



روش‌های پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی در دنیا: مروری ساختار یافته بر مستندات بین‌المللی

چکیده

زمینه: روش پرداخت حق‌الزحمه پزشکان می‌تواند اثرات محسوسی بر هزینه‌ها و کیفیت ارائه خدمات سلامت کشور داشته باشد. لذا جامعه پزشکی کشور همواره با هدف حفظ و ارتقا تعامل مستحکم معنوی و انسانی حاکم بر حرفه پزشکی و هزینه-اثر بخشی خدمات خواستار تعیین حق‌الزحمه پزشکان با روشی منطقی و علمی بوده است. هدف از این مطالعه، مرور ساختار یافته‌ی مستندات سایر کشورها در ارتباط با نحوه پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی بود.

روش کار: در این مطالعه با استفاده از کلمات کلیدی، remuneration, payment, pay, general practitioner, medical doctor, general physicians, consultation family physician, gatekeeping, private sector, health expenditure, sessional, pay for performance, income, salary, capitation, fee-for-service, wage, compensation و نام کشورهای انتخابی و نیز با مراجعه به وبگاه‌های سلامت و اقتصاد کشورهای مختلف، مستندات موجود به شکل سیستماتیک استخراج شدند. هر سند توسط ۲ نفر به دقت مرور و اطلاعات حاصل ترکیب شدند.

یافته‌ها: تعداد ۲۶۱ سند مرتبط با روش پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی از ۳۶ کشور دنیا مرور شدند. مهم‌ترین روش‌های پرداخت حق‌الزحمه پزشکان در دنیا شامل: حقوق ثابت، هزینه برای خدمات، سرانه و پرداخت براساس کارایی و یا ترکیبی از این موارد بودند. پرداخت حقوق ثابت به عنوان جزیی از دریافتی پزشکان در اکثر کشورها رایج است. روش پرداخت تأثیر جدی بر کارکرد پزشک داشته است. برای مقایسه سطح درآمد پزشکان در داخل و خارج از کشورها از شاخص قدرت خرید استفاده می‌گردد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد امروزه، استفاده از ترکیبی از همه روش‌های فوق‌الذکر به شکلی مدیریت شده، مورد توافق تلویحی قرار گرفته است. روش‌های پرداخت ترکیبی به معنای ایجاد انگیزه‌های ناشی از هر یک از روش‌هاست. در روش‌های ترکیبی امکان انعطاف‌پذیری رویکردها به شکلی جدی و با توجه به شرایط منطقه‌ای وجود خواهد داشت.

واژگان کلیدی: پزشک عمومی، حق‌الزحمه، مرور ساختار یافته

حسین مولوی وردنجانی ۱
دکتر عباس کامیابی ۲
اکرم جباری زاده ۳
دکتر علی اکبر حق دوست* ۴

۱- دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- پزشک عمومی، پژوهشگر
۳- کارشناس ارشد میکروبیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴- استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی نویسنده مسؤل: کرمان، خیابان هفت باغ علوی، پردیزه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت (بلوک C)، دفتر ریاست دانشکده

تلفن: ۰۹۱۳۳۸۲۷۲۶۰

نشانی الکترونیکی:

ahaghdoost@gmail.com

مقدمه

امروزه در بسیاری از کشورها بخش سلامت با تنگنایهای شدید منابع روبه‌روست. به همین دلیل هر اختلال کوچک در اقتصاد سلامت کشورها، منجر به مشکلات جدی در نظام ارایه خدمات بهداشت و درمان خواهد شد [۱]. افت کیفیت خدمات، افزایش نرخ بیماری‌های جامعه پزشکی، افزایش امکان بروز تخلفات و رواج پدیده دریافت وجوه غیرقانونی از بیماران، نارضایتی مردم، جامعه پزشکی و دولت از وضعیت حاکم بر نظام ارایه خدمات بهداشتی - درمانی از جمله این مشکلات می‌باشند [۲]. این مشکلات در نهایت منجر به آسیب به سلامت انسان به عنوان یکی از شاخص‌های مهم توسعه می‌شوند [۳].

اگر چه هزینه‌های مربوط به پرداخت حق الزحمه پزشکان و متخصصین بهداشت یکی از هزینه‌های ارزشمند در بخش سلامت است [۴] ولی به علت محدودیت‌های منابع بخش بهداشت، کنترل و ارتقاء هزینه - اثربخشی این پرداخت‌ها ضروریست. در این رابطه با توجه با تأثیر مقدار حق الزحمه پزشکان در حفظ و بهبود کارایی، قابلیت دسترسی و کیفیت ارایه خدمات، این موضوع یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت است [۵].

روش‌ها، سطوح حق الزحمه و سایر شرایط کار از عوامل مهم در جذب و حفظ پزشکان در نظام ارایه خدمات مرتبط با سلامت است [۵، ۶]. لذا با شناخت تأثیرات و پیامدهای هر روش پرداخت، می‌توان در خصوص انتخاب روش مناسب و چگونگی برخورد با تأثیرات سوء آن تصمیم‌گیری کرد. به همین دلیل، در بسیاری از کشورها علاقه‌ی فزاینده‌ای برای بهبود سیستم‌های پرداخت حق الزحمه پزشکان وجود دارد. در این رابطه مطالعات بسیاری نیز اثرات هر یک از روش‌های موجود را بر کیفیت ارایه خدمت توسط پزشک بررسی کرده‌اند [۹-۵].

در این زمینه در سال ۲۰۰۶، Gosden و همکارانش در مطالعه‌ای مروری اثرات هر یک از روش‌های پرداخت حقوق، پرداخت به ازاء خدمت، پرداخت به ازاء سرانه و سیستم‌های پرداخت ترکیبی را بر رفتار پزشکان در ارایه خدمات بهداشتی اولیه بررسی کردند. ایشان در مطالعه خود منابع مختلفی را برای یافتن اسناد مرتبط با رضایت پزشکان در ارتباط با محیط کار، هزینه‌ها و کمیت خدمات، نوع و الگوی مراقبت، عدالت در مراقبت، شرایط و رضایتمندی بیماران جستجو کرده‌اند. آنها در نهایت نتیجه گرفتند که روش هزینه برای خدمت، بیشتر به ویزیت توسط متخصصین و خدمات

درمانی - تشخیصی و روش پرداخت برای سرانه، بیشتر به ارجاع به بیمارستان و تجویزهای مکرر منجر شده‌اند. تعداد ویزیت‌ها در روش هزینه برای خدمت منطقی‌تر از روش سرانه بوده و رضایت بیماران در مورد دسترسی به خدمات در روش پرداخت حقوق بیشتر از سایر روش‌ها بوده است [۱۰].

بررسی‌ها نشان می‌دهند که در ایران بخش عظیمی از مخارج بخش سلامت کشور، صرف پرداخت حق الزحمه نیروی انسانی و به خصوص پزشکان شده است. به همین دلیل روش‌ها و سازوکارهای پرداخت حق الزحمه پزشکان می‌تواند اثرات محسوسی بر هزینه‌های سلامتی کشور و نیز ارائه مراقبت‌های پزشکی در سطحی عادلانه، کافی و با کیفیت داشته باشد. در این رابطه روش‌های پرداخت متفاوتی در سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور استفاده می‌شوند [۷]. در عین حال روش‌های پرداخت به پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی در کشور، علیرغم مصوبات موجود، به علل ناشناخت‌هایی از الگو و قانون معینی پیروی نمی‌کند. بر همین اساس جامعه پزشکی کشور همواره با توجه به تعامل مستحکم معنوی و انسانی حاکم بر حرفه پزشکی، خواستار تعیین حق - الزحمه پزشکان با روشی منطقی و علمی و با مدنظر گرفتن همه جوانب بوده است [۱۱].

تعیین روش مناسب پرداخت حق الزحمه پزشکان و از آن جمله پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی با روشی منطقی و علمی از یک سو به دستیابی این قشر به حقوقی مکفی و بهبود امکان اشتغال حرفه‌ای ایشان همراه بوده و از سوی دیگر مستلزم شناخت دقیق انواع روش‌های موجود و الگوگیری از روش‌های آزموده در سایر کشورها خواهد بود. از طرف دیگر، شناخت اثرات و نتایج هر یک از روش‌های پرداخت حق الزحمه و الگوگیری از سایر کشورها، مستلزم انجام مطالعات علمی و دقیق است.

در این رابطه سازمان نظام پزشکی کشور با توجه به نقش تولیدی خود در بخشی از این مسأله و در جهت اقدام برای مرتفع کردن این معضل دیرینه جامعه پزشکان، پژوهشی را در جهت تعیین مناسب‌ترین شیوه پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی سفارش داده است. گزارش حاضر بخشی از فعالیت‌های پایه‌ای این پروژه می‌باشد. در این مطالعه با هدف الگوگیری از سایر کشورها، روش‌های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در کشورهای منتخب را بررسی کردیم.

روشن کار

می‌شد. تمام جستجوها طی مهرماه تا اواسط خردادماه ۱۳۹۱ و برای مستندات منتشر شده طی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۲ انجام شدند.

پس از انجام جستجو، مستندات مرتبط طی ۲ مرحله از میان انبوه نتایج جستجو در وب سایت‌های عام و علمی انتخاب شدند. در مرحله اول انتخاب مستندات و مقالات بر اساس عنوان سند صورت گرفت. پس از این مرحله، خلاصه یا متن کامل سند (در مواردی که سند خلاصه‌ایی نداشت) مطالعه شده و بر اساس محتوای این بخش‌ها اسناد انتخابی در مرحله اول، بررسی و موارد غیر مرتبط از لیست نهایی حذف شدند. جستجو در وبگاه‌های مؤسسات و وزارتخانه‌های سلامت و اقتصاد کشورها و یا گروه کشورها، به دنبال لینک‌های مرتبط با سلامت و اقتصاد سلامت و یا لینک‌های مربوط به مدیریت اقتصاد و استخدام‌ها جستجو شد. در هر یک از لینک‌های فوق با کلمات کلیدی مذکور جستجو ادامه یافت. برای جستجو در این وبگاه‌ها از مرور عمیق عناوین و زیر عنوان‌های آنها و یا در صورت وجود از امکان جستجوی آنها استفاده شد.

پس از مطالعه و مرور مستندات فراهم شده در مرحله اول جستجو، جستجوها مجدداً و توسط شخص دیگری از اعضا تیم تحقیق تکرار و با نتایج اولیه مطابقت داده شد.

اکثر مطالب به دست آمده از گزارشات رسمی و غیر رسمی هر یک از کشورها و یا گروه کشورهای مورد مطالعه حاصل شدند. تمامی مستندات مرتبط، به شکل ساختار یافته و توسط ۲ نفر از اعضای تیم تحقیق به صورت مجزا فیش‌برداری، تحلیل محتوا و دسته‌بندی شده و سپس نتایج مرور آنها تجمیع شدند. در مرحله مرور مستندات در دست، روند تغییرات سطح و روش حق‌الزحمه پزشکان عمومی در دنیا، معیارهای یک روش پرداخت مناسب، روش‌های پرداخت رایج و روش غالب و در نهایت معیار تعیین سطح درآمد پزشکان عمومی جستجو شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۲۶۱ سند از کشورهای مختلف در قالب مقالات نگارشی، تحقیقی و مروری، گزارشات دولتی، گزارشات بین‌المللی، اطلاعات منتشر نشده، سایت‌های رسمی و از قبل تعریف شده کشورها و حتی اطلاعات افراد مطلع و صاحب نظر مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به همپوشانی اطلاعات موجود در بسیاری از موارد- در عین حالی که در برخی کشورها اطلاعات بسیار محدود و گاه تنها یک مورد بود- و از طرفی استناد بسیاری

در این مطالعه به صورت هدفمند و در جهت کسب حداکثر پوشش بررسی در سطوح مختلف توسعه یافتگی کشورها و با توجه به سیستم‌های مدیریت سلامت و فرهنگ حاکم بر ارایه و جستجوی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی در آنها، ۳۶ کشور انتخاب و مستندات موجود به صورت ساختار یافته بررسی شدند. این کشورها عبارت بودند از: استرالیا، اتریش، بلژیک، کانادا، دانمارک، انگلستان، فرانسه، آلمان، یونان، ایرلند، ژاپن، کره جنوبی، مکزیک، هلند، نیوزیلند، نروژ، پرتغال، اسلواکی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، ایالات متحده آمریکا، جمهوری چک، امارات متحده عربی، کویت، اکراین، مصر، شیلی، ترکیه، تایلند، سنگاپور، کروواسی، هند، برزیل، پاکستان و مالزی.

در جمع‌آوری مستندات مرتبط با رویکرد هر کشور برای پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی علاوه بر جستجو در منابع داده و وبگاه‌های عام و علمی Pubmed، Google Scholar و SID در وبگاه‌های سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط با سلامت و اقتصاد هر یک از کشورها و نیز وبگاه مربوط به کشورهای عضو OECD^۱ (Organisation for Economic Co-operation and Development) با کلمات کلیدی: remuneration, payment, pay, general practitioner, medical doctor, general physicians, consultation, family physician, gatekeeping, private sector, health expenditure, sessional, pay for performance income, salary, capitation, fee-for-service, wage, compensation و نام کشورهای مورد نظر و البته همین کلمات به زبان فارسی و عربی جستجو انجام شد. جستجوهای فارسی با هدف یافتن مقالات و مستندات مربوط به سایر کشورها که احتمالاً قبلاً توسط محققین کشور فراهم شده باشند و یا مستندات مربوط به شرایط فعلی کشور صورت گرفتند.

با توجه به محدودیت‌های محققین در درک زبان‌هایی غیر از فارسی، انگلیسی و عربی، مستندات مربوط به کشورهای با زبان رسمی غیر از این سه زبان محدود به مستندات انگلیسی زبان آنها

۱- کشورهای عضو Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) شامل: استرالیا، اتریش، بلژیک، شیلی، جمهوری چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، ایتالیا، ژاپن، ترکیه، کره، لوکزامبورگ، مکزیک، هلند، نیوزیلند، نروژ، پرتغال، اسپانیا، جمهوری اسلواکی، اسلونی، سوئیس، سوئد، آمریکا، انگلستان، کانادا.

از موارد به اسناد دیگر، برای استناد به مستندات، سندهای معتبرتر و کامل تر انتخاب شدند.

مستندات نشان می‌دهند مقدار حق الزحمه پزشکان عمومی در طول پنج تا ده سال گذشته در کشورهای عضو گروه OECD، که روند داده‌های آنها در دسترس بود، و البته برخی کشورهای دیگر با نرخ‌های متفاوت افزایش یافته است [۱۲، ۱۳].

در چندین کشور، رشد حق الزحمه پزشکان عمومی نسبتاً متوسط بوده است. سطح حق الزحمه پزشکان عمومی در کانادا از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۴ در حدود ۵٪ رشد داشته است در حالی که در اتریش و ایالات متحده از اواسط دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۳ در حدود ۵٪ کاهش نشان می‌دهد. در ایالات متحده کاهش درآمد پزشکان عمومی عمدتاً بخاطر کاهش مبلغ پرداختی بیمه‌های خصوصی و درمانی به ازاء خدمات بوده است. با وجود این کاهش، از بین ۱۲ کشوری که داده‌های آنها برای سال ۲۰۰۳ موجود بود حق الزحمه پرداختی به پزشکان عمومی در این کشور همچنان بسیار بالاتر بوده است. در فاصله سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۴ در انگلستان رشد زیادی در حق الزحمه پزشکان عمومی رقم خورده است (نرخ رشد سالانه بیش از ۴٪ بوده است). این نرخ رشد

سریع، دو برابر متوسط رشد حق الزحمه همه اقشار شاغل در این کشور است [۱۳].

مستندات نشان می‌دهند به طور سنتی اکثر کشورهای دنیا از روش‌های پرداخت حقوق (salary)، پرداخت به ازاء هر خدمت (کارانه) (fee for-services) و پرداخت به ازاء سرانه بیمار (capitation) برای پرداخت حق الزحمه پزشکان استفاده می‌کنند. در این بین روش کارانه بیشترین توجه را به خود جلب کرده است و لذا روش‌های جدید معرفی شده به نوعی تغییر یافته همین روش هستند. بر این اساس روش‌های پرداخت دیگری هم طراحی شده‌اند؛ مهم‌ترین این روش‌ها عبارتند از: روش پرداخت کنترل شده به ازاء خدمت (controlled fee-for-services)، روش پرداخت مبتنی بر تشخیص (re-fee-for-disease/condition) و همچنین روش پرداخت بر اساس عملکرد (fee-for-performance).

در ادامه روش‌های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی شاغل در هر یک از کشورهای مورد بررسی، در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. تفصیل اطلاعات مربوط به هر کشور در پیوست شماره ۱ ارائه شده است.

محل ارائه خدمت پزشکان عمومی			روش‌های پرداخت
مراکز درمانی خصوصی	مراکز درمانی دولتی	مراقبت‌های اولیه	
آلمان، کره جنوبی، سوئد، اکراین، شیلی، ترکیه	دانمارک، انگلستان، فرانسه، ژاپن، کره جنوبی، مکزیک، نیوزیلند، نروژ، اسلواکی، پرتغال، اسپانیا، سوئد، جمهوری چک، اکراین، شیلی، ترکیه، کروواسی	سوئد، جمهوری چک، اکراین، شیلی، ترکیه، کروواسی	حقوق
بلژیک، کانادا، فرانسه، نیوزیلند، مکزیک، اسلواکی، پرتغال، اسپانیا، ترکیه	بلژیک، ایرلند، ترکیه	بلژیک، فرانسه، آلمان، ژاپن، کره جنوبی، نیوزیلند، سوئیس، ترکیه	هزینه برای خدمت
کروواسی	تایلند	هلند، تایلند، انگلستان	سرانه بیمار
تایلند	-	کانادا، برزیل	هزینه برای تشخیص
انگلستان، ایالات متحده آمریکا، ترکیه	انگلستان، ایالات متحده آمریکا، مکزیک، ترکیه	انگلستان، ایالات متحده آمریکا، ترکیه	پرداخت برای عملکرد
استرالیا، اتریش، یونان، هلند، ایالات متحده آمریکا	استرالیا، اتریش، ایالات متحده آمریکا	استرالیا، اتریش، دانمارک، انگلستان، نیوزیلند، نروژ، ایرلند، اسپانیا، ایالات متحده آمریکا	ترکیبی**

* در این جدول ترکیبی به معنای استفاده از روش‌های هزینه برای خدمات و سرانه به سهم‌های متفاوت می‌باشد.

** در این جدول روش غالب در هر کشور و برای انواع خدمات مد نظر بوده است. برای اطلاعات تکمیلی به پیوست شماره ۱ مراجعه شود.

پیوست شماره ۱- روش‌های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در کشورهای مختلف دنیا به تفکیک محل ارایه خدمت بر اساس مستندات منتشر شده‌ی طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ (۳۰-۴۶)		
کشور	محل ارایه خدمت پزشکان عمومی	
	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی دولتی
استرالیا	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
اتریش	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
بلژیک	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
کانادا	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
دانمارک	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
انگلستان	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
فرانسه	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
آلمان	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
یونان	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
ایرلند	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
ژاپن	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
کره جنوبی	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
مکزیک	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
هلند	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
نیوزلند	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
نروژ	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی
پرتغال	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی خصوصی

اسلواکی	پرداخت ترکیبی (سرانه و پرداخت‌های هدف برای مراقبت‌های پیشگیرانه)	۱۰۰٪ توسط حقوق	هزینه برای خدمات
اسپانیا	پرداخت ترکیبی (۸۵٪ درآمد از حقوق و ۱۵٪ از سرانه)	۱۰۰٪ توسط حقوق	عمدتاً هزینه برای خدمات
سوئد	حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق
سوئیس	۹۶٪ توسط هزینه برای خدمات و ۴٪ توسط حقوق	هزینه برای خدمات، حقوق و پرداخت ترکیبی (هزینه برای خدمات و حقوق)	هزینه برای خدمات، حقوق (پرداخت ترکیبی)
ایالات متحده آمریکا	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی
جمهوری چک	۱۰۰٪ توسط حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق	هزینه برای خدمات
امارات متحده عربی	-	-	-
کویت	-	-	-
اکراین	۱۰۰٪ توسط حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق
مصر	-	-	-
شیلی	۱۰۰٪ توسط حقوق	۱۰۰٪ توسط حقوق	-
ترکیه	هزینه برای خدمات (تعدیل شده بر اساس عملکرد) / حقوق	هزینه برای خدمات (تعدیل شده بر اساس عملکرد) / حقوق	هزینه برای خدمات (تعدیل شده بر اساس عملکرد) / حقوق
تایلند	سرانه	هزینه برای خدمات، سرانه و پرداخت ترکیبی برای بیماران طرح امنیت اجتماعی	هزینه برای خدمات مبتنی بر تشخیص
سنگاپور	-	-	-
کروواسی	حقوق / تعدیل شده با هزینه برای خدمات و عملکرد	حقوق / تعدیل شده با هزینه برای خدمات	سرانه / تعدیل شده با هزینه برای خدمات
هند	-	-	-
برزیل	هزینه برای تشخیص	حقوق	هزینه برای خدمات
پاکستان	-	-	-
مالزی	-	-	-

علامت (-): مستندات معتبری در این رابطه یافت نشد.

بررسی‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهند که در حال حاضر روش پرداخت حق الزحمه به پزشکان عمومی از روش‌های مختلفی تبعیت می‌کند. این روش‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده‌اند [۱۴، ۷، ۱].

جدول شماره ۲- روش‌های مختلف پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی بر اساس تفکیک محل اشتغال در ایران تا سال ۲۰۱۲

محل ارائه خدمت	روش پرداخت حق الزحمه
درمانگاه عمومی	کارانه به ازای هر مورد بیماری، حقوق ماهانه، کارانه به ازای هر واحد خدمتی
کلینیک	حقوق ماهانه، کارانه به ازای هر مورد بیماری، کارانه به ازای هر واحد خدمتی
بیمارستان عمومی	حقوق ماهانه، کارانه به ازای هر مورد بیماری، کارانه به ازای هر واحد خدمتی
درمانگاه تخصصی	حقوق ماهانه، کارانه به ازای هر مورد بیماری، کارانه به ازای هر واحد خدمتی
بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی	کارانه به ازای هر مورد بیماری، کارانه به ازای هر واحد خدمتی

پرداخت حقوق [۲۲،۲۱]: مقدار پول مورد توافق در ازای کار در مدت زمانی (تعداد ساعات) معین است. پرداخت‌های مکمل ممکن است برای اضافه کاری یا کار کردن در طول آخر هفته یا در طول شب انجام شود. مقدار حقوق معمولاً بر اساس صلاحیت پزشکان، سطح مسؤلیت یا ارشدیت آنها تعیین می‌شود. پرداخت به طور معمول تحت تأثیر تعداد بیماران درمان شده یا قیمت خدمات نیست. مقیاس حقوق و پرداخت‌های اضافی را می‌توان به طور یکنواخت در داخل کشور یا با توجه به تفاوت‌های منطقه‌ای (به عنوان مثال اتریش) و نوع خدمت پزشک تنظیم نمود.

این نوع پرداخت برای مواردی مورد استفاده است که لازم است دولت و یا خریداران خدمت، از پزشک در تداوم ارائه خدمات حمایت کنند. به عنوان مثال پرداخت به صورت حقوق در برخی از ایالت‌های ایالات متحده آمریکا برای پزشکان روستا غالب است. در عین حال این روش هیچ انگیزه مستقیمی به منظور تلاش برای کاهش هزینه‌ها، افزایش پیامدهای بهداشتی و یا تجویز مقرون به صرفه‌ترین مداخلات بهداشتی ایجاد نخواهد کرد. از طرف دیگر به خاطر محدود بودن درآمد پزشکان حقوق‌بگیر، زمینه درخواست پرداخت‌های غیر قانونی از بیماران وجود خواهد داشت. به همین دلیل پرداخت‌های مکمل می‌تواند تأثیرات جبران‌کننده‌ای بر انگیزه‌های بهره‌وری پزشکان داشته و منجر به جلوگیری از محدودیت‌های این روش شود.

پرداخت به ازاء خدمت [۲۷-۲۳،۷]: پرداخت مبلغی معین برای هر یک از خدمات ارائه شده است. اگر چه محبوبیت شکل سنتی این روش از اوایل ۱۹۸۰ سقوط کرده است ولی هنوز مرسوم-ترین روش پرداخت حق‌الزحمه پزشکان (عمومی، متخصصین) است. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۴-۵ حق‌الزحمه تقریباً ۸۰٪ پزشکان خانواده کانادایی بر این اساس پرداخت می‌شده است. بر اساس این روش پرداخت، سطح دستمزد با تعداد و نوع خدمات ارائه شده و مبلغ حق‌الزحمه این خدمات تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این روش، پرداخت به ازاء خدمت به دو شکل انجام می‌شود:

۱- بدون کنترل: که در آن خدمت‌دهنده، خدمات ارائه شده خود را بر اساس میزان قدرت پرداخت بازار قیمت‌گذاری می‌کند.

۲- کنترل شده: که در آن جداول خاصی برای نرخ‌ها یا دستمزدها تهیه و ارائه می‌شود.

در اکثر کشورها، مبلغ قابل پرداخت برای خدمات متفاوت، با بحث خریداران مراقبت‌های بهداشتی (به عنوان مثال وزارت بهداشت، درمان یا بیمه بهداشتی) و ارائه‌دهندگان (پزشکان) تعیین می‌شود. به عنوان مثال در ایالات متحده آمریکا مبلغ قابل پرداخت برای

در ارتباط با معیارهای انتخاب روش‌های پرداخت حق‌الزحمه در کشورهای مختلف، مستندات حاکی از آن است که در اکثر کشورهای مورد بررسی مهم‌ترین معیارهای یک روش مناسب برای پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عبارتند از: (۱) پرداخت درآمد معقول به پزشکان، (۲) افزایش کیفیت ارائه خدمات، (۳) افزایش تمایل پزشکان به طبابت، (۴) تضمین روند عرضه و ارائه مستمر خدمات، (۵) ایجاد نظام اداری و مالی ساده و کم هزینه، (۶) ایجاد رقابت مثبت در ارائه خدمات، (۷) تقسیم ریسک (طول مدت بستری، هزینه دارو و خدمات پاراکلینیک، تعداد بیماران ارجاعی و ...) بین خریدار خدمت (فرد یا سازمان بیمه‌گر) و ارائه‌کننده خدمت (پزشک، بیمارستان) و سهمیم شدن پزشکان در ریسک هزینه‌ها و (۸) ایجاد ارتباط عمیق‌تر میان بیمار و پزشک [۱۵-۱۸].

گزارشات حاکی از آن است که در اکثر کشورها برای بررسی کفایت حق‌الزحمه پزشکان عمومی از روش‌های معادل‌سازی مقدار درآمد با قدرت خرید پزشکان (حق‌الزحمه بر مبنای واحد پول ملی به یک ارز مشترک تبدیل شده و مبنای برآورد قدرت خرید قرار می‌گیرد) و مقایسه آن با شاخص‌های مربوط به سایر اقشار شاغل در جامعه و یا اقشار مشابه در کشورهای دیگر استفاده می‌شود. به عنوان مثال در کشورهای عضو OECD از این روش استفاده شده است [۲۰،۱۲،۱۹].

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس مستندات مورد بررسی، شایع‌ترین روش پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی در دنیا در بخش ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی «هزینه برای خدمت و سرانه به ازاء بیمار» (ترکیبی)، در مراکز درمانی دولتی «پرداخت حقوق ثابت» و در مراکز درمانی خصوصی «هزینه برای خدمت» و البته در اندازه کمتر «پرداخت حقوق» می‌باشد. رویکرد توجه به کیفیت کار علیرغم نوع روش مورد استفاده برای پرداخت در کشورهای مختلفی چون انگلستان، ایالات متحده آمریکا، ترکیه، مکزیک مورد پذیرش است و روش مبتنی بر سرانه بیمار در بیمارستان‌های دولتی تنها در کشور تایلند مورد استفاده است.

توزیع بسیار پیچیده (پیوست شماره ۱) و نسبتاً ناهمگن استفاده از روش‌های پرداخت گوناگون در کشورهای مختلف توجه خواننده را به چرایی این ناهمگنی و به تبع آن مزایا و معایب هر یک از روش‌های پرداخت، جلب می‌کند. در ادامه به این موضوع پرداخته شده است.

تقریباً ۷۰۰۰ خدمات متمایز و مشخص است.

مطالعات نشان داده‌اند این روش منجر به تشویق به تولید خدمات (حتی خدمات غیر ضروری) و افزایش هزینه‌ها خواهد شد (به عنوان مثال در جمهوری چک). این نظام، تولید بیش از اندازه را تشویق می‌کند، به زبان دیگر در این روش حجم کار بالاتر به معنای کسب درآمد بالاتری برای پزشک خواهد بود اما در عمل، چندین کشور برای تعداد و انواع خدمات سقف سالانه تعیین کرده‌اند (به عنوان مثال کانادا و آلمان) ولی ممکن است کیفیت خدمات را هم بهبود بخشد.

پرداخت به ازاء سرانه بیمار (۲۷-۲۳): پرداخت مقدار معین پول به پزشکان برای هر بیمار ثبت شده در لیست بیماران آن - ها، در ازاء تعهد آنها برای ارائه مراقبت مورد نیاز بیمارانشان در یک دوره خاص از زمان (معمولاً یک سال) است. در این روش، دستمزد پزشکان با توجه به تعداد بیماران موجود در لیست آنها و مبلغ حق الزحمه به ازاء هر بیمار (مقداری که اغلب بر اساس خصوصیات بیمار مانند سن و جنس و با مذاکره بین خریداران خدمات و ارائه‌دهندگان تنظیم می‌شود) تغییر می‌کند. این روش پرداخت سرانه برای خدمات مراقبت‌های اولیه طراحی شده است. در این روش تعداد بیماران هر پزشک مهم‌ترین اثر را بر مقدار دریافتی وی خواهد داشت لذا ممکن است پزشک بدون مدنظر داشتن کیفیت خدمات تعداد بیماران زیادی را در لیست خود داشته باشد. به همین دلیل و در عمل در چندین کشور سقف تعداد کل بیماران برای هر پزشک عمومی (به عنوان مثال در جمهوری چک، دانمارک و مجارستان) اعمال شده است.

رایج‌ترین توصیه برای استفاده از روش پرداخت سرانه، به عنوان نقطه مقابل هزینه برای خدمات به عنوان مدل پرداخت برای پزشکان خانواده است. به طور کلی در اکثر کشورهای دنیا این روش یا محبوبیت زیادی نداشته و یا در پرداخت به پزشکان شاغل در بخش‌های ارائه مراقبت‌های اولیه در کنار روش پرداخت به ازاء خدمت مورد استفاده بوده است.

پرداخت مبتنی بر تشخیص: همانطور که گفته شد این روش به نوعی تغییر یافته روش کارانه‌ایی است و اگرچه یکی از ایرادات بزرگ روش پرداخت کارانه (تولید بیش از اندازه) را مرتفع می‌کند ولی منجر به کاهش کیفیت خدمات و بی‌عدالتی خواهد شد [۱]. در این روش صرف نظر از ترکیب خدمات، مبلغ از پیش تعیین شده‌ای با توجه به تشخیص بیماری پرداخت می‌شود. برای اجرای این روش، لازم است بیماری‌ها گروه‌بندی شده و به هر گروه

تعرفه خاصی تعلق گیرد که البته کاری دشوار است. در این روش خدمات بی‌مورد و بدون توجه ارائه نمی‌شود. این روش در دنیا مورد استقبال چندانی قرار نگرفته است و تنها در کانادا و برزیل به شکل محدود و تنها در بخش مراقبت‌های اولیه از آن استفاده می‌شود.

پرداخت بر اساس عملکرد: طی سال‌های اخیر در انگلستان با هدف افزایش عرضه، بهره‌وری و کیفیت خدمات در چارچوب رشد هزینه‌کرده‌ای عمومی برای سلامت روش‌های پرداخت جدیدی ارایه شده‌اند. روش جدید پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در سال ۲۰۰۴، با هدف افزایش تأمین پزشکان عمومی و ارتقاء دستاوردهای کیفی و اجرایی معرفی شد [۱۶]. در عین حال تغییر یافته همین روش در کشورهای دیگر و با هدف اعمال کیفیت ارایه خدمات در میزان پرداخت‌ها به شکل جدی مورد پذیرش قرار گرفته است (کشورهای بسیاری در پرداخت‌ها کیفیت خدمات را لحاظ می‌کنند «پیوست یک»). این روش نوعی از روش پرداخت به ازاء خدمت است و با نگاه به کیفیت ارایه خدمت در کنار هر یک از روش‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان مثال در مکزیک پزشکان عمومی حقوق پایه دارند و مبتنی بر محاسبه امتیازات عملکرد آنها حقوق ایشان هر ماه تغییر می‌کند. در صورت کسب امتیاز بیش از حداقل امتیاز مورد انتظار حقوق پزشک افزایش می‌یابد و در مقابل اگر کمتر از امتیاز حدنصاب داشته باشند ممکن است کمتر از حقوق پایه خود را دریافت کنند.

در این روش، حق الزحمه دریافتی تا حد زیادی متأثر از حجم فعالیت و با توجه ویژه به کیفیت خدمات ارائه شده در زمینه‌هایی مانند سلامت فرزند، زایمان، تنظیم خانواده و بیماری‌های مزمن (به ویژه بیماری عروق کرونر قلب، دیابت و سرطان) پرداخت خواهد شد به گونه‌ایی که برای خدماتی که واجد حداقل استانداردهای کیفی نباشند پرداختی انجام نخواهد شد. این روش پرداخت همچنین برای تقویت فعالیت‌های مربوط به سیستم‌های اطلاعاتی (از جمله نگهداری سوابق) و ارتباط با بیماران معرفی شده است. الگوی جدید انعطاف‌پذیری بیشتری جهت ارائه خدمات فراتر از خدمات ضروری را امکان‌پذیر می‌سازد. اعتقاد بر این است که روش مذکور منجر به بهره‌وری بالاتر از سایر روش‌ها خواهد شد [۲۸].

چهار حیطة بهبود کیفیت وجود دارد: حیطة بالینی (با تأکید بر بیماری‌های خاص)، حیطة سازمانی (شامل اطلاعات، ارتباطات، مدیریت آموزی و عملکرد)، حیطة خدمات اضافی و در نهایت حیطة رضایت بیمار. بر این اساس در انگلستان در پایان هر سال، عملکرد واقعی ارایه خدمات با عملکرد مورد انتظار مقایسه شده و پرداخت‌ها

داشتن نقش ارجاع‌دهندگی پزشک در برخی شرایط، لزوم پذیرش هزینه‌های بالاتر مدیریتی برای پیاده‌سازی و اعمال سیستم‌های جدید پرداخت.

یکی از مباحث مهم در تعیین حق‌الزحمه پزشکان عمومی تعیین مبنایی برای مقایسه درآمد این قشر با سایر اقشار جامعه و یا با پزشکان عمومی سایر کشورها می‌باشد. در این رابطه برای مقایسه سطح حق‌الزحمه پزشکان در داخل کشور و یا بین کشورهای مختلف، داده‌های حاصل از حق‌الزحمه بر مبنای واحد پول ملی به یک ارز مشترک تبدیل شده و برای برابری قدرت خرید به عنوان راهی برای اندازه‌گیری رفاه اقتصادی نسبی پزشکان در یک کشور در مقایسه با هم‌تایانش در کشورهای دیگر در نظر گرفته می‌شود [۱۹].

روش دیگر مورد استفاده برای این مقایسه‌ها محاسبه نسبت حق‌الزحمه پزشکان به متوسط دستمزد تمام کارگران هر کشور است [۱۹]. به عنوان مثال مطالعات مربوط به انگلستان به عنوان کشوری که، پس از ایالات متحده آمریکا، در آن پزشکان بالاترین حق‌الزحمه را دریافت می‌کنند حاکی از آنست که دستمزد پزشکان ۳/۳ برابر متوسط دستمزد در این کشور بوده است. در این رابطه جمهوری چک کمترین میزان دستمزد در میان کشورهای عضو OECD را داشته است که دو برابر متوسط دستمزد است.

با توجه با اینکه در اکثر کشورهای مورد مطالعه (پیوست یک) در بخش‌ها و شرایط مختلف از روش‌های متفاوت استفاده می‌شود، به نظر می‌رسد امروزه در دنیا استفاده از ترکیبی از همه روش‌های فوق‌الذکر به شکلی مدیریت شده مورد توافق تلویحی قرار گرفته است. روش‌های پرداخت ترکیبی به معنای ایجاد انگیزه‌های ناشی از هر یک از روش‌هاست. در روش‌های ترکیبی امکان انعطاف‌پذیری رویکردها به شکلی جدی و با توجه به شرایط منطقه‌ای وجود خواهد داشت [۹].

بر آن اساس صورت می‌گیرد [۷].

پرداخت به ازاء واحد خدمت [۲۹]: روش دیگری که در کشور کانادا مورد استفاده قرار می‌گیرد پرداخت برای ارائه واحد (جلسه) خدمات می‌باشد. این روش نه چندان جدید به نوعی مشابه روش پرداخت برای تشخیص است اگر چه متخصصین تفاوت‌هایی بین این دو روش قایل هستند. در روش پرداخت برای تشخیص، به ازاء هر بیماری تشخیص داده شده در مراجعین مبلغی به ارائه‌دهنده خدمت پرداخت می‌شود ولی در روش پرداخت برای ارائه خدمات خاص که بیشتر مورد استفاده بیمارستان‌هاست به ازاء هر بار ارائه یک خدمت مشخص، مبلغی به ارائه‌دهنده تعلق می‌گیرد. از طرف دیگر نوعی از پرداخت به ازاء خدمت است با این تفاوت که در اینجا طول مدت ارائه خدمت به واحدهای مشخص تقسیم شده و به ازاء هر واحد مبلغی قابل پرداخت خواهد بود. یکی از معروف‌ترین خدمات که از این طریق قابل پرداخت است خدمات روانپزشکان (به عنوان مثال به ازاء هر جلسه مشاوره) است.

مستندات حاکی از آنست که در تعیین بهترین روش پرداخت حق‌الزحمه پزشکان علاوه بر عوامل مرتبط با نوع روش پرداخت عوامل دیگری نیز از اهمیت ویژه برخوردارند که لازم است در انتخاب نوع روش پرداخت مد نظر قرار گیرند [۴۷] (در اکثر کشورهای مورد مطالعه یکی یا چند مورد از موارد در تعیین روش پرداخت لحاظ می‌شوند). به عنوان مثال توجه به پراکنش پزشکان در نقاط مختلف کشور، توجه به شیفت‌های کاری متفاوت و طول مدت آن در شرایط گوناگون از نظر حجم بیمار (استفاده از حقوق ثابت در کنار هزینه برای خدمت در اکثر کشورها برای جبران تعداد اندک ویزیت‌ها) و سایر موارد مؤثر بر مقدار درآمد، حمایت از پزشک برای موفقیت در تأمین مداوم مراقبت‌های بهداشتی درمانی (حقوق ثابت برای پزشکان روستا در ایالات متحده آمریکا)، مدنظر

sessional payment -۲

مراجع

- 1- Nemat R, Cost of services and health care units in 11 districts during 1995-1996: Tehran University of Medical Sciences; 1997. (Persian)
- 2- Jafari F, Hakimiyan M.R, Saboori M. what is educational center of clinical skills? Iranian Journal of Medical education. 2002; 3: 22-29. (Perian)

- 3- Asghari F, Majdzadeh R. Responsiveness: Concept and Importance. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2005; 1: 15-24.
- 4- Pourreza A. Health economics: Areas and perspectives. Payesh: Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2003; 2(4): 302-297.
- 5- Fujisawa, R. and G. Lafortune, "The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14

- OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations across Countries?”, OECD Health Working Papers, No. 41, OECD Publishing. Available on: <http://dx.doi.org/10.1787/228632341330>, 2008.
- 6- Doorslaer E, Masseria C and and the OECD Health Equity Research Group Members OECD HEALTH WORKING PAPER NO. 14, income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Complete document available on OLIS in its original format.available on: www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf
- 7- Tarighat M.H, Akhavan-Behbahani A, Hassanzadeh A, Principles of the National Health Policy (comparative study). Social Studies council, Iranian Islamic Parliament Research Center, 2008. (Persian)
- 8- Smolders N. General practitioners' responses to financial incentives and the implications for the remuneration system. Master Economics thesis, Tilburg University. 2006.
- 9- Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; 3:1-25.
- 10- Smith P.C., York N. “Quality Incentives: The Case of U.K. General Practitioners,” Health Affairs 23, (3).
- 11- Preface. Proceedings of the First Seminar medical tariffs, Foundations, challenges, constraints and opportunities, May 2003; Tehran: Medical Council of Islamic Republic of Iran.(Persian)
- 12- OECD (2006b), OECD Economic Outlook, OECD, Paris, 2006. available on: www.oecd.org/dataoecd/40/31/39698857.pdf
- 13- Center for Studying Health System Change, “Losing Ground: Physician Income, 1995- 2003”, Tracking Report No. 15, HSC, Washington, DC, 2006.
- 14- Referral system and Family physician's instructions in urban areas, 02. 3 ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2012.
- 15- Professionalism Reconsidered: Physician Payment in a Small-Practice Environment Health Affairs, 23, no.6 (2004): 36-47.
- 16- Department of Health, Investing in General Practice: the New General Medical Services Contract, 2003 ,http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=22998&Rendition=Web , accessed on 05 November 2007.
- 17- Berg, Bakker D, Westert G, Zee J, Groenewegen P. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations. BMC Health Services Research, 2009; 9:39.
- 18- OECD (2007b), Health at a Glance 2007 – OECD Indicators, OECD, Paris. Available on : www.nrc.nl/redactie/binnenland/oecd.pdf
- 19- OECD (2007d), OECD Employment Outlook, OECD, Paris. Available on: http://www.oecd.org/document/46/0,3746,en_2649_33729_40401454_1_1_1_1,00.html
- 20- Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. Q J Med 1999; 92:47–55.
- 21- Docteur, E., H. Suppanz, and J. Woo, “The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform”, OECD Economic Department Working Papers N° 350, OECD, Paris. 2003.
- 22- Schneider, H. and A. Mathios, Principal agency theory and health care utilization. Economic Inquiry Advance Access, 1 December 2005, 1-13.
- 23- Gosden, T., F. Forland, I. Kristiansen, M. Sutton, B. Leese, A. Giuffrida, M. Sergison and L. Pedersen,

- Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2001; 6(1): 44-55.
- 24- Weel, C. van and C. del Mar, How should GPs be paid? *The Medical Journal of Australia*, 2004; 181, (2): 98- 99.
- 25- Robinson, J., Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*, 2001; 79(2): 149-177.
- 26- Brennan, J., E. Fennessy and D. Moran), the financing of primary health care. Ireland: The Society of Actuaries, 2000.
- 27- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*. 2006; 355(4): 375-84.
- 28- Canadian Institute for Health Information, Physicians in Canada: The Status of Alternative Payment Programs, 2005–2006 (Ottawa: CIHI, 2008).
- 29- European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Austria, Copenhagen, 2006.
- 30- European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Switzerland, Copenhagen, 2000.
- 31- European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Denmark, Copenhagen, 2001.
- 32- European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Finland, Copenhagen, 2002.
- 33- European Observatory on Health Care Systems (2003), Health Care Systems in Transition: Iceland, Copenhagen, 2003.
- 34- European Observatory on Health Care Systems (2004a), Health Care Systems in Transition: France, Copenhagen, 2004.
- 35- European Observatory on Health Care Systems (2004c), Health Care Systems in Transition: Netherlands, Copenhagen, 2004.
- 36- European Observatory on Health Care Systems (2005a), Health Care Systems in Transition: Canada, Copenhagen, 2005.
- 37- European Observatory on Health Care Systems (2005b), Health Care Systems in Transition: Czech Republic, Copenhagen, 2005.
- 38- European Observatory on Health Care Systems (2005c), Health Care Systems in Transition: Germany, Copenhagen, 2005.
- 39- Kroneman M, Zee J, Groot W, “Developments in income of General Practitioners in eight European countries from 1975-2005”, *BMC Health Services Research*, 2009; 9:26.
- 40- OECD (2005a), OECD Reviews of Health Systems – Finland, OECD, Paris, 2005.
- 41- OECD (2005b), OECD Economic Survey of France, OECD, Paris, 2005.
- 42- OECD (2006a), OECD Reviews of Health Systems – Switzerland, OECD, Paris, 2006.
- 43- Srivanichakorn S, Dormael M. Conditions, Constraints, and Strategies for Increased Contribution of General Practitioners to the Health System in Thailand. Available on: www.who.int/entity/hrh/en/HRDJ_2_1_04.pdf
- 44- Hindle D, Kalanj K. New General Practitioner Payment Formula in Croatia: Is It Consistent with Worldwide Trends?, *creation medical journal*, 2004; 45(5):604-610.
- 45- Eric Delattrea and Brigitte Dormont, Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians, *Health Econ*. 2033; 12: 741–754.
- 46- An Optimal remuneration system for General Practitioners. Available on: www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf