

مقدمه‌ای بر نظام پرداخت خدمات سلامتی در کشور بریتانیا

پرداخت به روش انگلیسی

♦ دکتر احمد فیاض‌بخش
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



تجربیات گوناگونی در خصوص شرایط ارائه‌کنندگان و خریداران در نظام سلامت و تاثیر آنها بر تعرفه‌گذاری نظام سلامت وجود دارد. با تقسیم‌بندی کشورهای مختلف به دو گروه با درآمد بالا و با درآمد پایین و متوسط می‌توان به نظام‌های متفاوتی برای پرداخت و تعرفه‌گذاری دست یافت. در این میان کشور بریتانیا به عنوان کشوری با درآمد بالا دارای نظام پرداختی متفاوت از سایر کشورها می‌باشد.

در این کشور مانند هر جای دیگری، خدمات به دو دسته اصلی فوری (اورژانس) و غیرفوری تقسیم می‌شوند. خدمات فوری در این تقسیم‌بندی آنهایی هستند که هرگونه تأخیر قابل توجه در ارائه آنها سبب مرگ و یا آسیب جدی و برگشت‌ناپذیر بیمار خواهد شد که نمونه بارز آن گروه، مجروحین حوادث و تصادفات هستند. مدیریت ارائه خدمات غیرفوری در نظام کشور انگلستان با پزشکان خانواده است. در اثر اصلاحاتی که از اوایل دهه نود میلادی در نظام ملی خدمات سلامتی این کشور صورت گرفت، مسوولیت‌های مالی خدمات غیرفوری نیز به صورت فزاینده‌ای به پزشکان خانواده و اکثراً رشد. خدمات غیرفوری اولاً شامل تجویز دارو، ثانیاً ارائه خدمات اولیه مانند واکسیناسیون در مطب پزشک عمومی و نهایتاً تصمیم برای ارجاع بیمار برای دریافت خدمات بیمارستانی، بستری، تخصصی و فوق تخصصی توسط سایر گروه‌درمانی می‌باشد. در حال‌حاضر بعد از گرفتن مسوولیت‌های مالی برای خدمات غیرفوری برای شهر و نواحی نامتعارف کرده در فهرست مطبش، از یک پزشک خانواده این انتظار می‌رود که در حدود بودجه‌ای محاسبه شده توسط دولت، یعنی نه کمتر و نه بیشتر، باقی بماند. در این نظام ارزشی، سقف هزینه که نمایان‌دار آن تخطی بودجه اساس سرانه‌ای آن جمعیت برابر نباشد، نظام پرداخت سرانه‌ای در واقع نوعی پرداخت آیندنگر و ثابت به ارائه‌کنندگان خدمات در ازای ارائه خدمات مراقبتی به جمعیتی معین، در دوره‌ای مشخص است؛ بنابراین ارزش خدمات براساس نظام سرانه‌ای عبارت است از میزان پرداختی به همه‌ارائه‌کنندگان به ازای کل افرادی که در دوره‌ای مشخص در یک جمعیت قرار داشته‌اند. در صورتی که در این نظام، مخارج یک جمعیت که در لیست یک پزشک خانواده بوده‌اند به طور مناسبی با هزینه‌های مورد انتظار و پیش‌بینی شده برای آن جمعیت برابر نباشد، هرگونه کسری یا مازاد در آمد، باعث تغییر رفتار ارائه‌کنندگان (تیم خدمات اولیه شامل پزشکان

عمومی) و همچنین به ایجاد رویدادهای تصادفی یا الگوهای درمانی متفاوت منجر خواهد شد. برای مثال کسری در آمد اغلب سبب سرکوب تقاضا برای خدماتی خواهد گردید که امکان به تأخیر انداختن آنها وجود دارد. علاوه بر آن در این حالت ارائه‌کنندگان ممکن است برای جبران کسری خود و رسیدن به وضعیت مورد انتظار هزینه‌ای، بیماران دارای خطرات جزئی‌تر را انتخاب نمایند که اصطلاحاً به آن «انتخاب خطر» می‌گویند. در نظام پرداخت به صورت سرانه، عدم تناسب بودجه با هزینه‌های می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد که یکی از آنها رفتارهای نامناسب گروه درمانگر از جهت دامن زدن به خدماتی خاصی است که باعث صرف هزینه‌های گزاف برای زیرمجموعه جمعیتی کوچکی می‌گردند. فارغ از اینکه آیا آن خدمات گران‌قیمت، اثربخش نیز می‌باشند، در نظام سرانه مانند کشور بریتانیا، بیشتر از شهر و نواحی نامتعارف است. در این صورت مدیران در پی آن هستند که حتی الامکان بودجه اختصاص یافته به صورت عادلانه‌تر و برای تمام یک جمعیت هدف (و نه زیرمجموعه کوچکی از آن جمعیت) مصرف گردد، لذا در این نگاه، ورود خدماتی که ارائه‌دهنده‌ها به فناوری‌های پیشرفته می‌باشند همیشه همراه با تأمل فراوان بوده و لازمه مجوز دادن حاکمیت برای اضافه شدن آن خدمت، انجام دقیق فرآیندی پژوهشی است که

در نظام فکری بریتانیا، تنها خدماتی ترجیح بیشتری خواهند داشت که ضمن اثربخشی، دولت بضاعت توزیع عادلانه آنها را برای گروه بیشتری از شهروندان داشته باشد

مدیران و سیاست‌گذاران آن را با عنوان «ارزشیابی فناوری سلامت» نام‌گذاری نموده‌اند. در این ارزشیابی‌ها که معمولاً توسط دانشگاه‌ها و مراکز خاص تحقیقات سیاست‌گذاری فناوری در سطح ملی انجام می‌گردند، متخصصین اقتصاد بهداشت نقش منحصر به فردی دارند. این ارزشیابان (که متأسفانه تاکنون در مدیریت‌های ارشد بخش سلامت در کشور ما به صورت انظار هزینه‌ای، بیماران دارای خطرات جزئی‌تر را انتخاب حضور کم‌رنگی داشته‌اند)، برخلاف نظر عوام، جدید بودن، گران بودن و یا پیچیده بودن فناوری ارائه یک خدمت تشخیصی یا درمانی را توجیه‌گر توصیه به ورود آن به بسته خدمات پایه مورد حمایت از بودجه عمومی نمی‌دانند. در این نظام فکری، تنها خدماتی ترجیح بیشتری خواهند داشت که ضمن اثربخشی، دولت بضاعت توزیع عادلانه آنها را برای گروه بیشتری از شهروندان داشته باشد. در این صورت اضافه شدن یک خدمت ارزان و جدید که توسط یک پرستار قابل ارائه باشد می‌تواند بر راه‌اندازی یک مرکز فوق تخصصی درمانی برای انجام اعمالی مانند پیوند اعضا ترجیح داشته باشد. دلیل این ترجیح می‌تواند برتری افزایش طول عمر همراه با کیفیت برای گروه بیشتر از جمعیتی که سرانه بودجه به آنها تعلق گرفته، باشد. این نظام ارزشی البته می‌تواند در تقابل آشکار با منافع اکثریت متخصصین بالینی جراح و داخلی که رونق کسب و کار آنها وابسته به حضور و شیوع چنین فناوری‌هایی است تصور شود که البته دولت انگلستان برای حفاظت از منافع منطقی این گروه نیز تلاش‌هایی انجام داده است.

در نظام سلامت بریتانیا، علاوه بر رفتار نامناسب گروه درمانگر (شامل پزشک خانواده)، دلیل دوم برای تخطی‌های بودجه‌ای برای خدمات غیرفوری می‌تواند نامناسب بودن به کارگیری فرمول به کار گرفته شده برای محاسبه

به خوبی توسعه داده شده و میزان اختیار و استقلال ارائه‌دهندگان خدمات در مدیریت سلامت جمعیت تحت پوشش خود به شدت افزایش یافته است. این تغییرات می‌تواند درس‌های زیادی برای دیگر کشورها داشته باشد گروه‌های مراقبت‌های اولیه تمایل دارند که ظرفیت و توان اجرایی و مدیریتی خود را تعدیل نمایند و اختیار و استقلال بیشتری در تعیین قیمت خدماتی که ارائه می‌نمایند، داشته باشند. ضمن ناشی و استفاده شده در تعیین قیمت‌ها (بر اساس بودجه سرانه) در حال تکامل است. نرخ سرانه در آینده به قدرت چانه‌زنی گروه‌های ارائه‌دهنده و همچنین نگاه کارشناسی در برآورد هزینه‌ها خواهد داشت.

در مجموع می‌توان گفت در بریتانیا گروه‌های مراقبت اولیه و تراست‌ها، بالاترین درجه مسوولیت را نسبت به اندازه‌گیری هزینه‌های مورد نیاز و تخصیص اثربخش پرداخت‌های سرانه بر عهده دارند. بودجه به طور هماهنگ باید به مراقبت‌های بیمارستانی، تجویز دارو، مراقبت‌های اولیه و دیگر خدمات تخصیص داده شود. گروه‌های مراقبت اولیه به ارائه خدمات به ادارات سلامت (خریداران) تشویق شده‌اند، زیرا در این تعامل، تخصیص منابع به طور متناسب و بر اساس اطلاعات هزینه‌ای تعیین می‌شود. خدمات سلامت ملی (NHS) برای حمایت از برنامه‌های جدید خرید خدمت، یک نظام اجباری هزینه‌یابی ایجاد نموده که به همه ارائه‌دهندگان خدمات در خصوص بررسی‌های هزینه‌ای کمک می‌کند. این اطلاعات هزینه‌ای، در سیستم NHS، هم برای خریداران و هم برای ارائه‌دهندگان قابل استفاده بوده و از طریق آن می‌توان به پایش عملکرد و میزان ارائه خدمات توسط کمیسیون‌های مراقبت سلامت پرداخت (خدمات خریداری شده و وسیله گروه‌های مراقبت اولیه با استفاده از بودجه سرانه آنها). در سطح ملی، داده‌های هزینه‌ای جهت استخراج جدول حق الزحمه خدمات سلامت، استفاده می‌شود تا از طریق آن قیمت‌های رقابتی کمیسیون‌های مراقبت سلامت تعدیل و حذف شود. روش هزینه‌یابی در انگلستان به روش هزینه‌یابی بالا به پایین و از طریق تخصیص کل هزینه‌ها به واحدهای فعالیت صورت می‌گیرد. لذا الزامات اطلاعاتی و بافروت نسبت به وضعیت ایدآل می‌باشد، به عبارتی دیگر در سال اول شروع اصلاحات، بودجه پرداختی برای هر جمعیت بیمار ثابت نام شده تنها کمی متفاوت با بودجه آن جمعیت در سال‌های گذشته بود، ولی این روند در سال‌های بعدی نیز تکرار شد تا به تدریج جمعیت به وضعیت ایده‌آل هزینه‌ای و اهداف تنظیمی برسد (برای تعداد و کیفیت سه دسته خدمات غیرفوری که توسط پزشکان خانواده مدیریت مالی می‌گردند).

اصلاحات اخیر در NHS نقش خریداران و ارائه‌دهندگان خدمات را به شدت تغییر داده است. در این اصلاحات، نقش خرید خدمت

پاورقی:

۱. که تحت عنوان انجمن‌های مراقبت‌های اولیه یا تراست مراقبت‌های اولیه نامیده می‌شود.
2. Regional health Authorities
۳. به این مفهوم که در این کشور پزشکان خانواده در قالب Gate Keeper سازماندهی می‌شوند.

خارجی در حوزه سلامت بسیار موفق عمل کرده است. این کشور ۱۱/۵ میلیون نفری، پذیرای حدود ۳۰ هزار دانشجوی خارجی است که ۸۰ درصد آنها مشغول تحصیل در علوم پزشکی (به ویژه رشته پزشکی با گرایش پزشکی اجتماعی) هستند. اغلب دانشجویان خارجی از کشورهای آمریکای لاتین هستند و ضمن شرکت در دانشگاه پزشکی آمریکای لاتین (ELAM) از حمایت‌های مالی دولت کوبا طی تحصیل خود استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد موفقیت نظام سلامت کوبا بیش از همه حاصل در نظر گرفتن سلامتی به عنوان یک حق اساسی برای هر انسان و تلاش همه جانبه و به دور از اغماض در راستای دستیابی به این حق است. ممکن است این نحوه اداره نظام سلامت با منافع شخصی برخی افراد (از جمله گروهی از کارکنان سلامت) در تعارض باشد، اما الگویی موفق در راستای دستیابی به اهداف اصلی نظام سلامت با صرف کمترین منابع است.

برای مطالعه بیشتر

بسیاری از مستندات رسمی مربوط به نظام سلامت کوبا تنها به زبان اسپانیولی در دسترس هستند. برای آشنایی بیشتر با نظام سلامت کوبا می‌توان علاوه بر مراجعه به کارپوشه مربوط به کوبا در سایت سازمان جهانی بهداشت، به سایت زیر مراجعه کرد.

www.medic.org

یادداشت

دکتر پیمان سلامتی
دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مایکل مور و نظام سلامت

«Sicko» مستندی از «مایکل مور» کارگردان جنجالی سینمای آمریکا و نامزد جایزه اسکار و دارای رتبه سوم پر فروش‌ترین مستندهای تاریخ سینماست. این فیلم که اخیراً از سیمای جمهوری اسلامی پخش گردید به بررسی وضعیت بهداشت و درمان مردم ایالات متحده آمریکا و به ویژه بیش از ۵۰ میلیون آمریکایی که فاقد هرگونه بیمه‌ای هستند پرداخته و سیستم حاکم بر نظام سلامت و بیمه آمریکا را مورد نقد قرار می‌دهد. «مور» در این فیلم با سفر به کشورهای انگلستان، کانادا، فرانسه و کوبا و ارائه مثال‌های عینی، نظام سلامت در آمریکا را زیر سوال برده و با این کشورها مقایسه می‌کند.

الف) مستند ۱۲۵ دقیقه‌ای «مور» چالش‌های جاری نظام سلامت کشورمان را به یاد می‌آورد. براساس گزارش توسعه انسانی سال ۲۰۰۷ برنامه توسعه سازمان ملل متحد، سرانه اعتبارات بخش سلامت در ایران معادل ۶۰۴ دلار (براساس نرخ برابری قدرت خرید دلار آمریکا) می‌باشد. این مبلغ معادل ۷/۶ درصد تولید ناخالص داخلی کل کشور بوده و از هزینه سرانه بهداشت و درمان ۱۲۵ کشور جهان بیشتر می‌باشد. ایالات متحده آمریکا با ۶۰۹۶ دلار سرانه سلامت رکورددار بالاترین هزینه‌های بهداشت و درمان در جهان است. پس چگونه است که وضعیت شاخص‌های سلامت بسیاری از کشورهای دیگر از این کشور مطلوب‌تر است؟ حدود ۱۵ درصد از هموطنان ما تحت پوشش هیچ گونه بیمه‌ای نیستند و این عدد مشابه درصد افراد فاقد بیمه در آمریکاست. با حذف طرح بیمه روی تخت بیمارستانی از زمستان ۸۷ و تبدیل آن به طرح بیمه ایرانیان مجدداً به عقب برگشتیم. در این طرح که یکی از مکانیزم‌های اجرایی موفق جهت تحت پوشش قرار دادن افراد بیمه نشده بود بیماران روی تخت بیمارستان بیمه می‌گردیدند و ۹۰ درصد هزینه‌های وی را دولت به بیمارستان‌ها پرداخت می‌نمود. الزام به بیمه شدن هم‌زمان تمامی افراد خانواده، پرداخت حق بیمه مقرر جهت تمامی آنها در بدو تشکیل پرونده و عدم پوشش بیمه‌ای جهت روزهای قبل از مراجعه به سازمان بیمه خدمات درمانی باشنه آشیل ناگامی این طرح است.

ب) «اجماع پس از جنگ» مجموعه سیاست‌هایی است که پس از جنگ جهانی دوم با پیروزی حزب کارگر جهت نیل به آرمان‌های عدالت خواهانه در انگلستان به کاربرده شدند. مهم‌ترین این برنامه‌ها بنیان‌گذاری سازمان طب ملی (National Health Service) انگلستان در سال ۱۹۴۸ بود که بسیاری آن را بزرگ‌ترین برنامه سیاست اجتماعی تاریخ انگلستان می‌دانند. اینکه چگونه دولتمردان یکی از اصلی‌ترین کشورهای حامی اقتصاد سرمایه‌داری حاضر به پذیرش نظامی سوسیالیستی در حوزه سلامت شدند، درس‌های فراوانی جهت سیاست‌گذاران سلامت ما دارد که مجال دیگری را می‌طلبد. اما ما محصل آن این است که انگلستان با سرانه سلامت ۲۵۶۰ دلار (یعنی خیلی کمتر از آمریکا و کمتر از برخی از سایر کشورهای اروپای غربی) یکی از کارآمدترین نظام‌های سلامت جهان را داراست. NHS خدمات خود را به تمامی شصت میلیون نفر جمعیت انگلستان و ولز ارائه می‌کند. ویژگی مهم NHS آن است که خدمات خود را از ساده‌ترین تا پیچیده‌ترین و گران‌قیمت‌ترین آنها را برای افراد تحت پوشش به صورت یکسان ارائه نموده و عمده این خدمات رایگان هستند.

ج) بدون تردید اگر بخواهیم در مورد نوع نظام ارائه خدمات سلامت صحبت کنیم تعیین روش پرداخت دستمزد به پزشکان یکی از مهم‌ترین محورهای بحث خواهد بود. در حال حاضر سه روش عمده باز پرداخت به پزشکان در ازای فعالیت‌های درمانی در کشور عبارتند از: کارانه (fee for service) برای مراکز خصوصی، ترکیبی از حقوق ثابت (salary) و کارانه (fee for service) در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی و سرانه (capitation) برای پزشکان خانواده در روستاها. هر کدام از روش‌های فوق دارای محاسن و معایبی هستند. در این میان کارانه یکی از چالش‌ترین مباحث اقتصاد درمان در کشور است که بیش از یک دهه است که در دانشگاه‌های علوم پزشکی اجرا شده و حجم بزرگی از اعتبارات این بخش را مصرف می‌کند. از زمان اجرای این طرح تاکنون اصلاحات متعددی بر آن اعمال شده و در حال حاضر نیز انتقادات فراوانی بر آن وارد می‌باشد.

مشکل اصلی آن است که در این روش، پرداخت پس از ارائه خدمت و در ازای صورت‌حساب انجام می‌پذیرد. پرداخت براساس این روش مستلزم وجود لیستی از خدمات مورد تعهد و تعرفه آنهاست. به این ترتیب انجام هر خدمتی به پرداخت دستمزد آن منجر خواهد شد. پزشک ممکن است خدمات خاصی را که با سود بیشتری همراه است، انتخاب کند و نیازهای بیمار یا جامعه را کمتر مورد توجه قرار داده و تمایلی برای ارائه خدمات خارج از لیست نداشته باشد. در این روش پزشک تشویق به ارائه خدمات بیشتر می‌شود و این امر ممکن است به ارائه خدمات بی‌مورد و بیش از نیاز منجر شود.

به هر حال به نظر می‌رسد همچون آنت‌های فیلم «سیکو» باید این سوال «مایکل مور» را با خود تکرار کنیم که وقتی در کشورهای دیگر الگوهای خوبی نسبت به بخش‌هایی از زندگی وجود دارد چرا نباید آنها را مورد توجه قرار دهیم؟

فرهنگ جامع سلامت

گامی نو در مدیریت اطلاعات سلامت

بهترین مقاله را انتخاب کنید
کد این مقاله: ۱۴۷۲۲
SMS ▶ ۲۰۰۵۲۸

سلامتی برای فرزندان کاسترو

بیماری‌های عفونی، بیماری‌های مزمن و سلامت سالمندان به آن افزوده شد. به تدریج تعداد کارکنان سلامت کوبا به حدی رسید که علاوه بر برآوردن نیازهای آن کشور، بسیاری از آنها برای ارائه‌رایگان خدمات سلامت با حمایت دولت کوبا راهی کشورهای آفریقایی و آمریکای لاتین شدند. اقدامی که در همسویی با سیاست‌های کلی دولت کوبا در زمینه انترناسیونالیسم صورت گرفت.

دهه ۸۰ میلادی برای کوبا با گسترش تخصص‌های پزشکی، افزایش چشمگیر دانشگاه‌های پزشکی، حرکت پرشتاب صنایع زیست‌فناوری و به ویژه در زمینه تحقیقات و تولید واکسن و آغاز برنامه پزشک خانواده همراه بود.

برنامه‌ای که پزشکان را در همسایگی مردم قرار داد و ارتباط آنها را نزدیک‌تر کرد. مشکلات اقتصادی دهه ۹۰ میلادی که به دنبال تضعیف بلوک شرق و هم‌زمان با تحریم‌های اقتصادی ایالات متحده علیه کوبا رخ داد، تاثیر چندانی بر روند رو به بهبود شاخص‌های سلامت این کشور نداشت.

کوبا در زمینه آموزش نیروهای



برای ساخت بیمارستان‌های عمومی جدید و گسترش تولیدات دارویی صورت گرفت. مدل کلینیک‌های اجتماعی (پلی کلینیک) که برای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت طراحی شده بود، تقویت شد و گسترش یافت و تاکید آنها بر آموزش سلامت، پیشگیری و پایش محیط قرار گرفت. برنامه سلامت مادران و کودکان از ابتدا به عنوان مهم‌ترین اولویت نظام سلامت مورد توجه قرار گرفت و سپس برنامه‌هایی برای

عملکرد کلی نظام سلامت کوبا در رتبه ۳۹ کشورهای جهان و عملکرد آن در خصوص سطح سلامت در رتبه ۳۶ قرار گرفت تمامی کشورهای که در گزارش مزبور رتبه بهتری را نسبت به کوبا کسب کرده‌اند، دارای سرانه تولید ناخالص ملی بسیار بالاتری نسبت به کوبا هستند. کوبا در نخستین سال‌های پس از انقلاب، بسیاری از کارکنان سلامت خود را در اثر مهاجرت به خارج از دست داد، به شکلی که طی سال‌های ۱۹۵۹ تا ۱۹۶۷ نزدیک به ۳۰۰۰ نفر از مجموع ۶۳۰۰ پزشک کوبایی، کشور را ترک کردند. دولت کوبا، وضعیت کاملاً مشابه ایالات متحده یکی از مسوولیت‌های اجتماعی خود و حق فردی شهروندان تعریف نمود و ایجاد یک نظام یکپارچه و ملی مراقبت‌های سلامت برای ارائه خدمات قابل دسترس و رایگان به همه افراد جامعه را دنبال کرد.

سال‌های دهه ۶۰ میلادی از سوی دولت کوبا صرف تقویت زیرساخت‌های نظام مراقبت‌های سلامت به ویژه در مناطق روستایی و تربیت کارکنان سلامت شد.

در دهه ۷۰ میلادی، نخستین سرمایه‌گذاری‌های

♦ دکتر مزبان مرادی لاکه
دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران

کارآمد (Efficient)، صفتی است که به خوبی برآیند نظام سلامت کنونی کوبا است. با وجودی که کوبا از نظر سرانه تولید ناخالص ملی (GDP) رتبه‌ای بهتر از هند را بین کشورهای جهان به خود اختصاص داده است و سرانه هزینه صرف شده برای سلامت (Total Health Expenditure) در آن کشور چندان بالا نیست، شاخص‌های سلامتی آن در ردیف کشورهای صنعتی و پیشرفته قرار دارد و در مواردی آنها را پشت سر گذاشته است.

امید زندگی (برآورد سال ۲۰۰۶) و امید زندگی سالم (برآورد سال ۲۰۰۳) در بدو تولد در این کشور به ترتیب ۷۸ و ۶۸ سال هستند. وضعیت کاملاً مشابه ایالات متحده آمریکا که سرانه هزینه‌های صرف شده برای سلامتی در آن، چند برابر کوبا است. میزان مرگ شیرخواران (IMR) در کوبا، ۵/۳ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده (و پایین‌تر از ایالات متحده) است. این وضعیت تنها مربوط به سطح متوسط شاخص‌های سلامت (برای کل کشور) نیست. مقایسه شاخص‌های سلامت در ۱۵ استان کوبا، نشان‌دهنده موفقیت نسبی نظام سلامت در برقراری عدالت در سلامت است. بر اساس گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت،