمندیهای فنی	میزان تأثیرگذاری بر کنترل هزینه‌ها	میزان تأثیرگذاری بر کیفیت خدمات	میزان تأثیرگذاری بر اجرا	جدول شماره ۲. ویژگی‌های اساسی شیوه‌های مختلف پرداخت در کشورهای منتخب و میزان تأثیرگذاری آن بر کنترل هزینه‌ها، کیفیت خدمات و اجرا
۱	کارانه	هرگونه اقدام یا عمل تشخیصی یا درمانی	محاسبه و تنظیم جدول تعرفه یا نرخ	خیلی ضعیف	خیلی خوب	خیلی سخت	
۲	موردی	تشخیص موردی	جدول تعرفه	خوب	مناسب	سخت	
۳	روزانه	روزهای بستری	محاسبه هزینه، مذاکره با ارائه‌دهندگان	مناسب	ضعیف	خیلی آسان	
۴	پاداش	برای اهداف یا رفتارهای ویژه (مثل دارو یا پاراکلینیک)	لیست و محاسبه	خوب	خوب	آسان	
۵	با نرخ ثابت	برای تجهیزات و سرمایه‌های تأیید شده	تجهیزات، سرمایه محاسبه بوجه آنها و مذاکره با عرضه‌کنندگان	خوب	خوب	آسان	
۶	سرانه	کلید خدمات ارائه دهنده به یک بیمار در طول یک دوره معین (معمولاً سالانه)	محاسبه هزینه سرانه و مذاکره با عرضه‌کنندگان	خیلی خوب	مناسب	خیلی آسان	
۷	حقوق	دوره کاری (معمولاً ماهانه)	مذاکره برای تعیین حقوق با ارائه‌دهندگان	مناسب	ضعیف	آسان	
۸	بوجه‌های	کلید خدمات برای بیمه‌شدگان در طول یک دوره معین (معمولاً سالانه)	محاسبه بوجه، مذاکره با عرضه‌کنندگان	خیلی ضعیف	مناسب	آسان	

* در این جدول از معیار سنجش لایکرت استفاده شده که برای میزان اثر بر روی کنترل هزینه‌ها و کیفیت خدمات ارائه شده از خیلی ضعیف تا خیلی خوب و برای اجرای روش از خیلی آسان تا خیلی سخت است.

نتایج مطالعات تطبیقی در کشورهای منتخب

با بررسی روشهای پرداخت موجود در کشورهای توسعه یافته و تحلیل نقاط قوت و ضعف آنها، همچنین بهره گیری از تجارب کشورهای در حال توسعه می توان دریافت که نظام پرداخت سرانه برای پرداخت به ارائه کنندگان سطح اول خدمات (پزشک عمومی یا پزشک خانواده) از اولویت برخوردار است. امروزه کشورهای انگلستان، آلمان و امریکا این شیوه را تجربه کرده و دیگر کشورها نیز کم و بیش به سمت استفاده از آن متمایل شده اند. با توجه به تغییر ساختار بیمه درمان در کشور (پیشنهاد شده در لایحه جامع تأمین اجتماعی)، زمینه ایجاد نظام ارجاع و ایجاد نظام اطلاعاتی دقیق در کشور بیش از پیش فراهم شده است. بنابراین این نظام برای پرداخت هزینه ارائه خدمات درمانی به پزشکان عمومی و پزشکان خانواده با توجه به مزایای زیر پیشنهاد می شود:

- ایجاد استمرار در گرفتن خدمات درمانی از یک ارائه کننده خدمت توسط بیمه شدگان،
- جمع آوری آسان سوابق درمانی بیمه شدگان و ایجاد نظام اطلاعاتی،
- حذف تشریفات زاید اداری،
- آسان شدن کنترل و رسیدگی به اسناد پزشکی،
- تأثیر مثبت بر منطقی شدن هزینه ها،
- ایجاد رابطه دوستانه بین بیمه شده و ارائه کننده خدمت و در نتیجه رضایت اجزای نظام بیمه درمان (بیمه گر، بیمه شده و ارائه کننده خدمت) و
- توجه به خدمات اولیه بهداشتی^۱ توسط پزشکان به منظور بالا بردن میزان سود و ایجاد رضایت در بیمه شدگان.

به منظور حذف معایب احتمالی این نظام باید به نکات زیر توجه داشت:

- استانداردهایی برای ارائه کنندگان خدمات درمانی تعریف کرد تا در صورت عدم رعایت آنها، سازمان بیمه گر بتواند پزشک را از لیست همکاران خود خارج کند.
- به بیمه شدگان اجازه داد تا در صورت عدم رضایت از یک ارائه کننده خدمت خود را از لیست وی خارج کرده و در لیست پزشک دیگری ثبت نام کنند. ثبت نام بیمه شدگان نیز با هماهنگی بیمه گر و در

زمان مشخص انجام می‌پذیرد؛ این زمان معمولاً بین شش ماه تا یکسال است. بدین طریق ارائه‌کنندگان خدمت به منظور جذب بیمار بیشتر به رقابت پرداخته و کیفیت خدمات خویش را ارتقا خواهند داد.

● مناطق جغرافیایی ارائه خدمات مشخص شود و حتی الامکان سیستم ارجاع بیمار به صورت کامل ایجاد شود.

سطح دوم خدمات، پس از ویزیت بیمار از سوی پزشک عمومی، معمولاً وی بیمار را به یکی از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی (پزشک متخصص، داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی، سونوگرافی و ...) ارجاع می‌دهد.

سرانه پرداختی به پزشک عمومی باید با توجه به متوسط هزینه‌های درمانی منطقه جغرافیایی محل استقرار پزشک عمومی، به علاوه هزینه‌های سربار مانند متوسط اجاره‌بهای مطب، هزینه حقوق منشی، حسابدار و تکنسین مدارک پزشکی باشد تا بتواند هزینه‌های مربوط به سطح دوم خدمات را بپردازد. در برخی کشورها به علت هزینه گزاف دارو و نیز تنوع داروهای موجود در لیست بیمه، هزینه دارو مستقیماً به شیوه کارانه توسط بیمه‌گر پرداخت می‌شود. ولی به نظر می‌رسد پرداخت تمامی موارد فوق توسط پزشک عمومی دارای مزایای بیشتری است. زیرا اطلاعات مربوط به روند درمان بیمار توسط پزشک عمومی جمع‌آوری می‌شود و از تجویز بی‌مورد دارو نیز جلوگیری به عمل می‌آید. ضمناً پزشک در زمینه تجویز دارو و خدمات تشخیصی نیز اهمال نخواهد کرد زیرا با به خطر انداختن سلامت بیمار، خود متحمل هزینه‌های آتی خواهد شد. از طرف دیگر وجود استانداردهای از پیش تعریف‌شده و امکان خروج بیمه‌شدگان از لیست باعث می‌شود. پزشک نتواند خودسرانه از کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده بکاهد.

سطح سوم خدمات شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی بستری است که معمولاً توسط پزشک متخصص تجویز می‌شود. گرچه در این زمینه به نظر می‌رسد بهترین گزینه پرداخت به صورت کارانه توسط پزشک عمومی به بیمارستان‌هاست، ولی به دلیل وجود هزینه‌های سنگین بستری در کشور و تفاوت فاحش هزینه‌های سرپایی و بستری، همچنین عدم همخوانی تعرفه‌های خدمات درمانی با قیمت واقعی در کشور، این امر با اشکال مواجه خواهد شد. برای حل این معضل پیشنهاد می‌شود پرداخت به بیمارستان‌ها توسط سازمان بیمه‌گر، با لزوم طی مراحل ارجاع با استفاده

از نظام پرداخت موردی جدول گروه بیماریهای همگن صورت پذیرد. این شیوه نسبت به نظام کارانه دارای مزایای زیر است:

۱. سرعت رسیدگی به اسناد را به شدت کاهش می‌دهد،
 ۲. امکان سوءاستفاده در این نظام محدودتر است،
 ۳. هزینه مدیریت و کنترل را کاهش می‌دهد و
 ۴. از نگهداری بیش از حد بیمار در بیمارستان جلوگیری می‌کند.
- برای افزایش کارایی این نظام، لزوم بهره‌گیری دقیق از نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها^۱ و درج‌کرد بیماری یا جراحی توسط پزشک عمومی و متخصص (تشخیص اولیه و ثانویه) و بیمارستان (تشخیص نهایی) ضروری است. به علاوه در صورتی که در مدت زمان معین، فردی با یک بیماری، دو بار به بیمارستان مراجعه کند (این زمان برای بیماریهای مختلف، متفاوت است مثلاً برای عمل آپاندیسیت مادام‌العمر و برای عمل جراحی قلب باز ۵ سال باشد) هزینه درمان بیماری یک بار به بیمارستان پرداخت خواهد شد تا از ترخیص پیش از بهبود بیمار جلوگیری به عمل آید.
- نمودارهای شماره‌های ۱ و ۲ نشانگر الگوی پیشنهادی نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی توسط سازمانهای بیمه‌گر در ایران و الگوی نظام پرداخت به صورت ایدئال هستند.
- دو الگوی فوق پس از طراحی به شیوه دلفی^۲ و نظرخواهی صاحب‌نظران پیشنهاد شد. یکی از این دو، در شرایط فعلی کشور قابل اجرا به نظر می‌رسد و دیگری در شرایطی قابلیت اجرایی‌یابد که پیش‌زمینه‌هایی همچون گسترش پوشش بیمه‌ای برای تمامی جمعیت کشور و واقعی شدن تعرفه‌های خدمات درمانی به وقوع بپیوندد و نیز سیستم ارجاع در کشور اجرا شود.
- اجرای چنین نظامی نیازمند همکاری تمامی نهادها و سازمانهای دست‌اندرکار، شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمانهای بیمه‌گر، مراکز درمانی و مجلس شورای اسلامی است تا با همکاری یکدیگر و ایجاد هماهنگی، نسبت به طراحی یک برنامه راهبردی^۳ بلندمدت اقدام کنند. این برنامه باید شامل تعیین بسته‌های خدمات درمانی^۴، سطح‌بندی منطقی خدمات و برقراری سیستم ارجاع منظم بیماران باشد.

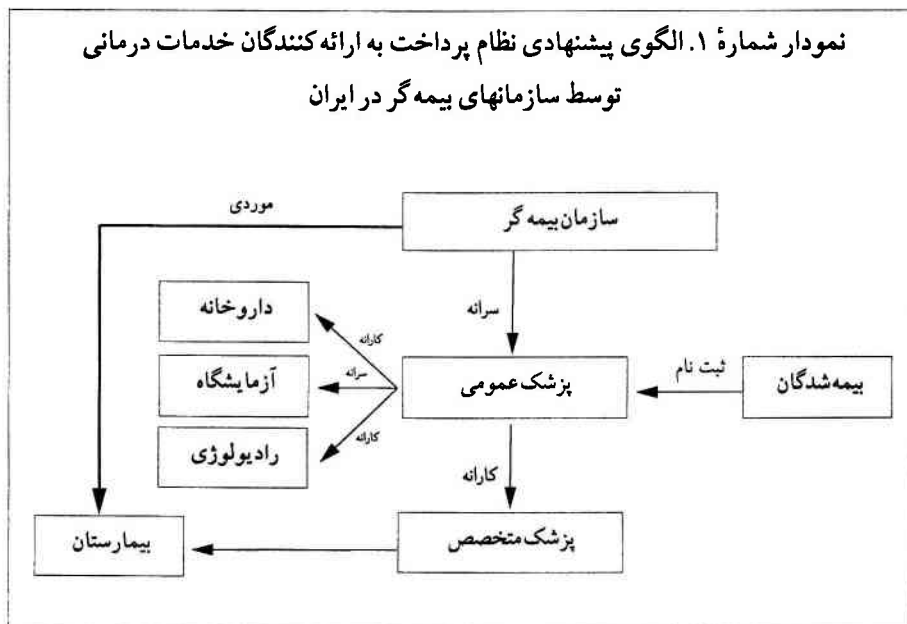
1. International Classification of Disease(ICD)

2. delphi

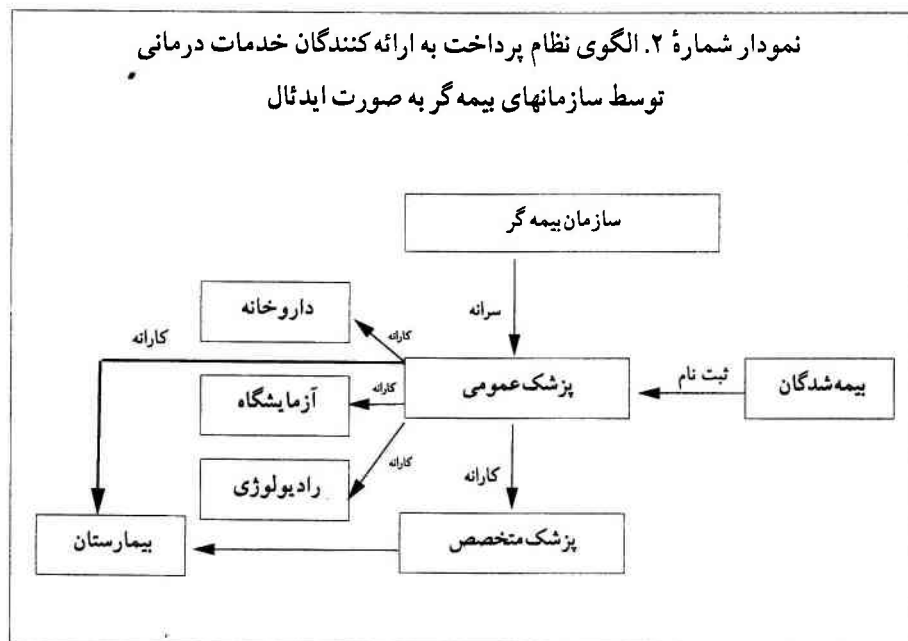
3. strategic

4. health insurance package

نمودار شماره ۱. الگوی پیشنهادی نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی
توسط سازمانهای بیمه‌گر در ایران



نمودار شماره ۲. الگوی نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی
توسط سازمانهای بیمه‌گر به صورت ایدئال



خلاصه یافته‌ها

با بررسی روشهای پرداخت موجود در کشورهای توسعه‌یافته و تحلیل نقاط قوت و ضعف آنها، همچنین بهره‌گیری از تجارب کشورهای در حال توسعه (جدول شماره ۳) می‌توان دریافت که بهتر است در کشور، نظام پرداخت سرانه در سطح اول و نظام پرداخت موردی و کارانه به ترتیب در سطوح دوم و سوم به صورت یک نظام پرداخت ترکیبی مورد استفاده قرار گیرد.

در آلمان یک نظام پرداخت ترکیبی شامل روشهای پرداخت موردی، کارانه و سرانه مورد استفاده قرار می‌گیرد که به تازگی از پرداختهای کارانه به مرور کاسته شده و به پرداختهای موردی و سرانه افزوده شده است.

در امریکا عمده پرداختها به صورت موردی و با استفاده از روش گروههای همگن تشخیصی است، ولی با وسعت یافتن فعالیت‌های «سازمانهای حفظ بهداشت»^۱ گرایش به استفاده از نظام پرداخت سرانه بیشتر شده است. امروزه در ۴۵ ایالت از ۵۰ ایالت امریکا از این روش در درمان سرپایی استفاده می‌شود.

در کشور استرالیا نظامهای پرداخت موردی، کارانه و حقوق مورد استفاده سیستم بیمه‌ای قرار می‌گیرد، ضمناً از شیوه موردی نیز به منظور انگیزش کارکنان استفاده می‌شود. در کشور انگلستان ترکیبی از نظام پرداخت سرانه و کارانه به طور وسیع مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در کشورهای پاکستان و ترکیه به علت دولتی بودن عمده مراکز ارائه‌کننده خدمات بیشتر از نظام پرداخت حقوق استفاده شده و بودجه بیمارستانها به صورت کلی از طرف دولت ابلاغ می‌شود.

در کشور ژاپن شیوه‌های اصلی پرداخت، سرانه به سطح اول و کارانه به سطوح دوم و سوم است. ضمن آنکه بازپرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده از طریق مؤسسه‌های بیمه‌ای صورت می‌پذیرد.

در کشور فرانسه به علت دولتی بودن بسیاری از مراکز ارائه خدمات شیوه پرداخت حقوق و کارانه به صورت مختلط مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در کشور کره جنوبی نظامهای پرداخت کارانه، روزانه، بودجه‌ای و حقوق به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در کشور ایران در حال حاضر از نظامهای پرداخت حقوق، کارانه، بودجه‌ای و موردی به صورت وسیع و سرانه به صورت محدود استفاده می‌شود. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳. بررسی تطبیقی نظامهای پرداخت حق الزحمه مؤسسه‌های ارائه‌کننده خدمات درمانی در کشورهای منتخب

کشور	نوع ارائه خدمت	شیوه‌های پرداخت	کاربرد مدل در نظام پرداخت
آلمان	خرید خدمت	کارانه + بانرخ ثابت + موردی + پاداش	هزینه‌های سرمایه‌ای = روزانه + بانرخ ثابت هزینه‌های سرپایی = کارانه هزینه‌های بستری = کارانه + موردی + پاداش
امریکا	ترکیبی	کارانه + موردی + سرانه	هزینه‌های سرپایی = کارانه + سرانه هزینه‌های بستری = کارانه + موردی + سرانه
استرالیا	ترکیبی	کارانه + حقوق + موردی + پاداش	هزینه‌های سرپایی = حقوق + کارانه + پاداش هزینه‌های بستری = کارانه + موردی + حقوق + پاداش
انگلستان	خرید خدمت	سرانه + بانرخ ثابت + کارانه	هزینه‌های سرمایه‌ای = بانرخ ثابت هزینه‌های سرپایی = سرانه (سطح اول ارائه خدمات) + کارانه هزینه‌های بستری = کارانه
پاکستان	ارائه مستقیم خدمات	بودجه‌ای + حقوق	کلیه هزینه‌ها = حقوق
ترکیه	عمدتاً ارائه مستقیم خدمات	بودجه‌ای + حقوق + کارانه	کلیه هزینه‌ها = حقوق + به صورت محدود کارانه
ژاپن	خرید خدمت	کارانه + سرانه	هزینه‌های سرپایی = سرانه (سطح اول ارائه خدمات) + کارانه هزینه‌های بستری = کارانه
فرانسه	ترکیبی	بودجه‌ای + کارانه + حقوق	کلیه هزینه‌ها = کارانه + حقوق
کانادا	خرید خدمت	کارانه + بانرخ ثابت	هزینه‌های سرپایی = کارانه هزینه‌های بستری = مقدار ثابت
کره جنوبی	ترکیبی	روزانه + کارانه + بودجه‌ای + پاداش	هزینه‌های سرپایی = کارانه هزینه‌های بستری = بودجه‌ای + روزانه + پاداش
ایران	ترکیبی	حقوق + بانرخ ثابت + موردی + پاداش + بودجه‌ای + کارانه	هزینه‌های سرپایی = کارانه + حقوق + پاداش هزینه‌های بستری = بانرخ ثابت + حقوق + موردی + کارانه

تحلیل و نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب گفته‌شده و وضع موجود نظام پرداخت حق الزحمه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در کشور، به نظر می‌رسد حرکت به سوی ایجاد یک سیستم منسجم ارائه خدمات درمانی بدون داشتن یک نظام توانمند بیمه اجتماعی درمان ممکن نیست.

امروزه با وجود حرکت کشور به سمت ایجاد یک نظام جامع تأمین اجتماعی و گسترش پوشش بیمه‌ای جمعیت کشور، نیاز به تحول در نحوه ارائه خدمات درمانی بیش از پیش لازم به نظر می‌رسد. در این راستا تدوین نظام پرداخت مطلوب حق‌الزحمه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی اولین گام برای ایجاد تحول فوق‌الذکر است که در این رابطه استفاده از تجارب دیگر کشورها، بررسی مزایا و معایب انواع نظام‌ها، استفاده از نظرهای صاحب‌نظران، حرکت به سمت استفاده از سیستم ارجاع و به‌کارگیری نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمات درمانی اجتناب‌ناپذیر است. البته تحقق این امر بدون مشارکت تمامی عوامل دست‌اندرکار در نظام بهداشت - درمان کشور علی‌الخصوص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمانهای بیمه‌گر و نهادهای دولتی و خصوصی ارائه‌کننده خدمات درمانی ممکن نیست که خوشبختانه حرکت در جهت جلب مشارکت این گروه‌ها مدتی است آغاز شده و امید است به زودی به ثمر برسد. در نهایت به نظر می‌رسد با به‌کارگیری شیوه‌های مطلوب پرداخت با توجه به مطالب ارائه‌شده و ایجاد دستورالعمل‌های مربوط توسط کارشناسان، رسیدن به وضعی مطلوب‌تر در ارائه خدمات درمانی و سطح سلامتی جامعه میسر خواهد بود؛ هرچند طراحی الگوی پیشنهادی در این مقاله نخستین گام در این راه پر مخاطره است.

پیشنهاد‌های کاربردی

با بررسی نتایج به دست آمده، پس از تجزیه و تحلیل وضع موجود ایران و دیگر کشورهای مورد مطالعه، همچنین بررسی نظرهای صاحب‌نظران پیشنهاد می‌شود برای بهبود نظام بیمه درمان در کشور اقدامات زیر صورت پذیرد:

۱. تسریع در طراحی و اجرای نظام ارجاع به ویژه در سطوح دوم و سوم شبکه بهداشت - درمان
 ۲. اجرای نظام جامع تأمین اجتماعی در کشور به منظور ایجاد پوشش کامل بیمه اجتماعی درمان در کشور
 ۳. توجه به عدم تمرکز و ایجاد سطح‌بندی منطقی در ارائه خدمات درمانی
 ۴. تربیت پزشک خانواده و آموزش پزشکان عمومی
 ۵. بازنگری تعرفه‌های خدمات درمانی
 ۶. طراحی سیستم کنترل و نظارت مطلوب بر مؤسسه‌های ارائه‌کننده خدمات درمانی
 ۷. توجه به مدیریت کیفیت و اعتباربخشی مراکز بهداشت - درمان
 ۸. تدوین راهکارهای ارتقای سلامت جمعیت در کشور و
 ۹. طراحی یک برنامه راهبردی جهت اجرای الگوهای ارائه‌شده در این مقاله.
- در راستای عملیاتی کردن الگوی پیشنهادی توصیه می‌شود مطالعات زیر صورت پذیرد:

- تهیه و تدوین دستورالعمل‌های مربوط به نظام پرداخت در هر یک از سطوح اول، دوم و سوم ارائه خدمات درمانی
- بررسی نرخ واقعی تعرفه ارائه خدمات درمانی در کشور
- بررسی قیمت تمام شده خدمات درمانی به ویژه در سطح سوم ارائه خدمات درمانی
- بررسی میزان رضایت بیمه‌شدگان، کارکنان و ارائه‌کنندگان خدمات درمانی از شیوه‌های پرداخت موجود در کشور
- بررسی روش‌های پرداخت حواله‌زحمة ارائه‌کنندگان خدمات درمانی مختلف (پزشکان عمومی و متخصص، پیراپزشکان، بیمارستانها و...) به تفکیک
- بررسی ژرفانگرسیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در کشورهای مختلف جهان و در نهایت
- بررسی راهکارهای عملیاتی کردن الگوی پیشنهادی در زمینه‌های مختلف توسط پژوهشگران

منابع و مأخذ

۱. اعتمادی، مسعود، «گزارش ویژه همایش سراسری نقش مدیریت در خدمات بهداشت و درمان»، فصلنامه بیمارستان، شماره ۴، تابستان ۱۳۷۹.
۲. حسن زاده، علی، بیمه بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه از دیدگاه تأمین اجتماعی، معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، دی ماه ۱۳۷۹، تهران.
۳. رضایی قلعه، حمید، بیمه درمان اجتماعی، دفتر بین‌المللی کار و سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۰، تهران.
۴. سیر تحول بیمه و بیمه‌شدگان، گزارش تحقیقاتی گروه درمان، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۳.
۵. شبیر، جورج، «اصلاح نظام مالی درمان در ایران»، نخستین کنگره اقتصاد بهداشت و درمان، ۱۰-۸ آبان ۱۳۷۸، تهران.
۶. صالحی، حسین، حسابهای ملی سلامتی: جایگاه، برآورد، مشکلات و آینده، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۸۰، تهران.
۷. طراحی و تدوین نظام کنترل دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹، تهران.
۸. کریمی، مظفر، «مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستاییان در چند کشور و ارائه الگو برای ایران»، بیمه همگانی، شماره ۱۷، تیرماه ۱۳۸۰.

۹. لقمانیان، محمدخسرو، بررسی نظام پرداخت به کارکنان مراکز درمانی تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، در دست انتشار.
۱۰. محمدی نژاد، قربانعلی، «مطالعه تطبیقی نظامهای پرداخت بهای خدمات بیمارستانی توسط سازمانهای بیمه گر در چند کشور منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران»، مدیریت اطلاع رسانی پزشکی، شماره ۵ و ۶، زمستان ۱۳۷۸ و بهار ۱۳۷۹.
۱۱. مروری بر ضرورت‌های شکل‌گیری درمان مستقیم و قانون الزام، معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، تیرماه ۱۳۷۷.
۱۲. مریدی، سیاوش، فرهنگ بیمه‌های اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸، تهران.
۱۳. ملکی، محمدرضا، «مکانیزم‌های پرداخت به عرضه‌کنندگان خدمات درمانی»، بیمه همگانی، سال پنجم، تیرماه ۱۳۸۰.
۱۴. مظفری، گشتاسب، مطالعه تطبیقی نظامهای بیمه درمان، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸، تهران.
۱۵. نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸.
1. Andress, Alis Anne, *Saunders Manual of Medical Office Management*, WB, Saunders Co, 1996, Philadelphia USA.
 2. Aviva, Rountel, *Health Insurance in Developing Countries ILO*, 1992.
 3. Credes Group, *Comprehensive Health Care Financing Study (HCFS)*, Phase I, Dec 1997, Paris, France.
 4. District Hospital, WHO, 1977, Geneva.
 5. Holahan, John & Suresh rang arajah & Matthew Schirmaz, *Medical Managed Care Payment Methods and Capitation Rates*, Urban Institute, 2000, NY, USA
 6. Normand, Charles & melee Weber, *Social Health Insurance*, WHO, International Labor office, 1994, London.
 7. Kysers, H, G., *Vorbereitung Out Dasneue Vergu Tungs System Aut Basis AR-DRGs*, Kysers Consilium, 2000, Berlin, Germany.
 8. Taylor, Suzanne, *Health Insurance in the World*, 1998, NY.
 9. The Urban Institute Publishes Report, *Satistical Book*, 2000.