

Hospital Resource Wastages in Health Transformation Plan (HTP) and Cost Containment Approaches: Diagnostic and Therapeutic Services Tariff

Masud Ferdosi¹, Mohammad Reza Rezayatmand¹, Maryam Barati^{1*}

¹ Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Corresponding Author: Maryam Barati, MSc in Health Services Management, School of Health Services Management and Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: mbarati92@ymail.com

Received: 14 Sep. 2019

Revised: 26 Oct. 2019

Accepted: 5 Nov. 2019

Online Published: 10 Dec. 2019

Abstract

Introduction: Proper tariff setting of health services in addition to reduction the health sector resources wastages, increases the healthcare providers' incentives in delivering effective services. The purpose of this study was to identify the waste points of HTP hospital resources, and to offer some solutions in medical tariffs setting.

Methods: This is an original applied research conducted employing a content analysis method. In order to identify hospital resources wastages and cost control approaches, PubMed, Irandoc, SID, Google Scholar and Magiran databases were searched with keywords wastage- tariff- Health Transformation- Cost and Cost Control Plan. Related articles were extracted. The nominal group technique was used to classify the wastes, and a focus group discussion with 33 participants of senior managers and experts of hospitals, insurance organizations and academic members of Isfahan University of Medical Sciences was used to confirm the solutions.

Results: The most important wastages caused by diagnostic and Therapeutic services tariffs were disparities in the income levels of some specialists, imbalances in the income of various specialist groups, imbalances in physicians' earnings versus other medical personnel's, and induced demand. The most important cost containment strategies included tariff review, reconstructing the health sector financial structures, and reinforcing accurate pricing, reducing induced demands, implementing family physician and referral systems, and tracing health services abuse.

Conclusion: The Iran HTP and any other reform plan in the health system will have its own costs, so that if the wasted resources are not identified and controlled, the success of the plan would be in danger.

Keywords: Wastage, Tariff, Cost, Cost Containment Approach, Health Transformation Plan

Citation:

Ferdosi M, Rezayatmand MR, Barati M. Hospital resource wastages in Health Transformation Plan (HTP) and cost containment approaches: diagnostic and therapeutic services tariff. Iran J Health Insur. 2019;2(3):125-132.

اتلاف منابع بیمارستانی طرح تحول سلامت و راهکارهای کنترل آن: موضوع تعرفه خدمات تشخیصی درمانی

مسعود فردوسی^۱، محمدرضا رضایتمند^۱، مریم براتی^{۱*}

^۱ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: مریم براتی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. پست الکترونیک: mbarati92@ymail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۹/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۸/۱۴

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۰۸/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۲۳

پژوهش

مقدمه: تعرفه‌گذاری صحیح خدمات سلامت، افزون‌بر افزایش انگیزه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت برای ارائه خدمات اثربخش و کارآمد، از اتلاف منابع نیز می‌کاهد. این پژوهش با هدف شناسایی اتلاف منابع بیمارستانی (بعد از انجام بازنگری ارزش نسبی و تغییر در تعرفه‌ها و ایجاد نظام کنترلی برای دریافت نکردن حق‌الزحمه افزون‌بر تعرفه‌های مصوب توسط پزشکان) و ارائه راهکار در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی: این مقاله از نوع کیفی و تحلیل محتواست. به‌منظور شناسایی اتلاف منابع بیمارستانی و راهکارهای کاهش هزینه، سایت‌های SID، PubMed، Google Scholar، Irandoc و Magiran با کلیدواژه‌های اتلاف، تعرفه، هزینه و کاهش هزینه، طرح تحول سلامت جستجو و مقالات مرتبط استخراج شد. برای تأیید و دسته‌بندی اتلاف‌ها از تکنیک گروه اسمی و برای تأیید راهکارها از بحث گروهی متمرکز با مشارکت ۳۳ نفر از مدیران و کارشناسان ارشد بیمارستان‌ها، بیمه‌ها و اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شد.

یافته‌ها: مهم‌ترین نقاط اتلاف شناسایی‌شده در حوزه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی شامل نابسامانی در سطوح درآمدی برخی متخصصان، متعادل نبودن درآمد گروه‌های مختلف تخصصی، متعادل نبودن درآمد پزشکان و سایر کارکنان درمانی و تقاضای القایی بود که موجب اتلاف منابع مالی طرح تحول می‌شد و مهم‌ترین راهکارهای کاهش اتلاف شامل بازنگری تعرفه، بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت و تقویت قیمت‌گذاری دقیق، مبارزه با تقاضای القایی، ترویج پزشک خانواده و نظام ارجاع و کشف سوءاستفاده و تخلف بود.

نتیجه‌گیری: طرح تحول و هر طرح اصلاحی دیگری در نظام سلامت، هزینه‌هایی به همراه خواهد داشت که اگر اتلاف منابع حاصله شناسایی و کنترل نشود، موفقیت طرح به مخاطره می‌افتد.

واژگان کلیدی: اتلاف، تعرفه، هزینه، رویکرد کاهش هزینه، طرح تحول سلامت

مقدمه

تقریباً هرگونه سیاست‌گذاری در نظام سلامت عواقب ناخواسته‌ای دربر خواهد داشت. طرح تحول سلامت به‌عنوان مهم‌ترین اصلاح نظام سلامت ایران نیز از این قاعده مستثنا نبوده و با کاهش بودجه [۱]، افزایش هزینه [۲،۳] و اتلاف منابع [۴] مواجه است. زمانی که منابعی (عوامل اقتصادی یا تولیدی الزامی برای انجام یک فعالیت و دستیابی به نتیجه موردنظر) از بین رود، به‌خصوص در مسیری که مفید یا منطقی نباشد، اتلاف رخ داده است [۵،۶]. به‌عنوان مثال فاز سوم

طرح تحول با تغییر تعرفه خدمات منجر به افزایش هزینه‌های درمان، کاهش کارایی نظام سلامت، ورشکستگی بیمه‌های دولتی و افزایش تقاضای القایی شد [۷].

منطقی بودن ارزش‌های نسبی وضع‌شده برای خدمات مختلف پزشکی برای تعیین تعرفه‌ها از دیرباز مورد بحث بوده است [۸]. هدف اصلی تعیین تعرفه یا قیمت خدمت ارائه‌شده، دستیابی به هدف یا پیامد مطلوب تعیین‌شده برای آن خدمت است. به‌همین دلیل است که تعرفه‌گذاری یکی از ابزارهای مهم سیاست‌گذاری دولت برای مداخله

برخی خدمات و نیز طراحی سامانه مسدودکننده دریافت زیرمیزی بود. در مرحله دوم، منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی شامل متون، پایان‌نامه‌ها و طرح‌های تحقیقاتی در سایت‌های PubMed، IranDoc، SID، Magiran و Google Scholar با کلیدواژه‌های اتلاف، هزینه و بیمارستان به صورت مروری نقلی، بررسی و نقاط اتلاف منابع بیمارستانی شناخته شده به دست آمد که شامل نابسامانی در سطوح درآمدی برخی متخصصان، متعادل نبودن درآمد گروه‌های مختلف تخصصی، متعادل نبودن درآمد پزشکان و سایر کارکنان درمانی، تقاضای القایی، ارائه خدمات تکراری و افزایش پرداختی به تمام پزشکان برای محدود کردن زیرمیزی و محاسبه تعداد خدمات اضافی بود.

در مرحله سوم، با توجه به خروجی مراحل اول و دوم، اتلاف منابع اختصاصی طرح تحول سلامت با استفاده از تکنیک گروه اسمی توسط مدیران و کارمندان ارشد بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر شهر اصفهان، اساتید دانشکده‌های مدیریت و داروسازی دانشگاه اصفهان و کارشناسان بیمارستان و ستاد اجرایی طرح تحول سلامت تعیین شد و هم‌زمان، موارد اتلاف منابع جدید مدنظر کارشناسان که جزو هیچ‌یک از خروجی‌های قبلی نبود، جمع‌آوری نمود.

در مرحله چهارم، نقاط اتلاف به ۳ دسته اتلاف موجود قبل از طرح تحول سلامت، اتلاف تشدیدشده در طرح تحول سلامت و اتلاف ایجادشده در طرح تحول سلامت تقسیم شدند. با نظر گروه تحقیق، فقط نقاط اتلاف دسته دوم و سوم (مواردی که بعد از طرح تحول ایجاد یا تشدید شده بودند) پیگیری شدند.

در مرحله پنجم، باز هم به صورت مروری نقلی، همان منابع مرحله دوم مدنظر قرار گرفتند و این بار با کلیدواژه‌های تعرفه، کاهش هزینه و راهکارهای کنترل هزینه و در نتیجه راهکارهای کنترل هزینه بیمارستانی شناخته شده، استخراج شد.

در مرحله ششم، با توجه به اتلاف‌های تأییدشده طرح تحول سلامت، راهکارهای مرتبط با هر اتلاف توسط پژوهشگر فهرست شد و مشارکت‌کنندگان در جلسات بحث گروهی راهکارهای فهرست شده را بررسی و برخی از آنها را تأیید کردند و سایر راهکارهای پیشنهادی نیز اضافه شدند. بین مشارکت‌کنندگان، از مدیران مالی و مدیران و کارشناسان بیمه‌های سلامت استفاده شد تا آنها از شواهد موجود در سازمان بیمه برای تأیید یا رد موارد استفاده کنند. سپس یک جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور حداقل ۵ نفر از مشارکت‌کنندگان به همراه گروه تحقیق برای تأیید تناسب، امکان‌پذیری و هزینه-اثر بخشی با معیار حدس عالمانه تشکیل شد. برای اطمینان از صحت یافته‌های پژوهش کیفی، ۴ معیار مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال‌پذیری لحاظ شد که به شرح زیر بود:

با کمک تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، تلفیق چند روش جمع‌آوری داده مانند جلسات بحث گروهی متمرکز و

در بازار خدمات سلامت محسوب می‌شود [۸،۹] تا بر دسترسی، عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی نظام سلامت اثر گذارد [۱۰]. تعرفه‌گذاری صحیح خدمات سلامت، افزون بر افزایش انگیزه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، برای ارائه خدمات اثربخش و کارآمد، از اتلاف منابع بخش سلامت نیز می‌کاهد [۱۱]. صرف‌نظر از اهداف افزایش تعرفه‌ها، این اقدام نباید اتلافی به دنبال داشته باشد یا حداقل میزان اتلاف را به بار آورد و بر همین اساس، به نظر می‌رسد راهکار عملی به منظور مدیریت مصرف، کاهش هزینه از طریق حذف یا کاهش اتلاف منابع و به عبارتی صرفه‌جویی است که می‌تواند از طریق افزایش کارایی آن از ضرر و زیان جلوگیری کند. از مهم‌ترین حوزه‌های اصلاحات، مباحث مالی و کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمدهاست [۱۲،۱۳]. افزایش شدید هزینه‌های درمان، دولت‌ها را وادار به تحلیل اقتصادی خدمات سلامت کرده است [۱۴]، بنابراین دولت‌ها برای هزینه‌ها و مصرف منابع در قبال عموم مردم مسئول هستند [۱۵] و باید بر اقدامات کاهش‌دهنده هزینه و جلوگیری از اتلاف تمرکز کنند [۱۶]. در این صورت دولت و بخش سلامت می‌تواند از طریق افزایش درآمدها یا کاهش هزینه‌ها و دریافت وام، از کسری بودجه پیشگیری یا آن را جبران کند [۱۷].

با توجه به اینکه خدمات بیمارستانی در اجزای مختلف نظام سلامت، عمده‌ترین عامل رشد هزینه در بسیاری از کشورهاست [۱۸،۱۹] و با توجه به اینکه عمده‌ترین دلیل اصلاحات، رشد هزینه‌ها خصوصاً به دلیل افزایش حجم و نوع خدمات بیمارستانی بوده است [۲۰،۲۱] و رقابت برای جلب بیشتر بیمار و کاهش هزینه‌های درمانی و در نهایت افزایش درآمد، باعث تغییرات اساسی در ساختار و عملکرد بیمارستان‌ها شده است [۲۱]، هدف این مقاله شناسایی اتلاف منابع بیمارستانی به دنبال اجرای طرح تحول سلامت و ارائه راهکار کاهش هزینه و جلوگیری از اتلاف منابع در زمینه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع کاربردی است که در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان در ۶ مرحله انجام شد. در مرحله اول، مجموعه دستورالعمل‌های طرح تحول سلامت تحلیل محتوا شد. تحلیل محتوا، روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. این روش فرایندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند [۲۲]. خروجی، فهرست فرایندهای تحت پوشش طرح تحول سلامت بود. فرایندهای تحت پوشش طرح تحول سلامت در خصوص تعرفه خدمات شامل وضع تعرفه خدمات جدید (اعمالی که مشمول برنامه بوده و دارای کد تعریف شده در کتاب کالیفرنیا نیستند)، براساس تعرفه مصوب شورای عالی بیمه و یا هیئت‌امنی دانشگاه، تغییر ارزش نسبی خدمات با در نظر گرفتن تغییر نوع خدمات، اصلاح و افزایش پایه و مبنای واحد ارزش‌ها در

افزایش سرسام آور هزینه‌ها روبه‌رو خواهیم بود. یکی از اقدامات اصلاحی در بازبینی تعرفه‌های پزشکی و متعادل‌سازی آنها با اصلاح کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت، اصلاح و افزایش پایه و مبنای واحد ارزش (K) در برخی خدمات بود که باعث تغییرات وسیعی در سطح تعرفه‌ها و درآمد برخی از گروه‌های پزشکی شد. اتلاف‌های شناسایی شده در این زمینه شامل نابسامانی در سطوح درآمدی برخی متخصصان، نامتعادل بودن درآمد گروه‌های مختلف تخصصی، نامتعادل بودن درآمد پزشکان و سایر کارکنان درمانی و تقاضای القایی بود. این ۳ مورد از لحاظ کاهش انگیزه کارکنان بالینی و غیربالینی باعث کاهش کارایی منابع انسانی و در نتیجه، اتلاف منابع می‌شود. اگر نظام سلامت همانند یک کل سازمان یافته تصور شود که اجزای مختلف آن با یکدیگر و با برون‌داد نظام در ارتباط هستند، توجه به نیازهای تمامی بخش‌های آن، به‌ویژه بُعد نیروی انسانی، بسیار حیاتی است. واقعیت امر این است که اجرای طرح تحول باعث افزایش سرسام آور درآمد کادر پزشکی شده است، درحالی که تاکنون هیچ‌گونه افزایش درآمدی برای سایر کارکنان لحاظ نشده است [۴]. از سوی دیگر باید توجه داشت اصولاً نظام پرداخت، یک نظام مأموریت‌گراست که مأموریت اصلی آن، تضمین بهترین برون‌داد و حفظ انگیزه کار در منابع انسانی است. متعادل نبودن تعرفه‌گذاری خدمات و نظام پرداختی که بر مبنای آن تعرفه به پزشکان پاداش می‌دهد، هم باعث صرف منابع بیش از حد در پرداخت حق الزحمه پزشکان شده و هم باعث ناامیدی و کاهش انگیزه کاری برای سایر رده‌های کارکنان می‌شود. سایر رده‌های کارکنان اعم از پزشکان عمومی، پرستاران و سایر کارکنان وقتی افزایش درآمد پزشکان را می‌بینند، به سهم خود انتظار دریافت حق الزحمه بیشتری دارند. جامعه عمل پوشاندن به این انتظار در وسیع نظام سلامت نیست و بی‌توجهی به آن نیز باعث سرخوردگی می‌شود.

راهکارهای کاهش هزینه پیشنهاد شده در زمینه اصلاح و افزایش پایه و مبنای واحد ارزش‌ها در برخی خدمات شامل بازنگری تعرفه بر مبنای نیاز جامعه، سیاست‌های نیروی انسانی و توزیع متناسب درآمد، تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده، افزایش سهم کادر غیرپزشکی به نسبت برخی از تخصص‌ها، افزایش سهم بیمارستان از درآمد بیمارستان، مبارزه با تقاضای القایی، ترویج پزشک خانواده و نظام ارجاع، کشف و شناسایی سوءاستفاده و تخلف و مبارزه و اعمال جریمه، طراحی و استفاده از راهنماها برای کادر بالینی بود. یکی از راهکارهای کاهش هزینه در بسته اصلاح تعرفه‌های پزشکی، بازنگری تعرفه بود که با یافته‌های رضایور و همکاران [۲۳] و هگور [۲۴] هم‌خوانی داشت. گروه پژوهش حاضر پیشنهاد کرد که این بازنگری بر مبنای نیاز جامعه، سیاست‌های نیروی انسانی و توزیع متناسب درآمد انجام

یادداشت‌های حین و پس از مصاحبه، فرم جمع‌آوری داده و مرور متون و مستندات، بررسی روند تحلیل در مراحل طبقه‌بندی و استخراج درون‌مایه‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور برای تطبیق و اطمینان از همخوانی طبقات با اظهارات شرکت‌کنندگان، سعی شد صحت داده‌ها و مقبولیت یافته‌ها افزایش یابد.

برای تأمین اعتبار یافته‌ها از روش ناظر خارجی که ارتباطی با پژوهش نداشت، برای بررسی درک مشابه احتمالی او با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد. برای این منظور کلیه فرایندهای تحقیق و یافته‌های به‌دست‌آمده در اختیار یکی از دانشجویان دکترای مدیریت خدمات بهداشتی که مسلط بر طرح تحول سلامت و مباحث اقتصاد سلامت بود، قرار گرفت و نظرات اصلاحی در ادامه پژوهش لحاظ شد. طبقات استخراج‌شده راهکارها برای ارزیابی توافق در اختیار اساتید راهنما و مشاور که با نحوه تحلیل داده‌های کیفی آشنایی کامل داشتند، قرار گرفت و در نهایت، برای افزایش قابلیت انتقال، پژوهشگر سعی کرد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرایند تحقیق و کارهای انجام‌شده در مسیر مطالعه، امکان پیگیری مسیر تحقیق را برای دیگران فراهم آورد. در نهایت مجموعه‌ای از راهکارهای منتخب کاهش هزینه برای اتلاف منابع طرح تحول سلامت در زمینه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی از دید صاحب‌نظران تهیه شد.

یافته‌ها

طرح تحول سلامت، هزینه‌های جدیدی را ایجاد یا سهم‌های پرداختی را جابه‌جا کرده است. به دلیل ناپایداری و کمبود منابع مالی این طرح، می‌توان بودجه و منابع مالی را که اتلاف می‌شود به سمت تأمین اعتبار این طرح هدایت کرد. چون منابع مالی قبل و بعد طرح تحول سلامت توسط وزارت بهداشت و بیمه‌ها تأمین می‌شد، بنابراین با از بین بردن این اتلاف‌ها می‌توان بدون نیاز به بودجه اضافی با جابه‌جایی موارد هزینه‌کرد، پایداری مالی بیشتری را برای طرح تحول سلامت فراهم کرد. در جدول ۱، نقاط اتلاف طرح تحول سلامت در زمینه تعرفه خدمات تشخیصی درمانی به همراه راهکارهای کنترل و کاهش هزینه فهرست شده است.

بحث

طرح تحول سلامت با افزایش دسترسی مردم، به‌ویژه اقشار کم درآمد به بیمارستان‌های دولتی همراه بود و باعث ایجاد هزینه‌های جدید یا تغییر در سهم‌های پرداختی شده که در راستای اهداف ۳گانه برنامه (حفاظت مالی مردم در برابر هزینه‌های سلامت، سامان‌دهی خدمات بیمارستانی و ارتقای کیفیت و دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی) بوده است. طبعاً در چنین شرایطی استفاده از راهکارهای کنترل هزینه ضروری است، زیرا در غیر این صورت با

جدول ۱- اتلاف منابع طرح تحول سلامت به همراه راهکارهای کنترل

راهکارهای پیشنهادی	اتلاف منابع طرح تحول سلامت
<p>بازنگری تعرفه بر مبنای نیاز جامعه، سیاست‌های نیروی انسانی و توزیع متناسب درآمد تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده افزایش سهم کادر غیرپزشکی به نسبت برخی از تخصص‌ها افزایش سهم بیمارستان از درآمد بیمارستان (افزایش تعرفه شب‌تخت)</p>	<p>■ نابسامانی در سطوح درآمدی - متعادل نبودن درآمد گروه‌های مختلف تخصصی - متعادل نبودن درآمد پزشکان و سایر کارکنان درمانی</p>
<p>■ مقابله با تقاضای القایی - افزایش اطلاع‌رسانی در جامعه - حاکمیت بالینی و مبتنی بر شواهد بودن - اصلاح نظام پرداخت - اصلاح تعرفه‌ها - اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار - به‌کارگیری اهرم کنترلی مالیات در نظام سلامت - گذاشتن سقف تعداد خدمات برای پزشکان - تقویت نقش سازمان بیمه‌گر به‌عنوان وکیل بیمار - ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف - کاربرد برنامه‌های مراقبتی مبتنی بر شواهد</p>	
<p>■ ترویج پزشک خانواده و نظام ارجاع - استقرار نظام پزشک خانواده و پرونده الکترونیک سلامت - تقویت و تشویق مراجعه در چارچوب نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات سلامت - تقویت نقش دروازه‌بانی پزشکان خانواده - کاهش سطح مواجهه با نظام ارائه خدمات - پرداخت حداقل هزینه توسط بیمار به‌شرط حرکت در مسیر ارجاع - کنترل نحوه هدایت بیمار برای دریافت خدمات در زنجیره ارجاع - ممنوعیت خود ارجاعی</p>	
<p>■ کشف و شناسایی سوءاستفاده و تخلف و مبارزه و اعمال جریمه - تصویب قوانین ضدتنبانی با ضمانت اجرایی بالا برای ارجاع بیمار با هدف کسب سود - استفاده از نرم‌افزارهای دقیق برای کشف تبانی و سوءاستفاده - واکاوی داده‌های ضد سوءاستفاده در بخش سلامت - ایجاد دفاتر بازرسی برای کشف و برخورد با سوءاستفاده - تشویق مردم به گزارش فعالیت‌های کلاهبرداری از جمله سوءاستفاده در بیمه سلامت - حفاظت از کارمندان در برابر مقابله‌به‌مثل کارفرما برای افشای سوءاستفاده آنها به مقامات - افزایش مجازات کیفری و مدنی متخلفان نظام سلامت - مبارزه با درخواست، پرداخت یا دریافت آگاهانه و از روی میل رشوه - افزایش بودجه برای کنترل سوءاستفاده و تخلف - منع سهام‌داری پزشکان در پاراکلینیک - تصویب قوانین ضدتنبانی با ضمانت اجرایی بالا برای ارجاع بیمار - تعبیه مکانیزم‌های کنترلی و نظارتی مستمر - نظارت و رسیدگی به اسناد پزشک و درمان‌های پرهزینه - کنترل عرضه خدمات - کنترل تعداد یا مقدار خدمت درخواستی - انجام آزمایش‌ها به‌طور سرپایی و بررسی ضرورت بستری قبل از پذیرش - گرفتن پیش‌تأییدیه از بیمه برای اعمال جراحی الکتیو</p>	<p>■ تقاضای القایی - ارائه خدمات تکراری - محاسبه تعداد خدمات اضافی</p>
<p>■ طراحی و استفاده از راهنماهای بالینی - تدوین راهنماهای درمانی تجویز منطقی داروها - طراحی و توسعه راهنماهای بالینی مناسب در سطح ملی و متناسب با نیازهای داخلی - ترویج استفاده از راهنماهای بالینی برای پزشکان</p>	
<p>پرداخت به‌موقع کارانه‌ها بازنگری تعرفه توسط کسانی که تضاد منافع ندارند</p>	<p>■ افزایش پرداختی به تمام پزشکان برای محدود کردن تعداد محدود زیرمیزی</p>

برای افزایش سوءاستفاده آنها به مقامات مربوطه، ۲ راهکار مطرح شده توسط مشارکت کنندگان در این پژوهش بود که در گزارش پوند نیز اشاره شده است [۲۵]. کلمبیا در سال ۲۰۱۰، به شهروندانش اجازه داد که با ارائه شواهدی از تقلب در مراکز سلامت، از طرف دولت برای جبران پرداخت مراقبت‌های سلامت که با تقلب و تخلف همراه بوده، شکایت کنند و بخشی از بودجه بازپس گرفته را به‌عنوان پاداش دریافت کنند [۲۵].

یکی دیگر از راهکارهای کاهش هزینه مطرح شده در این پژوهش، استفاده از راهنماها برای کادر بالینی بود که در قسمت راهکارهای کاهش هزینه خدمات تشخیصی درمانی، به‌طور مفصل به آن پرداخته شد. عطایی و همکاران در پژوهش خود به تدوین راهنماهای درمانی تجویز منطقی داروها اشاره داشتند [۲۶]. طراحی و توسعه راهنماهای بالینی مناسب در سطح ملی و متناسب با نیازهای داخلی راهکاری در این خصوص بود که در مطالعات عطایی و همکاران [۲۶]، هگور [۲۴] و میدانی و همکاران [۲۷] مطرح شده بود. ترویج استفاده از راهنماهای بالینی برای پزشکان نیز توسط پوند [۲۵]، بازیار و همکاران [۲۸] و میدانی و همکاران [۲۷] پیشنهاد شد و در این پژوهش نیز تأیید شد.

در زمینه کاهش هزینه مرتبط با نظام پرداخت، منع سهام‌داری پزشکان در پاراکلینیک پیشنهاد شد که با نتایج گزارش پوند هم‌خوانی داشت. در این راستا راهکارهای دیگری از قبیل تصویب قوانین ضدتبانی با ضمانت اجرایی بالا برای ارجاع بیمار، تعیین مکانیزم‌های کنترلی و نظارتی مستمر، نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی و درمان‌های پرهزینه، کنترل عرضه خدمات، کنترل تعداد یا مقدار خدمت درخواستی، انجام آزمایش‌های سرپایی و بررسی ضرورت پذیرش قبل از پذیرش، گرفتن پیش‌تأییدیه از بیمه برای اعمال جراحی الکتیو و اظهار نظر پزشک دوم مطرح شد [۲۵]. نظارت و رسیدگی به اسناد پزشکی و درمان‌های پرهزینه، انجام آزمایش‌های سرپایی و بررسی ضرورت پذیرش قبل از پذیرش، گرفتن پیش‌تأییدیه از بیمه برای اعمال جراحی الکتیو، کنترل عرضه خدمات، کنترل تعداد یا مقدار خدمت درخواستی و اظهار نظر پزشک دوم در پژوهش بازیار و همکاران در زمینه کاهش مخاطره اخلاقی اشاره شده بود [۲۸].

تصویب قوانین ضدتبانی با ضمانت اجرایی بالا برای ارجاع بیمار در مطالعه پوند [۲۵] و این پژوهش، پیشنهاد و تأیید شد. تعیین مکانیزم‌های کنترلی و نظارتی مستمر، راهکاری در این زمینه بود که توسط حق‌گشایی و همکاران پیشنهاد شد [۲۹] و توسط صاحب‌نظران حوزه سلامت در این پژوهش تأیید شد. به موضوع کنترل عرضه خدمات، الفقهه و همکاران نیز اشاره داشتند [۳۰]. کنترل تعداد یا مقدار خدمت درخواستی در پژوهش استیبل و همکاران نیز مطرح شده بود [۳۱].

شود؛ بدین‌صورت جزء سیاستی تعرفه‌گذاری با سایر بخش‌ها از قبیل فنی، هم‌زمان لحاظ می‌شود.

تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و براساس متغیر قابل اندازه‌گیری ارزش‌افزوده، راهکار پیشنهادی در نقشه تحول نظام سلامت ایران بود که این پژوهش نیز بر آن تأکید کرد. مبنا قرار دادن ارزش‌افزوده برای نظام پرداخت، یعنی هر کس به میزانی که خدمت با ارزش برای بیمار، برای نظام سلامت یا برای جامعه تولید می‌کند، به همان میزان دریافتی داشته باشد. طبعاً چنین نظام پرداختی کمترین هدررفت منابع را به همراه خواهد داشت. ۲ راهکار مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، افزایش سهم کادر غیرپزشکی به نسبت برخی از تخصص‌ها و افزایش سهم بیمارستان از درآمد بیمارستان بود. در پژوهش غریبی و همکاران، افزایش انگیزش کارکنان بهداشتی برای خدمت‌رسانی مناسب به جامعه پیشنهاد شده بود [۴]. توضیحات مفصل در خصوص ۲ راهکار مبارزه با تقاضای القایی و ترویج پزشکی خانواده و نظام ارجاع به ترتیب در قسمت راهکارهای کنترل هزینه خدمات تشخیصی درمانی و راهکارهای کنترل هزینه زنجیره ارجاع آورده شده است.

در خصوص کشف و شناسایی سوءاستفاده و تخلف و مبارزه و اعمال جریمه در گزارش پوند این‌طور بیان شده که استفاده از داده‌های مستخرج از نرم‌افزار کشف تخلف، برای جلوگیری و بررسی ادعاهای جعلی، قبل از پرداخت مفید است. برای مثال کارولینای جنوبی، از یک نرم‌افزار پیشرفته ضدتقلب استفاده می‌کند که تقلب برای به‌دست آوردن نسخه مواد مخدر و سایر مواد کنترل شده از طریق تبانی را شناسایی می‌کند که باعث کاهش هزینه‌های این بخش شده است [۲۵]. راهکار دیگر که پس از وقوع تخلف پیشنهاد شد، واکاوی داده‌های ضد سوءاستفاده در بخش سلامت بود که این مورد نیز در یافته‌های پوند اشاره شده است. برنامه‌های کنترل تقلب و سوء استفاده در مراقبت سلامت، برای جلوگیری، شناسایی یا پیگیری قانونی صورت‌حساب‌های غیرقانونی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، بیماران و بیمه‌ها طراحی شده است. ادعاهای دروغین کلاهبرداران در مراقبت‌های بهداشتی شامل تظاهر عمدی غلط است که باعث می‌شود دولت بیش‌ازحد مجاز پرداخت کند. سوءاستفاده شامل خدمات زیر استاندارد، قصور و اقدامات پزشکی غیرضروری است که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را افزایش می‌دهد [۲۵].

یکی از راهکارهای پیشنهاد شده در زمینه کاهش هزینه در خصوص تخلف و سوءاستفاده، ایجاد دفاتر بازرسی برای کشف و برخورد با سوءاستفاده است که این مورد نیز با یافته‌های پوند مطابقت داشت. تشویق مردم به گزارش فعالیت‌های کلاهبرداری از جمله سوءاستفاده در بیمه سلامت و حفاظت از کارمندان در برابر مقابله‌به‌مثل کارفرما

درمانی، ایجاد یا تشدید اتلاف‌هایی را در منابع مالی نظام سلامت ایران در پی داشت و بر همین اساس، باید یادآور شد که طرح تحول و هر طرح اصلاحی در نظام سلامت با تصمیم‌های جدیدی در زمینه هزینه‌کردها همراه خواهد بود و باید با توجه به ماهیت اجرایی آن، بتوان اتلاف منابع را شناسایی و کنترل کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری ارزشمند تمام مشارکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی و سپاس‌گزاری کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه نظام مراقبت سلامت بسیار پیچیده و مقاوم به تغییرات است و غالباً تحلیل نظام‌مند و سیستمیک نیز وجود ندارد، این تلاش‌های اصلاح‌طلبانه همواره منتهی به فواید مورد انتظار نمی‌شود، به‌علاوه مشکلات اجرا نیز به‌صورت کامل مدنظر قرار نمی‌گیرند. شاید بتوان گفت هم‌زمانی ۳ عامل، یعنی تعجیل در اجرا، بودجه هنگفت اولیه و نبود راهکارهای کنترل هزینه در طرح اولیه، باعث افزایش اتلاف منابع در طرح تحول سلامت شد. از منظر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، طرح تحول سلامت در زمینه تعرفه خدمات تشخیصی

References

- Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(10):637-40. doi:10.15171/ijhpm.2015.160
- Shojaei B, Ferdosi M, Kabiri S. A package of reduced payments for inpatients from the perspective of stakeholders. *International Conference on Sustainable Development in Isfahan Health System, Iran, 2015.* [Persian]
- Doaie H. *Reform Management.* 1th Edition. Mashhad: Bayan Hedayat Noor; 2005. [Persian]
- Gharibi F, Janati A, Beiknoori MF, Daghalian BA. A survey of health system reform circumstances from the experiences of managers and nurses of Tabriz Taleqani hospital. *Depiction of Health.* 2015;6(1):1-10. [Persian]
- Aghajani MH, Manavi S, Maher A, Rafiei S, Ayoubian A, Shahrami A, et al. Pay for performance in hospital management: A case study. *Int J Healthc Manag.* 2019;1-7. doi:10.1080/20479700.2019.1664029.
- Mayor M, editor. *Longman dictionary of contemporary English.* Pearson Education India; 2009.
- Jabbari AR, Keyvanara M, Azizzadeh M. Health managers' perspective on the challenges and injuries caused by incorrect medical service tariff, A qualitative study. *Armaghane-Danesh.* 2016;20(10):921-34. [Persian]
- Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari SA. Effect of proposed changes of relative values of different specialists medical tariffs on payment weight of specialties and health system costs. *Hakim Research Journal.* 2011;14(1):1-9. [Persian]
- Noori M, Monazam K, Manavi S. Study of policy making and rating the challenges of medical tariff (Research project). *Islamic Parliament Research Center: Iran, Tehran, 2008:112-113.* [Persian]
- Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers-a review of methods and experiences. *Health Policy.* 2004;70(2):175-84. doi:10.1016/j.healthpol.2004.04.012.
- Mosadeghrad A, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees: brief report. *Tehran University Medical Journal.* 2018;76(4):277-82. [Persian]
- Aghlmand S, Pourreza A. Health sector reform. *Journal of Social Welfare.* 2004;4(14):15-38. [Persian]
- World Health Organization *World Health Report: Health System: Improving Performance: World Health Organization; 2000.*
- Delgoshaei B, Ghasemi M. Designing a model of managed care in health care system of Iran. *Journal of Management Research.* 2009;20(82):125-34. [Persian]
- Iglehart JK. The American health care system: managed care. *Health Policy Report.* 1992;340(4):327-32.
- Mahdigholikhani R, Sadremomtaz N. *Costs Analysis in primary health care.* Tehran: Dabizesh; 2001. [Persian]
- Kolir A. *Health Economy.* Tehran: Noreelm Publication; 2010. [Persian]
- Rezapour A, Haghparast H. Performance of production factors in general hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences.* 2006;10(38):109-14. [Persian]
- Rezapour A, Ebadifard-azar F, Arablu J. Cost Analysis of the cost centers in a Bualisina teaching hospital in Qazvin University of Medical Sciences. *Teb va Tazkieh.* 2012;21(2):31-9. [Persian]

20. Shariati M. Reform the health system, Why and how?. *J Knowl Health*. 2015;5(2):12-9.
21. Heydarian N, Shaghayegh V. The effect of implementation of health system transformation plan on pocket paying in selected state hospitals in Isfahan. *Journal of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran*. 2015;33(3):187-94. [Persian]
22. Fooladi E, Danesh MM, Kashfi F, Khani S, Mohammadpour RA. Study of infertile husbands' and wives' point of view to infertility and marital adjustment in patients referring to Royan infertility center of Tehran in 2005. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006;16(55):131-7. [Persian]
23. Ansari H, Ebadi-Fard-Azar F. Hospital management principles and planning. Tehran: Tehran University Press; 2008. [Persian]
24. Hegwer LR. Healthcare Cost Containment: Using Predictive Modeling to Trim Nurse Staffing Costs, 2013.
25. Pound WT. Health Cost Containment and Efficiencies: NCSL Briefs for State Legislators. Health Cost Containment and Efficiencies Series 1: ISBN 987-1-58024-600-2; National Conference of State Legislatures, 2017.
26. Ataee M, Rahimi R, Rezaei M, Kohbomi J, Zobeiri M. The survey of antibiotic prophylactic used for surgical patients in selected medical and educational centers of Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010;4(1). [Persian]
27. Meydani Z, Farzandipour M, Hamidian Y, Moosavi G, Nazemi-Bidgoli Z. Cost control in the radiology department: by review of imaging utilization, 2014. [Persian]
28. Bazyar M, Soofi M, Rashidian A. Ways to control moral hazard in health system: demand-side and supply-side interventions. *Tulū'i Bihdāsht*. 2012;11(1):110-21. [Persian].
29. Haghgoshae E, Narymani M, Modirshahla A, Takbiri A, Abolghasemgorji H. Daily hospitals are models for reducing length of stay in hospitals. *Health Managment*. 2011;14(46):21-30. [Persian].
30. Alfaghade A, Jafari-Poyan E, Omidi-Morad A. Managing equipment in developing countries. *Hospital*. 2004;5(7-8):14-21. [Persian]
31. Stabile M, Thomson S, Allin S, Boyle S, Busse R, Chevreur K, et al. Health Care Cost Containment Strategies Used In Four Other High-Income Countries Hold Lessons For The United States. *Health Affairs*. 2013;32(4):643-52. doi:10.1377/hlthaff.2012.1252.