

## Study of payment methods to Doctors in the referral system in selected countries and suggestions for Iranian social security organization- Direct medical service provision

Vatankhah Sodabeh<sup>1</sup>, khalesi Nader<sup>2</sup>, Ebadi Fard Azar Farbod<sup>3</sup>, Ferdosi Masoud\*<sup>4</sup>, Ayoobian Ali<sup>5</sup>

Submitted: 29.10.2011

Accepted: 20.2.2012

### Abstract

**Background:** Payment method is one of the most important control knobs in the health system. All organizations that mobilize funds for health sector must be decided: who should be paid? Why this money should be paid to them? And how much should be paid? So the main purpose of this study is to identify different methods of paying to the doctors in referral system of selected countries, and ultimately providing some suggestions for Iranian social security organizations- direct medical service provision.

**Materials & Methods:** This was a comparative study designed in 2008. First we studied theoretical issues and analyzed them within the framework of the current situation. Then we conducted a comparative study to find some solutions for it. Then we validated selected suggestions using by Delphi technique.

**Results:** Most selected countries use a combination of methods to pay to the physicians. Usually for employed physicians in insurance organizations, salary makes a large part of doctor's income. In countries where GPs play the role of gatekeeper, the per capita payment method has a special room. In American Health Maintenance Organizations (HMOs), based on employment or contractual relationship, they pay physicians by one of three methods: "Per Capita", "Salary Monthly" or "Prepayment". In addition to Salaries (if any employment relationship), specialists usually receive some fees for their Services widely.

**Conclusion:** Bonus payment in exchange for quality indicators is considered as a recently developed payment method for both GPs and specialists, but due to wide infrastructures, it needs accurate designing and plenty of arrangements.

**Key words:** Payment method, General Practitioner, Specialist doctors, Referral system, Social security organization

<sup>1</sup> - Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> -Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> - Hospital management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> - Assistant Professor, Health Management and Economics Center (HMERC), Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author, Email Address: ferdosi1348@yahoo.com)

<sup>5</sup> - M.A. in Health Service Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

## بررسی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران<sup>۱</sup>

سودابه وطن خواه<sup>۲</sup>، نادرخالصی<sup>۳</sup>، فرید عبادی فرد آذر<sup>۴</sup>، مسعود فردوسی<sup>۵\*</sup>، علی ایوبیان<sup>۶</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۷

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۲/۱

### چکیده:

**زمینه و هدف:** یکی از اهرم های کنترل بسیار مهم در نظام سلامت، روش پرداخت می باشد. تمام سازمان هایی که اعتباراتی برای بخش سلامت بسیج می کنند و به گردش درمی آورند، باید تصمیم بگیرند که قرار است پرداخت به چه افرادی صورت گیرد، این پول به چه دلیل و چقدر باید پرداخت گردد. بنابراین هدف اصلی از این پژوهش شناسایی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و در نهایت ارائه راهکارهایی مناسب برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران بود.

**مواد و روشها:** این پژوهش از نوع مطالعات تطبیقی بود که با هدف ارائه راهکار برای اصلاح روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. ابتدا مبانی نظری موضوع مورد بررسی قرار گرفته و چارچوب تحلیل وضع موجود در این قسمت معین شد. سپس برای یافتن راه حل های پیش رو برای حل مشکلات وضع موجود، مطالعه تطبیقی انجام گرفت. گزینه های انتخاب شده، راهکارهای اولیه را شکل داد و سپس راهکارها با استفاده از روش دلفی معتبرسازی شد.

**نتایج:** در اغلب کشورهای مورد مطالعه از روش های ترکیبی برای پرداخت به پزشکان استفاده می شود. معمولاً در مواردی که بین پزشکان و سازمان های بیمه گر رابطه استخدامی وجود دارد، حقوق بخشی از دریافتی پزشکان را تشکیل می دهد. در کشورهایی که پزشکان عمومی نقش دروازه بان را بر عهده دارند، روش پرداخت سرانه جایگاه ویژه ای دارد. درباره پزشکان متخصص معمولاً علاوه بر حقوق پرداخت کارانه نیز کاربرد گسترده ای دارد. پرداخت به صورت پاداش در ازای رعایت شاخص های کیفی در هر دو گروه پزشکان عمومی و متخصص اخیراً به عنوان یک نظام پرداخت پیشرفته مورد توجه قرار گرفته ولی به علت پیچیدگی های خاص خود نیاز به طراحی دقیق و بسترسازی فراوان دارد.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به آنکه اغلب پزشکان با سازمان تأمین اجتماعی رابطه استخدامی دارند، برای پزشکان عمومی استفاده از روش پرداخت ترکیبی پیشنهاد شده است که شامل حقوق، سرانه و پاداش می شود. هم چنین برای پزشکان متخصص روش پرداخت ترکیبی توصیه شده که شامل حقوق (در صورت وجود رابطه استخدامی) و پاداش می شود.

**کلمات کلیدی:** روش پرداخت، پزشک عمومی، پزشک متخصص، نظام ارجاع، سازمان تأمین اجتماعی

۱- این مقاله حاصل بخشی از رساله دکترا می باشد.

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۴- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- استادیار، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (\*نویسنده مسؤول)

(Email: ferdosi1348@yahoo.com)

۶- کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

**مقدمه:**

سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و حقوق بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است (۱). امور بیمه‌گری و خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی در دو بخش جداگانه موسوم به بخش بیمه‌ای و بخش درمانی انجام می‌گیرد. بخش بیمه‌ای مسئولیت پوشش جمعیت، وصول درآمد‌ها و حفظ سوابق را به عهده دارد. پس از آن با تخصیص منابع مالی سهم درمان که معادل یک سوم حق بیمه تعیین شده است، بخش درمان سازمان خدمات درمانی را برای بیمه شدگان فراهم می‌نماید. در حال حاضر تعهدات درمانی به دو صورت انجام می‌گیرد:

- روش درمان مستقیم با استفاده از کلیه امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان
- روش درمان غیر مستقیم از طریق خرید خدمات پزشکان، گروه‌های پزشکی، بیمارستان‌های دولتی، دانشگاهی و بخش خصوصی صورت می‌گیرد (۲).

در حال حاضر سیستم منسجمی برای هدایت و ارجاع بیماران در بخش درمان مستقیم سازمان وجود ندارد. تنها "دوره اطلاعات، پذیرش و توزیع بیمار" وابسته به اداره کل درمان مستقیم در امر پذیرش و توزیع بیماران دخالت می‌کند (۳) و در حال حاضر با توجه به آمارهای غیر رسمی حدود ۶۰ درصد از هزینه‌های درمانی پرداختنی در کشورمان از جیب مردم است (۴).

یکی از مهمترین راهکارها جهت مهار هزینه‌های درمانی در نظام‌های مختلف بیمه‌ای، استفاده از نظام پرداخت<sup>۱</sup> در بخش سلامت است (۵). شیوه پرداخت باید به گونه‌ای طراحی و بکار گرفته شود که امکان جذب درآمد کافی برای ارائه‌کنندگان خدمات فراهم سازد تا آنها انگیزه کافی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا را داشته باشند و مانع از انتقال آنها به سمت مشاغل پر درآمدتر شود (۶).

برای مثال روش پرداخت مبتنی بر عملکرد<sup>۲</sup> که تغییر اساسی در نظام پرداخت به پزشکان را به وجود آورده است، نتیجه‌ای از نهضت‌های بیمه‌سلامتی (برای اولین بار در بریتانیا و آمریکا) می‌باشد. در این روش به ارائه‌کنندگان خدمات و مراقبت‌ها اگر شاخص‌های از قبل تعیین شده را کسب نمایند پاداش داده می‌شود (۷).

کریمی ایجاد پرونده سلامت برای ارجاع بیماران روستایی توصیه می‌کند و تأکید می‌نماید که خدمات مراکز بهداشتی

باید رایگان باشد تا روستاییان بتوانند با مبالغ کمتر از شهرنشینان از خدمات بیمه‌ای بهره‌مند شوند (۸) ولی ابن احمدی بر توجه به پزشک خانواده، توجه به نقش چشمگیر دولت در تامین منابع مالی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و توجه به حمایت از اقشار آسیب پذیر جامعه تأکید می‌نماید (۹).

همچنین اهارا و همکاران دریافتند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تأکید داشتند، بیشتر است؛ همچنین بیان داشتند ایجاد سیستم اطلاعات کارآمد و آموزش بیماران و کارکنان برای مدیریت بهتر نظام ارجاع ضروری است (۱۰).

آثار و انگیزه‌های نظام پرداخت چه از جنبه تقاضا و چه از جنبه عرضه، تا حدودی وابسته به تأثیری هستند که مخاطرات اخلاقی<sup>۳</sup> نامیده می‌شود. از جنبه عرضه، نظام پرداخت سبب ظهور پاسخ پیچیده‌ای از سوی پزشکان و بیمارستان‌ها می‌گردد. تأثیر پرداخت روی حجم مراقبت، به این دلیل روی می‌دهد که پزشکان می‌توانند تقاضا برای خدمات خود را القاء کنند (۱۱).

روش‌های پرداخت در نظام سلامت متنوع بوده و در کشور بر اساس نیاز و امکانات موجود یک یا مجموعه‌ای از چند روش برای جبران خدمات استفاده می‌شود. معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و با توجه به ارائه خدمات به دو روش مستقیم و غیر مستقیم، از روش‌های مختلفی به شرح زیر برای جبران خدمات در هر روش ارائه خدمت استفاده می‌نماید:

در درمان غیر مستقیم برای جبران خدمات از روش‌های کارانه به ازای هر بیمار (per-case)، کارانه به ازای هر خدمت (Fee-For-Service)، و پرداخت روزانه (per-day) استفاده می‌شود. در درمان مستقیم از روش‌های کارانه به ازای هر بیمار (per-case)، کارانه به ازای هر خدمت (Fee-For-Service)، حقوق ماهانه (salary payment) و روش‌های پرداخت پاداش و پرداخت بر اساس ساعت کارکرد به جبران خدمات می‌پردازند (۶).

چنانچه سازمان تأمین اجتماعی بخواهد با پیاده‌سازی نظام سطح بندی خدمات و ارجاع بیمار به وضعیت آشفته کنونی سر و سامان دهد، بی‌شک یکی از ابعاد مهم این تغییر، به روش‌های پرداخت مربوط می‌شود. این روش‌های پرداخت پزشکان عمومی را شامل می‌شود (که نقش پزشک خانواده را بر عهده خواهند داشت) و نیز پزشکان متخصص را (که بیماران تنها

<sup>3</sup>- Moral Hazard

<sup>4</sup>- Induced Demand

<sup>1</sup>- Payment System

<sup>2</sup>- Pay For Performance

پس از ارجاع از سوی پزشک خانواده می توانند به آنها مراجعه کنند).

منابع محدود اقتصادی از محل حق بیمه های اخذ شده از بیمه شدگان، به این بخش اختصاص می یابد و سیاست گذاران بخش درمان را مکلف به استفاده از این منابع محدود بر اساس جیره بندی مناسب می نماید. این مسأله به ویژه در بخش درمان مستقیم بیشتر حائز اهمیت است. بنابراین هدف اصلی از این پژوهش شناسایی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و در نهایت ارائه راهکارهایی مناسب برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران بود.

### روش بررسی:

این پژوهش از نوع مطالعات تطبیقی بود که با هدف ارزیابی راهکار برای اصلاح نظام پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. این پژوهش در مجموع در دو مرحله به انجام رسید.

مرحله اول - مطالعاتی: ابتدا مطالعات کتابخانه ای برای آگاهی پژوهشگر از کار های انجام شده در این زمینه در داخل و خارج کشور صورت پذیرفت. پس از آن در طی یک مطالعه تطبیقی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع بیماران در سازمان های بیمه گر ۸ کشور منتخب شناسایی و با وضعیت فعلی درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران مقایسه شد. از آنجا که این مطالعه تطبیقی برای بررسی روش های پرداخت در نظام ارجاع کشورهای مختلف صورت گرفت، اولویت در انتخاب با کشورهایی بود که دارای سازمان بیمه گری هستند که خود ارزیابی کننده خدمات درمانی بوده و یا اینکه از الگوی موفق برای ارجاع بیماران استفاده می نمایند که می توان از تجارب آنها بهره جست. لازم به ذکر است تنها بخشی از نظام درمانی کشورهای منتخب که بر اساس معیارهای فوق مد نظر قرار گرفته و در زیر آمده است، مورد مطالعه قرار گرفت.

۱. آمریکا ( نهادهای حفظ سلامت<sup>۱</sup> )

۲. فرانسه (تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه<sup>۲</sup> )

۳. کانادا (نظام سلامت ملی کانادا<sup>۳</sup> )

۴. اتریش (تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش<sup>۴</sup> )

۵. ترکیه (تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه<sup>۵</sup> )

۶. انگلستان (نظام سلامت ملی<sup>۶</sup> )

۷. کره جنوبی (بیمه سلامت ملی<sup>۷</sup> )

۸. شیلی ( خدمات سلامت ملی<sup>۸</sup> )

اطلاعات به روش کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب، نشریات، سایت‌های معتبر از جمله سایت بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی، سازمان جهانی کار و .. و همچنین مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی معتبر همچون Science Direct, Emerald, Proquest, IranMedex و ... گردآوری شد. داده‌ها در چارچوب مفهومی و همچنین با توجه به مشکلات مطرح شده در بخش قبل گردآوری گردید.

مرحله دوم - ارائه راهکار و تعیین اعتبار:

با استفاده از داده های فاز اول، راهکارهایی ارائه شد که بر اساس روش پرداخت به پزشکان در بیمارستان های ملکی سازمان تأمین اجتماعی مطلوب و مناسب باشد. راهکارهای ارائه شده با تکنیک دلفی برای نقد و تعیین اعتبار در اختیار ۲۵ نفر از افراد خبره و صاحب نظر در مسائل بهداشتی و درمانی که با ویژگی های سازمان تأمین اجتماعی آشنا بودند، قرار گرفت. راهکارهای پیشنهادی از طریق پست الکترونیک (در صورت عدم دسترسی به آن به صورت حضوری) برای مشارکت کنندگان ارسال شده و طی نامه‌ای رسمی ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف، از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در مورد بندهای راهکارها وارد نمایند. برای تسهیل این مرحله از یک طیف ۱ تا ۹ استفاده شد، تا افراد بر اساس میزان توافق یا عدم توافق از ۱ تا ۹ رأی بدهند.

هر یک از بند ها که موفق به اخذ آرای ۷۵ درصد افراد شرکت کننده بصورت موافق شدند، در راهکارهای نهایی پذیرفته شدند. در سایر موارد نظرات افراد (بدون ذکر نام) در دور بعد دلفی برای همه شرکت کنندگان فرستاده شد و از آنها با توجه به نظرات مطرح شده مجدداً نظرخواهی شد. این روند تا زمانی تکرار شد (دور سوم) که نظرات افراد شرکت کننده ثابت و بدون تغییر ماند.

### یافته ها:

بر اساس یافته های حاصل از مطالعه تطبیقی در بین کشور های منتخب، انواع مختلفی از نظام ارجاع دیده می شود. در نهاد های حفظ سلامت آمریکا نظام ارجاع بسته ای را شاهد هستیم که با تکیه بر خدمات پیشگیرانه و سلامت محور، سعی

<sup>5</sup>- Social Insurance Institution (SSK)

<sup>6</sup>- National Health Services (NHS)

<sup>7</sup>- National Health Insurance Corporation

<sup>8</sup>- Chili National Health Services

<sup>1</sup>- Health Maintenance Organizations (HMO)

<sup>2</sup>- France Social Insurance System

<sup>3</sup>- Canadian National Health Services

<sup>4</sup>- Austria Social Insurance

دارند. این تشکیلات در اتریش فراگیرتر از بقیه می باشد. در تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه، پزشک خانواده اولین فردی است که بیمار را معاینه و درمان لازم را فراهم می کند و در صورت نیاز بیمار را به سطوح دوم و سوم خدمات ارجاع می دهد (جدول ۱).

نظام بیمه ای در ایران مبتنی بر بیمه های اجتماعی می باشد و از لحاظ تشکیلات و سازمان دهی شباهت بسیاری با کشور فرانسه دارد (در واقع نظام بیمه ای ایران از ابتدا از کشور فرانسه الگو برداری شده است). همانند فرانسه در بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی ایران نیز نظام ارجاع به مفهوم حقیقی آن دیده نمی شود و مراجعه بیماران به پزشک عمومی و یا متخصص بصورت کاملاً آزاد صورت می گیرد.

در ارائه خدمات سلامت به افراد تحت پوشش خود با کمترین هزینه دارد. در انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی نظام سلامت ملی حاکم است که مبتنی بر سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده می باشد. البته در انگلستان و تا حدی کانادا شاهد بروز انعطاف هایی هستیم که به ایجاد مراکز درمانی خصوصی در خارج از نظام ارجاع دولتی منجر شده است و هدف آن بالا بردن سطح رضایت مردم و کاستن از شکایت های ناشی از صف های انتظار طولانی برای دریافت خدمات در این دو کشور می باشد. در کشور فرانسه نظام ارجاع بطور واقعی مشاهده نمی شود و تنها محدودیت هایی برای استفاده بیش از حد از خدمات وجود دارد. کشور های فرانسه، اتریش و ترکیه نظام بیمه ای مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت

جدول ۱: نظام ارجاع در سازمان برگزیده کشورهای منتخب

کشور های مورد مطالعه	نظام ارجاع در سازمان منتخب
نهاد های حفظ سلامت آمریکا	نهاد های حفظ سلامتی نوعی پوشش مراقبت سلامتی در ایالات متحده امریکاست که در آن پزشک مراقبت اولیه <sup>۱</sup> دسترسی به خدمات را کاهش می دهد که در صورت نیاز بیماران با توجه به رهنمودهای نهادهای حفظ سلامت به پزشکان و متخصصان دیگر ارجاع داده می شوند.
تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه	در فرانسه افراد بطور اجباری تحت پوشش نوعی بیمه اجباری قرار دارند و اغلب آنها از پوشش بیمه تکمیلی نیز برخوردارند. آنها در انتخاب پزشک آزادند. مراجعه به پزشکان متخصص نیاز به ارجاع قبلی ندارد.
تشکیلات بیمه همگانی کانادا	در این نظام، اولین نقطه تماس مردم با خدمات بهداشتی درمانی در سطح اول معمولاً پزشکان خانواده هستند که در صورت عدم توانایی درمان بیمار به مراکز بالاتر شامل بیمارستان های دولتی یا خصوصی و به پزشکان متخصص ارجاع می دهند.
تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش	در کشور اتریش همه افراد زیر پوشش بیمه اجتماعی اجباری قرار دارند.
تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه	پزشک خانواده بیمار را معاینه و درمان لازم را فراهم می کند و در صورت نیاز بیمار را به متخصص و یا سطح دوم و سوم خدمات در نظام بهداشت و درمان ارجاع می دهد و از آنها اطلاعات لازم را دریافت می کند.
نظام سلامت ملی انگلستان	مهم ترین رکن نظام ارجاع در این کشور پزشکان عمومی می باشند که بیمار را در صورت نیاز به داروخانه برای دریافت دارو و یا بیمارستان به منظور انجام آزمایشات ویژه و یا به پزشک متخصص ارجاع می دهد. پزشک متخصص نیز می تواند بیمار را جهت بستری شدن به بیمارستان تخصصی ارجاع دهد و یا همچنین جهت انجام ویزیت سرپایی دیگری به پزشک عمومی ارجاع دهد.
بیمه سلامت ملی کره جنوبی	نظام ارجاع دارای سه سطح خدماتی است و با اینکه بایستی بیماران از طریق نظام ارجاع به سطوح بالاتر ارجاع داده شوند برای بیماران آزادی در انتخاب فراهم آوردن خدمات وجود دارد.
خدمات سلامت ملی شیلی	در واقع خدمات سلامت ملی، نظام کلی شیلی محسوب می شود نه یک سازمان منتخب از نظام سلامت آن کشور

<sup>۱</sup> - Primary Care Trust (PCT)

کشورها بصورت کارانه و نیز حقوق (در صورت وجود رابطه استخدامی) می باشد. در ترکیه برای تشویق بیشتر پزشکان برای کار در مناطق محروم پاداش هایی در نظر گرفته شده است (جدول ۲).

در ایران در مراکز ملکی سازمان پزشکان عمومی غالباً در استخدام سازمان قرار دارند و به آنها حقوق و کارانه پرداخت می شود. پزشکان متخصص نیز در این گونه مراکز حقوق و کارانه دریافت می کنند اما به نسبت پزشکان عمومی کارانه آنها درصد بالاتری از مجموع دریافتی را تشکیل می دهد.

شناسایی مکانیسم پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب: اصلی ترین روش پرداخت به پزشک خانواده، روش سرانه می باشد که می تواند ضمن حفظ کیفیت کار از ایجاد تقاضای القائی جلوگیری کند. در نهاد های حفظ سلامت در فرانسه و در اتریش از روش پرداخت سرانه برای پزشک خانواده استفاده می شود. در آمریکا و در انگلستان و نیز در کشور کانادا روش کارانه بیشتر به کار می رود و در مواردی که پزشکان رابطه استخدامی با نهاد بیمه گزار دارند معمولاً حقوق نیز پرداخت می شود. پرداخت پزشکان متخصص در همه

جدول ۲: مکانیسم پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب

کشور های مورد مطالعه	مکانیسم پرداخت به پزشکان
نهادهای حفظ سلامت آمریکا	پرداختهای پزشکان به یکی از سه روش: پرداخت به صورت کارانه، پرداخت حقوق به صورت ماهیانه و یا پیش پرداخت صورت می گیرد. دستمزد ثابت بر اساس هر بیمار در واحد زمان پرداخت می شود.
تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه	پزشکان عمومی که به عنوان دروازه بان در سیستم ارجاع کار می کنند، به ازای ثبت نام هر بیمار مبلغ ثابتی دریافت می کنند.
تشکیلات بیمه همگانی کانادا	پزشک عمومی: کارانه و همچنین بر طبق جدول حق العلاج ایالتی پزشک متخصص: کارانه
تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش	حق الزحمه ی پزشکان متفاوت است. یک سیستم ترکیبی وجود دارد که نرخ یکسان <sup>۱</sup> را دریافت می می نمایند.
تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه	پزشکان حقوق و پاداش دریافت می کند، البته برای تشویق پزشک در مناطق محروم به آنها حقوق بیشتری پرداخت می شود، همچنین پزشک خانواده به تعداد بیمار ثبت شده در لیست خود از مدیر مرکز بهداشت حقوق دریافت می کنند.
نظام سلامت ملی انگلستان	پزشک عمومی: سرانه، کارانه، حقوق پزشک متخصص: حقوق، کارانه،
بیمه سلامت ملی کره جنوبی	به فراهم کنندگان خدمات در برابر ارائه خدمت بر مبنای کارانه پرداخت صورت می گیرد. این علاوه بر حقوق و مزایای تعیین شده برای این افراد است.
خدمات سلامت ملی شیلی	خدمات سلامت ملی تنها قسمتی از خدمات اورژانس و بستری را می پردازد و استفاده کنندگان قسمتی دیگر خدمات را می پردازند. تحت سیستم پرداخت، مصرف کنندگان ۶۰ درصد از هزینه مشاوره پزشکی و ۵۰ درصد از هزینه تست های آزمایشگاهی را می پردازند.

به توافق اعضا رسید. جداول ۳ و ۴ نتیجه این توافق سنجی را نشان می دهد

راهکارهای پیشنهادی فوق در فاز دوم مطالعه با استفاده از تکنیک دلفی مورد توافق سنجی قرار گرفت. در مجموع پس از سه دور انجام تبادل نظریات، همه پیشنهادها بجز یک مورد

<sup>۱</sup> -Compensation for Individual Service (Fee)



جدول ۳: پیشنهادهای ارائه شده برای اصلاح مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده

ردیف	مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده	پذیرفته شده در دور اول	پذیرفته شده در دور دوم	پذیرفته شده در دور سوم	عدم توافق
۱	مکانیسم پرداخت به پزشک خانواده به صورت تلفیقی از چند عامل خواهد بود. (Mixed Payment Method)	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۲	حقوق بخشی از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۳	سرانه به ازاء تعداد پرونده های خانوار (که مسئولیت آن را بر عهده دارد)، بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۴	پاداش (Bonus) نیز بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۵	این پاداش به ازاء شاخص های تعریف شده ای که به اجرای صحیح نظام ارجاع کمک می کند، بطور مستمر پرداخت می گردد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۶	کامل بودن پرونده سلامت خانواده و رضایت بیمار از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۷	ارجاع به اندازه و به موقع یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۸	رعایت اصول درمان و تجویز دارو بر اساس رهنمود های ابلاغ شده برای پزشک خانواده یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-

جدول ۴: پیشنهادهای ارائه شده برای اصلاح مکانیسم پرداخت به پزشکان متخصص

ردیف	مکانیسم پرداخت به پزشکان متخصص	پذیرفته شده در دور اول	پذیرفته شده در دور دوم	پذیرفته شده در دور سوم	عدم توافق
۱	مکانیسم پرداخت به پزشک متخصص نیز به صورت تلفیقی از چند عامل خواهد بود. (Mixed Payment Method)	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۲	حقوق بخشی از درآمد پزشک متخصص استخدامی سازمان را تشکیل می دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۳	پرداخت کارانه (Fee For Service) به ازای میزان خدمات ارائه شده، بخش دیگری از درآمد پزشک متخصص را تشکیل می دهد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
۴	پاداش (Bonus) نیز بخش دیگری از درآمد پزشک متخصص را تشکیل می دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۵	این پاداش به ازاء شاخص های تعریف شده ای که به اجرای صحیح نظام ارجاع کمک می کند، هر ماهه پرداخت می گردد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۶	ارائه فیدبک کامل و به موقع به پزشک خانواده یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-
۷	رضایت بیمار یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-	-

## بحث و نتیجه گیری :

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می گردد، پرداخت کارانه برای پزشکان متخصص مورد توافق اعضا قرار نگرفت و از پیشنهادها حذف گردید. کارانه به عنوان یک روش پرداخت سال هاست که در سازمان تأمین اجتماعی برای متخصصان بکار می رود و همه با آن آشنایی دارند. این روش دارای مزایا و معایب شناخته شده ای است. مخالفان موارد زیر را به عنوان دلایل خود برای عدم توافق بیان کردند:

- این روش با توجه به کاهش تعداد بیماران در هنگام اجرای طرح منطقی نخواهد بود.
- به دلیل معایب مشخص روش کارانه (ایجاد تقاضای القایی) و نگهداشتن بیمار در سطوح تخصصی جالب به نظر نمی رسد.

یکی از مشکلاتی که هر نظام ارجاعی را تهدید می کند، آن است که پزشک متخصص بیمار را در همان سطح تخصصی نگه داشته و باعث اتلاف منابع تخصصی شود. کارانه می تواند در عمل این خطر را تشدید نماید. از سوی دیگر پرداخت های ثابت و بدون توجه به حجم کارکرد می تواند انگیزه کار را تضعیف نماید. به نظر می رسد عمده نگرانی مخالفان، مشکل کاهش بیمار در سطوح تخصصی پس از اجرای نظام ارجاع است که این نگرانی بجاست و باید با روش های دیگر ترمیم شود. چنانچه در این تحقیقات می بینیم ارجاع بیماران مسایل اقتصادی خاص خود را دارد که باید در طراحی نظام ارجاع به آنها توجه داشت.

در پژوهشی که توسط لاو و همکاران صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که عوامل جغرافیایی و جمعیتی بیشتر از روش پرداخت در طراحی نظام ارجاع نقش بسیار مهمی دارند که با یافته های این پژوهش مطابقت ندارد (۱۲).

پیتز در مطالعه ای با عنوان « تأثیر ارجاع یا انتقال بیماران بر منابع بیمارستانی در یک نظام خدمات سلامتی مبتنی بر سرانه<sup>۱</sup> » به مقایسه هزینه های درمانی بیماران ارجاع شده با سایر بیماران می پردازد و به این نتیجه می رسد که هزینه های درمانی گروه اول (بیماران ارجاعی) بالاتر از سایرین است و چنانچه مبنای پرداخت در این بیمارستان ها بر اساس تشخیص<sup>۲</sup> باشد، ممکن است بیمارستان متضرر شده و یا در نهایت از بیماران ارجاعی استقبال خوبی به عمل نیاید (۱۳).

روش پرداخت به پزشکان یکی از اهرم های اصلی در اصلاحات نظام سلامت به شمار می رود که در طراحی یک نظام ارجاع موفق جایگاه مهمی دارد. در این مطالعه سعی شد

با استفاده از تجربیات کشورهای موفق که دارای شرایط کم و بیش مشابهی هستند، و نیز نقطه نظرات صاحب نظران داخلی مدلی مناسب برای روش پرداخت به پزشکان در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران در صورت استقرار نظام ارجاع در این بخش ارائه گردد.

در مجموع هماهنگی بین روش پرداخت به پزشکان و روش پرداخت به بیمارستان ها در طراحی یک نظام ارجاع موفق ضروری است. از این رو پس از انجام مطالعه تطبیقی و استخراج یافته های لازم و بر اساس شناخت از نحوه ارتباط کاری پزشکان در بخش درمان مستقیم سازمان، راهکارهایی برای اصلاح بخش درمان طراحی و با روش دلفی به معرض توافق سنجی گذاشته شد.

با توجه به گزاره های پیشنهادی مورد توافق اکثریت، راهکارهای پیشنهادی زیر به تأیید رسید:

۱. مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده (پزشکان عمومی)
  - ۱.۱. روش های پرداخت به پزشک خانواده به صورت تلفیقی از چند عامل خواهد بود.
- برطبق مطالعات تئوریک هیچ روش پرداختی به تنهایی کامل نیست و توصیه می شود برای داشتن همزمان مزایای روش های مختلف، از روش های پرداخت تلفیقی استفاده شود.
- ۱.۲. حقوق بخشی از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد. با توجه به اینکه اغلب پزشکان خانواده در استخدام سازمان هستند، پرداخت حقوق به منزله حداقل تعهدات متقابل پیشنهاد شده است.
- ۱.۳. سرانه به ازاء تعداد پرونده های خانوار (که مسئولیت آن را بر عهده دارد)، بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد.
- مطالعات تئوریک و مطالعات تطبیقی نشان داد که در بیشتر کشورها تمایل وجود دارد به پزشک خانواده، به ازای تعداد پرونده های خانوار (و افراد آنها) سرانه پرداخت شود.
- ۱.۴. پاداش نیز بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد.
- برای ترغیب پزشکان خانواده به رعایت دقیق دستورالعمل ها و تنظیم رفتار در نحوه ارجاع بیماران، بخشی از حقوق در قالب پاداش پرداخت می شود.
- ۱.۵. این پاداش به ازاء شاخصهای تعریف شده ای که به اجرای صحیح نظام ارجاع کمک می کند، بطور مستمر پرداخت می گردد.
- بهتر است پرداخت پاداش ها بطور مستمر باشد تا اثربخشی بیشتری داشته باشد. این بخش از پرداخت می تواند ماهیانه یا ۳ ماه یکبار باشد.

<sup>1</sup> Capitation

<sup>2</sup> Diagnosis- based



۲.۲. حقوق بخشی از درآمد پزشک متخصص استخدامی سازمان را تشکیل می دهد.

با توجه به اینکه اغلب پزشکان متخصص در استخدام سازمان هستند، پرداخت حقوق به منزله حداقل تعهدات متقابل پیشنهاد شده است.

۲.۳. پاداش نیز بخش دیگری از درآمد پزشک متخصص را تشکیل می دهد.

برای ترغیب پزشکان متخصص به رعایت دقیق دستورالعمل ها و تنظیم رفتار در نحوه ارجاع بیماران، بخشی از حقوق در قالب پاداش پرداخت می شود.

۲.۴. این پاداش به ازای شاخص های تعریف شده ای که به اجرای صحیح نظام ارجاع کمک می کند، هر ماهه پرداخت می گردد.

بهرتر است پرداخت پاداش ها بطور مستمر باشد تا اثربخشی بیشتری داشته باشد. این بخش از پرداخت می تواند ماهیانه یا ۳ ماه یکبار باشد.

۲.۵. ارائه بازخورد کامل و به موقع به پزشک خانواده یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.

با توجه به نقش پزشکان متخصص در نظام ارجاع، انتظار می رود در ارائه بازخورد کامل کوشا و دقیق باشند. پس کیفیت بازخوردها شاخص مناسبی برای پرداخت پاداش می باشد

۲.۶. رضایت بیمار یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.

برای اهمیت دادن به مشتری مداری و بیمار محوری، رضایت بیمار به مانند پزشکان خانواده جزو شاخص های مهم و تأثیرگذار در میزان پرداخت پاداش در نظر گرفته شده است.

۱.۶. کامل بودن پرونده سلامت خانواده و رضایت بیمار از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.

چون کامل بودن پرونده سلامت از نکات کلیدی در نظام ارجاع محسوب می شود و به خوبی قابل سنجش است، به عنوان یکی از شاخص های پرداخت پاداش تعیین شده است.

رضایت بیمار نیز از شاخص های مهم و تأثیر گذار می باشد.

۱.۷. ارجاع به اندازه و به موقع یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.

رفتار پزشکان خانواده در باره میزان و نحوه ارجاع همواره از دغدغه های نظام ارجاع است که باید بطور مستمر پایش شود. از این رو شاخص مهمی در زمینه پرداخت می تواند باشد.

۱.۸. رعایت اصول درمان و تجویز دارو بر اساس رهنمود های ابلاغ شده برای پزشک خانواده یکی از شاخص های پرداخت پاداش می باشد.

هم چنین می توان از عامل انگیزشی پرداخت، در ترغیب پزشکان به رعایت استانداردهای نسخه نویسی و دستورالعمل های "مراقبت های مدیریت شده" بهره جست.

۲. روش های پرداخت به پزشکان متخصص

۲.۱. روش های پرداخت به پزشک متخصص نیز به صورت تلفیقی از چند عامل خواهد بود.

برطبق مطالعات تئوریک هیچ روش پرداختی به تنهایی کامل نیست و توصیه می شود برای داشتن همزمان مزایای روشهای مختلف، از روش های پرداخت تلفیقی استفاده شود.

## References

- 1-Moridi S. Cultur of Social Insurance. Tehran: Institute for Social Security Studies; 2000: 175. [In Persian].
- 2-Social Security Organization, Official Site. Available at : http ; www.SSO.ir. [Access in different day]. [In Persian].
- 3-Circular No 3019/14 Dated 25/3/1995. Instructions How to Form and Job Description of Department Info. Patient Acceptance and Distribution. Department of Directly Treating.
- 4-Hasan Zadeh A. People Share from Medical Expenses. Atiye Weekly 2006; No 510.
- 5-Mohagheghi M.A. Review the Situation and Prescribe Antibiotics in Tehran City Between the Years 1998 till 2001. The Final Report of the Research Project. Tehran: 2004.
- 6-Asefzadeh S. Health Care Economics. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences; 2008: 228. [In Persian].
- 7-Pay for performance. Available at: www.ncqhc.org\currenttopics\pfp.cfm
- 8-Karimi S. Comparative Study of the Situation Villagers Access to Health Services in Selected Countries and Provide a Model for Iran. Ph.D. Dissertation. Tehran: Azad Islamic University of Science and Research Branch; 2007.
- 9-Ebne Ahmadi A. Comparative Study of Current Practices in Health Care Referral System in Selected countries and Provide Suitable Model for Iran. Ph.D. Dissertation. Tehran: Azad Islamic University of Science and Research Branch; 2002.
- 10-Ohara K, Melendez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan. 1998 Dec; 13 (4):70-359. PMID: 10346035[PubMed-indexed for MEDLINE].

- 11-Pourreza A. Health Economics for Developing Countries. Tehran:Institute for Management and Planing Studies; 2005: 73-107. [In Persian].
- 12-Low A, de Coeyere D, Shivute N, Brandt LJ. Patient referral in Namibia:indentification of potential to improve the efficiency of the health care system. J Urban Health. 2001 Jun; 78 (2): 55-241. PMID:11596560 [PubMed-indexed for MEDLINE].
- 13-Pietz K, Byrne MM, Daw C, Petersen LA. The effect of referral and transfer patients on hospital funding in a capitated health care delivery system. Ann Saudi Med. 2007 Jul-Aug; 27 (4): 72-268. PMID: 17890992 [PubMed - in process].