

راهکارهای بهبود نظارت بر عملکرد پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی

حسین جودکی^۱، بیژن گرایلی^۲

چکیده

بخش عمده پولی که سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان خرج می‌کند صرف خرید خدمت از حدود ۴۶ هزار ارائه‌دهنده طرف قرارداد می‌شود. خرید آگاهانه (استراتژیک) مستلزم آن است که سازمان تأمین اجتماعی بدانند چه خدمتی را، چگونه، از چه کسی و با چه قیمتی خریداری نماید تا به اهداف خود دست پیدا کند. با توجه به تعداد ارائه‌دهندگان طرف قرارداد و حجم گردش مالی که صرف خرید خدمت می‌شود اطمینان از این که خرید خدمت از ارائه‌دهندگان منجر به حصول اهداف سازمان می‌شود یک اولویت و ضرورت است. این اطمینان از طریق مجموعه اقدام‌های نظارتی حاصل می‌شود. در این مقاله ما راهکارهای بهبود نظارت را در قالب اجزای فرایند خرید استراتژیک، شرح داده‌ایم. با این حال نباید از این نکته غافل شد که اجرای بسیاری از این راهکارها منوط به بهبود مدیریت و سیاستگذاری در سطح سازمان خریدار خدمت و همچنین بهبود تولید نظام سلامت در سطح کلان است.

واژگان کلیدی: نظارت، پزشکان، خدمات درمانی، خرید استراتژیک

مقدمه و چارچوب نظری

در تئوری مدیریت، نظارت (یا کنترل) یکی از وظایف مدیریت تلقی می‌شود و عبارت است از فرایندی که طی آن عملکرد واقعی سازمان اندازه‌گیری شده و با اهداف آن مقایسه می‌شود و در صورت انحراف، اقدام‌های اصلاحی انجام می‌شود (Schermerhorn, 2011). نظارت مؤثر وقتی انجام می‌شود که اولاً اهداف سازمان مشخص و قابل اندازه‌گیری باشد، ثانیاً عملکرد سازمان شفاف و قابل سنجش باشد و ثالثاً سازمان بتواند اقدام‌ها اصلاحی مناسب را در زمان مناسب و به شیوه مناسب به اجرا بگذارد (Schermerhorn, 2011). معمولاً بر اساس چرخه سیستم (داده-

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سازمان تأمین اجتماعی (نویسنده مسئول)
۲. پزشک عمومی و دانشجوی دکترای مدیریت آموزش عالی، دانشگاه تهران

فرایند- ستاده) سه نوع نظارت اعمال می‌شود: ۱- نظارت قبل از اقدام که در مورد داده‌ها اعمال می‌شود و هدف آن اطمینان از این است که جهت‌گیری درستی اعمال شده و داده‌های مناسب برای حصول به اهداف فراهم شده است. ۲- نظارت همزمان که در مورد فرایندها اعمال می‌شود و هدف از آن اطمینان از این است که فعالیت‌ها به درستی و در جهت اهداف انجام می‌گیرند. ۳- نظارت بعد از اقدام یا نظارت بازخورد که در مورد ستاده‌ها (محصولات و خدمات نهایی) اعمال می‌شود و هدف آن اطمینان از این است که خروجی نهایی با اهداف استانداردهای تعیین شده تطابق دارد (Schermerhorn, 2011).

هدف اصلی حوزه درمان سازمان تأمین اجتماعی همان‌طور که در قانون تأمین اجتماعی آمده است رفع بیم بیمه‌شدگان در مقابل خطر محتمل‌الوقوع حوادث، بیماری و بارداری است. ضرورت توجه به نظارت از این مسأله ناشی می‌شود که سازمان تأمین اجتماعی هزینه‌های فوق‌العاده‌ای در حوزه درمان انجام می‌دهد (حدود ۷۷۰۰ میلیارد تومان در سال ۱۳۹۲) (جودکی، ۱۳۹۳) و بایستی سازوکار نظارتی مؤثری داشته باشد که از حصول به اهداف خود اطمینان یابد. بخش عمده پولی که سازمان در حوزه درمان خرج می‌کند (۶۴ درصد کل هزینه درمان) صرف خرید خدمت از حدود ۴۶ هزار ارائه‌دهنده طرف‌قرارداد (اعم از بیمارستان‌ها، مطب‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و...) می‌شود (جودکی، ۱۳۹۳). این ارائه‌دهندگان در واقع کارگزار سازمان بوده و از طرف سازمان خدمات مورد نیاز بیمه‌شدگان را ارائه می‌دهند. با توجه به تعداد ارائه‌دهندگان طرف قرارداد و حجم گردش مالی که صرف خرید خدمت از آنها می‌شود اطمینان از این که استفاده از آنها منجر به حصول اهداف سازمان می‌شود یک اولویت و ضرورت است. در این مقاله ما به راهکارهایی توجه خواهیم کرد که به طور بالقوه می‌تواند به بهبود نظارت بر فرایند خرید خدمات درمانی منجر شود.

تعریف عملی نظارت از دیدگاه ما عبارت است از مجموعه اقدام‌هایی که خریدار خدمت (سازمان تأمین اجتماعی) در رابطه با ارائه‌دهندگان خدمات انجام می‌دهد تا از صحت عملکرد آنان در راستای اهداف خود اطمینان یابد. فرایند خرید خدمت که هم‌اکنون انجام می‌شود همان چیزی است که سازمان جهانی بهداشت از آن تحت عنوان خرید منفعل نام می‌برد یعنی پرداخت منفعل صورتحساب خدماتی که قبلاً ارائه شده‌اند (World Health Organization, 2000). سازمان جهانی بهداشت در مقابل خرید منفعل، اصطلاح خرید استراتژیک را مطرح ساخته است. جوهره خرید استراتژیک که بر مبنای تئوری اقتصاد سازمان و مدیریت جدید بخش عمومی به وجود آمده این است که سازمان خریدار (طرف تقاضا) بتواند بر بازار ارائه‌دهندگان خدمات (طرف عرضه) - به نحو مطلوب- تأثیرگذار باشد

(Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005). خرید استراتژیک وقتی اتفاق می‌افتد که سازمان خریدار بداند چه خدمتی را، چگونه، از چه کسی و با چه قیمتی خریداری نماید (World, 2000 Health Organization) تا به اهداف خود (رفع بیم مالی و رضایتمندی بیمه‌شدگان) دست پیدا کند. در هر یک از اجزای خرید استراتژیک، نظارت کمک می‌کند فرایند خرید خدمات به درستی و در جهت اهداف انجام شود. در این مقاله ما راهکارهای بالقوه بهبود نظارت را در قالب اجزای فرایند خرید استراتژیک، شرح خواهیم داد.

نتایج مرور پیشینه مطالعات

۱- چه خدمتی؟ با چه کیفیتی؟ (بهبود نظارت در مورد نوع و کیفیت خدماتی که خریداری می‌شود) ۱-۱- نوع خدمت

نخستین جز خرید آگاهانه این است که خدماتی خریداری شود که با نیاز و انتظارات بیمه‌شدگان متناسب باشد. سازمان خریدار خدمت بایستی نیازها و انتظارات بیمه‌شدگان را با هماهنگی نهاد تولید (وزارت بهداشت) به گزینه‌های خرید تبدیل کند. به عنوان مثال اولویت و تأکید خرید بر کدام خدمات سرپایی یا بستری باشد؟ کدام خدمات در پوشش بیمه پایه و کدام خدمات در پوشش بیمه مکمل باشند؟ ملاحظات مربوط به عدالت چگونه لحاظ شود؟ و... در مورد فرایندها، پروسیجرها و تکنولوژی‌های جدید درمانی، انجام مطالعات ارزیابی فناوری‌های سلامت ضروری است.

بهبود نظارت در حیطه این که چه خدماتی بایستی خریداری شود مستلزم این است که خریدار خدمت دقیقاً مشخص نماید چه خدماتی نیاز دارد و این خدمات با چه کیفیتی ارائه گردند. هر خدمت باید دقیقاً تعریف شود، گروه هدف آن مشخص شود و لیست ارائه‌دهندگان آن مشخص باشد. علیرغم این که این نکته بدیهی به نظر می‌رسد اما به نظر می‌رسد حتی در مورد ساده‌ترین خدمات هم تعریف دقیق خدمت وجود ندارد. به عنوان مثال دقیقاً مشخص نیست خدمت «ویزیت پزشک» شامل چه اجزایی است و بیماری که ویزیت می‌شود دقیقاً باید انجام چه کارهایی را انتظار داشته باشد. تعریف دقیق خدمت در واقع مشخص‌کننده کیفیت مورد انتظار هم هست و البته کیفیت شامل دو جز کیفیت بالینی (میزان اثربخشی درمان) و کیفیت خدمات پیرامونی (نوع برخورد، اقامت، غذا و...) است (Roberts et al, 2008).

۱-۲- کیفیت خدمت

حال به این سؤال می‌پردازیم که سازمان خریدار چگونه می‌تواند نظارت خود را در مورد کیفیت ارائه خدمات بهبود بخشد؟ یک راه آن است که پرداخت به ارائه‌دهندگان

خدمات مرتبط با سطح عملکرد و کیفیت خدمات ارائه شده از سوی آنان باشد (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005). راهکار دیگر طراحی و اجرای راهنماهای بالینی با هماهنگی نهاد تولید است. با این حال خریدار خدمت باید در مسیری گام بردارد که بدون وارد ساختن خدشه به اصل خودمختاری و استقلال پزشکی، اجرای راهنماهای بالینی را در قراردادهای خود با پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات الزامی کند (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005).

۲- چگونه؟ (بهبود نظارت در فرایند اجرایی خرید خدمات)

این که شیوه خرید خدمات چگونه باشد تأثیر مهمی بر نحوه عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات خواهد داشت. تئوری اقتصاد سازمان از طریق تحلیل رابطه کارفرما- کارگزار چارچوب مفهومی پدید آورده است که با استفاده از آن انگیزه‌ها و رفتار ارائه‌دهندگان خدمات قابل تحلیل است (Figueras, 2005, Robinson and Jakubowski, 2005). در رابطه کارفرما-کارگزار عدم تقارن اطلاعاتی به نفع کارگزار (در اینجا ارائه‌دهنده) است بنابراین کارفرما (در اینجا خریدار خدمت) باید فرایند اجرایی خرید خدمت را به گونه‌ای سازماندهی نماید که از عدم تقارن اطلاعاتی کاسته شود. پزشک خانواده در کشورهای انگلستان، ایرلند، مجارستان، استونی و... و سازمان‌های نگهدار سلامت در امریکا ابداعاتی هستند که در آن خرید خدمت توسط پزشک و به نمایندگی از بیمار انجام می‌شود بنابراین مشکل عدم تقارن اطلاعاتی تا حد زیادی برطرف می‌شود (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005). در نظام پرداخت کارانه که در کشور ما مورد استفاده قرار می‌گیرد عدم تقارن اطلاعاتی همچنان یک مسأله است ضمن آن که خطر مالی به طور کلی به خریدار خدمت منتقل می‌شود. نظام پرداخت کارانه که حدومرزی در پرداخت ندارد نظامی است که هزینه‌های بیشتر ایجاد می‌کند و بعضاً باعث ورشکستگی سازمان خریدار خدمت شده است. تجربه جمهوری چک در این زمینه در سال ۲۰۰۲ قابل ذکر است. در این کشور برخی صندوق‌های بیمه ورشکست شدند و حدود ۲ میلیارد بدهی عمدتاً به بیمارستان‌ها به بار آمد (Figueras, 2005 Robinson and Jakubowski). مطالعات دیگری نیز به نقش نظام پرداخت کارانه در ارائه بیش از حد خدمات و ارائه کمتر از حد خدمات (کاستن از کیفیت خدمات) اشاره داشته‌اند (Witter, 2000, Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005).

همچنین خریدار خدمت باید به گونه‌ای فرایند خرید را طراحی نماید که بتواند جلوی خطا، اتلاف، سوءاستفاده و تقلب در ارائه خدمات را بگیرد. اینها مواردی است که پرداخت در قبال آنها پرداخت نادرست است (Joudaki et al, 2015). خطا اشتباه غیرعمدی

ارائه‌دهنده است، اشتباه در فرایند درمان یا اشتباه در تهیه و ارسال صورتحساب برای خریدار خدمت، اتلاف، ارائه خدمات ناکارا و غیرضروری توسط ارائه‌دهنده است. مثلاً تجویز آزمایشاتی که شواهد کافی برای سودمندی آنها در فرایند درمان در دست نیست. در مقوله اتلاف، گاهی به تقاضای القایی از سوی ارائه‌دهنده اشاره می‌شود. تقاضای القایی اشاره به این دارد که وقتی پزشک (یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات) به عنوان کارگزار بیمار در تقاضای خدمات درمانی عمل کنند، میزان تقاضای بیماران بیشتر از حد معمول خواهد شد (Culyer, 2010; Abdoli, Varharami, 2011). سوءاستفاده رفتاری است که صریحاً خلاف قانون نیست اما با دور زدن قانون انجام می‌شود. ارائه خدمات بیش از حد یا کمتر از حد (زیر استاندارد) با انگیزه حداکثر کردن سود مالی و اضافه نوشتن کدهای پزشکی از مصادیق سوءاستفاده است (Busch, 2012; Torras, Shade, 2003). تقلب، اقدام فریب‌آمیز و همراه‌کننده‌ای است که به صورت عمدی و آگاهانه با هدف به دست آوردن یک منفعت غیرمجاز برای خود یا دیگری انجام می‌گیرد (Busch, 2012; Torras, Shade, 2003). ارائه صورتحساب کذب، ارجاع بیمار توسط پزشک به مراکزی که ارجاع‌دهنده در آن منفعتی دارد، دریافت حق‌سهم برای ارجاع بیمار، ارائه صورتحساب برای خدماتی که ارائه نشده‌اند، جعل نسخه‌های پزشک، جعل دفترچه درمانی بیمار یا پرونده بیمار و موارد اینچنینی مثال‌هایی از تقلب در ارائه خدمات سلامت هستند. بنابراین برای بهبود نظارت بر چگونگی خرید خدمات، باید به روش‌های مختلف عدم تقارن اطلاعاتی به نفع خریدار خدمت بهبود یابد، نظام پرداخت به گونه‌ای باشد که خطر مالی صرفاً به خریدار خدمت انتقال نیابد و در نهایت انگیزه‌های منفی جهت ایجاد اتلاف، سوءاستفاده و تقلب (پرداخت‌های نادرست) کنترل شود.

۳- چه کسی؟ (بهبود نظارت بر کسانی که خدمات را ارائه می‌دهند)

در این قسمت بر ارائه‌دهندگان خدمات متمرکز می‌شویم. نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات را می‌توان تحت سه عنوان دسته‌بندی نمود. پیشگیری، کشف، پاسخ (Rashidian and Joudaki, 2012)

۳-۱- بهبود نظارت بر ارائه‌دهندگان از طریق پیشگیری

سه روش عمومی که نهاد تولید برای احراز و کنترل صلاحیت ارائه‌دهندگان خدمات استفاده می‌کند عبارتند از: دادن مجوز کار، دادن گواهی یا مدرک و اعتباربخشی (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005).

مجوز کار، حداقل‌های مورد نیاز برای ورود به بازار کار را مشخص می‌کند. مجوز کار می‌تواند

برای یک فرد حقیقی (مانند پزشکان و سایر افراد گروه پزشکی) یا یک فرد حقوقی (مؤسسات پزشکی) صادر گردد. گواهی یا مدرک، معمولاً کوتاه مدت بوده و وقتی صادر می‌شود که پزشک یا سایر افراد حقیقی گروه پزشکی دوره آموزشی خاصی را طی کرده باشند و صلاحیت انجام خدمت خاصی را یافته باشند. گواهی‌ها معمولاً کوتاه مدت بود و در دوره‌های زمانی مشخصی باید تمدید شوند. اعتباربخشی فرایندی است که طی آن مؤسسه درمانی از سوی مؤسسات مستقل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و عملکرد آن معتبر شناخته می‌شود. برخلاف اعطای مجوز و دادن گواهی که اشاره‌ای به عملکرد ندارند، اعتباربخشی عملکرد مؤسسه درمانی را نیز مدنظر قرار می‌دهد. در بلژیک، فرانسه، ایتالیا و قرقیزستان، اعتباربخشی شرط دادن مجوز ورود مؤسسه درمانی به بازار است. در واقع اعتباربخشی در این کشورها نوعی اعطای مجدد مجوز کار است و عدم حصول آن مانع فعالیت مؤسسه درمانی می‌شود (Figueras, 2005, Robinson and Jakubowski). مشابه اعتباربخشی، برقراری نظام‌های کنترل داخلی مانند سیستم‌های الزام پایبندی بیمارستان‌ها به کنترل تقلب و سوءاستفاده که در امریکا به کار گرفته شده است نیز قابل ذکر است (Vian, 2008).

جهت بهبود نظارت، ضرورت دارد خریداران خدمت - در مورد هر سه روشی که در بالا شرح دادیم - هماهنگی لازم با نهاد تولید داشته باشند به نحوی که صرفاً از پزشکان و مؤسسات درمانی واجد صلاحیت و معتبر خرید خدمت نمایند. همچنین عملکرد ارائه‌دهندگان از سوی خریداران خدمت به نهاد تولید منعکس شده و در مجوز فعالیت و اعتباربخشی آنان لحاظ شود. اقدام‌های دیگری هم هستند که از جنس پیشگیری بوده و در صورتی که خریدار خدمت نسبت به اجرای این اقدام‌ها اهتمام ورزد، در مراحل بعدی نیاز کمتری به اعمال مقررات قهرآمیز و اجباری خواهد داشت. به عنوان مثال عقاید و باورهای عمومی و هنجارهای اجتماعی نقش مهمی در میزان ارتکاب ارائه‌دهندگان به تخلف و تقلب خواهد داشت. مطالعاتی انجام شده‌اند که نشان می‌دهند اجرای مداخلات مربوط به فرهنگ‌سازی تا چه حد ضروری هستند. به عنوان مثال نتایج یک مطالعه در امریکا نشان داد یک سوم پزشکان مورد مطالعه قوانین مربوط به پرداخت را به خاطر بیماران دستکاری کرده‌اند (wynia et al, 2000). مطالعه دیگری ۷۰۰ نفر از افرادی را که قرار بوده در آینده عضو هیأت منصفه شوند و همچنین ۱۶۱۷ پزشک را مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعه نشان داد ۲۶ درصد افراد هیأت منصفه و ۱۱ درصد پزشکان، فریب شرکت بیمه برای دریافت خدمات ضروری توسط بیمار را مجاز دانسته‌اند (wynia et al, 2004). در همین زمینه مطالعه دیگری روی پزشکان متخصص داخلی انجام شده و نتایج مشابهی به دست آمد (Freeman, 1999).

۳-۲- بهبود نظارت بر ارائه‌دهندگان از طریق کشف

اندک پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد به طور میانگین ۵/۵۹ درصد هزینه خرج شده در نظام‌های سلامت به دلیل پرداخت‌های نادرست به هدر می‌رود. با توجه به این که سازمان جهانی بهداشت در آخرین برآورد خود جمع هزینه‌های سلامت در جهان را ۴/۷ هزار میلیارد دلار برآورد کرده است، بنابراین تخمین زده می‌شود ۲۶۰ میلیارد دلار آن بابت پرداخت‌های نادرست از بین می‌رود. این رقم بیشتر از تولید ناخالص داخلی ۱۵۷ کشور از ۱۹۵ کشور جهان است (Gee, 2009).

یافته‌های مطالعه مروری انجام شده در ایران نشان می‌دهد برآوردی از میزان منابعی که به دلیل پرداخت‌های نادرست در کل نظام سلامت ایران به هدر می‌رود در دست نیست (رشیدیان و جودکی، ۱۳۸۸). همچنین سازمان‌های خریدار خدمت، برآوردی از حجم پرداخت‌های نادرست ندارند. البته شاید بتوان گفت پژوهش‌هایی که تحت عنوان بررسی کسور صورتحساب‌های ارسالی بیمارستان‌ها به سازمان‌های بیمه‌گر انجام شده‌اند به طور غیرمستقیم به این مسأله پرداخته‌اند. اما این مطالعات نیز نتوانسته‌اند بین خطا، اتلاف، سوءاستفاده و تقلب تمایز ایجاد کنند و غالباً از ضعف متدولوژی رنج می‌برند (رشیدیان و جودکی، ۱۳۸۸).

نظارت کارآمد باید بتواند موارد عدول ارائه‌دهندگان خدمات از تعهدات خود را که عموماً در قراردادهای فی‌مابین ذکر می‌شود (شامل موارد خطا، اتلاف، سوءاستفاده و تقلب) را بموقع و سریع کشف نماید. در روش‌های سنتی، برای کشف پرداخت‌های نادرست، تعداد زیادی صورتحساب به یک ممیز داده می‌شود و ممیز عملاً وقت کافی برای بررسی دقیق همه صورتحساب‌ها ندارد. در اغلب موارد ممیز به ویژگی‌های ظاهری صورتحساب‌ها توجه کرده و نمی‌تواند در مورد عملکرد کلی پزشک یا مؤسسه درمانی قضاوت نماید. در واقع این روش وقت‌گیر و ناکاراست. با این حال هنوز هم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران صورتحساب‌های پزشکان و مؤسسات درمانی به این صورت بررسی می‌شوند (Aral et al, 2006, Ortega et a).

با الکترونیکی شدن پرونده‌های سلامت و صورتحساب‌های ارائه‌دهندگان خدمات، زمینه مناسبی برای استفاده از تکنیک‌های «داده‌کاوی» به عنوان ابزاری کارآمد برای نظارت اثربخش فراهم می‌شود. تکنیک‌های داده‌کاوی که نوعی هوش مصنوعی هستند احتمال رخداد پرداخت نادرست در صورتحساب‌های پرداخت شده را کشف می‌کنند تا ممیزین مجبور نباشند به صورت بی‌هدف همه صورتحساب‌ها را بررسی نمایند. برای مطالعه کامل در زمینه روش‌های کمی کشف پرداخت‌های نادرست به مقاله جودکی و همکاران (۲۰۱۵) مراجعه کنید.

(Maimon and Rokach, 2005, Rashidian, Joudaki and Vian, 2012, Bolton and Hand, 2002, Phua et al, 2010)

طرح شکایت از سوی افشاگران روش دیگری است که در امریکا برای بهبود کشف موارد تقلب و سوءاستفاده استفاده شده است. افشاگران افراد یا مؤسساتی هستند که با کشف موارد تقلب یا سوءاستفاده، به عنوان شاکی خصوصی از سازمان بهداشتی درمانی شکایت کرده و در صورت اثبات ادعا، پاداش درخوری- با توجه به میزان فساد- دریافت می‌کنند. این پدیده (افشاگران) که در سال ۱۹۸۶ کاملاً ناشناخته بود، در سال ۱۹۹۲ منجر به طرح ۱۴ مورد شکایت، در سال ۱۹۹۷ منجر به طرح ۲۸۸ شکایت و در سال ۱۹۹۸ منجر به طرح ۲۵۴ شکایت شد (Kalb, 1999). مطالعه دیگری در امریکا نشان داد طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵ با پیگیری قضایی ۳۷۹ پرونده مبلغ ۹/۳ میلیارد دلار به نظام سلامت برگردانده شد که از این مبلغ یک میلیارد دلار به افشاگران پرداخت شده است (Kesselheim and Studdert, 2008).

رویکرد دیگر برای بهبود نظارت در زمینه کشف، «توانمندسازی بیمه‌شدگان» است که هم‌اکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بیمه‌شدگان آگاه و توانمند می‌توانند در نقش ناظر و بازرس عمل نمایند. در آن صورت به جای تعداد قلیلی بازرس و ممیز، میلیون‌ها ناظر و بازرس وجود خواهد داشت. در این رابطه راهکارهای متعددی در سطح جهانی مورد استفاده قرار گرفته است. تصویب قانونی حقوق بیمار یا اصول اخلاقی مواجهه با بیمار از آن جمله‌اند (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005).

روش دیگر برای توانمندسازی بیمه‌شدگان، راه‌اندازی سامانه‌ای جهت طرح شکایت بیمه‌شدگان از عملکرد ارائه‌دهندگان است (این سامانه می‌تواند از طریق تلفن، پیامک، ایمیل، اینترنت و غیره نظرات و شکایات بیمه‌شدگان را دریافت نماید). سازمان خریدار می‌تواند با هماهنگی نهاد تولیت از نظرات بیمه‌شدگان در اعتباربخشی ارائه‌دهندگان و تعیین میزان پرداخت به آنان استفاده نماید. همچنین می‌توان پرداخت به ارائه‌دهندگان را از طریق پیامک به بیمه‌شدگان اطلاع‌رسانی کرد تا در صورتی که صورتحساب کذبی از سوی ارائه‌دهندگان به سازمان خریدار ارائه شده است مشخص شود.

مقایسه عملکرد ارائه‌دهندگان و انتشار آن برای عموم کمک خواهد کرد بیمه‌شدگان در انتخاب مراکز طرف قرارداد آگاهانه‌تر عمل کنند. انتخاب‌های بیمه‌شدگان در طول زمان باعث خواهد شد ارائه‌دهندگان خوب تقویت و ارائه‌دهندگان بد از بازار حذف شوند. مقایسه عملکرد ارائه‌دهندگان از طریق جداول رتبه‌بندی و انتشار عمومی آن از این دست اقدام‌ها هستند (Vian, 2008; Robinson and Jakubowski, 2005, Figueras).

۳-۳- بهبود نظارت بر ارائه‌دهندگان از طریق پاسخ

وقتی موارد پرداخت‌های نادرست کشف شد، نوع پاسخ خریدار خدمت به ارائه‌دهندگانی که موجب پرداخت نادرست شده‌اند بسیار مهم خواهد بود. اگر نحوه پاسخ به ارائه‌دهندگان خدمات بازدارنده نباشد، آنها انگیزه پیدا خواهند کرد موارد اتلاف، سوءاستفاده، تخلف و تقلب را ادامه داده و بلکه گسترش دهند. پرداخت‌های نادرست که از نوع تقلب باشند، چون عمدی و آگاهانه و با فریب همراه هستند در بسیاری از کشورها جرم تلقی شده و برخورد با آنها شدیدتر است. به عنوان مثال در امریکا قوانین متعددی برای برخورد با سه گروه اصلی موارد تقلب در نظام سلامت تصویب و مورد اجرا قرار گرفته است. از جمله قانون فدرال مبارزه با صورت‌حساب‌های کذب، قانون فدرال ضد حق سهم و قانون اخلاق در ارجاع بیمار برای مقابله با ارجاع به خود. عواقب تخطی از این قوانین می‌تواند جریمه مالی، زندان، از دست دادن مجوز کار، خارج کردن ارائه‌دهنده خدمت از برنامه‌های سلامتی دولت فدرال و از دست دادن امتیازهای کاری باشد (Kalb, 1999).

در ایران هر چند قانون کاملاً مشخصی برای مقابله با پرداخت‌های نادرست وجود ندارد اما مصادیق پرداخت‌های نادرست در قوانین متعدد ذکر شده و مجازات‌هایی برای آنها در نظر گرفته شده است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۹ در ایران انجام شد، قوانین و مقررات موجود در کشور را بر اساس ماهیت تخلفاتی که موضوع رسیدگی آنهاست به پنج دسته تقسیم شدند. جدول شماره یک خلاصه یافته‌های این پژوهش را نشان می‌دهد (جودکی، رشیدیان و میلانی‌فر، ۱۳۸۹).

جدول ۱: تقسیم‌بندی تخلفات پزشکی و قوانین و سازمان‌های مرتبط با آن
(جودکی، رشیدیان و میلانی‌فر، ۱۳۸۹)

ردیف	نوع تخلف	تعریف	قوانین مورد استناد	سازمان مجری قانون	دایره شمول
۱	اداری	تخلف از اجرای قوانین و مقررات اداری برای پزشکیانی که در استخدام دولت هستند	- قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت مصوب ۱۳۷۲/۹/۷ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۷۳/۶/۱۶ - قانون و مقررات انتظامی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی مصوب ۱۳۶۴/۱۲/۲۲ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۶۵/۵/۵ هیأت وزیران و اصلاحیه‌های بعدی (۸۴/۱/۱۷)	کلیه مؤسسات دولتی	پزشکان مستخدم دولت
۲	تعزیری	تخلفاتی که صلاحیت رسیدگی به آنها در اختیار دولت قرار داده شده است	- قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی مصوب ۶۷/۱۲/۲۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام	سازمان تعزیرات حکومتی به طور مستقل یا از طریق کمیسیون ماده ۱۱	مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و خصوصی
۳	حرفه‌ای	موارد نقض معیارهای حرفه‌ای (صنفی) از سوی پزشکان	- قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی - آئین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته- مصوب ۸۶/۱۲/۴ شورای عالی سازمان نظام پزشکی	سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری	کلیه پزشکان اعم از دولتی و خصوصی
۴	بیمه‌ای	تخلفاتی که پزشکان در ارتباط با سازمان‌های بیمه‌گر مرتکب می‌شوند	- قانون بیمه همگانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ - آیین‌نامه نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی مصوب سال ۱۳۷۴ هیأت وزیران	سازمان‌های بیمه‌گر	کلیه پزشکان طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر
۵	کیفری (جزایی)	مواردی که به طور مشخص در قانون به عنوان جرم تعریف شده است	- قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۰ و اصلاحات بعدی آن - قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰ و اصلاحات سال ۱۳۴۷ - قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن - ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصادومین و رفع مخاطرات جانی مصوب خرداد ماه ۱۳۵۴ و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۶۴/۱۰/۱۰	دادگاه‌های عمومی و انقلاب	کلیه پزشکان اعم از دولتی و خصوصی

۴- چه قیمتی؟ (بهبود نظارت بر قیمت خدمات)

هم‌اکنون در بازار نظام سلامت، خدمات یکسان به قیمت‌های مختلفی عرضه می‌شود. تعرفه خدمات بین بخش‌های خصوصی و دولتی تفاوت فاحشی دارد و گزارش‌های غیررسمی حاکی از رواج پرداخت‌های غیررسمی (زیرمیزی) در نظام سلامت کشور دارد. خریداران خدمت صرفاً بر اساس تعرفه‌های دولتی به ارائه‌دهندگان دولتی و خصوصی پرداخت انجام می‌دهند اما به سایر مبالغی که ارائه‌دهندگان تحت عناوین مختلف (مانند خارج از تعرفه، خارج از شمول بیمه، خدمات خاص، اضافه دریافتی، زیرمیزی و...) از بیمه‌شدگان دریافت می‌نمایند توجهی ندارند.

یک راه بهبود نظارت بر قیمت خدمات این است که خریداران خدمات از هزینه تمام شده خدمات مطلع باشند و در فرایند قیمت‌گذاری خدمات مشارکت فعال‌تری داشته باشند. این در حالی است که علیرغم مبالغ هنگفتی که خریداران خدمت هر ساله بابت خرید خدمات صرف می‌کنند، در این زمینه به اندازه کافی سرمایه‌گذاری نکرده‌اند. سازمان تأمین اجتماعی با داشتن حدود ۳۵۰ مرکز درمانی می‌تواند از این فرصت استفاده کرده و آگاهی و اطلاع بیشتری از هزینه تمام شده خدمات به دست آورد. مجموع این اقدام‌ها عدم تقارن اطلاعاتی به نفع ارائه‌دهندگان خدمات را کمتر خواهد کرد.

راهکار دیگر برای بهبود نظارت بر قیمت خدمات، مقابله قانونی و قهرآمیز با موارد زیرمیزی و خارج از تعرفه است که در این زمینه جلب همکاری نهاد تولیدت ضروری است. برخی راهکارهای مقابله با پرداخت‌های نادرست را نیز قبلاً در مبحث «نظارت بر این که چه کسی خدمات را ارائه می‌دهد» بیان کردیم.

راهکار دیگر انتشار آزادانه اطلاعات در مورد قیمت‌های ارائه‌دهندگان است (Figueras, Robinson and Jakubowski, 2005). این راه‌حل در واقع استفاده از مکانیسم‌های بازار به نفع خریدار خدمت است.

جدول شماره ۲ خلاصه راهکارهای بالقوه بهبود نظارت در فرایند خرید استراتژیک را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲

راهکارهای بهبود نظارت	تعریف	فرایند خرید استراتژیک
<p>- تعریف دقیق خدمات مورد نیاز و کیفیت مورد انتظار</p> <p>- ارزیابی فناوری سلامت</p> <p>- طراحی و اجرای راهنماهای بالینی</p>	<p>نوع و کیفیت خدماتی که خریداری می‌شود</p>	<p>چه خدمتی؟ با چه کیفیتی</p>
<p>- کاستن از عدم تقارن اطلاعاتی بین خریدار-ارائه‌دهنده</p> <p>- توجه به نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان</p> <p>- جلوگیری از پرداخت‌های نادرست</p>	<p>فرایند اجرایی خرید خدمات</p>	<p>چگونه؟</p>
<p>- پیشگیری شامل: توجه به نحوه اعطای مجوز کار، گواهی‌ها و اعتباربخشی، سیستم‌های الزام پایبندی بیمارستان‌ها به کنترل تقلب و سوءاستفاده، توجه به باورها و هنجارهای اجتماعی</p> <p>- کشف شامل: توسعه روش‌های مبتنی بر داده‌کاوی، تقویت افشاگران، توانمندسازی بیمه‌شدگان (تصویب قانونی حقوق بیمار، راه‌اندازی سامانه طرح شکایت از سوی بیمه‌شدگان، اطلاع‌رسانی هزینه‌ها به بیمه‌شدگان)، مقایسه عملکرد ارائه‌دهندگان و انتشار آن برای عموم</p> <p>- پاسخ شامل: پاسخ بازدارنده به مصادیق پرداخت‌های نادرست، تصویب قوانین جزایی برای مقابله با موارد تقلب عمدی، انعکاس عملکرد ارائه‌دهندگان در اعتباربخشی آنها</p>	<p>کسانی که خدمات را ارائه می‌دهند</p>	<p>چه کسی؟</p>
<p>- کاستن از عدم تقارن اطلاعاتی در رابطه با هزینه تمام شده خدمات</p> <p>- مشارکت فعال و تأثیرگذار در مکانیسم قیمت‌گذاری</p> <p>- مقابله قانونی و قهرآمیز با موارد زیرمیزی و خارج تعرفه</p> <p>- انتشار آزادانه اطلاعات در مورد قیمت‌های ارائه‌دهندگان</p>	<p>قیمت خدمات</p>	<p>چه قیمتی؟</p>

بحث و نتیجه‌گیری

ما در قالب فرایند خرید استراتژیک راهکارهای بالقوه بهبود نظارت را برشمردیم (جدول شماره ۲). اما این که سازمان خریدار خدمت تا چه اندازه می‌تواند از این راهکارهای بالقوه

استفاده نماید به عوامل درون‌سازمانی و برون‌سازمانی متعددی بستگی دارد. عوامل درون‌سازمانی به این برمی‌گردد که سازمان خریدار خدمت تا چه اندازه به صورت کارا و مؤثر مدیریت و سیاستگذاری می‌شود. عوامل برون‌سازمانی خود به دو دسته تقسیم می‌شوند. دسته اول عواملی است که به فرایندهای درونی نظام سلامت (مانند تولید، نحوه تأمین منابع مالی، نظام پرداخت و...) و نحوه برهم‌کنش بازیگران اصلی نظام سلامت (مانند دولت، سازمان‌های بیمه‌گر و...) برمی‌گردد. دسته دوم، عوامل محیطی هستند که کلان‌کشور و کلیه بخش‌های اقتصادی، اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مانند قیمت نفت، تحریم‌های خارجی، هنجارهای فرهنگی و...). البته هر دو دسته از عوامل درون‌سازمانی و برون‌سازمانی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و ترسیم مرز دقیق بین آنها مشکل است.

این که سازمان خریدار خدمت مقرراتی را به تصویب برساند و حتی آنها را در قراردادهای خود با ارائه‌دهندگان خدمات بگنجانند به این معنی نیست که می‌تواند آنها را الزاماً اجرا کند. وضع مؤثر مقررات به ترکیب پیچیده‌ای از مهارت فنی، ظرفیت اجرایی، حمایت سیاسی، نگرش‌های فرهنگی، زیرساخت‌های اطلاعاتی و... نیازمند است که همان‌طور که گفته شد متغیرهای درونی و بیرونی زیادی بر آن تأثیر می‌گذارند. به عنوان مثال بکارگیری روش‌های خودکار کشف پرداخت‌های نادرست (مانند داده‌کاوی) که در بالا به آنها اشاره کردیم مستلزم وجود زیرساخت‌های اطلاعاتی مناسب در سازمان خریدار خدمت است. به عنوان یک مثال دیگر، می‌توان به نقش هنجارهای فرهنگی در استفاده از دفترچه درمانی دیگران اشاره کرد که برای خیلی از افراد به عنوان یک سدازش مطرح نیست.

ضعف سیاستگذاری و مدیریت در سازمان خریدار خدمت باعث می‌شود سازمان خریدار خدمت ظرفیت اجرایی اندکی برای اجرای مقررات نظارتی داشته باشد. به عنوان مثال وقتی سازمان خریدار خدمت مطالبات طرف قرارداد را با حدود شش تا هفت ماه تأخیر پرداخت می‌کند نقش بازدارندگی او در برخورد با موارد عدول از مقررات تضعیف می‌شود. همچنین استضعف سازمان خریدار خدمت در عدم سنجش اهداف نهایی (رفع بیم بیمه‌شدگان و رضایتمندی آنان) و تعیین میزان حصول یا عدم حصول به اهداف و ضعف در اجرای خرید استراتژیک که در بالا به اجزای آن اشاره کردیم. بنابراین با آن که راهکارهای متعددی برای بهبود نظارت بر فرایند خرید خدمات درمانی برشمردیم نباید از این موضوع غافل شد که اجرای بسیاری از این راهکارها منوط به بهبود مدیریت و سیاستگذاری در سطح سازمان خریدار خدمت و همچنین بهبود تولید نظام سلامت در سطح کلان است.

منابع

- جودکی، ح. (۱۳۹۳). ارزیابی اقتصادی بیمارستان‌های تابعه اداره کل درمان مستقیم در سال ۱۳۹۲. سازمان تأمین اجتماعی، معاونت درمان، گروه اقتصاد درمان و برنامه‌ریزی.
- جودکی، ح؛ رشیدیان، آ و میلانی‌فرع. (۱۳۸۹). بررسی قوانین مرتبط با رسیدگی به تخلفات پزشکی در ایران. مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۶ (۳)، ۲۱۵-۲۲۳.
- رشیدیان، آ و جودکی، ح. (۱۳۸۸). بررسی تخلفات و شکایات مرتبط با خدمات سلامت در ایران: مرور نظام‌مند مطالعات انجام شده در ایران. مجله علمی پزشکی قانونی، ۴ (۱۵)، ۲۳۴-۲۴۳.
- Abdoli, G., & Varharami, V. (2011). The Role of Asymmetric Information in Induced Demands: A Case Study of Medical Services. *Journal of Health Administration*, 42-37, (43)14.
- Aral, K. D., Güvenir, H. A., Sabuncuoğlu, İ., & Akar, A. R. (2012). A prescription fraud detection model. *Computer methods and programs in biomedicine*, 46-37, (1)106.
- Bolton, R. J., & Hand, D. J. (2002). Statistical fraud detection: A review. *Statistical science*, -235 249.
- Busch, R. S. (2012). *Healthcare fraud: auditing and detection guide*. John Wiley & Sons.
- Culyer, A. J. (2010). *The dictionary of health economics*. Edward Elgar Publishing.
- Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. McGraw-Hill International.
- Freeman, V. G., Rathore, S. S., Weinfurt, K. P., Schulman, K. A., & Sulmasy, D. P. (1999). Lying for patients: physician deception of third-party payers. *Archives of Internal Medicine*, (19)159 2270-2263.
- Gee J. Button M. Brooks G (2009). The financial cost of Healthcare fraud. www.macintyreHUDSON.co.uk/services/counter_fraud.html.
- Joudaki, H., Rashidian, A., Minaei-Bidgoli, B., Mahmoodi, M., Geraili, B., Nasiri, M., & Arab, M. (2014). Using Data Mining to Detect Health Care Fraud and Abuse: A Review of Literature. *Global journal of health science*, 1(7), p194.
- Kalb, P. E. (1999). Health care fraud and abuse. *JAMA*, 1168-1163, (12)282.
- Kesselheim, A. S., & Studdert, D. M. (2008). Whistleblower-initiated enforcement actions against health care fraud and abuse in the United States, 1996 to 2005. *Annals of internal medicine*, 349-342, (5)149.
- Maimon, O., & Rokach, L. (Eds.). (2005). *Data mining and knowledge discovery handbook* (Vol. 2). New York: Springer.
- Ortega, P. A., Figueroa, C. J., & Ruz, G. A. (2006, January). A Medical Claim Fraud/Abuse Detection System based on Data Mining: A Case Study in Chile. In *Proceedings of the 2006 International Conference on Data Mining, DMIN 2006, Las Vegas, Nevada, USA, June ,29-26 2006* (pp. 231-224).
- Phua, C., Lee, V., Smith, K., & Gayler, R. (2010). A comprehensive survey of data mining-based fraud detection research. *arXiv preprint arXiv: 6119 .1009*.

- Rashidian, A., Joudaki, H., & Vian, T. (2012). No evidence of the effect of the interventions to combat health care fraud and abuse: A systematic review of literature. PLoS one, 8(7), e41988.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2008). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford university press.
- Schermerhorn, J. R. (2011). Introduction to management. John Wiley & Sons.
- Torras, H. W., & Shade, J. (2003). Health care fraud and abuse: a physician's guide to compliance. AMA press.
- Werner, R. M., Alexander, G. C., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2004). Lying to insurance companies: The desire to deceive among physicians and the public. The American Journal of Bioethics, 59-53, (4)4.
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Health Policy and Planning, 94-83, (2)23.
- Witter, S., Ensor, T., Thompson, R., & Jowett, M. (2000). Health Economics for Developing Countries. A Practical Guide. MacMillan Education.
- World Health Organization. (2000). The World health report: 2000: Health systems: improving performance.
- Wynia, M. K., Cummins, D. S., VanGeest, J. B., & Wilson, I. B. (2000). Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. Jama, 1865-1858, (14)283.