Review Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 2, Summer 2025 | Pages: 90-99

journal.ihio.gov.ir

Structural Analysis and Economic-Quality Outcomes of Managed Care in the U.S. Health Insurance System: Lessons for Iran

Mohammad Esmaeilzadeh[1] MA, Yousef Mohammadpour[2] PhD, Hasan Yusefzadeh[3] PhD, Cyrus Alinia[3*] PhD

[1] Health Insurance of West Azerbaijan Province, Urmia, Iran
[2] Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
[3] Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

***Correspondence to:** Cyrus Alinia, Email: alinia.s@umsu.ac.ir

Received: April 12, 2025 **Revised:** July 6, 2025 **Accepted:** July 31, 2025 **Online Published:** September 3, 2025

Abstract

Introduction: Managed care is a structural approach within the United States health system aimed at controlling increasing healthcare costs and enhancing service delivery efficiency. This study examines the organizational framework, economic and quality outcomes of managed care in the U.S., while exploring its potential applicability within the Iranian health system.

Methods: This analytical review was conducted by searching reputable scientific databases, including PubMed, Scopus, SID, and IranMedex. The MeSH keywords used were: "Managed Care Programs," "Health Care Costs," "Quality of Health Care," "Health Insurance," "HMOs," "PPOs," and "Cost Control." Articles published between 2000 and 2023 were selected and analyzed.

Results: The three primary models- Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPOs), and Point of Service (POS) plans- have demonstrated cost-reduction capabilities through mechanisms such as access control, negotiated pricing, and structured provider networks. While these models have achieved relative success in decrease expenditures, they continue to face challenges in maintaining service quality and ensuring satisfaction among patients and providers. Common criticisms include limited provider choice, the gatekeeper role, and delays in accessing specialized care.

Conclusion: Although managed care models have proven effective in cost containment, they often struggle to balance quality, accessibility, and stakeholder satisfaction. The Iranian health system may benefit from adapting elements of the U.S. managed care experience, provided that any localized model incorporates robust oversight, safeguards patient autonomy, and emphasizes preventive care and primary health care services.

Keywords: Managed Care, Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organization (PPO), Health Insurance, Cost Control Quality of Health Care

Highlights:

1. Managed care models -such as Health Maintenance Organizations (HMO), Preferred Provider Organizations (PPO), and Point of Service (POS) plans- in the United States have been successful in reducing healthcare costs through mechanisms like access control, negotiated pricing, and structured provider networks. However, these models often struggle to maintain service quality, ensure patient and provider satisfaction, and provide timely access to specialized care.
2. The Iranian health insurance system can benefit from the U.S. managed care experience, but any adaptation must be approached cautiously and tailored to local conditions. A successful localized model should incorporate robust oversight, safeguard patient autonomy, and place strong emphasis on preventive care and primary health services.

Citation:
Esmaeilzadeh M, Mohammadpour Y, Yusefzadeh H, Alinia C. Structural analysis and economic-quality outcomes of managed care in the U.S. health insurance system: lessons for Iran. Iran J Health Insur. 2025;8(2):90-9.

Copyright © 2025 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

مقاله مروری

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴ | صفحات ۹۰ تا ۹۹

تحلیل ساختاری و پیامدهای اقتصادی-کیفی مراقبت مدیریت‌شده در نظام بیمه سلامت ایالات متحده: درس‌هایی برای ایران

محمد اسماعیل‌زاده[۱] MA، یوسف محمدپور[۲] PhD، حسن یوسف‌زاده[۳] PhD، سیروس علی‌نیا[۳*] PhD

[۱] بیمه سلامت استان آذربایجان غربی، ارومیه، ایران
[۲] مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
[۳] گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

* **نویسنده مسئول:** سیروس علی‌نیا، پست الکترونیک: alinia.s@umsu.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳ تصحیح: ۱۴۰۴/۰۵/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۹ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۲۱

چکیده

مقدمه: مراقبت مدیریت‌شده به‌عنوان یک رویکرد ساختاری در نظام سلامت ایالات متحده، با هدف کنترل هزینه‌های فزاینده و بهبود کارآیی ارائه خدمات طراحی شده است. این مطالعه به تحلیل ساختاری، پیامدهای اقتصادی و کیفی مراقبت مدیریت‌شده در ایالات متحده و کاربردهای احتمالی آن در نظام سلامت ایران می‌پردازد.

روش بررسی: این مطالعه یک مرور تحلیلی است که با جستجو در پایگاه‌های علمی معتبر SID، Scopus، PubMed و IranMedex انجام شده است. واژگان کلیدی MeSH شامل "PPOs"، "HMOs"، "Health Insurance"، "Quality of Health Care"، "Health Care Costs"، "Managed Care Programs" و "Cost Control" بودند. مقالات منتشرشده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۳ انتخاب و تحلیل شدند.

یافته‌ها: سه مدل اصلی HMO،PPO و POS از طریق کنترل دسترسی، قیمت‌گذاری مذاکره‌شده و شبکه‌های منظم ارائه‌دهندگان، هزینه‌ها را کاهش داده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که این سیستم‌ها در کاهش هزینه‌ها نسبتاً موفق بوده‌اند، اما با چالش‌هایی در حفظ کیفیت خدمات، رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان مواجه شده‌اند. محدودیت‌های انتخاب، نقش پزشک مراقبت‌های اولیه و تأخیر در دسترسی به خدمات تخصصی، از جمله انتقادات رایج علیه این مدل‌ها هستند.

نتیجه‌گیری: با وجود موفقیت نسبی در کنترل هزینه، مراقبت مدیریت‌شده در حفظ تعادل بین کیفیت، دسترسی و رضایت ذی‌نفعان دچار ضعف بوده است. نظام سلامت ایران می‌تواند از تجربه ایالات متحده در طراحی یک مدل بومی‌شده مراقبت مدیریت‌شده بهره ببرد، مشروط بر اینکه این مدل با نظارت قوی، حفظ آزادی انتخاب و تمرکز بر پیشگیری و مراقبت اولیه طراحی شود.

واژگان کلیدی: مراقبت مدیریت‌شده، سازمان‌های حافظ سلامت، سازمان ارائه‌دهنده ترجیحی، بیمه سلامت، کنترل هزینه، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی

نکات ویژه

۱- مدل‌های مراقبت مدیریت شده (HMO، PPO و POS) در آمریکا با مکانیسم‌هایی مانند کنترل دسترسی، مذاکره برای قیمت‌های پایین‌تر و ایجاد شبکه‌های ساختاریافته ارائه‌دهندگان، توانسته‌اند هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش دهند. با این حال، این مدل‌ها اغلب در حفظ کیفیت خدمات، رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان و تضمین دسترسی به موقع به مراقبت‌های تخصصی با چالش مواجه هستند.

۲- سیستم بیمه سلامت ایران می‌تواند از تجربیات مراقبت مدیریت شده در آمریکا بهره‌مند شود، اما هرگونه تطبیق باید با احتیاط و با در نظر گرفتن شرایط محلی انجام شود. یک مدل بومی موفق باید شامل نظارت قوی، تضمین خودمختاری بیمار و تأکید ویژه بر مراقبت‌های پیشگیرانه و خدمات بهداشتی-درمانی اولیه باشد.

مقدمه

در دهه‌های اخیر، نظام سلامت ایالات متحده با افزایش شدید هزینه‌ها مواجه بوده است. یکی از رویکردهای اصلاحی، معرفی مراقبت مدیریت‌شده بود. اصطلاح مراقبت مدیریت شده به منظور توصیف تکنیک‌های مختلفی به کار می‌رود که هدف آنها کاهش هزینه ارائه خدمات و بهبود کیفیت است [۱]. افزایش هزینه مراقبت‌های درمانی، خصوصاً افزایش هزینه مزایای

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

کارفرما، محرک اولیه تاسیس مراقبت مدیریت شده بوده است [۲]. قبل از معرفی مراقبت مدیریت شده، شرکت‌های سنتی بیمه کارفرمایان، مدیکیر و مدیکید نظام‌های استحقاقی باز و بدون محدودیت بودند. بنابراین نه بیماران و نه شرکت‌های بیمه، لزومی به صرفه‌جویی در منابع نمی‌دیدند. بنابراین رشد سریع هزینه‌ها موجب شد ارزش مزایای سلامت در ایالات متحده به ۳۶ درصد سود بعد از کسر مالیات در سال ۱۹۷۰، ۴۳ درصد در سال ۱۹۸۰ و ۱۰۸ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش یابد [۳]. شرکت‌های بیمه در مقابل افزایش فوق‌العاده هزینه‌ها برای بقای در صنعت به سمت سیستم مراقبت مدیریت شده حرکت کردند [۴].

با این حال، تجربه ایالات متحده نشان می‌دهد این مدل‌ها در حفظ کیفیت خدمات و رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان با مشکلاتی مواجه بوده‌اند [۵]. از سوی دیگر، نظام سلامت ایران با چالش‌هایی مانند رشد سریع هزینه‌های دارویی، خوددرمانی، نبود نظارت بر ارائه خدمات تخصصی و فقدان دم هماهنگی بین بیمه‌گران روبه‌رو است [۶]. این شرایط، بررسی امکان‌سنجی بهره‌گیری از مدل‌های مراقبت مدیریت‌شده را ضروری می‌سازد.

هدف این مطالعه معرفی ساختار مراقبت مدیریت شده، تحلیل تأثیر آن بر هزینه و کیفیت خدمات سلامت در ایالات متحده، و بررسی امکان‌سنجی بهره‌برداری از این مدل در نظام سلامت ایران است.

روش بررسی

این مطالعه یک مرور روایتی است. مقالات مرتبط با واژگان کلیدی چون "Health Insurance"، "Managed Care"، و "Cost Control" در پایگاه‌های SID، Scopus، PubMed و IranMedex جستجو شده‌اند. از میان منابع یافت‌شده، مقالات مروری و تجربی که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ منتشر شده بودند، با تمرکز بر تأثیر مراقبت مدیریت‌شده بر هزینه و کیفیت انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل: مقالات مروری، تجربی، گزارش‌های سیاستی و مطالعات موردی مرتبط با پیامدهای اقتصادی و کیفی مراقبت مدیریت‌شده بود. مقالات غیرمرتبط با موضوع اصلی، مطالعات موردی بدون تحلیل کلی و منابع قدیمی‌تر از سال ۲۰۰۰ (به جز منابع تاریخی) حذف شدند.

یافته‌ها

مروری بر ساختار و پیامدهای مراقبت مدیریت شده

در ایالات متحده مراقبت مدیریت شده به سیستمی از مراقبت سلامت اطلاق می‌شود که خدمات سلامت در قالب شبکه‌های وسیع عقد قرارداد با بیمارستان‌ها، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، عرضه می‌شود [۷]. تأمین مالی آن از طریق روش‌های پرداخت مختلف است. یک سازمان مراقبت مدیریت شده ایده‌آل، کیفیت و تناسب خدمات با نیازهای بیماران را به منظور پیشگیری از ارائه کم و بیشتر از حد بهینه، پایش می‌کند [۸].

نظام مراقبت مدیریت شده، خدمات سلامت را در هر دو طرف عرضه و تقاضا کنترل می‌کند. مجموعه استراتژی‌های مراقبت مدیریت شده با کاهش تقاضا و قیمت خدمات سلامت موجب انتقال منحنی تقاضا به چپ می‌شود [۹].

پیشینه مراقبت مدیریت شده

پیشینه مراقبت مدیریت شده به قرن ۱۹ میلادی برمی‌گردد. بررسی ادبیات در این شاخه نشان می‌دهد اولین فردی که اقداماتی در زمینه مراقبت مدیریت شده انجام داد، دکتر شادید ، کسی که برنامه تعاونی سلامت روستایی را در شهر الک ایالت اوکلاهاما در سال ۱۹۲۹ اجرا کرد [۱۰]، بود. باوجود مخالفت شدید سایر پزشکان، با حمایت اتحادیه کشاورزان اوکلاهاما، دکتر شادید موفق شد هزاران خانواده آمریکایی را تحت

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

پوشش طرح خود قرار دهد [۱۱].
در سال ۱۹۳۳ دکتر گارفیلد و همکاران او ۵۰۰۰ کارگر شاغل در پروژه کانال‌کشی را بر مبنای سیستم پیش‌پرداخت، تحت پوشش خود قرار دادند. در این طرح شرکت‌های بیمه‌کننده، درصدی از حق بیمه درآمد را در ازای مراقبت از موارد تصادفات به دکتر گارفیلد پرداخت می‌کردند [۱۰].
هنری کایزر کسی که نام او مترادف مراقبت سلامت بر مبنای سیستم‌های پیش‌پرداخت است، تحت تاثیر طرح دکتر گارفیلد قرار گرفت. کایزر در طول جنگ جهانی دوم دو طرح پزشکی مختلف به منظور تأمین خدمات درمانی کارگران شاغل در کارخانه‌های کشتی‌سازی و فولادسازی خود را در سواحل غرب امریکا اجرا کرد که پس از اتمام جنگ طرح مذکور توسط کایزر به عموم مردم بسط داده شد [۱۱]. در طول ۱۰ سال پس از اتمام جنگ، طرح کایزر حدود نیم میلیون نفر از مردم را تحت پوشش قرار داد.
سال‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ شرکت‌های بیمه مختلفی تاسیس شدند که مقدمه تاسیس سازمان‌های حفاظت سلامت یا HMOs شد.
از رویدادهای مهم در تاریخ مراقبت مدیریت شده می‌توان به مخالفت شدید انجمن پزشکی آمریکا اشاره کرد. این انجمن مخالف هرگونه نظارت غیرپزشکی بر نحوه ارائه خدمات سلامت بود. علاوه بر این، ارائه خدمات سلامت در قالب شرکت‌های رسمی را به شدت رد می‌کرد. در طول سال‌های ۱۹۳۰-۱۹۴۰ انجمن از هیچ تلاشی در زمینه تضعیف و تخریب طرح‌های تعاونی مبتنی بر پیش پرداخت‌ها دریغ نکرد. زیرا این گونه طرح‌ها را یک کسب و کار غیراخلاقی می‌دانست [۱۲]. با وجود تلاش‌های فراوان، در سال ۱۹۴۷ انجمن پزشکی آمریکا به اتهام نقض قوانین و مقررات ضد تراست، توسط دادگاه تحت پیگرد قانونی قرار گرفت [۱۱].

در سال ۱۹۷۱ اداره سلامت نیکسون بیانیه «استراتژی ملی سلامت» را که در بر گیرنده مقدمات توسعه سازمان حفاظت سلامت بود صادر کرد. اصطلاح HMO برای اولین بار توسط دکتر الوود معرفی شد.
در سال ۱۹۵۰ کمپانی‌های صلیب آبی ۵۲ میلیون نفر و طرح چتر آبی ۴۰ میلیون نفر از جمعیت آمریکا را تحت پوشش بیمه خود درآوردند. در سال ۱۹۹۰ جمعیت تحت پوشش HMO به ۳۳/۳ میلیون نفر رسید و در سال ۱۹۹۶ تعداد ۶۰۰ سازمان حفاظت سلامت فعال با جمعیت تحت پوشش ۶۵ میلیون نفر در سطح ایالات متحده فعالیت می‌کردند [۱۰].
طبق آمار انجمن تجارت طرح‌های بیمه سلامت آمریکا مراقبت مدیریت شده در حال حاضر به صورت گسترده در همه جای آمریکا فعالیت می‌کند و ۹۰ درصد از بیمه‌شدگان ایالت متحده تحت پوشش یکی از اشکال مراقبت مدیریت شده قرار دارند [۱۳].

محتوا و مفاهیم کلیدی مراقبت مدیریت شده

رسالت مراقبت مدیریت شده بر این است که هزینه خدمات را کاهش داده و کیفیت را ارتقا دهد [۱]. در این قسمت به شرح فرآیندهای موردنیاز برای نیل به این دو هدف می‌پردازیم.
کنترل هزینه: هرگونه کوششی در راستای کنترل هزینه مراقبت‌های سلامت می‌بایست بر دو حیطه متمرکز شود: کنترل حجم خدمات قابل دسترس و کنترل قیمت خدمات [۳،۹] مراقبت مدیریت شده با استفاده از فرآیندهای زیر سعی در ارائه خدمات هزینه اثربخش دارد:
۱- کنترل دسترسی: در کلیه طرح‌های بیمه‌ای کسی که خدمتی دریافت می‌کند لزوماً کسی نیست که بابت آن پرداخت می‌کند. بنابراین مصرف‌کننده هیچ‌گونه نگرانی‌ای در قبال هزینه خدمات و یا تناسب نوع و حجم خدمت با نیازهای واقعی او احساس نمی‌کند. در

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

نتیجه مراقبت مدیریت شده محدودیت‌هایی در زمینه زمان و نحوه مصرف خدمات به شرح زیر ایجاد می‌کند [۱۵،۱۴].

* زمان دسترسی به خدمات: به طور معمول بیماران قبل از دریافت خدمات تخصصی و سطح دوم (بیمارستانی) باید به پزشک عمومی مراجعه کرده و از طریق سیستم ارجاع خدمات را دریافت کنند.

* نوع مراقبت‌های قابل دسترس: در بسیاری از طرح‌های مراقبت مدیریت شده بیماران قبل از دریافت گروه‌های خاصی از خدمات موظف به اخذ مجوز از شرکت بیمه هستند.

* انتخاب ارائه‌کنندگان: در این زمینه سازمان مراقبت مدیریت شده از طریق یک سیستم عقد قرارداد با شبکه‌ای از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وارد عمل می‌شود. افراد تحت پوشش طرح ملزم به دریافت خدمات از شبکه ارائه‌کنندگان طرف قرارداد هستند.

۲- کنترل قیمت: سازمان‌های مراقبت مدیریت شده به منظور تعیین قیمت موردنظر خود، بر سر میز مذاکره با عرضه‌کنندگان خدمات سلامت می‌نشینند. هدف گرفتن تخفیف در قیمت‌هاست. در مقابل ارائه‌کنندگان نیز مبلغ معینی به ازای تعداد افراد تحت پوشش دریافت می‌کنند، حال ممکن است افراد برای دریافت خدمات مراجعه کنند و یا نه . به علاوه به واسطه ارجاع بیماران از سطوح پایین تر، تقاضای تضمین شده‌ای برای خدماتشان وجود دارد [۱۲].

۳- تضمین کیفیت: با این پیش‌فرض که خواسته‌های بیماران بیشتر از نیازهای واقعی آنهاست و رسالت مراقبت مدیریت شده ارائه خدمات هزینه اثربخش است، این سازمان میزان دسترسی افراد و تناسب خدمات با نیازهای واقعی بیماران را محدود به تصمیم‌گیری پزشک مراقبت اولیه و یا ارائه‌دهندگان می‌کند. باید متذکر شد که تصمیم‌گیری در این باره باید برمبنای مطالعات مختلف و سنجش نتایج مداخلات صورت گیرد [۱۶].

ابزارهای عملکرد مراقبت مدیریت شده

در طرح‌های مراقبت سنتی مبتنی بر کارانه که طرح‌های جبران خسارت نیز نامیده می‌شود، بیماران در ازای هزینه‌هایی که متحمل شده اند، جبران خسارت می‌شود. پس از اینکه بیمار مبلغ مشخصی کسورات پرداخت کرد، بیمار و شرکت بیمه مسئولیت دوطرفه‌ای در پرداخت هزینه‌ها تقبل می‌کنند. در چنین طرح‌هایی ارائه‌دهنده به ازای خدماتی که ارائه کرده، بازپرداخت شده و بیمار می‌تواند از هر ارائه‌کننده‌ای خدمات مورد نیاز خود را دریافت کند [۱].

در طرح‌های مراقبت مدیریت شده، اعضا برای برخورداری از حداکثر مزایا باید پذیرای کنترل‌های ایجاد شده توسط طرح باشند. به طور کلی تمامی طرح‌های مراقبت مدیریت شده موارد زیر را در برنامه‌هایشان لحاظ می‌کنند:

* بازبینی کاربری خدمات سلامت : قبل از دریافت گروهی از خدمات درمانی، بیماران باید از سازمان مراقبت مدیریت شده مجوز کاربری اخذ کنند.

* شبکه ارائه‌دهندگان: افراد عضو طرح می‌بایست از شبکه ارائه‌دهندگان طرف قرارداد با سازمان مراقبت مدیریت شده، خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند، به استثنای مواردی که طرح شرایط استفاده خارج از شبکه را تعیین کرده باشد .

* مراقبت‌های پیشگیری: بسیاری از طرح‌های مراقبت مدیریت شده، ارائه خدمات پیشگیری (برنامه‌های غربالگری و معاینات دوره‌ای) را در دستور کار خود قرار می‌دهند، زیرا پیشگیری هم از نظر پزشکی و هم اقتصادی توجیه‌پذیر است.

* کاهش کاغذبازی: افراد عضو نیاز به پر کردن فرم‌های ادعای خسارت ندارند. البته این موضوع درمورد بیماران صادق است اما ارائه‌کنندگان با عضویت در سازمان

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

مراقبت مدیریت شده بار اداری بیشتری نسبت به موقعی که مستقل عمل می‌کنند، متحمل می‌شود [۱۷].

* پرداخت‌های مشارکتی : مبلغی که فرد عضو طرح به هنگام دریافت خدمات در نتیجه کسورات و بیمه مشترک پرداخت می‌کند [۱۸].

* برقراری مشوق‌ها: پیش‌بینی مشوق‌های مالی برای افرادی که از خدمات به صورت هزینه اثربخش استفاده می‌کنند [۱۹].

* پزشکان مراقبت‌های اولیه (پزشکان ردیف اول): به منظور مدیریت و کنترل دسترسی به خدمات، افراد عضو طرح می‌بایست از طریق سیستم ارجاع توسط پزشک مراقبت‌های اولیه (پزشک مراقبت‌های اولیه) به سطوح بالاتر(خدمات تخصصی) مراجعه کنند [۱۵].

* درمان مرحله‌ای: در مراقبت درمانی مدیریت شده به رویکردی اطلاق می‌شود که سعی بر تجویز هزینه اثربخش نسخه‌ها دارد. به طور مثال استفاده از داروهای ژنریک تا حد ممکن می‌تواند موجب کاهش هزینه‌ها شود. برای مثال، در مطالعه Motheral و همکاران، اثربخشی سیاست‌های کنترل نسخه در کاهش هزینه‌ها اثبات شده است [۲۰]. این نتیجه با یافته‌های مقاله حاضر درخصوص موفقیت نسبی در کاهش هزینه‌ها هم‌راستاست.

سازمان‌های مراقبت مدیریت شده (MCOs)

طرح‌های مراقبت مدیریت شده در قالب تشکیلات اداری مختلفی ارائه خدمت می‌کنند که در ادامه به معرفی خصوصیات سازمان‌های مذکور پرداخته می‌شود.

* سازمان‌های حفاظت سلامت (HMOs): یک سازوکار پیوند یافته از سازمان‌های بیمه و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است، در ساده‌ترین شکل، یک HMO برنامه‌های سلامت، بیمارستان‌ها و پزشکان را تحت یک شبکه به دو شکل عقد قرارداد و تملیکی گرد هم می‌آورد. بیمارستان‌ها خدمات بستری بیماران را تأمین می‌کنند و ممکن است سازوکارهای دیگری مانند خانه‌های پرستاری، خانه سلامت، خدمات توان بخشی و تسهیلات سلامت روان و رفتار نیز ایجاد کنند. روش عقد قرارداد مرسوم‌تر است [۱].

اشکال مختلف HMO

HMO-IPA: عقد قرارداد با پزشکان مستقل که در مطب خود خدمات مورد نیاز افراد عضو HMO را در کنار سایر مراجعان ارائه می‌دهد.

مدل گروهی: در این مدل به جای پزشکان انفرادی، قرارداد با گروه‌های پزشکی بسته می‌شود.

مدل پرسنلی: در این مدل پزشکان تحت استخدام HMO ارائه خدمت می‌کنند.

از نکات مشترک مراقبت مدیریت شده و HMO می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

* افراد عضو موظف به دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان داخل شبکه (طرف قرارداد با سازمان) هستند. به استثنای مواردی که افراد هزینه‌های اضافی را خود تقبل کنند و یا از سازمان اجازه بگیرند.

* یک پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) به عنوان اولین سطح مراجعه سلامت افراد را پایش می‌کند.

HMO یکی از محدودکننده‌ترین اشکال مراقبت مدیریت شده و طرح‌های بیمه‌ای هستند، زیرا حداقل امکان انتخاب را برای بیماران باقی می‌گذارند. در مقابل از کم‌هزینه‌ترین‌ها نیز هستند [۱].

استراتژی‌های HMO در زمینه کاهش هزینه و افزایش کیفیت

۱- ارائه خدمات هزینه اثربخش

۲- محدود کردن مراجعات به ارائه‌کنندگان داخل شبکه

۳- گرفتن تخفیف از ارائه‌دهندگان با استفاده از قراردادهای منطقی

۴- اولویت‌دهی به خدمات پیشگیری و سطح اول

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

۵- استفاده از PCP به عنوان پایش‌کننده سلامت اعضا

* سازمان‌های ارائه‌دهندگان ترجیحی (PPOs): به مانند HMO با یک گروه از ارائه‌دهندگان عقد قرارداد می‌کند (پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر تخصص‌های سلامت) اما از پزشکان مراقبت‌های اولیه به عنوان اولین سطح مراجعه استفاده نمی‌کند.

تفاوت‌های اصلی HMO و PPO

افراد عضو PPO الزامی برای مراجعه به PCP ندارند و می‌توانند از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه نیز خدمات مورد نیاز را دریافت کنند، البته PPO مشوق‌های فراوانی برای استفاده از خدمات داخل شبکه پیش‌بینی کرده است. اگرچه PPO محدویت‌های کمتری به اعضا تحمیل می‌کند، اما پرداخت‌های مستقیم و ازجیب اعضای PPO بیشتر از HMO است.

* طرح‌های نقطه ارائه خدمت (POS): این طرح اغلب «سازمان حفاظت سلامت باز» نامیده می‌شود که ترکیبی است از HMO و PPO که مزایای دو طرح دیگر را یکجا فراهم می‌کند. اعضا به هنگام دریافت خدمات آزادند یکی از دو طرح را انتخاب کنند. از خصوصیات POS می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: اعضا قبل از مراجعه به محل ارائه خدمت، الزامی به انتخاب مراکز طرف قرارداد طرح ندارند (آزادی عمل در انتخاب)، افراد می‌توانند به شرط تقبل هزینه‌های بالاتر، از ارائه‌دهندگان خارج شبکه خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. در این طرح انتخاب PCP الزامی نیست اما توسط سازمان POS تشویق می‌شود [۱].

ارزیابی عملکرد مراقبت مدیریت شده

در اثر تغییرات فراوانی که در ۲۰ سال گذشته اتفاق افتاده، مراقبت مدیریت شده به یک سازمان جبران خسارت مدیریت شده تبدیل شده است. از این نقطه نظر بین طرح‌های PPOs، HMOs و POS رقابت اقتصادی شدیدی به وجود آمده است [۱۲]. یکی از اثرات جبران خسارت مدیریت شده، دلسرد شدن پزشکان و بیماران عضو طرح است [۲۱]. زیربنای طرح‌های مراقبت مدیریت شده، بر اساس اعتماد به PCP یا پزشکان مراقبت اولیه است. بنابراین انتظار همگان بر این بود که با وجود این پزشکان، استفاده غیرضروری از خدمات تخصصی و پرهزینه کمتر شده و هزینه‌ها کاهش یابند. اما این دیدگاه توسط شواهد قوی تایید نشده است [۵]. در کل می‌توان گفت بیماران و ارائه‌دهندگان نسبت به برنامه درگاه‌داری اظهار نارضایتی کرده و این موضوع در زمان‌های مختلف موجب شکست برنامه‌های مراقبت مدیریت شده شده است [۲۲]. مصرف‌کنندگان کیفیت را با آزادی انتخاب و تصمیم‌گیری می‌سنجند، بنابراین محدود کردن انتخاب از نظر آنها به معنای کاهش کیفیت بوده است [۲۳]. هرچند که با وجود نارضایتی افراد مختلف، گرفتن تخفیف در عقد قراردادها و تعهدات بیمه‌ای موجب کاهش هزینه‌ها شده است [۲].

مراقبت‌های مدیریت شده در حیطه پزشکان و ارائه‌دهندگان همراه با اثرات مثبت و منفی بوده است. از آثار مثبت آن می‌توان به تغییرات ایجاد و توسعه خدمات متنوع مراقبت‌های اولیه اشاره کرد [۲۴] اما اثرات منفی که گاه زیاد بوده، شامل محدودیت‌های ایجاد شده در زمینه ارائه خدمات و محدود کردن هزینه می‌شود.

بحث

پیشینه مراقبت مدیریت شده به چندین دهه می‌رسد. با بررسی تغییرات صورت گرفته در استراتژی، سازمان و اثرات مراقبت مدیریت شده در زمینه هزینه و کیفیت خدمات سلامت، این سوال مطرح می‌شود که آیا مراقبت مدیریت شده یک تغییر مثبت بوده است؟ آیا چنین ابزاری می‌تواند انتظارات مصرف‌کننده را برآورده سازد؟ آیا به کارگیری آن با اصول عدالت همخوانی دارد؟

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

بررسی شواهد حاکی از تاثیر مثبت و منفی مراقبت مدیریت شده بر هزینه و کیفیت دارد. نوع و کیفیت این تاثیر را استفاده‌کنندگان این ساختار تعیین کرده‌اند. لحاظ کردن انگیزه‌های بازاری و برخورد انتفاعی صرف با موضوع، موجب برقراری محدودیت‌های شدید، اعمال نظارت فراوان و نهایتاً کاهش رضایت ارائه‌کنندگان و بیماران شده است [۲۵] زیرا بیماران داشتن گزینه‌های مختلف در انتخاب را معیاری برای کیفیت می‌دانند. اعمال سیاست محدود کردن هزینه در برخی مواقع باعث محروم شدن بیماران از خدمات مورد نیازشان شده است. علاوه بر موارد ذکر شده محدودیت‌های به کارگیری سیستم پرداخت سرانه نیز در زمینه مراقبت مدیریت شده مترتب است. در ایالات متحده عده‌ای اعتقاد دارند مراقبت مدیریت شده به یک شلاق زن تبدیل شده است. نکته جالب نارضایتی پزشکان از این طرح است. ۴۸ درصد از پزشکان اظهار کرده‌اند طی یک تا سه سال آینده خود را بازنشسته خواهند کرد و یا تغییر حرفه خواهند داد.

در آن سوی طیف، طرفداران مراقبت مدیریت شده اعتقاد دارند مصرف خدمات و عرضه آنها باید تحت کنترل قرار گیرد زیرا عدالت عمودی حکم می‌کند افراد نه براساس خواسته، بلکه براساس نیاز خدمات را دریافت کنند و به واسطه نبود تقارن اطلاعات، پزشکان مراقبت‌های اولیه به عنوان درگاه‌دار، مسئول تشخیص نیازهای واقعی هستند. در رویکرد مذکور خدمات به صورت هزینه اثربخش ارائه خواهند شد.

سیستم مراقبت در ایران که خصوصیات یک نظام مراقبت سنتی بر مبنای سیستم پرداخت کارانه را داراست، به واسطه نبود قوانین و مقررات اثربخش در زمینه مراجعه به ارائه‌دهندگان، به ویژه خدمات تخصصی و پرهزینه، نبود نظارت بر ارائه و دریافت خدمات به واسطه نظام پرداخت کارانه، نبود هماهنگی در تجویز نسخه به بیماران و هزینه‌های فراوان دارویی، خوددرمانی و استفاده از داروهای OTC، نبود تعهد گروهی از بیماران به استفاده هزینه اثربخش از خدمات و مواردی از این قبیل، تجربه ایالات متحده در زمینه ایجاد و به کارگیری نظام مراقبت مدیریت شده می‌تواند بسیار مفید واقع شود. اولین قدم در این راه معرفی این نظام بود که رسالت اصلی پژوهش حاضر است. در این راستا پژوهشگران می‌توانند با بررسی تجارب کشورهای مختلف، مدل مناسبی با در نظر گرفتن خصوصیات نظام سلامت و بیمه ایران ارائه کنند. بدون شک استفاده از تجارب چندین ساله این کشورها خواهد توانست مدل کاملی با حداقل معایب فراهم کند کاری که در ایالات متحده در حدود یک قرن به طول انجامید.

باوجود تلاش‌های گسترده در طراحی مراقبت مدیریت‌شده، شواهد نشان می‌دهد این سیستم تنها در کاهش هزینه موفق بوده و در ارتقای کیفیت با چالش‌هایی مواجه بوده است. در نظام سلامت ایران، بهره‌گیری از این تجربه می‌تواند در قالب یک مدل بومی‌شده و با در نظر گرفتن ویژگی‌های ساختاری، کارآمد باشد.

نتیجه‌گیری

مراقبت مدیریت‌شده در ایالات متحده به عنوان یک ابزار کنترل هزینه عمل کرده، اما به عنوان یک مدل جامع بهبود کیفیت، موفقیت چندانی نداشته است. شواهد نشان می‌دهد که موفقیت این مدل در کاهش هزینه‌ها، با هزینه‌هایی در قالب کاهش رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان همراه بوده است. برای نظام سلامت ایران، بهره‌گیری از این تجربه می‌تواند مفید باشد، مشروط بر اینکه:

۱- مدل به کار گرفته شده بومی‌سازی شده و با ساختارهای موجود سازگار باشد.

۲- بر کیفیت، عدالت و رضایت تأکید داشته باشد، نه صرفاً کاهش هزینه.

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

۳- و از تجربه چنددهه‌ای ایالات متحده برای طراحی مدلی با حداقل معایب استفاده شود.

در نهایت، مراقبت مدیریت‌شده نباید به عنوان یک راه‌حل جادویی، بلکه به عنوان یک ابزار سیاستی قابل تنظیم در خدمت دسترسی عادلانه و کیفیت بالای خدمات سلامت در نظر گرفته شود.

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.
تعارض منافع: در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: محمد اسماعیل‌زاده: ویرایش و بازبینی مقاله؛ سیروس علی‌نیا، حسن یوسف‌زاده، یوسف محمدپور: جستجوی منابع، تحلیل و تفسیر یافته‌ها. نسخه نهایی مورد تأیید همه نویسندگان قرار گرفت.
منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Kongstvedt PR. Essentials of managed health care: Jones & Bartlett Publishers; 2013.
2. Papanicolas I, Woskie LR, Jha AK. Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA. 2018;319(10):1024-39. doi: 10.1001/jama.2018.1150.
3. Getzen TE, Kobernick MS. Health economics and financing: John Wiley & Sons; 2022.
4. Satterthwaite SB. Innovation and diffusion of managed care in Medicaid programs. State and Local Government Review. 2002;34(2):116-26. doi: 10.1177/0160323X0203400204.
5. America CoQoHCi. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century: National Academies Press; 2001.
6. Arab-Zozani M, Husseini Barghazan S. Health sector evolution in Iran; a short review. Evidence Based Health Policy, Management and Economics. 2017;1(3):193-7.
7. Shi L, Singh DA. Delivering Health Care in America: Jones & Bartlett Publishers; 2007.
8. Enthoven AC. The history and principles of managed competition. Health Aff. 1993;12(suppl 1):24-48. doi: 10.1377/hlthaff.12.Suppl_1.24.
9. Folland S, Goodman AC, Stano M, Danagoulian S. The economics of health and health care: Routledge; 2024. doi: 10.4324/9781003308409.
10. Fox PD. An overview of managed care. The managed health care handbook. 2001:3-15. doi: 10.1067/mph.2001.107883.
11. Jonas S, Goldsteen RL, Goldsteen R, Goldsteen K. An introduction to the US health care system: Springer Publishing Company; 2007.
12. Robinson JC. The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care: Univercity of California Press; 1999. doi: 10.1525/9780520406537.
13. Claxton G, Rae M, Panchal N, Whitmore H, Damico A, Kenward K, et al. Health benefits in 2015: stable trends in the employer market. Health Aff. 2015;34(10):1779-88. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0885.
14. Moon M. Organization and financing of health care. Handbook of aging and the social sciences: Elsevier; 2006. pp. 380-96. doi: 10.1016/B9-78-012088-3/88250-0249
15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The milbank quarterly. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
16. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, Hinder S, et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. J Med Internet Res. 2017;19(11):e8775. doi: 10.2196/jmir.8775.
17. Nicholson S. What Does It Cost Physician Practices to Interact With Health Insurance Plans? 2009.
18. Culyer AJ. The dictionary of health economics: Edward Elgar Publishing; 2014. doi: 10.4337/9781781001998.
19. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy. 2013;110(2-3):115-30. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.01.008.
20. Motheral BR, Henderson R, Cox ER. Plan-sponsor savings and member experience with point-of-service prescription step therapy. Am J Manag Care. 2004;10(7 Pt 1):457-64.
21. Del Carmen MG, Herman J, Rao S, Hidrue MK, Ting D, Lehrhoff SR, et al. Trends and factors associated with physician burnout at a multispecialty academic faculty practice organization. JAMA Netw Open. 2019;2(3):e190554-e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.0554.
22. Gaffney A, McCormick D. The Affordable Care Act: implications for health-care equity. Lancet. 2017;389(10077):1442-52. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30786-9.
23. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]

informing, educating, and involving patients. BMJ. 2007;335(7609):24-7. doi: 10.1136/bmj.39246.581169.80.
24. McMahon Jr LF, Rize K, Irby-Johnson N, Chopra V. Designed to fail? the future of primary care. J Gen Intern Med. 2021;36(2):515-7. doi: 10.1007/s11606-020-06077-6
25. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly: Cambridge University Press; 2007. doi: /10.1017/CBO9780511809514.

[DOI: 10.66224/ihio.8.2.90]