

# شکاف‌های دانشی اقتصاد سلامت و پوشش همگانی سلامت



## اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر سمیه افشاری، دکتر علی اکبری ساری، مینا انجم شعاع، علیرضا جباری، سیده فاطمه حسینی،  
دکتر رجبعلی درودی، دکتر جلال عربلو، دکتر سید میثم موسوی، مرضیه هادیان

## اسامی ویراستاران:

پریسا ابویی مهریزی، زینب فکور فرد، راحله صادقی، دکتر زهرا غریب ناصری، دکتر محمدرضا مبینی‌زاده،  
دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر علی اکبری ساری

زمستان ۱۴۰۰

به همت گروه اقتصاد سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران





مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

## شکاف‌های دانشی اقتصاد سلامت و پوشش همگانی سلامت

اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا: دکتر سمیه افشاری، دکتر علی اکبری ساری،  
مینا انجم شعاع، علیرضا جباری، سیده فاطمه حسینی، دکتر رجبعلی درودی، دکتر  
جلال عربلو، دکتر سید میثم موسوی، مرضیه هادیان

ویراستاران: پریسا ابویی مهریزی، زینب فکور فرد، راحله صادقی، دکتر زهرا غریب  
ناصری، دکتر محمدرضا مبینی زاده، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر علی اکبری ساری  
صفحه‌آرایی و طراحی جلد: محمد علائی پور

ناشر: نشر پونه

چاپخانه: چاپخانه دانشگاه خوارزمی

تیراژ: ۵۰۰ جلد

قیمت: این کتاب رایگان می‌باشد

این تحقیق به همت گروه اقتصاد موسسه و حمایت مالی مؤسسه ملی تحقیقات  
سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام پذیرفته است.

nih.tums.ac.ir

## بسمه تعالی

### پیشگفتار

تأمین مالی به عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، نقش بسزایی در دستیابی کشورها به پوشش همگانی سلامت دارد. پژوهش‌هایی که در زمینه موضوعات اصلی این حوزه صورت گرفته، با تولید شواهد قابل اعتماد می‌تواند یاری‌گر سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت در امر شناسایی چالش‌ها و راهکارهای مناسب برای رفع مشکلات موجود باشد.

چنین پژوهش‌هایی در قالب طرح‌های مراکز تحقیقاتی دانشگاهی، رساله‌های دانشجویی و... انجام می‌شوند و چنانچه شواهد حاصل از آنها به صورت جامع و یکپارچه در اختیار سیاستگذاران قرار بگیرد می‌تواند علاوه بر ایجاد آگاهی قوی از شرایط نظام تأمین مالی در کشور، شکاف‌های دانشی موجود در این حوزه را تبیین کند.

اطلاع از شکاف‌های دانشی موجود در هر حوزه، برای جهت‌دهی به فرایند تحقیقات علمی، هدایت نیروهای پژوهشی کشور به سمت اهم موضوعات و همینطور پرهیز از دوباره‌کاری‌های غیرضروری پژوهشی حائز اهمیت بالایی است.

به همین دلیل موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۷ سفارش تهیه مطالعه‌ای در خصوص یکپارچه‌سازی گزارشات موجود در حوزه‌های الگوی تأمین مالی پایدار، انباشت مالی، نظام پرداخت، تعرفه‌گذاری، پرداخت‌های غیررسمی و طبابت چندگانه را به محققین و اساتید برجسته‌ای در حوزه مدیریت سلامت واگذار کرد که حاصل این مطالعه در دو جلد کتاب تنظیم شده است. مخاطب این دو جلد در درجه نخست سیاستگذاران نظام سلامت می‌باشد به ویژه آن‌هایی که به صورت مستقیم با موضوعات پیش گفت سر و کار دارند.

علاوه بر این گروه، محققین فعال در حوزه مدیریت سلامت و مدیران امر تحقیقات می‌توانند از شکاف‌های دانشی تبیین شده در این کتاب جهت هدایت تحقیقات به سمت خला‌های موجود و استفاده بهینه از منابع تحقیقاتی بهره ببرند.

امید است انتشار این کتاب قدمی هر چند کوچک در راه ارتقای نظام سلامت کشور و دستیابی به پوشش همگانی سلامت برای ایرانیان باشد.

دکتر علی اکبری ساری

رئیس موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

## بسمه تعالی

### پیشگفتار دوم

نظام سلامت همانند دیگر حوزه‌های مهم اجتماع بشری، اثرات بسیاری بر سیاست‌های یک کشور دارد. از جمله وظایف مهم دولت‌ها تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و در کنار آن تامین مالی نظام سلامت است. به عبارت دیگر وظیفه مهم برای دولت‌ها در بخش سلامت، پوشش همگانی سلامت و در راستای آن، تامین مالی نظام سلامت می‌باشد. پوشش همگانی سلامت بدان مفهوم است که انواع خدمات سلامت با کیفیت و بدون تحمیل بار مالی برای افراد جامعه فراهم شود.

تامین مالی نظام سلامت به نوبه خود، یکی از چهار عملکرد اصلی نظام سلامت و بر پایه‌ی جمع‌آوری درآمد، انباشت و تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات تقسیم می‌شود. هدف نهایی این است که با تامین مالی مناسب، افراد جامعه با تحمیل کمترین هزینه‌ها یا حذف هزینه‌ها بتوانند خدمات سلامت را بطور کامل دریافت کنند و از مزایای آن بهره‌مند شوند.

با توجه به نقش کلیدی موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران بعنوان یک سازمان واسط دانش در حوزه سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت کشور، گروه اقتصاد سلامت این موسسه بنا به پیشنهاد ارزنده ریاست محترم وقت، برآن شد تا با اجرای طرح‌هایی در راستای اولویت بندی و تعیین شکاف‌های دانشی حوزه تامین مالی بخش سلامت کشور بتواند از اجرای طرح‌های تکراری جلوگیری نموده و در عین حال به اجرای طرح‌های با تاثیرگذاری بالا در نظام سلامت ایران کمک نماید که دو مجلد در همین راستا با کمک اساتید و پژوهشگران برجسته کشور تهیه گردید که امیدواریم مورد استقبال پژوهشگران، سیاست‌گذاران و مدیران حوزه سلامت کشور قرار گیرد.

ضمناً وظیفه خود میدانیم بار دیگر از زحمات و راهنمایی‌های جناب آقای دکتر اکبر فتوحی رئیس سابق موسسه ملی تحقیقات سلامت که منجر به آغاز این پژوهش و در نهایت تدوین دوجلد کتاب ارزشمند شد، تشکر ویژه بنماییم.

دکتر علیرضا اولیایی منس

مدیرگروه اقتصاد سلامت موسسه ملی تحقیقات سلامت

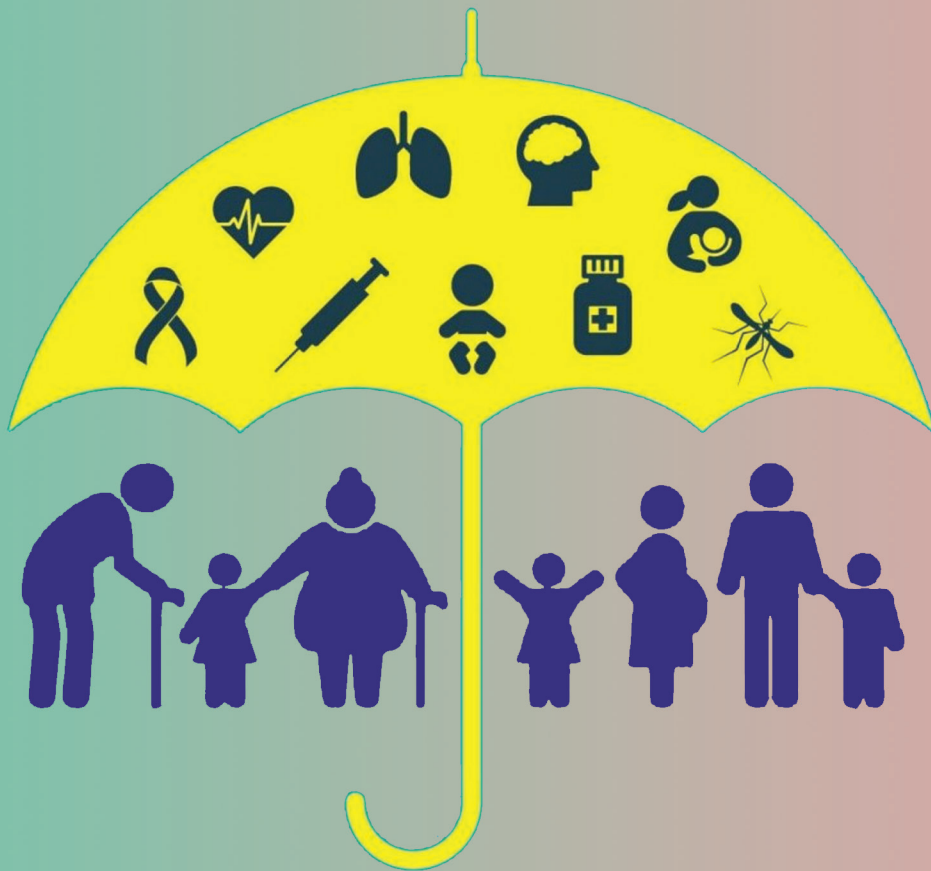


مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح

گزارش کامل طرح پژوهشی

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



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  
دکتر سمیه افشاری  
سیده فاطمه حسینی

إلى  
العلماء  
والشعراء



## فهرست محتوی

۶	چکیده
۷	فصل اول / کلیات پژوهش
۹	بیان مسئله
۱۰	اهداف و سؤالات پژوهش
۱۱	سؤالات پژوهش
۱۲	فصل دوم / زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده
۱۳	۱-۲ مقدمه
۲۱	۲-۲ نقاط ضعف، قوت، فرصتها و تهدیدهای موجود در نظام پرداخت ایران (براساس یافته‌های مطالعات قبلی)
۲۴	فصل سوم / روش پژوهش
۲۵	۱-۳ مقدمه
۲۵	۲-۳ نوع پژوهش
۲۶	۳-۳ مراحل اجرای پژوهش
۳۰	۵-۳-۳ ترسیم و جدول‌بندی داده‌ها
۳۰	۶-۳-۳ جمع‌بندی، خلاصه‌سازی و گزارش نتایج
۳۱	فصل چهارم / یافته‌های پژوهش
۳۲	۲-۴ توزیع فراوانی مقالات برحسب سال انتشار و روش‌های پرداخت
۳۴	۳-۴ مطالعات انجام شده در حوزه نظام‌های پرداخت
۳۸	۴-۴ مهمترین نقاط ضعف و قدرت و یا چالش‌های مطرح شده در مقالات وارد شده
۳۸	۱-۴-۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت گلوبال
۴۲	۲-۴-۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت DRG
48	۴-۴-۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت P4P
۵۲	۵-۴-۴ مطالعات انجام شده در روش پرداخت کارانه
۵۲	۶-۴-۴ پزشک خانواده
۵۵	۵-۴ مقایسه روش‌های مختلف

۵۶	۶-۴ چالش‌های موجود در نظام پرداخت ایران و ارائه پیشنهاد برای سطوح مختلف ارائه خدمت
۵۷	۷-۴ شناسایی شکافهای دانشی در حوزه نظام پرداخت
۵۹	۸-۴ نقش نظام‌های پرداخت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و مقایسه نظام‌های پرداخت در کشورهای مختلف
۶۲	۹-۴ اولویت بندی شکافهای دانشی استخراج شده از منابع مختلف
۶۴	<b>فصل پنجم / بحث و نتیجه‌گیری</b>
۶۵	۱-۵ مقدمه
۶۵	۲-۵ بحث
۶۸	نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام‌های پرداخت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت
۶۹	۳-۵ نتیجه‌گیری
۷۲	فهرست منابع

## چکیده

مقدمه: رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از چالش‌های اصلی در نظام‌های سلامت تبدیل شده است. استفاده از نظام پرداخت مناسب یکی از مهم‌ترین راهکارها جهت مهار هزینه‌های درمانی در بخش سلامت است. نظام پرداخت مناسب می‌تواند سبب کاهش پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت از جیب بیمار شود و تاثیر مستقیمی روی کیفیت ارائه خدمات داشته باشد. این مطالعه با هدف شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالش‌های نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن انجام شده است.

روش اجرا: مطالعه حاضر یک مطالعه مرور حیطه‌ای است. جستجوی الکترونیکی در پایگاه پابمد، موتور جستجوگر گوگل اسکولار و پایگاه‌های فارسی SID و ایرانداک انجام شد. جستجو برای یافتن پایان نامه‌ها و گزارش‌های مهم و کلیدی از طریق جستجوی الکترونیکی سایت‌های منتخب، جستجو از طریق ارتباط شخصی با افراد خبره و صاحب نظر منتخب و جستجو در لیست رفرنس‌های مقالات کلیدی انجام شد. موارد تکراری حذف گردید و غربالگری اولیه براساس عنوان و چکیده انجام شد. غربالگری ثانویه براساس متن کامل مقالات صورت گرفت. انتخاب مطالعات براساس معیارهای ورود و خروج انجام گرفت و مطالعات با دو رویکرد "بررسی تعداد" و "بررسی محتوا" مورد تحلیل قرار گرفتند. در نهایت با توجه به نظام‌های پرداخت رایج در دنیا و نظام سلامت ایران و براساس محتوای مطالعات انجام شده در ایران شکاف‌های دانشی مرتبط با نظام پرداخت شناسایی شده و اولویت‌بندی شد.

نتایج: ۷۷ مستند نهایی وارد تجزیه و تحلیل شد. بررسی "تعداد" مطالعات انجام شده در زمینه روش‌های پرداخت نشان داد که به طور کلی در سطوح دو و سه ارائه خدمت مطالعات متعددی انجام شده است اما در سطح یک ارائه خدمت مطالعات نسبتاً محدود است. یافته‌ها نشان داد که محتوای کلی اکثر مطالعات انجام شده در زمینه نظام‌های پرداخت، در راستای بررسی تاثیر این روش‌ها بر رفتار ارائه‌کننده خدمت نیست. همچنین تعداد مطالعاتی که به بررسی و پیشنهاد بهترین روش یا روش‌های 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.

بحث و نتیجه‌گیری: به منظور کنترل هزینه‌ها و افزایش کیفیت مراقبت‌های سلامت، همانند بسیاری از کشورهای جهان بویژه کشورهای پردرآمد و با درآمد متوسط، جهت گیری کلی نظام سلامت ایران در دهه اخیر به سمت روش‌های پرداخت آینده‌نگر از قبیل پرداخت سرانه، پرداخت به ازای مورد (مانند روش گلوبال و DRG) و پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و ارزش بوده است. با این حال تا کنون مطالعات محدودی در خصوص این روش‌های پرداخت در ایران انجام شده است. لذا بررسی روش‌ها و الزامات پیاده‌سازی این روش‌های پرداخت در ایران، بررسی تاثیر این روش‌ها بر روی کمیت و کیفیت مراقبت‌های سلامت، رضایتمندی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات و راهکارهای بهبود روش‌های پرداخت آینده‌نگر فعلی از قبیل روش پرداخت سرانه در برنامه پزشک خانواده و پرداخت گلوبال و عملکردی در بیمارستان‌ها از مهمترین شکاف‌های دانشی در حوزه نظام پرداخت در ایران است. لذا 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.

کلمات کلیدی: شکاف‌های دانشی، نظام پرداخت آینده‌نگر، گلوبال، پرداخت مبتنی بر عملکرد، پزشک خانواده

# 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 قدرت مندی 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<sup>۱</sup> 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) نظام‌های متغیر<sup>۲</sup> در مقابل نظام‌های ثابت<sup>۳</sup> پرداخت (آیا سازوکارهای پرداخت میان فعالیت و درآمد ارائه‌کنندگان ارتباط منطقی برقرار می‌کنند؟) و ب) نظام‌های گذشته‌نگر<sup>۴</sup> یا به اعتبار گذشته<sup>۵</sup> در مقابل نظام‌های آینده‌نگر<sup>۶</sup> یا به اعتبار آینده<sup>۷</sup> (آیا میان میزان بازپرداخت و هزینه واقعی ارائه‌کنندگان ارتباط منطقی برقرار می‌شود؟).

نظام‌های پرداخت ثابت، نظام‌هایی هستند که میان میزان بازپرداخت و میزان فعالیت ارائه‌کنندگان ارتباط منطقی

1.- Financial Incentives

2. Variable

3. Fixed

4. Retrospective

5.- Ex Post

6. Prospective

7.- Ex Ante

ایجاد نمی‌کنند و تولید واحد اضافه‌تر با بازپرداخت بیشتر همراه نمی‌باشد. در چنین شرایطی، ارائه‌کنندگان انگیزه زیادی جهت افزایش فعالیت‌ها ندارند و بیشتر از طریق کاهش فعالیت‌ها با شیوه‌هایی مانند کاهش تعداد و شدت، به کسب درآمد می‌پردازند. در عوض، نظام‌های پرداخت متغیر، نظام‌هایی هستند که تغییر در میزان فعالیت‌ها، به تغییر در میزان بازپرداخت‌ها منجر می‌گردد. به عبارت دیگر، تولید یک واحد اضافه‌تر با افزایش درآمد همراه است. بنابراین، ارائه‌کنندگان انگیزه قوی جهت افزایش فعالیت (تعداد خدمات) خود، برای کسب درآمد دارند. نظام‌های متغیر، به طور بالقوه می‌توانند باعث ارائه بیش از حد خدمات شوند و از سوی دیگر با تورم و افزایش هزینه‌ها همراه هستند (۸).

سازوکارهای پرداخت گذشته نگر، به اعتبار گذشته و براساس هزینه‌های واقعی ارائه‌کنندگان، هزینه ارائه‌کنندگان را بازپرداخت می‌کنند و بنابراین انگیزه ارائه‌کنندگان جهت کاهش هزینه‌ها، حداقل است. این نظام‌های پرداخت، سبب ارائه بیش از حد خدمات، ارائه خدمات غیرضروری (تقاضای القایی) و کمترین میزان تداوم در ارائه خدمات می‌گردد و در نهایت، مدیریت آن بالاترین هزینه اجرایی را به نظام سلامت تحمیل می‌کند، چراکه تعیین قیمت به ازای هر آیتم هزینه‌ای، سیستم ثبت و رسیدگی به هر آیتم نیازمند هزینه‌های بالاسری زیادی می‌باشد. در مقابل، نظام‌های پرداخت آینده نگر بدون برقرار نمودن ارتباط منطقی میان میزان‌های واقعی هزینه ارائه‌کنندگان، به اعتبار آینده، هزینه‌های احتمالی را برآورد و بازپرداخت می‌کنند. بنابراین، به طور بالقوه با افزایش کارایی و نوآوری همراه هستند؛ چراکه ارائه‌کنندگان برای حفظ مازاد‌های مالی و افزایش درآمد‌های خود، دست به کنترل هزینه‌ها می‌زنند و سعی می‌کنند که از حجم و نوع خدمات ارائه‌شده غیرضروری خود بکاهند (۸). نظام‌های پرداخت را در دسته بندی‌های دیگری نیز قرار می‌گیرند، 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 دوره زمانی تعریف شده (پرداخت نرخ ثابت، بودجه‌ای، پرداخت حقوق) (۱۴). از نگاه جزئی‌تر، 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 هرکدام مزایا و معایبی دارد (۱۵-۱۷).

## 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 گذشته نگر شده است اما در نظام سلامت ایران هنوز نظام‌های پرداخت گذشته نگر 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 حاصل شده 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 گذشته نگر 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. تاکنون 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 مرور حیطه‌ای و شناسایی شکاف‌های دانشی موجود در حوزه پرداخت در ایران از طریق انجام یک مطالعه مرور حیطه‌ای و شناسایی شکاف‌های دانشی موجود در حوزه بود.

## اهداف و سؤالات 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 سؤالات پژوهشی در حوزه مذکور،

## سوالات پژوهش

۱. مورد موانع و چالش های موجود برای اجرای نظام های پرداخت آینده نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟
۲. شکاف های اطلاعاتی موجود در حوزه نظام های پرداخت آینده نگر و سقف بسته در نظام سلامت ایران کدام است؟
۳. نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا چگونه است؟



## فصل دوم

زمینه‌های نظری پژوهش و  
مروری بر مطالعات انجام  
شده

## ۱-۲ مقدمه

در این فصل ابتدا مطالعات داخلی و خارجی در رابطه با نظام‌های 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 نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی برنامه پزشکی خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی به مقایسه میزان تاثیر مدل‌های پرداخت سرانه، حقوق و کارانه بر شاخص‌های عملکردی برنامه پزشکی خانواده پرداختند. در این مطالعه به منظور تعیین شاخص‌های متأثر از مکانیسم‌های پرداخت از بررسی نظام مند متون و برای اولویت بندی شاخص‌ها و مدل‌های پرداخت از پنل خبرگان و تکنیک تحلیل سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که با توجه به اهمیت شاخص‌ها می‌توان ترکیبی از مکانیسم‌های پرداخت برای مقاصد سیاستگذاری استفاده کرد همچنین سیاستگذاران باید محیط اجرای برنامه و اهمیت مشوق‌های غیر مالی مانند عوامل بالینی، سازمانی و فرهنگی را در نظر داشته باشند (۲۱).

حق دوست و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود تحت عنوان روش‌های پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در دنیا: مروری ساختار یافته بر مستندات بین‌المللی، تعداد ۲۶۱ سند مرتبط با روش پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی از ۳۶ کشور دنیا مرور شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که مهم‌ترین روش‌های 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 بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها و مسئولین بیمارستان‌ها به صورت هدفمند و با استفاده از مصاحبه عمیق پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که ۳ موضوع اصلی شامل تدوین سیاست‌ها، 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 پزشکی 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 پسرونده 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 ۱/۸۲ درصد افزایش نشان داد که این افزایش برای مناطق روستایی ۱/۳۷ 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 اسمیرنوف، من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. همچنین نتیجه‌گیری 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 روش‌های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران به انجام مطالعه تطبیقی برای یافتن راه حل‌های پیش رو برای حل مشکلات وضع موجود پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که در اغلب کشورهای مورد مطالعه از روش‌های ترکیبی برای پرداخت به پزشکان استفاده می‌شود. معمولاً در مواردی که بین پزشکان و سازمان‌های بیمه‌گر رابطه استخدامی وجود دارد، حقوق بخشی از دریافتی پزشکان را تشکیل می‌دهد. در کشورهایی که پزشکان عمومی نقش دروازه بان را بر عهده دارند، روش پرداخت سرانه جایگاه ویژه‌ای دارد. معمولاً علاوه بر حقوق پرداخت کارانه نیز کاربرد گسترده‌ای دارد. پرداخت به صورت پاداش در ازای رعایت شاخص‌های کیفی در هر دو گروه پزشکان عمومی و متخصص اخیراً به عنوان یک نظام پرداخت پیشرفته مورد توجه قرار گرفته ولی به علت پیچیدگی‌های خاص خود نیاز به طراحی دقیق و بسترسازی فراوان دارد (۲۷).

امیراسماعیلی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود تحت عنوان علل پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت از دیدگاه پزشکان، سیاستگذاران و بیماران: مطالعه کیفی از طریق مصاحبه به بررسی بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۹۰ پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که دلایل متعددی برای پرداخت‌های غیررسمی وجود دارد که شامل عوامل فرهنگی، عوامل مرتبط با کیفیت و عوامل قانونی است. دلایلی نیز برای دریافت‌های

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 پرداختهای 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 شوندهگان شایع ترین علت تعرفه های غیرواقعی و شایع ترین پیامد، بالارفتن 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 ها ی 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 تاثیرگذار 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 مقایسه‌ای روش‌های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه‌ای خانوار: چهارچوب نظری و کاربرد به بررسی داده‌های ثبتی سازمان بیمه سلامت ایران و بر اساس مدل بهینه‌سازی از نوع تقاضای جبرانی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که به ازای رضایت یکسان برای بیمه‌شده در دو روش یکسان پرداخت کارانه و سرانه در سال ۱۳۹۱ متوسط هزینه خدمات بیمه‌ای خانوار برای مجموع خدمات سرپایی و بستری در روش پرداخت سرانه در ۲۲ استان کشور نسبت به روش پرداخت کارانه کمتر می‌باشد (۳۲).

باستانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود تحت عنوان دیدگاه کارکنان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد در سال ۱۳۹۴ به بررسی ۴۲۴ نفر از کارکنان بیمارستان‌های 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=۰,۲۷) (۳۳).

یزدی فیض‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود تحت عنوان روند اثرات فقرزای هزینه پرداخت مستقیم از جیب سلامت در استان‌های کشور در دوره زمانی ۱۳۸۷-۱۳۹۳ به بررسی داده‌های حاصل از پیمایش هزینه درآمد خانوارهای شهری و روستایی پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که استان‌های گلستان، خراسان شمالی و کرمان به ترتیب بیشترین فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت را داشتند. بعلاوه استان‌های البرز، تهران و بوشهر به ترتیب کمترین فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت را نشان دادند. در تمامی سال‌های مورد مطالعه، متوسط فقر ناشی از پرداخت از جیب سلامت در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری استان‌ها 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 آسیب‌پذیر و کم‌درآمد جامعه بویژه روستاها نظیر توسعه یارانه‌های سلامت و بهبود بسته‌های خدمتی ضروری است (۳۴).

مرجانی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای تفاوت هزینه‌های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی به بررسی صورتحساب‌های بستری اعمال جراحی منتخب در دوره شش ماهه اول ۸۹ در ۶ بیمارستان ملکی سازمان تأمین اجتماعی در استان تهران پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که مدیریت هزینه‌های بستری توسط بیمارستان‌ها در اکثر بیمارستان‌های ملکی سازمان مغفول مانده است به طوری که دامنه تغییرات اجزاء هزینه‌های بیمارستان‌ها علیرغم یکسان بودن شرایط، دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها... بسیار متغیر بود (۳۵).

پولادی و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه‌ای 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 بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با تخصیص متناسب انجام گردید. پرسشنامه‌های به کارگرفته شده در این مطالعه شامل، پرسشنامه پژوهشگر ساخته روا و پایایی 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 هیچ‌کدام 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 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 مقصد، 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 هر یک 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، تأمین 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 می روند. 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 می تواند 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 خانواده ها 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 تأمین مالی و روش های 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 کشورهای 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 سیاست ها 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. مکانیزم های 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 غیر ضروری 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 ۴,۳۴۱,۶۶۳ ریال بدست آمد درحالی که متوسط هزینه پیش بینی شده در تعرفه گلوبال معادل ۱,۷۲۵,۱۰۶ 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 بیمارستان ها می گردد. نویسندگان پیشنهاد کردند که برای جلوگیری از زیان بیمارستانها، قیمت های 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 "کولوپورینتورافی" 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 شورای عالی 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 مقایسه هزینه‌های واقعی هتلینگ با تعرفه مصوب آن در ۶۰ جراحی گلوبال پرداختند. در این مطالعه مشاهده شد که هزینه‌های هتلینگ تفاوت معنی داری با تعرفه‌های مصوب دارد به طوری که نرخ مربوط به تعرفه‌های مصوب بالاتر از هزینه‌های واقعی هتلینگ در آن بیمارستان‌ها بود (۴۵).

شای<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود به مقایسه هزینه‌های 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<sup>۲</sup> 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<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) در ۱۲ استان چین انجام شد که به بررسی این پرداختند که آیا اجرای

1. Skeie  
2. Hamada  
3. Liu

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 آدنوتانسیلکتومی و تانسیلکتومی 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).

نتایج مطالعه شون 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 تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در کشور.
- نارضایتی سیاست‌گذاران 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 عدالت‌خواهی و اصلاح‌طلبی در مسئولین و سیاستگذاران.
- جهت‌گیری 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 تعرفه‌های تشویقی جهت ارائه خدمت در مناطق محروم (در قالب پرداخت‌های 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).
- 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 سنجی، 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 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 خانوارهای 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 توانائی دولت در تأمین 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

### ۳-۱ مقدمه

در مطالعه حاضر از روش مرور حیطه‌ای<sup>۱</sup> 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 جدول‌بندی داده‌ها بیان و در پایان به موارد مدنظر در جمع‌بندی و خلاصه‌سازی نتایج پرداخته شده است.

### ۳-۲ نوع پژوهش

برای انجام مطالعه حاضر از روش مرور حیطه‌ای استفاده شد. مرور حیطه‌ای مروری است که به طور سیستماتیک، متون موجود در مورد یک موضوع را شناسایی کرده و مفاهیم کلیدی، نظریه‌ها، شواهد و "شکاف‌های" تحقیق را بررسی می‌کند. آنها اغلب به صورت مطالعه‌ای مقدماتی مورد استفاده قرار می‌گیرند که دنبال آن سنتز داده‌ها انجام شود. همچنین در بسیاری موارد زمانی که در مورد امکان‌پذیری<sup>۲</sup> مطالعات نگرانی وجود دارد، مناسب هستند. به طور مثال زمانی که به نظر می‌رسد متون مربوطه بسیار گسترده و متنوع (از نظر روش، جهت‌گیری 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 می‌شود (۵۲). یکی از دلایل اصلی برای انجام این روش، شناسایی شکافهای مطالعاتی در ادبیات است. (۵۳) بر خلاف تحقیقات مروری سیستماتیک، تحقیقات مروری حیطه‌ای به دنبال ارزیابی کیفیت متون و یا ترکیب یافته‌ها با یکدیگر نیستند (۵۳). همانطور که تعریف بالا نیز نشان می‌دهد این نوع مرور بیشتر زمانی استفاده می‌شود 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 حیطه‌ای برشمرده است:

۱. به منظور بررسی گستردگی، دامنه و ماهیت فعالیت تحقیقاتی: این نوع مطالعه‌ی مروری سریع، ممکن است یافته‌های تحقیق را با جزئیات کامل توصیف نکند، اما روشی مفید برای بررسی فیلدهایی است که در آنها مشاهده‌ی دامنه‌ی مطالعات در دسترس، مشکل است.
۲. به منظور تعیین ارزش انجام یک مطالعه‌ی مروری سیستماتیک: گاهی ممکن است یک مطالعه‌ی اولیه بر روی ادبیات موضوع انجام شود تا مشخص شود که آیا یک مطالعه مروری نظام مند امکانپذیر است (آیا ادبیاتی در این زمینه وجود دارد؟) یا مرتبط است (آیا یک مطالعه مروری نظام مند قبلاً انجام شده است؟) و هزینه‌های بالقوه‌ی انجام یک مرور سیستماتیک کامل تعیین شود.
۳. به منظور خلاصه‌سازی و انتشار یافته‌های تحقیق: این نوع مطالعه‌ی مروری حیطه‌ای به جزئیات بیشتری از یافته‌ها و دامنه تحقیق در حیطه مشخصی از مطالعه می‌پردازد. بدین وسیله مکانیسمی را برای خلاصه‌سازی و انتشار یافته‌های تحقیق برای سیاستگذاران، ارائه دهندگان و مصرف‌کنندگانی فراهم می‌کند که زمان

1. Scoping review  
2. feasibility

و یا منابع کافی برای بررسی موضوع ندارند.

۴. به منظور شناسایی شکاف‌های مطالعاتی در ادبیات موجود: این نوع از مطالعه حیطة 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 یافته‌های 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 حیطة 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 حیطة ای نیست. به طور کلی، این چهار نوع، دو روش متفاوت فکر کردن در مورد نقش یا هدف یک مطالعه حیطة ای پیشنهاد می کند: دو مورد اول پیشنهاد می کند که مطالعه حیطة ای ممکن است بعنوان قسمتی از یک فرآیند پیوسته ی مرور درک شود که هدف نهایی آن تولید یک مطالعه مرور سیستماتیک است. در نوع دوم نشان می دهد که یک مطالعه ی حیطة 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 نهایتا منجر به یک مرور سیستماتیک شود و یا نشود.

بطور کلی مراحل انجام یک مرور حیطة 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 حیطة ای و منابع در دسترس، حیطة ی جستجو را کاهش داد. به این ترتیب، مرورهای حیطة 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 يك گزارش روایتی از متون موجود" ارائه می کنند (۵۳).

Arksey و O'Malley مراحل زیر را برای یک مطالعه مرور حیطة ای بر شمرده 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 شش انجام می شود که شامل مشاوره با صاحب نظران در مورد یافته های بدست آمده است (۵۳).

## ۳-۳ مراحل اجرای پژوهش

### ۳-۳-۱ 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؟

### ۳-۳-۲ 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 (مداخله ای، نیمه مداخله ای، پیمایشی، توصیفی و کیفی).
  - جامعه مطالعه (setting): مطالعاتی که موضوع آن نظام پرداخت و تعرفه گذاری در نظام سلامت ایران بود.
  - پیامدها: مطالعاتی که به شناسایی و تحلیل چالش ها و نقاط ضعف و قوت نظام پرداخت در نظام سلامت ایران و پیشنهاد اصلاحات در این زمینه پرداخته بودند.
  - مقالات و پایان نامه های 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 پایان نامه در دسترس بود از یکی از آنها استفاده شد.

### ۳-۳-۴ 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

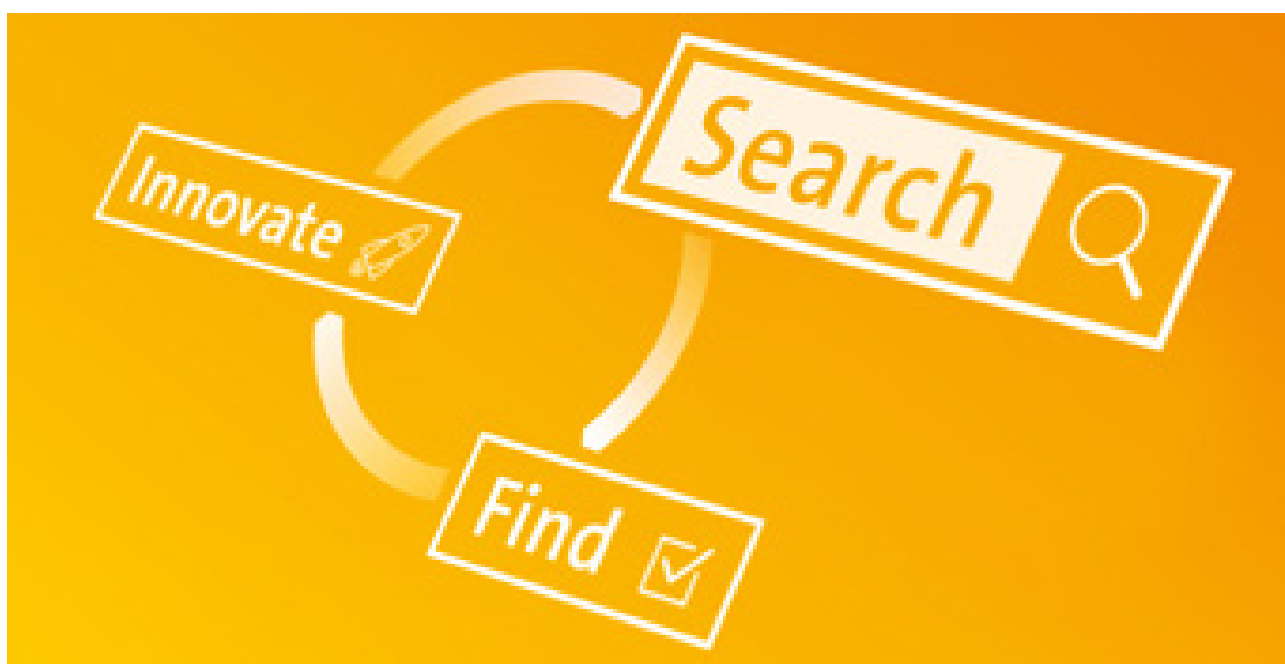
پایگاهها و منابع مورد بررسی	کلید واژه های جستجو	مقالات اولیه شناسایی شده	مقالات مرتبط وارد شده براساس عنوان و چکیده
PubMed	("Payment system" OR "payment method" OR Tariff OR DRG OR "per capita" OR "global payment" OR "per case" OR "health system" OR "healthcare" OR FFS OR "fee for service") AND Iran	۳۴۰۱	۵۲
Google scholar	(DRG OR "per capita" OR "global payment" OR "per case" OR "fee for service" OR "Pay for performance") AND "Payment system" AND Iran	۲۱۷۰	۳۰
Google scholar	استفاده از کلیدواژه های 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	۲۰۰	۲۹

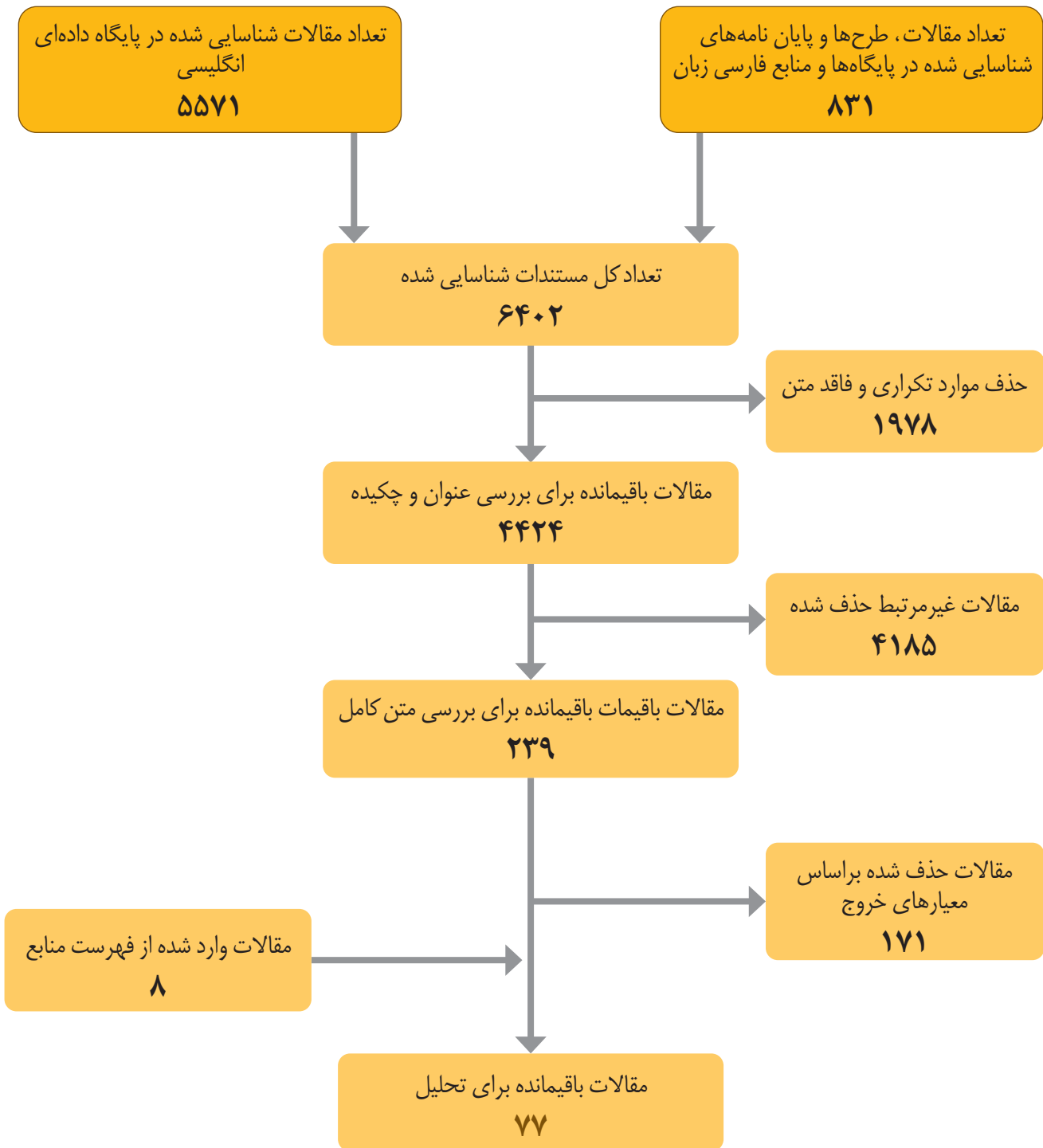


مقالات مرتبط وارد شده براساس عنوان و چکیده	مقالات اولیه شناسایی شده	کلید واژه‌های جستجو	پایگاهها و منابع مورد بررسی
۳۴	۲۲۶	استفاده از کلیدواژه‌های نظام پرداخت، حقوق، کارانه، مبتنی بر عملکرد، سرانه، پرداخت گذشته نگر، پرداخت آینده نگر، پزشک خانواده، پرداخت روز، ویزیت، گلوبال و به ازای خدمت، و سایر مترادف‌ها 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		کارایی نظام جاری تأمین مالی در صندوق های بیمه سلامت ارائه مدل تأمین مالی صندوق های بیمه سلامت ایران بررسی مقایسه ای منابع سازمان های بیمه سلامت ایران	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

### ۳-۳-۵ ترسیم و جدول بندی داده ها

در این مرحله، اطلاعات استخراج شده، به صورت طبقه بندی ارائه شد. برای این طبقه بندی از يك فرم استخراج اطلاعات ساختاریافته استفاده شد که شامل عنوان مقاله، نویسندگان و سال انتشار مطالعه، شرکت کنندگان، حجم نمونه، متدولوژی تحقیق، نوع تحلیل داده ها و سایر اطلاعات مهم و مورد نیاز بود.

### ۳-۳-۶ جمع بندی، خلاصه سازی و گزارش نتایج

داده های بدست آمده به صورت موضوعی (متاستز) مورد تحلیل، جمع بندی و خلاصه سازی قرار گرفت. گزارش نتایج با توجه به اهداف مطالعه شامل این موارد بود؛ موانع و چالش های موجود برای اجرای نظام های پرداخت آینده نگر در نظام سلامت ایران گزارش شد، از مطالعات مروری که به بررسی و مقایسه نظام های پرداخت در کشورهای مختلف پرداخته شده بود برای مقایسه استفاده شد، نقش و ابعاد تاثیرگذاری نظام های پرداخت سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت در کشورهای دنیا گزارش و در نهایت پیشنهاداتی برای پژوهش های آتی جهت پیاده سازی نظام های پرداخت آینده نگر در نظام سلامت ایران ارائه شد.

## فصل چهارم

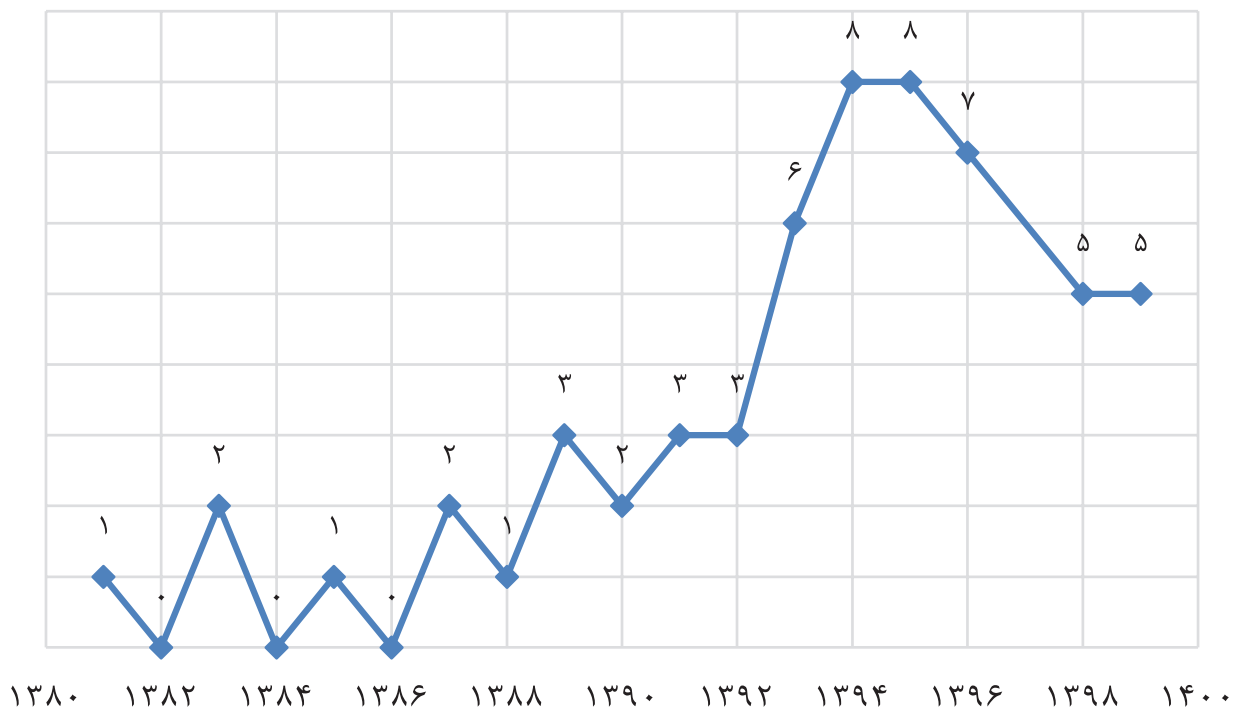
### یافته‌های پژوهش

## 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.

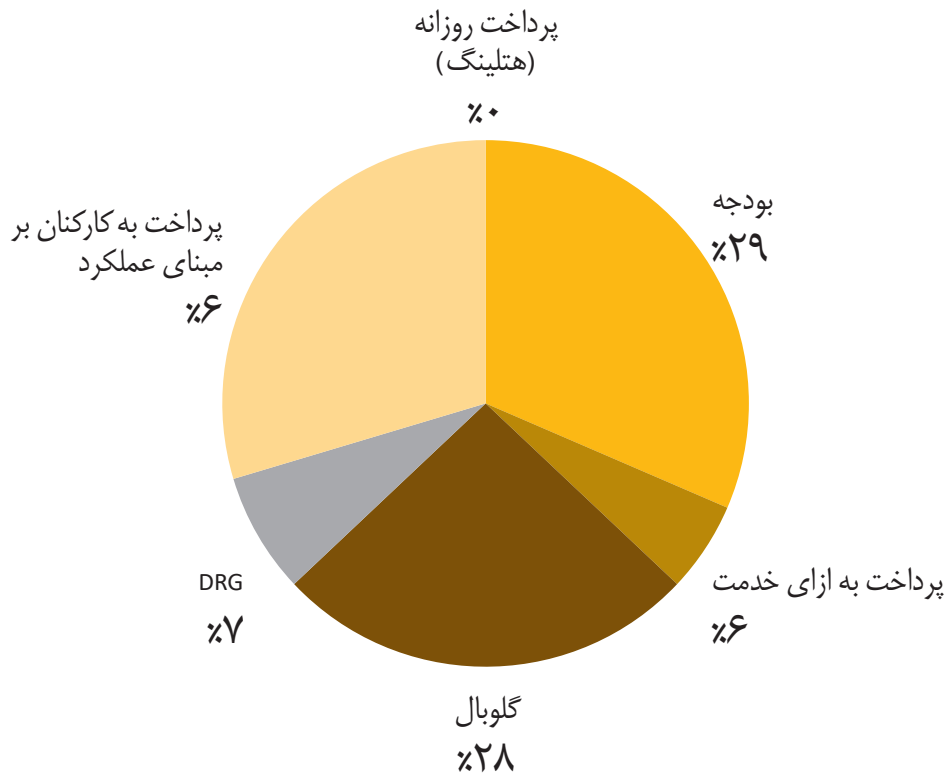
## ۲-۴ توزیع فراوانی مقالات برحسب سال انتشار و روش‌های پرداخت

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.

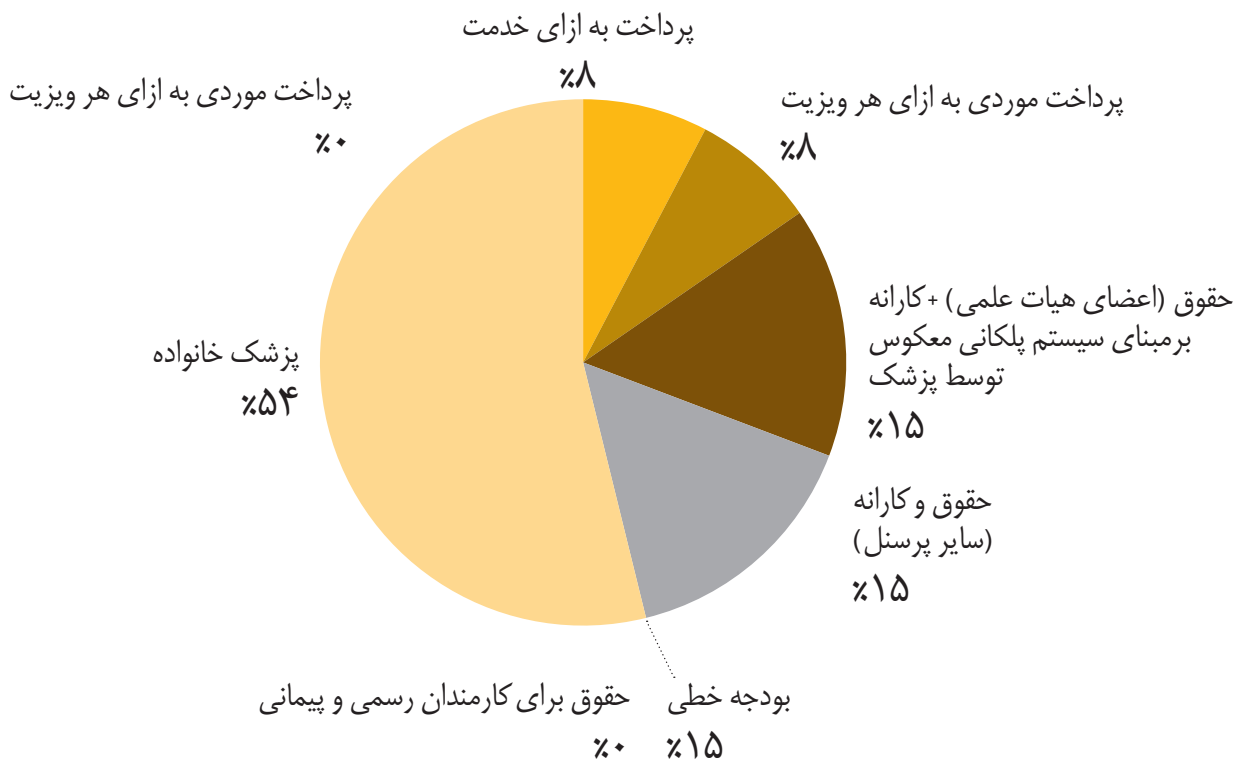


نمودار ۱-۴ تعداد مقالات فارسی و انگلیسی منتشر شده در سال‌های مختلف

نمودارهای ۱-۴ 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 حیطة 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 توزیع فراوانی مقالات مرتبط با روش‌های مختلف پرداخت در واحدهای سرپایی

## ۴-۳ مطالعات انجام شده در حوزه نظامهای 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 شکافهای 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 نظامهای 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 خانههای جدول مطالعات متعددی قرار گرفته است و در مقابل برخی دیگر از خانههای 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 می توان موضوعاتی که نیاز به مطالعه بیشتر دارند را استخراج کرد.

جدول ۴-۱ مطالعات انجام شده در حوزه نظامهای پرداخت با در نظر گرفتن سطوح ارائه خدمت

عنوان مقاله / نویسنده / سال	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
		بستری	موسسه	سطح دو و سه
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 مسؤلان 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 زیاری / 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 گجساران / زمانی نیک / ۱۳۹۶ (۶۸) بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها براساس 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 نازجا تهران) / حیدری / ۱۳۹۶ (۷۰) بودجه ریزی بر مبنای عملکرد استوار- فازی رویکردی تعالی محور در مدلسازی بودجه بیمارستانها / ولی پور خطیر / 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 / عبادی / 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			

عنوان مقاله / نویسنده / سال	روش پرداخت	سطوح ارائه 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 / چتروز / ۱۳۹۴ (۷۶)</p> <p>بررسی مقایسه‌ای تفاوت هزینه‌های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی، مرجانی / ۱۳۹۱ (۳۵)</p> <p>مقایسه هزینه پرونده‌های بستری در نظام گلوبال با سیستم بازپرداخت گذشته‌نگر یک مطالعه موردی در ایران، حسینی اشپالا / 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>تأثیر 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 لو ازم 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 (85)</p> <p>-Comparison of Hoteling Cost of Global Surgery with Real Cost in Isfahan Public Hospitals, 2012, Fattahpour/ 2020 (45)</p> <p>-A Comparison of Global Surgery Tariffs and the Actual Cost of Bills at Hazrate Rasool Akram Educational and Medical Center, Abutorabi/ 2020 (86)</p> <p>-A trend analysis of surgical operations under a global payment system in Tehran, Iran (2005-2015), Behzadi Goudari/ 2018 (87)</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 (42)</p>	پرداخت موردی برای ۹۰ عمل شایع	بستری	موسسه	سطح دو و سه
<p>رویکرد گروه‌های تشخیصی مرتبط و طبقه‌بندی پرداخت سربایی 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 (89)</p> <p>-Casemix in the Islamic Republic of Iran: current knowledge and attitudes of health care staff/ Ghaffari/2008 (90)</p> <p>-Investigating DRG cost weights for hospitals in middle income countries/ Ghaffari/ 2009 (91)</p>	DRG			
	پرداخت روزانه (هتلینگ)			



عنوان مقاله / نویسنده / سال	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
<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 - يك 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، تولید / ۱۳۹۵ (۹۵)</p> <p>پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران، رئیسی / 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 Performance-Based Payment 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 (106)</p> <p>-Effect of per case payment on performance indicators of a military hospital's wards/ Zaboli/ 2011 (107)</p>	پرداخت به کارکنان بر مبنای عملکرد	بستری	فرد	
	پرداخت موردی			
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی		
محاسبه ویزیت: ارائه چارچوب نظام بازپرداخت مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع در سیستم بهداشت و درمان ایران / رضایی / ۱۳۹۵ (۱۰۸)	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت	سرپایی		
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 (۱۰۹)	حقوق (اعضای هیات علمی) + کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشک	سرپایی	بازتوزیع در موسسه	
بررسی تأثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی واحد آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز / جنتی / ۱۳۹۳ (۱۱۰)	حقوق و کارانه (سایر پرسنل) بر مبنای روش پرداخت مبتنی بر عملکرد	سرپایی	بازتوزیع در موسسه	
ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه‌بندی عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین‌شهر با تأکید بر هزینه تمام شده / سالم صافی / ۱۳۸۳ (۱۱۲)	بودجه			
بررسی هزینه‌های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان استان هرمزگان / مبارکی / ۱۳۹۰ (۵۷)	بودجه	سرپایی	پایگاه و مراکز بهداشتی درمانی	سطح یک

عنوان مقاله / نویسنده / سال	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
		سرپایی	برنامه پزشکی خانواده	سطح یک
تاثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی برنامه‌ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی، مجاهد/ ۱۳۹۳ (۱۱۳) تعیین مناسب‌ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده و تأثیر آن بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمت و بهای تمام شده، یک مطالعه کمی و کیفی/ شریف/ ۱۳۹۷ (۱۱۴) -The Experience of Risk-Adjusted Capitation Payment for Family Physicians in Iran: A Qualitative Study, Esmaili/ 2014 (115) -Payment system of urban family physician programme in the Islamic Republic of Iran: is it appropriate? Doshmangir / 2018 (9) -Pay-for-performance challenges in family physician program, Gharibi/ 2020 (116) -Performance payment challenges for family physician program, Delgoshaei/ 2020 (117) -Mixed Payment Method, the Experience of a New Payment Method for Health Service Providers in Family Physician Program in Iran/ Sarikhani/ 2013 (118) -A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior/ Ghohi Vahidi/ 2012 (119)	سرانه در روستاها و شهرهای ۲۰ هزار نفر	سرپایی	برنامه پزشکی خانواده	سطح یک
	پرداخت به ازای هر ویزیت برای ویزیت غیرمعمول			
	پرداخت به ازای خدمات برای برخی از خدمات			
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی	واحد‌های سرپایی	سطوح سه گانه
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی	بخش خصوصی	سطح یک
	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت	سرپایی	بخش خصوصی	سطح یک
	پرداخت به ازای خدمت	بستری	بخش خصوصی	سطح دو و سه
	پرداخت روزانه (هتلینگ)			
ارزیابی مقایسه‌ای روش‌های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه‌ای 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 (123) -Towards Reforming Health Provider Payment Methods: Evidence from Iran / Babashahy/ 2017 (124) -Challenges of Payment Methods in the Iranian Health System and Solutions: A Qualitative Study/ Barouni/2020 (125)				مطالعات مقایسه‌ای 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 مکانیسم‌های 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.

#### ۴-۴-۱ 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 شکاف 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 نشان دهنده این است که تعرفه‌های مصوب گلوبال نیاز به بازنگری و تعدیل براساس نرخ تورم، نوع مراکز درمانی، سن بیمار و غیره دارد.

جدول ۴-۲ 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 ۲۵ پرونده پیوند کلیه		در این روش هزینه واقعی پیوند کلیه به طور متوسط حدود ۲۳۳۹۰۰۴۴ هزار ریال (به ازای هر عمل جراحی) بالاتر از هزینه مصوب گلوبال بود	ماه‌التفاوت هزینه‌های اعمال جراحی و گلوبال توسط دولت یا وزارت بهداشت جبران شود
۲	مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسرا / عرب / ۱۳۸۷	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۴۶۴ پرونده عمل جراحی در انستیتو کانسرا		هزینه‌های واقعی به طور متوسط حدود ۱۰۶۰۳۰۷ ریال (به ازای هر عمل جراحی) بیشتر از هزینه‌های گلوبال است	برای رفع این مشکل: (۱) بازبینی تعرفه‌های 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 هزینه‌های 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 نامه‌ها و دستورالعملهای صادره از سوی شورایی 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	مقایسه‌ی هزینه‌های صورت حساب‌های اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران / چتریز / ۱۳۹۴	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۶۸ عمل جراحی گلوبال در بیمارستان‌های امام خمینی، شریعتی، آرش، فاطمه-الزهرا(س)، زنان، شفا، علی اصغر(ع)، کانسرا 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) هزینه‌ی اعمال جراحی بین ۳ تا ۳۱۲ درصد بیشتر از تعرفه گلوبال مصوب بود. بیشترین اختلاف (۳۱۲ درصد) مربوط به ترمیم تیغه‌ی بینی با یا بدون کاشت غضروف(سیتوپلاستی) بود.	
۴	بررسی مقایسه‌ای تفاوت هزینه‌های اعمال جراحی عمومی (گلوبال) در بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی / مرجانی / ۱۳۹۱	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	۳۸۴ صورتحساب (۱۰ عمل جراحی) در ۶ بیمارستان ملکی تأمین اجتماعی		یکی از اهداف تدوین اعمال جراحی گلوبال، فراهم آوردن زمینه‌ای جهت مدیریت هزینه‌های 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 هزینه‌ای بیمارستان‌ها علیرغم یکسان بودن شرایط، دستورالعمل‌ها، تعرفه‌ها و... 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 (جراحی‌های یکسان هزینه‌های متفاوتی ایجاد نموده‌اند)	پیشنهاد می‌شود: • آموزش کارکنان امور مالی و انبساط‌داران و ... جهت اصلاح فرآیندهای ثبت و به روزرسانی قیمت فروش دارو و لوازم مصرفی پزشکی و نیز تعرفه‌های سالیانه خدمات تشخیصی - درمانی • صدور دستور العملی جهت ایجاد وحدت رویه مبنی بر تفکیک دارو از لوازم و تجهیزات مصرفی پزشکی در صورتحساب بیماراران • تشکیل کمیته‌های تخصصی دوره‌ای به منظور رسیدگی به میزان هزینه‌های پاتولوژی تشخیصی در بیمارستان‌ها و تلاش در کنترل روند افزایشی این هزینه‌ها • تعیین استاندارد اقامت بیمار در بیمارستان بر حسب اعمال جراحی مختلف و...

# گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالش‌های نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

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
۵	مقایسه هزینه پرونده‌های بستری در نظام گلوبال با سیستم بازپرداخت گذشته‌نگر یک مطالعه موردی در ایران حسینی اشپالا/ ۱۳۹۴	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	بررسی ۱۲۸۶ پرونده بیماران بستری گلوبالی / هرمزگان	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	<p>۱- بررسی متوسط هزینه پرونده‌های گلوبال با تعرفه تعیین شده از سوی شورای عالی بیمه با استفاده از سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی و محاسبه سود و زیان آنها</p> <p>۲- بررسی متوسط هزینه پرونده‌های غیرگلوبال بر اساس تشخیص و همچنین نرمالسازی آنها جهت بکارگیری سیستم‌های بازپرداخت آینده‌نگر با استفاده از تجمیع داده‌های HIS بیمارستان‌های کشور به صورت الکترونیک</p> <p>۳- بررسی موردی پرونده‌ها و یا تشخیص‌هایی که هزینه تمام شده آنها بیشتر از تعرفه است، تا بیمارستان‌ها قادر به انجام اقدام اصلاحی و سازمان‌های بیمه‌گر بتوانند در صورت لزوم اصلاحات لازم را در منطقی نمودن تعرفه‌های اعلام شده، انجام دهند؛</p> <p>۴- پژوهش‌هایی از این قبیل در تخصص‌هایی خاص مثل بخش اعصاب، ارتوپدی و سایر تخصص‌ها و در مناطق جغرافیایی وسیع‌تری انجام شوند؛</p> <p>۵- انجام پژوهش‌های تخصصی در خصوص بررسی دلایل اختلاف متوسط روزهای بستری بیمارستان‌ها با متوسط روزهای بستری استاندارد در تشخیص‌های مختلف جهت اقدام اصلاحی</p> <p>۶- راه‌اندازی نظام بازپرداخت آینده‌نگر بر اساس سیستم‌های کدگذاری بیماری‌ها Case Mix و DRG.</p>	
۶	مطالعه تطبیقی ارزیابی اقتصادی نظام پرداخت گلوبال و مقایسه آن با نظام پرداخت کارانه در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی پوهشهر / عمرانی‌خو/ ۱۳۸۱ (پایان نامه / دانشگاه ع پ ایران)	مقایسه هزینه گلوبال با هزینه واقعی	مقایسه هزینه های واقعی در سه بیمارستان عمومی با تعرفه مصوب	<p>از مجموع ۱۶۶۷ پرونده، در ۵۷۰ پرونده هزینه صورت‌حساب بیشتر از تعرفه مصوب و در ۱۰۹۷ مورد دیگر تعرفه مصوب بیشتر از صورت‌حساب بود.</p> <p>به طور کلی جمع هزینه صورت‌حساب بستری کمتر از تعرفه مصوب آنان در سه بیمارستان بود</p>	<p>از مجموع ۱۶۶۷ پرونده، در ۵۷۰ پرونده هزینه صورت‌حساب بیشتر از تعرفه مصوب و در ۱۰۹۷ مورد دیگر تعرفه مصوب بیشتر از صورت‌حساب بود.</p> <p>به طور کلی جمع هزینه صورت‌حساب بستری کمتر از تعرفه مصوب آنان در سه بیمارستان بود</p>	
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	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 عمل‌های 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 بیماران 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 ۱۳۹۶ 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 کورتاز 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 گایدلاین‌ها صورت گیرد	

# گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق	نقاط قوت یا ضعف روش پرداخت	موانع و چالش های موجود / دلایل این چالش ها	پیشنهادات طرح / مقاله
۱۰	توسعه سیستم پرداخت گلوبال (پرداخت آینده نگر) با تحلیل هزینه پرونده های 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 آنژیوپلاستی در بیمارستانهای مختلف	مطالعه مقطعی، بررسی ۵۳۲ پرونده جراحی آنژیوپلاستی و ۲۶۳ پرونده CABG در سه بیمارستان		میانگین پرداخت بیمه در سه بیمارستان، به ازای عمل آنژیوپلاستی ۸,۷۰۹,۹۹۹ و ۱۰,۶۰۶ میلیون تومان و به ازای CABG برابر با ۱۳,۶۰۴,۱۸۴ و ۱۹,۲۰۰ میلیون تومان بود که نشان دهنده تفاوت معنی دار در محاسبه هزینه های 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 (۴۶۱۸۰۵,۵ 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	جمع آوری داده های مربوط به ۶۰ کد اولیه جراحی گلوبال از سازمان بیمه سلامت طی یک دوره ده ساله ۲۰۰۵-۲۰۱۵ (مطالعه طولی گذشته نگر)	طبق نظر نویسندگان مقاله روند اعمال جراحی گلوبال رفتار ارائه کنندگان خدمت را در جهت افزایش سود و کاهش هزینه ها نشان می دهد لذا تفاوت هزینه واقعی و تعرفه های گلوبال بر روی تعداد اعمال جراحی تاثیر میگذارد. تعداد اعمالی که سودآور هستند افزایش و اعمال زیان آور کاهش یافته اند.	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 زیان ده هستند تعدادشان کاسته شده است.	روندهای کاهش کاهشی 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 بیماریهای 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 بر مبنای 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 هیستریکتومی 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 ۴-۱ در این زمینه پاسخ داده نشده است؛

#### کادر ۱-۴ سوالات مطرح شده در زمینه روش پرداخت گلوبال

۱. اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه‌کننده خدمت (در کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟
۲. اثرات این روش پرداخت بر بیمه‌ها چگونه است؟
۳. علاوه بر تفاوت‌های مربوط به تعرفه‌های مصوب با قیمت‌های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای این روش پرداخت وجود دارد؟
- ۴- چگونه می‌توان اشکالات و محدودیت‌های این روش پرداخت را برطرف کرد و آن را بهبود بخشید؟

#### 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	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 DRGs 327	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	DRG	بررسی دیدگاه و دانش کارمندان سازمان تأمین اجتماعی راجع به روش‌های Casemix یا استفاده از پرسشنامه	نتایج مطالعه نشان داد که دانش کارمندان سازمان تأمین اجتماعی نسبت به روش پرداخت Casemix و DRG خیلی کم است به طوری که سه چهارم آنان هرگز این درباره آن شنیده 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. ۲,۷۲۲ 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 تاکنون 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	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 مهروی/ 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 هزینه‌های تمام شده خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از بودجه ریزی عملیاتی در مرکز بهداشت شهرستان رودان استان هرمزگان مبارکی/ 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 حساسی عملکرد با شناخت موانع اجرای بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی در دانشگاه‌ها) بخشانی/ ۱۳۹۶	بودجه عملیاتی	پرسشنامه در دانشگاه‌های سیستان و بلوچستان و ع پ زاهدان		مهم‌ترین موانع در امر بودجه ریزی عملیاتی در این دانشگاه‌ها به ترتیب عبارت‌اند از: -عدم کفایت آموزش فنی در خصوص بودجه‌بندی، -عدم تغییر متناسب سیستم حسابداری و گزارشگری -عدم وجود تخصص و مهارت کافی	
	موانع موجود در استقرار سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسؤولان مالی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز جعفری/ ۱۳۹۱	بودجه عملیاتی	پرسشنامه (۲۴ نفر از مدیران و مسؤولان مالی بیمارستان‌های مورد مطالعه)		مهم‌ترین موانع فردی، سازمانی و محیطی در زمینه استقرار سیستم بودجه‌ریزی عملیاتی از دیدگاه مدیران و مسؤولان مالی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور: -کمبود متخصصانی 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

## گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

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
۵	امکان سنجی استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل پورعلی / ۱۳۹۴	بودجه‌ریزی عملیاتی	پژوهش‌های میدانی و پرسشنامه‌ای بر مبنای الگوی شه (۳۰ نفر رئیس و معاونین، مدیران مالی دانشکده‌ها و بیمارستانها)			در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل توانایی (ارزیابی عملکرد، نیروی انسانی فنی)، اختیار (قانونی، رویه‌ای، سازمانی) و پذیرش (سیاسی، مدیریتی، انگیزشی) لازم برای اجرای بودجه‌ریزی عملیاتی را دارد
۶	الزامات استقرار بودجه ریزی عملیاتی (مطالعه موردی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل) پورعلی / ۱۳۹۳	بودجه‌ریزی عملیاتی	گردآوری اطلاعات مبتنی بر پژوهش‌های 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 بودجه‌ریزی 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 پژوهش‌های 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 بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد موارد زیر پیشنهاد می‌شود: 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 بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد و اجرای آن ۴. استفاده از کارشناسان آشنا به قوانین مالی و بودجه‌ای 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 بودجه‌ریزی مبتنی بر عملکرد ۸. طرحهای تشویقی و تنبیهی برای عملکرد مناسب یا نامناسب

# گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالش‌های نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

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
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، سا یر شرایط لازم بر ای 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 می شود: -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 بر ای اجرای روش هزینه یابی بر مبنای فعالیت، به صورت مدون ایجاد شود. - مدیران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات 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، - نظامهای 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) ملکی / ۱۳۹۴	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	پرسشنامه (۲۲۵ 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) رضایی / ۱۳۹۴	بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد	پرسشنامه (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.

# گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

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	
۱۱	تأثیر عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی دشمن‌زیاری / ۱۳۹۶	بودجه‌ریزی عملیاتی	کتابخانه‌ای و پرسشنامه‌ای (۹۲ نفر از مدیران و کارشناسان مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران)			عوامل انسانی و فنی بر استقرار بودجه‌ریزی عملیاتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران مؤثر هستند.	
۱۲	بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها براساس مدل جامع (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 پرسشنامه (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 اثربخش 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 سالم صافی / ۱۳۸۳	بودجه‌ریزی عملیاتی	مشاهده و مصاحبه و تکمیل فرم			ارزیابی نتایج استقرار نظام بودجه-بندی عملیاتی در بخش تشخیصی بیمارستان ولیعصر مشگین شهر با تاکید بر هزینه تمام شده	
۱۴	موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانش فرد / ۱۳۹۱	بودجه‌ریزی عملیاتی	پرسشنامه (۸۰ نفر از مجریان ستادی اجرای طرح بودجه ریزی عملیاتی)		در شاخص سیستم اطلاعات مالی، عدم به کارگیری سیستم حسابداری تعهدی و در شاخص سیستم ارزیابی عملکرد، ضعف بودن شاخص های کمی و مناسب برای برآورد عملکرد برنامه ها به عنوان بالاترین موانع تعیین شدند. در ساختار سازمانی، واگذاری اختیارات و مسؤولیت 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)		موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵	ارزیابی عوامل مدیریتی مؤثر 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 بودجه‌ریزی عملیاتی در گرو ساختار برنامه‌ریزی، مدیریت عملکرد، تحلیل هزینه، مدیریت تغییر، نظام پاسخ گویی، نظام انگیزشی، الزامات قانونی و مدیریت منابع انسانی می‌باشد	
۱۶	بودجه‌ریزی بر مبنای عملکرد استوار-فازی رویکردی تعالی محور در مدلسازی بودجه بیمارستانها ولی پور خطیر / ۱۳۹۵	بودجه‌ریزی 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				

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
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 گجساران 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 می‌دهد که سوالات متعددی در این زمینه نیاز به پاسخ دارد. کادر ۴-۲ شکاف‌های دانشی موجود در رابطه با روش پرداخت از طریق بودجه را نشان می‌دهد.

#### کادر ۴-۲ 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 هزینه‌های موسسات در سطوح دو و سه شده است؟
۴. آیا پرداخت از طریق بودجه خطی منجر به کنترل هزینه‌های خدمات سرپایی در پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی شده است؟
۵. کدامیک از روش‌های تخصیص بودجه در سطوح مختلف ارائه خدمت در ایران توصیه می‌شود؟

#### 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 ۴-۵ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت مبتنی بر عملکرد

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	بررسی تاثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد بر کارایی واحد آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز جنتی / 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 بلوچستان و ۱۴ مرکز درمانی دانشگاهی استان کرمان		اجرای قوانین پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارتقاء بهره‌وری تاثیر 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 - يك مطالعه کیفی	P4P	بررسی دیدگاه و دانش کارمندان سازمان تأمین اجتماعی راجع به روش‌های Casemix با استفاده از پرسشنامه	نقاط ضعف اجرای این طرح براساس نظر خبرگان تحت عناوین ۱. تدوین سیاست‌ها، ۲. تاخیر در ابلاغ دستورالعمل و ۳. بستر سازی و آماده کردن زیرساخت‌ها شناسایی شد.		
۴	بررسی نقاط قوت طرح مبتنی بر عملکرد در مراکز آموزشی - درمانی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳: يك مطالعه کیفی توکلی / ۱۳۹۴	P4P	مصاحبه کیفی با مدیران میانی و ارشد بیمارستان‌ها و ستاد مرکزی دانشگاه و برخی از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و مسئولین بیمارستان‌های اصفهان	نقاط ضعف اجرای این طرح براساس نظر خبرگان تحت عناوین ۱. تعریف و تدوین صحیح دستورالعمل‌ها، ۲. بهبود و ارتقای سیستم نظارت، ۳. ساماندهی نظام پرداخت کارانه شناسایی شد.		
۵	رابطه شیوه‌های جبران خدمات با عملکرد شغلی در میان کارکنان پرستاری تولیده / ۱۳۹۵	P4P پرستاری	پرسشنامه	از نظر پرستاران این روش پرداخت (کارانه مبتنی بر عملکرد) در مقایسه با سایر شیوه‌های 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 رئیسی / 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	مصاحبه‌های 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 بیمارستان‌های دولتی		
۸	بررسی سیاستگذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تاثیر 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 بهره‌وری کارکنان و تجهیزات و تسهیلات - ایجاد عدالت در پرداخت - بهبود کیفیت خدمات - کم کردن مستقیم اثر رابطه استعدادی 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 دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه، برای بهره‌گیری از مزایای آن کم است - به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بزرگترین عامل تهدیدکننده اهداف و اثرات برنامه است	

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
۹	Designing a Framework for "Iranian Pay for Performance" Program for Non-Medical Workforce in Hospitals Gray/ 2018	P4P	تحلیل اسناد و پندل متخصصین	در این مطالعه چارچوب کلی و امکان‌سنجی برنامه P4P در ایران بررسی شده است. تحلیل اسناد نشان داد که این چارچوب به برخی پیش‌نیازها 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	P4P پرستاری	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 بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص طرح مبتنی بر عملکرد در سال ۱۳۹۴ باستانی / ۱۳۹۵	P4P	پرسشنامه محقق ساخته (۴۲۴ نفر از کارکنان بیمارستان ع پ شیراز)	دیدگاه کارکنان (کیفیت زندگی کاری، امنیت شغلی، امنیت مالی، رضایت شغلی) در خصوص طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد بالاتر از حد متوسط ارزیابی شد.		
۱۲	Pay for performance in hospital management: A case study Haji Aghajani/ 2019	P4P	تحلیل توصیفی جنبه‌های مختلف روش پرداخت P4P و تجزیه و تحلیل مقایسه ای داده‌ها در مورد درآمد بخش‌های بیمارستان و میزان پرداخت به کارکنان و پندل متخصصین با ۲۰ نفر از متخصصین و مدیران	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 گروه‌های شغلی مختلف، از ویژگی‌های اصلی P4P بود	توجه به ابعادی که به منظور سنجش عملکرد مورد استفاده قرار می‌گیرند خیلی مهم است به طوری که بتواند منجر به افزایش کیفیت عملکرد در جهت اهداف نظام سلامت شود. در این سیستم وجود یک سیستم اندازه‌گیری دارای روایی و پایایی که پیامدهای مطلوب را تضمین کند لازم است.	
۱۳	A Cross-sectional Descriptive Study on Performance-based Payment and the Respective Satisfaction on Diagnosis, Therapeutic and Support-staffs of Jahrom Hospitals, 2018	P4P	تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰۰ کارمند از مراکز پزشکی جهرم	نتیجه نشان داد که میزان رضایت مندی ۴۸،۱٪ از شرکت‌کنندگان نسبت به اجرای این طرح در سطح پایین و بسیار پایین است و میزان رضایت ۲۵،۸٪ از شرکت‌کنندگان 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 روش‌های پرداخت و ارتقای انگیزه کارکنان بهداشتی برنامه ریزی کنند.		
۱۴	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	P4P	فرم رضایت‌سنجی از پزشکان و کارمندان	این شیوه پرداخت منجر به افزایش رضایت پرسنل بیمارستان شد		

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
۱۵	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	P4P	مصاحبه با ۱۰ نفر از کارکنان کادر اداری و ۱۰ نفر از کادر درمانی		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 کوته‌نگری 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	پیشنهادات طرح / مقاله
۱۶	طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در مراقبتهای بهداشتی و درمانی مراکز سلامت استان آذربایجان شرقی ایزدی / ۱۳۹۶	P4P	با مرور نظام‌مند و روش‌های کمی و کیفی مدل P4P طراحی و در مراکز سلامت اجرا شد. سپس با پرسشنامه رضایت سنجی و سایر داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت	منجر به بهبود عملکرد در مراکز بهداشتی درمانی شده بود	بیشترین میزان رضایت مربوط به ارتقای عملکرد کارکنان، بیشترین میزان ناراضی‌مندی 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.	
۱۷	Effect of per case payment on performance indicators of a military hospital's wards Zaboli / 2011	P4P	پرسشنامه جهت بررسی پرداخت مبتنی بر عملکرد بر عملکرد و رضایت کارکنان	بعد از اجرای این روش پرداخت، عملکرد بخشها تقریباً در تمام بخشهای مورد مطالعه بهبود یافت و این بهبود از طریق افزایش نرخ 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		

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 ارائه‌کننده 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؟



#### ۴-۴-۵ 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 بیمارستان‌های 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

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	بررسی تأثیر طرح کارانه بر عملکرد پرستاران از دید پرستاران و مدیران / عبادی / ۱۳۸۳	کارانه	پرسشنامه (۲۵۵ پرستار و ۵۲ مدیر پرستاری)		اجرای طرح کارانه تأثیر قابل توجهی بر عملکرد پرستاران ندارد و در نگاه خوشبینانه فقط باعث ابقاء آنان در سازمان می‌شود	
۲	مقایسه رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج قبل و بعد از تغییر در شیوه پرداخت کارانه کارکنان / نجفی / 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 / نعمت بخش / ۱۳۸۵	کارانه		نتایج نشان داد که آگاهی اعضای هیأت علمی از مفاد طرح کارانه مناسب نیست. از دیدگاه بیش از ۶۰ درصد پاسخ دهندگان، اجرای طرح کارانه موجب افزایش حضور استادان در فعالیتهای آموزشی موظف نشده است. ۶۵ درصد 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. تأثیر 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؟

#### ۴-۴-۶ پزشک خانواده

با توجه به اهمیت مبحث پزشک خانواده در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت، روش‌های پرداخت به این دسته از ارائه‌کنندگان خدمات به طور مجزا بررسی شده است. 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 ۴-۷).

#### جدول ۴-۷ مطالعات انجام شده در رابطه با روش پرداخت به پزشک خانواده

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق
۱	تعیین مناسب‌ترین 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 سرانه ای است. روش پرداخت به پزشک خانواده سرانه تعدیل شده با عملکرد به ازای فرد تحت پوشش پیشنهاد می‌شود
۲	تأثیر نظام‌های پرداخت بر شاخص‌های عملکردی برنامه ی پزشک خانواده با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی مجاهد / ۱۳۹۳	پانل خبرگان	در اولویت بندی مدل‌های پرداخت بین سه روش سرانه، حقوق و کارانه، مدل سرانه 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	در اولویت بندی مدل‌های پرداخت بین سه روش سرانه، حقوق و کارانه، مدل سرانه 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 با ۲۴ پزشک خانواده و ۵ مدیر اجرایی	برخی از شرکت کنندگان میزان سرانه پرداخت به پزشکان خانواده را کم و ناعادلانه ارزیابی کردند. علاوه بر هزینه‌های مستقیم اجرای برنامه‌های خود، از قبیل محل زندگی، منابع انسانی، تجهیزات و مدیریت، پزشکان خانواده همچنین مسئول هزینه‌های دیگری هستند که در پرداختی به آنها لحاظ نشده است، مانند هزینه‌های متغیر محل در شهر، و همچنین هزینه‌های 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 روش‌های مناسب پرداخت به پزشکان خانواده دست نیافتند. برخی اظهار داشتند که پرداخت باید براساس سرانه انجام شود، در حالی که برخی دیگر معتقد بودند FFS و PFP روش‌های مناسبی هستند. برخی حقوق و پاداش را به عنوان مناسب‌ترین روش پرداخت به پزشکان خانواده ترجیح می‌دادند. برخی اظهار داشتند که حقوق ماهیانه، درآمد پزشکان و سایر اعضای تیم بهداشت را تضمین می‌کند. دیگران خاطر نشان کردند که داشتن سرانه اضافی برای برخی از کارهای خاص مانند تشخیص، درمان و نظارت بر بیمارهای هدف ضروری است، چندین مصاحبه شونده نیزاهمیت طراحی سیستم پرداخت را بر اساس روش‌های پرداخت مختلط، از جمله ترکیبی از روش‌های سرانه، 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 سرانه تعدیل شده با ریسک می‌تواند تغییرات مختلفی را در ارائه PHC ایجاد کند. تم‌ها و زیرتم‌های استخراج شده: ارائه خدمت: محیط بهتر برای ارتقا مهارت‌های 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 چالش‌های پیش رو: مراجعه مستقیم به متخصصان، خواسته‌های غیر ضروری

# گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه نویسنده اول / سال انتشار	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / حوزه تحقیق
۵	Pay-for-performance challenges in family physician program Gharibi/ 2020	۱۷ مصاحبه فردی و گروهی با پزشکان خانواده	این مطالعه ۷ تم، ۱۴ ساب تم و ۴۶ آیتم 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 بیمار ارجاع شده توسط متخصصان به پزشکان خانواده ۴. پرداخت: ۱.۴. بودجه کم PHC: - بودجه 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 محیطی های مختلف کاری هنگام نظارت، - عدم توجه به تعدد عملکردها و نتایج در ارزیابی ها، ۲.۵. فقدان سازوکار کاملا 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 ارزیابان 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، خصوصا به صورت الکترونیکی، ۲.۶. مدیریت سیستمیک ضعیف چرخه تولید 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، - 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
۶	Performance payment challenges for family physician program Delgoshaei/ 2020	۳۲ مصاحبه نیمه-ساختاریافته با پزشکان خانواده که حداقل ۵ سال تجربه برنامه پزشک خانواده داشتند.	چالش های موجود بر سر راه اجرای P4P به پزشکان خانواده: ۱. حجم کار پزشکان خانواده: - گستردگی وظایف، - تعداد زیاد افراد تحت پوشش ۲. آموزش هایی که به پزشکان خانواده ارائه می شود: ۱.۲. فقدان مهارت های مدیریتی در پزشکان خانواده، ۲.۲. فقدان علوم و مهارت های 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. مکانیسم های ارزیابی و پایش: ۱.۵. فقدان معیارها و ابزارهای علمی برای ارزیابی کیفی برنامه، ۲.۵. عدم وجود سازوکار کاملا 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
۷	Mixed Payment Method, the Experience of a New Payment Method for Health Service Providers in Family Physician Program in Iran Sarikhani/ 2013	یک مطالعه مروری	روش پرداختی که برای برنامه پزشک 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 جواز (به عنوان پرداخت مشوق) استفاده می شود. 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 مکانیزم های پرداخت را دارد
۸	A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior Gholi Vahidi/ 2013	یک مطالعه مروری منظم	پرداخت به ازای خدمات (FFS) میزان نرخ ارجاع را کاهش می دهد زیرا پزشکان تمایل دارند با ارائه خدمات بیشتر درآمدشان را افزایش دهند. در پرداخت سرانه به دلیل محدودیت های بودجه، تعداد خدمات ارائه شده (ویزیت سرپایی و بستری) کاهش می یابد و نرخ ارجاع به بیمارستان ها و متخصصان افزایش می یابد

سوالات دیگری که در روش پرداخت به پزشکان خانواده پاسخ داده نشده است در کادر ۴-۵ نمایش داده شده است.

#### کادر ۴-۵ سوالات مطرح شده در رابطه با پرداخت به پزشکان خانواده

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

#### ۴-۵ مقایسه روش های مختلف

با مقایسه روش های مختلف پرداخت به جای ارزیابی هر مطالعه به طور جداگانه، نقاط ضعف و قوت آنان را بهتر می توان نشان داد. جدول ۴-۸ مطالعاتی را نمایش می دهد که به مقایسه روش های مختلف پرداخته اند. در دو مطالعه مروری نظام های پرداخت در ایران بررسی شده اند. و سه مطالعه نیز به بررسی روش های مختلف پرداخت بر عملکرد ارائه کنندگان پرداخته اند.

#### جدول ۴-۸ مقایسه روش های مختلف پرداخت

ردیف	عنوان / نویسنده / سال	هدف مطالعه	طراحی مطالعه / نمونه	نتایج / پیشنهادات
۱	ارزیابی مقایسه ای روش های پرداخت کارانه و سرانه در هزینه خدمات بیمه ای خانوار: چهارچوب نظری و کاربرد کاظمیان / ۱۳۹۵	مقایسه ای روش های پرداخت کارانه و سرانه	داده های ثبتی سازمان بیمه سلامت ایران	در روش سرانه، متوسط هزینه خدمات بیمه ای خانوار برای مجموع خدمات سرپایی و بستری در ۲۲ استان کشور نسبت به روش پرداخت کارانه کمتر می باشد.
۲	عدالت در نظام سلامت: مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت حاجی محمودی / ۱۳۹۲	یک مطالعه مروری به منظور مقایسه روش های 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 روش های 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 (RCT، extraction، crown) و اقدامات شامل پروسیجرهای بسیار تهاجمی (جراحی) افزایش داشت. ۲. کل فعالیت های دندانپزشک از ۱۲۰۹ در گروه حقوق و دستمزد به ۱۵۳۴ در گروه FFS افزایش یافت.

## ۴-۶ 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 راه حل‌های 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 فرهنگ سازی 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 مطالعه 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

ردیف	عنوان	هدف مطالعه	طراحی	نتایج مطالعه	پیشنهادات
۱	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 سرانه پیشنهاد می‌شود در سطوح دوم و سوم ترکیبی از روش‌های DRG و پرداخت به ازای عملکرد بویژه برای بیماران بستری استفاده شود. برای خدمات سرپایی روش FFS پیشنهاد شده است.
۲	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: <b>چالش‌های سیاستی:</b> - عدم موفقیت در تولید نظام سلامت، - تضاد منافع - تعرفه‌های غیرواقعی، - فقدان گایدلاین، - فقدان سازگاری بین سیستم‌های پرداخت مختلف، - فقدان ارتباط مناسب بین مدیران <b>چالش‌های هزینه‌ای:</b> - تحمیل هزینه‌های غیرضروری به بیمار، - تحمیل هزینه‌های زیاد به شرکت‌های بیمه، - تأخیر در پرداخت مطالبات و عدم رضایت ارائه دهندگان، - افزایش هزینه‌های سیستم سلامت <b>چالش‌های نظارتی:</b> - عدم نظارت و مکانیسم مجازات مناسب، - نارضایتی افراد <b>چالش‌های عملیاتی:</b> - تحمیل خدمات غیرضروری به بیمار، - کاهش کیفیت خدمات، - دسترسی محدود برخی از بیماران به خدمات	راه‌های حل مشکل سیستم‌های پرداخت فعلی بیمارستان‌های ایران: <b>راه‌حل‌های نظارتی:</b> - تفکیک تولید نظام سلامت، - تحقق خریدهای استراتژیک <b>راه‌حل‌های ساختاری:</b> - حرکت به سمت سیستم‌های پرداخت ترکیبی، - حرکت به سمت سیستم‌های پرداخت آینده‌نگر، - در نظر گرفتن اقدامات و شاخص‌های منطقه‌ای <b>راه‌حل‌های هزینه‌ای:</b> - تعرفه‌های واقعی و قیمت‌گذاری دقیق خدمات، - استقرار سیستم حسابداری مبتنی بر هزینه <b>راه‌حل‌های بهبود کیفیت:</b> - توسعه و بومی‌سازی دستورالعمل‌های بالینی - در نظر گرفتن پیامدهای بیمار در سیستم پرداخت <b>راه حل‌های ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات:</b> - آموزش پزشکان و تشویق مشارکت آنها در بهبود سیستم‌های پرداخت، - آموزش بیماران و فرهنگ سازی <b>راه حل نظارت و ارزیابی:</b> - نظارت قوی بر اساس رهنمودهای بالینی

در کادر ۴-۶ پیشنهاداتی در جهت کاهش شکافهای دانشی موجود در زمینه موانع و چالش‌های نظام پرداخت ایران ارائه شده است.

#### کادر ۴-۶ 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.

#### ۴-۷ 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 ۴-۱ برای پاسخ به سوال اول و جداول ۴-۲ تا ۴-۹ برای پاسخ به سوال دوم طراحی شدند. جمع بندی مطالب فوق در جدول ۴-۱۰ نمایش داده شده است که در یک نگاه کلی شکافهای دانشی موجود را در سطوح مختلف ارائه خدمت نشان داده می‌دهد.

#### جدول ۴-۱۰ شکافهای دانشی موجود در حوزه نظام پرداخت ایران

چالش‌های موجود	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت		
		بستری	موسسه	سطح دو سه
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 هزینه‌های موسسات در سطوح دو و سه شده است؟ ۴. اجرای این روش چه تاثیری بر کنترل هزینه‌های سازمان دارد؟ ۵. این روش چه اثرات مثبت و منفی بر عملکرد سازمان دارد؟	بودجه خطی			
۱. تاثیر پرداخت کارانه بر کیفیت 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؟	پرداخت به ازای خدمت			
۱. اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه‌کننده خدمت (در کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟ ۲. اثرات این روش پرداخت بر بیمه‌ها چگونه است؟ ۳. علاوه بر تفاوت‌های مربوط به تعرفه‌های مصوب با قیمت‌های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای این روش پرداخت وجود دارد؟ ۴. چگونه می‌توان اشکالات و محدودیت‌های این روش پرداخت را برطرف کرد و آن را بهبود بخشید؟	پرداخت موردی برای ۹۰ عمل شایع			
۱. آیا نظام پرداخت گلوبال توانسته به خوبی جایگزین این روش شود؟ ۲. الزامات اجرای این روش پرداخت در ایران چیست؟ ۳. نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با این نظام پرداخت در ایران چیست؟	DRG			
** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد. ۱. این روش پرداخت چه پیامدهایی را برای سازمان می‌تواند داشته باشد؟ ۲. نقاط ضعف و قوت این روش پرداخت کدام است؟ ۳. این روش چگونه رفتار ارائه‌کننده خدمت را تغییر می‌دهد؟	پرداخت روزانه (هتلینگ)			

چالش‌های موجود	روش پرداخت	سطوح ارائه خدمت					
		سرپایی	فرد	سطح نو و سه			
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی	فرد	سطح نو و سه			
<p><b>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</b></p> <p>۱. رضایت ارائه‌کنندگان خدمت از این روش پرداخت چقدر است؟ ۲. تاثیر این روش بر کیفیت عملکرد ارائه‌کننده خدمت چگونه است؟</p>	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت						
		بستری (بازتوزیع در موسسه)	فرد	سطح نو و سه			
<p>۱. این روش پرداخت چه تاثیری بر ارائه خدمات باکیفیت دارد؟ ۲. این روش پرداخت چه تاثیری بر کنترل هزینه‌ها دارد؟</p>	حقوق (اعضای هیات علمی) + کارانه بر مبنای سیستم پلکانی معکوس توسط پزشک						
<p>۱. آیا روش پرداخت حقوق می‌تواند انگیزه کارکنان را برای ارائه خدمات باکیفیت بهبود بخشد؟ ۲. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر عملکرد "پزشکان متخصص" خواهد داشت؟ ۳. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها داشته است؟ ۴. چگونه می‌توان روش پرداخت مبتنی بر عملکرد فعلی را که در بیمارستان‌ها اجرا می‌شود، بهبود بخشید و نواقص آن را برطرف کرد؟ 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						
	بودجه خطی				سرپایی	پایگاه و مراکز بهداشتی درمانی	سطح یک
<p><b>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</b></p>	حقوق برای کارکنان رسمی و پیمانی						
		سرپایی	برنامه پزشک خانواده	سطح یک			
<p>۱. رضایت پزشکان خانواده از پرداخت‌های صورت گرفته به آنان چقدر است؟ ۲. آیا این روش پرداخت منجر به ارائه خدمات با کیفیت و کمیت مناسب شده است؟ ۳. آیا این روش پرداخت توانسته منجر به جذب و یا ابقای پزشکان در محل خدمت خود شود؟ ۴. آیا این روش منجر به کنترل هزینه‌های بخش سلامت شده است؟</p>	سرانه در روستاها و شهرهای ۲۰ هزار نفر						
	پرداخت به ازای خدمت برای برخی از خدمات				پرداخت موردی به ازای هر ویزیت برای ویزیت غیرمعمول		
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی	واحد‌های سرپایی	سطوح سه گانه			
	پرداخت به ازای خدمت	سرپایی	بخش خصوصی	سطح یک			
<p><b>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</b></p>	پرداخت موردی به ازای هر ویزیت						
	پرداخت به ازای خدمت	بستری	بخش خصوصی	سطح نو و سه			
<p><b>** مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد.</b></p>	پرداخت روزانه (هتلینگ)						
<p>محتوای کلی اکثر مقالات وارد شده در راستای بررسی اثرات روش‌های مختلف پرداخت بر رفتار ارائه‌کننده خدمت نیست 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.

#### ۴-۸ 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 کرده‌اند (۱۲۸). استفاده از تجارب این کشورها و مقایسه نظام‌های پرداخت آنان می‌تواند اهمیت و نقش این سیستم‌ها را در دستیابی به پوشش همگانی روشن‌تر سازد. در جدول ۴-۱۱ به مقایسه نظام‌های پرداخت در کشورهای مختلف پرداخته شده است.

جدول ۴-۱۱ روش‌های پرداخت در کشورهای مختلف

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه	روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان در کشورهای تحت بررسی			پیشنهاد برای ایران
۱	ارزیابی شیوه‌های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب؛ ارائه الگو برای ایران کریمی / ۱۳۸۷	کشورها	پرداخت به بخش بهداشت	پرداخت به بیمارستانها	پرداخت به پزشکان
		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		



## گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

ردیف	عنوان مقاله / پایان نامه	روش های پرداخت به ارائه کنندگان در کشورهای تحت بررسی			پیشنهاد برای ایران
		کشورها	مراقبتهای اولیه	مراکز درمانی دولتی	مراکز درمانی خصوصی
۲	روشهای پرداخت حق الزحمه پزشکان عمومی در دنیا: مروری ساختار یافته بر مستندات بین-المللی مولوی / ۱۳۹۱	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 روش های 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، پرداخت-های مربوط به ایمن سازی) 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 پایین تر	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)
		امریکا	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی	پرداخت ترکیبی
		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

## گزارش کامل طرح پژوهشی شناسایی شکاف دانشی در خصوص چالشهای نظام فعلی پرداخت در ایران و پیشنهاد اصلاحات آن

پیشنهاد برای ایران	روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان در کشورهای تحت بررسی		عنوان مقاله / پایان نامه	ردیف	
<p>۱. پرداخت به پزشکان خانواده (پزشکان عمومی)</p> <p>۱.۱. روش‌های پرداخت به پزشک خانواده به صورت تلفیقی از چندعامل خواهد بود.</p> <p>هیچ روش پرداختی کامل نیست و توصیه می‌شود روش‌های پرداخت تلفیقی استفاده شود.</p> <p>۱.۲. حقوق بخشی از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد. حداقل حقوق به منطقتی تعهدات مقابل پیشنهاد شده است.</p> <p>۱.۳. سرانه به ازاء تعداد پرونده‌های خانوار (که مسئولیت آن را بر عهده دارد)، بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد.</p> <p>۱.۴. پاداش نیز بخش دیگری از درآمد پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد (برای ترغیب به رعایت دقیق دستورالعمل‌ها و تنظیم رفتار در نحوه ارجاع بیماران)</p> <p>۱.۵. این پاداش به ازای شاخص‌های تعریف شده‌ای که به اجرای صحیح نظام کمک می‌کنند، به طور مستمر پرداخت می‌گردد (ماهانه یا ۳ ماه یکبار).</p>	<b>مکانیسم پرداخت به پزشکان</b>	<b>کشورها</b>	<p>بررسی روش‌های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران وطن خواه / ۱۳۹۰</p>	۳	
	به یکی از سه روش: کارانه، حقوق ماهیانه و یا پیش‌پرداخت	نهادهای حفظ سلامت آمریکا			
	پزشکلن عمومی که به عنوان دروازه‌بان در سیستم ارجاع کار می‌کنند، به ازای ثبت نام هر بیمار مبلغ ثابتی را دریافت می‌کنند.	تشکیلات بیمه اجتماعی فرانسه			
	پزشک عمومی: کارانه و همچنین برطبق جدول حق‌العلاج ایالتی پزشک متخصص: کارانه	تشکیلات بیمه همگانی کانادا			
	حق‌الزحمه پزشکان متفاوت است. یک سیستم ترکیبی وجود دارد که نرخ یکسان را دریافت می‌نمایند.	تشکیلات بیمه اجتماعی اتریش			
	پزشکان حقوق و پاداش درصافت می‌کنند، البته برای تشویق پزشک در مناطق محروم به آنها حقوق بیشتری پرداخت می‌شود، همچنین پزشک خانواده به تعداد بیمار ثبت شده در لیست خود از مدیر مرکز بهداشت حقوق دریافت می‌کند.	تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه			
	پزشک عمومی: سرانه، کارانه، حقوق پزشک متخصص: حقوق، کارانه	نظام ملی سلامت انگلستان			
	به فراهم کنندگان خدمات در برابر ارائه خدمت بر مبنای کارانه پرداخت صورت می‌گیرد. این علاوه بر حقوق و مزایای تعیین شده برای این افراد است.	بیمه سلامت ملی کره جنوبی			
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.	خدمات سلامت ملی شیلی				
	<b>مکانیسم پرداخت به پزشکان</b>	<b>کشورها</b>	<p>A Descriptive - Comparative Study of Implementation and Performance of Family Physician Program in Iran and Selected Countries Sepehri/ 2018</p>	۴	
	FFS، سرانه و حقوق	ایران			
	FFS، سرانه	هلند			
	FFS، سرانه	امریکا			
	FFS، سرانه	دانمارک			
	FFS، سرانه و حقوق	انگلیس			
	FFS و مشوق‌ها	استرالیا			
	FFS، سرانه	کانادا			
	<b>مراقبت‌های اولیه</b>	<b>بیمارستانها</b>	<p>Comparing the Health Care System of Iran with Various Countries</p> <p>Almaspoor/ 2017</p>	۵	
	بودجه گلوبال و FFS در بیمارستانهای عمومی (شامل هزینه‌های پزشکان)، FFS در بیمارستانهای خصوصی	FFS			استرالیا
	بودجه عمومی و FFS در بیمارستانها (شامل هزینه پزشکان نمی‌شود)	اکثراً FFS، اما آلترناتیو های دیگر هم وجود دارد (مانند سرانه)			کانادا
	بودجه عمومی و پرداخت موردی شامل هزینه‌های پزشکان	ترکیبی از سرانه و FFS			دانمارک
	بیشتر FFS و قراردادهای خدمت	ترکیبی از سرانه، پرداخت به ازای عملکرد و FFS			انگلستان
	بودجه عمومی و FFS	FFS			آلمان
	بودجه عمومی و FFS	ترکیبی از سرانه و FFS			ایتالیا
	پرداخت روزانه و FFS	FFS			ژاپن
	بودجه عمومی و پرداخت موردی	درآمد ترکیب شده از قراردادها و هزینه استفاده شده (با توجه به هزینه های سرانه تسهیم شده)؛ دولت از پرداختهای FFS حمایت می‌کند			نروژ
	پرداخت روزانه و موردی	بیشتر سرانه و برنامه‌های خصوصی مقداری هم FFS			امریکا
	هزینه های عمومی و FFS	یارانه و سرانه			ایران

بررسی روش‌های پرداخت در کشورهای تایلند، شیلی و سوئد که در زمینه دستیابی به پوشش همگانی سلامت بسیار موفق عمل کرده‌اند (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 می‌کند. هر سه این روش‌ها از روش‌های مورد استفاده به منظور کنترل هزینه‌ها در بخش سلامت هستند. براساس مطالعات وارد شده این کشور از روش پرداخت مبتنی بر خدمت استفاده نمی‌کند (۶). روش پرداخت مورد استفاده در شیلی در سطوح یک و دو عمدتاً 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 نظام‌های 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.

#### ۴-۹ اولویت بندی شکافهای دانشی استخراج شده از منابع مختلف

براساس جهت‌گیری کلی نظام سلامت در خصوص نظام‌های پرداخت و فارغ از انتخاب بهترین روش، تاکید شده است که روش پرداخت مربوطه الزاماً آینده نگر باشد، چراکه سازوکارهای پرداخت گذشته نگر، در حال حاضر جز در مواردی که به صورت ترکیبی در کنار سایر سازوکارهای پرداخت و به عنوان تکمیل کننده روش‌های پرداخت آینده نگر به کار روند، به طور کلی منسوخ شده‌اند (۵۱). در همین راستا و با در نظر گرفتن مطالعات بررسی شده و همچنین در نظر گرفتن میزان گردش مالی نظام سلامت براساس روش‌های پرداخت مختلف، اولویت بندی شکافهای دانشی، جهت بررسی و مطالعه بیشتر در جدول ۱۰۵ نشان داده شده است. مطابق با این جدول روش‌های پرداخت گلوبال و DRG، روش پرداخت مبتنی بر عملکرد و پرداخت به پزشکان خانواده در اولین اولویت بررسی قرار دارند و روش‌های پرداختی مانند حقوق و بودجه که اثرات آن بر رفتار ارائه کننده مشخص است در اولویت آخر قرار داده شده‌اند.

### جدول ۵-۱ شکاف‌های دانشی شناسایی شده بر اساس اولویت

<p>۱. اجرای پرداخت به شیوه گلوبال چه تاثیر منفی یا مثبتی بر رفتار ارائه‌کننده خدمت (در بعد کیفیت و کمیت خدمات) داشته است؟</p> <p>۲. علاوه بر تفاوت‌های مربوط به تعرفه‌های مصوب با قیمت‌های واقعی، چه مشکلات و موانع دیگری برای اجرای روش پرداخت گلوبال در ایران وجود دارد؟</p> <p>۳. چگونه می‌توان اشکالات و محدودیت‌های روش پرداخت گلوبال فعلی را برطرف کرد و آن را بهبود بخشید؟</p> <p>۴. الزامات اجرای روش پرداخت DRG در ایران چیست؟</p> <p>۵. نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدهای مرتبط با روش پرداخت DRG در ایران چیست؟</p>	<p>روش پرداخت گلوبال و DRG</p>	
<p>۱. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری بر عملکرد "پزشکان متخصص" خواهد داشت؟</p> <p>۲. پرداخت مبتنی بر عملکرد چه تاثیری در کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستانها داشته است؟</p> <p>۳. چگونه می‌توان این روش پرداخت را بهبود بخشید؟</p>	<p>روش پرداخت مبتنی بر عملکرد</p>	<p>بیشترین اولویت</p>
<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>آیا این روش منجر به کنترل هزینه‌های بخش سلامت شده است؟</p>	<p>برنامه پزشک خانواده</p>	
<p>۱. تاثیر روش پرداخت کارانه بر 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>	<p>کارانه</p>	<p>اولویت متوسط</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>	<p>پرداخت روزانه (هتلینگ)</p>	
<p>۱. روش پرداخت براساس حقوق چه تاثیری بر ارائه خدمات باکیفیت دارد؟</p> <p>۲. این روش پرداخت چه تاثیری بر کنترل هزینه‌ها دارد؟</p>	<p>روش پرداخت حقوق</p>	
<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. آیا پرداخت از طریق بودجه خطی منجر به کنترل هزینه‌های خدمات سرپایی در پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی شده است؟</p> <p>۵. کدامیک از روش‌های تخصیص بودجه در سطوح مختلف ارائه خدمت در ایران توصیه می‌شود؟</p>	<p>بودجه</p>	<p>اولویت کمتر</p>

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه‌گیری

## ۵-۱ 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.

## ۵-۲ بحث

### پرداخت به پزشکان خانواده

پزشک خانواده مهمترین برنامه راهبردی برای نظام سلامت هر کشور است که علاوه بر تأمین 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 می دهد 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 روش های پرداخت متعدد، مدل سرانه را مدل برتر می دانند. 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 پرداخته‌اند (۱۱۶، ۱۱۷). مشاهده می‌شود 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 هزینه‌های واقعی اعمال جراحی گلوبال با تعرفه‌های مصوب پرداخته بودند. در ۹ مطالعه از ۱۴ مطالعه هزینه‌های واقعی بیشتر از تعرفه‌های مصوب برآورد شده بود که این موضوع ضرر بیمارستان‌ها را در پی خواهد داشت. پیشنهادات مختلفی برای جبران این مشکل در مطالعات مختلف مشاهده می‌شود. به طور مثال عرب و همکاران (۱۹) پیشنهاد کرده‌اند که تعرفه‌های مصوب اعمال جراحی گلوبال مورد بازبینی قرار گیرند و متناسب با نرخ تورم تعدیل شوند. همچنین برای محاسبه تعرفه‌های 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 نامه‌ها 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 می‌توانند با اصلاح فرآیندها و مدیریت مصرف منابع، بویژه داروها و مواد مصرفی این‌گپ 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 تعرفه های گلوبال داراست. در مطالعه حسینی اشپلا و همکاران (۷۷) نیز در اعمال دیلاتاسیون و کورتاژ، کولپوپریتئورافی، سقط قانونی به روش جراحی با یا بدون دیلاتاسیون و کورتاژ هزینه های واقعی بیشتر از تعرفه های گلوبال بود. این دو مطالعه نیز نتایج نزدیکی با یکدیگر داشتند. در مطالعاتی که تعرفه های گلوبال بیشتر از هزینه های واقعی ارزیابی شده بود می توان 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 هزینه های واقعی این اعمال است. فتاح پور و همکاران (۴۵) نیز بیشترین تفاوت را مربوط به عمل هیستریکتومی و سپس سزارین نشان داده بودند. نتایج این دو مطالعه نیز مشابه ارزیابی می شوند.

با در نظر گرفتن اینکه استقرار نظام های پرداخت آینده نگر و به حداکثر رساندن منافع حاصل از این سیستم های پرداخت در جهت کنترل هزینه ها می تواند گام بزرگی در راستای پوشش همگانی سلامت باشد، مطالعات بالا نشان می دهد که اگرچه از سال ۱۳۷۸ نظام پرداخت گلوبال در بیمارستانها اجرا می شود اما همچنان با مشکلات متعددی روبروست. نتایج این مطالعات نشان می دهد که اصلاح و بازبینی تعرفه های مصوب اعمال جراحی گلوبال امری ضروری است. از سوی دیگر باید تمهیداتی برای کنترل هزینه ها توسط بیمارستانها (مدیریت و کادر بالینی) سنجیده شود تا هزینه های تحمیل شده همسو با تعرفه های 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 علاقه مندی به کار، افزایش تعهد سازمانی و افزایش کیفیت کار می شود. در مطالعه ای دیگر نیز گزارش شده است که پرداختهای مبتنی بر عملکرد باعث بهبود مدیریت منابع مالی، افزایش بهره وری کارکنان و تجهیزات و تسهیلات، ایجاد عدالت در پرداخت، بهبود کیفیت خدمات، افزایش کیفیت و رضایتمندی عملکرد کارکنان می شود (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 نشان دهنده 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 معنی داری 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 مطالعه‌ای نیز اشاره شده است که به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بزرگترین عامل تهدیدکننده 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 ارائه‌کنندگان 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 ارائه‌کنندگان بخش خصوصی، مبذول نمی‌دارند. سازوکار پرداخت کارانه به علت اینکه گذشته نگر و متغیر است، هیچ خطری مالی را به ارائه‌کنندگان تحمیل نمی‌کند و در مقابل پرداخت‌کنندگان 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 سه‌گانه 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 ۴-۷ 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 توسعه‌یافتگی، 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 نظام‌های پرداخت در کشورهایی که توانسته اند در امر پوشش همگانی سلامت پیشرو باشند، می‌تواند اهمیت و نقش این سیستم‌ها را در دستیابی به پوشش همگانی روشن‌تر سازد. در جدول ۸۰۴ به مقایسه نظام‌های 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 ارائه‌کنندگان استفاده کرده‌اند. به طور مثال تایلند در سطح مراقبت‌های اولیه از روش پرداخت سرانه استفاده می‌کند، پرداخت در مراکز درمانی دولتی از طریق روش‌های کارانه و سرانه و پرداخت‌های ترکیبی صورت می‌گیرد، 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 می‌کند. 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 می‌کند (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 یافته آنها دنبال داشته باشند تا بتوانند کشورها را به پوشش همگانی سلامت نزدیک سازند.

### ۵-۳ نتیجه گیری

در مطالعه حاضر با استفاده از مرور حیطه‌ای به شناسایی چالش‌های دانشی موجود در سیستم سلامت ایران پرداخته شد. مشخص شد که در برخی از حیطه‌ها مطالعه‌ای 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 هزینه‌های 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 هزینه‌ها 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 می‌توان هزینه‌های این روش پرداخت را در سیستم سلامت کاهش داد؟ 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؟ پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک که در سال ۱۳۹۳ پایه‌گذاری شد، پرداخت مبتنی بر عملکرد دریافتی غیرمستمر کارکنان که جایگزین اضافه کار و کارانه به روش قبل بود را نشان می‌دهد. 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 می‌توان از اثرات آن بر تغییر رفتار ارائه‌کننده 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 هزینه‌های سلامت شناخته شده است، چالش‌های زیادی در نرخ‌های 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 روش‌های 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؟

به منظور کنترل هزینه‌ها و افزایش کیفیت مراقبت‌های سلامت، همانند بسیاری از کشورهای جهان بویژه کشورهای پردرآمد و با درآمد متوسط، جهت‌گیری کلی نظام سلامت ایران در دهه اخیر به سمت روش‌های پرداخت آینده‌نگر از قبیل پرداخت سرانه، پرداخت به ازای مورد (مانند روش گلوبال و DRG) و پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد و ارزش بوده است. با این حال تاکنون مطالعات محدودی در خصوص این روش‌های پرداخت در ایران انجام شده است. لذا بررسی روش‌ها و الزامات پیاده‌سازی این روش‌های پرداخت در ایران، بررسی تاثیر این روش‌ها بر روی کمیت و کیفیت مراقبت‌های سلامت، رضایتمندی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات و راهکارهای بهبود روش‌های پرداخت آینده‌نگر فعلی از قبیل روش پرداخت سرانه در برنامه پزشک خانواده و پرداخت گلوبال و عملکردی در بیمارستان‌ها از مهمترین شکاف‌های دانشی در حوزه نظام پرداخت در ایران است. لذا 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.

#### ۴-۵ پیشنهادات برای پژوهش‌های آینده

- پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در راستای موضوعات زیر و تکمیل شکافهای دانشی شناخته شده در این زمینه باشند؛
- چگونه می‌توان روش پرداخت گذشته‌نگر کارانه 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
- 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؟

## فهرست منابع

1. 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.
2. Rooney E. Corporate attitudes and responses to rising health care costs. *AAOHN Journal*. 1990;38(7):304-11.
3. Bodenheimer T. High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation. *Annals of internal medicine*. 2005;142(10):847-54.
4. Orszag PR, Ellis P. The challenge of rising health care costs-a view from the Congressional Budget Office. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(18):1793.
5. 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، مخترع، هادی. ارزیابی شیوه های تأمین مالی و نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات سلامت در کشورهای منتخب: ارائه ی الگو برای ایران. مدیریت سلامت. ۱۹۲۰؛۸(۲۲):۱۵-۲۴.
7. Mohagheghi M. Review the Situation and Prescribe Antibiotics in Tehran City **Between the Years 1998 till 2001**. The Final Report of the Research Project Tehran. 2004.
۸. اکبری ساری ع، معنوی س. نقشه جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
9. 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(7).
10. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
11. Liu X, Mills A. Payment mechanisms and provider behavior. *Alexander S Preker Xingzhu Liu Edit V Velenyi*. 2007:259.
12. Rahmany K, Barati M, Ferdosi M, 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.
13. Ellis RP, McGuire TG. Optimal payment systems for health services. *Journal of health economics*. 1990;9(4):375-96.
۱۴. آذر فعفر، رضاپور ع. اقتصاد مراقبت سلامت. دوم و، ۲۰۱۲ editor.
15. Ellis RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. *Journal of health economics*. 1986;5(2):129-51.
16. 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، آرش ر. روش های کنترل مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت: مداخلات تقاضا و مداخلات عرضه (مقاله مروری).
18. Khan MS, Mirakhor A. Islamic banking: Experiences in the Islamic Republic of Iran and in Pakistan. *Economic Development and Cultural Change*. 1990;38(2):353-75.
۱۹. محمد ع، حجت ز، رامین رگ، علی فن، علی ر. مقایسه هزینه اعمال جراحی گلوبال با هزینه واقعی در انستیتو کانسر.
20. 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.

21. MOJAHED F, VAHIDI R, ASGARI JM, GHOLIPOOR K, MEHRI N. Payment Mechanisms Effect On Performance Indicators of Family Physician Program. 2015.
22. 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*. 2012;30(4).
23. 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.
24. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhasani M, Baneshi M, Mirzaei S, Oroomiei N. Association between Pilot Urban Family Physician Program and Health Financial Protection Measures in Fars and Mazandaran Provinces. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13:48-58.
25. Shaarbafchi Zadeh N, Shabankareh K, 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.
26. Vatankhah S, Gorji HA, Khosravizadeh O, Mohseni M. 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(57).
۲۷. خواه و، سودابه، خالصی، آذر عف، فرید، فردوسی، et al. بررسی روش های پرداخت به پزشکان در نظام ارجاع کشورهای منتخب و ارائه راهکار برای بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی ایران. *مجله بیمارستان*. ۲۰۱۱;۱۱(۲):۷۷-۸۶.
28. Amiresmaili M, Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Salari H. Causes of informal payments in health sector: a qualitative study of viewpoints of physicians, policy makers and patients. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):72-83.
29. 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.
30. 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.
31. Heidari Z, MOEENI M, Khodamoradi A. The Analysis of the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals. 2018.
32. Kazemian M. Comparative assessment of payment methods of fee-for-services and per capita for household's health insurance services: theoretical framework and application. *دانشور پزشکی-دانشور سابق*. 125)24;2016).
33. Bastani P, Ahmadzadeh M, AbbasiLarki 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.
34. Yazdi Feyzabadi V, Mehrolhassani 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 تأمین اجتماعی.
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.
37. SEYED BSH, KHOSHAB H, MAHDIZADEH M, YAGHOBIPOOR M, KHOSHAB M. IMPLEMENTATION OF ENFORCEMENT PRODUCTIVITY LAW AND PERFORMANCE-BASED PAYMENT AND NURSES'JOB SATISFACTION. 2017.

38. 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.
39. 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.
40. 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.
41. Chatruz A, Javadinasab H, Amini MK, Biglar M, Goudarzi N, Javad J. A comparison of the cost of global surgery bills with approved tariffs in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Payavard Salamat*. 2015;9(1):67-80.
42. 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.
43. Hosseini-Eshpala R, Khorramy F, Baniasadi T, Azarmehr N, Mohammady F, Haghghi H, et al. The 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.
44. 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(6).
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.

52. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41382.html>. Canadian Institutes of Health Research; [

53. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.

54. 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 ممت. 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): ۲۶۳-۸۲.
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 دمیرس. 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 حپ. 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.
۶۷. 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 رجائی گچساران. ۱۳۹۶.
۶۹. بررسی تاثیر مولفه های نظام بودجه ریزی عملیاتی بر اثربخشی هزینه های درمان بیمارستانها براساس 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 نزاچا 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): ۱۷۹-۹۸.
۷۲. اله دفک، صفدر ش. موانع استقرار بودجه ریزی عملیاتی در حوزه درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷۳. عبادی، عباس، آبادی ح، محمد، نیز س، مسعود، et al. بررسی تأثیر طرح کارانه بر عملکرد پرستاران از دید پرستاران و مدیران. مدیریت سلامت. ۲۰۰۵؛ ۱۸(۱): 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): ۲۲-۸.
۷۶. چترروز آ، 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. ۲۰۱۵؛ ۹(۱).
۷۷. اشپلاح، راحیل، خرمی، فرید، اسدی ب، طیبیه، et al. مقایسه هزینه پرونده های بستری در نظام گلوبال با سیستم بازپرداخت 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، کاره، 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): ۴۹-۵۵.
85. Zarei E, Hashemi M, Daneshkohan A, Kakemam E. Does the approved tariff cover the actual cost of global surgical procedures? 2020.
86. 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.
87. Goudari FB, Rashidian A, Arab M, Mahmoudi M, Jaafaripooyan E. A trend analysis of surgical operations 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.
89. 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.
90. 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.
91. 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;24(3):251-64.
۹۲. باقری س، حمید س، خوشاب، هادی، مهدیزاده، پوری، et al. اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری، 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، جبباری، جوادی. 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. تولیده، فر ص، جمیل، پور ن، امیراشکان، روشنی، et al. رابطه شیوه‌های 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 سیاستگذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی در ایران.
98. 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*

- Nersing Management. 2018;7(2):37-48.
99. 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. همای سلامت. ۱۳۸۹؛ سال هفتم (۳): ۶-.
102. 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.
103. 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).
104. Jabbari A, Shaarbafchi Zadeh N, Maddahian B. Identifying Executive Challenges of Performance-Based Payment from Medical and Educational Hospitals Administrators' Perspective and Offering Solutions in Isfahan (2018). Evidence Based Health Policy, Management and Economics. 2019;3(2):121-30.
105. 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.
106. 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 hospital). IIOAB Journal Volume. 2016;7(1).
107. 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 پ، میرزایی م، اسدزاده ا. ارائه 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، پدرام، 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؛ ۱۴(۱): ۵۱-۶۲.
۱۱۱. ایزدی، شبنم. طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در مراقبتهای 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، پورق، مهری ن. تاثیر نظامهای 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.
115. Esmaeili 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(4).
116. 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.

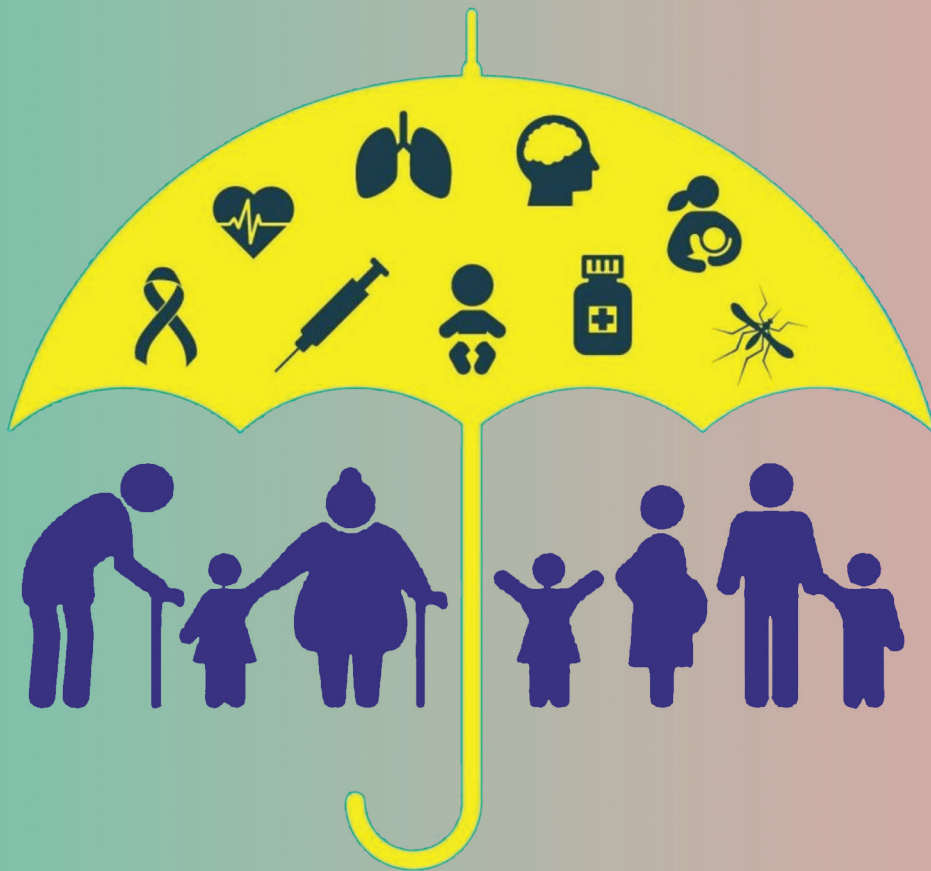
117. Delgoshaei B, Vatankhah S, Sarabandi A. Performance payment challenges for family physician program. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9.
118. Sarikhani Y, Bagheri Lankarani K. Mixed payment method, the experience of a new payment method for health service providers in family physician program in Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2013;14(4).
119. 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(1).
۱۲۰. محمود ك، 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):۸۲-۸.
123. Emrani R, Sargeran K, Grytten JI, Hessari H. Dental service mix alterations following payment method change. 2019.
124. 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(1).
125. 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 وبدوآ. 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.
127. Emamgholipour S, Alipanah Dolatabad M, Nourizadeh Tehrani P. Assessing the Progress of Successful Selected Countries in Achieving Universal Health Coverage in 2017 and Providing Appropriate Solutions for Iran: A Review Study. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2020;3(2):68-81.
128. 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#۱-.



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح

# بررسی وضعیت موجود و شکاف دانشی تعارف‌گذاری در نظام سلامت ایران



# بررسی وضعیت موجود و شکاف دانشی تعارف‌گذاری در نظام سلامت ایران

## مجری طرح

دکتر علی اکبری ساری  
دکتر رجبعلی درودی  
دکتر سید میثم موسوی  
مینا انجم‌شعاع

إلى  
العلماء  
والشعراء

## فهرست محتوی

۱۴	چکیده
۱۴	مقدمه:
۱۶	اهداف و سوالات مطالعه
۱۶	روش مطالعه
۹۲	یافته‌ها
۹۲	مرور تاریخی
۹۷	حوزه‌های مطالعاتی





## چکیده

مقدمه: تعرفه‌گذاری یکی از مهمترین ابزارهای سیاستگذاران نظام سلامت هر کشور، برای اعمال تولید است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات تاثیرگذار است و با آن می‌توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تاثیر گذاشت. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت موجود تعرفه‌گذاری و شناسایی شکاف‌های دانشی این حوزه، انجام شد.

روش: در این مطالعه با بهره‌گیری از مرور نظام‌مند، به شناسایی کلیه مطالعات مرتبط پرداخته شد. با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب و بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی و زبانی، دو پایگاه داده‌ای بین‌المللی (PubMed، Embase) و سه پایگاه داخلی (مگ ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، و ایرانداک) به همراه Google Scholar و پایگاه پایان‌نامه‌های وزارت بهداشت، مورد جستجو قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده به صورت موضوعی و بر اساس کیفیت شواهد، مورد تحلیل و خلاصه‌سازی قرار گرفته و گزارش نهایی با فرمت ساختاریافته‌ی توافق شده، تهیه گردید. فرآیند شناسایی شکاف‌های دانشی نیز در ۴ گام ذیل انجام شد: (۱) طراحی ماتریس اختصاصی ارائه پیشنهادات تحقیقاتی مطابق چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری؛ (۲) ورود مطالعات به ماتریس مطابق با بعد متناظر مربوط به آن و سپس ارائه پیشنهادات تحقیقاتی؛ (۳) انجام مقایسه بین پیشنهادات مندرج در ماتریس، با مطالعات انجام شده، و استخراج لیست اولیه؛ (۴) ارزیابی موارد پیشنهادی با توجه به معیار اهمیت و ضرورت انجام آن‌ها و نهایی‌سازی پیشنهادات تحقیقاتی.

یافته‌ها: با جستجو در پایگاه‌ها، تعداد ۱۹۰ رکورد بازیابی گردید که پس از حذف موارد تکراری (۷۵ مورد)، تعداد ۱۱۵ رکورد وارد مرحله اسکرین شدند. پس از اسکرین مطالعات نیز، تعداد ۶۰ رکورد حذف گردید و ۵۵ مطالعه وارد مرحله سنجش معیارهای ورود به مطالعه قرار گرفتند که در نهایت ۴۹ مطالعه معیارهای ورود را کسب کردند. با بررسی دقیق مطالعات، اطلاعات استخراج شده به صورت موضوعی و بر اساس کیفیت شواهد، مورد تحلیل و خلاصه‌سازی قرار گرفته و ده حوزه مطالعاتی شناسایی و دسته‌بندی گردید. در نهایت نیز مطابق چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری، ۲۶ مورد شکاف دانشی در قالب پیشنهاد تحقیقاتی شناسایی و اولویت بندی شد.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که با وجود انجام مطالعات با اهداف مختلف در زمینه تعرفه‌گذاری، شکاف‌های دانشی بسیاری در این حوزه وجود داشته که ضروری است توسط مراکز مطالعاتی و پژوهشگران علاقمند به این حوزه، مرتفع گردد. شایان ذکر است که موارد پیشنهادی تنها به این موارد محدود نشده و در مقاطع زمانی مختلف نیازمند انجام مطالعات مشابه جهت شناسایی و یکپارچه نمودن یافته‌های مطالعات انجام شده در این حوزه و ارائه بازخورد مناسب به سیاستگذاران و مدیران ارشد حوزه تعرفه‌گذاری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: شکاف دانشی، تعرفه‌گذاری، نظام سلامت، ایران

## مقدمه:

چالش مشترک کلیه کشورها در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup>، رشد روز افزون هزینه خدمات و

1. Universal Health Coverage (UHC)

مراقبت‌های سلامت به سه دلیل عمده مسن شدن جمعیت، رشد روزافزون فناوری‌های حوزه سلامت و افزایش انتظارات سلامت جامعه در کنار محدودیت منابع مالی در دسترس برای پاسخگویی به این نیازهای روز افزون است. عدم توازن و تعادل بین منابع مالی در دسترس و هزینه‌های روزافزون، تهدیدی جهانی برای کلیه نظام‌های سلامت می‌باشد. پایداری در تأمین مالی نظام سلامت، به معنای ایجاد اطمینان از توانایی یک نظام سلامت، از تأمین مالی نیازهای حال و آینده جمعیت هدف، یکی از اهداف مشترک همه نظام‌های سلامت در سراسر دنیا است. از سوی دیگر و با توجه به بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت لزوم توجه جدی به موضوع ایجاد پایداری در تأمین مالی نظام سلامت، الزامی قانونی فراروی نظام سلامت کشور است. بدین منظور، اصلاح کلیه فرآیندهای حوزه تأمین مالی نظام سلامت، شامل تولید منابع و تجمع درآمدها، انباشت و توزیع ریسک و خرید راهبردی خدمات باید مورد بازنگری و اصلاح قرار گیرند (۱).

تعرفه‌گذاری خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین اجزای تخصیص منابع و خرید خدمات سلامت است که نقش مهمی در کنترل هزینه‌های نظام سلامت ایفا می‌نماید. تعرفه‌گذاری یکی از مهمترین ابزارهای سیاستگذاران نظام سلامت هر کشور، برای اعمال تولید است که در عدالت، کارایی، کیفیت و پاسخگویی در ارائه خدمات تاثیرگذار است و با آن می‌توان بر میزان دسترسی و استفاده از خدمات تاثیر گذاشت (۲-۴).

از اوایل دهه ۷۰ شمسی، برای تعیین ارزش نسبی خدمات سلامت در ایران از کتاب ارزش‌های نسبی خدمات و مراقبت‌های سلامت ایالت کالیفرنیا در کشور آمریکا معروف به کتاب کالیفرنیا استفاده شد. در سال ۱۳۸۴ کتاب تعرفه‌های نظام سلامت کشور براساس کتاب ۲۰۰۴ CPT/RVU به روز گردید؛ ولی به مرحله اجرا نرسید. به رغم چاپ این کتاب، یکی از مهم‌ترین دلایل برای عدم ابلاغ این کتاب، مخالفت سازمان‌های بیمه درمانی در آن زمان ذکر شده است که علت آن احتمال افزایش جدی هزینه سازمان‌های بیمه‌گر در اثر تغییرات پیشنهادی در تعرفه‌ها بود. در سال ۱۳۸۸ نیز نسخه ۲۰۰۸ CPT/RVU، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و توسط وزیر بهداشت وقت ابلاغ گردید اما به دلایل مختلف از جمله مخالف برخی از گروه‌های پزشکی اجرایی نشد. اما تا سال ۱۳۹۳ (تا قبل از شروع طرح تحول) مبنای پرداخت هزینه خدمات بدون روزآمد شدن، علی‌رغم وجود نسخه‌های جدید، بر اساس کتاب قدیم موسوم به کالیفرنیا صورت گرفت. در سال ۱۳۹۳ در دولت یازدهم این مهم مطرح و تلاش‌های همه‌جانبه‌ای در جهت اجرای آن شکل گرفت که در نهایت به ابلاغ کتاب‌های ارزش‌های نسبی منجر شد. مرجع اصلی تعرفه‌های جدید، نیز همان کتاب منتشر شده توسط جامعه پزشکی آمریکا با نام CPT بود. تعرفه‌گذاری بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی نیز از مهر ماه سال ۱۳۹۳، شش ماه پس از اجرای طرح تحول سلامت، آغاز شد (۵-۷).

با وجود بازنگری تعرفه‌ها در طرح تحول سلامت به نظر می‌رسد که هنوز تعرفه‌گذاری خدمات سلامت نتوانسته است شرایط فعلی قیمت‌ها را سازماندهی کند. اجرای برنامه طرح تحول مانند هر برنامه اصلاحات نظام سلامت در کنار دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده نتایج غیر برنامه‌ریزی شده‌ای را هم به دنبال داشته است (۸). نارضایتی ذی‌نفعان و به ویژه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به عنوان اولین عامل می‌باشد که دیگر چالش‌ها شامل چالش‌های اقتصادی و رفتاری در قالب پرداخت‌های زیرمیزی و تقاضای القایی را نیز در پی داشته است. چالش‌های حاصل از تعرفه‌گذاری نادرست و تأثیرات سوء آن بر تمامی ذی‌نفعان نظام سلامت، به عنوان هشدار برای متولیان و

سیاست گذاران این نظام می‌باشد تا در صدد علت‌یابی و تلاش برای رفع این چالش‌ها و مشکلات برآیند (۳، ۹).  
با توجه به حساسیت موضوع تعرفه‌گذاری، و همچنین با توجه به اینکه روش‌های تعیین تعرفه تحت تاثیر نظام تأمین مالی بخش سلامت است، بررسی وضعیت موجود در این زمینه و شناسایی شکاف‌های دانشی در این حوزه هدف اصلی مطالعه حاضر را تشکیل داد.

## اهداف و سوالات مطالعه

هدف (خروجی) اصلی طرح:

تعیین وضعیت موجود و شکاف دانشی تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران

اهداف (خروجی‌های) اصلی و اختصاصی طرح:

شناسایی ابعاد مورد بررسی در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران

شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران

اهداف کاربردی طرح:

تهیه آرشیو علمی در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور

سوالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح):

ابعاد مورد بررسی در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران شامل چه مواردی بوده‌اند؟

شکاف‌های دانشی در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران شامل چه مواردی می‌باشد؟

## روش مطالعه

طراحی این مطالعه به صورت مرور نظام‌مند بود. از راهنماهای موارد ترجیحی در گزارش مقالات مروری منظم و فراتحلیل (PRISMA) استفاده شده است (۱۰). این مطالعه در چهار مرحله به شرح ذیل انجام گردید:

۱) جستجوی شواهد

الف) شناسایی و انتخاب معیارهای ورود و خروج

ابتدا معیارهای ورود و خروج مطالعات شامل نوع مطالعه (design)، جامعه مطالعه (setting) و پیامدها مشخص گردید.

نوع مطالعه (design): کلیه مطالعات انجام شده در حوزه تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران شامل مطالعات مروری، گزارش‌های سیاستی و مطالعات اولیه (مداخله‌ای، نیمه مداخله‌ای، پیمایشی، توصیفی و کیفی).

جامعه مطالعه (setting): مطالعاتی که موضوع آن تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران است.

پیامدها: مطالعاتی که به شناسایی و تحلیل چالش‌ها و نقاط ضعف و قوت تعرفه‌گذاری در نظام سلامت ایران و پیشنهاد اصلاحات در این زمینه پرداخته‌اند.

معیارهای خروج عبارتند از:

مطالعاتی که در قالب Editorial, comment, letter to editor, correspondence, opinion, debate و غیره به چاپ رسیده‌اند؛

مطالعاتی که در سایر کشورها انجام شده‌اند؛

مطالعاتی که هدف آن‌ها بررسی نظام تعرفه‌گذاری نبوده است.

شایان ذکر است که محدودیت زمانی و زبانی در این مطالعه در نظر گرفته نشده است.  
(ب) محل جستجو:

مطالعات مرتبط در دو پایگاه داده‌ای بین‌المللی (PubMed، Embase) و سه پایگاه داخلی (مگ ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ایرانداک) به همراه Google Scholar جستجو شدند. علاوه بر این و به منظور جستجوی گزارشات معتبر و پایان‌نامه‌های مرتبط در این حوزه، پایگاه پایان‌نامه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (<http://thesis.research.ac.ir>) مورد استفاده قرار گرفت.  
(ج) راهبرد جستجوی الکترونیکی:

اولین گام در جستجوی بانک‌های اطلاعاتی، انتخاب واژگان مناسب به منظور حداکثر نمودن بازیابی و استخراج مطالعات می‌باشد. به همین منظور تیم مطالعه با بررسی مطالعات صورت گرفته در زمینه تعرفه‌گذاری، به تدوین لیستی از واژگان کلیدی در ذیل اقدام نمود (جدول ۱).

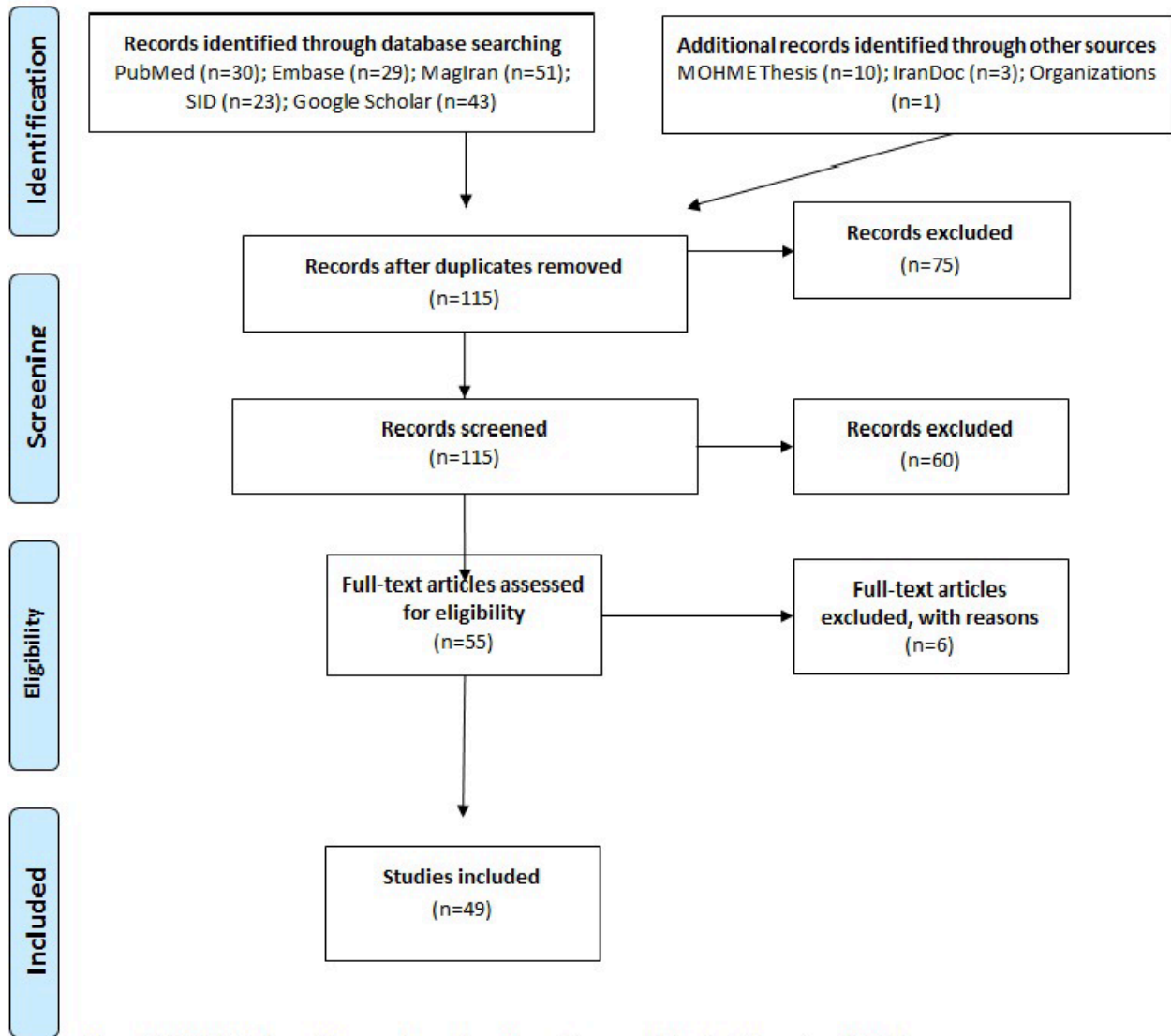
جدول ۱- واژگان کلیدی مورد جستجو

Number	Keywords
#1	Tariff* OR Pric* OR "Fee* schedule" OR "Relativ* valu*" OR Fee OR Fees
#2	Health* OR Medicin* OR Medical OR Physician* OR Dent* OR Pharmac* OR Hospital* OR practitioner* OR Care OR doctor*
#3	Iran

شایان ذکر است که از معادل فارسی واژگان فوق برای جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان بهره گرفته شد. گام بعدی، انجام جستجو در بانک‌های اطلاعاتی بود.

## ۲) غربالگری و انتخاب مطالعات:

با جستجو در پایگاه‌های فوق‌الذکر، تعداد ۱۹۰ رکورد بازیابی گردید که پس از حذف موارد تکراری (۷۵ مورد)، تعداد ۱۱۵ رکورد وارد مرحله اسکرین شدند. جزئیات جستجو در روندنمای پریسما (شکل شماره ۱) نشان داده شده است.



در گام بعدی و پس از اسکرین مطالعات، تعداد ۶۰ رکورد حذف گردید. به عبارتی پس از انجام جستجو و تجمیع گزارش‌های یافت شده و حذف گزارش‌های تکراری؛ عنوان و چکیده مقالات باقیمانده چک گردید. در نهایت ۵۵ مطالعه وارد مرحله سنجش معیارهای ورود به مطالعه قرار گرفتند که در نهایت ۴۹ مطالعه معیارهای ورود را کسب کردند. در ادامه در جدول شماره ۲، عنوان ۴۹ مطالعه مذکور ارائه گردیده است.

جدول ۲- لیست مطالعاتی که معیارهای ورود را کسب نمودند

Order	Studies
1	Assessment of Methods for Determination of Medical Tariffs in Developed Countries and Proposing a Model for Iran
2	Assessment the impact of blood and blood components tariff setting on the requests for blood, platelets and plasma components in the hospitals of Western Azarbayjan province
3	The behavior of basic health insurance Organizations after the implementation of Relative Value of Health Services book in Iran: A qualitative study
4	The challenges of the tariffs in medical services of health care system from the perspective of the managers of insurance agencies: A qualitative study
5	A comparative study of the California book effect and the services relative value on inpatient costs of the common actions in the selected hospitals of ILAM city in September and October 2014
6	Comparative study of treatment costs and approved tariffs
7	A comparative study on the effect of the California Book and relative value of services on the costs of hospitalization for common surgeries in selected hospitals of Sanandaj, Iran
8	A comparative study on the necessity of using diagnostic related groups for as a tool to facilitate the repayment of health units in selected countries
9	A comparison of the earnings of specialist physicians and nurses before and after implementing the Iran's New Tariffs Book
10	The Consequences of Medical Services Tariffs Reform from the Perspective of Health Managers, a Qualitative Study
11	Consumer Price Index Changes in Iran's Public and Health Sectors
12	A cross-specialty analysis of relative values in the new version of Iranian relative values for physician.
13	Effect of "Iran's health system evolution plan" and "tariff change" on financial performance of para-clinic units in a big tertiary hospital in Iran
14	Effect of "Iran's health system evolution" and "tariff change" based on relative values book on performance of obstetrics and gynecology department: A case study in a big hospital
15	Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight to Specialties and Health System Costs
16	Effectiveness of health services Tariffs on Imam Ali (AS) Social Security Hospital's performance of Charmahal and Bakhtiari province in 1393-1394
17	Effects of increasing hospital and medical services tariffs on price index in economical sectors by using Input-Output method (2007-2008)
18	Estimation of Price and Income Elasticities of Demand for Health Services Using AIDS Model
19	Evaluating the effect of tariff on wastage and return of blood products in Kerman province
20	Factors affecting fee-setting for dental services in Iran's private sector: Dentists' perspective
21	A Framework for Resource-Based Relative Value Scale Reimbursement System in the Iranian Health Care System
22	Health Managers' Perspective On The Challenges And Injuries Caused By Incorrect Medical Service Tariff, A Qualitative Study
23	The impact of health transformation plan on health services fees: Brief report
24	Impact of health transformation plan on surgical and anesthesia procedures tariffs: A longitudinal study
25	Influencing Factors on Relative Value Unit of GPs' Visits in Private Medical Offices in Tehran

Order	Studies
26	Infrastructures and Necessary Actions Parallel to Reforms of Medical Service Tariffs to Improve Health System Performance in Iran: A Qualitative Study
27	Investigating the Effectiveness of the Health Services Relative Value Implementation on Out of Pocket Payment of Insured People Covered by the Health Insurance Organization in Selected Hospitals of Bushehr Province in 2014
28	Iran's Health System evolution and Tariff change on Cardiovascular Ward Performance of a Big Teaching Hospital
29	Obtain legal review and legal fees in excess of Physicians
30	Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs
31	Perception of insurance organization managers on the concept of real tariff of medical services in the health system: A qualitative study
32	Pitfalls of revising physicians' relative value units (RVUs) in Iran: a qualitative study on medical practitioners' perspective
33	The process of reviewing the new book on the relative value of health services and localization of the coding system in the third step of the health transformation plan, with a focus on its wide impact on the health market of the country
34	Requiring Patients to Pay Charges Higher than the Rates Approved by the Government
35	A Review on the Basis of Tariffing Health Services in Iran
36	Ruling of Extra-Tariff Received by Doctors (Kickbacks) in Private Medical Centers from Jurisprudence and Law Viewpoint
37	Ruling of Extra-Tariff Received by Doctors (Kickbacks) in State Medical Centers from Jurisprudence and Law Viewpoint
38	Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. International journal for equity in health
39	The study of the Rate of Users Satisfaction with the Book of "Relative Value of Health Services" in 2015
40	Study of the status of tariffs for diagnostic and therapeutic services from 1995 to 2014
41	Substitution of 'California' book, the First Clinical and Diagnosis Tariff Reference book in Iran: Expert's View Points
42	Survey on Economic and Performance Indicators of a Big Tertiary Hospital: Before and After Health Care Evolution Plan, Tariff Change and Pay for Performance Instruction Implementation
43	Unrealistic Medical Fees, the Main Problem of Medical Community and Patients
44	Unresolved issues in medical tariffs: challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors
45	Perception of internal medicine specialists on the concept of tariff of medical services in the health system
46	Policy Analysis of Revising the Relative Value of Healthcare Services and Providing Policy Options for Iran
47	Comparison of trend of the approved price index of medical tariffs and hospital bed-day with the retail prices of goods and services from 1978 to 2003
48	The effect of implementing the relative value book of health services on out-of-pocket payments of insured of the Health Insurance Organization in private laboratories of Bushehr province
49	Implementation of Relative Values' Book of Health Services and Its Impact on Health Insurance Deductions in Invoices Submitted to Non-Teaching Hospitals of Hormozgan University of Medical Sciences, 2014

### ۳) تحلیل داده‌ها و گزارش نتایج

اطلاعات استخراج شده بر اساس تم‌ها و اهداف اصلی مورد مطالعه مورد تحلیل قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده به صورت موضوعی (متاسننز) و بر اساس کیفیت شواهد، مورد تحلیل و خلاصه‌سازی قرار گرفته و گزارش نهایی با فرمت ساختاریافته توافقی شده تهیه گردید.

### ۴) شناسایی و رتبه‌بندی شکاف‌های دانشی

فرآیند ارائه پیشنهادت توسط تیم مطالعه در ۴ گام تفکیکی ذیل ذکر شده است. در گام اول ابتدا تیم مطالعه، ماتریس اختصاصی ارائه پیشنهادت تحقیقاتی را طراحی و تدوین نمود. به این صورت که در محور افقی ماتریس مذکور، کلیه ابعاد چارچوب‌های استفاده شده برای ارائه پیشنهادت تحقیقاتی (چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری) شامل شش بعد تأمین مالی، نیروی انسانی، ارائه خدمت، نظام اطلاعات، حکمرانی، دارو و تجهیزات و چهار بعد فرآیند، بازیگران، بافتار و محتوا؛ منظورگردید و در محور عمودی ماتریس، پیشنهادت تحقیقاتی متناظر بر هر بعد در نظر گرفته شد. گام دوم طی دو مرحله انجام شد. در مرحله اول عناوین و اهداف ۴۹ مطالعه تحقیقاتی انجام شده (که وارد این مطالعه شدند)، با دقت بررسی گردیدند و متناظر با بعد مربوطه وارد ماتریس گردیدند. در مرحله دوم از این گام، اعضاء برای هر کدام از ابعاد فوق الذکر، با توجه به مطالعات تحقیقاتی انجام شده تاکنون، پیشنهادت تحقیقاتی خود را در قالب شکاف‌های دانشی ارائه نمودند. در گام سوم، تیم مطالعه اقدام به انجام مقایسه‌ای بین پیشنهادت مندرج در ماتریس، با ۴۹ مطالعه انجام شده، نمود و لیست اولیه‌ای از شکاف‌های دانشی تهیه گردید. در گام چهارم و به منظور نهایی‌سازی شکاف‌های دانشی، اقدام به اخذ نظرات کلیه اعضاء مبنی بر ضرورت گنجاندن موارد پیشنهادی با توجه به معیار اهمیت<sup>۱</sup> و ضرورت انجام آن‌ها ارزیابی شد و در نهایت ۲۶ عنوان تحقیقاتی برای رفع شکاف دانشی حوزه تعرفه‌گذاری، پیشنهاد گردید. لازم به ذکر است که ترکیب تیم مطالعه به گونه‌ای بود که از تخصص‌های سیاستگذاری سلامت، اقتصاد سلامت، و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در این مطالعه استفاده گردید تا رویکردی جامع در ارائه و اخذ پیشنهادت، ایجاد گردد. به عبارت دیگر، این موضوع (وجود تخصص‌های مختلف در مطالعه) امکان ارائه پیشنهادت از منظرگاه‌های متنوع را ایجاد نمود. علاوه بر این، برخی از اعضاء تیم مطالعه دارای تجربیات بین‌المللی بوده که این موضوع نیز در ارائه پیشنهادت تحقیقاتی، کمک شایانی ارائه نمود.

علاوه بر این، رتبه‌بندی موارد پیشنهادی در هر کدام از ابعاد مندرج در چارچوب‌های مورد استفاده نیز صورت گرفت. به عنوان مثال می‌توان به تأمین مالی اشاره نمود. همانطوریکه ملاحظه می‌شود، تیم مطالعه به معرفی ۵ پیشنهاد تحقیقاتی پرداخته است و ۵ پیشنهاد تحقیقاتی، با در نظر گرفتن رتبه بندی، به ترتیب آورده شده اند. به عبارت دیگر، بدلیل تعدد و فراوانی موارد پیشنهادی (۲۶ مورد)، تیم مطالعه اقدام به رتبه بندی موارد پیشنهادی در قالب همان ابعاد نموده است؛ و موارد پیشنهادی در یک بعد، با موارد پیشنهادی مندرج در همان بعد مورد مقایسه و رتبه بندی قرار گرفته است و با موارد پیشنهادی مندرج در سایر ابعاد، مقایسه و رتبه بندی صورت نگرفته است. به عبارت دیگر تجمیع اولویت‌های دو چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری با یکدیگر و همچنین تجمیع اولویت‌های ابعاد هر چارچوب با یکدیگر به طور مجزا صورت نگرفته

1. Importance



است و موارد پیشنهادی بر حسب اولویت و به تفکیک هر یک از ابعاد چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری ارائه گردیده است. این امر شناسایی شکاف‌های دانشی موجود را به طور دقیق و مرتبط با هریک از مولفه‌ها شناسایی و در نهایت انجام مداخلات را به درستی جهت‌دهی می‌نماید. نکته قابل ذکر دیگر، این است که در محدود موارد پیشنهادی، همانند «تحلیل سیاستگذاری نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت» که در قسمت «فرآیند» چارچوب مثلث سیاستگذاری، پیشنهاد شده است، به نظر می‌رسد که قرابت نزدیکی با یکی از مطالعات انجام شده (مطالعه یوسفوند و همکاران (۱۱)) داشته باشد. منطق تیم مطالعه برای پیشنهاد مورد مذکور، این بوده است که مطالعه مذکور (۱۱)، به فرآیند بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت که در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته، پرداخته بود. این در حالی است که مورد پیشنهاد شده توسط تیم مطالعه، «تحلیل سیاستگذاری نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت» بوده که تنها به سیاست اخیر تعرفه ای که در سال ۱۳۹۳ توسط وزارت بهداشت، اجرایی شد، اختصاص ندارد.

### یافته‌ها:

در این بخش ابتدا به بیان مرور تاریخی حوزه تعرفه‌گذاری پرداخته شده و سپس به بیان یافته‌های مربوط به حوزه‌های مطالعاتی شناسایی شده و شکاف‌های دانشی در قالب ارائه پیشنهادات پراخته شده است.

### مرور تاریخی

تاریخ پزشکی گویای این امر است که حق العلاج در قانون حمورابی (۱۷۵۰ قبل از میلاد) متناسب با نوع کار و طبقه اجتماعی بیمار تعیین می‌شد. مطابق اوستا (فصل وندیداد) در ایران باستان نیز میزان حق العلاج نه به شدت بیماری، بلکه تنها به وضعیت مالی بیمار و طبقه اجتماعی وی تعیین می‌شد. در دین مبین اسلام نیز بدلیل ماهیت مقدس آن، ارزشی مساوی برای انسان‌ها در نظر گرفته شد و تعیین حق العلاج نیز به همین صورت و برای همه به طور یکسان تعیین گردید (۱۲).

تاریخچه تعیین رسمی تعرفه در ایران به ۶ سال قبل از انقلاب اسلامی بر می‌گردد. به طوریکه به موجب مواد ۴، ۵ و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت، مصوب ۲۷ اسفند ۱۳۵۱، شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی، میزان سرانه خدمات درمانی و نیز حدود این خدمات و تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه‌کننده (مبلغ فرانشیز) را پیشنهاد کرده و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیئت وزیران می‌رساند (۱۳) (۱۴). سازمان تأمین خدمات درمانی به موجب لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۸/۰۹/۱۲ شورای انقلاب منحل و شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت به وزارت بهداشت و بهزیستی منتقل گردیده و متکفل امر تعیین و ابلاغ تعرفه خدمات بهداشتی-درمانی می‌گردد (۱۵).

در سال دوم پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی براساس بند ۱۵ ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشتی مصوب سال ۱۳۵۹ در حوزه اختیارات این وزارتخانه منظور شد (۱۳) (۱۴). به موجب ماده واحده قانون تنظیم هزینه‌های بهداشتی و درمانی «وزارت بهداشتی مکلف می‌گردد ظرف مدت دو ماه جهت تنظیم صحیح و عادلانه هزینه‌های درمانی و بهداشتی، مطالعات لازم را انجام و با تهیه

آیین‌نامه‌های مربوط به موقع اجرا گذارد» (۱۵).

در اوایل دهه ۶۰ شمسی، کتاب تعرفه‌های خدمات تشخیصی - درمانی که به عبارتی ترجمه‌ای گزینشی از کتاب واحدهای ارزش نسبی مدیکیر آمریکا در ایالت کالیفرنیا با همکاری شرکت مطالعات ارزش‌های نسبی خدمات با نام Ingenix بود، با عنوان «تعرفه‌های خدمات تشخیصی - درمانی اعمال رایج» معروف به کتاب کالیفرنیا به عنوان مبنای تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی - درمانی در بخش بیمارستانی معرفی گردید (۱۳، ۱۵). در ترجمه و تدوین این کتاب به منظور تبیین تعرفه در کشور، عدم رعایت برخی موارد منجر به پایه ریزی اشتباه برخی تعرفه‌ها شد؛ به گونه‌ای که با گذشت زمان و اعمال ضریب سالانه بر این تعرفه‌ها، اختلاف پرداخت قابل توجهی بین گروه‌های مختلف پزشکی ایجاد گردید. همچنین به کارگیری این کتاب که سال‌ها از تدوین آن می‌گذرد به واسطه تغییراتی که به مرور زمان در نحوه ارائه خدمات (نظیر ورود فن‌آوری‌ها و روش‌های جدید تشخیص و درمان) ایجاد شده، منجر به برهم خوردن رابطه صحیح میان ارزش خدمات گردید (۱۳).

پس از تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ و به موجب ماده ۸ این قانون، تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تایید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیئت وزیران می‌رسد که پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۲۱ اردیبهشت ۱۳۸۳ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز از پیشنهاد دهندگان مشترک تعرفه و سرانه منظور می‌شوند (۱۳، ۱۴).

به هر حال تا سال ۱۳۷۴ شورای فنی مستقر در وزارت بهداشت و درمان به صورت ادواری مبادرت به تعیین تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی کرده و ملاک خرید خدمت توسط سازمان‌های بیمه‌ای قرار می‌گیرد. در سال ۱۳۷۵ کتاب تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی اعمال شایع مراکز بهداشتی و درمانی توسط وزارت بهداشت چاپ شده و کدهای موجود در این مجموعه ملاک محاسبه قیمت خدمات می‌شود. این کتاب ترجمه‌ای از قیمت خدمات بخش عمومی در ایالت کالیفرنیا آمریکا است که توسط مدیکر به مراکز طرف قرارداد این سازمان پرداخت می‌شود. از آنجاییکه در خصوص ارزش‌های نسبی مندرج در این کتاب اعتراضاتی در بین رشته‌های تخصصی مختلف پزشکی مطرح شد، وزارت بهداشت شروع به بازنگری در کدهای مندرج در کتاب فوق نموده، نتایج حاصل را در کتابی تحت عنوان ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی به چاپ رسانده و آن را در دستورکار شورای عالی بیمه خدمات درمانی قرار داد. از آنجاییکه کدهای مندرج در این کتاب در مجموع ۲۰۵ برابر کدهای کتاب قبلی بود و این موضوع سازمان‌های بیمه‌ای را به لحاظ منابع دچار چالشی جدی می‌نمود، مورد موافقت قرار نگرفت. بررسی کتاب نشان داد که متدولوژی مشخصی بر روند تدوین کدها حاکم نیست و مقایسه آن با کتاب‌های اصلی (کتاب‌های سال ۲۰۰۵ اتحادیه پزشکان آمریکا) با عنوان ترمینولوژی عملیاتی جاری (CPT) و سازمان مرکزی مدیکر (CMS) با عنوان واحدهای ارزش نسبی برای پزشکان نشانگر تفاوت‌های جدی با آنهاست (۱۴). در سال ۱۳۷۵ مجدداً این کتاب و ارزش ریالی ضرایب آن بازنگری گردید و تا سال ۱۳۹۳ ملاک عمل قرار گرفت؛ لکن ارزش ریالی عامل تبدیلی موجود در کتاب اصلی که به حرف لاتین K تغییر یافته بود در طی سنوات مختلف مورد بازنگری و افزایش واقع شد. در واقع، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به جای آنکه بر اساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی را براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی (از طریق محاسبه قیمت تمام شده، سود سرمایه و هزینه استهلاک) تعیین و ابلاغ نماید، الگوی

ارزش نسبی را که تقریباً هیچگونه نسبتی با قیمت تمام شده و واقعی خدمات بهداشتی-درمانی در ایران نداشت را مبنای تعیین تعرفه خدمات سلامت در کشور قرار داد (۱۵).

شورای عالی بیمه در سال ۱۳۷۸ نیز برای تعداد ۶۰ عمل جراحی شایع تعرفه‌ای با عنوان تعرفه گلوبال در نظر گرفت. در روش موردی گلوبال خدمات بیمارستانی ایران از روش‌های تعیین گروه‌های مرتبط تشخیصی پایه بین‌المللی استفاده نشده و به متغیرهای تاثیرگذار در هزینه از جمله وضعیت ترخیص بیمار، سن، جنس، وجود یا عدم وجود عوارض و بیماری‌های همراه، شدت بیماری و یا سطح پیچیدگی کلینیکی بیمار و نیز خطر مرگ توجه نشده است. عامل وزن نسبی یا وزن هزینه‌ای که در محاسبه هزینه بیمار با توجه به نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی جهت هر گروه، به طور جداگانه تعیین می‌شود، در روش موردی گلوبال مطرح نیست (۴).

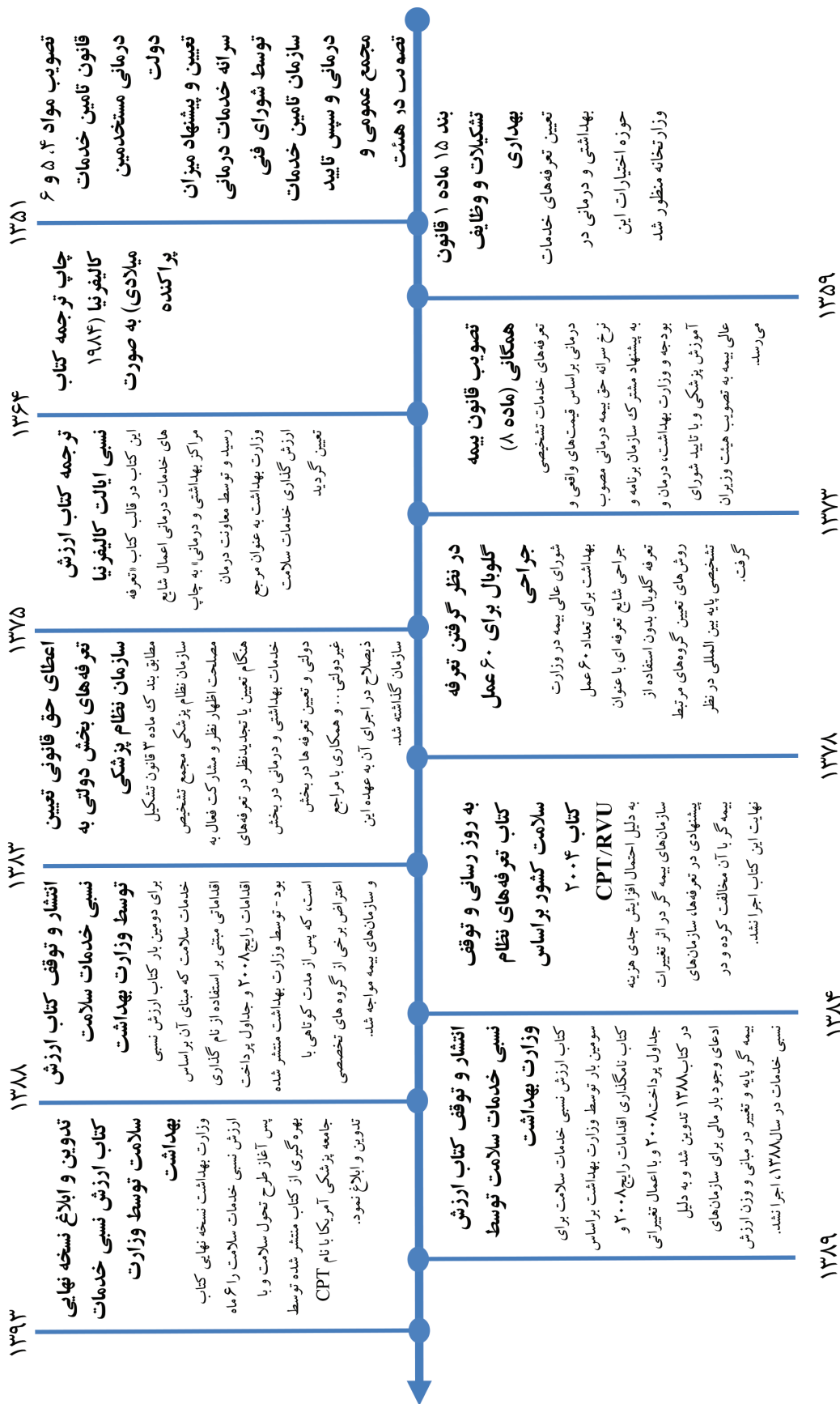
به موجب بندک ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۲۵ فروردین ۱۳۸۳ و اصلاحات ۱۶ آبان ۱۳۸۳، مجمع تشخیص مصلحت نظام اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی در بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳ و همکاری با مراجع ذیصلاح در اجرای آن به عهده این سازمان گذاشته شده است. همانطوریکه این روند نشان می‌دهد، تشدد در سیاستگذاری، یکی از مهمترین مباحث سلامت در ایران است و به راحتی می‌توان اثرات این تشدد را در افزایش شدید تعرفه‌ها در بخش غیردولتی در بعضی از سال‌ها مانند سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۸۳ دید که این افزایش در سالی اتفاق افتاده که مقارن با اعطای حق قانونی تعیین تعرفه‌های بخش دولتی به سازمان نظام پزشکی می‌باشد (۱۳، ۱۴). در تلاش جهت رفع این چالش‌ها در سال‌های اخیر برخی اقدام‌ها انجام شده است که حاصل یکی از این اقدام‌ها، تدوین کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی و درمانی سال ۱۳۸۴ است. به عبارتی در سال ۱۳۸۴ برای اولین بار پس از انتشار ترجمه کتاب کالیفرنیا، کتاب ارزش‌های نسبی پس از حدود دو سال کار کارشناسی با همکاری انجمن‌های علمی-تخصصی از سوی وزارت بهداشت منتشر شد. این کتاب به طور عمده برگرفته از کتب تعرفه‌گذاری تدوین شده در سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا می‌باشد. در تدوین کتاب تعرفه‌گذاری کشور در سال ۱۳۸۴ دو منبع مورد استناد قرار گرفته‌اند. کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت که به توصیف اقدام‌های جراحی و تشخیصی می‌پردازد. در این کتاب به منظور بررسی تعرفه‌های پزشکی در آمریکا، فهرستی از اقدام‌های مختلف بالینی و جراحی به همراه کدهای تشخیصی برای گزارش خدمات و دستورالعمل‌های پزشکی گردآوری شده است. دیگری کتاب فهرست هزینه‌ها است که در آن ارزش‌های دلاری اقدام‌های مختلف بالینی کشور آمریکا گردآوری شده است. مهمترین مزیت کتاب جدید تعرفه‌گذاری را می‌توان ایجاد زیرساختی جدید برای کاهش هزینه‌های درمانی مردم دانست چرا که به دلیل قدیمی بودن کتاب کالیفرنیا پس از ۲۰ سال، تعرفه بیش از ۱۷۰۰ خدمت جدید درمانی مشخص شد و راه را برای دریافت‌های سلیقه‌ای بست. از طرف دیگر بیش از ۳۰۰ خدمت جدید پزشکی از میان این ۱۷۰۰ خدمت، نیز در فهرست بیمه‌ای قرار گرفت که پیش از آن به دلیل ناشناخته بودن برای سازمان‌های بیمه‌گر، تحت پوشش قرار نمی‌گرفت. دو مورد اخیر یکی از مهمترین دستاوردهای برنامه بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت است که توانست با حذف پرداخت‌های غیررسمی در مراکز درمانی به حفاظت مالی از بیماران منجر شود (۱۳). با توجه به بار مالی بالای اجرای کتاب و مخالفت سازمان‌های بیمه‌گر پایه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی سابق و همچنین سازمان

مدیریت و برنامه ریزی سابق متوقف گردید. مبنای اصلی تدوین کتاب ۱۳۸۴، عدم کاهش ارزش نسبی هیچ خدمتی نسبت به کتاب در حال اجرای کالیفرنیا در آن زمان بود، همچنین میزان متوسط رشد کتاب ۱۳۸۴، بدون اعمال تعدیل کننده‌های جدید، در حدود ۱۶۵٪ رشد بود که این میزان با مخالفت سازمان‌های بیمه‌گر، اجرایی نشد (۱۳). با این حال مطالعه‌ای که در این زمینه انجام شد نشان داد که در صورت اعمال ارزش‌های نسبی تدوین شده در کتاب تعرفه‌ی تدوین ۱۳۸۴، بی‌تناسبی و عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای رفع می‌شود، ولی (در صورتی که تغییر دیگری در این نظام پرداخت ایجاد نشود) هزینه‌های نظام سلامت افزایش قابل توجهی می‌یابد (۲).

در سال ۱۳۸۸ برای دومین بار کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد. این کتاب حاصل تلاش‌های ۴ ساله تیم کارشناسی از سازمان‌های مختلف بود که مبنای آن براساس اقداماتی مبتنی بر استفاده از نام‌گذاری اقدامات رایج ۲۰۰۸ و جداول پرداخت (fee schedule) بود. کتاب مذکور طی بخشنامه شماره ۵۲۴۴۴۸ مورخ ۱۳۸۸/۱۱/۰۶ به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد. مدت کوتاهی پس از ابلاغ کتاب، این بار مراتب با اعتراض برخی از گروه‌های تخصصی مواجه شد و جهت بررسی بیشتر ابعاد و جنبه‌های مختلف کتاب ۲۰۰۸، اجرای کتاب فوق‌الشاره طی بخشنامه شماره ۱۶۷۵۹۹/س مورخ ۱۳۸۸/۱۲/۲۶ تا تاریخ ۱۳۸۹/۰۷/۰۱ متوقف شد. در سال ۱۳۸۹ و برای بار سوم نیز، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد. این کتاب براساس نامگذاری اقدامات رایج (CPT) ۲۰۰۸ و جداول پرداخت (fee schedule) ۲۰۰۸ و با اعمال تغییراتی در کتاب ۱۳۸۸ تدوین شد. بار مالی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تغییر در مبانی و وزن ارزش نسبی خدمات در سال ۱۳۸۸، از دلایل مخالفت با اجرای این کتاب بود (۱۳).

این کتاب که در آمریکا براساس الگوی مقیاس ارزش نسبی براساس منابع (RBRVS) تدوین گردید، برای هر یک از خدمات حوزه سلامت (به جز هتلینگ) مبتنی بر منابعی که برای تولید و ارائه آن خدمت مصرف گردیده است، واحدی به عنوان ارزش نسبی آن خدمت تعیین گردیده و سعی شد بین خدمات در گروه‌های مختلف تخصصی پزشکی و نیز درون هر یک از گروه‌های تخصصی بین خدمات مختلف آن گروه، یک تناسب منطقی برقرار گردد. سپس مبتنی بر یک الگوی محاسباتی، ارزش نسبی تام هر خدمات بر مبنای واحد ارزش نسبی کار، هزینه‌های عملیاتی و ریسک خدمت، با اعمال یک شاخص هزینه عمل جغرافیایی به دست آمده و این ارزش نسبی تام در یک عامل تبدیلی (که بر مبنای دلار یا ریال است) ضرب گردیده و ماحصل، بها یا تعرفه آن خدمت تعیین می‌شد (۱۵).

در سال ۱۳۹۳ طرح تحول سلامت پیاده‌سازی شد. از اولویت‌های مهم این طرح، همگانی شدن بیمه پایه سلامت، بهبود کیفیت خدمات در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی، کاهش پرداخت از جیب برای خدمات بستری، افزایش کیفیت مراقبت‌های اولیه سلامت و اصلاح ارزش نسبی خدمات درمانی به منظور واقعی‌تر شدن تعرفه‌ها بوده است. ۶ ماه پس از پیاده‌سازی طرح تحول سلامت، تعرفه خدمات درمانی نیز با ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی از مهرماه سال ۱۳۹۳ به بعد تغییر کرد (۶، ۱۶، ۱۷). هدف تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت در این سال، محاسبه ارزش‌های نسبی در سطح کشور با رویه‌ای واحد و ایجاد توازن در ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای خدمات تخصصی بود (۱۸). در شکل شماره ۲ نیز روند تاریخی تعرفه‌گذاری خدمات سلامت در ایران ترسیم شده است.



شکل شماره ۲- روند تاریخی تعرفه‌گذاری در ایران

## حوزه‌های مطالعاتی:

در مجموع با بررسی دقیق مطالعات شناسایی شده در خصوص تعرفه‌گذاری، ده حوزه مطالعاتی شناسایی گردید که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. در ادامه نیز به تفصیل به ارائه پژوهش‌های صورت گرفته در هر حوزه مطالعاتی به طور جداگانه پرداخته شده است.

جدول ۳- لیست مطالعاتی که معیارهای ورود را کسب نمودند

ردیف	حوزه مطالعاتی	تعداد مطالعات
۱	مفهوم، چالش‌ها و اصلاحات موردنیاز تعرفه‌گذاری	۹
۲	مقایسه تعرفه‌ها بین رشته‌های تخصصی	۲
۳	عوامل موثر بر تعرفه‌گذاری	۲
۴	مقایسه رویه‌های اعمال شده در تعرفه‌گذاری	۷
۵	تاثیر تعرفه‌گذاری بر شاخص قیمت (و تورم)	۵
۶	رضایمت‌مندی کاربران از تعرفه‌گذاری	۱
۷	تاثیر تعرفه‌گذاری بر عملکرد مراکز درمانی و بیمه‌ای	۱۴
۸	دریافت وجه مازاد بر تعرفه مصوب	۴
۹	بررسی و پیشنهاد مدل تعرفه‌گذاری	۴
۱۰	تحلیل سیاست بازنگری تعرفه (ارزش نسبی خدمات)	۱

### حوزه مطالعاتی اول: مفهوم، چالش‌ها و اصلاحات موردنیاز تعرفه‌گذاری

در این زمینه ۹ مطالعه به بررسی مفهوم و چالش‌های تعرفه‌گذاری خدمات سلامت پرداختند. در خصوص مفهوم تعرفه واقعی مطالعه‌ای نشان داد که مدیران سازمان‌های بیمه، مفهوم تعرفه واقعی را در موضوع «تعریف تعرفه واقعی» و «روش‌ها، عناصر و اصول تعیین تعرفه» و زیرموضوعات «تعیین تعرفه‌ها براساس توافق جمعی با در نظر گرفتن منافع گروه‌های درگیر، تعیین تعرفه‌ها براساس قیمت تمام شده خدمات و براساس نوع و حساسیت» بیان نمودند (۱۹). مطالعه دیگری نیز به بررسی مفهوم تعرفه واقعی از دیدگاه مدیران سازمان‌های بیمه پرداخت. این مطالعه نشان داد که مدیران سازمان‌های بیمه چالش‌های موجود در تعرفه‌ها را در چهار موضوع روش‌ها، ساختار و اصول تعرفه‌گذاری؛ ابعاد اقتصادی؛ نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه‌ها؛ و چالش‌های اجرایی- نظارتی بیان نمودند. این مطالعه بیان داشت که برای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری، باید مشکلات با نگاهی به چالش‌های موجود در تعرفه‌های فعلی، شناسایی شده و علاوه بر تعیین تعرفه‌ها براساس اصول علمی و منطقی، بر اجرایی شدن آن‌ها نیز نظارت شود (۲۰). مطالعه دیگری نیز به شناسایی مبنای تعرفه واقعی و چالش‌ها و آسیب‌های ناشی از تعرفه‌گذاری نادرست خدمات پزشکی پرداخت. در این مطالعه، پزشکان تعرفه واقعی را تحت عنوان چهار دسته کلی تعریف نمودند که عبارتند از: مفهوم تعرفه واقعی، چالش‌ها، زیر ساخت‌ها و پیامدها که در ارتباط با چهار حوزه وزارت بهداشت، پزشکان، بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر بوده که نارضایتی و چالش‌های اقتصادی و رفتاری در تمامی بخش‌های مربوطه مشاهده گردید. نتایج بدست آمده در این مطالعه نشان دهنده اعتقاد پزشکان

متخصص داخلی به اختلاف بسیار تعرفه‌های فعلی با هزینه‌های جاری ارائه خدمات و نیز با هزینه‌های زندگی پزشکان می‌باشد. چالش‌های حاصل از تعرفه‌گذاری نادرست و تاثیرات سوء آن بر تمامی ذی‌نفعان نظام سلامت، به عنوان هشدار برای متولیان و سیاستگذاران این نظام می‌باشد تا درصدد علت‌یابی و تلاش برای رفع این چالش‌ها و مشکلات برآیند (۲۱).

در خصوص بررسی چالش‌های نظام تعرفه‌گذاری، مطالعه‌ای به بررسی تجارب تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی و درمانی در ایران در طی ۵ دهه اخیر پرداخته است. این مطالعه نشان داد که تغییرات تعرفه‌ای اجرا شده، به صورت پراکنده، ناکافی و غیرمتقن بوده است. اختلافات در تعرفه‌های بین بخش خصوصی و دولتی کماکان پابرجاست. علاوه بر این مکانیسم‌ها و فرآیند تعیین تعرفه‌ها غیر شفاف بوده که موجب شده مذاکرات بین ذینفعان مختلف با مشکل مواجه شده و بطور بالقوه منبعی از درآمد مسئله‌دار (فاسد) را ایجاد نماید. این مطالعه بیان داشته که با بهره‌گیری از تعرفه‌های منصفانه (از نظر فنی)، می‌توان به شفافیت نائل شد. علاوه بر این جنبه‌های فنی تعیین تعرفه می‌بایستی سوای از مذاکرات سیاسی در خصوص پرداخت کلی به ارائه‌دهندگان صورت گیرد. همچنین به منظور ایجاد اعتماد بین پزشک و بیمار، شفافیت در خصوص تضاد منافع و ایجاد اقدامات تنبیهی علیه افرادی که نقض قانون می‌نمایند، می‌تواند کمک کننده باشد (۲۲). در این راستا نیز مطالعه‌ای به بررسی چالش‌ها و راهکارهای اصلاح وضعیت تعرفه‌گذاری در ایران پرداخته است. چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه در ۵ موضوع کلی شامل قدرت تولیتی، سیاستگذاری و نظارتی در بخش تعرفه‌گذاری؛ ساختار تعرفه‌گذاری کشور؛ روش‌ها و اصول تعرفه‌گذاری؛ مفاهیم مرتبط با نظام تعرفه‌گذاری در سطح خرد و کلان؛ و نظام ثبت هزینه‌های بخش سلامت ارائه گردید. این مطالعه همچنین نشان داد که تبعیت از یک الگوی مشخص، وجود سیاستگذاری و تولید واحد در زمینه تعرفه‌گذاری خدمات بالینی به عنوان یکی از زیرساخت‌های لازم برای جهت دار نمودن اقدامات، ضروری است (۹). مطالعه‌ای نیز به شناسایی مشکلات کتاب جدید ارزش‌های نسبی خدمات از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پرداخته و انتقادات متعددی را نسبت به کتاب جدید گزارش نموده است: الف) عدم شفافیت فرآیند اصلاح؛ ب) غلبه لابی‌های سیاسی بر ملاحظات فنی؛ ج) نادیده گرفتن بخش ارزشیابی و مدیریت؛ د) ضعف وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر در قانونمند نمودن و کنترل بر ارائه‌دهندگان؛ ه) دانش ناکافی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر؛ و) عدم در نظر گرفتن مرحله انتقالی (گذار) برای پیاده‌سازی؛ و ی) انعطاف‌پذیری خیلی کم در مورد تخصص‌ها در زمینه‌های پزشکی خاص (۲۳). مطالعه دیگری نیز در این راستا انجام گرفت و به شناسایی چالش‌ها و آسیب‌های ناشی از تعرفه‌گذاری نادرست خدمات پزشکی پرداخت. این مطالعه نشان داد که چالش‌ها شامل نارضایتی ذینفعان، اقتصادی و رفتاری در ارتباط با ۴ حوزه وزارت بهداشت، پزشکان، بیماران و سازمان‌های بیمه‌گر بود (۲۴). مطالعه‌ای نیز از زاویه دیگری به بحث تعرفه‌ها پرداخت و به بررسی نتایج و پیامدهای حاصل از اصلاح اصولی تعرفه‌ها از نظر مدیران سلامت پرداخت. مطالعه مذکور دو دسته پیامدهای مثبت و منفی را در نتیجه اصلاح تعرفه‌ها و افزایش احتمالی معرفی نمود. پیامدهای مثبت شامل پیامدهای رفتاری، اقتصادی و رضایتمندی ذینفعان بود و پیامدهای منفی شامل اقتصادی و نارضایتی عده معدودی بودند (۲۵).

در زمینه شناسایی و معرفی اصلاحات مورد نیاز به موازات اصلاح تعرفه‌ها و یا زیرساخت‌های لازم در این زمینه

برای بهبود عملکرد نظام سلامت، مطالعه‌ای نشان داد که زیرساخت‌ها و اصلاحات به سه بخش اصلی تقسیم می‌گردند: (۱) اصلاحات مربوط به وزارت بهداشت که شامل اصلاحات ساختاری، اصلاحات مربوط به ارائه‌دهنده و پایه‌گذاری اطلاع‌رسانی صحیح است؛ (۲) اصلاحات مربوط به بیمه سلامت که شامل اصلاح ساختاری و اقدامی که باید توسط دولت در مورد بیمه صورت پذیرد؛ و (۳) اصلاحات لازم توسط دولت. این مطالعه بیان داشت که علاوه بر پرداختن به مباحث و ابعاد مختلف مربوط به تعیین تعرفه می‌بایستی مقدماتی پیش از اصلاح تعرفه و یا اقدامی به موازات اصلاح تعرفه فراهم شده تا جریان و فرآیند اصلاح تعرفه نیز با موفقیت پیش برود. این اقدامات و اصلاحات در رابطه با وزارت بهداشت، بیمه‌ها و دولت می‌باشد (۲۶).

مطالعه دیگری در خصوص بررسی پیامدهای غیرواقعی بودن تعرفه‌ها انجام شده است. این مطالعه نشان داد که مهم‌ترین پیامدهای تعرفه غیرواقعی از دیدگاه کارشناسان شامل: درخواست غیرضروری خدمات پاراکلینیکی و جراحی، نپذیرفتن پوشش بیمه توسط برخی پزشکان، گسترش دریافت وجوه غیرمعارف (زیرمیزی)، افزایش نارضایتی بیماران، اتخاذ روش‌های نامتعارف برای قدردانی از پزشکان، تضعیف امکان اصلاح مشکلات نظام سلامت، تعطیلی برخی مطب‌ها و انتخاب شغل دیگر، کاهش کیفیت خدمات پزشکی، تضعیف اعتماد اجتماعی به پزشکان، تضعیف قدرت نظارتی از مسئولین، کاهش انگیزه خدمت، تضعیف حقوق پزشکان و افزایش نارضایتی آن‌ها، عدم انتخاب پزشکی به عنوان شغل آینده توسط نخبگان علمی، انتقال بخشی از فعالیت‌های استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی به بخش خصوصی برای افزایش درآمد و بروز بحران مالی و افزایش ضرر و نابسامانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به ویژه دولتی (۱۲).

### حوزه مطالعاتی دوم: مقایسه تعرفه‌ها بین رشته‌های تخصصی

در این حوزه دو مطالعه به بررسی مقایسه‌ای ارزش نسبی بین رشته‌های تخصصی پرداخته‌اند (۱۸، ۲۷). مطالعه‌ای که با هدف تحلیل ارزش نسبی بین رشته‌های تخصصی پزشکی با استفاده از کتاب جدید ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی (سال ۱۳۹۳) انجام شد، نشان داد که تفاوت معنادار میان میانگین ارزش‌های نسبی در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی وجود داشت. جراحی فک و صورت و جراحی مغز و اعصاب بالاترین میانگین (با ۶۲۰،۸۱ و ۶۰،۴۷ واحد)، و جراحی چشم و جراحی زنان و زایمان پایین‌ترین میانگین (با ۲۸،۹۵ و ۲۸،۸۱ واحد) را به خود اختصاص دادند. از بین فوق تخصص‌ها نیز فوق تخصص جراحی قلب و عروق بالاترین میانگین (با ۸۵،۲۵ واحد) ارزش نسبی و جراحی پلاستیک پایین‌ترین میانگین (با ۵۰،۵۱ واحد) ارزش نسبی را به خود اختصاص دادند. این مطالعه همچنین بیان داشت که با توجه به اینکه ارزش‌های نسبی خدمات با توجه به فاکتورهایی مانند مهارت و تخصص مورد نیاز و ریسک عمل جراحی برای پزشک و بیمار، تعیین شده‌اند تفاوت مشاهده شده بین رشته‌های مختلف توجیه‌پذیر به نظر می‌رسد (۱۸). مطالعه دیگر که به مقایسه نسبت تغییرات درآمدی پزشکان متخصص و پرستاران قبل و بعد از اجرای کتاب جدید ارزش‌های نسبی و مقایسه با میانگین درآمد در برخی کشورهای منتخب انجام شد، نشان داد که نسبت تغییر در درآمد پزشکان متخصص و پرستاران پس از استقرار کتاب بین ۸ تا ۱۸۴ درصد متغیر بوده است. بیشترین افزایش در پزشکان داخلی (۱۸۴٪)، جراحی (۱۶۰٪)، گوارش (۱۵۳٪) و کودکان (۱۲۰٪) مشاهده گردیده است. همچنین کمترین تغییرات مربوط به چشم پزشکی (۸٪)، طب اورژانس (۱۱٪)، نورولوژی (۲۴٪) و بیهوشی (۳۲٪) بوده است. درآمد پرستاران نیز ۴۳ درصد



افزایش یافته است. این مطالعه بیان داشت که اختلاف درآمد بین گروه‌های مختلف پس از اجرای کتاب ارزش نسبی گسترده‌تر شد. علاوه بر این اختلاف درآمدی گسترده و قابل ملاحظه‌ای بین پزشکان و پرستاران نیز قبل و بعد از اجرای کتاب جدید مشاهده گردیده است (۲۷).

### حوزه مطالعاتی سوم: عوامل موثر بر تعرفه‌گذاری

تنها دو مطالعه به بررسی و شناسایی عوامل موثر بر تعرفه‌گذاری خدمات سلامت پرداختند که آن هم در خصوص دو خدمت خاص (دندانپزشکی و ویزیت پزشک عمومی) و نه کلیه خدمات، و نه فرآیند تعرفه‌گذاری در سطح ملی بود (۲۸، ۲۹). مطالعه اول که با هدف ارزیابی عوامل موثر بر تعرفه‌گذاری خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی و ارزش نسبی خدمات انجام شد، نشان داد ۶۱،۵ درصد از دندانپزشکان بیان داشتند که به منظور جذب بیماران بیشتر، نرخ قیمت خدمات خود را کاهش دادند. تعرفه‌های اعمال شده توسط دندانپزشکان در محدوده تعرفه‌های مصوب دولت بود. پس از دستمزد دندانپزشک (۴۲،۳ درصد)، مهمترین عواملی که بر تعیین تعرفه موثر بودند شامل: نیروی انسانی (۱۸،۶ درصد)، مواد اولیه (۱۵،۲ درصد) و حقوق پرسنل (۱۲،۶ درصد) بودند. این مطالعه همچنین نشان داد که می‌بایستی شدت بیماری، خطای دندانپزشکی، مهارت دندانپزشک و مدت زمان ویزیت در تعیین ارزش نسبی خدمات و تعیین تعرفه‌های منطقی و عادلانه در نظر گرفته شود (۲۹). مطالعه دوم که در خصوص بررسی تاثیر عوامل مختلف بر واحد ارزش نسبی خدمت ویزیت پزشکان عمومی در مطب انجام شده بود، نشان داد که در رابطه با عوامل موثر بر تعیین ارزش نسبی ویزیت، مدت زمان ویزیت از نظر پزشکان؛ مهارت پزشک، خطر برای پزشک و ویزیت پزشکان از نظر کارشناسان و شدت بیماری و خطای پزشکی از نظر مراجعین بیشترین امتیاز را داشته‌اند. ضمن اینکه بین دو متغیر مدت زمان ویزیت و مهارت پزشکی از دیدگاه پزشکان و بین مهارت پزشک و خطای پزشکی نیز ارتباط معناداری مشاهده نشده است (۲۸).

### حوزه مطالعاتی چهارم: مقایسه رویه‌های اعمال شده در تعرفه‌گذاری

همانطوریکه قبلاً در قسمت روند تاریخی اشاره گردید، نسخه‌های متعددی از تعرفه‌گذاری و ارزش نسبی خدمات در طی سال‌های مختلف منتشر و پیاده‌سازی شده است. در مجموع شش مطالعه به مقایسه ابعاد مختلف این نسخه‌ها پرداخته‌اند (۲). به عنوان مثال مقایسه دو کتاب کالیفرنیا و ارزش نسبی سال ۱۳۸۸ در دو مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. مطالعه اول با هدف مقایسه ارزش‌های نسبی تعرفه‌های تخصص‌های بالینی (کتاب کالیفرنیا) با تغییرات نسبی پیشنهاد شده بر ارزش‌های تعرفه‌ای ارائه شده (سال ۱۳۸۴) پرداخته و به بررسی تاثیر تغییرات پیشنهادی بر وزن پرداختی به تخصص‌های بالینی کشور و به تبع آن بر هزینه‌های نظام سلامت پرداخته است. این مطالعه نشان داده است که میان ارزش‌های نسبی فعلی خدمات مختلف بالینی بی‌تناسبی و عدم تعادل وجود دارد و در صورت اعمال این ارزش‌های پیشنهادی، وزن پرداختی تخصص‌های مختلف بالینی به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد (۲). مطالعه دوم به بررسی دیدگاه خبرگان در خصوص دو منبع تعرفه‌گذاری (کتاب کالیفرنیا و کتاب ارزش‌های نسبی خدمات تشخیصی درمانی ۱۳۸۸) پرداخته است و بیان داشته است که تعیین ارزش نسبی برای عمده خدمات درمانی، ایجاد تناسب در ارزش‌های نسبی درون رشته‌ای و بین رشته‌ای، و به روزسازی تعرفه‌ها بر مبنای فناوری‌های روز نظام سلامت از جمله مزایای عمده کتاب جدید تعرفه‌گذاری است.

در مقابل ضعف در نظام اطلاعاتی و محاسباتی کشور، سازگاری با شرایط ایجاد شده در نحوه پرداخت و روال‌های مالی موجود در کشور از جمله دلایل برخی کارشناسان بر ادامه استفاده از کتاب کالیفرنیا می‌باشد. مونتاژی بودن و تاثیرهای نامناسب کتاب تعرفه بر نظام آموزش پزشکی و نحوه ارائه خدمات در کشور از چالش‌های عمده استفاده از کتاب کالیفرنیا بیان شده است. این مطالعه این چنین بیان داشته که به نظر می‌رسد جایگزینی کتاب تعرفه کالیفرنیا و استفاده از کتاب جدید تعرفه تدوین شده در سال ۱۳۸۸ در مجموع تاثیر مثبتی بر نظام سلامت کشور بگذارد. این مطالعه پیشنهاد داده که در مراحل بعدی باید در جهت اصلاح نقاط ضعف احتمالی کتاب جدید و اصلاح نظام پرداخت کشور اقدام گردد (۳۰). مطالعه دیگری نیز به مرور فعالیت‌های صورت گرفته منجر به اجرای کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت در سال ۱۳۹۳ و دستاوردهای آن پرداخت. این گزارش پیشنهاد داد که کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت می‌بایستی به صورت سالانه مورد بازنگری قرار گیرد، و این فرآیند به صورت مدون، و زمان بندی شده، با مشخص ساختن وظایف تمامی ذینفعان و شفاف نمودن نوع همکاری‌های بین بخشی و میان بخشی، انجام شود (۱۳).

مطالعات دیگری نیز به مقایسه کتاب کالیفرنیا و ارزش نسبی سال ۱۳۹۳ پرداخته‌اند. به عنوان مثال مطالعه‌ای به مقایسه نسبت تغییرات درآمدی پزشکان متخصص و پرستاران قبل و بعد از اجرای کتاب جدید ارزش‌های نسبی و مقایسه با میانگین درآمد در برخی کشورهای منتخب پرداخته است. این مطالعه نشان داده است که نسبت تغییر در درآمد پزشکان متخصص و پرستاران پس از استقرار کتاب بین ۸ تا ۱۸۴ درصد متغیر بوده است که بیشترین افزایش در پزشکان داخلی (۱۸۴٪)، جراحی (۱۶۰٪)، گوارش (۱۵۳٪) و کودکان (۱۲۰٪) مشاهده گردیده است. همچنین کمترین تغییرات مربوط به چشم پزشکی (۸٪)، طب اورژانس (۱۱٪)، نورولوژی (۲۴٪) و بیهوشی (۳۲٪) بوده است. درآمد پرستاران نیز ۴۳ درصد افزایش یافته است. این مطالعه بیان داشت که اختلاف درآمد بین گروه‌های مختلف پس از اجرای کتاب ارزش نسبی گسترده تر شده است. علاوه بر این اختلاف درآمدی گسترده و قابل ملاحظه‌ای بین پزشکان و پرستاران نیز قبل و بعد از اجرای کتاب جدید وجود دارد (۲۷). مطالعه دیگری به بررسی تطبیقی این دو کتاب و تاثیر آن‌ها بر هزینه‌های بستری اعمال شایع بیمارستان‌های منتخب شهر ایلام پرداخته است. این مطالعه نشان داد که با اجرای کتاب ارزش نسبی و ابلاغ مقررات مربوط به آن، سهم نهایی پرداخت از جیب بیمه‌شدگان از هزینه‌های درمانی با افزایش سهم سازمان بیمه سلامت و کمک یارانه‌ها به ۵ درصد کاهش یافته است. بطوریکه در ماه شهریور و مهر به ترتیب ۷ و ۵ درصد هزینه را بیمه‌شدگان پرداخت نموده‌اند. میانگین سهم سازمان در مجموع ۷۴،۷۶ درصد افزایش یافته است، سهم سازمان در مهرماه با ۹ درصد افزایش به ۸۷ درصد رسیده است. هدفمندی یارانه‌ها نیز ۱۱ درصد در شهریور و ۵ درصد در مهر را پوشش داده است. در این بین بیمه‌های تکمیلی نیز سهم بسیار ناچیز در حد صفر درصد را از هزینه‌ها تقبل نمودند (۳۱). مطالعه دیگری نیز با هدف بررسی تاثیر طرح تحول سلامت بر تعرفه خدمات سلامت انجام شد. این مطالعه نشان داد که اجرای طرح تحول سلامت منجر به افزایش حدود دو برابری تعرفه‌های خدمات و مراقبت‌های سلامت شده که بار مالی زیادی بر سازمان‌های بیمه سلامت وارد ساخته است. بطوریکه نتایج نشان داد که کتاب کالیفرنیا و کتاب ارزش‌های نسبی جدید در ۱۳ گروه تخصصی به ترتیب شامل ۵۲۸۱ و ۳۴۴۸ کد خدمت بودند (کاهش ۳۴،۷ درصدی). کتاب کالیفرنیا و کتاب ارزش‌های نسبی جدید به ترتیب تعداد ۶۴۹۸۵،۹ و ۱۲۵۱۳۳،۶ کد جراحی

(افزایش ۹۲,۶ درصدی) و ۲۵۹۷۶ و ۲۲۳۰۷ کا بیهوشی (کاهش ۱۴,۱ درصدی) در تمامی ۱۳ گروه تخصصی در نظر گرفته بودند. ارزش نسبی خدمات به طور میانگین ۱,۹ برابر شد (۷). مطالعه ای نیز به تأثیر طرح تحول سلامت بر تعرفه اعمال جراحی عادی، اعمال جراحی شایع (گلوبال) و مراقبتهای بیهوشی انجام شد. این مطالعه نشان داد که تعرفه های جراحی عادی و گلوبال با اجرای طرح تحول سلامت به ترتیب حدود ۱,۲ و ۱,۹ برابر شده که منجر به افزایش هزینه های نظام سلامت شده است. در این بین میانگین واحد جراحی گلوبال در سال اول اجرای طرح، ۱۲۴ درصد و در سال دوم ۸,۶ درصد رشد داشته و بعد از آن تا سال ۱۳۹۶ روندی تقریباً ثابت داشته است. میانگین واحد بیهوشی در سال اول بعد از طرح تحول، ۱۹,۲ درصد رشد و در سال دوم ۲,۹ درصد کاهش داشته است. در مورد اعمال جراحی عادی، کتاب کالیفرنیا ۶۴۹۸۵,۹ کا و کتاب ارزش نسبی خدمات ۱۲۶۳۱۶,۷۵ کا در نظر گرفته است. (۴,۹۴ درصد رشد). شایان ذکر است که کتاب کالیفرنیا و کتاب ارزش نسبی به ترتیب ۲۵۹۷۶ کا و ۱۲۰۲۴,۵ کا بیهوشی در نظر گرفته بودند (۵۳,۷ درصد کاهش کا). این مطالعه پیشنهاد استفاده از روش های پرداخت آینده نگر و موردی به منظور کنترل هزینه های سلامت را داده است (۴).

#### حوزه مطالعاتی پنجم: تاثیر تعرفه‌گذاری بر شاخص قیمت (و تورم)

در این حوزه پنج مطالعه انجام شده است. یکی از مطالعات با هدف تعیین تاثیر افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر شاخص قیمت بخش‌های اقتصادی با الگوی داده-ستانده انجام شده است. این مطالعه نشان داد که دامنه تغییر اثر افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر شاخص قیمت بخش‌های اقتصادی با اعمال سناریوهای اول (خفیف: معادل مقدار تعرفه‌های مصوب)، دوم (متوسط: معادل نرخ تورم) و سوم (شدید: معادل نرخ‌های پیشنهادی نظام پزشکی) در قالب مدل باز، به ترتیب بین ۰,۰۰۰۰۱ تا ۱۳,۸۱، ۰,۰۰۰۰۱ تا ۱۵,۳۱ و ۰,۰۰۰۰۳ تا ۵۰,۴۳ درصد بوده است. در قالب این مدل بخش پزشکی و بیمارستانی و سپس بخش خدمات اجتماعی، بیشترین حساسیت مثبت را نسبت به افزایش تعرفه‌ها داشته‌اند؛ در حالی که بخش کشاورزی کمترین حساسیت مثبت را داشته است. دامنه تغییر اثر افزایش تعرفه‌ها بر شاخص قیمت بخش‌های اقتصادی با اعمال سناریوهای اول، دوم و سوم در قالب مدل بسته به ترتیب بین ۰,۰۲ تا ۱۲,۴۶، ۰,۰۲ تا ۱۴,۰۱ و ۰,۰۶ تا ۴۶,۱۴ درصد تعیین شده است. حساسیت بخش‌ها در قالب مدل بسته همانند مدل باز نبود. در مدل باز برخی از بخش‌ها متأثر از تغییر تعرفه‌ها نبودند و حساسیت صفر داشتند. این مطالعه بیان داشت که اثرات ناچیز تغییر تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر روی سایر بخش‌ها و نقش کمتر آن در درونی کردن فرآیند تولید و یکپارچگی اقتصاد نشان داد که بخش‌های مذکور اساساً ماهیت مصرف نهایی دارند تا واسطه‌ای. بنابراین این مطالعه پیشنهاد داد که تغییرات تعرفه‌های خدمات پزشکی و بیمارستانی بر اساس نرخ تورم محاسبه اعمال شود (۳۲). مطالعه دیگری به بررسی روند شاخص قیمت تعرفه‌های مصوب ویزیت پزشکان و تخت روز بیمار در بیمارستان در مقایسه با شاخص قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات (نرخ تورم) از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۸۲ پرداخته است. این مطالعه نشان داد که بین رشد شاخص تعرفه‌های مصوب ویزیت پزشکان و تخت روز بیمار با شاخص کل و گروه‌های اصلی قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات همبستگی کامل و رابطه مستقیم وجود دارد. همچنین طی سال‌های اولیه مورد مطالعه رشد شاخص تعرفه‌های مذکور کم و به صورت مقطعی بوده در حالیکه شاخص کل همواره به طور سالیانه رشد داشته است اما بعد از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳

این تعرفه‌ها هر ساله رشد داشته و در بعضی از سال‌ها بسیار بیشتر از رشد شاخص کل بوده است و به طور کل شاخص تعرفه‌های ویزیت پزشکان با رشد متوسط سالیانه ۱۷٫۵ درصد در مقایسه با نرخ رشد متوسط سالیانه شاخص کل (نرخ تورم) که معادل ۱۷٫۶۲ درصد می‌باشد رشد کمتری داشته اما تعرفه تخت روز بیمار با رشدی معادل ۱۸٫۲۸ درصد به طور سالیانه رشد بیشتری داشته است. این مطالعه بیان داشته است که دولت در سال‌های اخیر سعی در ایجاد تناسب بین تعرفه‌های پزشکی و شاخص قیمت خرده‌فروشی کالاها و خدمات (نرخ تورم) نموده اما با این وجود عدم رضایت و تبعیت پزشکان از تعرفه‌های مصوب به میزان نرخ تورم کالاها در سبد هزینه خانوار، مبنای افزایش تعرفه‌ها رازیر سوال می‌برد (۳۳). مطالعه دیگری نیز به بررسی مقایسه‌ای نرخ رشد سالیانه تعرفه‌ها با نرخ عمومی تورم و حق بیمه سرانه خدمات درمانی انجام شد. این مطالعه نشان داد که از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۹۳ متوسط رشد سالیانه تعرفه‌ها در بخش دولتی و به طور چشمگیرتر در بخش خصوصی بیش از متوسط رشد سالیانه شاخص کل (تورم) بوده است. علاوه بر این متوسط رشد سالیانه تعرفه‌ها در بخش دولتی کمتر و در بخش خصوصی بیشتر از متوسط رشد سالیانه حداقل دستمزد بوده است. همچنین متوسط رشد سالیانه سرانه حق بیمه خدمات درمانی نیز بیشتر از متوسط نرخ رشد سالیانه تعرفه‌ها در بخش دولتی و کمتر از بخش خصوصی بوده است. این مطالعه بیان داشت که به نظر می‌رسد نظام تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی - درمانی موجب شده است نرخ تورم در حوزه بهداشت و درمان بیشتر از نرخ عمومی تورم کشور باشد (۳۴).

مطالعه دیگری نیز به بررسی و تحلیل تغییرات شاخص تورم در بخش عمومی و بخش سلامت کشور پرداخته است. این مطالعه نشان داد که تورم در نظام سلامت به مواردی از قبیل تورم عمومی در کشور، رشد جمعیت، سالمند شدن جمعیت، مسائل بیمه‌ای، بهره‌وری پایین، تغییرات تکنولوژیکی و عدم تقارن اطلاعاتی؛ نسبت داده می‌شود که برای درک بهتر تورم می‌توان به تعرفه‌های رسمی و غیر رسمی در بخش غیردولتی و نقش سازمان‌های غیردولتی در تعیین تعرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی توجه نمود و در نهایت پیشنهاد گردیده برای کنترل تورم در بخش سلامت می‌بایست کلیه عوامل موثر به صورت همه‌جانبه و با روش علمی شناسایی و تحلیل گردد (۳۵).

مطالعه‌ای نیز با هدف محاسبه کشش تقاضای خدمات درمانی در ایران انجام شد. این مطالعه نشان داد که خدمات درمانی برای همه گروه‌های درآمدی یک کالای ضروری است. همچنین نتایج کشش‌های متقاطع نشان داد که بهداشت یا خدمات درمانی با مسکن و پوشاک رابطه مکملی دارند. در این مطالعه کشش قیمتی خدمات بستری برای گروه‌های کم درآمد، درآمد متوسط و درآمد بالا به ترتیب، ۰٫۵۲-، ۰٫۵۳-، و ۰٫۶۲- برآورد شد. نتایج این مطالعه بیانگر کم کشش بودن خدمات بستری درمانی بوده که فرضیه مطالعه مبنی بر کم کشش بودن خدمات درمانی را مورد تایید قرار داده است (۳۶).

### حوزه مطالعاتی ششم: رضایتمندی کاربران از تعرفه‌گذاری

تنها یک مطالعه به بررسی میزان رضایت کاربران از کتاب تعرفه‌گذاری پرداخته است. این مطالعه نشان داد که ۵۰ درصد کاربران از ساختار کتاب تعرفه جدید (کتاب تعرفه‌گذاری جدید (۱۳۹۳)) رضایت داشتند، ۳۶/۷ درصد نظر متوسط و ۱۳/۴ درصد کاربران از ساختار کتاب تعرفه جدید ناراضی بودند، همچنین ۳۵ درصد کاربران از سهولت استفاده از کتاب رضایت داشتند، ۳۸/۳ درصد نظر متوسط و ۲۶/۷ درصد کاربران از سهولت استفاده از کتاب تعرفه

جدید ناراضی بودند. ۲۳/۴ درصد کاربران از محتوای کتاب تعرفه جدید رضایت داشتند، ۳۱/۳ درصد نظر متوسط و ۴۵/۳ درصد کاربران از محتوای کتاب تعرفه جدید ناراضی بودند. این مطالعه همچنین بیان داشت که به نظر می‌رسد خطاهای موجود در کتاب تعرفه گذاری جدید کاهش یافته و کتاب تعرفه تدوین شده در سال ۹۳ از رضایت نسبی کاربران برخوردار بوده اما هنوز تعداد قابل توجهی از مشتریان داخلی یعنی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، پزشکان و پرسنل حوزه درمان از محتوای کتاب تعرفه جدید ناراضی بوده و برخی کاربران معتقد بودند که کتاب تعرفه جدید نتوانسته عدالت بین رشته‌ای را به طور کامل پیاده‌سازی کند (۳۷).

### حوزه مطالعاتی هفتم: تاثیر تعرفه‌گذاری بر عملکرد مراکز درمانی و بیمه‌ای

در این خصوص ۱۴ مطالعه به بررسی اثرات مختلف تعرفه‌گذاری بر عملکرد مراکز پرداخته‌اند و نتایج متفاوتی را بیان داشته‌اند. در مورد شاخص‌های مالی و عملکردی یک بیمارستان، مطالعه‌ای نشان داده است که بعد از اجرای طرح تحول، هزینه، درآمد و سود بیمارستان به ترتیب ۳۱، ۸۲ و ۴۰٫۶ درصد و پس از ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی به ترتیب ۴۲، ۳۸ و ۱۰٫۷ درصد افزایش داشته است. یک سال بعد از اجرای طرح تحول هزینه و درآمد به ترتیب ۲۳ و ۳ درصد افزایش یافته‌اند؛ اما بیمارستان با ۱۷ زیان مواجه شده است. بیشترین تغییر در کارانه پزشکان و پرسنل به ترتیب با ۱۰۳ و ۹۱ درصد افزایش مربوط به بعد از ابلاغ ارزش نسبی بوده است. بعد از اجرای طرح تحول و ابلاغ کتاب ارزش نسبی، درآمد اتاق عمل به ترتیب ۳۳ و ۱۲۴ درصد افزایش یافته است. یک سال بعد از اجرای طرح تحول، درآمد اتاق عمل تغییری نداشته و تعداد عمل جراحی ۹ درصد کاهش یافته است. در مجموع این مطالعه نشان داد که طرح تحول سلامت تاثیر مثبتی بر شاخص‌های مالی و عملکردی بیمارستان داشته است (۱۶). مطالعه دیگری به تعیین نقش تعرفه‌های خدمات درمانی بر عملکرد یکی از بیمارستان‌های استان چهارمحال و بختیاری پرداخته است. این مطالعه نشان داد که میانگین عملکرد بیمارستان مذکور در حد متوسط به بالا (۳۰٫۷۳ از ۵) بوده است. نقش تعرفه‌های خدمات درمانی بر عملکرد بیمارستان به ترتیب عبارت است از: عملکرد مالی (۳۰٫۹۶)، ارائه خدمات بهتر به بیماران (۳۰٫۷۲)، رضایتمندی کارکنان (۳۰٫۶۵)، بهره‌وری منابع (۳۰٫۸۵) و اثربخشی سطح کلینیکال (۳۰٫۶۱). این مطالعه نشان داد که تعرفه‌های خدمات درمانی نقشی قابل توجهی (در حد متوسط به بالا) بر روی عملکرد بیمارستان داشته‌اند (۳). مطالعه دیگری به مقایسه اثرات کتاب کالیفرنیا و ارزش نسبی خدمات بر هزینه‌های بستری برای جراحی‌های عمومی در بیمارستان سنندج پرداخته است. این مطالعه نشان داد که پس از اجرای طرح تحول سلامت، میانگین هزینه اعمال جراحی عمومی رشدی ۸۰٫۸ درصدی داشته است. بالاترین میانگین نرخ رشد سهم سازمان مربوط به سقط جنین با رشد ۱۲۵٫۱ درصد و کمترین مربوط به کلوپراگرافی قدامی-خلفی با ۴۶٫۳ درصد رشد بوده است. در زمینه سهم یارانه‌ها، ترمیم کانال واژن با ۲۹۹٫۸ درصد بالاترین و وضع حمل با رشد منفی ۷٫۶ درصد کمترین سهم یارانه‌ها را به خود اختصاص داده‌اند (۳۸).

در خصوص واحدهای پاراکلینیک، مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر طرح تحول سلامت و تعرفه‌گذاری بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی بر عملکرد واحدهای پاراکلینیک بیمارستانی در مشهد انجام شد. این مطالعه نشان داد که درآمد کل بخش آزمایشگاه و رادیولوژی بعد از طرح تحول به ترتیب ۹ درصد و ۷ درصد کاهش یافته و بعد از اجرای ارزش نسبی به ترتیب ۹۴ درصد و ۱۱۱ درصد افزایش داشته است. کل هزینه بخش آزمایشگاه و رادیولوژی بعد

از اجرای طرح تحول به ترتیب ۲۱ درصد کاهش و ۹ درصد افزایش و بعد از اجرای ارزش نسبی ۳۶ به ترتیب درصد و ۵۳ درصد افزایش داشته است. به طور کلی این مطالعه نشان داد که اجرای طرح تحول و تعرفه‌گذاری باعث بهبود عملکرد وضعیت اقتصادی واحدهای پاراکلینیک شده است. با این وجود تاثیر این موضوع در حوزه رادیولوژی به ویژه پس از ابلاغ کتاب ارزش‌های نسبی بسیار بیشتر از آزمایشگاه بوده که می‌تواند بیانگر تاثیر تغییر نحوه توزیع منابع مالی نظام سلامت در بین رشته‌های مختلف پاراکلینیک باشد (۳۹). در بخش آزمایشگاه مطالعه دیگری در این خصوص نشان داد که حجم خدمات دریافتی طی دوره با افزایش همراه بوده است؛ این در حالی است که هزینه بیمه سلامت با افزایشی معنی‌دار ولی هزینه بیمه مکمل با کاهش همراه بوده است. پرداخت از جیب برای سلامت نیز طی دوره با تغییر معنی‌داری همراه نبوده است، این در حالی است که سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌ها با کاهش معنی‌داری همراه شده است. یافته‌های مطالعه نشان داد که کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت هزینه‌های فراوانی را به بیمه سلامت در خدمات آزمایشگاهی تحمیل نموده است (۴۰).

مطالعه دیگری با هدف بررسی تغییرات رخ داده در کسورات بیمه سلامت ایران قبل و بعد از معرفی کتاب ارزش‌های نسبی خدمات انجام شده است. این مطالعه نشان داد که بیمارستان‌های غیرآموزشی میناب، نسبت به سایر بیمارستان‌های غیرآموزشی از میزان کسورات بالاتری برخوردار بوده است (۸۱۰ \* ۶۰۶۲/۴). نتایج همچنین نشان داد کسورات دارویی (۸۳۲/۰- تی،  $p > 0.5/0$ )، خدمات بیهوشی و جراحی (۳۷۵/۱- تی،  $p > 0.5/0$ )، خدمات هتلینگ (۶۷۸/۱- تی،  $p > 0.5/0$ ) و خدمات سرپایی تفاوت معناداری قبل و بعد از اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات نداشته‌اند. ولی از سویی خدمات اضافی (۵۱۱/۲- تی،  $p < 0.5/0$ )، خدمات تشخیصی (۴۰۶/۲- تی،  $p < 0.5/0$ )، خدمات پزشکان و متخصصان (۲/۴۰۲- تی،  $p < 0.5/0$ ) و همچنین خدمات بستری در کل (۱/۶۹۵- تی،  $p > 0.5/0$ ) تفاوت معناداری قبل و بعد از اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات نشان داده‌اند. نتایج همچنین نشان داد اختلاف معناداری از نظر کسورات کل خدمات سرپایی بین مراکز مورد مطالعه وجود ندارد (۹۸۶/۰- اف،  $p > 0.5/0$ ) ولی کسورات خدمات بستری تفاوت معناداری را بین بیمارستان‌های غیرآموزشی نشان داد (۲/۲۷۵- اف،  $p < 0.5/0$ ). در نهایت نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین کسورات کل قبل و بعد از اعمال کتاب ارزش‌های نسبی خدمات در مراکز مورد مطالعه وجود نداشته است (۷۵۵/۱- اف،  $p > 0.5/0$ ). با توجه به اینکه کتاب ارزش‌های نسبی خدمات به عنوان مداخله‌ای جدید در نظام سلامت شناخته می‌شود که اثرات آن به روشنی شناخته نشده است، مطالعه حاضر به نوعی جزء اولین مطالعاتی است که به بررسی این مداخله از حیث تأثیرگذاری بر روی یکی از شاخص‌های مالی نظام سلامت، یعنی کسورات بیمه‌ای پرداخته است. نتایج کلی مطالعه حاکی از آن است که در دوره مطالعه، سال ۱۳۹۳، معرفی کتاب ارزش‌های نسبی خدمات با وجود افزایش تعرفه‌ها و تغییر تعهدات بیمه‌ها، تأثیر معنادار مثبتی بر روی کسورات نداشته و بلکه در برخی از زمینه‌ها از جمله خدمات تشخیصی و خدمات اضافی از جمله خدمات ارتوپدی باعث افزایش کسورات شده است. البته می‌بایست مدنظر قرار داد که هدف از معرفی کتاب ارزش‌های نسبی خدمات، اصلاح و واقعی‌سازی تعرفه‌های خدمات پزشکی بوده است و نه اصلاح ساختارهای کلی مالی نظام سلامت. در نهایت نتایج حاکی از تأثیر منفی معرفی کتاب ارزش‌های نسبی خدمات بر کسورات و بویژه کسورات خدمات تشخیصی و خدمات اضافی داشته است که می‌بایست، تمهیدات و اقدامات لازم در خصوص رفع و اصلاح این رویه صورت گیرد (۴۱).

مطالعه دیگری به عملکرد بخش زنان پرداخت و نشان داد که درآمد کل بخش مذکور پس از طرح تحول، ۵۴ درصد و پس از تغییر ارزش نسبی به قبل از آن، ۷۵ درصد افزایش یافته است. بیشترین افزایش درآمد مربوط به اتاق عمل بعد از ارزش نسبی بوده است (۱۲۸ درصد). هزینه بخش زنان پس از طرح تحول ۳ درصد و پس از تغییر ارزش نسبی به قبل از آن، ۷۹ درصد افزایش یافته است. زیمان سزارین نسبت به طبیعی نیز ۲,۳ درصد کاهش یافته است. در مجموع این مطالعه نشان داد که طرح تحول بر شاخص‌های مالی و عملکردی بخش زنان تاثیر مثبت داشته و این تاثیر در بین اقلام درآمدی و هزینه‌های مختلف، به صورت یکسان نبوده است (۱۷). مطالعه دیگری به عملکرد بخش قلب پرداخته است و نشان داده که کل درآمد اختصاصی بخش مذکور، پس از طرح تحول ۳۱ درصد و پس از تغییر ارزش نسبی نسبت به قبل از آن ۲۹ درصد افزایش یافته است. کل منابع دولتی اختصاص یافته به بخش بعد از طرح تحول ۱۰۴ درصد و بعد از تغییر ارزش نسبی، نسبت به قبل از آن ۱۰ درصد افزایش یافته است. کل درآمد اختصاص یافته به بخش بعد از طرح تحول ۳۹ درصد و بعد از تغییر ارزش نسبی نسبت به قبل از آن ۲۶ درصد افزایش یافته است. بیشترین افزایش درآمد مربوط به درآمد اتاق عمل بعد از ارزش نسبی بوده است (۲۰۳ درصد). کل هزینه بخش بعد از طرح تحول (۲۱ درصد) و بعد از تغییر ارزش نسبی به قبل از آن ۳۱ درصد افزایش یافته است. بیشترین افزایش هزینه مربوط به پرداختی به پزشک، بعد از تغییر ارزش نسبی بوده است (۹۷ درصد). به صورت کلی درآمد منهای هزینه ماهانه قبل از طرح تحول ۱۳۵ میلیون ریال بوده که بعد از طرح تحول به ۳/۴۵۲ میلیون ریال و بعد از تغییر ارزش نسبی به ۳/۲۵۷ میلیون ریال رسیده است. در مجموع این مطالعه نشان داد که طرح تحول بر شاخص‌های مالی و عملکردی بخش قلب تاثیر مثبت داشته و این تاثیر در بین اقلام درآمدی و هزینه‌های مختلف، به صورت یکسان نبوده است (۶).

مطالعه دیگری به تخمین تعداد اعمال تهاجمی در کشور و مقایسه تعرفه‌های قدیم و جدید، و برآورد میزان تغییر در دستمزد پزشکان در صورت اجرای تعرفه‌های جدید پرداخته است و نشان داده که با اجرای تعرفه‌های جدید در مجموع حدود ۷۶۷,۸۳۳ میلیون ریال در سال هزینه اختصاص یافته به برخی خدمات گروهی از تخصص‌های پزشکی اضافه شود و حدود ۸۱۰,۶۵۵ میلیون ریال از هزینه برخی خدمات کسر شود. در مجموع این مطالعه نشان داد که اجرای تعرفه‌های جدید اعمال جراحی، موجب باز توزیع هزینه اختصاص یافته به خدمات پزشکان تخصص‌های مختلف شده و با توجه به این که اصلاح تعرفه‌ها بر مبنای پیشرفت‌های سال‌های اخیر در ارائه خدمات است، انتظار می‌رود موجب تناسب منطقی‌تر درآمدها شود. همچنین به نظر می‌رسد تغییر محسوسی در مجموع هزینه‌های دستمزد پزشکان ایجاد نشود (۵).

سه مطالعه نیز به اثرات تعرفه‌گذاری بر عملکرد مراکز بیمه‌ای پرداخته‌اند. مطالعه اول با هدف تعیین میزان پرداخت از جیب بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت پس از اجرای دستورالعمل ارزش نسبی خدمات سلامت انجام شده است. این مطالعه نشان داد که میانگین هزینه سهم بیمار از ۱۰۵۰۸۳۵ ریال در دوره تیر و مرداد به ۶۱۱۶۳۱ ریال در دوره دی و بهمن رسیده که ۴۲ درصد کاهش داشته است. همچنین این مطالعه نشان داد که با اجرای دستورالعمل مذکور، سهم سازمان بیمه از ۷۹ درصد به ۸۴ درصد افزایش و سهم پرداختی بیمار از ۸ درصد به ۴ درصد کاهش یافته است. در مجموع این مطالعه نشان داد که طرح تحول سلامت در کاهش پرداخت از جیب موفق عمل نموده است (۴۲). مطالعه دوم نیز به تعیین اثرات اصلاح ارزش نسبی خدمات

سلامت بر رفتار صندوق‌های بیمه‌ای پایه به عنوان مهمترین تأمین کننده منابع درمان پرداخته است. این مطالعه نشان داد که اصلاح ارزش نسبی بر رفتار سازمان‌های مذکور تاثیرگذار بوده که شامل این موارد است: (۱) تشکیل کمیته‌ای برای مدیریت و ارائه نمودن اسناد بیمه‌ای؛ (۲) ایجاد نظام کدینگ یکپارچه برای خدمات سلامت؛ (۳) بازطراحی فرآیند اداره اسناد؛ (۴) افزایش سهم صندوق‌های بیمه‌ای از هزینه‌های سلامت (۳۰۰ خدمت جدید به بسته پایه اضافه شد)؛ (۵) اصلاح بسته مطابق ورژن جدید کتاب ارزش نسبی؛ (۶) تغییر در روش پرداخت گلوبال مبتنی بر کتاب جدید؛ (۷) افزایش فرانشیز مبتنی بر پرداخت خدمات گران براساس پروتکل‌های درمانی؛ (۸) برگزاری دوره‌های آموزشی بصورت دوره‌ای؛ (۹) آموزش کتاب جدید به همراه پروسیجرهای مدیریت اسناد. این مطالعه همچنین نشان داد که با در نظر گرفتن اصلاح ارزش نسبی و وجود رویکرد افزایشی در اصلاح ارزشهای نسبی، افزایش مطالبات مراکز بهداشتی و درمانی و تاخیر در پرداخت مطالبات مذکور به عنوان مهمترین عوامل موثر بر تغییرات در رفتار صندوق‌های بیمه‌ای بوده است. این مطالعه پیشنهاد داده که سیاستگذاری می‌تواند از طریق کاهش ضریب تبدیل و بسیج منابع بر این مشکلات فائق آید. چنین سیاست‌هایی می‌تواند فضای مدیریت بهتر رفتارهای متأثر از اصلاح ارزش‌های نسبی، را باز نماید (۴۳). مطالعه سوم به بررسی وضعیت هزینه درمان بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی که برای دریافت خدمات درمانی به واحدهای درمانی بخش خصوصی مراجعه کرده‌اند و نیز ارائه تصویری از جریان هزینه‌ها در این واحدها و مقایسه آن‌ها با تعرفه‌های مصوب سال ۱۳۷۶ پرداخته است. مطالعه مذکور نشان داد که به طور کلی میانگین هزینه درمان هر بیمه شده در سال ۱۳۷۶ در بخش خصوصی ۱,۷۴۲,۸۴۷ ریال بوده که پس از رسیدگی توسط سازمان تأمین اجتماعی بدون کسر فرانشیز تنها ۳۷ درصد از کل هزینه پرداختی بیمار براساس تعرفه مصوب به او پرداخت شده است. هزینه‌های درمان بیماران براساس تعرفه‌های مصوب سال ۱۳۷۶ با ارقام بخش خصوصی بسیار اختلاف داشته و فقط ۳۶ درصد هزینه عمل‌های جراحی، ۴۴ درصد هزینه درمان طبی، ۳۸ درصد هزینه درمان بیماران بستری و ۵۲ درصد هزینه بیمارانی که به روش درمان سرپایی مداوا گردیده‌اند، به بیماران پرداخت گردیده است (۴۴).

مطالعه دیگری در حوزه فرآورده‌های خونی و تاثیر تعرفه‌گذاری بر مرکز انتقال خون انجام شده است. این مطالعه به بررسی اثرات تعرفه بر مصرف، اتلاف (ضایعات)، و نرخ بازگشت محصولات خونی در مراکز بهداشتی و درمانی استان کرمان انجام شد. این مطالعه نشان داد که پس از اعمال تعرفه‌ها در سال ۱۳۹۵، بازگشت واحدهای بلااستفاده پلاسما و پلاکت‌های منجمد تازه به سازمان انتقال خون، افزایش یافته که این افزایش از نظر آماری معنادار نبوده است؛ لیکن افزایش معناداری در میزان بازگشت گلبول‌های قرمز و نسبت بازگشت/ارائه (مصرف) مشاهده گردید (۴۵). مطالعه‌ای نیز به بررسی نقش تعرفه‌گذاری فرآورده‌های خون در میزان درخواست و مصرف خون و فرآورده‌های آن در طی دو سال در بیمارستان‌های شهر ارومیه انجام شد. این مطالعه نشان داد که درخواست RBC در سال اول دریافت تعرفه ۰,۵ درصد و در سال دوم ۷,۶ درصد کاهش داشته است. درخواست پلاکت نیز در سال اول و دوم پس از دریافت تعرفه به ترتیب ۳,۹ درصد و ۱۰,۶ درصد کاهش داشته است. درخواست فرآورده‌های پلاسمایی در سال اول ۷ درصد کاهش ولی در سال دوم شروع تعرفه ۹,۴ درصد افزایش داشته است. در مجموع این مطالعه نشان داد که ارزشگذاری خدمات سازمان انتقال خون منجر به کاهش درخواست خون و فرآورده‌های آن در مراکز درمانی شهر ارومیه گردیده است (۴۶).



### حوزه مطالعاتی هشتم: دریافت وجه مازاد بر تعرفه مصوب

در این خصوص چهار مطالعه به بررسی فقهی اخذ وجه مازاد بر تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخته‌اند (۴۷-۵۰). یکی از مطالعات مذکور بیان داشت که با توجه به مواردی مانند اکل مال به باطل، رشوه، مخالفت آن با قانون و ایجاد هرج و مرج، تملک بیشتر از وجه تعرفه، فاقد دلیل شرعی و حرام است و هیچگونه توجیهی برای مشروعیت آن وجود ندارد. علاوه بر این، اخذ مازاد، مخالف با اخلاق پزشکی نیز می‌باشد (۴۷). در مطالعه‌ای دیگر، محققین به بررسی ماهیت و مبانی مشروعیت و یا عدم مشروعیت زیر میزبانی پزشکان در فقه اسلامی پرداخته‌اند و یادآور شده‌اند که معتقدان به عدم جواز اخذ مازاد بر تعرفه علاوه بر حرمت شرعی جواز اخذ مازاد، به آیه شریفه حرمت اکل مال به باطل، روایت «لا یحل مال امرئ الا عن طیب نفسه»، روایات وارده در مقام احتیاط نسبت به مال غیر و قاعده عقلی دفع ضرر محتمل استناد می‌کنند. در مقابل قائلین به جواز به دلائلی همچون رضایت و طیب نفس بیمار، قاعده «عمل المسلم محترم ما لم یقصد التبرع» و روایت ابا بصیر از امام صادق (علیه السلام) استناد می‌نمایند. اما امام خمینی (ره) مراد از حرمت مورد بحث در این قاعده را حرمت تکلیفی می‌داند بدین معنی که تصرف در مال مسلم بدون مجوز شرعی حرام است و تصرف در آن بدون مجوز شرعی جائز نیست و چنانچه تصرف صورت گیرد و موجب تلف مال شود، اضافه بر حرمت تکلیفی ضمان نیز خواهد داشت که باید جبران شود (۴۸).

در دو مطالعه دیگر اخذ وجه مازاد بر تعرفه مصوب، در دو مرکز خصوصی و دولتی بصورت جداگانه مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (۴۹، ۵۰). در خصوص مراکز خصوصی، مطالعه مذکور (۴۹) بیان داشت که طبق احکام اولیه، حکومت نمی‌تواند قیمت خاصی را برای ویزیت کادر درمانی در مراکز خصوصی تعیین نموده و پزشکان را به رعایت آن ملزم نماید، بلکه پزشک می‌تواند با توافق با بیمار، با توجه به مهارت، تجربه و حساسیت عمل خود و همچنین با نظر به عرف و شرایط اقتصادی جامعه برای ارائه خدمات خود حق الزحمه تعیین نمایند و دلیل فقهی بر حرمت اخذ این مبلغ وجود ندارد. برخی نیز اگرچه لازم الاجرا بودن کلیه احکام حکومتی را بر اساس شریعت پذیرفته‌اند، اما از آنجا که خطاب شرعی از ناحیه خداوند را متوجه مصادیق و جزئیات احکام حکومتی نمی‌دانند، شریعت داشتن مصادیق و موضوعات احکام را نمی‌پذیرند. در مجموع این مطالعه بیان داشته که وقتی شرعی بودن حکم و جوب اطاعت احکام حکومتی را به صورت کلی پذیرفتیم، نمی‌توانیم بگوییم این حکم در مورد اجزا صدق نمی‌کند، زیرا اکل، وجودی جدای از اجزای خود ندارد. بنابراین اخذ زیرمیزی علاوه بر اینکه عملی مجرمانه است، حرمت شرعی نیز دارد و پزشک هم مرتکب گناه شده و هم ملزم به استرداد مالی است که از بیمار اخذ کرده است.

در خصوص مراکز دولتی، مطالعه مذکور (۵۰) بیان داشته است که تفاوت مراکز دولتی و خصوصی در این است که اگرچه قانونگذار به جرم انگاری این پدیده به صورت کلی اقدام نموده است، اما از منظر فقهی از آنجا که ماهیت قرارداد درمان در مراکز خصوصی مانند مطب‌ها و نهادهای دولتی با هم متفاوت است، به تبع، حکم فقهی متفاوتی نیز دارند. این مطالعه نشان داد که برخی بر این نظرند که حرمت رشوه اختصاص به باب قضا دارد و گرفتن رشوه در غیر باب قضا (از جمله پزشکی) را جایز می‌دانند. برخی دیگر نیز قائلند چون بیمار مضطر، راضی به معالجه است، قرارداد درمان صحیح است و از مصادیق اکل مال به باطل محسوب نمی‌گردد. پزشک در این موارد در قالب اجاره اشخاص طرف قرارداد بیمارستان‌ها یا دیگر مراکز دولتی قرار می‌گیرد و از آنجا که رابطه مالی

مستقیمی با بیمار ندارد، گرفتن مبلغی بیش از اجرت، توجیه فقهی و قانونی ندارد زیرا وی اجیر دولت بوده و اجرت خود را طبق قرارداد دریافت می‌نماید. بنابراین اخذ زیرمیزی از مصادیق اکل مال به باطل و هرگونه تصرف در آن حرام و نامشروع است. اگرچه برخی فقها در شرایطی که این پرداخت همراه با رضایت بیمار باشد دریافت آن را جایز شمرده‌اند، به نظر می‌رسد از آنجا که رضایت بیمار توأم با سوء استفاده از شرایط اضطراری که بیمار در آن قرار گرفته است می‌باشد، از درجه اعتبار ساقط بوده و حکم حرمت به حال خود باقی است. با بررسی مطالعات فوق می‌توان به این نکته کلیدی اشاره نمود که اخذ وجه مازاد بر تعرفه مصوب در خصوص خدمات سلامت (هم مراکز دولتی و هم خصوصی)، جایز نبوده و از نظر فقه، توجیهی ندارد.

### حوزه مطالعاتی نهم: بررسی و پیشنهاد مدل تعرفه‌گذاری

در مجموع چهار مطالعه به بررسی مدل تعرفه‌گذاری و پیشنهاد مدل پرداختند. مطالعه‌ای با هدف بررسی مبنای تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران انجام شد. این مطالعه نشان داد که مبنای تعرفه‌گذاری خدمات تشخیصی درمانی در ایران مشابه نظام تعرفه‌گذاری مدیکر در آمریکا است، و به منظور بازنگری در تعرفه‌ها سه سناریو را مطرح نموده است (پیشنهاد نموده است)، در سناریوی اول پیشنهاد شده که همانند روش مدیکر عمل نموده و جزئیات بارکاری پزشک، هزینه عملیاتی ارائه خدمت و هزینه ناشی از مسئولیت مدنی را محاسبه نموده و با اعمال ضرایب جغرافیایی در هر سه جزء ارزش نسبی و تعیین ضریب تعدیلی، قیمت خدمت را مشخص نمود. در سناریوی دوم پیشنهاد شده کلیه محاسبات سالانه انجام شده توسط مدیکر در خصوص بار کاری پزشک، هزینه عملیاتی ارائه خدمت و هزینه ناشی از مسئولیت مدنی را پذیرفته و در مورد ضریب جغرافیایی، ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم را ملاک محاسبه قرار داده و ضریب تعدیلی نیز با توجه به منابع در اختیار سلامت اعلام شود. در سناریوی سوم نیز پیشنهاد شده که با انجام مطالعه تطبیقی کلیه الگوهای موجود در جهان را شناسایی نمود و با لحاظ شرایط بومی کشور و تحلیل کلیه ذینفعان عرصه سلامت، الگوی مطلوب کشور شناسایی و با ترسیم شرایط گذار عملیاتی گردد (۱۴). مطالعه‌ای نیز به ارائه تجربیات (روش‌های تعیین تعرفه خدمات پزشکی) در کشورهایی که جایگاه مناسبی در سازمان جهانی بهداشت دارند یا مدل تعرفه‌ای آن‌ها در ایران رایج است پرداخته است و نشان داده که روش‌های تعیین تعرفه در این کشورها تحت تاثیر نظام تأمین مالی بخش سلامت است. در کشورهایی با رویکرد ترکیبی، شیوه خرید محوریت دارد و تعیین تعرفه‌ها بر عهده انجمن‌های تخصصی است و دولت نقش نظارتی و اعلام نهایی تعرفه‌ها را بر عهده دارد. در کشورهایی با نظام بورج، تمرکز بر بخش دولتی بوده و تعیین تعرفه‌ها با دریافت نظرات انجمن‌های تخصصی انجام می‌شود. در نظام بیسمارکی، تمرکز بر صندوق‌های بیماری است که بیشتر خرید خدمت می‌کنند. با توجه به وضعیت کشور و بررسی‌های انجام شده در این مطالعه، ساختار، سازمان و مدیریت تعرفه‌ها، به بازبینی اساسی نیاز دارد. این مطالعه پیشنهاد داده که در کنار توجه به مشارکت همه گروه‌های درگیر و با محوریت گروه‌های ارزشی نسبی، به دلیل گستردگی جغرافیایی کشور و تفاوت محسوس ضریب قیمت مصرف کننده (به ویژه در کالاهای پزشکی)، رویکرد منطقه‌ای در اولویت بعدی قرار گیرد (۵۱).

دو مطالعه دیگر نیز به ارائه روش‌های جدیدی برای تعرفه‌گذاری پرداختند. مطالعه اول به بررسی سیستم گروه‌های تشخیصی وابسته به عنوان روشی جدید برای محاسبه هزینه‌ها و تعرفه‌ها، پرداخت و نشان داد که با

توجه به اینکه گروه‌های تشخیصی وابسته به عنوان شناخته شده‌ترین نظام طبقه‌بندی بیماری به منظور تسهیل بازپرداخت درمانی می‌باشند، بیمارستان‌ها می‌بایست سیستم محاسبه هزینه‌ها و تعرفه‌های خود را بر اساس روش گروه‌های تشخیصی وابسته بگذارند و از آن به عنوان ابزاری برای تسهیل بازپرداخت‌های خود استفاده نمایند (۵۲). مطالعه دوم نیز به بررسی ویژگی‌های مقیاس ارزش نسبی مبتنی بر منابع (RBRVS) در راستای ارائه چارچوب سیستمی برای تخمین بازپرداخت به خدمات پزشکی بر مبنای منابع مصرف شده پرداخته و نشان داده است که بکارگیری RBRVS مستلزم استفاده از کتاب اصطلاحات رایج اقدامات پزشکی CPT جهت تعیین واحد ارزش نسبی RVU کار پزشک و هزینه اقدامات جاری به عنوان مولفه‌های اصلی این سیستم و همچنین، وجود فاکتور تبدیل و شاخص منطقه جغرافیایی به عنوان مولفه‌های تعدیلی بوده است. با به کارگیری سیستم RBRVS، هزینه تعلق گرفته به هر خدمت پزشکی حتی در مطب‌ها مشخص می‌گردد و پرداخت از جیب بیمار به صورت عادلانه صورت می‌گیرد (۵۳).

### حوزه مطالعاتی دهم: تحلیل سیاست بازنگری تعرفه (ارزش نسبی خدمات)

تنها یک مطالعه به تحلیل سیاست در زمینه تعرفه‌گذاری پرداخته بود. این مطالعه تنها به تحلیل گذشته نگر سیاستی سیاست اخیر فرآیند بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت که در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته، پرداخته است. در بخش تحلیل سیاست، یافته‌های محتوای سیاست شامل، مبانی قانونی، قوانین و مقررات در خصوص ارزش نسبی، مبانی علمی و سوابق موضوع در دستور کار شورای عالی بیمه سلامت بود. در بخش زمینه عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و قانونی موثر بر سیاستگذاری در دو سطح خرد (نظام سلامت) و کلان (کل کشور) و در مجموع هفت موضوع اصلی و ۳۲ زیرموضوع شناسایی شده است. در بخش تحلیل ذینفعان ۱۰ ذینفع اصلی شناسایی شده که وزارت بهداشت به همراه سازمان نظام پزشکی دارای بیشترین تاثیر و قدرت و در سمت دیگر مردم و بیمه شده‌ها به علت عدم سازماندهی کمترین تاثیر را داشتند. در بخش تحلیل فرآیند شامل دستورکارگذاری و تدوین سیاست، سوابق و مبانی تدوین سیاست همراه با جریان‌های سه گانه و تلاقی آن‌ها در پنجره فرصت طرح تحول سلامت بیان شده است. در بخش اجرای سیاست، پنج بعد امکان‌پذیری قانونی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سیاسی و بعد مدیریت اجرایی شناسایی و ۱۷ اقدام مرتبط با این ابعاد شناسایی گردید. در بخش ارزیابی سیاست، نتایج مطالعه نشان داد که تغییر رفتار سازمان‌های بیمه‌گر پایه و افزایش بار مالی حاصل از بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت در بیمه پایه معادل ۱۷ هزار میلیارد ریال در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ و معادل ۳۴ هزار میلیارد ریال برای کل سال ۱۳۹۴ بوده است. این مطالعه دو گزینه اصلاح ساختار فرآیند و شیوه تأمین مالی به عنوان گزینه‌های سیاستی را نیز پیشنهاد داده است (۱۱).

### نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادات تحقیقاتی:

مطالعه حاضر نشان داد که با وجود انجام مطالعات با اهداف مختلف در زمینه تعرفه‌گذاری، لیکن شکاف‌های دانشی بسیاری نیز در این حوزه وجود دارد که ضروری است توسط مراکز مطالعاتی و پژوهشگران علاقمند به این حوزه، مرتفع گردد. موارد پیشنهادی مطابق چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت و چارچوب مثلث سیاستگذاری ارائه شده است و در ذیل آمده است. شایان ذکر است که موارد پیشنهادی تنها به این موارد محدود

نشده و هر چند سال یکبار نیز نیازمند انجام مطالعات مشابه (۴۹ مطالعه وارد شده در این مطالعه) جهت شناسایی و یکپارچه نمودن یافته‌های مطالعات انجام شده در این حوزه و ارائه بازخورد مناسب به سیاستگذاران و مدیران ارشد می‌باشد.

موارد پیشنهادی به همراه رتبه هر مورد در هر کدام از ابعاد، در ذیل ارائه گردیده است:

## ۱- چارچوب بلوک‌های ساختاری نظام سلامت:

### ۱-۱- تأمین مالی

۱-۱-۱. طراحی و پیاده‌سازی مدل علمی تأمین منابع مورد نیاز برای اجرای تعرفه‌های خدمات سلامت

۱-۱-۲. طراحی و پیاده‌سازی سیاست‌های مدون راهبردی تأمین اعتبار لازم برای اجرای تعرفه‌های مصوب خدمات سلامت

۱-۱-۳. بررسی تاثیر کتاب ارزش نسبی بر روی درآمد گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات سلامت

۱-۱-۴. بررسی مقایسه‌ای تاثیر ترجمه واقعی و غیرواقعی کتاب کالیفرنیا بر هزینه‌های نظام سلامت در طول سال‌های استفاده از کتاب مذکور

۱-۱-۵. برآورد اعتبار مورد نیاز و مصرف شده ناشی از ترجمه غیرواقعی کتاب کالیفرنیا بر میزان پرداخت به پزشکان و شکاف درآمدی بین پزشکان

۱-۱-۶. تاثیر اصلاح نسخه‌های تعرفه‌گذاری بر میزان پرداخت به نیروی انسانی سلامت

### ۲-۱- نیروی انسانی

۱-۲-۱. تاثیر اصلاح تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر مهاجرت نیروی انسانی بخش سلامت

۲-۲-۱. بررسی رضایت نیروی انسانی بخش سلامت از اصلاح تعرفه‌های خدمات سلامت

### ۳-۱- ارائه خدمت

۱-۳-۱. طراحی و تدوین مدل مرجع تعرفه‌گذاری عادلانه خدمات سلامت

۲-۳-۱. تدوین مدل علمی و بومی محاسبه بهای تمام شده خدمات سلامت به تفکیک مناطق مختلف کشور

۳-۳-۱. تدوین مدل بومی بروزرسانی ارزش‌های نسبی خدمات سلامت

۴-۳-۱. تدوین مدل بومی برای بروزرسانی خدمات سلامت

۵-۳-۱. تعیین مدل علمی و بومی برای تعیین تعدیل‌کننده‌های جغرافیایی (تعرفه‌های ترجیحی)

### ۴-۱- نظام اطلاعات

۱-۴-۱. شناسایی پیش‌نیازهای اساسی در حوزه اطلاعات به منظور تعرفه‌گذاری واقعی خدمات سلامت

### ۵-۱- حکمرانی

۱-۵-۱. تحلیل برای سیاست‌گذاری به منظور تدوین مدل حکمرانی نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت از طریق اصلاح ترکیب و فرایند تعیین و ابلاغ تعرفه‌ها

۲-۵-۱. تحلیل ظرفیت جهت ایجاد و تقویت ساختاری جهت اعمال سیاست‌گذاری تعرفه‌ای در بخش سلامت

۳-۵-۱. طراحی و استقرار نظام پویای تعیین و تنظیم تعرفه‌های خدمات سلامت

۴-۵-۱. بررسی نقش و ابعاد تضاد منافع در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

## ۱-۶- دارو و تجهیزات

۱-۶-۱. ارزیابی تاثیر تعرفه‌گذاری بر میزان مصرف و هزینه‌های تأمین و تدارک دارو و تجهیزات

## ۲- چارچوب مثلث سیاستگذاری

۱-۲- فرآیند

۱-۱-۲. تحلیل سیاستگذاری نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۲-۱-۲. بررسی کاربرد تئوری‌های فرآیند سیاستگذاری در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۲-۲- بازیگران

۱-۲-۲. شناسایی نقش و حوزه مسئولیت بازیگران موثر در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۲-۲-۲. مطالعه ایجاد و تقویت نهادی فعال برای نظارت مستمر بر تعرفه‌های خدمات سلامت

۳-۲-۲. شناسایی و تحلیل روابط بازیگران موثر در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۳-۲- بافتار

۱-۳-۲. شناسایی و تحلیل عوامل بافتاری تاثیرگذار بر فرآیند تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۴-۲- محتوا

۱-۴-۲. مطالعه اصلاح و بازنگری قوانین و مقررات جهت نظارت فعال بر تدوین عادلانه و رعایت تعرفه‌های

خدمات سلامت

## منابع:

1. Olyaeemanesh A, Poursaghari H, Tadayon MM, Harirchi I, Hasanzadeh A, Shojaei A, et al. Health Insurance System Reforms in the Islamic Republic of Iran in line of Sustainable Financing of the Health System. Tehran: Avash; 2018.
2. Doshmangir L, Rashidian A, Moaeiri F, Akbari Salari A. Effect of Proposed Changes of Relative Values of Different Specialists Medical Tariffs on Payment Weight to Specialties and Health System Costs. Hakim Health Systems Research Journal. 2011;14(1):1-9.
3. Heidarpoor-Dehkordi F, Hesam S, Vahdat S. Effectiveness of health services Tariffs on Imam Ali (AS) Social Security Hospital's performance of Charmahal and Bakhtiari province in 1393-1394. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2016;18(4):67-73.
4. Mosadeghrad AM, Darrudi A, Afshari M. Impact of health transformation plan on surgical and anesthesia procedures tariffs: A longitudinal study. Razi Journal of Medical Sciences. 2019;25(12):17-32.
5. Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyae Manesh A. Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs. Hakim Health Systems Research Journal. 2012;15(1):38-43.
6. Ebrahimipour H, Rezazadeh A, Olyani S, Khorsand Vakilzadeh A, Fazaeli S, Jafari M, et al. Iran's Health System evolution and Tariff change on Cardiovascular Ward Performance of a Big Teaching Hospital. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2017;16(2):150-8.
7. Mosadeghrad AM, Mirzaee N, Afshari M, Darrudi A. The impact of health transformation plan on health services fees: Brief report. Tehran University Medical Journal. 2018;76(4):277-82.
8. Mosadeghrad A, Afshari M, Nasrolahi R, Daneshgar S, Corani Bahador R. The Impact of Health Transformation Plan on Deductions Imposed on Imam Khomeini Hospital Complex's Bills. Hospital. 2018;17(2):71-9.
9. Doshmangir L, Rashidian A, Sari AA. Unresolved issues in medical tariffs: challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. Hospital. 2011;10(4).
10. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and

meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*. 2015;4(1):1.

11. Yousefvand M, Olyae Manesh A. Policy Analysis of Revising the Relative Value of Healthcare Services and Providing Policy Options for Iran [Research]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2017.
12. Afshari R. Unrealistic Medical Fees, the Main Problem of Medical Community and Patients. *Journal of Mashhad Medical Council*. 2013;17(2):56-9.
13. Aghajani M, Olyaeemanesh A, Manavi S, Yusefvand M, Maher A, Shahrami A. The process of reviewing the new book on the relative value of health services and localization of the coding system in the third step of the health transformation plan, with a focus on its wide impact on the health market of the country. *Hakim Research Journal*. 2017;20(3):164-74.
14. Hasanzade A, Fakhim Alizad S. A Review on the Basis of Tariffing Health Services in Iran. *Social Security Journal*. 2007;8(3-4):7-42.
15. Alizadeh Razavian SM, Moradi-joo M. Tariff setting system for health services, drugs and goods in Iran. Part 1: Tariff setting system and relative value of health services. Tehran: Iran Health Insurance Organization; 2020.
16. Ebrahimipour H, Olyani S, Rezazadeh A, Khorsand A, Fazaeli S, Yousefi M. Survey on Economic and Performance Indicators of a Big Tertiary Hospital: Before and After Health Care Evolution Plan, Tariff Change and Pay for Performance Instruction Implementation. *Hakim Research Journal*. 2018;21(1):57-63.
17. Ebrahimipour H, Olyani S, Rezazadeh A, Vakilzadeh AK, Fazaeli S, Jafari M, et al. Effect of "Iran's health system evolution" and "tariff change" based on relative values book on performance of obstetrics and gynecology department: A case study in a big hospital. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;20(8):15-25.
18. Mohammadi F, Imanpour M, Rezayatmand R. A cross-specialty analysis of relative values in the new version of Iranian relative values for physician. *Tehran University Medical Journal*. 2019;77(5):282-7.
19. Jabbari A, KeyvanAara M, Rahi F, Aziz Zadeh M. Perception of insurance organization managers on the concept of real tariff of medical services in the health system: A qualitative study. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2015;4(3):304-13.
20. Keyvanara M, Jabbari AR, Azizzadeh M. The challenges of the tariffs in medical services of health care system from the perspective of the managers of insurance agencies: A qualitative study. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2016;19(1):13-24.
21. Soltan Tajian A, Jabbari AR, KeyvanAara M. Perception of internal medicine specialists on the concept of tariff of medical services in the health system [Research]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2015.
22. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. *International journal for equity in health*. 2020;19(1):112.
23. Aryankhesal A, Meydari A, Naghdi S, Ghiasvand H, Baghri Y. Pitfalls of revising physicians' relative value units (RVUs) in Iran: a qualitative study on medical practitioners' perspective. *Health Scope*. 2018;7(S):e63140.
24. Jabbari A, Keyvanara M, Azizzadeh M. Health Managers' Perspective On The Challenges And Injuries Caused By Incorrect Medical Service Tariff, A Qualitative Study. *Armaghane danesh*. 2016;20(10):921-34.
25. Jabbari A, Azizzadeh M, Keyvanara M, Rahi F. The Consequences of Medical Services Tariffs Reform from the Perspective of Health Managers, a Qualitative Study. *Armaghane danesh*. 2016;21(1):95-106.
26. Jabbari A, Keyvanara M, Azizzadeh M, Soltantajiyani A. Infrastructures and Necessary Actions Parallel to Reforms of Medical Service Tariffs to Improve Health System Performance in Iran: A Qualitative Study. *Management Strategies in Health System*. 2017;2(2):130-45.
27. Mazdaki A, Rezapour A, Azari S, Khaliabad TH, Behzadifar M, Moghadam MR, et al. A comparison of the earnings of specialist physicians and nurses before and after implementing the Iran's New Tariffs Book. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:37.
28. Bayati A, Soltanian F, Kamali P, Shamsi M. Influencing Factors on Relative Value Unit of GPs' Visits in Private Medical Offices in Tehran. *Hakim Research Journal*. 2011;14(2):89-95.
29. Nekoei-Moghadam M, Nazari J, Amiresmaili MR, Amini S. Factors affecting fee-setting for dental services in Iran's private sector: Dentists' perspective. *Shiraz E Medical Journal*. 2019;20(3).
30. Rashidian A, Doshmangir L. Substitution of 'California' book, the First Clinical and Diagnosis Tariff Reference book in Iran: Expert's View Points. *Medicine and cultivation Research Journal*. 2013;22(3):59-78.
31. Nasri M. A comparative study of the California book effect and the services relative value on inpatient costs of the common actions in the selected hospitals of ILAM city in September and October 2014. *journal of ilam university of medical sciences*. 2017;25(1):169-79.

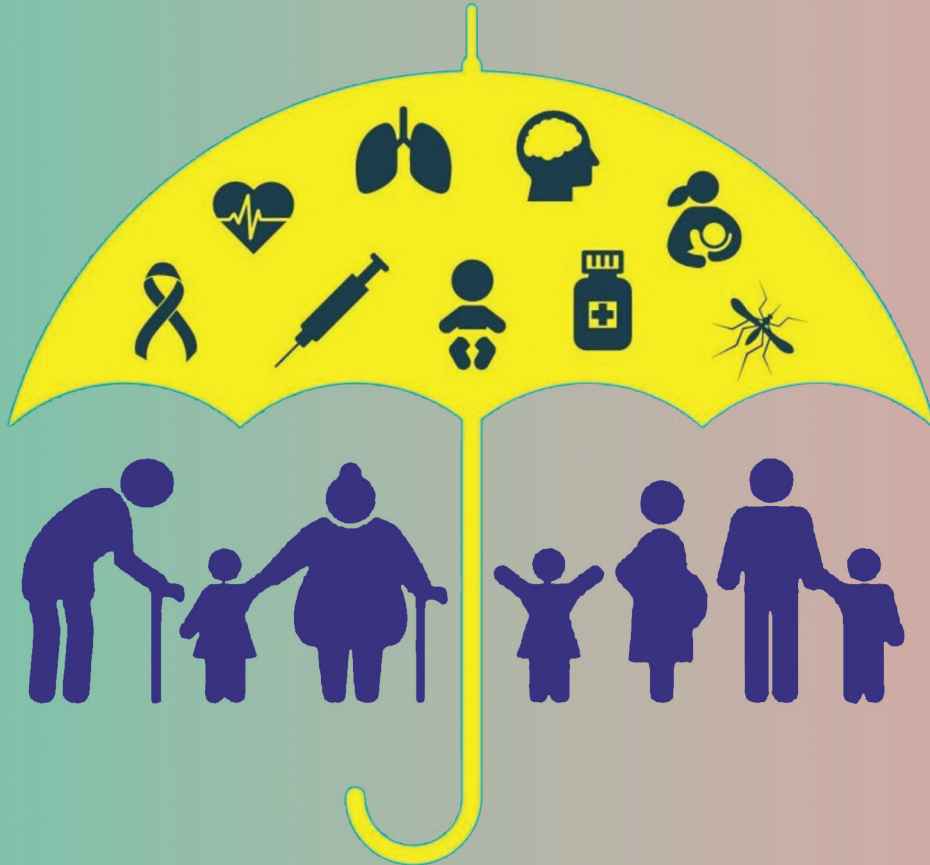
32. Rezapour A, Keshavarz K. Effects of increasing hospital and medical services tariffs on price index in economical sectors by using Input–Output method (2007-2008). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010;14(2):62-8.
33. Zamani R, Barati A. Comparison of trend of the approved price index of medical tariffs and hospital bed-day with the retail prices of goods and services from 1978 to 2003. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004.
34. Koohi F. Study of the status of tariffs for diagnostic and therapeutic services from 1995 to 2014. *Social Security Journal*. 2014;12(41-42):109-26.
35. Ahmadi AM, Yousefi M, Fazaeli S. Consumer Price Index Changes in Iran's Public and Health Sectors. *The Economic Research*. 2010;10(1):0-
36. Shakibaei AR, Horri HR, Irani Kermani F. Estimation of Price and Income Elasticities of Demand for Health Services Using AIDS Model. *Iranian Journal of Economic research*. 2006;8(27):199-230.
37. Sadeghi M, Damroodi M, Sinaei Rad A. The study of the Rate of Users Satisfaction with the Book of "Relative Value of Health Services" in 2015. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2016;11(2):8-15.
38. Haydari P. A comparative study on the effect of the California Book and relative value of services on the costs of hospitalization for common surgeries in selected hospitals of Sanandaj, Iran. *International Journal of Biomedicine and Public Health*. 2018;1(2):95-100.
39. Yousefi M, Aliani S, Valinejadi A, Rezazadeh A, Khorsand A, Fazaeli S, et al. Effect of "Iran's health system evolution plan" and "tariff change" on financial performance of para-clinic units in a big tertiary hospital in Iran. *Koomesh*. 2018;20(2):403-9.
40. Hoshmandi G, Zare K, Kharazmi E. The effect of implementing the relative value book of health services on out-of-pocket payments of insured of the Health Insurance Organization in private laboratories of Bushehr province [Research]. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2016.
41. Najafi M, Hesam S, Vahdat S. Implementation of Relative Values' Book of Health Services and Its Impact on Health Insurance Deductions in Invoices Submitted to Non-Teaching Hospitals of Hormozgan University of Medical Sciences, 2014 [Research]. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2016.
42. Golzar H, Tahmasebi S, Alizadeh M. Investigating the Effectiveness of the Health Services Relative Value Implementation on Out of Pocket Payment of Insured People Covered by the Health Insurance Organization in Selected Hospitals of Bushehr Province in 2014. *Management Strategies in Health System*. 2018;2(4):295-304.
43. Yousefvand M, Olyaeemanesh A, Arab M, Jaafari-pooyan E. The behavior of basic health insurance Organizations after the implementation of Relative Value of Health Services book in Iran: A qualitative study. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:110.
44. Maleki MR. Comparative study of treatment costs and approved tariffs. *Social Security Journal*. 1999;1(1):225-
45. Anani H, Baluchi I, Ghazizadeh M, Mardani Valandani H, Mirzaee Khalilabadi R. Evaluating the effect of tariff on wastage and return of blood products in Kerman province. *Transfusion Clinique et Biologique*. 2018;25(1):44-8.
46. KhajehNajafi AR, Maghsudlu M, Etemad K. Assessment the impact of blood and blood components tariff setting on the requests for blood, platelets and plasma components in the hospitals of Western Azarbayjan province. *The Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2019;16(1):1-8.
47. Zargoush Nasab AJ, Sahraneshin Samani S, Doustipour M. Requiring Patients to Pay Charges Higher than the Rates Approved by the Government. *Islamic Studies in Health*. 2017;1(1):32-42.
48. Khani M, Aziz SM. Obtain legal review and legal fees in excess of Physicians. *Islamic Studies in Health*. 2019;2(4):11-20.
49. Heydari H, Karimi N, Malek Afzali M, Tanha F. Ruling of Extra-Tariff Received by Doctors (Kickbacks) in Private Medical Centers from Jurisprudence and Law Viewpoint. *Iranian Journal of Medical Law*. 2017;10(39):57-78.
50. Karimi N. Ruling of Extra-Tariff Received by Doctors (Kickbacks) in State Medical Centers from Jurisprudence and Law Viewpoint. *Medical Law Journal*. 2016;10(37):149-70.
51. Zare H, Akhavan Behbahani A, Azadi M, Masoudi Asl I. Assessment of Methods for Determination of Medical Tariffs in Developed Countries and Proposing a Model for Iran. *Majlis and Rahbord*. 2013;20(74):5-34.
52. Safdary R, Tofighi S, Ghazisaeedi M, Goodini A. A comparative study on the necessity of using diagnostic related groups for as a tool to facilitate the repayment of health units in selected countries. 2011.
53. Rezaei P, Mirzaei M, Asadzadeh A. A Framework for Resource-Based Relative Value Scale Reimbursement System in the Iranian Health Care System. 2017.



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

## عنوان طرح

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت  
های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد  
راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تأمین مالی  
نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش  
همگانی سلامت





شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع  
پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت  
ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و  
ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در  
چارچوب دستیابی به پوشش همگانی  
سلامت

مجری طرح  
علیرضا جباری

همکاران طرح  
مرضیه هادیان

إلى  
العلماء  
والشعراء

## فهرست محتوی

۱۲۰	خلاصه اجرایی طرح
۱۲۱	خلاصه روش اجرای طرح
۱۲۱	مقدمه و اهداف
۱۲۳	زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات
۱۲۵	دلایل وجود پرداخت های غیر رسمی
۱۲۹	روش پژوهش (به تفکیک مراحل انجام طرح)
۱۳۰	راهبرد جستجو
۱۳۲	نتایج (به تفکیک مراحل انجام طرح)
۱۳۹	تحلیل SWOT برنامه کاهش پرداخت غیر رسمی
۱۴۰	بحث و نتیجه گیری
۱۴۰	پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری
۱۴۱	منابع



## ۱- خلاصه اجرایی طرح:

پرداخت های غیر رسمی می تواند به دلایل مختلفی در يك جامعه وجود داشته باشد که از آن جمله می توان به : کمبود منابع دولتی برای تامین مالی مراقبت سلامت، فقدان اعتماد و شفافیت لازم در نظام سلامت، نبود نظارت کافی در سیستم، پایین بودن حقوق و مزایای کارکنان ارائه دهنده خدمت (۱)، فقدان پاسخگویی مناسب در سیستم ارائه خدمت، ضعف مدیریت، کیفیت پایین خدمات، ناامیدی دریافت کنندگان خدمت از دریافت خدمات درمانی و رفاهی کافی و نیز خصوصیات فرهنگی اجتماعی جامعه - از جمله فرهنگ انعام دهی و ... اشاره کرد (۲).

عدم تقارن اطلاعات در بازار سلامت<sup>۱</sup> و این موضوع که مردم ممکن است راجع به رایگان بودن برخی خدمات سلامت اطلاع کافی نداشته باشند می تواند یکی دیگر از دلایل وجود پرداخت های غیر رسمی باشد (۳).

گاهی سیاست مداران معتقدند که این پرداخت های غیر رسمی می توانند به عنوان هزینه همکاری در نظر گرفته شوند تا کارکنان سلامت یک انگیزه مالی اضافی برای بالا بردن دستمزد خود داشته باشند و در سازمان باقی بمانند و در نتیجه تمایلی برای مقابله با این پدیده از خود نشان نمی دهند (۱).

توجهی که اکثر پزشکان ( و سایر پرسنل بخش سلامت ) در قبال علت دریافت وجوه غیر رسمی از بیماران می آورند این است که پرداخت های مورد تایید مراجع رسمی در حد معقول و منطقی نیست یا به اصطلاح تعرفه ها واقعی نیست (۴). صاحب نظران در قبال این توجیه چنین ابراز می دارند اگر قرار است هر صنفی که به گمان خود حق خود را از طریق دولت دریافت نمی کند به مردم فشار آورد دیگر هیچ نظم اقتصادی در جامعه وجود نخواهد داشت و اگر قرار است مردم پاسخگوی کم بودن اعتبارات تخصیص یافته باشند قشر کم درآمد چه باید بکند (۵).

اگر پرداخت های غیر رسمی دوش به دوش و به موازات پرداخت های رسمی ادامه یابد، نشانگر های دریافت های پزشکان یا بیمارستان مغشوش می شود و برابری و کنترل هزینه ها نیز ضعیف خواهد شد. بنابراین، مهم است که پرداخت های غیر رسمی با سیستم های جدید تامین مالی عادلانه جایگزین شوند (۶).

درسال های اخیر شاهد روند رو به افزایش تعرفه های درمانی پزشکان و موسسات درمانی بوده ایم. بخشی از این روند افزایشی مربوط به تورم، پیشرفت تکنولوژی تشخیصی - درمانی و تغییر الگوی بیماری ها و بخش دیگر به علت افزایش دریافت های غیر رسمی می باشد (۷).

اما با وجود مطالعات گسترده انجام شده در ایران و خارج از کشور در حوزه پرداخت غیررسمی هنوز شاهد افزایش پدیده پرداخت غیر رسمی در ایران هستیم. پرداختن به مقوله شکاف دانشی در زمینه پرداخت های غیر رسمی می توان کمک شایانی در جهت ریشه کن کردن این معضل باشد. این تحقیق با هدف شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام شده است تا نتایج آن بتواند مدیران سازمان ها (به خصوص مدیران بیمارستان ها)، سازمان های بیمه گر، سیاست گذاری سلامت وزارت بهداشت، تعرفه گذاری، اقتصاد سلامت و ... را یاری رساند تا بتوانند برنامه ریزی کامل تری در این زمینه داشته باشند و به رفع کاستی ها اقدام نمایند.

## خلاصه روش اجرای طرح :

مطالعه حاضر در ۲ مرحله انجام می پذیرد:

### (۱) مرور جامع

در این مرحله به منظور مرور جامع مطالعات انجام شده، کلیه مطالعاتی که در زمینه پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت از سال ۲۰۰۵ انجام شده اند از طریق جستجوی کلید واژه های مرتبط با هدف پژوهش در پایگاه های داده ای نظیر ISI web of science، PubMed، Scopus، Science Direct، Ovid، Pro Quest، SID و Google Scholar در بازه زمانی بین ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۰ مورد بررسی قرار گرفت. کلید واژه های مورد استفاده در این مطالعه شامل informal payment، under table payment، illegal payment، Gray payments، unofficial payment در سایت های انگلیسی زبان و واژگان پرداخت غیر رسمی، پرداخت زیر میزی، پرداخت های غیر قانونی، پرداخت های خاکستری و پرداخت های غیر رسمی در سایت های فارسی زبان می باشد. تمامی کلید واژه ها با استفاده از "و" و "یا" در قسمت سرچ پایگاه های داده ای با یکدیگر ترکیب شده اند. در پایگاه های انگلیسی زبان برای یافتن تمامی مترادف واژگان از استراتژی مش استفاده شده است. اجزای پروتکل مرور جامع شامل موارد زیر می باشد:

زمینه موضوع

مرور بر متون

راهبرد جستجو

معیارهای انتخاب مطالعه

ارزیابی کیفیت

راهبرد گردآوری داده ها

### (۲) انجام مطالعه تطبیقی

## ۲- مقدمه و اهداف:

سلامتی یکی از حقوق اساسی انسان است و این موضوع بیانگر مسئولیت دولت ها در مورد حفظ سلامتی مردم کشورشان است. نظام های سلامت، نه تنها مسئول ارتقای سلامت افرادند، بلکه موظفند از آنها در برابر هزینه های مالی بیماری و ناخوشی، محافظت نمایند (۷).

امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام های سلامت شناخته شده است؛ روشن ترین نشانه آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی به عبارت دیگر مواجهه با هزینه های کمرشکن در نظام سلامت خود نیز رنج می برند (۵). بررسی درآمد و هزینه خانوارها نشان می دهد که در برخی از کشورها بیش از ۱۰ درصد خانوارها همه ساله با مخارج سلامت کمرشکن مواجه هستند (۸).

بین کشورهای فقیر و ثروتمند در زمینه میزان هزینه های صرف شده در بخش سلامت شکاف زیادی وجود دارد (۲). ۸۴ درصد جمعیت دنیا و ۹۰ درصد بار بیماری های دنیا در کشورهای در حال توسعه است، در حالیکه فقط ۲۰ درصد

تولید ناخالص داخلی دنیا و ۱۲ درصد کل مخارج سلامت دنیا مربوط به این کشورها است (۹). سرانه مخارج سلامتی در کشورهای با درآمد بالا ۱۰۰ برابر این مقدار در کشورهای کم درآمد است، حتی بعد از تعدیل کردن این شاخص برای تفاوت در هزینه‌های زندگی باز هم مخارج سلامت در کشورهای با درآمد بالا ۳۰ برابر بیشتر از مخارج سلامت در کشورهای با درآمد کم می‌باشد (۱۰). اما مشکل تنها به اینجا ختم نمی‌شود، مسئله قابل توجه اینکه بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشورهای فقیر مستقیماً از «پرداخت‌های مستقیم از جیب» بوسیله دریافت کنندگان خدمات تأمین می‌شوند، که این روش تأمین مالی از نظر عدالت یکی از بحث برانگیزترین روش‌های تأمین مالی می‌باشد (۱۱).

پرداخت مستقیم از جیب بیماران یکی از ساده‌ترین و در عین حال کم اثر بخش‌ترین شیوه‌های پرداخت است (۱۲). در این شیوه فرد در زمان ارائه خدمات، پول را مستقیماً به ارائه‌کننده خدمات می‌پردازد. متأسفانه علی‌رغم وجود اشکالات فراوان این شیوه تأمین مالی، این روش حجم زیادی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است (۱۳). استفاده از پرداخت‌های مستقیم به عنوان مکمل اعتبارات مالیاتی برای حمایت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات مفید خواهد بود اما در این مورد که این پرداخت‌ها بتوانند به عنوان مبنای مالی عمده برای ارائه مراقبت بستری پیشرفته (بجز اقشار بسیار ثروتمند) به کار رود جای تردید وجود دارد (۱۴).

در يك تعريف كلي مي توان گفت پرداخت های غير رسمي عبارتند از: (الف): پرداخت به اشخاص یا موسسات ارائه‌کننده خدمات در قالب پول نقد یا هدیه، خارج از مجاری پرداخت‌های رسمی، یا (ب): پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی - توسط بیماران یا اعضای خانواده آنها - که تهیه آنها برعهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه‌کننده خدمات بوده و برای بیمار رایگان می‌باشد (۱۵). لازم به ذکر است که خرید داوطلبانه دارو و تجهیزات از بخش خصوصی، در زمره پرداخت‌های غیر رسمی قرار نمی‌گیرد. پرداخت‌های غیر رسمی با عناوین دیگری چون پول‌های زیرمیزی، پول‌های سیاه، پول‌های خاکستری، پول چایی، پرداخت‌های غیر اداری، پرداخت‌های فسادآمیز و... نیز شناخته می‌شوند (۱۶).

در آسیای مرکزی، مطالعات نشان می‌دهد که بیماران از طریق پرداخت‌های غیر رسمی، حداقل ۳۰ درصد به مخارج بهداشتی دولت کمک می‌کنند (۱۳). در لهستان پرداخت‌های غیر رسمی ۲ برابر حقوق رسمی پزشکان تخمین زده می‌شود (۱۷).

در بنگلادش درآمد هزینه‌های غیر رسمی از ۱۰ درصد حقوق رسمی کارکنان هم تجاوز می‌کند و در کامبوج ۵ درصد از حقوق کارکنان را شامل می‌شود. مطالعات اخیر دستمزدهای غیر رسمی، ۱۰ تا ۴۵ درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت را در کشورهای مطرح تخمین می‌زنند (۱۸).

#### ● اهداف (خروجی‌ها) اصلی طرح :

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت‌های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

#### ● اهداف (خروجی‌ها) اختصاصی طرح :

۱. شناسایی مطالعات ابعاد پرداخت‌های غیر رسمی در نظام سلامت ایران
۲. شناسایی مطالعات ابعاد پرداخت‌های غیر رسمی در نظام‌های سلامت دنیا
۳. تعیین سوالات پژوهشی مورد نیاز سیاستگذاران در مورد پرداخت‌های غیر رسمی در نظام سلامت ایران

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

### • اهداف کاربردی طرح :

تهیه آرشیو علمی در خصوص پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه یاد شده

### • فرضیه یا سوالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح) :

ابعاد پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران کدامند؟

ابعاد پرداخت های غیر رسمی در نظام های سلامت دنیا کدامند؟

شکاف دانشی در مورد پرداخت های غیر رسمی در تامین مالی نظام سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در نظام سلامت ایران چیست؟

### ۳- زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات :

یکی از انواع پرداخت های مستقیم از جیب بیماران، پرداخت هایی است که می توان از آن ها به عنوان پرداخت های غیر رسمی نام برد (۱۹).

در يك تعريف كلي می توان گفت پرداخت های غیر رسمی عبارتند از ؛

الف: پرداخت به اشخاص یا موسسات ارائه کننده خدمت در قالب پول نقد یا هدیه خارج از مجاری پرداخت های رسمی، یا ؛

ب: پرداخت بابت خرید دارو و تجهیزات پزشکی - توسط بیماران یا اعضای خانواده آنها- که تهیه آنها بر عهده سیستم مراقبت سلامت دولتی و واحد ارائه کننده خدمت باشد (۲۰).

لازم به ذکر است که خرید داوطلبانه دارو و تجهیزات از بخش خصوصی، در زمره پرداخت های غیر رسمی قرار نمی گیرد (۲۱).

آنچه به عنوان پرداخت های غیررسمی در اکثر قریب به اتفاق متونی که پرداخت های غیر رسمی را محاسبه نموده اند، محاسبه شده است عبارتست از پرداخت هایی که -اعم از پولی یا غیر پولی- توسط يك فرد به کارکنان مراقبت سلامت صورت می گیرد و بخشی از حقوق رسمی مالیات کسر شده کارکنان نمی باشد. این پرداخت ها ممکن است مورد انتظار یا پیش بینی نشده باشد و ممکن است بابت خدمات روزمره و یا به منظور دریافت خدماتی اضافی و لوکس صورت گیرد (۲۲).

از آنجایی که پرداخت های غیر رسمی اغلب مستقیم به اشخاص ارائه کننده خدمات سلامت پرداخت می شود، این نوع پرداخت ها در مقوله "استفاده از امکانات عمومی برای منافع خصوصی" طبقه بندی شده و در نتیجه طبق تعاریف، نوعی از فساد سیستمیک در نظر گرفته می شوند (۲۳). در حقیقت پرداخت های غیر رسمی به عنوان شکلی از بازار سیاه تلقی می شوند.

اگرچه پرداخت های زیرمیزی تنها یکی از انواع پرداخت های غیر رسمی محسوب می شوند ولی در عمل در بسیاری از متون این ۲ واژه مترادف یکدیگر به کار می روند (۲۲).

پرداخت های غیر رسمی با عناوین دیگری چون پول های زیرمیزی، پول های سیاه، پول های خاکستری، پول چایی، پرداخت های غیر اداری، پرداخت های فساد آمیز و... نیز شناخته می شوند (۲۴).

مطالعات اخیر دستمزدهای غیر رسمی، ۱۰ تا ۴۵ درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت را در کشورهای مطرح تخمین می زنند. (۲۰)

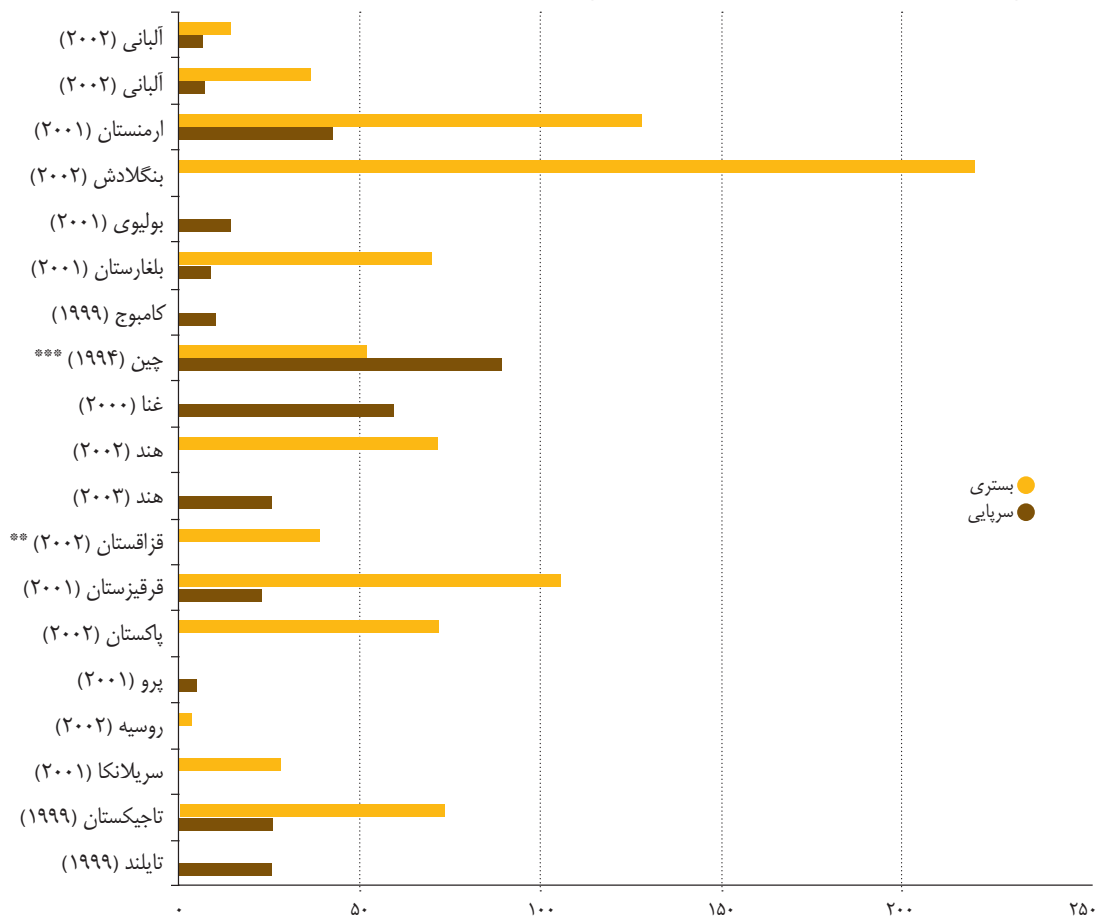


در چین پرداخت های غیر رسمی یکی از چالش های اساسی است که مردم و بخش درمان با آن مواجهند (۲۵). مطالعات گسترده ای در بسیاری از کشورها در خصوص پرداخت های غیر رسمی به عمل آمده که بیشترین این مطالعات در کشور های اروپای شرقی و آسیای میانه بوده است و برخی از این مطالعات به این نتیجه رسیده اند که مردم برای تأمین هزینه های غیر رسمی و وجوه زیرمیزی حتی وسایل منزل خود را در معرض فروش قرار می دهند (۲۶).

طبق گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۰۰ محدوده فراوانی پرداخت های غیر رسمی بسیار گسترده بوده و از ۲ درصد در پرو تا ۹۶ درصد در پاکستان، متغیر است، همچنین بخش عمده ای از بیماران در بلغارستان ۴۳ درصد؛ لهستان ۴۶ درصد؛ ترکمنستان ۵۰ درصد؛ و تاجیکستان ۷۰ درصد؛ مجبور به پرداخت های غیر رسمی برای دریافت خدماتی هستند که از لحاظ قانونی رایگان می باشند (۲۷).

در مطالعه ای که در برخی کشورهای آسیایی انجام گرفت نشان داد که پرداخت های غیر رسمی برای خدمات بستری و خدمات سرپایی مبالغ متفاوتی را دربرمیگیرد. هرچند که در اکثر این کشورها پرداخت های غیر رسمی مبالغ بیشتری را برای خدمات بستری شامل می شوند اما در برخی کشورها این تفاوت بسیار قابل توجه است. مثلاً در بنگلادش پرداخت های غیر رسمی برای خدمات بستری نزدیک به ۲۳۰ دلار می باشد. اما در روسیه این مبلغ بسیار کمتر از ۱۰ دلار می باشد. اما در نهایت پرداخت ها بسته به نوع سیستم بیمه ای و حقوق و دستمزد و سایر سیاست های بهداشتی و

به ویژه فرهنگی هر جامعه در خدمات بستری و سرپایی تفاوت های چشمگیری دارند. (نمودار شماره ۱)



نمودار شماره ۱: میزان پرداخت های غیر رسمی برای خدمات بستری و سرپایی به صورت درصد سرانه درآمد ماهانه در برخی کشورها

## دلایل وجود پرداخت های غیر رسمی :

پرداخت های غیر رسمی معمولاً به دلایل متعددی انجام می گیرد. در مطالعات دلایل در سه بخش دسته بندی شده است.

۱- دلایل بیماران

۲- دلایل ارائه دهندگان خدمت به ویژه پزشکان

۳- دلایل مربوط به ضعف های موجود در نظام سلامت کشور ها (۲۲)

### ۱- دلایل بیماران و خانواده های آنها برای پرداخت های غیر رسمی :

استفاده کنندگان از خدمات سلامت کیفیت را با ارزش پولی و قیمت خدمات معادل فرض می کنند، به همین دلیل بسیاری از بیماران به بخش خصوصی مراجعه می کنند یا اینکه به ارائه دهندگان خدمت در بخش دولتی پرداخت های غیر رسمی انجام می دهند (۲۸). این موضوع از دو بعد مثبت و منفی قابل بررسی می باشد. گروهی از افراد یا بیماران به دلیل ترس از عدم دریافت خدمات مناسب یا دریافت خدمات بی کیفیت این پرداخت ها را انجام می دهند (۲۹). در یک مطالعه ۴۲ درصد بیماران گفته اند که پرداخت ها را به دلیل ترس از دریافت خدمات با کیفیت یا زیر استاندارد انجام دادند، بلعکس گروهی از بیماران اعتقاد دارند که پرداخت های غیر رسمی باعث دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و بهتر می گردد، اما عدم پرداخت باعث دریافت خدمات نامطلوب نمی گردد. به همین دلیل افرادی که در پایتخت زندگی می کردند در مقایسه با سایر نقاط کشور تمایل کمتری به پرداخت غیر رسمی داشتند، چراکه از خدمات با کیفیت و در دسترس برخوردار بودند (۵، ۳۰، ۳۱). دلیل دوم بیماران برای پرداخت های غیر رسمی دسترسی به خدمات و صرفه جویی در زمان است. بسیاری از بیماران برای دریافت خدمات فوری و عدم انتظار طولانی مدت یا خروج از فهرست انتظار به ویژه فهرست انتظار جراحی پرداخت های غیر رسمی انجام می دهند (۲۳، ۳۲). مطالعه ای که در سه کشور حوزه بالتیک (لتونی، لیتوانی و استونی) انجام شد نشان داد که بیش از نیمی از پاسخ دهندگان حاضرند به شرط خارج شدن از لیست انتظار و درمان فوری مبالغی را به بیمارستان پرداخت نمایند (۳). سومین دلیل بیماران دریافت مراقبت و احترام و توجه بیشتر از سوی پزشکان پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات می باشد البته به یک بیماری با میزان مرگ بالا یا انجام یک درمان خاص از دیگر دلایل بیماران برای این گونه پرداخت و اگذار شده است (۳۳). چندین مطالعه تلاش کردند تا ارتباط بین پرداخت های غیر رسمی و جنبه های فرهنگی پیدا کند همچنین آنها پیشنهاد می کنند که عدم اعتماد به نظام سیاسی و موسسات دولتی دلیل اصلی این پدیده است. بر اساس مطالعه Lewis افزایش پرداخت غیر رسمی در کشورهایی که در گذشته متعلق به بلوک کمونیستی بوده اند نشان می دهد که زمینه و بستر های این پدیده در دیدگاه کمونیستی ایجاد شده است و با سقوط کمونیسم این پدیده علنی و بعضاً مرسوم شده است (۲۹). دلیل دیگر بیماران که برخاسته از فرهنگ و سنت ها می باشد، قدردانی از پزشک است. بیشتر پرداخت هایی که برای قدردانی از پزشکان انجام می گیرد به صورت هدیه و غالباً بعد از دریافت درمان می باشد (۳۴).

### ۲- انگیزه های ارائه دهندگان خدمت برای دریافت پرداخت های غیر قانونی :

حقوق پایین ارائه دهندگان خدمات به ویژه پزشکان، مهمترین عامل دریافت های غیر قانونی گزارش شده

است (۳۵). هنگامی که پرداخت پایین باشند ممکن است پزشکان از جایگاه و موقعیت خویش سوء استفاده کند (۳۶). در برخی مطالعات پزشکان بیان کردند که تعرفه‌های تعیین شده از سوی دولت چه در بخش خصوصی و دفترچه در بخش دولتی مورد پذیرش پزشکان نیست، بنابراین پزشکان بیشتر از تعرفه مقرر از بیماران تقاضا می‌کنند (۲۹). از دلایل دیگر می‌توان به اعمال کسورات از سوی بیمه‌ها بر صورتحسابها و بازپرداخت پایین و با تأخیر بیمه‌ها به ویژه در بخش دولتی، عدم توجه دولتمردان به منزلت ارائه‌دهندگان خدمت و لزوم یک زندگی با استاندارد بالا اشاره کرد که توسط ارائه‌دهندگان خدمت برای توجیه این نوع دریافت آن مطرح شده است (۲۰). مطالعه ای در تانزانیا نشان داد که ۷۰٪ حقوق پزشکان و ۳۰٪ حقوق پرستاران در مقایسه با هزینه های زندگی و تورم پایین است. دلیل دیگر پزشکان این است که بیماران اینگونه پرداخت ها را داوطلبانه و به عنوان هدیه سپاسگزاری پرداخت می‌کنند و رد کردن هدیه آنان بی ادبی محسوب می‌شود (۷).

### ۳- دلایل مربوط به ضعف نظام سلامت:

در مطالعات انجام گرفته، بخشی از این پرداخت ها ناشی از ضعف، نارسایی و نبود مدیریت صحیح در نظام سلامت کشورها بیان شده است. این دلایل شامل تأمین مالی ضعیف و عدم حمایت از افراد آسیب پذیر و بیماران مبتلا به بیماری مزمن، نبود ابزارهای محدود کننده و نظام تنبیه مناسب، تعرفه‌های غیرواقعی، عدم دسترسی مردم به بخش خدمات و ایجاد انحصار و نبود زیرساخت‌های مناسب برای تأمین نیروی انسانی می‌باشند (۳۵). عدم مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی نظام سلامت، نظام پرداخت نامناسب و تفاوت سطح اطلاعات بین ارائه دهنده و بیمار از دیگر دلایل می‌باشد (۳۷). فساد مالی و اداری در یک کشور از دیگر عوامل ساختاری است که این پدیده را توجیه می‌کند. مطالعه‌ای که در کشور توگو انجام گرفت، مشخص کرد زمانی که فساد گسترده باشد و پرداخت های غیر رسمی رایج باشد تاثیر عواملی چون شکاف درآمدی و ثروت افراد بر این پدیده بیشتر می‌گردد. از طرف بیمه‌ها نیز می‌توانند به عنوان جزئی از نظام سلامت در شکل‌گیری پرداخت‌های غیرقانونی موثر باشند. بیمه درمانی باعث کاهش پرداخت ها، و نبود بیمه و بسته‌های حمایتی کافی، باعث افزایش میزان آن می‌گردد (۳۸). البته اگر بیمه‌ها نتوانند پوشش مناسبی برای خدمات ارائه دهد یا حمایت مالی مناسبی از بیماران نداشته باشند، تنها تقاضا برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهد و در صورتی که این افزایش تقاضا با عرضه مناسب خدمات همراه نباشد، این موضوع خود باعث تشدید پرداخت غیررسمی می‌گردد. علاوه بر این بازپرداخت با تغییر بیمه‌ها، به ویژه برای پزشکان، یک عامل مهم افزایش این پرداخت‌ها است (۳۹).

### ۴- عوامل تشدید کننده:

در مقالات به برخی از خصوصیات و ویژگی های اشاره شده است که بر مقدار و حجم پرداخت های غیر رسمی موثر بوده و سبب تشدید آن می‌گردد. در سه گروه شامل عوامل مربوط به بیماران، برخی از عوامل مرتبط با پزشکان و نوع بیماری یا درمان تقسیم شدند.

#### الف- عوامل مرتبط با بیماران:

##### الف-۱) رضایتمندی:

نارضایتی بیماران متغیر بسیار مهمی است که تمایل بیمار به پرداخت‌های زیرمیزی را توضیح می‌دهد. افرادی که از

کیفیت خدمات ناراضی بودند، در مقایسه با افرادی که از خدمات راضی بودند، حدود دو و نیم برابر بیشتر تمایل به پرداخت غیر رسمی داشتند. در مطالعه ای که توسط تامسون و همکاران در سال ۲۰۰۲ در قزاقستان انجام گرفت، بیماران بعد از انجام پرداخت های غیر رسمی، خدمات با کیفیت دریافت کرده و همچنین توانستند در فهرست انتظار به جلو حرکت کنند. خدمات دریافتی بعد از پرداخت آنها افزایش یافته بود (۴۰).

### الف-۲) درآمد:

برخی از مطالعات بیان کردند که میزان درآمد خانوار، تاثیر بر میزان پرداخت آنها ندارد. اما در اکثر مطالعات درآمد بالای افراد و خانواده ها باعث افزایش تعداد و میزان این نوع پرداخت گردیده است. مطالعات انجام شده در ترکیه و بلغارستان نشان داده است که افراد ثروتمند و دهک های بالای درآمدی جامعه به ترتیب ۳ و ۶ برابر بیشتر از دهک های درآمدی پایین جامعه، پرداخت های غیر رسمی داشتند (۴۱).

### الف-۳) سطح تحصیلات:

میزان تحصیلات نقش متفاوت در تعیین میزان پرداخت داشته است و یافته ها در این باره متناقض می باشد. در برخی مطالعات با افزایش سطح تحصیلات بیماران، این پرداخت ها کاهش یافته است. در چند مقاله نشان داده شده است، بیمارانی که نسبت به حقوقی که از آنها برخوردارند، ناآگاه بودند، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی داشتند (۱۹). بر اساس نتایج چندین مطالعه نشان داده است که افزایش سطح تحصیلات باعث افزایش این پرداخت ها می گردد. دلیل این مطالعات، بالا بودن درآمد افراد تحصیل کرده ذکر شده است. البته باید اذعان کرد که افراد تحصیل کرده در موقعیت هایی که نقش بیمه های سلامت ضعیف بوده یا نیاز به خدمات بیشتر می گردد، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی دارند. عامل سطح تحصیلات در یک مطالعه بی تاثیر گزارش شده است.

### الف-۴) سن:

در بیشتر مطالعات، سن بیمار رابطه غیر مستقیم با پرداخت های غیر رسمی دارد، به طوری که با افزایش سن افراد، تمایل آنها به پرداخت کاهش می یابد. در مطالعه ای که در کشورهای حوزه بالتیک انجام شد، مشخص گردید که جوانان ۳ الی ۴ برابر بیشتر از افراد سالمند پرداخت داشته اند (۳). یکی از دلایل این کاهش در سالمندان می تواند به علت کاهش درآمد آنها باشد. از بین مقالات مورد مطالعه در مورد رابطه مستقیمی بین افزایش سن و افزایش پرداخت های غیر رسمی را نشان داده است. یک مطالعه در لیتوانی نیز نشان داد که افرادی که در گروه سنی ۶۴ سال و بالاتر بوده اند، پرداخت های بیشتری نسبت به سایر گروه های سنی داشتند (۴۲). در مطالعه دیگر رومانی، درباره پرداخت های غیر رسمی در بخش زایمان، مشخص را که با افزایش سن زایمان این پرداخت افزایش یافته است که می تواند ناشی از افزایش خطرات مربوط به زایمان با افزایش سن باشد (۳۶).

### الف-۵) شغل:

در دو نوع مطالعه این عوامل بی تاثیر گزارش شده است، اما مطالعات دیگر نشان می دهند که نوع شغل و حرفه علاوه بر اینکه بر میزان پرداخت های غیر رسمی تاثیر مثبت داشته است، باعث افزایش تقاضای پزشکان نیز شده است.

### الف-۶) مکان جغرافیایی:

چند مطالعه نشان دادند که افراد روستایی نسبت به افراد ساکن شهرها به دلیل آگاهی ناکافی، نداشتن رابطه با

پزشکان، آشنا نبودن با حقوق شهروندی و همچنین برای دریافت خدمات سریعتر به دلیل نداشتن محل اسکان در شهرها، تمایل بیشتری به پرداخت غیر رسمی داشتند. برخی مطالعات گزارش کردند که افراد روستایی به دلیل سطح درآمد پایین تر، تمایل کمتری به پرداخت دارند (۳۵).

#### الف-۷) جنسیت:

مطالعات نشان می دهند که زنان در اکثر موارد تمایل بیشتری به پرداخت های غیر رسمی دارند که این هم می تواند به علت بالاتر بودن میزان مراجعه زنان به پزشک و استفاده بیشتر آنان از خدمات تشخیصی و درمانی باشد (۴۳). تنها در دو مطالعه میزان پرداخت ها در مردان بیشتر گزارش شده است و دلیل آن قدرت خرید بیشتر مردان گزارش گردیده است (۴۴).

#### ب) عوامل مرتبط با پزشکان:

پزشکان بر اساس نوع تخصص خویش دریافت های متفاوتی دارند. هرچه تخصص آنها بالاتر باشد، میزان پرداخت آنها افزایش می یابد. متخصصان زنان و زایمان و جراحان نسبت به متخصصان داخلی و روانپزشک دریافتی بیشتری دارند (۴۳). برخی از پاسخ دهندگان پرداخت های بیشتری به متخصصین در مقایسه با پزشکان عمومی انجام داده است. همچنین پزشکان در موارد اورژانسی و حیاتی مقادیر بیشتری از بیماران تقاضا می کنند (۳۳). میزان پرداخت می تواند تابعی از شهرت پزشکی نیز باشد، به نحوی که پزشکان مشهور و همچنین پزشکی که در شهرهای بزرگ ساغند، دریافت های بیشتری داشتند (۴۰).

#### ج) عوامل مربوط به نوع خدمات:

بیشتر پرداختها در بیمارستان ها صورت گرفته است و میزان پرداخت در بخشهای بستری بیشتر از طرف آنان می باشد، اما در یک مطالعه تفاوت بین پرداختهای صورت گرفته در بخش بستری و سرپایی یافت نشد، که دلیل آن پیچیده بودن خدمات سرپایی در این بیمارستان بود (۱۸). یافته ها نشان می دهد که پرداخت برای روش های درمانی پیچیده تر و تسهیلات با تخصص بالاتر بیشتر می باشد (۶). نتایج مطالعاتی که در برخی کشورها از جمله ایران و یونان انجام شده، نشان می دهد که پرداخت برای اعمال جراحی ۲ الی ۳ بار بیشتر از پرداخت برای خدمات غیر جراحی صورت گرفته است (۴۳، ۴۵).

در یک مطالعه کیفی در ایران نیز مشخص گردید که بیشتر پرداخت ها برای اعمال جراحی بوده و میزان این پرداختها بین ۵۰۰ هزار تا ۵۰ میلیون ریال برای یک عمل جراحی متفاوت بوده است (۳۵).

#### ● پیامدهای شیوع پرداخت های غیر رسمی در جامعه:

به گفته صاحب نظران در سراسر دنیا بی اعتمادی عمومی نسبت به حرفه پزشکی روندی رو به افزایش یافته است؛ لذا لازم است هر عاملی که سبب خدشه دار شدن اعتماد مردم به این حرفه می شود، مورد بررسی قرار گرفته و از گسترش آن پیشگیری شود (۳۴). یکی از عواملی که سبب گسترش بی اعتمادی مردم نسبت به حرفه پزشکی و کم رنگ شدن ارتباط پزشک و بیمار می شود، بحث پرداخت های زیر میزی است، بنابراین توجه به نیازهای مالی پزشکان جهت کاهش دریافت های غیر رسمی بسیار مهم است زیرا اگر پزشک از لحاظ مالی در مضیقه باشد، برای تأمین مخارج خود شاید به راه های دیگری همچون دریافت های غیر رسمی از بیماران متوسل شود (۴۶).

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

پدیده زایش فقر ناشی از هزینه های سلامت دو پیامد دارد :

اول اینکه، گروهی از خانوارهای غیر فقیر را به کام فقر می کشاند .

دوم اینکه، دسته ای خانوارهای فقیر ولی مستعد بون رفت از شرایط فقر را برای مدت طولانی تری در شرایط تهی دستی گرفتار می کند (۴۷) .

صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت می تواند سطح استاندارد زندگی را در کوتاه مدت و بلند مدت تهدید کند، آن چنان که در کوتاه مدت خانوار باید از مصارف جاری برای سایر کالا و خدمات چشم پوشی کند و در بلند مدت نیز عواقبی مانند فروش و حراج دارایی ها و اتمام پس انداز و یا انباشت بدهی در انتظار خانوار می باشد.

#### ۴- روش پژوهش (به تفکیک مراحل انجام طرح):

پژوهش حاضر به منظور شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی می باشد.

نحوه شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری و سایر: این مطالعه در ۲ گام انجام پذیرفت:

#### گام اول: مرور جامع

یک مرور جامع به صورت زیر انجام می پذیرد:

مرور متون در زمینه ی شناسایی مطالعات پرداخت های غیر رسمی برای خدمات سلامت در ایران و سایر کشورهای جهان .

نحوه انجام کار:

اجزای پروتکل مرور جامع شامل موارد زیر می باشد:

۱- زمینه موضوع

۲- مرور بر متون

۳- راهبرد جستجو

۴- معیارهای انتخاب مطالعه

۵- ارزیابی کیفیت

۶- راهبرد گردآوری داده ها

۱ و ۲: زمینه موضوع و مرور بر متون:

زمینه مورد بررسی اصلی در این مطالعه که با استفاده از بررسی متون مختلف به دست خواهد آمد به این صورت خواهد بود: ابعاد پرداخت های غیر رسمی برای خدمات سلامت در ایران کدامند و نقش پرداخت های غیر رسمی با تأمین مالی

نظام سلامت ایران و کشورهای جهان در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت به چه صورت است؟

برای این منظور کلیه مطالعات انجام شده در این زمینه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

### ۳: راهبرد جستجو :

در این مرحله به منظور مرور جامع مطالعات انجام شده، کلیه مطالعاتی که در زمینه عوامل موثر بر پرداخت های غیر رسمی برای خدمات سلامت در ایران و سایر کشورهای جهان و نقش آنها در رسیدن به پوشش همگانی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ انجام شده اند از طریق جستجوی کلید واژه های مرتبط با هدف پژوهش در موتور های جستجو و پایگاه های داده ای نظیر : , Scopus, ISI Web Of Science , EBSCO, Proquest, Pubmed , Google Scholar , Science Direct, Magiran, SID, Irandoc, Cochrane مورد بررسی قرار خواهند گرفت. همچنین غیر از مقالات چاپ شده، گزارشات، پایان نامه ها و مواردی که در زمره متون چاپ نشده هم قرار دارند وارد مطالعه خواهند شد که این مطالعات را مطالعات خاکستری می نامند. این متون نقش مهمی را در انتقال سریع و به موقع اطلاعات عمیق، جدید، علمی و فنی ایفا می کنند. این متون دسترسی به طیف گسترده ای از اطلاعات را فراهم می کند و اغلب حاوی ایده های جدید می باشد. در واقع با جستجو در ادبیات خاکستری، سوگیری هایی را که ممکن است در مطالب چاپ شده و منتشر شده باشد تا حد امکان متعادل می شود. این متون شامل موارد زیر می باشند:

سخنرانی ها	پوسترها	مقالات کنفرانس ها
کتاب ها	پمفلت ها	روزنامه ها
مصاحبه ها	قوانین	وبلاگ ها
اسناد دولتی	پرسشنامه ها	یادداشت ها
گزارشات سالانه	پایان نامه ها	مقالات انتقادی (essay)

### ۳. استراتژی های جستجو :

در این مرحله به ۲ نوع استراتژی جستجو می پردازیم:

۱- در این مرور جامع کلید واژه هایی متناسب با هدف پژوهش با دو زبان انگلیسی و فارسی در پایگاه های داده ای زیر به جستجو پرداخته می شود.

Search Engines And Databases	Google Scholar , Pubmed , Proquest, EBSCO, ISI Web Of Science , Scopus, Science Direct, , Cochrane, Spriger
پایگاه های فارسی	elmnet , SID
کلید واژه های فارسی	پرداخت غیر رسمی، پرداخت زیر میزی، پرداخت های غیر قانونی، پرداخت های خاکستری و پرداخت های غیر اداری، نظام سلامت، ایران.
Key words	informal payment, under table payment, illegal payment, Gray payments, unofficial payment, health system.

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

۲- برای شناسایی مطالعات خاکستری از روش های زیر استفاده خواهد شد:

گام سوم	گام دوم	گام اول
پالایش جستجو ها از طریق تعیین موسسات کلیدی	استفاده از کلمات کلیدی برای جستجوی متون خاکستری مبتنی بر وب	جستجوی دستی متون خاکستری از منابع اولیه (سازمان های مرتبط) در صورت امکان

معتبرسازی با استفاده از دیدگاه خبرگان

۴ و ۵: معیارهای انتخاب مطالعه و ارزیابی کیفیت:

الف- جهت سنجش کیفیت مطالعات چاپی، هر مطالعه حداقل توسط ۲ نفر مورد بررسی خواهد گرفت و جهت ارزیابی کیفیت مطالعات مورد بررسی در هر نوع مطالعه از چک لیست ارزیابی استاندارد CASP برای آن نوع مقاله استفاده می گردد. شایان ذکر است چک لیست ارزیابی مقالات CASP برای هر نوع مقاله متفاوت است.

ب- برای ارزیابی مطالعات خاکستری از چک لیست AACODA استفاده ای شود. این چک لیست به ۳۲ سوال در ۶ بعد پاسخ می دهد و میزان اعتبار این مطالعات را مورد سنجش قرار می دهد.

- معیارهای ورود مطالعات:

مطالعاتی که در آن به نحوی به پرداخت های غیر رسمی برای خدمات سلامت اشاره شده باشد، و بر اساس معیارهای ارزیابی AACODA و CASP معتبر باشد، وارد مطالعه می گردند.

- معیارهای خروج مطالعات:

۱- مطالعاتی که بر اساس معیارهای ارزیابی AACODA و CASP معتبر نباشند

۲- مربوط به کشور ایران نباشند

۳- زبان آنها انگلیسی و یا فارسی نباشد.

۶: راهبرد گردآوری داده ها:

منابعی که حداقل اعتبار لازم را کسب نموده اند جهت استخراج اطلاعات مرتبط با هدف پژوهش به کار می روند و اطلاعات مورد نیاز جهت استفاده و ترکیب در مراحل بعدی استخراج می گردد. ابزار گردآوری در این مرحله، فرم های استخراج داده از مطالعات پیشین (فرم جمع آوری اطلاعات) می باشد. این فرم ها به منظور حفظ یکپارچگی، کاهش سوگیری و افزایش روایی و پایایی مرور جامع مورد استفاده قرار می گیرند.

گام دوم: مطالعه تطبیقی

برای تعیین شکاف دانشی در این موضوع به مقایسه ی یافته های حاصل از ایران و کشورهای جهان پرداخته در قالب یک مطالعه ی تطبیقی پرداخته و با مداقه بر آن نارسایی های موجود در مطالعات ایران شناسایی خواهد شد.



شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

#### ۴. نتایج ( به تفکیک مراحل انجام طرح):

گام اول: مطالعه تطبیقی و بیان تجربیات سایر کشورها در حوزه پرداخت غیر رسمی

با جستجوی کلید واژه ها در سایت های اشاره شده در بخش روش تعداد ۲۰۱۵ مقاله بازیابی شد که پس از حذف مطالعات تکراری، تعداد ۲۴ مطالعه داخلی (جدول شماره ۱) و ۴۰ مطالعه خارجی (جدول شماره ۲) انتخاب شدند.

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت				
نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
بایگی زنگنه و همکاران (۱۷)	۱۳۹۷	بررسی پرداخت های غیررسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستان های دولتی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت	پیمایشی، توصیفی-تحلیلی	تخمین میزان پرداخت های غیر رسمی در بیمارستان های دولتی
جهانگیری و همکاران (۴۸)	۱۳۹۶	عوامل موثر بر پرداخت های غیر رسمی در نظام های سلامت: مرور نظام مند	مطالعه مروری	شناسایی ماهیت و انواع پرداخت های غیر رسمی و علل آن
پارسا و همکاران (۴۹)	۱۳۹۴	پرداخت های غیر رسمی (زیرمیزی) در ایران: نتایج یک مطالعه کمی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت (نشست پنجم: رابطه پزشک و بیمار)	کمی-مقطعی	بررسی شیوع و عوامل موثر بر پرداخت های غیررسمی
خدامرادی و همکاران (۵۰)	۱۳۹۴	پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت و سیاست های مقابله با آن (یک مطالعه مروری)	مطالعه مروری	شناسایی شکل های پرداخت های غیررسمی، علل و اثرات این پرداخت ها و سیاست های مقابله با آن.
دشتکی و همکاران (۵۱)	۱۳۹۳	بررسی میزان پرداخت های غیررسمی در بیمارستان مراجعہ کننده به بیمارستان های شهر اصفهان	توصیفی مقطعی	بررسی میزان پرداخت های غیررسمی در بیمارستان مراجعہ کننده به بیمارستان های شهر اصفهان
غیائی پور و همکاران (۵۲)	۱۳۸۸	بررسی فراوانی و میزان پرداخت های غیر رسمی و عوامل موثر بر آن در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران - ۱۳۸۸	مقطعی (توصیفی-تحلیلی)	بررس فراوانی و میزان پرداخت های غیررسمی در بیمارستان های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
ستایش (۵۳)	۱۳۸۴	بررسی نظرات مردم پیرامون پرداخت های غیر رسمی به پزشکان شهر کرمان	کمی	بررسی دیدگاه جامعه نسبت به پرداخت غیر رسمی
سختا و همکاران (۳۷)	۲۰۲۰	بررسی تغییرات رفتار پزشکان نسبت به پرداخت غیررسمی بر اساس طرح تحول سلامت در ایران: یک مطالعه کیفی	کیفی	بررسی تغییرات رفتار پزشکان در مواجهه با پرداخت غیر رسمی در طرح تحول
دشمنگیر و همکاران (۵۴)	۲۰۲۰	پرداخت های غیررسمی برای مراقبت های سلامت بیماران بستری پس از طرح تحول نظام سلامت	کیفی-کمی (مصاحبه-تحلیل های توصیفی)	شیوع پرداخت های غیررسمی خدمات سلامت بیماران بستری پس از طرح تحول، عوامل مرتبط با پرداخت های غیررسمی و نظرات بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت در مورد علل پرداخت های غیررسمی و راه حل های عملی احتمالی برای کاهش آن.
زندیان و همکاران (۵۵)	۲۰۱۹	استراتژی های کاهش پرداخت های غیررسمی در سیستم های بهداشت و درمان	مرور سیستماتیک	تعیین روش های مناسب برای کاهش پرداخت های غیررسمی در مراقبت های بهداشتی و درمانی

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
مسکوپور امیری و همکاران (۵۶)	۲۰۱۹	پرداخت های غیررسمی در حوزه ی سلامت و تعیین کننده های اصلی آنها: مورد ایران	مقطعی و توصیفی- تحلیلی	شناسایی مهمترین عوامل موثر بر پرداخت های غیررسمی ر نظام سلامت ایران
امیری و همکاران (۲۰)	۲۰۱۸	پرداخت های غیررسمی در نظام سلامت ایران	توصیفی- مقطعی	بررسی شیوع و ماهیت پرداخت های غیر رسمی در ایران یک سال پس از اجرای طرح تحول
خدامرادیان و همکاران (۵)	۲۰۱۸	ارزیابی پرداخت های غیررسمی به متخصصان مراقبت های بهداشتی و درمانی و عوامل تأثیرگذار بر آن در بیمارستان های شهر ارومیه، ایران	مقطعی	پرداخت غیر رسمی و عوامل تأثیرگذار بر آن
حیدری و همکاران (۲۳)	۲۰۱۸	آنالیز میزان پرداخت های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های اصفهان	مقطعی- کمی	میزان و دفعات پرداخت غیررسمی بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای اصفهان
پورطالب و همکاران (۱۱)	۲۰۱۸	مطالعه مروری جامع درباره پرداختهای غیررسمی بیماران	مرور جامع	شناسایی ماهیت و بررسی اسناد و مدارک دلایل این پدیده
میر عابدینی و همکاران (۲۸)	۲۰۱۷	پرداخت های مستقیم از جیب و پرداخت غیررسمی در نظام سلامت ایران: یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز	مرور سیستماتیک	بررسی پرداخت های غیر رسمی در ایران
وفایی نجار و همکاران (۲۶)	۲۰۱۷	در یک نگاه، پیگیری تجربه پرداخت غیررسمی: چرا قبول یا امتناع؟ دیدگاه بیماران در بخش جراحی قلب بیمارستان های دولتی، شمال شرقی ایران	مقطعی و توصیفی- تحلیلی	تعیین پرداختهای غیررسمی بیماران و عوامل مرتبط با آن در بخشهای جراحی قلب در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد
پیروزی و همکاران (۵۷)	۲۰۱۷	پرداخت از جیب و پرداخت غیررسمی قبل و بعد از طرح تحول سلامت در ایران: شواهدی از بیمارستان های واقع در کردستان، ایران	نیمه تجربی	تعداد دفعات پرداخت غیررسمی نقدی به پزشکان برای خدمات بستری قبل و بعد از اجرای طرح تحول
مسگریپور و همکاران (۵۸)	۲۰۱۶	عوامل اقتصادی اجتماعی موثر بر پرداخت های غیررسمی در بخش بهداشت و درمان	مقطعی- همبستگی	ارزیابی تأثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران بر پرداخت غیررسمی آنان برای مراقبت های بهداشتی و درمانی
جعفری و همکاران (۴۷)	۲۰۱۵	پرداخت غیررسمی در سیستم های بهداشتی و درمانی: بررسی بیمارستان های آموزشی	کمی- توصیفی	ارائه اطلاعات در مورد دفعات پرداخت غیررسمی در بیمارستان های آموزشی و کاوش در عوامل موثر بر این پدیده
حسن پور و همکاران (۴۵)	۲۰۱۴	زیر میزی در سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی: یک گزارش موردی	کمی- کیفی	درخواست پرداخت زیر میزی از بیمار برای درمان مچ پا
سعادتی و همکاران (۱۳)	۲۰۱۳	تعیین توزیع عوامل موثر بر پرداخت از جیب (رسمی و غیررسمی) در بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید مدنی و عوارض جانبی آن بر بیمار یا همراهان-ایران-تبریز ۲۰۱۰	توصیفی-اکتشافی	تعیین توزیع عوامل موثر بر پرداخت از جیب (رسمی و غیررسمی) در بیماران قلبی بستری
نکویی مقدم و همکاران (۳۹)	۲۰۱۳	پرداخت های غیررسمی در بهداشت و درمان: مطالعه موردی استان کرمان در ایران	مطالعه کیفی	تلاش در جهت کشف چرایی، چگونگی و از روش های پرداخت های غیررسمی

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
Tripathi(9)	۲۰۲۰	پرداخت های غیررسمی خدمات بهداشت و درمانی مادران و نوزادان در بیمارستان های عمومی هند	کیفی	اندازه و میزان پرداخت غیر رسمی بر اساس نام نویسی در JSSK
liu(25)	۲۰۲۰	آیا پوشش بیمه درمانی باعث کاهش پرداخت های غیررسمی می شود؟ شواهدی از در چین	مرور جامع	پرداخت های غیررسمی به احتمال زیاد در سیستم های بهداشتی رخ می دهد که با نرخ بالای پرداخت از جیب مردم روبرو هستند، گفته می شود که برنامه های بیمه پیش پرداخت اعتباری رسمی می توانند به مهار چنین روشی کمک کنند
Tumlinson(59)	۲۰۲۰	"اگر ماهی های بزرگ این کار را می کنند، پس چرا من در اینجا کار نمی کنم؟": هزینه پرداخت غیررسمی و انگیزه در ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و درمان باروری در کنیا	کیفی	بررسی دیدگاه های ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و درمان در پرداخت هزینه های غیررسمی از بیماران بهداشت باروری در کنیا
Schaaf(27)	۲۰۱۹	تحلیل تفسیری نقادانه پرداخت های غیررسمی در مراقبت های بهداشتی مادران	مروری	ترکیب بینشهایی در مقالات پرداختهای غیررسمی، بعنوان بخشی از تحلیل گسترده تر سیستم های سلامت
Horodnic(60)	۲۰۱۸	پرداخت های غیررسمی توسط بیماران برای خدمات درمانی: شیوع و عوامل تعیین کننده	مروری	تبیین شیوع پرداخت های غیررسمی در بخش خدمات بهداشتی در جنوب اروپا با استفاده از تئوری نهادی
Habibov(61)	۲۰۱۷	بررسی مجدد پرداخت های غیررسمی در ۲۹ کشور در حال انتقال: مقیاس و روابط اقتصادی-اجتماعی	کمی	ارزیابی پرداخت های غیررسمی (IP) در ۲۹ کشور در حال انتقال را با استفاده از یک نظرسنجی کاملاً قابل مقایسه با خانوار
Cohen(62)	۲۰۱۷	یک روش جایگزین برای درک خروج، صدا و وفاداری: مورد پرداخت های غیررسمی برای مراقبت های بهداشتی در اسرائیل	کمی	بررسی بر اساس یک نظرسنجی ملی، میزان پرداخت های "سیاه"، ویژگی های آن و عوامل مرتبط آن
Mejsner(63)	۲۰۱۷	پرداخت غیررسمی و حاکمیت سیستم سلامت در صربستان: یک مطالعه آزمایشی	مروری-کیفی	برداشت کارمندان دولت از پرداخت های غیررسمی سیستم مراقبت های بهداشتی در صربستان بررسی و پیوند این نتایج با شواهد موجود در مورد پرداخت های غیررسمی در سایر کشورهای بالکان غربی
WILLIAMS(6)	۲۰۱۶	چه کسی برای مراقبت های بهداشتی عمومی در اروپای شرقی و مرکزی پرداخت غیررسمی می کند؟ ارزیابی تغییرات اقتصادی-اجتماعی	مروری(کیفی)	کاوش، نمایش گروه های جمعیتی و فضاهایی که هنگام جستجوی مقابله با پرداخت های غیررسمی بیمار نیاز به هدف گذاری دارند.
Torzsa(32)	۲۰۱۶	نظرات پزشکان خانواده و ساکنان مجارستان در مورد شغل و پرداخت غیررسمی	کمی-اکتشافی	بررسی نظرات پزشکان خانواده و ساکنان مجارستان در مورد شغل و پرداخت غیررسمی
Kankeu(64)	۲۰۱۶	نابرابری های اقتصادی اقتصادی در پرداخت های غیررسمی برای مراقبت های بهداشتی: ارزیابی فرضیه "رابین هود" در ۳۳ کشور آفریقا	مروری	شناسایی عوامل موثر در نابرابری های
Souliotis(65)	۲۰۱۶	پرداخت های غیررسمی در بخش بهداشت یونان در بحران مالی: عادت های قدیمی در آخر می میرند.	کمی	بررسی میزان چنین پرداختهایی، میزان وقوع آنها و تأثیر آنها بر درآمد خانوار

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
pitea(66)	۲۰۱۵	CONCEPTUAL DELIMITATIONS OF INFORMAL PAYMENTS IN THE ROMANIAN HEALTH CARE SYSTEM	کیفی	ارائه یافته های اولیه در مورد پرداخت های غیررسمی، بر تعاریف ارائه شده توسط بیماران برای این پدیده و همچنین نتایج آن بر روی سیستم مراقبت های بهداشتی
Stepurko(36)	۲۰۱۵	پرداخت کردن یا پرداخت نکردن؟ یک مطالعه چند کشوری درباره پرداخت غیررسمی خدمات بهداشتی و درمانی و دیدگاه مصرف کنندگان	کمی	ارتباط بین پرداخت های غیررسمی خدمات مراقبت های بهداشتی و نگرش مصرف کنندگان مراقبت های بهداشتی درباره پرداخت غیررسمی و همچنین ویژگی های اجتماعی-جمعیتی
Vian(33)	۲۰۱۵	موانع پوشش همگانی سلامت در جمهوری مولداوی: تحلیل سیاست پرداخت های رسمی و غیررسمی از جیب	کمی-کیفی	میزان پرداخت OOP <sup>۱</sup> و IP <sup>۲</sup> در مولداوی را مستند می کند، روندها را در طول زمان تحلیل می کند و عواملی را که ممکن است باعث این پرداخت ها شوند شناسایی می کند.
stepurko(31)	۲۰۱۵	پرداخت های غیررسمی خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی: مورد لیتوانی، لهستان و اوکراین	مروری	ارائه شواهدی از نگرش عمومی و تجربیات اخیر با پرداخت غیررسمی بیماران در کشورهای پس از شوروی و پس از کمونیست، یعنی در لیتوانی، اوکراین و لهستان
Gordeev(67)	۲۰۱۴	پرداخت های غیررسمی خدمات مراقبت های بهداشتی در روسیه: مسئله قدیمی در واقعیت های جدید	مرور سیستماتیک	ارائه مقیاس و دامنه پرداخت های غیررسمی و همچنین الگوهای پرداخت های غیررسمی و عوامل تعیین کننده آنها
Rikliene(42)	۲۰۱۴	پرداخت های غیررسمی بیمار در مراکز بهداشتی و درمانی تامین مالی شده دولتی در لیتوانی	کمی	میزان و ماهیت پرداخت های غیر رسمی
baji(68)	۲۰۱۴	ارتباط بین پرداخت های غیررسمی گذشته و تمایل مردم مجارستان برای پرداخت هزینه های رسمی خدمات بهداشتی: نتایج حاصل از یک مطالعه ارزیابی احتمالی	مروری	بررسی تمایل مصرف کنندگان مراقبت های بهداشتی برای پرداخت هزینه های رسمی برای استفاده از مراقبت های بهداشتی و چگونگی ارتباط این تمایل به پرداخت با پرداخت های غیررسمی گذشته
Kpanake(38)	۲۰۱۴	آیا درخواست پزشک برای پرداخت هزینه های غیررسمی برای درمان قابل قبول است؟ دیدگاه های افراد غیرمتخصص و متخصصان بهداشت در توگو	کمی	بررسی دیدگاه افراد در مورد هزینه های غیر رسمی
Pitea(34)	۲۰۱۴	جنبه های اخلاقی پرداخت های غیررسمی در سیستم مراقبت سلامت	مروری	تحلیل اخلاقی پرداخت های غیررسمی و تأثیر آنها بر رابطه بیمار با سیستم مراقبت های سلامت، با ارائه سه وضعیت ممکن
Baji(16)	۲۰۱۳	بررسی دیدگاه مصرف کنندگان نسبت به پرداخت های غیررسمی بیمار با استفاده از روش ترکیبی رگرسیون خوشه ای - مورد مجارستان.	کمی	نشان دادن نگرش مصرف کنندگان مراقبت های بهداشتی مجارستان نسبت به پرداخت های غیررسمی برای درک بهتر این موضوع

1. Out of pocket
2. Informal payment

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
Atanasova(69)	۲۰۱۳	پرداخت های غیررسمی برای خدمات بهداشتی: تجربه بلغارستان پس از ۱۰ سال از پرداخت های فرانشیز	کیفی- توصیفی	اندازه و نوع پرداخت های غیر رسمی و همچنین دیدگاه عمومی نسبت به این پرداخت ها
Kaitelidou(43)	۲۰۱۳	پرداخت های غیر رسمی برای خدمات حاملگی و زایمان در بیمارستان های عمومی یونان	کمی	میزان پرداخت های غیر رسمی در حوزه خدمات زنان و زایمان در یونان
Chereches(22)	۲۰۱۳	تعریف پرداخت های غیررسمی در مراقبت های بهداشتی	مرور سیستماتیک	دستیابی به یک تعریف منسجم از پرداخت های غیررسمی
Lindkvist(7)	۲۰۱۳	پرداخت غیررسمی و تلاش کارکنان بهداشت و درمان: یک مطالعه کمی از تانزانیا	کمی	
Cohen(70)	۲۰۱۲	پرداخت های غیررسمی برای مراقبت های بهداشتی و درمان - پدیده و زمینه آن	مروری	علل و زمینه پرداخت های غیر رسمی
Tomini(15)	۲۰۱۲	پرداخت های غیررسمی و تخصیص منابع داخلی برای مراقبت های درمانی در آلبانی	توصیفی-مقطعی	تحلیل تفاوت درون خانگی در پرداخت پرداخت های غیر رسمی برای خدمات سلامت بویسه مقایسه بین منابع تخصیص داده شده سرپرست خانوار همسر و فرزندان
Paredes-Solis(3)	۲۰۱۱	استفاده از ممیزی های اجتماعی برای بررسی پرداخت های غیررسمی در خدمات بهداشتی دولت: تجربه در آسیای جنوبی، آفریقا و اروپا	کمی- کیفی	مرور درسهای اصلی را از ممیزی اجتماعی در مورد فساد در خدمات بهداشتی در آسیای جنوبی (بنگلادش، پاکستان)، آفریقا (اوگاندا و آفریقای جنوبی) و اروپا (کشورهای بالتیک)
tomini(10)	۲۰۱۱	ویژگی های بیمار چگونه بر پرداخت های غیررسمی برای مراقبت های بهداشتی بستری و سرپایی در آلبانی تأثیر می گذارد	کمی-چندمتغیره	بررسی تقاضای پرداخت ها غیر رسمی در آلبانی
Stepurko(71)	۲۰۱۰	مطالعات تجربی در مورد پرداخت های غیررسمی بیماران برای خدمات بهداشتی درمانی: یک مرور سیستماتیک و انتقادی از روش ها و ابزار تحقیق.	مرور سیستماتیک	تحلیل مشکلات کلیدی متدولوژی (روش شناسی) در اندازه گیری پرداخت های غیررسمی بیماران
(Onwujekwe1)	۲۰۱۰	پرداخت های غیر رسمی در بخش بهداشت: تفاوت ها در نوع هزینه های ارائه شده مصرف کنندگان و ارائه دهندگان برای درمان مالاریا در نیجریه	کیفی	شناسایی میزان پرداخت های غیر رسمی، میزان هزینه ای که ارائه دهنده خدمات مربوط به مالاریا برای این خدمات
Stringhini(46)	۲۰۰۹	فهم پرداخت های غیررسمی در مراقبت های بهداشتی و درمانی: انگیزه کارکنان بهداشت در تانزانیا	کیفی	ارزیابی پرداختهای غیررسمی در کبیاها، تانزانیا و از چه طرقی اتفاق می افتد
Aarva(72)	۲۰۰۹	پرداخت های رسمی و غیررسمی در مراکز درمانی در دو شهر روسیه، تیومن و لپیتسک	کمی	آشکار کردن تفاوت در اشکال و دلایل پرداخت بین دو شهر و بین گروه های اقتصادی اجتماعی
lewis(73)	۲۰۰۷	پرداخت های غیررسمی و تأمین مالی مراقبت های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار	مروری	

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۲: مطالعات خارجی انجام شده در حوزه پرداخت غیر رسمی در نظام سلامت

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان	روش	هدف مطالعه
Chiu(74)	۲۰۰۷	هدایا، رشوه ها و درخواست ها: رسانه های چاپی و ساخت اجتماعی پرداخت های غیررسمی به پزشکان در تایوان	مروری	بررسی چگونگی تغییر بیمه سلامت ملی در منطق و استفاده از پرداخت های غیررسمی بود
tatar(41)	۲۰۰۷	پرداخت های غیررسمی در بخش سلامت: مطالعه موردی از ترکیه	کمی	مقدار پرداخت از جیب در بخش سلامت در ترکیه
Gaal(4)	۲۰۰۶	پرداخت غیررسمی برای مراقبت های بهداشتی: شواهدی از مجارستان	مروری	بررسی منابع بالقوه اختلافات برای ارزیابی دامنه کاهش اختلافات بین برآورد های مختلف و تعریف مرزهای بالا و پایین که انتظار می رود مقدار واقعی پرداخت های غیررسمی در آن نهفته باشد
Gaal(30)	۲۰۰۵	هزینه برای خدمات یا کمک مالی؟ دیدگاه های مجارستان در مورد پرداخت غیررسمی مراقبت های بهداشتی	مروری	مرور و جمع بندی استدلالهای اصلی بحث نظری در مجارستان

جدول شماره ۳: شناسایی شکاف دانشی در حوزه پرداخت غیر رسمی

مطالعات داخلی		مطالعات خارجی		هدف کلی مطالعات	
تعداد	روش مطالعه	تعداد	روش مطالعه	نام نویسنده	
-	-	۳	کیفی	پرداخت غیر رسمی در حوزه زنان و زایمان و مادران	
		۱	کمی		
		۲	مرور جامع	تاثیر پوشش بیمه درمانی و پوشش همگانی سلامت در کاهش پرداخت غیر رسمی	
		۱	کمی-کیفی		
۵	مرور جامع	۱	مرور جامع	علل، شیوع و عوامل تعیین کننده پرداخت های غیر رسمی	
۳	کمی	۵	کمی		
۱	کیفی	۴	مرور سیستماتیک		
۹	مقطعی توصیفی-تحلیلی	۳	کیفی		
۱	مقطعی-همبستگی				
۲	کمی-کیفی				
۱	کیفی				
۱	توصیفی-اکتشافی				
۱	کمی	۵	کمی		بررسی دیدگاه جامعه و مصرف کنندگان خدمات نسبت به پرداخت های غیر رسمی
		۲	مرور جامع		
۱	مقطعی-توصیفی تحلیلی				
۲	کمی-کیفی	۱	کیفی		

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

جدول شماره ۳: شناسایی شکاف دانشی در حوزه پرداخت غیر رسمی

مطالعات داخلی		مطالعات خارجی		هدف کلی مطالعات
تعداد	روش مطالعه	تعداد	روش مطالعه	نام نویسنده
۱	کمی	۱	کمی	بررسی دیدگاه و رفتار پزشکان و کارکن بهداشت و درمان در مواجهه با پرداخت غیر رسمی
۱	کیفی	۱	کیفی	
		۱	کمی-اکتشافی	
		۱	مروری-کیفی	
۲	کیفی	۴	کیفی	راهکارهای کاهش و حذف پرداخت های غیر رسمی
۱	مقطعی-همبستگی	۱	کمی	تاثیر عوامل اقتصادی اجتماعی موثر بر پرداخت غیر رسمی
		۱	کمی-کیفی	
		۱	مرور سیستماتیک	
		۱	مروری-کیفی	
-	-	۱	مرور جامع	بررسی جنبه های اخلاقی پرداخت غیر رسمی
-	-	۲	مرور جامع	مباحث نظری در حوزه پرداخت غیر رسمی (تعاریف)
-	-	۱	مرور سیستماتیک	ارزیابی مشکلات روش شناسی در اندازه گیری پرداخت غیر رسمی
-	-	۱	کمی	تاثیر ویژگی بیمار در پرداخت غیر رسمی
-	-	۱	توصیفی-مقطعی	ارزیابی تفاوت پرداخت برای پرداخت غیررسمی و هزینه خانوار

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و ارتباط آن با تامین مالی نظام سلامت در چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت

## تحلیل SWOT برنامه کاهش پرداخت غیر رسمی :

عوامل داخلی	عوامل خارجی
<b>قوت</b>	<b>فرصت</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>کاهش بسیار زیاد پرداخت های غیر رسمی و زیر میزی پس از اجرای طرح تحول از طریق اجرای برنامه حرکت به سمت اصلاح تعرفه ها، نظام ارجاع، پوشش همگانی جمعیت و خدمات بیمه ای</li> <li>تدوین و استفاده دقیق از گایدلاین ها</li> <li>اصلاح نظام های پرداخت مبتنی بر عملکرد</li> <li>برنامه ی اعتباربخشی خدمات بیمارستانی</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>تاخیر در پرداخت به کادر درمان</li> <li>کیفیت پایین خدمات</li> <li>ترس از عدم درمان</li> <li>نظارت ناکافی در سیستم، طولانی بودن صف انتظار در دریافت برخی خدمات</li> <li>دریافت مراقبت و احترام و توجه بیشتر از سوی پزشکان پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات</li> <li>ضعف در سیستم رسیدگی به شکایات</li> <li>فقدان نظام مدیریت اطلاعات در مورد میزان و حجم پرداخت های غیر رسمی</li> <li>بازدارندگی ناکافی مجازات های قانونی</li> <li>فقدان نظام انگیزشی در جهت تقویت رفتارهای مناسب ارائه دهندگان خدمت</li> </ol>
<b>ضعف</b>	<b>تهدید</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>خرید راهبردی خدمات سلامت توسط سازمان های بیمه گر</li> <li>پیشرفت فناوری</li> <li>افزایش ارائه دهندگان خدمات بخش سلامت</li> <li>تحقق برنامه ی پوشش همگانی سلامت</li> <li>ارتقای سواد سلامت، ارتقای فرهنگ جامعه</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>کاهش سهم بخش سلامت از بودجه عمومی بدلیل تحریم های اقتصادی</li> <li>عملکرد ضعیف خریداران دولتی و بیمه ها</li> <li>پایین بودن تولید ناخالص داخلی</li> <li>سالمندی جمعیت</li> <li>عوامل فرهنگی</li> <li>اختلاف در دریافتی کارکنان حرفه ای بخش سلامت</li> </ol>



## ۶. بحث و نتیجه گیری :

می توان چنین نتیجه گیری کرد که پرداخت های غیر رسمی با هر نیت و به هر علتی که رخ دهند، عموماً تأثیرات منفی زیادی بر نظام سلامت کشور ها می گذارند که می تواند بیماران و حتی گروه های ارائه دهنده خدمات را متاثر نماید. هزینه های کمرشکن نابرابری در دسترسی به خدمات و کیفیت آنها و نابرابر در پی آمدهای سلامت از اصلی ترین عواقب پدیده پرداخت غیررسمی محسوب می شود تأثیر عمده این پدیده کاهش دسترسی بیماران به خدمات درمانی به علت بالا رفتن هزینه های آنها است که خود سبب نابرابری در پی آمدهای سلامت می گردد. اما مطالعات انجام گرفته در ایران تا کنون نتوانسته است منجر به راهکاری جهت کاهش این پدیده خطرناک شود. به طور کلی، شکاف های دانشی استخراج شده بر اساس میزان اولویت می تواند به صورت زیر بیان گردد:

۱- بررسی شیوع و بروز پرداخت های غیر رسمی به تفکیک خدمات پیشگیری، خدمات تشخیصی، خدمات درمان سرپایی و بستری، خدمات بازتوانی، مراقبت های سلامت روان، مراقبت های بیماری های مزمن، مراقبت های تسکینی

۲- تأثیر پوشش بیمه درمانی و پوشش همگانی سلامت در کاهش پرداخت غیر رسمی (ارتباط بین مکانیسم تأمین مالی و پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت)

۳- ارتباط بین تعیین گرهای اقتصادی و اجتماعی با پرداخت های غیر رسمی در ارائه کننده و دریافت کننده ی خدمات بخش سلامت

۴- ارتباط بین اهرم پرداخت و پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت

۵- ارتباط بین اهرم قوانین و مقررات با پرداخت های غیر رسمی در بخش سلامت

### ملاحظات اخلاقی :

با توجه به این که مطالعه به جمع آوری شواهد موجود از طریق مرور مقالات پرداخته است، یافته های مطالعات مرور شده با حفظ امانتداری و ارجاع به مطالعه اصلی گزارش شده است.

## ۷. پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری :

موضوع پرداخت های غیر رسمی بعنوان یکی از معضلات دیرینه در نظام های سلامت دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه می باشد. ایران نیاز از این موضوع مستثنا نمی باشد. تاکنون سیاست ها و برنامه های متنوعی در جهت حذف یا کاهش اینگونه پرداخت ها در کشور به عمل آمده است. آخرین برنامه ها از این دست؛ برنامه ی اصلاحات در نظام سلامت در قالب بسته های طرح تحول نظام سلامت بوده است. اگرچه اذعان می گردد که بدنیال اجرای بسته های طرح تحول شاهد کاهش پرداخت های غیر رسمی بوده ایم؛ اما کماکان این معضل به قوت خود باقیست. علاوه بر آن بایستی در نظر داشت که بسته های طرح تحول سلامت فقط شامل بخش دانشگاهی ارائه خدمات سلامت بوده است و بخش های دیگر ارائه خدمات سلامت را شامل نمی گردد. بدین منظور به سیاست گذاران حوزه سلامت، توصیه می گردد تا با استفاده از نتایج حاصل از مطالعات شکاف دانشی پرداخت های غیر رسمی-همانگونه که در بالا اشاره شده است- نسبت به بازنگری در سیاست های موجود در حوزه های تأمین مالی، پرداخت ها، قوانین و مقررات، سازماندهی و اهرم تغییر رفتار اقدام نمایند. برای اجرایی شدن این توصیه، در اولویت قرار دادن پژوهش های پیشگفت ضروری به نظر می رسد.

## ۸. منابع:

1. Informal payments for healthcare: differences in expenditures from consumers and providers perspectives for treatment of malaria in Nigeria. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2010;96(1):72-9.
2. Habibi Nodeh F, Jafari Pooyan I, Harirchi I, Arab M. Reduction and elimination solutions of informal payment in Iran's health system. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017;31:139-.
3. Paredes-Solís S, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Services Research*. 2011;11(Suppl 2).
4. Gaal P, Evetovits T, McKee M. Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2006;77(1):86-102.
5. Khodamoradi A, Rashidian A, Daryabeygi-Khotbehsara R, Aghlmand S. Evaluation of informal payments to health care professionals and the influential factors in Urmia city hospitals, Iran. *J Med Ethics Hist Med*. 2018;11:7-.
6. Williams CC, Horodnic IA, Horodnic AV. Who is making informal payments for public healthcare in East-Central Europe? An evaluation of socio-economic and spatial variations. *Eastern Journal of European Studies*. 2016;3(2):49-61.
7. Lindkvist I. Informal payments and health worker effort: a quantitative study from Tanzania. *Health economics*. 2013;22(10):1250-71.
8. Tirgil A, Dickens WT, Atun R. Effects of expanding a non-contributory health insurance scheme on out-of-pocket healthcare spending by the poor in Turkey. *BMJ Global Health*. 2019;4(4):e001540.
9. Tripathi N, John D, Chatterjee PK, Murthy S, Parganiha N, Brokar A. Informal Payments for Maternal and Neonatal Health Services in Public Hospitals in Central India. *Journal of Health Management*. 2020.
10. Tomini S, Maarse H. How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: Results of logit and OLS models using Albanian LSMS 2005. *BMC Public Health*. 2011;11.
11. Pourtaleb A, Jafari M, Seyedin H, Behbahani AA. A Pervasive Review Study on Informal Patient Payments. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 2018;7(11):57-65.
12. Zarei E, Pouragha B, Khodakarim S. Out of pocket payment by inpatients of public hospitals after health sector evolution plan a cross-sectional study in Tehran City. *Journal of Hospital*. 2017;16(3):9-17.
13. Yavangi M, Sohrabi MR, Riazhi S. Out of pocket payment for obstetrical complications: a cost analysis study in iran. *Int J Prev Med*. 2013;4(11):1296-303.
14. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Sharifkazemi K, Morshedi M, Akbari A. Out of Pocket Payment by Inpatients After Health Sector Evolution Plan and Its Effecting Factors: A Report of Iran. *Shiraz E-Med J*. 2020;21(8):e97127.
15. Tomini S, Groot W, Pavlova M. Informal payments and intra-household allocation of resources for health care in Albania. *BMC Health Services Research*. 2012;12:17.
16. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Groot W. Exploring consumers' attitudes towards informal patient payments using the combined method of cluster and multinomial regression analysis - the case of Hungary. *BMC Health Services Research*. 2013;13:62.
17. Zanganeh Baygi M, Khammarnia M, Barfar E, Setoodehzadeh F, Shah Hussein M. Investigation of Informal Healthcare Payments after Health Transformation Plan: A Case Study in the Southeast of Iran. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019;3(2):112-20.
18. Zarei E, Nikkha A, Pouragha B. Utilization and out of pocket (OOP) payment for physiotherapy services in public hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32:19-.
19. Jame SZB, Markazi-Moghadam N, Ebrahim Z, Kavosi Z, Marzaleh MA, Yusefi AR. The Comparison of Out of Pocket Payments for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Before and After the Health Sector Evolution Plan in the South of Iran. *Shiraz E-Medical Journal*. 2019;20(10).

20. Amiri MM, Assari A, Bahadori M, Ravangard R, Hosseini-Shokouh SM. Informal payments for health care in Iran. *International Journal of Health Governance*. 2018.
21. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Groot W. Changes in Equity in Out-of-pocket Payments during the Period of Health Care Reforms: Evidence from Hungary. *International Journal for Equity in Health*. 2012;11:36.
22. Cherecheş RM, Ungureanu MI, Sandu P, Rus IA. Defining informal payments in healthcare: a systematic review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013;110(2-3):105-14.
23. Heidari Z, MOEENI M, Khodamoradi A. The Analysis of the Amount of Informal Payments in Patients Referring to the Isfahan Hospitals. 2018.
24. Tirgil A, Ozbugday F. Does Public Health Insurance Provide Financial Protection Against Out-Of-Pocket Health Payments? Evidence from Turkey. *Sosyoekonomi*. 2020;11-24.
25. Liu N, Bao G, He AJ. Does health insurance coverage reduce informal payments? Evidence from the “red envelopes” in China. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1).
26. Najar AV, Ebrahimipour H, Pourtaleb A, Esmaily H, Jafari M, Nejatzadegan Z, et al. At first glance, informal payments experience on track: why accept or refuse? Patients’ perceive in cardiac surgery department of public hospitals, northeast of Iran 2013. *BMC health services research*. 2017;17(1):205.
27. Schaaf M, Topp SM. A critical interpretive synthesis of informal payments in maternal health care. *Health Policy and Planning*. 2019;34(3):216-29.
28. Mirabedini SA, Hashemi SMEF, Asiabar AS, Rezapour A, Azami-Aghdash S, Amnab HH. Out-of-pocket and informal payments in Iran’s health care system: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017;31:70.
29. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health affairs (Project Hope)*. 2007;26(4):984-97.
30. Gaal P, McKee M. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social science & medicine (1982)*. 2005;60(7):1445-57.
31. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L, Groot W. Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine. *Journal of Eurasian Studies*. 2015;6(1):46-58.
32. Torzsa P, Csatlós D, Eóry A, Hargittay C, Horváth F, László A, et al. [Opinions of Hungarian family physicians and residents on vocation and informal payment]. *Orvosi hetilap*. 2016;157(36):1438-44.
33. Vian T, Feeley FG, Domente S, Negruta A, Matei A, Habicht J. Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments. *BMC Health Services Research*. 2015;15.
34. Pitea M, Cojocaru D, Oprea L. ETHICAL ASPECTS OF INFORMAL PAYMENTS IN THE HEALTHCARE SYSTEM. *Revista Romana de Bioetica*. 2014;12(4).
35. Parsa M, Aramesh K, Nedjat S, Kandi MJ, Larijani B. Informal Payments for Health Care in Iran: Results of a Qualitative Study. *Iranian journal of public health*. 2015;44(1):79-88.
36. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. To pay or not to pay? A multicountry study on informal payments for health-care services and consumers’ perceptions. *Health Expectations*. 2015;18(6):2978-93.
37. Sakha MA, Zahirian T, Ghobadi H, Zandian H. Exploring the changes of physicians’ behaviour toward informal payment based on Health Transformation Plan in Iran: A qualitative study. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2020.
38. Kpanake L, Dassa SK, Mullet E. Is it acceptable for a physician to request informal payments for treatment? Lay people’s and health professionals’ views in Togo. *Psychology, health & medicine*. 2014;19(3):296-302.
39. Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Amiresmaili M. Informal payments in healthcare: a case study of Kerman

province in Iran. *International journal of health policy and management*. 2013;1(2):157.

40. Rezapour A, Ghaderi H, Azar F, Larijani B, Gohari MR. Effects of health out-of-pocket payment on households in iran; catastrophic and impoverishment: Population based study in Tehran (2012). *Life Sci J*. 2013;10(3):1457-69.
41. Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P, Berman P. Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Affairs*. 2007;26(4):1029-39.
42. Riklikiene O, Jarasiunaite G, Starkiene L. Informal patient payments in publicly financed healthcare facilities in Lithuania. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(6):488-96.
43. Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, et al. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013;109(1):23-30.
44. Mehdi Zanganeh B, Moahmmad K, Eshagh B, Fatemeh S, Moazameh Shah H, Mostafa P. Investigation of Informal Health-care Payments after Health Transformation Plan: A Case Study in the Southeast of Iran. *Journal of Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019;3(2):112-20.
45. Hasanpoor E, Janati A, Salehi A, Sokhanvar M, Ebrahimzadeh J. Under the table in health care system: a case report in Iran. *International Journal of Hospital Research*. 2014;3(3):155-8.
46. Stringhini S, Thomas S, Bidwell P, Mtui T, Mwisongo A. Understanding informal payments in health care: Motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*. 2009;7.
47. Jafari A, Ravangard R, Heidari F, Roshani M, Hadian M, Mohammadi M. Informal Payment in Health Settings: A Survey of Teaching Hospitals. *International Journal of Hospital Research*. 2015;4(2):83-8.
48. Jahangiri R, Aryankhesal A. Factors influencing on informal payments in healthcare systems: a systematic review. *Med Ethics J*. 2017;11(40):73-92.
49. 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.
50. Khodamoradi A, Ghaffari MP, Daryabeygi-Khotbehsara R, Sajadi HS, Majdzadeh R. A systematic review of empirical studies on methodology and burden of informal patient payments in health systems. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(1):e26-e37.
۵۱. حاجیان دشتکی س، رئیسی ا، حیدری ز، معینی م، خدامرادی ع. بررسی میزان پرداخت های غیررسمی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان های شهر اصفهان. *مجله علوم پزشکی صدرا*. ۱۸، ۲۰۱۸؛ ۶(۲): ۱۱۳-۲۴.
52. . *Hospital*. 2011;10(3):9-22.
۵۳. ستایش م، نخعی ن، روحانی عا. بررسی نظرات مردم، پیرامون پرداخت های غیررسمی به پزشکان شهر کرمان. *اخلاق در علوم و فناوری*. ۱۳۸۶؛ ۲(۳-۴): -.
54. Doshmangir L, Sajadi HS, Ghiasipour M, Aboutorabi A, Gordeev VS. Informal payments for inpatient health care in post-health transformation plan period: evidence from Iran. *BMC public health*. 2020;20:1-14.
55. Zandian H, Esfandiari A, Sakha MA, Takian A. Strategies to reduce informal payments in health systems: a systematic review. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*. 2019;25(12):914-22.
56. Amiri MM, Bahadori M, Motaghd Z, Ravangard R. Factors affecting informal patient payments: a systematic literature review. *International Journal of Health Governance*. 2019.
57. Piroozi B, Rashidian A, Moradi G, Takian A, Ghasri H, Ghadimi T. Out-of-pocket and informal payment before and after the health transformation plan in Iran: evidence from hospitals located in Kurdistan, Iran. *International journal of health policy and management*. 2017;6(10):573.

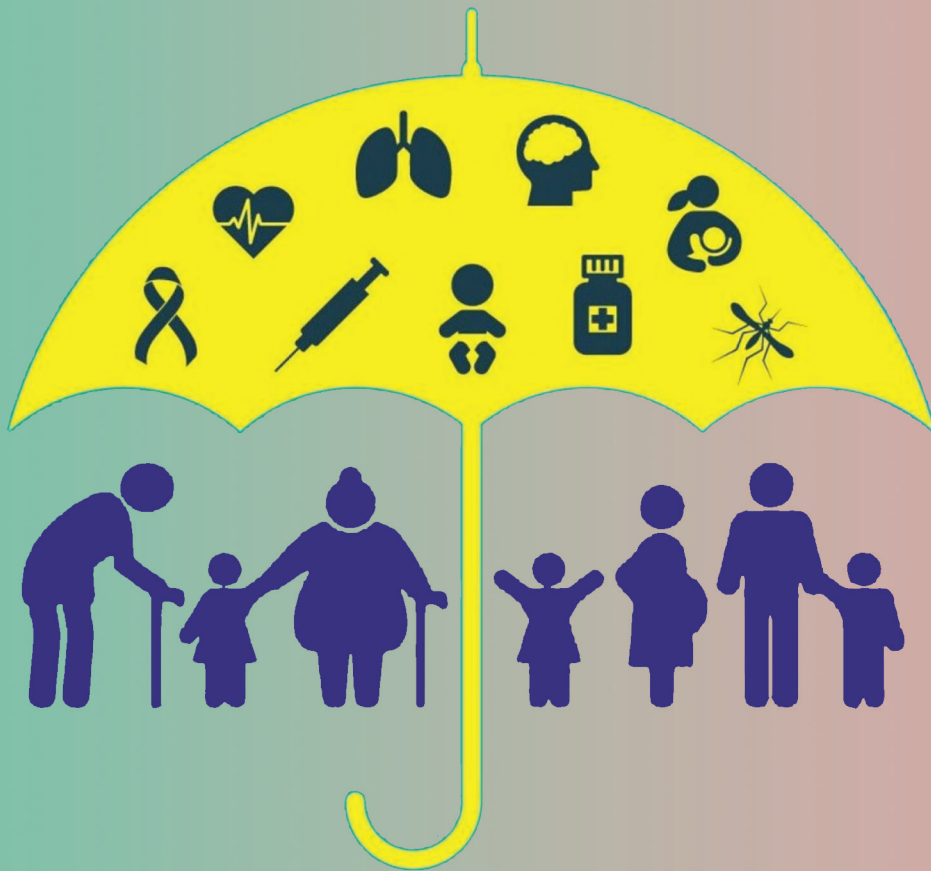
58. Meskarpour-Amiri M, ARANI AA, Sadeghi H, Agheli-Kohnehsahri L. Socioeconomic factors affecting informal payments in the health sector. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*. 2016;12(47):116-28.
59. Tumlinson K, Gichane MW, Curtis SL. "If the Big Fish are Doing It Then Why Not Me Down Here?": Informal Fee Payments and Reproductive Health Care Provider Motivation in Kenya. *Studies in Family Planning*. 2020;51(1):33-50.
60. Horodnic AV, Williams CC. Informal payments by patients for health services: prevalence and determinants. *Service Industries Journal*. 2018;38(11-12):841-55.
61. Habibov N, Cheung A. Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. *Social science & medicine (1982)*. 2017;178:28-37.
62. Cohen N, Filc D. An alternative way of understanding exit, voice and loyalty: the case of informal payments for health care in Israel. *Int J Health Plann Manage*. 2017;32(1):72-90.
63. Buch Mejsner S, Eklund Karlsson L. Informal Patient Payments and Bought and Brought Goods in the Western Balkans - A Scoping Review. *International journal of health policy and management*. 2017;6(11):621-37.
64. Kankeu HT, Ventelou B. Socioeconomic inequalities in informal payments for health care: An assessment of the 'Robin Hood' hypothesis in 33 African countries. *Social science & medicine (1982)*. 2016;151:173-86.
65. Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2016;17(2):159-70.
66. Pitea M. CONCEPTUAL DELIMITATIONS OF INFORMAL PAYMENTS IN THE ROMANIAN HEALTH CARE SYSTEM. *Analele Științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza «din Iași Sociologie și Asistență Socială*. 2015;8(1):71-82.
67. Gordeev VS, Pavlova M, Groot W. Informal payments for health care services in Russia: old issue in new realities. *Health economics, policy, and law*. 2014;9(1):25-48.
68. Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Farkas M, Groot W. The link between past informal payments and willingness of the Hungarian population to pay formal fees for health care services: results from a contingent valuation study. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2014;15(8):853-67.
69. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Informal payments for health services: The experience of Bulgaria after 10 years of formal co-payments. *European Journal of Public Health*. 2013;24(5):733-9.
70. Cohen N. Informal payments for health care--the phenomenon and its context. *Health economics, policy, and law*. 2012;7(3):285-308.
71. Stepurko T, Pavlova M, Gryga I, Groot W. Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*. 2010;10:273.
72. Aarva P, Ilchenko I, Gorobets P, Rogacheva A. Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*. 2009;24(5):395-405.
73. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*. 2007;26(4):984-97.
74. Chiu Y-C, Smith KC, Morlock L, Wissow L. Gifts, bribes and solicitations: print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Social Science & Medicine*. 2007;64(3):521-30.



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

## عنوان طرح

شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع پرداخت‌های  
غیر رسمی در نظام سلامت ایران و پیشنهاد راهکارهای  
اصلاحی و ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در  
چارچوب دستیابی به پوشش همگانی سلامت



شناسایی شکاف دانشی در مورد شیوع  
پرداخت های غیر رسمی در نظام سلامت  
ایران و پیشنهاد راهکارهای اصلاحی و  
ارتباط آن با تأمین مالی نظام سلامت در  
چارچوب دستیابی به پوشش همگانی  
سلامت

مجری طرح

دکتر جلال عربلو، استادیار سیاست گذاری سلامت، دانشگاه  
علوم پزشکی ایران

با تشکر ویژه از

جناب آقای دکتر جواد مقری، استادیار محترم دانشگاه  
علوم پزشکی مشهد که گزارش پایانی طرح حاضر را مطالعه  
و پیشنهادات اصلاحی ارائه دادند

إِنَّمَا



## فهرست محتوی

۱۵۰	خلاصه اجرایی طرح
۱۵۱	مقدمه و اهداف
۱۵۴	نتایج ( به تفکیک مراحل انجام طرح )
۱۵۷	تم‌های مطالعات وارد شده
۱۶۳	بحث و نتیجه گیری
۱۶۶	نقاط قوت و محدودیت ها
۱۶۶	نتیجه گیری
۱۶۷	پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری
۱۶۸	فهرست منابع



## خلاصه اجرایی طرح

### هدف

در مسیر نیل به پوشش همگانی سلامت، طبابت دوگانه پزشکان (اشتغال به کار همزمان در بخش های دولتی و خصوصی) می تواند چالش برانگیز باشد. ارائه تصویری کلی از طبابت دوگانه پزشکان در ایران می تواند به درک این پدیده کمک نماید. با توجه به انجام مطالعه مروری قبلی در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف شناسایی انواع شواهد موجود در زمینه طبابت چندگانۀ پزشکان در ایران، و ارائه دستور کار تحقیقاتی در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران انجام شد.

### روش کار

به منظور انجام این مطالعه، پایگاه های اطلاعاتی بین المللی، Embase, PubMed, The Cochrane Library, Scopus, و همچنین پایگاه های داخلی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) مورد جستجو قرار گرفت. برای هر بانک اطلاعاتی از استراتژی جستجوی مخصوص و مناسب آن استفاده شد. پس از جمع آوری مقالات یافت شده و برداشتن موارد تکراری، عنوان و خلاصه آنها کنترل و مقالات نامرتب حذف شد. متن کامل مقالات باقیمانده با معیارهای ورود و خروج بررسی و دلایل حذف آنها از مطالعه ثبت گردید. تمام مراحل انتخاب مقالات به طور مستقل توسط دو نفر انجام شد. اختلاف نظرات مورد بحث و بررسی قرار گرفت تا تصمیم نهایی در آن مورد حاصل شد. داده های استخراج شده به صورت سنتز کیفی و با استفاده روش پنج مرحله ای آرکسی و اومالی (Arkesy & O'Malley) استفاده شد تحلیل شد. دو نفر از محققان به طور مستقل به ارزیابی کیفیت مطالعات پرداختند. مطالعه حاضر برای انجام و گزارش دهی یافته ها از اصول بیانیه پریزما برای مطالعات مرور دامنه (PRISMA-SCR) تبعیت نمود.

### یافته ها

۱۵ مطالعه وارد مرور حاضر شد. یافته ها در قالب پنج تم کلی شامل اشکال طبابت چندگانۀ، شیوع طبابت چندگانۀ، انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانۀ، گزینه های سیاستی، و پیامدهای طبابت چندگانۀ دسته بندی و سنتز شد.

### نتیجه گیری

تحقیقات هرچه بیشتری برای تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد متناسب با ویژگی های زمینه ای کشور در مورد پدیده طبابت دوگانه در ایران مورد نیاز می باشد. سوالات پژوهشی پیشنهاد شده در مطالعه حاضر می تواند به برطرف کردن شکاف دانشی در این حوزه کمک نماید. مطالعات آتی می بایست مسائل مربوط به کیفیت جمع آوری داده ها در زمینه طبابت دوگانه پزشکان را در نظر داشته باشند و به سیاستگذاران کمک نمایند این پدیده را در بحث های مربوط به اصلاحات در نظام سلامت بگنجانند.

### کلید واژه ها:

طبابت دوگانه، پزشکان، ایران، پوشش همگانی سلامت، مرور دامنه

## مقدمه و اهداف

طبابت دو گانه پزشکان پدیده ای مرسوم در کشورهای دارای نظام سلامت ترکیبی با مشارکت بازیگران بخش های خصوصی و دولتی است که می تواند اثرات بالقوه در دسترسی، عدالت و کیفیت خدمات داشته باشد. طبابت دوگانه (Dual Practice) یا چندگانه به معنای انجام کاری در بیش از یک بخش و به طور همزمان است. در واقع طبابت چندگانه زمانی معنا پیدا می کند که یک متخصص همزمان در بخش خصوصی و دولتی، دو مرکز دولتی یا دو مرکز خصوصی کار کند (۱، ۲).

طبابت دوگانه اثرات مثبت و منفی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته دارد که اثرات منفی آن بیشتر از اثرات مثبت است. از اثرات مثبت آن می توان به افزایش درآمد کارکنان بخش سلامت و در نتیجه ابقای آنها به ویژه در مناطق محروم و کاهش بار بودجه بخش عمومی اشاره کرد (۲).

در نظام سلامت بسیاری از کشورها، پزشکان قادر به کار همزمان در بخش های دولتی و خصوصی هستند. طبابت دوگانه می تواند در زمینه پوشش همگانی سلامت بحث برانگیز باشد؛ چراکه هدف پوشش همگانی سلامت معمولاً هدف ارائه مراقبت های سلامت براساس نیاز است و نه وابسته به توانایی پرداخت. پزشکان براساس عوامل مختلفی مانند براساس مقررات و شرایط سازمانی حاکم بر پاداش، نوع تخصص و ویژگی های هر محیط کاری، زمان خود را به هر یک از این دو بخش خصوصی و دولتی اختصاص می دهند. در نظام های سلامت ترکیبی (دولتی و خصوصی)، ترجیحات پزشکان در خصوص مدت زمان اختصاص داده شده به هر بخش، می تواند بر دسترسی به خدمات سلامت از جمله زمان انتظار در بیمارستان های دولتی و همچنین هزینه ها و پیامدهای سلامتی بیمار تأثیرگذار باشد. بنابراین، پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup> (UHC) مستلزم این است که نیروی انسانی حوزه سلامت به تعداد کافی فراهم باشد، و انگیزه لازم برای انجام این امر را داشته باشند. در راستای توسعه نیروی کار حوزه سلامت به بهترین شیوه، توجه نسبتاً کمی به روندها و پیامدهای طبابت دوگانه شده است (۳، ۴).

در ایران طبابت چندگانه پزشکان در بخش عمومی و خصوصی یکی از چالش های اصلی سیستم سلامت است، براساس مطالعه ای نرخ طبابت چندگانه پزشکان ایران در بخش خصوصی ۴۲٫۳٪ می باشد. با توجه به اینکه طبق مقررات و قوانین ملی ممنوعیت کامل برای طبابت چندگانه پزشکان وجود دارد اما، عواملی مانند نیاز به افزایش سهم هزینه های سلامت از منابع عمومی و همچنین عدم تعیین تعرفه ها براساس هزینه های واقعی، باعث شده است تا اجرای این قوانین و مقررات با جدیت دنبال نشود (۵). با توجه به توضیحات فوق الذکر انجام پژوهشی با هدف شناسایی وضعیت شواهد در زمینه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران احساس می شود. این مطالعه اهداف اختصاصی زیر را دنبال خواهد نمود:

- ۱- شناسایی متون و شواهد موجود در زمینه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران؛
- ۲- تعیین ویژگی های مطالعات شناسایی شده از قبیل نویسنده، نوع انتشار، زمان و زبان انتشار
- ۳- شناسایی مفاهیم، خصوصیات یا عوامل مرتبط با طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران و خلاصه سازی یافته های این مطالعات

۳- شناسایی شکاف های دانشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی که بر پوشش همگانی سلامت تأثیرگذار هستند.

1. UHC: Universal Health Coverage

### اهداف (خروجی‌ها) اختصاصی طرح<sup>۹</sup>:

- شناسایی ابعاد مورد بررسی در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران
- شناسایی شکاف‌های دانشی در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران براساس نتایج مرور دامنه حاضر

### اهداف کاربردی طرح<sup>۱۰</sup>:

تهیه قهرست کاملی از پژوهش‌های رسمی انجام گرفته در حوزه طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور برای تحقیقات آتی

### روش پژوهش (به تفکیک مراحل انجام طرح)

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مرور دامنه (Scoping review) بود. این نوع مطالعه برای شناسایی و جمع بندی شواهد موجود و شناسایی شکاف‌های دانشی در یک حوزه توصیه شده است (۶, ۷).

در این مطالعه از روش پنج مرحله ای آرکسی و اومالی (Arkesy & O'Malley) تبعیت شد. این چارچوب که در سال ۲۰۰۵ توسعه یافت شامل پنج گام تدوین سوال تحقیق، شناسایی مطالعات مرتبط، انتخاب مطالعات، استخراج داده‌ها و گزارش دهی نتایج می‌باشد (۶).

پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی Embase, PubMed, The Cochrane Library, Scopus, web of Science و همچنین پایگاه‌های داخلی شامل بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) و مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID) مورد جستجو قرار گرفت. برای جستجوی متون خاکستری از موتور جستجوگر گوگل اسکالر و همچنین وب سایت‌ها مربوطه استفاده شد (جدول ضمیمه). در نهایت جهت تکمیل جستجو از استراتژی جستجوی هدفمند (Snowballing) استفاده شد. بدین صورت که فهرست منابع مطالعات وارد شده برای شناسایی مطالعات مرتبط بیشتر بررسی شد (Reference list scanning)، همین‌طور پروفایل علمی پژوهشگران و متخصصان دارای پژوهش‌های مرتبط نیز مورد بررسی قرار گرفت (Author tracking). به منظور شناسایی حداکثری متون مرتبط با موضوع، جستجوی پایگاه داده‌ها و متون خاکستری بدون محدودیت‌های مربوط به زمان انتشار، زبان یا نوع انتشار (مقاله پژوهشی اصیل یا مروری، گزارش، پایان‌نامه و...) صورت گرفت. از ترکیبی از کلیدواژه‌ها و در صورت امکان از (MeSH)<sup>۱</sup> برای جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی استفاده شد. برای هر یک از پایگاه‌های فوق‌الذکر سرچ استراتژی مخصوص به آن تدوین شد. پس از جمع‌آوری مقالات یافت شده و برداشتن موارد تکراری، عنوان و خلاصه آن‌ها کنترل گردید و مقالات نامرتب حذف شد. متن کامل مقالات باقیمانده براساس معیارهای ورود و خروج بررسی شد و دلایل حذف آن‌ها از مطالعه ثبت گردید. تمام مراحل انتخاب مقالات به‌طور مستقل توسط دو نفر انجام شد. اختلاف نظرات مورد بحث و بررسی قرار گرفت تا تصمیم نهایی در آن مورد حاصل شود. انتخاب مطالعات براساس معیارهای از پیش تعریف شده بود. کلیه مطالعات اولیه یا ثانویه که به زبان فارسی و انگلیسی در حوزه طبابت چندگانه در پزشکان در هر سطحی از نظام سلامت ایران انجام شده باشند وارد مرور حاضر شد. در مطالعه حاضر منظور از طبابت چندگانه به پزشکان به صورت همزمان در دو بخش خصوصی و دولتی است. نامه به سردبیر (letters to the editor)، ادیتوریل‌ها (editorials) و commentaries از مطالعه حاضر خارج شدند.

از نرم افزار مدیریت منابع Endnote X7 برای شناسایی و مدیریت منابع استفاده خواهد شد. پس از انتخاب

1. Medical Subject Headings

مطالعه‌هایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان به سوالات موردنظر پاسخ داد، یک فرم ویژه طراحی می‌گردد تا بر اساس آن، اطلاعات موردنیاز از آن‌ها استخراج گردد. استخراج داده‌های مربوط به هر یک از مطالعات وارد شده به‌طور مستقل توسط دو نفر انجام خواهد شد و توسط نفر سوم مورد کنترل قرار خواهد گرفت. اطلاعات کلیدی مطالعات وارد شد از قبیل ویژگی‌های مطالعه، موضوعات مورد بررسی، یافته‌های اصلی و نتیجه‌گیری نویسنده مطالعه در قالب متن و جداول ارائه خواهد شد. داده‌های استخراج شده به‌صورت سنتز کیفی تحلیل شد. مطالعه حاضر از دستورالعمل‌های PRISMA-ScR<sup>1</sup> در انجام و گزارش دهی پیروی نمود (۸).

### جدول ضمیمه- استراتژی‌های جستجو و نتایج برای هر یک از پایگاه داده‌های انتخابی

	database	Date conducted	Search strategy	#results
Databases Searches	PubMed	August 3, 2020	("dual practice*" [Title/Abstract] OR "multiple practice*" [Title/Abstract] OR "Dual occupation*" [Title/Abstract] OR "Dual career*" [Title/Abstract] OR "Dual employment*" [Title/Abstract] OR "Dual working*" [Title/Abstract] OR "Dual job*" [Title/Abstract] OR "moonlight*" [Title/Abstract] OR "Private practice" [Title/Abstract] OR "multiple job holding" [Title/Abstract] OR "multiple job-holding" [Title/Abstract] OR "second job*" [Title/Abstract] OR "Employment" [Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses" [Mesh] OR "Practice Patterns, Dentists" [Mesh] OR "Practice Patterns, Physicians" [Mesh] OR "Personnel Staffing and Scheduling" [Mesh] OR "Physicians/economics" [Mesh] OR "Physicians/ethics" [Mesh] OR "Physicians/legislation and jurisprudence" [Mesh] OR "Physicians/organization and administration" [Mesh] OR "Physicians/supply and distribution" [Mesh] ) OR "Private Practice" [Mesh] AND (Iran [Title/Abstract])	359
	Embase	August 3, 2020	('dual practice*':ti,ab,kw OR 'multiple practice*':ti,ab,kw OR 'dual job*':ti,ab,kw OR 'second job*':ti,ab,kw OR 'dual occupation*':ti,ab,kw OR 'dual career*':ti,ab,kw OR 'dual employment':ti,ab,kw OR 'dual working':ti,ab,kw OR moonlight*':ti,ab,kw OR 'multiple job holding':ti,ab,kw OR 'multiple job-holding':ti,ab,kw) AND Iran:ti,ab,kw	14
	Web of Science core collection	August 3, 2020	TS=(("dual practice*" OR "multiple practice*" OR "dual job*" OR "second job*" OR "dual occupation*" OR "dual career*" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlight*" OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding" ) AND Iran) Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years	15
	Scopus	August 3, 2020	TITLE-ABS-KEY ("dual practice*" OR "multiple practice*" OR "dual job*" OR "second job*" OR "dual occupation*" OR "dual career*" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlight*" OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding") AND TITLE-ABS-KEY (Iran)	24
در مجلات علمی معتبر	Magiran, Iranian magazines reference	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، دوشغله بودن تمام وقتی پزشکان	17
	SID, Scientific Information Database	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، دوشغله بودن تمام وقتی پزشکان	5
-Searches for the Grey Literature	Database of Medical Sciences Theses <a href="http://thesis.research.ac.ir">http://thesis.research.ac.ir</a>	August 3, 2020	اشتغال همزمان، اشتغال دوگانه، طبابت دوگانه، طبابت چند گانه، شغل دوم، دوشغله بودن تمام وقتی پزشکان	2
	Google scholar		("dual practice" OR "multiple practice" OR "dual job" OR "second job" OR "dual occupation" OR "dual career" OR "dual employment" OR "dual working" OR moonlighting OR "multiple job holding" OR "multiple job-holding")+ (Iran)	15
Total	<a href="https://scholar.google.com/">https://scholar.google.com/</a>			451
Total with duplicates removed				406

## نتایج ( به تفکیک مراحل انجام طرح )

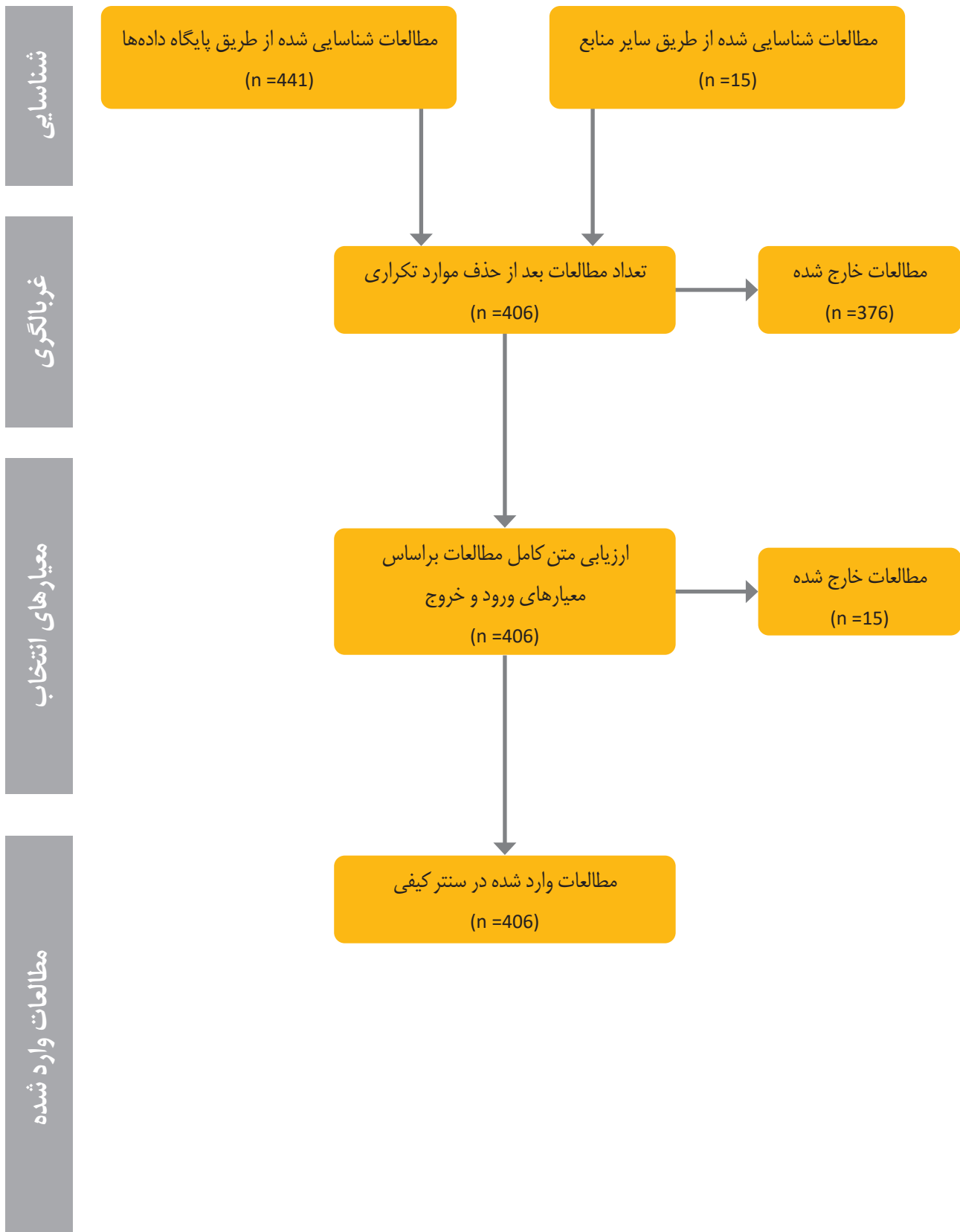
### کمیت شواهد

در فلوچارت پریزما نحوه استخراج مطالعات مرتبط با مرحله مرور حیطه ای نشان داده شده است (شکل ۱). نتایج حاصل از جستجوی الکترونیکی در پایگاه های اطلاعاتی در مرحله ابتدایی ۴۵۱ سند را نشان داد. پس از حذف موارد تکراری، ۴۰۶ عنوان مورد بررسی قرار گرفت که پس از مطالعه متن کامل، تعداد ۱۵ مورد براساس معیارهای ورود و خروج حذف گردید. در نهایت ۱۵ مطالعه به بررسی طبابت های چندگانه پزشکان و متخصصان بخش سلامت پرداخته بودند و وارد مطالعه حاضر شد.

### ویژگی های مطالعات وارد شده

جدول ۱ ویژگی های مطالعات وارد شده را نشان می دهد که شامل سال انتشار، نویسنده اول و مرجع، عنوان، طراحی و روش مطالعه، جمعیت مورد مطالعه و زبان انتشار مقاله می باشد. ۶ مطالعه به زبان فارسی و ۹ مطالعه به زبان انگلیسی منتشر شده بود. ۹ مورد از مطالعات کمی و ۶ مورد مطالعات کیفی بودند. در مطالعات کیفی حجم نمونه در گستره بین ۱۳ الی ۱۷ نفر بود اما در مطالعات کمی گستره وسیعی از حجم نمونه وجود داشت؛ کمترین حجم نمونه ۳۰ نفر و بیشترین حجم نمونه ۲۴۴۱۴ نفر بود. در مطالعات کیفی روش جمع آوری داده ها؛ مصاحبه های فردی (۴ مورد) و بحث گروه متمرکز (۲ مورد) بوده است. قابل توجه است که در تمام مطالعات کمی پژوهش ها با استفاده از پرسشنامه ها و چک لیست های پژوهشگر ساخت انجام شده بود (۸ مورد). مطالعات در طول یک دهه از سال ۲۰۱۰ الی ۲۰۲۰ انجام گرفته است، در هر یک از سال های ۲۰۱۰، ۲۰۱۳، ۲۰۱۷ و ۲۰۲۰ یک مطالعه، دو مطالعه در سال ۲۰۱۵ و در سال ۲۰۱۸ پنج مورد مطالعه و در سال ۲۰۱۹ چهار مورد مطالعه انجام شده بود. بیشترین مقالات در مورد طبابت چندگانه و دوشغله بودن پزشکان و متخصصین در ایران متعلق به بیات و همکاران (۵ مورد) و سپس بیاتی و همکاران (۲ مورد) بود.

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت



شکل ۱- نمودار گردش شناسایی و انتخاب مقالات



شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

### جدول ۱- ویژگی های مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای

سال انتشار	نویسنده اول	عنوان	هدف	طراحی مطالعه و ابزار	جمعیت مورد مطالعه	زبان
۲۰۲۰	اعتمادیان و همکاران (۹)	موردپژوهی ایجاد بیمارستان های غیردولتی در بخش دولتی؛ ارائه مدلی برای توسعه بخش غیردولتی در نظام سلامت	تبیین فرایند ایجاد بیمارستان غیردولتی و غیر انتفاعی محب مهر به عنوان یک بیمارستان شرکتی و ارائه مدلی برای بیمارستان های شرکتی و مستقل	کیفی و موردی. ابزار: مصاحبه فردی	۱۷ نفر از مطلعان کلیدی	فارسی
۲۰۱۹	بیاتی و همکاران (۱۰)	مطالعه توصیفی رفتار اقتصادی پزشکان عمومی در ایران: درآمد عملی، ساعت کار و ویزیت بیمار	توصیف خصوصیات رفتارهای اقتصادی پزشکان عمومی ایران	کمی و مقطعی. ابزار: پرسشنامه پژوهشگر ساخت	۶۶۶ پزشک عمومی	انگلیسی
۲۰۱۹	بیاتی و همکاران (۱۰)	اشتغال دوگانه و چندگانه در بین پزشکان عمومی ایران: میزان و عوامل موثر	بررسی میزان و عوامل موثر بر رویه طبابت دوگانه پزشکان عمومی به عنوان مهمترین ارائه دهندگان مراقبت های اولیه در ایران	کمی و مقطعی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۶۶۶ پزشک عمومی	انگلیسی
۲۰۱۹	بیات و همکاران (۱۱)	فاکتورهای مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی: استفاده از تجزیه و تحلیل چند سطحی بر روی داده های ثبت ملی	تعیین سطح اشتغال و عوامل مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی ایرانی	کمی و مقطعی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۱۴۹۳۱ جراح از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۹	درگاهی و زالوند (۱۲)	تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT	تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT و استفاده از ماتریس TOWS	کمی توصیفی تحلیلی. پرسشنامه پژوهشگر ساخت	۲۳۴ نفر پزشک از ۱۵ بیمارستان	فارسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۱۳)	بررسی تأثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان در کشور ایران: تجزیه و تحلیل چند سطحی در یک پیمایش ملی، ۲۰۱۶	تعیین تاثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان	کمی و پیمایشی. ابزار: چک لیست پژوهشگر ساخت	۴۶۴۲ متخصص جراحی از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۱۴)	میزان و ماهیت طبابت چندگانه در بین متخصصان پزشکی ایران	تعیین سطوح طبابت چندگانه در بین متخصصان ایرانی	کمی. ابزار: پرسشنامه و چک لیست پژوهشگر ساخت	۲۴۴۱۴ متخصص از ۹۲۵ بیمارستان	انگلیسی
۲۰۱۸	بیات و همکاران (۵)	فاکتورهای تاثیرگذار بر طبابت چندگانه متخصصان در جمهوری اسلامی ایران	تعیین علت های تمایل متخصصان به طبابت چندگانه در ایران	کیفی. ابزار: مصاحبه های فردی	۱۴ نفر از مطلعان کلیدی	انگلیسی
۲۰۱۸	بازیار و همکاران (۱۵)	منع طبابت چندگانه پزشکان در ایران: گزینه های سیاستی برای اجرا	توسعه گزینه های سیاستی برای اجرای ممنوعیت قانونی طبابت چندگانه پزشکان در ایران	کیفی. ابزار: بحث گروهی متمرکز (Focus group)	۱۴ نفر از مطلعان کلیدی	انگلیسی
۲۰۱۸	یوسفی و تازیکی (۱۶)	رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت - مطالعه کیفی	بررسی رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در فعالیت های آموزشی توأم با خدمات بهینه درمانی	کیفی. ابزار: مصاحبه نیمه ساختار یافته	۱۷ نفر از اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت	فارسی
۲۰۱۷	بیات (۱۷)	تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تاثیرگذار	تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تاثیرگذار	کمی: پرسشنامه و چک لیست پژوهشگر ساخت		فارسی
۲۰۱۵	اخوان بهبهانی و بناب (۱۸)	ارزیابی تبصره ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه ۵ پنجم توسعه ی کشور در خصوص پدیده ی دوشغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب نظران و خبرگان حوزه ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش های آن	ارزیابی قابلیت اجرای این ماده ی از قانون و الزامات اجرای آن	کیفی. ابزار: مصاحبه ساختار نیافته و بحث گروهی متمرکز	۱۵ نفر از مطلعان کلیدی	فارسی
۲۰۱۳	اکبری ساری و همکاران (۱۹)	چالش های پیش رو و پیامدهای احتمالی طرح تمام وقتی پزشکان از نگاه روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور	بررسی ادراک روسای دانشگاه های علوم پزشکی ایران در مورد چالش ها، پیامدهای منفی احتمالی و پیشنهادات آنها برای بهبود اجرای برنامه عملی تمام وقت پزشک در ایران	کمی و مقطعی. پرسشنامه نیمه ساختار یافته پژوهشگر ساخت	۳۰ نفر از روسای دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور	فارسی

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

زبان	جمعیت مورد مطالعه	طراحی مطالعه و ابزار	هدف	عنوان	نویسنده اول	سال انتشار
انگلیسی	۱۳ نفر از مطلعان کلیدی	کیفی. ابزار مصاحبه نیمه ساختار یافته	جستجوی دلایل سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران با استفاده از تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI) و اینترفرون بتا به عنوان ردیاب.	"ما ناگهان متوجه شدیم که کشور پر از MRI شده است". نظرات سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران.	پالش و همکاران (۲۰)	۲۰۱۰
انگلیسی	۱۲۰ جراح مغز و اعصاب شاغل در بیمارستان های دولتی در ۵ استان کشور	کمی (آزمایش انتخاب گسسته)	شناسایی ترجیحات شغلی جراحان مغز و اعصاب و پیشنهاد مداخلات سیاستی که احتمالا می تواند میزان ماندگاری آنها را در مناطق روستایی، دور افتاده یا مناطق کم برخوردار افزایش دهد.	مداخلات سیاستی برای بهبود ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی در ایران: یک آزمایش انتخاب گسسته	رفیعی و همکاران (۲۱)	۲۰۱۵

## تم‌های مطالعات وارد شده

جزئیات یافته ها (تقسیم بندی شده در ۵ زیر مجموعه اشکال طبابت چندگانه، شیوع طبابت چندگانه، انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه، گزینه های سیاستی و پیامدهای طبابت چندگانه) و نتیجه گیری مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای، در جدول ۲ خلاصه و ارائه شده است.

### جدول ۲- تقسیم بندی یافته ها و نتیجه گیری مطالعات وارد شده در تحلیل مرور حیطه ای

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	اشکال طبابت چندگانه
اعتمادیان و همکاران (۹) مورد پژوهی ایجاد بیمارستان های غیردولتی در بخش دولتی؛ ارائه مدلی برای توسعه بخش غیردولتی در نظام سلامت					
	افزایش دسترسی و کیفیت خدمات برای بیماران با اشتغال همزمان پزشکان در بیمارستان غیرانتفاعی در جوار بیمارستان دولتی	یکی از عوامل اصلی ایجاد بیمارستان محب (بیمارستان غیر دولتی در بخش دولتی) اشتغال همزمان پزشکان در بخشهای دولتی و خصوصی بود.	انگیزه های مالی و کسب درآمد بیشتر		اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی
بیاتی و همکاران (۱۰) مطالعه توصیفی رفتار اقتصادی پزشکان عمومی در ایران: درآمد عملی، ساعت کار و ویژگی بیمار					
			تفاوت معناداری بین رفتار اقتصادی پزشکانی که دارای کار صرفا دولتی، صرفا خصوصی و اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و خصوصی وجود داشت ( $p < 0.05$ ). پزشکانی که در دو بخش دولتی و خصوصی بودند درآمد بیشتری نسبت به سایرین داشتند.	پزشکان مرد و متاهل، دارای تجربه بیشتر و میانسال جامعه (۲۶-۵۵ سال) بیشتر از سایرین در دو بخش دولتی و خصوصی کار می کردند.	اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی
بیاتی و همکاران (۱۰) اشتغال دوگانه و چندگانه در بین پزشکان عمومی ایران: میزان و عوامل موثر					
مهمترین و اصلی ترین عامل موثر بر طبابت چندگانه پزشکان عمومی در ایران انتظارات مالی آنها بود. بنابراین، سیاست های مناسب برای اصلاح انتظارات درآمد پزشکان و اصلاحاتی مانند بهبود تعرفه ها باید در سیستم های بهداشتی اتخاذ شود.			جنسیت (مرد) و تجربه کاری و انتظارات مالی جز عوامل موثر بر طبابت چندگانه شناخته شدند. پزشکانی که در دو بخش دولتی و خصوصی بودند درآمد بیشتری نسبت به سایرین داشتند.	۱۸.۵ درصد از پزشکان عمومی در هر دو بخش دولتی و خصوصی فعالیت می کردند و نیز ۲۶/۱۷ درصد از پزشکان عمومی در دو یا چند مکان (اعم از دولتی یا خصوصی) کار می کنند.	اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	اشکال طبابت چندگانه
بیات و همکاران (۱۱) فاکتورهای مرتبط با طبابت چندگانه در متخصصان جراحی: استفاده از تجزیه و تحلیل چند سطحی بر روی داده های ثبت ملی					
برای کنترل طبابت چندگانه از طریق وضع مقررات مالیاتی، محدودیت سقف درآمد، و محدودیت در ساعات کار و تعداد ویزیت ها در بخش خصوصی، یک استراتژی چند جانبه لازم است.			طبابت چندگانه در متخصصانی با سن و تجربه بالاتر، استانهای پر جمعیت و محروم تر و سهم بیشتر از بیمارستانهای خصوصی بیشتر بود.	به طور کلی، ۶۴۰۵ نفر (۵۷٪) متخصص جراحی در بخش دولتی دارای طبابت دوگانه بودند که ۵۰۶۰ نفر از طریق وزارت بهداشت شاغل بودند و ۷۰٪ از متخصصان غیر تمام وقت، دارای مشاغل متعدد بودند. از ۸۳۱۲ متخصص غیر هیات علمی، ۵۸٪ دارای مشاغل متعدد بودند. جراحان ارولوژی و مغز و اعصاب با میزان ۶۹٪ بیشترین میزان طبابت چندگانه را دارا بودند	حضور پزشکان در بیش از یک مکان ارائه خدمات
درگاهی و زالوند (۱۲) تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT					
با استفاده از مدل SWOT، مهم ترین نقاط ضعف طرح، افزایش حجم کاری پزشکان، همکاری نامناسب پزشکان متخصص، نبود نظام پرداخت مناسب جبران خدمت، مهم ترین نقطه قوت آن جذب و بکارگیری پزشکان جوان و آموزش بهتر دانشجویان پزشکی بود. از مهم ترین فرصت ها و تهدیدهای این طرح به ترتیب رقابت با بخش خصوصی و خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی به خصوصی عنوان شده است.	به طور ضمنی در این تحقیق اشاره شده است که در صورت موفقیت و تحقق طرح می تواند تمام شاخص های UHC از قبیل کاهش هزینه های پرداخت، افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات رخ دهد.	استفاده از ماتریس TOWS برای اقدامات سیاستی و تحلیل های لازم یک راهبرد منطقی می باشد.			حضور پزشکان در بخش های دولتی در طرح تمام وقت جغرافیایی
بیات و همکاران (۱۳) بررسی تأثیر طبابت چندگانه بر زمان ارائه خدمات توسط جراحان در کشور ایران: تجزیه و تحلیل چند سطحی، ۲۰۱۶					
اگرچه طبابت چندگانه تأثیر مستقیمی بر ساعت کاری جراحان داشت، اما به نظر می رسد سهم بیشتری از تفاوت زمان، برای خدمات بخش خصوصی استفاده شده است، که منجر به دسترسی ضعیف به خدمات جراحی در بخش دولتی می شود. بنابراین، لازم است قوانین و رویکرد سیستمی برای طبابت چندگانه ایجاد شود.	طبابت چندگانه باعث کاهش دسترسی افراد به خدمات جراحی بیمارستان های دولتی می شود. در نتیجه هزینه های پرداخت از جیب با استفاده از بیمارستان های خصوصی افزایش می یابد.		پزشکان معادل تمام وقت و زنان وقت کمتری را نسبت به پزشکان دائمی برای ارائه خدمات سپری می کردند. به علت انگیزه های مالی و کسب درآمد بیشتر جراحان وقت بیشتری را در بیمارستان های خصوصی نسبت به دولتی می گذرانند.	۶۳/۱٪ از متخصصان جراحی به طبابت چندگانه مشغول بودند.	اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	اشکال طبابت چندگانه
بیات و همکاران (۱۴) میزان و ماهیت طبابت چندگانه در بین متخصصان پزشکی ایران					
<p>طبابت چندگانه متخصصان پزشکی یک مسئله چند بعدی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند مشوق های مالی، نگرش های فرهنگی و زیرساخت های موجود است. با در نظر گرفتن ظرفیت ها و شرایط هر کشور، کنترل و مدیریت این پدیده نیاز به سازوکارهای نظارتی و تشویقی دارد که در طولانی مدت می تواند اختلافات بخش خصوصی و دولتی را اصلاح کند و تمایل پزشکان را برای کار در بخش دولتی افزایش دهد.</p>			<p>مشوق های مالی، نگرش های فرهنگی در مورد هویت حرفه ای پزشکان، تجربه و سطح علمی متخصصان، رویکردهای کنترل در بخش دولتی، زیرساخت های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی، و ویژگی های منطقه ای مکان خدمات بهداشتی</p>		<p>اشتغال به کار همزمان در بیش از یک مرکز</p>
بازیار و همکاران (۱۵) منع طبابت چندگانه پزشکان در ایران: گزینه های سیاستی برای اجرا					
<p>هیچ رهنمود بهینه سیاستگذاری واحدی برای برخورد با طبابت چندگانه در سیستم بهداشتی ایران وجود ندارد. اجرای ترکیبی از سیاستها می تواند از عوارض احتمالی هر یک از سیاست ها بکاهد و شانس اجرای موفقیت آمیز قانون را افزایش دهد. توصیه می شود یک رویکرد محافظه کارانه و گام به گام را دنبال کنید و با سیاستگذاری هایی شروع کنید که مقاومت و چالش های سیاسی کمتری ایجاد می کند.</p>	<p>برخی از این سیاست ها می تواند باعث تغییر در وضعیت پوشش همگانی شود برخی از این سیاست ها پرداخت از جیب را افزایش ولی کیفیت و دسترسی خدمات را افزایش می دهند.</p>	<p>پانزده گزینه سیاستی تدوین شد. هر گزینه سیاستی از نظر مزایا و معایب تحلیل شده است. اجرای قوانین برای همه تخصص های پزشکی کشور، اعمال فشار بر اجرای این قوانین در برخی از استان های پایلوت، برخی تخصص های پزشکی خاص، در شهرهای بزرگ از جمله این سیاست ها می باشد.</p>			<p>اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی</p>
یوسفی و تازیکی (۲۲) رویکرد و عملکرد اعضای هیئت علمی بالینی تمام وقت در طرح تحول سلامت - مطالعه کیفی					
<p>به نظر می رسد در تأمین عدالت اجتماعی و دسترسی جامعه به خدمات و پاسخگویی بهنگام به نیازهای مردم با بهره مندی بیماران از خدمات بهینه با نرخ ارزانتر، مستلزم بستر مناسب زیرساختها و نظارت کافی و پویا می باشد و ضرورت دارد با واقعی نمودن تعرفه ها و پرداختی های به موقع و راه اندازی کلینیکهای ویژه بعنوان مطب هویت شغلی آنان حفظ و موجب افزایش رضایتمندی شان گردد.</p>	<p>در این طرح بادرسترس بودن و ایجاد فرصت آموزشی، وقت بیشتری برای آموزش مناسب و ویزیت بیماران با ارائه خدمات علمی روز فراهم می کند. که با اجرای کامل قانون، عدالت اجتماعی و دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات پزشکی را فراهم می کند. ضمن درآمد زایی بیمارستانها، با کاهش هزینه های درمانی برای افراد جامعه و سوق دادن این هزینه ها بسمت بیمه ها، پاسخگویی نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جامعه می باشد.</p>	<p>امکان پذیر بودن و راهکارها در اجرای موفق طرح تمام وقتی اعضای هیئت علمی بالینی در طرح تحول سلامت</p>			<p>حضور تمام وقت اعضای هیات علمی بالینی در بخش های دولتی</p>

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چندگانه	شیوع طبابت چندگانه	اشکال طبابت چندگانه
بیات (۲۳) تعیین سطح طبابت چندگانه متخصصان در کشور و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیرگذار					
			مشوق های مالی، نگرش های فرهنگی در مورد هویت حرفه ای پزشکان، تجربه و سطح علمی متخصصان، رویکردهای کنترل در بخش دولتی، زیرساخت های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی، و ویژگی های منطقه ای مکان خدمات بهداشتی	میزان طبابت چندگانه در بین متخصصان ۴۲.۳٪ می باشد	اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی
اخوان بهبهانی و بناب (۲۴) ارزیابی تبصره ی ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه ی پنجم توسعه ی کشور در خصوص پدیده ی دوشغله بودن پزشکان از دیدگاه صاحب نظران و خبرگان حوزه ی سلامت کشور- قابلیت اجرا و چالش های آن					
ایجاد بسترهای لازم در ابعاد ساختاری، مدیریتی، تقنینی و نظارتی، تخصیص بودجه کافی، اصلاح نظام تعرفه گذاری و ساز و کارهای پرداخت، اجرای تدریجی و گام به گام در مراحل اولیه، بهبود کیفیت خدمات در بخش دولتی و اعتمادسازی بین پزشکان و مسئولین در اجرای بهتر و اثربخش تر این قانون بسیار ضروری است.	منافع احتمالی ناشی از اجرای قانون: بهبود وضعیت دسترسی به خدمات سلامت، بهبود کیفیت خدمات ارائه شده، کاهش هزینه ها و افزایش کارایی نظام سلامت	موارد افزایش میزان قابلیت اجرایی شدن قانون: تدوین آیین نامه اجرایی قانون به صورت دقیق و جامع، اجرای مرحله ای و تدریجی قانون، طراحی و اجرای يك مطالعه میدانی جهت شناخت ابعاد مختلف مؤثر بر رواج این پدیده، توجه کافی و مطلوب به منابع مالی مورد نیاز برای اجرای قانون و نیز ساماندهی وضعیت تعرفه گذاری و سازوکار پرداخت به پزشکان جهت ایجاد انگیزه ی کاری در بین آنان، اصلاح وضعیت ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی از نظر حجم و کیفیت ارائه خدمات، فرهنگ سازی جهت ترویج استفاده از خدمات بیمارستانهای دولتی بین مردم، رفع بی اعتمادی بین جامعه پزشکان و مسئولین و قاطعیت در اجرای قانون از طرف مجری			پزشکانی که در استخدام پیمانای و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیر دولتی می باشند، مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستانهای بخش خصوصی و خیریه نیستند.
اکبری ساری و همکاران (۱۹) چالش های پیش رو و پیامدهای احتمالی طرح تمام وقتی پزشکان از نگاه روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور					
طرح تمام وقتی پزشکان با چالش های عمده ای مواجه است که توجه خاص به آنها همراه با اجرای تدریجی این طرح و انجام طرح های همزمان دیگر به ویژه اصلاح تعرفه و نظام پرداخت می تواند تبعات منفی احتمالی آن را کاهش دهد و باعث اجرای موفق طرح و ارتقای کیفیت خدمات سلامت گردد.	اجرای نامناسب این برنامه می تواند باعث افزایش تقاضای القایی بجهت پایین بودن تعرفه ها، افزایش دریافت زیرمیزی، و افزایش هزینه های پرداخت از جیب گردود پزشکان متبخر و با تجربه را از بخش دولتی به بخش خصوصی سوق دهد.	نیاز به افزایش سهم بودجه مراقبت های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، تعرفه ناکافی و سیستم پرداخت ناکارآمد و مشکل در دستیابی به همکاری با سایر دینفغان، چالش های اصلی برنامه عملی تمام وقت در ایران است. پیشنهاد می شود که این برنامه باید بتدریج در مجموعه خاصی از بیمارستانهای ایران که از قبل استقلال بیشتری پیدا کرده اند، اجرا شود.			قانون ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی
پالش و همکاران (۲۰) "ما ناگهان متوجه شدیم که کشور پر از MRI شده است". نظرات سیاست گذاران در مورد انتشار و استفاده از فناوری های سلامت در ایران.					
	تغییر وضعیت بیماران از بخش دولتی به بخش خصوصی، تسهیل تقاضای ناشی از آن و کاهش توانایی بخش دولتی برای حفظ کنترل در نتیجه کاهش دسترسی و افزایش هزینه های پرداخت از جیب		حقوق و درآمد کمتر در بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی به عنوان انگیزه اصلی برای طبابت چندگانه		اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چنگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

نتیجه گیری	پیامدهای طبابت چنگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)	گزینه های سیاستی	انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چنگانه	شیوع طبابت چنگانه	اشکال طبابت چنگانه
رفیعی و همکاران (۲۱) مداخلات سیاستی برای بهبود ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی در ایران: یک آزمایش انتخاب گسسته.					
طیف وسیعی از مداخلات سیاستی با تمرکز بر هر دو مشوق های پولی و غیر پولی برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده یا مناطق کم برخوردار نیاز است.	یافته ها نشان داد که مهمترین سیاست ماندگاری، اجازه انجام طبابت دوگانه بود.	فراهم آوردن فرصتی برای انجام طبابت دوگانه احتمال انتخاب طبابت در جای دور (روستایی) را تا ۶۵٪ افزایش می دهد. مجوز انجام طبابت دوگانه مهمترین سیاست برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده و یا محروم بود.			طبابت همزمان پزشکان در بخش خصوصی و بخش دولتی

### • اشکال طبابت چنگانه

هشت مطالعه به اشتغال همزمان پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی پرداخته بودند (۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۳). سه مطالعه به بررسی اشتغال پزشکان و متخصصان در بیش از یک مکان ارائه خدمات (اعم از دو یا چند مرکز دولتی، خصوصی و یا ترکیبی از بخش های دولتی و خصوصی) (۵، ۱۱، ۱۴)، در دو مطالعه به حضور تمام وقت اعضای هیات علمی (۲۲) و متخصصین تمام وقت جغرافیایی (۱۲) در بخش های دولتی و دو مطالعه نیز از منظر قانونی به ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی پرداخته اند (۱۹ □ ۲۴).

### • شیوع طبابت چنگانه

شش مطالعه میزان طبابت چنگانه را برای پزشکان عمومی و متخصصان محاسبه کرده اند (۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۳). بیاتی و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که ۱۸.۵ درصد از پزشکان عمومی در هر دو بخش دولتی و خصوصی و نیز ۲۶/۱۷ درصد از پزشکان عمومی در دو یا چند مکان (اعم از دولتی یا خصوصی) فعالیت می کنند (۱۰). در مطالعات انجام گرفته میزان طبابت چنگانه در بین متخصصین رواج بیشتری داشت. بیات و همکاران ذکر کردند که ۶۴۰۵ نفر متخصص جراحی (۵۷٪) شاغل در بخش دولتی دارای طبابت چنگانه و ۸۳۱۲ (۵۸٪) نفر متخصص غیر هیات علمی دارای مشاغل متعدد بودند. جراحان ارولوژی و مغز و اعصاب با میزان ۶۹٪ بیشترین میزان طبابت چنگانه را دارا بودند (۱۱). در چندین مطالعه انجام گرفته توسط بیات و همکاران این میزان به طور کلی برای متخصصان جراحی ۶۳.۱٪ (۱۳)، برای متخصصان در تخصص های مختلف پزشکی ۴۷.۷٪ (۱۴) و در یک پیمایش کشوری برای کلیه متخصصان ۴۲.۳٪ (۲۳) محاسبه گردید. میزان طبابت چنگانه در کشور در استان های مختلف با یکدیگر تفاوت داشت به طوری که در استان های پر جمعیت تر، محروم تر و سهم بیشتر بخش خصوصی برای ارائه خدمات، میزان طبابت چنگانه به طور معناداری از سایر استان های مورد مطالعه بیشتر بود (۱۱، ۱۴) بیاتی و همکاران بالاترین نرخ طبابت دوگانه در استان های قزوین (۷۲٪)، کهگلویه و بویر احمد (۷۰٪)، گیلان (۶۹٪)، آذربایجان شرقی (۵۹٪) و البرز (۵۷٪) گزارش کردند (۱۴).

### • انگیزاننده ها و عوامل موثر و تاثیرگذار بر طبابت چنگانه

در نه مطالعه به بررسی انگیزاننده ها و عوامل موثر بر طبابت چنگانه در بین پزشکان و متخصصان پرداخته شده بود (۵، ۹-۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۳). در هفت مطالعه انگیزه کسب درآمد بیشتر و مشوق های مالی دلیل اصلی طبابت

چندگانه پزشکان و متخصصان به شمار می‌رفت (۵، ۹-۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۳). طبق گزارش بیات و همکاران پزشکان معادل تمام وقت و زنان وقت کمتری را نسبت به پزشکان دائمی برای ارائه خدمات سپری می‌کردند. به علت انگیزه‌های مالی و کسب درآمد بیشتر جراحان وقت بیشتری را در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به دولتی می‌گذرانند (۱۳). یکی دیگر از مهم‌ترین مولفه‌های تاثیر گذار بر طبابت چندگانه جنسیت می‌باشد و میزان طبابت چندگانه در مردان نسبت به زنان بیشتر گزارش شده است؛ این یافته‌ها در چهار مطالعه گزارش شده است (۱۰، ۱۳، ۱۴). در سه مطالعه انجام گرفته در سال (۲۰۱۹) تاثیر افزایش سن و تجربه کاری بر افزایش میزان طبابت چندگانه تایید شده است (۱۰، ۱۱). در مطالعه بیاتی و همکاران افراد متاهل بیشتر از سایرین دارای طبابت چندگانه بودند (۱۰). در پژوهش‌های بیات و همکاران احتمال طبابت چندگانه در متخصصان دانشگاهی در مقایسه با غیر دانشگاهی ۰،۶۵ و متخصصان جغرافیایی تمام وقت در مقایسه با افراد غیر تمام وقت ۰،۱۵ بیشتر گزارش شده است (۱۴) و در استان‌های پر جمعیت تر، محروم تر و سهم بیشتر بخش خصوصی برای ارائه خدمات، میزان طبابت چندگانه به طور معناداری از سایر استان‌های مورد مطالعه بیشتر بود (۱۱، ۱۴، ۲۳). در سه مطالعه دیگر از بیات و همکاران نگرش‌های فرهنگی در مورد هویت حرفه‌ای پزشکان، تجربه و سطح علمی متخصصان، رویکردهای کنترل در بخش دولتی، زیرساخت‌های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت در بخش دولتی، و ویژگی‌های منطقه‌ای مکان خدمات بهداشتی از جمله عوامل موثر بر طبابت چندگانه به شمار می‌رود (۵، ۱۳، ۲۳).

### ● گزینه‌های سیاستی

در هفت مطالعه راهکارهای سیاستی جهت کاهش میزان طبابت چندگانه (۹، ۱۵) و نیز ماندگاری پزشکان به صورت تمام وقت جغرافیایی (۱۲، ۱۹، ۲۱) و هیات علمی (۲۲) در بیمارستان‌های دولتی و قوانین مربوط به ممنوعیت اشتغال همزمان در بخش‌های خصوصی (۲۴) آورده شده بود. در مطالعه اکبری ساری و همکاران مهم‌ترین گزینه‌های سیاستی افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، اصلاح تعرفه‌ها و سیستم پرداخت به صورت تدریجی بود (۱۹). در مطالعه اعتمادیان و همکاران ایجاد بیمارستان‌های غیرانتفاعی و غیر دولتی در کنار بیمارستان‌های دولتی را به عنوان یک گزینه قابل تامل برای حل مشکل طبابت چندگانه عنوان شده بود (۹). در مطالعه درگاهی و همکاران استفاده از روش تجزیه و تحلیل SWOT برای تحلیل موقعیت‌ها و درک فرصت‌ها و تهدیدها و نقاط قوت و ضعف برای اقدامات سیاستی و تحلیل‌های لازم یک راهبرد منطقی عنوان می‌کند (۱۲). در مطالعه بازاریار و همکاران ۱۵ گزینه سیاستی تدوین شده بود. اجرای سیاست از طریق مقررات مربوطه برای همه پزشکان در سراسر کشور، اعمال فشار بر اجرای این قوانین در ابتدا به صورت پایلوت در برخی از استان‌های کشور، برخی از این گزینه‌های سیاستی و قوانین فقط برای برخی از رسته‌های بهداشتی و درمانی تعریف شده است به عنوان مثال اجرای قوانین برای برخی از شهرهای بزرگ، برخی از تخصص‌های پزشکی خاص، قوانین مربوط به بیمارستان‌ها و استثنائات مطب‌های خصوصی، اجرای قوانین بر پایه تجربه و نوع استخدام، اجرای قوانین برای اعضای هیات علمی و غیره نمونه‌هایی از این گزینه‌های سیاستی می‌باشد که هر گزینه سیاستی از نظر مزایا و معایب تحلیل شده است (۱۵). طبق گزارش بهبهانی و بناب موارد زیر می‌تواند

در اجرای قانون ممنوعیت اشتغال پزشکان دولتی در بخش خصوصی کمک کننده باشد که شامل تدوین آیین نامه اجرایی قانون به صورت دقیق و جامع، اجرای مرحله ای و تدریجی قانون، طراحی و اجرای يك مطالعه میدانی جهت شناخت ابعاد مختلف مؤثر بر رواج این پدیده، توجه کافی و مطلوب به منابع مالی مورد نیاز برای اجرای قانون و نیز ساماندهی وضعیت تعرفه گذاری و سازوکار پرداخت به پزشکان جهت ایجاد انگیزه ی کاری در بین آنان، اصلاح وضعیت ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی از نظر حجم و کیفیت ارائه خدمات، فرهنگ سازی جهت ترویج استفاده از خدمات بیمارستانهای دولتی بین مردم، رفع بی اعتمادی بین جامعه پزشکان و مسئولین و قاطعیت در اجرای قانون از طرف مجری جز اقدامات سیاستی مجریان باشد (۲۴). نتایج مطالعه رفیعی و همکاران نشان داد که مهمترین ترجیح شغلی جراحان مغز و اعصاب برای انتخاب طبابت در جای دور (روستایی)، فراهم آوردن فرصتی برای انجام طبابت دوگانه بود به طوری که این امر احتمال انتخاب طبابت در جای دور (روستایی) را تا ۶۵٪ افزایش می داد. از این رو در این مطالعه، مهمترین سیاست برای افزایش ماندگاری جراحان مغز و اعصاب در مناطق روستایی، دور افتاده و یا محروم، مجوز انجام طبابت دوگانه بود (۲۱).

#### • پیامدهای طبابت چندگانه برای پوشش همگانی سلامت (UHC)

هشت مطالعه به صورت صریح و ضمنی به پیامدهای طبابت چندگانه بر پوشش همگانی سلامت (UHC) پرداخته بودند (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴). در سه مطالعه در صورت تحقق برنامه های تمام وقتی هیات علمی (۲۲)، برنامه های تمام وقت جغرافیایی (۱۲) و منع طبابت پزشکان دولتی در بخش خصوصی (۱۵) می تواند با افزایش دسترسی، افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه های پرداخت از جیب منجر به افزایش پوشش همگانی سلامت شود. در مطالعه اکبری ساری و همکاران گزارش شده است که اجرای نامناسب این برنامه ها می تواند باعث افزایش تقاضای القایی به جهت پایین بودن تعرفه ها، افزایش دریافت زیرمیزی، و افزایش هزینه های پرداخت از جیب گردد و پزشکان متبحر و با تجربه را از بخش دولتی به بخش خصوصی سوق دهد و در نهایت باعث کاهش UHC گردد (۱۹). در نتایج چهار مطالعه به صورت مستقیم و ضمنی بر تاثیر طبابت چندگانه بر افزایش هزینه های پرداخت از جیب (۹، ۱۳، ۱۵، ۲۰) و در دو مطالعه کاهش دسترسی بیماران به خدمات گزارش شده است (۱۳، ۲۰).

## بحث و نتیجه گیری

### بحث

در مرور دامنه حاضر ۱۵ مطالعه در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران شناسایی شد. ما با بررسی این مطالعات سعی کردیم شکاف های تحقیقاتی در این حوزه را تعیین نماییم. مطالعه حاضر می تواند به ارائه تصویری کلی از پدیده مورد بررسی کمک می کند.

در مطالعه حاضر جهت تعیین شکاف های دانشی و سوالات پژوهشی بدین صورت عمل شد که ابتدا با بررسی ویژگی های مطالعات و تم های استخراج شده از یک سو و از سوی دیگر با بررسی مطالعات مشابه سعی گردید چارچوب جامعی جهت استخراج سوالات پژوهشی طراحی گردد. همان طور که در ادامه بحث ذکر خواهد شد، مطالعه مروری حاضر به ما کمک کرد تا با شناسایی مطالعات صورت گرفته در ایران در زمینه طبابت دوگانه، بتوانیم



ناسازگاری‌های موجود در بین شواهد را شناسایی کنیم. سپس انواع شکاف‌های موجود در این متون را شناسایی کنیم و در نهایت برای بهبود کیفیت مطالعات هم‌پیشنهادهایی را ارائه دهیم. برخی از شکاف‌هایی که ما مورد توجه قرار دادیم به شرح زیر است: شکاف دانشی: یعنی در برخی موضوعات مرتبط با این پدیده شواهدی کمبود شواهد وجود داشت یا شواهدی وجود نداشت که می‌بایست مورد توجه قرار می‌گرفت. شکاف روش‌شناختی یعنی نیاز هست این پدیده با روش‌های مطالعاتی دیگری و سطوح مختلف و با داده‌های معتبرتر نیز مورد بررسی قرار گیرد تا دانش و بصیرت جدید و صحیح‌تری حاصل شود. شکاف در جمعیت مورد مطالعه: یعنی در برخی از تخصص‌های پزشکی یا سن یا جنس خاص یا سایر ویژگی‌های جمعیتی پژوهش کافی صورت نگرفته باشد. در ادامه این موضوعات موشکافانه‌تر مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

مطالعه حاضر نشان داد که پزشکان درگیر در طبابت دوگانه در کشور هستند. نیاز به درک جامع‌تر و عمیق‌تر پدیده طبابت دوگانه در پزشکان ایرانی وجود دارد. بنابراین می‌بایست مطالعاتی در زمینه‌های زیر در دستورکار تحقیقاتی کشور قرار بگیرد:

اول، لازم است که تحقیقات بیشتری در سطح کشوری در خصوص ماهیت، انواع اشکال و میزان شیوع این پدیده در کشور صورت بگیرد. این تحقیقات می‌بایست به تفکیک استان‌ها و تخصص‌های مختلف پزشکی صورت پذیرد. در ایران بیشتر مطالعات به شکل طبابت خصوصی-دولتی پرداخته‌اند. در صورتی که طبابت چنگانه می‌تواند به اشکال طبابت همزمان دولتی-دولتی، خصوصی در دولتی یا دولتی در خصوصی باشد (۲۵). بنابراین مطالعات آتی می‌بایست به بررسی سایر اشکال طبابت دوگانه پزشکان در کشور بپردازند.

دوم، نیاز هست که تصویر کامل‌تر و درک عمیق‌تری در خصوص دلایلی که پزشکان به طبابت دوگانه می‌پردازند حاصل شود. چنین تحقیقاتی به ما اجازه می‌دهد رابطه بین این عوامل و پدیده مورد بررسی را توصیف و کمی‌سازی نماییم. همچنین ما را قادر می‌سازد تا اهمیت نسبی آنها و تغییراتشان را در گروه‌های مختلف شغلی کارکنان سلامت درک نماییم و تاثیراتشان را بر انگیزه و رفتار کارکنان سلامت تبیین کنیم. از سوی دیگر بررسی علل و انگیزه‌های اشتغال همزمان پزشکان با ارائه تصویری صحیح از ریشه‌های این پدیده می‌تواند به سیاست‌گذاران در تدوین محتوای سیاست‌های مورد نظر در این خصوص کمک نماید. بدیهی است سیاست‌هایی که با درک کامل از عوامل اصلی یک پدیده طراحی شده باشند، در مرحله اجرا نیز موفق‌تر خواهند بود. چنین درکی را می‌توان با استفاده از طرح‌های مطالعاتی کیفی بویژه با رویکردهای گراند تئوری و پدیدارشناختی بدست آورد. در مطالعات وارد شده به عوامل مختلفی به عنوان عوامل تاثیرگذار و برانگیزاننده‌های طبابت دوگانه مختلفی از قبیل درآمد بیشتر، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، طبابت در مناطق محروم، تمام وقت یا غیرتمام وقت بودن اشاره شده بود. در مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز میزان طبابت دوگانه با توجه به عواملی از قبیل اقامت در شهر یا روستا، براساس گروه حرفه‌ای (در پزشکان بیشتر از سایر گروه‌های حرفه‌ای) نوع تخصص یا شغل، و نوع قراردادها (تمام وقت یا پاره وقت بودن) تغییر می‌کرد (۲۶-۲۹). شواهد نشان می‌دهد که طبابت دوگانه بیشتر به عوامل مدیریتی بستگی دارد تا خصوصیات فردی (سن و جنس)، اجتماعی (وضعیت تاهل) و شغلی پزشکان (۳۰).

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که در زمینه ترجیحات پزشکان و عوامل مرتبط با آن در زمینه انتخاب طبابت

دوگانه توسط پزشکان مطالعه ای انجام نشده است و نیاز است تا مطالعات آتی بر این زمینه متمرکز شوند. برای مثال نتایج مطالعه ای در ویتنام نشان داد که بیش از ۶۰ درصد از پزشکان مشغول طبابت دوگانه اظهار داشتند که مایلند در ازای افزایش حقوق پایه، مزایای مسکن یا فرصت های ارتقا، از طبابت خصوصی دست بکشند (۲۶). از نتایج چنین مطالعاتی می توان برای طراحی گزینه های سیاستی مختلف استفاده نمود.

سوم اینکه، در خصوص اثرات طبابت دوگانه بر شاخص های دسترسی به خدمات سلامت به ویژه برای جمعیت های آسیب پذیر، کیفیت مراقبت های ارائه شده و عدالت شکاف تحقیقاتی وجود دارد. در بیشتر مطالعاتی که به بررسی طبابت دوگانه پرداخته اند، رویکرد مشخصی برای ارزیابی پیامدها و عواقب آن نداشته اند. درکی جامع از پیامدهای این پدیده بر اهداف میانی نظام های سلامت مانند دسترسی، کیفیت و عدالت جهت سیاست گذاری در این حوزه ضروری است.

چهارم، نیاز به تحقیقات پیچیده سیاست گذاری در خصوص تدوین گزینه های سیاستی و همین طور سیاست گذاری صحیح در این زمینه و منابع انسانی حوزه سلامت وجود دارد. همچنین مطالعات آتی می بایست به تحلیل سیاست های گذشته این حوزه و به خصوص ارزیابی جامعی از محتوای قوانین و مقررات این حوزه و تاثیر و میزان موفقیت آنها بپردازد. از سویی نیز گزینه های سیاستی که در این زمینه در کشور تدوین و اجرا می شود به صورت پراکنده بوده و می بایست این گزینه ها به صورت "بسته ای از مداخلات" دیده شوند که عوامل اقتصادی و غیراقتصادی در آن دیده شود؛ چرا که هیچ دستور العملی به تنهایی برای پرداختن به واقعیت طبابت دوگانه وجود ندارد (۳۰).

پنجم اینکه، به نظر می رسد شکاف روش شناختی (شکاف در نوع مطالعه و روش آن) در موضوع مورد بررسی وجود دارد. بیشتر مطالعات فقط از روش مطالعه کمی یا کیفی استفاده کرده اند. در صورتی که استفاده از طرح های مطالعات ترکیبی یا سری های زمانی یا روش های پژوهشی متنوع مورد نیاز است تا بینش جدیدی را ایجاد نماید یا از تحریف یافته ها اجتناب شود. همچنین اطلاعات استفاده شده به ویژه اطلاعات حساس مانند درآمد در بسیاری از مطالعات وارد شده مبتنی بر خوداظهاری نمونه های پژوهش بود. بنابراین در مطالعات آتی می بایست به کیفیت داده های جمع اوری شده نیز توجه بیشتری معطوف شود.

بنابراین تحقیقات هرچه بیشتری برای تصمیم گیری و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد متناسب با مشخصات زمینه ای کشور در مورد پدیده طبابت دوگانه در ایران مورد نیاز می باشد. این تحقیقات می بایست به دنبال شناخت پدیده پیچیده طبابت دوگانه در نظام سلامت کشور و ابزارهایی برای پرداختن به آن باشد. سوالات پژوهشی که در بالا به آن پرداخته شد در جدول ۳ خلاصه شده است.

شناسایی وضعیت دانشی طبابت چندگانه در نظام سلامت ایران: مرور دامنه مطالعات انجام شده و تعریف دستورکار تحقیقاتی در این حوزه در راستای رسیدن به پوشش همگانی سلامت

### جدول ۳- خلاصه سؤالات تحقیقاتی پیشنهادی و اولویت بندی آن ها در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران

رتبه بندی	سؤالات پژوهشی	مسائل اصلی
۱	بررسی انواع اشکال طبابت دوگانه پزشکان در کشور (طبابت همزمان دولتی-دولتی، خصوصی در دولتی یا دولتی در خصوصی) طبابت در بخش دولتی و خصوصی چه تفاوت هایی دارد؟	میزان و ماهیت طبابت دوگانه
۲	چه عوامل فردی، حرفه ای، سازمانی و زمینه ای در بروز و میزان طبابت دوگانه نقش دارند؟ ترجیحات پزشکان برای کار در بخش دولتی و خصوصی چگونه است؟ چه ویژگی هایی (attributes) بر آن تاثیرگذار است؟	عوامل موثر و تاثیرگذار و انگیزاننده های بر طبابت دوگانه
۴	چگونه این پدیده بر عملکرد، رضایت شغلی و انگیزه پزشکان تاثیر می گذارد؟ پدیده طبابت دوگانه و تخصیص وقت پزشکان به دو بخش دولتی و خصوصی چه اثراتی بر درآمد پزشکان، نظام سلامت، زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه های بیماران و پیامدهای سلامتی آنها دارد؟ پدیده طبابت دوگانه چه اثراتی بر فرسودگی شغلی پزشکان دارد؟ پدیده طبابت دوگانه چه اثراتی بر تقاضای القایی خدمات تشخیصی و بستری دارد؟	پیامدهای طبابت دوگانه
۵	چه تفاوت هایی در خصوص طبابت دوگانه در رشته های مختلف تخصصی وجود دارد؟	تفاوت های بین تخصص های مختلف پزشکی
۶	چه تفاوت هایی در خصوص طبابت دوگانه در بین استان ها و شهرهای کشور وجود دارد؟ علت وجود چنین تفاوت هایی چیست؟ (برای مثال طبابت در شهر یا روستا، زمینه اقتصادی اجتماعی مختلف، عوامل فرهنگی، سیاسی یا خارجی)	تفاوت های بین استان ها و شهرهای مختلف کشور
۷	وضعیت ایران در بروز و شیوع طبابت دوگانه در نظام سلامت در مقایسه با سایر کشورها چگونه است؟ چه عواملی در این زمینه نقش دارد؟ (مانند ساختار نظام سلامت، متمرکز یا چند تکه بودن آن، نقش بخش خصوصی، وجود قوانین و سیاست ها در این زمینه و غیره) قانونگذاری و سازماندهی طبابت دوگانه و بخش خصوصی در ایران در مقایسه با کشورهای دیگر چگونه است؟	تفاوت های بین کشورها
۳	چه راهکارهایی برای بهبود مدیریت و جبران خدمات پزشکان در بخش دولتی وجود دارد؟ مزایا و منافع گزینه های سیاستی مختلف اجرا شده در ایران مانند طبابت خصوصی در بیمارستان های دولتی (تجربه بیمارستان محب) چیست؟ چالش ها و موانع سیاست گذاری طبابت دوگانه در ایران از حیث تدوین، اجرا و ارزیابی چیست؟ تاثیر سیاست ها و مداخلات و قوانین مرتبط با طبابت دوگانه چیست؟ (مطالعات ارزیابی سیاست ها)	طراحی و ارزیابی مداخلات و بسته های سیاستی

## نقاط قوت و محدودیت ها

مطالعه حاضر اولین تلاش برای ارائه یک مرور از شواهد موجود در زمینه طبابت دوگانه پزشکان در ایران است. از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به انجام و گزارشدهی مطالعه حاضر براساس استانداردهای PRISMA برای مطالعات مرور دامنه و راهبردهای جستجوی مدون برای پایگاه های اطلاعاتی اصلی اشاره نمود. مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است. در مطالعه حاضر فقط به بررسی طبابت دوگانه در پزشکان پرداخته بود. نیاز است تا بحث چند شغلی و طبابت چندگانه در سایر گروه های ارائه دهنده خدمات مانند پرستاران و فراهم کنندگان مراقبت های اولیه نیز بررسی گردد. دوم اینکه با توجه به ماهیت مطالعات مرور دامنه (۶)، ما کیفیت شواهد وارد شده را ارزیابی نکردیم.

## نتیجه گیری

مطالعه حاضر توجه فزاینده به مقوله طبابت دوگانه پزشکان را در کشور نشان می دهد. توجه به محیط و عوامل کلان اقتصادی و اجتماعی در کشور و درک جامع تر عمیق تری از پدیده طبابت دوگانه در ایران، عوامل موثر بر آن، و پیامدهای آن در ابعاد مختلف اهمیت دارد. گزینه های سیاستی که در این زمینه تدوین و اجرا می شود به

صورت پراکنده بوده و می بایست این گزینه ها به صورت بسته ای از مداخلات دیده شوند که عوامل اقتصادی و غیراقتصادی در آن دیده شود. این عوامل به صورت در هم تنیده هستند. سیاست گذاری طبابت دوگانه در کشور می بایست به عنوان جز جدایی ناپذیر استراتژی منابع انسانی سلامت در کشور دیده شود. در نهایت بدون درک جامع و عمیق و بودن در نظر گرفتن پیچیدگی پدیده طبابت دوگانه پزشکان نمی توان سیاست گذاری جامعی در خصوص آن و در نهایت بهبود عملکرد نظام سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت انجام داد. مطالعات آتی می بایست مسایل مربوط به کیفیت جمع اوری داده ها در زمینه طبابت دوگانه پزشکان را در نظر داشته باشند و به ادغام این پدیده در بحث های مربوط به اصلاحات در نظام سلامت کمک نمایند.

### پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری

برای کاربری نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می شود سوالات تحقیقاتی پیشنهادی در اختیار دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته های مرتبط با مدیریت، سیاست گذاری و اقتصاد سلامت قرار داده شود. سیاست گذاران نیز می توانند با آگاهی از نتایج این مطالعه، به حمایت طلبی و ادغام این پدیده در مباحث مربوط به اصلاحات در نظام سلامت در راستای نیل به پوشش همگانی سلامت کمک نمایند.

## فهرست منابع

- González C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. *Medwave*. 2019;19(5):e7644.
- Moghri J, Mohammad A, Rashidian A, Sari AA. Physician dual practice: a descriptive mapping review of literature. *Iranian journal of public health*. 2016;45(3):278.
- McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016;94(2):142.
- Scott A, Holte J, Witt J. Preferences of physicians for public and private sector work. *Human resources for health*. 2020;18(1):59-.
- Bayat M, Shokri A, Khodadost M, Fattahi H, Mirbahaeddin E, Harirchi I, et al. Factors influencing medical specialists' dual practice in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2018;24(9):877-87.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
- Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*. 2018;18(1):143-.
- Tricco A, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*. 2018;169(7):467-73.
- Etemadian M, Shahrokh H, Aryankhesal A. A case study on the establishment of nongovernmental hospitals in the public sector; providing a model for the development of the nongovernmental sector of health system. *Journal of Hospital*. 2020;18(4):63-73.
- Bayati M, Rashidian A, Zandian H, Alipoori S. Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: Rate and effective factors. *The International journal of health planning and management*. 2019;35(3):799-807.
- Bayat M, Khalilnejad R, Akbari-Sari A, Harirchi I, Salehi Zalani G, Mirbahaeddin SE, et al. Factors Associated with Dual Practice in Surgery Specialists: Application of Multi-Level Analysis on National Registry Data. *Iran J Public Health*. 2019;48(5):882-92.
- Dargahi H, Zalvand R. Situation Analysis of Full Time Physicians Plan Using SWOT Model in Iran. *Hospital*. 2019;18(1):9-20.
- Bayat M, Shokri A, Khalilnezhad R, Mirbahaeddin E, Khodadost M, Fattahi F, et al. Effect of dual practice on service delivery time by surgeons in the Islamic Republic of Iran: multi-level analysis of a national survey, 2016. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2018;24(9):866-76.
- Bayat M, Salehi Zalani G, Harirchi I, Shokri A, Mirbahaeddin E, Khalilnezhad R, et al. Extent and nature of dual practice engagement among Iran medical specialists. *Subst Use Misuse*. 2018;16(1):61.
- Bazyar M, Rashidian A, Jahanmehr N, Behzadi F, Moghri J, Doshmangir L. Prohibiting physicians' dual practice in Iran: Policy options for implementation. *International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(3):E711-E20.
- Yousefi MR, Taziki MH. The Approach of Full-time Faculty Members in Clinical Practice: A Qualitative Study. *Iranian Bimonthly of Education Strategies In Medical Sciences*. 2018;11(2):115-22.
- Bayat M. Determining the simultaneous employment of specialist physicians in the country and analyzing related factors. Akbari Sari, Ali, Master, Supervisor. Haririchi, Iraj, professor, consultant.: Tehran University of Medical Sciences, International Campus, Faculty of Health; 2017.
- Akhavan Behbahani A, Rahbaari Bonab M. Assessment of the dual practice physicians law according to the health system experts approach in Iran. *Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran* 2015;33(1).
- Akbari Sari A, Babashahy S, Ghanati E, Naderi M, Tabatabaei Lotfi SM, Olyaei Manesh A, et al. Implementing the full-time practice in Iran health system; perceptions of the medical university chancellors on its challenges, consequences and effective solutions. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2013;20(1):40-51.
- Palesh M, Tishelman C, Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. "We noticed that suddenly the country has

become full of MRI". Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran. *Health Research Policy and Systems*. 2010;8.

21. Rafiei S, Arab M, Rashidian A, Mahmoudi M, Rahimi-Movaghar V. Policy interventions to improve rural retention among neurosurgeons in Iran: A discrete choice experiment. *Iranian journal of neurology*. 2015;14(4):211.
22. Dr MRY, Dr MHT. The Approach of Full-time Faculty Members in Clinical Practice: A Qualitative Study. *Iranian Bi-monthly of Education Strategies In Medical Sciences*. 2018;11(2):115-22.
۲۳. محبوبه ب. تعیین میزان اشتغال همزمان پزشکان متخصص کشور و تحلیل عوامل مرتبط : : دانشگاه علوم پزشکی تهران، پردیس بین الملل، دانشکده بهداشت.
24. AKHAVAN BA, RAHBARI BM. ASSESSMENT OF THE DUAL PRACTICE PHYSICIANS LAW ACCORDING TO THE HEALTH SYSTEM EXPERTS APPROACH IN IRAN. 2015.
25. Khim K, Goldman L, Shaw K, Markuns J, Saphonn V. Assessment of dual practice among physicians in Cambodia. *Human Resources for Health*. 2020;18(1):18-.
26. Do N, Do Y. Dual practice of public hospital physicians in Vietnam. *Health policy and planning*. 2018;33(8):898-905.
27. Alaref J, Awwad J, Araujo E, Lemiere C, Hillis S, Özaltın E. To Ban or Not to Ban? Regulating Dual Practice in Palestine. *Health systems and reform*. 2017;3(1):42-55.
28. García-Prado A, González P. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. *Journal of health politics, policy and law*. 2011;36(2):265-94.
29. Hipgrave DB, Hort K. Dual practice by doctors working in South and East Asia: a review of its origins, scope and impact, and the options for regulation. *Health policy and planning*. 2014;29(6):703-16.
30. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*. 2004;2(1):14-.