

مطالعه تطبیقی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای امریکا و استرالیا و ایران

دکتر رضا صفدری^۱، دکتر مرجان قاضی سعیدی^۲، آزاده گودینی^۳، فرشید منجمی^۴

چکیده

سابقه و هدف: مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی، از چالش های سیاستگذاران در امر سلامت می باشد. دستیابی به سلامت، درمان قطعی، نیاز به فناوری ها و درمان های پیچیده و هزینه های سنگین بخش قابل توجهی از منابع سلامت را به خود اختصاص داده است. بنابراین نوسازی و سازماندهی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در ابعاد ساختار تشکیلاتی، نحوه تامین منابع مالی، گسترش پوشش جمعیتی و بهبود نحوه ارائه خدمات و تعیین شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی و تعیین نقش سامانه های طبقه بندی متعارف در مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این مقاله سعی بر آن است که با مطالعه تطبیقی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای منتخب راهکارهای مناسبی برای ایران ارائه گردد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع پژوهش کاربردی است و روش آن توصیفی تطبیقی بوده و بصورت تطبیقی بین کشورهای آمریکا و استرالیا و ایران در طی سال ۱۳۸۸ صورت پذیرفته است.

یافته ها: مطالعه نشان داد که سیاستگذاری در زمینه مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای مورد مطالعه زیر نظر وزارت سلامت و رفاه و یا بالاترین شوراهای سلامت که مرکب از نمایندگان وزارت خانه ها هستند صورت می گیرد در اکثر کشورهای منتخب میزان مداخله دولت در اجرای طرح ها و نقشی که برای بخش خصوصی قائل شده یا نوع حکومت ها ارتباط نزدیکی دارد. گسترش پوشش خدمات سلامت مورد نیاز شهروندان در اکثر کشورها شامل سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی است و تطبیق پوشش جمعیتی آن بر حسب اقامت و پرداخت حق بیمه می باشد. تامین منابع مالی بیمه های درمانی در تمامی کشورهای مورد بررسی تحت تأثیر دولت هاست که به نوعی درگیر تامین بودجه ارائه خدمات بیمه های درمانی هستند و شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی در کشورهای منتخب شیوه پرداخت کارانه، پرداخت حقوق بگیری، پرداخت موردی (گروه های مرتبط تشخیصی) و بودجه ای می باشد.

نتیجه گیری: ایران دارای یک ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی است. ولی علاوه بر وجود ساختار، تامین منابع مالی نظام های بیمه درمانی که از طریق مالیات ها، مشارکت مردمی، سرمایه گذاری های بخش دولتی و خصوصی تامین می گردد و گسترش پوشش جمعیتی بطوریکه سطح خدمات متناسب با نیاز جمعیت تحت پوشش را مد نظر قرار دهد و تدوین نظام پرداخت معلوم حق الزحمه به ارائه کنندگان خدمات درمانی از جمله عواملی می باشند که می تواند در بهبود مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی نقش مهمی را ایفاء نمایند.

واژگان کلیدی: مکانیزم پرداخت، بیمه، بیمه های درمانی

۱- دکترای تخصصی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- کارشناسی ارشد آموزش مدارک پزشکی (نویسنده مسئول) دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- کارشناس انفورماتیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه:

امروزه بهداشت و درمان برای ملت ها بعنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت ها به عنوان یک مسئله استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می باشد. هدف تعمیم بهداشت و درمان به همگان باید بر اساس رفع تبعیض بین گروه های مختلف جامعه تعیین گردد (۱) و در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آنکه یک وسیله تجاری به شمار رود بعنوان یک حق اصلی در نظر گرفته می شود از اینرو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم نماید که تحقق بخشیدن به این حق عمومی بستگی به مکانیزم های تامین کننده خدمات برای تمام افراد دارد بدون آنکه در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه ها یا عدم پرداخت حق بیمه ها از سوی آنان توجهی نماید. (۲)

در بیمه درمان اجتماعی نوع پرداخت افراد تحت پوشش یک طرح بیمه درمان اجتماعی، وابسته به درآمد آنها می باشد. سطح نرخ پرداخت و حق سرانه به هیچ وجه با خطراتی که سلامتی افراد را تهدید می کند یا با بیماری ها و یا علائم بیماری های قبلی در یک فرد و یا بیماری های مزمن بستگی ندارد. به عبارتی دیگر هدف اصلی بیمه درمان اجتماعی، پرداخت بر اساس میانگین سطح درآمد و استفاده افراد بر اساس نیازشان می باشد (۳).

مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی یکی از موضوعات چالش برانگیز در تمامی کشورها بوده و مسائل آن از جنبه های ساختار تشکیلاتی بیمه های درمانی، نحوه تامین منابع مالی و گسترش پوشش جمعیتی و بهبود نحوه ارائه خدمات و تعیین شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی و تعیین نقش سامانه های طبقه بندی متعارف در مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی مورد بحث قرار می گیرد. مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی که با هدف دستیابی به اهداف عمومی سلامت، ایجاد سطح قابل قبول از کیفیت به طریق کارآمد بدون به مخاطره افکندن دسترسی بیماران به خدمات و حصول اطمینان از سود بیشتر ارائه کننده خدمات و ایجاد ابزاری مطمئن

برای کنترل هزینه بوجود آمده است، همواره بخش قابل توجهی از منابع سلامت را به خود اختصاص می دهد (۴). بنابراین سازماندهی و نوسازی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف این پژوهش، مطالعه ابعاد مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی است لذا پژوهشگر بر آن است که با مطالعه تطبیقی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای منتخب راهکارهای مناسبی را در حد توان برای ایران ارائه دهد.

شرح مقاله:

سلامت انسانها بخشی از سرمایه ملی است که دائما در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از وجود یا فقدان متوجه تمامی افراد جامعه می شود بنابراین اگرچه هر یک از افراد جامعه باید برای حفظ سلامتی خود تلاش کنند جامعه هم مسئول حفظ سلامتی افراد خود است و باید در برابر خطراتی که این سلامتی را تهدید می کند احساس مسئولیت نماید (۵). در دهه های اخیر ساختار نظام های تامین اجتماعی بخصوص در زمینه بیمه درمان دستخوش تغییراتی شده که این روند هنوز هم ادامه دارد. ساختار سازمانی بیمه درمانی در کشورهای منتخب دارای ویژگی های خاص خود می باشد و طرح های مختلفی برای برقراری این نظام ها وجود دارد. البته ساختار کلی جدا از بینش عمومی جاری هر کشور و نوع حکومت آنها نبوده است و میزان مداخله دولت در اجرای طرح ها و نقشی که برای بخش خصوصی قائل شده با نوع حکومت ها ارتباط نزدیکی دارد بطوریکه تلاش دولت ها برای گسترش خدمات بیمه درمانی در کشورهای منتخب دیده می شود و هدف اصلی تمام کشورها برقراری امکانات درمانی برای تمام افراد جامعه می باشد (۶).

کشور امریکا از نظر ساختار تشکیلاتی دارای یک نظام بهداشتی منسجم نیست، زیرا متشکل از ایالت هایی است که هر کدام از آنها از نظر جمعیت، فرهنگ، آداب و رسوم اجتماعی تا حد زیادی با یکدیگر متفاوتند. به همین دلیل از نظر نیازهای بهداشتی و میزان رفاه بهداشتی نیز با

همگانی به کار گرفته است. ترکیبی از نظام های بیمه سلامت دولتی و خصوصی دسترسی همگانی به خدمات پزشکی و بیمارستانی را تضمین می کند. بر مبنای قانون سلامت ملی، وزیر بهداشت مجری تشریح و تصمیم در مورد ماهیت و مزایای خدمات می باشد. در استرالیا بیمه درمانی دولتی و خصوصی با دسترسی همگانی وجود دارد که تحت پوشش یک سیستم خدمات سلامتی دو جانبه قرار دارند (۱۲).

ساختار سازمانی بیمه خدمات درمانی در ایران وابسته به وزارت رفاه و تامین اجتماعی می باشد و نظام بهداشتی درمانی ایران همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی است. سه طرح بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی و نیروهای مسلح عمده ترین فعالیت های بیمه ای را در سطح کشور انجام می دهند. زمینه های قانونی برای سامان یابی وظایف حاکمیتی دولت در عرصه تامین اجتماعی، ایجاد هماهنگی و انسجام بین سازمان ها و نهادهای مختلف فعال در زمینه رفاه و تامین اجتماعی و نیز هدایت و هدفمند سازی یارانه ها به این سمت، فراهم شده است (۱۳). گسترش پوشش جمعیتی بیمه های درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی شامل صندوق کارکنان دولت، صندوق روستاییان و صندوق خویش فرمایان می شود در حالیکه پوشش بیمه ای در سازمان تامین اجتماعی گسترده تر است. این سازمان صاحبان حرف و مشاغل آزاد، مستمری بگیران و مقرری بگیران بیکاری، کارگران مشمول بیمه اجباری را نیز تحت پوشش قرار می دهد (۱۴).

هم تفاوت دارند (۷). در این کشور یک سیستم فراگیر ملی برای نظام بیمه درمان وجود ندارد و ترکیب پیچیده ای از پرداخت کنندگان انفرادی و دولتی (سطح فدرال، ایالتی، محلی) سیستم عرضه خدمات درمانی را تشکیل داده اند (۸). در امریکا نظام تامین اجتماعی، خود را متعهد به تامین حداقل خدمات درمانی برای جمعیت آسیب پذیر می داند. بنابراین پوشش بیمه خدمات درمانی برای سایر افراد اختیاری است. نقش بیمه های خصوصی در عرضه بیمه بهداشتی بسیار قابل توجه است و خدمات درمانی با روش ها و کیفیت متنوع و متناسب با انتخاب بیمه شده ارائه می شود. دفتر مدیریت مالی مراقبت بهداشتی درمانی وزارت بهداشت و نیروی انسانی ایالات متحده مدیریت مراکز سلامت دولت فدرال را بر عهده دارد. مراکز ایالت ها عمدتاً تحت نظر شهرداری ها مدیریت می شود (۹). پوشش پایه ای بیمه های درمانی در امریکا محدوده وسیعی از برنامه های بیمه ای است که هزینه های ناشی از بیماری ها، تصادفات، آسیب ها و ناتوانی ها را در دو بخش خصوصی و دولتی تحت پوشش قرار می دهد این گستره وسیع بیمه های بهداشتی شامل بیمه هزینه های پزشکی و بیمه درآمد ناشی از کارافتادگی و بیمه حوادث و نقص عضو می شود. (۱۰ و ۱۱)

استرالیا یک نظام فدرالی دولتی دارد که مسئولیت های اصلی و مالی آن بین دولت فدرال و شش ایالت و دولت های محلی تقسیم می شود. استرالیا از سال ۱۹۷۵ تا کنون مکانیزم های موازی را برای تحت پوشش قرار دادن جمعیت های مختلف و مزایای مختلف پوشش

جدول ۱- تطبیق گستره پوشش خدمات بر حسب خدمات پیشگیری، درمان، توانبخشی و درمان در کشورهای منتخب

کشور / پوشش خدمات	پیشگیری	درمان	توانبخشی
آمریکا	*	*	*
استرالیا	*	*	*
ایران		*	

جدول ۲- تطبیق پوشش جمعیتی بر حسب اقامت، پرداخت حق بیمه و شغل در کشورهای منتخب

کشور / مبنای پوشش جمعیتی	اقامت	پرداخت حق بیمه	شغل
امریکا	*	*	*
استرالیا	*	*	*
ایران	*	*	*

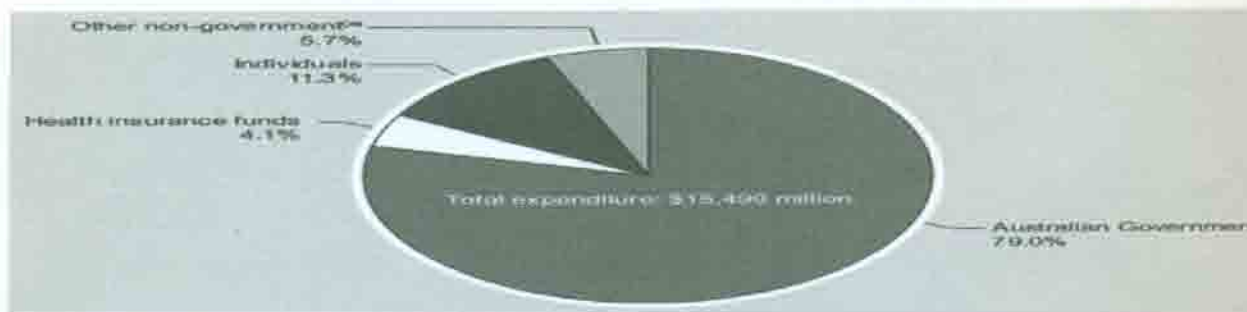
مطالعه تطبیقی نشان داد تامین مالی مراکز مراقبت بهداشتی در امریکا از دو طریق صورت می گیرد: جمع آوری پول برای مراقبت های بهداشتی (نگهداری سرمایه) و دیگری بازپرداخت به عرضه کنندگان مراقبت بهداشتی. در امریکا مسئولیت تامین مالی بین شرکت های بیمه خصوصی و دولت تقسیم شده است، و هر دو آنها پرداخت کننده نامیده می شوند و می توان این طور بیان کرد که در امریکا از سیستم چند پرداختی استفاده می شود. توضیحات بیشتر در این زمینه در قالب نمودار آورده شده است (۱۷). (نمودار ۱)

منابع مالی خدمات اجتماعی استرالیا توسط دولت تامین می شود که توسط ترکیبی از موسسات داوطلب، خصوصی غیر انتفاعی ارایه می شود. مالیات های بیمه ای سیستم های مراقبت بهداشتی استرالیا یا از طریق قوانین مصوب بیمه ای تامین می شود و یا از طریق پرداخت های خصوصی. در سال ۲۰۰۴ تقریباً ۸۰ درصد درآمد دولت از

برخورداری از سلامت، برای همگان یک حق مثبت تلقی می شود و اهمیت حیاتی این مقوله الزامات خاصی را برمی انگیزد که با سایر بخش های خدماتی متفاوت است. پس در عین حال اهداف دیگری همچون پاسخدهی به توقعات و رضایت بیماران، مشارکت عادلانه منابع مالی و توجه به ارتقای مداوم کیفیت ارائه خدمات، نیز باید در کنار کارایی اقتصادی مورد توجه قرار گیرد (۱۵). منظور از تامین منابع مالی بخش سلامت فراهم ساختن وجوه با هدف ایجاد انگیزه برای ارائه دهندگان این نوع خدمات است، به گونه ای که دسترسی اعضای جامعه به مراقبت های بهداشتی درمانی فردی تضمین شود. تقریباً در تمامی کشورهای مورد بررسی، دولت ها به نوعی درگیر تامین بودجه ارائه خدمات بیمه های درمانی هستند. البته در برخی موارد بیمه شدگان مبالغی را خود می پردازند و در برخی موارد بیمه شده، کارفرما و دولت توأماً هزینه را پرداخت می کنند (۱۶).



نمودار شماره ۱- سیستم پرداخت امریکا



نمودار شماره ۲- هزینه های خدمات بهداشتی در استرالیا

متنوعی در امریکا صورت می گیرد؛ از طریق بیمه کنندگان خصوصی، برنامه ایالتی مدیکید وابسته به فدرال، برنامه فدرال مدیکیر و هزینه هایی که توسط افراد بیمه شده و غیر بیمه شده از جیب بیمار پرداخت می گردد. بیمه کنندگان شخص ثالث از طریق روشهای طبقه بندی شده گوناگونی به بیمارستان ها پول پرداخت می کنند، این روش ها شامل بازپرداخت بر اساس هزینه گذشته نگر، نرخ های تنزیل شده، پرداخت های آینده نگر بر اساس گروههای مرتبط تشخیصی وابسته DRG (Diagnostic Related Groups) یا بر اساس گروههای بیمارستانهایی که هزینه مشابه دارند. شرکت های بیمه، سازمان های حفظ سلامت (سازمان های حفظ سلامت خدمات مشخصی را در قالب یک بسته و در قبال دریافت مبلغ ثابتی ارائه می دهند معمولا دریافت ها بصورت ماهانه یا سالیانه صورت می گیرد)، بلوکراس و بلوشیلد، و دیگر سازمان های دولتی مثل مدیکیر و مدیکید بعنوان پرداخت کننده های شخص ثالث می باشند که دو جزء دیگر را می توان بیمار و ارائه کنندگان خدمات را نام برد (۲۳ و ۲۴).

شیوه های پرداختی به عرضه کنندگان مراقبت بهداشتی در استرالیا پرداخت حقوق و دستمزد است که بر طبق ساعات کاری به کارمندان تعلق می گیرد و پرداخت کارانه که به پزشکانی که در نظام بیمه درمانی استرالیا فعالیت می کنند تعلق می گیرد و علاوه بر کارانه از روش پرداخت بر مبنای قرارداد فصلی (دوره ای) نیز برای پرداخت

طریق منابع عمومی (مالیات) تامین می گردید و ۲۰ درصد باقیمانده از طریق منابع خصوصی تامین می گردید که این رقم تا سال ۲۰۰۹ نیز، تغییر چندانی نکرده است (۱۸ و ۱۹)، (نمودار ۲)

تامین مالی صندوق های بیمه ای در ایران به گونه های مختلفی صورت می گیرد، از محل اعتبارات دولت و در قالب حق بیمه سرانه، کمک های دولتی (مشارکت دولت)، حق بیمه ها (اخذ بخشی از حق بیمه از بیمه شده و اخذ بخشی دیگر از کارفرما)، درآمدهای حاصل از وجوه و ذخائر و اموال سازمان، وجوه حاصل از خسارات و جریمه های نقدی سازمان، مقرر در قانون و کمک ها و هدایا و برنامه های حمایتی (۲۰).

در کشورهای منتخب برای مطابقت با هزینه های سنگین بخش سلامت، از شیوه های مختلف پرداخت استفاده می شود که با اهرم انگیزه های مالی به کنترل ارائه خدمات و نظارت بر نوع و میزان مصرف کالاها و خدمات می پردازند (۲۱) البته سطوح مختلف تامین و ارائه خدمات درمانی ممکن است شیوه های متفاوتی را برای پرداخت به ارائه کنندگان خدمت مطالبه کند که انتخاب یکی از شیوه های پرداخت از میان شیوه های مختلف پرداخت کار آسانی نیست ولیکن باید بخاطر داشت که متناسب ترین نظام برای هر کشور بستگی به شرایط خاص آن کشور دارد (۲۲).

پرداخت هزینه های خدمات بیمارستانی به اشکال

گروههای مرتبط تشخیصی دارد. در این نظام که از سال ۱۳۷۸ به اجرا در آمده جهت پرداخت در سطح دوم و سوم خدمت پیشنهاد می گردد. در این نظام بیماران بر طبق ۶۰ مورد از اعمال جراحی (این تعداد در سال ۸۸ به ۹۰ مورد رسیده است و پیشنهاداتی برای ۱۵۰ مورد نیز ارائه گردیده است (۲۸)) شایع طبقه بندی می گردند (۲۹). نظام گلوبال ایران با گروه های مرتبط تشخیصی کشور آمریکا و استرالیا متفاوت است. طبقات تشخیصی اصلی و گروههای مرتبط تشخیصی پایه که در نظام گروههای مرتبط تشخیصی به طور کامل در نظر گرفته شده است، در نظام گلوبال وجود ندارد. در نظام گروههای مرتبط تشخیصی به هر گروه کسبی تعلق می گیرد که با کدهای طبقه بندی بین المللی بیماریها مرتبط و هماهنگ است اما در نظام گلوبال کدگذاری انجام نمی شود (۳۰). در نظام گلوبال کل هزینه های هر یک از اعمال گروه جراحی را مجموع هزینه های حق العمل، کمک جراح، اتاق عمل و بیهوشی، ویزیت و مشاوره و سایر هزینه های یک مورد متوسط در آن گروه در هر نوع بیمارستان تشکیل می دهد. بدین ترتیب در دستورالعمل محاسبه هزینه بیمار، پرداخت در ایران با توجه به نظام گلوبال، عامل وزن نسبی / وزن هزینه ای هر گروه عمل جراحی و نیز عامل میزان پرداخت به ازاء هر مورد میزان استاندارد در نظر گرفته نمی شود. ذکر این نکته ضروری به نظر می رسد که مرکز توسعه دهنده و حمایت کننده نظام گلوبال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۳۱).

(جدول ۵)

بحث و نتیجه گیری:

بیمه درمان که بخشی از نظام رفاه و تامین اجتماعی هر کشور می باشد، پیوسته دستخوش تغییرات و اصلاحاتی در جهت ارتقاء کیفیت، برقراری عدالت، افزایش پوشش، جلب رضایت شهروندان و غیره است و هر کشوری بر اساس بنیه اقتصادی، تجربیات قبلی، دیدگاههای سیاسی، انتظارات عمومی و مقررات علمی دست اندرکاران خود می

به پزشکان استفاده می شود. پرداخت به بیمارستانها بر اساس روزجراحی می باشد و یا از سیستم پرداخت ترکیب موردی بر اساس گروههای مرتبط تشخیصی صورت می گیرد. خریداران بخش عمومی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه OECD به طور قابل توجهی از نظام پرداخت موردی یا مبتنی بر تشخیص استفاده می کنند. استرالیا نیز از جمله این کشورها می باشد. استرالیا از روش پرداخت تشخیص به ازای هر مورد نیز استفاده می کند کشور استرالیا نظام طبقه بندی خود را بر اساس نظام گروههای تشخیص وابسته ای آمریکا به روز کرده است. این رویه در کشورهایی که از روش پرداخت مبتنی بر تشخیص استفاده می کنند، امری متداول است، اگر چه برخی کشورها از نظام مزبور بدون انجام تعدیلات استفاده کرده اند. (۲۵ و ۲۶)

از جمله شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی در ایران کارانه می باشد کارانه از جمله نظام هایی است که می تواند در شرایطی که بیمارستانها بر اساس نظام بازار و با هدف کسب سود فعالیت می کنند مناسب باشد. در حالیکه سایر نظام های پرداخت بهای خدمات بیمارستانی برای چنین وضعیتی قابلیت لازم را ندارد نظام های پرداخت بر مبنای حقوق، پرداخت بودجه ای و پرداخت های تشویقی، از جمله نظام هایی است که در شیوه درمان مستقیم برای تامین منابع مالی بیمارستانهای تابع سازمانهای بیمه گر به صورت توانمند استفاده می شود. برای مراکز طرف قرارداد در بخش دولتی یا خصوصی و خیریه با استفاده از روش کارانه، پرداخت انجام می شود و در سازمان بیمه خدمات درمانی با عنایت به خرید خدمت از بخش دولتی، خیریه، خصوصی ارائه کننده مراقبت های سلامت، پرداخت به ارائه کنندگان فقط با استفاده از روش کارانه صورت می گیرد (۲۷) (جدول ۳ و ۴)

بخشی دیگر از هزینه ها در ایران بر اساس K هزینه مشخص، تعیین شده است که با توجه به ارزش نسبی ضریب مربوطه هر ساله قابل بازنگری است و بخشی از آن هم تحت عنوان گلوبال فرایندهای مشابه مکانیزم

جدول ۳- تطبیق مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای منتخب

مورد کاربرد در کشورهای منتخب	موارد عدم استفاده	موارد استفاده	پیش نیازهای فنی	مبنای پرداخت	نوع نظام پرداخت
آمریکا، استرالیا، و ایران	ندارد	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها، داروخانه ها و پیراپزشکان	تدوین جدول و فهرست های تعرفه و خدمات	هر اقدام یا خدمت درمانی	کارانه
ایران، استرالیا، آمریکا	داروخانه ها	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها و پیراپزشکان	تدوین جدول تعرفه	هر مورد بیماری	موردی
کاربودی در کشورهای منتخب ندارد	پزشکان، دندانپزشکان، داروخانه ها و پیراپزشکان	بیمارستانها	محاسبه هزینه ها، مذاکره و توافق با ارائه کنندگان خدمات	روز بیمار	هزینه روزانه
آمریکا	داروخانه ها و پیراپزشکان	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها	محاسبه هزینه ها، مذاکره و توافق با ارائه کنندگان خدمات	هر بیمار	سرانه
ایران،	داروخانه ها و پیراپزشکان	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها	تهیه فهرست تجهیزات و ملزومات، محاسبه هزینه ها، مذاکره و توافق با ارائه کنندگان خدمات	سرمایه گذاری های مصوب	نرخ ثابت
ایران، استرالیا، آمریکا	ندارد	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها، داروخانه ها و پیراپزشکان	محاسبه هزینه ها، مذاکره و توافق با ارائه کنندگان خدمات	کلیه خدمات بیمه شدگان در یک دوره زمانی	بودجه ای
ایران، استرالیا	بیمارستانهای مستقل	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانهای وابسته، داروخانه ها و پیراپزشکان	مذاکره	یک دوره کاری (ماهانه)	حقوق بگیر
ایران، استرالیا	داروخانه ها و پیراپزشکان	پزشکان، دندانپزشکان، بیمارستانها	تهیه فهرست خدمات مشمول تشویق و محاسبه هزینه ها مثل واکسیناسیون	انجام اقدامات و خدمات خاص	تشویقی (پاداش)

جدول ۴- تطبیق شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی در کشورهای منتخب

کشور منتخب	شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی
آمریکا	نظام پرداخت به عرضه کنندگان مراقبت درمانی پرداخت کارانه، پرداخت حقوق بصورت ماهانه یا پیش پرداخت صورت می گیرد.
استرالیا	به عرضه کنندگانی که در مرکز درمانی مشغول به فعالیت هستند پرداخت حقوق بر طبق ساعت کاری صورت می گیرد. پرداخت کارانه و روش پرداخت بر مبنای فصلی نیز جزء روشهای دیگر پرداخت می باشند.
ایران	سازمان تامین اجتماعی؛ پرداخت کارانه، پرداخت حقوق سازمان بیمه خدمات درمانی؛ کارانه سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح؛ در مراکز سازمانی متعلق به نیروهای مسلح ترکیبی از سیستم حقوق بگیری و کارانه وجود دارد کمیت امداد امام خمینی؛ پرداخت کارانه

جدول ۵- تطبیق سامانه های طبقه بندی متعارف در پرداخت بیمه های درمانی در کشورهای منتخب

کشور	سیستم طبقه بندی	سیستم طبقه بندی گروههای مرتبط تشخیصی	سیستم کنگذاری تشخیصی	سیستم کنگذاری اقدامات
آمریکا	AR-DRG, AP-DRG, Medicare DRG R-DRG,S-DRGP	استفاده می کند	ICD-10-CM	ICD-10-CM
استرالیا	AR-DRG AN-DRG	استفاده می کند	ICD-10-AM	ICD-10-AM
ایران	Global	استفاده نمی کند	ICD-10	ICD-10

- 11- Sheryl A . Like & Lucy A . Jenkins , life & Health Insurance principliles of health insurance, medical expence insurance 2000, chapter 10
- 12- Hit Summary : Australia , 2006 / European observatory on health care systems WHO Regional office for Europe
- ۱۳- زارع، حسین . راهبردهای خصوصی سازی بیمه درمان، جلد ۱: اصول و میانی، بیمه سلامت در ایران، تهران : سازمان بیمه خدمات درمانی : شرکت انتشارات علمی فرهنگی، ۱۳۸۴ .
- ۱۴- خالق نژاد طبری، رضایی قلعه ، کریمی، ملکی، جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام تامین اجتماعی، تهران: موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، چاپ اول، ۱۳۸۰
- 15- Bodenheimer,Thmoas S. understanding health policy:a clinical approach . 2002
- 16- Walt Carmen De Navas , proctor Bernadette, Smith Jessica , " Incom . Poverty and health insurance coverage 2006" us . census Bureau: current population Report 2007 available at: 2007 available at : [http:// www.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf](http://www.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf)
- 17- Kao- Ping Chua" Overview of the U.S Health care System AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006 feb 10,2006 available at : <http://www.amsa.org/uhc/healthcaresystem overview.pdf>
- 18- Judith Healy . Evelyn Sharman . Bud-dhima Lokuge .Health systems in transition vol.8No.5.2006 Australia Health system Review, European observatory on health systems and policies . edited by : Judith Healy
- 19- Boared Chair , Hon . Peter Collins , AM , QC "Australias health 2008" The elevent biennial health report of the Australian institute of health & welfare published bu the Aystralian institute of health &welfare 7 May 2008
- ۲۰- جعفری پویان، ابراهیم. چشم اندازی به نظام بهداشتی امریکا، تهران: فصلنامه تامین اجتماعی، ۱۳۸۳،

منابع:

- ۱- وند رجب پور ، مجید . مطالعه تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو مناسب برای ایران . پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد علوم تحقیقات ، ۱۳۷۷
- ۲- بارونی ، محسن . بررسی تطبیقی شیوه های تامین منابع مالی بیمه درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران . پایان نامه جهت اخذ درجه ارشد اقتصاد بهداشت و درمان ، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه ایران ، ۱۳۸۳
- ۳- رضایی قلعه ، حمید . بیمه درمان اجتماعی ، اثر : دفتر بین المللی کار (ILO) و اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی (ISSA) . تهران ، سازمان بیمه خدمات درمانی : شرکت انتشارات علمی و فرهنگی ، ۱۳۷۹
- 4- Abdelhak, Mervate , PHD, Grostick sara, Hanken Maryalic, Jacobs Eller. " Health informa-tion of a strategic " resource third edition , wb. saunders company , 2006
- ۵- صادقی حسن آبادی، علی. کلیات بهداشت عمومی ، انتشارات دانشگاه شیراز ، ۱۳۷۲ .
- ۶- معینی، اسفندیار. تامین منابع مالی بیمارستانهای عمومی. خلاصه مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان، تهران، موسسه چاپ و انتشارات دانشگاه امام حسین علیه السلام، ۱۳۸۱
- 7- Robert Kuttner, " the American health care szystem Health insurance coverage " the new England journal of medicare , janvier 2000
- 8- Robert Millset shailesh Bhandari , Health in-surance coverage in the united states , report us census Bureau . sep 2003
- ۹- زارع ، حسین . مقدمه ای بر بیمه های درمانی . بیمه همگانی خدمات درمانی ، ویژه نامه پژوهش ، سال ۵ ، شماره ۱۷ ، تیرماه ۱۳۸۰ .
- 10- Kenneth Black . Life & Health insurance. USA : person INK ; 2004

صفحات ۲۳۱-۲۴۸.

28-<http://www.aftab.ir/news/2008/oct/c4c-1224489688saocialorganizationinsurance.php>

29- Hajghasemali , Davood . Hajmahmoodi, Hanan .expenses global operation in hospital private organization social service . tirmahe 1384. Pp48-61

30- Safdari , reza . system nomenclature and classification disease and present model for creation national classification disease , publication mirmah , 1382

31- Sharifian , roksana . study comparative diagnostic related groups in selective countries . (Thesis in persian) iran university , year 1383

32- Hasanzadeh , Ali . health insurance in countries under development from view health insurance , scope of collaboration treatment , tehran tavangaran , 1379

33- Goodini, azadeh. Methods payment to provider health care , thecongress in tehran university , 1387 .

34- Goodini, azadeh . comparative study of payment mechanisms health insurance in selective countries (thesis in persian) tehran university , 1388.

۱۷ (۶).

21- Naghavi, M ,jamshidi H. Productivity of health in republic religious IRAN , health collaboration ministry of health & medical education , 1384

22- Michelle A . Green , Joann C . Rowel . " Understanding Health Insurance " Aguid to Billing and Reimbursment 8 th edition2006 Braceland 2008

23- Doris D. Humphery , Kathie Sigler " Medical office reference manual" 3rd edition health care informatics an interdisciplinary approach 2001

24- Essentials of the us health care sestem " publisher : singh."Shi , leiye Douglas 2005

25- Stoelwinder J , Viney R (2000) . a Tale of two states : New south wales Victoria . In : Bloom AL, ed . Health reform in Australia and New Zealand. Melbourne , oxford university press : 211-220

۲۶- مرادی، نجمه . قیمت گذاری خدمات سلامت . مولف: هاگ واتزر، پیتر هاسی، فصلنامه تامین اجتماعی ، شماره ۲۳ ، سال هفتم ، زمستان ۱۳۸۴

۲۷- ماهر، علی . مطالعه تطبیقی پرداخت هزینه های درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران، فصلنامه تامین اجتماعی، سال ۵ شماره ۱۴ سال ۱۳۸۲