

- وصول مقاله: ۸۸/۰۶/۱۵
- اصلاح نهایی: ۸۸/۰۷/۲۰
- پذیرش نهایی: ۸۸/۰۸/۱۲

طراحی الگوی رقابت در ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی ایران

رحمت الله قنبری^۱، ایرج کریمی^۲، محمود محمودی^۳

چکیده

مقدمه: به کارگیری سازوکارهای بازار در خدمات بیمارستانی مستلزم این است که دولت بر شرایط ساختاری بازار و رقابت بین عرضه کنندگان توجه کند. تأثیر اعمال رقابت به عوامل متعدد بستگی دارد. هدف این پژوهش طراحی الگوی رقابت در بیمارستان‌های دولتی ایران به نحوی در ارائه خدمات درمانی رقابت نمایند.

روش پژوهش: این پژوهش کاربردی به صورت توصیفی-مقطعی اجرا شده؛ پژوهشگر بر اساس یافته‌های مطالعه‌ای تطبیقی و بررسی متغیرهای ویژگی‌های بازار رقابت، برای شیوه‌های مؤثر بر افزایش کارایی، تأمین منابع مالی، شیوه‌های انعقاد قرارداد در ارائه خدمات بستری، شیوه‌های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان‌های دولتی در مورد کشورهای منتخب؛ با روش دلفی الگوی نهایی ارائه می‌کند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شد. روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها با استفاده از نظر متخصصان تأیید شد.

یافته‌ها: در کشورهای مورد مطالعه، دولت‌ها بیش از ۸۵ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بستری را خود می‌پردازند. به طور میانگین ۳۰۳ درصد از تولید ناخالص ملی صرف هزینه‌های بیماران بستری می‌شود، که ۸۵٫۳ درصد هزینه‌ها مربوط به بیماران بستری دولتی می‌باشد. سازوکارهای رقابت موجب محدود شدن هزینه‌ها، بهبود کارایی، ارتقای سطح اثربخشی و صرفه جویی دولت‌ها در سرمایه‌گذاری اصل سرمایه، به ویژه در بخش بیمارستانی شده است.

نتیجه‌گیری: دولت با فراهم کردن زمینه سازوکارهای بازار محور در ارائه خدمات بیمارستانی و نظارت می‌تواند به میزان قابل توجهی بر کیفیت خدمات، بهره‌وری از منابع موجود و رضایتمندی مشتریان بیفزاید.

کلید واژه‌ها: رقابت، خدمات بیمارستانی، بیمارستان‌های دولتی، سازوکارهای بازار

۱. دانش آموخته دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: rahmat.ghanbari@yahoo.com

۲. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. استاد دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

مکانیسم‌های بازار محور می‌تواند به کاهش هزینه‌های خدمات بیمارستانی کمک کند؛ بنابراین، محدود کردن هزینه‌های مراقبتی یکی از مکانیسم‌های بازار محور می‌باشد که تأثیر بیشتری در کاهش هزینه‌ها دارد حتی در سیستم‌هایی که بیمارستان‌های آن تحت کنترل دولت باشد. کشورهایی که دارای مکانیسم قابل توجهی مبتنی بر بازار، برای خدمات بیمارستانی نداشته‌اند، گام‌هایی را برای معرفی مکانیسم‌های قویتر بازار برداشته‌اند. از جمله این کشورها عبارتند از: فرانسه، آلمان، سوئد و انگلستان. ورود مکانیسم‌های بازار، کاملاً با دسترسی وسیع و برابر به مراقبت‌های بهداشتی، سازگار است. [۱]

تأثیر اعمال رقابت به نوع رقابت سیستم تأمین مالی، مراقبت بهداشتی، سیستم پرداخت بیمارستانی، نوع خدمات مورد بحث، نوع ارائه دهندگان خدمات، امکان ورود ارائه دهندگان جدید به مقررات و قوانین حاکم بر عرضه و تقاضا برای مراقبت بهداشتی، بستگی دارد. یک مکانیسم رقابتی که ممکن است در یک سیستم عمل کند الزاماً در یک سیستم دیگر به خوبی انتقال نخواهد یافت. [۲]

یکی از مشکلات عمده در خدمات بهداشتی درمانی دولتی خصوصاً در ایران، همانند دیگر خدمات دولتی، ناکارآمدی فنی است. از منابع موجود به صورت ضعیف و اغلب بسیار ضعیف استفاده می‌شود. در سطح سیستمی، کارایی تخصیصی یک مشکل جدی است. یعنی منابع به طرز نامناسبی توزیع می‌گردد. [۳]

انعقاد قراردادهای گزینشی وجود ندارد اغلب خریداران خدمات بیمارستانی مجبور هستند با آن دسته از بیمارستان‌هایی که سطوح بالاتری از خدمات را به ازای سطح معینی از هزینه ارائه می‌کنند، بالاجبار خدمت خریداری نمایند. [۴]

مکانیسم‌های رقابتی و بازارگرا مزایای قابل توجهی داشته است؛ برای مثال شواهدی که در این تحقیق بررسی شده است نشان می‌دهد که دست کم در بعضی شرایط:

- روند رقابتی خدمات آزمایشگاهی می‌تواند ۳۰ درصد یا بیشتر صرفه جویی به بار آورد.
 - رقابت قیمت بین بیمارستان‌های قراردادی برگزیده می‌تواند به ۷ درصد یا بیشتر کاهش قیمت بیانجامد.
 - محک زدن میزان پرداخت در مقابل کارآمدترین بیمارستان‌ها می‌تواند به کاهش ۶ درصدی هزینه‌ها در بیمارستان‌هایی که کارآمدی کمتری دارند بیانجامد.
 - بودجه‌های پزشکان می‌تواند به کاهش پذیرش تا ۳.۳ درصد بیانجامد.
 - پرداخت به ازای هر مورد می‌تواند باعث صرفه جویی ۱۰ درصد یا بیشتر در مقایسه با بیمارستان‌هایی شود که هزینه آن‌ها در درجه اول بر مبنای هزینه‌های قبلی تأمین می‌شود.
 - وجود بیمارستان‌های انتفاعی در یک منطقه جغرافیایی می‌تواند با ۲.۴ درصد پرداخت کمتر بیمارستانی ارتباط داشته باشد. اما تعمیم گسترده مزایای رقابت در ارائه خدمات بیمارستانی همیشه کار مناسبی نیست. [۵]
- تعدادی شرایط باید تأمین شود تا عوامل بازار، در بخش مراقبت بهداشتی مؤثر واقع شوند. برخی از مهمترین پیش شرط‌ها جهت مؤثر واقع شدن مکانیسم‌های بازار عبارتند از:
- ۱- پشتیبانی مالی از یک بیمارستان، با تعداد بیماران درمان شده و نوع درمان آن‌ها رابطه دارد؛ به طوری که بیمارستان‌ها انگیزه لازم را برای تلاش جهت درمان بیماران بیشتر، پیدا خواهند نمود.
 - ۲- انعقاد قراردادهای گزینشی مجاز باشد تا خریداران خدمات بیمارستانی مجبور نشوند از همه بیمارستان‌ها یا آن دسته از بیمارستان‌هایی که سطوح بالاتری از خدمات را به ازای سطح معینی از هزینه ارائه می‌کنند، تعداد بیشتری از بیماران را پذیرش نمایند.
 - ۳- فروشندگان سهل الوصول دیگری باید وجود داشته باشند و این فروشندگان باید دارای ظرفیت پذیرش تعداد روز افزونی از بیماران باشند؛ زیرا در غیر این صورت، ارائه دهندگان دارای قدرت انحصاری

اولیه پیشنهادی برای ایران طراحی گردید. و نهایتاً از افراد متخصص و صاحب نظر (۳۰ نفر خبره) که از بین صاحب نظران و اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه‌ها که دارای تألیفاتی در این زمینه بوده، همچنین افرادی که در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران جزء نفرات کلیدی بوده و با موضوع رقابت آشنایی کامل داشتند انتخاب گردیده و درخواست گردید با استفاده از تجربیات علمی نظری و عملی خود به ارزیابی پیشنهادات و اصلاح الگوی اولیه بپردازند. در نهایت الگوی نهایی پژوهش ارائه گردید.

ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها به ترتیب: (۱) فیش کارت جهت جمع‌آوری متون کتابخانه‌ای و اینترنت، (۲) فرم‌های تدوین شده جهت جمع‌آوری اطلاعات هر یک از کشورهای منتخب و (۳) پرسشنامه جهت نظرخواهی از خبرگان و آزمون الگو بوده است. به منظور تهیه الگوی نهایی پرسشنامه فوق‌الذکر به همراه نمای شماتیکی از الگوی پیشنهادی و تشریح ابعاد الگو در اختیار خبرگان قرار گرفت. سئوالات پرسشنامه توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شد بطوری که گزینه بسیار کم=۱ و گزینه بسیار زیاد=۵ بود. فرضیه صفر به صورت میانگین امتیاز پاسخ دهندگان به درصد، کمتر یا مساوی (۷۵درصد) و فرضیه مخالف نیز با میانگین بزرگتر از (۷۵درصد) مطرح گردید. به منظور آزمون فرضیه فوق‌الذکر از آزمون t یکطرفه استفاده گردید.

در نهایت نظرات خبرگان، در مورد الگوی نهایی جمع‌آوری دسته بندی و در کامپیوتر وارد و با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS تحلیل شد. جواب‌های بدست آمده در رابطه با هر یک از ابعاد الگو مندرج در پرسشنامه، در صورتی که بیشتر از ۳.۷۵ بودند مورد قبول واقع شدند و در الگوی نهایی استفاده گردیدند. توافق کلی در مورد لحاظ نمودن یک جزء در الگوی نهایی طی سه مرحله از نظرخواهی به روش دلفی انجام و الگوی نهایی تهیه گردید.

خواهند شد و رقابت تأثیر اندکی خواهد داشت. همچنین، اطلاعات کافی باید جمع‌آوری گردد تا قضاوت دقیقی در مورد خدماتی که باید توسط بیمارستان‌ها ارائه گردد به عمل آید. از جمله: شاخص‌های کیفیت مراقبت. [۶] نداشتن الگویی برای رقابت در بیمارستان‌های دولتی در ایران، لزوم این پژوهش را ضروری می‌نماید. این امر پژوهشگر را بر آن داشت تا با مطالعه رقابت در ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی تعدادی از کشورها، الگویی را با توجه به ویژگی‌های نظام بهداشتی درمانی کشور طراحی و پیشنهاد نماید. [۷]

روش پژوهش

هدف کلی این پژوهش طراحی الگویی است که بیمارستان‌های دولتی ایران به راحتی بتوانند در ارائه خدمات رقابت نمایند تا رضایت خاطر مشتریان را با ارائه خدمات مطلوب فراهم سازند.

پژوهش حاضر از نوع پژوهش کاربردی و به صورت توصیفی - تطبیقی و مقطعی بوده است. پژوهشگر بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه تطبیقی از طریق بررسی متغیرهای ویژگی‌های بازار رقابت، شیوه‌های مؤثر بر افزایش کارایی، تأمین منابع مالی، شیوه‌های انعقاد قرارداد در ارائه خدمات بیمارستانی، شیوه‌های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان‌های دولتی در مورد کشورهای منتخب (کانادا، آمریکا، انگلستان، آلمان، کره جنوبی، ژاپن و ایران) موفق به ارائه و تأیید الگوی نهایی با بکارگیری از روش دلفی تکنیک شده است.

مطالعه به دنبال دستیابی به الگوی مناسب رقابت در ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی ایران بوده و در سه مرحله انجام شده است. ابتدا کشورهایی که دارای رقابت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشند مشخص گردیده، سپس شیوه رقابت و مؤلفه‌های قابل مقایسه آن‌ها استخراج، و داده‌های پیرامون این شاخص‌ها جمع‌آوری گردید. بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده و همچنین شرایط نظام بهداشتی درمانی ایران، الگوی

یافته‌ها

کلیه کشورهای مورد مطالعه دارای رقابت در ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی بودند. در کشورهای مورد مطالعه، دولت‌ها بیش از ۸۵ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بستری را خود می‌پردازند. بطور میانگین ۳.۳ درصد از GDP صرف هزینه‌های بیماران بستری می‌گردد که از این میزان ۸۵.۳ درصد هزینه‌ها مربوط به بیماران بستری دولتی می‌باشد. مکانیسم‌های رقابت موجب محدود سازی و کنترل هزینه‌ها، بهبود کارایی، ارتقاء سطح اثربخشی و همچنین موجب صرفه جویی دولت‌ها در سرمایه‌گذاری اصل سرمایه، بویژه در بخش بیمارستانی شده است. (جدول ۱)

بر اساس نتایج، عرضه خدمات سلامت در کشورهای مورد مطالعه، از سطح کشوری تا سطح محلی گسترده می‌باشد.

از لحاظ سیستم برنامه ریزی، کشورهای پیشرفته از نوع عدم تمرکز و کشورهای در حال توسعه از نوع متمرکز و نیمه متمرکز می‌باشند. [۸]

از نظر نوع بیمه، کشورهای پیشرفته حداکثر از یک الی دو صندوق بیمه‌ای برخوردارند ولی در کشورهای در حال توسعه (مانند ایران) دارای چندین صندوق

بیمه‌ای می‌باشند. [۹]

تأمین هزینه جاری بیمارستان‌ها، در کشورهای در حال توسعه بیشترین فشار را دولت متحمل می‌شود ولی در کشورهای پیشرفته کمترین فشار را دولت متحمل می‌شود. [۱۰]

اکثر بیمارستان‌های دولتی چه در کشورهای در حال توسعه و چه در کشورهای پیشرفته از یارانه دولت برخوردارند. [۱۱]

نظام بازپرداخت در کشورهای پیشرفته به سمت پرداخت آینده نگر پیش رفته در صورتی که در کشورهای در حال توسعه هنوز بر اساس تعرفه‌های مصوب و در برخی بر مبنای عملکرد می‌باشد. (جدول ۲)

بهبود کیفیت ارائه خدمات را برای افزایش کارایی سر لوحه کارشان قرار دادند و تأکید زیادی دارند که سودآوری منجر به کاهش کیفیت ارائه خدمات نگردد. [۱۲]

برای افزایش کارایی بطور مستمر مراکز درمانی را ارزیابی می‌نمایند و برای ایجاد رقابت نتایج ارزیابی را به اطلاع عموم می‌رسانند. [۱۳]

نتایج حاکی از آن است که تمامی کشورهای هستند دارای رقابت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هستند

جدول ۱: مقایسه مشخصه‌های کلی کشورهای مورد مطالعه و ایران از نظر مراقبت‌های بهداشتی درمانی (۲۰۰۵ - ۲۰۰۶)

کشور	کل هزینه مراقبت بیمارستان بستری USD PPP	هزینه عمومی سرانه USD PPP	درصد هزینه بیمارستان بستری عمومی	هزینه مراقبت بیمارستان بستری به عنوان % GDP	کل هزینه مراقبت بیمارستان بستری به میلیون NCU	نرخ اشغال تخت
آمریکا	۱۵۲۶	۸۹۹	۵۸.۹	۴.۱	۴۴۳.۷۱۸	۶۶.۲
کانادا	۸۴۲	۷۳۱	۸۶.۸	۲.۸	۳۳.۲۰۸	۸۶.۶
ژاپن	۸۵۵	۷۵۹	۸۸.۸	-	۱۵.۶۵۰.۲۴۳	۷۹.۵
آلمان	۱۱۹۶	۱۱۰۸	۸۲.۴	۴.۰	۸۴.۲۷۶	۸۰.۱
انگلستان	-	-	-	-	-	۸۵.۱
کره	۲۴۱	۱۵۸	۶۴.۷	۱.۲	۹.۰۰۵.۴۷۸	۷۱.۶
میانگین	۹۵۵.۵	۸۱۰.۸	۸۵.۳	۳.۳	-	۷۶.۸

منبع: OECD Health Data 2005, JUNE 05

جدول ۲: مقایسه مشخصه‌های کلی کشورهای مورد مطالعه و ایران از نظر چگونگی ارائه خدمات و تأمین هزینه بیمارستان‌ها

کشور	عرضه خدمات سلامت سیستم برنامه ریزی	نوع بیمه	تأمین هزینه جاری بیمارستان‌ها	پرداخت یارانه	نظام بازپرداخت
آمریکا	فدرال، ایالتی، ناحیه ای	بیمه سلامت دولتی (مدیکیر و مدیکید) و بیمه سلامت خصوصی	تعرفه‌های پزشکی، پشتیبانی مالی دولت، پشتیبانی مالیاتی، عملیات جانبی	دولتی برخوردارند	پرداخت آینده نگر، بیمه سلامت خصوصی، مراکز خدمات مدیکیر و مدیکید، فرانسیز رتبه بیمارستانی، قوانین ارائه‌دهندگان علاقه مند
کانادا	ایالتی، ناحیه ای، کشوری	بیمه سلامت استانی، ناحیه ای، بیمه سلامت فدرال	۹۰٪ بودجه دولتی، ۱۰٪ عملیات جانبی	غیر انتفاعی برخوردارند، انتفاعی برخوردار نیستند	تعداد و نوع خدمات
ژاپن	دولت، موسسه‌های خصوصی	بیمه پزشکی دولتی	بودجه دولتی، عملیات جانبی، درآمد	دولتی برخوردارند، خصوصی اندک	پرداخت آینده نگر، بر مبنای عملکرد
آلمان	لندر	صندوق‌های بیمه سلامت	تأمین مالی خدمات	بیمارستان‌های ثبت شده در بانداستار تلامت برخوردارند	بر مبنای عملکرد، بر مبنای DRG
انگلستان	سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی ملی NHS	بیمه سلامت ملی	هزینه‌های عمومی و مالیات‌های اولیه	بیمارستان‌ها بسته به حجم و کیفیت خدمات‌شان برخوردارند	پرداخت بر اساس نتایج، حق العمل مبتنی بر طبابت، انتخاب و استفاده از بخش مستقل
کره	دولت، حکومت محلی، موسسه‌های خصوصی	بیمه سلامت ملی	تعرفه‌های پزشکی، پشتیبانی مالی دولت، پشتیبانی مالیاتی	دولتی برخوردارند، خصوصی پشتیبانی مالیاتی اندک	بر مبنای عملکرد
ایران	دولتی، خصوصی، خیریه	بیمه‌های مختلف (ترکیبی)	بودجه دولتی، درآمدهای اختصاصی	ندارد	بر مبنای تعرفه‌های توافقی، فی فور سرویس

بین ارائه دهندگان خدمات و سازمان‌های بیمه‌ای و سرعت بخشیدن به کارها، دست به اصلاح قوانین و مقررات زدند تا قوانین منعطف‌تر به جای قوانین سخت و خشک وضع گردد. در تمامی کشورهای منتخب این نوع اصلاح برای جلوگیری از درگیری بیماران در روند محاسباتی فیما بین ارائه دهندگان خدمات و سازمان‌های بیمه‌ای صورت گرفته است. [۱۵]

بهترین شیوه جهت جلوگیری از سوء استفاده‌های مالی، نظارت دقیق دولت در قراردادهای منعقد بین ارائه دهندگان خدمات و سازمان‌های بیمه‌ای می‌باشد.

در انعقاد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌ای آزادند. ایجاد فرانسیز و کاهش هزینه اضافی، در برخی از کشورهایی که درمان رایگان ارائه می‌نمایند وجود ندارد و در برخی از کشورهایی که درمان رایگان ارائه نمی‌نمایند وجود دارد.

یکی از موارد قابل توجه در رقابت، ایجاد خدمات جانشین می‌باشد که در بیشتر کشورها موجودیت یافته است ولی در تعدادی از کشورها بسته به شرایط حاکمه ایجاد نشده است. [۱۴]

در کشورهای صاحب رقابت برای ایجاد جو اعتماد

بسیاری از عرصه‌های دولتی می‌شود. در بررسی‌های به عمل آمده در این پژوهش نیز نشان داده شده است که ارائه دهندگان خدمات برای افزایش کارایی و کاهش هزینه‌ها، باید به رقابت روی آورند. [۲۱]

الیس معتقد است که ارائه دهندگان خدمات که براساس پرداخت آینده‌نگر به آن‌ها پرداخت می‌شود زمانی که با ترکیبی از بیماری‌های مختلف بر اساس شدت بیماری رو به رو می‌شوند بیمارانی را که دارای شدت بیماری کمتری هستند بر می‌گزینند. یافته‌های این پژوهش، پاداش‌های انگیزشی را برای آن دسته از مراکز درمانی که بر مبنای عملکرد بالا و نوع و حجم درمان فعالیت می‌کنند پیشنهاد می‌نماید. [۲۲]

هلمز و شولار بیان داشته‌اند که بیمارستان‌های آمریکا هنوز بخش قالب سیستم خدمات درمانی این کشور را تشکیل می‌دهند. بیمارستان جایی است که حادثترین مسائل بهداشت و درمان حل می‌شود و جایی است که هم پرداخت‌کننده‌های دولتی و هم خصوصی بیشترین پول را هزینه می‌کنند. یافته‌های این پژوهش نیز مؤید این موضوع می‌باشد. بیمارستان‌ها در اکثر کشورها بالاترین هزینه را در بخش بهداشت و درمان به خود اختصاص می‌دهند. [۲۳]

مدپیک در مطالعه‌ای که انجام داد نشان داد که بیمارستان‌های تخصصی در مقایسه با بیمارستان‌های عمومی می‌توانند کاملاً سودآور باشند. بیمارستان‌های تخصصی در این مطالعه در سال ۲۰۰۲ میانگین حاشیه سود ۱۳ درصد را برای کلیه پرداخت‌کننده‌ها دارا بودند که این رقم بالاتر از رقم میانگین ۶-۳ درصد برای بیمارستان‌های عمومی در همان بازارها بود. پژوهش حاضر نیز به این نتیجه می‌رسد که در مسئله رقابت در ارائه خدمات بیمارستانی، ارائه‌کنندگان خدمات برای دستیابی به سود بیشتر باید به سمت بیمارستان‌های تک تخصصی سوق یابند. [۲۴]

در متون (OECD: Organization for Economic Cooperation and Development) چنین آمده است که اکثر هزینه‌های بیمارستانی شامل دستمزدها، حقوق‌ها

که در کشورهای صاحب رقابت وجود دارد. [۱۶] نتایج بیانگر آن است که بر اساس انواع بیمارستان، مالکین مختلفی مسئولیت هدایت آن‌ها را عهده‌دار می‌باشند و نظام ارائه خدمات اکثر کشورها، نظام مراقبت بهداشتی می‌باشد. [۱۷]

تخصیص بودجه در کشورهای مورد مطالعه متفاوت است. بودجه بیمارستان‌های دولتی علاوه بر پشتیبانی مالی دولت از منابعی همچون مالیات‌ها، درآمدهای عادی، ارگان‌های دولتی مرتبط و ... تأمین می‌شود. [۱۸] نتیجه اینکه در کشورهای صاحب رقابت، پرداخت‌ها به صورت‌های متفاوت بسته به شرایط آن جوامع، ارائه می‌گردد. شیوه‌های مختلف پرداخت، از جمله:

- پرداخت بر اساس عملکرد،
- سیستم پرداخت آینده‌نگر،
- پرداخت بر اساس تعرفه‌ها،
- پرداخت بر اساس کارانه، و
- پرداخت بر اساس گروه‌های مرتبط با تشخیص (DRG: Diagnostic Related Group) در کشورهای منتخب ارائه می‌شود. [۱۹]

پرداخت بر اساس عملکرد و سیستم پرداخت آینده‌نگر نسبت به سایر پرداخت‌ها بیشتر مورد تأکید می‌باشد. (جدول ۳)

بحث و نتیجه‌گیری

جهانی شدن عملاً وارد دنیای رقابت شدن است، رقابت در سطح بین‌المللی که خود پیش‌نیازهایی از قبیل قابلیت‌ها و توانایی‌های لازم را داراست. بنابراین برنامه‌ریزی در جهت جهانی فکر کردن و فعالیت مؤسسات به صورتی که بتواند خارج از محدوده ملی کار و فعالیت کنند از جمله اقدامات اساسی مدیران در سال‌های آتی است. [۲۰] این پژوهش متغیرهایی را که مدیران برای برنامه‌ریزی نیاز دارند را در اختیار آنان قرار می‌دهد.

هالینگ ورث و بویسر و لایت معتقدند که رقابت قیمت موجب افزایش کارایی و کاهش هزینه‌ها در

جدول ۳: مقایسه کلی مؤلفه‌های ارائه خدمات بیمارستانی در کشورهای منتخب و ایران

مؤلفه‌ها	ویژگی بازار رقابت						شبهه‌های مؤثر بر افزایش کارایی							
	ورود بیمارستان‌های دولتی به بازار رقابت	سیاست گذاری	هزینه خدمات بیمارستانی	آزادی انتخاب پزشک	آزادی انتخاب بیمارستان	ورود جدید بیمارستان‌های جدید	حذف تشکیلات زاید	حذف روزهای غیر ضروری بستری	حذف خدمات غیر ضروری	ارزیابی مستمر	بهبود کیفیت خدمات	منبع‌یابی خارجی	تک شفله بودن پزشکان	
ایران	وارد نشدند	دولتی	تعرفه‌های توافق شده بودجه دولتی	ندارد	آزادی نسبی	با مجوز دولت	اصلاح ساختار اداری و مالی حذف واحدهای (خدماتی)	مکانیسم پرداخت گلوبال و دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده و نظارت بر شکواییه‌ها	سالیانه (فقط خدمات بستری)	بازنگری دستورالعمل ارزیابی خدمات اخذ نواهیانه‌های کیفیت	واحدهای خدماتی خصوصی	مختلط		
کره	وارد شدند	دولتی	تعرفه‌های پزشکی پشتیبانی مالی دولت پشتیبانی مالیاتی	آزادند	آزادند	تلاش در جهت حذف موانع	اصلاح قوانین و مقررات	کاهش طول مدت اقامت	سالیانه	با ارزیابی کیفیت خدمات	واحدهای خدماتی	مختلط		
انگلستان	وارد شدند	دولت مرکزی	تعرفه ملی حق‌العمل مبتنی بر طبیعت	آزادند	آزادند	با رعایت استانداردهای NHS آزادند	اصلاح قوانین و مقررات	کاهش طول مدت اقامت	سالیانه	با ارزیابی کیفیت خدمات	واحدهای خدماتی	مختلط		
آلمان	وارد شدند	دولتی منطقه‌ای	تعرفه‌های پزشکی DRG پشتیبانی مالی دولت	آزادند	آزادند	با توجه به اشغال تخت باین دلیل کم اتفاق می‌افتد	اصلاح قوانین و مقررات	با تغییر سیستم دستمزد مبتنی بر بیمار به خدمات مدار	دوساله	انتشار گزارش‌های کیفیت ارزیابی خدمات	آمیزی، خدمات ارزی و همچنین اداره ی خوارگاه‌ها	مختلط		
ژاپن	وارد شدند	دولتی	تعرفه‌های پزشکی DRG پشتیبانی مالی دولت	آزادند	آزادند	آزادند	اصلاح قوانین و مقررات	کاهش طول مدت اقامت	سالیانه	با ارزیابی کیفیت خدمات	واحدهای خدماتی	مختلط		
کانادا	وارد شدند	دولت فدرال استانی	صندوق انتقال خدمات درمانی بودجه استانی	آزادند	آزادند	بر اساس مجوز RHA	اصلاح قوانین و مقررات	موازی خدمات بیمارستانی	سالیانه	اصلاحات و رقابتی	گزارش شده	مختلط		
آمریکا	وارد شدند	دولتی ایالتی منطقه‌ای	بر اساس DRG و بازپرداخت‌ها	آزادند	آزادند	بر اساس مجوز دولت	اصلاح قوانین و مقررات ساختاری	تغییر سیستم دستمزد کاهش طول مدت اقامت	سالیانه	تاکید بر ارائه کیفیت یا تغییر سیستم پرداخت	واحدهای خدماتی	مختلط		

ادامه جدول ۳

شيوه‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات						شيوه‌های ایجاد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌ای						شيوه‌های تأمین منابع مالی بیمارستان						مؤلفه‌ها
سیستم پرداخت آینده	پرداخت بر اساس تعرفه‌ها	پرداخت بر اساس کارانه	پرداخت بر اساس عملکرد	پرداخت بر اساس DRG	پرداخت بر مبنای سیستم حقوق بگری	نظارت دولت بر قراردادها	اصلاح قوانین و مقررات	ایجاد خدمات جدید	ایجاد فرانشیز و کاهش هزینه اضافی	قرارداد با سازمان‌های بیمه‌ای	مالیات	خدمات جنسی	کمک‌های مالی	پارانه دولت	بیمه‌ها در یافت از	تأمین هزینه بیمارستان	کشور	
+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	بخشی از تأمین منابع مالی محسوب می‌شود	رستوران پارکینگ اجاره بها	تسهیل در ارزیابی، معافیت مالیاتی تسهیلات در عملکرد	حقوق دولت	گروه‌های مرتبط با تشخیص	بودجه دولتی	آمریکا	
+	+	-	+	-	-	+	+	-	+	+	رستوران پارکینگ اجاره بها	خریدها در آمد حاصل از سرمایه‌گذاری	فقط بیمارستان های غیرانتفاعی	تعرفه خدمات	تورافه دولتی	تورافه دولتی	کانادا	
+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	دولتی ۱۰۰٪	رستوران پارکینگ اجاره بها	کمک بهداشتی معافیت مالیاتی	حقوق دولت	ترکیب روزه‌های تشخیصی	درآمدها دولتی	ژاپن		
-	+	-	+	+	-	+	+	-	-	ندارد	گزارش نشده	صندوق‌های بیمه سلامت	بندست‌کاران مالی	گروه‌های مرتبط با تشخیص	درآمدها دولتی	آلمان		
-	-	-	+	+	-	+	+	-	+	بخشی از تأمین منابع مالی محسوب می‌شود	گزارش نشده	تسهیل در ارزیابی، یادداشت‌های افزایش کارایی هزینه‌ی زیر نرخ تورافه بهترین عملکرد	بر اساس حجم و کیفیت خدماتشان برخوردارند	تورافه ملی	درآمدهای عادی بودجه دولتی، بودجه خصوصی مالیات	انگلستان		
-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	۱۰۰٪ دولتی، ۱۰٪ خصوصی یا کمتر	رستوران پارکینگ اجاره بها	تسهیل در ارزیابی، معافیت مالیاتی تسهیلات در عملکرد	بندست‌کاران مالی ۱۰۰٪	تورافه دولتی و خصوصی	تورافه دولتی و خصوصی	کره		
-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	ندارد	ندارد	تخصیص تسهیلات کم بهره	حقوق دولت (فصل ۱۰۶)	بر اساس تعرفه‌های پزشکی و عملکرد	درآمدهای دولتی اختصاصی	ایران		

بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی به خاطر حفظ پایداری و جذب منابع مالی و کسب اعتبار، موجب ایجاد انگیزه، پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی، کاهش هزینه‌های مازاد، عملکرد بهتر، افزایش کیفیت خدمات و حذف ضایعات می‌گردد. [۱،۱۵]

مرحله اول تحلیل یافته‌های جداول تطبیقی و ارائه الگوی اولیه: با توجه به اهداف پژوهش و متغیرهای مربوط، داده‌های مربوط به هر کشور استخراج و بر حسب هر متغیر در جداولی که در ستون‌های آن عنوان متغیر و در ردیف‌های آن کشورهای مورد مطالعه آورده شده بود قرار گرفت. تا نقاط اشتراک و افتراق هر کدام از متغیرها مشخص گردد. سپس جمع‌بندی و نتیجه‌گیری گردیده و الگوی اولیه پژوهش طراحی گردید.

مرحله دوم تهیه و تدوین پرسشنامه جهت اعتبار سنجی الگوی طراحی شده: جهت معتبرسازی الگو، ابتدا پرسشنامه‌ای که حاوی سئوالات در مورد تک تک اجزای الگو بود تهیه و تدوین گردید که پس از تأیید اعتبار محتوایی آن توسط ده نفر افراد صاحب نظر در زمینه رقابت، پرسشنامه نهایی طراحی شد.

مرحله سوم نظر سنجی از خبرگان در مورد الگوی پیشنهادی به روش دلفی: جهت نظر سنجی از خبرگان به منظور تهیه الگوی نهایی پرسشنامه فوق‌الذکر به همراه نمای شماتیکی از الگوی پیشنهادی و تشریح ابعاد الگو در اختیار ۳۰ نفر از متخصصین و صاحب نظران کشور گذاشته شد.

الگوی نهایی رقابت در ارائه خدمات بیمارستان‌های دولتی ایران با توجه به یافته‌ها بصورت زیر تدوین شد:

ویژگی‌های بازار رقابت در بیمارستان‌های دولتی

- ورود بیمارستان‌های دولتی همانند بیمارستان‌های خصوصی به بازار رقابت آزاد باشد.
- بیمارستان‌های دولتی که نمی‌توانند در شرایط رقابتی کار کنند از بازار ارائه خدمات خارج شوند، یا تغییر کاربری دهند و یا با قیمت مناسب به بخش خصوصی و یا کارکنان همان بیمارستان واگذار شوند.

و مزایای کارکنان می‌گردد. بنابراین، بیمارستان‌ها برای کارآمد بودن خود، می‌باید منابع انسانی خود را به شیوه‌ای تخصیص دهند که بیشترین کارایی را برای ارائه خدمات مراقبتی داشته باشند. آموزش دیده‌ترین و ماهرترین متخصص‌ها وقت زیادی را صرف موضوعاتی می‌کنند که به آسانی و به سادگی توسط دیگر ارائه دهندگان دارای صلاحیت خدمات که آموزش کمتری دیده‌اند قابل انجام است. این کار به طور کل برای سیستم هزینه‌بر است و برای متخصصانی که از صلاحیت بالایی برخوردارند انجام کارهای ساده‌تر باعث عدم رضایت از کارشان می‌شود. پژوهش حاضر بر این باور است که مشکل فوق را می‌توان با تخصیص بهینه منابع انسانی و استفاده از شیوه توافق جمعی انعطاف پذیر و رعایت قواعد حیطة عملکرد در بیمارستان‌ها برطرف کرد. زیرا قوانین انعطاف ناپذیر مربوط به حیطة عمل و حوزه کار، هزینه‌های بهداشت و درمان را بالا می‌برد و این، مغایر با اصل کاهش هزینه در رقابت است. [۱،۳]

OECD ادغام بیمارستان‌ها می‌تواند هزینه‌های عملیات بیمارستانی را هنگامی که امکانات بیمارستانی به طور واقعی تلفیق بالینی یافته‌اند کاهش دهد. در این پژوهش نیز نشان داده شده است که ادغام بیمارستان‌ها زمانی به کاهش هزینه منجر می‌شود که اولاً امکانات بیمارستانی به طور واقعی تلفیق بالینی پیدا کند یعنی تجهیزات و تخصص‌ها بین بیمارستان‌های ادغام شده به صورت واقعی توزیع گردد؛ دوماً این ادغام در شهرهای بزرگ و پرجمعیت روی دهد و نه در مناطق کوچک و کم جمعیت. [۱،۶]

رقابتی که طی آن، ارائه دهندگان موفق، شکوفا می‌شوند و ارائه دهندگانی که مؤفقت کمتری دارند با مشکل رو به رو خواهند شد یکی از بهترین مکانیزم‌ها جهت بهبود انگیزه برای ارائه خدمات بیمارستانی با کارایی بالا است. رقابت می‌تواند به ترویج هر چه سریع‌تر پیشرفت‌های تکنولوژیکی، کاهش هزینه، روش‌های عملکرد بهتر، و حذف ضایعات منجر شود. در این تحقیق معلوم شده است که رقابت در بین

- حذف خدمات غیر ضروری با ایجاد سیستم انگیزشی ارائه خدمات
- ارزیابی مستمر کمیت و کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی به صورت سالانه
- بهبود کیفیت خدمات با تغییر در سیستم پرداخت
- بهبود کیفیت خدمات با ارزیابی آن و انتشار نتایج به عموم و سازمان‌ها
- منع یابی خارجی جهت واحدهای خدماتی، آشپزخانه و غیره
- عدم پرداخت دستمزد به پزشکان در صورت جابجایی بیماران از مراکز دولتی به خصوصی یا بالعکس به قصد کسب منفعت
- ممنوعیت اشتغال پزشکان بیمارستان‌های دولتی در بیمارستان‌های خصوصی

- شیوه‌های تأمین منابع مالی بیمارستان‌های دولتی در شرایط بازار رقابتی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی:
- پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی از محل مالیات‌ها
- پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی از طریق یارانه
- پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی از طریق مشارکت بیماران
- پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی از طریق بودجه دولتی
- پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های دولتی از طریق درآمدهای بیمارستان
- کمک‌های مالی دولت از طریق اهرم‌های تشویقی مانند معافیت مالیاتی
- کمک‌های مالی دولت از طریق اعطای بودجه‌های تشویقی بابت عملکرد بهینه
- کمک‌های مالی دولت از طریق اعطای بودجه‌های تشویقی بابت ارزیابی
- کمک‌های مالی نهادها
- کمک‌های مالی از طریق صندوق‌های بیمه

- سیاستگذاری بازار رقابتی در بیمارستان‌های دولتی در سطح ملی، منطقه‌ای (استانی)، محلی (هر بیمارستان) صورت گیرد.
- تبلیغات برای جذب مشتری جهت مراجعه و دریافت خدمات پزشکی در بیمارستان‌ها آزاد باشد.
- قیمت‌های خدمات بیمارستانی بخش دولتی توسط بازار رقابتی تعیین شود نه براساس تعرفه‌های دولتی.
- قوانین و مقررات نباید مانعی برای ایجاد رقابت بین بیمارستان‌ها گردد.
- بیماران در انتخاب پزشک در شرایط بازار رقابتی آزاد باشند
- بیماران در انتخاب بیمارستان یا مراکز درمانی در شرایط بازار رقابتی آزاد باشند.
- ورود بیمارستان‌های جدید در شرایط بازار رقابتی آزاد باشد.
- خدمات جانشین در پاره‌ای از موارد برای تعدادی از خدمات بیمارستانی فراهم گردد.
- هزینه‌های خدمات بیمارستانی در بخش دولتی براساس سیستم DRG و همچنین بر مبنای عملکرد (نوع و حجم خدمات) تأمین گردد.
- شیوه‌های مؤثر بر افزایش کارایی خدمات بیمارستان‌های دولتی در شرایط بازار رقابتی
- حذف تشکیلات زاید با اصلاح قوانین و مقررات
- حذف تشکیلات زاید با اصلاح ساختاری
- حذف روزهای بستری غیر ضروری با تغییر در سیستم دستمزد
- حذف روزهای بستری غیر ضروری با کاهش طول مدت اقامت
- حذف روزهای بستری غیر ضروری با ایجاد مراکز سرپایی و سیار
- حذف خدمات غیر ضروری با دیجیتالی کردن مراکز بیمارستانی
- حذف خدمات غیر ضروری با ادغام‌های بیمارستانی
- حذف خدمات غیر ضروری با تغییر در سیستم پرداخت

References

1. OECD Health Data. 2006. Available from: URL: <http://www.oecd.org/competition>.
2. Australian Competition and Consumer Commission. ACCC allows proposed merger of Launceston private hospitals; 2005.
3. Asefzade S. Medical Training and Health Care Services. Iran: Elmi va Farhangi; 1997. [Persian]
4. Alex M. Azar II. The importance of competition in health care. Washington: Deputy Secretary of Health and Human Services, Center for Strategic and International Studies; 2006.
5. Capps C, Dranove D, Satterwaite M. Competition and market power in option demand markets. *Rand Journal of Economics* 2003; 34(4): 737-63.
6. Burgess J, Wilson P. Hospital ownership and technical efficiency. *Management Science* 1996; 42(1): 110-23.
7. Asefzade S. Management and hospital research. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2003. [Persian]
8. Berkok-Ugurhan G. Non-profit hospital competition under public insurance. Kingston, Ca: Royal Military College, Department of Politics and Economics; 2004.
9. Johannesson M, Johansson PO, Söderqvist T. Time spent on waiting lists for medical care: an insurance approach. *Journal of Health Economics* 1998; 17(5): 627-44.
10. Connor R, Feldman R, Dowd B. The effects of market concentration and horizontal mergers on hospital costs and prices. *International Journal of the Economics of Business* 1998; 5(2): 159-80. Available from: URL: <http://ideas.repec.org/a/tafi/ijecbs/v5y1998i2p159-180.html>.
11. Jasarevic T. Government Subsidies in public hospitals, 2010. Available from: URL: <http://who.org>.
12. Burgess J, Wilson P. Hospital ownership and technical efficiency. *Management Science* 1996; 42(1): 110-23.

• افزایش درآمد از طریق خدمات جنبی مانند رستوران، پارکینگ، اجاره بها و ...

شیوه‌های انعقاد قرارداد سازمان‌های بیمه درمانی با بیمارستان‌های دولتی در شرایط بازار رقابتی

- آزادی قرارداد با سازمان‌های بیمه ای
- ایجاد فرانشیز و کاهش هزینه اضافی به منظور جلوگیری از مصرف بی رویه خدمات
- ایجاد خدمات جانشین
- اصلاح قوانین و مقررات
- نظارت دولت بر قراردادها.
- محدود کردن قراردادهای سازمان‌های بیمه‌ای با بیمارستان‌های خصوصی
- بستن قرارداد برای خدمات جانشین با سازمان‌های بیمه‌ای جهت پاره‌ای از خدمات بیمارستانی (مثلا زایمان طبیعی به جای سزارین‌های بی مورد و ...).

شیوه‌های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌های دولتی در شرایط بازار رقابتی

- پرداخت بر اساس کارکرد ارائه دهندگان خدمات در قالب DRG
- پرداخت بر اساس عملکرد
- پرداخت بر اساس سیستم پرداخت آینده‌نگر
- پرداخت بر اساس تعرفه‌ها
- پرداخت براساس روش کارانه به ارائه دهندگان خدمات

با استقرار الگوی پیشنهادی در ایران می‌توان امیدوار بود که دولت با فراهم کردن زمینه مکانیسم‌های بازار محور در ارائه خدمات بیمارستانی و نظارت از طریق مؤسسات واسط، به همراه تعیین قوانین مربوط به ترویج رقابت عادلانه و جمعی در بیمارستان‌های دولتی، بتواند تابعی از منافع عمومی را تضمین نموده و به میزان قابل توجهی بر کیفیت خدمات، بهره‌وری از منابع موجود و رضایتمندی مشتریان بیفزاید.

13. Zuckerman S, Hadley J, Iezzoni L. Measuring hospital efficiency with frontier cost functions. *Journal of Health Economics* 1994; 13(3): 255-80.
14. Zwanziger J, Melnick G. The effects of hospital competition and the Medicare PPs program on hospital cost behaviour in California. *The Journal of Health Economics* 1998; 7: 301-20.
15. Capps C, Dranove D, Satterwaite M. Competition and market power in option demand markets. *Rand Journal of Economics* 2003; 34(4): 737-63.
16. Choudhry S, Choudhry NK, Brennan TA. Specialty versus community hospitals: what Role for the Law? *Health Affairs* August 9, 2005: Web Exclusive.
17. Burgess J, Wilson P. Hospital ownership and technical efficiency. *Management Science* 1996; 42(1): 110-23.
18. Dusheiko M, Gravelle H, Jacobs R, Smith PC. The effects of budgets on doctor behaviour: evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics* 2005; 25: 449-78.
19. Gaynor M, Haas-Wilson D. Change, consolidation and competition in health care markets. *National Bureau of Economic Research* 1998; Working Paper 6701.
20. Najafbaigi R. Lecture materials of organization and management for health care centers for PhD students. Tehran: Azad University, Science and Research Branch; 1996. [Persian]
21. Gaynor M, Anderson G. Uncertain demand, the structure of hospital costs, and the cost of empty hospital beds. *National Bureau of Economic Research* 1993; Working paper 4460.
22. Ellis R. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *The Journal of Health Economics* 1997; 17: 537-55.
23. Creighton S. Diagnosing physician-hospital organizations [Speech]. *American Health Lawyers Association Meeting*; 2004.
24. Joseph Newhouse [Interview]. September 6, 2000. Available from: MedPAC 2000, Appendix C:186.