



سرشناسه :
 عنوان و نام پدیدآور :
 مشخصات نشر :
 مشخصات ظاهری :
 شابک :
 وضعیت فهرست نویسی :
 موضوع :
 موضوع :
 موضوع :
 موضوع :
 شناسه افزوده :
 شناسه افزوده :
 رده بندی کنگره :
 رده بندی دیویی :
 شماره کتابشناسی ملی :

تبریزی، جعفر صادق، ۱۳۴۴ - ، گردآورنده
 برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت در مراقبت سلامت / گردآوردندگان
 جعفر صادق تبریزی، مصطفی فرح بخش، شبنم ایزدی.
 تبریز: ستوده ، ۱۳۹۶ .
 ۱۵۵ص.
 ۹۷۸-۶۰۰-۳۲۵-۰۹۵-۶

فیپا
 بهداشت -- برنامه ریزی
 Health planning
 پزشکی -- خدمات -- کنترل کیفی
 Medical care -- Quality control
 فرح بخش، مصطفی، ۱۳۴۶ - ، گردآورنده
 ایزدی، شبنم، ۱۳۶۶ - ، گردآورنده
 ۱۳۹۶ ب۲ت/۹/۳۹۴ RA
 ۳۶۲/۱
 ۴۸۵۱۹۷۲

عنوان: برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت در مراقبت سلامت گردآوردندگان: جعفر صادق تبریزی، مصطفی فرح بخش، شبنم ایزدی

ناشر: انتشارات ستوده
 طراحی جلد و صفحه آرایی: کانون آگهی و تبلیغاتی آرم
 شمارگان: ۱۰۰۰ جلد - قطع وزیری ۱۵۵ صفحه
 نوبت چاپ: اول، تبریز زمستان ۱۳۹۶
 بهاء: ۰۰۰ ریال

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۲۵-۰۹۵-۶
 ISBN: 978-600-325-095-6

برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت در مراقبت سلامت

گردآورندگان:

جعفر صادق تبریزی، مصطفی فرح بخش، شبنم ایزدی

فهرست

لیست اصطلاحات	۹
پیشگفتار	۱۰

فصل اول: کیفیت در نظام سلامت

مقدمه‌ای بر کیفیت خدمات سلامت	۱۰۰
سیر تفکراتی در تعریف کیفیت	۱۰۰
ایده‌های مرتبط با کیفیت	۱۰۰
پایش کیفیت	۱۰۰
اهداف بهبود کیفیت مراقبت سلامت	۱۰۰
اهداف ارزیابی کیفیت	۱۰۰
اهداف اختصاصی ارزیابی و ارتقای کیفیت مراقبت سلامت	۱۰۰
دلایل منطقی و اساسی برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت سلامت	۱۰۰
اندازه‌گیری کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۱۰۰
اندازه‌گیری ساختار	۱۰۰
اندازه‌گیری فرایند	۱۰۰
اندازه‌گیری پیامد	۱۰۰
منابع داده‌های اندازه‌گیری کیفیت	۱۰۰
ایمنی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۱۰۰
هماهنگی مراقبتی:	۱۰۰

فصل دوم: تئوری‌های انگیزش

انگیزش چیست؟	۳۶
تئوری‌های انگیزش:	۴۲
تئوری مراتب نیاز مازلو	۴۲
تئوری دو عاملی هرزبرگ	۴۴
تئوری نیازهای اکتسابی MCCLELLAND	۴۵
تئوری ERG	۴۵
تئوری‌های انگیزش مبتنی بر عوامل بیرونی	۴۶

۴۶	تئوری تقویت رفتار
۴۷	تئوری های انگیزش مبتنی بر عوامل درونی
۴۷	تئوری عدالت ADAM
۴۷	تئوری انتظار VROOM
۴۸	تئوری تدوین اهداف
۴۸	تئوری های مدیریتی انگیزش
۴۹	تئوری مدیریت علمی تیلور
۴۹	تئوری X و تئوری Y
۵۰	تئوری Z
۵۰	تئوری ارتقای مستمر کیفیت
۵۲	تئوری ویژگی های شغلی
۵۴	عوامل موثر در انگیزش کارکنان
۵۴	فرهنگ و جو سازمانی
۵۵	گروههای کاری غیر رسمی
۵۵	تیمهای کاری
۵۸	مدل های ذهنی
۶۰	توسعه فردی کارکنان

۶۴ فصل سوم

۶۴	روشهای پرداخت ارائه دهندگان: یک قرارداد میان بازیکنان متعدد
۶۶	ویژگی های اصلی روشهای پرداخت ارائه دهندگان خدمت
۷۱	مروری بر روشها و نظامهای پرداخت ارائه دهندگان خدمات
۷۱	بودجه خطی
۷۲	روش پرداخت به ازای خدمت
۷۵	روش پرداخت حقوق
۷۷	روش پرداخت پاداش
۷۹	روش پرداخت بودجه کلی
۸۰	نظام پرداخت سرانه
۸۲	پرداخت به ازای هر دوره مراقبت
۸۴	پرداخت برای مراقبت جامع

۹۰	 خلق ارزش برای مراقبت
۹۱	 تمرکز اصلاحات خلاقانه پرداخت بر کیفیت و کارایی

۹۵ فصل چهارم: پرداخت مبتنی بر کیفیت

۹۵	 مبانی نظری پرداخت مبتنی بر عملکرد
۱۰۳	 پرداخت مبتنی بر کیفیت
۱۰۴	 تئوریهای زیربنایی پرداخت مبتنی بر کیفیت
۱۰۴	 تئوری تقویت
۱۰۶	 تئوری انتظار
۱۰۸	 تئوری نمایندگی
۱۱۰	 مولفه های اصلی P4Q
۱۱۰	 ابعاد عملکرد و شاخص ها
۱۱۳	 مبنای پاداش و یا جریمه
۱۱۵	 گزارش داده ها
۱۱۵	 ترکیب شاخصهای چندگانه کیفیت بالینی بمنظور ایجاد یک شاخص
۱۱۶	 امتیازدهی مرکب کیفیت
۱۱۶	 همه یا هیچ
۱۱۶	 ۰.۷٪ استاندارد
۱۱۶	 درصد کلی
۱۱۷	 میانگین شاخص
۱۱۷	 میانگین بیمار

۱۲۳ فصل پنجم: تجربه کشور انگلستان در زمینه P4Q

۱۲۳	 چارچوب کیفیت و پیامد
-----	----------------------------

۱۴۰ فصل ششم: تجربه کشور نیوزیلند در زمینه P4Q

۱۴۰	 سیر تکاملی اصلاحات در نیوزیلند
-----	--------------------------------------

۱۵۶ فصل هفتم: تجربه کشور فرانسه در زمینه P4Q

۱۵۶	 تاریخچه "پرداخت برای اهداف سلامت عمومی"
-----	---

فصل هشتم: تجربه ایالت متحده امریکا در زمینه P4Q ۱۷۰

کالیفرنیا: برنامه‌های تشویقی پزشکان انجمن مراقبت سلامت یکپارچه ۱۷۰

فصل نهم: تجربه کشور ترکیه در زمینه P4Q ۱۸۴

طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشک خانواده ۱۸۴

فصل دهم: تجربه کشور ایران در زمینه P4Q ۱۹۸

ضمیمه ۲۲۵

لیست اصطلاحات

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	MOH	Ministry of Health
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	NCQA	National Committee for Quality Assurance
BMA	British Medical Association's	NHS	National Health System
CAPI	Contracts for Improved Individual Practice	NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services	P4P	Pay for performance
CRMS	Core Health Resource Management System	P4Q	Pay for Quality
CHD	Coronary heart disease	PBGH	Pacific Business Group on Health
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	PCT	Primary Care Trusts
DHB	District Health Boards	PHD	Provincial Health Directorates
DHBSS	District Health Boards Shared Services	PHC	Primary Health Care
FM PBC	Family Medicine Performance Based Contracting Scheme	PHO	Primary Care Organizations
FMIS	Family Medicine Information System	QMAS	Quality Management Analysis System
GP	General practitioner	QOF	Quality and Outcomes Framework
HbA1c	measure of Glycosylated Hemoglobin	RAND	Research and development
HepB3	Third Dose Hepatitis B	RBF	Results- Based Financing
IPA	Independent Practitioner Association	ROSP	Payment for Public Health Objectives
IOM	Institute of Medicine	SHA	Strategic Health Authority
LDL	Low- density lipoprotein	USAID	United States Agency for International Development
MCH	Maternal Child Health	WHO	World Health Organization

پیشگفتار

علی رغم پیشرفت های چشمگیر در ارتقای سلامت جامعه و افزایش امید زندگی، هنوز شکاف بزرگی بین پتانسیل و عملکرد نظام های سلامت وجود دارد. یکی از معضلات جدی سلامت جهانی، تفاوت های قابل ملاحظه در پیامد نظام های سلامت است. این تفاوت ها می تواند در اثر طراحی سیستم ها و نیز عملکرد ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی باشد. ارتقای عملکرد سازمان ها از آرزوهای دیرینه و اساسی مدیران و سیاست گزاران عرصه سلامت است. امروزه اغلب سازمان ها با چالش های جدی در زمینه افزایش انگیزه کارکنان، رهبری و اثربخشی سازمان ها روبرو بوده و در پی چاره ای برای رفع مشکلات عدیده هستند. بروز کاستی ها و خطاهای قابل پیشگیری در نظام ارایه مراقبت های بهداشتی درمانی و هم چنین تغییرات پیش آمده در عرصه های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فنی و ارتباطات، توجه ویژه به کیفیت را بیش از پیش ضروری می سازد. در فرایند مدیریت تغییر، کارکنان از جایگاه خاصی بهره مند بوده و تمام تغییرات دیگر در اثر تلاش و تعهد آنها حاصل می گردد. ظرفیت سازی در سازمان و توانمندسازی نیروی انسانی دو مقوله مهم در ایجاد تغییرات شگرف و اثربخش در سیستم ها یوده و بایستی از چالش های اساسی رهبران سازمانها باشد. نگرش همه جانبه در ابعاد فردی، تیمی و سازمانی پاسخی استراتژیک به نیازهای آینده خواهد بود تا بتوان بهبود چشمگیر در عرصه سلامت بوجود آورد.

پرداخت مبتنی بر کیفیت به عنوان یک راهکار بهبود کیفیت با همسو کردن مشوق های ارائه دهندگان خدمات با اهداف کیفیت می تواند منجر به بهبود کیفیت خدمات و افزایش کارایی در ارائه خدمات گردد. در حقیقت روش های سنتی پرداخت به ارائه دهندگان خدمات از جمله کارانه، سرانه و ... دچار ضعف هایی مثل ارائه خدمات اضافی، عدم ارائه خدمات کافی و یا عدم توجه به کیفیت خدمات می باشند. پرداخت مبتنی بر کیفیت با استفاده از شاخص های مبتنی بر شواهد که در اغلب موارد تبعیت از راهنماهای بالینی را در نظر می گیرد و نیز با مرتبط کردن پرداختها به سطوح جامع عملکردی از جمله عملکرد فردی، تیمی و سازمانی می تواند تا حد قابل توجهی بر ضعف های روش های سنتی بازپرداخت به ارائه دهندگان خدمات فائق آید.

پرداخت مبتنی بر کیفیت به عنوان یک استراتژی امیدوار کننده اخیرا در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مورد استقبال سیاست گزاران و مدیران

نظام سلامت قرار گرفته است. نتایج مثبت پرداخت مبتنی بر کیفیت در مراقبتهای اولیه سلامت منجر به افزایش محبوبیت روزافزون این برنامه شده است. طراحی و اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت یکی از مهم ترین فاکتورهای تعیین کننده موفقیت و اثربخشی آن می باشد. شناخت نظرات سیاستگذاران سلامت و مطالعه تجربه های موفق سایر کشورها می تواند منجر به موفقیت در طراحی و پیاده سازی این برنامه گردد. مجموعه پیش رو، با پرداختن ریشه های به اجزای برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت و معرفی تجربه های موفق در این زمینه می تواند مدیران و تصمیم گیرندگان در نظام مراقبتهای سلامت اولیه را یاری دهد تا بتوانند با طراحی و اجرای صحیح این برنامه از پیامدهای مثبت آن بهره مند گردند. یکی از مولفه های اصلی پرداخت مبتنی بر کیفیت پایش عملکرد ارائه دهنده های مراقبتهای بهداشتی درمانی بر اساس شاخصهای کیفیت در سطوح فردی، تیمی و سازمانی می باشد. پایش صرف عملکرد فردی می تواند تا حد زیادی عملکرد فرد را بهبود دهد، اما تضمینی برای بهبود هماهنگی بین کارکنان نبوده و حتی ممکن است انگیزه کار تیمی و همکاری بین کارکنان را تضعیف نماید. تعامل مناسب بین ارائه دهندگان خدمات در نظام سلامت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و نبود آن می تواند نتایج ناگواری به بار آورد. در راستای ارتقای کیفیت مراقبتهای بهداشتی درمانی و افزایش انگیزه کارکنان نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی، در سال ۱۳۹۴ مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی مدل پرداخت مبتنی بر کیفیت را طراحی و اجرا کرد.

فصل اول: کیفیت در نظام سلامت

مقدمه‌ای بر کیفیت خدمات سلامت

سلامت نیاز اساسی و حقوقی انسانی است. دیدگاه‌های مختلفی در زمینه سلامت وجود دارد که مهم‌ترین آنها دیدگاه ارگانیک^۱، دیدگاه عملکردی^۲ و دیدگاه جامع‌نگر^۳ می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها نبودن بیماری و توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی تعریف کرده است (۱). یکی از مسائل مهمی که در سالهای اخیر در نظام سلامت به آن تاکید بسیار شده است، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد که از جوانب مختلفی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است (۲). در حقیقت کیفیت یکی از سه مسئله اساسی است (هزینه، دسترسی و کیفیت) که امروزه نظام‌های سلامت با آن درگیر است. کیفیت پایین، معمولاً هزینه مراقبت را از طریق

1 Organic
2 Functional
3 Holistic

اتلاف منابع^۱، دوباره کاری^۲ و تکرار^۳ افزایش می دهد (۳). کیفیت واژه ای است که افراد مختلف با دیدگاه های متفاوت تعاریف مختلفی برای آن ارائه کرده اند. از نظر دیوید گاروین^۴ کیفیت از چهار منظر دیدگاه متعالی، دیدگاه محصول محور، دیدگاه مشتری محور و دیدگاه تولید محور قابل تعریف می باشد (۴). اویدیس دناپدین کیفیت مراقبت های بهداشتی را نوعی از ارایه خدمات سلامتی می داند که رفاه بیمار را به بیشترین حد ممکن رسانده و بعد از مقایسه دستاورد ها و هزینه های مورد انتظار، فرایند مراقبت مورد نظر در تمامی مراحل قابل قبول باشد (۵). طبق تعریف ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت کیفیت مراقبت عبارت است از: "سطحی از خدمات ارائه شده به بیماران و جمعیت که منجر به بهبود پیامدهای مطلوب سلامت شود. بمنظور دستیابی به این هدف مراقبت سلامت باید ایمن، اثربخش، بموقع، کارا، عادلانه و با محوریت مردم باشد" (۶). موسسه پزشکی^۵ کیفیت را بدین گونه تعریف کرده است: "وضعیتی که در آن خدمات سلامت ارائه شده برای افراد و جامعه احتمال دستیابی به پیامدهای مطلوب سلامت را افزایش میدهد و در راستای دانش حرفه ای روز می باشد" (۷). مثال های فوق در زمینه تعریف کیفیت در مراقبت های بهداشتی و درمانی نشان می دهد که رسیدن به یک تعریف مشترک در مورد کیفیت بالای مراقبت های بهداشتی و درمانی مشکل می باشد (۸). برخی افراد کیفیت را از دید مشتری، برخی از دید ارائه کننده و برخی نیز از دید متخصصان مورد توجه قرار داده اند. ایده های مرتبط با کیفیت را می توان به طور خلاصه در موارد زیر بیان نمود (۹):

- کار درست در زمان درست و در مکان درست
 - عمل کردن بر طبق نیازهای مشتریان - تامین انتظاراتشان.
 - نبود علتی برای عذرخواهی - سربلند بودن از انجام کارها.
 - تنظیم استانداردها و ارائه آنها - مبتنی بر استانداردها
- شاید بتوان یکی از جامع ترین تعاریف کیفیت در مورد مراقبت های بهداشتی و درمانی را در بیانیه موسسه پزشکی^۶ پیدا کرد که پیشتر توضیح داده شده است.

1	waste
2	Rework
3	Duplication
4	David Garvin
5	Institute of Medicine (IoM)
6	Institute of Medicine(IOM)

- این تعریف از کیفیت حاکی از این است که:
- (۱) از نظر تئوری عملکرد و کیفیت در یک طیف از قابل قبول تا عالی قرار دارد.
 - (۲) تمرکز بر روی خدماتی است که توسط نظام ارائه مراقبت بهداشتی و درمانی فراهم شده است.
 - (۳) کیفیت را می توان از دید اشخاص یا جمعیت ها مورد ارزشیابی قرار داد.
 - (۴) شواهد تحقیقاتی باید به منظور شناسایی خدماتی که پیامدهای سلامتی را بهبود می دهند، به کارگرفته شوند.
 - (۵) در صورت نبود شواهد علمی مبنی بر اثربخشی، اتفاق نظر متخصصین^۱ می تواند به منظور توسعه معیارها مورد استفاده قرار گیرد.
- تعریف کیفیت، پیچیدگی محتوا و ارزشیابی آن را آشکار می سازد. در طراحی یک استراتژی ملی هماهنگ، باید از وجود جریان پیچیده ای از ارائه مراقبت سلامت، سطوح متنوع ارزشیابی مراقبت و توجه به دیدگاه های مختلف ذینفعان اصلی در نظام ارایه مراقبتهای سلامت اطمینان حاصل کنیم. شش چالش پیش روی این اهداف عبارتند از:
- (۱) شناسایی و بررسی دیدگاه های رقابتی همکاران اصلی در نظام ارایه مراقبت بهداشتی و درمانی
 - (۲) تدوین چارچوبی برای پاسخگویی
 - (۳) تعیین معیارهای شفاف برای قضاوت در باره عملکرد نظام بهداشتی درمانی
 - (۴) انتخاب مجموعه ای از شاخصها برای گزارش دهی های معمول
 - (۵) به حداقل رساندن تفاوت های بین انگیزه های مالی و غیر مالی اهداف مرتبط با کیفیت مراقبت
 - (۶) تسهیل توسعه نظام های ضروری اطلاعات به منظور تقویت و پایش کیفیت.
- چالش های ۱ و ۲ چارچوبی را برای ارزیابی کیفیت نشان می دهند. چالش های سوم و چهارم برنامه کاری سنجش کیفیت را به تصویر می کشند و چالش های پنجم و ششم فاکتور هایی را نشان می دهند که مانع از پیشروی بهبود و ارزیابی عملکرد می شوند (۸).

ابعاد کیفیت

تعداد انگشت شماری از چارچوبهای تحلیلی برای ارزیابی کیفیت در بخش دولتی

و خصوصی ایجاد شده اند. یکی از تاثیرگذارترین چارچوبها توسط موسسه پزشکی ایجاد شده است که شامل شش هدف برای نظام سلامت می باشد که در ذیل ارائه شده است (۰۱):

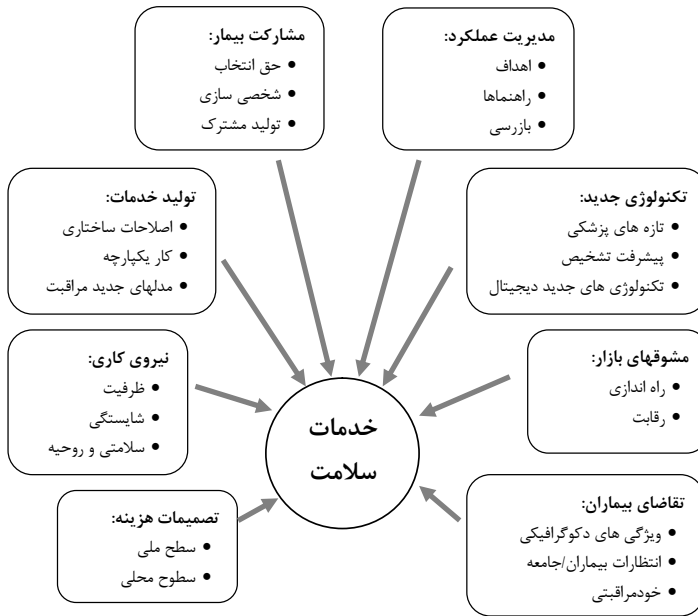
ایمنی: آسیب نرساندن به بیماران در جریان مراقبت سلامت.
اثربخشی: ارائه خدمات بر اساس دانش علمی برای تمامی کسانی که میتوان برایشان مفید باشد و عدم ارائه آن خدمات به کسانی که برایشان منفعتی ندارد (به ترتیب به معنای جلوگیری از مصرف کمتر از حد نیاز و مصرف بیش از حد نیاز)
محوریت بیمار: ارائه مراقبت به بیماران بر اساس ارزشها، نیاز و ترجیحات بیماران در کمال عزت و احترام بطوریکه اطمینان حاصل شود که تمامی تصمیمات بالینی بر اساس ارزشهای بیماران اتخاذ می شود.
بموقع: کاهش زمان انتظار و در برخی مواقع تاخیرات بی مورد هم برای گیرندگان خدمات و هم برای ارائه دهندگان خدمات.
کارایی: جلوگیری از اتلاف منابع از جمله اتلاف تجهیزات، ملزومات، انرژی و ایده ها.
عدالت: ارائه خدماتی که بر اساس ویژگی گیرندگان خدمات تفاوتی نداشته باشند از جمله جنسیت، اتیولوژی، محل سکونت جغرافیایی و وضعیت اجتماعی اقتصادی.

عوامل تاثیر گذار بر کیفیت خدمات سلامت

عوامل متعددی بر کیفیت خدمات سلامت تاثیر میگذارند که در شکل ذیل ارائه شده اند.

بیشتر مطالعات در زمینه کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی بر روی جوانب فنی^۱ و خدمت^۲ مراقبت ها تمرکز کرده و به نقش اساسی ویژگی های گیرندگان خدمات در کیفیت خدمات و تاثیر آن بر نتایج و پیامد های خدمات کمتر توجه شده است. بر اساس مدل رایج شده توسط تبریزی و همکاران در سال ۲۰۰۷، کیفیت خدمت دارای سه بعد فنی، خدمت و مشتری می باشد. کیفیت فنی (TQ)^۳ به جنبه های بالینی و تخصصی، کیفیت خدمت (SQ)^۴ به جنبه های غیر تخصصی مراقبت نظیر دسترسی، احترام و مشارکت در تصمیم گیری توجه داشته و کیفیت

-
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Technical |
| 2 | Service |
| 3 | Technical Quality |
| 4 | Service Quality |



مشتری (CQ)^۱ به ویژگی های گیرنده ی خدمت یا مشتری توجه دارد. کیفیت مشتری به دانش، مهارت، اعتماد به نفس و اطمینان مشتری های خدمات سلامت مربوط می شود که فعالانه با تیم سلامت در اتخاذ تصمیمات صحیح، انجام فعالیت های مناسب و تغییر محیط خود و رفتار های مرتبط با سلامت همکاری می کنند (۱۱).

ارزیابی کیفیت

ارزیابی کیفیت می تواند به یک شیوه ی قابل قبول برای خریداران، بیماران و فراهم کنندگان به منظور ارزشیابی هزینه های مراقبت بهداشتی و درمانی تبدیل شود. مزیت مهم ارزیابی کیفیت در دهه های گذشته مشخص گردیده است ولی همچنان چالش های زیادی در مسیر آن وجود دارد (۸).

ارزیابی کیفیت شیوه ای را برای ارزشیابی تأثیر نهایی تغییرات در سازمانهای بهداشتی درمانی و تأمین مالی خدمات سلامت ارائه می دهد. اگر بین قیمت و کیفیت ارتباط شفاف وجود می داشت، ما فقط نیاز به شناخت چگونگی انتقال

قیمت های حق بیمه و سایر مخارج به بخش کیفیت داشتیم. از آن جایی که چنین ارتباط شفاف و مستقیمی وجود ندارد، وجود مجموعه مجزایی از ارزیابی کیفیت ضرورت می یابد. در این راستا، دسترسی به اطلاعات در کیفیت نیازمند توسعه ابزارهای معتبر ارزیابی و دسترسی روتین به داده های صحیح می باشد. از طرفی ارزیابی کیفیت همیشه با مسئله قابلیت اعتماد^۱ درگیر بوده است. در واقع همیشه این سوال مطرح است که آیا آنچه اندازه گیری می شود، کیفیت است؟. معیارهایی که به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت انتخاب شده اند، کیفیت را به صورت عملیاتی تعریف می کنند. بنابراین ابتدا باید شناخت صحیحی نسبت به سطوح کیفیت و ایده های مرتبط با کیفیت کسب کرد (۸).

امروزه مدل ها و ابزارهای مناسب و جدیدی در زمینه کیفیت ارائه شده است که از آن جمله می توان به تفکر ارتقا^۲، مدل مسیر بحرانی^۳، راهنماهای عملی^۴، اندازه گیری پیامدها^۵، به گزینی^۶، سازمانهای یاد گیرنده^۷... اشاره کرد. نگرش بیماران، پزشکان و کارکنان منعکس کننده دیدگاه آنها می باشد و می تواند از بسیاری از موانع و مشکلات موجود در مسیر اجرا جلوگیری کند. با نگاه به آینده، تمامی برداشت های ما نسبت به مراقبت های بهداشتی درمانی و حرفه ها و سازمان های مربوط به سلامت، چالش بر انگیز خواهد بود. پرسش هایی که در جوامع امروزه در حیطه سلامت مطرح است عبارتند از:

✍ سلامت چیست و ما چگونه می توانیم کیفیت سلامت را اندازه گیری کنیم؟

✍ کیفیت زندگی چیست و چه کسی حق تصمیم گیری در مورد آن را دارد؟

✍ چگونه کیفیت سلامت و مراقبتهای بهداشتی درمانی مورد سنجش و قضاوت قرار می گیرد؟

✍ چه کسی حق قضاوت در مورد کیفیت را دارد؟ (بیماران یا همراهان وی، متخصصین خدمات و مراقبت های سلامت، کارکنان، بیمه ها یا جامعه)

-
- 1 Validity
 - 2 Improvement thinking
 - 3 Critical Path
 - 4 Practical Guidelines
 - 5 Outcome Measurements
 - 6 Benchmarking
 - 7 Learning Organizations

چگونه داده ها در مورد جامعه، کارکنان سلامت، فراهم کنندگان خدمت و خود بیماران جمع آوری می شود؟

این سوالات و سوالات دیگر در خصوص کیفیت زندگی و کیفیت مراقبت، بدون وجود ارزش ها و اخلاق، پاسخ داده نمی شوند و لازم است کیفیت و تعاریف آن به دقت بررسی شوند (۳). مطالعات نشان می دهد که کیفیت مراقبت می تواند تصمیم گیری برای جستجوی خدمات از سوی گیرندگان را تحت تاثیر قرار دهد. به عنوان مثال برای زنان بارداری که در هر مرحله ای به خدمات دسترسی دارند، پیامد تا حدی به کیفیت مراقبتی که دریافت می کنند، بستگی دارد. به هر حال وجود و استفاده از خدمات به تنهایی برای کاهش مرگ و میر دوران بارداری کافی نمی باشد. مراکز سلامت ملزم هستند که خدمات کافی و مناسب فراهم کنند. نبود پرسنل آموزش دیده به طور چشمگیری با مراقبت هایی که استانداردهای کافی را ندارند، در ارتباط می باشد. تعریف کیفیت مراقبت، هم محتوا و هم فرایند مراقبت را شامل می شود. دوناپدیان کیفیت مراقبت را به عنوان دامنه ای که طی آن مراقبت واقعی در تطابق با معیارهای موجود برای آن مراقبت مناسب می باشد، تعریف کرده است. همچنین کیفیت می تواند در سطوح مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد که بر اساس این دیدگاه هر سطح الزامات و شرایط خود را دار. در این راستا کیفیت در سه سطح فردی، موسسه و جامعه قابل ارزیابی می باشد. در شکل ۱ سطوح کیفیت شرح داده شده است.



شکل ۱: سطوح کیفیت مراقبت

اهداف بهبود کیفیت مراقبت سلامت:

در فرایند ارتقای کیفیت مراقبت مانند هر فرایند دیگری ابتدا باید اهداف و دلایل ارزیابی کیفیت بررسی شود.

اهداف ارزیابی کیفیت:

- فراهم کردن داده هایی برای آگاهی از تلاش های (گام های) بهبود کیفیت
- بررسی و تصدیق اینکه سازمان یا اشخاص بر طبق استانداردهای از پیش تعیین شده عمل می کنند.
- مقایسه گروه ها برای اهداف گوناگون از جمله: گزینه های انتخابی گیرندگان خدمت و تصمیمات فراهم کنندگان خدمت.
- آگاه کردن بیماران، خانواده هایشان و کارکنان درباره تصمیمات مراقبت بهداشتی درمانی و گزینه هایی که با آن مواجه هستند.
- شناسایی و احتمالاً حذف کارکنان با عملکرد زیر سطح استاندارد (کسانی که عملکردشان در شرایط حساس و لزوم اجرای فعالیتهای فوری، خیلی پایین تر از سطح قابل قبول می باشد).
- تاکید بر بهترین عملکرد در اعطای پاداش به ازای آن
- پایش و گزارش اطلاعات مرتبط با تغییرات کیفیت در طول زمان
- نشان دادن نیازهای بهداشتی درمانی جامعه (۲۱)

اهداف اختصاصی سنجش و ارتقای کیفیت مراقبت های سلامت

- پذیرفتن تعهد اجتماعی: هدف اصلی ارتقای کیفیت، ایفای تعهد اجتماعی می باشد که می تواند منجر به افزایش طول عمر، کاهش استرس، بازیابی عملکرد، پیشگیری از ناتوانی و مرگ های غیر ضروری گردد.
- افزایش کارایی در استفاده از منابع.
- حفظ سلامت کارکنان از طریق کاهش تفاوت های فردی بین پزشکان در استفاده از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و عدم استفاده از فن آوری های جدید، کاهش پروسیجرهای پزشکی غیر ضروری و کاربرد مقیاس های اثربخش بهداشت عمومی.
- پایش کیفیت خدمت ارائه شده برای بیماران و جامعه، معیارهایی از مسئولیت پذیری قابل اعتماد را برای افراد مسئول و منابع مالی و فنی برآورده می کند.

- سنجش کیفیت هدف آموزشی دارد و در حقیقت مبنایی را برای تحقیق ایجاد می کند. این سنجش در واقع مواد آموزشی را برای آموزش مستمر بیمار در فرایند مراقبت فراهم می کند (۹).

دلایل منطقی و اساسی برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت سلامت

(۱) تلاشهای خود تنظیمی و خود اصلاحی را می توان در مرکز تلاش های حرفه ای قرار داد. پزشکان و سایر فراهم کنندگان خدمت سلامت، چه به صورت فردی و چه به صورت سازمانی، نباید نسبت به فعالیت هایی که در سایر محیط های کاری و حرفه ای ارائه می شود، بی تفاوت باشند. آنها باید نسبت به کیفیت عملکرد شان و پیامد های فعالیت شان نگران باشند.

(۲) شواهد عملی حاکی از بی عدالتی در دسترسی به خدمت با کیفیت بر مبنای طبقه اجتماعی، میزان تحصیلات، درآمد و موقعیت اجتماعی می باشد. بهبود کیفیت خدمات سلامت می تواند دسترسی به مراقبت سلامت با کیفیت را عادلانه تر کند.

(۳) بهبود کیفیت همچنین می تواند کارایی را بهبود بخشد.

(۴) بهبود کیفیت می تواند تغییرپذیری^۱ و نوسان را در فرایندهای ارائه خدمات کاهش دهد. مطالعات پژوهشی حاکی از این است که در بین پزشکان، سازمانها و انواع ارائه کنندگان در بخش دولتی و خصوصی و نیز در داخل یک کشور و بین کشورهای مختلف، اختلاف زیادی در استفاده از کارکنان، تناسب و ضرورت اقدامات پزشکی و اقدامات تشخیصی و استفاده از مداخلات درمانی، جراحی و داروهای تجویزی وجود دارد.

(۵) آخرین دلیل، مربوط به نیاز به مسولیت پذیری بیشتر فراهم کنندگان خدمت در مقابل پرداخت کنندگان (تامین کنندگان مالی و دولت) می باشد. زیرا مراقبت سلامت هزینه بر بوده و منابع ملی فراوانی را کسب می کند. بنابراین باید استانداردهای دقیق تری در جهت عملکرد بهتر توسط سیاستگذاران پیش بینی شده و توسط فراهم کنندگان خدمت به اجرا درآید (۳۱).

گرچه سنجش کیفیت کاربردهای زیادی دارد، ولی یکی از مهم ترین کاربردهای آن فراهم کردن اطلاعاتی است که می تواند برای بهبود عملکرد به کار برده شود. بهبود عملکرد نیازمند سنجش مناسب کیفیت می باشد. سنجش هایی که توسط

سازمان ها به منظور بهبود کیفیت صورت گرفته است و نیز سنجش هایی که به منظور مقایسه های سازمانی صورت پذیرفته است، باید با جزئیات^۱، دقیق^۲ و به موقع^۳ باشد (۲۱).

سنجش کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی

با مطرح شدن تفکر بهبود مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت، نظام های سلامت نیز به دلیل ماهیت تغییرات و پیشرفت های مداوم خود در این راستا قرار گرفتند. یکی از راه های بهبود مستمر کیفیت وجود نظام پایش و ارزیابی مداوم فرایندهای خدمات بهداشتی و درمانی می باشد. این امر می تواند بصورت طبیعی در کنار ارائه خدمات قرار گرفته و در صورت بروز هرگونه نقصی در هر یک از فرایندهای خدمات، لزوم اصلاح آنها را یادآور کند تا اقدام اصلاحی توسط صاحبان فرایند انجام شود. برای ارزیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی روش های مختلفی وجود دارد. دنبادین یکی از پیشگامان فعالیت های ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی استفاده از مدل ارزیابی ساختار^۴، فرایند^۵ و پیامد^۶ که در محیط های صنعتی با عنوان درون داد - فرایند - برون داد مطرح می باشد، ارائه می کند. وی اعتقاد دارد که "ساختار خوب باعث افزایش احتمال انجام فعالیتهای صحیح و فرایند مطلوب شده و فرایند مطلوب احتمال دستیابی به پیامدهای خوب را به همراه دارد" (۴۱).

دنبادین ساختار را به عنوان محیطی که مراقبت ها در آن اتفاق می افتد و منابع مورد نیاز برای مراقبت های بهداشتی تعریف می کند. ساختار می تواند شامل منابع فیزیکی (تسهیلات سرمایه ای، تجهیزات، دارو و...)، منابع غیر فیزیکی (دانش پزشکی، نظام اطلاعات)، منابع انسانی (کارکنان حرفه پزشکی) و منابع مالی باشد. فرایند در بر گیرنده استفاده از منابع در قالب ویژگی هایی نظیر چگونگی انجام فعالیت ها در ارائه و دریافت خدمات مطرح می شود که می تواند شامل فرایند های خدمت (میزان مداخله، میزان ارجاع و...) و جوانب سازمانی فرایند (ارائه دارو،

-
- | | |
|---|-----------|
| 1 | detailed |
| 2 | accurate |
| 3 | timely |
| 4 | Structure |
| 5 | Process |
| 6 | Outcome |

مدیریت لیست انتظار، نظام پرداخت کارکنان، جمع آوری منابع و...) باشد. پیامد نشان دهنده تاثیر مراقبت های بهداشتی در سطح سلامت بیماران و جامعه است که می تواند دربر گیرنده پیامد های نهایی نظیر سطح سلامت، مرگ و میر، ناتوانی و کیفیت زندگی و همچنین پیامد های میانی مانند بیماری (فشار خون بالا یا پائین) یا تغییرات بیولوژیکی (چاقی یا اضافه وزن، چربی خون بالا) و یا تغییرات رفتاری (عدم تحرک، مصرف دخانیات، ورزش) باشد.

ارزیابی ساختار

مفهوم ارزیابی ساختار که به عنوان یک سنجش غیر مستقیم از کیفیت مراقبت به وسیله دنا بدین مطرح شد، بر روی جوانب کیفی منابع متمرکز می شود. اندازه گیری کیفیت بر مبنای ساختار اساساً بر وجود منابع و ویژگی های منابع مورد استفاده در نظام های سلامت تمرکز دارد. این منابع شامل منابع انسانی به صورت فردی و گروهی، سازمان و نظام مراقبت (الگو و تعداد کارمندان، نوع تجهیزات)، وضعیت جغرافیایی و دسترسی (شرایط مکانی و جغرافیایی تسهیلات) می گردد. علاوه بر آن در ساختار، مهارت کارکنان حرفه پزشکی برای ارائه خدمات با کیفیت نیز بررسی می شود، که در مورد کارکنان نظام سلامت این امر در برگیرنده مجوزهای فعالیت، اعتبار نامه های حرفه ای بخش خصوصی و دولتی و نوع آموزش ها می شود. در مورد تسهیلات بهداشتی و درمانی، در برگیرنده گواهینامه های دولتی و اعتبار نامه های بخش خصوصی و در سایر موارد شامل ایمنی، سیاست ها و فعالیت ها می شود. همان طور که اشاره شد، ویژگی های ساختار در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نقشی تعیین کننده داشته و ارتباط تنگاتنگی با کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی دارد (۵۱).

ارزیابی فرایند

رایج ترین شیوه ی ارزیابی کیفیت بر مبنای فرایند است. فرایند مراقبت مجموعه ای از فعالیت ها با اهداف مشخصی است که برای دستیابی به نتایج مطلوب انجام می یابد. فرایند های خدمت مراقبت نقطه برخورد بین مشتریان یا بیماران با سازمانها و واحدهای ارائه خدمت، منابع (انسانی و مادی) و مدیریت مراقبت است. در ادبیات سنجش کیفیت خدمات سلامت بحث های زیادی در مورد کیفیت عملکرد وجود دارد که اشاره به مفهوم کنونی ارزیابی کیفیت بر مبنای فرایند دارد.

واژه کیفیت بالینی^۱ یا کیفیت فنی^۲، در مبحث ارزیابی کیفیت، بر روی تشخیص و مدیریت بیماریها تمرکز داشته و همچنین به مراقبت‌های پیشگیری از قبیل غربالگری اشاره دارد. از این نوع ارزیابی کیفیت برای انتخاب روش‌ها و برنامه‌های مختلف بهداشتی و درمانی توسط کارکنان و بیماران استفاده شده و اطلاعات لازم را برای انتخابی درست فراهم می‌کند. علاوه بر این، ارزیابی عملکرد در برگیرنده مواردی از قبیل جوانب بین فردی مراقبت‌ها و کیفیت خدمت و زمان بندی خدمات نیز می‌شود که می‌تواند در برگیرنده موضوعاتی از قبیل ارائه اطلاعات و آموزش‌ها به گیرندگان خدمات و بیماران و پرسش از آنها و مشارکت دادن آنها در فرایند تصمیم‌گیری باشد، که در حوزه کیفیت خدمت^۳ تعریف می‌شود. جوانب فنی مراقبت‌ها شامل زمان صحیح مداخلات، دقت تشخیص، درمان مناسب، خطرات و خطاهای حین درمان و هماهنگی مراقبتی در محیط‌های درمانی، طول درمان و رفتارهای حرفه‌ای می‌باشد. همواره بین آن چیزی که در محیط‌های تحقیقی با عنوان اثربخشی مطرح می‌شود، با آن چیزی که در محیط‌های مراقبت واقعی رخ میدهد، فاصله زیادی وجود دارد. به طوریکه اشتباه در ارائه خدمات مناسب (استفاده بیش از حد و استفاده کمتر از حد استاندارد) و یا خطا و اشتباه در ارائه خدمات (استفاده نابجا) می‌تواند خطرانی جدی برای سلامت بیمار ایجاد کند. اهمیت ارزیابی کیفیت فرایند زمانی آشکار می‌گردد که باور شود، تغییر در فرایند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بسیار ساده‌تر از تغییر در پیامد هاست. برای مثال تجویز آسپرین برای بیماران مبتلا به گرفتگی عروق کرونر فرایندی از مراقبت است که به طور تجربی با کاهش میزان مرگ بیماران قلبی عروقی در ارتباط است (۶۱).

ارزیابی پیامد

هدف نهایی نظام سلامت دستیابی به پیامد‌های مطلوب است و دستیابی به این هدف مهم نیازمند برنامه جامع بهبود مستمر کیفیت است. بخشی از برنامه بهبود کیفیت شامل ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی است. ارزیابی کیفیت می‌تواند شامل سنجش تغییر در سطح سلامت فعلی و آتی بیمار باشد. این تغییر می‌تواند شامل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و رضایت از مراقبت است (۷۱). باید توجه داشت که در ارزیابی کیفیت بر اساس پیامد چند مشکل اساسی وجود دارد:

-
- 1 Clinical Quality
 - 2 Technical Quality
 - 3 Service Quality

(۱) پیامد های بسیار مهم اغلب نادر هستند، لذا برای نتیجه گیری درباره کیفیت پیامد ها نیازمند انتخاب تعداد زیادی نمونه هستیم.

(۲) نتایج به طور عمده از شرایط بیمار متاثر شده (برای مثال سطح سلامت پیش از بستری شدن).

(۳) در برخی از موقعیت ها بین زمان ارائه خدمت و حصول نتایج آن فاصله زیادی وجود دارد. برای مثال در افراد مبتلا به دیابت با عوارض کلیوی در مراحل آخر برای مشخص شدن تاثیر دارو های مهارکنندهی آنژیوتانسین بر روی سطح چربی خون و کنترل فشار خون بیش از ۲۰ سال زمان لازم است. فاکتور های میانی (فشار خون نزدیکترین نتایج حاصل از مداخلات درمانی و پزشکی می باشد که رابطه نزدیکی با نتایج نهایی مداخلات پزشکی دارد. با این وجود نتایج میانی همانند نتایج نهایی، متاثر از وضعیت بیمار و نیز مداخلات پزشکی می باشد (۱۸).

منابع جمع آوری داده های کیفیت خدمات

پرونده های پزشکی یا بهداشتی درمانی (خانوار) به دلیل اینکه شامل اطلاعات جامع فردی، مراقبتی و بالینی هستند، اغلب به عنوان منبع استاندارد طلایی^۱ برای اندازه گیری کیفیت فنی مراقبت های بهداشتی و درمانی به شمار می روند. اطلاعات مراقبتی شامل خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت بوده و اطلاعات بالینی دربرگیرنده تشخیص، درمان، ریسک فاکتور های بیمار و نتایج بالینی حاصل از مراقبت می شود. با این وجود هزینه بالای اندازه گیری کیفیت از طریق پرونده های پزشکی استفاده از این روش را محدود می کند. یکی دیگر از منابع اطلاعاتی، ادعا نامه های جبران خسارت^۲ هستند که یک منبع داده ای فرعی به شمار می روند. داده های ادعا نامه های جبران خسارت به عنوان نتایج حاصل از بهره گیری بیمار از سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی مطرح می شود و در درجه اول برای پرداخت هزینه های پزشکی بیماران تحت پوشش جمع آوری می شوند. این منابع شامل اطلاعات جمعیتی، شناختی، تشخیصی، خدمات مراقبتی و پزشکی ارائه شده می شود. ولی با این وجود اطلاعات ادعا نامه های جبران خسارت، داده های بالینی کمی نسبت به پرونده های پزشکی دارد. این داده ها در اغلب کشور های پیشرفته، به

1 Gold standard
2 Claim Database

طور گسترده‌ای به صورت الکترونیکی در دسترس بوده و منبع ارزانی برای جمع‌آوری و اندازه‌گیری کیفیت هستند. این اطلاعات برای مطالعه‌ی چندین بخش از عملکرد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی شامل تنوع در فعالیت‌های پزشکی در مناطق جغرافیایی مختلف، دسترسی بیمار و همچنین میزان مصرف دارو و مراقبت‌های پزشکی، نتایج بالینی و چگونگی ارائه‌ی خدمات متناسب کاربرد دارند.

پرونده‌های الکترونیک سلامت یکی دیگر از منابع جمع‌آوری اطلاعات هستند. در برخی از کشورها تمامی افراد دارای کد منحصر به فرد سلامت هستند که امکان دسترسی به پرونده الکترونیک سلامت آنها را فراهم می‌کند. این اطلاعات برای خود فرد (تا سطح تعریف شده در سیستم) و مراقبت‌کننده او قابل دسترسی و ثبت اطلاعات می‌باشد. این پرونده‌ها می‌توانند منبعی برای جمع‌آوری داده‌های مرتبط با کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده باشند.

توافقی جمعی وجود دارد که کیفیت باید از دیدگاه ذینفعان عمده نظیر مشتری‌ها (گیرندگان خدمات)، ارائه‌کنندگان، پرداخت‌کنندگان، سیاستگذاران و مدیران مراکز بهداشتی و درمانی نیز ارزیابی گردد. در سال‌های اخیر استفاده از ارزیابی کیفیت بر مبنای گزارش مشتری‌ها به طور منظم برای طیف وسیعی از مراقبت‌ها و نتایج در قالب اندازه‌گیری سطح سلامت، رتبه‌بندی و گزارش مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این زمینه مطالعات ارزیابی مشتریان از برنامه‌های بهداشتی^۱ می‌توانند به عنوان مبنایی برای ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و گزارش عملکرد برنامه‌های سلامت مورد استفاده قرار گیرند. مشارکت مشتری‌ها در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود یکی از راه‌های ارتقای کیفیت در سال‌های اخیر و به خصوص با مطرح شدن مدیریت جامع کیفیت به عنوان استراتژی مدیریتی مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات زیادی در سال‌های اخیر اعتبار داده‌های حاصل از مشتری‌ها را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. مسائلی که در مورد اعتبار داده‌های حاصل از مشتری‌ها مطرح می‌شوند، شبیهاتی را در استفاده از این داده‌ها برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی طرح می‌کند. در همین راستا،

آلیسون رز دیویس^۱ و جان وار^۲ (۱۹۸۸) طی یک مطالعه ی مروری با بررسی نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در حمایت و مخالفت از داده های مشتری ها را مورد بررسی قرار داده و نتایج زیر را بیان نمودند (۱۹):

(۱) سو گرایی حاصل از ویژگی های فردی به اندازه ای قوی نیستند که ارزیابی مشتری ها از کیفیت فنی و روابط بین فردی را بی اعتبار کند.
(۲) ارزیابی مشتری ها از کیفیت، حداقل در پاره ای از مواقع منعکس کننده ی میزان خدمات دریافت شده است.

(۳) برای مسائل معمولی، مشتری ها توانایی تفاوت قائل شدن بین خدماتی که توسط پزشکان خوب و متوسط ارائه شده اند را دارند.

(۴) روابط بین فردی در مراقبت ها، توانایی مشتری ها را برای تشخیص ویژگی های فنی فرایند سرپایی معمولی تحت تاثیر قرار نمی دهد.

(۵) تعریف کیفیت برای مشتری ها هرگونه که ارائه شود، در نهایت ادراک آنها از کیفیت، گرایش و انتخاب آنها را در بین گزینه های مختلف مراقبت های بهداشتی و درمانی تحت تاثیر قرار می دهد.

(۶) گزارش^۳ مشتری ها (غیر از ارزیابی و رتبه بندی^۴) شواهدی قابل اتکا برای فعالیت های ارزیابی و تضمین کیفیت ارائه می دهد.

(۷) هزینه جمع آوری داده از مشتری ها نه تنها بیشتر از هزینه جمع آوری داده از منابع سنتی نظیر بررسی پرونده های پزشکی نیست، بلکه پایین تر نیز هست.

(۸) مشتری ها بهترین منبع داده ای برای ویژگی های بین فردی می باشد. علاوه بر این، مشتری ها می توانند داده هایی را در مورد کیفیت فنی مراقبت های سرپایی ارائه کنند که از منابع سنتی داده نظیر پرونده های پزشکی و اطلاعات مصرف کنندگان عمده قابل دسترس نیستند.

شواهد نشان می دهند که استفاده از داده های حاصل از مشتری ها در فعالیت های ارزیابی و تضمین کیفیت مراقبت های پزشکی مفید هستند. در مورد کیفیت روابط بین فردی و کیفیت خدمت (SQ) داده های حاصل از مشتری ها بهترین منبع در دسترس می باشند. در مورد کیفیت فنی مراقبت

1 Allyson Ross Davies

2 John E. Ware

3 Report

4 Rating

های بهداشتی و درمانی به نظر می‌رسد ارزیابی و گزارش مشتری‌ها اطلاعات ارزشمندی را به داده‌های حاصل از منابع سنتی تر از قبیل پرونده‌های پزشکی اضافه می‌کند.

در بیست سال اخیر دیدگاه‌های مربوط به بهبود نظام سلامت از کنترل از بالا به پایین و تبعیت بی‌چون و چرا به سوی توسعه پایین به بالا، خود کنترلی و مشوق‌ها سوق پیدا کرده است. همچنین اندازه‌گیری کیفیت از تمرکز بر درون داد‌ها به تمرکز بر فرایندها و نتایج عملکرد انتقال یافته است.

استراتژی‌های بهبود کیفیت

بهبود کیفیت بعنوان فعالیتهای سیستماتیک و مبتنی بر داده تعریف می‌شود که بمنظور بهبودی سریع در ارائه مراقبت سلامت در موقعیت‌های خاص طراحی شده است. استراتژی بهبود کیفیت بعنوان هر نوع مداخله‌ای که با هدف کاهش شکاف کیفیت برای گروهی از بیماران که نماینده افرادی هستند که بطور روتین به مرکز مراجعه می‌کنند تعریف می‌شود (۲۰). شجانی و همکاران یک طبقه‌بندی از استراتژی‌های بهبود کیفیت ارائه کرده‌اند که استنباط می‌کند که انتخاب متدلوژی و استراتژی بهبود کیفیت به ماهیت پروژه بهبود کیفیت دارد (۲۱).

استراتژی بهبود کیفیت	مثال
سیستم یادآوری ارائه دهنده خدمت	• یادآوری در نمودار برای ارائه دهندگان خدمات • یادآوری های مبتنی بر کامپیوتر برای ارائه دهندگان خدمات • پشتیبانی تصمیم گیری مبتنی بر کامپیوتر
تسریع جریان داده های بالینی به ارائه دهندگان خدمات	• انتقال اطلاعات بالینی از کلینیکهای تخصصی سرپایی به ارائه دهندگان مراقبت های اولیه سلامت با روشی غیر از پرونده های پزشکی (به عنوان مثال، تماس تلفنی یا فکس)
ممیزی و بازخورد	• بازخورد عملکرد به ارائه دهندگان خدمات • شاخصهای کیفیت و گزارشات • کارنامه گزارش کیفیت ملی/ایالتی • داده های عملکردی منتشر شده برای عموم • الگو گیری: ارائه داده های پیامد از ارائه دهندگان خدماتی که بهترین عملکرد را دارند • بمنظور مقایسه با عملکرد خود ارائه دهندگان خدمات
آموزش ارائه دهنده خدمت	• کنفرانسها و کگاه های آموزشی • نشستهای آموزشی • دسترسی به ملزومات آموزشی
آموزش بیمار	• کلاسهای آموزشی • آموزشی والدین و خانواده بیمار • پمفلت برای بیماران • استراتژی های آموزش عالی برای ترویج خودمراقبتی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن

سیستم یاد آور بیمار	• ارسال نامه و یا تماس با بیمار
خود مدیریتی	• استفاده از ابزارها و ملزومات برای ارتقای خود مراقبتی
تغییر سازمانی	• مدیریت بیماری، مدیریت مورد • تکنیکهای مدیریت کیفیت جامع (TQM)¹ و بهبود مستمر کیفیت (CQI)² • تیم های چند رشته ای • تغییر ثبتهای کاغذی به ثبتهای کامپیوتری • افزایش نیروی انسانی • تغییر ترکیب مهارتها
مشوق های انگیزشی، مقررات و سیاستها	مربوط به ارائه دهنده • مشوقهای مالی بر اساس دستیابی به اهداف عملکردی • استفاده از روشهای پرداخت مختلف (کارانه و سرانه) • مقررات صدور مجوز مربوط به بیمار • پرداخت مشارکتی برای هر ویزیت • حق بیمه سلامت مربوط به سازمان • اقدامات اعتبار بخشی • تغییر در روشهای بازپرداخت

1 Total Quality Management

2 Continous Quality Improvement

Reference

1. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD HEALTH WORKING PAPERS; 2006.
2. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ*. 2005 331(7525):1121.
3. Garham NO. Quality in health care: theory, application and evolution. Bloomington, editor. United States: Aspen Publisher; 1995.
4. Garvin DA. Managing quality New York: The free press; 1988.
5. Btoush R, Campbell JC, Gebbie KM. Visits Coded as Intimate Partner Violence in Emergency Departments: Characteristics of the Individuals and the System as Reported in a National Survey of Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 2008;34(5):419-27.
6. Maternal, newborn, child and adolescent health: world health organization; 2017 [Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/]
7. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington D.C: National Academy Press; 1990.
8. McGlynn EA. Six challenge in measuring the quality of health care. *Health Affairs*. 1997;16(3):7-21.
9. Foster A, Ratchford D, Taylor D. Auditing for patient. Quality in Health care. 1994;3:16-9.
10. Wolfe A. Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2001;2(3):233-5.
11. Tabrizi JS. Improving health care quality: basics, concepts, dimensions. Saarbrücken; Germany: LAMBERT Academic Publishing; 2010.
12. Donaldson MS. Measuring the quality of health care. Washington DC: national roundtable on health care quality; 1999.
13. Goyndt WD. Managing the quality of health care in developing countries. 1 ed. Washington DC: World Publication; 1995. 80 p.
14. Shaw CD, I K. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
15. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med*. 1996;335(13):966-70.
16. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care.

Social science & medicine (1982). 2000;51(11):1611-25.

17. Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. Health affairs (Project Hope). 1998;17(4):7.25-

18. Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. JAMA. 1999;281(22):2098-105.

19. Davies AR, Ware JE ,Jr. Involving consumers in quality of care assessment. Health affairs (Project Hope). 1988;7(1):33-48.

20. Hughes R. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses: Agency for Healthcare Research and Quality Rockville, MD; 2008.

21. Shojania KG, Wachter RM, Owens DK, Ranji SR, Shetty K, Posley KA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Care coordination. 2007;7.

فصل دوم: تئوری‌های انگیزش

مقدمه

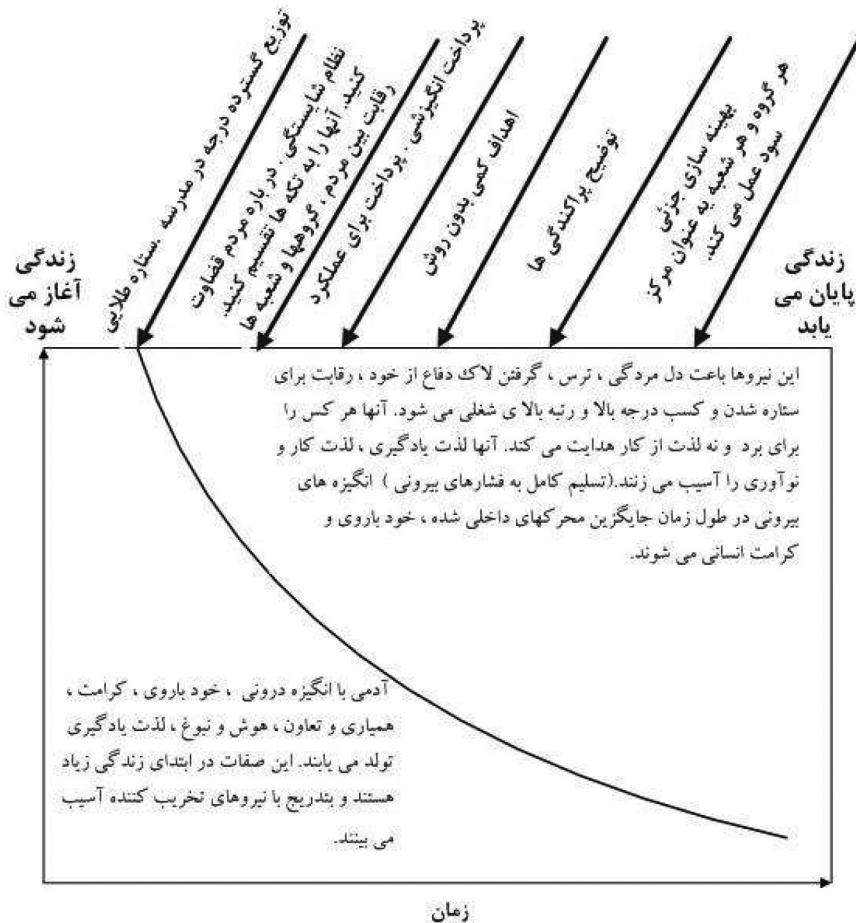
وقتی حیات اجتماعی انسان آغاز گشت، ضرورت سازمانهای بزرگ و کوچک برای ارائه خدمات موردنیاز انسان و قانونمند ساختن حرکت‌های اجتماعی احساس شد. انسان با تفکر و اندیشه ناب خود سازمان‌ها را پی ریزی کرد تا به دست انسان نیاز انسان و محیط برآورده شود. تکریم انسان توصیه همه ادیان بزرگ و علمای اخلاق است. خدا در قرآن به صراحت و روشنی امر به پاسداشت کرامت انسان می‌کند (و لقد کرّمنا بنی آدم - اسرا ۷۰).

مدیران نباید کارکنان را برای اجرای مقاصد خود به خدمت بگیرند. بلکه باید اهداف شغلی آنها را در راستای اهداف سازمانی قرار دهند تا اثربخشی سازمانی افزایش یابد. بین سازمان و کارکنان باید اعتماد متقابل و ارتباط مناسب شکل گیرد. همچنین احترام به کارکنان و تکریم آنها یکی از وظایف اساسی مدیران سازمان محسوب می‌گردد.

باید محیط کار طوری طراحی و رهبری گردد تا خلاقیت کارکنان شکوفا شود. برای پیش بینی و کنترل رفتار کارکنان، بایستی نیازهای آنها به درستی پاسخ داده شود (۱).

سازمان ها برای ارائه خدمات مورد نیاز انسان ایجاد شده اند. سازمان جایی است که در آن با اتخاذ تصمیمات درست و مدیریت بهینه منابع، برای رفاه مردم فرایندهایی اجرا شده و محصولاتی تولید می شوند. سازمان ها مینیاتوری از یک جامعه بوده و اصول حاکم بر جامعه در سازمان ها نیز جریان دارد. یکی از نکات مهم در تعریف فرهنگ سازمان، نوع نگاه به انسان است. در اغلب سازمان ها و تئوری های مدیریتی، متأسفانه به انسان در کنار منابع دیگر سازمان و گاهی حتی پایین تر از آنها نگاه می شود و این نگاه ایستا و ماشینی بر تعامل و ارتباط انسان ها با یکدیگر و با سطوح بالای سازمان سایه می اندازد. این نگرش، انسان را در کنار منابع دیگر سازمان قرار می دهد و قدرت تحلیل و تغییر لحظه ای، پویایی و تکامل او را نادیده می گیرد. **دمینگ** در کتاب اقتصاد نوین^۱ خود می نویسد: "ما در زندان و تحت ستم رویکرد شایع تعامل بین مردم، بین تیمها و بین شعبه ها زندگی می کنیم. ما نیاز داریم که رفتارها و تئوری های جاری خود را به دریا بیندازیم و طرحی نو بسازیم. ما باید ایده رقابت یا راه ضروری زندگی را از خود دور کنیم. ما به جای رقابت به همیاری نیاز داریم. روش جاری پاداش، انگیزه درونی و ذاتی، خودباوری و کرامت انسان را از زندگی فرد بیرون کرده و ترس، انگیزش بیرونی و لاک دفاع از خود را در او ایجاد می نماید. ما مردم خود را از کودکی تا دانشگاه و در کاشانه تخریب می کنیم. ما باید قدرت انگیزه درونی، کرامت، همیاری، خلاقیت و نبوغ و لذت یادگیری را که مردم با آنها زاده می شوند را حفظ کنیم. **دمینگ** معتقد است، تحول زمانی اتفاق می افتد که برنامه ریزی، سازمان را از وضعیت جاری بیرون ببرد و نه صرفاً رویکرد جاری را وصله دوزی کند. البته در زمانی که آتش سوزی پیش می آید، باید اطفای حریق نمود. تحول درونی، قدرت منابع انسانی نهفته را آزاد خواهد کرد. به جای رقابت برای رتبه بالا و درجه بالا و شماره یک بودن، همیاری را می آفریند.

تحول متعالی، در کار و یادگیری لذت ایجاد می کند (۲). هر کس که از کارش لذت می برد، کار برایش یک شادی خواهد بود و هر کس برنده است و بازنده ای نیست. نیروهای تخریب کننده نوآوری و همیاری از دیدگاه دمینگ در شکل ۳ ارائه شده است.



شکل ۳: نیروهای تخریب کننده نوآوری و همیاری از دیدگاه دمینگ

جدول ۱: نقش مدیر در سازمان های متعالی از دیدگاه دمنینگ	
نگرش سیستمیک	او معنای سیستم را فهمیده و به کارکنانش انتقال می دهد. او نقش کارکنان در تحقق اهداف سازمان را آموزش می دهد.
توسعه همیاری	او به کارکنان کمک می کند، با مرحله های قبل و بعد از خود همکاری و همیاری داشته باشند. او منافع همیاری را می فهمد و با خسارتهای ناشی از رقابت بین مردم و گروهها آشنا است.
باور و پذیرش تفاوت ها	او می فهمد که کارکنان با یکدیگر متفاوت هستند. او تلاش می کند برای هر کس علاقه، چالش و لذت در کار خلق کند. او تلاش می کند دانش، مهارتها، امیدها و توانایی های هر فرد را بهینه سازد. او تلاش می کند هر کس را در موقعیت توسعه قرار دهد.
نقش مربی	او مربی و مشاور است، نه قاضی
باور و شناخت نوسان	او سیستم پایدار را می شناسد. او تعامل بین مردم را درک کرده و شرایط کار آنها را می فهمد. او می داند که در حالت پایداری، آموزش بیشتر باعث ارتقای عملکرد نمی گردد. او تلاش می کند، آنها که در خارج حدود کنترل هستند را کشف کند.
استفاده از قدرت اخلاقی	او سه منبع قدرت رسمی، دانش و معرفت و شخصیت و قدرت اخلاقی و عاطفی دارد. یک مدیر موفق، قدرت اخلاقی و معرفت را توسعه می دهد و به قدرت رسمی تکیه نمی کند. از قدرت رسمی خود برای ارتقای عملکرد فرایندها و کاهش نوسان محصولات استفاده می نماید. کسی که از دانش و منش والا برخوردار نیست، به قدرت رسمی اش وابسته می شود و با به رخ کشیدن موقعیت قدرت خود خلا در خصوصیات فردی خود را پر می سازد.
احترام به انسان	او توانایی و شایستگی انسان را باور دارد و اعتماد را می آفریند. او محیطی خلق می کند که آزادی و نوآوری را تشویق می کند.
پذیرش واقعیت	او انتظار عالی بودن را ندارد.
ارتباط موثر	او گوش می کند و در مورد صاحب صدا قضاوت نمی کند. او در سال حداقل یک مکالمه بدون عجله با هر یک از کارکنان صرفا برای گوش کردن و نه قضاوت برگزار می کند. این کار برای درک اهداف، امیدها و ترسهای آنها انجام می شود.
آموزش مستمر	یک فراگیر همیشگی است و کارکنان خود را به آموختن تشویق می کند.

نکته دیگر در ارتقای انگیزه، تفویض اختیار و اعطای قدرت تصمیم‌گیری در چارچوب اصول و توانایی‌های فردی است. دمی‌نگ دو نوع مسئولیت توزیع شده^۱ و مسئولیت مشترک را از هم متمایز می‌سازد. او بیان می‌کند که در مسئولیت توزیع شده، هیچ کس مسئول نیست. وقتی فرمی را دو نفر تکمیل می‌نمایند، خطای تکمیل فرم بیشتر خواهد بود. **مسئولیت مشترک**^۲ متفاوت از مسئولیت توزیع شده است. مثال بارز آن همکاری آموزگار و دانش آموز است. یادگیری با راهنمایی یک آموزگار و تلاش مشترک بین آموزگار و دانش آموز اتفاق می‌افتد. دو نفر که یادداستی را امضا می‌کنند، به طور مشترک مسئول پرداخت هستند و نقش هر کدام شفاف تعریف شده است (۳). باید یاد گرفت که زیان تفکر کوتاه مدت، رتبه بندی مردم و تیمها، سیستم پاداش، مدیریت مبتنی بر نتایج و دستکاری، تضعیف روحیه و پرداخت برای عملکرد را نمی‌توان اندازه گرفت. آلفی کوهن^۳ در کتابش با عنوان بدون مشاجره^۴، واژه تعالی^۵ را در مقابل رقابت قرار داده و بیان می‌کند که رقابت مولد وجود ندارد تا سودمند باشد. او در کتابش چهار افسانه "رقابت یک قسمت جدایی ناپذیر سرشت بشر"، "نقش بیشتر رقابت در ارتقای موفقیت نسبت به همیاری"، "لذتبخش بودن رقابت" و "نقش رقابت در رشد شخصیت" را به چالش می‌کشد (۴). اگر به تعالی بیندیشیم، همه انسان‌ها امکان پیشرفت و موفقیت را دارند. رقابت فضا را تنگ می‌نماید و در بهترین حالت به برد و باخت منجر می‌شود و متناسب با رشد خود، در منابع نیز محدودیت می‌سازد (۵).

انگیزش چیست؟

سازمان‌ها با چالش انگیزه نیروی انسانی مواجه هستند. کارکنان باید کارشان را درست انجام دهند تا مدیران سازمان بتوانند به اهداف خود دست یابند. سازمانها باید سه هدف بزرگ را دنبال کنند. در گام اول

-
- 1 Divided Responsibility
 - 2 Joint Responsibility
 - 3 Alfie Kohn
 - 4 Controversy
 - 5 Excellence

با برنامه های درست و واقع بینانه اهداف سازمانی را تحقق بخشند. Mary اثربخشی سازمانی را دستیابی به اهداف می داند، بدون اینکه به کارکنان آن فشار وارد شود. در کنار آن باید به توسعه شغلی و فردی کارکنان بیندیشند تا افراد بتوانند پتانسیلهای خود را عملی سازند. در دراز مدت توسعه فردی کارکنان سود سازمان را افزایش خواهد داد. در کنار این دو هدف مهم باید سازمان به رسالت خود در مقابل محیط پیرامون خود نیز برنامه ریزی کرده و در ارتقای سلامت محیط کوشا باشد.

در یک مطالعه عناصر موثر در اثربخشی سازمان را به شرح زیر تبیین نمودند (۶). این عناصر به نوعی با انگیزه کارکنان ارتباط می یابند.

- جهت گیری استراتژیک و تدوین اهداف کلان
- ساختار و ظرفیت و توصیف شفاف مسئولیتها و وظایف
- رهبری سازمان
- نیروی انسانی و فرایندها
- ارزش ها و فرهنگ سازمانی
- مشارکت کارکنان : نشانه های مشارکت فعالانه کارکنان را می توان با شاخصهای زیر اندازه گرفت:

- رضایت شغلی
- احساس غرور از کار و سازمان
- تعهد به موفقیت سازمان
- تمایل به ابراز حرفهای مثبت از سازمان
- تجارب مشتری و وفاداری آنها

در نظام سلامت نیروی انسانی معضلات خاص خود را دارد. این نیروها از نیروهای فوق تخصصی و کاملاً ماهر تا سطح نیروی انسانی با مهارت پایین امتداد دارد. لغتنامه وبستر انگیزه را تمایلی می داند که فرد را به انجام کاری ترغیب می کند. انگیزش به نوعی با کسب لذت و پاداش ارتباط می یابد. بارتول و مارتین ۱۹۹۸^۱ انگیزش را عاملی مهم در تقویت رفتار و استمرار آن تعریف کرده اند. انگیزش مدیران و کارکنان نظام سلامت زمینه را برای بروز نوآوری و شکوفایی خلاقیت آماده می سازد (۷). انگیزش درجه تمایل یک فرد در تلاش مستمر جهت هماهنگی با

اهداف سازمانی است. کیفیت خدمت، کارایی و عدالت در نظام سلامت با انگیزش کارکنان ارتباط دارد. دسترسی به منابع و شایستگی تخصصی کارکنان به تنهایی کافی نیستند (۸).

اصلاحات در نظام سلامت از طریق ساختار سازمانی و بازسازی نقشهای جامعه در انگیزش تاثیر می گذارند. در سطح فردی، اهداف فردی و خودباوری تعیین کننده های انگیزش محسوب می گردند. فرایندهای انگیزش در سطح فردی از طریق هم راستایی با اهداف سازمانی و استفاده از منابع فردی و شخصی در دستیابی به اهداف عمل می نمایند (۹). خود سودمندی و خودباوری میزان باور فرد از موفقیت خود در کار است. بر اساس تئوری Self-Determination، هر فرد سه نیاز روانشناختی ذاتی دارد که بر سلامت او تاثیر می گذارند (۱۰، ۱۱). این نیازها، اختیار و اتونومی در اجرا، شایستگی اجرا و کنترل پیامدها و تعلق به تیم و گروه هستند. پژوهش ها نشان داده است که سه عامل در شروع و ارتقای انگیزه های درونی افراد موثر هستند:

- ۱- **درک فرد از اهمیت کار**^۱: ارزشی که فرد به کار خود می دهد.
 - ۲- **درک فرد از احتمال موفقیت**^۲: باوری که فرد از احتمال موفقیت خود در کاری که انجام می دهد.
 - ۳- **انتظار فرد از پاداش شخصی**^۳: پیش بینی فرد از اتفاقی که برای فرد در صورت انجام کارش می افتد.
- انگیزش با نیاز فیزیولوژیک و روانشناختی آغاز شده و منجر به ارایه یک خدمت می شود. پاداش ها می توانند درونی و بیرونی باشند. پاداش درونی احساس غرور و استادکاری در کار است و لذت از کار را در پی خواهد داشت. پاداش بیرونی جایزه ای است که فردی دیگر و یا سازمان به فرد اعطا می کند. پاداش درونی نشانگر رهبری و اصول مدیریت سازمان است که با توانمند سازی کارکنان و تفویض اختیار درست، کارکنان خود را به سوی توسعه فردی و شکوفاسازی قابلیت های درونی خود سوق می دهند. این نوع رضایت درونی بیشتر با قدرت اخلاقی مدیران ارتباط دارد. استفان کاوی برای

1 Valance
2 Self-Efficacy
3 Expectancy

مدیران دو نوع قدرت رسمی و اخلاقی را بیان می کنند. قدرت رسمی با ابلاغ و موقعیت اداری ایجاد می شود که مدیران به واسطه پست سازمانی خود می توانند دستور داده و پاداش و تنبیه بدهند. نوع دیگر قدرت مدیران به نام قدرت اخلاقی از رویکرد مدیریتی و منش آنها به وجود می آید.

محققان عوامل تاثیر گذار در رفتار کارکنان را در چند سطح تبیین نمودند. این عوامل می تواند در سطح فردی، سطح ماکرو و میکرو، عوامل اقتصادی اجتماعی سیاسی و عوامل جمعیتی و جامعه قرار بگیرند. در سطح میکرو می توان به محیط کار (فراهمی دروندادها)، کار تیمی و مدیریت نیروی انسانی اشاره نمود. در سطح ماکرو (نظام سلامت) عوامل تخصیص منابع، برنامه ریزی، سیاستها، فرایندهای تصمیم گیری، فرایندهای ارتباطی، مکانیزمهای پاسخگویی و مسئولیت پذیری قرار می گیرند (۱۲، ۱۳).

برای اثربخش نمودن نظامهای پاداش باید مدلی شفاف و منعطف، منصفانه، مستمر و بر اساس نشانگرهای روشن طراحی و اجرا گردد. مشوق های فردی و تیمی می توانند اثربخشی مشابه داشته باشند. اگر کار تیمی در دستیابی به اهداف سازمانی اهمیت زیادی دارد، بایستی بیشتر از آن استفاده گردد. در تعریف شاخصها باید به عوامل تعادل ساز نیز توجه شود (۱۴، ۱۵).

پاداش بیرونی شامل پول، برنامه کاری تعدیل یافته و منعطف، بازنگری در شرح وظایف، ارتقای شغلی، تغییر موقعیت اداری، قدردانی و تشویق است. پاداش های درونی بیشتر ذهنی هستند و حاصل نگاه فرد به کار و ارزش آن است. مانیون ۲۰۰۵^۱ پنج پاداش درونی را توصیف کرده است (۲):

۱- ارتباط مناسب و سازنده با کارکنان^۲ (شکل گیری و سازماندهی تیمها)

۲- کار اثربخش و معنادار^۳: آنها احساس کنند که شغلشان در سلامت مردم تاثیر دارد. تدوین دورنمای شفاف، اهداف مرتبط با دورنما و جو سازمانی حمایتگر در معنایابی کار کمک می کنند.

1 Manion 2005

2 Healthy relationships

3 Meaningful works

۳- کسب شایستگی^۱: توسعه قابلیت‌های فردی، کسب دانش و تجربه، قدردانی از موفقیت‌ها، فعالیت‌های چالش آفرین و استانداردهای غیر رقابتی در ارتقای شایستگی کارکنان تاثیرگذار هستند.

۴- انتخاب و ارایه پیشنهادات^۲: مشارکت در تصمیم‌گیری و بروز خلاقیت و نوآوری پیامد انتخاب آگاهانه کارکنان است. تفویض اختیار مناسب، اعتماد متقابل، احساس امنیت، اهداف روشن و دسترسی به اطلاعات لازم به انتخاب کارکنان یاری می‌رساند.

۵- پیشرفت^۳: مدیران دستاوردهای کارکنان خود را جشن بگیرند و راه‌های پیشرفت آنها را در اجرای پروژه‌ها هموار سازند. جو همکاری و هماهنگی سازمانی، ارتباط با مشتری‌ها، تعیین نشانگرهای موفقیت و اندازه‌گیری ارتقا، کارکنان را در مسیر پیشرفت قرار می‌دهند. نگرش، باورها و زمینه فرهنگی کارکنان در اجرای درست کارها تاثیر می‌گذارند. بایستی به زنجیره علت‌ها در انجام درست کار توجه شود. ما اغلب پیامدها را می‌بینیم، در حالی که این پیامدها حاصل رفتاری است که خود تحت تاثیر افکار اتوماتیک و برداشتهای ذهنی فرد قرار دارد. گاهی مدیران ممکن است نسبت به مقوله انگیزش، نگرش نادرست داشته باشند که خلاصه آنها در جدول ۲ آورده شدند. مدیران ممکن است فقط به انگیزه درونی اعتقاد داشته باشند، در حالی که ترکیبی از پاداش‌های درونی و بیرونی اثربخشی بالایی دارد. اچیسون^۴ بیان می‌کند که در کوتاه مدت پاداش‌های فردی بهتر عمل می‌کند و در دراز مدت عملکرد کیفی تیم بیشتر اهمیت می‌یابد (۶۱). در واقع کارکنان در طول زمان از ابعاد خودمحوری رضایت شغلی به ابعاد تیمی سوق داده می‌شوند.

1 Competence
2 Choice
3 Progress
4 Atchison

جدول ۲: تصورات نادرست در مورد انگیزش

- ۱- نظام تشویق و قدردانی یکسان برای همه وجود دارد.
- ۲- انگیزه بخشی نوعی دستکاری محسوب می گردد که می تواند تاثیر منفی زیادی داشته باشد.
- ۳- کارکنان بیشتر با پول انگیزه می یابند.
- ۴- برخی کارکنان انگیزه پیدا نمی کنند.
- ۵- انگیزه باید درونی باشد.
- ۶- عوامل بیرونی بیشتر از عوامل درونی انگیزه را ارتقا می دهند.
- ۷- کارکنان دارای انگیزه به دنیا می آیند و ساخته نمی شوند.
- ۸- فقط یک نوع رضایت شغلی وجود دارد.

درک روابط متقابل انسان یک امر ضروری است. رهبران سازمان ها می بایستی از تفاوت های فردی برای بهینه سازی استفاده کنند. افراد برای احراز موفقیت در زمینه های گوناگون ، دارای انگیزه های ذاتی هستند، اما ممکن است محرکهای عارضی از قبیل پرداخت های اضافی و رتبه بندی عملکرد ، انگیزه های ذاتی آن ها را تضعیف کند و یا از بین ببرد . توجه صرف به پاداش های بیرونی، لذت محیط کار و آموزش را از بین می برد. بایدانگیزه های ذاتی را در مردم برای نوآوری، لذت بردن از کار و آموزش تقویت نمود. رویکردهای مختلفی برای ارتقای انگیزه در کارکنان وجود دارد که به طور خلاصه در جدول ۳ بیان شدند.

جدول ۳: رویکردهای مختلف برای ارتقای انگیزه در کارکنان

- ۱- پاداش به رفتار مطلوب
- ۲- انتظار و پیش بینی بهترین عملکرد: کارکنان معمولاً در سطح انتظار از آنها رفتار می کنند.
- ۳- پاداش را به طریقی بدهید که عملکرد آنها را بهتر کند.
- ۴- از رویکردهای خلاقانه در اعطای پاداش استفاده کنید.
- ۵- به عوامل انرژی بخش و ارتقای سلامت روان کارکنان توجه نمایید.
- ۶- تفویض اختیار و دادن قدرت تصمیم گیری
- ۷- توسعه فردی و ارتقای شغلی کارکنان

تئوری های انگیزش:

سازمان های سلامت با انسان سر و کار دارند که در آن گروهی از انسان ها برای تامین رفاه و سلامت گروهی دیگر خدماتی را با هدایت و رهبری گروهی سوم ارائه می نمایند. محصول تولید شده به نحوی هر سه گروه را متأثر می سازد و در حالت های مختلف ممکن است جایگاه این سه گروه نیز با یکدیگر عوض شود. رهبران سازمان ها برای ایجاد پیشرفت در جامعه باید بتوانند انگیزه لازم و کافی را در کارکنان آن ایجاد نمایند. گیرندگان خدمات سلامت باید دانش کافی در زمینه سلامت خود داشته و با مراجعه به موقع بتوانند در یک تعامل مثبت، خدمت درست را دریافت نمایند. عوامل مختلفی عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند که باید با شناخت این عوامل و تامین آنها، انگیزه لازم را در آنها برای ارائه خدمت با کیفیت مناسب به وجود آورد. ارزش ها، باورها و سنتها از محلی به محل دیگر فرق می کند ولی همه مردم نیازهای مشابه دارند. در این زمینه تحقیقات وسیعی با عنوان نیازها و عوامل انگیزشی انجام گرفته است که در اینجا به برخی از تئوری های مهم اشاره می گردد.

تئوری های مبتنی بر نیاز انگیزش

تئوری مراتب نیاز مازلو^۱

آبراهام مازلو یکی از روان شناسان مثبت گرا است که در زمینه نیازهای انسان کارهای زیادی انجام داد. تئوری مراتب نیاز او در این زمینه مشهور است. او بر خلاف رویه جاری، تحقیق خود را بر انسانهای خلاق و سالم بنا کرد. او بر پایه مشاهدات خود نیازهای انسان را در هر می نشان داد که قاعده آن نیازهای بقا و راس آن خودشکوفایی انسان است. او اعتقاد داشت که نیازهای بالاتر بعد از تحقق نیازهای پایین تر قابل دستیابی است. مازلو انگیزش را تلاش فرد برای پاسخ به نیازهای پنجگانه می دانست که در جدول ۱ آورده شدند. او از چهار نیاز اول به عنوان نیازهای کمبود^۲ یاد می کرد. مازلو به تلاش فرد برای کسب سطوح بالاتر و بهتر

1 Maslow's hierarchy of Need
2 deficiency needs" or "d-needs

از قبل شدن بعد از پاسخ مناسب به نیازهای پایه metamotivation نام گذاشت.



شکل ۴: مراتب نیاز مازلو

نیازهای مازلو در دو گروه نیازهای بقا (فیزیولوژیک و ایمنی) و نیازهای روانشناختی قرار می گیرند. مازلو در تحقیقات بعدی خود مراتب نیاز انسان را از پنج سطح به هشت سطح تغییر داد. نیازهای شناختی و زیبایی شناختی را به قبل از سطح خودشکوفایی و نیاز متعالی شدن را به بعد از آن اضافه نمود. **نیاز شناختی**^۱: دانش و فهم، کنجکاوی، اکتشاف، قدرت پیش بینی و معنایابی زندگی

نیاز زیبایی شناختی^۲: جستجوی زیبایی، تعادل و تناسب

نیاز متعالی^۳: یاری دیگران برای خودشکوفایی شدن، یکپارچگی با دیگران و جهان هستی

جدول ۴: مراتب نیاز مازلو

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | Cognitive need |
| 2 | Aesthetic need |
| 3 | Self-transcendence |

ویژگی ها	مراتب نیاز
هوا، غذا، آب، سرپناه، گرما، خواب، آمیزش جنسی	فیزیولوژیک
شغلی، مالی، ثبات، رهایی از ترس و تهدید، حفاظت در مقابل سیاستها و قوانین	ایمنی
دوستی، صمیمیت، پذیرش و اعتماد، دوست داشتن و دوست داشته شدن، عضویت در گروههای کاری و خانوادگی	تعلق و دوست داشتن
دستاوردها، برتری فردی، استقلال، موقعیت اجتماعی، احترام به خود و دیگران	اعتماد به نفس
تحقق ظرفیتهای درونی، رشد فردی، تجارب انحصاری و گرانبیایم فردی	خودشکوفایی

خودشکوفایی در دیدگاه مازلو یک فرایند مستمر و مداوم است که در آن، فرد هر لحظه به دنبال رسیدن به جایگاه بالاتری است. در مراتب نیاز مازلو هر قدر از قاعده هرم دورتر می شویم، آدمی بیشتر خود را شناخته و انرژی لازم را از خود دریافت می کند. امروزه محققان اعتقاد دارند که در هر زمان ارتقای انگیزه ممکنست از پاسخ به نیازهای سطوح مختلف بالا و پایین هرم مازلو باشد. تای و داینر^۱ ۲۰۱۱ در مطالعه خود بر روی ۵۶۸۰۶ نفر شش نیاز پایه، امنیت، اجتماعی، احترام، برتری طلبی و اتونومی را مشخص کردند که شبیه مراتب نیاز مازلو بود. آنها همچنین سه شاخص رفاه و تعالی انسانی را ارزشیابی زندگی شخصی (نگاه فرد به خویشتن)، احساسات مثبت و احساسات منفی بیان نمودند (۱۷).

تئوری دو عاملی هرزبرگ^۲

هرزبرگ (۲۰۰۳) با تعدیل نیازهای مازلو، پارادایم دو عاملی را مطرح ساخت که رفتار شغلی انسان را متاثر می سازند. از دیدگاه او عوامل

1 Tay and Diener

2 Herzberg

انگیزشی^۱ رضایت طولانی مدت در کار ایجاد کرده و عوامل بهداشتی^۲ نتایج کوتاه مدت می دهند. رضایت به کار ارتباط داشته و نا رضایتی ها به محیط کار ارتباط دارند. مدل هرزبرگ مشابه مراتب نیاز مازلو است ولی بیشتر به محیط کار شباهت دارد. عوامل بهداشتی باید وجود داشته باشد تا بتوان از عوامل انگیزشی استفاده نمود. نیازهای مازلو در زندگی شخصی هم جریان دارد و تئوری هرزبرگ بیشتر در محیط کار قابل اجراست. در واقع می توان گفت مدل هرزبرگ نمونه کوچکی از مراتب مازلو است که در محیط کار جریان دارد.

تئوری نیازهای اکتسابی مک کله لند^۳

این تئوری بیان می کند که نیازها ذاتی و فطری نبوده و در طول زندگی هر فرد در اثر تجارب شخصی او ایجاد می شوند. مک کله لند اعتقاد داشت که نیاز یک فرد تحت تاثیر زمینه فرهنگی و تجارب زندگی شخصی است. انسان نیاز دارد که دوست داشته شود و توسط دیگران به حساب آید. نیاز به قدرت می تواند خود را به دو صورت نشان بدهد. گاهی احساس قدرت بر دیگران کفایت می کند و گاهی نیز در نمایش قدرت خود روی دیگران جلوه گر می شود. این مدل سه نیاز را شرح داده است.

۱- نیاز به دستاورد و موفقیت

۲- نیاز به دوستی و ارتباط

۳- نیاز به قدرت و نفوذ

تئوری ERG

در مدل ERG نیاز بقا همان نیازهای فیزیولوژیک و امنیت است که با پول تامین می شوند. نیاز به ارتباط اغلب از ارتباط با همکاران و رشد از توسعه فردی به دست می آید. آلدرفر معتقد است که در یک زمان مشخص ممکن است بیش از یک نیاز وجود داشته باشد. او از بعد

1 Motivators

2 Hygiene

3 McClelland

فرسایش و پسرفت^۱ یاد می کند که اگر نیازهای بالا تامین نشوند، آدمی به دنبال تامین نیازهای سطح پایین تر خواهد بود. او مراتب نیاز را مانند مازلو یک مارپیچ ندیده و یک طیف می داند. آلدرفر سطوح نیاز را به سه سطح کاهش داد:

- ۱- بقا
- ۲- ارتباط
- ۳- رشد

تئوری های انگیزش مبتنی بر عوامل بیرونی

تئوری تقویت رفتار^۲

پیامدها و نتایج از عملکردها و رفتارها بوجود می آیند. شرطی سازی عاملی توسط اسکینر در رابطه با تاثیر نتایج رفتار خاص در تکرار آن رفتار معرفی شد. چهار نوع شرطی سازی عاملی ممکن است اتفاق بیفتد.

- ۱- تقویت مثبت^۳: کسب موقعیت بهتر و نتیجه مطلوب باعث تقویت رفتار می شود.
 - ۲- تقویت منفی^۴: دور کردن یک تنش و استرس در اثر پیامد یک رفتار باعث تقویت آن رفتار می گردد.
 - ۳- خاموش سازی^۵: در مقابل رفتار هیچ پاداشی داده نمی شود و در نتیجه رفتار به مرور زمان تضعیف می گردد.
 - ۴- تنبیه^۶: در مقابل رفتار نوعی تنبیه داده می شود و این نیز رفتار را تضعیف می کند.
- تقویت مثبت و منفی باعث تقویت رفتار شده و دو حالت دیگر رفتار را تضعیف می نمایند.

-
- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Frustration-regression |
| 2 | Reinforcement Theory |
| 3 | Positive Reinforcement |
| 4 | Negative Reinforcement |
| 5 | Extinction |
| 6 | Punishment |

جدول ۵: تئوری تقویت رفتار

	داده می شود	داده نمی شود
پاداش	تقویت مثبت	تقویت منفی
استرس زا	تنبيه	خاموش سازی

تئوری های انگیزش مبتنی بر عوامل درونی

تئوری عدالت آدام^۷ Adam

کارکنان زمانی انگیزش می یابند که در مقایسه خود با دیگران احساس کنند، انصاف و عدالت رعایت شده است. یکی از مقوله های مهم در رابطه با عدالت در سازمان، پاسخگویی و مسئولیت پذیری مدیران است. باید رویکردهای تشویق و قدردانی به طور شفاف به کارکنان آموزش داده شود. اغلب افراد وقتی اطلاعات کافی دریافت نمی کنند، سراغ احساسات خود و شایعات می روند.

تئوری انتظار روم^۸

کارکنان زمانی انگیزه می یابند که دستاورد مورد انتظار رفتار خود را به خوبی بشناسند. کارکنان رفتاری را از بین رفتارهای گونه گون انتخاب می کنند که پیامد آن برایشان جذابیت و اهمیت (افزایش لذت و کاهش تنش و درد) داشته باشد. روم انگیزش را حاصل انتظار فرد از تلاش خود در رسیدن به عملکرد مورد انتظار می داند و مفید بودن این عملکرد در دریافت نتیجه معین و همچنین ارزش آن نتیجه در نزد فرد. این تئوری سه عامل زیر را دارد:

انتظار از تلاش در دستیابی به عملکرد مورد انتظار: باور فرد نسبت به اینکه تلاش او منجر به دستیابی به عملکرد تعیین شده می گردد. این باور به عوامل خودباوری، چالشی بودن هدف و احساس خودکنترلی بستگی دارد.

7 Adam equity theory

8 Vroom expectancy motivation theory

واسطه و مفید بودن^۱ عملکرد در رسیدن به پیامد: باور اینکه با دستیابی به عملکرد مورد انتظار، پاداش دریافت خواهد کرد. اعتماد به مدیران، کنترل تصمیمات و سیاستها

ارزش پاداش^۲: ارزش پاداش در نزد فرد

روم در ۱۹۶۴ تئوری انتظار را مطرح ساخت. او بیان کرد که رفتار یک فرد بر اساس انتظار او از پیامد آن فعالیت و جذابیت آن نتیجه به او شکل می گیرد. بر اساس تئوری ایشان، انگیزه از تعامل سه فاکتور به وجود می آید. ارتقای شغلی برای کارمند یک پاداش است. اگر او باور کند که کار بهتر او را به نتیجه بهتر در ارزشیابی می رساند، او خوب کار خواهد کرد. اگر او باور داشته باشد که شرکت او را ارتقا نخواهد داد، انگیزه ای برای تلاش بیشتر نخواهد یافت.

تئوری تدوین اهداف^۳

تدوین هدفهای کاری برای هر فرد باعث ایجاد انگیزه در آنها می شود. لوک^۴ در دهه ۱۹۶۰ این تئوری را وضع کرد. این تئوری بیان می کند که تدوین اهداف اختصاصی و چالش آفرین با بازخورد متناسب به عملکرد بهتر کارکنان کمک می کند. این اهداف باید شرایط زیر را داشته باشند:

۱- اختصاصی و تا اندازه ای سخت و دشوار

۲- واقع بینانه و چالشی

۳- بازخورد مناسب و درست

۴- مشارکت فعال کارکنان

انسان برای ارتقای خود هدف گذاری می نماید و از دست یافتن به اهداف، احساس خوشحالی می نماید. اهدافی که چالش زا ولی واقع بینانه است. کارکنان نسبت به هدفهای خود تعهد پیدا می کنند. اقدامات زیر تعهد آنها را افزایش می دهد:

-
- | | |
|---|---------------------|
| 1 | Instrumentality |
| 2 | Valence |
| 3 | Goal setting theory |
| 4 | Locke |

- ۱- هدفهای منعطف و واضح
- ۲- مشارکت کارکنان در تعیین هدفها
- ۳- هم راستایی هدفهای فرد با هدفهای سازمان و دورنما
- ۴- تئوری های مدیریتی انگیزش

تئوری مدیریت علمی تیلور^۱

تیلور معتقد بود که انگیزه کارکنان را می توان بالاتر برد، به طوریکه آنها به طور مداوم سخت تر کار کرده و کارایی خود را افزایش دهند. او بیان داشت که پرداخت کارکنان باید بر اساس حجم و کیفیت کار آنها باشد. تیلور چهار اصل زیر را در مدیریت توصیه کرد:

- ۱- به کارگیری روشهای علمی در مدیریت کار و منابع انسانی
- ۲- به کارگیری کارکنان بر اساس انگیزه، دانش و مهارت آنها
- ۳- پایش و نظارت کارکنان
- ۴- تقسیم کار بین مدیران و کارکنان. مسئولیت برنامه ریزی و آموزش به عهده مدیران است.

تئوری X و تئوری Y

آقای داگلاس مک گرگور^۲ در ۰۶۹۱ تئوری X, Y را مطرح ساخت. این تئوری رویکرد مدیریت نیروی انسانی را در انگیزش دنبال می کند. مدیران معتقد به تئوری X اعتقاد دارند که کارکنان بدون انگیزه بوده و کارشان را دوست ندارند. این مدیران وظیفه محور بوده و توجهی به گروهها و انسان نمی کند. تئوری Y انسان محور بوده و به او اعتماد می کند. این مدیران معتقدند که افراد می توانند خودشان را مدیریت نموده و اگر انگیزه آنها بالا رود، خلاقیت آنها آشکار می گردد. در این تئوری به تیم و مشارکت توجه می شود. مدیران معتقد به تئوری X دوست دارند، کارکنان را با ابزارهایی خاص کنترل نمایند و مدیران معتقد به تئوری Y با ایجاد محیط دلپسند و جذاب کار، کارکنان را کمک می کنند تا پتانسیل های خود را رها سازند. تئوری X کارکنانی هستند که در مراحل پایین مازلو هستند و تئوری Y در سطوح بالای

1 Scientific management theory

2 Douglas McGregor

هرم مازلو قرار دارند. در کنار نگاه مدیران به کارکنان، ارگریس^۱ از دو الگوی A و B یاد می کند که نگاه افراد به خودشان را بررسی می کند. در الگوی A کارکنان غیرمنعطف، محافظه کار و مشتاق کار انفرادی هستند و الگوی B کارکنانی با روحیه کار تیمی و منعطف هستند. ترکیب مدیران و کارکنان در انتخاب مدل مدیریتی کمک کننده خواهد بود. مدیران معتقد به تئوری Y و با الگوی A کارکنان را علیرغم اعتقاد به استقلال آنها کنترل می نمایند (۸۱).

تئوری Z

آقای ویلیام اوچی^۲ در ۱۹۸۰ تئوری Z را از ترکیب تئوری Y و سبک مدیریت ژاپن مطرح ساخت. این تئوری بیان می کند که مشارکت کارکنان و تعهد آنها به سازمان، زمینه بهره وری بالای سازمان را فراهم می کند. این مدیران پاداش مناسب، ارتقای شغلی، ثبات شغلی و مشارکت کارکنان را فراهم می سازند.

تئوری ارتقای مستمر کیفیت

ارتقای مستمر کیفیت یک فلسفه مدیریتی است که بهبود مستمر فرایندها و در نتیجه ارتقای مستمر رضایت مشتری را دنبال می نماید (۱۶). دمینگ مدیریت کیفیت و بهبود را در مسئولیت همه کارکنان می داند. دمینگ هزینه بزرگ کیفیت را تحویل محصولات معیوب به مشتریان دانسته و معتقد است که قابل اندازه گیری نیست.

در مدیریت مبتنی بر بهبود کیفیت بین سازمان و مشتری، بین سازمان و تدارک کننده، بین سازمان و کارکنان سدی وجود ندارد. در این رویکرد همه کارکنان مشتری یکدیگر محسوب می گردند و همه با هم برای رضایت و وفاداری مشتری بیرونی تلاش می کنند. یکی از ارکان اساسی مدیریت کیفیت تمرکز روی فرایندهاست. فرایند به مجموعه عوامل مختلف که هدف خاصی را دنبال می نمایند، اطلاق می گردد و عملکرد آن به ارتباط مشتریهای مختلف بستگی دارد (۱۹). اگر ارائه دهندگان

1 Argyris

2 William Ouchi

مختلف مانند تیم عمل نموده و به سوی اهداف مشترک حرکت نمایند می توان به کیفیت دست یافت (۱۷).

عوامل زیر در این مدیریت منجر به افزایش انگیزه در کارکنان شده و آنها را به لذت از کار سوق می دهد:

۱- مشارکت همه جانبه

۲- مسئولیت کار به عهده صاحبان فرایند است.

۳- یادگیری مستمر

۴- کار تیمی

۵- کار بر اساس شواهد متقن

۶- توجه به نوسانات عام و خاص

نگرش ذهنی مدیران در انتخاب راههای ارتقای عملکرد و توانمند سازی نیروی انسانی از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۰). دمینگ برای مدیریت کیفیت، نظام دانش ژرف^۱ خود را ارایه داد که چهار اصل زیر را در خود جای داده است:

۱- **نگاه سیستمیک:** بر پایه نظرات دمینگ یک سیستم شبکه ای از اجزای به هم پیوسته است که برای دستیابی به هدف آن فعالیت می نمایند. هر سیستم یک هدف داشته و عملکرد اجزا باید بر مبنای هدف کلان باشد.

۲- **دانش نوسانات:** در عملکرد هر فرایند نوسان شناخته شده است. نوسان امری حتمی است و ما آرزو داریم آن را کم سازیم. دو دسته علل باعث این نوسانات هستند. علل خاص به آسانی شناخته و برطرف می شوند. علل عام را فقط مدیران می توانند کاهش بدهند و در ذات فرایند هست.

۳- **تئوری دانش:** مدیران باید دانش ضروری و چگونگی گسترش آن در سازمان را بدانند. تئوری های مبتنی بر شواهد متقن باید ایجاد و توسعه یابند. یادگیری مستمر در کل سازمان گسترش یافته و چرخه علمی ارتقا به کار گرفته شود.

۴- **روانشناسی کار:** شاید مهمترین قسمت دانش ژرف دمینگ، توجه به جنبه های روانشناختی کار باشد که روی انسان تاکید می نماید. کارخانه و محصولات توسط انسان ساخته می شوند. ممکن است ما

سیستم را بفهمیم و دانش کافی در زمینه نوسانها داشته باشیم، ولی بدون درک کارکنان و انسان سازمان موفقی نخواهیم داشت. از نظر دمیگ سازمان باید توانمندی های ویژه اشخاص را بیدار سازد. او بیشتر به انگیزه درونی بها می دهد. انگیزه درونی در کنار پرداخت مناسب نقش اساسی دارد.

تئوری ویژگی های شغلی

هاک من و اولدهام^۱ مدل ویژگی های شغلی را در انگیزش مطرح کردند. این تئوری بیان می کند که خود کار یک عامل اساسی در انگیزش است. تنوع، خودمختاری و قدرت تصمیم گیری راههای افزودن چالش به یک شغل هستند (۲۱). در این تئوری پنج ویژگی اصلی شغلی، پیامدهای کاری (تجربه معنایابی در کار، مسئولیت پیامدها و دانش پیامدها) را متاثر می سازد:

- ۱- تنوع مهارت
- ۲- هویت شغلی
- ۳- اهمیت کار
- ۴- خودمختاری
- ۵- بازخورد

جدول ۵: خلاصه تئوری های انگیزش

نام تئوری	صاحب نظریه	سال معرفی	ویژگی های تئوری
X,Y	Douglas McGregor	۱۹۵۷	مردم ذاتا کار را دوست ندارند و مردم باید کنترل شوند . مردم فرمانبری را دوست دارند و از مسئولیت گریزان هستند . مردم به دنبال امنیت هستند.
			تئوری X کار برای مردم تفریح است و مردم خود کنترلی را دوست دارند . مردم مسئولیت پذیر هستند و پتانسیل فراوانی دارند . آنها می توانند با به کار گیری نبوغ و خیال پردازی ، مشکلات سازمان را حل کنند .
خود شکوفایی	Abraham Maslow	۱۹۵۴	نیاز پایه فیزیولوژیک ^۱ - امنیت ^۲ - عاطفی ^۳ - احترام و اعتماد به نفس ^۴
			نیاز متعالی معرفت و خودشکوفایی ^۵ - آرامش ^۶ - خودشناسی ^۷ - خود رهبری ^۸
عوامل انگیزشی و بهداشتی	Frederick Herzberg	۱۹۶۶	عوامل بهداشتی شرایط کار - سیاست های اجرایی - حقوق و مزایا - نظارت - موقعیت اداری - امنیت شغلی - همکاران - زندگی شخصی
			عوامل انگیزشی قدردانی - دستاورد و موفقیت - پیشرفت - رشد و ترقی - مسئولیت پذیری - چالش شغلی
ERG	Clayton Alderfer	۱۹۶۹	۱ - بقا ^۹ ، ۲ - ارتباط ^{۱۰} ، ۳ - رشد ^{۱۱}

تئوری Z	William Ouchi	۱۹۸۰	ترکیبی از تئوری Y و مدیریت ژاپنی است. به کارکنان اعتماد می کند. یک فلسفه مدیریتی و پایه مدیریت کیفیت است. به مشارکت کارکنان ارزش قائل است. احساس مالکیت کارکنان به سازمان
تئوری انتظار	Victor Vroom	۱۹۶۴	۱ - مقدار پاداش ^{۲۱} ، ۲ - مقدار کار ^{۳۱} ، ۳ - باور داشتن دریافت پاداش 14
تئوری نیازهای اکتسابی	David C. McClelland	۱۹۶۱	دستاورد و ارتقا ^{۵۱} : آرزوی مسئولیت پذیری و ارتقای عملکرد روابط دوستانه ^{۶۱} : تعلق به تیم و لذت از کار تیمی و اهمیت دادن به ارتباط بین کارکنان نفوذ ^{۷۱} : کنترل و نفوذ در دیگران ، موفقیت در بحث ها و نیاز به الگو بودن

عوامل موثر در انگیزش کارکنان

فرهنگ و جو سازمانی

دو عامل فرهنگ سازمان^۱ و جو سازمان^۲ نقش اساسی در عملکرد فرایندها ایفا می نمایند. عوامل روانشناختی، نگرش ها، تجارب، باورها و ارزش ها فرهنگ سازمان را به وجود می آورند (۶). فرهنگ سازمان تعامل کارکنان با یکدیگر و با بیرون از سازمان را تبیین می نماید. جو سازمان برداشت کارکنان از فرهنگ سازمان است و از رفتار مدیران آن نشأت می گیرد. در واقع تحقق اجزای فرهنگ سازمان در واقعیت، محیطی ایجاد می نماید که انگیزه، تمایل و اشتیاق کارکنان را برای انجام کارهای روزانه تعیین می نماید. فرهنگ سازمان در طول سالها شکل می گیرد و ثبات بیشتری نسبت به جو سازمانی دارد. تغییر مدیران بیشتر جو سازمانی را تغییر می دهند و فرهنگ سازمان در کوتاه مدت، اغلب

1 Organizational Culture

2 Organizational Climate

دست نخورده باقی می ماند. اعتقادات مذهبی، هنجارهای اجتماعی، دستورالعمل ها، قوانین کشوری، سیاست های کلی و برنامه های توسعه در شکل گیری فرهنگ سازمان نقش دارند. در پیشبرد اهداف سازمان، فقط فرهنگ خوب سازمانی کافی نیست، بلکه رفتار مدیران در تبدیل فرهنگ سازمان به جو مناسب و شوربخش نکته اساسی است.

گروههای کاری غیر رسمی^۱

گروههای کار غیررسمی، قدرت کنترل رفتار کارکنان را در سازمان دارند و در نتیجه می توانند روی بهره وری سازمان تاثیر بگذارند. هومانس^۲ مدل سیستمهای اجتماعی را ارایه داد که سه عنصر اساسی فعالیتها، تعاملات و احساسات در آن نقش دارند. فعالیتها همان کار معمولی کارکنان است و تعاملات رفتار آنها با یکدیگر در زمان انجام کار است. احساسات نگرش کارکنان نسبت به یکدیگر است. اگر احساسات مثبت شکل بگیرد، همبستگی سازمانی و به تبع آن بهره وری بالا می رود. باید این گروههای غیررسمی در سازمان شناسایی شده و از همبستگی آنها در ارتقای کیفیت بهره جست.

تیمهای کاری

یک تیم ماهیت پویا و زنده دارد. صرف نظر از وظیفه و رسالت خود می تواند، از مراحل اولیه به بلوغ توسعه یابد. در تیمها فقط کارکنان در کنار یکدیگر قرار داده نمی شوند. آنها به هماهنگی و تعامل نیاز دارند تا با یکدیگر یاد بگیرند و با هم تشویق شوند. مدل توکمن^۳ مراحل زیر را در توسعه تیم توصیف کرده است.

مرحله تشکیل^۴: این مرحله دوره آشنایی اولیه است. اعضای تیم یکدیگر را به خوبی نمی شناسند و از رویکرد رهبری و رویکرد اجرایی آن بی خبر هستند. این مرحله با دیدن همدیگر در یک گروه کامل می شود.

1 Informal Work Groups

2 Homans

3 Tuckman's Model

4 Forming

مرحله توفانی^۱: در این مرحله اعضا جایگاه خود را در تیم پیدا می کنند. اعضای تیم در این مرحله در ارائه نظریه ها و ایده های خود احساس راحتی می کنند و مسئولیت و توصیه های تسهیل گر تیم را به چالش می کشند. این مرحله آغاز نزاع داخل تیمی است.

مرحله طبیعی شدن^۲: اعضای تیم از تجارب گذشته خود در حل مشکلات و تنازعات پیش آمده بهره می گیرند و به سوی یک گروه همبسته حرکت می کنند. این مرحله منجر به ایجاد روشهای مدیریت تنازعات، تصمیمات و نیز اجرای پروژه می شود.

مرحله اجرا^۳: در این مرحله تیم به هماهنگی و هارمونی می رسد. وظیفه ها و ارتباطات خود را بسط داده و شروع به تولید نتیجه می کند. اعضا یاد گرفته اند که چگونه با هم کار کنند، تنازعات را مدیریت نمایند و منابع خود را در دستیابی به اهداف تیم بکار بگیرند.

مرحله حل شدن و یا شروع دوباره^۴: وقتی پروژه به پایان می رسد، تیم یا از بین می رود و یا وارد پروژه ای تازه می شود.

نظام پایش و بازخورد

یکی از اولویتهای مهم و همیشگی مدیران اطمینان از نهادینه سازی پایش و ارزشیابی در سازمان است. پایش، سنجش درجه انطباق فعالیتها، محصولات و منابع به کار رفته با استانداردهای به دست آمده از انتظارات مشتری ها است. به زبان ساده تر پایش ابزاری است که مدیریت و کارکنان را از انجام درست فعالیتها و تامین نیاز مشتری ها مطمئن می سازد. در فرایند پایش و ارزشیابی، کارکنان جایگاه خاصی دارند و تمام تغییرات دیگر در اثر تلاش و تعهد آنها حاصل می گردد. ظرفیت سازی در سازمان و توانمندسازی نیروی انسانی دو مقوله مهم در ایجاد تغییرات شگرف و اثربخش در نظام پایش و ارزشیابی بوده و بایستی از چالشهای اساسی رهبران سازمانها باشد.

پایش را می توان با دو دیدگاه انسان محور و ابزار محور انجام داد. در

-
- | | |
|---|------------|
| 1 | Storming |
| 2 | Norming |
| 3 | Performing |
| 4 | Dissolving |

دیدگاه انسان محور، پایش برای توانمندسازی ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی در جهت اطمینان از ارائه مراقبتهای درست به گیرندگان خدمات بهداشتی اجرا می گردد. در این دیدگاه عملکرد فرایندها و برنامه های سلامت مقایسه می شوند. در دیدگاه ابزار محور، نتایج پایش به عنوان ابزاری برای قضاوت در مورد عملکرد ارائه دهندگان خدمات بهداشتی انجام شده که اغلب باعث نارضایتی در آنها می گردد. در تحلیل نتایج به دست آمده از پایش، داده ها را می توان با استانداردها، میانگین واحدهای مختلف ارائه خدمت، عملکرد قبلی پایش شدگان و بین واحدهای مختلف مقایسه نمود. در تحلیل این داده ها اغلب از رویکرد مقطعی استفاده می گردد، در حالی که توجه به روندها و نوسان عملکردی بهترین پایش بینی ها از وضعیت جاری موارد مورد پایش به دست می دهد.

یکی از نکات قابل توجه دیگر در پایش، پویایی آن است. در پایش می توان بر اساس یک چک لیست غیر قابل انعطاف سالها یک برنامه سلامت را ارزشیابی نمود. روش مناسب استفاده از چک لیست های قابل انعطاف است که بر اساس نتایج پایش های انجام یافته و نقاط قوت و ضعف شناسایی شده تغییراتی در آن داده می شود. فرایند پایش یک تعامل دو سویه است. در بازدید کارشناسان برنامه های سلامت از واحدهای ارائه مراقبتهای بهداشتی معمولاً عملکرد فرایندها بر اساس یک چک لیست استاندارد بررسی می شود. همزمان باید ابتکارات و نوآوری های پایش شوندگان نیز با یک چک لیست بررسی و جمع آوری شوند. یکی از نکات قابل توجه برنامه پایش و بازدید از سازمانهای بهداشتی، مشاهده تجارب موفق و ایجاد ارتباط موثر با ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی است. بررسی رویکردهای به کار رفته در واحدهای مختلف مدیران را در طراحی ایده های جدید یاری می رساند و نیز با توسعه تجارب موفق از طریق طراحی استاندارد آنها، به اشاعه تجربه های موفق کمک می کند. در ارزشیابی عملکرد بایستی به دو مولفه اساسی بازخورد و تعیین اهداف توجه نمود. در اندازه گیری عملکرد فردی باید عوامل زیر مد نظر قرار بگیرند:

۱- تعریف شاخصهای اختصاصی عملکرد

- ۲- رویکرد ۰۶۳ درجه به عملکرد
- ۳- بر اساس شاخصه های عینی تا ذهنی
- ۴- توجه به هر دو عامل فردی و تیمی

سازمانها برای ارزشیابی برنامه های خود از رویکردهای ارزشیابی خارجی، ارزشیابی داخلی و خودارزیابی استفاده می نمایند. در ارزشیابی خارجی، گروهی از کارشناسان خبره خارج از سازمان بر اساس یک چک لیست استاندارد، فعالیتها و دستاوردها را مطالعه می نمایند. در ارزشیابی داخلی، واحد مخصوص ارزشیابی در داخل سازمان ایجاد شده که کار برنامه ریزی و اجرای پایش و ارزشیابی را در سازمان به عهده دارند (۳۵). خودارزیابی رویکردی است که در آن صاحبان فرایند با پایش مستمر فرایندهای خود، زمینه را برای ارتقای مستمر عملکرد آنها فراهم ساخته و مدیریت برنامه های سلامت را تقویت می نماید (۳۸). در چند مطالعه نشان دادند که امتیاز حاصل از خودارزیابی مساوی و حتی پایین تر از ارزشیابی خارجی بود (۴۰-۳۹). به نظر می رسد، طراحی و اجرای رویکرد تلفیقی از روشهای ارزشیابی، موثرتر از اجرای هر کدام از آنها به تنهایی خواهد بود. روش پایش، نگرش ذهنی مدیران، مشارکت کارکنان و چگونگی ارایه بازخورد در ارتقای انگیزه ارایه دهندگان مراقبتهای بهداشتی درمانی تاثیر خواهند گذاشت.

مدل های ذهنی

مدلهای ذهنی را چگونه می توان تغییر داد و یا به سوی مثبت اندیشی سوق داد. مدل ذهنی نشانگر فرایند تفکر یک فرد در باره رخدادهای دنیای واقعی است. مدل های ذهنی در شکل گیری رفتار فرد و رویکرد حل مساله او تاثیر می گذارند. پیتیر سنج مدل ذهنی را باورها، فرضیات و تصاویر درونی و نافذ فرد از دنیای واقعی می داند. تصاویری که رویکردهای اندیشیدن و اقدام ما را محدود می سازد. اغلب ما از این مدلها و تاثیر آنها بر رفتار خویشتن آگاهی نداریم. در سازمان با مساله به اشتراک گذاری مدل های ذهنی نیز روبرو هستیم که بر روند فعالیت کارکنان در طول زمان تاثیر خواهد گذاشت. پیتیر سنج مدل های ذهنی

را در کنار چهار عامل دیگر در قالب تئوری نظام یکپارچه قرار داد که برای یادگیری سازمانی ضروری هستند. این عوامل تفکر سیستمیک، برتری جویی فردی، دورنمای مشترک، مدل‌های ذهنی و یادگیری تیمی هستند. در واقع مدل ذهنی لنزی است که ما از درونش دنیای واقعی را تماشا می‌کنیم. یکی از اثرهای مخرب مدل‌های ذهنی بلوک کردن و یا انحراف اطلاعات است که منجر به از دست رفتن فرصتها و یا ندیدن تهدیدها می‌شود.

توسعه مدل‌های ارتباطی

استفان کاوی در کتاب هفت عادت مردمان موثر خود سیر ارتباط و همبستگی انسانها را در طول زمان از وابستگی به استقلال و وابستگی متقابل تعبیر می‌کند. وابستگی متقابل منجر به اثربخشی سازمانی شده و بستر ارتباط مناسب و سازنده را در سازمان برقرار می‌سازد. ارتباط به تعامل اغلب دو سوپیه گفته می‌شود که پیام خاصی بین آنها انتقال می‌یابد. ادکینس^۱ ارتباط را در حفظ انگیزه و نیز در نگهداشت محیط انگیزه بخش در سازمان ضروری می‌داند (۱۹). لیوک^۲ معتقد است، ارتباط مناسب به تغییر کارکنان کمک می‌کند. در تغییر سازمان ارتباط می‌تواند با بازخورد مناسب و نیز تقویت کارکنان فرایند را تسهیل کند. کار در سازمان ها با سه عامل اعتماد، ارتباط و احترام ارتباط دارد. ارتباط در سازمان به شکلهای متفاوت خود را نشان می‌دهد:

- ۱- ارتباط فرد با خود
- ۲- ارتباط با کارکنان دیگر و تیمها
- ۳- ارتباط با مدیران و رهبران سازمان
- ۴- ارتباط با مشتری های بیرونی سازمان
- ۵- ارتباط با محیط و جامعه

کارکنان باید مهارتهای ارتباطی را یاد بگیرند و مدیران بستر مناسب ارتباطی را در سازمان فراهم سازند (۲۲).

- مهارت گوش دادن فعالانه

1 Adkins

2 Luecke

- توانایی برقراری ارتباط همدلانه
- مهارت‌های حل تعارضات محل کار
- استفاده از ارتباط غیر کلامی
- آرایه بازخورد مناسب
- مهارت پرسیدن سوال

توسعه فردی کارکنان

با توجه به تغییر نیازهای جامعه، کارکنان باید به طور مستمر آمادگی تغییر را داشته و دانش و مهارت خود را به روز نمایند. آموزش نیروی انسانی باید در دو زمینه توانمندی‌های فردی و مهارت‌های خود مدیریتی و نیز حیطه تخصصی و حرفه‌ای فرد صورت بگیرد. آموزش‌های حرفه‌ای باید طوری برنامه‌ریزی شود که علاوه بر یادگیری و توسعه مهارت‌های کاملاً تخصصی، دیگر مهارت‌های موردنیاز سازمان را نیز فرا گیرند. آموزش مدل خندقی که در برخی زمینه‌های شغلی کاملاً عمیق شده و به صورت تونلی پیش می‌رود، آمادگی سازمان برای تغییرات ضروری را تسهیل می‌نماید. توسعه فردی و شخصی، برنامه‌ریزی برای دستیابی به آرزوها و برطرف کردن نقاط ضعف است. کارکنان باید برنامه خود را تهیه نمایند. مدیران باید از کارکنان در حیطه توانمندسازی فردی و حرفه‌ای حمایت نمایند و بازخورد مناسب به آنها ارائه دهند.

توسعه مداوم فرد هم انگیزه را بالا می‌برد و هم عملکرد را بهبود می‌بخشد. انتقال مطالب آموزش باید منجر به تحول فردی شود که البته از دوره‌های گذار این اتفاق خواهد افتاد. کارکنان برای تعیین نیازهای آموزشی خود می‌توانند از ابزارهای مختلفی نظیر پنجره جوهری^۱، تحلیل نقاط قوت و نقاط ضعف^۲ و بازخورد مدیران و همکاران خود استفاده نمایند. از توسعه فردی می‌توان به آموزش مهارت‌های ارتباطی، مدیریت زمان و مدیریت استرس اشاره نمود.

1 The Johari window
2 SWOT analysis

Reference

1. Dobre O-I. Employee motivation and organizational performance. *Journal of Management and Socio-Economic*. 2013 (1).
2. Manion J. From management to leadership. San Fransicso: Jossey-Bass. 2005.
3. Farahbakhsh M. Review and analysis of Dr. Deming's ideas and opinions about quality management and its application in the health sector. *Homaye Salamat*. 1388;6(4):7.
4. Armstrong JS. Review of Alfie Kohn, *No Contest: The Case Against Competition*. 1988.
5. Turan H. Taylor's "Scientific Management Principles": Contemporary Issues in Personnel Selection Period. *Journal of Economics, Business and Management*. 2015;3(11):11025-.
6. Dare J, Goldner G. The new economics for industry, government, education. 1993.
7. Garcia-Goni M, Maroto A, Rubalcaba L. Innovation and motivation in public health professionals. *Health Policy*. 2007 Dec;84(258-344):(3-. PubMed PMID: 17618010. Epub 200710/07/. eng.
8. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social science & medicine* (1982). 2002 Apr;54(8):125566-. PubMed PMID: 11989961. Epub 200207/05/. eng.
9. Kanfer R. Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries. Major Applied Research Working Paper, Partners for Health Reform. 1999:29.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977 Mar;84(2):191215-. PubMed PMID: 847061. Epub 197701/03/. eng.
11. Locke EA, Frederick E, Lee C, Bobko P. Effect of self-efficacy, goals, and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*. 1984;69(2):24151-. PubMed PMID: ScienceOpenVid:54e71a2d-2c2f-48af-a9410-c8ccf780408.
12. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* (London, England). 2005 Sep 1735-1026:(9490)366;23-. PubMed PMID: 16168785. Epub 200520/09/. eng.
13. Normand HaC. Health Workers: Building and Motivating the Workforce. Jamison DT, Breman JG, AR M, editors. Washington The World

Bank; 2006.

14. Crowell CR, Anderson DC. Systematic behavior management: General program considerations. 1982;v. 4. English.
15. Nordstrom R, Lorenzi P, Hall RV. A Review of Public Posting of Performance Feedback in Work Settings. Journal of Organizational Behavior Management. 1991 199124-101:(2)11;25/01/.
16. Atchison TA. Exposing the myths of employee satisfaction. Healthcare executive. 2002;18(3):206-4 ,1-.
17. Tay L, Diener E. Needs and subjective well-being around the world. Journal of personality and social psychology. 2011;101(2):354.
18. Argyris C. Some limitations of the case method: Experiences in a management development program. Academy of Management review. 1980;5(2):2918-.
19. Adkins H. The laws of motivation. Caterer & Hotelkeeper. 2006;196(4429):116 -.
20. Schostak J. Effectiveness of continuing professional development: a literature review. The Effectiveness of Continuing Professional Development. 2009.
21. Hackman JR, Oldham GR. Motivation through the design of work: Test of a theory. Organizational behavior and human performance. 1976;16(2):25079-.
22. Covey SR. The seven habits of highly effective people: Restoring the character ethic. Fireside, 2004 0671708635.

(Endnote)

- 1 Physiological
- 2 Safety
- 3 Belongingness and love
- 4 Esteem
- 5 Cognitive
- 6 Aesthetic
- 7 Self-actualization
- 8 Self-transcendence
- 9 Existence
- 10 Relationship
- 11 Growth
- 12 Valence (Reward)

13	Expectancy (Performance)
14	Instrumentality (Belief)
15	Achievement
16	Affiliation
17	Influence

فصل سوم: نظام های پرداخت در نظام سلامت

در طول سال های اخیر، یافتن روشی که بتوان از طریق آن با بیشترین هزینه اثربخشی، خدمات بهداشتی درمانی را فراهم کرد، موضوع بحث مدیران مراقبت های سلامت، بیمه های درمانی، ارائه دهندگان خدمات و دولت ها بوده است. نظام های پرداخت یکی از چالش های اصلی و کانون توجه این بحث ها بوده است. نظام پرداخت روشی است که طی آن منابع پولی از طرف دولت، شرکتهای بیمه و یا سایر بودجه ریزان به ارائه دهندگان خدمات توزیع می شود. نظام های پرداخت مختلف انگیزه های متفاوتی را برای کارایی، کیفیت و بهره مندی از خدمات مراکز سلامت ایجاد می کنند (۱).

روش های پرداخت ارائه دهندگان: یک قرارداد میان بازیکنان متعدد

در هر گونه تماس بین پزشک و بیمار مشکل عدم تقارن اطلاعات وجود

دارد که به ضرر بیماران می باشد. بیماران برای شناخت ماهیت بیماریشان به پزشک وابسته هستند، اما از درست بودن کمیت و کیفیت خدماتی که می گیرند، اطلاع چندانی ندارند. بعلاوه اگر بیماران بیمه درمانی داشته باشند، نباید نگران هزینه های درمان باشند که در این شرایط دست پزشکان برای اتخاذ تصمیمات پزشکی بازتر خواهد بود. بنابراین در این موارد مشکل عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و شرکت های بیمه پیش می آید. بدین ترتیب شرکت های بیمه و بیماران همیشه نظرات یکسانی در مورد درمان صحیح ندارند.

یک روش پرداخت می تواند به عنوان یک نوع قرارداد بین بیمار، ارائه دهنده خدمت و یا پرداخت کننده تعریف شود که انگیزه های خاصی برای ارائه مراقبت های بهداشتی ایجاد می کند و خطر رفتار فرصت طلبانه را به حداقل می رساند. مکانیزم پرداخت از طریق تعریف قوانینی مثل قیمت خدمات به ازای هر بیمار یا گروهی از بیماران و یا بازپرداخت هزینه ها، به کنترل جنبه هایی از عدم تقارن اطلاعات در تمامی بخشها کمک می کند. اگر چه این موضوع در دستور کار همه نظام های سلامت قرار دارد، اما در کشورهای در حال توسعه که کمبود منابع برای مراقبت های بهداشتی مستلزم سرمایه گذاری بیشتر در این زمینه است، اهمیت ویژه ای پیدا می کند (۱).

در این روش پرداخت، قرارداد بین یک کارفرما^۱ و یک کارگزار^۲ که در آن کارفرما ارائه دهنده را برای انجام کاری یا ارائه خدمتی به استخدام درمی آورد، منعقد می گردد. اگر اهداف طرفین با یکدیگر همخوانی نداشته باشد و اهداف کارگزار در تناقض با اهداف کارفرما باشد و ارائه دهنده بداند که امکان پایش عملکرد در مورد فعالیت هایی که انجام می دهد وجود ندارد، ممکن است اهداف کارفرما توسط ارائه دهنده تحقق نیابد. قرارداد ایده آلی وجود ندارد، بلکه بهترین تعامل زمانی ایجاد خواهد شد که کارفرما به گونه ای ایجاد انگیزه کند که ارائه دهنده تا جایی که ممکن است اهداف خود را با اهداف کارفرما همسو کند. این انگیزاننده ها اساساً بستگی به روش های پرداخت دارند (۱).

1 principal
2 agent

ویژگی‌های اصلی روش‌های پرداخت ارائه‌دهندگان خدمت

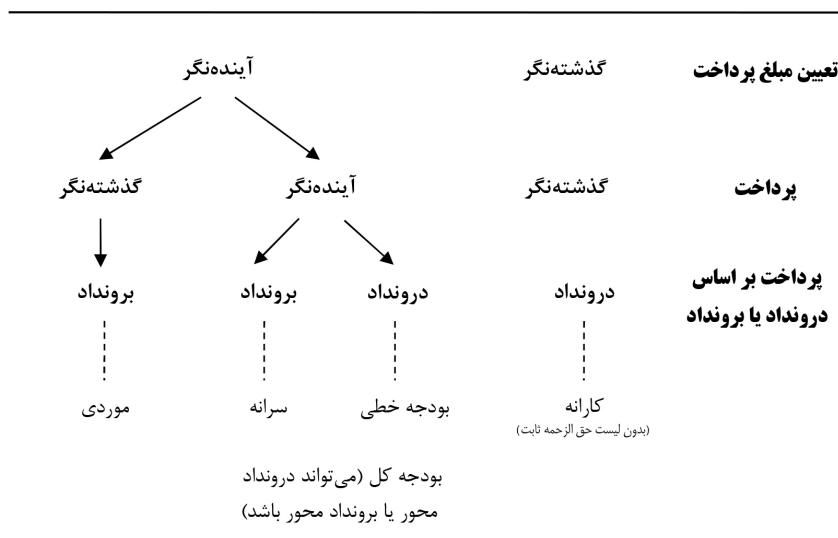
روشهای پرداخت ارائه‌دهندگان خدمت ممکن است بر اساس سه ویژگی اصلی طبقه بندی شوند:

- اینکه آیا مبلغ پرداختی به ارائه دهندگان خدمات از پیش تعیین شده است (آینده‌نگر) و یا اینکه بعد از ارائه خدمت تعیین می‌شوند (گذشته نگر).

- اینکه آیا پرداخت به ارائه دهندگان خدمات به صورت آینده نگر صورت می‌گیرد یا گذشته نگر

- اینکه آیا پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر اساس درون‌داد می‌باشد (مانند حقوق‌ها و یا هزینه‌های دارویی) و یا بر اساس برون‌داد تولید شده (خدمات).

ارتباط بین این سه ویژگی در جدول ۱ نشان داده شده است.



منبع: بانک جهانی، ۲۰۰۹

جدول ۱ ویژگی‌های روشهای پرداخت ارائه دهندگان

تعیین نرخ پرداخت به روش آینده نگر یا گذشته نگر

نرخ پرداخت ممکن است به صورت آینده نگر از طریق جداول ثابت حق الزحمه^۱، مقررات یا مذاکره با ارائه دهندگان و خریداران تعیین شود. اگر میزان پرداختی‌ها به این شیوه تعیین شوند و خدمات که به صورت بسته‌های خدمتی گروه بندی شده‌اند، از طریق نرخ پرداخت ثابت بازپرداخت شده باشند، قسمتی از خطر مالی از پرداخت کننده به ارائه دهنده خدمت منتقل می‌شود.

در مقابل زمانی که پرداخت به ارائه دهندگان خدمات به سادگی بر اساس صورت حسابهای مالی پرداخت می‌شود، تعیین نرخ پرداخت گذشته نگر می‌باشد. اگر نرخ‌ها به این شیوه تعیین شده باشد و بازپرداخت نشان دهنده هزینه ارائه خدمت باشد، کل خطر مالی به دوش پرداخت کننده می‌باشد.

پرداخت آینده نگر یا گذشته نگر

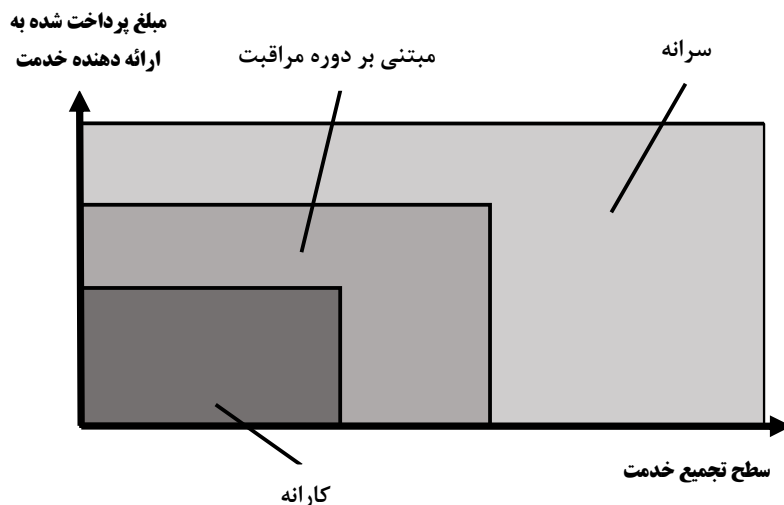
زمانی که نرخ پرداخت به صورت آینده نگر تعیین می‌شود، پرداخت ممکن است به صورت آینده نگر یا گذشته نگر صورت بگیرد. به عنوان مثال در پرداخت به روش سرانه مبلغ پرداخت شده به ارائه دهندگان خدمات برای ارائه بسته کامل خدمات به هر فرد به صورت آینده نگر تعیین می‌شود و پرداخت نیز به صورت آینده نگر صورت می‌گیرد. در روش پرداخت موردی بیمارستان نرخ پرداخت برای هر نوع بیمار به صورت آینده نگر تنظیم می‌شود، اما پرداخت به صورت گذشته نگر انجام می‌شود.

پرداخت درونداد-محور یا برون داد-محور

سومین ویژگی به این مسئله مربوط است که پرداخت به ارائه دهنده خدمت بر اساس درونداد می‌باشد (هزینه‌های جاری خدمات ارائه شده) و یا بر اساس برون داد (مثل موارد درمان شده، تخت-روزهای تکمیل شده و یا خدمت ارائه شده شامل آزمایشات، پروسیجرها و یا مشاوره‌ها). پرداخت درونداد محور زمانی اتفاق می‌افتد که به ارائه دهنده خدمت

بودجه‌ای برای پوشش هزینه‌های عملیاتی پرداخت می‌شود. نرخ پرداخت درونداد محور ممکن است به صورت آینده‌نگر یا گذشته‌نگر تعیین شود و همچنین پرداختها نیز ممکن است به صورت آینده‌نگر یا گذشته‌نگر باشد. به عنوان مثال در نظام پرداخت بودجه خطی، پرداخت هم به صورت آینده‌نگر تنظیم می‌شود و هم به صورت آینده‌نگر انجام می‌شود، اما مبنای بودجه استفاده از درونداد می‌باشد که ممکن است بر اساس الگوی سابق استفاده از درونداد و یا ترکیب دروندادهایی که به کار رفته است، تعیین شود.

در نظام‌های پرداخت برون‌داد محور، برون‌دادها ممکن است در سطوح مختلف تجمیع خدمات تعریف شده باشند. در سطحی که بیشترین ناهمگونی خدمات در آنجا وجود دارد، هر خدمت به صورت جداگانه در نظر گرفته می‌شود (که بعدها تبدیل شد به پرداخت کارانه). برون‌دادها ممکن است بر اساس مشابیهتهایی که باهم دارند، باعنوان‌های تخت-روز‌های تکمیل شده، دوره‌های درمان یا موارد درمان شده تعریف شوند. نمونه‌ای از پرداخت برون‌داد-محور در نظام پرداخت سرانه مشاهده می‌شود که در آن تمامی خدمات مربوط به یک بیمار برای دوره زمانی مشخص پوشش داده می‌شود. شکل ۱ شمایی از یک پرداخت برون‌داد-محور را نشان می‌دهد. در پرداخت بر اساس برون‌داد نرخ پرداختها به صورت آینده‌نگر تعیین می‌شود اما پرداختها ممکن است به صورت آینده‌نگر یا گذشته‌نگر انجام شود.



منبع: برگرفته از کار پارکر و لانگبرانر، ۲۰۰۵

شکل ۱: ابعاد یک نظام پرداخت برونداد-محور

روش های متداول پرداخت در مراقبتهای اولیه سلامت^۱

سه روش اصلی پرداخت ارائه دهندگان خدمات که به طور متداول در PHC استفاده می شود، بودجه خطی^۲، کارانه^۳ و سرانه می باشد (جدول ۲). البته در PHC می توان از پرداخت موردی^۴ و پرداخت برای دوره مراقبت^۵ نیز استفاده کرد ولی چندان متداول نمی باشد. به هر حال در این فصل مرور کلی بر رایج ترین نظام های پرداخت در نظام سلامت صورت می گیرد (۲).

- 1 PHC
- 2 line-item budget
- 3 fee-for-service
- 4 per case
- 5 episode of care payment

جدول ۲: پرکاربردترین روش‌های پرداخت در مراقبت‌های اولیه سلامت

روش پرداخت	ویژگی‌ها		انگیزه‌ها برای ارائه دهنده خدمت
	تعیین نرخ پرداخت به صورت آینده‌نگر یا گذشته‌نگر؟	انجام پرداخت به صورت آینده‌نگر یا گذشته‌نگر؟	پرداخت بر اساس درونداد یا برونداد؟
بودجه خطی	آینده نگر	آینده نگر	درونداد عرضه کم خدمات؛ ارجاع به سایر ارائه دهندگان؛ افزایش دروندادها؛ نبود مکانیزمی برای بهبود کارایی در ترکیب دروندادها؛ داشتن انگیزه برای خرج کردن کل بودجه تا پایان سال.
کارانه (لیست حق الزمه ثابت و گروه بندی خدمات) ^۱	آینده نگر	گذشته نگر	برونداد افزایش تعداد خدمات در سطحی بالاتر از آنچه ضرورت دارد؛ کاهش دروندادها برای هر خدمت.
کارانه (بدون فهرست حق الزمه ثابت)	گذشته نگر	گذشته نگر	درونداد افزایش تعداد خدمات؛ افزایش دروندادها.
سرانه	آینده نگر	آینده نگر	برونداد بهبود کارایی فنی؛ جذب مشتریان اضافی؛ کاهش دروندادها؛ عرضه کم خدمات؛ ارجاع به سایر ارائه دهندگان؛ تمرکز بر خدمات ارزانتر پیشگیری و ارتقای سلامت؛ تلاش برای انتخاب مشتریان سالم‌تر

منبع: برگرفته از کار کازین^۲ (۲۰۰۱)

- 1 fixed-fee schedule and bundling of services
2 kutzin

مروری بر روشها و نظامهای پرداخت ارائه دهندگان خدمات

نظامهای پرداخت ارائه دهندگان، می توانند ابزاری قدرتمند برای توسعه نظامهای سلامت و دستیابی به اهداف سیاستهای سلامت باشد. یک نظام پرداخت را می توان به طور گسترده به عنوان روش پرداختی که با تمام نظامهای پشتیبانی مانند قراردادهای، نظامهای پاسخگویی و نظامهای اطلاعات مدیریت ترکیب شده است، تعریف کرد. بنابراین در نظامهای سلامت نظامهای پرداخت ارائه دهندگان خدمت چیزی بیش از توزیع بودجه برای پوشش هزینه ها می باشد. در یک تعریف محدودتر، نظام پرداخت ارائه دهندگان خدمات به عنوان مکانیزمی برای توزیع بودجه از خریدار خدمات سلامت به عرضه کننده خدمات تعریف می شود.

انگیزه هایی که بوسیله روشهای پرداخت ارائه دهنده خدمت ایجاد می شود و پاسخی که ارائه دهنده خدمت به این انگیزاننده ها می دهد، نظام های اطلاعات مدیریت برای پشتیبانی از روشهای پرداخت ارائه دهنده خدمات و مکانیزمهای پاسخگوئی بین ارائه دهندگان و خریدارها، می توانند تاثیرات عمیقی بر روشی که منابع مراقبت سلامت تخصیص می یابند و خدمات عرضه می شوند، بگذارد. در ذیل روشهای رایج پرداخت در نظام سلامت ارائه شده است.

بودجه خطی^۱

روش بودجه خطی عبارت از تخصیص مبلغ ثابتی به ارائه دهنده مراقبت سلامت برای پوشش اقلام خاصی (و یا هزینه های درونداد) مثل کارکنان، بهره مندی، آرایه خدمات پزشکی و یا تدارکات برای یک دوره زمانی معین است. بنابراین بودجه ریزی خطی فرایندی درونداد محور است و به صورت آینده نگر تنظیم و انجام می گیرد. این فرایند شامل کنترل های مدیریتی قوی می باشد که اغلب برای سیستم های دولتی ارزشمند است. به طور تئوری می توان با دستکاری کردن خطهای بودجه در طی زمان به منظور افزایش ارائه مداخلات سلامت هزینه - اثربخش و کاهش مداخلات کمتر هزینه اثربخش، کارایی فنی و تخصیصی

را بهبود بخشید. اما در عمل به دلیل نداشتن اطلاعات مناسب پایش، این امر محقق نمی‌گردد.

ویژگی های بودجه خطی

معمولا قوانین، توانایی ارائه دهنده خدمت را برای توزیع بودجه محدود می‌کند. بنابراین، این روش انگیزه یا مکانیزمی برای ارائه دهنده خدمت برای بکار گرفتن کاراترین ترکیب دروندادها ایجاد نمی‌کند. ارائه دهندگان حتی برای تعیین اینکه کاراترین ترکیب دروندادها چه می‌باشد، نیز انگیزه‌ای ندارند، زیرا آنها در قبال تصمیمات مربوط به تخصیص منابعشان پاسخگو نمی‌باشند. بعد از اینکه بودجه در اختیار ارائه دهنده خدمت قرار گرفت، معمولا پاسخگویی اندکی در قبال کمیت و یا کیفیت خدمات وجود دارد (۳).

سطح پرداختها به برون دادها (مثل تخت-روز و یا موارد بیماری) مرتبط نمی‌باشد. اگرچه بودجه‌ها ممکن است برای نشان دادن تغییرات در استفاده از منابع و برون دادها تعدیل شده باشد (بودجه ریزی باز^۱). این روش ممکن است بسته به دوره زمانی و درجه‌ای که بودجه‌ها بر اساس هزینه‌ها و برون دادهای فعلی یا گذشته تعدیل می‌شوند، انگیزه‌های متفاوتی در ارائه دهندگان ایجاد کند. به عنوان مثال اگر بودجه سال آینده منعکس کننده تغییرات در هزینه‌ها و برون دادها باشد، ارائه دهنده خدمت ممکن است درونداد یا برون داد سال جاری را افزایش دهد، تا بودجه بیشتری دریافت کند (۳).

روش پرداخت به ازای خدمت^۲ (کارانه)

در روش پرداخت کارانه، پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر اساس تعداد خدمات ارائه شده به بیماران صورت می‌گیرد. این روش رایج ترین روش پرداخت می‌باشد و در آن قیمت هر خدمت (ویزیت، تستهای تشخیصی و هزینه داروها و لوازم مصرفی) مشخص است (۴). این روش خود به سه دسته طبقه‌بندی می‌شود:

- 1 open-ended line-item budgeting
- 2 Fee-For-Service

الف) هزینه‌های دارای لیست باز^۱: این روش نوع سنتی کارانه است که در آن هزینه هر خدمت بر اساس تورم بازار تعیین می‌شود.

ب) لیست هزینه توافقی^۲: این روش با شروع بیمه سلامت بوجود آمده است. در جهت کاستن از هزینه خدمات، خریدار که معمولاً سازمان بیمه‌گر است، ضمن مذاکره با ارائه‌دهندگان خدمات یا اتحادیه‌های آنها درخصوص هزینه‌ها توافق می‌کنند. این روش در کشورهای بلژیک، فرانسه، آلمان، آمریکا و کانادا شایع است.

ج) لیست تعرفه قانونی^۳: در این روش هزینه هر خدمت از طریق قانون و بر اساس جدول تعرفه مشخص می‌شود (۵).

در نظام پرداخت کارانه، پرداخت به ارائه دهنده خدمت بر اساس جدول تعرفه صورت می‌گیرد. این جدول ممکن است بر اساس مذاکراتی که با بیمه‌گران، وزارت بهداشت و درمان و یا تشکلهای صنفی ارائه دهنندگان خدمات صورت می‌گیرد، تعیین گردد. جدول تعرفه ممکن است به صورت یک رقم ثابت باشد و یا اینکه به صورت ضریب بوده و بعداً در یک مبلغ ضرب شود (۶-۸).

ویژگی‌های نظام پرداخت کارانه

- این روش با دقت تمام منعکس کننده کار واقعی است که انجام شده است. این روش موجب بهبود دسترسی و بهره‌مندی از خدمات در مناطق محروم و دورافتاده می‌شود.
- در کشورهای در حال توسعه از این روش به طور گسترده‌ای برای پرداخت پزشکان و بیمارستانها استفاده می‌شود. از نقطه نظر ارائه دهنندگان خدمات، پرداخت کارانه ساده ترین و سودآورترین و انعطاف پذیرترین روش پرداخت است.
- عرضه کنندگانی که بهای خدمات آنها براساس جدول تعرفه‌ها پرداخت

1 Open-Ended Fees
 2 Negotiated-Fee Schedule
 3 Regulated-Fee Schedule

می‌شود، برای به حداکثر رساندن درآمد خود تلاش می‌کنند تا با کاهش زمان انجام ارائه خدمت به هر بیمار و یا محول نمودن بیشتر امور به کارکنانی که حقوق کمتری دریافت می‌کنند (کادر پیراپزشکی و تکنسین‌ها)، تعداد خدمات خود را در واحد زمان افزایش دهند.

• نظام پرداخت کارانه می‌تواند باعث ترویج ارائه خدمات بیش از حد (حتی غیرضروری) و به تبع آن افزایش هزینه‌ها شود.

• این روش پرداخت، بیشتر جنبه بیمار محور دارد. یعنی ارائه دهنده خدمت برای اقدامات و مراجعات بیشتر بیمار، پول بیشتری دریافت می‌کند. در نتیجه فرد بیمار مرکز توجه ارائه دهنده خدمت می‌باشد و نه افراد سالم. بدین ترتیب سلامت افراد جامعه و پایش آن در نظام سلامتی که در آن پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر اساس روش کارانه صورت می‌گیرد، نمی‌تواند برای پزشکان انگیزه‌ای برای فعالیت باشد.

• در نظام پرداخت کارانه از نظر هزینه درمان هیچ خطری متوجه ارائه دهنده خدمت نمی‌باشد، بلکه سازمان بیمه گر و بیمار در معرض خطر هزینه مراقبت قرار دارند.

• در این روش امکان سوء استفاده، از طریق ارسال صورتحساب‌های جعلی بیشتر نسبت به سایر نظام‌های پرداخت بیشتر می‌باشد. حتی ممکن است برای خدمتی که عرضه نشده است و بیمه شده از آن آگاهی ندارد، برای سازمان بیمه گر صورتحساب فرستاده شود.

• به دلیل اینکه در روش پرداخت کارانه، پرداخت به بیمارستانها و پزشکان متناسب با تعداد خدمات ارائه شده صورت می‌گیرد، لذا بیمارستانها برای افزایش درآمد و کسب سود بیشتر تمایل دارند بیمارانی را که می‌توان آنها را با روش‌های ساده تر نیز درمان کرد، با پروسیجرهای پیچیده تر درمان کنند. به عنوان مثال اگر برای بیماری امکان جراحی به دو روش سرپایی و بستری وجود داشته باشد، بیمارستان برای افزایش درآمد خود تمایل دارد بیشتر روش بستری را انتخاب نماید.

• در نظام‌های پرداخت کارانه برای پزشکان و بیمارستانها انگیزه‌های قوی جهت پذیرش بی‌مورد بیماران وجود دارد. زیرا در این نظام هزینه هر خدمتی که برای بیمار ارائه می‌شود، توسط سازمانهای بیمه گر

پرداخت می شود و هیچگونه خطر مالی بیمارستان را تهدید نمی کند.

- از نظر مدیریتی احتمالا نظام پرداخت کارانه، گرانتترین مکانیزم پرداخت بهای خدمات عرضه کنندگان خدمات است. چون روش های رسیدگی به صورت حساب های عرضه کنندگان خدمات پیچیده و پر هزینه هستند، برای سازمانهای بیمه گر، هزینه های رسیدگی به تخلفات عرضه کنندگان بسیار بالا خواهد بود و آنها می بایست روشهای نظارتی پر هزینه ای را برای جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی بکار گیرند (۴، ۸-۱۴).

در برخی از کشورها از روش کارانه برای خدمات خاصی مانند مراقبت های پیش از زایمان و یا واکسیناسیون که ضروری است تا سطح وسیعی از افراد جامعه را پوشش دهد، بیشتر استفاده می شود.

روش پرداخت حقوق^۱

در این روش، پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر اساس دوره زمانی که ارائه دهنده خدمت مشغول به کار می باشد (هفتگی یا ماهانه) و بر مبنای قراردادی که بین ارائه دهنده خدمت و صندوق درمان بیماران انعقاد شده است و صرف نظر از تعداد بیماران ویزیت شده، صورت می پذیرد. به طور مشخص در این روش، مبنای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات زمان است و ساز و کارهای مربوط به کیفیت در نظر گرفته نمی شود. ارتقای شغلی و افزایش حقوق کارکنان، تهیه فهرست عوارض و مالیات، نظارت و سایر امور اداری مرتبط با قرارداد انجام کار ممکن است بر اساس کار تمام وقت یا پاره وقت تنظیم گردد. ممکن است قرارداد منعقد به ارائه دهنده خدمت اجازه کار در بخش خصوصی در زمانی که سازمان به وی نیازی ندارد، بدهد (۱۵، ۱۶).

ممکن است صندوق بیمه، درمانگاه یا بیمارستان هایی متعلق به خود داشته باشد که حق الزحمه پزشکان و کارکنان آن را بر اساس نظام پرداخت حقوق پرداخت نماید. این بدان معنی است که صندوق بیمه مسئولیت سازماندهی ترکیبی از این عوامل را به عهده داشته و باید همچنین کیفیت خدمات را تضمین نماید. در حال حاضر سازمان تامین اجتماعی برای کارکنان شاغل در بیمارستانها و درمانگاه های خود از روش

پرداخت حقوق در کنار سایر روشهای پرداخت استفاده می‌کند. در روش حقوق، مبلغ پرداختی به پزشکان و یا سایر ارائه دهندگان خدمات به کمیت و یا کیفیت خدمات مرتبط نمی‌باشد. در نتیجه عدم انگیزه، بهره‌وری پایین و کیفیت پایین خدمات در پزشکی که پرداخت به آنها بر اساس حقوق است، مشاهده می‌شود. اخیراً به منظور ارتقای انگیزه ارائه دهندگان خدمات و بهبود کیفیت و بهره‌وری، روش حقوق با سرانه و یا مولفه‌های مبتنی بر عملکرد ترکیب شده است (۱۷).

ویژگی‌های روش پرداخت حقوق

پرداخت حقوق می‌تواند موجب انجام کار به میزان بسیار محدود توسط ارائه دهندگان خدمات شود. این نکته زمانی اهمیت بیشتری پیدا خواهد کرد که حقوق بدون توجه به کمیت و کیفیت خدمات پرداخت شود. زیرا در این صورت انگیزه مالی بسیار ضعیفی برای انجام کار با کیفیت در ارائه دهندگان خدمات وجود خواهد داشت. معمولاً کارکنان حقوق بگیر در بخش سلامت نسبت به سایر کارکنان موسسات مستقل، انگیزه کمتری برای عملکرد مطلوب و رعایت استانداردها دارند. در هر صورت این ضعف از طریق مدیریت مناسب انگیزش کارکنان تا حد زیادی قابل اصلاح است. به عنوان مثال در برخی مواقع می‌توان کارکنان را بر اساس قراردادهای کوتاه مدت یا میان مدت استخدام کرد و تجدید این قراردادها منوط به نتایج مثبت عملکرد آنان و کیفیت خدماتی که ارائه داده‌اند، باشد. مشروط بر اینکه معیارهای ارزیابی عملکرد در راستای اهداف کلی نظام سلامت باشد و فرایند نظارت بر آن شفاف و عادلانه باشد. در این شرایط نظام پرداخت حقوق می‌تواند روش مناسبی برای بهبود کیفیت خدمات باشد.

پزشکانی که بر اساس نظام پرداخت حقوق درآمد خود را کسب می‌کنند، خطر مالی اندکی را متحمل می‌شوند و در عین حال ممکن است تغییراتی در کمیت و کیفیت خدمات ایجاد کنند تا زمان و تلاشی را که صرف کار می‌کنند، به حداقل برسانند. این امر ممکن است منجر به کاهش کارایی خدمات ارائه شده در دراز مدت شود. برای جبران این مسئله، پرداخت کننده حقوق می‌تواند ارائه دهنده خدمت را ملزم کند

تا در هر روز یا ساعت تعداد معینی بیمار را ویزیت نماید یا برای تعداد معینی بیمار خدمت ارائه کند.

این روش پرداخت برای ارائه خدمات پیشگیرانه و سلامت نگر مناسب تر از روش کارانه می باشد.

نظام پرداخت حقوق به گونه ای طراحی نشده است که پزشکان را برای پاسخگویی ترغیب کند. نداشتن انگیزه های مالی، ممکن است از اشتیاق آنها برای پرداختن به نگرانی های بیماران بکاهد.

اگر مبلغ حقوق خیلی کم باشد، پزشکان ممکن است به دریافت های زیرمیزی و غیرقانونی روی آورند. در جوامع با نظام پرداخت حقوق که پزشکان آنها درآمد پایینی دارند، اغلب ممانعت از دریافت پول اضافه و غیر قانونی از بیمار توسط پزشکان بسیار دشوار است. در حقیقت پایین بودن سطح حقوق می تواند باعث شود که نظام پرداخت کارانه بطور غیر رسمی جایگزین نظام پرداخت حقوق شود (۱۶، ۱۸-۲۰).

روش پرداخت پاداش^۱

می توان از نظام پرداخت پاداش به منظور ایجاد انگیزه در ارائه دهندگان خدمات جهت نیل به اهداف خاص استفاده کرد. این شیوه پرداخت کاربرد محدودی دارد و معمولاً به عنوان یک روش مکمل به همراه سایر روش های پرداخت به کار می رود. این روش، پرداخت حقوق همراه با پاداش^۲ یا نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد^۳ نیز نامیده می شود (۲۱).

معمولاً پاداش یک هدف خاص را دنبال می کند و معمولاً پرداخت کننده با این ابزار، انتظار دستیابی به هدف مذکور را از ارائه دهنده خدمت دارد. به عنوان مثال ممکن است هدف یک برنامه پاداش کاهش مصرف دارو در سطح ملی باشد. در نتیجه می توان با ارائه پاداش به پزشکان برای تجویز داروی کمتر (بر اساس راهنمای ملی)، مصرف دارو را در کشور کاهش داد. یکی دیگر از کاربردهای پرداخت پاداش در این زمینه، پرداخت پاداش به پزشکانی است که هزینه داروهای تجویزی

1 Bonus payment system

2 Salary plus bonus payment system

3 Pay for Performance

آنها بر حسب تعداد بیمار، پایین تر از میانگین کلی سایر پزشکان و یا یک استاندارد باشد.

نمونه دیگری از کاربرد روش پرداخت پاداش که اختصاصاً در مورد پزشکان خانواده کاربرد دارد، به اقدامات سلامت جامعه نگر و ارتقای شاخص‌های سلامت مربوط می‌باشد. به عنوان مثال پزشک خانواده زمانی استحقاق دریافت پاداش را خواهد داشت که میزان مرگ و میر مادر و نوزاد در جمعیت تحت پوشش او در یک دوره زمانی مشخص کمتر از یک میزان خاص باشد. بکارگیری نظام پرداخت پاداش، مستلزم وجود مکانیزم‌های کنترل دقیق برای اطمینان از دستیابی به اهداف است. در مورد مثال‌های فوق ارزیابی نسخ دارویی پزشک و استخراج شاخص میانگین اقلام دارویی باید با روش مناسب و معتبر صورت بگیرد. همچنین برای پی بردن به میزان واقعی مرگ و میر مادر و نوزاد در دوره زمانی مشخص در جمعیت مورد نظر لازم است داده‌ها از منابع دقیقی جمع آوری گردد و اعتبار داده‌ها تایید شده باشد.

ویژگی‌های نظام پرداخت پاداش

- همانطور که پیشتر اشاره شد، استقرار نظام پرداخت پاداش در عرصه خدمات سلامت مستلزم تعیین شاخصهای عملکردی و تعیین اهداف مشخصی است که پاداش بر اساس آن پرداخت شود. این امر، خود مستلزم بکارگیری تدابیری است که بتوان از طریق آنها عملکردهای ارائه دهنندگان خدمات را به درستی ارزیابی و قضاوت کرد. باید توجه داشت که در مجموع، هزینه بکارگیری نیروی انسانی و روشهای ارزیابی عملکرد به همراه هزینه‌های پاداش نباید از ارزش هدف مورد انتظار پرداخت کننده بیشتر شود. در غیر این صورت پرداخت پاداش برای دستیابی به هدف مشخص توجیه اقتصادی نخواهد داشت.

- پرداخت پاداش برای نیل به اهدافی نظیر تجویز کمتر دارو، می‌تواند تاثیر چشمگیری در کنترل هزینه‌ها داشته باشد، ولی باید اطمینان حاصل شود که انتظار دستیابی به پاداش، منجر به تشویق پزشکان برای عدم تجویز داروی مورد نیاز واقعی بیماران نگردد.
- قاعده استاندارد برای محاسبه مبلغ پاداش وجود ندارد ولی مقدار آن

باید در حدی باشد که بتواند در ارائه دهندگان خدمات، انگیزه دستیابی به هدف مورد انتظار را ایجاد کند (۱۰، ۲۲، ۲۳).

روش پرداخت بودجه کلی^۱

طبق تعریفی که توسط سازمان پژوهش و توسعه^۲ ارائه شده است، بودجه کل فرایندی است که طی آن جوامع در مورد اینکه چه میزان مبلغی صرف مراقبت سلامت شود، مبالغ صرف چه چیزهایی شود و در کجا هزینه شود، تصمیم گیری می کنند و تصمیمات را به اجرا می گذارند. همچنین بودجه را می توان به معنی پرداخت مبلغ مشخص به منظور پوشش کل هزینه خدمات در بازه زمانی معین تعریف نمود (۲۴). زمانی که بودجه از سوی صندوق بیمه به ارائه دهندگان خدمات پرداخت می شود، ارائه دهندگان به دنبال روشی هستند که علاوه بر ارائه خدمات مورد توافق، خودشان هم سودی ببرند. در یک نظام بودجه ای عرضه کننده (عمدتاً بیمارستانها) و صندوق بیمه هر یک متحمل بخشی از خطر می شوند. زیرا ممکن است هزینه های واقعی کمتر از مبلغ بودجه باشد که در این صورت خطر متوجه صندوق بیمه خواهد بود و یا اینکه ممکن است هزینه های واقعی بیش از مبلغ بودجه کل باشد که در این شرایط نیز خطر مالی متوجه بیمارستان و یا به عبارتی عرضه کننده خدمت خواهد بود. بودجه می تواند ثابت یا متغیر باشد. به عنوان مثال ممکن است صندوق بیمه و عرضه کننده خدمات با یکدیگر توافق نمایند که افزایش یا کاهش برخی از متغیرها را در تعدیل بودجه لحاظ کنند (مثلاً افزایش فوق العاده یک بیماری به علل مختلف). این شیوه تا حدودی می تواند خطر مالی را کاهش دهد.

محاسبه بودجه به صورت شفاف در چار چوب قوانین و مقررات و بر اساس مذاکره با ذینفعان مختلف صورت می گیرد. به منظور تعیین مبلغ بودجه، وجود نظام جامع ثبت اطلاعات در بیمارستان یا مرکزی که قرار است بودجه به آن پرداخت شود، الزامی است. بر اساس اطلاعات بدست آمده در یک دوره زمانی معین، نوع و تعداد موارد بیماری و میانگین هزینه آنها

1 Global budget payment system

2 Research and Development (RAND)

محاسبه می‌شود و به عنوان داده‌های پایه در تعیین بودجه برای بازه زمانی مشخص، توسط سازمان بیمه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳).

ویژگی های روش پرداخت بودجه کل

- در برخی موارد ممکن است انگیزه کنترل هزینه منجر به صرفه جویی بیش از حد در منابع و اجتناب از خرید داروها و عدم انجام پروسیجرهای گرانبیشت شود. البته در مقابل گاهی نیز روشهای درمان ارزان قیمت ولی موثر جایگزین درمانهای گران قیمت می‌شود.
- برای جلوگیری از عوارض روش پرداخت بودجه کلی (صرفه جویی بیش از حد ارائه دهندگان خدمات و کاهش کیفیت خدمات ارائه شده) راههای زیر پیشنهاد شده است.
- الف) انعطاف پذیر کردن بودجه بر اساس تغییرات واقعی در میزان و ترکیب و نوع بیماری‌های درمان شده.
- ب) ایجاد رقابت بین بیمارستانها و سایر مراکز عرضه کننده خدمات سلامت.
- ج) انجام اقدامات نظارتی برای کنترل کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستانها یا سایر مراکز عرضه کننده خدمات سلامت (۲۱، ۵۲)

نظام پرداخت سرانه^۱

در نظام پرداخت سرانه، پرداخت به ازای هر فرد از جمعیت موردنظر تعریف می‌شود. بدین ترتیب که برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (ماهانه یا سالانه) از آنها استفاده کند، به ارائه دهنده خدمت از پیش مبلغ ثابتی پرداخت می‌شود. مبلغ مذکور برای تامین منابع مالی پوشش خدمات سلامت هر یک از بیمه شدگان تحت پوشش صندوق بیمه درمانی به عرضه کنندگان خدمات بطور یکسان و برای مدت زمان مقرر پرداخت می‌شود. در این نظام، سقف هزینه که نباید از آن تخطی شود، بر اساس سرانه محاسبه می‌شود. نظامهای پرداخت سرانه برون داد-محور هستند و واحد برون داد به عنوان پوشش تمام خدمات از پیش تعریف شده‌ای است که برای یک فرد برای یک

1 Per capita payment system

دوره ثابت که معمولاً یک ماه یا یک سال است، تعریف می‌شود. اصل کلیدی پرداخت این است که پرداخت به ارائه دهنده خدمت به منابعی که در فرایند ارائه خدمت بکار می‌رود و یا حجم خدمات ارائه شده ارتباطی ندارد. بنابراین قسمتی از خطر مالی از سمت پرداخت کننده به ارائه دهنده خدمت منتقل می‌شود. اگر ارائه دهنده، هزینه را که بیشتر از بودجه سرانه است متحمل شود خودش باید پاسخگوی آن باشد. از این قضیه می‌توان اینگونه نیز استنباط کرد که اگر ارائه دهنده خدمت به کارایی دست یابد و کمتر از مبلغ بودجه سرانه هزینه نماید، می‌تواند مبلغ مازاد را نگه دارد و مجدداً در ارائه خدمات سرمایه گذاری کند (۳). در برخی از اشکال اجرایی این نظام به منظور تشویق رقابت بین ارائه دهندگان خدمات و بالا بردن کیفیت خدمات، به بیمه شدگان این امکان فراهم می‌شود که در صورت عدم رضایت از ارائه دهندگان خدمات آنها را در فواصل زمانی مشخص تغییر دهند.

در نظام پرداخت سرانه، ارائه دهنده خدمت به منظور افزایش کل مبلغ دریافتی، انگیزه افزایش برونداد و یا جذب بیماران بیشتر را دارد. جذب بیماران بیشتر ممکن است از طریق بهبود کیفیت مراقبت سلامت، ارائه خدمات اضافی که بطور معمول تحت پوشش نمی‌باشد و یا سایر شاخصهایی که ممکن است بیماران را جذب کند، صورت بگیرد. از آنجایی که ارائه دهنده خدمت برای این افزایش خدمات مبلغ بیشتری دریافت نمی‌کند و خطر کمبود منابع وجود دارد، بنابراین ارائه دهنده خدمت انگیزه کاهش استفاده از منابع برای هر فرد از جمعیت تحت پوشش را دارد. این کار ممکن است از طریق بهبود ترکیب منابع برای کاهش هزینه‌ها صورت بگیرد، بطوری که سطح و کیفیت خدمات تغییری نکند. به عنوان مثال ممکن است تمرکز خدمات به سمت خدمات ارتقای سلامت و یا مراقبتهای پیشگیرانه سوق داده شود تا از طریق خدمات کم هزینه تر، سلامت جمعیت تحت پوشش حفظ شود و نیاز به خدمات درمانی پر هزینه تر کاهش یابد (۳).

نظام پرداخت سرانه، می‌تواند شکل ساده و یا نسبتاً پیچیده‌ای داشته باشد. در شکل ساده، عرضه کننده خدمت مبلغ ثابتی را به ازای هر بیمار ثبت نام شده دریافت می‌کند. در اشکال پیچیده‌تر این نظام،

مبلغ پرداختی با توجه به برخی فاکتورهای دموگرافیک و یا وضعیت سلامتی افراد تحت پوشش تعدیل می‌شود. ممکن است مبلغ پرداختی برای جمعیت ثبت نام شده بر پایه متغیرهایی مانند سن، جنس، محل سکونت و بیماری‌های مزمن و حاد تغییر کند. به طور مثال در کشور آلمان مبلغ سرانه براساس پنج متغیر شامل سن، جنس، بعد خانوار، درآمد و میزان از کار افتادگی یا اشتغال فرد تعیین می‌شود. برای افراد بالای ۵۶ سال با توجه به این که خدمات سلامت بیشتری دریافت می‌کنند و بیماری‌های مزمن در بیشتر افراد این گروه سنی وجود دارد، سرانه پرداختی بیشتر در نظر گرفته می‌شود. مهمترین ویژگی برقراری سرانه بر مبنای متغیرهای تعیین کننده سلامتی، ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات هزینه-اثربخش می‌باشد (۴).

این نظام هم به عنوان مکانیزمی برای پرداخت عرضه کنندگان خدمات درمانی اولیه (PHC) و هم بیمارستانها مناسب است. بر این اساس حق سرانه بیمه شدگان نیز تنظیم می‌شود. بیمه شده می‌تواند فقط تحت پوشش بیمه‌ای مراقبت های سطح اول باشد (بر اساس تعریف بسته خدمات سلامت در سطح اول) و یا اینکه برای دریافت بیمه‌ی خدمات سلامتی در سطح دوم، سرانه مضاعف و یا جداگانه‌ای را در نظر گرفت. در این روش نقش پزشکان خانواده به عنوان دروازه بان برای دریافت خدمات سطح دوم تقویت شده و در حقیقت به عنوان ابزاری برای منطقی کردن بهره‌مندی از خدمات سطح دوم عمل می‌کند.

پرداخت به ازای هر دوره مراقبت^۱

بعضی از مشکلات روش پرداخت کارانه توسط روش "پرداخت به ازای هر دوره مراقبت" قابل جبران است. در روش پرداخت به ازای هر دوره مراقبت، برای تمامی خدماتی که هر بیمار در طول یک دوره مراقبت لازم دارد، مبلغ ثابتی پرداخت می‌شود. این روش پرداخت، پرداخت موردی^۲ نیز نامیده می‌شود. پرداخت به ازای هر دوره مراقبت، به ارائه دهنده خدمت مسئولیت تعداد و نوع خدمات در یک دوره مراقبت را می‌دهد. به

1 episode-of-care payment

2 case rate

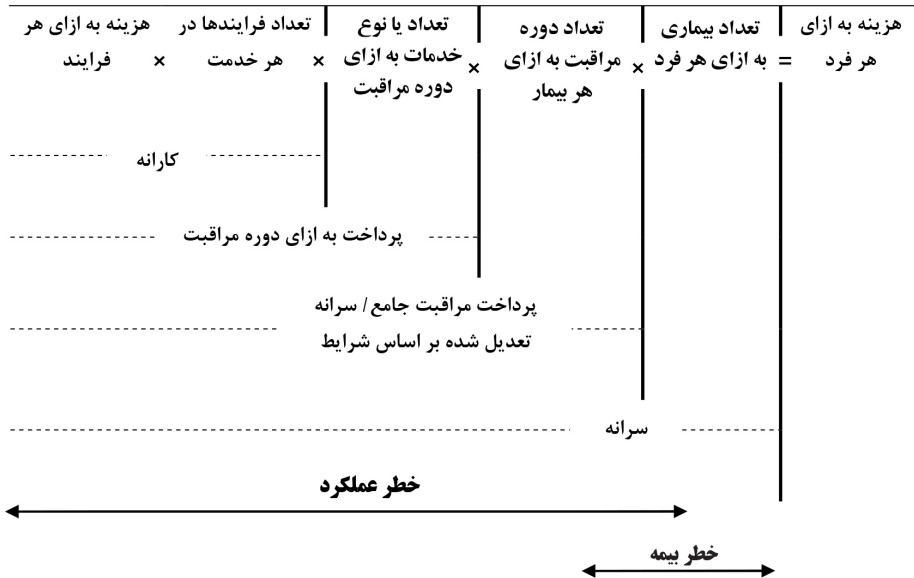
عنوان مثال زمانی که بیماری با حمله قلبی مراجعه می کند، یک مبلغ واحد به ارائه دهنده خدمت برای تمامی مراقبتهایی که احتیاج دارد تا حمله قلبی او درمان شود، پرداخت می شود. مبلغ پرداختی ممکن است بر اساس شدت بیماری تعدیل شده باشد. به عنوان مثال ممکن است ارائه دهنده ای برای مراقبت از یک بیمار با حمله قلبی دارای گرفتگی عروق اصلی^۱ مبلغ بیشتری نسبت به مراقبت از بیمار با گرفتگی عروق سطحی^۲ دریافت کند.

پرداخت به ازای دوره مراقبت مزایای زیادی دارد که از آن جمله می توان به انعطاف پذیری آن اشاره کرد. ارائه دهنده خدمت می تواند در مورد اینکه چه خدمتی باید برای بیمار در دوره مراقبت ارائه شود، تصمیم بگیرد و در نتیجه ارائه دهنده خدمت این انگیزه را پیدا می کند تا خدمات اضافی در یک دوره مراقبت را حذف کند. علاوه بر این اگر خدمات چند ارائه دهنده تحت پوشش یک پرداخت باشد (که در آن صورت پرداخت برای بسته خدمتی^۳ نیز نامیده می شود) آنها انگیزه ادغام کردن خدماتشان را خواهند داشت (۲۶).

1 major artery blockage

2 minimal blockage

3 “bundling” payments



شکل ۲- متغیرهایی که در نظامهای مختلف پرداخت برای ارائه دهنده خدمت خطر ایجاد می‌کند

پرداخت برای مراقبت جامع¹

همان طور که در شکل ۲ نشان داده شده است، بین پرداخت به ازای دوره مراقبت (که تعداد دوره‌های مراقبت در آن کنترل نمی‌شود) و شکل ساده سرانه (که در آن شدت بیماری فرد برای ارائه دهنده خدمت خطر مالی ایجاد می‌کند) حد واسطی وجود دارد. این رویکرد را می‌توان "پرداخت برای مراقبت جامع" یا "سرانه تعدیل شده بر اساس موقعیت"^۲ نامید. در این مدل یک یا گروهی از ارائه دهندگان خدمات برای پوشش تمامی خدماتی که بیمارانشان در طول یک دوره زمانی بخصوص (مثلاً یکسال) نیاز دارند، مبلغ واحدی دریافت می‌کنند. این مبلغ بر اساس سطح سلامت بیماران و سایر ویژگی‌هایی که بر سطح خدمات مورد نیاز تاثیر می‌گذارد، تعدیل می‌شود. ارائه دهنده خدمت می‌تواند بر اساس اینکه بیماران با حمله قلبی بد حال بیشتری دارد (در مقایسه با بیماران

1 Comprehensive care payment

2 condition-adjusted capitation

باحمله قلبی معمولی)، مبلغ بیشتری دریافت کند. اما مبلغ پرداختی ارتباطی به اینکه بیماران چه نوع خدمتی دریافت می کنند، ندارد. در نتیجه ارائه دهندگان برای مراقبت از بیماران بدحال تر و نه برای ارائه خدمات بیشتر برای همان بیماران، مبلغ بیشتری دریافت می کنند. پرداخت برای مراقبت جامع برای ارائه دهندگان خدمات خطر عملکردی دارد، در حالی که در روش سرانه ساده کل خطر هزینه بر روی ارائه دهنده خدمت می باشد. خطر عملکردی به معنی توانایی ارائه دهندگان در مدیریت کردن اوضاع بیمارانشان به شیوه ای است که هم خدماتشان کیفیت بالایی داشته باشد و هم کارا باشد. همان طور که در شکل ۲ نمایان است، خطر بیمه -بدان معنی که آیا بیمار واقعا بیماری یا شرایطی دارد که به مراقبت احتیاج داشته باشد- مسئله ایست که در حقیقت بیمه برای پرداختن به آن ایجاد شده است و در روش پرداخت برای مراقبت جامع این خطر بر روی پرداخت کننده باقی می ماند (۲۶). اغلب روش های سنتی پرداخت ارائه دهندگان خدمات از جمله کارانه، سرانه، حقوق و دستمزد، بودجه کل یا روشهایی که اخیرا بیشتر متداول شده است (مانند دسته بندی مبتنی بر تشخیصی^۱) (جدول ۴) اغلب منطبق با اولویت های فعلی نظام سلامت مانند بهبود کیفیت و یا ارائه مراقبت اثربخش نمی باشند. پدیده سالمندی جوامع و تغییر در سبک های زندگی مانند رژیم های غذایی ناسالم و عدم فعالیت فیزیکی منجر به افزایش شیوع بیماری های مزمن شده است. بیماران از بیماری های متعددی رنج می برند. به طور معمول، نظام های پرداخت برای حمایت از مدل های جدید مراقبت که به عنوان مثال هماهنگی مراقبت را بهبود می بخشد، و یا ارائه خدمات برای جمعیت با نیازهای پیچیده سلامتی را توسعه می دهد، طراحی نشده اند. این عدم تناسب اغلب منجر به تجربه نامطلوب بیماران از مراقبت و پیامدهای ضعیف سلامت می شود. هریک از نظام های پرداخت در شکل خالص خود معایب و مزایایی را در بهبود کیفیت و کارایی دارا می باشند (۲۷).

پرداخت کارانه به طور معمول در ارائه دهندگان خدمات، انگیزه افزایش فعالیتهای بالینی و در نتیجه هزینه های مربوطه را به وجود می آورد.

پرداخت سرانه هزینه ها را بهتر کنترل می کند، اما می تواند ارائه دهندگان را تشویق کند تا خدمات کمتری را نسبت به وضعیت بهینه ارائه کنند.

بودجه کل نیز هزینه کل را کنترل می کند، اما ممکن است به مشکلات دسترسی و یا زمان انتظار بالا بیانجامد. پرداخت های DRG به منظور استفاده بهتر از منابع در دسترس و کاهش مدت زمان بستری بر روی کارایی فنی تمرکز می کند، ولی از سوی دیگر بیمارستانها را تشویق می کنند تا تعداد بیماران را افزایش دهند.

جدول ۴ میزان گروه بندی خدمات در نظام های رایج پرداخت

	unbundled	روش متداول پرداخت برای پزشکان عمومی و خدمات تخصصی سرپایی.	پرداخت فعالیت محور گذشته نگر: صدور صورتحساب برای هر خدمت و یا ویزیت بیمار	کارانه
		پرداخت بیماران بستری در بیمارستان در بسیاری از کشورها.	پرداخت فعالیت محور آینده نگر به ازای هر بیمار: بیمار بر مبنای نوع تشخیص و استفاده از منابع در گروه هایی طبقه بندی می شود.	(DRG)
		روش بازپرداخت به پزشکان عمومی در بعضی از کشورها.	مبلغ پرداختی یکسان ^۱ که بصورت آینده نگر برای هر فرد ثبت شده که طیف وسیعی از خدمات تحت پوشش را دریافت می کنند پرداخت می شود.	سرانه
	bundled	پرداخت برای بیمارستان های عمومی در بعضی از کشورها.	مبلغ پرداختی یکسانی که بصورت آینده نگر طیفی از خدمات را بدون در نظر گرفتن حجم واقعی خدمات ارائه شده پوشش میدهد.	بودجه کل

منبع: OECD.

مقدار پولی است که بجای اینکه بصورت اقساطی Lump-sum^۱ پرداخت شود در یک پرداخت واحد پرداخت می شود

حرکت از مراقبت کمیت-محور به سمت مراقبت ارزش-محور

در بیشتر نظام های سلامت، پرداختها بر اساس کمیت خدمات می باشند و نه بر اساس ارزش خلق شده ای که برای آن هزینه شده است. پرداخت به ازای هر دوره مراقبت و پرداخت برای مراقبت جامع روش های نسبتاً جدیدی هستند که می توانند در نظام های پرداخت ترکیبی قرار گرفته و مشکلات ناشی از نظام های کارانه و سرانه را کاهش داده و دستیابی به اهداف کیفیت بیشتر و هزینه کمتر را تسهیل کنند (جدول شماره ۵). در حقیقت بزرگترین تفاوت آنها در توانایی کنترل تعداد دوره های مراقبتی است (۲۶).

جدول ۵ مقایسه چهار نظام پرداخت جایگزین: کارانه، پرداخت به ازای دوره مراقبت، پرداخت برای مراقبت جامع و سرانه

فاکتورهای مقایسه	کارانه	پرداخت به ازای هر دوره مراقبت	پرداخت برای مراقبت جامع	سرانه
مانع از خدمات غیر ضروری در یک دوره مراقبت می شود؟	خیر	بله	بله	بله
برای همه خدمات ضروری در یک دوره مراقبت پرداخت صورت می گیرد؟	خیر	بله	بله	بله
هماهنگی بین چند ارائه دهنده خدمت را تشویق می کند؟	خیر	بله	بله	بله

بله	بله	بله	خیر	مقایسه هزینه‌ها را بین چند ارائه دهنده خدمت تسهیل می‌کند؟
بله، برای خدماتی که بر پیامدهایی تأثیر می‌گذارند که در یک دوره پرداخت رخ می‌دهند	بله، برای خدماتی که بر پیامدهایی تأثیر می‌گذارند که در یک دوره پرداخت رخ می‌دهند	بله، برای خدماتی که بر پیامدهایی تأثیر می‌گذارند که در یک دوره مراقبت رخ می‌دهند	خیر	ارائه خدمات با کیفیت را تشویق می‌کند؟
خیر	بله	بله	بله	از مجازات ارائه دهنده خدمت برای مراقبت از بیماران بدحال تر ممانعت می‌کند؟
بله	بله	خیر	خیر	مانع از ارائه دوره های مراقبتی غیر ضروری می‌شود؟
منبع: میلر ^۴ ، ۲۰۰۹				

این بدان معنی است که پرداخت به ازای هر دوره مراقبت به بهترین نحو، بیمارانی را هدف قرار داده‌است که مبتلا به شرایطی هستند که در آن هزینه یک دوره مراقبت به صورت غیر ضروری بالاست و یا بین هزینه‌های دوره‌های مراقبت در بیماران مشابه، تفاوت زیادی وجود دارد، اما تعداد دفعات دوره‌های مراقبت نگران کننده نیست. به عنوان مثال هزینه یک زایمان ساده برای یک زن باردار بسته به میزان استفاده از مرکز یا بیمارستان که زایمان در آن انجام شده است و تعداد دفعات استفاده از بخش سزارین و غیره در سراسر کشور متفاوت است. در مقابل، پرداخت برای مراقبت جامع برای بیماران با شرایط مزمن که تصور می‌شود در آن دوره‌های درمان با دفعات بیشتر از آنچه ضرورت دارد اتفاق می‌افتد، مناسب‌تر است.



جدول ۵- چگونگی حل مشکلات هزینه/کیفیت توسط نظام‌های مختلف پرداخت

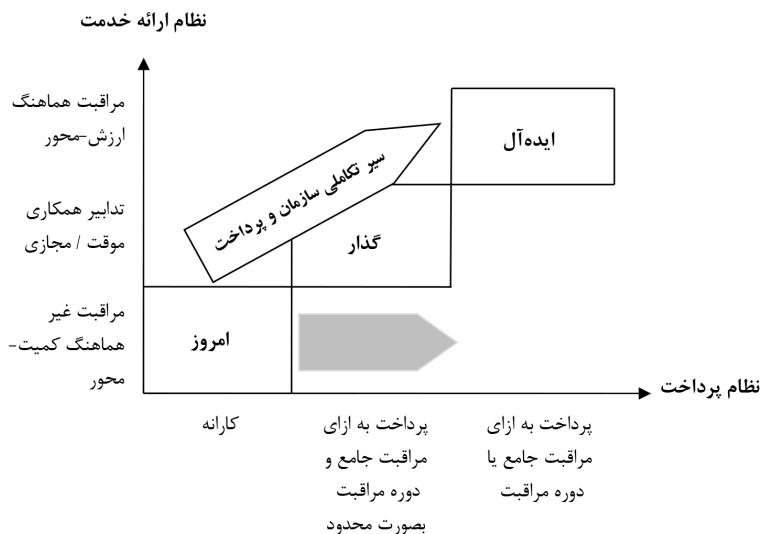
ممکن است جایی که هم هزینه هر دوره مراقبت و هم فراوانی دوره‌های مراقبت برای بیماران با وضعیتهای مزمن بالا باشد، ترکیبی از هردو نظام پرداخت (پرداخت برای مراقبت جامع و پرداخت برای دوره‌های مراقبت) لازم باشد. به عنوان مثال پزشک یا نظام سلامت برای مدیریت بیماران با شرایط مزمن با روش پرداخت برای مراقبت جامع مبلغی دریافت می‌کند، سپس اگر بیمار به جراحی یا درمان دیگری احتیاج داشته باشد، مبلغی تحت نظام پرداخت برای دوره مراقبت به بیمارستان پرداخت می‌شود.

اما گاهی اوقات مسئله نگران کننده، استفاده بیشتر از حد لازم یا سوء استفاده نیست، بلکه عدم استفاده از خدمات مثل نرخ پایین ایمنسازی است. به نظر می‌رسد پرداخت کارانه مناسب‌ترین روش پرداخت برای پرداختن به این مسئله باشد. استفاده از روشهای پرداخت متعدد برای بیماران و موقعیتهای مختلف چیز عجیب و غیر معمولی نیست. به عنوان مثال پرداخت به جراحان و متخصصین زنان و زایمان عموماً بر اساس پرداخت موردی صورت می‌گیرد. در حالی که سایر پزشکان کارانه دریافت می‌کنند. هدف باید پرداخت به مراقبت برای هر موقعیت یا

مجموعه‌ای از موقعیتها به شیوه‌ای صحیح باشد و نه الزاماً استفاده از روش یکسانی برای همه موقعیتها دنبال شود (۲۶).

خلق ارزش برای مراقبت

بکار گیری نظامهای پرداخت برای دوره مراقبت و مراقبت جامع می‌تواند در پرداختن به مسائل هزینه و کیفیت در مراقبت سلامت موثر باشد. به هر حال برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بهبود نظامهای پرداخت ضروری است اما کافی نمی‌باشد. ممکن است لازم باشد ارائه دهندگان، فرایندهای داخلی خود، روشهای هماهنگی و حتی ساختار سازمانی را به منظور عرضه مراقبت بهتر تغییر دهند. بعلاوه، ممکن است لازم باشد ساختارهای سود بیماران تغییر کند و ارزیابی کیفیت و نظامهای گزارش دهی در هر جامعه ایجاد شود یا توسعه یابد. انجام این تغییرات به سرعت امکان پذیر نمی‌باشد، بنابراین به جای تلاش برای حرکت سریع به سمت ساختار ایده‌آل بلند مدت، فرایند تکامل در نظامهای پرداخت ضرورت خواهد داشت (شکل ۳).



شکل ۳ سیر تکامل نظام ارائه خدمت و نظام پرداخت

تمرکز اصلاحات خلاقانه پرداخت بر کیفیت و کارایی

شواهد اخیر در کشورهای OECD نشان می‌دهد که سیاستهای خلاقانه پرداخت، بسته به نوع خدماتی که هدف تشویق هستند، در گستره‌ی مراقبت های اولیه و مراقبت‌های ثانویه متفاوت می‌باشند. بسیاری از این ابتکارات، تاثیرات مثبتی بر اهداف سیاست مورد نظر از جمله بهبود کیفیت، کارایی و یا هردو داشته است. عوامل تعیین کننده موفقیت شامل شفافیت معیارهای تنظیم تعرفه و شفاف سازی در فرایند شناسایی بیماران جمعیت هدف می باشند. به نظر می رسد تمرکز بر جلب مشارکت گسترده سهامداران نقش مهمی در تقویت سرمایه گذاری ایفا کند. تاثیرات مهم، شامل افزایش گردآوری داده‌ها است که به گسترش دانش در زمینه شاخص‌های کیفیت و عملکرد کمک می‌کند. به هر حال همواره چالش‌هایی مثل دشواری طراحی و اجرای سیاست های مربوط به روش های پرداخت، افزایش بار اداری و عدم تمایل برخی ارائه دهندگان خدمات برای متحمل شدن خطر مالی بیشتر وجود دارد (۲۷).

Reference

1. Maceira D. Provider payment mechanisms in health care: Incentives, outcomes, and organizational impact in developing countries: Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1998.
2. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*. 2001;56(3):171204-.
3. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals: World Bank Publications; 2009.
4. Quinn K. The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Annals of internal medicine*. 2015;163(4):3006-.
5. Gaynor M, Mark T. Physician Contracting with Health Plans: A Survey of the Literature. *Family Medicine*. 1999;68(2):5669-.
6. Aas IH. Incentives and financing methods. *Health Policy*. 1995;34(3):20520 -.
7. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *The International journal of health planning and management*. 1995;10(1):2345-.
8. Basu K, Mandelzys D. The modes of physician remuneration and their effect on direct patient contact. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales*. 2008;48(1):4159-.
9. Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Archives of internal medicine*. 2001;161(10):12616-.
10. Brcic V, McGregor M, Kaczorowski J, Dharamsi Sh, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Canadian Family Physician*. 2012;58(2):27581-.
11. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 2000;12(2):13342-.
12. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of health economics*. 2008;27(5):116881-.
13. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *The*

Cochrane database of systematic reviews. 2011(7):CD009255.

14. Sarma S, Devlin RA, Belhadji B, Thind A. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy*. 2010;98(217-203):(3-.

15. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*. 1999;92(1):4755-.

16. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy*. 2003;64(3):41523-.

17. Park M, Braun T, Carrin G, DB E. Technical Briefs for Policy-Makers, application of contracting in health systems. 2007. Report No.: WHO/HSS/HSF/PB/07.02.

18. Magnus SA. Physicians' financial incentives in five dimensions: a conceptual framework for HMO managers. *Health care management review*. 1999;24(1):5772-.

19. Scott A, Sivey P, Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physician. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;9.

20. Vlieland V. General hospitals strategic responses to performance indicators in health care. Rotterdam: Erasmus; 2009.

21. Hillman A.L, Pauly M.V, Kerstein J.J. How do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations. *New England Journal of Medicine*. 1989;321(2):8692-.

22. Barnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*. 2009;9:86.

23. Barnighausen T, Bloom DE. Designing financial-incentive programmes for return of medical service in underserved areas: seven management functions. *Human resources for health*. 2009;7:52.

24. Long S, Marquis S. Toward a Global Budget for the U.S. Health System: Implementation Issues and Information Needs california: RAND; 1994 [Available from: https://www.rand.org/pubs/issue_papers/IP143/index2.html.

25. Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1989;39(320):1147-.

26. Miller HD. From volume to value: better ways to pay for health care.

Health Affairs. 2009;28(5):141828-.

27. OECD. Better Ways to Pay for Health Care: OECD Publishing.

فصل چهارم: پرداخت مبتنی بر کیفیت

مبانی نظری پرداخت مبتنی بر عملکرد

همه نظام‌های سلامت در دنیا از شکاف بین عملکرد واقعی و عملکرد متعالی رنج می‌برند (۱، ۲). در عملکرد متعالی، مشتریان راضی هستند، خدمات و محصولات با کیفیت مناسب ارائه می‌شوند، منابع مالی به درستی هدایت می‌شوند و سازمان به صورت اثربخش به فعالیت خود ادامه می‌دهد. بسیاری از این شکاف‌های کیفیت به آسانی قابل بهبود می‌باشند. اما به رغم افزایش سطح مخارج بهداشت و اصلاحات متعدد دیگر در تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی، مقررات و ارائه خدمات، این نگرانی‌ها همچنان ادامه دارد (۱). شکاف کیفیت اشکال متعددی دارد که می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- عدم تبعیت از راهنماهای مبتنی بر شواهد^۱

۲- ارائه خدمات سلامت ناهماهنگ

۳- واکنش آهسته و ناقص به رخدادهای ناخواسته^۲

1 evidence- based clinical practices

2 adverse indications,

۴- عدم توجه به شاخص های مناسب پیشگیری^۱

پیر شدن جمعیت و شیوع رو به رشد بیماری های مزمن، منجر به افزایش تقاضا در نظام مراقبت های سلامت و تغییر انواع خدمات مورد نیاز شده است. بیماری های مزمن اغلب نیاز به ارائه خدمات هماهنگ پیشگیرانه، درمانی و مدیریت صحیح بیماری در محیط های مختلف و توجه به ویژگی های منحصر به فرد هر بیمار دارد. تصمیم گیرندگان مداخلات مختلفی را برای مقابله با کیفیت پایین خدمات در پیش گرفته اند که از آن جمله می توان به انتشار راهنماهای بالینی^۲، نصیحت حرفه ای^۳، گزارش های عمومی کیفیت^۴ و اشکال مختلف اعتباربخشی کیفیت^۵ اشاره کرد. به طور کلی، چنین رویکردهایی در محیهای مختلف تاحدودی موفق بوده اند. بنابراین توجه ویژه سیاستگذاران نظام سلامت در دهه گذشته به یکی از قدرتمندترین ابزارهای تغییر رفتار ارائه دهندگان خدمات از جمله نظام پرداخت، تعجب آور نیست (۳، ۴).

بطور کلی نگرانی های مربوط به عملکرد ضعیف نظام های سلامت ممکن است سه شکل مختلف داشته باشد:

- ۱- خرج کردن بیش از حد برای خدماتی که ارزش کمی دارند.
- ۲- خرج کردن خیلی کم برای خدماتی که ارزش بالایی دارند (به عنوان مثال انواع خاصی از مراقبت پیشگیرانه)
- ۳- عدم کارایی فنی: یعنی شرایطی که هزینه هر واحد خدمت با توجه به دانش موجود بسیار بالاتر از آنچه ضرورت دارد، است (۳).

یک راه حل ویژه برای این مشکلات (یا برخی از آنها) که اخیراً طرفداری زیادی بخصوص در ایالات متحده آمریکا و انگلستان کسب کرده است، پرداخت مبتنی بر عملکرد p4p^۶ می باشد (۵-۷).

-
- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 | appropriate preventive measures |
| 2 | treatment guidelines |
| 3 | professional exhortation |
| 4 | public reporting of quality |
| 5 | quality accreditation |
| 6 | Pay-for-Performance (P4P) |

P4P یک برنامه انگیزشی می باشد که به منظور همسویی مشوقها با اهداف سازمانی طراحی شده اند. در P4P مشوق های مالی به ارائه دهندگان خدمات در ازای بهبودی در عملکرد بر اساس معیارهای مشخص از جمله کیفیت، کارایی، اثربخشی و یا اقدامات دیگر مثل عدالت پرداخت می شود. با در نظر گرفتن این که سنجش عملکرد طی دو دهه گذشته دقیق تر شده است، به نظر استفاده از مشوق های مالی به منظور دستیابی به عملکرد بهتر می تواند راهکار مناسبی باشد (۸، ۹).

روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر کیفیت و کمیت خدمات تاثیر می گذارد. P4P با سایر نظام های پرداختی از جمله حقوق و دستمزد، سرانه، کارانه، گروه های تشخیصی وابسته و سایر نظام هایی که بر مبنای کمیت خدمات می باشند، متفاوت است. روشهای سنتی پرداخت به طور مستقیم به ارائه دهندگان خدمات در ازای ارائه خدمات با کیفیت بهتر و عملکرد بالاتر پاداش نمی دهد. فرض P4P این است که رایج ترین روش های پرداخت (به عنوان مثال، کارانه، سرانه، حقوق و دستمزد)، به طور اختصاصی با هدف تحریک عملکرد خوب، طراحی نشده اند و هر کدام به طور جداگانه مشوق هایی برای رفتار نامطلوب ایجاد می کنند (۷، ۱۰، ۱۱). در حقیقت P4P مدل کارانه را با پرداخت بالاتر برای مراقبت باکیفیت بالاتر تعدیل می کند (۱۲). زمانی که تعریف ما از عملکرد، "کیفیت" باشد P4P می تواند کامل کننده نظام های پرداخت موجود باشد. از طرفی دیگر زمانی که عملکرد به عنوان ترکیبی از "کیفیت" و "کمیت" تعریف شود، P4P می تواند بعنوان یک روش جایگزین استفاده شود (۱۰).

تاریخچه P4P در نظام سلامت به سال ۱۹۹۰ برمی گردد که در ایالات متحده امریکا توسط بخش خصوصی برای اولین بار بکار برده شد (۱۳). اکنون بصورت گسترده در کشورهای مختلف هم برای مراقبتهای بهداشتی اولیه (نظام ملی سلامت بریتانیا و مدیکیر) و هم برای مراقبتهای بیمارستانی به کار برده می شود (از جمله در برزیل، کره و ایالت متحده امریکا). این رویکرد پرداخت توانسته است نتایج مثبتی از جمله بهبود کیفیت و کارایی را در پی داشته باشد. P4P در ایالات متحده امریکا به طور گسترده در هر دو بخش خصوصی و دولتی اجرا شده است (۱۰، ۱۴). P4P در بخش خصوصی

ایالات متحده آمریکا شدیداً مورد استقبال واقع شده است و همچنین بیش از صد طرح سلامت و سایر موسسه‌های دولتی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این برنامه را بکار گرفته‌اند (۱۴). انگلستان از سال ۲۰۰۴ P4P را در خدمات پزشکی عمومی آغاز کرد. کشورهای دیگر مانند استرالیا، نیوزیلند، کاستاریکا، هائیتی، نیکاراگوئه و تایوان نیز برنامه‌هایی مانند P4P برای بازپرداخت ارائه دهندگان خدمات در برنامه‌های مختلف سلامت بکار گرفته‌اند (۱۵، ۱۶). P4P هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه به طور گسترده‌ای اجرا شده است و علی‌رغم وجود شواهد اندک، نتایج مطلوبی نشان داده است (۹). شواهد حاکی از آن است که P4P منجر به بهبود مراقبت بیماری‌های مزمن، کاهش بستری بیمارستان، کاهش عوارض جانبی و مرگ و میر، بهبود فرایندهای مراقبت‌ها و صرفه جویی در هزینه‌ها گردیده است (۱۰، ۱۷).

P4P می‌تواند معانی مختلفی هم در مفهوم و هم در عمل داشته باشد. به خاطر سرعت نوآوری، اصطلاحات برای توصیف برنامه P4P هنوز استاندارد نشده است. تفاوت اساسی تعریف P4P در تعریف از عملکرد می‌باشد که بر اساس جنبه‌هایی از مراقبت و یا نتایجی که به آنها پاداش تعلق می‌گیرد، متفاوت می‌باشد (۱۸، ۱۹). دو رویکرد اصلی در P4P که تعریف گسترده تری از عملکرد ارائه می‌دهند، پرداخت مبتنی بر کیفیت^۱ P4Q و پرداخت مبتنی بر ارزش^۲ P4V می‌باشد که در ذیل تشریح شدند.

پرداخت مبتنی بر ارزش

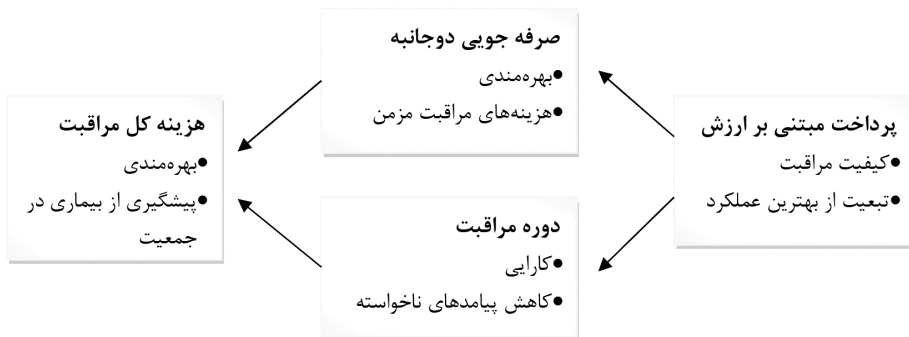
بیشتر برنامه‌های P4P بر اساس نتایج کیفیت نمی‌باشند، بلکه بر اساس فرایندها می‌باشند که ممکن است به نتایج بهتر منجر شود یا نشود. بعضی از صاحب نظران معتقدند اثربخش ترین راه برای خلق ارزش در مراقبت‌های سلامت این است که به جای پاداش دادن به فرایند به نتایج، پاداش تعلق یابد (۲۰). P4V یک روش جدید پرداخت می‌باشد که به پزشکان و موسسات پزشکی که به بیماران خدمات با ارزش ارائه

1 Pay for Quality (P4Q)

2 Pay for Value (P4V)

می‌کنند، پاداش می‌دهد. در P4V برای ارائه پاداش به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات از مدل بازار استفاده می‌شود. یک مدل مبتنی بر بازار واقعی، می‌تواند باعث شکوفا شدن اصول اقتصاد شود. در سایر بخشها مشتریان از عرضه کنندگانی خدمات و کالا می‌خرند که خودشان قیمتشان را تعیین می‌کنند و خدماتشان را طراحی می‌کنند. مشتریان خدمات را ارزیابی می‌کنند و آنهایی را انتخاب می‌کنند که بهترین ارزش را دارند (۲۱). در پرداخت مبتنی بر ارزش نیز از همین اصل استفاده شده است.

ابتدایی‌ترین مدل پرداخت مبتنی بر ارزش شامل یک برنامه پاداش می‌باشد که به ارائه دهندگان خدمات برای دستیابی به اهداف از پیش تعریف شده شاخصهای کیفیت تعلق می‌گیرد. این شیوه به طور معمول نقطه آغازی برای پرداخت پاداش محدود و ایجاد فرصت محدود برای صرفه جویی در هزینه بوده است. این برنامه در ابتدا برای پرداخت پاداش به پزشکان مراقبتهای اولیه بکار برده شد و اکنون برای بسیاری از انواع قراردادهای مثل بیمارستانها، متخصصین، مراکز بازتوانی و سایر موارد استفاده می‌گردد (۲۲). در شکل ۱ انواع قراردادهای مبتنی بر ارزش نمایش داده شده است.



شکل ۱: انواع قراردادهای پرداخت مبتنی بر ارزش

دوره مراقبت

پرداخت به ازای دوره مراقبت برای ارائه دهندگانی به کار برده می‌شود که کار آنها به صورت مجزا در حوزه تشخیص و درمان (بسته خدمت) می‌باشد. این نوع پرداخت شامل پرداخت یک مبلغ توافقی ثابت برای مجموعه‌ای از خدمات تعریف شده می‌باشد که از تشخیص مقدماتی تا پیامد مراقبت را شامل می‌شود. به طور کلی مبلغ ثابت از کل کارانه ادعایی برای همان خدمات کمتر است. در نتیجه این شبکه کوچک از ارائه دهندگان برای بهبود هماهنگی مراقبت و کاهش ضایعات و ناکارآمدی برای دوره مراقبت متمرکز شده‌اند. معمولاً اگر ارائه دهندگان این کار را انجام دهند، یک صرفه جویی دو جانبه اتفاق می‌افتد.

صرفه جویی دوجانبه

این مدل نوع پیشرفته از P4V می‌باشد که پتانسیل بیشتری برای بهبود کیفیت به همراه صرفه جویی هزینه دارد که بر جمعیت تعریف شده‌ای از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و یا وضعیتهای پر هزینه تمرکز دارد. پرداخت کنندگان و ارائه دهندگان خدمات به صورت مشترک یک برنامه مدیریت مراقبت را که شامل برنامه های فعال غربالگری و درمانی است، تنظیم می‌کنند. در این برنامه، مدیریت بیماری با همکاری شبکه کوچکی از متخصصین و بیمارستانها صورت می‌گیرد و تحلیل مداوم روند شاخصهای هزینه و کیفیت به منظور دستیابی به فرصتهای ارتقا صورت می‌گیرد. به عنوان مثال سطحی از پرداخت در قالب کارانه بر اساس ویزیت بیماران انجام می‌گیرد و اگر دستیابی به اهداف صورت گیرد، صرفه جویی مشترک به صورت سه ماهه و یا سالانه برآورد می‌شود. همچنین ممکن است پرداخت کنندگان برای اطمینان از توان ارائه دهندگان در استخدام کارکنان اضافی جهت پوشش حجم کاری اضافه شده، به صورت ماهانه هزینه ای برای هماهنگی مراقبت پرداخت کنند.

هزینه کل مراقبت

هزینه کل مراقبت پیچیده ترین مدل مبتنی بر صرفه جویی دوجانبه می‌باشد که در برگیرنده اهداف پیشگیری از بیماری ها برای جمعیت

تحت پوشش و سطحی از خطر مالی برای ارائه کنندگان است. منطق هزینه کل مراقبت مشابه روش صرفه جویی دوجانبه می باشد، ولی در صورتی که در ارزشیابی سه ماهه هزینه های ارائه دهندگان از سطح هزینه های مورد توافق بیشتر باشد، ارائه دهندگان باید بخشی از مبلغ بازپرداخت را به پرداخت کنندگان برگردانند.

ایجاد ارزش در سطح کلان

نظام مراقبت سلامت نیاز دارد که برای همه ذینفعان ارزش ایجاد کند و پرداخت باید بر اساس نتایج مراقبتهای هماهنگ شده در طول زمان صورت بگیرد. بعضی از صاحب نظران بر این عقیده هستند که باید از رویکردهای P4P که به اهداف فرایند پاداش می دهد، به سمت پرداخت در ازای ارزش حرکت کنیم (۲۱).

$$\text{کیفیت (پیامد مراقبت، ایمنی و خدمت)} \\ \text{ارزش} = \frac{\text{هزینه به ازای هر بیمار در طول زمان}}{\text{ارزش}}$$

بیماران، مراقبت سلامتی را می خواهند که ارزش زیادی دارد. بدین معنا که مراقبت با یک قیمت منطقی از کیفیت بالایی برخوردار باشد (پیامدهای مطلوب، مراقبت ایمن و خدمت عالی):

چطور می توانیم ارزش را در سطح کلان طی دوره مراقبت از بیمار در طول زمان به طور عادلانه ای بسنجیم؟ در حال حاضر یک سری استانداردهایی از جمله داده های تعدیل شده بر اساس مورد^۱ در دسترس می باشند که به ما کمک می کند تا کار را با یک معادله ساده ارزش که قابل فهم برای پزشکان، موسسات پزشکی، پرداخت کنندگان و مشتریان می باشد، شروع کنیم. با در نظر گرفتن اجزای متعددی از دورنمایمان در مراقبت سلامت (اثربخش، کارا، و بیمار محور) این ارزش می تواند به ما کمک کند تا به هدفمان برسیم. روش ذیل به ما کمک می کند تا بتوانیم در این مسیر حرکت کنیم (۲۱):

صورت کسر در این معادله از دو شاخص مرگ و میر و رضایت (امتیاز

خالص ارتقای^۱ تشکیل یافته است.

$$\text{ارزش} = \frac{(\text{امتیاز خالص ارتقای}) \text{ رضایت} + (\text{نمره مرگ و میر}) [\text{پیامدها}]}{\text{هزینه به ازای هر بیمار در طول زمان}}$$

شاخص مرگ و میر: نهایی ترین معیار پیامد، مرگ و میر است. می توان مرگ و میر را با میزان مورد انتظار مقایسه کرد. به عنوان مثال این روش در ایالت متحده از طریق فایل بررسی و تحلیل ارائه دهنده مدیکر^۲ که برای پژوهشگران این امکان را فراهم می کند تا سابقه و پیامدهای مراقبت بیماران بستری را در طی زمان استخراج کنند، انجام می شود. به جای آن می توان پیامد مخصوصی را برای هریک از گروه های تشخیصی وابسته و یا بیماری ها شناسایی کرد و به عنوان شاخص کیفیت بکار برد. همچنین می توان از شاخص مرگ و میر ۳۰ روزه نیز به عنوان یک روش جایگزین استفاده کرد.

رضایت (NPS): ریچهلد^۳ متخصص در زمینه رضایت مشتری در کتاب خود تحت عنوان "سوال نهایی: کسب سود خوب و رشد واقعی" مفهوم NPS را معرفی کرده است (۲۳). ریچهلد می گوید ارزش ارتقا را می توان به صورت کمی بیان کرد. این ایده بر تلاش یک شرکت بر بهبود رضایت مشتری متمرکز هست تا مشتری را به یک ارتقا دهنده تبدیل کند. بدین معنا که اگر از مشتری سوال شود که "آیا ما را به یکی از دوستان خود توصیه خواهی کرد؟" او پاسخ "بلی" دهد. NPS از تفریق درصد معترضان از ارتقا دهندگان بدست می آید ("یقیناً توصیه خواهم کرد" منهای "احتمالاً توصیه نخواهم کرد" و "یقیناً توصیه نخواهم کرد"). در ایالات متحده این داده ها از طریق راهنمای بازار مراقبت سلامت موسسه ملی تحقیقات^۴ در اختیار تمامی بیمارستانها قرار می گیرد.

1 Net promoter score (NPS)

2 Medicare Provider Analysis and Review File

3 Reichheld

4 National Research Corporation's Healthcare Market Guide

بر طبق تعریف ریچهلد، برخی از شرکت های برتر در رتبه بندی NPS از ۵۰٪ تا ۸۰٪ عمل می کنند. شرکتها به طور متوسط دارای تنها ۵٪ تا ۱۰٪ بازده NPS می باشند و ارتقا دهنده ها به سختی از معترضان پیشی می گیرند. دامنه نمرات NPS اختصاصی بیمارستان از محدوده منفی تا ۸۶، با میانه ۵۵ می باشد.

در معادله مقدماتی ارزش که در بالا ذکر شد، صورت کسر همچنین می تواند اهداف موسسه پزشکی^۱ در زمینه ایمنی بیمار را شامل شود (مثل میزان عفونتهای بخش مراقبتهای ویژه، میزان خطاهای دارویی و غیره).

مخرج کسر در معادله را می توان برای هر بیمارستان با استفاده از اطلس مراقبت سلامت دارتموث^۲ محاسبه کرد. این اطلس مخارج مدیکر را به ازای سرانه برای هر بیمار با حداقل ۱ الی ۱۲ بیماری مزمن در طول ۶ ماه گذشته منتشر می کند (۲۲).

پرداخت مبتنی بر کیفیت

P4P می تواند معانی مختلفی هم در مفهوم و هم در عمل داشته باشد. تفاوت اساسی تعریف P4P در تعریف از عملکرد می باشد که بر اساس جنبه هایی از مراقبت و یا نتایجی که به آنها پاداش تعلق می گیرد، متفاوت می باشد. یکی از رویکردهای برنامه های P4P پرداخت مبتنی بر کیفیت^۳ یا پرداخت برای بهبود کیفیت می باشد که در مینا تفاوت هایی با P4P اولیه دارد. P4Q می تواند کیفیت را با استفاده از ساختار، فرآیند، نتیجه و یا هماهنگی اقدامات مراقبت، از راه های مختلفی ارزیابی کند. چنین برنامه هایی ممکن است از شاخص های مرکب که ترکیبی از شاخص های متعدد کیفیت می باشند، استفاده کنند (۱۹).

بر اساس مدل P4Q می توان فناوری موجود اطلاعات سلامت، راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد و گردش فرآیندهای بهبود کیفیت را به منظور بهبود پیامدهای سلامت بیماران و بهبود سیستم ارائه مراقبت های

1 Institute of Medicine (IoM)
2 Dartmouth Atlas of Health Care
3 Pay-for-quality(P4Q)

سلامت به کار گرفت. در حقیقت P4Q ترکیبی از شاخصهای ساختار و فرایند را به کار می گیرد و اساساً بر فرایندهای مراقبت سلامت متمرکز می باشد (۲۴). P4Q با برنامه های تشویقی P4P سنتی تفاوتی دارد. در P4P ارتباط بین فرایندهای مراقبت درمان و نتایج بیمار قطع می شود. به عبارتی P4P نوع پیشرفته ای از P4P می باشد که به جای ایجاد مشوق های مالی که صرفاً بر نتایج بیمار (P4P) متمرکز است، بر انگیزه های مرتبط با فرایند و عملکرد شاخصهای مراقبت متمرکز می باشد (۲۵). شاخصهای انتخابی P4Q حاکی از تغییری است که در آن تمرکز به جای نتایج بیمار، بر فرایند مراقبت است. بدین ترتیب بکارگیری راهنماهای بالینی در P4Q می تواند به برابری در مراقبت سلامت منجر شود. هدف برنامه P4Q این است که خدمت درست در زمان درست و با توجه به نیاز اختصاصی بیمار و بر اساس راهنماهای ملی ارائه شود (۲۶). P4Q شامل مشوق های مالی صریحی می باشد که در قالب پاداش یا جریمه بر اساس سطح کیفیت ارائه دهندگان خدمات اعمال می شود (۲۷).

تئوریهای زیربنایی پرداخت مبتنی بر عملکرد

مبنای نظری طراحی یک مکانیزم تشویقی در یک طرح پرداخت، معمولاً از سه تئوری تقویت^۱، تئوری انتظار^۲ و تئوری نمایندگی^۳ سرچشمه گرفته است.

تئوری تقویت:

این تئوری فرض را بر این گذاشته است که انگیزه زمانی رخ می دهد که رفتارهای خاص فرد یا سازمان باعث ارائه پاداش به فرد یا سازمان می شود. طبق این تئوری افراد رفتارهایی را که در قبال آن تشویق شوند، تکرار می کنند و از رفتارهایی که در قبال آن تنبیه یا جریمه شوند، اجتناب می کنند (۲۸).

-
- 1 Reinforcement theory
 - 2 Expectancy theory
 - 3 Principal-Agent theory



شکل ۱: تئوری تقویت

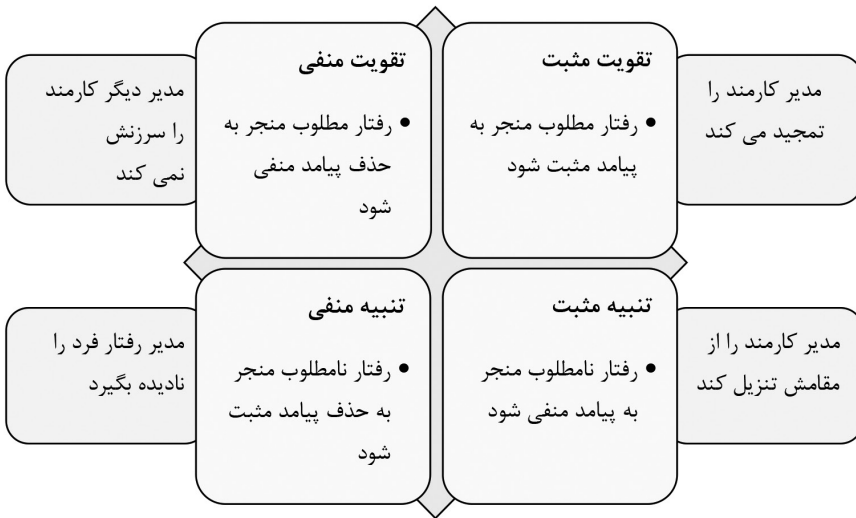
بر مبنای این تئوری باید راهکارهایی اتخاذ گردد تا بیشترین توجه به تشویق و پاداش (تقویت مثبت) کارکنان جلب شود. چهار نوع تقویت وجود دارد:

تقویت مثبت: تقویت مثبت شامل اعطای پاداش دلخواه در ازای رفتار مطلوب می‌باشد. یعنی وقتی افراد کاری را به درستی انجام می‌دهند یا کار درستی انجام می‌دهند، به آنها آنچه دوست دارند، پرداخت شود.

تقویت منفی: تقویت منفی شامل حذف یک عامل ناخوشایند است. یعنی وقتی افراد کاری را به درستی انجام می‌دهند و یا کار درستی را انجام می‌دهند، یک عامل یا چیزی که برای آنها ناخوشایند است، از میان برداشته شود. تقویت مثبت و منفی باعث می‌شود که افراد یک عمل صحیح را تکرار کنند (۲۹).

تنبیه مثبت: یعنی افراد برای رفتار نامطلوب یا نادرست تنبیه یا جریمه شوند.

تنبیه منفی: یعنی افراد وقتی رفتار نامطلوب یا کار نادرستی انجام دهند، از یک پاداش یا چیزی که آن را دوست دارند، منع شوند. تنبیه مثبت و منفی باعث می‌شود تا افراد رفتار یا کار نادرست را تکرار نکنند (۲۹).



شکل ۲: انواع چهارگانه تقویت

تئوری انتظار:

تئوری انتظار یک تئوری انگیزشی می باشد که بیشتر با تئوری فرایند تعریف می شود. این تئوری چرایی رفتار افراد را تشریح می کند. فرض این تئوری این است که افراد انگیزه انجام کاری را دارند که بدانند انجام آن کار منجر به دستیابی به پیامد دلخواه خواهد شد. طبق تئوری انتظار، انگیزه کار به ارتباط درک شده بین عملکرد و نتایج، وابسته است و افراد رفتار خود را بر اساس محاسبات خود از نتایج مورد انتظارشان تغییر می دهند (۳۰، ۳۱). تئوری انتظار بیان می کند که افراد مجموعه های مختلفی از اهداف را دارند و زمانی در آنها انگیزه ایجاد می شود که این باورها در آنها وجود داشته باشد:

- یک همبستگی مثبت بین تلاش و عملکرد وجود دارد.
- عملکرد مطلوب به پاداش مطلوب منجر خواهد شد.
- پاداش یک نیاز مهم را برآورده خواهد ساخت.

ویکتور روم^۱ به عنوان یک کارشناس بین المللی در رهبری و تصمیم گیری، تئوری انگیزشی انتظار را ارائه کرد. طبق این تئوری آنچه فرد از

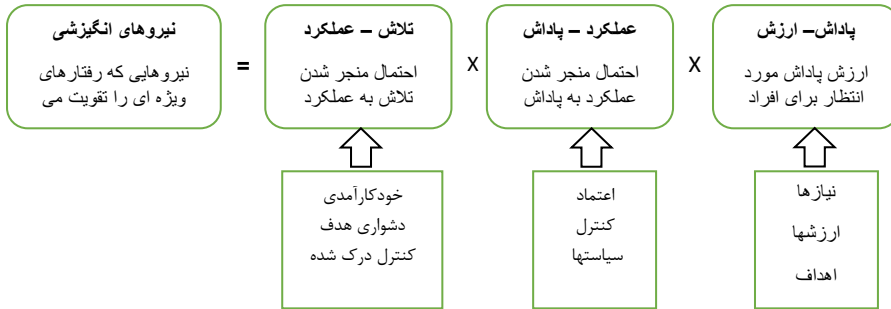
پیامد احتمالی کار درک کرده است، سطح انگیزه وی را تعیین می‌کند. این تئوری فرض می‌کند که فرد به گونه‌ای رفتار خواهد کرد که سود خود را حداکثر و ضرر را به حداقل برساند. روم نشان می‌دهد که باور سابق در مورد رابطه بین کار افراد و هدف به عنوان یک ارتباط ساده نادرست است. عوامل فردی از جمله مهارت‌ها، دانش، تجربه، شخصیت و توانمندی‌ها می‌توانند بر عملکرد کارکنان تاثیر بگذارند. روم استدلال می‌کند که منبع انگیزه در تئوری انتظار یک تابع ضربی از ارزش پاداش، رابطه تلاش - عملکرد و رابطه عملکرد - پاداش است (۳۱، ۳۲).

تلاش - عملکرد: فرد بر این باور باشد که عملکرد بالا و یا افزایش عملکرد منجر به دریافت پاداش خواهد شد. این قضیه را میتوان با این طرز فکر تشریح کرد که: "اگر من بیشتر کار کنم اوضاع بهتر خواهد شد".

عملکرد - پاداش: فرد بر این باور باشد که اگر خوب کار کند، پیامد ارزشمندی بدست خواهد آورد. داشتن درک روشنی از ارتباط بین عملکرد و پیامد، داشتن اعتماد به افرادی که تصمیم می‌گیرند، چه کسی و چه پاداشی دریافت کند و شفافیت در فرایند ارائه پاداش به این باور کمک می‌کنند.

ارزش پاداش: بر این باور اشاره دارد که پاداش ارزشمند باشد. افراد مختلف ارزش را به شکل‌های مختلف درک کرده‌اند. در یک موقعیت مشخص، یک پیامد ممکن است بر اساس ارزشی که برای افراد دارد، سطح مختلفی از انگیزه را در آنها ایجاد کند (۳۳).

مولفه های تئوری انتظار در نمودار ذیل ارائه شده است.

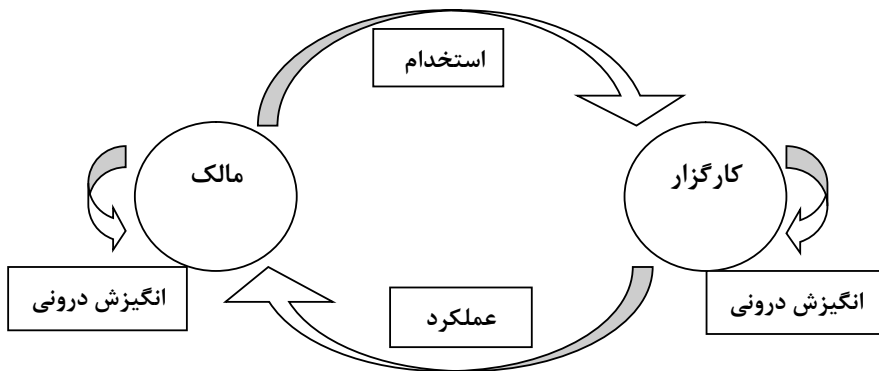


شکل ۳: تئوری انتظار

تئوری کارفرما - کارگزار:

تئوری زمینه‌ای بسیاری از برنامه‌های P4P را می‌توان با تئوری کارفرما-کارگزار^۱ استدلال کرد. یک کارفرما^۲ (مانند یک بیمار و یا اغلب یک خریدار استراتژیک در مراقبت سلامت) آرزو دارد با کارگزار^۳ (یک پزشک یا سازمان از جمله به عنوان یک بیمارستان) به منظور ارائه خدمات سلامت با کیفیت بالا و با کمترین هزینه، یک رابطه قراردادی برقرار کند. فرض بر این است که افزایش کیفیت و یا بهره‌وری نیاز به 'تلاش' در بخش کارگزار دارد که در صورتی که بهبودی حاصل شود (یا نشود) باید با یک پاداش مالی (یا با تهدید جریمه) جبران شود. پس از آن کارگزار با مقایسه مزایای مالی مورد انتظار و تلاش مورد نیاز ارزیابی خواهد کرد که چقدر باید تلاش کند. سپس کارفرما برای کارگزار پاداش‌های مالی (یا جریمه) اعمال خواهد کرد تا کارگزار بداند چگونه به انگیزاننده‌ها از نظر افزایش تلاش و در نتیجه بهبود عملکرد پاسخ دهد. برای القای انگیزه، مالک باید بین هزینه‌های مورد انتظار پاداش و بهبودی مورد انتظار در کیفیت توازن برقرار کند (۳۴-۳۶).

1 principal - agent
2 principal
3 agent



شکل ۳: تئوری کارفرما - کارگزار

عناصر متعددی در این مدل وجود دارد که مستلزم بررسی دقیق تر است. نخست، سنجش نقش کلیدی ایفا می‌کند. تلاش را معمولاً نمی‌توان مشاهده و اندازه‌گیری کرد. بنابراین به جای آن باید روشی برای سنجش صریح عملکرد وجود داشته باشد. بنابراین شاخص‌های عملکردی هسته هر برنامه P4P می‌باشند. در حالت ایده‌آل، شاخص‌ها باید دقیق، حساس به تغییرات در تلاش‌های ارائه‌دهندگان خدمات و مقاوم در برابر دستکاری یا تقلب باشند.

عنصر دوم این مدل، طراحی مکانیزم پاداش‌های مالی (یا جریمه) است که در آن باید موارد زیر مشخص شوند:

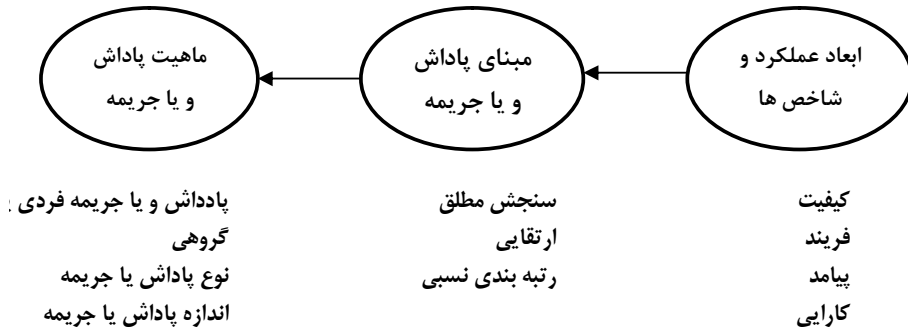
- میزان مشوق
- چگونگی افزایش مشوق با افزایش کیفیت
- نقش عملکرد سایر ارائه‌دهندگان خدمات در میزان پاداش
- سهم عملکرد فردی، تیمی و سازمانی در میزان پاداش
- تاثیر سطح مطلق دستاورد و یا بهبود سطوح قبلی در میزان پاداش

نکته سوم بیان می‌کند که تاثیر هر برنامه P4P بستگی به انگیزه درونی ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌هایی دارد که برنامه برای آنها اجرا شده است. اگر بهبودی مطلوب و دلخواه در کیفیت با اهداف حرفه‌ای همسو گردد و برنامه، متخصصین و سازمان‌های مربوطه را تشویق کند

که برای تضمین چنین بهبودی تمرکز کنند، در نتیجه P4P می‌تواند به نتایج دلخواه منجر شود. از سوی دیگر اگر برنامه P4P با انگیزه حرفه‌ای در تضاد باشد و یا آن را تضعیف کند، ممکن است غیر اثربخش باشد و یا حتی منجر به عوارض ناخواسته گردد (۳).

مولفه های اصلی P4P

تمام برنامه های P4P از سه مولفه اساسی تشکیل شده‌اند که هر کدام شامل اجزای مختلفی می‌باشد. این مولفه‌های مشترک، شامل ابعاد عملکرد و شاخص‌ها^۱؛ استراتژی پرداخت^۲ و گزارش داده‌ها^۳ است (۳، ۳۷).



شکل ۵: مولفه‌های اصلی پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱. ابعاد عملکرد و شاخص‌ها

مولفه اول یک برنامه P4P تعریف ابعاد عملکرد و شاخص‌ها می‌باشد. بسته به اهداف برنامه P4P، ابعاد مختلف عملکرد ارائه دهندگان خدمات برای پاداش و یا جریمه انتخاب می‌شود. در هر برنامه سلامت یک سری شاخص‌ها از اولویت بیشتری برخوردارند. به عنوان مثال بسته به شرایط خاص هر موقعیت ممکن است کنترل بیماری‌های مزمن (مانند بیماری‌های قلبی عروقی) و یا پوشش ناکافی خدمات (پوشش ناکافی

- 1 performance domains and measures
- 2 Payment strategy
- 3 data reporting and verification

واکسیناسیون، و یا تبعیت نامنظم از راهنماهای بالینی) اولویت محسوب شود. بنابراین ابعاد از عملکرد که بتواند این اولویتها را پوشش دهد، انتخاب می‌شود (۳۸).

کیفیت بالینی رایج ترین بعد عملکرد در برنامه‌های P4P محسوب می‌شود. شاخصهای ابعاد کیفیت در سه حیطه شناخته شده ساختار^۱، فرآیند^۲ و نتایج^۳ تعریف شده اند (۳۹). شاخصهای ساختار به زیرساختهای مراقبت‌های سلامت از جمله تاسیسات، تجهیزات، لوازم، دارو، فناوری اطلاعات و منابع انسانی مربوط می‌باشند. به عنوان مثال در برنامه پاداش پزشکان^۴ در استرالیا، پزشکان عمومی در ازای سرمایه گذاری در زیرساختهایی مثل سیستم‌های کامپیوتری یا توسعه خدمات از جمله انجام خدمات در ساعات غیر کاری و در مناطق محلی پاداش دریافت می‌کنند (۴۰). فرایند تعریف گسترده‌ای دارد و مجموعه‌ای از روشهای مورد استفاده برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از جمله چگونگی کاربرد راهنماهای پزشکی^۵ و پروتکل‌های مدیریت بیماری^۶ را شامل می‌شود. در اغلب برنامه P4P، شاخص‌های فرایندی مربوط به راهنماهای بالینی به کار گرفته می‌شوند (۴۱). شاخص‌های پیامد سخت ترین نوع شاخص‌ها برای پیاده سازی می‌باشند و به ندرت مرگ و میر یا بار بیماری را شامل می‌شوند. شاخص‌های پیامد، نتایجی که بیماران و خریداران می‌خواهند به آن دست یابند را بهتر منعکس می‌کنند. چالش‌های بسیاری در زمینه شاخص‌های پیامد وجود دارد. پیامد سلامت مربوط به هر بیمار توسط عوامل متعددی به غیر از اثربخشی مراقبت‌های پزشکی تعیین می‌شود. بنابراین تعدیل خطر شاخص‌های پیامدی برای جلوگیری از جریمه کردن ارائه دهندگان خدماتی که بیماران در معرض خطر بالاتری را درمان کنند، ضروری می‌باشد (۳).

سایر ابعاد عملکردی که معمولاً در برنامه‌های P4P مد نظر قرار

-
- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | structure |
| 2 | process |
| 3 | outcomes |
| 4 | Physician Incentive Program (PIP) |
| 5 | practice guidelines |
| 6 | disease management protocols |

می گیرند، شامل پوشش خدمات با اولویت بالا (مانند ایمن سازی و غربالگری سرطان و سایر بیماری‌های مزمن) و کارایی می باشند. به دلیل اولویتهای متفاوت به اقتضای نیازهای سلامت افراد در کشورهای با سطح درآمد مختلف، ابعاد عملکردی اغلب در برنامه‌های P4P بین کشورهای با درآمد بالاتر و پایین تر متفاوت است. در کشورهای با درآمد بالا به ویژه آنهایی که روش پرداخت پایه خود را بر اساس کارانه پایه ریزی کرده‌اند، مشکل کارایی زمانی بیشتر نمود پیدا می‌کند که تقاضا بطور مداوم برای خدمات با تکنولوژی بالاتر و مراقبتهای ناکارا و ناهماهنگ بویژه در مدیریت بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. به عنوان مثال ارائه دهندگان خدمات ممکن است در ازای به کار بردن خدمات تخصصی یا عمومی و یا تجویز داروهای تجاری کمتر پاداش دریافت کنند. تعدادی از کشورهای با درآمد بالاتر مانند فرانسه و نیوزیلند، به طور خاص مخارج دارویی خود را در حوزه کارایی هدف قرار داده‌اند. تلاش برای ارائه پاداش به کارایی و کیفیت از طریق تداوم مراقبت و مدیریت بیماری‌های مزمن با وجود اینکه کمتر شایع است، یک تلاش امیدوار کننده برای برنامه های آینده می‌باشد (۴۳).

در بسیاری از کشورهای کم درآمد که تا حد زیادی خدمات سلامت عمومی ارائه می‌کنند و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کارمندان حقوق بگیر دولت هستند، مشکل کارایی اغلب به بهره‌وری پایین و عدم پوشش مداخلات عمده بهداشت عمومی، مانند ایمن سازی و مراقبت های پیش از زایمان مربوط می‌شود. در کشورهای با درآمد پایین، پاداش به مراقبت مادر-کودک، سل، تغذیه کودکان، کنترل بیماریهای مزمن و ایدز مربوط می‌شود. در این زمینه هدف، افزایش بهره‌مندی^۱، به ویژه برای خدمات با اولویت بالا می‌باشد. در تعدادی از برنامه‌های P4P در کشورهای با درآمد پایین، مانند رواندا، پرداخت به ارائه دهندگان خدمات بر اساس کارانه تعدیل شده براساس نمره کیفیت برای ارائه لیستی از خدمات با اولویت صورت می‌گیرد. نمونه‌های دیگر شامل ارائه پاداش به پزشکان به ازای کار در بخش دولتی به جای بخش خصوصی (به عنوان مثال ترکیه) و یا برای تشخیص بیماری سل (به عنوان مثال چین)

می‌باشد (۴۲).

تعداد شاخص‌های عملکردی یکی از ویژگیهای کلیدی برنامه‌های P4P است. در زمینه تعداد و ترکیب مناسب شاخص‌ها شواهد اندکی وجود دارد. شاخص‌ها و ابعاد عملکردی کم برنامه را از نظر مدیریت ساده‌تر می‌کند و درک روشن‌تری از مشوق‌ها فراهم می‌کند، اما احتمال تحریف در این برنامه‌ها زیاد است و خطر تاکید بیش از حد توسط ارائه‌دهندگان خدمات در جنبه‌هایی از عملکرد که پاداش به آنها تعلق می‌گیرد، بیشتر می‌شود. شاخص‌ها و ابعاد عملکردی زیاد، ممکن است مجموعه‌ی متعادل‌تری از مشوق را فراهم آورد، اما این برنامه‌ها پیچیده‌تر هستند و گاهی این خطر وجود دارد که بعضی از شاخصها اهمیت خود را از دست دهند. به هر حال در انتخاب شاخص‌ها باید به گونه‌ای عمل شود که شاخصها بتوانند کلیدی‌ترین زمینه‌های سلامت را منعکس کنند و حتی‌الامکان از شاخصهای مرکب استفاده شود. کشورهای مختلف رویکردهای مختلفی در انتخاب شاخصها در پیش گرفته‌اند. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد انگلستان که چارچوب پیامد و کیفیت^۱ نامیده می‌شود، طیف وسیعی از شاخصها را در ابعاد مختلف مراقبت بالینی، تجربه بیمار و ابعاد سازمانی انتخاب کرده است. این مدل یک بسته شاخص جامع برای تمامی خدمات که بالغ بر صد شاخص می‌باشد، به منظور پرداخت پاداش به پزشکان به کار گرفته است. تایوان نیز P4P را برای شاخصهای مربوط به مدیریت ۵ بیماری که شامل دیابت، سل، آسم، سرطان دهانه رحم و سرطان پستان می‌باشد، اختصاص داده است. این برنامه اساساً بر تشویق ارائه‌دهندگان خدمات در پایش و پیگیری خدمات تمرکز می‌کند (۴۴،۴۰).

۲. مبنای پاداش و یا جریمه

دومین مولفه برنامه P4P مبنای پاداش یا جریمه، و یا چگونگی ارتباط بین سطح پرداخت تشویقی به ارائه‌دهندگان با دستیابی به شاخص‌های عملکردی است. سه استراتژی رایج برای تعیین ساختار پاداش وجود دارد.

۱- **سنجه‌های مطلق^۱**: دستیابی به آستانه مشخص از پیش تعیین شده‌ای از یک شاخص (به عنوان مثال ۷۵٪ از بیماران واجد شرایط مداخله مشخصی را دریافت کرده باشند)

۲- **ارتقای^۲**: بهبودی در عملکرد ارائه دهندگان خدمات نسبت به عملکرد پایه (به عنوان مثال ۳۰٪ بهبودی در عملکرد)

۳- **رتبه بندی نسبی^۳**: عملکرد ارائه دهنده خدمت در مقایسه با عملکرد سایر ارائه دهندگان خدمات (۱۶).

در مورد اثربخشی استراتژی‌های پرداخت، شواهد قوی در دسترس نمی باشد. بیشتر منتقدان بر این باورند که استفاده از سنجه‌های مطلق منجر به تشویق ارائه دهندگانی می شود که در آغاز برنامه عملکرد آنها بالاتر از هدف می باشد. از طرف دیگر ارائه دهندگانی که عملکرد آنها در آغاز کار بسیار پایین می باشد، کمترین انگیزه را برای بهبود عملکرد خود خواهند داشت. استراتژی ارتقای نیز انگیزه کمتری برای ارائه دهندگان خدمات با عملکرد بالا بمنظور بهبود عملکرد ایجاد خواهد کرد. بنابراین بعضی از صاحب نظران استفاده کردن از هر دو استراتژی پرداخت از جمله سنجه‌های مطلق و ارتقای را به منظور غلبه بر ضعفهای هریک مناسب می دانند. اکثر برنامه‌های P4P ارائه دهندگان خدمات را برای هر بعد عملکرد و شاخص به طور جداگانه تشویق و یا جریمه می کنند. ترکیه یک رویکرد "همه یا هیچ"^۴ را در پیش گرفته است که در آن ارائه دهندگان فقط در صورتی جریمه نمی شوند که همه اعضای واحد پزشکی خانواده به اهداف مربوط به همه شاخص ها دست یافته باشند. پاداش یا جریمه ممکن است مالی و یا غیر مالی و یا ترکیبی از هر دو باشد. پاداش اغلب پاداش مالی^۵ و یا پرداخت کلی^۶ می باشد و یا ممکن است افزایش (یا کاهش) در میزان درآمد وجود داشته باشد (۳۸). در برنامه‌هایی مانند طرح‌های سلامت که تلاش یک تیم و گروه سازمانی

- 1 Absolute measures
- 2 Improvement
- 3 Relative ranking
- 4 all or nothing
- 5 bonus
- 6 lump sum

در ارتقای اثربخشی آن نقش بسزایی دارد، بهتر است مشوق‌ها به سمت عملکرد تیمی و سازمانی هدایت شود. در P4P علاوه بر عملکرد فردی باید عملکرد سایر افراد تیم سلامت و نیز عملکرد سازمان مورد بررسی قرار گرفته و نقش تعیین کننده‌ای در پرداخت به فرد داشته باشند (۳۸).

۳. گزارش داده‌ها

دسترسی به داده‌های مربوط به شاخص‌ها، یک تعیین کننده اصلی هم در طراحی برنامه P4P و هم در بهبود عملکرد می‌باشد. گزارش شاخص‌ها ممکن است عمدتاً بر مبنای داده‌های ادعایی^۱ و یا ثبت الکترونیک پرونده بیمار باشد (۳). داده‌های ادعایی شامل کدهای صدور صورت حساب است که پزشکان، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، و دیگر ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت به پرداخت کنندگان (به عنوان مثال، شرکت‌های بیمه، مدیکیر و...) ارسال می‌کنند. این داده‌ها مزایایی دارند از جمله اینکه از یک فرمت نسبتاً سازگار تبعیت می‌کنند و مجموعه استاندارد از کدهای از پیش تعیین شده را که تشخیص‌های خاص، پروسیجرها و داروها را توصیف می‌کنند، به کار می‌گیرند. علاوه بر این، از آنجا که همه ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌خواهند برای خدماتی که ارائه می‌دهند، به آنها بازپرداخت صورت بگیرد، تقریباً هر تماسی که یک بیمار با نظام سلامت برقرار می‌کند منجر به تولید یک ادعا که شامل ایجاد یک منبع جامع و استاندارد از اطلاعات بیمار است می‌شود. اخیراً داده‌های پرونده الکترونیک پزشکی به طور فزاینده‌ای برای تحلیل در دسترس قرار گرفته است^۲. از آنجا که پرونده الکترونیک پزشکی نرم افزاری است که به طور مستقیم در دسترس پزشکان است تا اطلاعات مربوط به بیماران خود را با جزئیات ثبت کنند، بنابراین حاوی مجموعه غنی از داده‌هاست که در جای دیگر در دسترس نیست (۴۵).

ترکیب شاخص‌های چندگانه کیفیت بالینی:

پنج روش برای محاسبه امتیاز مرکب کیفیت بکار برده می‌شوند. این

1 claims data

2 Electronic Medical Record (EMR)

روش‌ها شامل روش همه یا هیچ^۱، ۷۰٪ استاندارد^۲، درصد کلی^۳، میانگین شاخص^۴ و میانگین بیمار^۵ است. دو روش اول با هدف مقایسه عملکرد ارائه دهنده خدمات با یک معیار مشخص (مثلاً دستیابی به ۷۰ یا ۱۰۰٪ اهداف) برای هر کدام از بیماران به کار برده می‌شود. مابقی روش‌ها در قالب مجموعه امتیاز مطلق دسته بندی می‌شوند که امتیاز حاصل از این روش‌ها نسبت موفقیت در خدمات ارائه شده را نشان می‌دهند (۴۶).

۱. روش همه یا هیچ

مراقبت از یک بیمار زمانی مورد پذیرش واقع می‌شود که تمامی شاخص‌های مورد نظر محقق شده باشد. امتیاز همه یا هیچ نشانگر درصدی از بیماران است که تمامی جوانب مراقبتی آنها مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. این روش از سوی نولان و برویک مطرح شده است و در باور آنها پذیرش هر وضعیتی کمتر از حالت ایده‌آل و کامل با هدف تعالی سازگار نیست (۴۶، ۴۷).

۲. روش ۷۰٪ استاندارد

این روش گونه‌ی سهل‌گیرانه‌تری از روش همه یا هیچ می‌باشد. در این روش معیار موفقیت دستیابی به اهداف ۷۰٪ از شاخص‌های مراقبتی می‌باشد (۴۶).

۳. روش درصد کلی

این روش بیانگر درصد دستیابی به اهداف تمامی مراقبت‌های ممیزی شده می‌باشد. برای مثال، برای ۱۴۹ بیمار مبتلا به فشار خون بالا در مجموع باید ۸۲۸ بار شاخص‌های ۲۶ گانه مراقبت فشار خون بالا محقق شده باشند. از سوی دیگر تنها در ۵۷۶ دفعه از موارد خدمات مورد نظر ارائه شده‌اند، از این رو امتیاز این شرایط با روش درصد کلی برابر ۶۹/۶٪ (۵۷۶/۸۲۸) است.

-
- | | |
|---|--------------------|
| 1 | All-or-None |
| 2 | 70% Standard |
| 3 | Overall Percentage |
| 4 | Indicator Average |
| 5 | Patient Average |

این روش توسط مک گیلیان و همکاران برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به یک جمعیت بزرگ که نماینده مردم ایالات متحده آمریکا بود، انجام شد. این روش همچنین مبنایی برای محاسبه شاخص‌های مرکب مورد استفاده برای ارائه پاداش مالی به بیمارستان‌ها از سوی مرکز خدمات مدیکیر و مدیکید در قالب پروژه معرفی انگیزشی بیمارستان‌های با کیفیت برتر، بکار برده شد (۴۶).

۴. روش میانگین شاخص

در این روش برای هر شاخص، درصد دفعات دستیابی به شاخص محاسبه می‌شود. امتیاز برای میانگین تمامی شاخص‌ها محاسبه می‌شود. این امتیاز، میانگین میزان دستیابی به هر کدام از جوانب ممیزی شده مراقبت را نشان می‌دهد. این روش برای ارزیابی کیفیت مراقبت سکته قلبی، نارسایی احتقانی قلب و پنومونی در ۴۰۰۰ بیمارستان مشارکت کننده در ائتلاف کیفیت بیمارستان‌های ایالات متحده بکار برده شد. در این روش امتیاز شاخص‌ها به نمره تبدیل شده و سپس جمع زده می‌شود تا به عنوان مبنای برای پرداخت مبتنی بر عملکرد در تدوین قراردادهای پزشکان خانواده در بریتانیا استفاده شود (۴۸،۴۶).

۵. روش میانگین بیمار

در این روش درصد شاخص‌های دستیابی شده برای هر بیمار محاسبه می‌شود. سپس میانگین این امتیازات در بین تمامی بیماران تعیین می‌شود. این امتیاز نشانگر میانگین درصد دستیابی به جوانب مورد ممیزی برای هر بیمار می‌باشد. از این روش اخیراً برای ارزیابی تغییرات در کیفیت مراقبت‌ها در طول یک دوره ۵ ساله در یک نمونه معرف از مراکز پزشک خانواده بریتانیا استفاده شده است (۴۶، ۴۹).

از بین تمامی روش‌ها روش "همه یا هیچ" سختگیرانه ترین روش می‌باشد که در آن حتی یک مورد شکست در یک شاخص مراقبتی به معنای مردود بودن کل مراقبت می‌باشد. از سوی دیگر روش ۷۰٪ استاندارد نسخه سهل گیرانه‌تری از این روش است (۴۶).

سه روش دیگر امتیازی ارائه می‌کنند که بیانگر درصد ارائه موفقیت آمیز

مراقبت‌های مورد نیاز می‌باشد. این روش‌ها تحت عنوان امتیاز مطلق دسته‌بندی می‌شوند که در آن امتیاز از داده‌های اولیه و بدون مقایسه با هیچ استاندارد خارجی محاسبه می‌شود. این سه روش از نظر تاثیر هر شاخص و بیمار در امتیاز مرکب متفاوت می‌باشند. در روش درصد کلی امتیاز بیش‌تر تحت تاثیر عملکرد در شاخص‌هایی که بیشترین دستیابی به استانداردها و همچنین بیمارانی که در بیش‌تر شاخص‌ها به استانداردها دست پیدا کرده‌اند، می‌باشد. این موارد بیش‌ترین سهم را در صورت و مخرج کسر به خود اختصاص می‌دهند. در روش میانگین بیمار، معمول‌ترین شاخص‌ها امتیاز کلی را تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی در نهایت هر بیمار تاثیر برابری در امتیاز نهایی دارد. در مقابل، در روش میانگین شاخص تاثیر هر شاخص برابر سازی می‌شود، اما بیمارانی که در زمینه شاخص‌های بیش‌تری به استانداردها دست پیدا می‌کنند، تاثیر بیش‌تری در امتیاز نهایی دارند (۴۶).

Reference

1. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy JR, Vermeersch CMJ. Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda. In: Office HDNCEs, editor.: The World Bank 2010.
2. Baldrige Glossary Definition. Organizational Improvement Resource to the World; 2002. Performance Excellence.
3. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University PressEngland; 2014.
4. Chien AT, Chin MH, Davis AM, Casalino LP. Pay for performance, public reporting, and racial disparities in health care. *Medical Care Research and Review*. 2007;64(5_suppl):283S-304S.
5. Chen JY, Juarez DT, Braithwaite RS, Hodges KA, Chung RS. Does Pay for Performance Improve Cardiovascular Care in a “Real-World” Setting? *American Journal of Medical Quality*. 2011;26(5):340-8.
6. Casalino bLP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General Internists’ Views On Pay-For- Performance And Public Reporting Of Quality Scores: A National Survey. *Health Affairs*. 2007;26(2):492-9.
7. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ*. 2013;14:117-31.
8. Kuo RNC, Chung K-P, Lai M-S. Effect of the Pay-for-Performance Program for Breast Cancer Care in Taiwan. *Journal of Oncology Practice*. 2011;7(3S):e8s-e15s.
9. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(9):695-8.
10. Jeong H-S. Designing an Effective Pay-for-performance System in the Korean National Health Insurance. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2012;45(3):127-36.
11. Ettner SL, Thompson TJ, Stevens MR, Mangione CM, Kim C, Steers WN, et al. Are physician reimbursement strategies associated with processes of care and patient satisfaction for patients with diabetes in managed care? *Health Services Research*. 2006;41(4 I):1221-41.
12. Werner RM, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D. The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement. *Health Affairs*. 2011 30(4):690–8.
13. Kouides R, Lewis B, Bennett N, Bell K, Barker W, Black E, et al. A performance-based incentive program for influenza immunization in the

elderly. *Am J Prev Med.* 1992;9(4):250-5.

14. Rosenthal MB, Landon BE, Normand S-LT, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *New England Journal of Medicine.* 2006;355(18):1895-902.

15. Yen SM, Kung PT, Sheen YJ, Chiu LT, Xu XC, Tsai WC. Factors related to continuing care and interruption of P4P program participation in patients with diabetes. *The American journal of managed care.* 2016;22(1):e18-30. PubMed PMID: 26799201. Epub 2016/01/23. eng.

16. A SI. Pay for performance programs in Australia: a need for guiding principles. *Australian Health Review.* 2008;32(4):740-9.

17. Fendrick AM, Chernew ME. Value-based insurance design: aligning incentives to bridge the divide between quality improvement and cost containment. *Am J Manag Care.* 2006;12(Spec):SP5-10.

18. Hart-Hester S, Jones W, Fenton SH, Nielsen C, Madison M, Arthur C, et al. Impact of Creating a Pay for Quality Improvement (P4QI) Incentive Program on Healthcare Disparity: Leveraging HIT in Rural Hospitals and Small Physician Offices. *Perspectives in Health Information Management.* 2008;5(14).

19. Cromwell J, Trisolini MG, Gregory C. Pope, Mitchell JB, Greenwald LM, editors. *Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches*: RTI Press publication; 2011.

20. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*: Harvard Business Press; 2006.

21. Smoldt RK, Cortese DA, editors. *Pay-for-performance or pay for value?* Mayo Clinic Proceedings; 2007: Elsevier.

22. weston C. *Five trends in Value-Based Reimbursements*. Boston: NaviNet; 2014.

23. Reichheld FF, Covey SR. *The ultimate question: Driving good profits and true growth*: Harvard Business School Press Boston, MA; 2006.

24. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. *Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement*. *Health Affairs.* 2004;23 (2):127-41.

25. Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM, et al. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med.* 2007 Jun;22(6):872-6 .PubMed PMID: 17443360. Pubmed Central PMCID: PMC2219885. English.

26. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Iezadi S, Ahari AM. Design and implementation of pay-for-quality in primary healthcare; A case study from Iran. *Australasian Medical Journal.* 2017;10(6):(449-59).

27. McNamara P. Quality-based payment: six case examples. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005;17(4):357-62. English.
28. Hollenbeck J, Noe R, Wright P, Gerhart B. *Human Resource Management*: McGraw-Hill Education; 2016.
29. Griggs RA. *Psychology: A Concise Introduction*: Worth Publishers; 2008.
30. Chen Y-Y, Fang W. The moderating effect of impression management on the organizational politics–performance relationship. *Journal of Business Ethics*. 2008;79(3):263-77.
31. Stecher MD ,Rosse JG. Understanding reactions to workplace injustice through process theories of motivation: A teaching module and simulation. *Journal of Management Education*. 2007;31(6):777-96.
32. Vroom VH. *Work and motivation*: Robert E. Krieger Publishing Company ;1982.
33. Scholl R. *Motivation: Expectancy theory*. The University of Rhode Island Website. 2002.
34. Kruse GR, Chang Y, Kelley JH, Linder JA, Einbinder JS, Rigotti NA. Healthcare system effects of pay-for-performance for smoking status documentation. *American Journal of Managed Care*. 2013 Jul;19(7):554-61. PubMed PMID: 23919419. Pubmed Central PMCID: NIHMS535092 PMC3874815. English.
35. Meessen B, Kashala JP, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bull World Health Organ*. 2007 Feb;85(2):108-15. PubMed PMID: 17308731. Pubmed Central PMCID: PMC2636284. English.
36. Eichler R, Agarwal K, Askew I, Iriarte E, Morgan L, Watson J. Performance-based incentives to improve health status of mothers and newborns: What does the evidence show? *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2013;31(4 SUPPL.2):S36-S47.
37. E.s.sorbero M, L.damberg C. assessment of pay for performance options for medicare physician services: final repopr. In: services udohah, editor.: RAND HEALTH; 2006.
38. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ*. 2013 Feb;14(1):117-31. PubMed PMID: 21882009. Pubmed Central PMCID: PMC3535413. English.
39. Schulingkamp RC, Latham JR. *Health Care Performance Excellence: A Comparison of Baldrige Award Recipients and Competitors*. 2015.

40. Campbell SM, Scott A, Parker RM, Naccarella L, Furler JS, Young D, et al. Implementing pay-for-performance in Australian primary care: lessons from the United Kingdom and the United States. *Med J Aust*. 2010 Oct 4;193(7):408-11. PubMed PMID: 20919973. English.
41. NHS. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10. London: NHS Employers; 2009.
42. Eichler R, Levine R, Group P-BIW. performance incentives for global health. Washington, D.C.: center for global development; 2009. 28-36 p.
43. Colla CH, Wennberg DE, Meara E, Skinner JS, Gottlieb D, Lewis VA, et al. Spending differences associated with the Medicare physician group practice demonstration. *Jama*. 2012;308(10):1015-23.
44. Lee TT, Cheng SH, Chen CC, Lai MS. A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment. *American Journal of Managed Care*. 2010 Jan;16(1):65-9. PubMed PMID: 20148607. English.
45. Wilson J, Bock A. The benefit of using both claims data and electronic medical record data in health care analysis. Eden Prairie, MN: Optum. 2012.
46. Reeves D, Campbell SM, Adams J, Shekelle PG, Kontopantelis E, Roland MO. Combining multiple indicators of clinical quality: an evaluation of different analytic approaches. *Medical care*. 2007;45(6):489-96.
47. Nolan T, Berwick DM. All-or-none measurement raises the bar on performance. *Jama*. 2006;295(10):1168-70.
48. Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in US hospitals—the Hospital Quality Alliance program. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(3):265-74.
49. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *Bmj*. 2005;331(7525):1121.

فصل پنجم: تجربه کشور انگلستان در زمینه P4Q

چارچوب کیفیت و پیامد^۱

تقریباً تمام مراکز پزشکی خانواده در انگلستان سازمان‌های خصوصی هستند که با سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۲ زیر نظر نظام ملی سلامت^۳ قرارداد بسته‌اند. بازپرداخت به مراکز پزشکی خانواده بر اساس پرداخت سرانه (پرداخت با نرخ ثابت^۴ به ازای هر فرد ثبت نام شده) برای خدمات اولیه صورت می‌گیرد. قبل از بازنگری در شرایط قرارداد در سال ۲۰۰۴، پزشکان عمومی با حجم کاری بالا مواجه بودند. آنها ملزم به کنترل بیماری‌های مزمن به واسطه مراقبت‌های ثانویه بودند و خدماتشان باید بصورت شبانه روز (۲۴ ساعته) و در هفت روز هفته در دسترس می‌بود. نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد این وضعیت و بازپرداخت به پزشکان عمومی وجود داشت (۱).

-
- 1 Quality and Outcomes Framework (QOF)
 - 2 Primary Care Organizations (PCOs)
 - 3 National Health System (NHS)
 - 4 flat rate payment

به دلیل نگرانی در مورد روحیه پزشکان عمومی و بازنشستگی آنها امتیازاتی در بازنگری شرایط قرارداد در سال ۲۰۰۴ ارائه شد. پرداخت سرانه همراه با تضمین حداقل درآمد مراکز^۱ برای هر مرکز که درآمد خود را تحت فرمول پرداختی جدید از دست داده بود، تکمیل شد. مراکز پزشک خانواده در حال حاضر می‌توانند در مواجهه با کاهش در پرداخت سرانه خود، ارائه خدمات اضافی و یا ارائه مراقبت خارج از ساعات کاری را انتخاب کنند. از سوی دیگر روش قبلی پرداخت به مراکز پزشک خانواده تا حدودی در پاسخ به مشکلات مراقبت‌های بهداشتی اولیه قبل از اصلاحات سال ۲۰۰۰ بخصوص روحیه پایین پزشکان پاسخگویی پایینی داشت. در سال ۲۰۰۰ نظام سلامت انگلستان در بیانیه خود به اشکالات رویکردهای قبلی اشاره نمود:

"روشی که پزشکان خانواده امروزه پاداش دریافت می‌کنند، تا حد زیادی از سال ۱۹۴۸ بدون تغییر باقی مانده است. حق‌الزحمه^۲ پزشک خانواده به تعداد بیماران ثبت شده‌ی آنها و به‌طور نامعلومی با خدمات ارائه شده و کیفیت خدمات در ارتباط است. سیستم حق‌الزحمه پزشک خانواده در پاداش به کسانی که برای پاسخگویی بیشتر خدمات و دسترسی بهتر بیماران به خدمات و برای کاهش فشار بر بیمارستان کارهای اضافی انجام می‌دهند، شکست خورده است. سیستم در ارائه سطح مناسبی از خدمات مراقبت‌های اولیه به فقیرترین مناطق که بیشترین نیاز را دارند، ناموفق بوده است (۲)."

برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد NHS که با نام QOF شناخته می‌شود، به منظور اصلاح و رفع نقاط ضعف سیستم پرداخت سرانه و ارائه پاداش به فعالیتهای بیشتر و کیفیت بهتر مراقبت اجرا شد. QOF به طرفهای قرارداد، پاداش‌هایی را به ازای ارائه خدمات باکیفیت و کمک به استاندارد کردن بهبود خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه ارائه می‌کند. مشارکت طرفهای قرارداد در برنامه QOF داوطلبانه است. درمورد تغییر در QOF به عنوان بخشی از تغییرات خدمات پزشکی عمومی توافق شده است. در تغییرات خدمات پزشکی عمومی به طور سالانه مذاکراتی بین

1 Minimum Practice Income Guarantee

2 Fees and Allowances

کارفرمایان NHS و کمیته پزشکان عمومی انجمن پزشکی بریتانیا^۱ صورت می گیرد. در صورت نیاز، تغییراتی در برنامه QOF ارائه می شود. اصول زیر توسط طرفهای مذاکره توافق شده است (۳، ۴):

- شاخصها باید تا جایی که امکان پذیر است، بر اساس بهترین شواهد موجود باشند و تعداد شاخصها در هر یک از شرایط بالینی باید در حداقل تعداد مورد توافق برای ارزیابی دقیق مراقبت از بیمار در نظر گرفته شود.

- دادهها هرگز نباید صرفا برای اهداف ممیزی ایجاد شوند.
- تنها دادههایی که در مراقبت از بیمار مفید است، باید جمع آوری شود. اساس مشاوره نباید توسط تاکید بیش از حد بر روی جمع آوری دادهها تحریف شود. باید تعادل مناسبی بین دادههای جمع آوری شده و تعداد نمونهها برقرار شود.

- دادهها هرگز نباید دوبار جمع آوری شوند. به عنوان مثال دادههایی که برای هدف ممیزی مورد نیاز است، باید دادههایی باشد که بطور روتین برای مراقبت بیمار جمع آوری می شود و در سیستمهای بالینی مرکز موجود است (۴).

QOF در اصل از چهار مولفه اصلی تشکیل شده است که به عنوان استانداردهای کیفیت شناخته می شوند.

۱- **استانداردهای بالینی:** پوشش بیماری مزمن مانند بیماری عروق کرونر قلب^۲، سکته مغزی یا حملات گذرای ایسکمیک، فشار خون بالا، دیابت، بیماری مزمن انسدادی ریه^۳، صرع، سرطان، سلامت روان، کم کاری تیروئید و آسم

۲- **استانداردهای سازمان:** پوشش سوابق و اطلاعات در مورد بیماران، اطلاعات برای بیماران، آموزش و پرورش، مدیریت مرکز و مدیریت دارو

۳- **تجربه بیماران:** پوشش خدمات ارائه شده، چگونگی ارائه خدمات

۴- **مشارکت مرکز در برنامه های توسعه خدمات اضافی (۴).**

1 British Medical Association's (BMA)

2 Coronary Heart Disease (CHD)

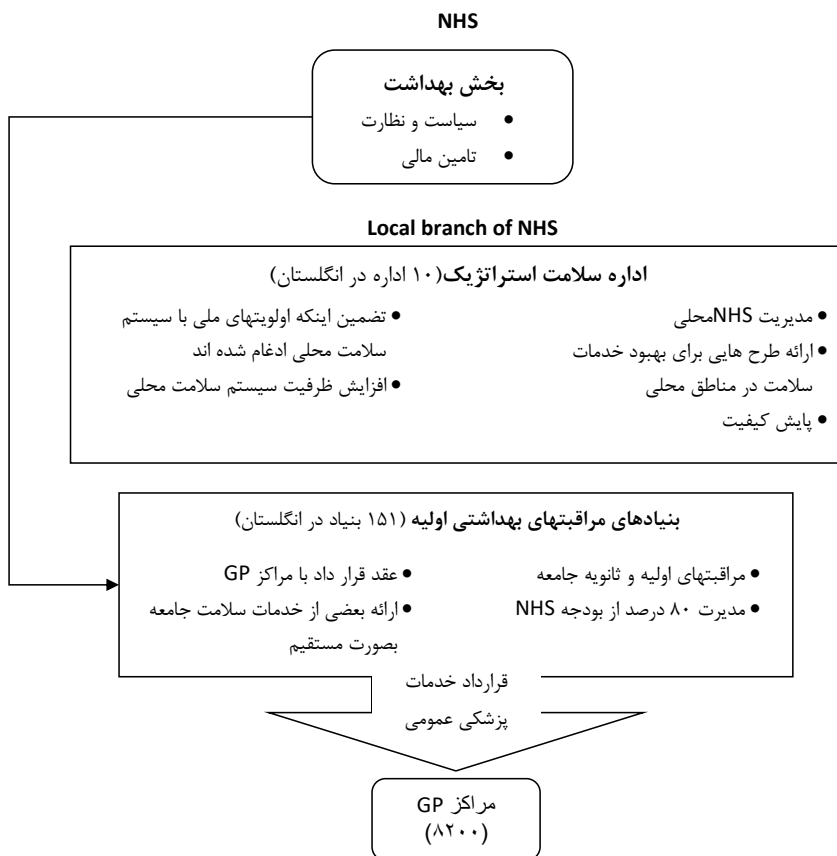
3 Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

ویژگیهای برنامه QOF بطور خلاصه در جدول ذیل ارائه شده است (۵):

نوع نظام رفاهی	نام برنامه	زمان شروع برنامه	سهم درآمد پزشک از برنامه	میزان مشارکت پزشکان در برنامه	تاثیر برنامه
لیبرال	QOF	۲۰۰۴	۲۰ درصد درآمد پزشکان	اغلب ۱۰۰ درصد	تاثیر مثبت در کیفیت مراقبت. کاهش نابرابری در کنترل عوامل خطر بخصوص در مراکز با عملکرد ضعیف. ترویج تبعیت از راهنماهای بالینی در پزشکان.

با در نظر گرفتن مشکلات عمیق تر NHS و بخش مراقبتهای بهداشتی اولیه به عنوان یک کل، QOF اهدافی فراتر از بهبود عملکرد و کیفیت مراقبت در پیش گرفته است. اهداف کلی برنامه QOF عبارتند از:

- افزایش بهره وری
- طراحی مجدد خدمات بیماران.
- بهبود ترکیب مهارت در مراقبت های بهداشتی اولیه
- ایجاد ساختار، فرهنگ و حاکمیت در راستای بهبود کیفیت مراقبت.
- گسترش طیف وسیعی از خدمات در دسترس.
- بهبود قراردادهای بازنشستگی و روحیه کارکنان (۶).



شکل ۱ سازمانهای دخیل در QOF

QOF فقط توسط NHS اجرا شده است. سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه مدیریت قراردادهای را تحت نظارت اداره سلامت استراتژیک^۱ که نماینده محلی NHS می باشد، انجام می دهند. سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه عملکرد مراکز را ارزیابی می کنند و امتیازها را برای پرداخت پاداش محاسبه می کنند. در سال ۲۰۰۹ نقش جدیدی برای موسسه ملی تعالی خدمات بالینی^۲ در تعیین شاخصهای آتی QOF در نظر گرفته شد.

1 Strategic Health Authority (SHA)

2 National Institute for Clinical Excellence (NICE)

بخش مهمی از فرایند جدید، ایجاد کمیته مشورتی تعیین شاخص‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه QOF می‌باشد که شاخص‌های موجود را بررسی و با یک روش مشارکتی شاخص‌های جدید را توصیه می‌کند. برنامه QOF در سال ۲۰۰۴ که زمان معرفی برنامه به عنوان بخشی از برنامه جدید خدمات پزشکی عمومی^۱ بود، شامل ۱۴۶ شاخص در چهار بعد عملکردی شامل مراقبت بالینی، بعد سازمانی، تجربه بیمار و خدمات اضافی بود که با هدف دستاورد یکسان برای تمامی مراکز پزشک خانواده در نظر گرفته شد. هر شاخص دارای یک ارزش امتیازی حداکثر می‌باشد. در سال ۲۰۱۵-۱۶ دستیابی به سطح مشخصی از ۷۷ شاخص در سه بعد عملکردی شامل بعد بالینی (۶۵ شاخص)، سلامت عمومی (۷ شاخص) و خدمات اضافی (۵ شاخص) بر اساس شیوه امتیازدهی مد نظر قرار گرفت و حداکثر امتیاز قابل کسب ۵۵۹ امتیاز بود (۳، ۷، ۸). در سال ۲۰۱۶-۱۷ کارفرمایان NHS و کمیته پزشکان عمومی توافق کردند که تغییراتی نسبت به سال قبل در شاخص‌های موجود اعمال نشود و شاخصی حذف یا اضافه نشود. ارزش هر یک امتیاز QOF برای سال ۲۰۱۶-۱۷ بر اساس تغییرات جمعیت و اندازه لیست مرکز از ۱ ژانویه ۲۰۱۵ تا ۱ ژانویه ۲۰۱۶ تعدیل شده است. این رقم در معرض تغییر در سال‌های آینده است. ارزش یک امتیاز QOF برای سال ۲۰۱۶-۱۷ £ ۱۶۵/۱۸ می‌باشد. فرمولی که برای محاسبه دستاورد شاخص‌های بالینی استفاده می‌شود، به قرار ذیل است:

دستاورد واقعی			
(ارزش هر امتیاز شاخصها) £xx	x	امتیاز موجود برای شاخص	x
بیشترین دستاورد ممکن			

کسب امتیاز در بسیاری از شاخص‌ها در آستانه بالا و پایین (موفقیت در درصدی از بیماران واجد شرایط برای QOF)، دستیابی به هدف هر شاخص عملکردی را امکان پذیر می‌کند. آستانه بالا به خاطر مشکلات عملی در رسیدن به ۱۰۰ درصد از بیماران ثبت نام شده پایین تر از ۱۰۰ درصد بیماران تعیین شده است. برای شاخص‌های دیگر برای مثال

1 General Medical Services (GMS)

انجام یک ثبت نام مربوط به بیماری، پرداخت زمانی صورت می گیرد که فعالیت تایید شده باشد.

نمونه هایی از شاخص های هر بعد با ارزش امتیاز مربوطه در جدول ۱ ارائه شده است. امتیازات به گونه ای توزیع شده اند که به شاخص های دارای بار کاری بیشتر و دارای ارتباط بیشتر با پیامدها وزن بیشتری تخصیص داده شود (۸).

جدول ۱: خلاصه ای از شاخص های بالینی QOF سال ۲۰۱۶-۱۷

بعد بالینی	امتیاز	هدف
فشارخون بالا^۱		
ثبتها		
HYP001 - ثبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا توسط مرکز	۶	
کنترل مداوم		
HYP006 - درصد افراد مبتلا به فشارخون بالا که آخرین فشارخون آنها $\geq 150/90$ (در آخرین ثبت انجام شده در پرونده آنها در ۹ ماه گذشته) باشد.	۲۰	۸۰-۴۵٪
آسم^۲		
ثبتها		
AST001 - ثبت بیماران مبتلا به آسم توسط مرکز، به استثنای بیماران مبتلا به آسم که در دوازده ماه گذشته داروی مرتبط با آسم برای آنها تجویز شده است.	۴	
کنترل مقدماتی		
AST002 - درصد بیماران ۸ ساله و بالای ۸ سال (از ۱ آوریل ۲۰۰۶) بیماری آسم در آنها تشخیص داده شده است) ثبت نام شده در مرکز که در تست تنفسی یک ثبت مربوط به سنجش تنوع یا برگشت پذیری در ۳ ماه قبل از تشخیص یا هر زمانی قبل از تشخیص وجود دارد	۱۵	۸۰-۴۵٪
کنترل مداوم		
AST003 - درصد بیماران مبتلا به آسم بین ۱۴ تا ۱۹ سال که وضعیت سیگار آنها در ۱۵ ماه گذشته ثبت شده است.	۶	۸۰٪-۴۵
AST004 - درصد بیماران مبتلا به آسم که یک بررسی جامع آسم در ۱۵ ماه گذشته داشته اند.	۲۰	۷۰-۴۵٪

1 Hypertension (HYP)

2 Astma (AST)

افسردگی ^۱		
ثبتها:		
DEP003- درصد بیماران ۱۸ ساله و بیشتر که ۱۰ تا ۵۶ روز بعد از	۱۰	%۸۰-۴۵
تشخیص افسردگی بررسی جامع داشته اند.		
دیابت ملیتوس ^۲		
ثبتها	۶	
DM1۹- ثبت افراد ≤ ۱۷ سال مبتلا به دیابت با تفکیک دیابت نوع ۱ و نوع ۲ توسط مرکز.		
کنترل مداوم		
DM002- درصد افراد مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که آخرین فشارخون ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته $\geq ۱۵۰/۹۰$ mmHg میباشد.	۸	%۹۳-۵۳
DM003- درصد افراد مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که آخرین فشارخون ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته $\geq ۱۴۰/۸۰$ mmHg میباشد.	۱۰	%۷۸-۳۸
DM004- درصد افراد مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که در آخرین آزمایش ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته میزان کلسترل آنها ≥ ۵ mmol/l میباشد.	۶	%۷۵-۴۰
DM006- درصد افراد مبتلا به دیابت با یک تشخیص میکرو-آلبومینوری یا پروتئینوری که تحت درمان با مهارکننده ACE (و یا ARBs) هستند.	۳	%۹۷-۵۷
DM007- درصد بیماران مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که در آخرین آزمایش ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته IFCC-HbA1C ≥ ۵۹ mmol/mol می باشد.	۱۷	%۷۵-۳۵
DM008- درصد بیماران مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که در آخرین آزمایش ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته IFCC-HbA1C ≥ ۶۴ mmol/mol می باشد.	۸	%۸۳-۴۳
DM009- درصد بیماران مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که در آخرین آزمایش ثبت شده برای آنها در ۱۲ ماه گذشته IFCC-HbA1C ≥ ۷۵ mmol/mol می باشد.	۱۰	%۹۲-۵۲
DM0012- درصد بیماران مبتلا به دیابت ثبت نام شده در مرکز که در ۱۲ ماه گذشته یک ثبت معاینه پا و طبقه بندی خطر بر اساس ۱- کم خطر (طبیعی، نبض قابل لمس)، ۲- در معرض خطر (نورپاتی یا نبود نبض)، ۳- پر خطر (نورپاتی یا نبود نبض یا تغییر شکل در زخم قبلی پوست) یا ۴- پای زخم شده در پرونده آنها وجود داشته باشد.	۴	%۹۰-۵۰

1 Depression (DEP)

2 Diabetes Mellitus (DM)

3 International Federation of clinical Chemistry (IFCC)

DM0014-درصد بیماریارانی مبتلا به دیابت تازه تشخیص داده شده	۱۱	۹۰-۴۰٪
ثبتنام شده در مرکز در بازه زمانی ۱ آپریل تا ۳۱ مارس که حداکثر تا ۹ ماه پس از ثبتنام در مرکز به مراکز آموزشی ساختاریافته ارجاع داده شده اند.		
DM0018-درصد بیمارارن مبتلا به دیابت که در بازه زمانی ۱ آگوست تا ۳۱ مارس واکسن آنفلوآنزا را دریافت کرده اند.	۳	۹۵-۵۵٪

جدول ۲ نمونه هایی از شاخص های سلامت عمومی QOF سال ۲۰۱۶-۱۷

بعد سلامت عمومی	امتیاز	هدف
فشار خون بالا^۱		
ثبتها		
BP002-درصد افراد مبتلا به فشارخون ۴۵ ساله و بالاتر که فشارخون آنها در ۹ ماه گذشته سنجیده و ثبت شده است.	۱۵	۹۰-۵۰
استعمال سیگار		
ثبتها		
SMOK002-درصد بیمارارن مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، آسم، سکته، بیماریهای قلبی عروقی، اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی یا سایر اختلالات روانی، COPD که در طول ۱۲ ماه گذشته وضعیت استعمال سیگار در آنها بررسی شده و در پرونده آنها ثبت شده است	۲۵	۹۰-۵۰
کنترل مداوم		
SMOK003-طرف قرار داد (مرکز سامت) که به بیمارارن خدمات ترک سیگار با استراتژیهای مناسب از جمله ارائه موارد چاپی آموزشی و یارانه درمان مناسب ارائه می کند.	۲	
SMOK004-درصد بیمارارن ۱۵ ساله و بیش از ۱۵ سال که در حال حاضر سیگاری می باشد که در ۲۴ ماه گذشته یک خدمت حمایتی و درمانی دریافت کرده اند و در پرونده آنها ثبت شده است.	۱۲	۹۰-۴۰
SMOK005-درصد بیمارارن مبتلا به دیابت، فشار خون بالا، آسم، سکته، بیماریهای قلبی عروقی، اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی یا سایر اختلالات روانی، COPD که درحال حاضر سیگاری می باشند و در طول ۱۲ ماه گذشته یک خدمت حمایتی و درمانی دریافت کرده اند و در پرونده آنها ثبت شده است.	۲۵	۹۶-۵۶

جدول ۳ نمونه‌هایی از شاخص‌های سلامت عمومی-سایر خدمات QOF
سال ۲۰۱۶-۱۷

بعد سلامت عمومی-سایر خدمات		امتیاز	هدف
غربالگری دهانه رحم			
CS001 - مرکز پروتکل که در راستای خدمات و راهنمای ملی برای مدیریت غربالگری دهانه رحم باشد داشته باشد که شامل آموزش کارکنان، مدیریت یادآور/باز یادآور بیمار، گزارش استثنا و پایش منظم میزان نمونه های ناکافی باشد.		۷	
CS002 - درصد بیماران ۲۵ تا ۶۴ ساله (در اسکاتلند: ۲۱ تا ۶۰ ساله) که در ۵ سال گذشته یک غربالگری دهانه دحم داشته اند.		۱۱	۸۰-۴۵٪
CS003 - مرکز دارای سیاستی برای ممیزی خدمات غربالگری خود باشد و حداقل هر دو سال یکبار یک ممیزی از آزمایشهای غربالگری ناکافی در ارتباط با تک تک پذیرندگان اسمیر انجام می دهد.		۲	

به عنوان مثال، شناسایی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب چهار امتیاز دارد، در حالی که درصد بیماران ثبت شده با اطلاعات تشخیصی خاص هفت امتیاز و درصد بیماران با فشار خون بالا زیر حد آستانه قابل قبول ۱۷ امتیاز دارد. همچنین شاخص تجربه بیمار امتیاز بالایی دارد (۳۳ امتیاز)، در حالی که شاخص بعد سازمانی امتیاز کمتری دارد و کمتر از ۱۰ امتیاز می باشد (۸).

همان طور که در بالا بیان شد، QOF شامل یک مولفه سازمانی نیز می باشد. تعدادی از شاخص‌های بعد سازمانی در جدول ۴ ارائه شده است (۳).

جدول ۴ نمونه هایی از شاخص های بعد سازمانی QOF سال ۲۰۰۹

شاخصهای بعد سازمانی	
ثبتهای و اطلاعات	
۱.	مرکز دارای سیستمی برای انتقال و پردازش اطلاعات بیمارانی که توسط سایر پزشکان در ساعات غیر کاری ویزیت شده اند می باشد.
۲.	در پرونده ها جایی برای ثبت آلرژی و واکنش های جانبی وجود دارد و این موارد به دقت ثبت می شوند.
۳.	یک اندیکاسیون برای داروهای تکراری در پرونده ثبت شده باشد.
۴.	فشار خون بیماران ۴۵ سال و بیشتر برای ۵ سال قبل حداقل ۶۵٪ از بیماران ثبت شده باشد.
۵.	یک سیستم برای هشدار به خدمات خارج از ساعت و یا پزشک وظیفه برای بیماران در حال مرگ در خانه وجود داشته باشد
۶.	مرکز دارای یک خلاصه بالینی به روز برای حداقل ۶۰٪ بیماران باشد.
۷.	فشار خون بیماران ≤ ۴۵ برای ۵ سال قبل حداقل ۸۰٪ از بیماران ثبت شده باشد.
۸.	مرکز دارای یک خلاصه بالینی به روز برای حداقل ۸۰٪ بیماران باشد.
۹.	خلاصه بالینی ۸۰٪ از بیماران تازه ثبتنام شده در عرض ۸ هفته بعد از پذیرش توسط مرکز در اختیار بیمار گذارده شده باشد.
۱۰.	مرکز دارای یک خلاصه بالینی به روز برای حداقل ۷۰٪ بیماران باشد.
آموزش	
۱.	تمامی کارکنان بالینی تحت استخدام مرکز در دوره های آموزشی "مهارتهای اساسی حفظ حیات" در ۱۸ ماه گذشته شرکت کرده باشند.
۲.	مرکز یک ممیزی سالانه از شکایات و پیشنهادات بیماران به منظور تعیین کردن موضوعات یادگیری برای به اشتراک گذاردن با تیم انجام داده باشد.
۳.	مرکز حداقل ۱۲ ممیزی از رخدادهایی که در ۳ سال گذشته اتفاق افتاده است انجام داده است که شامل موارد ذیل می باشد.
۴.	هر مرگی که در محوطه مرکز اتفاق افتاده است.
۵.	تشخیص های جدید سرطان.
۶.	خودکشی
۷.	پذیرش های تحت قانون سلامت روان
۸.	موارد حمایت از کودک
۹.	خطاهای پزشکی

مدیریت مرکز
۱. کارکنان مراقبت سلامت بطور فردی به اطلاعات پروسیجرهای محلی مربوط به حمایت از کودکان دسترسی داشته باشند. ۲. به وضوح تدابیر تعریف شده ای برای پشتیبان گیری از اطلاعات کامپیوتر، تأیید پشتیبان، ذخیره سازی محرمانه از نوار پشتیبان گیر و مجوز برای بارگذاری برنامه ها هر جا که در آن از کامپیوتر استفاده شده است وجود داشته باشد. ۳. وضعیت هپاتیت ب تمامی کارکنان و پزشکان ثبت شده باشد و هر جا که لازم باشد بر مبنای راهنمای بالینی ملی ایمن سازی انجام گرفته باشد. ۴. مرکز بازه ای از وقت ملاقات را که هم صبح و هم بعد از ظهر را شامل می شود برای بیماران پیشنهاد کند. بطوری که حداقل ۵ مورد در صبح و ۴ مورد در بعد از ظهر در هفته را پیشنهاد کند. ۵. مرکز سیستمهای منظم و مناسبی را برای بازرسی، کالیراسیون، نگهداری و جایگزینی تجهیزات داشته باشد که شامل موارد ذیل می باشد: ۶. یک فرد مسئول معین ۷. ثبتهای واضح ۸. برنامه زمان بندی ساختارمند ۹. گزارش خطاها ۱۰. مرکز پروتکلی برای شناسایی مراقبین و مکانیزمی برای ارجاع مراقبین برای ارزیابی خدمات اجتماعی داشته باشد.
مدیریت دارو
۱. مرکز دارای تجهیزات داروهای اورژانسی به روز برای درمان آنافیلاکسی باشد. ۲. سیستمی برای چک کردن حداقل سالانه تاریخ مصرف داروهای اورژانسی وجود داشته باشد. ۳. تعداد ساعت از زمان درخواست یک نسخه تا دسترسی برای جمع آوری توسط بیمار ۷۲ ساعت و یا کمتر (به استثنای تعطیلات آخر هفته و بانک / تعطیلات محلی) باشد. (۳ امتیاز) ۴. تعداد ساعت از زمان درخواست یک نسخه تا دسترسی برای جمع آوری توسط بیمار ۴۸ ساعت و یا کمتر (به استثنای تعطیلات آخر هفته و بانک / تعطیلات محلی) باشد. (۶ امتیاز)

توزیع کلی امتیاز در دامنه‌ها (و زیر دامنه‌های سازمانی) در جدول ۴ نشان داده شده است. ۶۷ درصد امتیازهای ممکن مربوط به بعد بالینی می‌باشد (از ۵۲ درصد در زمان آغاز QOF به ۶۷ درصد افزایش یافته

است) که ارزش پولی برابری برای تمامی شاخص های این بعد تخصیص داده شده است (۳، ۸).

پرداختهای تشویقی^۱

پرداختهای تشویقی به صورت سالانه به مراکز پزشک خانواده ارائه می شود. پرداخت به مراکز بر اساس نرخ ثابت برای هر امتیازی که کسب می کنند، صورت می گیرد (از £۱۲۷ برای هر امتیاز در تاریخ ۱۱/۲۰۱۰ به £۱۶۵/۱۸ در تاریخ ۱۶/۲۰۱۷ افزایش یافته است). جایزه مازاد برای حداکثر ۱۰۰۰ امتیاز، و معادل با مقدار کل پاداش قابل دستیابی می باشد. پرداخت ها بر اساس اندازه مرکز و شیوع بیماری های مربوط به مقادیر متوسط ملی تعدیل شده است. اما برنامه به خاطر عدم جبران کافی کار اضافی مورد نیاز برای رسیدن به اهداف کیفیت در مناطق محروم مورد انتقاد واقع شده است.

QOF به مراکز پزشک خانواده اجازه گزارش استثنا^۲، یا حذف برخی بیماران از محاسبه نمرات مربوطه را داده است. استثنایها برای جلوگیری از مجازات مراکز در رسیدگی به بیماران بدحال که بطور بالقوه می تواند نمرات شاخص آنها را کاهش دهد و نیز جلوگیری از حذف بیمارانی که امکان انجام فرایندهای استاندارد درمان برای آن وجود ندارد، اما توسط QOF برای آن پاداش تعریف شده است در نظر گرفته شدند (۹، ۱۰). گزارش موارد استثنای بیمار، به آن دسته از شاخص هایی در حوزه بالینی اعمال می شود که در آن سطح موفقیت با درصد بیمارانی که سطح تعیین شده ای از مراقبت را دریافت می کنند، تعیین می شود. گزارش موارد استثنا همچنین به یک شاخص غربالگری دهانه رحم در حوزه خدمات اضافی اعمال می شود (۸). بیماران می توانند استثنا گزارش شوند اگر، برای مثال، آنها برای ویزیت حضور نداشته باشند، و یا درمان توصیه شده برای آنها توسط پزشک خانواده نامناسب تشخیص داده شود (مانند دارو که ممکن است با توجه به عوارض جانبی تجویز نشود). برخی گزارشات استثنا به طور خودکار توسط سیستم های

1 Incentive payment

2 exception-report

الکترونیک داده که در QOF مورد استفاده قرار می‌گیرند، انجام می‌شود. بخصوص برای بیمارانی که به تازگی در یک مرکز ثبت نام کرده‌اند و یا به تازگی یک بیماری خاص در آنها تشخیص داده شده است. به طور کلی متوسط میزان استثنا حدود پنج درصد از بیماران می‌باشد (۶، ۸).

گزارش داده‌ها

اطلاعات به منظور تخمین نمرات کسب شده به طور عمده از پرونده الکترونیک پزشکی استخراج شده و به سیستم تحلیل مدیریت کیفیت^۱ که یک سیستم ملی می‌باشد، وارد می‌شود. این سیستم توسط NHS^۲ برای پشتیبانی از QOF ایجاد شده است. ارائه دهندگان در طول مشاوره داده‌های بیمار^۳ را به طور مستقیم به پرونده الکترونیک پزشکی که از اطلاعات ارسال شده به QMAS تغذیه می‌کند، وارد می‌کنند. گزارشات به منظور محاسبه نمرات و مبلغ پرداختی هر مرکز QOF توسط QMAS تهیه می‌شود. سایر اطلاعات پشتیبانی، توسط مراکز GP به PCOs که نیاز دارند، ارسال می‌شوند.

داده‌های مربوط به بسیاری از شاخص‌های سازمانی، نمی‌تواند به طور خودکار استخراج شود، و مراکز باید بسیاری از اطلاعات را به صورت دستی در وب سایت QMAS وارد کنند. اسناد راهنمای QOF انواع شواهد مورد نیاز برای شاخص‌های غیربالینی ارائه می‌دهند. این شواهد برگیرنده مواردی از قبیل "یک گزارش از نتایج بررسی حداقل ۵۰ پرونده بیماران که یک داروی تکراری برای آنها تجویز شده است" و یک گزارش از "نتایج بررسی پرونده بیماران تازه ثبت شده" می‌باشد. حداقل ۱۵ نوع از این دسته گزارش‌ها در اسناد راهنما مشخص شده است. در هر دوره ارزیابی QOF لازم است حداقل نیمی از این گزارشات تهیه شود و همچنین نیم دیگر گزارشات مربوط به خط مشی‌ها و اقدامات پزشکی لازم نیست در دو دوره متوالی تغییر کند (۶، ۱۱).

هیچ داده اختصاصی بیمار^۴ در QMAS وجود ندارد، زیرا برای پشتیبانی

1 Quality Management Analysis System (QMAS)

2 NHS Connecting for Health

3 patient- level

4 patient- specific data

از QOF نیازی به این داده‌ها وجود ندارد. به عنوان مثال، QMAS مجموعه‌ای از اطلاعات را برای هر مرکز در زمینه بیماران مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب و یا بیماران مبتلا به دیابت فراهم می‌کند، اما امکان شناسایی یا تحلیل اطلاعات مربوط به بیماران به صورت انفرادی برای فرد وجود ندارد. نمرات دستاورد به طور خودکار توسط نرم افزارهای تخصصی محاسبه می‌شود. PCOها در حال حاضر برای انجام بررسی‌های مربوط به تأیید پیش پرداخت در تمام مراکز مورد نیاز می‌باشند و به طور رسمی پنج درصد از مراکز را به عنوان نمونه ممیزی می‌کنند (۶).

References

1. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *The Annals of Family Medicine*. 2009;7(2):121.7-
2. UK Gov. The NHS Plan. London: Stationery Office; 2000.
3. NHS. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10/. London: NHS Employers; 2009.
4. Brenzel L, Measham A, Naimoli J, Batson A, Bredenkamp C, Skolnik R. Taking stock: World Bank experience with results-based financing (RBF) for health. Washington: The World Bank. 2009.
5. Ammi M, Fortier G. The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review. *Social Science & Medicine*. 2017.
6. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University PressEngland; 2014.
7. NHS. 2015/16/ General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). England: NHS Employers; 2015.
8. NHS. 2016/17/ General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). England: NHS Employers; 2016.
9. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(4):375-84. English.
10. Fleetcroft R, Steel N, Cookson R, Howe A. "Mind the gap!" Evaluation of the performance gap attributable to exception reporting and target thresholds in the new GMS contract: National database analysis. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:131. PubMed PMID: 18559086. Pubmed Central PMCID: PMC2442837. English.
11. Langdown C, Peckham S. The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework

fit for purpose? A systematic review. *Journal of Public Health*. 2014 Jun;36(2):2518-. PubMed PMID: WOS:000337077300011.

فصل ششم: تجربه کشور نیوزیلند در زمینه P4P

سیر تکاملی اصلاحات در نیوزیلند

نیوزیلند در ناحیه جنوب غربی اقیانوس آرام قرار گرفته است و از دو جزیره اصلی و تعدادی جزایر کوچکتر تشکیل شده است. از روزهای اولیه حل و فصل توافق اروپا در نیوزیلند، مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات از جمله بخشهای دولتی، غیرانتفاعی و داوطلبانه خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می کردند. نظام سلامت بر مبنای مدل انگلیسی که برای مهاجران جدید آشنا بود، بنا نهاده شده بود، از جمله "قوانین فقر" که مسئولیت پذیری محلی در قبال فقر را اجباری می کرد. در آن زمان پزشکان به صورت مستقل کار می کردند و بازپرداخت آنها مستقیماً از طریق بیماران صورت می گرفت. بیمارستانهای عمومی مکانی برای درمان افرادی که نمی توانستند از بیمارستانهای خصوصی خدمات درمانی یا پرستاری بگیرند، یا اقامتگاهی برای بی خانمان ها و یا مکانی برای نگهداری دیوانگان بود. همانند سازمانهای داوطلبانه به مرور زمان بعضی

از شهرها و شهرستانها نیز برای بیمارستانها بودجه مالی تامین کردند. اما با وجود این شهرهای دیگر پشتیبانی عمومی در حد کفایت را غیر ممکن می‌دانستند و تا سال ۱۸۸۰ دولت تمامی بیمارستانها را تامین مالی کرد (۱).

انجمن سلامت عمومی در استان و شهرستانها ایجاد شده بود. قانون سلامت عمومی ۱۹۰۰^۱ سازمان سلامت عمومی را با ریاست مدیر سلامت^۲ پایه ریزی کرد که پزشکان با تخصص‌های بهداشت و باکتری شناسی را به عنوان مدیران محلی سلامت در شهرستانها منصوب کرد. به طور خلاصه می‌توان گفت که تا دهه ۱۹۹۰ بیشتر پزشکان عمومی در نیوزیلند به طور خصوصی و مستقل و با حداقل هماهنگی و یا بدون هماهنگی با سایر پزشکان عمومی کار می‌کردند. تا اینکه اصلاحات بزرگ نظام سلامت در اوایل دهه ۱۹۹۰ با هدف به کارگیری مدل بازار در بخش بهداشت و درمان از طریق عقد قرارداد بین ارائه دهندگان و سازمانهای خریدار تازه تاسیس که از طرف دولت تامین مالی می‌شدند^۳، صورت گرفت. در پاسخ، پزشکان انجمن پزشکان مستقل^۴ را اغلب در مناطق جغرافیایی خاص، به منظور مدیریت بودجه برای دارو و آزمایشهای تشخیصی، افزایش کیفیت مراقبت و انباشت پس اندازها برای سرمایه گذاری در سایر برنامه‌های سلامت محلی سازماندهی کردند (۱، ۲). در سال ۱۹۹۹ بیش از ۸۰ درصد از پزشکان عضو انجمن پزشکان مستقل بودند که اندازه آن از شش تا هشت پزشک، به حدود ۳۴۰ عضو در انجمن‌های بزرگ در اوکلند می‌رسید. این سازمان‌ها به طور عمده برای حفاظت از منافع کسب و کار پزشکان عمومی تشکیل شده بودند و در پیش گرفتن یک رویکرد مبتنی بر جمعیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک هدف ثانویه برای اکثر انجمن‌های پزشکان مستقل بود (۱، ۳). زمانی که اصلاحات ساختاری بخش بهداشت و درمان در سال ۱۹۹۶ معرفی شد، یک خریدار واحد (اداره تامین مالی سلامت)^۵ تاسیس

1 Public Health Act 1900

2 Chief Health Officer

3 newly formed government- funded purchasing agencies

4 Independent Practitioner Associations (IPAs)

5 Health Funding Authority

شده بود و انجمنهای پزشکان مستقل برای کسب قدرت چانه‌زنی در مقابل خریدار جدید در حال ادغام بودند. سپس این فرایند تثبیت انجمن‌های پزشکان مستقل در پاسخ به اصلاحات دولت توسط تجدید ساختار بیشتر نظام سلامت در سال ۱۹۹۹ هنگامی که حزب کارگری جدید به قدرت رسید، توسعه یافت. اداره تامین مالی سلامت منحل شد و ۲۱ انجمن جدید سلامت شهرستان^۱ (در حال حاضر ۲۰) به منظور افزایش مشارکت محلی در نظام سلامت و بهبود عدالت در تخصیص بودجه و در نهایت بهره‌مندی از خدمات، جایگزین آن شد. تا آن زمان چنین تصور می‌شد که مدل فعلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به طور موثر به سلامت جامعه و برابری پرداخته بود و نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر و اصلاحات در نظام سلامت وجود داشت (۳).

استراتژی سلامت ۲۰۰۰ نیوزیلند^۲ یک چارچوب کلی با هدف تقویت خدمات سلامت در حیطه‌هایی که بیشترین منفعت را برای مردم ایجاد می‌کردند و با تمرکز ویژه بر کاهش نابرابری در سلامت برای بخش سلامت ارائه کرد. این رویکرد منابع و تلاش‌ها را در ارتباط با این اولویت‌ها متمرکز می‌کرد که در ۱۳ هدف مربوط به سلامت جامعه و سه هدف مربوط به کاهش نابرابری‌های خاص (جدول ۵) به روشنی بیان شده‌اند (۱).

در سایه استراتژیهای سلامت عمومی، استراتژی مراقبتهای بهداشتی اولیه، رویکردهای مبتنی بر جمعیت را در نیوزیلند معرفی کرد. این رویکردها شامل ایجاد سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه در سال ۲۰۰۲ بودند. سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه برای هدایت پزشکان به سمت اولویتهای تعیین شده در استراتژی سلامت نیوزیلند ۲۰۰۰ معرفی شد. سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه گروه‌های غیرانتفاعی و غیردولتی از ارائه دهندگان خدمات می‌باشند که مسئولیت تامین نیازهای سلامتی بیمارانی که معمولاً در یک محدوده جغرافیایی در آن ثبت نام کرده‌اند، را بر عهده دارند. پزشکان عمومی می‌توانند به صورت داوطلبانه به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه بپیوندند، اما برای دریافت سطوح

1 District Health Boards (DHB)

2 2000 New Zealand Health Strategy

بالاتری از یارانه‌های دولتی تعیین شده باید بخشی از یک سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه باشند (۱, ۴).

جدول ۵ اولویتهای استراتژی سلامت ۲۰۰۰ نیوزیلند

اولویت های بهداشتی جمعیت
۱. کاهش استعمال سیگار.
۲. بهبود تغذیه.
۳. کاهش چاقی.
۴. افزایش سطح فعالیت بدنی.
۵. کاهش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی.
۶. حداقل رساندن آسیب های ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر و داروهای دیگر به افراد و جامعه.
۷. کاهش بروز و تاثیر سرطان.
۸. کاهش بروز و تاثیر بیماری های قلبی عروقی.
۹. کاهش بروز و تاثیر دیابت.
۱۰. بهبود بهداشت دهان و دندان.
۱۱. کاهش خشونت در روابط بین فردی، خانواده‌ها، مدارس و جوامع.
۱۲. بهبود وضعیت سلامت افراد مبتلا به اختلالات روانی
۱۳. اطمینان از دسترسی به مراقبت مناسب سلامت کودکان از جمله کودک سالم، مراقبت سلامت خانواده و واکسیناسیون
اولویت های کاهش نابرابری
۱. اطمینان از خدمات قابل دسترس و مناسب برای مردم از گروه های اجتماعی و اقتصادی پایین تر.
۲. اطمینان از خدمات قابل دسترس و مناسب برای مائوری.
۳. اطمینان از خدمات در دسترس و مناسب برای مردم اقیانوس آرام.

مدل سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه غیر انتفاعی جامعه محور به عنوان وسیله‌ای برای افزایش یارانه‌های دولت به منظور کاهش سهم پرداخت بیمار، جایگزین مدل انجمن پزشکان مستقل سود گرا شد. با این وجود سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه به طور کامل جایگزین انجمنهای پزشکان مستقل نشدند. برخی از سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه بزرگتر برای مدیریت خدمات به انجمنهای پزشکان مستقل تکیه می‌کردند (۱).

برنامه مدیریت عملکرد سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه^۱ که بعداً به برنامه عملکرد سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه (برنامه)^۲ تغییر نام یافت، در سال ۲۰۰۶ به منظور تسریع تمرکز سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه به سمت اولویت‌های استراتژی سلامت ۲۰۰۰ و مدیریت رشد هزینه‌های ناخواسته معرفی شد. برنامه شامل یک جزء پرداخت مبتنی بر عملکرد با هدف بهبود سلامت جمعیت و کاهش نابرابری از طریق حاکمیت بالینی و فرایندهای بهبود مستمر کیفیت از طریق سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه و ارائه دهندگان طرف قرارداد می‌باشد. برنامه با انگیزه‌های مالی به منظور ثبت و دنبال کردن اهداف در سطح شاخص‌های مالی، بالینی و فرایندی تقویت شده است. همچنین یک حلقه بازخورد اطلاعات برای سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه به منظور دسترسی به داده‌های عملکردی خود برای استفاده در فرایندهای ارتقایی ایجاد کرده است (۵، ۶).

طراحی برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت

نمایندگانی از مدیران مراقبت‌های بهداشتی اولیه، انجمن‌های سلامت شهرستان و وزارت بهداشت، برنامه مدیریت عملکرد سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه را به منظور بهبود سلامت جمعیت تحت پوشش و کنترل رشد ناخواسته هزینه‌ها طراحی کردند. برنامه توسط^۳ DHBSS مدیریت می‌شود DHBSS. برنامه ۲۱ انجمن سلامت شهرستان را در قالب یک

1 PHO Performance Management Programme (PMP)

2 PHO Performance Programme ('the Programme')

3 DHB Shared Services (DHBSS)

برنامه عملکرد ملی تلفیق کرده‌است که بعدها با عنوان برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نیز شناخته شد (۷، ۸).

در جدول ذیل ویژگیهای PMP بطور خلاصه ارائه شده است (۹):

نوع نظام رفاهی	نام برنامه	زمان شروع برنامه	میزان درآمد پزشک از برنامه	میزان مشارکت پزشکان در برنامه	تاثیر برنامه
لیبرال	PMP	۲۰۰۶	متناسب با اختیارات PHO متفاوت است.	اغلب ۱۰۰ درصد	بهبود نسبی در کیفیت مراقبت

برنامه عملکرد و چارچوب اجرایی آن از سه مولفه اصلی تشکیل شده است (۵):

- بررسی الگوهای بهره‌مندی (و نیاز جمعیت) و ارائه بازخورد به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه از طریق ارائه تسهیلات و آموزش
- شاخص‌های عملکرد و P4P که به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه انگیزه مالی مستقیم برای دستیابی به استانداردهای عملکرد منطبق با استانداردهای ملی (و اهداف معین برای هر شاخص که از طریق توافق با انجمن‌های سلامت شهرستان خود اضافه کرده اند) ارائه می‌کند.
- محک زدن هزینه در "خدمات مربوطه" (بودجه داروها و تست‌های آزمایشگاهی تحت پوشش مراقبتهای بهداشتی اولیه) به منظور حفظ عدالت.

شاخص‌های عملکرد تحت نظارت یک گروه حاکمیتی^۱ تعیین می‌شود که شامل نمایندگان ارائه دهندگان خدمات، سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه، انجمنهای سلامت شهرستان، DHBSS و وزارت بهداشت است. گروه حاکمیتی در سال ۲۰۰۸ در پاسخ به انتقاداتی که در مورد فقدان رهبری بالینی در برنامه عملکرد مطرح بود، تاسیس شد. همچنین

یک گروه مشورتی برنامه^۱، که مشاوره تخصصی در مورد محتوای برنامه فراهم می‌کند و ثبات برنامه را هم به لحاظ بالینی و هم به لحاظ اجرایی تضمین می‌کند، تشکیل شده است.

این برنامه به سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه به ازای هر فرد ثبت نام شده و بر اساس درصد اهدافی که سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه (برای ده شاخص عملکردی) به آن دست یافته است، پاداش پرداخت می‌کند (جدول ۱۰-۲ را مشاهده کنید). برای مشارکت در برنامه، سازمانهای مراقبت‌های بهداشتی اولیه باید معیارهای واجد شرایط بودن را بر اساس ساختار حاکمیت بالینی ارایه نمایند (۱۰):

- حداقل ۸۵ درصد ثبت قومیت
 - حداقل ۷۰ درصد شماره شناسایی معتبر در ثبت نام های انجام گرفته.
 - پیروی از قرارداد حق الزحمه^۲.
 - امضاء توافقنامه سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
 - تکمیل اطلاعات پزشک.
 - تکمیل گزارش سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
 - تایید طرح عملکرد سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
- انجمن‌های سلامت شهرستان، بودجه راه اندازی برنامه را طی ورود سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه به برنامه فراهم می‌کنند. مبلغ تاسیس شامل یک مقدار ثابت NZ\$ ۲۰۰۰۰ به ازای هر سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و یک مبلغ متغیر ۶۰ سنت به ازای هر نفر ثبت نام شده در سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد. برنامه عملکرد سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنین بر کاهش نابرابری بهداشتی تاکید ویژه دارد که از طریق سه مسیر مختلف پیگیری می شود:
۱. اندازه گیری عملکرد به طور جداگانه برای جمعیت با نیازهای بالا هر جا که لازم است.

۲. وزن دهی به پرداخت ها در جهت پیشرفت در راستای اهداف جمعیت با نیازهای بالا برای شاخص‌های مربوط به یک حیطه از نابرابری‌های سلامتی.

1 Programme Advisory Group
2 Fee

۳. وزن دهی به جمعیت با نیاز بالا در اهداف هزینه‌های دارویی و آزمایشگاهی.

شاخص‌ها و ابعاد عملکرد

برنامه شامل مجموعه‌ای از ده شاخص عملکردی می‌باشد که بعد پوشش خدمات و کیفیت را تحت پوشش قرار می‌دهد (جدول ۶). شاخص‌ها از زمان آغاز برنامه تکامل یافته‌اند و در حال تغییر از اولویت دهی به شاخص‌های مالی و فرایندی به سمت تاکید بیشتر بر روی شاخص‌های بالینی می‌باشند. یازده شاخص در مرحله اول (۲۰۰۶-۲۰۰۸) مورد استفاده قرار گرفت، و در مرحله ۲ (۲۰۰۸ به بعد) این شاخص‌ها به روز رسانی شده و به ده شاخص کاهش یافتند. به هر شاخص وزن سالانه‌ای تعلق می‌گیرد که نشان دهنده میزان کل پرداخت‌های ممکن به یک سازمان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در یک سال در رابطه با عملکرد آن مرکز در خصوص شاخص مربوطه می‌باشد (۵، ۱۰).

برنامه همچنین مجموعه‌ای از شاخص‌هایی را که تنها با هدف کسب اطلاعات ارائه شده و به پرداخت تشویقی ربطی ندارند، جمع‌آوری می‌کند (جدول ۷). در اوایل سال ۲۰۱۱ شاخص کارایی به خاطر نگرانی در زمینه مغایرت با تمرکز اصلی بر روی غربالگری، مدیریت و درمان به مشوق‌ها گره نخورده و تنها با هدف جمع‌آوری اطلاعات گردآوری می‌شد.

شاخص‌ها در ابتدا بر اساس داده‌های ادعایی^۱ در دسترس انتخاب می‌شدند. در مرحله دوم شاخص‌ها با تمرکز بیشتر در حیطه‌های با اولویت بالای سلامت انتخاب شدند. به این معنا که برنامه باید در زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید داده‌های جدید سرمایه‌گذاری می‌کرد و به طور مستقیم داده‌ها را از مراکز پزشکی عمومی به جای کسب داده‌های ادعایی که در آن تمایل به عدم گزارش فعالیت‌های خاص وجود دارد، جمع‌آوری می‌نمود. به عنوان مثال، اطلاعات بسیار کمی در دیابت، فشار خون بالا و وضعیت استعمال سیگار در ابتدا در دسترس بود (۱۰).

جدول ۶ شاخص‌های برنامه عملکرد PHO نیوزیلند، ۲۰۱۲

شاخص	وزن
شاخص‌های بیماری‌های مزمن	
پوشش غربالگری سرطان پستان	
کل جمعیت	-
جمعیت با نیاز بالا	۶/۰ درصد
پوشش غربالگری سرطان دهانه رحم	
کل جمعیت	۳/۰ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۶/۰ درصد
تشخیص بیماری‌های ایسکمی قلبی عروقی	
کل جمعیت	۲/۵ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۵/۰ درصد
ارزیابی ریسک بیماری‌های قلبی عروقی	
کل جمعیت	۸/۰ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۱۲/۰ درصد
تشخیص دیابت	
کل جمعیت	۲/۵ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۵/۰ درصد
پیگیری دیابت پس از تشخیص	
کل جمعیت	۳/۰ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۶/۰ درصد
وضعیت ثبت شده مصرف سیگار	
سایرین	۲/۰ درصد
جمعیت با نیازهای بالا	۵/۰ درصد
مشاوره ترک سیگار و یا پشتیبانی	
سایرین	۴/۰ درصد

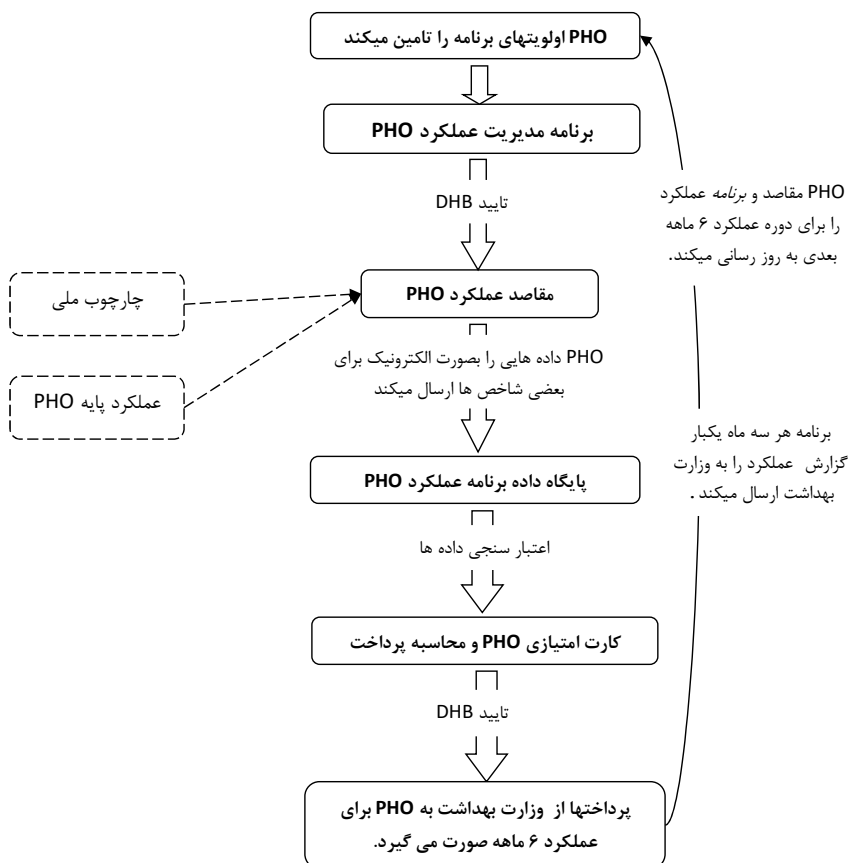
۹/۰ درصد	جمعیت با نیازهای بالا
شاخص های پیشگیری از بیماری های عفونی	
واکسیناسیون آنفولانزا در افراد سالمند (< ۶۵ سال)	
۳/۰ درصد	کل جمعیت
۶/۰ درصد	جمعیت با نیازهای بالا
درصد کودکان کاملاً واکسینه	
۲/۰ درصد	کل جمعیت
۴/۰ درصد	جمعیت با نیازهای بالا
درصد کودکان واجد شرایطی که به طور کامل تا ۸ ماهگی واکسینه شده اند	
۲/۰ درصد	کل جمعیت
۴/۰ درصد	جمعیت با نیازهای بالا
۱۰۰ درصد	امتیاز کل

جدول ۷ شاخصهای برنامه عملکرد PHO نیوزیلند که صرفاً برای گردآوری اطلاعات جمع آوری شده اند، ۲۰۱۲

شاخص	جمعیت	جمعیت با نیاز بالا
پوشش غربالگری سرطان پستان (درصد زنان ثبت شده در سن ۵۰-۶۹)	بلی	بلی
وضعیت مصرف سیگار و ارائه مشاوره.	بلی	بلی
استفاده از کورتیکواستروئیدهای استنشاقی	بلی	بلی
بررسی عملکرد تیروئید	بلی	بلی
اندازه گیری واکنش فاز حاد ^۱	بلی	بلی
متفورمین: جیره سولفونیل اوره	بلی	بلی

بلی	بهره مندی مشارکت کنندگان با نیاز بالا (مشاوره پرستار، پزشک)
بلی	مخارج آزمایشگاهی
بلی	مخارج دارویی
بلی	درصد بیماران مبتلا به دیابت با نتیجه آزمون HbA1c ۸ درصد و یا کمتر و یا ۶۴ mmol/mol یا کمتر در سال گذشته.

با تکامل برنامه این شاخص‌ها به طور فزاینده اهمیت بیشتری یافتند. بطوریکه برنامه برای اطمینان از اینکه داده‌های مربوطه در دسترس می‌باشد، سرمایه گذاری‌هایی را انجام داد. انجمنهای سلامت شهرستان و وزارت بهداشت در تامین هزینه های این زیرساخت ها برای جمع آوری داده های جدید سهمیم شدند. همچنین برنامه، سرمایه‌گذاری‌هایی را در مشاوره با گروه‌های ارائه‌دهنده و گزارش‌گیری خودکار داده‌ها که قبلاً به صورت دستی انجام می‌شد، انجام داده است. این مراحل تضمین می‌کرد که داده های مورد نیاز برای گزارش گیری در برنامه، باری بر دوش ارائه دهندگان نبود و به پذیرش شاخص‌های جدید و گزارش آنها از طرف ارائه دهندگان خدمات کمک می‌کرد(۵).



شکل ۱ طرح برنامه عملکرد PHO نیوزیلند

برخی از شاخص‌ها به طور جداگانه برای جمعیت‌های با نیاز بالا اندازه‌گیری می‌شود و به میزان بالاتر پاداش ارائه می‌شود. جمعیت با نیازهای بالاتر در سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه، بیماران ثبت نام شده که مائوری (جمعیت بومی نیوزیلند) یا اهل جزایر اقیانوس آرام هستند و یا در مناطق جغرافیایی با محرومیت اجتماعی و اقتصادی نسبی بالا زندگی کنند، تعریف شده است (۴، ۵).

اهداف، به صورت جداگانه برای هر سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه با استفاده از یک چارچوب ملی تنظیم هدف و با در نظر گرفتن عملکرد

پایه آن مرکز تدوین می‌شوند (نمودار ۳-۱). توافق بر روی شاخص‌ها معمولاً به صورت سالانه برای دو دوره شش ماهه عملکردی (به عنوان مثال ۱ جولای تا ۳۱ دسامبر و ۱ ژانویه تا ۳۰ ژوئن) صورت می‌گیرد. اگر سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه قادر به دستیابی به اهداف خود نباشند، ممکن است این سازمان‌ها و انجمن‌های سلامت شهرستان در پایان دوره شش ماهه اول مجدداً در مورد اهداف شش ماهه دوم مذاکره کنند (۵).

پرداخت‌های تشویقی

پرداخت با نرخ ثابت^۱ به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه برای اکثر شاخص‌ها برای هر دوره شش ماهه عملکردی بر اساس درصد دستیابی به هر هدف صورت می‌گیرد. مقدار پرداخت عملکرد مبتنی بر موارد زیر می‌باشد (۱۰):

- جمعیت ثبت نام شده در سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه دوره عملکرد معین
 - پیشرفت در راستای اهداف برای هر شاخص عملکرد
 - مقدار پرداخت تعریف شده در توافقنامه سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه در هر دوره عملکرد به ازای هر فرد ثبت نام شده.
- در ابتدا حداکثر پرداخت در دسترس NZ \$ ۶ به ازای هر عضو ثبت نام شده بود که در صورتی پرداخت می‌شد که تمام اهداف به دست می‌آمد. این پرداخت‌ها بر اساس خطر تعدیل نشده بودند. این پاداش در سال ۲۰۰۸ به NZ \$ ۹,۲۷ افزایش یافته بود، اما در سال ۲۰۱۱ به NZ \$ ۶/۱۳ کاهش یافت. هر هدف به طور مستقل برای بخشی از پیش تعیین شده از کل پرداخت با نرخ ثابت ارزیابی می‌گردد. پس 'دست‌آورد بیش از انتظار'^۲ به یک هدف نمی‌تواند برای جبران "دست‌آورد کمتر از انتظار" برای هدف دیگر مورد استفاده قرار بگیرد (۱۰). انجمنهای سلامت شهرستان برای تامین نیازهای محلی از طریق بودجه اضافی به منظور تقویت شاخص‌های بیشتر و یا تقویت شاخص‌های ملی با

1 Flat-rate payments

2 over-achievement underachievement

استفاده از بودجه اضافی برای همه شاخص‌ها یا شاخص‌های خاص انعطاف‌پذیری دارد (این امر نابرابری‌های بهداشتی موجود را تشدید نمی‌کند) (۱۰).

گزارش داده‌ها

برنامه دارای یک پایگاه داده ملی برای تحلیل و گزارش عملکرد در راستای اهداف می‌باشد. این پایگاه داده همچنین مبلغ P4P را برای سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه محاسبه می‌کند. داده‌های مربوط به برخی از شاخص‌ها به صورت الکترونیک توسط سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه با استفاده از یک فرم استاندارد به تیم برنامه عملکرد سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه ارسال می‌شود. داده‌ها برای شاخص‌های دیگر توسط برنامه از پایگاه داده‌های موجود استخراج می‌شود (به عنوان مثال ثبت نام غربالگری سرطان پستان) (۵، ۱۰).

تعدادی از شاخص‌ها برای تعیین اعتبار توسط سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرند. اطلاعات بدست آمده از سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه به صورت سه ماهه از طریق الگوریتم منطقی^۱ که شامل نشانگرهای انحراف^۲ برای تعیین تغییرات غیر معمول در شاخص می‌باشد، انجام می‌شوند. برنامه زمان و منابع قابل توجهی را صرف می‌کند تا اطمینان حاصل کند که اطلاعات معتبر است. اگر هر گونه اختلاف فاحشی وجود داشته باشد، سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه باید داده‌های غیر منطقی را توجیه کنند. تا زمانی که اعتبار داده‌ها تایید نشده باشد و با سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه توافق حاصل نشده باشد، هیچ اطلاعاتی در دسترس قرار نمی‌گیرد. اگر توافق حاصل نشود، برنامه از طریق یک فرایند دقیق به شناسایی دلیل انحرافات می‌پردازد. در واقع داده‌های ادعایی اغلب پوشش واقعی را کمتر از آنچه هست تخمین می‌زنند. زیرا ارائه‌دهندگان ممکن است اطلاعات مربوط به هر واکسیناسیون را ارسال نکنند (۱۰).

گزارش پیشرفت به صورت سه ماهه به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی

1 logic algorithms

2 variation markers

اولیه، انجمنهای سلامت شهرستان و وزارت بهداشت ارائه می‌شود. برای هر دوره عملکرد شش ماهه، انجمنهای سلامت شهرستان گزارش عملکرد سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه و کارتهای امتیازی^۱ ایجاد شده توسط تیم برنامه آنها را بررسی و مبالغ پرداخت را تصویب می‌کنند. هنگامی که رضایت انجمن سلامت شهرستان کسب شد، برنامه یک خلاصه پرداخت را که مبلغ پرداختی به سازمان مراقبتهای بهداشتی اولیه را تایید می‌کند، تهیه و آن را به وزارت بهداشت ارائه می‌کند (۱، ۵، ۱۰).

Reference

1. French S, Old A, Healy J. Health care systems in transition: New Zealand. Health care systems in transition: New Zealand 2001.
2. Socha-Dietrich K, James C, Couffinhal A. Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals. Tackling Wasteful Spending on Health. 2017;161.
3. McAvoy BR, Coster GD. General practice and the New Zealand health reforms—lessons for Australia? Australia and New Zealand Health Policy. 2005;2(1):26.
4. Perkins R, Seddon M. Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 5: Measurement for monitoring and controlling performance - The quest for external accountability. New Zealand Medical Journal. 2006;119(1241).
5. Buetow S. Pay-for-performance in New Zealand primary health care. J Health Organ Manag. 2008;22(1):3647-.
6. Buetow S, Elwyn G. Patient performance standards: the next bold policy initiative in health care? J Health Serv Res Policy. 2007;12(1):4853-.
7. Tracy B. Pay for Performance and Value-Based Care. Principles of Coding and Reimbursement for Surgeons: Springer; 2017. p. 13343-.
8. Buetow S, Bryant L. Is the Rate of Generic Drug Prescribing a Fair Measure for Pay for Performance? Disease Management & Health Outcomes. 2008;16(6):37780-.
9. Ammi M, Fortier G. The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review. Social Science & Medicine. 2017.
10. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University Press England; 2014.

فصل هفتم: تجربه کشور فرانسه در زمینه P4Q

تاریخچه (پرداخت برای اهداف سلامت عمومی)^۱

فرانسه در غرب اروپا واقع شده است. این کشور از ۲۶ منطقه که از ۱۰۰ بخش، که شامل ۳۶ ۶۷۹ شهرداری می باشد، تشکیل شده است. در سال ۲۰۱۵ جمعیت فرانسه ۶۴,۳۹۵,۰۰۰ نفر بوده است (۱, ۲). وضعیت سلامت فرانسه حاکی از تناقضات آشکاری می باشد. از یک طرف، شاخص‌هایی مانند امید به زندگی، امید به زندگی بدون ناتوانی، و امید به زندگی سالم نشان دهنده وضعیت مطلوب سلامت مردم این کشور است. درمقایسه با بسیاری از کشورهای اروپایی طول عمر زنان بیشتر است و افراد مسن در وضعیت سلامت بهتری به سر می برند. فرانسه همچنین وضعیت نسبی خوبی در رابطه با بیماری‌های قلبی عروقی دارد و وضعیت مرگ و میر ناشی از اعتیاد به الکل، سیروز کبدی و سرطان دهانه رحم در حال بهبود است. از سوی دیگر، فرانسه با نرخ بالای مرگ و میر زودرس مردان در اثر تصادفات و عادات ناسالم (سیگار کشیدن و اعتیاد به الکل) و ایدز و نابرابری‌های اجتماعی و جغرافیایی در سلامت مواجه است (۲, ۳). در کل وضعیت

1 Payment for Public Health Objectives (ROSP)

شاخصهای سلامت در فرانسه خوب می‌باشد و در سال ۲۰۰۰ رتبه اول در بهترین عملکرد و کیفیت مراقبت در بین ۱۹۱ کشور از سوی سازمان بهداشت جهانی به نظام مراقبتهای بهداشتی فرانسه تعلق یافت. نظام سلامت فرانسه عمدتاً توسط کارفرمایان و کارکنان از طریق مشارکت اجتماعی تامین مالی می‌شود. مشخصه اصلی نظام سلامت فرانسه سهولت دسترسی می‌باشد که تا حدودی بالا بودن هزینه و مخارج را تشریح می‌کند. پزشکان عمومی خویش فرما هستند و بازپرداختشان از طریق نظام پرداخت کارانه صورت می‌گیرد. تعداد متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در سراسر کشور از طریق کنترل پذیرش دانشکده‌های پزشکی تثبیت شده است (۳، ۴).

نظام مراقبت‌های بهداشتی فرانسه به پیامدهای خوب سلامت و سطح بالایی از رضایت در میان جمعیت فرانسه دست یافته است. اما در طی دو دهه گذشته با تهدیدهای عدم ثبات مالی مواجه شده است (۳). صندوق بیمه سلامت ملی در شرایط کمبود منابع با ۱۰ درصد کسری از کل بودجه سیستم بیمه در سال ۲۰۱۰ کار می‌کرد. در چنین شرایطی کنترل هزینه در سیستمی که تحت نظام پرداخت کارانه کار می‌کند و بیماران بدون محدودیت حق انتخاب دارند، مشکل است. از سال ۲۰۰۴ اصلاحات متعددی به منظور نظارت بر تقاضاهای کنترل نشده مراقبت سلامت و نیز تجربه کردن نظامهای پرداخت جدید متفاوت از پرداخت کارانه صورت گرفته است (۲). علی‌رغم اصلاحات متعدد در طی دهه گذشته، ماهیت شدیداً فردگرا و پلورالیست مراقبت سلامت در فرانسه با نظام پرداخت ریشه‌دار کارانه که مراقبت‌های ناهم‌هنگ و بی‌ثبات را ترویج می‌کند و بر خدمات پیشگیرانه ناکافی و درجه بالایی از بی‌عدالتی در مراکز بالینی تمرکز می‌کند، ترکیب شده است. اصلاحات معرفی شده توسط قانون اصلاحات بیمه سلامت^۱ در سال ۲۰۰۴ در صدد نظارت بیشتر بر دسترسی به مراقبت‌های تخصصی می‌باشد. اکنون هر شهروند فرانسوی باید یک "پزشک عمومی خانواده"^۲ که مسئول تمامی مراقبتهای بهداشتی اولیه و ارجاعات به پزشکان متخصص می‌باشد را انتخاب کند. اگر بیماران "مسیر مراقبت هم‌هنگ"^۳ را طی نکنند و به‌جای آن خودسر به پزشکان متخصص مراجعه کنند، میزان بازپرداخت توسط صندوق بیمه سلامت از ۷۰ درصد به ۵۰-۶۰ درصد کاهش خواهد یافت (۳، ۵).

1 the Health Insurance Reform Act

2 gatekeeper general practitioner (médecin traitant)

3 coordinated care pathway

هدف دوم اصلاحات ۲۰۰۴، ایجاد مسئولیت ملی برای سلامت به منظور پرداختن به کیفیت مراقبت در کل نظام سلامت فرانسه بود. قانون مذکور، مرجع ملی سلامت^۱ را ایجاد کرد که از طریق مکانیزم‌های مختلفی مثل ارزیابی تکنولوژی سلامت، گایدلاین‌های بالینی و اعتباربخشی، مسئولیت بهبود کیفیت در سطح نظام سلامت فرانسه را دارد. اصلاحات ۲۰۰۴ شامل ارزشیابی اقدامات حرفه‌ای^۲ می‌باشد و پزشکان مراقبت‌های اولیه را تشویق می‌کند که توصیه‌های مرجع ملی سلامت را دنبال کنند. از سال ۲۰۰۵ از پزشکان مراقبت‌های اولیه انتظار می‌رود که حداقل هر ۵ سال یک بار یک ارزشیابی اجباری توسط نهاد ملی سلامت انجام دهند. با این وجود این اصلاحات توسط پزشکان خصوصی که در مراکز سرپایی کار می‌کنند، به صورت کامل اجرا نمی‌شود. تاکنون ارزشیابی مرجع ملی سلامت عمدتاً به پزشکان در بیمارستان‌ها محدود شده است که در مجموع فرایند ارزیابی در برنامه اعتباربخشی بیمارستان را تکمیل می‌کردند. در سال ۲۰۱۲ یک فرایند مستمر شامل ارزشیابی و آموزش جایگزین EPP شد. همان‌طور که در مطالعات متعدد صندوق بیمه ملی سلامت^۳ نشان داده شده است، علیرغم این شاخص‌ها برای ارتقای کیفیت، همچنان شکاف بین توصیه‌های مرجع ملی سلامت و ارائه واقعی خدمات وجود دارد. به‌عنوان مثال، تنها ۳۱ درصد از بیماران تشخیص داده شده با دیابت هر چهار خدمت توصیه شده برای دیابت را در سال ۲۰۰۸ دریافت کرده‌اند. در رابطه با پیشگیری تنها ۶۱ درصد از زنان ۵۰ ساله و بالاتر، آزمون غربالگری سرطان پستان در طی ۲ سال گذشته داشته‌اند (۵).

دو قانون بزرگ که در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۰۸ تصویب شدند، امکان استفاده از مدل‌های جدید سازمانی و روش‌های پرداخت از جمله P4P را به منظور ارتقای ارائه خدمات فراهم ساخت. قانون مالی سال ۲۰۰۸ برای امنیت اجتماعی^۴، امکان تجربه روش‌های جدید پرداخت در نظام سلامت به‌غیر از کارانه را برای ۵ سال بعدی همراه با یک ارزشیابی اجباری سالانه که به پارلمان ارسال می‌شود، فراهم کرده است. قانون سال ۲۰۰۹ بیمارستان، بیماران، سلامت و سرزمین^۵، روشی را برای یک سازماندهی جدید در سطح محلی فراهم کرد که هدف آن تقویت پیشگیری،

1 National Authority for Health (HAS)

2 EPP – Evaluation of Professional Practice

3 National Health Insurance Fund (NHIF)

4 2008 Finance Law for Social Security

5 2009 Hospital, Patients, Health and Territories Law

دسترسی به مراقبت سلامت و مدرنیزه کردن بیمارستان‌ها است (۵). ROSP اصلاحات پیشین را با مشوق‌های مالی تقویت می‌کند. در سال ۲۰۰۹ برنامه P4P صندوق بیمه ملی سلامت، قرارداد آزمایشی برای بهبود عملکرد فردی^۱ برای پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه با هدف تغییر در روش ارائه خدمات اجرا نمود (۲). در سال ۲۰۱۲، CAPI به همه پزشکان و برخی از متخصصان برای مجموعه‌ای از شاخص‌های خاص معرفی شد. در آن زمان نام CAPI به ROSP (پرداخت برای اهداف سلامت عمومی) تغییر یافت. ROSP اهداف اختصاصی متداول را برای کارکنان مراقبت سلامت در رابطه با درمان، الگوهای تجویز دارو و سازماندهی مرکز تدوین می‌کند. در حقیقت پزشکان عمومی توافق کردند که به اهداف اختصاصی که شامل مدیریت بیماریهای مزمن، مراقبت پیشگیرانه و اهداف مربوط به تجویز داروهای مشخص و ژنریک می‌باشد، دست یابند. بر خلاف سال‌های گذشته بعد از معرفی ROSP دستیابی به اهداف اختصاصی در سطح پزشکان به صورت انفرادی ارزیابی می‌شود (۳، ۶).

طراحی برنامه ROSP

در سال ۲۰۰۹ مدل قراردادی برای اصلاح عملکرد فردی^۲ به عنوان یک اصلاحیه برای توافق ملی جدید در تدوین تعرفه‌ها و نظارت بر روابط بین پزشکان و بیمه توسط صندوق بیمه ملی سلامت ارائه شد. صندوق بیمه ملی سلامت شاخصهای عملکردی را بر مبنای اهداف اختصاصی بهداشت عمومی ملی و توصیه‌های مرجع ملی سلامت تدوین کرد. در آن زمان، مشارکت مستقیم ارائه‌دهندگان خدمت در طراحی و اجرای برنامه ضعیف بود. شاخص‌های کیفی به منظور تعیین روایی به مرجع ملی سلامت فرستاده شد. اکثر شاخص‌های عملکردی بر مبنای اهداف و معیارهای تعریف شده توسط قانون بهداشت عمومی و همچنین گایدلاین‌های مختلف مرجع ملی سلامت انتخاب شدند. جای تعجب نیست که این شاخص‌ها با شاخص‌هایی که روایی آنها پیش از این تعیین شده است و به صورت ملی در برنامه‌هایی مثل QOF و انجمن کیفیت ملی US^۳ استفاده می‌شود، هم راستا هستند (۵).

تغییرات دیگر ایجاد شده در حرکت از CAPI به ROSP شامل مشارکت حرفه‌های

- 1 Contracts for Improved Individual Practice (CAPI)
- 2 Contracts for Improved Individual Practice (CAPI)
- 3 US National Quality Forum

پزشکی در تعریف شاخص‌های کیفیت برای پایش عملکرد و پرداخت بود. از آن به بعد صندوق بیمه ملی سلامت با اتحادیه‌های پزشکان برای بررسی شاخص‌های عملکردی موجود و ایجاد شاخص‌های جدید برای پزشکان متخصص کار می‌کرد. شاخص‌ها همیشه بر مبنای توصیه‌های بالینی قابل اجرا^۱ می‌باشند. متخصصین از انجمن‌های حرفه‌ای ممکن است در فرایند مشارکت داده شوند اما فرایند تعیین روایی خارجی کاملاً غیر رسمی باقی می‌ماند. شاخص‌ها در طول جلسات موسسه در واکنش به نظارت بر توافق ملی^۲ بین صندوق بیمه ملی سلامت و پزشکان خصوصی ارائه و تصویب می‌شود. با وجود اینکه در آغاز مقاومت‌هایی از سوی اتحادیه پزشکان وجود داشت، به سرعت این برنامه مورد استقبال پزشکان قرار گرفت و طی آن پایش بهتر بر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت گزارش شده است (۵، ۷). نتایج ROSP در سال ۲۰۱۳ بهبودی نسبی در بسیاری از اهداف به جز برای بعد پیشگیری که در آن نرخ دستاورد در غربالگری سرطان پستان و واکسن آنفولانزا در مقایسه با اهداف کم بود، نشان داد. اهداف مربوط به پیشگیری، از جمله واکسیناسیون و غربالگری سرطان نتایج مختلفی نشان داده‌اند. مشوق‌های مالی برای بهبود هماهنگی مراقبت توسط پزشکان عمومی به منظور بهبود مراقبت افراد سالمند و ضعیف نیز به عنوان بخشی از پروژه‌های پایلوت منطقه ای طراحی شده و مورد آزمون قرار گرفته‌اند (۵، ۸).

در جدول ذیل ویژگیهای CAPI/ROSP بطور خلاصه ارائه شده است (۹):

نوع نظام رفاهی	نام برنامه	زمان شروع برنامه	میزان درآمد پزشک از برنامه	میزان مشارکت پزشکان در برنامه	تاثیر برنامه
صنفی	CAPI/ROSP	۲۰۰۹	۷-۵ درصد درآمد پزشکان	تا سال ۲۰۱۱ تقریباً ۴۰ درصد. تا سال ۲۰۱۳ ۶۰ درصد.	بهبود نسبی در کیفیت مراقبت. تاثیر کم روی طول مدت مشاوره بیماران

- 1 applicable clinical recommendations
- 2 National Agreement

طراحی فنی

در پی یک توافق ملی تمامی پزشکان عمومی به صورت اتوماتیک در برنامه وارد می شوند. با این وجود مشارکت غیر اجباری باقی می ماند. به طوریکه پزشکان اگر نخواهند مشارکت کنند، می توانند به صندوق بیمه ملی سلامت اطلاع دهند (۲، ۱۰). تا سال ۲۰۱۳ تقریباً ۶۰٪ از پزشکان در ROSP مشارکت کردند.

شاخص های عملکردی مورد استفاده در ROSP شامل ۲۹ شاخص فرایند، ساختار و پیامد در چهار بعد عملکردی پیشگیری؛ مدیریت بیماری های مزمن (دیابت و فشارخون)؛ نسخه نویسی هزینه اثربخش و سازماندهی مرکز می باشند. جدول ۸ جزئیات اطلاعات را در مجموعه ای از شاخص های به کار برده شده در ارزیابی عملکرد فراهم می کند. برای هر شاخص امتیازی در نظر گرفته شده است و در محاسبه نرخ دستاورد، سطح دستیابی به هر شاخص و ارتقای هر شاخص به استثنای بعد سازمانی مرکز، در نظر گرفته می شود. برای هر پزشک سطح پایه عملکرد سنجیده می شود و دو نوع هدف اختصاصی برای تنظیم پرداخت به کار برده می شود:

- هدف میانی^۱ در قالب میانگین نمره پزشکان برای هر شاخص مشخص به عنوان معیار صلاحیت پزشک برای کسب نیمی از امتیاز آن شاخص در نظر گرفته می شود.

- هدف نهایی بر مبنای اهداف اختصاصی تعریف شده توسط قانون بهداشت عمومی، گایدلاین های نهاد مسئول سلامت ملی^۲، یا مقایسه های بین المللی تعریف می شود که صلاحیت پزشک را برای کسب حداکثر امتیازهایی که می تواند برای آن شاخص کسب کند، ارزیابی می کند (۵).

فرمول محاسبه عملکرد به گونه ای طراحی شده است که در آن پزشکانی که سطح پایه عملکرد آنها بالاتر از سطح متوسط است، به عبارتی پزشکانی که حاشیه بهبود در آنها کوچکتر است (به عنوان مثال پزشکان با عملکرد خوب) جریمه نشوند. بنابراین اگر سطح عملکرد پایه ارائه دهندگان پایین تر از هدف میانی، و یا بین هدف میانی و هدف نهایی باشد، نرخ دستاورد به صورت متفاوتی محاسبه می شود. جزئیات مطالب

1 intermediate objective

2 National Health Authority guidelines

- در زیر توضیح داده شده است (۱۰).
 • سطح فعلی عملکرد پایین‌تر از هدف میانی:

$$\text{نرخ دستاورد} = ۵۰\% \times \frac{\text{سطح پایه} - \text{سطح فعلی}}{\text{سطح پایه} - \text{هدف میانی}}$$

- سطح فعلی عملکرد بین هدف میانی و هدف نهایی:

$$\text{نرخ دستاورد} = ۵۰\% + ۵۰\% \times \frac{\text{هدف میانی} - \text{سطح فعلی}}{\text{هدف میانی} - \text{هدف نهایی}}$$

ارزش پولی هر امتیاز طی توافق مذاکره ملی تعیین شده است و در سال ۲۰۱۳، ۷€ به ازای هر امتیاز در نظر گرفته شده است. کل مبلغ پرداختی در ازای هر شاخص، ارزش امتیازی ضرب شده در نرخ دستاورد است که بر اساس تعداد بیمارانی که پزشک را به عنوان پزشک معالج خود انتخاب کرده‌اند (به استثنای شاخص‌های مربوط سازمان) تعدیل شده است. اگر پزشک عمومی ارزیابی دستاورد را قبول نداشته باشد، می‌تواند طی یک جلسه با نماینده محلی صندوق بیمه ملی سلامت درخواست ارزیابی دوم را مطرح کند (۵).

جدول ۱ شاخصهای ROSP فرانسه

شاخصهای ROSP						
امتیازها (۱۳۰۰) امتیاز در (کل)	هدف میان	هدف نهایی	حداقل آستانه	شاخص	درونمایه	بعد عملکرد
۲۰	٪۶۲	٪۷۵ ≤	۲۰ بیمار	نسبت افراد ۶۵ و بالاتر از ۶۵ سال با واکسیناسیون آنفلوآنزا	واکسیناسیون آنفلوآنزا	پیشگیری و غربالگری، مجموع (۲۵۰ امتیاز)
۲۰	٪۶۲	٪۷۵ ≤	۱۰ بیمار	نسبت بیماران ۱۶-۶۴ سال مبتلا به بیماری مزمن با واکسیناسیون آنفلوآنزا		
۳۵	٪۷۰	٪۸۰ ≤	۲۰ بیمار	نسبت زنان ۵۰-۷۴ سال که در ۲ سال گذشته ماموگرافی داشته اند.	غربالگری سرطان پستان	
۳۵	٪۶۵	٪۸۰ ≤	۲۰ بیمار	نسبت زنان ۲۵-۶۵ سال با حداقل ۱ تست پاپ اسمیر در برنامه ۳ ساله.	غربالگری سرطان دهانه رحم	
۳۵	٪۷	٪۵ ≤	۲۰ بیمار	نسبت بیماران بالای ۶۵ سال که در طول سال تحت درمان با وازودیالتور می باشند.	تجویز وازودیالتورها ^۱ برای بیماران مسن	
۳۵	٪۱۱	٪۵ ≤	۲۰ بیمار	نسبت بیماران بالای ۶۵ سال که تحت درمان با بنزودیازپین با نیمه عمر طولانی می باشند.	تجویز بنزودیازپین با نیمه عمر طولانی ^۲	
۳۵	٪۱۳	٪۱۲ ≤	۵ بیمار	نسبت بیمارانی که در طول ۱۲ هفته تحت درمان با بنزودیازپین با نیمه عمر طولانی می باشند.		
۳۵	۴۰	۳۷ ≤	۲۰ بیمار	تعداد تجویزهای آنتی بیوتیک برای بیماران ۱۶- ۶۵ ساله به ازای هر ۱۰۰ بیمار.	درمان با آنتی بیوتیک	

1 Vasoldiator

2 Long half-life benzodiazepines

کیفیت مدیریت بیمارهای مزمن، مجموع (=۱۲۵ امتیاز)	دیابت	نسبت بیماران دیابتی که سه یا چهار آزمایش هموگلوبین A1C ^۱ در طول سال گذشته داشته اند.	۱۰ بیمار	$\leq 65\%$	54%	۳۰
		نسبت بیماران دیابتی که در دو سال گذشته مشاوره چشم پزشکی و یا معاینه فوندوس داشته اند.	۱۰ بیمار	$\leq 80\%$	68%	۳۵
		نسبت بیماران دیابتی بالای ۵۰ سال (مرد) و یا ۶۰ سال (زن) تحت درمان داروهای ضد فشارخون ^۲ که استاتین ^۵ دریافت کردند.	۱۰ بیمار	$\leq 75\%$	65%	۳۵
		نسبت بیماران دیابتی بالای ۵۰ سال (مرد) و یا ۶۰ سال (زن) تحت درمان با داروهای ضد فشارخون و استاتین	۱۰ بیمار	$\leq 65\%$	52%	۳۵
		نسبت بیماران مبتلا با دیابت نوع ۲ با تست HbA1c $> 8/5\%$	۱۰ بیمار	$\leq 90\%$	80%	۱۵
		نسبت بیماران مبتلا با دیابت نوع ۲ با تست HbA1c $> 7/5\%$	۱۰ بیمار	$\leq 80\%$	60%	۲۵
		نسبت بیماران مبتلا با دیابت نوع ۲ با تست کلسترول LDL $> 1/5 \text{ g/l}$	۱۰ بیمار	$\leq 90\%$	80%	۱۰
		نسبت بیماران مبتلا با دیابت نوع ۲ با تست کلسترول LDL $> 1/3 \text{ g/l}$	۱۰ بیمار	$\leq 80\%$	65%	۲۵
	فشارخون	نسبت بیماران تحت درمان داروهای ضد فشارخون با فشارخون $\geq 140/90 \text{ mmHg}$.	۲۰ بیمار	$\leq 60\%$	50%	۴۰

- 1 AbA1C
- 2 Antihypertensive

کارایی در تجویز دارو، مجموع = ۴۰ امتیاز	آنتی‌بیوتیک‌ها	آنتی‌بیوتیک‌های ژنریک توزیع شده به عنوان درصدی از کل آنتی‌بیوتیک‌های توزیع شده	۴۰ بسته	$\leq 90\%$	۸۵٪	۶۰
	PPIs	PPI‌های ژنریک توزیع شده به عنوان درصدی از کل PPI‌های توزیع شده	۳۵ بسته	$\leq 85\%$	۶۸٪	۶۰
	استاتین‌ها	استاتین‌های ژنریک توزیع شده به عنوان درصدی از کل استاتین‌های توزیع شده	۳۰ بسته	$\leq 70\%$	۴۶٪	۶۰
	داروهای ضدانعقادی	داروهای ضدانعقادی ژنریک توزیع شده به عنوان درصدی از کل داروهای ضدانعقادی توزیع شده	۱۳۰ بسته	$\leq 65\%$	۶۴٪	۵۵
	داروهای ضدافسردگی	داروهای ضدافسردگی ژنریک توزیع شده به عنوان درصدی از کل داروهای ضدافسردگی توزیع شده	۳۰ بسته	$\leq 80\%$	۷۵٪	۵۵
	ACEI/ARBs	ACEI به عنوان درصدی از ACEI‌ها+ARB‌های توزیع شده	۵۰ بسته	$\leq 65\%$	۴۵٪	۵۵
	آسپرین	درصدی از بیماران تحت درمان با داروهای ضدپلاکتی ۶ که همچنان تحت درمان با آسپرین می‌باشند.	۱۰ بیمار	$\leq 85\%$	۸۴٪	۵۵

سازماندهی مرکز: مجموع ۴۰۰ امتیاز	GP ها و پزشکان متخصص	۱. سیستم ثبت الکترونیک فایل پزشکی بیماران و به روزرسانی داده های بالینی برای پیگیری های انفرادی بیماران.	۷۵	پزشک به نرم افزار بروز تجهیز شده باشد و قادر به انتقال داده های اداری و حداقل دو سوم از داده های اداری مربوط به ویزیت ها باشد.
	GP ها و پزشکان متخصص	۲. نرم افزار مورد تایید ۷ برای کمک به نسخه نویسی.	۵۰	
	GP ها و پزشکان متخصص	۳. تجهیزات کامپیوتری و نرم افزاری که به پزشکان امکان ارسال اطلاعات از طریق اینترنت و ارائه خدمات مشاوره آنلاین را فراهم می کند.	۷۵	
	GP ها و پزشکان متخصص	۴. ارائه اطلاعات در ساعات کار و ویژگی های سازمانی مرکز (به عنوان مثال تجهیزات به منظور بهبود دسترسی بیماران مبتلا به معلولیت) در مرکز و یا در وب سایت NHIF	۵۰	
	فقط GP ها	۵. ارزیابی سالانه فایل های الکترونیک بیماران	۱۵۰	
شاخص های ۱ تا ۲۵ و شاخص ۲۹ صرفاً برای پزشکان عمومی بکار برده می شود درحالی که شاخص های ۲۵ تا ۲۸ برای GP ها و پزشکان متخصص بکار برده می شود. منبع: CNAMTS. ۲۰۱۲ (http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/) http://medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale.php				

گزارش داده ها

شاخص‌های عملکرد عمدتاً با استفاده از داده‌های ادعایی محاسبه می‌شود. از سال ۲۰۰۵ ادعانه‌های بازپرداختی توسط صندوق‌های بیمه سلامت برای تمامی فرانسوی‌ها در یک پایگاه داده به تفکیک حرفه‌ها و بیمارستان‌ها و براساس جزئیات مراقبت‌های ارائه شده برای هر بیمار متمرکز شده است. این داده‌ها توسط صندوق بیمه ملی سلامت گردآوری شده است و به عنوان مبنایی برای محاسبه شاخص‌های فرایند برای ارزیابی عملکرد به کارگرفته می‌شود. در این پایگاه، داده‌های شاخصهای مربوط به پیامد مدیریت کنترل بیماری‌هایی مثل دیابت توسط پزشک کامل می‌شود (۵).

Reference

- 1 .WHO. Countries statistics 2017. Available from: <http://who.int/countries/fra/en/>
- 2 .Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernandez-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. Health syst. 2010;12(6):1-291, xxi-xxii. PubMed PMID: 21406338 .English.
- 3 .Degos L, Romaneix F, Michel P, Bacou J. Looking to Europe: Can France keep its patients happy? BMJ: British Medical Journal. 2008;336(7638):254.
- 4 .Megerlin F. [Conditional pricing for innovative medicines in France: stop telling about risk-sharing!]. Ann Pharm Fr. 2013 Sep;71(5):291-301. PubMed PMID: 24075700. Medicaments innovants et prix conditionnels : le contrat de performance, a l'oppose du partage de risques. French.
- 5 .Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University PressEngland; 2014.
- 6 .Boucher S. Testing payment-for-performance in French acute care hospitals: a point of view from the French Federation of Comprehensive Cancer Centres. World Hosp Health Serv. 2013;49(4):1820-. PubMed PMID: 24683810. English.
- 7 .Lelong A, Léger S, Vendittelli F, Blanquet M, Thuong CT, Belgacem B, et al. A quality indicator can be biased by intra-hospital heterogeneity: The case for quality of patient record keeping in France. European Journal of Public Health. 2015;25(5):787.91-
- 8 .Simonet D. Assessment of new public management in health care: the French case. Health Res Policy Syst. 2014;12:57. PubMed PMID: 25283813. Pubmed Central PMCID: PMC4271340. English.
- 9 .Ammi M, Fortier G. The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review. Social Science & Medicine. 2017.
- 10 .Chauvel N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N .Variation in HbA1c

prescription for patients with diabetes in French general practice: an observational study prior to the implementation of a P4P programme. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):616-. English.

فصل هشتم: تجربه کشور ایالات متحده آمریکا در زمینه P4Q

کالیفرنیا: برنامه‌های تشویقی یکپارچه پزشکان انجمن مراقبت سلامت^۱

همزمان با انتشار گزارش موسسه پزشکی در ایالات متحده که توجه خریداران سلامت را به مشکلات کیفیت جلب کرد، یک عکس العمل منفی^۲ در مقابل مراقبت‌های مدیریت شده و به ویژه در استفاده از مشوق‌های مالی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت به منظور محدود کردن هزینه بالای مراقبت ایجاد شد. موسسه پزشکی طی گزارشات متعددی بکارگیری برنامه‌های تشویقی مبتنی بر کیفیت را توصیه می‌کند و در این راستا بسیاری از برنامه‌های سلامت، برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد انجمن مراقبت سلامت یکپارچه^۳ را می‌توان به عنوان تلاشی برای شناخت نقص‌های کیفیت توسط متخصصین و کنترل هزینه از سوی پرداخت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات در نظر گرفت. در راستای این اهداف، تمرکز اولیه برنامه IHA پرداختن به کم مصرفی^۴ مراقبت مبتنی بر شواهد (به

1 integrated healthcare association physician incentive program

2 backlash

3 Integrated Healthcare Association pay for performance (IHA P4P)

4 underuse

عنوان مثال ایمن‌سازی و غربالگری کودکان^۱، تجربه بیمار و استفاده از فناوری اطلاعات سلامت می‌باشد (۲).

همزمان با اعمال تغییرات در هدف مشوق های مالی، تاکید فزاینده‌ای در ارزیابی کیفیت و گزارش عمومی برای پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت هم در کالیفرنیا و هم به صورت ملی بوجود آمد. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سال ۲۰۰۳ برای ۶ برنامه سلامت با ۶/۷ میلیون جمعیت تحت پوشش و ۲۳۰ گروه پزشکی آغاز به کار کرد. در کالیفرنیا یک ائتلاف بزرگ و تاثیرگذار کارفرمایان خریدار^۲ (گروه کسب و کار آرام در سلامت^۳)، گردآوری و گزارش داده‌های مقایسه‌ای در گروه‌های پزشکی را آغاز کرده بودند. همچنین بیمه‌گران سلامت، کارتهای گزارش عمومی را برای تشویق ارتقای کیفیت و تحریک انتخاب آگاهانه ارائه‌دهنده خدمت ایجاد کرده بودند. این کارتهای گزارش مختص پرداخت‌کننده^۴، اساساً مبتنی بر داده‌های ادعانه‌های بیمه‌ای^۵ است و با توجه به انتخاب شاخص و شیوه اجرا فرق می‌کنند (۳).

گسترش سیستم‌های گزارش عملکرد و سنجش کیفیت به صورت رقابتی، نگرانی‌هایی را در میان گروه‌های پزشکی در مورد احتمال سردرگمی بعضی از مصرف‌کنندگان و کاهش تمرکز در تلاش‌های بهبود کیفیت ایجاد کرده بود. بعلاوه سیستم‌های ارزیابی پرداخت کننده واحد^۶ بیشتر احتمال دارد که با مشکلات مربوط به کوچک بودن نمونه مواجه شوند، زیرا بیمه‌گران در کالیفرنیا سهم نسبتاً کوچکی از بازار را در شبکه ارائه‌دهندگان به خود اختصاص داده‌اند. تا اوایل سال ۲۰۰۰ تلاش‌های فزاینده‌ای برای همسو کردن برنامه‌های مختلف سلامت و ارزیابی عملکرد خریدار و تلاش‌های تشویقی در کالیفرنیا وجود داشت. در سایه IHA، پرداخت‌کنندگان و انواع مختلفی از سایر ارائه‌دهندگان، شروع به ایجاد برنامه‌های هماهنگ برای ارزیابی کیفیت خدمات و ارائه پاداش در قبال آن در سطح ایالت کردند (۴).

برنامه IHA از چهار مولفه اصلی زیر تشکیل شده است:

(۱) مجموعه‌ای از شاخص‌های معتبر

- 1 childhood immunization and screening
- 2 a large and influential employer purchasing coalition
- 3 Pacific Business Group on Health(PBGH)
- 4 payer-specific report cards
- 5 claims data
- 6 single- payer

- (۲) گزارش‌دهی به عموم^۱
- (۳) پرداخت‌های تشویقی برنامه سلامت که در سطح پرداخت‌کنندگان متفاوت می‌باشد، اما در سطح کلان باهم هماهنگ هستند.
- (۴) جوایز اعلان عموم (۵).
- اتخاذ مجموعه‌ای از شاخص‌های عملکردی برای استفاده در تمامی برنامه‌های سلامت به عنوان مبنایی برای ارائه پاداش، باعث کاهش سردرگمی و افزایش تاثیر مشوق‌های هر یک از پرداخت‌کنندگان می‌شود. بعلاوه تجمیع اطلاعات در تمام برنامه‌های مشارکتی سلامت، نه تنها ویژگی‌های آماری سنجش را با توجه به افزایش حجم نمونه تقویت می‌کند، بلکه منجر به بهبود اعتماد به نفس گروه‌های پزشکی نیز می‌شود (۴).

طراحی برنامه

مراحل و طرح برنامه P4P در سطح ایالات متحده با تامین مالی توسط صندوق مراقبت سلامت کالیفرنیا که یک سازمان خیریه است و مأموریت آن پشتیبانی از ایده‌ها و ابتکارات برای بهبود سلامت کالیفرنایی‌ها می‌باشد، تکمیل شد. شش برنامه سلامت در ابتدا برنامه IHA را تایید کردند و بر روی مجموعه‌ای از شاخص‌ها و گزارش واحد توافق کردند: آتنا^۲، صلیب آبی کالیفرنیا^۳، سپر آبی کالیفرنیا^۴، مراقبت سلامت سیگنا در کالیفرنیا^۵، شبکه سلامت^۶ و پسيفیکر^۷. این گروه بعدها به انجمن مزیت سلامت غرب^۸ و گروه پزشکی پرماننت^۹ پیوست. Permanente یک سازمان پزشکی است که فقط با برنامه سلامت بنیاد کایزر^{۱۰} قرارداد می‌بندد و تنها در گزارش‌های عمومی شرکت می‌کند (۶).

-
- | | |
|----|--|
| 1 | public report card |
| 2 | Aetna |
| 3 | Blue Cross of California |
| 4 | Blue Shield of California |
| 5 | California, CIGNA HealthCare of California |
| 6 | Health Net |
| 7 | PacifiCare (now UnitedHealthcare) |
| 8 | Western Health Advantage |
| 9 | Permanente Medical Group |
| 10 | Kaiser Foundation Health Plan |

در جدول ذیل ویژگیهای P4P ایالت متحده بطور خلاصه ارائه شده است (۷):

نوع نظام رفاهی	نام برنامه	زمان شروع برنامه	میزان درآمد پزشک از برنامه	میزان مشارکت پزشکان در برنامه	تاثیر برنامه
لیبرال	IHA	۲۰۰۱	۲ درصد درآمد پزشکان	۷۰ درصد	تاثیر مثبت روی کیفیت مراقبت، هزینه اثربخش شناخته شده است. ترکیب پرداخت کنندگان و قوانین پیچیده پرداخت پاسخگویی پزشکان به مشوقها را کاهش میدهد.

برنامه IHA P4P یک برنامه خصوصی داوطلبانه با مشارکت محدود دولت در گزارش‌های عمومی، از نتایج بهره‌مندی مصرف‌کننده از خدمات می‌باشد. حاکمیت برنامه برعهده هیات مدیره IHA^۱ می‌باشد. برنامه توسط کمیته‌های فنی، مدیر و اداره کنندگان IHA P4P با کمک PBGH، کمیته ملی برای تضمین کیفیت^۲ و سایر متخصصین فنی مدیریت می‌شود. در IHA نمایندگان برجسته‌ای از پزشکان شامل رهبری از گروه‌های اصلی مشارکتی، بیمه‌گران و سایر خریداران بزرگ و گروه‌های مصرف‌کنندگان وجود دارند (۴).

طراحی فنی

برنامه IHA چارچوبی برای پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد که شامل انتخاب شاخص، مقتضیات تکنیکی و فرایند گزارش داده‌ها می‌باشد. میزانی که بیمه‌گران انفرادی از داده‌ها و چارچوب IHA استفاده می‌کنند، اختیاری است و به منظور تشویق هماهنگ سازی هر جا که امکان‌پذیر است، با توجه به سطح برنامه‌ها متفاوت است (۸، ۹).

1 IHA Board of Directors

2 National Committee for Quality Assurance (NCQA)

ابعاد عملکردی و شاخص‌ها

اتخاذ مجموعه مشترکی از معیارها و شاخصهای عملکردی توسط همه برنامه‌های سلامت و سازمان‌های پزشکی به بهبود در مراقبت بیمار کمک می‌کند. بعلاوه، تجمیع داده‌ها در سراسر برنامه‌های سلامت، روایی و پایایی سنجش را به طور چشمگیری بهبود می‌بخشد و با حذف نظام‌های رقابتی و متناقض رتبه‌دهی برنامه‌های سلامت، بار گزارش‌ها برای سازمان‌های پزشکی را کاهش می‌دهد. مجموعه شاخصهای IHA P4P در آغاز شامل ۳ بعد با ۲۵ شاخص در حیطه‌های کیفیت بالینی، تجربه بیمار و استفاده موثر از تکنولوژی اطلاعات سلامت بود که در سال ۲۰۱۲، بعد دیگری با عنوان استفاده از منابع و هزینه کل مراقبت^۱ نیز به آن اضافه شد (۴، ۵).

کیفیت مراقبت

شاخص‌ها در شش حیطه دارای اولویت مراقبت‌های پیشگیری، قلبی عروقی، دیابت، زایمان، اسکلتی عضلانی و تنفسی تمرکز دارند. این مجموعه شامل شاخصهای فرایند، پیامد و هرجا که امکان‌پذیر است، تبعیت از راهنماهای ملی می‌باشد (۵). مجموعه شاخصهای مربوط به بعد کیفیت مراقبت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ مجموعه شاخص‌های برنامه IHAP4P کالیفرنیا، ۲۰۱۲

وزن	کیفیت بالینی
۵۰٪	قلبی عروقی
	۱. مانیتورینگ سالانه برای بیماران در درمان دارویی - ACEI / ARB، دیگوکسین و دیورتیک ^۲ .
	۲. مدیریت کلسترل-غربالگری LDL
	۳. مدیریت کلسترل-کنترل LDL > ۱۰۰
	۴. نسبت روزهای تحت درمان دارویی - ACEI / ARB
	۵. نسبت روزهای تحت درمان دارویی استاتین

1 Resource Use and Total Cost of Care

2 ACE/ARB, Digoxin and Diuretics

وزن	کیفیت بالینی
	مراقبت دیابت
	۱. آزمایش HbA1c
	۲. کنترل ضعیف HbA1c < ۹/۰ درصد
	۳. کنترل ضعیف HbA1c > ۸/۰ درصد
	۴. کنترل ضعیف HbA1c > ۷/۰ درصد برای جمعیت انتخاب شده
	۵. غربالگری LDL
	۶. کنترل LDL > ۱۰۰
	۷. مانیتورینگ نفروپاتی
	۸. کنترل فشار خون > ۱۴۰/۹۰
	۹. مراقبت دیابت بهینه ۱-LDL > ۱۰۰ ، HbA1c > ۸/۰ درصد ، مانیتورینگ نفروپاتی
	۱۰. نسبت روزهای تحت درمان دارویی، درمان دارویی خوراکی دیابت
	اسکلتی - عضلانی
	۱. استفاده از بررسی‌های تصویربرداری برای کمردرد
	قلبی عروقی
	۱. ایمن‌سازی کودکان - ۲۴ - ماه ثبت‌نام به‌طور مداوم: ترکیبی از همه آنتی‌ژن‌ها
	۲. ایمن‌سازی بزرگسالان - ^۱ Tdap
	۳. واکسیناسیون HPV برای زنان بزرگسال ^۲
	۴. غربالگری کلامیدیا ^۳ در زنان - سن ۱۶ - ۲۴ سال
	۵. غربالگری مبتنی بر شواهد سرطان گردن رحم: غربالگری مناسب
	۶. غربالگری سرطان پستان: سن ۵۰ - ۶۹
	۷. غربالگری سرطان کولورکتال

- 1 Diphteria, Pertusis, Tetanus
- 2 Human Papilloma Virus
- 3 Chlamydia

وزن	کیفیت بالینی
	تنفسی
	۱. نسبت درمان دارویی آسم- سن ۵-۶۴
	۲. انجام آزمایش لازم برای کودکان مبتلا به التهاب گلو
	۳. درمان مناسب برای کودکان مبتلا به عفونت تنفسی فوقانی
	۴. اجتناب از درمان آنتی بیوتیک برای بزرگسالان مبتلا به برونشیت حاد

تجربه بیمار از مراقبت سلامت

این بعد عملکردی، رتبه‌دهی بیمار به مراقبت‌هایی که از پزشک خود و دیگر ارائه دهندگان خدمات در سازمان پزشکی دریافت کرده‌اند، است. برای مثال ارتباطات با پزشک خود، دسترسی به موقع به مراقبت سلامت، هماهنگی مراقبت و رتبه کلی مراقبت بر اساس ابزار ملی نظرسنجی پزشک و گروه CAHPS^۱ در این گروه قرار دارد (۵، ۱۰). مجموعه شاخصهای مربوط به بعد تجربه بیمار از مراقبت سلامت در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۲ مجموعه شاخص‌های برنامه IHAP4P کالیفرنیا، ۲۰۱۲

وزن	تجربه بیمار
۲۰٪	۱. مجموعه روابط پزشک-بیمار برای پزشکان عمومی
	۲. مجموعه روابط پزشک-بیمار برای متخصصین
	۳. مجموعه مراقبت هماهنگ
	۴. مجموعه خدمات و مراقبت بموقع برای پزشکان عمومی
	۵. مجموعه خدمات و مراقبت بموقع برای متخصصین
	۶. امتیاز کلی مجموعه مراقبت
	۷. ترکیب کارکنان اداری
	۸. مجموعه شاخص‌های ارتقای سلامت

استفاده موثر از تکنولوژی اطلاعات سلامت

به منظور تطابق با طرح‌های فدرال پرونده‌های الکترونیک سلامت، روش IHA P4P به سازمان‌های پزشکی بر اساس درصد پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌شان که تحت برنامه‌های تشویقی پرونده‌های الکترونیکی سلامت مدیر و مدیریکد، با موفقیت به مرحله ۱ یا ۲ استفاده موثر راه یافته اند، اعتباری را پرداخت می‌کند. ترویج اتخاذ و استفاده از فناوری اطلاعات سلامت همچنین مزایایی را برای استفاده از شاخصهای الکترونیک کیفیت بالینی در بر خواهد داشت (۵). مجموعه شاخصهای مربوط به بعد استفاده موثر از تکنولوژی اطلاعات سلامت در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳ مجموعه شاخص‌های برنامه IHAP4P کالیفرنیا، ۲۰۱۲

وزن	کاربرد HIT
۳۰٪	۱. استفاده از CPOE برای سفارشات دارو که به‌طور مستقیم توسط هر متخصص مراقبت سلامت دارای مجوز حرفه ای، که می‌تواند سفارشات را به ازای هر ایالت، محل و راهنمای بالینی در پرونده پزشکی وارد کند ثبت می‌شود.
	۲. پیاده سازی چک‌لیست دارو-دارو ^۱ و دارو-آلرژی ^۲
	۳. (به روز بودن لیست مشکل برای تشخیص های فعلی و فعال)
	۴. تولید و انتقال نسخه مجاز الکترونیکی
	۵. حفظ لیستی فعال از داروها
	۶. حفظ لیستی فعال از آلرژی دارو
	۷. ثبت جمعیتی
	۸. ثبت نمودار تغییرات در علائم حیاتی
	۹. ثبت وضعیت سیگار کشیدن
	۱۰. گزارش اقدامات با کیفیت بالینی اورژانس
	۱۱. پیاده سازی یک قانون پشتیبانی تصمیم گیری بالینی مربوط به تخصص و یا اولویت بالینی بالا، همراه با توانایی پیگیری تطابق با آن قانون.
	۱۲. ارائه یک کپی الکترونیک از پرونده بیمار به وی
	۱۳. ارائه خلاصه بالینی برای بیماران در هر بار مراجعه به دفتر
	۱۴. قابلیت تبادل اطلاعات کلیدی بالینی

1 Drug-Drug checklist

2 Drug-Allergy checklist

وزن	کاربرد HIT
۳۰٪	۱۵. محافظت از اطلاعات الکترونیک سلامت
	۱۷. مدیریت مراقبت مزمن برای بیماری‌های دیابت، افسردگی و یک بیماری مهم بالینی دیگر

استفاده از منابع و هزینه کل مراقبت

شاخص‌های استفاده مناسب از منابع بر مبنای بستری مجدد بیماران بستری، بهره‌مندی سرپایی و بستری، مراجعه به اورژانس و تجویز داروهای ژنریک تعریف می‌شود (۵).

درحالی‌که مقیاس‌های اولیه اساساً بر روی شاخص‌های فرایندی کیفیت مرتبط با بهره‌مندی ناکافی از مراقبت مبتنی بر شواهد متمرکز بود، نسخه فعلی شامل شاخص‌های پیامدهای میانی سلامت (مثل کنترل فشارخون) و استفاده بیش از حد مثل درمان آنتی‌بیوتیک مناسب است. همچنین IHA، وزن‌دهی به هر یک از ابعاد به عنوان بخشی از تلاش برای هماهنگ سازی P4P در سطح پرداخت‌کنندگان را توصیه می‌کند. وزن ابعاد در طول زمان با افزایش تاکید بر کیفیت بالینی تغییر کرده است. پاداش‌های مرتبط با شاخص‌های بهره‌مندی از منابع به صورت "پس انداز مشترک"^۱ با پرداخت‌کنندگان و نه به صورت جزئی از پاداش تعریف می‌شود (۴). مجموعه شاخص‌های مربوط به بعد کاربرد مناسب منابع در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ مجموعه شاخص‌های برنامه IHAP4P کالیفرنیا، ۲۰۱۲

وزن	کاربرد مناسب منابع
بدون وزن	۱. بهره‌مندی از خدمات بستری
	۲. بستری مجدد ظرف مدت ۳۰ روز
	۳. ویزیت‌های بخش اورژانس
	۴. بهره‌مندی از پروسیجرهای بستری: درصد بهره‌مندی در مرکز برگزیده
	۵. تجویز عمومی: SSRIs/SNRIs
	۶. تجویز عمومی: استاتین
	۷. تجویز ژنریک: داروهای ضد زخم معده
	۸. تجویز عمومی: فشار خون بالا و قلب و عروق
	۹. تجویز ژنریک: استروئیدهای بینی
	۱۰. تجویز عمومی: داروهای خوراکی دیابت
	۱۱. تجویز ژنریک: داروهای ضد اضطراب و خواب آور
	۱۲. هزینه کلی مراقبت
	۱۳. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: جراحی کمر
	۱۴. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: تعویض مفصل ران
	۱۵. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: تعویض مفصل زانو
	۱۶. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: جراحی چاقی کاهش وزن
	۱۷. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: PCI
	۱۸. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: کاروتید سونداژ ^۱
	۱۹. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: (CABG) جراحی بای پس عروق کرونر قلب
	۲۰. فراوانی پروسیجرهای انتخاب شده: اندآرتروکتومی قلبی ^۲

1 Carotid Catheterization

2 Cardiac Endarterectomy

پرداخت‌های تشویقی

نتایج تلفیقی عملکرد به صورت سالانه توسط برنامه‌های سلامت، به منظور محاسبه پاداش به کار برده می‌شود. هر برنامه، بودجه P4P خود و روش محاسبه مبالغ پاداش به گروه‌های پزشکی خود را تعیین می‌کند. برنامه IHA یک روش استاندارد پرداخت را که در آن گروه‌های پزشکی براساس دستیابی به هر شاخص و ارتقای هر شاخص امتیاز کسب می‌کنند، پیشنهاد کرده‌است. نمرات بالاتر (در دستیابی و ارتقای شاخص) باهم جمع می‌شود و سپس به صورت کل به وزن مربوطه ضرب می‌شود.

هر سال IHA یک "گزارش شفافیت" که شامل جزئیات شاخص‌ها و متدلوژی مورد استفاده توسط هر بیمه‌گر برای محاسبه مبالغ تشویقی می‌باشد، منتشر می‌کند. این گزارش درصد مجموع مبالغ P4P براساس شاخص‌های IHA، کل دلارهای پرداخت شده و فرمول خاص استفاده شده برای محاسبه پرداخت‌ها با سایر جزئیات را مستند می‌کند (۴).

گزارش عموم

شاخص‌های استاندارد، همچنین برای مصرف کنندگان این امکان را فراهم می‌کند تا عملکرد سازمان‌های پزشکی مشارکت کننده در برنامه را مقایسه کنند. AHI با دفتر مدافع بیمار کالیفرنیا برای گزارش عمومی نتایج P4P به صورت سالانه همکاری می‌کند. کارنامه آنلاین کیفیت، عملکرد سازمان‌های پزشکی را در یک شهرستان مقایسه می‌کند و عملکرد کلی سازمان‌ها و حیطه‌های موضوع و همچنین نمرات کیفیت بالینی، تجربه بیمار و شاخص‌های هزینه کل مراقبت را نشان می‌دهد (۵).

جوایز اعلان عموم P4P

اعلان عمومی یک جزء کلیدی برنامه P4P است. هر ساله AHI، سازمان‌های پزشکی با رتبه عملکردی بالا و همچنین سازمان‌هایی که عملکردشان در منطقه سال به سال بهبود داشته است را به رسمیت می‌شناسد. جایزه تعالی در مراقبت سلامت^۱، سازمان‌های پزشکی را که

به نمرات بالا در شاخص‌های کیفیت و تجربه بیمار دست یافته‌اند و به طور موثر هزینه‌ها را مدیریت می‌کنند، به رسمیت می‌شناسد. برای تشخیص این امر، سازمان‌های پزشکی باید در بالای ۰.۵ درصد، سه حیطه اصلی شاخصهای P4P (کیفیت بالینی، تجربه بیمار و هزینه کل مراقبت) فعالیت کنند. همچنین جوایزی به سازمان‌های پزشکی در هر یک از هشت منطقه کالیفرنیا که بیشترین بهبودی را در کیفیت عملکرد هر سال نسبت به سال گذشته داشته‌اند، تعلق می‌گیرد (۵).

گزارش داده‌ها

AHI کتابچه سنجش، شامل مشخصات ویژه شاخصها همراه با جمع آوری داده‌ها و دستورالعمل گزارش فراهم می‌کند. AHI، نمرات عملکرد شاخص‌های کیفیت را به صورت سالانه با استفاده از مجموعه‌ی واحدی از شاخص‌ها و داده‌های ارسال شده توسط بیمه سلامت و گروه‌های پزشکی تهیه می‌کند. گروه‌های پزشکی ممکن است داده‌ها را خودشان گزارش کنند یا آنکه بیمه‌گران سلامت، داده‌ها را از طرف آنها گزارش کنند. همه داده‌ها باید از منابع الکترونیکی استاندارد که مشمول ممیزی هستند، استخراج شده باشند. اکثر داده‌ها از ثبت‌های معاینه (این داده‌ها همچنین به‌عنوان ادعاهای سایه شناخته می‌شود، زیرا آنها نمایانگر اطلاعات صورت حساب هستند اما برای پرداخت استفاده نمی‌شود) و اطلاعات صورت حساب آزمایشگاهی استخراج می‌شوند. اگر داده‌ها برای شاخص خاصی هم توسط بیمه‌گر و هم گروه‌های پزشکی گزارش شده باشد، نمره دهی بر اساس مطلوب‌ترین مورد صورت می‌گیرد. در زمینه استفاده از منابع، تمام شاخص‌ها صرفاً بر اساس اطلاعات صورت حساب بیمه‌گر مورد بررسی قرار می‌گیرد. نظرسنجی تجربه بیمار با نمونه‌هایی از بیماران برای هر گروه پزشکی، توسط یک پرسشگر با استفاده از یک ابزار معتبر انجام می‌شود. در نهایت اطلاعات در مورد استفاده از فناوری اطلاعات سلامت توسط نظرسنجی جمع آوری می‌گردد و روایی آن توسط یک سازمان اعتباربخشی تایید می‌گردد (۴).

Reference

- 1 .Chen JY, Tian HJ, Juarez DT, Hodges KA, Brand JC, Chung RS, et al. The Effect of a PPO Pay-for-Performance Program on Patients With Diabetes. *American Journal of Managed Care*. 2010;16(1):E11-E9.
- 2 .Anonymous. Pay for performance promoted in California .*Qual Lett Healthc Lead*. 2002;14(2):13, 1.
- 3 .Robinson JC, Williams T, Yanagihara D. Measurement of and reward for efficiency in California's pay-for-performance program. *Health Affairs*. 2009;28(5):1438.47-
- 4 .Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University PressEngland; 2014.
- 5 .Yegian J, Yanagihara D. Value based pay for performance in California. *IntegratedHealthcareAssociation*. 2013.
- 6 .Rodriguez HP, von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. *J Gen Intern Med*. 2009;24(12):1281.8-
- 7 .Ammi M, Fortier G. The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review. *Social Science & Medicine*. 2017.
- 8 .Damberg CL, Raube K, Teleki SS, dela Cruz E. Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. *Health Affairs*. 2009;28(2):517.25-
- 9 .McDonald R, White J, Marmor TR. Paying for performance in primary medical care: learning about and learning from "success" and "failure" in England and California. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2009;34(5):747.76-

10 .McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. The Annals of Family Medicine. 2009;7(2):121.7-

فصل نهم: تجربه کشور ترکیه در زمینه P4Q

طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشک خانواده^۱

ترکیه یک کشور اوراسیایی است که بخش بزرگ آن در غرب آسیا و بخش کوچکی از آن در شبه جزیره بالکان در جنوب شرقی اروپا قرار گرفته است. در سال ۲۰۱۵ جمعیت این کشور ۷۸,۶۶۶,۰۰۰ نفر بوده است (۱). مراقبت سلامت در ترکیه متشکل از ترکیبی از خدمات بهداشتی دولتی و خصوصی می‌باشد. تا سال ۲۰۰۳ پیامدهای سلامت در ترکیه از جمله پیامدهای مادر-کودک^۲ در مقایسه با کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۳ و کشورهای با درآمد متوسط عقب افتاده بود (۲). دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه به طور قابل توجهی در سراسر کشور هم بین مناطق شهری و روستایی و هم در میان استان‌های مختلف و نیز بین خانواده‌های کم درآمد و پردرآمد متفاوت بود. عوامل مؤثر در

1 Family medicine performance based contracting scheme (FM PBC)

2 Maternal and Child Health (MCH)

3 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

ناکارآمدی بخش سلامت و نتایج نامطلوب بهداشتی شامل مواردی چون: تقسیم بندی بیش از حد و پوشش ناقص بیمه سلامت، ارائه خدمات تکراری، پایین بودن بهره وری و کیفیت فنی به ویژه در مراقبت های اولیه سلامت و کمبود امکانات، تکنولوژی و کارگران ماهر، توزیع نابرابر کارکنان بهداشتی بود (۳). از طرفی حقوق کم و عدم وجود انگیزه های عملکردی منجر به غیبت از کار کارکنان شده بود. این موضوع تاثیر متفاوتی بر مراکز سطح بالاتر داشت. کیفیت پایین در مراقبت های اولیه سلامت باعث می شد که بیماران با دور زدن مراکز مراقبت های اولیه سلامت منجر به افزایش حجم بیمار در مراکز سطح دوم و سوم شوند. تنها ۳۸ درصد از جمعیت در سال ۲۰۰۲ از مراقبت های سرپایی در سطح مراقبت های اولیه سلامت بهره مند بودند (۴).

ارائه خدمات بهداشتی به بخش های مختلف از جمعیت در واحدهای مجزا و ناهماهنگ با یکدیگر نشان دهنده تاکید محدود بر مراقبت پیشگیرانه بود. مدیریت متمرکز ارائه خدمات در آنکارا، ضمن اینکه وزارت بهداشت را از توجه کامل به نقش خود به عنوان تولید بخش بهداشت و درمان منحرف کرده بود، مدیریت اثربخش نتایج را نیز با دشواری مواجه کرده بود. نارضایتی عمومی از نظام سلامت و در نتیجه نگرانی های حاکمیت و کیفیت پایین در حال رشد بود. در این شرایط، انتخابات سال ۲۰۰۲ انگیزه های سیاسی به منظور اصلاحات در نظام سلامت را به دنبال داشت. زیرا دولت منتخب تعهد صریحی به منظور بهبود خدمات اجتماعی پذیرفته بود. واکنش وزارت بهداشت شامل ایجاد رویکرد جدید ارائه خدمات و تخصص جدید مراقبت های اولیه، بالا بردن حقوق پزشک خانواده، ترویج استفاده از راهنماهای بالینی، پیاده سازی فعال نظام اطلاعات سلامت و سیستم های پشتیبانی تصمیم گیری و طراحی مناسب مشوق های مالی بود. پزشکان و سایر کارکنان بالینی در طرح پزشک خانواده مشمول قرارداد های مبتنی بر عملکرد شده اند. طرح پزشک خانواده، در ابتدا به عنوان یک طرح پایلوت معرفی شد، اما در حال حاضر در سراسر کشور اجرا می شود (۵، ۶). ترکیه پیشرفت های قابل توجهی در وضعیت سلامت در سه دهه گذشته به ویژه پس از اجرای برنامه تحول سلامت داشته است. بعنوان مثال نرخ مرگ و میر

نوزادان، امید به زندگی در بدو تولد و نرخ مرگ و میر بارداری بطور چشم گیری کاهش یافته است. در جدول ۱ شاخصهای سلامت و مرگ و میر برای سالهای ۱۹۹۸-۲۰۱۰ نشان داده شده است (۷).

جدول ۱ شاخصهای سلامت و مرگ و میر برای سالهای ۱۹۹۸-۲۰۱۰

	۱۹۹۸	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰
امید به زندگی در بدو تولد									
زن	۷۲/۴	۷۳/۱	۷۴/۴	۷۵/۲	۷۵/۶	۷۶/۰	۷۶/۳	۷۶/۵	۷۶/۸
مرد	۶۸/۳	۶۹/۰	۷۰/۲	۷۱/۰	۷۱/۲	۷۱/۴	۷۱/۵	۷۱/۷	۷۱/۸
کل	۷۰/۳	۷۱/۰	۷۲/۱	۷۳/۰	۷۳/۳	۷۳/۶	۷۳/۸	۷۴/۰	۷۴/۳
نرخ مرگ و میر (به ازای ۱۰۰۰ نفر)									
نوزادان	۷۲/۷	۳۱/۶	۲۸/۵	۱۸/۴	۱۶/۹	۱۵/۹	۱۷/۰	۱۳/۱	۱۰/۱
کودکان زیر ۵ سال	۵۲/۰	۴۴/۰	۳۷/۰	۲۹/۰	۲۸/۷	۲۶/۶	۲۴/۰	۱۷/۰	۱۳/۰

طرح قرارداد مبتنی بر عملکرد پزشکی خانواده^۱ بخشی از برنامه تحول سلامت می باشد که با هدف ارتقای نظام سلامت ترکیه اجرا شد. FM PBC یک برنامه قرارداد مبتنی بر عملکرد است که در آن بخشی از درآمد ارائه دهنده در قرارداد مشروط بر عملکرد در قبال مجموعه ای از اهداف است و اگر به آستانه نقص عملکرد رسیده باشد، تهدید امکان لغو قرارداد وجود دارد. FM PBC از طریق درآمدهای عمومی در بودجه وزارت بهداشت تامین مالی می شود. با این حال، برای همه اهداف عملی، عقد قرارداد مدیریت و خرید، به معاونت بهداشت استان^۲ در هر استان واگذار می شود (۴).

برنامه FM PBC در آغاز تحت قوانین پزشکی خانواده بصورت پایلوت در

1 Family medicine performance based contracting scheme (FM PBC)

2 Provincial Health Directorates (PHDs)

استان دوزجه در سپتامبر سال ۲۰۰۵ اجرا شد. سپس برنامه در سال ۲۰۰۶ بصورت ملی در کل کشور پیاده شد. تا دسامبر سال ۲۰۱۰ کل ۸۱ استان در ترکیه درگیر برنامه FM PBC شده بودند و در نوامبر سال ۲۰۱۱ برنامه بعنوان برنامه دائمی دولت تعیین شد. در پایان سال ۲۰۱۱ برنامه پزشکی خانواده ۷۴/۵ میلیون جمعیت را تحت پوشش قرار داد. در زمان آماده سازی مطالعه در مجموع ۲۰۲۴۳ پزشک خانواده و ۲۰۲۴۳ پرسنل سلامت خانواده (اساسا پرستار و ماما) در ۶۴۶۳ مرکز سلامت خانواده مشغول به کار بودند. بعلاوه ۱۳۴۷۶ ارائه دهنده خدمت در ۹۶۰ مرکز سلامت جامعه مشغول به کار بودند که ۲۳۴۹ نفر از آنها پزشک بود. بطور میانگین ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر پزشک خانواده ثبتنام شد ولی تعداد بیماران ثبتنام شده به ازای هر پزشک می تواند به ۴۵۰۰ نفر نیز افزایش یابد. هدف وزارت بهداشت این است که این تعداد تا سال ۲۰۲۳ به ۲۰۰۰ مورد کاهش یابد (۸).

طراحی فنی

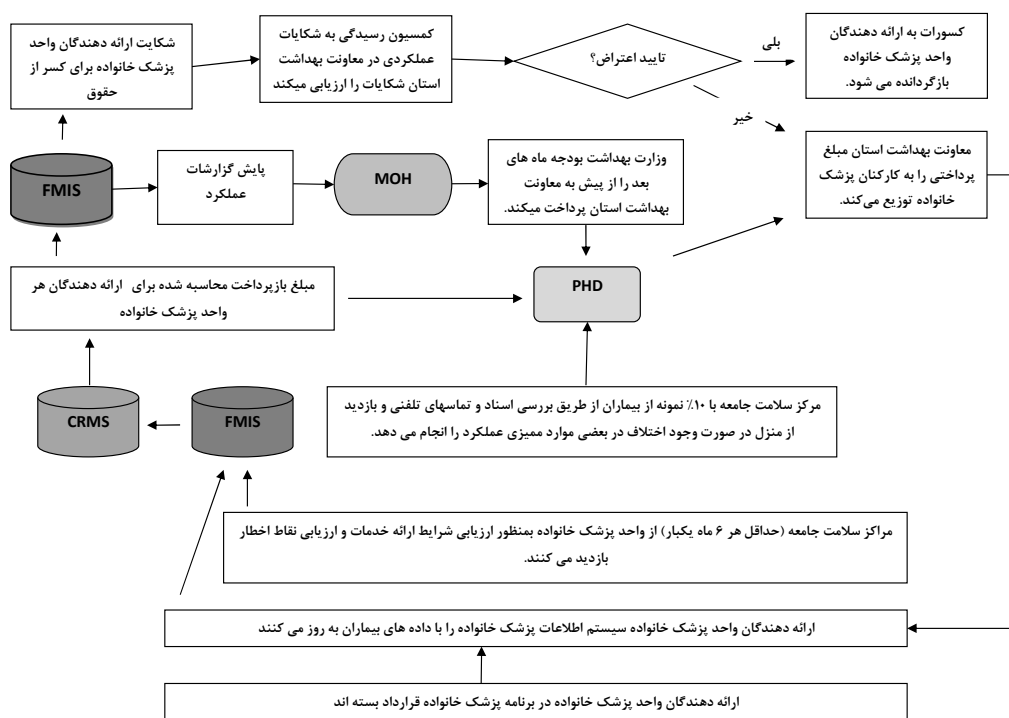
بر اساس این برنامه، هر واحد پزشکی خانواده متشکل از پزشکان خانواده، پرستاران و سایر کارکنان می باشند. افراد تحت پوشش پزشک خانواده مشخصی که انتظار می رود به عنوان متولی سلامت و تندرستی بیماران خود عمل کنند، قرار می گیرند. مردم حق انتخاب دارند و در صورتی که از انتخاب پزشک خانواده خود ناراضی باشند، می توانند پزشک دیگری را کنند. معاونت بهداشت استان به منظور ارائه بسته جامع خدمات پیشگیرانه، ارتقای و درمانی به بیماران واگذار شده به پزشکان خانواده، با آنها قرارداد می بندد. پزشکان خانواده تحت قرارداد همچنین در قبال مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی و اطمینان از اینکه مراکزشان مطابق با استانداردهای خدمات کار می کند، مسئول می باشند. معاونت بهداشت استان مسئولیت مدیریت و نظارت بر قراردادها از جمله مدیریت پرداخت را برعهده دارد. مراکز سلامت جامعه^۱، کمک های تدارکاتی و فنی به واحد پزشک خانواده ارائه می کنند و به نمایندگی از معاونت بهداشت استان بر برنامه FM PBC نظارت و آن را پایش می کنند. وزارت بهداشت

حامی مالی این برنامه است و نقش نظارتی دارد. طراحی فنی برنامه FM PBC، و روابط میان بازیگران مختلف در شکل ۲-۱ نشان داده شده است. مبلغ پایه برای ارائه دهندگان خدمات در قرارداد بر اساس سرانه با ضریب بالاتر برای گروه خاصی از مردم از جمله زنان باردار ثبت نام شده (فاکتور تعدیل^۱ ۳)، زندانیان (فاکتور تعدیل ۲،۲۵)، کودکان زیر چهار سال و سالمندان بالای ۶۵ سال (فاکتور تعدیل ۱،۶)، تعریف شده است. بعلاوه برای مناطق محروم، کارکنان در قرارداد می‌توانند یک "اعتبار خدمات"^۲ یا پرداخت پاداش ماهانه برای محل ارائه خدمات، دریافت نمایند. اعتبار خدمات در جدول قابل تطبیق با در آمد افراد^۳ محاسبه می‌شود و می‌تواند بیش از ۴۰ درصد از پرداخت سرانه پایه در مناطق محروم در نظر گرفته شود. همچنین پزشکان به عنوان مدیران مراکز بهداشتی و درمانی خود، ماهانه یک مبلغ کلی^۴ برای پوشش هزینه‌های عملیاتی مانند اجاره و آب و برق، نظافت، ملزومات اداری، تعمیرات کوچک و مواد مصرفی پزشکی دریافت می‌کنند. طیف استاندارد های کیفیت و خدمات رضایت بخش بر اساس طبقه‌بندی واحد پزشک خانواده متفاوت می‌باشد. بر اساس طبقه بندی واحد پزشک خانواده، پزشکان خانواده یک مبلغ کلی اضافی دریافت می‌کنند که از ۵۰ - ۱۰ درصد مبلغ پایه سرانه ماهانه برای واحد پزشک خانواده متغیر است. همچنین پزشکان خانواده یک مبلغ کلی اضافی (۱،۶ درصد از مبلغ پرداخت سرانه پایه) را برای تأمین هزینه های ارائه خدمات سیار^۵ دریافت می‌کنند و پزشکان برای هزینه هایی که در تست های آزمایشگاهی متحمل می‌شوند، بازپرداخت می‌شوند (۸).

چارچوب قرارداد نیز شامل دو اهرم عملکرد می‌باشد. سیستم کسر از حقوق و دستمزد که در آن اگر واحد پزشکی خانواده نتواند به اهداف پوششی برای شاخص های کلیدی وزارت بهداشت دست یابد، تا ۲۰

-
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | adjustment factor |
| 2 | Service Credit |
| 3 | sliding scale |
| 4 | lump sum |
| 5 | Mobile services |

درصد از پرداخت پایه خود را از دست خواهند داد. اهرم عملکرد دوم مربوط به یک نظام اداری تذکر کتبی یا "نقاط هشدار"^۱ می‌باشد که در صورت ضعف در پاسخگویی به دولت^۲، ارائه خدمات و یا استانداردهای کیفیت که در مجموعه ای متشکل از ۳۵ شاخص مشخص شده اند، اعلام می‌گردد. اگر مجموع نقاط هشدار ارائه دهنده‌ای در طی یک دوره قرارداد ۱۰۰ یا بیش از ۱۰۰ باشد، قرارداد وی می‌تواند فسخ شود.



نمودار: طرح CBP MF ترکیه

منبع: cashin et al, ۲۰۱۴

- 1 warning points
- 2 failure to meet governance

ابعاد عملکرد و شاخص ها

سیستم کسر از حقوق و دستمزد شامل هشت شاخص در یک بعد عملکرد - پوشش خدمات اولویت دار وزارت بهداشت - می باشد. شاخص های عملکرد عبارتند از (۸،۹):

- نرخ پوشش ایمن سازی کودکان ثبت نام شده برای هر یک از واکسن های مورد نظر (ب ث ژ^۱، دیفتی، کزاز، سیاه سرفه و واکسن^۲، فلج اطفال^۳، سرخک^۴، هپاتیت^۵، هموفیلوس آنفلوآنزا نوع ب^۶)، هر کدام جداگانه ارزیابی می شود.
- ثبت نام زنان باردار با حداقل چهار ویزیت در دوران بارداری طبق جدول زمان بندی.
- پیگیری مراقبت نوزادان و کودکان ثبت نام شده، طبق جدول زمان بندی.

سیستم کسر از حقوق

در برنامه FM PBC جریمه عملکرد، بر اساس عملکرد تیم به حقوق پزشکان خانواده و کارکنان واحد بهداشت خانواده، از جمله مدیران اعمال می شود. اگر واحد پزشک خانواده نتواند حداقل ۹۸ درصد از اهداف پوشش را برای شاخص های عملکردی برآورده کند، ارائه دهندگان آن واحد تا ۲۰ درصد از پرداخت های پایه های فردی خود را هر ماه از دست خواهند داد (۸).

کسورات شامل مجموع پرداخت پایه ماهیانه به هر پزشک خانواده می شود که در جدول قابل تطبیق با درآمد افراد برای هر شاخص در نظر گرفته شده است. اهداف به طور یکنواخت در تمام واحدهای پزشک خانواده و شاخص ها با حداکثر ۲۰ درصد کسر، اعمال می شوند: • ۲ درصد کسر، اگر نرخ پوشش ماهانه ۹۷ درصد تا ۹۸ درصد باشد.

- 1 Bacillus Calmette-Guerin (BCG)
- 2 Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DPT)
- 3 Polio (Pol3)
- 4 Measles
- 5 Hepatitis (Hep3)
- 6 Haemophilus influenzae type b (Hib)

- ۴ درصد کسر، اگر نرخ پوشش ماهانه ۹۵ درصد تا ۹۶ درصد باشد.
- ۶ درصد کسر، اگر نرخ پوشش ماهانه ۹۰ درصد تا ۹۴ درصد باشد.
- ۸ درصد کسر، اگر نرخ پوشش ماهانه ۸۵ درصد تا ۸۹ درصد باشد.
- ۱۰ درصد کسر، اگر نرخ پوشش ماهانه کمتر از ۸۹ درصد باشد.

سیستم مدیریتی

کارکنان پزشک خانواده در ارتباط با ۳۵ شاخص عملکرد ارزیابی می شوند و در این ارتباط، نقاط هشدار دهنده برای هر گونه تخلف تعیین شده است. هر تخلف بر اساس شدت، نمرات منفی مشخصی دارد (جدول ۱۰). اگر نقاط هشدار یکی از کارکنان پزشک خانواده در طی یک دوره قرارداد جمعاً ۱۰۰ یا بیشتر باشد، قرارداد وی فسخ خواهد شد، و او از عقد قرارداد جدید تا یک سال محروم خواهد شد. تکرار عدم موفقیت در دستیابی به اهداف عملکردی برای شاخص های کلیدی MCH علاوه بر کسر از حقوق به ازای هر شاخص عملکردی که پایین تر از هدف عملکردی است، می تواند منجر به فسخ قرارداد برای همه کارکنان پزشک خانواده در واحد نیز شود. علاوه بر این، روشن است که برنامه قرارداد پزشک خانواده شدیداً نسبت به کیفیت گزارش دهی و حفظ حریم خصوصی بیماران حساس است. گزارش نادرست (غیر واقعی)، یا نارسایی در حفظ محرمانگی سوابق بیمار می تواند منجر به ۵۰ نمره منفی شود که دلالت بر آن دارد که دو تخلف در طی دو سال منجر به فسخ قرارداد می شود (۸).

جدول ۲ شاخصهای عملکردی و نقاط هشدار در برنامه FM PBC ترکیه

نمرات منفی	شاخص های عملکردی
۳	عدم پیروی از طرح ساعت کار
۵	غیبت غیر موجه (برای هر روز کار نکرده).
۵	عدم ارسال پوستر و اطلاعیه ها طبق مقررات.
۵	نامناسب بودن تابلوهای راهنمای ورود و خروج
۵	استفاده از وسایل تبلیغاتی داروها در طول انجام وظیفه
۱۰	عدم نگه داری منظم سوابق مربوط به وظیفه، یا عدم اطلاع رسانی به ریاست یا وزارت
۱۰	عدم انتقال پرونده سلامت افراد ثبت نام شده.
۱۰	عدم تامین تجهیزات پزشکی مورد نیاز مرکز سلامت خانواده، ظرف مدت ده روز (برای هر کدام از ملزومات از دست رفته).
۱۰	غیبت بیش از حد مجاز برای دوره های آموزشی ارائه شده
۱۰	نگه داشتن داروهای تاریخ گذشته.
۱۰	عدم نگهداری داروهای مشمول نسخه سبز و قرمز.
۱۰	حضور نمایندگان شرکتهای دارویی در مرکز سلامت خانواده در ساعات کاری.
۵	ناکافی بودن روشنایی در سالن های انتظار و درمان
۵	عدم درمان بیماران مبتلا به سل
۱۰	عدم انجام بخشی از وظیفه برای خدمات مراقبت در منزل.

۱۰	تعویق و یا بی برنامه‌گی در خدمات سرپایی
۵	عدم انجام سایر وظایف با توجه به مقررات
۵	نیپوشیدن لباس فورم
۲۰	نارسایی در حفظ محرمانگی پرونده سلامت افراد
۵۰	نارسایی های عمدی در حفظ محرمانگی پرونده سلامت افراد
۱۰	عدم مناسب ساختن حداقل شرایط فیزیکی مرکز سلامت خانواده ظرف مدت ده روز.
۲۰	عدم پیروی از مقررات در کنترل زباله های پزشکی.
۲۰	عدم همکاری در ممیزی، عدم ارائه اطلاعات مورد نظر، و اظهارات غیر واقعی.
۲۰	عدم رعایت مقررات
۲۰	عدم انجام وظایف محوله در طب پیشگیری و اظهارات غیر واقعی.
۱۰	میزان تلقیح هر واکسیناسیون با عملکرد زیر ۹۰ درصد به جز موارد فورس مازور و یا در موارد غیر قابل اجتناب.
۲۰	میزان پیگیری زنان باردار با عملکرد زیر ۹۰ درصد به جز موارد فورس مازور و یا در موارد غیر قابل اجتناب.
۲۰	میزان پیگیری کودک-نوزاد، بعنوان یکی از اقدامات طب پیشگیری، با عملکرد زیر ۹۰ درصد به جز موارد فورس مازور و یا در موارد قابل اجتناب.
۲۰	عدم رعایت قوانین زنجیره سرد.
۲۰	عدم رعایت محرمانگی و حقوق بیمار به عنوان مفاد قانون خدمات مربوطه.
۲۰	عدم رعایت کد اخلاق پزشکی مرکز و یا محرمانگی بیمار.

۲۰	توهین به همکاران و گیرندگان خدمات و یا تهدید آنها.
۵۰	حضور در کار در حالت مستی و یا بردن مشروبات الکلی به محل کار.
۵۰	تهیه گزارشات و یا اسناد غیر واقعی.

گزارش داده

برنامه پزشک خانواده توسط دو نظام اطلاعاتی اصلی پشتیبانی می‌شود که برای پیگیری عملکرد ارائه شده در ابعاد فنی و مدیریتی/بودجه‌ای استفاده می‌شود.

(۱) نظام اصلی مدیریت منابع سلامت^۱؛ که یک سیستم اطلاعات در سطح وزارت بهداشت می‌باشد و برای پیگیری بودجه و هزینه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

(۲) نظام اطلاعات پزشکی خانواده^۲؛ که شاخص مرتبط با سلامت را در برنامه پزشک خانواده بازیابی می‌کند و یک سیستم پشتیبانی تصمیم برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشد.

CRMS شامل داده‌هایی در مورد مولفه‌هایی می‌باشد که پرداخت به کارکنان پزشکی خانواده را تعیین می‌کنند. این مولفه‌ها شامل ضرایب توسعه اجتماعی - اقتصادی برای هر منطقه، هزینه تست‌های آزمایشگاهی، نیروی انسانی و غیره است. با این حال همه مناطق در ابتدا تحت پوشش CRMS نبودند و بعضی از آنها داده‌ها را در گذشته به درستی وارد نکرده بودند. همچنین معاونت بهداشت استان برای اطمینان از اعتبار داده‌ها به صورت دستی، این داده‌ها را بازبینی می‌کند (۸).
نظام اطلاعات پزشک خانواده در رابطه با مدل پزشک خانواده ایجاد و معرفی شده است. رابط ارائه دهنده نظام اطلاعات پزشک خانواده شامل یک پرونده الکترونیک سلامت برای هر فرد ثبت نام شده در لیست هر پزشک خانواده است. پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند به طور مستقیم توسط کارکنان پزشک خانواده به روز شود و پرونده جامعی از مشخصات

1 Core Health Resource Management System (CRMS)

2 Family Medicine Information System (FMIS)

بیمار و خدماتی که بیماران دریافت می‌کنند از جمله مراقبت بارداری که به طور خاص در برنامه تشویقی PBC FM یک هدف می‌باشد، تهیه شود. همچنین FMIS از طریق ایجاد فهرست های پیگیری یا یادآور برای کارکنان پزشک خانواده به عنوان سیستم پشتیبانی تصمیم گیری عمل می‌کند و این امکان را فراهم می‌کند تا ارائه دهندگان پزشک خانواده پیشرفت خود را در راستای شاخص‌هایی که به کسر پرداخت مرتبط است، پیگیری نمایند.

داده‌های FMIS در یک سرور مرکزی به روزرسانی می‌شوند و کارکنان ذی‌صلاح در معاونت بهداشت استان و وزارت بهداشت می‌توانند به آنها دسترسی داشته باشند. معاونت بهداشت استان و وزارت بهداشت، عملکرد هر واحد پزشک خانواده را بر اساس شاخص‌های عملکردی مورد هدف که به سیستم کسورات مرتبط است، با محاسبه نرخ پوشش خدمات در میان جمعیت واجد شرایط ثبت نام شده در هر واحد پزشکی خانواده ارزیابی می‌کنند. اطلاعات به دست آمده از طریق این جریان اطلاعات توسط معاونت بهداشت استان، به منظور ارزیابی سطح پرداخت به کارکنان پزشکی خانواده، انطباق با استانداردها و تشخیص اینکه آیا قرارداد باید فسخ شود یا نه، استفاده می‌شود. پرداخت کامل به هر ارائه دهنده خدمت در CRMS محاسبه می‌شود. معاونت بهداشت استان از داده‌های FMIS، CRMS و نتایج ممیزی عملکرد برای بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات تا پانزدهم هر ماه استفاده می‌کند. ارائه‌دهندگان خدمات از طریق FMIS از مبلغ پرداختی و کسورات ممکن تا سیزدهم هر ماه مطلع می‌شوند. همچنین FMIS منبعی از داده‌ها را برای وزارت بهداشت به منظور نظارت بر عملکرد برنامه و تخصیص بودجه به معاونت بهداشت استان در رابطه با عملکرد مورد انتظار فراهم می‌کند (۸).

تایید داده ها

تایید داده‌های عملکرد در برنامه FM PBC ترکیه از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا شاخص‌های عملکرد در FMIS توسط خود کارکنان پزشک خانواده به نظام اطلاعات وارد شده و در نتیجه داده‌های ادعایی^۱

می‌باشند. معاونت بهداشت استان به عنوان نهاد مسئول برای مدیریت قراردادهای، مسئولیت دارند تا صحت این داده‌های ادعایی را در زمینه پوشش خدمات تایید نمایند. هر ماه حدود ۱۰ درصد از پزشکان خانواده برای تأیید صحت داده‌ها توسط CHC انتخاب می‌شوند. کارکنان CHC از طریق بررسی پرونده بیمار، تماس‌های تلفنی و یا ملاقات در خانه یک ممیزی عملکرد^۱ از پزشک منتخب انجام می‌دهند. حدود ۱۰ درصد از بیماران برای شرکت در این ممیزی به عنوان نمونه انتخاب می‌شوند. نتایج حاصل از ممیزی‌های منظم می‌تواند محرک یک ممیزی یا بررسی دقیق‌تر باشد. به جز در شرایط استثنایی هیچ پزشکی در دو ماه متوالی ممیزی نمی‌شود. به علاوه کارهای پزشک خانواده به منظور ارزیابی انطباق با استانداردهای ارائه خدمات و حاکمیت و نیز شناسایی هر گونه نقض مرتبط با نقاط هشدار، حداقل هر شش ماه یک بار توسط کارکنان CHC بررسی می‌شود (۸).

Reference

1. WHO. Countries statistics 2017. Available from: <http://who.int/countries/fra/en/>
2. Berman P, M T. Turkey National Health Accounts 1999–2000. Ankara: Ministry of Health; 2004.
3. Akinci F, Mollahaliloğlu S, Gürsöz H, Ögücü F. Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis. *Health Policy*. 2012;107(1):21.30-
4. Unit HDS. TURKEY Performance-Based Contracting Scheme in Family Medicine – Design and Achievements. Washington, DC: The World Bank; 2013.
5. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey Health system review: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
6. Organization WH. Turkey health system performance assessment 2011. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2012.
7. Savas BS, Omer Saka R. Health care systems in transition: Turkey. 2002.
8. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability. England: Open University PressEngland; 2014.
9. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: turkey 2014. OECD Publishing; 2014.

(Endnote)

- 1 Medical Deontology Code

فصل دهم: تجربه کشور ایران در زمینه P4Q

ایران یکی از کشورهای آسیایی می باشد که در قسمت غرب خاورمیانه واقع شده است. در سال ۲۰۱۵ جمعیت این کشور ۷۹,۱۰۹,۰۰۰ نفر برآورده شده است. نظام سلامت ایران در سه سطح کشوری، استانی و شهرستان سازماندهی شده است و هر سطح وظایف اختصاصی خود را دارد. در سطح کشوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ستاد اصلی هماهنگی نظام بهداشت درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می دهد و مأموریت اصلی آن تأمین سلامت کلیه افراد کشور از طریق تعمیم و گسترش خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی است. تدوین و ارائه سیاست ها، تعیین خط مشی ها و برنامه ریزی برای فعالیت های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهشی، خدمات بهداشتی- درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی بر عهده این وزارت می باشد. در سطح استان، دانشگاه های علوم پزشکی مسئول نظارت بر فعالیت های شبکه های بهداشت و درمان شهرستانها و پشتیبانی از خدمات سلامت می باشند. دانشگاه های علوم پزشکی همچنین با تربیت نیروی متخصص و پشتیبانی از طرح های تحقیقاتی، وظیفه آموزشی و پژوهشی خود را نیز در هر منطقه ایفا می کنند (۱). در سطح شهرستان، شبکه های بهداشتی و

درمانی شهرستان به عنوان واحدهای اجرایی خدمات بهداشتی و درمانی ایفای نقش می کنند. شبکه بهداشت و درمان شهرستان در حقیقت کوچک ترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می شوند و مسئولیت سلامت کلیه جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده دارند. شبکه بهداشتی درمانی کشور با هدف تضمین عادلانه دسترسی تمام افراد جامعه به مراقبتهای اولیه سلامت با اولویت مناطق روستایی و محروم از سال ۱۳۶۴ به تدریج تشکیل شد (۲).

روشهای پرداخت در نظام سلامت ایران

نظامهای پرداخت هزینه های سلامت در ایران به علت تنوع سازمانهای تأمین کننده ی منابع مالی بسیار متعدد و متنوع است. عمده ترین این سازمانها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمانهای بیمه گر پایه هستند. این تنوع در روشهای پرداخت در سطوح مختلف نظام سلامت کشور مشاهده می شود که به صورت اجمالی و در سطوح مختلف ارایه خدمات سلامت در زیر آورده می شوند.

۱. خدمات سطح یک

این سطح شامل خدمات پیشگیری، تشخیصی و درمانی می باشد که توسط پزشکان عمومی، مراقبین سلامت، بهورزان و سایر کارشناسان ارائه می شود.

الف) خدمات پیشگیری: این خدمات شامل غربالگری و ایمن سازی می باشد و عمدتاً توسط مراکز دولتی شبکه های بهداشتی درمانی و به صورت رایگان به مردم ارائه می شود. منابع مالی جهت تأمین این خدمات از طریق ردیفهای بودجه ای مندرج در قانون بودجه به صورت سالانه در اختیار وزارت بهداشت قرار می گیرد. اکثر پزشکان، مراقبین سلامت، ماماها و سایر ارائه دهندگان خدمات شاغل در این مراکز، در استخدام دانشگاههای علوم پزشکی هستند. لذا نظام پرداخت غالب به صورت حقوق، دستمزد و اضافه کاری می باشد (۳).

ب) خدمات تشخیصی و درمانی: منظور از این خدمات، خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی می باشد که از سوی پزشکان عمومی در مطبها و مراکز سلامت ارائه می شود. نظام پرداخت این خدمات، بسته به نوع

مالکیت مراکز و نوع بیمه متفاوت است. در مراکز سلامت عمدتاً روش پرداخت حقوق و دستمزد و پرداخت سرانه می باشد. سازمان بیمه سلامت طی تفاهم نامه ای با وزات بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۸۰ درصد هزینه ی کلیه ی خدماتی را (شامل ویزیت پزشکان، ماماها، دارو و خدمات پاراکلینیک سطح یک) که در شهرها و روستاهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت انجام می شود به روش سرانه و به صورت علی الحساب در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی قرار می دهد و ۲۰ درصد مابقی نیز به همین روش پس از پایش عملکرد به دانشگاه های علوم پزشکی پرداخت می شود. از آنجا که نوع استخدام پزشکان و ماماها با دانشگاه ها به دو روش رسمی و نیز عقد قراردادهای یکساله است، بازپرداخت به آنان متفاوت بوده و شامل نظام پرداخت حقوق، دستمزد و کارانه می باشد. در مورد خدمات دارویی و پاراکلینیک تقریباً ۷۰ درصد هزینه ها توسط دانشگاه ها تأمین و ۳۰ درصد آنها نیز به صورت فرانشیز از بیمه شدگان اخذ می شود. در صورتی که روستاییان به واسطه ی نوع اشتغال خود تحت پوشش سایر صندوقهای بیمه ای قرارداشته باشند (تأمین اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و ...) نظام پرداخت سازمان های بیمه گر به روش کارانه می باشد.

در شهرهای دارای بیش از ۲۰ هزار نفر جمعیت تا سال ۱۳۹۰ به جز برای بیمه شدگان تحت پوشش کمیته ی امداد، نظام ارجاع و پزشک خانواده برای هیچ یک از صندوقهای بیمه ای اجرا نشده بود. اما از این سال به بعد اجرای برنامه پزشک خانواده در دستور کار وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گر قرار گرفت و در چند دانشگاه اجرا شد. نظام پرداخت تمامی سازمانهای بیمه گر در ازای خدمات ارائه شده در مطب پزشکان و درمانگاه ها کارانه است و بر اساس نوع مالکیت مؤسسات، ارائه دهندگان خدمت ممکن است علاوه بر حقوق، کارانه نیز دریافت کنند (۳).

۲. خدمات سطح دو

خدمات سطح دو شامل خدمات تشخیصی و درمانی می باشد که توسط پزشکان متخصص ارائه می شود. روش پرداخت سازمانهای بیمه گر به این گروه از پزشکان کارانه است. در صورتی که این پزشکان به صورت

رسمی در استخدام درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، فرهنگیان و ... باشند علاوه بر کارانه، حقوق و دستمزد نیز دریافت می‌کنند. در خصوص روستاییانی که نظام ارجاع را رعایت کرده باشند و پزشک متخصص بازخواند ارجاع را به سطح یک انجام دهد، مبلغی به عنوان پاداش (۲۰ درصد تعرفه‌ی ویزیت) بابت هر بازخواند از سوی سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی پرداخت می‌شود (۳).

۳. خدمات سطح سه

خدمات سرپایی فوق تخصصی و خدمات بستری در این سطح ارائه می‌شود. در این سطح روش پرداخت خدمات سرپایی سازمانهای بیمه‌گر مشابه سطح دو می‌باشد. در خصوص خدمات بستری، سازمانهای بیمه‌گر برای پرداخت هزینه‌ها از دو روش پرداخت استفاده می‌کنند: کارانه: در این روش هزینه‌ی هر خدمت بستری مطابق تعرفه‌های دولت محاسبه و ۹۰ درصد آن به بیمارستان پرداخت می‌شود. در صورتی که خدمتی توسط اعضای هیأت علمی ارائه شود، سازمانهای بیمه‌گر دو برابر مبلغ تعرفه را پرداخت می‌کنند. در مورد نیروی انسانی مشغول در مناطق محروم نیز مبلغ پرداختی بسته به ضریب محرومیت هر منطقه بیشتر از تعرفه‌های دولتی می‌باشد.

ب) پرداخت گلوبال: در خصوص برخی از اعمال جراحی شایع به دلیلی پیچیدگی رسیدگی به اسناد پزشکی، محاسبه مبلغ پرداختی به بیمارستان بر اساس کارانه صورت نمی‌گیرد. در این موارد محاسبات به صورت کلی و بر اساس جدولی که شورای عالی بیمه در اختیار سازمانهای بیمه‌گر گذاشته است، انجام می‌شود. هزینه‌های اعمال گلوبال، بسته به درجه‌ی ارزشیابی بیمارستان و انجام خدمات توسط اعضای هیأت علمی تمام وقت متفاوت می‌باشد. در این سطح نیز بسته به نوع مالکیت بیمارستانها و نوع استخدام پزشکان، نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت شامل حقوق و دستمزد و کارانه می‌باشد (۳).

روشهای پرداخت تشویقی در نظام سلامت ایران

در نظام سلامت ایران پرداختهای تشویقی با روشهای مختلفی صورت می گیرد و ممکن است به صورت مالی و یا غیر مالی از جمله تامین تسهیلات خاص برای کارکنان باشد. اصلی ترین روشهای پرداخت مشوقهای مالی، پرداخت پاداش و اضافه کاری می باشد. پرداخت پاداش ممکن است در زمانهای مشخص از جمله پایان سال صورت بگیرد. همچنین ممکن است به صورت موردی و به منظور تشویق کارکنانی که عملکرد بخصوصی داشته اند، پرداخت شود. مبلغ اضافه کاری به صورت افزون بر حقوق کارکنان و بر اساس میزان ساعات اضافی کارکنان به صورت ماهانه پرداخت می شود. یکی از روشهای پرداخت تشویقی (همانطور که در فصل دوم توضیح داده شده است) پرداخت مبتنی بر کیفیت می باشد. با وجود اینکه این روش در کشورهای مختلف کاربرد گسترده ای دارد و یکی از کلیدی ترین روش های پرداخت مشوق به منظور بهبود کیفیت خدمات می باشد، در ایران کاربرد چندانی نداشته است.

تجربه ایران در زمینه پرداخت مبتنی بر کیفیت (P4Q)^۱

براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب فرصتی مناسب به منظور تامین سهولت دسترسی به خدمات سلامت برای ساکنین این مناطق پدید آمد. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم مراقبت سلامت، مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارند (۴). در برنامه پزشک خانواده روستایی سقف پرداختی به پزشک، ماما، کارشناس آزمایشگاه و داروخانه بر اساس سرانه جمعیت تحت پوشش تعیین می شود که در مقایسه با سایر کارکنان که مشمول برنامه بیمه روستایی و جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر نمی باشند،

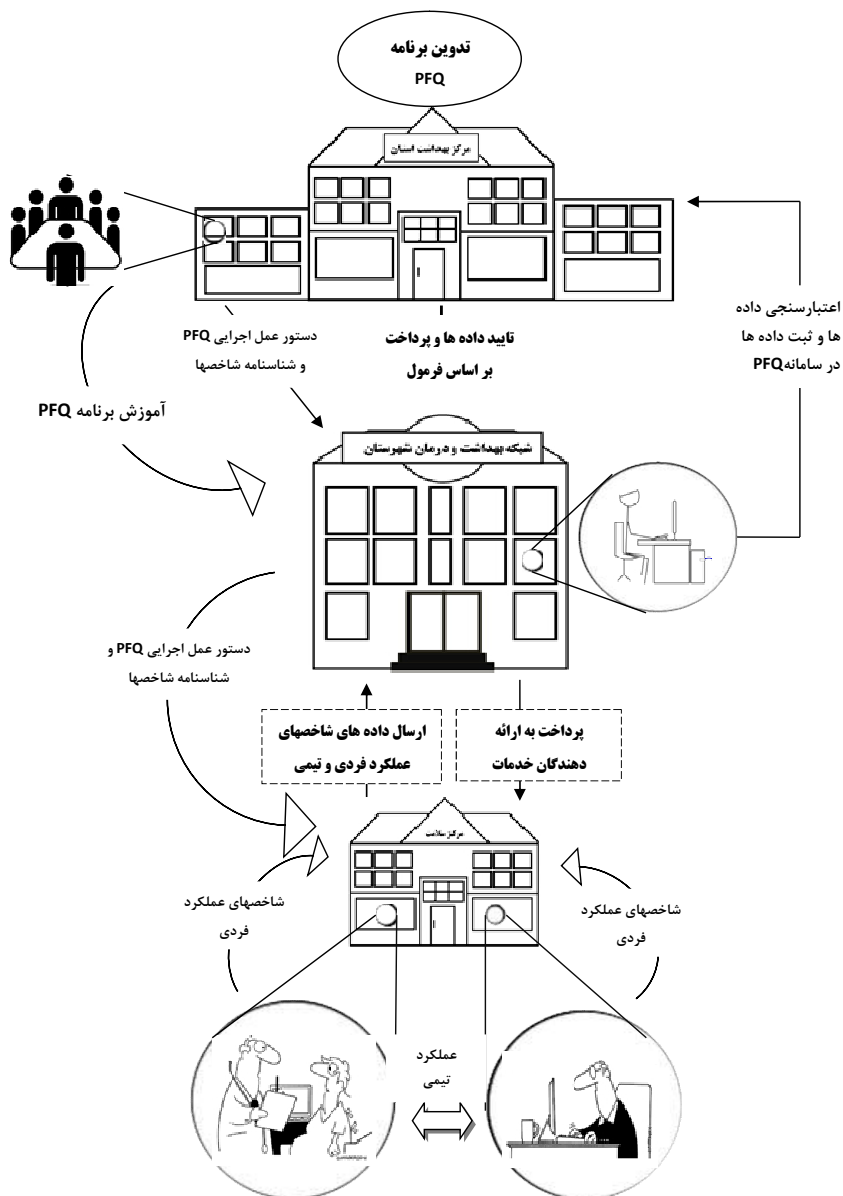
مبلغ بسیار بیشتری می باشد (۵).

به منظور ترمیم حقوق سایر کارکنان درگیر در اجرای برنامه پزشکی خانواده در سطوح مختلف مدیریتی و کارشناسی، مبلغی تحت عنوان کارانه از محل درآمدهای اختصاصی تامین می شود که به صورت سه ماهه پرداخت می شود. مبنای محاسباتی کارانه براساس درصدی از سرانه تعیین شده است، ولی محل تامین آن برای کارشناسان استانی و مدیران و کارشناسان شهرستانی از محل درآمدهای اختصاصی دانشگاه/دانشکده می باشد. پرداخت کارانه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تا سال پیش صرفاً بر اساس نمره پایش بود. پایش با استفاده از چک لیستی با تعداد سوالات بسیار زیاد و طاقت فرسا انجام می گرفت که علاوه بر اینکه وقت و انرژی زیادی به هدر می رفت، نمی توانست منعکس کننده کیفیت خدمت و یا عملکرد کارکنان باشد (۶). از طرفی پرداخت مشوق به کارکنان ستادی نیز بر اساس معیارهای ذهنی صورت می گرفت. در سالهای اخیر مداخلات زیادی در راستای اصلاح نظام مراقبت سلامت و ارتقای سلامت در استان آذربایجان شرقی انجام گرفته است. طرح مجتمع های سلامت، با هدف بهبود پوشش مراقبت سلامت و بهبود کیفیت خدمات در مناطق حاشیه نشین طراحی و اجرا شد. هم چنین برنامه توانمندسازی مدیران شبکه بهداشت و درمان شهرستانها و پوشش خدمات ضروری از جمله سلامت دهان و دندان و سلامت مدارس از سایر مداخلاتی بود که در راستای اصلاحات طرح تحول سلامت در استان آذربایجان شرقی صورت گرفت (۷-۹). معاونت بهداشت استان آذربایجان شرقی به منظور اصلاح طرح تشویقی ارائه دهندگان خدمات، در صدد طراحی برنامه P4Q برآمد تا ضمن بهبود روش پرداخت تشویقی، بتواند کیفیت خدمات را نیز بهبود بخشد. در سال ۱۳۹۴ به منظور بهبود پرداخت تشویقی به کارکنان در مراکز مراقبتهای سلامت و هم چنین ستاد شهرستانها و استان، برنامه پرداخت تشویقی مبتنی بر کیفیت طراحی و به صورت پایلوت در استان آذربایجان شرقی اجرا شد (۱۰). در سال ۱۳۹۵ با ارتقای برنامه و برطرف کردن نقاط ضعف طرح، برنامه P4Q در سطح کشور اجرا شد.

طراحی برنامه

طراحی برنامه P4Q یک فرایند مشارکتی بود و در آن از نظرات اغلب کارشناسان برنامه‌های سلامت استفاده شده است. در آغاز کار تیم های مختلفی تشکیل شد که هر کدام وظایف مشخصی بر عهده داشتند. تیم سیاستگزاری که وظیفه طراحی چارچوب و سیاستهای کلی رویکرد پرداخت را به عهده داشت. تیم هماهنگی که شامل کارشناسان و مدیران مختلف برنامه‌های سلامت بود، مسئولیت هماهنگی بین برنامه‌های مختلف را بر عهده داشت. تیم پژوهشی، مسئولیت اصلی تحقیق در زمینه مبانی برنامه P4Q و طراحی علمی برنامه P4Q را به عهده داشت. تیم اجرایی که شامل مدیران ارشد و کارشناسان ستادی معاونت بهداشت بود، مسئولیت اقدامات اجرایی کار را به عهده داشتند. در فلوچارت شماره ۱ مراحل طراحی و اجرای برنامه به طور شماتیک نشان داده شده است. این برنامه اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- بهبود کیفیت خدمات
- بهبود کار تیمی
- بهبود عدالت در پرداخت تشویقی
- جایگزینی ارزیابی های ذهنی با شاخص های عینی
- بهبود عملکرد سازمان با همسو کردن اهداف فردی و اهداف سازمانی



مولفه های برنامه P4Q

ابعاد مدل پرداخت: مدل P4Q در پایش ارایه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی، سه بعد فردی، تیمی و سازمانی را در نظر گرفته است. در سطح فردی، عملکرد مستقیم او در ارتباط با فرایندهای اختصاصی خودش اندازه گرفته می شود. در سطح تیمی، تلاش و همکاری فرد برای ارتقای شاخص های محل خدمت او مورد ارزیابی قرار می گیرد. در سطح سازمانی، شاخص های مرکز بهداشت شهرستان و یا مرکز خدمات جامع سلامت پایش می شوند.

سقف پرداخت: سقف پرداخت بر اساس پزشکان خانواده، بهورزان، سایر ارایه دهندگان مراقبت های سلامت، ناظرین ستادی و کارکنان فرایندهای پشتیبانی تعیین شدند. در تعیین سقف پرداخت اغلب رشته های شغلی، به سطح تحصیلات هم توجه شده است.

شاخص های عملکرد: که به سازمانهای مراقبتهای بهداشتی اولیه انگیزه مالی مستقیم برای دستیابی به استانداردهای عملکرد منطبق با استانداردهای ملی ارائه می کند؛ و

فرمول پرداخت: محاسبه مقدار پرداخت از پنج عامل مقدار ثابت، پایش فردی، پایش تیمی، پایش سازمانی و ارزیابی مدیریتی تاثیر می پذیرد. هم چنین برای افرادی که بیش از یک شغل را انجام می دهند، ضریب تنوع شغلی در نظر گرفته شده است. در نهایت مقدار محاسبه شده در مدت دوره پایش ضرب می شود.

پایش عملکرد: هر سه ماه بر اساس چک لیست های تهیه شده و فرمول های ارایه شده، مدیران بلافصل تمام کارکنان مستقر در خانه بهداشت، پایگاههای سلامت، مرکز سلامت و گروههای کارشناسی ستادی را پایش می نمایند. پایش های انجام یافته در هر دوره پایش توسط مدیران شهرستان و یا استان تایید می شوند.

طراحی فنی P4Q

شاخصهای پرداخت مبتنی بر کیفیت

در P4Q بیشتر شاخصهای میانی و فرایندی مدنظر می باشد. زیرا این شاخصها بهتر می توانند به بهبود عملکرد ارائه دهندگان خدمات کمک

کنند. شاخص‌های عملکردی مورد استفاده در P4Q شامل ۳۵ شاخص در پنج بعد عملکردی می‌باشند که عبارتند از: (۱) پیشگیری؛ (۲) مدیریت بیماری‌های مزمن (دیابت و فشارخون)؛ (۳) پوشش خدمات ضروری (۴) سازماندهی مرکز؛ و (۵) نظارت و برنامه ریزی

خلاصه شاخص‌های عملکردی به تفکیک نقش‌های مورد ارزیابی و سطح عملکردی به طور خلاصه در زیر آورده شدند. البته توجه شود که شاخصها دائمی نمی باشند و در هر دوره پایش احتمال دارد شاخصهای جدید اضافه گردند یا بعضی از شاخصها در پایش لحاظ نشود. در این مدل شاخصهای استفاده شده در چهار حیطه زیر قرار می گیرند :

۱. ارایه مراقبتهای بهداشتی درمانی

۲. تجارب گیرندگان خدمات

۳. مدیریت فرایندهای بهداشتی درمانی

۴. توانمند سازی جامعه

با توجه به تنوع خدمات سلامت و به تبع آن شاخصهای قابل محاسبه در سطح شهرستان در انتخاب شاخصهای مدل P4Q از معیارهای زیر استفاده شده است :

۱. مراقبتهای بهداشتی تاثیرگذار در ارتقای سلامت

۲. غربالگری عوامل خطر

۳. مراقبت بیماری های مزمن

۴. نشانگر کیفیت مراقبتهای بهداشتی درمانی

۵. قابل دستیابی در بازه زمانی تعریف شده

۶. قابل محاسبه در تمام خانه های بهداشت و مراکز سلامت

الف - شاخص کیفیت ارائه فرایند: برای تمام نقشهای تعریف شده این شاخص بر اساس چک لیستهای هر فرایند محاسبه می شود. این شاخص میانگین پایش های انجام یافته در دوره زمانی پایش عملکرد می باشد.

ج- شاخصهای اختصاصی مدیران و کارشناسان ستادی برنامه های سلامت

۱. درصد تحقق پایش و ارزشیابی: مدیران و کارشناسان بهداشتی بایستی

سطوح پایین خود را بر اساس برنامه مشخص در فواصل زمانی تعیین

شده بازدید و پایش نمایند. ارزشیابی آن بر اساس گزارش پایش ها،

پیگیری برای برطرف کردن مشکلات شناسایی شده و تغییرات انجام شده بر اساس بازخورد پایش انجام می‌گردد.

۲. تدوین گزارش عملکرد فرایند اختصاصی: هر کارشناس باید عملکرد فرایندهای اختصاصی خود را در دوره‌های زمانی مشخص شده بر اساس شاخصهای تعریف شده تهیه نماید. در این گزارش بایستی به روند تغییرات شاخصها اشاره شده و مقایسه‌های زمانی و مکانی مناسب نیز انجام گیرد.

۳. تغییر شاخصهای فرایندهای اختصاصی: این شاخص به مقدار تغییر شاخصهای عملکرد فرایندها در دوره‌های زمانی مشخص اشاره دارد.

۴. توسعه فردی و حرفه‌ای: بر اساس شرکت در دوره‌های بازآموزی و برنامه ریزی جهت ارتقای فردی و حرفه‌ای انجام می‌گیرد.

د- کارشناسان ستادی پشتیبانی: در مدل P4Q کارشناسان ستادی پشتیبانی به سه گروه بودجه، امور مالی و امور اداری تقسیم شدند.

□ درصد تحقق پایش و ارزشیابی: مدیران و کارشناسان بهداشتی بایستی سطوح پایین خود را بر اساس برنامه مشخص در فواصل زمانی تعیین شده بازدید و پایش نمایند. ارزشیابی آن بر اساس گزارش پایش ها، پیگیری برای برطرف کردن مشکلات شناسایی شده و تغییرات انجام شده بر اساس بازخورد پایش انجام می‌گردد.

□ تدوین گزارش عملکرد فرایند اختصاصی: هر کارشناس پشتیبانی باید عملکرد فرایندهای اختصاصی خود را در دوره‌های زمانی مشخص شده بر اساس شاخصهای تعریف شده تهیه نماید. در این گزارش بایستی به روند تغییرات شاخصهای پشتیبانی اشاره شده و مقایسه‌های زمانی و مکانی مناسب نیز انجام گیرد.

□ تغییر شاخصهای فرایندهای اختصاصی: پشتیبانی: این شاخص به مقدار تغییر شاخصهای عملکرد فرایندها در دوره‌های زمانی مشخص اشاره دارد.

□ توسعه فردی و حرفه‌ای: بر اساس شرکت در دوره‌های بازآموزی و برنامه ریزی جهت ارتقای فردی و حرفه‌ای انجام می‌گیرد.

ه- مدیریت برنامه های سلامت (گروههای کارشناسی بهداشتی و پشتیبانی)

۱. شاخصهای عملکردی: برای هر برنامه سلامت مهمترین شاخصهای عملکردی تعیین و مقدار تغییر آن در دوره های پایش اندازه گرفته شده و مبنای محاسبه قرار می گیرد.
۲. درصد تحقق برنامه عملیاتی: هر گروه کارشناسی در ابتدای سال برنامه عملیاتی خود را تهیه می نمایند. بر اساس برنامه نوشته شده در دوره های پایش مقدار تحقق آن اندازه گیری و تعیین می گردد.
۳. آموزش نیروی انسانی: بر اساس برنامه آموزش مداوم گروه کارشناسی درصد برنامه های اجرا شده محاسبه می گردد.
۴. اطلاع رسانی و مدیریت اطلاعات: تهیه و انتشار شاخصهای سلامتی متناسب به برنامه سلامت هر گروه و نیز به روز رسانی وب سایت آن گروه مبنای محاسبه این شاخص قرار می گیرد.

و- شاخصهای تشویقی

به منظور تشویق کارکنان و ارائه دهندگان مراقبتهای بهداشتی برای نوشتن مقاله و اجرای پروژه های ارتقای کیفیت و اجرای پروژه های ارتقای سلامت دو شاخص زیر به عنوان شاخصهای تشویقی در نظر گرفته شدند که امتیاز آن به میزان حداکثر ده نمره بر امتیاز پایش هر فرد اضافه شود.

۱. تعداد پژوهش و پروژه ارتقای کیفیت
 ۲. خلاقیت و ابتکارات: مواردی هستند که در چارچوب یک فرایند و یا یک برنامه سلامت اجرا شده و دو ویژگی زیر را داشته باشند:
 - i. جزو فعالیتهای روتین آن محسوب نمی گردند.
 - ii. اجرای این فعالیت منجر به تغییر در شاخص و یا موفقیت یک برنامه شده است.
- شاخصهای برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت به تفکیک نقشها در صفحه بعد ارائه شده است.

جدول ۱: نمونه شاخصهای عملکرد فردی ارایه دهندگان مراقبتهای
بهداشتی درمانی

رشته شغلی	کد شاخص	شاخص	نوع شاخص	استاندارد شاخص
پریشک خانواده	PI1	درصد جمعیت تحت پوشش که حداقل یک بار ویزیت پایه/ مراقبت را دریافت کرده‌اند.	فرایند	۱۰۰
	PI2	بار مراقبت سالیانه دیابت	فرایند	۴
	PI3	بار مراقبت سالیانه اختلال افسردگی	فرایند	۴
	PI4	درصد بیماران دیابتی با هموگلوبین A_{1C} کمتر از ۷٪	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	PI5	درصد بیماران مبتلا به اختلال پروفایل لیپید که مقادیر لیپید در محدوده طبیعی قرار دارند.	پیامد	طبق توافق ابتدای سال
مراقب سلامت/ بهورز زن	CI1	درصد غربالگری عوامل خطر	فرایند	۱۰۰
	CI2	درصد مادران زایمان کرده که در طول دوره بارداری حداقل ۶ مراقبت استاندارد را دریافت کرده‌اند.	فرایند	۱۰۰
	CI3	پوشش مراقبت سلامت کودکان	فرایند	۱۰۰
	CI4	درصد دانش آموزان مدارس تحت پوشش که وضعیت سلامتی آنها مورد ارزیابی قرار گرفته است.	فرایند	۱۰۰
	CI5	درصد سالمندان مراقبت شده ۶۰ سال به بالا	فرایند	۱۰۰

ادامه جدول ۱

۱۰۰	فرایند	پوشش بازدید بهداشتی: درصد بازدیدهای نظارتی و اصلاحی از کارگاه های تحت پوشش/اماکن بهداشتی	OE1	کارشناسان سلامت کار و محیط
۱۰۰	فرایند	پوشش اماکن بهداشتی	OE2	
۱۰۰	ساختار	درصد کارگاههای تحت پوشش بهداشت حرفه ای	OE3	
۱۰۰	فرایند	معاینات دوره ای شاغلین کارگاه ها و کارخانجات	OE4	
۱۰۰	فرایند	پوشش ویزیت دوره ای صاحبان اماکن	OE5	
۱۰۰	فرایند	پوشش بازدید بهداشتی کارگاهها و کارخانجات	OE6	
۱۰۰	فرایند	درصد ترمیم دندانهای دائمی دانش آموزان دوره ابتدایی	1LD	کارشناس سلامت دهان و دندان
۱۰۰	فرایند	درصد فلوراید تراپی دانش آموزان دوره ابتدایی	I2D	
۱۰۰	فرایند	درصد فیشور سیلانت دانش آموزان دوره ابتدایی	I3D	

جدول ۲: شاخصهای عملکرد فردی کارشناسان فنی ستادی مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان

رشته شغلی	کد شاخص	شاخص	نوع شاخص	استاندارد شاخص
مدیر گروه کارشناسی	EM1	درصد تحقق پایش و ارزشیابی	پیامد	۱۰۰
	EM2	تدوین و پایش برنامه عملیاتی گروه کارشناسی	فرایند	۱۰۰
	EM3	شاخص تشکیل جلسات هماهنگی و کمیته های گروه	فرایند	۱۰۰
	EM4	درصد تحقق دوره های آموزش مداوم مورد انتظار	فرایند	۷۰ ساعت در سال
	EM5	تعداد پروژه ارتقای کیفیت، ممیزی بالینی، مشارکت در پژوهش و تدوین مقاله و یا ارائه مقاله در همایش	فرایند	۵ مورد در سال
کارشناس فنی ستادی	TE1	درصد تحقق پایش و ارزشیابی	پیامد	۹۰
	TE2	تدوین گزارش عملکرد فرایند اختصاصی	فرایند	چارچوب استاندارد
	TE3	مقدار تغییر در شاخص عملکرد اختصاصی	فرایند	-
	TE4	درصد تحقق دوره های آموزش مداوم مورد انتظار	فرایند	۷۰ ساعت در سال
	TE5	تعداد پروژه ارتقای کیفیت، ممیزی بالینی، مشارکت در پژوهش و تدوین مقاله و یا ارائه مقاله در همایش	فرایند	۵ مورد در سال
مراقب ناظر سلامت	TI1	آموزش بهورزان	فرایند	
	TI2	تهیه گزارش عملکرد خانه های بهداشت تحت پوشش	فرایند	
	TI3	درصد خانه های بهداشت با تهیه پانل اطلاعات مدیریتی	فرایند	
	TI4	درصد پایش خانه های بهداشت	فرایند	
	TI5	درصد خانه های بهداشت با اجرای پروژه های نیازسنجی	فرایند	
	TI6	درصد تحقق برنامه عملیاتی خانه های بهداشت	فرایند	

ادامه جدول ۲

رشته شغلی	کد شاخص	شاخص	نوع شاخص	استاندارد شاخص	منبع جمع آوری داده
کارشناس پشتیبانی	AE1	شاخص کیفیت فرایند	فرایند	طبق توافق ابتدای سال	پرسشنامه استاندارد
	AE2	درصد تحقق دوره های آموزش مداوم مورد انتظار	فرایند	۱۰۰	اسناد موجود در ستاد
	AE3	تعداد پروژه ارتقای کیفیت، پژوهش و مقاله	فرایند	۱ مورد	اسناد موجود در ستاد

جدول ۳: شاخصهای عملکرد سازمانی

سطح سازمان	کد شاخص	شاخص	نوع شاخص	استاندارد شاخص
مرکز بهداشت استان	PC1	کیفیت مراقبتهای بهداشتی	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	PC2	میزان تحقق برنامه عملیاتی	فرایند	۷۵
	PC3	کیفیت داده های سامانه سیب	فرایند	۱۰۰
	PC4	درصد مورد انتظار شناسایی بیماری دیابت	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	PC5	درصد شناسایی مورد انتظار اختلالات روانپزشکی	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	PC6	درصد دسترسی به ملزومات دستور عمل شستشوی دست	فرایند	۱۰۰
	PC7	میانگین پایش پزشکان خانواده	فرایند	۱۰۰
	PC8	درصد جمعیت تحت پوشش دانشگاه که حداقل یک بار در سامانه سیب خدمت دریافت نمودند.	فرایند	۱۰۰

ادامه جدول ۳

مرکز بهداشت شهرستان	DC1	درصد تحقق برنامه عملیاتی	فرایند	۷۵
	DC2	تعداد پروژه مشارکت جامعه و سایر بخشها	فرایند	۱ مورد
	DC3	رضایت گیرندگان خدمت	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	DC4	درصد بازخورد ارجاع	فرایند	توافق ابتدای دوره
	DC5	درصد پانلهای اطلاعات مدیریتی مناسب	فرایند	۱۰۰
	DC6	درصد نمونه های خلط قابل قبول	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	DC7	درصد نمونه گیری میکروبی آب بر اساس استاندارد	فرایند	۱۰۰
	DC8	درصد جمعیت ۱۲ ساله و بیشتر مبتلا به اضافه وزن و چاقی که مشاوره تغییر رفتار را دریافت نمودند	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	DC9	پوشش کلرسنجی روستاها	فرایند	۱۰۰
مجمع سلامت / مرکز خدمات جامع سلامت شهری	UC1	درصد ویزیت پایه	فرایند	۱۰۰
	UC2	درصد تحقق برنامه پایش واحدهای تابعه	فرایند	۹۰
	UC3	تعداد پروژه ارتقای سلامت با مشارکت جامعه	فرایند	۱ مورد
	UC4	میزان فلوراید تراپی دانش آموزان ابتدایی	فرایند	۱۰۰
	UC5	میزان مراقبت استاندارد بیماری های واگیر	فرایند	۱۰۰
	UC6	درصد زنان باردار با اولین مراقبت بارداری در سه ماه اول	فرایند	۹۰

جدول ۴: شاخصهای عملکرد تیمی

رشته شغلی	کد شاخص	شاخص	نوع شاخص	استاندارد شاخص
مرکز سلامت شهری / پایگاه سلامت / مرکز خدمات جامع سلامت	RC1	نسبت پرونده‌های مراقبت فعال	فرایند	طبق توافق ابتدای سال
	RC2	نسبت بیماران مبتلا به هیپرتانسیون با فشار خون کمتر از ۱۴۰/۹۰	فرایند	توافق ابتدای سال
	RC3	نسبتی از بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و بالای ۱۸ سال که در طی سه سال گذشته از نظر عوامل خطر غربالگری شدند.	فرایند	۱۰۰
	RC4	درصد سفیران سلامت مورد انتظار	فرایند	۵
	RC5	درصد بیماریابی	فرایند	توافق ابتدای سال
تیم کارشناسی استان و شهرستان	PDE1	درصد تحقق برنامه عملیاتی گروه کارشناسی	فرایند	۷۵
	PDE2	درصد تحقق برنامه توانمند سازی کارکنان	فرایند	۱۰۰
	PDE3	درصد تحقق شاخصهای مورد توافق	فرایند	۱۰۰
	PDE4	اطلاع رسانی و مدیریت اطلاعات	فرایند	۱۰۰

ادامه جدول ۴

۱۰۰	فرایند	درصد تحقق جدول پرداخت اضافه کاری و سایر مزایای پولی کارکنان	PE1	معاونت اجرایی استان
۱۰۰	فرایند	توزیع بموقع اعتبارات شهرستانها	PE2	
۱۰۰	فرایند	پاسخگویی به گروههای کارشناسی	PE3	
۱۰۰	فرایند	درصد تحقق برنامه توانمند سازی کارکنان اداری مالی	PE4	
۱۰۰	فرایند	تهیه گزارش عملکرد پشتیبانی برنامه های سلامت	PE5	
۱۰۰	فرایند	درصد کشیکهای فعال	BCP1	پایگاه مرزی
طبق توافق ابتدای سال	فرایند	میانگین پایش کیفیت فرایند	BCP2	
۱۰۰	فرایند	تهیه گزارش عملکرد	BZT1	مرکز آموزش بهورزی
۷۵	فرایند	درصد تحقق برنامه عملیاتی	BZT2	
۱۰۰	فرایند	پاسخگویی	BZT3	
طبق توافق ابتدای سال	فرایند	میانگین پایش کیفیت	BZT4	
۱۰۰	فرایند	میانگین امتیاز اعتبار بخشی	LO1	آزمایشگاه
۱۰۰	فرایند	درصد رعایت اصول ایمنی	LO2	
۱۰۰	فرایند	درصد وجود SOP	LO3	

ادامه جدول ۴

تیماری های رفتاری مرکز مشاوره	BDC1	نسبت بیماران تحت مراقبت فعال بیماری ایدز	پیامد	طبق توافق ابتدای سال
	BDC2	نسبت غربالگری در اطرافیان و خانواده بیمار ایدز	فرایند	۱۰۰
	BDC3	نسبت بیماران با دسترسی به دارو و ملزومات پیشگیری	فرایند	۱۰۰

استراتژی پرداخت

بمنظور تعیین ساختار پاداش از بین سه استراتژی موجود از جمله: دستیابی به سطح معینی از عملکرد، ارتقای شاخص و رتبه دهی نسبی، ابتدا با انجام مصاحبه با مدیران مجرب مراکز سلامت نظرات آنها ارزیابی شده و در پنل خبرگان تصمیم نهایی مبنی بر ساختار پاداش اتخاذ گردید. استراتژی مناسب بمنظور پرداخت پاداش در پنل خبرگان دستیابی به سطح معینی از عملکرد (یا کیفیت) و ارتقای شاخص می باشد. بدین گونه که برای هر شاخص هدفی تعیین گردید و میزان دستیابی به شاخص میزان مبلغ دریافتی هر فرد را تعیین می کند از طرفی اگر عملکرد فرد نسبت به دوره قبلی ارتقا یافته باشد میزان ارتقای شاخص نیز د مبلغ دریافتی فرد تاثیر مثبت خواهد داشت.

ارزشیابی عملکرد

ارزشیابی عملکرد از چهار سطح موثر در عملکرد اثربخش تشکیل یافته است که در زیر توضیح داده خواهد شد. برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت به گونه ای طراحی شده است که شهرستان، مجتمع های سلامت و یا

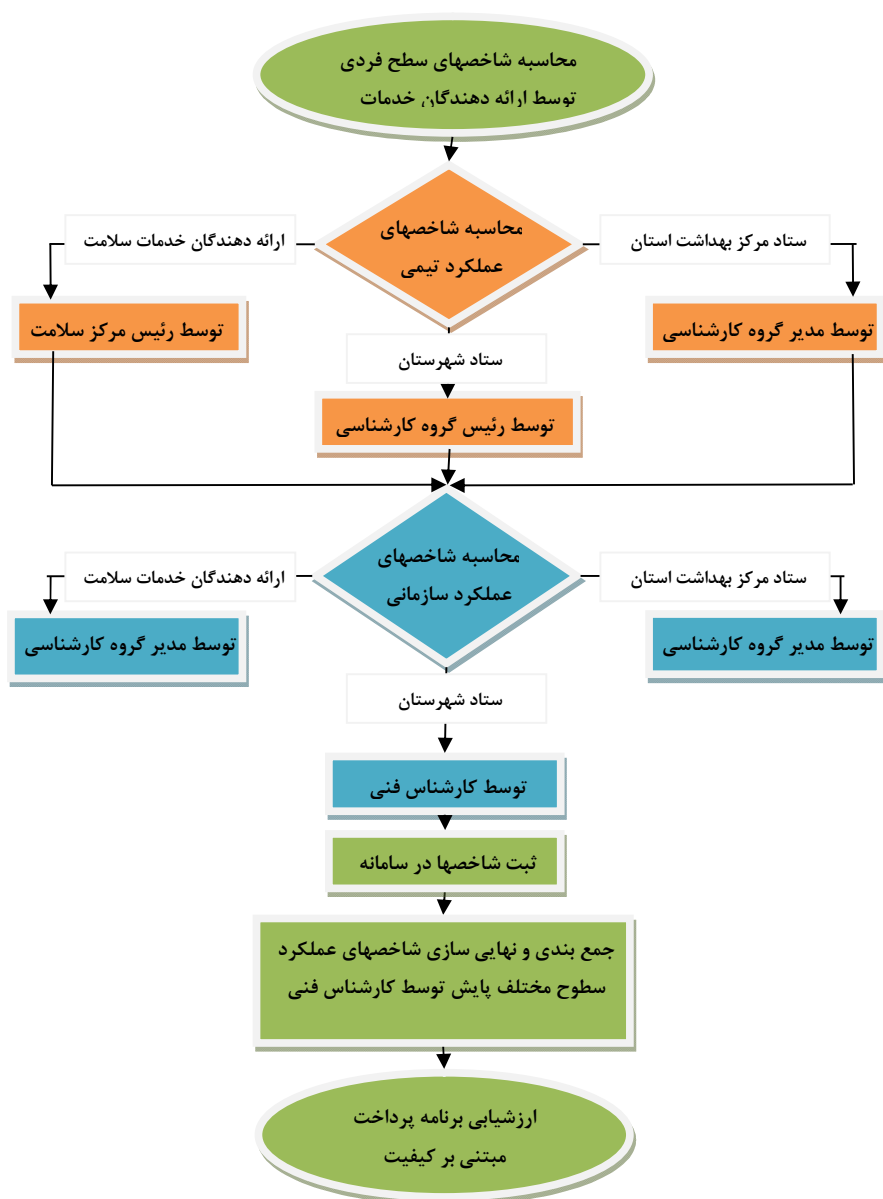
مدیریت برنامه های سلامت ، مراکز سلامت و ارائه دهندگان خدمات بصورت جامع و بر اساس شاخص های عملکردی ارزشیابی می شوند. در حقیقت هر سطح توسط سطح بالاتر ارزشیابی می شود (شکل شماره ۲). چنین رویکردی در ارزشیابی عملکرد می تواند منجر به بهبود عملکرد نظام سلامت شهرستان گردد.

۱. **سطح مرکز بهداشت شهرستان:** حلقه واسط ارائه خدمات سلامت و سیاستگذاری ملی، مرکز بهداشت شهرستان است. در واقع می توان گفت که نظام سلامت شهرستان شالوده و اساس مراقبتهای اولیه بهداشتی است. شهرستان محلی است که خانواده و مردم، تسهیلات بهداشتی درمانی، بخشهای مرتبط با سلامت و سازمانهای مردم نهاد در آن فعالیت می نمایند و سلامتی در آن ساخته شده و ارتقا می یابد. مرکز بهداشت شهرستان سه مسئولیت اساسی زیر را به عهده دارد:

- پشتیبانی واحدها و سطوح تحت پوشش به لحاظ نیروی انسانی و مالی
- پایش و ارزشیابی خدمات و برنامه های سلامت
- تحلیل عملکرد و شناسایی فرصتهای بهبود و تغییر
-

۲. **سطح مجتمع سلامت:** مجتمع سلامت سازمان ارائه دهنده خدمات سلامت با بسته خدمتی جامع و سرانه مشخص می باشد که وظیفه ارائه خدمت به جمعیت منطقه ای مشخص می باشد. هر مجتمع سلامت از چند مرکز سلامت تشکیل شده است که هدف آنها تامین سلامت جمعیت منطقه می باشد. در پایش عملکرد، عملکرد مجتمع های سلامت و مرکز بهداشت شهرستان تحت عنوان پایش عملکرد سازمان، ارزشیابی می شوند.

۳. **سطح مرکز سلامت:** در پرداخت مبتنی بر کیفیت منظور از تیم، مجموعه ای از ارائه دهندگان خدمات که مسئولیت سلامت جمعیت مشخصی را بر عهده دارند و با هماهنگی هم خدمات یکپارچه و هماهنگی را به جمعیت تحت پوشش ارائه می دهند، می باشد. خانه های بهداشت روستایی و پایگاه های بهداشت شهری و نیز مراکز بهداشتی درمانی



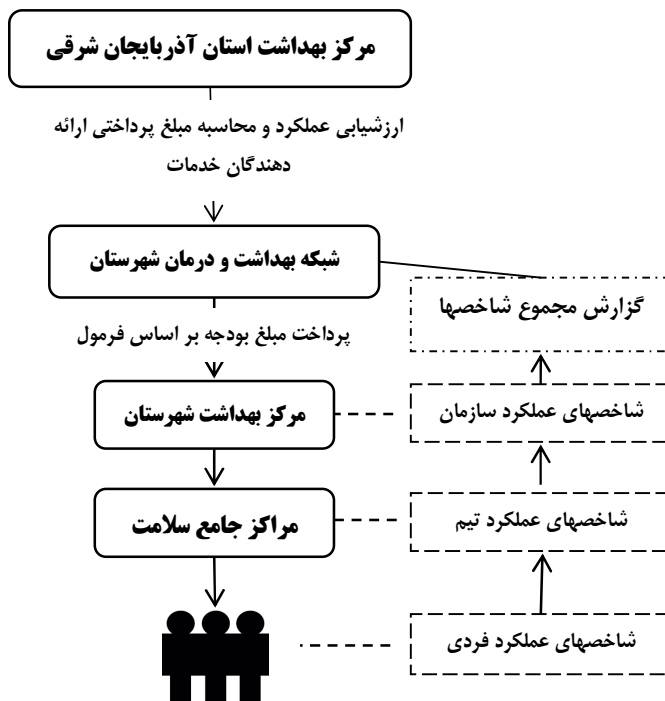
شکل ۲ ساختار اجرایی برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت

شهری و روستایی اصلی ترین واحدهای ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی هستند که به عنوان تیم های مراقبت سلامت در پایش عملکرد در نظر گرفته می شوند.

۴. سطح ارائه، پشتیبانی و نظارت مراقبتهای سلامت: این سطح شامل ارائه دهندگان خدمات سلامت و نظارت بر اجرای این فرایندها می باشد. ارائه دهندگان خدمات سلامت در خانه های بهداشت، مراکز سلامت و تسهیلات بهداشتی درمانی دیگر، خدمات پزشکی و مراقبتهای بهداشتی درمانی را به جمعیت تحت پوشش ارائه می دهند.

۵. نقشهای تعریف شده در برنامه P4Q:

- i. کارشناسان نظارت شهرستان
 - ii. مدیران برنامه های سلامت
 - iii. کارشناسان بهداشت
 - iv. کارکنان پشتیبانی
 - v. کارشناسان اداری مالی ستاد شهرستان
 - vi. کارکنان اداری مالی خانه های بهداشت و مراکز سلامت
 - vii. مربیان خانه های بهداشت
 - viii. ارایه دهندگان مراقبتهای بهداشتی درمانی
 - ix. پزشکان
 - x. مراقبان سلامت
 - xi. بهورزان
 - xii. کارشناسان بهداشت محیط و حرفه
 - xiii. کارشناسان آزمایشگاه
 - xiv. واکسیناتور
- مدل شماتیک ارزشیابی عملکرد ارائه دهندگان خدمات بر اساس سطوح سه گانه عملکردی در شکل شماره ۳ ارائه شده است.



شکل ۳: نحوه ارائه مبالغ پرداخت مبتنی بر عملکرد به مراکز و افراد

فرمول محاسبه پاداش

مقدار پاداش پرداختی به هر فرد بر اساس یک فرمول مشخص صورت می پذیرد. اجزای این فرمول شامل یک مبلغ ثابت به عنوان مبلغ پایه، پایش عملکرد فرد، پایش عملکرد تیم و پایش عملکرد سازمان و ارزشیابی مدیریت می باشد. هر یک از آیتم ها با ضریب مشخصی در فرمول قرار می گیرند. ضرایب ساختار پاداش در برنامه پرداخت مبتنی بر کیفیت در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵ ضرایب اجزای تشکیل دهنده ساختار مشوق

ضرایب		اجزای فرمول
ستادی	محیطی	
10	15	مبلغ پایه
55	60	عملکرد فردی
15	12	عملکرد تیمی
10	8	عملکرد سازمانی
10	5	ارزیابی مدیر

فرمول محاسبه پاداش مبتنی بر کیفیت در ذیل ارائه شده است.

$$P_a = K + I_p + T_p + O_p + M_e$$

P_a = مقدار پرداخت

K = مقدار ثابت

I_p = عملکرد فردی

T_p = عملکرد تیمی

O_p = عملکرد سازمانی

M_e = ارزیابی مدیر شهرستان

تعیین سقف پرداخت

در تعیین مقدار سقف هر فرد سه عامل زیر تعیین کننده هستند:

□ مقدار سقف تعیین شده کشوری برای هر نقش

□ مدت فعالیت (بر اساس ماه)

□ ضریب شغلی

سناریوهای تعیین سقف پرداخت

یکی از عوامل اساسی در مدل پرداخت مبتنی بر کیفیت تعیین سقف

- پرداخت می‌باشد. در زیر به سناریوهای احتمالی اشاره می‌گردد:
۱. تعیین سقف فردی به تفکیک نقشهای تعریف شده در این روش نسبتی از سقف محاسبه شده بر اساس ارزشیابی عملکرد فرد در چارچوب مدل پرداخت می‌گردد.
 ۲. تعیین مقدار مطلق مبلغ قابل پرداخت به شهرستان: در این روش برای تعیین سهم هر فرد به روش زیر عمل می‌شود:
 - i. سقف فردی هر فرد بر اساس نوع شغل و مطابق سقف نسبی جدول تعیین می‌شود.
 - ii. شاخصهای عملکرد هر نقش محاسبه می‌گردد.
 - iii. نسبتی از سقف تعیین شده پرداخت می‌گردد.
 ۳. پرداخت نسبتی از سقف تعیین شده: در این روش اقدامات زیر انجام می‌یابد:
 - i. سقف فردی هر شغل تعیین می‌گردد.
 - ii. سقف تعیین شده در نسبت پرداخت شده ضرب می‌شود.
 - iii. مبلغ هر فرد بر اساس ارزشیابی انجام یافته پرداخت می‌گردد.

گزارش داده‌ها

گزارش داده‌های مربوط به شاخصها بمنظور محاسبه مبلغ تشویقی هر فرد در قالب داده‌های خود گزارشی و داده‌های مربوط به ارزیابی مدیر هر بخش می‌باشد. در حقیقت هر سطح توسط سطح بالاتر ارزشیابی می‌شود. در اجرای پایلوت داده‌ها در نرم افزار اکسل وارد میشدند و محاسبه مبلغ پرداختی توسط نرم افزار اکسل صورت می‌گرفت. در سال ۹۵ بمنظور گردآوری داده‌ها و محاسبه مبلغ پرداختی سامانه آنلاین P4Q ایجاد گردید. سامانه P4Q علاوه بر اینکه منجر به صرفه جویی در وقت کارکنان گردید، امکان تحلیل روند عملکرد ارائه دهندگان خدمات نیز در آن وجود دارد.

References

1. Tabrizi JS, Gholipour K, Iezadi S, Farahbakhsh M, Ghiasi S. A framework to assess management performance in district health system: a qualitative and quantitative case study in Iran. *cadernos de saude publica*. 2017;33(**).
2. Biglar M, Bastani P. The challenges of stewardship in medical education system: A qualitative approach. *Journal of Payavard Salamat*. 2013;7(4):299-311.
3. Hajimahmoudi H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(3):116-.
4. Rural family physician and insurance guideline. In: Organization IHI, editor. Iran2015. p. 5660-.
5. How to pay the fee for executive personnel family physician program. Iran: Center of district health network management office, Ministry of Health and Medical Education, 2012.
6. medicine gotflhsmaf. How to pay the fee for executive personnel family physician program. In: Health Do, editor. Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2012. p. 17-.
7. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Hassanzadeh R, Zakeri A, L. A. Effectiveness of the Health Complex Model in Iranian Primary Healthcare Reform: The Study Protocol. . *Patient Preference and Adherence* 2016;10:2063–72.
8. Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz A, Tabrizi JS, Zakeri A, S. A. Iran's experience of health cooperatives as a public-private partnership model in primary health care: a comparative study in East Azerbaijan. *Health Promot Perspect*. 2012;2(2):28798-.
9. Tabrizi JS, Gholipour K, FarahBakhsh M, Jahanbin H, Karamuz M. Developing management capacity building package to district health manager in northwest of Iran: A sequential mixed method study. *JPMMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2016;66(11):1385.
10. Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Iezadi S, AhariAM. Design and implementation of pay-for-quality in primary healthcare. *AMJ*. 2017;10(6):449–59.