

ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب؛ ارائه الگو برای ایران

ایرج کریمی^۱ / امیر اشکان نصیری پور^۲ / محمدرضا ملکی^۳ / هادی مخترع^۴

چکیده

مقدمه: محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در زمینه کیفیت خدمات، کارایی و اثربخشی و عدالت با چالش‌های گوناگونی مواجه ساخته است. برای برخورد با این مقوله، دولت‌ها از روش‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت گوناگون استفاده می‌کنند.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی - تطبیقی، شیوه‌های تأمین منابع مالی و نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات در بخش سلامت ۱۲ کشور استرالیا، انگلیس، آمریکا، ترکیه، سوئد، نروژ، ژاپن، هلند، کانادا، دانمارک، فرانسه و آلمان مورد بررسی قرار گرفته و بر اساس سازوکارهای مشترک، مورد عمل در کشورهای فوق، الگویی برای ایران طراحی شده، و اعتبار آن با نظرسنجی از خبرگان به روش دلفی محرز گردید.

یافته‌ها: در کشورهای مورد مطالعه تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اغلب به شکل بودجه تخصیصی و به صورت کلی و سالانه انجام می‌گیرد. ملاک تخصیص به خصوص در بخش هزینه‌های جاری بر اساس کیفیت خدمات، هزینه خدمات و سطح عملکرد است. در این کشورها نظام مصوب محاسبه قیمت خدمات بر اساس برآورد هزینه است و نظام‌های پرداخت در سطح اول بیشتر بر اساس سرانه و کارانه بوده و در سایر سطوح بر اساس نظام سطح بندی به صورت کارانه می‌باشد. آزمون آماری مقایسه یک نسبت به نسبت جامعه معیار، معنی دار بودن نتایج را در کل تأیید کرد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به پایین بودن تولید ناخالص داخلی ایران و سهم کم بخش سلامت از آن، جهت تأمین مالی واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت در سطح اول، پرداخت بر اساس ترکیب کارانه و سرانه توصیه می‌شود. در سایر سطوح ارائه خدمات چنانچه پرداخت به شیوه کارانه باشد با تخصیص غیرمستقیم منابع مالی به مؤسسات ارائه‌کننده خدمات سلامت (از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه) و یکسان‌سازی تعرفه مابین بخش خصوصی و دولتی کارایی اثربخشی و رعایت عدالت در نظام سلامت ارتقاء می‌یابد.

کلید واژه‌ها: تأمین منابع مالی، نظام‌های پرداخت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بخش سلامت

◇ و صول مقاله: ۸۷/۴/۱۵، اصلاح نهایی: ۸۷/۱۰/۸، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۲/۱۸

- ۱- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
 - ۲- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
 - ۳- استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
 - ۴- دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات
- نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات

مقدمه

بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری دارای حساسیت زیادی می‌باشد، زیرا توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد باعث شود که منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. [۱] یکی از اهداف مهم که تمامی کشورها در اصلاحات خود در بخش بهداشت و درمان دنبال می‌کنند کنترل هزینه‌ها می‌باشد که البته این مقوله در کنار سایر اهداف از قبیل افزایش کارایی و اثر بخشی در نظام بهداشت و درمان و در نهایت ارتقاء سطح کیفیت خدمات مطرح است. [۲]

در سومین هزاره تاریخ مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی در مقابل آینده‌ای قرار دارند که در آن افزایش هزینه‌ها به عنوان اولین عامل مورد توجه بوده و سایر عوامل در عرضه خدمات در رده‌های بعدی مطرح خواهد شد. [۳] در زمینه تأمین منابع مالی بخش بهداشت و درمان سه مسأله قطعی وجود دارد: اول اینکه به هزینه‌های خدمات بهداشتی روز به روز افزوده می‌گردد، دوم اینکه علوم و فناوری دائما در حال پیشرفت است بدون اینکه متوقف شود، سوم اینکه تصویر جمعیت‌شناسی جهان مسیر رو به تزاید خود را طی می‌کند. [۴] نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می‌کند که این امر منجر به ایجاد چالش‌ها و تنش‌های متعدد می‌شود. [۵] در پاسخ به مشکلات و چالش‌های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت، مناسبت و اثربخشی [۶] انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است. [۷] زیرا جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایران در میان نظام‌های سلامت دنیا حاکی از ضعف و نا کارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می‌باشد. [۸]

از تمام چالش‌های حوزه بهداشت و درمان آنچه به نظر می‌رسد ذهن سیاستمداران و مدیران را به شدت اشغال کرده و مدام بر اندیشه و اقدام آنها تأثیر خواهد

گذاشت؛ هزینه‌ها، بودجه‌های قطع شده و محدود شدن منابع خواهد بود. [۹] از سوی دیگر با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان، پائین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و نیز پائین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی، بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدود کننده در تأمین مالی هزینه‌های بخش بهداشت و درمان محسوب می‌شود. [۱۰]

تاکنون اکثر کشورهای جهان حتی کشورهای توسعه یافته علی‌رغم اینکه بخش قابل توجهی از GDP خود را در بخش بهداشت و درمان صرف کرده‌اند ملاحظه می‌شود که با صف‌های طولانی انتظار، افزایش نارضایتی بیماران و در نهایت حتی با عدم دریافت خدمات از طرف برخی از بیماران مواجه هستند. [۱۱] به طور مثال کشور آمریکا با تخصیص بیش از ۱۵ درصد از GDP خود که رقم بسیار قابل ملاحظه‌ای است نتوانسته است تا نسبت به ارائه خدمات جهت تمامی اقشار مردم موفق گردد به طوری که در حدود ۴۵ میلیون نفر دارای هیچ‌گونه بیمه درمانی نمی‌باشند و سطح هزینه‌ها بسیار بالاست و حتی گروهی از مردم از دریافت خدمات اورژانس محروم هستند لذا تخصیص صحیح منابع مالی و روش‌های پرداخت مناسب تا حدود زیادی می‌تواند از این مشکلات بکاهد و به سیستم این امکان را دهد تا به سمت عدم تمرکز، خصوصی سازی و خودگردانی حرکت نماید.

سرمایه‌گذاری و تخصیص بهینه منابع برای نیل به هدف انسان سالم، به توسعه یافتگی و کاهش فقر در کشورها می‌انجامد. [۱۲] تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی یکی از چالش‌های مهم در بسیاری از کشورها است. علی‌رغم تلاش‌های گوناگون کشورهای در حال توسعه در این زمینه، هنوز "پوشش بهداشتی فراگیر" در این کشورها محقق نشده است. در سرتاسر دنیا ۷۳

کشورهای مورد مطالعه بر اساس روش تقسیم بندی جردن (Jordan, 1988) شامل ۱۲ کشور آلمان، فرانسه، هلند، کانادا، نروژ، سوئد، انگلیس، ترکیه دانمارک، آمریکا، ژاپن و استرالیا بوده است. الگوهای رایج در غالب کشورها در الگوی پیشنهادی برای ایران طراحی گردید و در این خصوص علاوه بر موارد مذکور، خصوصیات و ویژگی های بخش بهداشت و درمان ایران لحاظ شد. به منظور طراحی الگو و حصول اطمینان از وزن علمی و عملی آن، پژوهشگر به صورت حضوری با اساتید، صاحب نظران، مدیران ارشد و کارشناسان متخصص ملاقات و پس از دریافت، تلفیق و جمع بندی نظرات ایشان و استفاده از تکنیک دلفی نسبت به اعتبار سنجی الگو اقدام شد. نظرات جمع آوری شده ۳۵ نفر از خبرگان در طیف لیکرت با آزمون آماری مقایسه یک نسبت با نسبت جامعه معین تحلیل و مکانیزم های معنی دار آماری در الگوی نهایی آورده شده اند.

یافته ها

در کشورهای مورد مطالعه، تأمین مالی ارائه کنندگان خدمات در قالب بودجه تخصیصی و به صورت کلی و سالانه صورت می پذیرد و هرچند که در برخی از کشورها بودجه مورد نظر به صورت ثابت آینده نگر یا جبران هزینه تخصیص داده می شود که البته بودجه مورد نظر در برخی از کشورها انعطاف پذیر بوده و تغییر آن با توجه به شرایط خاص صورت می پذیرد.

کنترل بودجه تخصیصی در کشورهای مختلف براساس نوع سیستم حکومتی متفاوت می باشد در برخی از کشورها توسط دولت و در برخی از کشورها همانند کشور سوئد [۱۶] توسط شوراهای بخشی (شهری) صورت می پذیرد با عنایت به نوع مطالعه مورد نظر هزینه های جاری (عملیاتی) مد نظر قرار گرفته است. ملاک های تخصیصی در برخی کشورها همانند کشور آلمان [۱۷] دارای طیفی وسیع می باشد ولی در برخی از کشورها ملاک خاصی جهت تخصیص وجود ندارد.

میلیارد نفر هنوز به اعمال جراحی، داروهای لازم و مواد ضروری دیگر دسترسی ندارند. [۱۳] نگاهی دقیق تر به این مسأله مشخص می سازد که بسیاری از این معضلات بهداشتی، ریشه در مشکلات مالی نظام بهداشت و درمان این کشورها دارد. [۱۴]

علاوه بر این، جذب درآمد کافی می تواند باعث اطمینان از وجود نیروی متخصص برای تداوم عرضه خدمات درمانی مطلوب برای بیمه شدگان گردد. یک نظام پرداخت مناسب، باید به گونه ای طراحی شده باشد که مانع از اتلاف منابع و ارائه خدمات غیر ضروری به بیماران گردد. بنابراین طراحی نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات امر بسیار مهمی است که پرداختن به آن در حد یک رساله پژوهشی ضروری و لازم است. در این راستا ضرورت تدوین الگویی جهت ساماندهی وضعیت تأمین منابع مالی و سیستم های پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت و جلوگیری از اتلاف سرمایه ها در کشور به شدت احساس می شود تا از این طریق بتوان علاوه بر موارد فوق، رضایت مشتری که غایت نهایی و فلسفه وجودی نظام بهداشت درمان است حاصل گردد. از آنجا که رویکردهای به کار گرفته شده برای انجام اصلاحات در کشورهای مختلف همیشه موفقیت آمیز نبوده است و در اصلاحات نظام سلامت نمی توان از یک فرمول واحد جهانی و حتی منطقه ای تبعیت کرد باید به تاریخچه، ظرفیت، ارزش ها، و فرهنگ ملی توجه کرده و با کسب اطلاعات کافی و ابزار مناسب نسبت به طراحی اصلاحات اقدام نمود. [۱۵] با اعتقاد به اینکه طراحی و اجرای مدل مناسب تأمین منابع مالی و نظام پرداخت بر روند اصلاحات مؤثر بوده این پژوهش اجرا گردید.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی بوده و طی آن شیوه های تأمین منابع مالی و نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در کشورهای مورد مطالعه به صورت تطبیقی - توصیفی مورد بررسی قرار گرفته است.

در کشور انگلیس بودجه از طریق وزارت دارایی (خزانه داری کل) به وزارت بهداشت و درمان و از آنجا به اداره کل بهداشت منطقه ای و سپس به اداره بهداشت ناحیه ای و در نهایت به بیمارستان ها تخصیص می یابد و جوه از اداره بهداشت ناحیه ای در اختیار بیمارستان ها قرار می گیرد. در ترکیه به طور مثال بیمارستان ها، میزان بودجه را براساس هزینه ها و نرخ رشد تورم، به هیأت مدیره استان فرستاده و پس از بررسی توسط هیأت مدیره به وزارت بهداشت و درمان

در مجموع در حدود ۴۰ درصد ملاک های تخصیص بر مبنای هزینه، کیفیت و حجم خدمات می باشد که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. در کشور آلمان جهت تنظیم بودجه هزینه های عملیاتی، به طور مثال بیمارستان ها موظفند برای تعیین بودجه کلی سالانه با دولت مذاکره کنند و همچنین در این نشست مسئولین صندوق بیمه بیماری، اعضای انجمن صندوق بیماری، سازمان های بیمه گر خصوصی و اعضای بیمارستان ها نیز حضور دارند.

جدول ۱: شیوه‌های تخصیص و ملاک‌های آن (در بخش هزینه‌های عملیاتی یا جاری) توسط تأمین‌کنندگان مالی

کشور	شیوه تخصیص	انعطاف‌پذیری بودجه	کنترل بودجه	ملاک‌های تخصیص هزینه‌های عملیاتی
۱. آلمان	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر (در موارد خاص)	توسط مأمورین ایالتی	کیفیت خدمات هزینه خدمات حجم خدمات تعداد جمعیت تحت پوشش سطح ارائه خدمات
۲. فرانسه	بودجه ثابت آینده‌نگر سالانه	انعطاف‌پذیر	توسط دولت در سطح ملی	ملاک خاصی موجود نمی‌باشد
۳. هلند	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر در صورت صرفه‌جویی در مصرف	توسط متصدیان دولت مرکزی	ظرفیت حجم خدمات
۴. سوئد	بودجه کلی سالانه	انعطاف‌پذیر جهت بیماران خارج از محدوده	توسط شوراهای بخشی (شهری)	براساس نظر شوراهای بخشی
۵. کانادا	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط مسئولین سطح ایالتی و وزارت بهداشت	با توجه به مقدار هزینه برآورد شده
۶. انگلیس	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر (در موارد خاص)	توسط ادارات بهداشت ناحیه‌ای و منطقه‌ای	براساس اولویت‌ها و محدودیت‌ها
۷. ترکیه	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط وزارت بهداشت	براساس هزینه‌های بوقوع پیوسته و نرخ تورم
۸. آمریکا	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط دولت فدرال	مکانیزم ثابتی حاکم نمی‌باشد
۹. استرالیا	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط دولت ایالتی	۱- هزینه خدمات ۲- حجم خدمات
۱۰. ژاپن	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط دولت	با توجه به میزان درخواست و توافق دولت
۱۱. دانمارک	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط شهرداری	براساس نظر شوراها و شهرداری
۱۲. نروژ	بودجه کلی سالانه (گلوبال)	انعطاف‌پذیر	توسط شهرداری	براساس نظر شوراها و شهرداری

و نشان می‌دهد که میانگین پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و مراکز بهداشتی در کشورهای مورد مطالعه به ترتیب در حدود ۲۰/۶، ۳۶/۹، ۱۵/۶ و ۳ درصد است. نظام پرداخت غالب در سطح اول در بیش از ۵۰ درصد کشورهای، نظام سرانه است و در کشورهایی که از نظام سرانه و کارانه تواما برای پرداخت به ارائه‌کنندگان سطح اول خدمات (مراکز بهداشتی) استفاده می‌شود، نتایج بهتری حاصل شده است. [۱۸، ۱۹]

امروزه کشورهای انگلیس و آمریکا این شیوه را تجربه کرده‌اند و دیگر کشورها نیز کم و بیش به سمت استفاده از آن متمایل شده‌اند. در سایر سطوح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی روش پرداخت غالباً به صورت کارانه صورت می‌پذیرد که روش مذکور بیش از ۷۰ درصد روش‌های پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی است. [۲۰]

سهم بخش بهداشت و درمان در ایران از GDP در حدود ۶/۳ درصد و سهم پزشکان از آن در حدود ۲۲ درصد

ارسال می‌گردد مبلغ بودجه اختصاص یافته از وزارت بهداشت به بیمارستان‌ها، در کمیسیون با حضور وزیر بهداشت و نمایندگان وزارت دارایی، بدون در نظر گرفتن نرخ واقعی هزینه‌ها تعیین می‌گردد و پس از انجام اصلاحات جهت تصویب به مجلس شورا تسلیم می‌شود (جدول ۱).

در کشور ایران تخصیص منابع مالی به صورت بودجه کلی سالانه (گلوبال) و براساس میزان تورم و برآورد هزینه‌ها انجام می‌پذیرد. یافته‌های مربوط به سهم بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی (GDP) نشان داد که بیشترین درصد را کشور آمریکا با ۱۳/۹ درصد و کمترین درصد را کشور ترکیه با ۵ درصد از GDP را به بخش بهداشت و درمان اختصاص می‌دهند.

در جدول ۲ سهم بخش بهداشت و درمان از GDP و همچنین نظام پرداخت و درصدهای پرداختی در بخش پزشکان، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها و بهداشت در خصوص کشورهای مورد مطالعه به تفصیل ارائه شده است

جدول ۲: مقایسه روش‌های پرداخت و سهم (به درصد) پرداخت شده به هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

کشور	سهم بهداشت از GDP (درصد)	نظام پرداخت		
		بیمارستان	داروخانه‌ها	پزشکان
استرالیا	۹/۶	کارانه / حقوق	ترکیب موردی بر اساس DRG	۲۳/۳
انگلیس	۷/۶	سرانه / پرداخت فوق‌العاده	مقدار ثابت	۱۵/۳
کانادا	۹/۶	سرانه / پرداخت جبرانی	کارانه	۲۵/۸
دانمارک	۸/۸	سرانه	سوبسید دولتی	۱۴/۹
فرانسه	۹/۶	حقوق	کارانه	۲۶/۱
آلمان	۱۰/۸	سرانه / حقوق	ترکیبی	۲۳/۶
هلند	۸/۹	بودجه و حقوق	کارانه	۲۴/۱
ژاپن	۸	حقوق	کارانه	۲۸
نروژ	۹/۶	بودجه	کارانه / DRG	۱۷/۷
سوئد	۸/۷	سرانه / حقوق	بودجه / سرانه / حقوق	۲۳/۹
ترکیه	۵	سرانه / بودجه	کارانه	۱۲/۳
آمریکا	۱۳/۹	سرانه / کارانه	کارانه / DRG و حقوق	۱۲

جدول ۳ توزیع فراوانی توافق اعضای جامعه پژوهش با موارد پیشنهادی جهت تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت

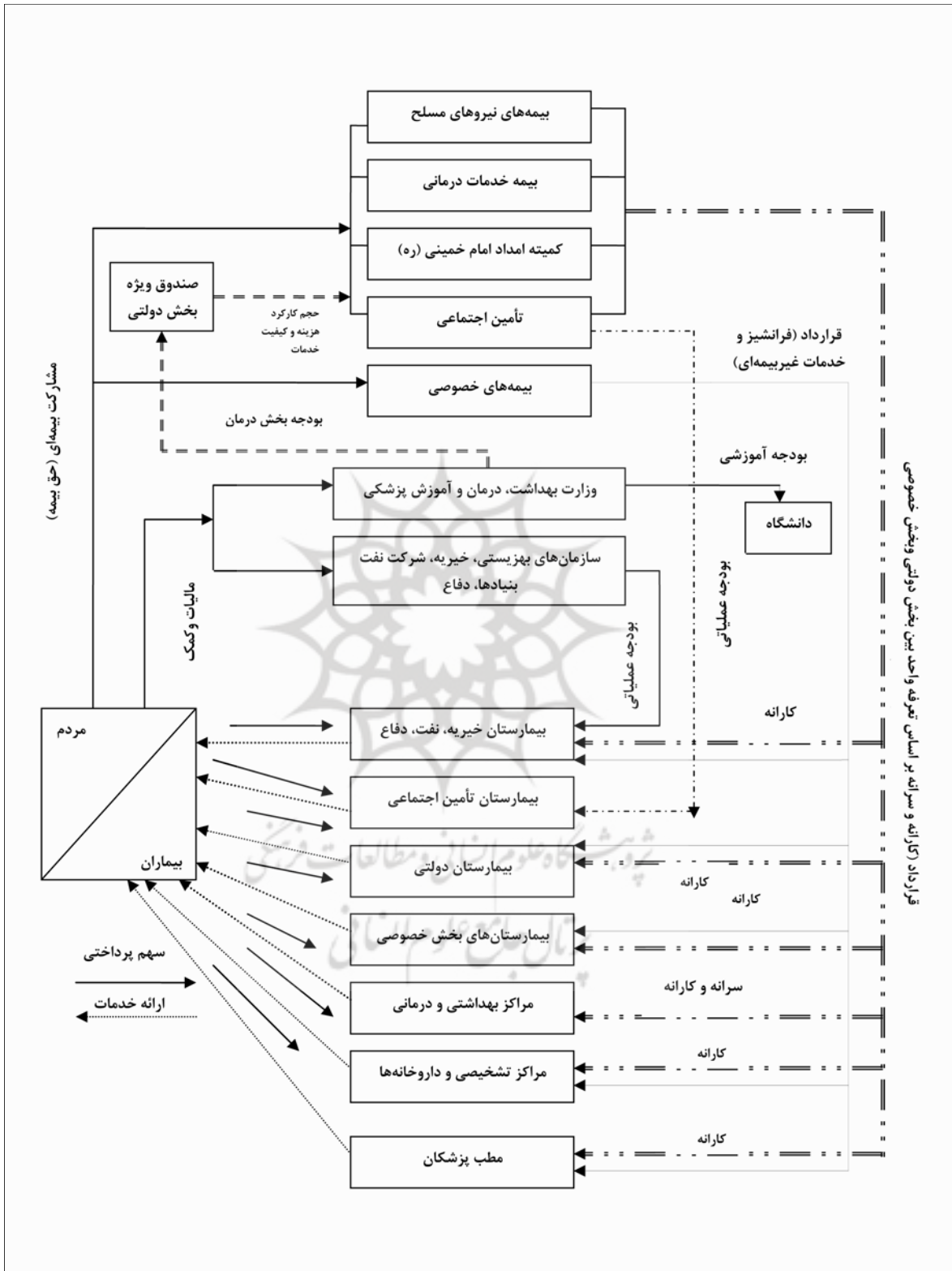
مقدار P*	میانگین خطاهای استاندارد	میانگین امتیازات	نظرات پاسخ‌دهندگان				مکانیزم‌های پیشنهادی برای طراحی		الگوی تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ایران
			کاملاً مخالف	مخالف	بی‌نظر	موافق	کاملاً موافق	موافق	
< ۰/۰۰۱	۰/۱۸	۴/۲۰	۰	۵	۳	۷	۲۰	حجم عملکرد مناسب‌ترین ملاک جهت تخصیص بودجه در بخش هزینه‌های جاری است.	
< ۰/۰۰۱	۰/۱۸	۴/۱۴	۱	۱	۹	۵	۱۹	کیفیت خدمات مناسب‌ترین ملاک جهت تخصیص بودجه در بخش هزینه‌های جاری است.	
۰/۰۰۸	۰/۲۱	۳/۵۱	۱	۸	۸	۴	۱۴	هزینه خدمات مناسب‌ترین ملاک جهت تخصیص بودجه در بخش هزینه‌های جاری است.	
< ۰/۰۰۱	۰/۱۷	۴/۰۸	۰	۴	۵	۱۰	۱۶	روش پرداخت کارانه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (پزشکان، داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها) مناسب است.	
< ۰/۰۰۱	۰/۱۵	۴/۱۴	۰	۲	۶	۱۲	۱۵	روش پرداخت ترکیبی سرانه و کارانه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح اول (مراکز بهداشتی) مناسب است.	
۰/۱	۰/۲۰	۳/۳۴	۲	۸	۸	۱۰	۷	سایر روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح اول (مرکز بهداشتی) مناسب است.	
< ۰/۰۰۱	۰/۱۷	۴/۱۱	۰	۲	۱۰	۵	۱۸	الگوی طراحی شده تأمین منابع مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای ایران مناسب است.	

* مقادیر کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است.

در الگوی طراحی شده جهت تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ایران، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و بیمه‌های خصوصی به عنوان سازمان‌های واسط عمل می‌کنند. واحدهای ارائه‌کننده خدمات بیمارستان‌ها، مراکز تشخیصی و داروخانه‌ها، مطب پزشکان و مراکز بهداشتی را شامل می‌شود. پرداخت در سطح اول به صورت ترکیب سرانه و کارانه است و در سایر سطوح بر اساس کارانه صورت می‌پذیرد و بیمه‌های خصوصی فرانشیز و خدمات غیربیمه‌ای را پوشش می‌دهد. سهم دولت توسط صندوق ویژه بخش دولتی به سازمان‌های بیمه‌گر توسط وزارت بهداشت، بر اساس سطح عملکرد، هزینه و کیفیت خدمات پرداخت می‌شود. پرداخت به واحدهای ارائه‌کننده خدمات وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، بانک‌ها و خیریه به صورت بودجه عملیاتی انجام می‌شود (نمودار ۱).

و سهم بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و بخش بهداشت به ترتیب ۳۷/۵، ۱۳/۳ و ۲/۴ درصد از سهم بخش بهداشت و درمان جامعه می‌باشد. [۱۰، ۲۱] در ایران در سطح اول پرداخت بر اساس بودجه سالانه و حقوق انجام می‌پذیرد و در سایر سطوح غالباً پرداخت در قالب کارانه، بودجه، حقوق و مقدار ثابت به ارائه‌کنندگان خدمات صورت می‌پذیرد. [۲۲]

در راستای طراحی الگوی تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای ایران مکانیزم‌های رایج در کشورهای مورد مطالعه و پیشنهاد برای ایران در معرض قضاوت خبرگان قرار داده شد. جدول ۳ میزان توافق خبرگان در خصوص این مکانیزم‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌ها و نتایج تحلیل آماری ($P < ۰/۰۰۱$)، تنها روش پرداخت غیر از سرانه و کارانه برای مراکز بهداشت مورد توافق قرار نگرفت و متخصصان با سایر مکانیزم‌ها و الگوی پیشنهادی برای ایران با یکدیگر توافق داشتند.



نمودار ۱: الگوی تأمین منابع مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ایران

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی حاضر نشان داد که در ساختار شیوه‌های تخصیص منابع مالی به ارائه‌کنندگان خدمات توسط تأمین‌کنندگان مالی در کشورهای منتخب وجوه تشابهی زیادی وجود دارد. در اکثر قریب به اتفاق کشورها تخصیص براساس بودجه کلی سالیانه است که تا حدود زیادی انعطاف پذیر بوده و براساس ملاک‌های خاصی از قبیل سطح ارائه خدمات، کیفیت و هزینه خدمات، ظرفیت‌های موجود و براساس نظر شهرداری‌ها و شوراهای بخش صورت می‌پذیرد. پژوهش آزادی [۲۳] نیز معیارهای فوق را در خصوص شیوه‌های تخصیص منابع مالی به بیمارستان‌ها مورد تأکید قرار می‌دهد. پژوهش محمدی نژاد نشان داد که وجود سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان سازمان واسطه بین بیمه‌گذار و ارائه‌کننده خدمات می‌تواند به عنوان عامل کنترل‌کننده عمل نماید و تا حدود زیادی سطح عملکرد واحدهای ارائه‌کننده خدمات بیمارستانی را ارتقاء دهد [۱۱] و پژوهش حاضر نیز این مقوله مورد تأیید قرار می‌دهد که پرداخت از طریق سازمان‌های بیمه‌گر به ارائه‌کنندگان خدمات امکان کنترل هزینه و عملکرد واحدها را فراهم می‌سازد. محمدی نژاد در پژوهش خود، ملاک تخصیص را بر مبنای قیمت تمام‌شده به علاوه سود اعلام می‌کند. [۱۱]

نظام‌های پرداخت سرانه، کارانه و مقدار ثابت در مقایسه با سایر نظام‌های پرداخت از لحاظ کنترل هزینه‌ها، کیفیت خدمات و سهولت در اجرا مناسب می‌باشند و اجرای نظام پرداخت گروه‌های تشخیصی همگن علی‌رغم کنترل هزینه‌ها و کیفیت خدمات بسیار مشکل بوده و نیاز به بستر سازی و اطلاعات دقیق دارد. [۱۱، ۲۱]

ماهر [۲۲] روش پرداخت کارانه را جهت سطوح دوم و سوم مورد تأکید قرار داده است. اما جان اف فرمن [۱۸] (John H Ferman) با دید انتقاد به روش پرداخت کارانه جهت سطوح دوم و سوم نگاه می‌کند و دلیل آن را افزایش

هزینه‌ها و تحمیل خدمات غیر ضرور به بیمار می‌داند. جان هالوهان (John, Holahan) در مقاله خود روش پرداخت سرانه را جهت سطح اول ارائه خدمات سلامت پیشنهاد می‌کند. [۲۴] کریمی در پژوهش خود روش بازپرداخت هزینه را جهت سطح اول پیشنهاد می‌نماید. [۲۵] نتایج پژوهش نشان داد که غالباً پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها در کشورهای مورد مطالعه بر اساس کارانه صورت می‌پذیرد و در کشورهایی که در سطح اول (مراکز بهداشت)، پرداخت بر اساس سرانه و کارانه صورت می‌پذیرد نتایج بهتری حاصل شده است و در نتایج سایر پژوهشگران این مقوله مورد تأکید قرار گرفته است. [۱۱، ۲۱]

یافته سایر پژوهشگران [۱۹، ۲۳] نشان می‌دهد که می‌توان در بخش سازمان تأمین اجتماعی و سازمان‌های نظامی و غیره با تخصیص منابع مالی به صورت بودجه عملکردی، سطح عملکرد را ارتقاء داد. البته در دراز مدت خرید خدمت توسط سازمان‌های مذکور مقرون به صرفه خواهد بود و صرفاً بیمارستان‌های نظامی از این مقوله مستثنی هستند و حرکت به سمت خصوصی سازی در سازمان تأمین اجتماعی اولین گام در این جهت است. [۲۶]

در نتیجه جهت ارتقاء سطح عملکرد در بخش سلامت ایران، با عنایت به شرایط ایران تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش هزینه‌های جاری صرفاً از طریق سازمان‌های بیمه‌گر با تخصیص غیرمستقیم به آنان توسط دولت در قالب بودجه سالانه و بر اساس حجم عملکرد، هزینه و کیفیت خدمات صورت پذیرد. تأمین مالی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وابسته به سازمان‌ها صرفاً از طریق بودجه عملیاتی صورت پذیرد. نحوه پرداخت به ارائه‌کنندگان در سطح اول بر اساس ترکیب سرانه و کارانه و در سایر سطوح بر اساس کارانه صورت پذیرد.

- and Medicine Congress. Tehran: High Institute of Social Security Research 1999. [Persian]
12. Howiit P. health, human capital and economic growth. A Schumpeterian perspective. Brown University, PAHO; 2005. Available from: URL:www.econ.brown.edu/fac/peter-Howiit/
13. Preker AS, Caarrin G. Health Financing for Poor People- Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington: World Bank; 2004.
14. WHO. Report of Commission on Macroeconomic and Health on Investing in Health for Economic Development. Geneva: WHO; 2001.
15. Roberts M, Hsiao W. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2003.
16. Glennard AH, Hjalte F, Sevansson M, Bankauskaitev A. Health System in Transition. Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.
17. Busse R, Riesborg A. Health System in Transition. Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe On Behalf Of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
18. Ferman JH. Payments Will Be Based on Quality Not Quantity. Healthcare Chicago 2008; 23(2): 52.
19. WHO. World Health Statistics. Geneva: WHO; 2007. Available from URL: www.who.int/whosis
20. Anonymous. Doing the right thing-and getting paid for it. Harvard Health Letter 2007; 33(2): 4.
21. Maher A. [Comparative study of payment system in world and designing a model for Iran] [Ph.D. Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Science; 2001. [Persian]

References

1. Karimi I. [The type of payment systems in Treatment assurance, Health and Treatment economics]. Tehran, Iran; 1998. [Persian]
2. WHO. Economic Dimensions of Health care (With Special Reference to Health Insurance). Geneva: WHO; 1999.
3. Asgarinasab M. [A review of economy and financial resources in health, treatment and Medical Education]. Tehran: Scientific Ltd.; 1997: 199-217. [Persian]
4. Silva C. The International Health Care Challenge, a Vision for the Future World Hospitals. The Official Journal of IHF 1993: 1.
5. WHO. Management effectiveness program (Map Guide). Geneva: WHO; 2001.
6. Boelen C, Hag C. improving health systems: The contribution of family medicine: A guidebook. Singapore: Best print printing company; 2002.
7. Bossert T. Decentralization of health systems: sharing resources and responsibilities. Massachusetts: Harvard School of Public; 2002.
8. World Health Report for year 2000. Great Ibne Sina. Tehran; 2003. [Persian]
9. Sahebi P. [The discipline of treatment assurance in West and Middle Europe countries]. World Health Journal 1997; 33: 320-46. [Persian]
10. Ministry of Health and Medical Education. [The study of financial discipline of Health and Medicine services]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Office for Budget and Economy in Health and Medicine; 1999. [Persian]
11. Mohammadinejad GH. [The study of accommodation of disciplines of the payment of hospital services costs by assurance companies in some different countries and providing a proper model for Iran]. Abstract Book of Health

22. Statistics Center of Iran. National Health Accounts. Tehran: Statistics Center of Iran; 2000. Available from: URL: www.sci.org.ir

23. Azadi M. [Comparative study of financing and allocation of financial resources in selected countries and designing a model for Iran] [Ph.D. Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Science; 2004. [Persian]

24. Holahan J. Has pps increased Medicare expenditure on physicians? Journal of Health Politics, and Law 1991; 12(2); 114-21.

25. Karimi M. [Comparative study on health insurance of unemployed in selected countries and designing a model for Iran] [Ph.D. Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2001. [Persian]

26. Ardan S. [Privatization in social security] [Ph.D. Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Science; 2007. [Persian]

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی