

رویکردهای تامین مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در ایران در سال ۱۳۹۵

علی جمال‌محمدی^۱ / سیدجمال‌الدین طیبی^۲ / لیلا ریاحی^۳ / محمود محمودی مجدآبادی‌فراهانی^۴

چکیده

مقدمه: جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی با اولویت خدمات اورژانس را برای تمام افراد فراهم نماید که تحقق بخشیدن به این حق عمومی‌بستگی به مکانیزم‌های تامین کننده خدمات برای تمام افراد دارد، بدون آنکه در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا عدم پرداخت حق بیمه‌ها از سوی آنان توجهی نماید. هدف از این پژوهش تعیین عوامل مرتبط با تامین مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در ایران به منظور بهبود ارائه خدمات به افراد جامعه می‌باشد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر براساس ماهیت، اکتشافی، توصیفی و تطبیقی و از دیدگاه طبقه‌بندی، بر مبنای هدف، مروری، کاربردی و تحلیلی می‌باشد. کشورهای توسعه یافته در قسمت‌های مختلف دنیا بر مبنای دارا بودن الگوهای قابل قبول ارائه خدمت و در دسترس بودن اطلاعات، شباهت‌های نظام‌های بهداشتی و درمانی براساس منطقه جغرافیایی، میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی و درمانی، نظام پرداخت و نحوه تامین مالی و ارتباطات مالی سازمان‌های درگیر در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی، نوع اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی موجود و استراتژی‌های بهداشت و درمان در این حوزه انتخاب شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر آن است که در بسیاری از کشورها؛ کمبود منابع مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی یک مانع مهم برای ارائه خدمات در این حوزه است. تامین مالی اورژانس از وضعیت مطلوب تعریف شده، فاصله زیادی دارد (متوسط رو به پایین). در بین معیارها، معیار بودجه (۳۲/۶۹ درصد) و پوشش بیمه‌ای (۳۱/۴۷ درصد) بیشترین فاصله را با وضعیت مطلوب دارد. فرایندهای کلیدی و پشتیبان در تامین مالی به طور مناسب طراحی نشده‌اند. امتیاز کسب شده در معیار خط مشی و استراتژی (۳۷/۸۵ درصد) نشان‌دهنده آن است که خط مشی و استراتژی به طور دقیق بر مبنای مفاهیم تامین مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی تدوین نشده است.

نتیجه‌گیری: به منظور تامین انتظارات بیماران نیازمند مراقبت اورژانس، نیاز به اصلاح خدمات اورژانس داریم و این اقدام نیازمند سازماندهی مجدد اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی و ارتقاء اورژانس با بکارگیری رویکردهایی موثر بر بهبود تامین منابع مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در کشور ایران در قالب الگویی یکپارچه و در قالب تغییر نوع نگاه به برنامه‌ریزی و مدیریت مالی در اورژانس با هدف زیست‌پذیر بودن خدمات است که با نمود بارز آن پای نهادن به الگوی مشارکت‌جویانه، اجتماع‌محور، شهروندمدار، همگرا و هم‌افزا در زمینه رویکردهای مختلف مدیریت مطلوب مالی اورژانس، سرمایه اجتماعی و پوشش بیمه‌ای مناسب خدمات اورژانس است.

کلید واژه‌ها: اورژانس پیش‌بیمارستانی، اورژانس بیمارستانی، مراقبت اورژانس، تامین مالی.

- ۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sjtabibi@yahoo.com
- ۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۴- استاد، گروه آمار زیستی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

نیاز به خدمات فوریت‌های پزشکی چون سایه‌ای همراه انسان‌ها است و ممکن است برای هر فردی با هر شرایطی اعم از (سن، گروه و طبقه اجتماعی، توانایی‌های فردی مختلف و حالات متفاوت سلامت جسمی و روانی)، در هر زمانی (در هر ساعتی از شبانه روز و در تمام ایام سال)، در هر مکانی، در هر وضعیتی (در شرایط صلح یا جنگ و حوادث غیرمترقبه) اتفاق بیافتد [۱].

امروزه بهداشت و درمان برای ملت‌ها به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت‌ها به عنوان یک مسئله استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می‌باشد [۲] و در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آن که یک وسیله تجاری به شمار رود به عنوان یک حق اصلی در نظر گرفته می‌شود. از اینرو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم نماید که تحقق بخشیدن به این حق عمومی‌بستگی به مکانیزم‌های تامین‌کننده خدمات برای تمام افراد دارد، بدون آن که در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا عدم پرداخت حق بیمه‌ها از سوی آنان توجهی نماید [۳].

از آنجایی که تغییر نیازهای سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه منجر به تقاضای بیشتر برای خدمات پزشکی اورژانس شده است [۴] و دریافت خدمات مراقبتی در راستای حرکت به سمت جامعه سالم یکی از نیازهای اساسی بشر محسوب می‌شود، در این زمینه بخش‌های اورژانس، نهادهایی هستند که ارائه خدمات حرفه‌ای و فوریت‌های پزشکی به بیماران را بر عهده دارند [۵]. این خدمات دارای ویژگی‌های خاص خدمت بوده و کیفیت آنها از ابعاد مختلف شامل دسترسی، ایمنی، قابلیت پذیرش، کارایی و اثربخشی عملکرد و استمرار یا دوام خدمت مورد توجه می‌باشد [۶].

در بسیاری از کشورها؛ مراجعه تعداد کثیر به بخش‌های اورژانس منجر به افزایش فشار کاری بر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی، افزایش زمان انتظار برای بیماران،

کاهش کیفیت خدمات درمانی و استفاده نادرست از منابع شده است [۱۹].

اورژانس به عنوان یکی از شلوغ‌ترین بخش‌های حوزه سلامت از گلوگاه‌هایی است که بیشترین درخواست و مراجعه مردم در روزها و ساعت‌های غیرمعارف را شامل می‌شود و مهم‌ترین بخش ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد که وظیفه ارائه خدمات پیشگیری، شناسایی زودرس، درمان بهنگام و بازتوانی خدمت‌گیرندگان را برعهده دارند [۷].

محدودیت منابع مالی، اکثر نظام‌های سلامت جهان را در زمینه کیفیت خدمات، کارایی و اثربخشی و عدالت با چالش‌های گوناگونی مواجه ساخته است. برای برخورد با این مقوله، دولت‌ها از روش‌های تامین منابع مالی و نظام‌های پرداخت گوناگون استفاده می‌کنند و تامین مالی یکی از اهرم‌های دستیابی به اهداف نظام سلامت است [۸].

کشورهای توسعه یافته و برخی از کشورهای در حال توسعه، بطور فزاینده‌ای نیاز به خدمات یکپارچه و سازماندهی شده اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی را حس کرده و در حال توسعه و نوسازی سیستم‌های خود هستند [۱۶-۱۲]. چرا که هدف از یک سیستم اثربخش پزشکی اورژانس، ارائه مراقبت‌های اورژانسی فراگیر برای همه افراد نیازمند است [۱۷]. از سوی دیگر طی سال‌های اخیر تعداد مراجعه به بخش اورژانس بیمارستان‌ها در ایران به طرز چشم‌گیری افزایش یافته است [۱۸].

محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی، ضعف قدرت اجرای برنامه‌ها و عدم توجه کافی افراد قانون‌گذار در این زمینه، انسجام ناکافی و ناکارایی سازمانی موجود، نیازمند استانداردسازی همه خدمات اورژانس و منابع مورد استفاده آن، ایجاد سازمان ملی اورژانس با اختیارات اداری و مالی کامل و تشکیلات منسجم و جلوگیری از انجام اقدامات پراکنده در این زمینه می‌باشد [۱۹-۱۰].

در ایران نظر به اهمیت و جایگاه خاص اورژانس در ارائه خدمات مراقبتی و کاهش میزان مرگ و میر، ایجاد تحول در اورژانس بسیار حائز اهمیت است [۱۹-۱۰].

رعایت عدالت در برخورداری از خدمات اورژانس و تدوین پایدار در ارتباط با مدیریت در پذیرش و انتقال بیماران را ضروری می‌داند [۲۵].

با توجه به این که سازماندهی خدمات مراقبت‌های درمانی در اورژانس و سیستم‌های پرداخت هزینه‌های مربوط به اینگونه خدمات در کشورهای مختلف کاملاً متفاوت است، طی سال‌های اخیر؛ کشورهای بسیاری اقدام به اصلاحات در این زمینه کرده اند تا تعداد مراجعات نادرست به بخش اورژانس کاهش یافته و بهره‌گیری از خدمات مراقبت‌های درمانی در اورژانس‌ها بطور منطقی و صحیح انجام گیرد [۲۳].

طبیعت تامین مالی چندگانه در نظام سلامت کشور ایران و به تبع آن در اورژانس به این معنی است که نظام سلامت با چالش‌های مختلفی در جهت‌های گوناگون مواجه است [۱۹].

هدف از این پژوهش؛ مقایسه سازماندهی و سیستم‌های پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی اورژانس در ایران است. توجه به نکات مهم در مدیریت مالی در اورژانس به منظور اختصاص صحیح و منطقی منابع و جلوگیری از اختصاص دوباره یا چندباره منابع داخلی سازمان برای مدیریت سیستم‌های مختلف اورژانس، جلوگیری از هزینه‌های اضافی و دوباره کاری‌های اجتناب ناپذیر در مستقر کردن سیستم‌های جداگانه، ایجاد تصویری بهتر از اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی به عنوان یک سیستم مدیریتی یکپارچه به منظور ایجاد شاخص مناسبی برای نشان دادن تعهد سازمان به جامعه، بهبود عملکرد اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی با در نظر گرفتن مسائل مالی در راستای بهبود عملکرد سازمان، بهبود رضایت مشتریان از طریق کاهش هزینه‌ها، کاهش پیچیدگی و سردرگمی به واسطه کاهش حجم مستندات سیستم‌های مدیریت مالی، افزایش سهولت در اجرا، نگهداری و بهبود سیستم مالی، افزایش انگیزه کارکنان از نظر پرداخت حق‌الزحمه می‌باشد.

در این پژوهش اطلاعاتی در زمینه تامین منابع مالی در بخش اورژانس ارائه شده است و سپس بر ارائه خدمات

با در نظر داشتن مسائل درمانی مختلف پیش روی کشورهای در حال توسعه چون ایران، بررسی برخی از علل عمده این مسائل، به دلیل ضعف برنامه‌ریزی منطقه‌ای، مکانیزم‌های نامناسب تامین مالی، تحقق نامناسب برنامه‌ریزی سلامت، ضعف برنامه‌ریزی در مدیریت اورژانس در پاسخ‌گویی به جمعیت در اذهان بیماران و مصدومین، چاره‌ای جز تغییر و اصلاح رویکردهای موجود در مدیریت اورژانس در نظام سلامت کشور و اتخاذ رویکردهای نوین می‌ماند [۲۰].

در بررسی‌های بعمل آمده، مطالعات متعددی به صورت جداگانه در حوزه اورژانس صورت گرفته، اما مطالعات جامع در این زمینه وجود ندارد. در پژوهش کانتین و همکاران؛ روش شناسی منتخب برای گردآوری اطلاعات مرتبط برای تحلیل خدمات مراقبت‌های درمانی در بخش اورژانس در کشورهای منتخب معرفی شده و سپس دسترسی و شیوه استفاده از خدمات درمانی در بخش‌های اورژانس مرور شده است [۲۳].

اعضای و همکاران در "بررسی زیرساخت‌ها و موانع موجود بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی جهت اجرای اثربخش مدیریت جامع فراگیر از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها"، نشان می‌دهد که ۷۶ درصد مدیران با اجرای مدیریت جامع فراگیر موافق هستند و اعتقاد دارند که اجرای آن سبب بهبود خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان خواهد گردید. ۵۰ درصد شرکت کنندگان نیز بیان کردند که آشنایی کافی با مفاهیم مدیریت جامع فراگیر ندارند و بیمارستان‌های آن‌ها آمادگی لازم (منابع، تعهد مدیران، مهارت و دانش کارکنان) را برای اجرای مدیریت جامع فراگیر ندارند. همچنین تفاوت معنی داری در منابع و زیرساخت‌ها بین بیمارستان‌های شهرستان تبریز و بیمارستان‌های سایر شهرستان‌ها وجود دارد. مهم‌ترین موانع استخراج شده شامل: کمبود نیروی انسانی، عدم مشارکت پزشکان، نبود منابع مالی، سیستم‌های مستندسازی و اطلاعاتی بود [۲۴].

کشاوری در "ارائه طرح هماهنگی اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در استان بوشهر"، بالا بردن کیفیت مطلوب خدمات، رضایتمندی مشتریان و

بهداشتی و درمانی براساس منطقه جغرافیایی، میزان توسعه یافتگی شاخص‌های بهداشتی و درمانی، نظام پرداخت و نحوه تأمین مالی و ارتباطات مالی سازمان‌های درگیر در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی، نوع اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی موجود و استراتژی‌های بهداشت و درمان در حوزه اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی انتخاب شدند.

در گام اول پژوهش، اطلاعات مرتبط با کشورهای منتخب مطالعه شده و مواردی که در زمینه اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی بوده و قابل بررسی از نظر میزان کاربرد بودند مشخص شده و سپس بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مالی مرتبط با مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی ابلاغی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری و استخراج گردید.

در گام دوم، با مطالعه منابع مربوط به اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کلیه فعالیت‌های قابل اجرا در دانشگاه، استخراج گردیده و فهرست شد و سپس گزارش عملکرد و وضعیت موجود در حوزه تامین مالی اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی گردآوری گردید.

در ابتدا ۴۸۰ سوال و براساس اخذ دیدگاه صاحب‌نظران در مراحل بعدی ۱۳۶ سوال و در انتها ۸۶ سوال در نظر گرفته شد. از تعداد سوالات نهایی، سیاست‌گذاری ۱۶ سوال، ساختار ۲۳ سوال، مدیریت مالی اورژانس ۲۵ سوال، کنترل ۱۱ سوال و تامین مالی ۱۱ سوال را به خود اختصاص دادند.

برای معتبرسازی مدل پیشنهادی پژوهش به روش تعیین اعتبار محتوایی و از طریق قضاوت چند تن از متخصصان و صاحب‌نظران اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی اقدام شد که از آنان درخواست شد تا نظریات خود را در مورد محتوی و نحوه تدوین مدل به صورت مکتوب در قالب پرسشنامه تنظی می‌بیان نمایند. پس از اعمال نقطه نظرات و تایید سایر اعضا، اعتبار

درمانی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی، بخش‌های اورژانس بیمارستانی و مراکز پاسخ‌گویی تلفنی تمرکز شده است. مکانیزم‌های پرداخت هزینه‌ها که برای ارائه‌کنندگان خدمات و متخصصان در بخش اورژانس در نظر گرفته شده است بررسی گردیده و اصلاحات بحث‌های موجود در کشور بررسی و نتایج اصلاحات اعلام شده است که در آنها: (۱) دسترسی به خدمات اولیه مراقبت‌های فوری بهبود یافته است؛ (۲) پشتیبانی بهتری از همکاری بخش اورژانس بیمارستانی با اورژانس پیش‌بیمارستانی مشاهده می‌شود؛ (۳) شرایط خدمات اورژانس برای گروه خاصی از بیماران با تمرکز بر خدمات بسیار تخصصی تسهیل شده است.

با در نظر داشتن مشکلات تامین مالی پیش روی کشورهای در حال توسعه چون ایران، بررسی برخی از علل عمده این مسائل، به دلیل ضعف برنامه‌ریزی مالی در کشور، تحقق نامناسب برنامه‌ریزی منابع مالی، ضعف برنامه‌ریزی در مدیریت مالی اورژانس در پاسخ‌گویی به وظایف ارائه‌کنندگان حوزه سلامت در بخش اورژانس، چاره‌ای جز تغییر و اصلاح رویکردهای موجود در مدیریت مالی اورژانس در نظام سلامت کشور و اتخاذ رویکردهای نوین نمی‌ماند.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی با رویکرد تطبیقی است. طبق یک بررسی اجمالی با استفاده از بررسی نظام‌های سلامت در حال گذار، جستجو در شبکه‌ها و تماس با متخصصان؛ کشورهایی شناسایی شدند که در آنها سازمان و روش‌های پرداخت خدمات مراقبت‌های اورژانس موظف به تامین شیوه‌های مناسب برای بررسی شیوه‌های اصلاحات در زمینه مراقبت‌های اورژانس بودند و این شیوه‌ها مناسب برای کشور ایران تشخیص داده شدند. اطلاعات پایه در خصوص ۱۳ کشور بدست آمد. (جدول ۱)

کشورهای منتخب در قسمت‌های مختلف دنیا بر مبنای دارا بودن الگوهای قابل قبول ارائه خدمت و در دسترس بودن اطلاعات، شباهت‌های نظام‌های

با توجه به این که برای بررسی ابعاد تامین مالی در اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در سیستم بهداشتی و درمانی، کارشناسان این حوزه جزو بهترین گروه‌های هدف بررسی بودند، پس با در نظر گرفتن این اصل و با استفاده از موارد گردآوری شده قبلی، برای نطرسنجی از شاغلین اورژانس در مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اقدام شد.

در این پژوهش دیدگاه ۴۳۰ نفر از مدیران، صاحب‌نظران و کارشناسان مناطق مختلف اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، براساس روش قوم‌نگاری، مورد بررسی قرار گرفته و عوامل موثر در یکپارچگی اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی و تامین منابع مالی تعیین گردید. پرسشنامه تنظی‌می به ۴۳۰ نفر از جامعه آماری تحویل و نسبت به جمع‌آوری مجدد آنها اقدام شد. در مقدمه پرسشنامه در خصوص نحوه پاسخ‌دهی و استفاده از پیوست‌ها توضیحات لازم داده شده بود. شرکت‌کنندگان با توجه به وضعیت موجود و مورد انتظار یکی از گزینه‌ها و معیارهای: بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و بسیار کم را انتخاب کردند. در انتها سیاسگذاری ۱۳ سوال، ساختار ۱۲ سوال، مدیریت مالی اورژانس ۱۲ سوال، کنترل ۱۰ سوال و تامین مالی ۱۰ سوال را به خود اختصاص دادند.

با توجه به نوع پژوهش در مرحله توصیفی، فراوانی (مطلق و تراکمی)، شاخص‌گرایی مرکز (میانگین، نما و میانه)، و شاخص‌های پراکندگی از مرکز شامل (واریانس، انحراف معیار و ...) در مورد برخی از متغیرهای پژوهش استفاده شد. برای بخش کمی، مطالعه از نوع مقطعی و همبستگی است.

اطلاعات مربوط به خدمات درمان اورژانس معمولاً بطور مجزا در مقالات ذکر شده اند و اطلاعات در زمینه اصلاحات نیز به ندرت در مقالات مورد بررسی قرار گرفته اند. بنابراین طراحی این مقاله پژوهشی و نطرسنجی از متخصصان به نوعی انجام شد تا اطلاعات کافی و جامع با جزئیات کامل در زمینه

مدل تضمین شد. برای تعیین پایایی، مدل اصلاحی در اختیار ۳۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه که دارای سابقه پژوهش و مطالعه در زمینه موضوع پژوهش بودند، قرار گرفت که ضریب همبستگی آن بعد از آزمون مجدد، تعیین گردید.

روایی محتوایی و صوری پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان شامل ۳۰ نفر متخصص در زمینه‌های اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی بررسی، نظرات اصلاحی آنها اخذ و اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال گردید. سپس با فاصله زمانی ۲۰ روز پرسشنامه اصلاحی مجدداً به آنها تحویل و پس از تکمیل، جمع‌آوری گردید.

بعد از تصمیم راجع به آیتم‌های قابل حذف منتج از اقدامات آماری، در گام بعدی پایایی همسانی درونی و پایایی ثبات بررسی شد. به منظور پایایی همسانی درونی، پرسشنامه در جامعه آماری در قالب یک نمونه و مطالعه مقدماتی شامل ۳۰ نفر تکمیل و مورد بررسی قرار گرفت. پایایی همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد و مورد تایید قرار گرفت.

سپس برای پایایی ثبات، دوباره برای همین افراد بعد از مدت دو هفته دوباره تکمیل شد. برای محاسبه شاخص‌های پایایی و روایی از بیست نفر، تعداد افرادی که به گزینه مشخصی پاسخ دادند را در فیلد مورد نظر وارد نموده و شاخص‌های سادگی، شفافیت، مرتبط بودن، شاخص‌های پایایی و روایی محاسبه شد. برای پایایی مقادیر زیر ۰/۷۵ نیاز به اصلاح آیتم را نشان داد که براساس نظرات کیفی داوران تصحیح شد و برای روایی مقادیر زیر ۰/۴۲ آیتم کاندیدای حذف را نشان داد که تعدادی از آنها برحسب وضعیت پژوهش حذف شد.

در هر آیتم، پاسخ‌ها به صورت طیف لیکرت ۵ تایی از ۱ تا ۵ برای پاسخ‌های بسیار کم تا بسیار زیاد در نظر گرفته شد. برای محاسبه نمره کل و حیطه‌ها از جمع‌آوری آیتم‌های پاسخ استفاده گردید.

سازمان و سیستم پرداخت برای خدمات مراقبت‌های اورژانس در کشورهای مورد نظر کسب شود.

یافته‌ها

سیستم‌های پرداخت: کشورها سیستم‌های پرداخت جداگانه ای برای بیمارانی که در بخش اورژانس پذیرش می‌شوند در نظر گرفته اند. در انگلستان بیمارستان‌ها مبالغی را برای همه بیماران درمان شده در بخش اورژانس دریافت می‌کنند، اما پرداخت دوم فقط برای بیمارانی انجام می‌شود که مدتی را برای درمان بستری شده اند. هدف از این رویکرد؛ پرداخت مبالغ بدون در نظر گرفتن بستری شدن بیماران بوده است تا بخش‌های اورژانس بتوانند جریان مالی قابل شناسایی و جداگانه ای داشته باشند. در دانمارک، فرانسه و هلند؛ بیماران بخش اورژانس که در بیمارستان بستری می‌شوند باید هزینه‌های مشابه با سایر بیماران بستری شده در سیستم پذیرش پرداخت کنند، بنابراین هیچ پرداخت اضافی برای بیماران اورژانس که برای بستری شدن به بیمارستان معرفی می‌شوند، وجود ندارد.

کشورها به دو گروه اصلی براساس این دو سیستم پرداخت تقسیم بندی می‌شوند. گروه اول شامل دانمارک و استرالیا است که پرداخت در آنها به بخش اورژانس بیمارستان‌ها براساس بودجه سراسری و براساس مشخصه‌های ارائه‌کنندگان خدمات تعیین می‌شود. در این کشورها؛ پرداخت براساس فعالیت‌ها از جمله شرایط تعداد (و نوع) بیماران درمان شده یا خدمات ارائه شده به آنها چندان مهم تلقی نمی‌شوند. در این کشورها؛ برخلاف بخش‌های اورژانس، پرداخت به اورژانس براساس سیستم هزینه هر خدمت محاسبه می‌شود، بنابراین فعالیت هر چه بیشتر این گونه ارائه‌کنندگان خدمات مورد تشویق قرار می‌گیرد. گروه دوم شامل هلند و انگلستان است که پرداخت‌ها به بخش اورژانس به شدت براساس فعالیت‌ها صورت می‌گیرد و این فعالیت‌ها براساس تعداد و نوع بیماران درمان شده سنجیده می‌شوند. در انگلستان؛ این پرداخت‌ها را براساس سیستم موارد مختلط تعیین

می‌کنند که در آن بیماران بخش اورژانس به ۱۱ نوع مختلف دسته‌بندی شده‌اند. یک سیستم مشابه نیز برای مراکز اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی در نظر گرفته شده است؛ در هلند؛ پرداخت‌ها را براساس سیستم رده بندی بیمار براساس تشخیص تعیین می‌کنند که این سیستم شامل درمان سرپایی هم می‌گردد اما تفاوتی بین ارائه‌کنندگان خدمات در اورژانس و سایر ارائه‌کنندگان خدمات در نظر گرفته نمی‌شود. در هر دو کشور؛ پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و متخصصانی که خارج از بیمارستان فعالیت می‌کنند براساس قراردادهای از پیش تنظیم شده یا سرانه عملکرد انجام می‌شود.

کاهش هزینه: در هلند؛ بیمه‌گران برنامه‌های کاهش هزینه‌های مشترک را به بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌کنند تا کاهش عایدات خود را جبران کنند. رویکرد دیگر؛ بهره‌گیری از منابع بودجه مراقبت‌های سرپایی برای پرداخت‌های بیمارستانی جهت مداوای سرپایی بیماران در بخش اورژانس است. این سیستم پرداخت پیامدهای خواسته و ناخواسته متعددی دارد، از جمله سیستم‌های کنترل که برای ارزیابی عملیات صدور صورتحساب‌ها توسط ارائه‌کنندگان خدمات ضروری هستند تا از بروز پیامدها و تاثیرات ناخواسته پیشگیری شود.

محدودیت‌های پرداخت براساس عوامل سیاسی: در همه کشورها؛ سازمان‌های گوناگون و محدودیت‌های سیاسی باعث کاهش ظرفیت اجرایی بهینه سازی موثر سیستم اورژانس می‌شوند. اما یافته‌ها بیانگر آن است که برخی از اصلاحات انجام شده به هماهنگی بیشتر اورژانس کمک نموده است. این اصلاحات عمدتاً به هدف بهبود کیفیت و بطور همزمان کاهش هزینه‌ها منجر شده اند. مهم‌ترین معیارها برای کسب این اهداف عبارت بودند از: (۱) بهبود روش‌های هدایت بیماران در داخل سیستم و (۲) اصلاح ترکیب‌بندی شرایط اورژانس. علاوه بر آن؛ سیستم‌های پرداخت نیز نقش مهمی در تسهیل یا پیچیده تر کردن اعمال تغییرات در سیستم‌های موجود داشتند.

سیستم‌های گوناگون تعیین شرایط اجرا شده‌اند. برخی کشورها به دنبال ارائه شیوه‌های متمرکز برای کاهش تعداد مراکز و ارائه‌کنندگان خدمات هستند. در انگلستان خدمات مراقبت به بیماران خاص (انفارکتوس قلبی، سکته مغزی و آسیب‌های جدی) فقط در مراکز تخصصی ارائه می‌شوند. در دانمارک؛ اصلاحات بیشتری انجام شده است و تعداد بیمارستان‌های مجهز به بخش اورژانس کاهش یافته‌اند و دسترسی به بخش‌های اورژانس محدودتر از قبل شده است. انگلستان و هلند طرح‌های مشابهی برای کاهش تعداد بخش‌های اورژانس با هدف بهبود کیفیت مراقبت‌ها و کاهش هزینه‌ها ارائه کرده‌اند، اما این اقدامات با مقاومت‌های محلی چشم‌گیری مواجه شده است. تلاش‌ها در فرانسه و استرالیا برای اصلاح سیستم پرداخت به بخش‌های اورژانس هم‌چنان ادامه دارد. با توجه به کمبود منابع مالی و انسانی در اکثر سیستم‌های بهداشت و درمان در کشورها؛ خدمات اورژانس نیاز به اصلاح داشته و باید از ارائه خدمات با کیفیت و بموقع به بیماران اطمینان حاصل کرد.

پشتیبانی دولت: در هلند؛ دولت پشتیبانی‌های لازم مالی را از بخش‌های اورژانس به عمل آورده تا هدف دسترسی ۴۵ دقیقه‌ای میسر گردد. از سوی دیگر؛ برای تامین نیازهای دسترسی به خدمات اورژانس در هلند، تغییراتی در ساعات کار پدید آورده اند. بنابراین بخش‌های اورژانس که مراجعات موردی کمتری دارند فقط در هنگام روز به فعالیت می‌پردازند. برنامه‌ریزی برای زیرساخت‌های اورژانس را باید در قالب طرح‌های توسعه عمومی بیمارستان انجام داد. در دانمارک؛ طرح اصلاحات زیرساخت‌های بخش اورژانس بخشی از اصلاحات بیمارستانی در مقیاس وسیع می‌باشد. برنامه‌ریزی‌های مشترک برای بخش اورژانس و زیرساخت‌های عمومی بیمارستانی برای موارد حاد و جدی (مثل آسیب‌های شدید، انفارکتوس قلبی و سکته مغزی) از اهمیت بیشتری برخوردار است، چون بیماران مبتلا به این وضعیت‌های بحرانی نیازمند به دسترسی ۲۴/۷ به تسهیلات فوق تخصصی بیمارستانی می‌باشند.

تخصیص بودجه: در همه کشورها تخصیص بودجه به مراکز اورژانس به تدریج صورت گرفته که غالباً این افزایش تحت تاثیر ملاحظات سیاسی بوده است. علاوه بر آن؛ توسعه و برنامه‌ریزی بخش‌های اورژانس بطور مرسوم بستگی به سازماندهی اورژانس داشته است. اما برخی کشورها هم رویکردهای برنامه‌ریزی منطقی‌تری را اتخاذ کرده و مسائلی هم‌چون توزیع جمعیت، شیوع بیماری‌ها، جغرافیای منطقه، زیرساخت‌های حمل و نقل و غیره را نیز مد نظر داشته‌اند. در دانمارک نواحی تحت پوشش بخش‌های اورژانس برای هر جمعیت تعریف شده‌اند. این پوشش براساس ملاحظات خاص هم‌چون حجم موارد و مراجعات برای دسترسی به خدمات و پرسنل اورژانس تعیین شده است و در عین حال مواردی هم‌چون نواحی کم جمعیت نیز بررسی و تغییراتی در ناحیه تحت پوشش داده اند. در نتیجه؛ تعداد بخش‌های اورژانس به نصف کاهش یافته و در حال حاضر حدود ۵۵٪ از بیمارستان‌ها بخش اورژانس ندارند. اما به جای آنها در بسیاری از بیمارستان‌ها کلینیک‌هایی تحت نظارت پرستاران برای پذیرش و رسیدگی به درمان بیماران با مشکلات جزئی احداث شده است. (جدول ۲)

اصلاحات: شرایط مراقبت‌های اورژانس در کشورها تغییرات چشم‌گیری داشته‌اند که همه آنها الهام بخش اصلاحات در ایران هستند. بسیاری از کشورها، اصلاحاتی را برای سیستم‌های پرداخت به اورژانس شروع نموده‌اند. در انگلستان؛ طرح‌ها شامل توسعه یک سیستم پرداخت برای بخش اورژانس می‌باشد. مزیت این سیستم این است که پرداخت برای هر بیمار مستقل از ارائه‌کننده خدمات انجام می‌شود، بنابراین هر یک از ارائه‌کنندگان خدمات تشویق می‌شوند تا بهترین و کارآمدترین روش را برای ارائه خدمات به کار گیرند.

در این پژوهش مواردی از نوآوری‌های گوناگون مشاهده می‌شود که دسترسی به خدمات اورژانس در وضعیت‌های بحرانی با نیاز به درمان فوری را بهبود بخشیده اند. در این کشورها اصلاحاتی صورت گرفته است که در راستای کمک به بیماران با بهره‌گیری از

یکی از دستاوردهای مهم و اساسی اینست که در حال حاضر ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی بیش از پیش با بخش‌های اورژانس بیمارستانی همکاری می‌کنند تا به بیماران با مشکلات جزئی‌تر رسیدگی شود. بدین ترتیب؛ بیمار فقط یک نقطه دسترسی دارد. بنابراین پس از مراجعه به مرکز تریاژ مشترک به قسمت مناسب هدایت می‌شود. در هلند طی ۱۵ سال گذشته؛ مراکز اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی برای ارائه خدمات درمان اولیه در خارج از بیمارستان در سه چهارم از بیمارستان‌های مجهز به بخش اورژانس تاسیس شده اند. هدف از این کار افزایش همکاری با بخش اورژانس برای تشخیص و درمان بیمارانی است که به انتخاب خودشان به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند. در انگلستان تدابیر گسترده‌ای برای تفکیک ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی که در خارج از بیمارستان‌ها فعالیت می‌کنند؛ معرفی شده است.

در زمینه پشتیبانی مالی، پرداخت‌های متفاوت برای اورژانس منجر به ایجاد مشوق‌های متفاوت شده‌اند. اگر ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس براساس هزینه برای هر خدمت مبالغی را دریافت کنند (مانند دانمارک، فرانسه و استرالیا) یا از یک سیستم پرداخت مختلط برخوردار باشند (مثل انگلستان)، بنابراین؛ سیستم پرداخت را می‌توان مشوق اصلی فعالیت‌های هرچه بیشتر ارائه‌کنندگان خدمات درمان تلقی کرد. اما اگر سیستم پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس براساس بودجه سراسری تنظیم شود؛ برای مثال براساس پرداخت‌های سرانه جمعیتی که در ناحیه تحت پوشش زندگی می‌کنند؛ این سیستم پرداخت دسترسی به پزشکان عمومی را تضمین می‌کند اما مشوقی برای فعالیت هر چه بیشتر ایجاد نمی‌کند. در نتیجه؛ کشورهایی که مایل به تشویق و افزایش فعالیت‌های ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس هستند باید پرداخت‌ها را به گونه‌ای تنظیم کنند که مشوق افزایش فعالیت باشد. پوشش بیمه‌ای؛ در دانمارک، استرالیا و ایران؛ پرداخت‌ها به بخش‌های اورژانس عمدتاً (حدود ۸۰٪ در استرالیا) از

طریق بودجه‌ای تامین می‌شود که مستقل از فعالیت‌ها در نظر گرفته می‌شود. این بودجه برای تامین هزینه‌های ثابت زیرساخت‌ها و پرسنل در نظر گرفته شده است. هدف مشهود هر سه کشور برای استفاده از این شیوه پرداخت این است که نیازی به ارائه مشوق برای افزایش فعالیت ندارند. در برنامه‌ریزی‌های جامع منطقه ای برای مراقبت‌های اورژانس؛ بودجه اصولاً براساس شرایط برنامه‌ریزی و برای زیرساخت‌های بخش اورژانس تامین می‌شود. دانمارک و استرالیا پرداخت‌هایی برای هر مورد دارند، چون مایلند هزینه‌های متغیر تشخیص و درمان را پوشش دهند. این روند زمینه ساز نظارت بیشتر بر فعالیت‌های ارائه‌کنندگان خدمات است. این در حالی است که روش‌های اصلی تامین مالی در ایران شامل بودجه عمومی، بیمه‌های اجتماعی درمان و هزینه از جیب خانوار است. روش‌های دیگری نیز وجود دارند که از مهم‌ترین آن می‌توان به بیمه‌های خصوصی اشاره کرد که در ایران بیشتر به صورت بیمه تکمیلی برای بیمه‌شدگان کنونی بیمه‌های اجتماعی درمان عمل می‌کنند. نقش اصلی بودجه عمومی در تامین مالی خدمات سلامت ایران، بر پوشش خدمات بهداشتی متمرکز است. اما نقش بودجه دولت به خدمات بهداشتی ختم نمی‌شود و بسیاری خدمات سطح دوم، به خصوص درمان‌های گرانقیمت بیماری‌های خاص (مانند هموفیلی، تالاسمی و درمان‌های جایگزین کلیه) و خدمات اورژانس از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند. همین‌طور هزینه‌های زیرساخت بیمارستان‌های دولتی از بودجه دولت تامین می‌شود و سوبسید دولت در جریان هزینه‌های تولید داروها و خدمات اورژانس نقش مهمی دارد.

بیمه‌های اجتماعی درمان حدود ۹۰٪ جمعیت را برای خدمات درمانی نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارائه، و تاحدودی بسته به سازمان بیمه‌گر متغیر است. بخش مهمی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت "از

سازماندهی مجدد اورژانس و ارتقاء بخش اورژانس در داخل بیمارستان و بهره‌گیری از منابع بودجه مراقبت‌های سرپایی در اورژانس برای پرداخت جهت مداوای سرپایی بیماران در خارج از بخش اورژانس بیمارستانی با بکارگیری رویکردهایی موثر بر بهبود مکانیزم پرداخت در اورژانس در کشور ایران می‌باشد.

در پایان ذکر این نکته ضروری است که امروزه نیاز به تحول در ارائه خدمات اورژانس و بهبود مکانیزم پرداخت بیش از پیش لازم به نظر می‌رسد. البته تحقق این امر بدون برنامه‌ریزی و تبیین شیوه‌های مناسب پرداخت ممکن نیست. تحلیلی جامع از وضعیت اورژانس‌های کشور نیازمند بهره‌گیری از الگویی است که قابلیت توجه به عناصر، مؤلفه‌ها و سطوح مختلف خدمات اورژانس را دارا بوده و در عین حال توانایی نمایش روابط و تعاملات میان این سه را نیز داشته باشد. طراحی چنین الگویی ممکن نیست مگر اینکه رویکرد نظام‌مند در تعیین ابعاد تامین مالی و داشتن سمت و سوی راهبردی در تبیین ارتباط خدمات اورژانس با منابع مالی مورد نیاز ایجاد شود. چنین الگویی قادر خواهد بود همه‌جانبه به معضلات و چالش‌های فراروی خدمات در اورژانس اتخاذ گردد و راهکارهای درخوری برای حل آنها ارائه شود. لازم است دولت پشتیبانی‌های لازم را از بخش‌های اورژانس به عمل آورد تا هدف دسترسی میسر گردد.

از آنجائی که برنامه‌ها را باید به گونه‌ای تنظیم نمود که مشوق افزایش فعالیت باشد، در برنامه‌ریزی‌های جامع مراقبت‌های اورژانس؛ بودجه اصولاً براساس شرایط برنامه‌ریزی و برای زیرساخت‌های بخش اورژانس تامین می‌شود و این روند زمینه ساز نظارت بیشتر بر فعالیت‌های ارائه‌کنندگان خدمات است.

با توجه به این واقعیت که هزینه‌های عمده بخش اورژانس مربوط به دسترسی است، اما هزینه‌های دسترسی برای ارائه‌کنندگان خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی نسبتاً پائین است؛ بحث‌ها در زمینه سیستم‌های جداگانه پرداخت به بخش اورژانس بیمارستان و اورژانس پیش‌بیمارستانی همچنان ادامه

جیب" در هنگام مصرف است و بیش از نیمی از هزینه‌های اورژانس در ایران پرداخت مستقیم از جیب خانوار است. (جداول ۳، ۴ و ۵)

بحث و نتیجه‌گیری

کشورهای مختلف معیارهای پرداخت متفاوتی برای دریافت خدمات از اورژانس پیش‌بیمارستانی و مراجعه به اورژانس بیمارستانی و بستری شدن دارند. در تعدادی از بیمارستان‌ها در کشورها یک یا دو پرداخت برای هر بستری شدن دریافت می‌شود. (یکی برای بخش اورژانس و دیگری برای بخشی که بیمار در آن بستری شده است) و هر دو رویکرد دارای مزایا و معایبی هستند که بستگی به زمینه ملی و سازماندهی بخش اورژانس دارد و در این ارتباط یک رویکرد پشتیبانی، سازماندهی مجدد بخش‌های مراقبت درمان در هنگام افتتاح بخش اورژانس در بیمارستان؛ استفاده از برنامه‌های کاهش هزینه مشترک بوده و برای بیماران غیربستری سیستم‌های پرداختی وجود دارد که ممکن است منجر به مشوق‌های ناخواسته شوند [۲۳].

مکانیزم‌های پرداخت در اورژانس باید به گونه‌ای طراحی و بکارگیری شوند تا امکان جذب درآمد کافی برای ارائه دهندگان خدمت را فراهم سازند تا انگیزه کافی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا داشته باشند و مانع اتلاف منابع و ارائه خدمات غیرضروری به بیماران گردند [۲۵].

خدمات سلامت رایگان نیست و حتی اگر به بیمار یا خانواده بیمار اشاره نکنیم، هزینه آن باید از جایی تامین شود. این هزینه در نهایت به آحاد جامعه برمی‌گردد که باید به نحوی هزینه آن را متحمل شوند و مکانیزم‌های پرداخت نیز با این هدف که توانایی پرداخت توسط مردم و توانایی هزینه‌های درمانی توسط دولت مدنظر قرار گیرد، سبب کسب رضایت ارائه‌کنندگان خدمت خواهد شد [۱۹].

پژوهش نشان داد که علیرغم کمبود منابع مالی و انسانی در سیستم بهداشت و درمان ایران، به منظور تامین انتظارات بیماران نیازمند به مراقبت اورژانس، نیاز به اصلاح خدمات اورژانس می‌باشد و این اقدام نیازمند

جزئی در مراجعه به بخش اورژانس پیش‌بیمارستانی سبب افزایش فشار کاری بر سیستم اورژانس بیمارستانی می‌گردد.

دارد و هرگونه اصلاحات در سیستم‌های پرداخت باید با احتیاط و دقت کافی انجام شود تا مشوقی برای تغییر از بخش مراقبت‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی به سمت اورژانس بیمارستانی ایجاد نشود، چون حتی یک تغییر

جدول ۱ - مشخصه‌های اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در کشورهای منتخب و ایران

کشور	مشخصه‌های سیستم درمان	انتخاب شده‌اند؟ بلی/خیر	علل انتخاب/عدم انتخاب
ایالات متحده آمریکا	غیرمتمرکز؛ بیمه اجتماعی درمان	خیر	اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی قوی، اصلاحات در شیوه پرداخت‌ها
ترکیه	غیرمتمرکز؛ بیمه اجتماعی درمان	خیر	اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی قوی، اصلاحات در شیوه پرداخت‌ها
استرالیا	غیرمتمرکز؛ بیمه ملی درمانی	بله	همکاری با اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی، سیستم موردی مختلط برای اورژانس
نروژ	غیرمتمرکز؛ خدمات ملی درمان	خیر	به شدت غیرمتمرکز؛ در نواحی با جمعیت کم
سوئد	غیرمتمرکز؛ خدمات ملی درمان	خیر	به شدت غیرمتمرکز؛ نواحی با جمعیت کم، تمرکز بر بیمارستان‌های مراقبت‌های ویژه؛ آموزش بهتر برای بیماران در خصوص رفتارهای مسبب سلامت
فرانسه	متمرکز؛ بیمه اجتماعی درمان دولتی	بله	تاسیس مراکز جدید پاسخگویی تلفنی، ارائه‌کنندگان جدید اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی (خارج از ساعات کاری)
دانمارک	غیرمتمرکز؛ خدمات ملی درمانی	بله	نظارت قوی، کاهش بخش‌های اورژانس؛ همکاری با اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی
ایران	متمرکز؛ بیمه خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	بله	اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی متوسط، اصلاحات در شیوه پرداخت‌ها
هلند	متمرکز، بیمه اجتماعی درمان دولتی	بله	همکاری با اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی؛ پرداخت هزینه‌های اورژانس توسط کاربران
ایتالیا	غیرمتمرکز؛ بیمه ملی درمان	خیر	اطلاعات اندکی موجود است، برقراری تماس دشوار است.
آلمان	متمرکز؛ بیمه اجتماعی درمان	خیر	همکاری با اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی اندک است.
کانادا	غیرمتمرکز؛ بیمه اجتماعی درمان	خیر	به شدت غیرمتمرکز؛ نواحی با جمعیت کم
انگلستان	متمرکز؛ خدمات ملی درمان	بله	همکاری با اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی؛ سیستم موردی مختلط برای اورژانس

جدول ۲ - مکانیزم تامین مالی اورژانس

کشور	پرداخت بر حسب محل ارائه خدمت	پرداخت بر حسب پوشش بیمه‌ای	پرداخت بر حسب نوع خدمت اورژانس
استرالیا	بله - ۸۰٪ از بودجه ایالت برای مراقبت‌ها در بخش اورژانس به صورت غیر بستری منظور می‌شود. (برابر با ۸۰٪ از هزینه‌های گزارش شده برای بخش اورژانس از جمله حقوق و خدمات/کالاهای مصرفی)	بله - ۲۰٪ از بودجه ایالتی برای مراقبت‌ها در بخش اورژانس به صورت غیر بستری منظور می‌شود. (برابر با سهم بخش اورژانس از کل مراجعات گزارش شده به بخش اورژانس بصورت غیر بستری در ایالت ویکتوریا)	-----
هلند	بله - اما فقط برای برخی بیمارستان‌ها (بیمارستان‌های مناطق روستایی که نیازمند تضمین دسترسی به خدمات هستند اما فعالیت کافی ندارند، مراکز آسیب شناسی، مراکز سوختگی و بیمارستان‌هایی که خدمات هلیکوپتر دارند.)	بله - بر اساس کل عایدات (بستگی به سیستم پرداخت بیمه دارد.)	خیر (اما خدمات ارائه شده تاثیر به سزایی بر رده بندی بیماران در بیمه دارند.)
دانمارک	بله - بر حسب ناحیه متغیر است. (بستگی به بودجه سال‌های قبل و دسترسی به پرسنل/تجهیزات دارد.)	بله - بر حسب ناحیه متغیر است. (بستگی به فعالیت‌های مختلف دارد. از جمله سیستم موارد مختلط)	خیر (اما روندهای خاص بر سنجش موارد مختلط تاثیرگذار هستند.)
انگلستان	خیر	بله - ۱۰۰٪ از پرداخت‌های بخش اورژانس (در حدود ۷۰٪ از بیمارستان‌ها) (بستگی به موارد مختلط که به بخش اورژانس گزارش می‌شوند دارد.)	خیر (اما خدماتی مثل تحقیق و معاینات و بررسی‌ها یا روندهای انجام شده بر طبقه بندی هزینه‌ها تاثیر دارند.)
فرانسه	بله - حداقل ۴۷۱,۳۰۶ یورو (براساس سنوات خدمت قبلی: ۴۷۱,۳۰۶ یورو برای سری اول ۵۰۰۰ مراجعه غیر بستری به بخش اورژانس؛ حدود ۱۶۵,۰۰۰ یورو برای هر ۲۵۰۰ مراجعه بعدی) + بودجه مزایای عمومی (برای بخش اورژانس با فعالیت کم)	بله - ۲۵,۳۲ یورو برای هر مراجعه غیر بستری به بخش اورژانس	بله - هزینه بر حسب هر خدمت برای همه خدمات (مشاوره، تصویربرداری، آزمایشات آزمایشگاهی، جراحی، پرستاری و غیره)
ایران	بله - به صورت رسمی میزان فرانشیز در کشور بسته به نوع خدمت و بیمه‌گر از ۰ تا ۳۰٪ متغیر است.	بله - ۲۵۰,۰۰۰ ریال برای هر مراجعه غیر بستری به بخش اورژانس	بله - هزینه بر حسب هر خدمت برای همه خدمات (مشاوره، تصویربرداری، آزمایشات آزمایشگاهی، جراحی، پرستاری و غیره)

جدول ۳ - توزیع متغیرهای کمی مطالعه

ماکزیمم	مینیمم	میانگین	انحراف معیار	میانه	
۲۸,۰۰	۴,۰۰	۱۶,۰۰	۵,۹۳	۱۴,۹۲	سابقه کار
۲۸,۰۰	۲,۰۰	۱۴,۰۰	۵,۷۶	۱۳,۵۳	سابقه کار در اورژانس
۵۶,۰۰	۲۷,۰۰	۴۱,۰۰	۶,۸۵	۴۰,۵۵	سن

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی بخش تامین مالی

بسیار زیاد		زیاد		متوسط		کم		بسیار کم		وضعیت پاسخ تامین مالی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۳,۳	۱۴	۶۹,۱	۲۹۷	۲۷,۷	۱۱۹	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۱
۰,۰	۰	۰,۰	۰	۷۱,۶	۳۰۸	۲۵,۱	۱۰۸	۳,۳	۱۴	۲
۰,۰	۰	۶,۳	۲۷	۷۰,۵	۳۰۳	۱۶,۷	۷۲	۶,۵	۲۸	۳
۶۴,۹	۲۷۹	۳۵,۱	۱۵۱	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۴
۰,۰	۰	۶۲,۳	۲۶۸	۳۴,۴	۱۴۸	۳,۳	۱۴	۰,۰	۰	۵
۰,۰	۰	۰,۰	۰	۹,۳	۴۰	۸۴,۴	۳۶۳	۶,۳	۲۷	۶
۶۶,۰	۲۸۴	۳۰,۹	۱۳۳	۳,۰	۱۳	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۷
۳۹,۸	۱۷۱	۵۷,۰	۲۴۵	۳,۳	۱۴	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۸
۳۷,۰	۱۵۹	۵۹,۸	۲۵۷	۳,۳	۱۴	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۹
۶۵,۱	۲۸۰	۱۲,۱	۵۲	۲۲,۸	۹۸	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۱۰
۸۷,۴	۳۷۶	۱۲,۶	۵۴	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۰,۰	۰	۱۱

جدول ۵ - نتایج مدل سازی ساده عمومی خطی برای متغیر وابسته تامین مالی با متغیرهای زمینه‌ای

95% Confidence Interval		P-Value	t	Std. Error	B	Parameter
Upper Bound	Lower Bound					
						جنسیت
2.414	-0.252	.112	1.594	.678	1.081	مرد
.	.	.	.	.	0a	زن
						سن
2.130	-1.753	.849	.191	.988	.188	<= 31
6.403	2.765	<0.001	4.954	.925	4.584	32 - 38
2.936	-1.109	.069	1.825	.775	1.414	39 - 45
.	.	.	.	.	0a	46+
						سابقه کار
2.380	-2.209	.942	.073	1.167	.085	<= 7
6.157	2.038	<0.001	3.910	1.048	4.098	8 - 14
2.385	-1.550	.677	.417	1.001	.418	15 - 21
.	.	.	.	.	0a	22+
						سابقه کار در اورژانس
3.251	-1.934	.618	.499	1.319	.659	<= 7
5.910	1.102	.004	2.866	1.223	3.506	8 - 14
1.538	-3.336	.469	-.725	1.240	-.899	15 - 21
.	.	.	.	.	0a	22+
						سطح تحصیلات
-1.366	-6.374	.003	-3.038	1.274	-3.870	کمتر از لیسانس
1.100	-1.745	.656	-.446	.724	-.322	لیسانس
2.697	-.825	.297	1.045	.896	.936	فوق لیسانس
.	.	.	.	.	0a	دکتری
						پست
5.039	-2.331	.471	.722	1.875	1.354	معاون
-9.306	-16.111	<0.001	-7.342	1.731	-12.708	مدیر شبکه
-1.159	-8.132	.009	-2.619	1.774	-4.646	رئیس بیمارستان
6.001	-.515	.099	1.655	1.657	2.743	رئیس اورژانس
1.573	-3.239	.496	-.681	1.224	-.833	متخصص طب اورژانس
2.917	-1.947	.695	.392	1.237	.485	پزشک اورژانس
.378	-4.222	.101	-1.642	1.170	-1.922	سوپروایزر بالینی
-1.030	-5.706	.005	-2.832	1.189	-3.368	سوپروایزر اورژانس
.220	-4.345	.076	-1.776	1.161	-2.062	پرستار
2.581	-2.095	.838	.204	1.189	.243	سرپرست پایگاه
.	.	.	.	.	0a	کارشناس فوریتهای پزشکی
						محل کار
4.685	-.935	.190	1.311	1.430	1.875	ستاد دانشگاه
5.648	-1.898	.329	.977	1.920	1.875	معاونت درمان دانشگاه
3.902	-.729	.179	1.347	1.178	1.587	مرکز مدیریت حوادث
-1.973	-6.249	<0.001	-3.779	1.088	-4.111	شبکه بهداشت و درمان
.436	-3.122	.139	-1.483	.905	-1.343	بیمارستان
.	.	.	.	.	0a	پایگاه اورژانس

Reference:

- 1- Masoumi H, Daneshgari M. Ministry of Health, Medical Education, Pre-hospital Emergency Coverage Plan; 2015. [Persian]
- 2- Vand Rajab Pour M. Comparative Study of Public Health Insurance System in Selected Countries and Providing a Suitable Model for Iran. Islamic Azad University, Research Center; 1999. [Persian]
- 3- Barony, M. A Comparative Study of the Methods of Providing Financial Insurance Funding in Selected Countries and Providing a Model for Iran. Faculty of Management and Information, University of Iran; 2004. [Persian]
- 4- VanRooyen MJ, Thomas TL, Clem KJ. International emergency medical services: Assessment of developing prehospital systems abroad. *J Emerg Med*, 1999; 17(4): 691-6.
- 5- Cobelas C, Cooper C, Ell M, Hawthorn G, Kennedy M, Leach V, Quality Management and Emergency Service enhancement Programme, Department of Emergency Medicine, Australia; 2001.
- 6- American College of Emergency Physicians Report, Emergency Department Operations Management, U.S.A; 2004.
- 7- Masoumi G, Jalili M, Cian Thier M. Hospital Emergency Department Indicators. Ministry of Health and Medical Education; 2012. [Persian]
- 8- Karimi I, Nassiripour AA, Maleki M, Mokhtare H. Assessing Financing and Payment Systems for Health Providers in Selected Countries: Providing a Template for Iran. *Quarterly Journal of Health Management*; 2005. [Persian]
- 9- Analysis of The Status of Emergency Departments in The Hospitals of The Country and The Proposal for Interventions (Development of The Emergency Department's Emergency Policies Improvement Document of The National Institute of Health Research Hospital), Tehran University of Medical Sciences (And The Treatment Officer, Center for Medical Accident and Emergency Management); 2013. [Persian]
- 10- Bahadori M, Mir Hashemi S, Panahi F, Tofighi S. Surveying the Structure, Process and Activities of The Emergency Department in Baqiyatallah University of Medical Sciences Hospitals; 2007. [Persian]
- 11- Asadi F. Improve the Performance of Emergency Services of Hospitals With The Approach of Quality Management System. Tehran; 2003. [Persian]
- 12- VanRooyen MJ, Thomas TL, Clem KJ. International emergency medical services: Assessment of developing prehospital systems abroad. *J Emerg Med*, 1999; 17(4): 691-6.
- 13- Siddiqui AA, Zafar H, Bashir SH. An audit of head trauma care and mortality. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2004; 14(3): 173-7.
- 14- Adnet F, Lapostolle F. International EMS systems: France Resuscitation, 2004; 63(1): 7-9.
- 15- Papaspyrou E, Setzis D, Grosomanidis V, Manikis D, Boutlis D, Ressos C. International EMS systems: Greece. *Resuscitation*, 2004; 63(3): 255-9.
- 16- Pozner CN, Zane R, Nelson SJ and Levine M. International EMS systems: The United States: Past, present, and future. *Resuscitation*, 2004; 60(3): 239-44.
- 17- Kobusingye OC, Hyder AA, Bishai D, Hicks ER, Mock C, Joshipura M. Emergency medical systems in low-and middle-income countries: Recommendations for action. *Bull World Health Organ*, 2005; 83(8): 626-31.

- 18- Safdari R., Ghazi Saeedi M, Goodini A, Monajemi F. A Comparative Study of The Mechanism for Paying Medical Insurance in The United States and Australia and Iran, Journal of Research in Medicine and Tropical Medicine; 2010. [Persian]
- 19- Office of the Supreme Leader, General Health Policy; 1394. [Persian]
- 20- Wilm Quentin, Natalie Baier, Mickael Bech, David Bernstein, Thomas Cowling, Terri Jackson, Johan van Manen, Andreas Rudkjøbing, Alexander Geissler , Organization and Payment of Emergency Care Services in Selected Countries; 2016.
- 21- Azami S, Sadegh Tabrizi J, Abdullahi L, Yari Fard K, Kabiri N, Sa'adati M, Vali Zadeh S, Daemi A, Abhari A, Nadimi B. Knowledge and Attitude of Educational Hospital Managers of Tabriz University of Medical Sciences and Ardabil on Accreditation, Ardabil Health Journal of Health; 2014. [Persian]
- 22- Keshavarz H, Zahiri M. Anvaripour, Presenting the Plan of Coordination of Pre-hospital and Hospital Emergency in Bushehr Province; 2012. [Persian]