

طراحی الگوی مراقبت های مدیریت شده در سیستم بهداشت و درمان ایران: ۱۳۸۵

دکتر بهرام دلگشایی*
دکتر مرتضی قاسمی**

چکیده

مراقبت مدیریت شده نمونه ای از نظامهای نوین مراقبت سلامتی است که وظیفه آن کنترل هزینه خدمات، در یک حالت هزینه اثر بخشی مناسب از طریق سازمانهای مراقبت مدیریت شده می باشد. نظر به اینکه عوامل متعددی چون ناکافی بودن بودجه، انجام نسخه نویسی و آزمایشات غیرضروری، سیستم نادرست پرداخت و... در ایران مشاهده می شود هدف، بررسی این نظام (برنامه ریزی، سازماندهی و کنترل) در کشورهای منتخب و طراحی چنین الگویی برای سیستم بهداشت و درمان ایران است.

مطالعه به شیوه توصیفی - تطبیقی در چهار کشور آمریکا، استرالیا، انگلیس و مالزی که دارای تجربه مراقبت مدیریت شده می باشند انجام شد و در تحلیل تطبیقی، الگویی برای ایران طراحی گردید. پرسشنامه طراحی شده برای الگو، با تکنیک دلفی به صاحب نظران ارائه و با استفاده از نرم افزار SPSS با آزمون Z تحلیل شد. نتایج نشان داد که به منظور افزایش کارایی اقتصادی نظام درمانی، برنامه هایی به صورت مراقبت انحصاری با دامنه ای از گروههای مراقبت اولیه در انگلیس (ساده ترین حالت) تا مراقبت مدیریت شده در آمریکا (پیچیده ترین حالت) به اجرا درآمده است که هر کدام با برنامه ریزی، کنترل و سازماندهی خاص خود نقش مثبتی را در کنترل هزینه ها ایفا نموده اند. در الگوی پیشنهادی برای ایران برنامه ریزی، سازماندهی و کنترل مراقبت مدیریت شده به ترتیب با میانگین $1/15 \pm 78/2$ ، $1/6 \pm 70/14$ و $3/6 \pm 78/76$ درصد پذیرفته شدند ($P < 0.05$). در مجموع باید گفت که برنامه ریزی جهت برقراری این سازمان ها به عنوان بخش خصوصی بیمه ای در کنار بخش درمان امری اجتناب ناپذیر است. لذا، الگویی که بتواند نظام سنتی را تسهیل و به سمت نظام نوین سوق یابد الزامی است.

واژگان کلیدی:

مراقبت مدیریت شده، مراقبت انحصاری، مراقبت هماهنگ شده، منطق موثر بر سلامتی، خدمات بهداشتی درمانی .

* دانشیار، عضو هیات علمی مدعو دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران (bdelgoshaei@yahoo.com)

تهران - بزرگراه اشرافی اصفهانی - به سمت حصارک - دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

** دانش آموخته دکتری مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران (m-ghasemi@iau-arak.ac.ir)

تهران - بزرگراه اشرافی اصفهانی - به سمت حصارک - دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

نویسنده مسئول یا طرف مکاتبه: دکتر مرتضی قاسمی

مقدمه

محدودیت منابع در اقتصاد بهداشت و درمان مهمترین دلیل توجه به امر بهره‌وری و استفاده مقتضی از امکانات موجود، می‌باشد. افزایش بسیار شدید هزینه‌های درمان یکی از مهمترین مقوله‌های سلامتی است که در تمامی دنیا اکثر دولت‌ها و سازمانهای ذیربط را وادار نموده است تا در مورد این امر به تفکر بپردازند و این خدمات را از جنبه اقتصادی مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند (منظم، ۱۳۸۲، ۱۱).

در این میان بیمارستانها به عنوان پرهزینه‌ترین، با تخصیص سالیانه ۲٪ از تولید ناخالص ملی و از مهمترین اجزا سیستمهای مراقبت پزشکی نیازمند توجه ویژه‌ای می‌باشند (بیرامی، ۱۳۸۵، ۴۷).

مطالعات اخیر در رابطه با اقتصاد بهداشت نشان می‌دهد که سیستم اقتصادی ایران آنگونه که تصور می‌شود عادلانه نیست، پرداختها بسیار بالاست و فقرا از نظر هزینه‌های بهداشتی و درمانی به خوبی مورد حمایت واقع نمی‌شوند و به طور کلی مدیریت خوبی در کشور حکمفرما نیست (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵).

وجود عوامل متعددی چون ناکافی بودن بودجه، ساختارهای مضاعف، استفاده وسیع از تکنولوژی، خرید خدمات گران قیمت، انجام نسخه نویسی غیرضروری، آزمایشات غیرضروری، تقاضاهای غیر مقتضی برای دریافت خدمات، سیستم نادرست پرداخت (هاشمی فشارکی، ۱۳۷۸، ۴۳) مهمترین معضل به نظر می‌رسد. این امر باعث مطرح نمودن روشهای مدیریتی و ورود بخش خصوصی در تصمیم‌گیریهای بهداشتی درمانی شده است. بدین منظور تغییر در سیستم مراقبتهای بهداشتی و درمانی باید اتفاق افتد.

مراقبت مدیریت شده^۱ اولین بار در آمریکا بوجود آمد بطوریکه هزینه‌های ۱۰/۹ درصدی سال ۱۹۹۲ را به ۴/۸ درصدی در سال ۱۹۹۴ کاهش داد و این مقدمه‌ای جهت استفاده وسیع از مراقبت مدیریت شده در سیستم آمریکا شد (مارکوس، ۱۹۹۹، ۳).

این روش نمونه‌ای از نظامهای نوین مراقبت سلامتی است که وظیفه آن کنترل هزینه خدمات، برای ارتقای کیفیت مراقبت سلامتی در یک حالت هزینه اثر بخشی مناسب باشد. مراقبت مدیریت شده با دامنه مختلفی از استراتژی‌های سازمانی و از طریق مدیریت نمودن سلامت بیماران، رفتار بیماران و موسسات مراقبت سلامتی به کنترل هزینه‌ها و ارتقای کیفی خدمات می‌پردازد (Council Med, 2007, 1).

در مراقبت مدیریت شده به جای پرداخت ساده مطالبات به وسیله بیمارستانها، سازمانهایی وارد سیستم می‌شوند و خط مشی‌هایی را برای ارائه دهندگان خدمات سلامتی و ارزیابی اثر بخشی آنها انجام می‌دهند.

شناخته شده‌ترین شکل سازمان‌های مراقبت مدیریت شده، سازمانهای حافظ سلامت^۲ هستند. این سازمان‌ها، مراقبت‌های سلامتی را از طریق یک شبکه فراهم می‌کنند (Rutledge, 2003, 25).

عمومی‌ترین ساختارهای شبکه‌ای عبارتند از:

۱. مدل اداری^۳: در این مدل پزشکان معمولاً برای سازمان حافظ سلامت به صورت تمام وقت کار می‌کنند (کارکنان حقوق بگیر) و خطر را بطور فردی در تهیه خدمات مراقبتی تجربه نمی‌کنند. وقتی که برنامه سودآور باشد ممکن است پاداشهایی به پزشکان تعلق گیرد. پزشکان مالکیت کلینیک را بر عهده دارند. این مدل باید استانداردهای کیفی پزشکی را نگه داشته تا اعضا را نگه دارد (وب ۱).

۲. مدل گروهی^۴: هنگامی است که سازمان برای خدمات با یک یا گروهی از پزشکان در ازای ارائه مراقبت مستقیم برنامه با اعضا قرارداد می‌بندد، گروه پزشکان ممکن است خدماتشان را منحصر به سازمان حافظ سلامت اختصاص داده یا اینکه ممکن است درصدی از خدماتشان را به بیماران غیرعضو سازمان اختصاص دهند.

بازپرداخت از سازمان به پزشکان بر اساس سرانه، با تقسیم خطرات و فواید در بین سازمان و گروه پزشکان

2. Health Maintenance Organization (H.M.O)

3. Staff Model

4. Group Model

1. Managed care

قرار گرفت. در ادامه براساس روشهای موجود در کشورها و شرایط موجود در نظام بیمه درمان ایران الگوی اولیه پیشنهاد گردید. در مرحله دوم پژوهش، با نظر خواهی از ۳۰ نفر از صاحب نظران ذیربط، الگوی اولیه ارزیابی، تجدید نظر و در نهایت الگوی نهایی تدوین گردید. جهت سنجش الگوی طراحی شده، پرسشنامه ای طراحی گردیده که از طریق آن و به شیوه دلفی نظر صاحب نظران جویا شده است. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون Z مورد تحلیل قرار گرفت. جهت روایی از روش دو نیمه سازی یکسان و برای پایایی پرسشنامه نیز آزمون test-retest انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰.۸۷ بود که از نظر آماری پایا بود.

به منظور جمع آوری داده های مورد نیاز از مطالعه و بررسی مقالات داخلی و خارجی، کتب، مراجعه به بانکهای اطلاعاتی قابل دسترس به وسیله اینترنت استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در پاسخ به سوال اول پژوهش (برنامه ریزی) باید گفت یکی از روشهای اعمال تمرکز زدایی در نظام سلامت استفاده از مراقبت انحصاری^۳ می باشد. این اصطلاح اشاره به روشها و سازمانهایی دارد که وظیفه آنها فراهم نمودن هزینه اثر بخشی بیشتر و ارائه خدمات مراقبتی مطابق با نیازهای سلامتی و اطمینان از ادامه مراقبت و هماهنگی بین خدمات مختلف می باشد (2, feek, 1998). مراقبت انحصاری دامنه ای از گروه های مراقبت اولیه^۴ و مناطق موثر بر سلامتی^۵ در انگلیس تا مراقبت مدیریت شده در امریکا را در بر می گیرد (4, marcus, 1999).

هدف از مراقبت انحصاری در انگلیس که تحت عنوان مناطق موثر بر سلامتی معرفی شده، مشارکت جامعه محلی بمنظور ارتقاء سلامت و کنترل بر هزینه ها می باشد (34, 2000, folland). مراقبت مدیریت شده در استرالیا (که تحت عنوان مراقبت هماهنگ شده^۶

می باشد. مانند مدل اداری، انگیزه آن، کاهش هزینه ها و حفظ کیفیت می باشد.

۳. مدل شبکه ای^۱: در این مدل سازمان حافظ سلامت با یک سری از گروههای کوچک پزشکان قرارداد می بندد (مانند مدل گروهی) و گروههای پزشکی تسهیلات لازم و حمایت های پرسنلی را فراهم می کنند. بازپرداخت به گروههای پزشکی بر اساس نرخ حق سرانه می باشد، اما پرداخت ممکن است بر اساس کارانه تخفیفی نیز صورت گیرد (davis, 2001, 45).

۴. انجمن حرفه ای مستقل^۲: مدلی است که سازمان با مقدار زیادی از گروههای کوچک پزشکی، برای تامین خدمات قرارداد می بندد. این مدل کمترین توانایی را به منظور کنترل منابع مورد استفاده در پرداخت ارائه می دهد. بازپرداخت نیز بر اساس سیستم کارانه تخفیفی با نگره داری بخشی از آن می باشد (وب ۲).

با کمی تامل در سیستم بهداشت و درمان ایران و تطبیق با نظامهای سلامت سراسر جهان که با ترکیبهای گوناگونی انتقال خطر از دولت به سازمانهای بیمه ای و از این سازمانها به فراهم کنندگان خدمات را عامل مهمی در جهت کارآیی و اثر بخشی می دانند (قانون برنامه چهارم توسعه)، لذا با توجه به بالا بودن هزینه های سیستم سلامتی، فشار هزینه ها و گوناگونی در دسترس خدمات، حق بیمه بالا، ضعف کیفیت خدمات و کاهش اثربخشی و ... مطالعه و طراحی الگویی که سیستم مدیریت شده را از سیستم غیر مدیریت شده در ایران تفکیک نماید لازم است.

روش پژوهش

پژوهش از نوع کاربردی است که به شیوه توصیفی - تطبیقی و مقطعی انجام گرفته است. کشورهای مورد نظر (امریکا، استرالیا، انگلیس و مالزی) صرفاً بر اساس تجربه آنها در مراقبت های مدیریت شده انتخاب شدند. در این مطالعه در مرحله اول به روش توصیفی، مشخصات مراقبت های مدیریت شده (برنامه ریزی، سازماندهی و کنترل) در کشورهای منتخب مورد بررسی

3. Integrated care
4. Primary Care Groups (PCGS)
5. Health Action Zones
6. Coordinated care

1. Network Model
2. Independent Practice Association (I.P.A)

بیماران و پزشکان است. علامت \$ فرایند پرداخت به پزشکان و دریافت حق بیمه از مصرف کنندگان را نشان می دهد. (Morrisse350).

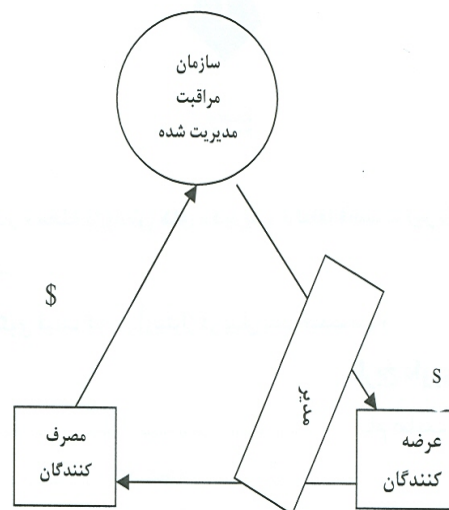
سازمان مراقبت مدیریت شده یک نقش محوری در اجرای مراقبت های مدیریتی شده بازی می کنند و به عنوان یک آبرسان عمل می کند بطوریکه در تمام وجوه اعمال مدیریت می نماید (یزدانی، ۱۳۸۴، ۸). این سازمانها روی این موضوع تمرکز دارند که بیماران چگونه و کجا خدمات مراقبت سلامت را بدست آورند. (baldor، 1997، 41). به بیان دیگر سازمان مراقبت مدیریت شده تمام جنبه های مدیریت هزینه، مدیریت بهره وری، مدیریت کیفیت، مدیریت موردی، مدیریت بیماریها و مدیریت خطر را در نظر می گیرد و این نشان دهنده کنترل بسیار قوی این سازمان ها است (یزدانی، ۱۳۸۴، ۲۵).

این سازمان ها از یک طرف با مصرف کنندگان خدمات قرارداد می بندند و مبلغ ثابتی را از قبل دریافت کرده و در مقابل آن متعهد می شوند که مراقبتهای سلامتی را به گروه مورد نظر ارائه دهند. اگر خدمات فراهم شده توسط سازمان کمتر از میزان کل حقوق بیمه دریافتی باشد، این سازمان سود آور است. در غیر اینصورت ضرر می کند (getzen، 1997، 211). جهت جلوگیری از هر نوع ضرر این سازمان ممکن است اقداماتی را بیندیشد مثلا قرارداد بین سازمان و مصرف کنندگان را با یک سری محدودیتها همراه سازد و یا اعضاء ثبت نام شده فقط حق مراجعه به پزشکان، بیمارستان ها و یا داروخانه های طرف قرارداد را داشته باشد (Ibid، 291). از طرف دیگر سازمان با عرضه کنندگان مراقبت سلامتی در رابطه با جمعیت تعریف شده قراردادی بندهد. اغلب یک پزشک مراقبت اولیه به عنوان دروازه بان ورودی، مسوول مراقبت عرضه شده بوسیله بیمارستانها و دیگر پزشکان است و مسوولیت مالی را برای کنترل کل هزینه ها تحمل می کند (جدول شماره ۱).

در پاسخ به سومین سوال جهت کنترل هزینه ها یک سازمان مراقبت مدیریت شده ممکن است خطر زیان را با تغییر در نوع پرداخت به عرضه کنندگان جبران نماید. توجه به حجم خطر نیز عاملی در جهت جلوگیری از زیان

می باشد) نیز بمنظور عرضه مراقبت سلامتی موثر و کاهش تقاضا در بیمارستان ها از طریق آژانس هایی می باشد که به صورت خصوصی وارد عمل شده اند (allen، 2001، 12). مراقبت های مدیریت شده امریکا و مالزی نیز روشی است که مراقبت سلامتی را با کیفیت قابل قبول و، بیشترین کارایی و اثر بخشی ممکن فراهم می کند (davis، 2001، 42). به عبارتی دیگر مراقبت مدیریت شده کوششی است برای حل برخی از مشکلات نظام مراقبت سلامتی بوسیله کنترل معیارهای اقتصادی، بمنظور افزایش کارایی سیستم، بطوریکه فراهم کننده مراقبت بهتر و پول کمتر دریافت کند (getzen، 1997، 210).

همانطور که در نمودار شماره ۱ مشاهده می شود، از نظر سازماندهی (سوال دوم پژوهش) در این نظام سه عامل پرداخت کننده، عرضه کننده و مصرف کنندگان در سازمان های مراقبت مدیریت شده در حال تعامل با یکدیگرند (Ibid، 211).



نمودار شماره ۱: دیگرام سازمانی مراقبت مدیریت شده
این دیگرام نشان می دهد که این سازمان بعنوان یک سازمان بیمه گر از یک طرف با عرضه کنندگان (پزشکان) برای عرضه خدمات تحت پوشش قرارداد می بندد و از طرف دیگر با مشتریان (بیماران). ویژگی اصلی این سازمان، وجود یک مدیر برای پایش و کنترل تعاملات بین

به دنبال پزشکانی باشند که خدمات کیفی ارائه دهند و داروهای اقتصادی تجویز کنند تا خطر مالی مربوط به عرضه کنندگان را کاهش دهند (Davis، 2001، 42). برقراری اصل رقابت در پوشش بیمه ای از طریق متغیر بودن حق بیمه ای مصرف کنندگان و تامین منابع مالی سازمان برای پوشش افراد از محل وصول حق بیمه اشخاص نیز عاملی است که در ثبات این سازمان ها نقش دارند.

می باشد. اگر حجم کمی از مصرف کنندگان ثبت نام کرده باشند، درآمد کل کاهش می یابد. ثبت نام ناکافی اعضا ممکن است توانایی عرضه کننده را در پوشش هزینه های ثابت کاهش دهد. بطور کلی یک سازمان مراقبت مدیریت شده تمام خطرات را به عرضه کنندگان منتقل می کند و درآمد خود را از طریق اختلاف بین حق بیمه ای که دریافت می کند و حق سرانه ای که به عرضه کنندگان می پردازند بدست می آورد. تعجبی ندارد که این سازمانها

جدول شماره ۱: مقایسه برنامه ریزی مراقبتهای مدیریت شده در کشورهای منتخب با ایران

| کشورها | آمریکا | استرالیا | انگلیس | مالزی | ایران |
|---|--------|----------|--------|-------------|----------------|
| مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات | کامل | کامل | محدود | نسبتاً کامل | تلاش جهت انجام |
| ایجاد شرکت مراقبت مدیریت شده بصورت انتفاعی یا غیر انتفاعی | کامل | کامل | _____ | کامل | _____ |
| مشارکت گروههای خودیار محلی | کامل | کامل | کامل | کامل | محدود |
| بررسی های اولیه محلی بیمار | کامل | نسبی | کامل | کامل | _____ |
| تلفیق ارائه خدمات سلامتی با بیمه | کامل | نسبی | کامل | کامل | نسبی |
| جمعیت ثبت نامی تعریف شده | کامل | کامل | کامل | کامل | نسبی |
| بازار رقابتی | کامل | نسبی | نسبی | نسبی | _____ |
| برقراری شبکه عرضه کنندگان | کامل | کامل | محدود | کامل | _____ |
| مشارکت پزشکان محلی در ارائه خدمات | کامل | کامل | کامل | کامل | _____ |
| برقراری استانداردهای کمی کیفی | کامل | نسبی | کامل | کامل | تلاش جهت انجام |
| استفاده از دروازه بان ورودی | کامل | محدود | کامل | کامل | تلاش جهت انجام |

برقراری سازمان های مراقبت مدیریت شده با نام سازمان های حافظ سلامت الزامی به نظر می رسد. در الگوی طراحی شده (نمودار شماره ۲) برای اجرای چنین برنامه ای باید سازمان حافظ سلامت رقابتی ایجاد گردد (Brown، 2001، 8). طوریکه از نظر سازمانی مدیریت و مالکیت، متعلق به بخش خصوصی با نظارت کامل وزارت رفاه و تامین اجتماعی و وزارت بهداشت و درمان باشد. انعقاد قرارداد بیمه خصوصی بواسطه سازمان های حافظ سلامت با مصرف کنندگان و انعقاد قرارداد درمانی با عرضه کنندگان خدمات درمانی در دوره معین لازمه انجام کار می باشد.

منبع: این جدول از منابع مختلفی از قبیل: (Marcus, 2000)، چشم انداز مراقبت مدیریت شده در استرالیا، (Abdul kadir, 2000)، کاربرد مراقبت مدیریت شده در سیستم های بهداشتی درمانی، (Royce, 2002)، اصلاح مراقبت بهداشتی در انگلیس: مراقبت مدیریت شده با نامی دیگر، (Wan Shukri, 2002) اداره مراقبت مدیریت شده "پی ام کیر" اقتباس گردیده است.

بطور کلی نظام کنترلی طبق جدول شماره ۲ است. با توجه به تحلیل مطالعات تطبیقی و با توجه به اینکه استراتژی کنونی نظام بیمه ای و درمانی ایران به سمت تمرکز زدایی در حال حرکت است، لذا

جدول شماره (۲): مقایسه کنترل مراقبت های مدیریت شده در کشورهای منتخب با ایران

| کشورها ابزارها | آمریکا | استرالیا | انگلیس | مالزی | ایران |
|-------------------|--------|----------|----------------|----------------|----------------|
| مدیریت هزینه | کامل | کامل | کوشش جهت انجام | کامل | تلاش جهت انجام |
| مدیریت اطلاعات | کامل | کامل | نسبی | کامل | ----- |
| مدیریت بهره وری | کامل | کامل | کامل | کامل | تلاش جهت انجام |
| مدیریت کیفیت | کامل | کامل | کامل | کامل | تلاش جهت انجام |
| مدیریت بیماری | کامل | نسبی | کامل | کامل | ----- |
| مدیریت نتایج | کامل | کامل | کوشش جهت انجام | کوشش جهت انجام | ----- |
| مدیریت خطر | کامل | نسبی | کوشش جهت انجام | کامل | ----- |

منبع: ذکر شده در ذیل جدول شماره ۱

پیشنهادی دیگر است. سایر برنامه ها در جدول شماره ۳ آمده است. برنامه ریزی مراقبت مدیریت شده نیز با میانگین $1/15 \pm 78/2$ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد مورد پذیرش واقع گردید.

جهت کنترل بر نحوه اجرای برنامه های این سازمان ها استفاده از ابزارهای مراقبت مدیریت شده (مشاوره دوم، تهیه گواهی از قبل، تست قبل از پذیرش، برنامه ریزی ترخیص، بازنگری در آینده، بازنگری همزمان، تعدیل ریسک، لیست دارویی تنظیم شده، ...) بواسطه نظارت بر استانداردهای حوزه درمانی و بیمه گری توسط گروههای خودیار محلی با تاکید بر مرز مشخص، نظارت بر استانداردهای حوزه درمانی توسط کارشناسان دانشگاههای علوم پزشکی و وزارت بهداشت و درمان و نظارت بر استانداردهای بیمه ای توسط کارشناسان وزارت رفاه و تامین اجتماعی پیشنهاد می گردد. کنترل کیفیت، کنترل هزینه ها، مدیریت خطر و انتقال آن به پزشکان، مدیریت اطلاعات بالینی و... بواسطه ابزارهای کنترلی پیشنهادی سازمان های حافظ سلامت نیز با میانگین $3/6 \pm 78/76$ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد مورد پذیرش قرار گرفت.

وجود دروازه بان ورودی (پزشک)، برای جمعیت تعریف شده جهت بررسی های اولیه محلی ضروری می باشد. ارائه خدمات درمانی به اعضای عضو و غیر عضو سازمان در هنگام برقراری اولیه این سازمانها و ارائه خدمات درمانی، منحصر به اعضای عضو پس از تثبیت این سازمانها نیز برنامه ای است که ما را در سازماندهی رهنمون می سازد. نتایج آزمون هم نشان داد که سازماندهی مراقبتهای مدیریت شده با میانگین و انحراف معیار $1/6 \pm 70/14$ و فاصله اطمینان ۹۵٪ مورد پذیرش است.

در برنامه ریزی این سازمان ها، تعیین تعرفه های درمانی و بیمه ای و فرآیند عقد قرارداد این سازمانها با عرضه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات درمانی باید بوسیله وزارت بهداشت و وزارت رفاه تدوین گردد. آزادی مصرف کنندگان در انتخاب خدمات خارج شبکه با پرداخت فرانشیز و حق بیمه مازاد نیز به عنوان مکمل برنامه ضروری است. استفاده از روش پرداخت سرانه برای پزشکان عمومی، روش پرداخت کارانه تخفیفی برای پزشکان متخصص طرف قرارداد با سازمان و روش پرداخت حقوق بعلاوه پاداش برای پیراپزشکان نیز برنامه

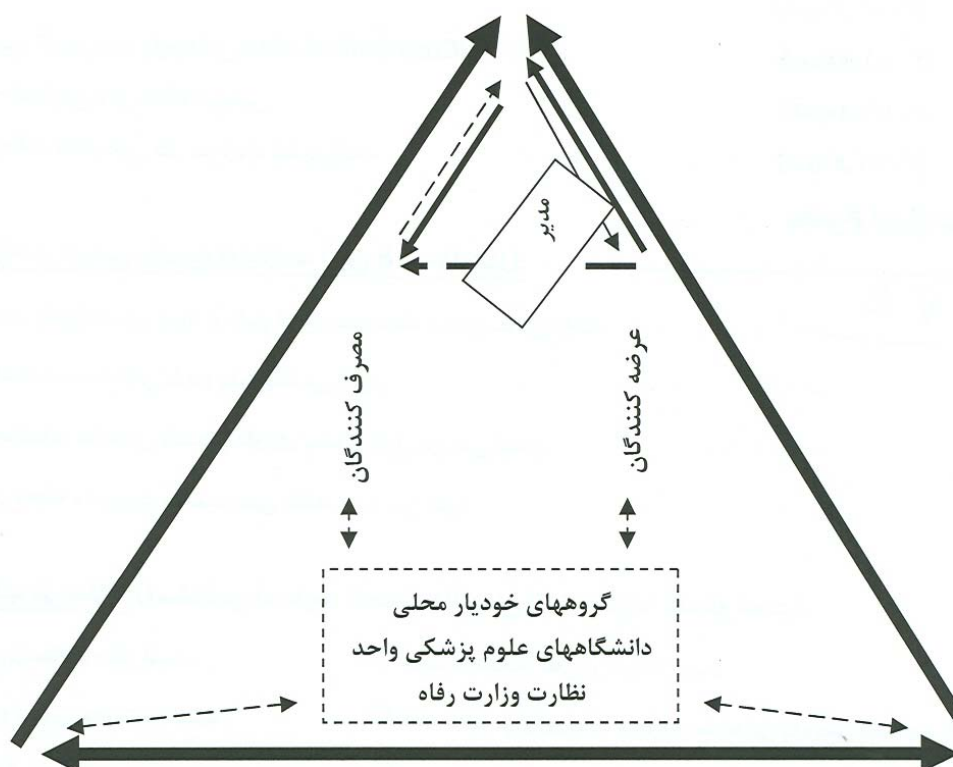
جدول شماره ۳: توزیع فراوانی برنامه ریزی در الگوی پیشنهادی برای ایران

| ارزش P | انحراف معیار | میانگین | برنامه ریزی |
|--------|--------------|---------|--|
| <0/05 | 3/73 | 79 | مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامتی |
| <0/05 | 3/6 | 78 | سیاستگذاری و چگونگی عقد قرارداد با عرضه کنندگان سلامتی توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی |
| <0/05 | 3/61 | 81 | سیاستگذاری و چگونگی عقد قرارداد های بیمه ای توسط وزارت رفاه و تامین اجتماعی |
| <0/05 | 2/8 | 84 | تعیین استانداردهای کمی و کیفی درمانی توسط وزارت بهداشت و ابلاغ به این سازمانها |
| <0/05 | 3/22 | 80 | رقابتی شدن محیط بیمه ای از طریق متغیر بودن حق بیمه مصرف کنندگان |
| <0/05 | 3/4 | 79 | پرداخت سرانه برای پزشکان عمومی طرف قرارداد با این سازمانها |
| <0/05 | 3/7 | 79 | پرداخت کارانه تخفیفی بعلاوه امتناع برای پزشکان متخصص |
| <0/05 | 3/3 | 76 | پرداخت حقوق بعلاوه پاداش برای پیراپزشکان طرف قرارداد با سازمان |

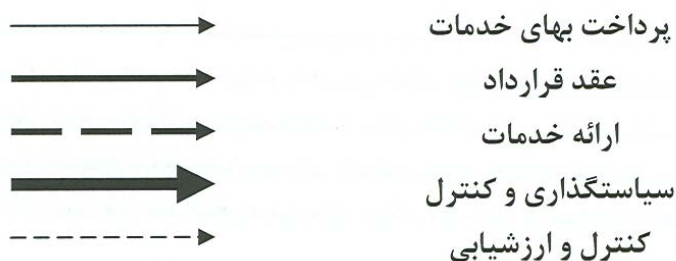
اطمینان ۹۵ درصد) با توجه به ویژگیهای نظام بهداشتی درمانی و بیمه ای ایران به صورت نمودار شماره ۲ است.

بطور کلی الگوی پیشنهادی بر اساس نتایج بدست آمده (مورد تایید با میانگین $1/03 \pm 75/7$ و فاصله

سازمان های حافظ سلامت



نمودار ۲: الگوی مدیریت مراقبت مدیریت شده برای نظام بهداشتی درمانی و بیمه ای ایران



بحث و نتیجه گیری

نتایج بررسی حاضر نشان داد که مدیریت و بهینه سازی مراقبت ارائه شده به مصرف کنندگان خدمات از طریق تلفیق بیمه های سلامتی با خدمات بهداشتی و درمانی در سازمان های مراقبت مدیریت شده (بعنوان بخش خصوصی) می تواند گام مفیدی در جهت دستیابی به هزینه اثر بخشی مناسب خدمات سلامتی باشد.

پژوهشگران دیگری نیز در تحقیقات خود به نتایج مشابهی دست یافته اند.

مارکوس (۱۹۹۹) آزمایشات غیر ضروری، نسخ غیر ضروری، افزایش هزینه های درمانی و ... را در فاصله سال های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ به عنوان مشکل کشور آمریکا تلقی کرده و چنین گفته است با ورود مراقبت های مدیریت شده به نظام بهداشتی و درمانی آمریکا در سال ۱۹۹۲، هزینه های ۱۰/۹ درصدی به ۴/۸ درصد در سال ۱۹۹۴ کاهش یافته است (۳ و ۴، ۱۹۹۹، Marcus).

گتزن (۱۹۹۷) نیز در پژوهش خود رشد ده درصدی سازمان های مراقبت مدیریت شده به ازای هر سال در آمریکا را بیان نموده بطوریکه تا سال ۱۹۹۵ پیش از شصت میلیون آمریکایی خدمات سلامتی خود را از طریق این سازمان ها دریافت کرده اند. وی سرعت رشد مثبت نام در این سازمان ها را بالا بودن هزینه های سایر برنامه های درمائی (مدیکیر) عنوان نموده است (۲۱۲-۲۴۲، ۱۹۹۷، Getzen).

دیویس (۲۰۰۰) نیز در تحقیقات خود با معرفی نظام شبه مدیریت شده استرالیا، از آن به عنوان گام مقدماتی در جهت حرکت به سمت مراقبت های مدیریت شده یاد کرده است و گام های باقی مانده آن شامل: یکپارچه سازی سرمایه های جاری و منسجم نمودن اطلاعات را، جهت تکمیل مراقبت مدیریت شده پیشنهاد نموده است. وی با اشاره به مشکلات اصلی که استرالیا با آن مواجه است، روندرو به رشد مراقبت مدیریت شده در استرالیا را مثبت ارزیابی نموده است (۴۴-۴۲، ۲۰۰۱، Davis). به این ترتیب یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که مراقبت مدیریت شده به عنوان یک بخش خصوصی می تواند سازمان های بیمه گر را به بطن نظام بهداشتی درمانی گره زده، به نحوی که بهبود عملکرد

اقتصادی، کاهش هزینه ها، ارتقای کیفیت خدمات درمانی و... را با توجه به ساختار طراحی شده برای هر کشور طراحی و ابزارهای کنترلی لازم، فراهم آورد. یعنی نتایج این پژوهش منطبق بر یافته های مارکوس، گتزن، دیویس می باشد.

با توجه به تحلیل مطالعات تطبیقی چنین می توان گفت که با توجه به اینکه استراتژی کنونی نظام بیمه ای و درمانی ایران به سمت تراکم زدایی در حال حرکت است و زمینه های لازم جهت این مهم در حال فراهم در آن است، لذا برقراری سازمان هایی با ویژگی های منطبق بر نظام بهداشتی و درمانی ایران امری اجتناب ناپذیر به نظر می رسد که باید به سمت آنها قدم برداشت.

منابع و مآخذ:

۱. جباری بیرامی ، حسین. « مکانیزم تمرکز زدایی در نظام سلامت کشورهای در حال توسعه آسیا و امریکای لاتین ، کشورهای کمتر توسعه یافته آفریقا و کشورهای اروپایی و ارائه الگو برای ایران » رساله دکتری ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات ، ۸۵-۸۴ .
۲. قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۳. منظم، کامبیز. « مروری بر اصلاحات نظام پرداخت حق الزحمه فراهم کنندگان خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای منتخب آسیا و امریکای لاتین » ، فصلنامه تامین اجتماعی، شماره ۱۲، بهار ۱۳۸۲.
۴. هاشمی فشارگی، منصور. « نقش کمیته های بررسی نسخ و خدمات پزشکی در تبیین شرایط بازار عرضه و تقاضای دارویی کشور » ، همایش اقتصاد بهداشت، ۱۳۷۸.
۵. یزدانی ، شهرام. « مراقبت مدیریت شده ». مرکز آموزش و توسعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۴.
6. Abdul Kadir, Abdul HAMid bin." Managed Care – Implication of Managed Care for Health System. Clinicians and Patients " Second Annual Medico – Legal Conference, April 2000.
7. Allen C .goodman , Sherman folland . the economics of health and health care. Prentice – Hall Inc.-3rd edition , 2001.
8. Baldor , Robert A. Managed care Made Simple , second Edition , 1997.
9. Brown, david . "Prospect for Managed Health Care in Australia " 20 , june2000.
10. Davis , Susan R. Meier , Scott T. the Elements of Managed care: A guide for helping Professionals , Printer : Webcom , Ltd , 2001.
11. Council for medical schemes, Accreditation standards for managed care organization, standard measurement criteria, 2007.
12. Feek,Colin . " Integrated Care – The Ethical Debate ", Health Care and Informatic, Review online, 1998.
13. Folland, "HMOS and Managed care in Malaysia: what can we Anticipate from the experience of Singapore And the united state." ,Bulten Kesihatan Masya rakat Isu KHas, 2000.
14. getzen. Thomas E, Health Economics: Fundamentals and Flow of funds, john wileg & sons, Inc. , 1997,
15. Marcus, david. "coordinating care in a uncoordinated Health System: the Development and Implementation of coordinated care,1999.
16. Marcus, David. "Prospect for Managed Health Care in Australia" 20, june2000.
17. Morrissey, Michael. lexander, Jeffrey, burns, Lawton (1999). The effect of managed care on physicians and clinical integration in hospitals. Medical care, vol.37. NO.4. 350-361.
18. Routledge, The Economic of Health System, Printed by TJ Internationz Lytd, Padstow, Cornwall , 2003.
19. Royce, Robert. " Health Care Reform in The U.K.: Managed Care by Another Name" , 2000.
20. Wan Shukri Ariffin. " Pm Care Outsourcing The Management And Adminstration Of Health Care Programmer " , 2002.
21. World health organization." Health sector Reform and Reproductive health ", Report of a technicalconsultation,undp /UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research training in human Reproduction, 2005.
22. www.nioclibrary.ir/privatization /037 pdf
23. www.nioclibrary .ir/privatization /036pdf