Volume 22, Issue 2 (March- April 2023)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

Executive Instruction for the Payment Mechanism of Outpatient Services in the Electronic Referral System in Iran

Mohammad Javad Kabir[1], Alireza Heidari[2*], Sajjad Moeini[2], Zahra Khatirnamani[2], Narges Rafiei[2], Tayebeh Moradi[1]

1. National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran
2. Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received: 6 August 2022
Accepted for publication: 22 February 2023
[EPub a head of print-26 February 2023]
Payesh: 2023; 22(2): 185- 197

Abstract

Objective: The payment system of specialist physicians has significant effects on the country's health costs and the provision of medical care at a fair, sufficient and high-quality level. This study was conducted to design the payment system's implementation guidelines for providing specialized services in the electronic referral system.

Methods: A qualitative study was conducted in 2021. The participants were hospital managers, top managers and experts in charge of health, treatment and development departments of Ministry of Health and Golestan University of Medical Sciences, Health Insurance Organization of Golestan province, specialist physicians and faculty members. Fourteen focus group discussion and six in-depth individual interviews were conducted. The content analysis method was used to analyze the data.

Results: The requirements for the establishment of an efficient and effective payment system were classified into 6 main themes (legal, political, managerial, executive, economic, cultural and social) and 32 subcategories. The executive mechanism was classified into 3 main themes (executive structure, executive process and monitoring and evaluation method) and 16 subclasses.

Conclusion: The implementation of the designed instruction can lead to increasing the access and benefit of services, improving the quality of providing specialized services, cost management and finally increasing the satisfaction of service providers and receivers.

Keywords: Executive Instruction, Payment Mechanism, Outpatient Services, Specialist Physician, Electronic Referral System

[*] Corresponding author: Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

سال بیست و دوم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۴۰۲

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

طراحی شیوه نامه اجرایی نظام پرداخت خدمات تخصصی سرپایی در نظام ارجاع الکترونیک ایران

محمدجواد کبیر[۱]، علیرضا حیدری[۲*]، سجاد معینی[۲]، زهرا خطیرنامنی[۲]، نرگس رفیعی[۲]، طیبه مرادی[۱]

۱. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۴

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۷ اسفند ۱۴۰۱]

نشریه پایش: ۱۹۷- ۱۸۵ :(۲)۲۲؛ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: نظام پرداخت به پزشکان متخصص می‌تواند اثرات محسوسی بر هزینه‌های سلامتی کشور و نیز ارائه مراقبت‌های پزشکی در سطحی عادلانه، کافی و باکیفیت داشته باشد. این مطالعه با هدف طراحی شیوه‌نامه اجرایی نظام پرداخت جهت ارائه خدمات تخصصی در نظام ارجاع الکترونیک انجام شد.

مواد و روش‌کار: این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران بیمارستان‌ها، مدیران ارشد و کارشناسان مسئول معاونت‌های بهداشت، درمان و توسعه، وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، اداره کل بیمه سلامت استان گلستان، پزشکان متخصص و اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. ۱۴جلسه بحث گروهی و ۶ مصاحبه عمیق فردی انجام شد. مصاحبه ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد.

یافته‌ها: الزامات استقرار نظام پرداخت کارآمد و اثربخش در ۶ طبقه اصلی(قانونی، سیاستی، مدیریتی، اجرایی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی) و ۳۲ زیرطبقه، طبقه بندی گردید. سازوکار اجرایی در ۳ طبقه اصلی(ساختار اجرایی، فرایند اجرایی و شیوه پایش و ارزشیابی) و ۱۶ زیرطبقه، طبقه بندی گردید.

نتیجه‌گیری: اجرای شیوه‌نامه طراحی شده می‌تواند منجر به افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات، بهبود کیفیت ارائه خدمات تخصصی، مدیریت هزینه شود که نهایتا منجر به افزایش رضایت ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت گردد.

کلیدواژه: شیوه نامه اجرایی، مکانیزم پرداخت، خدمات سرپایی، پزشکان متخصص، نظام ارجاع الکترونیک

کد اخلاق: IR.GOUMS.REC.1399.157

* نویسنده پاسخگو: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی

E-mail: alirezaheidari7@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

مقدمه

نظام های پرداخت به راه‌های انتقال پول جمع آوری شده از یک منبع مالی (دولت، سازمان های بیمه و بیماران) به ارایه دهنده خدمت که می تواند فرد (پزشک، پرستار) و یا موسسه (داروخانه، آزمایشگاه، بیمارستان) باشد، گفته می شود [۱]. نظام های پرداخت اثر مستقیمی بر رفتار ارائه دهنده و خریدار خدمات دارند [۲]. روش پرداخت به ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت، انگیزه‌ای قوی برای بهبود بهره‌وری و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، ایجاد می‌کند [۳] و بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمات مانند افزایش بهره‌وری، کنترل هزینه‌ها و بهبود اثربخشی موثر است [۴]. بطوریکه مطالعات مختلف از نظام های پرداخت بعنوان یکی از اهرم های کنترل در نظام سلامت نام برده اند [۵-۶]. نظام پرداخت مناسب می تواند سبب کاهش پرداخت‌های غیررسمی و پرداخت از جیب بیمار [۷]، محدود کردن انگیزه ارائه بیش‌ازحد خدمات [۸] و ماندگاری کارکنان در مناطق دورافتاده گردد [۹]. سیستم پرداخت ناکارآمد باعث رواج مشکلاتی از قبیل نارضایتی کارکنان، غیبت، ترک خدمت، اعتصاب و شکایت یا دیگر مشکلات سازمانی می‌گردد [۱۰]، هزینه های ناشی از نظام پرداخت ناعادلانه منجر به کاهش دسترسی گروه های آسیب پذیر به خدمات درمانی می گردد [۱۱]. همچنین زمینه و شرایطی که در آن روش‌های پرداخت، اجرا می‌شوند بر پیامد روش پرداخت اثرگذار است. تمام روش‌های پرداخت دارای نقاط قوت و ضعف هستند و اینکه چطور بر رفتار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تأثیر می‌گذارند، به نحوه پیاده‌سازی آن‌ها و مهم‌تر از آن، اینکه چطور این روش‌ها با منافع افراد تعامل دارند، بستگی دارد [۱۲].

در همه کشورهای دنیا برای پرداخت هزینه خدمات گوناگون بهداشتی، تشخیصی، درمانی، توانبخشی و غیره از روش‌های گوناگون استفاده می شود که شامل هفت روش کارانه، سرانه، روش پرداخت پاداش، بودجه کلی، به ازای بستری، پرداخت روزانه و حقوق ثابت است [۱۳]. در مکانیسم پرداخت کارانه که در بیمارستان‌های دولتی ایران اجرا می شود، وقوع حالاتی از تقاضای القایی و افزایش خارج از کنترل نرخ واحد خدمت در بازار خدمات سلامت، یک مشکل اساسی محسوب می شود [۱۴]. یافته های حاصل از مطالعات انجام شده در کشورهای آفریقایی نشان داده که جابجایی از مکانیسم بودجه ای به مکانیسم کارانه، حجم خدمات و هزینه آنها را به اندازه ۵۰ درصد افزایش داده است. ییپ و همکاران نیز با مقایسه میزان مصرف یا بهره مندی از منابع در دو مکانیسم پرداخت به ارایه کننده (کارانه و سرانه) در تایلند، به وجود تفاوت معنی دار آماری در میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان، هزینه های دارویی به ازای هر بستری و هزینه های آزمایشگاهی به ازای هر بیمار پی برده اند [۱۶-۱۵]. نتایج مطالعه سورنسون نشان داده است که با تغییر مکانیسم پرداخت از حقوق به خدمت ارایه شده، میزان ارایه خدمات بین ۲۰-۴۰ درصد افزایش پیدا می کند. همچنین نحوه پرداخت به پزشکان خانواده با زمان اختصاص داده شده به فعالیت های مختلف رابطه دارد [۱۷].

استان گلستان به‌عنوان استان پیشرو در راه اندازی سامانه اطلاعات بهداشتی از سال ۱۳۹۳ با طراحی و پیاده‌سازی سامانه ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشتی) اقدام به تکمیل فرآیند پرونده الکترونیک سلامت نموده و نظام ارجاع الکترونیک را به صورت پایلوت کشوری اجرایی کرده است [۱۸-۱۹]. نظام ارجاع فرایندی است که در آن پزشک خانواده به دلیل کمبود مهارت، دانش، دارو و تجهیزات خود، خدمات و ابزارهای تشخیصی و درمانی بیشتر یا متفاوتی از سطوح تخصصی و بالاتر مطالبه می کند و خدمات تخصصی توسط پزشک متخصص در بیمارستان ارایه می گردد [۲۰]. روش‌ها و ساز وکارهای پرداخت حق الزحمه پزشکان متخصص می تواند اثرات محسوسی بر هزینه های سلامتی کشور و نیز ارائه مراقبت های پزشکی در سطحی عادلانه، کافی و باکیفیت داشته باشد، از طرفی، به علت محدودیت های منابع بخش سلامت، کنترل و ارتقاء هزینه اثربخشی پرداخت های حق الزحمه پزشکان ضروری است. از سوی دیگر با توجه به تأثیر مقدار حق الزحمه پزشکی در حفظ و بهبود کارایی، قابلیت دسترسی و کیفیت ارایه خدمات، این موضوع یکی از دغدغه های سیاستگذاران سلامت است [۲۱]. بنابراین نظام‌های پرداخت، یک ابزار سیاستگذاری مهم برای پرداخت کنندگان و قانونگذاران است. هدف اصلاحات نظام پرداخت می بایست تنظیم انگیزه های مالی با اهداف نظام سلامت، یعنی ارتباط پرداخت با ارزش کار انجام شده باشد [۲۲]. لذا یک راه برای بهبود عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت، بازطراحی نظام پرداخت به منظور کنترل خدمات ارائه شده و ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان برای رفتار بر طبق اهداف نظام سلامت است [۳،۲۳]. با توجه به افزایش هزینه های نظام سلامت و تأثیر پرداخت بر رضایت پزشکان متخصص و ارائه خدمات با کیفیت و ادامه همراهی آنان با اهداف نظام سلامت، همچنین مشکلات پیش گفت نظام پرداخت فعلی جهت پزشکان متخصص (کارانه) و لزوم اصلاح شرایط موجود این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

مطالعه با هدف طراحی شیوه نامه اجرایی نظام پرداخت خدمات تخصصی سرپایی در نظام ارجاع الکترونیک ایران انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی در سه بخش بحث های گروهی و مصاحبه های بین فردی و پانل تخصصی خبرگان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه مدیران بیمارستان‌ها، مدیران ارشد و کارشناسان مسئول معاونت‌های بهداشت، درمان و توسعه، وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی گلستان، اداره کل بیمه سلامت استان گلستان، پزشکان متخصص و اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بودند.

به منظور شناسایی صاحب نظران، در یک گروه کارشناسی(Expert Group)، ابتدا صاحب نظران و ذینفعان کلیدی شناسایی گردیدند. تیم پژوهش با توجه به هدف پژوهش خود و با بررسی ویژگی‌های این افراد به عنوان مشارکت کنندگان در مطالعه، ویژگی‌های زیر را برای انتخاب نمونه مصاحبه در نظر گرفتند: داشتن حداقل ۱۰ سال تجربه در حوزه بیمه و نظام ارجاع، داشتن حداقل ۵ مقاله علمی در زمینه های مرتبط با موضوع مورد مطالعه، علاقه به مشارکت در پژوهش و مشارکت فعال در نظام پرداخت خدمات تخصصی سرپایی.

جهت جمع آوری داده ها ۱۴ جلسه بحث گروهی و ۶ مصاحبه عمیق فردی با صاحب نظران علمی و اجرایی انجام شد. بدیهی است جلسه بحث گروهی و انجام مصاحبه ها تا رسیدن به حد اشباع ادامه یافت. جهت دستیابی به اهداف مطالعه، راهنمای مصاحبه تدوین گردید که محورهای آن شامل ساختار اجرایی، الزامات استقرار، فرآیند اجرایی و ارزشیابی برونداد بود.

به منظور انجام بحث گروهی، تیم پژوهش با تهیه و ارسال دعوتنامه ای برای مشارکت کنندگان، عنوان جلسه، اهداف، زمان و محل برگزاری جلسات بحث گروهی (ستاد استانی ارجاع الکترونیک دانشگاه و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی) را اعلام نمود و پس از مراجعه آنها به محل، با ارائه توضیحاتی در مواردی از جمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن، اطلاعات لازم ارائه گردید. جلسات با حضور ۸ تا ۱۱ نفر از مشارکت کنندگان با تخصص های مختلف تشکیل شد و ۱/۵-۲ ساعت به طول انجامید. گردآوری داده ها با استفاده از سئوالات باز صورت گرفت. طی این جلسات، شرکت کنندگان آزادانه اظهار نظر می کردند و هماهنگ کننده جلسه، بحث را متعادل کرده و هدایت می نمود و پویایی گروه را مورد توجه قرار گرفت. بحث های گروهی تا رسیدن به سطح اشباع ادامه یافت.

برای تکمیل داده‌های حاصل از بحث های گروهی، ۶ مصاحبه عمیق فردی با استفاده از راهنمای مصاحبه گرفته شد. مصاحبه کنندگان دارای مدرک تحصیلی دکترای تخصصی بودند و تجربه مطالعه کیفی داشتند. جهت زمان انجام مصاحبه، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مصاحبه ها در مکانی آرام انجام شد. پیش از شروع مصاحبه‌ها هدف از مطالعه برای مشارکت کنندگان به طور کامل توضیح داده شد.

با کسب اجازه اعضاء شرکت کننده در جلسات بحث گروهی و همچنین جلسات مصاحبه و اطمینان دادن به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و عدم انتشار جداگانه و به تفکیک نام مشارکت کنندگان، بحث ها و مصاحبه ها ضبط گردید. حین ضبط مکالمات، از یادداشت برداری نیز استفاده شد. پس از برگزاری بحث های گروهی و مصاحبه ها، صداهای ضبط شده پیاده سازی گردید و نوشتن متن نوارها در نزدیک ترین فاصله زمانی ممکن انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده ها هم زمان با جمع آوری داده ها شروع شد. تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای و با بهره گرفتن از آنالیز درون مایه ای انجام شد. بدین ترتیب که بعد از انجام مصاحبه، در سریع ترین زمان سخنان مشارکت کنندگان دست نویس و سپس برای درک محتوای مصاحبه های نوشته شده در راستای سؤال پژوهش، متن چندین بار خوانده شد و واحدهای معنی استخراج گردید. سپس کدها خلاصه و براساس شباهتشان طبقه بندی شدند. کدها به زیرطبقات تقسیم شد و سپس با بررسی ارتباط زیرطبقات، طبقات استخراج گردید. به جای استفاده از نرم افزارهای رایج از روش دستی استفاده شد که دلیل آن فارسی بودن متون و افزایش قابلیت خلاقیت در دسته بندی درون مایه ها بود.

جهت دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای موثق Lincoln و Guba شامل معیارهای مقبولیت، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری استفاده شد [۲۶-۲۴]. از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تایید صحت داده‌ها و کدها استفاده شد (مقبولیت). برای تامین اعتماد داده ها در مطالعه حاضر کدهای اولیه و مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات درون مایه‌ها و گویه‌هایی از متن مصاحبه ها برای هر یک از طبقات در اختیار ناظر خارجی قرار گرفت تا درک مشابه یا مغایر او با پژوهشگر بررسی شود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

(قابلیت اطمینان). جهت حصول قابلیت تایید در پژوهش حاضر متن تعدادی از مصاحبه‌ها کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیات علمی که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بودند و در پژوهش شرکت نداشتند، گذاشته شد و از آنان خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده ها را مورد بررسی قرار دهند. مطالعه حاضر با مطالعات دیگر مقایسه شد و نتایج مشابهی که از این پژوهش با دیگر پژوهش ها حاصل شد نشان دهنده قابلیت انتقال داده‌ها بود.

به منظور تایید شیوه نامه اجرایی، از پانل تخصصی خبرگان استفاده شد. بدین صورت که بر اساس نتایج مطالعه کیفی، شیوه نامه حاصله مورد بحث قرار گرفت. پس از بحث و بررسی بر روی تک تک اجزای شیوه نامه و پس از اعمال تغییرات پیشنهادی موارد مورد تأیید با استفاده از روش اجماع مورد توافق قرار گرفت و شیوه نامه پیشنهادی پس از اعمال نظرات آنها نهایی گردید.

یافته‌ها

این مطالعه کیفی در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول ۱۴ جلسه بحث گروهی در سطح دانشگاه علوم پزشکی گلستان که نظام ارجاع الکترونیک را اجرایی نموده بود، انجام شد. مشارکت کنندگان در این مرحله از مطالعه ۴۶ نفر شامل مدیران بیمارستان‌ها (۴ نفر)، مدیران ارشد معاونت بهداشتی دانشگاه (۳ نفر) و مدیران ارشد معاونت درمان دانشگاه (۳ نفر) کارشناسان مسئول معاونت بهداشت دانشگاه (۴ نفر)، کارشناسان مسئول معاونت درمان دانشگاه (۵ نفر) مدیران ارشد معاونت توسعه دانشگاه (۴ نفر)، کارشناسان مسئول معاونت توسعه دانشگاه (۶ نفر)، مدیران ارشد اداره کل بیمه سلامت استان گلستان(۵ نفر)، پزشکان متخصص(۸نفر) و اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان(۴ نفر) بودند. در مرحله دوم ۶ مصاحبه فردی جهت تکمیل و تایید با صاحب نظران در سطح کشوری انجام شد. مشارکت کنندگان در این مرحله شامل ۴ نفر از وزارت بهداشت و ۲ نفر از سازمان بیمه سلامت بودند. جدول ۱ ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

الزامات استقرار برنامه

پس از تجزیه و تحلیل داده ها و تقلیل های لازم، الزامات استقرار برنامه در ۶ طبقه اصلی و ۳۲ زیرطبقه مبتنی بر ۷۹ کد استخراج گردید (جدول۲)

الزمات و تعهدات قانونی

- مناسبات نظام مالیاتی با تقویت رویکرد خدمات سرپایی اصلاح گردد، به نحویکه فرایند نظام پرداخت در خدمات سرپایی مبتنی بر ارجاع با بهره گیری از پرونده الکترونیک و فناوری اطلاعات معافیت های قابل قبول برخوردار گردد.

- منابع قابل تخصیص در نظام سلامت برای خدمات سرپایی متناسب با قیمت تمام شده تعریف شده و به صورت نشاندار با اولویت خدمات فوق تخصیص یابد.

- منابع قابل تخصیص برای تامین خدمات نظام سلامت به صورت سرانه در مقیاس استانی تعریف شده و بر اساس شاخص های عمومی و تخصصی با محوریت مدیریت شهرستان هزینه شود.

- کلیه قوانین و مقرراتی که مغایر با اجرای این برنامه است، اصلاح گردد.

- بیمه ها موظفند خرید راهبردی را از طریق الزامات پزشک خانواده و نظام ارجاع با موسسات طرف قرارداد انجام داده و از پرداخت وجه بابت نسخ تجویز شده موسسات غیرطرف قرارداد به هر شکل خودداری نمایند.

الزامات و تعهدات سیاسی

- در سطح ملی بر تعهد و متابعت پذیری مدیران سطوح مختلف قوای سه گانه از الزامات برنامه و توجه به رعایت فرآیندهای پیش بینی شده در دریافت خدمات تاکید گردد.

- اصلاح نظام سلامت و تناسب سازی راهبردها و استراتژی های موردنیاز به عنوان یک ضرورت در سرفصل تعهد سطوح مختلف سیاستگذاری و مدیریت اجرایی قرارگیرد.

- استراتژی های موردنیاز در جهت الزام و حمایت سطوح مختلف نظام مدیریت در قوای سه گانه برای پیاده سازی برنامه فراهم شود.

- جلب حمایت سازمان‌ها و نهادهای مرتبط در جهت اجرا از تعهدات استاندار باشد.

الزامات و تعهدات مدیریتی

-روسای دانشگاه، معاونان دانشگاه و مدیران مجری برنامه الزاماً باید تمام وقت باشند.

- رویکرد مدیریتی در این برنامه به صورت غیرمتمرکز و بر اساس استراتژی های تعریف شده سطح ملی باشد.

- نظام ارزیابی عملکرد با بهره گیری حداکثر از ظرفیت فناوری اطلاعات و شکل گیری داشبوردهای مدیریتی مبتنی بر مسئولیت پذیری و پاسخگویی باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

- نظام تأمین و تخصیص منابع(مالی، انسانی، تجهیزاتی) بر اساس استراتژی های ملی و در نظرگرفتن ضریب محرومیت با تاکید بر رویکرد آمایش سرزمینی و توازن منطقه ای باشد.
- استراتژی تامین و تخصیص منابع در مدیریت هزینه مبتنی بر بند۲-۷ سیاست های ابلاغی سلامت توسط مقام معظم رهبری باشد تا بر اساس آن مدیریت هزینه با سازوکار استفاده از ظرفیت نظام بیمه ای حسب سیاست های وزارت بهداشت اجرایی گردد.
- با توجه به مولفه های اثرگذار در مدیریت اجرایی تاکید برنامه بر تقویت همکاری های بین بخشی و مشارکت جامعه به منظور بهره گیری مناسب از ظرفیت های دستگاه های اجرایی در اجرای هرچه بهتر الزامات مدیریتی موردنیاز است.
- زیرساخت نظام ارایه خدمات، شامل نیروی انسانی کافی و آموزش دیده، فضای فیزیکی و تجهیزات موردنیاز فراهم گردد.
- زیرساخت آمار و فناوری اطلاعات با توجه به سخت افزار موردنیاز، زیرساخت های ارتباطی، افزایش توان ذخیره سازی و پردازش، استاندسازی و توسعه سامانه های نرم افزاری با محوریت پرونده الکترونیک سلامت، توسعه و تکمیل نظام جامع مدیریت اطلاعات (MIS) فراهم گردد.

الزامات و تعهدات اجرایی

- چارچوب اجرایی در جهت عقد قرارداد برای استفاده از مکانیزم های بیمه ای در نظارت و پرداخت تعیین گردد.
- روش استفاده از همکاری های درون بخشی و بین بخشی در سطوح ملی و استانی و شهرستانی تعیین گردد.
- شاخص های موردنیاز در تخصیص منابع و توزیع منابع با رویکرد آمایش سرزمینی و توازن منطقه ای تعیین گردد.
- فرایندهای اجرایی موردنیاز در نظام مدیریت منابع، پایش و ارزشیابی ترسیم گردد.
- فرایندهای موردنیاز در جهت بهره گیری از مشارکت جامعه به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر ترسیم گردد.

الزامات و تعهدات اقتصادی

- میزان سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی برای برآورد و تامین منابع موردنیاز تعیین گردد.
- به منظور پیشگیری از اختلال در روند ارایه خدمات، نظام سلامت ملزم به بهره گیری از منابع پایدار گردد.
- ضوابط و معیارهای موردنیاز برای محاسبه سرانه و تخصیص آن به استان‌ها تعیین گردد.
- ارزیابی و تحلیل اقتصادی سالانه عملکرد برنامه در سطح ملی و استانی با تاکید بر حمایت از مناطق کمتر توسعه یافته و عدالت در برخورداری از منابع انجام شود.
- شاخص های مرتبط با عدالت در سلامت از جمله پرداخت از جیب مردم، مشارکت مالی عادلانه و هزینه های کمرشکن ارزیابی گردد.
- مدیریت کارآمد منابع از طریق اولویت بندی با تاکید بر تامین منابع برای مناطق کمتر توسعه یافته اجرایی گردد.
- انباشت منابع در نظام بیمه ای و استفاده از ظرفیت آن در تخصیص و مدیریت هزینه مبتنی بر نظام سرانه مورد توجه قرار گیرد.
- تاکید بر تقویت پوشش بیمه ای و کارآمدتر نمودن آن به نحوی که ارتباط مالی بین دریافت کننده خدمت و ارایه کننده خدمت صرفاً از طریق نظام بیمه ای و مشارکت بیمه شده در پرداخت حق بیمه صورت پذیرد.

الزامات فرهنگی و اجتماعی

- آموزش عمومی با تاکید بر مقبولیت و حمایت از برنامه در جامعه انجام شود.
- بیماران با حقوق اساسی خود در حوزه سلامت آشنا شوند.

سازوکار اجرایی در مدل نظام پرداخت

پس از تجزیه و تحلیل داده ها و تقلیل های لازم، سازوکار اجرایی در مدل نظام پرداخت در ۳ طبقه اصلی و ۱۶ زیرطبقه مبتنی بر ۵۳ کد شناسایی شده، استخراج گردید (جدول۳).

ساختار اجرایی

- ستاد راهبردی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح ملی با اختیارات اداری و مالی و فنی کافی تشکیل شود.
- اعضای ستاد راهبردی کشوری شامل رییس جمهور، وزیر کشور، رئیس سازمان برنامه و بودجه، وزیر دفاع، وزیر بهداشت، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزیر اقتصاد، رئیس نظام پزشکی کشور، مدیر عامل سازمان بیمه سلامت، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی و رئیس شورای اسلامی استانهای کشور باشند.
- ستاد اجرایی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح ملی با اختیارات اداری و مالی و فنی کافی تشکیل شود.
- اعضای ستاد اجرایی کشوری شامل وزیر بهداشت (معاونت بهداشت و معاون درمان وزیر)، رئیس سازمان برنامه و بودجه (معاون امور علمی، فرهنگی و امور اجتماعی سازمان)، وزیر اقتصاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

(رئیس خزانه)، وزیر تعاون، کار و امور اجتماعی (معاون رفاه وزیر)، رئیس سازمان غذا و دارو، رئیس نظام پزشکی، مدیر عامل سازمان بیمه سلامت، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی، مدیرعامل بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح و رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت باشند.

- برای تدوین ضوابط و مقررات و الزامات اجرایی موردنیاز (تعیین سرانه، چارچوب قرارداد، نظام ثبت و گزارش دهی با بهره گیری از فناوری اطلاعات، برنامه پایش و نظارت و نظام پرداخت) در برنامه پزشکی خانواده اهداف و استراتژی های ملی تعیین گردیده و به استانها ابلاغ گردد.

- ستاد استانی و شهرستان متناظر با ستاد اجرایی کشوری با تأکید بر اصل عدم تمرکز، تفویض اختیار و مسئولیت پذیری بر اساس سیاست های ابلاغی ستاد ملی تشکیل شود.

- تصمیمات موردنیاز برای روش های اجرایی با توجه به شرایط استان بر اساس سیاست ها و خط مشی های سطح ملی اتخاذ گردد.

- ستاد اجرایی استان می تواند با ارزیابی متغیرهای (عرضه و تقاضا، تعادل بازار سلامت، شاخص دسترسی، ضریب محرومیت، وضعیت بخش خصوصی و دولتی) روش های اجرا را بومی سازی نماید.

فرآیند اجرایی

- تفکیک خدمات سرپایی از بستری به نحویکه نظام پرداخت آن خارج از پلکان مبتنی بر عملکرد انجام گردد و یا پلکان مستقل داشته باشد.

- اصلاح زمان پرداخت به نحوی که با تسهیل در تبادل اسناد مثبته (اثبات کننده) و تامین منابع، پرداخت خدمات سرپایی به ارائه کنندگان بیش از دو ماه به طول نینجامد.

-تعیین ضوابط مورد نیاز در تامین و تخصیص منابع بر اساس لحاظ نمودن ضریب محرومیت به شهرستان با توجه به برخی موارد مانند شرایط آب و هوایی، توسعه شهرستان، فاصله از مرکز استان، وسعت منطقه تحت پوشش به نحوی که برای حضور ارائه کنندگان خدمات در آن مناطق جذابیت ایجاد گردد.

- نظام حمایت خدمات سرپایی و سهم پرداختی بیماران ارجاعی از طریق اصلاح رویکرد نظام بیمه هدفمند گردد.

- شرط اخذ تعهد محضری از پذیرفته شدگان رشته های دستیاری تخصصی پزشکی مبنی بر ارایه خدمت درمانی الزامی در بخش دولتی به صورت تمام وقت برابر مدت زمان تحصیل اجرایی شود.

- تقویت و توسعه فعالیت های خدمات سلامت توسط پزشکی خانواده و تیم سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه اجرا گردد به نحوی که در ارزیابی عملکرد از بارم اثرگذاری برخوردار باشد.

- برای آموزش مهارت های موردنیاز در پزشک خانواده و تیم سلامت به منظور مسئولیت پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه در جهت افزایش رضایتمندی و مشارکت جمعیت تحت پوشش برنامه ریزی شود.

- تفاوت معنی داری بین موارد ارجاعی و غیرارجاعی اتخاذ گردد.

- دستورالعمل اجرایی در گروه کارشناسی متشکل از کارشناسان نمایندگان سازمان‌های ذیربط ظرف مدت یک ماه تهیه و به تصویب شورا برسد.

روش پرداخت

روش پرداخت به پزشکان متخصص به شیوه ترکیبی باشد به طوریکه ۳۰ درصد از کل پرداختی به پزشک متخصص به شکل حقوق ماهانه، ۳۰ درصد به روش سرانه، ۱۵ درصد مبتنی بر عملکرد و ۲۵ درصد نیز به روش کارانه پرداخت شود.

پایش و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی بر مبنای ارزیابی سنجه های زیر انجام شود:

- سنجه های عمومی ارائه خدمت شامل ساعت ورود و خروج پزشک متخصص (شیفت صبح ۸/۵ تا ۱/۵ و شیفت عصر ۱۷ تا ۲۰)، حضور مستمر پزشک متخصص در مرکز خدمت سرپایی، حداقل ساعت مفید برای حضور پزشک متخصص در مرکز خدمت سرپایی، تعداد ویزیت پزشک متخصص در ساعت (حداکثر ۴ ساعت)، شرکت پزشک متخصص در جلسات آموزشی (حداکثر ۴ ساعت) می باشد.

- شاخص های اختصاصی ارائه خدمت شامل میزان دسترسی پزشک متخصص به پروتکل های ابلاغی، میزان استفاده از پروتکل های ابلاغی در فرایند درمان، پذیرش بیمار از مسیر ارجاع الکترونیک با استفاده از پایگاه داده ای که مقررات اجرای پروتکل ها را انجام داده است (نسخه نویسی الکترونیک شامل دارو، پاراکلینیک، تصویربرداری و ...)، رعایت ضوابط پیش بینی شده در تجویز اقلام دارویی، رعایت ضوابط پیش بینی شده در تجویز خدمات پاراکلینیک، کمیت پسخوراند به نسبت ارجاعات و تعیین تکلیف بیمار، کیفیت پسخوراند به منظور تایید تشخیص ارجاع دهنده و یا تشخیص خاص در جهت تقویت و کارآمدتر نمودن ادامه مراقبت‌های جاری یا جدید، میزان آموزش و مشاوره به پزشکان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

خانواده در راستای تقویت و کارآمدسازی مداخلات طبی، میزان پیگیری فعال نتیجه پس خوراندهای بیماران مزمن و پرخطر در چارچوب نظام مراقبت، میزان رضایتمندی گیرنده خدمت از فرایند خدمت و نتیجه حاصل از مداخلات انجام شده، میزان شناسایی بیماران جدید و پرخطر که در شاخص های کمی و کیفی برنامه های ابلاغی (واگیر و غیرواگیر) و بار مراجعه ناشی از آن‌ها می تواند اثرگذار باشند، میزان بار مراجعاتی که از طریق تعامل با ارجاع دهنده کاهش یافته و نیاز به ارجاع مجدد ندارند، میزان اثرگذاری ضریب محرومیت منطقه با میزان دریافتی در ایجاد رضایتمندی و ثبات حضور پزشکان عمومی و متخصص می باشند.

- شاخص های دریافت کننده خدمت شامل رضایتمندی گیرنده خدمت، بارمراجعه بیماران به تفکیک شهر در حوزه سرپایی سطح ۲، کاهش مراجعه مجدد و ضریب محرومیت منطقه سکونت دریافت کنندگان می باشد.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

		فراوانی
جنسیت	مرد	۴۳
	زن	۹
سن(سال)	۳۰-۴۰	۶
	۴۱-۵۰	۱۷
	۵۱-۶۰	۲۵
	بالاتر از ۶۰	۴
سابقه کاری (سال)	۱۰-۱۵	۵
	۱۶-۲۱	۱۴
	۲۲-۲۶	۲۷
	بالاتر از ۲۶	۶

جدول۲:طبقات و زیر طبقات الزامات موردنیاز در مدل نظام پرداخت کارآمد و اثربخش

طبقه	زیر طبقه
قانونی	اصلاح مناسبات نظام مالیاتی
	تخصیص منابع متناسب با قیمت تمام شده تعریف شده و به صورت نشاندار
	تعریف منابع قابل تخصیص برای تامین خدمات نظام سلامت به صورت سرانه در مقیاس استانی
	اصلاح کلیه قوانین و مقرراتی که مغایر با اجرای برنامه
	الزام سازمان های بیمه گر جهت خرید راهبردی از طریق الزامات پزشک خانواده و نظام ارجاع
سیاستی	تناسب سازی راهبردها و استراتژی های موردنیاز در سرفصل تعهد سطوح مختلف سیاستگذاری و مدیریت اجرایی
	الزام و حمایت سطوح مختلف نظام مدیریت در قوای سه گانه
	متعهد شدن استاندار جهت جلب حمایت سازمانها و نهادهای مرتبط
مدیریتی	تمام وقت بودن روسای دانشگاه، معاونان دانشگاه و مدیران مجری برنامه
	رویکرد مدیریتی غیرمتمرکز و بر اساس استراتژی های تعریف شده سطح ملی
	بهره گیری حداکثری از ظرفیت فناوری اطلاعات و شکل گیری داشبوردهای مدیریتی
	نظام تأمین و تخصیص منابع(مالی، انسانی، تجهیزاتی) بر اساس استراتژی های ملی و در نظرگرفتن ضریب محرومیت
	استراتژی تامین و تخصیص منابع در مدیریت هزینه مبتنی بر بند ۲-۷ سیاست های ابلاغی سلامت توسط مقام معظم رهبری
	تقویت همکاری های بین بخشی و مشارکت جامعه
اجرایی	تامین زیرساخت های موردنیاز شامل نیروی انسانی کافی و آموزش دیده، فضای فیزیکی، تجهیزات و آمار و فناوری اطلاعات
	استفاده از مکانیزم های بیمه ای در نظارت و پرداخت
	تعیین روش استفاده از همکاری های درون بخشی و بین بخشی در سطوح ملی و استانی و شهرستانی
	تعیین شاخص های موردنیاز در تخصیص منابع و توزیع منابع با رویکرد آمایش سرزمینی و توازن منطقه ای
	ترسیم فرایندهای اجرایی موردنیاز در نظام مدیریت منابع، پایش و ارزشیابی
	ترسیم فرایندهای موردنیاز در جهت بهره گیری از مشارکت جامعه
اقتصادی	تعیین میزان سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی برای برآورد و تامین منابع موردنیاز تعیین
	الزام در بهره گیری نظام ارایه خدمات سلامت از منابع پایدار به منظور پیشگیری از اختلال در روند ارایه خدمات
	تعیین ضوابط و معیارهای موردنیاز برای محاسبه سرانه و تخصیص آن به استانها
	ارزیابی و تحلیل اقتصادی سالانه عملکرد برنامه در سطح ملی و استانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

	ارزیابی شاخص های مرتبط با عدالت در سلامت
	الزام در رعایت مدیریت کارآمد منابع از طریق اولویت بندی
	تاکید بر انباشت منابع در نظام بیمه ای و استفاده از ظرفیت آن در تخصیص و مدیریت هزینه مبتنی بر نظام سرانه
	تاکید بر تقویت پوشش بیمه ای و کارآمدتر نمودن آن
فرهنگی و اجتماعی	تعیین استراتژی های موردنیاز در آموزش عمومی با تاکید بر مقبولیت و حمایت از برنامه در جامعه
	تاکید بر تعهد در سطح ملی به منظور متابعت پذیری مدیران سطوح مختلف قوای سه گانه از الزامات برنامه و توجه به رعایت فرآیندهای پیش بینی شده در دریافت خدمات
	تعیین سازوکار مناسب جهت آشنایی بیماران با حقوق اساسی خود در حوزه سلامت

جدول۳: طبقات و زیرطبقات سازوکار اجرایی در مدل نظام پرداخت کارآمد و اثربخش

طبقه	زیر طبقه
ساختار اجرایی	تشکیل ستاد کشوری برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
	تشکیل ستاد استانی و شهرستان متناظر با ستاد کشوری
فرایند اجرایی	نظام پرداخت ارجاع الکترونیک خارج از پلکان مبتنی بر عملکرد
	تسهیل در تبادل اسناد مثبته و تامین منابع به منظور کاهش زمان پرداخت به ارائه کنندگان
	تعیین ضوابط مورد نیاز در تامین و تخصیص منابع بر اساس لحاظ نمودن ضریب محرومیت به شهرستان
	هدفمند نمودن نظام حمایت خدمات سرپایی و سهم پرداختی بیماران ارجاعی از طریق اصلاح رویکرد نظام بیمه
	شرط اخذ تعهد محضری از پذیرفته شدگان رشته های دستیاری تخصصی پزشکی مبنی بر ارایه خدمت درمانی الزامی در بخش دولتی
	تقویت و توسعه فعالیت های خدمات سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه
	برنامه ریزی برای آموزش مهارت های موردنیاز در پزشک خانواده و تیم سلامت به منظور مسئولیت پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت
	الزام پزشک برای حضور در برنامه پزشک خانواده حداقل به مدت ۳ سال و سپس فراهم آوردن سازوکار حمایتی در جهت ماندگاری بیشتر
	اتخاذ تفاوت معنی داری بین موارد ارجاعی و غیرارجاعی
	تصویب دستورالعمل اجرایی در گروه کارشناسی متشکل از کارشناسان نمایندگان سازمانهای ذیربط
	شیوه پرداخت ترکیبی متشکل از حقوق، سرانه، کارانه و مبتنی بر عملکرد
پایش و ارزشیابی	توجه به اجزای پایش شونده، پایش کننده، فرایند، محتوا، ابزار و اخلاق پایش در طراحی سازوکار پایش
	تدوین ضوابط ارزیابی فرآیند نظام ارجاع با بهره گیری از استانداردهای مورد نیاز در ارسال پسخوراند
	طراحی چک لیست پایش و ارزیابی پزشک متخصص

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه، الزامات سیاسی، قانونی، مدیریتی، اجرایی، اقتصادی و اجتماعی فرهنگی برای اجرای نظام پرداخت پیشنهادی باید مورد توجه قرارگیرد. در این راستا مطالعات گذشته نیز به تدوین سیاست‌ها و قوانین همسو در حیطه های پرداخت، نظام ارائه خدمات، تربیت نیروی انسانی مورد نیاز، تدوین استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزات اشاره کرده اند [۲۷]. باید توجه داشت که یکی از مهمترین عوامل موفقیت برنامه های سلامت، وجود زیرساخت-های ارتباطی و اطلاعاتی مناسب بین واحدها و همچنین سطوح ارائه دهنده خدمات است. پرونده الکترونیک سلامت یکی از زیرساخت‌های اصلی برای نظام پرداخت و خصوصا محاسبه پرداخت به ازای عملکرد است و سرعت و شفافیت گزارش عملکرد و اجرای نظام پرداخت را تسهیل می‌کند [۲۹-۲۸]. از سوی دیگر در ایران در کنار پرونده الکترونیک سلامت، جای خالی نرم افزارهای تحلیل اطلاعات نیز احساس می‌شود، در انگلستان یک سیستم نرم افزاری به نام "سیستم تحلیل مدیریت کیفیت" به منظور تحلیل داده های برنامه QOF استفاده می‌شود. جهت ارزیابی امتیازات کسب شده، اطلاعات بالینی عمدتا از پرونده الکترونیک سلامت استخراج شده و وارد QMAS می‌شود. داده های مربوط به شاخص های سازمانی نیز به صورت دستی توسط افراد در این نرم افزار ثبت می‌شود [۳۱-۳۰]. در امریکا نیز از "سیستم اطلاعات و داده‌های اثربخشی مراقبت سلامت" برای ارزیابی عملکرد گروه های پزشکی بر اساس ابعاد از پیش تعیین شده استفاده می‌شود [۳۳-۳۲]. تشکیل ستاد راهبردی و اجرایی در سطح ملی، تعیین اهداف، استراتژی های ملی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

برای تدوین ضوابط و مقررات و الزامات اجرایی مورد نیاز در برنامه پزشکی خانواده و ابلاغ آن به استان‌ها به عنوان مولفه های مربوط به ساختار و فرآیند اجرایی در نظر گرفته شد. با توجه به وسعت و گستردگی مولفه هایی که در نظام پرداخت موثر هستند و همچنین شرایط متفاوت حاکم بر هریک از استان‌ها و همچنین شهرستان های هر استان، بهتر است دستورالعمل پرداخت تا حدودی انعطاف پذیر باشد. لذا برای بومی سازی دستورالعمل پرداخت با توجه به شرایط هر منطقه، نیاز به شورای سیاستگذاری و راهبردی در سطح استان است تا در راستای دستورالعمل کشوری، و طبق ضوابط تعیین شده توسط شورای سیاستگذاری و راهبردی در سطح ملی، اقدامات لازم را انجام دهند. در طرح مجتمع های سلامت تبریز نیز، شورای سیاستگذاری و راهبردی استان، اختیاراتی از قبیل تعیین نرخ سرانه را داشت [۳۴]. در مطالعه ظهیری و همکاران نیز بر لزوم وجود یک دستورالعمل پرداخت انعطاف پذیر، برای مناطق مختلف کشور تاکید شده است [۳۵].

بر اساس نتایج مطالعه، شیوه پرداخت به پزشکان متخصص باید ترکیبی از حقوق، کارانه، سرانه و مبتنی بر عملکرد باشد. یک نظام پرداخت خوب طراحی شده، می‌تواند یک ابزار قوی برای پیشرفت در جهت پوشش همگانی سلامت باشد، هر یک از روش‌های پرداخت مزایا و معایب مخصوص به خودش را دارد، بنابراین اصلاح روش‌های پرداخت می‌تواند به عنوان ابزاری برای تاثیرگذاری بر رفتار نیروی انسانی نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد. به منظور ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان در جهت نیل به اهداف مراقبت‌های سلامت اولیه، توصیه می‌شود ترکیب مناسبی از روش های پرداخت به کار گرفته شود [۳۶].

بر اساس نتایج مطالعه، پایش و ارزشیابی باید بر مبنای ارزیابی سنجه های عمومی، ارائه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت انجام شود. بدیهی است که باید سیستم های نظارتی و ارزیابی های مستمر برای شناسایی و رفع اشکالات در هر مرحله از هر طرح اصلاحی، وجود داشته باشد [۳۷]. در این راستا، جمع آوری اطلاعات در مورد نحوه عملکرد ارائه دهندگان خدمات، بسیار ضروری و مهم است [۳۸]. سیستم‌های پایش، باید اطلاعات ضروری و به موقعی در مورد میزان دستیابی ارائه دهندگان به اهداف تعیین‌شده، و اینکه چه تغییراتی در طراحی و اجرای مدل‌های پرداخت مورد نیاز است، ارائه دهند [۳۶]. علاوه بر شاخص های مرتبط با ارائه کنندگان، جمع آوری تجارب بیماران در مورد خدماتی که دریافت کرده اند نیز ضروری می باشد. جمع آوری پیامدهای گزارش شده توسط بیمار، بیماران را قادر می‌سازد تا نقش بیشتری در تصمیم گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود داشته باشند، همچنین ایجاد کننده پایه و اساسی در جهت بهبود عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه است [۲۷]. کشورهای انگلیس، هلند، سوئد، نروژ، دانمارک، استرالیا، نیوزلند، و تایلند نیز، از بیماران در مورد نحوه دسترسی و کیفیت مراقبت‌ها نظرسنجی می کنند [۴۰-۳۹]. پایش نمی بایست به عنوان مکانیسم کنترل در نظر گرفته شود بلکه می‌بایست به عنوان راهی برای کمک به بهبود عملکرد ارائه دهندگان و پیامدهای سلامت در نظر گرفته شود. همچنین نتیجه پایش می‌بایست به ارائه دهندگان بازخورد داده شود تا منجر به بهبود عملکرد آنان شده و کیفیت خدمات ارتقا یابد [۳۶]. این مطالعه علیرغم دستیابی به یافته های کاربردی، محدودیت هایی نیز دارد. اگر چه سعی شد حداکثر تنوع در نمونه ها درنظر گرفته شود ولی این مطالعه کیفی با نمونه های محدودی که به طورهدفمند انتخاب شده بودند، انجام شد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه این بود که جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد.

طبق نتایج، اجرای شیوه نامه طراحی شده می تواند منجر به افزایش دسترسی و بهره مندی از خدمات، بهبود کیفیت ارایه خدمات تخصصی، مدیریت هزینه و نهایتاً افزایش رضایت ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت گردد. بر اساس نتایج مطالعه پیشنهاد می گردد سازوکار مناسبی برای برآورد، تامین و تخصیص اعتبارات مورد نیاز و همچنین نشاندار نمودن منابع تخصیص‌یافته در سطوح ملی و استانی ایجاد گردد. مشارکت و همکاری سازمان-های خریدار خدمت به منظور نظارت بهتر بر ارائه خدمات تخصصی جلب گردد. از تجربیات موفق سایر کشورها در پیاده سازی شیوه نامه استفاده گردد. همچنین از یک نظام ثبت داده ها که دارای قابلیت تبادل داده ها و استانداردهای بین المللی حافظ اطلاعات افراد باشد، استفاده گردد. در نظام پایش و ارزشیابی، چک لیست-های استاندارد جهت بررسی کمیت و کیفیت خدمات، طراحی گردد و جهت آموزش پایشگران برنامه ریزی گردد.

جهت انجام مطالعات آتی، پیشنهاد می گردد با تعیین الگوهای محاسبه تعرفه های خدمات پزشک متخصص در قالب نظام ارجاع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

در کشورهای موفق، الگوی محاسبه تعرفه تعیین گردد بطوریکه پرداخت به پزشکان متخصص متناسب با افزایش حجم کاری ناشی از رعایت ارجاع الکترونیک و کاهش تعداد بیماران سرپایی جبران گردد.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان طراحی الگو و شیوه نامه اجرایی نظام پرداخت ویزیت و خدمات تخصصی سرپایی در نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان، مصوب، در سال ۱۳۹۹ با کد اخلاق به شماره IR.GOUMS.REC.1399.157 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی است. این پژوهش با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران با شماره ۹۹۰۰۰۰۶۱ انجام شده است. نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

محمدجواد کبیر: طراحی پژوهش، مشارکت در تنظیم مقاله

علیرضا حیدری: جمع‌آوری و تنظیم داده‌ها، تحلیل داده‌ها، طراحی پژوهش، اصلاح و تهیه نسخه نهایی مقاله

سجاد معینی: جمع‌آوری و تنظیم داده‌ها، مشارکت در تنظیم مقاله

زهرا خطیرنامنی: بررسی متون، اصلاح و تهیه نسخه نهایی مقاله

نرگس رفیعی: جمع‌آوری و تنظیم داده‌ها، مشارکت در تنظیم مقاله

طیبه مرادی: طراحی پژوهش، مشارکت در تنظیم مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش اعلام می نمایند.

منابع

1. Mojahed F, Vahidi RGh, Asgari Jafarabadi M, Gholipoor K, Mehri N. Payment Mechanisms Effect on Performance Indicators of Family Physician Program. Health Information Management 2015; 12:98 [In Persian]

2. 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;24:611-617

3. Vujicic M. How you pay health workers matters: A primer on health worker remuneration methods. Washington DC: The World Bank, 2009. Available from: https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documentsreports/documentdetail/723301468154474794/how-you-pay-health-workers-matters-a-primer-on-health-worker-remuneration-methods (accessed: 2023 12 February)

4. Oliver-Baxter J, Brown L. Primary health care funding models. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service, 2013. Available from: https://core.ac.uk/download/pdf/43335693.pdf (accessed: 2023 12 February)

5. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance. 1st Edition, World Health Organization: Geneva, 2000

6. Liu X, Mills A. Payment mechanisms and provider behavior. Alexander S. Preker Xingzhu Liu Edit V. Baris E, The World Bank, Washington DC,2007:259-278

7. 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

8. Jourmard I, Hoeller P, André C, Nicq C. Health care systems: Efficiency and policy settings. 1st Edition, OECD Publishing: Paris, 2010

9. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2013;27: 42

10. Gheibi R, Nourizadeh Tehrani P, Alipanah Dolatabad M, Alihosseini S, Aryankhesal A. Staff Satisfaction Level of the Performance-Based Payment Plan (Qasedak) in Hospitals of Iran University of Medical Sciences:2019. Journal of Health Administration 2021; 23:70-79 [In Persian]

11. Kabir MJ, Vatankhah S, Delgoshaei B, Ravaghei H, Jafari N, Heidari A, et al. Determinant criteria for designing Health benefit package in selected countries. Life Science Journal 2013; 10:1392-1403

12. Berenson RA, Upadhyay DK, Delbanco SF, Murray R. Payment methods: How they work.: 1st Edition, Urban Institute: Washington DC, 2016

13. Shami R, Gholamzadeh D, Vedadi A. Explaining the Performance-based Payment Model with an Educational Approach in Iranian Educational and Medical Centers and its Comparison with the Existing Models in the Health Care System of the

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

Countries Implementing this scheme. Journal of Medical Education Development 2020; 13:15-30 [In Persian]

14. Kazemian M, Babarahim A. Comparative Assessment of Payment Methods of Fee-for-Services and Per Capita for Household's Health Insurance Services: Theoretical Framework and Application. Daneshvar Medicine 2016; 24:39-50 [In Persian]

15. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. 1st Edition, Oxford University Press:London, 2004

16. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement. Health Policy 2001; 58:243-62

17. Sorensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy 2003; 66:73-93

18. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Eatablishment of an Electronic Referral System in Golestan Province: Opportunities and Threats. Health Based Research 2020; 6:151-167 [In Persian]

19. Kabir M J, Heidari A, Honarvar M R, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Management Challenges of Implementing Electronic Patient Referral System; a Qualitative Study. Health Research Journal 2021; 6:275-286 [In Persian]

20. Kabir M J, Haydari A, Honarvar M R, Khatirnameni Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Executive Challenges of Electronic Referral System in the Health Centers and Hospitals in Golestan Province, Iran: A Qualitative Study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2021; 19:157-172 [In Persian]

21. Molavi Vardanjani H, Kamyabi A, Jabbarizadeh A, Haghdoust AA. Methods of General Practitioners Remuneration in the World: A Benchmarking Study. Journal of Medical Council of I.R.I 2013; 30: 379- 389 [In Persian]

22. Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust London; 2012. Available from: http://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/reforming-payment-for-health-care-in-europe-web-final.pdf (accessed: 2023 12 February)

23. Kim SJ, Han K-T, Kim SJ, Park E-C, Park HK. Impact of a diagnosis-related group payment system on cesarean section in Korea. Health Policy 2016;120: 596-603

24. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a package for the provision of spiritual services in healthcare centres in Iran, Mental Health. Religion & Culture 2021; 24: 37-51

25. Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study. Iranian Journal of Epidemiology 2017; 13: 174-182 [In Persian]

26. Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Evidence from Iran. Indian Journal of Palliative Care 2018; 24:145–149

27. OECD/European Union. "Strengthening primary care systems", in Health at a Glance. OECD Publishing: Paris Europe State of Health in the EU Cycle, 2016 Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264265592-en.pdf?expires=1677401350&id=id&accname=guest&checksum=AE731C86EC398827234D20EB5CF36753 (accessed: 2023 12 February)

28. World Health Organization. Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability. OECD Publishing; 2014 Available from: Open University Press: McGraw-Hill, Buckingham, 2014 https://doi.org/10.1787/9789264224568-en (accessed: 2023 12 February)

29. Farahbakhsh M, Zakeri A, Khodaee N. Health information system in the district health center, Tabriz. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2009; 6:1-10 [In Persian]

30. Sigfrid L, Turner C, Crook D, Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. Journal of Public Health 2006;28: 221-5

31. Hong CS, Atlas SJ, Chang Y, Subramanian S, Ashburner JM, Barry MJ, et al. Relationship between patient panel characteristics and primary care physician clinical performance rankings. JAMA 2010; 304:1107-13

32. Mehrotra A, Pearson SD, Coltin KL, Kleinman KP, Singer JA, Rabson B, et al. The response of physician groups to P4P incentives. American Journal of Managed Care 2007;13: 249

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]
[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]

33. Robson J, Boomla K, Hull SA. Progress in using the electronic health record to improve primary care. British Journal of General Practice 2020; 70: e215-e20

34. Bakhtiari A, Takian AH, Sayari AA, Bairami F, Sadeghtabrizi J, Mohammadi A, et al. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran. Teb Tazkiyeh 2017; 25:213-32 [In Persian]

35. Zahiri M, Mohamadi E, Najafpoor ZH, Mobinizadeh MR, Guodarzi Z. Survey of General Practitioners Point of View about Family Physician and Referral System Policies in Urban Areas for 2013. Journal of Healthcare Management 2017;8: 63-73 [In Persian]

36. Financing and Payment Models for Primary Health Care: Six Lessons from JLN Country Implementation Experience. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, Results for Development (R4D), 2017https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/phc-financing-payment-models-six-lessons.pdf (accessed: 2023 12 February)

37. Babashahy S, Baghbanian A, Manavi S, Sari AA, Olyaee Manesh A, Ronasiyan R. Towards reforming health provider payment methods: evidence from Iran. Health Scope 2017;6: e33575

38. Adomako-Boateng F, Agada-Amade Y, Alcantara AC, Althauser C, Barasa EW, Cashin C, Manatad de Claro V, Abrenica Diaz GS, Dsane-Selby L, Effah SW, Ehsan FZ. Using data analytics to monitor health provider payment systems: a toolkit for countries working toward universal health coverage. 1st Edition, Arlington, VA: Joint Learning Network for Universal Health Coverage (JLN), 2017 Available from: https://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit/ (accessed: 2023 12 February)

39. Hanvoravongchai P. Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints. Washington DC: The World Bank; 2013 Available from: http://hdl.handle.net/10986/13298 (accessed: 2023 12 February)

40. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund: London School of Economics and Political Science, 2020 Available from: https://www.researchgate.net/profile/Roosa-Tikkanen/publication/347011106_International_Profiles_of_Health_Care_Systems_2020/links/5fd7897292851c13fe865e6a/International-Profiles-of-Health-Care-Systems-2020.pdf (accessed: 2023 12 February)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1402.22.2.6.7]

[DOI: 10.52547/payesh.22.2.185]