

بررسی اثربخشی و روند پیاده‌سازی نظام جدید پرداخت مبتنی بر عملکرد در مقایسه با نظام نوین اداره بیمارستان‌ها در طرح تحول نظام سلامت

محمد آقاجانی^۱، علیرضا اولیایی‌منش^{۲*}، سعید معنوی^۳، راضیه روناسیان^۴، مانی یوسف‌وند^۴، لیلیا پورآقاسی^۴، علی ماهر^۵، علی شهرامی^۶، پیرحسین کولیوند^۷، موسی طباطبایی^۸، جمشید کرمانچی^۹، فرح بابایی^{۱۰}، حسن واعظی^{۱۱}، مرضیه زنگنه^{۱۲}، آرزو دهقانی^{۱۳}، سیده‌سنا حسینی^{۱۴}

۱- معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲- مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۳- رئیس اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- کارشناس اداره سیاست‌گذاری تعرفه، پرداخت و منابع درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۵- معاون امور فنی و برنامه‌ریزی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۶- معاون اجرایی معاون درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۷- رئیس سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸- رئیس گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه‌های سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۹- مشاور معاون درمان در بیماری‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۰- رئیس اداره مامایی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۱- رئیس اداره اورژانس بیمارستانی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۲- کارشناس اداره هماهنگی و برنامه‌ریزی‌های بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳- مدیر روابط عمومی معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۴- کارشناس معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

* نویسنده مسئول: ایران، تهران، میدان قدس، بلوار ایوانک، وزارت بهداشت، بلوک A طبقه ۷. تلفن: ۸۱۴۵۴۳۲۱
پست الکترونیک: olyaee@health.gov.ir

دریافت: ۹۶/۷/۵ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲

مقدمه

امروزه اهمیت و جایگاه سلامت به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بشر، پژوهشگران را در سراسر دنیا بر آن داشته تا به‌گونه‌ای نظام‌مند مباحث مربوط به اصلاحات نظام سلامت را مورد مطالعه قرار دهند (۱). سازمان‌های بهداشتی و درمانی به‌علت اهمیت وظیفه‌ای که در زمینه پیشگیری، مراقبت، درمان و توان‌بخشی بر عهده دارند، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشند که هرگونه ضعف عملکرد در مدیریت آن‌ها باعث تأخیر در درمان به‌موقع و پیشرفت بیماری یا مرگ می‌شود (۲). نارضایتی کارکنان مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر مراقبت بیمار تأثیر منفی گذاشته و متعاقباً کاهش کیفیت خدمات، موجب اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان و افزایش هزینه خواهد شد (۳، ۴). وجود نیروی کار با انگیزه و شایسته و سیستم ارزشیابی عملکرد، باعث افزایش اثربخشی و کارایی خدمات در ارائه مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (۵). انگیزاننده‌های مالی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رفتار سازمانی و فردی در بخش سلامت هستند و آثار فراوانی روی سازمان‌دهی نظام سلامت و کمیت و کیفیت خدمات دارند (۶، ۷). در حال حاضر، بسیاری از سازمان‌ها تأکید زیادی بر نظام‌های پرداخت بر اساس عملکرد^۱ دارند و در نتیجه نظام‌های پرداخت بر اساس عملکرد به‌عنوان بخشی از نظام پرداخت در سازمان قرار گرفته‌اند (۸). مطالعات استیون^۲ (۱۹۹۷) نشان داد که برای انگیزه

دادن به افراد، باید پاداشی به آن‌ها داد که حداقل ۱۰٪ بیش‌تر از حقوق پایه آنها باشد (۸).

اهداف

- پرداخت متناسب با کمیت مراقبت‌ها، کیفیت خدمات، رضایت بیمار و سختی مراقبت و آسیب‌های شغلی در بخش‌های مختلف
- مدیریت بهینه منابع انسانی و مالی در بیمارستان‌های دانشگاه‌ها
- ایجاد عدالت در دریافتی پزشکان و کارکنان

مبانی نظری

اهمیت نظام پرداخت به‌حدی است که در تأمین منابع مالی خدمات بهداشتی که از سال ۱۹۸۰ تاکنون همواره مورد بحث بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است، مکانیزم‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بسیار حایز اهمیت است (۹). در همه کشورهای دنیا برای پرداخت هزینه خدمات گوناگون بهداشتی، تشخیصی، درمانی، توان‌بخشی و غیره از روش‌های گوناگون استفاده می‌شود که شامل هفت روش کارانه^۳، بودجه کلی، سرانه، مورد تعدیل‌شده، نظام پرداخت گلوبال^۴، روزانه، حقوق و پاداش است (۱۰). همچنین تصمیم‌گیری درباره دو مفهوم پرداخت عملکرد و تفاوت پرداخت، از مهم‌ترین اجزای طراحی بسته جبران

³ Fee for Service

⁴ Diagnosis Related Group (DRG)

¹ Performance Related Pay (PRP)

² Steven

سلامت شده است (۲۰). در ایران، پژوهشی در مرکز آموزشی و درمانی فوق تخصصی شهید هاشمی‌نژاد تهران از ۱۳۸۳ به صورت آزمایشی در این مورد انجام شده است و از سال ۱۳۸۵ بر اساس دستورالعمل نحوه اداره بیمارستان‌های منتخب در جهت عادلانه کردن پرداخت‌ها و برقراری نظام صحیح پاداش‌دهی و ارزیابی کارکنان، اقدام به طراحی سیستم پرداخت بر مبنای عملکرد شده است. نتایج این بیمارستان نشان‌دهنده افزایش رضایت مشتریان و کارکنان، کاهش خطرات و حوادث کاری، کاهش روزهای غیبت کارکنان، افزایش میزان پذیرش بیماران درمانگاهی، اورژانسی، اکوکاردیوگرافی، آنژیوگرافی، سونوگرافی، پزشکی هسته‌ای و تعداد اعمال جراحی است (۶، ۲۱). همچنین پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج حاکی از افزایش میزان رضایت‌مندی بیماران است (۲۲). برخلاف تجربه‌های موفق در کشورهای دیگر، در کانادا به علت این که بسیاری از سازمان‌های دولتی بهداشت و درمان فاقد سیستم ارزشیابی دقیق عملکرد هستند، این سازمان‌ها در به کارگیری روش‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد موفق نبودند (۲۳).

در نظام درمانی ایران و از سالیان دور تجربه‌های مختلفی در این راستا وجود داشته است. در سال ۱۳۷۰ مصوبه‌ای در هیات دولت مطرح شد که به موجب آن به وزارت بهداشت و درمان اجازه داده شده که به منظور افزایش انگیزه کارکنان، بخشی از درآمدهای اختصاصی خود را به آنها پرداخت نماید که به موجب آن طرح کارانه در بیمارستان‌ها شکل گرفت. در سال ۱۳۷۴، به موجب قانون بیمه همگانی (بند ب تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۷۴) واحدهای بهداشتی، درمانی مجاز به هزینه کردن درآمدهای اختصاصی در امور جاری شدند که در نهایت به تدوین آیین‌نامه «نظام نوین اداره بیمارستان‌ها» انجامید. از سال ۱۳۸۲ طرح اصلاح ساختار بیمارستان‌های کشور به صورت پایلوت در برخی از بیمارستان‌های کشور اجرا شد که در مواردی در برگزیده نظام پرداخت عملکردی بود. پس‌از آن، لایحه مدیریت خدمات کشوری مواد ۲۲، ۵۸، ۵۹، ۶۷ و ۶۸؛ همچنین مواد ۱۹۲ و ۱۹۳ از برنامه سوم توسعه و مواد ۴۹، ۸۸، ۱۴۳ (بند ج)، ماده ۱۳۸ (بند الف و دال) از برنامه چهارم توسعه بر مدیریت عملکرد کارکنان و پرداخت کارمزدی تأکید داشته است (۲۴). همچنین در ماده ۳۲ (بند ج) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، نقشه تحول نظام سلامت اردیبهشت ۱۳۹۱ و سیاست‌های کلی نظام اداری ابلاغی مقام معظم رهبری (اردیبهشت ۱۳۸۹) نیز به عدالت و اجرای نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمارستان‌های کشور اشاره شده است. طرح تحول نظام سلامت در شرایطی

خدمات است (۱۱). برنامه‌هایی که فرصت پرداخت مشابه را برای همه کارکنان بی‌توجه به عملکرد فردی، یا سطح مسئولیت‌پذیری فراهم می‌کنند، عملکردهای بالا نادیده گرفته می‌شود و بر کارکنان با عملکرد پایین اثر می‌گذارد، این فعالیت با فلسفه شرکت‌های با عملکرد بالا سازگار نیست (۱۲). تعریف PRP آن‌طور که در ظاهر به نظر می‌رسد، در عمل ساده نیست. میرلس^۵ (۱۹۷۶) و هولمستروم^۶ (۱۹۷۹)، جزو اولین اشخاصی بودند که بر اهمیت و برتری PRP بر دیگر نظام‌های پاداش، زمانی که نظارت بسیار پرهزینه و ناکامل است، تأکید کرده‌اند (۸). رایت^۷ (۱۹۹۱) پرداخت مبتنی بر عملکرد را آن بخش از پاداش‌های مالی و غیرمالی افراد که مستقیماً با عملکرد فرد، تیم و یا شرکت ارتباط داده می‌شود، تعریف کرده است. پرداخت مبتنی بر عملکرد، مدل پرداختی است که سعی بر پاداش دادن به ابعاد اندازه‌گیری شده عملکرد دارد و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را در جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده توسط انگیزاننده‌های مالی تشویق می‌کند (۱۳، ۱۴).

مهم‌ترین مزیت PRP این است که این‌گونه نظام‌ها به‌طور قابل‌توجهی عملکرد سازمان را بدون آن که فشار مالی مضاعفی را بر آن وارد نمایند، بهبود بخشیده‌اند (۱۵). از مزایای دیگری که برای نظام‌های PRP ذکر شده‌اند، این حقیقت است که بدین‌وسیله افراد می‌توانند اهداف مدیران خود را بشناسند و این امر می‌تواند باعث بهبود بهره‌وری، سودآوری، کیفیت محصولات، انعطاف‌پذیری سازمان و روحیه کار تیمی در سازمان گردد (۱۶). از جمله مزایای دیگر جذب کارجویان بالقوه، نگهداری کارکنان، ایجاد انگیزش در کارکنان، پرداخت بر اساس مقررات قانونی، مهار کردن هزینه‌های سازمانی و ساده کردن اهداف استراتژیکی (۱۷). شمار برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سیستم سلامت در دنیا رو به افزایش است (۱۸). این برنامه‌ها در کشورهای مختلف به‌گونه‌های متفاوتی اجرا می‌شوند و نتایج متفاوتی دارند. برای مثال پیاده‌سازی این نظام در کشور انگلستان که یکی از جامع‌ترین برنامه‌های ملی پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح مراقبت‌های اولیه در دنیا را دارد، منجر به بهبود وضعیت ایمن‌سازی و آزمایش‌های غربال‌گری رحم و همچنین بهبود کیفیت خدمات ارائه شده نسبت به قبل از معرفی برنامه شده است (۱۹). در ترکیه نیز اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد منجر به افزایش بهره‌وری پزشکان و کاهش تعداد بیمار به‌ازای هر پزشک شده است. در کل، اجرای این سیستم در ترکیه رضایت‌بخش بوده و باعث پیشرفت موفقیت‌آمیز در ارائه خدمات

⁵ Mirless

⁶ Holmstrom

⁷ Right

جمله: اصلاح نظام‌های حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی)

(ب) بند (ج) ماده ۱۴۳ قانون برنامه چهارم توسعه

• به منظور اصلاح و بهبود مدیریت نیروی انسانی بخش دولتی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و دستگاه‌های اجرایی مذکور در ماده (۱۶۰) این قانون موظفانند اقدامات ذیل را به عمل آورند:

بندج- پیش‌بینی ضوابط و دستورالعمل‌های پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه‌گرایی و بهره‌وری به جای وقت‌مزدی

(ج) بند (ج) ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه

سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کم‌تر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

(د) ماده ۱۶ قانون مدیریت خدمات کشوری

به منظور افزایش بهره‌وری و استقرار نظام کنترل نتیجه و محصول (ستانده) و کنترل مراحل انجام کار و یا هر دو، جلوگیری از تمرکز تصمیم‌گیری و اعطای اختیارات لازم به مدیران برای اداره واحدهای تحت سرپرستی خود بر اساس آیین‌نامه‌ای که توسط سازمان تهیه و به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد دستگاه‌های اجرایی موظفانند اقدامات ذیل را به عمل آورند.

ب- تعیین شاخص‌های هدفمند و نتیجه‌گرا و استانداردهای کیفی خدمات و پیش‌بینی سازوکارهای نظارتی برای کنترل کمیت و کیفیت خدمات

ج- انعقاد تفاهم‌نامه با مدیران واحدهای مجری بر اساس حجم فعالیت‌ها و خدمات و قیمت تمام‌شده آن و تعیین تعهدات طرفین.

(د) ماده ۶ قانون ارتقا بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت

روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش‌های دولتی و غیردولتی در واحدهای مصرح در ماده (۱) این آیین‌نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد است. پرداخت در روش ثابت، بر اساس قوانین و ضوابط مورد عمل در بخش‌های مذکور و پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ‌های خدمات، در بخش دولتی بر اساس طرح نظام نوین بیمارستان‌ها و در بخش غیردولتی طبق روال حاکم خواهد بود.

زمستان ۹۶، دوره بیستم، شماره چهارم، پیاپی ۷۹

در دستور کار دولت یازدهم قرار گرفت که به‌واسطه آشفتگی مالی در نظام سلامت، مشارکت ناچیز دولت در هزینه‌های درمانی و پرداخت‌های غیررسمی برای خرید خدمات تشخیصی و درمانی، علی‌رغم حضور بیمه‌های پایه و مکمل در بازار سلامت، در حدود ۶۰٪ از هزینه‌ها مستقیماً از جیب مردم پرداخت می‌شد. این رقم در کشورهای توسعه‌یافته به‌طور متوسط کم‌تر از ۳۰٪ است. در مرحله اول طرح تحول سلامت، سهم مردم از هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های دولتی از حدود ۳۷٪ به متوسط ۸٪ کاهش یافت و پرداخت هزینه‌های دارویی و لوازم مصرفی پزشکی در خارج بیمارستان حذف شد. در ادامه تدوین و تصویب کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به‌عنوان یکی از راهبردهای اصلی برای برون‌رفت از وضع نابسامان پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌ها، مرحله سوم برنامه تحول نظام سلامت را رقم زد. در شرایطی که رضایتمندی مردم با اجرای فاز اول برنامه‌های تحول سلامت به بیش از ۷۰٪، افزایش یافت، بازنگری کتاب ارزش نسبی و به دنبال آن دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها به‌عنوان مکمل کتاب ارزش نسبی در دستور کار قرار گرفت تا اهداف متعالی بخش سلامت یعنی عدالت، بهره‌وری، کیفیت و دسترسی بیش‌ازپیش محقق شود.

این دغدغه که آیا نظام پرداخت کارانه، باعث رضایتمندی کارکنان شده و یا این که توانسته بهترین عملکرد را در کارنامه خود ثبت کند، باید مورد بررسی قرار گیرد و چنین چالش‌هایی، ضرورت بازنگری نظام نوین اداره بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد و بر این اساس سؤال اصلی گزارش حاضر درصدد بررسی اثربخشی و روند پیاده‌سازی نظام جدید پرداخت مبتنی بر عملکرد در مقایسه با نظام نوین اداره بیمارستان‌ها در طرح تحول نظام سلامت کشور از زمان اجرایی شدن آن از تاریخ ۱۳۹۳/۱۱/۰۱ تا تابستان ۱۳۹۵ است.

روش اجرا

گام اول: اسناد و مدارک بالادستی در پرداخت مبتنی بر عملکرد

مستندات قانونی مرتبط با برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

(الف) ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه

• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است، به‌منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی درمانی کشور، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

• مشتری‌مدار نمودن واحدهای بهداشتی درمانی از طریق اصلاح فرآیندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از

به‌گونه‌ای که تفاوت دریافتی یک پزشک برای انجام یک خدمت مشابه در این دو بخش تا ۱۲ برابر تفاوت داشت. تفاوت میان متخصصین و کارکنان به‌ویژه گروه پرستاری نیز بسیار قابل توجه بود به‌طوری‌که این تفاوت بالغ بر ۱۰ برابر می‌شد. در مراکز درمانی تک تخصصی قلب و چشم‌پزشکی این تفاوت قابل ملاحظه‌تر نیز می‌شد.

پیاده‌سازی قانون در شرف اجرای تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری، هرچند از سویی تفاوت درآمدی میان گروه پزشکی و پرستاری را کاهش می‌دهد؛ از سوی دیگر، تفاوت میان گروه پرستاری و سایر کارکنان شاغل در مرکز درمانی را نیز افزایش می‌دهد.

گام سوم: تحلیل ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد

- رویکرد مسابقه‌ای^۸ یا عملکرد نسبی^۹ یک مسئله اساسی در طراحی هر برنامه P4P، نحوه طراحی برای پاداش‌دهی جهت رسیدن به اهداف عملکردی از پیش تعیین شده (مانند: ۹۰٪ بیماران دارای بیماری X، تستی را در بازه زمانی T دریافت خواهند کرد) و یا پاداش‌دهی به سطوح بهبود از پیش تعیین شده (مانند رسیدن به Z درصد افزایش در نسبت بیماران با بیماری X که تست را دریافت می‌کنند، در بازه زمانی T تا T+1) است.

نمونه‌های مختلف دیگری نیز وجود دارد که برای پاداش‌دهی می‌توانند در نظر گرفته شوند. در این‌گونه رویکردها دستیابی به اهداف، به رفتار سایر ارایه‌کنندگان بستگی دارد. پاداش‌دهی می‌تواند به X درصد از بهترین ارایه‌کنندگان با استفاده از فرمول از پیش طراحی شده، صورت گیرد. به‌عنوان مثال، ۵٪ دارای بهترین عملکرد، ۵۰٪ از مبلغ پاداش، ۵٪ بعدی ۲۵٪ پاداش‌ها را دریافت می‌کنند و این فرمول ادامه می‌یابد. از این رویکرد، به نام رویکرد مسابقه‌ای برای جبران خدمات یاد می‌شود؛ زیرا ارایه‌کنندگان برای پاداش با یکدیگر رقابت می‌کنند. مسئله نهایی در ساختار پرداخت‌ها مربوط به استفاده از تنبیهات برای عملکردهای ضعیف بهبود نیافته در بازه زمانی T است.

از آن جاکه حد مطلوب آستانه برای اهداف عملکردی را نمی‌توان بسیار دقیق و مناسب، تعیین نمود؛ ارایه‌کنندگان قطعیت کم‌تری در زمینه پاسخ به این سؤال خواهند داشت که استراتژی‌های آن‌ها منجر به دریافت پاداش خواهد شد یا خیر. در نتیجه، اهداف عملکردی که ارایه‌کنندگان را نسبت به هم نوع مورد قضاوت قرار می‌دهد، ممکن است منجر به افزایش تلاش‌ها در ارایه‌کنندگان باراندمان

گام دوم: تحلیل وضعیت عدالت در توزیع درآمدها در بخش درمان کشور

تحلیل کارانه‌های پرداختی و گزارش‌ها و اطلاعات بیمارستان‌های دولتی کشور نشان می‌داد که وضعیت توزیع درآمدها قبل از شروع فاز سوم طرح تحول بسیار نامتوازن و ناعادلانه بود. در بررسی وضعیت توزیع درآمد، چگونگی باز توزیع در موارد ذیل قابل تأمل است:

- تفاوت درآمد میان گروه‌های مختلف پزشکی (به‌عنوان مثال، تفاوت میان پزشکان جراح و متخصصین داخلی).
- تفاوت درآمد پزشکان در بخش دولتی و غیردولتی.
- تفاوت درآمد پزشکان در مقابل پرستاران.
- تفاوت درآمد اعضای هیأت‌علمی در مقابل پزشکان غیر هیأت‌علمی شاغل در بخش دولتی.
- نحوه توزیع درآمد در هیچ‌یک از موارد فوق با کشورهای مورد بررسی در سطح دنیا همخوانی نداشت.

علت اصلی توزیع ناعادلانه درآمد در میان گروه‌های پزشکی به ساختار سازوکار پرداخت حاکم بر بخش درمان کشور مرتبط بود. این عدم توازن سبب شده بود که رشته‌های مانند اطفال، داخلی، روان‌پزشکی و عفونی از کم‌ترین میزان درآمد برخوردار باشند. این گروه‌ها ممکن بود اختلافی بین ۱۰ تا ۲۰ برابر با سایر گروه‌های پزشکی داشته باشند و حتی در برخی موارد، درآمد چنین متخصصینی با مجموع دریافتی‌های غیرمستمر (اضافه‌کار و کارانه) و مستمر یک پرستار در بخش دولتی برابری نماید. اشکال اساسی دیگر، به عدم تعادل میان ارزش‌های نسبی خدمات در بین رشته‌های مختلف پزشکی مرتبط بود. به این دلیل، برخی از رشته‌های طب دارای درآمدهای بالا و برخی با همان کارایی و یا حتی کارایی بیش‌تر دارای درآمد حداقلی بودند. علت دیگر عدم توازن در میزان دریافتی پزشکان هیأت‌علمی تمام‌وقت جغرافیایی و پزشکان تمام‌وقت غیرهیأت‌علمی مرتبط بود. بر اساس مصوبه هیأت وزیران به پزشکان هیأت‌علمی تمام‌وقت جغرافیایی ۲ برابر تعرفه‌های معمول، پرداختی صورت می‌گیرد و از سوی دیگر میزان سهم‌بری اعضای هیأت‌علمی تمام‌وقت (مطابق دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها) در مقابل هم‌تایان غیر هیأت‌علمی خودنیز در حدود ۵۰ تا ۱۰۰ درصد بالاتر بود. این درحالی است که این دسته از پزشکان از نظر حقوق ماهانه نیز دریافتی به‌مراتب بالاتری نسبت به اعضای غیر هیأت‌علمی دارند.

همچنین تفاوت قابل ملاحظه‌ای میان جز حرفه‌ای خدمات در بخش دولتی و خصوصی وجود داشت؛

⁸ Tournament

⁹ Relative Performance

بودجه‌ریزی ایجاد کند. اگر تعداد بیش از انتظاری از ارایه‌کنندگان به سطوح عملکردی تعریف‌شده برسند، هزینه‌ها ممکن است بیشتر از میزان پیش‌بینی شده یا بودجه‌ریزی شده باشد. این ریسک در مواقعی که مدارک خوب قبلی از عملکرد ارایه‌کنندگان در حیطه اهداف موجود نباشد، افزایش می‌یابد؛ بنابراین، اگر سطوح اهداف خیلی پایین‌تر در نظر گرفته شود، نسبت زیادی از ارایه‌کنندگان ممکن است قبل از به‌کارگیری نوآوری، به این سطوح عملکردی رسیده باشند.

چنین مشکلی در رویکرد مسابقه‌ای وجود نخواهد داشت؛ چون در این رویکرد مبلغ پاداش موجود قبل از به‌کارگیری نوآوری P4P، تعیین شده است؛ بنابراین، ریسک افزایش پاداش‌ها به بیش از مبلغ بودجه‌ریزی شده، پرداخت‌کنندگان را تهدید نخواهد کرد.

– رویکرد پاداش‌دهی به بهبود^{۱۲}

اهداف نسبی و ثابت عملکردی که تمایل به تنظیم استانداردهای بالا برای تمامی ارایه‌کنندگان دارند، ممکن است در همراهی ارایه‌کنندگانی که بازی را با فاصله بسیار زیاد از اهداف، شروع می‌کنند، با شکست روبه‌رو شود. در مقابل، مشوق‌های مالی مبتنی بر بهبود از آن‌جا که عملکرد گذشته ارایه‌کنندگان را مبنای پایه اهداف قرار می‌دهند، حتی ارایه‌کنندگانی را که عملکرد ضعیفی داشته‌اند، تحریک و تشویق به ارتقا می‌نمایند.

یک رویکرد جایگزین برای رویکرد پاداش‌دهی رسیدن به اهداف، تخصیص پاداش‌ها بر مبنای بهبود درصدی یا اسمی^{۱۳} در میزان کیفیت قبلی است. این رویکرد دارای مزیت ایجاد انگیزه برای ارایه‌کنندگان با عملکرد پایین جهت سرمایه‌گذاری در فرآیند بهبود کیفیت است.

در حقیقت در این رویکرد، شانس دریافت پاداش برای ارایه‌کنندگان با عملکرد پایین بیشتر از ارایه‌کنندگان با عملکرد بالاتر است. این رویکرد برای وضعیتی که پرداخت‌کنندگان اهمیت زیادی برای افزایش کیفیت مراقبت‌های ارایه شده توسط ارایه‌کنندگان با عملکرد پایین قایل باشند، مطلوب است (امکان ارتقا در بازه‌های پایین، امکان‌پذیرتر از بازه‌های بالا است). با این وجود، این رویکرد ممکن است برای ارایه‌کنندگانی که عملکرد بهتری دارند؛ ولی به خاطر امکان‌پذیر نبودن بهبود نسبی، قادر به دریافت پاداشی متناسب با عملکرد خوب خود نیستند، چندان عادلانه به‌نظر نرسد. این مسئله به‌ویژه در مواقعی که ارایه‌کنندگان در سطوح نزدیک به حداکثر، فعالیت می‌کنند و بنابراین شانس خیلی کمی برای دریافت پاداش دارند، حایز اهمیت است.

بالا شود؛ اما در عوض حداقل تلاش‌ها جهت بهبود در ارایه‌کنندگانی را ایجاد می‌کند که در دورترین نقاط از اهداف تعیین‌شده قرار دارند. مطالعاتی که بر معیارهای عملکردی نسبی متمرکز شده‌اند، توصیه می‌کنند که چنین رویکردی ممکن است باعث دلسردی در بسیاری از ارایه‌کنندگان شوند.

– رویکرد دستاورد مطلق^{۱۰} یا پاداش‌دهی برای رسیدن به معیارهای مشخص^{۱۱}

یک بحث اصلی درباره پاداش‌دهی برنامه‌های P4P جهت رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده، سهل بودن درک فرآیند پاداش‌دهی است. اهداف، باید برای ارایه‌کنندگان واضح و فرایند برنامه‌ریزی آن آسان باشد. به‌عنوان مثال، آن‌ها می‌دانند که اگر فرآیند پیگیری یک بیمار را به‌صورت اثربخشی دنبال نمایند، پاداش دریافت خواهند نمود. این رویکرد در نقطه مقابل رویکرد «مسابقه‌ای» قرار دارد که در آن ارایه‌کننده ممکن است سرمایه‌گذاری‌هایی را انجام داده و در سطوح بالاتر کیفیت به فعالیت پردازد، ولی به خاطر عملکرد بهتر سایر ارایه‌کنندگان، پاداشی دریافت نکند.

از دیدگاه ارایه‌کنندگان، عدم اطمینان از دریافت پاداش می‌تواند آن‌ها را از سرمایه‌گذاری در فرآیندهای بهبود کیفیت بازدارد. اهداف عملکردی ثابت، انگیزه بهبود ارایه‌کنندگان را فراتر از بالاترین هدف تعیین‌شده، ایجاد نمی‌کند. با این وجود، سه مانع اساسی در رویکرد پاداش‌دهی برای رسیدن به اهداف وجود دارد:

اولاً، ارایه‌کنندگانی که هم‌اکنون به سطح مطلوب رسیده‌اند، پاداش را به خاطر عملکرد و تلاش‌های گذشته خود دریافت می‌کنند و انگیزه اندکی برای بهبود خواهند داشت. این امر ممکن است برای خریدارانی که انتظار دارند، برنامه P4P آنان با بهبود کیفیت همراه شود، چندان رضایت‌بخش نباشد.

ثانیاً، بسته به اهداف تعیین‌شده، ارایه‌کنندگانی که در سطوح بسیار پایین عملکرد قرار دارند، انگیزه اندکی برای سرمایه‌گذاری برای بهبود کیفیت خواهند داشت. این امر در مواقعی که ارایه‌کنندگان بر این باور باشند که توانایی بهبود کافی برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده در مدت‌زمان مربوطه را ندارند، شایع خواهد بود؛ بنابراین، احتمال می‌رود استفاده از این رویکرد در صورتی اثربخش باشد که اهداف تعیین‌شده بالاتر از سطوح عملکردی فعلی بوده و بیشتر ارایه‌کنندگان احساس کنند که اهداف تعیین‌شده با تلاش‌های منطقی، قابل‌دستیابی باشد.

ثالثاً، این رویکرد می‌تواند مشکلاتی را برای نوآوری‌های P4P، از طریق پیچیده کردن فرآیند

¹² Rewarding Improvement

¹³ Percentage or Nominal Improvement

¹⁰ Absolute Achievement

¹¹ Rewarding the Achievement of Benchmarks

جدول ۱- مقایسه انواع متفاوتی از ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد

| نقاط منفی | نقاط مثبت | انواع اهداف عملکردی |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • غیر هزینه- اثربخشی: بیش‌تر پاداش‌ها به مجریان که هم‌اکنون عملکرد بالایی دارند، می‌رسد. • برای بهبود فراتر از بالاترین هدف هیچ انگیزه‌ای ایجاد نمی‌کند. • می‌تواند ارایه‌کنندگان ضعیف را دلسرد نماید. | <ul style="list-style-type: none"> • انتظارات روشن و واضح، عدم اطمینان را کاهش می‌دهد. • به ارایه‌کنندگان اجازه برنامه‌ریزی می‌دهد. | <p>رویکرد دستاورد مطلق یا پاداش‌دهی برای رسیدن به معیارهای مشخص</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارایه‌کنندگان اطمینان کم‌تری دارند که تلاش‌های آن‌ها به پاداش منجر خواهد شد. • می‌تواند ارایه‌کنندگان با عملکرد ضعیف را دلسرد نماید. | <ul style="list-style-type: none"> • می‌تواند رقابت در میان ارایه‌کنندگان با عملکرد بالا را افزایش دهد. | <p>رویکرد مسابقه‌ای</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • ارایه‌کنندگانی که هم‌اکنون عملکرد بالایی از خود نشان داده‌اند، فضای کم‌تری برای بهبود دارند. • ارایه‌کنندگانی با عملکرد ضعیف نسبت به بقیه پاداش بیش‌تری دریافت می‌کنند. | <ul style="list-style-type: none"> • ارایه‌کنندگان با عملکرد ضعیف را تشویق به بهبود می‌کند. • هدف‌گذاری در بهبودی مطلق، عدم اطمینان را کاهش می‌دهد. | <p>رویکرد پاداش‌دهی به بهبود</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • با پیچیدگی و هزینه افزوده‌شده در آن، ارایه‌کنندگان با عملکرد ضعیف می‌توانند پاداش‌های بیش‌تری را نسبت به ارایه‌کنندگان با عملکرد عالی، دریافت کنند. | <ul style="list-style-type: none"> • توافق بر سر اهداف در میان تمامی ارایه‌کنندگان را تشویق می‌کند. | <p>ترکیبی از دو و یا بیش‌تر از دو نوع هدف عملکردی</p> |

گام چهارم: تعیین میزان پرداخت‌ها در پرداخت مبتنی بر عملکرد

دومین مسئله اساسی در طراحی برنامه‌های P4P، تعیین میزان پرداخت‌ها در صورت رسیدن به اهداف بهبود و ارتقاء است. این امر را می‌توان به صورت مبلغ مشخص یا درصدی از درآمد پزشکان تعیین نمود. «میزان صحیح»^{۱۴} در صورت رسیدن به نتایج مطلوب، بسته به ساختار پرداخت‌ها و نحوه استفاده از پرداخت‌ها در سطح گروه‌های پزشکی، متفاوت است.

اندازه مشوق‌های مالی یک موضوع کلیدی است. مشوق‌هایی که بسیار کم و کوچک هستند، در القای تغییرات رفتاری، از امکان موفقیت بسیار پایینی برخوردارند. معمولاً در چنین شرایطی، ریسک ارایه‌کنندگان بسیار محدود است. به عنوان مثال، میزان مبلغ حاصل شده در بسیاری از برنامه‌های P4P، محدود به ۵ تا ۱۰ درصد از پرداخت‌های ارایه‌کنندگان است. این میزان به این معنی است که این بیش‌ترین میزانی است که یک ارایه‌کننده در صورت عملکرد ضعیف از دست خواهد داد. این روش در اغلب موارد محدود است.

از طرف دیگر، مشوق‌هایی که بسیار زیاد یا بزرگ هستند دارای ریسک بالارونده^{۱۵} هستند و می‌توانند رفتارهای انسانی را در راستای به حداکثر رسیدن کیفیت^{۱۶} تغییر دهند. در مقابل، چنین مشوق‌هایی می‌توانند مراقبت‌های غیرهزینه- اثربخش و نامناسب را ترویج، هنجارهای کارگروهی بالینی را تضعیف و زمینه دستکاری و سوءاستفاده از نظام‌های سنجش عملکرد را تشویق نماید و

در نهایت، یک برنامه P4P را غیراقتصادی و غیرصرفه‌جویانه جلوه دهد و اهداف آن را به طور کلی، خدشه‌دار نماید. ارایه‌کنندگان مختلف، به یک مشوق مشابه به شیوه‌های متفاوتی پاسخ می‌دهند و این موضوع، مبحث میزان پرداخت‌ها را پیچیده‌تر می‌کند.

برخی از نتایج مطالعات پیشنهاد می‌کنند که مشوق‌های مالی در حداقل ممکن، می‌بایست ۱۰٪ درآمد کلی پزشکان باشد. به هر حال، واکنش‌های یک ارایه‌کننده به یک مشوق مالی اساساً نه تنها به اندازه مطلق مشوق، بلکه به اندازه خالص آن نیز بستگی دارد. فرض کنید که یک ارایه‌کننده بتواند بابت پیاده‌سازی ثبت الکترونیکی بیماران با هزینه ۱۰۰ هزار دلار، ۹۰ هزار دلار پاداش دریافت کند، در صورتی که این جایزه به علاوه سایر مزایای ناشی از اجرای ثبت الکترونیکی بیماران، حداقل برابر با هزینه اجرای این برنامه نباشد، پاداش و مشوق هیچ تأثیری بر روی رفتار ارایه‌کنندگان نخواهد داشت. در چنین شرایطی، برای این که این ارایه‌کننده رفتار خود را تغییر دهد، باید پاداشی بیش از ۱۰۰ هزار دلار، دریافت نماید. به عبارت دیگر، برای تغییر رفتار یک ارایه‌کننده، درآمد خالص فرد^{۱۷} (RN) باید مثبت شود. به عبارت دیگر، انگیزه مالی واقعی (RA) باید بیش‌تر از

$$RN = RA - CC \text{ باشد: (CC) باشد}$$

این بینش با توجه به این که ارایه‌کنندگان هزینه‌های انطباق متفاوتی دارند، حایز اهمیت است. با این وجود، یک کار آزمایشی بالینی جدیداً منتشر شده در خصوص برنامه‌های P4P نتیجه‌گیری نموده است که هیچ‌یک از گزارش‌های منتشر شده، میزان هزینه جهت دستیابی به استانداردهای عملکردی را در نظر نگرفته‌اند.

¹⁴ Right Amount

¹⁵ Upside Risk

¹⁶ Quality Maximizing

¹⁷ Net Revenue

جدول ۲- مقایسه میزان‌های مختلف پرداخت

| نقاط منفی | نقاط مثبت | حجم مشوق‌های مالی |
|--|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ممکن است در القای توافق میان ارایه‌کنندگان، شکست بخورد. پاداش‌ها ممکن است به کسانی برسد که در حال حاضر عملکرد خوبی دارند. | <ul style="list-style-type: none"> طرح P4P را اقتصادی و صرفه جویانه می‌کند. ایجاد توافق میان ارایه‌کنندگانی که می‌توانند با کم‌ترین هزینه، کار کنند را تشویق می‌کنند. | متوسط |
| <ul style="list-style-type: none"> طرح P4P را کم‌تر صرفه جویانه می‌کند. ممکن است هزینه- اثربخش نباشد. | <ul style="list-style-type: none"> القای توافق وسیع‌تر را محتمل‌تر می‌سازد. | زیاد |

نمایند. چنین بازدارنده‌هایی باید صرفاً مرتبط باشند، بدین معنی که ارایه‌کنندگان ناسازگار می‌توانند بی‌ضرر باشند؛ اما باید پرداخت به آن‌ها کم‌تر از ارایه‌کنندگان سازگار صورت گیرد. یک گزینه بسیار بحث‌برانگیز کاهش پرداخت به ارایه‌کنندگان ناسازگار و متخلف است. بدون اعمال مجازات مالی و گزینه‌های تنبیهی، P4P تنها می‌تواند هزینه‌های سلامت را افزایش دهد.

عوامل مهم دیگری در این میان اهمیت دارد که عبارت‌اند از به‌هنگام بودن و تناوب و تکرار پاداش‌ها. جمع‌آوری داده‌های معتبر، زمان‌بر می‌باشند؛ اما تأخیر زمانی بین رفتار مطلوب و پاداش‌ها، ارزش این پاداش‌ها را کاهش می‌دهد. برخی از برنامه‌های P4P، می‌توانند پاداش‌ها را تا ۶ ماه با تأخیر پردازند. به همین ترتیب، خریداران ممکن است خواهان اصلاح حجم یا سایر جنبه‌های پاداش‌های مالی بر مبنای اطلاعات جدید، باشند. به‌هرحال، تغییرات مکرر در اهداف عملکردی یا مشوق‌های مالی، اعتبار و ارزش پاداش‌ها را کاهش می‌دهد.

فاکتور دیگری که کیفیت مشوق‌های مالی را پیچیده‌تر می‌کند، اهداف درآمدی ارایه‌کنندگان است. همان‌طور که دکتر دادلی^{۱۸}، استاد پزشکی در دانشگاه سان‌فرانسیسکو کالیفرنیا و پژوهشگر برجسته در زمینه طرح‌های P4P، عنوان کرده است؛ ارایه‌کنندگانی که با رسیدن به اهداف عملکردی، درآمدی هم‌سطح و یا نزدیک به سطح هزینه‌های انجام‌شده خود را دریافت خواهند نمود، با احتمال بسیار کم‌تری ممکن است نسبت به ارایه‌کنندگانی که می‌توانند درآمدهای بیش‌تری نسبت به هزینه‌ها داشته باشند، به این طرح‌ها واکنش مثبت نشان دهند.

پاسخ به این سؤال که چگونه یک طرح P4P با ارایه‌کنندگان سازگار و غیرسازگار برخورد می‌کند، کمی دشوار است؟

یک راه برای تشویق سازگاری بیش‌تر ارایه‌کنندگان، اطمینان یافتن از این موضوع است که بازدارنده‌ها برای متخلفین به‌اندازه کافی بزرگ طراحی شود تا ارایه‌کنندگان را به سرمایه‌گذاری جهت تحقق اهداف عملکردی تشویق

جدول ۳- مقایسه پاداش‌ها و مجازات در پرداخت مبتنی بر عملکرد

| نقاط منفی | نقاط مثبت | انواع مشوق‌های مالی |
|---|---|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> افزایش هزینه‌ها حفظ ارایه‌کنندگان با عملکرد ضعیف (عدم تشویق در جهت دستیابی به اهداف کیفیت) ایجاد انگیزه‌هایی برای بازی با سیستم از طریق نفی مشارکت در برنامه. | <ul style="list-style-type: none"> مقاومت کم‌تر ارایه‌کنندگان پاداش به عملکردهای بهتر و عالی‌تر تشویق ارایه‌کنندگانی با عملکرد ضعیف برای سرمایه‌گذاری در بهبود | تنها پاداش |
| <ul style="list-style-type: none"> افزایش احتمال مقاومت ارایه‌کنندگان ایجاد انگیزه‌هایی برای بازی با سیستم از طریق دست‌کاری اطلاعات | <ul style="list-style-type: none"> جریمه کردن عملکردهای ضعیف پاداش دادن به عملکردهای بهتر تشویق عملکردهای ضعیف برای سرمایه‌گذاری در بهبود | پاداش‌ها و مجازات |

جدول ۴- مقایسه میزان به‌روزرسانی‌های مختلف در پرداخت مبتنی بر عملکرد

| نقاط منفی | نقاط مثبت | میزان به‌روزرسانی |
|--|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> هزینه‌های سازگاری را برای ارایه‌کنندگان افزایش می‌دهد. مقاومت ارایه‌کننده را تشویق می‌سازد. | <ul style="list-style-type: none"> استفاده از آخرین مدارک علمی استفاده از هزینه اثربخش‌ترین انگیزاننده‌های باکیفیت را ممکن می‌سازد. | همیشگی |
| <ul style="list-style-type: none"> به مراقبت‌های پایین‌تر از حد بهینه، پاداش می‌دهد. هزینه اثربخشی را کاهش می‌دهد. | <ul style="list-style-type: none"> به‌طور قابل پیش‌بینی به ارایه‌کنندگان اجازه برنامه‌ریزی می‌دهد. | بسیار کم |

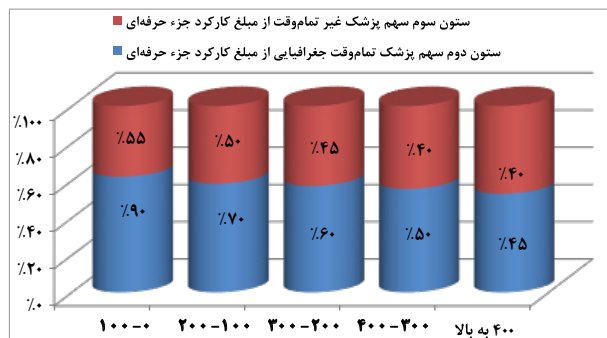
¹⁸ R.Adams Dudley

- افزایش انگیزه پزشکان جهت کار و فعالیت بیش تر.
- افزایش تمایل برای فعالیت تمام‌وقت پزشکان و اعضای هیأت‌علمی در بخش دولتی.
- نزدیک شدن درآمد پزشکان در رشته‌های مختلف تخصصی.
- بیش‌ترین حمایت ممکن از رشته‌های کم‌درآمد.
- مدیریت بهینه دریافتی پزشکان در بخش دولتی.
- کاهش فاصله دریافتی پزشکان متخصص و کارکنان غیرپزشک به‌ویژه گروه پرستاری.
- ارتقاء کیفیت بالینی و آموزشی پزشکان و اعضای هیأت‌علمی.

بخش عمده‌ای از عدالت در دریافتی رشته‌های تخصصی فوق تخصصی با اصلاح کتاب ارزش نسبی محقق گردید، در همین راستا، دستورالعمل پرداخت عملکردی جایگزین نظام نوین اداره بیمارستان‌ها گردید تا این هدف بیش از پیش محقق گردد.

در سیستم جدید برای محاسبه کارانه پزشکان، از سیستم پلکانی استفاده گردید، به‌گونه‌ای که با افزایش میزان کارکرد پزشک، دریافتی وی کاهش می‌یابد.

– محاسبه کارانه پزشکان به روش پلکانی در دستورالعمل پرداخت عملکردی



در این روش جدید، بیش‌ترین حمایت از رشته‌های کم‌درآمد که اغلب در پله اول درآمدی قرار می‌گیرند، صورت خواهد گرفت و فاصله درآمدی پزشکان در رشته‌های تخصصی را به‌شدت کاهش می‌دهد. از دیگر ویژگی‌های دستورالعمل جدید تعریف ضریب کیفی عملکرد برای پزشکان است. بر این اساس، نتایج محاسبه پلکانی کارانه پزشکان و اعضای هیأت‌علمی با اعمال ضریب کیفی تعدیل می‌گردد.

گام ششم: تعیین شاخص‌ها و نحوه سنجش عملکرد در سطح بخش‌های بیمارستان

با تشکیل و تفکیک بخش‌ها و واحدها در سطح بیمارستان، مهم‌ترین موضوعی که می‌بایست به آن پاسخ داد، نحوه سنجش عملکرد بخش‌ها است. اهمیت این موضوع وقتی مشخص می‌شود که بدانیم شناخت عملکرد و مهم‌تر از آن، ارزیابی عملکرد بخش‌ها، موضوعی بسیار پیچیده و دشوار است.

گام پنجم: طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد برای کارکنان غیرپزشک و پزشکان و اعضای هیأت‌علمی

الف) کارکنان غیرپزشک

۱) در سطح بخش

از بارزترین ویژگی‌های دستورالعمل جدید، مرتبط نمودن عملکرد بخش‌ها به دریافتی کارکنان غیرپزشک است. برای این منظور هر بیمارستان بسته به فعالیت‌های تشخیصی و درمانی و ساختار سازمانی خود به تعدادی زیادی بخش یا واحد مستقل و پاسخگو تفکیک شده است.

– مدل باز توزیع در دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک

این تفکیک از چند منظر اهمیت فراوانی دارد:

- ایجاد روحیه کار تیمی و ترویج فرهنگ خودکنترلی جهت ارتقاء عملکرد کمی و کیفی و تعدیل نظارت‌های بیرونی.
- عملکردی شدن پرداخت‌ها متناسب با افزایش یا کاهش عملکرد بخش.
- از بین رفتن محدودیت‌های موجود برای مسئولین واحدها جهت پرداخت پاداش به کارهای مضاعف و کارکنان ساعی.
- مدیریت نیروی انسانی.
- دخالت و مشارکت مستقیم مسئولین بخش‌ها و واحدها در تنظیم دریافتی کارکنان خود.

۲) در سطح فرد

برای باز توزیع در سطح هر واحد و بخش، عملکرد افراد با پنج ملاک زیر سنجیده می‌شود:

- شاخص اول: امتیاز حضور
- شاخص دوم: ضریب کیفی عملکرد فرد
- شاخص سوم: امتیاز شغل
- شاخص چهارم: امتیاز مدرک تحصیلی
- شاخص پنجم: امتیاز سابقه خدمت

مهم‌ترین ملاک در بین شاخص‌های پنج‌گانه مذکور، امتیاز حضور است. برای رفع کمبود نیروی انسانی بیمارستان‌ها، امتیاز حضور غیرموظف ۲/۵ اعمال می‌شود که سبب می‌شود افرادی که حضور غیرموظف در بیمارستان دارند، علاوه بر مبلغ اضافه‌کار خود مطابق تایمکس، کارانه غیرموظف نیز دریافت نمایند.

ب) پزشکان

پرداخت عملکردی پزشکان و اعضای هیأت‌علمی به‌عنوان گام مکمل کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت طراحی شد. اهداف ذیل در طراحی دستورالعمل پرداخت عملکردی پزشکان و اعضای هیأت‌علمی، دنبال شد:

- قطع ارتباط مستقیم مالی بیمار و پزشک و حذف پدیده زیرمیزی.

تأثیری در دریافتی کارکنان نداشته باشد و تعارض منافع به حداقل ممکن کاهش یابد.

– درآمد بخش به‌عنوان کلیدی‌ترین شاخص اندازه‌گیری عملکرد در سطح بیمارستان

تمامی بخش‌ها برحسب سختی کار رتبه‌بندی و دریافتی‌های قبلی کارکنان بر اساس جدول سختی تعدیل گردید تا بخش‌های سخت و زیان‌آور بدون در نظر گرفتن درآمد بخش، دریافتی بالاتری داشته باشند. در نهایت، به علل متعدد از جمله غیر عملکردی بودن اضافه‌اری، مدیریت بهتر منابع مالی و ایجاد شفافیت و انضباط مالی، مبالغ اضافه‌کاری به همراه کارانه تعدیل شده جمع و بر درآمد فعلی بخش‌ها تقسیم و به‌این ترتیب برای هر بخش درصدی از درآمد بخش خود تعیین شد. لازم به ذکر است که این درصد تا یک سال ثابت و با افزایش یا کاهش نیروی انسانی ثابت خواهد ماند.

همان‌طور که تأکید شد بر بُعد اثربخشی عملکرد تأکید شد و برای تمامی بخش‌ها و واحدها شاخص‌های کیفی تدوین و بر اساس آن ضریب کیفی عملکرد بخش محاسبه شد تا بر اساس آن حدود ۴۰٪ میان عملکردی کیفی خوب و بد تفاوت ایجاد شود. به این ترتیب، بخش‌ها با اقدامات ذیل می‌توانند دریافتی خود را افزایش دهند:

- ثبت دقیق خدمات ارائه‌شده در بخش.
- مراقبت از تعداد بیشتر بیماران.
- بهبود شاخص‌های کیفیت عملکرد بخش.
- افزایش درآمد بیمارستان برای واحدهای پشتیبانی.

اختیارات بازتوزیع این درآمد که حاصل ضرب درآمد پایان ماه هر بخش در درصد سهم مربوطه و ضریب کیفی عملکرد بخش است، جهت مدیریت به مسئول واحدها و بخش‌ها واگذار می‌شود.

گام هفتم: ابلاغ دستورالعمل جدید پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و کارکنان غیرپزشک

دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و کارکنان غیرپزشک، به‌عنوان خروجی این بسته خدمتی طرح تحول نظام سلامت در فاز سوم، از تاریخ ۱۳۹۳/۷/۱ لغایت ۱۳۹۴/۳/۳۱ به‌صورت آزمایشی اجرا و در ۲۶ بهمن‌ماه ۱۳۹۳ ابلاغ شد.

گام هشتم: برگزاری دوره‌های آموزشی جهت استقرار دستورالعمل جدید

جهت آموزش و استقرار دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک و پزشکان و اعضای هیات‌علمی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بیمارستان‌های تابعه؛ جلساتی آموزشی متعددی برگزار شد. افراد ذیل می‌بایست در این کلاس‌ها شرکت می‌کردند:

زمستان ۹۶، دوره بیستم، شماره چهارم، پیاپی ۷۹

عملکرد بخش‌های بیمارستان مانند هر سازمان دیگر با دو واژه زیر بنایی کارایی^{۱۹} و اثربخشی^{۲۰} تعریف می‌شود.

– شاخص‌های اندازه‌گیری عملکرد در سطح بخش‌های بیمارستان

مبحث سنجش عملکرد، سابقه نسبتاً طولانی دارد و مدل‌های مختلفی برای دستیابی به این هدف، طراحی و اجرا شده است که هر کدام بُعدی از ابعاد مختلف عملکرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. هدف نهایی این مدل‌ها، اندازه‌گیری کارایی و بهره‌وری و کیفیت خدمات در ابعاد بالینی و غیربالینی بوده است. ارزیابی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی در هر دو حیطه بالینی و غیربالینی صورت می‌گیرد.

چهار شاخص میانگین مدت اقامت بیمار، ضریب اشغال تخت، فاصله گردش تخت و درآمد بخش به‌عنوان شاخص‌های ارزیابی عملکرد در حیطه غیربالینی (مالی و کارایی) مورد استفاده قرار گرفته‌اند. میزان درآمد بخش یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که بهره‌وری بخش‌های بالینی را به‌طور مستقیم نشان می‌دهد. شاخص‌های بهره‌وری تخت مانند مدت اقامت (ALOS)^{۲۱}، تخت روز اشغالی^{۲۲}، فاصله گردش تخت^{۲۳} و نسبت گردش تخت^{۲۴} هر یک به‌تنهایی یا به‌طور ویژه در ترکیب با یکدیگر، به‌طور غیرمستقیم ولی مؤثر، عملکرد را در سطح بخش‌های تشخیصی و درمانی بیمارستان نشان می‌دهند. مشکل شاخص درآمد بخش آن است که ممکن است به‌القائه غیرضروری دارو و تجهیزات، آزمایش‌ها، خدمات تصویربرداری و افزایش مدت اقامت بیماران منجر شود. شاید استفاده از شاخص‌های غیرمالی مانند شاخص بهره‌وری تخت (ترکیب سه شاخص درصد اشغال تخت، گردش تخت و مدت اقامت) مشکل شاخص درآمد را نداشته باشد؛ اما در عوض، مشکل این شاخص‌ها این است که بهره‌وری را به‌طور غیرمستقیم نشان می‌دهند و خود می‌تواند زمینه‌القائه غیرضروری را فراهم کنند. به‌عبارت‌دیگر، در واحدهای پشتیبانی بیمارستان، کاهش یا افزایش درآمد بیمارستان سبب تغییر در میزان دریافتی کارکنان مربوطه می‌شود. دارو و لوازم مصرفی نیز به‌طور کلی از درآمد بخش و بیمارستان حذف شد تا افزایش یا کاهش مصرف یا قیمت این اقلام

۱۹ انجام کارها به نحو صحیح و شایسته (درست)

۲۰ انجام کارهای درست و صحیح.

۲۱ متوسط مدت اقامت بیماران عبارت است از متوسط دوره‌ای که هر بیمار پذیرش شده در بیمارستان بوده است (برحسب روز). یعنی متوسط تعداد روزهایی که به هر بیمار بستری ارائه خدمت شده است.

۲۲ مجموع روزهایی که تخت‌های یک بخش در یک دوره زمانی (مثلاً یک ماه) اشغال بوده است. مجموع تخت‌های اشغال شده روزانه در طول زمان معین یعنی تعداد تخت‌هایی است در طول یک روز توسط بیماران اشغال شده است. این شاخص همان تخت روز بستری است.

۲۳ این شاخص نشان‌دهنده متوسط فاصله بین ترخیص یک بیمار و پذیرش بیمار بعدی برای هر تخت برحسب روز (یا ساعت) می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر، مدتی است که یک‌تخت در فاصله بین دو پذیرش خالی می‌ماند.

۲۴ نسبت گردش تخت حاکی از میانگین تعداد بیمارانی است که از تخت معینی در طول یک‌فاصله زمانی معین که قاعدتاً یک سال است استفاده می‌کنند.

بیمارستان برای برنامه‌ریزی تأمین نیروی انسانی در ساعات غیرموظف.

- افزایش مشارکت کارکنان برای فعالیت در بخش‌های با سختی کار بیشتر مانند اورژانس.
- بهره‌مندی تمامی کارکنان بیمارستان با هرگونه رابطه‌استخدامی از مزایای درآمد اختصاصی بیمارستان‌ها.
- افزایش قابل توجه پزشکان تمام‌وقت در بیمارستان‌های دانشگاهی.

• افزایش دریافتی مجموع کارکنان بخش در نتیجه افزایش عملکرد بخش.

- کاهش اتلاف درآمد بیمارستان از طریق ثبت دقیق خدمات و ساماندهی نظام درآمدی بیمارستان‌ها.
- کاهش کسورات بیمارستانی.

• لحاظ نمودن کیفیت در دریافتی کارکنان با اعمال ضریب ارزشیابی کیفی عملکرد (مانند شاخص رضایت بیماران).

• انتخاب شاخص مؤثر کمی نشان‌دهنده عملکرد بخش و مرتبط نمودن آن با پرداخت کارکنان شاغل در آن بخش

• هویت‌بخشی مجزا به تک‌تک بخش‌ها و واحدهای بیمارستان

• لحاظ نمودن سختی مراقبت در پرداختی و ایجاد انگیزه جهت کار در بخش‌ها و واحدهای سخت‌تر و دشوارتر.

• هویت دادن به کار تیمی

• عدالت در توزیع پرداخت‌ها متناسب با میزان افزایش عملکرد و کیفیت خدمات.

• افزایش بهره‌وری منابع و شکوفایی اقتصادی بیمارستان

دستورالعمل پرداختی مبتنی بر عملکرد (دستورالعمل جدید) و نظام نوین اداره بیمارستان‌ها (دستورالعمل قبلی)

در دو بخش کارکنان غیرپزشک و پزشک در قالب جداول ۶ و ۷ مقایسه شده‌اند تا به درک بیشتر ابعاد تغییرات داده‌شده در دستورالعمل جدید، کمک کنند.

- مدیر مالی دانشگاه/ دانشکده
- کارشناس کارگروه توزیع درآمد اختصاصی
- دبیر کارگروه توزیع درآمد اختصاصی
- مدیر پرستاری دانشگاه/ دانشکده

گام نهم: ارزشیابی بیمارستان‌های مجری دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد

دبیرخانه کارگروه، بر اساس عملکرد هر بیمارستان در هر مورد، امتیاز بیمارستان را تعیین می‌نمایند.

در این ارزیابی از ۱ تا ۵ امتیاز به عملکرد بیمارستان‌ها داده می‌شود که منظور از امتیاز ۵ این است که بیمارستان موضوع مورد ارزیابی را به بهترین کیفیت انجام داده و می‌تواند به‌عنوان یک الگو مطرح باشد. کسب امتیاز ۴ یعنی آن که بیمارستان، ۸۰-۷۰ درصد معیارهای عملکرد عالی را دارا است. کسب امتیاز ۳ یعنی بیمارستان مربوطه ۵۰٪ معیارهای عملکرد عالی را دارا است. کسب امتیاز ۲ یعنی آن که بیمارستان دارای عملکرد غیرقابل توجه است و در نهایت، کسب امتیاز ۱ به معنی این است که واحد فاقد عملکرد مربوطه است.

دستاوردها

برخی از دستاوردهای پیاده‌سازی و اجرای دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد در زیر تشریح شده است:

- استقرار دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد در ۷۲٪ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و ۷۰٪ بیمارستان‌های کشور.
- افزایش ۲/۹ برابری کارانه برای کارکنان به‌طور متوسط در بیمارستان‌های مجری دستورالعمل.
- کاهش فاصله دریافتی پزشکان متخصص و کارکنان: نسبت دریافتی کلی (حقوق و کارانه) پزشک متخصص به گروه پرستاری (حقوق و پرداخت عملکردی) در کل کشور به‌طور متوسط ۴/۵ به یک است.
- مدیریت بهینه منابع انسانی در بیمارستان‌ها.
- افزایش تقاضا کارکنان برای مشارکت در پوشش ساعات غیرموظف بیمارستان‌ها و کاهش مشکلات

جدول ۵- مقایسه ویژگی‌های دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد و دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها در پزشکان

| ردیف | عوامل | نظام نوین (دستورالعمل قبلی) | پرداخت عملکردی (دستورالعمل جدید) |
|------|---|-----------------------------|----------------------------------|
| ۱ | ایجاد عدالت در دریافتی پزشکان در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی مختلف | +/- | +++ |
| ۲ | ایجاد عدالت در دریافتی پزشکان متخصص و پرستاران | +/- | ++ |
| ۳ | ارتباط میان کیفیت عملکرد درمانی پزشک و میزان دریافتی | +/- | ++ |
| ۴ | ارتباط میان رضایت بیماران و دریافتی پزشک | +/- | ++ |
| ۵ | ارتباط میان کیفیت عملکرد آموزشی عضو هیأت‌علمی و میزان دریافتی | +/- | ++ |
| ۶ | حمایت از رشته‌های پزشکی کم‌درآمد | +/- | +++ |
| ۷ | تقویت تمام‌وقتی پزشکان در بخش دولتی | + | ++ |

(+/- بدون تأثیر + تأثیر کم ++ تأثیر زیاد +++ تأثیر خیلی زیاد)

جدول ۶- مقایسه ویژگی‌های دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد و دستورالعمل نظام نوین اداره بیمارستان‌ها در کارکنان غیرپزشک

| ردیف | عوامل | نظام نوین (دستورالعمل قبلی) | پرداخت عملکردی (دستورالعمل جدید) |
|------|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| ۱ | مراقبت از تعداد بیش‌تر بیمار یا ارایه خدمات بیش‌تر به بیماران | +/- | + |
| ۲ | ارایه خدمت در بخش‌های دشوار و با مخاطره شغلی | +/- | ++ |
| ۳ | امکان ایجاد تفاوت میان کارکنان با عملکرد متفاوت | + | +++ |
| ۴ | ارتباط میان نوع رابطه استخدامی و میزان دریافتی | ++ | +/- |
| ۵ | ارتباط میان میزان حضور و دریافتی | + یا +/- | +++ |
| ۶ | ارتباط میان کیفیت عملکرد بخش و میزان دریافتی | +/- | ++ |
| ۷ | ارتباط میان رضایت بیماران و دریافتی کارکنان | +/- | ++ |
| ۸ | ارتباط میان ثبت دقیق خدمات و کاهش کسورات و میزان دریافتی | +/- | ++ |
| ۹ | ارتباط میان تغییر درآمد بخش و میزان دریافتی کارکنان | +/- | ++ |
| ۱۰ | میزان مشارکت و نقش مسئولین بخش‌ها در تنظیم دریافتی کارکنان و پرهیز از اعمال سلیقه | +/- | +++ |

(+/- بدون تأثیر + تأثیر کم ++ تأثیر زیاد +++ تأثیر خیلی زیاد)

شایستگی، نشان دادن اهمیت عملکرد و شایستگی کارکنان سازمان و در نهایت عادلانه بودن سیستم پرداخت پاداش بر اساس عملکرد و میزان مشارکت افراد در بسیاری از سازمان‌ها مورد توجه قرار گرفته است (۲۷) لذا همسوسازی اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با پرسنل خود در مراکز درمانی و بیمارستان‌های کشور از طریق یک نظام مالی هماهنگ می‌تواند به کنترل و نظارت بیشتر در جهت افزایش کیفیت خدمات سلامت و بهبود بهره‌وری و کارایی نظام سلامت به‌طور کلی منجر شود.

بررسی‌های اخیر کشوری همچون آمریکا در آمریکا نشان می‌دهد طرح‌های اولیه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سراسر این کشور به‌وسیله برنامه‌های گوناگون بخش سلامت و برنامه‌های بیمه عمومی که متجاوز از صد مورد است، ضمانت می‌شود (۲۵، ۲۶). در حال حاضر اغلب پزشکان و بیمارستان‌های آمریکا طرفدار روش پرداخت مبتنی بر عملکرد هستند و آن را برنامه‌ای انگیزشی در راستای افزایش کارایی می‌دانند. به‌طور کلی پرداخت مبتنی بر عملکرد، به دلیل افزایش انگیزه کارکنان برای انجام بهتر وظایف و توسعه

References

- 1- Roberts M. Health System Reform. Trans. Ahmadvand AR [Persian]. Tehran: Ebnesima Cultural Institute Publications; 2006.
- 2- Nazari A. Performance appraisal of health service managers in Semnan and Mazandaran and providing appropriate pattern. [Persian]. J Quazvin Univ Med Sci. 2(8):48-57.
- 3- Jahani F, Farazi A, Rafeei M, Jadidi R, Anbari Z. Job satisfaction and its related factors among hospital staff in Arak in 2009. [Persian]. Arak Med Univ J. 2010;13(1):32-9.
- 4- Najafi S, Ahmadi F, Mohammad J, Bagheri M, Asgari M. Job satisfaction of nurses in shahed beheshti hospital [Persian]. Shahid Beheshti J Nurs Midwifery. 2005;51(15):50-8.
- 5- Ramazani A, Miri M. Work assessment and causes of cutting relationship with health services of birjand university of medical sciences [Persian]. J Birjand Univ Med Sci. 2003;10(1):39-45.
- 6- Raiisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Pay for performance in Shahid hasheminezhad hospital [Persian]. Health System. 2010;2(1):27-36.
- 7- Witter S. Health economics for developing countries. Tehran: High Institute of Education, Management and Planning Publications; 2005.
- 8- Movahedi M. Pay-per-performance model with an emphasis on socio-cultural characteristics of Iran (Case study: the staff of universities in Tehran city). Tehran: Allameh Tabatabai University; 2012.
- 9- Philipine Institute for Development Studies. Financing Reform: Issues and Updates Development Research News. 1998;98(6).
- 10- Booklet on the the health transformation plan, Payment Based Performance.
- 11- Milkovich GT, Newman JM. Compensation. 9th ed. New York: McGraw-Hill Irwin; 2008.
- 12- Pfau B, Kay I. The hidden human resource: Shareholder value, Optimize. 2002. Available from: www.optimize.com/issue/008/pr_culture.htm.
- 13- Burin S, Baan C, Struijs J. pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011;11(272).
- 14- Cromwell J, Trisolini M, Pope G, Mitchell J, Greenwald L. Pay for performance in health care: Methods and approaches. Research Triangle Institute. 2011.
- 15- Piekola H, Mahy B. Performance-related pay and firm performance in Finland. Int J Manpower. 2005;26(7/8):619-35.
- 16- Cottini E, Lucifora C. Performance pay and financial participation today: A comparison EU - US. Mimeo: Università Cattolica di Milano; 2010.
- 17- Raeisi P, Alikhani M, Mobinizadeh M. Payment of fee based on the performance of Shahid Hashemi Nejad hospital in Tehran, health management. 2010;2(2):27-36.
- 18- Jannati A, Kabiri N, Asghari Jafarabadi M, Poursaghari B, Bayaz B. Surveying impact of performance based

- payment on efficiency of clinical laboratory of teaching hospital of Imam Reza in Tabriz. *Journal of Hospital*. 2015;14(1):51-62.
- 19- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. *Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*. *The New England journal of medicine*. 2006;355(4):375-84.
- 20- Kaptanoglu AY. *Performance based supplementary payment systems in istanbul public hospitals*. *J Higher Edu Sci*. 2013;3(2):128.
- 21- Etemadian M, Barzegar M. Pay for performance case study: Hashemi nezhad center [In Persian]. Tehran: Sharegh; 2012.
- 22- Najafi S, Ahmadi F, Malekzadeh J, Nobandegani Z. *Patient satisfaction before and after implementation of paying per case for employees* [In Persian]. *Iran Nurs J*. 2011;23(68):39-45.
- 23- Greengarten M, Hundert M. *Individual pay-for-performance in Canadian healthcare organizations*. *Healthcare-Papers*. 2006;6(4):57-61; discussion 72-4.
- 24- Development assistant of resource management. *Personnal performance management and pay for performance system* [Persian]. Tehran: Human Resource Management Office; 2006.
- 25- Baker G, Carter B. The evolution of pay for performance models for rewarding providers. Introduction to: Case studies in health plan pay-for-performance. Washington, DC: Atlantic Information Services; 2004.
- 26- Casalino L, Gillies RR, Shortell SM, Schmittiel JA, Bodenheimer T, Robinson JC, et al. *External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases*. *Jama*. 2003;289(4):434-41.
- 27- Armstrong RA. *Performance Management*. [Translated by: Ghlichli Band Gholamzadeh D] [Persian]. Iran Industrial Education and Research Center. 2006; 175-81.

Evaluating the Effectiveness and Process of Implementation of the New Payment-Based Performance Model in Compared to the New System of Hospitals Administration in the Health Transformation Plan

Mohammad Aghajani¹, Alireza Olyaeemanesh^{*2}, Saeid Manavi³, Razeiyeh Ronasian⁴, Mani Yusefvand⁴, Leila Poraghasi⁴, Ali Maher⁵, Ali Shahrami⁶, Peirhossein Kolivand⁷, Mosa Tabatabaei⁸, Jamshid Kermanchi⁹, Farah babaei¹⁰, Hassan Vaezi¹¹, Marziyeh Zangeneh¹², Arezoo Dehghani¹³, Seyedeh Sana Hosseini¹⁴

¹Deputy for Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

² Director General of The Office of Technology Assessment, Standards & Health Tariffs
Ministry of Health and Medical Education.

³ Head of The Tariff Policy Department&Payment System. Ministry of Health and Medical Education

⁴ Expert of Tariff Policy Department, Payment and Treatment Resources. Ministry of Health and Medical Education

⁵ Vice Deputy of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

⁶ Executive Vice of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

⁷Head of The Emergency Department of The Country. Ministry of Health and Medical Education

⁸Head of The Department of Economic Planning and Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education

⁹Adviser of Curative Affairs In The Disease Management. Ministry of Health and Medical Education

¹⁰ Head of Department of Midwifery. Ministry of Health and Medical Education

¹¹ Head of Hospital Emergency. Ministry of Health and Medical Education.

¹² Expert of Coordination Office and Planning of Health Insurance. Ministry of Health and Medical Education

¹³ Director of Public Relations of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

¹⁴ Expert of Curative Affairs. Ministry of Health and Medical Education

Please cite this article as follows:

Aghajani M, Olyaeemanesh A, Manavi S, Ronasian R, Yusefvand M, Poraghasi L, et al. Evaluating the Effectiveness, and Process of Implementation of the New Payment-Based Performance Model in Compared to the New System of Hospitals Administration in the Health Transformation Plan. *Hakim Health Sys Res* 2018; 20(4): 213- 225.

*Corresponding Author: 7 Th Floor, Block A, Eyvanak- E, Qods Tehran, Iran. Tel: +98-21- 81454321, Email: Olyae@Health.Gov.Ir

زمستان ۹۶، دوره بیستم، شماره چهارم، پیاپی ۷۹