

مکانیسم‌های کنترل هزینه در بخش بهداشت و درمان*

توماس اس. بادن هیمر و کوین گرامباخ

ترجمه حسن حق پرست**

در این مقاله تأکید بر تمیز دادن انواع مختلف مکانیسم‌های کنترل هزینه و درک قصد و منطق آنها است. همچنین به طور خلاصه شواهدی در مورد اینکه چگونه این مکانیسم‌ها ممکن است هزینه و پیامدهای سلامت را تحت تأثیر قرار دهند، ذکر می‌شود.

تبادلات (روابط) مالی تحت بیمه‌های سلامت خصوصی یا عمومی را می‌توان به ۲ جزء تفکیک کرد:

۱. تأمین مالی^۱، که جریان منابع مالی (حق بیمه‌ها یا مالیات‌ها) از افراد و کارفرماها به سمت طرح بیمه سلامت (بیمه‌های خصوصی یا دولتی) است؛

۲. و بازپرداخت^۲، که جریان منابع مالی از بیمه‌ها به سمت پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌کنندگان است.

بر همین اساس می‌توان استراتژی‌های کنترل هزینه را به دو گونه کلی استراتژی‌هایی که

* مقاله حاضر ترجمه فصل ۹ کتاب *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*، تألیف Thomas S. Bodenheimer و Kevin Grumbach است که در سال ۲۰۰۲ میلادی (ویرایش سوم) منتشر شده است.

** کارشناسی ارشد مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

1. Financing 2. Reimbursement

طرف تأمین مالی و استراتژی‌هایی که طرف بازپرداخت طیف وجوه نقدی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، تقسیم‌بندی کرد (نمودار ۱ و جدول ۱).

مکانیسم‌های کنترل طرف تأمین مالی

مکانیسم‌های کنترل هزینه‌ای که طرف تأمین مالی بیمه سلامت را هدف قرار می‌دهند، تلاش می‌ورزند که جریان اعتباراتی را که به سمت برنامه‌های بیمه سلامت سوق داده می‌شوند محدود کنند، با این امید که این برنامه‌های بیمه‌ای مجبور شوند "جریان خروجی" بازپرداخت‌ها را اصلاح کنند. کنترل‌های طرف تأمین مالی به دو گونه استراتژی پایه، یعنی استراتژی‌های قانونی^۱ و استراتژی‌های رقابتی^۲ تقسیم‌بندی می‌شوند.

استراتژی‌های قانونی

دیتر آربتر، یک نجار آلمانی که ساکن برلین است در یکی از برنامه‌های بیمه‌ای کشورش، در یک "صندوق بیماری" که بوسیله صنف نجاران مدیریت می‌شود، ثبت نام کرده است. او هر ماه ۷ درصد از دستمزدش را به صندوق بیماری می‌پردازد و کارفرمایش نیز به میزان ۷ درصد مشارکت می‌کند. در کشور آلمان تعیین میزان پرداخت مالیات دستمزد بر عهده دولت فدرال قرار دارد. هنگامی که دولت پیشنهاد افزایش این میزان را به ۸٪ اعلام کرد، دیتر و هم صنفی‌هایش به سمت ساختمان پارلمان حرکت کردند. به همین دلیل دولت از تصمیم خود صرف‌نظر کرد و این میزان در سطح ۷٪ باقی ماند. در نتیجه آن حق الزحمه پزشکان در آن سال افزایش نیافت.

در کشورهایی که بیمه سلامت توسط مالیات تأمین مالی می‌شود، تنظیم مالیات‌ها توسط دولت به عنوان نوعی کنترل روی هزینه‌های عمومی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمل می‌کند.^۳ این نوع کنترل قانونی زمانی بیشتر مطرح است که درآمدهای مالیاتی خاصی به بیمه

1. regulatory strategies 2. competitive strategies

3. Glaser WA: Health Insurance in practice. Jossey-Bass, 1991

سلامت تخصیص داده می‌شود، همان‌طور که برنامه‌های بیمه‌ای آلمان یا بخش A مدیکر در ایالات متحد این‌گونه است. تحت این نوع از سیستم‌های بیمه اجتماعی، هر میزان افزایش در مخارج مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیازمند وضع قوانین روشن برای افزایش میزان مالیات‌های اختصاص یافته به بیمه سلامت است.

از تنفر عمومی در مقابل افزایش مالیات ممکن است به عنوان یک حربه سیاسی برای مقابله با تورم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی استفاده شود. طرح بهداشتی و درمانی ۱۹۹۴ کلینتون (که هرگز اجرا نشد) نمونه‌ای از این استراتژی بود. برخلاف فرایند حاکم در بیشتر کشورها، طرح کلینتون تلاش می‌کرد تا تأمین مالی را نه از طریق محدود کردن میزان مالیات‌ها بلکه از طریق نظارت دولت بر حق بیمه‌های پرداختی به سطوح بیمه سلامت خصوصی کنترل کند.^۱

استراتژی‌های رقابتی

روش دیگری که ایالات متحد برای محدود کردن هزینه‌های بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌کند، بر آن است تا جریان تأمین مالی را از طریق یک استراتژی رقابتی، به جای قوانین و مقررات، کنترل کند. منطق اساسی استراتژی‌های رقابتی حساس کردن کارفرمایان نسبت به هزینه تصمیم‌گیری‌های خرید بیمه سلامت برای کارکنان‌شان بنا شده است. برنامه‌های بیمه سلامت تشویق می‌شوند تا روی قیمت پایه رقابت کنند و در واقع پاداش برنامه‌ها با هزینه پایین تر مثبت نام افراد بیشتری در آن برنامه‌ها همراه است.

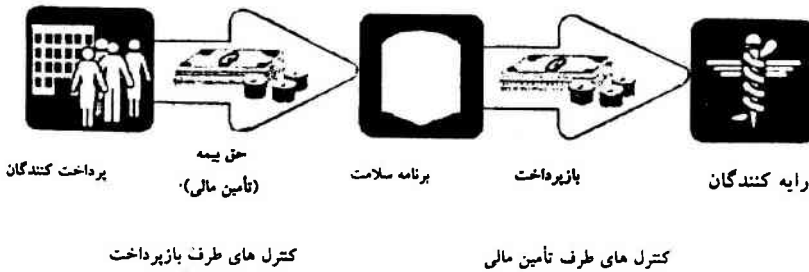
به جای اینکه یک مؤسسه دولتی وجود داشته باشد که میزان مالیات مؤسسات بیمه‌ای که از بودجه عمومی دولت تأمین مالی می‌شوند یا حق بیمه‌های مطالبه شده توسط بیمه‌های خصوصی را کنترل و تعیین کند، بازار رقابتی به این مؤسسات فشار وارد می‌کند تا حق بیمه‌ها و هزینه‌های کلی خودشان را محدود کنند.

آقای جیووانی کاستا برای شرکت اتوجنرال کار می‌کند. هم اکنون سال ۱۹۸۵ است و او و خانواده‌اش دارای «بیمه سلامت صلیب آبی» اند که بیشتر خدمات ارائه شده توسط ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد انتخاب آنها را بدون هیچ فرانشیزی پوشش می‌دهد. جیووانی به دلیل اینکه اتوجنرال حق بیمه

1. Starr P, Zelman WA: Bridge to compromise: Competition under a budget. Health Affairs 1993; 12 (suppl): 7.

او را می پردازد، نمی داند که هزینه های برنامه سلامت او چه مقدار می شود. یک بار آقای جیوانی از دوستش که در اداره مزایای پرسنلی کار می کند، پرسید که آیا مؤسسه در مورد هزینه های بیمه سلامت کارمندان نگران نمی شود؟ دوستش به او گفت که البته این امر برای مؤسسه یک مشکل محسوب می شود، اما زیاد مهم نیست، زیرا حق بیمه های سلامت برای مؤسسه شامل معافیت مالیاتی است. همچنین اگر ما به شما دستمزد بالاتر می پرداختیم، شما مجبور می شدید مالیات دستمزد بپردازید، اما اگر ما برای شما پوشش بهداشتی و درمانی بهتری ارائه دهیم، شما مالیاتی برای ارزش این پوشش نمی پردازید. بنابراین هر دوی ما با ارائه مزایای فراوان مراقبت های بهداشتی و درمانی در وضع بهتری قرار می گیریم (بهر بهره مند می شویم). هنگامی آن [برنامه] کامل می شود که دولت بخشی از حق بیمه آنها را پردازد.

نمودار شماره ۱. مکانیسم های کنترل هزینه تحت یک سیستم بیمه سلامت ممکن است در هر دو جزء تأمین مالی و بازپرداخت مخارج مراقبت های بهداشتی و درمانی به کار روند



جدول شماره ۱. تقسیم بندی مکانیسم های کنترل هزینه

- کنترل های طرف تأمین مالی
- کنترل قانونی: اعمال محدودیت روی مالیات ها یا حق بیمه ها
- کنترل رقابتی

● کنترل‌های طرف بازپرداخت

۱. کنترل‌های قیمت

کنترل‌های قانونی

کنترل‌های رقابتی

۲. کنترل‌های مربوط به بهره‌برداری از خدمات (کنترل کمی)

واحدهای کلی پرداخت: سرانه، گروه‌های تشخیصی وابسته، بودجه‌های گلوبال

تهیه هزینه بیمار

مدیریت بهره‌برداری (مصرف)

محدودیت‌های عرضه

● کنترل‌های ترکیبی

هنگامی استراتژی‌های رقابتی را در نظر می‌گیریم که سعی داریم خریداران را نسبت به قیمت حساس‌تر کنیم. البته مهم است که بدانیم چه کسی خریدار واقعی بیمه سلامت است؟ آیا در بیمه سلامت برپایه استخدام، خریدار، کارفرمایی است که برنامه‌های سلامت را برای کارمندان انتخاب و سفارش می‌دهد، یا این کارمند است که تصمیم می‌گیرد در یک برنامه خاص ثبت نام کند؟ پاسخ جیوانی کاستا و اتوجنرال، اغلب "هر دو" است، زیرا، اتوجنرال انتخاب می‌کند که چه برنامه‌هایی را برای کارمندان سفارش دهد و چه سهمی از حق بیمه را کمک مالی کند و آقای جیوانی یک برنامه خاص را از بین آن برنامه‌هایی که اتوجنرال سفارش داده است انتخاب می‌کند.

به‌طور تاریخی، چندین عامل هستند که حساسیت قیمت را در نظر کارفرمایان و کارمندان در موقع خرید بیمه سلامت از بین برده‌اند.^۱ از نظر کارمندان، این حقیقت که معمولاً کارفرمایان چک خرید بیمه خصوصی کارمندان را امضاء می‌کنند، کارمندان بیمه شده را از هزینه‌های بیمه جدا کرده است. کارمندان حق بیمه را به عنوان مخارج اضافی برای کارفرمایان به جای هزینه‌ای که بوسیله خودشان ایجاد می‌شود، تلقی می‌کنند. در حقیقت، بیشتر کارمندان ممکن بود در

1. Enthoven AC: The history and principles of managed competition. Health Affairs 1993 (Suupl); 12: 24.

صورت پایین‌تر بودن هزینه‌های بیمه سلامت، حقوق بالاتری دریافت کنند، اما کارمندان معمولاً مزایای بیمه سلامت را به عنوان حقوق از دست رفته تصور نمی‌کنند.

بعلاوه، سیاست دولت در اعمال معافیت مالیاتی برای مزایای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کارفرمایان و کارمندان موجب افزایش انگیزه مالی کارمندان برای دریافت مزایای بیشتر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و کاهش بار مالی پرداخت کارفرمایان برای این قبیل مزایا می‌شود. یک دلار مشارکت مستقیم توسط کارفرما برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیشتر به سمت خرید بیمه سلامت می‌رود تا یک دلار از دستمزدی که در ابتدا به عنوان مالیات درآمد کسر و سپس توسط کارمند برای بیمه سلامت خرج می‌شود. این چرخه دینامیک، کارمندان را از قیمت واقعی بیمه سلامت حفظ کرده است و به آنها انگیزه کمی داده است تا در موقع انتخاب یک برنامه بیمه‌ای نسبت به هزینه حساس باشند.

برای کارفرمایان، تورم حق بیمه‌های سلامت و هزینه‌های مربوط به بیمه سلامت در طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، یعنی زمانی که اقتصاد رونق داشت بخش کوچک و قابل قبولی از مخارج تجاری آنان را تشکیل می‌داد. لیکن، زمانی که هزینه‌های بیمه سلامت در دهه ۱۹۸۰ به صورت ماریپیچی افزایش یافت و سرعت رشد اقتصادی به کندی گرایید، کارفرمایان نگرش خود را نسبت به بیمه سلامت تغییر دادند.

در سال ۱۹۹۵، اتوجنرال به جیوانی کاستا سه نوع برنامه سلامت را پیشنهاد کرد:

۱. برنامه سازمان‌های حافظ سلامت^۱ که در ماه ۲۰۰ دلار هزینه دارد و ۸۰ درصد این هزینه را اتوجنرال می‌پردازد و ۲۰ درصد بقیه را جیوانی کاستا؛
۲. برنامه سازمان‌های ارائه‌کننده ترجیحی^۲ که هزینه آن ۳۰۰ دلار در ماه است؛
۳. و برنامه کارانه^۳ که ۴۰۰ دلار در ماه هزینه دارد.

اگر جیوانی برنامه سازمان‌های حافظ سلامت را انتخاب کند اتوجنرال، ۱۶۰ دلار می‌پردازد (۸۰ درصد) و جیوانی ۴۰ دلار (۲۰ درصد). اگر جیوانی برنامه سازمان ارائه‌کننده ترجیحی را انتخاب کند اتوجنرال هنوز فقط ۱۶۰ دلار می‌پردازد (۸۰ درصد ارزانترین برنامه سلامت) و

1. Health Maintenance Organizations (HMOs)

2. Preferred Provider Organizations (PPOs)

3. Fee-for-service

جیوانی باید ۱۴۰ دلار بقیه را پردازد. اگر جیوانی برنامه کارانه را انتخاب کند اتوجنرال فقط ۱۶۰ دلار می پردازد و جیوانی باید ۲۴۰ دلار بقیه را پردازد.

اتوجنرال می خواهد که حق بیمه هر سه برنامه سلامت برای سه سال آینده ثابت بماند. چهارمین برنامه سلامت که در این قرارداد ارائه شده بود، مورد قبول اتوجنرال قرار نگرفت و اتوجنرال این برنامه را از مزایای کارمندان حذف کرد. روش رقابتی برای بیمه‌های سلامت به طور فزاینده‌ای در حال گسترش است و باعث حساس شدن قیمت‌ها هم از سوی کارمندان و هم از سوی کارفرمایان شده است. برای کارفرمایان استراتژی رقابتی باعث شد که در توافق بر روی مقدار حق بیمه در برنامه‌های سلامت سخت گیرتر باشند. آنها برای انتخاب برنامه‌های سلامت بیشتر چانه می زنند و به کارمندان خود فقط برنامه‌هایی را که هزینه آنها زیر مبلغ معینی است، پیشنهاد می کنند. بعلاوه، کارفرمایان به کارمندان خود در مورد انتخاب برنامه‌های سلامت هشدار می دهند و با محدود کردن میزان مبلغی که باید برای حق بیمه پردازند، کارمندان را مجبور به انتخاب برنامه‌های سلامت با هزینه‌های پایین تری می کنند. بیشتر کارفرمایان به جای پرداخت کل یا قسمت اعظم حق بیمه، خود را ملزم به پرداخت مبلغ ثابتی از حق بیمه می کنند تا حق بیمه اضافه را خود کارمندان پرداخت کنند. آلن آنتون^۱ اقتصاددان و یکی از طرفداران روش رقابتی، این استراتژی را رقابت مدیریت شده^۲ می نامد. این برنامه به روش مشارکت تعریف شده^۳ نیز معروف است.

آیا رشد و تکامل روش رقابتی در کنترل هزینه‌ها مؤثر بوده است؟ میزان رشد کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ایالات متحد بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۸ هنگامی که کارفرمایان و بعضی آژانس‌های دولتی به روش رقابتی عادت کرده بودند کندتر شده بود. در دهه ۱۹۹۰ بیشتر کارفرمایان در اکثر ایالات مثل کالیفرنیا به طور عمده از برنامه سازمان‌های حافظ سلامت استفاده کردند تا حق بیمه خود را کاهش دهند.^۴ برای اینکه کارمندان بیشتر به میزان حق بیمه حساس شوند - چون قسمت اعظم حق بیمه را باید پردازند - کارفرمایان یارانه حق بیمه کارمندان را کاهش دادند. از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ درصد حق بیمه‌ای که برای تحت

1. Alain Enthoven

2. managed competition

3. defined contribution

4. Enthoven AC; Singer SJ: Managed competition and California's health care economy. Health Affairs 1996; 15(1): 39.

پوشش قرار دادن خانواده کارمندان پرداخت می‌شد از ۲۸ درصد به ۳۴ درصد رسید.^۱ منتقدان روش رقابتی می‌گویند که شرکت‌های بیمه‌ای ناچاراً باعث کاهش توانایی بازار برای ایجاد سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کاراتر و کم‌هزینه‌تر می‌شوند. این منتقدان معتقدند که برنامه‌های بیمه‌ای مجبورند با پذیرش افراد با هزینه‌های پایین‌تر و وادار کردن ارائه‌دهندگان خدمات به ارائه خدمات ارزان با کیفیت بالا به رقابت بپردازند. بازاری که تحت سلطه تعداد کمی از شرکت‌های بزرگ سازمان حافظ سلامت است یک شرکت انحصاری بیمه سلامت را به وجود می‌آورد که بر سر قیمت‌ها با هم از قبل توافق کرده‌اند و این باعث جلوگیری از ایجاد رقابت واقعی می‌شود.^۲

در مورد رقابت مدیریت شده در سال ۱۹۹۰ دو مطلب قابل ذکر است: یکی اینکه این روش هیچ‌گاه به‌طور گسترده در ایالات متحد مورد پذیرش قرار نگرفت. در سال ۱۹۹۷ فقط ۲۸ درصد کارفرمایان، کارمندان را ملزم کردند که باید حق بیمه اضافه را پرداخت کنند. دیگر اینکه، واقعاً معلوم نیست که رقابت مدیریت شده باعث کاهش هزینه‌ها شده است.^۳

در سال ۱۹۹۸ هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دوباره رو به افزایش نهاد. بنابراین کاهش هزینه‌ها از ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۸ موقتی بود. بیشتر رقابت‌ها در امریکا از تنوع لازم برخوردار نبودند و کارمندان تعداد انتخاب محدودی داشتند و برنامه‌های سلامت نقش کم‌رنگی را ایفا کردند. از طرفی اطلاعات کافی برای درک این مطلب که آیا برنامه‌های کم هزینه سلامت واقعاً مؤثر بوده‌اند یا نه؟ وجود ندارد.

اگر این رقابت بتواند در حفظ هزینه‌ها موفق باشد، پیامد سلامت کنترل هزینه‌ها چگونه است؟ یک نگرانی اساسی در این سیستم بیمه‌ای این است که آیا این گونه قراردادهای بیمه‌ای

1. Gabel JR et al: Trends in out-of-pocket spending by insured American workers, 1990-1997. Health Affairs 2001; 20(2): 47.

2. Relman AS: Controlling costs by managed competition: Would it work? N Engl J Med 1993; 328: 133.- Rice T, Brown R, Wyn R: Holes in the Jackson Hole approach to health care reform. JAMA 1993; 270: 1357.

3. Marquis MS, Long SH: Trends in managed care and managed competition, 1993-1997. Health Affairs 1999; 18(6): 75.

برای کسانی که درآمد پائینی دارند مشکل‌ساز خواهد بود یا نه؟ در رقابت معمولاً افراد با درآمدهای بالاتر تمایل دارند از برنامه‌های سلامت با هزینه‌های بالاتر استفاده کنند و کسانی که درآمد پایین دارند نمی‌توانند حق بیمه اضافه را برای برخورداری از برنامه‌های سلامت پرهزینه پردازند و بنابراین به برنامه‌های سلامت کم هزینه روی می‌آورند. اگر تفاوت قیمت‌های حق بیمه در برنامه‌های سلامت زیاد باشد کسانی که در برنامه‌های سلامت کم هزینه ثبت نام کرده‌اند، کیفیت مراقبتی پایین‌تری را تجربه خواهند کرد، در نتیجه پیامد سلامت خوبی نخواهند داشت.

ضعف کنترل تامین مالی

برای کنترل موفق هزینه‌ها - چه رقابتی و چه قانونی - در طرف تأمین مالی معادله مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، این استراتژی‌ها نهایتاً باید جریان وجوه طرف بازپرداخت را کاهش دهند. دولت ممکن است سطح مالیات‌های تخصیصی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را محدود کند. از طرفی اگر بازپرداخت پزشکان و بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، روبه رشد باشد، عدم تعادل بین سطح تأمین مالی و سطح بازپرداخت باعث ایجاد کسری بودجه و در نهایت فشار بر دولت و افزایش مالیات‌ها می‌شود. به طور مشابه در رقابت‌ها بیمه‌کنندگان سعی در پایین نگه داشتن حق بیمه دارند (برای بدست آوردن مشتریان بیشتر) اما اگر این برنامه‌ها نتواند به طور موفقیت‌آمیز میزان بازپرداخت به بیمارستان‌ها و پزشکان و دیگران را کنترل کند، بیمه‌کننده مجبور می‌شود حق بیمه خود را افزایش دهد و تورم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. همان‌طور که در سال ۱۹۹۰ شاهد این تورم بودیم، افزایش بازپرداخت است که باعث هدر رفتن هزینه‌ها می‌شود. دولت‌ها در کشورهای مختلف در برنامه‌های تأمین مالی بیمه‌های سلامت نمی‌توانند به سادگی طرف تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی - درمانی را تنظیم کنند اما فعلاً نه روی بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی کار می‌کنند. در واقع رقابت بین بیمه‌های سلامت خصوصی - به جای یک ارگان دولتی - هزینه‌های طرف بازپرداخت را تنظیم خواهد کرد. اکنون نوبت به آزمایش روشهای در دسترس بیمه‌کنندگان خصوصی و دولت برای کنترل جریان وجوه در طرف بازپرداخت می‌رسد.

کنترل‌های طرف بازپرداخت

از آنجا که هزینه برابر است با قیمت، ضرب در کمیت (مقدار):

$$C = P \times Q$$

استراتژی‌های کنترل هزینه‌ها برای بازپرداخت ممکن است قیمت‌ها یا کمیت‌ها را هدف قرار دهند.

کنترل قیمت^۱

در برنامه کارانه مدیکید^۲ در کالیفرنیا، بازپرداخت حق ویزیت دکتر وینسنت‌لو در ۵ سال گذشته ۱۶ دلار باقی می‌ماند.

مدیکیر^۳ دستمزد دکتر ارنست اجو را برای جراحی آب مروارید از ۱۶۰۰ دلار به ۹۰۰ کاهش داد.

سازمان حفاظت سلامت "روزی یک سیب"^۴، به جای پرداخت به بیمارستان‌هایی که اسکن مغزی MRI را با ۱۲۰۰ دلار انجام می‌دادند، فقط با بیمارستان‌هایی قرارداد بست که با قیمت ۸۰۰ دلار برای هر اسکن MRI توافق کرده بودند و به بیماران اجازه نمی‌داد که از بیمارستان‌های دیگر استفاده کنند. بیمارستان متروپلیتن می‌خواهد با سازمان حافظ سلامت روزی یک سیب برای هزینه‌های روزانه خود قراردادی برابر با ۱۴۰۰ دلار روزانه ببندد ولی به خاطر اینکه سازمان روزی یک سیب بیماران خود را در بیمارستان‌هایی بستری می‌کند که مبلغ هزینه‌های روزانه آنها ۱۱۰۰ دلار است، متروپلیتن هیچ راهی ندارد جز کاهش هزینه‌های روزانه خود به ۱۱۰۰ دلار، تا بتواند با سازمان روزی یک سیب قرارداد ببندد. متروپلیتن برای تأمین کسری ۳۰۰ دلاری روزانه خود، میزان هزینه‌هایش را برای بیمه‌های خصوصی دیگر افزایش می‌دهد.

در کانادا و بیشتر کشورهای اروپایی یک آژانس عمومی یا شبه عمومی، یک "جدول کارمزد همسان"^۵ برای پزشکان و بیمارستان‌ها تنظیم می‌کند. اغلب بین پرداخت‌کننده‌ها (پرداخت‌کننده کلمه‌ای است که شامل خریدار یا بیمه‌کننده می‌شود) و سازمان‌های حرفه‌ای که این برنامه‌ها را

1. Price Control
2. Medicaid
3. Medicare
4. Apple a day HMO
5. Uniform fee Schedule

تهیه می‌کنند بحث و درگیری ایجاد می‌شود.^۱ جداول کارمزد در امریکا زیاد متداول نیست. مدیکید و مدیکیر و بسیاری از برنامه‌های بیمه خصوصی، کارمزد پزشکان را با توجه به قیمت‌های از قبل تعیین شده برای انواع خدمات، پرداخت می‌کنند. روش‌های رقابتی برای کنترل قیمت‌ها در ایالات متحد نیز مورد آزمایش قرار گرفته‌اند. در دهه ۱۹۸۰ ایجاد بستر رقابتی در کالیفرنیا بین بیمارستان‌ها برای عقد قرارداد با مدیکید باعث شد که بیمارستان‌ها هزینه‌های روزانه خود را کاهش دهند. بسیاری از بیمه‌های خصوصی نیز از این روش برای کاهش کارمزد پزشکان و هزینه‌های بیمارستانی استفاده کردند.

کنترل قیمت‌ها موفقیت‌های محدودی برای جلوگیری از رشد کل هزینه‌های بهداشتی و درمانی به دست آورد. هنگامی که رشد‌کننده هزینه پزشکان در کانادا با امریکا مقایسه شد؛ علت آن را تنظیم کارمزدهای پزشکان در کانادا عنوان کردند.^۲ در ایالاتی از امریکا که برای کنترل هزینه‌های بیمارستانی از مهار هزینه‌ها و روش‌های رقابتی استفاده کرده بودند، مقدار تورم هزینه‌های بیمارستانی رشد کندتری نسبت به ایالاتی که از این استراتژی‌ها استفاده نکرده بودند، داشت. دو مشکل عمده باعث کاهش قدرت برنامه‌های کنترل قیمت‌ها برای کاهش کل هزینه‌ها می‌شود:

۱. اولین مشکل هنگامی که پرداخت‌کننده‌های مختلف، سیاست‌های کنترل قیمت‌ها را به صورت جداگانه اجرا می‌کنند، اتفاق می‌افتد. ارائه‌دهندگان خدمات مثل بیمارستان متروپلیتن اغلب در پاسخ به برنامه کنترل قیمت‌ها در مقابل یک پرداخت‌کننده، هزینه خدمات خود را برای پرداخت‌کننده‌های دیگر افزایش می‌دهند، در حالیکه هیچ سیاست محدودکننده‌ای برای جلوگیری از این کار آنها وجود ندارد - در این حالت پدیده‌ای بنام

1. Glaser WA: Health Insurance in practice. Jossey-Bass, 1991.- Evans RG et al: Controlling health expenditures: The Canadian reality. N Engl J Med 1989; 320: 571.

2. Evans RG et al: Controlling health expenditures: The Canadian reality. N Engl J Med 1989; 320: 571.

Hughes JS: How well has Canada contained the costs of doctoring? JAMA 1991; 265: 2347.

Welch WP et al: A detailed comparison of physician services for the elderly in the United States and Canada. JAMA 1996; 275: 1410.

“انتقال هزینه‌ها”^۱ پدید می‌آید. مشکل انتقال هزینه‌ها هنگامی رفع می‌شود که یک جدول کارمزد همسان برای تمام پرداخت‌کننده‌ها (مثل آلمان) یا اینکه توسط یک پرداخت‌کننده منفرد (مثل کانادا) مورد استفاده قرار گیرد. انتقال هزینه‌ها ممکن است در یک بازار رقابتی که همهٔ پرداخت‌کننده‌ها به طور یکسان و همزمان تصمیم به کاهش هزینه‌ها بگیرند از بین برود یا اینکه برنامه‌هایی برای مهار افزایش قیمت‌ها وجود داشته باشند؛

۲. حتی با وجود یک جدول کارمزد همسان، افزایش کمیت‌ها ممکن است باعث افزایش هزینه‌ها شود. بعلاوه شواهدی وجود دارد که هنگامی که قیمت‌ها شدیداً تحت کنترل هستند، حجم و شدت خدمات افزایش می‌یابد. به عقیدهٔ تحلیل‌گران، عکس‌العمل ارائه‌دهندگان خدمات به سیاست‌های کنترل کارمزدها، وادار کردن جامعه به استفاده بیشتر از خدمات به منظور ثابت نگه داشتن درآمدها است.^۲

کنترل قیمت‌ها سعی در کنترل “بدون درد” هزینه‌ها (روش کنترل هزینه‌ای که پیامد سلامت را کاهش می‌دهد)^۳ دارد بنابراین تا آنجا که می‌تواند مقدار خدمات ارائه شده را محدود نمی‌کند. اما فقدان یکپارچگی در کاربرد جداول کارمزد باعث دسترسی عده خاصی از افراد جامعه به خدمات می‌شود. مبالغ کارمزدی که مدیکید به پزشکان می‌پردازد بسیار پایین تر از مبالغی است که بیمه‌های خصوصی در بسیاری از ایالات به پزشکان می‌پردازند و این باعث می‌شود که بیماران تحت پوشش مدیکید نتوانند به پزشکان خصوصی دسترسی داشته باشند. در کشورهایی که برنامه‌های کارمزد به طور یکپارچه و یکسان اجرا می‌شود، نگرانی عمده این است که کنترل شدید کارمزدها موجب افزایش مراجعهٔ بیماران و کوتاه شدن مدت ویزیت‌ها شود که نتیجهٔ آن بدتر شدن کیفیت خدمات و کاهش رضایت بیماران است.

کنترل‌های میزان استفاده (کمیت)^۴

به خاطر اینکه اثربخشی کنترل قیمت‌ها با فشارهای ناشی از افزایش استفاده از خدمات از بین می‌رود، پرداخت‌کننده‌ها باید به روش‌هایی توجه کنند که منجر به کاهش استفاده واقعی از خدمات

1. cost shifting

2. Rice TH, Labelle RJ: Do physicians induce demand for medical services? *J Health Polit Policy Law* 1989; 14: 587.

3. painless

4. Utilization (Quantity) Control

شود. به طوریکه در جدول شماره ۱ مشخص شده است روش‌های مختلفی برای کنترل میزان استفاده وجود دارد. ما در اینجا ابتدا با توضیح استراتژی تغییر واحد پرداخت شروع می‌کنیم؛ سپس مکانیسم‌های دیگری را که برای محدود کردن کمیت خدمات استفاده می‌شود بررسی می‌کنیم.

تغییر واحد پرداخت

دکتر جان ویلی از اینکه سازمان ارائه‌کننده ترجیحی کارمزد وی را از ۳۵ دلار به ۳۰ دلار به ازای هر ویزیت کاهش داده ناراحت است. او ۱/۵ ساعت به ساعات کاری روزانه‌اش اضافه کرد بنابراین او می‌تواند تعداد بیماران بیشتری را ویزیت کند. دکتر استاکی هنگامی که سازمان حافظ سلامت پرداخت سرانه وی را از ۱۲ دلار به ۱۰ دلار به ازای هر بیمار در ماه کاهش داد، عصبانی شد. او نمی‌تواند با افزایش تعداد ویزیت‌های بیماران، درآمد خود را ثابت نگه دارد. زیرا افزایش تعداد ویزیت‌ها هیچ پولی را برای او [به همراه] نمی‌آورد. او امیدوار است بیماران سازمان حافظ سلامت بیشتر در مطب او پذیرش شوند بنابراین او می‌تواند پرداخت سرانه بیشتری داشته باشد.

یک راه ساده برای مدیریت عوامل کمیت، تعریف دوباره واحد پرداخت است. ما می‌توانیم خدمات را در مجموعه‌های مختلف دسته‌بندی کنیم از قبیل پرداخت سرانه پزشکان، گروه‌های تشخیصی وابسته و پرداخت بیمارستانی "به ازای هر مراقبت بستری"^۱.

هر چه واحد پرداخت دسته‌بندی تر شده باشد، تعداد خدمات بیشتر قابل پیش‌بینی است. برای مثال دکتر ویلی برای هر کدام از خدماتی که ارائه می‌دهد کارمزد (کارانه) دریافت می‌کند. بنابراین براحتی با افزایش تعداد ویزیت‌ها، اعمال جراحی و تست‌های تشخیصی می‌تواند هزینه‌ها را افزایش دهد. ولی هنگامی که واحد پرداخت به صورت سرانه باشد، مثل مورد دکتر استاکی، فاکتورهای کمیت اهمیتی ندارند بلکه تعداد افرادی که در برنامه پذیرش می‌شوند اهمیت دارد. فرمول $C = P \times Q$ اینجا هم کاربرد دارد. ولی "P" میزان کارمزد سرانه است. و "Q" تعداد افرادی که تحت پوشش قرار می‌گیرند. با افزایش تعداد موالید، پزشکان آزادی عمل بیشتری در جذب تعداد

1. Episode of care

بیشتری از افراد و افزایش میزان سرانه خود دارند. به طور مشابه در بودجه‌بندی بیمارستان‌ها "P" نشان‌دهنده میانگین بودجه در هر بیمارستان و "Q" نشان‌دهنده تعداد بیمارستان است.

تبدیل واحد پرداخت به یک واحد یکپارچه، یک راه مناسب برای پرداخت‌کننده است تا بتواند تورم و هزینه‌های حاصل از عامل کمیت را مهار کند. زندگی همیشه ساده نیست. ممکن است یکپارچگی واحدها به یک ریسک مالی برای ارائه‌دهندگان خدمات تبدیل شود. به عبارت دیگر راه حل ارائه شده برای مشکل کمیت، به یک مشکل جدید کمیت برای فرد دیگر تبدیل می‌شود. بیمارستانی که بودجه خود را به صورت کلی دریافت می‌کند نه به صورت کارانه، اکنون باید هزینه‌های داخلی خود را طوری کنترل کند که هزینه کل عملکرد بیمارستان از میزان بودجه پرداخت شده بیشتر نشود. و اگر بیمارستان‌ها در اداره منابع تحت پوشش خود موفق نباشند، قیمت‌ها در این واحدهای یکپارچه ناچاراً افزایش می‌یابد.

تغییرات در سیاست‌های واحدهای پرداخت به ندرت مستقل از دیگر عوامل دخیل در استراتژی کنترل هزینه‌ها انجام می‌پذیرد و این امر، مستقل بودن (اختصاصی بودن) تأثیرات تغییر واحد پرداخت را مشکل می‌کند. برای مثال پرداخت سرانه پزشکان اغلب در متن کارهای دیگر سازمان‌ها از طریق اجرای برنامه‌های مدیریت کنترل هزینه‌ها صورت می‌گیرد. در یک تحقیق گسترده، از تکنیک‌های آماری برای بررسی تأثیرات اختصاصی پرداخت پزشکان در واحدهای مختلف بر روی دیگر فعالیت‌های سازمان حافظ سلامت استفاده شد. این تحقیق در ۳۰۰ سازمان حافظ سلامت انجام پذیرفت.^۱

این تحقیق نشان داد که در مقایسه با پرداخت کارانه، هر دو شکل پرداخت سرانه و حقوق و دستمزد با کاهش میزان بستری کردن بیماران رابطه داشتند. اکثر مطالعاتی که پرداخت پزشکان را بررسی کرده بودند، نشان دادند که هنگامی که از پرداخت سرانه به جای پرداخت کارانه استفاده کنیم، هزینه‌های پزشکی کاهش می‌یابد.^۲

1. Hillman AL, pauly MV, Kerstein JJ: How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of Health maintenance organizations? N Engl J Med 1989; 321: 89.

2. Hellinger FJ: The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. Med Care Res Rev 1996; 53: 294.

در پرداخت بیمارستانی شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تغییر پرداخت بیمارستانی مدیکیر از روش کارانه به واحد مراقبت بستری تحت سیستم پرداخت آینده‌نگر گروه‌های تشخیصی وابسته در سال ۱۹۸۲، باعث کُندشدن رشد هزینه‌های مدیکیر شده است.^۱ بعضی از این هزینه‌های صرفه‌جویی شده به وسیلهٔ صرف هزینه‌ها برای بیماران سرپایی و بخش مراقبت‌های پرستاری در منزل از بین می‌رود که از تأثیر نهایی این استراتژی بر کنترل کل هزینه‌ها می‌کاهد. اکثر تحلیل‌گران معتقدند که استراتژی بودجه‌بندی گلوبال بیمارستانی^۲ دلیل اصلی موفقیت‌های این کشورها در کنترل هزینه‌ها یا حداقل کندکردن رشد هزینه‌ها نسبت به ایالات متحد است.^۳

سیستم بهداشتی آلمان و بعضی از ایالات کانادا از طریق جریان‌های بازپرداخت به صورت کارانه با ایجاد بودجه‌های گلوبال تحت عنوان سرپوش هزینه‌ها^۴ برای پرداخت پزشکان مقابله می‌کنند.^۵

در سیستم سرپوش هزینه‌ها در کانادا بودجه‌ای برای تمام خدمات پزشکان در کل ایالت تعیین می‌شود. اگر چه پزشکان، با استفاده از برنامهٔ کارانه به ایجاد هزینه برای برنامهٔ سلامت ایالات ادامه می‌دهند. اما اگر استفاده از خدمات باعث افزایش هزینه‌ها بیش از مقدار بودجهٔ اختصاص داده شده باشد، کارمزدها کاهش می‌یابد (یا کارمزدها برای سال بعد افزایش نخواهد یافت). هدف این برنامه ایجاد انگیزه در پزشکان برای همکاری جهت افزایش کیفیت خدمات ارائه شده است، تا کارمزد برای کل پزشکان کاهش نیابد. در امریکا مدیکیر یک روش با شدت کمتر برای سرپوش هزینه‌ها در نظر گرفته که به "استاندارد حجم عملکرد"^۶ معروف است. نوع سرپوش هزینه‌ها در آلمان و ایالت‌های کانادا که برای پرداخت هزینه‌ها استفاده می‌شود

1. Russell LB, Manning CL: The effect of prospective payment on Medicare expenditures. N Engl J Med 1989; 320: 439.
2. global hospital budgeting
3. Glaser WA: Health Insurance in practice. Jossey-Bass, 1991. - Evans RG et al: Controlling health expenditures: The Canadian reality. N Engl J Med 1989; 320: 571. - U.S. General Accounting Office: Health Care Spending Control: The Experience of France, Germany, and Japan. 1991.
4. expenditure caps
5. U.S. General Accounting Office: Health Care Spending Control: The Experience of France, Germany, and Japan. 1991.- Barer ML et al: Re-minding our Ps and Qs: Cost controls in Canada. Health Affaires 1996; 15(2): 216.
6. volume performance standard

به پرداخت‌کننده اجازه می‌دهد تا قسمت "C" معادله را تحت بودجه کل پزشکان یک ناحیه جمع کند. قسمت اعظم حل مسئله در طرف راست معادله - تعادل P ها کارمزد پزشکان و Q ها حجم خدماتی هستند که توسط سرپوش هزینه‌ها باقی می‌مانند - به پزشکان و حرفه‌های مربوط باز می‌گردد. شواهد بدست آمده از کانادایی‌ها نشان می‌دهد که اجرای سرپوش هزینه‌ها با ثبات هزینه‌های پزشکان در نیمه دهه ۱۹۹۰ رابطه دارد.^۱

هیچ تحقیقی تأثیر مستقل تغییر واحد پرداخت به پزشکان را به روی پیامد سلامت حاصله بررسی نکرده است. بیشتر تحقیقات، توسط سیستم پرداخت بیمارستانی مدیکر گروه‌های تشخیصی وابسته انجام شده است. یک تحقیق جامع تعیین کرده بود که کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی و پیامد سلامت حاصل از آن در دوره بعد از استقرار گروه‌های تشخیصی وابسته نسبت به دوره قبل از استقرار گروه‌های تشخیصی وابسته بهتر شده بود. اگر چه این نگرانی هنوز باقی مانده بود که در دوره بعد از اجرای سیستم گروه‌های تشخیصی وابسته، بیماران با وضعیت با ثبات کمتری از بیمارستان ترخیص می‌شدند.^۲

آخرین بعد محدودسازی هزینه‌ها به خود تغییر واحد پرداخت اشاره دارد. بیشترین برنامه‌های مدیریت مراقبت‌ها در آمریکا نه تنها واحد پرداخت را تغییر دادند (مثل تغییر سیستم پرداخت کارانه به سیستم پرداخت سرانه) بلکه تشویق‌های مالی را نیز به پرداخت برای پزشکان اضافه کردند که به صورت پاداش با توجه به کیفیت اجرا در پایین نگهداشتن هزینه‌ها در خدمات ارجاعی، مراقبت‌های بیمارستانی و فعالیت‌های مربوط پرداخت می‌شد. شواهد کمی وجود دارد که نشان دهد آیا این تشویق‌های مالی واقعاً باعث کاهش استفاده از خدمات می‌شود یا نه؟^۳ نتایج یک پژوهش که اخیراً انجام شده نشان می‌دهد که این تشویق‌ها ممکن است با میزان هزینه‌های کمتر رابطه داشته باشد.^۴

1. Barer ML et al: Re-minding our Ps and Qs: Cost controls in Canada. Health Affaires 1996; 15(2): 216
2. Rogers WH et al: Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. JAMA 1990; 264: 1989.
3. Hellinger FJ: The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. Med Care Res Rev 1996; 53: 294.
4. Kralewski JE et al: the effects of medical group practice and physician payment methods on costs of care. Health Serv Res 2000; 35: 591.

شریک شدن بیماران در پرداخت هزینه‌ها^۱

رندی پیتون طبق قرارداد بیمه باید ۱۰۰۰ دلار به عنوان فرانشیز^۲ و ۲۰ درصد را به عنوان مشارکت در پرداخت^۳ برای تمام خدمات بپردازد. اگر او هزینه بهداشتی برابر با ۶۰۰۰ دلار داشته باشد، باید ۱۰۰۰ دلار به علاوه ۲۰ درصد از ۵۰۰۰ دلار را بپردازد که در کل باید ۲۰۰۰ دلار از کل ۶۰۰۰ دلار هزینه را پرداخت کند. بیمه جوزف مدنیک شامل نسخه‌های دارویی نمی‌شود. او از دیابت، فشار خون بالا و بیماری عروق کرونر رنج می‌برد و جمع هزینه‌های دارویی وی در سال ۱۲۰۰ دلار می‌شود.

شریک شدن در هزینه‌ها یعنی مجبور کردن بیماران به پرداخت مستقیم هزینه برخی از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی. در رقابت مدیریت شده، شریک شدن در هزینه‌ها در لحظه استفاده از بیمه‌های سلامت اتفاق می‌افتد و شرکت‌های بیمه با پرداخت فرانشیز و مشارکت در پرداخت و عدم پوشش بعضی از خدمات، بیماران را مجبور به پرداخت مستقیم بخشی از هزینه حین دریافت خدمات می‌کنند. شریک شدن در هزینه‌ها در لحظه دریافت خدمات، فرایند پرداخت مستقیم از سوی بیمار به ارائه‌دهنده خدمات را در برنامه بیمه‌ای شخص ثالث^۴ دوباره یادآوری می‌کند. شریک شدن در هزینه‌ها حین دریافت خدمات یکی از کم خرج‌ترین طرقی بود که در یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی به آن توجه شد. در آزمون بیمه سلامت راند^۵ افرادی که از خدمات بیمه‌ای استفاده می‌کردند در درجات مختلفی در هزینه‌ها شریک بودند. کسانی که باید در هزینه‌ها شریک می‌شدند یک سوم کمتر به پزشک مراجعه کرده بودند و نیز به میزان یک سوم کمتر از کسانی که به صورت تصادفی در هزینه‌ها شریک نبودند بستری شده بودند.^۶ اگر چه مطالعه کنترل شده تصادفی، یک محیط عالی برای ارزیابی تأثیر مکانیسم هزینه‌ها است ولی برخی مشاهده‌گرها می‌گویند که این مطالعات در محیط آزمایشی^۷ نتایجی را به دست می‌دهند

1. Patient cost sharing

2. Deductible

3. Co payment

4. Third party

5. Rand

6. Newhouse JP et al: Some Interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med 1981; 305: 1501.

7. Invitro

که نمی‌توان از آنها در سیاست‌های بهداشتی و درمانی دنیای واقعی^۱ استفاده کرد. برای مثال آمریکا بیشترین میزان شریک شدن در هزینه‌ها را از سوی بیمه‌شدگان دارا است ولی بیشترین هزینه کل خدمات بهداشتی و درمانی را نیز در کشورهای دنیا به خود اختصاص می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند هنگامی که شریک شدن در هزینه‌ها باعث می‌شود جمعیت عظیمی از بیماران کمتر از خدمات استفاده کنند (نسبت به حجم کم بیماران در یک محیط آزمایشی) ارائه‌دهندگان خدمات ممکن است حجم خدمات را برای کسانی که توانایی پرداخت هزینه خدمات بیشتر دارند یا از پوشش بیمه‌ای بهتری برخوردارند، افزایش دهند.^۲

آزمایش راند همچنین تأثیر شریک شدن در هزینه‌ها را بر روی تناسب خدمات بهداشتی و درمانی و پیامد سلامتی بیماران بررسی کرد. شریک شدن در هزینه‌ها استفاده نامتناسب از خدمات پزشکی را به طور انتخابی کاهش نداد ولی به طور مساوی استفاده از خدمات متناسب و غیرمتناسب را تقلیل داد.^۳ مطالعات راند و دیگران نشان می‌دهد که افرادی (مخصوصاً افراد کم‌درآمد) که از برنامه‌های بیمه‌ای نیازمند به شریک شدن در هزینه‌ها استفاده می‌کنند، کنترل فشارخون در آنها بسیار کمتر از کسانی است که از برنامه‌های بیمه‌ای بدون شریک شدن در هزینه‌ها استفاده می‌کنند.^۴ مطالعات اخیر نشان می‌دهد که افراد سالمند نسبت به خرید داروهایی که تحت پوشش برنامه شریک شدن بیمار در هزینه‌ها هستند تمایل کمتری دارند و دریافت نکردن این داروها منجر به افزایش میزان نتایج ناگوار جدی مثل بستری شدن و یا استفاده از خدمات پرستاری در منزل می‌شود.^۵ این مطالعات نشان می‌دهد که شریک شدن در هزینه‌ها یک روش "بدون درد"

1. Invivo

2. Beck RG, Horne JM: Utilization of Publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after co-payment. *Med care* 1980; 18: 787.- Fath MC: Physician response to the United Mine Workers' cost sharing program: The other side of the coin. *Health Serv Res* 1992; 27: 25.

3. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG: Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986; 315: 1259.

4. Brook RH et al: Dose free care improve adult's health? *N Engl J Med* 1983; 309: 1426.

5. Blustein J: Drug coverage and drug purchases by Medicare beneficiaries with hypertension. *Health Affairs* 2000; 19(2): 219.- Tamblin R et al: Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001; 285: 421.

در کنترل هزینه‌ها نیست. تحقیقات اخیر شریک شدن در هزینه‌ها را در مراقبت‌های اورژانس در دو سازمان حافظ سلامت بزرگ بررسی کرده‌اند.^۱ شریک شدن در هزینه‌ها، استفاده نامناسب از خدمات اورژانس را کاهش داده است ولی تأثیری روی استفاده متناسب از خدمات اورژانس یا پیامد سلامت بیماران نداشته است. نویسندگان این تحقیق پیشنهاد می‌کنند که شریک شدن در هزینه‌ها یک روش بدون درد در کنترل هزینه‌ها است، هنگامی که به صورت گسترده به کار گرفته شود، (نه فقط برای افراد با درآمدهای پایین). این روش همچنین برای تشویق بیماران برای استفاده از منابع کم هزینه‌تر (مثل کلینیک به جای اورژانس) طراحی شده است به جای اینکه استفاده از خدمات را به طور کلی منع کند.

مدیریت بهره‌برداری (از منابع)^۲

تلما گراوز دچار هیپر تیروئیدی شدیدی است و پزشک وی با عمل جراحی تیروئیدی موافقت کرده است ولی قبل از برنامه‌ریزی برای عمل جراحی پزشک باید با شرکت بیمه‌کننده خانم گراوز تماس بگیرد و اجازه عمل را از آن شرکت بگیرد زیرا بدون این اجازه، شرکت بیمه برای عمل جراحی هیچ پولی پرداخت نخواهد کرد.

درک جردن در نوجوانی دچار حملات دیابت شد و در سن ۴۲ سالگی به خاطر ناتوانی ناشی از مشکلات دیابتی برای استفاده از خدمات مدیکیر واجد شرایط شناخته شد. او برای درمان قانقاریای انگشت پای خود که در اثر دیابت ایجاد شده بود بستری شد. براساس قوانین گروه‌های تشخیصی وابسته در مدیکیر، بیمارستان در مقابل بستری کردن وی چه ۲ روز باشد چه ۱۲ روز مبلغ مساوی دریافت می‌کند. بنابراین بیمارستان از پزشک درک می‌خواهد که هرچه سریعتر او را مرخص کند. هر روز پرستار بخش مدیریت بهره‌برداری از منابع بیمارستان مشکل درک را بررسی می‌کند و به پزشک وی اطلاع می‌دهد که

1. Mahid DJ et al: Absence of association between insurance co-payments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. N Engl J Med 1997; 336: 1722.- Selby JV et al: Effect of a co-payment on use of the emergency department in a health maintenance organization. N Engl J Med 1996; 334: 635. 2. Utilization Management (UM)

مشکل درک دیگر حاد نیست و نیاز به بستری [بودن] در بیمارستان ندارد. بیمارستان پروفایل کامپیوتری الگوی عملکرد پزشکان را نگهداری می‌کند و به پزشکانی که متوسط طول بستری بیماران آنان از تعداد روزهای مورد انتظار بیشتر شود، هشدار داده و حتی تحت نظارت شدید بخش مدیریت بهره‌برداری بیمارستان قرار می‌دهد.

بخش مدیریت بهره‌برداری، شامل نظارت و کنترل فعالیت‌های بالینی پزشکان، جهت کنترل هزینه‌ها است. در سالهای اخیر استفاده از مدیریت بهره‌برداری توسط برنامه‌های بیمه‌مراقبت خصوصی به سرعت در حال افزایش است.¹ در تمایز با روش شریک شدن در هزینه‌ها که تلاش می‌کرد تا استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی را از طریق تأثیر بر رفتار بیماران کاهش دهد، مدیریت بهره‌برداری به دنبال تأثیر بر رفتار پزشکان است. مکانیسم اثر بر رفتار پزشکان بسیار ساده، مستقیم و واضح است: امتناع از پرداخت پول برای خدماتی که غیرضروری هستند.

مدیریت بهره‌برداری از طرق زیر با واحد پرداخت رابطه دارد:

هرکسی که در [معرض] خطر مالی قرار دارد طرح مدیریت بهره‌برداری را اجرا می‌کند. در بازپرداخت کارمزد کارانه، شرکت‌های بیمه از مدیریت بهره‌برداری برای کاهش پرداخت به بیمارستان و پزشکان استفاده می‌کنند. سیستم گروه‌های تشخیصی وابسته، بیمارستان‌ها را وادار می‌کند تا مدت اقامت را کاهش دهند و گرنه دچار زیان خواهند شد و بدین طریق بیمارستان‌ها مدیریت بهره‌برداری را اجرا می‌کنند. در قراردادهای سرانه‌ای که سازمان حافظ سلامت با گروه پزشکان مراقبت‌های اولیه منعقد می‌کند، در واقع پزشکان مراقبت‌های اولیه نقش مدیریت بهره‌برداری را ایفا می‌کنند. زیرا که قسمت اعظم درآمد آنها نسبت به کارمزد متخصصان و کارکنان آزمایشگاه برای مراقبت‌های اولیه خواهد بود. در زمانی که سازمان حافظ سلامت به یک بیمارستان براساس روش پرداخت روزانه پول پرداخت می‌کند ممکن است هر روز یک پرستار به بیمارستان بفرستد تا اوضاع بیماران را بررسی کند که آیا وی آماده ترخیص است یا خیر. اگر سازمان حافظ سلامت به صورت سرانه به بیمارستان پرداخت کند، بیمارستان در معرض خطر قرار

1. Grumbach K, Bodenheimer T: Reins or fences: A physician's view of cost containment. Health Affairs 1990; 9(3): 120.

می‌گیرد (زیرا تعداد روزهای بستری چه کم باشد چه زیاد، سازمان حافظ سلامت مبلغ ثابتی را به بیمارستان می‌پردازد) پس بیمارستان باید از طرح مدیریت بهره‌برداری (از منابع) استفاده کند. اگرچه تعدادی از مطالعات موردی مدیریت بهره‌برداری، کاهش کوتاه مدت تعداد بستری کردن و عمل جراحی را نشان داده‌اند ولی شواهد کمی وجود دارد که نشان می‌دهد که این روش در دراز مدت باعث صرف جویی در هزینه‌ها می‌شود. خصوصاً هنگامی که هزینه اجرای برنامه مدیریت بهره‌برداری نیز محاسبه می‌شود.^۱ اگر این روش در کنترل هزینه‌ها موفق باشد یک روش بدون درد خواهد بود زیرا به طور انتخابی هزینه‌های غیرضروری را کاهش خواهد داد. اگر چه مشخص شده است که صدور مجوزها (برای بستری کردن یا ادامه برخورداری از خدمات) زیاد معتبر نیست و این کار براساس ارزش‌ها و معیارهای استاندارد و متناسب با مراقبت‌ها صورت نمی‌گیرد. افراد بازنگری کننده^۲ اغلب به صورت مورد به مورد و بدون دستورالعمل یا معیار خاصی تصمیم‌گیری می‌کنند به طوری که نتایج تصمیمات مکرراً بین افراد بازنگر مختلف در یک مورد خاص و در یک فرد بازنگر در موارد مختلف متناقض است.^۳

مدیریت بهره‌برداری به عنوان یک فرآیند مدیریت خرد تصمیمات بالینی، وارد ارتباطات بین پزشک و بیمار شده و باعث ایجاد بحث و جدل‌های اجرایی با پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات می‌شود. در امریکا، پزشکان به "دومین حدس زننده و بارکننده کاغذهای کاری (نسخه)"^۴ معروف‌اند.^۵

قسمت اعظم وقت پزشکان صرف این می‌شود که بیمه‌کنندگان را قانع کنند که استفاده از خدمات برای بیمار لازم است. بعضی از پزشکان یادداشت‌های طولانی را در پرونده بیمار فقط

1. Wickizer TM: The Effect of Utilization review on hospital use and expenditures: A review of the literature and an update on recent findings. Med Care Rev 1990; 47(3): 327.

2. reviewers

3. Dippe SE et al: A peer review of a peer Review Organization. West J Med 1989; 151: 93.-

Light DW: Life, death, and the insurance companies. N Engl J Med 1994; 330: 498.- Kerr EA et

al: Managed care and capitation in California. Ann Intern Med 1995; 123: 500.

4. Second guessed and paper work laden physician in westerns industrialized democracies

5. Lee PR, Etheredge L: Clinical freedom: Two lessons for the UK from US experience with privatization of health care. Lancet 1989; 1: 263.

برای اینکه بازپرداخت را توجیه کنند، می‌نویسند و نه برای ثبت وضعیت پزشکی یا سیر درمان وی. بعضی از پزشکان معتقدند که طرح مدیریت بهره‌برداری، سیستم بهداشتی و درمانی امریکا را وارد بازی بزرگ "اجازه گرفتن برای مصرف منابع" کرده است. چندین روش مدیریت بهره‌برداری برای اجتناب از بازنگری مورد به مورد استفاده از خدمات، ایجاد شده است.

گزارش عملکرد یا شرح حال^۲ به جای تمرکز روی موارد فردی، از خلاصه داده‌های الگوی عملکرد پزشک استفاده می‌کند تا بتواند پزشکانی را که به‌طور عمده از استانداردهای تعیین شده منحرف شده‌اند شناسایی کرده و سپس اقدامات لازم را انجام دهد.^۳ در کانادا و آلمان این اقدامات شامل فعالیت‌های نظارتی و آموزشی است که توسط انجمن‌های پزشکی منطقه‌ای انجام می‌شود.^۴

اشکال گزارش‌های عملکردی این است که اطلاعات آنها اغلب غیرمعتبراند و باعث بی‌اعتمادی پزشکان به این گزارش‌ها می‌شوند.^۵ در امریکا بعضی برنامه‌های مراقبت مدیریت شده، از گزارش‌های عملکرد به عنوان مدرک مالی پزشکان برای عقد قراردادها استفاده می‌کنند و فقط با پزشکانی که الگوی عملکرد آنها با اهداف کنترل هزینه‌های برنامه منطبق باشد قرارداد می‌بندند. تعیین یک دروازه‌بان (گزینه‌گر)^۶ برای مراقبت‌های اولیه از جهات مختلف برای مدیریت بهره‌برداری قابل بررسی است. در مراقبت‌های مدیریت شده، جدا کردن تأثیر یک پزشک بر روی هماهنگی ساختن مراقبت، از [مسئله] تشویق‌های مالی که اغلب با موضوع قرار دادن دروازه بان مرتبط است، مشکل است. با این وجود وظیفه هماهنگی، حتی در یک محیط اقتصادی بی‌طرفانه، خود ممکن است ارجاع نامتناسب را به خدمات متخصصان کاهش دهد اگر چه در عمل سیستم دروازه‌بان هزینه‌ها را فقط ۲ تا ۱ درصد کاهش می‌دهد. کمترین شکل مداخله گرانه مدیریت بهره‌برداری، شامل فعالیت‌های آموزش عمومی و بازخورد روی الگوهای

1. Mother may I

2. Practice Profile

3. Welch HG, Miller ME, Welch WP: Physician profiling: An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon. N Engl J Med 1994; 330: 607.

4. Glaser WA: Health Insurance in practice. Jossey-Bass, 1991

5. Bindman AB: Can physician profiles be trusted? JAMA 1999; 281: 2142.

6. Gatekeeper

عملکرد، بدون معیارهای انضباطی است. در کل، این روش‌های داوطلبانه تأثیر چندانی روی هزینه‌ها ندارند.^۱ به دلیل اینکه تدارک مقادیر غیر متناسب مراقبت، چه زیاد و چه کم، اغلب مشکلات کیفیت مراقبت‌ها را به همراه داشته و فعالیت‌های بهبود کیفیت معمولاً با هم تداخل دارند.

محدودیت عرضه

هری بیماری است که در برنامه‌های سلامت کایزر^۲ در لس‌آنجلس ثبت نام کرده است. او از درد پشت رنج می‌برد و چند بار پزشک خود را ملاقات و پزشک برای رد کردن فتق دیسک بین مهره‌ای درخواست یک MRI کرد. ولی با این درخواست موافقت نشد زیرا متخصص MRI محدودیت‌هایی برای اعضای بیمه کایزر تعیین کرده بود و علائم پزشکی هری از نظر کایزر برای سفارش MRI به اندازه کافی وخیم نبود.

محدودیت عرضه، کنترل تعداد پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات است و به طور خاص تر کنترل منابعی مانند تعداد تخت‌های بیمارستانی و MRI. محدودیت عرضه از طریق مؤسسات خاص امکان‌پذیر است، مثل سازمان حافظ سلامت در امریکا یا برای کل یک منطقه جغرافیایی مثل یک ایالت کانادا. شواهدی موجود است که نشان می‌دهد که تعداد خدمات ارائه شده با میزان عرضه پزشکان رابطه دارد که [به عنوان] پدیده‌ای بنام "تقاضای القائی"^۳ یا "عرضه باعث ایجاد تقاضا می‌شود" شناخته می‌شود.^۴ برای مثال تعداد زیاد جراحان در یک منطقه جغرافیایی باعث افزایش تعداد جراحی‌های انجام شده در آن منطقه می‌شود.^۵

1. Greco PJ, Eisenberg JM: Changing physicians' practices. N Engl J Med 1993; 329: 1271.
2. Kisar
3. Supplier-induced Demand
4. Evanse RG: Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care. Butterworths, 1984.- Rice TH, Labelle RJ: Do physicians induce demand for medical services? J Health Polit Policy Law 1989; 14: 587.
5. Bunker J: Surgical manpower. N Engl J Med 1970; 282: 135.- Wennberg JE, Gittelsohn A: Small area variations in health care delivery. Science 1973; 182: 1102.

کنترل عرضه پزشکان ممکن است استفاده از خدمات پزشکان را کاهش دهد و همچنین باعث تقلیل هزینه‌ها شود. اصل تقاضای القایی، به ظرفیت امکانات و عرضه پزشکان مربوط می‌شود. بعضی از مطالعات نشان می‌دهند که سرانه روزهای بستری در [آن] مناطق جغرافیایی که سرانه تخت بیمارستانی بیشتری دارند، بالاتر است. اصل "تخت خالی تمایل دارد تا پر شود"، به عنوان "قانون رومر"^۱ شناخته شده است.^۲

برعکس نظارت شدید بر تعداد مراکزی که اجازه عمل قلب باز را دارند، محدود شدن تعداد کلی اعمال جراحی را که می‌تواند انجام شود دربر دارد. در شرایط محدود بودن عرضه، پزشکان باید بیمارانی را که نیاز شدید به این خدمات دارند شناسایی کنند. به صورت ایده‌آل پزشکانی که دانش لازم برای تشخیص بیماری را دارند، بیماران نیازمند خدمات را از بیماران غیرنیازمند جدا می‌کنند. در یک محیط کمتر ایده‌آل، عرضه منابع با نیازهای بیماران تطابق ندارد و پزشکان تحت فشار قرار می‌گیرند تا بیماران را براساس درجه نیاز پزشکی‌شان اولویت‌بندی کنند. مطالعات مشاهده‌گر^۳ نشان می‌دهند که محدود کردن عرضه در کنترل هزینه‌ها موفق بوده است. این مطالعات که مناطق مختلف جغرافیایی را با هم مقایسه کرده بودند، ثابت کردند که استفاده از خدمات با دسترسی به پزشکان، تخت‌های بیمارستانی و تکنولوژی رابطه دارد.^۴

در بعضی موارد، تحقیقات در آشکار کردن یک ارتباط قوی بین تقاضا و هزینه‌ها ناتوان بودند.^۵ اگر چه همیشه یک ارتباط مستقیم بین عرضه و استفاده از خدمات وجود ندارد، ولی دلایل روشنی وجود دارد که محدودیت ظرفیت‌ها باعث محدود شدن استفاده می‌شود. برای

1. Roemer Law

2. Roemer MI, Shain M: Hospital Utilization under Insurance. American Hospital Association, 1959.

3. Observational Studies

4. Wennberg JE, Gittelsohn A: Small area variations in health care delivery. Science 1973; 182: 1102.- Fisher ES et al: Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. Health Serv Res 2000; 34: 1351.

5. Folland S, Stano M: Small area variations: A critical review of propositions, methods, and evidence, Med Care Rev 1990; 47(4): 419.

مثال یک مقایسه بین‌المللی، میزان مختلفی را در استفاده از عمل بای پس عروق کرونر نشان داد. این تعداد در انگلیس کم بود، در کانادا متوسط و بیشترین تعداد عمل جراحی در امریکا صورت گرفته بود. این میزان با درجاتی که این کشورها بر مراکز انجام عمل جراحی نظارت داشتند مطابقت داشت (کمترین نظارت در امریکا).^۱ تحقیقات در امریکا نشان داد که بیمارانی که با تشخیص انفارکتوس میوکارد بستری می‌شوند، نوع درمان‌هایی که برای آنها انجام می‌شود بسته به اینکه در یک بیمارستان دارای بخشهای آنژیوگرافی و جراحی قلب بستری شوند یا نه متفاوت است.^۲

بعضی تحقیقات چگونگی تأثیر محدودیت عرضه را بر روی پیامد سلامت بررسی کردند. یک مطالعه در مورد بیماران دچار سکته قلبی که در پیش به آن اشاره شد، نشان داد که نتایج در بیمارستانی که از جراحی بای پس و کاتتریزاسیون برخوردار بود و بیمارستانی که این موارد را نداشت یکسان بود. بعلاوه میزان استفاده از جراحی قلب در گروه اول کمتر بود.^۳ یک آزمون طبیعی در محدودیت عرضه در بیمارستان، هنگامی رخ داد که به طور ناگهانی به علت کمبود پرستار، تعداد تختهای اشغال شده بخش مراقبت‌های ویژه از ۱۸ به ۸ رسید^۴ و پزشکان از بیمارانی که با درد قفسه سینه معاینه می‌شدند فقط آنهایی را انتخاب می‌کردند که واقعاً درد قفسه سینه در آنها وخیم بود.

محدودیت استفاده از تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه، تأثیرات بدی در پیامد سلامت

1. McPherson K: International Differences in medical care practices. Health Care Fin Rev 1989; Ann Suppl: 9.- Rublee DA: Medical technology in Canada, Germany, and the United States: An update. Health Affairs 1994; 13(4): 113.

2. Blustein J: High-technology cardiac procedures: The impact of service availability on services use in New York State. JAMA 1993; 270: 344.- Every NR et al: The association between on-site cardiac catheterization facilities and the use of coronary angiography after accrue myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 329: 546.

3. Every NR et al: The association between on-site cardiac catheterization facilities and the use of coronary angiography after accrue myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 329: 546.

4. Singer DE et al: Rationing intensive care: Physician responses to a resource shortage. N Engl J Med 1983; 309: 1155.

بیمارانی که در بخش غیرویزه بستری شدند نداشت. این مطالعه پیشنهاد کرد که پزشکانی که با شرایط کمبود عرضه روبه‌رو می‌شوند باید بتوانند بیماران را از نظر پزشکی اولویت‌بندی کنند و خدمات غیرضروری را کاهش دهند. ایجاد روش محدودیت عرضه که مستلزم اولویت‌بندی خدمات براساس مناسبت و اورژانسی بودن نیاز بیماران توسط پزشک است، نگرشی بسیار متفاوت (و کمتر مداخله‌آمیزتر) نسبت به طرح مدیریت بهره‌برداری، که برای تعیین ظرفیت بهره‌برداری به بخش‌های خارجی متکی است، ارائه می‌کند.

کنترل نوع عرضه^۱

یک شکل خاص کنترل عرضه، نظارت بر نوع (به جای تعداد کل) ارائه‌دهندگان خدمات است. تعادل بین پزشکان متخصص و عمومی یکی از این موارد است. افزایش نسبت پزشکان عمومی به دو دلیل باعث صرفه‌جویی می‌شود:^۲ اول، پزشکان عمومی نسبت به متخصصان، درآمد کمتری دارند؛ دوم، پزشکان عمومی از منابع پرهزینه پزشکی کمتر استفاده می‌کنند (مثلاً استفاده کمتر از خدمات آزمایشگاهی و غیره) و این درکل، مخارج بهداشتی و درمانی را کاهش می‌دهد.^۳ مطالعات نشان می‌دهند که پرستاران و دستیاران پزشکان می‌توانند بسیاری از وظایف ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه را با هزینه کمتر از پزشکان انجام دهند.^۴

کنترل مختلط^۵

در دنیای واقعی، استراتژی‌های محدودسازی هزینه‌ها به تنهایی، در یک سیستم ثابت به کار گرفته نمی‌شود بلکه از ترکیبی از سیاست‌های مربوط به تأمین مالی، الگوهای ارائه خدمات پزشکی و کنترل هزینه استفاده به عمل می‌آید.

1. controlling the type of Supply

2. Grumbach K, Lee PR: How many physicians can we afford? JAMA 1991; 265: 2369.

3. Greenfield S et al: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. JAMA 1992; 267: 1624.

4. Ibid.

5. Mixed control

نتیجه‌گیری

هیچ مکانیسم کاملی برای کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وجود ندارد. استراتژی‌ها باید با توجه به میزان موفقیت آنها در محدودسازی هزینه‌ها مورد قضاوت قرار گیرند و سعی شود که به صورت بدون درد، بدون لطمه‌زدن به پیامد سلامت، اجرا شوند. از دیدگاه دکتر جان ونبرگ^۱ کلید کنترل هزینه‌ها در امریکا:

“توجه به مدیریت خرد ارتباطات پزشک و بیمار نیست بلکه مدیریت ظرفیت‌ها و بودجه‌ها است. مشکل امریکا این است که می‌خواهد ترموستات عرضه را به اندازه و مطابق با دلیل جایگذاری کند.”

اگر چه به نظر می‌رسد برنامه‌های مراقبت مدیریت شده امریکا و برنامه‌های سلامت ایالتی کانادا که گاهی کاملاً با الگوی بازسازی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مقابله می‌کنند، ولی هر دو برنامه [اعم از برنامه] کانادایی‌ها و نیز مدل گروهی و پرسنلی سازمان‌های حافظ سلامت در امریکا، روش‌های کنترل هزینه‌های خود را براساس این عبارت ونبرگ قرار داده‌اند: “مدیریت ظرفیت‌ها و بودجه‌ها”. در کانادا این مدیریت تحت کنترل عمومی از طریق نظارت بر عرضه پزشکان، بودجه بیمارستانی و پزشکان و تکنولوژی انجام می‌پذیرد و در امریکا سازمان حافظ سلامت با مدیریت خصوصی، ترموستات‌های خود را با تنظیم بودجه‌ها و تعداد پزشکان، تخت‌های بیمارستان و تجهیزات پرهزینه به کار می‌برد.

درسی که می‌توان از تلاش‌های چند دهه قبل امریکا برای کنترل هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی گرفت این است که سیاست‌های محدود سازی هزینه‌ها برای تأثیر [گذاردن] بر روی بازپرداخت ارائه‌دهندگان خدمات، نیازمند تمرکز روی مدیریت کلان است نه مدیریت خرد.^۲

1. John Wennberg

2. Luft HS, Grumback K: Global budgets and the competitive market. In: Critical Issue in U.S. health Reform. Ginzberg E (editor). Westview press, 1994.

تلاش برای مدیریت هزینه‌ها در سطح برخورد با بیماران (مثل تعیین حق‌الزحمه هر خدمت، بازنگری تصمیمات روزانه، تحمیل هزینه تسهیمی هر ویزیت و یا نسخه به پزشک) یک استراتژی دست و پاگیر و بی نتیجه برای محدود کردن کل هزینه‌ها است. بعلاوه در سیستم موجود، یک پرداخت‌کننده، هزینه‌هایش را با جابجا کردن مخارج [و تحمیل آن] بر دوش پرداخت‌کننده دیگر پایین می‌آورد که این در نهایت منجر به صرفه‌جویی در کل هزینه‌ها نخواهد شد. پرداخت‌کننده‌ها در آینده باید بر روی ابزارهای محدود سازی هزینه‌ها به صورت گلوبال تأکید کنند (مثل پرداخت سرانه یا واحد یکپارچه، محدود کردن تعداد پزشکان و نیروی کار متخصص و متمرکز کردن خدمات تکنولوژی برتر در مراکز منطقه‌ای). بحث و گفتگوی آینده در مورد محدودسازی هزینه‌ها در امریکا باید روی این موضوع [متمرکز] باشد که آیا ابزار محدودسازی هزینه‌ها بوسیله برنامه‌های مراقبت مدیریت شده یا بوسیله نظارت عمومی ارائه‌دهندگان خدمات در یک بازار رقابتی، به خوبی به کار گرفته شده است یا خیر؟