



گروه علوم پیراپزشکی

وبینار

تحلیل انواع نظام های پرداخت در حوزه سلامت

دارای امتیاز آموزشی
(به صورت حضوری یا مجازی)



مکان: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری

اسلامی ایران، سالن مجمع عمومی

زمان: ۲۱ خردادماه ۱۴۰۳

ساعت ۸ تا ۱۲

لینک شرکت در سمینار بصورت مجازی:

<https://www.skyroom.online/ch/farhangestan/pirapezeshki>

سخنرانان:

دکتر سیدشهاب الدین صدر: کلیات نظام های پرداخت

دکتر خلیل علی محمدزاده: نظام پرداخت Fee for service مزایا، معایب و مدیریت آن

دکتر شهرام غفاری: نظام پرداخت DRG در حوزه سلامت، قوت ها، ضعف ها و چالش ها

دکتر حمید پور اصغری: نظام پرداخت سرانه ای، قوت ها و چالش ها

دکتر امیر عباس فضائلی: کاربرد روشهای پرداخت به پزشکان در بخش درمانی سازمان

تامین اجتماعی

دکتر بهزاد نجفی: مقایسه نظام های روش پرداخت در حوزه سلامت

دکتر فرهاد کوهی: تأثیر نظام تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی کشور در توسعه

نظام های پرداخت

دکترخلیل علی محمدزاده دبیر علمی کنفرانس تحلیل انواع نظام های پرداخت در حوزه سلامت از برگزاری این کنفرانس در روز دوشنبه 21 خردادماه 1403، در فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران خبر داد و گفت: ثبت نام کنندگان سمینار در سامانه آموزش مداوم پزشکی، 350 نفر بودند که در جلسه کنفرانس به صورت مجازی و یا حضوری شرکت داشتند و حدود 90 درصد در امتحان مربوطه شرکت و گواهی و امتیاز بازآموزی دریافت نموده اند.

عضو وابسته فرهنگستان علوم پزشکی، مباحث و موضوعات از پیش تعیین شده برای این کنفرانس و سخنرانان را به شرح زیر عنوان کرد:

- کلیات نظام های پرداخت (دکترسیدشهاب الدین صدر)

- نظام پرداخت Fee for Service: مزایا، معایب و مدیریت آن (دکترخلیل علی محمدزاده)

- نظام پرداخت DRG در حوزه سلامت؛ قوت ها، ضعف ها و چالش ها (دکترشهرام غفاری)

- نظام پرداخت سرانه ای؛ قوت ها و چالش ها (دکترحمیدرضا پوراصغری)

- کاربرد روش های پرداخت به پزشکان در بخش درمانی سازمان تامین اجتماعی (دکترامیرعباس فضائلی)

- مقایسه نظام های پرداخت در حوزه سلامت (دکتر بهزاد نجفی)

- تاثیر نظام تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی کشور در توسعه نظام های پرداخت (دکتر فرهاد کوهی)

این استاد دانشگاه و رییس زیرگروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی گروه تخصصی پیراپزشکی، گزیده ای از مطالب ارائه شده در این کنفرانس را به شرح زیر اعلام داشت:

* کلیات نظام های پرداخت (دکترسیدشهاب الدین صدر)

نظام های پرداخت یکی از اجزای حیاتی در مدیریت و تأمین مالی خدمات سلامت است که تأثیر مستقیمی بر کیفیت و کارایی این خدمات دارد. روش های پرداخت در نظام سلامت از عوامل تأثیرگذار در رفتار ارائه کنندگان

خدمات و بالطبع کیفیت خدمات است. کشورهای مختلف از روش‌های پرداخت متفاوتی در نظام سلامت خود بهره می‌برند.

انتخاب بهترین روش پرداخت به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله:

ساختار نظام سلامت کشور: کشورهایی با نظام سلامت ملی ممکن است از بودجه‌بندی گلوبال یا Capitation بیشتر بهره‌مند شوند، در حالی که کشورهایی با بخش خصوصی قوی ممکن است از Fee-for-Service یا Pay-for-Performance استفاده کنند.

اهداف سلامت: اگر بهبود کیفیت و نتایج درمانی هدف اصلی باشد، Pay-for-Performance می‌تواند موثر باشد. اگر کنترل هزینه‌ها و پیشگیری از اهمیت بیشتری برخوردار باشند، Capitation یا بودجه‌بندی گلوبال مناسب‌تر هستند.

فرهنگ و نیازهای محلی: باید به ویژگی‌های جمعیت و نیازهای سلامت آن توجه کرد. برخی جوامع ممکن است به خدمات اولیه و پیشگیری نیاز بیشتری داشته باشند، در حالی که دیگران به خدمات تخصصی‌تر نیاز دارند.

در نهایت، ترکیب روش‌های مختلف پرداخت (Mixed Payment Models) ممکن است بهترین راه حل باشد. به‌کارگیری همزمان چند روش پرداخت می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات، کنترل هزینه‌ها و افزایش رضایت بیماران منجر شود. کشورهایی مانند هلند و برخی استان‌های کانادا از ترکیب این روش‌ها بهره‌مند می‌شوند تا به نتایج بهتری دست یابند. نظام‌های پرداخت نقش کلیدی در مدیریت و تأمین مالی نظام سلامت دارند. انتخاب و پیاده‌سازی مناسب این نظام‌ها می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر کیفیت و کارایی خدمات سلامت داشته باشد.

آینده نظام‌های پرداخت: پیشرفت فناوری و تغییرات اجتماعی و اقتصادی نیازمند بازنگری و به‌روزرسانی مستمر نظام‌های پرداخت است تا بتواند نیازهای روزافزون جامعه را به بهترین شکل ممکن برآورده کند.

* **نظام پرداخت Fee for Service:** مزایا، معایب و مدیریت آن (دکتر خلیل علی محمدزاده)

نظام پرداخت **Fee for Service**، هزینه در ازای خدمات سیستم پرداخت بیمه سلامت است که در آن به پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی برای هر خدمت خاص ارائه شده هزینه پرداخت می شود که اساساً به ارائه دهندگان پزشکی برای حجم و مقدار خدمات ارائه شده، صرف نظر از نتیجه، پاداش می دهد. این روش برخلاف مدل های جایگزین، از جمله پرداخت همراه، خانه های پزشکی بیمار محور و سازمان های مراقبت پاسخگو است. در چند سال گذشته تغییری از مدل های پرداخت هزینه به ازای خدمات، به سمت پرداخت های مبتنی بر ارزش رخ داده است؛ در این پرداخت ها به ارائه دهندگان پزشکی براساس کارایی و نتایج بیمار، به جای حجم خدمات ارائه شده، پاداش داده می شود.

نظام پرداخت کارانه رایج ترین مدل پرداخت است که در آن پزشکان، بیمارستان ها و مراکز درمانی برای هر خدمتی که انجام می دهند، هزینه جداگانه دریافت می کنند. در این مدل، بیمار یا شرکت بیمه، مسئول پرداخت هر مبلغی است که ارائه دهنده خدمات درمانی برای این خدمات هزینه می کند. این مدل شبیه ترین مدل به بازار است. این مدل پرداخت های خدمات را بدون توجه به تأثیر آنها بر سلامت بیمار بازپرداخت می کند. منتقدان این مدل در امریکا معتقدند که FFS مسئول ایجاد یک سیستم مراقبت های بهداشتی ناپایدار است زیرا انگیزه های مالی ذاتی آن باعث می شود که مراقبان به جای توجه به منافع بیمار، بر افزایش تعداد ویزیت ها، آزمایش ها، درمان ها و روشهای قابل پرداخت تمرکز کنند. آنها به جای کارانه، پرداخت مبتنی بر ارزش را پیشنهاد می کنند.

در مقابل، غرامت مالی در یک سیستم مراقبت مبتنی بر ارزش به جای تعداد و هزینه خدمات ارائه شده، بر اساس نتایج بیمار است. سوابق الکترونیکی سلامت و دسترسی به داده ها تغییر به مراقبت مبتنی بر ارزش را ممکن می کند، زیرا داده ها مردم را به سمت درمان هایی هدایت می کنند که از نظر آماری کارساز هستند. برخی تجارب جهانی از اجرای نظام پرداخت **Fee for Service** حاوی نکات زیر است:

-نظام پرداخت کارانه در مقایسه با سایر روش ها، هزینه های سلامت را افزایش می دهد.

-اجرای نظام پرداخت کارانه به افزایش در خرید و مصرف تجهیزات گران قیمت تشخیصی منجر می شود.

-میزان جراحی سزارین در نظام پرداخت کارانه در مقایسه با سایر روش های پرداخت بسیار بالا بوده است.

-میزان جراحی های کاملاً استاندارد شده با نظام پرداخت کارانه در مقایسه با سایر نظام های پرداخت بالاتر است.

* نظام پرداخت DRG در حوزه سلامت؛ قوت ها، ضعف ها و چالش ها(دکتر شهرام غفاری)

در شرایطی که محدودیت منابع در حوزه سلامت وجود دارد، بکارگیری مکانیزم پرداخت مناسب برای ارائه دهندگان حوزه سلامت حائز اهمیت است، این نوع نظام پرداخت یکی از مهمترین راهکارهای جلوگیری از اتلاف منابع و تحمیل هزینه به ذینفعان مختلف حوزه سلامت(مردم، سازمان های بیمه گر و ...) می باشد. یکی از این مکانیزمهایی که هم اکنون مورد تایید سازمان جهانی بهداشت هم می باشد پرداخت مبتنی بر گروه های تشخیصی(DRG) می باشد. این مدل اولین بار توسط پروفیسور فتور آمریکایی برای بررسی کیفیت و عملکرد بیمارستانها معرفی شد و سپس به دلیل جذابیت آن در توزیع و تخصیص بودجه بیمارستانها، در سال 1982 در ایالت نیوجرسی به همین منظور مورد استفاده قرار گرفت. این مکانیزم یک روش ترکیبی است که در آن درجه متفاوت بیماری در یک گروه مرتبط تشخیصی براساس عواملی مانند شدت بیماری، پیش آگهی، سختی درمان، نیاز به مداخله و منابع مورد نیاز گروه بندی می شود. لذا براساس آن، بیماران بستری به گروههای مختلف تشخیصی تقسیم شده و به ازای هر بیمار بستری، مبلغی به صورت یک جا برحسب تشخیص اولیه بیماری پرداخت می گردد. مبلغ اختصاص یافته به مدت بستری و خدمات استفاده شده بستگی ندارد و بیمارستانها را به کاهش هزینه تشویق می کند.

مکانیزم پرداخت براساس گروه های تشخیصی روش مناسبی است اما برخی مشکلات و نگرانی ها در اجرای این روش به شرح زیر وجود دارد:

ترخیص پیش از موعد؛ افزایش تعداد پذیرش‌ها؛ انتخاب بیماران برای پذیرش با خطرات کمتر؛ استفاده از گروه‌های تشخیصی گرانتر (در صورت عدم نظارت)؛ انتقال برخی از خدمات حوزه سرپایی به بستری و بالعکس؛ خطا در کدگذاری

در واقع مهمترین مزیت این مکانیزم پرداخت عبارت است از اینکه با کمک آن، مراکز درمانی (از جمله بیمارستان‌ها) می‌توانند اطلاعات بیشتری را در زمینه نتایج، هزینه‌های درمان و احتمال افزایش هزینه کسب نمایند و نوع بیماریهای درمان شده را به هزینه‌های انجام شده مرتبط نمایند و با توجه به هزینه برنامه ریزی نمایند.

* نظام پرداخت سرانه‌ای؛ قوت‌ها و چالش‌ها (دکتر حمیدرضا پوراصغری)

سیستم‌های پرداخت انواع مختلفی از ریسک مالی را در میان پرداخت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان ایجاد کرده و به اشتراک می‌گذارند. پرداخت‌های سرانه بیشتر ریسک مالی را به ارائه‌دهندگان منتقل می‌کند. این خطرات با توجه به شرایط خاص قرارداد و ترتیب سازمانی متفاوت است. اگر پزشکان بر اساس سرانه دستمزد دریافت می‌کنند، در صورتی که بیماران بیمارتر باشند، این خطر را متحمل می‌شوند.

تحقیقات اخیر در مورد خدمات سلامت و تئوری سازمانی اهمیت سه عامل را در طراحی چنین مشوق‌های مالی برجسته کرده است:

الف - نزدیکی: به ارتباط مستقیم بین تصمیمات پزشک برای بیمار و پاداش اقتصادی آنها اشاره دارد. برای مثال، نظام سرانه یک ساختار مشوق نزدیکی بالا است.

ب - شدت: نشان‌دهنده بزرگی انگیزه‌های پیش‌روی هر پزشک است. به عنوان مثال، هرچه دامنه خدماتی که در نرخ سرانه گنجانده شده است، بیشتر باشد، حداکثر ضرر یا سود احتمالی برای پزشک بیشتر است.

ج - تعامل: اشاره به پویایی رفتاری در بین پزشکان دارد. پرداخت‌های من تا چه حد به تصمیم‌گیران بستگی دارد؟

نظام سرانه، پرداخت احتمالی به ازای هر فرد است که ثبت نام کرده است، در هر ماه یا

سال، که در آن پرداخت کننده بدون توجه به مقدار خدمات واقعی ارائه شده، پرداخت ثابتی را برای مجموعه مشخصی از خدمات انجام می دهد.

این رویکرد پرداخت می تواند برای یک متخصص سلامت فردی، برای گروهی از متخصصان سلامت برای خدمات حرفه ای جمعی، یا برای سازمان های ارائه دهنده برای پذیرش ریسک برای اکثر خدمات سلامت استفاده شود.

همچنین این امکان وجود دارد که خدمات اولیه، تخصصی و بستری را در یک نرخ سرانه که به یک نهاد واحد که مسئولیت همه خدمات را بر عهده دارد، پرداخت شود.

این رویکرد پرداخت، تصمیمات پزشک مراقبت های اولیه را در مورد تخصیص فعالیت ها و هزینه ها درونی می کند و به انعطاف پذیری بیشتری در شخصی سازی مراقبت ها برای رفع نیازهای بیماران اجازه می دهد.

این رویکرد انگیزه ای برای پزشکان مراقبت های اولیه ایجاد می کند تا بیماران خود را برای خدماتی خارج از محدوده پرداخت سرانه به سایر پزشکان ارجاع دهند. به عنوان مثال: پزشکان مراقبت های اولیه تحت یک پرداخت سرانه ممکن است ترجیح دهند بیماران را به متخصصان ارجاع دهند، که ممکن است به جای مراقبت مستقیم از آنها، هزینه های کلی را برای پرداخت کننده افزایش دهد.

* کاربرد روش های پرداخت به پزشکان در بخش درمانی سازمان تامین اجتماعی (دکترامیرعباس

فضائلی)

تعهدات درمانی سازمان تأمین اجتماعی (ماده 2 آیین نامه قانون الزام) عبارتند:

الف- انجام کلیه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی، بیمارستانی اعم از پزشکی و دندانپزشکی

ب- انجام کمک ها و معاینات طبی و معاینات قبل، حین و بعد از زایمان؛

ج- توانبخشی و تجدید فعالیت بیمه شدگان آسیب دیده که قدرت کار خود را از دست داده اند و اقدام بر اشتغال

به کارهای مناسب آنان؛

د- تحویل وسایل کمک پزشکی (پروتز و اروتز)؛

و- سایر تعهدات مندرج در قانون تامین اجتماعی با تغییرات و اصلاحات بعدی آن و مصوبات شورای عالی تامین اجتماعی در رابطه با درمان

امکانات و ظرفیت های ارائه خدمات درمانی سازمان لغایت پایان 1402:

درمان مستقیم، 397 مرکز درمانی

درمان غیرمستقیم، 50984 مرکز درمانی طرف قرارداد

اجزای پرداخت به پزشک بدین شکل است:

پرکیس، کارانه، بخش ثابت و حقوق

در تعرفه و کدینگ ملاک عمل نکات زیر قابل ذکر است.

جهت ارائه به بیمه شدگان سازمان بر پایه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی دولتی، آخرین ویرایش ابلاغی کتاب

ارزش نسبی خدمات و اعمال گلوبال ابلاغی وزارت بهداشت و مصوبات شورای عالی بیمه

در خصوص بیماران غیرتامین اجتماعی (مشروط به اینکه بیش از 20 درصد عملکرد پزشک نباشد) تعرفه عمومی

غیردولتی بدون احتساب ضریب پلکانی

در خصوص بیماران دارای بیمه تکمیلی در استفاده از حداکثر 10 درصد تخت های موجود و مازاد بر نیاز تا سقف

تعرفه مصوب برای بخش خصوصی

* مقایسه نظام های پرداخت در حوزه سلامت (دکتر بهزاد نجفی)

سیستم های پرداخت ارائه دهنده می توانند ابزار قدرتمندی برای ارتقای توسعه سیستم های سلامت و دستیابی به

اهداف سیاست سلامت باشند. روش پرداخت ارائه دهنده ممکن است به سادگی به عنوان مکانیزمی که

برای انتقال وجوه از خریدار خدمات مراقبت های بهداشتی به ارائه دهندگان استفاده می شود، همچنین

ممکن است به عنوان روش پرداخت ترکیبی با تمام سیستم‌های پشتیبانی مانند قرارداد، سیستم‌های اطلاعات مدیریت و مکانیسم‌های پاسخگویی که روش پرداخت را همراهی می‌کنند، تعریف شوند.

کدوم سیستم پرداخت را انتخاب کنیم؟

تأثیر مکانیسم‌های پرداخت جایگزین باید در چارچوب اهدافی مانند کیفیت مراقبت، هزینه و هدف‌گیری برای فقرا ارزیابی شود. اهداف متعدد و رقابتی هستند و درگیری‌ها یا تنش‌ها در رفتارهای متعدد خریداران، ارائه دهندگان و بیماران ایجاد می‌شود. اهداف چند طرف ممکن است به همان اندازه مطلوب اما متقابل ناسازگار باشند به این معنی که ظرفیت سیستم‌های پرداخت برای دستیابی به هر هدف یکسان نیست و اهداف چندگانه ممکن است با یکدیگر رقابت کنند یا در تضاد باشند.

ررسی‌ها نشان می‌دهد که عناصر گذشته‌نگر سیستم‌های پرداخت مثل کارانه به موضوعاتی مانند دسترسی، سطوح قابل قبول ریسک ارائه دهنده، درآمدهای کافی، انتخاب بیمار و افزایش کیفیت می‌پردازند.

عناصر آینده‌نگر مانند DRG در سیستم‌های پرداخت در سطوح بهینه خدمات، کارایی و مهار هزینه بهتر عمل می‌کنند.

این معیارها چارچوبی برای ارزیابی نقاط قوت و ضعف روش‌های مختلف پرداخت مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌کند و می‌تواند به سیاستگذاران و سازمان‌های بهداشتی کمک کند تا مناسب‌ترین مدل‌ها را بر اساس اهداف، زمینه و اولویت‌های خاص خود انتخاب کنند.

* تاثیر نظام تعرفه گذاری خدمات تشخیصی و درمانی کشور در توسعه نظام های پرداخت (دکتر فرهاد

کوهی)

اصطلاح تعرفه در خدمات پزشکی معادل واژه قیمت در مبادلات بازار می‌باشد، ولی علت اینکه تحت عنوان تعرفه مطرح می‌شود بدلیل این است که قیمت‌ها از محل تلاقی عرضه و تقاضا در بازار تعیین می‌شوند در حالیکه تعرفه‌ها به صورت ثابت و برای یک دوره زمانی مثلا یکساله تعیین می‌گردد و در طول سال مستقل از کارکرد بازار و شرایط آن عمل می‌کنند.

در بند (8) ماده (1) قانون 28 بیمه همگانی خدمات درمانی قیمت واقعی خدمات چنین تعریف شده است: قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه (داراییهای ثابت)، در بخش دولتی سود سرمایه (دارایی های ثابت) و استهلاک منظور نمی شود.

مهمترین چالش نظام تعرفه گذاری و افزایش شکاف میان تعرفه های دولتی و خصوصی در ایران عبارتند از:

-شفاف نبودن هزینه تمام شده

-نگرانی سازمان های بیمه گر از کمبود منابع مالی

-بهره مندی بخش دولتی از منابع دولت بدون نیاز به پاسخگویی یا ارتقاء بهره وری

-تضاد منافع

-نبود نظام نامه (آیین نامه) مدون برای تعرفه گذاری

-زیرساخت اطلاعاتی ضعیف برای فراهم نمودن شواهد لازم

-ناکارآمدی نظام نظارت بر تدوین و اجرای تعرفه های درمانی

برخی پیامدهای مورد انتظار اصلاح نظام تعرفه گذاری بدین شرح است:

-اجرائی شدن مفاد بند 9 سیاست های کلی نظام در حوزه سلامت

-بهبود نظام تأمین مالی سلامت در جهت کنترل و کاهش مخارج نظام سلامت

-افزایش عمق پوشش خسارت ها توسط سازمان های بیمه گر پایه

-جلب مشارکت موثر پزشکان متخصص در جهت اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده

-تسهیل کامل محاسبه هزینه تمام شده از طریق همگن نمودن تمامی محصولات مراکز درمانی

-حذف نظام پرداخت روزانه و فراهم شدن امکان استقرار نظام پرداخت DRG بر اساس صورتحساب

-فراهم شدن امکان اداره مستقل مراکز درمانی دولتی و عمومی غیردولتی و قطع وابستگی آنها به منابع مالی

دولت و نهادها

-کاهش چشمگیر انگیزه ها و پیامدهای منفی فعالیت پزشکان در بخش های انتفاعی و غیرانتفاعی