

سازوکارهای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در نظامهای بیمه‌ درمانی

گردآوری و ترجمه‌ علی محمد مصدق‌راد*

مقدمه

دسترسی به خدمات سلامت اثربخش، کارآمد، عادلانه، جامع، قابل دسترسی، قابل قبول، به موقع، باکیفیت بالا و در قیمتی قابل پرداخت برای عموم، از حقوق اساسی مردم است. امروزه نقش سازمانهای ارائه‌کننده خدمات سلامت به طور اعم و بیمارستانها به طور اخص نسبت به گذشته تغییر یافته است. این تغییرات عبارتند از:

۱. درمان بیماریهای حاد به سمت درمان بیماریهای مزمن
 ۲. طب درمانی به سمت طب پیشگیری
 ۳. مراقبت بستری به سمت مراقبت سرپایی و مراقبت در خانه
 ۴. حالت فردمداری به سمت جامعه‌مداری
 ۵. مراقبت سطح دوم و سوم به سمت مراقبت سطح اول و مراقبتهای اولیه بهداشتی
 ۶. حالت مراقبت مقطعی به سمت مراقبت کامل و جامع
- عوامل مهمی که منجر به ایجاد این تغییر و تحولات شده، عبارت است از:
۱. گسترش و توسعه ارائه خدمات به عموم مردم
 ۲. اقتصاد و توسعه‌یافتگی شرایط اجتماعی جامعه

* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳. کنترل بیماریهای واگیر و افزایش بیماریهای مزمن و بیماریهای مادرزادی^۱
 ۴. پیشرفت وسایل ارتباط جمعی و توسعه نقل و انتقالات و ارتباطات
 ۵. تعهدات سیاسی دولت جهت ارائه مراقبتهای جامع و فراگیر سلامت
 ۶. افزایش استانداردهای زندگی بویژه در مناطق شهری
 ۷. افزایش آگاهی اجتماعی و سیاسی مردم بویژه در مناطق شهری و نیمه شهری
 ۸. کنترل و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط انجمنها و مؤسسات حرفه ای
 ۹. افزایش متخصصان مورد نیاز گروه بهداشت و درمان
 ۱۰. رشد سریع علم و تکنولوژی پزشکی
 ۱۱. افزایش جمعیت نیازمند به خدمات سلامت
 ۱۲. رشد سریع تکنولوژی تشخیصی و درمانی
 ۱۳. طراحی مجدد سیستم ارائه خدمات سلامت با تأکید بر ارائه مراقبتهای بهداشتی اولیه
 ۱۴. پیشرفت و توسعه روشها و فنون نوین مدیریتی بویژه در زمینه مدیریت کیفیت
 ۱۵. توسعه و پیشرفت پرستاری حرفه ای
 ۱۶. توسعه و پیشرفت در آموزش پزشکی
 ۱۷. توسعه و پیشرفت مؤسسات بیمه سلامت
- به طور کلی در نظامهای خدمات سلامت ما، شاهد مثلث بیمار، ارائه کننده خدمات و پرداخت کننده هزینه های خدمات هستیم. برای اثربخشی هرچه بیشتر این نظام باید به نیازها و خواسته های هر کدام از اضلاع این مثلث توجه شود. در یک طرف دریافت کننده خدمات سلامت (بیمار) قرار دارد که خواسته وی دریافت خدمات ضروری مورد نیاز با کیفیت بالا و با هزینه معقول است و در طرف دیگر، ارائه کننده خدمات (بیمارستان، پزشک، دندانپزشک، داروخانه، آزمایشگاه های بالینی و ...) قرار دارد که هدفش جذب هرچه بیشتر بیماران و کسب منافع بیشتر است. هدف پرداخت کننده خدمات نیز (سازمانهای بیمه خدمات سلامت) تحت پوشش بیمه قرار دادن تعداد بیشتر افراد جامعه و کسب منفعت بیشتر است.
- بنابراین، سازوکارهای پرداخت باید به گونه ای طراحی و به کار گرفته شوند که امکان جذب درآمد کافی برای ارائه کنندگان خدمات فراهم سازند تا آنها انگیزه کافی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا را داشته باشند و مانع از انتقال آنها به سمت مشاغل پردرآمدتر شود، منجر به حصول

اطمینان از حضور نیروی متخصص برای تداوم ارائه خدمات مطلوب به بیمه‌شدگان شود و از طرف دیگر از اتلاف منابع و ارائه خدمات غیرضرور به بیماران نیز مانع شود. در این مقاله نظام‌های مختلف پرداخت که در راستای دستیابی به اهداف مذکور به کار گرفته می‌شود، بررسی می‌شود. به کارگیری نظام پرداخت مناسب علاوه بر اینکه دسترسی بیمه‌شدگان را به خدمات با کیفیت مطلوب تضمین می‌کند، ابزاری نیز برای کنترل هزینه تلقی خواهد شد.

۱. نظام‌های پرداخت ثابت^۱

نظام پرداخت ثابت، به نظامی گفته می‌شود که با کاهش یا افزایش حجم خدمات، میزان پرداخت تغییر نکند.

۲. نظام پرداخت متغیر^۲

نظام پرداخت متغیر، نظامی است که تغییر در حجم خدمات ارائه‌شده منجر به تغییر در میزان پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات شود.

نظام‌های پرداخت ثابت و متغیر در سطوح خرد و کلان قابل بررسی هستند. سطح خرد شامل ارائه‌کننده خدمات است. در این سطح رفتار ارائه‌کننده خدمات در واکنش نسبت به محرک‌های مالی بررسی می‌شود. سطح کلان شامل تعدادی از ارائه‌کنندگان خدمات و یا کل آنان به عنوان یک گروه است.

سطح خرد^۳ تمایز بین نظام‌های پرداخت ثابت و متغیر در سطح خرد بر اساس رابطه بین درآمد ارائه‌کننده خدمات و میزان حجم خدمات ارائه‌شده است. در نظام‌های متغیر درآمد اضافی به معنای ارائه خدمات بیشتر توسط ارائه‌کنندگان خدمات است. بنابراین ارائه‌کننده خدمات، انگیزه بیشتری در ارائه بیشتر خدمات (حتی غیرضرور) دارند. به علاوه، این سیستم ممکن است منجر به افزایش کیفیت خدمات شود، زیرا ارائه‌کننده خدمات در استفاده بهینه از منابع و جذب مشتری بیشتر تلاش می‌کند.

1. fixed payment system

2. variable payment system

3. micro-level

در نظامهای ثابت، به ارائه‌کننده خدمات، بابت ارائه خدمات اضافی وجهی پرداخت نمی‌شود، بلکه مبلغ ثابتی برای ارائه خدمات مورد نیاز بیمار پرداخت می‌شود. بنابراین، ارائه‌کننده خدمات، تلاش بیشتری می‌کند تا هزینه‌های جانبی را از طرق مختلف کاهش دهد (مثلاً از طریق کاهش تعداد مشاوره‌ها، کاهش مدت اقامت بیمار، کاهش تستهای آزمایشگاهی و ...). بنابراین، با کاهش خدمات و مراقبتها، کیفیت خدمات ارائه‌شده کاهش خواهد یافت. از طرف دیگر، نظامهای ثابت، ممکن است دسترسی بیماران را به خدمات، محدود کند؛ ارائه‌کنندگان خدمات ممکن است از ارائه خدمات به بیماران با بیماریهای صعب‌العلاج که هزینه بیشتری می‌طلبد، خودداری کنند. ارائه‌کنندگان خدمات فرصت کمتری برای افزایش درآمد خود از طریق ارائه خدمات بیشتر به بیماران خواهند داشت. بنابراین، سعی می‌کنند، به جای ارائه خدمات بیشتر به بیماران، تعداد بیشتری از بیماران را معاینه و درمان کنند.

سطح کلان.^۱ نظام پرداخت ثابت در سطح کلان، نظام بسته^۲ نامیده می‌شود. در این سطح، سیاستگذاران (سازمان بیمه‌گر، دولت و ...) سقف مشخصی برای هزینه در نظر می‌گیرند که در یک دوره زمانی مشخص ثابت است. به عنوان مثال سازوکار پرداخت بودجه‌ای، یک نظام بسته است. بودجه ابزار مؤثری در کنترل هزینه‌های رو به افزایش خدمات است.

سیستم مالی بدون محدودیت بودجه، به صورت کلی یا برای برخی هزینه‌های سلامت یک سیستم مالی باز^۳ است. چنین سیستمی برای کنترل و کاهش هزینه‌ها مناسب نیست. سیستم‌های مالی که به ارائه‌کنندگان خدمات بر اساس مقدار و نوع خدمات بازپرداخت صورت می‌گیرد (یعنی نظامهای متغیر در سطح خرد) نوعی انگیزه برای افزایش خدمات غیرضرور به وجود می‌آورد. به علاوه، اگر این سیستم‌ها در سطح کلان محدود نشود، این تأثیر شدت بیشتری می‌یابد و به افزایش هزینه‌های خدمات سلامت منجر می‌شود.

به خاطر کمبود منابع، امروزه بیشتر سازوکارهای پرداخت به سمت نظامهای ثابت پرداخت گرایش یافته‌اند. یک راهکار این است که سیستم‌های متغیر در سطح خرد را با سیستم‌های با ویژگی سیستم ثابت جایگزین کنیم. راه‌حل دیگر این است که سیستم متغیر سطح خرد را با سیستم بسته سطح کلان ترکیب کنیم. در این روش هزینه پرداختی خدمات از قبل قابل پیش‌بینی نخواهد بود. ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سیستم بودجه‌ای با مبلغ یک میلیون فعالیت

1. macro-level

2. closed-end

3. open-end

می‌کنند. با فرض هر واحد خدمت معادل ۱۰۰۰۰ ریال، در صورتی که هر ارائه‌کننده خدمات معادل ۵۰ واحد خدمت ارائه کند، هر کدام درآمدی برابر با ۵۰۰ هزار ریال خواهند داشت. حالا اگر هر کدام از این دو ارائه‌کننده خدمات، حجم خدمات خود را به ۱۰۰ واحد افزایش دهند، میزان درآمد آنها دو برابر نخواهد شد، بلکه ارزش هر واحد خدمت به ۵۰۰۰ ریال کاهش خواهد یافت. تنها در صورتی درآمد ارائه‌کننده افزایش می‌یابد، که او بیشتر از همتای خود خدمات ارائه دهد.

سازوکارهای پرداخت را از جنبه سیستم‌های گذشته‌نگر و آینده‌نگر نیز می‌توان بررسی کرد که بیانگر ارتباط بین درآمد ارائه‌کننده خدمات و هزینه‌هایی است که برای ارائه خدمات متحمل می‌شود.

۳. نظام پرداخت گذشته‌نگر^۱

در این نظام هزینه‌ها پس از ارائه خدمات بازپرداخت می‌شود. با توجه به اینکه بازپرداخت هزینه‌ها بر اساس تعرفه و قیمت واقعی آنهاست، ارائه‌کنندگان انگیزه‌ای برای کاهش هزینه ارائه خدمات نخواهند داشت، بلکه حتی ممکن است تمایل به افزایش هزینه‌ها نیز داشته باشند.

۴. نظام پرداخت آینده‌نگر^۲

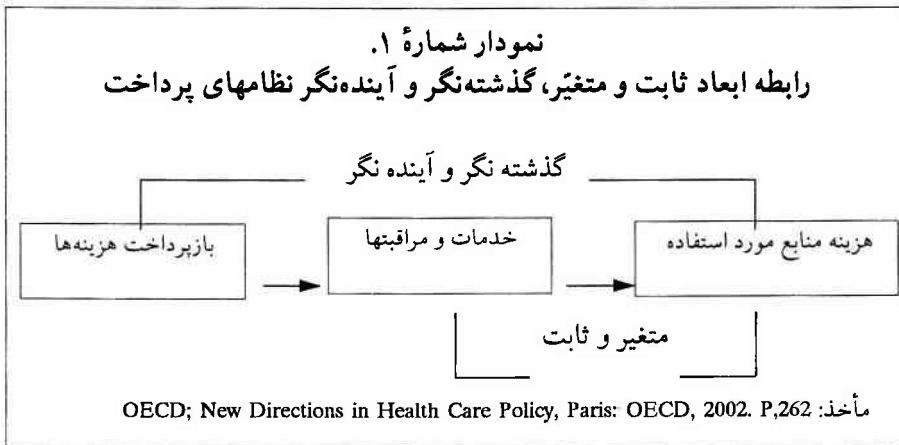
در این نظام تعرفه‌های پرداختی یا بودجه، از قبل تعیین می‌شود. با توجه به اینکه ارائه‌کننده خدمات باید در محدوده مشخصی هزینه کند، این نظام با کارایی بیشتری نسبت به نظام گذشته‌نگر همراه است. با وجود این، در این نظام ارائه‌کننده خدمات (به عنوان مثال بیمارستان) سعی می‌کند سریعتر بیمار را ترخیص کند تا هزینه کمتری متحمل شود. به علاوه، این نظام ممکن است دسترسی بیماران صعب‌العلاج را به خدمات مورد نیاز، محدود کند. نظام آینده‌نگر در ایالات متحده توسط بیمه سالمندان^۳ برای بازپرداخت بیمارستانها به کار می‌رود. این نظام در اکتبر ۱۹۸۳ در آمریکا به کار گرفته شد. علاوه بر بیمارستانها، به پزشکان عمومی نیز می‌توان با استفاده از نظام پرداخت آینده‌نگر (به عنوان مثال سازوکارهای کارانه و سرانه) پرداخت کرد. مفاهیم گذشته‌نگر و متغیر اغلب با مفاهیم آینده‌نگر و ثابت به اشتباه گرفته می‌شود. اگرچه این نظامها به هم مربوطند، تفاوتی دارند که روی ارائه‌کننده خدمات تأثیر می‌گذارد (نمودار شماره ۱). بُعد گذشته‌نگر و آینده‌نگر نظام پرداخت به وجود یان بود رابطه بین میزان پرداخت به ارائه‌کننده خدمات

1. retrospective payment system

2. prospective payment system

3. medicare

و هزینه‌های خدمات پرداختی توسط او بستگی دارد. در حالی که بُعد ثابت یا متغیر آن به وجود یا نبود ارتباط بین میزان پرداخت به ارائه‌کننده خدمات و میزان خدمات ارائه‌شده توسط او مربوط است. در نظامهای گذشته نگر به ارائه‌کنندگان خدمات بابت ارائه خدمات اضافی و بر اساس هزینه‌های واقعی پرداخت می‌شود. بنابراین، نظام کاملاً گذشته‌نگر، نظامی متغیر است. با وجود این، عکس این موضوع همواره صادق نیست، یعنی هر نظام متغیر، گذشته‌نگر نخواهد بود. در نظامهای متغیر، ارائه‌کنندگان خدمات، بابت ارائه خدمات اضافی، مبالغی دریافت می‌کنند، ولیکن هیچ تضمینی نیست که این مبالغ کلیه هزینه‌های واقعی را که آنها متحمل شده‌اند، جبران کند. نظام پرداخت متغیر نیز می‌تواند نظام آینده‌نگر باشد. از طرف دیگر، نظامهای پرداخت کاملاً ثابت همیشه آینده‌نگر هستند ولیکن نظامهای پرداخت آینده‌نگر می‌توانند هم ثابت و هم متغیر باشند.



۵. نظامهای پرداخت بر اساس واحد بازپرداخت

نظامهای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بر اساس واحد بازپرداخت نیز قابل گروه‌بندی است. واحدهایی که مورد استفاده قرار می‌گیرد مثل تعداد خدمات، روز، بیماری، بیمار، دوره زمانی و ... بیانگر ارتباط بین هزینه‌های ارائه‌کنندگان خدمات و بازگشت به او (بعد ثابت یا متغیر) است. در نظامهای پرداخت آینده‌نگر، که منجر به تشویق ارائه‌کنندگان خدمات به کاهش هزینه ارائه خدمات می‌شود. روش کاهش هزینه‌ها به نوع مکانیزم بازپرداخت هزینه‌ها بستگی دارد. به عنوان مثال در نظام پرداخت آینده‌نگر موردی این احتمال هست که تعداد یا نوع خدمات، کاهش یابد. در نظام پرداخت آینده‌نگر کارانه نیز انتظار می‌رود مواد و ملزومات مورد استفاده یا زمان مصروفه برای هر خدمت کاهش می‌یابد تا سود بیشتری حاصل شود نه اینکه تعداد خدمات کاهش یابد.

برای پرداخت به پزشکان، واحدهای بازپرداخت مورد استفاده شامل تعداد خدمات (سازوکار کارانه)، بیمار (سازوکار سرانه) و دوره زمانی (سازوکار حقوق و دستمزد) است. برای بیمارستانها نیز واحدهایی مثل روز بیمار (سازوکار هزینه روزانه)، بیماری (پرداخت موردی) و دوره زمانی (سازوکار بودجه ثابت) به کار گرفته می‌شود.

۵-۱. نظام پرداخت کارانه^۱

در نظام پرداخت کارانه هزینه کلیه خدمات ارائه‌شده براساس جدول و تعرفه تعیین‌شده پرداخت می‌شود. تعرفه هرکدام از خدمات مورد نظر از قبل تعیین شده است. خدماتی که در فهرست تعیین‌شده منظور نشده، جبران هزینه نخواهند شد. این نظام، نظام پرداخت متغیر است که ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانند با افزایش ارائه خدمات، درآمد بیشتری کسب کنند. تنها در صورتی که در سطح کلان یک سقف برای حدود هزینه‌ها در نظر گرفته شود، امکان پیشگیری از افزایش هزینه‌ها وجود دارد.

مزایا

۱. دسترسی به خدمات برای بیماران و بیمه‌شدگان افزایش می‌یابد.
۲. در صورتی که در سطح کلان سقف مشخصی برای پرداخت در نظر گرفته شود، منجر به کاهش هزینه‌های حاشیه‌ای یا سربار می‌شود.

معایب

۱. افزایش ارائه خدمات حتی ارائه خدمات غیر ضرور.
۲. کاهش کیفیت خدمات به موجب کاهش زمان لازم برای انجام خدمت.
۳. محول کردن بیشتر خدمات به کارکنانی که حقوق کمتری دریافت می‌کنند مثل پرستاران، تکنسین‌ها و ...

۴. تقاضای مراجعه مکرر بیمار حتی اگر ضرورتی نداشته باشد.
۵. نیاز به تنظیم جداول و فهرستهای تفصیلی تعرفه‌ها و خدمات تحت پوشش بیمه است.
۶. دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات بیشتر معطوف به افراد بیمار جامعه است.

راهکار برای پیشگیری و رفع مشکلات

- ایجاد رقابت بین ارائه‌کنندگان خدمات از طریق فراهم کردن امکان مراجعه بیماران به مؤسساتی که خدمات با کیفیت بالاتری ارائه می‌دهند.

1. fee for service

● نرخ تعرفه خدمات باید به گونه‌ای تنظیم شود که علاوه بر اینکه در ارائه‌کنندگان خدمات انگیزه کافی ایجاد می‌کند، مانع از ارائه خدمات غیر ضرور شود.

نظام پرداخت کارانه بر اساس جدول تعرفه صورت می‌گیرد. این جدول ممکن است بر اساس سیاستهای سازمان بیمه‌گر، وزارت بهداشت و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تنظیم شود. هنگام تنظیم این جدول، درآمد احتمالی ارائه‌کنندگان خدمات و هزینه ارائه خدمات درمانی باید مورد توجه قرار گیرد. این جدول باید به گونه‌ای تنظیم شود که به انگیزش ارائه‌کنندگان خدمات به ارائه خدمات ضروری با کیفیت بالا منجر شود.

تعیین تعرفه هر کدام از خدمات کار دشوار و پیچیده‌ای است. در بسیاری از کشورها روشهای فنی که برای محاسبه تعرفه‌ها به کار می‌رود، به گونه‌ای است که به قیمت‌گذاری بیشتر خدمات منجر می‌شود. با وجود این، تعرفه‌ها ممکن است برای مدت زمانی طولانی بدون تغییر بماند که طبعاً جوابگوی هزینه واقعی خدمات نخواهند بود و در نهایت به استفاده نادرست ارائه‌کنندگان خدمات از منابع منجر می‌شود.

نظام پرداخت کارانه به صور مختلف در کشورهای مختلف به کار گرفته می‌شود. نظام نومانکلاتور بلژیک، تعرفه‌هایی را برای فهرستی از خدمات پزشکی، تشخیصی و درمانی تعیین کرده است. این نظام برای پرداخت به فیزیوتراپیست‌ها، گفتاردرمان‌ها، دندانپزشکان، خانه‌های سالمندان یا خانه‌های پرستاری و داروخانه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در آلمان این نظام پرداخت در مورد پزشکان به کار می‌رود. در سال ۱۹۹۷ میلادی اصلاحاتی در نظام پرداخت کارانه این کشور صورت گرفت که در سطح کلان، افزایش هزینه‌ها را کنترل می‌کند. تعرفه‌های پرداختی بر اساس هزینه‌های فصل گذشته تعیین می‌شود. اگر هزینه‌ها از سقف تعیین شده افزایش یابد، در فصل بعد تعرفه‌ها کاهش خواهد یافت و بالعکس. در واقع نظام پرداخت کارانه در آلمان در سطح خرد متغیر و در سطح کلان بسته است.

۵-۲. نظام پرداخت موردی^۱

در این نظام نوع بیماری و نحوه درمان مبنای اصلی کار ارائه‌کنندگان خدمات است. معروفترین روش طبقه‌بندی بیماریها، گروههای تشخیصی وابسته^۲ است که در طبقه‌بندی بیماریها بر اساس موارد تشخیصی و درمانی به بیش از ۵۰۰ گروه تقسیم می‌شود. هر کدام از این گروهها تعرفه

1. percase payment system

2. diagnosis related groups

خاص خود را دارد. در سال ۱۹۸۳، نظام بیمه مدیکر امریکا از این مکانیزم پرداخت برای بیمارستانهای طرف قرارداد خود استفاده کرد. جدول گروههای تشخیصی وابسته، بارها مورد بازنگری قرار گرفته و به روز می‌شود. بسیاری از کشورها این روش را مورد استفاده قرار می‌دهند، مثل کشورهای کانادا و آلمان. در سوئد، در برخی از استانها از نظام گروههای تشخیصی وابسته برای پرداخت برخی اعمال جراحی اکتیو استفاده می‌شود. به کارگیری این نظام از یک طرف منجر به افزایش هزینه‌ها شده است. بنابراین حداکثر سقفی نیز برای نظام پرداخت گروههای تشخیصی وابسته در این کشور در نظر گرفته شده است. در آلمان نظام پرداخت موردی برای خدمات تشخیصی، درمانی، بالینی و پرستاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرداخت تنها برای خدماتی صورت می‌گیرد که در فهرست تعیین شده - که بیشتر مربوط به اعمال جراحی اکتیو است - ذکر شده باشد. خدمات قیدشده در این فهرست بتدریج در حال افزایش است.

مزایا

۱. این نظام برخلاف نظام کارانه از ارائه خدمات اضافی جلوگیری می‌کند.
۲. بیمارانی که مشکلات مشابهی دارند، هزینه یکسانی می‌پردازند و در این زمینه تقریباً عادلانه رفتار می‌شود.
۳. به دلیل کلی بودن هزینه هر گروه تشخیصی، نیازی به محاسبه جداگانه هزینه درمان هر بیماری نیست.
۴. هزینه مدیریت اجرایی این نظام به‌خاطر نرخ ثابت بابت هر موردبیماری کمتر از نظام کارانه است.

معایب

۱. ارائه‌کنندگان خدمات ممکن است برای کاهش هزینه‌ها از طریق کاهش مدت اقامت بیمار در مرکز درمانی، استفاده از منابع ارزانتر و ... تلاش کنند که در نهایت به کاهش کیفیت خدمات منجر می‌شود.
۲. ارائه‌کنندگان خدمات ممکن است به منظور کسب سود بیشتر خدمات را در چند نوبت بستری بیمار ارائه کنند.
۳. ممکن است ارائه‌کنندگان خدمات بیماریهای ساده پیچیده گزارش کنند و به این صورت درجه بالاتری از نظام گروههای تشخیصی وابسته را انتخاب کنند (خزیدن گروههای تشخیصی وابسته)^۱

1. diagnosis related groups-creep

۴. انتخاب بیمارانی که بیشترین هزینه - منفعت را دارند (انتخاب معکوس^۱) و در صورت امکان ارجاع موارد پیچیده‌تر به سایر ارائه‌کنندگان خدمات.
۵. این نظام تنها برای بیماران بستری تنظیم شده است.
۶. شکایات ارائه‌کنندگان خدمات در این نظام بالاست که مستلزم پیگیری و رسیدگی و هزینه‌زیاد است.
- راهکار برای رفع مشکلات**

- تعیین مشخصات دقیق هر یک از گروه‌های تشخیصی
- محدود کردن تعداد انواع تشخیص بیماری به آنچه در جدول قیمت‌ها قید شده است.
- تعیین محدوده زمانی پس از ترخیص بیمار که در آن محدوده اگر بیمار دوباره به خاطر آن بیماری بستری شود، ارائه‌کننده خدمات چیزی دریافت نخواهد کرد. بنابراین او باید سعی کند که بار اول خدمات را با کیفیت بالا ارائه کند.
- ایجاد مکانیزم کنترل به منظور پیشگیری از انتقال بدون دلیل بیماران از یک ارائه‌کننده خدمات درمانی به ارائه‌کننده دیگر
- برقراری رقابت بین ارائه‌کنندگان خدمات به منظور ارائه خدمات با کیفیت بالا

۳-۵. نظام پرداخت هزینه روزانه^۲

نظام پرداخت هزینه روزانه بیشتر برای مراکز سلامت به کار می‌رود که وظیفه آنها ارائه مراقبت‌های طولانی‌مدت به بیماران مزمن، معلولان یا سالمندان است. در این نظام پرداخت کلیه هزینه خدمات ارائه‌شده به بیماران مثل هزینه دارو، آزمایشها، دستمزدها، هتلینگ و ... به طور روزانه در نظر گرفته می‌شود. برای این منظور مجموع هزینه‌های یک دوره زمانی بر تعداد روز بیمار آن دوره تقسیم می‌شود تا تعرفه مشخصی برای یک روز به دست آید.

نظام پرداخت هزینه روزانه نظامی متغیر است که ممکن است گذشته‌نگر یا آینده‌نگر باشد. در حالت آینده‌نگر، تعرفه‌ها از قبل توسط مقامات مسئول (سازمانهای بیمه‌گر و ارائه‌کننده خدمات) تعیین می‌شوند. در این روش ارائه‌کنندگان خدمات سعی می‌کنند از طریق کاهش هزینه‌ها به ازای روزبیمار، سود بیشتری کسب کنند. در حالت گذشته‌نگر، هزینه واقعی ارائه خدمات مبنای پرداخت خواهد بود. در مواقعی که تعرفه‌ها از قبل تعیین شده‌اند، در صورت نیاز تعدیل خواهند شد. اگر هزینه‌های واقعی بالاتر باشد، تعرفه روزانه افزایش و اگر پایین‌تر باشد، تعرفه‌ها کاهش خواهند یافت.

1. reverse selection

2. daily charge payment system

مزایا

۱. مدیریت اجرایی این نظام نسبتاً آسان است؛ زیرا به جدول تعرفه‌ها یا فهرست تفصیلی خدمات ارائه‌شده به بیمار نیاز نیست.
۲. این نظام به کاهش هزینه‌ها منجر می‌شود.
۳. این نظام به کاهش طول مدت اقامت بیمار در مرکز درمانی منجر می‌شود.

معایب

۱. اگر حق‌العمل روزانه ثابت باشد، ارائه‌کنندگان خدمات سعی در افزایش روز بیمار خواهند کرد. بنابراین بیماران را بیش از میزان لازم نگه می‌دارند.
۲. اگر حق‌العمل روزانه متغیر باشد، ارائه‌کنندگان خدمات انگیزه‌ای برای کاهش هزینه نخواهند داشت و همچنان سعی می‌کنند بیماران را بیشتر نگه دارند.

راهکار برای رفع مشکلات

- تعیین مبلغ پرداختی به نحوی که در ارائه‌کننده خدمات، انگیزه ارائه خدمات با کیفیت بالا را به وجود آورد.
 - ایجاد رقابت بین ارائه‌کنندگان خدمات به منظور افزایش کیفیت خدمات.
- در ایالت نیوجرسی آمریکا، نظام پرداخت هزینه روزانه برای پرداخت هزینه‌های بیمارستانی به کار می‌رود. در فواصل بین سالهای ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۸، این نظام پرداخت منجر به کاهش هزینه‌ها به ازای روز بیمار شد. با وجود این، میانگین اقامت بیماران در بیمارستان افزایش یافت.

۴-۵. نظام پرداخت سرانه^۱

در این نظام به ارائه‌کنندگان به ازای تعداد بیمارانی که در فهرست آنها منظور شده، صرف‌نظر از میزان خدمات ارائه شده در یک دوره زمانی مشخص (معمولاً یک سال) مبلغ ثابتی پرداخت می‌شود. در این نظام به منظور تشویق رقابت و افزایش کیفیت خدمات، بیمه‌شدگان در صورت عدم رضایت در فواصل مقرر حق دارند ارائه‌کننده خدمات خود را تغییر دهند.

نظام پرداخت سرانه ممکن است به صورت ساده یا پیچیده باشد. در نظامهای ساده، ارائه‌کننده خدمت به ازای هر بیمار مبلغ ثابتی دریافت می‌کند. در نظامهای پیچیده‌تر، مبلغ پرداختی بر اساس فاکتورهای مثل سن، جنس و ... تعیین می‌شود.

1. capitation payment system

مزایا

۱. در این نظام اگر بیمار در دوره زمانی معین، چندین بار خدمات مورد نظر را دریافت کند به ارائه‌کننده خدمات مبلغ اضافی پرداخت نخواهد شد.
۲. مدیریت اجرایی این نظام نسبتاً آسان است؛ زیرا به جداول تعرفه‌ها و فهرستهای تفصیلی خدمات ارائه‌شده به بیمار نیاز نیست.
۳. ارائه‌کننده بیشتر سعی می‌کند از طریق به کارگیری برنامه‌های بهداشتی، پیشگیری و ارتقای بهداشت، نیاز بیماران را به خدمات درمانی کاهش دهد.

معایب

۱. ارائه‌کنندگان خدمت تمایل بیشتری به کاهش هزینه‌ها دارند، به عنوان مثال از طریق کاهش یا حذف مراقبتهای جانبی.
۲. اگر ارائه‌کننده خدمت مطمئن شود حق‌سرانه بیماران ثبت‌نام‌شده در فهرست وی پرداخت می‌شود، احتمال دارد انگیزه‌ای برای ارائه خدمات با کیفیت بالا نداشته باشد.

راهکار برای رفع مشکلات

- امکان تعویض ارائه‌کننده خدمات به بیماران داده شود تا از طریق رقابت کیفیت خدمات بهبود یابد.
 - تدوین و به کارگیری استانداردهای لازم برای ارائه‌کنندگان خدمات به نحوی که عدم رعایت این استانداردها موجب قطع همکاری سازمان بیمه و ارائه‌کننده خدمات شود.
- نظام پرداخت سرانه برای متخصصانی که به صورت انفرادی یا به صورت گروههای تخصصی کوچک فعالیت می‌کنند، مناسب نیست. در این زمینه نظامهای پرداخت موردی و کارانه مناسب‌تر است. به علاوه، نظام پرداخت سرانه برای داروخانه‌ها و پیراپزشکان به کار گرفته نمی‌شود.

۵-۶. نظام پرداخت با نرخ ثابت^۱

نظام پرداخت با نرخ ثابت، مشابه نظام پرداخت سرانه است. با این تفاوت که در این سیستم به ازای هر فردی که در بیمارستان پذیرش می‌شود (بدون در نظر گرفتن نوع بیماری و نوع درمان) هزینه‌های ثابت روزانه به بیمارستان پرداخت می‌شود. از این نظام برای تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات در زمینه خرید تجهیزات، ملزومات پزشکی و تأمین کارکنان نیز استفاده می‌شود.

1. flat-rate payment system

بیمارستانهای آلمان بر اساس این نظام، تأمین مالی می‌شوند. از این نظام برای پزشکان، دندانپزشکان و بیمارستانها می‌توان استفاده کرد.

مزایا

۱. در صورتی که در این نظام از نرخ ثابت با کنترل استفاده شود، به موجب تعیین دقیق استانداردهای تجهیزات و ملزومات و... از برخی سرمایه‌گذاری‌های پرهزینه و غیرضروری پیشگیری می‌شود.
۲. در صورتی که ارائه‌کننده خدمات، تجهیزات و ملزومات مورد نیاز خود را با قیمت مناسب خریداری کند، می‌تواند مقداری از منابع مالی خود را صرف کارها و خدمات هزینه - کارایی^۱ دیگر کند.
۳. هزینه‌های مدیریت اجرایی نظام پرداخت نرخ ثابت بسیار کم است و بیشتر محدود به ارزیابی و پایش پرداخت خواهد شد.

معایب

۱. در صورتی که کنترل دقیق اعمال نشود، ارائه‌کننده خدمات برای خرج تمام بودجه در نظر گرفته شده برای خرید تجهیزات و ملزومات انگیزه بیشتری دارد.
۲. ممکن است ارائه‌کننده خدمات، به منظور استفاده بیشتر از پول نقد از تجهیزات و ملزومات ارزان قیمت‌تر استفاده کند یا اینکه خرید را به تعویق بیندازد که در نهایت منجر به کاهش کیفیت خدمات می‌شود.
۳. این نظام ممکن است به نگهداری بیش از حد لازم بیماران در مؤسسه درمانی به منظور کسب سود بیشتری منجر شود.

راهکار برای رفع مشکلات

- استفاده از بودجه نرخ ثابت با پایش منابع مالی و کنترل کیفیت
- تعیین استانداردهای تجهیزات و ملزومات پزشکی

۵-۷. نظام پرداخت بودجه‌ای^۲

بودجه عبارت است از پرداخت مبلغ معینی به منظور پوشش تمام هزینه‌های تولید کالا یا ارائه خدمت در مدت زمانی معین. در این نظام، ارائه‌کننده خدمت موظف است برای کلیه بیماران و حتی بیماران اورژانسی خدمات مورد نیاز را فراهم کند. در این نظام هم ارائه‌کننده خدمات و هم

1. cost efficient

2. budget payment system

سازمان بیمه گر، بخشی از ریسک مورد نیاز را می پذیرند. سازمان بیمه گر این ریسک را می پذیرد که قیمت تمام شده خدمات کمتر از بودجه توافق شده باشد. از طرف دیگر ارائه کننده خدمات نیز پذیرای ریسک احتمال افزایش هزینه واقعی خدمات نسبت به بودجه تصویب شده خواهد بود. تصویب بودجه بر اساس توافق بین سازمان بیمه گر و ارائه کننده خدمات ممکن است به صورت ثابت یا متغیّر صورت گیرد. در روش متغیّر هر دو طرف قرارداد توافق می کنند در صورت افزایش احتمالی نرخ ابتلای بیماران یا تغییر در نرخ تورم و ... اصلاحاتی در بودجه صورت پذیرد. نظام پرداخت بودجه ای برای بسیاری از ارائه کنندگان خدمات مثل پزشکان، متخصصان و بیمارستانها کاربرد دارد.

بودجه باید در چارچوب مقررات منظم و واضح تنظیم و تدوین و بر اساس نظام مذاکره^۱ اجرا شود. روش محاسبه بودجه ممکن است بر اساس محاسبه هزینه واحد ارائه کننده خدمات (داده نگر^۲) و یا بر اساس هزینه عملکرد ارائه کننده خدمات (ستاده نگر^۳) باشد. این نظام در کشورهای فرانسه و کانادا در بخش بیمارستان در مهار هزینه ها مؤثر بوده است.

مزایا

۱. در این نظام ارائه کنندگان خدمات، انگیزه بیشتری برای محدود کردن هزینه ها دارند.
۲. برای سازمان بیمه گر این نظام تقریباً ارزاتر تمام می شود.
۳. مدیریت اجرایی این نظام نسبتاً آسان است.

معایب

۱. ارائه کنندگان خدمات به منظور کاهش هزینه ها ممکن است سعی در کاهش استفاده از منابع یا استفاده از درمانهای کم هزینه تر کنند که در نهایت کیفیت خدمات را با مشکل مواجه خواهد ساخت.
۲. در برآورد بودجه ستاده نگر، تعیین کمی سطح عملکرد مشکل است.
۳. به علت عدم وجود انگیزه اقتصادی برای ارائه کنندگان خدمات، میزان اثربخشی و کارایی خدمات پایین خواهد بود.

راهکار برای رفع مشکلات

- به کارگیری بودجه انعطاف پذیری که تا حدودی بیانگر میزان واقعی هزینه ها باشد.

1. negotiation system
3. output-oriented

2. input-oriented

- به کارگیری کنترل کیفیت.
- ایجاد رقابت سالم بین بیمارستانها و ارائه‌کنندگان خدمات.

نظام پرداخت حقوق‌بگیری^۱

پرداخت در این نظام بر پایه قراردادی است که بین ارائه‌کننده خدمات و سازمان بیمه‌گر صورت می‌گیرد. بر اساس این قرارداد، سازمان بیمه‌گر به صورت ماهانه حقوق و مزایای ارائه‌کنندگان خدمات را پرداخت می‌کند. پرداخت حقوق بر اساس ساعات کارکرد ارائه‌کننده خدمات، بدون توجه به تعداد بیماران دریافت‌کننده خدمات و کیفیت خدمات ارائه‌شده است. هزینه تجهیزات و مواد مصرفی سایر نیروهای انسانی اضافه توسط سازمان بیمه‌گر پرداخت می‌شود. این نوع نظام پرداخت برای پزشکان عمومی و متخصص، داروخانه‌ها، پیراپزشکان و بیمارستانهای وابسته به سازمان بیمه‌گر (مثل بیمارستانهای وابسته به سازمان تأمین اجتماعی) قابل اجراست. این نظام برای مراکز خدمات سلامت و بیمارستانهای مستقل و صنایع دارویی غیرقابل استفاده است.

در این نظام سازمان بیمه‌گر ساختمانی را به منظور ارائه خدمات سلامت خریداری یا اجاره می‌کند و کارکنان و اجدشرايط را بر اساس قراردادی به کار می‌گیرد. سایر نیروهای انسانی مورد نیاز (مثل پرستاران، منشی‌ها، خدمه، کادر اداری و پشتیبانی و ...) را استخدام می‌کند، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی راتپیه می‌کند و در حقیقت خود ارائه خدمات سلامت بیمه‌شدگان را به عهده می‌گیرد.

مزایا

۱. بیماران طرف قرارداد به راحتی خدمات مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند و نیازی به پرداخت فرانشیز نیز نخواهد بود.
۲. امکان نظارت دقیق سازمان بیمه‌گر بر هزینه‌های بیماران و آموزش کارکنان در زمینه کنترل هزینه‌ها وجود دارد.
۳. به طور کلی هزینه ارائه خدمات ارزانتر از عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان خدمات در درازمدت است.
۴. امکان سازماندهی و مدیریت کارآمد و اثربخشی در زمینه ارائه خدمات فراهم است.

معایب

۱. سازمان بیمه‌گر باید در زمینه خرید تسهیلات، تجهیزات و ملزومات و به کارگیری نیروی انسانی بیشتر سرمایه‌گذاری کند.

1. salary payment system

۲. با توجه به اینکه به کارکنان حقوق ثابتی پرداخت می‌شود، آنها به انجام خدمات بیشتر برای بیماران تمایل نخواهند داشت.
۳. در این نظام ممکن است درمان بیماران صعب‌العلاج از سوی ارائه‌کنندگان خدمات با استقبال مواجه نشود.
۴. سازمان بیمه‌گر ممکن است دچار بوروکراسی، انعطاف‌ناپذیری و سایر مشکلات سازمانهای ارائه‌کننده خدمات سلامت شود.
۵. هزینه‌های اداری در این نظام بیشتر از سایر نظامهای پرداخت است.
۶. در مواقعی که ارائه‌کنندگان خدمات حقوق پایینی دریافت می‌کنند، امکان دریافت پول اضافی و غیرقانونی از بیماران توسط آنها وجود دارد.

راهکار برای رفع مشکلات

- بکارگیری کنترل کیفیت
- ایجاد یک نظام پایش و کنترل
- ایجاد رقابت سالم بین ارائه‌کنندگان خدمات
- تدوین و بکارگیری استانداردهای لازم برای ارائه‌کنندگان خدمات به منظور ارائه خدمات با کیفیت بالا

۵-۸. نظام پرداخت تشویقی^۱

نظام پرداخت تشویقی برای گروهی از ارائه‌کنندگان به کار گرفته می‌شود که علاوه بر انجام وظایف اصلی خود به ارائه خدماتی که در تأمین سلامت افراد جامعه مؤثر است، مبادرت می‌کند. به عنوان مثال، برای پزشکانی که علاوه بر انجام وظایف محوله، به غربالگری و بیماریابی می‌پردازند یا مسئولیت ایمن‌سازی افراد جامعه را به عهده دارند، می‌توان از پرداختهای تشویقی به منظور افزایش انگیزه آنها استفاده کرد. همچنین از این نظام می‌توان برای تشویق پزشکان در زمینه نوشتن داروهای کمتر استفاده نمود. به طور کلی از نظام پرداخت تشویقی می‌توان برای پزشکان، دندانپزشکان و بیمارستانها استفاده کرد. این نظام برای داروخانه‌ها و واحدهای پیراپزشکی قابل استفاده نیست.

مزایا

۱. استفاده از ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به منظور ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری که در درازمدت نتایج مطلوبی به دنبال خواهد داشت.

1. bonus payment system

۲. ارتقا و توسعه اهداف پیشگیری و بهداشتی.

معایب

۱. این نظام مستلزم به کارگیری سازوکارهای کنترلی پیچیده برای حصول اطمینان از دستیابی به اهداف است.

۲. احتمال سوءاستفاده در این نظام زیاد است؛ زیرا ممکن است منجر به ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری غیرضرور و مجدد شود.

۳. ارائه‌کنندگان خدمات به منظور کاهش هزینه‌ها و دریافت پرداختهای تشویقی بیشتر ممکن است از ارائه خدمات ضرور خودداری کنند.

۴. هزینه مدیریت اجرایی این نظام تا حدودی بالاست.

راهکار برای پیشگیری و رفع مشکلات

● میزان پاداش نباید نسبتی از صرفه‌جویی عملی صورت‌گرفته توسط ارائه‌کنندگان خدمات درمانی باشد.

● ایجاد نظام پایش و کنترل.

نظام پرداخت تشویقی به صورت ارائه پرداختهای ویژه به ارائه‌کنندگان خدمات نیز هست. پرداختهای ویژه^۱ به خدماتی که در قرارداد فی‌مابین سازمان بیمه‌گر و ارائه‌کننده خدمت قید نشده، تعلق می‌گیرد. این خدمات خارج از فهرست اعلام‌شده در قرارداد است و ارائه‌کننده خدمات می‌تواند در صورت تمایل به ارائه آن خدمات اقدام کند. این خدمات شامل آموزش گروهی بهداشت، مشاوره‌های گروهی و... می‌شود که بیشتر در زمینه خدمات پیشگیری عمومی است.

ابعاد نظام پرداخت (ثابت/ متغیر و گذشته‌نگر و آینده‌نگر) و سازوکارهای پرداخت در نمودار شماره ۲ به طور خلاصه آمده است. نظامهای بسته در سطح خرد ممکن است ثابت یا متغیر باشند، در صورتی که نظامهای باز در سطح خرد متغیر هستند. به علاوه، نظامهای گذشته‌نگر، معمولاً در سطوح خرد و کلان متغیرند. نظامهای گذشته‌نگر به خاطر اینکه هزینه‌ها از قبل قابل پیش‌بینی نیستند با نظامهای محدود (بسته) سازگار نیستند ولی نظامهای آینده‌نگر در سیستم‌های باز و بسته به خوبی قابل به کارگیری هستند. در حالت اول ارزش پولی یک واحد از قبل شناخته شده است، ولیکن در حالت دوم، این ارزش به کل عرضه کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بستگی دارد.

1. special payments

نمودار شماره ۲. ابعاد و سازوکارهای پرداخت		
سطح کلان	نظام بسته	نظام باز
	سطح خرد	ثابت
معیار: داده ستاده ترکیبی و ...		واحد پرداخت: کارانه سرانه موردی و ...
آینده‌نگر		گذشته‌نگر

مأخذ: OECD; New Directions in Health Care Policy, Paris: OECD, 2002. P,269

۶. نظام‌های پرداخت ترکیبی

در عمل، انواع مختلفی از سازوکارها و نظامها برای بازپرداخت هزینه‌های سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد که نظامهای ترکیبی پرداخت نامیده می‌شود و عبارت است از:

۱. پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها انواع مختلفی از نظامهای پرداخت را به کار می‌گیرند. به عنوان مثال در ایالت متحده و هلند بیماران با درآمد پایین به طور اجباری تحت پوشش بیمه دولت^۱ و بیماران با سطح درآمد بالاتر به طور اختیاری تحت پوشش بیمه خصوصی قرار می‌گیرند. برای بیماران تحت پوشش بیمه دولتی به پزشکان براساس نظام پرداخت سرانه و برای بیماران تحت پوشش بیمه خصوصی بر اساس نظام پرداخت کارانه، پرداخت صورت خواهد گرفت. بنابراین ممکن است ارائه‌کنندگان خدمات ریسک افزایش هزینه‌ها را از سازمانهای بیمه‌گر با محدودیت کمتر منتقل کنند. دولت برای رفع این مشکل می‌تواند با استراتژیهای مناسب تفاوت بین تعرفه‌ها را کاهش دهد.

۲. انواع مختلفی از نظامهای پرداخت برای انواع مختلفی از ارائه‌کنندگان خدمات مورد استفاده قرار می‌گیرد. در فرانسه، بیمارستانهای دولتی و خصوصی توسط وجوه عمومی تأمین مالی می‌شود، با این تفاوت که برای بیمارستانهای دولتی از نظام پرداخت بودجه‌ای و برای بیمارستانهای خصوصی از نظام پرداخت هزینه روزانه استفاده می‌شود. این اختلاف به انتقال فعالیت از بخش دولتی به سمت بخش خصوصی منجر می‌شود. حتی ممکن است در مؤسسه ارائه خدمت سلامت از سازوکارهای مختلفی از نظام پرداخت کارانه استفاده شود. بنابراین از

1. sickness fund

یک سو، متخصصان سعی در افزایش ارائه خدمات دارند و از سوی دیگر بیمارستان به دنبال کاهش هزینه‌هاست که در نهایت ممکن است به ایجاد تضادهایی منجر شود که نیازمند ایجاد هماهنگی بیشتر درون سازمانی خواهد بود. بنابراین متخصصان باید مشوق به کارگیری استراتژی‌هایی شوند که هم به نفع آنها و هم به نفع سازمان باشد. به عنوان مثال در هلند سعی می‌شود تا حد امکان ارتباط بین حجم فعالیتهای متخصصان را با درآمد حاصله کاهش دهند تا کسب درآمد و سود بیشتر به افزایش ارائه خدمات منجر نشود.

امروزه مدیران و سیاستگذاران سلامت به اثرهای منفی سیاستهای مالی غیریکپارچه و پراکنده بر کیفیت و کارایی خدمات سلامتی آگاهی دارند، بنابراین به دنبال راهکارهایی هستند که از طریق محرکهای مالی به انجام و یکپارچگی سیستم‌های ارائه خدمات سلامت کمک کنند. بیشتر راه‌حلها به دنبال این است که مسئولیت‌پذیری مالی را متمرکز کنند. به عبارت دیگر، به جای اینکه هر کدام از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (پزشکان عمومی، متخصصان، بیمارستانها، خانه‌های سالمندان و ...) مسئولیت مالی ارائه خدمات خود را به عهده بگیرند، یک عامل این مسئولیت را به عهده داشته باشد. بنابراین این عامل خدماتی را ارائه می‌دهد که هزینه اثربخش باشد یا به عبارتی در کمترین هزینه، بیشترین منفعت و اثربخشی را به دنبال داشته باشد. در انتخاب این عامل نظریات مختلفی وجود دارد:

الف. پزشک عمومی (خانواده) نقش دروازه‌بان را به عهده گیرد و مسئولیت مالی را بپذیرد (مثل سیستم پزشک عمومی انگلستان^۱). به پزشکان عمومی برای خرید داروها و ارائه مراقبتهای خاص بیمارستانی بودجه‌ای (مجازی) داده شود. بنابراین برای پزشکان عمومی انگیزه‌ای است که خدمات با هزینه - اثربخشی بیشتر را ارائه کنند. در برخی شرایط خاص، بیماران (یا اعضای خانواده آنها) می‌توانند از طریق بیمه، خدماتی را که بیشتر مطابق نیاز آنهاست از مؤسسات خدمات سلامت دریافت کنند و بدین ترتیب مسئولیت مالی را خودشان بپذیرند. البته این مورد در همه شرایط قابل اجرا نیست، زیرا برای بسیار از موارد به نظر و مشاوره پزشکی نیاز است.

ب. راهکار دیگر به منظور کاهش عدم یکپارچگی و اتحاد بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، استفاده از فرایند «مدیریت بیماری»^۲ است. مدیریت بیماری فرایند هماهنگ و فعالانه در زمینه بیماری خاص است که به دنبال بهترین نتایج بالینی به طریق هزینه - اثربخش در میان کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. به تازگی مدیریت بیماری در برخی بیماریهای

1. British General Practitioner Fundholder System

2. disease management

مزمّن مثل دیابت، آسم و بیماریهای قلبی و عروقی به کار گرفته می‌شود. در این سیستم کلیه هزینه درمان بیمار به هماهنگ‌کننده درمان یا گروه هماهنگ‌کننده ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود و این فرد یا گروه هزینه را بین ارائه‌کنندگان تقسیم می‌کند.

۳. نوع سوم سیستم‌های پرداخت ترکیبی در مواردی است که به پرداخت‌کننده از نظامهای پرداخت مختلف برای انواع خرید زمین، تسهیلات و تجهیزات یارانه (البته تا یک سقف مشخص) و برای هزینه‌های عملیاتی بودجه سالانه‌ای پرداخت می‌شود.

۴. پرداخت‌کننده ممکن است ترکیبی از سیستم‌های پرداخت مختلف را به کارگیرد، به نحوی که از اجزای مطلوب هر کدام از این نظامهای پرداخت استفاده کند. به عنوان مثال در فنلاند و نروژ، به پزشکان عمومی ترکیبی از نظامهای حقوق و دستمزد، سرانه و کارانه پرداخت می‌شود. بنابراین، ویژگیهای ثبات و آینده‌نگری نظامهای حقوق و دستمزد و سرانه منجر به ارائه خدمات هزینه‌اثربخش می‌شود و از طرف دیگر به خاطر نظام پرداخت کارانه دسترسی به خدمات برای بیماران محدود نمی‌شود. در انگلستان برای بازپرداخت به پزشکان عمومی به طور عمده از نظام پرداخت سرانه محدود (تعیین‌شده به صورت فهرست) استفاده می‌شود و برای فعالیتهای پزشکی اضافی (مثل واکسیناسیون، مشاوره در شب و ...) پرداختهای تشویقی یعنی نظام کارانه به صورت مکمل هم به کار گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

در این مقاله نظامهای پرداخت متعددی که ممکن است برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به کار گرفته شود توضیح داده شد. این نظامها بر اساس توانایی دستیابی به اهداف عمومی سلامت، ایجاد سطح قابل قبولی از کیفیت به طریق کارآمد بدون به مخاطره افکندن دسترسی بیماران به خدمات و حصول اطمینان از سود بیشتر ارائه‌کننده خدمات گروه‌بندی شده‌اند. در نهایت نظامهای پرداخت در دو بعد ثابت/متغیر و گذشته‌نگر/آینده‌نگر و سازوکارهای کارانه، موردی، هزینه روزانه، سرانه، نرخ ثابت، بودجه‌ای، حقوق‌بگیری، تشویقی و پرداختهای ویژه تشریح شدند. به علاوه درباره محرکهای سطح خرد و کلان بحث شد، زیرا به هدایت ارائه‌کنندگان خدمات به طرق مختلف منجر می‌شود. به طور کلی سازوکارهای پرداخت، مزایا و معایبی به دنبال دارد. بهترین نظام پرداخت در حقیقت استفاده از نقاط قوت نظامهای مختلف پرداخت است (نظام پرداخت ترکیبی). به عنوان مثال استفاده از نظام پرداخت سرانه به عنوان مبنای پرداخت، استفاده از نظام پرداخت کارانه برای اقدامات خاص (مثل واکسیناسیون، آموزش بهداشت، فعالیتهای پیشگیری و ...) و استفاده از نظام پرداخت بودجه‌ای برای داروها و خدمات جانبی مفید به نظر می‌رسد. بررسی تطبیقی سازوکارهای پرداخت به شرح جدول است.

بررسی تطبیقی سازوکارهای پرداخت

نوع نظام پرداخت	مبنای پرداخت	کاهش هزینه	بهبود کیفیت خدمات	پیش‌نیازهای فنی	مدیریت اجرایی	قابل به کارگیری	غیرقابل به کارگیری
کارانه	هر اقدام یا خدمت درمانی	بسیار ضعیف	خیلی خوب	تداوم جدول و فهرستهای تعرفه و خدمات	خیلی مشکل	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها، داروخانهها، پیراپزشکان	---
موردی	هر مورد بیماری	خوب	نسبتاً خوب	تداوم جدول تعرفه	مشکل	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها و پیراپزشکان	داروخانهها
هزینه روزانه	روز بیمار	نسبتاً خوب	ضعیف	محاسبه هزینهها، مذاکره و توافق با ارائه‌کنندگان خدمات	بسیار آسان	بیمارستانها	پزشکان، دندانپزشکان، داروخانهها و پیراپزشکان
سرانه	هر بیمار	خیلی خوب	نسبتاً خوب	محاسبه هزینهها، مذاکره و توافق با ارائه‌کنندگان خدمات	بسیار آسان	پزشکان، دندانپزشکان و بیمارستانها	داروخانهها و پیراپزشکان
نرخ ثابت	سرمایه‌گذاریهای مصوب	خوب	خوب	تهیه فهرست تجهیزات و ملزومات، محاسبه هزینهها، مذاکره و توافق با ارائه‌کنندگان خدمات	آسان	پزشکان، دندانپزشکان و بیمارستانها	داروخانهها و پیراپزشکان
بودجه‌ای	کلیه خدمات بیمه‌شدگان در یک دوره زمانی	خیلی خوب	نسبتاً خوب	محاسبه هزینهها، مذاکره و توافق با ارائه‌کنندگان خدمات	آسان	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها، داروخانهها، پیراپزشکان	-
حقوق‌بگیری	یک دوره کار (ماهانه)	نسبتاً خوب	ضعیف	مذاکره	آسان	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانهای وابسته، داروخانهها و پیراپزشکان	بیمارستانهای مستقل
نشویی	انجام اقدامات و خدمات خاص مثل واکسیناسیون	خوب	خوب	تهیه فهرست خدمات مشمول تشریح و محاسبه هزینهها	آسان	پزشکان، دندانپزشکان و بیمارستانها	داروخانهها و پیراپزشکان

منابع

۱. مصدق‌راد، علی محمد. کلیات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، انتشارات دیباگران تهران، ۱۳۸۱، صص ۹۵-۴۹۲.
2. Anell, A; the Monopolistic Integrated Model and Health Care Reform: the Swedish Experience, *Health Policy*, 1996, 37: 19-33.
3. Brook, R. H; Mc Glynn, E. A; *Maintaining quality of care; Health Services Research*, Foundation for Health Services Research, 1991: 284-314.
4. Busse, R; Schwartz, F. W; Financing reforms in the German Hospital Sector: from full cost cover principle to prospective case fees, *Medical care*, 1997, 35(10): os 40-9.
5. Dor, A; watson, H; The Hospital-physician Interaction in Us Hospitals: Evolving Payment Schemes and Their Incentives, *European Economic Review*, 1995, 39: 795-802.
6. Ellis, R. P; MCGuire, T. G; "Insurance principles and the design of prospective payment systems", *Journal of Health Economics*, 1988, 215-37.
7. Ellis, R. P; MCGuire, T, G; "provider behavior under prospective reimbursement", *Journal of Health Economics*, 1986, 5: 129-51.
8. Freeman, J. L; Fetter, R. B; Park, H; etal; Diagnosis-related group refinement with diagnosis and proceduer-specific comorbidities and complications, *Medical care*, 1995, 33(8): 806-27.
9. Henlke, K. D; Murray, M. A; Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States, *Health affairs*, 1994, 12 (fall): 7-21.
10. Hsiao, W.C; Braun, P; Dunn, D; etal; Special Report: Results and Policy Implications of the Resource-based Value Study, *New England Journal of Medicine*, 1980, 319(13): 881-8.

11. Jegers, M; Kesteloot, K; Graeve, D. D; etal; *A Typology for Provider Payment Systems Health Care*, Health policy, 2002, 60: 255-273.
12. Jegers, M; kesteloot, k; A taxonomy of health care financing systems based on financial incentives; working paper Katholieke Universiteit Leuven, 1998, 1-18.
13. Kamke, K; The German Health Care System and Health Care Reform, Health policy, 1998, 43: 171-94.
14. Kesteloot, K; Defever; M; Disease Management: a new technology in need of critical assessment, *Interantional Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1999, 3(15): 506-17.
15. Lave, J. R; Jacobs, P; Markel, F; Transitional Funding: Changing Ontario's Global Budgeting System, *Health care Financing Review*, 1992, 13(3): 77-84.
16. Matsaganis, M; Glennerster, H; The Threat of Cream Skimming in the post-reforme NHS, *Journal of Health Economics*, 1994: 31-60.
17. Mossialos, E; Le Grand, J; *Health care and cost containment in the European Union*, Aldershot: Ashgate, 1999.
18. Mot, E. s; van praag B. M; "Dutch Experiment with Payment Systems for Specialists is the Behaviour of Specialiste Affected by Financial Incentives?" presented at world Congress IHEA Rotterdam, 1999: 1-47.
19. Normand, C; weber, A; Social Health Insurance; World Health Organization; International Labour Office, 1994, 59-79.
20. OECD; New Directions in Health Care Policy, Paris: OECD, 1995.
21. Rosko, M. D; Broyles, R.w; Short-term Responses of Hospitals to the DRG Prosperctive Pricing Mechanism in New Jersey, *Medical Care*, 1987,25: 88-99.

22. Schwartz, F.W; Glennerster, H; saltman; R. B; *Fixing health budgets: experience from Europe and Norht-America*, Chichester: Wiley, 1996.
23. Smith, R. D; General practice Fundholding: Progress to date, *British Journal of General practice*, 1998, 48: 1253-7.
24. Sourty, L. M; *Hospital Financing in France*, Washington: Us Government Printing, 1995.
25. Theope, K. E; Does all-pager rate setting work? The case of the New York prospective hospital reimbursement methodology, *Journal Of Health Politics, Policy and Law*, 1987, 12(3): 391-408.
26. Wolf, P. R; Moran, D. W; "Global budgeting in OECD countries", *Health care Financing Review*, 1993, 14: 55-76.