

مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب

رضا صفدری^۱، شهرام توفیقی^۲، مرجان قاضی سعیدی^۳، آزاده گودینی^۴

چکیده

با پیشرفت تکنولوژی در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و تخصصی شدن بیشتر فعالیت‌ها، سازمان‌های سلامت برای ارائه‌ی بهتر و جبران هزینه‌ها نیاز به به کارگیری و استفاده از روش‌های هزینه‌یابی برای محاسبه درآمد و هزینه‌ها داشتند و برای این منظور در کشورهای توسعه یافته، بیشتر بیمارستان‌ها سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته گذاشتند. بر اساس این روش جدید، بیمارستان‌ها بر طبق گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته، هزینه‌ها و بهای تمام شده خدمات را در ازای خدمات انجام شده برای بیمار محاسبه کردند.

این مقاله از نوع مروری بود و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مستندات چاپی و الکترونیکی مرتبط با موضوع صورت گرفت و با توجه به این که گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان شناخته شده‌ترین نظام طبقه‌بندی بیماری به منظور تسهیل بازپرداخت درمانی بودند، بدین منظور بیمارستان‌ها باید سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس روش گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته بگذارند و از آن به عنوان ابزاری برای تسهیل بازپرداخت خود استفاده کنند و در این مقاله سعی بر آن است که با تطبیق فرایندهای انجام شده در این زمینه و استفاده از تجارب کشورهای سرآمد، مناسب‌ترین روش انتخاب شود و نسبت به پیاده‌سازی آن در کشور اقدامات لازم صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: گروه‌های تشخیص (پرداخت هزینه)؛ هزینه و هزینه سنجی؛ بیمارستان‌ها.

نوع مقاله: کوتاه

پدیرش مقاله: ۸۸/۱۲/۲۲

اصلاح نهایی: ۸۸/۸/۲۶

دریافت مقاله: ۸۸/۳/۱۳

ارجاع: صفدری رضا، توفیقی شهرام، قاضی سعیدی مرجان، گودینی آزاده. مطالعه‌ی تطبیقی ضرورت به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان ابزاری واحد برای تسهیل بازپرداخت درمانی در کشورهای منتخب. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۲): ؟؟؟؟؟.

مقدمه

۱. دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
۳. مربی و دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: azigoodini@yahoo.com

در قرن نوزدهم، اهمیت کسب اطلاعات صحیح در مورد هزینه‌های ارائه‌ی خدمات و تأکید بر اهمیت مدیریت هزینه، باعث گردید تا سیستم هزینه‌های متغیر بر اساس گروه‌های تشخیصی وابسته از بیماران اخذ گردد (۱). گروه‌های مرتبط تشخیصی (DRG یا diagnostic related groups) یک سیستم طبقه‌بندی بیمار است که مربوط به مشخصات فردی، تشخیصی و خصوصیات درمانی بیماران نسبت به طول مدت بستری و مقدار منابع مصرف شده می‌باشد. DRG چارچوبی را

با توجه به استفاده‌های مختلف از یک نظام طبقه‌بندی بیمار، پنج نوع نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی در آمریکا ارائه شده است: ۱. گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare ۲. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده ۳. گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران ۴. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده تمام بیماران ۵. گروه‌های مرتبط تشخیصی بر اساس شدت (۹).

نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare با حمایت مدیریت مراقبت سلامت ایجاد شد و از نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی زیر به عنوان نظام پایه جهت ایجاد گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare استفاده می‌کرد. گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده شامل تمایز در سن، عوارض و بیماری‌هایی است که منجر به افزایش هزینه می‌شود. گروه‌های مرتبط تشخیصی شدت که در سال ۱۹۹۴ ایجاد شد و شامل ارزیابی دوباره از عوارض و بیماری‌های همراه می‌باشد. در گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران هدف، پیش‌بینی منابع مصرفی برای جمعیتی غیر از جمعیت تحت پوشش Medicare بود و نظام پایه‌ی مورد استفاده جهت ایجاد گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران، نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی Medicare بوده است. در گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده تمام بیماران هدف، پیش‌بینی منابع مصرفی برای تمام بیماران بود و نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه برای ایجاد این نظام، گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران بوده است (۱۰، ۳).

استرالیا:

دو نوع نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی در استرالیا ارائه شده است: ۱. گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا ۲. نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده‌ی استرالیا. گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا اولین نظام طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا می‌باشد که در سال ۱۹۹۲ با کمک سیستم اطلاعات بهداشتی تری ام و بخش خدمات بهداشت و سلامت استرالیا توسعه پیدا کرد. گروه‌بندی مرتبط تشخیصی

برای هر بیمار بستری خاص با تشخیص چندگانه جهت طبقه‌بندی بیماری و جراحات فراهم می‌آورد (۲). DRG به عنوان ابزاری برای مدیریت هزینه‌ها و کمک به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها برای کنترل مصرف و کیفیت خدمات صورت پذیرفته، توسعه پیدا کرد (۳). فرایند تشکیل گروه‌های مرتبط تشخیصی با تقسیم تمامی تشخیص‌های اصلی ممکن به طبقات تشخیصی اصلی تحت عنوان MDC (major diagnostic categories) انجام می‌شود و در زیر مجموعه‌ی طبقات تشخیص اصلی، گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه وجود دارند. یک گروه تشخیصی پایه می‌تواند با مجموعه‌ای خاص از ویژگی‌های بیمار مانند تشخیص اصلی، اقدام تشخیصی درمانی، وضعیت ترخیص، وجود یا عدم وجود عوارض و یا بیماری‌های همراه، گروه سنی، جنسیت، سطح شدت عوارض و یا بیماری‌های همراه و وزن زمان تولد در پذیرش نوزادان مشخص گردد (۴-۶).

شرح مقاله

آمریکا:

عملکرد DRG در بازپرداخت هزینه‌های درمانی نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی به عنوان اساسی برای اجرای نظام پرداخت آینده‌نگر در مراقبت‌های حاد محسوب می‌گردد. به عبارتی بازپرداخت بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی یک نظام پرداخت آینده‌نگر است، زیرا نرخ‌های بازپرداخت برای یک گروه مرتبط تشخیصی از قبل، یعنی پیش از این که خدمات مورد استفاده قرار گیرند، تعیین شده است (۷). اجرای نظام پرداخت آینده‌نگر برای پرداخت بیمارستانی توسط Medicare در ایالات متحده آمریکا باعث تغییرات مهمی در ارائه‌ی مراقبت بهداشتی درمانی گردیده است. از نتایج مهم آن کاهش متوسط طول مدت اقامت بیماران بستری سالمند و نیز حرکت از برخی خدمات بیمارستانی به مجموعه‌ی معالجات غیر بیمارستانی مانند خدمات ارائه شده در مطب پزشکان، کلینیک‌های سرپایی، مراکز جراحی سرپایی و مراقبت در منزل بوده است (۸).

پذیرش می‌باشد (۱۶، ۱۵).

گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا AR-DRG و ویرایش ۴/۱ (۱۹۹۸) طرحی بود که برای ایجاد سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی در آلمان در سال ۲۰۰۰ پذیرفته شد. جریان تطبیق (Germany Diagnostic Related) GDRG (Groups) بر اساس AR-DRG در کنگره‌ای با حضور انجمن‌های پزشکی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای مورد تأیید و تشویق هیأت جلسه قرار گرفت، به طوری که بیمارستان‌های منتخب در سال ۲۰۰۳ سیستم‌های بازپرداخت بیمارستانی خود را بر اساس گروه‌های مرتبط تشخیصی تنظیم کردند (۱۷). در ابتدای سال ۲۰۰۴ تمام بیمارستان‌های به طور قانونی به استفاده از گروه‌های مرتبط تشخیصی برای تسهیل بازپرداخت خدمات بستری، برای حمایت از هزینه و بودجه‌ی بیمارستان از خسارت‌های مالی غیر قابل انتظار که ممکن است در زمان‌های مختلف حادث شود ملی ملزم شدند. از سال ۲۰۰۴ تا به حال، شماری از فاکتورهای تصدیق شده‌ی جدیدی مثل اقدامات پیچیده و تشخیص‌های ثانویه به لیست قبلی اضافه شدند تا یک سیستم متمایز مورد تأیید برای گروه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی ایجاد کنند. (شمار گروه‌ها در طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی در طی سال‌های مختلف به قرار زیر بوده است: سال ۲۰۰۳ (۶۶۴ گروه)، سال ۲۰۰۴ (۸۲۴ گروه)، سال ۲۰۰۵ (۸۷۸ گروه) و سال ۲۰۰۶ (۹۵۴ گروه) (۱۸).

کانادا:

گروه‌های Case mix در کانادا (CMG Case mix) (groups) معادل سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی می‌باشد که در سال ۱۹۸۳ در این کشور توسعه پیدا کردند. سیستم Case mix، گروه‌های مرتبط تشخیصی بر اساس ICD9.CM را پذیرفت تا آن را با سیستم طبقه‌بندی ICD9/CCP خود منطبق سازد (۸). در حقیقت MCC در سیستم CMG مشابه سیستم (MCC Major Clinical Category) در سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی می‌باشد. اگر چه شباهت‌ها در مرحله‌ای متوقف

استرالیایی تحت حمایت سیستم طبقه‌بندی بیماران نیز می‌باشد که ابزاری برای خلاصه کردن و گزارش‌دهی تعداد و نوع بیماران درمان شده (Case mix) ایجاد می‌کند. آخرین ویرایش این نظام شامل ۲۳ طبقه تشخیصی اصلی می‌باشد که در دو جلد کتاب راهنما توصیف شده است. سیستم طبقه‌بندی استرالیا برگرفته از گروه‌های مرتبط تشخیصی ایالات متحده آمریکا می‌باشد (۱۲-۱۱).

گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده استرالیا توسط بخش سلامت و مراقبت و با مشاوره‌ی کمیته‌ی Case mix بالینی استرالیا، طبقه‌بندی و کدگذاری بالینی و مراکز ملی طبقه‌بندی در بهداشت، کارشناسان بهداشتی ایالتی و منطقه‌ای و دیگر سازمان‌ها گسترش پیدا کرد. عنصر کلیدی موفقیت استرالیا در امر توسعه و استفاده از سیستم گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده استرالیا به عنوان دومین نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی کشور به علت درگیری فعال پزشکان بالینی در کمیته‌های Case mix می‌باشد (۱۳).

ویرایش‌های مختلف طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی استرالیا در سال ۱۹۹۲ شامل ۵۲۷ گروه DRG در سال ۱۹۹۳ شامل ۵۳۰ گروه، در سال ۱۹۹۵ شامل ۶۶۷ گروه و ویرایش چهارم آن در سال ۱۹۹۸ شامل ۶۶۱ گروه DRG می‌باشد و در سال ۲۰۰۵ تعداد آن به ۶۶۵ گروه نیز رسیده است (۱۴، ۱۰).

آلمان:

آلمان جزء آخرین کشورهایی بود که گروه‌های مرتبط تشخیصی را بر اساس پرداخت Per Case برای مراقبت‌های بستری پذیرفت. بر خلاف روال دیگر کشورها، در آلمان برای بازپرداخت تمام خدمات بستری به جز موارد روانی و طب روانی استفاده می‌شود.

یکی از اصلی‌ترین هدف‌ها برای اجرای گروه‌های مرتبط تشخیصی کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و کنترل هزینه‌ها با اجرای سیستم پرداخت بیمارستانی برای تمام پرداخت‌کننده‌ها با نرخ‌های گروه‌های مرتبط تشخیصی در هر

سلامت کانادا مسؤول توسعه، اصلاحات و منتشر کردن این سه طبقه‌بندی در کانادا می‌باشد. در دهه‌های اخیر در این کشور توسعه در زمینه‌ی داده‌های مراقبت بهداشتی و استفاده از روش‌های طبقه‌بندی مناسب برای این داده‌ها و جمعیت، منجر به طبقه‌بندی‌های جدید دیگری مثل: APG (Ambulatory Related Groups), RUG (Resource Utilization Groups), SCIPP (System for Classification In- Patient Psychiatry), نقش مؤسسه‌ی اطلاعات سلامت کانادا در این موارد، توسعه و اصلاح سیستم‌ها نمی‌باشد بلکه تنها وظیفه‌ی درخواست و انتشار را بر عهده دارد (۲۰).

گردید و از معیارهای متفاوت دیگری برای موارد تقسیم شده بعدی استفاده کردند (۱۹).
Case mix تمام قلمرو کانادا را به جز Kabk تحت پوشش قرار می‌دهد. Case mix برای گروه‌بندی بیماران بستری تحت مراقبت حاد در کانادا فعالیت خود را آغاز کرده بود و سپس با معرفی گروه‌های اقدامات روزانه برای طبقه‌بندی اقدامات جراحی روزانه در سال ۱۹۹۱ فعالیت خود را دنبال کرد و به طور جامع‌تری با معرفی سیستم مراقبت سرپایی (Comprehensive Ambulatory Classification System) برای طبقه‌بندی ویزیت‌های سرپایی حاد ادامه پیدا کرد. مؤسسه‌ی اطلاعات

جدول ۱: بررسی مقایسه‌ی تطبیقی سیستم طبقه‌بندی بیماران در کشورهای منتخب

کشور	سیستم طبقه‌بندی	سیستم طبقه‌بندی گروه‌های مرتبط تشخیصی	سیستم کدگذاری تشخیصی	سیستم کدگذاری اقدامات
استرالیا	گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده و گروه‌های مرتبط تشخیصی ملی استرالیا	استفاده می‌کند	ICD-10-AM	ICD-10-AM
امریکا	گروه‌های مرتبط تشخیصی شدت، گروه‌های مرتبط تشخیصی تمام بیماران، گروه‌های مرتبط تشخیصی اصلاح شده، گروه‌های مرتبط تشخیصی مدیکر	استفاده می‌کند	ICD-10-CM	ICD-10-CM
آلمان	G-DRG	استفاده می‌کند	ICD-10-SGBV	OPS-301 v.2.0
کانادا	گروه‌های Case mix (CMG)	استفاده می‌کند	ICD-10-CA	CCI
ایران	گلوبال	استفاده نمی‌کند	ICD-10	ICD-10

Comment [as1]: Medicare

ایران:

شیوه‌های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی در کشور ایران از چندین فرایند ترکیبی برای پرداخت هزینه‌ی مراقبت استفاده می‌کند که بخشی از آن بر اساس K هزینه‌ی شخصی و تعیین شده که با توجه به ارزش نسبی ضریب مربوط، هر ساله قابل بازنگری است و بخشی از آن هم تحت عنوان پرداخت موردی است که در این روش به طور معمول مقدار پرداختی برای هر مرحله از مراقبت، قبل از ارائه‌ی خدمت تعیین می‌شود. در این روش، بیماران بر اساس جدول بیماری‌ها طبقه‌بندی می‌شوند. نظام طبقه‌بندی که به عنوان پایه و اساس جهت به کارگیری روش پرداخت موردی استفاده می‌شود، نظامی با عنوان نظام گلوبال است. مرکز توسعه دهنده و حمایت کننده‌ی نظام گلوبال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. نظام گلوبال در حال حاضر جهت پرداخت در سطح دوم و سوم خدمت، استفاده می‌شود (۲۱). طبقات تشخیص اصلی و گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه، که در نظام‌های مرتبط تشخیصی به طور جامع و کامل در نظر گرفته شده است، در نظام گلوبال وجود ندارد. طبقاتی جهت اطلاعات غیر معتبر و متناقض و وضعیت ترخیص بیمار در نظام گلوبال در نظر گرفته نشده است. متغیرهای سن، جنس، وجود یا عدم وجود عوارض و بیماری‌های همراه، وزن زمان تولد در نوزادان و شدت بیماری و یا سطح پیچیدگی کلینیکی بیمار و نیز خطر مرگ را نمی‌توان با توجه به نظام گلوبال تعیین نمود. در نظام‌های گروه‌های مرتبط تشخیصی به هر گروه، کدی تعلق می‌گیرد که با کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها مرتبط و هماهنگ است، اما در نظام گلوبال کدگذاری انجام نمی‌شود. عامل وزن نسبی یا وزن هزینه‌ای، که در محاسبه‌ی هزینه‌ی بیمار با توجه به نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی جهت هر گروه، به طور جداگانه تعیین می‌شود، در ارتباط با نظام گلوبال مطرح نمی‌باشد (۲۱).

بحث

با توجه به این که صحت محاسبه‌ی هزینه‌ها در بیمارستان و

مراکز بهداشتی به عنوان یک مسأله‌ی اساسی مطرح می‌باشد و سازمان‌ها برای ارائه‌ی خدمات بیشتر و جبران هزینه‌ها نیاز به استفاده از روش‌های هزینه‌یابی برای محاسبه‌ی درآمد و هزینه‌ها دارند. بدین منظور بیمارستان‌ها باید سیستم محاسبه‌ی هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس روش گروه‌های مرتبط تشخیصی وابسته بگذارند و از آن به عنوان ابزاری برای تسهیل بازپرداخت خود استفاده کنند. البته میان ساختار نظام گلوبال با ساختار نظام مرتبط تشخیصی که در کشورهای توسعه یافته اجرا می‌گردد، اختلاف زیادی وجود دارد. از این رو پیشنهاد می‌گردد با مطالعه‌ی دقیق روند پیشرفت و توسعه‌ی نظام مرتبط تشخیصی در کشورهای پیشرو، ضمن برطرف کردن نقاط ضعف در کشور، ابتدای امر سعی بر اجرای پایلوت این طرح در بیمارستان‌های کوچک داشته باشیم و بعد به صورت گسترده مانند دیگر کشورها به منظور تسهیل بازپرداخت درمانی از این روش در سطح کشور استفاده کنیم. همچنین باید در نظر داشته باشیم برای افزایش کارایی این نظام، لزوم بهره‌گیری دقیق از نظام طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (International Classification of Disease یا ICD) و درج کد بیماری یا جراحی توسط پزشک عمومی و متخصص (تشخیص اولیه و ثانویه) و بیمارستان (تشخیص نهایی) ضروری است.

بدیهی است اجرای چنین امری نیازمند همکاری تمامی نهادها و سازمان‌های دست اندر کار شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر، مراکز درمانی و مجلس شورای اسلامی است تا با همکاری یکدیگر و ایجاد هماهنگی، نسبت به طراحی یک برنامه‌ی استراتژیک بلند مدت اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان از زحمات جناب آقای دکتر صفدری و خانم قاضی سعیدی که استادان راهنمای بنده بودند و همچنین مشاوره‌ی آقای دکتر توفیقی تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Bloor K, Maynard A. Provider Payment Mechanisms." Background paper to Flagship Module 7, Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. Washington (DC): World Bank Institute; 1998.p. 13-33.
2. Safdari R. System nomenclature and classification disease and present model for creation national classification disease. Tehran: Mirmah Publication; 2003.
3. Fetter R. Background. In: Fetter RB, Brand DA, Gamache D, editors. DRGs: their design and development. Chicago: Health Administration Press; 1991.
4. Shi L, Singh DA. Essentials of the United States health care system. London: Jones & Bartlett Learning; 2005. p. 142.
5. The Diagnostic Related Groups (DRGs) to Adjust Payment -Mechanisms for Health System Providers [Online]. Proceedings of the Inter -American Conference of social security; 2005 Nov; Available from: URL: [http:// www.Ciss.org.mx/pdf/en/studies/ciss-wp-o5122.pdf/](http://www.Ciss.org.mx/pdf/en/studies/ciss-wp-o5122.pdf/)
6. Davis N, LaCour M. Introduction to health information technology. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
7. Campbell C, Schmitz H, Waller L. Financial Management in a Managed Care Environment. New York: Delmar Publishers; 1998.
8. Vines D, Rollins E, Braceland A, Miller S. Comprehensive health insurance: billing, coding, and reimbursement. London: Pearson Prentice Hall; 2008.
9. Duckett S. The Development of Australian Refined Diagnosis Related Groups: The Australian Inpatient Casemix Classification. CASEMIX Quarterly 2000; 24: 115-20.
10. Stoelwinder J, Viney R. A Tale of two states: New south wales Victoria. In: Bloom AL, Editor. Health reform in Australia and New Zealand. New York: Oxford University Press, 2000. p. 211-24.
11. AIHW. Health Expenditure in Australian [Online]. 2003 Oct 4 [cited 2005 Oct 6]; Available from: URL: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468028/>
12. Australia.Dept.of Health and Aged Care. Australian refined diagnosis related groups: version 4.2: addendum to definitions manual. Canberra: Commonwealth Dept. of Health and Aged Care; 2000.
13. Berlinguet M, Vertrees J, Freedman R, D Andrea R, Tinker A. Case-mix Analysis Across Patient Populations and Boundaries: A Refined Classification System Designed Specifically for International Quality and Performance Use [Online]. 2002; Available from: URL: <http://solutions.3m.com/3MContentRetrievalAPI/>
14. Wilke MH, Hocheil E, Scherer J, Janke L. Introduction of the new DRG-based reimbursement system in German hospitals-a difficult operation? Experiences and possible solutions from the viewpoint of trauma surgery. Unfallchirurg 2001; 104(5): 372-9.
15. Roeder N, Rochell B, Hindle D. Per case payment in Germany: all in a mess. Australian Health Review 2002; 25(6): 233-8.
16. Ahrens U, Bocking W, Kirch W. Der optionale Start der G-DGRs im Jahr 2003: Warum entschieden sich Krankenha"user für die Einführung zum frühen Zeitpunkt? Journal of Public Health 2004; 12(1): 61-71.
17. Hatcher J. An Overview of Canadian Case Mix Initiatives. Proceedings of the 2008 Australian Casemix Conference; 2008 Nov 17; Adelaide, Canada; 2008.
18. Perry S. CIHI Grouping and indicators program consultant, case mix CIHI, Maximizing the use and understanding of case mix tools health care interactive workshop.canadian institute for health information & Ontario ministru of health and long-term care [Online]. 2009; Available from:URL: <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/>
19. Hajghasemali D, Hajmahmoodi H. Expenses global operation in hospital private organization social service; 1384. p. 48-61.
20. Sharifian R. Study comparative diagnostic related groups in selective countries, [MSc Thesis] Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004.

Comment [E2]: پیدا نشد؟؟؟

A Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries

Reza Safdary, PhD¹; Shahram Tofighi, PhD²; Marjan Ghazisaeedi³; Azadeh Goodini⁴

Abstract

With increasing technology in providing health care services and specialization, health care organization requires application of costing methods for calculating income and expenses to improve the health care services and compensate the costs.

For this purpose, most hospitals in the developed countries, estimated system costs based on affiliated diagnostic related groups. According to this new method, hospitals were calculated costs and cost of services in return for services performed for the patient. In this review article, the data has been collected using print and electronic documents related to the topic. Considering that the diagnostic related groups known as disease classification system to facilitate medical reimbursement, so, hospitals must calculate their costs based on this method. In this article, we try to select the most appropriate method to make the necessary actions in the country with the matching process performed in this field and use the pre-eminent world experiences.

Keywords: Diagnosis- Related Groups; Costs and Cost Analysis; Hospitals.

Type of article: Short Article

Received: 3 Jun, 2009 Accepted: 12 Mar, 2010

Citation: Safdary R, Tofighi Sh, Ghazisaeedi M, Goodini A **Comparative Study on the Necessity of Using Diagnostic Related Groups for as a Tool to Facilitate the Repayment of Health Units in Selected Countries.** Health Information Management 2011; 8(2): ?????.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

1. Lecturer, Medical Records, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Associated Professor, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Health Services Management, Baghiatolah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Lecturer & PhD Student, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MSc, Education of Medical Record, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Authors)
Email: azigoodini@yahoo.com