

مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسر

دکتر محمد عرب: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: arabmoha@tums.ac.ir

دکتر حجت زراعتی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
رامین روانگرد: دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

علی قلی نژاد: کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، انستیتو کانسر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
دکتر علی رسولی: پزشک عمومی، مرکز تحقیقات آسیبهای مغزی و نخاعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت: ۱۳۸۶/۱۱/۱۸ پذیرش: ۱۳۸۷/۶/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: یکی از روشهای پرداخت در نظام بیمارستانی ایران، روش پرداخت موردی است و نظام طبقه بندی که بعنوان پایه و اساس جهت بکارگیری این روش استفاده می شود، نظام گلوبال نام دارد. اجرای این نظام در سال ۱۳۷۸ و با حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز گردید و در حال حاضر، جهت پرداخت در سطح دوم و سوم ارائه خدمات، مورد استفاده قرار می گیرد. در این نظام، بیماران بر طبق ۶۰ مورد از اعمال جراحی شایع طبقه بندی می شوند. اما پس از گذشت چند سال از اجرای این روش پرداخت، هنوز سئوالات زیادی در مورد آن در اذهان وجود دارد. این مطالعه، با هدف تعیین وضعیت محاسبه گلوبال هزینه اعمال جراحی در مقایسه با محاسبه غیر گلوبال آنها در انستیتو کانسر در سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ به مرحله اجرا در آمده است.

روش کار: این پژوهش، مطالعه ای است گذشته نگر از نوع توصیفی-تحلیلی که به بررسی وضعیت محاسبه گلوبال هزینه اعمال جراحی (۴۶۴ عمل جراحی گلوبال انجام شده در انستیتو کانسر طی سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳) در مقایسه با محاسبه غیر گلوبال این اعمال جراحی می پردازد. داده های مورد نیاز در مورد هزینه های واقعی اعمال جراحی، از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) جمع آوری شده و اطلاعات مورد نیاز در مورد هزینه های گلوبال نیز از بخشنامه های سالیانه شورای عالی بیمه در مورد نحوه محاسبه هزینه اعمال جراحی گلوبال بدست آمده است. به منظور تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 11.5 و آزمون ناپارامتری Wilcoxon استفاده شده است.

نتایج: نتایج حاکی از آن است که تفاوت بین هزینه اعمال جراحی گلوبال پرداخت شده از سوی شرکتهای بیمه گر به بیمارستانها با هزینه های واقعی آنها در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲ کاهش یافته است. همچنین، تفاوت چشمگیری بین هزینه های گلوبال اعمال جراحی با هزینه واقعی آنها در هر یک از سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ به چشم می خورد (هزینه های واقعی بسیار بیشتر از هزینه های گلوبال می باشد) که این تفاوت در هر دو سال ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ از نظر آماری معنی دار می باشد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: برخی مسئولین وزارت بهداشت و نیز مسئولین انستیتو کانسر، علت کاهش تفاوت بین هزینه اعمال جراحی گلوبال پرداخت شده از سوی شرکتهای بیمه گر به بیمارستانها با هزینه های واقعی آنها را افزایش آگاهی پزشکان و پرسنل واحد حسابداری و ترخیص در مورد این اعمال جراحی و دستورالعملهای مربوط به آنها و نیز افزایش تعرفه های گلوبال پرداختی به بیمارستانها در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲ و از سوی دیگر، دلیل تفاوت چشمگیر بین هزینه های گلوبال اعمال جراحی با هزینه واقعی آنها در هر یک از سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ را عدم توجه به نرخ واقعی تورم، نوع بیمارستان، وجود بیماریهای همراه در بیماران در تعیین میزان تعرفه های گلوبال دانسته اند. در نهایت، پیشنهاد می گردد جهت منطقی تر نمودن تعرفه های گلوبال، عواملی چون نرخ واقعی تورم در جامعه، نوع بیمارستان، وجود یا عدم وجود بیماری همراه در بیمار در محاسبه تعرفه های مذکور مد نظر قرار گیرند.

واژگان کلیدی: روش پرداخت، نظام گلوبال، هزینه اعمال جراحی گلوبال، هزینه های واقعی

مقدمه

و چه برای رسیدن به سطحی از درآمد که آنها را از دستیابی به استاندارد قابل قبولی در زندگی مطمئن سازد، به این کار تشویق می شوند.

تا همین اواخر، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بحث چندانی در مورد نظامهای پرداخت دیده نمی شد. کارکنان بخش عمومی، حقوق دریافت می کردند و مؤسسات، بودجه ثابت سالانه ای داشتند که عموماً بر اساس بودجه سال قبل و با تعدیلاتی در کل بودجه موجود و متغیرهایی مانند تورم، تنظیم می شد. در بخش خصوصی، کارانه (Fee For Service) یا پرداختهای مصرف کننده رواج داشت که هنوز هم رایج است. اما امروزه، شناخت روزافزونی از دیگر شیوه های بالقوه پرداخت و ترکیبی از شیوه های پرداخت وجود دارد و بعضی از کشورها برای دستیابی به طیف وسیعی از اهداف خود، اصلاحاتی در نظامهای پرداخت، بعمل آورده اند (ویتر و همکاران ۱۳۸۳).

بررسی ها نشان می دهد که هر یک از نظامهای موجود از بعد خاصی اهمیت دارند. بعنوان مثال، برخی از نظامهای پرداخت از نظر کارایی و برخی از نظر اثربخشی حائز اهمیت هستند. از آنجاییکه منابع بیمه ای محدود هستند، رعایت اصولی که بتواند بر استفاده از منابع تأکید کند، ضروری است. در گذشته، روش پرداخت هزینه های درمانی بیمه شدگان در سازمانهای بیمه ای کشور بیشتر بصورت نظام کارانه بوده است. یعنی به ازاء هر خدمتی که به بیمار ارائه می گردید، صرفنظر از اینکه آیا بیمار نیاز به آن خدمت داشته یا خیر، هزینه ای معادل ارزش آن خدمت به بیمارستان پرداخت می گردید. نتیجه عملکرد این نظام پرداخت به گونه ای بود که مصرف کنندگان خدمات توجه چندانی به هزینه ها نمی نمودند، اما ارائه کنندگان خدمات، انگیزه کافی برای افزایش غیرمنطقی خدمات و به تبع آن افزایش هزینه های درمانی داشتند.

بررسیها مؤید آن است که میزان هزینه سرانه درمان بیماران بستری در بیمارستان در مقایسه با هزینه سرانه درمان

نخستین وظیفه هر بیمارستان، به عنوان بخش تشکیل دهنده نظام بهداشتی این است به بهایی که جامعه بتواند از عهده آن برآید، به همه مردم خدمت برساند. افزایش شدید هزینه های بهداشتی و درمانی اکثر دولتها و سازمانهای ذیربط را وادار نموده است که درمورد آن به تفکر پرداخته و این خدمات را از جنبه های مالی و اقتصادی مورد تحلیل قرار دهند. افزایش غیر ضروری هزینه در بخش بهداشت و درمان توانایی پرداختن به سایر اهداف اجتماعی توسعه، اهدافی که می توانند تأثیر مثبت و قابل ملاحظه ای بر بازده خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشند را محدود می سازد.

ازجمله دلایل مهم رشد سریع هزینه های درمان نسبت به در آمد در کشورهای در حال توسعه که از آن بعنوان انفجار هزینه تعبیر شده است می توان بیش از هر چیز به عدم کارایی مدیریتی در استفاده از منابع اشاره کرد. شناخت تسهیلات و امکانات تشخیصی و درمانی بیمارستان نیز ارزش زیادی دارد. تخته های بیمارستان مهمترین منابع بیمارستان به شمار می آیند که بمنظور آسایش و رفاه بیمار و درمان او فراهم آمده است. تنگناهای مالی سنگین هزینه های بیمارستانی دولت را بر آن داشت تا مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را متوجه عملکرد ناپذیر تخت های بیمارستانی و لزوم دقت بیشتر در برنامه ریزی مدیریت بیمارستان ها و ارائه طرح های عملی برای افزایش کارایی و تقلیل هزینه های تخت های بیمارستانی نماید (جدیان ۱۳۸۱).

یکی از مهمترین راهکارها جهت مهار هزینه های درمانی در نظامهای مختلف بیمه ای، استفاده از "نظام پرداخت به عرضه کنندگان و ارائه دهندگان خدمات درمانی" است (محققی ۱۳۸۲). کارکنان بهداشتی و سازمانهای ارائه کننده مراقبتهای بهداشتی بعلت عدم تقارن اطلاعاتی و رابطه نمایندگی می توانند الگوی مراقبت را تحت تأثیر قرار دهند. آنها چه به خاطر بیشینه سازی سود

نظام گلوبال از سال ۱۳۷۸ به اجرا درآمد و در حال حاضر جهت پرداخت در سطح دوم و سوم خدمت، پیشنهاد می شود. در این نظام، بیماران بر طبق ۶۰ مورد از اعمال جراحی شایع طبقه بندی می گردند. اما تفاوتی با نظام DRG دارد: طبقات تشخیصی اصلی، و گروه های مرتبط تشخیصی پایه که در نظام های گروه های مرتبط تشخیصی به طور جامع و کامل در نظر گرفته شده است در نظام "گلوبال" وجود ندارد. همچنین طبقاتی جهت اطلاعات غیرمعتبر و متناقض، و وضعیت ترخیص بیمار در نظر گرفته نشده است. متغیرهای سن، جنس، وجود یا عدم وجود عوارض و بیماریهای همراه، سطح خاص عوارض و بیماری های همراه، وزن زمان تولد/ پذیرش در نوزادان وجود نداشته و شدت بیماری و یا سطح پیچیدگی کلینیکی بیمار، و نیز خطرمرگ را نمی توان با توجه به این نظام تعیین نمود. در نظام های "گروه های مرتبط تشخیصی" به هر "گروه"، کدی تعلق می گیرد که با کدهای طبقه بندی بین المللی بیماری ها مرتبط و هماهنگ است، اما در نظام "گلوبال" کدگذاری انجام نمی شود. از طرفی دیگر، عامل وزن نسبی یا وزن هزینه ای، که در محاسبه هزینه بیمار با توجه به نظام "گروه های مرتبط تشخیصی" جهت هر گروه، به طور جداگانه تعیین می شود در ارتباط با نظام "گلوبال" مطرح نمی باشد. در نظام "گلوبال"، کل هزینه هر یک از ۶۰ گروه اعمال جراحی را مجموع هزینه های حق العمل، کمک جراح، اتاق عمل، بیهوشی، ویزیت، مشاوره، الکترو، آزمایش، پاتولوژی، رادیولوژی، سونوگرافی، دارو، وسایل مصرفی، و سایر هزینه های یک مورد متوسط در آن گروه در هر نوع بیمارستان تشکیل می دهد. بدین ترتیب در دستورالعمل محاسبه هزینه بیمار/ پرداخت در ایران با توجه به نظام "گلوبال"، عامل "وزن نسبی/ وزن هزینه ای" هر گروه عمل جراحی، و نیز عامل میزان پرداخت به ازاء هر مورد/ میزان استاندارد در نظر گرفته نمی شود (شریفیان ۱۳۸۴).

بیماران سرپایی، بیشتر است و همه ساله مبالغ زیادی از سرمایه های سازمانهای بیمه ای بعلت تجویز خدمات غیرضروری از سوی پزشکان و مراکز درمانی، بستری نمودن طولانی بیماران در بیمارستان، صرف منابع زیاد برای بررسی اسناد و صورتحسابهای بیمارستانی و ... به هدر می رود. از آنجایی که نظام پرداخت کارانه در عمل دارای نارساییهای زیادی بود، در سال ۱۳۷۶ مطالعه ای انجام شد تا تعرفه ای برای پرداخت هزینه های اعمال جراحی شایع بصورت "گلوبال" تعیین گردد. مبنای پرداخت هزینه های درمانی در این نظام (تعرفه گلوبال) که در واقع برداشتی از "نظام پرداخت مبتنی بر گروههای تشخیصی وابسته یا DRG" (Diagnosis Related Groups) است، بر اساس درمان هر مورد بیمار است نه ارائه یک خدمت خاص. عبارت دیگر، در این نظام پرداخت، به منظور مهار هزینه ها و استفاده مطلوب از منابع، مبلغ معینی برای معالجه بیماران بر حسب نوع بیماری پرداخت می شود که این مبلغ از قبل برای بیمارستان مشخص است. این مبلغ که بر پایه منابع مورد نیاز برای درمان هر بیماری تعیین می شود، انگیزه افزایش خدمات غیرضروری را از ارائه دهندگان خدمات، سلب می نماید (محقق ۱۳۸۲).

شورایعالی بیمه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درچهل و سومین جلسه خود مورخ ۱۳۷۷/۱۲/۹ مصوبه ای مبنی بر اعمال تعرفه های محاسبه گلوبال به تصویب رسانید و بدنبال آن، ۶۰ مورد از اعمال جراحی شایع را اعلام نمود (که لیستی از این اعمال جراحی در ضمیمه مقاله ارائه شده است). درماده یک آئین نامه اجرائی این طرح آمده است: تعرفه های محاسبه سر جمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع براساس بررسی ۶۵۰۰۰ هزار پرونده بیماران بستری و ترخیص شده بیمارستانها و هزینه آنها با در نظر گرفتن مواردی از جمله سن بیمار و سایر خدمات جنبی احتمالی تعیین گردیده است (شورایعالی بیمه ۱۳۷۷).

دست یافته است که از ۱۶۶۷ بیمار بستری، مبلغ صورتحساب ۵۷۰ مورد، بیشتر از تعرفه گلوبال و ۱۰۹۷ مورد، کمتر از تعرفه گلوبال بوده است. همچنین، اختلاف موجود بین هزینه صورتحساب و تعرفه گلوبال در سه بیمارستان مورد بررسی، از نظر آماری معنی دار بوده است (عمرانی خو و همکاران ۱۳۸۲).

اما حاج قاسمعلی و محمودی در مطالعه خود به این نتیجه رسیده اند که در کلیه ۶۰ مورد اعمال جراحی مورد بررسی به استثناء اکسزیون بستر ناخن ناقص، هزینه اعمال گلوبال بالاتر از معادل آنها در بیمارستانهای خصوصی می باشد و قیمت تمام شده اعمال جراحی در بخش خصوصی برای سازمانهای بیمه گر کمتر است (حاج قاسمعلی و محمودی ۱۳۸۴). این مطالعه با هدف تعیین وضعیت محاسبه گلوبال هزینه اعمال جراحی در مقایسه با محاسبه غیرگلوبال آنها در انستیتو کانسر در سال های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ به مرحله اجرا در آمده است.

روش کار

این تحقیق مطالعه ای گذشته نگر از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد که به بررسی و مقایسه هزینه گلوبال و هزینه های واقعی کلیه اعمال جراحی گلوبال انجام شده در انستیتو کانسر طی سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ که بالغ بر ۶۴۶ عمل جراحی می شود، پرداخته است. داده های مورد نیاز در مورد هزینه های واقعی اعمال جراحی، از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) جمع آوری شده و اطلاعات مورد نیاز در مورد هزینه های گلوبال نیز از بخشنامه های سالیانه شورایعالی بیمه در مورد نحوه محاسبه هزینه اعمال جراحی گلوبال بدست آمده است. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 11.5 و آزمون آماری ناپارامتری Wilcoxon استفاده شده است. جهت انجام این مطالعه، پژوهشگران متعهد به رعایت محرمانگی و حفظ اسرار و اطلاعات پرونده های بیماران مورد بررسی گردیدند.

بخشنامه شماره ۹۵۳۵ مرداد ماه ۱۳۷۹، یکی از اهداف طرح گلوبال را ارتقاء رضایتمندی بیماران از مراکز درمانی ذکر کرده است (شورایعالی بیمه ۱۳۷۹).

اکنون پس از گذشت چند سال از اجرای این طرح، سؤالات زیادی در اذهان دست اندر کاران مراکز درمانی و سازمانهای بیمه گر ایجاد شده است. همچنین نظرات متفاوتی در این زمینه از سوی دو طرف مطرح می شود:

- اجرای طرح به چه میزان توانسته است به اهداف مورد نظر خود نزدیک شود؟
- آیا هزینه پیش بینی شده در محاسبه گلوبال اعمال جراحی با هزینه خدمات انجام شده در مراکز درمانی مطابقت می نماید؟
- آیا تعیین هزینه پیش بینی شده اساسا درست و منطقی صورت گرفته است؟
- آیا میزان افزایش و یا کاهش هزینه مراکز درمانی نسبت به هزینه پیش بینی شده در طرح قابل قبول است؟
- هزینه خدمات ارائه شده در مراکز درمانی در مقایسه با هزینه پیش بینی شده در محاسبه گلوبال اعمال جراحی در چه وضعیتی قرار دارد؟

نتایج مطالعه امامی رضوی که در انستیتو کانسر با بررسی ۵۰۱ پرونده عمل جراحی در فاصله زمانی اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۴ انجام شده، نشان می دهند که: در همه ۱۵ نوع عمل جراحی مورد بررسی، هزینه واقعی از هزینه گلوبال مربوطه که از سوی اداره بیمه به بیمارستان پرداخت می شود، بیشتر بوده است. همچنین، تفاوت بین هزینه های واقعی و هزینه گلوبال از نظر آماری در ۱۱ نوع از اعمال جراحی مورد بررسی، معنی دار بوده یعنی هزینه گلوبال پرداخت شده از سوی اداره بیمه به این مجتمع بیمارستانی، بطور معنی داری کمتر از هزینه های واقعی آنها بوده است (امامی رضوی ۱۳۸۴). عمرانی خو نیز در مطالعه خود که در نیمه دوم سال ۱۳۸۰ در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام داده است به این نتیجه

بیشتر از اعتبار تخصیص یافته از طرف سازمانهای بیمه گر تحت عنوان گلوبال می باشد.

برخی دلایل وجود تفاوت بین هزینه گلوبال و هزینه واقعی اعمال جراحی گلوبال و نیز علل وجود تفاوت در این هزینه ها بین سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ که از طریق مشورت با مسئولین انستیتو کانسر و نیز برخی مسئولین وزارت بهداشت بدست آمده اند، به قرار زیر می باشند:

الف) دلایل وجود تفاوت بین هزینه گلوبال و هزینه واقعی اعمال جراحی: دلایل مختلفی را جهت بیان علل تفاوت بین هزینه گلوبال و هزینه واقعی اعمال جراحی می توان ذکر نمود. برخی از این دلایل مربوط به مشکلات موجود در بیمارستانها بخصوص مشکلات مدیریتی می باشند که با اقدامات مدیریتی قابل رفع هستند و بقیه نیز مربوط به سازمانهای بیمه گر و نحوه محاسبه هزینه گلوبال اعمال جراحی می باشند. بطور کلی، این دلایل عبارتند از:

۱) هزینه های گلوبال با گذشت سالها از اجرای طرح گلوبال، متناسب با افزایش نرخ تورم، افزایش نیافته است.

۲) در تعیین و تخمین هزینه های گلوبال اعمال جراحی، نوع بیمارستان از نظر آموزشی-درمانی بودن یا صرفا درمانی بودن، مورد توجه قرار نگرفته است؛ در حالیکه معمولا هزینه خدمات ارائه شده به بیماران بستری در بیمارستانهای آموزشی-درمانی بالاتر از بیمارستانهای درمانی می باشد.

۳) در تعیین هزینه های گلوبال اعمال جراحی، بیماریهای همراه یا بیماریهایی که همزمان با بیماری اصلی بیمار وجود داشته اما بیمار بدلیل آنها در بیمارستان بستری نشده، محاسبه نشده اند. معمولا وجود بیماریهای همراه همچون فشار خون، دیابت در بیمارانی که بدلائل دیگر در بیمارستان بستری شده اند، می تواند منجر به افزایش طول مدت بستری و نیز افزایش هزینه ها گردد.

۴) برخی موارد همچون نیاز به انجام دو عمل جراحی همزمان که یکی از آنها در زمره اعمال جراحی گلوبال می باشد، موجب عدم محاسبه آنها بصورت گلوبال و خروج

نتایج

یافته ها نشان می دهند که هزینه خدمات انجام شده توسط بیمارستان مورد مطالعه برای کلیه اعمال جراحی گلوبال به صورت غیر گلوبال در سال ۱۳۸۲ به طور میانگین به مبلغ ۳۰۹۱۴۶۱/۶ ریال بوده است ولی پرداخت سازمانهای بیمه گر به بیمارستان براساس طرح گلوبال به طور میانگین ۱۳۰۶۸۳۰/۵ ریال می باشد که تفاوت فاحشی بین هزینه واقعی و پرداخت طرح گلوبال (به مبلغ ۱۷۸۴۶۳۱/۱) مشاهده می شود.

همچنین هزینه خدمات انجام شده توسط بیمارستان برای کلیه اعمال جراحی گلوبال به صورت غیر گلوبال در سال ۱۳۸۳ به طور میانگین به مبلغ ۲۰۱۶۱۲۷/۸ ریال بوده است ولی پرداخت سازمانهای بیمه گر به بیمارستان براساس طرح گلوبال به طور میانگین ۱۶۸۰۱۴۴/۷ ریال می باشد که تفاوت قابل توجهی بین هزینه واقعی و پرداخت طرح گلوبال (به مبلغ ۳۳۵۹۸۳/۱۷) مشاهده می شود.

هرچند که این تفاوت در سال ۸۳ نسبت به سال ۸۲ کمتر شده است لیکن هنوز تفاوت فاحشی بین این دو نوع هزینه دیده می شود که در هر دو سال مورد بررسی، از نظر آماری معنی دار می باشد ($P < 0/001$). (جدول شماره ۱)

بحث

همانگونه که یافته ها نشان می دهند، بین هزینه گلوبال پرداخت شده از سوی شرکتهای بیمه گر به بیمارستان با هزینه واقعی اعمال جراحی در کلیه اعمال جراحی مورد بررسی، تفاوتهای چشمگیری وجود دارد. البته این تفاوتها در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲ کاهش یافته است. با این وجود، باز هم هزینه واقعی اعمال جراحی مورد نظر، بسیار

۲) برگزاری کلاسهای آموزشی و بازآموزی برای پزشکان و درخواست از آنان جهت منطقی تر نمودن تجویزها و درخواستهای آزمایشات و عکسبرداریهای مورد نیاز قبل از بستری در بیمارستان.

۳) در طول سال ۱۳۸۳، در چند مقطع، جهت اصلاح و منطقی تر نمودن هزینه های گلوبال و کاهش تفاوت آنها با هزینه های واقعی اعمال جراحی، افزایشهایی در تعرفه های پرداختی از سوی شرکتهای بیمه به بیمارستانها اعلام گردید.

نتایج این مطالعه از نظر بیشتر بودن هزینه های واقعی اعمال جراحی نسبت به هزینه گلوبال آنها با نتیجه مطالعات امامی رضوی (امامی رضوی ۱۳۸۴) همخوانی و با نتایج حاصل از مطالعه حاج قاسمعلی و محمودی (حاج قاسمعلی و محمودی ۱۳۸۴) و و عمرانی خو (عمرانی خو و همکاران ۱۳۸۲)، مغایرت داشته است. اما همگی در نیاز به منطقی تر نمودن هزینه های گلوبال، اتفاق نظر داشته اند.

نتیجه گیری

بین هزینه اعمال جراحی گلوبال پرداخت شده از سوی شرکتهای بیمه گر به بیمارستانها و هزینه های واقعی آنها در هر یک از سالهای ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ تفاوت چشمگیری وجود دارد. اما این تفاوت در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲ بدلیل افزایش آگاهی پزشکان و پرسنل واحد حسابداری و ترخیص در مورد اعمال جراحی گلوبال و دستورات عملهای مربوط به آنها و نیز افزایش تعرفه های گلوبال پرداختی به بیمارستانها، کاهش یافته است.

پیشنهادات: در نهایت، محققین جهت منطقی تر نمودن تعرفه های گلوبال، پیشنهادات زیر را ارائه می نمایند:

۱) تلاش در جهت منطقی تر کردن و به روز نمودن هزینه های اعمال جراحی گلوبال در راستای افزایش تورم واقعی در سطح جامعه.

۲) تعیین دقیق میزان هزینه های واقعی اعمال جراحی گلوبال.

آنها از گروه اعمال جراحی گلوبال می گردد. عدم آگاهی پرسنل واحد ترخیص و حسابداری از این موارد منجر به محاسبه اینگونه اعمال جراحی بصورت گلوبال و افزایش هزینه های بیمارستان و کاهش درآمدهای آن می گردد.

۵) از آنجا که انستیتو کانسر بعنوان یک مرکز پیشرفته و مجهز جهت بستری و درمان بیماران محسوب می گردد و معمولاً بیمارانی به این مرکز مراجعه می کنند که دارای ریسک و خطر بالای بیماری از جمله وجود بیماری پیشرفته و عوارض فراوان، سن بالا بوده و از سایر مراکز و بیمارستانها ارجاع داده شده اند، لذا این عوامل می تواند منجر به افزایش طول مدت بستری و افزایش هزینه ها گردد. اما این عوامل در تعیین هزینه های گلوبال، مورد توجه واقع نشده است.

۶) عدم اطلاع و آگاهی پزشکان از گلوبال بودن برخی اعمال جراحی و یا عدم توجه به این موضوع که هزینه پرداختی بابت اینگونه اعمال از سوی شرکتهای بیمه ای به بیمارستان ثابت بوده و با افزایش بی مورد تعداد روزهای بستری یا داروها و لوازم مصرفی تجویز شده برای بیماران، تغییر نمی کنند، می تواند منجر به افزایش هزینه های واقعی گردد. همچنین، تجویز خدمات، داروها و لوازم غیرضروری و غیرلازم قبل و حین عمل جراحی از جمله آزمایشات و عکسبرداریها از سوی پزشکان برای بیماران (تقاضاهای القایی)، منجر به افزایش بی مورد هزینه ها می گردد.

ب) دلایل کاهش تفاوت هزینه واقعی و گلوبال در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲:

۱) افزایش آگاهی پزشکان از اعمال جراحی گلوبال، بخشنامه های صادره از سوی شورای عالی بیمه در این زمینه و ویژگیهای این اعمال از جمله عدم تغییر تعرفه پرداختی از سوی شرکتهای بیمه گر به بیمارستان با افزایش خدمات ارائه شده غیرضروری به بیماران، با برگزاری جلسات در سال ۱۳۸۳.

بیمه در ارتباط با اعمال گلوبال جهت پرسنل شاغل در واحد ترخیص، حسابداری.
 ۶) اطلاع رسانی و آشنا نمودن پزشکان جراح با اعمال جراحی گلوبال و همچنین، ویژگیها و شرایط حاکم بر این نوع اعمال جراحی.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت و پرسنل زحمتکش انستیتو کانسر که بدون همکاری آنها، امکان انجام این مطالعه برای پژوهشگران فراهم نمی آمد، اعلام می دارند.

۳) در نظر گرفتن عواملی همچون نوع بیمارستان (آموزشی- درمانی یا صرفاً درمانی بودن)، وجود بیماریهای همراه، سن و جنس بیمار، میزان وخامت حال بیمار در تعیین هزینه های اعمال جراحی گلوبال.
 ۴) بکارگیری افراد آشنا و با تحصیلات مرتبط از جمله مدارک پزشکی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، حسابداری در واحدهای ترخیص، حسابداری، درآمد اختصاصی بیمارستانها.
 ۵) برگزاری کلاسهای آموزشی جهت آشنایی با آیین نامه ها و دستورالعملهای صادره از سوی شورایعالی

جدول ۱- شاخصهای محاسبه هزینه های بیمارستانی واقعی و طرح گلوبال در انستیتو کانسر (با استفاده از آزمون غیر پارامتری Wilcoxon)

سال ۱۳۸۳					سال ۱۳۸۲					شاخص روش محاسبه
صدک ۹۵	صدک ۵	میانگین	(رنج) تراکم میانگین	(رنج) میانگین	صدک ۹۵	صدک ۵	میانگین	(رنج) تراکم میانگین	(رنج) میانگین	
۴۰۴۹۳۶۸	۶۰۱۵۲۸/۵	۱۸۳۷۴۵۸	۱۱۲۹۴۰۹/۴	۲۰۱۶۱۲۷/۸	۵۶۳۷۷۷۴	۶۶۵۱۴۹/۶	۲۴۰۸۷۳۷	۹۰۱۶۹۶۸۷۱	۳۰۹۱۴۶۱/۶	هزینه واقعی
۲۷۴۹۸۱۴	۴۶۹۱۹۴/۰	۱۱۵۶۱۷۱	۳۷۱۲۳۲۲/۵	۱۶۸۰۱۴۴/۷	۲۵۲۲۵۹۳	۴۶۶۵۰۰/۰	۱۱۶۰۸۸۰	۷۰۵۵۳۰/۰	۱۳۰۶۸۳۰/۵	هزینه گلوبال
۱۹۱۱۷۰۴	۰	۵۰۰۷۱۰	۳۷۷۱۲۷۹/۳	۳۳۵۹۸۳/۱۷	۳۷۴۶۵۸۱	۰	۱۵۹۲۲۱۲	۱۲۱۷۴۱۱/۸	۱۷۸۴۶۳۱/۱	تفاوت
		Z=۱۳/۳۱					Z=۱۲/۸۷			نتیجه مقایسه
		P<۰/۰۰۱					P<۰/۰۰۱			

منابع

حاج قاسمعلی، د. و حاج محمودی، ح.، ۱۳۸۴. بررسی میزان هزینه اعمال گلوبال در بیمارستانهای خصوصی طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۸۲، ویژه نامه علمی - تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی، سال ۸، شماره ۲۷، تیر ماه.
 شریفیان، ر.، ۱۳۸۴. مطالعه تطبیقی نظامهای پرداخت گروههای تشخیصی مرتبط در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران، پایان نامه دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی، بهمن.

امامی رضوی، س.ح.، ۱۳۸۴. بررسی مقایسه هزینه های واقعی ۱۵ نوع عمل جراحی روتین با هزینه گلوبال در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، اردیبهشت ۸۳ تا اردیبهشت ۸۴، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران.
 جدیان، ع.، ۱۳۸۱. بررسی برخی از شاخصهای کارایی بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۰، بیمارستان دکتر علی شریعتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران.

پزشکی بوشهر در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۰، ویژه نامه علمی-تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی، شماره ۲۴، بهمن و اسفند .

محقق، م.ع.، ۱۳۸۲. بررسی وضعیت تجویز و مصرف آنتی بیوتیک در شهر تهران در فاصله سالهای ۱۳۷۶ لغایت ۱۳۸۰، گزارش نهایی طرح تحقیقاتی، تیر ماه .

ویتر، س.، ان سور، ت. و جووت، م.، ۱۳۸۳. اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه"، ترجمه: ابوالقاسم پوررضا، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، تهران، چاپ اول، بهار .

شورای عالی بیمه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹. "آیین نامه تعرفه سرجمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع، بخشنامه شماره ۹۵۳۵، مرداد ماه ۱۳۷۹، صفحه ۲۵.

شورای عالی بیمه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷. "آیین نامه تعرفه سرجمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع، چهل و سومین جلسه، صفحه ۱۴.

عمرانی خو، ح.، کریمی، ا. و دلگشایی، ب.، ۱۳۸۲. ارزیابی اقتصادی نظام پرداخت گلوبال و مقایسه آن با نظام پرداخت کارانه در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم