

الگوی مذکور از تکنیک دلفی استفاده شده است.

تعرفه خدمات درمانی و اقلام دارویی در کشورهای کانادا، آلمان، ژاپن، فرانسه و انگلیس و کره جنوبی غالباً بر مبنای قیمت تمام شده و احتساب سود تعیین می‌گردد و فعالیت بیمارستانها در جهت هماهنگی با نظام بازار سوق داده می‌شود. ولی در کشورهای جمهوری اسلامی ایران، پاکستان و ترکیه تعرفه‌ها در بخش دولتی با احتساب یارانه‌های دولت و زیر قیمت تمام شده تعیین می‌گردد. سازمانهای بیمه‌گر در کشورهای کانادا، آلمان، فرانسه، کره جنوبی، ژاپن و انگلستان در مقایسه با کشورهای جمهوری اسلامی ایران، ترکیه، پاکستان و اندونزی از قدرت اعمال نفوذ بیشتری بر بیمارستانها برخوردارند و در تعیین میزان تعرفه‌های مختلف نقش قوی‌تری را ایفاء می‌نمایند.

پرداخت قطعی مطالبات بیمارستانهای طرف قرارداد در کشورهای آلمان، انگلستان، اندونزی، کره جنوبی، ژاپن و کانادا حداکثر طی مدت ۲ ماه و در کشور ایران با تاخیر زیاد صورت می‌گیرد.

سازمانهای بیمه‌گر در کشورهای مورد پژوهش از شیوه‌های کنترلی نظیر برقراری نظام ارجاع بیماران، پزشک خانواده، تعیین دامنه تعهدات و سهم بیمار، جریمه و لغو قرارداد در قبال بیمارستانها استفاده می‌نمایند.

براساس الگوی پیشنهادی پژوهش تعرفه با توجه به نظر مصرف‌کنندگان در قالب گروه بیماریهای همگن و هزینه روز بستری و براساس ویژگیهای مناطق مختلف تعیین می‌گردد. علاوه بر این قیمت تمام شده خدمات بیمارستانی و الگوی مصرف خدمات درمانی بیمه‌شدگان از عوامل موثر بر الگوی پیشنهادی هستند. کاربرد الگوی پیشنهادی در هر دو شیوه درمان مستقیم و غیرمستقیم میسر می‌باشد و استقلال سازمانهای بیمه‌گر از دولت و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنست.

چارچوب نظری پژوهش در مطالعات تطبیقی

انسانها در حیات روزمره خویش همواره به امر تطبیق و مقایسه می‌پردازند، هرچند در بسیاری از موارد، فرآیند مقایسه و سنجش به صورت قهری و ناخودآگاه انجام می‌شود. این مساله را در تشخیص و تمیز اشیای موجود در محیط کار در نتیجه اختلاف رنگها، بزرگی و کوچکی ابعاد، تفاوت در اشکال و سایر آثار طبیعی آنها به وجود می‌آید، می‌توان ملاحظه کرد، اما در برخی موارد به صورت ارادی و آگاهانه به مقایسه و سنجش پدیده‌ها با یکدیگر می‌پردازیم. زمانی که یک کالای خاص را از میان انواع مشابه بر می‌گزینیم یا سازمانی را برای کارکردن بر سازمانهای دیگر ترجیح می‌دهیم و یا فعالیتی را بر فعالیت دیگر مقدم می‌کنیم و... خواسته یا ناخواسته و دانسته یا ندانسته در تمامی موارد به نوعی مقایسه و تطبیق دست زده‌ایم. بدیهی است زمانی که با نگاه علمی به تطبیق یا به عبارت بهتر به مطالعات تطبیقی دست می‌زنیم، کار، پیچیده‌تر بوده و برای بررسی باید ابعاد مختلف پدیده‌ها در نظر گرفته شود تا مطالعه با جامعیت انجام پذیرد. (اعرابی، ۱۳۷۶، ص ۲).

انسان فطرتاً طالب عالم و آگاهی، و همواره در جست و جوی حقیقت و کشف روابط فی‌مابین واقعیات و در صدد گسترش حوزه حاکمیت خویش بر این روابط و به خدمت گرفتن آنها در جهت تجلی عینی ارزشهاست. ثمره این تلاشها رفع موانع موجود در مسیر تعالی می‌باشد که این مهم، از طریق آگاهی و تسلط بر روابط و توانایی تلفیق و ترکیب عناصر و اجزا در کیفیتها و کمیتهای مختلف و در شرایط گوناگون، به دست می‌آید.

اساساً شناخت دقیق پدیده‌ها و کشف روابط آنها به راههای مختلف و شیوه‌های گوناگون حاصل می‌شود که بحث تفصیلی آن در دامنه وسیع و مهم روش‌شناسی تحقیق مطرح می‌گردد.

مطالعات تطبیقی، یکی از روشهایی است که عمدتاً در حوزه علوم به کار گرفته می‌شود. قابل ذکر است که در برخی از مطالعات تطبیقی، پدیده‌های عینی تنها به عنوان مشاهده و تجزیه و تحلیل مطرح شده است، در حالی که این روش را می‌توان در تطبیق پدیده‌های ذهنی و نظری نیز به کار گرفت، برای مثال می‌توان دو یا چند نظریه یا الگو را بدون توجه به عملکرد عینی آن، به صورت امری نظری، در کنار هم مقایسه نمود، و از این بالاتر، این احتمال نیز وجود دارد که در مطالعات تطبیقی به ایده‌های جدید نیز دست یافت و چارچوب مفهومی تازه‌ای بنا نهاد.

بیان مسئله پژوهش

هر سال در سطح کشور سازمانهای بیمه‌گر صدها میلیارد ریال بابت خدمات درمانی ارائه شده به بیمه‌شدگان خود به بیمارستانهای طرف قرارداد و یا مستقیماً به خود افراد بیمه شده می‌پردازند. اما در زمینه چگونگی پرداخت این مبلغ رضایت و مقبولیت چندانی مشاهده نمی‌شود. از یک سو بیمارستانها مدعی هستند که تعرفه خدمات درمانی غیرواقعی و نحوه قیمت‌گذاری خدمات بیمارستانی غیرعادلانه است و علاوه بر آن پرداخت بهای خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان طرف قرارداد با تاخیر زیاد از سوی سازمانهای بیمه‌گر صورت می‌گیرد که در نتیجه آن بیمارستانها متحمل خسارت زیادی می‌شوند. از طرف دیگر سازمانهای بیمه‌گر برای پرداخت بهای خدمات بیمارستانی خریداری شده و به منظور افزایش اثربخشی و کارایی و اعمال کنترل‌های لازم بر نحوه ارائه خدمات و شیوه تهیه صورتحسابهای مربوطه برای پرداخت بهای خدمات بیمارستانی نیازمند الگویی مناسب هستند که ضمن توجه به شرایط مختلف ملی دربردارنده تجارب علمی و عملی موفق جهانی بوده و بیشترین کارایی و

اثر بخشی را داشته باشد. لذا تعیین الگوی مناسب برای سازمانهای بیمه‌گر کشور مسئله‌ایست که در این پژوهش به آن پرداخته شده است.

هدف اصلی پژوهش:

مطالعه تطبیقی نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی توسط سازمانهای بیمه‌گر و ارائه الگوی مناسب نظام برای ایران

هدف کاربردی پژوهش:

تعیین الگوی نظام پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای سازمانهای بیمه‌گر ایران هدف کاربردی پژوهش حاضر است به نحوی که این الگو مبتنی بر یافته‌های علمی و نظرات کارشناسان متخصص بوده و از جهان نظری، عملی و اجرایی برای دست‌اندرکاران سازمانهای مذکور قابل قبول باشد.

سئوالات پژوهش

سئوال اصلی پژوهش عبارتست از اینکه چه نظامی برای پرداخت بهای خدمات بیمارستانی توسط سازمانهای بیمه‌گر جمهوری اسلامی ایران مناسب می‌باشد. در این راستا تلاش شده است تا به سئوالات زیر پاسخ داده شود:

۱- نظام‌های مختلف پرداخت بهای خدمات بیمارستانی از سوی سازمانهای

بیمه‌گر کدامند؟

۲- سازمانهای بیمه‌گر در کشورهای منتخب برای پرداخت بهای خدمات

بیمارستانها در شیوه درمان مستقیم و غیرمستقیم از چه نظام‌هایی استفاده

می‌شود؟

۳- معایب و محاسن هر یک از نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی

از دیدگاه سازمانهای بیمه‌گر، عرضه‌کنندگان خدمات و مسئولین بیمارستانها و مصرف‌کنندگان خدمات کدامند؟

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی است که به منظور ارائه الگوی پیشنهادی نظام پرداخت بهای خدمات بیمارستانی با استفاده از یافته‌های علمی و نظرات کارشناسان مجرب برای سازمانهای بیمه‌گر ایران انجام یافته است به این منظور برای بکمال رسانیدن الگوی فرق اصلاح فرآیند تعیین تعرفه خدمات بیمارستان و دارو، نوع تعرفه‌های پزشکی و خدمات تشخیصی، نحوه تنظیم صورتحساب هزینه خدمات درمانی بیمه‌شدگان توسط بیمارستانها، چگونگی رسیدگی به صورتحسابها و شیوه‌های نظارت و ابزارهای کنترلی سازمان بیمه‌گر مورد مذاقه قرار گرفته است علاوه بر این موارد، مزایا و معایب هر یک از نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی از دیدگاه سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و عرضه‌کنندگان خدمات بیمارستانی در طراحی و ارائه الگوی مذکور مورد توجه عمیق پژوهشگر بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تطبیقی است. مطالعه تطبیقی، کاربرد روشی است که به مدد آن تلاش می‌شود تا اختلافات و تشابهات دو یا چند پدیده از طریق مقایسه مشخص شود. انجام تطبیق به منظور دریافت وجوه شباهت یا اختلاف بین شیوه‌ها، ابزارها و نظام‌های مختلف پرداخت انجام می‌گیرد که با توجه به سنخیت و ماهیت خویش می‌تواند در حوزه علوم و اجرا در اتخاذ تصمیمات مناسب و انتخاب راه‌حلهای صحیح جهت حل معضلات و مشکلات عینی مورد

از دیدگاه سازمانهای بیمه‌گر، عرضه‌کنندگان خدمات و مسئولین بیمارستانها و مصرف‌کنندگان خدمات کدامند؟

نوع پژوهش

این پژوهش از نوع کاربردی است که به منظور ارائه الگوی پیشنهادی نظام پرداخت بهای خدمات بیمارستانی با استفاده از یافته‌های علمی و نظرات کارشناسان مجرب برای سازمانهای بیمه‌گر ایران انجام یافته است به این منظور برای بکمال رسانیدن الگوی فرق اصلاح فرآیند تعیین تعرفه خدمات بیمارستان و دارو، نوع تعرفه‌های پزشکی و خدمات تشخیصی، نحوه تنظیم صورتحساب هزینه خدمات درمانی بیمه‌شدگان توسط بیمارستانها، چگونگی رسیدگی به صورتحسابها و شیوه‌های نظارت و ابزارهای کنترلی سازمان بیمه‌گر مورد مذاقه قرار گرفته است علاوه بر این موارد، مزایا و معایب هر یک از نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی از دیدگاه سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و عرضه‌کنندگان خدمات بیمارستانی در طراحی و ارائه الگوی مذکور مورد توجه عمیق پژوهشگر بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تطبیقی است. مطالعه تطبیقی، کاربرد روشی است که به مدد آن تلاش می‌شود تا اختلافات و تشابهات دو یا چند پدیده از طریق مقایسه مشخص شود. انجام تطبیق به منظور دریافت وجوه شباهت یا اختلاف بین شیوه‌ها، ابزارها و نظام‌های مختلف پرداخت انجام می‌گیرد که با توجه به سنخیت و ماهیت خویش می‌تواند در حوزه علوم و اجرا در اتخاذ تصمیمات مناسب و انتخاب راه‌حلهای صحیح جهت حل معضلات و مشکلات عینی مورد

استفاده قرار گیرد این روش می‌تواند برای مقایسه دو یا چند الگو بکار رود و نیز زمینه دستیابی به ایده‌های جدید و الگوهای نوع را فراهم سازد (اعرابی، ۱۳۷۶، ص ۳).

جامعه پژوهش

در این پژوهش کشورهای منتخب زیر از نظر انواع نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی توسط سازمانهای بیمه‌گر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند:

- | | |
|------------|------------------------|
| ۱- کانادا | ۶- کره جنوبی |
| ۲- فرانسه | ۷- ترکیه |
| ۳- آلمان | ۸- جمهوری اسلامی ایران |
| ۴- اندونزی | ۹- اندونزی |
| ۵- ژاپن | ۱۰- پاکستان |

روش اجرای پژوهش

این پژوهش به روش کتابخانه‌ای و با استفاده از مطالعه: اسناد و مدارک، قوانین و مقررات، کتب و مقالات داخلی و خارجی و نیز مراجعه به بانکهای اطلاعاتی از طریق اینترنت، مدلاین به منظور مطالعه و پژوهش در زمینه نظام‌های مختلف پرداخت بهای خدمات بیمارستانی در کشورهای منتخب و جهان به صورت تطبیقی انجام شده است.

ابزار گردآوری داده‌های پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از روشها و ابزارهای مختلف زیر استفاده شده است:

الف - استفاده از اسناد و مدارک مربوط به نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی از طریق مطالعات کتابخانه‌ای.

ب - مصاحبه با صاحب‌نظران و کارشناسان خبره در زمینه مزایا و معایب هر یک از نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی در نظام بیمه خدمات درمانی و بخش بهداشت و درمان.

ج - استفاده از چک لیست.

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها و نیز آزمون الگوی مناسب از تکنیک دلفی طی دو مرحله (علاوه بریش آزمون) استفاده شده است. در این زمینه نظرات کارشناسان و صاحب‌نظران خبره از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های تابعه، سازمان بیمه خدمات درمانی، مرکز تدوین سیاستهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، سازمان برنامه و بودجه، شورایی عالی بیمه خدمات درمانی، استادان دانشگاهها جمع‌آوری و تحلیل گردیده است. برای طراحی نمودارها و جداول و تجزیه و تحلیل‌های آماری رگرسیون از بسته‌های نرم‌افزاری رایانه‌ای TSP.7 و eviws ۱۹۹۸ استفاده شده است.

دامنه کاربرد تکنیک دلفی

هدف از کاربرد این روش، ادغام دانش و قضاوت کارشناسان و دستیابی به پیش‌بینی‌های بلند مدت است. این تکنیک عمدتاً در موارد زیر کاربرد دارد:

- مشخص کردن عوامل جدیدی که احتمال دارد بر وضعیت آتی اثر بگذارد. مانند تاثیر کالای جدید بر روند فروش یک واحد اقتصادی.

- ارزیابی احتمالات آماری در مورد عملکرد یا فروش طی یک دوره زمانی مشخص.

- انجام پیش‌بینی در مورد زمانبندی وقوع یک رویداد، بویژه در مواردی که استفاده از تکنیک‌های دیگر امکان‌پذیر نباشد.

- تعیین امکان‌پذیری وقوع یک رویداد، تحت شرایط مشخص. مثلاً کاهش فروش در اثر بروز رکود اقتصادی.

- بدست آوردن معیارهای کمی و ذهنی در مورد عملکرد، بویژه در مواردی که داده‌های عینی وجود ندارد.

نکات فرعی

تکنیک دلفی در کشورهای صنعتی بکرات مورد استفاده قرار می‌گیرد. هرچند انتقاداتی در این روش می‌شود، می‌توان آن را احتمالاً تنها روشی دانست که دریافت نظرات روشن و منطقی تعداد زیادی کارشناسان، در مورد وقایع آتی را، امکان‌پذیر می‌کند (همان منبع، ص ۲۳).

نحوه تهیه پرسشنامه

جهت اجرای موثر این تکنیک، باید پرسشنامه با دقت تهیه شود و نکات زیر در تهیه آن در نظر گرفته شود. نحوه تهیه پرسشنامه اصلی حائز اهمیت فراوان است، زیرا همه چیز تحت تاثیر ماهیت، دامنه شمول و روشنی یا ابهام سئوالات قرار می‌گیرد.

موضوع باید روشن باشد. گاه لازم است که برای رفع ابهام یک بررسی مقدماتی صورت گیرد.

- سئوالات باید غیرشرطی و نامشروط باشد.

- در مواردی که احتمال آماری مطرح است، باید تعریف آن صریح و واضح باشد.

- اگر ضرورت باشد، ارائه داده‌های مبنا می‌تواند ابهام را کاهش دهد.

- سئوالها باید کوتاه و مشخص باشد.

- مسائلی که در یک پرسشنامه مطرح می‌شود، باید محدود باشد زیرا پرسشنامه طولانی، پاسخ‌های ضعیف به همراه خواهد داشت.

روش دلفی را می‌توان برای تعیین روند تغییرات تکنولوژی در مورد یک صنعت خاص، تعریف اهداف بلند مدت و سیاستهای بلند مدت واحد اقتصادی به کار برد.

در کاربرد این تکنیک باید موارد زیر را در نظر گرفت:

- اغلب افراد، از نظر قضاوت و اظهار نظر فقط آینده خیلی نزدیک را در نظر می‌گیرند.

تصمیم‌گیران نیز تمایل دارند که در مورد آینده نزدیک برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کنند. لذا تکنیک دلفی تا حدی می‌تواند این نقیصه را برطرف کند.

- اغلب افراد از ابهام هراس دارند و از تغییر می‌ترسند. اگر ابهامات نادیده گرفته شود، نتایج درستی حاصل نخواهد شد.

افراد سادگی را به پیچیدگی ترجیح می‌دهند. کاربرد روشهای علمی ساده در مورد سیستم‌های پیچیده اجتماعی و انسانی ممکن است نتایج صحیحی بدست ندهد.

- یک کارشناس الزاماً پیش‌بینی‌کننده خوبی نیست. گاه از مجموعه دانش کار کارشناسانی که هر یک در مورد بخش خاصی از یک سیستم تخصص دارند، کارشناسی کل سیستم حاصل نمی‌شود و در بررسی گروهی گاه ارتباط اجزای

سیستم فراموش می‌شود.

- چنانچه در تیم کارشناسی افراد ضعیف، با دانش کم در مورد تحولات آتی، و توان تحلیلی اندک انتخاب شوند، نتایج حاصله کارآمد نخواهد بود.
- معمولاً پیش‌بینی‌های بلند مدت بدبینانه، و پیش‌بینی‌های کوتاه‌مدت خوشبینانه است و این امر می‌تواند بر صحت نتایج تاثیر داشته باشد.

بحث و بررسی:

نظام‌های پرداخت در جهت ایجاد انگیزه برای تامین کالا و خدمات موردنیاز طراحی شده‌اند، لذا، موجب تشویق کسانی می‌شود که تولید و فروش مطلوب دارند. رقابت موجب تشویق بیشتر انگیزه‌ها می‌شود و مصرف‌کننده نیز براساس قیمت‌های پیشنهادی تولیدکنندگان تصمیم به خرید می‌گیرد. در بیمه‌های خدمات درمانی افراد در زمان سلامت حق بیمه پرداخت و در زمان نیاز از خدمات استفاده می‌کنند، لذا قیمت‌ها مانع دریافت خدمات درمانی از سوی مصرف‌کنندگان نمی‌شود. بیمه‌گر می‌تواند با پرداخت یکسان به کلیه فراهم‌کنندگان خدمت رقابت بین آنان را از بین ببرد، زیرا در صورتی که تولیدکننده خدمت دوست داشته باشد با فروش بیشتر سود بیشتر برده دو علت خطرناک است. اولاً مصرف‌کننده اطلاع کافی از چگونگی و مقدار مصرف خود ندارد و ثانیاً مشاوره درخصوص نیازها توسط فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی انجام می‌شود. بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی این تمایل اقتصادی را دارند که در جهت کسب درآمد بیشتر، خدمات را بیش از حد نیاز ارائه نمایند (AVIVA, 1992).

نظام پرداخت در بیمه‌های خدمات درمانی بر دو الگو استوار است:

الگوی اول بر این اساس می‌باشد که بیمار هزینه می‌کند و بیمه‌گر تا سقف

معینی را بازپرداخت می‌کند. در این الگو هزینه‌ای که بیمار می‌کند غیرقابل پیش‌بینی است. مثلاً در آغاز کار نظام بیمه‌ای فیلیپین ۷۰ تا ۱۰۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی را بازپرداخت می‌کرده است، ولی با بالا رفتن قیمت‌ها بویژه قیمت‌های دارویی در سال ۱۹۸۲ این میزان به ۴۸ درصد برای خدمات اولیه، ۳۰ درصد برای خدمات ثانویه و ۱۵ تا ۲۸ درصد برای خدمات ثانویه کاهش یافته و حق بیمه نیز از ۳ به ۶ درصد افزایش پیدا کرده است.

الگوی دوم، سعی در منظم کردن ارزش خدمات درمانی، دارد و این خواست از طریق پرداخت فرانشیز توسط بیمار، پرداخت سقف معینی از هزینه توسط بیمه‌گر، وادار کردن بیمه‌شدگان به استفاده از امکانات درمانی سازمان بیمه‌گر (روش مستقیم)، و عقد قرارداد با فراهم‌کنندگان (روش غیرمستقیم) تحقق می‌پذیرد. در این راستا خدمات درمانی بایستی قابل دسترس، راحت، کم هزینه و دارای تکنولوژی قابل قبول باشد.

طرح‌های بیمه درمانی از یک سو شامل یک ساختار بیمه‌گری (صندوق درمان) است که هزینه درمان بیماری‌هایی را که در قرارداد لحاظ شده است می‌پردازد و از سوی دیگر شامل جمعیت بیمه شده است. علاوه بر این دو مورد، «طرف سوم» هم است که به آن عرضه‌کنندگان خدمات می‌گویند. بدون حضور عرضه‌کنندگانی از قبیل: بیمارستان‌ها، پزشکان، پرستاران، کارخانه‌های داروسازی امکان ارائه خدمات درمانی وجود ندارد. عرضه‌کنندگان خدمات درمانی «بعد هزینه‌ای» بیمه‌های درمانی را تشکیل می‌دهند. به عبارت ساده‌تر می‌توان گفت که دو عامل در تعیین هزینه خدمات درمانی دخالت دارد که هر دوی آنها نیز تحت تاثیر نظام‌های پرداخت قرار دارند. این عوامل عبارتند از:

- ۱- کمیت خدمات و فرآورده‌هایی که تجویز شده یا به مصرف می‌رسند.
- ۲- قیمت خدمات بهداشتی و درمانی و فرآورده‌های دارویی و مصرفی.

عرضه‌کنندگان خدمات بویژه پزشکان و بیمارستان‌ها حتی در مراحل اولیه مراجعه بیمار، در تعیین نیاز آنها به خدمات و فرآورده‌ها نقش موثری دارند. در واقع این پزشک است که کمیت، نوع درمان و داروی مورد نیاز را مشخص می‌کند نه بیمار.

در اینجا ضروری است که به «انگیزه» عرضه‌کنندگان خدمات، بویژه پزشکان توجه نمائیم. به طور کلی عرضه‌کنندگان خدمات، مانند بیشتر مردم در درجه اول علاقه‌مند هستند تا درآمد خود را به حداکثر برسانند و این کار را بسته به نوع نظام پرداخت به طرق زیر انجام می‌دهند:

- ارائه هرچه بیشتر خدمات درمانی و تشخیصی.

- جذب هر چه بیشتر بیماران (مثلاً با تجویز داروی زیاد و حتی شبه دارو که

این موضوع باعث جذب اعتماد بیماران نسبت به صحیح بودن درمان شود).

- فرستادن بیماران پرخطر به سایر عرضه‌کنندگان خدمات نظیر

بیمارستان‌های دولتی.

- تقاضای مراجعه مکرر بیمار حتی اگر ضرورتی نداشته باشد.

- استفاده غیرضروری از تجهیزات خریداری شده (نظیر دستگاه

پرتونگاری) به منظور مستهلاک کردن قیمت آنها.

در نهایت سازمانهای بیمه‌گر می‌خواهند، هزینه خدمات درمانی به ازای هر

فرد بیمه شده قابل پیش‌بینی باشد و این هدف جز از طریق پائین آوردن هزینه‌ها و

پرداخت حق‌الزحمه‌ها با روش استاندارد شده میسر نیست. تمایل سازمانهای

بیمه‌گر به داشتن هزینه‌های پائین در تضاد با علاقه بیمارستانها و پزشکان است.

از سوی دیگر شرایط بایستی به گونه‌ای باشد که بیماران در استفاده از پزشکان و

بیمارستانها نگران هزینه‌ها و فرانشیز نباشد.

سطح هزینه‌های درمان در کشورهای در حال توسعه یکی از موارد بحرانی

برای نظام بیمه‌ای است؛ زیرا نظام می‌خواهد جمعیت را برای مدت زمان زیادی پوشش دهد. تشویق کارکنان با افزایش حقوق ممکن است موجب صدمه به سایر بخش‌های دولتی شود. لذا؛ لازم است. حقوق بنحوی پرداخت شود که دریافتی آنان تفاوت زیادی با سایر بخش‌ها نداشته باشد.

نظام‌های مختلفی به منظور استاندارد کردن پرداخت حق‌الزحمه پزشکان از سوی سازمانهای بیمه‌گر بکار گرفته شده است. یکی از آنها استخدام پزشک توسط بیمه‌گر به صورت تمام وقت یا نیمه‌وقت است که پزشک با دریافت حقوق کار می‌کند. روش دیگر، پرداخت مبلغی یکجا متناسب با لیست افراد بیمه شده موجود در لیست به پزشک است. این روش بیشتر در پرداخت پزشکان عمومی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش بیمار پزشک خود را انتخاب می‌کند و نامش در لیست پزشک ثبت می‌شود و پزشک به ازای بیماران ثبت شده مبلغ مشخصی را از بیمه‌گر دریافت می‌دارد. صرف‌نظر از اینکه بیمه شده مراجعه بکند یا نکند. این وضعیت موجب ایجاد رقابت بین پزشکان در جهت جذب بیشتر بیمه‌شدگان و راضی نگه داشتن آنان می‌شود. زیرا، در آمد پزشک منوط به تعداد بیماران موجود در لیست وی است. این روش برای اولین بار در اروپای قرن هجدهم در میان بیمه‌های اختیاری مطرح شد. سپس در قرن نوزدهم در دانمارک، هلند، انگلستان، آلمان و ایتالیا مورد استفاده قرار گرفت. در ابتدا پزشکان هزینه دارو را جداگانه دریافت می‌داشتند؛ سپس هزینه داروها مستقلاً توسط بیمه‌گر پرداخت شد. سازمانهای بیمه‌گر ممکن است نظام‌های مختلفی را در کشور اجرا کنند، یا اینکه در درون یک سازمان از روش‌های متفاوتی استفاده شود.

نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی در دو گروه قابل طبقه‌بندی هستند. گروه اول نظام‌هایی هستند که برای پاسخگویی به شرایط بازار که در آن

واحدهای مختلف تولیدی و خدماتی با هدف کسب سود فعالیت می‌نمایند طراحی و ابداع شده‌اند. اینگونه نظام‌ها اغلب برای پرداخت بهای خدمات درمانی بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد با سازمانهای بیمه‌گر بکار می‌روند.

نظام پرداخت کارانه که با عناوینی چون پرداخت موردی (صورت‌حساب تفکیکی) شناخته می‌شود بگونه‌ای است که در آن بهای هر یک از خدمات به صورت جداگانه محاسبه و پرداخت می‌شود. نظام پرداخت گروه بیماریهای همگن شکل تکامل یافته نظام کارانه بشمار می‌رود. در نظام مزبور بیماریهای مختلف در ۴۸۰ گروه طبقه‌بندی شده است. در این نظام بجای تعیین تعرفه برای هر یک از خدمات، بهای خدمات بیمارستانی براساس گروهی که بیماری در آن قرار می‌گیرد مشخص می‌گردد. سهولت محاسبه بهای خدمات و سوء استفاده کمتر از مزیت‌های نظام اخیر می‌باشد.

پرداخت بر مبنای حقوق، پرداخت بودجه‌ای، هزینه روز بستری یا روزانه از نظام‌های گروه دوم هستند که بیشتر به صورت ترکیبی در شیوه درمان مستقیم برای تامین هزینه بیمارستانهای تابعه سازمان بیمه‌گر مورد استفاده قرار می‌گیرند. پرداخت بر مبنای حقوق به منظور تامین هزینه‌های پرسنلی، پرداخت بودجه‌ای برای سایر هزینه‌ها بویژه سرمایه‌گذاری عمرانی و تجهیزاتی و از نظام پرداخت هزینه روز بستری برای جبران هزینه‌های اقامتی بیماران در درمان مستقیم و غیرمستقیم سازمانهای بیمه‌گر قرار می‌گیرد.

در کشورهای مورد پژوهش از نظام‌های پرداخت گروه اول برای پرداختهای بهای خدمات بیمارستانهای خصوصی و خودگردان بخش غیردولتی و از نظام‌های پرداخت گروه دوم به صورت توامان و ترکیب‌های متفاوت برای بیمارستانهای تحت پوشش سازمانهای بیمه‌گر استفاده می‌شود.

پیامدهای ناشی از اجرای نظام‌های مختلف پرداخت بهای خدمات بیمارستانی در کشورهای مورد پژوهش به صورت متفاوتی نمایان شده است. بنحوی که تمایل سازمانهای بیمه‌گر در انتخاب نظام پرداخت در کشورهای مورد مطالعه مختلف می‌باشد. علاوه بر این نظام‌های پرداخت در کشورهای توسعه یافته در مقایسه با کشورهای در حال توسعه پژوهش با هم تمایز دارد. کشورهای پیشرفته به دلیل حاکمیت شرایط بازار و توسعه یافتگی از نظام‌های پرداخت گروه اول و کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم حاکمیت ثبات اقتصادی و رشد نظام بیمه خدمات درمانی از نظام‌های گروه دوم بیشتر استفاده می‌شود.

تعرفه خدمات درمانی و ارقام دارویی در کشورهای کانادا، آلمان، ژاپن، فرانسه و انگلیس و کره جنوبی غالباً بر مبنای قیمت تمام شده و احتساب سود تعیین می‌گردد و فعالیت بیمارستانها در جهت هماهنگی با نظام بازار سوق داده می‌شود. ولی در کشورهای جمهوری اسلامی ایران، پاکستان و ترکیه تعرفه‌ها در بخش دولتی با احتساب یارانه‌های دولت و زیر قیمت تمام شده تعیین می‌گردد. سازمانهای بیمه‌گر در کشورهای کانادا، آلمان، فرانسه، کره جنوبی، ژاپن و انگلستان در مقایسه با کشورهای جمهوری اسلامی ایران، ترکیه، پاکستان و اندونزی از قدرت اعمال نفوذ بیشتری بر بیمارستانها برخوردارند و در تعیین میزان تعرفه‌های مختلف نقش قوی‌تری را ایفاء می‌نمایند.

پرداخت قطعی مطالبات بیمارستانهای طرف قرارداد در کشورهای آلمان، انگلستان، اندونزی، کره جنوبی، ژاپن و کانادا حداکثر طی مدت ۲ ماه و در کشور ایران با تاخیر زیاد صورت می‌گیرد.

سازمانهای بیمه‌گر در کشورهای مورد پژوهش از شیوه‌های کنترلی نظیر برقراری نظام ارجاع بیماران پزشک خانواده، تعیین دامنه تعهدات و سهم بیمار، جریمه و لغو قرارداد در قبال بیمارستانها استفاده می‌نمایند.

در الگوی پیشنهادی پژوهش تعیین تعرفه با توجه به نظر مصرف‌کنندگان در قالب گروه بیماریهای همگن و هزینه روز بستری و براساس ویژگیهای مناطق مختلف کشور تعیین می‌گردد. علاوه بر این قیمت تمام شده خدمات بیمارستانی و الگوی مصرف خدمات درمانی بیمه‌شدگان از عوامل موثر بر الگوی پیشنهادی هستند. کاربرد الگوی پیشنهادی در هر دو شیوه درمان مستقیم و غیرمستقیم میسر می‌باشد و استقلال سازمانهای بیمه‌گر از دولت و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنست.

تابلوی ۱ و ۲ نشان‌دهنده یافته‌های پژوهش در مورد نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی و وضعیت ناشی از اجرای نظام مذکور برای سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در کشورهای مورد پژوهش آمده است.

جداول ۱ و ۲ نشان دهنده نتایج مراحل مختلف آزمون الگوی پیشنهادی می‌باشد که در نمودار شماره ۱ مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده مدل رگرسیون پژوهش می‌باشد.

تابلوی ۱ - تطبیق خلاصه یافته‌های پژوهش در مورد نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی

نحوه تعیین تعرفه بهای خدمات بیمارستانی در نظام	موارد مورد مقایسه	نظام‌ها
<p>- تعیین تعرفه و جداول نرخ براساس مشاوره بیمه‌گر و عرضه‌کنندگان همراه با تأیید وزارت بهداشت مبتنی بر قیمت تمام شده واقعی</p> <p>- تعیین ضرایب برای هر یک از خدمات درمانی یا گروه بیماری‌های همگن به صورت قطعی</p> <p>- تعیین سقف حداکثر و حداقل در اشکال پیشنهادی و اجباری برای هر یک از خدمات درمانی</p>	<p>کارانه</p> <p>گروه بیماری‌های همگن</p> <p>صورت‌حساب تفکیکی</p> <p>پرداخت موردی</p> <p>سرانه</p>	<p>نظیر، سن، جنس، نوع بیماری و محل سکونت</p> <p>- تعیین سرانه براساس عملکرد مالی، حق سرانه بیمه و دوری و نزدیکی مناطق به صورت ثابت و یا سرانه متغیر برحسب متغیرهای مختلف</p> <p>- تعیین سرانه مضاعف برای پوشش دادن خدمات درمانی حاد از طریق سازمان‌های بیمه‌گر</p>
<p>- میزان حقوق و مزایا براساس مذاکره و توافق و برحسب میزان تحصیلات، رشته تخصصی، سابقه و تجربه کاری، میزان ساعات کار، شاخص رشد قیمت تورم مشخص می‌شود.</p>	<p>حقوق</p>	
<p>- تعیین بودجه براساس هزینه واقعی یا میانگین هزینه‌های تمام واحدهای یکسان و براساس مقیاس تولید و نوع تخصص و معیارها و شاخص‌های اقتصادی نظیر شاخص بهای تولیدکننده و تورم</p>	<p>بودجه‌ای</p>	
<p>- مبنای محاسبه کل هزینه ارائه‌دهندگان خدمت در یک دوره معین و تقسیم آن بر کل روز بیمار همان دوره است. در صورت تغییر سایر شرایط این میزان تعدیل خواهد شد.</p>	<p>هزینه روز بستری</p> <p>(هزینه روزانه)</p>	

تابلو ۲- وضعیت ناشی از اجرای نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در کشورهای مورد پژوهش

عوامل مقایسه	کشور	سازمانهای بیمه‌گر	بیمه‌شدگان	ارائه‌دهندگان خدمات درمانی
کانادا		<ul style="list-style-type: none"> - نیازمندی به افراد متخصص برای تنظیم جداول نرخ و تعیین تعرفه دارویی و درمانی - لزوم کنترل مراکز درمانی - روند پیچیده کنترل و بررسی صورتحسابها - احتمال دوج هزینه‌های غیرواقعی 	<ul style="list-style-type: none"> - کمبود تجهیزات تخصصی پزشکی - کمبود پرسنل حرفه‌ای - انتظار طولانی برای اعمال جراحی - سهولت دسترسی به خدمات درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> - پایین بودن نرخ تعرفه‌های درمانی و دارویی - بالا بودن هزینه درمان سالمندان - کنترل‌های مقامات فدرال و ایالتی
ژاپن		<ul style="list-style-type: none"> - ضرورت کنترل مراکز درمانی تابعه - احتمال تنظیم صورتحسابهای غیرواقعی - مراجعه زیاد بیمه‌شدگان - نارضایتی بیمه‌شدگان از خدمات بیمارستانی 	<ul style="list-style-type: none"> - ازدحام بیمه‌شدگان در مراکز درمانی - افت کیفیت و کمیت خدمات درمانی - تجویز داروها و خدمات تشخیصی گران‌قیمت و غیرضرور 	<ul style="list-style-type: none"> - پیچیده بودن روند تنظیم صورتحسابها - کمبود پرسنل حرفه‌ای - کمبود تجهیزات پزشکی - کمبود اعتبار
فرانسه		<ul style="list-style-type: none"> - لزوم مشارکت عرضه‌کنندگان خدمات بیمارستانی در تعیین تعرفه‌ها و میزان بودجه و روش پرداخت مطالبات - کسری بودجه بیمارستانها 	<ul style="list-style-type: none"> - لزوم تأیید خدمات مصرف شده - پرداخت ماهانه‌الثاوت هزینه‌های خدمات بیمارستانی - عدم دسترسی مساوی به امکانات درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> - توجیه دقیق کسری بودجه - لزوم هماهنگی و مشارکت با بیمه‌گر در موارد مختلف

ادامه ۲- وضعیت ناشی از اجرای نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در کشورهای مورد پژوهش

ارائه‌دهندگان خدمات درمانی	بیمه‌شدگان	سازمانهای بیمه‌گر	کشور	عوامل مقایسه
<ul style="list-style-type: none"> - اعمال نفوذ زیاد سازمان بیمه‌گر - کسر مبالغ صورتحسابها در صورت افزایش هزینه‌ها از سقف بودجه تعیین شده - کنترل دائمی مقامات فدرال و ایالتی - وجود کنترلیا و نظارت‌های گوناگون - تعیین و رعایت سقف بودجه - تعیین تعرفه خدمات درمانی - لزوم روشن بودن کیفیت خدمات درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> - لزوم ارائه معرفی‌نامه به هنگام بستری‌شدن - اطلاع از وضعیت هزینه‌های درمانی - پرداخت ماهه تفاوت هزینه‌ها - لزوم رعایت نظام ارجاع - عدم رابطه پولی بیماران با پزشکان - طولانی بودن مدت انتظار برای اعمال جراحی - تفاوت در دسترسی به خدمات درمانی - بملت دور و نزدیکی مناطق سکونت بیماران - رعایت نظام ارجاع 	<ul style="list-style-type: none"> - لزوم کنترل هزینه‌ها و مذاکره با بیمارستانها - پرداخت به کارکنان براساس نظام امتیازی - لزوم همکاری بیمه‌شدگان - لزوم رعایت سقف بودجه مصوب - لزوم رعایت مفاد توافق شده - توافق صریح در مورد کیفیت خدمات بیمارستانی 	<p>آلمان</p> <p>انگلستان</p>	<p>عوامل مقایسه</p>
<ul style="list-style-type: none"> - محدودیت در امکانات و تسهیلات و تجهیزات - تشخیصی و خدمات درمانی - نظارت شدید بیمه‌گر 	<ul style="list-style-type: none"> - بالا بودن سهم بیمار - محدود بودن دامنه تعهدات بیمه‌گر - عدم پوشش هزینه‌های درمانی تخصصی - تأیید خدمات درمانی دریافت شده و اعلام - موارد تخلف به بیمه‌گر - لزوم معرفی‌نامه به هنگام بستری شدن 	<ul style="list-style-type: none"> - نیازمند افراد متخصص و هزینه زیاد اداری - پیچیدگی تنظیم و بررسی صورتحسابها - لزوم کنترلهای دائمی - احتمال تجویز غیرضروری خدمات - تشخیصی و اقلام دارویی - احتمال تنظیم صورتحسابهای غیرواقعی 	<p>کره جنوبی</p>	

ادامه ۲- وضعیت ناشی از اجرای نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای سازمانهای بیمه‌گر، بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در کشورهای مورد پژوهش

ارائه‌دهندگان خدمات درمانی	بیمه‌شدگان	سازمانهای بیمه‌گر	کشور	عوامل مقایسه
<ul style="list-style-type: none"> - تاخیر زیاد در پرداخت مطالبات - کسر مبالغ صورتحسابهای ارسالی - پایین بودن نرخ تعرفه‌ها - امکان افزایش درآمد 	<ul style="list-style-type: none"> - تغییر دامنه تعهدات بیمه‌گر - بالا بودن هزینه‌های درمان - نارضایتی از کیفیت و کمیت خدمات درمانی - پایین بودن اعتبار بیمه‌گر 	<ul style="list-style-type: none"> - بالا بودن هزینه‌های درمان - عدم استقلال کامل بیمه‌گر - بالا بودن هزینه اداری نظام - پایین بودن حق سزانه بیمه‌شدگان - احتمال تنظیم صورتحسابهای غیرواقعی 	جمهوری اسلامی ایران	
<ul style="list-style-type: none"> - ازدحام مراجعین و بیمه‌شدگان در مراکز - محدودیت امکانات درمانی - تمرکز در مدیریت و اداره بیمارستانها - پایین بودن نرخ تعرفه‌های خدمات بیمارستانی 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم تعهد در مورد بخش خصوصی - ازدحام بیمه‌شدگان در مراکز درمانی - عدم اطمینان به مراکز درمان سرپایی 	<ul style="list-style-type: none"> - مراجعه زیاد بیمه‌شدگان به بیمارستانها - لزوم بازنگری در حقوق کارکنان - ضعف ساختار مدیریتی در سطوح مختلف 	ترکیه	
<ul style="list-style-type: none"> - نظارتها و کنترل‌های دائمی مرکز - اعمال نفوذ زیاد سازمان بیمه‌گر - نارضایتی از بیماران به دلیل درخواستهای غیرمنطقی 	<ul style="list-style-type: none"> - پوشش اندک بیمه بملت ضمانت توان مالی - مردم و دولت - لزوم معرفی نامه به هنگام بستری شدن 	<ul style="list-style-type: none"> - احتمال تنظیم صورتحسابهای غیر واقعی - پیچیده بودن بررسی و کنترل صورتحسابهای هزینه - اافت کیفیت خدمات درمانی 	اندونزی	
		<ul style="list-style-type: none"> - ضرورت استفاده از کارکنان متخصص در رسیدگی به صورتحساب - عدم توجه به انجام دادن خدمات پیشگیری - عدم توجه به بهبود کیفیت خدمات درمانی 	پاکستان	

جدول ۱- نتایج مرحله اول آزمون دلفی

گزینه الگوی پیشنهادی	درصد پاسخ گزینه‌های انتخابی						
	(ز)	(و)	(ه)	(د)	(ج)	(ب)	(الف)
(ج) تعیین تعرفه توسط شورای با حضور بیمه‌گران، بیمه‌شدگان و ارائه‌دهندگان	۹	۱۸	۰	۹	۳۷	۱۸	۹
(د) تعیین تعرفه روز بستری هزینه‌های اتاقی و گروه بیمارهای همگن برای اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی	-	-	۰	۶۴	۹	۲۷	۰
(ب) تعیین تعرفه بر مبنای قیمت تمام شده و ویژگیهای هر منطقه	-	-	۰	۹	۱۸	۵۵	۱۸
(د) تعیین تعرفه دارو زبر قیمت برای داروهای اساسی و سایر داروها براساس ترافق	-	-	۱۸	۵۵	۰	۲۷	۰
(د) تنظیم صورتحساب تفصیلی و خلاصه صورتحساب با تأیید بیمه‌گر و مصرف‌کننده	-	-	۹	۳۷	۲۷	۱۸	۹
(ج) بررسی تصادفی صورتحسابهای تأیید شده و کلیه صورتحسابهای بدون تأیید	-	-	-	۹	۳۷	۹	۱۸
(ج) پیش‌پرداخت قسمتی به صورت گلوبال و مابقی حداکثر ۲ ماه پس از رسیدگی	-	-	-	۰	۶۴	۹	۲۷
(ب) اعلام نتیجه رسیدگی به بیمارستان و دادن حق اعتراض به آنها	-	-	-	-	۱۸	۶۴	۱۸
(ه) ترکیبی از ارجاع، سهم بیمار، دامنه تعهدات و لغو قرارداد	-	۹	۷۳	۹	۰	۰	۹
(الف) پرداخت به بیمارستانها در روش درمان مستقیم همانند درمان غیرمستقیم	-	-	-	۹	۹	۳۶	۵۵

جدول ۲- نتایج مرحله دوم آزمون دلفی

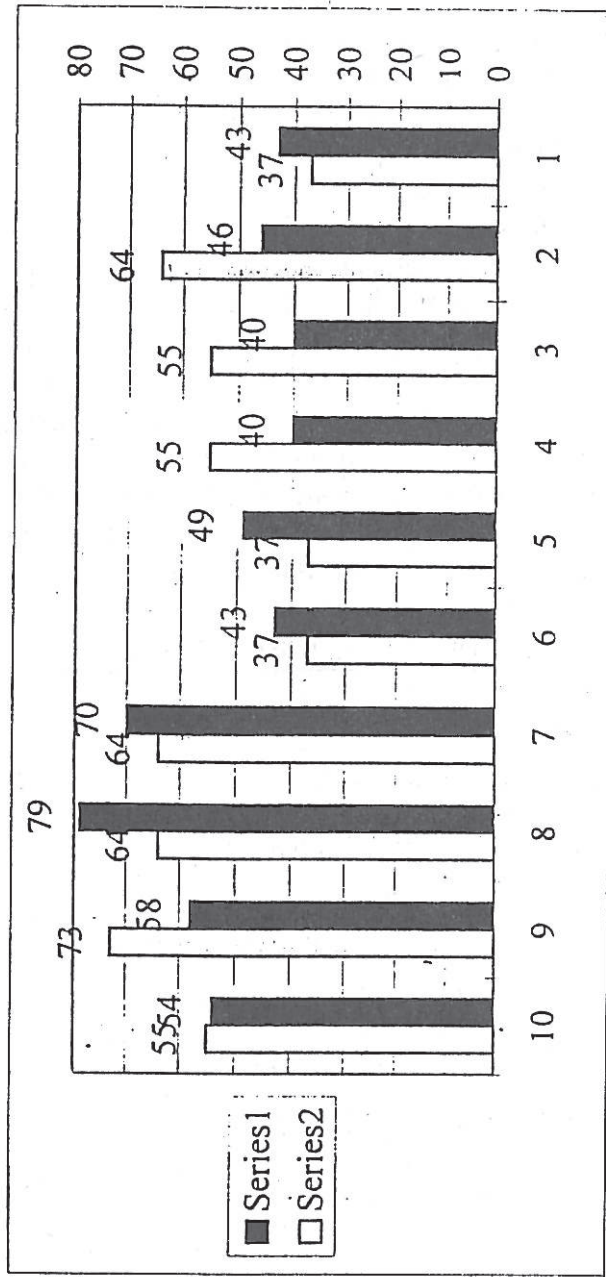
گزینه الگوی پیشنهادی	درصد پاسخ گزینه‌های انتخابی						
	(۷)	(۶)	(۵)	(۴)	(۳)	(۲)	(۱)
تعیین تعرفه توسط شورایی از نمایندگان دولت، بیمه‌شدگان، بیمه‌گران و عرضه‌کنندگان خدمات	۰	۰	۲۱	۳	۴۳	۲۷	۶
پرداخت هزینه‌های روز بستری به صورت کلیه‌ال و هزینه اعمال جراحی و تخصصی براساس گروه بیماریهای همگن	-	-	۰	۴۶	۱۸	۳۰	۶
بر مبنای قیمت تمام شده و ویژگیهای هر منطقه	-	-	۳	۳۰	۹	۴۰	۱۸
تعیین تعرفه زیر قیمت برای داروهای اساسی و سایر داروها براساس توافق سازمانهای بیمه‌گر و عرضه‌کنندگان و تولیدکنندگان اقلام دارویی	-	۰	۱۵	۴۰	۶	۲۷	۱۲
تنظیم صورتحساب هزینه به انضمام مدارک توافق شده در قرارداد تائید نماینده سازمان بیمه‌گر	-	-	۳	۲۴	۴۹	۲۱	۳
بررسی تصادفی صورتحسابهای تائید شده توسط مصرف‌کننده و بیمه‌گر و بررسی تفصیلی سایر صورتحسابها	-	-	-	۰	۴۳	۳۳	۲۴
پرداخت بخشی از صورتحساب به صورت علی‌الحساب و مابقی بعد از رسیدگی حداکثر پس از ۲ ماه	-	-	-	۰	۷۰	۱۸	۱۲

دنباله جدول ۲- نتایج مرحله دوم آزمون دلفی

گزینه الگوی پیشنهادی	درصد پاسخ گزینه‌های انتخابی						
	(۷)	(۶)	(۵)	(۴)	(۳)	(۲)	(۱)
ب) اعلام نتیجه رسیدگی صورت‌حسابها به بیمارستان و دادن حق اعتراض به آنها	-	-	-	-	۶	۷۹	۱۵
ه) ترکیبی از ارجاع، سهم بیمار تعیین دامنه تعهدات، جریمه و لغو قرارداد	-	۰	۵۸	۶	۰	۹	۲۷
الف) در مورد بیمارستانهای تحت پوشش بیمه گر مشابه بیمارستانهای طرف قرارداد عمل شود	-	-	-	-	۳	۴۳	۵۴

نمودار

نمودار مقایسه درصدی پاسخهای مراحل آزمون الگوی پیشنهادی پژوهش با روش دلفی



سری ۱ = مرحله نهایی آزمون الگوی پیشنهادی

سری ۲ = مرحله اول آزمون

جدول ۳ - مدل رگرسیون پژوهش

LS// Dependent Variable is Y				
Date: 04/23/99 Time: 01:10				
Sample: 114 16 16 18 30				
Included observations: 25				
Excluded observations: 3				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
a	-9.366258	4.954294	-1.890533	0.0726
X1	0.001436	0.000413	3.478383	0.0022
X2	0.741064	0.129980	5.701347	0.0000
X3	0.176358	0.071068	2.481522	0.0216
R-squared	0.913620	Mean dependent var		6.812000
Adjusted R-squared	0.901280	S.D.dependent var		2.807033
S.E. of regression	0.881961	Akaike info criterion		-0.105567
Sum squared resid	16.33498	Schwarz criterion		0.089453
Log likelihood				
Durbin-Watson stat	1.717831	Prob(F-statistic)		0.000000

معادله مدل رگرسیون

$$Y = a + B_1 K_1 + B_2 X_2 = B_3 X_3$$

$$Y = -9/366 + 0/001X_{12} + 0/741X_{33} + 0/176X_{10}$$

$$R^2 = 0/914 \quad \text{ضریب تعیین}$$

$$R^2_{adj} = 0/901 \quad \text{ضریب تعیین تطبیق یافته}$$

$$F = 74/037 \quad \text{آمار معنی دار بودن کل رگرسیون}$$

$$n = 25 \quad \text{تعداد مشاهدات}$$

توضیح مدل رگرسیون پژوهش:

تمامی متغیرهای در نظر گرفته شده در مدل یعنی، X_3 (درصد هزینه‌های بهداشتی

بخش خصوصی از تولید خالص ملی)، X_{10} (امید به زندگی) (بدو تولد)، X_{12} (سرانه هزینه‌های بهداشتی تعدیل شده از تولید خالص ملی) در سطح اطمینان ۹۵ درصد قابل قبول می‌باشند. عبارت دیگر در سطح معنی دار ۱ درصد، تمامی ضرایب از نظر آماری معنی دار است.

با مقایسه آمار F محاسباتی با F جدول می‌توان نتیجه گرفت کل مدل رگرسیون از نظر آماری معنی دار است. R^2 که حدود ۰/۹۰ است بیانگر این موضوع است که حدود ۹۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (یعنی Y) توسط متغیرهای در نظر گرفته شد، توضیح داده می‌شود. چون داده‌های آماری به صورت مقطع زمانی می‌باشد، قدرت تشریح فوق در حد قابل قبولی است.

تفسیر ضرایب مدل رگرسیون:

* اگر X_{12} با فرض ثابت بودن سایر عوامل، یک واحد افزایش یابد، Y حدود ۰/۰۰۱ واحد افزایش می‌یابد.

* اگر X_{10} با فرض ثابت بودن سایر عوامل، یک واحد افزایش یابد، Y حدود ۰/۷۴۱ افزایش می‌یابد.

* اگر X_{11} با فرض ثابت بودن سایر عوامل، یک واحد افزایش یابد، Y حدود

۰/۱۷۶ واحد افزایش می‌یابد.

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
$\hat{\alpha}$	-9.386258	4.954294	-1.890533	0.0728
X1	0.001436	0.000413	3.478383	0.0022
X2	0.741064	0.129980	5.701347	0.0000
X3	0.176358	0.071068	2.481522	0.0216
R-squared	0.913820	Mean dependent var	6.812000	
Adjusted R-squared	0.901280	S.D. dependent var	2.807033	
S.E. of regression	0.881961	Akaike info criterion	-0.105567	
Sum squared resid	16.33498	Schwarz criterion	0.089453	
Log likelihood	-30.15387	F-statistic	74.03745	
Durbin-Watson stat	1.717831	Prob(F-statistic)	0.000000	

اجزای اصلی نظام پرداخت بهای خدمات بیمارستانی

هر یک از اجزا و فرآیندهای زیر در نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی وجود دارد. بر همین اساس، تبیین هریک از آنها قبل از ارائه الگوی پیشنهادی ضروری بنظر می‌رسد:

۱- فرآیند تعیین تعرفه خدمات بیمارستانی

تعرفه خدمات مختلف بیمارستانی به صورت دقیق و متشکل از یک عدد پایه و یک ضریب بویژه برای اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی معین می‌گردد. علاوه بر این، برای برخی خدمات و مواد مصرفی و اقلام دارویی جداول نرخ مشخص می‌شود.

جداول نرخ و تعرفه مراقبت‌های درمانی و خدمات بیمارستانی به طور کلی از طریق مذاکره و توافق نمایندگان دولت، سازمانهای بیمه‌گر و نمایندگان تولیدکنندگان و ارائه دهندگان خدمات درمانی در یک شورا یا کمیسیون تعیین شده و اقلام دارویی نیز با توافق و نظر کارخانجات و شرکتهای دارویی حاصل می‌آید.

مبنای تعرفه‌ها و جداول نرخ خدمات بیمارستانی عموماً قیمت تمام شده بعلاوه سود است با این تفاوت که قیمت خدمات بیمارستانی در بخش دولتی پائین‌تر از قیمت تمام شده تعیین می‌گردد و مابه‌التفاوت آن از طریق حمایت‌های یارانه‌ای دولت و عدم محاسبه استهلاک سرمایه‌گذاری انجام یافته جبران می‌شود.

۲- روش تنظیم صورتحساب هزینه خدمات بیمارستانی

برای تنظیم هر یک از صورتحسابها لازم است شرح خدمات و مراقبت‌های درمانی مطابق با قوانین و مقررات و رعایت مواد توافق شده در فرم‌های از قبل تائید شده ثبت می‌گردد. در شرح بیماریها از کدهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها براساس استانداردهای جهانی استفاده می‌شود.

در شرح خدمات مذکور تشخیص پزشک و دستورات دارویی، مراقبت پزشکان معالج با ذکر تاریخ و امضاء پزشکان ضروری است. علاوه بر تهیه و تنظیم صورتحساب مدارک لازم در هر مورد و بر حسب توافق بعمل آمده باید ضمیمه آن شود.

صورتحسابهای تنظیمی باید به تائید نهایی پزشکان و مسئولین مالی بیمارستان و نمایندگان سازمان بیمه‌گر رسیده و بعد از پایان هر ماه به سازمان بیمه‌گر یا دفاتر اسناد پزشکی مربوط ارسال گردد.

۳- روش رسیدگی به صورتحسابها توسط سازمانهای بیمه‌گر

بعد از وصول صورتحسابهای ارسالی بیمارستانها جهت بررسی به گروه کارشناسان متشکل از رشته‌های مختلف ارجاع می‌شود. کارشناسان متخصص در بررسی صورتحسابهای مذکور به بررسی موارد زیر می‌پردازند.

- ۱- مطابقت کدهای بیماری با شرح خدمات اعمال جراحی تخصصی و فوق تخصصی و مراقبت‌های درمانی درج شده
- ۲- مطابقت مبالغ درج شده برای هر یک از خدمات و مراقبت‌ها با تعرفه‌های و جداول نرخ مصوب و رعایت مبانی محاسباتی بهای خدمات درمانی و مفاد توافق شده.

۳- تطبیق مشخصات بیماران درمان شده با مشخصات مدارک بیمه‌ای آنها.

۴- کامل بین موارد لازم و داشتن تائیدیه‌ها مهر و امضاهای لازم.
 کار بررسی صورتحسابها در مواردی که به تائید نمایندگان بیمه‌گر رسیده باشد به صورت تصادفی و در سایر موارد به صورت کامل و دقیق انجام می‌گیرد.
 بعد از اتمام کار رسیدگی توسط افراد گروه مراتب جهت تائید نهایی به مسئولین بالاتر ارجاع و بعد از تائید مراتب، نتیجه رسیدگی به صورت کتبی و از طریق پست یا مامورین سازمان به اطلاع بیمارستانها می‌رسد و بیمارستانها در صورت لزوم در مهلت مقرر می‌توانند اعتراض خود را به سازمان منعکس نمایند.

۴- نحوه پرداخت مطالبات بیمارستانها

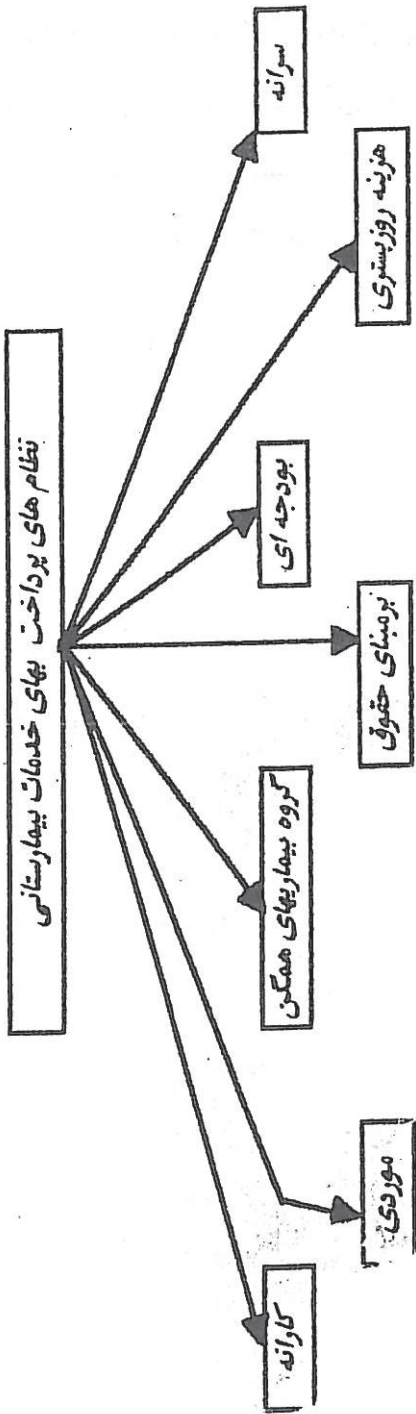
زمانبندی پرداخت بهای خدمات بیمارستانی در متون قانون مورد توجه قرار گرفته و یا در صورت لزوم مورد توافق سازمانهای بیمه‌گر و بیمارستانها قرار می‌گیرد. معمولاً زمان بازپرداخت ۲ ماه بعد از وصول صورتحساب می‌باشد.
 نحوه پرداخت بهای خدمات با توجه به توان مالی سازمان بیمه‌گر و توافق بیمارستانها تعیین می‌شود و می‌تواند به صورت پرداخت علی‌الحساب قسمتی از صورتحسابها به هنگام دریافت آنها و یا به صورت پیش‌پرداخت در شرایطی که بیمارستان تقاضا کند باشد. پرداخت قطعی بعد از رسیدگی به صورتحساب انجام می‌پذیرد و به صورت اسناد اعتباری نظیر چک و یا واریز کردن به حساب بیمارستان و ارسال برگ واریزی برای بیمارستان انجام می‌گیرد.

۵- نظارت بیمارستان بر رسیدگی صورتحساب

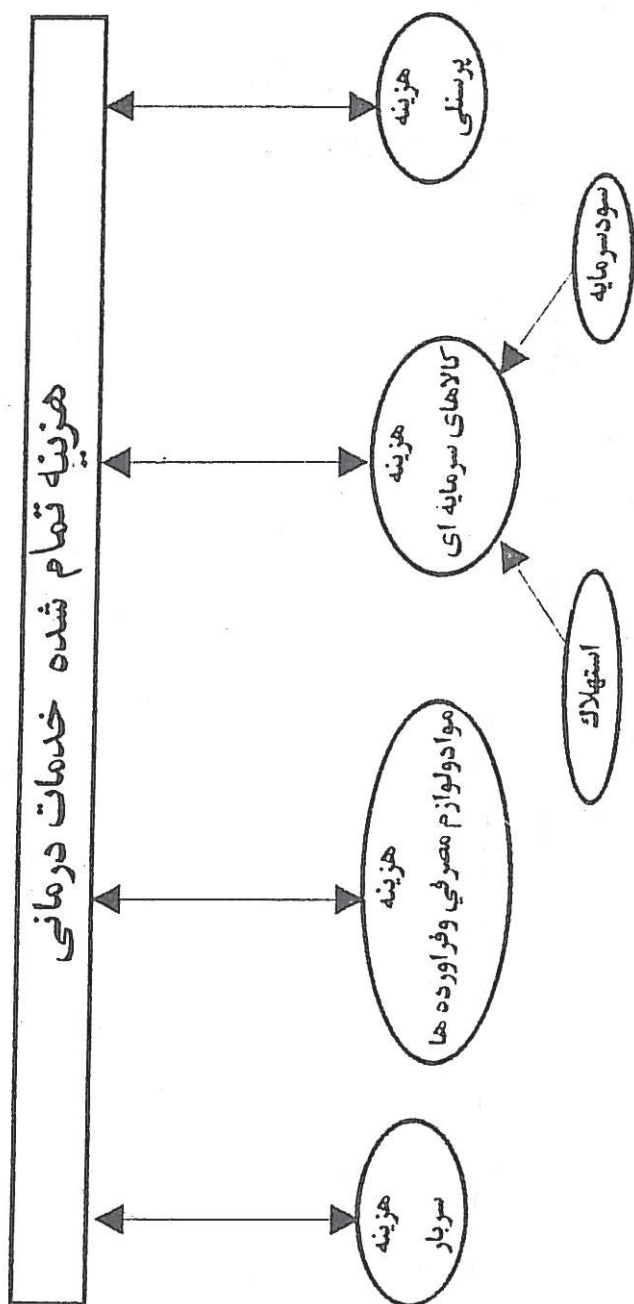
بیمارستانها به منظور اطمینان از کم و کیف جریان رسیدگی به صورتحسابهای خود براساس توافق انجام شده یا قوانین و مقررات موجود

می‌توانند بعد از انجام مقدمات کار و مذاکره با سازمانهای بیمه‌گر به اسناد رسیدگی شده دسترسی پیدا کنند و در صورت مشاهده هرگونه اشتباه موارد را به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارجاع دهند. چنانچه اختلاف‌ها از طریق مذاکره مرتفع نشده موارد به مراجع قانونی بالاتر جهت رسیدگی و تصمیم‌گیری نهایی ارجاع شود.

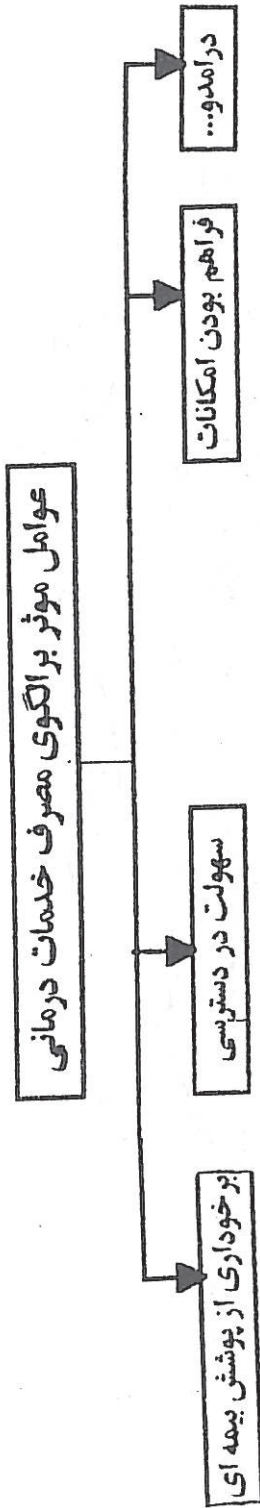
نمودار ۲- نظام های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی



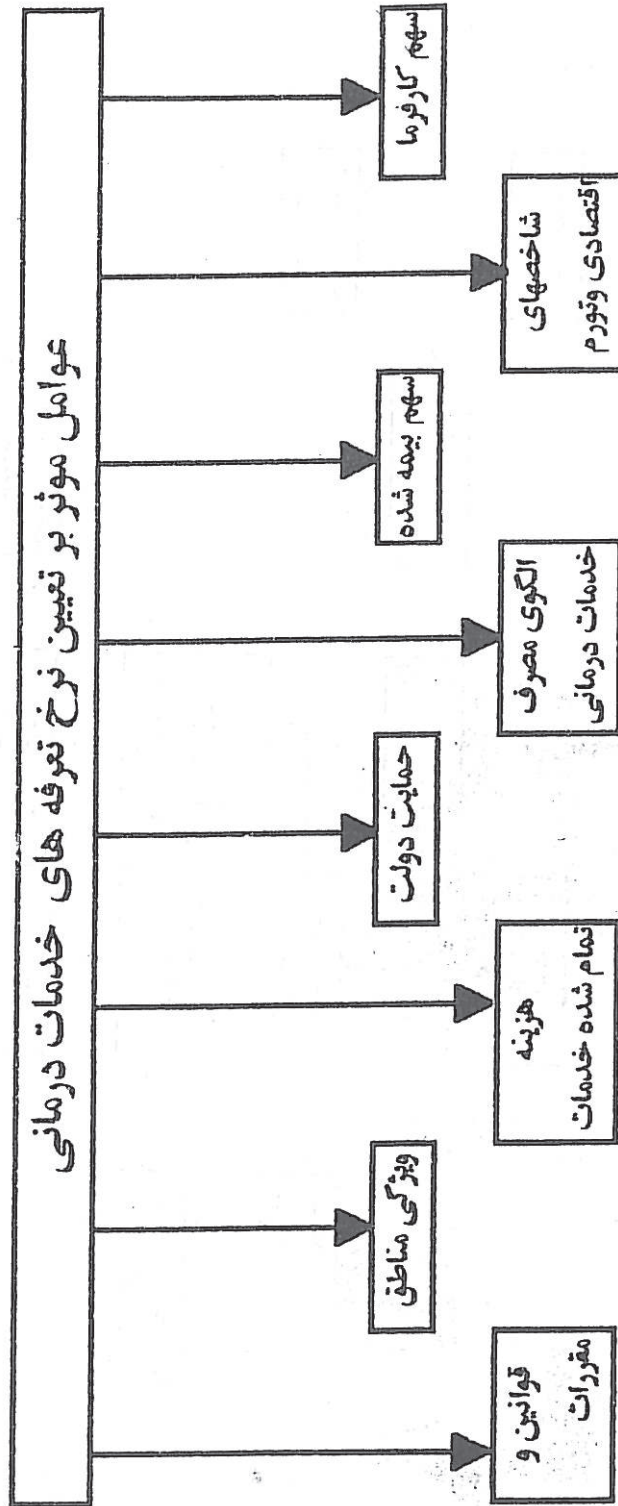
نمودار ۳- اجزاء هزینه تمام شده خدمات درمانی



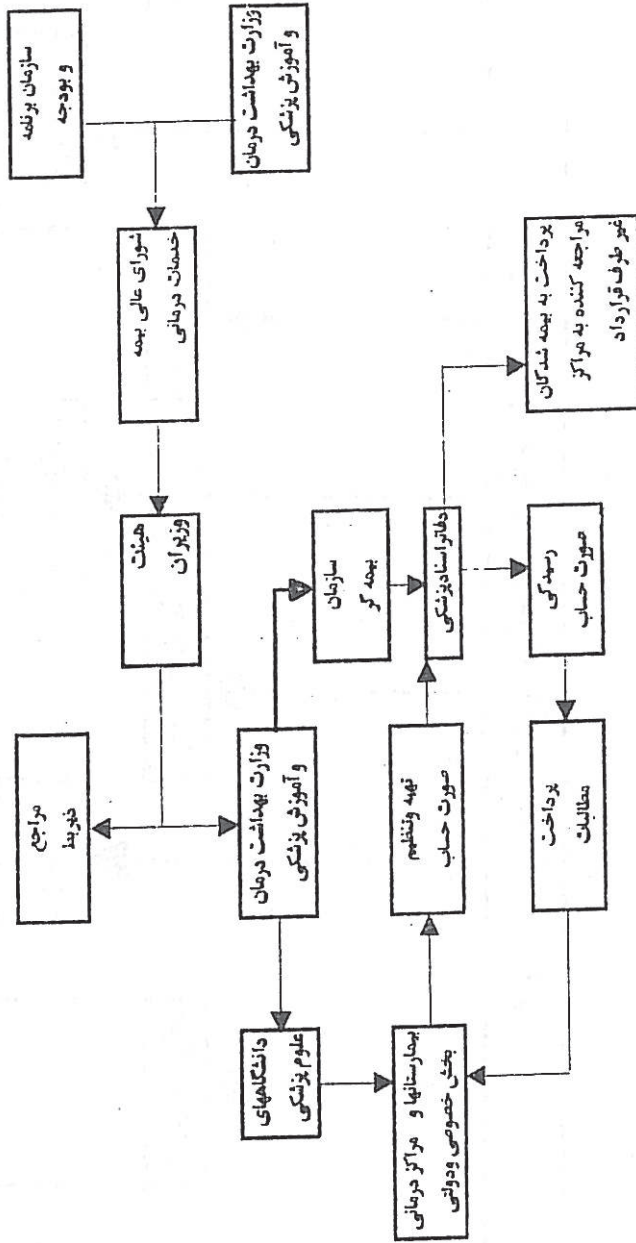
نمودار ۴- عوامل موثر بر الگوی مصرف خدمات درمانی



نمودار ۵ - عوامل موثر بر تعیین نرخ تعرفه های خدمات درمانی

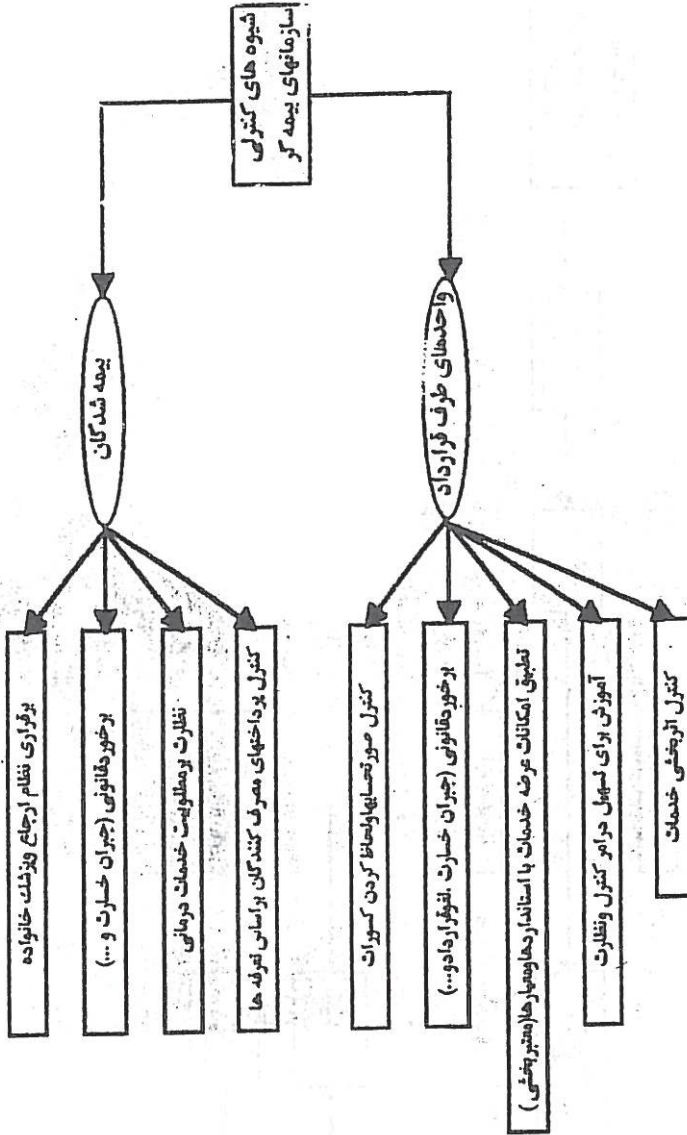


نمودار فرآیند تعیین حق بیمه سرانه و قوفله‌های خدمات درمانی



ماده (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی
مصوب مجلس شورای اسلامی

نمودار ۸- شیوه‌های کنترلی سازمانهای بیمه گر



نتیجه‌گیری پژوهش

۱- نظام پرداخت کارانه و گروه بیماریهای همگن از جمله نظام‌هایی هستند که می‌توانند در شرایطی که بیمارستانها براساس نظام بازار و با هدف کسب سود فعالیت می‌کنند مناسب باشند. در حالیکه سایر نظام‌های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای چننی وضعیتی قابلیت لازم را ندارند.

۲- نظام بیماریهای همگن در حقیقت شکل تکامل یافته‌تر نظام کارانه می‌باشد که ضمن برخورداری از مزایای بهتر (نظیر سهولت تهیه و تنظیم و رسیدگی به صورت‌حسابهای هزینه خدمات درمانی بیمه شدگان) احتمال سوء استفاده و تکمیل صورت‌حسابهای غیرواقعی در آن در مقایسه با نظام کارانه کمتر است. لذا بکارگیری این نظام در ایران هزینه خدمات بیمارستانی سازمانهای بیمه‌گر را کاهش می‌دهد.

۳- نظام‌های پرداخت بر مبنای حقوق، پرداخت بودجه‌ای و پرداخت‌های تشویقی از جمله نظام‌هایی می‌باشند که در شیوه درمان مستقیم برای تامین منابع مالی بیمارستانهای تابعه سازمانهای بیمه‌گر به صورت توان استفاده می‌شوند. نحوه بکارگیری نظام‌های مذکور با توجه به سیاستهای هر یک از سازمانهای بیمه‌گر و کشورهای مختلف می‌تواند متفاوت باشد.

۴- نظام پرداخت هزینه روز بستری به منظور پرداخت هزینه‌های اقامتی (هتلینگ) بیماران بویژه برای مرکز نگهداری سالمندان و بیماران مزمن روانی می‌تواند بکار رود. در چنین حالتی، سایر هزینه‌ها براساس نظام‌های پرداخت گروه بیماریهای همگن می‌تواند انجام گیرد.

۵- ترکیب شورایعالی بیمه خدمات درمانی فاقد حضور نمایندگان مصرف‌کننده و بیمه‌شدگان خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. علاوه براین، به دلیل وابستگی سازمانهای بیمه‌گر به دولت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی به عنوان عرضه‌کننده اصلی خدمات بهداشتی و درمانی موجب شده است:

الف - نقطه‌نظرهای مصرف‌کنندگان خدمات درمانی در زمینه تعیین میزان تعرفه‌ها، سرانه‌ها و مکانیزم‌های پرداخت در شورای عالی بیمه خدمات درمانی مطرح نشده در سیاست‌گذاریها و تصمیم‌گیریهای آنان مورد توجه واقع نشود.

ب - سازمانهای بیمه‌گر به عنوان عضو مستقل نتوانند در تعیین نرخ تعرفه‌ها خدمات بیمارستانی و اقلام دارویی نقش موثری داشته باشند.

ج - نرخ تعرفه‌های خدمات درمانی و اقلام دارویی بیشتر به صورت یکجانبه تعیین گردیده است.

۶- سازمانهای بیمه‌گر اختلاف بین درآمد و هزینه خود را ناشی از پایین بودن میزان سرانه حق بیمه دریافتی از یک طرف و بالا بودن هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان عنوان می‌کنند.

۷- سازمانهای بیمه‌گر به دلیل اختلاف زیاد بین درآمد و هزینه و کسری‌های زیاد که منجر به بدهی بلندمدت آنها به بیمارستانها و مراکز درمانی طرف قرارداد شده است تعهدات خود در قبال بیمه‌شدگان را محدودتر می‌نمایند. علاوه بر این، میزان سهم بیماران (فرانشیز) به هنگام دریافت خدمات مورد تعهد خود را افزایش می‌دهند تا با ازدیاد سهم مشارکت آنان بتوانند تا حدودی از افزایش میزان کسری‌های خود بکاهند.

۸- عدم برقراری و رعایت نظام ارجاع بیمه‌شدگان از طریق نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور و یا نظام پزشک خانواده موجب شده است تا بیماران در مراجعه به پزشکان متخصص مورد نظر خود از آزادی و اختیار کامل برخوردار باشند.

۹- سازمانهای بیمه‌گر به دلیل نداشتن نظام کنترلی نتوانسته‌اند زمینه سوء

استفاده‌های احتمالی افراد بیمه‌نشده از دفترچه‌های خدمات درمانی بیمه‌شدگان که به منزله «چک سفید» امضاء محسوب می‌گردد را از بین ببرند. خلاء ناشی از عدم برقراری شیوه‌های کنترلی لازم در این زمینه و عدم توجه پاره‌ای از پزشکان در مورد تطبیق دفترچه بیمه یا بیمه شده موجب شده است، هزینه‌های خدمات درمانی برخی از بیمه‌شدگان را بر سازمان‌های بیمه‌ای تحمیل می‌شود.

۱۰- سازمانهای بیمه‌گر به طور وسیع از نظام پرداخت کارانه که مصرف را افزایش می‌دهد، استفاده می‌کنند. در حالیکه استفاده از سایر نظام‌های پرداخت می‌تواند در کاهش هزینه‌ها سازمانهای بیمه‌گر مفید باشد. نظر به اینکه امکان سوءاستفاده در این نظام بیش از سایر نظام‌های پرداخت وجود دارد. در نتیجه، با بکارگیری این نظام میزان هزینه‌های بیمه‌شدگان بیشتر شده است.

۱۱- سازمانهای بیمه‌گر به دلیل محدودیت قانونی امکان لغو قرارداد با بیمارستانهای دولتی را ندارند. این سازمانها در صورت مشاهده و اثبات هرگونه تخلفی فقط مجاز به کسر مطالبات بیمارستانهای مذکور هستند و در نتیجه زمینه بروز و ظهور سوء استفاده احتمالی را نمی‌توانند حذف کند.

۱۲- تاخیر زیاد در بازپرداخت مطالبات بیمارستانها سبب شده‌اند تا واحدهای طرف قرارداد نسبت به پذیرش بیمه‌شدگان بخشی نشان ندهند، این امر موجب می‌شود که یارانه به واحدهای غیر طرف قرارداد مراجعه و هزینه‌های درمانی را بپردازند.

۱۳- بیمه‌شدگان خدمات درمانی و بیمارستانی نمی‌توانند به سهولت عدم رضایت از نحوه ارائه خدمات درمانی بیمارستانها و مراکز درمانی و همچنین سازمانهای بیمه‌گر را با آنها مطرح نمایند.

۱۴- سازمانهای بیمه‌گر ایران در تعیین شاخص‌های مختلف ارزیابی خدمات بیمارستانی، سیاست‌گزاریهایی مربوط به اصلاح تخت‌های بیمارستانی و کاهش

فارغ‌التحصیلان پزشکی و سایر موارد مشابه نقش عمده ندارند. لذا افزایش کمی خدمات درمانی، بهره‌وری نامناسب از منابع بخش و نیز مدیریت غیر اثربخش و فاقد کارآیی مناسب از جمله عواملی هستند که باعث می‌شوند تا هزینه‌های خدمات درمانی بویژه خدمات بیمارستانی افزایش یابد و در نهایت افزایش قیمت تمام شده غیر واقعی به سازمانهای بیمه‌گر و بیمه‌شدگان تحمیل گردد.

۱۵- قیمت تمام شده بهای خدمات بیمارستانی می‌تواند یکی از عوامل اصلی در تعیین تعرفه‌ها و خدمات تشخیصی و مراقبت‌های توانبخشی و درمانی باشد. اما، نظام حسابداری قیمت تمام شده و اصول هزینه‌یابی صنعتی در بیمارستانها رواج نیافته و از اینرو، دستیابی به هزینه واقعی خدمات بیمارستانی میسر نیست. علاوه بر این، سازمانهای بیمه‌گر نیز از اختیارات کافی و توان لازم برای استقرار چنین نظامی برخوردار نیستند.

۱۶- شاخص بهای تولیدکننده روند تغییر قیمت از دیدگاه خریدار و تولیدکننده را نشان می‌دهد و بعنوان یک نماگر برای نشان دادن زود هنگام روند تورمی و منعکس کننده سطح عمومی قیمت‌ها بکار می‌رود. سازمانهای بیمه‌گر برای تعیین نرخ تعرفه‌های خدمات بیمارستانی باید از این شاخص که در ایران نیز محاسبه می‌شود، استفاده کنند.

۱۷- اصول حسابداری قیمت تمام شده برای تعیین قیمت تمام شده خدمات بیمارستانی و در مفهوم وسیع آن خدمات درمانی می‌تواند فرصتهای موجود در بیمارستانها را آشکار نماید. اضافه بر آن، حسابداری قیمت تمام شده نقاط ضعف و طرق هدر رفتن منابع را مشخص ساخته و می‌تواند تاثیر مثبتی بر قیمت تمام شده خدمات بیمارستانی داشته باشد.

۱۸- الگوی مصرف خدمات درمانی بویژه در بین بیمه‌شدگان تابعی از عواملی چون سهولت دسترسی و برخورداری از امکانات و تسهیلات و مراقبتهای

بهداشتی و درمانی جمعیت و گروه‌های سنی، درآمد و هزینه خدمات درمانی، پوشش بیمه‌ای و تعهدات بیمه‌گر است. همچنین سرانه مراجعه به پزشکان مختلف، نسخ دارویی، بار مراجعه خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی و خدمات بستری بیماران از متغیرهای تعیین‌کننده الگوی مصرف خدمات درمانی محسوب می‌گردند.

پیشنهادات پژوهشگر

- ۱- استقلال سازمانها، شرکتها و موسسات بیمه‌گر از دولت
- ۲- مشارکت بیشتر بخش مردمی در قالب شرکتهای بیمه‌ای خصوصی به منظور فراهم ساختن شرایط رقابت در امر بیمه خدمات درمانی.
- ۳- تنوع بخشیدن به موسسات و شرکتهای بیمه خدمات درمانی پایه و مکمل در سطوح اجرایی با مرجع سیاستگذاری واحد.
- ۴- دخالت مصرف‌کنندگان و بیمه‌شدگان خدمات درمانی در تعیین حق بیمه سرانه و تعرفه‌های خدمات درمانی و اقلام دارویی.
- ۵- بکارگیری شیوه‌های کنترلی بیشتر و دقیق‌تر از سوی سازمانهای بیمه‌گر در مورد مراکز درمانی و بیمه‌شدگان
- ۶- جایگزین کردن تعرفه‌های گروه بیماریهای همگن بجای تعرفه‌های کارانه.
- ۷- تعیین نرخ‌های تعرفه خدمات درمانی و اقلام دارویی و حق سرانه بیمه خدمات درمانی براساس ویژگیهای مناطق مختلف
- ۸- هدایت جهت‌دار یارانه‌های دولتی به منظور حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند.
- ۹- اصلاح قوانین و مقررات مربوط به بیمه همگانی خدمات درمانی و توجه به حقوق مصرف‌کنندگان و بیمه‌شدگان.
- ۱۰- تقویت نقش دولت و سازمانهای ناظر به منظور ایفای دقیق وظایف و تکالیف بیمارستانها و سازمانهای بیمه‌گر در قبال مصرف‌کنندگان و بیمه‌شدگان خدمات درمانی.
- ۱۱- ایجاد سازمان معتبر بخشی برای ارزیابی کمی و کیفی خدمات درمانی
- ۱۲- ایجاد نظام اطلاعاتی مکانیزه - دقیق و قابل اعتماد برای سطوح مختلف کارشناسی، مدیریتی و سیاست‌گذاری.

- ۱۳- برقراری نظام ارجاع بیماران در تمام سطوح درمانی از طریق شبکه و با استفاده از الگوی پزشک خانواده
- ۱۴- بکارگیری نظام پرداخت هزینه روز بستری برای مراقبت‌های طولانی مدت و مراکز نگهداری سالمندان
- ۱۵- استقلال عرضه‌کنندگان خدمات درمانی از سازمانهای بیمه‌گر
- ۱۶- تعیین الگوی مصرف خدمات درمانی
- ۱۷- برقراری سیستم حسابداری صنعتی به منظور هزینه‌یابی قیمت تمام شده خدمات درمانی
- ۱۸- اجرای سطح‌بندی خدمات درمانی
- ۱۹- تعیین استانداردهای مربوط به توزیع خدمات تخصصی گران‌قیمت نظیر سی‌تی اسکن، ام‌آر‌آی

فهرست منابع فارسی

- ابوالحسنی، فرید و کشوری امیر، ۱۳۷۵، کمیته‌های تنظیم پرونده‌ها در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان، سمینار بهینه‌سازی خدمات درمانی در بیمارستانها، ۲۲ الی ۲۴ اسفند ماه
- ابوالعلاج، مسعود، ۱۳۷۶، مقدمه‌ای بر بهینه‌سازی نظام مالی و اداری بیمارستانها، دفتر بودجه برنامه‌ای و اقتصاد بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ابوالعلاج، مسعود ۱۳۷۵، ماهیت و نقش حسابداری بیمارستانی، دفتر بودجه برنامه‌ای و اقتصاد بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ارباب سلیمانی، عباس، ۱۳۶۵، نحوه تهیه و تنظیم صورتحساب مالی از روی مدارک، موسسه حسابرسی سازمان صنایع مالی و سازمان برنامه، تهران
- آسوده، سید محمد، ۱۳۶۶، حسابداری شرکتهای بیمه، فصلنامه بیمه مرکزی ایران، شماره ۲، ص ۱۴۲۲
- اعرابی، سید محمد، ۱۳۷۶، روش تجزیه و تحلیل تطبیقی در مدیریت، دفتر پژوهشهای فرهنگی، تهران
- امین‌لو، حسن، ۱۳۷۵، اقتصاد بیمارستانها، سمینار بهینه‌سازی خدمات درمانی در بیمارستانها، معاونت امور درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۲ الی ۲۴ اسفند ماه
- انکتاد، ۱۳۷۱، گفتارهایی در هزینه‌یابی و قیمت‌گذاری صادراتی، مترجم محسن اشرفی، موسسه بین‌المللی توسعه روابط تجاری - تهران
- بانوب، سمیر، نظام بیمه خدمات درمانی در کشورهای اروپای شرقی و مرکزی، مترجم پرویز صاحبی، ۱۳۷۶، مجله بهداشت جهان، سال یازدهم،

شماره دوم ص ۶۱ - ۵۹

بحرالعلوم طباطبایی، علی، ۱۳۶۷، نکاتی پیرامون خسارت بیمه همگانی،

فصلنامه بیمه مرکزی ایران، شماره ۱ ص ۱۹ - ۱۶

بروک و هورالین، اصول و کاربرد حسابداری صنعتی، مترجم حسن مدرلیان،

۱۳۷۲، نشر سیمرخ، تهران

بیمه مرکزی ایران، ۱۳۶۵، نظارت سرانه بیمه در ایران، فصلنامه بیمه مرکزی

ایران شماره ۳، ص ۷ - ۳

حسن‌زاده، علی، ۱۳۷۷ محیط مدیریتی در حال تغییر، اصلاحات سال ۱۹۹۰

در خدمات بهداشتی ملی انگلیس NHS، ترجمه، از انتشارات سازمان تامین

اجتماعی، تهران

حسن‌زاده، علی، ۱۳۷۶، کنترل هزینه‌ها در ازای مراقبت‌های کیفی، سازمان

تامین اجتماعی تهران

حسن‌زاده، علی، ۱۳۷۷ چالش تامین منابع مالی سیستم‌های بهداشتی،

سازمان تامین اجتماعی، تهران

حسن‌زاده، علی، ۱۳۷۵، بیمه بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه،

سازمان تامین اجتماعی، تهران

جباری، غلامحسین، ۱۳۷۷، تعمیم بیمه درمان به چه صورتی عملی است.

نشریه آسیا، شرکت بیمه آسیا، شماره ۷ ص ۳۴ - ۲۲ تهران

جعفری صمیمی، احمد، ۱۳۶۷، مبانی اقتصادسنجی، انتشارات جهاد

دانشگاهی، تهران

دبیرخانه ستاد برنامه سوم توسعه، ۱۳۷۷، گزارش مرحله اول نظام

برنامه‌ریزی برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، پیش‌نویس

رهنمودهای کلی، سازمان برنامه و بودجه، تهران

دفتر امور بهداشت و درمان ۱۳۷۷، گزارش بخش بهداشت و درمان و تغذیه، مطالعه مقدماتی تهیه و تدوین برنامه سوم توسعه، سازمان برنامه و بودجه، تهران

دفتر تشکیلات و بهبود روشها، ۱۳۷۷، تحلیل وضعیت موجود تشکیلات و ساختار بخش بهداشت و درمان، مستندات برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران

دفتر روابط عمومی و امور بین‌الملل، «حمایت تامین اجتماعی از جمعیت روستایی در کشور ترکیه» ترجمه از انتشارات سازمان تامین اجتماعی، شماره

ثبت ۱۳۷۴

فهرست منابع لاتین

References

Aviva, Ronetal, (1992), Health insurance in developing countries, Ilo

Burns, Monica, M consultant, (1996), Whos Mission to Iran "to review the administrative arrangements for and prevision of health care, With Particular the health insurance Schemes 2nd-14th March

PP: 1-20

Chalkley. M.& Malcomson. J.M. (1995 a). "Contracting for Health Services with Unmonitored Quality", Discussion Papers in Econometrics, 9510. University of Southampton.

Cooter. R.D. & Rublnffld. D.L. (1989), "Economic Analyses of Law of Law and Economics (forthcoming).

Econmic and Socait Survey of Asia the Pacific Escap united natoins New York, 1996 Ellis. R.P. & Mcguird, t.g. (1989), "Provider Behaviour Under Prospective Reimbursement: Cost Sharing and Supply", Journal Of Health Economics, 5,129-151.

Fenn.P.Rickman N. & Mcguire. A. (1994), "Contracts and Supply Assurance in the UK Health Care Market", Journal of Health Economics, 13,125-144.

Fuchs, V,(1990) "How does canada. The new England journal of Medicine, Vol, 323, No. 13,sep 27

Gravells. H. & Waterson, M. (1993), "NO Win. No fee: Some Economics of contingen Legal Fees", Economic Journal, 103, 1205-1220

Hope, M. (1996), "Expenditure on Legal Services", MiMeo, Lord

ISSA, (1997) "Trends in Social Security an international update, No.2

International Social Security (ISSA), (1995), "Health Policy studies, the reform of health care systems", translate Part of this Publication skool db maed to No.5,

"Insurance Trends" (1997)," Legal Expenses Insurance", Insurance Trends, 12, January 1997, 10-17

Islamic republic of Iran (1998), "Health Insurance Seminar 3-2 May Charles Normand.

Journat of Health Care Quality Assurance, (1996), Volume 9, Number (7).

Levey, Samuel & Loomban. Paul, 1998, Health care Admnstration, second Edition, Donnelley & Sons Company. N.Y

MAC.A (1994), "Helth Care Payment Systems, Cost and Quality Incentives, "Journat of Economics and Management Strategy, 3,93-112.

Mcguire, A.& Rickman, N.(1996), "Regulating Provider Reimbursement in a Mixed Market for Health Care", Paper Presented at the International Health Economics Association Conference, Vancouver, May 1996, mimeo, University of Surrey.