

بررسی روش‌های تعیین تعرفه خدمات پزشکی در کشورهای توسعه‌یافته و پیشنهاد الگو برای ایران

حسین زارع،* علی اخوان بهبهانی،** مژگان آزادی،*** ایروان مسعودی اصل****

تاریخ دریافت ۹۱/۱۰/۱۹	تاریخ پذیرش ۹۲/۲/۳
-----------------------	--------------------

پژوهش حاضر با هدف ارائه تجربیات کشورهایی که جایگاه مناسبی در سازمان بهداشت جهانی دارند، یا مدل تعرفه‌های آنها در کشورمان بسیار رایج بوده، انجام شده است. در ارائه الگو و راهکارها از روش دلفی و نظرات متخصصان استفاده شده و جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ایران و کشورهای دیگر با توجه به قوانین و مقررات و منابع کتابخانه‌ای تا پایان سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. روش‌های تعیین تعرفه در این کشورها تحت تأثیر نظام تأمین مالی بخش سلامت است. در کشورهایی با رویکرد ترکیبی؛ شیوه خرید خدمت محوریت دارد و تعیین تعرفه‌ها برعهده انجمن‌های تخصصی است و دولت نقش نظارتی و اعلام نهایی تعرفه‌ها را برعهده دارد. در کشورهایی با نظام بی‌ورژ؛ تمرکز بر بخش دولتی بوده و تعیین تعرفه‌ها با دریافت نظرات انجمن‌های تخصصی انجام می‌شود. در نظام بیسمارکی؛ تمرکز بر صندوق‌های بیماری است که بیشتر خرید خدمت می‌کنند. با توجه به وضعیت کشور و بررسی‌های انجام شده، ساختار، سازمان و مدیریت تعرفه‌ها به بازبینی اساسی نیاز دارد. از این رو ضمن توجه به مشارکت همه گروه‌های درگیر و با محوریت گروه‌های ارزش نسبی پیشنهاد می‌شود، به دلیل گستردگی جغرافیایی کشور و تفاوت محسوس ضریب قیمت مصرف‌کننده (به‌ویژه در کالاهای پزشکی) رویکرد منطقه‌ای در اولویت بعدی قرار گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای ساختار سیاستگذاری شورای عالی بیمه سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تعرفه پزشکی؛ مدل بی‌ورژ؛ مدل بیسمارکی؛ مدل ترکیبی؛ واحد ارزش نسبی؛ تأمین مالی

* دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی؛ Email: dr_zare@yahoo.com
** عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (نویسنده مسئول)؛ Email: aliakhavanbehbahani@gmail.com
*** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ Email: dr.azadi@nritld.ac.ir
**** عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ Email: masoudi_1352@yahoo.com

فصلنامه مجلس و راهبرد، سال بیستم، شماره هفتاد و چهار، تابستان ۱۳۹۲

مقدمه

تعرفه‌های خدمات بهداشتی - درمانی از موضوعات مهم بخش سلامت از نظر نوع خدمات، میزان و نحوه پوشش خدمات، گسیل منابع به این بخش، تنظیم درآمد و پرداخت صندوق‌های بیمه‌ای و همچنین دسترسی و مصرف خدمات پزشکی است. بنابراین طراحی مدلی که بتواند تعرفه خدمات را مبتنی بر متغیرهای کشور تعیین کند، کمک شایانی به توسعه بخش سلامت می‌کند. به نظر می‌رسد تناسب میان تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی با هزینه‌های واقعی آنها، سبب خواهد شد مراکز تشخیصی و درمانی (دولتی و خصوصی) به علت عدم تأمین هزینه‌های خود با مشکلات اقتصادی عدیده‌ای روبه‌رو نشوند، مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی تعرفه‌های مصوب را رعایت کنند، پزشکان حق الزحمه‌های جداگانه‌ای خارج از تعرفه مصوب از بیمه‌شدگان دریافت نکنند و بیمه‌شدگان به ویژه اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد از دسترسی به خدمات محروم نشوند.

۱ مبانی نظری

۱-۱ وضعیت موجود در کشور

پویایی و تداوم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در نظام سلامت مستلزم زمینه‌ای مساعد برای کسب درآمد کافی و تزریق منابع مالی لازم در این راستاست. وضعیت موجود در بخش سلامت با مشکلات عدیده‌ای روبه‌روست، که پرداختن به مسئله تعرفه‌ها بدون در نظر گرفتن این عوامل، به تنهایی کافی نیست. در گزارش کمیته پنج‌نفره ریاست جمهوری^۱ در سال ۱۳۸۶ برخی از این مشکلات مورد تأکید قرار گرفته است. در این گزارش به محورهایی اشاره شده که برخی از آنها عبارت‌اند از: «مفاد ماده (۱۵) شرح خدمات وزارت بهداشت،

۱. در جلسه ۱۳۸۲/۱/۲۴ هیئت وزیران مقرر شد کمیته‌ای متشکل از رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزیر بازرگانی اقدامات لازم برای اصلاح تعرفه خدمات تشخیصی درمانی را بررسی و به هیئت دولت ارائه دهند (موضوع نامه شماره ۲۸۲۷۱/۴۹۳۲ مورخ ۱۳۸۲/۲/۶ دبیر هیئت دولت).

درمان و آموزش پزشکی^۱ (در زمینه تعیین مبانی محاسبه هزینه‌های خدمات تشخیصی، درمانی و تعیین تعرفه‌های بخش دولتی و غیردولتی)، ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (شامل مفاد مواد (۱، ۹ و ۱۰) هم می‌شود، بیان می‌کند تعرفه‌ها باید به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه (معاونت راهبردی ریاست جمهوری) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه) به تصویب هیئت وزیران برسد^۲ و مفاد ماده (۵) قانون برنامه پنج‌ساله سوم کشور (قانون برنامه سوم توسعه، ۱۳۷۹) که افزایش قیمت کالا و خدمات را توسط دستگاه‌ها و شرکت‌های دولتی سالانه بیش از ۱۰ درصد مجاز نمی‌داند. علاوه‌بر آن سهم مردم و دولت در تأمین منابع مالی بخش سلامت، ارتباط بین تصمیم‌گیرهای دولت در حوزه‌های واردات و صادرات و تأثیر آن بر تعرفه‌ها و در نهایت گسترش پوشش بیمه‌ای در قالب پوشش همگانی اشاره شده است». البته پس از تصویب قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹) این مسائل قدری متفاوت شد، اما چون برنامه‌های توسعه قوانین دائمی محسوب نمی‌شوند، پس از انقضای مدت زمان برنامه کماکان قوانین موضوعه قبلی پابرجا خواهند بود، از این رو توجه به نکات فوق ضروری است. در گزارش کمیته پنج‌نفره می‌توان عواملی را که برای تعیین و تصمیم‌گیری تعرفه‌ها ضروری است در محورهای ذیل دسته‌بندی کرد:

۱. سیاست‌گذاری: به‌طور کلی رویکرد دولت در بخش بیمه‌های درمان به‌خوبی مشخص نیست. با این حال در قانون پنجم توسعه و به‌خصوص ماده (۳۸) آن بحث بیمه‌های سلامت‌نگر مطرح شده است، اما تا اجرایی شدن آن هنوز فاصله زیادی وجود دارد (قانون برنامه پنجم توسعه، ۱۳۸۹).

۲. قوانین و مقررات: هرچند سازمان‌ها و دستگاه‌های دولتی از طریق اهرم‌های قانونگذاری و برخورداری از ویژگی‌هایی مانند خریدار انحصاری یا فروشنده انحصاری می‌توانند بر رفتار

۱. قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۷.

۲. با تصویب قانون برنامه پنجم توسعه این موارد تغییر کرد.

افراد و سازمان‌های نظام سلامت تأثیرگذار باشند و آن را تغییر دهند، اما تعدد قوانین و مقررات موجب شده که بیشتر مسئولیت‌های مالی و اجتماعی متوجه مصرف‌کنندگان خدمت باشد (زارع، ۱۳۸۵: ۷۷). نرخ بالای پرداخت از جیب بیمار با توجه به گزارش سال ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی حدود ۵۰ درصد بوده که گویای این واقعیت است (WHO, 2010).

۳. رفتار ارائه‌دهندگان و مصرف‌کنندگان: شاید بزرگ‌ترین مشکل سازمان‌های بیمه‌ای، موضوع «رفتارپذیری سازمان‌ها از ارائه‌دهندگان خدمت به جای ایجاد الگوی رفتاری» باشد (زارع، ۱۳۸۵). وظیفه این سازمان‌ها تنها تأمین مالی است و جایگاه‌شان در جهت‌گیری‌های مصرف خدمات در بسیاری از موارد خنثی یا غیرفعال است.

۴. ساختار سازمانی: در تمام بخش‌های دخیل در حوزه سلامت، نوعی تمرکزگرایی شدید در حیطه‌های سیاستگذاری و اجرا وجود دارد. تلفیق این دو رویکرد موجب شده تا اکثر دستگاه‌ها به جای سیاستگذاری به اجرا پردازند (همان).

۵. تدارک خدمات سلامتی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر مبنای قانون بیمه همگانی سیاستگذار، ارائه‌دهنده خدمت، تعیین‌کننده منابع مالی مورد نیاز، ناظر و مجری سیاست‌های سلامتی در کشور است. تضاد ذاتی میان برخی وظایف ذکر شده در حقیقت نقش سیاستگذاری این وزارتخانه را دچار مشکل کرده است (همان).

۶. عدم تعریف مناسب از بسته‌های خدمتی: این موضوع موجب نابسامانی ساختار ارائه خدمات سلامتی و بیمه‌ای شده است. به رغم فعالیت‌های انجام شده، خدمات درمانی پایه و خدمات درمانی تکمیلی، به طور مشخص تعریف نشده‌اند و حتی در آیین‌نامه‌ها برخی خدمات ضروری از تعهد بیمه همگانی خارج شده است. در حالی که بسته‌های غیرجامع بیمه‌ای در گروه‌های مختلف جمعیت، متفاوت تعریف شده است (زارع، آزادی و احمدپور، ۱۳۹۰).

با وجود تأکید قانون برنامه چهارم و پنجم توسعه نگرش حاکم در بخش سلامت، مبتنی بر درمان و جبران غرامت است که باید با دیدگاه پیشگیری و حفظ سلامت جایگزین

شود. این موضوع در برنامه پنجم توسعه کشور در مفاد مواد (۳۳ و ۳۵ و ۳۸) بحث شده است اما تا اجرایی شدن آن فاصله زیادی وجود دارد (همان).

۷. تأمین منابع مالی: در بررسی حساب‌های ملی سلامت منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران ۱۳۸۷-۱۳۸۱، سهم خانوار از هزینه‌های سلامت بین ۵۳-۴۷ درصد و در هزینه‌های درمانی بین ۶۰-۵۲ درصد گزارش شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). در حالی که براساس ماده (۹۰) قانون برنامه چهارم توسعه، میزان مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت باید به کمتر از ۳۰ درصد کاهش پیدا می‌کرد (قانون برنامه چهارم توسعه، ۱۳۸۳). این موضوعی است که در ماده (۳۴) برنامه پنجم توسعه کشور مورد تأکید قرار گرفته است (قانون برنامه پنجم توسعه، ۱۳۸۹).

۸. سازوکار پرداخت: بی‌تردید سازوکار پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و به‌طور کلی هزینه‌کرد در بخش سلامت تأثیر زیادی بر عملکرد آن دارد. ارائه الگوی مناسب پرداخت می‌تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به‌طور مستقیم متأثر کند (WHO, 2000).

۹. شکست بازار در بخش سلامت: عدم اطمینان نسبت به تقاضا^۱ از ویژگی‌های کالاهای سلامت است که به‌نوبه خود مخاطرات اخلاقی^۲ و انتخاب معکوس^۳ را موجب می‌شود (کشاورز، ۱۳۸۷)، وجود انحصار به‌علت خصوصیت خاص خدمات پزشکی، به‌ویژه هنگامی که مسئله مرگ و زندگی برای بیمار مطرح باشد و منافع جنبی^۴ برای برخی از خدمات بهداشتی و درمانی از جمله موضوعاتی است که حضور پررنگ‌تر دولت را در این زمینه می‌طلبد (زارع و دیگران، ۱۳۹۰).

۱۰. تعرفه خدمات: شاید مهم‌ترین چالش در بخش خدمات سلامت موضوع تعرفه‌ها باشد. گروهی بر این عقیده‌اند که تعرفه‌ها واقعی است در حالی که عده‌ای آن را غیرواقعی

-
1. Uncertainty of Demand
 2. Moral Hazard
 3. Adverse Selection
 4. Side Benefit

می‌دانند. نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌ها از نظر قانون مشخص است، اما در اجرا با مشکلات جدی مواجه است که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از:

تعرفه‌ها دارای رویکرد متمرکزند، در حالی که می‌توان رویکرد منطقه‌ای را نیز به کار گرفت. نقش سازمان‌های بیمه‌ای، نظام پزشکی و سایر دستگاه‌های دولتی به جای رقابت در کیفیت خدمات به رقابت در قیمت خدمات تبدیل شده است، رویکردی که به نظر می‌رسد به افزایش سالانه تعرفه‌ها منجر شده است. همچنین در پژوهشی که توسط نوری و همکاران در سال ۱۳۸۷ در مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی انجام شد، مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری بخش سلامت به شرح زیر بیان شده است:

«آشنایی کم سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت با مفهوم واقعی تعرفه به‌عنوان ابزاری برای سیاستگذاری و رفتارسازی و دستیابی به اهداف نظام سلامت، عدم تناسب بین روش، اهداف و پیامدهای تعیین تعرفه با اهداف و برنامه‌های نظام سلامت و حتی حرکت در جهت خلاف آن برنامه‌ها؛ فقدان ساختار مناسب برای تعیین تعرفه به‌منظور سیاستگذاری (شامل فقدان قوانین شفاف در خصوص مبانی، ساختار، جایگاه و روش تصمیم‌گیری تعرفه‌ها، نبود ساختار مناسب برای تولید اطلاعات و شواهد علمی، فقدان ساختار مناسب برای تصمیم‌گیری درباره تعرفه‌های پزشکی)؛ تضاد در نقش و جایگاه تصمیم‌گیری خصوصی و دولتی درباره تعرفه‌ها و نبود سیاستگذاری و فرماندهی یکسان؛ ترکیب و وزن نادرست اعضای نهاد تعرفه‌گذاری خدمات در بخش دولتی؛ فقدان روش مناسب تصمیم‌گیری تعرفه‌ها (تصمیم‌گیری براساس عقاید شخصی، گروهی یا صنفی و غلبه قدرت چانه‌زنی و دیدگاه‌های غیرفنی در فرایند تعرفه‌گذاری)؛ فقدان نهاد نظارتی مؤثر؛ تعادل نداشتن و ناعادلانه بودن بهای خدمات (پرداخت‌های زیرمیزی، تعرفه‌های غیرمنطقی که سبب پرداخت‌های زیرمیزی شده است، تعرفه‌های ناعادلانه در بین

گروه‌های تخصصی و جهت‌دهی خدمات براساس آنها و نه براساس نیاز و بار بیماری‌ها)، سایر سیاست‌های مرتبط شامل نظام پرداخت هزینه‌زا، نظام پرداخت بدون انتقال ریسک به ارائه‌کننده خدمات» (نوری، منظم و معنوی، ۱۳۸۷).

۱-۲ وضعیت موجود در کشورهای منتخب

در این قسمت رویکرد تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت از منظر تأمین مالی در کشورهای منتخب بررسی و نظام تعرفه‌گذاری بخش سلامت در آنها مرور می‌شود.

۱-۲-۱ کشورهایایی با رویکرد ترکیبی و محوریت بخش خصوصی

۱-۲-۱-۱ ایالات متحده

وزارت سلامت و نیروی انسانی ایالات متحده، پیگیری امور مربوط به تعرفه‌ها را برعهده دارد. مطابق قانون اصلاح و تعدیل بودجه^۱ این کشور واحدهای ارزش نسبی برای هزینه تکنیک‌های به کار گرفته شده باید در خدمات پزشکی استفاده شود. استفاده از ارزش‌های نسبی برای جبران خدمات پزشکان از دهه ۵۰ قرن بیستم در کالیفرنیا شروع شد و اولین مستندات آن در سال ۱۹۵۶ به چاپ رسید. متدولوژی تعیین ارزش نسبی مبتنی بر پنج ویژگی است که عبارت‌اند از: زمان، مهارت، شدت بیماری، مخاطره برای بیمار و مخاطره برای پزشک (پزشکی و قانونی) (حسن‌زاده و فخیم‌علیزاد، ۱۳۸۷).

ارزش نسبی هر خدمت براساس سه جزء قابل اندازه‌گیری است: جزء کار پزشک در خدمت، هزینه‌های عملیاتی خدمت و مسئولیت حرفه‌ای ناشی از ارائه خدمت. ارزش نسبی به‌دست آمده در شاخص هزینه‌های جغرافیایی عملیات ضرب شده و در نهایت برای تبدیل به دلار، در ضریب تعدیلی که مدیگر سالانه اعلام می‌کند مجدداً ضرب می‌شود. مبلغی که از این فرمول به‌دست می‌آید با لحاظ تعدیلات اعمال شده در شرایط خاص به پزشک

1. The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989 (OBRA 89)

پرداخت می‌شود. گفتنی است بیش از ۷۷ درصد خدمات بخش عمومی با این فرمول محاسبه و پرداخت می‌شود (همان).

کمیته به‌روزرسانی در سال ۱۹۹۱ توسط اتحادیه پزشکان آمریکا با همکاری انجمن‌های تخصصی در سطح ملی تشکیل شده است. این کمیته توصیه‌هایی را به سازمان مرکزی مدیکر ارائه کرده و در پرداخت هزینه به پزشکان مؤثر است. کمیته به‌روزرسانی سالانه همراه با هیئت تحریریه ترمینولوژی عملیات جاری برای هر نوع خدمت پزشکی فرایندی را تهیه می‌کند که در آن کدهای خدمات و ارزش‌های نسبی آنها بازنگری می‌شود (زارع و دیگران، ۱۳۹۰).

هیئت تحریریه ترمینولوژی عملیات جاری^۱ از هفته عضو دارد و مسئولیت بازنگری، به‌روزرسانی و تغییر کدهای مربوط به ترمینولوژی عملیاتی جاری برای هر نوع خدمت پزشکی را عهده‌دار است. یازده نفر این هیئت توسط اتحادیه پزشکان آمریکا تعیین می‌شود و بقیه افراد را اتحادیه صلیب آبی و سپر آبی، اتحادیه بیمه سلامت آمریکا، مرکز خدمات مدیکر و مدیکید و اتحادیه بیمارستان‌های آمریکا معرفی می‌کند. یک نماینده از مرکز مراقبت‌های مدیریت شده و دو نفر از کمیته مشورتی گروه‌های غیرپزشکی پروانه‌دار در میان یازده نماینده انجمن پزشکی آمریکا^۲ وجود دارد (همان).

کمیته به‌روزرسانی دارای نمایندگانی از تمام حِرَف پزشکی است. ۲۳ عضو از ۲۹ عضو آن توسط انجمن‌های تخصصی پزشکی در سطح ملی تعیین می‌شود که بیشترین عضو پزشک و هزینه‌های مدیکر را به خود اختصاص می‌دهد. سه عضو دوره چرخشی دوسالانه دارند که دو ردیف برای فوق تخصص‌های داخلی و یک ردیف برای سایر فوق تخصص‌هاست. شش جایگاه باقی‌مانده به ترتیب توسط رئیس کمیته به‌روزرسانی، نایب‌رئیس کمیته مشورتی گروه‌های غیرپزشکی پروانه‌دار، نماینده اتحادیه پزشکان

1. Current Procedural Terminology (CPT) Editorial Board

2. American Medical Association

آمریکا، اتحادیه استثنای آمریکا، رئیس زیر کمیته هزینه‌های عملیاتی و نماینده هیئت تحریریه ترمینولوژی عملیات جاری اشغال می‌شود (همان).

۲-۱-۲-۱ هلند

شورای تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی به‌عنوان بدنه اجرایی برای پاسخ‌گویی به قانون تعرفه‌های سلامت ملی عمل می‌کند. این شورا یک ارگان کنترلی مستقل است و ۹ عضو مستقل دارد که از سوی وزیر سلامت، رفاه و ورزش منصوب می‌شوند. اعضا به مدت چهار سال انتخاب می‌شوند و نمی‌توانند بیش از دو بار به عضویت درآیند. در کنار این شورا، پنج شورای مشورتی به‌عنوان شوراها تخصصی فعالیت می‌کنند که نمایندگان سازمان بیمه به‌عنوان عضو ثابت در آن شرکت می‌کنند. برای تعیین تعرفه‌ها هزینه‌های استاندارد با درآمد استاندارد جمع و بر حجم کار استاندارد تقسیم می‌شود. تعرفه‌های بیمارستانی مبتنی بر عملکرد است و براساس گروه‌های مرتبط تشخیصی^۱ اقدام می‌شود. پرداخت به پزشکان هم به‌صورت کارانه است (Bartholomée and Maarse, 2006).

برای هر گروه از متخصصان، ارزشی (شامل یک حرف کلیدی و یک ضریب) که برای پروسیجرهای متعدد از سوی بیمه سلامت همگانی جبران غرامت می‌شود، مشخص می‌شود. حرف کلیدی به گروهی از پروسیجرها با ماهیت مشابه مربوط می‌شود و کمیسیونی مسئولیت به‌روز کردن جداول را به عهده دارد، در غیر این صورت تکنیک‌های جدید و شرایط اقتصادی تولیدات، می‌تواند باعث انحراف میان پروسیجرها شود (Ibid.). هزینه‌های قابل پرداخت، از طریق جداول هزینه‌ای مصوب در قانون بیمه درمان و گروه‌های تخصصی کمیته دائمی و در قالب تعیین جداول هزینه‌ای پروسیجرهای حرفه‌ای مشخص می‌شود. صندوق‌های بیمه سلامت و نمایندگان هر تخصص با مذاکره، ارزش هر واحد را به‌عنوان تعرفه هر پروسیجر تعیین می‌کنند. هر ساله مرکز تعدیل قیمت‌ها یک بودجه مشخص را برای

1. Diagnosis Related Group (DRG)

بیمارستان‌های انتفاعی وضع می‌کند. اگر مخارج نهایی بیش از بودجه وضع شده باشد، تعرفه‌ها کم و اگر مخارج کمتر از بودجه باشد، تعرفه‌ها افزایش می‌یابد^۱ (زارع و دیگران، ۱۳۹۰).

۲-۱-۲ کشورهای با رویکرد نظام سلامت ملی و مالیات‌محور (نظام بی‌وریژ)

در این قسمت کشورهای ممالک متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی (انگلستان)، ایرلند، ایتالیا، اسپانیا، دانمارک، فنلاند و پرتغال به‌عنوان کشورهای با رویکرد نظام سلامت ملی و مالیات‌محور در تأمین مالی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

۱-۲-۲-۱ پرتغال

نظام سلامت این کشور بر مبنای نظام سلامت ملی فعالیت می‌کند. وزارت سلامت سیاست‌گذاری بخش سلامت را به عهده دارد و پنج سازمان منطقه‌ای به‌صورت غیرمتمرکز

۱. در تقسیم‌بندی دیگری هلند در گروه کشورهای با نظام بی‌سمارک قرار می‌گیرد که علت آن غلبه بیمه‌های مکمل در این کشور است. علاوه بر این در تقسیم‌بندی ارائه شده از سوی فولاند این کشور در گروه کشورهای با نظام ترکیبی قرار می‌گیرد. اما در دسته‌بندی دیگری، در گروه کشورهای با نظام رقابتی طبقه‌بندی می‌شود (Więckowska, 2010).

در دسته‌بندی T. R. Reid نظام سلامت به چهار گروه تقسیم می‌شود:

نظام بی‌وریژ: در این نظام دولت تنها شرکت بیمه‌ای است. کشورهایی مانند انگلستان، اسپانیا و هنگ‌کنگ در این گروه قرار دارند.

نظام بی‌سمارک: همه افراد تحت پوشش بیمه هستند. در این نظام تعداد زیادی شرکت‌های بیمه‌ای (البته غیرانتفاعی) فعالیت دارند. آلمان، فرانسه، بلژیک، هلند، ژاپن، سوئیس و با ملاحظاتی آمریکای لاتین در این گروه قرار می‌گیرند.

نظام بیمه سلامت ملی: این نظام با کنترل مراجعات از طریق صف انتظار و محدود کردن خدماتی که تحت پوشش بیمه است به نوعی نظام سلامت تک‌پرداختی را با ترکیبی از ویژگی‌های نظام بی‌وریژ و نظام بی‌سمارک ارائه می‌کند. کانادا و تایوان نمونه‌هایی از این کشورها هستند.

نظام سلامت با محوریت بازار: این نظام را پرداخت از جیب هم می‌گویند. در این نظام بسیاری از شرکت‌های بیمه خصوصی با رویکرد منفعت‌محور به فعالیت می‌پردازند، آمریکا به‌جز مدیکر و مدیکید در این گروه قرار می‌گیرد. برای مطالعه بیشتر رک:

<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>.

به آن کمک می‌کنند. وزارت دارایی و وزارت سلامت در تعامل نزدیک با یکدیگرند، تخصیص منابع به دفتر منطقه‌ای ازسوی وزارت سلامت با توجه به منطقه و جمعیت تحت پوشش صورت می‌گیرد. محوریت با پزشکان خانواده به‌عنوان دروازه‌بانان نظام است. بیمارستان‌ها از طریق بودجه گلوبال و با در نظر گرفتن شاخص پیچیدگی گروه‌های تشخیصی مرتبط در بیمارستان،^۱ تأمین مالی می‌شوند. تخصیص منابع به بیمارستان‌ها ازسوی وزارت سلامت و مؤسسه مدیریت مالی و انفورماتیک صورت می‌گیرد. در این کشور نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال گسترش است. کمیسیونر عالی سلامت، زیرسیستم‌های سلامت و بردهای منطقه‌ای امور مربوط به قیمت‌گذاری را به عهده دارند. پرداخت به پزشکان و پرستاران با توجه به تمام‌وقت بودن و نوع استخدام آنهاست (Große-Tebbe, 2005).

۱-۲-۲-۲ اسپانیا

وزارت سلامت و امور مصرف‌کنندگان پاسخ‌گوی مسائل بخش سلامت است. نظام سلامت ملی محوریت این نظام است که بر مبنای مالیات‌ها تأمین مالی می‌شود. در این کشور رویکرد عدم تمرکز وجود دارد و جوامع خودمختار قدرت تصمیم‌گیری درباره چگونگی سازمان‌دهی و ارائه خدمات سلامت و اجرای قوانین ملی را دارند. پرداخت به بیمارستان‌ها به‌سمت نظام پرداخت آینده‌نگر سوق پیدا کرده است. اکثر پزشکان حقوق بگیر و پرداخت‌های پرستاری هم معمولاً در قالب پرداخت حقوق است (García Armesto and et al., 2011).

۱-۲-۲-۳ ممالک متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی

این کشورها بیشتر از طریق مالیات‌های ملی نظام سلامت را تأمین مالی می‌کنند. پرداخت به

۱. برای تعیین شاخص درجه پیچیدگی تشخیص‌های بیمارستان، مجموع وزن گروه‌های تشخیصی مرتبط انجام شده در یک دوره زمانی بر تعداد بیماران در همان دوره زمانی تقسیم می‌شود. برای مطالعه بیشتر رک:.

<http://www.oshpd.ca.gov>

پزشکان براساس فرمول وزنی سرانه است. از سال ۲۰۰۴ معیارهای کیفیت نیز همراه با سرانه جزو ارائه خدمات شده است. در انگلیس افراد با دپارتمان مرکزی و منطقه‌ای سلامت، مقامات استراتژیک و تراست‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه همکاری می‌کنند. گروه بازننگری دستمزدهای پزشکان و دندان‌پزشکان پرداخت به پزشکان را با توجه به این عوامل تعیین می‌کند: پرداخت سرانه برحسب تعداد بیماران تحت پوشش، مقرری‌های تعیین شده، فعالیت‌های ارتقای سلامتی و پرداخت به پزشکان عمومی برای خدمات مشخص (زارع و دیگران، ۱۳۹۰).

قراردادهای حجمی و قیمت‌های از قبل تعیین شده مشخص می‌کند که ارائه‌دهنده خدمت باید چه تعداد درمان یا بیمار/مورد را در یک محدوده قیمتی بپذیرد. دولت با همکاری گروه بازننگری دستمزدهای پزشکان و دندان‌پزشکان دستمزدها را سالانه تعیین می‌کند. پزشکان تمام وقت می‌توانند حداکثر ۱۰ درصد درآمد خود از نظام سلامت ملی را از بخش خصوصی دریافت کنند، ولی پزشکان پاره‌وقت محدودیتی در میزان درآمد ندارند. در برخی از بیمارستان‌ها مشاوران (متخصصان ارشد) علاوه بر حقوق پایه نظام سلامت ملی پاداش‌های ویژه‌ای را برحسب فعالیت در امور تحقیقاتی یا عملکرد تخصصی دریافت می‌کنند (Boyle, 2011).

۴-۲-۱ ایرلند

بخش سلامت و کودکان متولی سلامت در ایرلند است. ارائه خدمات سلامت و خدمات اجتماعی فردی برعهده هیئت سلامت منطقه‌ای و مسئولان سلامت منطقه شرقی است. پرداخت به پزشکان بر مبنای سرانه صورت می‌گیرد. بیمارستان‌ها از سوی دولت تأمین مالی می‌شوند. در این کشور رویکرد نظام سلامت ملی، بر بخش سلامت حاکم است (McDaid and et al., 2009).

۵-۲-۱ ایتالیا

وزارت سلامت پاسخ‌گویی بخش سلامت را برعهده دارد. رویکرد این کشور استفاده از نظام سلامت ملی است. با توجه به گستردگی جغرافیایی، رویکرد غیرمتمرکز در ارائه خدمات

سلامت در قالب بیست منطقه، مسئولیت سامان‌دهی و مدیریت نظام سلامت را عهده‌دار است. علاوه بر این مقامات محلی، مسئول ارائه خدمات سلامت هستند. نظام پرداخت به بیمارستان‌ها آینده‌نگر و مبتنی بر گروه‌های مرتبط تشخیصی است. پزشکان بیمارستان‌ها حقوق بگیرند و پزشکان عمومی به‌عنوان دروازه‌بانان نظام فعالیت می‌کنند (Lo Scalzo and et al., 2009).

۱-۲-۲-۶ دانمارک

وزارتخانه‌های سلامت و امور مالی پاسخ‌گوی امور تعرفه‌ها هستند. این کشور رویکرد غیرمتمرکز دارد، به‌طوری‌که سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی مدیریت این بخش را برعهده دارند. مهم‌ترین سازوکار تخصیص منابع در دانمارک برای تعیین بودجه ملی سالانه بین وزارتخانه‌های سلامت و امور مالی، انجمن شوراهای بخش و سازمان مقامات محلی مذاکره است. در نظام پرداخت بیمارستانی حرکت به سمت گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال گسترش است. درآمد پزشکان عمومی به‌صورت ترکیبی از پرداخت سرانه (هر سه ماه یک بار) و کارانه است. پزشکان متخصص کارانه دریافت می‌کنند و بیشتر کارکنان حقوق بگیرند (Strandberg-Larsen and et al., 2007).

۱-۲-۲-۷ فنلاند

وزارتخانه امور اجتماعی و سلامت قوانین را در عرصه رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی وضع می‌کند و بر نحوه به‌کارگیری آن نظارت دارد. اهداف و برنامه‌های رفاه اجتماعی و سلامت هر چهار سال یک بار برای تصویب از سوی این وزارتخانه به دولت پیشنهاد می‌شود. حداقل هشت مؤسسه امور مربوط به تحقیق، توسعه، آمار، نظارت و تأمین مالی را برعهده دارند. رویکرد این کشور در ارائه خدمات غیرمتمرکز است، به‌طوری‌که در ۶ استان آن دپارتمان امور اجتماعی و سلامت، مسئولیت هدایت و نظارت فعالیت‌ها را به عهده دارد. خدمات بهداشتی در حوزه اختیارات ۴۴۰ شهرداری کشور است که تأمین هزینه

آن از طریق مالیات‌های محلی، وام دولتی، درآمدهای بیمه‌ای و مصرف‌کنندگان است (شعرباف شعار و زارع، ۱۳۸۷). کمیته سلامت شهرداری، شوراها و هیئت اجرایی طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی مراقبت‌های سلامت را در سطح ملی انجام می‌دهند. پزشکان بیمارستان‌ها و مراکز سلامت شهری حقوق‌بگیرند. دریافت پزشکان براساس ترکیبی از حقوق پایه، پرداخت سرانه، کارانه و مقرری محلی است (Vuorenkoski, Mladovsky and Mossialialos, 2008).

۳-۲-۱ کشورهای با رویکرد بیمه‌های اجتماعی و نظام مبتنی بر مشارکت (بیسمارک)

۱-۲-۳-۱ فرانسه

وزارت سلامت مسئول پاسخ‌گویی به امور تعرفه‌هاست. نظام سلامت فرانسه براساس بیمه اجتماعی سلامت ملی طرح‌ریزی شده و تأمین مالی آن بر مبنای مالیات است. کمیته عالی سلامت عمومی مقام مسئول در امور سلامت است. برنامه اصلی بیمه سلامت در بیمارستان‌های دولتی براساس بودجه گلوبال است. از سال ۲۰۰۵ در بیمارستان‌های خصوصی، نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های همسان در حال اجراست. فهرست خدمات پزشکی فقط برای پروسیجرهای تکنیکی از قبیل جراحی، تصویربرداری پزشکی و رادیوتراپی به کار می‌رود که توسط پزشک انجام می‌شود (Chevreul and et al., 2010).

تعرفه‌های گروه‌های همسان برای درمان‌های روزانه بیمارستانی نیز به کار می‌رود. هر ساله مرکز ملی تعدیل قیمت‌ها یک بودجه مشخص را برای بیمارستان‌های انتفاعی وضع می‌کند. اگر مخارج نهایی بیش از بودجه وضع شده باشد، تعرفه‌ها کم و اگر مخارج کمتر از بودجه باشد، تعرفه‌ها افزایش می‌یابد. از سال ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۶ تعدیل قیمت‌ها و تعرفه‌های تعدیل شده بین ایالت‌ها، صندوق‌های بیمه‌ای و نمایندگان بیمارستان‌های غیرانتفاعی به صورت چانه‌زنی تعیین می‌شد، اما از سال ۲۰۰۰ جایگاه چانه‌زنی برای تعدیل تعرفه‌ها بین ایالت‌ها و نمایندگان بیمارستان‌های انتفاعی تغییر کرده و توافق در سطح ملی صورت می‌گیرد که علاوه بر متوسط نرخ افزایش در سطح ملی، متوسط نرخ افزایش تعرفه‌ها در

سطح هر منطقه (برای کاهش میزان تفاوت‌های منطقه‌ای) نیز در نظر گرفته می‌شود (Ibid.). برای تعیین تعرفه‌ها در سطح مناطق لازم است بین آژانس منطقه‌ای بیمارستان‌ها و نماینده بیمارستان‌های غیرانتفاعی توافقی انجام شود. این توافق با توجه به برنامه راهبردی سلامت منطقه‌ای و بهره‌وری در بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد. بیماران تعرفه را به پزشک می‌پردازند و سپس به آنها بازپرداخت می‌شود. در بیمارستان‌ها بیماران فقط فرانشیز را پرداخت می‌کنند. در این کشور نظام ارجاع اجرا نمی‌شود (Ibid.).

۲-۳-۱ آلمان

وزارت سلامت و امور اجتماعی فرانسه علاوه بر تولید امور سلامت، پیشنهاددهنده قوانین سلامت به مجلس هم است (Große-Tebbe, 2005). رویکرد این کشور براساس بیمه‌های درمانی و صندوق‌های بیماری (۲۹۲ صندوق) و به صورت غیرمتمرکز است. ترکیب اصلی کمیته ارزشگذاری شامل این اعضاست: ۹ نماینده از انجمن‌های فدرال صندوق‌های بیماری، ۹ نماینده از گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات، ۲ عضو بی طرف همراه با یک عضو پیشنهادی با توافق هر دو طرف و یک رئیس که مورد قبول هر دو طرف باشد. همچنین ۹ نماینده بدون حق رأی از سازمان‌های دارای مجوز رسمی، به منظور مشارکت در مشاوره‌ها و ارائه پیشنهادها برای بررسی و تصمیم‌گیری در مورد آنها، در کمیته حضور دارند (Gerken and Merkur, 2010).

ارزش محاسبه شده برای بخشی از خدمات پزشکی، توسط کمیته ارزشگذاری معادل ۷۷ درصد یورو برای هر دقیقه برآورد شده است که در زمان لازم برای ارائه هر گونه خدمتی ضرب و به ارزش محاسبه‌ای برای محاسبه فنی خدمت اضافه می‌شود. این ارزش، سرمایه محاسبه شده را کاهش می‌دهد و انگیزه‌ای قوی برای ارائه خدمات فنی به وجود می‌آورد. علاوه بر ۱۴۷ خدمت مشخص شده (شامل ویزیت، مشاوره و غربالگری) خدماتی که توسط متخصصان ارائه می‌شود نیز مشخص شده است (Ibid.).

۱-۲-۳-۳ اتریش

وزارت فدرال سلامت و زنان تصمیم گیرنده اصلی در مراقبت‌های سلامتی است. نظام سلامت در این کشور به نسبت غیرمتمرکز است، به طوری که ۹ بخش ارائه کننده خدمات دولتی هستند. پرداخت به پزشکان براساس نرخ ثابت سرانه برای خدمات پایه است و برای خدمات بیش از مقدار تعیین شده، کارانه پرداخت می شود. دریافت بر مبنای تخصص، منطقه جغرافیایی و نوع تأمین مالی بیمه متفاوت است. پرداخت به بیمارستان‌ها بر مبنای عملکرد است. در این کشور پرداخت‌های بیمارستان به سمت گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال گسترش است (Große-Tebbe, 2005; Hofmarcher and et al., 2006).

۱-۲-۳-۴ بلژیک

نظام سلامت در این کشور در راستای مدل بیمه اجتماعی سلامت اجباری طراحی شده است. وزارت امور اجتماعی، سلامت عمومی و محیط زیست در امور مربوط به سلامت و تعرفه‌ها پاسخ گو هستند و رویکرد آن به نسبت غیرمتمرکز است. بودجه سالانه ثابت برای بیمه‌های سلامت اجباری است و بودجه‌های منطقه‌ای در سطح جامعه و دولت فدرال تعیین می شود. نظام ارجاع وجود ندارد و اکثر پزشکان، دندان پزشکان، داروسازان و فیزیوتراپیست‌ها به صورت مستقل کار می کنند و دریافتی آنها بر مبنای کارانه است. در سطح ملی کمیته صندوق‌های بیماری و نمایندگان ارائه دهنده خدمت درباره حق الزحمه (تعرفه) به مذاکره می پردازند. پرداخت‌های بیمارستانی هم به سمت گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال گسترش است (Gerken and Merkur, 2010).

۱-۲-۳-۵ لوکزامبورگ

وزارت سلامت در این کشور ناظر عمومی نظام تأمین اجتماعی و صندوق‌های بیماری است. علاوه بر این در امور بازار کار نیز دخالت دارد. رویکرد این کشور بیمه سلامت اجباری است.

با توجه به کوچک بودن این کشور و با وجود ساختارهای غیرمتمرکز، نظام سلامت متمرکز است. پرداخت به متخصصان حرفه‌ای براساس میزان ثابت حق‌الزحمه قانونی است. بیمارستان‌ها هم برای تعیین بودجه، با اتحادیه مؤسسات بیماری‌مذاکره می‌کنند، پرداخت به پزشکان به صورت کارانه است (Große-Tebbe, 2005; Kerr, 1999).

۲ روش‌شناسی پژوهش

مقاله حاضر پژوهشی توصیفی با رویکرد مطالعات تطبیقی است که با مراجعه به مطالعات انجام شده در کشور و سایر کشورها، با تأکید بر یافته‌های اخیر می‌پردازد. روش انتخاب کشورهای مورد مطالعه با توجه به مدل‌های اساسی نظام‌های سلامت در اروپا بوده است (Folland, Goodman and Stano, 2006)، این مدل‌ها عبارت‌اند از:

کشورهایی با رویکرد نظام سلامت ملی و مالیات‌محور (نظام بی‌وریتز): مانند آلمان، اتریش، بلژیک، فرانسه، لوکزامبورگ و ایران (برای بیمه‌شدگان صندوق تأمین اجتماعی).
کشورهایی با رویکرد بیمه‌های اجتماعی و نظام مبتنی بر مشارکت (نظام بیسمارک): شامل ممالک متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی، ایرلند، ایتالیا، پرتغال، دانمارک و فنلاند و کشورهای با رویکرد ترکیبی و محوریت بخش خصوصی شامل ایالات متحده و هلند. در این پژوهش برای ارائه الگو و راهکارها از روش دلفی و گروه متخصصان استفاده شده است (Bolger and Wright, 2011). جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ایران و کشورهای دیگر با توجه به قوانین و مقررات، مطالعات انجام شده، مقالات، کتاب‌ها و منابع اینترنتی، مدلاین و منابع کتابخانه‌ای تا پایان سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. در مطالعات تطبیقی ابزار جمع‌آوری اطلاعات جداول تطبیقی بوده است.

۳ یافته‌های پژوهش

نتایج مطالعات تطبیقی درباره روش‌های تعیین تعرفه خدمات پزشکی به شرح ذیل قابل دسته‌بندی است، ویژگی‌های نظام سلامت در این کشورها در جدول ۱ تشریح شده است.

جدول ۱ ماتریس تطبیقی نظام سلامت در کشورهای منتخب

کشور	نظام حاکم در ارائه خدمات	وزارتخانه حاکم
بیسمارک		
آلمان (Riesberg and Busse, 2004)	بیمه‌های اجتماعی با محوریت صندوق‌های بیماری	وزارت سلامت و امور اجتماعی
اتریش (Hofmarcher and et al., 2006)	بیمه‌های اجتماعی سلامت اجباری	وزارت فدرال سلامت و زنان
بلژیک (Gerken and Merkur, 2010)	بیمه‌های اجتماعی سلامت اجباری با محوریت صندوق‌های بیماری	وزارت امور اجتماعی، سلامت و محیط زیست
فرانسه (Chevreul and et al., 2010)	بیمه اجتماعی سلامت	وزارت سلامت
لوکزامبورگ (Kerr, 1999; Große-Tebbe, 2005)	نظام تأمین اجتماعی و صندوق‌های بیماری	وزارت سلامت
ایران (زارع، ۱۳۸۷؛ زارع و دیگران، ۱۳۹۰)	با محوریت سازمان تأمین اجتماعی (بیمه‌های اجتماعی)، سازمان بیمه خدمات درمانی (بیمه‌های درمانی)، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح (بیمه‌های اجتماعی) با توجه به حجم بالای پرداخت در کشور می‌توان ایران را در گروه کشورهای با نظام مبتنی بر پرداخت از جیب دسته‌بندی کرد	وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی
فنلاند (Vuorenkoski, Mladovsky and Mossialios, 2008)	نظام رفاه اجتماعی و پوشش همگانی	وزارت امور اجتماعی و سلامت

جدول ۱ ماتریس تطبیقی نظام سلامت در کشورهای منتخب

کشور	نظام حاکم در ارائه خدمات	وزارتخانه حاکم
ترکیبی		
هلند (Bartholomé and Maarse, 2006)	بیمه‌های اجتماعی	وزارت سلامت، رفاه و ورزش
ایالات متحده (حسن‌زاده و فخیم‌علیزاد)	بیمه‌های درمانی برای افراد سالمند و ناتوان با محوریت نظام بیمه درمان خصوصی	وزارت سلامت و نیروی انسانی
بی‌وریژ		
اسپانیا (García Armesto and et al., 2011)	نظام سلامت ملی	وزارت سلامت و امور مصرف‌کنندگان
ممالک متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی (Boyle, 2011)	نظام سلامت ملی	وزارت سلامت
ایرلند (McDaid and et al., 2009)	نظام سلامت ملی	وزارت سلامت و کودکان
ایتالیا (Lo Scalzo and et al., 2009)	پوشش همگانی و نظام سلامت ملی ایتالیایی	وزارت سلامت
پرتغال (Große-Tebbe, 2005)	نظام سلامت ملی	وزارت سلامت
دانمارک (Strandberg-Larsen and et al., 2007)	نظام سلامت ملی	وزارت سلامت

مأخذ: حسین زارع و دیگران (۱۳۸۷). «ارائه راهکارهایی برای تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی در ایران، ۱۳۸۸: بررسی ساختار سیاست‌گذاری در زمینه تعرفه‌های خدمات درمانی»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی.

۳-۱ کشورهای با رویکرد ترکیبی و محوریت بخش خصوصی

نقش بخش خصوصی در این کشورها به‌ویژه در بخش بیمه‌های درمانی بسیار بارز است. بنابراین برای ارائه هر خدمت هزینه‌ای مشخص شده و در محاسبات هزینه‌ای، قیمت تمام

شده مبنا قرار گرفته است. نظام پرداخت به افراد در این کشورها براساس کارانه است. با توجه به ساختار غیرمتمرکز حاکم بر ارائه خدمات در این کشورها، نهادها و انجمن‌های تخصصی و حرفه‌ای زیادی تأسیس شده که بسیاری از فعالیت‌های اجرایی از جمله تعرفه گذاری را نیز برعهده دارند. قوانین حاکم بر این کشورها بسیار جامع و دقیق تعریف شده و دولت بیشتر نقش نظارتی دارد. ارائه خدمات بیشتر در اختیار بخش خصوصی است و رویکرد خرید خدمات به جای ارائه خدمات در این کشورها حکم فرماست، البته برای گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه برنامه‌های دولتی نیز وجود دارد. در ایالات متحده آمریکا، کمیته به‌روزرسانی ارزش‌های نسبی پس از اخذ دیدگاه‌های انجمن‌های تخصصی، تعرفه‌ها را برای تصویب به مرکز مدیکر و مدیکید ارائه می‌دهد. در هلند شورای ملی تعیین تعرفه‌ها پس از اخذ دیدگاه‌های شوراهای تخصصی که با مشارکت انجمن‌های حرفه‌ای شکل گرفته است، وظیفه تعیین تعرفه‌ها را برعهده دارند. در این دو کشور روش پرداخت بیمارستانی براساس گروه‌های مرتبط تشخیصی است.

۲-۳ کشورهای با رویکرد نظام سلامت ملی و مالیات‌محور (نظام بی‌وریژ)

رویکرد این کشورها برای تأمین مالی بخش سلامت، مالیات‌هاست و در ارائه خدمات بر مراکز دولتی تمرکز دارد. بنابراین به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، رویکرد بودجه‌ای و در پرداخت به افراد، نظام حقوق‌بگیری مبنا قرار گرفته است. با توجه به ساختار غیرمتمرکز حاکم بر ارائه خدمات در این کشورها نهادها و انجمن‌های تخصصی و حرفه‌ای زیادی تشکیل شده است که بسیاری از فعالیت‌های اجرایی را به عهده دارند و چون بسیاری از این کشورها در اتحادیه اروپا هستند، قوانین اروپای واحد درباره این کشورها مصداق می‌یابد. نقش شهرداری‌ها در این کشورها در ارائه خدمات بارز است و رویکرد ارائه خدمات به جای خرید خدمات حاکمیت دارد و برای تمام افراد پوشش همگانی فراهم است. فعالیت هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی به ماهیت تمام‌وقتی یا قراردادی بستگی دارد و تعداد

ساعات فعالیت در بخش خصوصی و میزان درآمد افراد در این بخش مشخص است. نظام پرداخت بیمارستان مبتنی بر عملکرد و رویکرد گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال گسترش است.

۳-۳ کشورهای با رویکرد بیمه‌های اجتماعی و نظام مبتنی بر مشارکت (بیسمارک)
رویکرد این کشورها برای تأمین مالی بخش سلامت، نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت و برای ارائه خدمات بر صندوق‌های بیماری تمرکز دارند. این کشورها رویکرد عدم تمرکز را در ارائه خدمات دنبال می‌کنند و صندوق‌های بیمه‌ای به‌عنوان خریدار خدمت به فعالیت می‌پردازند، هرچند در بعضی کشورها مانند آلمان و اتریش صندوق‌های بیماری، ارائه خدمات را نیز به عهده دارند. در این کشورها رقابت میان صندوق‌های بیمه‌ای وجود دارد. به این ترتیب در تعیین تعرفه‌ها گروه‌های وزنی (گروه‌های همسان تشخیصی در فرانسه و گروه‌های تشخیصی مرتبط با ارزش نقطه‌ای و وزنی در آلمان) نظامی شبیه گروه‌های ارزش نسبی در آمریکا را دنبال می‌کنند. علاوه بر این به‌منظور کنترل تجویزهای نابه‌جا سقف خدمات قابل ارائه برای ارائه‌دهندگان خدمت تعیین شده است و دستمزدها با توجه به سطح دستمزدهای موجود در جامعه تعیین می‌شود.

مشابه کشورهای گروه اول و دوم در این کشورها نهادها و انجمن‌های تخصصی و حرفه‌ای زیادی تأسیس شده که بسیاری از فعالیت‌های اجرایی را برعهده دارند. تمامی افراد از طریق نظام بیمه‌های درمان اجباری تحت پوشش قرار می‌گیرند و پوشش همگانی برای همه فراهم است. فعالیت هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی تابع قوانین مشخصی نیست. در کشورهای مورد بررسی نظام پرداخت به بیمارستان مبتنی بر عملکرد و بودجه است و رویکرد گروه‌های مرتبط تشخیصی در حال اجرا و گسترش است.

۴ بحث

در کشورهای مختلف رویکرد تعیین تعرفه‌ها نه تنها متأثر از ساختار سازمانی است که در

بخش سلامت وجود دارد، بلکه به شکل گیری انجمن های حرفه ای نیز مرتبط است. این موضوع فقط در تعیین تعرفه ها مصداق ندارد، بلکه در بیشتر تصمیمات حرفه ای بخش سلامت هم لحاظ می شود. این مسئله را به وضوح می توان در کشورهای ایالات متحده و هلند ملاحظه کرد. در کشورهایی مانند آلمان این نقش برعهده صندوق های بیماری است که با صندوق های بیمه ای کشور تفاوت دارد، اما در حال یک ارگان بیمه ای - پزشکی است، موضوعی که در ایران نه در ساختار سازمان بیمه خدمات درمانی (بیمه سلامت) به عنوان متولی بیمه های سلامت دولتی، و نه در ساختار سازمان نظام پزشکی به عنوان متولی امور پزشکان (تعیین تعرفه ها در بخش خصوصی از سال ۱۳۸۴) قابل مشاهده است. استفاده غیر تخصصی و مشاوره ای از انجمن های حرفه ای در این دو سازمان را می توان به صورت سلیقه ای و غیر سازمانی مشاهده کرد اما الزام قانونی در این حوزه وجود ندارد.

رویکرد دیگر تمرکززداست که بیشتر در کشورهای اتحادیه اروپا قابل مشاهده است. در این کشورها شهرداری ها در ارائه خدمات سلامت به طور مستقیم دخالت دارند. به عبارتی شهرداری ها نه تنها نهاد تعیین تعرفه ها هستند، بلکه به عنوان نهاد تأمین کننده مالی که ارتباط مستقیمی با تعیین تعرفه ها دارد نیز فعالیت می کنند. در حال حاضر با توجه به ساختار نیروی انسانی در شهرداری های کشور انتظار نمی رود که در ارائه خدمات و تأمین مالی نقش بارزی ایفا کنند، اما مواردی چون شهرداری تهران (با عنایت به ساختار به نسبت تخصصی در این شهرداری در مقایسه با سایر نقاط کشور و مرکز بهداشت و درمانی شهرداری تهران) می تواند الگوی خوبی در این زمینه باشد که این تصمیم به امکان سنجی و مطالعات شبیه سازی نیازمند است. انتظار می رود در سایر نقاط کشور مالیات ناشی از کالاهای آسیب رسان به بخش سلامت منطقه مربوطه منتقل و برای همان جا مورد استفاده قرار گیرد. به طور کلی برای اصلاح نظام تعرفه گذاری کشور پیشنهاد تشکیل شورای ملی تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی و درمانی سلامت ارائه می شود.

این شورا نهاد تعیین تعرفه های خدمات بهداشتی در کشور است که باید به صورت

مستقل فعالیت کند. ترکیبی از رویکرد به کار گرفته شده در هلند، آلمان و ایالات متحده می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد به این صورت که شورای ملی تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی به‌عنوان سازمان مستقل در کشور تشکیل یا جایگزین شورای عالی بیمه خدمات درمانی در تعیین تعرفه‌ها شود. مهم‌ترین وظیفه قانونی این شورا علاوه بر اعمال وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی؛ تعیین تمامی تعرفه‌های بخش سلامت است با توجه به مفاد قانونی برنامه پنجم توسعه و ساختار فعلی کشور؛ شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌تواند عهده‌دار این وظیفه باشد، مشروط بر آنکه در انتخاب اعضا موارد گفته شده در این پژوهش رعایت شود.

از این رو مهم‌ترین فعالیت‌های مورد نیاز برای تعیین تعرفه‌ها با توجه به مطالعات انجام شده در کشورهای منتخب و سابقه تاریخی کشور به این شرح پیشنهاد می‌شود:

توجه به آثار جانبی ناشی از افزایش تعرفه‌ها بر مردم، سازمان‌های بیمه‌ای، پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمت ضروری است و بی‌توجهی به این موضوع می‌تواند به عدم پذیرش تعرفه‌های تعیین شده از سوی ارائه‌دهندگان خدمت در بخش‌های مختلف منجر شود. بدیهی است در نظر نگرفتن سازوکارهای لازم برای کاهش بار مالی از افزایش تعرفه‌ها بر خانوارها می‌تواند به افزایش هزینه‌های کمرشکن خانوارها منجر شود.

تعرفه‌های گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات پزشکی باید تابعی از حقوق و دستمزد سایر گروه‌های شغلی کشور باشد، موضوعی که در برنامه پنجم توسعه کشور مورد توجه قرار گرفته و سازمان بیمه سلامت این موضوع را در دستور کار خود قرار داده است. روش تعیین اولین تعرفه برای هر خدمت در نظام بیمه‌ای موجود در کشور به صورت واحدهای ارزش نسبی و معادل روشی است که در آمریکا، با این پیش‌فرض که ضریب منطقه جغرافیایی و ضریب بیمه مسئولیت مدنی برای ایران متفاوت خواهد بود.

دستمزد بر مبنای مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع^۱ برای خدمات پزشکی = ارزش نسبی خدمات × عامل تغییر.

ارزش نسبی = واحد ارزش نسبی برای عملکرد پزشک × شاخص جغرافیایی هزینه کار پزشک^۲ + واحد هزینه نسبی خدمات تکنیکی × شاخص جغرافیایی هزینه‌های تکنیکی + واحد هزینه نسبی برای بیمه معالجه‌های اشتباه × شاخص جغرافیایی هزینه بیمه مسئولیت مدنی. دستمزد کامل بر مبنای مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع برای یک خدمت، از ژانویه ۱۹۹۲ تعریف شده است.

اگر دستمزد بیش از ۱۵ درصد با پایه پرداخت معین شده مبتنی بر گذشته، فرقی نداشته باشد، میانگین هزینه غالب در سال مینا به دلیل تورم، به روز می‌شود. اگر اختلاف از ۱۵ درصد بیشتر شود، دستمزد بر مبنای مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع به صورت مرحله‌ای و برای چند سال (در ایالات متحده چهار سال پیش‌بینی شده است) خواهد بود.

برای تعیین تعرفه‌ها توجه به تأثیر آن بر کالاهای دیگر بسیار ضروری است. بدیهی است انجام محاسبات مربوط به داده - ستانده در بخش سلامت برای تعیین تعرفه‌ها بسیار ضرورت دارد، فعالیتی که انتظار می‌رود از سوی انجمن‌های تخصصی یا سازمان‌های تأثیرگذار مانند سازمان‌های بیمه‌ای و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت دوره‌ای انجام شود.

تجربه کشور نشان می‌دهد تعیین تعرفه‌ها به صورت سالانه مقدور نیست، زیرا هر سال این موضوع با تأخیر چندماهه همراه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن شاخص قیمت کالاهای عمومی، انجام محاسبات داده - ستانده و شاخص قیمت کالاهای بهداشتی و درمانی و قیمت تمام شده خدمات در سال پایه تعرفه‌ها هر دو سال تعیین شود. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد ارتباط مستقیمی بین تعرفه‌ها و نظام پرداخت به

1. Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)
2. Geographic Practice Cost Indices (GPCIs)

ارائه‌دهندگان خدمت وجود دارد. بررسی کشورهای منتخب درباره پرداخت به پزشکان و متخصصان از حاکمیت رویکرد کارانه حکایت دارد، هرچند در کشورهایی با رویکرد نظام سلامت ملی، شیوه حقوق‌بگیری رایج است، اما در کشورهایی با رویکرد بیمه‌ای، نظام غالب کارانه است. تا هنگامی که رویکرد کشور نظام بیمه‌ای باشد، به‌نظر می‌رسد این ساختار، پذیرش نظام‌های دیگر را در بخش درمان ندارد. البته در بعضی موارد مانند ارائه خدمات در بیمارستان‌های واقع در نقاط مرزی و جزایر آزاد، می‌توان مانند فنلاند پرداخت را به‌صورت ترکیبی از کارانه، حقوق‌بگیری و پرداخت‌های ویژه تعریف کرد.

در بیمارستان‌ها نظام پرداخت با توجه به گروه‌های مرتبط تشخیصی حاکمیت دارد که پیشنهاد مقاله حاضر اجرای تدریجی آن در کشور است.

برای اصلاح نظام پرداخت در بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن معیارهای پاسخ‌گویی مالی، رقابت در بازار، پاسخ‌گویی به مشتریان و شرکای اجتماعی نظام پرداخت فعلی تغییر و به‌طور تدریجی به سمت نظام کاملاً مبتنی بر عملکرد سوق یابد. بدیهی است این موضوع به بررسی‌های بیشتری با در نظر گرفتن ویژگی‌های بیمارستان، منطقه یا استان، توزیع درآمد خانوار در منطقه، کیفیت خدمات و بازار رقابت و سهم بازار بیمارستان نیاز دارد. حرکت به سمت ارتقای کیفیت خدمات و کنترل هزینه‌ها، در اکثر کشورهای توسعه‌یافته و سازمان‌های غیروابسته به وزارت بهداشت نقش زیادی در تدوین استانداردهای کیفی دارند و از این طریق ضمن ارتقای کیفیت خدمات در مراکز ارائه خدمت (به‌ویژه بیمارستان‌ها) نگهداشت هزینه را نیز به عهده دارند.

نمونه بارز آنها نقش کمیسیون مشترک^۱ در تعیین استانداردهای درمانی ایالات متحده است. در این کشور نقش مدیر به‌عنوان سازمانی برای کنترل کیفیت و جهت‌دهی مصرف خدمات به سمت کیفیت بالا و تأثیرگذاری بیشتر در نظام پرداخت تعریف و در قانون^۲

1. Joint Commission

2. Affordable Care Act, 2010.

تصریح شده است. این در حالی است که سازمان‌های بیمه‌ای کشور بیشترین حجم فعالیت خود را بر بررسی اسناد پزشکی متمرکز می‌کنند و از پرداختن به حوزه‌های کیفیت خودداری کرده‌اند. توجه به توزیع نیروی انسانی در سازمان بیمه خدمات درمانی و سهم بالای پرسنل اسناد پزشکی در این سازمان شاهدی بر این ادعاست. تاکنون شاخص کیفی ازسوی این سازمان به‌عنوان سازوکاری تشویقی یا اجباری برای کنترل کیفیت در بیمارستان‌ها یا سایر مراکز وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد سازمان‌های بیمه‌ای کشور و در رأس آن سازمان بیمه خدمات درمانی باید بخشی از توان خود را برای افزایش کیفیت خدمات، کاهش بار مراجعات بستری و میزان پذیرش مجدد در بیمارستان معطوف کند تا از این راه ضمن ارتقای کیفیت خدمات برای بیمه‌شدگان هزینه‌های تحمیل شده از محل این پذیرش‌ها را مجدداً کاهش دهند.

برای جلوگیری از اختلاف‌هایی که بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌ای وجود دارد، تعیین تعرفه‌ها ازسوی شورای فراهی و یا شورای پیشنهاد شده در مقاله حاضر قرار گیرد. به‌نظر می‌رسد سازمان نظام پزشکی برای تعیین تعرفه‌های بخش خصوصی که در قانون به عهده این سازمان است (مانند تعیین تعرفه یا مشارکت فعال در تعیین آن) به تقویت توان علمی و کارشناسی نیاز دارد موضوعی که می‌تواند در قالب تشکیل گروه اقتصاد سلامت و یا گروه‌های کارشناسی مشابه در این سازمان پیگیری شود. کارشناسان بر این عقیده‌اند که نقش سازمان نظام پزشکی در تعیین تعرفه‌ها در بخش خصوصی بسیار پررنگ است، هرچند با توجه به دیدگاه‌های صاحب‌نظران حضور سازمان نظام پزشکی به‌عنوان نماینده جامعه پزشکی کشور در تعیین تعرفه‌ها ضرورت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود این سازمان به‌عنوان نماینده جامعه پزشکی کشور در ترکیب کمیته یا شورای تعیین تعرفه‌ها حضور داشته باشد، اما نقش آن به‌عنوان تنها نهاد تعیین‌کننده تعرفه‌ها در بخش خصوصی به تأمل بیشتری نیاز دارد.

در تعیین تعرفه‌ها باید قیمت واقعی خدمات براساس اصول حسابداری مبتنی بر قیمت تمام شده با احتساب ارزش خدمت و ارزش محل ارائه خدمت، نرخ استهلاک سرمایه و امکانات تعیین شود، بدیهی است مابه‌التفاوت تعرفه‌های پذیرفته شده و قیمت واقعی می‌تواند به صورت یارانه به دستگاه‌های مربوط پرداخت شود.

۵ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

با توجه به وضعیت موجود و بررسی‌های انجام شده، ساختار، سازمان و مدیریت تعرفه‌های بخش سلامت کشور پاسخ‌گو نیست و به بازبینی اساسی نیاز دارد. در تعیین تعرفه‌ها ضمن توجه به مشارکت تمام گروه‌های درگیر و محوریت گروه‌های ارزش نسبی پیشنهاد می‌شود ضمن توجه به گستردگی جغرافیایی کشور و تفاوت محسوس ضریب قیمت مصرف‌کننده به‌ویژه در کالاهای پزشکی رویکرد منطقه‌ای در اولویت قرار گیرد. از این رو پژوهش حاضر با استفاده از روش دلفی و در نظر گرفتن دیدگاه‌های موجود در تعیین تعرفه در کشورهای توسعه‌یافته، پیشنهادهایی را برای ساختار سیاست‌گذاری شورای عالی بیمه سلامت برای خروج از بن‌بست فعلی ارائه داده است. بدیهی است برای انجام و اجرای آنها، به‌ویژه به کارگیری گروه‌های مرتبط تشخیصی، شاخص کیس میکس و مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در کشور حداقل به شبیه‌سازی موارد اشاره شده و تخمین بار مالی از اجرای مدل‌های پیشنهادی نیاز دارد که انجام این امر خارج از حوصله مقاله حاضر است.

منابع و مآخذ

۱. حسن زاده، علی و سعیده فخیم عزیزاد (۱۳۸۷). «مروری بر مبانی تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، ش ۲۶-۲۷.
۲. زارع، حسین (۱۳۸۵). نظام سلامت در دنیا، ج ۲، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی.
۳. زارع، حسین و دیگران (۱۳۸۷). «ارائه راهکارهایی برای تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی در ایران، ۱۳۸۸: بررسی ساختار سیاستگذاری در زمینه تعرفه‌های خدمات درمانی»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی.
۴. زارع، حسین و سیدقاسم صمیمی فر (۱۳۸۷). «مروری بر پوشش بیمه خدمات درمانی و برخورداری از خدمات در سازمان بیمه خدمات درمانی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، ش ۲۷-۲۶.
۵. زارع، حسین، مژگان آزادی و محمدحسن احمدپور (۱۳۹۰). شیوه‌های تعیین بسته خدمات سلامت در دنیا، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۶. زارع، حسین، مهدی برزگر، مهدی راسل و خسرو کشاورز (۱۳۹۰). شیوه‌های تعیین تعرفه در بخش سلامت مبانی نظری و دیدگاه‌های جهانی (مطالعات تطبیقی الگو)، انتشارات مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۷. شعرباف شعار، ندا و حسین زارع (۱۳۸۷). «مراقبت از سلامت در فنلاند»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، ش ۲۷-۲۶.
۸. قانون برنامه چهارم توسعه توسعه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، ۱۳۸۸-۱۳۸۴.
۹. قانون برنامه سوم توسعه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، ۱۳۸۳-۱۳۷۹.
۱۰. قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۸.
۱۱. کشاورز، خسرو (۱۳۸۷). «بررسی اثرات افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر شاخص قیمت زیربخش‌های اقتصادی بهداشت و درمان بر بخش‌های مرتبط بر سایر بخش‌ها با رهیافت داده - ستانده»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد.
۱۲. مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۷-۱۳۸۱، مرکز آمار ایران.

۱۳. معاونت حقوقی ریاست جمهوری (۱۳۸۹). *قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴-۱۳۹۰*، چ اول، تهران، معاونت حقوقی ریاست جمهوری.

۱۴. نوری، مصطفی، کامبیز منظم و سعید معنوی (۱۳۸۷). *بررسی چالش‌های تعرفه‌گذاری و سیاست‌گذاری در تعرفه‌های پزشکی*، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی.

15. Bartholomée, Y. and H. Maarse (2006). "Health Insurance Reform in the Netherlands", *Eurohealth-London*, 12 (2), 7.
16. Bolger, F. and G. Wright (2011). "Improving the Delphi Process: Lessons from Social Psychological Research", *Technol. Forecast. Soc. Chang.* 78.
17. Boyle, S. (2011). "United Kingdom (England): Health System Review", *Health Systems in Transition*, 13 (1).
18. Busse, R. and A. Ries Berg (2004). *Health Care Systems in Transition*, Deutschland, WHO Regional of Fice for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
19. Chevreur, K. and et al. (2010). "France: Health System Review", *Health Systems in Transition*, 12 (6).
20. Folland, S., A. Goodman and M. Stano (2006). *Economics of Health and Health Care*.
21. García Armesto, S., MBAbadía Taira, A. Durán, C. Hernández Quevedo and E. Bernal Delgado (2011). Spain: Health System Review. *Helth Systems in Transition*, 12 (4).
22. Gerkens, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: Health System Review", *Health Systems in Transition*, 12 (5).
23. Große-Tebbe, S. (2005). *Snapshots of Health Systems*, Ministry of Social Affairs and Health.
24. Hofmarcher, M. and et al. (2006). *Health Systems in Transition: Austria: Health System Review* (WHO).
25. [Http://www.oshpd.ca.gov](http://www.oshpd.ca.gov).
26. Joint Commission, www.jointcommission.org.
27. Kerr, E. (1999). "Health Care Systems in Transition: Luxembourg", *European Observatory on Health Care Systems*, (Journal Article).
28. Lo Scalzo, A. and et al. (2009), "Italy: Health System Review [Health Systems in Transition]. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems", *World Health Organization Regional Office for Europe*, Journal Article.

29. McDaid, D. and et al. (2009). "Health Systems in Transition Ireland: Health System Review", *Journal Article*.
30. Office of the Legislative Counsel, *Complication of Patient Protection and Affordable Care Act, Patient Protection and Affordable Act* (Health Related Portion of the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010), in Part 2: National Strategy to Improve Health Care Quality, Sections 3011 and 3502, 2010, Office of the Legislative Counsel, USA: U.S. House of Representatives.
31. Strandberg-Larsen, M. and et al. (2007). "Denmark: Health System Review", *Denmark: Health System Review. Health Systems in Transition*, 9 (6), *Journal Article*.
32. Vuorenkoski L. P. Mladovsky and E. Mossialios (2008). "Health Systems in Transition Finland", *European Observatory on Health*.
33. Vuorenkoski, L. and E. Mossialos (2008). "Health Systems in Transition", *Health*, 10 (4).
34. WHO (2000). "The World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance", World Health Organization.
35. WHO (2011). "World Health Statice", World Health Organization.
36. Więckowska, B. (2010). *Competition between Payers in the Base Health Care System*.

Archive of SID