

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

گزارش کامل طرح پژوهشی

شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و

پیشنهاد اصلاحات آن

مجری طرح

دکتر رجبعلی درودی

همکاران طرح

دکتر علی اکبری ساری

سمیه افشاری

سیده فاطمه حسینی

پاییز ۱۳۹۹

فهرست مطالب

فصل اول - کلیات پژوهش	۵
بیان مسئله	۷
اهداف و سؤالات پژوهش	۸
هدف کلی	۸
اهداف اختصاصی	۸
اهداف کاربردی	۸
سؤالات پژوهش	۸
فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده	۹
۱.۲ مقدمه	۹
۲.۲ نقاط ضعف، قدرت، فرصتها و تهدیدهای موجود در نظام پرداخت ایران	۱۹
فصل سوم - روش پژوهش	۲۲
۱.۳ مقدمه	۲۲
۲.۳ نوع پژوهش	۲۲
۳.۳ مراحل اجرای پژوهش	۲۴
۱.۳.۳ سؤالات تحقیق	۲۴
۲.۳.۳ شناسایی مطالعات مرتبط	۲۴
۳.۳.۳ انتخاب مطالعه	۲۵
۴.۳.۳ استراتژی جستجو و تعداد مقالات استخراج شده	۲۵
۵.۳.۳ ترسیم و جدولبندی داده ها	۲۸
۶.۳.۳ جمع بندی، خلاصه سازی و گزارش نتایج	۲۸
فصل چهارم - یافته های پژوهش	۲۹
۱.۴ مقدمه	۲۹
۲.۴ توزیع فراوانی مقالات برحسب سال انتشار و روشهای پرداخت	۲۹
۳.۴ مطالعات انجام شده در حوزه نظام های پرداخت	۳۱
۴.۴ مهمترین نقاط ضعف و قدرت و یا چالشهای مطرح شده در مقالات وارد شده	۳۴
۱.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت گلوبال	۳۵
۲.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت DRG	۳۸
۳.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت بودجه	۳۹
۴.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت P4P	۴۴

۴۷	.....	۵.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت کارانه
۴۸	.....	۶.۴.۴ پزشکی خانواده
۵۰	.....	۵.۴ مقایسه روشهای مختلف
۵۱	.....	۶.۴ چالشهای موجود در نظام پرداخت ایران و ارائه پیشنهاد برای سطوح مختلف ارائه خدمت
۵۲	.....	۷.۴ شناسایی شکافهای دانشی در حوزه نظام پرداخت
۵۵	.....	۸.۴ نقش نظامهای پرداخت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و مقایسه نظامهای پرداخت در کشورهای مختلف
۶۰	.....	فصل پنجم – بحث و نتیجهگیری
۶۰	.....	۱.۵ مقدمه
۶۰	.....	۲.۵ بحث
۶۵	.....	۳.۵ نتیجه گیری
۶۶	.....	۴.۵ پیشنهادات برای پژوهشهای آینده
۶۸	.....	فهرست منابع

فهرست جداول

جدول ۱.۳	راهبرد جستجو و تعداد مقالات بدست آمده از منابع مختلف	۲۵
جدول ۱.۴	مطالعات انجام شده در حوزه نظام های پرداخت با در نظر گرفتن سطوح ارائه خدمت	۳۱
جدول ۲.۴	نقاط ضعف، قوت و چالشهای ذکر شده در مطالعات مربوط به روش پرداخت گلوبال	۳۵
جدول ۳.۴	مطالعات انجام شده در رابطه با GRG	۳۹
جدول ۴.۴	مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت از طریق بودجه	۴۰
جدول ۵.۴	مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت مبتنی بر عملکرد	۴۴
جدول ۶.۴	مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت به ازای خدمت	۴۷
جدول ۷.۴	مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت به پزشک خانواده	۴۹
جدول ۸.۴	مقایسه روشهای مختلف پرداخت	۵۱
جدول ۹.۴	چالشها و پیشنهادات برای نظام پرداخت ایران	۵۲
جدول ۱۰.۴	شکافهای دانشی موجود در حوزه نظام پرداخت ایران	۵۳
جدول ۱۱.۴	روشهای پرداخت در کشورهای مختلف	۵۶

فصل اول - کلیات پژوهش

رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از چالش‌های اصلی در نظام‌های سلامت تبدیل شده است (۱-۵). کنترل هزینه‌ها یکی از اهداف مهمی است که تمامی کشورها در اصلاحات خود در بخش بهداشت و درمان دنبال می‌کنند و این مقوله در کنار سایر اهداف از قبیل عدالت، افزایش کارایی و اثربخشی در نظام سلامت و در نهایت ارتقاء سطح کیفیت خدمات مطرح است (۶). استفاده از نظام پرداخت مناسب یکی از مهم‌ترین راهکارها جهت مهار هزینه‌های درمانی در بخش سلامت است (۷). نظام پرداخت به روش‌هایی اشاره می‌کند که در آن منابع مالی مختلف از طرف دولت، شرکت‌های بیمه و دیگر پرداخت‌کنندگان، به ارائه دهندگان خدمت که می‌تواند یک موسسه (بیمارستان یا درمانگاه)، یک واحد ارائه دهنده خدمت (مراکز پاراکلینیک داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی) و یا یک فرد ارائه‌کننده خدمت (پزشک، پرستار، کارشناس گروه پزشکی و غیره) باشد، پرداخت گردد. نظام پرداخت از سه جز مختلف که با هم در ارتباط بوده و بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند، تشکیل شده است: اولین و اصلی‌ترین بخش هر نظام پرداخت، سازوکارهای پرداخت به افراد و موسسات می‌باشد که سبب تسهیم خطر مالی میان ارائه‌کنندگان و خریداران می‌گردد. دومین بخش هر نظام پرداخت شامل تنظیم پرداخت‌های مصرف‌کنندگان و تعیین نحوه و میزان مشارکت آنان می‌باشد که سبب تسهیم هزینه میان خریداران و بیماران می‌گردد. بخش سوم و انتهایی هر نظام پرداخت به عقد قرار داد میان ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت می‌پردازد و براساس روابط و انتظارات طرفین، خروجی‌های مورد انتظار تعیین و پایش می‌شوند (۸).

انگیزه‌های نهفته در سازوکارهای پرداخت، انگیزه‌های قدرت‌مندی ایجاد می‌کنند که بر فعالیت‌های تمام سازمان‌ها و افراد در نظام مراقبت‌های سلامت، تاثیر می‌گذارند و شواهد تجربی به طور قاطع نشان می‌دهند که انگیزه‌های مالی ۱ از مهمترین عوامل موثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت هستند. در واقع، این انگیزه‌ها از مشوق پولی برای القای تغییرات رفتاری در ارائه‌کنندگان استفاده می‌کنند. این تغییر در رفتار، عواقب جدی بر کیفیت و حجم خدمات سلامت و هزینه کلی سلامت دارد. چنین رفتارهایی همچنین می‌توانند پوشش، عرضه خدمات، عدالت و کیفیت را متاثر سازد (۸، ۹). نظام‌های پرداخت اثر مستقیمی بر رفتار ارائه‌دهنده و خریدار خدمات دارند (۹). لذا مطالعات مختلف از نظام‌های پرداخت بعنوان یکی از اهرم‌های کنترل در نظام سلامت نام برده‌اند (۱۰، ۱۱). نظام پرداخت مناسب می‌تواند سبب کاهش پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت از جیب بیمار شود (۱۲) و تاثیر مستقیمی روی کیفیت ارائه خدمات داشته باشد (۱۳).

به طور کلی سازوکارهای نظام پرداخت از دو جنبه قابل بررسی هستند: الف) نظام های متغیر^۲ در مقابل نظام های ثابت^۳ پرداخت (آیا سازوکارهای پرداخت میان فعالیت و درآمد ارائه کنندگان ارتباط منطقی برقرار می کنند؟) و ب) نظام های گذشته نگر^۴ یا به اعتبار گذشته^۵ در مقابل نظام های آینده نگر^۶ یا به اعتبار آینده^۷ (آیا میان میزان بازپرداخت و هزینه واقعی ارائه کنندگان ارتباط منطقی برقرار می شود؟).

نظام های پرداخت ثابت، نظام هایی هستند که میان میزان بازپرداخت و میزان فعالیت ارائه کنندگان ارتباط منطقی ایجاد نمی کنند و تولید واحد اضافه تر با بازپرداخت بیشتر همراه نمی باشد. در چنین شرایطی، ارائه کنندگان انگیزه زیادی جهت افزایش فعالیت ها ندارند و بیشتر از طریق کاهش فعالیت ها با شیوه هایی مانند کاهش تعداد و شدت، به کسب درآمد می پردازند. در عوض، نظام های پرداخت متغیر، نظام هایی هستند که تغییر در میزان فعالیت ها، به تغییر در میزان بازپرداخت ها منجر می گردد. به عبارت دیگر، تولید یک واحد اضافه تر با افزایش درآمد همراه است. بنابراین، ارائه کنندگان انگیزه قوی جهت افزایش فعالیت (تعداد خدمات) خود، برای کسب درآمد دارند. نظام های متغیر، به طور بالقوه می توانند باعث ارائه بیش از حد خدمات شوند و از سوی دیگر با تورم و افزایش هزینه ها همراه هستند (۸).

سازوکارهای پرداخت گذشته نگر، به اعتبار گذشته و براساس هزینه های واقعی ارائه کنندگان، هزینه ارائه کنندگان را بازپرداخت می کنند و بنابراین انگیزه ارائه کنندگان جهت کاهش هزینه ها، حداقل است. این نظام های پرداخت، سبب ارائه بیش از حد خدمات، ارائه خدمات غیرضروری (تقاضای القایی) و کمترین میزان تداوم در ارائه خدمات می گردد و در نهایت، مدیریت آن بالاترین هزینه اجرایی را به نظام سلامت تحمیل می کند، چراکه تعیین قیمت به ازای هر آیتم هزینه ای، سیستم ثبت و رسیدگی به هر آیتم نیازمند هزینه های بالاسری زیادی می باشد. در مقابل، نظام های پرداخت آینده نگر بدون برقرار نمودن ارتباط منطقی میان میزان های واقعی هزینه ارائه کنندگان، به اعتبار آینده، هزینه های احتمالی را برآورد و بازپرداخت می کنند. بنابراین، به طور بالقوه با افزایش کارایی و نوآوری همراه هستند؛ چرا که ارائه کنندگان برای حفظ مازاد های مالی و افزایش درآمدهای خود، دست به کنترل هزینه ها می زنند و سعی می کنند که از حجم و نوع خدمات ارائه شده غیرضروری خود بکاهند (۸). نظام های پرداخت را در دسته بندی های دیگری نیز قرار می دهند، به طور مثال پرداخت مبتنی بر حجم ارائه خدمات (کارانه، موردی، روزانه، پاداش)، پرداخت مبتنی بر مراقبت از گروه تعریف شده جمعیتی (سرانه)، پرداخت برای یک

2- Variable

3- Fixed

4- Retrospective

5- Ex Post

6- Prospective

7- Ex Ante

دوره زمانی تعریف شده (پرداخت نرخ ثابت، بودجه ای، پرداخت حقوق) (۱۴). از نگاه جزئی تر، نظام‌های پرداخت شامل پرداخت مبتنی بر خدمت (FFS)، پرداخت مبتنی بر عملکرد (PFP)، حقوق، سرانه، و دیگر متدهای ترکیبی مانند گروه‌های تشخیصی وابسته است که هر کدام مزایا و معایبی دارد (۱۷-۱۵).

بیان مسئله

نظام سلامت ایران نیز مانند سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است (۱۸). همه ساله مبالغ زیادی از سرمایه‌های سیستم سلامت 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 غیره به هدر می‌رود (۱۹). نظام‌های پرداخت به عنوان یکی از مهم‌ترین اهرم‌ها و ابزارهای موجود، می‌تواند نقش بسیار مهمی در جهت کنترل هزینه‌ها و بهبود کیفیت خدمات ایفا نماید (۱۴). در حال حاضر روش‌های پرداخت متنوعی متناسب با سطوح مختلف ارائه خدمت در نظام سلامت ایران استفاده می‌شود. به عنوان مثال در سطح اول بیشتر از روش پرداخت حقوق و دستمزد و سرانه استفاده می‌شود در حالی که نظام پرداخت در بیمارستان‌های ایران غالباً بر اساس روش پرداخت گذشته‌نگر است و همین امر موجب تحمیل هزینه‌های زیادی به نظام سلامت شده است (۲۰) و تنها در تعداد محدودی از اقدامات پزشکی از نظام پرداخت آینده‌نگر استفاده می‌شود. علیرغم اینکه در بسیاری از کشورهای پر درآمد و با درآمد متوسط نظام‌های پرداخت آینده‌نگر جایگزین نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر شده است اما در نظام سلامت ایران هنوز نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر بویژه در خدمات بیمارستانی غالب هستند. نظام پرداخت آینده‌نگر در بیمارستان‌ها در ایران از نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی الگوبرداری شده است که از سال ۱۳۷۷ بنا به مصوبه چهل و سوم جلسه شورای عالی بیمه خدمات درمانی، با عنوان تعرفه‌های سرجمع (گلوبال) اعمال شایع جراحی، به تفکیک درجه ارزشیابی حاصل‌شده از انواع بیمارستان‌ها، تنظیم و جهت اجرا به کلیه بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی ابلاغ شد. در این نوع پرداخت، تعرفه‌های محاسبه سر جمع (گلوبال) اعمال جراحی شایع با در نظر گرفتن مواردی از جمله سن بیمار و سایر خدمات جنبی احتمالی تعیین گردیده است (۲۰). با این حال این روش پرداخت محدود به اعمال جراحی شایع بوده و و هنوز بخش قابل توجهی از پرداخت‌ها به صورت گذشته‌نگر است.

بسیاری اعتقاد دارند که در کشور ما به طور اختصاصی نظام پرداخت نقطه شروع اصلاحات بزرگ در نظام سلامت کشور و بهبود وضعیت موجود می‌باشد (۸)، با این حال انجام اصلاحات در نظام پرداخت نیازمند وجود دانش کافی در خصوص وضعیت‌های فعلی نظام پرداخت در ایران و شناسایی چالش‌های این حوزه است. تا کنون مطالعات متعددی در خصوص روش‌های پرداخت

در ایران انجام شده است اما هنوز برخی از چالش‌ها و سوالات بدون پاسخ باقی مانده است. براین اساس هدف از انجام مطالعه حاضر جمع‌آوری شواهد موجود در خصوص نظام پرداخت در ایران از طریق انجام یک مطالعه مرور حیطه‌ای و شناسایی شکاف‌های دانشی موجود در حوزه بود.

اهداف و سوالات پژوهش

هدف کلی

شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالش‌های نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

اهداف اختصاصی

۱. شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست‌ها و عملکرد کنونی در حوزه نظام پرداخت سلامت در نظام سلامت ایران؛
۲. شناسایی مطالعات در مورد موانع و چالش‌های موجود برای اجرای نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران؛
۳. شناسایی شکاف‌های اطلاعاتی موجود در حوزه نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران؛
۴. مقایسه ابعاد مطالعه حاضر با ابعاد سایر مطالعات خارجی و استخراج شکاف‌های دانشی؛
۵. شناسایی نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام‌های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا؛
۶. ارائه پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی جهت پیاده‌سازی نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران؛

اهداف کاربردی

تهیه مستندی جامع در خصوص وضعیت نظام‌های پرداخت در ایران و چالش‌های اجرای نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور،

سوالات پژوهش

۱. مورد موانع و چالش‌های موجود برای اجرای نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟
۲. شکاف‌های اطلاعاتی موجود در حوزه نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟
۳. نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام‌های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا چگونه است؟

فصل دوم - زمینه های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

۱.۲ مقدمه

در این فصل ابتدا مطالعات داخلی و خارجی در رابطه با نظام های مختلف پرداخت گزارش داده شده است. در پایان نیز به نقاط ضعف، قوت، فرصتها و تهدیدهای نظام پرداخت ایران با استفاده از متون موجود اشاره شده است.

مجاهد و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود تحت عنوان تاثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی به مقایسه میزان تاثیر مدل های پرداخت سرانه، حقوق و کارانه بر شاخص های عملکردی برنامه پزشک خانواده پرداختند. در این مطالعه به منظور تعیین شاخص های متأثر از مکانیسم های پرداخت از بررسی نظام مند متون و برای اولویت بندی شاخص ها و مدل های پرداخت از پانل خبرگان و تکنیک تحلیل سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که با توجه به اهمیت شاخص ها می توان ترکیبی از مکانیسم های پرداخت برای مقاصد سیاستگذاری استفاده کرد همچنین سیاستگذاران باید محیط اجرای برنامه و اهمیت مشوق های غیر مالی مانند عوامل بالینی، سازمانی و فرهنگی را در نظر داشته باشند (۲۱).

حق دوست و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود تحت عنوان روش های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در دنیا: مروری ساختار یافته بر مستندات بین المللی، تعداد ۲۶۱ سند مرتبط با روش پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی از ۳۶ کشور دنیا مرور شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که مهم ترین روش های پرداخت حق الزحمه 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 بود. روش پرداخت تأثیر جدی بر کارکرد پزشک داشت. برای مقایسه سطح درآمد پزشکان در داخل و خارج از کشورها از شاخص قدرت خرید استفاده شده است (۲۲).

توکلی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان ۱۳۹۳ - یک مطالعه کیفی به بررسی نظرات ۱۱ نفر از مدیران میانی و ارشد بیمارستان ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیات علمی دانشگاه ها و مسئولین بیمارستان ها به صورت هدفمند و با استفاده از مصاحبه عمیق پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که ۳ موضوع اصلی شامل تدوین سیاست ها، تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و بسترسازی و آماده کردن زیرساختها بر اساس تحلیل چارچوبی بدست آمد. نتایج این پژوهش نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) را نشان داد. بر این اساس به منظور کارآمدتر بودن سیستم سلامت، بایستی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد به

خوبی بررسی شود و با برطرف کردن چنین نقاط ضعفی بتوان با اجرای طرح جدید باعث رضایتمندی بیشتر پزشکان و پرسنل را فراهم نمود (۲۳).

یزدی فیض آبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت عنوان ارتباط اجرای آزمایشی برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص‌های حفاظت مالی سلامت در استانهای فارس و مازندران بر روی داده‌های استان‌های فارس و مازندران در بازه زمانی ۱۳۸۷-۱۳۹۴ بررسی خود را انجام دادند. در این مطالعه ابتدا با استفاده از مدل رگرسیون لاسو، متغیرهای مستقل موثر بر شاخص‌های حفاظت مالی انتخاب شدند. سپس در مدل‌های جداگانه بعد از تعدیل متغیرهای مستقل منتخب، ارتباط اجرای برنامه پزشک خانواده شهری با شاخص‌های حفاظت مالی به عنوان متغیرهای پیامد، با آزمون رگرسیون خطی پسروده مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که درصد خانوارهای مواجهه یافته با مخارج کمرشکن سلامت، در سال‌های اجرای برنامه، در مقایسه با سال‌های پیش از اجرا، به میزان $1/82$ درصد افزایش نشان داد که این افزایش برای مناطق روستایی $1/37$ درصد بود. همچنین برنامه پزشک خانواده شهری به رغم موفقیت‌ها در افزایش دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت، به نظر می‌رسد در بهبود حفاظت مالی و تأمین مالی عادلانه سلامت دستاوردهای چشمگیری نداشته است (۲۴).

شعربافچی زاده و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر رضایت پزشکان خانواده استان خراسان جنوبی بر روی ۱۲۶ پزشک خانواده در ۹۱ مرکز تحت پوشش برنامه در استان خراسان جنوبی به روش سرشماری بررسی خود را انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان رضایت کلی پزشکان خانواده، متوسط بود. آنان بیشترین میزان رضایت را از عملکرد خودشان داشتند و کمترین میزان رضایت آنان از نحوه رفتار بیماران بود. بین میزان رضایت عمومی پزشک خانواده با رضایت از محیط سازمانی، رضایت از حقوق و مزایا و رضایت از اجرای طرح تحول نظام سلامت ارتباط آماری معناداری وجود داشت (۲۵).

وطن خواه و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر شیوه پرداخت هزینه درمان بر مدت اقامت بیماران بستری در مراکز آموزشی و درمانی قزوین تعداد ۶۴۰ نمونه به صورت تصادفی ساده از میان پرونده‌های بیماران بستری شده در مراکز آموزشی و درمانی منتخب قزوین انتخاب شد و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنف، من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. همچنین نتیجه گیری شد که با توجه به محدودیت منابع نظام سلامت در بخش بیمارستانی و تأثیر شیوه پرداخت هزینه بر مدت اقامت بیماران، استفاده صحیح از بیمه‌های درمانی، جهت بهره‌گیری مناسب از مراقبت‌های بیمارستانی و کاهش اقامت غیر ضروری لازم است (۲۶).

فردوسی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی ایران به انجام مطالعه تطبیقی برای یافتن راه حل های پیش رو برای حل مشکلات وضع موجود پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که در اغلب کشورهای مورد مطالعه از روش های ترکیبی برای پرداخت به پزشکان استفاده می شود. معمولاً در مواردی که بین پزشکان و سازمان های بیمه گر رابطه استخدامی وجود دارد، حقوق بخشی از دریافتی پزشکان را تشکیل می دهد. در کشورهایی که پزشکان عمومی نقش دروازه بان را بر عهده دارند، روش پرداخت سرانه جایگاه ویژه ای دارد. معمولاً علاوه بر حقوق پرداخت کارانه نیز کاربرد گسترده ای دارد. پرداخت به صورت پاداش در ازای رعایت شاخص های کیفی در هر دو گروه پزشکان عمومی و متخصص اخیراً به عنوان یک نظام پرداخت پیشرفته مورد توجه قرار گرفته ولی به علت پیچیدگی های خاص خود نیاز به طراحی دقیق و بسترسازی فراوان دارد (۲۷).

امیراسماعیلی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود تحت عنوان علل پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاستگذاران و بیماران: مطالعه کیفی از طریق مصاحبه به بررسی بیمارستان های شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ پرداختند. یافته های این پژوهش نشان داد که دلایل متعددی برای پرداخت های غیررسمی وجود دارد که شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی است. دلایلی نیز برای دریافت های غیررسمی توسط پزشکان کشف شد که شامل عوامل مربوط به تعرفه ها، عوامل ساختاری، عوامل اخلاقی و همچنین نشان دادن مهارت و شایستگی ارائه کنندگان خدمات است. در این مطالعه دلایلی برای پرداخت های غیررسمی شد و اکثر دلایلی که کشف شد، شباهت زیادی با نتایج مطالعات سایر کشورهای جهان دارد؛ به این ترتیب که نشان داد که بودجه ناکافی نظام سلامت و پرداخت های رسمی ناکافی به پزشکان، از مهمترین عوامل مرتبط با عرضه هستند که منجر به پرداخت های غیررسمی می شوند (۲۸).

پارسا و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود تحت عنوان پرداخت های غیررسمی در ایران: نتایج مطالعه ای مقطعی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت به بررسی پزشکان متخصص جراح با تخصص های مختلف شرکت کننده در کنگره ها و برنامه های آموزش مداوم توسط پرسشنامه و قبل از اجرای طرح تحول سلامت پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که شیوع دریافت زیرمیزی در بین پزشکان مورد مطالعه که امکان دریافت زیرمیزی را داشتند نسبتاً زیاد (۶۳/۸ درصد) بود. پزشکان شاغل در بخش خصوصی و نیز پزشکان شاغل در شهر تهران و کسانی که نگرش مثبت به زیرمیزی داشتند بیشتر زیرمیزی دریافت می کردند. به باور پرسش شوندگان شایع ترین علت تعرفه های غیرواقعی و شایع ترین پیامد، بالا رفتن هزینه های بیماران بود. بیش از نیمی از پزشکان یا اعتقاد به غیراخلاقی نبودن زیرمیزی نداشتند یا نظر قاطعی نسبت به اینکه عمل غیراخلاقی است ندادند. با توجه به رابطه مستقیم بین نگرش پزشکان و دریافت زیرمیزی به نظر می رسد در زمینه نشان دادن قبح زیرمیزی به پزشکان نیاز به آموزش وجود دارد. علت شیوع

کمتر زیرمیزی در بخش دولتی شاید نظارت بیشتر در این بخش باشد که با وضع راهنمای اخلاقی در جهت نشان دادن قبح دریافت زیرمیزی بین پزشکان و اصلاح ساختارهای نظام سلامت از جمله واقعی نمودن تعرفه ها بتوان تا حدود زیادی از بروز این پدیده جلوگیری کرد (۲۹).

رشیدیان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود تحت عنوان پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت و سیاست های مقابله با آن به بررسی مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و سایت های معتبر پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که با توجه به شیوع بالای پرداخت های غیررسمی و اثرات منفی شدید بر عدالت و حاکمیت خوب، سیاستگذاران بایستی بر این موضوع و وسیله ای برای تضعیف این عمل تمرکز کنند. هرچند استراتژی ها برای کنترل پرداخت غیررسمی محدود می باشد. استراتژی های تنظیم پرداخت حقوق و مزایا و تعرفه های پزشکی، تنظیم قوانین و مقررات برای مقابله با پرداخت ها غیررسمی، ایجاد انگیزه و مسئولیت در کارکنان سلامت و تغییر در ادراکات جامعه پیشنهاد شد (۳۰).

حاجیان دشتکی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی میزان پرداخت های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اصفهان به بررسی ۱۰ بیمارستان منتخب شهر اصفهان و ۲۵۰ بیمار به صورت تصادفی پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۷/۲ درصد بیماران پرداخت غیررسمی داشته اند و میانگین پرداخت غیررسمی به پزشکان ۵۹۰۰۰۰ تومان، پرستاران ۲۳۵۰۰ تومان و سایر کارکنان ۱۴۵۰۰ تومان به ازای هر فرد دریافت کننده بود. همچنین نتیجه گیری شد که فراوانی پرداخت های غیررسمی، میزان این پرداخت ها برای گروه های مختلف و متغیرهای تاثیر گذار بر این پرداخت ها مشخص شد می توان با کنترل و مطالعه متغیرهای تاثیر گذار و همچنین توجه به میزان این پرداخت ها در گروه های مختلف به مقابله با این پرداخت ها با توجه به آثار نامطلوب آن پرداخت (۳۱)

بابارحیم و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود تحت عنوان ارزیابی مقایسه ای روش های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه ای خانوار: چهارچوب نظری و کاربرد به بررسی داده های ثبتی سازمان بیمه سلامت ایران و بر اساس مدل بهینه سازی از نوع تقاضای جبرانی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که به ازای رضایت یکسان برای بیمه شده در دو روش یکسان پرداخت کارانه و سرانه در سال ۱۳۹۱ متوسط هزینه خدمات بیمه ای خانوار برای مجموع خدمات سرپایی و بستری در روش پرداخت سرانه در ۲۲ استان کشور نسبت به روش پرداخت کارانه کمتر می باشد (۳۲).

باستانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود تحت عنوان دیدگاه کارکنان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد در سال ۱۳۹۴ به بررسی ۴۲۴ نفر از کارکنان بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم

پزشکی شیراز پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که دیدگاه افراد در مورد طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان با وضعیت استخدامی رابطه معناداری نشان داد ($P=0.27$) (۳۳).

یزدی فیض آبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت عنوان روند اثرات فقرزای هزینه پرداخت مستقیم از جیب سلامت در استان های کشور در دوره زمانی ۱۳۸۷-۱۳۹۳ به بررسی داده های حاصل از پیمایش هزینه درآمد خانوارهای شهری و روستایی پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که استان های گلستان، خراسان شمالی و کرمان به ترتیب بیشترین فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت را داشتند. بعلاوه استان های البرز، تهران و بوشهر به ترتیب کمترین فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت را نشان دادند. در تمامی سال های مورد مطالعه، متوسط فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری استان ها بود. بنابراین به منظور کاهش فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت علاوه بر کاهش سهم پرداختی مردم بابت خدمات سلامت، مداخلات هدفمند حمایتی برای قشر آسیب پذیر و کم درآمد جامعه بویژه روستاها نظیر توسعه یارانه های سلامت و بهبود بسته های خدمتی ضروری است (۳۴).

مرجانی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی مقایسه ای تفاوت هزینه های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستانهای ملکی سازمان تامین اجتماعی به بررسی صورتحساب های بستری اعمال جراحی منتخب در دوره شش ماهه اول ۸۹ در ۶ بیمارستان ملکی سازمان تامین اجتماعی در استان تهران پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که مدیریت هزینه های بستری توسط بیمارستان ها در اکثر بیمارستانهای ملکی سازمان مغفول مانده است به طوری که دامنه تغییرات اجزاء هزینه ای بیمارستان ها علیرغم یکسان بودن شرایط، دستورالعمل ها، تعرفه ها... بسیار متغیر بود (۳۵).

پولادی و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه ای تحت عنوان بررسی آگاهی و رضایتمندی پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد (طرح قاصدک) و رابطه آن با کیفیت مراقبت پرستاری انجام دادند. در این مطالعه ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به روش نمونه گیری خوشه ای با تخصیص متناسب انجام گردید. پرسشنامه های به کارگرفته شده در این مطالعه شامل، پرسشنامه پژوهشگر ساخته روا و پایای آگاهی و رضایتمندی پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد همچنین پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری بود. نتایج مطالعه نشان داد که افزایش آگاهی از حقوق و دستمزد باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاری گردیده است. لیکن بین میانگین نمره هیچ کدام از ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری با رضایت پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید (۳۶).

خوشاب و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه ای تحت عنوان اجرای قانون ارتقاء بهره وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و رضایت شغلی پرستاران به بررسی رضایت شغلی ۵۰۰ پرستار از ۱۷ مرکز درمانی دانشگاهی استان سیستان و بلوچستان و ۱۴ مرکز درمانی دانشگاهی استان کرمان، با روش نمونه گیری سهمیه ای پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که میزان رضایت شغلی پرستاران قبل و بعد از انجام قوانین مذکور تفاوت معنی داری نداشت. البته در ابعاد حقوق و مزایا و قدردانی و شناخت به صورت معنی داری افزایش و در بعد مدیریت و نظارت، رضایتمندی به صورت معنی داری کاهش یافته بود (۳۷).

روانگرد و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه ای تحت عنوان عوامل موثر بر انتخابات ارائه دهندگان خدمات سلامت دولتی، خصوصی و خیریه انجام دادند. این مطالعه ۳۳۰ نفر از کارمندان شاغل در مراکز دانشگاه علوم پزشکی شیراز را با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم و نمونه گیری تصادفی ساده مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعه حاکی از آن بود که سازه های قصد، نگرش و کنترل رفتاری درک شده در بخش دولتی بالاتر از بخش خصوصی و خیریه بود. کارکنان مرد، متاهل، کارکنان مسن تر، کارکنان با تحصیلات کمتر، کارکنان شاغل در مرکز تحقیقات و بیمارستان، کارکنان با سابقه کاری بالاتر و کارکنان با نوع استخدامی شرکتی و قراردادی تمایل بیشتری به انتخاب بخش دولتی داشتند بنابراین به نظر می رسد جهت استفاده بهتر و بیشتر از خدمات موجود در هریک از بخش های مورد بررسی می توان ایجاد اعتمادسازی بیشتر، ایجاد جو همدلی و احترام و تسهیل استفاده از خدمات بخش دولتی و استفاده از رویکردهای مختلف بازاریابی در کنار تعیین تعرفه قابل پرداخت برای عموم مردم در دو بخش خصوصی و خیریه را پیشنهاد کرد (۳۸).

مطالعه ملکی با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت نشان داد که نامشخص بودن آمار بیمه شده ها، تامین مالی پسرونده، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه ای کشور، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد، هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی نظام تأمین مالی سلامت به شمار میروند. ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظام مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات را به صورت نظام مند حل کند (۳۸).

مطالعه ای توسط Jiang Chunhong (۲۰۰۸) تحت عنوان اندازه گیری محافظت مالی برای سلامت در خانواده های روستایی چینی با شرایط مزمن انجام گرفت. هدف این مطالعه بررسی این مورد بود که، تا چه حد هزینه های بهداشتی برای بیماران مزمن می تواند خانواده های روستایی در چین را با فقر مواجه کند و اینکه آیا طرح جدید تعاونی پزشکی میتواند به طور موثر خانواده هایی را که دارای بیماران مزمن می باشند را در برابر هزینه های کمرشکن محافظت کند. این مطالعه نشان داد که ۱۰/۵۳٪ از خانواده هایی که دارای یک بیمار مزمن می باشند به دلیل هزینه های بهداشتی درمانی دچار فقر می باشند که این بیش از دو برابر نسبت

به خانواده هایی است که بدون یک بیمار مزمن می باشند. این بیانگر این است که خانواده هایی که دارای یک بیمار مزمن هستند میزان مواجهه این خانواده ها با هزینه های کمرشکن بالا می باشد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که افزایش مزایای اضافی هم، خطرات مالی این قشر از خانوادهها را کاهش نمی دهد و عدم حمایت مالی برای خانواده هایی که دارای بیمار مزمن می باشند حتی با وجود پوشش بالا از طرف طرح جدید تعاونی پزشکی وجود دارد. در این مطالعه جهت محافظت مالی موثر از خانواده ها، اصلاحات سیستماتیک در دو مکانیزم تامین مالی و روشهای پرداخت بیان شده است (۳۹).

مطالعه ای توسط Lagomarsino Gina و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت: اصلاحات بیمه سلامت در ۹ کشور در حال توسعه آفریقایی و آسیایی انجام گرفت. این مطالعه به توصیف رویکردهای کشورها در افزایش پیش پرداخت درآمدها، انباشت خطر و خرید راهبردی خدمات پرداخته است. همچنین به ارزیابی میزان پیشرفت در ابعاد پوشش پرداخته و برای انجام دو عملکرد بالا از دو چارچوب عملکردهای سیستم سلامت و چارچوب جعبه پوشش برای این کار بهره برده است. در این مطالعه الگوهایی که در ساختار اصلاحات این کشورها وجود داشت مانند استفاده از درآمد مالیاتی برای دادن یارانه به جمعیت هدف، حرکت به سمت ایجاد صندوق های انباشت خطر بزرگتر و همچنین تأکید بر خرید راهبردی خدمات از طریق مکانیسم های مالی تقاضامحور شناسایی شدند. علاوه بر این برخی روندها مانند، افزایش ثبت نام در بیمه های سلامت دولتی، حرکتی رو به جلو برای گسترش بسته های خدمتی و همچنین کاهش پرداخت از جیب شهروندان به خاطر افزایش سهم دولت در هزینه های سلامت، در حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت در این نه کشور گزارش شدند. در شاخص های مقایسه ی در پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت، کشورهایی که به اصلاحات دست زده اند نیازمند آن هستند که بتوانند برون دادها و اصلاحات میان دوره ای خود را، چه در سیاستها و چه در پیاده سازی ارزیابی کنند (۴۰).

شیوه های پرداخت متفاوت به ارائه دهندگان اثر مستقیمی بر کیفیت مراقبت، کنترل مخارج و مدیریت اجرایی آن دارد. مکانیزمهای پرداخت می بایست امکان جذب درآمد کافی برای ارائه دهندگان خدمات را به منظور تداوم عرضه خدمات درمانی مطلوب فراهم سازد و از طرفی نیز مانع اتلاف منابع و ارائه خدمات غیرضروری گردد (۱۴).

در مطالعه ای که توسط چتروز و همکاران در سال ۹۴ انجام شد به مقایسه هزینه های اعمال جراحی با تعرفه های مصوب گلوبال پرداختند. در این مطالعه صورتحساب های بیماران در ۹ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه ی میانگین هزینه ی بیمارستان برای این اعمال جراحی با تعرفه ی گلوبال مصوب، نشان داد که به استثنای ۶ عمل جراحی، در سایر اعمال، یعنی ۶۲ مورد دیگر، هزینه ی اعمال جراحی بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. به طور متوسط قیمت خدمات برای هر صورتحساب معادل ۶.۰۶۶.۷۶۹ ریال بدست آمد درحالی که متوسط هزینه پیش بینی شده در تعرفه گلوبال

معادل ۴.۳۴۱.۶۶۳ ریال بود. مقایسه این دو نشان داد که بیمارستانها به طور میانگین ۱.۷۲۵.۱۰۶ ریال به ازای هر صورتحساب متضرر شده بودند. همچنین پژوهشگران در این مطالعه نشان دادند کمترین اختلاف بین اعمال جراحی مربوط به "شکستگی بسته یا باز انتهای پروگزیمال یا گردن فمور، جا اندازی باز تثبیت داخلی با پروتز" بود که با ۳ درصد اختلاف، معادل ۳۳۰.۷۳۵ ریال کمتر از تعرفه گلوبال بود و بیشترین اختلاف هم مربوط ترمیم تیغه بینی با یا بدون کاشت غضروف(سپتوپلاستی) بود که با ۳۱۲ درصد اختلاف، معادل ۹,۸۷۲,۶۶۰ ریال با تعرفه گلوبال متفاوت بود. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که تعرفه گلوبال ها واقعی نیست و منجر به زیان بیمارستانها می گردد. نویسندگان پیشنهاد کردند که برای جلوگیری از زیان بیمارستانها، قیمت‌های تعرفه کنونی باید بازبینی شود و عواملی مانند سن بیمار، وجود بیماری همراه، شدت بیماری، مدت اقامت بیمار و نرخ تورم در کشور، برای برآورد نرخ واقعی تعرفه‌ها در نظر گرفته شود. همچنین به نوع فعالیت بیمارستان (آموزشی- درمانی یا درمانی) نیز توجه گردد و زیان احتمالی بیمارستان‌های آموزشی نیز مد نظر گرفته شود (۴۱).

رشیدیان و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود به مقایسه قیمت‌های گلوبال با قیمت‌های واقعی جراحی در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداختند. داده‌های مورد نیاز از پرونده‌های بیماران و سیستم HIS بیمارستانها جمع‌آوری گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که هزینه‌های ثبت شده‌ی اعمال جراحی در هر دو بیمارستان بیشتر از قیمت‌های گلوبال برای آن اعمال بود. همچنین هزینه‌های ثبت شده در دو بیمارستان، به ازای اعمال جراحی مشابه، تفاوت قابل توجهی با یکدیگر داشتند. نویسندگان پیشنهاد کردند بدلیل آنکه شرکت‌های بیمه فقط قیمت‌های گلوبال مصوب را پرداخت می‌کنند لذا ضروری است که هزینه‌های بیمارستانها چک شود و با قیمت‌های گلوبال مقایسه شود. همچنین بدلیل اینکه بیمارستانهای مرجع وابسته به دانشگاه تهران معمولاً بیماران پیچیده را پذیرش می‌کنند، لذا قیمت‌ها در این بیمارستانها می‌بایست با دقت بیشتری تعیین شوند. این مطالعه پیشنهاد می‌کند که بیمارستانها نیز می‌توانند به میزان قابل توجهی هزینه‌های جراحی را با مدیریت صحیح هزینه‌ها و مدیریت بالینی کاهش دهند (۴۲).

در مطالعه‌ای که توسط حسینی و همکاران (۱۳۹۴) انجام شد به مقایسه هزینه پرونده‌های بستری در دو سیستم بازپرداخت گلوبال و سیستم بازپرداخت گذشته‌نگر پرداختند. این مطالعه در یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد و داده‌های مورد نیاز از سیستم HIS بیمارستان استخراج گردید. یافته‌ها حاکی از آن بود که در بازه زمانی مورد مطالعه از مجموع ۹۰ عمل جراحی مصوب، ۲۴ عمل تحت پوشش قرار گرفته است. این جراحی‌ها در سه حوزه‌ی زنان و زایمان، اعمال جراحی عمومی و جراحی چشم انجام شده بودند. براساس یافته‌های مطالعه در حدود ۱۷ درصد از جراحی‌های انجام شده، هزینه‌ی گلوبال کمتر از متوسط هزینه واقعی بود و در بیشتر موارد یعنی ۸۳ درصد، هزینه‌های گلوبال بیشتر از متوسط هزینه‌های جراحی و در واقع به سود

بیمارستان بوده است. بسته به تخصص‌های مختلف نیز این تفاوتها معنی‌دار بود. در سزارین در ۹۲ درصد موارد و در زایمان طبیعی در ۸۱ درصد موارد هزینه‌های گلوبال بالاتر از هزینه‌های واقعی و به سود بیمارستان بودند. اما در اعمال "کولپوپرینئورافی" و "سقط قانونی به روش جراحی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ"، در تمام موارد (۱۰۰ درصد) هزینه‌های واقعی بیمارستان بالاتر از هزینه‌های گلوبال بود و به ضرر بیمارستان بودند. در تخصص جراحی نیز در ۹۳ درصد موارد هزینه‌های گلوبال بالاتر از هزینه‌های واقعی بودند و در جراحی چشم نیز در ۹۹.۶ درصد موارد هزینه‌های گلوبال بالاتر از هزینه‌های جراحی بودند. با توجه به این موارد و نتایج سایر مطالعات پژوهشگران پیشنهاد کردند که بازنگری در نظام گلوبال و اجرای کامل‌تر نظام پرداخت آینده‌نگر در کشور ضروری است (۴۳).

میرزایی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود با عنوان بررسی رابطه اجرای نظام پرداخت سیستم گروه‌های تشخیصی مرتبط و کاهش هزینه‌های درمانی در یک بیمارستان نظامی شهر تهران، به مقایسه‌ی هزینه و مدت اقامت بیماران در نظام پرداخت گلوبال با هزینه‌های واقعی پرداختند. اعمال جراحی مورد بررسی در این بیمارستان‌ها شامل اعمال زنان و زایمان، جراحی عمومی و اعمال جراحی چشم بود. نتایج مطالعه نشان داد در ۹۵ درصد موارد، هزینه‌های واقعی اعمال جراحی کمتر از محاسبه هزینه‌ها با استفاده از روش پرداخت گلوبال است و لذا احتساب هزینه عمل جراحی با گلوبال به سود بیمارستان بوده است (۴۴).

عرب و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود به مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه‌های واقعی در انسیتو کانسر پرداختند. در این مطالعه داده‌های مورد نیاز در مورد هزینه‌های واقعی اعمال جراحی، از طریق سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) جمع‌آوری شد و اطلاعات مورد نیاز در مورد هزینه‌های گلوبال نیز از بخشنامه‌های سالیانه شورایعالی بیمه در مورد نحوه محاسبه هزینه اعمال جراحی گلوبال بدست آمد. یافته‌های این مطالعه نشان داد هزینه‌های واقعی بسیار بیشتر از هزینه‌های گلوبال می‌باشند. پژوهشگران پیشنهاد کردند جهت منطقی‌تر نمودن تعرفه‌های گلوبال، باید عواملی همچون نرخ واقعی تورم در جامعه، نوع بیمارستان و وجود یا عدم وجود بیماری همراه در بیماران مد نظر قرار گیرند (۱۹).

در مطالعه دیگری که بر روی بیماران پیوند کلیه در بیمارستان امام رضای تبریز انجام شد، به مقایسه هزینه‌های واقعی با تعرفه‌های مصوب گلوبال در این بیماران پرداختند. داده‌های بدست آمده از سیستم HIS مربوط به ۳۵ بیمار مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که هزینه‌های واقعی به طور قابل توجهی بیشتر از تعرفه‌های مصوب گلوبال بود (۲۰).

در مطالعه دیگری که توسط فتاح‌پور و همکاران (۲۰۱۷) در بیمارستان‌های عمومی اصفهان انجام شد، به مقایسه‌ی هزینه‌های واقعی هتلینگ با تعرفه مصوب آن در ۶۰ جراحی گلوبال پرداختند. در این مطالعه مشاهده شد که هزینه‌های هتلینگ تفاوت معنی‌داری

با تعرفه های مصوب دارد به طوری که نرخ مربوط به تعرفه های مصوب بالاتر از هزینه های واقعی هتلینگ در آن بیمارستانها بود (۴۵)

شای ۸ و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود به مقایسه‌ی هزینه‌ی واقعی پیوند کبد و تعرفه‌ی مبتنی بر DRG در آن کشور پرداختند. در این مطالعه، هزینه‌های مستقیم ۸ بیمار پیوند کبد در طی دوران بستری آنها در بیمارستان اندازه‌گیری و با تعرفه مصوب DRG مقایسه شد. یافته‌های آنان نشان داد که هزینه‌های واقعی بیماران پیوند کبد به طور معنی داری کمتر از تعرفه مصوب برای این عمل در آن کشور بود (۴۶).

در مطالعه‌ای که توسط هامادا^۹ و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، به بررسی تاثیر سیستم پرداخت آینده‌نگر، به نام DRG/PDPS در ژاپن، بر استفاده از منابع و کیفیت مراقبت سلامت پرداختند. در این مطالعه به مقایسه هزینه‌های بستری، طول مدت اقامت، نرخ بستری مجدد و نرخ مرگ و میر در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد، قبل و بعد از اجرای روش DRG/PDPS در بیمارستانهای ژاپن پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده از روش پرداخت آینده‌نگر DRG/PDPS به طور قابل ملاحظه‌ای هزینه‌های پزشکی و طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان را کاهش داده بود، نرخ بستری مجدد را افزایش داده بود و تاثیری روی مرگ و میر بیماران نداشت. بنابراین این مطالعه نشان داد که روش پرداخت DRG/PDPS اگر چه منجر به کاهش استفاده از منابع شده بود اما نتوانسته بود کیفیت خدمات را به طور همزمان کاهش دهد (۴۷).

مطالعه دیگری نیز توسط لیو^{۱۰} (۲۰۱۷) در ۱۲ استان چین انجام شد که به بررسی این پرداختند که آیا اجرای سیستم پرداخت DRG می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های پزشکی و طول مدت اقامت بیماران شود. نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای سیستم آینده‌نگر DRG منجر به کاهش قابل توجهی در هزینه‌های بستری و همچنین طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان شده است (۴۸).

مطالعه‌ای در کره (۲۰۱۷) انجام شد که به بررسی هزینه‌های پزشکی و جنبه‌های بالینی آدنوتانسلیکتومی و تانسلیکتومی در یک مرکز درمانی، قبل و بعد از اجرای سیستم پرداخت DRG پرداخته است. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که کل هزینه‌های پزشکی با روش پرداخت آینده‌نگر DRG بسیار کمتر از روش‌های پرداخت گذشته‌نگر FFS بود. اما هیچ اختلاف معنی داری در طول مدت اقامت و یا عوارض پس از عمل بین این دو روش مشاهده نشد (۴۹).

⁸ Skeie

⁹ Hamada

¹⁰ Liu

نتایج مطالعه شون ۱۱ و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران تحت عمل سزارین در کره نشان داد که اجرای سیستم DRG در مقایسه با سیستم پرداخت مبتنی بر خدمات ارائه شده، تاثیر معنی داری بر تعداد ویزیت‌های سرپایی پس از ترخیص ندارد ولی این سیستم منجر به افزایش طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان شده است (۵۰).

نتیجه‌گیری: مطالعات بالا همگی بیانگر این بودند که سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر مانند DRG و سایر سیستم‌هایی که از آن الگوبرداری شده‌اند، بعنوان روشی برای کنترل هزینه‌های نظام سلامت شناخته شده‌اند اما لازم است برای استفاده هر چه بیشتر از منافع این سیستم تهیه مستندات لازم و کافی در خصوص وضعیت‌های فعلی نظام‌های پرداخت، چالش‌های اجرای نظام پرداخت آینده‌نگر و برآورد دقیق و صحیح سقف بسته با توجه به تمامی جنبه‌های تاثیرگذار انجام پذیرد.

۲.۲ نقاط ضعف، قوت، فرصتها و تهدیدهای موجود در نظام پرداخت ایران (براساس یافته‌های مطالعات قبلی)

الف) فرصت‌ها و نقاط قوت نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت کشور

- سابقه طولانی تعرفه گذاری خدمات سلامت در کشور.
 - نارضایتی سیاست گذاران از وضعیت موجود و آمادگی برای تغییر و اصلاح وضع فعلی.
 - تاکید بر اصلاح نظام پرداخت در اسناد بالادستی و به ویژه برنامه پنجم توسعه (موضوع بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه).
 - وجود روحیه عدالت خواهی و اصلاح طلبی در مسئولین و سیاستگذاران.
 - جهت گیری دیدگاه سیاستگذاران نظام سلامت به سمت بازنگری و وجود تمایل و انگیزه برای تغییر و اصلاح و سازماندهی مطلوب در بخش نظام پرداخت و تعرفه.
 - افزایش آگاهی عمومی جامعه و تقاضا برای ارائه خدمات با کیفیت.
 - افزایش اعتبارات و منابع مالی نظام سلامت.
 - وجود تجارب جهانی جهت ارتقای کیفیت از طریق نظام پرداخت.
 - تمایل به کنترل تقاضای القائی در ارائه خدمات سلامت.
 - وجود تعرفه های تشویقی جهت ارائه خدمت در مناطق محروم (در قالب پرداخت های ثابت و تعرفه ترجیحی مناطق محروم).
 - وجود تعرفه های تشویقی برای ارائه خدمت توسط اعضای محترم هیات علمی (تعرفه اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی)
- (۵۱).

¹¹ Shon1

ب) چالش ها و مشکلات نظام پرداخت و تعرفه خدمات سلامت کشور:

- فقدان سیاست منسجم، یکپارچه و مشخص برای تعیین و اعلام تعرفه ها در کشور.
 - ترکیب نامناسب اعضای شورای عالی بیمه خدمات درمانی به عنوان مرجع تایید کننده تعرفه
 - تاثیر بالای قدرت چانه زنی و دیدگاه های غیرفنی به جای دیدگاه علمی مبتنی بر شواهد در تصمیم گیری های شورای عالی بیمه خدمات درمانی در زمینه تعرفه گذاری خدمات سلامت.
 - طولانی بودن فرایند و تاخیرهای چندماهه در اعلام تعرفه های خدمات سلامت در بخش دولتی.
 - فقدان چارچوب تعرفه ای قانونی برای تعیین تعرفه بسیاری از مراقبت ها و رشته های بالینی شامل خدمات گفتاردرمانی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، بینایی سنجی، تغذیه و مامایی.
 - فقدان چارچوب برای تعرفه گذاری بسیاری از خدمات نوینی که در طول سال های اخیر وارد کشور شده اند.
 - عدم تعادل و تناسب میان ارزش نسبی خدمات در بین رشته های مختلف تخصصی.
 - تاثیرات منفی شیوه تعرفه گذاری در کشور بر نظام آموزش پزشکی کشور (ایجاد جذابیت کاذب برای برخی از رشته های تخصصی های و به حاشیه رانده شدن برخی رشته های مهم و مادر).
 - قدیمی بودن قوانین نظارتی در بعد تعرفه گذاری.
 - فقدان نهاد نظارتی کارا و موثر.
 - انتظارات غیر منطقی و بیش از حد جامعه پزشکی برای کسب درآمدهای بیشتر.
 - بالا بودن نسبی درصد خانوار های دچار هزینه های کمرشکن در جامعه.
 - رشد پرشتاب هزینه های ارائه خدمات سلامت.
 - تمرکز و تاکید نظام پرداخت فعلی بر کمیت و عدم توجه به کیفیت خدمات.
 - عدم شفافیت همکاری و جایگاه بخش های خصوصی، تعاونی، خیریه و دولتی در ارائه خدمات کشور.
 - عدم توانایی دولت در تامین منابع مالی همزمان با افزایش سریع هزینه های خدمات سلامت به واسطه استفاده از فناوری جدید و افزایش فرهنگ مصرف خدمات.
 - وابستگی شدید منابع بخش بیمه ای کشور به اعتبارات دولتی.
 - رویکرد بازتوزیع درآمد و جذابیت های بخش درمان سبب ناکارآمدی نظام آموزشی شده است و اعضای هیات علمی ترجیح می دهند تا زمان کاری خود را بیشتر صرف ارائه خدمت نمایند.
- در نهایت، با توجه به موارد فوق، پیامد های کوتاه مدت و بلندمدت سازوکارهای پرداخت و تعرفه را در نظام سلامت کشور به شرح ذیل می توان خلاصه نمود:
- افزایش بی رویه و افسارگسیخته هزینه های سلامت (تشدید تورم).

- کاهش کیفیت خدمات به ویژه در بخش دولتی.
- افزایش پرداخت مستقیم از جیب مردم.
- افزایش هزینه های تحمل ناپذیر (کمرشکن).
- غیر منطقی بودن تعرفه خدمات در بخش دولتی.
- عدم رعایت تعرفه ها در بخش دولتی و غیردولتی کشور.
- افزایش پرداخت های زیرمیزی و غیرقانونی.
- ترویج رفتارهای خسارت زا از سوی بیماران.
- القای غیرضرور خدمات سلامت.
- گسترش مدل های نامتناسب ارجاع و خود ارجاعی.
- مراجعات مکرر بیماران به علت افت کیفیت خدمات و عدم کسب نتیجه مورد انتظار.
- تعارض شدید منافع میان ارائه کنندگان و اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و غیردولتی (۵۱).

فصل سوم - روش پژوهش

۱.۳ مقدمه

در مطالعه حاضر از روش مرور حیطه ای^{۱۲} به منظور شناسایی شکاف دانشی در حوزه نظام پرداخت در ایران استفاده شد. در این فصل ابتدا به توضیح مختصری درباره مرور حیطه‌ای، انواع و روش اجرای آن پرداخته شده است، سپس مراحل اجرای این مطالعه شامل ارائه سؤال تحقیق، نحوه شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعه، ترسیم و جدول بندی داده ها بیان شده و در پایان به موارد مدنظر در جمع بندی و خلاصه سازی نتایج پرداخته شده است.

۲.۳ نوع پژوهش

برای انجام مطالعه حاضر از روش مرور حیطه‌ای استفاده شد. مرور حیطه ای مروری است که به طور سیستماتیک، متون موجود در مورد یک موضوع را شناسایی کرده و مفاهیم کلیدی، نظریه ها، شواهد و "شکاف" های تحقیق را بررسی می کند. آنها اغلب به صورت مطالعه‌ای مقدماتی مورد استفاده قرار می گیرند که بدنبال آن سنتز داده ها انجام شود. همچنین در بسیاری موارد زمانی که درمورد امکان پذیری^{۱۳} مطالعات نگرانی وجود دارد، مناسب هستند. به طور مثال زمانی که به نظر می رسد متون مربوطه بسیار گسترده و متنوع (از نظر روش، جهت گیری تئوری یا دیسیپلین) هستند و یا این گمان وجود دارد که متون کافی برای بررسی در حیطه‌ی مد نظر وجود ندارد، از این روش استفاده می شود (۵۲). یکی از دلایل اصلی برای انجام این روش، شناسایی شکافهای مطالعاتی در ادبیات موجود است. (۵۳) بر خلاف تحقیقات مروری سیستماتیک، تحقیقات مروری حیطه ای به دنبال ارزیابی کیفیت متون و یا ترکیب یافته ها با یکدیگر نیستند (۵۳). همانطور که تعریف بالا نیز نشان می دهد این نوع مرور بیشتر زمانی استفاده می شود که سوال پژوهش بسیار وسیع باشد (۵۴)، متون منتشر شده بسیار گسترده و متنوع باشند و یا اینکه گمان شود متون کافی برای بررسی در حیطه‌ی مد نظر وجود نداشته باشد (۵۲). این نوع مرور بدلیل آن که برخی از محدودیت‌های مرور نظام مند را ندارد (مانند کنترل کیفیت)، به لحاظ زمانی و هزینه، مقرون به صرفه میباشند (۵۳)

Arksey و O'Malley (۵۳) چهار دلیل را برای انجام مطالعات حیطه ای برشمرده است:

¹² Scoping review

¹³ feasibility

۱. به منظور بررسی گستردگی، دامنه و ماهیت فعالیت تحقیقاتی: این نوع مطالعه ی مروری سریع ، ممکن است یافته‌های تحقیق را با جزئیات کامل توصیف نکند، اما روشی مفید برای بررسی فیلهایی است که در آنها مشاهده‌ی دامنه‌ی مطالعات در دسترس، مشکل است.

۲. به منظور تعیین ارزش انجام یک مطالعه ی مرور سیستماتیک: گاهی ممکن است یک مطالعه ی اولیه بر روی ادبیات موضوع انجام شود تا مشخص شود که آیا یک مطالعه مرور نظام مند امکانپذیر است (آیا ادبیاتی در این زمینه وجود دارد؟) یا مرتبط است (آیا یک مطالعه مرور نظام مند قبلاً انجام شده است؟) و هزینه های بالقوه ی انجام یک مرور سیستماتیک کامل تعیین شود.

۳. به منظور خلاصه سازی و انتشار یافته های تحقیق: این نوع مطالعه ی مرور حیطه ای به جزئیات بیشتری از یافته ها و دامنه تحقیق در حیطه مشخصی از مطالعه می پردازد. بدین وسیله مکانیسمی را برای خلاصه سازی و انتشار یافته های تحقیق برای سیاستگذاران، ارائه دهندگان و مصرف کنندگانی فراهم می کند که زمان و یا منابع کافی برای بررسی موضوع ندارند.

۴. به منظور شناسایی شکافهای مطالعاتی در ادبیات موجود: این نوع از مطالعه حیطه ای به طور خاص بدین منظور طراحی شده است تا شکافهای موجود مبتنی بر شواهد ، یعنی جایی که هیچ تحقیقی در آن انجام نشده است را شناسایی کند. این مطالعه همچنین ممکن است یافته های تحقیق را خلاصه سازی و منتشر کند و همچنین ارتباط مرور نظام مند کامل را در زمینه های خاص تحقیق ارائه دهد. با این وجود، توجه به این نکته ضروری است که شناسایی شکافها در ادبیات موجود، از طریق یک مطالعه حیطه ای، الزاما شکافهای تحقیقاتی را در جایی که خود تحقیق از کیفیت پایین برخوردار باشد، تعیین نمی کند، زیرا ارزیابی کیفیت بخشی از وظیفه مطالعه حیطه ای نیست.

به طور کلی، این چهار نوع، دو روش متفاوت فکر کردن در مورد نقش یا هدف یک مطالعه حیطه ای پیشنهاد میکند: دو مورد اول پیشنهاد می کند که مطالعه حیطه ای ممکن است بعنوان قسمتی از یک فرآیند پیوسته ی مرور درک شود که هدف نهایی آن تولید یک مطالعه مرور سیستماتیک است. دو نوع دوم نشان میدهد که یک مطالعه ی حیطه ای ممکن است بعنوان یک روش در نوع خود تصور شود که منجر به انتشار یافته های تحقیق در یک فیلد مشخص شود. هدف از شناسایی شکافها در متون موجود به وضوح مهم است و ممکن است نهایتاً منجر به یک مرور سیستماتیک شود و یا نشود.

بطور کلی مراحل انجام یک مرور حیطه ای، مشابه یک مرور سیستماتیک است و شامل "انتخاب سیستماتیک ، جمع آوری و خلاصه سازی دانش موجود در یک حوزه موضوعی گسترده" است (۵۲).

اما ممکن است بسته به وسعت مرور حیطه ای و منابع در دسترس، حیطه ی جستجو را کاهش داد. به این ترتیب، مرورهای حیطه ای (برخلاف مرورهای سیستماتیک) اغلب به ارزیابی دقیق منابع وارد شده و ترکیب دقیق نتایج حاصل از مطالعات نمی پردازند. بلکه اکثرا شواهد شناسایی شده را با استفاده از نوعی "چارچوب تحلیلی یا ساختار موضوعی (thematic) به منظور ارائه یک گزارش روایتی از متون موجود" ارائه می کنند (۵۳).

Arksey و O'Malley مراحل زیر را برای یک مطالعه مرور حیطه ای برشمرده اند:

مرحله اول شامل تعیین و شناسایی سؤال تحقیق، مرحله دوم شامل شناسایی مطالعات مرتبط، مرحله سوم شامل انتخاب مطالعه، مرحله چهارم ترسیم داده ها و مرحله پنجم شامل جمع بندی، خلاصه سازی و گزارش نتایج است. در صورت اختیار مرحله ششم انجام می شود که شامل مشاوره با صاحب نظران در مورد یافته های بدست آمده است (۵۳).

۳.۳ مراحل اجرای پژوهش

۱.۳.۳ سؤالات تحقیق

سؤالات پژوهش برای مطالعه حاضر عبارت بودند از: موانع و چالش های موجود برای اجرای نظام های پرداخت آینده نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟ شکاف های اطلاعاتی موجود در حوزه نظام های پرداخت آینده نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟ نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا چگونه است؟

۲.۲.۳ شناسایی مطالعات مرتبط

شناسایی مطالعات مرتبط از طریق موارد زیر انجام شد؛

- جستجوی الکترونیکی در پایگاه پابمد و موتور جستجوگر گوگل اسکولار
- جستجوی الکترونیکی در پایگاه های SID و ایرانداک
- جستجو برای یافتن پایان نامه ها و گزارش های مهم و کلیدی موجود شامل جستجوی الکترونیکی سایت های منتخب، جستجو از طریق ارتباط شخصی با افراد خبره و صاحب نظر منتخب و جستجوی در لیست رفرنس های مقالات کلیدی یافت شده برای یافتن مقالات و گزارش های مهم و کلیدی

۳.۳.۳ انتخاب مطالعه

انتخاب مطالعات براساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. معیارهای ورود و خروج شامل نوع مطالعه (design)، جامعه مطالعه (setting) و پیامدها به شرح زیر بود:

- نوع مطالعه (design): مطالعات empirical انجام شده در مورد نظام پرداخت در نظام سلامت ایران شامل مطالعات مروری، گزارش های سیاستی و مطالعات اولیه (مداخله‌ای، نیمه‌مداخله‌ای، پیمایشی، توصیفی و کیفی).
- جامعه مطالعه (setting): مطالعاتی که موضوع آن نظام پرداخت و تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران بود.
- پیامدها: مطالعاتی که به شناسایی و تحلیل چالشها و نقاط ضعف و قوت نظام پرداخت در نظام سلامت ایران و پیشنهاد اصلاحات در این زمینه پرداخته بودند.
- مقالات و پایان‌نامه‌های غیرمرتبط، مطالعاتی که متن کامل آنان در دسترس نبود، نامه به سردبیر و مطالعاتی که از دیدگاه نویسندگان، حداقل کیفیت مدنظر را دارا نبودند، حذف شدند. در صورتی که هم متن مقاله و هم پایان‌نامه در دسترس بود از یکی از آنها استفاده شد.

۴.۳.۳ استراتژی جستجو و تعداد مقالات استخراج شده

برای جستجو در هر پایگاه اطلاعاتی از راهبرد مناسب جستجوی آن استفاده و از ترکیب مناسب کلمات کلیدی به شکلی که در جدول زیر آمده است، انجام شد.

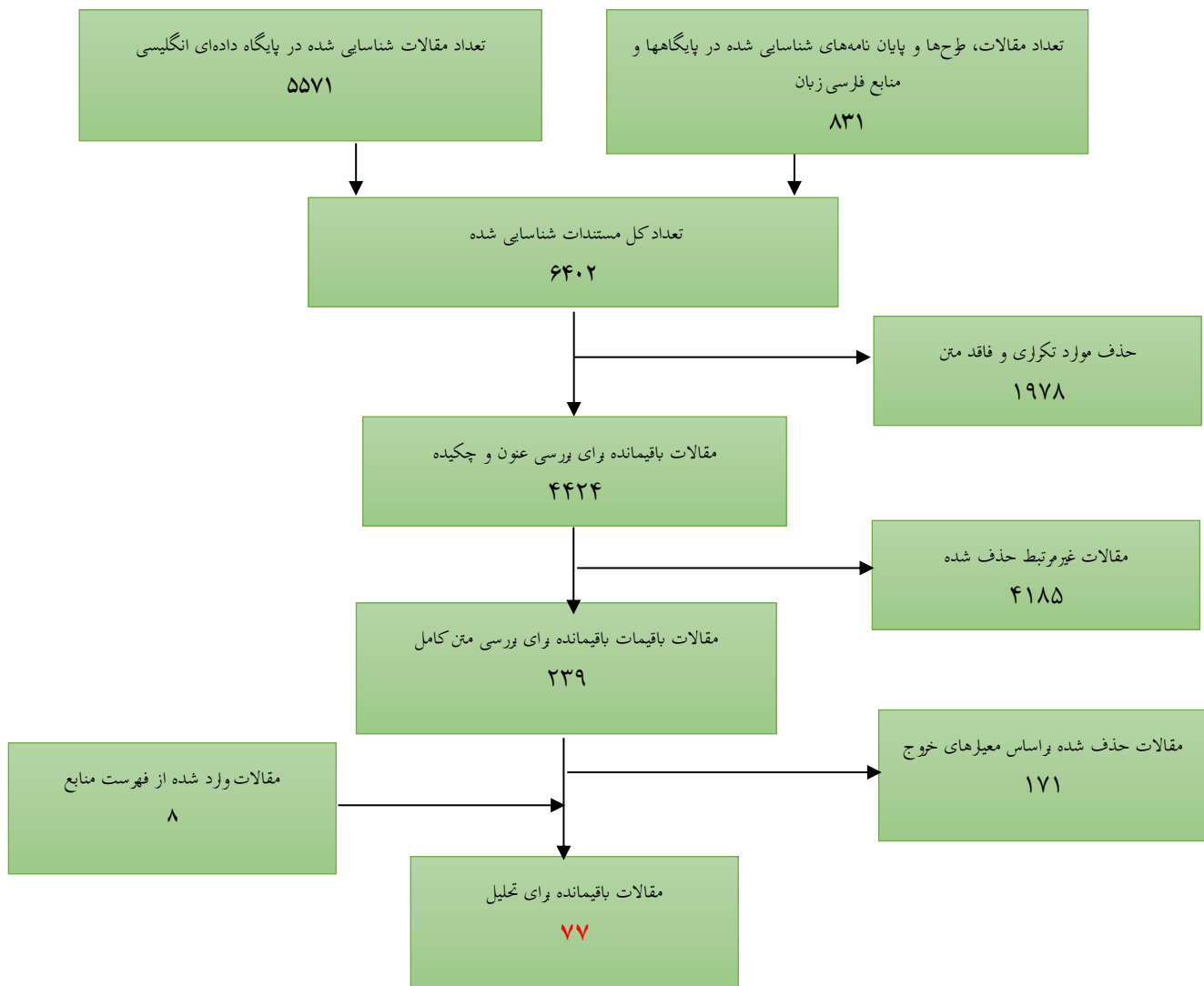
جدول ۱.۳ راهبرد جستجو و تعداد مقالات بدست آمده از منابع مختلف

مقالات مرتبط وارد شده براساس عنوان و چکیده	مقالات اولیه شناسایی شده	کلید واژه‌های جستجو	پایگاهها و منابع مورد بررسی
۵۲	۳۴۰۱	("Payment system" OR "payment method" OR Tariff OR DRG OR "per capita" OR "global payment" OR "per case" OR "health system" OR "healthcare" OR FFS OR "fee for service") AND Iran	PubMed
۳۰	۲۱۷۰	(DRG OR "per capita" OR "global payment" OR "per case" OR "fee for service" OR "Pay for performance") AND "Payment system" AND Iran	Google scholar

۲۹	۲۰۰	استفاده از کلیدواژه‌های نظام پرداخت، حقوق، کارانه، مبتنی بر عملکرد، سرانه، پرداخت گذشته نگر، پرداخت آینده نگر، پزشک خانواده، پرداخت روز، ویزیت، گلوبال و به ازای خدمت، و سایر مترادفها	Google scholar
۳۴	۲۲۶	استفاده از کلیدواژه‌های نظام پرداخت، حقوق، کارانه، مبتنی بر عملکرد، سرانه، پرداخت گذشته نگر، پرداخت آینده نگر، پزشک خانواده، پرداخت روز، ویزیت، گلوبال و به ازای خدمت، و سایر مترادفها به صورت مجزا یا با هم	irandoc
۹۱	۳۴۸	استفاده از کلیدواژه‌های نظام پرداخت، حقوق، کارانه، مبتنی بر عملکرد، سرانه، پرداخت گذشته نگر، پرداخت آینده نگر، پزشک خانواده، پرداخت روز، ویزیت، گلوبال و به ازای خدمت، و سایر مترادفها به صورت مجزا یا با هم	SID
۳	۵۷	بررسی طرح‌های منتشر شده توسط موسسه	موسسه ملی تحقیقات سلامت
۸			رفرنس منابع
۲۳۹	۶۴۰۲		مجموع

در جستجوی اولیه تعداد ۶۴۰۲ مقاله، طرح و یا پایان نامه از منابع مختلف فارسی و انگلیسی یافت شد. پس از حذف موارد تکراری و یا فاقد متن، عنوان و چکیده‌ی ۴۴۲۴ مقاله، پایان نامه و یا طرح مورد بررسی قرار گرفت و موارد غیرمرتبط حذف گردیدند. سپس متن کامل ۲۳۹ مستند باقیمانده مورد بررسی قرار گرفت و موارد غیرمرتبط، فاقد معیارهای ورود و همچنین مواردی که محتوای قوی برای استفاده در مطالعه حاضر را نداشتند، حذف گردیدند. در پایان رفرنس منابع وارد شده نیز مورد بررسی قرار گرفت و ۸ منبع وارد شد. در مجموع ۷۷ مستند نهایی وارد تجزیه و تحلیل شد.

مراحل جستجوی پایگاه‌های مختلف و استخراج مستندات نهایی در شکل زیر نشان داده شده است.



نمودار ۱،۳ فرآیند جستجوی مقالات

۵.۳.۳ ترسیم و جدول‌بندی داده‌ها

در این مرحله، اطلاعات استخراج شده، به صورت طبقه‌بندی ارائه شد. برای این طبقه‌بندی از یک فرم استخراج اطلاعات ساختاریافته استفاده شد که شامل عنوان مقاله، نویسندگان و سال انتشار مطالعه، شرکت‌کنندگان، حجم نمونه، متدولوژی تحقیق، نوع تحلیل داده‌ها و سایر اطلاعات مهم و مورد نیاز بود.

۶.۳.۳ جمع‌بندی، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج

داده‌های بدست آمده به صورت موضوعی (متاسنتر) مورد تحلیل، جمع‌بندی و خلاصه‌سازی قرار گرفت. گزارش نتایج با توجه به اهداف مطالعه شامل این موارد بود؛ موانع و چالش‌های موجود برای اجرای نظام‌های پرداخت آینده‌نگر در نظام سلامت ایران گزارش شد، از مطالعات مروری که به بررسی و مقایسه نظام‌های پرداخت در کشورهای مختلف پرداخته شده بود برای مقایسه استفاده شد، نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام‌های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا گزارش و در نهایت پیشنهاداتی برای پژوهش‌های آتی جهت پیاده‌سازی نظام‌های پرداخت آینده‌نگر در نظام سلامت ایران ارائه شد.

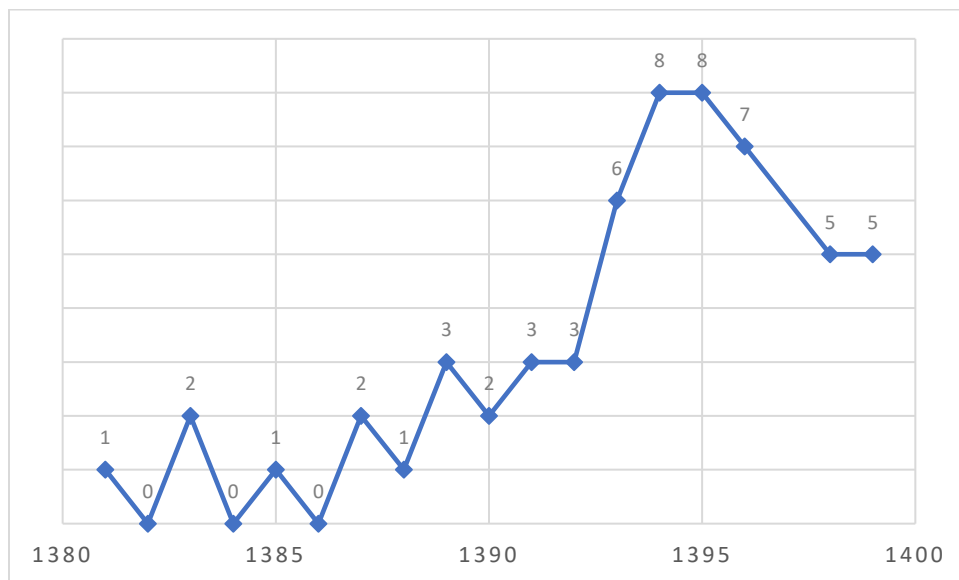
فصل چهارم - یافته های پژوهش

۱.۴ مقدمه

در این فصل ابتدا نمای کلی از مطالعات انجام شده در رابطه با نظام‌های پرداخت در ایران، در قالب جدول و نمودار ارائه شده است. در مرحله بعد به منظور یافتن نقاط ضعف، نقاط قوت و چالش‌های موجود بر سر راه نظام‌های پرداخت در ایران، نتایج حاصل از این مطالعات به صورت جزئی استخراج شده است. سپس مطالعات تطبیقی انجام شده در کشورهای مختلف در قالب جداول جداگانه نشان داده شده است. در پایان به بررسی شکاف‌های دانشی موجود پرداخته شده است.

۲.۴ توزیع فراوانی مقالات برحسب سال انتشار و روشهای پرداخت

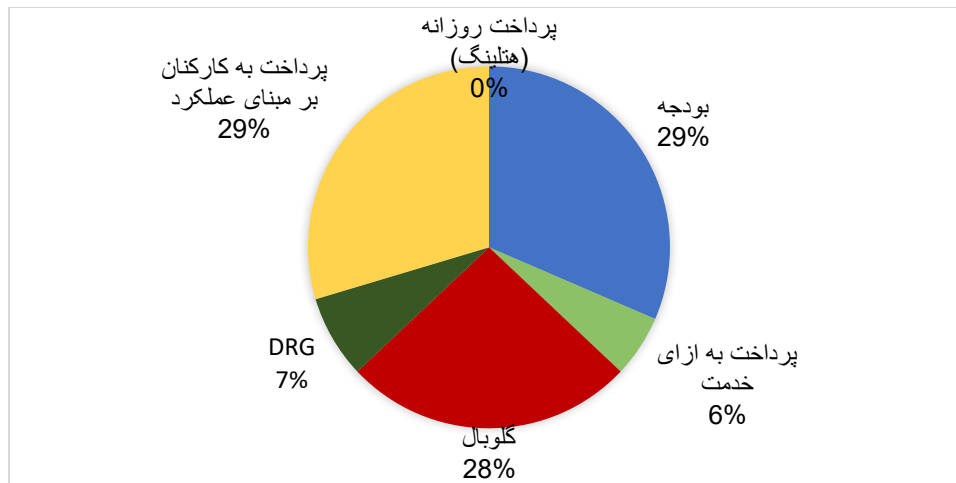
نمودار ۱.۴ تعداد مقالات فارسی و انگلیسی منتشر شده را در سال‌های مختلف نشان می‌دهد. همانطور که نمودار نشان می‌دهد تعداد مقالات منتشر شده در سالهای ۹۴ و ۹۵ رشد بیشتری نسبت به سالهای قبل و بعد از آن دارد. پرداخت به کارکنان بر مبنای عملکرد بیشترین موضوعی است که در این دو سال به آن پرداخته شده است.



نمودار ۱.۴ تعداد مقالات فارسی و انگلیسی منتشر شده در سال‌های مختلف

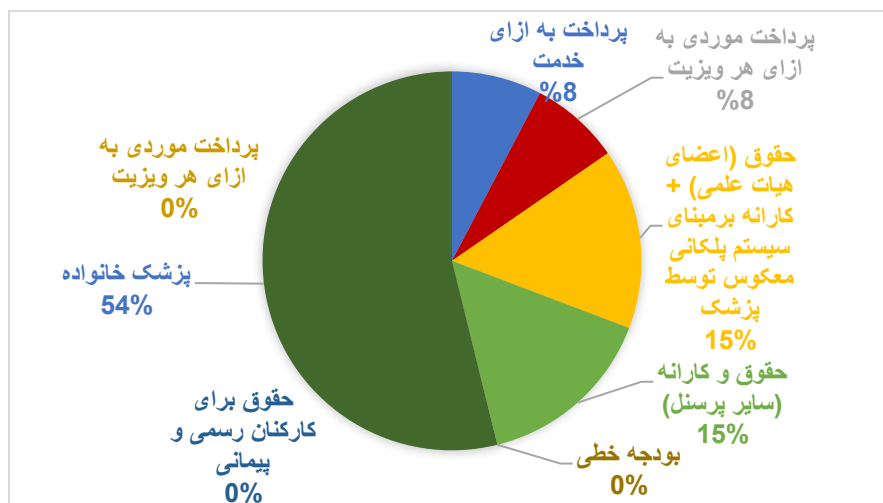
نمودارهای ۲.۴ و ۳.۴ توزیع فراوانی مقالات منتشر شده را برحسب موضوع مورد مطالعه نشان می‌دهد. نمودار ۲.۴ توزیع مقالات مرتبط با روشهای مختلف پرداخت را در بخشهای بستری در سطوح دو و سه نمایش می‌دهد. همانطور که از شکل مشخص است

پرداخت بر مبنای عملکرد، بودجه و پرداخت موردی برای ۹۰ عمل جراحی شایع‌ترین مقالات نگاشته شده در این حیطه هستند و در رابطه با پرداخت روزانه مقاله‌ای یافت نشد.



نمودار ۲.۴ توزیع فراوانی مقالات مرتبط با روشهای مختلف پرداخت در بخشهای بستری

نمودار ۳.۴ به نمایش مقالات در واحدهای سرپایی در سطوح یک، دو و سه پرداخته است. مقالات منتشر شده در رابطه با پزشک خانواده بیشترین مقالات این بخش را به خود اختصاص داده‌اند و در برخی از حیطه‌ها مانند حقوق و پرداخت به ازای ویزیت مقاله‌ای یافت نشد.



نمودار ۳.۴ توزیع فراوانی مقالات مرتبط با روشهای مختلف پرداخت در واحدهای سرپایی

۳.۴ مطالعات انجام شده در حوزه نظام های پرداخت

برای مشخص نمودن شکافهای دانشی موجود در حوزه نظام پرداخت دو موضوع را باید مد نظر داشت؛ اول اینکه آیا در حیطه مورد نظر به تعداد کافی مطالعه وجود دارد؟ و دوم اینکه آیا عناوین مرتبط با این حیطهها توانسته شکاف های دانشی موجود را پر نماید؟ به عبارت دیگر، آیا مطالعات موجود قادر به رفع نیازهای علمی کشور در این زمینه بودهاند؟ در این قسمت به سوال اول پاسخ داده می شود و در ادامه به پاسخ سوال دوم پرداخته شده است.

جدول ۴.۱ انواع نظام های پرداخت در ایران را در سطوح مختلف ارائه خدمت نشان می دهد (۵۵). مقالات وارد شده، به تفکیک روش پرداخت در این جدول نمایش داده شده است. مشاهده می شود که در برخی از خانه های جدول مطالعات متعددی قرار گرفته است و در مقابل برخی دیگر از خانه های جدول خالی است و می تواند نشان دهنده شکاف دانش در حیطه مذکور است. مزیت مهم این جدول این است که با یک نگاه سریع میتوان موضوعاتی که نیاز به مطالعه بیشتر دارند را استخراج کرد.

جدول ۱.۴ مطالعات انجام شده در حوزه نظام های پرداخت با در نظر گرفتن سطوح ارائه خدمت

عنوان مقاله / نویسنده / سال	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
		سطح دو و سه	موسسه	بستری
تبیین نقش بودجه مشارکتی در رضایت شغلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس / مهدوی / ۱۳۹۵ (۵۶) بررسی هزینه های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان - استان هرمزگان / مبارکی / ۱۳۹۰ (۵۷) هموارسازی مسیر حسابرسی عملکرد با شناخت موانع اجرای بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی در دانشگاهها) / بخشانی / ۱۳۹۶ (۵۸) موانع موجود در استقرار سیستم بودجه ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسؤولان مالی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز / جعفری / ۱۳۹۱ (۵۹) امکان سنجی استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل / پورعلی / ۱۳۹۴ (۶۰) الزامات استقرار بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل) / پورعلی / ۱۳۹۳ (۶۱) امکان سنجی اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز / کشاورزی / ۱۳۹۳ (۶۲) امکان سنجی اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت در بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان بر اساس الگوی شه / عرب صالحی / ۱۳۹۴ (۶۳) بررسی رابطه بین حسابداری تعهدی و بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد (مطالعه موردی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور) / ملکی / ۱۳۹۴ (۶۴) الزامات اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه (مطالعه موردی: بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد) / رضایی / ۱۳۹۴ (۶۵) تأثیر عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاههای علوم پزشکی / دشمن زبیری / ۱۳۹۶ (۶۶) ارزیابی عوامل مدیریتی موثر در استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز / قدیمی / ۱۳۹۴ (۶۷) امکان سنجی اجرای بودجه عملیاتی در بیمارستان شهید رجایی گچساران / زمانی نیک / ۱۳۹۶ (۶۸) بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها بر اساس مدل جامع (مدل الماس)، مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران / شمس / ۱۳۹۲ (۶۹) بررسی امکان سنجی پیاده سازی بودجه ریزی عملیاتی در اداره بهداشت - امداد و درمان نیروی زمینی ارتش (مطالعه موردی: بیمارستان هاجر نزاجا تهران) / حیدری / ۱۳۹۶ (۷۰) بودجه ریزی بر مبنای عملکرد استوار - فازی رویکردی تعالی محور در مدل سازی بودجه بیمارستانها / ولی پور خاطر / ۱۳۹۵ (۷۱) موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / دانش فرد / ۱۳۹۱ (۷۲)	بودجه			
بررسی تاثیر طرح کارانه بر عملکرد پرستاران از دید پرستاران و مدیران / عیادی / ۱۳۸۳ (۷۳) مقایسه رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج قبل و بعد از تغییر در شیوه پرداخت کارانه کارکنان / نجفی / ۱۳۸۹ (۷۴)	پرداخت به ازای خدمت			

<p>مقایسه هزینه پیوند کلیه گلوبال با هزینه واقعی پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز، غلام زاده/ ۱۳۹۲ (۷۵)</p> <p>مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسر/ عرب/ ۱۳۸۷ (۱۹)</p> <p>مقایسه هزینه‌های صورت حساب های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران/ چتریز/ ۱۳۹۴ (۷۶)</p> <p>بررسی مقایسه‌ای تفاوت هزینه‌های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستانهای ملکی سازمان تامین اجتماعی، مرجانی/ ۱۳۹۱ (۳۵)</p> <p>مقایسه هزینه پرونده‌های بستری در نظام گلوبال با سیستم بازپرداخت گذشته‌نگر یک مطالعه موردی در ایران، حسینی اشپلا/ ۱۳۹۴ (۷۷)</p> <p>مطالعه تطبیقی ارزیابی اقتصادی نظام پرداخت گلوبال و مقایسه آن با نظام پرداخت کارانه در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر / عمرانی‌خو/ ۱۳۸۱ (۷۸)</p> <p>مقایسه بهای تمام شده اعمال جراحی گلوبال به روش TDABC با تعرفه ثابت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مطالعه موردی بیمارستان شهید فقیهی شیراز)/ شکراله زاده/ ۱۳۹۳ (۷۹)</p> <p>تاثیر عوامل مرتبط در افزایش هزینه اعمال جراحی گلوبال و مقایسه آن با هزینه واقعی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز / ۱۳۹۶/ صادقی سیمکانی/ ۱۳۹۷ (۸۰)</p> <p>توسعه سیستم پرداخت گلوبال (پرداخت آینده‌نگر) با تحلیل هزینه پرونده‌های عمل جراحی قلب با هدف مدیریت منابع درمان یک مطالعه موردی در ایران/ سیدآبادی/ ۱۳۹۸ (۸۱)</p> <p>محاسبه بهای تمام شده اعمال جراحی گلوبال در بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) در سال ۱۳۹۵/ علیزاده/ ۱۳۹۶ (۸۲)</p> <p>مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال و هزینه هتلینگ با مقدار واقعی و بررسی هزینه - فایده آنها در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز/ دیناروند/ ۱۳۹۸ (۸۳)</p> <p>هزینه فایده دارو و لوازم مصرفی در اعمال جراحی گلوبال شایع زنان در دو بیمارستان آموزشی-درمانی شهر تبریز/ آقازاده/ ۱۳۹۶ (۸۴)</p> <p>-Does the approved tariff cover the actual cost of global surgical procedures? Zarei/ 2020(۸۵)</p> <p>-Comparison of Hoteling Cost of Global Surgery with Real Cost in Isfahan Public Hospitals, 2012, Fattahpour/ 2020 (۴۵)</p> <p>-A Comparison of <u>Global Surgery Tariffs</u> and the Actual Cost of Bills at Hazrate Rasool Akram Educational and Medical Center, Abutorabi/ 2020(۸۶)</p> <p>-A trend analysis of surgical operations under a global payment system in Tehran, Iran) 2005-2015), Behzadi Goudari/ 2018(۸۷)</p> <p>-The Comparison of the Global Surgery Fees and the Actual Cost in Two Educational Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences /Rashidian/ 2018(۴۲)</p>	<p>پرداخت موردی برای ۹۰ عمل شایع</p>	
<p>رویکرد گروه‌های تشخیصی مرتبط و طبقه‌بندی پرداخت سرپایی در نظام پرداخت سلامت و ارائه چارچوبی برای استفاده از آنها در بیمارستانهای ایران، رضایی/ ۱۳۹۸ (۸۸)</p> <p>-Trialling diagnosis-related groups classification in the Iranian health system: a case study examining the feasibility of introducing casemix, Ghaffari/ 2010(۸۹)</p> <p>-Casemix in the Islamic Republic of Iran: current knowledge and attitudes of health care staff/ Ghaffari/2008(۹۰)</p> <p>-Investigating DRG cost weights for hospitals in middle income countries/ Ghaffari/ 2009 (۹۱)</p>	<p>DRG</p>	
	<p>پرداخت روزانه (هتلینگ)</p>	
<p>اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و رضایت شغلی پرستاران سیدباقری / ۱۳۹۶ (۹۲)</p> <p>بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان ۱۳۹۳ - یک مطالعه کیفی، توکلی/ ۱۳۹۴ (۹۳)</p> <p>بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی، توکلی/ ۱۳۹۴ (۹۴)</p> <p>رابطه شیوه‌های جبران خدمات با عملکرد شغلی در میان کارکنان پرستاری، تولیدیه/ ۱۳۹۵ (۹۵)</p> <p>پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران، رئیس/ ۱۳۸۹ (۹۶)</p> <p>بررسی سیاست‌گذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی در ایران، طرح پژوهشی/ موسسه ملی تحقیقات سلامت/ ۱۳۹۶ (۹۷)</p> <p>بررسی آگاهی و رضایتمندی پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد (طرح قاصدک) و رابطه آن با کیفیت مراقبت پرستاری/ بن هلال/ ۱۳۹۷ (۹۸)</p> <p>دیدگاه کارکنان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص طرح مبتنی بر عملکرد در سال ۱۳۹۴/ باستانی/ ۱۳۹۵ (۹۹)</p> <p>آسیب‌شناسی طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد کادر درمانی (مطالعه موردی بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود)/ کربلایی/ ۱۳۹۶ (۱۰۰)</p> <p>محاسبه قیمت تمام شده اعمال جراحی گلوبال منتخب و مقایسه با تعرفه مصوب در بیمارستان امین شهر اصفهان/ مدنی/ ۱۳۸۹ (۱۰۱)</p> <p>-Pay for performance in hospital management: A case study/ Haji Aghajani/ 2019 (102)</p> <p>-Designing a Framework for “Iranian Pay for Performance” Program for Non-Medical Workforce in Hospitals, Gray/ 2018 (103)</p> <p>-Identifying Executive Challenges of <u>Performance-Based Payment</u> from Medical and Educational Hospitals Administrators’ Perspective and Offering Solutions in Isfahan (2018), Jabbari/2019 (104)</p> <p>-A Cross-sectional Descriptive Study on Performance-based Payment and the Respective Satisfaction on Diagnosis, Therapeutic and Support-staffs of Jahrom Hospitals, 2018 (105)</p> <p>-the effect of implementing a performance-based payroll system on employee satisfaction in a state hospital (a case study of Masih Daneshvari hospital) /Rozbehani/ 2016(۱۰۶)</p> <p>-Effect of per case payment on performance indicators of a military hospital’s wards/ Zaboli/ 2011(۱۰۷)</p>	<p>پرداخت به کارکنان بر مبنای عملکرد</p>	<p>فرد</p>
	<p>پرداخت موردی</p>	

				پرداخت به ازای خدمت
			سریالی	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت
				محاسبه ویزیت: ارایه چارچوب نظام بازپرداخت مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در سیستم بهداشت و درمان ایران/ رضایی/ ۱۳۹۵ (۱۰۸)
			سریالی (ارتقا در موسسه)	حقوق (اعضای هیات علمی) + کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشک
				بررسی دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص اثرات طرح کارانه بر آموزش پزشکی در بیمارستانهای آموزشی/ نعمت بخش/ ۱۳۸۵ (۱۰۹)
				بررسی تاثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی واحد آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز/ جنتی/ ۱۳۹۳ (۱۱۰)
				طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در مراقبتهای بهداشتی و درمانی مراکز سلامت استان آذربایجان شرقی/ ایزدی/ ۱۳۹۶ (۱۱۱)
				ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه بندی عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با تاکید بر هزینه تمام شده/ سالم صافی/ ۱۳۸۳ (۱۱۲)
			سریالی	بودجه
				بررسی هزینه های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان - استان هرمزگان/ مبارکی/ ۱۳۹۰ (۵۷)
			سریالی	حقوق برای کارکنان رسمی و پیمانی
			سریالی	سرانه در روستاها و شهرهای ۲۰ هزار نفر
				-تاثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی، مجاهد/ ۱۳۹۳ (۱۱۳)
				تعیین مناسب ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده و تأثیر آن بر رفتار ارائه دهندگان خدمت و بهای تمام شده، یک مطالعه کمی و کیفی/ شریف/ ۱۳۹۷ (۱۱۴)
				-The Experience of <u>Risk-Adjusted Capitation</u> Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study, Esmaili/ 2014 (۱۱۵)
				-Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate? Doshmangir / 2018 (۹)
				-Pay-for-performance challenges in family physician program, Gharibi/ 2020 (۱۱۶)
				-Performance payment challenges for family physician program, Delgoshaei/ 2020 (۱۱۷)
				-Mixed Payment Method, the Experience of a New Payment Method for Health Service Providers in Family Physician Program in Iran/ Sarikhani/ 2013 (۱۱۸)
				-A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior/ Ghohi Vahidi/ 2012 (۱۱۹)
			سریالی	پرداخت به ازای خدمت
			سریالی	پرداخت به ازای خدمت
			سریالی	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت
			سریالی	پرداخت به ازای خدمت
			بستری	پرداخت روزانه (هتلینگ)
				ارزیابی مقایسه ای روش های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه ای خانوار: چهارچوب نظری و کاربرد، کاظمیان/ ۱۳۹۵ (۱۲۰)
				عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران/ حاجی محمودی/ ۱۳۹۲ (۱۲۱)
				بررسی تأثیر روش پرداخت بر عملکرد پزشکان جراحی عمومی در بیمارستانهای دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی در تهران/ کیا/ ۱۳۹۵ (۱۲۲)
				نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا افق ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه/ اکبری ساری (۵۱)
				-Dental service mix alterations following payment method change, Emrani/ 2019 (۱۲۳)
				-Towards Reforming Health Provider Payment Methods: Evidence from Iran / Babashahy/ 2017 (۱۲۴)
				-Challenges of Payment Methods in the Iranian Health System and Solutions: A Qualitative Study/ Barouni/ 2020 (۱۲۵)
				مطالعات مقایسه ای و سایر مطالعات

همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود، در پرداخت‌های مربوط به "موسسات" در سطوح دو و سه، مطالعات متعددی در زمینه پرداخت از طریق بودجه (۱۶ مطالعه)، پرداخت موردی برای ۹۰ عمل شایع (۱۴ مطالعه) و پرداخت به کارکنان بر مبنای عملکرد (۱۶ مطالعه) انجام شده است. در روش‌های پرداخت به ازای خدمت و DRG نیز چندین مطالعه انجام شده است. لازم به ذکر است روش پرداخت گلوبال از روش پرداخت DRG الگوبرداری شده است اما در این مطالعه این دو روش به تفکیک آورده شده است. در پرداخت‌های بستری هیچ مطالعه‌ای با روش پرداخت روزانه (هتلینگ) یافت نشد.

مطالعات انجام شده در زمینه روش‌های پرداخت به "فرد" در سطوح دو و سه، شامل پرداخت به ازای خدمت (۱ مطالعه)، محاسبه هر ویزیت (۱ مطالعه)، حقوق (اعضای هیات علمی) به علاوه کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشک (۱ مطالعه)، حقوق و کارانه (سایر پرسنل) بر مبنای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد (۲ مطالعه) است. یک مطالعه هم در زمینه بودجه عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان انجام شده است.

بیشترین شکاف دانشی موجود در رابطه با سطوح یک ارائه خدمت، به استثنای مبحث پزشک خانواده، مشاهده می‌شود. مطالعات نگاشته شده در سطح یک شامل پرداخت بودجه (۱ مطالعه) و حقوق برای کارکنان رسمی و پیمانی (۰ مطالعه) در پایگاهها و مراکز بهداشتی است. در بخش خصوصی (سطح یک و سطوح دو و سه) نیز مقاله‌ای در رابطه با پرداخت به ازای خدمت، پرداخت موردی به ازای هر ویزیت و پرداخت روزانه یافت نشد.

در رابطه با روش‌های پرداخت به پزشک خانواده مطالعات متعددی (۷ مطالعه) انجام شده است. ۶ مطالعه به بررسی روش سرانه، سرانه تعدیل شده و پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد پرداخته‌اند. یکی از مطالعات نیز مروری بر تاثیر مکانیسم های پرداخت بر ارائه خدمات توسط پزشک خانواده می‌باشد.

۴.۴ مهمترین نقاط ضعف و قدرت و یا چالش‌های مطرح شده در مقالات وارد شده

همانطور که در قسمت قبل گفته شد برای تعیین شکافهای دانشی موجود در روش‌های پرداخت، علاوه بر بررسی مطالعات انجام شده در حیطه‌های مختلف، باید محتوای این مطالعات نیز مورد بررسی قرار گیرد. بررسی محتوای مطالعات از این جهت مهم است که نشان می‌دهد آیا مطالعات انجام شده در راستای نیازهای علمی کشور است؟ آیا این مطالعات توانسته‌اند بهترین روش یا روش‌های پرداخت را با توجه به زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور توصیه کنند؟ آیا این مطالعات موانع و چالش‌های موجود بر سر راه اجرای این روشها را بررسی کرده‌اند؟ در ادامه به بررسی محتوای مطالعات انجام شده پرداخته شده است.

۱.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت گلوبال

جدول ۲.۴ نقاط قوت، ضعف، موانع و چالش‌های موجود برای اجرای پرداخت موردی برای ۹۰ عمل جراحی شایع (گلوبال) پرداخته است. ۱۴ مقاله در این زمینه یافت شده است که ۱۳ مورد آن به مقایسه هزینه‌های واقعی اعمال جراحی با تعرفه مصوب گلوبال پرداخته است. یک مطالعه نیز تاثیر این روش پرداخت را بر روند جراحی‌های مذکور بررسی کرده است. از بین ۱۳ مطالعه‌ای که به مقایسه هزینه‌های واقعی و تعرفه‌های مصوب گلوبال پرداخته‌اند، در ۹ مورد هزینه‌های واقعی بیشتر از هزینه‌های مصوب برآورد شده است و در ۳ مورد نیز پرداخت‌های صورت گرفته به بیمارستان‌ها بیشتر از هزینه‌های تحمیل شده به آنان بوده است. در یک مطالعه نیز تعداد جراحی‌هایی که هزینه واقعی بیشتر از تعرفه مصوب برآورد شده بود، برابر با تعداد جراحی‌هایی بود که در آن هزینه واقعی کمتر از تعرفه مصوب بود. به نظر می‌رسد در مقایسه هزینه‌های واقعی و هزینه گلوبال به اندازه کافی مطالعه انجام شده است و گپ دانشی در این رابطه وجود ندارد.

اعمال جراحی‌ای که بیشترین تفاوت هزینه‌ای را با تعرفه‌های مصوب نشان داده بودند در مراکز درمانی مختلف، متفاوت بودند. این اعمال شامل ترمیم تیغه‌ی بینی با یا بدون کاشت غضروف (سپتوپلاستی)، کولپوپرینئورافی، سقط قانونی به روش جراحی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ (در ۳ مطالعه)، فیکس شکستگی فمور و جراحی‌های مربوط به بخش‌های ارتوپدی بودند. به طور کلی آنچه از تجمیع یافته‌های این مطالعات حاصل می‌شود نشان‌دهنده این است که تعرفه‌های مصوب گلوبال نیاز به بازنگری و تعدیل براساس نرخ تورم، نوع مراکز درمانی، سن بیمار و غیره دارد.

جدول ۲.۴ نقاط ضعف، قوت و چالش‌های ذکر شده در مطالعات مربوط به روش پرداخت گلوبال

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالش‌های موجود / دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
۱.	مقایسه هزینه پیوند کلیه گلوبال با هزینه واقعی پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز غلام زاده / ۱۳۹۲	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۳۵ پرونده پیوند کلیه		در این روش هزینه واقعی پیوند کلیه به طور متوسط حدود ۲۳۳۹۰.۴۴ هزار ریال (به ازای هر عمل جراحی) بالاتر از هزینه مصوب گلوبال بود	- مابه‌التفاوت هزینه‌های اعمال جراحی و گلوبال توسط دولت یا وزارت بهداشت جبران شود

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله	
۲.	مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسر/ عرب/ ۱۳۸۷	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی 464 پرونده عمل جراحی در انستیتو کانسر	مشکل (به ازای هر عمل جراحی) بیشتر از هزینه های گلوبال است	هزینه های واقعی به طور متوسط حدود 1060307 ریال (به ازای هر عمل جراحی) بیشتر از هزینه های گلوبال است	برای رفع این مشکل: ۱) بازبینی تعرفه های مصوب اعمال جراحی گلوبال متناسب با نرخ تورم ۲) در نظر گرفتن نوع بیمارستان، وجود بیماریهای همراه، سن و جنس بیمار، میزان وخامت حال بیمار در تعیین هزینه های اعمال جراحی گلوبال ۳) بکارگیری افراد آشنا و با تحصیلات مرتبط از جمله مدارک پزشکی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی حسابداری در واحدهای ترخیص، حسابداری، درآمد اختصاصی بیمارستانها. ۴) برگزاری کلاسهای آموزشی جهت آشنایی با آیین نامه ها و دستورالعملهای صادره از سوی شورایعالی بیمه در ارتباط با اعمال گلوبال جهت پرسنل شاغل در واحد ترخیص، حسابداری. ۵) اطلاع رسانی و آشنا نمودن پزشکان جراح با اعمال جراحی گلوبال و همچنین، ویژگیها و شرایط حاکم بر این نوع اعمال جراحی	
۳.	مقایسه ی هزینه های صورت حساب های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه های مصوب در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران/ چترور/ ۱۳۹۴	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۶۸ عمل جراحی گلوبال در بیمارستان های امام خمینی، شریعتی، آرش، فاطمه الزهرا(س)، زنان، شفا، علی اصغر(ع)، کانسر و رازی	۱. به طور متوسط هزینه واقعی هر عمل جراحی حدود ۱۷۲۵۱۰۶ ریال بیشتر از هزینه گلوبال است ۲. باستثنای تعداد ۷ عمل جراحی، در سایر موارد (۶۱ مورد) هزینه ی اعمال جراحی بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. بیشترین اختلاف (۳۱۲ درصد) مربوط به ترمیم تیغه ی بینی یا یا بدون کاشت غضروف(سیتوپلاستی) بود.	-		
۴.	بررسی مقایسه ای تفاوت هزینه های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستانهای ملکی سازمان تامین اجتماعی مرجانی/ ۱۳۹۱	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	۳۸۴ صورتحساب (۱۰ عمل جراحی) در ۶ بیمارستان ملکی تامین اجتماعی	یکی از اهداف تدوین اعمال جراحی گلوبال، فراهم آوردن زمینه ای جهت مدیریت هزینه های بستری توسط بیمارستانها بوده است. نتایج این مطالعه نشان داد که این امر در اکثر بیمارستانهای ملکی سازمان مغفول مانده است بطوریکه دامنه تغییرات اجزاء هزینه ای بیمارستانها علیرغم یکسان بودن شرایط، دستورالعملها، تعرفه ها... بسیار متغیر است. این گستردگی در دامنه تغییرات، در سایر شاخصها همچون متوسط هزینه دارو و لوازم مصرفی، هزینه هتلینگ، هزینه خدمات پاراکلینیکی و ... نیز مشهود است (جراحی های یکسان هزینه های متفاوتی ایجاد نموده اند)	پیشنهاد می شود: • آموزش کارکنان امور مالی و انبارداران و ... جهت اصلاح فرایندهای ثبت و به روزرسانی قیمت فروش دارو و لوازم مصرفی پزشکی و نیز تعرفه های سالیانه خدمات تشخیصی - درمانی • صدور دستور العملی جهت ایجاد وحدت رویه مبنی بر تفکیک دارو از لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی در صورتحساب بیماران • تشکیل کمیته های تخصصی دوره ای به منظور رسیدگی به میزان هزینه های پاتولوژی تشخیصی در بیمارستانها و تلاش در کنترل روند افزایشی این هزینه ها • تعیین استاندارد اقامت بیمار در بیمارستان بر حسب اعمال جراحی مختلف و...		
۵.	مقایسه هزینه پرونده های بستری در نظام گلوبال با سیستم بازپرداخت گذشته نگر یک مطالعه موردی در ایران حسینی اشپال/ ۱۳۹۴	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۱۲۸۶ پرونده بیماران بستری گلوبالی / هرمرگان	پرداخت گلوبال منجر به کاهش روزهای بستری شده است. تفاوت روزهای بستری با استاندارد تعیین شده در نظام گلوبال، در مواردی به ۳ تا ۵ روز میرسد	- به طور کلی تعرفه گلوبال ۶۰۴۹۴۵۳۶۵ ریال بیشتر از هزینه های واقعی بود - به طور متوسط در اعمال جراحی کاتاراکت، سزارین و زایمان طبیعی و جراحی عمومی تعرفه گلوبال بیشتر از هزینه های واقعی این اعمال بوده است. - به طور متوسط در اعمال دیلاتاسیون و کورتاژ، کولیوپورینتورافی، سقط قانونی به روش جراحی یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ تعرفه گلوبال کمتر از هزینه های واقعی بود	۱. بررسی متوسط هزینه پرونده های گلوبال با تعرفه تعیین شده از سوی شورای عالی بیمه با استفاده از سیستمهای اطلاعات بیمارستانی و محاسبه سود و زیان آنها ۲. بررسی متوسط هزینه پرونده های غیر گلوبال بر اساس تشخیص و همچنین نرمال سازی آنها جهت بکارگیری سیستمهای بازپرداخت آینده نگر با استفاده از تجمیع داده های HIS بیمارستانهای کشور به صورت الکترونیک ۳. بررسی موردی پرونده ها و یا تشخیص هایی که هزینه تمام شده آنها بیشتر از تعرفه است، تا بیمارستانها قادر به انجام اقدام اصلاحی و سازمانهای بیمه گر بتوانند در صورت لزوم اصلاحات لازم را در منطقی نمودن تعرفه های اعلام شده، انجام دهند؛ ۴- پژوهشهایی از این قبیل در تخصصهایی خاص مثل بخش اعصاب، ارتوپدی و سایر تخصصها و در مناطق جغرافیایی وسیع- تری انجام شوند؛ ۵. انجام پژوهشهای تخصصی در خصوص بررسی دلایل اختلاف متوسط روزهای بستری بیمارستانها با متوسط روزهای بستری استاندارد در تشخیصهای مختلف جهت اقدام اصلاحی ۶. راه اندازی نظام بازپرداخت آینده نگر بر اساس سیستمهای کدگذاری بیماریها Case Mix و DRG،	

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
۶.	مطالعه تطبیقی ارزیابی اقتصادی نظام پرداخت گلوبال و مقایسه آن با نظام پرداخت کارانه در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر / عمرانی‌خوا/۱۳۸۱ (پایان نامه/ دانشگاه ع پ ایران)	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	مقایسه هزینه های واقعی در سه بیمارستان عمومی با تعرفه مصوب		-از مجموع ۱۶۶۷ پرونده، در ۵۷۰ پرونده هزینه صورت‌حساب بیشتر از تعرفه مصوب و در ۱۰۹۷ مورد دیگر تعرفه مصوب بیشتر از صورت‌حساب بود. -به طور کلی جمع هزینه صورت‌حساب بستری کمتر از تعرفه مصوب آنان در سه بیمارستان بود	
۷.	مقایسه بهای تمام شده اعمال جراحی گلوبال به روش TDABC با تعرفه ثابت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مطالعه موردی بیمارستان شهید فقیهی شیراز) شکراله زاده/ ۱۳۹۳	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	۴۷ مورد عمل جراحی		بهای تمام شده هزینه‌های جراحی به روش TDABC به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از تعرفه ثابت وزارت بهداشت است	
۸.	Does the approved tariff cover the actual cost of global surgical procedures? Zarei/ 2020	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	یک مطالعه مقطعی، داده های مربوط به ۶۱۲۶ عمل جراحی از سیستم HIS در ۳ بیمارستان جمع آوری و با تعرفه واقعی این عمل های جراحی مورد مقایسه قرار گرفت		-میانگین هزینه واقعی اعمال جراحی ۵۰۳ دلار (USD) در حالی که میانگین تعرفه مصوب ۳۶۱ دلار بود، یعنی برای هر پروسیجر بیمارستان ۱۴۲ دلار متضرر شده است. -در ۵۴ جراحی از ۶۳ جراحی میانگین هزینه واقعی ۰.۳٪ تا ۳۰۷.۴٪ بالاتر از تعرفه مصوب بود. -بالاترین تفاوت مربوط به "فیکس شکستگی فمور" بود. -این گپ در بیماران سالمند، زنان و بیماران با مدت اقامت طولانی بخصوص بیماران اورتوپدی بیشتر بود.	با توجه به اینکه تعرفه‌ها فقط ۷۱.۸٪ هزینه های واقعی را پوشش می‌دهند، پیشنهاد شده است که فاکتورهایی مانند نرخ تورم، سن بیماران، بیماری همراه، شدت بیمار و عملکرد بیمارستان (آموزشی یا مرکز ریفرال) در تعیین تعرفه ها مد نظر گرفته شود. مدیریت بیمارستان همچنین می‌تواند با اصلاح فرآیندها و مدیریت مصرف منابع، بویژه داروها و مواد مصرفی این گپ را کاهش دهد.
۹.	تأثیر عوامل مرتبط در افزایش هزینه اعمال جراحی گلوبال و مقایسه آن با هزینه واقعی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز صادقی سیمکانی / ۱۳۹۷ (پایان نامه دانشگاه آزاد، کارشناسی ارشد، رشته م خ ب درمانی)	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی هزینه های واقعی از سیستم HIS در بیمارستان شهید فقیهی شیراز و مقایسه با تعرفه های گلوبال		از ۲۲ مورد جراحی مورد بررسی، ۱۱ جراحی دارای تعرفه گلوبال بالاتر از هزینه های واقعی و ۱۱ جراحی دارای تعرفه های گلوبال پایینتر از هزینه های واقعی بودند. جراحی دیلاتاسیون کورتاژ بیشترین هزینه واقعی و جراحی اکسیژن کیست کمترین هزینه واقعی را دارا بودند	پیشنهاد می‌شود ضمن بازنگری در تعرفه گذاری خدمات گلوبال در جهت کاهش زیان مراکز، رایزنی های لازم با بیمه ها، متولیان نظام سلامت و ارائه کنندگان خدمات در جهت کاهش هزینه های ارائه خدمات گلوبال با بهره گیری از روش های استاندارد نظیر تجویز منطقی دارو و تجهیزات و تعهد به گایدلاین ها صورت گیرد
۱۰.	توسعه سیستم پرداخت گلوبال (پرداخت آینده‌نگر) با تحلیل هزینه پرونده‌های عمل جراحی قلب با هدف مدیریت منابع درمان یک مطالعه موردی در ایران سیدآبادی / ۱۳۹۸ (پایان نامه کارشناسی ارشد رشته صنایع دانشگاه پیام نور)	محاسبه هزینه های واقعی آئوپولاستی در بیمارستانها ی مختلف	مطالعه مقطعی، بررسی ۵۳۲ پرونده جراحی آئوپولاستی و ۲۶۳ پرونده CABG در سه بیمارستان		میانگین پرداخت بیمه در سه بیمارستان، به ازای عمل آئوپولاستی ۸۷، ۹۹، ۸۰ و ۱۰۶ میلیون تومان و به ازای CABG برابر با ۱۳۶، ۱۸۴، ۱۹۲ و ۱۹۲ میلیون تومان بود که نشاندهنده تفاوت معنی دار در محاسبه هزینه‌های بیمارستانهای مختلف با روش پرداخت به ازای خدمت است	به دلیل تفاوت مراکز در درمان بیماران ، به کارگیری نظام های بازپرداخت آینده نگر (پرداخت گلوبال) ضروری به نظر می رسد.
۱۱.	A Comparison of Global Surgery Tariffs and the Actual Cost of Bills at Hazrate Rasool Akram Educational and Medical Center Abutorabi/ 2020	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	سیستم HIS بیمارستان و پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت		به طور کلی ، صورت‌حساب های واقعی بیمارستان بسیار بالاتر از تعرفه های مصوب گلوبال بود (461805.5 دلار) . بیشترین و کمترین تفاوت بین صورتحسابهای گلوبال و پرداخت واقعی مربوط به بخشهای ارتوپدی (۲۴۱۸ دلار) و چشم پزشکی (۱۲۶) بود	
۱۲.	A trend analysis of surgical operations under a global payment system in Tehran, Iran (2005-2015) Behzadi Goudari/ 2018	بررسی روند جراحیهای گلوبال	جمع‌آوری داده های مربوط به ۶۰۰ کد اولیه جراحی گلوبال از سازمان بیمه سلامت طی یک دوره ده ساله		تفاوت تعرفه گلوبال با هزینه های واقعی اعمال جراحی، بر روی تعداد اعمال جراحی گلوبال اثر گذاشته است به طوری که اعمال گلوبالی که برای بیمارستان سودآور هستند تعدادشان افزایش یافته است و اعمالی که برای بیمارستان زیان‌ده هستند تعدادشان کاسته شده است.	-روندهای کاهش در جراحی های گلوبال ممکن است نیاز احتمالی به تجدید نظر و به روزرسانی این سیستم پرداخت را نشان دهند. واقعی سازی تعرفه های جراحی گلوبال، با توجه به نوع مرکز درمانی (اولیه ، ثانویه و سوم) ، هزینه تمام شده روش های جراحی در بیمارستان های مختلف ، متغیرهای تعدیل خطر مانند سن بیمار ، جنس ، شدت بیماری ، بیماریهای اصلی و

ع.ع	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق /	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود / دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
			۲۰۰۵-۲۰۱۵ (مطالعه طولی گذشته‌نگر)	تعداد اعمالی که سودآور هستند افزایش و اعمال زیان آور کاهش یافته اند.		بیمارنهای همراه، تغییرات جغرافیایی و منطقه ای در بررسی اجزای سیستم پرداخت گلوبال تواند تأثیر مهمی بر رفتار ارائه دهندگان خدمات بهداشتی داشته باشد.
۱۳.	The Comparison of the Global Surgery Fees and the Actual Cost in Two Educational Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences Rashidian/ 2018	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی هزینه های واقعی از سیستم HIS دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران	میانگین تعرفه های مصوب در هر دو بیمارستان کمتر از هزینه های واقعی بود	قیمتها در این بیمارستانها که معمولاً شامل بیماران پیچیده است، باید با دقت بیشتری تعیین شود. این مطالعه پیشنهاد می کند که هزینه های اعمال جراحی گلوبال از طریق مدیریت هزینه ها و مدیریت بالینی کاهش یابد	
۱۴.	Comparison of Hoteling Cost of Global Surgery with Real Cost in Isfahan Public Hospitals, 2012 Fattahpour/ 2020	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی هزینه های واقعی هتلینگ ۶۰ عمل جراحی گلوبال با هزینه هتلینگ پرداخت شده توسط بیمه در بیمارستانهای عمومی شهر اصفهان	میانگین هزینه واقعی -هتلینگ بستری ۱.۷۷ روز و هزینه های هتلینگ پرداخت شده توسط بیمه سلامت به بیمارستان برمیانی برنامه گلوبال ۲.۸۱ روز بود. -هزینه هتلینگ واقعی کمتر از مقدار پرداخت شده در برنامه گلوبال بیمارستانها بود. فقط در ۲ مورد هزینه هتلینگ واقعی بیشتر بود. -بیشترین تفاوت مربوط به عمل هیسترکتومی و سپس سزارین بود	میانگین هزینه واقعی -هتلینگ بستری ۱.۷۷ روز و هزینه های هتلینگ پرداخت شده توسط بیمه سلامت به بیمارستان برمیانی برنامه گلوبال ۲.۸۱ روز بود. -هزینه هتلینگ واقعی کمتر از مقدار پرداخت شده در برنامه گلوبال بیمارستانها بود. فقط در ۲ مورد هزینه هتلینگ واقعی بیشتر بود. -بیشترین تفاوت مربوط به عمل هیسترکتومی و سپس سزارین بود	

بررسی محتوای مطالعات انجام شده در زمینه روش پرداخت گلوبال نشان می دهد که اگرچه مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده است اما اکثر این مطالعات حول یک موضوع خاص (مقایسه تعرفه گلوبال با هزینه واقعی) انجام شده اند و سوالات کادر ۱.۴ در این زمینه پاسخ داده نشده است؛

کادر ۱.۴ سوالات مطرح شده در زمینه روش پرداخت گلوبال

<p>۱. اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه کننده خدمت (در کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟</p> <p>۲. اثرات این روش پرداخت بر بیمه ها چگونه است؟</p> <p>۳. علاوه بر تفاوت های مربوط به تعرفه های مصوب با قیمت های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای این روش پرداخت وجود دارد؟</p> <p>۴- چگونه می توان اشکالات و محدودیت های این روش پرداخت را برطرف کرد و آن را بهبود بخشید؟</p>
--

۲.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت DRG

جدول ۳.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت DRG را نشان می‌دهد. از آنجایی که در ایران از روش پرداخت گلوبال استفاده می‌شود، به مطالعات زیر صرفاً اشاره شده است و از نتایج و پیشنهادات این مطالعات میتوان برای ارتقای سیستم گلوبال بهره جست.

جدول ۳.۴ مطالعات انجام شده در رابطه با GRG

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
۱.	رویکرد گروههای تشخیصی مرتبط و طبقه‌بندی پرداخت سرپایی در نظام پرداخت سلامت و ارائه چارچوبی برای استفاده از آنها در بیمارستانهای ایران رضایی / ۱۳۹۸	DRG	مطالعه مروری		نظام گلوبال در مقایسه با نظام DRG دارای نواقص بسیاری است. پیشنهاد شده است: - کتاب ارزشهای نسبی برای خدمات بستری استفاده نشود و مبنای پرداخت بر اساس کدهای ICD-10 بومی شده صورت گیرد که به کد مالی DRG تبدیل میشود - از کتاب ارزشهای نسبی سلامت CPT برای محاسبه هزینه خدمات سرپایی (چه داخل بیمارستان و چه خارج از آن) استفاده شود - تشخیص‌های بدون اندیکاسیون چنانچه برای پزشک و یا متخصص بیش از حد نرمال و استاندارد باشد پرداختی به پزشک تعلق نگیرد.
۲.	Trialling diagnosis-related groups classification in the Iranian health system: a case study examining the feasibility of introducing casemix Ghaffari/ 2010 2003, 2004	DRG	A hospital in Tehran 327 DRGs	مشکلات مربوط به وارد کردن کدهای بیماری: - برخی از موارد بیماری در گروههای اشتباه طبقه‌بندی می‌شوند - برخی از موارد بیماری تحت عنوان غیر قابل گروه‌بندی (ungroupable) وارد شده می‌شوند - برخی موارد بدون تشخیص اصلی و یا تشخیص‌های نامعتبر دارند - برخی از کدهای تشخیص قابل استفاده به عنوان تشخیص اصلی نیست - ثبت ناقص مواردی مانند طول مدت اقامت و غیره	
۳.	Casemix in the Islamic Republic of Iran: current knowledge and attitudes of health care staff Ghaffari/2008	DRG	بررسی دیدگاه و دانش کارمندان سازمان تامین اجتماعی راجع به روشهای Casemix با استفاده از پرسشنامه	نتایج مطالعه نشان داد که دانش کارمندان سازمان تامین اجتماعی نسبت به روش پرداخت Casemix و DRG خیلی کم است به طوری که سه چهارم آنان هرگز این درباره آن نشنیده بودند لذا به نظر می‌رسد هرگونه تلاش برای اجرای این روش به شکست بینجامد	
۴.	Investigating DRG cost weights for hospitals in middle income countries Ghaffari/ 2009	DRG	مدل سازی		یک رویکرد مدل سازی هزینه، متوسط هزینه را برای هر DRG ۲.۷۲۳ میلیون ریال تخمین می‌زند

از آنجایی که این روش پرداخت در ایران وجود نداشته است، مطالعات مرتبط با این روش پرداخت نیز محدود می‌باشد و سوالات مرتبط با این روش پرداخت از قبیل الزامات اجرای این روش پرداخت در ایران، نقاط قوت و ضعف آن و غیره تا کنون به طور کامل پاسخ داده نشده است.

۳.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت بودجه

مطالعات متعددی در حیطه پرداخت از طریق بودجه در حوزه سلامت یافت شد (۱۸ مطالعه). موضوع اکثر مطالعات انجام شده امکان‌سنجی (۶ مطالعه) و یا موانع اجرای (۴ مطالعه) سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی و مبتنی بر عملکرد پرداخته‌اند. سایر موضوعات شامل رضایت‌سنجی (۱ مطالعه)، بررسی هزینه‌های تمام شده با استفاده از بودجه‌ریزی عملیاتی (۱ مطالعه)، تاثیر بر اثربخشی هزینه‌های درمان بیمارستانها (۱ مطالعه) می‌باشد. یک مطالعه نیز به ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه‌بندی عملیاتی در بخش

تشخیصی بیمارستان پرداخته بود. اکثر مطالعات انجام شده مطالعاتی می‌باشند که داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه جمع‌آوری

شده است (جدول ۴.۴)

جدول ۴.۴ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت از طریق بودجه

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
۱.	تبیین نقش بودجه مشارکتی در رضایت شغلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس مهدوی/ ۱۳۹۵	بودجه	پرسشنامه‌های میلانی و اسمیت (۲۹۱ نفر از کارکنان بخش اداری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس)			متغیر مشارکت در تهیه بودجه تأثیری مثبت و معنادار بر رضایت شغلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس دارد
۲.	بررسی هزینه های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان - استان هرمزگان میبارکی / ۱۳۹۰	بودجه عملیاتی مرکز بهداشت شهرستان	داده‌های مربوط به هزینه و داده‌های مربوط به فراوانی هر فعالیت در ۵ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، یک مرکز بهداشتی درمانی شهری و یک پایگاه بهداشتی شهری جمع‌آوری گردید	در این مطالعه بودجه مرکز بهداشت شهرستان در دو ردیف بودجه‌ای تحت عنوان برنامه بهداشت شهری و برنامه بهداشت روستایی در نظر گرفته شده است. بر اساس مقدار کمی و هزینه تمام شده فعالیت‌های مربوط به هر برنامه، اعتبار مورد نیاز برنامه بهداشت روستایی شامل فعالیت‌های بهداشت خانواده، بهداشت محیط، بهداشت مدارس، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و درمان سرپایی، ۴۲ میلیارد و اعتبار مورد نیاز برنامه بهداشت شهری شامل فعالیت‌های بهداشت خانواده، بهداشت محیط، بهداشت مدارس، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ۶ میلیارد ریال برآورده گردید.	تهدید بودجه به روش فعلی پاسخگوی نیاز واقعی مراکز بهداشت جهت ارائه خدمات نمی‌باشد. بنابراین استفاده از روش بودجه‌ریزی عملیاتی پیشنهاد می‌گردد.	
۳.	هموارسازی مسیر حسابرسی عملکرد با شناخت موانع اجرای بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی در دانشگاهها) یخشانی/ ۱۳۹۶	بودجه عملیاتی	پرسشنامه در دانشگاههای سیستان و بلوچستان و ع پ زاهدان		مهم ترین موانع در امر بودجه ریزی عملیاتی در این دانشگاهها به ترتیب عبارت اند از: -عدم کفایت آموزش فنی در خصوص بودجه‌بندی، -عدم تغییر متناسب سیستم حسابداری و گزارشگری -عدم وجود تخصص و مهارت کافی	
۴.	موانع موجود در استقرار سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسؤولان مالی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپوراهواز جعفری / ۱۳۹۱	بودجه عملیاتی	پرسشنامه (۲۴ نفر از مدیران و مسؤولان مالی بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپوراهواز)		مهمترین موانع فردی، سازمانی و محیطی در زمینه استقرار سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسؤولان مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور: -کمبود تخصصی که بتوانند بهای تمام شده پروژه‌ها را محاسبه کنند -نبود انگیزه‌ها و تشویق‌های لازم در زمینه استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی -کمبود منابع مالی برای اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی	پیشنهادات جهت رفع موانع و مشکلات موجود در استقرار سیستم بودجه ریزی عملیاتی: - به کارگیری پرسنلی متخصص و شایسته از نظر میزان تحصیلات و سوابق - افزایش نیروی انسانی متخصص و کارآمد در اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی - تدوین قوانین و مقررات سازمان در راستای حمایت از بودجه‌ریزی عملیاتی - تدوین طرحهای تشویقی یا تنبیهی مناسبی در راستای عملکرد مناسب اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی - استقرار سیستم حسابداری تعهدی - فراهم کردن یک سیستم هزینه‌یابی دقیق - وجود یک واحد سازمانی مجزا برای ارزیابی عملکرد - منابع مالی کافی برای اجرای بودجه‌ریزی - تهیه سیستم اطلاعاتی جامع و شفاف

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	منابع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
۵.	امکان سنجی استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل پورعلی / ۱۳۹۴	بودجه ریزی عملیاتی	پژوهش های میدانی و پرسشنامه ای بر مبنای الگوی شه (۳۰ نفر رئیس و معاونین، مدیران مالی دانشکده ها و بیمارستانها)			در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل توانایی (ارزیابی عملکرد، نیروی انسانی فنی)، اختیار قانونی، رویه ای، سازمانی و پذیرش (سیاسی، مدیریتی، انگیزشی) لازم برای اجرای بودجه ریزی عملیاتی را دارد
۶.	الزامات استقرار بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل) پورعلی / ۱۳۹۳	بودجه ریزی عملیاتی	گردآوری اطلاعات مبتنی بر پژوهش های میدانی و پرسشنامه ای بر مبنای الگوی شه (۳۰ نفر از مدیران و کارشناسان د ع پ بابل)			در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل توانایی (ارزیابی عملکرد، نیروی انسانی، فنی) لازم برای اجرای بودجه ریزی عملیاتی را دارد و از طرفی عوامل جنسیت، تحصیلات و سابقه کار در این توانایی تأثیرگذار نیستند.
۷.	امکان سنجی اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز کشاورزی / ۱۳۹۳	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	گردآوری اطلاعات مبتنی بر پژوهش های میدانی و پرسشنامه ای بر مبنای الگوی شه (با ۲۱۰ نفر از سه گروه مدیران ارشد و معاونین، مدیر مالی و رؤسای حسابداری و کارشناسان مالی و بودجه دانشگاه علوم پزشکی شیراز)	اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد با صرفه اقتصادی همراه است	با وجود پذیرش مناسب و اعتقاد به صرفه اقتصادی بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد، ابعاد توانایی و اختیار در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز وجود ندارد.	در راستای فراهم کردن امکان اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد موارد زیر پیشنهاد می شود: ۱. ایجاد واحد ارزیابی عملکرد سازمانی مجزا در هر قسمت سازمان ۲. تعریف استانداردهای مناسب عملکرد و استفاده از روش صحیح ارزیابی عملکرد ۳. کسب شناخت و آگاهی کارکنان در رابطه با بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد و اجرای آن ۴. استفاده از کارشناسان آشنا به قوانین مالی و بودجه ای دولتی، ارزیابی عملکرد، قیمت تمام شده و نگهداری بانک اطلاعاتی ۵. فراهم کردن ملزومات فنی مورد نیاز برای ایجاد بانک اطلاعات عملکرد ۶. تأمین ابزار و بودجه مورد نیاز برای ارزیابی عملکرد ۷. منابع مالی کافی برای اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد ۸. طرحهای تشویقی و تنبیهی برای عملکرد مناسب یا نامناسب
۸.	امکان سنجی اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت در بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان بر اساس الگوی شه عرب صالحی / ۱۳۹۴	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	پرسش نامه پژوهشگر ساخته (۱۱۰ نفر مدیران، کارشناسان مالی و بودجه و رؤسای حسابداری واحدهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان)		به غیر از مشروعیت قانونی، مشروعیت سازمانی و مقبولیت مدیریتی، سایر شرط لازم برای اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت در بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد از جمله توانمندی (توانمندی ارزیابی عملکرد، انسانی و فنی)، مشروعیت رویه ای و مقبولیت (مقبولیت سیاسی و هم خوانی مشوق ها) فراهم نیست	پیشنهاد میشود: - تعریف نتایج و خروجی های مورد انتظار دانشگاه به طور دقیق، - تعریف استانداردهای مناسب در رابطه با سنجش و ارزیابی عملکرد، - تعریف فعالیت ها و مبالغ هزینه مربوط به فعالیت ها در ستاد و کلیه واحدهای تابعه - تعریف نتایج و ستاده های مورد انتظار سازمان به صورت کمی، - آموزش های توجیهی لازم در رابطه با کسب شناخت و آگاهی کارشناسان مالی و بودجه برای اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت و هم چنین، کسب مهارت های لازم برای اجرای موفق این روش - استخدام کارشناسان آشنا به قوانین مالی و بودجه ای دولتی و ارزیابی عملکرد، - استخدام کارشناسان مالی مورد نیاز به منظور انجام اصلاحات لازم در نظام حسابداری و تعیین قیمت تمام شده کالا و خدمات از لحاظ کمی و کیفی، - تهیه بانک های اطلاعاتی جامع برای جمع آوری و طبقه بندی هزینه ها برای محاسبه بهای تمام شده فعالیت ها، - هماهنگی بین بانک های اطلاعاتی مدیریت بودجه و ایجاد نرم افزارهای مالی مورد استفاده در کلیه واحدهای تابعه دانشگاه، - ایجاد رویه های مشخص و استاندارد به منظور ایجاد شاخص و سنجش شاخص ها برای اندازه گیری نتیجه فعالیت ها، - برنامه ها و راهبردهای متناسبی برای اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت، به صورت مدون ایجاد شود. - مدیران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود / دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح / مقاله
						بهداشتی درمانی از اطلاعات حاصل از ارزیابی عملکرد در تصمیم گیری های خود استفاده کنند و سیاست های کلان در این زمینه، طراحی و اجرا شود، - استفاده از تجارب کشورهای توسعه یافته در زمینه شناسایی و تدوین شاخصهای ارزیابی عملکرد مبتنی بر مطالعه ویژگی های محیطی ایران، - نظام های پرداخت حقوق و مزایا، متناسب با اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت
۹.	بررسی رابطه بین حسابداری تعهدی و بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد (مطالعه موردی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور)	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	پرستشنامه (۲۳۵ نفر مدیران مالی و کارشناسان حسابداری دانشگاه های علوم پزشکی کل کشور)		بین حسابداری تعهدی و ابعاد گوناگون بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد (برنامه ریزی، تحلیل هزینه ها، مدیریت عملکرد، مدیریت تغییر، پاسخ گویی و انگیزش) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد	
۱۰.	الزامات اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه (مطالعه موردی: بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد)	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	پرستشنامه (۳۸ نفر از کارکنان امور مالی، بودجه، حسابداری و مسئولین واحدها و بخشهای بیمارستان)		کارکنان بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد وضعیت موجود برای اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد با استفاده از روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت را پایین تر از وضعیت مورد انتظار آن ارزیابی کردند؛ به طوری که وضعیت موجود در هر سه بعد اختیار، توانایی و پذیرش نسبت به وضعیت مورد انتظار در سطح پایین تری قرار دارد.	
۱۱.	تأثیر عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاههای علوم پزشکی دشمن زیاری / ۱۳۹۶	بودجه ریزی عملیاتی	کتابخانه ای و پرستشنامه ای (۹۲ نفر از مدیران و کارشناسان مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران)		عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران مؤثر هستند	
۱۲.	بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها (بر اساس مدل الماس)، مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران شمسی / ۱۳۹۲ (پایان نامه پیام نور)	بودجه ریزی عملیاتی	مطالعات کتابخانه ای، مصاحبه ای و پرستشنامه (مدیران و کارشناسان بودجه و مالی ستاد، مدیران بخشهای درمانی و اجرایی بیمارستانها)		بین مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی (بر اساس مدل الماس) و اثربخشی هزینه های درمان ارتباط معناداری وجود داشته و این مولفه ها بر اثربخشی نمودن هزینه های درمان بسیار تاثیر گذارند.	
۱۳.	ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه بندی عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با تاکید بر هزینه تمام شده	بودجه ریزی عملیاتی	مشاهده و مصاحبه و تکمیل فرم		ارزیابی نتایج حاصل از استقرار نظام بودجه بندی عملیاتی در مرکز فعالیت تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین شهر براساس شاخصهای کارایی (نسبت تعداد کلیشه های رادیولوژی و نسبت هزینه های پرسنلی) مطلوب و نسبت تعداد آزمایشات و نسبت تعداد سونوگرافی نامطلوب ارزیابی شد. از نظر شاخص عدالت (نسبت دریافتی کارکنان) مطلوب، از نظر شاخص پایداری و اثربخشی با توجه به نسبتهای کل درآمد اختصاصی و درآمد اختصاصی تحقق یافته نامطلوب ارزیابی شد.	
۱۴.	موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانش فرد / ۱۳۹۱	بودجه ریزی عملیاتی	پرستشنامه (۸۰ نفر از مجربان ستادی اجرای طرح بودجه ریزی عملیاتی)		در شاخص سیستم اطلاعات مالی، عدم به کارگیری سیستم حسابداری تعهدی و در شاخص سیستم ارزیابی عملکرد، ضعیف بودن شاخص های کمی و مناسب برای برآورد عملکرد برنامه ها به عنوان بالاترین موانع تعیین شدند. در ساختار سازمانی، واگذاری اختیارات و مسؤلیت به مدیران و کارشناسان از اولویت بیشتری برخوردار بود. ضعف سیستم کنترل دقیق هزینه ها بیشترین رتبه را در سیستم مدیریت مالی به خود اختصاص داد. مقاومت و ایستادگی کارکنان بالاترین رتبه در شاخص نیروی انسانی و ضعف مقررات و دستورالعمل های داخلی برای پیاده سازی بودجه ریزی (بالاترین رتبه را در الزامات قانونی به خود اختصاص داد	

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهادات طرح/ مقاله
۱۵	ارزیابی عوامل مدیریتی موثر در استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز قدیمی/ ۱۳۹۴	بودجه- ریزی عملیاتی	پرسشنامه محقق ساخته (۹۷ نفر در کادر اداری و درمانی)			تحقق نظام بودجه ریزی عملیاتی در گرو ساختار برنامه- ریزی، مدیریت عملکرد، تحلیل هزینه، مدیریت تغییر، نظام پاسخ گویی، نظام انگیزشی، الزامات قانونی و مدیریت منابع انسانی می باشد
۱۶	بودجه ریزی بر مبنای عملکرد استوار-فازی رویکردی تعالی محور در مدلسازی بودجه بیمارستانها ولی پور خطیر/ ۱۳۹۵	بودجه ریزی بر مبنای عملکرد		نتایج حاصل از دو سطح عملیاتی و کلان نشان از قابلیت بسیار بالای مدل استوار - فازی نسبت به مدل قطعی در پاسخگویی به عدم قطعیت موجود در پارامترهای مسئله و همچنین برتری مدل طراحی شده به لحاظ تحقق آرمان های مورد نظر دانشگاه ع پزشکی نسبت به تصمیمات جاری دانشگاه در امر تخصیص بودجه دارد		
۱۷	بررسی امکان سنجی پیاده سازی بودجه ریزی عملیاتی در اداره بهداشت- امداد و درمان نیروی زمینی ارتش (مطالعه موردی : بیمارستان هاجر نزاجا تهران) حیدری/ ۱۳۹۶ (پایان نامه پیام نور ماهدشت)	بودجه- ریزی عملیاتی	پرسشنامه			بیمارستان هاجر(س) توانایی، اختیار و پذیرش لازم برای اجرای نظام بودجه ریزی عملیاتی را دارد.
۱۸	امکان سنجی اجرای بودجه عملیاتی در بیمارستان شهید رجائی گچساران زمانی نیک/ ۱۳۹۶ (پایان نامه دانشگاه آزاد)	بودجه عملیاتی	کتابخانه ای و میدانی (پرسشنامه، رئیس و کلیه معاونین، مدیران مالی، مدیران برنامه و بودجه، کارشناسان بودجه، رؤسا و مدیران ارشد)			در حال حاضر در بیمارستان شهید رجائی توانایی، اختیار و پذیرش لازم برای اجرای بودجه ریزی عملیاتی را دارد

بررسی محتوای مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت از طریق بودجه نشان می دهد که سوالات متعددی در این زمینه نیاز به پاسخ دارد. کادر ۲.۴ شکافهای دانشی موجود در رابطه با روش پرداخت از طریق بودجه را نشان می دهد.

کادر ۲.۴ سوالات مطرح شده در رابطه با روش پرداخت از طریق بودجه

۱. پرداخت از طریق بودجه خطی در سطوح دو و سه، چه تاثیری بر رفتار موسسات در ارائه خدمات بستری (از لحاظ کیفیت و کمیت) داشته است؟
۲. پرداخت از طریق بودجه خطی در سطح یک، چه تاثیری بر رفتار موسسات در ارائه خدمات سرپایی (از لحاظ کیفیت و کمیت) داشته است؟
۳. آیا پرداخت از طریق بودجه خطی منجر به کنترل هزینه های موسسات در سطوح دو و سه شده است؟
۴. آیا پرداخت از طریق بودجه خطی منجر به کنترل هزینه های خدمات سرپایی در پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی شده است؟
۵. کدامیک از روشهای تخصیص بودجه در سطوح مختلف ارائه خدمت در ایران توصیه می شود؟

۴.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت P4P

جدول ۵.۴ مطالعات انجام شده در زمینه پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد را نشان می‌دهد. "دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" در سال ۱۳۹۳ منتشر شد که در آن پرداخت مبتنی بر عملکرد دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل می‌باشد را تشریح می‌کند (۱۲۶). مطالعات زیر نیز در همین راستا انجام شده‌اند و به بررسی اثرات اجرای این طرح بر عملکرد کارکنان و رضایت آنان، نقاط قوت و ضعف این طرح پرداخته‌اند.

از بین مطالعات وارد شده، ۴ مطالعه به طور مستقیم به بررسی نقاط ضعف و قوت این روش پرداخته‌اند که سه مورد آن از طریق مصاحبه کیفی با مدیران و مسئولین اجرایی انجام شده است و یک مورد نیز به شیوه مصاحبه کیفی با کارکنان کادر اداری و درمانی انجام شده است. ۸ مطالعه به بررسی اثرات این روش بر عملکرد (مثبت یا منفی) ارائه‌کنندگان خدمت پرداخته‌اند. ۵ مطالعه نیز رضایت پرسنل را از اجرای این طرح ارزیابی کرده‌اند.

جدول ۵.۴ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت مبتنی بر عملکرد

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود / دلایل این چالشها	پیشنهاد ات طرح / مقاله
۱	بررسی تاثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی واحد آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز چنتی / ۱۳۹۳	P4P		پرداخت کارانه با روش مبتنی بر عملکرد تاثیر معناداری بر کارایی پرسنل آزمایشگاه نداشت. پرداخت مبتنی بر عملکرد منجر به افزایش خطاهای آزمایشگاهی شده بود.	در صورتی که پرداختهای مبتنی بر عملکرد بدون توجه و امتیاز دادن به ابعاد کیفیت ارائه خدمات اجرا شود، میتواند به علت تمایل پرسنل به افزایش کمیت خدمات به منظور دریافتی بیشتر، کیفیت خدمات را زیر پا بگذارند و افت کیفیت و کارایی در ارائه خدمات مشاهده شود.	
۲	اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری و طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و رضایت شغلی پرستاران سیدباقری / ۱۳۹۶	P4P	۵۰۰ پرستار از ۱۷ مرکز درمانی دانشگاهی استان سیستان و بلوچستان و ۱۴ مرکز درمانی دانشگاهی استان کرمان		اجرای قوانین پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارتقاء بهره‌وری تأثیر معنی‌داری بر میزان رضایت شغلی پرستاران نداشته است.	
۳	بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان ۱۳۹۳ - یک مطالعه کیفی توکلی / ۱۳۹۴	P4P	مصاحبه کیفی با مدیران میانی و ارشد بیمارستان ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها و مسئولین	نقاط ضعف اجرای این طرح براساس نظر خبرگان تحت عناوین ۱. تدوین سیاست ها، ۲. تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و ۳. بسترسازی و آماده کردن زیرساخت ها شناسایی شد.		

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار سال انجام مطالعه	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	پیشنهاد ات طرح/ مقاله
			بیمارستان های اصفهان			
۴	بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی توکلی/۱۳۹۴	P4P	مصاحبه کیفی با مدیران میانی و ارشد بیمارستان ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه ها و مسئولین بیمارستان های اصفهان	نقاط ضعف اجرای این طرح براساس نظر خبرگان تحت عناوین ۱. تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل ها، ۲. بهبود و ارتقای سیستم نظارت، ۳. ساماندهی نظام پرداخت کارانه شناسایی شد.		
۵	رابطه شیوه های جبران خدمات با عملکرد شغلی در میان کارکنان پرستاری تولید/۱۳۹۵	P4P پرستاری	پرسشنامه	از نظر پرستاران این روش پرداخت (کارانه مبتنی بر عملکرد) در مقایسه با سایر شیوه های جبران خدمت مانند سنوات تشویقی، امکان ادامه تحصیل و ترفیعات شغلی در رتبه آخر قرار دارد.		
۶	پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران رتبسی/ ۱۳۸۹	P4P	پرسشنامه (۲۵۰ نفر از کارکنان رسته اداری مالی، درمانی، پاراکلینیکی و خدمات)	۱. افزایش رضایت کارکنان ۲. افزایش علاقه مندی به کار ۳. افزایش تعهد سازمانی ۴. افزایش کمیت کار ۵. افزایش کیفیت کار		
۷	Identifying Executive Challenges of Performance-Based Payment from Medical and Educational Hospitals Administrators' Perspective and Offering Solutions in Isfahan (2018) Jabbari/2019	P4P	مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۱۱ نفر از مدیران بیمارستانهای آموزشی در اصفهان	نقاط ضعف این روش: -نقاط ضعف ذاتی برنامه پرداخت مبتنی بر پرداخت مانند اینکه این برنامه شرایط خاص بیمارستانهای مختلف را در نظر نگرفته است. -ضعف در آموزش و پشتیبانی آموزشی -مشارکت ضعیف کارمندان در اجرای موفقیت آمیز برنامه -ضعف فناوری اطلاعات و ارتباطات -نقص و ضعف در قوانین و مقررات -وضعیت مالی نامطلوب در بخش دولتی -شرایط ویژه بیمارستان های دولتی		
۸	بررسی سیاستگذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی در ایران طرح پژوهشی/ موسسه ملی تحقیقات سلامت	P4P	مطالعه ترکیبی: مطالعه کیفی و کمی	بهبود مدیریت منابع مالی -افزایش بهره وری کارکنان و تجهیزات و تسهیلات -ایجاد عدالت در پرداخت - بهبود کیفیت خدمات - کم کردن مستقیم اثر رابطه استخدای و سابقه -در نظر گرفتن کیفیت عملکرد کارکنان -افزایش رضایتمندی کارکنان	-تمرکز شدید در سطح وزارت -کمبود کارشناسان مرتبط با حوزه -اثرات تضاد منافع در هر سه سطح (وزارت، دانشگاه و وزارت) -فشارهای سیاسی و زمانی شدید - توانایی مدیران داخلی دانشگاه ها و بیمارستان های تابعه، برای بهره گیری از مزایای آن کم است -به تعویق افتادن پرداختی های کارکنان بزرگترین عامل تهدید کننده اهداف و اثرات برنامه است	
۹	Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals Gray/ 2018	P4P	تحلیل اسناد و پانل متخصصین	در این مطالعه چارچوب کلی و امکان سنجی برنامه P4P در ایران بررسی شده است. تحلیل اسناد نشان داد که این چارچوب به برخی پیش نیازها و تعیین P4P افراد و بخشها نیاز دارد.		
۱۰	بررسی آگاهی و رضایتمندی پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد (طرح قاصدک) و رابطه آن با کیفیت مراقبت پرستاری بن هلال/ ۱۳۹۷	P4P پرستاران	پرسشنامه (۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر)	اجرای این طرح باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاری گردیده است رضایتمندی متوسط پرستاران از این طرح گزارش شد		
۱۱	دیدگاه کارکنان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	P4P	پرسشنامه محقق ساخته (۴۲۴ نفر از کارکنان)	دیدگاه کارکنان (کیفیت زندگی کاری، امنیت شغلی، امنیت مالی، رضایت شغلی) در خصوص طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد بالاتر از حد متوسط ارزیابی شد.		

پیشنهاد ات طرح/ مقاله	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	طراحی مطالعه/ حوزه تحقیق/ مطالعه	هدف مطالعه	عنوان مقاله/ پایان نامه نویسنده اول/ سال انتشار سال انجام مطالعه	شماره صفحه
			بیمارستان ع پ شیراز)		شیراز در خصوص طرح مبتنی بر عملکرد در سال ۱۳۹۴ باستانی/ ۱۳۹۵	
	توجه به ابعدی که به منظور سنجش عملکرد مورد استفاده قرار می- گیرند خیلی مهم است به طوری که بتواند منجر به افزایش کیفیت عملکرد در جهت اهداف نظام سلامت شود. در این سیستم وجود یک سیستم اندازه گیری دارای روایی و پایایی که پیامدهای مطلوب را تضمین کند لازم است.	تمایل به ارائه خدمات با کیفیت بالا. ارتباط بین بازپرداخت به کارکنان و موارد دیگرمانند عملکرد، رضایت بیمار، مشارکت تمام وقت در محل کار، عدالت در توزیع درآمد بین کارکنان در گروه های شغلی مختلف، از ویژگی های اصلی P4P بود	تحلیل توصیفی جنبه های مختلف روش پرداخت P4P و تجزیه و تحلیل مقایسه ای داده ها در مورد درآمد بخش های بیمارستان و میزان پرداخت به کارکنان و پنل متخصصین با ۲۰ نفر از متخصصین و مدیران	P4P	-Pay for performance in hospital management: A case study Haji Aghajani/ 2019	۱۲
	نتیجه نشان داد که میزان رضایت مندی ۴۸.۱٪ از شرکت کنندگان نسبت به اجرای این طرح در سطح پایین و بسیار پایین است و میزان رضایت ۲۵.۸٪ از شرکت کنندگان بسیار زیاد و بسیار زیاد است از دیدگاه کارکنان تشخیصی، درمانی و پشتیبانی عملکرد برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد کمتر از متوسط ارزیابی شد لذا ضروری است که سیاستگذاران باید برای بهبود روش های پرداخت و ارتقای انگیزه کارکنان بهداشتی برنامه ریزی کنند.		تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰۰ کارمند از مراکز پزشکی جهرم	P4P	A Cross-sectional Descriptive Study on Performance-based Payment and the Respective Satisfaction on Diagnosis, Therapeutic and Support-staffs of Jahrom Hospitals, 2018	۱۳
		این شیوه پرداخت منجر به افزایش رضایت پرسنل بیمارستان شد	فرم رضایت سنجی از پزشکان و کارمندان	P4P	the effect of implementing a performance-based payroll system on employee satisfaction in a state hospital (a case study of Masih Daneshvari hospital) Rozbehani/ 2016	۱۴
	در فضای اداری آسیبهای ساختاری و در فضای درمانی آسیبهای زمینه ای بیشترین اولویت را به خود اختصاص داده بودند. آسیبهای ساختاری: -شاخص نامناسب عملکرد واحدها و قانون ناعادلانه پرداختها -روش ارزیابی ناعادلانه عملکرد کارکنان -دشواری ارزیابی عملکرد واقع بینانه به دلیل درجه بندی غیرمنصفانه و ذهنی -سنجش کمی خدمات و عدم توجه به کیفیت کار آسیبهای زمینه ای: -ایجاد کوتاه‌نگری به دلیل تعقیب نتایج کوتاه‌مدت و آنی به جای تحقق اهداف -عدم بهره‌وری صحیح سیستم درمانی -عدم وجود فرهنگ ارزیابی بی‌غرض ارزیابها -عدم آموزش‌های اولیه به کارکنان و مسئولین بخشها و ارزیابها		مصاحبه با ۱۰ نفر از کارکنان کادر اداری و ۱۰ نفر از کادر درمانی	P4P	آسیب‌شناسی طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد کادر درمانی (مطالعه موردی بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود) کربلایی/ ۱۳۹۶ پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی	۱۵
	بیشترین میزان رضایت مربوط به ارتقای عملکرد کارکنان، بیشترین میزان نارضایتی مربوط به عدالت در پرداخت بود. در زمینه عملکرد پزشک تقریباً ۱۵ درصد بهبودی در شاخص کنترل هموگلوبین گلیکولیزه و ۲۹ درصد بهبودی در شاخص کنترل چربی خون مشاهده گردید. تقریباً ۱۰ درصد بهبودی در میانگین نمره کل عملکرد مراکز سلامت مشاهده گردید.	منجر به بهبود عملکرد در مراکز بهداشتی درمانی شده بود	با مرور نظام‌مند و روشهای کمی و کیفی مدل P4P طراحی و در مراکز سلامت اجرا شد. سپس با پرسشنامه رضایت سنجی و سایر داده ها مورد تحلیل قرار گرفت	P4P	طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در مراقبتهای بهداشتی و درمانی مراکز سلامت استان آذربایجان شرقی ایزدی/ ۱۳۹۶	۱۶
		بعد از اجرای این روش پرداخت، عملکرد بخشها تقریباً در تمام بخشهای مورد مطالعه بهبود یافت و این بهبود از طریق افزایش نرخ	پرسشنامه جهت بررسی پرداخت	P4P	Effect of per case payment on performance	۱۷

پیشنهاد ات طرح/ مقاله	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	طراحی مطالعه/ حوزه تحقیق/ مطالعه	هدف مطالعه	عنوان مقاله/ پایان نامه نویسنده اول/ سال انتشار سال انجام مطالعه	ردیف
		اشغال تخت در برخی از بخشها و کاهش طول مدت اقامت بیماران و افزایش چرخش تخت در بخشهای دیگر رخ داده است میزان رضایتمندی کارکنان با استفاده از این طرح "خوب" ارزیابی شد	مبتنی بر عملکرد بر عملکرد و رضایت کارکنان		indicators of a military hospital's wards Zaboli / 2011	

جدول ۵.۴ مطالعات انجام شده در راستای طرح مبتنی بر عملکرد کارکنان را نمایش می‌دهد. همانطور که گفته شد این پرداختها مبتنی بر عملکرد دریافتی غیرمستمر کارکنان هستند که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل شده‌اند. این پرداختها دریافتی اصلی کارکنان را که مبتنی بر حقوق ماهیانه است، تحت تاثیر قرار نمی‌دهد لذا اثراتی که ممکن است بر رفتار ارائه کننده خدمت بگذارد ممکن است تعدیل شود. اگرچه مطالعات متعددی در زمینه پرداختهای مبتنی بر عملکرد انجام شده است اما برخی از سوالاتی که هنوز در خصوص این روش پرداخت پاسخ داده نشده است در کادر ۳.۴ مطرح شده است.

کادر ۳.۴ سوالات مطرح شده در رابطه با روش پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر عملکرد "پزشکان متخصص" خواهد داشت؟
۲. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری در کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستانها داشته است؟
۳. چگونه می‌توان این روش پرداخت را بهبود بخشید؟

۵.۴.۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت کارانه

اگر چه دیدگاه نظری و شواهد تجربی به تأثیر روش کارانه در افزایش هزینه‌ها و تورم در بخش سلامت اشاره میکنند، این سازوکار همچنان یکی از گسترده‌ترین کاربردها را در کشورهای در حال توسعه برای پرداخت به پزشکان و بیمارستان های بخش خصوصی، داراست (۸). جدول ۶.۴ نشان می‌دهد مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌اند و متن کامل آنان موجود است، بسیار محدود هستند.

جدول ۶.۴ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت به ازای خدمت

پیشنهادات طرح/ مقاله	موانع و چالشهای موجود/ دلایل این چالشها	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	طراحی مطالعه/ حوزه تحقیق/ مطالعه	هدف مطالعه	عنوان مقاله/ پایان نامه نویسنده اول/ سال انتشار سال انجام مطالعه	ردیف
	اجرای طرح کارانه تاثیر قابل توجهی بر عملکرد پرستاران ندارد و در نگاه خوشبینانه فقط باعث ابقاء آنان در سازمان می‌شود		پرسشنامه (۲۵۵) پرستار و ۵۲ مدیر پرستاری)	کارانه	بررسی تاثیر طرح کارانه بر عملکرد پرستاران از دید پرستاران و مدیران/ عبادی/ ۱۳۸۳	۱

۲.	مقایسه رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج قبل و بعد از تغییر در شیوه پرداخت کارانه کارکنان / تجفی / ۱۳۸۹	کارانه	پرسشنامه	پرداخت کارانه به کارکنان منجر به افزایش رضایت بیماران شده بود. بنابراین احتمالاً این روش منجر به بهبود ارائه خدمات توسط کارکنان شده باشد
۳.	بررسی دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص اثرات طرح کارانه بر آموزش پزشکی در بیمارستانهای آموزشی / نعمت‌بخش / ۱۳۸۵	کارانه		نتایج نشان داد که آگاهی اعضای هیأت علمی از مفاد طرح کارانه مناسب نیست. از دیدگاه بیش از ۶۰٪ در صد پاسخ دهندگان، اجرای طرح کارانه موجب افزایش حضور استادان در فعالیتهای آموزشی موظف نشده است. ۶۵٪ در صد افراد بر این دیدگاه تأکید داشتند که اجرای این طرح موجب افزایش فعالیت اساتید بالینی در آموزش کارآموزان، کارورزان و دستیاران نشده است.
				پس از گذشت سالها از اجرای این طرح، نتایج حاکی از آن است که طرح کارانه در ارتقای آموزش پزشکی ناموفق بوده است. هرچند از نظر تئوری یکی از اهداف عمده و اصلی طرح، ارتقای آموزش بوده است اما در عمل این تئوری، واقعیت نیافته است، لذا با بازنگری در طرح کارانه میتوان در جهت ارتقای آموزش پزشکی گام مؤثری برداشت.

کادر ۴.۴ سوالاتی که در این زمینه وجود دارد را نشان می‌دهد.

کادر ۴.۴ سوالات مطرح شده در رابطه با روش پرداخت کارانه

۱. تاثیر روش پرداخت کارانه بر ارائه خدمات در سطوح مختلف (یک تا سه) چگونه است؟
۲. با چه رویکردی می‌توان هزینه‌های این روش پرداخت را در سیستم سلامت کاهش داد؟
۳. چگونه می‌توان این روش پرداخت گذشته‌نگر را با سایر پرداخت‌های آینده‌نگر که هزینه‌های کمتری را به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند، جایگزین کرد؟ الزامات و زمینه‌های آن چیست؟ چه پیامدهای مثبت یا منفی می‌تواند به دنبال داشته باشد؟

۶.۴.۴ پزشک خانواده

جدول ۷.۴ نقاط ضعف، قوت و چالشهای موجود در پرداخت به پزشکان خانواده را نشان می‌دهد. مطالعات متعددی با عناوین مختلف در این زمینه انجام شده است. دو مطالعه به چالشهای موجود در روش مبتنی بر عملکرد به پزشکان خانواده پرداخته است. یک مطالعه مناسب‌ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده را "سرانه تعدیل شده" عنوان کرده است. در یک مطالعه نیز در اولویت بندی مدل‌های پرداخت بین سه روش سرانه، حقوق و کارانه، "مدل سرانه" به عنوان مدل برتر انتخاب گردیده است. در یک مطالعه به هیچ اجماع مشخصی در مورد روش‌های مناسب پرداخت به پزشکان خانواده دست نیافتند. یک مطالعه مروری نیز روش پرداختی که برای برنامه پزشک خانواده در ایران استفاده می‌شود را تشریح کرده است. بر اساس این مطالعه، روش پرداختی که برای برنامه پزشک خانواده در ایران استفاده می‌شود، یک روش پرداخت مختلط است که در آن به طور همزمان از حق سرانه، حقوق ثابت ماهانه، deductible، فرانشیز، پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و حتی جوایز (به عنوان پرداخت مشوق) استفاده می‌شود (جدول ۷.۴).

جدول ۷.۴ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت به پزشک خانواده

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده / سال انتشار	طراحی مطالعه	نتایج مطالعه / چالش های موجود
۱.	تعیین مناسب ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده و تأثیر آن بر رفتار ارائه دهندگان خدمت و بهای تمام شده، یک مطالعه کمی و کیفی شریف / ۱۳۹۷ (پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مدیریت مالی دانشگاه آزاد اسلامی)	مرور متون و مطالعه کیفی	بهای تمام شده خدمات پزشکی عمومی با نظام پرداخت کارانه ای در شهر ۱،۷۷ برابر بهای تمام شده آن در روستا با نظام پرداخت سیرانه ای است. روش پرداخت به پزشک خانواده سیرانه تعدیل شده با عملکرد به ازای فرد تحت پوشش پیشنهاد می شود
۲.	تأثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی مجاهد / ۱۳۹۳	پانل خبرگان	در اولویت بندی مدل های پرداخت بین سه روش سیرانه، حقوق و کارانه، مدل سیرانه به عنوان مدل برتر انتخاب گردید.
۳.	Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate? Doshmangir / 2018	مطالعه کیفی	برخی از شرکت کنندگان میزان سیرانه پرداخت به پزشکان خانواده را کم و ناعادلانه ارزیابی کردند. علاوه بر هزینه های مستقیم اجرای برنامه های خود، از قبیل محل زندگی، منابع انسانی، تجهیزات و مدیریت، پزشکان خانواده همچنین مسئول هزینه های دیگری هستند که در پرداختی به آنها لحاظ نشده است، مانند هزینه های متغیر محل در شهر ، و همچنین هزینه های پنهان (به دلیل ماهیت پزشک خانواده) مانند پیگیری از طریق تماس تلفنی و یا سفر به منظور ملاقات. در این مطالعه به هیچ اجماع مشخصی در مورد روش های مناسب پرداخت به پزشکان خانواده دست نیافتند. برخی اظهار داشتند که پرداخت باید براساس سیرانه انجام شود، در حالی که برخی دیگر معتقد بودند FFS و PPF روش های مناسبی هستند. برخی حقوق و پاداش را به عنوان مناسب ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده ترجیح می دادند. برخی اظهار داشتند که حقوق ماهیانه ، درآمد پزشکان و سایر اعضای تیم بهداشت را تضمین می کند. دیگران خاطر نشان کردند که داشتن سیرانه اضافی برای برخی از کارهای خاص مانند تشخیص، درمان و نظارت بر بیماریهای هدف ضروری است. چندین مصاحبه شونده نیز اهمیت طراحی سیستم پرداخت را بر اساس روشهای پرداخت مختلط ، از جمله ترکیبی از روشهای سیرانه ، FFS و پاداش مناسب دانستند.
۴.	The Experience of Risk-Adjusted Capitation Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study Esmaeili / 2014	مطالعه کیفی با ۲۴ پزشک خانواده و ۵ مدیر اجرایی	نتایج این مطالعه نشان داد که پرداخت سیرانه تعدیل شده با ریسک می تواند تغییرات مختلفی را در ارائه PHC ایجاد کند. تیم ها و زیر تیم های استخراج شده: ارائه خدمت: محیط بهتر برای ارتقا مهارت های بالینی، پاسخگویی پزشک و روابط نزدیکتر با بیماران، آموزش و ارتقای سلامت ساختار نهادی: همکاری و هماهنگی، ابتکارات کار تیمی تأمین مالی: تضمین درآمد، کاهش هزینه رفتار مردم: اعتماد بیمار به پزشک، مشارکت اجتماعی چالش های پیش رو: مراجعه مستقیم به متخصصان، خواسته های غیر ضروری
۵.	Pay-for-performance challenges in family physician program Gharibi / 2020	مطالعه کیفی، ۱۷ مصاحبه فردی و گروهی با پزشکان خانواده	این مطالعه ۷ تم، ۱۴ ساب تم و ۴۶ آئتم مربوط به چالش های موجود در اجرای سیستم P4P را در برنامه برنامه پزشک خانواده را شناسایی کرد. ۱. حجم کار: ۱.۱. بار سنگین پزشکان خانواده: - گستردگی وظایف، - تعداد زیاد افراد تحت پوشش ۲. آموزش: ۱.۲. فقدان مهارت مدیریت در پزشکان خانواده: - کمبود دانش و مهارت مربوط به رهبری، - کمبود دانش و مهارت مربوط به کیفیت، - کمبود دانش و مهارت مربوط به کار گروهی، ۲.۲. کمبود دانش و مهارت مربوط به پزشکی اجتماعی و پیشگیرانه در پزشکان خانواده: - دانشجویان پزشکی از دوره های بهداشت عمومی غافل می شوند، - عدم آموزش های تازه واردین و ضمن خدمت، - ضعف پزشکان خانواده، به ویژه در امور ارتقاء و پیشگیری، - فعالیت پزشک در تیم پزشک خانواده محدود به روش درمانی مرسوم است، - ضعف نگرش پزشکان خانواده ۳. پرورش برنامه: ۱.۳. عدم آگاهی مردم در مورد ماهیت و اهمیت پزشکان خانواده: - آموزش ضعیف توسط وزارت بهداشت و رسانه ها در مورد برنامه پزشک خانواده، - عدم پیروی عموم از سیستم ارجاع، - اعتماد عمومی کم به تخصص و توانایی پزشکان خانواده، - استفاده از پزشکانی که تجربه کمی به عنوان پزشک خانواده دارند، ۲.۳. دست کم گرفتن جایگاه و اهمیت پزشکان در میان خود پزشکان خانواده: - کم اهمیت گرفتن پزشکان خانواده نسبت به سایر تخصص های بالینی، - در بین پزشکان خانواده مشاهده میشود که این شغل موقتی است که آنها این شغل را به زودی ترک خواهند کرد. ۳.۳. ضعف در همکاری درون/خارج با تیم پزشک خانواده، - همکاری ضعیف موسسات خارج از بخش بهداشت با تیم پزشک خانواده، - عدم بازخورد در رابطه با بیماران ارجاع شده توسط متخصصان به پزشکان خانواده ۴. پرداخت: ۱.۴. بودجه کم PHC - بودجه PHC پایین مربوط به خدمات بیمارستان، - دستمزد پایین برای پزشکان خانواده نسبت به متخصصین، ۲.۴. فقدان زیرساخت مناسب برای پایه گذاری P4P - زیرساخت ناکافی برای سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد، - نظارت بالینی و درمانی مدیران متولی پرداخت به پزشکان خانواده، - فرد محور بودن پرداخت ها، - عدم رقابت در بین پزشکان خانواده ۵. ارزیابی و نظارت: ۱.۵. کمبود معیار و ابزار علمی برای ارزیابی کیفی برنامه: - نداشتن معیارهای مناسب و ابزار ارزیابی حتی برای برنامه های نظارتی معمول، - عدم توجه به شرایط محیط های مختلف کاری هنگام نظارت، - عدم توجه به تعدد عملکردها و نتایج در ارزیابی ها، ۲.۵. فقدان سازوکار کاملاً مشخص برای ارزیابی: - دولتی بودن سیستم نظارت و ارزیابی و فقدان نهاد مستقل برای این کار، - عدم وجود سیستم اعتباربخشی مناسب در زمینه PHC - نادیده گرفتن اشتباهات پزشک به دلیل کمبود پزشک، - عدم سازماندهی و نظم در نظارت و ارزیابی، ۳.۵. فقدان ارزیابان مناسب: - کمبود ارزیاب آموزش دیده و باتجربه، - برخورد نامناسب با ارزیاب ها توسط پزشکان خانواده و تیم های آنها ۶. مدیریت اطلاعات: ۱.۶. زیرساخت ضعیف اطلاعات: - ضعف در زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری، - نداشتن پرونده سلامتی مناسب، خصوصاً به صورت الکترونیکی، ۲.۶. مدیریت سیستمیک ضعیف چرخه تولید و جریان اطلاعات: - مدیریت ضعیف در چرخه جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها و همچنین تولید و جریان اطلاعات، - پر کردن ضعیف و ناقص پرونده های موجود توسط پزشکان، - نداشتن پایگاه داده مناسب مربوط به مراکز بهداشتی و عملکرد آنها، - عدم تبادل اطلاعات مناسب بین نهادها و سطوح مختلف در ارائه خدمات، - نادیده گرفتن تأیید اسناد و گزارش های ارائه شده توسط پزشکان خانواده، - عدم مطابقت داده ها و اطلاعات ایجاد شده در سیستم با نیازهای واقعی، ۳.۶. اختیار ناکافی پزشکان خانواده: - اختیارات ناکافی پزشکان خانواده برای برقراری روابط درون بخشی / برون بخشی، - عدم قدرت نظارت کافی پزشکان خانواده بر تیم بهداشتی و مددکاران اجتماعی، - اختیارات ناکافی پزشکان در انتخاب یا اصلاح اعضای تیم سلامت

۷. سطح اختیارات: ۱.۷. اختیارات ناکافی پزشکان خانواده: - اختیارات ناکافی پزشکان خانواده برای برقراری روابط درون بخشی / برون بخشی، - عدم قدرت کافی پزشکان خانواده برای نظارت بر تیم بهداشتی و مددکاران اجتماعی، - اختیارات ناکافی پزشکان در انتخاب یا اصلاح اعضای تیم سلامت			
چالش‌های موجود بر سر راه اجرای P4P به پزشکان خانواده: ۱. حجم کار پزشکان خانواده: - گستردگی وظایف، - تعداد زیاد افراد تحت پوشش ۲. آموزش‌هایی که به پزشکان خانواده ارائه می‌شود: ۱.۲. فقدان مهارت‌های مدیریتی در پزشکان خانواده، ۲.۲. فقدان علوم و مهارت‌های مرتبط با پیشگیری و پزشکی اجتماعی ۳. برنامه پرورش پزشک خانواده: ۱.۳. عدم آگاهی مردم در مورد ماهیت و اهمیت پزشکان خانواده، ۲.۳. دست کم گرفتن جایگاه و اهمیت پزشکان خانواده توسط خود آنها، ۳.۳. همکاری ضعیف درون/ خارج با تیم پزشک خانواده ۴. مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده: ۱.۴. بودجه کم PHC، ۲.۴. فقدان مکانیسم مناسب برای ایجاد سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد ۵. مکانیسم‌های ارزیابی و پایش: ۱.۵. فقدان معیارها و ابزارهای علمی برای ارزیابی کیفی برنامه، ۲.۵. عدم وجود سازوکار کاملاً مشخص برای ارزیابی ۶. مدیریت اطلاعات: ۱.۶. فقدان ارزیابان مناسب، ۲.۶. زیرساخت ضعیف اطلاعات، ۳.۶. مدیریت ضعیف چرخه تولید و جریان اطلاعات در سیستم ۷. سطح اختیارات پزشکان خانواده: اختیار ناکافی پزشکان خانواده	۳۲ مصاحبه نیمه - ساختاریافته با پزشکان خانواده که حداقل ۵ سال تجربه برنامه پزشک خانواده داشتند.	Performance payment challenges for family physician program Delgoshaei/ 2020	۶.
روش پرداختی که برای برنامه پزشک خانواده در ایران استفاده می‌شود، یک روش پرداخت مختلط است که در آن به طور همزمان از حق سرانه، حقوق ثابت ماهانه، deductible، فرانشیز، پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و حتی جواز (به عنوان پرداخت مشوق) استفاده می‌شود. روش پرداخت مختلط امکان استفاده از مزایای هر روش پرداخت و به حداقل رساندن معایب آنها را دارد. همچنین خطر مواجه شدن با معایب تمام مکانیزم‌های پرداخت را دارد	یک مطالعه مروری	Mixed Payment Method, the Experience of a New Payment Method for Health Service Providers in Family Physician Program in Iran Sarikhani/ 2013	۷.
پرداخت به ازای خدمات (FFS) میزان نرخ ارجاع را کاهش می‌دهد زیرا پزشکان تمایل دارند با ارائه خدمات بیشتر درآمدشان را افزایش دهند. در پرداخت سرانه به دلیل محدودیت‌های بودجه، تعداد خدمات ارائه شده (ویزیت سرپایی و بستری) کاهش می‌یابد و نرخ ارجاع به بیمارستان‌ها و متخصصان افزایش می‌یابد	یک مطالعه مروری منظم	A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior Gholi Vahidi/ 2013	۸.

سوالات دیگری که در روش پرداخت به پزشکان خانواده پاسخ داده نشده است در کادر ۵.۴ نمایش داده شده است.

کادر ۵.۴ سوالات مطرح شده در رابطه با پرداخت به پزشکان خانواده

<p>۱. رضایت پزشکان خانواده از پرداخت‌های صورت گرفته به آنان چقدر است؟</p> <p>۲. آیا این روش پرداخت منجر به ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب شده است؟</p> <p>۳. آیا این روش پرداخت توانسته منجر به جذب و یا ابقای پزشکان در محل خدمت خود شود؟</p> <p>۴. آیا این روش منجر به کنترل هزینه‌های بخش سلامت شده است؟</p> <p>۵. سطح آگاهی و رضایت مردم نسبت به این برنامه چگونه است؟</p>

۵.۴ مقایسه روشهای مختلف

با مقایسه روشهای مختلف پرداخت به جای ارزیابی هر مطالعه به طور جداگانه، نقاط ضعف و قوت آنان را بهتر میتوان نشان داد. جدول ۸.۴ مطالعاتی را نمایش می‌دهد که به مقایسه روشهای مختلف پرداخته‌اند. در دو مطالعه مروری نظام‌های پرداخت در ایران بررسی شده‌اند. و سه مطالعه نیز به بررسی روشهای مختلف پرداخت بر عملکرد ارائه‌کنندگان پرداخته‌اند.

جدول ۸.۴ مقایسه روشهای مختلف پرداخت

ردیف	عنوان / نویسنده / سال	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / نمونه	نتایج / پیشنهادات
۱.	ارزیابی مقایسه‌ای روش‌های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه‌ای خانوار؛ چهارچوب نظری و کاربرد کاظمیان/ ۱۳۹۵	مقایسه‌ای روش‌های پرداخت کارانه و سرانه	داده‌های ثبتی سازمان بیمه سلامت ایران	در روش سرانه، متوسط هزینه خدمات بیمه‌ای خانوار برای مجموع خدمات سرپایی و بستری در ۲۲ استان کشور نسبت به روش پرداخت کارانه کمتر می‌باشد.
۲.	عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران حاجی محمودی/ ۱۳۹۲	یک مطالعه مروری به منظور مقایسه روشهای مختلف پرداخت		
۳.	بررسی تأثیر روش پرداخت بر عملکرد پزشکان جراحی عمومی در بیمارستانهای دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی در تهران کیا/ ۱۳۹۵	بررسی تأثیر روش پرداختهای مختلف بر عملکرد پزشکان جراحی عمومی		بین روش پرداخت و عملکرد پزشکان جراحی از نظر تعداد جراحی، تعداد ویزیت و درآمد رابطه آماری معنی دار مشاهده نشد
۴.	نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا افق ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه/ اکبری ساری	مرور متون و پانل متخصصین		
۵.	Dental service mix alterations following payment method change Emrani/ 2019	مقایسه روش‌های پرداخت کارانه و حقوق در خدمات دندانپزشکی	در این مطالعه توصیفی عملکرد ۱۲ دندانپزشک که با دو روش حقوق و FFS به آنها پرداخت صورت میگرفت، در یک دوره یکساله مورد بررسی قرار گرفت.	۱. با مقایسه روش پرداخت از حقوق و دستمزد به FFS، خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه (ترمیم های ساده، scaling) و اقدامات بدون درمان (ویزیت، رادیوگرافی تشخیصی، ارجاعات) کاهش و اقدامات شامل درمان های تهاجمی (crown, extraction, RCT) و اقدامات شامل پروسیجرهای بسیار تهاجمی (جراحی) افزایش داشت. ۲. کل فعالیتهای دندانپزشک از ۱۲۰۹ در گروه حقوق و دستمزد به ۱۵۳۴ در گروه FFS افزایش یافت.

۶.۴ چالشهای موجود در نظام پرداخت ایران و ارائه پیشنهاد برای سطوح مختلف ارائه خدمت

موانع و چالشهای متعددی در ساختار نظام پرداخت ایران وجود دارد. یک مطالعه چالشهای موجود در نظام پرداخت ایران را بررسی کرده است. در این مطالعه که به روش کیفی انجام شده است، چالش‌های موجود را در چهار گروه چالش‌های سیاستی، هزینه‌ای، نظارتی و عملیاتی دسته‌بندی و برای هر دسته نیز راهکارهایی ارائه کرده است (جدول ۹.۴). برخی از راه‌حل‌های ارائه شده در این مطالعه شامل حرکت به سمت سیستم‌های پرداخت ترکیبی، حرکت به سمت سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر، تعرفه‌های واقعی و قیمت‌گذاری دقیق خدمات، آموزش پزشکان و تشویق مشارکت آنها در بهبود سیستم‌های پرداخت، آموزش بیماران و فرهنگ‌سازی و نظارت قوی می‌باشد. نکات مطرح شده نکات مهمی هستند که توجه به آنها می‌تواند در ارتقای نظام پرداخت کشور کمک کننده باشد.

یک مطالعه نیز به ارائه پیشنهاد روش پرداخت در سطوح مختلف ارائه خدمت پرداخته است. در این مطالعه‌ی کیفی بیان شده است که برای سطوح مختلف خدمت باید روشهای پرداخت متفاوتی وجود داشته باشد به طوری که در سطح اول ارائه خدمات روش سرانه، در سطوح دوم و سوم ترکیبی از روشهای DRG و پرداخت به ازای عملکرد بویژه برای بیماران بستری و برای خدمات سرپایی نیز روش FFS پیشنهاد شده است (جدول ۹.۴).

جدول ۹.۴ چالشها و پیشنهادات برای نظام پرداخت ایران

عنوان	هدف مطالعه	طراحی	نتایج مطالعه	پیشنهادات
Towards Reforming Health Provider Payment Methods: Evidence from Iran Babashahy/ 2017	پیشنهاد روش پرداخت در ایران	مطالعه کیفی با ۱۵ نفر از مدیران کلیدی سیستم سلامت		در سطح اول ارائه خدمات روش سرنانه پیشنهاد می‌شود در سطوح دوم و سوم ترکیبی از روشهای DRG و پرداخت به ازای عملکرد بویژه برای بیماران بستری استفاده شود. برای خدمات سریایی روش FFS پیشنهاد شده است.
Challenges of Payment Methods in the Iranian Health System and Solutions: A Qualitative Study/ Barouni/2020	چالش‌های موجود در نظام پرداخت ایران	۲۰ مطالعه کیفی نیمه ساختار یافته با مدیران عملیاتی، میانی و عالی.	چالش‌های موجود نظام پرداخت در ایران شامل: چالش‌های سیاستی: - عدم موفقیت در تولید نظام سلامت، - تضاد منافع - تعرفه های غیرواقعی، - فقدان گایدلاین، - فقدان سازگاری بین سیستم های پرداخت مختلف، - فقدان ارتباط مناسب بین مدیران چالش‌های هزینه‌ای: - تحمیل هزینه های غیرضروری به بیمار، - تحمیل هزینه های زیاد به شرکت های بیمه، - تأخیر در پرداخت مطالبات و عدم رضایت ارائه دهندگان، - افزایش هزینه های سیستم سلامت چالش‌های نظارتی: - عدم نظارت و مکانیسم مجازات مناسب، - نارضایتی افراد چالش‌های عملیاتی: - تحمیل خدمات غیرضروری به بیمار، - کاهش کیفیت خدمات، - دسترسی محدود برخی از بیماران به خدمات	راه‌های حل مشکل سیستم های پرداخت فعلی بیمارستان های ایران: راه حل های نظارتی: - تفکیک تولید نظام سلامت، - تحقق خریدهای استراتژیک راه حل های ساختاری: - حرکت به سمت سیستم های پرداخت ترکیبی، - حرکت به سمت سیستم های پرداخت آینده‌نگر ، - در نظر گرفتن اقدامات و شاخص‌های منطقه‌ای راه حل های هزینه‌ای: - تعرفه های واقعی و قیمت گذاری دقیق خدمات، - استقرار سیستم حسابداری مبتنی بر هزینه راه حل های بهبود کیفیت: - توسعه و بومی سازی دستورالعمل های بالینی - در نظر گرفتن پیامدهای بیمار در سیستم پرداخت راه حل های ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات: - آموزش پزشکان و تشویق مشارکت آنها در بهبود سیستم های پرداخت، - آموزش بیماران و فرهنگ سازی راه حل نظارت و ارزیابی: - نظارت قوی بر اساس رهنمودهای بالینی

در کادر ۶.۴ پیشنهاداتی در جهت کاهش شکافهای دانشی موجود در زمینه موانع و چالش‌های نظام پرداخت ایران ارائه شده است.

کادر ۶.۴ پیشنهادات مطرح شده به منظور شناسایی موانع و چالش‌های سیستم‌های پرداخت در ایران

تعداد مطالعات انجام شده برای شناسایی موانع و چالش‌های سیستم‌های پرداخت، مطالعات محدودی است و در این زمینه باید تحقیق و بررسی بیشتری با متدهای کمی و کیفی، در سطوح مختلف پرداخت و از دیدگاه‌های مختلف (ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بیماران، بیمه‌ها و...) انجام پذیرد.

۷.۴ شناسایی شکافهای دانشی در حوزه نظام پرداخت

برای شناسایی شکافهای دانشی به طور کلی به دو موضوع پرداخته شد؛ اول اینکه آیا در حوزه تحت بررسی مطالعه‌ای انجام شده است؟ و دوم اینکه در صورت موجود بودن مطالعه در حوزه مورد نظر، آیا مطالعات انجام شده با نیازهای کشور هم راستا هستند و توانسته‌اند نیازهای کشور را در این زمینه برطرف کنند؟ جدول ۱۰.۴ برای پاسخ به سوال اول و جداول ۲.۴ تا ۹.۴ برای پاسخ به سوال دوم طراحی شدند. جمع بندی مطالب فوق در جدول ۱۰.۴ نمایش داده شده است که در یک نگاه کلی شکافهای دانشی موجود را در سطوح مختلف ارائه خدمت نشان داده می‌دهد.

جدول ۱۰.۴ شکاف‌های دانشی موجود در حوزه نظام پرداخت ایران

چالش‌های موجود	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
		سطح دو و سه	موسسه	بستری
<p>۱. پرداخت از طریق بودجه خطی در سطوح دو و سه، چه تاثیری بر رفتار موسسات در ارائه خدمات بستری (از لحاظ کیفیت و کمیت) داشته است؟</p> <p>۲. پرداخت از طریق بودجه خطی در سطح یک، چه تاثیری بر رفتار موسسات در ارائه خدمات سرپایی (از لحاظ کیفیت و کمیت) داشته است؟</p> <p>۳. آیا پرداخت از طریق بودجه خطی منجر به کنترل هزینه‌های موسسات در سطوح دو و سه شده است؟</p> <p>۴. اجرای این روش چه تاثیری بر کنترل هزینه‌های سازمان دارد؟</p> <p>۵. این روش چه اثرات مثبت و منفی بر عملکرد سازمان دارد؟</p>	بودجه خطی			
<p>۱. تاثیر پرداخت کارانه بر کیفیت ارائه خدمات در سطوح مختلف (یک تا سه) چگونه است؟</p> <p>۲. با چه رویکردی می‌توان هزینه‌های این روش پرداخت را در سیستم سلامت کاهش داد؟</p> <p>۳. چگونه می‌توان این روش پرداخت گذشته‌نگر را با سایر پرداخت‌های آینده‌نگر که هزینه‌های کمتری را به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند، جایگزین کرد؟ الزامات و زمینه‌های آن چیست؟ چه پیامدهای مثبت یا منفی می‌تواند به دنبال داشته باشد؟</p>	پرداخت به ازای خدمت		بستری	موسسه
<p>۱. اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه‌کننده خدمت (در کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟</p> <p>۲. اثرات این روش پرداخت بر بیمه‌ها چگونه است؟</p> <p>۳. علاوه بر تفاوت‌های مربوط به تعرفه‌های مصوب با قیمت‌های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای این روش پرداخت وجود دارد؟</p>	پرداخت موردی برای ۹۰ عمل شایع			
<p>۱. آیا نظام پرداخت گلوبال توانسته به خوبی جایگزین این روش شود؟</p> <p>۲. الزامات اجرای این روش پرداخت در ایران چیست؟</p> <p>۳. نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با این نظام پرداخت در ایران چیست؟</p>	DRG			
<p>۱.</p>				

					<p>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</p> <p>۱. این روش پرداخت چه پیامدهایی را برای سازمان می‌تواند داشته باشد؟</p> <p>۲. نقاط ضعف و قوت این روش پرداخت کدام است؟</p> <p>۳. این روش چگونه رفتار ارائه‌کننده خدمت را تغییر می‌دهد؟</p>	پرداخت روزانه (هتلینگ)			
					پرداخت به ازای خدمت				
					<p>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</p> <p>۱. رضایت ارائه‌کنندگان خدمت از این روش پرداخت چقدر است؟</p> <p>۲. تاثیر این روش بر کیفیت عملکرد ارائه‌کننده خدمت چگونه است؟</p>	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت	سراپک		
					<p>۱. این روش پرداخت چه تاثیری بر ارائه خدمات باکیفیت دارد؟</p> <p>۲. این روش پرداخت چه تاثیری بر کنترل هزینه‌ها دارد؟</p>	حقوق (اعضای هیات علمی) + کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشکی		فرد	
					<p>۱. آیا روش پرداخت حقوق میتواند انگیزه کارکنان را برای ارائه خدمات باکیفیت بهبود بخشد؟</p> <p>۲. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر عملکرد "پزشکان متخصص" خواهد داشت؟</p> <p>۳. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها داشته است؟</p> <p>۴. چگونه می‌توان روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی را که در بیمارستان‌ها اجرا می‌شود، بهبود بخشید و نواقص آن را برطرف کرد؟</p> <p>۵. اجرای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان‌ها چه تاثیری بر هزینه‌های نظام سلامت در بیمارستان‌ها داشته است؟</p>	حقوق و کارانه (سایر پرسنل) بر مبنای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد	بستری (بازتوزیع در موسسه)		
					بودجه خطی				
					<p>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</p>	حقوق برای کارکنان رسمی و پیمانی	سراپک	سطح یک	پایگاه و مراکز بهداشتی درمانی
					<p>۱. رضایت پزشکان خانواده از پرداختهای صورت گرفته به آنان چقدر است؟</p> <p>۲. آیا این روش پرداخت منجر به ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب شده است؟</p> <p>۳. آیا این روش پرداخت توانسته منجر به جذب و یا ابقای پزشکان در محل خدمت خود شود؟</p> <p>۴. آیا این روش منجر به کنترل هزینه‌های بخش سلامت شده است؟</p>	سراپک در روستاها و شهرهای ۲۰ هزار نفر	سراپک	سطح یک	برنامه پزشک خانواده
					پرداخت به ازای خدمت برای برخی از خدمات				
					پرداخت به ازای خدمت	سراپک	سطوح سه گانه	واحدهای سراپک	

سطح یک	بخش خصوصی	سازایی	پرداخت به ازای خدمت
			** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.
سطح دو و سه	بخش خصوصی	رستری	پرداخت به ازای خدمت
			** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.
چالشهای کلی			<p>محتوای کلی اکثر مقالات وارد شده در راستای بررسی اثرات روشهای مختلف پرداخت بر رفتار ارائه کننده خدمت <u>نیست</u></p> <p>تعداد مطالعاتی که به بررسی و پیشنهاد بهترین روشهای پرداخت به "تفکیک سطوح مختلف ارائه خدمت" و به تفکیک "فرد و موسسه" در ایران پرداخته باشند، بسیار محدود هستند.</p> <p>تعداد مطالعات انجام شده برای شناسایی موانع و چالش‌های سیستمهای پرداخت، مطالعات محدودی است و در این زمینه باید تحقیق و بررسی بیشتری با متدهای کمی و کیفی، در سطوح مختلف پرداخت و از دیدگاه‌های مختلف (ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بیماران، بیمه‌ها و...) انجام پذیرد.</p>

همانطور که از این جدول به خوبی مشاهده می‌شود تمرکز مطالعات مختلف بر روی موضوعات و عناوین خاص است و در برخی از حوزه‌ها مطالعه‌ای انجام نشده است. همچنین در حوزه‌هایی که به نظر می‌رسد تعداد مطالعه کافی وجود دارد، عناوین و محتوای آن مطالعات پاسخگوی نیازهای علمی کشور نمی‌باشد.

۸.۴ نقش نظام‌های پرداخت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و مقایسه نظام‌های پرداخت در کشورهای مختلف

دستیابی به پوشش همگانی در هر کشور با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و منابع موجود و زیرساختهای توسعه یافتگی، متفاوت است (۱۲۷) اما آنچه مسلم است کنترل هزینه‌ها با استفاده از نظام‌های پرداخت مناسب تاثیر مهمی در دستیابی به این هدف دارد به طور مثال در آغاز پوشش همگانی تایلند یکی از آیتم‌های مهمی که به آن پرداخته شده است کنترل هزینه‌ها از طریق نظام پرداخت مناسب است (۱۲۸). کشورهای نظیر مالزی، تایلند، شیلی، کاستاریکا، کوبا و سوئد در زمینه دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار موفق عمل کرده اند (۱۲۸). استفاده از تجارب این کشورها و مقایسه نظام‌های پرداخت آنان می‌تواند اهمیت

و نقش این سیستم ها را در دستیابی به پوشش همگانی روشن تر سازد. در جدول ۱۱.۴ به مقایسه نظام‌های پرداخت در کشورهای مختلف پرداخته شده است.

جدول ۱۱.۴ روش‌های پرداخت در کشورهای مختلف

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه	روشهای پرداخت به ارائه کنندگان در کشورهای تحت بررسی				پیشنهاد برای ایران
۱.	ارزیابی شیوه‌های تامین مالی و نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب؛ ارائه الگو برای ایران کریعی / ۱۳۸۷	کشورها	پرداخت به بخش بهداشت	پرداخت به بیمارستانها	پرداخت به پزشکان	براساس الگوی پیشنهادی در این مطالعه پرداخت سطح اول به صورت ترکیب سرانه و کارانه است و در سایر سطوح براساس کارانه صورت می‌پذیرد. بیمه های خصوصی فرانشیز و خدمات غیربیمه ای را پوشش می‌دهد. سهم دولت توسط صندوق ویژه بخش دولتی به سازمان‌های بیمه‌گر توسط وزارت بهداشت، براساس سطح عملکرد، هزینه و کیفیت خدمات پرداخت می‌شود. پرداخت به واحدهای ارائه کننده خدمت وابسته به سازمان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، بانک‌ها و خیریه به صورت بودجه عملیاتی انجام می‌شود.
		استرالیا	بودجه و حقوق	کارانه / ترکیب موردی	کارانه / حقوق	
		انگلیس	سرانه / کارانه / پرداخت فوق العاده	کارانه و مقدار ثابت	سرانه	
		کانادا	سرانه	کارانه و مقدار ثابت	کارانه	
		دانمارک	سرانه	کارانه	کارانه و سرانه	
		فرانسه	حقوق	بودجه / حقوق	کارانه	
		آلمان	سرانه / حقوق	کارانه / ترکیبی	کارانه	
		هلند	بودجه و حقوق	کارانه	کارانه / سرانه	
		ژاپن	حقوق	کارانه	کارانه	
		نروژ	بودجه	کارانه / DRG	کارانه	
		سوئد	سرانه	بودجه / سرانه / حقوق	حقوق / سرانه	
		ترکیه	سرانه / بودجه	کارانه	کارانه	
امریکا	سرانه / کارانه	کارانه DRG و حقوق	کارانه			
۲.	روشهای پرداخت حق‌الزحمه پزشکان عمومی در دنیا؛ مروری ساختار یافته بر مستندات بین‌المللی مولوی / ۱۳۹۱	کشورها	مراقبت‌های اولیه	مراکز درمانی دولتی	مراکز درمانی خصوصی	
		استرالیا	۷۵-۸۰٪ توسط پرداخت ترکیبی (عمدتا کارانه، ۱۰٪ از درآمد از سرانه و پرداخت های مربوط به ایمن سازی است)	پرداخت ترکیبی (حقوق برای بهبود بیماران عمومی و کارانه برای بیماران خصوصی در بیمارستان عمومی)	کارانه و حقوق	
		اتریش	۶۰٪ کارانه و ۴۰٪ توسط کارانه و سرانه	۹۰٪ توسط حقوق و ۱۰٪ توسط کارانه	۹۰٪ توسط کارانه و ۱۰٪ توسط حقوق	
		بلژیک	کارانه	کارانه	کارانه	
		کانادا	عمدتا کارانه، برخی روش‌های پرداخت جایگزین	-	اکثریت توسط کارانه	
		دانمارک	پرداخت ترکیبی (۶۳٪ درآمد از کارانه، ۲۸٪ از سرانه)	حقوق	-	
		انگلستان	۸۶٪ توسط پرداخت ترکیبی (سرانه، کمک هزینه عمل، کارانه انتخاب شده، پرداخت‌های مربوط به ایمن‌سازی) ۱۴٪ توسط پرداخت برای تشخیص	۱۰۰٪ توسط حقوق برای بیماران عمومی، کارانه بیماران خصوصی	۱۰۰٪ توسط کارانه	
		فرانسه	کارانه	حقوق	کارانه	
		آلمان	۱۰۰٪ توسط کارانه	حقوق. کارانه برای بیماران خصوصی	۱۰۰٪ توسط حقوق	
		یونان	حقوق در بخش عمومی، کارانه در بخش خصوصی	عمدتا توسط حقوق	پرداخت ترکیبی (کارانه و حقوق)	
ایرلند	کارانه در صورت درآمد بالاتر بیمار، سرانه در صورت درآمد پایین تر بیمار	حقوق. کارانه برای بهبود بیمارانی که به صورت خصوصی بیمه شده در بیمارستان عمومی	-			

				ژاپن	کارانه	حقوق	-
				کره جنوبی	۱۰۰٪ توسط کارانه	۱۰۰٪ توسط حقوق	۰٪ توسط حقوق
				مکزیک	حقوق در بخش عمومی، کارانه در بخش خصوصی	حقوق/ تعدیل برای انتظارات کیفی	کارانه
				هلند	کارانه در صورت بیماران با درآمد بالاتر، سرانه در صورت بیماران دارای درآمد پایین‌تر	کارانه	پرداخت ترکیبی (حقوق و کارانه)
				نیوزلند	۷۸٪ توسط کارانه و ۲۲٪ توسط سرانه	عمدتا توسط حقوق	عمدتا توسط کارانه به میزان حداقل توسط حقوق
				نروژ	پرداخت ترکیبی (۷۰٪ درآمد از هزینه برای خدمات و ۳۰٪ از سرانه)	حقوق	-
				پرتغال	حقوق در بخش عمومی، کارانه در بخش خصوصی	حقوق	کارانه
				اسلواکی	پرداخت ترکیبی (سرانه و پرداختهای هدف برای مراقبتهای پیشگیرانه)	۱۰۰٪ توسط حقوق	کارانه
				اسپانیا	پرداخت ترکیبی (۸۵٪ درآمد از حقوق و ۱۵٪ از سرانه)	۱۰۰٪ توسط حقوق	عمدتا کارانه
				سوئد	حقوق	حقوق	حقوق
				سوئیس	۹۶٪ توسط کارانه و ۴٪ توسط حقوق	کارانه، حقوق و پرداخت ترکیبی (کارانه و حقوق)	کارانه، حقوق (پرداخت ترکیبی)
				ایالات متحده امریکا	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی
				جمهوری چک	۱۰۰ درصد حقوق	۱۰۰ درصد حقوق	کارانه
				اکراین	۱۰۰ درصد حقوق	۱۰۰ درصد حقوق	۱۰۰ درصد حقوق
				شیلی	۱۰۰ درصد حقوق	۱۰۰ درصد حقوق	-
				ترکیه	کارانه (تعدیل شده براساس عملکرد) / حقوق	کارانه (تعدیل شده براساس عملکرد) / حقوق	کارانه (تعدیل شده براساس عملکرد) / حقوق
				تایلند	سرانه	کارانه، سرانه و پرداخت ترکیبی برای بیماران طرح امنیت اجتماعی	کارانه مبتنی بر تشخیص
				کرواسی	حقوق/ تعدیل شده با کارانه و عملکرد	حقوق / تعدیل شده با کارانه	سرانه / تعدیل شده با کارانه
				برزیل	هزینه برای تشخیص	حقوق	کارانه
۳	بررسی روشهای پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی ایران وطن خواه/ ۱۳۹۰	کشور	مکانیسم پرداخت به پزشکان	به یکی از سه روش: کارانه، حقوق ماهیانه و یا پیش پرداخت	نهادهای حفظ سلامت آمریکا	پزشکلن عمومی که به عنوان دروازه بان در سیستم ارجاع کار می کنند، به ازای ثبت نام هر بیمار مبلغ ثابتی را دریافت می کنند.	۱. پرداخت به پزشکان خانواده (پزشکان عمومی) ۱.۱. روشهای پرداخت به پزشک خانواده به صورت تلفیقی از چندعامل خواهد بود. هیچ روش پرداختی کامل نیست و توصیه می شود از روشهای پرداخت تلفیقی استفاده شود. ۱.۲. حقوق بخشی از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد. حداقل حقوق به منطقه حداقل تعهدات متقابل پیشنهاد شده است. ۱.۳. سرانه به ازاء تعداد پرونده های خانوار (که مسئولیت آن را بر عهده دارد)، بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد. ۱.۴. پاداش نیز بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می دهد (برای ترغیب به رعایت دقیق دستورالعمل ها و تنظیم رفتار در نحوه ارجاع بیماران) ۱.۵. این پاداش به ازای شاخص های تعریف شده ای که به اجرای صحیح نظام کمک می کنند، به طور مستمر پرداخت می گردد (ماهانه یا ۳ ماه یکبار). ۲.۲. حقوق بخشی از درآمد پزشک متخصص استخدامی سازمان را تشکیل می دهد.

		خدمات سلامت ملی شیلی	خدمات سلامت ملی تنها قسمتی از خدمات اورژانس و بستری را می‌پردازد و استفاده کنندگان قسمت دیگر را می‌پردازند. تحت سیستم پرداخت، مصرف کنندگان ۶۰ درصد از هزینه مشاوره پزشکی و ۵۰ درصد از هزینه تست‌های آزمایشگاهی را می‌پردازند.	۲.۳. پاداش بخش دیگری از درآمد باشد (برای ترغیب پزشکان متخصص به رعایت دقیق دستورالعمل‌ها و تنظیم رفتار در نحوه ارجاع بیماران) ۲.۴. پاداشها مستمر باشد (ماهانه یا ۳ ماه یکبار) ۲.۵. ارائه بازخورد کامل و به موقع به پزشک خانواده یکی از شاخصهای پرداخت پاداش می باشد. ۲.۶. رضایت بیمار یکی از شاخص‌های پرداخت پاداش می‌باشد.
.۴	A Descriptive - Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries Sepehri/ 2018	کشور ایران هند امریکا دانمارک انگلیس استرالیا کانادا	مکانیسم پرداخت به پزشکان خانواده FFS، سرانه و حقوق FFS، سرانه FFS، سرانه FFS، سرانه FFS، سرانه و حقوق FFS و مشوق‌ها FFS، سرانه	
.۵	Comparing the Health Care System of Iran with Various Countries Almaspoor/ 2017	کشور استرالیا کانادا دانمارک انگلستان آلمان ایتالیا ژاپن نروژ امریکا ایران	مراقبت‌های اولیه FFS اکثرا FFS، اما آلترناتیو های دیگر هم وجود دارد (مانند سرانه) ترکیبی از سرانه و FFS ترکیبی از سرانه، پرداخت به ازای عملکرد FFS و FFS ترکیبی از سرانه و FFS FFS ترکیبی از سرانه و FFS درآمد ترکیب شده از قراردادهای و هزینه استفاده شده (با توجه به هزینه های سرانه تسهیم شده)؛ دولت از پرداختهای FFS حمایت میکند بیشتر سرانه و برنامه‌های خصوصی FFS یارانه و سرانه	بیمارستانها بودجه گلوبال و FFS در بیمارستانهای عمومی (شامل هزینه‌های پزشکان)، FFS در بیمارستانهای خصوصی بودجه عمومی و FFS در بیمارستانها (شامل هزینه پزشکان نمی‌شود) بودجه عمومی و پرداخت موردی شامل هزینه‌های پزشکان بیشتر FFS و قراردادهای خدمت بودجه عمومی و FFS بودجه عمومی و FFS پرداخت روزانه و FFS بودجه عمومی و پرداخت موردی پرداخت روزانه و موردی هزینه های عمومی و FFS

بررسی روشهای پرداخت در کشورهای تایلند، شیلی و سوئد که در زمینه دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار موفق عمل کرده اند (۱۲۸) نشان میدهد که این کشورها بیشتر از روشهای حقوق و سرانه برای پرداخت در سطوح مختلف ارائه خدمات، استفاده کرده‌اند (۶، ۱۲۹). سوئد در سه سطح ارائه خدمت از روشهای بودجه، سرانه و حقوق استفاده می کند. هر سه این روشها از روشهای مورد استفاده به منظور کنترل هزینه ها در بخش سلامت هستند. براساس مطالعات وارد شده این کشور از روش پرداخت مبتنی بر خدمت استفاده نمیکنند (۶). روش پرداخت مورد استفاده در شیلی در سطوح یک و دو عمدتا مبتنی بر حقوق است (۱۲۹) و در تایلند در سطح یک پرداخت براساس سرانه صورت میگیرد، در سطح دو کارانه و سرانه و در سطح سه نیز کارانه مبتنی بر تشخیص استفاده می‌شود (۱۲۹).

کریمی و همکاران (۶) در الگویی که پس از بررسی نظام های پرداخت در کشورهای مختلف، برای ایران ارائه داده‌اند، نشان دادند که براساس الگوی پیشنهادی برای ایران، پرداخت سطح اول به صورت ترکیب سرانه و کارانه باشد و در سایر سطوح براساس کارانه صورت پذیرد. به نظر می‌رسد با توجه به نقاط ضعف روش کارانه در افزایش هزینه‌های بخش سلامت و تقاضای القایی، این روش دستیابی به پوشش همگانی سلامت را با مشکل مواجه می‌کند لذا الگوی پیشنهادی در این مطالعه نیاز به بررسی بیشتری دارد. در مطالعه وطن‌خواه و همکاران (۲۷) با روش پرداخت به پزشکان از طریق کارانه مخالفت شده است.

فصل پنجم – بحث و نتیجه‌گیری

۱.۵ مقدمه

مطالعه حاضر شکافهای دانشی در حوزه نظام پرداخت ایران را از طریق مرور متون منتشر شده بررسی کرده است. تعداد ۷۷ مقاله براساس معیارهای ورود و خروج استخراج شد. مقالات بدست آمده از لحاظ پوشش حوزه های مختلف نظام پرداخت و محتوا مورد بررسی قرار گرفتند تا شکافهای دانشی موجود در زمینه نظام پرداخت ایران بدست آید. در ادامه به بحث و بررسی نتایج و همچنین به ارائه پیشنهادات کاربردی پرداخته شده است.

۲.۵ بحث

➤ پرداخت به پزشکان خانواده

پزشک خانواده مهمترین برنامه راهبردی برای نظام سلامت هر کشور است که علاوه بر تامین خدمات مورد نیاز مردم امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم را نیز محدود می کند. مبانی و اصول پزشک خانواده همان اصول PHC است و اهداف آن کیفیت، کارایی، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، کاهش هزینه های غیرضروری، افزایش دسترسی و افزایش پوشش خدمات است (۱۳۰). با توجه به اهمیت این برنامه در دسترسی به پوشش همگانی سلامت، اجرای صحیح این برنامه و استفاده از نظام پرداختی که هم بتواند هزینه ها را کنترل کند، و هم پزشکان خانواده را در جایگاه خود حفظ و باقی نگه دارد، بسیار ضروری است.

مطالعات متعددی در رابطه با پرداخت به پزشکان خانواده انجام شده است. شریف و همکاران (۱۱۴) نشان دادند که پرداخت سرانه به پزشکان خانواده هزینه های سیستم سلامت را کاهش میدهد و روش پرداخت مناسب به پزشکان خانواده را "سرانه تعدیل شده با عملکرد" به ازای افراد تحت پوشش دانستند. مجاهد و همکاران (۱۱۳) نیز از میان روشهای پرداخت متعدد، مدل سرانه را مدل برتر میدانند. روش پرداختی که در حال حاضر برای پزشکان خانواده در ایران استفاده می شود، یک روش پرداخت مختلط است که در آن به طور همزمان از حق سرانه، حقوق ثابت ماهانه، deductible، فرانشیز، پرداخت های مبتنی بر عملکرد و حتی جوایز (به عنوان پرداخت مشوق) استفاده می شود مزیت این روش پرداخت مختلط این است که امکان استفاده از مزایای هر روش پرداخت و به حداقل رساندن معایب آنها را دارد (۱۱۸).

اگرچه پرداخت سرانه بعنوان روش برتر در پرداخت به پزشکان خانواده مورد توجه قرار گرفته است (۱۱۴) (۱۱۳) اما همچنان مشکلات زیادی در این زمینه وجود دارد. به طور مثال از دیدگاه برخی از پزشکان این پرداخت کم و ناعادلانه توصیف شده است و عنوان شده که پزشکان خانواده مسئول هزینه های دیگری مانند هزینه های متغیر محل زندگی در شهر و هزینه های پنهان مانند پیگیری از طریق تلفن و یا هزینه سفر به منظور ملاقات، هستند که در پرداختها به آنها توجهی نشده است (۹). اسماعیلی و همکاران (۱۱۵) در مطالعه خود نشان دادند که "پرداخت سرانه تعدیل شده با ریسک" می تواند اثرات مهمی را در رسیدن به PHC داشته باشد. به طور مثال این روش با فراهم کردن محیط بهتر برای ارتقای مهارت های بالینی، پاسخگویی پزشک، آموزش و ارتقای سلامت منجر به ارائه بهتر خدمات می شود. با فراهم آوردن شرایط همکاری و هماهنگی و ابتکارات کار تیمی، ساختار نهادی را بهبود می بخشد. منجر به تضمین درآمد و کاهش هزینه می شود و نهایتاً اعتماد بیمار به پزشک و مشارکت اجتماعی را بهبود می بخشد.

برخی از مطالعات به بررسی چالشها و موانع در مسیر اجرای پرداختهای مبتنی بر عملکرد به پزشکان خانواده پرداخته اند (۱۱۶)، (۱۱۷). مشاهده می شود که همچنان چالشهای زیادی در پرداخت به پزشکان خانواده وجود دارد. همانطور که گفته شد اجرای صحیح برنامه پزشک خانواده در کشور، یکی از اصول مهم در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. لذا باید برای رفع چالشهای موجود تلاش شود و مطالعات هدفمند در راستای رفع این مشکلات برداشته شود. شکافهای دانشی شناسایی شده در قسمت ۷.۴ نشان داده شد.

➤ پرداخت گلوبال

اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه به بررسی و مقایسه هزینه های واقعی اعمال جراحی گلوبال با تعرفه های مصوب پرداخته بودند. در ۹ مطالعه از ۱۴ مطالعه هزینه های واقعی بیشتر از تعرفه های مصوب برآورد شده بود که این موضوع ضرر بیمارستان ها را در پی خواهد داشت. پیشنهادات مختلفی برای جبران این مشکل در مطالعات مختلف مشاهده می شود. به طور مثال عرب و همکاران (۱۹) پیشنهاد کرده اند که تعرفه های مصوب اعمال جراحی گلوبال مورد بازبینی قرار گیرند و متناسب با نرخ تورم تعدیل شوند. همچنین برای محاسبه تعرفه های گلوبال عواملی دیگری را مانند نوع بیمارستان (آموزش، تخصصی، فوق تخصصی و...)، وجود بیماریهای همراه، سن و جنس بیمار و میزان وخامت حال بیمار در نظر گرفت. اطلاع رسانی و آشنا نمودن پزشکان جراح با اعمال جراحی گلوبال و همچنین، ویژگیها و شرایط حاکم بر این نوع اعمال جراحی نیز باید مورد توجه قرار گیرد علاوه بر این برگزاری کلاسهای آموزشی جهت آشنایی با آیین نامه ها و دستورالعملهای صادره از سوی شورای عالی بیمه در ارتباط با اعمال گلوبال جهت پرسنل

شاغل در واحد ترخیص و حسابداری نیز آیتم دیگری است که می‌تواند به بهبود فرآیند روش پرداخت گلوبال کمک کند. زارعی و همکاران (۸۵) نیز پیشنهاد کرده‌اند که برای کاهش تفاوت‌های موجود در هزینه‌های واقعی و تعرفه‌های گلوبال، فاکتورهایی مانند نرخ تورم، سن بیماران، بیماری همراه، شدت بیماران و عملکرد بیمارستان (آموزشی یا مرکز ریفرال) در تعیین تعرفه‌ها مد نظر گرفته شود همچنین مدیریت بیمارستان‌ها می‌تواند با اصلاح فرآیندها و مدیریت مصرف منابع، بویژه داروها و مواد مصرفی این گپ را کاهش دهد. صادقی سیمکانی و همکاران (۸۰) نیز پیشنهاد کرده‌اند که ضمن بازنگری در تعرفه‌گذاری خدمات گلوبال در جهت کاهش زیان مراکز، رایزنی‌های لازم با بیمه‌ها، متولیان نظام سلامت و ارائه‌کنندگان خدمات در جهت کاهش هزینه‌های ارائه خدمات گلوبال با بهره‌گیری از روش‌های استاندارد نظیر تجویز منطقی دارو و تجهیزات و تعهد به گایدلاین‌ها صورت گیرد. رشیدیان و همکاران (۴۲) نیز برای کاهش گپ میان هزینه‌های واقعی و تعرفه‌های گلوبال، دقت بیشتر در تعیین قیمت‌ها و مدیریت هزینه‌ها و مدیریت بالینی را به منظور کاهش هزینه‌ها پیشنهاد می‌کند.

اگرچه انواع مختلفی از اعمال جراحی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته بودند، اشاره به این اعمال جراحی و مقایسه آنها با هدف شناسایی، اصلاح و تعدیل تعرفه‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد. در مطالعاتی که هزینه‌های واقعی از تعرفه‌های مصوب گلوبال بیشتر بود میتوان به مطالعه زارعی و همکاران (۸۵) اشاره کرد. در این مطالعه بیشترین تفاوت مربوط به "فیکس شکستگی فمور" گزارش شد. ابوترابی و همکاران (۸۶) نیز نشان دادند که بیشترین تفاوت بین هزینه‌های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌ها مربوط به "اعمال اورتوپدی" بود که نتایج این دو مطالعه نزدیک به هم است. صادقی سیمکانی (۸۰) نشان داد که جراحی دیلاتاسیون کورتاژ بیشترین هزینه واقعی را نسبت به تعرفه‌های گلوبال داراست. در مطالعه حسینی اشپلا و همکاران (۷۷) نیز در اعمال دیلاتاسیون و کورتاژ، کولیپوپرینئورافی، سقط قانونی به روش جراحی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ هزینه‌های واقعی بیشتر از تعرفه‌های گلوبال بود. این دو مطالعه نیز نتایج نزدیکی با یکدیگر داشتند.

در مطالعاتی که تعرفه‌های گلوبال بیشتر از هزینه‌های واقعی ارزیابی شده بود میتوان به مطالعه حسینی اشپلا و همکاران (۷۷) اشاره کرد. در این مطالعه نشان داده شده بود که به طور متوسط در اعمال جراحی کاتاراکت، سزارین و زایمان طبیعی و جراحی عمومی تعرفه گلوبال بیشتر از هزینه‌های واقعی این اعمال است. فتاح پور و همکاران (۴۵) نیز بیشترین تفاوت را مربوط به عمل هیسترکتومی و سپس سزارین نشان داده بودند. نتایج این دو مطالعه نیز مشابه ارزیابی می‌شوند.

با در نظر گرفتن اینکه استقرار نظام‌های پرداخت آینده‌نگر و به حداکثر رساندن منافع حاصل از این سیستم‌های پرداخت در جهت کنترل هزینه‌ها میتواند گام بزرگی در راستای پوشش همگانی سلامت باشد، مطالعات بالا نشان میدهد که اگرچه از سال ۱۳۷۸ نظام پرداخت گلوبال در بیمارستانها اجرا می‌شود اما همچنان با مشکلات متعددی روبروست. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که اصلاح

و بازبینی تعرفه‌های مصوب اعمال جراحی گلوبال امری ضروری است. از سوی دیگر باید تمهیداتی برای کنترل هزینه‌ها توسط بیمارستانها (مدیریت و کادر بالینی) سنجیده شود تا هزینه‌های تحمیل شده همسو با تعرفه‌های واقعی باشند. برای دستیابی به این هدف، انجام مطالعات هدفمند در راستای پر کردن شکافهای دانشی موجود - که در قسمت ۷.۴ به آن اشاره شد - ضروری است.

➤ روش پرداخت مبتنی بر عملکرد

در مطالعه رئیسی و همکاران (۹۶) نشان داده شد که پرداختهای مبتنی بر عملکرد منجر به افزایش رضایت کارکنان، افزایش علاقه‌مندی به کار، افزایش تعهد سازمانی و افزایش کیفیت کار می‌شود. در مطالعه ای دیگر نیز گزارش شده است که پرداختهای مبتنی بر عملکرد باعث بهبود مدیریت منابع مالی، افزایش بهره‌وری کارکنان و تجهیزات و تسهیلات، ایجاد عدالت در پرداخت، بهبود کیفیت خدمات، افزایش کیفیت و رضایتمندی عملکرد کارکنان می‌شود (۹۷). پولادی و همکاران (۳۶) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند، در مطالعه آنها گزارش شد که اجرای طرح مبتنی بر عملکرد باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاری و رضایتمندی آنان گردیده است. روزبهبانی و همکاران (۱۰۶) نیز نشان دادند که این شیوه پرداخت منجر به افزایش رضایت پرسنل بیمارستان شد. در مطالعه ایزدی و همکاران (۱۱۱) نیز این روش پرداخت منجر به بهبود عملکرد در مراکز بهداشتی درمانی شده بود. زابلی و همکاران (۱۰۷) هم گزارش کردند که بعد از اجرای این روش پرداخت، عملکرد بخشها تقریباً در تمام بخشهای مورد مطالعه بهبود یافت. مطالعات بالا به نتایج مشابهی دست یافته بودند که نشان‌دهنده اثرات مثبت اجرای این طرح بر عملکرد پرسنل و موسسه شده است. در مقابل، مطالعاتی یافت شدند که به نتایج متفاوتی دست یافته بودند. سیدباقری و همکاران (۹۲) نشان دادند که اجرای قوانین پرداخت مبتنی بر عملکرد تأثیر معنی‌داری بر میزان رضایت شغلی پرستاران نداشته است. توکلی و همکاران (۹۳) نشان دادند که اجرای این برنامه نیاز به بسترسازی و آماده کردن زیرساختها دارد. جباری و همکاران (۱۰۴) نیز اشاره کردند که این برنامه شرایط اختصاصی بیمارستانها را در نظر نگرفته است. در یک مطالعه مشارکت کارمندان در اجرای موفقیت آمیز برنامه، ضعیف ذکر شده بود (۱۰۴) و در مطالعه دیگر این روش پرداخت را از لحاظ ایجاد انگیزش برای پرستاران در مقایسه با سایر شیوه‌های جبران خدمت مانند سنوات تشویقی، امکان ادامه تحصیل و ترفیعات شغلی در رتبه آخر قرار داده بود (۹۵). آقاجانی و همکاران (۱۰۲) توجه به ابعادی که به منظور سنجش عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرند را به طوری که بتواند منجر به افزایش کیفیت عملکرد در جهت اهداف نظام سلامت شود، مهم دانستند و عنوان کردند که در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد وجود یک سیستم اندازه‌گیری دارای روایی و پایایی که پیامدهای مطلوب را تضمین کند لازم است. در مطالعه ای نیز اشاره شده است که به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بزرگترین عامل تهدید کننده اهداف و اثرات برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد است (۹۷).

اگر چه مطالعات زیادی در رابطه با پرداخت مبتنی بر عملکرد وجود دارد اما همچنان سوالات متعددی در رابطه با اثرات این طرح بر رفتار ارائه کنندگان خدمت و پیامدهای مثبت و منفی آن پاسخ داده نشده است. در قسمت ۷.۴ به شکافهای دانشی موجود در این زمینه اشاره شد. نکته مهم این است که آیا اجرای این روش می‌تواند همزمان منجر به کاهش هزینه‌ها، افزایش کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران شود؟ موارد مطرح شده از عناصر مهمی هستند که در پوشش همگانی خدمات سلامت مورد توجه قرار می‌گیرد.

➤ پرداختهای مبتنی بر خدمت (کارانه)

اگر چه هم دیدگاه نظری و هم شواهد تجربی به تأثیر روش کارانه در افزایش هزینه‌ها و تورم در بخش سلامت اشاره می‌کنند، این سازوکار همچنان یکی از گسترده‌ترین کاربردها را در کشورهای در حال توسعه برای پرداخت به پزشکان و بیمارستان‌های بخش خصوصی، داراست؛ چراکه کارانه، ساده‌ترین، سودآورترین و انعطاف‌پذیرترین روش پرداخت است. این مطلب را می‌توان با ذکر این واقعیت توجیه نمود که اکثر دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه توجه کافی به کنترل ارائه کنندگان بخش خصوصی، مبذول نمی‌دارند. سازوکار پرداخت کارانه به علت اینکه گذشته نگر و متغیر است، هیچ خطری مالی را به ارائه کنندگان تحمیل نمی‌کند و در مقابل پرداخت کنندگان را کاملاً در معرض خطر مالی قرار می‌دهد (۵۱). این موارد باعث میشود که پرداخت براساس کارانه در نقطه مقابل دستیابی به پوشش همگانی سلامت باشد. اگرچه اثرات پرداخت کارانه بر افزایش هزینه‌ها کاملاً شناخته شده است اما همچنان روش پرداخت اصلی در خدمات سرپایی در سطوح سه گانه و همچنین روش اصلی پرداخت به پزشکان در ایران است (۵۱). (۵۵) همچنین مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است. به شکافهای دانشی موجود در این زمینه در قسمت ۷.۴ اشاره شده است.

نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام‌های پرداخت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت

دستیابی به پوشش همگانی در هر کشور با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و منابع موجود و زیرساختهای توسعه یافتگی، متفاوت است. شناخت نیازهای بهداشتی و پیاده‌سازی ظرفیتهای در زمینه گسترش و تقویت سیستم بهداشتی در راستای توجه به پیشگیری و بهداشت عمومی از نکات حائز اهمیت کشورهای موفق در زمینه پوشش همگانی بوده است. وجود سیستم ارجاع منظم و هماهنگ از دلایل بهبود این امر در زمینه پوشش همگانی سلامت است و برنامه‌ریزی دولتها برای کاهش هزینه‌ها از طریق نظامهای پرداخت مانند سرانه زمینه ساز چنین دستاورد مهمی بوده است. در کشور ما نیز، کنترل هزینه‌ها با بودجه ثابت و پرداخت آن به

ارائه دهندگان و همچنین اصلاحات در زمینه عرضه و دسترسی وسیع و عادلانه خدمات از طریق پزشک خانواده از جمله اقداماتی است که باعث شده به این هدف نزدیک شویم (۱۲۷).

استفاده از تجربه سایر کشورها و مقایسه نظام های پرداخت در کشورهایی که توانسته اند در امر پوشش همگانی سلامت پیشرو باشند، می تواند اهمیت و نقش این سیستم ها را در دستیابی به پوشش همگانی روشن تر سازد. در جدول ۸.۴ به مقایسه نظام های پرداخت در کشورهای مختلف پرداخته شد. کشورهای پیشرو در زمینه دستیابی به پوشش همگانی سلامت مانند مالزی، تایلند، شیلی، کاستاریکا، کوبا و سوئد (۱۲۷) از روشهای پرداخت متفاوتی به ارائه کنندگان استفاده کرده اند. به طور مثال تایلند در سطح مراقبتهای اولیه از روش پرداخت سرانه استفاده می کند، پرداخت در مراکز درمانی دولتی از طریق روشهای کارانه و سرانه و پرداختهای ترکیبی صورت می گیرد، همچنین به مراکز درمانی خصوصی کارانه تعلق میگیرد (۱۲۹). شیلی نیز پرداخت در سطح مراقبتهای اولیه و همچنین مراکز درمانی دولتی را بر مبنای حقوق قرار داده است (۱۲۹). کشور سوئد از روش سرانه برای پرداخت به بخش بهداشت، از روشهای بودجه، سرانه و حقوق برای پرداخت به بیمارستانها و از حقوق و سرانه برای پرداخت به پزشکان استفاده می کند. کانادا نیز پرداخت به بخش بهداشت از روش سرانه، برای پرداخت به بیمارستانها از کارانه و مقدار ثابت و برای پرداخت به پزشکان از روش کارانه استفاده می کند (۶).

آنچه مشخص است این است که روشهای پرداخت باید بیشترین بازدهی و حداقل هزینه را برای سیستم سلامت کشورها با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و منابع موجود و زیرساختهای توسعه یافتگی آنها بدنبال داشته باشند تا بتوانند کشورها را به پوشش همگانی سلامت نزدیک سازند.

۳.۵ نتیجه گیری

در مطالعه حاضر به با استفاده از مرور حیطه ای به شناسایی چالشهای دانشی موجود در سیستم سلامت ایران پرداخته شد. مشخص شد که در برخی از حیطهها مطالعه ای انجام نشده است و در برخی از حیطهها با اینکه که مطالعات متعددی وجود دارد اما همچنان شکافهای دانشی در زمینه محتوای مطالعات دیده میشود. نتایج این مطالعه نشان داد که اگرچه پرداخت به موسسات در زمینه بودجه تا حد بسیار زیادی در کنترل هزینه های بخش سلامت موثر است و میتواند بعنوان یکی از روشهایی که سیستم سلامت کشور را به دستیابی به پوشش همگانی سلامت نزدیک کند اما همچنان شکافهای دانشی اساسی در این زمینه وجود دارد و بسیاری از موانع و چالشهای موجود برای استقرار این روش پرداخت نامعلوم است. روش پرداخت کارانه نیز اگرچه یکی از روشهای پرداخت اصلی در هر

سه سطوح ارائه خدمت است و مطالعات نظری و شواهد تجربی گویای آن است که این روش با تحمیل هزینه ها و خدمات اضافی در نقطه مقابل دستیابی به پوشش همگانی در کشور است، اما مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است و سوالاتی متعددی مطرح است، به طور مثال؛ با چه رویکردی می توان هزینه های این روش پرداخت را در سیستم سلامت کاهش داد؟ چگونه می توان این روش پرداخت گذشته نگر را با سایر پرداخت های آینده نگر که هزینه های کمتری را به سیستم سلامت تحمیل می کنند، جایگزین کرد؟ الزامات و زمینه های آن چیست؟. پرداخت های مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک که در سال ۱۳۹۳ پایه گذاری شد، پرداخت مبتنی بر عملکرد دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل بود را نشان می دهد. در اجرای این روش پرداخت سوالات متعددی مطرح است، به طور مثال با توجه به اینکه این روش به طور غیرمستقیم دریافتی پرسنل را تحت تاثیر قرار میدهد، آیا می توان از اثرات آن بر تغییر رفتار ارائه کننده خدمت مطمئن بود؟ آیا اجرای این روش پرداخت به شیوه فعلی مناسب است یا نیاز به بازبینی دارد؟ و استفاده از این روش پرداخت در سطوح مختلف ارائه خدمت (سطوح یک تا سه) چگونه است؟ ثر روش پرداخت به شیوه گلوبال نیز که از سال ۱۳۷۸ اجرایی شده است و یک شیوه مقبول در کنترل هزینه های سلامت شناخته شده است، چالش های زیادی در نرخ های تعرفه و شیوه اجرا بدنبال داشته است. مبحث پزشک خانواده که اهمیت آن در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بر همگان روشن است نیز با سوالات متعددی روبروست، آیا روش های پرداخت به پزشکان خانواده منجر به ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب شده است؟ آیا این روش پرداخت توانسته منجر به جذب و یا ابقای پزشکان در محل خدمت خود شود؟

درمجموع یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد تعداد مطالعاتی که به بررسی و پیشنهاد بهترین روش یا روش های پرداخت، در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، به "تفکیک سطوح مختلف ارائه خدمت" و به تفکیک "فرد و موسسه" در ایران پرداخته باشند، بسیار محدود هستند. در این زمینه باید تحقیق و بررسی بیشتری با متدهای کمی و کیفی، در سطوح مختلف پرداخت و از دیدگاه های مختلف (ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران، بیمه ها و...) انجام پذیرد.

۴.۵ پیشنهادات برای پژوهش های آینده

پیشنهاد می شود پژوهش های آتی در راستای موضوعات زیر و تکمیل شکاف های دانشی شناخته شده در این زمینه باشند؛

- چگونه می توان روش پرداخت گذشته نگر کارانه را با سایر پرداخت های آینده نگر که هزینه های کمتری را به سیستم سلامت تحمیل می کنند، جایگزین کرد؟ الزامات و زمینه های آن چیست؟ چه پیامدهای مثبت یا منفی می تواند به دنبال داشته باشد

- اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه‌کننده خدمت (در کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟ اثرات این روش پرداخت بر بیمه‌ها چگونه است؟ علاوه بر تفاوت‌های مربوط به تعرفه‌های مصوب با قیمت‌های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای این روش پرداخت وجود دارد؟ چگونه می‌توان اشکالات این روش پرداخت را برطرف کرد؟
- الزامات اجرای روش پرداخت DRG در ایران چیست؟
- نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با روش پرداخت DRG در ایران چیست؟
- رضایت پزشکان خانواده از پرداخت‌های صورت گرفته به آنان چقدر است؟ آیا این روش پرداخت منجر به ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب شده است؟ آیا این روش‌های پرداخت موجود توانسته منجر به جذب و یا ابقای پزشکان در محل خدمت خود شود؟
- پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها داشته است؟
- چگونه می‌توان روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی را که در بیمارستان‌ها اجرا می‌شود، بهبود بخشید و نواقص آن را برطرف کرد؟
- اجرای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان‌ها چه تاثیری بر هزینه‌های نظام سلامت در بیمارستان‌ها داشته است؟
- پرداخت از طریق بودجه خطی در سطوح دو و سه، چه تاثیری بر رفتار موسسات در ارائه خدمات بستری و خدمات سرپایی (از لحاظ کیفیت و کمیت) داشته است؟

۱. Beller GA. The rising cost of health care in the United States: is it making the United States globally noncompetitive? *Journal of Nuclear Cardiology*. 2008;15(4):481
۲. Rooney E. Corporate attitudes and responses to rising health care costs. *AAOHN Journal*. 1990;38(7):304-11
۳. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Annals of internal medicine*. 2005;142(10):847-54
۴. Budget Office. Orszag PR, Ellis P. The challenge of rising health care costs-a view from the Congressional New England Journal of Medicine. 2007;357(18):1793
۵. Coulter I, Herman P, Ryan G, Hilton L, Hays RD, Team MoC. The challenge of determining appropriate Care in the era of patient-centered care and rising health care costs. *Journal of health services research & policy*. 2019;24(3):201-6
۶. کریمی، پور ن، امیراشکان، ملکی، مختار ع، هادی. ارزیابی شیوه های تامین مالی و نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب: ارائه ی الگو برای ایران. مدیریت سلامت. ۲۰۱۹؛۸(۲۲):۱۵-۲۴.
۷. M. Review the Situation and Prescribe Antibiotics in Tehran City Between the Years 1998 till Mohagheghi 2004. The Final Report of the Research Project Tehran. 2001
۸. اکبری‌ساری ع، معنوی س. نقشه جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. Doshmangir L, Rashidian A, Takian A, Doshmangir P, Mostafavi H. Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate? *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(۷)
۱۰. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000
۱۱. Liu X, Mills A. Payment mechanisms and provider behavior. Alexander S Preker Xingzhu Liu Edit V Velenyi. 2007:259
۱۲. Rakhshan A, Nemati A. Strategies for reducing expenditures in Iran's health transformation plan: A qualitative study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:102
۱۳. Ellis RP, McGuire TG. Optimal payment systems for health services. *Journal of health economics*. 1990;9(4):375-96
۱۴. آذر عفف، رضایور ع. اقتصاد مراقبت سلامت. دوم و، editor 2012.
۱۵. Ellis RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*. 1986;5(2):129-51
۱۶. Ma CtA. Health care payment systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics & Management Strategy*. 1994;3(1):93-112
۱۷. محمد ب، مسلم ص، آر ش ر. روشهای کنترل مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت: مداخلات تقاضا و مداخلات عرضه (مقاله مروری).
۱۸. MS, Mirakhor A. Islamic banking: Experiences in the Islamic Republic of Iran and in Pakistan. *Khan Economic Development and Cultural Change*. 1990;38(2):353-75
۱۹. محمد ع، حجت ز، رامین رگ، علی قن، علی ر. مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسر.
۲۰. GHOLAMZADEH NR, Dadgar E, Jannati A, HOSSEINI AM, Salek Z. Comparison of global and actual cost of kidney transplant in Imam Reza hospital, Tabriz. 2014
۲۱. MOJAHED F, VAHIDI R, ASGARI JM, GHOLIPOOR K, MEHRI N. Payment Mechanisms Effect On Performance Indicators of Family Physician Program. 2015
۲۲. Vardanjani H, Kamyabi A, Jabbarizadeh A, Haghdoost A. Methods of general practitioners remuneration in the world: a benchmarking study. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2۰۱۲؛۳۰(۴)
۲۳. Tavkoli M, Karimi S, Javadi M, Jabari A. The Survey weaknesses performance-based scheme (new guidelines fee for service design) in selected teaching hospitals of Isfahan 2014, a qualitative study. 2016
۲۴. Baneshi M, Mirzaei S, Oroomei N. Association between Pilot Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhasani M Urban Family Physician Program and Health Financial Protection Measures in Fars and Mazandaran Provinces. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13:48-58
۲۵. Khakdel Z, Farabi R, Lashkari R, Ghasemi M. The Effect of Health System Reform Plan on Satisfaction of Family Physicians of South Khorasan Province. *Journal of Health Based Research*. 2019;5(3):247-60

۲۶. The effect of payment method of treatment cost on patient length of stay in educational and healthcare centers in Qazvin. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2014;17(۵۷):۱۷-۲۶.
۲۷. خواه و، سودابه، خالصی، آذر عف، فرید، فردوسی، et al. بررسی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشور های منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی ایران. *مجله بیمارستان*. ۲۰۱۱;۱۱(۲):۷۷-۸۶.
۲۸. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of informal payments a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Iranian Journal of Health Sector Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):72-83.
۲۹. Parsa M, Larijani B, Aramesh K, Nedjat S, Fotouhi A. Informal payments in Iran: A cross-sectional study prior to implementation of the health system reform. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2017;9(6):34-47.
۳۰. Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M. Informal payments in health sector and policies to Deal with (a review study). *Journal of Hospital*. 2015;14(3):23-32.
۳۱. Heidari Z, MOEENI M, Khodamoradi A. The Analysis of the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals. 2018.
۳۲. Kazemian M. Comparative assessment of payment methods of fee-for-services and per capita for household's health insurance services: theoretical framework and application. ۲۰۱۶;۲۴(۱۲۵):۱۶-۳۲.
۳۳. Bastani P, Ahmadzadeh M, AbbasiLarki R, Khammaria M. The Viewpoints of hospitals personnel regarding Performance based payment Plan at Shiraz University of Medical Sciences in 2015. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017;15(10):943-54.
۳۴. Yazdi Feyzabadi V, Mehroolhassani M, Haghdoost A, Bahrapour M. The trend of impoverishing effects of out-of-pocket health expenditure in Iranian provinces in 2008-2014. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12:20-31.
۳۵. امیربابک م، زهرا خ. بررسی مقایسه ای تفاوت هزینه های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستانهای ملکی سازمان تامین اجتماعی. ۲۰۱۶;۱۲(۲۰):۳۵-۴۰.
۳۶. پولادی، هلال ب، علی، گری، الدین س، محمودی. بررسی آگاهی و رضایتمندی پرستاران از پرداخت مبتنی بر عملکرد (طرح قاصدک) و رابطه آن با کیفیت مراقبت پرستاری. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. ۲۰۱۸;۷(۲):۳۷-۴۸.
۳۷. SEYED BSH, KHOSHAB H, MAHDIZADEH M, YAGHOBIPOOR M, KHOSHAB M IMPLEMENTATION OF ENFORCEMENT PRODUCTIVITY LAW AND PERFORMANCE-BASED PAYMENT AND NURSES'JOB SATISFACTION. 2017.
۳۸. Maleki MR, Ibrahimipour H, Karimi I, Gohari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh (Health Monitor)*. 2010;9(2):173-87.
۳۹. Jiang C, Ma J, Zhang X, Luo W. Measuring financial protection for health in families with chronic conditions in Rural China. *BMC Public Health*. 2012;12(1):988.
۴۰. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012;380(9845):933-43.
۴۱. Chatruz A, Javadinasab H, Amini MK, Biglar M, Goudarzi N, Javad J. A comparison of the cost of global bills with approved tariffs in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Journal of surgery Payavard Salamat*. 2015;9(1):67-80.
۴۲. Rashidian A, Radinmanesh M, Afshari M, Arab M, Shahinfar Z. The Comparison of the Global Surgery Fees and the Actual Cost in Two Educational Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2018;2(4):239-48.
۴۳. al. The Hosseini-Eshpala R, Khorramy F, Baniasadi T, Azarmehr N, Mohammady F, Haghighi H, et Comparison of the cost of patient records in a global system with corresponding retrospective reimbursement system: a case study in Iran. *Journal of Modern Medical Information Sciences*. 2015;1(1):65-74.
۴۴. A M, A G, Gh E, M T, L S, Z F, et al. Investigate the Relationship Run System Payments DRG and Reduce the Cost of Therapy. *Nurse and Physician Within War*. 21(۶):۱۷-۲۱.
۴۵. Fattahpour A, Ebrahimi Dourcheh R, Rahimi M, Rafiee N. Comparison of hoteling cost of global surgery with real cost in Isfahan public hospitals, 2012. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2017;1(1):47-53.
۴۶. Skeie B, Mishra V, Vaaler S, Amlie E. A comparison of actual cost, DRG-based cost, and hospital reimbursement for liver transplant patients. *Transplant international*. 2002;15(9-10):439-45.
۴۷. Hironori Hamadaa, Miho Sekimotob a, Imanakaa Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*. 2012:194-201.

۴۸. Liu R, Shi J, Yang B, Jin C, Sun P, Wu L, et al. Charting a path forward: policy analysis of China's evolved DRG-based hospital payment system. *International health*. 2017;9(5):317-24.
۴۹. Kwak SH, Kim JH, Kim DH, Kim JM, Byeon HK, Kim WS, et al. Impact of the Korean Diagnosis-Related Groups payment system on the outcomes of adenotonsillectomy: A single center experience. *Auris Nasus Larynx*. 2018;45(3):504-7.
۵۰. Shon C, Chung S, Yi S, Kwon S. Impact of DRG Payment on the Length of Stay and the Number of Outpatient Visits After Discharge for Caesarean Section During 2004-2007. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2011;44(1):48-55.
۵۱. اکبری ساری ع. معنوی س. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران تا افق ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه.
۵۲. Canadian Institutes of Health Research. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41382.html>].
۵۳. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
۵۴. Anderson S, Allen P, Peckham S, Goodwin N. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health research policy and systems*. 2008;6(1):7.
۵۵. سلامت منت. دیده بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۶.
۵۶. غلامحسین م، امیر س. تبیین نقش بودجه مشارکتی در رضایت شغلی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس.
۵۷. حسین م، محمد ه، مرتضی س، علی عز، شکراله م. بررسی هزینه های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان-استان هرمزگان.
۵۸. بخشانی، صفیه، دژکام، جاسم. هموارسازی مسیر حسابرسی عملکرد با شناخت موانع اجرای بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی در دانشگاه ها). *دانش حسابرسی*. ۲۰۱۸؛ ۱۷(۶۹):۸۲-۲۶۳.
۵۹. حسن ج، زینب عز، میناک، رویا ر. موانع موجود در استقرار سیستم بودجه ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسوولان مالی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.
۶۰. پورعلی، کاکوان. امکان سنجی استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل. *حسابداری مدیریت*. ۲۰۱۶؛ ۹(۲۸):۹۷-۱۱۸.
۶۱. کاکوان دمرپس. الزامات استقرار بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل).
۶۲. کشاورزی م، ولی پور ه، جمالی ا. امکان سنجی اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز. *فصلنامه حسابداری سلامت*. ۲۰۱۵؛ ۳(۱):۶۱-۸۳.
۶۳. مهدی عص، الهام حب. امکان سنجی اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت در بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان بر اساس الگوی شه.
۶۴. جلال م، محمد نپ، پیمان ا. بررسی رابطه بین حسابداری تعهدی و بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد (مطالعه موردی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور).
۶۵. نادر ر، جمیل ر. الزامات اجرای بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه (مطالعه موردی: بیمارستان امام خمینی (ره) مهاباد).
۶۶. اسفندیار دز، محمدصادق ض، سپیده ض. تاثیر عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه ریزی عملیاتی در دانشگاه های علوم پزشکی. *بهزاد ق، یوسف بز*. ارزیابی عوامل مدیریتی موثر در استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
۶۸. نیک ز. امکان سنجی اجرای بودجه عملیاتی در بیمارستان شهید رجایی گچساران. ۱۳۹۶.
۶۹. بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها بر اساس مدل جامع (مدل الماس) مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه پیام نور - دانشگاه پیام نور استان تهران - دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی: ۱۳۹۲.
۷۰. حیدری، بررسی امکان سنجی پیاده سازی بودجه ریزی عملیاتی در اداره بهداشت- امداد و درمان نیروی زمینی ارتش (مطالعه موردی: بیمارستان هاجر نژاد تهران) / ۱۳۹۶.
۷۱. خطیر وپ، آذر، عادل، امینی. بودجه ریزی بر مبنای عملکرد استوار-فازی رویکردی تعالی محور در مدل سازی بودجه بیمارستان ها. *پژوهشهای مدیریت در ایران*. ۲۰۱۷؛ ۲۱(۲):۹۸-۱۷۹.
۷۲. اله دفک، صفر ش. موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷۳. عبادی، عباس، آبادی حج، محمد، نیز س، مسعود، et al. بررسی تأثیر طرح کارانه بر عملکرد پرستاران از دید پرستاران و مدیران. *مدیریت سلامت*. ۲۰۰۵؛ ۷(۱۸):۵۲-۹.
۷۴. آباد شند، آباد فاج، زاده ج، نوبندگانی زم. مقایسه رضایت مندی بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج قبل و بعد از تغییر در شیوه پرداخت کارانه کارکنان. *نشریه پرستاری ایران*. ۲۰۱۱؛ ۲۳(۶۸):۳۹-۴۶.
۷۵. غلامزاده نیکجو ر، دادگر ا، جنتی ع، حسینی اصل م، سالک ز. مقایسه هزینه پیوند کلیه گلوبال با هزینه واقعی پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر تبریز. *فصلنامه پژوهش حکیم*. ۲۰۱۴؛ ۱۷(۱):۸۰-۲۲.
۷۶. چترروز ا، نسب حج، امینی م، بیگلر دم، گودرزی ن، زارعی ج. مقایسه ی هزینه های صورت حساب های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه های مصوب در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران. *Payavard Salamat*. 2015;9(۱).
۷۷. اشپیل ح، راحیل، خرمدی، فرید، اسدی ب، طیبیه، et al. مقایسه هزینه پرونده های بستری در نظام گلوبال با سیستم باز پرداخت گذشته نگر: یک مطالعه موردی در ایران. *اطلاع رسانی پزشکی نوین*. ۲۰۱۵؛ ۱(۱):۶۵-۷۴.

۷۸. خو ع. مطالعه تطبیقی ارزیابی اقتصادی نظام پرداخت گلوبال و مقایسه آن با نظام پرداخت کارانه در بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر ۱۳۸۱.
۷۹. مقایسه بهای تمام شده اعمال جراحی گلوبال به روش TDABC با تعرفه ثابت وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی (مطالعه موردی بیمارستان شهید فقیهی شیراز): دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی; ۱۳۹۳.
۸۰. سیمکانی ص. تاثیر عوامل مرتبط در افزایش هزینه اعمال جراحی گلوبال و مقایسه آن با هزینه واقعی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز ۱۳۹۶. ۱۳۹۷.
۸۱. آبادی س. توسعه سیستم پرداخت گلوبال (پرداخت آینده نگر) با تحلیل هزینه پرونده های عمل جراحی قلب با هدف مدیریت منابع درمان یک مطالعه موردی در ۱۳۹۸.
۸۲. علیزاده. محاسبه بهای تمام شده اعمال جراحی گلوبال در بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) در سال ۱۳۹۶.
۸۳. دیناروند. مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال و هزینه هتلینگ با مقدار واقعی و بررسی هزینه-فایده آنها در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۳۹۶: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده داروسازی.
۸۴. آقازاده، شیدا، نعمتی، محبوب، نیا ش، کار ه. et al. هزینه فایده دارو و لوازم مصرفی در اعمال جراحی گلوبال شایع زنان در دو بیمارستان آموزشی-درمانی شهر تبریز. اطلاع رسانی پزشکی نوین. ۲۰۱۷; ۳(۲): ۵۵-۴۹.
۸۵. Zarei E, Hashemi M, Daneshkohan A, Kakemam E. Does the approved tariff cover the actual cost of global surgical procedures? 2020.
۸۶. Abutorabi A, Radinmanesh M, Rezapour A, Afshari M, Taheri G. A Comparison of Global Surgery Tariffs and the Actual Cost of Bills at Hazrate Rasool Akram Educational and Medical Center. 2020.
۸۷. Jaafaripooyan E. A trend analysis of surgical operations ,Goudari FB, Rashidian A, Arab M, Mahmoudi M under a global payment system in Tehran, Iran (2005–2015). *Electronic physician*. 2018;10(3):6506.
۸۸. رضایی، پیمان، اسدزاده، افسون. رویکرد گروه های تشخیصی مرتبط و طبقه بندی پرداخت سرپایی در نظام پرداخت سلامت و ارائه چارچوبی برای استفاده از آنها در بیمارستان های ایران. *بیمه سلامت ایران*. ۲۰۱۹; ۲(۲): ۵۵-۶۲.
۸۹. Ghaffari S, Doran C, Wilson A, Aisbett C. Trialling diagnosis-related groups classification in the Iranian health system: a case study examining the feasibility of introducing casemix. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 16 (5), 460-466, 2010. 2010.
۹۰. Ghaffari S, Doran CM, Wilson A. Casemix in the Islamic Republic of Iran: current knowledge and attitudes of health care staff. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 14 (4), 931-940, 2008. 2008.
۹۱. Ghaffari S, Doran C, Wilson A, Aisbett C, Jackson T. Investigating DRG cost weights for hospitals in middle income countries. *The International journal of health planning and management*. 2009; ۳(۳): ۲۵۱-۶۴.
۹۲. باقری س، حمید س، خوشاب، هادی، مهدیزاده، پوری، et al. اجرای قانون ارتقاء بهروری، طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و رضایت شغلی پرستاران. *مدیریت پرستاری*. ۲۰۱۷; ۶(۲): ۳۱-۴۰.
۹۳. محمدرضا ت، سعید ک، مرضیه ج، علیرضا ج. بررسی نقاط ضعف طرح مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید طرح کارانه) در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر اصفهان ۱۳۹۳-یک مطالعه کیفی.
۹۴. توکلی، کریمی، سعید، جباری، جواد. بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی-درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*. ۲۰۱۶; ۵(۱): ۴۶-۵۵.
۹۵. تولید، فر ص، جمیل، پور ن، امیراشکان، روشنی، et al. رابطه شیوه های جبران خدمات با عملکرد شغلی در میان کارکنان پرستاری. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۲۰۱۶; ۱۴(۳): ۲۸۲-۹۰.
۹۶. پوران ر، مهتاب ع، محمدرضا مز. پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران.
۹۷. بررسی سیاست گذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تاثیر اجرای آن در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی در ایران.
۹۸. Pouladi S, Benhelal A, Gerry S, Mahmoodi M. The knowledge and satisfaction of nurses about pay for performance (Qasedak plan) and its relationship with the quality of nursing care. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2018;7(2):37-48.
۹۹. Bastani P, Ahmadzadeh MS, Abbasi Larki R, Khammarnia M. The Viewpoints of Hospitals Personnel Regarding Performance Based Payment Plan at Shiraz University of Medical Sciences in 2015. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017;15(10):943-54.
۱۰۰. کربلایی. آسیب شناسی طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد کادر درمانی (مطالعه موردی بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود. ۱۳۹۶.
۱۰۱. سید مهدی م، معصومه ت. محاسبه قیمت تمام شده اعمال جراحی گلوبال منتخب و مقایسه با تعرفه مصوب در بیمارستان امین شهر اصفهان. *های سلامت*. ۱۳۸۹; سال هفتم(۳): ۶-.
۱۰۲. Aghajani MH, Manavi S, Maher A, Rafiei S, Ayoubian A, Shahrami A, et al. Pay for performance in hospital management: A case study. *International Journal of Healthcare Management*. 2019;1-7.
۱۰۳. Gray S, Manesh AO, Harirchi I, Nedjat S. Designing a Framework for “Iranian Pay for Performance” Program for Non-Medical Workforce in Hospitals. *Health Scope*. 2018;7(S).
۱۰۴. Jabbari A, Shaarbafchi Zadeh N, Maddahian B. Identifying Executive Challenges of Performance-Based and Offering Solutions in Isfahan Payment from Medical and Educational Hospitals Administrators’ Perspective (2018). *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019;3(2):121-30.

۱۰۵. Ghaedi H, Dost ER, Ghanei M, Razeghi A, Kalani N, Akbari H. A Cross-sectional Descriptive Study on Performance-based Payment and the Respective Satisfaction on Diagnosis, Therapeutic and Support-staffs of Jahrom Hospitals. *AMBIENT SCIENCE*. 2018;5:84-9.
۱۰۶. Rozbehani R, Maleki SE, KazemPour-Dizaji M, Maleki SE, Javanbakht A. The effect of implementing a performance-based payroll system on employee satisfaction in a state hospital (a case study of masih daneshvari performance-based payroll system hospital). *IIOAB Journal* Volume. 2016;7.
۱۰۷. Zaboli R, Seyedin S, Khosravi S, Sh T. Effect of per-case reimbursement on performance indicators of a military hospital's wards. *Journal Mil Med*. 2011;13(3):155-8.
۱۰۸. رضایی ب، میرزایی م، اسدزاده ا. رایج چارچوب نظام بازپرداخت مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در سیستم بهداشت و درمان ایران. *مدیریت اطلاعات سلامت*. ۱۳(۷):۴۸۵-۹۰.
۱۰۹. بخش ن، ثابت، بابک، رضایی، پدram، زاده ش، et al. بررسی دیدگاه اعضای هیات علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در خصوص اثرات طرح کارانه بر آموزش پزشکی در بیمارستان های آموزشی. *گامهای توسعه در آموزش پزشکی*. ۳(۲):۶۹-۷۷.
۱۱۰. جنتی، علی، کبیری، ندا، جعفرآبادی ا، محمد، et al. بررسی تأثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی واحد آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز. *مجله بیمارستان*. ۲۰۱۴؛ ۱(۱):۵۱-۶۲.
۱۱۱. ایزدی، شبنم، طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در مراکز بهداشتی و درمانی مراکز سلامت استان آذربایجان شرقی: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی.
۱۱۲. صافی س. ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه بندی عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با تاکید بر هزینه تمام شده. ۱۳۸۳.
۱۱۳. مجاهد ف، وحیدی رق، آبادی ماج، پور کق، مهري ن. تاثیر نظام های پرداخت بر شاخص های عملکردی برنامه ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی. *مدیریت اطلاعات سلامت*. ۱۲(۱):۸۸-۹۸.
۱۱۴. شریف. تعیین مناسب ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده و تأثیر آن بر رفتار ارائه دهندگان خدمت و بهای تمام شده، یک مطالعه کمی و کیفی. ۱۳۹۷.
۱۱۵. R, Hadian M, Rashidian A, Shariati M, Ghaderi H. The experience of risk-adjusted capitation payment for family physicians in Iran: a qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18.
۱۱۶. Gharibi F, Dadgar E. Pay-for-performance challenges in family physician program. *Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*. 2020;15(2):19.
۱۱۷. Delgoshaei B, Vatankhah S, Sarabandi A. Performance payment challenges for family physician program. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9.
۱۱۸. Sarikhani Y, Bagheri Lankarani K. Mixed payment method, the experience of a new payment method for health service providers in family physician program in Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2013;14.
۱۱۹. Vahidi RG, Mojahed F, Jafarabadi MA, Gholipour K, Rasi V. A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior. *Journal of Pakistan Medical Students*. 2013;3.
۱۲۰. محمود ک، علیرضا ب. ارزیابی مقایسه ای روش های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه ای خانوار: چهارچوب نظری و کاربرد.
۱۲۱. حنان حم، فرزانه ز. عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران (مقاله مروری).
۱۲۲. کیا، آذر عف، فرید، شجاعی، عبدالله، شاحمدی، et al. بررسی تأثیر روش پرداخت بر عملکرد پزشکان جراحی عمومی در بیمارستان های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی در تهران. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۰۱۷؛ ۲۴(۱۵۴):۸۲-۸۰.
۱۲۳. Emrani R, Sargeran K, Grytten JI, Hessari H. Dental service mix alterations following payment method change. 2019.
۱۲۴. Babashahy S, Baghbanian A, Manavi S, Sari AA, Olyae Manesh A, Ronasiyan R. Towards reforming health provider payment methods: evidence from Iran. *Health Scope*. 2017;6.
۱۲۵. Barouni M, Ahmadian L, Saberi Anari H, Mohsenbeigi E. Challenges of Payment Methods in the Iranian Health System and Solutions: A Qualitative Study. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2020;4(2):89-101.
۱۲۶. پزشکی و بدو. دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه/دانشکدههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۳.
۱۲۷. Emamgholipour S, Alipanah Dolatabad M, Nourizadeh Tehrani P. Assessing the Progress of Successful Universal Health Coverage in 2017 and Providing Appropriate Solutions for Iran: Selected Countries in Achieving Universal Health Coverage. *A Review Study. Iranian Journal of Health Insurance*. 2020;3(2):68-81.
۱۲۸. Manus J. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges: An Independent Assessment of the First 10 Years (2001–2010). *Synthesis report*. 2012.
۱۲۹. حسین مو، عباس ک، اکرم جز، اکبر حدع. روش های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در دنیا: مروری ساختاریافته بر مستندات بین المللی.
۱۳۰. شیرجنگ ا، محفوظ پور س، مسعوداصل ا، دشمن گیر ل. چالش ها و راهکارهای اجرای پزشک خانواده روستایی در ایران: یک مطالعه کیفی. *تصویر سلامت*. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۱):۱۰۸۹۸#-.

