

حسابداری تکنولوژی جدید در سیستم های پرداخت قراردادی بیمارستان ها

نویسنده: مهدی میرشکار-دانشجوی کارشناسی ارشد حسابداری- واحد قاینات

چکیده

زمینه و هدف:

در این بخش کمیته مشورتی پرداخت مراقبت های پزشکی سئوالاتی درباره پرداخت تکنولوژی جدید در سیستم های پرداختی قراردادی بیمارستان مطرح می کند. سیاست گذاران چگونه باید «تکنولوژی جدید» را تعریف کنند؟ آیا تعریف بر چگونگی تحمل کردن یک سیستم پرداخت نسبت به تکنولوژی معین تأثیر می گذارد؟ چه اصول پرداختی باید برای تکنولوژی جدید به کار روند؟

مواد و روش ها: این مطالعه یک مطالعه مروری است. ابتدا با استفاده از کلید واژه های اختصاصی در موتورهای جستجو شامل SCOPUS ، Google Schohar ، Sciencedirect ، Pub med ، SID و بانک های مقالات علوم بهداشتی، مقالات مرتبط استخراج گردید. سپس داده ها برحسب اهداف مطالعه تحلیل شدند.

یافته ها: پرداخت های مازاد برای تکنولوژی های جدید به شکلی جایگزین هستند به این معنا که سازمان HCFA می بایست بهره هایی را که هزینه تخمین زده شده هر تکنولوژی تحت پوشش قرار می دهد، تعیین کند. نتیجه گیری: سیستم های جدید جایگزین سیستم های دستی شود.

مقدمه

این سئوالات با در نظر گرفتن تغییرات قانونی اخیر در عملکرد تکنولوژی در سیستم های پرداخت قراردادی و بیماران بستری و سرپائی بحث و بررسی می شود. کمیته یک سری پیشنهادات را راجع به این مسائل به کنگره و وزیر ارائه می دهد که هدف آن ایجاد سیستم های پرداخت مراقبت های پزشکی پاسخگو به تازه های تکنولوژیکی است و در عین حال به حداقل رساندن پرداخت هزینه (۱). مهمتر از همه آنها، توصیه ها به وزیر در مورد تخصیص کدهائی به خدمات جدید و روشها، بررسی نیاز به تغییرات طبقه بندی خدمات یا بیماران، و اجرای پرداخت های اضافی برای تکنولوژی های جدید است. مسأله مرتبط متدهای بروز آوری پرداخت ها در مراقبت های پزشکی سنتی می پردازد. اغلب خدمات بیمارستانی هم اکنون به صورت قسطی پرداخت می شوند. اخیراً، نگرانی هایی با توجه به عملکرد تکنولوژی جدید تحت پرداخت قراردادی (قسطی) به وجود آمده است (۲). آیا مراقبت های پزشکی، معرفی تکنولوژی های جدید را به سرعت تشخیص می دهد تا دسترسی به منافع را تضمین کند؟ آیا نرخ های پرداخت به اندازه کافی هزینه های تکنولوژی های جدید را منعکس می کند؟ قانون اصلاح بودجه متعادل

(BBRA) سال ۱۹۹۹ به این مسأله برای سیستم پرداخت قسطی بیماران سرپائی (PPS) با برقراری پرداخت های Pass-through برای انواع خاص تکنولوژی جدید می پردازد(۳).

مراقبت های پزشکی که اخیراً تصویب شده و قانون حمایت و بهبود منافع SCHIP سال ۲۰۰۰ (BIPA)، HCFA را ملزم به ایجاد مکانیزمهای جدید برای پرداخت پیشرفت های تکنولوژیکی طبق PPS سرپائی می کند. با توجه به تکنولوژی جدید پرداخت در یک سطح ادراکی، سئوالات زیر را باید مورد توجه قرار داد:

- چگونه باید تکنولوژی جدید را تعریف کنیم؟ آیا این تعریف بر چگونگی برخورد یک سیستم پرداخت در یک تکنولوژی خاص تأثیر می گذارد؟

- چه اصول پرداختی باید در عملکرد تکنولوژی های جدید به کار رود؟

- سیستم های پرداختی قراردادی چگونه برای تکنولوژی های جدید محاسبه می شوند؟(۱،۲،۳)

پس از این بحث، این بخش به چگونگی برخورد سیستمهای پرداختی قراردادی بیماران بستری و سرپائی با تکنولوژی جدید می پردازد و تغییرات سیاستی را پیشنهاد می کند.(۳)

تعریف تکنولوژی جدید

تکنولوژی نشان علم پزشکی مدرن است. اگرچه پیشرفت های تکنولوژیکی نتایج مراقبت های پزشکی را بسیار بهبود بخشیده اما در افزایش هزینه ها نیز یک عامل اساسی بوده است. نظر به برخورد سیستم های پرداختی با تکنولوژی جدید، باید یک تعریف جدید برای «تکنولوژی جدید» بنا کرد. مثلاً، اگر یک تکنولوژی جدید برای تمام خدمات بیمارستانی به کار رود، محاسبه هزینه های سیستم پرداخت نیاز به یک مکانیزم متفاوت دارد تا یک تکنولوژی جدید(۴).

در مفهوم اساسی، تکنولوژی یعنی کاربرد عملی دانش. در بخش پزشکی، این می تواند شامل:

داروها، تدابیر، تجهیزات و مواد، روشهای پزشکی و سیستم های پشتیبانی و سیستم های سازمانی و مدیریتی باشد. برخی از این تکنولوژی ها مثل داروها یا روش های جراحی، خدمات قابل شناسایی و بیماران شخصی را تحت تأثیر قرار می دهد. بقیه، مثل تجهیزات تشخیصی جدید، برای بخشی از خدمات به کار می رود(۵).

اما، یک سری مثل سیستم های اطلاعاتی یا تکنیک های مدیریتی پیشرفته بر تمام خدمات ارائه شده در یک بیمارستان تأثیر می گذارد. در تعریف یک تکنولوژی جدید، انواع جدید تکنولوژی (مثل نمایش دیجیتال) و پیشرفت های اساسی در تکنولوژی های قدیمی تر باید در نظر گرفته شوند. در یک سیستم پرداخت، یک تکنولوژی جدید می تواند تطبیق تکنولوژی قبلی در

یک موقعیت جدید باشد، اگرچه تأثیر کلی تکنولوژی، باعث افزایش هزینه ها شده است، اما تکنولوژی های خاصی باعث افزایش یا کاهش هزینه ها می شوند(۶).

مکانیزم های مورد استفاده بر محاسبه هزینه های تکنولوژی جدید تا حدی به نوع تکنولوژی مطرح شده بستگی دارد. تخصص هزینه های یک ابزار مورد استفاده در یک روش ویژه، در وزن نسبی آن روش منعکس می شود. هزینه های تکنولوژی های وسیعتر مثل سرمایه گذاری تجهیزات یا سیستم های اطلاعاتی از طریق بروزآوری نرخ پرداخت پایه، آسانتر پرداخته می شوند. در برخی موارد مثل PPS بیماران سرپائی، تغییر در وزنهای نسبی به صورت بودجه بی طرف ایجاد می شود. در آن صورت، سیستم پرداخت هنوز نیاز به حسابداری افزایش هزینه تکنولوژی از طریق پروسه بروزآوری دارد(۷).

اصول طراحی سیستم پرداخت و عملکرد در تکنولوژی جدید

پرداخت اقساطی مطابق با برنامه مراقبت های پزشکی برای خدمات بیماران سرپائی صورت گرفت تا اثربخشی در ارائه خدمات را ارتقاء بخشد و مالیات دهندگان را از کارها و هزینه های غیرضروری حفظ کند. با تنظیم به موقع نرخهای پرداخت، برنامه پزشکی یک پرداخت ثابت را برای بیماران بیمارستان معین می کند که بخوبی هزینه های مطلوب مهیا کننده را منعکس می کند. مهیاکنندگانی که به صورت اقساطی هزینه را می پردازند در ریسک مالی برای هزینه های پرداخت قرار می گیرند و اگر هزینه هایشان زیر آن مقدار باشد پاداش می گیرند. این مورد با بازپرداخت هزینه مغایر است، که هیچ محرک درونی برای اثربخشی ندارد یک سیستم پرداخت قراردادی، محرک های مالی را برای تطابق تکنیک های جدید فراهم می سازد که هزینه پایین تری دارد، البته سیستم پرداخت باید مکانیزم هایی را برای حساسی هزینه های تکنولوژی های جدید که کیفیت را افزایش می دهند آماده کند حتی اگر هزینه ها بالا رود(۶،۷).

یک PPS باید به طور بی طرف، تصمیم گیری کلینیکی را در نظر داشته باشد که شامل تطبیق با تکنولوژی جدید است. سیستم پرداخت نباید طرفدار استفاده از یک شیوه یا تکنولوژی باشد، اما هزینه های یک تأمین کننده کارآمد را برای تمامی گزینه ها بپردازد و به پرسنل کلینیک اجازه دهد آنچه مطلوب است در موقعیت های فردی، انتخاب کنند. نرخهای پرداخت برای یک محصول معین تنظیم می شوند اما تعداد و ترکیب داده ها در تولید محصول به نظر کلینیکی تأمین کننده بستگی دارد. هزینه های خیلی بالا، باری بر دوش مالیات دهنده و ذی نفع هستند. اگر هزینه خیلی پایین باشد، محرکی برای منع خدمات مورد نیاز است. نرخ صحیح هم در سطح جهانی و هم برای توزیع هزینه ها بین خدمات مهم است(۸).

برای اطمینان از اینکه اقساط برای حفظ دسترسی به خدمات مورد نیاز بدون خرج های اضافی، کافی هستند نیاز به یک پروسه تعادل داریم. محاسبه نرخ های پرداخت کافی باید با استفاده از معتبرترین منابع اطلاعات موجود، به طور اداری امکان

پذیر و عملی باشد. داده های محدود و متغیرهای قابل پیش بینی در هزینه های تأمین کنندگان اشاره به این مطلب دارد که کفایت پرداخت در سطح وسیع تعیین می شود، با اظهارنظرهای پرداختی مثل اظهارنظرهایی که به آموزش محاسبات متغیرهای قابل پیش بینی در هزینه ها بین انواع تأمین کنندگان داده می شود (۹).

PPS ها عوامل مشترک معینی دارند، شامل سیستم طبقه بندی خدمات یا بیمار، واحد پرداخت، پرداخت های نسبی بین خدمات (وزن پرداخت) و یک نرخ پایه پرداخت (یا فاکتور تغییر). همه PPS ها یک پروسه برای بروزآوری اوزان نسبی پرداخت و میزان پرداخت پایه دارند. نحوه رفتار این عناصر، مفاهیمی برای رفتار تکنولوژی جدید طبق یک PPS معین دارد.

سیستم طبقه بندی

سیستم طبقه بندی، خدمات پرداخت را دسته بندی می کند که می تواند وسیع باشد مثل PPS بیمار بستری و خدمات بیمارستانی را اساساً توسط تشخیص عمده یا روش خاص شان گروه بندی می کند. متناوباً می تواند نسبتاً محدود باشد، مثل PPS بیماران سرپائی، که خدمات را بر اساس یک خدمات خاص یا مجموعه کوچکی از خدمات دسته بندی می کند مثل یک آزمایش تشخیص، یک جراحی سرپائی یا یک ملاقات کلینیکی. سیستم طبقه بندی بر چگونگی تعریف تکنولوژی و چگونگی برخورد با تکنولوژی جدید تأثیر می گذارد. یک سیستم پرداخت محدود (مثل PPS بیماران سرپائی) یک دارو یا تدبیر خاص را با استفاده از اقساط اضافی یا مکانیزم های دیگر مورد هدف قرار می دهد. پایه ریزی سیستم طبقه بندی بر اساس تشخیص، وابستگی یک تکنولوژی خاص را به یک مورد معین مشکل می سازد.

واحد پرداخت

واحد پرداخت مربوط به سیستم طبقه بندی است و هدف طبقه بندی را در پرداخت معین می کند. PPS بیمار بستری دارای یک دسته بندی بزرگ و وسیع است: پرداخت برای تمام خدمات ارائه شده در طی اقامت در بیمارستان است. در مقابل، PPS سرپائی، بر یک طبقه کوچک تکیه دارد: پرداخت برای داده های مورد نیاز برای یک روش محدود است.

تعریف یک واحد پرداخت، تا حدی حوزه محرک های کارآئی یک PPS را مشخص می کند: هرچه گروه بزرگتر باشد، جای افزایش کارآئی در سطح مهیا کننده نیز افزایش می یابد، اما شانس محدود کردن خدمات هم زیاد می شود. واحد پرداخت بر مکانیزم هایی هم که هزینه تکنولوژی جدید را تصرف می کنند تأثیرگذار است. اگر واحد پرداخت یک گروه بزرگ را در بر داشته باشد، هزینه های افزایش یافته در یک حوزه، مثل ابزار تولید یک داروی جدید، می تواند هزینه های بخش دیگر را کاهش دهد، مثل مدت زمان بستری شدن، که باعث می شود پرداخت کلی دسته یکسان بماند یا کاهش یابد. البته برای یک

گروه محدود، میدان کمتری برای جبران کارایی وجود دارد، و هزینه های تکنولوژی های جدید باید واضح تر به نظر آورده شوند.

برنامه نویسی و بروزآوری وزن نسبی

کدهای بروزآوری و اوزان پرداخت راهی دیگر برای رسیدگی به چگونگی بحث از تکنولوژی جدید فراهم می کند. تنظیم مجدد اوزان نسبی برای خدمات راهپائی را در نظر می گیرد که در آن، تکنولوژی جدید، تولید بیشتر و عوامل دیگر، هزینه های خدمات را نسبت به یکدیگر تغییر دهد. این پروسه همچنین معرفی واضح کدهای جدید را برای روشهای ابتکاری ممکن می سازد. همه PPS ها برای بروزآوری روتین کدها و اوزان نسبی تهیه می شوند، هم PPS های سرپائی و هم بستری اصلاحات سالانه را متحمل می شوند. فرکانس (دفعات) اصلاح اوزان و کدها بر مدت زمانی که پرداخت های مناسب برای تکنولوژی های جدید ایجاد می شود مؤثر است. البته اولویت های چندگانه باید متعادل شوند، شامل انسجام سیستم های کدگذاری و پرداخت به تأمین کنندگان از اصلاح پروسه های ارسال صورت وضعیت شان برای نشان دادن کدها و اوزان جدید، موجودی داده ها و نیازهای اداری.

بروزآوری های پرداخت

سرانجام، بروزآوری پرداخت به نرخهای پایه می تواند تأثیرات هزینه تکنولوژی جدید را نشان دهد. برخی از روش های بروزآوری مثل قالب بروزآوری MedPAC که برای بروزآوری PPS بستری و دیگر موقعیت هایی که خدماتی با حق الزحمه دارند ایجاد می شوند، به طور واضح تأثیر افزایش کیفیت و افزایش هزینه تکنولوژی را بر هزینه ها و افزایش پرداخت ها را به ترتیب در نظر می گیرد.

البته، وقتی تکنولوژی جدید کارائی را افزایش و هزینه ها را کاهش دهد، بروزآوری پرداخت باید آن روش ها را نیز نشان دهد. برای PPS بستری، کنگره بروزآوری را سالانه تنظیم می کند. با راهنمایی MedPAC و وزارت خدمات پزشکی و انسانی. برای PPS بیماران سرپائی کنگره بروزآوری را تا سال ۲۰۰۲ تنظیم کرده است. پروسه بروزآوری برای سال های آتی به طور کامل توسط اداره مالی خدمات بهداشتی (HCFA) ایجاد نشده است. در حال حاضر، هیچ مکانیزم واضح و روشنی برای تأثیرات هزینه های تکنولوژی جدید در بروزآوری عامل تبدیل بیماران سرپائی در نظر گرفته نشده است.

رفتار تکنولوژی جدید در سیستم پرداخت بیماران سرپائی. اجرای PPS سرپائی در اول آگوست ۲۰۰۰ از پرداخت بر پایه هزینه خدمات ارائه شده در بیماران سرپائی کمی دور شد. این بخش PPS بیماران سرپائی و چگونه پرداخت تکنولوژی جدید را توصیف کرده و توصیه هائی برای اصلاح سیستم ارائه می دهد.

ساختار سیستم پرداخت بیماران سرپائی

PPS بیماران سرپائی، خدمات را بر اساس سیستم کدگذاری مشترک HCFA طبقه بندی می کند. دو نوع HCPCS وجود دارد. کدهای سطح ۱ بر اساس سیستم کدگذاری واژگان عملی رایج پزشک (CPT) است که توسط انجمن پزشکی آمریکا تولید شده. کدهای سطح II که شامل ذخایر، داروها و تدابیر است توسط HCFA بوجود می آید. سرویس ها از لحاظ کلینیکی مشابه اند و با توجه به استفاده منابع اند. واحد پرداخت PPS بیماران سرپائی، خدمات فردی است. اگر بیماری چندین نوع خدمات دریافت کند مثل ویزیت و عکس برداری، بیمارستان برای هر خدمات یک هزینه دریافت می کند. پرداخت برای یک سرویس در یک گروه APC شامل دسته بندی محدودی از خدمات فرعی است. وسیع ترین دسته بندی برای عمل جراحی بیماران صورت می پذیرد. هزینه عمل جراحی، هزینه های اجرائی و اتاق های بستری، بیهوشی، داروها و تجهیزات جراحی را در بر دارد.

پاسخ دهی به هزینه های تکنولوژی

PPS بیمار سرپائی به طور واضح هزینه تکنولوژی جدید را با تعریف گروه های APC تکنولوژی جدید و هزینه های متحمل شده که بازپرداخت اضافی برای داروهای خاص، بیولوژیکی و تدابیر پزشکی را فراهم می کنند، مورد توجه قرار می دهد. هدف گروه های APC تکنولوژی جدید تضمین پرداخت به موقع برای تکنولوژی های جدید است که خدمات جدید را ارائه می دهند.

یک هزینه متحمل شده، هزینه ای است که مکمل هزینه استاندارد APC است، وقتی از تکنولوژی جدید استفاده می شود. دلیل اساسی ایجاد این شرایط، نگرانی در مورد استفاده از داده های ۱۹۹۵ به عنوان مبنای استقرار نرخهای پرداخت است چون به عقیده انجمن، اطلاعات ۱۹۹۶ به درستی هزینه های تکنولوژی های جدید را منعکس نمی سازد و می تواند منجر به دستمزد کم برای کار در سال ۲۰۰۰ شود. بقیه بخش، به مسائل کدگذاری و طبقه بندی، گروه های APC تکنولوژی جدید و پرداخت متحمل شده انتقالی می پردازد.

مسائل کدگذاری و طبقه بندی

تمام سیستم های پرداخت مراقبت های پزشکی دربردارنده اندازه گیری هائی برای اصلاح و انطباق معرفی تکنولوژی های افزایش کیفیت هستند. اجرای سریع آنها، پرداخت به موقع تکنولوژی های جدید را تضمین می کند.

پیشنهاد 3A

در سیستم پرداخت سرپائی، منشی باید روش های فرمول شده ای برای تعیین سریع گدها، بروزآوری اوزان نسبی و رسیدگی به نیاز تغییر در طبقه بندی خدمات برای تعیین هزینه های تکنولوژی های اصلاح یافته جدید و اساسی دارد. صنعت بیان کرده که تأخیر در پروسه های طبقه بندی و کدگذاری انتشار کدگذاری های جدید را مختل می کند، البته مدرک روشنی از افزایش مشکلات وجود ندارد. در PPS بیمار سرپائی پروسه کنترل تکنولوژی جدید شامل تخصیص کدها به خدمات جدید و روش های جدید، بروزآوری طبقه بندی اوزان (APC) و رسیدگی به نیاز به گروه های طبقه بندی شده خدمات بازسازی شده است.

بروزآوری کدگذاری به موقع، به ویژه، در بخش بیماران سرپائی مهم اند، که گروه های پرداخت کوچک اند و اغلب روش ها نیاز به کدی برای بازپرداخت به بیمارستان دارند. کدهای جدید بیماران سرپائی توسط HCFA و هیأت CPT تعیین می شوند. به علاوه، برای اجرای شرایط تکنولوژی بیماران سرپائی BBRA، HCFA سیستمی برای تعیین کدهای پرداخت متحمل ایجاد کرده است که شامل تخصیص یک بخش از کدهای موقت برای تعیین و تخصیص سرعت است. HCFA همچنین باید اوزان پرداخت بیماران سرپائی را بر یک پایه سالانه بررسی کرده و APC های مورد نیاز را بازسازی کند، البته پروسه کار هنوز به طور مفصل فراتر از کمیته مشورتی پیش نرفته.

گروه های طبقه بندی پرداخت گردشی

در ایجاد PPS سرپائی، HCFA گروه های APC جداگانه ایجاد کرده که خدمات تکنولوژی جدید را طوری طبقه بندی می کند که واحد شرایط پرداخت های متحمل شده نیست. این گروه ها شامل خدماتی هستند که در هزینه یکسان اند اما از لحاظ کلینیکی لزوماً مشابه نیستند. آژانس یک مجموعه ۱۵ گروهی تکنولوژی جدید را بنا نهاده است، با هزینه هائی از صفر تا ۵۰ دلار و نهایتاً ۵۰۰ و ۶۰۰۰ دلار. نرخ پرداخت همه خدمات یا بخش های یک گروه ویژه، نقطه میانی حوزه هزینه یک گروه است.

برای کنترل طبقه بندی میان یک تکنولوژی جدید APC، یک سرویس باید تحت پوشش مراقبت پزشکی باشد، تحت نمایندگی داده های ۱۹۹۶ به کار برده شده برای تنظیم نرخ های پرداخت باشد، یک کد HCPCS داشته باشد و برای معالجه بیماری یا اصلاح یک عملکرد معیوب ضروری و منطقی باشد. HCFA تکنولوژی جدید یا سرویس ها را بین گروه های APC تکنولوژی جدید، ۲ تا ۳ سال قبل از تعیین و تخصیص خدمات به یک گروه APC استاندارد جدید یا موجود، طبقه بندی می کند. این مکانیزم به HCFA اجازه می دهد که هزینه تکنولوژی جدید را کمی پس از دسترسی و صلاحیت

برای پرداخت های هزینه های مراقبت پزشکی پرداخت کنند. همچنین HCFA می تواند داده های کلینیکی و هزینه ای را برای اصلاح و بروزآوری سیستم طبقه بندی APC جمع آوری کند.

این روش حساسی تکنولوژی جدید بیشتر از همه برای یک PPS با یک واحد محدود پرداخت و گروه محدود کاربرد دارد. با دادن تعریف کمی از یک سرویس در PPS بیماران سرپائی، تکنولوژی های جدید می توانند جداگانه از تمام گروه های APC دیگر تعریف شوند. مثلاً در PPS، گروه های APC تکنولوژی جدید برای اسکن های پرتونگاری صدور ذره کوچک (PET) به منظور تشخیص امراض ویژه (مثل اسکلت و ویژگی های لنفی) بنا نهاده شده اند.

یکی از مشکلات این روش، استفاده از نرخ مزد موقتی است- نرخ گروه APC تکنولوژی جدید- در حالیکه اطلاعات بیمارستانی برای تنظیم یک نرخ دائمی جمع آوری می شوند- HCFA از یک روش کاربردی در جمع آوری داده های هزینه استفاده می کند تا سرویس ها را در گروه های APC قرار دهد اما داده های به دست آمده از این طریق صحت و دقت ندارند و نمایانگر هزینه های اجرائی بیمارستان نمی باشند.

هزینه های متحمل

هزینه های متحمل برای داروهای خاص، تجزیه و تحلیل زیستی و خدمات درمانی در اختیار BBRA بودند که محاسبه درست هزینه های بیماران را تضمین می کرد. بیمه نشان می دهد که داده های ۱۹۹۵ که برای محاسبه نرخهای هزینه به کار می رفته به درستی هزینه های تکنولوژی جدید خاصی را منعکس نمی کند. هزینه های متحمل یعنی تکمیل نرخ پرداخت استاندارد زمانی که داروهای خاص، تدابیر پزشکی و... که هزینه هایشان در داده های ۱۹۹۶ گنجانده نشده، به عنوان منابع ارائه خدمات باشند و نیروی تورم دارند البته چون هزینه های پرداختی را به سیستم وارد می کنند.

با پرداخت هزینه های افزایشنده برای تدابیر جدید، هزینه های متحمل انتشار و انطباق شان را تقویت می کنند. برای داروها، هزینه های اضافی در ۹۵٪ متوسط کل قیمت فروش حساب می شوند. برای تدابیر پزشکی، هزینه های متحمل بر اساس هر یک از هزینه های بیمارستان است. برای تمامی بخش ها، هزینه های متحمل در سطح مطالبه ایجاد می شوند. مثلاً وقتی یک راهنما جای داده می شود.

بیمارستان یک پایگاه پرداخت برای هزینه های سهل الوصول مربوط به اجرای شیوه و یک پرداخت متحمل با کسر هزینه برآورده شده تدبیر از نرخ پایه پرداخت جبران می شود.

پرداخت های متحمل به مدت ۲ تا ۳ سال پرداخت می شود تا وقتی که نرخ های پرداخت استاندارد برای یکی کردن هزینه های ابزار جدید اصلاح شوند. ارقام جمع آوری شده در طی انتقال برای تغییر نرخ های استاندارد هزینه پرداخت به کار می

روند. پرداخت های کلی تحت شرایط متحمل به حدود ۲/۵ درصد از کل پرداخت های متحمل کاهش می یابند. به علاوه، پرداخت های کلی باید بودجه بی طرف باشند، یعنی عامل تبدیل کاهش می یابد تا بحساب هزینه پرداخت های متحمل شمرده شوند. در واقع، شرایط، هزینه ها را بین خدمات توزیع می کند. این شیوه پرداخت تکنولوژی های جدید، منابعی را مورد نظر دارد که به پرداخت APC دسته بندی می شوند نه خدمات جدید که خود گروه APC دارند. شرایط انتقالی است چون که پرداخت های اضافی برای یک مدت زمان تنظیم می شوند (۲ تا ۳ سال) تا زمانی که داده های کافی برای نرخ های گروه APC در دسترس باشند. البته، شرایط تا آینده ادامه می یابد تا زمانی که تکنولوژی های جدید معرفی شوند. چون نرخ های پرداخت برای محاسبه تکنولوژی های جدید بروزآوری می شوند، نیاز به پرداخت های متحمل کاهش می یابد.

تجربه اجرای این سیاست نگرانی هائی را در مورد تأثیراتش بر رقابت در بازار پزشکی برانگیخته است. HCFA، لزوم یک شیوه ویژه را برای BBRA توجیه کرده.

انتقادات بیان می دارند که با تأیید اجناس با مارک های تجاری، HCFA ابزار جدیدی را در یک گروه تأیید کرده اما نه همه تولیدات را. فرض این مبحث بر این است که متخصصان بالینی بر اساس موقعیت انتخابی خود در مورد استفاده از ابزار تصمیم می گیرند. با تعیین تولیدات معین و نه رقبای آن، این شرایط با اصول برقراری بیطرفی در تصمیم گیری کلینیکی تطابق ندارد. البته تأثیر بر رقابت می تواند موقتی باشد. وقتی PPS بنا نهاده شد، پروسه تأیید آیتم ها باید دقیق تر به کار رود. در توجه به مسأله رقابت ناعادلانه، BIPA، HCFA را ملزم به ایجاد گروه هایی از ابزار برای پرداخت های متحمل می کند. دسته های اولیه باید تا اول آوریل ۲۰۰۱ مستقر شوند. گروه های اضافی بر اساس معیاری که توسط HCFA تا اول ژولای ۲۰۰۱ ایجاد می شود بنا می گردد. مدت زمان یک دسته ۲ تا ۳ سال است با ابزاری که پس از استقرار یک دسته وارد آن می شود برای پرداخت های متحمل مطلوب است، تنها برای ابقای مدت زمان دسته.

BIPA هم ملاک ارائه تکنولوژی را تحت داده های ۱۹۹۶ رد می کند. همه ابزار پزشکی تعریف شده در یک دسته هم اکنون هزینه های متحمل را دریافت می کنند، بدون توجه به این که کی اولین بار در مورد بیماران مورد استفاده قرار گرفته اند. این شرایط منتهی به پرداخت های دسته بندی و پرداخت های متحمل برای اغلب ابزار پزشکی است. در گزارش ماه ژوئن ۲۰۰۰، MedPAC گفت، اگرچه پرداخت های متحمل به تضمین دسترسی به تکنولوژی های جدید و ابتکاری کمک می کند اما می تواند توانائی PPS را در ایجاد انگیزه برای کارائی و کنترل هزینه کم تر کند. معرفی پرداخت های متحمل انگیزه افزایش قیمت این آیتم ها را برای تولیدکنندگان و بیمارستان ها بیشتر می کند. روندهای تورم هم باعث افزایش نرخ های پرداخت آتی می شوند.

شرایط بنیاد نهادن یک پوشش بر پرداخت های کل و کاهش نسبی همه پرداخت های متحمل در صورت تخطی از آن پوشش به معنی ممانعت از افزایش در مخارج کل با توجه به پرداخت های متحمل است.

نظر به فشارهای سیاسی و عدم قطعیت داده ها، پوشش در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱ به کار برده نمی شود و مخارج برنامه برخلاف پوشش افزایش می یابد.

اینکه حدود بیشتر می شود یا نه بستگی به تعریف پرداخت های متحمل دارد. HCFA بارها تعریف خود را گسترش داده زیرا با انتشار آخرین قانون، بیش از ۱۰۰۰ آیتم در اول ژانویه ۲۰۰۱ واجد شرایط شدند. شرایط BIPA منتهی به گسترش های آتی می شود. مثلاً BIPA پرداخت های متحمل را به ابزار پزشکی که قبل از ۱۹۹۶ استفاده شدند و قیمت شان قبلاً در نرخ های پرداخت APC بوده سبب می دهد. با گسترش لیست، پرداخت های متحمل بخش بزرگتری از پرداخت های کلی بیمار را جبران می کند. بر اساس اطلاعات هزینه جمع آوری شده از کاربردهای شرایط مطلوب متحمل، HCFA برآورد کرد که پرداخت های متحمل برای لیست موجود تکنولوژی ها، ۵٪ از کل مخارج بیمار در سال ۲۰۰۱ فراتر می رود. تغییرات موجود در BIPA، مثل گسترش شرایط مطلوب به ابزار قدیمی تر، احتمالاً باعث افزایش هزینه های آنها می شود. البته، HCFA کاهش های نسبی در ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱ را اجرا نمی کند. بنابراین، حداقل برای سال ۲۰۰۱، پرداخت های متحمل از حد پوشش فراتر رفته و هزینه های کلی را افزایش می دهد.

در توجه به پرداخت های متحمل، ۲ اصل باید رعایت شود. به حداقل رساندن دخالت در تصمیم گیری کلینیکی و تضمین اینکه مکانیزم ها از برخورد برنامه ها با پرداخت های پرهزینه جلوگیری می کنند.

قابلیت برای پرداخت های متحمل تکنولوژی جدید تحت سیستم پرداخت بیماران سرپائی قانون پالایش بودجه متعادل (BBRA) آیتم ها و سرویس هایی را که مطلوب پرداخت های متحمل تحت سیستم پرداخت قراردادی بیماران سرپائی (PPS) هستند را تعیین کرد:

داروها، اعمال پزشکی و پرتودرمانی در درمان سرطان، داروهای جنینی، داروهای رادیوفارموستیکال و محصولات بیولوژیکی مورد استفاده در شیوه های داروئی درمانی تشخیص و کنترل بیماری و ، داروها، ابزار و اعمال پزشکی جدید که پس از ۱۹۹۶ به عنوان اولین بار برای خدمات بیماران پرداخت می شوند. اداره مالی مراقبت های پزشکی (HCFA) قابلیت ابزار پزشکی برای پرداخت های متحمل را اینگونه تعریف می کند: ابزاری که تنها برای یک بیمار به کار می روند، یک بار مصرف اند، در تماس با بافت بدن فرد می باشند و در جراحی کاشته شده وارد بدن بیمار می شوند و ممکن است پس از ترخیص از بیمارستان از بدن او خارج شوند.

برای ایجاد یک واحد پرداخت متحمل، واحد باید تعریف شود. برای اجتناب از چند بار پرداخت برای یک بخش، HCFA می گوید که آن ابزار باید یکبار مصرف باشد، البته باید بتوان هزینه ها را سرشکن کرد. محدودیت ابزار کاشتن به شرایط BBRA برمی گردد که پرداخت برخی از ابزار کاشتنی را از تجهیزات پزشکی بادوام، اعضای مصنوعی، بینائی و خدمات و وسایل بدون صورت حساب حق الزحمه به PPS بیماران سرپائی منتقل می کند. بقیه ابزار پزشکی طبق صورت حساب حق الزحمه DMEPOS پرداخت می شوند یا به عنوان بخشی از پرداخت دسته بندی شده در نظر گرفته می شوند. انواع ابزار زیر برای پرداخت های متحمل قدیمی واجد شرایط نیستند:

تجهیزات، ابزار و بخش های مورد استفاده در تشخیص و درمان بیماری، ابزاری که کاشته نمی شوند، و بخش هایی که بیش از یک بار برای بیمار استفاده می شوند. چون این مواد در هزینه های سرمایه یا مواد لازم جای می گیرند، به گفته HCFA این مواد در هزینه های طبقه بندی گردشی (APC) منعکس می شوند، و تغییر هزینه های بیمار سرپائی را نشان می دهند. در واقع هزینه مواد و تجهیزات اصلی باید بخوبی بین خدمات توزیع شوند و بنابراین در تصرف پروسه افزایش عامل تبدیل HCFA باشند تا افزایش های هزینه های خدمات بیمار را بین ۱۹۹۶ و ۱۹۹۹ بحساب آورند. این پروسه برای بخش های مورد استفاده در بسیاری از سرویس های مختلف خوب کار می کند و احتمالاً بر اوزان نسبی خدمات تأثیر نمی گذارد. برای بخش هایی با هزینه های زیاد که منبع یک سرویس خاص هستند استفاده از ارقام قدیمی، اوزان نسبی را کم تخمین می زند و پرداخت هزینه های خدمات ویژه نیز کم می شود. وسایل باید تحت پوشش مراقبت های پزشکی باشند و توسط اداره دارو و تغذیه U.S تأیید شوند. طبق مقررات، هزینه یک وسیله پزشکی باید در رابطه با سهم نرخ پرداخت همراه با تکنولوژی، ناچیز نباشد. این شرایط پرداخت های متحمل را به تکنولوژی های جدید محدود می کند که اساساً گرانتر از پرداخت های موجود هستند- آنقدر گران که بیمارستان ها تحریک به محدود کردن دسترسی به تکنولوژی ها می شوند. البته HCFA در اصل سه معیار مربوط به هزینه وضع کرد، قانون نهائی موقتی در ۳ آگوست ۲۰۰۰، اجرای دو مورد را به تعویق انداخت.

قانون موقت نهائی همچنین آستانه اولین معیار را کم کرد، که اساساً بیان می کند که قیمت تکنولوژی جدید حداقل باید ۲۵٪ از کل صورت حساب APC مربوطه را نشان دهد.

حد آستانه به نظر خیلی محدود بود و به ۱۰٪ تنزل کرد.

پیشنهاد شماره 3B

در سیستم پردختی برای بیمارانی که به شکل سرپائی معالجه می شوند، پرداخت های جایگزین برای تکنولوژی های خاص، می بایست زمانی انجام شود که تکنولوژی مربوطه جدید یا به گونه ای قابل توجه پیشرفته باشد. این تکنولوژی به هزینه مراقبت، در گروه طبقه بندی شده پرداخت های رایج افزوده می شود.

با محدود نمودن پرداخت های جایگزین به تکنولوژی های پیشرفته و جدید، از این برنامه های حمایت م شود و در مقابل افشاء غیر ضروری در مورد پرداخت هایی که هزینه محور هستند، ذینفع می باشد. این محدودیت، توان بالقوه پرداخت برای تکنولوژی ها را در دو مرحله حذف می کند: یک بار در تعیین نرخ های پرداختی اولیه (که در بر گیرنده نظم و ترتیب تکنولوژی ها هست) و بار دیگر از طریق پرداخت جایگزین. به همین علت کلمه «جدید» هزینه هایی را که بر اساس اطلاعات سال ۱۹۹۶ برای تعیین نرخ های پرداختی مورد استفاده قرار می گرفتند، شامل نمی شود. محدود کردن پرداخت های جایگزین به گونه های جدید و یا تکنولوژی هایی که به گونه ای قابل توجه پیشرفته هستند و به هزینه های مراقبت و نگهداری اضافه شده اند، باعث می شود که اجراء برنامه برای هزینه های غیر مستقیم مدیریتی در مورد اندوخته های پرداختی خاص و تهیه پرداخت های هزینه محور برای تکنولوژی هایی که بخش کوچکی از پرداخت کل را در بر می گیرند محدود شود. مکانیزم دیگر برای حمایت در برابر فشارهای تورمی در مورد پرداخت های هزینه محور که به صورت جایگزین هستند، تهیه بودجه ای خنثی است. در مورد اصلاحات پرداختی ضمنی برای تکنولوژی های جدیدی که ذکر شده اند، می بایست در رابطه با بودجه ای خنثی برای حمایت در برابر هزینه های افزایشی اجرا شوند. لیکن بخش HCFA این اصلاحات را برای تقویم مالی سال ۲۰۰۱ در سیستم پرداختی بیماران سرپایی انجام نخواهد داد.

پیشنهاد 3C

سیستم پرداخت جایگزین در مورد بیماران سرپایی می بایست بر اساس یک بودجه خنثی محور صورت پذیرد و هزینه های جدید یا تکنولوژی هایی که به شکلی قابل توجه پیشرفته هستند می بایست در لیست اطلاعات جدید فاکتور شوند. تقاضای بودجه بی طرفی، عامل تبدیل را تا ۲/۵ درصد برای بودجه پرداخت های جایگزین پائین می برد. این مکانیزم بیمارستان ها را برای هزینه های افزایش یافته از این تکنولوژی های خاص در زمانی که استفاده می شوند، تقویت می کند. اما برای ماهیت هزینه افزایش کلی در مورد تکنولوژی های جدید و پیشرفته محاسبه نمی شود: بودجه خنثی تأثیر توزیعی دارد. از آن جا که شهرهای بزرگ و بیمارستان های آموزشی تمایل بیشتری برای استفاده از تکنولوژی جدید دارند، توزیع محدود منابع مالی در برابر خدمات انجام شده باعث همان توزیع مجدد منابع مالی در بین بیمارستان های مختلف می شود.

بنابراین در یک حالت مشابه برای سیستم پرداختی در مورد بیمارانی که داخل بیمارستان درمان می شوند، هزینه تکنولوژی های جایگزین می بایست از طریق اطلاعات جدید برای عامل تولید، داخل سیستم آورده شوند. این مطلب یکی از مواردی است که سازمان MdPAe در شبکه اطلاعاتی مدیرین خود برای حمایت از بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند، مورد توجه قرار می دهد. لیکن هرگونه افزایش در مورد اطلاعات جدید برای تکنولوژی های پیشرفته، نباید هزینه تکنولوژی هایی را که از دوره گذشته تا سال ۱۹۹۷ مورد استفاده قرار گرفته بودند را شامل شود. تکنولوژی هایی که هم اکنون برای پرداخت های جایگزین ملموس هستند. زیرا هزینه های آنها قبلاً بر همین مبنا مورد محاسبه قرار گرفته اند. به همین شکل، اطلاعات جدید نباید در هزینه های مربوط به تجهیزات پیشرفته که بخشی از آن در گروه های APC است به فاکتور شوند. هزینه های این گونه خدمات به همان صورت که برای هر واحد پرداخت شده اند، به شکلی مستقیم پوشش داده شده اند و منجر به افزایش در هزینه های کل می شوند.

نحوه برخورد در رابطه با تکنولوژی های جدید در سیستم پرداختی در مورد بیمارانی که بستری می شوند.

سیستم های پرداختی برای مراقبت های پزشکی در مورد خدمات ارائه شده برای بیمارانی که معالجات بیمارستانی سنگین دارند از سال ۱۹۸۴ مورد توجه بوده است. این فرآیند برای هر دوره سالانه نرخ های پرداختی آن را تغییر می دهد. نرخ هایی که قبلاً شامل مجموعه ای از شیوه های غیر رسمی رایج برای پاسخگویی به تکنولوژی های جدید بوده است. سازمان BIPA، شیوه ای جدید برای محاسبه صریح هزینه های خدمات و تکنولوژی های جدید اتخاذ نموده است. شیوه ای که تا حدودی پس از ارائه اندوخته جایگزین برای تکنولوژی های به کار گرفته شده در مورد بیماران سرپایی طرح ریزی شده است. در این بخش ساختار سیستم پرداختی در مورد بیمارانی که در داخل بیمارستان معالجه می شوند مرور می کنیم و نحوه برخورد درباره هزینه های تکنولوژی جدید و موجود را بررسی می کنیم.

ساختار سیستم پرداختی در مورد بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند.

واحد پرداختی در سیستم پرداخت بیماران بستری شده موردی است و توسط گروه تشخیصی مربوطه طبقه بندی می شود. سیستم داروخانه ها نسبت به سیستم APC برای طبقات وسیع تری در مورد بیماران سرپایی به کار برده می شود و تمامی بخش های پرستاری، خدمات حمایتی و هزینه های جانبی را که در مدت زمان اقامت بیماران ایجاد می شود را در بر می گیرد. این سیستم پرداختی از سه جزء تشکیل شده است.

- عملکرد و میزان پرداخت سرمایه محور که متوسط هر سقف هزینه در مورد مراقبت های پزشکی را در سراسر کشور منعکس می کند و قسمت های وارده نسبی از بیمارستان های مناطق محلی تطبیق یافته است.

- گونه موزونی که برای سقف هزینه نسبی از هر گروه تشخیصی مربوطه با میانگین ملی نوع پزشکی آن محاسبه شده است.
- اصلاحات خاصی که شامل پرداخت های خارج از نوبت برای موارد پر هزینه غیر معمول انجام می گیرد و تطبیق آموزش پزشکی غیر مستقیم که برای هزینه های افزایش یافته تسهیلات آموزشی محاسبه شده و سرمایه اضافه بر تطبیق مشارکت نامتجانس در مورد بیمارستان هایی که برای مراقبت از بیماران کم درآمد تحت فشار مالی قرار دارند.

پاسخگویی به هزینه های تکنولوژی

سازمان BIPA، روش پرداختی برای مراقبت های پزشکی در تکنولوژی های جدید را در سیستم پرداختی بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند تغییر داده است. در این بخش روش هایی را که قبلاً مورد استفاده قرار می گرفتند تا هزینه های تکنولوژی جدید را محاسبه کنند، بررسی می کنیم و خدمات جدید BIPA را ارزیابی می کنیم. با انجام یک مقایسه نتیجه می گیریم که سازمان HCFA، راهکارهای خود را برای پاسخگویی به تکنولوژی های جدید و پیشرفته رسمیت می بخشد و راهکارهایی برای اجرای تکنولوژی، گذشته از حق دولت برای عمل در راستای خواسته های منتخبین به وسیله BIPA ارائه می دهد.

روش های قبلی (روش هایی که در گذشته مورد استفاده قرار می گرفتند).

تکنولوژی همیشه در سیستم پرداختی تجهیزات پزشکی در مورد بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه شده اند به کار برده شده است. HCFA یک گروه مشورتی و تکنیکی است که ضوابط ICDS-CM را برای تکنولوژی های جدید طراحی کرده و یک سری ضوابط را برای شیوه های منسوخ شده حذف می کند. این گروه با عنوان گروه ICD-S-CM تا شناخته شده است کلید هماهنگ کننده و نگهدارنده است و عمدتاً به وسیله سازمان HCFA و مرکز ملی برای آمارهای پزشکی اداره می شود. فرآیند تعیین ضوابط به جدول زمانی ثابتی ندارد. اما به طور کلی حداقل یک سال طول می کشد.

ثانیاً کارمندان بخش HCFA، تغییرات ایجاد شده، در سقف هزینه موارد مربوط را در DR *** تحلیل می کند. این تحلیل عمدتاً در پاسخ به پیشنهادات ارائه شده توسط مدیریت صنعتی است که در آن هزینه های موجود برای گونه های خاصی از موارد ارائه شده به شکلی سیستماتیک بیشتر از میانگین کاربردی داروخانه ها است. بر اساس این تحلیل، سازمان HCFA به شکلی زمان بندی شده انواع مختلفی از ضوابط را برای یک داروخانه متفاوت به دو یا چند گروه جدید، طرح ریزی می کند و ضوابط موزون را متعاقباً اصلاح می کند. شیوه سومی که سازمان HeFA به وسیله آن پاسخگویی تکنولوژی جدید است،

تصحیح مجدد مقیاس اندازه گیری در ضوابط است. تصحیح مجدد مقیاس های اندازه گیری به طور سالانه انجام می پذیرد و سقف هزینه های نسبی موارد مختلف را در فایل مطالبات سالانه اخیر منعکس می کند. این فرآیند هرگونه تغییرات در ساخت داروخانه ها را که در سال گذشته رخ داده است منعکس می نماید. اگرچه تصحیح مجدد مقیاس های اندازه گیری در هر سال، نقشی مهم در نگهداری پرداخت های صحیح نسبی می دارد، ولی فقط مقیاس متداول از انتشار این پرداخت ها را منعکس می کند. اگر فقط تعداد کمی از بیمارستان ها از تکنولوژی های جدید استفاده می کنند، مطالبات آنها فقط تأثیری جزئی بر روی نرخ داروخانه ها خواهد داشت و ممکن است در تصحیح مجدد مقیاس اندازه گیری باز هم تحت پرداخت معوقه باقی بماند.

مکانیزم نهایی برای پاسخگویی به تکنولوژی جدید، ارائه اطلاعات جدید سالانه برای نرخ های پرداختی زیربنایی است. در سال های اولیه سیستم پرداختی برای بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند توسط کنگره، با عنوان قوانین جدیدی برای پرداخت های اجرایی تصویب شده است. در حالی که سازمان HCFA، قوانین جدیدی برای پرداخت های سرمایه ای وضع کرده است که از طریق یک فرآیند قانونمند سالانه انجام می پذیرد. کنگره به طور نسبی عواملی را که در اتخاذ یک تصمیم جدید مورد توجه قرار گرفته است را عنوان کرده است. اما هر دو سان HCFA و medPAC، نظریاتی را بر اساس اطلاعات یک شبکه نوین ارائه داده اند. شبکه medPAC، هزینه های تکنولوژی را از طریق یک عامل پیشرفته تکنولوژی و علمی به شکلی خاص مورد توجه قرار داده است که قصد دارد این هزینه ها را برای مشاهده تأثیر افزایش کیفیتی - مورد محاسبه قرار دهد. افزایش هزینه ها در مورد تکنولوژی های جدید، به وسیله تطابق تولیدی منفی تا حدودی یا پایاپای است که تأثیر کاهش هزینه تکنولوژی های جدید را تحت سلطه قرار می دهد.

در طول دهه ۱۹۸۰، کنگره تصمیماتی جدید را بر اساس گزارش سالانه اتخاذ نمود که پس از لحاظ کردن توضیحات کمیسیون پرداخت دارایی عینی و سازمان HCFA مورد اجرا قرار گرفت. اخیراً کنگره اصلاحات جدیدی را در ۳ یا ۵ سال آینده تصویب کرده است. این مطلب بدان معنی است که تصمیمات مختلفی می بایست بدون در اختیار داشتن در آمار هر یک از بخش های medPAC یا HCFA لحاظ شده. لیکن هر دو سازمان نظریات سالانه خود را ارائه دادند که در راهنمایی کنگره برای تصمیم گیری در این رابطه که آیا یک **** اصلاحات جدید، تصویب شود، مشهود است. سازمان های medPAC و HCFA، اصلاحات پرداختی را برای تکنولوژی هایی خاص چندین بار در گذشته انجام داده اند. اما تعداد کمی از آنها اجرا شده و یا حتی بصورت رسمی تصویب شده اند. در سال ۱۹۸۹ سازمان proPAC، نظریه پوشش هزینه هایی را ارائه داد که برای ساخت و تولید عامل لخته کردن خون در بیماران هموفیلی در سال های ۱۹۸۷ و ۱۹۸۸ به شکلی چشمگیر افزایش پیدا کرد. کنگره این راه حل را برای یک دوره دو ساله به کاربرد. در پایان دو سال شیوه ارائه شده توسط سازمان proPAC حذف نشد. زیرا تصحیح مجدد مقیاس های اندازه گیری، پرداخت های را مجدداً در یک ردیف قرار داد و تنها تعداد

کمی از بیماران هزینه های توزیع شده را دریافت کرده بودند. هزینه هایی که به شکلی قابل ملاحظه میانگین کاربردی داروخانه را افزایش داده بود.

هزینه های بهسازی مزایا و عملکرد تولیدی در سال ۲۰۰۰

بخش BIPA، نحوه برخورد درباره هزینه تکنولوژی های جدید را در سیستم پرداخت بیمارانی که داخل بیمارستان بستری می شوند را در سه دستور العمل برای سه HCFA تعیین کرده است:

- ارائه یک فرآیند برای هماهنگ کردن تجهیزات پزشکی جدید و تکنولوژی هایی که قاطعانه وارد سیستم خدمات پزشکی می شوند تا خدمات بیمارستانی به بیماران بستری شده ارائه دهند که اخیراً وارد سیستم ICD-9-CM شده است. این قانون به روشنی داروها***** تکنولوژی های جدید تشخیص نمی دهد. اما به نظر می رسد که بخش HCFA می تواند به گونه ای انتخاب شود که آنها را هم در بر گیرد.

سازمان HCFA موظف است که روش های پیشنهادی خود را به کنگره گزارش دهد تا با ضوابط تکنولوژی جدید تطبیق پیدا کند و سپس آن را برای اجرا تا اول اکتبر سال ۲۰۰۲ ارائه دهد.

- اطلاعات جدیدی در مورد هزینه های تکنولوژی ارائه شده برای یک دوره ۲ تا ۳ ساله جمع آوری کند و سپس ضوابطی را با استفاده از تکنولوژی های جدید و موجود در داروخانه ها طرح ریزی کند که ضوابط موزونی از اطلاعات جمع آوری شده دارد.
- در پرداخت مزاد برای تحت پوشش قرار دادن هزینه های هر تکنولوژی جدید در طول دوره آموزش به کار برده می شود. این پرداخت می بایست به شکل گروه های تکنولوژی جدید که میانگین هزینه بیمارانی را که از آن استفاده می کنند مشخص می کند، باشد یا می تواند تطابقی برای پرداخت نرمال داروخانه در مقدار مازادی باشد که تکنولوژی به کار برده می شود.

نخستین کاربردهایی که برای فرمول سازی به کار می رود شاید باعث انجام شده سریع تر طرح می شود جزء عمده ترین روش هایی است که سازمان HCFA قبلاً از آن استفاده کرده است. سومین کاربرد مشخص می کند که چه مقدار پرداخت موقتی برای تکنولوژی های جدید و خاص مورد نیاز است. همچنین نحوه انحراف از خط مشی اخیر را نشان می دهد، همانند تکنولوژی که در مورد بیماران سرپایی به کار برده می شود، انتظار می رود که اندوخته موجود بر اساس یک بودجه خنثی به کار گرفته شود. این مطلب تأثیر پرداخت های مزاد را برای تکنولوژی های جدید و خاص که تمایل دارند به طول کامل

توزیعی باشند معنا می کند. همچنین این اندوخته نباید محاسبه افزایش هزینه در مورد تکنولوژی های جدید را در اطلاعات جدید پرداختی که به صورت سالانه است تحت تأثیر قرار دهد.

پرداخت های مازاد برای تکنولوژی های جدید به شکلی جایگزین هستند به این معنا که سازمان HCFA می بایست بهره هایی را که هزینه تخمین زده شده هر تکنولوژی تحت پوشش قرار می دهد، تعیین کند. از قرار معلوم سازمان HCFA این مقدارهای بهره را برای اینکه آنها را با هزینه های رایج در تطابق نگه دارد به صورت جدید و مدرن تبدیل می کند. لیکن اندوخته جایگزین در مورد بیماری که بستری می شوند، متفاوت از نوع بیماران سرپایی است که در آن بر اساس میانگین هزینه تکنولوژی نسبت به هزینه های هر بیمارستان محاسبه می شود. بنابراین اگر بیمارستان ها بتوانند قیمت خریدی پائین تر از میانگین بین المللی تعیین کنند از لحاظ مالی تأمین می شوند.

علت این که تکنولوژی برای مراقبت شدید از بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند، اهمیت بیشتری دارد این است که اطمینان حاصل شود که پرداخت نامناسب برای گونه **** خاص یا مواردی که در داروخانه ها رخ می دهد، بیمارستان ها را از تطبیق تکنولوژی ها و خدمات جدید منع نمی کند. وقتی که استفاده از یک تکنولوژی جدید باعث افزایش هزینه ها در یک داروخانه می شود، بهره این پرداخت ها می بایست به طور نسبی به بخش های دیگر پرداخت شود. تا زمانی که توازن بین آنها از طریق اصلاح نسبت های اندازه گیری صورت پذیرد. وقتی که تکنولوژی جدید، هزینه ها را برای تعدادی از بیماران افزایش می دهد، بهره پرداختی ممکن است به شکلی نادرست باقی بماند. مگر اینکه بخش HCFA اطمینان پیدا کند که مشکل به وجود آمده آنقدر مهم است که باید برای ایجاد تغییراتی در ساختار داروخانه هشدار داده شود.

لیکن به دو علت ممکن است این مزیت برای مراقبت های پزشکی داخل بیمارستان نسبت به خدمات ارائه شده برای بیماران سرپایی کم اهمیت تر جلوه داده شود. دلیل اول ساختار گسترده داروخانه هاست و از آنجا که یک داروی جدید، یا یک نوع تجهیزات خاص احتمال دارد که سهم کمتری در ایجاد هزینه های کلی داشته باشد، در نتیجه فرصت های کمتری برای تصمیم گیری در مورد ترکیب درآمدهای به کار گرفته شده برای ساخت واحد پرداختی وجود دارد. -تصمیم گیری درباره این که آیا یک تکنولوژی از لحاظ پزشکی ضروری است، یک وسیله پزشکی چه زمانی باید استفاده شود، و اینکه کدام تکنولوژی رقابتی مؤثرتر است. یک تکنولوژی جایگزین می تواند تأثیر داشته باشد و به شکلی بالقوه باعث ایجاد اختلال شود. این تصمیم گیری ها با اطمینان از اینکه هزینه های انتخاب تکنولوژی های جدید می تواند به طور کامل پوشش داده شود، می تواند پرداخت کل دریافت شده را افزایش دهد. در حالی که هزینه های تکنولوژی های دیگر و انواع دیگر داده ها می بایست توسط پرداخت سطحی به صورت ثابت پوشش داده شود.

دلیل دوم این است که عدم شباهت در سیستم پرداخت بیماران سرپایی، نه در طبقه بندی بیماران داروخانه ای و نه در فرآیندی که در آن مقیاس های اندازه گیری اصلاح می شود به طراحی ضوابطی برای خدمات یا شیوه های نوین منجر نمی شود. به همین شکل تصحیح مقیاس های اندازه گیری بر اساس انباشتگی تغییرات برای تمامی خدمات ارائه شده است و ضوابط ICD-9-CM در بیمارستان ها برای ارائه خدمات و ثبت تغییرات آنها مورد نیاز نیستند. در واقع ضوابط جدید فقط برای ساده تر نمودن این تحلیل به کار می روند که منجر به *** دوبره داروخانه ها می شوند.

چندین مشکل دیگر برای تکنولوژی جایگزین در مورد بیماران سرپایی وجود دارد که شبیه همین مشکلات در مورد بیمارانی است که داخل بیمارستان بستری می شوند. این مشکلات عبارتند از:

- فقدان اطلاعات در بخش HCFA برای تعیین یک تطابق پرداختی شدید و مناسب در مورد یک تکنولوژی، قبل از اینکه بیمارستان تجربه ای برای ایجاد در آن داشته باشد. قرار دادن پرداخت های اولیه در تعیین فرآیند، نیاز به نوعی آسودگی در قبال هزینه های ایجاد شده یا هزینه اطلاعاتی از سازندگان تکنولوژی یا اطلاعات بیمارستانی محلی در زمانی جمع آوری شده است که بیمارستان انگیزه ای قوی برای تعیین هزینه های بالا دارد.
- بخش HCFA به سختی می تواند تعداد کاربرانی را که از تکنولوژی جدید استفاده می کنند پیش بینی کند و بنابراین به شکلی اساسی بهره های پرداختی مورد نیاز برای ارائه بودجه جایگزین بر اساس یک بودجه خنثی را کاهش می دهد.

توصیه های ما

پیشنهادات ما سیستمی برای محاسبه هزینه های تکنولوژی جدید را در نظر می گیرد که بهترین جنبه های سیستم قبلی را تحت الشعاع قرار می دهد. اولین پیشنهاد، سه نوع وجوه عنوان شده اصلی در بخش BIPA را تأیید می نماید.

پیشنهاد 3D

برای سیستم پرداختی در بیمارانی که داخل بیمارستان معالجه می شوند، منشی باید روش هایی رسمیت یافته بر مبنای ضوابطی که به صورت تصادفی طراحی شده اند ارائه دهد، توازن های نسبی را به صورت امروزی تبدیل کند و نیاز به طبقه بندی بیماران مختلف را برای تشخیص هزینه های ایجاد شده توسط تکنولوژی های پیشرفته و جدید مورد بررسی قرار دهد. اگرچه تصحیح مقیاس های اندازه گیری به صورت سالانه در مورد پرداخت بیماران بستری شده، یک ثبت تعیین شده دارد، و فرایند دیگر - تعیین ضابطه و تغییرات طبقه بندی بیمار - رسمیت کمتری یافته و شاید به همان سرعت کامل نشد. برای مثال: کمیته حفظ و هماهنگی ICD-9-CM تنها دو بار در سال، *** ضوابط بالقوه را مورد بررسی قرار می دهد. به علاوه هیچ

شیوه تعیین شده ای برای بخش های تأثیرپذیر نسبت به بازسازی داروخانه ها وجود ندارد و هیچ فرآیند یا جدول زمانی ثابت برای بخش کارگزینی HCFA در پاسخگویی به چنین درخواست هایی وجود ندارد. شکایت های زیادی در رابطه با کمبود زمان مورد نیاز به پاسخگویی دریافت شده نیست. به طور مثال زمانی که یک جراح قلب از دستگاهی به نام سنتو ***** در عمل آنژیوگرافی استفاده می کند، برای بخش HCFA پنج سال طول می کشد که تصمیم می گیرد داروخانه باید به صورت کاربردی به داروخانه هایی تقسیم شود که با استفاده از داروهای آنها عمل آنژیوگرافی را بتوان هم با دستگاه سنتو و هم بدون این دستگاه انجام داد.

با ایجاد تغییراتی در فرمول سازی سیستم برای تعیین ضوابطی در مورد شیوه ها و خدمات جدید و بررسی لزوم ایجاد تغییرات می پذیریم که سیستم پرداختی رایج در مورد بیمارانی که داخل بیمارستان ها معالجه می شوند، قادر به پاسخگویی مناسب به هزینه های تکنولوژی های جدید می باشند. این نتیجه گیری بستگی به این فرضیه دارد که در آن تصمیماتی در رابطه با تطبیق پذیری انجام شود و به بهترین نحو در سطح پزشکی صورت می پذیرد و یک نوع تکنولوژی جایگزین می تواند، تصمیم گیری های پزشکی را با کاهش تمام منابع مالی مورد استفاده از تکنولوژی های انتخابی بر هم بزند. سیستم مبنامحور در مورد بیماران سرپایی، این سیستم را برای پاسخگویی به آموزش تکنولوژی های جدید، بدون استفاده از پرداخت های جایگزین را مشکل تر می کنند.

علل کلیدی دیگری در سیستم وجود دارد که می تواند مجوز استفاده از تکنولوژی را توسط تصمیم گیری های محلی صادر کند. تصمیم گیری هایی که در آن تکنولوژی های جدید به شکل کلی، تأثیری اندک بر روی تعاریف گسترده داروخانه ای دارد که تصحیح مقیاس های اندازه گیری در توازن سیستم داروخانه ای به طور سالانه انجام شده است و نیاز به طراحی ضوابطی جدید برای تکنولوژی های پیشرفته ندارد. به علاوه پرداخت های جایگزین به شکلی اجتناب ناپذیر باعث پرداخت های بیشتر برای بیمارستان های آموزشی بزرگ می شود که همین امر منجر به آموزش تکنولوژی های جدید می شود. تکنولوژی هایی که در هزینه بیمارستان ها نقش کمتری نسبت به اشائم آن دارد. ما معتقدیم که این هزینه در سوبسیدی که قبلاً در پرداخت های آموزشی- پزشکی غیرمستقیم داده شده است، محاسبه می شود.

لیکن سیستم پرداختی می بایست تضمین کند که سطح یکی از پرداخت ها برای تحت پوشش قرار دادن هزینه های افزایش کیفیت تکنولوژی های جدید علاوه بر توزیع مناسب پرداخت ها کافی است. این کار می بایست ابتدا برای فرآیند مدرن کردن گزارش سالانه انجام پذیرد. در حالی که تعیین یک حد افزایشی مناسب در پرداخت ها برای انباشتگی تکنولوژی جدید مشکل است، در عمل مکانیزمی برای انجام آن داریم. پیشنهاد سالانه ی پزشکی PAC به کنگره در مورد در نوسازی پرداخت بیماران بستری، همیشه وجوهی را برای افزایش هزینه تکنولوژی های جدید در بر می گیرد و ما در نظر داریم تحقیقی را

انجام دهیم که به کیفیت این کار اضافه خواهد کرد. وجود فرآیند تصمیم گیری مزیت انعطاف پذیری در حوزه تکنولوژی جدید را دارا می باشد. (برای مثال برای هزینه های ناشی از اختراعات در تکنولوژی اطلاعات پزشکی محاسبه خواهیم کرد). و اجازه خواهیم داد که ملاحظات همزمانی در تأثیر کاهش هزینه های تکنولوژی صورت پذیرد.

پیشنهاد 3E

پرداخت های مازاد در سیستم پرداخت در مورد بیماران بستری شده می بایست محدود به تکنولوژی های جدید یا پیشرفته باشد که به شکلی سودمند به هزینه مراقبت در یک گروه تشخیصی مربوط اضافه شود و بر اساس یک بودجه خنثی ارائه شود: این پارامترها شبیه به مواردی است که به شکلی اختصاصی در ابتدای فصل برای اجرای پرداخت های گذری در بیماران سرپایی داشتیم. تأثیر قوی وجه موجود یک وقفه موقت در پرداخت ها ایجاد خواهد کرد و این زمانی اتفاق می افتد که تأثیر یک تکنولوژی جدید بر روی کاربران اولیه آن شدیدتر است. در حالی که این اختلال با تصمیم گیری های پزشکی در سطوح ابتدایی به حداقل مقدار ممکن می رسد. بودجه خنثی می تواند فرآیند پرداخت جایگزین را با تحت تأثیر قرار دادن توزیع پرداخت ها محدود کند، در حالی که از تصمیمات مربوط به تغییرات ایجاد شده در سطوح کلی پرداخت ها برای به رند کردن فرآیند گزارش سالانه چشم پوشی می شود.

منابع

- ۱- استرینگر، ارنست ". (1381) . تحقیق عملی : راهنمای مجریان تغییر و تحول . " ترجمه سیدمحمد اعرابی و داوود ایزدی . دفتر پژوهشهای فرهنگی .
- ۲-ایمان، محمد تقی". (1388) . مبانی پارادایمی روشهای کمی و کیفی تحقیق در علوم انسانی . " پژوهشگاه حوزه و دانشگاه .
- ۳-ثقفی، علی .، بزرگر، قدرت اله ". (1391) . تحقیقات حسابداری مدیریت؛ با تأکید بر روش تحقیق کیفی . " مطالعات حسابداری و حسابرسی . سال اول . شماره 1
- ۴- ساکی، علیرضا ". (1383) . اقدام پژوهی : راهبردی برای بهبود آموزش و تدریس) اصول، نظریه ها و چارچوب عمل . " (وزارت آموزش و پرورش . پژوهشکده تعلیم و تربیت .
- ۵- سرمد، زهره .، بازرگان، عباس .، و حجازی، الهه ". (1377) . روشهای تحقیق در علوم رفتاری . " انتشارات آگاه .
- ۶-خاکی، غلامرضا". (1386) . روش تحقیق با رویکردی به پایاننامه نویسی . " انتشارات بازتاب .
- ۷-لاریمی، سید جعفر .، محسنی، ابراهیم .، ایمانی خوشخو، امید ". (1392) . رویکردهای جدید تحقیقات . حسابداری و تحول تئوری حسابداری . " مطالعات حسابداری و حسابرسی . سال دوم . شماره 7
- ۸- نمازی، محمد ". (1382) . نقش پژوهشهای کیفی در علوم انسانی . " مجله جغرافیا و توسعه . بهار و 64-63 تابستان . ص 78

9- Adam, Frederic., Fahy, Martin. And Murphy, Ciaran. (1998). "A Framework For Classification of DSS Usage Across Organizations". Decision Support Systems. Vol 22. pp 1-13

10- Akkermans, H. and Helden, K van. (2002). "Vicious and Virtuous Cycles in ERP Implementation: A Case Study of Interrelations Between Critical



- Success Factors". European Journal of Information Systems. Vol 11. pp 35-46
- 11- Ansari, Shahid and Bell, Jan. (2009). "Five Easy Pieces: A Case Study of Cost Management as Organizational Change". Journal of Accounting & Organizational Change. Vol 5. No 2. pp 139-167
- 12- Arnaboldi, Michela., Azzone, Giovanni. (2004). "Benchmarking University Activities: An Italian Case Study". Financial Accountability & Management. Vol 20(2). pp 205-220
- 13- Avison, David., Lav, Francis., Myers, Michael. And Axel Nielsen, Peter. (1999). Action Research. Communications of The ACM. January 1999. Vol. 42, No1. pp 94-97
- 14- Baker, C. Richard and Logan, Lawrence B. (2006). "Using Action Research to Promote Increased Academic Success For Educationally Disadvantaged-Students". Global Perspectives on Accounting Education. Volume 3. pp 1-21
- 15- Baskerville, Richard L. (1999). "Investigating Information Systems With Action Research". Communications of AIS. Vol 2, Article 19. pp 1-32
- 16- Baskerville, Richard and Heje, Jan Pries. (1999). "Grounded Action Research: A Method For Understanding IT in Practice". Accounting, Management & Information Technology. Vol 9. pp 1-23
- 17- Bessire, Dominique., Onnée, Stéphane. (2010). "Assessing Corporate Social Performance: Strategies of Legitimation And Conflicting Ideologies". Critical Perspectives on Accounting. Vol 21. pp 445-467
- 18- Bjurklo, Margareta. (2008). "Narrative Accounting A New Form of Management Accounting". International Studies of Management & Organization. vol. 38, no. 2. pp 25-43
- 19- Butler, Tom., Feller, Joseph., Pope, Andrew., Emerson, Bill., and Murphy, Ciaran. (2008). "Designing a Core IT Artifact For Knowledge Management Systems Using Participatory Action Research in a Government and a Non-Government Organization". Journal of Strategic Information Systems. Vol 17. pp 249-267
- ۲۲