

گزارش کامل طرح پژوهشی

بررسی سیاست‌گذاری، تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و تعیین تأثیر اجرای آن در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی در ایران

تابستان ۱۳۹۷

چکیده

مقدمه: توزیع پول براساس عملکرد ارائه کنندگان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه با اهداف متعددی صورت می گیرد. در ایران نیز با تأکیدی که بر بکارگیری ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد در قوانین کشور صورت گرفته بود، وزارت در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایرانی را در بیمارستان های دولتی- دانشگاهی کشور اجرایی کرد.

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی نحوه سیاست گذاری، تدوین و اجرای این برنامه در کنار مطالعه اثرات احتمالی آن بر ایجاد تعادل پرداختی در کارکنان بیمارستان های دانشگاهی-دولتی است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع ترکیبی و موازی (کیفی و کمی) و مقطعی است. در بخش کیفی، داده های حاصل از مستندات خارجی (۶۶ مطالعه حاصل از مرور انتقادی)؛ مستندات داخلی (۱۵ سند بالادستی)؛ یادداشت برداری در جلسات (در ۹ جلسه-۱۰۰ ساعت)؛ دو مرحله پنل متخصصان؛ مصاحبه با ۴۶ نفر (در سه سطح بیمارستان، دانشگاه و وزارت) وارد مطالعه شد. در بخش کمی در یک مرحله داده های میزان دریافتی ۱۰,۵۲۸ نفر پزشک (قبل و بعد از اجرای برنامه) و ۲۱,۷۶۰ نفر کارمند غیرپزشک (قبل و بعد از اجرای برنامه در ۱۸ بیمارستان) و در مرحله دوم داده های میزان دریافتی ۱۱۶,۸۲۰ نفر کارکنان غیرپزشک بعد از اجرای برنامه تجزیه و تحلیل شد به منظور بررسی رضایتمندی از درآمد قبل و بعد و آگاهی سنجی افراد از برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، ۶۳۱ پرسشنامه از کل کشور جمع آوری و وارد مطالع شد.

با هدف تحلیل مستندات داخلی، یادداشت برداری ها، مصاحبه ها و پنل متخصصان از روش تحلیل محتوا (تئوری محور) و چرخه هرمونیوتیک استفاده شد. در این راستا چارچوب مثلث سیاست گذاری گیلسون و والت (۱۹۹۴)، مدل جریان های چندگانه کینگدان (۱۹۹۵)، مدل ترکیبی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴)، مدل لیشر (۱۹۷۹) و مدل تحلیل نیروهای میدان بکار رفته اند. در بخش کمی برای تجزیه و تحلیل داده های میزان دریافتی افراد، در مرحله اول آزمون های آماری تی تست، آنووا و رگرسیون خطی متناسب با هدف و نوع داده ها استفاده شده اند در مرحله دوم تجزیه و تحلیل از یکی از مدل های داده کاوی با عنوان «شبکه های خودسامانده» استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده های پرسشنامه نیز از آزمون t زوجی و سایر آزمون های پارامتریک استفاده شد.

یافته ها: نتایج بخش کیفی نشان می دهند که معایب برنامه «نظام نوین اداره امور بیمارستان ها» باعث ایجاد تغییر در نظام پرداخت کارکنان بیمارستان های دانشگاهی-دولتی کشور هم در سطح خرد و هم در سطح کلان گردید. لذا تصویب قوانین حامی پرداخت مبتنی بر عملکرد، نوآوری های متعدد برای بهبود برنامه نظام نوین موجود و رشد مباحث پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح دنیا باعث شدند تا طراحی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای ایران در دستور کار قرار گیرد. مهمترین اهداف این برنامه مدیریت نیروی انسانی، افزایش بهره وری تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی، ایجاد و ارتقای کار تیمی با کمک افزایش میزان پرداختی ها به کارکنان بود. مدل ترکیبی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) در توصیف مسیر دستورگذاری، تدوین و اجرای این برنامه مناسب بود و نشان داد که در این مسیر تشکیل دو گروه سیاستی که با ایجاد یک نهاد جدید در داخل وزارت خانه و اجرای طرح تحول سلامت همراه بوده اند، دو پنجره فرصت دستورگذاری و اجرا بودند. اجرای برنامه با مسائلی مانند تمرکز شدید در سطح وزارت، کمبود کارشناسان مرتبط با حوزه و اثرات تضاد منافع در هر سه سطح (وزارت، دانشگاه و وزارت) و فشارهای سیاسی و زمانی شدید روبه رو شد و حمایت های قوانین بالادستی و دو گروه سیاستی فوق پیشران برنامه بود. این برنامه ابزارهای متعددی را برای بهبود مدیریت منابع مالی؛ افزایش بهره وری کارکنان، تجهیزات و تسهیلات؛ ایجاد عدالت در پرداخت و بهبود کیفیت خدمات بیمارستان ایجاد نموده است؛ اما استفاده از این ابزار بستگی به ظرفیت های اجرایی بیمارستان و تعهد مدیران داخلی آن دارد؛ به علاوه به تعویق افتادن پرداختی های کارکنان بزرگترین عامل تهدید کننده اهداف و اثرات برنامه است.

یافته های بخش کمی در مورد میزان دریافتی کارکنان نیز در بسیاری از ابعاد مؤید یافته های بخش کیفی بود. بر اساس داده های ۱۸ بیمارستان میانگین و انحراف معیار دریافتی کارکنان در قبل (۷۶۳۹ نفر) و بعد (۱۴۱۲۲ نفر) از اجرای برنامه به ترتیب $۵,۸۵۶,۹۷۸ \pm ۳,۸۰۲,۰۷۸$ و $۱۲,۱۲۶,۷۱۸ \pm ۸,۹۰۷,۱۵۱$ بود. با سطح معناداری $۰,۰۵$ ، در میزان این میانگین بر اساس ویژگی های بیمارستان ها (آموزشی درمانی- درمانی؛ عمومی- تک تخصصی؛ تخصصی؛ تخصص و تعداد تخت) و بر اساس ویژگی های کارکنان (پشتیبانی-بالینی؛ انواع بخش های بالینی؛ انواع بخش های پشتیبان؛ رابطه استخدامی و نوع شغل) قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معناداری وجود دارد. این بخش از مطالعه نشان داد که اجرای برنامه باعث ایجاد تعداد تفاوت های معنادار بیشتری بین دریافتی افراد بر اساس ویژگی های آنها شده است.

داده کاوی داده های بعد از اجرای برنامه نیز نشان داد که برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد توانایی کم کردن مستقیم اثر رابطه استخدامی و سابقه را دارد؛ نمره عملکرد کیفیت فرد و واحد/بخش نیز در کنار سایر متغیرها

نقشی مؤثر در تعیین دریافتی افراد دارند و این در حالی است که گروه های یکسان شغلی (پرستاران یا کارکنان واحدهای پشتیبانی) می توانند با ایجاد تغییر در سه ویژگی فردی رابطه استخدامی، نمره عملکرد فردی و تعداد ساعات اضافه کار بین دریافتی خود با دیگران تمایز ایجاد نمایند.

قبل از اجرای برنامه ۴۳ درصد و بعد از اجرای برنامه ۴۳,۸ درصد از کارکنان رضایت متوسط و بالاتر داشته اند. میانگین و انحراف معیار نمره رضایتمندی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه به ترتیب $1,64 \pm 0,86$ و $1,54 \pm 0,9$ بود، به گونه ای که رضایت افراد قبل از اجرا به طور معناداری بیشتر از بعد از اجرای برنامه است. رضایت کارکنان با میزان آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر درآمد در سطح بخش و فرد همبستگی معکوسی نشان داد (در سطح بخش بین ۴ معیار از میان ۶ معیار و در سطح فرد بین ۷ معیار از میان ۷ معیار).

بحث و نتیجه گیری: در اجرای این سیاست در ایران قوانین بالادستی، گروه های سیاستی و ایجاد نهاد سازمانی بالاترین تأثیر را داشته اند و فشارهای سیاسی و تضاد منافع بر اجرای برنامه های آزموده شده اثر منفی دارند. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد حامیان ظاهری خوبی دارد ولی مسائلی مانند ایجاد شفافیت در مسیر جریان منابع مالی و تضاد منافع در هر سه سطح بیمارستان، دانشگاه و وزارت مانعی جدی برای استمرار اینگونه برنامه ها است. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران به طور نسبی خوب طراحی و اجرا شده است ولی توانایی مدیران داخلی دانشگاه ها و بیمارستان های تابعه، برای بهره گیری از مزایایی آن کم است.

کلمات کلیدی: تحلیل سیاست، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بیمارستان های دانشگاهی-دولتی، داده کاوی، نظام پرداخت بیمارستانی، ایران

خلاصه اجرایی

مطالعه حاضر با کمک داده های کیفی (بررسی مستندات علمی و عملیاتی و مصاحبه با افراد در سطوح مختلف) و داده های کمی (دریافتی کارکنان پزشک و غیر پزشک در قبل و بعد از اجرای برنامه، پرسشنامه سنجش آگاهی و رضایت از درآمد قبل و بعد از اجرای برنامه) انجام شده است.

نظام پرداخت بیمارستانی ایران چگونه تغییر کرد؟ به طور کلی نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب دو جهش بزرگ در سالهای ۱۳۸۷ و ۱۳۹۳ در راستای حساس شدن به میزان دریافتی کارکنان بیمارستانی داشته است. وضعیت موجود در نظام سلامت کشور مانند افزایش میزان پرداختی به کارکنان، افزایش تعداد استخدام های قراردادی و غیردائم، کاهش پرداختی های دولت برای کارکنان بیمارستانی و قوت گرفتن نظام پرداخت کارانه به این تغییر کمک نموده است.

جهش اول: تغییر «نظام پرداخت حقوق و دستمزد» به «نظام نوین و حقوق و دستمزد»: با توجه به معایب مترتب به نظام حقوق و دستمزد در حوزه سلامت، طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها با هدف افزایش انگیزش کارکنان در بیمارستان های دولتی- دانشگاهی در سال ۱۳۷۴ اجرایی شده است. مهمترین هدف این برنامه افزایش انگیزش کارکنان بوده است و برنامه بالقوه ابزارهای مدیریتی مناسبی برای مدیران در زمان خود ایجاد نموده است.

سادگی و انعطاف پذیری، ایجاد ابزارهای مدیریتی برای ایجاد انگیزه در کارکنان، تأمین منابع مالی اضافی برای پرداخت به کارکنان و رضایت نسبی کارکنان از آن از جمله مزایای مثبت آن بود. با این حال با گذر زمان این نکات مثبت رنگ باخته و برنامه صرفاً ابزاری برای پرداخت به کارکنان گردید.

نتایج مطالعه، مسائلی مانند عدم شفافیت در تعیین نحوه پرداختی به افراد؛ اجرای متفاوت در بیمارستان ها و در نتیجه عدم همسانی نظام اطلاعات بیمارستان ها و عدم ایجاد اطلاعات پرداخت روا در سطح محلی و ملی؛ اجرای ناکامل برنامه و عدم به روز رسانی آن؛ ضعف برنامه در تقویت کار تیمی و تشویق افراد باسابقه برای فعالیت در بخش هایی با فشارکاری کمتر؛ میزان کم کارانه در مقایسه با حقوق مستمر؛ تشویق مسئولان به درخواست نیروی کار جدید و تمایل کارکنان بالینی برای کار در سطح ستاد را نشان می دهد.

البته برخی ابعاد این برنامه نیز اثرات دو سویه داشته اند. ایجاد کننده برابری بیشتر؛ جدا بودن منابع تأمین اضافه کار و کارانه؛ امکان پرداخت اضافه کار تشویقی؛ قابلیت انتقال منابع مالی توسط مدیران و تعیین دریافتی

کل کارکنان به صورت متمرکز و توسط تعداد کمی از مسئولین از جمله مواردی هستند که با تغییر نوع نگاه اثر مثبت یا منفی برنامه را نشان می دهند.

جهش دوم: تغییر «نظام نوین و حقوق و دستمزد» به «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و حقوق و دستمزد»: با وجود وضعیت فوق الذکر و با توسعه نظام سلامت و بیمارستان های کشور، برنامه نظام نوین عملاً عملکرد خود را از دست داده و تمایل برای تغییر آن در میان مدیران بالادستی و پایین دستی افزایش یافت. علت این تغییرات مجموعه قوانین و مقررات بالادستی و نواقص نظام پرداخت پیشین بوده اند. مفاد مربوط به نحوه حصول درآمد و هزینه آنها در «قانون تشکیل هیئت های امنای دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی» به عنوان یک نقطه عطف در امور داخل وزارت، باعث فعالیت های متعددی در راستای رفع نواقص نظام نوین شده است؛ از آن جمله می توان به تصویب دو قانون مهم در سطح کشور برای پرستاران و کارکنان بالینی بیمارستان و اجرایی شدن دو نوع برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در دو بیمارستان کشور اشاره کرد.

وزارت در راستای تأکیدات قوانین کشور برای استقرار ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد و و آماده سازی نظام سلامت برای اصلاحات، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد طراحی شده برای ایران را در بیمارستان های دانشگاهی دولتی اجرایی کرد. بررسی اهداف تدوین این برنامه نشان می دهد که مبنای طراحی این برنامه، رفع مسائل و مشکلات موجود در بیمارستان های کشور به واسطه تغییر نظام پرداخت است.

برخی تجربیات حاصل از بررسی سیاستگذاری و اجرای پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران:

- حجم منابع مالی پرداختی به کارکنان بیمارستانی در حال افزایش است و مکانیسم پرداخت به آنها نیز پیچیده تر می گردد.
- بررسی نحوه دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران نشان می دهد که دو مقوله در اجرا شدن این برنامه در کشور نقش اساسی داشته اند. اول قوانین بالادستی (قانون فوق الذکر و قوانین پنج ساله توسعه کشور) حمایت کننده و دوم افراد یا گروه های آگاه و علاقه مند به اجرای برنامه (یک گروه در سطح مدیران ارشد وزارت و یک گروه در سطح کارشناسان معاونت وزارت).
- نظام پرداخت اصلی به ارائه کنندگان حوزه سلامت کشور کارانه است. لذا برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بیمارستانی که بر مبنای آن تدوین شده است نیز عمده مزایا و معایب آن را به همراه دارد.
- کمبود منابع، تسهیلات و تجهیزات خصوصاً نیروی انسانی متخصص، کشور را ناگزیر از بالا بردن کارای منابع موجود با اجرای برنامه نظام پرداخت کارانه ای کرده است؛ ولی باید توجه داشت که کیفیت مراقبت در این

مکانیسم مورد توجه قرار نمی گیرد. یکی از مراحل برای خروج از وابستگی به نظام پرداخت کارنه ای این است که نظام آموزش دانشگاهی کشور برای تأمین نیروی انسانی متخصص بازمهندسی گردد.

- شرایط سیاسی کشور، تغییر کامل و ناگهانی برخی برنامه ها مانند پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران را ضروری می سازد، این کار باعث ایجاد فشار کاری و سیاسی زیادی به اجرا کنندگان سطوح بالا و پایین می شود و لذا مسئولان ناچار به پذیرش اجرای برنامه ها به صورت نسبتاً کامل هستند.
- معطوف کردن طراحی یک برنامه بر اساس اطلاعات گرفته شده از برنامه های موجود باعث می شود که مزایا و معایب آن برنامه نیز به برنامه جدید وارد گردد و ممکن است منجر به ایجاد اصلاحات متعدد پس از اجرا شود. قبل از هر گونه الگو برداری از یک برنامه، مزایا و معایب آن شناسایی گردد. برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران از برخی بخش های برنامه اعتباربخشی بیمارستانی کشور الگو برداری مناسبی انجام نداد.
- تعهد مدیران محیطی و میانی در سطح دانشگاه و بیمارستان برای اجرای بسیاری از برنامه ها لازم است؛ ولی تضاد منافع یکی از علل عدم تعهد مدیران و کارکنان در سطح دانشگاه و بیمارستان برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بود (افزایش بار کاری زیاد با افزایش دریافتی کم، کاهش بار کاری و کاهش منافع مالی).
- توانایی نظام سلامت/بیمارستان ها برای اجرای برنامه بر اساس افراد کلیدی اجرا کننده برنامه سنجیده شود. به نظر می رسد برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران تا حد زیادی به توان مدیریتی سرپرستانی وابسته است که آموزش های کافی را نداشته اند. پرستاران با تجربه بالینی بایستی امور مدیریت منابع انسانی را انجام می دادند.
- به منظور اجرای برنامه با کمترین مقاومت در سطوح مختلف جریان منابع مالی متأثر از اجرای برنامه در نظر گرفته شود. اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران به نفع کارکنان بالینی بود ولی مجری آن کارکنان پشتیبانی/اداری بودند که در سطح کلی متضرر مالی بودند.
- مدیران و سیاست گذران حوزه سلامت توجه داشته باشند که چه در مرحله اجرا و چه در مرحله سنجش «کیفیت مراقبت» در بیمارستان های ایران جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است.
- اگر انتظار می رود که برنامه ای تفاوتی را ایجاد نماید، مکانیسمی برای آن طراحی شود که به سادگی منطق ایجاد تفاوت را نشان دهد. در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران به دلیل پیچیدگی برنامه، مسئولان نتوانستند به خوبی اثرات برنامه را به نمایش گذارند که پذیرش آن را برای کارکنان دشوار می ساخت.

- در هنگام برآوردهای مالی و تعیین جریان منابع مالی مربوط به یک برنامه، اثرات سایر برنامه‌هایی که به صورت همزمان در سطح کلان حوزه سلامت اجرا می‌شوند نیز در نظر گرفته شود. اثرات دیگر بسته‌های طرح تحول سلامت به ضرر اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بود.
- با وجود اینکه ممکن است تلاش‌های زیادی در راستای طراحی و اجرای برنامه‌های مشابه در سطح کارشناسان وزارت صورت گیرد، اما فشارهای سیاسی در راستای کسب رضایت مدیران بالادستی باعث ایجاد تغییراتی ناخواسته در برنامه‌های به خوبی تدوین شده می‌گردد.
- تدوین و توسعه مکانیسم پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران، ظاهراً طرفداران زیادی دارد، اما در مرحله اجرا چند عامل مانع جدی هستند: تضاد منافع مالی برای اجرا کنندگان، ایجاد عدالت در پرداخت، ایجاد شفافیت در جریان منابع مالی، ظرفیت و دانش مدیریت ضعیف منابع انسانی در سطح خرد و میانی و تمایل آنها برای سیاست‌های دوری از تنش‌مهمترین این عوامل هستند.
- کشور و سیاست‌گذاران به طور جدی از مکانیزه نبودن نظام اطلاعات حوزه سلامت در سختی هستند. زیرساخت‌های مناسبی ایجاد شده‌اند ولی بهره‌برداری از آنها به کندی میسر می‌گردد.
- در هنگام اجرای برنامه‌های کشوری پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران، رفتار دانشگاه‌های بزرگ شهر تهران در مورد برنامه، بر رفتار سایر دانشگاه‌های کشور اثر بسزایی داشته است.
- میزان آگاهی درست کارکنان از اثرات ابعاد متعدد برنامه، بر رضایتمندی آنها از دریافتی اثرگذار است. دانش آنها بایستی به طور مستمر به روز رسانی شود.
- نگاه به وضعیت برخی از رشته‌های خاص پزشکی مدنظر سیاست‌گذاران سلامت نشان می‌دهد که تغییراتی در رتبه‌های میزان دریافتی رشته‌های داخلی، زنان و زایمان و نوزادان نسبت به سال ۱۳۹۲ روی داده است. البته عوامل متعددی در این جابجایی جایگاه رشته‌ها دخیل بوده‌اند. عملکرد (تعداد خدمات و تخصص) پزشکان می‌تواند مهمترین علت باشد که در این رتبه‌بندی در نظر گرفته نشده است. اثرات برنامه بر رفتار ارائه‌کنندگان مختلف از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرد که بررسی یکباره آنها در سطح ملی را بسیار دشوار می‌سازد. لازم است مطالعات متعدد در سطح بیمارستان و دانشگاه‌های هر استان صورت گیرد.

فهرست مطالب

| | | |
|---------|---|-------|
| ب | چکیده | ..... |
| ج | خلاصه اجرایی | ..... |
| غ | فهرست جداول | ..... |
| ک | فهرست شکل ها و نمودارها | ..... |
| ل | تعاریف عبارت و اختصارات در این سند | ..... |
| ۱ | فصل اول: مقدمه و بیان مسئله | ..... |
| ۱-۱ | مقدمه | ..... |
| ۱-۲ | کیفیت و پرداخت مبتنی بر عملکرد | ..... |
| ۱-۳ | واژه‌شناسی پرداخت مبتنی بر عملکرد | ..... |
| ۱-۴ | تاریخچه پرداخت مبتنی بر عملکرد | ..... |
| ۱-۵ | پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران | ..... |
| ۱-۶ | اهداف طرح پژوهشی | ..... |
| ۱-۶-۱ | اهداف اصلی طرح | ..... |
| ۱-۶-۲ | اهداف فرعی طرح | ..... |
| ۱-۶-۲-۱ | اهداف کیفی | ..... |
| ۱-۶-۲-۲ | اهداف کمی | ..... |
| ۱-۶-۳ | اهداف کاربردی طرح | ..... |
| ۱-۶-۴ | فرضیات یا سؤالات طرح پژوهشی | ..... |
| ۲ | فصل دوم: ادبیات موضوع | ..... |
| ۲-۱ | مقدمه | ..... |
| ۲-۲ | انگیزاننده‌ها | ..... |
| ۲-۳ | نظریه‌های رفتارشناسی و پرداخت مبتنی بر عملکرد | ..... |
| ۲-۴ | تأثیر بودجه دولتی بر انگیزش | ..... |
| ۲-۵ | تعیین نوع تأمین مالی مبتنی بر عملکرد | ..... |
| ۲-۶ | پرداخت عملکردی چگونه باید طراحی شود؟ | ..... |
| ۲-۷ | پرداخت عملکردی در کجا و با چه هدفی استفاده شده است؟ | ..... |

- ۲-۸- شواهدی از اثرات پرداخت عملکردی از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸ ۱۸
- الف: پرداخت عملکردی تدوین شده برای دریافت کنندگان مراقبت های سلامت ۱۸
- ب: پرداخت عملکردی تدوین شده برای ارائه کنندگان مراقبت های سلامت ۲۲
- ج: پرداخت عملکردی تدوین شده برای سازمان ها ۲۴
- د: پرداخت عملکردی تدوین شده برای انگیزش ترکیبی (بیمار، ارائه دهنده و موسسه) ۲۷
- ه: پرداخت عملکردی تدوین شده در سطح بین المللی ۲۸
- ۲-۹- آیا پرداخت عملکردی مؤثر است؟ ۳۱
- ۲-۱۰- آیا شواهد موجود با وضعیت کشورهای با درآمد متوسط و کم همخوانی دارند؟ ۳۲
- ۲-۱۱- آیا پرداخت عملکردی منجر به اثرات ناخواسته می گردد؟ ۳۳
- ۲-۱۲- پیامدهای اخلاقی پرداخت مبتنی بر عملکرد چیست؟ ۳۶
- الف- ضرر نرساندن (عدم وجود هیچ گونه آسیب) ۳۶
- ب- عدالت ۳۷
- ج- خودمختاری ۳۸
- ۲-۱۳- آیا پرداخت عملکردی ارزشمند است؟ ۳۸
- ۲-۱۴- آیا پرداخت عملکردی پایدار است؟ ۳۸
- ۲-۱۵- چه وقت پرداخت عملکردی بایستی استفاده شود؟ ۳۸
- ۲-۱۶- ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۳۹
- ۲-۱۷- بررسی متون ۴۰
- ۲-۱۷-۱- مطالعات خارج از کشور ۴۰
- ۲-۱۷-۲- مطالعات داخل کشور ۴۳
- الف- مطالعات در حوزه نظام سلامت ۴۳
- ب- مطالعات در حوزه غیر نظام سلامت ۴۶
- ۲-۱۷-۳- جمع بندی نتایج مطالعات در حوزه پرداخت عملکردی ۴۸
- ۳- فصل سوم: مواد و روش ها ۵۰
- ۳-۱- مقدمه ۵۱
- ۳-۲- نوع مطالعه ۵۱
- ۳-۲-۱- بخش کیفی مطالعه ۵۲
- الف- هدف شماره یک بخش کیفی ۵۲

- الف-۱- روش مطالعه مروری ۵۳
- ب- اهداف شماره دو تا چهار بخش کیفی: دستورگذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه پرداخت عملکردی در ایران ۵۴
- ب-۱- نوع مطالعه ۵۵
- ب-۲- جامعه پژوهش ۵۵
- ب-۳- روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه ۵۷
- ب-۴- ابزار پژوهش ۵۸
- ب-۵- روش گردآوری داده‌ها ۵۹
- ب-۶- نحوه تحلیل ۵۹
- ب-۶-۱- رویکرد چارچوب محور: مدل مثلث سیاست گذاری (۱۹۹۴) ۶۰
- ب-۶-۲- رویکرد تئوری محور: مدل جریان های چندگانه (۱۹۹۵) ۶۳
- ب-۶-۳- مدل ترکیبی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) ۶۴
- ب-۶-۴- مدل تجزیه و تحلیل میدان نیروها: کرت لوین (۱۹۵۲) ۶۶
- ب-۶-۵- ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران ۶۷
- ب-۷- صحت و استحکام داده‌های کیفی ۷۰
- ب-۸- ملاحظات اخلاقی ۷۱
- ۳-۲-۲- بخش کمی مطالعه ۷۲
- ۳-۲-۲-۱- دریافتی کارکنان پزشک و غیر پزشک ۷۲
- الف- نوع مطالعه ۷۲
- ب- جامعه‌ی پژوهش ۷۲
- ب-۱- روش نمونه‌گیری ۷۲
- ج- ابزار پژوهش ۷۳
- د- نحوه تجزیه و تحلیل ۷۳
- د-۱- شبکه‌های خود سازمانده ۷۴
- ب-۱-۵-۱- آموزش شبکه‌های خود سازمانده ۷۵
- ب-۱-۵-۱-۲- نمایش فضای مورد تحلیل با استفاده از شبکه‌های خودسازمانده ۷۷
- ب-۱-۵-۱-۳- مثال نحوه تفسیر نقشه های خودسازمانده ۷۸
- ۳-۲-۲-۱- سنجش رضایتمندی و آگاهی کارکنان غیرپزشک ۷۹
- الف- نوع مطالعه ۷۹
- ب- جامعه‌ی پژوهش ۷۹
- ج- روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه ۷۹

| | |
|-----|--|
| ۸۰ | د- ابزار پژوهش |
| ۸۰ | ه- روش گردآوری داده‌ها |
| ۸۰ | و- نحوه تجزیه و تحلیل |
| ۸۰ | ز- ملاحظات اخلاقی |
| ۸۱ | ۴- فصل چهارم: یافته‌های مطالعه |
| ۸۱ | ۴-۱- بخش اول: یافته‌های کیفی، بررسی مستندات علمی و عملیاتی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد |
| ۸۲ | |
| ۸۳ | ۴-۱-۱- مقدمه |
| ۸۳ | ۴-۱-۲- بررسی کشورهای مختلف در به کارگیری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد |
| ۸۴ | ۴-۱-۲-۱- اهداف کشورها |
| | ب- اهداف شماره دو و سه: شناخت دستورگذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی بر اساس مستندات عملیاتی |
| ۸۹ | |
| ۸۹ | ۴-۱-۳- پرداخت مبتنی بر عملکرد در مستندات بالادستی کشور |
| ۸۹ | ۴-۱-۳-۱- نظام پرداخت در قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های کشور (پس از انقلاب) |
| ۹۳ | ۴-۱-۳-۲- پرداخت مبتنی بر عملکرد در نقشه تحول نظام سلامت کشور (۱۳۹۰) |
| ۹۵ | ۴-۱-۳-۳- نامه‌های رسمی در ارتباط با نظام پرداخت نوین و عملکردی (قبل از اجرا) |
| ۹۹ | ۴-۲- بخش دوم: یافته‌های کیفی، تحلیل برنامه نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور |
| ۱۰۰ | ۴-۲-۱- مقدمه |
| ۱۰۰ | ۴-۲-۲- خلاصه یافته‌های محتوای برنامه نظام نوین |
| ۱۰۰ | ۴-۲-۲-۱- هدف برنامه نظام نوین |
| ۱۰۱ | ۴-۲-۲-۲- ساختار فنی کارانه کارکنان |
| ۱۰۳ | ۴-۲-۲-۱- ویژگی‌های تأثیرگذار بر میزان کارانه |
| ۱۰۵ | ۴-۲-۲-۳- پیش‌فرض‌های برنامه نظام نوین |
| ۱۰۶ | ۴-۲-۳- دستورگذاری و تدوین برنامه نظام پرداخت نوین |
| ۱۰۶ | ۴-۲-۳-۱- زمان تدوین |
| ۱۰۷ | ۴-۲-۳-۲- دلایل دستورگذاری |
| ۱۰۷ | ۴-۲-۳-۳- اجرای برنامه نظام نوین بیمارستان |
| ۱۰۸ | ۴-۲-۳-۴- ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین |
| ۱۱۰ | ۴-۲-۳-۱- ابعاد مثبت (عامل، نگهدارنده وضعیت موجود) |

- ۱۱۱-۲-۳-۴-۲-۴ ابعاد منفی (فشارها، تحریک‌کننده تغییر وضعیت موجود).....
- ۱۲۰-۳-۳-۲-۴ اثرات دوسویه برنامه.....
- ۳-۴-۳-۲-۴ بخش سوم: یافته‌های کیفی، زمینه، بازیگران و محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد
- ایران ۱۲۴
- ۱-۳-۴-۱-۳-۴ مقدمه ۱۲۵
- ۲-۳-۴-۲-۳-۴ خلاصه یافته‌های زمینه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۲۵
- ۱-۲-۳-۴-۱-۲-۳-۴ زمینه جهانی ۱۲۶
- ۲-۲-۳-۴-۲-۲-۳-۴ زمینه ساختاری ۱۲۷
- ۱-۲-۲-۳-۴-۱-۲-۲-۳-۴ زمینه‌های ساختاری در هنگام تدوین برنامه (از حدود سال ۱۳۸۹ تا اواخر ۱۳۹۲)..... ۱۲۷
- ۲-۲-۲-۳-۴-۲-۲-۲-۳-۴ زمینه‌های ساختاری همزمان با دستورگذاری برنامه (اواخر ۱۳۹۲ تا اواسط ۱۳۹۳)..... ۱۲۹
- ۳-۲-۲-۳-۴-۳-۲-۲-۳-۴ زمینه‌های ساختاری بعد از اجرا (از اواسط ۱۳۹۳ به بعد)..... ۱۳۰
- ۳-۲-۳-۴-۳-۲-۳-۴ زمینه فرهنگی ۱۳۱
- ۱-۳-۳-۲-۳-۴-۱-۳-۳-۲-۳-۴ زمینه فرهنگی در سطح کلان ۱۳۱
- ۲-۳-۲-۳-۴-۲-۳-۲-۳-۴ زمینه فرهنگی در سطح میانی ۱۳۳
- ۳-۳-۲-۳-۴-۳-۳-۲-۳-۴ زمینه فرهنگی در سطح خرد ۱۳۳
- ۴-۲-۳-۴-۴-۲-۳-۴ زمینه وضعیتی ۱۳۴
- ۳-۲-۴-۳-۲-۴ بازیگران برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۳۴
- ۱-۳-۲-۴-۱-۳-۲-۴ کیفیت و کمیت مشارکت تمام بازیگران در برنامه..... ۱۳۶
- ۴-۲-۴-۴-۲-۴ خلاصه یافته‌های محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۳۹
- ۱-۴-۲-۴-۱-۴-۲-۴ اهداف تدوین برنامه ۱۴۰
- ۱-۱-۴-۲-۴-۱-۱-۴-۲-۴ اهداف برنامه عملکردی از نظر تدوین کنندگان ۱۴۱
- ۲-۱-۴-۲-۴-۲-۱-۴-۲-۴ اهداف برنامه عملکردی از نظر سطوح اجرایی پس از اجرای برنامه ۱۴۵
- ۳-۱-۴-۲-۴-۳-۱-۴-۲-۴ اهداف برنامه از نظر کارکنان بالینی بیمارستان ۱۴۶
- ۲-۴-۲-۴-۲-۴-۲-۴-۲-۴ پیش‌فرض‌های برنامه عملکردی ۱۴۷
- ۳-۴-۲-۴-۳-۴-۲-۴ ارزش‌های برنامه عملکردی ۱۵۷
- ۴-۴-۲-۴-۴-۴-۲-۴ اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی ۱۵۸
- ۱-۴-۴-۲-۴-۱-۴-۴-۲-۴ اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح کلان: وزارت ۱۵۸
- ۲-۴-۴-۲-۴-۲-۴-۲-۴ اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح میان دست: دانشگاه ۱۵۸
- ۳-۴-۴-۲-۴-۳-۴-۴-۲-۴ اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح خرد: بیمارستان و کارکنان ۱۵۹

- ۱۶۲-۴-۲-۴-۵- چهارچوب و ساختار فنی برنامه پرداخت عملکردی اجرا شده ایران.....
- ۱۶۳-۴-۲-۴-۱- کارکنان بیمارستانی غیرپزشک.....
- ۱۶۳-۴-۲-۴-۱-۱-۵- پیش نیازها.....
- ۱۶۳- الف- تعریف برنامه.....
- ۱۶۳- ب- دسته‌بندی بخش‌های بیمارستان.....
- ۱۶۴- ج- تفاهمنامه با مدیران بخش ها.....
- ۱۶۵-۴-۲-۴-۱-۵-۲- پرداخت عملکردی هر بخش.....
- ۱۶۵- الف- درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش.....
- ۱۶۷- ب- درآمد قابل‌توزیع بخش.....
- ۱۶۸-۴-۲-۴-۱-۵-۳- پرداخت عملکردی فرد، محاسبه امتیاز فرد.....
- ۱۷۰-۴-۲-۴-۱-۵-۴- تعیین زمان پرداخت عملکردی.....
- ۱۷۰-۴-۲-۴-۵-۲- کارکنان بیمارستانی پزشک.....
- ۱۷۰- الف- کارکرد انواع پزشکان بیمارستانی (عمومی، متخصص، تمام‌وقت، غیر تمام‌وقت، دستیاران).....
- ۱۷۲- ب- نحوه توزیع کارکرد پزشکان بیمارستانی در میان آن‌ها.....
- ۱۷۲- ج- اصلاحیه شورای حقوق و دستمزد کشور بر دستورالعمل پزشکان.....
- ۴-۴- بخش چهارم: یافته‌های کیفی، فرآیند دستور گذاری تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران.....
- ۱۷۴-۴-۴-۱- مقدمه.....
- ۱۷۵-۴-۴-۲- خلاصه یافته‌های فرآیند سیاست گذاری و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه.....
- ۱۷۸-۴-۴-۲-۱- جریان مسئله: نواقص و معایب مربوط به برنامه موجود (نظام نوین).....
- ۱۷۸-۴-۴-۲-۲- جریان سیاست: قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی.....
- ۱۷۹-۴-۴-۲-۳- جریان برنامه‌ها.....
- ۱۷۹-۴-۴-۲-۳-۱- تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان‌های نژاد تهران.....
- ۱۷۹-۴-۴-۲-۳-۲- تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع) تهران.....
- ۱۸۰-۴-۴-۲-۳-۱- علت طراحی مدل جدید پرداخت.....
- ۱۸۱-۴-۴-۲-۳-۲- انتخاب تعریف «مالی» برای تعیین عملکرد بیمارستان و بخش.....
- ۱۸۱-۴-۴-۲-۳-۳- ویژگی‌های برنامه پرداخت عملکردی بیمارستان امام حسین (ع).....
- ۱۸۲-۴-۴-۲-۳-۳- تعرفه گذاری خدمات پرستاری.....
- ۱۸۲-۴-۴-۳-۴- قانون ارتقاء بهره‌وری نیروهای انسانی.....

- ۱۸۲-۴-۲-۳-۵- تغییرات کوچک و بزرگ در بهبود برنامه نظام نوین در سطح هر بیمارستان
- ۱۸۳-۴-۲-۳-۶- تلاش برای افزایش منابع مالی ورودی به بیمارستان‌ها (اولین به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی)
- ۱۸۳-۴-۲-۴- پنجره فرصت اول /محل اول تلاقی جریان ها
- ۱۸۳-۴-۲-۵- خلاصه دستورگذاری برنامه پرداخت عملکردی
- ۳-۴-۴- تدوین برنامه: تدوین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد «نظام جامع توزیع درآمد
- ۱۸۴- اختصاصی» (نجات)
- ۱۸۵-۴-۳-۱- تغییرات جریان برنامه: نحوه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نجات
- ۱۸۶-۴-۳-۲- جریان برنامه دار کرد برنامه
- ۱۸۶-۴-۳-۱- تدوین سند اولیه برنامه نجات
- ۱۸۷-۴-۳-۲- تصویب قوانین تقویت‌کننده برنامه‌های پرداخت عملکردی در کشور
- ۱۸۸-۴-۳-۳- مشروعیت برنامه در میان ذی‌نفعان احتمالی
- ۱۹۱-۴-۳-۳- جریان فرآیند: پایلوت برنامه نجات
- ۴-۴-۴- خلاصه یافته‌های تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد
- ۱۹۳-۴-۴-۱- تغییر جریان سیاست: تغییر دولت، تشکیل گروه سیاستی دوم و طرح تحول سلامت
- ۱۹۵-۴-۴-۲- تغییر جریان برنامه: تغییر برنامه و تدوین مدل ترکیبی نهایی IR-PFP
- ۱۹۷-۴-۴-۳- تغییر جریان برنامه دار کردن برنامه: حمایت بالادستی و مشارکت ذینفعان
- ۱۹۸-۴-۴-۱- علل عدم اجرای برنامه نجات
- ۱۹۹-۴-۴-۴- تغییر جریان فرآیند: پایلوت برنامه ترکیبی IR-PFP
- ۲۰۰-۴-۵- اثر کیفیت خدمات بر دریافتی افراد
- ۲۰۱-۴-۵- بخش پنجم: یافته‌های کیفی، اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران
- ۲۰۲-۴-۵-۱- مقدمه و خلاصه
- ۲۰۳-۴-۵-۲- نحوه اجرای برنامه
- ۲۰۷-۴-۵-۳- آموزش و آگاهی‌رسانی در اجرای برنامه
- ۲۰۸-۴-۵-۴- نقش دانشگاه‌های بزرگ در اجرای برنامه
- ۲۰۹-۴-۵-۵- مشکلات اجرای برنامه
- ۲۱۴-۴-۵-۶- مقاومت و مخالفت با اجرای برنامه
- ۲۱۴-۴-۵-۱- علل مقاومت در سطح وزارت
- ۲۱۷-۴-۵-۲- علل مقاومت در سطح دانشگاه و مدیران بیمارستانی
- ۲۱۸-۴-۵-۳- علل مقاومت در سطح کارکنان بیمارستان

- ۲۲۱ ۴-۵-۷- مدیریت تنش ها و چالش‌های اجرای برنامه
- ۲۲۴ ۴-۶-۶- بخش ششم: یافته‌های کیفی، ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران
- ۲۲۵ ۴-۶-۱- مقدمه
- ۲۲۵ ۴-۶-۲- ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران
- ۲۲۹ ۴-۶-۳- انتقادات اصلی بر برنامه
- ۲۳۰ ۴-۶-۴- مشکلات پیش روی برنامه
- ۲۳۰ ۴-۶-۵- وضعیت کلی چارچوب برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک در یک نگاه
- ۲۳۱
- ۲۳۴ ۴-۶-۶- مقایسه نظام نوین و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- ۲۳۶ ۴-۷-۷- بخش هفتم: یافته‌های کیفی، تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب
- ۲۳۷ ۴-۷-۱- مقدمه
- ۲۳۷ ۴-۷-۲- شمای تغییرات نظام‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران پس از انقلاب
- ۲۳۹ ۴-۷-۳- علل تغییرات نظام های پرداخت بیمارستانی
- ۲۳۹ ۴-۷-۱- نظام پرداخت کارانه و تقویت کننده های آن
- ۲۴۰ ۴-۷-۲- ابلاغ کتاب ارزش های نسبی کالیفرنیا (۱۳۶۴)
- ۲۴۰ ۴-۷-۳- قانون خودگردانی بیمارستان‌ها (۱۳۷۴)
- ۲۴۰ ۴-۷-۳- به روز رسانی کتاب ارزش نسبی (۱۳۹۳)
- ۲۴۱ ۴-۷-۵- قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱۳۸۶)
- ۲۴۱ ۴-۷-۶- پیش‌بینی افزایش منابع مالی قابل توزیع برای کارکنان
- ۲۴۱ ۴-۷-۳- تغییر در محل تأمین منابع مالی پرداختی به کارکنان
- ۲۴۲ ۴-۷-۳- تغییر در نوع استخدام افراد بکار گرفته شده در بیمارستان‌ها
- ۲۴۲ ۴-۷-۳- تصویب برخی قوانین بالادستی و همتراز مربوطه
- ۲۴۲ ۴-۷-۳- ایجاد انگیزه برای کارکنان بالاخص پزشکان
- ۲۴۳ ۴-۸-۸- بخش هشتم: یافته‌های کمی، داده‌های کارکنان غیرپزشک قبل و بعد از اجرای برنامه
- ۲۴۴ ۴-۸-۱- مقدمه
- ۲۴۴ ۴-۸-۲- خلاصه بخش کمی مطالعه (قبل و بعد از اجرای برنامه)
- ۲۴۷ ۴-۸-۳- داده‌های ۱۸ بیمارستان قبل از اجرای برنامه
- ۲۴۸ ۴-۸-۳- دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

- ۲۴۸..... ۲-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان
- ۲۴۹..... ۳-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان
- ۲۵۰..... ۴-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی
- ۲۵۱..... ۵-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی
- ۲۵۴..... ۶-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان
- ۲۵۷..... ۷-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان
- ۲۵۹..... ۸-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک شغل
- ۲۶۴..... ۴-۸-۴- داددهای ۱۸ بیمارستان بعد از اجرای برنامه**
- ۲۶۴..... ۱-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان
- ۲۶۴..... ۲-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان
- ۲۶۵..... ۳-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان
- ۲۶۶..... ۴-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی
- ۲۶۷..... ۵-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی
- ۲۷۳..... ۶-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان
- ۲۷۷..... ۷-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان
- ۲۸۰..... ۸-۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک شغل
- ۲۹۰..... ۴-۸-۴- بخش کمی: داددهای بعد از اجرای برنامه: کل کارکنان غیرپزشک کشور**
- ۲۹۰..... ۱-۴-۸-۴ فرض یک: بین رابطه استخدامی و هزینه فرصت نرمال شده همبستگی وجود ندارد.
- ۲۹۲..... ۲-۴-۸-۴ فرض دوم: سابقه و هزینه فرصت همبستگی دارد.
- ۲۹۳..... ۳-۴-۸-۴ فرض سوم: نمره عملکرد کیفی فرد همبستگی مستقیم با هزینه فرصت دارد.
- ۲۹۵..... ۵-۴-۸-۴ فرض چهارم: همبستگی بین نمره عملکرد بخش و هزینه فرصت وجود دارد.
- ۲۹۶..... ۵-۴-۸-۴ فرض پنجم: سمت (نوع شغل) افراد همبستگی مثبت با هزینه فرصت دارد.
- ۲۹۹..... ۹-۴- بخش نهم: یافته‌های کمی، داددهای کارکنان پزشک قبل و بعد از اجرای برنامه**
- ۳۰۰..... ۱-۹-۸- مقدمه**
- ۳۰۰..... ۲-۹-۸- دریافتی کارکنان پزشک، قبل بعد از اجرای برنامه**
- ۳۰۰..... ۱-۲-۹-۸ دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت- قبل از اجرای برنامه
- ۳۰۰..... ۱-۱-۲-۹-۸ توصیف پزشکان، داددهای قبل از اجرای برنامه
- ۳۰۲..... ۲-۲-۹-۸ دریافتی پزشکان متخصص تمام‌وقت - بعد از اجرای برنامه
- ۳۰۴..... ۳-۲-۹-۸ نتیجه گیری از تحلیل داددهای پزشکان قبل و بعد از اجرای برنامه

| | |
|-----|---|
| ۳۰۵ | ۱۰-۴- بخش دهم: یافته‌های کمی، سنجش رضایتمندی و آگاهی کارکنان غیرپزشک |
| ۳۰۶ | ۱-۱۰-۴- مقدمه |
| ۳۰۶ | ۲-۱۰-۴- تدوین ابزار سنجش رضایتمندی از درآمد |
| ۳۰۹ | ۱-۲-۱۰-۴- بررسی توافق متخصصین و روایی محتوایی سوالات پرسشنامه |
| ۳۱۱ | ۲-۲-۱۰-۴- بررسی پایایی آیتم‌های پرسشنامه |
| ۳۱۴ | ۳-۱۰-۴- تعیین معیار سنجش میزان آگاهی افراد مورد پژوهش |
| ۳۱۶ | ۴-۱۰-۴- پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان |
| ۳۱۸ | ۱-۴-۱۰-۴- رضایت مندی کارکنان از میزان درآمد قبل و بعد از اعمال برنامه |
| ۳۲۲ | ۵-۱۰-۴- رضایتمندی از درآمد و میزان آگاهی افراد |
| ۳۲۲ | ۱-۵-۱۰-۴- میزان آگاهی از معیارهای فردی اثرگذار بر درآمد |
| ۳۲۳ | ۲-۵-۱۰-۴- میزان آگاهی از معیارهای بخش اثرگذار بر درآمد |
| ۳۲۴ | ۵- فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری |
| ۳۲۵ | ۱-۵- خلاصه یافته‌ها کیفی و کمی |
| ۳۲۷ | ۲-۵- بحث و نتیجه‌گیری |
| ۳۲۷ | ۱-۲-۵- سیاست‌گذاری برای تدوین و اجرای برنامه |
| ۳۳۲ | ۲-۲-۵- چهارچوب طراحی برنامه |
| ۳۳۶ | ۳-۲-۵- نتایج کلان اجرای برنامه |
| ۳۳۷ | ۴-۲-۵- مسائل و مشکلات برنامه |
| ۳۳۹ | ۳-۵- محدودیت‌های پژوهش |
| ۳۴۰ | ۴-۵- قوت‌های پژوهش |
| ۳۴۱ | ۵-۵- نتیجه‌گیری |
| ۳۴۲ | ۶-۵- پیشنهادات به مسئولان نظام سلامت کشور |
| ۳۴۳ | ۷-۵- پیشنهادات برای پژوهش‌های بیشتر |
| ۳۴۵ | فهرست منابع |
| ۳۵۱ | بخش پیوست |
| ۳۵۲ | پیوست ۱: پیوست‌های مرتبط با مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران |
| ۳۵۴ | پیوست ۲: فهرست افراد مصاحبه‌شونده و حاضر در جلسات |
| ۳۵۷ | پیوست ۳: قوانین و مقررات انواع روابط استخدامی تعریف شده در بیمارستان‌ها |
| ۳۶۰ | پیوست ۴: توصیف داده‌های کمی ۱۸ بیمارستان مورد مطالعه قبل و بعد |
| ۳۶۸ | پیوست ۵: پرسشنامه سنجش آگاهی و رضایت از درآمد |

فهرست جداول

- جدول ۱: اسناد بکار گرفته شده برای استخراج چارچوب فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران..... ۶۸
- جدول ۲: چرخه هرمونتیک و امور انجام شده در هر مرحله از چرخه ۶۹
- جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف ۸۴
- جدول ۴: مستندات بالادستی مربوط به نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران ۸۹
- جدول ۵: قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب..... ۹۱
- جدول ۶: خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره در موضوع دستورالعمل نظام نوین..... ۹۶
- جدول ۷: خلاصه مطالب محتوای برنامه نظام نوین..... ۱۰۰
- جدول ۸: خلاصه مطالب دستورگذاری و تدوین برنامه نظام پرداخت نوین..... ۱۰۶
- جدول ۹: خلاصه مطالب تحلیل زمینه در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۲۵
- جدول ۱۰: خلاصه مطالب تحلیل محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ۱۳۹
- جدول ۱۱: عوامل مؤثر بر محاسبه امتیاز فرد در هر بخش بیمارستان..... ۱۶۸
- جدول ۱۲: خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی* ۱۶۹
- جدول ۱۳: نحوه محاسبه سهم پزشکان درمانی و حضور هیئت علمی متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص ۱۷۲
- جدول ۱۴: نحوه محاسبه سهم پزشک عمومی..... ۱۷۳
- جدول ۱۵: خلاصه مطالب تحلیل فرآیند دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در وزارت ۱۷۵
- جدول ۱۶: خلاصه مطالب تحلیل تصمیم گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور..... ۱۹۳
- جدول ۱۷: خلاصه مطالب تحلیل اجرا و ابلاغ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور..... ۲۰۲
- جدول ۱۸: تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد ۲۳۱
- جدول ۱۹: مقایسه برخی ویژگی‌های ساختاری و فنی نظام پرداخت نوین و عملکردی..... ۲۳۴
- جدول ۲۰: خلاصه یافته‌های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک- در سطح بیمارستان... ۲۴۴
- جدول ۲۱: خلاصه یافته‌های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک- در سطح کارکنان ۲۴۵
- جدول ۲۲: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان قبل از اجرای برنامه..... ۲۴۸
- جدول ۲۳: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه ۲۴۹
- جدول ۲۴: نتایج آزمون Post Hbc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تخصص بیمارستان ۲۴۹
- جدول ۲۵: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل از اجرای برنامه..... ۲۵۰
- جدول ۲۶: نتایج آزمون Post Hbc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تعداد تخت بیمارستان... ۲۵۰
- جدول ۲۷: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی قبل از اجرای برنامه ۲۵۰
- جدول ۲۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ۲۵۱
- جدول ۲۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه ۲۵۳

- جدول ۳۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در چهارده بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ۲۵۵
- جدول ۳۱: آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه ۲۵۶
- جدول ۳۲: مقایسه وضعیت انواع مختلف رابطه استخدامی در بخش های بالینی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ۲۵۷
- جدول ۳۳: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی در بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه ۲۵۸
- جدول ۳۴: مقایسه وضعیت انواع رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ... ۲۵۸
- جدول ۳۵: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه ۲۵۹
- جدول ۳۶: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۲ بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ۲۵۹
- جدول ۳۷: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه ۲۶۰
- جدول ۳۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در واحدهای پشتیبان ۱۰ بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ۲۶۱
- جدول ۴۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه ۲۶۲
- جدول ۴۱: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان بعد از اجرای برنامه ۲۶۴
- جدول ۴۲: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه ۲۶۴
- جدول ۴۳: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تخصص بیمارستان، بعد از اجرای برنامه ۲۶۵
- جدول ۴۴: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان بعد از اجرای برنامه ۲۶۶
- جدول ۴۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تعداد تخت بیمارستان، بعد از اجرای برنامه ۲۶۶
- جدول ۴۶: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی بعد از اجرای برنامه ۲۶۶
- جدول ۴۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه ۲۶۸
- جدول ۴۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه ۲۶۹
- جدول ۵۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه ۲۷۳
- جدول ۵۱: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه ۲۷۴
- جدول ۵۲: مقایسه وضعیت انواع مختلف رابطه استخدامی در بخش های بالینی دو بیمارستان، بعد از اجرای برنامه ۲۷۷
- جدول ۵۳: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام در بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه ۲۷۸
- جدول ۵۴: مقایسه وضعیت انواع رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه ... ۲۷۸

| | |
|--|-----|
| جدول ۵۶: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه | ۲۷۹ |
| جدول ۵۷: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۲ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه | ۲۸۰ |
| جدول ۵۸: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه | ۲۸۱ |
| جدول ۵۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۰ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه | ۲۸۳ |
| جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه | ۲۸۴ |
| جدول ۶۱: توصیف دانشگاه محل فعالیت پزشکان مورد مطالعه، قبل از اجرای برنامه | ۳۰۰ |
| جدول ۶۲: نتایج آزمون توکی برای دریافتی پزشکان به تفکیک تخصص بیمارستان | ۳۰۳ |
| جدول ۶۳: نتایج آزمون توکی برای دریافتی پزشکان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان | ۳۰۴ |
| جدول ۶۴: پرسشنامه ها و سوالات مأخوذه از آنها برای تدوین پرسشنامه اولیه | ۳۰۷ |
| جدول ۶۵: پرسشنامه اولیه ۱۵ سوالی برای بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P4P | ۳۰۸ |
| جدول ۶۶: سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P4P | ۳۰۹ |
| جدول ۶۷: نتایج نظرخواهی از متخصصان و مجربان سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد | ۳۱۰ |
| جدول ۶۸: میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه و حیطه های آن | ۳۱۱ |
| جدول ۶۹: میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم ها | ۳۱۲ |
| جدول ۷۰: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت | ۳۱۴ |
| جدول ۷۱: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت | ۳۱۵ |
| جدول ۷۲: آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح بخش بر میزان درآمد افراد | ۳۱۶ |
| جدول ۷۳: آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح فرد بر میزان درآمد افراد | ۳۱۷ |
| جدول ۷۴: وضعیت رضایتمندی کارکنان در ۵ گروه | ۳۱۸ |
| جدول ۷۵: توصیف نمره رضایت کارکنان از وضعیت درآمد قبل و بعد از اجرای برنامه | ۳۱۸ |
| جدول ۷۶: مقایسه نمره رضایت قبل و بعد رضایتمندی افراد از میزان درآمد | ۳۱۹ |
| جدول ۷۷: مقایسه نمره رضایت به تفکیک جنسیت، تأهل و نوع محل خدمت | ۳۱۹ |
| جدول ۷۸: رضایتمندی افراد بر اساس رابطه استخدامی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه | ۳۲۰ |
| جدول ۷۹: نتایج آزمون آنووا بر اساس تعداد تخت بیمارستان | ۳۲۱ |
| جدول ۸۰: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت | ۳۲۱ |
| جدول ۸۱: نتایج آزمون آنووا بر اساس تخصص بیمارستان | ۳۲۱ |
| جدول ۸۲: نتایج آزمون همبستگی بین سابقه و نمره رضایت | ۳۲۲ |
| جدول ۸۳: بررسی همبستگی بین نمره رضایت و آگاهی از معیارهای فردی اثرگذار بر درآمد | ۳۲۲ |

جدول ۸۴: بررسی همبستگی بین نمره رضایت و آگاهی از معیارهای بخش اثرگذار بر درآمد ۳۲۳

فهرست شکل ها و نمودارها

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۵۲ | شکل ۱: شمای کلی مواد و روش ها، داده ها و اهداف مطالعه |
| ۶۱ | شکل ۲: نحوه به کارگیری مدل های مختلف در مرحله تجزیه و تحلیل داده های کیفی |
| ۶۴ | شکل ۳: مدل ترکیبی پیشنهادی هاولت و همکاران (۲۰۱۴) |
| ۶۷ | شکل ۳: مدل تجزیه و تحلیل میدان نیروها، کرت لوین (۱۹۵۲) |
| ۷۹ | شکل ۵: کاربرد شبکه های SOM در تحلیل هم زمان روابط غیرخطی میان متغیرها |
| ۸۳ | شکل ۶: فلوچارت اسناد وارده به مطالعه مرور انتقادی |
| ۱۰۹ | شکل ۷: ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین و ایجاد تمایل برای تغییر در آن با الهام از مدل FFA |
| ۱۴۱ | شکل ۸: توصیف اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد از دیدگاه های مختلف |
| ۱۴۸ | شکل ۹: پیش فرض ها و ارزش های برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران |
| ۱۶۵ | شکل ۱۰: وظایف و اختیارات سه سطح مهم در بیمارستان بر اساس مدل IR-PFP |
| ۱۷۷ | شکل ۱۱: نحوه دستور گذاری، تدوین و تصمیم گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بر اساس مدل هاولت و همکاران (۲۰۱۴) |
| ۲۰۵ | شکل ۱۲: تغییرات رویکرد اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در میان سیاست گذاران |
| ۲۳۸ | شکل ۱۳: تغییرات روش های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران در طول سه دهه |
| ۲۹۰ | شکل ۱۴: رابطه استخدامی و هزینه فرصت نرمال شده |
| ۲۹۱ | شکل ۱۵: سایر ویژگی های افراد خط چین شده در شکل یک |
| ۲۹۱ | شکل ۱۶: وضعیت پرستاران خط چین شده در شکل یک و دو |
| ۲۹۲ | شکل ۱۷: بررسی همبستگی بین تجربه و هزینه فرصت بین تمام کارکنان |
| ۲۹۳ | شکل ۱۸: سایر ویژگی های کارکنان خط چین شده در شکل چهار |
| ۲۹۴ | شکل ۱۹: بررسی همبستگی بین نمره عملکرد فرد و هزینه فرصت |
| ۲۹۴ | شکل ۲۰: سایر ویژگی های افراد خط چین شده در شکل شش |
| ۲۹۵ | شکل ۲۱: همبستگی بین نمره عملکرد بخش و هزینه فرصت کارکنان |
| ۲۹۶ | شکل ۲۲: سایر ویژگی هایی که در شکل هشت با خط چین مشخص شده اند |
| ۲۹۷ | شکل ۲۳: همبستگی بین سمت و هزینه فرصت کارکنان |
| ۲۹۸ | شکل ۲۴: سایر ویژگی های کارشناسان پرستاری که بین دو خط چین شکل ده قرار دارند |
| ۲۹۸ | شکل ۲۵: سایر ویژگی های کارکنان واحدهای پشتیبانی |
| ۳۰۱ | نمودار ۱: رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۲ |
| ۳۰۲ | نمودار ۲: رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۴ |

تعاریف عبارت و اختصارات در این سند

مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد (PFP)¹: این عبارت در این سند به صورت عام بکار گرفته شده است و به معنای هرگونه مدل جبران خدمتی است که به افراد در ازای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده، پاداش مالی یا سایر پاداش‌ها را پرداخت می‌کند.

مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد بیمارستان امام حسین (ع): نوعی از مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد است که بیمارستان امام حسین (ع) تهران در سال ۱۳۸۷، طراحی و اجرا نموده بود. این مدل صرفاً در این بیمارستان اجرا شد.

مدل نجات: عبارت «نجات» مخفف «دستورالعمل نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» است. این مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد در اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است و به مدت دو سال در استان مازندران به صورت آزمایشی اجرا شد.

وزارت: در این سند به منظور روان‌سازی متن به جای عبارت «وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی» عبارت «وزارت» بکار گرفته شد.

معاونت توسعه وزارت: در این سند به منظور روان‌سازی متن به جای عبارت «معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی» عبارت «معاونت توسعه وزارت» بکار گرفته شد.

¹ Pay for Performance

معاونت توسعه دانشگاه: در این سند به منظور روان‌سازی متن به جای عبارت «معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی» صرفاً عبارت «معاونت توسعه دانشگاه» بکار گرفته شد.

مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران (IR-PFP)²: در این سند به جای عبارت «مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد نهایی اجرا شده در ایران»، به منظور روان‌سازی متن عبارت «مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران» یا عبارت «IR-PFP» بکار گرفته شد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: در این سند به جای عبارت «دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی»، به منظور روان‌سازی متن عبارت «دانشگاه» بکار گرفته شد. در مورد سایر دانشگاه‌ها مانند وزارت علوم، در متن اسم کامل آورده شده است.

² Iranian Pay for performance

فصل اول

مقدمه و بیان مسئله

۱-۱- مقدمه

در این فصل، به منظور ایجاد دیدگاهی جامع ولی مختصر از کل طرح مطالعاتی و مقدمات اولیه ارائه شده است. برای نیل به این هدف، سند با بررسی مبحث کیفیت خدمات (به عنوان نتیجه نهایی عمده فعالیت‌ها) و پرداخت مبتنی بر عملکرد شروع شده است. بعد از بیان کلیات پرداخت مبتنی بر عملکرد، واژه‌شناسی و تاریخچه آن در سطح جهان ارائه شده است و سپس به بررسی بسیار مختصر این مسئله در ایران و هدف مطالعه حاضر در این حوزه پرداخته شد. اهداف، سوالات و فرضیات مطالعه نیز در گام بعد ارائه شد.

۱-۲- کیفیت و پرداخت مبتنی بر عملکرد

بعد از بیانیه IMO^۳ (۱۹۹۹) در مورد میزان خطاهای پزشکی موجود در نظام ارائه خدمات سلامت کشورهای غربی وجود نقص و ناکارآمدی در نظام سلامت به اثبات رسید (۱، ۲). در حال حاضر بنا به مطالعات منتشر شده در دهه دوم قرن بیست و یکم (۲۰۱۳)، هنوز عملکرد ضعیف ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت دامنگیر نظام سلامت بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط نیز هست. با وجود اینکه بررسی دلایل این مسائل پیچیده است و به طور کامل درک نشده‌اند، اما این موضوع مبرهن است که عملکرد ضعیف ارائه‌کنندگان صرفاً ناشی از آموزش ناکافی یا دانش ناکافی ارائه‌کننده نیست. موضوع مهم‌تر اینکه در برخی از موارد ارائه‌کنندگان برخلاف اهداف بهبود سلامت نیز اقدام می‌نمایند و حتی به مصرف‌کنندگان آسیب نیز می‌رسانند - برای مثال ارائه خدمات غیرضروری به بیمار (۳).

تلاش‌های زیادی از جمله تغییر در فرهنگ و اخلاق گزارش خطا، کامپیوتری کردن خدمات و بسیاری از روش‌های دیگر برای کاهش خطاهای پزشکی و افزایش کیفیت خدمات صورت گرفته است (۱، ۲). اما با وجود این، پژوهش‌ها درباره کیفیت خدمات مراقبت سلامت شواهدی ارائه نموده‌اند که نشان می‌دهد هنوز نواقصی گسترده در کیفیت خدمات، حتی در کشورهایی با منابع فراوان برای ارائه مراقبت سلامت، وجود دارد (۴).

در راستای رسیدن به این اهداف و کنترل رفتار افراد ارائه‌کننده خدمات سلامت انواع روش‌ها همچون غربالگری^۴، اجتماعی کردن^۵، تهدیدهای پایان قرارداد توصیه شده است (۵) و پیشنهاد تئوری‌های اقتصادی برای

³ Institute of Medicine (IOM) Report

⁴ Screening

⁵ Socialization

این مسئله، ایجاد تغییر در رفتار افراد به واسطه‌ی به‌کارگیری انگیزاننده‌ای خاص مانند انگیزاننده‌های مالی است (۶، ۷) و پاداش‌های مالی یکی از مهم‌ترین این انگیزاننده‌ها هستند (۵). لذا به‌کارگیری ساختارهای متفاوت پرداخت مانند پرداخت بر اساس واحد خدمت^۶ (به‌عنوان نوعی از پرداخت مبتنی بر نتایج^۷)،^۸ سرانه^۸، (۵)، مبتنی بر عملکرد و گروه‌های تشخیصی وابسته^۹ از جمله اقدامات کشورهای مختلف برای بهبود کیفیت خدمات بود (۴، ۹). ویژگی مشترک ضروری برای ساختارهای پرداخت این است که مکانیسم انگیزانندگی آن‌ها به‌گونه‌ای باشد تا از به‌کارگیری کمتر از حد استاندارد و از به‌کارگیری بیشتر از حد استاندارد خدمات و کالاها در هنگام نیاز جلوگیری نمایند و درعین‌حال کیفیت خدمات را نیز بهبود بخشند.

تلاش برای پرداخت (یا ارائه پاداش) به ارائه‌کنندگان خدمات بر اساس کیفیت عملکرد آنان ازجمله استراتژی‌هایی است که برای بهبودی در جوابگویی ارائه‌دهنده، ارائه خدمات، نتایج، بهبود کیفیت در بخش دولتی و خصوصی معرفی شده است (۹، ۱۰). این گره‌زده شدن انگیزاننده‌های مالی با عملکرد افراد تحت عنوان پرداخت مبتنی بر عملکرد شناخته شد (۱۰). در این عبارت به‌طور معمول، عبارت «عملکرد»^{۱۰} مفهوم گسترده‌ای دارد که سنجه‌های کارایی، اثربخشی بالینی همراه با همه ابعاد کیفیتی دیگر را در خود گنجانده است (۴).

به‌کارگیری انگیزاننده‌هایی با ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد در نظام سلامت گسترده است. برای مثال در ایالات‌متحده این نوع از ساختار به‌وسیله‌ی نیمی از سازمان‌های حافظ سلامت^{۱۱} موجود بکار گرفته شده اند و در قراردادهای پزشکان سیار، بیمارستان‌ها و پرستاران منزل دیده می‌شوند (۱۱) و یا در انگلستان^{۱۲} تقریباً ۲۵ درصد از درآمد پزشکان خانواده با این روش پرداخت می‌گردد (۱۲). این شیوه پرداخت یکی از ابزارهای اولیه در حمایت از اصلاحات حوزه سلامت نیز معرفی شده است (۴). با این حال باید دانست که موفقیت چنین نوآوری‌هایی به دو عامل توانایی تعیین و انجام تغییرات موردنیاز و انعطاف‌پذیری در ترکیب نوآوری با وضعیت موجود وابسته است (۱۳).

⁶ Fee-For-Service - FFS

⁷ Results-Based Financing (RBF)

⁸ Capitation

⁹ Diagnosed Related Groups (DRGs)

¹⁰ Performance

¹¹ HMOs

¹² UK

۱-۳- واژه‌شناسی پرداخت مبتنی بر عملکرد

با توجه به گستردگی مطالب مربوط به پرداخت مبتنی بر عملکرد، لازم است در مورد اصطلاحات رایج برای این موضوع شفاف‌سازی صورت پذیرد. در مطالعات سه عبارت «تأمین مالی مبتنی بر عملکرد»^{۱۳}، «پرداخت مبتنی بر عملکرد»^{۱۴} و «پرداخت برای عملکرد»^{۱۵} به یک معنا بکار برده شده‌اند (۱۴). در مطالعه موسگروو^{۱۶} (۲۰۱۱) نیز بحث شده است که می‌توان نتایج^{۱۷} را با عملکرد^{۱۸} یکسان در نظر گرفت (۸) لذا ممکن است ما در مطالعات مختلف علاوه بر عبارات فوق با عباراتی همچون «پرداخت مبتنی بر نتایج»^{۱۹} و «کمک‌های مبتنی بر برونده»^{۲۰} یا مشتقات این اصطلاح (۱۵) برخورد نماییم که همگی با تغییرات ناچیز پیرو یک هدف هستند و آن ایجاد انگیزه برای انجام کارهای خواسته‌شده و عدم انجام کارهای ناخواسته است. در این سند نیز در کنار سایر عبارات عمدتاً از عبارت «پرداخت مبتنی بر عملکرد» و «پرداخت عملکردی» استفاده شد.

۱-۴- تاریخچه پرداخت مبتنی بر عملکرد

در کشورهای با درآمد کم و متوسط، بسیاری از دولت‌ها از عملکرد پایین نظام مدیریتی و ارائه‌کنندگان خدمات خود آگاهی داشته و درصدد آزمودن رویکردهای جدید مالی هستند و همه آن‌ها خواهان پاسخ‌گویی بالا به مردم هستند (۱۶). برای این منظور، یکی از گزینه‌ها، مرتبط ساختن پرداخت‌ها به نتایج بود. عبارتی که برای نشان دادن این‌گونه فعالیت‌ها بکار می‌رود، برای اولین بار توسط بانک جهانی تحت عنوان «پرداخت مبتنی بر نتایج» معرفی گردید و معنای آن برای نظام سلامت این‌گونه تعریف شد: پرداختی مالی یا انتقالی غیرپولی در سطح ملی یا سطوح پایین‌تر دولت، مدیران، ارائه‌کنندگان، پرداخت‌کنندگان یا مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، در ازای نتایج از پیش تعیین‌شده که حاصل شوند و تأیید گردند (۸). نتایج می‌توانند برونداد، نتیجه یا اثر خواسته یا ناخواسته، مثبت و/یا منفی در یک مداخله‌ی توسعه‌ای باشند (۱۷).

¹³ Performance-Based Financing

¹⁴ Performance-Based Payment

¹⁵ Payment for Performance

¹⁶ Musgrove

¹⁷ Results

¹⁸ Performance

¹⁹ Results-Based Payment

²⁰ Output-Based Aid

به طور کلی برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد برنامه‌ای آگاهانه است که ساختارهای انگیزاننده را به منظور انگیزش تولیدکنندگان سلامت به سمت موضوعاتی که طالب آن هستند، بکار می‌گیرد. تولیدکنندگان سلامت می‌توانند علاوه بر مراکز سلامت و ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت فردی، خود افراد، خانوارهای آن‌ها و یا جوامع آن‌ها را نیز شامل شوند. امروزه منطق پرداخت مبتنی بر نتایج در اجزای مختلف مشارکت‌کنندگان در سلامت مورد آزمون قرار گرفته است (۱۷) و اعتبار ظاهری قوی‌ای از خود نشان داده است (۱۰).

۱-۵- پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت)، در راستای تأکیدات قوانین کشور برای استقرار ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد^{۲۱} و اصلاحات نظام سلامت (۱۸)، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نهایی طراحی شده برای ایران (IR-PFP) را در بیمارستان‌های دانشگاهی- دولتی اجرایی کرد.

مهم‌ترین اهداف تدوین این برنامه برای کارکنان پزشک و غیرپزشک به شرح ذیل اعلام گردید: بهبود روحیه کار تیمی و ایجاد نشاط و انگیزه فعالیت بیشتر در کارکنان؛ سهمیم شدن کلیه کارکنان با هر نوع رابطه استخدامی در درآمد بیمارستان؛ افزایش تعهد سازمانی و هم‌راستا شدن انگیزه کارکنان با اهداف سازمانی؛ افزایش بهره‌وری منابع انسانی و فیزیکی بیمارستان؛ افزایش کیفیت خدمات و ارتقای رضایتمندی بیماران؛ لحاظ کردن کمیت و کیفیت عملکرد کارکنان در دریافتی آنان با توجه به نوع فعالیت و افزایش انگیزه و تعهد تیم مدیریت بیمارستان برای رشد کیفی و کمی خدمات درمانی^{۲۲}.

این سیاست پیرو اهداف از پیش تعیین شده و ابلاغ شده توسط وزیر محترم صورت گرفت و بنا به برآوردهای اولیه سالانه حدود ۴۵ درصد منابع مالی موجود (جزء حرفه ای کتاب، اضافه کاری) در حوزه بیمارستانی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. ارزیابی و بررسی این سیاست می‌تواند در نمایش نحوه عملکرد دولت و خصوصاً وزارت و بهبود نواقص در امر طراحی و اجرای آن می‌تواند مفید باشد. لذا طرح حاضر در نظر دارد تا به بررسی نحوه دستور گذاری، تدوین و اجرای برنامه و ارزیابی کمی و کیفی آن بپردازد.

۲۱ قانون بیمه همگانی (۱۳۷۳)؛ قانون بودجه سال (۱۳۷۴) کشور، بند ب، تبصره ۱۰؛ بخشنامه شماره ۱۳۲۵۱ مورخه ۱۳۸۷/۱۰/۱۲؛ قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۳) ماده ۱۴۳ بند «ج»؛ قانون مدیریت خدمات کشوری

(۱۳۸۶) ماده ۳۸ و قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹) بند «ز».

۲۲ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نامه شماره ۱۰۰/۱۵۲۵، تاریخ ۹۳/۱۱/۲۶

۱-۶- اهداف طرح پژوهشی

۱-۶-۱- اهداف اصلی طرح

الف- تحلیل سیاست‌گذاری تدوین و استقرار برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

ب- تعیین تأثیر اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایجاد تعادل پرداختی کارکنان بیمارستانی ایران

۱-۶-۲- اهداف فرعی طرح

۱-۶-۲-۱- اهداف کیفی

هدف شماره یک بخش کیفی: شناخت و تعریف اهداف کشورهای دنیا از پیاده سازی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

هدف شماره دو بخش کیفی: شناخت نحوه دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران

هدف شماره سه بخش کیفی: شناخت نحوه شکل‌گیری، تهیه و تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران

هدف شماره چهار بخش کیفی: شناخت نحوه اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن

هدف شماره پنج بخش کیفی: شناخت و ارزیابی کیفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن

۱-۶-۲-۲- اهداف کمی

ارزیابی کمی نظام پرداخت بیمارستانی در دانشگاه‌های دانشگاهی-دولتی ایران قبل و بعد از اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

الف- تعیین دریافتی کارکنان پزشک بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و کاری

ب- تعیین دریافتی کارکنان غیرپزشک بالینی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و کاری

ج- تعیین دریافتی کارکنان غیرپزشک بالینی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و کاری

د- تعیین میزان رضایتمندی کارکنان غیرپزشک از دریافتی خود، قبل و بعد از اجرای برنامه

ه- تعیین میزان آگاهی کارکنان از ابعاد تأثیرگذار بر دریافتی فرد، بعد از اجرای برنامه

و- مقایسه رضایتمندی کارکنان بر اساس میزان آگاهی از ابعاد تأثیر بر دریافتی فرد، بعد از اجرای برنامه

۱-۶-۳- اهداف کاربردی طرح

با توجه تحولات اخیر نظام سلامت ایران و با توجه به اینکه نظام‌های پرداخت در نظام سلامت از عوامل اصلی تأثیرگذار بر اجرای اصلاحات هستند، این پژوهش در نظر دارد تا به بررسی یکی از بزرگ‌ترین تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی ایران بپردازد، تا با شناخت و تعریف این سیاست گام‌هایی را برای بهبود تدوین و اجرای برنامه های مشابه برای سطوح بالادستی، میانی و پایین‌دستی بردارد، چراکه شناخت مسئله اولین گام برای برطرف نمودن آن است.

۱-۶-۴- فرضیات یا سؤالات طرح پژوهشی

۱. مشکل/مشکلاتی که باعث تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران شده‌اند کدام اند؟
۲. نحوه دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران چگونه بوده است؟
۳. نحوه شکل‌گیری، تهیه و تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران چگونه بوده است؟
۴. نحوه کسب مشروعیت برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای اجرا در ایران چگونه بوده است؟
۵. نحوه اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن چگونه بوده است؟
۶. وضعیت پرداختی به ارائه‌کنندگان (کارکنان پزشک، کارکنان غیرپزشک و بخش بیمارستانی) در بیمارستان های دانشگاه های دانشگاهی-دولتی ایران قبل و بعد از اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران چگونه بوده است؟
۷. میزان رضایتمندی کارکنان غیرپزشک از دریافتی خود، قبل و بعد از اجرای برنامه چگونه است؟
۸. میزان آگاهی کارکنان از ابعاد تأثیرگذار بر دریافتی فرد، بعد از اجرای برنامه چگونه است؟
۹. رضایتمندی کارکنان بر اساس میزان آگاهی از ابعاد تأثیر بر دریافتی فرد، بعد از اجرای برنامه چگونه است؟

فصل دوم

ادبیات موضوع

۲-۱- مقدمه

هدف این فصل از پایان نامه معرفی ادبیات موضوع در حوزه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح دنیا و ایران است. بر این اساس شروع این بخش با مباحث انگیزاننده ها است و در ادامه به تفصیل به مباحث پرداخت مبتنی بر عملکرد، تاریخچه و انواع آن اشاره شد. در مرحله بعد نحوه تشخیص انواع برنامه های پرداخت مبتنی بر عملکرد و شواهد متعدد آنها در انواع کشورها بیان شد در انتها نیز پس از بیان انواع رفتارهای ناخواسته و پیامدهای اخلاقی آن در این نوع از برنامه ها، به بررسی ادبیات موضوع در سطح دنیا و ایران پرداخته شد. با توجه به گستردگی مطالعات، ادبیات موضوع در ایران در دو گروه حوزه سلامت و غیرسلامت گزارش شد.

۲-۲- انگیزاننده ها

مشوق به هر عامل (مالی و یا غیرمالی) اشاره دارد که به منظور ترجیح یک انتخاب در مقایسه با یک جایگزین دیگر، برای یک دوره زمانی و یا تعداد خاصی از یک فعالیت انگیزه فراهم می کند. منابع غیرمالی انگیزش به عوامل داخلی اشاره دارند. عوامل داخلی انگیزش برای ارائه کنندگان حوزه سلامت می تواند بهبود سلامت بیماران در یک دوره از فعالیت و انجام دادن درست یک کار باشد. منبع دیگر داخلی انگیزش عبارت است از هنجارهای گروه های اجتماعی و همکار، که در آن یک انتخاب خاص توسط دیگران به عنوان چیزی که انجام آن درست است در نظر گرفته می شود و به طور خاصی قابل تحسین است، و یا این که بر اساس آن هنجارها، شکست در انجام یک فعالیت، به یک روش خاص محکوم می شود.

منابع انگیزش مالی نوعی از منابع بیرونی انگیزش هستند و زمانی وجود دارند که یک فرد پولی را مشروط به انجام فعالیتی به روش خاص دریافت می نماید.

با وجود اینکه در این حوزه انگیزاننده های مشابهی وجود دارند (نوعی از انتقال منابع مالی^{۲۳}، هدیه و یا قرعه کشی)، تمرکز این بخش به مشوق های مالی است که باعث ایجاد تغییرات در مقدار یا روش انتقال پول به یک ارائه کننده خدمت می شود. با توجه به وجود مسائل متعدد در نام گذاری و تعاریف موجود درباره این مسئله، حوزه بهداشت و درمان انواع مختلفی از مشوق های مالی را مورد استفاده قرار می دهد؛ از جمله:

- حقوق و دستمزد و یا پرداخت دوره ای (پرداخت برای کار در یک دوره زمانی مشخص)؛
- پرداخت برای هر خدمت (پرداخت برای هر یک از خدمات، بخشی از خدمت یا ویزیت پزشک)؛

- سرانه (پرداخت برای مراقبت از یک بیمار و یا یک جمعیت خاص)؛
- پرداخت مشروط (پرداخت برای فراهم کردن سطح از پیش تعیین شده و یا تغییر در رفتار و یا کیفیت مراقبت خاص) (۱۹).

۲-۳- نظریه‌های رفتارشناسی و پرداخت مبتنی بر عملکرد

به نظر مبرهن است که پرداخت پول بیشتر برای ارائه خدمات مؤثر، مراقبت سلامت را بهبود خواهد بخشید، اما مراقبت‌های سلامت مانند بازار آزاد کلاسیک عمل نمی‌کنند. رفتار انسان پیچیده است و نظریه‌های بسیاری وجود دارند که برای توضیح رفتار سلامت و رفتار متخصصان تلاش کرده‌اند. نظریه کارگزار-کرافرما نشان‌دهنده روابطی است که در آن یک فرد (بیمار) نمی‌تواند سطحی از مهارت یا تلاشی که توسط فردی دیگر صرف شده (متخصصان) تا کار موردنظر را به انجام برساند را به‌طور مستقیم مشاهده کند یا بداند. بیماران از وضعیت پزشکی خود، نیاز خود به مراقبت و یا نتیجه مورد انتظار از خدمات سلامت دانش کامل ندارند، بنابراین آن‌ها به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان کارگزار خود در ارائه اطلاعات و خدمات تکیه می‌کنند. بیماران اطلاعات نامتقارنی در مورد نیاز و نتایج مراقبت‌های بهداشتی دارند، بنابراین تقاضای بیمار برای مراقبت‌های سلامت ممکن است بدون توجه به کیفیت فنی خدمات باشد (۲۰).

بنابراین، یکی از مزیت‌های نظری پرداخت مبتنی بر عملکرد این است که انگیزاننده‌های مالی صریح حتی برای زمانی که تقاضای بیمار برای مراقبت‌های سلامت بدون در نظر گرفتن کیفیت بوده، ارائه شده است. به عبارت دیگر تلاش متخصصان در فراهم کردن کیفیت بالا پاداش داده شده است، صرف‌نظر از اینکه بیماران آن را تشخیص دهند یا خیر. با این حال، این مزیت تئوریک بر برخی از مفروضات متکی است، از جمله توانایی ارزیابی کیفیت، ارتباط پرداخت بر اساس سیستم‌های عملکردی با سنج‌های کیفیت و عدم وجود عواقب نامطلوب (۲۰).

همچنین مهم است توجه شود که اگرچه مشوق‌های مالی و سیستم‌های پرداخت مراقبت‌های سلامت احتمالاً تأثیر مهمی بر رفتار حرفه‌ای داشته باشند، اما این نفوذ انحصاری نیست و عوامل دیگری نیز بر رفتار آنها تأثیر دارند. بر این اساس در دیدگاه اقتصادی، متخصصان به‌عنوان حداکثر کنندگان تابع مطلوبیت خود (به‌عنوان مثال رفاه‌شان) دیده می‌شوند. در این نظریه عوامل مهمی در تابع مطلوبیت آن‌ها دخالت دارند که عبارتند از: درآمد، وضعیت حرفه‌ای و اجتماعی (یا تصویر از خود)، نوع دوستی (انجام آنچه باعث شود آن‌ها در نزد بیماران به‌عنوان بهترین شناخته شوند)، فشار تلاش‌ها برای تغییر رفتار و عدم اطمینان در مورد مزایای تغییر رفتار. به علاوه،

ممکن است موانع دیگری نیز برای تغییر رفتار حرفه‌ای، حتی زمانی که برانگیخته شده‌اند، وجود داشته باشد. از جمله عوامل مرتبط با بیمار، کمبود وقت، فقدان مهارت‌های فنی، کمبود منابع و محدودیت‌های سازمانی (۲۰). به‌طور کلی پذیرفته شده است که متخصصان به‌واسطه رضایتمندی از انجام خوب کارهای خود برانگیخته می‌شوند (انگیزه درونی). در واقع، این تردید وجود دارد که اگر پزشکان فقط به‌واسطه پول برانگیخته شوند، آیا برخی از خدمات با ارزش اما دشوار در ارائه خدمات با کیفیت (مانند همدلی و یا گوش دادن در مواجهه بالینی)، فراهم خواهند شد یا خیر. به عبارت دیگر متخصصین سلامت هم مشوق‌های پولی و هم غیرپولی دارند، که مجموع آن‌ها عملکرد آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰). ممکن است که انگیزاننده‌های مالی انگیزه درونی متخصصین را کم‌رنگ نمایند و این مسئله، موضوع بحث‌های گسترده‌ای درباره انگیزش بخش عمومی در کشورهای با درآمد بالا بوده است (۲۱). مطالعات روان‌شناختی نیز خطرات پاداش خارجی برای انگیزه‌های درونی را متذکر شده‌اند (۲۲). از سویی دیگر، جایی که در آن دستمزد کارکنان حوزه سلامت کم است، در شرایط مطلق، افزایش سطح درآمد ممکن است کانال مهمی در بهبود انگیزه آنان باشد (۲۰).

۲-۴- تأثیر بودجه دولتی بر انگیزش

بودجه دولتی برای سلامت (شامل تأمین مالی کمکی، که از طریق دولت هدایت می‌گردد) به‌طور سنتی به فعالیت‌های خاص مرتبط نشده است، اما شکل جریان بودجه را به خود گرفته است، که این جریان بودجه به شاخص‌هایی مانند سطح نیروی انسانی یا تعداد تخت (برای امکانات و تسهیلات)، ورودی‌ها (مانند داروهای مخدر موردنیاز برآورد شده)، تعداد جمعیت (برای مناطق و استان‌ها، در برخی موارد) و نیز روند مخارج در طول زمان (تمتم مخارج بر اساس محدودیت کلی بودجه اصلاح شده باشند) مرتبط شده است. این مکانیسم‌های اداری مزیت ثبات و قابلیت پیش‌بینی پذیری را به همراه دارند و برای تعیین چگونگی ارائه و نوع خدمات قابل‌ارائه بر قضاوت محلی تکیه می‌زنند. باین‌حال نقطه‌ضعف آن‌ها این است که نظام‌های سلامت مبتنی بر تأمین مالی بودجه‌ای و کارکنان مزدبگیر می‌توانند انگیزه‌ها برای بهبود کیفیت، افزایش نتایج و بهبود نتایج را بخشکانند (۲۰).

۲-۵- تعیین نوع تأمین مالی مبتنی بر عملکرد

پرداخت مبتنی بر عملکرد این‌گونه نیز تعریف شده است: انتقال پول و یا کالاهای مادی مشروط بر عهده گرفتن یک عمل قابل‌اندازه‌گیری و یا دستیابی به یک هدف از پیش تعیین شده عملکردی (۱۵). درحالی‌که این یک

مفهوم ساده است، اما شامل طیف گسترده‌ای از اقدامات است که می‌توانند بنا به مقتضیات متفاوت باشد. به‌طور کلی چندین عامل در تعریف و تعیین انواع پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد تأثیرگذار هستند.

۱. هدف مشوق: مشوق برای چه کسی ارائه می‌شود؟

هدف مدنظر مشوق می‌تواند دریافت‌کنندگان مراقبت‌های سلامت، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت فردی، مراکز بهداشتی درمانی، سازمان‌های خصوصی، سازمان‌های دولتی، دولت محلی (شهرداری‌ها یا استان)، دولت‌های ملی و یا سایر سطوح مختلف باشد.

۲. نتایج مورد انتظار کدام‌اند؟

ممکن است برون‌دادهای سلامت، ارائه مداخلات مؤثر (به‌عنوان مثال ایمن‌سازی)، استفاده از خدمات (به‌عنوان مثال تعداد ویزیت‌های قبل از تولد و یا تعداد تولد در یک مرکز درمانی)، کیفیت مراقبت، تأمین امکانات، منابع انسانی و یا تجهیزات و یا اهداف توسعه‌ای (به‌عنوان مثال ایجاد ظرفیت سازمانی) از جمله نتایج مورد انتظار یک برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد باشند.

۳. شاخص اندازه‌گیری نتایج چیست؟

اینکه چه چیزی اندازه‌گیری می‌شود، چگونه اندازه‌گیری می‌شود و چه کسی که آن را اندازه می‌گیرد، از جمله استفاده از ارزیابی‌ها و نظارت مستقل، در این سطح قرار دارند.

۴. انتخاب اهداف

چه کسی اهداف را تنظیم می‌کند (ارائه‌دهنده مشوق‌ها، دریافت‌کننده انگیزه و یا هر دو)، و نوع هدف چگونه است (پرداخت برای نتیجه (به‌عنوان مثال در هر ایمن‌سازی) و یا پرداخت مشروط به کسب نتیجه (به‌عنوان مثال ۹۰ درصد پوشش) از جمله سؤالاتی است که در این مرحله پاسخ داده می‌شوند.

۵. نوع و شدت مشوق

مشوق‌هایی مانند پول نقد، کوپن و یا اقلام جنسی که در ازای دستیابی به نتایج ارائه می‌شوند و تعداد دفعات ارائه آن‌ها موضوعاتی هستند که در این سطح مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

۶. تناسب تأمین مالی

تناسب تأمین مالی پرداختی برای عملکرد و چگونگی توزیع باقی مانده تأمین مالی، از جمله تناسب پرداخت کننده مالی بر اساس عملکرد، تناسب کل تأمین مالی انجام شده بر اساس عملکرد و میزان انعطاف پذیری تأمین مالی مهم ترین موضوعات این سطح هستند.

۷. پشتیبانی طرح های پرداخت مبتنی بر عملکرد

مواردی مانند افزایش فراهمی منابع، آموزش، منابع ذخیره، پشتیبانی فنی یا آموزشی؛ نظارت و بازخورد، دیگر استراتژی های بهبود کیفیت، افزایش حقوق، ساخت و ساز تسهیلات جدید، بهبودی در برنامه ریزی و مدیریت یا سیستم های اطلاعات؛ تغییرات حاکمیتی (به عنوان مثال عدم تمرکز)، تعیین اولویت ها و سهمیه بندی (به عنوان مثال تدوین لیست داروهای ضروری و یا خدمات تحت پوشش بیمه)، و درگیر کردن ذینفعان موضوعاتی هستند که در این سطح جای می گیرند (۲۳، ۲۴).

۲-۶- پرداخت عملکردی چگونه باید طراحی شود؟

طرح های PFP نیازمند طراحی بسیار دقیق با توجه به موارد ذیل می باشد: زمانی که آن ها استفاده می شوند، سطح که مدنظر اهداف قرار می گیرند، انتخاب هدف ها و شاخص ها، نوع و شدت انگیزه ها، نسبت های مالی که بر اساس نتایج پرداخت می شوند، و اجزای فرعی طرح (۲۳). بنا به نظر اکسام و فرتیم (۲۰۰۹) مراحل پیشنهادی در طراحی یک برنامه PFP، با اقتباس از ایچلر^{۲۴} (۲۰۰۶) و نورث استار^{۲۵} (۲۰۰۵)، عبارتند از:

۱. شناسایی ذینفعانی که در برنامه درگیر خواهند شد.
۲. مشخص کردن مشکلات نظام سلامت به منظور تعیین علل و اهداف.
۳. تصمیم بگیرید که آیا مشکل یک اولویت است.
۴. تعیین مسائل عملکردی خاص: چگونه PFP برای عملکرد مورد نظر ایجاد انگیزه خواهد نمود، و چه مداخلات دیگری برای رسیدگی به مشکلات اساسی مورد نیاز است.
۵. طراحی بسته مداخله ای، برای مثال برای طراحی PFP عبارت است از:
 - الف. چه کسی مشوق ها را دریافت خواهد کرد.
 - ب. شرایط دریافت مشوق چیست (اهداف).
 - ج. عملکرد چگونه اندازه گیری می شود (شاخص).

²⁴ Eichler

²⁵ NorthStar

د. نوع و شدت مشوق ها، آیا تأمین مالی دیگری مورد نیاز است و چگونه پرداخت خواهد شد؟
ه. بودجه

۶. بررسی امکان سنجی طرح، شامل هزینه، پیامدهای سیاسی، در دسترس بودن کارکنان و تجهیزات، کفایت اطلاعات برای اندازه گیری عملکرد، آمادگی و ظرفیت برای مدیریت فرایند و پشتیبانی فنی مناسب.

۷. اطمینان حاصل شود که حمایت سیاسی و نهادی برای طرح PFP وجود دارد.

۸. تعیین مشخصات خدمات حساس، از جمله جریان روش های عملیاتی پول برای مدیریت طرح و عوامل مرتبط با قراردادها.

۹. اطمینان از وجود ظرفیت برای مدیریت برنامه PFP.

۱۰. آماده کردن یک طرح برای نظارت بر برنامه: از جمله اثرات ناخواسته احتمالی، ارزیابی برنامه با استفاده از یک طرح دقیق برای نشان دادن عدم قطعیت های مهم (۲۳).

۲-۷- پرداخت عملکردی در کجا و با چه هدفی استفاده شده است؟

مشوق های مالی در مراقبت های سلامت به احتمال زیاد دارای دو هدف افزایش کیفیت و بهره وری مراقبت هستند (۲۵)؛ در بعضی موارد مشوق ممکن است بر اثربخشی تمرکز نماید (۱۹). به هر حال، امروزه تأمین مالی بر اساس عملکرد به عنوان یک استراتژی برای بهبود عملکرد ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، سازمان ها و دولت توجیهات زیادی را سمت خود جلب نموده است (۲۶). در ادامه به برخی از استفاده کنندگان مختلف و اهداف مختلف پرداخت عملکردی اشاره شده است.

۱. پرداخت عملکردی در کشورهای با سطح درآمد متفاوت

بهبود عملکرد سیستم ارائه مراقبت های سلامت از جمله اهداف مهم، هم برای کشورهای با درآمد بالا و هم برای کشورهای با درآمد کم و متوسط است، حتی این مسئله در کشورهای گروه دوم که در آن ها منابع قابل صرف در حوزه سلامت بسیار محدودتر است، اهمیت بیشتری دارد (۲۰).

هدف پرداخت مبتنی بر عملکرد معرفی انگیزاننده ها به واسطه مرتبط نمودن پرداخت ها (در سطح فردی یا سازمانی) به فعالیت های مورد نظر و/یا شاخص های نتایج است. به علاوه ممکن است منابع را نیز (با تأمین بودجه تکمیلی) افزایش دهد و یا ممکن است یک مکانیسم جایگزین برای هدایت منابع مالی ایجاد کند (جابجا کردن بودجه های موجود) (۲۰).

در کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)^{۲۶} پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌طور کلی به‌عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت شناخته می‌شود (۲۷). با این حال در کشورهای با درآمد پایین‌تر از متوسط (LMICs)^{۲۷}، به‌طور کلی اهداف گسترده‌تری دارد، شامل:

- افزایش کارایی تخصیصی خدمات سلامت (با تشویق ارائه خدمات با اولویت بالا و مقرون‌به‌صرفه)؛
- افزایش کارایی فنی (با استفاده بهتر از منابع موجود مانند کارکنان بهداشت و درمان)؛
- افزایش عدالت (برای مثال، از طریق تشویق گسترش خدمات برای گروه‌هایی با دسترسی کم به خدمات) (۲۰، ۲۶).

پرداخت به ارائه‌دهندگان بر اساس عملکرد در LMICs می‌تواند در چند سطح به کار گرفته شود. می‌توان آن را به‌طور مستقیم به کارکنان حوزه سلامت ارائه داد (در بخش‌های دولتی، خصوصی و یا غیرانتفاعی خصوصی). می‌توان آن را به بودجه مراکز درمانی مرتبط نمود. می‌توان آن را برای تنظیم بودجه یا به‌عنوان مکمل بودجه در واحدهای سازمانی بالاتر مانند واحدهای بهداشتی استانی یا مناطق مورد استفاده قرار داد. همچنین می‌تواند در سطح ملی، به‌ویژه در سازمان‌های خیریه در حال مذاکره برای کمک به بخش بهداشت و درمان ملی مورد استفاده قرار گیرد. خصوصاً در LMICs، پرداخت بر اساس عملکرد برای طیف گسترده‌ای از دلایل به غیر از کیفیت اعمال شده‌اند. چراکه در این کشورها، به‌طور جاه‌طلبانه‌ای تصور شده است که پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌تواند به‌عنوان یک ابزار برای افزایش پاسخگویی کارکنان و به‌طور کلی نظام سلامت در حوزه‌های اولویت‌دار بکار گرفته شود. این در حالی است که برای سطوح مختلفی از انگیزاننده‌ها، کارهای متفاوتی بایستی انجام دهیم. مشوق‌های تدوین‌شده در سطح افراد احتمالاً به‌طور مستقیم‌تری اثرگذار هستند (انگیزه‌های تدوین‌شده برای سطح سازمان صرفاً به‌طور غیرمستقیم رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند، البته به شرطی که به افراد انتقال داده شوند)، اما ممکن است همکاری را تضعیف نماید (برخلاف انگیزه سازمانی، که ممکن است منجر به تقویت همکاری شوند) (۲۰).

۲. پرداخت عملکردی برای مراجعه‌کنندگان

²⁶ the Organisation for Economic Co-operation and Development

²⁷ lower middle income countries

برخی پژوهشگران بر پتانسیل پرداخت مبتنی بر عملکرد برای اصلاحات بخش بهداشت و درمان، معرفی مدل مالی عمومی مشتری‌گرا با الهام از مدل مدیریت عمومی جدید تأکید دارند (۲۸). پرداخت به ارائه‌دهندگان بر اساس عملکرد به‌وضوح بر این فرض استوار است: تغییری در رفتار مرتبط با ارائه‌دهنده موردنیاز است. با این حال، اگر موانع عمدتاً با عوامل طرف تقاضا در ارتباط باشند (مانند قابلیت تدارک خدمات)، آنگاه پرداخت بر اساس عملکرد برای ارائه‌دهندگان به‌تنهایی مؤثر نخواهد بود. پرداخت مبتنی بر عملکرد به افراد شکلی از پرداخت به مصرف‌کننده^{۲۸} است و در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط به‌عنوان یکی از اشکال اصلی تأمین مالی سلامت در حال اجرا است (۲۰).

۳. پرداخت عملکردی در سازمان‌های بین‌المللی

پرداخت عملکردی ارائه‌شده توسط اتحادیه جهانی واکسیناسیون و ایمن‌سازی (GAVI^{۲۹})، صندوق جهانی، بانک جهانی، وزارت توسعه بین‌الملل بریتانیا (DFID^{۳۰})، دفتر توسعه بین‌الملل ایالات متحده (USAID^{۳۱}) و دیگر سازمان‌های کمک‌کننده بکار گرفته شده است. این برنامه توسط کمپین جهانی برای سلامت، اهداف توسعه هزاره (MDGs^{۳۲}) و دیگر گروه‌های حامی توسعه، به‌منظور ایجاد انگیزه در بیماران و بهبود عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و دولت‌ها مورد طرفداری قرار گرفته است (۲۴).

ترویج استفاده از تأمین مالی مبتنی بر عملکرد یکی از پنج اقدامی است که در کمپین جهانی برای اهداف توسعه هزاره سلامت در نظر گرفته شده است (۲۹) این مهم بر این فرض استوار است: «شواهد نشان می‌دهد که مشوق‌های مالی کوچک هدف‌دار . . . به‌طور معناداری برای تغییر رفتار و دستیابی به نتایج مناسب هستند» (۲۳).

۴. پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور هند

جنانی سوراکشا یوجانی (JSY^{۳۳}) مداخله ایمنی مادرمحوری است که برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و به‌عنوان جزئی از مأموریت ملی سلامت روستایی^{۳۴} توسط نخست‌وزیر هند در آوریل ۲۰۰۵ راه‌اندازی شد. هدف طرح ترویج زایمان در مراکز صلاحیت‌دار در میان زنان باردار فقیر است. فعالان معتبر سلامت اجتماعی

²⁸ user fees

²⁹ A Global Vaccine Alliance

³⁰ Department for International Development

³¹ United States Agency for International Development

³² The Millennium Development Goals

³³ Janani Suraksha Yojana (JSY)

³⁴ National Rural Health Mission

(ASHA^{۳۵}) داوطلبان زن هستند. یک داوطلب برای هر روستا با جمعیت ۱۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده است تا به‌عنوان یک رابط بین جامعه و سیستم بهداشت عمومی عمل کند.

جبران خدمات ASHA مبتنی بر عملکرد و برای ترویج انواع خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌طور کلی و خدمات سلامت باروری و کودک به‌طور خاص، مانند ایمن‌سازی همگانی، خدمات ارجاع و محافظتی در سطح مؤسسات، ساخت‌وساز توالت خانگی و دیگر مداخلات ارائه مراقبت‌های بهداشتی است (۳۰).

۵. پرداخت عملکردی در کشور هائیتی

برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور هائیتی برای ارزیابی سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO^{۳۶}) در رسیدن به نتایج مدنظر و بررسی ایجاد جزئیات ساختاری برای آگاه‌سازی دیگران بوده است (۳۱).

۶. پرداخت عملکردی در خدمات سلامت ملی بریتانیا

در بریتانیا علاقه قابل‌توجهی به اثر مشق‌های مالی در ارائه مراقبت‌های سلامت وجود دارد. لیکن انگیزاننده‌ها ممکن است در تلاش برای افزایش به‌کارگیری درمان‌های مبتنی بر شواهد در میان متخصصان مراقبت‌های سلامت و یا برای تحریک متخصصان سلامت برای تغییر رفتار بالینی خود با در نظر گرفتن فعالیت‌های پیشگیرانه، تشخیص و درمان یا هر دو استفاده شوند (۳۲). به‌عنوان مثال، در خدمات سلامت ملی بریتانیا، سازمان تدوین‌کننده چارچوب کیفیت و نتایج برای مراقبت‌های اولیه (NICE 2004)، انجام اقدامات بالینی در ۱۲ رشته بالینی را به انگیزه‌های مالی مرتبط کرده است (۳۳).

هدف نهایی استفاده از مشوق‌های مالی برای تغییر رفتارهای متخصصان مراقبت‌های سلامت، بایستی کیفیت ارتقا یافته مراقبت‌ها همراه با نتایج بیمار بهبودیافته، هزینه‌های کاهش‌یافته و یا دسترسی بهبودیافته به مراقبت باشد (۳۲).

۷. پرداخت عملکردی برای انواع متخصصان سلامت

مطالعات متعدد از به‌کارگیری مشوق‌های مالی در میان پزشکان مراقبت‌های اولیه، پزشکان اطفال، پزشکان متخصص و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت (پرستاری در منزل، مراکز سلامت روان، داروخانه‌ها و غیره)

³⁵ Accredited Social Health Activist

³⁶ Non-Governmental Organization

گزارش شده است. عمده این مطالعات در حوزه و تسهیلات مرتبط با مراقبت اولیه و در مراحل بعد در داروخانه، تسهیلات و حوزه پرستاری، مراکز سلامت روان جامعه و متخصصان حوزه سلامت بوده است (۱۹).

۲-۸- شواهدی از اثرات پرداخت عملکردی از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۸

الف: پرداخت عملکردی تدوین شده برای دریافت کنندگان مراقبت های سلامت

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به کارگیری پرداخت مبتنی بر عملکرد برای دریافت کنندگان خدمات نتایج چهار مطالعه مرور نظامند در ادامه آورده شده است.

۱. انتقال وجه نقد مشروط به عنوان یکی از انواع پرداخت مبتنی بر عملکرد

یک مرور نظام مند به بررسی اثرات انتقال وجه نقد مشروط (CCTs^{۳۷}) بر موفقیت مداخلات سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMIC) پرداخته است. برنامه CCTs پولی را به خانواده ها مشروط بر انجام یک رفتار یا عمل خاص ارائه می دهد، مانند حضور در جلساتی که با هدف مراقبت پیشگیرانه تنظیم شده اند. به طور کلی، کارآزمایی های تصادفی در این حوزه در امریکای لاتین نشان می دهند که برنامه های CCT در افزایش استفاده از خدمات پیشگیرانه در میان کودکان و زنان و گاهی اوقات در بهبود سلامت مؤثر هستند. نتایج مطالعه نشان می دهد که افزایش مشاهده شده (تفاوت خطر) در درصد کودکان معاینه شده در مراکز سلامت در بازه ۱۱ تا ۳۳ درصد قرار دارد. به نظر می رسد که تأثیر برنامه ها متفاوت است، به گونه ای که در میان جمعیت محروم مزایای بیشتری داشته است. تأثیر بر پوشش ایمن سازی کمتر و کوچک تر از (صفر تا ۷ درصد) بوده است. یافته های مثبتی در مورد تأثیر این روش بر رفتار مادران برای گزارش وضعیت سلامت کودکانشان (گزارش بیماری، اسهال یا بیماری تنفسی) گزارش شده است. در حالی که تأثیر این روش بر پرونده های سلامت عینی (کم خونی یا مقادیر هموگلوبین) غیر قابل تفکیک بوده است.

تنها یک مطالعه در مالووی اثر مبالغ مختلف (از ۱ به ۳ دلار امریکا) را مورد بررسی قرار داده بود. اثر کلی در نسبت افرادی که برای نتایج آزمون HIV خود بازگشته بودند، نزدیک دو برابر شده بود (۷۲ درصد از افرادی که مشوق مالی دریافت کرده اند در مقایسه با ۳۹ درصد در میان افراد بدون مشوق). در این مطالعه ارتباط مثبت بین میزان مشوق و اثر پیدا شده بود: ۹ درصد افزایش مطلق به ازای هر دلار اضافی.

³⁷ Conditional Cash Transfers

هزینه‌ای بالغ بر بین ۶۰ تا ۵۶۰ دلار آمریکا به ازای هر خانواده، جریان پولی برنامه‌های CCT ممکن است قابل توجه شود و بودجه انتقالی واقعی فقط ۲۸-۴ درصد کل بودجه یک برنامه CCT را شامل شده است. هزینه-اثربخشی برنامه‌های CCT در مقایسه با مداخلات عرضه کننده-محور کلاسیک (بهبود کمیت و کیفیت زیرساخت‌ها و خدمات) مورد بررسی قرار نگرفته، چراکه اکثر برنامه‌های CCT که تاکنون اجرا شده‌اند در محیط‌هایی با زیرساخت‌های (سلامت) نسبتاً مناسب به اجرا درآمده‌اند. به علاوه اثرات ناخواسته پیش‌بینی نشده می‌توانند رخ دهد. برای مثال پس از اجرای یکی از برنامه‌های CCT، نرخ باروری به صورت غیرمنتظره افزایش یافت. احتمالاً به این دلیل که تنها زنان باردار واجد شرایط برای دریافت مشوق‌ها بودند (۲۴، ۳۴).

۲. انگیزاننده‌های اقتصادی از جمله کاهش قیمت کالاها و خدمات، قرعه‌کشی، انگیزه‌های نقدی و هدیه یک مرور نظام‌مند از انگیزاننده‌های اقتصادی (از جمله کاهش قیمت کالاها و خدمات، قرعه‌کشی، انگیزه‌های نقدی و هدیه) به بررسی و گزارش ۳۹ کارآزمایی تصادفی و هشت کارآزمایی شبه تصادفی پرداخته بود. به‌طور کلی، رفتارهای پیشگیرانه در ۷۳ درصد از موارد افزایش یافته بود.

مطالعات مربوط به مراقبت‌های پیشگیرانه پیچیده، از اقدامات فیزیکی و همچنین در برخی نمونه‌ها از خودگزارش‌دهی استفاده کرده‌اند. برای رفتارهای ساده، مطالعات گزارش یافته‌های مثبت در بازه ۴۰ درصد (برای قرعه‌کشی و هدیه) تا ۱۰۰ درصد (برای پول نقد و مجازات) را داشته‌اند. برای رفتارهای پیچیده، بازه یافته‌های مثبت بین ۵۰ درصد (برای پول نقد و خدمات رایگان) تا ۱۰۰ درصد (هدیه) بود. در این مطالعه بیان شده است که مشوق در قالب پاداش برای مشارکت و تبعیت از اهداف مدنظر، برای پیشگیری ساده یا پیچیده، به‌طور کلی برای تغییر رفتار مؤثر بوده است.

اغلب مطالعات انگیزه‌های کوتاه‌مدت را با یک تغییر رفتاری یا برون داد کوتاه‌مدت منطبق کرده‌اند. روش ارائه پاداش در ازای دستیابی به نتایج خاص برای رفتارهای پیشگیری پیچیده‌تر مانند کاهش وزن نیز مد نظر مطالعات بوده است. به‌طور کلی تغییرات رفتاری پس از گذشت مدت کوتاهی پایداری خود را از دست داده‌اند. درحالی‌که بسیاری از مطالعاتی که برون‌دادهای خاصی را پاداش داده‌اند اثرات مثبتی را در مدت کوتاه اجرای برنامه نشان داده‌اند، از چهار مطالعه‌ای که نتایج طولانی‌مدت را بررسی کرده بودند، تمام سنجه‌های دارای بهبودی قابل توجه، در بلند مدت به سطح اولیه خود بازگشته بودند.

به‌طور کلی نتایج مطالعه بیان می‌کنند که انگیزه‌های نقدی به‌اندازه‌ای که انتظار می‌رود تأثیرگذار بوده‌اند: پول نقد بیشتر، انگیزه بیشتر. کوپن نسبت به هدایا ترجیح داده شده‌اند. هر دو مطالعه‌ای که مشوق کوپن را در برابر

انگیزه هدیه مقایسه کرده بودند مؤثرتر بودن کوپن را نشان داده‌اند. درحالی‌که انگیزانندگی کوپن در هر ۱۵ مورد ۱۲ بار نتیجه مثبت داده است، تنها ۴ نفر از ۷ نفر به انگیزانندگی هدیه نتایج مثبت نشان داده‌اند.

پنج مورد از هفت مطالعه‌ای که به هزینه اثربخشی پرداخته بودند، بیان نموده‌اند که مداخله‌ای که شامل یک مداخله مشابه بدون انگیزه اقتصادی باشد یک رویکرد هزینه اثربخش است. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه تخمین زده شد که هزینه هر مرگ جلوگیری شده از آنفلوانزا برای کسانی که نامه یادآور فصل آنفلوانزای پیش رو را دریافت کرده‌اند ۳۹۹۰ دلار آمریکا بود، در مقابل برای کسانی که نامه یادآور را به همراه قرص رایگان آنفلوانزا دریافت کرده بودند، ۱۷،۸۶۰ دلار آمریکا بود. هیچ مطالعه‌ای تلاشی برای برآورد هزینه-اثربخشی مشوق‌های اقتصادی در ازای اثرات آن‌ها در نسبت موربیدیتی و مورتالیتی جمعیت در طول زمان را نداشته است (۶، ۲۴).

۳. مشوق‌های مالی (پول، پول نقد، یا کوپن)

یک مرور نظام‌مند درباره مشوق‌های مالی (پول، پول نقد، یا کوپن) به‌منظور بهبود پذیرش بیمار، در مقابل درمان «رایگان» (بدون پرداخت هزینه مالی به بیمار) ۱۱ کارآزمایی‌های تصادفی را در مطالعه خود وارد نموده بود. ارتقای میزان پذیرش مداخله در بازه ۱ درصد- (برای پذیرش جلسات درمانی در درمانگاه توسط والدین کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، قرعه‌کشی برای کوپن اسباب‌بازی، غذا و یا بلیت اتوبوس به ارزش ۱۰ دلار) تا ۳۷ درصد (برای پذیرش جلسات آموزش پیشگیری توسط عمدتاً مهاجران مبتلا به سل، ترکیبی از پول نقد، بلیت و کوپن به ارزش ۵ تا ۱۰ دلار در هر ملاقات) بوده است. بهبود متوسط در پذیرش مداخله ۱۷ درصد (تفاوت خطر) بود. برای ۵ مورد از ۱۳ مورد مقایسه بهبودی کمتر از ۱۰ درصد وجود داشته است. نتایج مربوط به ۱۱ مورد از ۱۳ مورد مقایسه از نظر آماری معنی‌دار نبوده‌اند.

هیچ شواهدی از هزینه اثربخشی ارائه نشده بود، اما پژوهشگران مطالعات اذعان داشته‌اند که اگر مداخله مزایای درمانی قابل‌توجهی نه‌فقط برای بیمار بلکه برای جامعه نیز داشته باشند، مشوق‌های مالی به‌احتمال‌زیاد هزینه اثربخش هستند (۲۴، ۳۵).

۳-۱ مثال پرداخت عملکردی برای مراجعه‌کننده: تشخیص و درمان بیماری سل

در بررسی ارزیابی پرداخت عملکردی در برنامه‌های کنترل سل، پژوهشگران انواع مشوق‌ها را شناسایی کرده‌اند که در تلاش برای ایجاد انگیزه‌های بهبود در تشخیص و درمان سل بکار رفته‌اند. بسیاری از این انگیزاننده‌ها بیماران را هدف قرار داده است، از جمله: پرداخت مستقیم؛ بازگشت سپرده؛ مواد غذایی (غذاهای گرم، جیره خشک، کوپن)؛ یارانه حمل و نقل و کوپن برای اجناس مختلف و بسته‌های از محصولات بهداشتی شخصی.

برای ارائه‌دهندگان فردی انگیزاننده‌ها شامل این موارد بوده‌اند: پرداخت مستقیم؛ بسته‌های مواد غذایی؛ کوپن؛ انواع اجناس و داروهای رایگان به ارائه‌دهندگان خصوصی

پرداخت‌های مستقیم به‌عنوان مشوق برای تیم‌ها، سازمان‌ها و دولت‌های محلی نیز استفاده شده است. جداسازی کامل اثرات پرداخت عملکردی با استفاده از داده‌های معمول سل دشوار است و تعداد معدودی ارزیابی دقیق در این حوزه وجود دارد.

همان‌طور که بیان شد پرداخت عملکردی مورد استفاده قرار گرفته به‌منظور بهبود کنترل سل در چندین کشور، هم بیماران و هم ارائه‌دهندگان را هدف قرار داده است (۱۲). در بنگلادش، یک رویکرد مبتنی بر جامعه برای DOTS³⁸ (استراتژی درمانی مشاهده مستقیم) که ایجاد انگیزه برای کارکنان بهداشت جامعه را در دستور کار خود قرار داده است نرخ تشخیص بالاتری از بقیه کشور به دست آورده بود (۹۰ در مقابل ۸۲ درصد). البته ارزیابی سهم پرداخت مبتنی بر عملکرد در این بهبودی امکان‌پذیر نیست.

در پونای هندوستان، یک طرح پرداخت به ارائه‌دهنده خصوصی برای ارجاع مستعدین به سل به مراکز میکروسکوپی و پس از آن به درمانگران با روش درمان مستقیم مشاهده‌ای، بهبودهایی را در نرخ تشخیص و درمان نشان داده است. این یافته‌ها را نیز بایستی بر اساس ویژگی‌های بسیار متفاوت عوامل مرتبط با پرداخت مبتنی بر عملکرد تفسیر نمود.

ارزیابی محدود استفاده از پرداخت مبتنی بر عملکرد برای تشخیص و درمان سل نشان می‌دهد که پرداخت عملکردی ممکن است یکی از عناصر استراتژی‌های گسترده دستیابی به اهداف کنترل سل باشد. این تجربه اهمیت مشارکت ذینفعان و انجام یک ارزیابی مناسب از موانع رفتارهای خواسته شده برای کسب آگاهی در جهت طراحی یک برنامه پرداخت عملکردی را برجسته می‌سازد.

طراحی و کنترل مشوق دقیق برای به حداقل رساندن اثرات ناخواسته نیز بایستی در نظر گرفته شود. اثرات ناخواسته پرداخت عملکردی برای بیماران شامل دخالت در فعالیت‌هایی است که آن‌ها مستحق منافع ننگه دارد مانند اجتناب از مصرف داروها برای تداوم دریافت پرداخت‌های ماهانه، تحت فشار قرار دادن ارائه‌دهندگان برای انتقال بیماران به یک حوزه با منافع، فروش مواد غذایی برای خرید الکل، ایجاد بیماران کاذب برای گرفتن غذا

³⁸ Directly Observed Treatment, Short Course

برای بیماران غیر سلی، تضعیف روحیه کارکنان بهداشتی به دلیل احساس ناعادلانه بودن پرداخت ها و سرقت مواد غذایی و پول توسط کارکنان بهداشتی (۲۳، ۳۶).

ب: پرداخت عملکردی تدوین شده برای ارائه کنندگان مراقبت های سلامت

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به کارگیری پرداخت عملکردی برای ارائه کنندگان نتایج سه مطالعه مرور نظامند در ادامه آورده شده است.

۱- پرداخت عملکردی تدوین شده برای پزشکان دارای مطب فردی

پترسون و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه نظام مند خود ۹ کارآزمایی تصادفی شده، چهار مطالعه قبل و بعد و چهار مطالعه مقطعی را وارد نموده بودند. پنج مطالعه از میان شش مطالعه اثرات جزئی یا مثبت ارائه مشوق برای پزشکان فردی را گزارش نموده بودند. ۹ مطالعه استفاده از مشوق های مالی برای گروه های ارائه دهنده را ارزیابی کرده بودند. از این تعداد، در هفت مطالعه اثر جزئی یا مثبت انگیزاننده های مالی در مورد سنجه های کیفیت گزارش شده بود. میزان بسیاری از تاثیرها کوچک بوده اند. در دو مطالعه، بهبودی در سنجه کیفیت مراقبت از لحاظ آماری معنی دار بود. در پنج مطالعه دیگر تأثیر مداخلات نسبی بوده است. مثلاً، یک بهبودی کوچک در نرخ غربالگری سرطان گردن رحم بین دو گروه مداخله و مقایسه بعد از برنامه ارائه مشوق برای کیفیت (تفاوت = ۴ درصد، $Pvalue = 0.02$) مشاهده شده بود. بهبودی در نرخ غربالگری ماموگرافی و آزمایش هموگلوبین A1c از نظر آماری معنی دار نبوده است. در دو کارآزمایی تصادفی شده نیز مشوق ها در سطح گروه، برای خدمات سلامت پیشگیرانه بی تأثیر بوده است.

دو مطالعه مشوق های مالی ارائه شده در سطح سیستم پرداخت را مورد بررسی قرار داده بودند. یکی اثربخشی انگیزاننده برای بهبود دسترسی به مراقبت های بهداشتی بیماران سالمند با شرایط ناتوان کننده، حاد و مزمن را ارزیابی کرده بود. این برنامه مشوق هایی برای پذیرش بیماران به شدت وابسته، مشوق هایی برای دستیابی به اهداف وضعیت سلامت و یک مشوق برای ترخیص بیماران مناسب از لحاظ بالینی را شامل می شد. پرستاران مداخله نسبت به پرستاران شاهد، به طور معناداری تعداد بیماران به شدت بیمار بیشتری را بستری نموده بوده اند. مطالعه (منفی) انگیزاننده ها در سطح سیستم پرداخت برای قرارداد مبتنی بر عملکرد در مورد سوء مصرف مواد بود. یکی از یافته های بالقوه مهم، یک اثر ناخواسته یعنی انتخاب معکوس بود. در این مطالعه کاهش معنی داری در احتمال درمان گروه بیماران با وخامت بیماری بالاتر، توسط ارائه دهندگان دارای انگیزاننده های مالی برای دستیابی به اقدامات با کیفیت معین، وجود داشت.

چند دیگر مطالعات انجام شده پتانسیل را به بازی گرفته شدن سیستم انگیزاننده‌ها را گزارش نموده‌اند. مثلاً، «انگیزه برای پرستاران در منزل وجود دارد تا ادعا کنند که آن‌ها بیماران بسیار معلولی را پذیرش کرده‌اند که پس از آن به‌طور معجزه آسایی طی یک دوره کوتاه بهبود یافته‌اند». مطالعه دیگری تأثیر پرداخت پاداش هم برای شناسایی سیگاری‌ها و هم ارائه مشاوره برای ترک دخانیات را مورد بررسی قرار داده است. انگیزاننده با افزایش مستندات وضعیت مصرف دخانیات همراه بود اما در ارائه مشاوره به ترک سیگار افزایشی ثبت نشده بود (۳۷).

۲- پرداخت عملکردی تدوین شده برای پزشکان مراقبت‌های اولیه

تاون و همکاران (۲۰۰۵) در مرور نظام‌مند خود مشوق‌های اقتصادی در بهبود ارائه خدمات پیشگیرانه را مورد بررسی قرار داده‌اند. آن‌ها شش کارآزمایی‌های تصادفی از مشوق‌هایی که هدف آن‌ها پزشکان مراقبت‌های اولیه برای مراقبت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر (ثبت نام شده در مدیکید) در ایالات متحده امریکا بودند را وارد مطالعه خود نموده‌اند. کارآزمایی گزارش کرده بود: مشخص نبود که مشوق‌های مالی به پزشک پرداخت شده بود یا به عملکرد. اگر پرداخت به عملکرد انجام شده، چگونه عملکرد مشوق‌های مالی به فرد فرد پزشکان منتقل شده است. تنها یکی از هشت نتیجه، افزایش مشوق‌های مالی را به معنای افزایش معنی‌دار آماری در ارائه مراقبت پیشگیرانه دانسته بود. یک مطالعه پرداخت به ازای خدمت (۳۸) را برای پزشکان برای تأمین ایمن‌سازی مورد استفاده قرار داده بود. باقی مطالعات تقریباً به‌طور مساوی بین استفاده‌کنندگان از مشوق‌ها و استفاده‌کنندگان از پرداخت کارانه افزایش یافته، تقسیم شده بودند. یک مطالعه نشان داده بود که بیشتر افزایش در نرخ ایمن‌سازی به دلیل مشوق‌های مالی، نتیجه ثبت اسناد و مدارک بهتر بوده است، نه نتیجه ارائه واکسن بیشتر پزشکان.

مطالعات متعدد تأثیر بازخورد رسمی عملکرد پزشکان بدون انگیزنده‌های مالی را مورد بررسی قرار داده‌اند. مثلاً، در یک مطالعه، بررسی بلند مدت گروه «صرفاً بازخورد» ارجاعات غربالگری ماموگرافی خود را افزایش داده بودند، اما میانگین رفتار آن‌ها به‌طور معناداری از گروه «بازخورد در کنار مزایای ۵۰ دلاری» متفاوت نبوده است. در مطالعه دیگری، گروه «صرفاً بازخورد» تفاوت معناداری با گروه «بازخورد به‌علاوه انگیزاننده مالی» و یا گروه کنترل نشان نداده بود.

از آنجایی که اکثر مداخلات مورد بررسی اثربخش نبوده‌اند، تجزیه و تحلیل هزینه اثربخشی انجام نشده بود. در یک مطالعه با یافته‌های مثبت، درآمد پزشکان در گروه دارای مشوق به‌طور متوسط ۸۲ دلار افزایش یافته بود.

این مقدار مشوق منجر به افزایش نرخ ۷ درصدی ایمن‌سازی شده بود، که بیانگر هزینه ۳ دلار به ازای هر ایمن‌سازی آنفلوآنزای اضافی می‌باشد. واکسیناسیون آنفلوآنزا باعث صرفه جویی ۱۱۷ دلاری در هزینه‌های مستقیم پزشکی در افراد مسن می‌شود. بنابراین، در این مورد که در آن مؤثر بودن انگیزاننده‌های مالی نشان داده شده است، صرفه جویی در هزینه‌ها را نیز به دنبال داشته است (۲۴، ۳۹).

۲-۱- مثال پرداخت عملکردی تدوین‌شده برای ارائه‌کننده خدمات واکسیناسیون

بررسی نظام‌مندی از اثرات پرداخت هدفمند، که در آن پرداخت یکجا تدارک دیده شده باشد، مشروط بر اینکه اگر و فقط اگر، مقدار یا هدف از پیش تعیین شده مراقبت حاصل شده باشد، تنها یک کارآزمایی تصادفی و یک تجزیه و تحلیل سری‌های زمانی متقاطع بوده است. در کارآزمایی تصادفی، استفاده از پرداخت هدفمند برای جبران خدمت پزشکان در میزان ایمن‌سازی بسته مراقبت‌های اولیه با پیشرفت همراه بوده است. با این حال، افزایش برای نرخ واکسن آنفلوآنزا به‌طور کلی کوچک (تفاوت خطر = ۷ درصد، $Pvalue=0,03$) بوده است. پژوهشگران مطالعه سری‌های زمانی متقاطع بیان کرده‌اند، هیچ مدرکی برای اثبات تغییر معنادار روند خطی کلی برای ایمن‌سازی کودکان به‌عنوان یک نتیجه از اجرای پرداخت هدفمند، وجود ندارد (۴۰، ۴۱). یک بررسی نظام‌مند دیگر درباره اثرات مشوق‌های مالی در تجویز، صرفاً شواهد بسیار کم کیفی از اثرات ایجاد صندوق و یا بودجه دارویی در انگلستان، آلمان و ایرلند یافته است (۴۲). یک مرور مقالات دیگر در باره تأثیر پرداخت برای عملکرد در نابرابری‌های نژادی در ایالات متحده آمریکا هیچ مطالعه‌ای را پیدا نکرده است (۴۳). در نهایت، یک بررسی نظام‌مند با هدف بررسی اثرات هر نوع حمایت مالی در ازای محدودیت در موقعیت عملکرد بیان نموده است که تنها شواهد با کیفیت بسیار پایین از امریکای شمالی یافت شده است و پیشنهاد می‌کند که قرارداد حجمی^{۳۹} (روش پرداختی که حق الزحمه‌ای را در ازای انجام دوره مشخصی از کار برای خدمات عمومی پرداخت می‌کند) ممکن است در به‌کارگیری کوتاه‌مدت موفق عمل کند، اما این موفقیت در بلندمدت ممکن نیست (۴۴).

ج: پرداخت عملکردی تدوین‌شده برای سازمان‌ها

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به‌کارگیری پرداخت عملکردی برای سازمان‌ها نتایج چند مطالعه مرور نظام‌مند در ادامه آورده شده است.

³⁹ Return-of-Service Programs

در مرور نظام‌مند اثرات قراردادهای رسمی بین ارائه‌دهندگان دولتی و غیردولتی در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت در LMICs یک کارآزمایی تصادفی، یک تجزیه و تحلیل سری‌های زمانی منقطع و یک مطالعه قبل و بعد کنترل‌دار یافت شد. هر سه مطالعه دارای محدودیت‌های روش بوده‌اند. این مطالعات نشان می‌دهند که قرارداد برون‌سپاری خدمات به ارائه‌دهندگان غیردولتی می‌تواند دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت را افزایش دهد.

این سه مطالعه، شواهدی در مورد اینکه آیا این رویکرد مؤثرتر از یک سرمایه‌گذاری مشابه در بخش دولتی هست یا نه، ارائه ندادند چراکه یک کنترل دقیق در هر یک از محیط‌های پژوهش وجود نداشته است. علاوه بر این، معرفی ارائه‌دهندگان غیردولتی به برخی از محیط‌های ارائه خدمت، خود باعث ایجاد بسیاری از متغیرهای مخدوش‌کننده بالقوه مانند حضور متخصص مدیریت اضافی یا پزشکان خارجی (خارج از نظام دولتی)، که ممکن است تأمین داروها را بهبود دهد یا بهره‌مندی را افزایش دهد. در یک مطالعه در کامبوج، عملکرد اندازه‌گیری می‌شد و یک عملکرد ضعیف منجر به اتخاذ برخی محدودیت‌ها و عدم تجدید قرارداد می‌شد. اهداف عملکرد سلامت مادر و کودک تعیین شده بود. به جز این مطالعه، به نظر می‌رسد هیچ یک از سه طرح قرارداد دیگر، از پرداخت مبتنی بر عملکرد هدفمند برای سازمان‌ها استفاده نکرده‌اند. اگر چه برخی از اثرات مثبت برای پیمانکاری گزارش شده‌اند، اما هیچ یک از این اثرات را نمی‌توان به‌طور مستقیم به پرداخت مبتنی بر عملکرد نسبت داد (۲۴، ۴۵، ۴۶).

ج-۱ مثال کشور هائیتی: پرداخت عملکردی در سازمان‌های مردم‌نهاد

هدف از ارزیابی پرداخت عملکردی در سازمان‌های مردم‌نهاد در هائیتی بررسی مؤثر بودن پرداخت پول برای نتایج و همچنین بررسی بسیاری از جزئیات ساختاری بوده است که می‌تواند برای آگاه‌سازی دیگران مورد استفاده قرار گیرد (۳۱). ارزیابی بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های شاخص‌ها در بیش از ۵ سال بود که از پرداخت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد برای هزینه‌ها، اجراکنندگان طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد و همچنین مصاحبه‌ها بدست آمده‌اند.

اگر چه منفک کردن اثرات پرداخت عملکردی غیرممکن است، اما تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که انگیزه‌های پرداخت جدید به بهبود پوشش ایمن‌سازی و ارائه خدمت با حضور مستقیم ارائه‌کنندگان کمک کرده است. نتایج برای دوران بارداری و مراقبت پس از زایمان کاملاً روشن نبوده است. سمت و سوی این پروژه از

به‌کارگیری یک دستورالعمل ارزیابی به سمت ارزیابی واجد شرایط بودن سازمان‌های مردم‌نهاد برای طرح پرداخت عملکردی حرکت کرد، تا همه سازمان‌های مردم‌نهاد در طرح پرداخت عملکردی مشارکت کنند.

تغییراتی چند در شاخص‌های مورد ارزیابی ایجاد شده بود. زمان انتظار حذف شده بود چراکه به‌عنوان یک شاخص ضعیف برای ارزیابی کیفیت بحساب آمده بود، معاینه کودکان حذف گردیده بود، چراکه اندازه‌گیری آن دشوار بود. شاخص‌های مدیریت، اضافه شده بودند به این دلیل که نگران بودند توجه به پیشرفت‌های کوتاه‌مدت منجر به غفلت از عملکردهای کلیدی مدیریت گردد. شاخص‌های برون‌داده‌ی اضافی فنی اضافه شده بودند. برخی از شاخص‌ها به‌طور مشترک با سازمان‌های مردم‌نهاد تدوین شده بودند، و برخی از شاخص‌های عملکردی اضافه شده بود که می‌توانست در طول سال با پرداخت‌های آنی مورد ارزیابی قرار بگیرند.

ارزیابی عملکرد توسط یک شرکت مستقل با ارزیابی عملکرد به‌صورت خود گزارش دهی و چک کردن تصادفی صحت داده‌ها تعویض شد. لذا برای تشویق سازمان‌های مردم‌نهاد برای تمرکز بر روی همه خدمات موجود در بسته ضروری و کاهش هزینه‌های تایید عملکرد، پروژه به سمت تأیید شاخصهایی که به‌صورت تصادفی از یک لیست گسترده انتخاب شده بودند تغییر جهت داد. سپس برای تشویق سازمان‌های مردم‌نهاد برای تمرکز تلاش‌ها در بهبود کیفیت تمام خدمات در بسته اولیه، یکی از دو بسته شاخص‌ها به‌طور تصادفی برای ارزیابی انتخاب شده بود. سپس پروژه به مسیر حرکت ممیزی تصادفی دو شاخص مشترک در میان سازمان‌های مردم‌نهاد و یک شاخص تصادفی از یک لیست از هفت تایی پیش رفت. بازخورد از سازمان‌های مردم‌نهاد نشان می‌دهد که سوئیچ از پیمایش جامعه محور توسط شرکت خارجی به سمت خود گزارش دهی با ممیزی تصادفی، نه‌تنها باعث کاهش هزینه‌ها شده است، بلکه سازمان‌های مردم‌نهاد را برای تقویت سیستم‌های اطلاعاتی خود تشویق نموده بود.

نتایج این ارزیابی به سختی قابل تفسیر است چراکه گروه مقایسه معادل وجود نداشته است، و سوئیچ به طرح پرداخت عملکردی به‌طور کامل با تغییر از تأمین مالی مبتنی بر بازپرداخت ۱۰۰ درصدی به تأمین مالی قیمت ثابت ۹۵ درصدی و نیز با دیگر اجزای فرعی درهم آمیخته است. افزایش استقلال، انعطاف‌پذیری و کاهش گزارش دهی به‌عنوان انگیزاننده‌های اصلی مشخص شده‌اند. همه اینها تا حد زیادی به دلیل تغییر از تأمین مالی مبتنی بر بازپرداخت به یک قرارداد قیمت ثابت بوده است تا پرداخت عملکردی. این احتمال وجود دارد که ترکیب قرارداد قیمت ثابت و تأمین مالی پرداخت عملکردی، سازمان‌های مردم‌نهاد را برای به‌کارگیری مشاوران

فنی برانگیخته است. بر این اساس می‌توان گفت که یک اثر هم افزایی بین ترکیب قیمت ثابت، تأمین مالی پرداخت عملکردی و در دسترس بودن مشاوران فنی وجود دارد (۲۳، ۳۱).

د: پرداخت عملکردی تدوین شده برای انگیزش ترکیبی (بیمار، ارائه‌دهنده و موسسه)

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به‌کارگیری پرداخت عملکردی برای ایجاد انگیزش های ترکیبی نتایج مطالعه ای که به بررسی برنامه پرداخت عملکردی برای مادران و کارکنان بهداشت جامعه در کشور هند پرداخته است، در ادامه آورده شده است.

همان طور که در بالا نیز اشاره شد، جنانی سوراکشا یوجانی (JSY) مداخله ی ایمن مادرمحوری است که برای کاهش مرگ‌ومیر مادران و نوزادان و به‌عنوان جزئی از مأموریت ملی سلامت روستایی توسط نخست‌وزیر هند در آوریل ۲۰۰۵ راه‌اندازی شد. هدف طرح ترویج زایمان در مراکز صلاحیت‌دار در میان زنان باردار فقیر است. فعالان معتبر سلامت اجتماعی (ASHA) داوطلبان افتخاری زن هستند. یک داوطلب برای هر روستا با جمعیت ۱۰۰۰ در نظر گرفته شده است تا به‌عنوان یک رابط بین جامعه و سیستم بهداشت عمومی عمل کند.

این برنامه با استفاده از روش مطالعه ترکیبی کمی (پیمایش) و کیفی (مصاحبه) مورد بررسی قرار گرفت. در میان ۱۶۶ ذینفع JSY مورد مصاحبه نسبت ارائه خدمات در سطح مؤسسات از ۳۲٫۵ درصد به ۶۵٫۱ درصد افزایش یافته است و تعداد خدمات در سطح مؤسسات در بخش دولتی در ایالت راجستان یک سال پس از تدوین JSY، ۳۶ درصد افزایش یافته داشته است در مقایسه با سال قبل از تدوین این برنامه، که در این سال حتی اندکی کاهش (۰/۲۵٪-) در این شاخص وجود داشته است (۳۰).

از ۱۷۳ ASHA مورد مصاحبه، تنها ۷۲ درصد پاداش نقدی دریافت کرده بودند درحالی‌که خیلی از افراد با وجود کمک در ترویج زایمان در سطح موسسه، هیچ‌گونه دریافتی نداشته‌اند. ASHA هایی که پول دریافت کرده بودند، در طول سه ماه به‌طور متوسط حدود ۴۰۰ روپیه (۹٫۸۸ دلار آمریکا) در ازای افرادی که جلب کرده بودند درآمد کسب نموده‌اند، این در حالی است که درآمد برآورد حداکثری پیش‌بینی شده برای هر ASHA سه برابر این مبلغ بوده است. چهل و سه درصد از ASHA کاملاً و ۳۶ درصد تا حدودی از پاداش حاصله راضی بودند، دلیل رضایت آن‌ها عمدتاً این بود که آن‌ها می‌توانستند پول اضافی کسب کنند، فرصت یادگیری بسیاری از موارد جدید را دارند و می‌توانند در روستای خودشان کار کنند. علت نارضایتی ASHA ها از کمک نقدی، کار زیاد در ازای پول کم (۲۱ درصد)، عدم پرداخت به موقع پاداش (۱۵ درصد) و این احساس که یک ASHA را همه می‌شناختند.

بزرگترین مشوق های مرتبط با خدمات موسسه ای گزارش شده توسط افراد ذینفع (مادران) پول دریافتی از JSY (۵۶ درصد از پاسخ دهندگان)، دسترسی بهتر به خدمات موسسه ای در منطقه (۴۴ درصد) و پشتیبانی ارائه شده توسط ASHA (۲۲ درصد) بود. ASHA نقش محدودی در تسهیل و تنظیم حمل و نقل بیماران ایفا می کرد. به طور متوسط، ذینفعان برای رسیدن به محل ارائه خدمت ۲۸۰ روپیه (۶,۹۲ دلار آمریکا) برای حمل و نقل صرف می کردند. ۹ نفر از ۱۰ ذینفع پول برای هزینه های حمل و نقل خود پرداخت کرده بودند و نسبت ناچیزی از آن بعداً جبران شده بود. هشتاد و هشت درصد از ذینفعان مورد مصاحبه دریافت کمک های نقدی JSY را در ازای دریافت خدمت در موسسه و ۷۶ درصد در ازای دریافت خدمت در خانه دریافت کرده بودند. اکثر زنان (۶۴ درصد) مجبور به پرداخت در ازای خدمات دریافتی از موسسه های ارائه خدمت بوده اند، از جمله پرداخت برای داروها خوراکی و تزریقی (۹۴ درصد)، پرداخت بابت دریافت سزارین یا اقدامات اتاق عمل (۶۰ درصد) و پرداخت برای غذا و محل اقامت (۱۱ درصد). داده های کمی و کیفی جمع آوری شده برای این ارزیابی نشان می دهد که کمک های نقدی برای مادران احتمالاً نقش مهمی در ایجاد انگیزه در ارائه خدمات توسط نهادها بازی می کنند، اما ممکن است برای کمی سازی اثربخشی پرداخت عملکردی اختصاص داده شده برای مادران ممکن نیست. شواهد موجود در مورد اثرات پرداخت عملکردی اختصاص داده شده برای ASHA، کمتر قانع کننده است و نشان می دهد که پرداخت عملکردی برای ASHA نقش بسیار ناچیز و حتی در حد هیچ، در ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات توسط نهادها ایفا کرده است.

ارزیابی نشان می دهد که برنامه JSY برخی اثرات مثبت در کاهش نابرابری داشته است و پرداخت عملکردی اختصاص داده شده برای مادران ممکن است در این امر کمک کننده بوده باشد. ارزیابی یافته ها تنها اطلاعات محدودی را در مورد محدودیت ها و عواقب ناخواسته بالقوه پرداخت عملکردی فراهم می کند. که عبارتند از:

- مسائل مربوط به جابجایی مقدار قابل توجهی از پول برای اولین بار توسط ماماها یا پرستارهای کمکی
- مسائل مربوط به تاخیر در پرداخت
- مسائل مربوط به مشکلات بالقوه پارتی بازی^{۴۰} (۲۳).

ه: پرداخت عملکردی تدوین شده در سطح بین المللی

برای تشریح عمده اهداف، نحوه و نتایج به کارگیری پرداخت عملکردی در سطح بین الملل یک مطالعه مرور نظام مند در ادامه آورده شده است.

ه- ۱- مثال پرداخت عملکردی در سطح بین المللی

معاهده بین دولت‌های GAVI^{۴۱} (معاهده بین دولتهای جهان برای واکسن و ایمن‌سازی) از برنامه‌های ایمن سازی کشورها در قالب بودجه‌ایمن‌سازی خدمات پشتیبانی (ISS^{۴۲}) حمایت‌هایی را فراهم می‌کند. بودجه مستمر ISS که پیرو یک دوره سرمایه‌گذاری است بر یک سری شرایط عملکرد بهبود یافته و داده پوشش با کیفیت بالا استوار است. GAVI سیستم ارزیابی بودجه خود را در سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۰ راه‌اندازی نمود و در دسامبر ۲۰۰۷ منتشر کرد. هدف ارزیابی تجارب طرح ISS، اجرای بودجه ISS در سطح کشور و ارتباط آن با تأمین مالی کلی ایمن‌سازی و شناسایی رابطه بین تخصیص بودجه ISS و نرخ پوشش ایمن‌سازی (DTP3) بود. ارزیابان استفاده از یک مدل رگرسیونی برای ۵۲ کشور که بودجه ISS را در بین سالهای ۲۰۰۵-۱۹۹۵ دریافت کرده بودند و مطالعات عمیق کیفی در شش کشور (۳ جفت کشور با شرایط و شروع پوشش پایه مشابه و نتایج مختلف) را در دستور کار خود قرار داده بودند.

رابطه ای بین بودجه ISS و افزایش پوشش ایمن‌سازی مشاهده شد. هزینه نهایی مصونیت یک کودک حدود ۲۳ دلار امریکا در پایین‌ترین نرخ پوشش بود. هنگامی که نرخ پوشش بالا یعنی ۶۰ تا ۷۰ درصد مدنظر باشد، هزینه برای هر کودک واکسینه شده به صورت تصاعدی افزایش می‌یابد. مشخص شد که تولید ناخالص داخلی، بی‌ثباتی سیاسی و درگیری‌های داخلی در کاهش اثر بودجه ISS مؤثر بوده‌اند. به‌علاوه مشخص شد که فعالیت‌های برنامه ایمن‌سازی خاص، برنامه‌ریزی و مدیریت ISS و مخارج در طبقه‌های مختلف اثری در پوشش ایمن‌سازی ندارند.

روشن نیست که آیا بودجه ISS منابع دیگر مالی ایمن‌سازی را جابجا نموده است یا نه. اکثر وجوه مورد استفاده قرارگرفته برای هزینه‌های جاری (۸۳ درصد) و در سطح محلی (۷۷ درصد) بوده است. ISS به خوبی در برنامه‌های ایمن‌سازی ملی ادغام شده بود، اما هماهنگی در سراسر برنامه‌های سلامت و سطوح اجرایی خیلی بیشتر به چالش برانگیز بود که منعکس کننده سطح عمومی هماهنگی در سیستم سلامت است.

برای بررسی میزان انگیزانندگی پرداخت عملکردی در تغییرات ایجاد شده، آمار و اطلاعات کمی در دسترس بود. تنها عاملی که به تأیید تأمین مالی مبتنی بر مشوق به‌طور قابل توجهی مربوط بود نرخ رشد جمعیت بود، و فقط

⁴¹ Global Alliance for Vaccines and Immunization

⁴² Immunization Services Support

این شاخص به همراه میزان پایه پوشش DTP^{43} با پرداخت وجوه پاداش مرتبط بوده‌اند. به‌طور مشابه، در مورد میزان پاداش تأثیرگذار بر عملکرد، آمار و اطلاعات کمی در دسترس برای ارزیابی موجود بوده است. مشخص گردید که اندازه مشوق نسبت به هزینه‌های پیشین ISS در ایمن‌سازی هر کودک یا نسبت به مخارج سلامت دولت به عملکرد مربوط نبوده است.

هیچ همبستگی بین مشوق و عدالت جغرافیایی یا ثبات پوششی وجود نداشت. مشوق دریافت شده اثر کمی بر عملکرد داشته است، اگر چه داده‌ها برای ارزیابی این مسئله نیز محدود بوده است. کشورهای کم‌درآمد تحت فشار (LICUS)⁴⁴ احتمال کمتری برای دریافت مشوق داشتند. مشوق مبتنی بر تعداد کودکان واکسینه شده پیش‌بینی شده قبل از شروع برنامه در سال اول، به‌طور بالقوه به کشورها اجازه می‌دهد تا پروژه خود را دستکاری کنند و برای پروژه موفقیت‌هایی را ایجاد کنند که برای کشورهای با نرخ رشد جمعیت در حال کاهش دشوار می‌باشد.

کشورها LICUS یعنی کشورهایی که از لحاظ سیاسی بی‌ثبات هستند - و کشورهای با نرخ رشد جمعیت پایین با احتمال کمتری از بودجه ISS بهره‌مند شده‌اند. کشورهایی با نرخ پایه پوشش DTP_3 بالاتر نیز به احتمال کمتری از بودجه‌ها منتفع بوده‌اند. پاداش‌های ISS هزینه‌های واقعی افزایش پوشش برای سخت‌ترین شرایط برای رسیدگی به کودکان در این کشورها را پوشش نداده است، در نتیجه، ممکن است انگیزه‌ای برای تلاش در راستای افزایش پوشش در میان جمعیت محروم ایجاد نکرده باشد. شواهدی از اثرات منفی برای نرخ سرخک پوشش که به‌عنوان شاخص عملکرد مقایسه‌ای برای دیگر واکسن‌ها مورد استفاده قرار گرفته است، وجود ندارد.

جداسازی کامل اثر پرداخت عملکردی از اثر افزایش بودجه برای پوشش ایمن‌سازی ممکن نیست. به عبارت دیگر، مشخص نیست که مبلغ مشابهی از بودجه فراهم شده به طرق مختلف می‌توانست از نظر پوشش ایمن‌سازی نتایج مختلفی به دست آورد. داده‌های کیفی نشان می‌دهند که انعطاف‌پذیری بودجه (که مختص پرداخت عملکردی نیست) برای گیرندگان ارزشمند بوده است و ممکن است استفاده مناسب از منابع مالی را تحت برخی شرایط خاص تسهیل نماید (۲۳، ۴۷).

⁴³ Diphtheria-Tetanus-Pertussis

⁴⁴ low and middle income countries

۲-۹- آیا پرداخت عملکردی مؤثر است؟

سازمان جهانی بهداشت شش حیطه را برای کیفیت مراقبت‌های سلامت معرفی نموده است. این سازمان بیان می‌کند، برای اینکه مراقبت‌های سلامت «با کیفیت بالا» قلمداد شوند لازم است تا

- مؤثر باشند: مبتنی بر شواهد باشند و برای افراد و جوامع نیازمند منجر به بهبود سلامت گردند.
 - کارآمد باشند: به‌گونه‌ای ارائه گردند که حداکثر استفاده از منابع و اجتناب از اتلاف منابع صورت گیرد؛
 - در دسترس باشند: از لحاظ زمان و جغرافیایی مناسب باشند و در یک مجموعه تسهیلاتی که در آن مهارت‌ها و منابع متناسب نیازهای پزشکی جامعه است ارائه گردند؛
 - قابل قبول و بیمار محور باشند: به‌گونه‌ای ارائه گردند که ترجیحات و خواسته‌های فردی کاربران و فرهنگ جوامع آن‌ها را مدنظر داشته باشند؛
 - عادلانه باشند: ارائه مراقبت‌های سلامت به دلیل ویژگی‌های شخصی افراد مانند جنسیت، نژاد، قومیت، موقعیت جغرافیایی و یا وضعیت اجتماعی و اقتصادی با کیفیت متفاوت صورت نگیرد.
 - و ایمن باشند، به‌گونه‌ای ارائه گردد که خطرات و آسیب به کاربران خدمات را به حداقل برساند (۴۸).
- با این شرایط مشخص نیست که آیا مشوق‌های مالی، همه و یا هر یک از این حوزه‌ها را می‌توانند به‌صورت مثبت تحت تأثیر قرار دهند یا خیر (۳۲). تأثیر برنامه‌های انتقال مشروط پول نقد (CCT) در افزایش دریافت برخی خدمات پیشگیرانه که در زمان اجرای این نوع برنامه رایگان بودند، به اثبات رسیده است. این نشان می‌دهد که مشوق‌های به‌درستی طراحی شده ممکن است موانع دسترسی را نشان دهند. اجرای این برنامه‌ها در حیطه‌هایی که در آن خدمات رایگان نیستند، نیازمند بررسی می‌باشد. علاوه بر این، حتی با پیشنهاد انگیزاننده‌ای مهم نیز، برخی از برنامه‌های بهبود پوشش واکسیناسیون موفق نبوده‌اند، شاید به این دلیل که آن‌ها زمانی به اجرا درآمده‌اند که در آن زمان نرخ واکسیناسیون بالا بوده است.

با وجود موفقیت برنامه CCT، چند سوال در مورد امکان‌سنجی آن در محیط‌ها/کشورهایی با درآمد پایین‌تر باقی می‌ماند. درواقع، آن‌ها دارای مکانیزم‌های نسبتاً پیچیده‌ای برای هدف قرار دادن یک مورد خاص هستند و نیازمند آمادگی‌هایی اولیه برای ارائه مشوق‌ها هستند. علاوه بر این، آن‌ها نیازمند هماهنگی خوب با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و آموزش برای انجام وظایف پایش و ارزشیابی هستند. موفقیت CCT به وجود خدمات مؤثر بهداشتی اولیه و زیرساخت‌های محلی وابسته است. اگر برنامه‌ها پیچیده‌تر شود، سیستم‌های مؤثر برای شناسایی و انجام پرداخت‌ها برای خانواده‌های کم‌درآمد نیز مورد نیاز می‌باشد.

به‌طور کلی، شواهدی از کارآزمایی‌های تصادفی شده در مورد اثرات مثبت انگیزاننده‌های مالی در پذیرش مداخله توسط بیمار و رفتارهای سلامت‌پیشگیرانه وجود دارد. با این حال، بسیاری از این مطالعات در ایالات متحده آمریکا انجام شده‌اند؛ نتایج نمی‌توانند به‌طور مستقیم برای کشورهای دیگر با زمینه‌های مختلف اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی برگردانده شوند. نیاز به کارآزمایی‌های تصادفی شده با طراحی مناسب به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد به‌شدت وجود دارد.

اگرچه مشوق‌های مالی به‌عنوان یک عنصر مهم استراتژی‌های تغییر عملکرد حرفه‌ای در نظر گرفته شده‌اند، مطالعات به خوبی طراحی شده نسبتاً کمی وجود دارد و به‌طور کلی شواهد در این حیطة ضعیف است. بسیاری از مقالات بیشتر توصیفی هستند تا ارزیابی‌کننده. همچنین ممکن است سوگیری انتشار وجود داشته باشد، زیرا کسانی که مسئول طرح پرداخت عملکردی ممکن است با برخی از موانع انتشار یافته‌های منفی و یا مبهم مواجه شده باشند.

تعداد کمی از مطالعات دقیق‌تر زمانی که با مداخلات پیچیده‌تر مواجه شده‌اند، به بررسی مداخلات نسبتاً ساده پیشگیرانه، مانند تأثیر در مورد نرخ ایمن‌سازی و غربالگری پرداخته‌اند. موفقیت یک انگیزاننده مالی به احتمال زیاد ارتباط معکوسی با پیچیدگی وظایفی که به دنبال ایجاد انگیزه هستند، دارد. تعداد کمی مطالعه به ارزیابی دقیق مداخلات و بروندهای پیچیده‌تر مانند بستن قرارداد پرداخته‌اند (۲۴).

مشوق‌های مالی معمولاً به‌عنوان یک روش افزایش تولید در واحد هزینه دیده می‌شوند. در تسهیلات و حوزه مرتبط با خدمات عمومی به‌طور کلی، و مراقبت‌های سلامت به‌طور خاص، در شرایطی که مشوق‌های مالی به کار گرفته شوند پیچیدگی وجود دارد و به ندرت موردی یافت می‌شود که در آن تنها یک هدف افزایش مقدار و یا برونداد بدون در نظر گرفتن کیفیت مراقبت مدنظر بوده باشد. در مراقبت‌های سلامت ابعاد چندگانه‌ای از خروجی‌ها وجود دارد که اندازه‌گیری و کنترل آن‌ها دشوار است و به همین دلیل نسبت دادن آن‌ها به اقدامات خاص یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت خاص نیز دشوار است (۱۹).

۲-۱۰- آیا شواهد موجود با وضعیت کشورهای با درآمد متوسط و کم همخوانی دارند؟

ممکن است پیش‌بینی شود که پرداخت عملکردی به‌طور بالقوه در LMICs نسبت به کشورهای با درآمد بالا مؤثرتر است، به‌ویژه برای بیماران و کارکنان سلامت و بهداشت جامعه، چراکه مشوق‌های مالی کوچک ممکن است نسبت بیشتری از درآمد آن‌ها را تشکیل دهد و ممکن است رقابت مالی کمتری وجود داشته باشد. به‌علاوه، اگرچه اثرات طرح‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد بر اهداف توسعه‌ای بلندمدت، از جمله ایجاد ظرفیت سازمانی و

سرمایه انسانی نامشخص است، می‌توان استدلال کرد که نتایج کوتاه‌مدت، مانند بهبودی دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت، نشان‌دهنده اهداف توسعه‌ای در آن محیط باشند.

از سویی دیگر، برخی عدم قطعیت‌ها در مورد استفاده از پرداخت عملکردی در LMICs وجود دارد. این عدم قطعیت‌ها عبارتند از چالش در قراردادهای به‌اندازه کافی متمایز کننده و یا ترتیباتی برای پرداخت عملکردی و نظارت و اندازه‌گیری میزان دستیابی به اهداف. فاصله بیشتر از محل ارائه خدمات یا پیچیدگی بیشتر خدمات در حال ارائه به احتمال بیشتری باعث عقد قراردادهای یا ترتیباتی خواهد شد که بیشتر به صورت غیررسمی اداره شوند. ظرفیت دولت برای مدیریت پرداخت عملکردی نیز ممکن است چالش برانگیز باشد. گستردگی خدمات ارائه تعریف دقیقی از اهداف و قراردادهای یا ترتیبات مذاکره را دشوارتر می‌سازد. امکان‌سنجی نظارت کافی ارائه خدمات در مناطق دور افتاده نیز یک مسئله اجرایی کلیدی است.

همچنین تعدادی سوال با توجه به مطلوبیت بلند مدت بودن پرداخت عملکردی و خصوصاً در روش قراردادی، به‌عنوان یک گزینه در LMICs وجود دارد. توضیح اینکه درحالی‌که به نظر می‌رسد، روش قراردادی یک ابزار مؤثر برای افزایش سریع ارائه خدمات در مناطق کوچک باشد، محدودیت‌های بالقوه‌ای وجود دارد که این روش در بلند مدت با آن‌ها مواجه می‌شود. مشخص نیست که برای مثال، آیا در ارائه‌دهندگان غیردولتی ظرفیت افزایش ارائه خدمات وجود دارد یا خیر. به‌علاوه مشخص نیست که آیا انگیزاننده‌ها اثرات خود را در بلند مدت حفظ می‌نمایند و یا اینکه آیا اثرات ناخواسته، از جمله بازی‌ها/سوء استفاده‌های پیچیده، در بلند مدت روی می‌دهند یا خیر. در نهایت، تمرکز بر روش قرارداد ممکن است خیرین را تشویق نماید تا استان‌های/کشورهای آسیب پذیر را کنار بگذارند، در نتیجه نقش مهم آن‌ها در ایجاد ظرفیت‌های نهادی^{۴۵} در وزارت بهداشت به‌عنوان یک متولی یا یک سازمان ارائه‌کننده خدمات، نادیده گرفته می‌شود (۲۴).

۲-۱۱- آیا پرداخت عملکردی منجر به اثرات ناخواسته می‌گردد؟

این خطر وجود دارد که اثرات ناخواسته^{۴۶} پیش‌بینی‌نشده ممکن است در همه انواع انگیزاننده‌های مالی روی دهند. اثرات ناخواسته که شناسایی شده‌اند عبارتند از (۲۴):

⁴⁵ institutional capacity

⁴⁶ Unintended behaviors

۱- تصورات اشتباه در مورد برنامه: در روش CCT برخی از مادران به منظور حفظ واجد شرایط بودن کودک خود را در حالت سوء تغذیه نگه داشته؛ روش CCT ممکن است منجر به افزایش باروری ۲ تا ۴ درصدی شود، چراکه فقط زنان باردار واجد شرایط یارانه بوده‌اند. تأثیر منفی کوچک غیرمنتظره ناشی از روش CCT بر وزن کودکان ممکن است توسط تعبیر ناصحیح از قوانین واجد شرایط بودن توضیح داده شود. ذینفعان به اشتباه فکر می‌کردند که داشتن حداقل یک کودک دچار سوء تغذیه برای ادامه عضویت در برنامه لازم بوده است (۳۴).

۲- تحریف: تعریف تحریف^{۴۷} اینگونه بیان شده است: انگیزاننده‌های مالی ممکن است منجر به چشم پوشی از دیگر وظایف مهم ارائه‌کنندگان شود (۲۴).

۳- بازی: انگیزاننده‌های مالی می‌توانند منجر به بازی/سوء استفاده^{۴۸} شود (تغییر در گزارش به جای تغییرات در فعالیت موردنظر) (۲۴).

۴- فساد: منظور از فساد^{۴۹} این است که انگیزاننده‌های مالی به درستی مدیریت نشوند، ممکن است به سرقت رفته و یا مورد سوء استفاده قرار گیرند (۲۴).

۵- چینش انتخابی: استفاده از انگیزش مالی با هدف افزایش برون‌ده بیماران در بخش بیماران سرپایی و یا به‌طور کلی، استفاده از پرداخت برای هر خدمت، احتمالاً به افزایش تعداد ویزیت بیماران منجر شود اما ممکن است مطابق با اصول مراقبت با کیفیت بالا نباشد. به‌طور مشابه، انگیزاننده‌های مالی به ازای هر بیمار (پرداخت سرانه) یک مقدار ثابت به ازای هر بیمار پرداخت می‌کند و این نوع پرداخت مشوق‌هایی را برای به حداقل رساندن هزینه فراهم می‌کند و تنها به درمان بیماران کمتر پیچیده و کم هزینه می‌پردازد (خامه‌گیری نامیده می‌شود)، و بار دیگر ممکن است با بهبود کیفیت مراقبت سازگار نباشد (۱۹).

مشوق‌های عملکردی برای ارائه‌دهندگان می‌توانند یکی از دو مورد ذیل را تحت تأثیر قرار دهند، دسترسی به مراقبت‌های سلامت با تغییر تمایلات کارکنان درمانی یا کارکرد سازمان برای مراقبت از بیماران مریض، جمعیت محروم تر یا بیماران با بیماری شدیدتر (چینش انتخابی^{۵۰}). مثلاً، در طرح‌های پرداخت عملکردی که بر اساس سیستم نمره دهی طراحی شده و بر تغییرات کوچک نمره ارائه‌دهندگان حساس هستند، حذف تعداد کمی از

⁴⁷ Distortions

⁴⁸ Gaming

⁴⁹ Corruption

⁵⁰ Cherry-picking

بیماران «دشوار» با پیچیدگی بیماری بیشتر، ناتوانی بیشتر و یا سواد سلامت پایین‌تر، ممکن است در نمره ارائه‌دهنده بهبود چشمگیری ایجاد کند. طرح‌های پرداخت عملکردی ممکن است منجر به چینش انتخابی بیماران توسط ارائه‌دهندگان شوند، این کار می‌تواند یا با انتخاب بیمارانی که ممکن است منجر به بهبود نمره آن‌ها شوند یا با حذف بیمارانی که ممکن است باعث تضعیف نمره آن‌ها شوند روی دهد. چندین راه برای ممانعت از این رفتار وجود دارد:

- برنامه‌هایی که نمره کیفیت را بر اساس سلامت یا وضعیت اجتماعی و اقتصادی طبقه بندی می‌کنند، ممکن است انگیزه چینش انتخابی بیماران را در سازمان‌های بهداشتی - درمانی کاهش دهند.
- برنامه‌هایی که تنظیم ریسک انجام می‌دهند، نیز می‌توانید نابرابری را تداوم بخشند، مشروط بر اینکه آن‌ها ارائه‌دهندگان را از دستیابی به استانداردهای عادلانه مراقبت در میان جمعیت محروم، تبرئه کنند.
- همچنین طرح‌های پرداخت عملکردی می‌توانند به‌طور خاص برای جمعیت‌های محروم طراحی شوند تا انگیزش‌های چینش انتخابی کاهش یابد (۲۴).

۶- گسترش شکاف منابع بین سازمان‌های فقیر و غنی: انگیزه‌های عملکردی برای ارائه‌دهندگان ممکن است باعث گسترش شکاف منابع موجود بین سازمان‌های دارای سابقه ارائه خدمت به بیماران محروم و سازمان‌های بدون این سابقه و بین کشورها می‌گردد. طرح‌های پرداخت عملکردی که منابع موجود را به‌طور ناعادلانه سطح بندی می‌کنند، ممکن است برای حصول اهدافی به سازمان‌ها پاداش دهند که دسترسی به این اهداف در میان جمعیت محروم بسیار کمتر امکان پذیر است. این مشکل می‌تواند با طراحی برنامه‌هایی کاهش می‌یابد که:

- بهبودی در دستیابی به اهداف را در کنار حصول کامل اهداف پاداش دهند؛
 - برنامه‌هایی باشند که به‌طور خاص جمعیت محروم را مدنظر خود قرار داده‌اند (۲۴).
- ۷- وابستگی به مشوق‌های مالی: در مورد «وابستگی به مشوق‌های مالی^{۵۱}» باید گفت که با تکیه بر مشوق‌ها، ممکن است وابستگی به آن‌ها قوت گیرد. اگر رفتارهای ارائه‌دهنده با وجود دریافت مشوق‌ها نهادینه نشوند، ممکن است رفتارهای مدنظر، زمانی که مشوق‌ها پایان یابند یا مشوق‌های جدیدی معرفی شوند، محو گردند (۲۴).

⁵¹ Dependency on financial incentives

۸- تضعیف روحیه: مشوق های مالی می تواند منجر به احساس بی عدالتی و تضعیف روحیه^{۵۲} گردند. به عنوان مثال، زمانی این اتفاق می افتد که تخصص های جدید راه اندازی شوند و نسبت به تخصص های با سابقه تر مشوق های بیشتری دریافت می کنند؛ یا اگر کارکنان فکر کنند که در پرداختی ها پارتی بازی وجود دارد (۲۴).

۹- دیوان سالاری: طرح های پرداخت عملکردی ممکن است هزینه های اداری (دیوانسالاری^{۵۳}) نظارت بر عملکرد و مدیریت پرداخت مشوق های مالی قابل توجهی داشته باشند (۲۴).

۱۰- رنگ باختن انگیزش درونی کارکنان: علاوه بر این، ممکن است بین انگیزش درونی و انگیزه های مالی خارجی تنش وجود داشته باشد (۱۹). بیان شده است جایی که در آن انگیزش درونی بالا (مانند آنچه در میان متخصصان سلامت دیده می شود) وجود دارد، به مشوق های مالی با قدرت بالا، نیاز کمتری وجود دارد (۴۹). برخی از پژوهشگران نیز مدعی اند که مشوق های بیرونی ممکن است باعث برهم زدگی و یا کاهش انگیزش درونی شده، در نتیجه به تدارک مراقبت کمتر منجر شوند (۵۰).

رنگ باختن انگیزش درونی کارکنان^{۵۴} از این فرضیه نشأت می گیرد که: به طور کلی پذیرفته شده است که کارکنان حرفه ای با ارضای انجام درست کارهای خود برانگیخته می شوند (انگیزه درونی). در واقع، اگر علاقه پزشکان به ارائه خدمت فقط بر اساس درآمد برآورده شود، جای تردید است که برخی از ابعاد ارزشگذاری شده کیفیت که اندازه گیری آن ها دشوار است (مانند همدلی و یا گوش دادن در برخورد پزشکی) به طور کامل فراهم گردد. افراد حرفه ای و دیگر همکاران هر دو انگیزه غیر پولی و پولی را دارند که همه آن ها تلاش و یا رفتار آن ها را تحت تأثیر قرار می دهند. ممکن است مشوق های مالی انگیزه های درونی افراد حرفه ای یا بیماران را کم رنگ سازند (۲۴).

۲-۱۲- پیامدهای اخلاقی پرداخت مبتنی بر عملکرد چیست؟

الف- ضرر نرساندن (عدم وجود هیچ گونه آسیب)

به منظور کاهش احتمال آسیب، طرح های پرداخت عملکردی بایستی به گونه ای طراحی شوند تا اثرات ناخوشایند به حداقل برسند و اثرات بالقوه ناخواسته بایستی تحت کنترل قرار گیرند. این گونه برنامه ها برخوردار از منافع

⁵² Demoralization

⁵³ Bureaucracy

⁵⁴ Dilution of professionals' intrinsic motivation

عمومی که به‌عنوان یک مشوق برای القاء رفتار خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند را تهدید می‌کنند، برای مثال فرزندان بایستی توسط پدر و مادر [نه شخص دیگری] واکیسنه شوند، همچنین ممکن است مجازات‌های مالی برای مردمی که در حال حاضر در معرض خطر بالای محرومیت اقتصادی هستند، ایجاد کنند. حتی برای مردم نیازمند، هزینه‌های رفت و آمد بیشتری برای دریافت مزایا تحمیل می‌کنند. مشوق ممکن است منجر به گسیختگی مراقبت بیشتر برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر شود. به‌عنوان مثال، مادران با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین ممکن است مایل به بردن فرزندان خود به کلینیک‌های ویژه مختص ایمن‌سازی رایگان نباشند، زیرا آن‌ها ترجیح می‌دهند برای تزریق سراغ ارائه‌دهنده‌ای که به‌طور منظم پیش او می‌رفته‌اند، بروند. دستور اخلاقی «ضرر نرسانید» مستلزم آن است که با مردم متشخصانه، محترمانه و با عدالت رویه‌ای منصفانه رفتار شود (۲۴).

ب- عدالت

اگر عدم پذیرش مداخله با وضعیت درآمدی پایین همراه است، مشوق‌های مالی برای دریافت‌کنندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است عدالت را نیز بهبود بخشند. در شرایطی که همه چیز برابر در نظر گرفته شود، انتظار می‌رود این نوع از مشوق‌ها تأثیر بیشتری در میان جمعیت کم‌درآمد داشته باشند. از سویی دیگر، همین مشوق‌ها مالی ممکن است عواقب منفی نیز داشته باشند و بر دیگر جنبه‌های رفتار تأثیرگذارند. موفقیت برنامه‌های پرداخت مشروط برای بهبود تغذیه و سلامت در میان کودکان ذینفع در کاهش بار بیماری‌سهمیم است ولی باین‌حال، نسبتی از خانوارهای واجد شرایط، مانند گروه‌های محروم جامعه، در این برنامه‌ها جای نگرفته‌اند (۳۴).

توجه مقتضی باید به پیامدهای اخلاقی‌انگیزه‌هایی که می‌توانند رفتار افراد کم‌درآمد و یا گروه‌های آسیب‌پذیر را تغییر دهند، داده شود. به‌طور خاص، اخلاقیات برخی از برنامه‌ها که با استفاده از مشوق‌های پولی به دنبال ترویج روش‌های پیشگیری از بارداری غیرقابل برگشت هستند، مورد نقد قرار گرفته‌اند (۳۴).

مشوق‌های عملکردی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت این پتانسیل را دارند تا نابرابری در بهداشت و درمان را محدود، گسترش و یا حفظ نمایند. ماهیت اثر آن‌ها احتمالاً وابسته به میزان تناسب برنامه‌ها در ارتقای رویکردهای شمولیت برای جمعیت‌های گوناگون، میزان توانایی آن‌ها برای جلوگیری از ایجاد فرصت‌چینش انتخابی و ممانعت از شکاف بیشتر در منابع توزیع شده بین سازمان‌های غنی و فقیر است. هنگامی که راه‌های متعددی برای پرداختن به نابرابریها وجود دارد، برنامه‌های تشویق بر اساس عملکرد که کاهش نابرابری را ترویج

یا به شناسایی گروه‌های محروم نیازمند برنامه کمک می‌کنند، به احتمال زیاد برای کاهش نابرابری همراه بهبود کلی کیفیت مناسب ترند (۲۴).

ج- خودمختاری

استفاده از پرداخت عملکردی ممکن است محیطی ایجاد کند که مسئولیت شخصی و خودمختاری را گسترش نمی‌دهد، به خصوص هنگامی که آن دریافت‌کنندگان مراقبت را مورد هدف قرار بدهد (۲۴).

۲-۱۳- آیا پرداخت عملکردی ارزشمند است؟

در حال حاضر فقدان شواهد شدیدی در مورد اثربخشی این راهبردها در بهبود مراقبت‌های سلامت و سلامت، به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد وجود دارد (۲۶). تعداد کمی ارزیابی دقیق از اثرات طرح‌های پرداخت عملکردی وجود دارد و حتی مطالعات هزینه اثربخشی کمی نیز در دسترس است. در واقع، زمانی که اثرات مداخله در دسترس نباشد، مطالعات هزینه اثربخشی ارزش کمی دارند. هم چنین اطلاعات محدودی در مورد هزینه‌های اداری طرح‌های پرداخت عملکردی وجود دارد (۲۴).

۲-۱۴- آیا پرداخت عملکردی پایدار است؟

در هنگام ارزیابی برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد، زمان ارزیابی نکته مهم این مسئله است. مشوق‌های مالی ممکن است برای اهداف رفتاری ساده و مشخص و به خوبی تعریف شده در کوتاه‌مدت مؤثر باشند، اما این امر لزوماً در دراز مدت پایدار نیستند (۲۰).

پایداری مالی طرح‌های پرداخت عملکردی فراتر از برنامه‌های آزمایشی در محیط کشورهای کم‌درآمد نامشخص است. جریان پولی که آن‌ها نیازمندند اغلب زیاد است که منجر به بازگشت به این مسئله می‌شود که آیا ارزش دارد تا آن با دیگر مداخلات مقایسه کنیم (۲۴).

۲-۱۵- چه وقت پرداخت عملکردی بایستی استفاده شود؟

در مراقبت‌های سلامت، مطالعات برای کاهش تاثیرات یک سویه مشوق‌ها، برنامه‌های پرداخت تلفیقی کارانه و یا سرانه را در کنار یک عنصر از پرداخت مبتنی بر عملکرد توصیه می‌کنند (۵۱). برای اینکه این نوع از مکانیسم پرداخت مقرون‌به‌صرفه باشد، بایستی بر مداخلات هزینه اثربخش یا رفتارهایی که تبعیت کمی از آن‌ها وجود دارد، متمرکز شود. در صورتی که تبعیت کمی از یک رفتار وجود داشته باشد، مهم است که علت آن درک شود.

این به شناسایی بهترین نوع مداخله برای بهبود پذیرش مداخله کمک خواهد کرد و مشخص خواهد کرد که آیا مشوق های مالی مفید خواهند بود یا خیر. مشوق در نظر گرفته شده برای تغییر موقت در رفتار ممکن است نسبت به یک مشوق دیگر برای ایجاد یک تغییر دائمی، مؤثرتر باشد. بیماران و کارکنان حرفه‌ای سلامت اغلب تحت استرس اموری هستند که زمان آن‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و درگیر آن هستند. مشوق ها ممکن است به دست آوردن یک اولویت موقت باشد، اما تغییر پایدار ممکن است نیازمند صرف انرژی برای رسیدگی به مکانیسم‌های زیر بنایی باشد که می‌تواند تقویت رفتارهای مطلوب را به صورت دائمی تری در پی داشته باشد. در بسیاری از موارد، تغییرات ساده، مانند اقدامات ارتقایی یا تفویض قدرت برای حمایت از کارکنان ممکن است لازم باشد. در این موارد، منابع مورد استفاده برای انگیزش می‌تواند کارآمد تر از جاهای دیگر باشند.

اگر مشوق های مالی به اندازه کافی بزرگ باشند، می‌توانند در افراد، ارائه‌دهندگان، یا گروه‌های کوچک در کوتاه‌مدت رفتارهای گسسته را تحریک کنند. اگر آن‌ها هماهنگ با یکدیگر و هم راستا با سایر مشوق های در سطح سیستم باشند ممکن است مزایای بیشتری ایجاد کنند، هرچند که ادعای چنین هم افزایی بالقوه ای هنوز نیاز به پژوهش های بیشتری دارد. اگرچه مشوق های تدوین شده برای ارائه‌دهندگان در حال فعالیت هستند، ولی ممکن است تغییر رفتار پایدار ایجاد نکنند. لذا در بلند مدت این خطر وجود دارد که آن‌ها با مجموعه ای جدید از مشوق‌های تدوین شده برای یک مشکل جدید دیگر جایگزین شوند.

به طور کلی اینکه مکانیسم‌هایی که از طریق آن‌ها مشوق‌های مالی به دولت‌ها یا سازمان‌ها داده می‌شوند، بتوانند عملکرد را بهبود بخشد، به روشنی به اثبات نرسیده است و شواهد پراکنده ای دارد. سرمایه گذاری در تغییرات سیستم که در عمل حامی بهبود طولانی مدت هستند، ممکن است نسبت به تکیه زدن صرف بر انگیزاننده‌ها، انتخابی بهتری باشد (۲۴).

۲-۱۶- ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

پرداخت مبتنی بر عملکرد مداخله‌ای پیچیده با مزایای نامشخص و مضرات بالقوه است. ممکن است، صرفاً با ارائه یک نمونه، منجر به تمرکز منابع در حوزه‌هایی گردد که آنجا اهداف آسان تر برای حصول وجود داشته باشند (معمولاً حوزه‌هایی هستند قبلاً خدمات بهتری ارائه کرده‌اند)، لذا نابرابری در تدارک خدمات را افزایش می‌دهند. به علاوه گستره ای که در آن مزایای منتسب به پرداخت مبتنی بر عملکرد در LMICs به وجود شرایطی خاص منسوب شده اند (کسب مزایا در ازای اجزای جانبی طرح‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در LMICs، مانند افزایش منابع و پشتیبانی فنی) نیز نامشخص است (۲۰).

طرح‌های پرداخت پول برای عملکرد اغلب همراه با ویژگی‌های جانبی هستند، مانند افزایش در منابع. هنگامی که طرح‌های پرداخت پول برای عملکرد با هیچ مداخله‌ای مقایسه می‌شوند، فی‌النتیجه ممکن است متمایز کردن تأثیر پرداخت مبتنی بر عملکرد از تأثیر افزایش منابع و دیگر ویژگی‌های جانبی امکان‌پذیر نباشد (۲۰).

منافع بالقوه، آسیب‌ها و هزینه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد ممکن است در LMICs بیشتر باشد، جایی که در آن منابع و انگیزاننده‌های مالی کمتری نسبت به کشورهای با درآمد بالا وجود دارد، سیستم‌های سلامت ضعیف، تسهیلات، امکانات و منابع انسانی ناکافی و نابرابری بیشتر وجود دارد. جایی که در آن طرح‌های پرداخت پول برای عملکرد اغلب توسط اهداکنندگان تهیه می‌شوند و شامل اجزای فرعی مانند افزایش منابع و پشتیبانی فنی هستند (۲۰).

۲-۱۷- بررسی متون

۲-۱۷-۱- مطالعات خارج از کشور

- جها و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه مورد-شاهدی خود بین سال‌های ۲۰۰۹-۲۰۰۳، تحت عنوان «اثر بلندمدت پرداخت مبتنی بر عملکرد وزارت سلامت بر نتایج بیمار» با استفاده از داده‌های حاصل از مدیکیر دو گروه از بیمارستان‌ها ۱- مورد: بیمارستان‌های شرکت‌کننده در HQID^{۵۵} وزارت خانه (۲۲۵ بیمارستان) ۲- شاهد: بیمارستان‌هایی که صرفاً در برنامه گزارش دهی عمومی مشارکت نموده‌اند (۳۳۶۳ بیمارستان) را در تعداد مرگ میر ۳۰ روزه در میان ۶ میلیون بیمار انفراکتوس قلبی حاد، نارسایی احتقانی قلب^{۵۶}، پنومونی^{۵۷} یا بیمارانی که تحت عمل بای پس عروق قلب^{۵۸} قرار گرفته‌اند را مقایسه نمودند. یافته‌ها نشان دادند که در ابتدا، میزان مرگ میر ۳۰ روزه در میان بیمارستان‌های شاهد و مورد برابر بود. میزان کاهش در مرگ‌ومیر که به‌طور فصلی در نظر گرفته شده بود نیز مشابه بود و بعد از گذشت ۶ سال از اجرای ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد، میزان مرگ‌ومیر هنوز مشابه بود. پژوهشگران بیان نموده‌اند که اثرات پرداخت مبتنی بر عملکرد در مورد شرایطی که در آن‌ها نتایج

⁵⁵ Hospital Quality Incentive Demonstration

⁵⁶ congestive heart failure

⁵⁷ pneumonia

⁵⁸ CABG

به‌طور واضح بر مشوق‌ها مرتبط هستند (انفارکتوس میوکارد^{۵۹} و پوستر بای پس سرخرگ کرونری^{۶۰}) و شرایطی که نتایج به‌طور واضح بر مشوق‌ها مرتبط نیستند (نارسایی احتقانی قلب، پنومونی) تفاوت معناداری ندارند. در میان بیمارستان‌هایی که عملکرد ضعیفی در ابتدای مطالعه داشته‌اند، میزان مرگ‌ومیر در مقایسه با وضعیت دو گروه بیمارستان‌ها در ابتدای مطالعه مشابه بود، میزان بهبود فصلی میزان مرگ‌ومیر این بیمارستان‌ها نسبت به دو گروه دیگر نیز مشابه بود. در انتهای مطالعه نیز میزان مرگ‌ومیر در مقایسه با دو گروه بیمارستان‌ها در انتهای مطالعه نیز مشابه بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند که هیچ‌گونه شواهدی درباره اینکه برنامه PFP در بیمارستان‌های بزرگ منجر به کاهش در میزان مرگ‌ومیر ۳۰ روزه شود، وجود ندارد. انتظارات از بهبود نتایج برنامه‌هایی که بعد از HQID وزارت خانه مدل شده‌اند باید تعدیل گردند (۱۰).

- مالن و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود تحت عنوان «آیا آنچه را که برای آن پرداخت انجام می‌دهید را به دست می‌آوردید؟ پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت»، به‌صورت گذشته‌نگر با استفاده از داده‌های گزارش‌های منتشرشده‌ی عملکرد گروه‌های پزشکی تحت قرارداد با شبکه‌های سازمان‌های حافظ سلامت بزرگ، کیفیت بالینی خدمات را قبل و بعد از به‌کارگیری ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد مقایسه نموده‌اند. آن‌ها اثر پرداخت مبتنی بر عملکرد را هم درباره ابعاد کیفیتی که برای آن پاداش در نظر گرفته شده و هم برای ابعاد کیفیتی که برای آن‌ها پاداش در نظر گرفته نشده را مورد بررسی قرار دادند. در انتها پژوهشگران بیان نموده‌اند که در یافتن شواهدی دال بر اینکه ابتکارات پرداخت مبتنی بر عملکرد بزرگ، منجر به بهبودی گسترده در کیفیت و توزیع قابل‌توجه در مراقبت شوند، شکست خورده‌اند (۲).

- واران و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود تحت عنوان «مراقبت با کیفیت بالا و پرداخت مبتنی بر عملکرد اخلاق محور: تجزیه و تحلیل جامعه از سیاست‌های پزشکی عمومی داخلی» که حاصل یک بررسی نظام‌اند مسائل اخلاقی ناشی از جبران خدمت بر اساس ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد در میان پزشکان است، بیان کرده‌اند نظم و نظام کنونی بر پایه اصول اخلاقی کاملاً قابل‌پذیرش بنا نهاده شده‌اند، ولی بر اساس یکسری درک ناقص از کیفیت مراقبت سلامت هدایت می‌شوند. به‌علاوه اعمال آن‌ها بدون شواهد کافی از ایمنی و کارایی‌شان، به دلیل امکان ایجاد خطر برای ذی‌نفعان خصوصاً بیماران داوطلب، از دیدگاه اخلاقی قابل‌قبول نمی‌باشد. نویسندگان چهار استراتژی کلان برای گذر از

⁵⁹ acute myocardial infarction

⁶⁰ CABG

پرداخت مبتنی بر عملکرد ناصحیح به برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد اخلاق محور برای جبران خدمت پزشکان و مراقبت با کیفیت بالا پیشنهاد کرده‌اند. ایجاد و اعمال حفاظت برای ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد در حال کار، ایجاد اجماع درباره تعهدات ذی‌نفعان کلیدی درباره کیفیت مراقبت‌های سلامت، ایجاد و بهبود سنجه‌های جامع و معتبر درباره کیفیت مراقبت‌های سلامت و به‌کارگیری رویکرد ارزیابی‌کننده محتاط در ایجاد نسل بعدی ساختارهای جبران خدمت تا کیفیت واقعی را مورد هدف قرار دهد (۵۲).

- کمپل و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای تحت عنوان «اثرات پرداخت مبتنی بر عملکرد در کیفیت مراقبت اولیه در انگلستان» با استفاده از آنالیز سری زمانی^{۶۱} داده‌های مراقبت سلامت در ۲۴ نماینده پزشکان خانواده (داده‌ها دو بار در قبل از اعمال برنامه (۱۹۹۸ و ۲۰۰۳) و دو بار بعد از اعمال برنامه (۲۰۰۵ و ۲۰۰۷) محاسبه گردید) انجام داده‌اند. در هر نقطه جمع‌آوری داده‌ها درباره مراقبت از بیماران آسمی، دیابتی و بیماری‌های قلبی عروقی از مدارک پزشکی استخراج گردید. داده‌ها درباره درک بیماران از دسترسی به مراقبت، استمرار مراقبت و جنبه‌های تعامل بین شخصی مراقبت به‌واسطه پرسشنامه جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل تمام جنبه‌های مراقبتی (هم مراقبت‌هایی که به انگیزاننده‌ها مرتبط شده‌اند و هم مراقبت‌هایی که به انگیزاننده‌ها مرتبط نشده‌اند) را در خود جای داده است. یافته‌ها نشان داد که بین سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۵ کیفیت مراقبت مرتبط با آسم و دیابت بهبود معناداری داشته است اما این بهبود در بیماری‌های قلبی مشاهده نمی‌شود. تا سال ۲۰۰۷ میزان بهبودی برای هر سه بیماری آهسته بوده است. کیفیت آن دسته از مراقبت‌هایی که با مشوق‌ها مرتبط نشده‌اند برای بیماران آسمی و قلبی کاهش یافته است. در مقایسه با زمان قبل از معرفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، بعد از ۲۰۰۵ میزان بهبودی در بیماری‌های آسم و دیابت تغییر نکرده است و برای بیماری قلبی کاهش یافته است. تغییر معناداری در گزارش‌های بیماران از میزان دسترسی و تعاملات بین شخصی مراقبت مشاهده نشد. سطح استمرار مراقبت - که مستمر بود، سریعاً بعد از معرفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، روند نزولی از خود نشان داد و سپس در همان میزان کاهش یافته مستمر/ثابت باقی ماند. نویسندگان نتیجه گرفتند که علی‌رغم زمینه‌ی افزایشی کیفیت مراقبت قبل از معرفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، در کوتاه‌مدت، این برنامه بهبود کیفیت در دو بیماری مزمن را تسریع نموده است. در اهدافی که به دست آمده‌اند، بهبودی در کیفیت مراقبت بیماران فوق‌الذکر

⁶¹ Interrupted time-series analysis

آهسته شده است، کیفیت مراقبت‌هایی که به مشوق‌ها مرتبط نشده‌اند کاهش یافته است. استمرار مراقبت بعد از معرفی برنامه کاهش یافته است (۵۳).

- وینا و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ی پیمایشی پژوهشگر کور^{۶۲} از طریق تلفن تحت عنوان «ارتباط بین عوامل سازمانی و عملکرد در میان بیمارستان‌های با برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد» در میان ۹۲ بیمارستانی که طبق رده‌بندی HQID در دهک آخر و اول قرار داشتند و سنجه‌های خود از اکتبر ۲۰۰۴ تا سپتامبر ۲۰۰۵ گزارش کرده‌اند، انجام داده‌اند. داده‌هایی در مورد مداخلات بهبود کیفیت، بازخورد داده‌ها، رهبری پزشکان، تلاش‌های حامی بهبود کیفیت و فرهنگ‌سازمانی جمع‌آوری شده بود. یافته‌ها نشان داد که ۱۰ بیمارستان برتر عملکردی روش‌های بالینی برای مراقبت از AMI^{۶۳}، HF^{۶۴}، PN^{۶۵}، THR/TKR^{۶۶} استفاده می‌کردند. گروه‌هایی چندرشته‌ای برای مدیریت بیماران AMI و HF سازمان‌دهی نموده بودند، از مقررات دستوری برای مراقبت از بیماران THR/TKR استفاده می‌کردند، برنامه ورود دستورات پزشکی کامپیوتری را راه‌اندازی کرده بودند. بیمارستان‌های دارای بالاترین عملکرد دارای تعداد منابع انسانی بیشتری برای پروژه‌های بهبود عملکرد بودند، فرهنگ‌سازمانی حامی نظاممند کردن مراقبت را داشتند، دوستدار تغییر بودند و برای آزمون پروژه‌های جدید مایل بودند، در زمان خطا، به‌جای تنبیه انفرادی افراد، به دنبال عوامل سیستمی خطا بودند. نویسندگان نتیجه گرفتند که در میان بیمارستان‌های با ساختار پرداخت مبتنی بر عملکرد ساختار، حمایت و فرهنگ‌سازمانی با عملکرد بالا مرتبط می‌باشد. عوامل سازمانی چندگانه در بهبود مراقبت بالینی مهم‌تر هستند (۵۴).

۲-۱۷-۲- مطالعات داخل کشور

الف- مطالعات در حوزه نظام سلامت

- زابلی و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای تحت عنوان «تأثیر طرح کیسی کاری بر شاخص‌های عملکردی در بخش‌های یک بیمارستان نظامی» با هدف ارزیابی تأثیر طرح کیسی کاری بر وضعیت شاخص‌های عملکردی و میزان رضایت‌مندی از آن به‌صورت مقطعی - مشاهده‌ای از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ در

⁶² An investigator-blinded

⁶³ Acute Myocardial Infarction

⁶⁴ Heart Failure

⁶⁵ Pneumonia

⁶⁶ Hip and Knee Replacement

بخش‌های یکی از بیمارستان‌های تهران که مشمول اجرای طرح کیسی کاری بودند، انجام دادند. انتخاب نمونه به روش سرشماری انجام شد و گردآوری داده‌ها با چک‌لیست و پرسشنامه پژوهشگرساخته در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای انجام گرفت. یافته‌ها نشان دادند که میانگین درصد اشغال تخت در تمامی بخش‌ها پس از کیسی کاری افزایش یافته بود. ارزیابی میزان رضایت کارکنان ۲۱/۳٪ خیلی زیاد، ۶/۷٪ زیاد، ۳۱/۵٪ متوسط، ۲۴/۷٪ کم و ۱۵/۷٪ بسیار کم بود. در کل، میزان رضایت‌مندی کارکنان از اجرای این طرح با میانگین $1/34 \pm 3/06$ در حد خوب گزارش شد. نویسندگان نتیجه گرفتند که تقریباً در تمامی بخش‌های مورد مطالعه، عملکرد بخش‌ها در مقایسه با زمان قبل از اجرای طرح بهتر شده است که این بهبود، در برخی از بخش‌ها از طریق افزایش درصد اشغال تخت و در برخی از بخش‌ها از طریق کاهش طول اقامت بیمار و افزایش چرخش تخت خود را نشان داده بود و در نهایت میزان رضایت‌مندی کلی از اجرای طرح، در حد خوب ارزیابی می‌شود (۵۵).

- رئیسی و همکاران (۱۳۸۸) مطالعه‌ای تحت عنوان «پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران» با هدف بررسی رضایت‌مندی کارکنان نسبت به روش پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد بوده که دارای اهداف ثانویه بررسی نگرش کارکنان نسبت به ۱- عادلانه بودن پرداخت مبتنی بر عملکرد، ۲- متناسب بودن روش پرداخت با میزان کار و تلاش کارکنان، ۳- افزایش علاقه کارکنان به کار و انگیزش، ۴- افزایش تعهد سازمانی کارکنان، ۵- افزایش کمیت و کیفیت کار در سازمان مورد مطالعه به انجام رسانده‌اند. مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی بوده و به‌منظور انجام آن ۲۵۰ نفر از میان کارکنان در رسته‌های اداری مالی، درمانی، پاراکلینیکی و خدمات مشغول به خدمت بودند به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که در نهایت ۱۳۷ پرسشنامه به‌طور کامل در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که ۴۴،۶ درصد کارکنان از این روش پرداخت راضی بودند. ۲۱،۳ درصد ناراضی و مابقی رضایتی در حد متوسط داشتند. ۳۴،۲ درصد این روش پرداخت را عادلانه، ۲۹،۲ درصد این روش پرداخت را متناسب با کار و تلاش، ۷۹،۵ درصد این روش را موجب افزایش علاقه‌مندی به کار، ۷۷،۳ درصد این روش را موجب افزایش تعهد سازمانی، ۶۶،۴ درصد این روش را موجب افزایش کمیت کار و ۷۳،۷ درصد این روش را موجب افزایش کیفیت کار می‌دانستند. نویسندگان نتیجه گرفته‌اند که کارکنان بیمارستان مورد مطالعه از اجرای طرح کارانه مبتنی بر عملکرد به شیوه جاری رضایتی بالاتر از متوسط داشته و اجرای این روش پرداخت توانسته است تا حدودی موجب رضایت‌مندی کارکنان گردد (۵۶).
- نجفی دولت‌آباد و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای تحت عنوان «مقایسه رضایت‌مندی بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج قبل و بعد از تغییر در شیوه پرداخت کارانه کارکنان» انجام

داده‌اند. در این پژوهش نیمه تجربی که به صورت قبل و بعد در دو گروه مستقل از بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی شهر یاسوج انجام گردیده است. حجم نمونه قبل از مداخله ۵۰۰ نفر و پس از آن ۶۶۰ نفر بوده و روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس مبتنی بر هدف بوده و میزان رضایت بیماران از خدمات ارائه‌شده در بیمارستان شهید بهشتی قبل و بعد از مداخله ارزیابی و مقایسه گردیده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه بوده و یافته‌های تحقیق نشان دادند که میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌های پژوهش، قبل و بعد از مداخله به ترتیب $13/77 \pm 28/15$ و $14/68 \pm 29/33$ سال بوده است. بین جنس نمونه‌ها با میزان رضایت آن‌ها قبل و بعد از مداخله ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد. سطح تحصیلات نمونه‌ها با رضایت کلی آن‌ها از خدمات ارائه‌شده قبل از مداخله ارتباط معنی‌دار آماری داشت، در حالی که بعد از مداخله ارتباط معنی‌دار آماری به دست نیامد. بعد از مداخله میزان رضایت نمونه‌ها از عملکرد پرستاران و خدمات کلی مرکز افزایش معنی‌دار آماری نشان داد. نویسندگان نتیجه گرفتند که با توجه به یافته‌های پژوهش، ممکن است روش پرداخت کارانه بر اساس ریزخدمات کارکنان بیمارستان، باعث بهبود ارائه خدمات توسط کارکنان و در نتیجه افزایش میزان رضایتمندی بیماران شده باشد (۵۷).

- حدادعبدالآبادی و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای تحت عنوان «ارتباط رضایت شغلی با نحوه اجرای طرح کارانه از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های منتخب شهر تهران» به صورت توصیفی - مقطعی تعداد ۲۵۵ پرستار و ۵۲ مدیر پرستاری را مورد بررسی قرار دادند. متغیرهای مورد بررسی در رضایت شغلی، شامل افزایش علاقه به کار در پرستاران، تمایل به ادامه فعالیت، افزایش روحیه در پرستاران و وقت‌شناسی و حضور به موقع در محل کار بود. جهت گردآوری داده‌ها پرسشنامه ویژه پرستاران و مدیران تنظیم گردیده بود. یافته‌ها نشان دادند که ۵۲/۵ درصد پرستاران و ۴۴/۲ درصد مدیران پرستاری معتقد بودند که اجرای طرح کارانه به شیوه فعلی بر رضایت شغلی پرستاران تأثیری ندارد و همچنین ۵۶/۱ درصد پرستاران و ۴۹/۲ درصد مدیران پرستاری اعتقاد به عدم تأثیر کارانه بر ایجاد علاقه به کار در پرستاران بودند و ۸۷/۴ درصد پرستاران و ۷۳/۱ درصد مدیران پرستاری معتقد بودند که پرستاران از میزان پرداخت کارانه ناراضی هستند. نویسندگان نتیجه گرفتند که اجرای طرح کارانه به شیوه فعلی بر رضایت شغلی پرستاران تأثیر قابل توجهی نداشته است و در یک نگاه فقط باعث ابقاء آنان در سازمان می‌شود و اکثریت واحدهای مورد پژوهش از شیوه محاسبه کارانه ناراضی بودند. لذا پیشنهاد کرده بودند تا مسئولان طراحی کارانه، در این طرح تجدید نظری با استفاده از نظرات خود پرستاران داشته باشند (۵۸).

ب- مطالعات در حوزه غیر نظام سلامت

- محتشمی و طیعی (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان «مدلی جهت محاسبه میزان پرداخت‌های انگیزشی به کارکنان با استفاده از تصمیم‌گیری‌های چندمعیاره» سعی کرده‌اند تا مدلی ابتکاری جهت محاسبه میزان پرداخت‌های انگیزشی به کارکنان ارائه کنند. با توجه به ماهیت چند شاخصه ارزیابی افراد در سازمان‌ها، این پژوهش با استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری چندمعیاره به ارائه یک متدولوژی جهت رویارویی با این مسئله پرداخته است. شایان ذکر است که مدل حاصل جهت بررسی میزان اثربخشی آن در یک شرکت تولیدکننده الکتروموتورهای القایی اجرا و نتایج آن ارائه شده است. با توجه به قابلیت‌های بارز روش تاپسیس^{۶۷} در حل مسائل با مقیاس بزرگ (تعدد گزینه‌ها و شاخص‌های تصمیم‌گیری)، این روش در محاسبات این مدل مورد استفاده قرار گرفته است. مدل حاضر برای پنج بخش تولیدی (۱۶۳ نفر) در شرکت مذکور مورد استفاده قرار گرفته و میزان پرداخت انگیزشی به هر نفر محاسبه شده است. در این مطالعه ۷ شاخص فردی و عملکردی کارایی، مهارت، تلاش، رفتار، سابقه کار، سختی کار و خطا به ترتیب بالاترین وزن را در پرداخت انگیزشی افراد کسب کرده‌اند (۵۹).
- موسوی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «تأثیر انواع راهبردهای جبران خدمات بر رضایت از حقوق و دستمزد» که با هدف بررسی نگرش کارکنان نسبت به هشت راهبرد جبران خدمت در میان ۱۵۲ نفر از کارکنان یکی از بانک‌های کشور انجام شده بود بیان کرده‌اند که کارکنان نسبت به راهبرد پرداخت متغیر در مقابل راهبرد ثابت تمایل بیشتری دارند اما مدیران سازمان‌ها معمولاً نسبت به به‌کارگیری ۱۰۰ درصد این روش نگرانی داشته و معتقدند ممکن است موجب ایجاد تعارض بین کارکنان شود. راهبرد مبتنی بر عملکرد فردی در مقابل راهبرد عملکرد گروهی رضایت بیشتری برای کارکنان ایجاد می‌کند چراکه در کشور ما به دلیل روحیه و فرهنگ فردمحورانه و همچنین ضعف در به سرانجام رساندن کارهای گروهی به‌کارگیری راهبردهای گروه بنیاد و گروه سازی هنوز به فرهنگ‌سازی و آموزش نیاز دارد. همچنین راهبردهای پرداخت محرمانه که در آن‌ها افراد از میزان دریافتی سایرین اطلاعاتی ندارند در مقابل پرداخت آشکار رضایت بیشتری خواهد داشت. در مصاحبه با مدیران بانک بیان شده بود که با توجه به مشخص نبودن کامل شاخص‌های تخصیص کارانه‌ها بهتر است رویکرد محرمانه بکار گرفته شود. به‌علاوه حفظ حریم خصوصی و ممانعت از برانگیختن حسادت سایرین نیز بی‌تأثیر نخواهد بود. کارکنان نسبت به راهبردهای پرداخت بلندمدت و کوتاه‌مدت بی‌تفاوت بوده‌اند. نویسنده بیان می‌کند که هرچند کارکنان بانک در استخدام بلندمدت بانک هستند در نگاه اول به نظر می‌رسد که رویکردهای بلندمدت

رضایت بیشتری را می‌توانند جلب نمایند اما به نظر می‌رسد شرایط اقتصادی و سیاسی کشور که محیط اقتصادی بی‌ثباتی را به وجود آورده است در کاهش تمایل افراد به راهبردهای بلندمدت اثر داشته است. در ادامه رضایت از انواع راهبردهای موردبررسی در بین زنان و مردان متفاوت نبوده است. افراد مسن‌تر تمایل بیشتری به پرداخت ثابت و بلندمدت گزارش نموده‌اند (بالا تر و پایین‌تر از ۳۰ سال). افراد با میزان تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر از راهبرد پرداخت مبتنی بر عملکرد و گروهی رضایت بیشتری نشان داده‌اند به عبارت دیگر کارکنان با میزان تحصیلات کارشناسی و کمتر از دریافت جبران خدمت ثابت و فردی (در مقابل متغیر و مبتنی بر عملکرد) رضایت بیشتری کسب می‌کنند. کارکنان با رده شغلی مدیریتی و غیرمدیریتی به ترتیب از راهبردهای جبران خدمت گروهی-بلندمدت و انفرادی-کوتاه‌مدت رضایت بیشتری کسب می‌کرده‌اند. کارکنان با سابقه بیشتر به راهبردهای پرداخت مبتنی بر عملکرد و بلندمدت و افراد با سابقه کمتر از راهبردهای پرداخت ثابت و کوتاه‌مدت گرایش داشته‌اند. در انتها پژوهشگر پیشنهاد نموده بود که سازمان باید در جهت جبران خدمت مبتنی بر عملکرد و درعین حال متنوع و شخصی‌سازی شده حرکت نماید، همچنین نیاز به بالا بردن فرهنگ کار گروهی و ارزیابی گروهی در کنار اجرای سیاست‌های جبران خدمت محرمانه و پنهان را بیان کرده است (۶۰).

- سیدجوادین و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش توصیفی خود تحت عنوان «انعطاف‌پذیری سیستم‌های جبران خدمات؛ زمینه‌ساز ارتقای کارآفرینی» در میان کارمندان پژوهشگاه صنعت نفت با کمک پرسشنامه بیان نموده‌اند که جبران خدمات بر کارآفرینی تأثیر مثبت و معناداری دارد. همچنین جبران خدمت عادلانه، تشویقی و مبتنی بر عملکرد بر کارآفرینی تأثیر مثبت و معناداری دارد. بدین معنا که با انعطاف‌پذیر ساختن جبران خدمات امکان ارتقای کارآفرینی خدمات فراهم می‌گردد. یافته‌های پژوهش نشان داده بود که یکی از نقص‌های سیستم جبران خدمت این است که توان ارزش‌گذاری نوآوری کارآفرینان را ندارد و نمی‌تواند تعیین کند چه شخصی مستقیماً مسئول پیشرفت‌های جدید و دریافت پاداش است. در انتها پژوهشگران پیشنهاد کرده بودند که سیستم پاداش‌دهی باید بر مبنای اهداف، میزان مشارکت، ارائه بازخورد، تأکید بر مسئولیت فردی و نتیجه محوری باشد. در بسته جبران خدمات، باید گزینه‌های مختلفی مطابق با تمایلات و سلیقه‌های مختلف گنجانده شود. همچنین نظام ارزیابی عملکرد باید نتیجه محور باشد (۶۱).

- روغنی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود تحت عنوان «شناسایی شاخص‌های کلیدی سنجش عملکرد افراد برای پرداخت پاداش» با کمک پرسشنامه و با هدف شناسایی شاخص‌ها برای شرکت ساتها و ارائه الگو در میان ۱۲۱ نفر از کارکنان بیان نموده‌اند که در میان ۶ شاخص عمومی عملکرد فردی شامل عوامل شخصیتی، مدیریت عملکرد، کار گروهی، ارزش‌های اخلاقی، مهارت‌های ادراکی و

مهارت‌های ارتباطی، عامل مهارت‌های ادراکی (استقبال از ایده‌های جدید، طرح‌های پیشنهادی مؤثر برای سازمان و توانایی فکر کردن و بروز خلاقیت) بیشترین امتیاز (۴/۰۱) و عامل مدیریت عملکرد با ۵ شاخص (مرخصی طبق ضوابط، رعایت آراستگی و لباس افراد در محیط شرکت، رعایت اصول ایمنی، رعایت نظافت محیط کار، حضور به‌موقع در محل کار) (۳/۶۱) کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند. به‌علاوه در هر واحد سازمانی شاخص‌های عملکرد اختصاصی شناسایی و رتبه‌بندی گردیده‌اند. برای مثال در واحد تولید شاخص‌های میزان تسلط به اطلاعات و تخصص مربوطه، نحوه استفاده از دستگاه‌ها و ابزارها و میزان دقت در تولید محصولات بیشترین میانگین امتیاز را کسب نموده بودند. در مجموع با توجه به نتایج حاصله، الگویی در خصوص نظام پاداش مبتنی بر عملکرد فردی مشتمل بر ۵ جدول که در هر کدام ۱۵ شاخص عمومی عملکرد فردی و ۵ شاخص اختصاصی عملکرد فردی بر اساس واحد سازمانی مربوطه ارائه گردیده است (۶۲).

۲-۱۷-۳- جمع بندی نتایج مطالعات در حوزه پرداخت عملکردی

با توجه به گستردگی و تنوع برنامه‌های پرداخت عملکردی در سطح دنیا، مطالعات این حوزه نیز به اندازه این تنوع و گستردگی هستند. اگرچه در طول دو دهه گذشته مطالعات متعدد در این حوزه صورت گرفته است، به حدی که مطالعات مرور نظام‌مند زیادی در ابعاد مختلف پرداخت عملکردی صورت گرفته و اخیراً مطالعه‌ای به مرور نظام‌مند مطالعات مرور نظام‌مند این حوزه پرداخته است (۳۸). مطالعه مرور نظام‌مند بعدی (۶۳) در سال ۲۰۱۶ وضعیت مطالعات بعد از این مطالعه (۳۸) را به شرح ذیل بیان نموده است.

این مرورهای نظام‌مند در مورد ناامید کننده بودن نتایج پرداخت عملکردی بحث کرده‌اند. نتایج میانگین ارائه‌شده در مطالعات اهمیت تفاوت زیاد مطالعات را می‌پوشاند. در حالی که بسیاری از پژوهشگران این تفاوت‌ها را در مطالعات خود وارد نموده‌اند ولی برای بحث در مورد تأثیر این تفاوت‌های زیاد، شکست خورده‌اند. سایر مطالعات مرور نظام‌ندی که توانسته‌اند به‌گونه‌ای این تفاوت‌ها را نشان دهند نیز به لحاظ عدم ارائه داده‌های پیوست زیرسوال هستند (۶۳).

لذا با توجه به شرایط موجود با احتمال زیاد می‌توان گفت که اثربخشی پرداخت‌های عملکردی با تمام مزایا و معایب منتصب بدان به خوبی ثابت نشده است. با وجود این مسائل، برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کل دنیا رویکرد گسترش به خود گرفته و در حال پیشرفت است.

کشور ایران نیز در این راستا از سال ۱۳۹۳ این برنامه را در بیمارستان های دولتی-دانشگاهی خود به اجرا گذارده است. این مسئله در زمانی روی داده است که مطالعات موثق در مورد اثربخشی برنامه های پرداخت عملکردی وجود نداشته است. لذا بررسی دستورگذاری تدوین و در مرحله بعد اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد می تواند برای نشان دادن این سوال موردنظر قرار گیرد.

فصل سوم

مواد و روش ها

۳-۱- مقدمه

در فصل سوم مطالعه، به بیان کامل روش مطالعه پرداخته شده است. با توجه به گستردگی مطالب، کل مطالعه در دو بخش کمی و کیفی انجام شده است و تقسیم بندی این بخش نیز بر همین اساس می باشد. ابتدا بخش کیفی مطالعه به تفصیل بیان می گردد که خود شامل اهداف، سؤالات، جامعه و نمونه پژوهش، ابزارهای جمع آوری و تجزیه و تحلیل و بررسی صحت آنها، ملاحظات اخلاقی و محدودیت های پژوهش می باشد. در مرحله بعد بخش کمی مطالعه با در نظر گرفتن موارد فوق بیان شده اند.

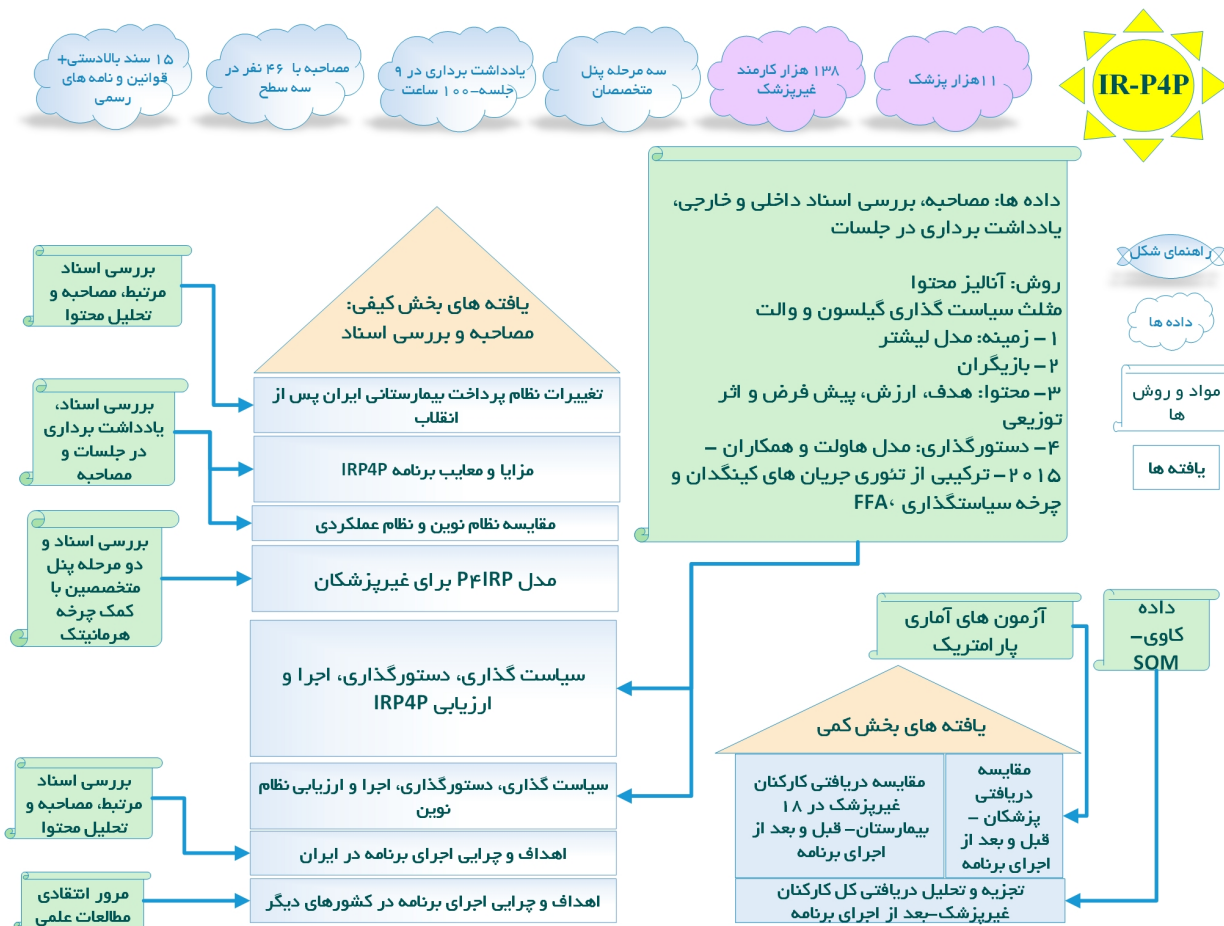
توجه: در ادامه این سند عبارت «وزارت» یا «سطح ماکرو» برابر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، عبارت های «دانشگاه» و «سطح مزو» برابر کلیه دانشگاه های علوم پزشکی کشور وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، عبارت «بیمارستان» یا «سطح میکرو» برابر کلیه بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کشور باشد.

۳-۲- نوع مطالعه

این پژوهش از نوع ترکیبی^{۶۸} است. پژوهش با روش ترکیبی عبارت است از استفاده همزمان یا متوالی از هر دو روش کمی و کیفی که ضمن تلفیق هر دو روش، به ترکیب جدیدی ورای استفاده مستقل از هر یک از آنها دست یافته و درعین حال منطق پارادایمی هر دو روش را نیز در نظر می گیرد (۶۴).

در اینجا ابتدا به منظور ایجاد شناخت از «اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد» از روش های کیفی و به منظور تعیین اثرات «برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد» بر پرداختی ارائه کنندگان از روش های کمی بهره گرفته شد. بر این اساس، مراحل پژوهش شامل دو مرحله ۱: بخش کیفی و ۲: بخش کمی به شرح ذیل بود:

⁶⁸ Mixed Methods approach



شکل ۱: شمای کلی مواد و روش ها، داده ها و اهداف مطالعه

۳-۲-۱- بخش کیفی مطالعه

به منظور دستیابی به اهداف کیفی مطالعه، بخش کیفی پژوهش در دو بخش طراحی شده است.

۱،۱ مرور انتقادی بر اهداف اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

۱،۲ مصاحبه برای شناخت اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

الف- هدف شماره یک بخش کیفی

در این قسمت به دنبال شناخت و تعریف اهداف سایر کشورها از پیاده سازی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بودیم. برای رسیدن به این هدف از یک مرور انتقادی بر مطالعات این حوزه استفاده شد.

در این مرحله از پژوهش به سؤالات زیر پاسخ داد می شود:

۱. چه کشورهایی برنامه مبتنی بر عملکرد را در بیمارستان راه‌اندازی کرده‌اند؟
۲. چه مشکل/مشکلاتی باعث تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در یک کشور شده است؟ به عبارت دیگر هدف یا اهداف کشورها از تدوین برنامه پرداخت عملکردی چه بوده است؟
۳. چه شاخص‌هایی برای ارزیابی اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در یک کشور استفاده می‌شود؟

الف-۱- روش مطالعه مروری

به‌منظور پاسخ به سوالات این قسمت، به بررسی تجربیات سایر کشورها در زمینه اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد پرداخته شد. با توجه به ماهیت سؤالات مدنظر این بخش از مطالعه، روش مرور انتقادی^{۶۹} برای دستیابی به این اهداف مورد استفاده قرار گرفت.

مرور انتقادی خلاصه‌سازی و ارزیابی یک مطالعه است. این مطالعه می‌تواند یک کتاب، یک بخش از کتاب یا یک مقاله باشد. برای این منظور بررسی دقیق مطالعه ضروری است. به‌علاوه به‌منظور بررسی گسترده‌تر موضوع و مطالعه موردنظر بررسی مطالعاتی که به مطالعه اول مربوط هستند نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد (۶۵).

این بخش از مطالعه به دنبال یافتن کشورهای مختلف در اجرای برنامه‌های پرداخت عملکردی در سطح بیمارستان‌ها بوده است. روش جستجو بدین گونه بود که ابتدا بهترین سند (بر اساس تعداد ارجاعات و نظر پژوهشگران) در حوزه پرداخت عملکردی و مرتبط با سؤالات مدنظر یافت شد. با توجه به نیاز به امکان مقایسه میزان ارجاعات هر مقاله، از موتور جستجوی GoogleScholar برای این مهم بهره‌گرفته شده است. این سند منتخب مورد بازخوانی دقیق قرار گرفت و بخشی از سؤالات مطالعه از آن استخراج گردید.

در مرحله دوم منابع و مأخذهای این سند مورد بررسی قرار گرفت. مقالات استخراج شده بررسی و یافته‌های تکمیلی استخراج گردید.

⁶⁹ Critical Review

در مرحله سوم مقالات ارجاع داده به سند اصلی مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله عنوان تمام مطالعات مورد بررسی قرار گرفت و عناوین مرتبط انتخاب شد و متن کامل آن‌ها مورد بازخوانی قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه در این مرحله، زبان انگلیسی و دسترسی به سند کامل مطالعه بوده است. یافته‌ها در یک چک لیست شامل، نام برنامه پرداخت عملکردی، اهداف و شاخص‌های مدنظر برنامه و منبع مطالب گردآوری شد.

نتایج در ساختار یک جدول در قسمت یافته‌های این سند گزارش شده است.

ب- اهداف شماره دو تا چهار بخش کیفی: دستور گذاری، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه پرداخت عملکردی در ایران

برای دستیابی به اهداف شماره دو تا چهار بخش کیفی مطالعه، مجموعه از روش‌های کیفی تحلیل مستندات، پنل متخصصین و مصاحبه بکار گرفته شده است.

این مرحله با هدف جمع‌آوری داده‌های مربوط به موارد ذیل اجرا می‌گردد.

- شناخت و تعریف مشکل/مشکلاتی باعث تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران شده است، از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو، مزو و میکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه
- شناخت نحوه دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه
- شناخت نحوه شکل‌گیری، تهیه و تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه
- شناخت نحوه کسب مشروعیت برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای اجرا در ایران از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه
- شناخت نحوه اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو، مزو و میکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه
- ارزیابی اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران (تأثیر اجرای نظام پرداخت بر رفتار ارائه‌کنندگان (کارکنان پزشکی، کارکنان غیرپزشک و بخش بیمارستانی)) از دیدگاه مسئولین در سه سطح ماکرو، مزو و میکرو و متخصصین خارج از وزارت خانه

ب-۱- نوع مطالعه

این بخش از مطالعه از نوع مطالعه کیفی است و برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و بررسی نامه‌های صادره و وارده مربوط به نظام نوین و برنامه پرداخت عملکردی و تحلیل اسناد بالادستی مرتبط در قبل از اجرای برنامه با توجه به اهداف مطالعه بهره گرفته شد. سپس روش تحلیل محتوا برای تولید اطلاعات لازم بکار گرفته می‌شود.

روش تحلیل محتوی، ابزاری هدفمند و نظام‌مند برای توصیف و کمی‌سازی پدیده‌ها می‌باشد که داده‌های آن‌ها به صورت پیام‌های ارتباطی دیداری، صوتی و متنی (یا مستند) می‌باشند. این روش باعث ایجاد دانش، ایده جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. این روش ابزاری برای کاهش داده‌ها به اطلاعات دسته بندی شده است (۶۶). لذا با استفاده از رویکرد مذکور و بر اساس توصیف مشارکت‌کنندگان، مفاهیم و کدها خلاصه‌سازی و بر اساس اختلافات یا شباهت‌ها طبقه‌بندی می‌شوند سپس درون‌مایه‌ها استخراج شد.

علاوه بر روش فوق، به منظور توصیف کیفی اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران یک چک لیست ارائه شده در مطالعه مک‌فین و اسپین نیز بکار گرفته شده است. این چک لیست حاوی ۱۲ نکته کلیدی در طراحی و اجرای برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد است. هدف اولیه این چک لیست کاهش اتلافات مالی، وقت و کار در طراحی و اجرای برنامه‌های عملکردی است و توسط دولت مرکزی امریکا بکار گرفته شده است (۶۷).

ب-۲- جامعه پژوهش

۱- در قسمت بررسی نامه‌های مرتبط به برنامه، تمام نامه‌های وزارت بهداشت به عنوان جامعه پژوهش مدنظر قرار گرفته است.

۲- در قسمت مصاحبه جامعه پژوهش شامل افراد ذیل بود: کارکنان اجراکننده برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح میکرو (شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی و دبیرخانه شورا)، مسئولین اجرای برنامه در سطح مزو شامل (کارگروه توزیع درآمد اختصاصی در دانشگاه) و مسئولین اجرایی برنامه در سطح میکرو شامل (هیئت اجرایی در بیمارستان) و دیگر افرادی که ممکن است بنا به روند مصاحبه‌ها موردنیاز باشند.

شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی و افراد مرتبط

- ۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان رئیس شورا.
- ۲- معاون کل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۳- معاون درمان وزارت.
- ۴- معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت.
- ۵- معاون آموزشی وزارت.
- ۶- معاون پرستاری وزارت.

اعضای دبیرخانه شورا

- ۱- مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت.
- ۲- رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت.
- ۳- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی وزارت.
- ۴- نماینده تام‌الاختیار معاونت پرستاری به انتخاب معاون پرستاری وزارت.
- ۵- نماینده تام‌الاختیار معاونت آموزشی به انتخاب معاون آموزشی وزارت.
- ۶- مدیرکل دفتر منابع انسانی و پشتیبانی معاونت توسعه و مدیریت منابع.
- ۷- رئیس دبیرخانه شورا.

اعضای کارگروه توزیع درآمد اختصاصی

- ۱- رئیس موسسه به‌عنوان رئیس کارگروه.
- ۲- معاون درمان موسسه.
- ۳- معاون توسعه مدیریت و منابع موسسه.
- ۴- معاون آموزشی موسسه یا رئیس دانشکده پزشکی.
- ۵- مدیر پرستاری موسسه.
- ۶- دو نفر از رؤسای بیمارستان‌ها با حکم رئیس موسسه.

هیئت اجرایی شامل

۱. رئیس یا مدیرعامل یا سرپرست بیمارستان به‌عنوان رئیس هیئت.
۲. مدیر یا معاون پشتیبانی یا معاون توسعه بیمارستان به‌عنوان دبیر هیئت.
۳. معاون یا مدیر درمان بیمارستان.
۴. رئیس امور مالی یا رئیس حسابداری بیمارستان.
۵. مدیر پرستاری بیمارستان (مترون).

۶. یکی از روسای بخش‌های بالینی بیمارستان به انتخاب روسای بخش‌ها برای مدت دو سال.
۷. معاون آموزشی بیمارستان.
۸. رئیس واحد فناوری اطلاعات بیمارستان به‌عنوان عضو فاقد رأی.

ب-۳- روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه

در قسمت بررسی نامه‌ها، انتخاب نامه‌ها به‌صورت هدفمند صرفاً به نامه‌هایی که مرتبط با موضوع نظام نوین و نظام پرداخت عملکردی بوده‌اند در مطالعه وارد شدند.

در قسمت مصاحبه، روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس مسئولین سطوح مختلف بود. نمونه کارکنان اجرایی بر اساس سمت و وظیفه آنان انتخاب شدند (پیوست ۲).

معیار ورود به مصاحبه در سطح مایکرو/وزارت خانه

معیارهای ورود این کارکنان داشتن مشارکت حداقل یک سال در تدوین، راه‌اندازی و اجرای برنامه یا داشتن مسئولیت مدیریتی می‌باشد. تعداد مصاحبه به گستردگی داده‌ها وابسته است و در این مطالعه تا حد اشباع داده‌ها افزایش پیدا کرد.

معیار ورود به مصاحبه در سطوح دانشگاه

در این سطح نیز روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. برای این منظور در میان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با توجه به ارزیابی‌های وزارت، چند دانشگاه و بیمارستان فعال (پیگیر، خلاق، ارائه‌کننده نظرات، انتقادات و پیشنهادهای، تسریع امور اجرای برنامه) مشخص شد.

مسئولین مدنظر در دانشگاه و بیمارستان‌های منتخب مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهای ورود این مسئولین این است که افرادی باشند که در زمان اجرای برنامه در پست‌هایی که در جامعه پژوهش ذکر شد مشغول به فعالیت بوده باشند. اگر یکی از مسئولین در هر سطح در حین اجرای برنامه پست خود را ترک کرده باشد یا جایگزین شده باشد، در صورت امکان مورد مصاحبه قرار گرفت. تعداد مصاحبه‌ها با توجه به گستردگی داده‌ها تعیین شد و تا حد اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد.

معیار ورود به مصاحبه در سطح متخصصین خارج از وزارت خانه

در این مرحله افراد نامزد مطالعه شامل اساتید و خبرگان نظام سلامت خارج از وزارت خانه می‌باشد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به صورت نمونه‌گیری گلوله برفی^{۷۰} می‌باشد. روش نمونه‌گیری گلوله برفی که گاه به آن روش شبکه‌ای یا زنجیره‌ای نیز گفته می‌شود، روشی مناسب و کارآمد و ارزان برای دستیابی به افرادی است که در غیر این صورت پیدا کردن آن‌ها مشکل است. این روش به یافتن افرادی که ممکن است ایده‌ها و نظرات متفاوتی داشته باشند ولی در منصب‌های مهم مدیریتی نیستند کمک نماید. معیار ورود لازم برای این افراد معرفی شدن از طرف یک متخصص برنامه، آشنایی با حوزه سلامت یا تخصص در مدیریت منابع انسانی/نظام‌های پرداخت در حوزه سلامت بود.

ب-۴- ابزار پژوهش

در قسمت بررسی نامه‌ها و اسناد بالادستی، اطلاعات موردنیاز بر اساس چک لیستی شامل سال، موضوع و توضیحات مرتبط جمع‌آوری شده است.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در بخش مصاحبه، پرسشنامه نیمه‌ساختارمند بود. مصاحبه نیمه ساختاریافته مکالمه‌ای است که در آن شما می‌دانید که دنبال چه چیزی هستید، لذا از یک سری از سؤالاتی که می‌خواهید پاسخ آن‌ها را داشته باشید و از یکسری ایده‌هایی که می‌خواهید پوشش داده شوند تشکیل شده است. در این نوع مصاحبه، حوزه پژوهش مشخص شده است ولی هیچ‌گونه دستور پیش‌فرض برای سؤالات وجود ندارد و موانع از پیش تعیین‌شده محدودی برای موضوعاتی که باید پوشش داده شوند وجود دارد (۶۸) و به‌ویژه در مراحل پیشرفته پژوهش که نیاز به غنی کردن طبقات پدیدار شده احساس می‌شود، همزمان با نمونه‌گیری هدف دار کاربرد پیدا می‌کند (۶۹).

در ابتدا بر اساس سؤالات اولیه طراحی شده، چند مصاحبه عمیق با مسئولین اجرایی و تدوین کنندگان برنامه انجام گرفت تا فهم بهتری از موضوع پیدا شود و نیز مواردی که حین مصاحبه نیمه ساختاریافته باید مدنظر قرار گیرد شناخته شود تا بتوان بر اساس آن سؤالات مصاحبه را طراحی کرد. از مزایای مصاحبه، جمع‌آوری اطلاعات جزئی مربوط به پدیده است. هدف از مطالعه عمیق درک تجارب واقعی افراد می‌باشد. در این روش جمع‌آوری داده، مصاحبه‌گر باید بداند که داستان‌ها و روایات مصاحبه‌شوندگان مهم‌ترین موضوع موردتوجه می‌باشد (۷۰).

ب-۵- روش گردآوری داده‌ها

با معرفی‌نامه دانشگاه، با تعیین وقت قبلی، به حضور افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند مراجعه شد. در ابتدا هدف تحقیق، روش مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن برای مشارکت‌کنندگان توسط پژوهشگر توضیح داده شد و سپس رضایت آگاهانه از آنان کسب شد. پس از آن‌ها در مورد ضبط مکالماتشان توسط ضبط‌صوت اجازه گرفته شد و مصاحبه آغاز شد. مدت زمان مصاحبه کمتر از یک ساعت اعلام شد، اما آن کاملاً به شرایط مصاحبه‌شونده بستگی داشت.

ب-۶- نحوه تحلیل

اسناد و نامه‌ها تایپ گردید و جمع‌آوری گردید. محتوی مصاحبه‌ها ضبط شد و سپس به‌طور کامل پیاده‌سازی گردید. داده‌های به‌دست‌آمده هم‌زمان به‌طور مکرر بازخوانی شد تا درک کلی از آن‌ها به دست آید. سپس با استفاده از شیوه‌های مقایسه مداوم و به روش آنالیز محتوی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌ها به واحدهای معنایی^{۷۱}، خلاصه واحدهای معنایی^{۷۲}، کد، زیر طبقات، طبقات و درون‌مایه^{۷۳} تقسیم شد. خلاصه کردن واحدهای معنایی برای کم کردن متن واحدهای معنایی با حفظ جوهره اصلی^{۷۴} آن انجام و بر همین اساس کدبندی می‌شوند. بعد از فرایند کدبندی، کدها دسته‌بندی و معانی اصلی^{۷۵} به‌دست‌آمده از آن‌ها تحت عنوان درون‌مایه اصلی تفسیر شد (۶۶). به‌منظور کدبندی از رویکردهای متعدد بر اساس نیاز استفاده شده است.

در مورد روش شناختی تحلیل سیاست، نتایج یک مرور نظام‌مند بیان کرده است که سه رویکرد اصلی در این حوزه شامل رویکرد تئوری محور^{۷۶}، رویکرد چارچوب محور^{۷۷} و رویکرد طراحی مطالعه محور^{۷۸} (۷۱) هستند.

-
- 71 - Meaning units
 - 72 - Condensed meaning units
 - 73 - Themes
 - 74 - Core
 - 75 - Underlying meaning
 - 76 Theory Approach
 - 77 Framework Approach
 - 78 Study Design Approach

رویکرد تئوری محور: دی (۱۹۹۵) این رویکرد را این‌گونه معرفی می‌کند: رویکردی است برای توضیح و پیش‌بینی جامع، نظام‌مند، منسجم و تعمیم پذیر از تعاملات میان اجزای خاص یک سیاست که می‌تواند نشان‌دهنده واقعیت باشد. مانند مدل جریان چندگانه کینگدان (۱۹۹۵)^{۷۹}، تئوری گروه و تئوری اجرای چندگانه^{۸۰} (۷۲).

رویکرد طراحی مطالعه: با توجه به اینکه تصمیم‌گیری‌های سیاستی به مدت زمان بیشتری برای فرآیند و ارزیابی دینامیک دارند (۷۳) لذا مغوله طراحی مطالعه اهمیت اساسی در مطالعه سیاست‌ها دارد. رویکردهای طراحی مطالعه به‌منظور بررسی روش استفاده شده در مطالعه سیاست بکار گرفته می‌شوند. به‌طور کلی مطالعات بیان کرده‌اند که تعداد مطالعاتی که با این رویکرد در کشورهای با درآمد کم و متوسط بسیار نادر است (۷۱).

رویکرد چارچوب محور: نیاز به توجه ویژه به چگونگی ایجاد سیاست‌ها باعث شد تا تئوری‌های چارچوب محور ایجاد گردند. این رویکرد با هدف افزایش دانش عمومی برای درک علت و معلولی ایجاد سیاست‌ها و چگونگی ترکیب قسمت‌های مختلف آن‌ها برای تدوین و اجرا بنیاد نهاده شده است. مانند مثلث سیاست‌گذاری (۷۱).

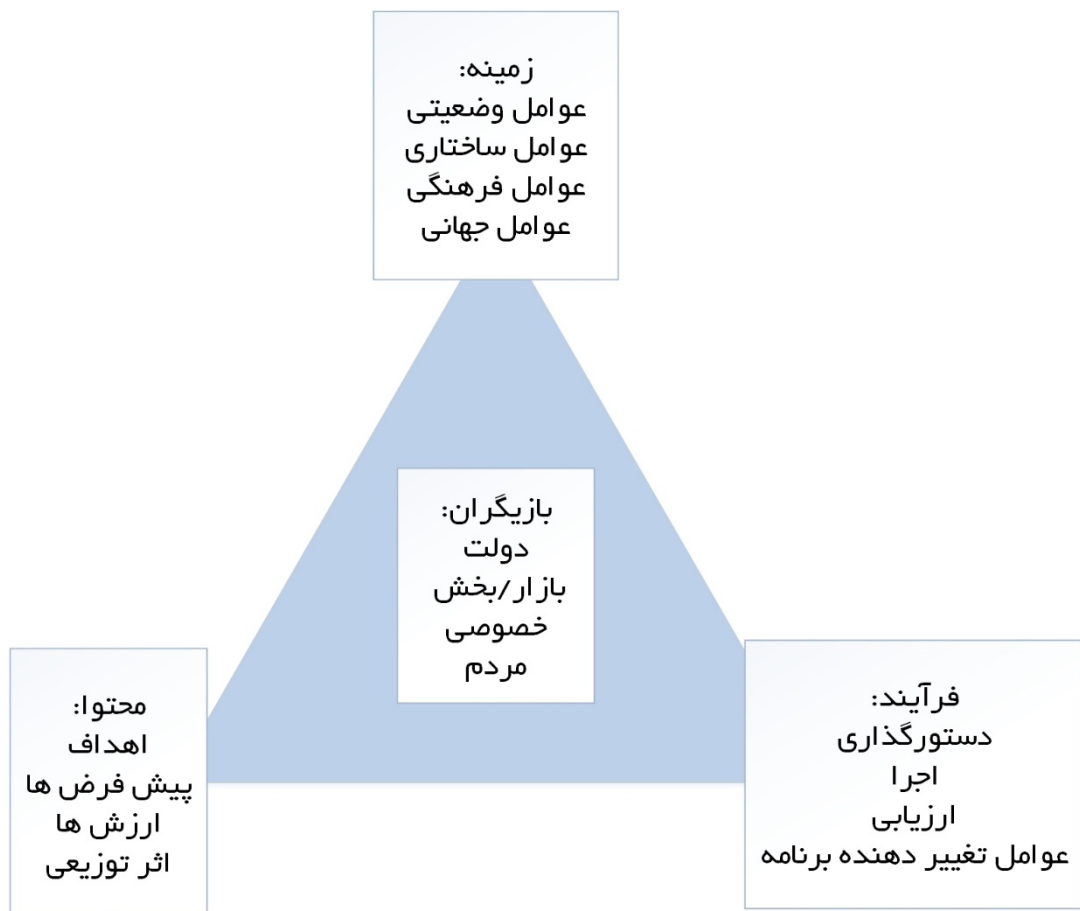
در این مطالعه بنا به مقضای داده‌ها و سطح تحلیل آن‌ها از دو رویکرد تئوری محور و چارچوب محور استفاده شده است.

ب-۶-۱- رویکرد چارچوب محور: مدل مثلث سیاست‌گذاری (۱۹۹۴)

از آنجایی که نگاه چارچوبی به مقوله تحلیل سیاست‌گذاری می‌تواند یک ساختاری منطقی برای سازماندهی اسناد سیاست‌گذاری در گروه‌ها و طبقه‌های متعدد ایجاد کند (۷۱) در این مطالعه ابتدا از تئوری‌های چارچوبی برای تحلیل کل سیاست‌گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد استفاده شد.

به دلیل سادگی به‌کارگیری مدل و ایجاد دیدگاهی نظام‌مند در مورد سیاست (۷۳) مدل تحلیل مثلث سیاست‌گذاری به‌عنوان یک مدل معمول در تحلیل سیاست خصوصاً در حوزه سلامت بکار گرفته شده است (۷۱، ۷۴) و به‌طور موفق‌تری در حوزه سلامت ایران نیز برای بررسی سیاست‌های جمعیتی (۷۵)، عفونت‌های بیمارستانی (۷۶) و تجمیع بیمه‌های سلامت ایران (۷۷) نیز بکار گرفته شده است. با در نظر گرفتن این موضوع و با مدنظر قرار دادن شرایط اجرای سیاست پرداخت مبتنی بر عملکرد از این مدل برای دسته‌بندی مستندات و نتایج تحلیل‌ها بکار گرفته شده است.

این مدل دارای چهار عامل بازیگران، محتوا، زمینه و فرایند تمرکز است. بازیگران در قلب مدل جای دارند و اشاره به افراد، سازمان‌ها و یا دولت و اثرات آن‌ها بر سیاست دارد. زمینه به موارد اساسی و نظامندی مانند سیاسی اقتصادی و اجتماعی در سطح ملی و بین‌المللی اشاره دارد. محتوا به جزئیات و زیرمجموعه‌های برنامه اشاره دارد و فرآیند نیز به روش‌های شروع، تدوین، مذاکرات، تعاملات، اعمال و ارزیابی اشاره دارد (۷۸). به‌منظور بررسی وضعیت هر یک از عوامل تأثیرگذار در سیاست‌گذاری، از مدل‌ها و تئوری‌های پیشنهاد شده توسط تدوین‌کننده مدل بهره‌گرفته شده است (۷۸).



شکل ۲: نحوه به‌کارگیری مدل‌های مختلف در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی

عوامل مرتبط با بازیگران

شامل تمام افراد، سازمان‌ها و حتی دولت است که هر یک به‌گونه‌ای (در سطح محلی یا ملی) بر تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه تأثیر گذاشته‌اند (۷۸).

عوامل مرتبط با محتوا

به بیان جزئیات برنامه و زیرمجموعه های اثرگذار بر سیاست مدنظر می پردازد. در این قسمت به بیان اهداف، پیش فرضها، ارزش ها و موارد مورد تغییر پرداخته شده است (۷۸).

عوامل مرتبط به زمینه

در این مطالعه به منظور بررسی زمینه سیاست از مدل ارائه شده توسط لیشر (۱۹۷۹)^{۸۱} بهره گرفته شده است. در دسته بندی عوامل زمینه ای لیشر چهار عامل بر فرآیند سیاست گذاری مؤثر هستند:

۱- عوامل وضعیتی^{۸۲}: معمولاً نسبتاً گذرا و ناپایداری که بر سیاست اثرگذار هستند. مانند حوادث و اتفاقات ناگهانی (جنگ، ناپایداری سیاسی و یا تغییر در رهبری). این وضعیت ها را «رویداد ایجادکننده تمرکز^{۸۳}» نیز می نامند.

۲- عوامل ساختاری: عواملی شامل وضعیت های نسبتاً پایدار در جامعه و حکومت در این دسته جای دارند. مانند ساختار اقتصادی، سیستم سیاسی، ساختار تکنولوژیکی و ساختار جمعیتی کشور.

۳- عوامل فرهنگی: تعهدات ارزشی گروه ها و احزاب جامعه مانند زبان، سواد، مذهب، جنسیت، مشارکت یا فساد را شامل می شود.

۴- عوامل محیطی: عوامل خارج از مرزهای نظام سیاسی مانند شرکت ها، تعهدات و حوادث، مشارکتهای بین المللی و توافقات تجاری (۷۸).

عوامل مرتبط با فرآیند

۱- تعریف مشکل و تشخیص مسائل: این بخش به معنی تعریف نحوه دستور گذاری سیاست در کشور است. در این مطالعه برای این مرحله از تئوری جریان های چندگانه کینگدان استفاده شده است.

⁸¹ Leichter

⁸² Situational Factors

⁸³ Focusing Events

۲- نحوه تدوین (فرموله کردن) سیاست: به بیان نحوه جمع بندی برنامه و تدوین آن، افراد درگیر در برنامه و سایر عوامل مؤثر در تدوین می پردازد.

۳- اعمال برنامه: نحوه و پیش نیازهای اعمال برنامه و مشکلات مرتبط بدان در زمان اجرا می پردازد.

۴- ارزیابی برنامه: پیگیری برنامه در رسیدن به اهداف خود و مشکلات و اصلاحات آن را شامل می گردد (۷۸).

ب-۶-۲- رویکرد تئوری محور: مدل جریان های چندگانه (۱۹۹۵)

یکی از سؤالات اساسی در تجزیه و تحلیل سیاست ها این است که در کجا مسائل سیاست گذاری عمومی خود را نمایان می سازند؟ ما دوست داریم تا بدانیم که چگونه برخی سیاست ها ایجاد می شوند و چطور برخی از آن ها مورد توجه تصمیم گیرندگان قرار می گیرند در حالی که برخی دیگر به هیچ وجه نمی توانند خود را بروز دهند. به عبارت دیگر ما می خواهیم بدانیم که چرا برخی از برنامه ها در دستور کار^{۸۴} مباحث سیاستی قرار می گیرند. در اینجا دستور گذاری به معنای یک سری مباحث سیاستی عمومی است که می توانند در میان طیفی از مباحث قانونی، توجیهات جمعی را به خود جلب کرده اند (۷۹).

مدل جریان چندگانه به دنبال توصیف علت و معلولی های موجود بین عناصر یک سیاست است. در طول یک دهه گذشته این مدل جزو سه مدل بسیار معمول در تجزیه و تحلیل های سیاست گذاری سلامت بوده است. اجرای برنامه باماگو در کشورهای افریقایی^{۸۵} و سلامت روان در هند، نحوه دستور گذاری برنامه مادران ایمن در ویتنام از جمله مطالعات انجام شده با این مدل هستند (۷۱).

در ایران نیز مطالعاتی با استفاده از این مدل به تحیل سیاست های کلان کشوری پرداخته اند. نحوه دستور گذاری سیاست های شعار «سلامت برای همه» سازمان جهانی بهداشت در ایران (۸۰)، نحوه دستور گذاری سیاست های ایدز (۸۱) و سیاست های جمعیتی ایران (۸۲) صورت گرفته اند.

این تئوری بیان می کند که سیاست گذاری حاصل مجموعه ای از فرایندها شامل مشکل، سیاست یا برنامه و مسائل سیاسی است (۸۳). این تئوری به ما اجازه می دهد تا بتوانیم تعاملات متعدد بین جریانهای متفاوت را با در نظر گرفتن تدوین کنندگان سیاست و پنجره فرصت مورد تحلیل قرار دهیم (۸۴). لذا به طور کلی این تئوری توصیف خوبی از نحوه دستور گذاری سیاست مدنظر در اختیار ما قرار خواهد داد.

⁸⁴ Agenda

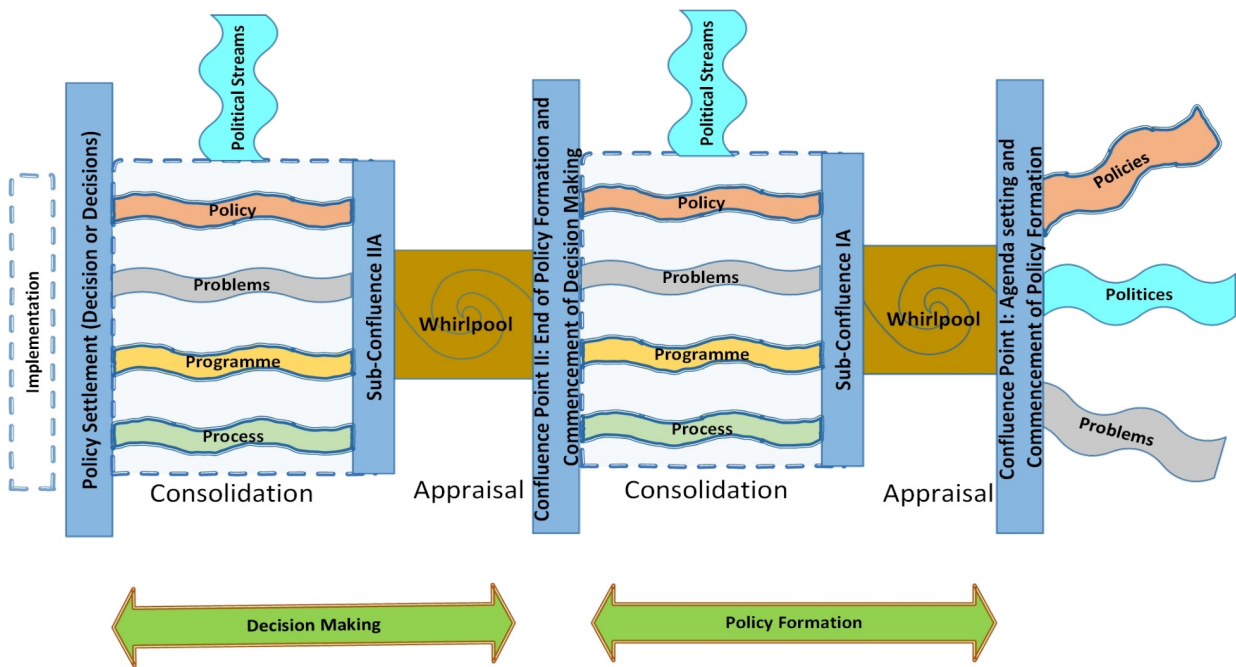
⁸⁵ Bamako Initiative Health Policy

ب-۶-۳- مدل ترکیبی هاوت و همکاران (۲۰۱۴)

بررسی های جدید در حوزه تئوری های تحلیل سیاست گذاری انتقاداتی را به تئوری جریان های چندگانه کینگدان (۱۹۹۵) وارد می کنند. آن ها بیان می کنند که تئوری جریان های سه گانه کینگدان «پنجره فرصت» را به عنوان یک استعاره ایستا معرفی کرده است. چراکه این مدل بیان نمی کند که پنجره فرصت چگونه باعث ترکیب سه جریان با یکدیگر می شود (۸۵).

بنا به ادعای Cohen et al. 1972; March & Olsen 1979 که مدل کینگدان از آن الهام گرفته شده است، در مرحله دستور گذاری یک جریان دیگری با نام «فرصت های انتخاب»^{۸۶} نیز وجود داشته است. بر اساس این جریان انرژی های جمع شده گروهی در نقاط خاص زمانی و مورد انتظار مورد استفاده قرار می گیرند و تصمیم خاصی را به پیش می رانند. فرض وجود این جریان چهارم، نگاه پویاتر به «پنجره فرصت» را قوی تر می کند.

لذا برخی پژوهشگران به دنبال ترکیب مدل های متعدد با هدف پویا تر کردن مدل های تحلیلی سیاست بوده اند (۸۵). با این هدف هاوت و همکاران (۲۰۱۴) مدلی ترکیبی از مدل جریان های چندگانه (۱۹۹۵) و مراحل سیاست گذاری لاسول (۱۹۵۶) ارائه داده اند (شکل ۳)



شکل ۳: مدل ترکیبی پیشنهادی هاوت و همکاران (۲۰۱۴)

⁸⁶ choice opportunities

به‌طور کلی مدل از سه قسمت ذیل تشکیل شده است:

دستور گذاری برنامه

این مرحله همانند مدل جریان های چندگانه کینگدان است.

محل تلاقی اول: دستور گذاری برنامه

این همگرایی اول جریان ها (تلاقی A)، به معنای شروع تدوین سیاست است. در این مرحله جریان ها به گردابی تبدیل می‌شود که عمدتاً آشفته و پنهان از نظر عمومی هستند. این گرداب نشان‌دهنده کنکاش سیاست گذاران برای انجام یک سری ارزیابی‌های استراتژیک اولیه است، تا اما و اگرهای برنامه و چگونگی ادامه آن و همچنین مسائلی مانند اینکه آیا فرضیه های اولیه آن‌ها در مورد «مسئله» معتبر باقی می ماند یا خیر را از نظر بگذرانند (۸۵).

پایان این مرحله ارزیابی، با یک نقطه زیر تلاقی (IA) مشخص می‌شود که آغازگر مرحله تثبیت شکل‌گیری برنامه است و باعث پیکربندی جریان های دیگر نیز می‌شود. لذا در اینجا، دو جریان جدید (جریان برنامه-دارکردن و جریان فرآیند) به سه جریان دستور گذاری اولیه (مسئله، برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد، سیاست ها) ملحق می گردند.

الف- اولین جریان، جریان برنامه‌دارکردن است. این جریان برای کالیبراسیون ابزارهای برنامه جدید و ادغام آن‌ها با موارد موجود طراحی می گردد.

ب- دومین جریان، جریان فرآیند است. این جریان برای بررسی گزینه ها، تقویت تصمیمات معتبر و غیره طراحی شده است؛ که یک برنامه زمانی آینده نگر برای بررسی های بیشتر و استقرار مباحثات عمومی تحریک کننده جریان را ایجاد می کند.

محل تلاقی دوم و مرحله تصمیم گیری

بنا به مدل پس از شکل گیری برنامه، محل تلاقی دوم جریان‌ها، با یک گرداب ارزیابی دیگر (که به‌طور بالقوه با آشفتگی همراه است) شروع می‌شود، در این مرحله سیاست گذاران بیشتر به بررسی میزان پیشرف امور (به‌عنوان مثال، از لحاظ گزینه های سیاستی موجود، بازخورد از ذینفعان) و تعیین نحوه حرکت به سمت تصمیم یا تصمیم نهایی حرکت می کنند.

بنا به مدل نیز این مرحله از ارزیابی (گرداب دوم) با زیرتقاطع دوم به پایان می‌رسد، که منجر به مرحله تثبیت نهایی می‌شود، جایی که جریان غالب و تمام جریان های دیگر برای حرکت به سمت حل و فصل سیاست (تصمیم گیری یا تصمیم گیری) نهایی انسجام می یابند (۸۵).

به نظر می‌رسد که در فرآیند دستور گذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد دو رویداد وجود دارد:

۱- دستورگذاری اجرای برنامه ای برای رفع نواقص نظام پرداخت سابق این مرحله باعث دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور شده است، اما منجر به اجرای برنامه نشده است.

۲- انتخاب برنامه نهایی از میان تعداد زیادی از برنامه‌های پیشنهادی در طول زمان در این مرحله تصمیم نهایی برای اجرای نوع ایرانی پرداخت مبتنی بر عملکرد در دستور کار اجرا قرار گرفته است.

ب-۶-۴- مدل تجزیه و تحلیل میدان نیروها: کرت لوین (۱۹۵۲)

تجزیه و تحلیل میدان نیروها^{۸۷} (شکل ۳) به عنوان یک ابزار موثر شناخته شده است که می تواند در تحقیقات کیفی برای تجزیه و تحلیل سیستماتیک طیف وسیعی از عوامل (افراد، منابع موجود، آداب و رسوم، سنت ها، باورها، نگرش ها، نیازها، خواسته ها و غیره) که بر یک مسئله تأثیر می گذارد استفاده شود. این ابزار توسط کورت لوین روانشناس طراحی شده است، و کاربرد آن در طیف گسترده ای از زمینه ها مانند علوم اجتماعی، روانشناسی، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی جامعه و مدیریت است. از منظر مدیریت، این تئوری در شناسایی تمام عوامل که باید مورد بررسی قرار گرفته و به طور دوره ای تحت نظارت قرار گیرند کمک کننده خواهد بود تا بدان وسیله به مدیران برای ارزیابی اثربخشی اصلاحات کمک کند (۸۶).

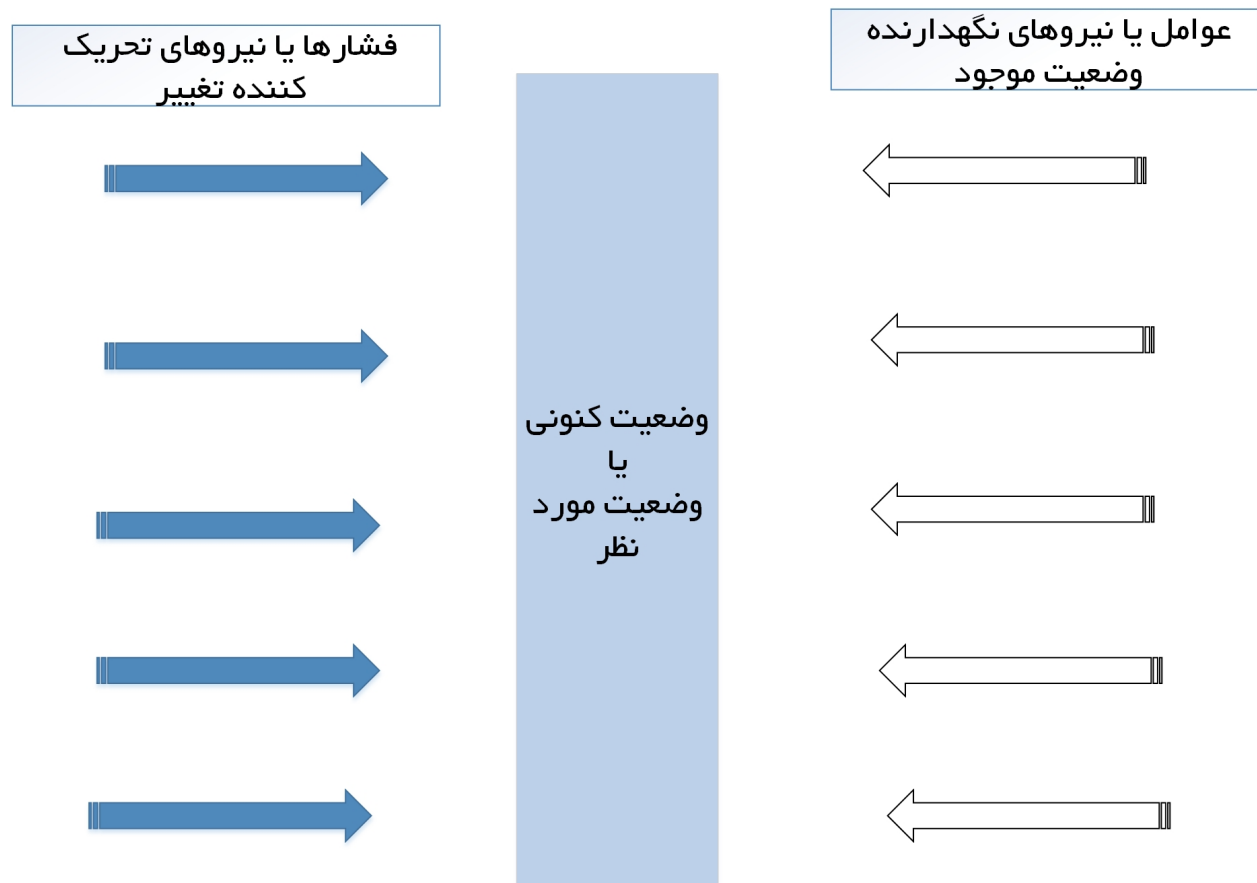
این تحلیل مسائل را در دو دسته جای می دهد، الف- عوامل^{۸۸} که به نگهداری وضعیت موجود (نیروهای محدود کننده) کمک می کنند و ب- فشارها^{۸۹} که باعث ایجاد تغییر در وضعیت موجود می شوند، و به این ترتیب به سمت مسیر دلخواه حرکت می کند (نیروهای رانشی). در این تجزیه و تحلیل، اولین و مهمترین مرحله تعریف مسئله است و برای این محقق نیاز دارد تا ماهیت وضعیت فعلی را که غیر قابل قبول است و باید اصلاح شود را

⁸⁷ Force field analysis

⁸⁸ Factors

⁸⁹ pressures

درک کند. با این حال، مهم است که آن چیزهایی را که نتایج مثبتی دارند را تمیز دهد و نباید جزئی از یک مشکل آورد (۸۶).



شکل ۳: مدل تجزیه و تحلیل میدان نیروها، کرت لوین (۱۹۵۲)

ب-۶-۵- ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

با توجه به ویژگی خاص این بخش از مطالعه روش های دیگر برای این قسمت بکار گرفته شده است. روش بکارگرفته شده برای احصای ساختار فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران برای کارکنان غیرپزشک به عنوان جزئی از محتوای سیاست در این بخش گزارش شده است. این بخش از مطالعه در دو سطح ملی و استانی با بهره گیری از تحلیل مستندات (دستورالعمل ها، مصوبات و نامه ها) و نظرات خبرگان انجام شد.

تحلیل اسناد به عنوان یک روش کیفی مطالعه، روشی نظام مند برای بررسی و ارزیابی اسناد الکترونیک و کاغذی است. این روش می تواند به عنوان ابزاری برای استخراج معانی، درک و توسعه دانش ضمنی به کمک پژوهشگر آید. اسنادی مانند فرم های کاری، پیشنهادات برنامه ها، یادداشت برداری از جلسات، داده های

مطالعات و گزارشات و بسیاری از اسناد دیگر می‌توانند برای این منظور بکار گرفته شوند. اما مسئله ای که وجود دارد ممکن است این روش مواردی مانند اثرات فرهنگی^{۹۰} و تفاسیر شخصی (داده های ضمنی) را شامل نشود (۸۷).

از آنجایی که به‌کارگیری های موفق از روش تحلیل اسناد برای مسائل فنی (تعیین نیاز مهندسان به اطلاعات و استفاده از اطلاعات) برای تهیه نرم افزار وجود داشته است (۸۸). لذا با توجه به شرایط موجود و نبود افرادی که بتوانند به‌طور کامل چارچوب منظم برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای کارکنان غیرپزشک ایران را توصیف نمایند، برای استخراج چارچوب مدل پرداخت جدید از این روش بهره گرفته شود. اسناد بکار گرفته شده در این مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: اسناد بکار گرفته شده برای استخراج چارچوب فنی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

| دسته بندی اسناد | عناوین سند | تعداد |
|-----------------|---|---|
| یک | دستورالعمل پرداخت عملکردی کارکنان | ۱ |
| | پیوست های دستورالعمل پرداخت عملکرد کارکنان | ۵ |
| | گزارش برگ ^{۹۱} گزارش شده توسط وزات | ۱ |
| | راهنماهای اجرای برنامه برای مسئولین HIS بیمارستانی | ۱ |
| | راهنمای مسئله یابی برنامه اجرا شده در بیمارستان | ۱ |
| | اسناد و گزارشات مربوط به پایلوت برنامه نجات در مازندران | ۲ |
| دو | یادداشت برداری در جلسات بررسی مسائل و مشکلات PFP | ۲ جلسه کشوری با حضور اجرا کنندگان برنامه در سطح دانشگاه |
| | | ۶ جلسه داخل وزارت با حضور تدوین کنندگان برنامه |
| | | ۱ جلسه با مسئولان بیمارستان امام حسین (ع) |
| | | ۳۴ |
| | نامه ها ابلاغ شده مرتبط با موضوع | ۱ |
| | سند سؤالات متداول اجرای برنامه | ۱ |

اگرچه زمانی که اسناد دسته‌بندی شده و نهایی وجود دارد، بررسی اسناد گذشته مرتبط با موضوع ضرورت کمتری پیدا می‌کند (۸۷)، اما در این مطالعه به‌منظور روشن شدن بیشتر برنامه، پیش نویس ها و

⁹⁰ cultural artifacts

⁹¹ Fact Sheet

مستندات طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد وزارت (برنامه نجات) و بیمارستان امام حسین (ع) تهران (بخشی از مدل نهایی کشور از مدلی که این بیمارستان برای خود تعریف کرده بود گرفته شده است) نیز مدنظر قرار گرفت. یکی از رویکردهای بکارگرفته شده برای تحلیل متن و اسناد روش هرمنیوتیک^{۹۲} است (۸۹). لذا به منظور مدیریت داده ها از چرخه هرمنوتیک بهره گرفته شد (۹۰). اجزای این چرخه و امور انجام شده برای هر قسمت در جدول ۲ آورده نشان داده شده است.

جدول ۲: چرخه هرمنوتیک و امور انجام شده در هر مرحله از چرخه

| مراحل چرخه هرمنوتیک | امور انجام شده |
|---|--|
| ایجاد ارتباط با پدیده بر اساس درک ها و مستندات گذشته | بررسی و خلاصه سازی اسناد مربوط به برنامه، قبل از اجرای برنامه تعیین اجزای مدل پیشنهادی توسط پژوهشگر و استاد راهنما |
| مذاکرات متعدد برای تفسیرهای جدید | پنل متخصصین اول: بحث و تبادل نظر در مورد اجزا، دریافت پیشنهادات و ارائه چارچوب اولیه |
| یافتن درک ها و مطالب نوظهور و اضافه کردن آن ها به موارد موجود | بررسی سؤالات متداول ارائه شده بعد از اجرای برنامه از طرف مسئولین اجرایی دانشگاه و بیمارستان ارائه چارچوب اولیه به دو نفر از مسئولین اجرایی در سطح استان و اخذ نظرات پیشنهادی اضافه شدن یادداشت برداری های جلسات کشور و تدوین کنندگان برای اصلاحات برنامه |
| ایجاد غنای بیشتر برای مطالب | پنل متخصصین دوم: بحث و تبادل نظر در مورد اجزا و ارائه چارچوب نهایی |

ممکن است اسناد تنها داده موردنیاز برای مطالعاتی باشند که الگوی تفسیری هرمنیوتیک را بکار می گیرند (۸۷)؛ اما توصیه شده است تا با به کارگیری سایر روش ها در کنار این روش، برخی نواقص روش تحلیل اسناد و سوگیری های فردی پوشانده شود (۸۷). لذا برای این منظور بررسی سؤالات متداول ثبت شده در سایت آموزشی برنامه در وزارت، یادداشت برداری های پژوهشگران از جلسات متعدد و نظر خبرگان به روش مطالعه افزوده شد.

برای مورد آخر دو پنل با متخصصین برگزار شد. معیار ورود افراد به پنل تجربه حداقل یکسال در تدوین و حداقل یکسال تجربه در اجرای برنامه بوده است. با در نظر گرفتن این مهم و با توجه به اهمیت تجارب و

⁹² Hermeneutic

آشنایی افراد حاضر در جلسات پنل (۹۱)، در هر جلسه سه نفر از طراحان برنامه (یک نفر کارشناس ارشد MBA، دو نفر کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)، یک نفر متخصص دانشگاهی مطلع از برنامه (دکترای سیاست گذاری سلامت) و پژوهشگران شرکت داشتند. در جلسه اول چهارچوب اولیه تدوین شد و نظرات پیشنهادی افراد اخذ گردید. برای اخذ نظرات پیشنهادی در سطح استان، چارچوب اولیه برای دو نفر از افراد اجراکننده و آگاه از برنامه در دو دانشگاه منتخب فرستاده شد. در جلسه دوم نظرات این افراد به همراه نظرات افراد حاضر در جلسه ترکیب و چارچوب نهایی گردید.

ب-۷- صحت و استحکام داده‌های کیفی

صحت^{۹۳} و استحکام^{۹۴} داده‌ها: گوبا و لینکلن چهار معیار مقبولیت^{۹۵}، قابلیت انتقال^{۹۶}، قابلیت اطمینان^{۹۷} و قابلیت تائید^{۹۸} را برای صحت و استحکام داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند که در این پژوهش از این معیارها جهت ارزشیابی صحت و استحکام داده‌ها استفاده شد (۹۲).

لینکلن و گوبا معتقدند مقبولیت دارای دو جنبه است: الف) انجام مطالعه در مسیری که باورپذیری داده‌ها را تقویت می‌کند. ب) برداشتن گام‌هایی برای شرح مقبولیت برای خوانندگان بیرونی (۹۳).

در این مطالعه برای تائید اعتبار و مقبولیت داده‌ها از روش درگیر شدن طولانی‌مدت^{۹۹} با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه تحلیل داده‌ها، تلفیق منابع اطلاعاتی، بکارگیری روش‌های چندگانه جهت جمع‌آوری اطلاعات مثل مصاحبه، مشاهده و یادداشت در عرصه، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، بررسی داده‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور و بازنگری همکاران استفاده شد. معیار دوم در مورد صحت و استحکام داده‌ها، قابلیت انتقال است، یعنی یافته‌ها بتوانند انتقال پیدا کنند و یا قابلیت کاربرد در دیگر محیط‌ها یا گروه‌های مشابه را داشته باشند (۹۳). در این پژوهش محقق با انجام توصیفات عمیق و تحلیلی و غنی از زمینه و خصوصیات شرکت‌کنندگان، توصیف بستر مطالعه و توصیف واضح و روشن از موانع و محدودیت‌ها، شرایط استفاده از یافته‌ها را در دیگر بسترهای اجتماعی برای خوانندگان فراهم کرد.

93 -Trustworthiness

94- Rigor

95- Credibility

96- Transferability

97- Dependability

98- Conformability

99- Prolonged engagement

قابلیت اطمینان که به معنای پایداری و پایایی داده‌ها در طول زمان و شرایط مشابه است، از طریق تکرار گام به گام و حسابرسی صورت می‌گیرد (۹۳). در این مطالعه داده‌ها و مدارک توسط به‌طور مداوم با تدوین کنندگان برنامه به اشتراک گذاشته می‌شد و به‌طور دقیق و مکرر مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه جهت نیل به معیار قابلیت تأیید، تمامی مراحل انجام تحقیق به‌ویژه مراحل تحلیل داده‌ها در تمام مسیر به‌صورت مشروح و مبسوط ثبت شد تا چنانچه محقق دیگری مایل به ادامه پژوهش در این حوزه باشد به راحتی بتواند بر اساس مکتوبات و مستندات موجود مربوط به مصاحبه‌ها و تحلیل‌ها و سایر مراحل پژوهش این کار را دنبال نماید. ضمناً تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده در اختیار همکاران پژوهشگر و تعدادی از اعضای هیئت علمی که با نحوه تحلیل تحقیقات کیفی آشنا باشند، گذاشته و از آنان خواسته شد تا صحت این کدگذاری را مورد بررسی قرار دهند (۹۳).

دو مرحله حضور در جلسات کشوری به همراه تیم تدوین کننده در مراحل اصلاح برنامه و مباحث متعدد و طولانی با افراد حاضر در جلسه به میزان زیادی در شناخت ابعاد متعدد برنامه کمک کننده بوده است. به‌علاوه در برخی از شرایط که امکان ترس مصاحبه شونده‌ها از ضبط صدا وجود داشته است صرفاً از یادداشت برداری و مکالمات غیررسمی در حاشیه جلسات استفاده شده است.

ب-۸- ملاحظات اخلاقی

۱. دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه جهت ارائه به پاسخگویان به منظور جمع‌آوری اطلاعات.
۲. حفظ احترام و رعایت حقوق هریک از افراد جامعه مورد مطالعه.
۳. رازداری و آزادی شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن.
۴. بی‌طرفی پژوهشگر در انجام مصاحبه‌ها
۵. رعایت صداقت و امانت علمی و عملی در هنگام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها.
۶. ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز مربوطه پس از انجام پژوهش.

۳-۲-۲- بخش کمی مطالعه

۳-۲-۲-۱- دریافتی کارکنان پزشک و غیر پزشک

الف- نوع مطالعه

در این بخش با کمک بررسی گذشته‌نگر داده‌های قبل و بعد از مداخله (اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد)، به بررسی وضعیت پرداختی به کارکنان بیمارستان های دانشگاهی-دولتی پرداخته شد.

ب- جامعه‌ی پژوهش

جامعه این قسمت از مطالعه شامل کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح بیمارستان های دانشگاهی-دولتی کشور، شامل کارکنان پزشک و غیرپزشک (پشتیبان و درمانی) است.

ب-۱- روش نمونه گیری

داده ها برای قبل از اجرای برنامه

کارکنان غیرپزشک

با توجه به بررسی های اولیه، داده‌های موردنیاز برای حدود ۳۰ بیمارستان قبل از اجرای طرح وجود دارد. پس از مرتب و تمیز کردن این داده ها که به منظور تدوین اولیه مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد جمع آوری شده بودند، از این میان داده های ۱۸ بیمارستان و به عبارت دیگر ۷,۶۳۹ نفر قابل احصا و استفاده بودند. کارکنان این بیمارستان به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

کارکنان پزشک

با در نظر گرفتن محدودیت ها و حساسیت هایی که در انتشار میزان دریافتی پزشکان در زمان انجام مطالعه حاضر وجود داشت، جمع آوری میزان دریافتی پزشکان و ویژگی های دموگرافیک آنها با هدف پژوهش عملاً غیرممکن بوده است. بنا به این دلایل، در این قسمت صرفاً داده های موجود مورد بهره برداری قرار گرفت. در راستای طراحی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران، داده های پزشکان در تخصص های مختلف از دانشگاه های کشور درخواست و جمع آوری گردیده است. این داده ها با رعایت و شرط محرمانگی از دفتر ارزیابی فناوری سلامت، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت معاونت درمان وزات وقت گرفته شد.

تعداد کل پزشکانی که داده های آنها در این دفتر ۵۶۰۰ نفر بود. بعد از بررسی داده ها و تمیز کردن آنها اطلاعات ۳۰۷۲ پزشک قابل استفاده و گزارش بود.

برای داده های بعد از اجرای برنامه نیز با توجه به اینکه میزان عملکرد پزشکان در ماه های مختلف متفاوت است به منظور بر طرف نمودن این مسئله، میانگین دریافتی ۷۴۵۶ پزشک در ۶ ماه فصول تابستان و پاییز ۱۳۹۴ از نرم افزار قاصدک وزارت احصا، توصیف، گزارش و تحلیل گردید. داده ها برای بعد از اجرای برنامه

به منظور ایجاد قابلیت مقایسه داده های قبل و بعد از اجرای برنامه، داده های موجود، داده های ۱۸ بیمارستان (مهرماه ۱۳۹۵) منطبق با بیمارستان هایی که برای قبل از برنامه تجزیه و تحلیل شده اند، انتخاب شدند. به عبارت دیگر ۱۴۱۲۲ نفر برای تجزیه و تحلیل استفاده شدند. کارکنان این بیمارستان ها به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

به منظور ارزیابی برنامه بعد از اجرای برنامه بدون مقایسه با داده های قبل، نیز تمام کارکنان (۱۱۶,۸۲۰ نفر) در بیمارستان های دانشگاهی-دولتی اجرا کننده برنامه در مهرماه ۱۳۹۷ (۴۲۹ بیمارستان) وارد تجزیه و تحلیل شدند.

ج- ابزار پژوهش

با توجه به اینکه حجم داده های اولیه زیاد بود، بنا به نوع آزمون و قدرت نرم افزارهای تحلیل داده موجود، ابزارهای جمع آوری و تحلیلی داده ها شامل نرم افزارهای اکسل و برنامه های آماری SPSS نسخه ۲۰ و MATLAB R2015 استفاده شد.

د- نحوه تجزیه و تحلیل

در مورد داده های پزشکان لزوم رعایت اصل محرمانگی (عدم گزارش مبلغ ریالی) ضروری بود لذا توصیف، تحلیل و گزارش آنها بر اساس این مسئله بود. در داده های مربوط به قبل پزشکان، با توجه به نبود ویژگی های مربوط به محل ارائه خدمت و فرد پزشکان، توصیف پزشکان صرفاً بر اساس دانشگاه صورت گرفت. به علاوه برای مقایسه پزشکان بر اساس تخصص، میانگین وزنی هر تخصص تعیین و به صورت نمودار میله ای گزارش گردید. برای داده های بعد پزشکان از آزمون t و آنووا و رگرسیون خطی استفاده شده است و مقایسه آنها نیز بر اساس میانگین وزنی آنها در نمودار میله ای نشان داده شده است تا امکان مقایسه آنها در طی دو مرحله ایجاد گردد. گزارش این تحلیل ها همواره با در نظر گرفتن عدم گزارش مبلغ ریالی دریافتی ها بوده است.

داده‌های قبل و بعد کارکنان غیر پزشک: ارائه‌کنندگان غیرپزشک به دو طبقه غیرپزشکان پشتیبانی و درمانی تسهیم گردیدند. با هدف قابل مقایسه کردن داده‌های قبل و بعد از اجرای مدل دریافتی کارکنان غیرپزشک پشتیبانی و درمانی براساس ۸ سطح خدمت (بر اساس دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد) و ۸ سمت کاری و سایر ویژگی‌های کارکنان که در دستورالعمل آورده شده دسته بندی و مورد بررسی قرار گرفته است (پیوست ۱). سایر ویژگی‌های کارکنان در زمان قبل از اجرای برنامه در صورت موجود بودن در تجزیه و تحلیل‌ها وارد مطالعه شده است.

در این داده‌ها، با فرض نرمال بودن توزیع پرداختی‌ها، تأثیر متغیرهای دو وضعیتی با استفاده از آزمون t و اثر متغیر چندحالتی با آنالیز واریانس تحلیل گردید. نتایج اولیه تحلیل که در قسمت یافته‌ها گزارش شده است، نشان داد که بیمارستان محل فعالیت افراد بر میزان دریافتی آنان تأثیر گذار است لذا امکان تجمیع داده‌های ۱۸ بیمارستان با یکدیگر وجود نداشته است؛ لذا هر یک از بیمارستان‌ها به صورت جداگانه مورد تحلیل قرار گرفتند. از طرف دیگر به دلیل زیاد بودن داده‌های از دست رفته^{۱۰۰} امکان تحلیل رگرسیونی وجود نداشت و در این مرحله صرفاً به گزارش تحلیل‌های یک بعدی داده‌ها به تفکیک هر بیمارستان (با در نظر تعداد داده‌های موجود در هر بیمارستان) اکتفا شده است.

با توجه به حجم مناسب داده‌ها برای زمان بعد از اجرا، برای تحلیل از یکی از مدل‌های داده‌کاوی تحت عنوان شبکه‌های خودسازنده (SOM)^{۱۰۱} استفاده شد. این تحلیل صرفاً برای بعد از اجرای برنامه انجام شده است و برای قبل وجود ندارد. در این مرحله ۱۱۰۳۲۵ نفر وارد مرحله تجزیه و تحلیل شده‌اند.

به منظور ادغام داده‌های بیمارستان‌های کل کشور، اثر ویژگی‌های بیمارستان‌ها تعدیل شد. برای این منظور متغیر جدیدی بت عنوان «هزینه فرصت» جایگزین متغیر میزان دریافتی محاسبه شد. هزینه فرصت برابر است با میزان دریافتی هر فرد به ازای یک ساعت حضور در بیمارستان تقسیم بر میانگین هزینه فرصت بیمارستان. بعد از این مرحله هزینه فرصت به عنوان متغیر وابسته نهایی مدنظر قرار گرفت.

د-۱- شبکه‌های خود سازمان ده

شبکه‌های خود سازمانده (۹۴) از انواع شبکه‌های عصبی با یادگیری بدون ناظر می‌باشند که در تحلیل فضاهای پیچیده توانایی زیادی دارند. این مدل از شبکه‌های عصبی اولین بار توسط کوهنن^{۱۰۲} (۹۵) و با الگو برداری از

¹⁰⁰ Missing Data

¹⁰¹ Self Organizing Maps (SOM)

¹⁰² Kohonen

عصب‌های شبکه‌ی چشم و مغز، معرفی و نخستین بار در سال ۱۹۸۴ برای تشخیص صدا و تبدیل آن به متن، به طور عملی مورد استفاده قرار گرفت (۹۶).

در دهه‌های اخیر شبکه‌های خود سازمانده بطور گسترده‌ای در داده‌کاوی (۹۷)، مدیریت پروژه (۹۸) آنالیزهای مالی (۹۹) و تشخیص‌های صنعتی (۱۰۰) و پزشکی (۱۰۱) مورد استفاده قرار گرفته‌است.

اساس فلسفه شبکه‌های خودسازمانده، نگاشت فضاهای با تعداد ابعاد (مشخصه) بالا به فضایی دو یا سه بعدی است، بگونه‌ای که حداقل اطلاعات از بین رفته و اطلاعات نهفته در ارتباط میان داده‌ها نیز قابل کشف و نمایش باشد. این روش توانایی نمایش همبستگی میان داده‌ها و اطلاعات و اثرات متقابل و همزمان آن‌ها بر یکدیگر را دارد. این توانایی‌ها با نگاشت ارتباطات غیرخطی میان اطلاعات با استفاده از یک واسط هندسی بر روی یک شبکه دو یا سه بعدی از نورون‌ها حاصل می‌شود. یک شبکه دو بعدی از نورون‌ها اصطلاحاً یک نقشه از نورون‌ها نامیده می‌شود. هر نقشه، متشکل از مجموعه‌ای از نورون‌هاست که بطور قاعده‌مندی کنار هم چیده شده و ساختار شبکه را بگونه‌ای که نورون‌های شبیه‌تر کنار یکدیگر قرار گیرند، شکل داده‌اند.

هر نورون متناظر با یک بردار اطلاعات با تعداد ابعادی برابر با تعداد ابعاد فضای اطلاعاتی مورد تحلیل است. به بیانی دیگر، هر نورون به مثابه نماینده یک قسمت از فضای اطلاعاتست. این نماینده بگونه‌ای انتخاب می‌شود که به بهترین صورت معرفی کننده مشخصات اطلاعات بخش متناظر با خود باشد (۱۰۲). فضای مورد پوشش هر نورون به صورت فازی نیز قابل بیان است که خارج از کاربردهای مورد نظر در این تحقیق می باشد.

ب-۱-۵-۱- آموزش شبکه‌های خود سازمانده

آموزش شبکه‌های خود سازمانده بر مبنای الگوریتم یادگیری رقابتی و بدون ناظر (بدون استفاده از بردار هدف) است. در ابتدا بردار وزنی متناظر با هر نورون به طور تصادفی تولیدشده و ساختار اولیه شبکه شکل می‌گیرد و سپس در طول فرآیند آموزش شبکه، بردار وزنی متناظر با هر نورون بگونه‌ای تنظیم می‌شود که بتواند قسمتی از اطلاعات فضای مورد تحلیل را پوشش دهد. بدین ترتیب، در قسمت‌هایی از فضا که چگالی داده‌ها بیشتر است، تعداد نورون بیشتری قرار خواهند گرفت و توپولوژی شبکه مطابق با توزیع مشترک مشخصه‌های فضا شکل می‌گیرد (۱۰۲).

الگوریتم آموزش شبکه‌های خود سازمانده دارای چهار مرحله زیرمی باشد (۹۴):

۱- انتخاب پارامترهای نقشه مانند ابعاد و بردار وزنی ابتدایی متناظر با هر نورون.

۲- ارائه داده‌های مورد تحلیل به شبکه و یافتن بهترین نورون نظیر برای هر بردار داده ورودی (رکورد). رکوردها می‌توانند همزمان به شبکه ارائه شوند و یا اینکه به ترتیب هر بار یک رکورد به شبکه ارائه و عملیات آموزش شبکه انجام شود. هر رکورد مانند X ، متشکل از مقادیر کمی n مشخصه است که بصورت زیر نمایش داده می‌شود:

$$X = [X_1, X_2, \dots, X_n] \in \mathfrak{R}^n \quad (1)$$

در صورتیکه بردار وزنی نورون t ام به صورت زیر تعریف شود،

$$m_t = [m_{t1}, m_{t2}, \dots, m_{tn}] \in \mathfrak{R}^n \quad (2)$$

آنگاه متناظر با هر رکورد ورودی، بهترین نورون نظیر (BMU^{۱۰۳}) و یا اصطلاحاً نورون برنده با توجه به رابطه (۳) مشخص می‌شود.

$$c = \arg \text{Min}_t \{d(X, m_t)\} \quad (3)$$

که در آن c نشاندهنده نورون برنده و $d(X, m_t)$ فاصله اقلیدسی^{۱۰۴} میان رکورد و بردار وزنی نورون t ام است که از رابطه (۴) محاسبه می‌شود.

$$d(X, Y) = \|X - Y\| \quad (4)$$

۳- به‌هنگام کردن بردار وزنی متناظر با هر نورون با استفاده از رابطه (۵).

$$m_i(t+1) = m_i(t) + \alpha(t)h_{ci}(t)[X(t) - m_i(t)] \quad (5)$$

که در آن $0 < \alpha < 1$ نرخ یادگیری و $h_{ci}(t)$ نمایانگر میزان همسایگی نورون i ام و c ام (نورون برنده) هستند. میزان همسایگی نورون برنده و نورون i ام از رابطه (۶) به‌دست می‌آید.

$$h_{ci} = e^{-\frac{\|r_c - r_i\|^2}{2\sigma^2(t)}} \quad (6)$$

¹⁰³ Best Matching Unit

¹⁰⁴ در ریاضیات فاصله اقلیدسی فاصله معمولی دو نقطه است که توسط قضیه فیثاغورس بدست می‌آید.

در رابطه (۶)، σ کنترل کننده دامنه تابع است و به تدریج در طول فرآیند آموزش کاهش داده می‌شود. همچنین r_c و r_i به ترتیب موقعیت نورون‌های i ام و c ام (برنده) در نقشه SOM می‌باشند (۹۴).

۴- بررسی شرط خاتمه الگوریتم. چنانچه شرط برقرار نباشد، الگوریتم از قدم دوم ادامه می‌یابد.

از آنجا که الگوریتم آموزش شبکه‌های خود سازمانده بر مبنای فاصله اقلیدسی بنا شده است، بایستی داده‌های هر بعد فضای مورد بررسی را مستقلاً نرمال استاندارد نمود.

پس از پایان فاز آموزش شبکه‌های خودسازمانده، نقشه‌ای از نورون‌ها بدست می‌آید که در حقیقت چکیده‌ای از فضای مورد تحلیل شبکه است. با ارائه هر بردار اطلاع جدید از فضای مورد تحلیل به شبکه، فاصله اقلیدسی بردار وزنی متناظر با هر یک از نورون‌ها تا بردار ورودی، بدست آمده، بنابراین مقدار تحریک هر یک از نورون‌ها محاسبه و نورونی که بیش‌ترین مقدار تحریک را داشته باشد به عنوان نورون برنده انتخاب می‌شود.

ب-۱-۵-۱-۲ نمایش فضای مورد تحلیل با استفاده از شبکه‌های خودسازمانده

پس از آموزش SOM، به تعداد نورون‌های انتخاب شده برای شبکه، بردارهای وزنی n بعدی بدست می‌آیند که هر یک نمایانگر بخشی از فضای مورد تحلیل می‌باشند. در صورت انتخاب تعداد مناسب نورون، ابعاد شبکه و نهایتاً آموزش مناسب شبکه، نمایش بردارهای وزنی متناظر با نورون‌های هر نقشه می‌تواند بخوبی نمایانگر فضای مورد تحلیل باشد. بدین منظور متناظر با مقدار هر مشخصه در بردار وزنی یک بردار RGB^{۱۰۵} و در نتیجه یک رنگ در نظر گرفته می‌شود، بگونه‌ای که کلیه مقادیر با استفاده از طیف رنگی، از آبی تیره (برای کمترین مقادیر) تا قرمز تیره (برای بیشترین مقادیر)، قابل نمایش باشند. بدین ترتیب به ازای هر مشخصه، رنگ هر نورون تعیین شده و نقشه متناظر با آن مشخصه بدست می‌آید.

با بدست آمدن نقشه‌های مشخصات، بررسی ارتباط متقابل میان آن‌ها (تست همبستگی) ممکن می‌شود. در این مرحله هم‌رنگ بودن قسمت‌های متناظر دو نقشه، نشان‌دهنده همبستگی مشخصه‌های نظیر با هر نقشه است. میزان همبستگی میان دو متغیر در قسمت‌های مختلف فضا نیز از شدت تفاوت یا تشابه رنگ میان نقشه‌های متناظر با هر یک قابل بررسی است. البته ممکن است شدت و حتی نوع همبستگی بین دو مشخصه در نقاط

^{۱۰۵} RGB (Red-Green-Blue) از فرمتهای استاندارد تعریف رنگهاست که هر رنگی را با توجه به میزان شدت رنگهای اصلی و از ترکیب آن‌ها قابل حصول می‌سازد.

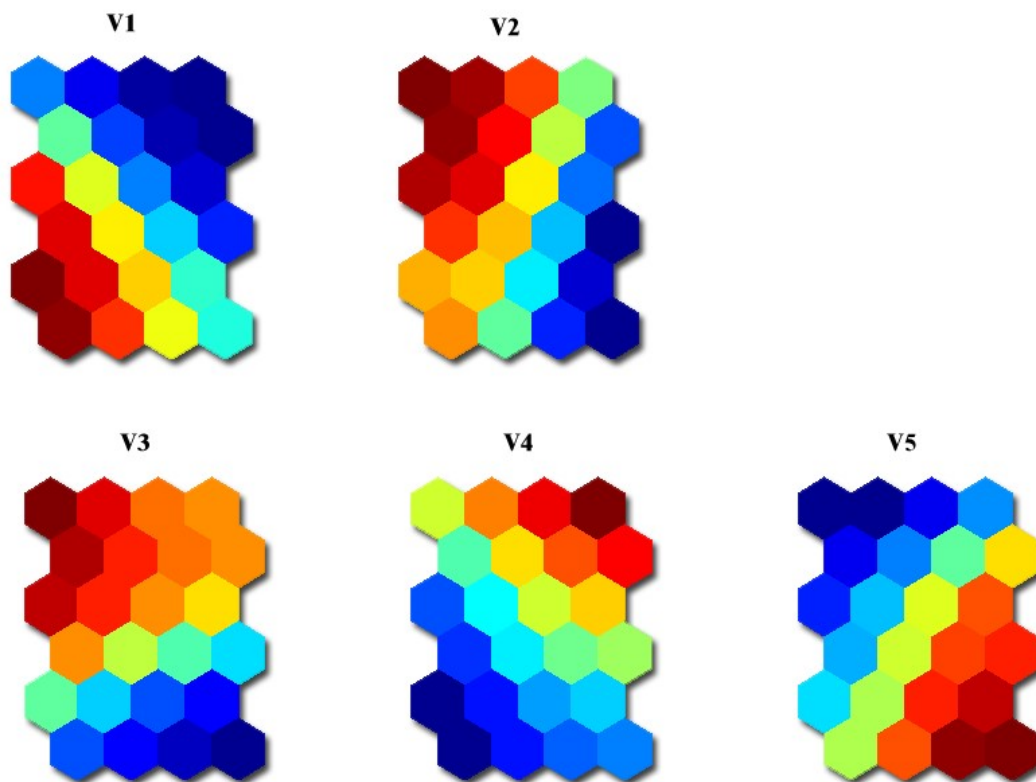
مختلف فضا متفاوت و متاثر از مقدار سایر مشخصه‌ها نیز باشد که همه با استفاده از نقشه‌های SOM بخوبی قابل درک و نمایش هستند.

ب-۱-۵-۱-۳ مثال نحوه تفسیر نقشه های خودسازمانده

شکل ۵ نشان‌دهنده نمونه‌ای از کاربرد شبکه‌های خودسازمانده در تحلیل الگوهای پیچیده و نمایش هم‌زمان اثرات متغیرهای مختلف بر یکدیگر است. همان‌گونه که از شکل ۵ پیداست، فضای مورد تحلیل دارای پنج بعد است. از مقایسه نقشه‌ها با یکدیگر، دانایی‌های زیادی از جمله موارد زیر قابل استنتاج است:

- متغیرهای V2 و V5 و هم‌چنین V1 و V4، در تمام دامنه تغییرات خود دارای همبستگی معکوس هستند (هر جا V2 دارای رنگ قرمز است (مقادیر بالا به خود گرفته)، V5 دارای رنگ آبی است (مقادیر پایین به خود گرفته است) و بالعکس). گرچه شدت همبستگی V2 و V5 در تمام نقاط فضا تقریباً ثابت است، اما این مطلب در مورد متغیرهای V1 و V4 صادق نیست.
 - متغیرهای V3 و V5 دارای همبستگی معکوس‌اند اما شدت همبستگی در نقاط مختلف فضا متغیر و کمتر از شدت همبستگی V2 و V5 است.
 - متغیرهای V2 و V3 دارای همبستگی مستقیم‌اند ولی شدت همبستگی آن‌ها وابسته به مقدار سایر متغیر-هاست.
 - همبستگی متغیرهای V1 و V4 با V5 کاملاً غیرخطی است و شدت آن در نقاط مختلف فضا متفاوت است. نکته قابل توجه آن است که مقادیر بیشینه و کمینه V5 در مقادیر متوسط V1 و V4 شانس رخداد دارد.
- ب-۱-۵-۱-۴ نحوه تفسیر و گزارش نقشه های خودسازمانده در این مطالعه

به منظور جلوگیری از سوگیری شخصی در نگارش نتایج نهایی، از پنل متخصصین استفاده شد. در این پنل ۲ نفر از پژوهشگران، یک نفر مهندس طراح مدل، یک نفر کارشناس مشارکت‌کننده در تدوین مدل و یک نفر دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت مشارکت داشته‌اند. در این جلسه هر یک از نتایج حاصل که به تفکیک یک ویژگی خاص بوده است (نتایج بر اساس نوع کارکنان و یا پشتیبانی/درمانی بودن احصا شد)، به مدت ۱۵ دقیقه مورد بحث قرار گرفت و نتایج گزارش گردید.



شکل ۵: کاربرد شبکه های SOM در تحلیل هم زمان روابط غیر خطی میان متغیرها

۳-۲-۱- سنجش رضایتمندی و آگاهی کارکنان غیرپزشک

الف- نوع مطالعه

در این بخش با کمک پرسشنامه پژوهشگرساخته رضایتمندی کارکنان از دریافتی خود قبل و بعد از مداخله (اعمال برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد)، به صورت مقطعی پرداخته شد.

ب- جامعه‌ی پژوهش

کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح بیمارستان شامل کارکنان غیرپزشک (پشتیبان و درمانی) می‌باشد. با توجه به اهداف مطالعه و سطح دسترسی به افراد، فقط سرپرستان مسئول بخش‌های پشتیبان و بالینی در این مطالعه وارد شدند.

ج- روش نمونه‌گیری و تعیین حجم نمونه

با توجه به پایلوت پرسشنامه در یکی از استان‌های کشور (هرمزگان) پس از تعیین پایایی و روایی پرسشنامه، تعداد نمونه واقعی براساس داده‌های حاصل با فرمول

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \dots$$

۱۴۸۰ نفر مشخص شد. در این مرحله مفروضات عبارت اند از: سطح خطای نوع اول $\alpha=0.05$ ، توان مطالعه $\beta=0.1$ ، حداقل مقدار اختلاف مورد نظر ($d=\dots$). در هنگام اجرا انحراف استاندارد برای یک جمعیت واقعی ۱۰۰ نفره، قبل از مداخله $\sigma_1=1,67$ و بعد از مداخله $\sigma_2=1,33$ تعیین شد.

د- ابزار پژوهش

در این مرحله ابزار پژوهش پرسشنامه ای پژوهشگر ساخته است که مراحل و نحوه تدوین آن در قسمت یافته ها به تفصیل بیان شده است.

ه- روش گردآوری داده‌ها

پس از تدوین پرسشنامه، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نماینده پژوهشگران در سطح استان ها قرار گرفت. تعداد پرسشنامه در هر دانشگاه به نسبت کارکنان در بین بیمارستان ها توزیع گردید. در داخل هر بیمارستان نیز پرسشنامه ها به نسبت بین کارکنان بالینی و پشتیبان توزیع گردید. نمونه های در دسترس برای تکمیل پرسشنامه ها انتخاب شدند. این افراد مسئولین بخش های بالینی و پشتیبانی بوده اند. با دو مرحله پیگیری تکمیل پرسشنامه در طول یک ماه تعداد ۶۵۰ پرسشنامه تکمیل و گردآوری شد. از این بین ۶۳۱ پرسشنامه وارد فاز تجزیه و تحلیل شدند.

و- نحوه تجزیه و تحلیل

توصیف داده‌ها بر اساس ویژگی های دموگرافیک کارکنان و ویژگی‌های سازمانی آنها (مانند نوع و تخصص بیمارستان) صورت پذیرفت. با فرض توزیع نرمال داده ها، در هر سه گروه آزمون های آماری t زوجی، آنووا و رگرسیون خطی استفاده شد.

ز- ملاحظات اخلاقی

۱. دریافت معرفی نامه کتبی از دانشگاه جهت ارائه به پاسخگویان به منظور جمع‌آوری اطلاعات.
۲. حفظ احترام و رعایت حقوق هر یک از افراد جامعه مورد مطالعه.
۳. رازداری و آزادی شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن.
۴. رعایت صداقت و امانت علمی در هنگام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها.
۶. ارائه نتایج پژوهش به مسئولین مراکز مربوطه پس از انجام پژوهش.

فصل چهارم

یافته‌های مطالعه

فصل چهارم

بخش اول

یافته‌های تحلیل مستندات علمی و عملیاتی

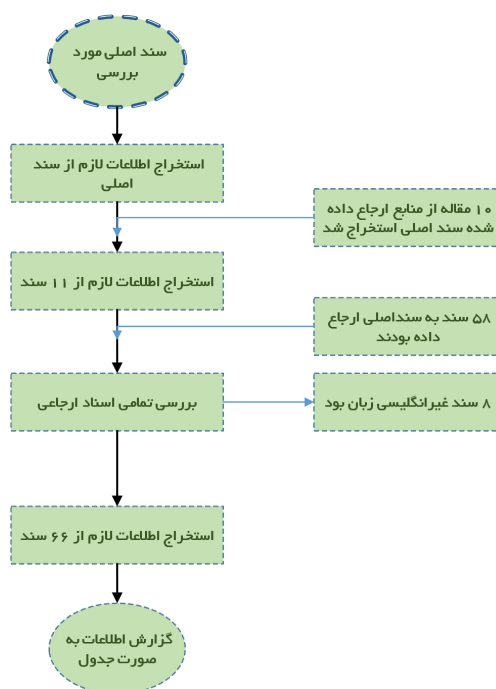
بررسی مستندات علمی و عملیاتی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

۴-۱-۱- مقدمه

در این فصل به گزارش یافته‌های حاصل از بررسی مستندات (علمی و عملیاتی) پرداخته شده است. لذا نتایج در دو گروه نتایج حاصل از مرور انتقادی در حوزه اهداف به‌کارگیری انواع مدل‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورهای دنیا و نتایج حاصل از بررسی مستندات بالادستی کشور در مورد نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد شامل نظام پرداخت در قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های کشور (پس از انقلاب)، نقشه تحول نظام سلامت ایران و نامه‌های رسمی وارده و صادره در این حوزه ارائه شده است.

۴-۱-۲- بررسی کشورهای مختلف در به‌کارگیری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

این بخش از مطالعه به‌منظور دستیابی به هدف شماره کیفی انجام و گزارش شده است. سند اصلی یافته شده (۱۰۳) برای بررسی بیشتر در این بخش از انتشارات سازمان جهانی بهداشت است. این سند برای ادامه روال بعدی مرور انتقادی مورد استفاده قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی اسناد مرتبط در ادامه آورده شده است (Error! Reference source not found.).



شکل ۶: فلوچارت اسناد وارده به مطالعه مرور انتقادی

۴-۱-۲-۱- اهداف کشورها

جدول ۳ برنامه‌های مبتنی بر عملکرد اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف را به همراه اهداف و برخی ویژگی‌های دیگر آن‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

| منبع | کشور | اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد | نام برنامه |
|--------------|-------------------|---|--|
| (۱۰۴) | جمهوری کره | <p>- متولی: بیمه سلامت ملی^{۱۰۷} جمهوری کره</p> <p>- تحریک‌کننده: الحاق چهار سازمان بیمه با یکدیگر</p> <p>- تحریک‌کننده: تغییر رویکرد بیمه‌ها از بحث برای بالا بردن بودجه دریافتی به سمت ایجاد ارزش برای پول^{۱۰۸} با دیدگاه نگاه کلان به سلامت مردم کشور</p> <p>- هدف: بررسی کفایت^{۱۰۹} مراقبت‌های سلامت- سال ۲۰۰۰</p> <p>- خرید متناسب بر اساس برنامه‌های ایجاد ارزش برای پول و کیفیت خدمات</p> | پرداخت انگیزاننده برای ارزش ^{۱۰۶} (۲۰۰۷) |
| (۱۰۵) | OECD | <p>- در چندین کشور در میان کشورهای OECD، پرداخت‌کننده شخص ثالث پرداخت عملکردی (جوایزی) را به اهداف کیفیت مراقبت متصل نموده‌اند. عمده اهداف آن‌ها به بهبود شرایط پیشگیری از بیماری‌های قابل پیشگیری (واکسیناسیون و غربالگری) و مزمن (آسم و دیابت) دارند.</p> | - |
| (۱۰۳) | لوکسامبورگ | <p>- جوایزی (۲ درصد از بودجه کلی بیمارستان) به بیمارستان‌ها بابت تلاش برای بهبود کیفیت تعیین شده از سمت اتحادیه صندوق‌های بیماری^{۱۱۰} اعطا می‌گردد.</p> | |
| (۱۰۳)، (۱۰۶) | استونی | <p>- هدف آن تشویق پزشکان خانواده برای افزایش حوزه خدمات و تمرکز بر پیشگیری</p> <p>- اثربخشی و ذخیره منابع مالی</p> | PHC QBS |
| (۱۰۳) | امریکا: کالیفرنیا | <p>استراتژی اساسی آن حمایت از همسوسازی طرح‌های سلامت مختلف و فعالیت‌های سنجش عملکرد و انگیزاننده خریداران بوده است. هدف از بکارگیری این مدل نشان دادن دو مسئله بود: نواقص عدیده در کیفیت و درک اینکه تمرکز خریدار و ارائه‌کننده خدمات صرفاً بر کاهش قیمت‌ها است. شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: کیفیت خدمات بالینی؛ استفاده معنادار از فناوری‌های اطلاعات سلامت؛ تجارب بیماران و مصرف بهینه منابع</p> | Integrated Healthcare Association (IHA) Programme (2002) |

¹⁰⁶ Value Incentive Program (VIP)

¹⁰⁷ National Health Insurance (NHI)

¹⁰⁸ Value For Money

¹⁰⁹ Adequacy

¹¹⁰ Union of Sickness Funds

جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

| منبع | کشور | اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد | نام برنامه |
|---------------|--------------------|--|---|
| (۱۰۳) | امریکا: مری لند | استراتژی اساسی آن ارتقای به‌کارگیری از سنج‌های فرآیندی مبتنی بر شواهد بود. به‌علاوه ایالت مری لند به دنبال منظم سازی تمام پرداخت‌کنندگان ایالت بود. شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: مسائل قابل‌پیشگیری بالقوه | Maryland Hospital Acquired Complication (MHAC) Programme (2010) |
| ،۱۰۳ (۱۰۷) | امریکا: ملی | استراتژی اساسی آن ایجاد رقابت به‌واسطه انتشار اطلاعات مربوط به کیفیت خدمات بیمارستان‌ها بود شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: کیفیت بالینی اجرای قانون برای خرید راهبردی در نظام سلامت امریکا بهبود کیفیت در برخی از شاخص‌های بیمارستانی: (acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia) | Hospital Quality Incentive Demonstratio (HQID) (2004) |
| (۱۰۸) | استرالیا | مهم‌ترین اهداف آن افزایش ارائه خدمات پیوسته در میان پزشکان به‌واسطه انگیزاننده‌های مالی برای حمایت از کیفیت مراقبت، بهبود دسترسی و نتایج سلامت شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: - مراقبت‌های پیشگیرانه - مدیریت بیماری‌های مزمن - تحریک خدمات IT (به‌کارگیری کامپیوتر و موارد مرتبط توسط پزشکان) - گسترش خدمات در حال ارائه (ارائه خدمات در ساعات غیر اداری، ارائه خدمات به‌صورت مقیم) | Practice Incentives Program (PIP) |
| ،۱۰۹ (۱۱۰) | فرانسه | بهبود کیفیت و مدیریت چالش‌های مالی شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: مراقبت‌های پیشگیرانه؛ کاهش هزینه‌های دارویی؛ مدیریت بیماری‌های مزمن و اثربخشی ^{۱۱۱} | ROSP |
| (۱۱۱) | هلند | - یکپارچه‌سازی خدمات و سیستم (برای مثال در ارائه خدمات به بیماران مزمن) | - |
| (۱۰۳) | پرتغال | - مراقبت‌های پیشگیرانه؛ مدیریت بیماری‌های مزمن؛ اثربخشی و رضایت بیمار | - |

جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

| منبع | کشور | اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد | نام برنامه |
|-----------------|-------------------------------------|--|--|
| (۱۰۳)، (۱۱۲) | اسپانیا | - مراقبت‌های پیشگیرانه؛ مدیریت بیماری‌های مزمن؛ اثربخشی | - |
| (۱۰۳)، (۱۱۳) | ترکیه | شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: - پوشش خدمات سلامت مادران و کودکان، حاکمیت بالینی، ارائه خدمت و کیفیت | Family Medicine PerformanceBased Contracting Scheme (FM PBC) |
| (۱۰۳)، (۱۰۹) | انگلستان | مهم‌ترین اهداف آن را افزایش بهره‌وری، بازطراحی خدمات مرتبط با بیماران، افزایش افراد با مهارت‌های چندگانه، ایجاد ساختاری حاکمیتی برای بهبود کیفیت، افزایش گستردگی خدمات، ارتقا، نگهداری و بهبود روحیه افراد. - مراقبت‌های پیشگیرانه - مدیریت بیماری‌های مزمن - اثربخشی - رضایت بیمار و شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: - مراقبت‌های بالینی، سازمانی، تجارب بیماران و خدمات اضافی | Quality and Outcomes Framework (QOF) |
| (۱۲)، (۱۱۴) | انگلستان | نتایج مربوط به مرگ‌ومیر بیماران | Advancing Quality program (2008) |
| (۱۰۳)، (۱۱۵) | برزیل - سائو پاولو | خدمات سرپایی که در بیمارستان ارائه می‌شود را مدنظر دارد و شاخص‌های ذیل به‌عنوان عملکرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند: کیفیت داده‌های الکترونیک، اثربخشی و رضایت بیمار. به‌علاوه افزایش اثربخشی و مسئولیت‌پذیری ارائه‌کنندگان و مشارکت شهروندان در کاهش نواقص و محدود کردن ائتلاف منابع از اهداف مهم آن عنوان شده است. | Social Organizations in Health- OSS |
| (۱۱۶) | آلمان، انگلستان، رواندا و افغانستان | پرداخت عملکردی جزئی از خرید راهبردی بوده و انواع آن می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت بکار گرفته شود. جلوگیری از عودت بیمار برای پذیرش در بیمارستان (آلمان، انگلستان) اثربخشی نظام سلامت کشور برای پرداخت در ازای ارائه خدمات به بیماران غیر بستری منجر به افزایش بودجه نظام سلامت می‌گردد تسریع‌کننده اصلاحات نظام سلامت در کشورهای مختلف ابزاری برای تسریع و انجام سایر برنامه‌های کشور | - |

جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

| منبع | کشور | اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد | نام برنامه |
|-------|------------------------|--|--|
| (۱۱۷) | بروندا | افزایش نوآوری برای افزایش کمیت و کیفیت خدمات و روح کارآفرینی خودگردان تر شدن مدیریت منابع مالی رسیدگی بیمارستان به موارد ارجاعی از محیط (سل، ایدز، پزشک خانواده، غیره) | - |
| (۱۱۸) | تایلند و سایر کشورها | پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌عنوان یکی از راهکارهای خرید راهبردی برای ایجاد ارزش برای پول در دوران رکود اقتصادی بکار گرفته شده است. در تایلند پرداخت عملکردی برای حفظ برنامه DRG بیمارستانی بکار گرفته شده است. | - |
| (۱۱۹) | عمدتاً در کشورهای OECD | ارائه خدمات و تصمیم‌گیری‌ها مبتنی بر شواهد | - |
| (۱۲۰) | امریکا | این برنامه بیمارستان‌های دارای مراقبت‌های اورژانسی را با پرداخت‌های تشویقی پاداش می‌دهد. برنامه HVBP بیمارستان طراحی شده است تا کیفیت مراقبت برای بیماران بیمارستان بهتر شود، بیماران بیمارستان تجربه‌ای بهتر را تجربه کنند. - برنامه HVBP بیمارستان‌ها را تشویق می‌کند تا کیفیت و ایمنی مراقبت‌های حاد سرپایی را برای بیماران مدیکیر و سایر بیماران را به‌واسطه از بین بردن یا کاهش عوارض جانبی (خطاهای بهداشتی که باعث صدمه به بیمار می‌شوند)، پذیرش استانداردهای مراقبت مبتنی بر شواهد و پروتکل‌هایی که بهترین نتیجه را برای اکثر بیماران ایجاد می‌کنند و تغییر فرآیندهای بیمارستانی برای مراقبت بهتر بیماران ایجاد کند. - افزایش شفافیت مراقبت برای مصرف‌کنندگان - تشخیص بیمارستان‌هایی که مراقبت‌های با کیفیت بالا را با هزینه کمتری در اختیار بیماران مدیکیر می‌گذارند. | Hospital Value-Based Purchasing Program (HVBP) |

جدول ۳: برنامه‌های عملکردی اجرا شده در بیمارستان‌های کشورهای مختلف

| منبع | کشور | اهداف برنامه / مشکلاتی که برنامه برای حل آن‌ها تدوین شد | نام برنامه |
|----------------|--------|---|--|
| (۱۲۱) (۱۲۲) | امریکا | برنامه‌ای برای تقویت کیفیت ارائه خدمت با حداقل هزینه توسط پزشکانی که به روش FFS پرداخت می‌شوند، است. در این برنامه کیفیت خدمت و هزینه ایجاد شده توسط پزشکان در یک دوره عملکردی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این برنامه شاخص‌هایی مانند پذیرش مجدد مرتبط با پزشک و علل آن‌ها از بیمارستان‌های محل فعالیت پزشکان اخذ می‌گردد. پذیرش مجدد گروه‌های مختلف بیماری در بیمارستان را ۳۰ روز بعد از ترخیص مورد بررسی قرار می‌دهد. این گروه‌های بیماری شامل موارد ذیل هستند: AMI, HF, PN, COPD, THA, TKA, CABG, LVAD, پنومونی اسپیراسیون؛ بیماران سپسیس ^{۱۱۲} | Physician Value-Based Payment Modifier Program |

به‌طور خلاصه مرور انتقادی مطالعات نشان داد که ۱۶ کشور ۲۴ نوع برنامه مختلف پرداخت مبتنی بر عملکرد را اجرا نموده بودند. نکاتی در این یافته‌ها وجود دارد:

- الف- در یک کشور ممکن است برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد متعدد برای اهداف متعدد بکار گرفته شود.
- ب- یک برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ممکن است یک یا چند هدف را پیگیری نماید.
- ج- برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورهای توسعه‌یافته عمدتاً با شاخص‌های کاملاً مشخص پیگیری می‌شوند.

¹¹² Acute Myocardial Infarction (AMI), Heart Failure (HF), Pneumonia (PN), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Total Hip Arthroplasty (THA), Total Knee Arthroplasty (TKA), Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery, Aspiration Pneumonia; Sepsis Patients, Left Ventricular Assist Device (LVAD)

ب- اهداف شماره دو و سه: شناخت دستورگذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی بر اساس مستندات عملیاتی

به منظور شناخت نحوه دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران، تحلیل مستندات و مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شده است. در این بخش یافته‌های مستندات عملیاتی گزارش شده است.

۴-۱-۳- پرداخت مبتنی بر عملکرد در مستندات بالادستی کشور

خلاصه مستندات بالادستی مربوط به نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران که در این مطالعه مورد تحلیل قرار گرفته‌اند در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴: مستندات بالادستی مربوط به نظام پرداخت و پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

| عنوان | توضیحات |
|---|---|
| قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های کشور (پس از انقلاب) | به‌طور کلی ۱۳ قانون مهم و خیلی مرتبط یافت شد. گروه یک: قوانین ایجاد اختیار برای توزیع منابع مالی برای وزارت گروه دوم: قوانین محرک پرداخت مبتنی بر عملکرد |
| نقشه تحول نظام سلامت کشور (۱۳۹۰) | نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد راهکاری برای دستیابی به «تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به‌منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت، متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان» معرفی شده است. |
| نامه‌های رسمی در ارتباط با نظام پرداخت نوین و عملکردی | ۳۳ مورد نامه اصلی ثبت شد. در پنج دسته شامل گروه سهم پرداختی، گروه افراد تعیین نشده، گروه خدمات جدید، گروه هم‌طرزی، گروه عمومی جای گرفتند. |

۴-۱-۳-۱- نظام پرداخت در قوانین، مقررات و آیین‌نامه‌های کشور (پس از انقلاب)

مجموعه قوانین مرتبط با حوزه نظام پرداخت بیمارستانی و قوانین مرتبط بدان در جدول ۵ خلاصه شده است. به‌طور کلی می‌توان قوانین را در دو گروه «قوانین ایجاد اختیار برای توزیع منابع مالی برای وزارت» و «محرک پرداخت مبتنی بر عملکرد» تقسیم‌بندی نمود.

گروه یک: قوانین ایجاد اختیار برای توزیع منابع مالی برای وزارت

اولین قانون مرتبط در سال ۱۳۵۸ تصویب شده است. در این زمان که نظام پرداخت غالب در بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی حقوق و دستمزد بوده است، ماده «۱» لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و

آموزشی وزارت بهداشتی و بهزیستی بهره‌گیری از پزشکان و دندان‌پزشکان و متخصصین پیراپزشکی در غیر ساعات اداری را تصویب نموده است.

قوانین بعد از سال ۱۳۶۵ نیز تأکید بیشتری به «اعطای اختیارات توزیع منابع مالی» داخل وزارت بهداشت تأکید داشته‌اند. ماده‌واحد استفاده از درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت (۱۳۶۵)، قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب (۱۳۶۶)؛ تشکیل هیئت‌های امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی (۱۳۶۷)؛ مصوبه شماره ۱۵۵۸۷۲/ت-ه هیئت محترم وزیران (۱۳۷۰)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (۱۳۷۳) و بند ب، تبصره ۱۰ قانون بودجه (۱۳۷۴) همگی بر تقویت این اختیارات کمک نموده‌اند. قانون تشکیل هیئت‌های امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی اصلی‌ترین قانون در این حوزه بوده است.

گروه دوم: قوانین محرک پرداخت مبتنی بر عملکرد

در سال ۱۳۸۳ برای اولین بار در برنامه چهارم توسعه پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه گرایی و بهره‌وری به جای وقت مزدی؛ پرداخت پاداش به کارکنان و مدیران تولیدکننده خدمات ارزان‌تر؛ پرداخت فوق‌العاده کارایی غیرمستمر به کارکنانی که خدمات برجسته انجام می‌دهند مورد توجه جدی قرار گرفته است. با توجه به احساس نیاز برای وجود بسترهای مناسب برای این نوع از پرداخت‌ها در سال ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی ایران قانون مدیریت خدمات کشوری را به تصویب رسانید که در آن به ارتباط مناسب بین مردم و دولت، موضوعات پرداخت مبتنی بر عملکرد، دخالت کارکنان در تصمیم‌گیری، توجه و تأکید بر نتیجه کار به جای فرآیند کار، کاهش قیمت تمام‌شده، به‌کارگیری قواعد بخش خصوصی در اداره امور عمومی، عدالت و انصاف، مسئولیت‌پذیری تأکید می‌گردد.

در حوزه سلامت نیز در سال ۱۳۸۶ قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری به تصویب رسید. در این ماده‌واحد تدوین استاندارد بسته‌های خدمات تشخیصی، درمانی کادر پرستاری و پرداخت کارانه به ارائه‌کنندگان مورد تأکید بوده است.

در سال ۱۳۸۷ طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور اجرایی گردید. از این سال به بعد پرداخت به کارکنان بیمارستانی ترکیبی از دو روش حقوق و دستمزد و کارانه بود. بعد از این مسئله در سال ۱۳۸۸ قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت به تصویب رسید که در بند ۴ آن مستقیماً به به‌کارگیری روش پرداخت مبتنی بر عملکرد اشاره شده است. در سال بعد قانون پنج‌ساله پنجم (۱۳۸۹) به به‌کارگیری استراتژی‌های خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی و اصلاح نظام پرداخت دستور

نموده است. پیرو این قانون در آیین‌نامه بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم (۱۳۹۳) خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران خدمات سلامت، طراحی سازوکار پرداخت مبتنی بر کیفیت و سازوکارهای پرداخت تشویقی با هدف افزایش انگیزه گنجانده شده‌اند.

قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت در این حوزه مهم‌ترین قانون بوده است.

جدول ۵: قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب

| منبع | موضوع | تاریخ |
|---|--|-------|
| لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی وزارت بهداشتی و بهزیستی (بهره‌گیری از پزشکان و دندان‌پزشکان و متخصصین پیراپزشکی در غیر ساعات اداری)، مصوب ۱۳۵۸،۱۰،۱۲ | ماده ۱- به منظور توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزش پزشکی در سطح کشور اعم از روستاها و شهرها و تأمین کادر مورد نیاز آنها، وزارت بهداشتی و بهزیستی مجاز است از خدمات پزشکان و دندان‌پزشکان و متخصصین پیراپزشکی در غیر ساعات اداری استفاده و از مراجعین واحدهای یادشده طبق تعرفه‌های خدمات درمانی هزینه‌های مربوط را به شرح مندرج در این لایحه قانونی دریافت دارد. | ۱۳۵۸ |
| قانون استفاده از درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. روز سه‌شنبه هفتم مردادماه یک هزار و سیصد و شصت و پنج مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۶۵،۵،۹ به تأیید شورای نگهبان رسیده است؛ اکبر هاشمی | ماده واحده- درآمدهای اختصاصی موضوع لایحه قانونی نحوه اداره واحدهای بهداشتی و درمانی و آموزشی وزارت بهداشتی و بهزیستی مصوب ۱۳۵۸،۱۰،۱۲ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران همه‌ساله در ردیف‌های جداگانه‌ای (درآمدها و هزینه‌ها) ضمن لایحه بودجه کل کشور منظور و به تصویب مجلس شورای اسلامی خواهد رسید. | ۱۳۶۵ |
| قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب؛ ۱۳۶۶/۹/۲۲ تصویب و در تاریخ ۱۳۶۶،۹،۲۶ به تأیید شورای نگهبان رسیده است؛ اکبر هاشمی | ماده ۱- اجازه داده می‌شود به دارندگان مدرک دکتری در رشته‌های گروه پزشکی (پزشکی، دندانپزشکی، دامپزشکی، داروسازی، علوم) و پیراپزشکی و بهداشتی که مستقلاً توان اشتغال در خارج از محیط اداری را دارند در صورتی که به‌طور تمام‌وقت در رسته‌های بهداشتی، درمانی، در خدمت بوده و به کار انتفاعی تخصصی (اعم از مطب، داروخانه و آزمایشگاه و غیره) اشتغال نداشته باشند و ۶۰ ساعت در ماه در غیر ساعات اداری مشغول خدمت مبلغی حداکثر معادل حقوق و فوق‌العاده شغل یا مزایای شغل دریافتی، به‌عنوان حق محرومیت از مطب پرداخت شود. | ۱۳۶۶ |
| تشکیل هیئت‌های امناء دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی مصوب جلسات ۱۸۱ و ۱۸۳ مورخ ۹، ۱۳۶۷، ۱۲، ۲۳ شورای عالی انقلاب فرهنگی | ماده ۷- وظایف و اختیارات هیئت امناء: الف- تصویب آیین‌نامه داخلی؛ ج- بررسی و تصویب بودجه مؤسسه که از طرف رییس مؤسسه پیشنهاد می‌شود؛ د- تصویب بودجه تفصیلی مؤسسه؛ ه- تصویب حساب‌ها و ترازنامه سالانه مؤسسه؛ و- تصویب نحوه وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن | ۱۳۶۷ |

جدول ۵: قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب

| تاریخ | موضوع | منبع |
|-------|---|---|
| ۱۳۷۰ | مستند به تصویب‌نامه شماره ۱۵۵۸۷۲/ت-ه مورخ ۱۳۷۰/۱/۲۱ هیئت محترم وزیران «مؤسسات آموزش عالی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجازند قسمتی از کارکرد پزشکان، متخصصان و کارکنان واحدهای بهداشتی و درمانی خود را به‌عنوان حق‌الزحمه کارانه به آنان پرداخت نمایند». | مستند به تصویب‌نامه شماره ۱۵۵۸۷۲/ت-ه مورخ ۱۳۷۰/۱/۲۱ هیئت محترم وزیران |
| ۱۳۷۳ | ماده ۵- به‌منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی که پس‌ازاین سازمان نامیده می‌شود تشکیل و به‌صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد. تبصره ۱- سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی مستقل است. تبصره ۲- وظایف، اختیارات، ارکان و تشکیلات، منابع مالی و نحوه اداره و حدود و شمول عملیات و فعالیت سازمان بر طبق اساسنامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از تاریخ تصویب این قانون به پیشنهاد شورای عالی و به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد. | قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور: روز سه‌شنبه سوم آبان ماه یک هزار و سیصد و هفتادوسه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۳، ۸، ۱۱ به تأیید شورای نگهبان رسیده است. |
| ۱۳۷۴ | مبلغ هفت میلیارد ریال از ردیف ۱۲۹۰۵۰ مستقیماً به حساب هیئت امناء واریز می‌گردد تا صرف راه‌اندازی و تجهیز و پرداخت‌های بیمارستان‌های همکار برای درمان بیماران ازجمله پیوند کلیه، جراحی چشم و بیماران سرطان خون شود. | بند ب، تبصره ۱۰ قانون بودجه ۱۳۷۴ |
| ۱۳۸۶ | ارتباط مناسب بین مردم و دولت، موضوعات پرداخت مبتنی بر عملکرد، دخالت کارکنان در تصمیم‌گیری، توجه و تأکید بر نتیجه کار به‌جای فرآیند کار، کاهش قیمت تمام‌شده، به‌کارگیری قواعد بخش خصوصی در اداره امور عمومی، عدالت و انصاف، مسئولیت‌پذیری | مجلس شورای اسلامی ایران: قانون مدیریت خدمات کشوری |
| ۱۳۸۳ | - پیش‌بینی ضوابط و دستورالعمل‌های پرداخت حقوق کارکنان بر اساس تلفیق مناسب نتیجه‌گرایی و بهره‌وری به‌جای وقت‌مزدی. - صرف برخی از صرفه‌جویی‌ها در ارتقای کیفی خدمات، تجهیز سازمان و پرداخت پاداش به کارکنان و مدیران - پرداخت فوق‌العاده کارایی غیرمستمر به کارکنانی که خدمات برجسته انجام می‌دهند. | برنامه چهارم توسعه: ماده ۱۴۳ بند «ج»؛ ماده ۱۴۴ فصل ۱۲؛ تبصره‌های ماده ۱۵۰ |
| ۱۳۸۶ | وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس بند (۱۵) ماده (۱) قانون تشکیلات وزارت مزبور موظف است استاندارد بسته‌های خدمات تشخیصی، درمانی کادر پرستاری (موضوع ماده (۱۶) قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران مصوب (۱۳۸۰/۹/۱۱) | قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری، ماده‌واحد، مصوبه مجلس در تاریخ ۱۳۸۶/۶/۴ |

جدول ۵: قوانین و مقررات مرتبط با نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب

| منبع | موضوع | تاریخ |
|--|---|-------|
| | کلیه مراکز بهداشتی درمانی کشور را تعیین نموده و به استناد مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳، باهماهنگی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در چهارچوب سرانه مصوب، تعرفه سالانه خدمات فوق را پیشنهاد نماید تا پس از تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیئت وزیران برسد. تبصره ۱- کارانه ارائه‌دهندگان خدمات فوق بر اساس تعرفه‌های مزبور خواهد بود. | |
| بند ۴- قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت، مصوبه مجلس در تاریخ ۱۳۸۸/۹/۲ | مزایای این قانون به شاغلینی تعلق می‌گیرد که فقط در یکی از بخش‌های دولتی یا غیردولتی مشغول خدمت باشند. روش پرداخت حقوق و مزایای آن‌ها نیز ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می‌باشد، به طوری که مبنای پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌های خدمات به صورت کمی و کیفی بر اساس فهرست‌های ارزیابی خدمات می‌باشد. تعرفه خدمات کمی، مبتنی بر بسته خدمتی و شرح وظایف مشمولین این قانون بوده و تعرفه‌های کیفی مبتنی بر استانداردهای روش‌های کار (پروسیجر) قابل‌ارائه در هر ساعت بر اساس کدهای اخلاقی و منشور ارتباط با بیمار می‌باشد. | ۱۳۸۸ |
| قانون پنج‌ساله پنجم توسعه | ماده ۳۸، بند «ز»: خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی و اصلاح نظام پرداخت | ۱۳۸۹ |
| آیین‌نامه بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه | ماده ۲: سازمان [سازمان بیمه سلامت ایران] موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه‌شدگان، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین خدمات برای بیمه‌شدگان، بر اساس روش‌های زیر اقدام نماید: پ- طراحی سازوکار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه‌گانه ارائه خدمات. تبصره ۴- وزارت [وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی] موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازوکارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند. | ۱۳۹۳ |

۴-۱-۳-۲- پرداخت مبتنی بر عملکرد در نقشه تحول نظام سلامت کشور (۱۳۹۰)

یکی از سیاست‌های عنوان‌شده در نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران: «تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت، متناسب با نیاز

و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان» است که برای دستیابی بدان برنامه‌های ملی تحول همچون «افزایش سهم منابع عمومی در تأمین مالی سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت، استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت و کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف» پیشنهاد شده است. در این میان به‌منظور اجرای برنامه ملی «استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت» بیشترین تأکید بر پرداخت و انگیزش ارائه‌کنندگان بوده است. در ذیل برخی از پیشنهادها آورده شده است.

- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش‌افزوده
- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- استقرار نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمت
- استقرار سازوکارهای پرداخت آینده‌نگر در نظام ارائه خدمات درمانی مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته^{۱۱۳} و روش ترکیبی^{۱۱۴} در سطح دوم و سوم ارائه خدمت
- ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات

همچنین در بخش «نظام تأمین مالی سلامت» این نقشه عنوان شده است که نظام پرداخت سلامت‌نگر یکی از موضوعات اصلی نظام سلامت است و پرداخت‌های جبران خدمت در سطح مناسب و با توجه به موقعیت جغرافیای طرح از جمله اقداماتی پیشنهادی برای رسیدن به این موضوع بوده است.

بنا به این نقشه دستیابی به قیمت تمام‌شده، گامی محکم و اساسی برای استقرار حسابداری تعهدی، تعرفه گذاری مبتنی بر شواهد، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی و درنهایت استقرار الگوی گروه‌های تشخیصی وابسته معرفی شده است و چنانچه این الگو عملیاتی شود، تنظیم بودجه مبتنی بر برنامه متکی به قوانین توسعه خواهد بود و تخصیص و توزیع بودجه بر اساس برنامه و عملکرد واحدها صورت خواهد گرفت و درنهایت پرداخت به افراد از الگوی پرداخت مبتنی بر عملکرد تبعیت خواهد کرد. به‌علاوه یکی از الزامات دستیابی به پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد توسعه نظام‌های اطلاعاتی ارزشیابی و سنجش کیفیت عملکرد در حوزه سلامت عنوان شده است.

¹¹³ Diagnosis-Related Group (DRG)

¹¹⁴ Case Mix

به‌طور خلاصه پرداخت مبتنی بر عملکرد از نظر نقشه تحول نظام سلامت ایران ابزاری مهم برای ایجاد دسترسی همگانی و توسعه پایدار در جامعه می‌باشد. برخی از اهداف نقشه تحول از به‌کارگیری پرداخت مبتنی بر عملکرد را می‌توان در موارد ذیل خلاصه نمود:

- در خصوص اهداف نظام پرداختی به‌طور مشخص عنوان شده است: «اصلاح نظام پرداخت با توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری اولیه و غربالگری» باید صورت پذیرد.
- طبق نقشه، شناسایی صنایع و حرف آسیب‌رسان به سلامت فرد یا جامعه و تعیین درصد آسیب و شیوه‌های جبران آن از طریق پرداخت مستقیم یا غیرمستقیم مالی و یا ارائه خدمات ویژه و یا برنامه‌ریزی برای کنترل و حذف کامل آسیب‌ها از اقدامات اساسی است که می‌بایست در یک همکاری مشترک بین دستگاه‌های اجرایی، عملیاتی شود. در این رابطه تعیین عوارض سنگین و تجمیع آن درآمدهای مالیاتی با گردش مشخص، برای برداشت آن توسط دستگاه‌های متولی و مسئول امر سلامت جامعه و تعیین شاخص‌های توزیع درآمدهای کسب‌شده در اولویت قرار داده شده است با توجه به این موضوع پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌توان ابزاری برای کاهش آسیب به بیماران و جامعه قلمداد شده است.
- طراحی و استقرار چارچوبی برای تکمیل و تقویت نظام اعتباربخشی آموزشی: ارتقای حضور مؤثر هیئت‌علمی در دانشگاه‌ها از طریق نظام پایش و پرداخت مبتنی بر توانمندی‌ها، عملکرد و ... مدنظر سند نقشه می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر استانداردهای ارزیابی و پاداش به اعضای هیئت‌علمی و تشکیل کمیته پایش حضور اساتید تدوین گردند. با توجه به این موضوع نیز پرداخت مبتنی بر عملکرد ابزاری برای تقویت آموزش کشور نیز به حساب می‌آید.
- منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین سطوح مختلف شغلی نیز از دیگر ابعاد مورد تأکید نقشه می‌باشد تا بتواند بدان وسیله بین سطوح مختلف شغلی تعادل و عدالت ایجاد نماید (۱۲۳).

۴-۱-۳-۳- نامه‌های رسمی در ارتباط با نظام پرداخت نوین و عملکردی (قبل از اجرا)

نامه‌های بایگانی شده مرتبط با دستورالعمل نظام نوین در جدول ۶ خلاصه‌سازی شده است. به‌طور کلی می‌توان این نامه‌ها را در ۵ گروه دسته‌بندی نمود.

۱- گروه سهم پرداختی: نامه‌هایی که برای تعیین سهم افراد و تخصص‌های مختلف از کارانه بیمارستان و درآمد تولید شده تبادل شده‌اند.

۲- گروه افراد تعیین نشده: به روشن شدن وضعیت افراد یا تخصص‌هایی که در دستورالعمل اولیه نظام نوین آورده نشده بودند پرداخته است.

۳- گروه خدمات جدید: به تعیین قوانین و مقررات برای خدمات و بخش‌های جدید که در دستورالعمل اولیه نظام نوین آورده نشده‌اند پرداخته‌اند؛ مانند کلینیک‌های ویژه.

۴- گروه هم‌طرزی: به تعیین قوانین و مقررات مربوط به پزشکان و سایر کارکنان بالینی که در ستاد فعالیت می‌کنند پرداخته است.

۵- گروه عمومی: به تعریف اصطلاحات، قوانین و مقررات عمومی و ابلاغ برنامه پرداخته‌اند.

جدول ۶: خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره در موضوع دستورالعمل نظام نوین

| موضوع | خلاصه نامه | شماره نامه | تاریخ |
|-------------|---|------------|------------|
| سهم پرداختی | درصد سهم پزشک متخصص از انجام خدمت ایپیرومتری | - | - |
| سهم پرداختی | محاسبه و پرداخت حق کارانه پزشکان مقیم در واحد بخش مراقبت‌های ویژه ICU | ۱/۴۵۴۵۰/آس | ۱۳۸۱/۵/۲۳ |
| سهم پرداختی | تعرفه تزریق سورفکتانت و درصد سهم پزشک | - | ۸۱/۱۱/۲۵ |
| سهم پرداختی | نحوه محاسبات کارانه سهم پزشک و بیمارستان و کارکنان از ارائه خدمات دیالیز صفاقی | - | ۱۳۸۱ |
| سهم پرداختی | واحدهای اورژانس بیمارستان‌ها و جبران زحمات پزشکان و کارکنان این واحدها | - | ۱۳۸۳/۹/۲۷ |
| سهم پرداختی | درصد سهم پزشک و کارکنان از اعمال لیزر، دما MR، خدمت سنگ‌شکن و دریافتی از بیماران آزاد | - | ۱۳۸۱/۸ |
| سهم پرداختی | درصد سهم پزشک متخصص قلب از تعرفه هولترمانیتورینگ | - | ۱۳۸۱/۱۲ |
| سهم پرداختی | سهم پزشکان متخصص اعصاب و روان و تعرفه‌های مصوب و مورد عمل ECG | - | - |
| سهم پرداختی | سهم دندان‌پزشکان در طرح نظام نوین | - | - |
| سهم پرداختی | سهم پرستاران و سایر کادر شاغل در واحدهای دیالیز مستقر | - | - |
| سهم پرداختی | درصد سهم متخصصین توان‌بخشی و طب فیزیکی، درصد کارکرد واحدهای کاردرمانی، گفتاردرمانی | - | ۱۳۷۹/۵ |
| سهم پرداختی | افزایش سهم کادر پرستاری- بهیاری- تکنسین‌ها و سایر ارائه‌دهنده دیالیز بیماران آن‌تی‌ژن (استریلیابی) مثبت | ۶/۱۹۸۶/آس | ۱۳۸۱/۹/۱۳ |
| عمومی | قوانین و مقررات مربوط به ترمیم حقوق پزشکان به ریاست محترم ریاست جمهوری وقت | - | ۱۳۸۱/۱۱/۱۴ |
| سهم پرداختی | افراد شاغل در مراکز آموزشی درمانی که دارای مدرک تخصصی غیر از دکترای پزشکی | - | - |

جدول ۶: خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره در موضوع دستورالعمل نظام نوین

| موضوع | خلاصه نامه | شماره نامه | تاریخ |
|-------------------------------|---|--------------------------------|------------|
| سهم پرداختی | زایمان‌های طبیعی که توسط ماما و با مسئولیت مشترک ماما و پزشک متخصص | ۹۰۱۰۹۲۰۶ | ۱۳۸۷/۳/۱۸ |
| سهم پرداختی | سهم پزشکان در طرح اعزام یک‌ماهه دستیاران به مناطق محروم و نیازمند کشور | - | - |
| سهم پرداختی | به پیوست دستورالعمل اجرائی بند «ج» و تبصره ۲ بنده «د» مصوبه شماره ۳۹۰۵/ت/۲۶۱۶۵ مورخ ۸۱/۲/۳ هیئت محترم وزیران را که طی نامه شماره ۶/۱۱۲۹۱ س مورخ ۸۱/۲/۴ به آن دانشگاه ابلاغ گردید جهت اطلاع و دستور اقدام از تاریخ ۸۱/۲/۱ ارسال می‌دارد. | س/۱۵۱۹۴ | ۱۳۸۱/۲/۱۱ |
| افراد تعیین نشده | پرداخت کارانه به رزیدنت‌ها که به‌عنوان کمک جراح در اعمال جراحی بزرگ حضور دارند | س/۲۳۵۵ | ۱۳۸۰/۳/۲۱ |
| افراد تعیین نشده | کسانی که فاقد مدرک تحصیلی با درجه دکترای پزشکی و شماره نظام پزشکی می‌باشند نمی‌توانند از مزایای طرح کارانه به‌صورت مستقیم برخوردار باشند، | س/۱۳۸/۵۲۴ | ۱۳۸۱/۱۰/۱ |
| افراد تعیین نشده | پرداخت حق کارانه به پزشکان و کارکنان شاغل در آزمایشگاه‌های رفرنس | - | - |
| افراد تعیین نشده | نیروهای هیئت‌علمی و غیر هیئت‌علمی شاغل در آزمایشگاه‌های رفرنس با پرداخت کارانه به ارائه‌کنندگان خدمات در آزمایشگاه‌های مذکور و سایر کادر پشتیبانی | ۷۷۶۱ | ۱۳۷۹/۵/۲۶ |
| نقل‌وانتقال مستندات نظام نوین | نقل‌وانتقال مستندات طرح کارانه برای انتقال به معاونت سلامت | ح/ن/۲۰۷۱۰۴ | ۱۳۸۶/۶/۱۴ |
| افراد تعیین نشده | نحوه پرداخت کارانه به کارکنان گروه غیرپزشک که در قالب قرارداد کار | - | ۱۳۸۶ |
| خدمات جدید | دستورالعمل اجرایی اداره کلینیک‌های ویژه عصر | ۲۰۳۱۴ | ۱۳۸۱/۱۲/۱۴ |
| خدمات جدید | فعالیت کلینیک‌های تخصصی ویژه عصر | - | ۱۳۸۱ |
| هم‌طرزی | حق هم‌طرزی (کارانه) روسا، معاونین و سایر مدیران ذینفع شاغل در حوزه ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی و چگونگی منظور | - | ۱۳۸۱ |
| هم‌طرزی | نحوه محاسبه و پرداخت حق هم‌طرزی روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی | س/۱۰۱۹۰۹ | ۱۳۸۰/۸/۲۰ |
| هم‌طرزی | هماهنگی برای یکسان‌سازی موارد ذکر نشده در دستورالعمل نظام نوین، هم‌طرزی پزشکان در ستاد | بازگشت به نامه شماره ۲/۴۰۰/۲۵۹ | ۱۳۸۱/۹/۲۳ |
| هم‌طرزی | در خصوص دارندگان گروه‌های PHD در رشته‌های فارچ‌شناسی، | عطف به نامه | ۱۳۸۷/۱۰/۲۹ |

جدول ۶: خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره در موضوع دستورالعمل نظام نوین

| موضوع | خلاصه نامه | شماره نامه | تاریخ |
|----------|---|-----------------------|------------|
| | میکروب‌شناسی، انگل‌شناسی، ویروس‌شناسی و سایر رشته‌های PHD مرتبط به علوم آزمایشگاهی برای محاسبه کارانه هم‌طرازی | شماره ۱۰/۴۱۱۳۱۸۲/پ | |
| هم‌طرازی | مبنای محاسبه و تعیین حق کارانه هم‌طرازی پزشکان شاغل در حوزه ستادی میانگین حق کارانه تمامی پزشکان هم رشته و هم‌تراز شاغل در بیمارستان‌های مجری طرح نظام نوین | ب ۱/۱۵۱۶۶۵ | ۱۳۸۸/۶/۲ |
| عمومی | تعریف اعضای هیئت‌علمی تمام‌وقت، سهم هر یک از متخصصان از درآمد بیمارستان | - | ۱۳۸۱/۲/۱ |
| عمومی | آخرین اصلاحیه طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها را به پیوست جهت استحضار و دستور اجرا از تاریخ ۷۸/۱۰/۱ | ۱۳۲۵۱ | ۱۳۷۸/۱۰/۱۲ |

- توجه: دلیل عدم ذکر شماره نامه یا تاریخ برای برخی از نامه‌ها، کیفیت پایین عکس مستندات بایگانی شده بوده است.

فصل چهارم

بخش دوم

یافته‌های مصاحبه‌ها و مستندات عملیاتی

طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور

۴-۲-۱- مقدمه

این بخش در راستای پاسخ به اهداف شماره دو و سه (شناخت دستورگذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی) و بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها و مستندات عملیاتی آماده شده است.

با توجه به یافته‌های مطالعه که در بخش های بعدی آورده شده‌اند، نواقص برنامه نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها عاملی اصلی در دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بوده است، لذا در این بخش نحوه دستورگذاری و تدوین، اهداف، پیش‌فرض‌ها، محتوا و محاسبات فنی برنامه، اجرا و ارزیابی برنامه نظام نوین گزارش شده است.

یافته‌های این بخش عمدتاً پاسخ‌گویی سؤال «مسئله چیست؟» است لذا در این بخش ارزیابی برنامه از اهمیت حیاتی برای بخش های آتی برخوردار است.

۴-۲-۲- خلاصه یافته های محتوای برنامه نظام نوین

منظور از محتوای برنامه نظام نوین در اینجا گزارش اهداف، محاسبات فنی و پیش‌فرض‌های این برنامه است. خلاصه این عوامل در جدول ۷ آورده شده و در ادامه هر یک توضیح داده شده است.

جدول ۷: خلاصه مطالب محتوای برنامه نظام نوین

| | |
|---|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• تسهیم بخشی از درآمد بیمارستان به کارکنان به منظور ایجاد انگیزش در آن‌ها.• ایجاد ابزارهای مدیریتی برای کنترل عملکرد و مدیریت بهتر کارکنان• ارائه تعداد خدمات بیشتر در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی (بهره‌وری بالاتر) | هدف برنامه نظام نوین |
| <ul style="list-style-type: none">• ساختار نظارتی و اجرایی سه لایه (وزارت، دانشگاه و بیمارستان)• تعیین میزان پرداختی به کارکنان غیرپزشک• تعیین شاخص‌های مؤثر بر دریافتی افراد غیرپزشک• کارانه مضاعف برای کادر بالینی غیرپزشک• نحوه محاسبه میزان کارانه پزشکان• ضوابط مربوط به پرداخت ماهانه پزشکان شاغل در طرح• ویژگی‌های تأثیرگذار بر میزان کارانه (نوع استخدام، سابقه و نمره مدیر بالادستی) | ساختار فنی کارانه کارکنان |
| <ul style="list-style-type: none">• بر اساس کارانه (۳۸) بود• دستورالعمل باید ساده و روش باشد• تمرکز اجرای برنامه در سطح دانشگاه است | پیش‌فرض‌های برنامه نظام نوین |

۴-۲-۲-۱- هدف برنامه نظام نوین

اهداف برنامه نظام نوین پرداخت:

- تسهیم بخشی از درآمد بیمارستان به کارکنان به منظور ایجاد انگیزش در آنها.
- ایجاد ابزارهای مدیریتی برای کنترل عملکرد و مدیریت بهتر کارکنان
- ارائه تعداد خدمات بیشتر در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی (بهره‌وری بالاتر)

۴-۲-۲- ساختار فنی کارانه کارکنان

در ادامه برخی از موارد اهمیت دار دستورالعمل کامل برنامه اشاره شده است.

● ساختار نظارتی و اجرایی

این ساختار در سه سطح مرتب شده بود:

الف- سطح وزارت: دبیرخانه اجرایی طرح نظام نوین مستقر در حوزه معاونت درمان وزارت

ب- سطح دانشگاه: هیئت عالی نظارت هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی

ج- هیئت اجرایی در بیمارستان مقصد

● میزان پرداختی به کارکنان غیرپزشک

بر اساس دستورالعمل ابلاغی ۲۰ درصد کارکرد حق العلاج و حق‌العامل به اضافه معادل ۲,۵ درصد کل کارکرد واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه - رادیولوژی - سی‌تی‌اسکن - فیزیوتراپی - رادیوگرافی - داروخانه و سایر خدمات مشابه واحدهای پاراکلینیک) از محل درآمدهای سهم بیمارستان بین کارکنان غیرپزشک به صورت ماهیانه توزیع می‌گردد.

● شاخص‌های مؤثر بر دریافتی افراد غیرپزشک

امتیاز مکتسبه هر کارمند = امتیاز رضایت از خدمت * (امتیاز نوع خدمت + امتیاز مدرک تحصیلی)

مجموع امتیازات افراد باهم جمع می‌گردد. کل مبلغ قابل توزیع را تقسیم بر این جمع امتیازات کرده و ارزش ریالی هر امتیاز هر فرد محاسبه می‌شود. سپس همین ارزش ریالی ضربدر امتیاز فرد می‌گردد تا مبلغ دریافتی فرد تعیین گردد.

❶ کارانه مضاعف برای کادر بالینی غیرپزشک

طبق دستورالعمل ضریب شغلی کارکنان بالینی و مالی برابر با یکدیگر (۱,۶) و بیشتر از سایر کارکنان بیمارستان بوده است.

اما برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کردند که در بدو محاسبه، بیست و پنج درصد کل کارانه قابل توزیع از آن کسر می‌شد، مبلغ باقی‌مانده در میان تمام کارکنان بیمارستان توزیع می‌شد و ۲۵ درصد اولیه صرفاً در میان کادرمانی توزیع می‌شد؛ یعنی به کارکنان درمانی پرداخت مضاعف صورت می‌گرفت. برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان این موضوع را به‌گونه‌ای دیگر بیان کرده و بیان می‌کردند که نمره نیروهای درمانی قابل تغییر بود و بخشه‌ای دارای مسئولیت و ویژه، امتیاز ویژه داشتند.

این روش‌های متعدد در تعیین میزان پرداخت به کارکنان باعث واگرایی زیادی بین بیمارستان‌ها شده است.

❷ نحوه محاسبه میزان کارانه پزشکان

نحوه محاسبه کارانه پزشکان بر اساس خدمات بیمارستانی که پزشکان ارائه می‌دهند در قالب یک جدول در دستورالعمل ابلاغ‌شده و برای کل کشور ثابت بوده است، اما در مواردی بنا به صلاحدید دانشگاه برخی انعطاف‌ها برای تغییر درصدها دیده شده است.

❶ ضوابط مربوط به پرداخت ماهانه پزشکان شاغل در طرح

- ۱- تمام وقت هیئت‌علمی که حداقل ۵۴ ساعت در هفته فعالیت دارند:
حقوق و مزایا + حق محرومیت از مطب + حق کارانه + حق آنکال
- ۲- پزشکان تمام وقت هیئت‌علمی که حداقل ۴۴ ساعت در هفته در بیمارستان مجری طرح فعالیت نمایند:
حقوق و مزایا + حق الزحمه کار اضافی بدون کسر حقوق و مزایا + حق آنکال
- ۳- پزشکان متخصص عضو هیئت‌علمی که به صورت نیمه وقت در بیمارستان مجری طرح فعالیت نمایند:
یک‌دوم حقوق و مزایا + حق الزحمه کار اضافی بدون کسر حقوق و مزایا + حق آنکال
- ۴- پزشکانی که حسب احکام صادره در پست‌های ستادی دانشگاه و یا وزارت متبوع و یا در سمت ریاست بیمارستان مجری طرح فعالیت دارند:
حقوق و مزایا + فوق‌العاده مدیریت + حق محرومیت از مطب با در نظر گرفتن مقررات مربوطه و صدور حکم + حق کارانه + حق آنکال

- ۵- پزشکان بازنشسته شاغل در طرح فقط کارانه قابل پرداخت می‌باشد.
- ۶- سایر پزشکان غیر هیئت‌علمی شاغل در طرح:
- حقوق و مزایا + کارانه پس از کسر حقوق و مزایا موضوع ماده یک و دو پزشک جدیدالاستخدام هم‌طراز در سال جاری + حق آنکال
- ۷- پزشکان شاغل در طرح که بر اساس قرارداد ساعتی در بیمارستان مجری طرح فعالیت دارند:
- حق کارانه پس از کسر مبالغ مندرج در قرارداد ساعتی
- ۸- پرداخت اضافه‌کار به پزشکان شاغل در طرح مجوزی ندارد. مگر آنکه انجام اضافه‌کار مربوط به وظایف محوله غیر از ارائه خدمات پزشکی باشد.
- بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان میزان دریافتی پزشکان برابر بود با سهم پزشکان از کل خدمات تولید شده منهای مالیات بر درآمد و کسورات بیمه‌ای.
- نظام نوین خصوصاً در حوزه پرداخت به پزشکان بسیار ساده‌تر از کارکنان غیرپزشک کارکرده بود. معیارهای محدودی در تعیین سهم پزشکان دخیل بودند که مهم‌ترین آن تمام‌وقت و غیر تمام‌وقت بودن پزشک بود.
- «در بین پزشکان... اگر پزشک، متخصص تمام‌وقت بود یک درصد سهم بری ثابت برای آن تعریف می‌شد اگر پزشک غیر تمام‌وقت بود یک درصد سهم بری ثابت برایش تعریف می‌شد، دیگه پلکانی نبود. به‌قول معروف خروجی‌اش را بر اساس درصد ثابت می‌گرفت» (کد ۱۱).
- شاخص ارزیابی پزشکان ضعیف بود «در خصوص پزشکان هم، نمره می‌دادند ... درواقع از اصطلاحات معیار ارزیابی خوب، متوسط، بد استفاده می‌کردند شاخصی تعیین نشده بود» (کد ۱۱).

۴-۲-۲-۱- ویژگی‌های تأثیرگذار بر میزان کارانه

- **نوع استخدام:** یکی از مسائل اساسی نظام پرداخت نوین این بوده که در این برنامه تمام افراد درگیر در بیمارستان کارانه دریافت نمی‌کردند. نوع استخدام اصلی‌ترین عامل تعیین‌کننده استحقاق کارانه بود. برای مثال به‌طور صریح در دستورالعمل آورده شده است که کارکنان شرکتی به‌هیچ‌وجه کارانه دریافت نمی‌کنند.
- یکی از مصاحبه‌شوندگان نیز بیان می‌کند که «این‌ها که استخدام دولتی و ثابت بودند، نوعاً هم کارانه بگیرها هم این‌ها بودند، پرستاران طرحی، قراردادی، پرستاران شرکتی، منشی‌ها و خدمات نمی‌گرفتند؛ در صورتی که در یک بیمارستان درآمدزایی بیمارستان به‌عنوان یک بنگاه اقتصادی، از نگرهبان دم در تا پزشک متخصص یک تیم هستند، همه به یک نوعی درگیر هستند» (کد ۹)

به علاوه نوع استخدام بر میزان دریافتی اضافه کاری نیز تأثیرگذار بوده است. «افراد طرحی و غیر طرحی» اینها اختلاف داشتند باهم، ... با اینکه هر دو تای آنها ممکن بود سابقه کاری یکسانی داشته باشند، ولی مثلاً مبلغ اضافه کار یکی می شد یک میلیون تومان و مبلغ اضافه کاری دیگری می شد مثلاً می شد چهارصد هزار تومان» (کد ۱۲).

یکی دیگر از مصاحبه شونده‌گان که پرستار با سابقه‌ای بود بیان می کند «در سیستم قدیم اگر کسی که رسمی بود و ده سال سابقه کار داشت اگر به ازای هر ساعت اضافه کار ساعتی ده هزار تومان می گرفت آن کسی که طرحی بود و یا شرکتی بود به ازای هر ساعتی می گرفت پنج هزار تومان» (کد ۱۴). لذا ارزش اضافه کاری برای هر ساعت اضافه کار بین افراد با نوع استخدام متفاوت، متفاوت می شد.

این مسائل باعث شده بود تا فرهنگ سازمانی سلسله مراتبی و سابقه محور در بیمارستان‌ها حاکم شود. افراد تازه وارد و طرحی با فشار کاری زیادی مواجه می شدند و در ضمن دریافتی مناسبی نیز نداشتند. مدیر بیمارستان در این مورد بیان می کند که «یک پرستار رسمی یک شهروند درجه یک بود و یک پرستار طرحی شهروند درجه سه بود خب این یک قاعده بود...؛ و در همه چیز نگاه ما همین بود اون طرحی سرباز هست و من افسر ارشد هستم» (کد ۳)

➤ **سابقه:** در نظام نوین افراد صرفاً با بالا بردن سابقه به دو مزیت دست می یافتند: اول در انتخاب بخش محل فعالیت عمدتاً به سمت بخش های با فشار کاری کم می رفتند دوم میزان دریافتی اضافه کار و کارانه آنها نیز به شدت بالاتر از افراد دیگر بود. اگرچه در دستورالعمل سابقه افراد به عنوان عامل تأثیرگذار بر دریافتی فرد ذکر نشده است ولی این مقوله در نحوه محاسبه لحاظ شده و باعث تفاوت های زیاد دریافتی افراد شده بود.

➤ **نمره مدیر بالادستی:** نمره رضایت مدیر نقش به سزایی در تعیین میزان دریافتی فرد داشته است، اما بزرگترین مسئله آن مبهم بودن آن در نحوه سنجش عملکرد فرد بوده است. «یک نمره رضایت در نظام نوین داشتیم که از صفر تا سه بود ولی معیاری نداشت هر کس بر اساس سلیقه خودش بود» (کد ۱۷). البته برخی بیمارستان‌ها به صورت خودجوش و هوشمندانه برای نمره رضایت مدیر بالادست یک نوع شیوه نامه طراحی کرده بودند که نمره رضایت را نظام مند نمایند. آیتم های متعددی را در رضایت مندی وارد کرده بودند که فرد برای بالا بردن نمره رضایت تلاش کند، اما این تلاش ها هیچ وقت بین بیمارستان‌ها به اشتراک گذاشته نشده اند.

۴-۲-۳- پیش فرض‌های برنامه نظام نوین

۴-۲-۳-۱- بر اساس کارانه بود: نظام نوین بر پایه FFS قرار داشت؛ لذا مزایا و معایب آن را نیز به همراه داشت.

مصاحبه‌شوندگان برخی از معایب نظام نوین و پرداخت FFS را این‌گونه توضیح داده‌اند: «نظام پرداخت فی فور سرویس فی ذاتاً تبعیض‌آمیز هست، هر کاری کنید بالاخره بین پزشک و پرستار، بین پزشک و پزشک، بین پرستار و پرستار بازهم تبعیض‌آمیز هست ... بدون اینکه جیب بیمار را بسنجید، بدون اینکه نتیجه کار را بسنجید هرچقدر کار ارائه کنید پولش را می‌گیرد و اینجا با ارائه خدمات القایی و غیرضروری به‌راحتی شما می‌توانید از طریق این نظام پرداخت، مراجعه مردم به بیمارستان پول‌دارترین را معلق کنید در پایین‌تر از خط فقر» (کد ۹)

همه این‌ها در حالی است که بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان شاید دور از انتظار نباشد که بگوییم، تنها مکانیسم کنترلی نظام پرداخت کارانه ایران «وجدان ارائه‌کنندگان» است. در نظام پرداخت کارانه ایران «مگر کسی یک انسان خیلی، خیلی، خیلی باوجدانی باشد که تحت تحریکات مادی اقدام به کارهای خاصی نکند و گرنه راه برای همه چی باز است» (کد ۹).

۴-۲-۳-۲- دستورالعمل باید ساده و روش باشد: در دستورالعمل نظام نوین خدمات مختلف از هم تفکیک شده بودند (پاراکلینیک، جراحی، ویزیت، ...). دامنه‌های پرداخت کارانه برای اقشار مختلف به‌خوبی عنوان شده بود، سهم بیمارستان و دانشگاه از کل درآمد ایجادشده مشخص بود و لذا عمده افراد بالینی و غیر بالینی آن را به‌راحتی متوجه می‌شدند.

درواقع ساده بودن نظام نوین دو رو داشت. روی خوب برنامه قابل‌درک بودن و سادگی به‌کارگیری بود؛ اما روی ضعف برنامه در نظر نگرفتن بسیاری از شاخص‌های بااهمیت در پرداخت به کارکنان و عدم ایجاد انگیزه مناسب برای افراد با کارایی بالاتر بود. «خیلی تفاوت محسوسی بین افراد کارآمد و افراد غیر کارآمد نداشت؛ و می‌شود گفت یک انگیزه‌ای برای افزایش کارایی و ادامه کار نبود» (کد ۱۸)

مصاحبه‌شوندگان خصوصاً در حوزه پرستاری، به عدم شفافیت در تعیین سهم انواع کارشناسان و متخصصان سلامت در ارائه یک فعالیت خاص هم در نظام نوین و هم در عملکردی اعتراض داشته‌اند. در نظام نوین و عملکردی «اگر قرار باشد بر اساس فعالیت هر فرد و نقش هر فرد در بهبودی سلامت یا آن کار بکنیم باید سهم

هر شخص مشخص بشود» (کد ۱۹). در واقع این مشکل در برنامه نظام نوین بسیار حاد و در نظام عملکردی کمتر شده است، اما هنوز به طور کامل برطرف نشده است؛ به عبارت دیگر نظام عملکردی برای تعیین سهم افراد در ارائه خدمات یک قدم روبه جلو بوده است.

۴-۲-۳-۳- تمرکز اجرای برنامه در سطح دانشگاه است: اختیارات در نظام نوین بیشتر در سطح دانشگاه‌ها بوده است و بیمارستان‌ها اختیارات کمی در تغییر پرداختی‌ها داشته‌اند. به نظر می‌رسد که اختیارات توزیع منابع مالی در نظام نوین عمدتاً در سطح دانشگاه و متمرکزتر بود. منابع اختصاصی شده‌ای برای دانشگاه و بیمارستان در نظر گرفته می‌شد و مابقی منابع بین کارکنان توزیع می‌گردید.

«اختیاراتی که به مدیران در این قسمت داده بودند در آن قسمت لیبیل بندی بود یک اختیاراتی دست رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان بود مرحله بعدی هئیت عالی نظارت در دانشگاه» (کد ۱۱).

۴-۲-۳- دستور گذاری و تدوین برنامه نظام پرداخت نوین

جدول ۸: خلاصه مطالب دستور گذاری و تدوین برنامه نظام پرداخت نوین

| ۱۳۸۷ ابلاغ گردید | زمان تدوین |
|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • مسائل مربوط به لیست انتظار • بهره‌وری کم تسهیلات و تجهیزات موجود • نبود انگیزه در کارکنان پزشک و غیر پزشک به دلیل نظام پرداخت حقوق • انتقال بیماران از بیمارستان‌های دولتی به بخش خصوصی • فاصله دریافتی زیاد پزشکان بین بخش خصوصی و دولتی • دستور خودگردان سازی بیمارستان‌ها • ترغیب پزشکان به درمان بیماران در بخش دولتی | دلایل دستور گذاری |

۴-۲-۳-۱- زمان تدوین

شروع تدوین برنامه در زمان دولت ششم توسط وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۳ بود و از سال ۷۴ با جدیت بیشتری اجرایی شد. تدوین اولیه، پایلوت و آماده سازی آن چهار سال طول کشید و اصلاحیه ثانویه آن در سال ۱۳۷۸ ابلاغ گردید. کارشناس تدوین کننده برنامه آقای یونسین بودند.

۴-۲-۳-۲- دلایل دستور گذاری

یکی از مصاحبه‌شوندگان که از مسئولان مالی دانشگاه بود بیان می‌کند که: «مشکلی که در آن زمان وجود داشت این بود که به هر حال فضای فیزیکی و امکانات و نیروی انسانی برای ارائه خدمت موجود بود ولی افراد به دلیل اینکه دریافتی پول و مبلغ شان ثابت بود انگیزه‌ای برای اینکه حجم خدمات قابل ارائه شان را افزایش بدهند نداشتند. ... دستورالعمل اجرایی نوشته شد یک مقداری از ظرفیت های خالی بیمارستان های وزارت بهداشت را پر کند ... در سیستم بهداشت درمان یک ویتینگ لیست طولانی ایجاد شده بود ... بیاییم یک مقداری خود ارائه دهندگان خدمات را در منافع ناشی از افزایش حجم خدمات شریک کنیم» (کد ۲۰)

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان مسئله عدم توسعه بیمارستان ها را دلیلی برای ایجاد تغییر در نظام پرداخت عنوان می‌کند. وی بیان می‌کند که «سال های سال بود که در بیمارستان ها هیچ گونه کار توسعه ای انجام نمی شد، کار عمرانی انجام نمی شد، درآمدهای بیمارستان در واقع بر اساس تعرفه های موجود زیاد کفایت هزینه های جاری بیمارستان را نمی کرد و مشکل بیمارستان ها زیاد بود» (کد ۲۱).

به طور خلاصه علل ایجاد برنامه نظام نوین را می توان این گونه بیان کرد: مسائل مربوط به لیست انتظار، بهره‌وری کم تسهیلات و تجهیزات موجود، نبود انگیزه در کارکنان پزشک و غیر پزشک به دلیل نظام پرداخت حقوق، انتقال بیماران از بیمارستان های دولتی به بخش خصوصی، فاصله دریافتی زیاد پزشکان بین بخش خصوصی و دولتی، دستور خودگردان سازی بیمارستان ها، ترغیب پزشکان به درمان بیماران در بخش دولتی.

۴-۲-۳-۱- اجرای برنامه نظام نوین بیمارستان

بنا به مستندات برنامه نظام نوین در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۲ ابلاغ گردید و بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان آگاه پس از ابلاغ «... همه دانشگاه علوم پزشکی دستورالعمل را اجرا می کردند» (کد ۱۱).

در مورد علت این که تمام بیمارستان های دولتی دانشگاهی به راحتی برنامه را پذیرش و اجرا کرده اند یکی از مصاحبه‌شوندگان دو علت را بیان می‌کند:

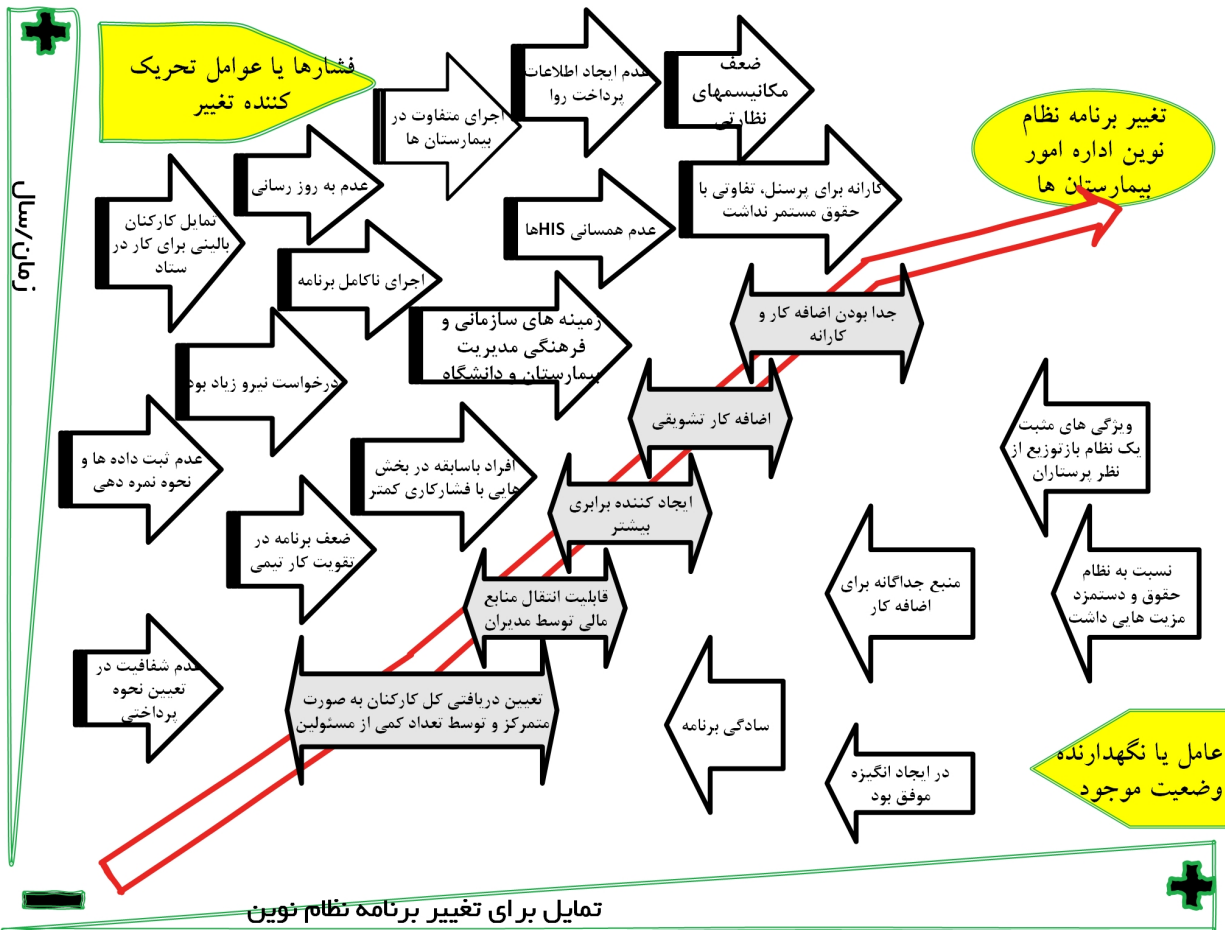
الف- قرار بود به همه افراد پول بیشتری پرداخت شود «برای شروع برنامه چیزی در حدود مثلاً شانزده سال کمتر و یا بیشتر این برنامه اجرا شد برای شروع برنامه هم خب یک کارانه ای به کارکنان تعلق می‌گیرد که بسیار مورد توجه بود و استقبال خیلی خوبی داشت» (کد ۲۱).

ب- ساده بود و انرژی زیادی از مدیران بالادستی نمی گرفت. «برای شروع خیلی خوب بود و کارکرد روان و ساده آن خیلی کمک کننده بود» (کد ۲۱).

۴-۲-۳-۴- ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین

به منظور تسهیل تحلیل این بخش از مطالعه، از مدل تحلیل میدان نیروها (۸۶) بهره گرفته شده است. لذا ارزشیابی های کیفی مصاحبه شوندگان در مورد نظام نوین در دو دسته مثبت یا عوامل (نگهدارنده وضعیت موجود)، منفی یا فشارها (تحریک کننده تغییر وضعیت موجود) دسته بندی شدند و مواردی که به به هرد مورد ارتباط داشته اند در دسته ای به عنوان «اثرات دوسویه» جای گرفتند.

مصاحبه شوندگان قبل از هر چیز به شدت بر این مسئله تأکید دارند که برنامه نظام نوین طراحی شده، ابتدا به ساکن برنامه ای مناسب و مترقی برای نظام سلامت بوده است. «اگر همان دستورالعمل به صورت کامل اجرا می شد یکی از دستورالعمل های مترقی بود» (کد ۲۰)؛ اما به تدریج در طول بیش از ۱۵ سال، از ابعاد مثبت آن کاسته شده و ابعاد منفی آن بیشتر نمود پیدا کرده است. در ادامه هر یک از این ابعاد شرح داده شده و شکل ۷ این ابعاد را نشان می دهد.



شکل ۷: ارزیابی کیفی برنامه نظام نوین و ایجاد تمایل برای تغییر در آن با الهام از مدل FFA

۴-۲-۳-۴-۱- ابعاد مثبت (عامل، نگهدارنده وضعیت موجود)

۱- سادگی برنامه

سادگی برنامه مزایایی را برای اجراکنندگان برنامه در سطح بیمارستان و دانشگاه به همراه دارد. «به هر کی توضیح می دادید راحتتر این مساله را می فهمید شفات تر بود و اجرای آن راحتتر بود» (کد ۱۱).

۱. سادگی درک برنامه،
۲. عدم نیاز به زیرساخت خاص رایانه ای و نیروهای انسانی متخصص،
۳. امکان اجرا با اطلاعات ساده و در دسترس،
۴. امکان کنترل اسناد مرتبط در سطح دانشگاه،
۵. امکان مسئله یابی آسان در زمان بروز مشکل در نظام پرداخت.

۲- برتری نسبی نسبت به نظام حقوق و دستمزد

برنامه نظام نوین نیر در زمان خود ابعاد نوینی را به برنامه توزیع کارانه اضافه کرده بود: در نظر گرفتن مدرک تحصیلی، نوع خدمت اداری یا بالینی و نمره رضایت مدیریت. این موارد بسیار ساده و قابل اجرا تعریف شده بودند.

۳- انعطاف پذیری نسبتاً مناسب

یکی از مصاحبه شونده‌گان درمورد امکان انعطاف پذیری برنامه، به موضوع در نظر گرفتن مناطق محروم در برنامه اشاره کرده است. «در چارچوب دستورالعمل و تبصره ها و آنجاهایی که اجازه داده بود این درصدها /توزیع کارانه/ را در مناطق محروم یا مناطق برخوردار و کمتر برخوردار می تونستن تنظیم بکنند» (کد ۴)

۴- موفقیت نسبی در ایجاد انگیزه

کلید برنامه نظام نوین در زمان ابتدا به ساکن، منجر به ایجاد تحولاتی در حوزه جلب بیمار در بیمارستان دولتی و ایجاد انگیزه در کارکنان شده است «قطعاً در جلب بیماران در بیمارستان های دولتی و ایجاد انگیزه مؤثر بوده، در یک نگاه کلی» (کد ۱۹)، اما جامع نبودن جزئیات آن به تدریج کلیت برنامه را تضعیف نموده است.

۵- ایجاد منبع جداگانه برای پرداخت اضافه‌کار تشویقی

از آنجایی که پرداختی برای اضافه‌کاری عمدتاً دارای منبع جداگانه ای غیر از درآمدهای بیمارستان داشت، این امکان می‌توانست در پرداخت به روزتر ماهیانه کارکنان کمک کننده باشد. «اضافه‌کار را سیستم موظف بود که پرداخت بکند به هرکسی، به آن تعداد ساعتی که آمده است» (کد ۱۲).

۶- ویژگی‌های مثبت یک نظام بازتوزیع از نظر پرستاران

از نظر یک گروه از پرستاران مهم‌ترین عوامل در مناسب بودن نظام بازتوزیع، ایجاد برابری بین کارکنان و کم بودن فاصله زمانی پرداخت است. به‌علاوه ثابت بودن روند پرداخت (قابل پیش‌بینی بودن) و عدم ایجاد درگیری ذهنی برای آن‌ها (شفافیت و سادگی) از دیگر عوامل مؤثر بر رضایتمندی آن‌ها است.

«مزایایش یکی اینکه که ... سر برج پرداخت می‌کردند یکی این که خوب بود، بعدش اینکه آقا مشخص بود که یک نفر که پنجاه ساعت کار می‌کرد خودش حساب می‌کرد که از آن پنجاه ساعت کار اینقدر که مثلاً میزان اضافه‌کارش اینقدر می‌شد و می‌شد که رویش حساب بکنیم» (کد ۱۶). با مشخص بودن این عوامل، کارکنان می‌توانستند برای زندگی شخصی خود برنامه هزینه-درآمد داشته باشند.

این دیدگاه کارکنان باعث شده تا ایجاد برابری در پرداخت برای مسئولان بیمارستانی نیز رویکرد ثابتی باشد. یکی از سرپرستاران بیان می‌کند که «معمولاً به همه کادرمان در یک حد نمره می‌دادند ... و اختلاف دریافتی بین کارکنان زیاد نبود» (کد ۱۵).

۴-۲-۳-۲-۴-۲-۴ ابعاد منفی (فشارها، تحریک‌کننده تغییر وضعیت موجود)

در حوزه ابعاد منفی برنامه نظام نوین، مصاحبه‌شوندگان به ۱۴ موضوع ذیل اشاره کرده‌اند.

۱. عدم شفافیت در تعیین نحوه محاسبه میزان پرداختی به افراد
۲. نحوه اجرای متفاوت در بیمارستان‌های مختلف
۳. ایجاد ناهمسانی در HIS های بیمارستان‌های مختلف
۴. عدم ایجاد اطلاعات پرداخت روا در سطح دانشگاه و کشور
۵. اجرای ناکامل برنامه
۶. زمینه‌های سازمانی و فرهنگی مدیریت بیمارستان
۷. عدم به‌روزرسانی

۸. ضعف برنامه در تقویت کار تیمی
۹. ایجاد انگیزه برای فعالیت افراد با سابقه در بخش‌هایی با فشار کاری کمتر
۱۰. کارانه برای کارکنان تفاوتی با حقوق مستمر نداشت، به عبارت دیگر کارانه به مانند حقوق مستمر شده بود.
۱۱. درخواست نیروی انسانی جدید بالا بود.
۱۲. ایجاد تمایل در کارکنان بالینی برای کار در ستاد
۱۳. ضعف مکانیسم‌های نظارتی
۱۴. سایر معایب در دهه دوم اجرای برنامه در ادامه هریک از این ابعاد توضیح داده شده است.

۱- عدم شفافیت در تعیین نحوه پرداختی به افراد

«افرادی که [توش قدرت داشتند، درآمدهای بالایی برای خودشان از محل کارانه ایجاد می‌کردند، مثل بخش مالی و حسابداری. اونایی که قدرت کمتری داشتند درآمدهای خیلی کمتری ایجاد می‌شد برایشون. پرستاری ما مجموعه‌ای بودند که ناراضی بودند» (کد ۲۲). لذا به دلیل عدالت محور نبودن، عدم شفافیت در تعیین نحوه دریافتی افراد، کادر اداری نزدیکتر به مدیریت دریافتی بیشتر داشتند و نارضایتی کارکنان درمانی در نحوه اجرای نظام نوین وجود داشت. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند: «در ریز که وارد می‌شوید، در بحث پرداخت‌ها عدالت خیلی رعایت نشد و در حقیقت به‌طور علمی بررسی نشد که چه کسی در ارائه خدمت چند درصد سهم دارد که به همان نسبت تقسیم شود» (کد ۱۹).

به‌طور کلی مبتنی بر شواهد نبودن تصمیمات در تعیین میزان دریافتی فرد باعث اظهارات منفی در مورد نظام نوین شده است. در مورد ابهام در نمره رضایت مدیر بالادستی و عدم ثبت فعالیت‌های کارکنان به‌طور خاص اشاراتی شده است: «نمره رضایت... خیلی نمی‌توان گفت قضاوت درستی هست، می‌تواند سلیقه‌ای باشد چون جایی ثبت نمی‌شود که کی بیشتر کار کرده کی کمتر کار کرده است» (کد ۲۴).

به‌علاوه یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در مورد سلیقه‌ای بودن برنامه بیان می‌کند که «با وجود این مثلاً حتی می‌توانست یک فردی ۱۵ روز در بیمارستان نباشد و اگر می‌خواستن! خیلی راحت کارانه اش را می‌گرفت» (کد

لذا به دلیل عدم ثبت اطلاعات امکان تعیین معیارهای پرداخت برای پرداختی که در گذشته صورت گرفته نبود. نوع کار کارکنان و سختی کار محل فعالیت آن‌ها در برنامه نظام نوین به صورت بسته و کاملاً تعریف شده در نظر گرفته شده بود و بیمارستان‌ها می‌توانستند از آن‌ها بهره بگیرند؛ اما اگر در نظر نمی‌گرفتند هیچ کس نمی‌توانست ثابت کند که معیارهای برنامه در تعیین دریافتی افراد لحاظ شده است یا خیر.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح دانشگاه بیان می‌کند که اصلی‌ترین عامل در ایجاد چنین نقیصی می‌تواند عدم ثبت اطلاعات در بیمارستان و دانشگاه باشد و مسئله را این‌گونه بیان می‌کند: «تخلف یک فرد را در هنگام تعیین میزان کارانه) ممکن بود در نظر بگیرند و ممکن هم بود در نظر نگیرند و اگر هم نمی‌گرفتند ما چیزی را متوجه نمی‌شدیم چون ما کنترل کردن این بحث «موظفی و غیرموظفی» را برعهده نداشتیم» (کد ۴)

۲- اجرای متفاوت در بیمارستان‌ها

بنا به استقلال قانونی که دانشگاه‌های علوم پزشکی و به تبع آن بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور در اداره خود دارا هستند، در طول سالهای اجرای برنامه نظام نوین، تغییرات زیادی در دستورالعمل اولیه ایجاد شد.

«دانشگاه‌ها در هیئت‌امنای خود هرکدام تغییراتی را توی دستورالعمل نظام نوین داده بودند و مصوب کرده بودند و با آن کار می‌کردند نیازهای خودشان را یک جورایی برآورده کرده بودند ولی نیازها هرکدام به سبک متفاوت» (کد ۲۲). به گونه‌ای که بعد از مدتی هیچ دو بیمارستانی یافت نمی‌شد که به طور مشابه پرداختی داشته باشند. شدت این مسئله به حدی بود، تشابه کاری بین دو بیمارستان حتی در داخل یک دانشگاه نیز به ندرت یافت می‌شد.

«تنوع تبصره‌ها و آیین‌نامه‌هایی که برای هر بخشی صادر شده بود زیاد بود. شما در بیمارستان‌های مختلف روش‌های اجرای مختلفی را پیدا می‌کردید. حتی در یک دانشگاه، یعنی شما در دانشگاه ... در بیست تا بیمارستانش ممکن بود هفت، هشت جور روش پرداخت کارانه داشته باشید که متفاوت بود با بیمارستان بغل دستی» (کد ۲۳). مجموع این مسائل باعث شده بود تا تنوع شدیدی در نحوه و میزان پرداخت‌ها بین بیمارستان‌ها وجود داشته باشد.

۳- ایجاد ناهمسانی در HIS های بیمارستان‌های مختلف

تفاوت‌هایی که در نحوه اجرایی کردن دستورالعمل نظام نوین بین بیمارستان‌ها وجود داشت، منجر شد تا HIS آن‌ها نیز به همان ترتیب تغییر یابد. این مسئله باعث واگرایی بیمارستان‌ها در طول زمان شده بود و احصای یک گزارش مالی یا خدماتی واحد از بیمارستان‌های یک دانشگاه ممکن نبود.

«شرکت HIS در دانشگاه، یک شرکت بود ولی بیست تا ورژن در بیست تا بیمارستان وجود داشت. درحالی که یک قرارداد واحد وجود داشت با دانشگاه و این شرکت در بیست بیمارستان یک نرم افزار را نصب می‌کند... ولی بیست تا ورژن مختلف عملاً وجود داشت» (کد ۲۳)؛ به عبارت دیگر در قسمت داده‌های بیمارستانی، نظام نوین هیچ محرکی برای بهبود سیستم اطلاعات بیمارستانی نداشت. «در آن زمان [توانایی تمرکز و تاکید بر اطلاعاتی که از HIS می‌آمد بیرون، خیلی پایین بود» (کد ۲۳)

۴- عدم ایجاد اطلاعات پرداخت روا در سطح محلی و ملی

یکی از بزرگ‌ترین عیوب نظام نوین در عدم وابسته بودن آن به زیرساخت‌های داده ای و کامپیوتر محور در سطح کشور است. از انجایی که داده‌های مورد استفاده برای پرداخت در یک مجموعه جمع آوری و تحلیل نمی‌شد، مشخص نبود که به‌طور متوسط هر یک از گروه‌های کارکنان چقدریافتی دارند. «حقیقتاً بیمارستان‌های ما تو زمینه‌ی پرداخت‌های کارکنان کاملاً بلایند [کور] عمل کرده‌اند و هیچ آگاهی که چه اتفاقی در بیمارستان می‌افتد؛ نه برای مدیران محلی و نه برای مدیران ملی همچنین چیزی نبود» (کد ۲۲).

مسئله عدم وجود اطلاعات منظم برای کنترل بودجه بیمارستان، باعث ناکارآمدی در بخش مالی بیمارستان‌ها شده بود. «من خودم در تهران به یک بیمارستان رفتم بازدید، داشبورت نداشتند، در یک بازه زمانی سه ماهه، پانصد میلیون بیشتر توزیع کرده بودند» (کد ۱۳)

در سطح وزارت نیز مدیران به‌طور شفاف نمی‌دانستند که چه تعداد کارمند در کشور و با چه شرایطی در حال کار هستند. «شما برگرد به سال ۹۰ شما بگین آقا چند نفر کارمند داشتی، شاید در بیمارستان‌های بزرگ کسی نمی‌دانست چند نفر کارمند داشتند» (کد ۱۳). در نتیجه در سطح بیمارستان، دانشگاه و وزارت نبود داشبور مدیریتی برای کارکنان و جریان پولی مرتبط بدان به‌شدت احساس می‌شد.

در زمان نیاز به اطلاعات در سطح دانشگاه، اطلاعات موردنیاز با دشواری بسیار و با تخمین گردآوری می‌شد. لذا داده‌های سطح دانشگاهی و کشوری در آن زمان روایی مناسبی نداشته است. این روند حتی در سطح وزارت نیز

وجود داشت و مدیران وزارت برای تصمیم‌گیری‌های کشوری از نمونه‌های در دسترس اطلاعات و داده‌ها استفاده می‌کرد.

«در کل بیمارستان‌ها، فرضاً میانگین گروه بیهوشی چقدر هست؟ گروه پرستاری بخش اورژانس میانگین به چه صورت هست؟ بعثت نبود سیستم واحد و جزیره ای عمل کردن، بالطبع این امکاناتی وجود نداشت» (کد ۲۳).
عدم امکان گزارش گیری واحد و اقدام جزیره ای، دشواری گزارش گیری مالی و عدم شفافیت بار مالی نظام نوین از نقاط ضعف واقعی برنامه بود.

داده‌های پرداختی به کارکنان مربوط به قبل از اجرای برنامه که در این رساله بکارگرفته شده‌اند نیز مؤید این مسئله هستند. با توجه به اینکه در ابتدای برنامه نیاز به یکسری داده‌های پرداختی به کارکنان و ویژگی‌های آنان در سطح بیمارستان‌ها وجود داشته است، تجمیع این داده‌ها در کل کشور با مشارکت بیش از ۸۰ نفر که در کل کشور پراکنده بوده‌اند به سختی و دشواری زیادی جمع‌آوری گردید.

۵- اجرای ناکامل برنامه

شاید برنامه ساختارهایی هر چند ساده برای ایجاد انگیزه در نظر گرفته بود ولی همین ساختارهای ساده نیز به‌خوبی و به‌طور کامل بکار گرفته نشده بودند. اجرای ناقص برنامه خود باعث شده تا کل برنامه تحت تأثیر قرار گیرد و فقط امور مربوط به پرداخت به کارکنان در معرض اجرا و ابقا قرار گیرند. «متأسفانه یکی از اشکالاتی که باعث شد اون موفق نشود، این بود که فقط یکی بخشی اجرا شد و اون پوسته ای که اجرا شد اون پوسته بود که محاسبه درصدی از حجم خدمات ارائه‌شده و پرداختش به کارکنان و به پزشکان ارائه خدمات بود» (کد ۲۰).

۶- زمینه‌های سازمانی و فرهنگی مدیریت بیمارستان و دانشگاه

با وجود اینکه نظام نوین ابزارهای ساده، مناسب و قابل گسترشی را به بیمارستان‌ها و مدیران آن‌ها ارائه کرده بود، باین‌حال تمایل مدیران بیمارستان‌ها برای اجرای و گسترش آن زیاد نبود. مصاحبه‌شوندگان دلایل اصلی آن را پرهیز مدیران از ایجاد تنش در میان تعداد زیاد کارکنان، شلوغی اداره بیمارستان و عادت کردن کارکنان با وضعیت موجود و عدم اعتراض به برابری می‌دانند.

مجموع این مسائل باعث شده بود تا بسیاری از شاخص‌ها مثل رضایتمندی، کیفیت و غیره به‌طور کمرنگ مدنظر قرار گیرند. «درواقع مدیران معمولاً خیلی هاشون نمی‌خواهند خودشان را درگیر تعداد خیلی زیاد کارکنان

بیمارستان بکنند. به دیدگاه شان هم بیمارستان اینقدر شلوغ و کار زیاد و مشکلات زیادی دارد که ما دیگه نیامیم بچگونیمش سر این قضیه ... در واقع اگر می خواستند از این ابزار به درستی استفاده کنند می توانستند این کار را انجام دهند، متأسفانه... راحت تر بودند وقتی به همه یک مبلغی را پرداخت کنند» (کد ۲۱).

به علاوه در زمان اجرای برنامه نظام نوین به هر دلیل درآمدهای اختصاصی بیمارستان ها کم بود و همان مبلغ کم کارانه ها نیز از محل سایر منابع پرداخت می شد. «عمدتاً که کارانه ها را که می آمدند پرداخت می کردند از سایر منابع پرداخت می شد» (کد ۱۸).

به جز سطح بیمارستان که در اجرای برنامه همواره رویکرد سادگی و تنش گریزی را مدنظر قرار داده بود، سطح دانشگاه نیز از ابزارهای برنامه برای ایجاد انگیزش در سطح بیمارستان استفاده نمی کرد. «یک درصدی از درآمد اختصاصی بیمارستان که دستورالعمل گفته بود ۱۸ تا ۲۲ درصد بین کارکنان توزیع می شد، معمولاً دانشگاه ها ۲۰ درصد وسط را در نظر می گرفتند در حالی که دانشگاه هوشمند می توانست بیاید بر اساس کارکرد یک بیمارستان، درصد آن ها را بالا پایین کند» (کد ۴).

مجموعه این عوامل باعث شده بود تا «فقط در ذهن پزشکان و کارکنان ارائه دهنده خدمات در بیمارستان ها، از نظام نوین فقط یک پرداخت کارانه در آخر هر ماه بود» (کد ۲۰).

۷- عدم به روز رسانی

با توجه به اظهارات مصاحبه شوندهگان نظام نوین در طول دهه اول اجرا به خوبی به برطرف نمودن بسیاری از مسائل بیمارستان ها کمک نموده است، اما به تدریج که تعرفه های خدمات بیمارستانی افزایش می یابد، کارانه پزشکان در طول این سالها بالا می رود و درآمدهای اختصاصی بیمارستان های دولتی-دانشگاهی نسبت به میزان مبلغی که تحت عنوان کارانه بین کارکنان توزیع می شد، کم می شود؛ ولی برنامه نظام نوین به روز نمی شود. «با توجه به اینکه که از سال ۷۸ هیچگونه تغییری پیدا نکرده بود و عمدتاً همه خدمات تغییر کرده بود بالاخص در خدمات پاراکلینیک، ... بیمارستان ها توسعه پیدا می کردند، خب طبیعتاً چون بخشنامه بازنگری نشده بود، مشکل ایجاد می شد» (کد ۱۸)

«مشکل از آنجا شروع شد که در حقیقت روز به روز که دریافتی های پزشک ها افزایش پیدا می کرد و اون یک چیز ثابتی بود و بیمارستان ها شرایط و حال و روز خوبی نداشتند» (کد ۲۱). لذا برخی مدیران بیمارستان ها به دنبال ایجاد تغییراتی در آن بودند تا مسائل روز را با آن برطرف سازند، اما از آن جایی که این تغییرات نظام مند

نبودند و فقط مسائل سطح بیمارستان و حداکثر دانشگاه را در نظر می‌گرفتند و گاه با مشکلات قانونی بالادستی مواجه می‌شدند، لذا عمده این تغییرات پیشرفت قابل مشاهده ای را در بیمارستان و در سطح دانشگاه ایجاد نمی‌کردند. به‌گونه‌ای که در سالهای آخر برنامه عمده افراد آگاه و با تجربه برنامه را عملاً بی‌اثر و خالی از مزیت می‌دانستند.

همان طور که در بررسی نامه‌ها در جدول ۶ (خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره) نیز دیده شد، عمده به روز رسانی‌های انجام شده، غالباً مربوط به افراد و خدمات جدید بوده است و تغییرات اساسی در وضعیت افراد و خدمات قدیمی انجام نشده است.

۸- ضعف برنامه در تقویت کار تیمی

«در گذشته، امتیازها در یک بخش و ضریب کیفی عملکرد بخش اصلاً مفهومی نداشت، شما فقط و فقط ضریب کیفی عملکرد فرد را داشتید» (کد ۲۰)؛ به عبارت دیگر عملکرد بخش و واحد بیمارستانی مدنظر نظام نوین نبود و لذا نظام نوین ابزاری برای تقویت کار تیمی در بخش نداشت. گسستگی اهداف بین کارکنان یک بخش می‌توانست کار کل بیمارستان را با بهره‌وری کمتر مواجه سازد. «یک نمره کیفی ... در بین بخش‌ها متأسفانه دیده نمی‌شد» (کد ۲۴).

یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید برنامه نظام نوین «به علت اینکه بخشی نبود، کارانه بیمارستان یک جا منظور می‌شد، کل کارانه ... به صورت یک کاسه بود و تفاوت بخشی نداشت؛ یعنی بین بخش‌های کم‌درآمد و بخش‌هایی که درآمد بالای داشته باشند تفاوتی بینشان نبود» (کد ۱۸). دو عامل عملکرد افراد و عملکرد تیمی بخش‌های بیمارستان از جمله عوامل مهم درآمد بیمارستان هستند. این دو عامل مهم را به صورت بسیار ضعیف در نظر گرفته بود. «قبلاً این درآمد [بخش] بین کلیه بخش‌ها تقسیم می‌شد» (کد ۲۴)

یکی از بزرگ‌ترین تفاوت‌های ایجاد شده در برنامه جدید عملکردی تمرکززدایی در سطح بخش‌ها برای تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بخش و ارزیابی کارکنان بود.

۹- فعالیت افراد با سابقه در بخش‌هایی با فشار کاری کمتر

در مورد بازتوزیع نسبتاً برابر کارانه بین پرستاران بیان شده است که «پرسنلی که در بخش چشم کار می‌کرد حتی اگر مریضشان خیلی کم بود با بخشی که بی‌نهایت شلوغ بود یا بخش مراقبت‌های ویژه که تخت اکسترا

داشتند، دریافتی آنها تفاوتی نمی کرد و یکی از مشکلات دستورالعمل این بود که حجم فعالیت و سختی کار دیده نشده بود» (کد ۲۰). به همین دلیل بین کارکنان تمایل زیادی برای فعالیت در بخش‌های با فشار کاری کمتر وجود داشت.

«هیچ تفاوتی نبود که من در یک بخش سخت دارم کار می کنم یا با یک مریض بدحال دارم کار می کنم یا من در بخش لوکس و تمیزتر کار می کنم. بخاطر همین بود که تمام کارکنان سعی داشتند در بخش‌های خلوتتر و در بخش‌های لوکس تر و با مشتقت کمتر کار کنند» (کد ۲۰) و با توجه به اینکه سابقه می توانست در این امر مهم باشد، اصولاً افراد با سابقه در بخش‌های آرام و افراد کم سابقه و طرحی در بخش‌های با فشار کاری بالا مثل اورژانس فعالیت داشتند.

مترون بیمارستان در این خصوص بیان می کند که «در واقع چاره ای نیست چون نیروی با سابقه را وقتی اونجا /بخش با فشار کاری بالا/ می فرستیم طوری عمل می کند که ناخودآگاه می بینید که عملکرد مثبتی ندارد دوباره مجبور می شوید که به بخش سبکتر برگردانیم مجبور می شوید از نیروهای طرحی و نیروهای جوان تر که تازه وارد سیستم می شوند در بخش اورژانس استفاده بکنید که اون کیفیت و کارایی لازم را ندارند برای اینکه این تفاوت ها دیده نمی شود» (کد ۲۴).

۱۰- کارانه به مثابه حقوق مستمر

با توجه به نحوه اجرایی نظام نوین، به منظور اجرای راحتتر برنامه، برنامه تا حدی ساده و روان شده بود، به دنبال ایجاد تفاوت بین کارکنان نبود تا حد امکان از ایجاد تنش و نابرابری جلوگیری می کرد؛ سرانجام در بیشتر بیمارستان‌ها مبلغ پرداخت شده توسط این برنامه به گونه‌ای شده بود که برای کارکنان بیمارستانی حکم یک حقوق ماهیانه را داشته است. «کارانه نظام نوین یک چیزی روتین شده بود مثل حقوق مستمری که می گرفتند» (کد ۲۳).

۱۱- درخواست نیروی کار همواره وجود داشت.

با توجه به اینکه میزان کارانه با تغییر تعداد کارکنان و بهره‌وری آنان ارتباط معناداری نداشت، لذا «قبلاً همه این طمع را داشتند که نیرو بیاورن» (کد ۷) و تعداد نیروهای بخش را افزایش دهند.

۱۲- تمایل کارکنان بالینی برای کار در ستاد

نتایج ناشی از برابری باعث شده بود تا تمایل افراد بالینی برای کار در ستاد دانشگاه افزایش یابد. «قبلاً فک می کنم که برعکس بود همه دوست داشتند که به ستاد بروند.» (کد ۴).

همان طور که در بررسی نامه‌ها در جدول ۶ (خلاصه‌های نامه‌های وارده و صادره) نیز دیده شد، بخش زیادی از نامه‌ها که به عنوان «هم‌طرازی» دسته‌بندی شده‌اند برای این مقوله بوده‌اند و این نامه‌های برای تعیین تکلیف در مورد افراد بالینی بوده‌اند که در ستاد شروع به فعالیت نموده‌اند.

۱۳- ضعف مکانیسم‌های نظارتی

عامل بعدی در عدم اجرای موفق نظام نوین، کم‌رنگ شدن مکانیسم‌های نظارتی پیش‌بینی شده بود. «آنطور که باید و شاید این هیئت‌های اجرایی بیمارستانی یا دانشگاهی اون قسمتی از تکالیفشان که تکالیف نظارتی و کنترلی بود کم‌رنگ شد و فقط بحث نظارت بر پرداخت و نظارت‌های مالی صورت گرفت ... کمتر بیمارستانی یا دانشگاهی در کشور می‌توانید پیدا کنید که به دلیل مشکلات خاص خودشان از این اهرم ارزیابی پزشکان و کارکنان استفاده کرده باشند» (کد ۲۰). این در حالی است که در برنامه نظام نوین «... هم اهرم‌های نظارتی بسیار بسیار قوی پیش‌بینی شده بود و اون اهرم‌های نظارتی در اختیار هیئت نظارت بر طرح نظام نوین بیمارستان‌ها واگذار شده بود.» (کد ۲۰).

۱۴- سایر معایب در دهه دوم اجرای برنامه

پس از ده سال اجرای برنامه، نظام نوین تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین افراد وجود ایجاد نمی‌کرد و بی‌انگیزگی و بی‌تفاوتی خاصی در کارکنان بیمارستان نسبت به بسیاری از موضوعات از جمله رضایت‌مندی بیماران، کنترل درآمد بیمارستان، شیفت بیماران به بخش خصوصی ایجاد شده بود. بیماران بخاطر کاهش حجم خدمات به بیمارستان‌های/بخش‌های خالی، بخش خصوصی و یا به بیمارستانی به‌غیر از بیمارستان محل فعالیت ارجاع داده می‌شدند. «نظام پرداخت به کارکنان وزارت بهداشت یک نظام پرداختی بود که به دلیل غیرعادلانه بودن و عدم در نظر گرفتن عملکرد کارکنان، باعث شده بود که انگیزه کارکنان برای افزایش کارایی یا اثر بخشی را از آن‌ها بگیریم» (کد ۲۵).

به‌علاوه اصلاً انگیزه‌ای وجود نداشت تا خدماتی که در بیمارستان‌ها ارائه می‌شوند ثبت کنند. «قبلاً خیلی از بخش‌ها می‌گفتند که چرا خدمات ثبت کنیم اصلاً به ما چرا خدمات را ثبت کنند. از این حرفها» (کد ۱۲).

۴-۲-۳-۴-۳- اثرات دوسویه برنامه

در این حوزه مصاحبه‌شوندگان آگاه به ۵ موضوع ذیل اشاره کرده‌اند.

۱. ایجاد کننده برابری بیشتر
۲. جدا بودن منابع تأمین اضافه کار و کارانه
۳. اضافه کار تشویقی
۴. قابلیت انتقال منابع مالی توسط مدیران
۵. مدیریت متمرکز برنامه و توسط تعداد کمی از مسئولین
۶. مکانیزم پرداخت کارانه (۳۸) بدون کنترل

در ادامه هر یک از این ابعاد توضیح داده شده است.

۱- ایجاد کننده برابری بیشتر

به بیان یکی از مسئولین اجرایی برنامه نظام پرداخت عملکردی «اگر دنبال برابری بودیم نظام نوین قبلی خیلی برابری بیشتری داشت» (کد ۵). این مسئله نشان می‌دهد که برنامه نظام نوین ظرفیت محدودی برای تمایز افراد نسبت به یکدیگر داشته است؛ به عبارت دیگر بین افراد کارآمد و غیر کارآمد تفاوت قائل نمی‌شد. «بین افرادی که کارایی بالایی داشتند و مؤثرتر در سیستم بودند تفاوت آنچنانی قائل نبود» (کد ۴) و «تفاوت دریافتی‌های حداکثر و حداقل در نظام قبلی خیلی به هم نزدیک بود» (کد ۲۱)

کارکنان نیز با این مسئله تطبیق یافته بودند و لذا فرهنگ‌سازمانی کارکنان در ارجحیت برابری بر عدالت محور بودن نظام پرداخت نیز این‌گونه عنوان شده است «در روش قبلی به خصوص در قسمت کارانه اشکالی که وجود داشت همه یکی می‌گرفتند، متأسفانه هنوز همین ذهنیت وجود دارد که دوست دارند همه یکی بگیرند» (کد ۷)

جمع بندی موارد فوق نشان می‌دهد که به‌طور کلی «عدم رقابت بین کارکنان بخش‌های مختلف» (کد ۱۱) یکی از تأثیرات برنامه نظام نوین بود. از دیدگاه یکی از مصاحبه‌شوندگان که مسئول اقتصاد درمان دانشگاه بود «معمولاً دریافت های افراد مختلف هم زیاد باهم تفاوتی نداشت یک جورهایی نزدیک به هم بود» (کد ۴). این بعد نظام نوین از دیدگاه برخی از کارکنان مزیت به حساب می‌آید اما از دیدگاه بسیاری از مدیران جزو معایب نظام نوین است.

مقایسه دریافتی کارکنان پشتیبانی و درمانی در این زمان نشان می‌دهد که دریافتی کارکنان بخش های بالینی (۵,۶۶۴,۷۹۰ ریال) به‌طور معناداری بیشتر از دریافتی کارکنانی واحدهای پشتیبانی (۵,۲۸۱,۹۶۴ ریال) بوده است ($pvalue < 0,001$) این اختلاف به‌طور میانگین ۳۸۲,۸۲۶ ریال بوده است. به علاوه در این زمان، بررسی دریافتی افراد بر اساس دشواری بخش ها نشان می‌دهد که بیشترین دریافتی برای گروه هشت (دشواریترین بخش ها) (۶,۲۰۴,۲۳۲ ریال) و کمترین دریافتی برای گروه دو (جزء بخش های با دشواری بسیار کم) (۴,۲۷۱,۱۲۸ ریال) بوده است. از لحاظ آماری تفاوت این دو نوع بخش با یکدیگر معناداری است ($pvalue < 0,001$)، اما در مقایسه با تفاوت در میزان دشواری کار در نوع بخش، زیاد به نظر نمی‌رسد.

۲- جدا بودن منابع تأمین اضافه‌کار و کارانه

جدا بودن منبع تأمین اضافه‌کار و کارانه به بیمارستان در رضایتمندی کارکنان تأثیر شایانی داشت. بیمارستان در فاصله زمانی معینی حداقل یکی از آن‌ها را پرداخت می‌کرد. اولاً وقتی این دو مورد از یکدیگر جدا هستند مبلغ کمتری می‌شوند و بیمارستان در تأمین آن با مشکل کمتری مواجه می‌گردد، ثانیاً در فاصله های زمانی متعدد از یکی از منابع (دانشگاه، درآمد اختصاصی، ...) مبلغی وارد بیمارستان می‌شد و بیمارستان تحت عنوان کارانه یا اضافه‌کار آن را پرداخت می‌کرد. «مثلاً می‌بینی سه ماه باهم کارانه می‌دادند و دیگر اضافه‌کاری نمی‌دادند ولی چند ماه دیگر مثلاً دو ماه کارانه می‌دادند. کاملاً جدا بودند اینها» (کد ۱۲) مسئله ای در این خصوص پیش آمده این است که این امر باعث شده تا میزان کارانه (بدون اضافه‌کار) به‌طور کلی بسیار ناچیز باشد و عملاً اثر انگیزانندگی برای اهداف تعیین شده را نداشته باشد.

اما در برنامه عملکردی این دو مورد با یکدیگر تجمیع می‌گردند و مبلغ آن بالاتر می‌گردد. به علاوه عمده آن نیز از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان تأمین می‌شود که تأمین آن برای مسئولان بیمارستان دشوارتر شده است.

۳- اضافه‌کار تشویقی

در راستای ایجاد برابری بین کارکنان، حتی کارکنان بالینی و اداری، نوعی از پرداخت تحت عنوان «اضافه‌کار تشویقی» ایجاد شده بود. در مکانیسم نظام نوین، البته که کارکنان بالینی می‌بایست کارانه مضاعف می‌گرفتند (که ممکن است در برخی بیمارستان‌ها اجرایی نگردد)، ولی برای جبران این مسئله در میان کارکنان ستادی

پرداخت‌های اضافه‌کار تشویقی پرداخت می‌شد. «قبلاً در نظام نوین، معمولاً همه بخش‌های پشتیبان یا اداری یا حسابداری یا ... معمولاً اضافه‌کار نداشتند و صد یا صد و بیست ساعت تشویقی به این‌ها می‌دادند» (کد ۱۲)

باید در نظر داشت که این ساعات اضافه‌کار عملاً ساعات اضافه‌کار واقعی نبودند و برای مدیریت بیمارستان صرفاً مکانیسمی تا دریافتی کارکنان ستادی را افزایش دهند. «در دستورالعمل نظام نوین ... اضافه‌کار تشویقی که معمولاً در قسمت‌های اداری و مالی به کارکنان پرداخت می‌شد، کمتر به کارکنان بالینی اضافه‌کار تشویقی پرداخت می‌شد و این اضافه‌کار تشویقی یک چیز واقعی نبود» (کد ۱۱). مترون بیمارستان در این خصوص بیان می‌کند که «همون موقع مطرح بود که بعضی افراد در سیستم وایمیستند کاری هم انجام نمی‌دهند ولی خوب مبلغ اضافه‌کار را دریافت می‌کردند» (کد ۲۴)

با توجه به تفاوت‌های اجرایی بیمارستان‌ها، درمورد اضافه‌کار تشویقی نیز نحوه اجرا بین بیمارستان‌ها بسیار متفاوت بود. در برخی از بیمارستان‌ها اضافه‌کار فقط به نیروهای ستادی داده می‌شد و در برخی اضافه‌کار تشویقی بر اساس سابقه بین افراد تفکیک می‌شد. «قبل از طرح، اضافه‌کاری متفاوت بود نیرویی که تازه‌وارد سیستم می‌شد با نیرویی که چندین سال سابقه کاری داشت مبلغ اضافه‌کار متفاوت بود» (کد ۲۴)

در هر صورت در زمان اجرای برنامه نظام نوین، این روش تشویق نیز تا حدودی می‌توانسته ابزارهای مدیریتی خوبی به مدیران بیمارستان‌ها در راستای تشویق انجام امور خارج از وظیفه کارکنان و یا انجام حجم بالاتری از کارها در یک مدت معین ایجاد کند.

۴- قابلیت انتقال منابع مالی توسط مدیران

یکی از ابعاد مثبت برنامه برای مدیران این بود که دست مدیران در هزینه کردن کارنه‌ها بازتر بود «مزیت‌هایی هم برای مدیران داشت. تقریباً دستشان باز تر بود» (کد ۲۳).

اما این مسئله می‌توانست بعد دومی نیز داشته باشد. اینکه از این اختیار مدیران بیمارستان‌ها چگونه استفاده کنند به خود آن‌ها وابسته بود؛ اما موردی که از طرف مصاحبه‌شوندگان ارائه شده است جنبه مثبتی ندارد. به دلیل عدم اعمال معیارهای موجود در توزیع پول در نظام نوین، مدیران بیمارستان‌ها اگر می‌خواستند، می‌توانستند عمده پول کارانه را در سطح مدیریت توزیع کنند و مبلغ ناچیزی را برای سایر کارکنان در نظر بگیرند و هیچ معیاری برای نحوه توزیع پول نداشتند به جز سمت بالاتر و این مسئله امکان پارتی بازی بیشتر را

برای افراد نزدیکتر به مدیران سطح بالا به وجود می‌آورد و مکانسیم روشنی برای امکان کنترل این مسئله وجود نداشت.

۵- مدیریت متمرکز برنامه و توسط تعداد کمی از مسئولین

در برخی بیمارستان‌ها نمره رضایت/عملکرد به کارکنان به عنوان یکی از اجزایی که دریافتی افراد تأثیر به سزایی داشت، توسط مدیر بیمارستان یا نماینده آن تعیین می‌شد. «یک مشکلی که این برنامه داشت این بود که تعداد افرادی که می‌آمدند این کار را می‌کردند یکی دو نفر بیشتر درگیر این مساله نبوده‌اند معمولاً مدیر، مترون» (کد ۲۱).

این نحوه مدیریت متمرکز دو بعد دارد. از یک طرف باعث سادگی اجرای برنامه می‌گردد اما از طرف دیگر در بیمارستان‌های بزرگتر با تعداد بیشتری از کارکنان، مقایسه کارکنان و در نظر گرفتن نحوه عملکرد آن‌ها عملاً با مشکل و سوگیری همراه می‌شود.

۶- مکانیزم پرداخت کارانه بدون کنترل

اگرچه مکانیزم پرداخت کارانه (۳۸) باعث افزایش بهره‌وری و کارایی منابع می‌گردد اما اجرای آن بدون کنترل و بدون راهنماهای بالینی عامل تضعیف کننده برنامه نظام نوین معرفی کرده‌اند؛ که خود باعث ارائه خدمات غیر استاندارد (استفاده بیش تر یا کمتر از حد استاندارد) شده و هم تأمین مالی نظام سلامت و هم کیفیت خدمات دریافتی را تحت تأثیر قرار داده است.

۴-۳- بخش سوم: یافته‌های کیفی، زمینه، بازیگران و محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد
ایران

فصل چهارم

بخش سوم

یافته‌های مصاحبه‌ها

زمینه، بازیگران و محتوای برنامه پرداخت مبتنی

بر عملکرد ایران

۴-۳-۱- مقدمه

این بخش در راستای پاسخ به اهداف شماره دو و سه (شناخت دستورگذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی) و بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها آماده شده است.

در این بخش عوامل زمینه ای مؤثر بر دستورگذاری و اجرای برنامه، محتوای گنجانده شده در برنامه و بازیگران ایفاکننده نقش در برنامه به تفصیل آورده شده است. در واقع این بخش به‌طور عمده در پی پاسخ به سؤال «چیزیست سیاست؟» است و مطالعه این فصل ما را درک و ارزیابی کل برنامه یاری می‌رساند.

به‌منظور رسیدن به این هدف، تحلیل سیاست گذاری بخش تا مرحله قبل از اجرای برنامه در قالب مدل مثلث سیاست گذاری ارائه شده است.

۴-۳-۲- خلاصه یافته های زمینه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

سوالی که در این قسمت به دنبال پاسخ به آن هستیم، این است که برنامه در چه زمینه و شرایط محیطی ای تدوین شده است. شاید به‌منظور توصیف وضعیت عمومی کشور در زمان اجرای برنامه، اشاره به نقل قول یکی از مصاحبه‌شوندگان، با سابقه علمی و اجرایی و مشارکت کننده در چندین مداخله بزرگ کشوری (کد ۱۳)، بسیار مؤثر باشد. وی نگرانی کلی خود از وضعیت اجرای مداخلات در کشور را این‌گونه بیان می‌کند که «اینجوری جا افتاده در ایران ... ما استاد انجام دادن و اجرای برنامه‌های خوب به بدترین نحو هستیم؛ یعنی ... کاری نمیکنیم که دیگر هیچکس آنرا اجرا نکنند». لذا لازم است تا زمینه و محیطی که در آن برنامه به اجرا درآمده است به‌خوبی مدنظر قرار گیرد. در ادامه زمینه اجرایی برنامه بنا به مدل لیشر (۱۹۷۹) در چهار گروه (جهانی، ساختاری، وضعیتی و فرهنگی) آورده شده است.

جدول ۹: خلاصه مطالب تحلیل زمینه در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

| توضیحات | زمینه |
|---|--|
| • گسترش زیاد پرداخت عملکردی در سطح دنیا | جهانی |
| • پشتیبانی برنامه از نظام پرداخت کارانه | در هنگام تدوین برنامه (از حدود سال ۱۳۸۹ تا اواخر ۱۳۹۲) |
| • سطح کم آگاهی محیط در مورد پرداخت مبتنی بر عملکرد | |
| • کمبود نیروی انسانی، کمبود امکانات و تخت بیمارستانی و پایین بودن بهره‌وری | |
| • کیفیت متفاوت کارکنان بیمارستان‌ها و تسهیلات بیمارستانی در استان های مختلف | |
| • نحوه مدیریت و اداره متفاوت بیمارستان‌های ایران | |
| • عوامل تهدید کننده درآمد بیمارستانی | |
| • تغییر در محتوای کاری نهادهای مؤثر | ساختاری |

جدول ۹: خلاصه مطالب تحلیل زمینه در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

| توضیحات | زمینه | |
|---|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> تشکیل دفتر ارزیابی فن آوری سلامت در معاونت سلامت وضعیت نامناسب HIS بیمارستان‌ها | | |
| <ul style="list-style-type: none"> طرح تحول سلامت مسئولیت توزیع حجم زیادی از منابع مالی برای معاونت درمان انتصاب معاون درمان وزارت جدید با سابقه اجرای پرداخت عملکردی | همزمان با دستورگذاری (اواخر ۱۳۹۲ تا اواسط ۱۳۹۳) | |
| افزایش نیاز به نیروی انسانی پرستار و تغییر کیفیت نیروهای انسانی | بعد از اجرا (از اواسط ۱۳۹۳ به بعد) | |
| <ul style="list-style-type: none"> مدیریت متمرکز نظام سلامت حسادت بین بخش‌های مختلف و کارشکنی برنامه بالغ برنامه‌ای است که اختلاف و مقاومت کمتری را ایجاد کند رقابت در سطح وزارت برای اجرای برنامه جدید و نامور شدن | سطح کلان | فرهنگی |
| <ul style="list-style-type: none"> استقلال برخی از دانشگاه‌های بزرگ | سطح میانی | |
| <ul style="list-style-type: none"> ذات بخش دولتی فرهنگ‌سازمانی کارکنان برای تعهد و عدالت عدم وجود فرهنگ احترام به عملکرد به جای سابقه عدم وجود فرهنگ ارزیابی همدیگر | سطح خرد | |
| <ul style="list-style-type: none"> انتخابات نظام پرستاری حجم کاری زیاد اوایل اجرای طرح تحول سلامت | وضعیتی | |

۴-۳-۲-۱- زمینه جهانی

حدود یک دهه گذشته در زمان شروع برنامه، اگر چه آگاهی از پرداخت عملکردی در سطح مدیران اجرایی و وزارتی ایران کم بود، به عبارت دیگر، این اصطلاح عبارت آشنایی در نظام سلامت ایران نبود، ولی در همین زمان در سطح دنیا فعالیت‌های گسترده‌ای صورت گرفته بود و مدل‌های پرداخت عملکردی متعددی وجود داشت.

یکی از شروع کنندگان اصلی برنامه اولین تلاش‌ها و تجربه‌های خود را این‌گونه بیان می‌کند: «ما یک مطالعه اولیه انجام دادیم به این نتیجه رسیدیم که پرداخت مبتنی بر عملکرد خیلی کار سنگینی هست و سرچ کردیم و به یک چیزهایی رسیدیم که خیلی با چیزی که خودمان هم فکر می‌کردیم فرق داشت؛ یعنی خود ما هم با این ذهن خامی که چهار تا شاخص پیدا کنیم و چهار تا معیار بدهیم و چهار تا ملاک بدهیم که افراد را ارزیابی کنیم وارد شدیم، بعد فهمیدیم که نه! این یک دنیای وسیعی هست و کلی کتاب و مقاله داشت. اصلاً در ادبیات جدید

دنیا یک جایگاه خاصی برای خودش پیدا کرده و انواع مدلها و شیوه اجرای و تجارب کشورها و بحث‌های دیگری وجود داشت» (کد ۱۷).

۴-۳-۲-۲- زمین‌ساختاری

به‌منظور ایجاد درک بهتر و گسترده‌تر از عوامل ساختاری موجود در سیستم که بر تدوین و اجرای آن اثرگذار بوده‌اند، این عوامل در بر اساس زمان سه گروه تقسیم شده‌اند. در ادامه زمینه‌های ساختاری در هنگام تدوین برنامه، زمینه‌های ساختاری در زمان دستورگذاری برنامه و زمینه‌های ساختاری بعد از اجرای برنامه آورده شده است.

۴-۳-۲-۱- زمینه‌های ساختاری در هنگام تدوین برنامه (از حدود سال ۱۳۸۹ تا اواخر ۱۳۹۲)

زمانی که مدیران و کارشناسان برنامه در حال فکر برای مبتنی بر عملکرد کردن پرداخت‌ها بودند، مسائلی چند در نظام سلامت ایران در ساختار سطوح مختلف وجود داشت و توسط مصاحبه‌شوندگان بدان‌ها اشاره شده است.

- در نظام سلامت عمده نحوه بازپرداخت بیمه‌ها به مراکز طرف قرارداد کارانه بوده است و این روش پرداخت به دلیل کمبود شدید نیروی متخصص در نظام سلامت مورد حمایت قرار می‌گرفت. برخی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۹) این‌گونه از دریافتی بالاتر به ازای تعداد خدمات بیشتر دفاع می‌کنند «پرستار ما دقیقاً سه برابر ظرفیت خودش دارد کار می‌کند یعنی چون نیرو کم هست یک نفر کار سه نفر را می‌کند، یک پزشک کار پنج نفر پزشک را انجام می‌دهد این حقش هست که این پول را بگیرد و در حقیقت درآمد داشته باشد».
- دیگر عامل تحریک‌کننده دستورگذاری برنامه، کمبود نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت، کمبود امکانات و تخت بیمارستانی و پایین بودن بهره‌وری آن‌ها است. یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند که «ضمن اینکه ما یک جاهایی خاص بودیم در کشور، ما کمبود نیروی متخصص داریم. کمبود امکانات و تخت؛ در نتیجه اگر کارایی را ببریم بالا می‌توانیم کمبودها را از این طریق جبران کنیم» (کد ۲۵). لذا افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها به‌شدت توسط سیاست‌گذاران احساس شده بود.
- در کنار این مسئله، در برخی از استان‌های کشور، تفاوت‌های مربوط به توسعه یافتگی منجر شده است که تفاوت‌های اساسی از نظر کیفیت کارکنان بیمارستان‌ها و تسهیلات بیمارستانی وجود داشته باشد. «استان ... اینقد کارمند اونجا نرفته و کارمند ندارن، کارکنان از جاهای دیگر میان شیفت‌های بیمارستان را پر می‌کنند» (کد ۱۳). این مسئله باعث ایجاد مشکلات زیادی در اجرای هرگونه برنامه کشوری تدوین شده بود.

- در زمان اجرای برنامه سطح آگاهی عموم مدیران و اجراکنندگان درمورد موضوع پرداخت عملکردی در حوزه نظام سلامت محدود بوده است. «به ما می گویند، اصلاً نمیدونن [پرداخت عملکردی] چیه؟ رفتن یک مدل صنعتی را برداشتن آوردند میخوان تو وزارت بهداشت اجرا کنند؛ ... اینها مال ایران خودرو هست، اینها میخوان همین هارو در بیمارستانها پیاده کنند» (کد ۱۷).
- در هر یک از بیمارستانها نیز از نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۳)، نحوه مدیریت و اداره بیمارستانهای ایران در آن زمان، نظام‌مندی مشابهی نداشتند و با یکدیگر تفاوت زیادی داشته‌اند. در این بیمارستانها نظام پرداخت به کارکنان حقوق و کارانه بود. دستورالعمل نظام نوین که معیار محاسبه کارانه کارکنان بود با مسائل متعددی روبه رو شده بود و برخی از مصاحبه‌شوندگان به دنبال ارتقای این برنامه بودند. «فک می کنم نظام نوین قبلی را می‌توانستیم توسعه بدهیم» (کد ۴) و فکر می‌کردند نیاز نیست تا نظام پرداخت به کارکنان به‌صورت جدی مورد تجدید نظر قرار گیرد. درحالی که «مسئله خیلی مهمش اینکه ما بضاعت نیروی انسانی نداریم... از نظر اجرای بعضی از کارهای مدیریتی، تغییر، مدیریت تغییر و تحول، کیفیت، بررسی و پژوهش در بیمارستانها بسیار بسیار ضعیف هستیم» (کد ۶) که این خود اجرای هرگونه تغییر در محیط را سخت و دشوار کرده بود.
- در سطح بیمارستانها، به‌طورکلی برخی از عوامل تأمین مالی و تولید درآمد بیمارستان را تهدید می‌کردند: همواره در پرداخت هزینه‌های بیمارستانی توسط بیمه‌ها تأخیر وجود داشته است، با توجه به تورم موجود در کشور ارزش پولی منابع مالی که با تأخیر پرداخت می‌شدند قاعداً کمتر می‌گردید، کسورات بیمه ای از طرف سازمان‌های بیمه ای به‌صورت مبهم و کلی اعمال می‌شده و نظام‌مندی تعرفه‌های خدمات مورد مناقشه جدی بوده است.
- وضعیت موجود HIS بیمارستانها در قبل از اجرای برنامه به هیچ وجه مناسب نبوده است. «من کل کشور را بازدید کردم در یک دوره‌ای، کاری را که HIS های کشورهای دیگر در ۵۰ سال پیش انجام می‌دادند HIS های ما امروز انجام نمی‌دهند» (کد ۱۳). البته باید گفت که زمانی که نظام نوین در حال اجرا بود کمترین تلاش برای بهبود و ارتقای آنها صورت گرفته است چراکه «چرا؟ چون برایش احساس نیاز نشده است» (کد ۱۳).
- تشکیل دفتر ارزیابی فن آوری سلامت در معاونت سلامت سابق و تغییر نام معاونت سلامت به معاونت درمان ماهیت اقتصادی معاونت درمان را افزایش داد (تغییر در محتوای کاری نهادهای مؤثر). کارشناسان معاونت درمان در زمان شروع تدوین برنامه به دنبال مطالعات اقتصادی و هزینه تمام شده خدمات بوده اند و می‌توانستند کارهای اقتصادی خود را در سایر معاونتها به ارائه نمایند. ترکیب این دو زمینه، باعث همراه شدن

سایر معاونت ها با معاونت درمان برای ورود به بحث‌های اقتصادی و نظام پرداخت بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که «چون این بحث ها بود و ما هم روی قیمت تمام شده کار می‌کردیم از نظر سیستم هم این کار [تدوین نظام پرداخت] وجاهت داشت که به دست ما بیاید» (کد ۱۷). اهمیت این مسئله که از انجایی پررنگ می‌گردد که به‌طور سنتی امور مربوط با منابع مالی در معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت پیگیری می‌شد و معاونت ها حق دخالت در امور یکدیگر را نداشتند؛ اما باین حال اولین حرکت های جدی برای تدوین پرداخت عملکردی با ایجاد معاونت درمان و دفتر تعرفه قوت گرفت.

بعد از تشکیل رسمی معاونت درمان و دفتر تعرفه عملاً تمام امور انجام‌شده سابق به این دفتر واگذار شد و تدوین پرداخت مبتنی بر عملکرد عملاً شروع گردید. در این معاونت تیم جدیدی با استخدام کارکنان جدید شکل گرفت تا به‌طور تخصصی درمورد برنامه کار کنند. «در خصوص برنامه پرداخت عملکردی ... با شروع تیم جدیدی که در آنجا به‌عنوان یک تیم کارشناسی وارد شدند... شروع شد» (کد ۱۳). شاید بتوان گفت که ایجاد معاونت درمان در وزارت و به طبع آن ورود سه نفر کارشناسان جدید با تخصص مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از جمله اقدامات اساسی برای شروع کار بوده است.

۴-۳-۲-۲-۲- زمین‌های ساختاری همزمان با دستورگذاری برنامه (اواخر ۱۳۹۲ تا اواسط ۱۳۹۳)

مجموعه ای از عوامل ساختاری در بدنه دولت و سلسله اقدامات بعد از آن در هنگام دستورگذاری برنامه روی داده است. تغییر دولت منجر به تغییر اولویت توجه دولت به نظام سلامت شد، تغییر وزیر بهداشت وقت منجر به اجرای بسته های طرح تحول سلامت و تزریق منابع مالی زیاد در نظام سلامت ایران شد.

- طرح تحول با ایجاد تغییرات وضعیتی و ساختاری باعث شد تا مسئولیت توزیع حجم زیادی از منابع مالی برعهده معاونت درمان واگذار شود؛ به‌عبارت‌دیگر اجرای طرح تحول باعث شد تا هم منابع مالی کلانی به معاونت درمان آورده شود و هم کتاب ارزش نسبی خدمات ویرایش گردد. این دو مسئله باعث افزایش قدرت و تقویت عملکرد معاونت درمان وزارت شد. این درحالی بود که تا قبل از آن «معاونت درمان ... یک معاونت ضعیف ... این گوشه کنارها بود ... و معاونت توسعه واقعاً حرف اول و آخر در وزارت بود» (کد ۱۳). این مسئله شاید بزرگ‌ترین عامل رقابت سایر معاونت های وزارت با اجرای برنامه در مقابل معاونت درمان بود.

همان طور که اشاره شد، پیرو اهداف طرح تحول سلامت به روز رسانی کتاب ارزش نسبی منابع مالی زیادی را به بیمارستان‌ها تزریق می‌نمود. این اقدام یکی از عوامل ساختاری اساسی بود که تأثیر مستقیم بر زمان اجرای برنامه داشته است.

- تغییر ساختاری بعدی، انتصاب معاون درمان وزارت جدید در آن برهه زمانی بوده‌اند. تعیین معاون درمان جدید را می‌توان نقطه عطفی در تعیین رویکردها و اجرای برنامه پرداخت عملکردی دانست؛ چراکه ایشان حدود ۶ سال تدوین و اجرای برنامه‌ای تحت عنوان برنامه پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع) را برعهده داشته‌اند.

۴-۳-۲-۲-۳- زمین‌های ساختاری بعد از اجرا (از اواسط ۱۳۹۳ به بعد)

در زمان اجرا نیز مجموعه ای عوامل ساختاری در محیط وجود داشتند. آگاهی کم از مدیران و اجراکنندگان از کلیت برنامه عملکردی، تحریک بیمارستان‌ها برای ارتقای HIS، فشار کاری زیاد در بیمارستان‌ها و مجموعه تحولات برای جذب پرستار از این جمله‌اند که در ادامه توضیح داده شده‌اند.

- با توجه به اهمیت HIS در نظام بیمارستانی، یکی از اثرات اجرای برنامه تحریک ارتقای HIS های بیمارستانی بوده است، حداقل تا جایی که بتوانند برنامه پرداخت عملکردی را اجرا نمایند.
 - یکی از ابعادی که در پی طرح تحول روی داده است، افزایش نیاز به نیروی انسانی پرستار در بیمارستان‌ها بوده است. بنا به بیان مصاحبه‌شوندگان، با توجه به طرح‌هایی که از طریق آن‌ها نیروی انسانی بیمارستان خصوصاً پرستاران تأمین می‌شود، کیفیت نیروی انسانی در بیمارستان‌های کشور احتمالاً رو به افول است. مصاحبه‌شونده پرستار (کد ۱۴) بیان می‌کند چندین طرح در سال‌های اخیر اجرایی شده است: عدم جذب پرستاران کارشناسی ارشد در سال‌های اخیر، کاهش استخدام و کاهش قراردادی‌های تبصره ۳، ایجاد امکان تمدید طرح برای پرستاران طرحی، تمدید طرح پیام‌آوری (طرح پرستاران سرباز)، قانون پیش سرباز، به‌کارگیری دانشجویان پرستاری در بیمارستان به‌عنوان پرستار و طرح آموزشی جدید برای خروج پرستاران از محیط دانشگاهی و آموزش آن‌ها فقط در بیمارستان. ترکیب این عوامل با یکدیگر باعث شده است تا «تعداد نیروهای جدیدی که وارد بیمارستان می‌شوند خیلی زیاد بشود و نیروی باثبات کمتر داشته باشند» (کد ۱۶). «کار را که زیاد کرده‌اند نیرو را هم زیاد کرده‌اند ولی نیرو را در غالب استخدامی زیاد نکرده‌اند» (کد ۱۴)
- به‌عبارت‌دیگر بیان می‌شود که «با طرح‌هایی طرح کمک پرستار، کمک بهیار، وزارت بهداشت آتقدیری که در رده‌های پایین‌تر به پرستاری تاکید می‌کند در رده‌های بالا تاکید نمی‌کند». این مسئله باعث

شده تا در بخش های بیمارستان (خصوصاً مناطق محروم) کیفیت نیروی کار پایین بیابد. «در بخش ما، سه تا سرباز داریم، دو تا تمدید طرح داریم، یک نفر هم پیش سرباز داریم. خب! این نیرو وقتی که می آید حداقل چهار ماه، پنج ماه طول می کشد اصلاً تا حساب کار بیاید دستش، جالبه! تازه میافته توی دور، بعد نیروی بعدی می آید داخل کار» (کد ۱۴)

۴-۳-۲-۳- زمین فرهنگی

ابعاد فرهنگی مسئله ای چندعاملی و تأثیرگذار در اجرای هر برنامه ای هستند. این حوزه در مطالعه حاضر در سطح کلان، میان دست و خرد تأثیرات خود را بر جای گذاشته است. در ادامه کدهای متعدد استخراج شده در حوزه فرهنگی مرتبط با اجرای برنامه آورده شده است.

۴-۳-۲-۱- زمین فرهنگی در سطح کلان

- در زمان اجرای برنامه، به طور کلی دانشگاه های کشور به صورت متمرکزتری توسط وزارت مدیریت می شدند؛ به عبارت دیگر فرهنگ سازمانی مخالفت با دستورالعمل های ملی وزارت توسط روسای دانشگاه های علوم پزشکی کمی تقلیل یافته بود. به گفته مصاحبه شونده گان در سطح وزارت، وزاری دوره های قبل نحوه مدیریت مشارکتی تری داشته اند. «اختیار و قدرت روسای دانشگاه در دوره های مختلف هم متفاوت هست، [در دوره های قبل] مثل این دوره [۱۳۹۵] خیلی نبود که ما دستورالعمل ملی صادر بکنیم، یعنی در برخی از دوره ها وزرا ... اصلاً کلاً دستورالعمل ستادی دادن را مرسوم نمی دیدند، یعنی [روسای دانشگاه ها] بر نمی تافتند. مگر اینکه وزیر خودش می خواست یک کار خیلی خاصی انجام دهد» (کد ۱۷). تغییر در نحوه مدیریت دانشگاه های کشور یکی از موارد تسهیل کننده برنامه عملکردی بود.

- یکی از کدها در حوزه فرهنگ سازمانی، در سطح ستاد وزارت عنوان شده است، یکی از تدوین کنندگان برنامه (کد ۱۷) در مورد اجرای برنامه جدید در سطح وزارت خانه بیان می کند «این یک واقعیت عملکردی است! حسادت شدید [از نوع منفی] دارند نسبت به یکدیگر [واحدهای سازمانی]» که منجر به کارشکنی های مضر برای یکدیگر می شوند. برای توصیف وضعیت فرهنگ سازمانی موجود و تأثیر آن در اجرای برنامه وی در ادامه بیان می کند، در ابتدای ارائه برنامه در سطح وزارت «بعید میدانم هیچ کس در معاونت ...، یکساعت به مبانی فعلی پرداخت مبتنی بر عملکرد توجه کرده باشد» (کد ۱۷)، چراکه «معاونت ... تا الان این دستورالعمل را به رسمیت نشناخته در هیچ جلسه ای رسماً از این دستورالعمل

حمایت نکرده. بهترین جمله ای که گفتن اینه که ما فعلاً در مقابل چنین دستورالعملی سکوت می کنیم» (کد ۱۷) ولی همواره در حال کارشکنی بوده است و این رفتار را نشانه ای از فرهنگ سازمانی ناسالم آن معاونت می داند.

- کد دیگر در سطح ستاد به این مسئله اشاره دارد که از نظر برخی مدیران کلان، برنامه بالغ برنامه‌ای است که اختلاف و مقاومت کمتری را ایجاد کند حتی اگر از مزایای برنامه کسر شود و به معایب آن افزون گردد. برای مثال نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت درمورد بلوغ برنامه‌این‌گونه است: «برنامه عملکردی هم به مرور بالغ شده دیگه! یعنی با تغییراتی که در آن انجام شد، سابقه در نظر گرفته شد، ضریب بین گروه‌های مختلف کم شد، پشتیبانی ضریبش برداشته شد و ... الان یک کم مچورتر و بالغ تر هست» (کد ۲۵). در صورتی که موارد ذکر شده در این نقل قول همگی به ضرر اصل و ذات برنامه است و آن را از عدالت دورتر می کرد.

- نماینده نظام پزشکی جو سازمانی وزارت برای اجرای برنامه‌های جدید را این‌گونه توصیف می کند: «غالب این افراد هم افرادی هم هستند که جویای نام هستند که ما یک متد را در انگلیس دیدیم در جای دیگر دیدیم بیایم این را اجرا کنیم و صاحب سبک شویم» (کد ۸). رقابت در سطح وزارت برای اجرای برنامه جدید و نامور شدن همواره وجود داشته است. این عمل هم به صورت کلی و هم با عناوینی مانند «سهم من یا اداره من در طرح تحول» نیز توسط مصاحبه‌شوندگان بیان شده است. به نظر می رسد به علت عدم ثبات مدیریت کلان و خرد در سطح وزات، کارشناسان و مدیران سعی می کنند تا در اسرع وقت طرح های جدید را شروع و به سرانجام برسانند «بدون اینکه فرهنگ، رفتار سازمانی و مؤلفه های زیادی را در نظر بگیرند» (کد ۸) که ممکن است کمیت و کیفیت اجرای برنامه را تحت شعاع قرار دهد. در همین راستا یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می کند «ما متخصص بد اجرا کردن تجربه های خوب دنیا هستیم» (کد ۱۳). درمورد پرداخت عملکردی نیز یکی از مصاحبه شونده گان بیان می کند که «دوستان باز طبق معمول احساس بومی سازی بهشان دست داد این بومی سازی با مداخلات کارشناسی، کار را خراب تر کرد» (کد ۸).

- ممکن است برخی از ارگان های دیگر نیز به دلیل عدم جواب گرفتن از برنامه مدنظر خود، به دنبال انتقام از دیگر بخش ها بوده باشند. یکی از افراد آگاه بیان می کند که «نظام پرستاری بیشتر دنبال تعرفه گذاری خدمات پرستاری هست؛ به خاطر اینکه وزارت بهداشت نتونسته تا حالا اونو اجرایی کند،

یکجوری دارد سنگ اندازی می‌کند» و به واسطه تحریک پرستاران، خصوصاً در اولایل اجرای برنامه، مخالف خود را بیان نموده است.

۴-۳-۲-۳-۲- زمینة فرهنگی در سطح میانی

از نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۳) رفتارهای متفاوت دانشگاه‌ها در اجرای برنامه به‌طور مستقیمی به نحوه مدیریت مدیران این سازمان‌ها و فرهنگ‌سازمانی غالب دانشگاه دارد. فرهنگ‌سازمانی برخی از دانشگاه‌های بزرگ کشور این‌گونه است تا حد امکان از وزارت تبعیت نکنند. «یکی از مشکلاتی که ما در ساختار بهداشت و درمانمان در کشور داریم این هست که خیلی کم تبعیت می‌کنیم از سیاست‌گذار و اجراکننده کلان، بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مان در شهر ... خودشان مدعی این هستند که جدای از ستاد وزارت خانه هستند، خودشان سیاست‌گذار هستند، خودشان به‌صورت مستقل اجراکننده هستند، از صفر تا صد خودشان هستند» (کد ۲۳). البته این مسئله فقط در زمینه برنامه عملکردی وجود نداشته و بنا به بیان مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۳) سابقاً در اجرای دیگر برنامه‌های کشوری (نرم افزار حسابداری واحد برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کل کشور به نام سیستم حسابداری نظام نوین روزآمد) نیز این رفتار از طرف دانشگاه‌ها دیده شده است.

۴-۳-۲-۳-۲- زمینة فرهنگی در سطح خرد

- بیمارستانی که در حال اجرا کردن برنامه است یک ساختار دولتی با کارمندی با ویژگی‌های کارمندان دولتی را داراست. مصاحبه‌شونده (کد ۴) بیان می‌کند که «یک تفاوت‌های خیلی عمیقی از نظر فرهنگ‌سازمانی بین نهادهای دولتی و خصوصی وجود دارد. ببینید بیمارستان‌های ما یک سازمان دولتی هستند، دانشه! خیلی از چیزهایی که شما می‌خواهید پیاده کنید به مشکل می‌خورد و پرداخت مبتنی بر عملکرد هم مشکل پیدا کرد».
- یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۸) به نیاز فرهنگی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران اینگونه اشاره می‌کند که «قطعا هر الگویی که در ژاپن جواب بدهد در ایران جواب نمی‌دهد چون سبک زندگی، سبک دید آن‌ها و روش کار آن‌ها متفاوت هست، همه منظم و متعهد و کارکن و در اینجا همه این‌ها برعکس هست خب این‌ها اصلاً جواب نمی‌دهد».
- مصاحبه‌شونده، با تجربه تدوین و اجرای برنامه پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع)، دو مورد از مشکلات اساسی اجرای برنامه‌های عملکردی را نیز در فرهنگ‌سازمانی و فردی کارکنان می‌داند.

- ۱- عدم وجود فرهنگ احترام به عملکرد به جای سابقه: «در بیمارستانهایی که من کار کرده ام همیشه می گویند که باسابقه ترین آدم بشود سرپرستار، باسابقه ترین آدم بشود شیفت صبح، باسابقه ترین آدم نمی دانم امتیاز بهرحال بالا، هنوز عادت نکردیم که باید به عملکرد آدم ها باید پاداش داد، پرداخت کرد، شاید یک نیروی طرحی دو سال سابقه کار خدماتش و دقتش و کیفیت کارش از یک پرستار بیست سال سابقه بیشتر باشد. یک مقدار پذیرش اینها بهرحال با مشکل مواجه هست» (کد ۲۹)
- ۲- عدم وجود فرهنگ ارزیابی همدیگر: «ما هنوز یاد نگرفتیم همدیگر را ارزیابی کنیم، اصولاً هم دوست نداریم دیده شویم، نظارت بشویم، یعنی فرهنگش هم واقعاً وجود ندارد و مقاومت می کنیم» (کد ۲۹)

۴-۳-۲-۴- زمینه وضعیتی

- انتخابات نظام پرستاری: هم زمان شدن اجرای برنامه با انتخابات نظام پرستاری نیز چالش هایی را برای اجراکنندگان به همراه داشته است. حتی این برنامه (دفاع از آن یا رد آن) در شعارهای انتخاباتی نامزدهای نظام پرستاری قرار گرفت. لذا مصاحبه شونده که مسئول اجرایی برنامه در دانشگاه بود بیان می کند «یکی از مشکلات دیگر که طرح داشت همزمانی برگزاری دوره انتخابات نظام پرستاری بود که خب خود این قضیه یک مقدار بعضی ها می خواستن بهره ورداری از این موضوع بکنند» (کد ۲۱) که در ادامه مصاحبه شونده در سطح وزارت نیز از اثرات آن می گوید «مقطع زمانی کار هم خورد به انتخابات نظام پرستاری و ... باعث شد که کار ما تا حدودی با چالش مواجه شود» (کد ۲۲).
- حجم کاری زیاد اوایل اجرای طرح تحول سلامت: از آنجایی که خود برنامه عملکردی به واسطه طرح تحول در گردونه اجرا قرار گرفته بود، با دیگر برنامه های طرح تحول همراه بوده است. ترکیب این مداخلات که عمده فشار کاری آنها نیز بر دوش بیمارستان ها بوده است، فشار زیادی به کارکنان بیمارستانی وارد نمود. به دلیل این زمان بندی اجرایی عملاً حجم زیادی از کارهای مربوط به اسناد و مدارک پزشکی دوباره کاری شود و حجم کاری کارکنان بیمارستان بسیار بیشتر شود. برخی از مصاحبه شوندها فشار کاری را در سطح ستاد وزارت خانه نیز عنوان کرده اند. «مخصوصاً اینکه سال نودوسه سال خیلی سختی بود برای کل نظام سلامت، هم برای محیط و هم ستاد نظام سلامت، واقعاً در ستاد که شب و روز نداشتیم، در محیط هم واقعاً محیط سختی بود» (کد ۲۲).

۴-۲-۳- بازیگران برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

به طور کلی کل برنامه پرداخت عملکردی در ایران را می توان در دو سطح مورد بحث قرار داد. در سطح کلی ضرورت یا عدم ضرورت طراحی برنامه مورد بحث است و در سطح خرد جزئیات طراحی برنامه مورد بحث است.

نتیجه مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که درمورد کلیت برنامه و اینکه بایستی اجرا شود هیچ نهادی مخالف رسمی اجرا و تدوین برنامه مبتنی بر عملکرد نبود؛ اما درمورد جزئیات دیدگاه‌ها متفاوت می‌گردد.

متولی اصلی تدوین برنامه دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت در معاونت درمان وزارت بوده است؛ اما به دلیل گستردگی طراحی برنامه و محدود بودن تعداد کارشناسان دفتر، در تدوین بخشی از کار از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی بزرگ کشور بهره گرفته شد. به‌طور خلاصه نحوه توزیع کار به شرح ذیل بوده است:

الف- دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی شاخص‌های آموزشی و آکادمیک؛

ب- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شاخص‌های اداری، مالی و پشتیبانی بیمارستان‌ها؛

ج- دانشگاه علوم پزشکی مشهد در کلیات کار مانند مدیریت بعد مالی پروژه‌های طراحی شده درگیر بود؛

د- معاونت درمان و مراقبت‌های پرستاری و معاونت درمان وزارت: شاخص‌های ارزیابی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی

ه- معاونت درمان وزارت: شاخص‌های ارزیابی عملکرد بالینی پزشکان

پس از طراحی اولیه برنامه و ارائه آن در جلسات داخل وزارت، برخی دیگر از معاونت‌ها خصوصاً مرکز بودجه و پایش عملکرد در معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت درگیری بسیار بیشتری در ادامه طراحی و تغییرات برنامه داشته است.

با این توصیف به‌طور کلی مشارکت کنندگان در تدوین برنامه را می‌توان در دو گروه بزرگ جای داد.

۱. **مشارکت کنندگان حوزه ستادی وزارت:** منظور از این بازیگران، تمام معاونت‌هایی داخل وزارت

است که هر کدام به نوعی در تدوین برنامه درگیر بوده‌اند. در داخل وزارت معاونت درمان (دفتر ارزیابی

فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت)، معاونت توسعه و مدیریت منابع وزارت (مرکز بودجه و

پایش عملکرد)، معاونت مراقبت‌های پرستاری، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی و معاونت

آموزشی به ترتیب بیشترین اثر را در تدوین برنامه داشته‌اند.

۲. مشارکت کنندگان خارج از حوزه ستادی وزارت: این مشارکت کنندگان شامل ۴ دانشگاه بزرگ علوم پزشکی و خدمات درمانی بزرگ کشور و متولیان برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد اجرا شده در بیمارستان امام حسین (ع) می‌باشند.

۴-۲-۳-۱- کیفیت و کمیت مشارکت تمام بازیگران در برنامه

اگرچه تدوین کنندگان بیان می‌کنند که تا حد امکان از تمام افراد و ارگانهایی که خواهان مشارکت بوده‌اند بهره گرفته شده است؛ اما در مورد کیفیت مشارکت‌ها سه نکته اساسی به شدت توسط مصاحبه‌شوندگان بیان شده است:

مشارکت معاونت‌های توسعه وزارت و دانشگاه: یکی از مصاحبه‌شوندگان که به‌طور کلی منتقد شدید برنامه بوده است بیان می‌کند که در این برنامه به میزان کافی از معاونت‌های توسعه وزارت و دانشگاه مشارکت گرفته نشده است: «اعتقاد دارم که همه عوامل در تدوین این دستورالعمل حضور نداشتند. مثلاً حضور معاون توسعه کم بوده، معاونت توسعه وزارت و هم چنین معاونت توسعه دانشگاه‌ها کمتر بودند» (کد ۱۸).

توضیحی که می‌توان برای این مسئله ارائه داد این است: از آنجایی که به‌طور سنتی امور مربوط به تأمین و توزیع منابع مالی در سطح دانشگاه و وزارت همواره بر عهده معاونت توسعه و پشتیبانی بوده است، این معاونت از مخالفان اصلی متولی شدن معاونت درمان برای چنین برنامه‌ای بود. چراکه با تدوین برنامه عملکردی در معاونت درمان، قدرت و نفوذ آن‌ها در سطح دانشگاه‌ها و وزارت تحت تأثیر قرار می‌گرفت. لذا احتمالاً تدوین کنندگان برنامه با آگاهی از این برنامه تا حد امکان از مشارکت گرفتن از معاونت توسعه وزارت اجتناب نموده‌اند یا بلعکس معاونت توسعه مخالف خود را با عدم همکاری و مشارکت در تدوین برنامه نشان داده است. یکی از تدوین کنندگان در این خصوص بیان می‌کند که «با معاونت توسعه کلی چلنج داشتیم که این کار در اینجا انجام شود یا اونجا انجام شود، وزیر هم مردد بود ما انجام بدیم یا اونها انجام بدن، بالاخره گاردی بین ما و معاونت توسعه بود» (کد ۱۷).

مشارکت سایر بازیگران داخل ستاد وزارت: در مورد این بازیگران بیان نموده بودند که «علیرغم اینکه دخالت داده بودند ولی گوش شنوایی برای این حرفها نبود. ظاهراً مشارکت داده شده بودند» (کد ۱۸)؛ به عبارت دیگر با وجود اینکه در بسیاری از جلسات از افراد مؤثر در برنامه دعوت به عمل می‌آمد ولی همواره کیفیت مشارکت‌گیری مورد بحث بوده است. مسئول دانشگاهی اجرای برنامه در خصوص مشارکت‌ها بیان می‌کند که «احساس من بر

این بود که پرداخت مبتنی بر عملکرد در معاونت درمان یک سویه تنظیم و اجرا و ابلاغ و پیاده‌سازی شده بود، شاید از معاونت پرستاری کمک گرفته باشند ولی از معاونت توسعه حداقل کمک را گرفته بودند.» (کد ۲۳).

این رفتار تدوین کنندگان می‌تواند به دو دلیل باشد: اول اینکه به دلیل پیچیدگی مدل طراحی شده، پیشنهادات سایر مشارکت کنندگان، به‌خوبی با مدل هماهنگ نبوده یا قابلیت به‌کارگیری را نداشته‌اند. دوم، معاونت درمان بنا به فوریتی که در طراحی نهایی و اجرای برنامه داشت ناچار بود با کاهش مشارکت سایر گروه‌ها، هر چه زودتر برنامه را اجرا نماید.

البته یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت علت اینکه تدوین کنندگان به پیشنهادات سایر مشارکت کنندگان جواب مثبت کمتری می‌دادند را اعتماد بیش از حد آنان به برنامه خود معرفی کرده است. «به عقیده من شاید اطمینان بیش از حد بود که به درست بودن برنامه داشتند» (کد ۹).

مشارکت اصناف تخصصی: یکی از مصاحبه‌شوندگان در معاونت پرستاری بیان می‌کند که «من آن موقع در نظام پرستاری بودم، در نظام از ما نظری را نخواستند، ما در نظام پرستاری بودیم به‌عنوان یک سازمان صنفی از ما نظر نخواستند» (کد ۹)؛ اما سؤال اینجاست که کارشناسان سؤالات تخصصی خود را چگونه جواب می‌دادند؟ رفتاری که در سطح وزارت وجود دارد (به هر دلیل) این است که کارکنان ستادی در وزارت به‌عنوان نماینده صنف حرفه وی در نظر گرفته می‌شد و مشارکت‌های ذی‌نفعان به‌صورت غیرمستقیم از همان افرادی که در ستاد بودند گرفته شده است و انجمن‌ها و نظام‌های موجود در جامعه مورد مشورت قرار نگرفته یا بسیار مشارکت کم‌رنگی داشته‌اند.

مشارکت نماینده افراد ذی‌نفع در سطح بیمارستان: بنا به اذعان افراد مشاکت‌کننده در تدوین جزئیات برنامه (کد ۲۱) در جلسات متعدد از نظرات افراد مختلف درگیر در امور بیمارستان نیز بهره‌گرفته شده است. «تیمی که انتخاب کرده بودن تیم خوبی بود همه گروه‌ها توش بودن پرستار بود مترون بود مثلاً مدارک پزشکی بود حسابدار و پزشک و همه افراد بودند» (کد ۲۱)؛ اما با این حال از نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان، علت اینکه برنامه عملکردی در میان کارکنان خصوصاً پرستاران رضایتمندی ایجاد نکرد این است که کیفیت مشارکت‌گیری در امور به نحوی نبوده است که نظرات تمام مشارکت‌کنندگان در برنامه اعمال شود. «ما را به هدف نرساند هم چماق خوردیم و هم پیاز، هم پول دادیم و هم کتک خوردیم و ... یعنی اگر واقعاً این راضی‌کننده بود باید به جای این همه پول که دادیم باید رضایتمندی ایجاد می‌کردیم، ولی ... نشد. دلیل این بود که ... حداقل آنکه بنده به‌عنوان کارشناس دنبالش بوده ام اعمال نشد» (کد ۹)

سازمان‌های بیمه پایه سلامت: باید اذعان کرد که درمورد مشارکت سازمان‌های بیمه سلامت در تدوین برنامه کمتر مصاحبه شونده ای اشاره مستقیمی به آن‌ها نموده است؛ اما برای بعد از حدود یکسال از اجرای برنامه بیان شده که تمام ذی نفعان و بازیگران درگیر در این مسئله بایستی برای تحقق اهداف برنامه همراهی می‌کردند که این اتفاق نیافتاده است. «در این پکیج، باید همه باهم می‌بودند، متأسفانه بخشی از انهایی که خارج از حوزه وزارت بهداشت بودند همراهی نکردند» (کد ۱۹). عمده این بحث‌ها را مربوط به سازمان‌های بیمه می‌دانند.

مسئله ای حائز اهمیت در حوزه بازیگران این برنامه عدم مشارکت سایر بازیگران خصوصی و نمایندگان مردم در این برنامه است. به‌منظور تسهیل دسترسی به افراد آگاه از مسائل تخصصی عمدتاً از افراد مرتبط با موضوع در داخل وزارت خانه استفاده می‌شده است. این عمل قاعدتاً سرعت دسترسی و نظرخواهی را افزایش داده است ولی بررسی تضاد منافع و آگاهی از ریز اطلاعات محیط را ضروری می‌سازد. یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت خانه و آگاه از نحوه تدوین برنامه (کد ۲۵) بیان می‌کند «یکی از ضعفهای اصلی این برنامه شاید همین بوده، ببینید پزشکان سیاستگذار وزارت خانه بیشتر مشارکت داشتند تا انجمن تخصصی پزشکان تا پزشکان داخل فیلد و همینطور پرستاران و گروه‌های درواقع کلینیکی، پشتیبانی، درواقع بیشتر در سیستم ستادی طراحی شده بود تا صف».

۴-۲-۴ - خلاصه یافته های محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

بنا به پیشنهاد ارائه شده توسط باس و همکاران (۲۰۱۲) (۷۸) محتوای برنامه در چهار قسمت ارزش، هدف، پیش فرض و اثر توزیعی برنامه دسته بندی شده است.

جدول ۱۰: خلاصه مطالب تحلیل محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

| توضیحات | محتوای برنامه | |
|---|--------------------------|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • شفاف سازی، • ایجاد بانک اطلاعاتی بهتر، • کاهش دریافت زیرمیزی توسط پزشکان، • ایجاد بانک اطلاعاتی دریافتی کارکنان، • ایجاد عدالت پرداختی در سطح بیمارستان ها | سطح وزارت | |
| <ul style="list-style-type: none"> • برای اجرای طرح تحول تدوین شده است • برای جذب بیشتر پزشکان در بخش دولتی؛ • رضایتمندی بیشتر کارکنان؛ • کاهش تقاضای نیروی کاذب؛ • افزایش کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران، • ایجاد انگیزه برای کار در بخش های با دشواری بیشتر | سطح دانشگاه | اهداف |
| <ul style="list-style-type: none"> • مدیریت هزینه بیمارستان به واسطه تعیین سقف برای پزشکان • کاهش هزینه های پرسنلی و صرفه جویی مالی. | مسئولان مالی بیمارستان | |
| <ul style="list-style-type: none"> • به میزان کار پول پرداخت می گردد | کارکنان بالینی بیمارستان | |
| <ul style="list-style-type: none"> • عدالت و یا ایجاد نابرابری در پرداخت • ایجاد ارزش برای پول در حال پرداخت • شفافیت در نظام پرداخت بیمارستانی و جریان منابع آن • همسان سازی نظام پرداخت | | ارزش ها |
| <ul style="list-style-type: none"> • نظام پرداخت غالب به ارائه کنندگان کارانه است. • تغییر کامل و ناگهانی برنامه پرداخت در بیمارستان ها ضروری است. • طراحی برنامه بر اساس اطلاعات گرفته شده از برنامه پرداخت سابق است. • برنامه های در حال اجرا در کشور روا و قابل اعتماد هستند. • تعهد مدیران محیطی خصوصاً در سطح بیمارستان لازم است. • توانایی نظام سلامت/بیمارستان برای اجرای برنامه مناسب است. • برنامه با کمترین مقاومت در سطوح مختلف اجرایی خواهد شد. • نمره کیفیت در بیمارستان ها، اجرایی و اعمال می گردد. | | پیش فرض ها |

جدول ۱۰: خلاصه مطالب تحلیل محتوای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

| توضیحات | محتوای برنامه | |
|--|---------------|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • آنگونه که انتظار می رود، برنامه تفاوت ها را قائل می شود. • ایجاد پایداری مالی موردنیاز است. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • تضاد منافع بین معاونت های وزارت منجر به تغییر برنامه شد | سطح وزارت | اثر توزیعی برنامه |
| <ul style="list-style-type: none"> • جابجایی های مالی بین بیمارستان، دانشگاه و خزانه کشور و جزء حرفه ای • متولی توزیع منابع • شفافیت روند و مبالغ مالی | سطح دانشگاه | |
| <ul style="list-style-type: none"> • افزایش ناگهانی پرداختی ها به کارکنان • سنجش نمره کیفیت عملکرد • درگیر شدن پزشکان در برنامه • مدیریت یکپارچه بالینی در بیمارستان • دریافتی بیشتر کارکنان بالینی نسبت به ستادی • اجرا توسط کارکنان ستادی • اثر سابقه بر دریافتی • ادغام اضافه کار و کارنه سابق • ساعات اضافه کار • وزن قبول مسئولیت در بخش • ضریب سختی بخش | سطح خرد | |

۴-۲-۴-۱- اهداف تدوین برنامه

در این بخش به توصیف اهداف مستند و غیرمستند برنامه از نظر مصاحبه شوندگان پرداخته شده است. به منظور شفافیت بیشتر اهداف از نظر سه گروه تدوین کنندگان و اجرا کنندگان از یکدیگر جدا شده است.

در Error! Reference source not found. خلاصه یافته های مرتبط با اهداف برنامه از دیدگاه های مختلف به نمایش گذاشته شده است و در ادامه هر یک از آنها توضیح داده شده است.



شکل ۸: توصیف اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد از دیدگاه های مختلف

۴-۲-۱-۱-۴-۱ اهداف برنامه عملکردی از نظر تدوین کنندگان

به طور کلی از نظر مصاحبه شوندهگان در سطح تدوین کنندگان و وزارت ۱۰ هدف استخراج شده است. لیست این اهداف در ادامه آورده شده است.

۱. ایجاد تغییر و نه ایجاد اصلاحات در نظام پرداخت بیمارستانی
۲. کمک به خودگردانی مالی بیمارستان و بخشهای آن در بخش دولتی-دانشگاهی
۳. کنترل توزیع منابع مالی وارده به بیمارستان: اثرات کتاب ارزش نسبی
۴. ایجاد تفاوت در میزان پرداختی به کارکنان و ایجاد انگیزه برای بهره‌وری بیشتر
۵. بهبود کیفیت منابع انسانی پرستار در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی
۶. ایجاد ابزار مدیریتی برای مدیران بیمارستان
۷. اجرا در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی
۸. تقویت قدرت انگیزانندگی منابع مالی در حال توزیع
۹. بهره‌گیری از تفویض اختیار و توزیع مسئولیت در بیمارستان‌ها

در ادامه توضیحات هر یک از این اهداف گزارش شده است.

۱- ایجاد تغییر و نه ایجاد اصلاحات در نظام پرداخت بیمارستانی

هدف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران ایجاد اصلاحات در نظام پرداخت نبوده است و به طور کلی این برنامه به دنبال توزیع مناسب تر درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور بود. «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، دستورالعمل بازتوزیع درآمدهای اختصاصی بیمارستان هستند» (کد ۱۳).

تدوین کنندگان برنامه اذعان دارند که در نظام پرداخت ایران اصلاحات انجام نداده‌اند، بلکه نظام قبلی را ارتقا داده‌اند. در واقع این حرکت را تغییر و یا به عبارت دیگر «یک کار بزرگ» (کد ۲۲) می نامند تا اصلاحات. «این اصلاحات و ارسال و ابلاغ این دستورالعمل را جزء اصلاحات اساسی نظام سلامت نیمدانم؛ اصلاحات ویرایشی هستند، در حقیقت نظام پرداخت را کلاً تغییر ندادیم؛ توی این نظام سلامت کیفیت تزریق می کنی؛ شاخص مند بودن تزریق می کنی» (کد ۲۲).

درواقع تغییرات ایجاد شده را راهکاری برای رفع نواقص نظام قبلی (مانند تأثیر شاخص‌های اسمی همچون نوع استخدام بر دریافتی افراد) و به روز شدن برنامه با تغییرات جدید طرح تحول (از جمله کتاب ارزش نسبی) می دانستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در مورد شروع برنامه می گوید: «برنامه پرداخت عملکردی با ... بحث بازنگری نظام پرداخت یا بازسازی همان نظام نوین بیمارستانی شروع شد» (کد ۱۳). همچنین بیان شده است که «شرح تدوین این [برنامه عملکردی] تقریباً میشه گفت تدوین اولیه اش همان نظام نوین سابق است، به نظر من اگر بگیم روند در دستور کار قرار گرفتن این برنامه ... در اصل بازنگری یک برنامه‌ای بود که وجود داشت» (کد ۱۳)؛ اما در عین حال بیان می کنند که «به هیچ وجه در مورد اینکه دستورالعمل مفید بوده و اگر کامل عملیاتی می شد می تونست حوزه مدیریت بیمارستانی ما را دچار تحول بکند شک ندارم» (کد ۲۲).

در مورد سمت و سوی تغییرات برنامه سابق، یکی از مصاحبه‌شوندگان اینگونه بیان می کند: «[پرداخت عملکردی] یک نوع نسخه پیشرفته تره، در واقع برای پرداخت کردن به کارکنان و پزشکان» (کد ۴). به طور کلی در ابتدا کل پروژه در ۵ گروه مدیریت شده بود: الف- چهارچوبی برای ارزیابی عملکرد آکادمیک، ب- ارزیابی عملکرد واحدهای اداری، مالی و پشتیبانی بیمارستان‌ها، ج- ارزیابی عملکرد بالینی پزشکان و د- ارزیابی عملکرد بخش‌های تشخیصی و درمانی. بر اساس این چهار بعد «دستورالعمل نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» یا «نجات» تدوین گردید. ه- حوزه پنجم بعد کیفیت بود که به طور خاص از دستور اجرایی بیرون کشیده شده بود.

۲- کمک به خودگردانی مالی بیمارستان و بخش‌های آن

یکی از اهداف اولیه طراحی برنامه، خودگردان کردن حداکثری بیمارستان‌ها بوده است. «اولین ذهنیتی که داشتیم این بود که پامون رو میذاریم روی پامون، بیمارستان‌ها مون مثل فرفره به لحاظ اقتصادی می‌چرخد» (کد ۱۷).

برنامه پرداخت عملکردی باعث تشدید قانون خودگردانی بیمارستان‌ها شده است و حتی خودگردانی بیمارستان را تا سطح بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی نیز عمق داده است. «بخش به‌عنوان زیرمجموعه بیمارستان، بایستی درآمد‌هایش مشخص باشد، کسوراتش مشخص باشد، یک نوع خودگردان باشد» (کد ۴). مصاحبه‌شوند دیگر بیان می‌کند: «درواقع انتظار این برنامه این است که مسئولین بخش‌ها، روسای بخش‌ها، متخصصین و فوق تخصص‌های بالینی بیان درگیر بشن در بحث در آمد و هزینه بخش‌ها.» (کد ۱۱)

اگرچه این هدف خیلی دور از ذهن نبود، ولی در کل نظام سلامت تغییرات دیگری نیز روی داده بود. طرح تحول نظام سلامت بسته‌های دیگری نیز داشت که باعث شده بود هزینه‌های نظام سلامت به شدت به دوش بیمه‌ها و دولت باشد (گزارش‌های مالی سلامت). از آنجایی که عمده خریداران خدمات بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور بیمه‌های پایه هستند، لذا بیمه‌ها با اجرایی شدن طرح تحول سلامت در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها ناتوان شدند و پرداخت‌ها به شدت به تعویق افتاد که خود اثرات بعدی را به همراه داشت.

۳- کنترل توزیع منابع مالی وارده به بیمارستان: اثرات کتاب ارزش نسبی

در راستای طرح تحول کتاب ارزش نسبی خدمات به روزرسانی شد و پیش‌بینی برای این اقدام این بود که باعث ورود منابع مالی فراوانی در بیمارستان‌ها می‌گردد و توزیع آن با دستورالعمل نظام نوین بی‌عدالتی زیادی را به همراه خواهد داشت، یکی از مهم‌ترین اهداف تدوین برنامه کنترل بازتوزیع این منابع مالی در بیمارستان بعد از طرح تحول بوده است. یکی از تدوین‌کنندگان برنامه بیان می‌کند که «تصور ما این بود که کتاب بدون این دستورالعمل قابلیت اجرایی ندارد؛ در حقیقت قدم مکمل اجرا و ابلاغ کتاب ارزش نسبی را دستورالعمل می‌دانستیم» (کد ۲۲).

۴- ایجاد تفاوت در میزان پرداختی به کارکنان و ایجاد انگیزه برای بهره‌وری بیشتر

از نظر تدوین‌کنندگان برابری در میزان دریافتی کارکنان، باعث کاهش انگیزش آنان شده است. لذا سعی داشته‌اند با ایجاد اختلافات معنادار و هدف دار در میزان دریافتی افراد، انگیزه‌های مالی را برای کارکنان فراهم

کنند. با وجود اینکه برنامه پس از تغییرات متعددی که در سطح اجرا نیز داده شد، یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که هنوز «برنامه آن اختلاف معنی‌دار را تا حد زیادی ایجاد میکند و بنابراین همچنان به نظر من یکی از کارهای خوب هست» (کد ۲۵).

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان در مورد هدف اجرای برنامه بیان می‌کند که «عمدتاً برای این‌که انگیزه‌ای بده به کارکنان برای کار کردن بیشتر بر پزشکان، عدالت در پرداخت را بهش نزدیک‌تر کنه؛ هم پرداختی‌های مرتبط با کارکنان و هم پرداختی‌های مرتبط با پزشکان و هم همچنین مسئولیت‌پذیری افراد را بیشتر کند» (کد ۲۲)

۵- بهبود کیفیت منابع انسانی پرستار در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی

نارضایتی ایجاد شده به خاطر مکانیسم پرداخت کارانه که عمده‌تاً برای کارکنان رسمی پرداخت می‌شد باعث شده بود که نیروهای طرحی تازه‌وارد به بیمارستان‌ها، کار در بیمارستان دولتی دانشگاهی را صرفاً برای گذراندن دوره طرح خود انتخاب کنند و بعد از گذراندن دوره طرح و ایجاد سابقه به سایر مراکزی که پرداخت مناسب‌تری داشتند منتقل می‌شدند. یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۳) در این خصوص بیان می‌کند که «میامدند اینجا یاد می‌گرفتند و می‌رفتند» لذا بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی از لحاظ نیروی انسانی، خصوصاً پرستار بسیار ضعیف بودند.

۶- ایجاد ابزار مدیریتی برای مدیران بیمارستان

کمک به مدیریت بیمارستان برای تسهیل اداره بیمارستان از بزرگ‌ترین اهداف برنامه بوده است. «در صورتی‌که با اجرای دستورالعمل کارها روی غلطک می‌افتاد، ما ادعای این را داشتیم که مدیریت بیمارستان‌ها روان‌تر بشود؛ بهتر می‌شود؛ تراز هزینه دستشون میاد؛ پرتی هاشون کمتر می‌شود» (کد ۱۳).

۷- اجرا در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی

اجرای برنامه نشان می‌دهد که جامعه هدف برنامه فقط بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی کشور باشد. البته برخی مصاحبه‌شوندگان این هدف را یکی از نقاط ضعف برنامه معرفی کرده‌اند. «یه ضعفش هم اینه، در مراکز درمانی کل کشور باید ران شود؛ مثلاً باید، تعداد بیشتر تخت‌های ما تخت‌ها تأمین اجتماعی هست. بعد تأمین اجتماعی اجرا نکند و ما اجرا کنیم این اختلاف تبعیض خیلی به چشم می‌آید» (کد ۲۵). این ممکن است موجبات مهاجرت پزشکان از بخش دولتی به سایر بخش‌ها شود. البته باید بیان کرد که اجرا کردن این برنامه

در سایر مراکز خصوصی، غیردولتی عمومی و خیریه مشکلاتی را نیز در پی خواهد داشت که در کل نظام سلامت ما مستتر هستند، برای مثال تعرفه‌های خدمات در این مراکز بسیار متفاوت است.

۸- تجمیع انواع پرداختی‌ها و تقویت قدرت انگیزانندگی منابع مالی در حال توزیع

یکی از انتقاداتی وارده به نظام نوین این است که با عدم یکپارچگی در توزیع حجم خاصی از منابع مالی، قدرت انگیزانندگی منابع مالی را بسیار تضعیف نموده بود. برنامه پرداخت عملکردی سعی کرده است با یکپارچه‌سازی منابع مالی این مسئله را تا حدودی بر طرف نماید. «یک دلیل عمده که ما خواستیم اضافه‌کار و کارانه را در هم ادغام کنیم این بود که این کارانه ترکیبی به مبلغی برسد که قابلیت ایجاد تغییر برایش ایجاد شود، یعنی پروموشن تویش باشه، انگیزه/ایجاد بشه» (کد ۲۲).

۹- بهره‌گیری از تفویض اختیار در بیمارستان‌ها

بررسی محتویات و نحوه عقد قرارداد بین مسئولین بخش‌ها و مدیران بیمارستان نشان می‌دهد که ذات برنامه به گونه است تا از مزایای تفویض اختیار و انتقال برخی اختیارات به سطح مسئولین بخش بیشتر بهره مند گردد؛ اما باید توجه داشت که قطعاً این مسئله نیازمند زمان، ایجاد مهارت در افراد بخش، فرهنگ سازی و آموزش است.

۴-۲-۱-۴-۲- اهداف برنامه عملکردی از نظر سطوح اجرایی پس از اجرای برنامه

ب-۱-۲-۱- اهداف عنوان شده توسط سایر افراد درگیر در سطح وزارت

شفاف سازی، ایجاد بانک اطلاعاتی بهتر، کاهش دریافت زیرمیزی توسط پزشکان، ایجاد بانک اطلاعاتی دریافتی کارکنان، ایجاد عدالت پرداختی در سطح بیمارستان‌ها خصوصاً برای پرستاران از جمله اهداف مدنظر مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت از اجرای برنامه هستند.

ب-۱-۲-۲- اهداف برنامه از نظر مسئولین اجرایی برنامه در سطح دانشگاه

اهداف درک شده توسط این افراد طیف گسترده‌تری را به خود اختصاص داده است.

الف- برای اجرای طرح تحول تدوین شده است: «در طرح تحول که مریض زیاد به بیمارستان آمد اگر این کار را نمی‌کردند کارکنان مشارکت نمی‌کردند در بالا بردن کارایی خودشان و پذیرش بیمارهای اضافه» (کد ۵)؛ به عبارت دیگر تولید خدمات بیشتر و افزایش کارایی هدف برنامه بوده است؛ که این کار را به واسطه افزایش

پرداخت به کارکنان انجام می‌دهد؛ از دیگر اهداف طرح تحول کاهش زیرمیزی بوده که مصاحبه‌شوندگان این برنامه را یکی از مصادیق اجرای این هدف می‌دانند؛ اما مطابق سازی پرداخت با تغییرات کتاب ارزش نسبی مهم‌ترین مورد در میان اهداف طرح تحول است که به شدت با اجرای برنامه تلفیق شده است.

ب- برای جذب بیشتر پزشکان در بخش دولتی؛

ج- رضایتمندی بیشتر کارکنان؛

د- کاهش تقاضای نیروی کاذب؛

ه- افزایش کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران، «در واقع می‌خواست مدیریت مستقل در هر بخش اداره بشه که از این طریق به تبع در ارائه خدمت هم تأثیرگذار خواهد بود و باعث افزایش کیفیت ارائه خدمت منجر خواهد شد» (کد ۱۱)؛

و- «می‌خواستند یک کاری بکنند که انگیزه برای استقبال از بخشه‌ای سخت هم وجود داشته باشد» (کد ۷).

ب-۱-۲-۳ اهداف برنامه از نظر مسئولان مالی بیمارستان‌ها

اهداف برنامه از نظر مسئولان مالی بیمارستان‌ها به شرح ذیل بوده است:

الف- مدیریت هزینه بیمارستان به واسطه تعیین سقف برای پزشکان

ب- کاهش هزینه‌های پرسنلی و صرفه جویی مالی. مصاحبه‌شونده (کد ۱۲) بیان می‌کند که اگرچه در ظاهر میزان پرداختی به کارکنان بیشتر شده است، ولی هنوز این برنامه را انقباضی می‌داند. «این یک طرح انقباضی بوده در پرداخت‌ها. طرح انقباضی بوده یعنی خواستند که پرداخت‌هایشان کمتر بشود» (کد ۱۲)

۴-۲-۴-۱-۳- اهداف برنامه از نظر کارکنان بالینی بیمارستان

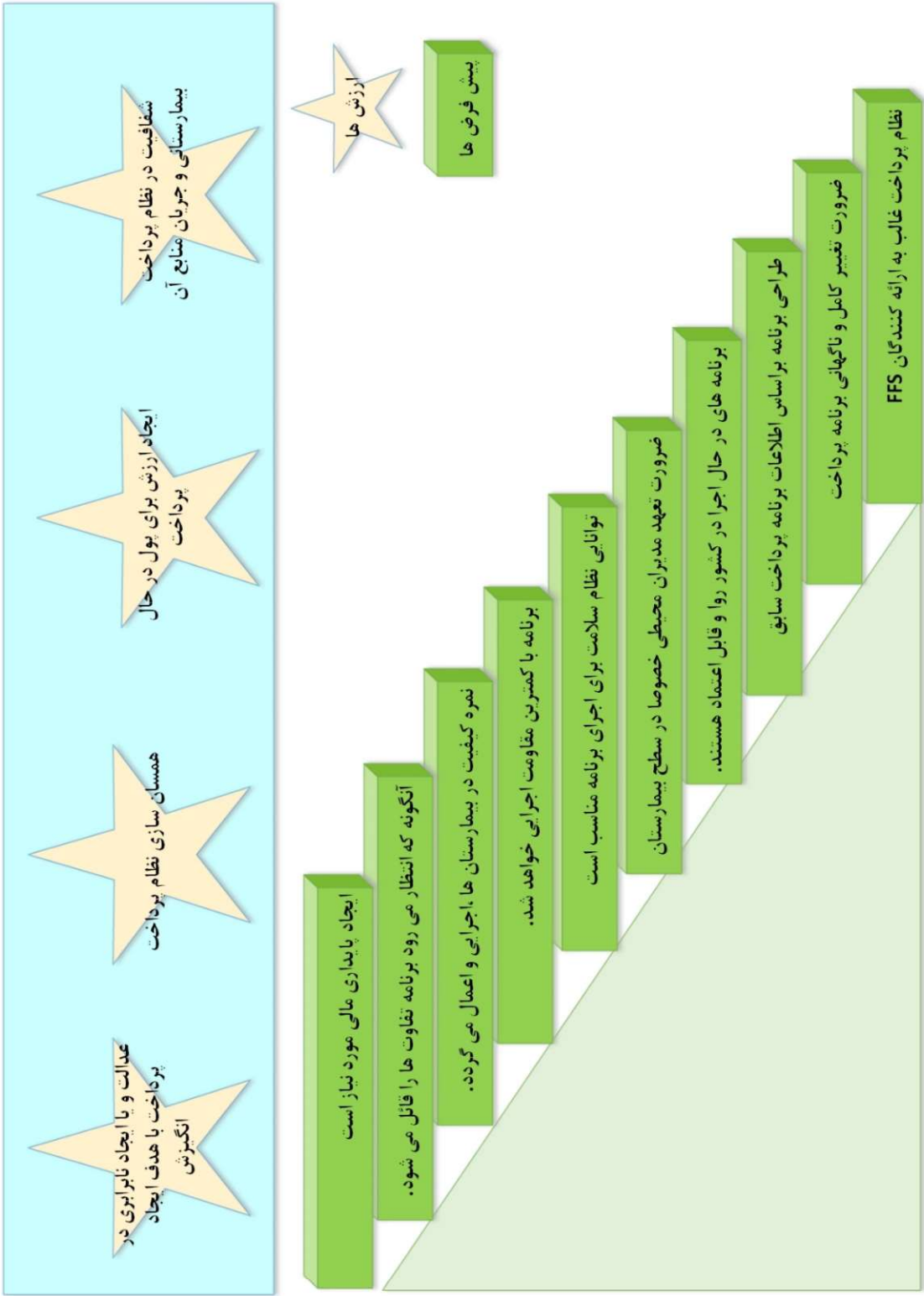
هدف برنامه درک شده در سطح بیمارستان توسط مترون این‌گونه بیان شده است: «می‌خواهیم مطابق با عملکرد کارکنان، پرداخت هم به همون نسبت صورت بگیرد» (کد ۲۴). در انتها درک یک پرستار (کد ۱۵) از اهداف برنامه نیز این‌گونه بیان شده است: «تعریف من از این برنامه این هست که هر چه قدر بیشتر کار کنیم بیشتر بهت پول می‌دهند، یعنی ملاک این بوده که یعنی کیفیت مهم نیست فقط کمیت، هر کسی که بیشترین ساعات اضافه‌کاری را داشته باشند به او پول بیشتری می‌دهند این شده پرداخت مبتنی بر عملکرد» (کد ۱۵).

۴-۲-۴-۲- پیش فرض های برنامه عملکردی

بنا به اظهارات متولیان و اجراکنندگان برنامه، ۱۰ پیش فرض ذیل برای اجرای موفق برنامه وجود داشته است. در ادامه هر یک از این پیش فرض ها مورد بررسی و مذاقه قرار گرفته است.

۱. نظام پرداخت غالب به ارائه کنندگان کارانه است.
۲. تغییر کامل و ناگهانی برنامه پرداخت در بیمارستان ها ضروری است.
۳. طراحی برنامه بر اساس اطلاعات گرفته شده از برنامه پرداخت سابق است.
۴. برنامه های در حال اجرا در کشور روا و قابل اعتماد هستند.
۵. تعهد مدیران محیطی خصوصاً در سطح بیمارستان لازم است.
۶. توانایی نظام سلامت/بیمارستان برای اجرای برنامه مناسب است.
۷. برنامه با کمترین مقاومت در سطوح مختلف اجرایی خواهد شد.
۸. نمره کیفیت در بیمارستان ها، اجرایی و اعمال می گردد.
۹. آنگونه که انتظار می رود، برنامه تفاوت ها را قائل می شود.
۱۰. ایجاد پایداری مالی مورد نیاز است.

در شکل ۹ پیش فرض ها و ارزش هایی که بر اساس آن ها نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران پایه ریزی شده است، آورده شده اند. در ادامه هر یک از این ابعاد توضیح داده شده اند.



شکل ۹: پیش فرض ها و ارزش های برنامه های پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

ب-۲-۱ نظام پرداخت غالب به ارائه‌کنندگان

نحوه پرداخت غالب به ارائه‌کنندگان در کشور کارانه است. فرض اولیه برنامه عملکردی نیز این است که در ساختار نظام پرداخت کلان کشوری، نظام پرداخت کارانه در حال انجام است. لذا این برنامه تمام مزایا و معایب این نوع نظام پرداخت را با خود خواهد داشت.

ب-۲-۲ تغییر کامل و ناگهانی نظام پرداخت در بیمارستان‌ها ضروری است

با وجود اینکه برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرده‌اند که شاید برنامه نظام نوین قابل ارتقا بوده است «فک می‌کنم نظام نوین قبلی را می‌توانستیم توسعه بدهیم» (کد ۴) با این حال یکی از پیش‌فرض‌های برنامه‌این بود که حتماً نظام نوین به صورت آنی تغییر یابد.

با توجه به اینکه بیان شده است برنامه جدید به نوعی ارتقا یافته و ویرایش پیشرفته تر برنامه سابق است، برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کردند که اگر در کشور مبانی اساسی تغییرات تعریف شده بود می‌شد که در طول چند سال تغییرات اساسی را در برنامه نظام نوین ایجاد کرد و ارتقا داد. یکی از مسئولین اجرایی و معاون اقتصاد درمان دانشگاه بیان می‌کند که «فک می‌کنم نظام نوین قبلی را می‌توانستیم توسعه بدهیم ... صد در صد هم می‌توانستند تغییر بدهند اما به تدریج» (کد ۴). یا پرستاری که بیان می‌کند «به نظر من لازم بود که تغییراتی را در داخل آن [برنامه نظام نوین] انجام می‌دادند» (کد ۱۵)

چرا برای اجرای این برنامه به صورت صفر و یک اقدام شده است. چرا سیاست‌گذاران برنامه اقدام تدریجی و پله پله را برای تغییر برنامه انجام نداده‌اند؟ برای مثال ابتدا HIS ها را استانداردسازی می‌کردند و بعد سایر اقدامات لازم را انجام می‌دادند و به تدریج برنامه را در کشور اجرا می‌کردند.

پاسخی که به این مسئله داده می‌شود این است که در کشور چنین تجربه و فرهنگ‌سازمانی «تغییر تدریجی روبه‌جلوی منسجم» وجود ندارد. کشور تجاربی در این زمینه دارد، برای مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که سال هاست که «در برنامه اعتبار بخشی بیمارستان‌ها، بخش فناوری اطلاعات بیمارستان خیلی روش تأکید شده بود» (کد ۴) ولی قدم های بسیار ضعیفی برای این منظور در بیمارستان‌ها برداشته شده بود،

به‌گونه‌ای که در هنگام اجرای برنامه عملکردی یکی از بزرگ‌ترین نقطه‌ضعف‌های بیمارستان‌ها کیفیت پایین HIS های بیمارستانی بود.

لذا به نظر می‌رسد تغییر تدریجی نظام نوین به نظام عملکردی نیازمند برنامه‌ای مدون و طولانی‌مدت است که ظاهراً چنین اتفاقی پیش نیازهای بیشتری نسبت به اجرای سریع برنامه دارد. به قول یکی از تدوین‌کنندگان «اگر ما این کار [برنامه پرداخت عملکردی] را نمی‌کردیم الانم به اینجا هم نمی‌رسیدیم» (کد ۴).

ب-۲-۳ طراحی برنامه بر اساس اطلاعات گرفته شده از برنامه پرداخت سابق است.

با توجه به اینکه مقاومت افراد برای اجرای چنین برنامه‌ای قابل پیش‌بینی بود، برای کاهش مقاومت‌ها یک اصل در نظر گرفته شد: «کسی کمتر از قبل نگیرد» (کد ۴). لذا داده‌های دریافتی افراد در گذشته مدنظر برنامه قرار گرفت و در فرمول محاسبه دریافتی افراد، سهم افراد و سهم بخش بر اساس آن‌ها تعیین گردید. «خیلی مشکلات اصلی این طرح ناشی از این است که روی اطلاعات گذشته پایه ریزی شده و این یکی از مشکلات این طرح هست» (کد ۴). این روند باعث انتقال ناعدالتی‌های برنامه نظام نوین به برنامه جدید شد. برای مثال در برنامه نظام نوین «کمتر به کارکنان بالینی اضافه‌کار تشویقی پرداخت می‌شد» (کد ۱۱) ولی کارکنان اداری اضافه‌کار تشویقی داشته‌اند و فرمول‌های برنامه به این‌گونه داده‌ها استوار بود.

پیش فرض اتکای محاسبات برنامه به داده‌های گذشته، درست نبوده است «در نتیجه در خروجی پرداخت مبتنی بر عملکرد، دوباره کارکنان مالی و اداری، کارکنان مدیران ارشد ... خروجی شان خیلی رشد قابل توجهی نسبت به بقیه کارکنان داشت» (کد ۱۱) و پس از اجرای اولیه، برخی تغییرات مانند تعدیل دریافتی عملکردی مدیران ارشدی که قبلاً اضافه‌کار تشویقی دریافت می‌کردند در دستور کار قرار گرفت.

یکی از مصاحبه‌شوندگان تغییرات ناشی از دریافتی بیش از حد برخی مدیران ارشد در برنامه جدید را این‌گونه توصیف می‌کند: «در این راستا همکاران وزارت بهداشت اومدن دستورالعمل طراحی کردند بر اساس تعداد تخت بیمارستان، دریافتی مدیران ارشد را یکم تعدیل کردند اختیارات به دانشگاه دادند برای تعدیل این مبلغ» (کد ۱۱).

این مشکلات ناشی از گذشته‌نگر بودن داده‌های اولیه مورد استفاده برای تدوین برنامه بود و در ورژن دوم برنامه منجر به اصلاحات اساسی گردید.

ب-۲-۴ برنامه‌های در حال اجرا در کشور روا و قابل اعتماد هستند.

یکی از پیش‌فرض‌های برنامه، روایی برنامه‌های موجود در حال اجرا در کشور بوده است. با این پیش‌فرض برخی شاخص‌های بکار گرفته شده در برنامه نهایی اجرا شده، از برنامه «اعتباربخشی بیمارستان» در حال اجرا گرفته شده است. درحالی‌که خود این برنامه مبتلا به یکسری از مسائل از جمله کاغذبازی و مستندسازی زیاد بوده است. لذا مسائل آن برنامه تا حدودی به این برنامه منتقل شده است. یکی از تدوین‌کنندگان برنامه در این مورد بیان می‌کند که «این [برنامه] چون بر اساس ورژن قبلی [اعتباربخشی] تدوین شده بود، به کاغذ بازی و این‌گونه موارد هم اهمیت می‌دهد» (کد ۱۷).

برنامه دوم در حال اجرای کشور که برنامه عملکردی از آن استفاده کرده بود، کتاب ارزش‌های نسبی خدمات بود. با توجه به طرح تحول، ارزش نسبی خدمات به‌طور متوسط ۱۲۰ درصد افزایش یافته است؛ اما عمده این افزایش‌ها در بخش مربوط به سهم ارائه‌دهنده خدمت یعنی جزء حرفه‌ای بوده است و جزء فنی خدمات (سهم بیمارستان) بسیار کمتر رشد کرده بود. بنا به اظهارات برخی مصاحبه‌شوندگان این مسئله تأمین مالی برای تولید خدمات (منابع مالی بجز منابع موردنیاز برای منابع انسانی) را با مشکل جدی مواجه کرده است.

در کنار این مسئله بسیاری از مقاومت‌ها خصوصاً در میان پزشکان به دلیل تفاوت زیاد دریافتی بین تخصص‌ها بوده است و ناآگاهی افراد از برنامه، باعث می‌شد تا این تفاوت‌ها به برنامه نسبت داده شوند. در صورتی‌که اصل این تفاوت بخاطر کتاب ارزش نسبی و پرداخت کارانه بوده است. لذا به دلیل مسئله دار بودن پیش‌فرض‌ها، خود برنامه زیرسوال رفته و مورد مقاومت قرار می‌گرفت. «فکر می‌کنم در بازنگری کتاب ارزش نسبی شاید خیلی دقیق به قضیه تفاوت‌ها نگاه نشده بود» (کد ۴).

با پیش‌فرض اینکه کتاب ارزش نسبی عادلانه است، امور دیگری نیز به برنامه الحاق شده است: تعیین سقف‌های متفاوت برای رشته‌های متفاوت. این مسئله خود باعث مخالفت‌ها و مقاومت‌هایی در سطح بیمارستان شد در صورتی‌که بایستی توسط کتاب ارزش نسبی یا موارد مشابه آن برطرف می‌گشت.

ب-۲-۵ تعهد مدیران محیطی خصوصاً در سطح بیمارستان لازم است.

تدوین‌کنندگان برنامه با در نظر گرفتن مزایایی که برنامه می‌تواند برای مدیران برای بهبود عملکرد بیمارستان ایجاد کند، تصور تعهد بالای مدیران برای اجرای برنامه داشته‌اند، اما ظاهراً مجموعه‌ای از عوامل باعث شده تا تمام مدیران تعهد کافی برای برنامه نداشته باشند.

یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۵) مهم‌ترین عامل برای ادامه برنامه را تعهد مدیران ارشد در سطح وزارت، دانشگاه و بیمارستان می‌داند. اگرچه با تمام مقاومت‌ها، به نظر می‌رسد در سطح وزات دلایل کافی برای تعهد برای ادامه برنامه وجود داشته باشد ولی در سطح دانشگاه و بیمارستان این مسئله کاملاً به اهداف و ویژگی‌های شخصی مدیران بالادستی وابسته است. این مصاحبه‌شونده یکی از نشانه‌های عدم تعهد مدیران را دستکاری در برنامه می‌داند و این‌گونه بیان می‌کند «با کنترل نابها^{۱۱۵} بازی می‌کنند... یا ساعت هایش را دستکاری می‌کنند یا درواقع رجیستریشن را عوض می‌کنند و هدفشان درواقع این هست که ... آنهایی که می‌خواهند بالاترین دریافت را داشته باشند، بگیرند. کماکان ما می‌بینیم که به راحتی می‌توانند [برنامه را] دورش بزنند» (کد ۲۵).

به‌علاوه یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند که برای جلوگیری از چالش‌های مرتبط با اجرای برنامه «رؤسای بیمارستان‌ها در بیشتر مواقع اجازه نمی‌دهند افراد از ریز محاسبات آگاه شوند» (کد ۲۶)، این مسئله نیز جزو مشکلاتی است که به تعهد مدیران برای اجرای برنامه و توانایی آن‌ها در مدیریت چالش‌های برنامه ارتباط دارد.

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان اهمیت تعهد مدیران به‌عنوان عامل موفقیت اجرای برنامه را این‌گونه بیان می‌کند «یکی از عواملی خیلی مؤثر در موفقیت این بود که افرادی را که متولی این کار بودند مثل هیئت روساهای دانشگاه‌ها، مدیران، رؤسای بیمارستان‌ها اون‌جاهایی که خودشون رو واقعاً درگیر این قضیه می‌کردند، بهتر کار را پیش می‌برند تا اون جاهایی که مدیر و رئیس اصلاً سر در نمی‌آوردن چون کار رو سپرده بودن به افراد زیر دست خودشون» (کد ۲۱).

برخی علل عدم تعهد مدیران بالادستی (در سه لایه اصلی بیمارستان یعنی رئیس و مدیر و مترون):

الف- ترس از تغییر در برنامه‌ای که کاملاً بدون هیچ‌گونه مزاحمتی برای مدیران در حال کار بود (یعنی تغییر نظام نوین)،

ب- وقت گیر بودن اجرای برنامه جدید به لحاظ ارائه آموزش و دیگر امور، ترکیب این دو عامل باعث ایجاد تنش در محیط سازمان می‌شد که عمده مسئولان «از ایجاد تنش در بیمارستان، فراری بودند» (کد ۲۳)

¹¹⁵ Control Knob

ج- «یک مقدارش این که نظام ما کاملاً سلیقه ای بوده و این‌ها می خواهند که تغییر جدی نکند چون بهرحال رانت‌هایی که وجود دارد، پارتی بازی‌ها، دوستانی که در سیستم دارند» (کد ۲۵)،

د- برخی محدودیت‌هایی که در برنامه وجود دارد. برای مثال ممکن است برنامه با وضعیت ساختاری بیمارستان یا دانشگاه سازگار نباشد و یا بودن آن بسیاری از اهداف تعیین شده در سطح سازمانی یا فردی برنامه‌ریزی شده را بر هم بزند که به نفع نظام سلامت بودن یا نبودن آن‌ها بستگی به مجریان دارد.

ه - اما شاید این مسئله که در ادامه بیان خواهد شد، به شدت بر تعهد مدیران اثرگذار بوده است. در زمان اجرای نظام نوین بسیاری از مدیران بالادستی بیمارستان‌ها دریافته‌های بسیار مناسب تری نسبت به سایر کارکنان دریافت می‌کردند. حال مشکلی که در فاز اجرایی برنامه عملکردی به وجود می‌آید این است که از این افراد خواسته شود تا پرداخت عملکردی را با تمام پیچیدگی‌ها و دشواری‌های آن اجرایی نمایند؛ به عبارت دیگر این افراد کار فراوان و دشواری زیادی را باید متحمل می‌شدند ولی دریافته‌های آن‌ها تغییر متمایزی نخواهد داشت (چراکه قبلاً به اندازه کافی دریافته‌های بالاتری داشته‌اند). «شاید ضرر نکند ولی سود زیادی هم نمی‌کند یعنی عملاً یک حجم کاری خیلی زیادی برایش دارد. مثلاً شما برای اینکه این بحث‌ها را اجرا کنید مدیر مالی و مسئول IT، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری کلی قُرس بذارن که این را درست اجرا کنند و اعتراض کسی در نیاد و شاید دریافته‌های خودشان نسبت به قبل خیلی متغیر نمی‌شود یعنی برایش فرقی نمی‌کند». لذا ممکن بود این افراد به دلیل حجم کاری بالاتر از اجرای برنامه شانه خالی کنند یا کاری کنند که نارضایتی پیش آید.

تضاد منافع و نگرانی از کاهش سهم خود در میان اجرا کنندگان برنامه نقطه عطفی برای اجرای موفق برنامه بود. مسئولانی وجود دارند که بیش از منافع بیمارستان و منافع همگانی به منافع شخصی خود نظر دارند. «در بازدید‌هایی که ما میریم هنوز افرادی که به عنوان هیئت اجرایی بیمارستان می خواهند این برنامه را در بیمارستان اجرا کنند بیشتر می‌گویند من چی میشم؟ یعنی هنوز منیت‌ها در این برنامه مانده یعنی اینکه هنوز این‌ها نمی‌دانند دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد یعنی چه؟» (کد ۱۳)

ب-۲-۶ توانایی نظام سلامت/بیمارستان برای اجرای برنامه مناسب است.

یکی از پیش‌فرض‌های برنامه تکیه بر توانایی نظام سلامت ایران برای بهره‌مندی از این چنین برنامه پیچیده و پیشرفته‌ای بود. در صورتی که بعد از اجرای برنامه یکی از تدوین‌کنندگان بیان می‌کند که «شاید ما توانایی نظام

سلامت برای این اصلاحات را *اوراستیمیت*^{۱۱۶} کردیم» (کد ۲۲). در تأیید این نقل قول یکی از مسئولین اجرایی در سطح دانشگاه نیز بیان می‌کند «شاید احساس دوستان این بود که شاید برنامه خیلی سریع میاد و اجرا بشه» (کد ۲۱) در صورتی که چنین اتفاقی نیافتاد. مقاومت‌ها و مشکلات زیادی پس از اجرا به دلایل مختلف روی داد و برنامه اجرایی پیش‌بینی شده را بر هم زد.

برای مثال بیان شده که یکی از مهم‌ترین پیش‌نیازهای برنامه یعنی تفویض اختیار و اداره بیمارستان با کمک یکدیگر، مسئله‌ای دشوار برای بیمارستان‌های کشور است. لذا این پیش‌فرض که با ارائه اختیار قانونی به کارکنان، آن‌ها می‌توانند همه کارها را به‌خوبی برعهده بگیرند و انجام دهند در برخی از بیمارستان‌ها مورد تردید قرار گرفته است «بنا به دستورالعمل باید یک تفیضی بشه و تصمیم‌گیری در سطح مدیر و معاون و رئیس بیمارستان بیاد و در سطح بخش انجام بشه، اما هنوز اون بستر لازم فراهم نیست، افراد خودشون را خیلی کم درگیر می‌کنند، ممکنه ده درصد بخوان علاقمند باشند خودشون رو درگیر قضیه بکنند و حوصله بکنند» (کد ۲۱).

از طرف دیگر پیش‌فرض برنامه بر این بوده است که بیمارستان‌ها می‌توانند اطلاعات موردنیاز برای محاسبات عملکردی را به‌راحتی از آج‌آی‌اس‌های بیمارستانی احصا کنند؛ اما این مسئله یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها در هنگام اجرای برنامه در سطح بیمارستان و دانشگاه بوده است.

ب-۲-۷ برنامه با کمترین مقاومت در سطوح مختلف اجرایی خواهد شد.

با توجه به اینکه برخی اقدامات برای کاهش مقاومت‌ها صورت گرفته بود (برای مثال هیچ‌کس از میانگین دریافتی قبلی کمتر نگیرد) و برنامه به زبان‌های مختلف ارائه شده بود و حجم منابع مالی توزیعی بیشتر شده بود، یکی از پیش‌فرض‌های برنامه این بود که برنامه با مقاومت زیادی روبه‌رو نخواهد شد؛ اما با این حال به علل متفاوتی در سطوح مختلف مقاومت‌های زیادی به وجود آمد. مقاومت مدیران و رؤسا در سطح دانشگاه و بیمارستان به علت ایجاد شفافیت در اطلاعات بود. شاید این جریان شفاف اطلاعات موانعی را در جابجایی آسان منابع برای آن‌ها به وجود می‌آورد که احتمالاً آن را مانع مدیریت مناسب سیستم می‌دانستند. مقاومت‌ها در سطوح دیگر نیز بیان شده‌اند: مثل «حوزه‌های اداری، یا مالی مخصوصاً؛ به سری مقاومت دیگر از طرف افراد باسابقه بود: اونا یکسری حقوقی را برای خودشون در سیستم کارانه قدیم در نظر گرفته بودند، فقط به صرف

¹¹⁶ Over estimate

اینکه سابقه کار داشتند و بدون زحمت به منابعی پولی می رسیدند» (کد ۲۲). «اینا با وجود اینکه تعدادشون زیاد نبود /پرستاران و سایر افراد با سابقه بالا/، این گروه درصد پایینی بودند ولی آدمای ذی نفوذ و قدرتمندی بودند» (کد ۲۲). مقاومت در سطح پزشکان نیز این گونه تعبیر شده است «حتی گروه‌های پزشکی پردرآمد جلوی این کار گارد گرفتند: چراکه میخواستیم درآمدها باید به صورت پلکانی توزیع شود، افراد کار کنند، هم سقف درآمدهای داشته باشند، هم توزیع به سمت کم‌درآمدها باشد» (کد ۲۲).

در مواجهه با این مقاومت ها تدوین کنندگان بیان کرده‌اند که «ما فکر نمی‌کردیم که این مقاومت، مقاومت سنگینی باشد، ولی اینقدر مقاومت ها سنگین بود که این کار را وارد چالش بزرگی کرد» (کد ۲۲).

ب-۲-۸ نمره کیفیت در بیمارستان‌ها، اجرایی و اعمال می‌گردد.

در مورد اعمال نمره کیفیت، مسئول بیمارستانی اجرای برنامه (کد ۱۲) بیان می‌کند که «نمره ها را واقعیت این هست که هنوز تأثیری نمی‌دهند، هر بخشی یک ملاک می‌گذارد تک و توک پیدا می‌شود که اعمال کنند، ولی به نظر من باید، اگر مجبور باشیم حتماً یک ملاک های سفت و سخت برای نمره باید بگذارم و تعیین کنیم و طبق آن‌ها مسئولین بخش ها چک لیست پر کنند و گرنه الان سلیقه ای هست».

مسئول دانشگاهی اجرای برنامه از علل مسئله سخن گفته است و بیان کرده که برای اجرای شاخص‌های کیفیت در برنامه سه مسئله حائز اهمیت است: «چون این فرهنگ در واقع ارزیابی کردن دیگران وجود ندارد و حتی مهارتش وجود ندارد و اگر هم ما این مهارت را به وجود بیاوریم این جسارت و مهارت و درگیر شدن مدیر برای این کار زیاد قوی نیست» (کد ۲۱) به عبارت دیگر فرهنگ ارزیابی همدیگر، مهارت انجام ارزیابی و توانایی مدیریت در اعمال این ارزیابی‌ها دریافتی کارکنان.

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان یکی از علل آن را ضعف کلی نظام سلامت و عدم تحمل شاخص‌های پیشرفته کیفیت توسط آن بیان می‌کند و می‌گوید که «در ارائه ای که در مورد کیفیت در فرهنگستان علوم پزشکی داشتیم ... نماینده مجلس ... به من گفت که اگه این کار را بکنید /کیفیت را وارد برنامه کنید/ کل نظام سلامت کشور را به هم می‌ریزید... واقعیتش هم همین بود» (کد ۱۷).

در ادامه مصاحبه شونده ای که از طراحان و اجرا کنندگان برنامه نظام نوین بوده است در مورد عدم توجه به مقوله کیفیت در نظام پرداخت ایران بیان می‌کند «در تمام این سالها فقط عملکرد کمی مدنظر بود و تلاش‌هایی

که کردیم تا عملکرد کیفی نیز در نظام پرداخت بیمارستان‌ها جایی پیدا کند متأسفانه عملیاتی نشد» (کد ۲۷).
وی این نحوه رفتار نظام سلامت را در چهار عامل خلاصه کرده است:

۱. «بی توجهی مسئولان و پرداخت‌کنندگان علی‌الخصوص بیمه‌ها،
۲. فاصله بین اهداف و تعریف مسئولان و نهادهای مختلف در خصوص کیفیت عملکرد و تبعاً شاخص‌های مورد علاقه آن‌ها در سنجش‌های کیفی،
۳. انعطاف ناپذیری و بی توجهی مسئولان ملی بخصوص بیمه‌ها به نیازهای منطقه‌ای و اصرار بر حاکمیت و گسترش شاخص‌های یکسان ملی برای سنجش کیفی،
۴. مقاومت ارائه‌کنندگان خدمت (دریافت‌کنندگان) در قبال نظارت کیفی»

ب-۲-۹ آنگونه که انتظار می‌رود، برنامه تفاوت‌ها را قائل می‌شود.

در برخی از بیمارستان‌ها برنامه‌ها آنطور که پیش‌بینی شده بود، جواب نداده بود. «می‌بینیم که یک بخشی مثل اتاق عمل که کارشان سنگین هست در محاسبه سامانه می‌بینمی که خیلی باید ضعیف دریافت کنند، ...؛ اما در نوزادان که یک کار ساده‌تر و به هر حال کارهایش سبک‌تر هست دریافتی خیلی بالایی دارند» (کد ۱۲). این مسئله باعث شده که برخی از تغییرات در برنامه به‌صورت دستی اعمال شود که به اصطلاح آن را بالانس کردن نامیده‌اند.

برای این مسئله دو علت می‌توان بیان کرد، نخست، برنامه‌نمایی ترکیبی ابلاغ‌شده پایلوت نشده بود و احتمالاً در جریان چانه‌زنی‌ها تغییرات ناخواسته در آن روی داده است. دوم اینکه در هنگام اجرای برنامه در سطح بیمارستان ممکن است اشتباهاتی در ورود داده‌ها و محاسبات پیش‌آمده باشد. به نظر می‌رسد به دلیل عدم تعهد کافی مدیران به برنامه، با کمترین مشکل پیش‌آمده، به جای بررسی دقیق و حل آن، به تغییر اهرم‌های کنترلی برنامه مبادرت می‌ورزیدند.

ب-۲-۱۰ ایجاد پایداری مالی موردنیاز است.

یکی از پیش‌فرض‌های برنامه عملکردی این بود که پرداختی‌های سازمان‌های بیمه و توان بیمارستان در پرداخت کارانه مانند نظام نوین باقی خواهد ماند، اما عملاً چنین اتفاقی نیافتاد. سازمان‌های بیمه با اجرای طرح تحول با هزینه‌های سنگینی مواجه شدند که برای آن‌ها قابل تحمل نبود. خود بیمارستان زمانی که نظام نوین را اجرایی می‌کردند هم حجم کمتری از منابع را توزیع می‌کردند و هم منابع از سازمان‌های بیمه و دانشگاه تأمین می‌شد و

لذا امکان تأمین آن بالا می‌رفت. به‌علاوه در نظام نوین کارانه و اضافه‌کار از هم جدا بود و قدرت مانور بیمارستان‌ها برای مبالغ کمتر بیشتر بود. ترکیب این سه عامل وضعیتی را به وجود آورد که منجر به تعویق پرداخت‌ها به کارکنان شد. به‌علاوه برخی از عللی که ممکن است جریان منابع مالی به بیمارستان را کم کرده باشند عبارتند از: کسورات و «بعضی از اسناد مثل تروما، مثل بیماران نیازمند، مثل بیماران سخت و صعب‌العلاج و ... که این‌ها پولشان وصول نمی‌شد» (کد ۱۸). به عقیده این مصاحبه‌شونده، این موارد در برنامه دیده نشده‌اند و باعث ایجاد مشکل شده‌اند.

۴-۲-۴-۳- ارزش‌های برنامه عملکردی

با توجه به پیش‌فرض‌های فوق‌الذکر، به‌طور کلی برای برنامه می‌توان چهار ارزش اساسی متصور بود.

- ۱- عدالت و یا ایجاد نابرابری در پرداخت
 - ۲- ایجاد ارزش برای پول در حال پرداخت
 - ۳- شفافیت در نظام پرداخت بیمارستانی و جریان منابع آن: نگرانی تدوین‌کنندگان در مورد نحوه هزینه‌کرد منابع مالی بیمارستان‌ها، باعث شده تا بخواهند با ایجاد شفافیت مالی و ایجاد امکان تعقیب جریان پول در داخل بیمارستان و تبادلات مالی بین بیمارستان و دانشگاه به بهره‌وری بیشتر منابع مالی کمک نمایند.
 - ۴- همسان‌سازی نظام پرداخت: یکی از ارزش‌های که برنامه داشت این بود که می‌تواند یک برنامه را در کل کشور به‌صورت یکسان اجرا نماید. کشور ایران گسترده است و تفاوت‌های زیادی در میان بیمارستان‌ها بنا به نوع خدمات، بزرگی و کوچکی و نحوه اجرای دستورالعمل‌های قبلی وجود دارد. لذا در نظر گرفتن این گسترگی لازم است.
- در مورد انعطاف‌پذیری برنامه برای بیمارستان‌های با ویژگی‌های متفاوت، یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۸) بیان می‌کند که «اگرچه در بخش نامه تفاوت‌هایی دیده شده، ولی آن تفاوت‌هایی هم که دیده شده، کفاف آن تفاوت‌های بین بیمارستان‌ها و استان‌ها را نمی‌دهد». لذا توصیه می‌کنند که «باید متناسب با نیاز منطقه شان دانشگاه‌ها بتوانند بعضی از اصلاحات را و تغییرات را بدهند». لذا با وجود تمام اهرم‌های قابل‌تغییر در برنامه، هنوز دانشگاه‌ها خواستار انعطاف‌پذیری بیشتر در برنامه هستند. این درحالی است که مدیران سطوح وزارتی خواستار محدود کردن و یکسان‌سازی بیشتر برنامه هستند.

۴-۲-۴-۴- اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی

اثر توزیعی برنامه در سه سطح (کلان، میان دست و خرد) و در فرمول فنی برنامه قابل بررسی است. اهمیت بررسی این بعد از انجایی ناشی می‌شود که در هر سه سطح این اثرات باعث ایجاد مقاومت در اجرای برنامه و گاه تغییرات اساسی در آن شده است.

۴-۲-۴-۴-۱- اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح کلان: وزارت

معاونت درمان وزارت به عنوان متولی برنامه: قبل از هر چیز باید عنوان کرد که برنامه عملکردی توزیع حجم قابل توجهی از منابع مالی نظام سلامت ایران را برعهده دارد. یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت خانه برای بیان مسئله می‌گوید: «این برنامه قرار هست چیزی حدود سالانه نزدیک ۱۰ هزار میلیارد پول توزیع کند. تقریباً ... میشه گفت یک پنجم بودجه نظام سلامت را جابجا می‌کند» (کد ۱۳)، لذا اولین ایده ای که به نظر می‌رسد این است که هر واحدی آن را در دست داشته باشد به لحاظ سازمانی نفوذ و قدرت زیادی را کسب خواهد کرد.

این مسئله باعث ایجاد مباحثات زیادی بین معاونت های وزارت گردید. به‌طور سنتی همه امور مالی مربوط به بیمارستان‌ها برعهده معاونت توسعه و پشتیبانی دانشگاه و وزارت است. لذا یکی از مخالفان اجرای برنامه توسط معاونت درمان، معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت بوده است. تولیت برنامه توسط معاونت درمان، اختیارات این معاونت در منابع مالی بیمارستان‌ها را کاهش می‌داد و این معاونت در هر دلیل خواهان کاهش این اختیارات نبود.

مقاومت معاونت توسعه وزارت به حدی بود که تدوین کنندگان مجبور به تغییر در ساختار فرمول‌های برنامه حتی پس از اجرای برنامه شدند. «وقتی که آن ده درصد را کم کردند، این مقاومتی که بود از بین رفت»، ولی نظر این مصاحبه‌شونده در سطح وزارت (کد ۲۳) که سابقه طولانی در مدیریت مالی دانشگاه و بیمارستان داشته و به کل برنامه عملکردی آگاهی لازم را داشت، این است که «من خودم گزارشهای آن نود درصد و صد درصد را باهم مقایسه می‌کردم، واقعاً هیچ‌وقت جایی ندیدم صد و ده درصد بازتوزیع شود».

۴-۲-۴-۴-۲- اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح میان دست: دانشگاه

اثری که برنامه در توزیع درآمد بیمارستان‌ها دارد در سطح دانشگاه قابل توجه است. نحوه این اثر در فرآیند جابجایی های مالی بین بیمارستان، دانشگاه و خزانه کشور مشخص می‌گردد. بنا به اصول تدوین‌شده خلاصه این فرآیند این‌گونه است: درآمد بیمارستان به دانشگاه، دانشگاه به حساب خزانه و در دور برگشت حساب خزانه به

دانشگاه و دانشگاه به بیمارستان رفت و برگشت دارد. در این بین سهمی از درآمد بیمارستان برای امور مربوطه به دانشگاه تعلق دارد. تغییری که ایجاد شده است این بود که در زمان اجرای نظام نوین، این سهم از کل درآمد بیمارستان کسر می‌شد، درحالی‌که در برنامه عملکردی این سهم تنها از درآمد های حاصل از جزء حرفه‌ای خدمات قابل برداشت بود. این به معنای کاهش حدود ۵۰ درصدی سهم دانشگاه از درآمدهای بیمارستان است.

این تنها بخشی از جریان پولی بین بیمارستان و دانشگاه است که تحت تأثیر برنامه قرار گرفته است. در صورتی که اگر سایر سهم های دانشگاه از درآمدهای بیمارستان را در نظر بگیریم، اثرگذاری برنامه بر این جریان پولی بسیار بیشتر خواهد شد. «طوری که ما یک محاسباتی را انجام دادیم ... دانشگاه نزدیک ۱۶ درصد از درآمدهای بیمارستان‌ها را ور میداشت از پول دارو و ... با این دستورالعمل تقریباً این درآمد خیلی کمتر می‌شد» (کد ۱۳).

به‌طور کلی برنامه علاوه بر اینکه سهم دانشگاه از درآمدهای بیمارستانی را تغییر می‌داد، متولی توزیع آن‌ها را نیز تغییر می‌داد. بنا به ساختار نظام نوین، مدیران مالی دانشگاه‌ها و بیمارستان قدرت و نفوذ زیادی در سطح بیمارستان‌ها و رئیس بیمارستان داشتند «مدیر مالی که قبلاً همه کاره بیمارستان بود زنگ میزد رئیس بیمارستان ...» (کد ۱۳). با توجه به اینکه برنامه عملکردی تصمیم گیرنده در خصوص نحوه توزیع درآمدها را به سطح بیمارستان و بخش‌های آن منتقل کرده بود، قدرت و نفوذ این مدیران مالی در بیمارستان‌ها را تا حدودی کاهش می‌داد، «... اگر بخوان اون رو ازش بگیرن قدرت ندارد ...» (کد ۱۳)، لذا بالقوه می‌توانستند از مخالفان اصلی اجرای برنامه باشند.

ایجاد شفافیت در محل اخذ سهم و محدود کردن آن به بخشی از درآمدهای بیمارستان و تغییر متولی و تصمیم گیرنده در مورد نحوه توزیع پول در سطح بیمارستان می‌توانند بالقوه مقاومت زیادی برای عدم اجرای برنامه می‌تواند ایجاد کند. احتمالاً یکی از عواملی که روسای برخی دانشگاه‌ها را برای تعویق در اجرای برنامه نزد وزیر کشاند، این مسئله بوده است.

۴-۲-۴-۳- اثر توزیعی برنامه پرداخت عملکردی در سطح خرد: بیمارستان و کارکنان

در مورد اثرات توزیعی برنامه مصاحبه‌شوندگان به چند نگرانی اصلی اشاره کرده‌اند.

■ افزایش ناگهانی پرداختی‌ها به کارکنان: نگرانی که در مورد برنامه توسط برخی از مصاحبه‌شوندگان عنوان شده بود، افزایش ناگهانی دریافتی افراد و ایجاد توقع در آن‌ها برای ادامه این دریافتی بود. این نگرانی زمانی نمود بیشتری پیدا می‌کند که در بسیاری از جهات پایداری منابع مالی برنامه مورد تردید

بود و پیش‌بینی‌هایی از کسر منابع به وجود آمده بود. رئیس دانشگاه در خصوص این مسئله عنوان می‌کند «ما اوایل متوجه یک آسیبی در پارامترهای محاسباتی شده‌ایم و احساس کردیم که ممکن هست از دست مان در برود! ببینید، اگر به یک نفری که درآمدش فرض کنید که دو میلیون هست شما چهار میلیون بدهید خیلی خوشحال می‌شود ولی اگر شما هفت میلیونش کنید و بعد به چهار میلیون برسانید، کاملاً ناراضی خواهد شد، ... سعی کردیم خیلی، خیلی محتاطانه [دریافتی کارکنان را] ببریم بالا و از خیلی کم شروع بکنیم» (کد ۲۸)

■ سنجش نمره کیفیت عملکرد: یکی از ابزارهای تأثیرگذار بر دریافتی کارکنان نمره کیفیت عملکرد فرد و بخش است. ارزیابی معتبر این دو مورد نیازمند افرادی است که مهارت انجام این کار را داشته باشند. برخی مصاحبه‌شوندگان به ضعف بیمارستان‌ها در این حوزه نیز اشاره کرده‌اند.

■ درگیر شدن پزشکان در برنامه: اگرچه دستورالعمل پرداخت عملکردی درمورد پزشکان نیز بکارگرفته شده است، اما مسئول بیمارستان اجرای برنامه (کد ۱۲) درمورد واکنش پزشکان به پرداخت عملکردی بیان کرده است که «پزشکان هیچ‌گونه واکنشی برای طرح پرداخت نشان نمی‌دهند و اصلاً وارد گوش نمی‌شوند» وی علت این رفتار را این‌گونه بیان می‌کند «به نظر من طرح هم خیلی چیز خاصی از آن‌ها نمی‌خواهد. چه چیزی می‌خواهد از پزشکان؟ طرح از آن‌ها چیزی نمی‌خواهد که آن‌ها بخواهند وارد بشوند».

■ مدیریت یکپارچه بالینی در بیمارستان: در برنامه عملکردی به‌منظور تمرکززدایی، ایجاد رقابت و ایجاد احساس مالیکت و تعهد در کارکنان نسبت به کارهای بخش، صندوق‌های درآمدی و هزینه‌ای جداگانه برای هر بخش ایجاد شده بود. این مسئله در کنار مزایایی احتمالی که دارد، ممکن است مباحث مدیریت یکپارچه بیمار در بیمارستان را تحت تأثیر قرار دهد. مصاحبه‌شونده صاحب نظر در حوزه پرستاری در این خصوص بیان می‌کند: «هر بخشی درآمد خاص خودش را دارد، ... حالا ... می‌گویند که ما کشتی را تبدیل کردیم به قایقی که هر قایق سهم خودش را بردارد که این از نظر مای بالینی کارها خیلی توجیهی ندارد» (کد ۱۹)

علاوه بر این نگرانی‌ها، برخی مسائل درمورد نحوه اعمال و اثرات احتمالی آن بر افراد و سیستم توسط مصاحبه‌شوندگان ارائه‌شده است که در ادامه به آن‌ها اشاره شده است.

■ ازجمله اهداف این برنامه توزیع منابع مالی بیشتر بین کادرمان خصوصاً پرستاران است، این درحالی است که اجرای برنامه عمدتاً به دست کارکنان در واحدهای ستادی دانشگاه و بیمارستان است. «یکی دیگر از مقاومت‌هایی که ایجاد می‌شود دریافتی کسانی که در فیلد هستند ... از کسانی که در ستاد

هستند بیشتر می‌شد و این‌ها نمی‌خواستند این اتفاق بیافتد» (کد ۱۳)، در این مورد مصاحبه شونده ادامه می‌دهد: «شما به این تیمی که اختلاف [دریافتی] بالایی با کادرمان داشتند، بگو شما بیا پرداخت عادلانه را برای بیمارستان اجرا کن، یعنی خودت با دست خودت، خودت را بزن» (کد ۱۳). در این مورد، نظر مترون بیمارستان (در این بیمارستان برنامه برای مدت حدود ۷ ماه به صورت موفق اجرا شد و حتی به‌عنوان نمونه موفق به سایر دانشگاه‌ها معرفی شد) این‌گونه است: در این برنامه توجه بیشتری به کارکنان درمانی شده است ولی تصمیم‌گیری درمورد اجرا یا عدم اجرای برنامه توسط کارکنان ستادی اخذ می‌گردید. «توی این طرح بیشتر بچه‌های پرستاری دیده شده بودند که در بخش‌های بالینی با بیمار کار می‌کردند، یعنی پرداختی‌هاشون نسبت به پشتیبانی و اداری و مالی اینا بیشتر می‌شد، لذا برای ادامه اجرای برنامه از طرف سیستم اداری و پشتیبانی خیلی استقبال نمی‌شد؛ دانشگاه هم درواقع یکی از واحدهای پشتیبانی سیستم بود و به هر حال ارتباط سیستم اداری- مالی با پشتیبانی دانشگاه بیشتر از درمان بود» (کد ۲۴).

از طرف دیگر درمیان خود کادرمان، کم‌رنگ شدن اثر سابقه در تعیین میزان دریافتی در برنامه عملکردی، یکی از علل مقاومت توسط افراد با سابقه بود و «بخاطر اعتراضی که پرستارهای با سابقه ولی صاحب نفوذ کرده‌اند» (کد ۲۵) در برنامه تغییراتی به وجود آمد. از این مسئله مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۵) به‌عنوان «تبعات اجتماعی طرح» نام می‌برند. مترون بیمارستان (کد ۲۴) اضافه می‌کند «اکثر افرادی که مخالفت می‌کنند این افرادی بودند که اضافه‌کار داشتند ولی کار خاصی در سیستم نداشتند و تفاوت بین پرداخت اضافه‌کار افراد با سابقه و کم سابقه بود که باعث شده بود افراد با سابقه به این قضیه معترض باشند». توجیه افراد با سابقه برای دریافت بیشتر از افراد کم سابقه این بود که زمانی که آن‌ها تازه وارد کار شدند، می‌بایستی بیشتر دریافت می‌کردند ولی نکرده‌اند؛ لذا الان بایستی حق الزحمه سال‌های اولیه شروع بکار خود در بیمارستان را بگیرند. مصاحبه‌شونده (کد ۱۳) از زبان یک پرستار با سابقه می‌گوید که «الان که نوبت من شده که یک میلیون بگیریم، من با کسیکه ۵۰ هزار تومان باید بگیرد مثل هم شویم؟! ... من برای این یک میلیون تومان قبلاً کار کردم، قبلاً مثلاً حق من ۵۰۰ تومن بوده که بگیرم ولی من ۵۰ تومان گرفتم». این روند میراثی بود که از نحوه تعبیه نظام نوین برجای مانده بود، یعنی اینکه «تصمیمات دیروز ما مشکلات امروز ما را ساخته بودند».

ادغام اضافه‌کار و کارنه سابق: از جمله نوآوری‌های بکار گرفته شده در تدوین برنامه ادغام اضافه‌کار و کارنه سابق در یکدیگر و پرداخت تحت عنوان «پرداخت عملکردی» بود. «یه بحث چالشی دستورالعمل برای دانشگاه‌ها ادغام اضافه‌کاری در کارانه بود برای کارکنان، این خیلی مقاومت ایجاد کرد» (کد ۲۲).

اگرچه هدف از این کار، تجمع منابع مالی پرداختی به منظور افزایش قدرت ایجاد انگیزانندگی آن‌ها بوده است، ولی باید توجه کرد که این مسئله باعث شده است تا بیمارستان در هر ماه حجم قابل توجهی پول پرداخت نماید، در صورتی که در زمان عدم ترکیب این دو، دست مدیران بیمارستانی برای پرداخت به کارکنان بازتر (هم در حجم مبلغ و هم با دو نام متفاوت) بوده است.

■ ساعات اضافه‌کار: وزن ساعات اضافه‌کار در تعیین پرداختی فرد زیاد است و این رفتاری ناخواسته در برنامه نیست. ولی پرستار می‌گوید «الان در بیمارستان ما، پرداختی‌هایی بوده که مثلاً منشی بخش دریافتیش بیشتر از سرپرستار بوده چرا؟ چون توی بخش اضافه‌کار بیشتری داشت» (کد ۱۶) به علاوه بیان می‌کند که «طرح مبتنی بر عملکرد کاری کرده که کارکنان فقط بر سر اضافه‌کار دعوا داشته باشند یعنی فقط شیفت بایستند». این وزن زیاد ساعات اضافه‌کاری ممکن است موجب تحریک کارکنان برای تولید اضافه‌کار بیشتر شود.

■ وزن قبول مسئولیت در بخش: به‌طور کلی به نظر می‌رسد وزن‌های داده شده به مسئولین بخش‌ها (که بایستی همواره در شیفت صبح حاضر باشند و تمام بروکراسی اداری بخش برعهده وی است) در مقایسه با وزنی که ساعات اضافه‌کار در تعیین دریافتی فرد دارد، کمتر است. با وجود اینکه از اهداف برنامه بوده است که تمایل افراد را برای پرکردن شیفت‌های اضافه ترغیب نماید، ولی در مجموع این برنامه احتمالاً افراد را برای عدم برعهده گرفتن مسئولیت خاص در بخش و گرفتن شیفت‌های در گردش تشویق نماید. «الان در بیمارستانمان هیچ کس سرپرستاری را قبول نمی‌کند.» (کد ۱۴)

■ ضریب سختی بخش: از اهداف برنامه پرداخت پول بیشتر به افراد در بخش‌های با ضریب سختی بیشتر است. اگرچه این هدف می‌تواند در تکمیل کادر بخش‌های دشوار یاری رساند ولی به نظر می‌رسد که پرستاران آن را به‌خوبی تصدیق نمی‌کنند و احساس می‌کنند که کار بخش‌های دیگر کم اهمیت جلوه داده می‌شود و اهداف درمانی تبدیل به اهداف مالی شده است «یعنی حالت حرفه‌ای را در نظر نگیرند یعنی فقط و فقط بحث پولی، بحث مالی هست که اینجا حرف اول را می‌زند» (کد ۱۴). به نظر می‌رسد درگیر شدن بیش از حد ذهن کارکنان بالینی در مسائل مالی دشواری‌هایی شخصی و سیستمی به همراه خواهد داشت.

۴-۲-۴-۵- چهارچوب و ساختار فنی برنامه پرداخت عملکردی اجرا شده ایران

چارچوب فنی برنامه با بررسی مستندات و نظرات متخصصان استخراج و نهایی گردیده است. در این بخش به بیان این چارچوب در دو قسمت - برای کارکنان غیرپزشک و پزشک - خواهیم پرداخت.

۴-۲-۴-۵-۱- کارکنان بیمارستانی غیرپزشک

پژوهشگران به‌عنوان افراد مشارکت‌کننده در برنامه IR-PFP، یکی از مسائل اصلی برنامه را دشواری آن برای توضیح و آموزش به کارکنان سطح میانی و پایین دستی دانسته‌اند، به‌گونه‌ای که یکی از علل درخواست برخی دانشگاه‌ها یا بیمارستان‌ها برای عدم اجرای برنامه عدم درک درست آن به‌واسطه پیچیدگی‌های خاص آن بوده است. لذا در این بخش از پایان‌نامه به بیان کامل مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران (IR-PFP) در میان کارکنان غیرپزشک خواهیم پرداخت. یافته‌های این بخش از مطالعه بر اساس بررسی مستندات و مصاحبه تکمیل شده است.

نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان با تجربه کاری بیش از ده سال در مدیریت مالی بیمارستان، دانشگاه و وزارت درمورد چارچوب برنامه‌این‌گونه بیان شده است. «برنامه‌اش، برنامه خوبی بود، اصلاحاتشم که الان تقریباً چند سالی از آن قضیه گذشته، اصلاحات بیشتر از بیست درصد از نظر من نبوده، درواقع چارچوبش، چارچوب خوبی بوده» (کد ۲۳). این برنامه برای کارکنان بیمارستانی غیرپزشک دارای ۴ جزء الف- پیش‌نیازها، ب- پرداخت عملکردی بخش، ج- پرداخت عملکردی فرد و د- زمان پرداخت است.

۴-۲-۴-۵-۱- پیش‌نیازها

الف- تعریف برنامه

بنا به دستورالعمل (۱۳۹۳) (۱۲۴) تعریف کلی برنامه IR-PFP کارکنان غیرپزشک این‌گونه است: «منظور از پرداخت مبتنی بر عملکرد در این دستورالعمل، ایجاد ارتباط بین دریافتی غیرمستمر کارکنان ...، با درآمدهای بخش محل فعالیت آنان، در قالب یک تفاهم‌نامه است. در این روش، محاسبات در دو سطح صورت می‌گیرد؛ در سطح اول، بر اساس عملکرد هر بخش، درآمد قابل‌توزیع به کارکنان غیرپزشک شاغل در آن بخش محاسبه می‌گردد و در سطح دوم، بر اساس عملکرد هر یک از کارکنان و امتیازات مکتسبه، سهم هر فرد تعیین می‌گردد».

ب- دسته‌بندی بخش‌های بیمارستان

بخش‌های بیمارستان بر اساس نوع فعالیت و ایجاد درآمد در دو طبقه قرار گرفته‌اند:

طبقه ۱- بخش‌های تشخیصی و درمانی^{۱۱۷}: بخش‌هایی که فعالیتهای تشخیصی و یا درمانی و یا توان‌بخشی دارای تعرفه مصوب ارائه می‌کنند و درآمدزا هستند. بخش‌های بستری عادی و ویژه، اتاق‌های عمل، بخش‌های سرپایی، پاراکلینیک، پیراپزشکی و سایر بخش‌های دارای پروانه فعالیت در این طبقه قرار دارند. این بخش‌ها بر اساس «درجه سختی کار» در ۸ گروه جای گرفته‌اند (پیوست ۱)؛ در گروه یک، بخش‌های درمانگاه و بخش سرپایی اعتبار با کمترین درجه سختی و در گروه ۸ بخش‌های اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند با بالاترین درجه سختی قرار دارند.

طبقه ۲- بخش‌های پشتیبان^{۱۱۸}: بخش‌هایی که فاقد فعالیتهای تشخیصی، درمانی یا توان‌بخشی دارای تعرفه‌های مصوب هستند و درآمدزایی ندارند. بخش‌های مدیریت، حسابداری، کارگزینی و امور اداری، فناوری اطلاعات، دفتر پرستاری، تجهیزات پزشکی، کنترل عفونت، اعتباربخشی و بهبود کیفیت و سایر بخش‌های مشابه.

ج- تفاهم‌نامه با مدیران بخش‌ها

اجرای برنامه منوط به عقد تفاهم‌نامه‌ای بین رئیس بیمارستان (طرف اول) و مدیران بخش‌ها (طرف دوم)، برای یک سال است. این تفاهم‌نامه به هدف تعیین اختیارات مسئولان ارشد بیمارستان و مسئولان هر بخش تدوین شده است. در این تفاهم‌نامه طرف اول متعهد به موارد ذیل می‌گردد: محاسبه و اعلام میزان درآمد مبنا (DBI)^{۱۱۹} و درآمد قابل توزیع بخش (DDI)^{۱۲۰} به صورت ماهیانه؛ اعلام نتایج ارزیابی‌های کیفی عملکرد، کسورات و سایر مشکلات بخش‌ها؛ تعیین سقف ساعات کاری بخش (موظف، غیرموظف و انکالی) با در نظر نیاز هر بخش؛ اعلام خط مشی مدیریت منابع انسانی بیمارستان؛ در نظر گرفتن اختیارات و استقلال مدیران بخش‌ها در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیمات بیمارستان و ارائه گزارش وضعیت اجرایی برنامه به دانشگاه (وظایف اصلی در شکل ۱۰ سطح سازمانی الف).

طرف دوم متعهد به موارد ذیل می‌گردد: مدیریت مناسب بخش بنابه استانداردها، قوانین و مقررات بیمارستان؛ ارتقای عملکرد و بهبود کیفیت مراقبت بخش با اصلاح فرآیندهای مرتبط؛ ارائه اطلاعات محاسبه امتیاز کارکنان؛ تأیید نهایی پرداخت عملکردی کارکنان در سامانه پرداخت عملکردی؛ مدیریت نیروی انسانی، تقسیم کار و

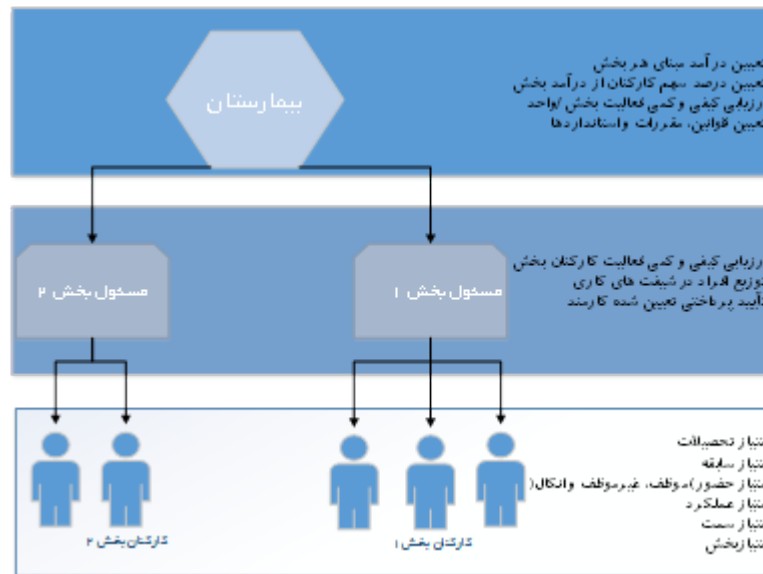
117 Diagnostic and Therapeutic Departments

118 Logistic Department

119 Department Base Income

120 Department Distributable Income

واگذاری مسئولیت به کارکنان بخش؛ ارزشیابی عملکرد کارکنان به صورت فصلی؛ آموزش و پاسخگویی به کارکنان در مورد نحوه پرداخت عملکردی (وظایف اصلی در شکل ۱۰ سطح سازمانی ب).



شکل ۱۰: وظایف و اختیارات سه سطح مهم در بیمارستان بر اساس مدل IR-PFP

۴-۲-۴-۵-۱-۲-پرداخت عملکردی هر بخش

منظور از پرداخت عملکردی هر بخش، محاسبه درآمد ماهیانه قابل توزیع هر بخش (۱۲۵) است. خلاصه نحوه محاسبه به تفکیک بخش های تشخیصی-درمانی و پشتیبان در جدول ۱۲ و جزئیات محاسبات در ادامه آورده شده است.

الف- درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش

درآمد ناخالص: برای شروع محاسبات، ابتدا «درآمد ناخالص» محاسبه می‌گردد. به لحاظ درآمدزا بودن بخش‌های تشخیصی-درمانی، «درآمد ناخالص» هر یک از این بخش‌ها به صورت مجزا محاسبه می‌گردد. درآمد ناخالص این بخش‌ها مجموع درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران (جزء فنی و حرفه ای فعالیتهای درمانی، تشخیصی و توان بخشی، هتلینگ و فروش دارو و لوازم پزشکی) در مدت زمان معین است.

به دلیل عدم درآمدزایی بخش‌های پشتیبان، «درآمد ناخالص بیمارستان» به‌عنوان پایه درآمدی این بخش‌ها قرار می‌گیرد. درآمد ناخالص بیمارستان مجموع درآمدهای ثبت شده در پرونده کل بیماران بیمارستان در مدت زمان معین است.

درآمد مینا: بعد از محاسبه درآمد ناخالص، «درآمد مینای» هر بخش (DBI)^{۱۲۲} محاسبه می‌گردد. درآمد مینای بخش تشخیصی-درمانی شامل کلیه درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران به جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه ای بخش است.

به‌منظور تعیین «درآمد مینای بخش‌های پشتیبان (LdsBI)^{۱۲۳}»، درآمد مینای بیمارستان ضربدر «سهم بخش‌های پشتیبان از درآمد مینای بیمارستان (LDSP)^{۱۲۴}» می‌گردد. درآمد مینای بیمارستان شامل کلیه درآمدهای ثبت شده در پرونده بیماران به جز درآمدهای حاصل از فروش دارو، لوازم پزشکی و کسورات بیمه ای بیمارستان است. LDSP حاصل نسبت مجموع میانگین اضافه‌کار (SOA)^{۱۲۵} و کارانه (SARA)^{۱۲۶} کارکنان بخش‌های پشتیبان به میانگین ماهیانه یکسال درآمد مینای بیمارستان (HBIA)^{۱۲۷} در ماه‌های گذشته است (فرمول ۱). این سهم هنگام عقد تفاهمنامه محاسبه می‌گردد و تا یک سال تغییر نمی‌کند.

$$\text{فرمول ۱} \quad \text{LDsP} = \frac{\sum(\text{SOA} + \text{SARA})}{\text{HBIA}} \times 100$$

LDSP: سهم بخش‌های پشتیبان از درآمد مینای بیمارستان؛ SOA: میانگین اضافه‌کار کارکنان بخش‌های پشتیبان؛

SARA: میانگین کارانه کارکنان بخش‌های پشتیبان و HBIA: میانگین درآمد مینای بیمارستان.

پس از محاسبه درآمد مینای دو نوع بخش تشخیصی-درمانی و پشتیبان، درآمد قابل توزیع هر یک از بخش‌ها محاسبه می‌گردد.

-
- 122 Department Basic Income
 - 123 Logistic Departments Basic Income (LDsBI)
 - 124 Logistic Departments Percentage (LDsP)
 - 125 Staff Overtime Average
 - 126 Staff Adjusted Reward Average
 - 127 Hospital Basic Income Average (HBIA)

ب- درآمد قابل توزیع بخش

محاسبه درآمد قابل توزیع بخش‌های تشخیصی-درمانی به صورت ماهیانه بر اساس درآمد مبنای بخش (DBI)، سهم قابل پرداخت به کارکنان از درآمد مبنای بخش (DP^{۱۲۸}) و نمره کیفیت عملکرد بخش (DQI^{۱۲۹}) صورت می‌گیرد (فرمول ۲).

$$\text{فرمول ۲} \quad \text{DDI} = \text{DP} \times \text{DBI} \times \text{DQI}$$

DDI: درآمد قابل توزیع ماهیانه بخش؛ DP: سهم کارکنان از درآمد بخش؛ DBI: درآمد مبنای بخش در هر ماه؛ DQI: ضریب کیفی عملکرد بخش

محاسبه درآمد قابل توزیع بخش‌های پشتیبان نیز به صورت ماهیانه بر اساس درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان (LDSBI)، سهم کارکنان هر بخش پشتیبان از درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان (LDP^{۱۳۰}) و نمره کیفیت عملکرد بخش (DQI) و مشابه فرمول ۲ صورت می‌گیرد.

سهم قابل پرداخت به کارکنان بخش (DP) با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌گردد (فرمول ۳). این سهم حاصل نسبت مجموع میانگین اضافه‌کار (SOA) و کارانه (۹) کارکنان بخش به میانگین ماهیانه یکسال درآمد مبنای بخش (DBIA)^{۱۳۱} در ماه‌های گذشته است (فرمول ۱).

$$\text{فرمول ۳} \quad \text{LDP} = \frac{\sum(\text{SOA} + \text{SARA})}{\text{DBIA}} \times 100$$

سهم کارکنان هر بخش پشتیبان (LDP) از کل سهم بخش‌های پشتیبان نیز با استفاده از فرمول مشابه فرمول ۳ محاسبه می‌گردد (فرمول ۳). این سهم حاصل نسبت مجموع میانگین اضافه‌کار (SOA) و کارانه (۹) کارکنان هر بخش پشتیبان به میانگین ماهیانه یکسال درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان (LDSBIA)^{۱۳۲} در ماه‌های گذشته است (فرمول ۱).

128 Department Percentage

129 Department Quality Index (DQI)

130 Logistic Department Percentage (LDP)

¹³¹ Department Basic Income Average (DBIA)

¹³² Logistic Departments Basic Income Average (LDSBIA)

سهم کارکنان از درآمد بخش (DP & LDP) هنگام عقد تفاهمنامه محاسبه میگردند و تا یک سال تغییر نمیکنند. نمره کیفیت عملکرد هر دو نوع بخش (DQI) هر سه ماه یک بار، با استفاده از فرم ارزشیابی استاندارد سنجیده می شود. هر فرم دارای چندین شاخص بر اساس ویژگی های بخش است که بسته به نوع شاخص، ارزیاب آن نیز متفاوت است. طیف این نمره بین ۱۱۰-۰ است.

درآمد قابل توزیع هر بخش بر اساس امتیاز هر یک از کارکنان بخش بین آنها توزیع می گردد. برای این منظور امتیاز هر فرد و مجموع امتیاز تمام کارکنان بخش محاسبه و با تقسیم درآمد قابل توزیع بخش بر مجموع امتیازات افراد، ارزش ریالی هر امتیاز تعیین می گردد. دریافت عملکردی فرد از یک بخش، مضرری از ارزش ریالی امتیاز بخش و تعداد امتیاز فرد در همان بخش است.

۴-۲-۴-۵-۱-۳- پرداخت عملکردی فرد، محاسبه امتیاز فرد

برای تعیین پرداخت عملکردی، محاسبه امتیاز هر فرد در هر بخش لازم است که مجموعه ای از امتیازات به شرح جدول ۱۱ است (عوامل اصلی در شکل ۱۰ سطح سازمانی ج).

جدول ۱۱: عوامل مؤثر بر محاسبه امتیاز فرد در هر بخش بیمارستان

| کارمند | بخش | نوع حضور | امتیاز ساعات حضور | امتیاز سابقه | ضریب کیفی | امتیاز تخصصات | امتیاز نوع شغل | مجموع امتیاز |
|-------------------------------|-----|----------|-------------------|--------------|-----------|---------------|----------------|--------------|
| ۱ | ۱ | موظف | a | b | c | d | e | f |
| | | غیرموظف | a' | b | c | d | e' | f' |
| | | آنکالی | a'' | b | c | d | e'' | f'' |
| مجموع امتیاز کل فرد در یک بخش | | F | | | | | | |

امتیاز حضور (a, a', a''): ضریب حضور در ساعات موظف ۱، در ساعات آنکال ۰,۵ و در ساعات غیرموظف به تفکیک بخش و نوع شیفت، بین ۲ تا ۴ است که در تعداد ساعات حضور ضرب می گردد.

امتیاز سابقه خدمت (b): به ازای هر سال، حداکثر ۲ درصد، به امتیاز موظف و غیرموظف افراد اضافه می گردد؛ به عبارت دیگر میزان افزایش امتیاز به ازای یک ساعت برای یک کارمند با سابقه یک سال و ۳۰ سال به ترتیب حداکثر ۱ و ۱,۶ خواهد بود.

ضریب کیفی عملکرد فرد (c): نمره کیفیت عملکرد فرد هر سه ماه یک بار، با استفاده از فرم ارزشیابی استاندارد سنجیده می‌شود. هر فرم دارای چندین شاخص بر اساس ویژگی‌های بخش است که بسته به نوع شاخص، ارزیاب آن نیز متفاوت است. طیف این نمره بین ۰-۱۱۰ است.

امتیاز تحصیلات (d): تحصیلات در ۸ گروه طبقه بندی شده‌اند، تحصیلات «کمتر از دیپلم» کمترین امتیاز و تحصیلات «فوق تخصص و فلوشیپ» بیشترین امتیاز را دریافت می‌کنند.

امتیاز سمت یا شغل (e, e', e''): بر اساس شغل و تحصیلات طراحی شده و افراد با مسئولیت بیشتر در بخش، امتیاز بالاتری دریافت می‌کنند:

الف- بخش‌های تشخیصی-درمانی: کارکنان این بخش‌ها بر اساس نوع خدمت، امتیاز متفاوتی (۸ گروه) دریافت می‌کنند. سرپرستاران بیشترین و نیروهای خدماتی کمترین امتیاز را دارند (پیوست ۱).

ب- بخش‌های پشتیبان: کارکنان این بخش‌ها بر اساس نوع فعالیت در ۱۲ گروه دسته‌بندی شده‌اند. سمت رییس/مدیرعامل بیمارستان بیشترین و نیروهای خدماتی کمترین امتیاز را دارند (پیوست ۱).

مجموع امتیاز (f, f', f''): مجموع امتیازات در هر یک از سه نوع حضور محاسبه می‌گردد.

مجموع امتیاز کل فرد در یک بخش (F): مجموع امتیازات f, f' و f'' است.

خلاصه تمام مراحل در جدول ذیل به تفکیک بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبان آورده شده است (جدول ۱۲).

جدول ۱۲: خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

| دوره محاسبه # | بخش پشتیبانی | دوره محاسبه # | بخش تشخیصی-درمانی | |
|---------------|---|---------------|---|--------------------|
| هر ماه | محاسبه درآمد ناخالص بیمارستان | هر ماه | محاسبه درآمد ناخالص بخش | برداشت عملکردی بخش |
| هر ماه | - درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بیمارستان | هر ماه | - درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بخش | |
| هر ماه | = درآمد مبنای بیمارستان | هر ماه | = درآمد مبنای بخش | |
| هرسال | × سهم بخش‌های پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان | | ### | |
| هرسال | = درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان | | ### | |
| هرسال | × سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش‌های پشتیبان | هر سال | × سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش | |
| سه ماه | × ضریب کیفی بخش | سه ماه | × نمره کیفیت بخش | |
| هر ماه | = درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش | هر ماه | = درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش | |
| هر ماه | ÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش | هر ماه | ÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش | |

جدول ۱۲: خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

| دوره محاسبه # | بخش پشتیبانی | دوره محاسبه # | بخش تشخیصی-درمانی |
|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
| هر ماه | = ارزش هر امتیاز | هر ماه | = ارزش هر امتیاز |
| هر ماه | × امتیاز فرد | هر ماه | × امتیاز هر فرد |
| هر ماه | = دریافتی عملکردی فرد | هر ماه | = دریافتی عملکردی فرد |

* جدول در هر بخش به صورت عمودی و علامت های -، ×، ÷ و = به زبان ریاضی خوانده شوند.

در طول دوره محاسبه، موارد محاسبه شده ثابت می ماند.

به منظور تطبیق پذیر کردن روند دو نوع بخش در داخل جدول، خالی گذاشته شده است.

۴-۲-۴-۵-۱-۴- تعیین زمان پرداخت عملکردی

«دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها ... می بایست به گونه‌ای برنامه‌ریزی نمایند که کلیه پرداختهای عملکردی موضوع این دستورالعملها [پرداخت مبتنی بر عملکرد] در اسرع وقت و حداکثر با فاصله زمانی دو ماهه به پزشکان و کارکنان غیرپزشک پرداخت گردد»^{۱۳۳}.

۴-۲-۴-۵-۲- کارکنان بیمارستانی پزشک

الف- کارکرد انواع پزشکان بیمارستانی (عمومی، متخصص، تمام وقت، غیر تمام وقت، دستیاران)

به منظور بررسی شفاف بیشتر نظام دریافتی و پرداختی به پزشکان در بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی کشور لازم است تا ابتدا منابع درآمد پزشکان در بیمارستان‌های امروز کشور تعیین شده است. به طور خلاصه کل کارکرد هر پزشک مجموعه ای از موارد ذیل است:

- مجموع جزء حرفه ای خدمات ارائه شده توسط هر پزشک: ملاک اصلی محاسبه جزء حرفه‌ای، کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت موضوع تصویب نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت ۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیئت محترم وزیران است.
- ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از تعرفه ویزیت درمانگاه و کلینیک ویژه غیرمستقل موسسه با احتساب درآمد حاصل از برنامه ارتقا کیفیت خدمات ویزیت در طرح تحول نظام سلامت.
- ۱۰۰ درصد درآمد حاصل از بخش عملکردی برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و یا درآمد حاصل از تعرفه ترجیحی مناطق محروم (از شمول محاسبات جزء حرفه ای خارج می باشند).

^{۱۳۳} وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نامه شماره ۱۰۰/۱۵۲۵، مورخه ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

- درآمد حاصل از ۳۰ درصد تعرفه هتلینگ انواع بخش های ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (از شمول محاسبات جزء حرفه ای خارج می‌باشد).
- در خصوص دکترای تخصصی داروسازی، ۱ تا ۲ درصد از فروش دارو و ملزومات پزشکی به پیشنهاد هیئت و تصویب کارگروه و ۱۰۰ درصد کارکرد داروساز بر اساس جزء حرفه ای خدمات ارائه شده، به‌عنوان کارکرد داروساز منظور میشود.
- درآمد حاصل از فعالیت در کلینیک ویژه مستقل: کلینیک ویژه مستقل واحدی از موسسه است که به لحاظ اداری و مالی مستقل میباشد و توسط هیئت مدیره ای به انتخاب پزشکان شاغل در آن و با حضور ناظر دانشگاه، اداره میشود و تأمین کلیه هزینه های مربوط به اداره کلینیک از جمله کلیه هزینه های نیروهای انسانی غیرپزشک، کارانه پزشکان و سایر هزینه های نگهداری و پشتیبانی به‌طور کامل از محل درآمدهای آن که به حساب درآمدهای اختصاصی موسسه واریز میگردد، تأمین میشود.
- درآمد حاصل از کلینیک ویژه وابسته: در صورتی که کلینیک ویژه به لحاظ اداری و مالی وابسته به بیمارستان یا موسسه باشد و همه یا بخشی از هزینه های آن توسط بیمارستان یا موسسه تأمین شود، به‌عنوان یکی از بخشهای تشخیصی و درمانی بیمارستان یا موسسه محسوب شده و پرداخت به پزشکان و کارکنان غیرپزشک شاغل در آن بر اساس چارچوب های تعیین شده در این دستورالعمل، صورت میگیرد.
- پرداختی اختصاصی به پزشکان تمام‌وقت جغرافیایی (پزشک تمام‌وقت): به استناد تصویب نامه شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۳/۷/۱ هیئت محترم وزیران، پزشکان درمانی و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی، به آن دسته از پزشکان اطلاق میشود که به‌صورت تمام‌وقت در مراکز آموزشی-درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات تشخیصی و درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت.
- در صورتی که پزشک متخصص، فوق تخصص و فلوشیپ فاقد هرگونه رابطه استخدامی با موسسه (رسمی، پیمانی، طرحی و متعهد به خدمت) که حقوق مستمر از موسسه دریافت نمی نماید، بیماران را از مطب شخصی خود به بیمارستانهای تابعه موسسه ارجاع دهد، ۱۰۰ درصد کارکرد پزشک از محل جزء حرفه ای به وی پرداخت میگردد (در شهرهایی که در رشته تخصصی مربوطه، فاقد بیمارستان یا مرکز جراحی محدود خصوصی یا غیردولتی با تعرفه خصوصی باشد).

ب- نحوه توزیع کارکرد پزشکان بیمارستانی در میان آنها

در سایت آموزشی معاونت درمان وزارت خلاصه ای منظم در این مورد تهیه و بارگذاری شده است. در این آدرس:

<http://PFP.behdasht.gov.ir/page/مستندات>

مستندات این قسمت و سایر مستندات آموزشی بارگذاری شده است.

ج- اصلاحیه شورای حقوق و دستمزد کشور بر دستورالعمل پزشکان

طبق نامه شماره ۹۵۵۳۳۱ مورخه ۱۳۹۵/۱۰/۲۲ سازمان اداری و استخدامی ریاست جمهوری به وزارت، شورای حقوق و دستمزد اعمال اصلاحاتی در «دستورالعمل نحوه پرداخت کارانه پزشکان» را ضروری دانسته و این اصلاحات را ابلاغ و جایگزین دستورالعمل ابلاغی وزارت معرفی نموده است.

در این نامه تأکید شده است که پرداخت کارانه پزشکان بر اساس سهم پزشک از کارکرد جزء حرفه‌ای با روش صرفاً پلکانی و به شرح جدول ۱۳ محاسبه می‌گردد. این جدول جایگزین جدول های شماره ۱ و ۲ دستورالعمل پیشنهادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده است.

جدول ۱۳: نحوه محاسبه سهم پزشکان درمانی و عضو هیئت علمی متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص

| ردیف | ستون اول | ستون دوم | ستون سوم |
|------|--|--|--|
| | مبلغ کارکرد پزشک بر اساس جزء حرفه‌ای (میلیون ریال) | سهم پزشک تمام وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای | سهم پزشک غیر تمام وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای |
| ۱ | ۰-۱۰۰ | ٪۸۰ | ٪۴۵ |
| ۲ | ۱۰۰-۲۰۰ | ٪۶۰ | ٪۴۰ |
| ۳ | ۲۰۰-۳۰۰ | ٪۵۰ | ٪۳۵ |
| ۴ | ۳۰۰-۴۰۰ | ٪۴۰ | ٪۳۰ |
| ۵ | ۴۰۰ به بالا | ٪۳۵ | ٪۳۰ |

جدول ۱۴: نحوه محاسبه سهم پزشک عمومی

| ردیف | ستون اول | ستون دوم | ستون سوم |
|------|--|--|--|
| | مبلغ کارکرد پزشک بر اساس جزء حرفه‌ای (میلیون ریال) | سهم پزشک عمومی تمام‌وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای | سهم پزشک عمومی غیر تمام‌وقت جغرافیایی از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای |
| ۱ | ۰-۵۰ | ٪۸۰ | ٪۶۵ |
| ۲ | ۵۰-۱۰۰ | ٪۶۰ | ٪۵۵ |
| ۳ | ۱۰۰-۱۵۰ | ٪۵۰ | ٪۴۵ |
| ۴ | ۱۵۰-۲۰۰ | ٪۴۰ | ٪۳۵ |
| ۵ | ۲۰۰ به بالا | ٪۳۵ | ٪۳۰ |

ب- سهم پزشکان از مبلغ کارکرد جزء حرفه‌ای در جدول شماره ۸ و ۹ در مناطق کمتر توسعه‌یافته یا دارای شرایط خاص با تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تا ۱۰ درصد قابل افزایش است.

ج- سقف کل دریافتی خالص ماهیانه مارانه پزشکان نباید از مبلغ ششصد میلیون ریال تجاوز نماید. در مناطق کمتر توسعه‌یافته یا دارای شرایط خاص و ویژه با تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پرداختن کارانه موضوع این دستورالعمل بالاتر از سقف تعیین شده مجاز می‌باشد.

۴-۴- بخش چهارم: یافته‌های کیفی، فرآیند دستورگذاری تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

فصل چهارم

بخش چهارم

یافته‌های مصاحبه‌ها

فرآیند دستورگذاری تدوین برنامه پرداخت

مبتنی بر عملکرد ایران

۴-۴-۱- مقدمه

این بخش در راستای پاسخ به اهداف شماره دو و سه (شناخت دستورگذاری و تدوین برنامه پرداخت عملکردی) و بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها آماده شده است.

این بخش از تحلیل سیاست در نظر دارد تا فرایند دستورگذاری برنامه را بیان نماید؛ به عبارت دیگر ای بخش به دنبال پاسخ به سؤال «چگونگی؟» است.

۴-۴-۲- خلاصه یافته های فرآیند سیاست گذاری و تصمیم گیری برای اجرای برنامه

به منظور تحلیل و گزارش وضعیت فرآیند دستورگذاری و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران از مدل پیشنهادی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) (۸۵) بهره گرفته شده است. بر اساس این مدل این بخش از پایان‌نامه در سه قسمت الف- دستورگذاری، ب- تدوین (فرموله) کردن، ج- تصمیم‌گیری برای اجرا پایه‌ریزی شده است.

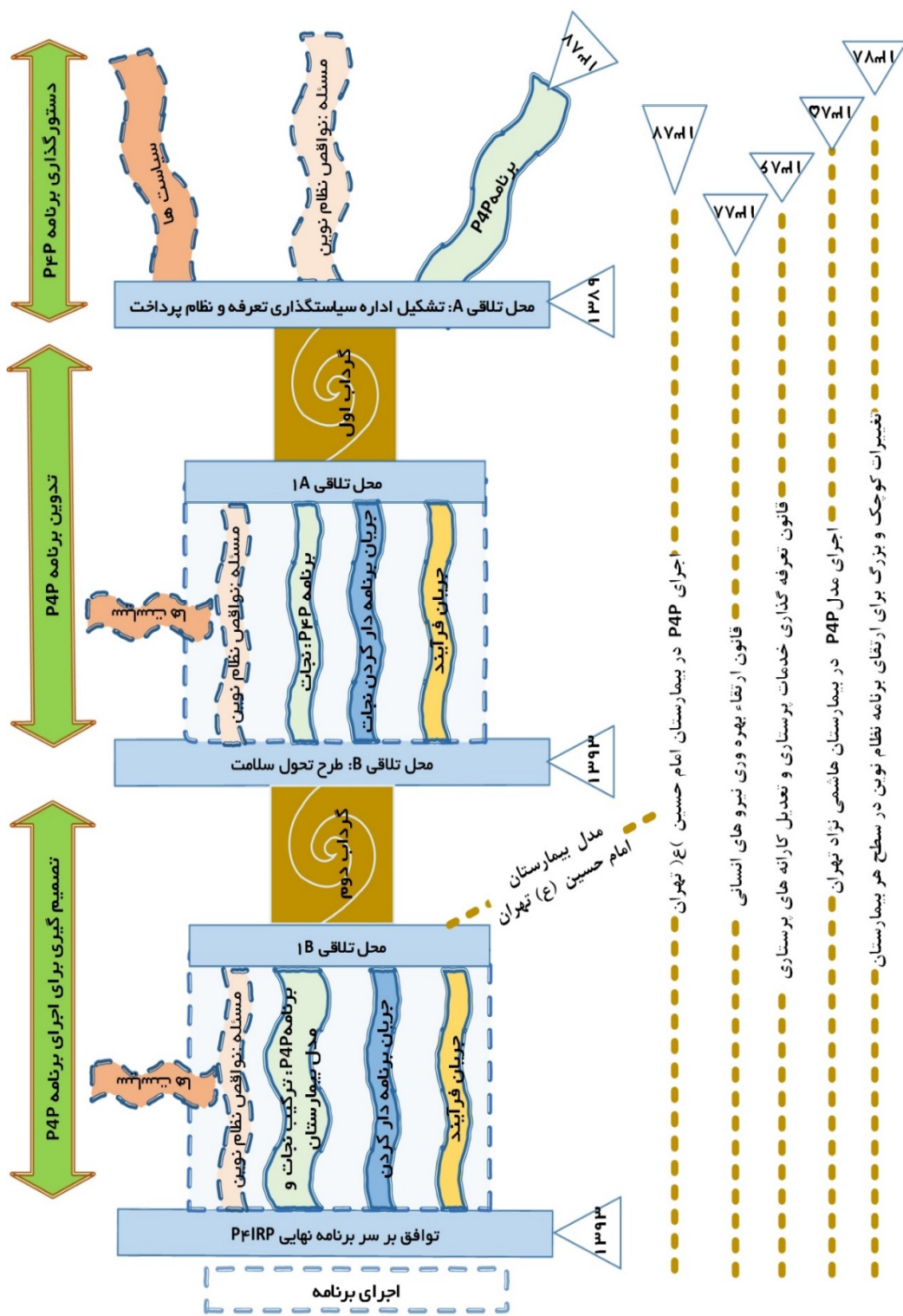
با توجه به توضیحاتی که در فصل سوم پایان‌نامه (مواد و روش‌ها) ارائه شده و در شکل ۱۱ نشان داده شده است، مدل پیشنهادی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) ترکیبی از مدل‌های جریان‌های چندگانه کینگدان (۱۹۹۵) و مراحل سیاست‌گذاری لاسول (۱۹۵۶) است. در این مدل که از سه قسمت دستورگذاری، تدوین برنامه و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه تشکیل شده است، پنج جریان (سه جریان مدل کینگدان شامل برنامه، سیاست و مسئله و دو جریان جدید شامل برنامه دار کردن برنامه و جریان فرآیند) وجود خواهند داشت که در دو مقطع به یکدیگر ملحق می‌شوند و تصمیم نهایی برای اجرای یک برنامه گرفته می‌شود (۸۵).

جدول ۱۵: خلاصه مطالب تحلیل فرآیند دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در وزارت

| جریان مسئله | نواقص و معایب مربوط به برنامه موجود (نظام نوین) |
|-----------------|--|
| جریان سیاست | قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی |
| جریان برنامه‌ها | <ul style="list-style-type: none">• تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان‌های هاشمی نژاد تهران• تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع) تهران• تعرفه گذاری خدمات پرستاری• قانون ارتقاء بهره‌وری نیروهای انسانی• تغییرات کوچک و بزرگ در بهبود برنامه نظام نوین در سطح هر بیمارستان• تلاش برای افزایش منابع مالی ورودی به بیمارستان‌ها (اولین به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی) |
| پنجره فرصت اول | «اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت» در معاونت درمان در وزارت |

جدول ۱۵: خلاصه مطالب تحلیل فرآیند دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در وزارت

| | |
|--|-----------------------------------|
| تدوین سند اولیه برنامه نجات تصویب قوانین تقویت کننده برنامه های پرداخت عملکردی در کشور مشروعیت برنامه در میان ذی نفعان احتمالی | جریان برنامه دار کردن سیاست |
| پایلوت برنامه نجات | جریان فرآیند |



شکل ۱۱: نحوه دستورگذاری، تدوین و تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بر اساس مدل هاوالت و همکاران

۴-۲-۱ جریان مسئله: نواقص و معایب مربوط به برنامه موجود (نظام نوین)

همان طور در بخش دوم فصل چهار اشاره شد، بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان آگاه، عمده افراد درگیر برنامه نظام نوین در سطح کلان به این نتیجه رسیده بودند که برنامه موجود (نظام نوین) بایستی تغییر کند. تدوین‌کنندگان بیان کرده‌اند که «در نظرخواهی‌های که داشتیم، کسی نبود که بگویند دستورالعمل قبلی خوبه، اقشار مختلف همه اذعان کردند که دستورالعمل باید عوض بشود» (کد ۲۲). چراکه دستورالعمل سابق از زمان تدوین مورد بازبینی قرار نگرفته بود «[نظام نوین] از زمان نبودش خیلی بهتر بود؛ بهتر از هیچی بود؛ و دو سه دهه هم کار کرده بود؛ حداقل دو دهه کار کرده بود؛ و قطعاً لازم بود بازبینی شود» (کد ۲۲).

بروز مشکلات در نظام نوین و نارضایتی کارکنان بیمارستانی، منجر به واکنش‌هایی در سطح وزارت گردید، تعریف پروژه‌ای تحقیقاتی در سطح وزارت برای بررسی مشکلات برنامه، یکی از این واکنش‌ها بوده است. با توجه به اینکه در میان جامعه پژوهش این مطالعه افراد تأثیرگذار در تصمیم‌سازی حوزه سلامت کشور حضور داشته‌اند، به نظر می‌رسد خود این مطالعه نیز به انتشار مشکلات برنامه نظام نوین و ایجاد تفکر تدوین برنامه جایگزین کمک نموده باشد.

این مشکلات مرتبط با نظام نوین یک هم‌جهتی در میان تمام ذی‌نفعان برای تغییر آن ایجاد کرده بود (شکل ۷). جامعه پرستاری به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های بالینی کشور نیز موافق این ارتقا و بهبود برنامه قبلی بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند که «ما حتی در قوانین حوزه پرستاری هم تأکید کرده‌ایم که باید پرداخت به پرستارها باید از ساعتی و زمانی باید تبدیل شود به عملکردی، یعنی ما مثلاً اصلاً شکی نداریم که هرکس در این سیستم باید بر اساس عملکرد باید پرداخت شود...» (کد ۹).

لذا در تحلیل این سیاست باید اذعان نمود که مسئله اساسی «نواقص نظام نوین» بوده است (قسمت دستورگذاری در شکل ۱۱).

۴-۲-۲ جریان سیاست: قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و

پژوهشی

به نظر می‌رسد اصلی‌ترین و قدیمی‌ترین عامل تحریک تغییر در نظام پرداخت بیمارستانی ایران، تصویب قانون تشکیل هیئت‌های امنای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی در سال ۱۳۶۷ است. طبق این قانون اختیارات زیادی به وزارت و مؤسسات وابسته بدان برای وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن‌ها داده شده است. در ادامه مختصری از این قانون آورده شده است:

«ماده ۷- وظایف و اختیارات هیئت امناء: الف- تصویب آیین‌نامه داخلی؛ ج- بررسی و تصویب بودجه مؤسسه که از طرف رییس مؤسسه پیشنهاد می‌شود؛ د- تصویب بودجه تفصیلی مؤسسه؛ ه- تصویب حساب‌ها و ترازنامه سالانه مؤسسه؛ و- تصویب نحوه وصول درآمدهای اختصاصی و مصرف آن؛ ز- تعیین حسابرس و خزانه‌دار برای مؤسسه ط- تصویب آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه مربوط قابل اجرا می‌باشد؛ ی- پیشنهاد میزان فوق‌العاده‌های اعضای هیئت‌علمی و غیر هیئت‌علمی (کارشناسان و تکنیسین‌ها) که برحسب مورد پس از تأیید وزارتخانه‌های فرهنگ و آموزش عالی و یا بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا می‌باشد، ...». (قسمت دستورگذاری در شکل ۱۱).

۴-۲-۳ جریان برنامه‌ها

مسئله و قانون فوق باعث شده بود تا بخش‌های مختلف نظام سلامت ایران (بیمارستان‌ها، گروه‌های تخصصی مانند جامعه پرستاری) تلاش‌های متعددی را برای برطرف کردن مسائل و اجرای قانون انجام دهند. این تلاش‌ها منجر به تصویب قوانین جدید، اجرای برنامه‌های پرداخت عملکردی در سطح بیمارستان، تلاش برای بهبود تدریجی وضعیت نظام نوین در هر بیمارستان شده بود. نکته قابل‌ذکر این است که هر یک از این برنامه‌ها به‌صورت جداگانه در حال اجرا بودند و هیچ‌یک از این‌ها مجال اجرای کامل در کشور را پیدا نکرده بودند. در ادامه به توضیح هر یک از این موارد می‌پردازیم. (شکل ۱۱)

۴-۲-۳-۱- تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان‌های نژاد تهران

با توجه به بررسی‌های انجام‌شده توسط پژوهشگران، بیمارستان‌های نژاد تهران یکی از پیشگامان اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای کارکنان بیمارستانی بوده است. شروع این برنامه‌ها تقریباً از نیمه دهه ۸۰ بوده است. در مطالعه حاضر، صرفاً به یک مقاله منتشرشده که به بررسی رضایتمندی کارکنان از این برنامه پرداخته است (۱۲۶) استناد می‌گردد. امکان مصاحبه کامل با مسئولین این بیمارستان به وجود نیامد.

۴-۲-۳-۲- تدوین مدل پرداخت عملکردی در بیمارستان امام حسین (ع) تهران

طرح‌های در سطح بیمارستان، به‌صورت خودجوش برای مبتنی بر عملکرد کردن پرداخت‌ها برای کارکنان دیگر بیمارستان‌ها نیز اجرا شده بود. یکی از معاونین وزارت بیان می‌کند که «قبلاً هم... به‌صورت خودجوش در امام حسین (ع)، برنامه‌هایی انجام‌شده بود، بنابراین به این نتیجه رسیدند که یک مدل ارتباط دادن مستقیم نظام پرداخت به کارایی-اثربخشی می‌تواند حتماً اثرگذار باشد بر روی بهره‌وری سیستم» (کد ۲۵).

لذا ارائه گزارش‌هایی از موفقیت مدل بیمارستانی پرداخت عملکردی باعث شده بود تا تصمیم‌گیرندگان اولیه به قابلیت اجرایی و اثربخشی برنامه بهتر اعتماد کنند. وی در ادامه بیان می‌کند که «ما یک دلیل شش‌ساله برای انجام کار داشتیم» (کد ۲۵) که منظور همان مدل بیمارستانی امام حسین (ع) است.

با توجه به اینکه این برنامه نقش بسزایی در امر تدوین نهایی IR-PFP داشته است، لازم است تا جزئیات آن مورد بررسی قرار گیرد.

۴-۴-۲-۳-۲-۱- علت طراحی مدل جدید پرداخت

علت حرکت بیمارستان امام حسین (ع) به سمت تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد:

الف- بیمارستان امام حسین (ع) از سال ۱۳۸۵ یک بیمارستان هیئت‌امنایی بوده و طبق دستورالعمل پرداخت‌ها به کارکنان بیمارستان هیئت‌امنایی بایستی به‌طور مستمر و غیرمستمر باشند،

ب- برای مسئولان عملکرد مالی و کیفی بیمارستان اهمیت پیدا کرده بود «بالاخره به دنبال این بودن که بیمارستان بتواند از نظر اقتصادی بارور باشد و بیمارستان بتواند تا یک حدودی خودگردان بشود» (کد ۲۹). شرایط موجود هیچ جایگاهی برای در نظر گرفتن این دو مسئله (کیفیت و کمیت عملکرد) در بیمارستان در نظر نگرفته بودند یا بسیار ضعیف بودند و تا آن زمان «یعنی کیفیت خدمت و عملکرد و کارایی اثربخشی هیچ نقشی در پرداخت نداشت» (کد ۲۹)،

ج- عمده هزینه‌های بیمارستان (حدود ۸۰ درصد) از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان بود و اگر افزایش پیدا می‌کرد می‌توانست تحولی در مدیریت بیمارستان ایجاد کند،

د- قوانین مربوط به منع استخدام نیروی انسانی سخت‌گیرانه شده بود و تأمین مالی برای نیروی انسانی از طرف دولت صورت نمی‌گرفت و بیمارستان توان توسعه را به دلیل عدم تأمین نیروی انسانی از دست داده بود،

ج- عدم انگیزه کارکنان موجود در مدیریت بهینه منابع موجود و افزایش کارایی «پرتی بیمارستان خیلی زیاد بود اصلاً کارکنان انگیزه‌ای نداشتند که بیمار ۱۰ تا بستری شود یا بیست تا یا یک نفر» (کد

(۲۹)

۴-۴-۲-۳-۲-۲- انتخاب تعریف «مالی» برای تعیین عملکرد بیمارستان و بخش

علت اینکه شاخص مدل بیمارستان امام حسین (ع) «تولید درآمد بخش» قرار گرفته است این بود که «البته ما آن زمان بیشتر در مورد درآمد بحث کردیم، چون احساس کردیم که اگر ما بخواهیم وقت خودمان را روی کاهش هزینه در آن زمان که فقط کاهش هزینه ... در انرژی، اضافه کار بود و با کاهش اینها انگیزش کارکنان را از بین می‌بریم و هم نیروی خودمان را هدر می‌داده‌ایم، احساس کردیم که توان را بیاییم در افزایش درآمد بگذاریم خیلی می‌تواند به هر حال مثمر ثمر تر باشد» (کد ۲۹).

۴-۴-۲-۳-۲-۳- ویژگی‌های برنامه پرداخت عملکردی بیمارستان امام حسین (ع)

مزایا معایب برنامه بیمارستان عبارت بودند از:

الف- بر اساس داده‌های گذشته پایه‌ریزی شده است، لذا مزایا معایب نظام قبلی به نظام جدید منتقل می‌شود.

ب- کارانه و اضافه کار با یکدیگر ترکیب شد و تحت عنوان پرداخت عملکردی ارائه شد.

ج- روش‌های بهبود عملکرد و کاهش پرتی به کارکنان بیمارستان‌ها آموزش داده می‌شد.

د- شاخص‌ها به خوبی اندازه‌گیری می‌شد و به طور دقیق دریافتی کارکنان اعمال می‌شد.

د- شیفت موظف و غیرموظف وجود داشت.

ج- «یک خطری که وجود داشت در افزایش درآمد، بحث کیفیت خدمات بود ... ما گفتیم که کیفیت خدمات چون آسیب نبیند، هشتاد تا شاخص تعریف کردیم» (کد ۲۹)

د- شاخص‌هایی را در ابعاد متفاوت تعریف کردند و این شاخص‌ها توسط اشخاص مختلف در سمت‌های مختلف مورد اندازه‌گیری قرار می‌گرفت.

ه- ارائه بازخورهای مستقیم به بخش‌ها و افراد «ما در پایان به آنها می‌گفتیم که شما در کدام شاخص‌ها امتیاز نیاوردید» (کد ۲۹).

و- توجه ویژه به مسئله رضایتمندی بیمار «رضایت‌مندی بیماران بسیار مهم بود چون ما اصلاً آنجا یک نظام زنده داشتیم، یعنی روز سوم بستری بیمار حتماً یک نفر می‌رفت بالاسر بیمار می‌پرسید در مورد روند درمانش، برخورد کارکنان و موارد دیگر» (کد ۲۹).

۴-۴-۲-۳-۳- تعریف گذاری خدمات پرستاری

همان‌طور که در بالا اشاره شد، جامعه پرستاری یکی از مطالبه‌کنندگان اصلی ارتقای نظام نوین بوده است. نواقص مرتبط با نظام نوین علاوه بر تغییرات جزئی در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها، در سطح کلان‌کشوری نیز منجر به ارائه برخی برنامه‌ها مانند تعریف گذاری خدمات پرستاری (۱۳۸۶) و تعریف برنامه پرداخت بر اساس نوع کارکرد پرستاران گردیده بود که توسط نظام پرستاری پیگیری شده است. مصاحبه‌شونده در این خصوص بیان می‌کند که «قبل از آن‌هم قانونی را به مجلس بردیم، آن زمان مسئول نظام پرستاری بودم، تحت عنوان تعریف گذاری خدمات پرستاری، نه به شکل فی فور سرویس» (کد ۹)

طبق این قانون کارانه پرستاران بایستی بر اساس تعرفه‌های مصوب آن‌ها در بسته‌های خدمات تشخیصی و درمانی کادر پرستاری محاسبه گردد.

۴-۴-۲-۳-۴- قانون ارتقاء بهره‌وری نیروهای انسانی

در ادامه تلاش‌های جامعه پرستاری، یکی دیگر از اثرات کلان اقدامات گروه پرستاران در کشور، تصویب قانون بهره‌وری نیروی انسانی در مجلس در سال ۱۳۸۸ بود. طبق این قانون روش پرداخت حقوق و مزایای پرستاران ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد معرفی شده است.

۴-۴-۲-۳-۵- تغییرات کوچک و بزرگ در بهبود برنامه نظام نوین در سطح هر بیمارستان

باید توجه داشت که برنامه نظام نوین به گونه تدوین شده بود که امکان گسترش و ارتقای آن برای هر بیمارستان امکان‌پذیر بود. برای مثال بیمارستان می‌توانست به‌طور جدی به تعیین شاخص‌های ارزیابی و نمره رضایت مدیر از کارکنان بپردازد و آن‌ها را ارتقا دهند؛ اما این مهم کاملاً وابسته به ویژگی‌های مدیران بالادستی بیمارستان و ویژگی‌های سازمانی هر بیمارستان وابسته بود.

بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان و نامه‌های اداری، در برخی از بیمارستان‌های کشور به‌منظور پوشش برخی نواقص برنامه نظام نوین کارهای کوچک و بزرگی صورت گرفته بود؛ اما مسئله‌ای که وجود داشت این بود که این برنامه‌ها هیچ‌گاه به‌صورت یکپارچه و منسجم جمع‌آوری نشدند.

۴-۲-۳-۶- تلاش برای افزایش منابع مالی ورودی به بیمارستان‌ها (اولین به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی)

بررسی مستندات و تاریخچه مربوط به کتاب ارزش نسبی در ایران نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین تلاش مسئولان حوزه تأمین منابع مالی برای پرداخت به کارکنان، افزایش منابع مالی ورودی به بیمارستان از طریق به‌روزرسانی این کتاب بوده است. اولین بار این اقدام در سال ۱۳۸۴ روی داد که با شکست مواجه شد.

۴-۲-۴- پنجره فرصت اول /محل اول تلاقی جریان‌ها

با توجه به اینکه برنامه عملکردی یک برنامه داخل وزارت است، لذا عمده تغییرات و تعاملاتی که منجر به دستورگذاری این برنامه شده است، به کارشناسان دائمی مرتبط با برنامه در داخل وزارت، خصوصاً معاونت درمان در زمان دولت دهم وابسته بوده است.

«طراحی‌شو ما خودمان تو همین اداره کل خودمان از سال هشتادونه یعنی، بلافاصله بعد از تأسیس این اداره کل شروع کردیم و قبل از اون در سال ۸۸... بخش‌هایی تو این زمینه انجام شده بود» (کد ۲۲).

فعالیت‌های این گروه از کارشناسان باعث شد تا جریان‌های سه‌گانه فوق به یکدیگر ملحق شوند. به عبارت دیگر زمانی که معاونت درمان وزارت در سال ۱۳۸۸ اولین قدم‌های طراحی نظام پرداخت عملکردی را برداشته بود، تقریباً مصادف بود با اولین سال‌های تشکیل «اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت» در معاونت درمان در وزارت. تشکیل این اداره منجر به تشکیل یک گروه سیاستی^{۱۳۴} (گروه سیاستی اول) شامل کارشناسان و مدیران داخل معاونت درمان شد که به انسجام امور پراکنده مربوط به پرداخت مبتنی بر عملکرد و شدت گرفتن آن بسیار کمک کرده است.

۴-۲-۵- خلاصه دستورگذاری برنامه پرداخت عملکردی

درمورد جریان‌های تأثیرگذار بر دستورگذاری برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌طور خلاصه می‌توان بیان کرد که مسائل ناشی از نواقص برنامه نظام نوین و مسائل زمینه‌ای داخلی و خارجی دیگر؛ در کنار الزامات قانونی، کارشناسان و مسئولان مختلف کشور را به تدوین راهکارهای کوچک و بزرگ تحریک نموده بود.

درواقع تا سال ۱۳۸۸، چهار راهکار اصلی برای حل مسائل نظام نوین در سطح کشور ارائه شده بود: الف- تغییرات کوچک در سطح بیمارستان (مانند نوشتن شیوهنامه‌هایی برای تکمیل نظام نوین) ب- اجرای برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح بیمارستان‌ها (مانند بیمارستان‌های امام حسین (ع) و هاشمی نژاد تهران)، ج- قوانین تعرفه گذاری خدمات پرستاری و قانون ارتقاء بهره‌وری نیروهای انسانی و د- به‌روزرسانی کتاب ارزش نسبی برای افزایش منابع ورودی به بیمارستان‌ها. این تغییرات به‌صورت جداگانه و بدون انسجام با یکدیگر در سطح کشور در حال تدوین و اجرا بوده‌اند.

در اواخر دهه ۸۰ تشکیل معاونت درمان وقت، باعث تشکیل یک گروه سیاستی حامی برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد گردید (پنجره فرصت اول). اقدامات این گروه سیاستی منجر به انسجام اقدامات در راستای پرداخت عملکردی و قوت گرفتن آن‌ها شده است که درنهایت منجر به شروع تدوین «دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» یا «نجات» شد.

باید خاطرنشان کرد که این پنجره فرصت تنها باعث دستورگذاری برنامه در سطح وزارت در سال ۱۳۸۸ شده است و تا اجرای نهایی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران (IR-PFP) فاصله زیادی وجود دارد.

۴-۳-۴- تدوین برنامه: تدوین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد «نظام جامع توزیع درآمد اختصاصی» (نجات)

دومین مرحله در مدل پیشنهادی هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) تدوین برنامه است (شکل ۱۱). این مرحله پس از دستورگذاری اولیه برنامه و با ایجاد گرداب اول شروع می‌شود. بنا به ادعای تدوین‌کنندگان مدل، این گرداب نشان‌دهنده کنکاش سیاست‌گذاران برای انجام یک سری ارزیابی‌های استراتژیک اولیه است تا اما و اگرهای برنامه و چگونگی ادامه آن و همچنین مسائلی مانند اینکه آیا فرضیه‌های اولیه آن‌ها درمورد «مسئله» معتبر باقی می‌ماند یا خیر را از نظر بگذرانند (۸۵).

در این مرحله سه جریان اولیه حضور دارند و دو جریان جدید به آن‌ها ملحق می‌شوند. با این توضیح که جریان‌های سیاست و مسئله مثل قبل ادامه‌دارند، اما جریان برنامه از حالت عامل «برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد» به «برنامه مبتنی بر عملکرد نجات» تغییر وضعیت می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر در این مرحله سیاست‌گذاران برنامه را به‌صورت اختصاصی تعریف کرده و می‌شناسند. در ادامه به تغییرات ایجادشده در جریان برنامه و تشکیل دو جریان برنامه دار کردن برنامه و جریان فرآیند آورده شده است.

۴-۳-۱- تغییرات جریان برنامه: نحوه تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد نجات

اولین تلاش‌ها برای تغییرات و بازنگری نظام نوین در زمان قبل از معاونت دکتر علویان توسط یکی از کارشناسان وزارت (دکتر عابدیان) در معاونت سلامت شروع شده بود. با تشکیل معاونت درمان این اقدامات اولیه به کارشناسان مسئول در اداره سیاست‌گذاری تعرفه و نظام پرداخت منتقل شد. در واقع شروع طرح نظام پرداخت عملکردی با هدف بازنگری طرح نظام نوین ایده کارشناسی بود که حتی در آن زمان، این کار در حوزه کاری وی نبوده است (زیرا در آن زمان امور مالی کلاً مربوط به معاونت توسعه و پشتیبانی وزارت تلقی می‌شده است)، ولی وی کار را شروع کرده و چندین بار ارائه نموده بود. ولی در سطوح دانشگاه و وزارت مورد قبول واقع نشد. بعد از مدتی به دلیل تغییرات ایجاد شده در ساختارهای داخلی وزارت و تشکیل معاونت درمان (همان‌طور که پیشتر ذکر شد)، طرح اولیه نظام پرداخت عملکردی به این معاونت تحویل داده شد؛ که با زمان وزارت دو وزیر (دکتر وحیده دستجردی و دکتر طریقت منفرد) و معاونت درمانی دکتر امامی رضوی مصادف بوده است.

یکی از مصاحبه‌شوندگان آگاه که از شروع‌کنندگان اصلی برنامه است، اولین تلاش‌ها و تجربه‌های خود را این‌گونه بیان می‌کند: «ما یک مطالعه اولیه انجام دادیم به این نتیجه رسیدیم که پرداخت مبتنی بر عملکرد خیلی کار سنگینی هست و سرچ کردیم و به یک چیزهایی رسیدیم که خیلی با چیزی که خودمان هم فکر می‌کردیم فرق داشت؛ یعنی خود ما هم با این ذهن خامی که چهارتا شاخص پیدا کنیم و چهارتا معیار بدهیم و چهارتا ملاک بدهیم که افراد را ارزیابی کنیم وارد شدیم، بعد فهمیدیم که نه! این یک دنیای وسیعی هست و کلی کتاب و مقاله داشت اصلاً در ادبیات جدید دنیا یک جایگاه خاصی برای خودش پیدا کرده و انواع مدل‌ها و شیوه اجرای و تجارب کشورها و بحث‌های دیگری وجود داشت» (کد ۱۷).

این نقل قول نشان می‌دهد که در ابتدا اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح وزارت، یک ایده خام و اولیه بوده است. لذا طبیعی است که با گذر زمان، این ایده عام و خام به سمت یک ایده اختصاصی یا همان برنامه نجات پیش برود.

با درک گستردگی طراحی برنامه و محدود بودن تعداد کارشناسان معاونت درمان، تدوین‌کنندگان تصمیم گرفتند تا برای تدوین بخشی از کار از چند دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بزرگ کشور بهره گرفته شد. «این شد که قرار شد کلاً کار را ما به چند تا کمیته و صاحب کمیته شکستیم و قرار شد که یک پروژه‌ای تعریف شود» (کد ۱۷). در مورد پروژه‌های علمی که به دانشگاه‌ها در حوزه‌های مختلف ارائه شده بود، یکی از

مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند «دنبال این رفتند که لیتریچر را ببینند و دنیا چه کرده برای رسیدن به مدل‌های پی‌فوری و طراحی مدل انجام شد» (کد ۲۵).

شروع تدوین برنامه منجر به یکسری اقدامات دیگر در سطح معاونت درمان و کشور گردید. اولین کاری انجام شد این بود که برنامه‌های در حال تدوین جدید با محیط سازگار باشند و از ابزارهای آن مطمئن می‌شدند. لذا دو جریان دیگر در این برهه زمانی به جریان‌های سه‌گانه فوق (برنامه، سیاست و مسئله) اضافه شد. جریان برنامه دار کردن برنامه و جریان فرآیند.

۴-۴-۳-۲- جریان برنامه دار کردن برنامه

جریان برنامه‌دار کردن به معنای ایجاد طرح‌هایی برای تنظیم ابزارهای برنامه جدید و ادغام آن‌ها با موارد موجود است (۸۵). به‌طور کلی می‌توان در این جریان به سه موضوع اشاره کرد: موضوع اول، تدوین سند اولیه برنامه نجات، موضوع دوم تصویب قوانین تقویت‌کننده برنامه‌های پرداخت عملکردی در کشور و موضوع سوم تلاش برای جا انداختن برنامه در میان ذی‌نفعان احتمالی تأثیرگذار در امر اجرای برنامه.

۴-۴-۳-۱- تدوین سند اولیه برنامه نجات

هم در زمان دولت دهم و هم در زمان دولت یازدهم، در سطح وزارت خانه بحث‌های زیادی بر سر تولید برنامه خصوصاً بین معاونت درمان و معاونت توسعه وجود داشته است. نخست به این دلیل که برنامه برای توزیع منابع مالی بود، لذا معاونت توسعه خود را متولی آن می‌دانست. دوم، از آنجایی که برنامه به‌عنوان بخشی از طرح تحول سلامت شناخته می‌شد، در دولت یازدهم هر معاونت تمایل داشته است تا سهم خود در به ثمر رسیدن طرح تحول را بالا ببرد.

«با شروع طرح تحول سلامت ... یک حس رقابت بین معاونت‌ها ایجاد شده بود. مبنی بر اینکه چقدر سهم هستند در اجرای طرح تحول سلامت، در کنار اجرای طرح تحول سلامت به‌عنوان یک سیاست بزرگ، پرداخت عملکردی، خودش یک بازوی بزرگی از طرح تحول سلامت بود، این رقابت بین معاونت‌های ستادی وزارت خانه ایجاد شده بود ... که چقدر اجرای طرح تحول سلامت تأثیر داشتند.» (کد ۲۳)

عدم توافق بر سر تولید برنامه عامل چالش‌های اساسی در آینده برای برنامه به وجود آورده است. با این حال در کنار شروع تدوین برنامه نجات، گروه تدوین در معاونت درمان، پژوهش‌هایی محیطی برای کسب اطلاعات در زمینه ایرادات دستورالعمل قبلی و پیشنهادات محیط برای بهتر شدن آن را انجام دادند. جامعه پژوهش در این

مطالعات روسای دانشگاه‌ها، معاونین درمان، معاونین پشتیبان و برخی دیگر از مسئولین بودند. برای این منظور هم پرسشنامه طراحی شد و هم مصاحبه با افراد صورت گرفت.

این طرح که امروز به اجرا درآمده است از ایده‌های کوچکی شروع شده بود. «ایشون تعریف خام اولیه از پرداخت عملکردی داشت. یک فرایندی درست بکنیم که کارکنان زود می‌آیند، دیر می‌روند، نوع لباس پوشیدنشان هم دریافتی مؤثر باشد. از این جهت زیاد به عملکرد نگاه می‌کرد ... بالاخره ایشون می‌گفت این چیزها بهش توجه نشده شاخص نداریم واقعاً همین بود» (کد ۱۷).

مجموعه مطالعات مشترک درون و بیرون وزارت، سند اولیه ۲۰۰ صفحه‌ای بود. نتیجه این جریان مدلی بود که به زبان خود تدوین‌کنندگان «مدلی که در کارشناسی وزارت بهداشت انجام شده بود [مدل نجات] نمیخوام بگم صد در صد دقیقاً مدل پرداخت عملکردی بود ولی ۱۰ تا ۹۰ درصد مدل ویژگی‌های پرداخت عملکردی را داشت» (کد ۱۳).

از جمله ویژگی‌های این برنامه، تقویت شاخص‌های آموزشی و پژوهشی در پرداخت عملکردی بود که عمدتاً به دلیل سابقه آموزشی پژوهشی معاون درمان وقت بود. ایشان با هدف بازنگری برنامه نظام نوین اقدامات اساسی انجام داده بودند. با توجه به دغدغه‌ها و تجارب شخصی معاون درمان وقت، تدوین و پیگیری برنامه قوت بیشتری می‌گیرد. چراکه معاون درمان جدید تجارب و دغدغه‌های مشابهی را در سطح دانشگاه محل کار سابق خود داشته است. «دکتر ... به من گفتند که من از کار بازنگری که روی دستورالعمل صورت گرفته راضی نیستم و دوست دارم که یک دستورالعمل پرداخت عملکردی بیاد جایگزین شود» (کد ۱۷)

۴-۴-۲-۲- تصویب قوانین تقویت‌کننده برنامه‌های پرداخت عملکردی در کشور

به‌علاوه به استناد مصاحبه‌شوندگان آگاه، تلاش‌های این گروه از کارشناسان در دوران تدوین برنامه نجات منجر به تصویب برخی مستندات قانونی برای تقویت برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در آینده شده است. برای مثال آیین‌نامه خرید راهبری (۱۳۹۳) یکی از این قوانین بالادستی است.

بر اساس آیین‌نامه بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه، ماده ۲ آیین‌نامه خرید راهبری (۱۳۹۳): «سازمان [سازمان بیمه سلامت ایران] موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای

سطح سلامت بیمه‌شدگان، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات سلامت و خرید باکیفیت‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین خدمات برای بیمه‌شدگان، بر اساس روش‌های زیر اقدام نماید:

پ- طراحی سازوکار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه‌گانه ارائه خدمات.

تبصره ۴- وزارت [وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی] موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازوکارهای پرداخت تشویقی را با هدف افزایش انگیزه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سطوح دوم و سوم، تهیه و به تصویب شورای عالی برساند.»

۴-۴-۳-۲-۳- مشروعیت برنامه در میان ذی‌نفعان احتمالی

به‌منظور جا انداختن برنامه در سطح کشور و آماده کردن ذی‌نفعان احتمالی برای اجرا، گروه سیاستی اول سخنرانی‌های متعددی را در ارگان‌ها و سازمان‌های مختلف برای اولین بار در سطح کلان کشور ارائه داده‌اند.

☆ دو بار سخنرانی در فرهنگستان علوم پزشکی: کارشناس ارائه‌کننده بیان می‌کند «... همه بزرگان کشور هم بودند، همین آقای دکتر ... که الآن معاونت درمان هستند اون زمان رئیس بیمارستان امام حسین بودند در یکی از این جلسات بودند، تمام وزرا بودند آقای دکتر لنکرانی، آقای دکتر پزشکیان بودند، آقای دکتر طریقت که بعداً وزیر شدند ... در جلسه بودند، آقای دکتر مرنندی بودند ...» (کد ۱۷)

☆ سخنرانی در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور: کارشناسان برای اجرایی کردن پرداخت عملکردی و تزیق کیفیت در نظام سلامت ایران، سخنرانی‌هایی متعددی در سطح سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور داشته‌اند. با کمک این مسئله برنامه عملکردی و به‌طور خاص کیفیت در اسناد بالادستی آورده شده است. کارشناس برگزارکننده این سخنرانی بیان می‌کند که «من تونستم این را در آیین‌نامه دولت هم بیاورم، ... آیین‌نامه خرید راهبردی که بر اساس آیین‌نامه اجرایی بند (ز) ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه هست، حتی من این ادبیات را در سازمان مدیریت هم یک پرزنتیشن داشتم که جا انداختم به همین دلیل هم در آیین‌نامه اومد.» (کد ۱۷)

☆ سخنرانی در جلسه مدیران کل بیمه‌های سلامت استان‌ها: سخنرانی دیگری که با هدف جاناندازی پرداخت عملکردی صورت گرفته بود، سخنرانی در جلسه‌ای با حضور مدیران کل بیمه‌های سلامت استان‌های کشور بود. «حتی یادم هست برای یک جلسه که گذاشته بودند برای مدیرکل‌های بیمه‌های استانی، من نزدیک دو ساعت درمورد پرداخت مبتنی بر کیفیت صحبت کردم» (کد ۱۷)

☆ سخنرانی در کمیسیون بهداشت درمان مجلس: «یک جلسه هم به دعوت دکتر ... به کمیسیون بهداشت درمان مجلس پرزنت کردم» (کد ۱۷) هرچند مصاحبه‌شونده می‌گوید که عمده افراد داخل جلسه نتوانستند درک درستی از آنچه ارائه‌شده بود کسب کنند، اما بیان می‌کند که برخی از وزرای سابق بهداشت به بحث ارائه‌شده علاقه‌مند شده بودند. «ولی دکتر ... به این بحث علاقه‌مند شدن» (کد ۱۷).

☆ سخنرانی برای مدیران بالادستی داخل وزارت: با توجه به تغییرات مداوم مسئولان بالادستی برنامه، کارشناسان معاونت در زمان‌های مختلف سخنرانی‌های مختلف بنا به رشته تخصصی تصمیم‌گیرنده ارائه می‌دادند تا بتوانند مطلب را به‌خوبی برای وی تفهیم نمایند. «بیشتر از همه رشته‌ها در سطح دنیا، روی رشته مرتبط با افراد تصمیم‌گیرنده کار کردیم. من تقریباً نزدیک چهار پنج اسلاید در پرزنتیشن دارم براشون کیوالیتی اندیکاتور^{۱۳۵} در زمینه رشته خودشون بود» (کد ۱۷)

به‌منظور تسهیل درک موضوع توسط مدیران اثرگذار، کارشناسان معاونت درمان تا حد امکان برنامه عملکردی را در راستای و تکمیل‌کننده برنامه‌های موجود معرفی می‌کردند. یکی از این موارد که بسیار حائز اهمیت بوده است، بحث حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها بوده است. کارشناسان بیان می‌کردند که «یکی از فرایندهایی که در دنیا به این نتیجه رسیده یعنی همین حاکمیت بالینی را به پرداخت لینک کنیم که میشه پرداخت برای کیفیت» (کد ۱۷).

این گروه از کارشناسان که تقریباً اولین افراد در کشور در معرفی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌صورت گسترده بوده‌اند، سعی کرده‌اند تا تصویری را در ذهنیت مخاطبان ایجاد نمایند که در آن عمده اهداف منتسب به برنامه‌های عملکردی، مناسب و ارزشمند بوده‌اند. برای مثال در ادامه دیدگاه‌های متفاوت را باهم می‌توان مقایسه نمود:

پزشکان و کارکنان: کسب مشروعیت برای اجرای برنامه در میان پزشکان ذی‌نفوذ عمده‌تاً به‌واسطه بیان اهدافی مانند افزایش پرداختی به کارکنان، ایجاد عدالت بین‌رشته‌ای و توجه بیشتر به نقاط خاص و محروم کشور صورت گرفته است. در میان سایر کارکنان عمده‌تاً افزایش حجم پول قابل توزیع توانست مشروعیت بیشتری را به برنامه بدهد. یکی از مصاحبه‌شوندگان در نظام پزشکی بیان می‌کند که «اصلاً نظام پرداخت هر دوتایش مبنای درست

کردن و افزایش درآمد و توانمندی بوده و ... دومین بحث هم که وجود دارد همین عدالت بین‌رشته‌ای خیلی‌ها را مجاب کرد که بیایند وارد این موضع بشوند» (کد ۸).

نماینده نظام پزشکی (کد ۸) در این حوزه بیان می‌کند که «یک جاهایی هم پریزنس هامون خارج از عرف بود جامعه پزشکی هم بر اساس اون وارد عمل شد یکسری القائات / مبنی بر افزایش دریافتی / ایجاد شد ولی کارهای دیگر / ایجاد شد». به عبارت دیگر مشروعیت کافی برای پزشکان نیز ایجاد شده بود.

سازمان‌های بیمه: از نظر مصاحبه‌شوندگان در حوزه بیمه، برنامه به‌صورتی ارائه‌شده بود که دنبال کیفیت ارائه خدمات است.

مدیران دانشگاه‌ها: برای مسئولان در سطح دانشگاه مشروعیت برنامه با تأکید آن بر کیفیت، تفویض اختیار در سطح بیمارستان به مدیران بخش‌ها و کاهش فاصله پرداختی بین بخش خصوصی و دولتی گرفته‌شده است. ایجاد اثربخشی برای منابع مالی در حال مصرف نیز از دیگر عوامل بود. «یکی از دلایلم اثربخشی منابعی بود که مصرف می‌شد، چون عملاً ادعا این بود که این پول را، داریم مصرف می‌کنیم ولی اثربخش نیست» (کد ۳)

جمع‌بندی این عوامل کسب مشروعیت در سطوح مختلف نشان‌دهنده تلاش متعدد گروه سیاستی اول برای کسب مشروعیت و پذیرش برنامه بوده است. به علاوه موارد ذیل نیز در تقویت این مشروعیت شده‌اند:

ابلاغ دستورالعمل توسط وزیر و پیگیری آن: بعد از چکش کاری های کارشناسی و مدیریتی در سطح وزارت، برنامه «به سمت اجرا رفت با دستور مستقیم آقای وزیر» (کد ۱۳) به علاوه وزیر و معاونان وی در راستای طرح تحول و این برنامه، هر ماه دو جلسه برای پیگیری برنامه‌ها برگزار می‌کردند.

تشکیل کمیته راهبردی پرداخت در بیمارستان: مجموعه اقداماتی برای جلب رضایت روسای دانشگاه برای اجرا برنامه انجام شد. اخذ نظرات آن‌ها در مورد برنامه نهایی عملکردی، تشکیل کمیته پرداخت عملکردی متشکل از روسای دانشگاه‌ها و مدیران وزارت خانه از آن جمله اند. «یک گروهی را این اواخر یعنی قبل از اینکه کار ابلاغ شود، آقای وزیر انتخاب کردند، به‌عنوان کمیته راهبردی پرداخت در بیمارستان یا پرداخت کارانه بیمارستان، این کمیته هم تشکیل شده از روسای دانشگاه‌ها، اختصاصی بود برای اینکه چند تا از روسای دانشگاه‌ها بودند و چندتا از مدیران وزارت خانه حضور کمیته بودند؛ اینا را آوردیم تهران و جلساتی برگزار کردیم؛ من فکر می‌کنم کاری که در یک پروژه انجام می‌شد برای جلب نظر ذی‌نفعان انجام شد» (کد ۲۲).

اما این که برخی از صاحب نظران کیفیت پایلوت مازندران را به خوبی توصیف نمی کنند، شاید به دلیل سایر ویژگی های تیم کارشناسی باشد. چراکه این تیم در کنار پیگیری کارهای پایلوت برنامه نجات و درگیر سایر امور معاونت درمان نیز هستند و شاید نمی توانستند تمام وقت خود را صرف برنامه نمایند. یکی از مصاحبه شونده گان بیان می کند که «خودشان نظارت کامل نداشتند، مسئولین بیمارستان های پایلوت مازندران / همین الآن بخشنامه را با تفسیر خودشان دارند اجرا می کنند.» (کد ۱۸). یکی از مصاحبه شونده گان بیان می کند که «در این حوزه کارشناسی کرده بودند ولی چون حجم کار زیاد بود و چون این ها در سه چهار جبهه همزمان کار می کردند، روی تدوین کتاب و پرداخت و دستورالعمل ها کار می کردند» (کد ۸). به عبارت دیگر کارشناسانی که در حوزه تدوین و اجرای برنامه عملکردی فعالیت می کردند، عمدتاً در سایر امور معاونت درمان نیز درگیر بودند. از جمله بازنگری کتاب ارزش نسبی که در طول سه سال اول طرح تحول سلامت انرژی زیادی را از کارشناسان این حوزه گرفته بود.

البته بیان می شد که در صورت استفاده از کارشناسان بین المللی کار می توانست قوام بیشتری داشته باشد. تیم کارشناسی «طبیعتاً می توانست کامل تر باشد. مخصوصاً اگر از سازمان بین المللی کمک می گرفت، ولی خب یک تیم جوان و با دانش روز ولی خب کم تجربه بودند برای این کار» (کد ۲۵). درمورد تجربه کارشناسان باید بیان کرد که افرادی که در تغییرات قبلی نظام پرداخت درگیر بوده اند به طور کامل از وزارت رفته بوده اند، بنابراین کل کشور از نوعی فقر کارشناس با تجربه در این حوزه رنج می برد.

به علاوه با توجه به حجم منابع مالی که قرار بود برنامه جابجا کند یکی از تدوین کنندگان برنامه بیان می کند «در نتیجه خیلی اهمیتش بیشتر از این بود که یک تیم پنج نفره کارشناسی این کار را انجام دهند. تیم کارشناسی برای مرحله پایلوت خیلی خوب بود ولی مرحله اجرای برنامه ترکیبی باید تیم سازی می شد.» (کد ۱۳).

۴-۴-۴- خلاصه یافته های تصمیم گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

بخش تصمیم گیری برای اجرای برنامه در مدل هاوالت و همکاران (۲۰۱۴) بعد از تلاقی جریان های پنج گانه (مسئله، سیاست، برنامه نجات، برنامه دار کردن برنامه نجات و جریان فرآیند) شروع می گردد. در این مرحله از مدل به جز جریان مسئله، چهار جریان دیگر دستخوش تغییراتی می شوند؛ که در ادامه هر یک از آنها مورد تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۱۶: خلاصه مطالب تحلیل تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور

| توضیحات | جریان |
|--|------------------------------------|
| نواقص و معایب مربوط به برنامه موجود (نظام نوین) | جریان مسئله |
| تغییر دولت و تشکیل گروه سیاستی دوم | تغییر جریان سیاست |
| طرح تحول سلامت | پنجره فرصت دوم |
| تغییر برنامه نجات و تدوین مدل ترکیبی نهایی -IR-PFP | تغییر جریان برنامه |
| <ul style="list-style-type: none"> • عدم اجرای برنامه نجات • حمایت بالادستی و مشارکت ذینفعان | تغییر جریان برنامه دار کردن برنامه |
| پایلوت برنامه ترکیبی IR-PFP | تغییر جریان فرآیند |

۴-۴-۱- تغییر جریان سیاست: تغییر دولت، تشکیل گروه سیاستی دوم و طرح تحول سلامت

مرحله تصمیم‌گیری برای پرداخت عملکردی با تقویت جریان سیاست همراه بوده است. به عبارت دیگر جریان سیاست سابق به تغییر دولت قوت گرفت.

آماده‌سازی سند اولیه پرداخت عملکردی نجات، در سال‌های آخر دولت دهم صورت گرفت. پس از گذشت حدود یک سال از اجرای پایلوت برنامه نجات، دولت یازدهم بر سرکار آمد. لذا در این دولت یک برنامه آماده و در حال پیلوت روی میز بود. شاید بزرگ‌ترین عامل تأثیرگذار بیرون از وزارت، در اولویت قرار گرفتن سلامت در میان اقدامات دولت باشد. لذا در زمان وزیر بهداشت اول دولت یازدهم، برنامه عملکردی که تمام کارهای تدوین و پیلوت آن انجام شده بود به‌عنوان یکی از برنامه‌های پیشنهادی معاونت درمان برای اجرا به وزیر بهداشت و دولت ارائه شد.

تغییر دولت به دو دلیل باعث تقویت تلاقی ۵ جریان با یکدیگر شده است. نخست با روی کار آمدن دولت جدید گروه سیاستی جدید (گروه سیاستی دوم) در سطح افراد عالی وزارت تشکیل شد و دوم با تغییر دولت، حوزه سلامت در اولویت اقدامات دولت قرار گرفت و کلید اجرای طرح تحول سلامت زده شد که یکی از پیش‌نیازهای آن اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بوده است.

ج-۱-۱- تشکیل گروه سیاستی دوم

کار تغییر برنامه توزیع درآمد اختصاصی به چند دلیل کاری بسیار پیچیده و سنگین بوده است: الف- حجم پولی که به واسطه آن توزیع می‌شود بسیار زیاد است لذا می‌توانست مقاومت‌های زیادی را برانگیزد. ب- تعهد مدیران و

کارکنان سطح پایین برای این مسئله کم بود، به دلیل فرهنگ‌سازمانی غالب عدم‌تغییر و دوری از تنش و اضافه نشدن بر درآمد شخصی مدیران اصلی. ج- قدرت زیاد ذی‌نفعان در سطوح وزارت، د- تعدد قوانین و مقررات و شدت سخت‌گیری‌ها در حوزه مالی و پرداخت به کارکنان (شواهد هر یک از این دلایل در بخش‌های بعدی آورده شده است). لذا قاعدتاً اجرا و راه‌اندازی آن نیاز به انرژی فراوان و تعهد بالای مسئولان عالی وزارت داشته است.

یکی از مصاحبه‌شوندگان آگاه در این خصوص بیان می‌کند که «وزارت بهداشت هم به نظر من واقعاً شجاعت خاصی داشت ... که این کار را کرد، چون کار هرکسی و سازمانی نیست که بخواهد واقعاً ادعا بکند که من می‌خواهم مثلاً درآمدهای اختصاصی یک بنگاهی مثل یک بیمارستان را بخواهد مبتنی بر عملکرد بکند» (کد ۱۴).

در کنار حضور سایر افراد این گروه سیاستی، انتصاب معاون درمان جدید باسابقه اجرای برنامه عملکردی در یک بیمارستان، نقطه قوت مناسبی برای تصمیم‌گیری و اجرای برنامه نهایی (IR-PFP) به وجود آورد. این معاون درمان طراحی و اجرای یک برنامه پرداخت عملکردی در یک بیمارستان را در سوابق خود دارد. «یکی از دلایلی که می‌شود گفت [برنامه عملکردی] به‌عنوان یک برنامه جدید مطرح شد این بود که آقای دکتر ... که به‌عنوان معاون درمان مشغول معاونت درمان وزارت بهداشت شدند و عهده‌دار اصلی این برنامه؛ خودشان قبلاً در بیمارستان سابقه اجرایی پرداخت عملکردی داشتند» (کد ۱۳).

ج-۱-۲ پنجره فرصت دوم، طرح تحول سلامت و تلاقی جریان‌های پنج‌گانه

اجرای طرح تحول به دلایل مختلف تحریک‌کننده تصمیم‌گیری نهایی برای تغییر برنامه نظام پرداخت بیمارستانی بوده است. به بیان برخی از مصاحبه‌شوندگان علت اجرای برنامه پرداخت عملکردی در کشور این بود که «یک‌چیزی برای طرح تحول تعریف کردن» (کد ۲۲). لذا پس از انتقال دولت و روی کار آمدن بحث طرح تحول سلامت، برنامه پرداخت عملکردی نیز فرصت ارائه پیدا کرد. «با شروع دولت جدید و بحث جدید نظام طرح تحول سلامت و چه‌کارهایی در حوزه‌های مختلف می‌خواهم انجام بدیم، اینم [برنامه عملکردی] به‌عنوان یکی از برنامه‌های دفتر ارزیابی فناوری رفت مطرح شد که بیاد جایگزین برنامه قبلی شود» (کد ۱۳).

در انجام این تحلیل این سؤال به ذهن می‌رسد: چرا طرح تحول به‌عنوان پنجره فرصت نهایی برای تصمیم‌گیری برای اجرای پرداخت عملکردی در کشور در نظر گرفته شده است؟ در ادامه علل وابستگی این دو برنامه به یکدیگر آورده شده است.

☆ عدم تطابق نظام نوین با تغییرات ایجادشده بر اثر طرح تحول: به نظر می‌رسد با توجه به تغییرات ایجادشده به دلیل اصلاحات نظام سلامت و خصوصاً واقعی شدن تعرفه‌ها در کتاب ارزش نسبی، سیاست‌گذاران راهی جز تغییر برنامه پرداخت نداشتند. «ما چاره‌ای نداشتیم جز اینکه این کار را انجام می‌دادیم، یعنی شک نکن که با دستورالعمل قبلی امکان ادامه نداشتیم» (کد ۲۲).

☆ افزایش تولید خدمات سلامت و لزوم ایجاد انگیزه: طرح تحول و اثرات آن بر میزان کار و خدمات پزشک و غیرپزشک، سیاست‌گذاران را ناگزیر از افزایش و تغییر نظام پرداخت در سطح بیمارستان‌ها کرده بود، چراکه به دنبال انگیزاننده‌های مالی بوده‌اند. «کل این برنامه‌ها هفت هشت تا برنامه اصلی که در طرح تحول بودند، گرداننده‌ی این‌ها نیروی انسانی بود، چه پزشک و چه کارکنان غیرپزشک و به فراخور این ... به دنبال این بودند که صددرصد، نظام پرداخت هم تغییر کند، دنبال انگیزش‌های مالی بودند» (کد ۱۳).

☆ تزریق منابع مالی زیاد در نظام سلامت به دلیل طرح تحول سلامت: علت دیگری که در کشور برنامه عملکردی اجرایی گردد «تزریق منابع مالی زیاد در نظام سلامت و خصوصاً بیمارستان به‌واسطه اصلاحات نظام سلامت» است. یکی از علل افزایش منابع مالی بیمارستان‌ها تغییرات کتاب ارزش نسبی بود که به بیان مصاحبه‌شوندگان «عملاً وقتی کتاب باید در مهرماه ابلاغ شد، ما مجبور بودیم ۳-۴ ماه بعد دستورالعمل را نیز ابلاغ بکنیم» (کد ۲۲).

☆ حس رقابت بین معاونت‌ها برای سهمیم شدن در طرح تحول سلامت: «با شروع طرح تحول سلامت ... یک حس رقابت بین معاونت‌ها ایجادشده بود. مبنی بر اینکه چقدر سهمیم هستند در اجرای طرح تحول سلامت، در کنار اجرای طرح تحول سلامت به‌عنوان یک سیاست بزرگ، پرداخت عملکردی، خودش یک بازوی بزرگی از طرح تحول سلامت بود، این رقابت بین معاونت‌های ستادی وزارت خانه ایجادشده بود ... که چقدر اجرای طرح تحول سلامت تأثیر داشتند.» (کد ۲۳)

۴-۴-۲- تغییر جریان برنامه: تغییر برنامه و تدوین مدل ترکیبی نهایی -IR-PFP

با شروع برنامه‌های مربوط به طرح تحول سلامت و لزوم اجرای برنامه پرداخت عملکردی در کشور و روی کار آمدن گروه سیاستی دوم، بنا به مدل هاوالت و همکاران، پس از شکل‌گیری برنامه، محل تلاقی دوم جریان‌ها، با یک گرداب ارزیابی (به‌طور بالقوه با آشفتگی همراه است) دیگر شروع می‌شود، در این مرحله سیاست‌گذاران بیشتر به بررسی میزان پیشرفت امور (به‌عنوان مثال، از لحاظ گزینه‌های سیاستی موجود، بازخورد از ذینفعان) و تعیین نحوه حرکت به سمت تصمیم یا تصمیم نهایی حرکت می‌کنند (۸۵).

در این زمان، در میان گزینه‌های موجود برای اجرای برنامه در کنار برنامه پایلوت شده نجات، برنامه اجرا شده در بیمارستان امام حسین (ع) نیز وجود داشت که تا آن زمان حداقل ۶ سال به اجرا درآمده بود. بنا به کنکاش‌ها و بررسی‌های سیاست‌گذاران، تصمیم نهایی اتخاذ شده این بود که دو برنامه با یکدیگر ترکیب شده و به اجرا درآیند.

۴-۴-۲-۱- ترکیب دو برنامه نجات و مدل بیمارستان امام حسین (ع)

با کمک معاون درمان جدید وزارت، کل تجارب پایلوت مازندران و تجارب بیمارستان امام حسین (ع) تهران جمع‌آوری و جمع‌بندی شد. شاکله نهایی آن بر اساس این تجارب بسته شد و اقدامات برای اجرایی نمودن آن آغاز گردید.

«مدل مازندران با امام حسین تفاوت داشت، آن‌ها را خود گروه‌های ... [معاونت درمان] کار کرده بودند، امام حسین را من و ... کار کرده بودیم، به کار گروهی تشکیل شده بود، اومدیم هر دو تای ما تجاربمان را در کارگروه عنوان کردیم، تقریباً می‌شود گفت که یک تلفیقی شد از تجاربی که در آن دو تا بیمارستان انجام شده بود؛ حالا به‌اضافه نظرات مختلفی که به این طرح داده شد» (کد ۲۹)

بنا به اسناد موجود، عمده‌ترین تفاوت این دو برنامه در تعریف هر یک از آن‌ها از «عملکرد» بود. برنامه اجرا شده در بیمارستان امام حسین (ع) رویکردی مالی به عملکرد داشت برای مثال درآمد حاصل شده در بخش یک، درحالی که برنامه نجات رویکرد تولید کار یا خدمت داشت برای مثال تعداد بیماران پذیرش شده یا تعداد پرونده تکمیل شده در بخش یک. با توجه به مزایا و معایبی که هر یک از برنامه‌ها داشتند، قاعدتاً موافقان و مخالفان خاص خود را داشتند. تصمیم بر آن بود که در این ترکیب، دو برنامه با دو رویکرد متفاوت باهم ترکیب شوند.

در زمان تعیین و ترکیب برنامه نهایی در سطح وزارت، معاونت درمان و در داخل معاونت درمان کارشناسان و مدیران مدافع برنامه بیمارستان امام حسین (ع) از یک سری مزیت‌هایی برخوردار بودند:

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند که «سراختلاف سلیقه هامون هم خیلی جدی و ایستاده بودیم، ولی خب مبتکر این بحث حوزه معاونت درمان بود» (کد ۹). از آنجایی که معاونت درمان متولی نهایی برنامه بود، لذا در بسیاری از ابعاد نسبت به سایر مشارکت‌کنندگان برتری و ارجحیت نظر داشت.

در داخل معاونت درمان نیز کشمکش‌هایی بر سر تعیین برنامه نهایی وجود داشت، در این سطح کارشناسان و مدیران مدافع برنامه بیمارستان امام حسین (ع) از دو مزیت برخوردار بوده‌اند.

علت انتخاب رویکرد مشارکتی در تعیین مدل نهایی نظر شورای معاونین وزارت درمورد برنامه بود. برای اجرای برنامه، برنامه ترکیبی در شورای معاونین وزارت مطرح شد. شورا رأی به اجرای برنامه داد به شرطی که نظرات هشت دانشگاه علوم پزشکی بزرگ کشور درمورد برنامه اخذ گردد.

اما یکی از تدوین‌کنندگان برنامه نقدی بر نحوه مشارکت‌گیری در این مرحله داشته است، وی بیان می‌کند که «مثل اینکه شما یک غذایی را بپزید و بعد بزارید روی میز بگید شما از این غذا بخورید شوره یا نه؟ درواقع روی چیزی که می‌خواستند اجرا کنند نظرخواهی کردند» (کد ۱۳). نحوه و زمان مشارکت‌گیری برای برنامه نهایی ترکیبی به‌گونه‌ای بود که امکان تغییر زیاد و برگرداندن برنامه وجود نداشت. در یک فشار زمانی و اجرایی توافق هشت دانشگاه برای اجرا گرفته و به اطلاع وزیر رسانده شد.

۴-۴-۳-۱- علل عدم اجرای برنامه نجات

به چند دلیل برنامه نجات به اجرای نهایی نرسید:

الف- تصمیم‌گیرندگان نهایی تعاریف خود را درمورد پرداخت عملکردی داشتند به‌عبارت‌دیگر مدل نجات با تعریف تصمیم‌گیرندگان نهایی درمورد پرداخت عملکردی هم‌خوانی نداشت، لذا به‌جای تغییر تعریف به تغییر برنامه روی آورده شد.

ب- به نظر تصمیم‌گیرندگان نهایی، در کشور زیرساخت‌های کافی برای اجرای برنامه نجات وجود نداشت زیرا آن را خیلی پیشرفته و پیچیده می‌دانستند.

ج- مناسب نبودن زمان اجرا: این ذهنیت که برنامه نجات برنامه‌ای سنگین برای اجرا است، سیاست‌گذاران را از هم‌زمانی آن با سایر تحولات نظام سلامت بر حذر می‌داشت. چراکه نگران ایجاد بارکاری زیاد برای بیمارستان‌ها بودند.

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح وزارت بیان می‌کند که «مدلی که اول طراحی شد فارغ از این درواقع حساسیت‌ها بود یعنی این‌که یک مدل کاملاً تئوری مبتنی بر مبانی نظری بود. منظورم مدلی که در مازندران انجام شد» (کد ۲۵).

۴-۴-۴- تغییر جریان فرآیند: پایلوت برنامه ترکیبی IR-PFP

اگرچه همواره گفته شده بود که برنامه در حال اجرا پایلوت شده و آماده است، ولی کارشناسان سطوح میانی و اجرایی سطح یک به خوبی تشخیص می‌دادند که برنامه به خوبی پایلوت و تدوین نشده است. یکی از تدوین‌کنندگان برنامه به طور مستقیم بیان می‌کند که «... این طرحی که آماده اجرا شد اون طرحی که در مازندران بود نبود. این چیزی که الان دارد اجرا می‌شود هیچ وقت پایلوت نشده بود» (کد ۱۳). یکی از مسئولین دانشگاهی اجراکننده برنامه بیان می‌کند: «من اون [پایلوت مازندران برای برنامه ترکیبی] را قبول ندارم، سردرگمی که همه [هنگام اجرای برنامه ترکیبی] داشتند نشان می‌داد که این پایلوت، پایلوت مناسبی نبود» (کد ۶).

از طرف دیگر از آنجایی که برنامه ترکیبی نهایی تلفیقی از یک برنامه تجربه شده در بیمارستان امام حسین (ع)، برنامه نجات پایلوت شده در مازندران و نظرات تصمیم‌گیرندگان نهایی (معاونت‌های وزارت و روسای دانشگاه) بود، «نظر اونها [روسای هشت دانشگاه] بعضی‌ها خوب و بد یکسری کامنت هایی دادند که منجر به یکسری تغییرات در برنامه شد» (کد ۱۳). لذا با توجه به تغییرات نهایی اعمال شده می‌توان گفت کارشناسی وجود نداشت که تمام ابعاد برنامه را به خوبی بشناسد و اثرات آن را پیش‌بینی کند. «آن چیزی که رفت اجرا شد به نظر من یکی از مهم‌ترین نقص‌هایی که داشت این بود که یک نفری نبود که همه چیز آن را بداند» (کد ۱۳).

این مسئله از آنجایی ناشی شد که راهکاری که برای کاهش مقاومت‌ها در سطوح مختلف داخل و بیرون وزارت خانه برای اجماع درمورد مدل نهایی برنامه اتخاذ شد این بود که برنامه نهایی از تلفیق برنامه‌های ارائه شده (مدل بیمارستان امام حسین (ع) و نجات) و نظرات افراد صاحب‌نظر و صاحب نفوذ به وجود آید. اگرچه با این روش، توافق همگان جلب شد، ولی مسئله‌ای که به وجود آمد این بود که «مدلی که خروجی خورد، به‌عنوان هیچ مدلی که قبلاً صفر تا صدش اجرا شده باشد نبود. تلفیقی از مدل‌های مختلف بود و یکسری نظرات سایر افراد دیگر که شاید فقط نظر داده بودند و این نظر نرفته بود در فیلد موردبررسی قرار بگیرد» (کد ۱۳).

با این وجود در ابتدای تدوین نهایی برنامه ترکیبی مجادلات و تضاد اهداف زیادی بین معاونت‌های مختلف داخل وزارت خانه وجود داشت، ولی عمدتاً با مشارکت و وساطت وزیر و قائم‌مقام وقت برطرف می‌گردیده است. ولی به نظر می‌رسد برای کسب توافق در این مسئله بایستی توجهات بیشتری مبذول می‌شد. به عبارت دیگر بایستی برنامه نهایی ترکیبی بیشتر موردبررسی قرار می‌گرفت، پایلوت می‌شد و سپس به اجرا درمی‌آمد، ولی هرگز چنین اتفاقی برای برنامه ترکیبی نیفتاد و برنامه نهایی بدون پایلوت دستور مستقیم وزیر برای اجرا را اخذ کرد.

به‌طور کلی زمانی که اجرای برنامه با مشکلاتی مواجه شد و تغییرات متعدد در طول سال اول اجرا به وجود آمد، افراد در سطح اجرایی این عوامل را ناشی از پایلوت نشدن برنامه می‌دانستند. یکی از مسئولین اجرایی برنامه در سطح بیمارستان (کد ۱۲) این مسئله را این‌گونه عنوان می‌کند: «کمی در اوایل چون پخته نشده بود، طرح مشکلات خیلی زیادی داشت، نشون می‌داد که خیلی روش بررسی انجام نشده»، مسئول اجرایی دانشگاهی دیگری بیان می‌کند که «این دستورالعمل اولاً پایلوت نشده بود، یکی از مشکلات اصلیش این بود، ... اگر هم شده، [برنامه‌ای که پایلوت شده] خیلی ابتدایی‌تر از این بوده که پایلوت شده بود، چرا؟ چون پیشرفته‌اش مشکلات زیادی را ایجاد کرد» (کد ۴). پرستاران باتجربه در سطح بیمارستان نیز به علل تغییرات مداوم برنامه بعد از اجرا احساس کرده‌اند که برنامه اجرا شده «کارشناسی شده نبود، حداقل ... یک کار پژوهشی روی آن انجام می‌دادند به‌صورت پایلوت، در یک یا دو استان اجرا می‌کردند بعد هم اشکالات و معایبش را برطرف می‌کردند و بعداً تعمیم می‌دادند به کل کشور» (کد ۱۵).

۴-۴-۵- اثر کیفیت خدمات بر دریافتی افراد

با تمام تلاشی که کارشناسان معاونت درمان برای ورود مباحث تخصصی کیفیت در برنامه عملکردی کرده‌اند، اما به دلایل مختلف مباحث کیفیت ارائه خدمات در این مدل وارد نشده و یا بسیار خام و سطحی آورده شده است. «من فکر میکنم بزرگ‌ترین کاری که ما هیچ استفاده‌ای در این کار ارزش نکردیم این بود، ما مفهومی به اسم کیفیت را به پرداخت وارد کردیم، ... این کار یک مزیت داشت، این بود که ما ادبیاتی به اسم کیفیت را وارد سیستم کردیم ... ولی الآن هیچ اثری از آن در پرداخت مبتنی بر عملکرد ارزش نیست» (کد ۱۷).

۴-۵- بخش پنجم: یافته‌های کیفی، اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

فصل چهارم

بخش چهارم

یافته‌های مصاحبه‌ها

اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

۴-۵-۱- مقدمه و خلاصه

هدف شماره چهار بخش کیفی شناخت نحوه اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن، نحوه کسب مشروعیت برای اجرای برنامه، مشکلات اجرای برنامه، انواع و علل مقاومت های اجرای برنامه است. در این بخش از پایان نامه، به گزارش رویدادهای مرحله ابلاغ و اجرای برنامه پرداخته شده است. برای این منظور اطلاعات در چند قسمت تسهیل کننده های اجرای برنامه، اجرای ناکامل برنامه، مخیر شدن دانشگاهها برای اجرای برنامه، مشکلات اجرای برنامه، انواع مقاومت ها و مدیریت تنش ها و چالش های برنامه پرداخته شده است.

جدول ۱۷: خلاصه مطالب تحلیل اجرا و ابلاغ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور

| موضوعات | توضیحات |
|--------------------------------------|--|
| نحوه اجرای برنامه | <ul style="list-style-type: none"> • رویکرد اجرای برنامه تغییر تدریجی از رویکرد «بالا به پایین» به رویکرد «تعاملی»، • برنامه در کل کشور اجرایی نشد، • کل برنامه تدوین شده اولیه ناقص اجرا شد، |
| آموزش و آگاهی رسانی در اجرای برنامه | <ul style="list-style-type: none"> • آموزش مجازی • آموزش رودرو |
| نقش دانشگاه های بزرگ در اجرای برنامه | عدم اجرای برنامه توسط سه دانشگاه بزرگ شهر تهران اثر منفی بر اجرایی شدن کل برنامه داشت |
| مشکلات اجرای برنامه | <ul style="list-style-type: none"> • اجرای برنامه پایلوت برنامه بود • اجرای گذشته نگر برنامه • درهم تنیدگی مشکلات • سیستم های اطلاعات بیمارستانی ناقص • همزمانی با سایر برنامه های کشور • تمرکز در اجرا و آموزش • تعجیل در اجرای برنامه • نمود بیشتر مخالفان نسبت به موافقان • تغییرات مداوم برنامه و سلب اعتماد • هم یاری کم سایر معاونت ها در ادامه اجرای برنامه • پاسخگویی کم کارگروه دانشگاه • ظرفیت متفاوت کارشناسی در سطح اجرا |
| مقاومت و مخالفت با اجرای برنامه | <p>در سطح وزارت</p> <ul style="list-style-type: none"> • توزیع بیش از حد منابع مالی |

جدول ۱۷: خلاصه مطالب تحلیل اجرا و ابلاغ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشور

| موضوعات | توضیحات |
|---------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد شفافیت در اطلاعات مالی بیمارستان‌های کشور • عدم وجود دیدگاه استفاده از پول برای ایجاد انگیزه در سطح معاونت توسعه وزارت • عدم انتشار مناسب شواهد و مستندات پیش از اجرا <p>در سطح دانشگاه و مدیران بیمارستان</p> <ul style="list-style-type: none"> • تضاد منافع بین معاونت های دانشگاه • ایجاد تغییر ناگهانی در روند انجام امور • عدم حمایت مالی از مسئولین دانشگاهی اجرای برنامه <p>در سطح کارکنان بیمارستان</p> <ul style="list-style-type: none"> • حجم و فشار کاری برای کارکنان اداری • آموزش ناکافی و کم آگاهی • پرداخت علی الحساب در ابتدای اجرای برنامه • تضاد منافع برای افراد باسابقه • زمان اولین پرداخت برنامه جدید در بیمارستان • اثر توانایی و ظرفیت مسئولین بخش ها |
| مدیریت تنش ها و چالش‌های اجرای برنامه | <ul style="list-style-type: none"> • اختصاص بودجه اختصاصی برای رفع مسائل زیرساختی • کمی تغییر در برنامه • بهره‌گیری از نیروهای متخصص محیطی برای آموزش به محیط • آموزش و آگاهی رسانی بیشتر به کارکنان • فرصت زمانی • تعلیق اجرای برنامه در برخی بیمارستان‌ها |

۴-۵-۲- نحوه اجرای برنامه

در اجرای برنامه دو مرحله عدم اجرای کامل وجود داشت:

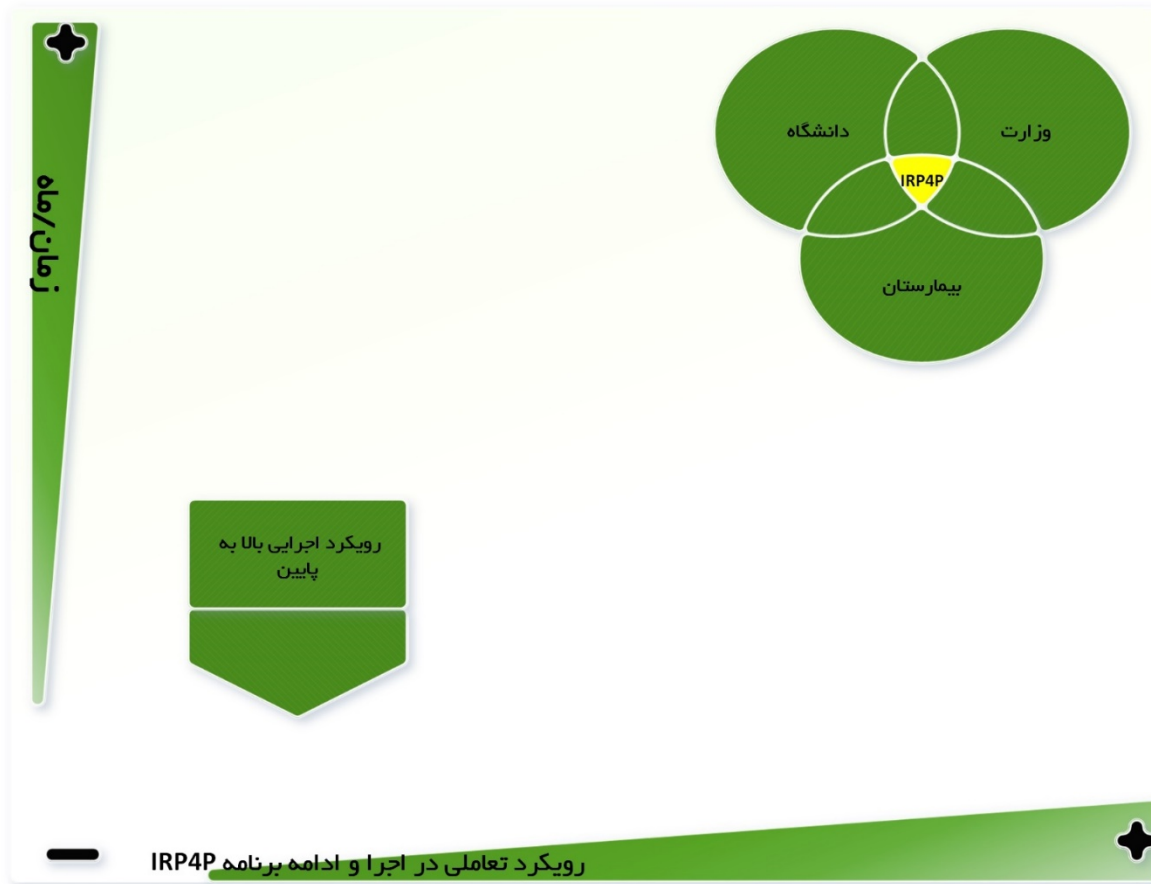
الف- برنامه در کل کشور اجرایی نشد، به عبارت دیگر دانشگاه‌ها مخیر به اجرای برنامه تا یک مدت زمان خاص شدند.

ب- در دانشگاه‌هایی که برنامه اجرا شد، کل برنامه تدوین شده اولیه اجرایی نشد. «اعتقادم اینه که حتی در جاهایی که دستورالعمل داره کامل اجرایی میشود، باز اون دستورالعمل ... اولیه نیست، مثلاً ما سراغ شاخص‌های کیفیت هیچ کدام نرفتیم» (کد ۲۲)

درمورد رفتار وزارت برای اجرای برنامه، مصاحبه شونده ای که در زمان اجرا رئیس دانشگاه بوده بیان می کند که «ابتدا که سیاست های خیلی تند و تیزی که همه باید آن را دقیقاً اجرا کنیم، رصد می کردن که کی اجرا کرد کی اجرا نکرد. بعد از یک مدتی که کمی آسیب ها پررنگتر شد فاز دوم گفتمان در وزارت شکل گرفت؛ در فاز دوم هدف بیشتر شنیدن صدای محیط و برای رفع آن اقدام کردن بود. در فاز سوم بعد از اینکه مشکلات خیلی جدی تر، قوی تر و متواتر مطرح شد یک عقب نشینی به نوعی استراتژیک وزارت خانه انجام داد و اختیار داد به دانشگاه که خواستند بمانند، خواستند برگردند و از آن شدت اول کاسته شد» (کد ۲۸) به عبارت دیگر «اول اصلاً امکان گفتگو درمورد بود و نبودش، نبود، ولی بعداً خیلی نرم شد» (کد ۲۸)

پس از گذشت چند ماه از اجرای برنامه، مقاومت ها در مقابل برنامه به حدی بود که چندین دانشگاه بزرگ کشور از وزیر وقت درخواست تعلیق برنامه یا عدم اجرای آن را کرده اند. «ما واضحاً چندین ماه وقت از دست دادیم به دلیل اینکه روسای ... حداقل ۵ تا دانشگاه اصلی آمدند و درخواست کردند از آقای وزیر که این کار عقب بیافتد، یا اجازه بدن ... که خودشون هر کاری دوست دارند بکنند» (کد ۲۲). مصاحبه شونده گان این درخواست دانشگاه ها در اجرا یا عدم اجرا را امری قانونی دانسته اند چرا که «دانشگاه ها از نظر قانون واحدهای مستقلی هستند حتی می توانند هیئت امنایشان قوانین و آیین نامه مستقل خودشان را داشته باشند» (کد ۱۸)

درمورد پذیرش اختیاری شدن دانشگاه ها توسط وزیر وقت نیز یکی از مصاحبه شونده گان (کد ۹) بیان می کند که «هر کس دیگری بود همین تصمیم را می گرفت چاره ای دیگر نبود». با توجه به مشکلاتی که در اجرای یکسان پیش آمده بود، سیاست گذاران ناگزیر از اختیاری کردن برنامه بودند.



شکل ۱۲: تغییرات رویکرد اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در میان سیاست گذاران

الف- ۱ علل درخواست دانشگاه‌ها برای اجرای اختیاری برنامه

به‌طور کلی دو عامل برای پیش آمدن این مسئله وجود داشته است: نخست اینکه سطح توسعه یافتگی بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های کشور برای اجرای برنامه به‌گونه‌ای نبود که همگی با یک سرعت یکسان بتوانند برنامه را اعمال کنند. در این مرحله به نظر می‌رسد مخیر نمودن دانشگاه‌ها بیشتر برای ایجاد آمادگی در آن‌ها برای پیاده‌سازی برنامه بوده است. چراکه مدت زمان مخیر بودن آن‌ها محدود بود و دانشگاه‌ها می‌بایستی پس از مدتی برنامه را اجرا نمایند. «نهایتاً تا فلان تاریخ شما مختار هستید، پس از این تاریخ بایستی نسبت به اجرای آن اقدام بشود. یک بازه زمانی تعیین شده بود که خودشان را با این بخشنامه سازگار کنند» (کد ۲۳).

عامل دوم از زبان مصاحبه‌شوندگان این‌گونه توضیح داده شده است: با توجه بیانات برخی دانشگاه‌ها مبنی بر اینکه «آقا من از ... [کارشناسان وزارت] بیشتر می‌فهمم، چرا فلانی آنجا نشسته و برای من تصمیم گرفته»، یکی از مصاحبه‌شوندگان آن را به بعد فرهنگ‌سازمانی دانشگاه‌ها و مسئولان آن‌ها ربط می‌دهد: «دانشگاه‌های

بزرگ، این هم بنظر من جنبه فرهنگی، خب بخاطر اینکه خودشان را متمایز بدانند، احساس می کنم همین هست. یا می خواستند بگویند که ما متمایز هستیم، ما خودمان استقلال داریم.» (کد ۲۳).

الف-۲ اثرات احتمالی اجرای اختیاری برنامه

مخیر کردن دانشگاهها برای اجرای برنامه از یک طرف و الزام آنها برای داشتن برخی از ابعاد عملکردی از طرف دیگر (مثل تعیین سقف که مصوبه دولت را داشته است) موجب شده است که باز در نظام پرداخت بیمارستانهای کشور به شاهد آشفتگی باشیم. «مثلاً یک تکه از این پرداخت مبتنی بر عملکرد ابلاغ شده از سمت وزارت خانه برداشته بودند، یک تکه از آن نظام پرداخت قبلی برداشته بودند، یک چیزهایی را خودشان قاطی کرده بودند. اصلاً یک چیزی شده بود» (کد ۹)

به طور خلاصه پس از گذشت چند ماه از اجرایی شدن برنامه در سطح کشور دانشگاهها و بیمارستانهای در دو گروه جای گرفتند:

الف- دانشگاهها و بیمارستانهایی که به طور کامل برنامه ابلاغ شده را اجرایی کردند. در میان این گروه یکپارچگی نسبی مناسبی در نظام پرداخت بیمارستانها حاصل گردید.

ب- دانشگاهها و بیمارستانهایی که به طور کامل برنامه ابلاغ شده را اجرایی نکردند ولی برنامه نظام نوین قبلی را ارتقا دادند. با توجه به اینکه این تغییر و ارتقا برای هر دانشگاه و احتمالاً هر بیمارستان به صورت غیرمتمرکز انجام شده است، احتمالاً در میان این گروه هیچ یکپارچگی (بجز الزامات قانونی در سقف گذاری پرداختهای پزشکان) مشاهده نخواهد شد.

البته با این وجود درمورد دانشگاههایی که ادعای عدم اجرایی کردن پرداخت عملکردی را دارند یکی از مصاحبه شوندهگان با تجربه وزارتی و دانشگاهی بیان می کند که «در خیلی از دانشگاهها می گویند که ما همین الان هم داریم نظام نوین را اجرا می کنیم، ولی تجربه عینی من دال بر این هست که نظام نوین سویچ شده به پرداخت عملکردی، لاف در گروه پزشکان الان دارند به صورت کامل آیین نامه پرداخت عملکردی را اجرا می کنند، ... عملاً می گویند که ما نظام نوین را اجرا می کنیم ولی پوسته آن را نگه داشته اند، روحش رفته عوض شده و رفته به سمت عملکردی» (کد ۲۳)

۴-۵-۳- آموزش و آگاهی رسانی در اجرای برنامه

از نظر اجراکنندگان آموزش و آگاهی رسانی کافی در مورد مزایا و معایب برنامه می‌تواند تا حد زیادی از مقاومت‌ها در سطوح مختلف بکاهد. عدم انجام مناسب این اقدام حتی می‌تواند افراد موافق (افرادی که برنامه به نفع آن‌ها است) را نیز به افرادی مخالف تبدیل کند. «آموزش‌ها و اطلاع‌رسانی کامل نبود و گفتن فوائد برنامه قبل از اجرا صورت نگرفته بود؛ خیلی از افرادی که برنامه به نفعشون بود شروع کردند به مخالفت کردن بدون اینکه بدونن چه اتفاقی داره براشون میافته؛ یعنی رفتن تو صف اون افراد صاحب قدرت و ذی نفوذی که اقلیت هم بودند! به اشتباه» (کد ۲۲).

به‌طور کلی دو نوع آموزش مدنظر کارشناسان وزارت بوده است.

الف- آموزش مجازی: که به دو صورت ویدیوکنفرانس و سایت اختصاصی برای آموزش. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کند: «سایت که دارند، سایت خوبی دارند و آگه دوست داشته باشید می‌توانید بازدید داشته باشید از سایت» (کد ۴)

ب- آموزش رودررو: در سطح وزارت، در سطح دانشگاه و در داخل بیمارستان‌ها برای افراد درگیر در برنامه آموزش‌های رودرو برگزار شده است.

آموزش آبخاری می‌توانست راهگشا باشد، توصیه شده است که اگر آموزش را از سطح بالادستی دانشگاه شروع می‌شد و آن‌ها مجاب و الزام به ارائه آموزش به سطوح پایین‌تر خود داشته باشند، برنامه می‌توانست وضعیت اجرایی بهتری داشته باشد. در مورد میزان آموزش ارائه‌شده به محیط یکی از مسئولان دانشگاهی اجرای برنامه (کد ۴) می‌گوید «همیشه همه کارکنان بیمارستان را وزارت خانه آموزش بدهد، یک عده ای را که جزو ارشد های آن سیستم هستند و نهایتاً دستورالعمل باید زیر نظر این‌ها اجرا شود چندین بار این‌ها را وزارت خانه احضار کرده، هئیت اجراییه بیمارستان، رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، مسئول امور مالی، مسئول درآمد همه این‌ها را هم از طریق ویدیو کنفرانس، هم به صورت کاملاً حضوری در سطح وزارت خانه، هم به صورت حضوری در دانشگاه قطب؛ دو بار فقط وزارت خانه به صورت رو در رو تمام این افراد را دیده و حداقل آن چیزی که باید اتفاق بیافتد را به آن‌ها آموزش داده. خب اون‌ها هم مقصر نیستند» (کد ۴). مهم این بوده که آموزش‌های ارائه‌شده به مسئولین در سطح بیمارستان به‌خوبی اجرا می‌شد. ولی در ادامه بیان می‌شود که «البته رؤسای دانشگاه‌ها چند جلسه توجیه شدند ولی رؤسای دانشگاه‌ها نرفتند در مجموعه مدیران میانی و نیروهای

عملیاتی و کارکنان تا آنها را اغنا کنند» (کد ۹). لذا این تعهد و آموزش در سطح وزارت به خوبی در سطوح پایین دست نمود پیدا نمی کرد و تلاش‌ها منتقل نمی شد.

به عبارت دیگر گستردگی زیاد کشور و تعداد کم کارشناسان مسئول اجرای برنامه در سطح وزات ایجاب می کرد تا آموزش‌ها به صورت آبخاری به سطوح پایین تر منتقل می شد که ظاهراً این کار به درستی انجام نشده است. «حداقل کارکنان و دست اندرکاران حداقل باید می دانستند که چه اتفاقی دارد می افتد، مدیران میانی باید می دانستند که دارد چه اتفاقی دارد می افتد» (کد ۹). لذا باعث آگاهی کم سطح بدنه از برنامه و اجراهای سلیقه ای آن شده است.

تعداد کم نیروی انسانی متخصص در سطح وزارت خانه، زمانی تشدید می یافت که این تعداد کم کارشناسان علاوه بر کار برنامه عملکردی در دیگر کارهای معاونت درمان درگیری شدید داشتند. «کلا هفت، هشت نفر بود کارکنان معاونت درمان که این کارها [کل کارهای معاونت درمان] را انجام می دادند، به الطبع نمی توانند کل کشور را کاور کنند» (کد ۲۳)

آموزش آبخاری فوق الذکر که از سطح دانشگاهها به بیمارستان‌ها منتقل نشده است، این مشکل در سطح بیمارستان‌ها نیز وجود داشته است. «بعضی از مدیرانمان در استانها، در شهرستان‌ها یکی از نقاط ضعفمان این بود که کم وقت گذاشتند در مواجهه با کارکنان و توجیهشان که چه اتفاقی افتاده که آنها خودشان را با این تغییر مواجه کنند» (کد ۹). لذا کارکنان نتوانستند به خوبی برای پذیرش برنامه آماده باشند. این مسئله با دورتر شدن از پایتخت حادثر بوده است. مسئولین بیمارستان در استان‌های دورتر از پایتخت مشکلات شروع اجرا را این گونه بیان می کنند: «در اوایل خیلی مشکلات داشتیم؛ به طبع ارتباط نداشتین با مسئولین وزارت گاه‌ها به مشکل بر می خوردیم، اوایل طرح هم پیچیده بود و هم شاید مثلاً به نظر من آموزش‌های توجیهی اولیه خیلی کافی نبود» (کد ۱۲).

۴-۵-۴- نقش دانشگاه‌های بزرگ در اجرای برنامه

یکی از علل عدم اجرای برنامه توسط دانشگاه‌های خارج از شهر تهران، عدم اجرای برنامه توسط سه دانشگاه بزرگ شهر تهران است. «خیلی تأثیر داشت این قضیه، یعنی نحوه اجرای این برنامه در دانشگاه‌های بزرگ به الطبع تأثیر داشت در سایر دانشگاه‌ها و من خودم این را به عینه دیدم، مدیران مختلف مالی باهم مذاکره کردند که اگر شما در دانشگاه ... اجرا کنید ما هم اجرا می کنیم» (کد ۲۳). وی در ادامه انتشار نحوه تأثیر گروه‌های همکار در بین دانشگاه‌ها در اجرای برنامه را این گونه بیان می کند: «من خودم مدیر دانشگاه ... بودم، خیلی از

دانشگاه‌ها به من زنگ می‌زدند اگر شما اجرا کنید ما اجرا می‌کنیم، ما داریم نگاه می‌کنیم شما پرداخت مبتنی بر عملکرد را اجرا می‌کنید یا نه؟ اگر شما اجر کنید ما هم اجرا می‌کنیم.» (کد ۲۳)

۴-۵-۵- مشکلات اجرای برنامه

د-۱ اجرای برنامه پایلوت برنامه بود!

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به پایلوت نشدن برنامه اعتراض داشته‌اند و صد البته اجرا کنندگان نیز دلایل توجیهی خود را برای این امر داشته‌اند. «اولین اجرا/ بالاخره پایلوت اولیه بود هر چند پایلوت کشوری بود و این خودش نقصی بود در دوره اجرای آن قضیه، معمولاً پایلوت دیگر کشوری که انجام نمی‌دهند. هر چند ادعا بر این بود که در چند تا از بیمارستان، قبل از این پایلوت شده است، پایلوت خوبی نبود» (کد ۲۳).

د-۲ اجرای گذشته‌نگر برنامه

یکی از مواردی که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره داشته‌اند، شروع اجرای برنامه به تاریخ پیش از تاریخ ابلاغ برنامه است. سابقه پیشی گرفتن زمان ابلاغ به زمان اجرا در سایر امور اداری کشور خصوصاً در حوزه بهداشت و درمان همواره وجود داشته و اجرایی می‌شده است. «شما اگر بروید در قانون‌های ما نگاه کنید، تاریخی که بالای برگه ابلاغ خورده با زمان اجرائش که در آن ابلاغیه خورده، ... نگاه کنید به خصوص در عرصه بهداشت و درمان، منطبق نیست» (کد ۱۳)

د-۳ درهم تنیدگی مشکلات

مشکلات اجرایی که دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها در ابتدای اجرای برنامه داشتند: آموزش، مقاومت کارکنان، کمبود نیروی انسانی متخصص نرم افزار و پیاده‌سازی، ابلاغ بخش نامه بدون پیش آگاهی قبلی، اجرای کشوری، فرصت کم برای ارائه آموزش و تعویق بیمه‌ها در پرداخت.

امکان کم ارائه آموزش به افراد اجرا کننده در سطح دانشگاه و بیمارستان، خود باعث ایجاد مقاومت هایی از جنس «مقاومت در برابر تغییر و افزایش حجم کاری» شده بود. «یکی از دلایل مقاومت عمده اش هم همین بود که نیروی متخصصی وجود نداشت و نبود، نیروی متخصصی که هم بتواند با نرم افزار کار بکند و هم بتواند بخش نامه را تجزیه و تحلیل کند و هم بتواند افراد و گروه‌های مختلف را در بیمارستان‌ها متقاعد بکند، ... متقاعد کردن

مطابق با آیین‌نامه کار سختی بود، بخاطر همین تمایل به این بود که زیر بار نروند و اجرا نکنند.» (کد ۲۳). پس نیروهای بیمارستان و دانشگاه هم بایستی برنامه را متوجه می‌شدند، هم آن را در نرم افزارهای بیمارستان و دانشگاه پیاده می‌کردند و هم کارکنان را توجیه می‌نمودند. این درحالی بود که بخشنامه به صورت گذشته‌نگر ابلاغ شده بود و آن‌ها مجبور بودند تا در اولین فرصت این کار را به اتمام برسانند. در کنار این مسائل در ابتدای اجرای برنامه هم خود برنامه مشکلاتی داشت و هم ممکن بود در هنگام پیاده‌سازی اشتباهاتی در محاسبات به وجود آید و پرداخت بر اساس این موارد اشتباه مخالفت کارکنان و در نتیجه جوابگویی به سطوح بالا و پایین را در پی داشت و حجم و فشار کاری را بالا برده بود.

د-۴ سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی

در مورد اجرای برنامه یکی از مسائل اصلی مربوط به HIS بیمارستان‌ها بود:

- الف- «زیرساخت‌های نرم افزاری توانایی بالایی نداشت و باید ارتقا پیدا می‌کرد» (کد ۱۲).
- ب- «ارتباط HIS های بیمارستان با سامانه قاصدک مشکل بود» (کد ۱۵)،
- ج- «توانایی تمرکز و تاکید بر اطلاعاتی که از اچ آی اس می آمد بیرون خیلی پایین بود» (کد ۲۵)،
- د- «تنوع و تغییرات HIS های بیمارستان‌ها خیلی زیاد بود» (کد ۱۵)،
- ه- «خروجی HIS های بیمارستان‌های مختلف با یکدیگر متفاوت بود» (کد ۲۵)

د-۵ همزمانی با سایر برنامه‌های کشور

با توجه به نظام پرداخت کارانه کشور، اجرای پرداخت عملکردی به طور مستقیم و غیرمستقیم به کتاب ارزش نسبی ارتباط داشت، اجرای برنامه در زمانی روی داد که هنوز HIS های بیمارستان و مسئولان ارزیابی خدمات در بیمارستان نتوانسته بودند به خوبی با کتاب ارزش نسبی به روز رسانی شده تطبیق پیدا کنند. خصوصاً که در این ویرایش جدید پیچیدگی های کتاب با جدا شدن جزء فنی و حرفه‌ای بیشتر شده بود. یکی از مسئولان دانشگاهی اجرای برنامه در این خصوص بیان می‌کند «همزمان با اجرای دستورالعمل تغییرات زیادی که در نحوه محاسبات چه در بخش تشویق های بسته های طرح تحول مثل زایمان طبیعی و ماندگاری و بخشه‌ای عملکردی نظام پزشکی» (کد ۴). «به هر جهت شروعش، به نظر من شروع نامناسبی بود از لحاظ زمان» (کد

(۲۱)

د-۶ تمرکز در اجرا و آموزش

«اشکال دیگه این بود که تأکید خیلی زیاد بر تمرکز در وزارت بهداشت درمان بود، وزرات بهداشت درمان می آمد و مستقیم به خود بیمارستان‌ها تا ستاد های دانشگاه‌ها هم دور می زد» (کد ۲۱). البته توجیه اجراکنندگان برای این رویکرد، ترس از دستکاری شدن برنامه در ستادهای دانشگاهی بود. «می گفتن ستادهای میان و دخالت می کنن و حق و حقوق بیمارستان را به شکل کافی و لازم نمی دهند» (کد ۲۱). البته این مسئله در سایر برنامه‌های وزارت بهداشت نیز دیده شده است. مثل تخصیص مستقیم بودجه پرونده های تصادفات برای بیمارستان‌ها. لذا به‌طور کلی شاید نتوان این رفتار معاونت درمان را اشکال کار دانست.

د-۷ تعجیل در اجرای برنامه

یکی از علل اجرای سریع برنامه افزایش درآمد بیمارستان‌ها به‌واسطه افزایش تعرفه ها در کتاب ارزش نسبی بود. با توجه به اینکه کتاب زودتر از برنامه عملکردی به اجرا درآمده بود، در صورت عدم اجرای برنامه به‌صورت گذشته‌نگر، مسئله افزایش بیش از حد دریافتی‌ها برای گروه خاصی از کارکنان به وجود می آمد. «شاید اگر همان سیستم قبلی بود با پولی که الان در کتاب اضافه شده، الان این‌ها [دریافتی تیم مدیریتی بیمارستان] بیشتر هم می شدند؛ یعنی خویش اینه که ما [با اجرای برنامه عملکردی] نداشتیم این‌ها بیشتر از قبل بگیرند» (کد ۱۳) و ترس از این وجود داشت که این دریافتی زیاد به‌عنوان یک حق تلقی گردد و امکان کاهش آن وجود نداشته باشد. «... اونوقت کسی که ۴ میلیون گرفته بود مگر کوتاه می آمد. حتی یکی از دلایلی که باعث شد بدون زیرساخت‌هایی که گفتم و اونکه سریع اجرا می شد و برگشت به عقب بود یک دلیلش همین بود» (کد ۱۳).

به‌عبارت‌دیگر نتیجه اعمال کتاب افزایش درآمد بیمارستان بود که اگر بر اساس برنامه نظام نوین توزیع می گردید، تعداد زیادی از افراد مبالغ بسیار زیادی دریافت می کردند. لذا مدیران برنامه اجرای آن را ولو به‌صورت گذشته‌نگر بسیار ضروری می دانستند. نگرانی از آنجایی بود که بدون این برنامه چند ماه مبلغ زیادی بین کارکنان توزیع گردد و طبیعتاً اگر برنامه جدید بعد از این دریافتی‌های بالا اجرا می شد و پرداختی‌ها را پایین می آورد، قطعاً مخالفت با آن بسیار بیشتر می شد.

د-۸ نمود بیشتر مخالفان نسبت به موافقان

اگر چه در بیمارستان‌ها تعداد مخالفان به موافقان کمتر بوده است، اما این تعداد کمتر نمود بیشتری داشته‌اند. «اونهایی که مخالف بودند، فعالیت‌های فوق برنامه هم داشتند / در دیداری که وزیر از بیمارستان ما داشت / یکیشون اومد حضور وزیر صحبت می کرد ... می گفت آقا این برنامه افتضاح است» (کد ۲۴) «تعداد محدودی مخالف بودند ولی خب بیشتر از اونایی که موافق بودند شلوغ کاری می‌کردند» (کد ۲۴)

د-۹ تغییرات مداوم برنامه و سلب اعتماد

دو مسئله اساسی باعث شده تا اعتماد به برنامه تا حدودی در طول اجرای برنامه کاهش یابد. الف- عدم اجرای آزمایشی برنامه و بر طرف کردن مشکلات اولیه ب- تغییرات مداوم برنامه بعد از اجرا «این رفت و آمدهای بدون مطالعه، سیستم را از خودش نامطئن کرد و اعتماد را برد» (کد ۸) برای مثال «یکبار پلکانی گذاشتیم بعد برداشتیم و باز گذاشتیم، سقف گذاشتیم» (کد ۸).

یافته‌ها نشان می‌دهند که تمام تغییرات ایجاد شده در برنامه در طول سال‌های اجرایی به دلیل نقص برنامه نبوده‌اند. برخی از این تغییرات به علت تضاد منافع یا کشمکش قدرت بین معاونت‌ها در بالادست به وجود آمده بود. گذشته از صحت و سقم و علل این تغییرات، به‌طور کلی این تغییرات اعتبار برنامه را نزد افراد ذی نفع تنزیل می‌دهد. این تغییرات برای افراد سطح اجرایی (پرستاران و کارکنان) به معنای عدم طراحی درست برنامه تفسیر شده‌اند. «اگر پایلوت کرده‌اند پس چرا هر ساله مجبور هستند که تغییراتی را در آن انجام دهند، یعنی مشخص می‌شود که کار علمی درست و حسابی روی آن انجام نشده است که هر چند وقت یک بار مجبور هستند که ایرادات آن را برطرف کنند» (کد ۱۶).

د-۱۰ هم یاری کم سایر معاونت‌ها در ادامه اجرای برنامه

با تمام اقداماتی که مخالفان حوزه وزارت انجام داده بودند، باین‌حال برنامه توسط معاونت درمان اجرایی شد. یکی از واکنش‌های مخالفان در سطح وزارت این بود که در ادامه کار معاونت درمان را یاری نرسانند. «عملاً همه چیز را انداختند گردن حوزه معاونت درمان، یک چالش ما هم این بود» (کد ۶).

د-۱۱ پاسخگویی کم کارگروه دانشگاه

به هر دلیل کارگروه‌ها به مسئولیت خود در برخی دانشگاه‌ها واقف نبوده و اجرا نمی‌کردند. «درواقع می‌شود گفت که حدود مسئولیت افراد خیلی مشخص نیست یعنی چه کسی باید چه چیزی را پاسخگو باشد. ببینید

مثلاً یک کارگروهی گذاشتند با شرح وظایف و یکسری از اعضا. هیچکدام از این‌ها خودشان را درگیر پاسخگویی نمی‌کنند یک نفر به‌عنوان مسئول یا رابط پرداخت دانشگاه همه‌چیز را جواب بدهد و خودش هم عضو اون کارگروه نیست.» (کد ۷)

د-۱۲ ظرفیت متفاوت کارشناسی در سطح اجرا

برای اجرای برنامه، ظرفیت تیم‌های دانشگاهی در نحوه اجرای برنامه بسیار متفاوت بوده است. با توجه به ظرفیت این تیم‌ها رویکردها برای پرداخت متفاوت بوده است. برای مثال رئیس دانشگاه بیان می‌کند. «ما اوایل متوجه یک آسیبی در پارامترهای محاسباتی شده‌ایم و احساس کردیم که ممکن هست از دست مان در برود، اگر به یک نفری که درآمدش فرض کنید که دو میلیون هست و شما چهار میلیون بدهید خیلی خوشحال می‌شود ولی اگر شما هفت میلیونش کنید و بعد به چهار میلیون برسانید، کاملاً ناراضی خواهد شد، ... سعی کردیم خیلی، خیلی محتاطانه ببریم بالا و از خیلی کم شروع بکنیم.» (کد ۲۸).

این رئیس دانشگاه بیان می‌کند که ما توانستیم بسیاری از نارضایتی‌ها را در بلندمدت با این رویکرد تقلیل دهیم ولی در بسیاری از دانشگاه‌های دیگر این عمل صورت نگرفته بود. «یا بدهی هامون کمتر شد، پرداخت سریعتر بود، خیلی از دانشگاه‌ها که در ابتدا زیاد داده بودند مجبور شدند که کاهش بدهند و آسیب‌های جدی داشتند. همکاران رؤسهای دانشگاه‌های دیگر باهم دیگر تماس‌های مکرر داشتیم در آن فاز، می‌دیدیم خیلی هایشان مجبور شدند که دوباره در فاز انقباضی بروند البته با آسیب‌هایی که ایجاد کرده‌اند» (کد ۲۸). لذا بین دانشگاه‌ها تفاوت وجود داشت و هر کدام بنا به ظرفیت کارکنان دانشگاه‌ها مثلاً نحوه برخورد متفاوت و نحوه اجرای متفاوت و در نتیجه تأثیر متفاوت در کارکنان داشته‌اند.

طبق برنامه، در سطح بیمارستان تفویض اختیار مناسبی به مسئولین بخش‌ها برای اثرگذاری بر دریافتی فرد صورت گرفته است. مصاحبه‌شونده (کد ۱۲) عدم عملیاتی شدن ارائه اختیارات به مسئولین بخش‌ها را این‌گونه بیان می‌کند: «بسیاری از مسئولین بخش‌ها مهارت کافی برای پذیرش این مسئولیت‌ها را ندارند چراکه نخست تخصص آن‌ها نیست دوم گزینش آن‌ها بر اساس مهارت و شایستگی نبوده است، سوم خود این مسئولیت کار ساده‌ای نیست». لذا بیان می‌کند که «خودم خیلی اعتقاد ندارم به عدم متمرکز در اختیارات، ... خیلی عملی نیست با شرایطی الان که داریم» (کد ۱۲). ولی راهکارهایی را برای انجام این کار ارائه می‌دهند؛ یا برای انتخاب مسئولین بخش‌ها ملاک قرار داده شود یا اینکه افراد برای کارهایی که باید انجام دهند آموزش ببینند.

۴-۵-۶- مقاومت و مخالفت با اجرای برنامه

جنس مقاومت ها در طول زمان و در سطوح مختلف متفاوت بوده است. بنا به نظر مصاحبه‌شوندگان مقاومت های اوایل شروع برنامه بیشتر به دلیل مقاومت در برابر تغییر و افزایش حجم کاری بوده است «اوایل به خاطر سختی اجرایش، تغییر فرآیند و فشاری که بود این مقاومت وجود داشت نمی خواستند این تغییرات را انجام بدهند» (کد ۲۳). برای اجرا کنندگانی که برای آن‌ها اهداف جمعی بر اهداف فردی اولویت داشتند، این مقاومت های اولیه به تدریج شکسته شد چراکه به تدریج از مزایای برنامه مطلع شدند «ولی الان احساس می کنم... خیلی ها، موافق برنامه هستند. بیشتر به خاطر ابزارهای مدیریتی هستند که ایجاد کرده، بخاطر آن یک دست کردن پرداخت‌ها، بخاطر آن حذف فاصله ها، بخاطر منظم کردن گروه ها و خیلی مزایای دیگری که در اجرای برنامه هست الان به نظرم خیلی رضایت بیشتر هست» (کد ۲۳).

ولی جنس مقاومت ها بعد از گذشت چند ماه پس از پرداخت بیشتر به دلیل تضاد منافع و میزان دریافتی بوده است. با توجه به اظهارات مصاحبه‌شوندگان، این مقاومت ها به دو صورت علنی و پنهان را نمود داشتند:

مقاومت های علنی مانند تجمع ها و اعتراضات افراد در جلسات یا در بیمارستان‌ها «خیلی جاها میگویند بیمارستان‌های ما در حال ورشکست شدن هستند» (کد ۱۳). مقاومت های پنهان مانند خراب کردن تجهیزات بیمارستانی در سطح بیمارستان‌ها «طرف انتظار دارد ۳۰۰ تومان کارانه بگیرد نگرفته، پرت! میزنه به دستگاه ام آر آی، دستگاه را خراب می‌کند» (کد ۱۳) و ارائه اطلاعات یا راهنمایی های تخصصی در سطح وزارت «خیلی جاها راهنمایی برعکس می‌دهند» (کد ۱۳).

۴-۵-۶-۱- علل مقاومت در سطح وزارت

تضاد و مخالفت در سطح وزارت از ایجاد مشکل در سایر سطوح مهمتر و پر اهمیت تر است. از علل اصلی مقاومت در سطح وزارت خانه توسط معاونت توسعه، کاهش قدرت آن‌ها بر منابع مالی بیمارستان و دانشگاه بود. «معاونت توسعه‌ای که حسب معاونت عادی، منابع مالی دستش هست چه در وزارت خانه چه در دانشگاه‌ها. این حق را برای خودشان می دانستند که آن‌ها هم می بایستی دخیل می بودند در این کار بزرگ و همین باعث ایجاد اون مقاومت شده بود» (کد ۲۳).

شاید این تضاد بین معاونت ها باعث پختگی بیشتر برنامه شد چراکه احتمالاً برای درک بیشتر برنامه و ارائه نظرات پیشنهادی برنامه را با دقت بیشتری مورد مذاقه قرار داده‌اند؛ اما بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان تضاد در میان مدیران بالادستی منجر به تشدید ایجاد تنش در سطح پایین دستی شده بود. «شاید آن هماهنگی در

وزارت خانه بیشتر ایجاد می‌شد، لایه های قدرت بیشتر کنار می‌آمدند، به الطبع اجرا و پیاده‌سازی اش در دانشگاه‌ها خیلی روان تر بود» (کد ۲۳). این مخالفت ها با برنامه با علل متعدد و نمود متفاوتی نشان داده می‌شد.

۴-۵-۶-۱- توزیع بیش از حد منابع مالی

یکی از اشکالاتی که معاونت توسعه بر برنامه مرتبط می دانست، توزیع بیش از حد منابع بود. بنا به محاسبات کارشناسان معاونت توسعه برنامه در زمان اجرای اولیه حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد بیشتر از آنچه باید، پول بین کارکنان توزیع می‌کند. این مسئله باعث مخالف شدید آن‌ها با برنامه شده بود.

این مخالفان، تعویق در پرداخت بیمه‌ها را به‌عنوان نشانه ای برای این مسئله (توزیع بیش از حد منابع) می دانستند و بیان می‌کردند که علت تعویق در پرداخت بیمه‌ها نیز همین پرداخت مازاد برنامه است، در صورتی در حال حاضر می بینیم که هیچ ارتباطی به این مسئله نداشته است. مسئول اجرایی برنامه در سطح دانشگاه، با تجربه ۱۳ ساله در مدیریت مالی در سطوح وزارت، دانشگاه و بیمارستان بیان می‌کند که «از اون طرف فاصله بین پرداخت‌ها بخاطر تأمین توسط سازمان بیمه گر هم ایجاد شده بود. بعد همان را هم بهانه می‌کردند میگفتند یکی از دلایل این هست؛ درحالی‌که هیچ ارتباطی نداشت و در عمل هم واقعاً همینطوری بود؛ یعنی بعدازاینکه آن مشکلات اولیه و عدم هماهنگی بین معاونت های ستادی وزارت خانه رفع شد عملاً دیدیم تفاوتی در توزیع منابع مالی ایجاد نشد. آن نظریه ای که می‌گفت برنامه بیشتر از درآمد دارد توزیع می‌کند، واقعاً نمود عملی پیدا نکرد، عینیت پیدا نکرد، جایی نشد بروند و بگویند که فلان بیمارستان داره کم میاره. نه اینطوری نبود، بیشتر بحث این بود که تغییر بزرگی صورت گرفته و میخاستند مقاومت کنند» (کد ۲۳). شاید علت این رفتار این بوده است که این برنامه وارث مشکلات برنامه قبلی بود. قبل از برنامه سیاست مداران با داده‌های با روایی کمتر کار می‌کردند، ولی بعد از برنامه با داده‌های رواتری کار می‌کنند. از این تفاوت ها، مخالفان برنامه برای ابراز مخالفت استفاده می‌کردند.

یکی از مصاحبه‌شوندگان با سابقه کار در حوزه مالی بیمارستان، دانشگاه و وزارت (کد ۲۳) بیان می‌کند که «برخلاف بعضی ها که می‌گفتند منابع مالی را سیستم زیاد توزیع می‌کند بین کارکنان، واقعاً این شکلی نبود». وی علت این ادعا را این‌گونه عنوان کرده است «از نظر من استدلالشان این بود که خیلی شناخت نداشتند، می

خواستند در مقابل این تغییری که یک تغییر بزرگ هست مقاومت کنند، شاید هم رقابت های بین گروهی بود، رقابت های بین گروهی در ستاد وزارت خانه بود».

۴-۵-۶-۱-۲- ایجاد شفافیت در اطلاعات مالی بیمارستان های کشور

یکی از عوامل مخالفت با برنامه، معاونت توسعه و پشتیبانی بود. بنا به نظر مصاحبه شونده بزرگ ترین دلیلی که در این حوزه مقاومت هایی قوی برای عدم اجرا به وجود آمده این بود که ایجاد اطلاعات شفاف باعث کاهش اختیارات این معاونت در منابع مالی بیمارستان می شد و این معاونت در هر دلیل خواهان کاهش این اختیارات نبود.

۴-۵-۶-۱-۳- عدم وجود دیدگاه استفاده از پول برای ایجاد انگیزه در سطح معاونت توسعه وزارت

یکی از تدوین کنندگان برنامه درمورد علت مقاومت معاونت توسعه در مقابل اجرای برنامه را در دیدگاه های متفاوت دو طرف (معاونت های درمان و توسعه) درمورد منابع مالی می داند. «فکر می کنند کارشان این است که فقط باید پول توزیع کنند، یعنی از لحاظ مالی فقط توزیع پول رو میفهمه ... مخالفتشون همین هست میگویند اصلاً به شما چه این چیزها رو ورود می کنید؟ یه پولیه بدید مدیران مالی بلدن چجوری توزیع کنند. مدیر باید پول توزیع کند؛ ... خیلی بر روی مسائل مشوق مالی که رفتار سازی کنند خیلی به این چیزها اعتقاد ندارند، یه پولیه قبلاً توزیع میشده الانم توزیع می کنند. دستورالعمل ساده بنویسید یک صفحه ای زیاد هم نباشه؛ بدین توزیع می کنند» (کد ۱۷) ولی دیدگاه معاونت درمان درمورد منابع مالی این گونه توصیف شده است «اصلاً پولی که روی رفتار تأثیر ندارد چرا باید توزیع شود هدف از توزیع پول چی هست؟» (کد ۱۷)

۴-۵-۶-۱-۴- عدم انتشار مناسب شواهد و مستندات پیش از اجرا

علی رغم اینکه تدوین کنندگان تولید سندی با جزئیات را گزارش نموده اند اما یکی از نقطه ضعف های اجرایی برنامه انتشار محدود شواهد و قراین گردآوری شده برای برنامه بوده است. یکی از مسئولان وزارتی بیان می کند «من ندیدم که یک بک گراند علمی این داستاد داشته باشد یا مدلی باشه که در جایی نتایج علمی آن منتشر شده باشه» (کد ۱۹).

این مسئله می تواند ناشی از سیاست های عمدی یا غیرعمدی متولیان برای کاهش نظرات مخالف تا زمان اجرایی کردن برنامه باشد، ولی ظاهراً این مسئله باعث ایجاد مخالف های شدید در سطح وزارت، دانشگاه و

بیمارستان شده است، به گونه‌ای که به گفته بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، عمده مخالفان برنامه در ابتدای اجرا اخبار را فقط از طریق شایعه‌ها و مبادی غیررسمی دریافت می‌کردند که اصولاً توسط افرادی که منافع آن‌ها به خطر می‌افتاد هدایت می‌شد.

۴-۵-۶-۲- علل مقاومت در سطح دانشگاه و مدیران بیمارستانی

۴-۵-۶-۲-۱ تضاد منافع بین معاونت‌های دانشگاه

دانشگاه‌ها بنا به اینکه در آن‌ها متولی اجرای برنامه کدام حوزه باشد، تقریباً در دو گروه عمده جای می‌گیرند:

الف- متولی معاونت درمان دانشگاه باشد، ب- متولی معاونت توسعه و پشتیبانی باشد.

همین مسئله نیز در نحوه اجرا و میزان مقاومت تأثیر داشته است. «در دانشگاه‌هایی که سیستم پرداخت دست معاونت پشتیبانی بوده که بیشتر درگیر پول بودند، مقاومت نسبت به این دستورالعمل بیشتره، چون با ادبیات پولی و مالی آشنا بودند و می‌دانستند چه تغییری می‌خواهد اتفاق بیفتد» (کد ۱۳).

با این وجود گفته‌های یکی از مسئولان اجرایی برنامه نشان می‌دهد مقاومت‌ها و مباحث بین معاونت‌های وزارت به گونه‌ای بود که در سطوح پایین نیز درک شده بود و بسیار بیشتر از مقاومت‌های در سطح دانشگاه بیان شده است. «اختلافات بین پشتیبانی و درمان بیشتر احساس می‌شد و مشاهده می‌شد ... ولی در بقیه بخش‌ها و معاونت دانشگاه‌ها خیلی اختلافی وجود نداشت» (کد ۲۳).

۴-۵-۶-۲-۲ ایجاد تغییر ناگهانی در روند انجام امور

یکی از مصاحبه‌شوندگان که در زمان اجرا مدیر مالی دانشگاه بوده است نیاز به تغییرات در سازمان را این گونه بیان می‌کند «کل سوابق گذشته کنار گذاشته بشود، سوابقی که تقریباً سوابق تجربه‌های مختلف مدیریتی پشت سرش بود بایستی همه این‌ها کنار می‌رفت، یک روند، یک رویه و یک فرآیند جدید بایستی اجرا می‌شد به الطبع کار سختی بود» (کد ۲۳). این تأثیر اجرایی برنامه، منجر شده تا مدیران مقاومت‌هایی را در مقابل اجرای برنامه داشته باشند.

۴-۵-۶-۳-۲-۳ عدم حمایت مالی از مسئولین دانشگاهی اجرای برنامه

با توجه به افزایش بارکاری مسئولان دانشگاهی اجرای برنامه، یکی از مسائلی که اجراکنندگان برنامه در سطح دانشگاه از آن شاکی بودند، عدم حمایت مالی مستقیم وزارت از آن‌ها با توجه به افزایش حجم کاری آن‌ها بود. البته که وزارت برای اینکار مسائل بروکراتیت خود را داشته است، ولی به نظر می‌رسد می‌توان این مسئله را نیز به مسئولین و مدیران بالادستی دانشگاهی ارتباط داد. در صورت تعهد بیشتر این افراد، می‌توانستند با برخی انگیزاننده‌های مالی اجرای برنامه را تسریع نمایند.

۴-۵-۶-۳- علل مقاومت در سطح کارکنان بیمارستان

۴-۵-۶-۳-۱ حجم و فشار کاری برای کارکنان اداری

حجم کاری بالا، عدم به روز نبودن HIS ها و ضرورت ورود حجم زیادی از اطلاعات در یک بازه زمانی کم منجر شده بود تا اشتباهات پرداختی در اولایل اجرای برنامه وجود داشته باشد؛ مسئول دانشگاهی اجرای برنامه می‌گوید «من خودم به شخصه یک هفته از صبح تا ساعت های ۱ یا ۲ شب در یکی از بیمارستان‌های ... با بچه‌هایی که فکر می‌کردم اونجا می‌توانند کار بکنند ... آمدیم اچ آی اس را تنظیم کردیم. تازه چیزی که از آب درآمد چقدر اشتباهات کاربری داشت، چرا چون مجبور بودند در یک بازه زمانی کوتاه اطلاعات زیادی را وارد بکنند، یا آن مهندس پشتیبانی کننده سیستم بخاطر خیلی از فرمولها شب نمی‌خوابید» (کد ۴).

۴-۵-۶-۳-۲ آموزش ناکافی و کم آگاهی

«آموزش ناکافی، به‌اندازه کافی آموزش داده نشد و جا نیافتاد ولی شروع کردن» (کد ۳) و عمده مقاومت‌ها در سطح بیمارستان ناشی از کم آگاهی و آموزش ناکافی بوده است. چراکه «خیلی‌ها به بخاطر اخبار رسانه‌های اجتماعی و اون دیتاهایی که به‌صورت غلط از این‌ور اون‌ور شنیدند تجمع کرده بودند» (کد ۱۳). درمورد شایعات و انتشار اخبار کذب که باعث مخالفت و مقاومت می‌گردد بیان شده است که «یک کلاغ چهل کلاغ خیلی هست، در بیمارستان فلانی شنیدم میانگین سه میلیون می‌گیرند ولی وقتی سؤال می‌کنیم اصلاً یک میلیون هم نیست» (کد ۵).

یکی از مواردی که برای ایجاد مقاومت در میان پرستاران بکار گرفته شده بود، این بود که بیان می‌شد «این برنامه اجرائی به این دلیل است که تعرفه‌های پرستاری اجرا نشود» (کد ۲۴) که باعث نگرانی و اعتراضات

شدیدی در میان پرستاران شد؛ اما در هر صورت باید اذعان نمود که بخشی از این مخالفت ها عیرقابل اجتناب هستند چراکه «افراد بیمارستان را نمی‌شود دونه دونه توجیه کرد واقعاً نمی‌شود» (کد ۴).

این عدم آگاهی رسانی مناسب در سطح کشور باعث شده بود که کارکنان در سطوح بیمارستانی سایر اخبار موجود را به رأی تفسیر نمایند. برای مثال «با اجرای کتاب ارزش نسبی تقریباً تعرفه ها دو سه برابر شده خب همه اومده بودن در ذهن خودشان گفته بودند که من قبلاً یک میلیون می‌گرفتم الان هم تعرفه من سه برابر می‌خواد بشود یک میلیون حقوق می‌گرفتم، ۵۰۰ تومان اضافه کار می‌گرفتم ۳۰۰ یا ۴۰۰ تومان کارانه می‌گرفتم قراره این سه برابر بشه میشه نزدیک ۵، ۶ میلیون آره! اینجوری در ذهنشان بود» (کد ۱۳) لذا «همه در توهم این هستند که کی می‌خواد پرداخت‌ها دو سه برابر شود» (کد ۱۳). با این وضعیت اگر برنامه اجرا شود و دریافتی فرد آن‌گونه که در تصور دارند نباشد، واکنش آن‌ها می‌تواند نارضایتی باشد.

شکایت افراد از «عدم شفافیت در محاسبات و داده‌هایی که در نرم افزار وارد می‌شود وجود دارد.» (کد ۲۶) عمدتاً به پیچیدگی برنامه نیز ارتباط دارد. در این خصوص تدوین کنندگان و اجرا کنندگان به سائتی که برای آموزش طراحی شده بود اشاره کرده‌اند. در این سایت تمام آموزش های لازم، مشکلات احتمالی و سؤالات متداول قرار داده شده بود.

۴-۵-۶-۳ پرداخت علی الحساب در ابتدای اجرای برنامه

در فاصله زمانی میان ابلاغ تا زمان اجرای برنامه، از آنجایی که محاسبات به صورت دقیق انجام نشده بود، بخشی از پرداختی‌های کارکنان به صورت علی الحساب به آنان پرداخت گردد تا بعد از اجرای کامل و اتمام محاسبات تسویه حساب نهایی با کارکنان صورت پذیرد. دو عامل باعث شد تا بیمارستان‌ها مجبور باشند تا به صورت علی الحساب بخشی از دریافتی‌ها را واریز کنند.

الف- فاصله زمانی بین تاریخ ابلاغ برنامه (۱۳۹۳/۱۱/۲۶) و تاریخ اجرای برنامه (۱۳۹۳/۰۷/۰۱)،

ب- آموزش کارشناسان، اعمال برنامه‌ها در سیستم های اطلاعاتی و برطرف کردن مشکلات احتمالی نیز حدود دو تا سه ماه وقت نیاز داشت.

لذا عملاً بیمارستان‌ها مجبور بودند پرداختی‌ها را حداقل شش ماه به تعویق بیندازند و به منظور جلوگیری از برخی مخالفت ها برای عدم پرداخت، پرداخت به صورت علی الحساب صورت گرفت، خود این مسئله نیز به پیچیدگی های برنامه و درک آن افزوده بود و باعث ایجاد مقاومت هایی در سطح بیمارستان‌ها شد.

۴-۵-۶-۴ تضاد منافع برای افراد باسابقه

در نظام پرداخت سابق، به هر دلیل افراد باسابقه و ذی نفوذ در بیمارستان‌ها، دریافتی بالاتری نسبت به دیگران داشتند، در هنگام اجرای برنامه جدید این دریافتی‌ها را که حق خود می‌دانستند، در خطر می‌دیدند و با آن مخالفت می‌کردند. لذا به نظر می‌رسد زمانی که برنامه در حال اجرا بود، افراد تأثیرگذار در نظام سلامت خصوصاً افراد در سطح بیمارستان‌ها به پرداخت مبتنی بر عملکرد انتقاد جدی داشته‌اند. «شاید یکسری از افراد سالیان سال ناعادلانه می‌گرفتند الان نمی‌خواهند از این ناعادلانه بودن که برای خودشان حق شده کوتاه بیایند» (کد ۱۳).

۴-۵-۶-۵ زمان اولین پرداخت برنامه جدید در بیمارستان

در برخی از بیمارستان‌ها اجرای برنامه در فروردین ماه بوده، در این ماه به دلیل تعطیلات نوروزی کشور کل عملکرد و درآمد بیمارستان کاهش می‌یابد. این امر منجر به کاهش پرداختی‌ها شده است؛ اما این کاهش به برنامه جدید نسبت داده شده و لذا باز برنامه با مخالفانی مواجه شده است.

۴-۵-۶-۶ اثر توانایی و ظرفیت مسئولین بخش‌ها

یکی از عوامل مهم در موفقیت اجرایی این برنامه را ویژگی‌های شخصی و عملکردی مسئولین بخش‌ها دانسته‌اند. «چیز خیلی مهم اینست که در بخش، مسئول بخش یک مدیر باشد، اطلاعات داشته باشد و در بحث حریص باشد» (کد ۴). در صورتی که مسئولین بخش‌ها نمی‌توانستند وظایف محوله را به خوبی اجرا کنند و توضیحات مکفی را به سایر کارکنان ارائه دهند، خود باعث مقاومت و مخالفت هر دو طرف با برنامه می‌شده است.

در اینجا خصوصاً مسئله مهارت افراد اهمیت پیدا می‌کند چراکه در این برنامه مسئولیت بخش‌ها بر عهده مسئولین بخش‌ها گذاشته شده است «به خاطر اینکه مسئول بخش‌ها معمولاً پرستارها یا سرپرستارهایی هستند که در بخش کار می‌کنند، در وجه بررسی مسائل اقتصادی، مالی و پولی بخش‌ها و این چیزهایی که الان در طرح جدید هست هم به شدت بی‌علاقه هستند، هم اینکه بعضی هاشون به اون شکلی که لازمه خودشان را درگیر نمی‌کنند» (کد ۲۱).

۴-۵-۷- مدیریت تنش ها و چالش‌های اجرای برنامه

به‌طور کلی متولیان برنامه اذعان دارند که «این مداخله باید زمان برایش گذاشته می‌شد، برای اجرائش، شاید باید آماده‌تر بودیم، آموزشها را بیشتر می‌کردیم، ولی این کار انجام نشد» (کد ۲۲). لذا برای مدیریت چالش‌ها و تنش‌های پس از ابلاغ دستورالعمل یکسری راهبردها توسط مدیران و کارشناسان اتخاذ شده است که در ادامه آورده شده‌اند. به‌طور کلی ۶ راهکار توسط مسئولین اجرایی برنامه بکار گرفته شده است.

- اختصاص بودجه اختصاصی برای رفع مسائل زیرساختی
- کمی تغییر در برنامه
- بهره‌گیری از نیروهای متخصص محیطی برای آموزش به محیط
- آموزش و آگاهی‌رسانی به کارکنان
- فرصت‌زمانی
- تعلیق اجرای برنامه در برخی بیمارستان‌ها

۴-۵-۷-۱ اختصاص بودجه اختصاصی برای رفع مسائل زیرساختی

به‌منظور ارتقای HIS بیمارستان‌ها بودجه‌های اختصاصی برای بیمارستان‌ها در نظر گرفته شد. یکی از مسئولین دانشگاهی اجرای برنامه (کد ۳۱) درمورد این مسئله بیان می‌کند که «از آنجایی که HIS بیمارستان‌های استان توانایی اجرای برنامه را نداشته‌اند، دانشگاه آن را متوقف کرد. بعد که وزیر بودجه اختصاصی به دانشگاه برای این مسئله اختصاص دادند، ما HIS را به روز کردیم و کار در دانشگاه شروع شد».

۴-۵-۷-۲ کمی تغییر در برنامه

در مقابل برخی مقاومت‌ها در سطح وزارت، برخی تغییرات در برنامه داده شد. برای مثال، همان‌طور که در بالا اشاره شد، معاونت توسعه وزارت ادعا می‌کرد که برنامه بیش از میزان منابع مالی قابل‌توزیع، پول توزیع می‌نماید. با وجود تمام توضیحات، تدوین‌کنندگان در فرمول فنی برنامه، ۱۰ درصد از منابع قابل‌توزیع را کاهش دادند.

۴-۵-۷-۳ بهره‌گیری از نیروهای متخصص محیطی برای آموزش به محیط

از جمله راهکارهایی که برای کمبود نیروی انسانی کارشناس در سطح وزارت انجام شد این بود که افرادی که در سطح دانشگاه‌ها در برنامه متخصص شدند به‌عنوان کارشناس و آموزش دهنده به سایر دانشگاه‌ها ارسال شدند. «پرسنلی که در دانشگاه ما آموزش دیده بودند به‌عنوان مربی در دانشگاه‌های دیگر از آن‌ها استفاده می‌کردند» (کد ۲۳).

۴-۵-۷-۴ آموزش و آگاهی رسانی به کارکنان

مسئول مالی یک دانشگاه که برنامه را به مدت ۷ ماه اجرا کرده بود بیان می‌کند که «ما حدود شش ماه، هفت ماهی که برنامه را در دانشگاه ... اجرا کردیم و چند تا پرداخت پرسنلی داشتیم بر مبنای عملکردی، ... افراد اوایل مقاومت می‌کردند و وقتی برای آن‌ها توضیح دادیم، قانع شدند و عادت کردند ...» (کد ۲۳). این نقل قول به نوعی به تأثیر آموزش و اطلاع رسانی درست برای کاهش مقاومت‌ها را نشان می‌دهد.

۴-۵-۷-۵ فرصت زمانی

به نظر می‌رسد کمی صبر و عدم ایجاد تنش در مقابله با مخالفت‌ها توانست مجریان را در ادامه راه یاری رساند. یکی از مسئولین وزارتی برنامه بیان می‌کند «ببینید ما باید به مدت کوتاهی صبر می‌کردیم تا یکمی توفان فروکش کنه و آرامش برقرار بشه، ... مهم‌ترین کار این بود که یکم باید از دوره بحران می‌گذشتیم» (کد ۲۲).

یکی از مصاحبه‌شوندگان در سطح دانشگاه (کد ۲۱) نیز یکی از راهکارها برای جا انداختن برنامه را «گذر زمان» می‌دانست. «یکیش اینه که نیاز به زمان داشت و زمان باید می‌گذشت به مدت که افراد متوجه می‌شدند». به نظر این همان فرصتی بود که کارکنان وقت داشته باشند تا برنامه را متوجه شوند.

اثر این فرصت زمانی در سطح بیمارستان نیز نمود پیدا کرده بود یکی از مصاحبه‌شوندگان (کد ۲۳) در خصوص نارضایتی افراد بیان می‌کند که «ماه‌های آخر [چند ماه پس از اجرا] به شدت نارضایتی از بین رفته بود، یعنی اگر در سه چهار ماه اول اگر نارضایتی پنجاه، شصت درصدی وجود داشت، در ماه‌های آخر پرداخت عملکردی در گروه‌های غیر پزشکی، به شدت آمده بود پایین».

آموزش به کارکنان بیمارستان به هر ترتیبی که بود ارائه نشد یا مناسب نبود، شاید در آن برهه که اینکار بایستی انجام میشد، ولی نشد، اجرا کنندگان توانسته باشند کمی زمان ذخیره کنند و پیش بیافتند، ولی بالاخره لزوم آموزش کارکنان آن‌ها را متوقف ساخت و مجبور شدند تا یک فاصله زمانی را برای درک شدن برنامه توسط

کارکنان ایجاد کنند. شاهد این مدعا این است که آموزش به کارکنان به‌عنوان دومین راهکار توصیه شده برای ادامه اجرای برنامه بوده است. «خیلی از جاهایی که تونستند فائق بشوند بر مشکلات این بود که خیلی در بُعد آموزش و درگیر کردن افراد مختلف وارد شدند» (کد ۲۱)

۴-۵-۷-۶ تعلیق اجرای برنامه در برخی بیمارستان‌ها

بنا به شرایط، به برخی از بیمارستان‌ها اجازه داده شد تا اجرای برنامه را به تعویق بیندازند. تجربه برخی از بیمارستان‌های ضعیفی که به دلیل عدم توانایی در اجرای برنامه مجبور شدند تا نظام نوین را اجرا کنند، نشان می‌دهد که آن‌ها از وضعیت پیش آمده راضی شده‌اند. مسئول دانشگاه این بیمارستان بیان می‌کند که «خب چه اتفاقی افتاده در آنجا اصلاً اعتراضی ندارند و همه هم راضی هستند. ولی این رضایت را مثبت نمی‌دانیم، چون ببینید بنا به برنامه وزارت خانه باید بهره‌وری بیمارستان بالا برود، قطعاً با این وضعیت بهره‌وری این بیمارستان بالا نخواهد رفت اصلاً تکون نمی‌خوره» (کد ۴).

فصل چهارم

بخش ششم

یافته‌های مصاحبه‌ها

ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

۴-۶-۱- مقدمه

این بخش از فصل به منظور دستیابی به اهداف شماره پنج (شناخت و ارزیابی کیفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در ایران و مسائل مرتبط با آن) بر اساس یافته‌های حاصل از مصاحبه و مستندات علمی تگارش شده است.

نتایج حاصل در قالب چهارچوب برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد تدوین شده در این مطالعه (بخش سوم فصل چهار) گزارش شده است.

۴-۶-۲- ارزیابی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

۴-۶-۲-۱ اثرات دسته‌بندی بیمارستان به دو طبقه بخش‌های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی

پیش‌نیاز اول اجرای برنامه IR-P4P تقسیم‌بندی بخش‌های بیمارستان به دو طبقه تشخیصی-درمانی و پشتیبانی است. طبق دستورالعمل، بخش‌های تشخیصی-درمانی به ۸ گروه با امتیاز متفاوت دسته‌بندی شده‌اند. اثرات این عمل به شرح ذیل بیان شده است:

الف- درجه سختی کار متفاوت برای بخش‌های تشخیصی-درمانی با هدف ایجاد انگیزه کار در بخش‌های سخت مثل بخش اورژانس و ویژه است. برای توصیف شرایط قبل از اجرای برنامه، مترون سابق بیمارستان می‌گوید «نیروی با سابقه را وقتی اونجا [بخش اورژانس] می‌فرستادیم ... می‌بینید که عملکرد مثبتی ندارد، ... مجبور می‌شوید که به بخش سبک‌تر برگردانیدش، ... و از نیروهای طرحی و نیروهای جوان‌تر تازه‌وارد در بخش اورژانس استفاده نکنید که اون کیفیت و کارایی لازم را ندارند ...»؛ اما مسئول بیمارستان (شماره ۴) برای توصیف شرایط بعد از اجرای برنامه می‌گوید «افراد فهمیدن که هر چه در بخش‌های حساس‌تر کار کنند، دریافتی بیشتری خواهند داشت». این مسئله باعث شده تا مطالبه افراد با سابقه بیشتر و توانمندتر برای بخش‌های سخت‌تر مانند اورژانس و ویژه بیمارستان افزایش یابد.

البته برای در نظر گرفتن سختی مراقبت و در نظر گرفتن خطرات محیطی متناسب با شرایط و مقتضیات هر بیمارستان، اختیاراتی محدود برای جابجایی درجه سختی بخش‌ها به مدیریت بیمارستان یا دانشگاه داده شده است.

ب- بنا به ماهیت فعالیت‌های دو نوع بخش، نحوه امتیازدهی برنامه به ساعات حضور کارکنان به‌گونه‌ای است که کارکنان بخش‌های تشخیصی-درمانی برای خدمت در ساعات موظف و غیرموظف و کارکنان پشتیبان صرفاً برای خدمت در ساعات موظف تشویق شوند. مسئول دانشگاهی و مدیر بیمارستان (شماره ۳) می‌گوید: «در ابتدای اجرای برنامه، ما داشتیم بیمارستانی ... که کارکنان اداری آن تا ساعت ۱۴ کار می‌کنند و بعد همگی می‌روند، ولی همان دریافتی را دارند که قبلاً با ایجاد اضافه‌کار دریافت می‌کردند».

۴-۶-۲-۲ اثرات عقد تفاهم نامه با مدیران داخلی هر بخش

به‌طور کلی این تفاهم‌نامه به دنبال واگذاری اداره بخش به مدیران اجرایی آن بخش است. مسئولان بیمارستانی نتایج مورد انتظار و سقف پرداختی مدنظر را بر اساس شاخص‌های عملکردی همان بخش اعلام می‌نمایند و در مقابل مدیران اجرایی بخش حق مدیریت نیروی انسانی مرتبط به خود و ارزیابی آن‌ها را دارند (شکل ۱۰). همه این‌ها به معنای ایجاد عدم تمرکز در اداره بیمارستان است و در حال حاضر «حساسیت نسبت به عوامل هزینه زا / تعداد ناکارآمد نیروی انسانی، کسورات و غیره» در سطح بخش وجود دارد که قبلاً در نظام پرداخت قبلی این حساسیت برای کل بیمارستان و مدیریت بیمارستان بوده است. ولی الآن به سطح بخش و در موارد ایده‌آل به سطح فرد رسیده است» (شماره ۴).

۴-۶-۲-۳ اثرات تعیین سقف پرداخت عملکردی

در سطح بیمارستان، کل مبلغ قابل پرداخت (سقف پرداختی) به کارکنان معادل ۲۷,۵ درصد ۹۰ درصد جزء حرفه‌ای‌های تولیدشده به اضافه سقف ریالی اضافه‌کاری بیمارستان است. این عمل می‌تواند از دو جهت مهم باشد:

۴-۶-۲-۳-۱ پیش‌بینی پذیر کردن تأمین منابع مالی: ۱۰ درصد مبلغ جزء حرفه‌ای مشکوک الوصول (به علی مانند عدم ثبت خدمات ارائه شده) از کل درآمد قابل بازتوزیع در سطح بیمارستان کسر می‌گردد. این کسر به نفع بخش و کارکنان نیست و بهتر است تا با شفافیت بیشتر داده‌ها، به تدریج کم شود، ولی در حال حاضر می‌تواند پیش‌بینی پذیری تأمین منابع مالی موردنیاز پرداخت مبتنی بر عملکرد برای بیمارستان را افزایش دهد.

۴-۶-۲-۳-۲ تعیین سقف پرداخت به کارکنان: بنا به دستورالعمل، اگر مجموع پرداخت عملکردی کارکنان از مجموع سقف تعیین‌شده بالاتر باشد، به نسبت از مبلغ پرداخت عملکردی هر یک از بخش‌ها کسر می‌گردد،

لذا کلیت برنامه می‌تواند در کنترل و پیش‌بینی پذیری بودجه سالیانه دانشگاه و بیمارستان در حوزه هزینه‌های کارکنان تأثیرگذار باشد.

۴-۶-۲-۴ اثرات نحوه محاسبه درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش

نحوه محاسبات درآمد ناخالص و درآمد مبنای بخش به‌گونه‌ای است که می‌تواند اثرات مثبتی در تحریک بخش و بیمارستان برای جذب بیمار بیشتر و کاهش تقاضای القایی و کسورات بیمه‌ای داشته باشد.

- طبق برنامه، در مواردی که بیمار در قالب زنجیره تأمین جهت دریافت خدمات به خارج از بیمارستان ارجاع شود، درآمد مربوطه جزء درآمد ناخالص بخش یا بیمارستان محسوب نمی‌گردد؛ این بند برنامه می‌تواند باعث تحریک بیمارستان و بخش برای جذب حداکثری بیماران با برطرف نمودن کمبودهای نیروی انسانی، تسهیلات و امکانات گردد.

- هدف کسر درآمد حاصل از فروش دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی از درآمد ناخالص جلوگیری از انگیزه افزایش درآمد از طریق فروش/مصرف خارج از استاندارد دارو و لوازم، تقاضای القایی و تجویز داروهای تجاری و گران‌قیمت است.

- کسر کسورات بیمه از درآمد ناخالص بخش و فرد می‌تواند هم باعث تشویق مثبت بهتر خدمات در پرونده و HIS و حساس شدن کارکنان به عوامل کسورات گردد. این عمل هم به نفع بیمارستان و هم به نفع کارکنان بخش است. در حال حاضر «هم برای ثبت خدمات حساسیت ایجاد شده و هم اینکه پرستار کاملاً به درآمد بخش آگاه است و پیگیری می‌کنند» (شماره ۳) و (شماره ۵) می‌گوید که این برنامه «شدیداً» بر درآمدهای بیمارستانی به‌واسطه ثبت خدمات و کاهش کسورات تأثیر گذاشته است.

- در طول یک سال، با تغییر تعداد کارکنان بخش، درصد سهم کارکنان از درآمد مبنای تغییر نمی‌کند. هدف این کار تشویق مدیریت انجام امور بخش با کارایی بیشتر (انجام امور بخش با تعداد کمتری از کارکنان) است؛ مصاحبه‌شونده شماره ۷ می‌گوید «الآن اگر بخواهید نیرویی را ببرید داخل یک‌بخشی، خیلی مقاومت می‌کنند، یعنی اینکه نیرو نیآور، از دریافتی ما کم می‌شود» که به نظر می‌رسد با توجه به وضعیت کنونی نیروی انسانی کشور اثر مثبت و ارزنده‌ای است. البته مسئول دانشگاهی برنامه (شماره ۶) می‌گوید: «درخواست نیرو از طرف بخش‌ها و بیمارستان‌ها خیلی کم شده است، ... نگران هستیم که بعضی مواقع ممکن است واقعاً اونجا [بخش]

نیرو نیاز باشد ولی ... درخواست ندهند». برای رفع این نقص پیشنهاد می‌گردد در کنار پرداخت عملکردی، استانداردسازی حداقل‌های روش ارائه خدمات به‌منظور حفظ کیفیت خدمات انجام گردد.

۴-۶-۲-۵ اثرات نحوه محاسبه درآمد قابل توزیع بخش

الف- بیمارستان برای در نظر گرفتن تفاوت درآمدهای ایجادشده توسط بخش‌های مختلف (تفاوت درآمد به دلیل تفاوت در ماهیت فعالیت بخش‌ها)، «درصد قابل پرداخت به کارکنان از درآمد مینا» را اعمال می‌کند و بدین طریق حداکثر مبلغی که می‌تواند بر اساس درآمدهای هر بخش برای همان بخش تسهیم کند را تعیین و دریافتی بخش‌های متفاوت در مقایسه با یکدیگر را تعدیل می‌نماید. به‌علاوه با اعمال ضریب کیفیت عملکرد بر اساس ارزیابی‌ها، می‌تواند بخش‌ها را مورد تشویق یا تنبیه قرار دهد.

ب- درآمد ماهیانه بخش (بنا به میزان کار بخش ممکن است به‌صورت محدود تغییر یابد)، ضریب کیفی بخش (هر سه ماه یک‌بار محاسبه می‌گردد) و درصد سهم کارکنان از درآمد مینای بخش (در طول یک سال ثابت است) هستند. لذا بخش می‌تواند با بهبود دو عامل میزان کار و کیفیت خود نسبت به دوره‌های قبل میزان دریافتی خود را افزایش دهد.

۴-۶-۲-۶ اثرات تعیین امتیاز و پرداخت عملکردی فرد

۱- بیشترین اثرات دریافتی عملکردی فرد را ساعات حضور غیرموظف (بعد از تکمیل ساعات حضور موظف) و نمره عملکرد وی دارد. دو معیار اساسی که می‌توانند مدیران بیمارستان‌های کشور را در ارائه خدمات ۲۴ ساعته و ارتقای کیفیت خدمات کمک کند.

۲- امتیازی که هر فرد می‌تواند کسب کند به سه گروه از عوامل شامل ویژگی‌های فرد (تحصیلات، سابقه)، شرایط کاری (سمت و بخش) و شاخص‌های عملکردی (نمره کیفیت عملکرد فرد و بخش، تولید خدمت، تعداد ساعات فعالیت موظف، غیرموظف و آنکالی) فرد بستگی دارد. تمام مراحل اجرای مدل شامل تعیین پیش‌نیازها و محاسبات به‌گونه‌ای بوده است که بتواند برابری پرداخت بین افراد را از بین ببرد و به هر فرد بر اساس سه ویژگی پرداخت صورت گیرد تا عدالت در پرداخت تأمین گردد.

۳- ویژگی‌هایی که ارتباطی با عملکرد حرفه‌ای فرد ندارند (مانند نوع استخدام، برون‌سپاری شدن بخش محل فعالیت) بر میزان دریافتی افراد تأثیر ناچیزی دارند. مسئول دانشگاهی و مدیر بیمارستان (شماره ۳) می‌گوید قبلاً «در همه چیز نگاه ما همین بود اون [کارمند] طرحی [افرادی که پس از فراغت از تحصیل دوران تعهد خود را می‌گذرانند] سرباز هست و من افسر ارشد هستم»؛ به عبارت دیگر با افرادی با کار مشابه و نوع استخدام متفاوت، رفتارهای متفاوتی صورت می‌پذیرفته است و این برنامه سعی در کاهش این رفتار داشته است.

۴-۶-۲-۷ اثرات کلی اجرای برنامه برنامه

۱- تولید داده‌های صحیح و شفاف بیمارستانی و تجمیع کشوری آن‌ها: داده‌های میزان درآمد بیمارستان‌ها و هر یک از بخش‌های آن‌ها و میزان دریافتی کارکنان با استفاده از نرم‌افزار کشوری پرداخت مبتنی بر عملکرد در حال تجمیع در سطح وزارت است.

۲- منبع مالی ثابت برای پرداخت به کارکنان: مبنای پرداخت به کارکنان بخشی از جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات است که اختصاصاً برای پرداخت به کارکنان به کار می‌رود.

۳- بهبود وضعیت HIS ها: یکی از مصاحبه‌شوندگان درمورد تأثیرات برنامه بعد از اجرا می‌گوید «از زمانی که پرداخت مبتنی بر عملکرد اومده و اجرا شده تازه سیستم‌های HIS بیمارستان‌ها فعال شده‌اند. شرکت‌های نرم‌افزاری تازه فهمیدند که بیمارستان‌ها چه مطالباتی دارند و در این راستا حرکت کرده‌اند یک بحث مهم کسورات بود مثلاً بیمارستان‌ها یک برنامه منظم برای انجام اینکار نداشتند در پرداخت مبتنی بر عملکرد تأکید ویژه بر این کار شده است. مجبور شدند دنبال این کار بروند یک رایزنی تعاملی با بیمار دارند برای گرفتن کسورات. به تفکیک هر پزشک، کسورات هر پزشک را از خودشان کم می‌کنند درمورد لوازم مصرفی نیز همینطور. درواقع تأثیراتی که در بیمارستان‌ها گذاشته می‌توان قابل توجه دانست» (کد ۲۳).

۴-۶-۳- انتقادات اصلی بر برنامه

۴-۶-۳-۱- پیچیدگی و دشواری مدل: پیچیدگی سیستم‌های پرداخت در بیمارستان‌ها از یک طرف و شرایط متفاوت در استان‌های مختلف کشور باعث پیچیدگی غیرقابل‌گریز برنامه شده است. در این مورد، نبود زیرساخت‌های لازم و وقت گیر بودن اجرای برنامه برای مدیریت بیمارستان قابل توجه است. مسئول کد ۴ می‌گوید «در اجرا ... با توجه به پیچیدگی دستورالعمل، زیرساخت مناسبی نداشتیم؛ چندین ماه یک HIS درست و

حسابی آماده نداشتیم که بشود اینرا [IR-PFP] پیاده کرد»، مسئول کد ۲ نیز می گوید «پرداخت مبتنی بر عملکرد پیچیده است و وقت زیادی را از مدیریت می گیرد».

در برخی موارد پیچیدگی برنامه به کمک آمده تا درک افراد از کل آن کامل نباشد و برنامه با وجود اینکه سیاست های انقباضی در توزیع منابع مالی دارد، به اجرا درآید. «ما در نظام قدیم و نوین چقدر به پزشک ها پول میدادیم؟ ... میانگین گرفتیم دیگه ۶۰، ۵۹. الان شما چقدر به پزشک ها میانگین می دهید ۵۰ تا. این به نفع سیستم هست، اونها الان تازه متوجه شدند اولش متوجه نبودند که چه اتفاقی دارد می افتد، ... اینها مخالف شدید بودند بعد از اینکه نظام کار دستشون اومد» (کد ۶). به نظر طبیعی است که اگر برنامه با چنین روشی اجرا شود به زودی صلب اعتماد خواهد شد.

۴-۶-۳-۲- گذشته نگر بودن داده های ورودی: بنا به فرمول های فنی برنامه به منظور تعیین سهم بخش ها و برخی امتیازات افراد از کارکرد و دریافتی های گذشته فرد استفاده شده است.

۴-۶-۳-۳- تعیین سقف برای پرداخت: یکی از اصلی ترین ایرادات به برنامه در نظر گرفتن سقف برای پرداخت در خود برنامه است. به نظر مصاحبه شوندهگان این مکانسیم نباید در خود برنامه تعبیه می شد و با مکانسیم های دیگری مانند سیستم مالیات کنترل شود. «ما سیستم مکانسیم درآمدی را نباید در خود اون ببینیم و هی تغییرش دهیم باید با جنبه های دیگر مثل مالیات و چیزهای دیگر اینها را کنترل کنیم با دستورالعمل های دیگر» (کد ۸).

۴-۶-۴- مشکلات پیش روی برنامه

اگر چه ممکن است برنامه با مسائل متعدد مرتبط با افراد و سازمانها روبه رو شود ولی در اینجا فقط به برخی مسائل بیان شده در سطح سازمانها و نهادهای درگیر اشاره شده است.

۱- مشکل ثبت کسورات بیمه: کارشناس کد ۱ می گوید: «نرم افزارهای کسورات بیمه های مختلف باهم متفاوت است، در ضمن سرفصل کسورات را اعلام می کنند که به تفکیک [فرد] نیست» این عدم شناسایی فرد به فرد عامل کسورات بیمه ای باعث توقف فعالیت های برخی بیمارستانها برای اعمال کسورات به تفکیک بخش و فرد شده است و کسورات به صورت سرجمع و برابر برای همه اعمال می گردد. لذا اعتراض افراد را در پی داشته و «[فرد] میگو من که کسورات ایجاد نکردم، برو دنبال کسی که کسورات ایجاد می کنه و از اون بگیر...» (کد ۲) که احساس نارضایتی را در بین کارکنان به دنبال دارد.

۲- معوق شدن پرداختی‌های عملکردی کارکنان: بزرگ‌ترین خریداران خدمات از بیمارستان‌های آموزشی - دولتی ایران سه بیمه پایه سلامت خدمات هستند و عملاً پرداختی‌های برخی از آن‌ها بیش از ۱۰ ماه به تعویق افتاده است^{۱۳۶}، در صورتی که بازه زمانی برای پرداخت به کارکنان دو ماه تعیین شده است. این مسئله منجر به تعویق پرداختی عملکردی کارکنان شده است. «خب در نتیجه من فکر می‌کنم چالش اساسی، چالش منابع آن هست» (کد ۱۸).

در این خصوص به‌طور مکرر توسط مصاحبه‌شوندگان بیان شده است که بهتر است انگیزاننده‌های مالی به‌صورت تدریجی بالا روند. برخی علل نیز این‌گونه عنوان شده‌اند: برنامه کل کای مربوط به پزشکان را مشمول پرداخت کرده است. کای ماندگاری نیز جزو این مسئله می‌باشد. به نظر صاحب‌نظران این مسئله باعث افزایش هزینه‌های پرسنلی می‌گردد و باعث شده تا برخی از دانشگاه کای ماندگاری را از مشمول پرداخت حذف کنند.

به‌منظور بهبود وضعیت مالی بیمارستان پیشنهاد می‌گردد: احداث بخش‌های VIP در بیمارستان‌های دولتی و رقابت با بخش خصوصی، بهبود تعرفه‌های بخش دولتی، راهکارهایی برای افزایش نقدینگی در بیمارستان‌ها بکار گرفته شود، منطقی نمودن ردیف‌های بودجه که برای بیماری‌های سخت و صعب‌العلاج دیده شده است.

۴-۶-۵- وضعیت کلی چارچوب برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان غیرپزشک در یک نگاه

اجزای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران بر اساس چک لیست ارائه‌شده توسط مک فین و اسپین (۲۰۰۶) به شرح جدول ۱۸ می‌باشد. این چک لیست حاوی ۱۲ نکته کلیدی در طراحی و اجرای برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد. هدف اولیه طراحی این چک لیست تعیین معیارهای کاهش دهنده اتلافات مالی، وقت و کار در طراحی و اجرای برنامه‌های عملکردی است و توسط دولت مرکزی امریکا بکار گرفته شده است (۶۷).

جدول ۱۸: تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد

| | |
|---|--|
| ۱- آیا سازمان‌ها آماده پرداخت بر اساس عملکرد هستند؟ | |
| نامشخص | ☆ فرهنگ سازمانی از پرداخت مبتنی بر عملکرد پشتیبانی می‌کند. |
| نامشخص | ☆ مدیریت متعهد به تغییر فرهنگ است |

^{۱۳۶} وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بیمه‌های سلامت، نامه به شماره ۴۲۰/۹۶/۱۰۸۷، مورخه ۹۶/۵/۱۶

جدول ۱۸: تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد

| | |
|--|---|
| ۱- آیا سازمان‌ها آماده پرداخت بر اساس عملکرد هستند؟ | |
| ۲- اهداف پرداخت هزینه برای عملکرد چیست؟ | |
| بله | ☆ بهبود نگهداشت کارکنان |
| بله | ☆ افزایش عملکرد افراد و / یا سازمان |
| بله | ☆ بهبود عدالت در پرداخت |
| ۳- به چه کسانی پرداخت صورت می‌گیرد؟ | |
| بله | ☆ همه کارکنان |
| - | ☆ کارکنان صفی |
| - | ☆ مدیران سطوح بالایی |
| ۴- نحوه و زمان بندی اجرای برنامه چگونه است؟ | |
| بله | ☆ تمام برنامه به صورت یک جا اجرا می‌گردد. |
| - | ☆ برنامه مرحله به مرحله اجرا می‌گردد. |
| ۵- به چه چیزی پاداش داده می‌شود؟ (منظور از عملکرد چیست؟) | |
| بله | ☆ محصولات سازمانی، تیمی و انفرادی |
| میان مدت | ☆ اهداف کوتاه‌مدت و یا بلند مدت |
| نتایج | ☆ تلاش برای رسیدن به عملکرد مدنظر در مقابل نتایج اقدامات با در نظر گرفتن عوامل خارج از کنترل مؤثر بر عملکرد |
| ۶- کارکنان چگونه پاداش داده می‌شوند؟ | |
| - | ☆ بن های نقدی و یکبار در سال |
| بله | ☆ افزودن به حقوق پایه |
| - | ☆ ترکیبی مانند رسیدن عملکرد به حد آستانه |
| ۷- به ازای عملکرد چقدر پرداخت می‌گردد؟ | |
| | ☆ کمتر از ۵ درصد |
| بله- حدود ۲۷ درصد | ☆ حدود ۳۰ درصد |
| ۸- چگونه پرداختی‌های صورت می‌گیرد؟ | |
| بله | ☆ توزیع همگانی و اجباری برای همه |
| - | ☆ پاداش صرفاً به عملکرد های برگزیده و بالا پرداخت می‌شود. |
| ۹- چه کسی تصمیمات مرتبط با پرداخت را اتخاذ می‌کند؟ | |
| بله | ☆ بالا دستی سطح اول |

جدول ۱۸: تصمیمات کلیدی برای تدوین و اجرای برنامه‌ها پرداخت مبتنی بر عملکرد

| | |
|--|-----|
| ۱- آیا سازمان‌ها آماده پرداخت بر اساس عملکرد هستند؟ | |
| ☆ بالا دستی سطح دوم | بله |
| ۱۰- ورودی‌های مربوط به تعیین دسته‌بندی عملکرد را چه کسی تهیه می‌کند؟ | |
| ☆ بالا دستی سطح اول | بله |
| ☆ بالا دستی سطح دوم و بالاتر | بله |
| ۱۱- چگونه سازمان‌ها می‌توانند یکپارچگی برنامه را تسهیل کنند؟ | |
| ☆ فرآیند ارزیابی عملکرد بهبود یافته | بله |
| ☆ آموزش‌های کارکنان و مدیران | بله |

این چک لیست می‌تواند معیار مناسبی برای مقایسه نظام‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح دنیا باشد. طبق اطلاعات حاصل از مطالعه حاضر که در این جدول خلاصه شده‌اند، دو عامل اصلی فرهنگ‌سازمانی و تعهد مدیران برای ایجاد تغییر در نظام پرداخت مبهم است. توضیح بیشتر اینکه، اگر چه یافته‌های این مطالعه دلایلی مناسب را برای کمرنگ بودن این دو عامل خصوصاً در ستادهای سطوح پایین اجرایی را ارائه می‌کند، اما بنا به ماهیت پیچیده این دو عامل، اظهار نظر قطعی در مورد این دو عامل را منوط به مطالعات بیشتر در این دو حوزه می‌نماید.

بنا به یافته‌های مطالعه حاضر، اهداف متعددی به برنامه IR-PFP نسبت داده شده است، از بهبود عدالت بین رشته‌ای و بین بخشی تا کارایی فنی منابع مالی و تجهیزات که می‌تواند منجر به جذب بیشتر منابع انسانی به بخش دولتی گردد. با توجه به این اهداف لازم است تا بخشی از درآمد حاصل از فعالیت‌های بیمارستان بین تمام کارکنان بیمارستان به صورت مشروط توزیع گردد.

در مورد نحوه ابلاغ و اجرای برنامه، یافته‌ها نشان می‌دهند که تمام برنامه به صورت یک جا اجرا گردیده است. این نحوه اجرا در مقابل اجرای مرحله به مرحله قرار می‌گیرد. اجرای یک جای برنامه فشار کاری زیادی را به سطوح پایین‌تر سازمانی وارد کرد و در برخی موارد موجب ایجاد نارضایتی‌های شدید دانشگاه‌ها شده و انصراف برخی از آن‌ها را در پی داشته است.

تحلیل ساختار استخراج شده برنامه نشان می‌دهد که پرداختی بیشتر به هم محصولات سازمانی، هم فعالیت‌های تیمی و هم عملکرد انفرادی تعلق می‌گیرد؛ به عبارت دیگر برنامه پرداخت عملکردی ایران بالقوه می‌تواند

برای تقویت هر یک از این ابعاد بکار گرفته شود اما در عین حال این مسئله باعث پیچیدگی بیشتر برنامه برای درک و اجرا شده است. این پرداختی به صورت ماهیانه به کارکنان تعلق می‌گیرد و ارزیابی به گونه است که افراد در میان مدت (سه ماهه) می‌توانند نتایج عملکرد مثبت یا منفی خود را مشاهده کنند. برنامه نتیجه‌گرا است و عمدتاً نتایج مالی مدنظر قرار می‌گیرد.

میزان پرداختی به کارکنان حدود ۳۰ درصد از درآمدهای مشمول پرداخت است که در سطح دنیا نیز یکی از موارد متداول می‌باشد. پرداخت مدنظر به صورت همگانی و اجباری برای همه است. بدین معنی که بیمارستان‌ها یا برنامه را اجرا می‌کنند و به همه کارکنان پرداخت عملکردی دارند یا اینکه اصلاً اجرا نمی‌کنند؛ به عبارت دیگر بیمارستان نمی‌تواند برنامه را برای برخی از کارکنان اجرا کند.

از آنجایی که ورودی‌های داده‌های مرتبط با تعیین میزان پرداختی به کارکنان در سطوح مختلف صورت می‌گیرد، تصمیم‌گیری نهایی برای پرداخت نیز توسط سطوح متعدد صورت می‌گیرد. ایجاد تفویض اختیار به مسئولین هر بخش بیمارستان از جمله رویکردهای جدید برنامه پرداخت عملکردی جدید بوده است.

سر انجام اینکه، اجرا کنندگان برنامه، برای بهبود مستمر برنامه نیز راهکارهایی را در نظر گرفته است. کل داده‌ها در سطح وزارت قابل ارزیابی و پیگیری است. مسئولان می‌توانند روندهای پرداختی در حال اجرا در بیمارستان‌های کشور را زیر نظر داشته باشند و در صورت نیاز اهرم‌های نرم افزار موجود را تغییر دهند. به علاوه مکانیسم‌های آموزش مجازی مناسبی برای برنامه راه اندازی شده است.

۴-۶-۶- مقایسه نظام نوین و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

به منظور ایجاد نگاهی اجمالی در خصوص برخی ویژگی‌های اساسی دو نوع برنامه نظام نوین و پرداخت عملکردی، ویژگی‌های مهم آن‌ها در یک جدول ۱۹ مقایسه‌ای آورده شود.

جدول ۱۹: مقایسه برخی ویژگی‌های ساختاری و فنی نظام پرداخت نوین و عملکردی

| عوامل | نظام نوین | تعیین پرداخت مبتنی بر عملکردی |
|---------------------------|---|--|
| مشابهت‌های ستادی و نظارتی | در سه سطح وزارت، دانشگاه و بیمارستان و با محوریت دانشگاه چیده شده است | در سه سطح وزارت، دانشگاه و بیمارستان چیده شده است. با محوریت بیمارستان و بخش |
| بر اساس FFS است. | بله | بله |

جدول ۱۹: مقایسه برخی ویژگی‌های ساختاری و فنی نظام پرداخت نوین و عملکردی

| عوامل | نظام نوین | تعیین پرداخت مبتنی بر عملکردی |
|--|--|--|
| قابلیت انعطاف‌پذیری | دارد و به دانشگاه موکول شده است. | دارد و تعریف شده تر است و به تصویب سطوح نظارتی بالاتر موکول شده است. |
| ارجحیت نیروی درمانی به نیروی های ستادی | بالقوه می‌توانند ارجحیت داشته باشند. بستگی به تصمیم مدیران بیمارستان و دانشگاه دارد. | کاملاً ارجحیت دارند و تعریف شده است. |
| میزان پرداخت از کارکرد | ۲۰-۱۸ درصد کارکرد حق‌العلاج و حق‌العمل به اضافه معادل ۳-۲ درصد کل کارکرد واحدهای پاراکلینیک | ۹۰ درصد ۲۷,۵ درصد جزء حرفه‌ای پزشکان |
| شاخص‌های مورد استفاده برای کارکنان غیرپزشک | سمت شغلی، امتیاز نوع خدمت (یک گروه بالینی و ۲ گروه غیر بالینی)، امتیاز مدرک (۵ گروه) تحصیلی، امتیاز رضایت از خدمت، امتیاز سابقه خدمت | نوع بخش (۸ گروه)، نوع شغل (۸ گروه بالینی و ۱۲ گروه غیر بالینی)، نمره کیفیت بخش، درآمد مبنای بخش، امتیاز نوع حضور، امتیاز سابقه خدمت، امتیاز تحصیلات (۸ گروه)، ضریب کیفی عملکرد فرد |

به‌طور کلی جدول فوق نشان می‌دهد که برنامه پرداخت به کارکنان غیرپزشک بیمارستانی نسبت به برنامه سابق حساس تر و تعریف شده است و منجر به پرداخت بیشتری به کارکنان می‌گردد. البته باید در نظر داشت که در دو مورد اساسی مشابه هستند، نحوه سازماندهی کلی بین سطوح و پایه گذاری شدن بر اساس نظام کارانه.

۴-۷- بخش هفتم: یافته‌های کیفی، تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب

فصل چهارم

بخش هفتم

یافته‌های مصاحبه‌ها و مستندات

تغییرات نظام‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان
در ایران پس از انقلاب

۴-۷-۱- مقدمه

تحلیل تاریخیچه نظام پرداخت بیمارستان در قوانین و مقررات و نظرات صاحب‌نظران آگاه روندی خاصی را برای پژوهشگران نمایان ساخته است. با توجه به اهمیت این موضوع، در این بخش سعی شده است تا با نگاه به هممه یافته‌های این فصل، نقشه تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی در بیمارستان‌های دانشگاهی-دولتی و عوامل مؤثر بر آن ارائه گردد.

این نقشه که در شکل ۱۳ به تصویر کشیده شده است، می‌تواند خوانندگان را درک بهتر حوزه سلامت کشور و اثرات برنامه‌های متعدد بر یکدیگر و در طی سالیان نشان دهد.

۴-۷-۲- شمای تغییرات نظام‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران پس از انقلاب

به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که نظام پرداخت در بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی کشور در طول دوران بعد از انقلاب دو تغییر کلان در خود دیده است.

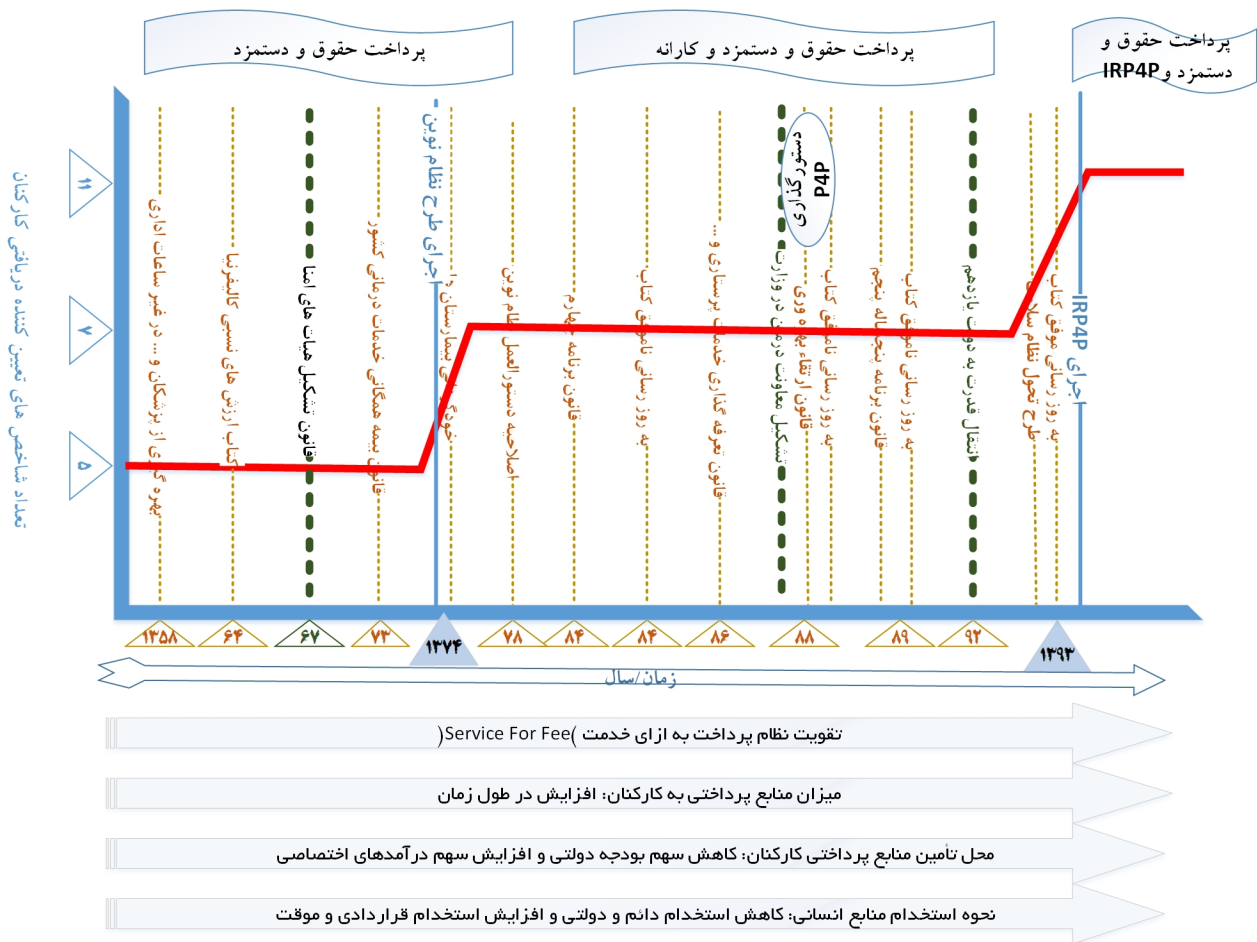
الف- گذار از مرحله «پرداخت حقوق» (قبل از ۱۳۷۸) و اضافه شده «مرحله طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور» (از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۳) به آن
ب- تبدیل «مرحله طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های کشور» به «نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد» (از سال ۱۳۹۳)

در این دو مرحله گذار، مهم‌ترین مورد تغییر یافته سطح پیچیدگی برنامه‌ها (تعداد شاخص‌ها) برای تعیین میزان دریافتی کارکنان بوده است. در زمانی که عمدتاً به کارکنان حقوق ثابت پرداخت می‌شد ۵ شاخص اصلی (مدرک تحصیلی، شغل، سابقه، سمت و نوع استخدام) بودند؛ در مرحله دوم نظام نوین به نظام پرداختی اضافه شد به این شاخص‌ها ۲ شاخص دیگر (رضایت مدیر بالادستی یا نمره عملکرد فرد و بخش محل فعالیت- بالینی/پشتیبانی) اضافه گردید و به ۷ شاخص ارتقا یافت. در مرحله سوم که نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد دستورگذاری گردید نمره عملکرد واحد (شامل کسورات بیمه)، ضریب سختی کار، نوع ساعات حضور، میزان عملکرد مالی بخش به این شاخص‌ها اضافه گردید و تعداد شاخص‌های اصلی به ۱۱ مورد رسید.

البته باید اضافه کرد علاوه بر اضافه شدن بر تعداد شاخص‌ها حساسیت آن‌ها نیز افزایش یافته است. برای مثال رضایت مدیر بالادستی یا نمره عملکرد فرد در نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد توسط مسئول مستقیم فرد صورت می‌گیرد در حالی که در نظام نوین عملاً توسط افراد دیگر صورت می‌گرفته است، به علاوه بخش محل

فعالیت از حالت صرفاً بالینی و پشتیبانی تغییر یافته است و هر یک از این بخش ها بر اساس میزان دشواری فعالیت به زیر واحدهای متعدد تقسیم شده‌اند.

در ادامه شمای تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی کارکنان غیرپزشک و علل تغییر آن‌ها آورده شده است. محور عمودی این شکل تعداد شاخص‌ها در هر مرحله (۵، ۷ و ۱۱) را نشان می‌دهد، محور افقی نیز سال را نشان می‌دهد. در ذیل شکل نیز وضعیت عواملی که از نظر مصاحبه‌شوندگان می‌توانستند عامل تحریک این تغییرات نظام پرداخت بیمارستانی باشند، آورده شده‌اند.



شکل ۱۳: تغییرات روش‌های پرداخت به کارکنان بیمارستان در ایران در طول سه دهه

۴-۷-۳- علل تغییرات نظام های پرداخت بیمارستانی

۴-۷-۳-۱ نظام پرداخت کارانه و تقویت کننده های آن

با وجود کمبود نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی و لزوم بالا بردن کارایی منابع موجود در حوزه سلامت، کشور ناگزیر از به کارگیری نظام پرداخت کارانه ای در مراکز درمانی است. «به شرط آنکه ما نیرو به اندازه کافی داشته باشیم، استاد به اندازه کافی داشته باشیم، وجدان کاری به اندازه کافی داشته باشیم و وقتی هم که نداریم همان FFS از همه بهتر هست» (کد ۸). چراکه این موضوع باعث افزایش تعداد خدمات می گردد «اگر FFS باشد سعی می کنند که بیشترین کار را انجام بدهند، کمترین زمان را در واقع صرف کنند، صرفه جویی وقت را بکنند» (کد ۸).

اگرچه کمبود نیروی انسانی متعهد و دلسوز برای ارائه خدمات مورد نیاز علت به کارگیری نظام پرداخت کارانه است، ولی این نقص نیز وجود دارد که در نظام سلامت ایران هیچ گونه نظارتی بر ارائه کنندگان خدمات به روش کارانه وجود ندارد. پزشکان و پرستاران با سابقه کاری در محیط بیمارستان و ستادهای دانشگاه و وزارت به تأکید بیان می کنند که بزرگترین و شاید تنها کنترل کننده نحوه مصرف خدمات سلامت در نظام سلامت ایران تنها و تنها «وجدان کاری پزشکان و سایر ارائه کنندگان» است. «مگر کسی یک انسان خیلی، خیلی، خیلی با وجدانی باشد که تحت تحریکات مادی اقدام به کارهای خاصی نکند والا راه برای همه چی باز است» (کد ۹).

در کنار اثرات منفی ای که ممکن است نظام پرداخت کارانه ای داشته باشد، برخی از مصاحبه شوندهگان بیان می کنند که پیشرفت حال حاضر ایران در صنعت سلامت (خصوصاً در رشته های چشم، قلب و زیبایی) در مقایسه با سایر صنایع را از نتایج مثبت این مکانیسم پرداخت می دانند. «در حوزه سلامت / در مقایسه با صنعت کشاورزی، خودرو، ... انصافاً در دنیا مقایسه کنیم اسم ما عقب مانده است؟ همین یک دلیل نشان می دهد که این سیستم [فی فور سرویس] آثار خوبی داشته است» (کد ۸)

از طرف دیگر، تشویق به ارائه خدمت بیشتر در این نظام پرداخت، باعث تحریک ارائه کنندگان خصوصاً در بخش خصوصی، برای یادگیری و انتقال روش های جدید پزشکی و تجهیزات نوین به ایران بوده است. «پیشگام تحول مان در حوزه پزشکی بخش خصوصی در سنوات قبل بوده است پزشک ها خودشان می رفتند چیز یاد می گرفتند می آمدند در مطب شان و بیمارستان خصوصی خودشان راه می انداختند» (کد ۸). در ادامه حتی برخی از مصاحبه شوندهگان (کد ۸) این نظام پرداخت را عادلانه تر از سایر نظام ها می دانند و علت توصیف منفی آن برای نظام سلامت را در عدم توانایی نظام سلامت برای کنترل آن می دانند.

عدم اعمال کنترل در این نظام پرداخت، مکانیسم ارائه خدمت در نظام سلامت ما را به توصیف مصاحبه‌شوندگان (کد ۱۰) به یک نظام سلامت Open End تبدیل کرده است. بدین معنا که به دلیل تقاضا و ارائه سوء خدمات، هرچقدر میزان هزینه در آن افزایش یابد، باز کم است. لذا بیان شده است که «تقریباً میشود گفت که تداوم آن یک فاجعه است» (کد ۱۰). با تمام این اوصاف، در طول سه دهه گذشته سه مداخله کلان در کشور این رویکرد را تشویق نموده است.

۴-۷-۳-۲ ابلاغ کتاب ارزش های نسبی کالیفرنیا (۱۳۶۴)

یکی از مهم‌ترین مداخلاتی که باعث تقویت نظام پرداخت کارانه ای در کشور شده است، اجرایی شدن کتاب ارزش های نسبی کالیفرنیا - توسط آقای دکتر کلانتر معتمد - در نیمه اول دهه شصت (سال ۱۳۶۴) در معاونت سلامت وزارت بود. رویکرد این کتاب در منفک کردن خدمات به اجزای متعدد باعث این مسئله بوده است.

۴-۷-۳-۳ قانون خودگردانی بیمارستان‌ها (۱۳۷۴)

بنا به اظهارات مصاحبه‌شوندگان تا قبل از ایجاد برنامه‌های در راستای خودگردانی بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی کشور، تمایل زیادی به تغییر نحوه پرداخت به کارکنان و پزشکان وجود نداشت و عمدتاً به پزشکان و سایر کارکنان حقوق پرداخت می‌شد. «قبل از این بحث خودگردانی بیمارستان‌ها، نظام پرداخت ما در بیمارستان‌های دولتی یک نظام پراخت تقریباً سالاری بود و در بخش خصوصی ترکیبی از حقوق و کارانه ای بود» (کد ۸).

نیاز به درآمد بیشتر و در نتیجه نیاز به ارائه خدمت بیشتر خود به خود تحریک بیمارستان‌ها برای ارائه خدمات بیشتر در پی دارد. لذا یکی از عوامل مشروعیت اجرا و تداوم نظام پرداخت کارانه ای، ایجاد برنامه خودگردانی بیمارستان‌های دولتی - دانشگاهی در سطح کشور بود.

۴-۷-۳-۴ به روز رسانی کتاب ارزش نسبی (۱۳۹۳)

پیش‌بینی این بود که به روز رسانی کتاب ارزش نسبی باعث افزایش تزریق منابع مالی به بیمارستان‌های کشور می‌شود. بررسی مستندات مرتبط با کتاب نشان می‌دهد که به‌طور کلی بعد از اجرایی شدن نظام نوین، کتاب ارزش های نسبی چهار بار ویرایش شده است. ویرایش های سال های ۱۳۸۴، ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ به دلایل مختلف هرگز ابلاغ و اجرا نشده‌اند ولی ویرایش سال ۱۳۹۳ ابلاغ و اجرایی شده است که از لحاظ زمانی، فقط چند ماه قبل از اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد و در یک سال بوده است.

۴-۷-۳-۵ قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱۳۸۶)

با توجه به وضعیت پرداخت‌ها به پرستاران در دهه ۸۰، به نظر می‌رسد که این قانون با هدف افزایش دریافتی کارکنان پرستاری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی پیگیری شده است. به هر حال باید توجه داشت که تدوین و نحوه اجرای این برنامه نیز مانند کتاب ارزش نسبی است، به عبارت دیگر این قانون نیز با جزئی نمودن ارائه خدمات پرستاری به سمت تقویت نظام پرداخت کارانه ای پیش می‌رود. البته باید توجه داشت که این قانون در زمان اجرای این طرح پژوهشی هنوز به‌طور کامل اجرایی نشده است.

۴-۷-۳-۶ پیش‌بینی افزایش منابع مالی قابل‌توزیع برای کارکنان

هم در مرحله گذار از پرداخت حقوق و هم در مرحله گذار از برنامه نظام نوین، برنامه و انتظار بر این بود که میزان دریافتی افراد افزایش یابد. در گذار اول به حقوق اولیه و رسمی کارکنان مبلغی به‌عنوان کارانه اضافه شده است، اگر چه این مبلغ در مقایسه با حقوق خیلی زیاد نبوده است. در مرحله گذار دوم پیش‌بینی این بود که میزان کارانه دریافتی کارکنان افزایش یابد (حداقل برابر حقوق پایه شود).

۴-۷-۳-۷ تغییر در محل تأمین منابع مالی پرداختی به کارکنان

بنا به بیان مصاحبه‌شوندگان به‌طور کلی محل تأمین پرداختی به کارکنان بیمارستان‌ها از «تأمین عمده آن توسط دولت» به سمت «تأمین عمده آن از محل درآمدهای اختصاصی بیمارستان» حرکت کرده است. «قبلاً در سهم منابع عمومی یعنی ردیف‌هایی که دولت کمک میکرد به بیمارستان‌ها، در دهه هفتاد بالای ۷۰ یا ۸۰ درصد بوده میاد دهه ۸۰ این عدد می‌رسد به پنجاه پنجاه، در دهه نود این عدد برعکس می‌شود یعنی سهمی که دولت دارد کمک می‌کند نزدیک ۳۰ تا ۴۰ درصد هست نزدیک ۶۰ تا ۷۰ درصد منابع از منابع اختصاصی و تعرفه هاست» (کد ۱۳).

این مسئله باعث شد تا کار مدیریت منابع مالی پرداختی به کارکنان از سطح دولت (یا چندین وزارت خانه) به سمت وزارت (داخل یک وزارت خانه) کشانده شود و احتمالاً در داخل وزارت توجه ویژه بدان شود و بهتر و سریعتر در دستور کار و تغییر قرار گیرد. درحالی‌که احتمالاً اگر موضوع در سطح دولت و تغییرات کشوری باقی می‌ماند دیرتر در دستور کار قرار می‌گرفت.

۴-۷-۳-۸ تغییر در نوع استخدام افراد بکار گرفته شده در بیمارستان‌ها

در طول حدود سه دهه گذشته عمده استخدام‌ها و به‌کارگیری نیروی انسانی از رویکرد «استخدام دائم» به سمت «استخدام موقت یا قراردادی» بوده است. این موضوع باعث شده تا ماندگاری نیروی‌های انسانی بیمارستان رو ضعف برود و لزوم انگیزش آن‌ها برای جلوگیری از مهاجرت آن‌ها به بیمارستان‌های دیگر خصوصاً بخش خصوصی صورت گیرد.

۴-۷-۳-۹ تصویب برخی قوانین بالادستی و هم‌تراز مربوطه

یکی از بزرگ‌ترین قوانین که به‌طور کلی حرکت آزادانه وزارت را نسبت به سایر وزارت خانه‌های دولت امکان پذیر کرده است، قانون اداره هیئت امنایی وزارت، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های تابعه (۱۳۶۷) است. طبق این قانون وظیفه تعیین نحوه درآمد و هزینه‌های درآمدهای اختصاصی به خود وزارت و سازمان‌های ذیربط داده شده است. به نظر می‌رسد این قانون تا حد زیادی امکان راه‌اندازی برنامه پرداخت نظام نوین و در مرحله بعد نظام پرداخت PFP را امکان پذیر کرده است.

قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری (۱۳۸۶) و قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت (۱۳۸۸) که در بالا بدان‌ها اشاره شد نیز به نوبه خود اختیارات و الزامات وزارت را برای ایجاد نظام پرداخت جدید در بیمارستان‌ها گسترده تر کرده است و سیاست‌های کلی سلامت رهبری ابلاغ (۱۳۹۳) و سایر آیین‌نامه‌های اجرایی (برای مثال آیین‌نامه خرید راهبردی) باعث شد تا این تغییرات نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد مورد حمایت قرار گیرند.

۴-۷-۳-۱۰ ایجاد انگیزه برای کارکنان بالاصح پزشکان

یکی از مصاحبه‌شوندگان علت تغییر نظام پرداخت حقوق را این‌گونه بیان می‌کند «به علت اینکه نظام پرداخت [حقوق] ... جذبه و انگیزه‌ای برای قشر متخصص بالاصح پزشکان برای کار در بیمارستان فراهم نمی‌کرد، بخاطر حل این معضل و افزایش درآمد گروه متخصص پزشکان و کارکنان بیمارستان‌ها» (کد ۱۰).

۴-۸- بخش هشتم: یافته‌های کمی، داده‌های کارکنان غیرپزشک قبل و بعد از اجرای برنامه

فصل چهارم

بخش هشتم

یافته‌های کمی

داده‌های کارکنان غیرپزشک قبل و بعد از اجرای

برنامه

۴-۸-۱- مقدمه

در این بخش به بررسی اطلاعات ۱۸ بیمارستان که اطلاعات دریافتی کارکنان آنها قبل و بعد از اجرای برنامه وجود داشته است گزارش گردید.

۴-۸-۲- خلاصه بخش کمی مطالعه (قبل و بعد از اجرای برنامه)

برای تحلیل داده ها، دریافتی کارکنان به طور کلی در دو بخش قبل و بعد مرتب شده اند. خلاصه نتایج در جدول ۲۰ آورده شده است.

جدول ۲۰: خلاصه یافته های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک - در سطح بیمارستان

| ویژگی | توضیح ویژگی | زمان | تعداد بیمارستان | توضیحات |
|------------------------|---------------|------|-----------------|---|
| آموزشی درمانی | آموزشی درمانی | قبل | ۱۸ | میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان های آموزشی درمانی به طور معناداری بیشتر است. |
| | درمانی | بعد | ۱۸ | میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان های آموزشی درمانی به طور معناداری بیشتر است |
| عمومی/تخصصی | عمومی | قبل | ۱۸ | میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان های عمومی به طور معناداری بیشتر است |
| | تک تخصصی | بعد | ۱۸ | میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان های عمومی به طور معناداری بیشتر است |
| بیمارستان های تک تخصصی | ۶ تخصص | قبل | ۶ | کارکنان بیمارستان های سرطان و انکولوژی، چشم پزشکی، روان پزشکی، سوانح و سوختگی، زنان و زایمان و اطفال به ترتیب بیشترین دریافتی ها را داشته اند. نتایج آزمون توکی: ۶ گروه با اختلاف معنادار را نشان می دهد. بیشترین اختلاف بین بیمارستان های اطفال و سرطان و انکولوژی بوده است |
| | ۶ تخصص | بعد | ۶ | بیمارستان های تک تخصص، کارکنان بیمارستان های سرطان و انکولوژی، اطفال، روان پزشکی، چشم پزشکی، زنان و زایمان و سوانح و سوختگی به ترتیب بیشترین دریافتی ها را داشته اند. نتایج آزمون توکی ۱۲ گروه با اختلاف معنادار را نشان می دهد. بیشترین اختلاف بین بیمارستان های زنان و زایمان و سوانح و سوختگی بوده است |
| تعداد تخت | ۴ گروه | قبل | ۱۸ | گروه سوم، پنجم، دوم و اول به ترتیب بیشترین دریافتی را داشته اند. بیشترین اختلاف معنادار بین بیمارستان گروه یک و سه است |
| | ۴ گروه | بعد | ۱۸ | گروه سوم، پنجم، دوم و اول به ترتیب بیشترین دریافتی را داشته اند. بیشترین اختلاف معنادار بین بیمارستان گروه یک و سه است |

با در نظر گرفتن یافته‌های جدول ۲۱ به‌طور خلاصه می‌توان گفت که نوع فعالیت بیمارستان، نوع تخصص، تک تخصصی بودن و تعداد تخت بر میزان دریافتی کارکنان تأثیرگذار بوده است، لذا گذشته‌نگر بودن برخی ضرایب که فرمول‌های اولیه تدوین برنامه بکار گرفته شده‌اند، قطعاً ویژگی‌های برنامه قدیم را در مدل جدید انتقال خواهد داد. در وهله دوم باید در نظر داشت که در تجزیه و تحلیل داده‌های بعد از اجرای برنامه بایستی دریافتی افراد بر اساس نوع بیمارستان به‌گونه‌ای تعدیل گردد.

جدول ۲۱: خلاصه یافته‌های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک - در سطح کارکنان

| ویژگی | توضیح ویژگی | زمان | تعداد بیمارستان | توضیحات |
|-----------------------|-------------|------|-----------------|--|
| محل فعالیت | بالینی | قبل | ۱۲ | در میان این ۱۲ بیمارستان در ۳ بیمارستان اختلاف معناداری بین بخش های پشتیبان و بالینی بوده است و فقط در یک مورد بخش بالینی از پشتیبان دریافتی بیشتر داشته است. نتایج آزمون توکی در ۱۳ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند. بیشترین میزان این اختلاف در بیمارستان ۱۵ (۵،۹۷۷،۶۷۶ ریال) دیده می‌شود. |
| | پشتیبانی | | | |
| محل فعالیت | بالینی | بعد | ۱۲ | در میان این ۱۲ بیمارستان در ۷ بیمارستان اختلاف معناداری بین بخش های پشتیبان و بالینی بوده است که در ۴ از آن‌ها بخش بالینی از پشتیبان دریافتی بیشتر داشته است. نتایج آزمون توکی: ۱۰۲ مورد با اختلاف معنادار یافت شد. در ۹۷ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند، در ۵ مورد افرادی که در بخش های با ضریب سختی کمتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند. |
| | پشتیبانی | | | |
| انواع بخش های بالینی | در ۸ گروه | قبل | ۱۵ | در ۵ بیمارستان تفاوت معنادار بین برخی از بخش های بالینی با یکدیگر وجود داشته است. نتایج آزمون توکی: در ۱۳ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند. بیشترین میزان این اختلاف (۵،۹۷۷،۶۷۶ ریال) بود. |
| انواع بخش های بالینی | در ۸ گروه | بعد | ۱۵ | در ۱۳ بیمارستان تفاوت‌های معنادار بین برخی از بخش های بالینی با یکدیگر وجود داشته است. نتایج آزمون توکی: در ۹۷ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند، در ۵ مورد افرادی که در بخش های با ضریب سختی کمتر فعالیت داشته‌اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته‌اند. بیشترین میزان این اختلاف (۱۴،۱۷۳،۰۳۷ ریال) بود |
| انواع واحدهای پشتیبان | در ۸ گروه | قبل | ۱۲ | در ۳ بیمارستان اختلاف بین کارکنان واحدهای پشتیبان دیده نشده است. نتایج آزمون توکی: ۳۳ مقایسه معنادار بین بیمارستان‌ها نشان داده شده است که در آن‌ها واحدها با ضریب سختی بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند. در ۲ مقایسه نیز واحدهایی با ضریب سختی پایین‌تر دریافتی بالاتر داشته‌اند. بیشترین اختلافات (۱۲،۶۶۴،۸۰۱ ریال) بود |

جدول ۲۱: خلاصه یافته‌های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک - در سطح کارکنان

| ویژگی | توضیح ویژگی | زمان | تعداد بیمارستان | توضیحات |
|---------------------------------|-------------|------|-----------------|---|
| انواع واحدهای پشتیبان | ۸ گروه | بعد | ۱۲ | در ۲ بیمارستان اختلاف بین کارکنان واحدهای پشتیبان دیده نشده است. نتایج آزمون توکی: ۷۸ مقایسه معنادار بین بیمارستان‌ها نشان داده شده است که در آن‌ها واحدها با ضریب سختی بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند. در ۷ مقایسه نیز واحدهایی با ضریب سختی پایین‌تر دریافتی بالاتر داشته‌اند. بیشترین اختلافات (۲۰،۳۹۳،۲۵۰ ریال) بود |
| نوع استخدام در بخش های بالینی | ۷ گروه | قبل | ۲ | در میان کارکنان بخش های بالینی یک بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند. نتایج آزمون توکی: تفاوت‌های میانگین بین دو گروه مقایسه معنادار است. در یک مورد کارکنان با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بالاتر داشته‌اند. بیشترین اختلاف (۶۴۹،۸۳۲ ریال) بوده است. |
| نوع استخدام در بخش های بالینی | ۷ گروه | بعد | ۲ | در بخش های بالینی هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند. نتایج آزمون توکی: در ۱۲ مورد اختلاف معناداری گزارش شد، در ۱۱ مورد همواره افراد با رابطه استخدامی قوی تر، دریافتی بالاتر داشته‌اند و یک مورد بلعکس بود. بیشترین اختلاف (۶،۸۵۰،۰۶۹ ریال) بوده است. |
| نوع استخدام در بخش های پشتیبانی | ۷ گروه | قبل | ۲ | در هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند. نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که در سه گروه اختلاف معناداری وجود دارد. در دو مورد افراد با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بالاتر و در یک مورد بلعکس بوده است. بیشترین میزان اختلاف (۳۲۷۸۵۷۳ ریال) بوده است. |
| نوع استخدام در بخش های پشتیبانی | ۷ گروه | بعد | ۲ | در هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند. نتایج آزمون توکی ۱۸ مقایسه معنادار نشان داده است که در همه آن‌ها به جز دو مورد استثنا، همواره افراد با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بیشتر داشته‌اند. بیشترین اختلاف (۸،۰۹۰،۴۷۷ ریال) بوده است. |
| نوع شغل در بخش های بالینی | ۸ گروه | قبل | ۱۲ | در ۸ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش های بالینی کار می‌کنند، مشاهده می‌شود. نتایج آزمون توکی در این ۱۲ بیمارستان، ۱۰ مقایسه با تفاوت معناداری بین دریافتی‌های انواع شغل‌ها را نشان می‌دهد. همواره شغل های با مسئولیت بالاتر دریافتی بیشتری نسبت به شغل های با مسئولیت پایین‌تر داشته‌اند |
| نوع شغل در بخش های بالینی | ۸ گروه | بعد | ۱۲ | در ۱۲ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش های بالینی کار می‌کنند، مشاهده می‌شود. نتایج آزمون توکی، ۴۶ مقایسه با تفاوت معناداری بین دریافتی‌های انواع شغل‌ها را نشان می‌دهد. همواره شغل های با مسئولیت بالاتر دریافتی بیشتری نسبت به شغل های با مسئولیت پایین‌تر داشته‌اند. بیشترین اختلاف (۱۷،۱۶۳،۵۴۰ ریال) بین کدهای سه و هفت بود. |

جدول ۲۱: خلاصه یافته‌های بخش کمی قبل و بعد از اجرای برنامه کارکنان غیرپزشک - در سطح کارکنان

| ویژگی | توضیح ویژگی | زمان | تعداد بیمارستان | توضیحات |
|----------------------------|-------------|------|-----------------|--|
| نوع شغل در بخش های پشتیبان | ۱۰ گروه | قبل | ۱۰ | در ۷ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش های پشتیبان کار می‌کنند، مشاهده می‌شود. نتایج آزمون توکی بین ۲۲ مورد اختلاف معنادار نشان می‌دهد. در ۲۱ مورد از این موارد همواره افراد با امتیاز شغل بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند و در یک مورد بلعکس بوده است. بیشترین اختلاف (۸,۲۰۷,۷۳۹ ریال) بوده است. |
| نوع شغل در بخش های بالینی | ۱۱ گروه | بعد | ۱۰ | در ۱۰ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش های پشتیبان کار می‌کنند، مشاهده می‌شود. نتایج آزمون توکی بین ۱۴۷ مورد اختلاف معنادار نشان می‌دهد. در ۱۴۴ مورد از این موارد همواره افراد با امتیاز شغل بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند و در سه مورد بلعکس بوده است. بیشترین اختلاف در بیمارستان ۹ (۹۴,۲۴۳,۶۱۳ ریال) بوده است. |

خلاصه برخی نتایجی را که می‌توان از جدول ۲۱ دریافت نمود:

الف- طبق دستورالعمل نظام نوین کارکنان بخش های بالینی بایستی دریافتی بیشتری داشته باشند، اما عملاً این اتفاق نیافتاده است. باید اذعان کرد که اجرای نظام نوین در بسیاری از موارد توانسته است اثراتی بر میزان دریافتی افراد درون بخش های بالینی بگذارد؛ اما این اثرات لزوماً منظم و منطقی نیستند.

ب- شاید بتوان تعداد بیشتر تفاوت‌های معنادار بین کارکنان در بعد از اجرای برنامه در عمده بیمارستان‌های مورد مطالعه را شاهدی برای اثبات تلاش مسئولان بیمارستانی برای ایجاد برابری بیشتر بین کارکنان در قبل از اجرای برنامه در نظر گرفت. این حالت بر اساس عمده ویژگی‌های افراد دیده شده است.

در مقایسه شغل ها در بیمارستان مورد بررسی فوق مشاهده می‌شود که در برخی از بیمارستان‌ها برنامه نظام نوین توانسته است پرداختی بیشتری به مشاغل با مسئولیت بیشتر در بخش های بالینی و پشتیبانی پرداخت نماید، ولی این مسئله در بعد از اجرای برنامه بیشتر دیده می‌شود.

۴-۸-۳- داده‌های ۱۸ بیمارستان قبل از اجرای برنامه

میانگین دریافتی کارکنان در این ۱۸ بیمارستان ۵,۸۵۶,۹۷۸ و انحراف معیار ۳,۸۰۲,۰۷۸ بود. جداول توصیفی به پیوست ۴ آورده شده اند.

۴-۸-۳-۱ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

بررسی میانگین دریافتی کارکنان با آزمون T نشان داد که قبل از اجرای برنامه، دریافتی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی، پژوهشی به‌طور معناداری بیشتر از دریافتی کارکنان بیمارستان‌های درمانی است ($pvalue < 0,001$) (جدول ۲۲). این تفاوت می‌تواند به دلیل امکان ارائه خدمات بیشتر در بیمارستان‌های آموزشی درمانی و پژوهشی و پایین بودن تعداد تخت و یا تک تخصصی بودن بیمارستان‌های درمانی باشد.

جدول ۲۲: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان قبل از اجرای برنامه

| نوع فعالیت بیمارستان | تعداد | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|-----------------------|-------|-----------|--------------|--------|
| آموزشی درمانی، پژوهشی | ۶۱۱۲ | ۶,۱۳۲,۸۵۷ | ۳,۹۲۸,۸۵۲ | <0,001 |
| درمانی | ۱۵۲۶ | ۴,۷۵۲,۰۱۷ | ۳,۰۰۱,۸۵۰ | |

۴-۸-۳-۲ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان

قبل از اجرای برنامه، میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های عمومی به‌طور معناداری از دریافتی کارکنان بیمارستان‌های تک تخصصی بیشتر است ($pvalue < 0,001$). به علاوه بین انواع تخصص‌های بیمارستان‌های تک تخصصی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

بیمارستان‌های تک تخصص، کارکنان بیمارستان‌های سرطان و انکولوژی، چشم‌پزشکی، روان‌پزشکی، سوانح و سوختگی، زنان و زایمان و اطفال به ترتیب بیشترین دریافتی‌ها را داشته‌اند. (جدول ۲۳).

جدول ۲۳: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

| گروه | تخصص بیمارستان | تعداد کارکنان | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|----------|------------------|---------------|-----------|--------------|--------|
| تک تخصصی | اطفال | ۲۵۹ | ۴,۲۵۹,۴۷۸ | ۲,۴۰۷,۴۸۳ | <۰,۰۰۱ |
| | چشم پزشکی | ۲۲۸ | ۵,۶۶۰,۷۰۷ | ۲,۳۹۲,۰۰۷ | |
| | روان پزشکی | ۱۲۲ | ۴,۹۳۵,۳۹۱ | ۳,۱۶۲,۸۳۸ | |
| | زنان و زایمان | ۲۳۶ | ۴,۵۳۸,۵۰۵ | ۳,۰۲۸,۶۳۰ | |
| | سرطان و انکولوژی | ۱۵۵ | ۵,۹۸۲,۳۱۰ | ۲,۴۱۷,۴۴۱ | |
| | سوانح و سوختگی | ۱۶۶ | ۴,۸۸۲,۰۹۱ | ۲,۹۱۵,۳۸۷ | |
| عمومی | کل تک تخصصی | ۱۱۶۶ | ۴,۹۷۸,۳۳۲ | ۲,۷۶۴,۹۲۸ | <۰,۰۰۱ |
| | عمومی | ۶۴۷۲ | ۶,۰۱۵,۲۷۶ | ۳,۹۳۹,۵۵۱ | |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) ۶ گروه با اختلاف معنادار را نشان می‌دهد. بیشترین اختلاف بین بیمارستان‌های اطفال و سرطان و انکولوژی بوده است (جدول ۲۴).

جدول ۲۴: نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تخصص بیمارستان

| Sig. | انحراف معیار | تفاوت میانگین‌ها* | تخصص | |
|--------|--------------|-------------------|------------------|------------------|
| <۰,۰۰۱ | ۲۴۵,۲۸۴ | -۱,۴۰۱,۲۲۹ | چشم پزشکی | اطفال |
| <۰,۰۰۱ | ۲۷۴,۲۸۷ | -۱,۷۲۲,۸۳۲ | سرطان و انکولوژی | |
| <۰,۰۰۱ | ۲۵۰,۸۱۷ | ۱,۱۲۲,۲۰۱ | زنان و زایمان | چشم پزشکی |
| ۰,۰۱۸ | ۳۲۶,۹۰۱ | -۱,۰۴۶,۹۱۸ | سرطان و انکولوژی | روان پزشکی |
| <۰,۰۰۱ | ۲۷۹,۲۴۷ | -۱,۴۴۳,۸۰۵ | سرطان و انکولوژی | زنان و زایمان |
| ۰,۰۰۴ | ۳۰۱,۶۸۵ | ۱,۱۰۰,۲۱۹ | سوانح و سوختگی | سرطان و انکولوژی |

۴-۸-۳-۳ دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

در میان ۵ گروه کارکنان که بیمارستان آن‌ها بر اساس تعداد تخت دسته‌بندی شده بود، کارکنان بیمارستان‌هایی گروه سوم بیشترین (۶,۴۵۱,۱۸۳ ریال) و کارکنان بیمارستان‌های گروه یک کمترین (۴,۶۵۴,۵۸۵ ریال) دریافتی را داشته‌اند.

قبل از اجرای برنامه، میزان دریافتی‌ها در بیمارستان‌هایی با تعداد تخت متفاوت، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($pvalue < ۰,۰۰۱$). گروه سوم، پنجم، دوم و اول به ترتیب بیشترین دریافتی را داشته‌اند (جدول ۲۵).

جدول ۲۵: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل از اجرای برنامه

| گروه | تعداد تخت | تعداد کارکنان | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|------|----------------|---------------|-----------|--------------|--------|
| یک | ۱-۱۰۰ | ۱۶۲۲ | ۴,۶۵۴,۵۸۵ | ۲,۵۹۷,۳۷۲ | <۰,۰۰۱ |
| دو | ۱۰۱-۲۵۰ | ۸۱۱ | ۵,۴۲۹,۵۵۹ | ۳,۴۸۲,۹۶۹ | |
| سه | ۲۵۱-۴۰۰ | ۲۷۳۸ | ۶,۴۵۱,۱۸۳ | ۳,۷۶۵,۳۴۷ | |
| چهار | ۴۰۱-۵۵۰ | - | - | - | |
| پنج | بالا تر از ۵۵۱ | ۲۴۶۷ | ۶,۱۲۸,۵۵۹ | ۴,۳۷۴,۵۱۶ | |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که تفاوت‌های میانگین دریافتی کارکنان در بین انواع بیمارستان معناداری هستند ($pvalue < 0,001$). بیشترین اختلاف معنادار بین بیمارستان گروه یک و سه است (جدول ۲۶).

جدول ۲۶: نتایج آزمون Post Hoc (توکی) برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

| تعداد تخت | تفاوت میانگین‌ها* | انحراف معیار | Sig. |
|-----------|-------------------|--------------|--------|
| ۱ | ۲ | ۱۶۰,۸۲۶ | <۰,۰۰۱ |
| | ۳ | ۱۱۷,۱۷۱ | <۰,۰۰۱ |
| | ۵ | ۱۱۹,۵۴۲ | <۰,۰۰۱ |
| ۲ | ۳ | ۱۴۹,۵۰۲ | <۰,۰۰۱ |
| | ۵ | ۱۵۱,۳۶۷ | <۰,۰۰۱ |
| ۳ | ۳۲۲,۶۲۴ | ۱۰۳,۸۰۸ | <۰,۰۰۱ |

یک: ۱-۱۰۰ تخت؛ دو: ۱۰۱-۲۵۰ تخت؛ سه: ۲۵۱-۴۰۰ تخت؛ پنج: بالاتر از ۵۵۱ تخت
* در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

۴-۳-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی

قبل از اجرای برنامه، دریافتی کارکنان ۱۲ بیمارستان در بخش‌های بالینی (۴,۶۲۲,۳۹۵ ریال) و در بخش‌های پشتیبانی (۴,۸۲۴,۸۱۹ ریال) بوده است. در میان این ۱۲ بیمارستان در ۳ بیمارستان اختلاف معناداری بین بخش‌های پشتیبانی و بالینی بوده است و فقط در یک مورد (کد ۲۸) بخش بالینی از پشتیبانی دریافتی بیشتر داشته است (جدول ۲۷).

جدول ۲۷: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی قبل از اجرای برنامه

| کد بیمارستان | بخش | تعداد | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|--------------|----------|-------|-----------|--------------|-------|
| کل | بالینی | ۲۴۹۴ | ۴,۶۲۲,۳۹۵ | ۲,۵۳۹,۷۴۳ | ۰,۰۰۱ |
| | پشتیبانی | ۱۲۰۷ | ۴,۸۲۴,۸۱۹ | ۲,۵۴۶,۰۵۹ | |
| ۱ | بالینی | ۱۶۲ | ۴,۱۲۱,۵۴۸ | ۳,۰۶۰,۱۴۲ | ۰,۰۰۱ |

جدول ۲۷: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی قبل از اجرای برنامه

| Sig | انحراف معیار | میانگین | تعداد | بخش | کد بیمارستان |
|--------|--------------|-----------|-------|----------|--------------|
| | ۲,۷۸۱,۰۷۵ | ۵,۵۰۸,۹۶۰ | ۷۲ | پشتیبانی | |
| ۰,۹ | ۲,۰۸۴,۱۲۳ | ۴,۲۹۱,۰۷۲ | ۳۴۸ | بالینی | ۲ |
| | ۲,۴۳۴,۳۳۶ | ۴,۲۹۷,۲۲۳ | ۱۳۷ | پشتیبانی | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۱۶۹,۸۶۳ | ۲,۹۱۷,۷۷۴ | ۲۹۴ | بالینی | ۹ |
| | ۱,۸۸۸,۵۲۵ | ۳,۸۵۴,۰۴۴ | ۸۱ | پشتیبانی | |
| ۰,۴ | ۲,۲۸۹,۴۸۸ | ۵,۸۴۹,۷۳۸ | ۹۷ | بالینی | ۱۲ |
| | ۲,۶۱۲,۱۱۵ | ۶,۱۴۸,۷۰۳ | ۵۷ | پشتیبانی | |
| ۰,۵ | ۲,۰۹۹,۸۵۲ | ۵,۶۴۸,۶۵۷ | ۱۴۹ | بالینی | ۱۴ |
| | ۲,۶۴۴,۴۹۰ | ۵,۴۴۶,۹۰۴ | ۷۶ | پشتیبانی | |
| ۰,۳ | ۳,۴۷۶,۰۸۹ | ۸,۳۴۶,۹۷۱ | ۴۷۹ | بالینی | ۱۷ |
| | ۴,۱۸۷,۰۶۳ | ۸,۶۴۸,۵۴۴ | ۲۲۲ | پشتیبانی | |
| ۰,۶ | ۴,۱۹۵,۴۷۰ | ۴,۶۴۰,۳۹۳ | ۲۳۷ | بالینی | ۲۰ |
| | ۱,۶۷۳,۳۴۰ | ۴,۴۲۳,۰۴۱ | ۵۸ | پشتیبانی | |
| ۰,۳ | ۲,۴۱۷,۸۵۵ | ۴,۳۹۸,۴۶۱ | ۱۶۹ | بالینی | ۲۲ |
| | ۲,۴۲۲,۰۹۸ | ۴,۰۷۶,۷۳۰ | ۸۵ | پشتیبانی | |
| ۰,۲ | ۲,۶۹۰,۱۴۵ | ۳,۰۷۸,۴۴۱ | ۳۰ | بالینی | ۲۳ |
| | ۱,۶۷۰,۶۷۰ | ۲,۴۷۶,۷۶۷ | ۵۶ | پشتیبانی | |
| ۰,۳ | ۳,۰۰۶,۸۴۲ | ۵,۰۹۶,۷۷۷ | ۹۸ | بالینی | ۲۶ |
| | ۲,۷۹۳,۶۱۲ | ۴,۶۴۲,۸۶۴ | ۶۵ | پشتیبانی | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۶۶۷,۲۲۴ | ۳,۳۴۲,۳۲۷ | ۳۳۵ | بالینی | ۲۸ |
| | ۱,۶۳۱,۰۱۶ | ۲,۷۳۸,۱۰۳ | ۱۳۲ | پشتیبانی | |

۴-۸-۳-۵ دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی

قبل از اجرای برنامه، مقایسه بخش های بالینی مختلف درون ۱۵ بیمارستان نشان می دهد که در ۵ بیمارستان تفاوت معنادار بین برخی از بخش های بالینی با یکدیگر وجود داشته است (جدول ۲۸).

جدول ۲۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|-----|-------|--------------------|-----|-----------------------|--------------|
| .۳۶ | ۱,۱۰۴ | ۱۰,۲۹۵,۶۸۳,۳۵۷,۱۴۵ | ۶ | ۶۱,۷۷۴,۱۰۰,۱۴۲,۸۷۱ | بین گروهی |
| | | ۹,۳۲۸,۴۲۵,۰۹۹,۶۳۴ | ۱۵۵ | ۱,۴۴۵,۹۰۵,۸۹۰,۴۴۳,۲۱۰ | درون گروهی |

جدول ۲۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|-------|--------|---------------------|-----|-----------------------|--------------|
| | | | ۱۶۱ | ۱.۵۰۷.۶۷۹.۹۹۰.۵۸۶.۰۸۰ | کل |
| .۵۴ | ۸۵۰. | ۳.۷۰۱.۹۴۲.۵۳۷.۵۸۶ | ۷ | ۲۵.۹۱۳.۵۹۷.۷۶۳.۱۰۵ | بین گروهی |
| | | ۴.۳۵۶.۷۷۶.۸۹۴.۳۷۶ | ۳۴۰ | ۱.۴۸۱.۳۰۴.۱۴۴.۰۸۷.۸۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۳۴۷ | ۱.۵۰۷.۲۱۷.۷۴۱.۸۵۰.۹۰۰ | کل |
| .۰۷ | ۱,۸۸۱ | ۱۸.۲۳۱.۸۸۰.۴۳۱.۷۵۸ | ۷ | ۱۲۷.۶۲۳.۱۶۳.۰۲۲.۳۰۶ | بین گروهی |
| | | ۹.۶۹۳.۱۴۰.۱۹۵.۰۱۴ | ۳۷۳ | ۳.۶۱۵.۵۴۱.۲۹۲.۷۴۰.۳۲۰ | درون گروهی |
| | | | ۳۸۰ | ۳.۷۴۳.۱۶۴.۴۵۵.۷۶۲.۶۲۰ | کل |
| .۰۰۱ | ۳,۴۷۴ | ۴.۴۸۸.۵۹۳.۹۴۰.۴۸۳ | ۷ | ۳۱.۴۲۰.۱۵۷.۵۸۳.۳۸۱ | بین گروهی |
| | | ۱.۲۹۲.۲۱۵.۸۶۰.۰۸۳ | ۲۸۶ | ۳۶۹.۵۷۳.۷۳۵.۹۸۳.۷۸۵ | درون گروهی |
| | | | ۲۹۳ | ۴۰۰.۹۹۳.۸۹۳.۵۶۷.۱۶۶ | کل |
| <.۰۰۱ | ۱۲,۱۹۰ | ۴۰.۳۶۹.۲۷۲.۲۶۴.۶۹۳ | ۵ | ۲۰۱.۸۴۶.۳۶۱.۳۲۳.۴۶۵ | بین گروهی |
| | | ۳.۳۱۱.۶۷۴.۰۶۲.۱۱۷ | ۹۱ | ۳۰۱.۳۶۲.۳۳۹.۶۵۲.۶۸۰ | درون گروهی |
| | | | ۹۶ | ۵۰۳.۲۰۸.۷۰۰.۹۷۶.۱۴۵ | کل |
| .۹۲ | ۳۵۹. | ۱.۶۳۱.۳۷۴.۷۲۹.۰۶۰ | ۷ | ۱۱.۴۱۹.۶۲۳.۱۰۳.۴۲۳ | بین گروهی |
| | | ۴.۵۴۷.۲۹۳.۷۸۴.۰۲۴ | ۱۴۱ | ۶۴۱.۱۶۸.۴۲۳.۵۴۷.۴۰۷ | درون گروهی |
| | | | ۱۴۸ | ۶۵۲.۵۸۸.۰۴۶.۶۵۰.۸۳۰ | کل |
| .۲۷ | ۱,۲۴۷ | ۱۵.۰۱۸.۸۵۱.۳۲۷.۲۸۴ | ۷ | ۱۰۵.۱۳۱.۹۵۹.۲۹۰.۹۸۵ | بین گروهی |
| | | ۱۲.۰۳۹.۵۶۲.۰۱۷.۸۳۶ | ۴۷۱ | ۵.۶۷۰.۶۳۳.۷۱۰.۴۰۰.۶۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۴۷۸ | ۵.۷۷۵.۷۶۵.۶۶۹.۶۹۱.۶۱۰ | کل |
| <.۰۰۱ | ۹,۲۹۳ | ۱۳۴.۶۵۱.۳۷۱.۶۰۰.۸۴۳ | ۶ | ۸۰۷.۹۰۸.۲۲۹.۶۰۵.۰۵۷ | بین گروهی |
| | | ۱۴.۴۸۸.۸۶۵.۱۴۷.۵۷۶ | ۴۴۶ | ۶.۴۶۲.۰۳۳.۸۵۵.۸۱۸.۹۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۴۵۲ | ۷.۲۶۹.۹۴۲.۰۸۵.۴۲۳.۹۹۰ | کل |
| .۴۳ | ۹۹۵. | ۱۷.۵۱۰.۰۷۵.۰۰۲.۵۰۹ | ۷ | ۱۲۲.۵۷۰.۵۲۵.۰۱۷.۵۶۲ | بین گروهی |
| | | ۱۷.۶۰۴.۷۷۶.۰۷۴.۶۶۵ | ۲۲۹ | ۴.۰۳۱.۴۹۳.۷۲۱.۰۹۸.۳۸۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۳۶ | ۴.۱۵۴.۰۶۴.۲۴۶.۱۱۵.۹۴۰ | کل |
| <.۰۰۱ | ۹,۲۰۱ | ۴۱.۶۰۲.۴۹۵.۸۶۲.۵۷۲ | ۶ | ۲۴۹.۶۱۴.۹۷۵.۱۷۵.۴۳۳ | بین گروهی |
| | | ۴.۵۲۱.۷۰۷.۸۲۷.۵۶۶ | ۱۶۲ | ۷۳۲.۵۱۶.۶۶۸.۰۶۵.۷۱۳ | درون گروهی |
| | | | ۱۶۸ | ۹۸۲.۱۳۱.۶۴۳.۲۴۱.۱۴۷ | کل |
| .۱۳ | ۱,۹۳۴ | ۱۲.۴۰۰.۸۹۹.۴۱۷.۸۹۰ | ۴ | ۴۹.۶۰۳.۵۹۷.۶۷۱.۵۶۰ | بین گروهی |
| | | ۶.۴۱۰.۶۳۵.۲۴۲.۸۶۷ | ۲۵ | ۱۶۰.۲۶۵.۸۸۱.۰۷۱.۶۷۶ | درون گروهی |

جدول ۲۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|-------|-------|--------------------|------|------------------------|--------------|
| | | | ۲۹ | ۲۰۹,۸۶۹,۴۷۸,۷۴۳,۲۳۶ | کل |
| .۲۴۲ | ۱,۳۵۲ | ۱۱,۹۶۶,۰۹۸,۳۸۴,۰۹۱ | ۶ | ۷۱,۷۹۶,۵۹۰,۳۰۴,۵۴۳ | بین گروهی |
| | | ۸,۸۴۸,۲۴۰,۰۶۰,۸۹۲ | ۹۱ | ۸۰۵,۱۸۹,۸۴۵,۵۴۱,۱۴۱ | درون گروهی |
| | | | ۹۷ | ۸۷۶,۹۸۶,۴۳۵,۸۴۵,۶۸۳ | کل |
| .۰۰۶ | ۲,۹۲۱ | ۷,۸۰۳,۸۷۴,۷۵۶,۳۱۵ | ۷ | ۵۴,۶۲۷,۱۲۳,۲۹۴,۲۰۶ | بین گروهی |
| | | ۲,۶۷۲,۰۸۲,۲۰۹,۱۴۲ | ۳۲۷ | ۸۷۳,۷۷۰,۸۸۲,۳۸۹,۳۱۰ | درون گروهی |
| | | | ۳۳۴ | ۹۲۸,۳۹۸,۰۰۵,۶۸۳,۵۱۷ | کل |
| <.۰۰۱ | ۹,۰۴۲ | ۸۳,۴۱۳,۸۱۶,۷۵۱,۱۶۰ | ۶ | ۵۰۰,۴۸۲,۹۰۰,۵۰۶,۹۵۸ | بین گروهی |
| | | ۹,۲۲۴,۸۲۲,۴۳۰,۲۸۰ | ۱۱۳۲ | ۱۰,۴۴۲,۴۹۸,۹۹۱,۰۷۶,۷۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۱۳۸ | ۱۰,۹۴۲,۹۸۱,۸۹۱,۵۸۳,۷۰۰ | کل |
| .۸۵۶ | ۰,۳۳ | ۱,۷۴۸,۴۹۵,۵۷۷,۷۸۶ | ۴ | ۶,۹۹۳,۹۸۲,۳۱۱,۱۴۴ | بین گروهی |
| | | ۵,۲۷۵,۶۹۴,۹۰۵,۹۱۴ | ۷۹ | ۴۱۶,۷۷۹,۸۹۷,۵۶۷,۱۶۸ | درون گروهی |
| | | | ۸۳ | ۴۲۳,۷۷۳,۸۷۹,۸۷۸,۳۱۲ | کل |

نتایج آزمون توکی بخش های بالینی که در هر بیمارستان دارای اختلاف معنادار بوده اند را نشان می دهد (جدول ۲۹). در ۱۳ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته اند. بیشترین میزان این اختلاف در بیمارستان ۱۵ (۵,۹۷۷,۶۷۶ ریال) دیده می شود. البته در این بیمارستان مسئله ای که وجود دارد این است که اختلاف بین واحد ۸ و ۳ کمتر از اختلاف بین واحد ۸ و ۲ است که در اجرای درست باید برعکس باشد. کمترین اختلاف نیز بین واحدهای ۵ و ۷ بیمارستان ۳۲ دیده می شود.

جدول ۲۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰ | ۲۴۳,۷۶۲ | (۹۳۰,۷۴۲) | ۷ | ۳ | ۹ |
| .۰۰۳ | ۲۳۴,۳۱۱ | (۷۶۴,۵۱۳) | ۸ | ۳ | ۹ |
| .۰۰ | ۷۳۶,۲۶۷ | (۳,۹۹۲,۳۰۰) | ۶ | ۲ | ۱۲ |
| .۰۰ | ۸۳۲,۹۹۱ | (۳,۷۳۲,۶۵۸) | ۷ | ۲ | ۱۲ |
| .۰۰ | ۵۰۲,۹۶۶ | (۲,۸۹۷,۰۷۰) | ۶ | ۳ | ۱۲ |
| .۰۰ | ۶۳۶,۲۰۸ | (۲,۶۳۷,۴۲۸) | ۷ | ۳ | ۱۲ |
| .۰۰ | ۱,۲۶۷,۳۷۸ | (۵,۴۸۶,۰۸۱) | ۸ | ۲ | ۱۵ |

جدول ۲۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه

| کد بیمارستان | کد بخش ۱* | کد بخش ۲ | اختلاف میانگین (۱-۲) | خطای معیار | Sig |
|--------------|-----------|----------|----------------------|------------|------|
| ۱۵ | ۳ | ۸ | (۵,۹۷۷,۶۷۶) | ۱,۰۳۷,۱۱۷ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۳ | ۱ | ۳,۶۰۵,۰۷۱ | ۱,۲۰۳,۶۹۷ | ۰,۰۵ |
| ۱۹ | ۴ | ۷ | (۲,۶۴۷,۸۶۲) | ۶۸۲,۶۸۶ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۴ | ۸ | (۳,۷۹۵,۶۰۳) | ۷۵۱,۵۲۱ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۵ | ۸ | (۲,۹۹۷,۷۶۸) | ۷۲۸,۸۵۳ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۶ | ۷ | (۱,۸۳۹,۳۲۱) | ۵۴۹,۰۷۲ | ۰,۰۲ |
| ۱۹ | ۶ | ۸ | (۲,۹۸۷,۰۶۲) | ۶۳۲,۶۱۷ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۶ | ۱ | ۲,۳۵۷,۷۲۱ | ۷۵۳,۷۸۴ | ۰,۰۳ |
| ۱۹ | ۷ | ۱ | ۴,۱۹۷,۰۴۱ | ۸۳۶,۱۹۰ | ۰,۰۰ |
| ۱۹ | ۸ | ۱ | ۵,۳۴۴,۷۸۲ | ۸۹۳,۲۷۳ | ۰,۰۰ |
| ۲۲ | ۲ | ۵ | (۲,۴۹۴,۳۴۹) | ۵۳۸,۳۸۰ | ۰,۰۰ |
| ۲۲ | ۲ | ۶ | (۱,۸۴۷,۰۵۶) | ۵۵۳,۹۸۸ | ۰,۰۲ |
| ۲۲ | ۲ | ۸ | (۳,۷۲۸,۸۹۵) | ۶۸۹,۴۶۳ | ۰,۰۰ |
| ۲۲ | ۳ | ۵ | (۲,۲۴۷,۲۰۵) | ۴۷۲,۸۶۵ | ۰,۰۰ |
| ۲۲ | ۳ | ۶ | (۱,۵۹۹,۹۱۲) | ۴۹۰,۵۶۲ | ۰,۰۲ |
| ۲۲ | ۳ | ۸ | (۳,۴۸۱,۷۵۱) | ۶۳۹,۶۱۵ | ۰,۰۰ |
| ۲۲ | ۵ | ۳ | ۲,۲۴۷,۲۰۵ | ۴۷۲,۸۶۵ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۳ | ۴ | ۲,۴۱۳,۵۶۸ | ۶۱۹,۹۷۴ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۳ | ۵ | ۱,۷۰۳,۷۰۱ | ۳۹۵,۱۷۳ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۴ | ۶ | (۲,۰۲۴,۵۱۶) | ۵۳۹,۶۱۸ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۴ | ۸ | (۲,۲۰۷,۶۳۱) | ۵۶۰,۲۶۸ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۵ | ۶ | (۱,۳۱۴,۶۵۰) | ۲۵۰,۹۶۱ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۵ | ۷ | (۷۶۲,۳۲۲) | ۲۵۰,۴۳۷ | ۰,۰۴ |
| ۳۲ | ۵ | ۸ | (۱,۴۹۷,۷۶۵) | ۲۹۲,۷۳۶ | ۰,۰۰ |
| ۳۲ | ۸ | ۵ | ۱,۴۹۷,۷۶۵ | ۲۹۲,۷۳۶ | ۰,۰۰ |

* برای اسامی بخش ها به پیوست ۱ مراجعه نمایید.

۴-۸-۳-۶ دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان

در قبل از اجرای برنامه، از میان ۱۲ بیمارستان در ۳ بیمارستان اختلاف بین کارکنان واحدهای پشتیبان دیده نشده است (جدول ۳۰). البته باید اضافه کرد که در این سری از داده‌ها، به‌طور عمده مدیران و معاونان بیمارستان‌ها حضور ندارند.

جدول ۳۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در چهارده بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|---------|--------|---------------------|-----|-----------------------|--------------|
| <.,.۰۰۱ | ۲۵,۰۳۶ | ۶۳,۸۸۱,۲۹۶,۴۱۰,۶۰۰ | ۶ | ۳۸۳,۲۸۷,۷۷۸,۴۶۳,۵۹۸ | بین گروهی |
| | | ۲,۵۵۱,۵۸۳,۲۷۰,۰۰۳ | ۶۵ | ۱۶۵,۸۵۲,۹۱۲,۵۵۰,۲۲۳ | درون گروهی |
| | | | ۷۱ | ۵۴۹,۱۴۰,۶۹۱,۰۱۳,۸۲۱ | کل |
| .۶۷۶ | ۰,۶۹۶ | ۴,۱۸۷,۷۹۱,۳۹۱,۸۱۵ | ۷ | ۲۹,۳۱۴,۵۳۹,۷۴۲,۷۰۳ | بین گروهی |
| | | ۶,۰۲۰,۳۱۲,۲۸۳,۹۵۰ | ۱۲۹ | ۷۷۶,۶۲۰,۲۸۴,۶۲۹,۵۴۷ | درون گروهی |
| | | | ۱۳۶ | ۸۰۵,۹۳۴,۸۲۴,۳۷۲,۲۵۰ | کل |
| <.,.۰۰۱ | ۶,۶۳۳ | ۱۸,۴۵۷,۹۶۶,۵۹۵,۲۴۶ | ۴ | ۷۳,۸۳۱,۸۶۶,۳۸۰,۹۸۲ | بین گروهی |
| | | ۲,۷۸۲,۷۶۷,۳۰۹,۴۶۳ | ۷۶ | ۲۱۱,۴۹۰,۳۱۵,۵۱۹,۲۰۱ | درون گروهی |
| | | | ۸۰ | ۲۸۵,۳۲۲,۱۸۱,۹۰۰,۱۸۳ | کل |
| .۴۲۳ | ۱,۰۲۰ | ۶,۹۴۴,۴۰۲,۴۹۱,۱۴۴ | ۶ | ۴۱,۶۶۶,۴۱۴,۹۴۶,۸۶۶ | بین گروهی |
| | | ۶,۸۰۸,۵۹۱,۵۸۲,۵۱۸ | ۵۰ | ۳۴۰,۴۲۹,۵۷۹,۱۲۵,۹۱۳ | درون گروهی |
| | | | ۵۶ | ۳۸۲,۰۹۵,۹۹۴,۰۷۲,۷۷۹ | کل |
| <.,.۰۰۱ | ۵,۷۴۵ | ۳۰,۵۲۳,۴۳۳,۲۳۱,۲۵۹ | ۵ | ۱۵۲,۶۱۷,۱۶۶,۱۵۶,۲۹۴ | بین گروهی |
| | | ۵,۳۱۲,۶۰۶,۸۰۱,۶۲۸ | ۷۰ | ۳۷۱,۸۸۲,۴۷۶,۱۱۳,۹۸۸ | درون گروهی |
| | | | ۷۵ | ۵۲۴,۴۹۹,۶۴۲,۲۷۰,۲۸۲ | کل |
| <.,.۰۰۱ | ۱۶,۱۱۰ | ۱۹۱,۰۱۷,۰۳۷,۷۳۲,۶۶۴ | ۷ | ۱,۳۳۷,۱۱۹,۲۶۴,۱۲۸,۶۴۰ | بین گروهی |
| | | ۱۱,۸۵۶,۷۳۳,۷۴۴,۰۴۶ | ۲۱۴ | ۲,۵۳۷,۳۴۱,۰۲۱,۲۲۵,۹۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۲۱ | ۳,۸۷۴,۴۶۰,۲۸۵,۳۵۴,۵۷۰ | کل |
| .۸۷۴ | ۰,۴۰۳ | ۱,۲۰۳,۴۸۸,۲۸۳,۵۳۱ | ۶ | ۷,۲۲۰,۹۲۹,۷۰۱,۱۸۴ | بین گروهی |
| | | ۲,۹۸۷,۸۹۹,۳۵۴,۵۳۳ | ۵۱ | ۱۵۲,۳۸۲,۸۶۷,۰۸۱,۱۹۶ | درون گروهی |
| | | | ۵۷ | ۱۵۹,۶۰۳,۷۹۶,۷۸۲,۳۷۹ | کل |
| <.,.۰۰۱ | ۱۱,۵۹۷ | ۸۹,۹۷۶,۴۲۹,۰۴۱,۲۶۱ | ۷ | ۶۲۹,۸۳۵,۰۰۳,۲۸۸,۸۲۸ | بین گروهی |
| | | ۷,۷۵۸,۴۹۸,۰۵۳,۷۸۸ | ۱۵۸ | ۱,۲۲۵,۸۴۲,۶۹۲,۴۹۸,۴۸۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۶۵ | ۱,۸۵۵,۶۷۷,۶۹۵,۷۸۷,۳۱۰ | کل |
| <.,.۰۰۱ | ۳۱,۲۳۲ | ۶۵,۴۴۸,۲۴۰,۶۷۳,۱۵۷ | ۵ | ۳۲۷,۲۴۱,۲۰۳,۳۶۵,۷۸۵ | بین گروهی |
| | | ۲,۰۹۵,۵۶۶,۲۶۹,۱۶۵ | ۷۹ | ۱۶۵,۵۴۹,۷۳۵,۲۶۴,۰۵۶ | درون گروهی |
| | | | ۸۴ | ۴۹۲,۷۹۰,۹۳۸,۶۲۹,۸۴۱ | کل |
| .۰۰۱ | ۵,۰۸۱ | ۱۰,۳۴۳,۶۶۹,۱۷۸,۸۹۳ | ۵ | ۵۱,۷۱۸,۳۴۵,۸۹۴,۴۶۵ | بین گروهی |
| | | ۲,۰۳۵,۸۸۵,۹۴۲,۴۴۸ | ۵۰ | ۱۰۱,۷۹۴,۲۹۷,۱۲۲,۳۸۲ | درون گروهی |
| | | | ۵۵ | ۱۵۳,۵۱۲,۶۴۳,۰۱۶,۸۴۷ | کل |

جدول ۳۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در چهارده بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|--------------------|-----|---------------------|--------------|
| .۰۰۱ | ۴,۵۴۰ | ۲۶,۶۰۴,۵۷۴,۷۰۶,۲۳۴ | ۶ | ۱۵۹,۶۲۷,۴۴۸,۲۳۷,۴۰۲ | بین گروهی |
| | | ۵,۸۵۹,۴۰۵,۹۹۹,۸۹۷ | ۵۸ | ۳۳۹,۸۴۵,۵۴۷,۹۹۴,۰۰۸ | درون گروهی |
| | | | ۶۴ | ۴۹۹,۴۷۲,۹۹۶,۲۳۱,۴۱۰ | کل |
| .۰۰۱ | ۳,۹۲۶ | ۹,۲۰۹,۱۸۳,۸۵۵,۷۴۵ | ۶ | ۵۵,۲۵۵,۱۰۳,۱۳۴,۴۷۱ | بین گروهی |
| | | ۲,۳۴۵,۸۶۴,۰۷۱,۹۷۳ | ۱۲۵ | ۲۹۳,۲۳۳,۰۰۸,۹۹۶,۶۷۱ | درون گروهی |
| | | | ۱۳۱ | ۳۴۸,۴۸۸,۱۱۲,۱۳۱,۱۴۲ | کل |

نتایج آزمون توکی برای مقایسه واحدهای درون بخش پشتیبان در جدول ۳۱ نمایش داده شده است. ۳۳ مقایسه معنادار بین بیمارستان‌ها نشان داده شده است که در آن‌ها واحدها با ضریب سختی بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند. در ۲ مقایسه نیز واحدهایی با ضریب سختی پایین‌تر دریافتی بالاتر داشته‌اند.

بیشترین اختلافات در بیمارستان ۱۷ (۱۲,۶۶۴,۸۰۱ ریال) وجود داشته است. کمترین اختلاف نیز در بیمارستان ۹ بین گروه‌های ۵ و ۶ (۱,۹۳۱,۹۲۸ ریال) روی داده است. در بیشتر بیمارستان‌ها گروه ۷ شغلی با سایر کارکنان اختلاف معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۳۱: آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۰ | ۴۵۵,۷۶۶ | ۲,۰۹۰,۸۴۹ | ۵ | ۴ | ۹ |
| .۰۰۱ | ۵۳۷,۸۳۷ | (۱,۹۳۱,۹۲۸) | ۶ | ۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱,۳۴۹,۶۱۷ | (۵,۷۴۴,۴۷۵) | ۷ | ۱ | ۱۴ |
| .۰۰۳ | ۱,۵۹۰,۵۳۹ | (۴,۹۰۸,۵۸۶) | ۷ | ۳ | ۱۴ |
| .۰۰۰ | ۹۵۶,۶۵۹ | (۴,۴۷۵,۸۱۴) | ۷ | ۴ | ۱۴ |
| .۰۰۰ | ۱,۰۱۹,۰۹۵ | (۴,۸۳۲,۰۵۹) | ۷ | ۵ | ۱۴ |
| .۰۰۰ | ۱,۱۹۲,۹۰۴ | (۵,۱۰۹,۶۲۶) | ۷ | ۶ | ۱۴ |
| .۰۰۰ | ۱,۷۳۵,۲۹۱ | (۱۲,۰۶۵,۲۴۱) | ۷ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱,۳۶۲,۴۸۲ | (۱۱,۱۷۰,۷۵۴) | ۷ | ۳ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱,۲۲۰,۳۴۹ | (۱۱,۵۶۵,۱۶۲) | ۷ | ۴ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۷۳۰,۶۰۳ | (۲,۸۹۷,۳۴۶) | ۶ | ۵ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱,۲۸۳,۲۶۵ | (۱۲,۶۶۴,۸۰۱) | ۷ | ۵ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱,۳۹۳,۳۶۰ | ۱۲,۳۳۸,۰۲۰ | ۸ | ۷ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱,۱۷۳,۹۴۸ | (۶,۱۳۷,۶۶۵) | ۷ | ۱ | ۲۱ |

جدول ۳۱: آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| ۰.۰۲ | ۱۰۰۷۰.۱۸۸ | (۳.۶۹۹.۱۸۱) | ۵ | ۲ | ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۰۸۸.۲۰۶ | (۶.۸۸۳.۰۳۷) | ۷ | ۲ | ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۰۰۲.۵۷۱ | (۵.۷۹۲.۱۶۶) | ۷ | ۳ | ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۷۰۹.۳۸۰ | (۲.۶۲۸.۲۲۱) | ۵ | ۴ | ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۳۶.۲۸۱ | (۵.۸۱۲.۰۷۷) | ۷ | ۴ | ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۷۰۹.۳۸۰ | ۲.۶۲۸.۲۲۱ | ۴ | ۵ | ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۸۸۱.۹۲۶ | (۳.۱۸۳.۸۵۶) | ۷ | ۵ | ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۹۳.۷۳۴ | (۴.۷۳۱.۵۶۹) | ۷ | ۶ | ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۸۳۵.۷۷۶ | (۸.۲۰۷.۷۳۹) | ۷ | ۱ | ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۷۴۷.۵۴۱ | (۷.۳۵۹.۵۹۰) | ۷ | ۳ | ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۶۶.۷۱۹ | (۷.۵۹۶.۷۱۵) | ۷ | ۴ | ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۷۷.۹۰۴ | (۷.۶۵۱.۳۹۹) | ۷ | ۵ | ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۶۶.۷۱۹ | (۷.۶۰۲.۲۵۳) | ۷ | ۶ | ۲۲ |
| ۰.۰۳ | ۷۱۳.۴۲۲ | (۲.۲۹۹.۷۴۶) | ۷ | ۱ | ۲۳ |
| ۰.۰۱ | ۵۸۹.۰۸۹ | (۲.۱۱۴.۳۷۸) | ۷ | ۴ | ۲۳ |
| ۰.۰۲ | ۶۶۲.۹۹۸ | (۲.۱۸۷.۵۴۹) | ۷ | ۵ | ۲۳ |
| ۰.۰۲ | ۹۶۸.۶۸۲ | (۳.۲۶۳.۷۵۲) | ۷ | ۱ | ۲۸ |
| ۰.۰۳ | ۷۱۵.۴۱۹ | (۲.۲۳۷.۲۷۲) | ۷ | ۵ | ۲۸ |
| ۰.۰۱ | ۹۴۳.۷۸۲ | (۳.۷۵۱.۵۴۷) | ۵ | ۳ | ۳۲ |
| ۰.۰۳ | ۸۱۷.۳۴۰ | (۲.۸۲۸.۶۴۱) | ۷ | ۳ | ۳۲ |

* برای اسامی واحدها به پیوست ۱ مراجعه نمایید.

۴-۸-۳-۷ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان

از میان ۱۸ بیمارستان‌های مورد مطالعه، صرفاً دو بیمارستان دارای داده‌های نوع رابطه استخدامی مناسب برای تجزیه و تحلیل بودند. در میان کارکنان بخش های بالینی یک بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند ($p=0,001$) (جدول ۳۲).

جدول ۳۲: مقایسه وضعیت انواع مختلف رابطه استخدامی در بخش های بالینی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| .Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|-------------------|-----|-----------------------|--------------|
| .۶۳۲ | ۰.۶۹۰ | ۳.۱۷۰.۱۸۷.۳۸۲.۲۱۶ | ۵ | ۱۵.۸۵۰.۹۳۶.۹۱۱.۰۸۲ | بین گروهی |
| | | ۴.۵۹۷.۵۹۱.۱۵۴.۳۴۷ | ۲۶۷ | ۱.۲۲۷.۵۵۶.۸۳۸.۲۱۰.۶۰۰ | درون گروهی |

جدول ۳۲: مقایسه وضعیت انواع مختلف رابطه استخدامی در بخش های بالینی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|-------------------|-----|-----------------------|--------------|
| | | | ۲۷۲ | ۱.۲۴۳.۴۰۷.۷۷۵.۱۲۱.۶۸۰ | کل |
| .۰۰۷ | ۳,۵۸۷ | ۴,۸۸۷,۰۹۴,۱۱۷,۴۸۲ | ۴ | ۱۹,۵۴۸,۳۷۶,۴۶۹,۹۳۰ | بین گروهی |
| | | ۱,۳۶۲,۲۷۶,۲۸۸,۴۸۶ | ۲۶۶ | ۳۶۲,۳۶۵,۴۹۲,۷۳۷,۳۳۵ | درون گروهی |
| | | | ۲۷۰ | ۳۸۱,۹۱۳,۸۶۹,۲۰۷,۲۶۵ | کل |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) در قبل از اجرای برنامه، نشان می دهد که تفاوت های میانگین بین دو گروه ها معنادار است (جدول ۳۳). در یک مورد کارکنان با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بالاتر داشته اند (جدول ...). بیشترین اختلاف (۶۴۹,۸۳۲ ریال) در بیمارستان ۹ و بین گروه های ۲ و ۶ بوده است.

ترتیب کدبندی انواع استخدام بدین شرح بود: ۱- رسمی؛ ۲- پیمانی؛ ۳- طرحی، متعهد به خدمت؛ ۴- قرارداد تبصره ۳، قرارداد معین؛ ۵- قرارداد تبصره ۴، معین غیر حرفه ای؛ ۶- شرکتی، قرارداد اداره کار؛ ۷- پرکیس (مشارکتی) (بر اساس پیوست ۳)

جدول ۳۳: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی در بخش های بالینی قبل از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد استخدامی ۲ | کد استخدامی ۱ | کد بیمارستان |
|------|------------|----------------------|---------------|---------------|--------------|
| .۰۲۰ | ۲۱۱۶۴۵ | ۶۴۹,۸۳۲ | ۶ | ۲ | ۹ |
| .۰۲۱ | ۲۱۱۶۴۵ | -۶۴۴۲۸۳ | ۷ | ۶ | ۹ |

از میان بیمارستان های مورد مطالعه، صرفاً دو بیمارستان دارای داده های بخش های پشتیبان مناسب برای تجزیه و تحلیل بودند. از این میان، در هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده اند (جدول ۳۴).

جدول ۳۴: مقایسه وضعیت انواع رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|--------------------|----|---------------------|--------------|
| .۰۰۷ | ۳,۸۵۸ | ۱۲,۰۳۸,۲۹۷,۶۷۸,۱۵۸ | ۴ | ۴۸,۱۵۳,۱۹۰,۷۱۲,۶۳۱ | بین گروهی |
| | | ۳,۱۲۰,۶۴۴,۶۲۰,۸۸۹ | ۷۶ | ۲۳۷,۱۶۸,۹۹۱,۱۸۷,۵۵۱ | درون گروهی |
| | | | ۸۰ | ۲۸۵,۳۲۲,۱۸۱,۹۰۰,۱۸۳ | کل |
| .۰۲۴ | ۳,۹۴۴ | ۴,۱۴۸,۱۷۴,۲۸۵,۴۶۲ | ۲ | ۸,۲۹۶,۳۴۸,۵۷۰,۹۲۳ | بین گروهی |
| | | ۱,۰۵۱,۷۲۶,۹۸۱,۷۵۲ | ۶۲ | ۶۵,۲۰۷,۰۷۲,۸۶۸,۵۹۸ | درون گروهی |
| | | | ۶۴ | ۷۳,۵۰۳,۴۲۱,۴۳۹,۵۲۱ | کل |

نتایج آزمون توکی نشان می‌دهد که در سه گروه اختلاف معناداری وجود دارد. در دو مورد افراد با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بالاتر و در یک مورد بلعکس بوده است. بیشترین میزان اختلاف (۳,۲۷۸,۵۷۳ ریال) در بیمارستان ۹ و بید کدهای ۲ و ۴ بوده است. در این دو بیمارستان همواره گروه پیمانی از گروه‌های ۴ (قرارداد تبصره ۳، قرارداد معین) و ۵ (قرارداد تبصره ۴، معین غیر حرفه ای) دریافتی بیشتری داشته‌اند ولی از گروه ۶ (شرکتی، قرارداد اداره کار) دریافتی کمتری داشته است.

جدول ۳۵: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی قبل از اجرای

برنامه

| کد بیمارستان | کد استخدامی ۱ | کد استخدامی ۲ | اختلاف میانگین (۱-۲) | خطای معیار | Sig |
|--------------|---------------|---------------|----------------------|------------|------|
| ۹ | ۲ | ۴ | ۳,۲۷۸,۵۷۳ | ۱۰۸۱,۷۷۷ | ۰,۰۲ |
| ۹ | ۲ | ۷ | ۲,۲۱۹,۸۲۶ | ۶۸۸,۷۸۳ | ۰,۰۱ |
| ۲۸ | ۲ | ۶ | -۱,۴۷۳,۶۰۸ | ۵۴۸,۱۷۳ | ۰,۲ |

۴-۸-۳-۸ دریافتی کارکنان به تفکیک شغل

در میان ۱۲ بیمارستان که داده کافی برای تجزیه و تحلیل داشتند، در ۸ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش های بالینی کار می‌کنند، مشاهده می‌شود (جدول ۳۶).

جدول ۳۶: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۲ بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|--------------------|-----|-----------------------|--------------|
| .۶۵۰ | ۰,۵۴۸ | ۲,۱۵۴,۵۴۴,۱۶۷,۰۶۳ | ۳ | ۶,۴۶۳,۶۳۲,۵۰۱,۱۸۸ | بین گروهی |
| | | ۳,۹۳۲,۳۳۹,۴۳۹,۶۹۷ | ۱۴۳ | ۵۶۲,۳۲۴,۵۳۹,۸۷۶,۶۷۵ | درون گروهی |
| | | | ۱۴۶ | ۵۶۸,۷۸۸,۱۷۲,۳۷۷,۸۶۳ | کل |
| .۹۱۴ | ۰,۰۱۲ | ۵۲,۵۵۷,۴۵۲,۳۵۵ | ۱ | ۵۲,۵۵۷,۴۵۲,۳۵۵ | بین گروهی |
| | | ۴,۴۸۳,۶۹۲,۸۱۰,۰۶۸ | ۲۵۵ | ۱,۱۴۳,۳۴۱,۶۶۶,۵۶۷,۴۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۵۶ | ۱,۱۴۳,۳۹۴,۲۲۴,۰۱۹,۷۸۰ | کل |
| .۰۱۰ | ۳,۳۹۳ | ۴,۷۰۳,۶۴۲,۹۸۵,۴۲۳ | ۴ | ۱۸,۸۱۴,۵۷۱,۹۴۱,۶۹۱ | بین گروهی |
| | | ۱,۳۸۶,۳۹۱,۸۲۴,۵۶۸ | ۲۳۵ | ۳۲۵,۸۰۲,۰۷۸,۷۷۳,۴۶۳ | درون گروهی |
| | | | ۲۳۹ | ۳۴۴,۶۱۶,۶۵۰,۷۱۵,۱۵۴ | کل |
| .۰۸۰ | ۲,۱۹۹ | ۱۳,۵۳۷,۴۲۵,۱۰۲,۹۱۳ | ۴ | ۵۴,۱۴۹,۷۰۰,۴۱۱,۶۵۲ | بین گروهی |
| | | ۶,۱۵۷,۵۱۰,۶۰۲,۴۲۴ | ۶۱ | ۳۷۵,۶۰۸,۱۴۶,۷۴۷,۸۵۵ | درون گروهی |
| | | | ۶۵ | ۴۲۹,۷۵۷,۸۴۷,۱۵۹,۵۰۷ | کل |

| | | | | | | |
|------|--------|---------------------|-----|-----------------------|------------|----|
| .۰۰۴ | ۵,۹۴۶ | ۲۴,۶۳۵,۷۶۵,۲۰۲,۵۱۰ | ۲ | ۴۹,۲۷۱,۵۳۰,۴۰۵,۰۲۱ | بین گروهی | ۱۴ |
| | | ۴,۱۴۳,۵۴۲,۱۱۸,۰۶۱ | ۱۱۳ | ۴۶۸,۲۲۰,۲۵۹,۳۴۰,۸۵۶ | درون گروهی | |
| | | | ۱۱۵ | ۵۱۷,۴۹۱,۷۸۹,۷۴۵,۸۷۶ | کل | |
| .۰۰۰ | ۳۸,۶۰۸ | ۶۲۱,۶۹۳,۴۰۶,۳۴۷,۲۸۲ | ۱ | ۶۲۱,۶۹۳,۴۰۶,۳۴۷,۲۸۲ | بین گروهی | ۱۹ |
| | | ۱۶,۱۰۲,۶۳۵,۹۷۴,۹۴۷ | ۳۰۹ | ۴,۹۷۵,۷۱۴,۵۱۶,۲۵۸,۶۵۰ | درون گروهی | |
| | | | ۳۱۰ | ۵,۵۹۷,۴۰۷,۹۲۲,۶۰۵,۹۴۰ | کل | |
| .۵۵۷ | ۰,۳۴۶ | ۷,۳۵۲,۷۸۷,۲۹۰,۲۶۱ | ۱ | ۷,۳۵۲,۷۸۷,۲۹۰,۲۶۱ | بین گروهی | ۲۰ |
| | | ۲۱,۲۳۷,۵۳۶,۴۳۶,۰۱۹ | ۱۵۸ | ۳,۳۵۵,۵۳۰,۷۵۶,۸۹۱,۰۱۰ | درون گروهی | |
| | | | ۱۵۹ | ۳,۳۶۲,۸۸۳,۵۴۴,۱۸۱,۲۷۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۱۳,۱۵۰ | ۶۶,۰۷۸,۱۳۳,۴۲۹,۸۷۲ | ۳ | ۱۹۸,۲۳۴,۴۰۰,۲۸۹,۶۱۶ | بین گروهی | ۲۲ |
| | | ۵,۰۲۴,۹۸۷,۷۹۲,۳۵۱ | ۱۲۱ | ۶۰۸,۰۲۳,۵۲۲,۸۷۴,۴۲۴ | درون گروهی | |
| | | | ۱۲۴ | ۸۰۶,۲۵۷,۹۲۳,۱۶۴,۰۳۹ | کل | |
| .۰۹۰ | ۲,۴۷۵ | ۲۱,۸۳۲,۶۹۹,۰۵۱,۸۸۹ | ۲ | ۴۳,۶۶۵,۳۹۸,۱۰۳,۷۷۹ | بین گروهی | ۲۶ |
| | | ۸,۸۲۲,۴۷۱,۳۳۸,۹۵۸ | ۹۲ | ۸۱۱,۶۶۷,۳۶۳,۱۸۴,۱۲۸ | درون گروهی | |
| | | | ۹۴ | ۸۵۵,۳۳۲,۷۶۱,۲۸۷,۹۰۷ | کل | |
| .۰۰۰ | ۷,۰۶۲ | ۱۸,۱۴۶,۰۱۵,۹۳۳,۷۳۸ | ۴ | ۷۲,۵۸۴,۰۶۳,۷۳۴,۹۵۳ | بین گروهی | ۲۸ |
| | | ۲,۵۶۹,۷۰۲,۰۵۲,۵۴۶ | ۲۲۵ | ۵۷۸,۱۸۲,۹۶۱,۸۲۲,۷۷۶ | درون گروهی | |
| | | | ۲۲۹ | ۶۵۰,۷۶۷,۰۲۵,۵۵۷,۷۲۹ | کل | |
| .۰۰۱ | ۵,۵۶۳ | ۵۵,۰۰۳,۳۸۴,۶۱۳,۱۱۶ | ۳ | ۱۶۵,۰۱۰,۱۵۳,۸۳۹,۳۴۷ | بین گروهی | ۳۲ |
| | | ۹,۸۸۷,۳۵۵,۹۴۷,۷۶۳ | ۶۰۵ | ۵,۹۸۱,۸۵۰,۳۴۸,۳۹۶,۵۴۰ | درون گروهی | |
| | | | ۶۰۸ | ۶,۱۴۶,۸۶۰,۵۰۲,۲۳۵,۸۹۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۲۷,۶۰۰ | ۱۰۲,۰۰۴,۰۹۲,۵۱۲,۵۷۹ | ۱ | ۱۰۲,۰۰۴,۰۹۲,۵۱۲,۵۷۹ | بین گروهی | ۳۳ |
| | | ۳,۶۹۵,۸۱۷,۷۳۷,۲۲۵ | ۷۹ | ۲۹۱,۹۶۹,۶۰۱,۲۴۰,۷۵۶ | درون گروهی | |
| | | | ۸۰ | ۳۹۳,۹۷۳,۶۹۳,۷۵۳,۳۳۵ | کل | |

نتایج آزمون توکی در این ۱۲ بیمارستان، ۱۰ مقایسه با تفاوت معناداری بین دریافتی‌های انواع شغل‌ها را نشان می‌دهد. همواره شغل‌های با مسئولیت بالاتر دریافتی بیشتری نسبت به شغل‌های با مسئولیت پایین‌تر داشته‌اند (جدول ۳۷).

جدول ۳۷: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش‌های بالینی قبل از اجرای برنامه

| کد بیمارستان | شغل ۱* | شغل ۲ | اختلاف میانگین (۱-۲) | خطای معیار | Sig. |
|--------------|--------|-------|----------------------|------------|------|
| ۹ | ۲ | ۴ | ۱,۴۲۰,۵۹۶ | ۴۰۳,۳۰۵ | .۰۰۵ |

| | | | | | |
|------|-----------|-----------|---|---|----|
| .۰۳۶ | ۴۲۷.۰۱۰ | ۱.۲۲۶.۳۷۸ | ۸ | ۲ | ۹ |
| .۰۰۶ | ۵۶۴.۷۵۹ | ۱.۷۷۴.۷۸۵ | ۸ | ۴ | ۱۴ |
| .۰۱۰ | ۱.۰۸۳.۴۸۰ | ۳.۲۵۴.۸۱۳ | ۶ | ۴ | ۲۱ |
| .۰۲۱ | ۱.۱۵۱.۲۹۰ | ۳.۱۴۲.۰۵۵ | ۸ | ۴ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۳۷۱.۹۲۴ | ۱.۵۷۱.۴۲۹ | ۶ | ۴ | ۲۸ |
| .۰۰۲ | ۲۹۵.۵۳۶ | ۱.۱۰۴.۲۸۷ | ۸ | ۴ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۷۷۶.۲۷۴ | ۳.۱۶۸.۶۹۹ | ۴ | ۲ | ۳۲ |
| .۰۰۲ | ۸۴۲.۶۲۵ | ۳.۰۷۸.۶۵۱ | ۵ | ۲ | ۳۲ |
| .۰۰۳ | ۸۹۷.۹۵۴ | ۳.۱۳۷.۳۹۸ | ۷ | ۲ | ۳۲ |

* برای مشاهده کدها به پیوست ۱ مراجعه شود

در میان ۱۰ بیمارستان که داده کافی برای تجزیه و تحلیل داشتند، در ۷ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش‌های پشتیبان کار می‌کنند، مشاهده می‌شود (جدول ۳۹).

جدول ۳۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در واحدهای پشتیبان ۱۰ بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|--------|---------------------|-----|---------------------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱۵,۴۷۱ | ۶۵,۹۱۸,۴۱۰,۸۹۹,۲۲۹ | ۴ | ۲۶۳,۶۷۳,۶۴۳,۵۹۶,۹۱۵ | بین گروهی |
| | | ۴,۲۶۰,۷۰۲,۲۰۰,۲۵۲ | ۶۷ | ۲۸۵,۴۶۷,۰۴۷,۴۱۶,۹۰۷ | درون گروهی |
| | | | ۷۱ | ۵۴۹,۱۴۰,۶۹۱,۰۱۳,۸۲۱ | کل |
| .۹۶۶ | ۰,۰۳۵ | ۲۰۸,۴۱۳,۱۵۳,۴۸۲ | ۲ | ۴۱۶,۸۲۶,۳۰۶,۹۶۴ | بین گروهی |
| | | ۶,۰۱۱,۳۲۸,۳۴۳,۷۷۱ | ۱۳۴ | ۸۰۵,۵۱۷,۹۹۸,۰۶۵,۲۸۵ | درون گروهی |
| | | | ۱۳۶ | ۸۰۵,۹۳۴,۸۲۴,۳۷۲,۲۴۹ | کل |
| .۰۰۰ | ۱۴,۰۰۰ | ۳۷,۶۸۴,۴۷۱,۰۹۰,۱۴۲ | ۲ | ۷۵,۳۶۸,۹۴۲,۱۸۰,۲۸۴ | بین گروهی |
| | | ۲,۶۹۱,۷۰۸,۲۰۱,۵۳۷ | ۷۸ | ۲۰۹,۹۵۳,۲۳۹,۷۱۹,۸۹۹ | درون گروهی |
| | | | ۸۰ | ۲۸۵,۳۲۲,۱۸۱,۹۰۰,۱۸۳ | کل |
| .۰۰۵ | ۴,۱۹۳ | ۲۳,۲۹۶,۰۳۵,۵۹۰,۹۲۷ | ۴ | ۹۳,۱۸۴,۱۴۲,۳۶۳,۷۰۷ | بین گروهی |
| | | ۵,۵۵۵,۹۹۷,۱۴۸,۲۵۱ | ۵۲ | ۲۸۸,۹۱۱,۸۵۱,۷۰۹,۰۷۲ | درون گروهی |
| | | | ۵۶ | ۳۸۲,۰۹۵,۹۹۴,۰۷۲,۷۷۹ | کل |
| .۰۰۰ | ۲۵,۵۳۷ | ۱۰۱,۵۷۲,۸۷۷,۹۷۳,۳۲۴ | ۲ | ۲۰۳,۱۴۵,۷۵۵,۹۴۶,۶۴۸ | بین گروهی |
| | | ۳,۹۷۷,۴۱۹,۱۷۸,۷۰۶ | ۶۱ | ۲۴۲,۶۲۲,۵۶۹,۹۰۱,۰۹۰ | درون گروهی |
| | | | ۶۳ | ۴۴۵,۷۶۸,۳۲۵,۸۴۷,۷۳۸ | کل |
| .۰۰۳ | ۶,۶۴۶ | ۱۵,۵۳۳,۱۳۰,۵۴۰,۳۴۲ | ۲ | ۳۱,۰۶۶,۲۶۱,۰۸۰,۶۸۵ | بین گروهی |
| | | ۲,۳۳۷,۰۴۶,۱۰۳,۶۶۷ | ۵۵ | ۱۲۸,۵۳۷,۵۳۵,۷۰۱,۶۹۵ | درون گروهی |

جدول ۳۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در واحدهای پشتیبان ۱۰ بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|--------|---------------------|-----|-----------------------|--------------|
| | | | ۵۷ | ۱۵۹,۶۰۳,۷۹۶,۷۸۲,۳۷۹ | کل |
| .۰۰۰ | ۴۱,۵۹۸ | ۱۸۵,۰۴۶,۵۲۸,۹۱۱,۵۶۶ | ۶ | ۱,۱۱۰,۲۷۹,۱۷۳,۴۶۹,۳۹۰ | بین گروهی |
| | | ۴,۴۴۸,۴۶۳,۹۲۸,۷۵۳ | ۱۴۸ | ۶۵۸,۳۷۲,۶۶۱,۴۵۵,۵۱۶ | درون گروهی |
| | | | ۱۵۴ | ۱,۷۶۸,۶۵۱,۸۳۴,۹۲۴,۹۱۰ | کل |
| .۵۰۷ | ۰,۴۴۳ | ۲,۶۱۷,۹۴۳,۴۹۷,۲۶۱ | ۱ | ۲,۶۱۷,۹۴۳,۴۹۷,۲۶۱ | بین گروهی |
| | | ۵,۹۰۵,۶۹۸,۷۳۶,۵۳۷ | ۸۳ | ۴۹۰,۱۷۲,۹۹۵,۱۳۲,۵۸۰ | درون گروهی |
| | | | ۸۴ | ۴۹۲,۷۹۰,۹۳۸,۶۲۹,۸۴۱ | کل |
| .۰۸۰ | ۲,۶۳۵ | ۱۹,۵۶۵,۲۲۴,۴۷۹,۸۷۴ | ۲ | ۳۹,۱۳۰,۴۴۸,۹۵۹,۷۴۷ | بین گروهی |
| | | ۷,۴۲۴,۸۷۹,۷۹۴,۷۰۴ | ۶۲ | ۴۶۰,۳۴۲,۵۴۷,۲۷۱,۶۶۳ | درون گروهی |
| | | | ۶۴ | ۴۹۹,۴۷۲,۹۹۶,۲۳۱,۴۱۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۶,۶۷۷ | ۱۵,۷۱۸,۳۳۵,۴۰۲,۴۸۸ | ۳ | ۴۷,۱۵۵,۰۰۶,۲۰۷,۴۶۵ | بین گروهی |
| | | ۲,۳۵۴,۱۶۴,۸۹۰,۰۲۹ | ۱۲۸ | ۳۰۱,۳۳۳,۱۰۵,۹۲۳,۶۷۷ | درون گروهی |
| | | | ۱۳۱ | ۳۴۸,۴۸۸,۱۱۲,۱۳۱,۱۴۲ | کل |

نتایج آزمون توکی بین ۲۲ مورد اختلاف معنادار نشان می‌دهد. در ۲۱ مورد از این موارد همواره افراد با امتیاز شغل بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند و در یک مورد بلعکس بوده است (جدول ۴۰). بیشترین اختلاف در بیمارستان ۲۲ (۸,۲۰۷,۷۳۹ ریال بین کدهای ۱ و ۷) و کمترین اختلاف در بیمارستان ۹ (۱,۹۳۱,۹۲۸ ریال بین کدهای ۵ و ۶) بوده است (جدول ۴۰).

جدول ۴۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش‌های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین‌ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| .۰۰۰ | ۴۵۵۷۶۶,۰ | (۲,۰۹۰,۸۴۹) | ۴ ۵ ۹ | |
| .۰۰۱ | ۵۳۷۸۳۷,۳ | (۱,۹۳۱,۹۲۸) | ۶ ۵ ۹ | |
| .۰۰۰ | ۱۳۴۹۶۱۶,۷ | (۵,۷۴۴,۴۷۵) | ۷ ۱ ۱۴ | |
| .۰۰۳ | ۱۵۹۰۵۳۸,۵ | (۴,۹۰۸,۵۸۶) | ۷ ۳ ۱۴ | |
| .۰۰۰ | ۹۵۶۶۵۹,۳ | (۴,۴۷۵,۸۱۴) | ۷ ۴ ۱۴ | |
| .۰۰۰ | ۱۰۱۹۰۹۵,۰ | (۴,۸۳۲,۰۵۹) | ۷ ۵ ۱۴ | |
| .۰۰۰ | ۱۱۹۲۹۰۳,۹ | (۵,۱۰۹,۶۲۶) | ۷ ۶ ۱۴ | |
| .۰۰۰ | ۱۱۷۳۹۴۸,۲ | (۶,۱۳۷,۶۶۵) | ۷ ۱ ۲۱ | |
| .۰۰۲ | ۱۰۷۰۱۸۷,۹ | (۳,۶۹۹,۱۸۱) | ۵ ۲ ۲۱ | |

جدول ۴۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی قبل از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| ۰.۰۰ | ۱۰۸۸۲۰۵,۸ | (۶,۸۸۳,۰۳۷) | ۷ | ۲ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۰۲۵۷۱,۵ | (۵,۷۹۲,۱۶۶) | ۷ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۷۰۹۳۷۹,۷ | (۲,۶۲۸,۲۲۱) | ۵ | ۴ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۳۶۲۸۰,۷ | (۵,۸۱۲,۰۷۷) | ۷ | ۴ ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۸۸۱۹۲۶,۵ | (۳,۱۸۳,۸۵۶) | ۷ | ۵ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۹۳۷۳۳,۸ | (۴,۷۳۱,۵۶۹) | ۷ | ۶ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۸۳۵۷۷۶,۳ | (۸,۲۰۷,۷۳۹) | ۷ | ۱ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۷۴۷۵۴۱,۱ | (۷,۳۵۹,۵۹۰) | ۷ | ۳ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۶۶۷۱۸,۹ | (۷,۵۹۶,۷۱۵) | ۷ | ۴ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۷۷۹۰۴,۱ | (۷,۶۵۱,۳۹۹) | ۷ | ۵ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۶۶۶۷۱۸,۹ | (۷,۶۰۲,۲۵۳) | ۷ | ۶ ۲۲ |
| ۰.۰۲ | ۹۶۸۶۸۲,۴ | (۳,۲۶۳,۷۵۲) | ۷ | ۱ ۲۸ |
| ۰.۰۳ | ۷۱۵۴۱۹,۴ | (۲,۲۳۷,۲۷۲) | ۷ | ۵ ۲۸ |

۴-۸-۴- داده‌های ۱۸ بیمارستان بعد از اجرای برنامه

در این مرحله، منطبق با داده‌های قبل، اطلاعات کارکنان ۱۸ بیمارستان وارد تجزیه و تحلیل شدند. میانگین دریافتی ۱۴۱۲۲ کارمند ۱۲,۱۵۱,۹۰۷ و انحراف معیار آن ۸,۱۲۶,۷۱۸ ریال بوده است. در ادامه تجزیه و تحلیل این داده‌ها بر اساس متغیر مورد بررسی آورده شده است.

۴-۸-۴-۱ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

در میان کارکنان ۱۸ بیمارستان، میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی به طور معناداری بیشتر از میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های درمانی بوده است ($p < 0,001$). میزان این اختلاف ۱,۹۸۸,۴۸۳ ریال بود.

جدول ۴۱: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان بعد از اجرای برنامه

| Sig | انحراف معیار | میانگین | تعداد | نوع فعالیت بیمارستان | زمان |
|--------|--------------|------------|-------|-----------------------|------|
| <0,001 | ۸,۲۱۳,۷۲۵ | ۱۲,۴۷۷,۵۹۵ | ۱۱۸۰۹ | آموزشی درمانی، پژوهشی | قبل |
| | ۷,۴۵۰,۰۴۲ | ۱۰,۴۸۹,۱۱۲ | ۲۳۱۳ | درمانی | |

۴-۸-۴-۲ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان

بعد از اجرای برنامه، میانگین دریافتی کارکنان بیمارستان‌های عمومی به طور معناداری از دریافتی کارکنان بیمارستان‌های تک تخصصی بیشتر است ($pvalue < 0,001$). به علاوه بین انواع تخصص‌های بیمارستان‌های تک تخصصی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

بیمارستان‌های تک تخصصی، کارکنان بیمارستان‌های سرطان و انکولوژی، اطفال، روان پزشکی، چشم پزشکی، زنان و زایمان و سوانح و سوختگی به ترتیب بیشترین دریافتی‌ها را داشته‌اند (جدول ۴۲).

جدول ۴۲: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

| Sig | انحراف معیار | میانگین | تعداد کارکنان | تخصص بیمارستان | گروه |
|--------|--------------|------------|---------------|------------------|----------|
| <0,001 | ۱,۰۳۲۵,۰۶۵ | ۱۳,۵۲۰,۴۳۸ | ۲۲۳ | اطفال | تک تخصصی |
| | ۸,۸۳۴,۸۵۴ | ۱۱,۹۲۳,۷۰۱ | ۳۸۸ | چشم پزشکی | |
| | ۱۰,۷۵۷,۲۲۴ | ۱۲,۱۰۱,۴۲۰ | ۲۳۴ | روان پزشکی | |
| | ۷,۹۹۲,۱۲۰ | ۹,۷۶۵,۲۸۷ | ۳۳۶ | زنان و زایمان | |
| | ۷,۴۳۶,۶۶۷ | ۱۸,۱۸۶,۶۸۵ | ۱۷۹ | سرطان و انکولوژی | |
| | ۵,۶۹۵,۸۱۶ | ۶,۲۴۴,۵۶۰ | ۳۱۲ | سوانح و سوختگی | |

جدول ۴۲: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل از اجرای برنامه

| گروه | تخصص بیمارستان | تعداد کارکنان | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|-------|----------------|---------------|------------|--------------|-------|
| عمومی | کل تک تخصصی | ۱۶۷۲ | ۱۱,۳۳۸,۵۴۲ | ۹,۱۸۰,۰۴۲ | <.۰۰۱ |
| | عمومی | ۱۲۴۵۰ | ۱۲,۲۶۱,۱۴۰ | ۷,۹۶۸,۷۶۰ | |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) ۱۲ گروه با اختلاف معنادار را نشان می‌دهد. بیشترین اختلاف بین بیمارستان‌های زنان و زایمان و سوانح و سوختگی بوده است (جدول ۴۳).

جدول ۴۳: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تخصص بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| کد تخصص | تفاوت میانگین‌ها* | انحراف معیار | Sig. |
|------------------|-------------------|--------------|-------|
| اطفال | زنان و زایمان | ۳,۷۵۵,۱۵۱ | .۰۰۰ |
| اطفال | سرطان و انکولوژی | (۴,۶۶۶,۲۴۸) | .۰۰۰ |
| | سوانح و سوختگی | ۷,۲۷۵,۸۷۸ | .۰۰۰۰ |
| چشم | زنان و زایمان | ۲,۱۵۸,۴۱۴ | .۰۱۰ |
| | سرطان و انکولوژی | (۶,۲۶۲,۹۸۴) | .۰۰۰۰ |
| چشم | سوانح و سوختگی | ۵,۶۷۹,۱۴۱ | .۰۰۰۰ |
| روان‌پزشکی | زنان و زایمان | ۲,۳۳۶,۱۳۳ | .۰۱۷ |
| | سرطان و انکولوژی | (۶,۰۸۵,۲۶۵) | .۰۰۰ |
| روان‌پزشکی | سوانح و سوختگی | ۵,۸۵۶,۸۶۰ | .۰۰۰۰ |
| زنان و زایمان | سرطان و انکولوژی | (۸,۴۲۱,۳۹۸) | .۰۰۰۰ |
| | سوانح و سوختگی | ۳,۵۲۰,۷۲۷ | .۰۰۰ |
| سرطان و انکولوژی | سوانح و سوختگی | ۱۱,۹۴۲,۱۲۵ | .۰۰۰۰ |

۴-۸-۴-۳ دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

در میان ۵ گروه کارکنان که بیمارستان آن‌ها بر اساس تعداد تخت دسته‌بندی شده بود، کارکنان بیمارستان‌هایی گروه سوم بیشترین (۱۳,۹۵۴,۴۷۸ ریال) و کارکنان بیمارستان‌های گروه یک کمترین (۱۰,۳۵۸,۷۱۵ ریال) دریافتی را داشته‌اند.

میزان دریافتی‌ها در بیمارستان‌هایی با تعداد تخت متفاوت، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد (pvalue<.۰۰۱) و گروه سوم، پنجم، دوم و اول به ترتیب بیشترین دریافتی را داشته‌اند (جدول ۴۴).

جدول ۴۴: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان بعد از اجرای برنامه

| گروه | تعداد تخت | تعداد کارکنان | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|------|--------------|---------------|------------|--------------|--------|
| یک | ۱-۱۰۰ | ۱۹۹۹ | ۱۰,۳۵۸,۷۱۵ | ۸,۲۵۲,۵۷۰ | <۰,۰۰۱ |
| دو | ۱۰۱-۲۵۰ | ۲۳۸۵ | ۱۱,۳۱۵,۶۴۲ | ۷,۵۸۸,۵۷۷ | |
| سه | ۲۵۱-۴۰۰ | ۴۰۶۳ | ۱۳,۹۵۴,۴۷۸ | ۸,۸۳۷,۴۵۶ | |
| چهار | ۴۰۱-۵۵۰ | - | - | - | |
| پنج | بالتر از ۵۵۱ | ۵۷۰۲ | ۱۱,۸۴۱,۹۵۶ | ۷,۵۱۲,۱۹۲ | |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) نشان می‌دهند که تفاوت‌های میانگین دریافتی کارکنان در بین انواع بیمارستان معناداری هستند ($pvalue < 0,001$). بیشترین اختلاف معنادار بین بیمارستان گروه یک و سه است (جدول ۴۵).

جدول ۴۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی به تفکیک تعداد تخت بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| تعداد تخت | تفاوت میانگین‌ها* | انحراف معیار | Sig. |
|-----------|-------------------|--------------|--------|
| ۱ | ۲ | ۲۴۴,۱۹۳ | ۰,۰۰۱ |
| | ۳ | ۲۱۹,۴۳۰ | <۰,۰۰۱ |
| | ۵ | ۲۰۸,۷۷۲ | <۰,۰۰۱ |
| ۲ | ۳ | ۲۰۷,۹۳۳ | <۰,۰۰۱ |
| | ۵ | ۱۹۶,۶۵۳ | ۰,۰۰۳ |
| ۳ | ۵ | ۱۶۴,۸۹۸ | <۰,۰۰۱ |

یک: ۱-۱۰۰ تخت؛ دو: ۱۰۱-۲۵۰ تخت؛ سه: ۲۵۱-۴۰۰ تخت؛ پنج: بالاتر از ۵۵۱ تخت
*: در نمونه اول برای مثال ۱-۲.

۴-۸-۴-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی

بعد از اجرای برنامه، دریافتی کارکنان ۱۲ بیمارستان در بخش های بالینی (۱۲,۲۳۳,۸۰۳ ریال) و در بخش های پشتیبان (۱۲,۰۶۳,۴۷۴ ریال) بوده است که تفاوت بین آن‌ها معنادار نبوده است. در میان این ۱۲ بیمارستان در ۷ بیمارستان اختلاف معناداری بین بخش های پشتیبان و بالینی بوده است که در ۴ از آن‌ها (کدهای ۲، ۱۷، ۱۹ و ۲۸) بخش بالینی از پشتیبان دریافتی بیشتر داشته است (جدول ۴۶).

جدول ۴۶: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی بعد از اجرای برنامه

| کد بیمارستان | بخش | تعداد | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|-----------------|----------|-------|------------|--------------|------|
| کل ۱۲ بیمارستان | پشتیبانی | ۶۷۹۰ | ۱۲,۰۶۳,۴۷۴ | ۸,۷۵۹,۶۶۳ | ۰,۲ |
| | بالینی | ۷۳۳۲ | ۱۲,۲۳۳,۸۰۳ | ۷,۴۹۲,۷۰۷ | |

جدول ۴۶: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | انحراف معیار | میانگین | تعداد | بخش | کد بیمارستان |
|--------|--------------|------------|-------|----------|--------------|
| <۰,۰۰۱ | ۱۲,۵۱۹,۶۶۴ | ۱۲,۷۰۰,۲۳۹ | ۹۰ | پشتیبانی | ۱ |
| | ۵,۱۰۶,۵۶۴ | ۸,۶۹۱,۵۲۴ | ۲۴۶ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۴,۳۰۶,۲۵۵ | ۷,۲۴۸,۱۸۴ | ۱۶۳ | پشتیبانی | ۲ |
| | ۴,۹۳۹,۵۰۵ | ۹,۴۸۳,۹۵۶ | ۲۰۳ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۷,۸۴۶,۴۸۸ | ۱۲,۲۳۷,۰۲۵ | ۲۶۷۷ | پشتیبانی | ۹ |
| | ۴,۹۴۹,۰۸۰ | ۹,۶۵۸,۴۲۳ | ۳۸۵ | بالینی | |
| ۰,۹ | ۹,۰۳۹,۵۹۲ | ۱۸,۲۱۷,۵۱۷ | ۵۷ | پشتیبانی | ۱۲ |
| | ۶,۵۹۸,۲۹۸ | ۱۸,۱۷۲,۲۸۱ | ۱۲۲ | بالینی | |
| ۰,۰۸ | ۱۰,۴۹۶,۴۸۶ | ۱۳,۱۷۰,۵۸۹ | ۱۱۰ | پشتیبانی | ۱۴ |
| | ۸,۰۵۲,۰۰۹ | ۱۱,۴۳۰,۳۲۹ | ۲۷۸ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۱۳,۹۳۹,۰۱۵ | ۱۴,۷۶۲,۲۰۰ | ۳۰۴ | پشتیبانی | ۱۷ |
| | ۱۰,۷۶۷,۹۶۶ | ۱۸,۳۹۹,۰۲۵ | ۴۹۸ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۹,۲۰۸,۸۴۰ | ۱۲,۴۰۰,۷۸۷ | ۳۴۴ | پشتیبانی | ۱۹ |
| | ۸,۲۳۴,۱۷۵ | ۱۵,۵۰۳,۹۷۹ | ۵۵۳ | بالینی | |
| ۰,۰۶ | ۶,۰۰۷,۸۵۴ | ۹,۸۶۲,۳۲۳ | ۷۲ | پشتیبانی | ۲۰ |
| | ۳,۷۷۳,۸۹۵ | ۸,۷۳۹,۵۱۲ | ۲۲۷ | بالینی | |
| ۰,۲ | ۱۳,۷۷۶,۹۲۸ | ۱۲,۵۵۲,۲۲۴ | ۸۲ | پشتیبانی | ۲۲ |
| | ۷,۶۳۹,۶۸۴ | ۱۴,۰۸۳,۵۱۳ | ۱۴۱ | بالینی | |
| ۰,۳ | ۸,۵۴۳,۹۶۲ | ۷,۰۷۲,۸۶۰ | ۹۴ | پشتیبانی | ۲۳ |
| | ۵,۷۴۰,۸۵۱ | ۸,۰۱۲,۰۴۳ | ۱۰۱ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۵,۷۳۸,۶۳۲ | ۸,۱۵۳,۴۷۷ | ۸۴ | پشتیبانی | ۲۶ |
| | ۵,۵۲۸,۲۰۲ | ۵,۵۴۱,۲۷۵ | ۲۲۸ | بالینی | |
| <۰,۰۰۱ | ۶,۳۸۵,۳۸۸ | ۱۱,۴۷۲,۱۵۴ | ۱۲۶ | پشتیبانی | ۲۸ |
| | ۷,۰۵۹,۷۳۹ | ۱۴,۵۲۹,۶۳۱ | ۳۹۲ | بالینی | |

۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی

بعد از اجرای برنامه، مقایسه بخش های بالینی مختلف درون ۱۵ بیمارستان نشان می دهد که در ۱۳ بیمارستان تفاوت های معنادار بین برخی از بخش های بالینی با یکدیگر وجود داشته است (جدول ۴۷).

جدول ۴۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان | |
|---------|--------|------------------------------------|-----------------|--|--------------|------------|
| | | | | | بین گروهی | درون گروهی |
| | ۳.۰۹ | ۷۶۰۴۶۰۶۱۸۴۸۹۰۶ ۲۴۶۰۷۳۱۷۰۳۴۴۲۸ | ۷ ۲۳۸ ۲۴۵ | ۵۳۲۳۲۲۴۳۲۹۴۲۳۴۱ ۵۸۵۶۵۴۱۴۵۴۱۹۳۹۲۰ ۶۳۸۸۸۶۳۸۸۷۱۳۶۲۶۰ | ۱ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۱۸.۶۶ | ۲۹۸۶۱۷۵۶۱۴۲۹۴۵۵ ۱۶۰۰۴۲۵۵۷۷۰۱۴۸ | ۶ ۱۹۶ ۲۰۲ | ۱۷۹۱۷۰۵۳۶۸۵۷۶۷۳۰ ۳۱۳۶۸۳۴۱۳۰۹۴۹۰۱۰ ۴۹۲۸۵۳۹۴۹۹۵۲۵۷۴۰ | ۲ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۵.۵۶ | ۳۱۸۴۹۷۹۸۶۱۹۰۲۹۸ ۵۷۲۶۴۲۴۴۲۶۸۳۸۰ | ۸ ۴۵۳ ۴۶۱ | ۲۵۴۷۹۸۳۸۸۹۵۲۲۳۸۰ ۲۵۹۴۰۷۰۲۶۵۳۵۷۶۳۰۰ ۲۸۴۸۸۶۸۶۵۴۳۰۹۸۶۰۰ | ۳ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| . . ۴۵ | . . ۵۶ | ۱۳۷۹۵۳۲۳۵۵۸۸۰۸ ۲۴۵۲۱۳۲۷۳۱۰۳۶۴ | ۱ ۳۸۳ ۳۸۴ | ۱۳۷۹۵۳۲۳۵۵۸۸۰۸ ۹۳۹۱۶۶۸۳۵۹۸۶۹۴۶۰ ۹۴۰۵۴۶۳۶۸۳۴۲۸۲۷۰ | ۹ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۵.۷۷ | ۲۰۳۱۹۳۴۶۱۶۹۰۵۹۱ ۳۵۲۰۷۶۵۶۸۳۵۰۳۸ | ۶ ۱۱۵ ۱۲۱ | ۱۲۱۹۱۶۰۷۷۰۱۴۳۵۴۰ ۴۰۴۸۸۸۰۵۳۶۰۲۹۳۵۰ ۵۲۶۸۰۴۱۳۰۶۱۷۲۹۰۰ | ۱۲ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| . . . ۳ | ۲.۱۵ | ۱۳۵۰۹۸۷۰۸۹۱۰۲۰۸ ۶۲۷۴۵۲۱۲۴۳۷۷۰۳ | ۸ ۲۶۹ ۲۷۷ | ۱۰۸۰۷۸۹۶۷۱۲۸۱۶۶۰ ۱۶۸۷۸۴۶۲۱۴۵۷۴۲۰۰۰ ۱۷۹۵۹۲۵۱۸۱۷۰۲۳۷۰۰ | ۱۴ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۹.۲۹ | ۹۵۰۷۸۲۱۴۲۹۸۵۷۹۵ ۱۰۲۲۹۱۲۸۲۱۴۲۰۴۴ | ۸ ۴۸۹ ۴۹۷ | ۷۶۰۶۲۵۷۱۴۳۸۸۶۳۶۰ ۵۰۰۲۰۴۳۶۹۶۷۴۵۹۶۰۰ ۵۷۶۲۶۶۹۴۱۱۱۳۴۵۹۰۰ | ۱۷ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۱۰.۲۹ | ۶۱۴۹۲۴۴۷۱۳۶۸۲۰۴ ۵۹۷۵۵۷۱۳۸۱۰۷۱۴ | ۸ ۵۴۴ ۵۵۲ | ۴۹۱۹۳۹۵۷۷۰۹۴۵۶۳۰ ۳۲۵۰۷۱۰۸۳۱۳۰۲۸۴۰۰ ۳۷۴۲۶۵۰۴۰۸۳۹۷۴۰۰۰ | ۱۹ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۶.۳۶ | ۷۹۲۶۱۶۳۴۶۴۶۹۰۲ ۱۲۴۶۹۰۳۰۸۹۹۴۶۱ | ۶ ۲۲۰ ۲۲۶ | ۴۷۵۵۶۹۸۰۷۸۸۱۴۱۴ ۲۷۴۳۱۸۶۷۹۷۸۸۱۳۸۰ ۳۲۱۸۷۵۶۶۰۵۷۶۲۸۰۰ | ۲۰ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۶.۰۶ | ۲۹۰۶۵۴۵۶۳۶۰۴۰۷۷ ۴۷۹۶۳۷۳۸۶۲۹۱۵۹ | ۶ ۱۳۴ ۱۴۰ | ۱۷۴۳۹۲۷۳۸۱۶۲۴۴۶۰ ۶۴۲۷۱۴۰۹۷۶۳۰۷۳۵۰ ۸۱۷۱۰۶۸۳۵۷۹۳۱۸۱۰ | ۲۲ | بین گروهی |
| | | | | | | درون گروهی |
| | | | | | | کل |
| | ۴.۴۴ | ۱۱۷۹۷۵۶۹۸۴۵۹۹۲۷ | ۷ | ۸۲۵۸۲۹۸۸۹۲۱۹۴۹۳ | ۲۳ | بین گروهی |
| | | | | | | |

جدول ۴۸: مقایسه بخش های مختلف بالینی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین ۲۶۵۵۸۱۴۶۷۵۹۶۷۲ | df | مجموع مربعات ۲۴۶۹۹۰۷۶۴۸۶۴۹۵۱۰ ۳۲۹۵۷۳۷۵۳۷۸۶۹۰۰۰ | کد بیمارستان | |
|------|-------|-----------------------------------|--------------------|--|--------------|-----------|
| | | | | | درون گروهی | کل |
| ۰.۰۷ | ۲.۱۱ | ۶۲۸۵۷۷۱۴۲۳۵۱۴۶ ۲۹۸۳۳۶۱۱۰۲۳۶۲۵ | ۵ ۲۲۲ ۲۲۷ | ۳۱۴۲۸۸۵۷۱۱۷۵۷۳۱ ۶۶۲۳۰۶۱۶۴۷۲۴۴۶۹۰ ۶۹۳۷۳۵۰۲۱۸۴۲۰۴۲۰ | ۲۶ | بین گروهی |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |
| ۰.۰۰ | ۹.۸۴ | ۴۲۳۴۰۲۹۸۳۵۷۷۴۳۹ ۴۳۰۳۰۱۷۱۸۰۹۸۷۶ | ۷ ۳۸۴ ۳۹۱ | ۲۹۶۳۸۲۰۸۸۵۰۴۲۰۷۰ ۱۶۵۲۳۵۸۵۹۷۴۹۹۲۳۰۰ ۱۹۴۸۷۴۰۶۸۶۰۰۳۴۳۰۰ | ۲۸ | بین گروهی |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |
| ۰.۰۰ | ۲۴.۵۹ | ۸۸۹۵۵۱۴۸۸۷۲۳۳۹۷ ۳۶۱۷۶۵۵۳۶۱۸۱۲۵ | ۱۰ ۱۹۹۹ ۲۰۰۹ | ۸۸۹۵۵۱۴۸۸۷۲۳۳۹۷۰ ۷۲۳۱۶۹۳۰۶۸۲۶۳۱۷۰۰ ۸۱۲۱۲۴۴۵۵۶۹۸۶۵۷۰۰ | ۳۲ | بین گروهی |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |
| ۰.۰۰ | ۱۴.۱۹ | ۵۳۱۱۶۹۵۷۶۳۹۳۲۷۶ ۳۷۴۳۱۵۱۴۰۲۷۴۱۷ | ۸ ۵۵۱ ۵۵۹ | ۴۲۴۹۳۵۶۶۱۱۱۴۶۲۰۰ ۲۰۶۲۴۷۶۴۲۲۹۱۰۷۰۰۰ ۲۴۸۷۴۱۲۰۸۴۰۲۵۳۲۰۰ | ۳۳ | بین گروهی |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |

نتایج آزمون توکی بخش های بالینی که در هر بیمارستان دارای اختلاف معنادار بوده اند را نشان می دهد (جدول ۴۹). در ۹۷ مورد مقایسه، افرادی که در بخش های با ضریب سختی بالاتر فعالیت داشته اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته اند، در ۵ مورد افرادی که در بخش های با ضریب سختی کمتر فعالیت داشته اند، دریافتی بالاتر معناداری داشته اند.

بیشترین میزان این اختلاف در بیمارستان ۱۷ (۱۴،۱۷۳،۰۳۷ ریال) دیده می شود. سه مورد از کمترین اختلافات نیز بین واحدهای بیمارستان ۳۲ دیده می شود.

جدول ۴۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|-------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| ۰.۰۰۹ | ۱،۰۴۲،۹۳۵،۶۳ | (۳،۷۵۰،۱۲۴،۶۵) | ۱،۴ | ۱،۳۵ | ۱ |
| ۰.۰۳۰ | ۱،۸۳۱،۱۹۴،۳۲ | (۵،۷۸۳،۱۱۲،۲۴) | ۱،۴ | ۱،۱ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۸۲۸،۱۸۸،۷۹ | (۳،۹۲۱،۵۴۹،۲۶) | ۱،۳ | ۱،۱۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱،۲۱۱،۲۲۱،۱۹ | (۱۰،۵۵۶،۰۳۵،۵۲) | ۱،۴ | ۱،۱۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۸۴۴،۹۳۵،۱۰ | (۶،۴۲۶،۶۷۲،۵۱) | ۱،۷۵ | ۱،۱۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱،۳۹۸،۵۹۷،۷۶ | (۹،۴۳۰،۱۱۲،۱۷) | ۱،۴ | ۱،۲ | ۲ |

جدول ۴۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱.۰۹۶.۷۸۳,۶۰ | (۵,۳۰۰,۷۴۹.۱۷) | ۱,۷۵ | ۱,۲ | ۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۶۳.۰۷۳,۸۰ | (۶,۶۳۴,۴۸۶.۲۶) | ۱,۴ | ۱,۳ | ۲ |
| .۰۲۴ | ۷۷۴.۳۳۷,۹۲ | (۲,۵۰۵,۱۲۳.۲۶) | ۱,۷۵ | ۱,۳ | ۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۳۷.۷۸۱,۷۵ | (۸,۴۱۱,۶۷۰.۴۸) | ۱,۴ | ۱,۳۵ | ۲ |
| .۰۰۵ | ۱.۱۴۶.۳۳۱,۰۷ | (۴,۲۸۲,۳۰۷.۴۸) | ۱,۷۵ | ۱,۳۵ | ۲ |
| .۰۱۰ | ۱.۱۷۵.۰۵۷,۱۶ | ۴,۱۲۹,۳۶۳.۰۰ | ۱,۷۵ | ۱,۴ | ۲ |
| .۰۱۳ | ۱.۹۲۴.۶۱۸,۳۲ | (۶,۷۹۸,۱۱۴.۳۲) | ۱,۱ | ۱ | ۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۹۹.۲۰۱,۳۹ | (۵,۶۱۰,۶۹۲.۳۰) | ۱,۳ | ۱ | ۳ |
| .۰۰۱ | ۱.۳۷۳.۱۹۹,۶۱ | (۵,۸۶۶,۹۳۳.۹۳) | ۱,۴ | ۱ | ۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۷۰.۲۶۶,۷۹ | (۷,۸۳۲,۳۱۳.۶۵) | ۱,۷۵ | ۱ | ۳ |
| .۰۱۷ | ۱.۴۵۸.۲۰۳,۰۵ | (۵,۰۳۸,۰۸۷.۲۶) | ۱,۳ | ۱,۱۵ | ۳ |
| .۰۲۹ | ۱.۶۰۴.۳۵۳,۲۵ | (۵,۲۹۴,۳۲۸.۸۹) | ۱,۴ | ۱,۱۵ | ۳ |
| .۰۰۱ | ۱.۶۸۸.۱۸۱,۴۵ | (۷,۲۵۹,۷۰۸.۶۱) | ۱,۷۵ | ۱,۱۵ | ۳ |
| .۰۱۰ | ۱.۹۹۵.۴۴۹,۴۱ | (۷,۰۷۲,۳۹۰.۷۷) | ۱,۲ | ۱,۱۵ | ۱۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۸۱۱.۱۳۶,۷۹ | (۸,۳۰۱,۵۵۲.۷۹) | ۱,۳ | ۱,۱۵ | ۱۲ |
| .۰۱۰ | ۲.۰۸۹.۹۴۴,۳۱ | (۷,۴۳۲,۲۹۲.۴۴) | ۱,۴ | ۱,۱۵ | ۱۲ |
| .۰۳۷ | ۲.۵۳۵.۱۱۲,۳۳ | (۷,۸۹۴,۱۲۸.۸۶) | ۱,۷۵ | ۱,۱۵ | ۱۲ |
| .۰۳۹ | ۳.۲۰۴.۵۱۲,۴۳ | ۹,۹۱۳,۳۱۲.۹۲ | ۱,۲۲۵ | ۱,۲ | ۱۲ |
| .۰۰۸ | ۳.۰۹۳.۱۰۴,۹۲ | ۱۱,۱۴۲,۴۷۴.۹۴ | ۱,۲۲۵ | ۱,۳ | ۱۲ |
| .۰۳۳ | ۳.۲۶۴.۱۹۱,۹۰ | ۱۰,۲۷۳,۲۱۴.۵۸ | ۱,۲۲۵ | ۱,۴ | ۱۲ |
| .۰۰۴ | ۲.۴۷۸.۱۳۳,۰۲ | (۹,۶۵۹,۶۵۵.۶۷) | ۱,۱۵ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۱ | ۲.۰۸۹.۳۱۸,۷۸ | (۸,۹۹۷,۷۴۸.۳۹) | ۱,۲ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۲.۰۸۹.۳۱۸,۷۸ | (۱۲,۳۳۳,۳۳۲.۲۰) | ۱,۳ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۲۱ | ۲.۹۴۶.۷۷۲,۸۹ | (۱۰,۰۱۳,۰۵۲.۰۹) | ۱,۳۵ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۲.۱۳۹.۷۱۰,۲۲ | (۱۲,۶۴۳,۶۳۰.۶۲) | ۱,۷۵ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۲.۲۸۶.۸۶۳,۱۳ | (۱۴,۱۷۳,۰۳۷.۹۸) | ۱,۲۵ | ۱ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۰۹.۳۶۸,۷۳ | (۷,۹۷۵,۸۹۰.۴۱) | ۱,۷۵ | ۱,۴ | ۱۷ |
| .۰۰۰ | ۱.۸۰۰.۴۰۲,۹۸ | (۹,۵۰۵,۲۹۷.۷۶) | ۱,۲۵ | ۱,۴ | ۱۷ |
| .۰۰۷ | ۱.۲۱۵.۶۲۳,۶۲ | (۴,۵۳۰,۵۷۵.۰۳) | ۱,۳ | ۱ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۶۰.۳۵۲,۴۲ | (۵,۶۷۸,۰۳۶.۸۷) | ۱,۴ | ۱ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۵۶۹.۹۲۷,۲۹ | (۱۲,۰۳۹,۷۷۹.۲۰) | ۱,۷۵ | ۱ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۲۰۷.۵۱۵,۸۹ | (۱۲,۱۵۲,۶۲۸.۳۰) | ۱,۷۵ | ۱,۱ | ۱۹ |

جدول ۴۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱.۸۳۰.۲۸۴.۵۵ | (۹,۵۳۹,۳۶۹.۰۳) | ۱,۷۵ | ۱,۱۵ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۴۷.۶۹۱,۰۱ | (۸,۵۲۳,۰۳۷.۶۸) | ۱,۷۵ | ۱,۲ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۳۱۵.۰۰۴,۹۱ | (۷,۵۰۹,۲۰۴.۱۸) | ۱,۷۵ | ۱,۳ | ۱۹ |
| .۰۰۹ | ۱.۵۳۲.۷۳۱,۸۷ | (۵,۵۷۴,۰۳۶.۳۷) | ۱,۴ | ۱,۳۵ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۷۹۵.۹۵۳,۹۱ | (۱۱,۹۳۵,۷۷۸.۷۰) | ۱,۷۵ | ۱,۳۵ | ۱۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۳۵۶.۴۶۰,۵۹ | (۶,۳۶۱,۷۴۲.۳۳) | ۱,۷۵ | ۱,۴ | ۱۹ |
| .۰۰۴ | ۱.۰۱۲.۷۵۷,۷۹ | (۳,۸۰۰,۹۲۱.۷۰) | ۱,۴ | ۱ | ۲۰ |
| .۰۰۰ | ۹۸۰.۰۲۶,۷۲ | (۵,۰۶۸,۸۷۷.۰۴) | ۱,۷۵ | ۱ | ۲۰ |
| .۰۲۰ | ۹۵۲.۲۸۰,۷۴ | (۳,۱۳۲,۵۷۸.۴۰) | ۱,۲۲۵ | ۱ | ۲۰ |
| .۰۳۹ | ۱.۲۱۲.۶۶۱,۹۹ | (۳,۷۱۲,۶۷۰.۸۰) | ۱,۷۵ | ۱,۲ | ۲۰ |
| .۰۰۰ | ۷۰۲.۰۴۲,۵۴ | (۳,۱۸۲,۸۱۶.۵۹) | ۱,۷۵ | ۱,۳ | ۲۰ |
| .۰۰۴ | ۱.۰۱۲.۷۵۷,۷۹ | ۳,۸۰۰,۹۲۱.۷۰ | ۱ | ۱,۴ | ۲۰ |
| .۰۰۱ | ۱.۹۶۵.۷۲۷,۹۵ | (۸,۳۷۷,۹۲۷.۹۶) | ۱,۳۵ | ۱ | ۲۲ |
| .۰۰۰ | ۲.۲۸۴.۶۴۰,۷۴ | (۱۰,۶۲۸,۴۴۷.۳۳) | ۱,۷۵ | ۱ | ۲۲ |
| .۰۰۵ | ۲.۲۴۴.۹۲۰,۵۳ | (۸,۳۵۱,۶۰۱.۹۴) | ۱,۳۵ | ۱,۱ | ۲۲ |
| .۰۰۱ | ۲.۵۲۸.۸۶۶,۳۸ | (۱۰,۶۰۲,۱۲۱.۳۰) | ۱,۷۵ | ۱,۱ | ۲۲ |
| .۰۴۹ | ۱.۵۹۲.۱۹۸,۴۳ | (۴,۹۵۵,۲۶۵.۴۶) | ۱,۷۵ | ۱ | ۲۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۹۳۴.۴۹۸,۴۷ | (۹,۴۴۴,۴۵۳.۳۷) | ۱,۲۵ | ۱ | ۲۳ |
| .۰۴۵ | ۲.۲۵۱.۷۰۸,۶۱ | (۷,۰۶۸,۱۹۹.۶۷) | ۱,۲۵ | ۱,۱۵ | ۲۳ |
| .۰۰۲ | ۲.۰۴۵.۷۰۷,۷۲ | (۸,۴۳۲,۰۶۱.۰۷) | ۱,۲۵ | ۱,۳ | ۲۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۹۷۹.۸۸۲,۰۳ | (۸,۶۵۲,۸۲۶.۲۶) | ۱,۱۵ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۱.۸۷۹.۵۸۹,۰۱ | (۹,۰۲۳,۹۹۰.۳۰) | ۱,۲ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۱.۵۰۵.۰۸۷,۳۱ | (۹,۰۹۰,۴۶۷.۱۱) | ۱,۳ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۱.۹۴۱.۷۱۶,۴۲ | (۱۴,۱۱۹,۵۷۸.۶۷) | ۱,۴ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۳۷.۶۳۶,۲۴ | (۱۰,۱۵۴,۴۰۱.۰۰) | ۱,۷۵ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۲.۰۴۹.۵۲۷,۸۵ | (۱۲,۷۲۵,۶۹۰.۲۰) | ۱,۲۵ | ۱ | ۲۸ |
| .۰۰۳ | ۲.۸۰۵.۰۶۲,۲۶ | (۱۱,۰۲۹,۸۱۳.۱۵) | ۱,۴ | ۱,۱ | ۲۸ |
| .۰۲۰ | ۲.۸۸۰.۷۴۲,۲۶ | (۹,۶۳۵,۹۲۴.۶۸) | ۱,۲۵ | ۱,۱ | ۲۸ |
| .۰۰۸ | ۱.۳۹۱.۹۱۹,۱۴ | (۵,۰۲۹,۱۱۱.۵۶) | ۱,۴ | ۱,۳ | ۲۸ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۱۱.۵۱۶,۶۰ | (۷,۴۰۹,۲۶۴.۸۶) | ۱,۷۵ | ۱ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۴۳.۴۹۰,۳۰ | (۴,۸۹۲,۱۲۰.۳۹) | ۱,۱۵ | ۱,۱ | ۳۲ |
| .۰۰۸ | ۱.۰۴۲.۱۳۵,۱۲ | (۳,۹۲۳,۴۰۵.۹۹) | ۱,۳۵ | ۱,۱ | ۳۲ |

جدول ۴۹: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱.۰۱۶.۲۶۷,۳۷ | (۹,۲۲۳,۵۴۵.۲۸) | ۱,۷۵ | ۱,۱ | ۳۲ |
| .۰۰۱ | ۱.۳۵۶.۱۳۰,۹۷ | (۵,۹۹۴,۱۹۵.۷۰) | ۱,۵ | ۱,۱ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۴۳.۴۹۰,۳۰ | ۴,۸۹۲,۱۲۰.۳۹ | ۱,۱ | ۱,۱۵ | ۳۲ |
| .۰۲۷ | ۵۵۰.۷۸۷,۹۱ | ۱,۸۸۰,۶۷۸.۵۰ | ۱,۳ | ۱,۱۵ | ۳۲ |
| .۰۰۱ | ۵۳۸.۳۲۲,۸۷ | ۲,۳۵۳,۱۹۸.۲۰ | ۱,۴ | ۱,۱۵ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۶۳۱.۶۴۷,۳۳ | (۴,۳۳۱,۴۲۴.۸۸) | ۱,۷۵ | ۱,۱۵ | ۳۲ |
| .۰۴۲ | ۱.۰۷۴.۷۶۹,۴۸ | ۳,۵۲۶,۱۶۷.۰۰ | ۱,۲۵ | ۱,۱۵ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۵۷۱.۵۹۱,۶۷ | (۶,۰۷۴,۷۴۰.۲۸) | ۱,۷۵ | ۱,۲ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۴۹۷.۲۸۷,۳۳ | (۶,۲۱۲,۱۰۳.۳۹) | ۱,۷۵ | ۱,۳ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۶۲۹.۴۰۶,۰۳ | (۵,۳۰۰,۱۳۹.۲۹) | ۱,۷۵ | ۱,۳۵ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۴۸۳.۴۴۴,۸۰ | (۶,۶۸۴,۶۲۳.۰۸) | ۱,۷۵ | ۱,۴ | ۳۲ |
| .۰۳۰ | ۱.۰۱۹.۸۰۹,۱۵ | (۳,۴۵۵,۲۷۳.۵۰) | ۱,۵ | ۱,۴ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۴۸.۳۵۹,۱۰ | (۷,۸۵۷,۵۹۱.۸۹) | ۱,۷۵ | ۱,۲۵ | ۳۲ |
| .۰۳۳ | ۱.۳۸۰.۳۴۳,۶۶ | (۴,۶۲۸,۲۴۲.۳۱) | ۱,۵ | ۱,۲۵ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۸۴.۵۹۹,۹۹ | (۶,۵۸۷,۲۶۹.۶۸) | ۱,۷۵ | ۱,۲۲۵ | ۳۲ |
| .۰۴۲ | ۱.۱۴۳.۲۵۳,۰۹ | (۳,۶۲۴,۲۷۰.۶۶) | ۱,۲ | ۱ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۵۳.۳۸۰,۵۳ | (۷,۴۰۰,۵۰۱.۹۷) | ۱,۴ | ۱ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۰۳.۴۲۹,۷۲ | (۷,۰۰۵,۳۵۸.۱۶) | ۱,۷۵ | ۱ | ۳۳ |
| .۰۳۵ | ۱.۵۲۹.۵۳۲,۴۹ | (۴,۹۴۰,۴۰۱.۸۳) | ۱,۲۲۵ | ۱ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۹۳.۸۱۴,۹۵ | (۹,۰۹۶,۷۱۰.۵۸) | ۱,۶۵ | ۱ | ۳۳ |
| .۰۰۷ | ۱.۴۱۰.۷۲۲,۱۸ | (۵,۲۵۹,۷۶۵.۷۱) | ۱,۴ | ۱,۱ | ۳۳ |
| .۰۲۴ | ۱.۴۵۱.۹۲۷,۵۲ | (۴,۸۶۴,۶۲۱.۸۹) | ۱,۷۵ | ۱,۱ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۴۳.۹۶۸,۳۳ | (۶,۹۵۵,۹۷۴.۳۲) | ۱,۶۵ | ۱,۱ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۱۷۵.۷۰۱,۸۶ | (۶,۲۷۶,۰۴۷.۸۹) | ۱,۴ | ۱,۱۵ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۲۴.۸۳۹,۳۰ | (۵,۸۸۰,۹۰۴.۰۸) | ۱,۷۵ | ۱,۱۵ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۱۵.۳۹۳,۹۱ | (۷,۹۷۲,۲۵۶.۵۰) | ۱,۶۵ | ۱,۱۵ | ۳۳ |
| .۰۰۹ | ۱.۰۳۸.۱۰۷,۸۳ | (۳,۷۷۶,۲۳۱.۳۰) | ۱,۴ | ۱,۲ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۸۲.۸۵۵,۱۹ | (۵,۴۷۲,۴۳۹.۹۱) | ۱,۶۵ | ۱,۲ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۸۸۲.۴۴۲,۲۸ | (۴,۵۵۹,۱۴۴.۹۴) | ۱,۴ | ۱,۳ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۹۴۶.۹۲۱,۷۷ | (۴,۱۶۴,۰۰۱.۱۳) | ۱,۷۵ | ۱,۳ | ۳۳ |
| .۰۰۰ | ۹۳۴.۶۷۲,۰۷ | (۶,۲۵۵,۳۵۳.۵۵) | ۱,۶۵ | ۱,۳ | ۳۳ |

۴-۸-۴-۶ دریافتی کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان

در بعد از اجرای برنامه، از میان ۱۲ بیمارستان در ۲ بیمارستان اختلاف بین کارکنان واحدهای پشتیبان دیده نشده است (جدول ۵۰).

جدول ۵۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|-------|------------------------------------|------|--------------------|--------------|
| ۰.۲۶ | ۱.۲۹ | ۱۹۷۶۹۱۵۴۱۸۹۲۵۰۱ ۱۵۲۶۹۷۵۹۶۳۶۷۶۳۷ | ۸ | ۱۵۸۱۵۳۲۳۳۵۱۴۰۰۱۰ | ۱ بین گروهی |
| | | | ۸۱ | ۱۲۳۶۸۵۰۵۳۰۵۷۷۸۶۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۸۹ | ۱۳۹۵۰۰۳۷۶۴۰۹۱۸۶۰۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۵.۹۲ | ۸۸۳۶۹۴۵۷۹۱۱۸۴۱ ۱۴۹۱۶۵۲۸۱۹۴۹۴۸ | ۸ | ۷۰۶۹۵۵۶۳۲۹۴۷۳۱ | ۲ بین گروهی |
| | | | ۱۵۴ | ۲۲۹۷۱۴۵۳۴۲۰۲۱۹۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۶۲ | ۳۰۰۴۱۰۱۰۰۵۳۱۶۶۶۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۱۶.۱۷ | ۹۱۷۴۶۸۹۷۲۷۷۵۸۷۷ ۵۶۷۴۲۶۷۹۱۳۴۸۲۸ | ۱۵ | ۱۳۷۶۲۰۳۴۵۹۱۶۳۸۱۰۰ | ۹ بین گروهی |
| | | | ۲۶۶۱ | ۱۵۰۹۹۲۲۶۹۱۷۷۷۷۸۰۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۶۷۶ | ۱۶۴۷۵۴۳۰۳۷۶۹۴۱۶۰۰۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۵.۵۹ | ۲۹۰۳۳۴۲۹۷۸۱۸۳۷۹ ۵۱۹۱۱۳۴۷۶۰۰۲۶۰ | ۷ | ۲۰۳۲۳۴۰۰۸۴۷۲۸۶۵۰ | ۱۲ بین گروهی |
| | | | ۴۹ | ۲۵۴۳۶۵۶۰۳۲۴۱۲۷۶۰ | درون گروهی |
| | | | ۵۶ | ۴۵۷۵۹۹۶۱۱۷۱۴۱۴۱۰ | کل |
| ۰.۰۱ | ۲.۹۲ | ۲۹۰۷۰۷۵۲۲۳۴۱۰۶۹ ۹۹۶۵۹۸۲۶۹۴۸۱۹۹ | ۶ | ۱۷۴۴۲۴۵۱۳۴۰۴۶۴۲۰ | ۱۴ بین گروهی |
| | | | ۱۰۳ | ۱۰۲۶۴۹۶۲۱۷۵۶۶۴۵۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۰۹ | ۱۲۰۰۹۲۰۷۳۰۹۷۱۰۹۰۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۲.۶۶ | ۴۸۷۵۷۷۳۶۷۶۹۲۶۰۱ ۱۸۳۲۴۷۸۸۰۱۵۰۳۰۹ | ۱۱ | ۵۳۶۳۳۵۱۰۴۴۶۱۸۶۱۰ | ۱۷ بین گروهی |
| | | | ۲۹۲ | ۵۳۵۰۸۳۸۱۰۰۳۸۹۰۳۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۳۰۳ | ۵۸۸۷۱۷۳۲۰۴۸۵۰۸۹۰۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۳.۷۳ | ۱۰۲۹۳۹۰۸۳۳۱۹۱۱۸ ۲۷۶۰۶۰۸۶۸۰۳۳۷۱ | ۸ | ۸۲۳۵۱۲۶۶۶۵۵۲۹۴۸ | ۲۰ بین گروهی |
| | | | ۶۳ | ۱۷۳۹۱۸۳۴۶۸۶۱۲۳۹۰ | درون گروهی |
| | | | ۷۱ | ۲۵۶۲۶۹۶۱۳۵۱۶۵۳۴۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۹.۵۵ | ۲۷۳۹۰۳۰۳۵۶۸۲۸۷۷ ۲۸۶۶۸۸۲۴۳۳۳۵۶۲ | ۱۰ | ۲۷۳۹۰۳۰۳۵۶۸۲۸۷۷۰ | ۲۱ بین گروهی |
| | | | ۱۰۶۵ | ۳۰۵۳۲۲۹۷۹۱۵۲۴۳۹۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۰۷۵ | ۳۳۲۷۱۳۲۸۲۷۲۰۷۲۷۰۰ | کل |
| ۰.۰۰ | ۳.۶۶ | ۵۴۹۶۱۶۰۷۰۱۷۵۱۳۲ | ۸ | ۴۳۹۶۹۲۸۵۶۱۴۰۱۰۵۰ | ۲۲ بین گروهی |

جدول ۵۰: مقایسه بخش های مختلف پشتیبانی در بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین ۱۵۰۳۷۲۲۷۲۰۱۰۷۱۹ | df | مجموع مربعات ۱۰۹۷۷۱۷۵۸۵۶۷۸۲۵۰۰ ۱۵۳۷۴۱۰۴۴۱۸۱۸۳۶۰۰ | کد بیمارستان | |
|-------|------|-----------------------------------|------------------|--|--------------|----|
| | | | | | درون گروهی | کل |
| ۰.۶۰ | ۰.۸۰ | ۵۹۴۰۳۸۲۲۳۴۱۸۱۱ ۷۴۲۷۸۸۶۵۵۴۹۳۱۳ | ۸ ۸۵ ۹۳ | ۴۷۵۲۳۰۵۷۸۷۳۴۴۹۱ ۶۳۱۳۷۰۳۵۷۱۶۹۱۶۳۰ ۶۷۸۸۹۳۴۱۵۰۴۲۶۱۲۰ | بین گروهی | ۲۳ |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |
| ۰.۰۱ | ۲.۷۸ | ۷۸۱۲۷۱۰۵۸۸۸۹۳۵ ۲۸۱۱۱۰۷۵۲۵۴۰۸۵ | ۸ ۷۵ ۸۳ | ۶۲۵۰۱۶۸۴۷۱۱۱۴۷۹ ۲۱۰۸۳۳۰۶۴۴۰۵۶۳۵۰ ۲۷۳۳۳۴۷۴۹۱۱۶۷۸۲۰ | بین گروهی | ۲۶ |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |
| ۰.۰۰۰ | ۵.۲۷ | ۱۶۰۱۰۴۱۷۷۹۶۱۷۷۹ ۳۰۳۹۶۵۷۱۶۸۷۸۶۶ | ۱۰ ۱۱۵ ۱۲۵ | ۱۶۰۱۰۴۱۷۷۹۶۱۷۷۹۰ ۳۴۹۵۶۰۵۷۴۴۱۰۴۵۶۰ ۵۰۹۶۶۴۷۵۲۳۷۲۲۳۵۰ | بین گروهی | ۲۸ |
| | | | | | درون گروهی | |
| | | | | | کل | |

نتایج آزمون توکی برای مقایسه واحدهای درون بخش پشتیبان در جدول ۵۱ نمایش داده شده است. ۷۸ مقایسه معنادار بین بیمارستانها نشان داده شده است که در آنها واحدها با ضریب سختی بالاتر دریافتی بالاتر داشته‌اند. در ۷ مقایسه نیز واحدهایی با ضریب سختی پایین‌تر دریافتی بالاتر داشته‌اند.

بیشترین اختلافات در بیمارستان ۳۲ (۲۰،۳۹۳،۲۵۰ ریال) وجود داشته است. کمترین اختلاف نیز در بیمارستان ۲۱ بین (۱،۷۸۰،۵۹۶ ریال) روی داده است (جدول ۵۱).

جدول ۵۱: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|-------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| ۰.۰۱ | ۱.۴۹۴.۴۸۶,۸۲ | (۶,۳۵۶,۸۵۱.۲۱) | ۱,۹ | ۰,۷ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱.۰۳۱.۴۵۵,۰۱ | (۶,۵۱۰,۹۳۵.۸۲) | ۱,۹ | ۱ | ۲ |
| ۰.۱۱ | ۱.۳۶۸.۱۶۵,۹۴ | (۴,۹۷۶,۵۴۹.۸۱) | ۱,۹ | ۱,۳ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱.۱۳۳.۲۱۳,۵۰ | (۵,۲۲۶,۴۶۲.۲۵) | ۰,۹ | ۰,۷ | ۹ |
| ۰.۰۰۴ | ۹۴۵.۳۰۷,۵۹ | (۳,۹۰۲,۴۹۴.۱۴) | ۱,۳ | ۰,۷ | ۹ |
| ۰.۰۰۱ | ۹۶۹.۳۵۲,۷۹ | (۴,۲۶۳,۰۷۱.۴۸) | ۱,۴ | ۰,۷ | ۹ |
| ۰.۰۰۰ | ۱.۶۸۰.۹۸۶,۸۹ | (۲۰,۰۷۲,۴۷۵.۳۱) | ۱,۹ | ۰,۷ | ۹ |
| ۰.۰۰۰ | ۲.۲۰۲.۷۸۰,۳۳ | (۱۲,۶۸۰,۹۱۴.۳۱) | ۱,۵ | ۰,۷ | ۹ |
| ۰.۰۰۰ | ۱.۶۷۴.۴۶۱,۴۷ | (۱۶,۳۸۱,۷۵۹.۴۴) | ۱,۹ | ۰,۸۵ | ۹ |

جدول ۵۱: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۵ | ۲.۱۹۷.۸۰۴.۷۰ | (۸,۹۹۰,۱۹۸.۴۴) | ۱,۵ | ۰,۸۵ | ۹ |
| .۰۰۳ | ۸۲۵.۰۱۱,۸۶ | ۳,۴۷۳,۸۹۸.۳۳ | ۱,۲ | ۰,۹ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۵۸۴.۷۷۲,۶۷ | (۱۴,۸۴۶,۰۱۳.۰۵) | ۱,۹ | ۰,۹ | ۹ |
| .۰۰۱ | ۹۰۰.۶۰۳,۹۷ | ۴,۰۶۰,۴۰۰.۶۷ | ۱,۱۵ | ۰,۹ | ۹ |
| .۰۰۱ | ۹۸۶.۹۸۵,۹۱ | ۴,۴۰۳,۰۰۸.۸۴ | ۱,۲۲۵ | ۰,۹ | ۹ |
| .۰۴۰ | ۲.۱۳۰.۲۶۴,۹۳ | (۷,۴۵۴,۴۵۲.۰۵) | ۱,۵ | ۰,۹ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۷۰.۱۳۷,۷۴ | (۱۷,۱۹۰,۶۸۵.۷۵) | ۱,۹ | ۱ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۰۴۶.۴۱۸,۶۳ | (۹,۷۹۹,۱۲۴.۷۵) | ۱,۵ | ۱ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۸۵۶.۰۹۵,۷۰ | (۱۹,۴۹۴,۸۲۳.۲۹) | ۱,۹ | ۱,۱ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۳۳۹.۱۴۸,۴۵ | (۱۲,۱۰۳,۲۶۲.۲۹) | ۱,۵ | ۱,۱ | ۹ |
| .۰۰۳ | ۸۲۵.۰۱۱,۸۶ | (۳,۴۷۳,۸۹۸.۳۳) | ۰,۹ | ۱,۲ | ۹ |
| .۰۰۷ | ۵۳۸.۵۸۹,۰۷ | (۲,۱۴۹,۹۳۰.۲۲) | ۱,۳ | ۱,۲ | ۹ |
| .۰۰۲ | ۵۷۹.۷۵۵,۶۳ | (۲,۵۱۰,۵۰۷.۵۶) | ۱,۴ | ۱,۲ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۹۰.۷۰۰,۷۳ | (۱۸,۳۱۹,۹۱۱.۳۸) | ۱,۹ | ۱,۲ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۰۶۱.۲۴۰,۶۳ | (۱۰,۹۲۸,۳۵۰.۳۸) | ۱,۵ | ۱,۲ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۵۶.۳۴۴,۰۶ | (۱۶,۱۶۹,۹۸۱.۱۷) | ۱,۹ | ۱,۳ | ۹ |
| .۰۰۳ | ۶۴۸.۴۷۶,۰۰ | ۲,۷۳۶,۴۳۲.۵۶ | ۱,۱۵ | ۱,۳ | ۹ |
| .۰۰۶ | ۷۶۳.۹۲۰,۶۸ | ۳,۰۷۹,۰۴۰.۷۳ | ۱,۲۲۵ | ۱,۳ | ۹ |
| .۰۰۲ | ۲.۰۳۶.۵۳۱,۹۳ | (۸,۷۷۸,۴۲۰.۱۷) | ۱,۵ | ۱,۳ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۴۷۲.۰۶۵,۳۶ | (۱۵,۸۰۹,۴۰۳.۸۳) | ۱,۹ | ۱,۴ | ۹ |
| .۰۰۱ | ۶۸۳.۰۵۱,۶۳ | ۳,۰۹۷,۰۰۹.۹۰ | ۱,۱۵ | ۱,۴ | ۹ |
| .۰۰۲ | ۷۹۳.۴۸۱,۷۰ | ۳,۴۳۹,۶۱۸.۰۷ | ۱,۲۲۵ | ۱,۴ | ۹ |
| .۰۰۴ | ۲.۰۴۷.۸۰۳,۸۷ | (۸,۴۱۷,۸۴۲.۸۳) | ۱,۵ | ۱,۴ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۷۴۸.۷۷۳,۶۶ | ۱۵,۶۸۹,۹۹۰.۴۴ | ۱,۶۵ | ۱,۹ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۰۳.۷۸۵,۱۹ | ۱۸,۰۹۳,۳۲۴.۶۵ | ۱,۷۵ | ۱,۹ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۰۹۲.۶۴۲,۲۷ | (۱۱,۵۱۴,۸۵۲.۷۲) | ۱,۵ | ۱,۱۵ | ۹ |
| .۰۰۶ | ۷۶۳.۹۲۰,۶۸ | (۳,۰۷۹,۰۴۰.۷۳) | ۱,۳ | ۱,۲۲۵ | ۹ |
| .۰۰۲ | ۷۹۳.۴۸۱,۷۰ | (۳,۴۳۹,۶۱۸.۰۷) | ۱,۴ | ۱,۲۲۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۵۸۶.۰۹۱,۲۰ | (۱۹,۲۴۹,۰۲۱.۸۹) | ۱,۹ | ۱,۲۲۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۱۳۱.۲۴۶,۰۱ | (۱۱,۸۵۷,۴۶۰.۸۹) | ۱,۵ | ۱,۲۲۵ | ۹ |

جدول ۵۱: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱.۵۷۰.۴۷۴.۴۵ | (۱۷,۲۰۶,۱۷۲.۴۷) | ۱,۹ | ۱,۲۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۱۱۹.۶۴۹.۵۶ | (۹,۸۱۴,۶۱۱.۴۷) | ۱,۵ | ۱,۲۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۱.۸۵۶.۰۹۵.۷۰ | (۱۷,۳۸۹,۹۷۶.۹۷) | ۱,۹ | ۱,۳۵ | ۹ |
| .۰۰۲ | ۲.۳۳۹.۱۴۸.۴۵ | (۹,۹۹۸,۴۱۵.۹۷) | ۱,۵ | ۱,۳۵ | ۹ |
| .۰۲۲ | ۲.۲۵۴.۹۳۵,۳۸ | ۸,۲۹۸,۴۲۹.۴۴ | ۱,۶۵ | ۱,۵ | ۹ |
| .۰۰۰ | ۲.۱۴۴.۴۴۶,۵۹ | ۱۰,۷۰۱,۷۶۳.۶۵ | ۱,۷۵ | ۱,۵ | ۹ |
| .۰۰۳ | ۱.۲۴۳.۹۷۱,۴۴ | (۵,۰۲۵,۸۲۷.۵۴) | ۰,۹ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۰۱.۴۳۵,۹۶ | (۴,۵۵۹,۹۰۰.۲۹) | ۱ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۴۲.۶۰۵,۵۱ | (۵,۴۷۶,۳۰۶.۵۷) | ۱,۲ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۱۴.۸۲۳,۷۴ | (۶,۳۴۰,۴۹۶.۴۲) | ۱,۳ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۳۱.۲۸۷,۸۹ | (۶,۸۵۸,۶۸۲.۶۳) | ۱,۴ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۵۵۰.۷۳۷,۳۳ | (۱۱,۱۵۰,۱۳۳.۱۷) | ۱,۹ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۸۴.۶۵۶,۹۶ | (۷,۲۴۸,۶۰۳.۴۶) | ۱,۲۵ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۰۸۸.۷۹۹,۷۳ | (۶,۵۵۹,۲۱۴.۸۷) | ۱,۷۵ | ۰,۷ | ۲۱ |
| .۰۲۲ | ۱.۱۸۹.۱۶۹,۷۰ | (۴,۱۴۳,۰۸۷.۵۴) | ۱,۴ | ۰,۸۵ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۵۹.۹۲۶,۵۴ | (۸,۴۳۴,۵۳۸.۰۸) | ۱,۹ | ۰,۸۵ | ۲۱ |
| .۰۰۲ | ۱.۴۶۹.۸۴۶,۸۲ | (۶,۱۲۴,۳۰۵.۶۳) | ۱,۹ | ۰,۹ | ۲۱ |
| .۰۱۳ | ۴۹۰.۸۵۶,۰۸ | (۱,۷۸۰,۵۹۶.۱۲) | ۱,۳ | ۱ | ۲۱ |
| .۰۰۱ | ۵۲۴.۰۴۸,۸۲ | (۲,۲۹۸,۷۸۲.۳۴) | ۱,۴ | ۱ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۷۱.۱۶۴,۳۲ | (۶,۵۹۰,۲۳۲.۸۷) | ۱,۹ | ۱ | ۲۱ |
| .۰۰۱ | ۱.۷۶۱.۱۳۵,۴۲ | (۷,۵۲۹,۷۹۳.۰۰) | ۱,۹ | ۱,۱ | ۲۱ |
| .۰۰۱ | ۱.۳۰۳.۸۴۴,۶۹ | (۵,۶۷۳,۸۲۶.۵۹) | ۱,۹ | ۱,۲ | ۲۱ |
| .۰۰۸ | ۱.۲۸۱.۷۳۷,۸۷ | (۴,۸۰۹,۶۳۶.۷۵) | ۱,۹ | ۱,۳ | ۲۱ |
| .۰۳۸ | ۱.۲۹۴.۸۱۲,۵۱ | (۴,۲۹۱,۴۵۰.۵۴) | ۱,۹ | ۱,۴ | ۲۱ |
| .۰۲۷ | ۱.۳۴۱.۰۷۰,۳۱ | ۴,۵۹۰,۹۱۸.۳۰ | ۱,۷۵ | ۱,۹ | ۲۱ |
| .۰۰۰ | ۱.۲۸۴.۶۵۶,۹۶ | ۷,۲۴۸,۶۰۳.۴۶ | ۰,۷ | ۱,۲۵ | ۲۱ |
| .۰۲۷ | ۱.۳۴۱.۰۷۰,۳۱ | (۴,۵۹۰,۹۱۸.۳۰) | ۱,۹ | ۱,۷۵ | ۲۱ |
| .۰۰۷ | ۱.۷۴۹.۰۴۱,۵۷ | (۶,۷۵۶,۰۱۴.۶۳) | ۱,۲۵ | ۱ | ۲۶ |
| .۰۲۴ | ۲.۱۱۲.۹۸۳,۷۲ | (۷,۳۰۵,۴۹۱.۶۸) | ۱,۲۵ | ۱,۲ | ۲۶ |
| .۰۰۷ | ۱.۷۴۹.۰۴۱,۵۷ | ۶,۷۵۶,۰۱۴.۶۳ | ۱ | ۱,۲۵ | ۲۶ |

جدول ۵۱: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| .Sig | خطای معیار | اختلاف میانگین (۱-۲) | کد بخش ۲ | کد بخش ۱* | کد بیمارستان |
|------|--------------|----------------------|----------|-----------|--------------|
| .۰۲۴ | ۲.۱۱۲.۹۸۳.۷۲ | ۷,۳۰۵,۴۹۱.۶۸ | ۱,۲ | ۱,۲۵ | ۲۶ |
| .۰۰۰ | ۲.۴۴۵.۳۱۹.۶۷ | (۱۶,۹۴۷,۹۶۰.۹۶) | ۱,۹ | ۰,۸۵ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۷۱۱.۱۶۱,۹۷ | (۱۰,۸۱۷,۱۱۸.۵۹) | ۱,۲ | ۰,۹ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۳۶.۸۶۶,۲۲ | (۸,۰۷۵,۷۴۷.۵۰) | ۱,۳ | ۰,۹ | ۳۲ |
| .۰۰۷ | ۲.۰۳۰.۲۸۲,۶۷ | (۷,۵۶۴,۱۹۵.۲۳) | ۱,۴ | ۰,۹ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۶۰.۳۹۰,۴۵ | (۲۰,۳۹۳,۲۵۰.۶۳) | ۱,۹ | ۰,۹ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۷۴۹.۳۹۶,۴۴ | (۱۰,۳۷۳,۹۸۵.۷۷) | ۱,۲ | ۱ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۷۶.۷۹۵,۶۵ | (۷,۶۳۲,۶۱۴.۶۸) | ۱,۳ | ۱ | ۳۲ |
| .۰۱۷ | ۲.۰۶۲.۶۱۰,۰۹ | (۷,۱۲۱,۰۶۲.۴۰) | ۱,۴ | ۱ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۱.۶۹۹.۷۶۷,۳۶ | (۱۹,۹۵۰,۱۱۷.۸۰) | ۱,۹ | ۱ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۳.۱۹۰.۰۷۵,۶۰ | (۱۴,۷۷۵,۷۹۰.۸۰) | ۱,۹ | ۱,۱ | ۳۲ |
| .۰۰۱ | ۲.۲۶۶.۱۳۴,۴۵ | (۹,۵۷۶,۱۳۲.۰۳) | ۱,۹ | ۱,۲ | ۳۲ |
| .۰۰۴ | ۲.۶۷۹.۴۴۸,۱۰ | ۱۰,۲۸۶,۵۵۳.۷۹ | ۱,۲۵ | ۱,۲ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۲.۲۱۰.۵۷۰,۳۱ | (۱۲,۳۱۷,۵۰۳.۱۳) | ۱,۹ | ۱,۳ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۲.۵۱۵.۸۱۷,۵۲ | (۱۲,۸۲۹,۰۵۵.۴۰) | ۱,۹ | ۱,۴ | ۳۲ |
| .۰۰۰ | ۲.۶۴۷.۳۱۲,۴۷ | (۱۹,۸۶۲,۶۸۵.۸۲) | ۱,۹ | ۱,۲۵ | ۳۲ |

۴-۸-۴-۷ دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام کارکنان

به منظور منطبق بودن با داده‌های قبل، صرفاً دو بیمارستان برای تجزیه و تحلیل انتخاب شدند. در بخش های بالینی هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند ($p < 0.001$) (جدول ۵۲).

جدول ۵۲: مقایسه وضعیت انواع مختلف رابطه استخدامی در بخش های بالینی دو بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| .Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان | |
|------|--------|-----------------|-----|------------------|--------------|--|
| .۰۰۰ | ۸,۸۱۰ | ۱۸۰۱۲۸۴۶۲۶۱۴۵۷۲ | ۵ | ۹۰۰۶۴۲۳۱۳۰۷۲۸۶۰ | بین گروهی | |
| | | ۲۰۴۴۶۱۷۸۶۱۱۴۳۶ | ۱۹۷ | ۴۰۲۷۸۹۷۱۸۶۴۵۲۸۸۰ | درون گروهی | |
| | | | ۲۰۲ | ۴۹۲۸۵۳۹۶۹۹۵۲۵۷۴۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۱۰,۱۷۸ | ۲۲۲۶۷۳۹۷۴۹۲۹۹۰۶ | ۵ | ۱۱۱۳۳۶۹۸۷۴۶۴۹۵۳۰ | بین گروهی | |
| | | ۲۱۸۷۸۸۷۵۴۸۴۹۰۴ | ۳۷۹ | ۸۲۹۲۰۹۳۸۰۸۷۷۸۷۴۰ | درون گروهی | |
| | | | ۳۸۴ | ۹۴۰۵۴۶۳۶۸۳۴۲۸۲۸۰ | کل | |

نتایج آزمون Post Hoc (توکی) در قبل از اجرای برنامه، نشان می‌دهد که تفاوت‌های میانگین بین دوازده مقایسه معنادار است (جدول ۵۳). در ۱۲ مورد اختلاف معناداری گزارش شد، در ۱۱ مورد همواره افراد با رابطه استخدامی قوی تر، دریافتی بالاتر داشته‌اند و یک مورد بلعکس بود. بیشترین اختلاف (۶,۸۵۰,۰۶۹ ریال) در بیمارستان ۲ و بین گروه‌های ۲ و ۵ بوده است.

ترتیب کدبندی انواع استخدام بدین شرح بود: ۱- رسمی؛ ۲- پیمانی؛ ۳- طرحی، متعهد به خدمت؛ ۴- قرارداد تبصره ۳، قرارداد معین؛ ۵- قرارداد تبصره ۴، معین غیر حرفه ای؛ ۶- شرکتی، قرارداد اداره کار؛ ۷- پریکس (مشارکتی) (بر اساس پیوست ۳)

جدول ۵۳: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام در بخش‌های بالینی بعد از اجرای برنامه

| بیمارستان | امتیاز شغل | تفاوت میانگین‌ها (۵-۱) | خطای معیار | Sig. |
|-----------|------------|------------------------|------------|-------|
| ۲ | ۱ | ۵,۰۳۷,۵۷۰ | ۹۲۵۷۰۸,۱ | ۰.۰۰۰ |
| ۲ | ۲ | ۶,۸۵۰,۰۶۹ | ۱۲۰۵۵۲۱,۶ | ۰.۰۰۰ |
| ۲ | ۳ | ۵,۷۵۷,۸۷۱ | ۱۱۶۵۶۰۰,۳ | ۰.۰۰۰ |
| ۲ | ۴ | ۴,۶۲۸,۰۳۹ | ۱۲۲۰۷۸۷,۶ | ۰.۰۰۰ |
| ۲ | ۵ | (۵,۴۴۵,۴۹۲) | ۱۴۰۱۵۸۳,۷ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۱ | ۳,۰۵۷,۴۶۵ | ۸۴۸۷۹۸,۱ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۱ | ۴,۲۸۵,۵۴۰ | ۷۹۰۷۱۰,۵ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۱ | ۳,۸۵۹,۱۴۷ | ۸۱۱۵۱۸,۰ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۱ | ۶,۵۵۴,۳۲۶ | ۹۷۶۹۲۳,۱ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۱ | ۴,۰۲۷,۱۰۲ | ۱۲۳۰۷۲۸,۰ | ۰.۰۰۱ |
| ۹ | ۲ | ۳,۴۹۶,۸۶۱ | ۹۱۲۸۷۵,۵ | ۰.۰۰۰ |
| ۹ | ۴ | ۲,۶۹۵,۱۷۹ | ۸۷۸۳۱۹,۴ | ۰.۰۰۳ |

از میان بیمارستان‌های مورد مطالعه، صرفاً دو بیمارستان برای منطبق سازی با داده‌های قبل برای تجزیه و تحلیل استفاده شدند. از این میان، در هر دو بیمارستان بین انواع مختلف استخدام تفاوت معناداری نشان داده‌اند (جدول ۵۴).

جدول ۵۴: مقایسه وضعیت انواع رابطه استخدامی در بخش‌های پشتیبانی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| کد بیمارستان | مجموع مربعات | df | مربع میانگین | F | Sig |
|--------------|-------------------------|-------|-----------------------|----|--------|
| ۹ | ۲۱,۲۱۶,۸۰۲,۵۳۲,۲۲۴,۳۰۰ | ۵ | ۴,۲۴۳,۳۶۰,۵۰۶,۴۴۴,۸۶۰ | ۸۴ | <۰,۰۰۱ |
| | ۱۵۵,۱۸۱,۰۲۹,۵۰۷,۱۵۴,۰۰۰ | ۳,۰۵۶ | ۵۰,۷۷۹,۱۳۲,۶۹۲,۱۳۲ | | |

جدول ۵۴: مقایسه وضعیت انواع رابطه استخدامی در بخش های پشتیبانی دو بیمارستان، قبل از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان | |
|--------|----|---------------------|-------|-------------------------|--------------|----|
| | | | ۳,۰۶۱ | ۱۷۶,۳۹۷,۸۳۲,۰۳۹,۳۷۸,۰۰۰ | کل | |
| <۰,۰۰۱ | ۱۲ | ۵۴۲,۳۰۲,۳۱۲,۰۰۵,۱۷۶ | ۵ | ۲,۷۱۱,۵۱۱,۵۶۰,۰۲۵,۸۸۰ | بین گروهی | ۲۸ |
| | | ۴۴,۴۶۰,۷۴۸,۴۶۲,۸۳۱ | ۵۱۲ | ۲۲,۷۶۳,۹۰۳,۲۱۲,۹۶۹,۶۰۰ | درون گروهی | |
| | | | ۵۱۷ | ۲۵,۴۷۵,۴۱۴,۷۷۲,۹۹۵,۵۰۰ | کل | |

همان طور که در جدول ۵۵ مشاهده می شود، نتایج آزمون توکی ۱۸ مقایسه معنادار نشان داده است که در همه آن ها به جز دو مورد استثنا، همواره افراد با رابطه استخدامی قوی تر دریافتی بیشتر داشته اند. بیشترین اختلاف (۴۷۷،۸۰۹۰، ریال) در بیمارستان ۹ و بین گروه های ۱ و ۵ بوده است.

جدول ۵۶: مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک نوع استخدام در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۵-۱) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| ۰,۰۰ | ۴۴۷۰۸۳,۷ | ۲,۸۷۰,۸۹۲ | ۲ ۱ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۷۱۳۴۲,۵ | ۵,۵۹۳,۳۸۷ | ۳ ۱ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۳۹۴۷۱۰,۳ | ۴,۴۹۸,۱۱۶ | ۴ ۱ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۱۵۳۸۴,۱ | ۸,۰۹۰,۴۷۷ | ۵ ۱ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۷۷۴۵۰۳,۵ | ۵,۷۷۱,۱۰۱ | ۶ ۱ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۷۷۳۵۰,۵ | ۲,۷۲۲,۴۹۵ | ۳ ۲ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۰۱۸۶۵,۶ | ۱,۶۲۷,۲۲۴ | ۴ ۲ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۲۲۱۸۹,۱ | ۵,۲۱۹,۵۸۴ | ۵ ۲ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۷۷۸۱۷۴,۴ | ۲,۹۰۰,۲۰۸ | ۶ ۲ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۴۴۷۷۹۸,۷ | ۲,۴۹۷,۰۹۰ | ۵ ۳ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۳۶۶۲۷۳,۳ | ۳,۵۹۲,۳۶۱ | ۵ ۴ | ۹ |
| ۰,۰۳ | ۷۶۰۴۰۴,۹ | (۲,۳۱۹,۳۷۶) | ۶ ۵ | ۹ |
| ۰,۰۰ | ۹۰۴۲۵۰,۵ | ۳,۷۰۳,۶۴۳ | ۴ ۱ | ۲۸ |
| ۰,۰۰ | ۱۱۳۷۸۲۳,۶ | ۶,۶۳۱,۴۲۴ | ۵ ۱ | ۲۸ |
| ۰,۰۰ | ۹۳۲۵۲۲,۱ | ۴,۷۵۵,۵۶۷ | ۴ ۲ | ۲۸ |
| ۰,۰۰ | ۱۱۶۰۴۱۸,۵ | ۷,۶۸۳,۳۴۸ | ۵ ۲ | ۲۸ |
| ۰,۰۰ | ۱۲۱۲۹۶۵,۶ | ۵,۵۳۷,۱۰۰ | ۵ ۳ | ۲۸ |
| ۰,۰۱ | ۱۶۶۳۲۶۳,۸ | (۵,۴۵۲,۲۴۲) | ۶ ۵ | ۲۸ |

۴-۸-۴ دریافتی کارکنان به تفکیک شغل

در میان ۱۲ بیمارستان که داده کافی برای تجزیه و تحلیل داشتند، در ۱۲ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش‌های بالینی کار می‌کنند، مشاهده می‌شود (جدول ۵۷).

جدول ۵۷: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش‌های بالینی ۱۲ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|--------|------------------------------------|-----|-------------------|--------------|
| .۰۰۰ | ۱۰,۰۷۰ | ۲۲۱۵۷۳۴۳۴۸۴۲۵۸۱ ۲۲۰۰۴۱۵۲۹۷۰۵۱۴ | ۵ | ۱۱۰۷۸۶۷۱۷۴۲۱۲۹۱۰ | ۱ بین گروهی |
| | | | ۲۴۰ | ۵۲۸۰۹۹۶۷۱۲۹۲۳۳۶۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۴۵ | ۶۳۸۸۸۶۳۸۸۷۱۳۶۲۶۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۱۱,۸۳۷ | ۲۱۸۴۷۷۴۵۳۹۹۹۵۱۴ ۱۸۴۵۷۵۲۴۳۶۴۹۴۲ | ۶ | ۱۳۱۰۸۶۴۷۲۳۹۹۷۰۸۰ | ۲ بین گروهی |
| | | | ۱۹۶ | ۳۶۱۷۶۷۴۷۷۵۵۲۸۶۶۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۰۲ | ۴۹۲۸۵۳۹۴۹۹۵۲۵۷۴۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۶,۲۵۱ | ۱۴۱۴۹۰۸۳۳۸۲۳۰۴۶ ۲۲۶۳۶۲۹۲۸۰۵۵۲۹ | ۶ | ۸۴۸۹۴۵۰۰۲۹۳۸۲۷۴ | ۹ بین گروهی |
| | | | ۳۷۸ | ۸۵۵۶۵۱۸۶۸۰۴۹۰۰۱۰ | درون گروهی |
| | | | ۳۸۴ | ۹۴۰۵۴۶۳۶۸۳۴۲۸۲۸۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۱۳,۵۸۳ | ۳۸۹۰۶۳۶۶۵۱۸۵۸۹ ۲۸۶۴۴۱۶۳۵۶۵۳۴۴ | ۵ | ۱۹۴۵۳۱۸۳۳۲۵۹۲۹۴۰ | ۱۲ بین گروهی |
| | | | ۱۱۶ | ۳۳۲۲۷۲۲۹۷۳۵۷۹۹۵۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۲۱ | ۵۲۶۸۰۴۱۳۰۶۱۷۲۹۰۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۲۳,۳۸۸ | ۱۰۷۹۹۲۷۶۲۳۰۶۰۸۰۰ ۴۶۱۷۵۰۵۰۳۷۳۹۷۰ | ۵ | ۵۳۹۹۶۳۸۱۱۵۳۰۴۰۱۰ | ۱۴ بین گروهی |
| | | | ۲۷۲ | ۱۲۵۵۹۶۱۳۷۰۱۷۱۹۷۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۷۷ | ۱۷۹۵۹۲۵۱۸۱۷۰۲۳۷۰۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۲۰,۹۶۱ | ۱۱۳۴۱۲۲۵۸۳۰۳۵۶۴۰ ۵۴۱۰۵۷۷۲۴۸۲۰۶۳ | ۷ | ۷۹۳۸۸۵۸۰۸۱۲۴۹۴۵۰ | ۱۹ بین گروهی |
| | | | ۵۴۵ | ۲۹۴۸۷۶۴۶۰۰۲۷۲۴۶۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۵۵۲ | ۳۷۴۲۶۵۰۴۰۸۳۹۷۴۰۰۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۸,۵۹۲ | ۱۰۱۸۴۴۱۷۸۸۲۳۱۴۵ ۱۱۸۵۳۱۴۳۳۱۰۱۸ | ۶ | ۶۱۱۰۶۵۰۷۲۹۳۸۸۷۲ | ۲۰ بین گروهی |
| | | | ۲۲۰ | ۲۶۰۷۶۹۱۵۳۲۸۲۳۹۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۲۶ | ۳۲۱۸۷۵۶۶۰۵۷۶۲۸۰۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۱۰,۹۲۸ | ۴۷۰۸۴۹۵۰۹۲۳۷۶۵۲ ۴۳۰۸۷۵۶۱۵۶۸۴۷۱ | ۵ | ۲۳۵۴۲۴۷۵۴۶۱۸۸۲۶۰ | ۲۲ بین گروهی |
| | | | ۱۳۵ | ۵۸۱۶۸۲۰۸۱۱۷۴۳۵۵۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۴۰ | ۸۱۷۱۰۶۸۳۵۷۹۳۱۸۱۰ | کل |
| .۰۰۰ | ۱۲,۷۳۴ | ۲۹۷۰۳۱۸۰۰۱۹۹۴۸۱ ۲۳۳۲۶۵۱۳۲۰۰۱۰۷ | ۶ | ۱۷۸۲۱۹۰۸۰۱۱۹۶۸۹۰ | ۲۶ بین گروهی |
| | | | ۲۲۱ | ۵۱۵۵۱۵۹۴۱۷۲۲۳۵۳۰ | درون گروهی |

جدول ۵۷: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۲ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان | |
|------|--------|------------------|------|-------------------|--------------|--|
| | | | ۲۲۷ | ۶۹۳۷۳۵۰۲۱۸۴۲۰۴۲۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۱۵,۲۹۰ | ۶۲۵۰۱۵۱۴۱۳۵۴۳۵۱ | ۶ | ۳۷۵۰۰۹۰۸۴۸۱۲۶۱۱۰ | بین گروهی | |
| | | ۴۰۸۷۶۱۴۵۴۸۵۴۷۶ | ۳۸۵ | ۱۵۷۳۷۳۱۶۰۱۱۹۰۸۲۰۰ | درون گروهی | |
| | | | ۳۹۱ | ۱۹۴۸۷۴۰۶۸۶۰۰۳۴۳۰۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۴۰,۶۰۴ | ۱۴۴۲۳۶۷۴۰۹۵۹۴۲۰۰ | ۷ | ۱۰۰۹۶۵۷۱۸۶۷۱۵۹۴۰۰ | بین گروهی | |
| | | ۳۵۵۲۲۴۱۴۴۳۶۹۱۶ | ۲۰۰۲ | ۷۱۱۱۵۸۷۳۷۰۲۷۰۶۴۰۰ | درون گروهی | |
| | | | ۲۰۰۹ | ۸۱۲۱۲۴۴۵۵۶۹۸۶۵۸۰۰ | کل | |
| .۰۰۰ | ۳۴,۹۱۶ | ۱۱۳۹۰۳۷۶۹۹۴۴۴۴۲۰ | ۶ | ۶۸۳۴۲۲۶۱۹۶۶۶۶۵۴۰ | بین گروهی | |
| | | ۳۲۶۲۱۸۷۰۹۶۴۸۹۵ | ۵۵۳ | ۱۸۰۳۹۸۹۴۶۴۳۵۸۶۷۰۰ | درون گروهی | |
| | | | ۵۵۹ | ۲۴۸۷۴۱۲۰۸۴۰۲۵۳۲۰۰ | کل | |

نتایج آزمون توکی در این ۱۲ بیمارستان، ۴۶ مقایسه با تفاوت معناداری بین دریافتی های انواع شغل ها را نشان می دهد. همواره شغل های با مسئولیت بالاتر دریافتی بیشتری نسبت به شغل های با مسئولیت پایین تر داشته اند. بیشترین اختلاف (۱۷,۱۶۳,۵۴۰ ریال) بین کدهای سه و هفت بود (جدول ۵۸).

جدول ۵۸: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۱-۵) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| .۰۰۰ | ۱۰۱۸۰۵۰,۸ | (۴,۶۶۸,۳۱۱) | ۵ | ۱ |
| .۰۰۰ | ۱۷۶۵۵۷۵,۰ | (۸,۲۲۸,۶۰۱) | ۷ | ۱ |
| .۰۰۰ | ۱۲۵۹۵۷۵,۸ | (۴,۹۸۸,۰۱۷) | ۵ | ۲ |
| .۰۰۰ | ۱۹۱۵۰۳۴,۹ | (۸,۵۴۸,۳۰۸) | ۷ | ۲ |
| .۰۰۱ | ۱۵۲۳۱۵۵,۶ | (۵,۰۱۳,۳۹۱) | ۵ | ۳ |
| .۰۰۰ | ۲۰۹۷۸۱۵,۷ | (۸,۵۷۳,۶۸۱) | ۷ | ۳ |
| .۰۰۱ | ۱۳۲۵۸۴۲,۹ | (۴,۵۲۰,۲۹۰) | ۴ | ۱ |
| .۰۰۰ | ۸۲۳۸۰۱,۶ | (۶,۶۶۶,۶۴۵) | ۵ | ۱ |
| .۰۰۰ | ۱۵۴۰۴۹۰,۳ | (۶,۲۲۲,۲۰۸) | ۷ | ۱ |
| .۰۰۱ | ۸۵۰۸۸۶,۷ | (۲,۹۹۴,۹۹۱) | ۵ | ۱ |
| .۰۰۱ | ۱۸۶۴۴۸۰,۶ | (۶,۷۳۰,۶۵۸) | ۷ | ۱ |
| .۰۰۲ | ۹۱۲۰۳۰,۷ | (۲,۹۷۶,۵۳۰) | ۵ | ۲ |
| .۰۰۱ | ۱۸۹۳۱۶۶,۶ | (۶,۷۱۲,۱۹۷) | ۷ | ۲ |
| .۰۰۲ | ۱۵۲۹۹۹۵,۵ | (۵,۱۰۶,۴۴۹) | ۵ | ۳ |

جدول ۵۸: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های بالینی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۱-۵) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| ۰.۰۰ | ۲۲۵۶۸۰۴,۴ | (۸,۸۴۲,۱۱۶) | ۷ | ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۲۹۴۰۹,۳ | (۹,۲۷۹,۴۰۷) | ۵ | |
| ۰.۰۰ | ۱۸۷۷۸۳۶,۰ | (۱۳,۸۵۲,۶۱۳) | ۷ | |
| ۰.۰۰ | ۲۳۱۹۵۱۶,۳ | (۸,۶۴۱,۹۶۵) | ۵ | ۲ |
| ۰.۰۰ | ۲۸۰۱۲۰۳,۴ | (۱۳,۲۱۵,۱۷۱) | ۷ | |
| ۰.۰۱ | ۲۴۵۳۸۶۹,۶ | (۸,۶۶۱,۳۶۷) | ۵ | ۳ |
| ۰.۰۰ | ۲۹۱۳۴۲۷,۷ | (۱۳,۲۳۴,۵۷۴) | ۷ | |
| ۰.۰۳ | ۵۰۷۹۷۳۴,۷ | (۱۵,۷۲۹,۱۸۱) | ۷ | ۴ |
| ۰.۰۰ | ۶۵۶۵۲۳,۷ | (۳,۹۷۳,۶۶۴) | ۵ | |
| ۰.۰۰ | ۱۱۲۷۳۷۱,۵ | (۵,۴۹۷,۹۴۱) | ۷ | ۱ |
| ۰.۰۵ | ۱۵۲۷۹۷۵,۸ | (۴,۵۳۹,۶۴۴) | ۶ | |
| ۰.۰۳ | ۱۴۳۰۸۶۰,۳ | (۴,۴۶۳,۶۸۳) | ۵ | ۳ |
| ۰.۰۱ | ۱۶۹۹۲۰۶,۹ | (۵,۹۸۷,۹۶۱) | ۷ | |
| ۰.۰۰ | ۳۴۵۴۲۶۴,۰ | (۱۳,۸۶۰,۴۰۲) | ۷ | ۱ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۰۴۳۹۶,۳ | (۱۶,۷۸۰,۰۳۳) | ۴ | |
| ۰.۰۰ | ۱۹۲۹۹۷۰,۳ | (۹,۳۵۷,۱۲۰) | ۵ | ۳ |
| ۰.۰۰ | ۲۵۷۴۶۵۶,۴ | (۱۷,۱۶۳,۵۴۰) | ۷ | |
| ۰.۰۳ | ۴۹۸۵۸۰۰,۷ | (۱۵,۵۶۲,۲۷۴) | ۶ | ۳ |
| ۰.۰۰ | ۱۹۲۹۹۷۰,۳ | (۷,۸۰۶,۴۲۰) | ۷ | |
| ۰.۰۰ | ۷۷۹۰۶۲,۴ | (۶,۵۴۰,۷۰۴) | ۵ | ۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۶۱۰۰۶,۴ | (۱۶,۵۴۴,۹۴۹) | ۷ | |
| ۰.۰۰ | ۱۵۹۸۹۶۰,۴ | (۹,۶۷۷,۰۰۰) | ۶ | ۱ |
| ۰.۰۱ | ۱۱۵۹۲۳۱,۷ | (۴,۱۱۸,۶۲۸) | ۵ | |
| ۰.۰۰ | ۱۷۸۱۴۶۵,۹ | (۱۴,۱۲۲,۸۷۳) | ۷ | ۲ |
| ۰.۰۰ | ۱۸۱۴۸۱۵,۲ | (۷,۲۵۴,۹۲۳) | ۶ | |
| ۰.۰۰ | ۸۲۵۹۸۷,۷ | (۶,۸۲۵,۵۵۳) | ۵ | ۳ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۸۴۹۴۷,۵ | (۱۶,۸۲۹,۷۹۸) | ۷ | |
| ۰.۰۰ | ۱۶۲۲۳۴۱,۵ | (۹,۹۶۱,۸۴۸) | ۶ | ۳ |
| ۰.۰۰ | ۱۹۵۹۰۴۷,۵ | (۱۳,۸۷۷,۸۳۲) | ۷ | |
| ۰.۰۱ | ۱۹۸۹۴۲۲,۲ | (۷,۰۰۹,۸۸۳) | ۶ | ۴ |
| ۰.۰۰ | ۱۴۱۷۰۶۱,۹ | (۱۰,۰۰۴,۲۴۵) | ۷ | |
| ۰.۰۱ | ۱۹۸۹۴۲۲,۲ | ۶,۸۶۷,۹۵۰ | ۶ | ۷ |
| ۰.۰۱ | ۱۹۸۹۴۲۲,۲ | ۶,۸۶۷,۹۵۰ | ۶ | |

۱۰ بیمارستان مطابق با داده‌های قبل برای تجزیه و تحلیل انتخاب شدند، در ۱۰ بیمارستان تفاوت‌های معناداری بین مشاغل مختلفی که در بخش‌های پشتیبان کار می‌کنند، مشاهده می‌شود (جدول ۵۹).

جدول ۵۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش‌های بالینی ۱۰ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان |
|------|---------|------------------------------------|------|--------------------|--------------|
| .000 | ۱۰۲,۱۰۷ | ۱۷۸۷۷۶۱۳۵۸۸۵۱۳۵۰ ۱۷۵۰۸۶۳۵۷۱۹۰۱۴ | ۷ | ۱۲۵۱۴۳۲۹۵۱۱۹۵۹۵۰۰ | ۱ بین گروهی |
| | | | ۸۲ | ۱۴۳۵۷۰۸۱۲۸۹۵۹۱۳۰ | درون گروهی |
| | | | ۸۹ | ۱۳۹۵۰۰۳۷۶۴۰۹۱۸۶۰۰ | کل |
| .000 | ۳۴,۷۸۴ | ۲۴۱۷۳۳۴۲۸۴۴۳۳۱۳ ۶۹۴۹۵۶۸۶۸۶۸۱۹ | ۸ | ۱۹۳۳۸۶۷۴۲۷۵۴۶۵۱۰ | ۲ بین گروهی |
| | | | ۱۵۴ | ۱۰۷۰۲۳۳۵۷۷۷۷۰۱۵۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۶۲ | ۳۰۰۴۱۰۱۰۰۵۳۱۶۶۶۰ | کل |
| .000 | ۱۵۴,۲۴۴ | ۵۶۲۸۵۱۲۵۷۳۸۱۵۹۲۰ ۳۶۴۹۱۰۴۸۳۷۹۷۳۹ | ۱۲ | ۶۷۵۴۲۱۵۰۸۸۵۷۹۱۱۰۰ | ۹ بین گروهی |
| | | | ۲۶۶۴ | ۹۷۲۱۲۱۵۲۸۸۳۶۲۴۷۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۲۶۷۶ | ۱۶۴۷۵۴۳۰۳۷۶۹۴۱۶۰۰۰ | کل |
| .000 | ۱۳,۸۷۳ | ۵۲۷۴۱۲۲۵۹۲۹۰۶۱۴ ۳۸۰۱۸۳۲۹۸۱۷۴۱۸ | ۵ | ۲۶۳۷۰۶۱۲۹۶۴۵۳۰۷۰ | ۱۲ بین گروهی |
| | | | ۵۱ | ۱۹۳۸۹۳۴۸۲۰۶۸۸۳۴۰ | درون گروهی |
| | | | ۵۶ | ۴۵۷۵۹۹۶۱۱۷۱۴۱۴۱۰ | کل |
| .000 | ۳۰,۶۵۶ | ۱۲۸۳۰۶۰۳۲۰۷۴۲۵۷۰ ۴۱۸۵۲۸۶۷۸۱۸۰۱۴ | ۶ | ۷۶۹۸۳۶۱۹۲۴۴۵۵۴۴۰ | ۱۴ بین گروهی |
| | | | ۱۰۳ | ۴۳۱۰۸۴۵۳۸۵۲۵۵۴۵۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۰۹ | ۱۲۰۰۹۲۰۷۳۰۹۷۱۰۹۰۰ | کل |
| .000 | ۱۴,۹۶۸ | ۲۴۷۷۸۳۹۵۷۵۸۰۳۸۶ ۱۶۵۵۳۷۲۹۰۷۲۰۴۷ | ۶ | ۱۴۸۶۷۰۳۷۴۵۴۸۲۳۳۲۰ | ۲۰ بین گروهی |
| | | | ۶۵ | ۱۰۷۵۹۹۲۳۸۹۶۸۳۰۲۰ | درون گروهی |
| | | | ۷۱ | ۲۵۶۲۶۹۶۱۳۵۱۶۵۳۴۰ | کل |
| .000 | ۳۰,۳۱۴ | ۷۵۳۳۳۳۶۹۹۵۰۲۳۸۷ ۲۴۸۵۱۱۴۹۱۳۳۷۲۵ | ۹ | ۶۷۸۰۰۰۳۲۹۵۵۲۱۴۸۰ | ۲۱ بین گروهی |
| | | | ۱۰۶۶ | ۲۶۴۹۱۳۲۴۹۷۶۵۵۱۳۰۰ | درون گروهی |
| | | | ۱۰۷۵ | ۳۳۲۷۱۳۲۸۲۷۲۰۷۲۷۰۰ | کل |
| .000 | ۷۵,۴۳۳ | ۲۱۹۸۱۰۳۷۵۷۲۵۹۶۷۰ ۲۹۱۳۹۷۵۸۳۲۸۳۴۱ | ۶ | ۱۳۱۸۸۶۲۲۵۴۳۵۵۸۰۰۰ | ۲۲ بین گروهی |
| | | | ۷۵ | ۲۱۸۵۴۸۱۸۷۴۶۲۵۵۴۰ | درون گروهی |
| | | | ۸۱ | ۱۵۳۷۴۱۰۴۴۱۸۱۸۳۶۰۰ | کل |
| .000 | ۱۰,۳۷۹ | ۲۱۸۴۰۲۵۴۷۰۷۴۴۵۷ ۲۱۰۴۲۷۵۳۲۷۹۴۳۰ | ۵ | ۱۰۹۲۰۱۲۷۳۵۳۷۲۲۹۰ | ۲۶ بین گروهی |
| | | | ۷۸ | ۱۶۴۱۳۳۴۷۵۵۷۹۵۵۴۰ | درون گروهی |
| | | | ۸۳ | ۲۷۳۳۳۴۷۴۹۱۱۶۷۸۲۰ | کل |
| .000 | ۲۴,۷۵۶ | ۴۷۱۶۰۸۲۲۹۰۲۵۷۰۶ | ۶ | ۲۸۲۹۶۴۹۳۷۴۱۵۴۲۴۰ | ۲۸ بین گروهی |

جدول ۵۹: مقایسه وضعیت انواع شغل در بخش های بالینی ۱۰ بیمارستان، بعد از اجرای برنامه

| Sig | F | مربع میانگین | df | مجموع مربعات | کد بیمارستان | |
|-----|---|----------------|-----|------------------|--------------|----|
| | | | | | درون گروهی | کل |
| | | ۱۹۰۵۰۴۰۴۶۱۸۲۲۰ | ۱۱۹ | ۲۲۶۶۹۹۸۱۴۹۵۶۸۱۱۰ | | |
| | | | ۱۲۵ | ۵۰۹۶۶۴۷۵۲۳۷۲۲۳۵۰ | | |

نتایج آزمون توکی بین ۱۴۷ مورد اختلاف معنادار نشان می دهد. در ۱۴۴ مورد از این موارد همواره افراد با امتیاز شغل بالاتر دریافتی بالاتر داشته اند و در سه مورد بلعکس بوده است. بیشترین اختلاف در بیمارستان ۹ (۹۴،۲۴۳،۶۱۳) ریال بین کدهای ۳ و ۱۳) و کمترین اختلاف در بیمارستان ۲۱ (۲،۳۴۵،۷۷۵) ریال بین کدهای ۵ و ۴) بوده است (جدول ۶۰).

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان | |
|-------|------------|------------------------|------------|-----------|---|
| | | | | | |
| ۰.۰۰۰ | ۱۳۰۱۰۹۳،۳ | (۵،۹۳۴،۳۹۳) | ۷ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱۳۳۷۹۲۳،۹ | (۶،۸۹۰،۷۳۱) | ۹ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۱۵۲۴۵۱،۱ | (۸،۷۷۲،۰۲۷) | ۱۱ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۱۵۲۴۵۱،۱ | (۲۹،۱۰۳،۳۷۸) | ۱۲ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۱ | ۱۷۰۱۶۶۲،۰ | (۶،۱۸۸،۵۲۷) | ۱۳ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۱ | ۱۷۰۱۶۶۲،۰ | (۶،۱۸۸،۵۲۷) | ۱۴ | ۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۶۳۶۲۰۳،۵ | (۲۵،۰۷۲،۳۷۳) | ۱۲ | ۳ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۷۷۰۰۵۳،۲ | (۳،۸۵۴،۸۵۸) | ۷ | ۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۸۳۰۷۶۹،۹ | (۴،۸۱۱،۱۹۶) | ۹ | ۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۱ | ۱۸۷۹۶۷۶،۶ | (۶،۶۹۲،۴۹۲) | ۱۱ | ۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱۸۷۹۶۷۶،۶ | (۲۷،۰۲۳،۸۴۳) | ۱۲ | ۵ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۰۲۶۴۶۵،۷ | (۲۲،۲۱۲،۶۴۷) | ۱۲ | ۹ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۶۳۶۲۰۳،۵ | (۲۰،۳۳۱،۳۵۱) | ۱۲ | ۱۱ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۲۸۳۰۱۹،۲ | ۲۲،۹۱۴،۸۵۲ | ۱۳ | ۱۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۲۲۸۳۰۱۹،۲ | ۲۲،۹۱۴،۸۵۲ | ۱۴ | ۱۲ | ۲ |
| ۰.۰۰۰ | ۱۰۸۲۵۴۹،۲ | (۵،۹۶۷،۰۸۱) | ۵ | ۱ | ۵ |
| ۰.۰۰۰ | ۱۳۴۰۷۰۸،۴ | (۷،۸۰۲،۹۲۷) | ۷ | ۱ | ۵ |
| ۰.۰۰۰ | ۱۶۲۲۰۰۰،۲ | (۱۷،۵۹۰،۹۹۳) | ۹ | ۱ | ۵ |
| ۰.۰۰۰ | ۳۱۳۳۵۰۲،۵ | (۱۸،۳۱۲،۳۲۳) | ۱۱ | ۱ | ۵ |
| ۰.۰۰۰ | ۳۱۳۳۵۰۲،۵ | (۲۷،۵۹۷،۷۳۳) | ۱۲ | ۱ | ۵ |

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین‌ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان | |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|---|
| ۰.۰۰ | ۱۳۱۷۴۴۹,۷ | (۱۱,۶۲۳,۹۱۲) | ۹ | ۵ | ۵ |
| ۰.۰۰ | ۲۹۸۷۲۴۴,۰ | (۱۲,۳۴۵,۲۴۲) | ۱۱ | ۵ | ۵ |
| ۰.۰۰ | ۲۹۸۷۲۴۴,۰ | (۲۱,۶۳۰,۶۵۲) | ۱۲ | ۵ | ۵ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۳۶۶۳۹,۲ | (۹,۷۸۸,۰۶۶) | ۹ | ۷ | ۵ |
| ۰.۰۱ | ۳۰۹۰۱۸۰,۱ | (۱۰,۵۰۹,۳۹۶) | ۱۱ | ۷ | ۵ |
| ۰.۰۰ | ۳۰۹۰۱۸۰,۱ | (۱۹,۷۹۴,۸۰۶) | ۱۲ | ۷ | ۵ |
| ۰.۰۳ | ۳۲۲۲۲۰۴,۰ | (۱۰,۰۰۶,۷۴۰) | ۱۲ | ۹ | ۵ |
| ۰.۰۰ | ۳۶۴۴۲۹,۹ | (۴,۶۹۲,۶۳۹) | ۵ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۷۰۶۹۶۲,۶ | (۱۰,۹۲۳,۰۶۳) | ۷ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۴۶۷۰۱,۰ | (۲۵,۰۰۳,۶۱۹) | ۹ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۴۵۲۰,۷ | (۵۷,۳۹۹,۶۲۵) | ۱۱ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۴۸۸۶۶۱,۲ | (۳۱,۰۷۹,۹۵۶) | ۱۲ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۴۵۲۰,۷ | (۹۲,۵۱۳,۹۶۶) | ۱۳ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۴۵۲۰,۷ | (۹۲,۵۱۳,۹۶۶) | ۱۴ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۹۷۰۰۱۸,۳ | (۵,۶۳۹,۶۱۳) | ۶ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۴۵۲۰,۷ | (۲۶,۴۳۰,۳۱۳) | ۸ | ۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۵۵۳۴۴۵,۶ | (۶,۴۲۲,۲۸۶) | ۵ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۸۲۰۵۴۱,۹ | (۱۲,۶۵۲,۷۱۰) | ۷ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۶۰۱۸۰۴,۲ | (۲۶,۷۳۳,۲۶۶) | ۹ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۰۴۷۱۹,۶ | (۵۹,۱۲۹,۲۷۲) | ۱۱ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۵۲۳۲۷۷,۲ | (۳۲,۸۰۹,۶۰۳) | ۱۲ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۰۴۷۱۹,۶ | (۹۴,۲۴۳,۶۱۳) | ۱۳ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۰۴۷۱۹,۶ | (۹۴,۲۴۳,۶۱۳) | ۱۴ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۳۴۹۶۴,۸ | (۲,۵۳۳,۵۶۵) | ۲ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۳۲۰۸۸۱,۶ | (۵,۸۸۲,۸۲۲) | ۴ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۵۵۶۶۴,۹ | (۷,۳۶۹,۲۶۰) | ۶ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۰۴۷۱۹,۶ | (۲۸,۱۵۹,۹۶۰) | ۸ | ۳ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۳۹۸۵۸,۱ | (۶,۲۳۰,۴۲۵) | ۷ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۱۷۲۰۳,۴ | (۲۰,۳۱۰,۹۸۰) | ۹ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۷۳۹۶۰,۷ | (۵۲,۷۰۶,۹۸۶) | ۱۱ | ۵ | ۹ |

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان | |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|---|
| ۰.۰۰ | ۲۴۷۰۴۳۶,۶ | (۲۶,۳۸۷,۳۱۸) | ۱۲ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۷۳۹۶۰,۷ | (۸۷,۸۲۱,۳۲۷) | ۱۳ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۷۳۹۶۰,۷ | (۸۷,۸۲۱,۳۲۷) | ۱۴ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۷۳۹۶۰,۷ | (۲۱,۷۳۷,۶۷۴) | ۸ | ۵ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۶۳۳۶۷۴,۷ | (۱۴,۰۸۰,۵۵۶) | ۹ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۱۶۶۸۰,۱ | (۴۶,۴۷۶,۵۶۲) | ۱۱ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۵۴۳۶۲۸,۱ | (۲۰,۱۵۶,۸۹۳) | ۱۲ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۱۶۶۸۰,۱ | (۸۱,۵۹۰,۹۰۳) | ۱۳ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۱۶۶۸۰,۱ | (۸۱,۵۹۰,۹۰۳) | ۱۴ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۱۰۳۴۲۴,۱ | ۵,۲۸۳,۴۵۰ | ۶ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۲ | ۴۳۱۶۶۸۰,۱ | (۱۵,۵۰۷,۲۴۹) | ۸ | ۷ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۵۳۰۵۸۶,۶ | (۳۲,۳۹۶,۰۰۶) | ۱۱ | ۹ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۵۳۰۵۸۶,۶ | (۶۷,۵۱۰,۳۴۷) | ۱۳ | ۹ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۵۳۰۵۸۶,۶ | (۶۷,۵۱۰,۳۴۷) | ۱۴ | ۹ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۹۳۲۲۷۷,۹ | ۲۶,۳۱۹,۶۶۹ | ۱۲ | ۱۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۴۰۷۸۲,۱ | (۳۵,۱۱۴,۳۴۱) | ۱۳ | ۱۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۴۰۷۸۲,۱ | (۳۵,۱۱۴,۳۴۱) | ۱۴ | ۱۱ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۹۳۲۲۷۷,۹ | (۶۱,۴۳۴,۰۱۰) | ۱۳ | ۱۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۹۳۲۲۷۷,۹ | (۶۱,۴۳۴,۰۱۰) | ۱۴ | ۱۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۳۴۹۶۴,۸ | ۲,۵۳۳,۵۶۵ | ۳ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۳۷۳۲۴۲,۲ | (۳,۸۸۸,۷۲۰) | ۵ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۷۱۱۵۴۵,۳ | (۱۰,۱۱۹,۱۴۵) | ۷ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۴۸۸۰۱,۰ | (۲۴,۱۹۹,۷۰۰) | ۹ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۵۲۷۹,۲ | (۵۶,۵۹۵,۷۰۷) | ۱۱ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۴۸۹۹۶۶,۹ | (۳۰,۲۷۶,۰۳۸) | ۱۲ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۵۲۷۹,۲ | (۹۱,۷۱۰,۰۴۸) | ۱۳ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۵۲۷۹,۲ | (۹۱,۷۱۰,۰۴۸) | ۱۴ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۹۷۳۳۶۳,۲ | (۴,۸۳۵,۶۹۵) | ۶ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۲۸۵۲۷۹,۲ | (۲۵,۶۲۶,۳۹۴) | ۸ | ۲ | ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۳۵۹۳۵۴,۵ | (۶,۷۶۹,۸۸۸) | ۷ | ۴ | ۹ |

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین‌ها (۷-۲) | امتیاز شغل | بیمارستان |
|------|------------|------------------------|------------|-----------|
| ۰.۰۰ | ۱۹۳۳۹۹۳,۹ | (۲۰,۸۵۰,۴۴۳) | ۹ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۴۳۹۰۵۰,۱ | (۵۳,۲۴۶,۴۵۰) | ۱۱ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۷۴۶۱۷۶,۱ | (۲۶,۹۲۶,۷۸۱) | ۱۲ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۴۳۹۰۵۰,۱ | (۸۸,۳۶۰,۷۹۱) | ۱۳ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۴۳۹۰۵۰,۱ | (۸۸,۳۶۰,۷۹۱) | ۱۴ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۴۳۹۰۵۰,۱ | (۲۲,۲۷۷,۱۳۷) | ۸ | ۴ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۱۰۳۴۲۴,۱ | (۵,۲۸۳,۴۵۰) | ۷ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۱۷۶۳۵۲۸,۴ | (۱۹,۳۶۴,۰۰۶) | ۹ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۶۷۴۷۸,۲ | (۵۱,۷۶۰,۰۱۲) | ۱۱ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۲۶۲۸۹۱۳,۰ | (۲۵,۴۴۰,۳۴۳) | ۱۲ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۶۷۴۷۸,۲ | (۸۶,۸۷۴,۳۵۳) | ۱۳ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۴۳۶۷۴۷۸,۲ | (۸۶,۸۷۴,۳۵۳) | ۱۴ | ۶ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۴۰۷۸۲,۱ | (۳۰,۹۶۹,۳۱۳) | ۱۱ | ۸ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۴۰۷۸۲,۱ | (۶۶,۰۸۳,۶۵۴) | ۱۳ | ۸ ۹ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۴۰۷۸۲,۱ | (۶۶,۰۸۳,۶۵۴) | ۱۴ | ۸ ۹ |
| ۰.۰۵ | ۳۶۶۷۷۹۳,۳ | (۱۱,۰۸۶,۷۷۰) | ۷ | ۱ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۱۷۵۹۶۶,۳ | (۱۸,۵۶۹,۰۹۲) | ۹ | ۱ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۵۶۰۲۶۴۶,۸ | (۲۳,۳۳۷,۵۰۹) | ۱۲ | ۱ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۵۶۰۲۶۴۶,۸ | (۴۲,۶۳۷,۲۳۶) | ۱۳ | ۱ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۵۶۰۲۶۴۶,۸ | (۴۲,۶۳۷,۲۳۶) | ۱۴ | ۱ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۱۸۷۴۲۰۶,۹ | (۷,۳۵۲,۲۰۲) | ۷ | ۵ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۲۷۳۸۳۶۴,۳ | (۱۴,۸۳۴,۵۲۴) | ۹ | ۵ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۶۳۱۳۷۰,۷ | (۱۹,۶۰۲,۹۴۱) | ۱۲ | ۵ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۶۳۱۳۷۰,۷ | (۳۸,۹۰۲,۶۶۸) | ۱۳ | ۵ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۶۳۱۳۷۰,۷ | (۳۸,۹۰۲,۶۶۸) | ۱۴ | ۵ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۸۹۰۳۹۱,۰ | (۳۱,۵۵۰,۴۶۶) | ۱۳ | ۷ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۴۸۹۰۳۹۱,۰ | (۳۱,۵۵۰,۴۶۶) | ۱۴ | ۷ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۵۲۸۲۲۲۶,۰ | (۲۴,۰۶۸,۱۴۴) | ۱۳ | ۹ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۵۲۸۲۲۲۶,۰ | (۲۴,۰۶۸,۱۴۴) | ۱۴ | ۹ ۱۴ |
| ۰.۰۰ | ۶۹۶۶۲۴,۸ | (۵,۱۷۸,۰۴۷) | ۵ | ۱ ۲۱ |

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین ها (۷-۲) | امتیاز شغل | |
|------|------------|------------------------|------------|------|
| | | | بیمارستان | |
| ۰.۰۰ | ۹۹۰۲۴۵,۹ | (۹,۳۲۶,۱۸۷) | ۷ | ۱ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۴۹۲۲۸۷,۲ | (۹,۱۱۷,۵۳۸) | ۹ | ۱ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۵۸۸۵۱۱,۳ | (۳۰,۵۵۳,۸۴۳) | ۱۲ | ۱ ۲۱ |
| ۰.۰۵ | ۸۸۴۹۷۸,۹ | (۲,۸۳۲,۲۷۲) | ۴ | ۱ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۵۸۸۵۱۱,۳ | (۱۴,۱۶۲,۲۹۲) | ۸ | ۱ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۵۷۴۲۲,۹ | (۵,۶۵۸,۶۵۴) | ۵ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۰۳۳۹۱۹,۸ | (۹,۸۰۶,۷۹۵) | ۷ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۵۲۱۶۱۹,۰ | (۹,۵۹۸,۱۴۶) | ۹ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۶۰۰۸۰۷,۸ | (۳۱,۰۳۴,۴۵۱) | ۱۲ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۱ | ۹۳۳۵۹۰,۴ | (۳,۳۱۲,۸۸۰) | ۴ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۶۰۰۸۰۷,۸ | (۱۴,۶۴۲,۹۰۰) | ۸ | ۳ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۷۴۹۷۹۶,۶ | (۴,۱۴۸,۱۴۰) | ۷ | ۵ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۵۲۹۷۳۳,۹ | (۲۵,۳۷۵,۷۹۶) | ۱۲ | ۵ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۵۵۹۱۷۲,۱ | ۴,۰۲۹,۸۵۰ | ۲ | ۵ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۶۰۳۹۸۳,۲ | ۲,۳۴۵,۷۷۵ | ۴ | ۵ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۵۹۹۲۱۱,۴ | (۲۱,۲۲۷,۶۵۶) | ۱۲ | ۷ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۸۹۸۸۷۳,۹ | ۸,۱۷۷,۹۹۱ | ۲ | ۷ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۹۲۷۴۱۳,۹ | ۶,۴۹۳,۹۱۵ | ۴ | ۷ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۷۶۸۳۷۵,۹ | (۲۱,۴۳۶,۳۰۵) | ۱۲ | ۹ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۱۴۵۱۳۵۴,۸ | (۶,۲۸۵,۲۶۶) | ۹ | ۴ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۳۵۷۱۶۸۳,۵ | (۲۷,۷۲۱,۵۷۱) | ۱۲ | ۴ ۲۱ |
| ۰.۰۵ | ۳۵۷۱۶۸۳,۵ | (۱۱,۳۳۰,۰۲۰) | ۸ | ۴ ۲۱ |
| ۰.۰۳ | ۴۹۸۵۰۹۲,۷ | (۱۶,۳۹۱,۵۵۱) | ۱۲ | ۸ ۲۱ |
| ۰.۰۰ | ۲۰۷۱۲۳۶,۳ | (۱۷,۲۵۹,۸۵۳) | ۹ | ۵ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۳۹۰۰۹۵۲,۴ | (۴۱,۷۵۱,۲۹۸) | ۱۲ | ۵ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۳۹۰۰۹۵۲,۴ | (۵۰,۱۰۱,۱۶۹) | ۱۳ | ۵ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۳۹۰۰۹۵۲,۴ | (۵۰,۱۰۱,۱۶۹) | ۱۴ | ۵ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۲۲۴۲۷۸۳,۴ | (۱۴,۴۲۱,۸۹۶) | ۹ | ۷ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۳۹۹۴۶۸۲,۳ | (۳۸,۹۱۳,۳۴۰) | ۱۲ | ۷ ۲۲ |
| ۰.۰۰ | ۳۹۹۴۶۸۲,۳ | (۴۷,۲۶۳,۲۱۱) | ۱۳ | ۷ ۲۲ |

جدول ۶۰: نتایج آزمون توکی دریافتی کارکنان به تفکیک نوع شغل در بخش های پشتیبانی بعد از اجرای برنامه

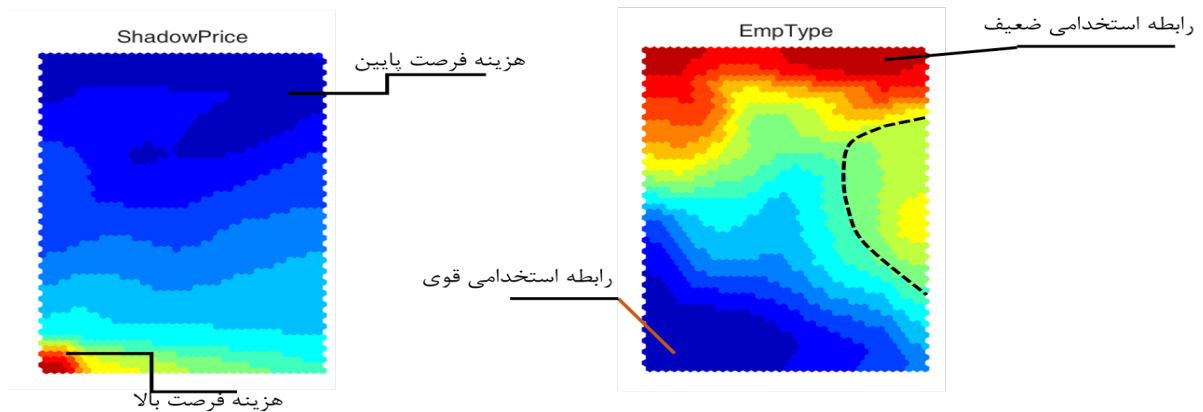
| Sig. | خطای معیار | تفاوت میانگین‌ها (۲-۷) | امتیاز شغل | | بیمارستان | |
|-------|------------|------------------------|------------|---|-----------|--|
| | | | | | | |
| ۰.۰۰۰ | ۳۹۹۴۶۸۲,۳ | (۴۷,۲۶۳,۲۱۱) | ۱۴ | ۷ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۴۲۶۷۵۹۲,۹ | (۲۴,۴۹۱,۴۴۴) | ۱۲ | ۹ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۴۲۶۷۵۹۲,۹ | (۳۲,۸۴۱,۳۱۵) | ۱۳ | ۹ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۴۲۶۷۵۹۲,۹ | (۳۲,۸۴۱,۳۱۵) | ۱۴ | ۹ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۵۳۹۸۱۲۵,۴ | (۳۳,۶۵۰,۷۵۸) | ۱۲ | ۶ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۵۳۹۸۱۲۵,۴ | (۴۲,۰۰۰,۶۲۹) | ۱۳ | ۶ | ۲۲ | |
| ۰.۰۰۰ | ۵۳۹۸۱۲۵,۴ | (۴۲,۰۰۰,۶۲۹) | ۱۴ | ۶ | ۲۲ | |

۴-۸-۴- بخش کمی: داده‌های بعد از اجرای برنامه: کل کارکنان غیرپزشک کشور

در این مرحله از مطالعه به گزارش یافته‌های کمی حاصل از داده‌های کاوی پرداخته شده است. نتایج گسترده حاصل از داده‌های کاوی بر اساس ۵ فرض اساسی که توسط پژوهشگران به عنوان فرض اساسی پرداخت مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شوند، گزارش شده است.

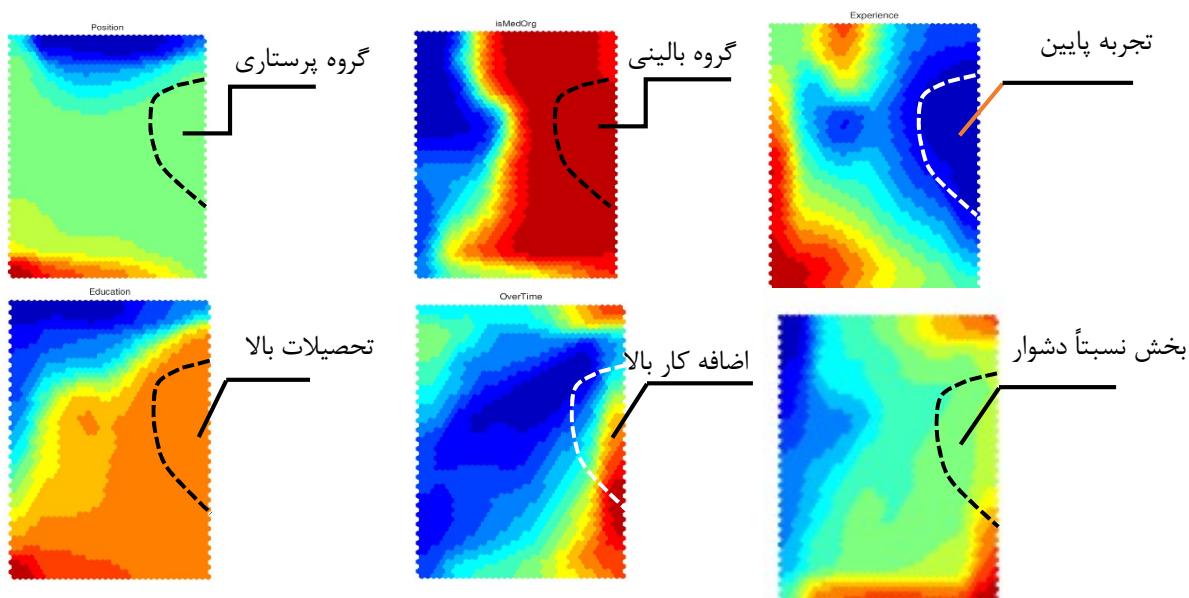
۴-۸-۴-۱- فرض یک: بین رابطه‌های استخدامی و هزینه فرصت نرمال شده همبستگی وجود ندارد.

در شکل ۱۴ فرض عدم همبستگی بین رابطه‌های استخدامی و هزینه فرصت مورد بررسی قرار گرفته است.



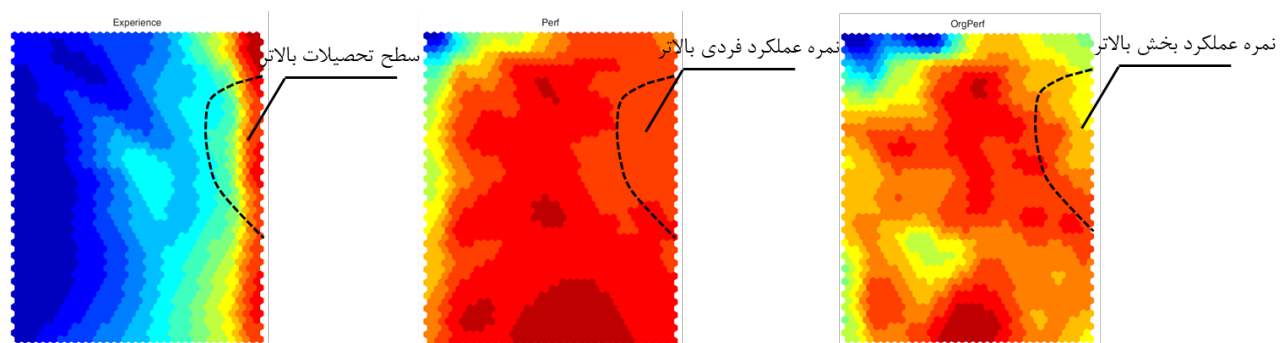
شکل ۱۴: رابطه‌های استخدامی و هزینه فرصت نرمال شده

در این شکل نشان داده شده است به طور عمده افراد دارای رابطه‌های استخدامی قوی تر دارای هزینه فرصت بالاتری هستند و افراد با رابطه‌های استخدامی ضعیف تر هزینه فرصت پایین تری دارند. اما این امر در مورد تمام کارکنان صادق نیست. افرادی که در نقشه سمت راست شکل ۵ خط چین شده‌اند، این همبستگی را بر هم زده‌اند.



شکل ۱۵: سایر ویژگی های افراد خط چین شده در شکل یک

بررسی سایر ویژگی های کارکنانی که در شکل یک خط چین شده اند (شکل ۱۵) نشان می دهد که این کارکنان افرادی بودند کم تجربه، با تحصیلات متوسط (کارشناس)، دارای اضافه کار بالا که در بخش های نسبتاً دشوار فعالیت دارند. با توجه به محل فعالیت و مدرک تحصیلی بنابراین پرستاران بخش های بالینی هستند.



شکل ۱۶: وضعیت پرستاران خط چین شده در شکل یک و دو

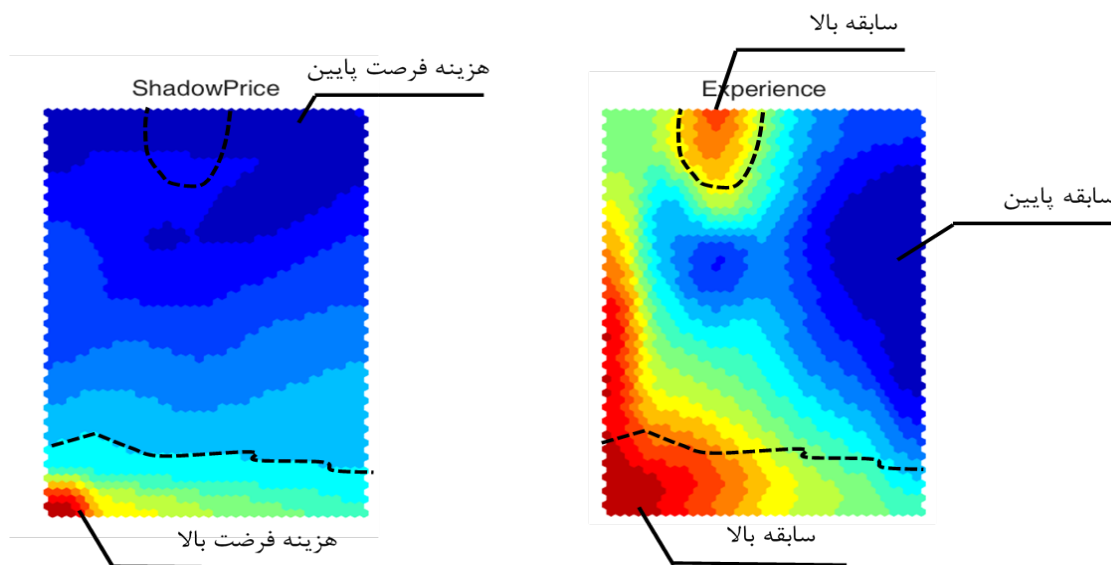
در شکل ۱۶ بررسی وضعیت پرستاران نشان می دهد که افرادی که در قسمت خط چین جای گرفته اند توانسته اند با سطح تحصیلات بالاتر، نمره عملکرد فردی و بخش بالاتری همبستگی بین نوع استخدام و هزینه فرصت را از بین ببرند.

بررسی دقیق تر افراد در قسمت هاشور خورده در شکل ۱۶ سمت چپ (نمره عملکرد بخش) و هزینه فرصت در شکل ۱۴ نشان می دهد که افرادی که نمره عملکرد بخش بالاتری داشته اند هزینه فرصت بهتری نیز داشته اند.

به طور خلاصه بررسی اجرایی شدن این فرض در برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران نشان داد که همبستگی بین رابطه استخدامی و هزینه فرصت وجود دارد ولی این امکان وجود دارد که کارکنان با نمره عملکرد فردی و واحد خود این همبستگی را تغییر دهند.

۴-۸-۴-۲- فرض دوم: سابقه و هزینه فرصت همبستگی دارد.

در این مرحله همبستگی بین سابقه افراد و هزینه فرصت آنان مورد بررسی قرار گرفت. شکل ۱۷ نشان می دهد که به طور کلی همبستگی بین این دو متغیر وجود ندارد. بررسی دقیق تر نشان می دهد که صرفاً برای کارکنان قسمت خط چین شده پایین دو تا نقشه همبستگی مستقیم بین سابقه و هزینه فرصت و برای کارکنان خط چین شده در قسمت بالایی دو نقشه همبستگی معکوس وجود دارد.

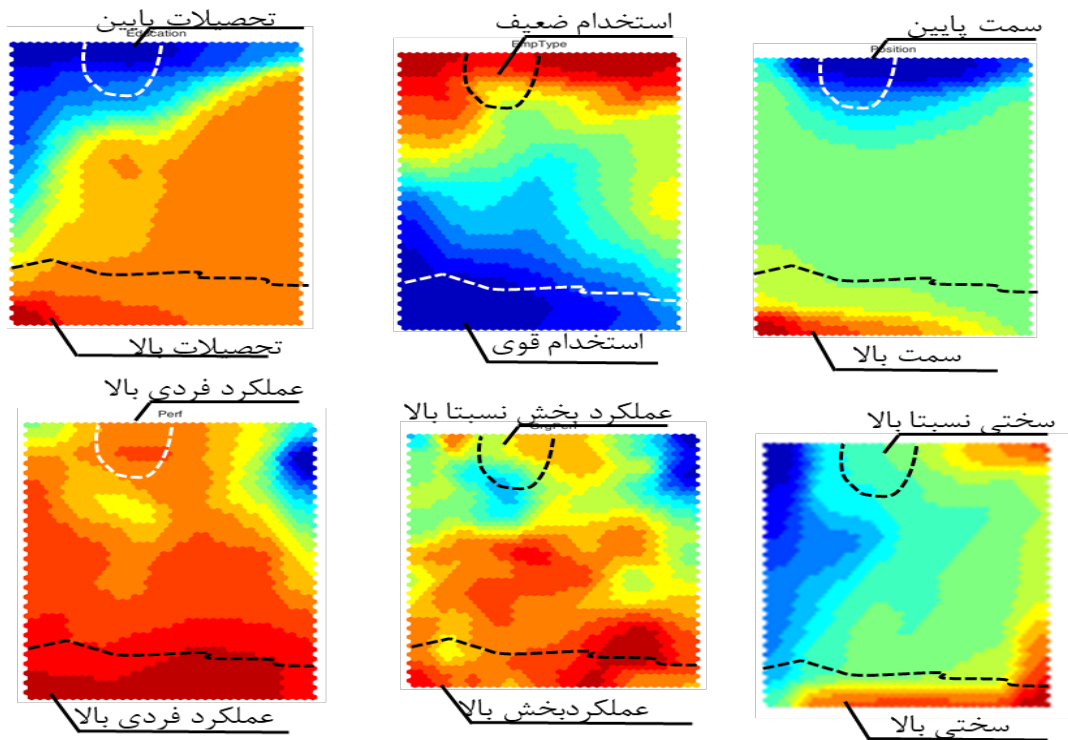


شکل ۱۷: بررسی همبستگی بین تجربه و هزینه فرصت بین تمام کارکنان

بررسی سایر ویژگی های افراد خط چین شده در شکل ۱۸ آورده شده است.

کارکنان خط چین شده در بالای نقشه ها: کارکنانی که با سابقه بالا هزینه فرصت پایین داشته اند (همبستگی معکوس)، کارکنانی بودند که تحصیلات و سمت پایین، استخدام ضعیف تر، نمره عملکردی فردی و بخش و سختی بخش نسبتاً بالا داشته اند.

کارکنان خط چین شده در پایین نقشه ها: کارکنانی که با سابقه بالا و هزینه فرصت بالا داشته اند (همبستگی مستقیم) کارکنانی هستند که تحصیلات، رابطه استخدامی، سمت، نمره عملکرد فردی و بخش و سختی بخش بالا داشته اند.

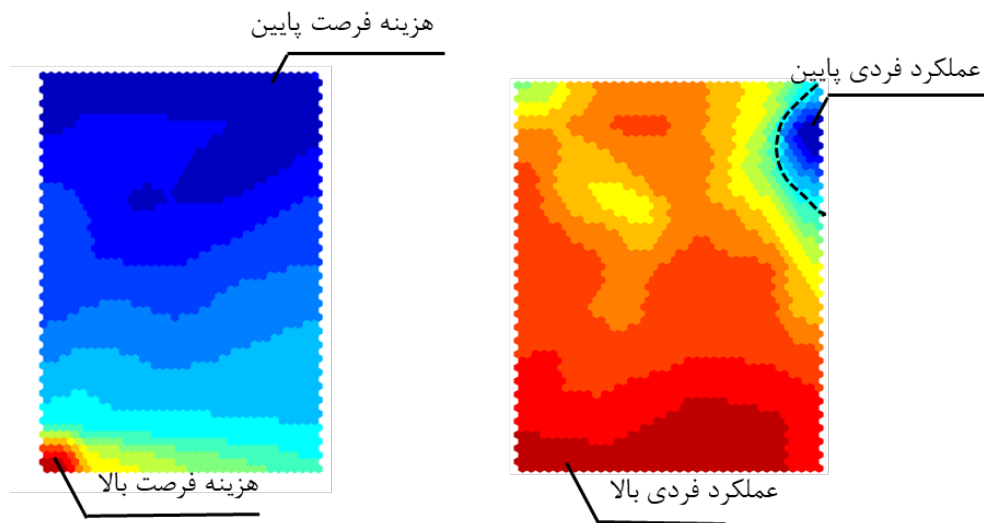


شکل ۱۸: سایر ویژگی های کارکنان خط چین شده در شکل چهار

با توجه به فرض این بخش و مقایسه این دو گروه می توان بیان کرد فرض همبستگی هزینه فرصت و سابقه همواره برقرار نیست و کارکنان با سابقه بالا و هزینه فرصت کم می توانند با قوی تر نمودن رابطه استخدامی، افزایش میزان تحصیلات و ارتقای سمت کاری به هزینه فرصت بالاتری دست یابند.

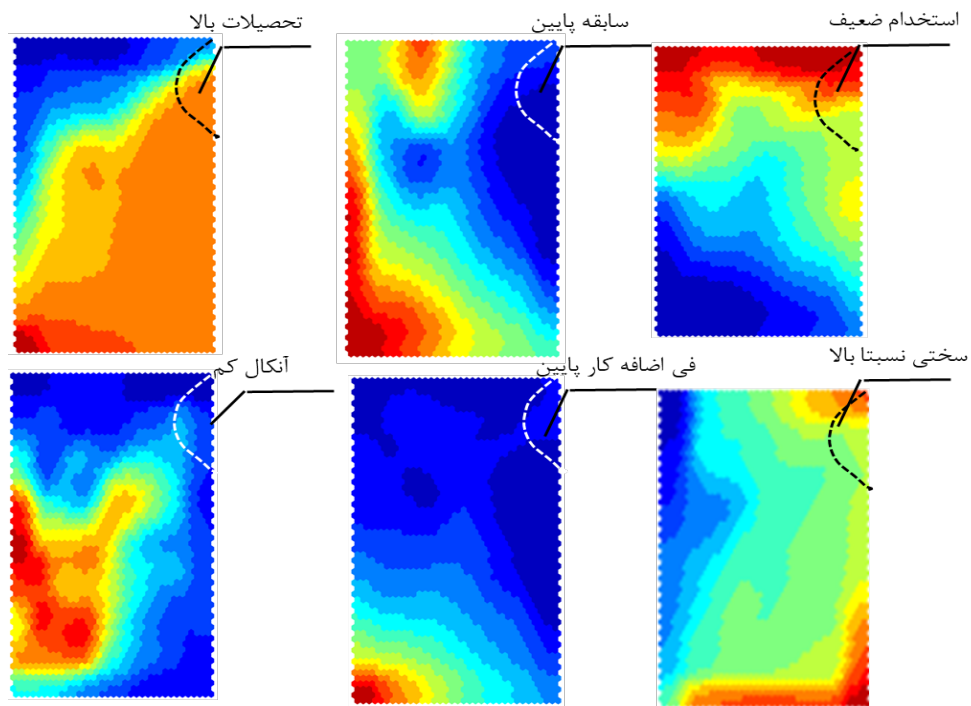
۴-۸-۴-۳- فرض سوم: نمره عملکرد کیفی فرد همبستگی مستقیم با هزینه فرصت دارد.

بررسی شکل ۱۹ نشان می دهد که همواره نمره عملکرد بسیار بالا منجر به هزینه فرصت بسیار بالا نمی گردد. به نظر می رسد نمره عملکرد داده شده به کارکنان به طور کلی بالا داده می شود ولی این نمره به واسطه سایر متغیرها تعدیل می گردد. لذا در هر دو شکل ترتیب لایه های رنگ به گونه است که با افزایش نمره عملکرد به طور نسبی هزینه فرصت نیز افزایش می یابد.



شکل ۱۹: بررسی همبستگی بین نمره عملکرد فرد و هزینه فرصت

در شکل ۲۰ وضعیت افراد مستثنی که در شکل ۱۹ خط چین شده اند نشان داده شده است.

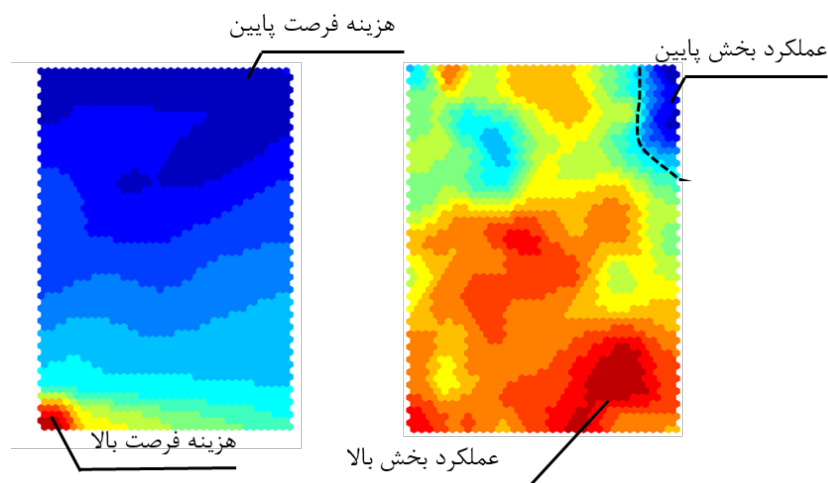


شکل ۲۰: سایر ویژگی های افراد خط چین شده در شکل شش

این کارکنان عمدتاً دارای تحصیلات بالا، تجربه کم، رابطه استخدامی ضعیف، تعداد ساعات انکال و فی هر ساعت اضافه کار کم هستند و در بخش های نسبتاً دشوار فعالیت داشته اند. با این شرایط طبیعی است که برای این کارکنان همبستگی مستقیمی بین هزینه فرصت و نمره عملکرد کیفی فرد وجود نداشته باشد.

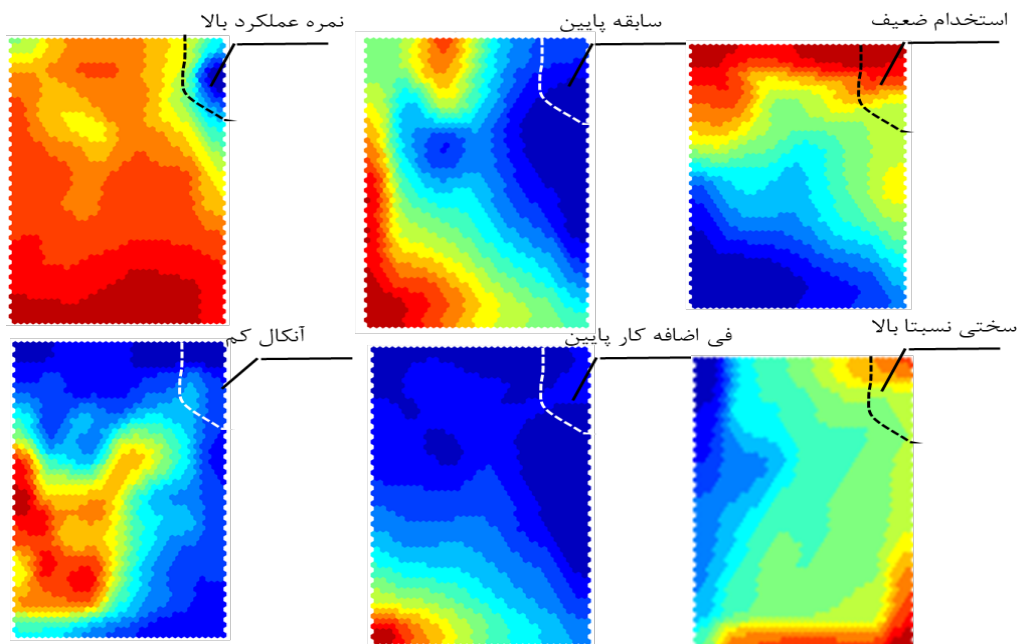
۴-۸-۴-۵- فرض چهارم: همبستگی بین نمره عملکرد بخش و هزینه فرصت وجود دارد.

در شکل ۲۱ همبستگی بین نمره عملکرد بخش و هزینه فرصت کارکنان نشان داده شده است. همبستگی روشن و واضحی بین این دو متغیر مشاهده نمی شود. اما در عین حال برخی کارکنان که در نقشه سمت راست خط چین شده اند، همبستگی مستقیم را نشان می دهند. عملکرد بخش پایین و هزینه فرصت پایین دارند.



شکل ۲۱: همبستگی بین نمره عملکرد بخش و هزینه فرصت کارکنان

در شکل ۲۲ سایر ویژگی های کارکنان بخشی از نقشه سمت راست شکل ۱۱ که با خط چین مشخص شده است، را نمایش می دهد.

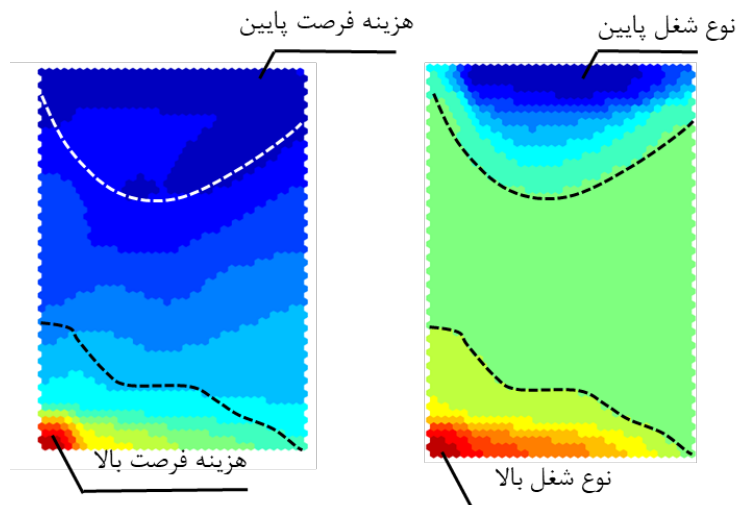


شکل ۲۲: سایر ویژگی‌هایی که در شکل هشت با خط چین مشخص شده‌اند

عمده این کارکنان که رابطه استخدامی ضعیفی با سازمان دارند، در بخش‌هایی با ضریب سختی نسبتاً بالا فعالیت داشته‌اند و نمره عملکرد فردی پایین دارند که می‌تواند از سابقه کم آنها ناشی شود. لذا این افراد عمدتاً ساعات حضور آنکال و فی هر ساعت اضافه کار پایینی نیز دارند. با این شرایط طبیعی است که این افراد هزینه فرصت پایین داشته باشند.

۴-۸-۴-۵- فرض پنجم: سمت (نوع شغل) افراد همبستگی مثبت با هزینه فرصت دارد.

شکل ۲۳ وضعیت دو متغیر سمت و هزینه فرصت مرتبط با آنها را نشان می‌دهد. در قسمت پایین خط چین پایین دو نقشه این شکل همبستگی مستقیم بین دو متغیر دیده می‌شود، به گونه‌ای که همبستگی مستقیم بین نوع شغل و هزینه فرصت وجود دارد.

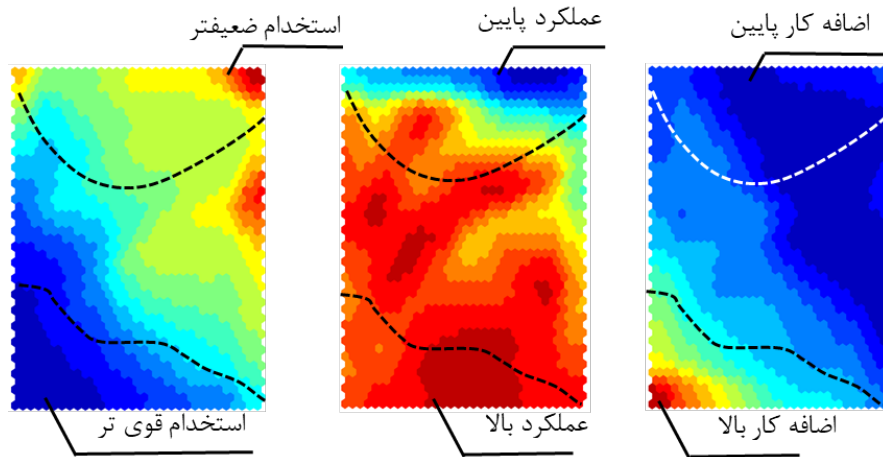


شکل ۲۳: همبستگی بین سمت و هزینه فرصت کارکنان

به علاوه همان طور که در نقشه سمت راست شکل ۲۳ نمایان است، عمده کارکنان کل بیمارستان ها در یک رده خاص (پرستاران در واحدهای بالینی و کارکنان واحدهای پشتیبانی) جای گرفته اند و امتیاز یکسان دارند، اما با این حال هزینه فرصت آنها متفاوت است. با توجه به اینکه عمده کارکنان امتیاز یکسان ولی هزینه فرصت متفاوت داشته اند (بین خط چین های بالا و پایین)، در ادامه به بررسی دقیق تر این کارکنان می پردازیم.

گروه اول کارشناسان هم تراز در بخش بالینی

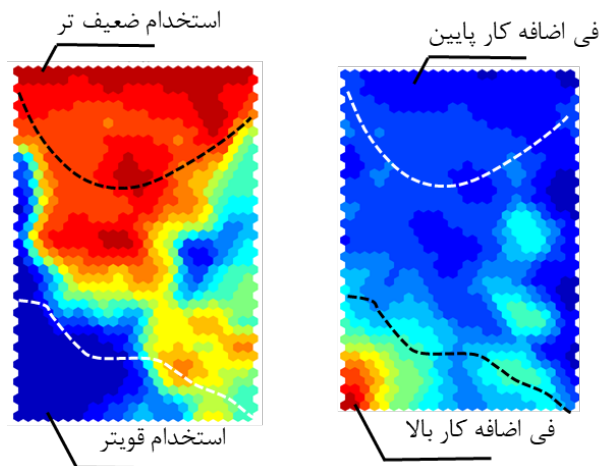
مقایسه کارکنان بین خط چین شکل ۲۳ با کارکنان بین خط چین در شکل ۲۴ نشان می دهد که تفاوت های هزینه فرصت افراد در شکل ۲۳ تا حدودی ناشی از نوع رابطه استخدامی، نمره عملکرد فرد و تعداد ساعات اضافه کاری است، به گونه ای که با قوی تر شدن رابطه استخدامی، ارتقای نمره عملکرد فردی و افزایش تعداد ساعات اضافه کار پرستاران می توانند نسبت به سایر همکاران هزینه فرصت متمایزی بدست آورند.



شکل ۲۴: سایر ویژگی های کارشناسان پرستاری که بین دو خط چین شکل ده قرار دارند

گروه اول کارشناسان هم تراز در واحدهای پشتیبانی:

مقایسه کارکنان بین خط چین شکل ۲۳ با کارکنان بین خط چین در شکل ۲۵ نشان می دهد که تفاوت های هزینه فرصت افراد در شکل ۲۳ تا حدودی ناشی از نوع رابطه استخدامی و نمره عملکرد فرد است، به گونه ای که با قوی تر شدن رابطه استخدامی و ارتقای نمره عملکرد فردی کارشناسان پشتیبانی می توانند نسبت به سایر کارکنان هزینه فرصت متمایزی بدست آورند.



شکل ۲۵: سایر ویژگی های کارکنان واحدهای پشتیبانی

۴-۹- بخش نهم: یافته‌های کمی، داده‌های کارکنان پزشک قبل و بعد از اجرای برنامه

فصل چهارم

بخش نهم

یافته‌های کمی

کارکنان پزشک قبل و بعد از اجرای برنامه

۸-۹-۱- مقدمه

۸-۹-۲- دریافتی کارکنان پزشک، قبل بعد از اجرای برنامه

نتایج تحلیلی داده‌های ثانویه برای قبل از اجرای برنامه و داده‌های موجود برای بعد از اجرای برنامه در ادامه آورده شده است. بایستی توجه داشت که بنا به محدودیت های اخلاقی موجود در گزارش برخی از اعداد، از نسبت برای ارائه گزارش استفاده شده است.

۸-۹-۲-۱- دریافتی پزشکان متخصص تمام وقت- قبل از اجرای برنامه

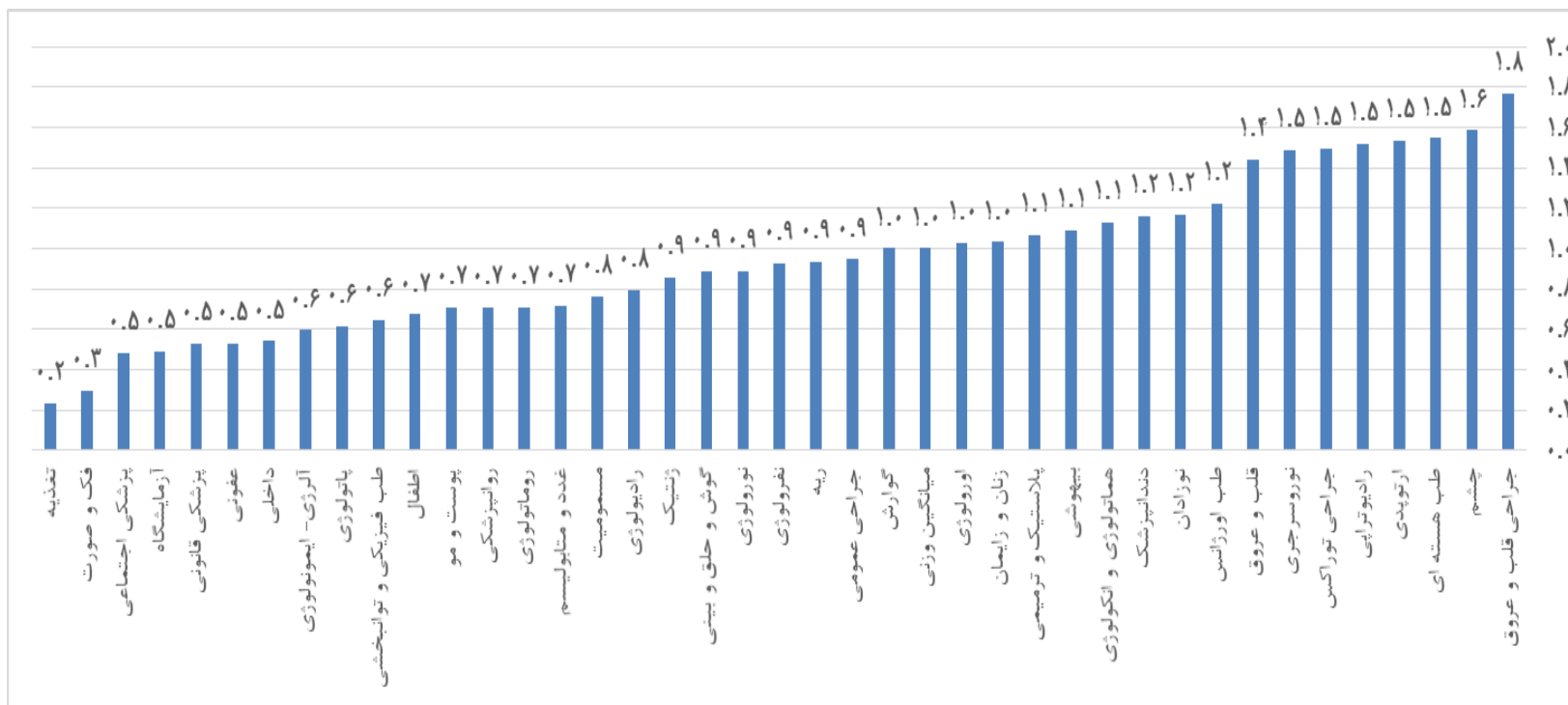
۸-۹-۲-۱-۱- توصیف پزشکان، داده‌های قبل از اجرای برنامه

دانشگاه محل خدمت پزشکانی که داده‌های مرتبط با میزان دریافتی آن‌ها در ماه بهمن ۱۳۹۲ قابل استفاده بوده است (۳۰۷۲ نفر) در جدول ۶۱ آورده شده است.

جدول ۶۱: توصیف دانشگاه محل فعالیت پزشکان مورد مطالعه، قبل از اجرای برنامه

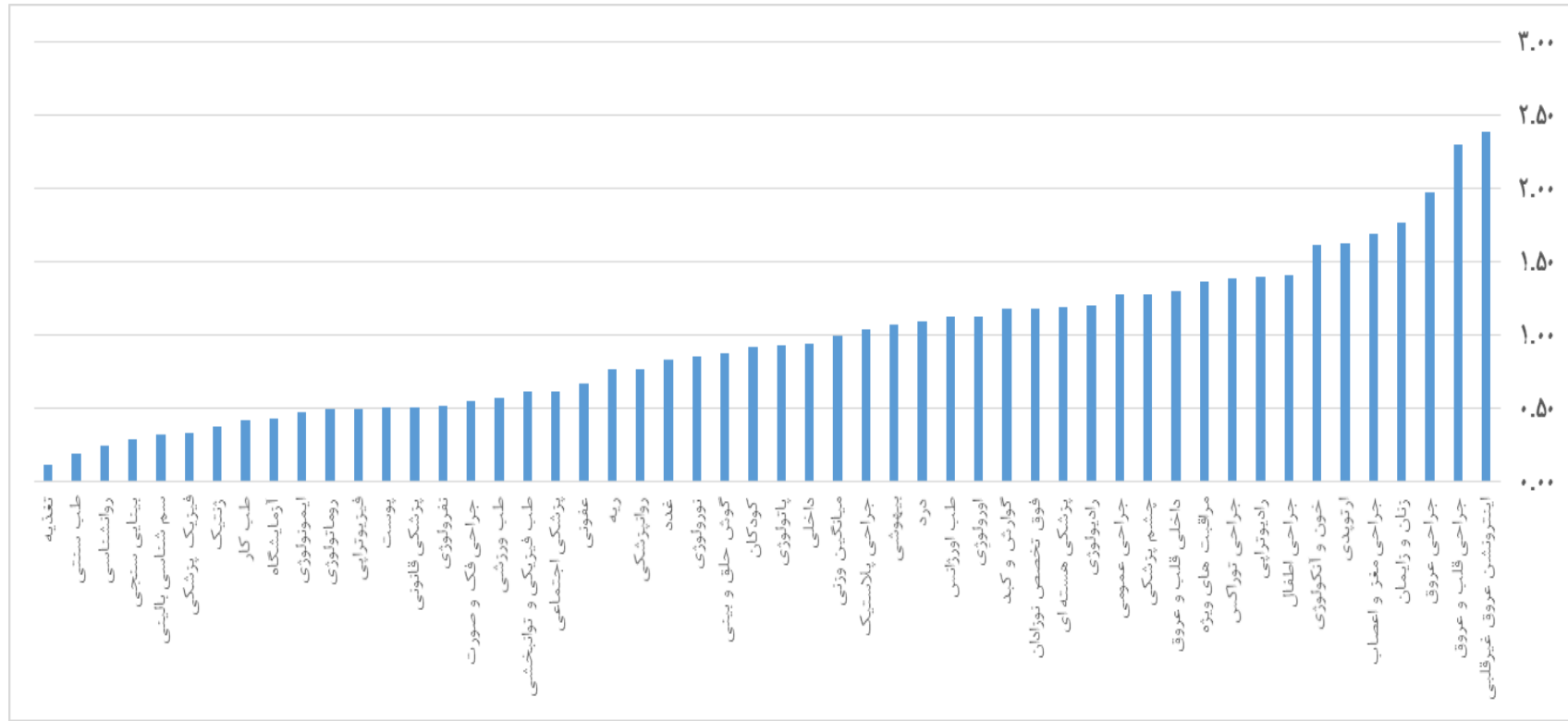
| دانشگاه | تعداد | درصد | دانشگاه | تعداد | درصد | دانشگاه | تعداد | درصد |
|----------------|-------|------|---------|-------|-------|-------------------|-------|------|
| آذربایجان شرقی | ۲۶۴ | ۸,۶۰ | رفسنجان | ۳۲ | ۱,۰۰ | کرمان | ۵۵ | ۱,۸۰ |
| آذربایجان غربی | ۱۰۲ | ۳,۳۰ | زابل | ۱ | ۰,۰۰ | کرمانشاه | ۵۴ | ۱,۸۰ |
| اراک | ۶۰ | ۲,۰۰ | زاهدان | ۵۴ | ۱,۸۰ | کهگیلویه بویراحمد | ۲۹ | ۰,۹۰ |
| اردبیل | ۳۳ | ۱,۱۰ | زنجان | ۷۷ | ۲,۵۰ | گراش | ۱ | ۰,۰۰ |
| اصفهان | ۱۶۳ | ۵,۳۰ | سبزوار | ۲۳ | ۰,۷۰ | گلستان | ۵۶ | ۱,۸۰ |
| اهواز | ۹۵ | ۳,۱۰ | سمنان | ۸ | ۰,۳۰ | گناباد | ۵ | ۰,۲۰ |
| ایلام | ۱۷ | ۰,۶۰ | شاهرود | ۴ | ۰,۱۰ | گیلان | ۸۴ | ۲,۷۰ |
| بابل | ۴۹ | ۱,۶۰ | شهرکرد | ۵۹ | ۱,۹۰ | لرستان | ۳۹ | ۱,۳۰ |
| بوشهر | ۲۳ | ۰,۷۰ | شیراز | ۶۸۷ | ۲۲,۴۰ | مازندران | ۱۷۴ | ۵,۷۰ |
| بیرجند | ۴۳ | ۱,۴۰ | فسا | ۲۱ | ۰,۷۰ | مشهد | ۲۶۱ | ۸,۵۰ |
| تربت حیدریه | ۱ | ۰,۰۰ | قزوین | ۶۱ | ۲,۰۰ | نیشابور | ۱ | ۰,۰۰ |
| چهرم | ۶۳ | ۲,۱۰ | قم | ۱۱ | ۰,۴۰ | هرمزگان | ۴۵ | ۱,۵۰ |
| جیرفت | ۱۹ | ۰,۶۰ | کاشان | ۲۴ | ۰,۸۰ | همدان | ۱۵۱ | ۴,۹۰ |
| خراسان شمالی | ۵ | ۰,۲۰ | کرج | ۲۷ | ۰,۹۰ | یزد | ۷۴ | ۲,۴۰ |
| دزفول | ۸ | ۰,۳۰ | کردستان | ۹ | ۰,۳۰ | کل | ۳۰۷۲ | |

به منظور بررسی رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میزان دریافتی در نمودار ۱ تهیه شده است. در این نمودار که ۴۱ تخصص مختلف بر اساس فاصله از میانگین وزنی در سال ۱۳۹۲ مرتب شده‌اند، رشته جراحی قلب و عروق بالاترین و گروه تغذیه پایین‌ترین دریافتی را داشته‌اند. رشته‌های زنان و زایمان، اورولوژی و گوارش برابر با میانگین وزنی کل دریافتی داشته‌اند. این رتبه بندی بر اساس بررسی دریافتی ۳۰۷۲ پزشک بوده است.



نمودار ۱: رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۲

۸-۹-۲-۲ دریافتی پزشکان متخصص تمام وقت - بعد از اجرای برنامه



نمودار ۲: رتبه پزشکان متخصص تمام وقت کشور بر اساس میانگین دریافتی در سال ۱۳۹۴

نمودار ۲ رتبه ۵۳ تخصص پزشکی که به صورت تمام وقت در بیمارستان های آموزشی درمانی در حال فعالیت بوده اند را نشان می دهد. میانگین دریافتی پزشک در ۶ ماه فصول تابستان و پاییز ۱۳۹۴ برای این منظور در نظر گرفته شده است. نتایج نشان می دهد که رشته هایی مانند اینترنشن عروق غیرقلبی و جراحی قلب و عروق رتبه اول و دوم و رشته هایی مانند طب سنتی و تغذیه رتبه های آخر را کسب نموده اند. رشته های داخلی و جراحی پلاستیک نزدیک به میانگین بوده اند.

برای داده های پزشکان بعد از اجرای برنامه، بر اساس داده‌های ۷۴۵۶ پزشک آزمون t و آنوا استفاده شد:

نکته: به دلیل رعایت محرمانگی میزان دریافتی کارکنان پزشک و شرط عدم گزارش مبلغ ریالی، محدودیت هایی در نحوه گزارش نتایج وجود داشته است.

۱- نوع بیمارستان محل فعالیت پزشکان: پزشکان بیمارستان‌های درمانی نسبت به پزشکان بیمارستان‌های آموزشی درمانی دریافتی بیشتری دارند اما این اختلاف معنادار نیست ($pvalue = 0,15$). نسبت میانگین دریافتی پزشکان بیمارستان درمانی به آموزشی درمانی ۱,۰۳ است.

۲- جنسیت پزشکان: پزشکان مرد نسبت به پزشکان زن دریافتی بیشتری دارند و این اختلاف معنادار است ($pvalue < 0,001$). نسبت میانگین دریافتی پزشکان مرد به زن ۱,۲۲ است.

۳- نوع تخصص بیمارستان محل فعالیت پزشکان: پزشکان بیمارستان‌های عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان‌های تک تخصصی دریافتی بیشتری دارند و این اختلاف معنادار است ($pvalue = 0,02$). نسبت میانگین دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی به تک تخصصی ۱,۱۰ است.

۴- نوع تخصص بیمارستان‌های تک تخصصی و عمومی: بین پزشکان بیمارستان‌ها با تخصص‌های مختلف تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۶۲).

جدول ۶۲: نتایج آزمون توکی برای دریافتی پزشکان به تفکیک تخصص بیمارستان

| pvalue | نسبت | مقایسه |
|--------|------|---|
| ۰,۰۰۵ | ۱,۶ | دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب بیشتر است |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۸ | دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سرطان و آنکولوژی بیشتر است |
| ۰,۰۰۳ | ۰,۶ | دریافتی پزشکان بیمارستان عمومی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است |
| ۰,۰۰۳ | ۰,۶ | دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سوانح و سوختگی کمتر است |
| ۰,۰۰۵ | ۰,۵ | دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی کمتر است |
| <۰,۰۰۱ | ۰,۴ | دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی قلب نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است. |
| <۰,۰۰۱ | ۲,۰۲ | دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی روانپزشکی نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی سرطان و آنکولوژی بیشتر است. |

| | | |
|--|-----|-------|
| دریافتی پزشکان بیمارستان تک تخصصی چشم نسبت به پزشکان بیمارستان تک تخصصی اطفال کمتر است | ۰,۴ | ۰,۰۰۳ |
|--|-----|-------|

۴- تعداد تخت بیمارستان: بین پزشکان بیمارستانها با تعداد تخت های مختلف تفاوت معنادار وجود دارد ($pvalue < 0,001$).

جدول ۶۳: نتایج آزمون توکی برای دریافتی پزشکان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

| مقایسه | نسبت | pvalue |
|---|------|-----------|
| دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۱ بیشتر است | ۱,۱۸ | $< 0,001$ |
| دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۲ بیشتر است | ۱,۱۰ | $< 0,001$ |
| دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۳ بیشتر است | ۱,۰۹ | $< 0,001$ |
| دریافتی پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۵ نسبت به پزشکان بیمارستان با تعداد تخت ۴ بیشتر است | ۱,۲۰ | $< 0,001$ |

نتایج رگرسیون خطی

پس از دامی کردن متغیرها و بررسی تمام متغیرهای موجود در رگرسیون خطی نتایج نشان داد که:

۱- زمانی که جنسیت پزشکان زن باشد ضریب بتا ۰,۱۱ - است ($pvalue < 0,001$).

۲- زمانی که کد تعداد تخت ۵ باشد ضریب بتا ۰,۰۷ است ($pvalue < 0,001$).

۸-۹-۲-۳- نتیجه گیری از تحلیل داده‌های پزشکان قبل و بعد از اجرای برنامه

نگاه به وضعیت برخی از رشته‌های خاص مدنظر سیاست گذاران سلامت (طب داخلی، اطفال، زنان زایمان) نشان می‌دهد که تغییراتی در رتبه های رشته‌های داخلی، زنان و زایمان و نوزادان نسبت به سال ۱۳۹۲ روی داده است. البته عوامل متعددی در این جابجایی جایگاه رشته ها دخیل بوده اند. عملکرد (تعداد خدمات و تخصص) پزشکان می‌تواند مهم‌ترین علت باشد که در این رتبه بندی در نظر گرفته نشده است.

مسئله مهم این است با توجه به شرایط کشور در زمان انجام این پژوهش، در نظر گرفتن عملکرد پزشکان در رتبه بندی آنها غیرممکن و یا بسیار دشوار است و لذا در حال حاضر با هر شرایطی، پزشکان و سیاست گذاران در حال مقایسه دریافتی رشته ها بر همین اساس هستند (بدون در نظر گرفتن عملکرد) لذا این تصویر می‌تواند نشان دهنده نحوه تصمیم گیری آینده آنها باشد.

۴-۱۰- بخش دهم: یافته‌های کمی، سنجش رضایتمندی و آگاهی کارکنان غیرپزشک

فصل چهارم

بخش دهم

یافته‌های کمی

سنجش رضایتمندی و آگاهی کارکنان غیرپزشک

۴-۱۰-۱- مقدمه

در این بخش به گزارش ابتدا مراحل تدوین پرسشنامه برای سنجش رضایت مندی از درآمد و میزان آگاهی کارکنان از ابعاد اثرگذار پرداخت مبتنی بر عملکرد بر درآمد پرداخته شده است. در مراحل بعدی به گزارش نتایج حاصل از توزیع و تجزیه و تحلیل داده ها می پردازیم.

۴-۱۰-۲- تدوین ابزار سنجش رضایتمندی از درآمد

ابزار جمع آوری داده ها در این مرحله، پرسشنامه پژوهشگرساخته خواهد بود، این پرسشنامه با الگوگیری از دو پرسشنامه رضایتمندی شغلی (JSS) Job Satisfaction Survey و McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MSS) (۳۱) پرسشنامه ایرانی مصدق راد (۳۲) و در نظر گرفتن تئوری برابری، شرایط اجرای برنامه و اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد تدوین شده است.

۴-۱۰-۲-۱- پرسشنامه رضایتمندی شغلی MSS

پرسشنامه ای چند بعدی است که قاعده‌تاً برای سنجش رضایت پرستاران بیمارستان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۸ بعد پاداش خارجی (حقوق و دستمزد، تعطیلات)؛ رضایت از برنامه ریزی (به عنوان مثال ساعات کار قابل انعطاف)، تعادل خانواده و کار. همکاران؛ تعاملات متقابل؛ فرصت حرفه ای (به عنوان مثال به نوشتن و انتشار، شرکت در پژوهش)؛ ستایش / به رسمیت شناختن و کنترل / مسئولیت را با لیکرت ۵ تایی مورد سوال قرار می دهد (۳۱). سوالات مرتبط با حقوق از این پرسشنامه استخراج شد.

۴-۱۰-۲-۲- پرسشنامه رضایتمندی شغلی JSS

پرسشنامه ای چند بعدی است که قاعده‌تاً برای سنجش شغل های ارائه کننده خدمات اجتماعی تدوین شده است. اما بیان شده است که برای سایر مشاغل نیز مناسب است. این پرسشنامه دارای ابعاد حقوق، ارتقاء، سرپرست، مزایای جانبی، پاداش مشروط، روش های عملیاتی، همکاران، کار و تعاملات بین فردی است و با لیکرت ۶ تایی مورد سوال قرار می گیرد (۳۱). از این پرسشنامه نیز سوالات مرتبط با حقوق استخراج شد.

۴-۱۰-۲-۳- پرسشنامه رضایتمندی شغلی مصدق راد

پرسشنامه رضایت شغلی دارای ۴۰ سوال می باشد که میزان رضایت شغلی کارکنان را در ۹ بعد حقوق و مزایا، قدردانی و ترفیع، مدیریت و سرپرستی، همکاران، نیازمندی های شغلی، شرایط کاری، ماهیت کار، سیاستهای سازمان و امنیت شغلی می سنجد. علاوه براین، چهار سوال دیگر به طور کلی رضایت شغلی کارکنان را بررسی می کند (۳۲).

جدول ۶۴: پرسشنامه ها و سوالات مأخوذه از آنها برای تدوین پرسشنامه اولیه

| پرسشنامه | سوالات گرفته شده |
|--|---|
| JOB SATISFACTION SURVEY Paul E. Spector Department of Psychology University of South Florida Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved. | I feel I am being paid a fair amount for the work I do. |
| | I am not satisfied with the benefits I receive. |
| | The benefits we receive are as good as most other organizations offer. |
| | The benefit package we have is equitable. |
| | There are few rewards for those who work here. |
| | I don't feel my efforts are rewarded the way they should be. |
| McCloskey/Mueller Satisfaction Scale | The level of your salary |
| | Other aspects of your remuneration package i.e. phone/laptop |
| مصدق راد | در قبال کاری که انجام می دهم، حقوق و مزایای عادلانه ای می گیرم. |
| | وقتی کار خوبی انجام می دهم، آنطور که باید مورد قدردانی قرار می گیرم. |
| | از شناس افزایش حقوق و مزایای خود احساس رضایت می کنم. |
| | از حقوق و مزایایی که دریافت می دارم، راضی هستم. |
| | مزایایی که ما دریافت می داریم، به خوبی مزایای دریافتی کارکنان سایر سازمانهای مشابه است. |

۴-۱۰-۲-۴- تئوری برابری

تئوری برابری^{۱۳۷} به دنبال تعیین منصفانه بودن توزیع منابع بین دو همکار منطقی می باشد. در این تئوری برابری به واسطه مقایسه نسبت مشارکت (هزینه یا ورودی) و منافع (پاداش ها یا خروجی) برای هر نفر سنجیده می شود (۳۳).

۴-۱۰-۲-۵- شرایط اجرای برنامه و اهداف برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد

پرسشنامه اولیه به صورت ۱۵ سوالی طراحی گردید و در پنلی تخصصی مورد بررسی قرار گرفت.

¹³⁷ Equity Theory

جدول ۶۵: پرسشنامه اولیه ۱۵ سوالی برای بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P4P

| |
|---|
| از نظر من شاخص هایی که با کمک آنها میزان «پرداخت عملکردی» برای بخش من تعیین می گردد، مناسب هستند. |
| از نظر من میزان «پرداخت عملکردی» که به بخش من تعلق می گیرد منصفانه است. |
| از نظر من میزان «پرداخت عملکردی» که هر یک از سرپرستان این بیمارستان دریافت می کنند براساس نوع و میزان کارشان منصفانه است. |
| احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، به طور منصفانه ای «پرداخت عملکردی» دریافت می کنم. |
| بیمارستان محل خدمت من به جز «پرداخت عملکردی»، از ابزارهای انگیزشی/تشویقی غیرمالی نیز استفاده می کند. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از سرپرستان بخش های دیگر بیمارستان محل خدمت من بهتر است. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از بیمارستان های دیگر دانشگاه محل خدمت من بهتر است. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بهتر است. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از کارکنان بیمارستان ها و مراکز درمانی خصوصی بهتر است. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از دیگر سازمان های دولتی غیر علوم پزشکی بهتر است. |
| میزان «پرداخت عملکردی» که دریافت می کنم از دریافتی بسیاری از دیگر سازمان های بخش خصوصی غیر علوم پزشکی بهتر است. |
| من و کارمندان بخش می توانیم با افزایش تعداد ساعات کار خود میزان دریافتی خود را افزایش دهیم. |
| من و کارمندان بخش می توانیم با تغییر نوع کار خود (بخش محل خدمت یا سمت اجرایی)، میزان دریافتی خود را افزایش دهیم. |
| من و کارمندان بخش از زمان پرداخت مبلغ «پرداخت عملکردی» رضایت داریم. |
| نحوه پرداخت «پرداخت عملکردی»، من و کارمندان بخش را برای بهبود کیفیت خدمات بخش تشویق می کند. |

در پنل تشکیل شده با حضور اساتید دانشگاهی (۲ نفر) و کارشناسان مرتبط با پرداخت عملکردی (۴ نفر) در سطح وزارت، مشخص شد که آگاهی افراد از نحوه پرداخت به آنها و نحوه کار پرداخت مبتنی بر عملکرد می تواند بر رضایت افراد تأثیرگذار باشد، لذا چارچوب پرسشنامه در سه قسمت - ویژگی های دموگرافیک، آگاهی سنجی افراد پاسخگو در مورد کارکرد P4P و رضایت از درآمد بازطراحی شد.

قسمت اول - ویژگی های دموگرافیک

دانشگاه؛ بیمارستان؛ جنس؛ وضعیت تأهل؛ مجرد، متأهل، سایر؛ سن به سال؛ سابقه کاری به سال؛ نوع استخدام؛ پیمانی، رسمی، شرکته، طرحی، قرارداد تبصره ۳، قرارداد تبصره ۴، دیگر قراردادها، متعهد به خدمت؛ بخش / واحد محل فعالیت؛ شغل / سمت.

قسمت دوم - آگاهی سنجی افراد پاسخگو

برای آگاهی سنجی، با در نظر گرفتن کلیت برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد که دارای دو بعد توزیع منابع در سطح بخش و در سطح فرد می باشد، این قسمت از دو بخش تشکیل شده است:

الف: آگاهی از موارد اثرگذار بر تعیین مبلغ کل متعلق به بخش یا واحد. شامل میزان درآمد مبنای بیمارستان، تعداد نیروی انسانی بخش، نمره/ ضریب کیفی بخش، میزان کسورات بیمه بخش، نمره یا ضریب سختی بخش و میزان ثبت دقیق خدمات؛

ب: آگاهی از موارد اثرگذار بر تعیین سهم کارکنان از درآمد بخش/واحد شامل سمت فرد، تعداد ساعات حضور موظف، تعداد ساعات حضور غیرموظف، تعداد ساعات انکال، مدرک تحصیلی، سابقه کار و نمره کیفیت کار فرد.

قسمت سوم- تعیین سطح رضایت و درک کارکنان از دریافتی عملکردی

با حذف سوالات مرتبط با آگاهی از پرسشنامه، سایر سوالات که در جدول ۶۶ آورده شده است، برای مرحله بعدی یعنی بررسی روایی محتوایی^{۱۳۸} سوالات باقی ماندند.

جدول ۶۶: سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام P۴P

| | |
|---|---|
| ۱ | احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، درآمد منصفانه ای از بیمارستان دریافت می کنم. |
| ۲ | در صورت لزوم، در بیمارستان محل خدمت من به جز پرداخت مالی، از روش های تشویقی غیرمالی (تقدیر و تشکر، سفرهای تفریحی، ...) به صورت مناسب استفاده می شود. |
| ۳ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز سایر بخش های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است. |
| ۴ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز در سایر بیمارستان های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۵ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۶ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در مراکز درمانی خصوصی بیشتر است. |
| ۷ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان دیگر سازمان های دولتی غیرعلوم پزشکی بیشتر است. |
| ۸ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان سازمان های خصوصی غیرعلوم پزشکی بیشتر است. |
| ۹ | درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می گردد. |

۴-۱۰-۲-۱- بررسی توافق متخصصین و روایی محتوایی سوالات پرسشنامه

به منظور بررسی ضرورت حضور هر سوال در پرسشنامه (روایی محتوایی پرسشنامه (CVR) از نظر ۱۸ نفر از متخصصان و افراد با تجربه استفاده شد.

^{۱۳۸} Content Validity Ratio

به منظور کمی سازی میزان توافق متخصصین از فرمول لاوشه^{۱۳۹} (۱۹۷۵) کمک گرفته شده است (فرمول ۱). بنا به این فرمول، هرگاه تعداد پاسخ های مثبت و تعداد شرکت کنندگان به گونه ای باشد که میزان نمره توافق از حد معینی (این حد معین به تعداد شرکت کنندگان وابسته است) بالاتر باشد، نشان از توافق حداقل ۵۰٪ از پاسخ دهندگان در مورد یک مسئله می باشد. برای مثال، با توجه به اینکه تعداد متخصصان شرکت کننده در مطالعه حاضر ۱۸ نفر بوده اند، لذا بایستی حداقل نمره ی توافق ۰,۴۲ باشد (۳۴).

$$\text{نمره توافق فرمول ۱} = \frac{\text{تعداد کل شرکت کنندگان} - \text{تعداد پاسخ های مثبت}}{2}$$

جدول ۶۷: نتایج نظرخواهی از متخصصان و مجربان سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

| سوالات در پرسشنامه | ضروری است | مهم است ولی ضروری نیست | ضروری نیست | تعدادنظر دهندگان | CVR | سوالات |
|--------------------|-----------|------------------------|------------|------------------|------|---|
| ۲۴ | ۱۰ | ۸ | ۰ | ۱۸ | ۰,۱۱ | احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، درآمد منصفانه ای از بیمارستان دریافت می کنم. |
| ۲۵ | ۱۱ | ۵ | ۲ | ۱۸ | ۰,۲۲ | در صورت لزوم، در بیمارستان محل خدمت من به جز پرداخت مالی، از روش های تشویقی غیرمالی (تقدیر و تشکر، سفرهای تفریحی، ...) به صورت مناسب استفاده می شود. |
| ۲۶ | ۱۴ | ۳ | ۱ | ۱۸ | ۰,۵۶ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز سایر بخش های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است. |
| ۲۷ | ۱۳ | ۳ | ۲ | ۱۸ | ۰,۴۴ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز در سایر بیمارستان های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۲۸ | ۱۵ | ۲ | ۱ | ۱۸ | ۰,۶۷ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۲۹ | ۱۷ | ۰ | ۱ | ۱۸ | ۰,۸۹ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در |

جدول ۶۷: نتایج نظرخواهی از متخصصان و مجربان سوالات باقی مانده پرسشنامه بررسی رضایت پرسنل از پرداختی خود از نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

| سوالات در پرسشنامه | ضروری است | مهم است ولی ضروری نیست | ضروری نیست | تعدادنظر دهندگان | CVR | سوالات |
|--------------------|-----------|------------------------|------------|------------------|------|--|
| | | | | | | مراکز درمانی خصوصی بیشتر است. |
| ۳۰ | ۱۲ | ۳ | ۴ | ۱۸ | ۰,۳۳ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان دیگر سازمان های دولتی غیرعلوم پزشکی بیشتر است. |
| ۳۱ | ۹ | ۴ | ۵ | ۱۸ | ۰,۰۰ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان سازمان های خصوصی غیرعلوم پزشکی بیشتر است. |
| ۳۲ | ۱۵ | ۳ | ۰ | ۱۸ | ۰,۶۷ | درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می گردد. |
| ۳۳ | ۴ | ۳ | ۰ | ۷ | ۰,۱۴ | تمایل دارم به روش قبلی (نظام نوین) پرداخت ها صورت گیرد. |
| ۳۴ | ۶ | ۱ | ۰ | ۷ | ۰,۷۱ | در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش ها به دلیل روابط غیرمعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت های بالاتری دارند. |

۴-۱۰-۲-۲- بررسی پایایی آیتم های پرسشنامه

برای بررسی پایایی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد، به این منظور، پرسشنامه تدوین شده در اختیار ۳۵ نفر از جامعه مسئولان و سرپرستان بخش ها مدنظر در یکی از استان ها گذاشته شد.

جدول ۶۸: میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه و حیطة های آن

| آلفای کرونباخ | تعداد آیتم | حیطه |
|---------------|------------|-------------------------------|
| ۰,۸۶۲ | ۲۸ | کل پرسشنامه |
| ۰,۸۹۲ | ۱۳ | آگاهی سنجی |
| ۰,۷۵۴ | ۱۵ | رضایت سنجی (قبل و بعد مداخله) |

در ادامه نتایج تعیین آلفای کرونباخ با حذف هر یک از آیتم های آورده شده است.

جدول ۶۹: میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم ها

| آلفای کرونباخ با حذف آیتم | واریانس در صورت حذف آیتم | میانگین در صورت حذف آیتم | آیتم |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| ۰,۸۶ | ۳۳۶,۷۶ | ۶۱,۷۳ | میزان درآمد مبنای بیمارستان |
| ۰,۸۵ | ۳۳۰,۲۶ | ۶۱,۷۷ | تعداد نیروی انسانی بخش |
| ۰,۸۵ | ۳۲۶,۲۸ | ۶۱,۷۳ | نمره/ ضریب کیفی بخش |
| ۰,۸۶ | ۳۲۶,۹۴ | ۶۱,۶۹ | میزان کسورات بیمه بخش |
| ۰,۸۶ | ۳۴۲,۵۲ | ۶۱,۹۶ | نمره یا ضریب سختی بخش |
| ۰,۸۶ | ۳۳۱,۷۸ | ۶۲,۲۳ | میزان ثبت دقیق خدمات |
| ۰,۸۴ | ۳۱۳,۳۸ | ۶۲,۲۳ | سمت فرد |
| ۰,۸۵ | ۳۲۶,۴۸ | ۶۱,۸۱ | تعداد ساعات حضور موظف |
| ۰,۸۵ | ۳۳۲,۹۷ | ۶۱,۶۲ | تعداد ساعات حضور غیرموظف |
| ۰,۸۶ | ۳۲۷,۲۰ | ۶۱,۸۱ | تعداد ساعات انکال |
| ۰,۸۵ | ۳۲۰,۱۲ | ۶۲,۲۷ | مدرک تحصیلی |
| ۰,۸۵ | ۳۱۶,۴۱ | ۶۲,۴۲ | سابقه کار |
| ۰,۸۵ | ۳۱۶,۰۶ | ۶۲,۱۵ | نمره کیفیت کار فرد |
| ۰,۸۷ | ۳۶۱,۶۶ | ۶۳,۶۹ | احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، درآمد منصفانه ای از بیمارستان دریافت می کنم. |
| ۰,۸۶ | ۳۴۵,۲۸ | ۶۴,۰۰ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز سایر بخش های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۳۷,۱۱ | ۶۳,۹۲ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز در سایر بیمارستان های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۴۴,۹۵ | ۶۳,۹۲ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۳۶,۴۷ | ۶۳,۹۲ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در مراکز درمانی خصوصی بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۵۶,۴۲ | ۶۴,۷۷ | درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می گردد. |

جدول ۶۹: میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در صورت حذف هر یک از آیتم ها

| آلفای کرونباخ با حذف آیتم | واریانس در صورت حذف آیتم | میانگین در صورت حذف آیتم | آیتم |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| ۰,۸۶ | ۳۳۷,۹۲ | ۶۳,۸۱ | در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش ها به دلیل روابط غیرمتعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت های بالاتری دارند. |
| ۰,۸۷ | ۳۴۲,۳۸ | ۶۳,۱۵ | تمایل دارم به روش قبلی (نظام نوین) پرداخت ها صورت گیرد. |
| ۰,۸۵ | ۳۲۷,۶۱ | ۶۳,۵۸ | احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، درآمد منصفانه ای از بیمارستان دریافت می کنم. |
| ۰,۸۵ | ۳۱۶,۵۸ | ۶۳,۵۰ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز سایر بخش های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۵ | ۳۲۰,۸۶ | ۶۳,۸۵ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز در سایر بیمارستان های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۵ | ۳۲۵,۷۶ | ۶۳,۶۵ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۴۵,۶۴ | ۶۳,۹۶ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در مراکز درمانی خصوصی بیشتر است. |
| ۰,۸۶ | ۳۳۹,۷۲ | ۶۴,۰۴ | درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می گردد. |
| ۰,۸۶ | ۳۴۶,۹۱ | ۶۴,۱۲ | در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش ها به دلیل روابط غیرمتعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین اجرای عملکردی، دریافت های بالاتری دارند. |

یکی از تعریف هایی که برای قابلیت اعتماد توسط ایبل و فریسی (۱۹۸۹) ارائه شده است: «همبستگی میان یک مجموعه از نمرات و مجموعه دیگری از نمرات در یک آزمون معادل که به صورت مستقل بر یک گروه آزمودنی به دست آمده است» (۳۵). پایایی درونی پرسشنامه حاضر ۰,۸۶۲ و حیطة های آگاهی سنجی و رضایت سنجی آن به ترتیب ۰,۸۹۲ و ۰,۷۵۴ بود. در اغلب منابع در رابطه با مقدار مطلوب برای ضریب آلفا، به نوشته نونالی استناد شده است بر اساس استدلال وی، برای روا قلمداد کردن یک ابزار، حداقل مقدار ۰,۷ برای ضریب آلفا لازم است (۳۶).

به منظور بررسی پایایی در طول زمان پرسشنامه نیز از روش آزمون-بازآزمون استفاده گردید، لذا بعد از ۲ هفته، دوباره پرسشنامه در اختیار همان ۳۵ نفر فوق الذکر قرار گرفت و داده ها جمع آوری گردید. پس از تکمیل، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS v20 وارد شد. برای بررسی پایایی در طول زمان همبستگی پاسخ های افراد در دو مرحله جمع آوری داده ها محاسبه گردید.

میزان همبستگی پاسخ های افراد بعد از ۲ هفته نیز برابر ۰,۹۸ ($Pvalue < 0.01$) حاصل شد. پرسشنامه نهایی به پیوست ۵ است.

۴-۱۰-۳- تعیین معیار سنجش میزان آگاهی افراد مورد پژوهش

به منظور تعیین میزان آگاهی افراد مورد پژوهش از یک گروه اسمی ۱۸ نفره، متشکل از نمایندگان ۹ دانشگاه برتر در امر اجرای برنامه (بنا به ارزیابی های وزارت و تجربیات افراد اجرا کننده برنامه در سطح وزارت) بهره گرفته شد. افراد حاضر در این جلسات جزو درگیرترین، آگاه ترین و موفقترین اجراکنندگان برنامه در سطح کشور هستند که باعث می شود تناسب بین تجربه اشخاص و سوال پژوهش (Experiential fit) و وجود ویژگی های یک مطلع خوب (Good informant) (۳۷) به بهترین نحو پوشش داده شود.

از این افراد خواسته شد تا با توجه به آگاهی کامل خود از تأثیرات اجزای برنامه در میزان دریافتی کارکنان، به هر یک از آیتم ها نمره اثرگذاری در دریافتی کارکنان داده شود. به عبارت دیگر به آنان گفته شد: اگر شما که جزو آگاه ترین افراد از برنامه در سطح کشور هستید، سرپرست یک بخش بیمارستانی بودید، برای بالابردن دریافتی کارکنان بخش خود، هر یک از آیتم های پیش رو به چه میزان برای شما اهمیت خواهد داشت؟ در جدول ۷۰ میانگین نمره اهمیت داده شده به هر یک از آیتم های تأثیرگذار آورده شده است. این میانگین ها به عنوان معیاری برای مقایسه سنجش تأثیر آموزش های ارائه شده به سرپرستان بخش ها استفاده خواهند شد.

جدول ۷۰: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

| معیار مقایسه | آماره ها | معیار تأثیر گذار |
|--------------|--------------|-----------------------------|
| ۸ | تعداد | میزان درآمد مبنای بیمارستان |
| ۴ | میانگین | |
| ۰ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | تعداد نیروی انسانی بخش |
| ۱,۷۵ | میانگین | |
| ۱,۳۹ | انحراف معیار | |

جدول ۷۰: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

| معیار مقایسه | آماره ها | معیار تأثیر گذار |
|--------------|--------------|-----------------------|
| ۸ | تعداد | نمره/ ضریب کیفی بخش |
| ۳,۲۵ | میانگین | |
| ۱,۰۴ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | میزان کسورات بیمه بخش |
| ۳,۵۰ | میانگین | |
| ۰,۹۳ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | نمره یا ضریب سختی بخش |
| ۱,۷۵ | میانگین | |
| ۰,۸۹ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | میزان ثبت دقیق خدمات |
| ۳,۶۳ | میانگین | |
| ۰,۷۴ | انحراف معیار | |

جدول ۷۱: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

| معیار مقایسه | آماره ها | معیار تأثیر گذار |
|--------------|--------------|--------------------------|
| ۸ | تعداد | سمت فرد |
| ۳,۱۳ | میانگین | |
| ۰,۸۳ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | تعداد ساعات حضور موظف |
| ۳,۷۵ | میانگین | |
| ۰,۴۶ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | تعداد ساعات حضور غیرموظف |
| ۴ | میانگین | |
| ۰ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | تعداد ساعات انکال |
| ۲,۶۳ | میانگین | |
| ۰,۹۲ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | مدرک تحصیلی |
| ۲,۸۸ | میانگین | |
| ۰,۶۴ | انحراف معیار | |
| ۸ | تعداد | سابقه کار |
| ۲,۷۵ | میانگین | |

جدول ۷۱: معیارهای مقایسه آگاهی افراد در بخش یا واحد فعالیت

| معیار مقایسه | آماره ها | معیار تأثیر گذار |
|--------------|--------------|--------------------|
| ۰,۴۶ | انحراف معیار | نمره کیفیت کار فرد |
| ۸ | تعداد | |
| ۳,۳۸ | میانگین | |
| ۱,۰۶ | انحراف معیار | |

۴-۱۰-۴- پاسخ های مشارکت کنندگان

به طور میانگین ۲۰,۳۸ درصد کارکنان از میزان تأثیر معیارهای مختلف تأثیرگذار بر میزان دریافتی افراد در سطح بخش آگاهی نداشته اند. جزئیات این معیارها در جدول ۷۲ نشان داده شده است. در این میان «میزان کسورات بیمه بخش» بیشترین و «تعداد نیروی انسانی بخش» کمترین درصد را به خود اختصاص داده اند.

مقایسه میانگین نمره آگاهی این کارکنان با نمره استاندارد هر معیار نشان می دهد که میزان آگاهی مسئولین بخش ها از تأثیر ۵ معیار (از کل ۶ معیار؛ معادل ۸۳ درصد) تفاوت معناداری با نمره استاندارد آن معیار دارد. قضاوت افراد در مورد هر یک از این معیارها این بوده است که بیشتر یا کمتر از واقع بر میزان درآمد افراد تأثیر دارند. صرفاً آگاهی افراد در مورد «ضریب کیفی بخش» با نمره استاندارد تفاوت معناداری نشان نداده است.

جدول ۷۲: آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح بخش بر میزان درآمد افراد

| Sig. | انحراف معیار | میانگین | پاسخ ها | | نمره استاندارد | سوال |
|--------|--------------|---------|------------|------------|----------------|-----------------------------|
| | | | سایر (۰-۴) | «نمی دانم» | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۱۹ | ۳,۱۶ | ۵۱۷ | ۱۶۲ | ۴ | میزان درآمد مبنای بیمارستان |
| - | - | - | ۷۶,۱ | ۲۳,۹ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۰۷ | ۳,۲۴ | ۵۷۴ | ۱۰۵ | ۱,۷۵ | تعداد نیروی انسانی بخش |
| - | - | - | ۸۴,۵ | ۱۵,۵ | | |
| ۰,۶۲ | ۱,۰۲ | ۳,۲۷ | ۵۶۳ | ۱۱۶ | ۳,۲۵ | نمره/ ضریب کیفی بخش |
| - | - | - | ۸۲,۹ | ۱۷,۱ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۲۸ | ۲,۸۷ | ۴۹۹ | ۱۸۰ | ۳,۵۰ | میزان کسورات بیمه بخش |
| - | - | - | ۷۳,۵ | ۲۶,۵ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۳۷ | ۲,۸۱ | ۵۴۸ | ۱۳۱ | ۱,۷۵ | نمره یا ضریب سختی بخش |
| - | - | - | ۸۰,۷ | ۱۹,۳ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۳۴ | ۲,۹۸ | ۵۴۳ | ۱۳۶ | ۳,۶۳ | میزان ثبت دقیق خدمات |
| - | - | - | ۸۰ | ۲۰ | | |
| | | | | ۲۰,۳۸ | درصد | میانگین |

به طور میانگین ۱۴,۸۴ درصد کارکنان از میزان تأثیر معیارهای مختلف تأثیرگذار بر میزان دریافتی افراد در سطح فرد آگاهی نداشته اند. جزئیات این معیارها در جدول ۷۳ نشان داده شده است. در این میان «تعداد ساعات انکال» بیشترین و «تعداد ساعات حضور موظف و غیر موظف» کمترین درصد را به خود اختصاص داده اند.

مقایسه میانگین نمره آگاهی این کارکنان با نمره استاندارد هر معیار نشان می دهد که میزان آگاهی مسئولین بخش ها از تأثیر ۴ معیار (از کل ۷ معیار؛ معادل ۵۷ درصد) تفاوت معناداری با نمره استاندارد آن معیار دارد. قضاوت افراد در مورد هر یک از این معیارها این بوده است که بیشتر یا کمتر از واقع بر میزان درآمد افراد تأثیر دارند. آگاهی افراد در مورد «سمت فرد»، «مدرک تحصیلی» و «سابقه» با نمره استاندارد تفاوت معناداری نشان نداده است.

جدول ۷۳: آگاهی افراد در مورد میزان تأثیر معیارهای سطح فرد بر میزان درآمد افراد

| Sig. | انحراف معیار | میانگین | پاسخ | | نمره استاندارد | سوال |
|--------|--------------|---------|------------|------------|----------------|--------------------------|
| | | | سایر (۰-۴) | «نمی دانم» | | |
| ۰,۱۵ | ۱,۱۶ | ۳,۰۶ | ۵۸۷ | ۹۲ | ۳,۱۳ | سمت فرد |
| - | - | - | ۸۷,۵ | ۱۳,۵ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۰۶ | ۳,۳۰ | ۵۹۶ | ۸۳ | ۳,۷۵ | تعداد ساعات حضور موظف |
| - | - | - | ۸۷,۸ | ۱۲,۲ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۰,۹۸ | ۳,۴۴ | ۵۹۶ | ۸۳ | ۴ | تعداد ساعات حضور غیرموظف |
| - | - | - | ۸۷,۸ | ۱۲,۲ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۵۲ | ۲,۲۵ | ۴۹۷ | ۱۷۸ | ۲,۶۳ | تعداد ساعات انکال |
| - | - | - | ۷۲,۸ | ۲۶,۲ | | |
| ۰,۱۷ | ۱,۱۹ | ۲,۹۴ | ۵۸۳ | ۹۶ | ۲,۸۸ | مدرک تحصیلی |
| - | - | - | ۸۵,۹ | ۱۴,۱ | | |
| ۰,۹۹ | ۱,۳۱ | ۲,۷۵ | ۵۸۹ | ۹۰ | ۲,۷۵ | سابقه |
| - | - | - | ۸۶,۷ | ۱۳,۳ | | |
| <۰,۰۰۱ | ۱,۲۵ | ۲,۹۶ | ۵۹۵ | ۸۴ | ۳,۳۸ | نمره کیفیت کار فرد |
| - | - | - | ۸۷,۶ | ۱۲,۴ | | |
| - | - | - | - | ۱۴,۸۴ | درصد | میانگین |

مقایسه دو جدول ۷۲ و ۷۳ نشان می دهد، بر اساس دو معیار درصد پاسخ های نمی دانم و درصد معیارهای با تفاوت معنادار با نمره استاندارد، به طور کلی آگاهی افراد در مورد تأثیر معیارهای سطح فرد نسبت به معیارهای سطح بخش بیشتر است.

۴-۱۰-۴-۱- رضایت مندی کارکنان از میزان درآمد قبل و بعد از اعمال برنامه

الف- نمره رضایتمندی

نمره رضایتمندی افراد که حداقل ۰ و حداکثر ۴ می تواند باشد در ۵ گروه (با فاصله ۰,۸) تقسیم بندی شد. بر این اساس میزان رضایتمندی قبل و بعد از اجرای برنامه در جدول ۷۴ نشان داده شد.

نمره رضایت کارکنان قبل از اجرای برنامه به گونه ای بود که ۴۳ درصد از آنها رضایت متوسط و بالاتر داشته اند. این میزان بعد از اجرای برنامه ۴۳,۸ درصد بوده است.

جدول ۷۴: وضعیت رضایتمندی کارکنان در ۵ گروه

| رضایت مندی | | قبل | | بعد | |
|-------------------|------|-------|------|-------|------|
| تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| خیلی کم (۰-۰,۸) | ۱۰۱ | ۱۴,۹ | ۱۵۲ | ۲۲,۴ | |
| کم (۰,۸-۱,۶) | ۲۱۶ | ۳۱,۸ | ۱۸۱ | ۲۶,۷ | |
| متوسط (۱,۶-۲,۴) | ۱۷۱ | ۲۵,۲ | ۱۹۱ | ۲۸,۱ | |
| بالا (۲,۴-۳,۲) | ۹۳ | ۱۳,۷ | ۸۵ | ۱۲,۵ | |
| خیلی بالا (۳,۲-۴) | ۲۸ | ۴,۱ | ۲۲ | ۳,۲ | |

میانگین و انحراف معیار نمره رضایتمندی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه به ترتیب $۱,۶۴ \pm ۰,۸۶$ و $۱,۵۴ \pm ۰,۹$ بود. به علاوه همبستگی بین این دو نمره معنادار و ۲۶ درصد بود.

جدول ۷۵: توصیف نمره رضایت کارکنان از وضعیت درآمد قبل و بعد از اجرای برنامه

| رضایت مندی قبل | رضایت مندی بعد | |
|----------------|----------------|--------------|
| ۱,۶۴ | ۱,۵۴ | تعداد |
| ۶۰,۸ | ۶۰,۸ | میانگین |
| ۰,۸۶ | ۰,۹۰ | انحراف معیار |
| ۰,۲۶ | | همبستگی |
| <۰,۰۰۱ | | Sig. |

مقایسه این دو نمره با آزمون t زوجی تفاوت معناداری را بین آنها نشان می دهد به گونه ای که نمره رضایت افراد از درآمد خود قبل از اجرای برنامه بیشتر از بعد از اجرای برنامه است.

جدول ۷۶: مقایسه نمره رضایت قبل و بعد رضایتمندی افراد از میزان درآمد

| Sig. | df | t | تفاوت های دو نمره | | | | رضایت مندی قبل و بعد | |
|------|-----|------|-----------------------|-------|--------------------|--------------|----------------------|---------|
| | | | فاصله اطمینان دو نمره | | میانگین خطای معیار | انحراف معیار | | میانگین |
| | | | بالا | پایین | | | | |
| ۰,۰۱ | ۶۰۷ | ۲,۴۳ | ۰,۱۹ | ۰,۰۲ | ۰,۰۴ | ۱,۰۶ | ۰,۱۰ | |

ب- نمره رضایت به تفکیک جنسیت، تأهل، محل خدمت و نوع بیمارستان

نتایج آزمون T نشان می دهد که:

قبل از اجرای برنامه: نمره رضایت کارکنان مرد از زن ($pvalue = ۰,۰۴$)، کارکنان پشتیبانی از بالینی ($۰,۰۳$) $pvalue$ ، کارکنان بیمارستان های آموزشی درمانی از درمانی ($pvalue < ۰,۰۰۱$) به طور معناداری بیشتر بوده است.

بعد از اجرای برنامه: نمره رضایت کارکنان مرد از زن ($pvalue = ۰,۰۱$)، کارکنان متأهل از مجرد ($۰,۰۰۲$) $pvalue$ ، کارکنان بیمارستان های آموزشی درمانی از درمانی ($pvalue = ۰,۰۱$) به طور معناداری بیشتر بوده است.

جدول ۷۷: مقایسه نمره رضایت به تفکیک جنسیت، تأهل و نوع محل خدمت

| Sig. | انحراف معیار | میانگین | تعداد | تعریف متغیر | زمان | متغیر |
|-------|--------------|---------|-------|-------------|------|------------|
| ۰,۰۴ | ۰,۸۶ | ۱,۷۴ | ۲۲۶ | مرد | قبل | جنسیت |
| | ۰,۸۵ | ۱,۶۹ | ۳۷۴ | زن | | |
| ۰,۰۱ | ۰,۸۷ | ۱,۶۶ | ۲۳۰ | مرد | بعد | جنسیت |
| | ۰,۹ | ۱,۴۷ | ۳۹۲ | زن | | |
| ۰,۲ | ۰,۸۶ | ۱,۶۶ | ۵۰۷ | متأهل | قبل | وضعیت تأهل |
| | ۰,۸۶ | ۱,۵۳ | ۸۸ | مجرد | | |
| ۰,۰۰۲ | ۰,۸۸ | ۱,۵۸ | ۵۲۷ | متأهل | بعد | وضعیت تأهل |
| | ۰,۹۲ | ۱,۲۷ | ۹۱ | مجرد | | |
| ۰,۰۳ | ۰,۸۲ | ۱,۷۲ | ۳۰۳ | پشتیبانی | قبل | محل کار |
| | ۰,۸۸ | ۱,۵۷ | ۲۶۱ | بالینی | | |

جدول ۷۷: مقایسه نمره رضایت به تفکیک جنسیت، تأهل و نوع محل خدمت

| متغیر | زمان | تعریف متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار | Sig. |
|----------------|------|---------------|-------|---------|--------------|--------|
| محل کار | بعد | پشتیبانی | ۳۱۵ | ۱,۵۱ | ۰,۸۴ | ۰,۲ |
| | | بالینی | ۲۷۲ | ۱,۶۰ | ۰,۹۰ | |
| نوع بیمارستان | قبل | درمانی | ۳۲۷ | ۱,۴۸ | ۰,۸۱ | <۰,۰۰۱ |
| | | آموزشی درمانی | ۲۷۳ | ۱,۸۳ | ۰,۸۹ | |
| نوع بیمارستان | بعد | درمانی | ۳۴۲ | ۱,۴۳ | ۰,۸۶ | ۰,۰۱ |
| | | آموزشی درمانی | ۲۷۳ | ۱,۶۱ | ۰,۸۷ | |
| تخصص بیمارستان | قبل | عمومی | ۵۶۱ | ۱,۶۳ | ۰,۸۷ | ۰,۱۸ |
| | | تک تخصصی | ۵۰ | ۱,۶۹ | ۰,۷۵ | |
| تخصص بیمارستان | بعد | عمومی | ۵۶۱ | ۱,۵۳ | ۰,۸۸ | ۰,۶۲ |
| | | تک تخصصی | ۵۴ | ۱,۳۶ | ۰,۷۲ | |

ج- نمره رضایت به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

نتایج آزمون تی زوجی نشان می دهد که در میان سه گروه بیمارستان، نمره رضایت افراد شاغل در بیمارستان های گروه سوم قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت معناداری دارد ($pvalue = 0,01$).

جدول ۷۸: رضایتمندی افراد بر اساس رابطه استخدامی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه

| کد | تعداد تخت | قبل | | | بعد | | | قبل و بعد |
|----|-----------|-------|---------|--------------|-------|---------|--------------|-----------|
| | | تعداد | میانگین | انحراف معیار | تعداد | میانگین | انحراف معیار | |
| ۱ | >۹۹ | ۲۰۸ | ۱,۵۳ | ۰,۸۴ | ۲۰۸ | ۱,۴۲ | ۰,۸۸ | ۰,۱ |
| ۲ | ۹۹-۲۵۰ | ۳۲۶ | ۱,۶۲ | ۰,۸۵ | ۳۲۶ | ۱,۵۴ | ۰,۸۹ | ۰,۱ |
| ۳ | ۲۵۰-۴۰۰ | ۵۸ | ۲,۰۸ | ۰,۸۸ | ۵۸ | ۱,۷۰ | ۰,۷۶ | ۰,۰۱ |

نتایج آزمون آنووا برای مقایسه نمره رضایت بین گروه های مختلف بر اساس تعداد تخت بیمارستان نشان می دهد که قبل از اجرای برنامه همواره کارکنان شاغل در بیمارستان گروه سوم به طور معناداری میزان رضایت بالاتری از دو گروه دیگر داشته اند ($pvalue < 0,001$).

جدول ۷۹: نتایج آزمون آنووا بر اساس تعداد تخت بیمارستان

| زمان | مجموع مربعات | df | میانگین مربع | f | Sig. |
|------|--------------|-----|--------------|------|--------|
| قبل | بین گروه ها | ۲ | ۶,۹ | ۹,۳۷ | <0,001 |
| | درون گروه ها | ۵۸۹ | ۰,۷۳ | | |
| | کل | ۵۹۱ | ۴۴۳ | | |
| بعد | بین گروه ها | ۲ | ۱,۷۲ | ۲,۲۷ | 0,1 |
| | درون گروه ها | ۶۱۲ | ۰,۷۶ | | |
| | کل | ۶۱۴ | ۴۶۷ | | |

جدول ۸۰: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین دریافتی کارکنان به تفکیک تعداد تخت

| زمان | استخدام | تفاوت میانگین ها* | خطای معیار | Sig. |
|------|---------|-------------------|------------|--------|
| قبل | ۳ | 0,55 | 0,12 | <0,001 |
| | ۲ | 0,46 | 0,12 | 0,001 |

د- نمره رضایت به تفکیک تخصص بیمارستان

نتایج آزمون آنووا برای مقایسه نمره رضایت بین گروه های مختلف کارکنان بر اساس نوع تخصص بیمارستان تفاوت معناداری بین آنها نشان نداده است.

جدول ۸۱: نتایج آزمون آنووا بر اساس تخصص بیمارستان

| زمان | مجموع مربعات | df | میانگین مربع | f | Sig. |
|------|--------------|-----|--------------|------|------|
| قبل | بین گروه ها | ۴ | ۱,۱۶ | ۱,۷۵ | 0,19 |
| | درون گروه ها | ۵۸۷ | ۰,۷۵ | | |
| | کل | ۵۹۱ | ۴۴۴ | | |
| بعد | بین گروه ها | ۴ | ۱,۱۶ | ۱,۵۳ | 0,13 |
| | درون گروه ها | ۶۱۰ | ۰,۷۵ | | |
| | کل | ۶۱۴ | ۴۶۸ | | |

ه- نمره رضایت به تفکیک همبستگی بین سابقه و نمره رضایت مندی

نمره رضایت کارکنان در زمان قبل از اجرای برنامه همبستگی پیرسون کم ولی معناداری با سابقه کارکنان داشته است ($pvalue < 0,001$) میزان این همبستگی بعد از اجرای برنامه کمتر شده و معنادار نیز نمی باشد.

جدول ۸۲: نتایج آزمون همبستگی بین سابقه و نمره رضایت

| سابقه | | |
|--------|---------|---------------|
| **۰,۱۸ | همبستگی | رضایتمندی قبل |
| <۰,۰۰۱ | Sig. | |
| ۵۹۶ | تعداد | |
| ۰,۰۶ | همبستگی | رضایتمندی بعد |
| ۰,۱ | Sig. | |
| ۶۱۸ | تعداد | |

۴-۱۰-۵- رضایتمندی از درآمد و میزان آگاهی افراد

۴-۱۰-۵-۱- میزان آگاهی از معیارهای فردی اثرگذار بر درآمد

بررسی میزان همبستگی بین رضایت کارکنان با فاصله میزان آگاهی آنها از استاندارد با کمک ضریب پیرسون نشان می دهد که همبستگی معکوسی بین ۴ معیار از میان ۶ معیار با رضایت مندی وجود دارد ($pvalue < 0,001$). به عبارت دیگر هر چه میزان آگاهی افراد از حالت استاندارد بیشتر باشد، رضایتمندی آنان کمتر می گردد.

جدول ۸۳: بررسی همبستگی بین نمره رضایت و آگاهی از معیارهای فردی اثرگذار بر درآمد

| میزان ثابت دقیق خدمات | نمره یا ضریب سختی بخش | میزان کسورات بیمه بخش | ضریب کیفی بخش | تعداد نیروی انسانی بخش | میزان درآمد مبنای بیمارستان | همبستگی | ف.ت.ک |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|------------------------|-----------------------------|---------|-------|
| -۰,۲۴** | ۰,۱۲** | -۰,۰۰۴ | -۰,۲۶** | ۰,۲۵** | -۰,۱۹** | Sig. | |
| <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | ۰,۹۲ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | تعداد | |
| ۵۳۹ | ۵۴۴ | ۶۳۱ | ۵۵۹ | ۶۳۱ | ۵۱۳ | | |

۴-۱۰-۵-۲- میزان آگاهی از معیارهای بخش اثرگذار بر درآمد

بررسی میزان همبستگی بین رضایت کارکنان با فاصله میزان آگاهی آنها از استاندارد با کمک ضریب پیرسون نشان می‌دهد که همبستگی معکوسی بین ۷ معیار با رضایت مندی وجود دارد ($pvalue < 0,001$). به عبارت دیگر هر چه میزان آگاهی افراد از حالت استاندارد بیشتر باشد، رضایتمندی آنان کمتر می‌گردد.

جدول ۸۴: بررسی همبستگی بین نمره رضایت و آگاهی از معیارهای بخش اثرگذار بر درآمد

| نمره کیفیت کار فرد | سابقه | مدرک تحصیلی | تعداد ساعات انکال | تعداد ساعات حضور غیرموظف | تعداد ساعات حضور موظف | سمت فرد | | |
|--------------------|---------|-------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|---------|---------|-------|
| -۰,۳۳** | -۰,۱۸** | -۰,۲۲** | -۰,۱۹** | -۰,۳۲** | -۰,۳۱** | -۰,۱۸** | همبستگی | ف.ت.ک |
| <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | <۰,۰۰۱ | Sig. | |
| ۵۹۱ | ۵۸۴ | ۵۷۹ | ۴۷۴ | ۵۹۱ | ۵۹۱ | ۶۳۱ | تعداد | |

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱- خلاصه یافته ها کیفی و کمی

به طور کلی نظام پرداخت بیمارستانی در ایران پس از انقلاب، دو جهش بزرگ در سالهای ۱۳۸۷ و ۱۳۹۳ در راستای حساس شدن به میزان پرداختی داشته است. علت این تغییرات مجموعه ای از قوانین و مقررات بالادستی و نواقص نظام پرداخت سابق بوده اند. زمینه موجود در نظام سلامت کشور مانند افزایش میزان پرداختی به کارکنان، افزایش تعداد استخدام های قراردادی و غیر دائم و کاهش پرداختی های دولتی برای کارکنان و قوت گرفتن نظام پرداخت کارانه ای به این جهش ها کمک نموده است.

طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان ها با هدف افزایش انگیزش کارکنان در بیمارستان های دولتی- دانشگاهی در سال ۱۳۷۴ اجرایی شده است. مهمترین نتیجه این برنامه افزایش پرداختی به کارکنان بوده است ولی برنامه بالقوه ابزارهای مدیریتی مناسبی برای مدیران در زمان خود ایجاد نموده است. با این حال با گذر زمان این ابزارها رنگ باخته و برنامه صرفاً ابزاری برای پرداخت به کارکنان می گردد. با توسعه نظام سلامت و بیمارستان های کشور، این برنامه عملاً عملکرد خود را از دست داده و تمایل برای تغییر آن در میان مدیران بالادستی و پایین دستی افزایش می یابد.

بررسی و مقایسه داده های کمی قبل و بعد از اجرای برنامه نیز همسو با این یافته های کیفی است به گونه ای تعداد تفاوت های معنادار بر اساس ویژگی های بیمارستان و افراد قبل از اجرای برنامه بسیار کمتر از زمانی است که برنامه به مورد اجرا درآمده است. این نواقص در طول سالهای اجرای برنامه منجر به تصویب دو قانون مهم در سطح کشور برای پرستاران و کارکنان بالینی بیمارستان و اجرایی شدن دو برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در دو بیمارستان شده بود. در واقع این موارد از جمله رفتارهای سیستم سلامت نسبت به نواقص برنامه قبلی بوده است.

با افزایش تعداد قوانین بالادستی برای رفع نواقص برنامه نظام نوین و همچنین تشکیل یک نهاد سازمانی و یک گروه سیاستی در وزارت، اقدام اصلی وزارت برای رفع نواقص شروع گردید. به عبارت دیگر تصویب قوانین حامی پرداخت مبتنی بر عملکرد، نوآوری های متعدد برای بهبود برنامه نظام نوین موجود و رشد مباحث پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح دنیا باعث شدند تا طراحی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد برای ایران در دستور کار قرار گیرد.

تدوین و پایلوت برنامه در یکی از استان های کشور، به معنای اجرای آن در کشور نبود. تغییر دولت منجر به ایجاد گروه سیاستی دوم شد که حامی اجرای برنامه بود، بعد از ایجاد تغییرات جدید در برنامه تدوین شده اولیه،

برنامه به عنوان یکی از بسته های طرح تحول سلامت کشور معرفی گردید و وزارت در راستای تأکيدات قوانین کشور برای استقرار ساختارهای پرداخت مبتنی بر عملکرد^{۱۴۰} و اصلاحات نظام سلامت (۱۸)، در سال ۱۳۹۳ برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد طراحی شده برای ایران (IR-PFP) را در بیمارستان های دانشگاهی-دولتی اجرایی کرد. بررسی مهم ترین اهداف تدوین این برنامه^{۱۴۱} نشان می دهد مهمترین اهداف این برنامه مدیریت نیروی انسانی، افزایش بهره وری تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی، ایجاد و ارتقای کار تیمی با کمک افزایش میزان پرداختی ها به کارکنان بود؛ لذا مبنای طراحی آن، رفع مسائل و مشکلات موجود در بیمارستان های کشور بوده است.

برنامه به صورت بالا به پایین به اجرا درآمد و اجرای آن با مسائلی مانند تمرکز شدید در سطح وزارت، کمبود کارشناسان مرتبط با حوزه، اثرات تضاد منافع در هر سه سطح (بیمارستان، دانشگاه و وزارت) و فشارهای سیاسی و زمانی شدید همراه بود و ضرورت اجرای آن در قوانین بالادستی و حمایت دو گروه سیاستی فوق الذکر پیشران برنامه بودند.

ارزیابی برنامه بر اساس داده های ۱۸ بیمارستان نشان داد که در میانگین دریافتی کارکنان بر اساس ویژگی های بیمارستان ها (آموزشی درمانی- درمانی؛ عمومی- تک تخصصی؛ تخصص و تعداد تخت) و ویژگی های کارکنان (پشتیبانی-بالینی؛ انواع بخش های بالینی؛ انواع بخش های پشتیبان؛ رابطه استخدامی و نوع شغل) قبل و بعد از اجرای برنامه تفاوت های معناداری وجود دارد؛ به گونه ای که اجرای برنامه باعث ایجاد تفاوت های معنادار بیشتری بین دریافتی افراد بر اساس هر یک از این ویژگی شده است. در واقع این یافته ها به معنای موفقیت برنامه در توزیع عادلانه تر کارانه های بیمارستانی بود.

داده کاوی داده های کارکنان غیرپزشک بعد از اجرای برنامه نیز نشان داد که برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد توانایی کم کردن اثر مستقیم رابطه استخدامی و سابقه را دارد؛ نمره عملکرد کیفیت فرد و واحد/بخش نیز در کنار سایر متغیرها نقشی مؤثر در تعیین دریافتی افراد دارند و این در حالی است که گروه های یکسان شغلی (پرستاران یا کارکنان واحدهای پشتیبانی) می توانند با ایجاد تغییر در سه ویژگی فردی رابطه استخدامی، نمره عملکرد فردی و تعداد ساعات اضافه کار بین دریافتی خود با دیگران تمایز ایجاد نمایند.

۱۴۰ قانون بیمه همگانی (۱۳۷۳): قانون بودجه سال (۱۳۷۴) کشور، بند ب، تبصره ۱۰، بخشنامه شماره ۱۳۲۵۱ مورخه ۱۳۸۷/۱۰/۱۲، قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۳) ماده ۱۴۳ بند «ج»؛ قانون مدیریت خدمات کشوری (۱۳۸۶) ماده ۳۸ و قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹) بند «ز».

۱۴۱ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نامه شماره ۱۵۲۵/۱۰۰، تاریخ ۹۳/۱۱/۲۶

تجزیه و تحلیل داده های پزشکان نیز نشان داد که قبل و بعد از اجرای برنامه، رتبه های رشته‌های داخلی، زنان و زایمان و نوزادان نسبت به سال ۱۳۹۲ تغییراتی مشاهده می‌شود. البته دیگر عوامل متعددی مانند عملکرد (تعداد خدمات و تخصص) پزشکان در این جابجایی جایگاه رشته‌ها دخیل بوده‌اند که با یافته‌های این مطالعه قابل بررسی دقیق‌تر وجود نداشته است.

نتایج حاصل از سنجش رضایت و آگاهی کارکنان نکات قابل توجهی را نشان داده است. اولاً قبل از اجرای برنامه ۴۳ درصد و بعد از اجرای برنامه ۴۳٫۸ درصد از کارکنان رضایت متوسط و بالاتر داشته‌اند. میانگین و انحراف معیار نمره رضایتمندی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه به ترتیب $۱٫۶۴ \pm ۰٫۸۶$ و $۱٫۵۴ \pm ۰٫۹$ بود، به گونه‌ای که رضایت افراد قبل از اجرا به طور معناداری بیشتر از بعد از اجرای برنامه است. رضایت کارکنان با میزان آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر درآمد در سطح بخش و فرد همبستگی معکوسی نشان داد (در سطح بخش بین ۴ معیار از میان ۶ معیار و در سطح فرد بین ۷ معیار از میان ۷ معیار).

ارزیابی کیفی ساختار استخراج شده برنامه نیز نشان داد برنامه پرداخت عملکردی ایران بالقوه می‌تواند برای تقویت کارهای تیمی و انفرادی بکار گرفته شود و در ازای کارهای دشوارتر و ویژگی‌های فردی بهتر پرداختی بیشتری پرداخت می‌کند. به علاوه اجرای این برنامه توانسته است ارتقا و همسان سازی زیادی را سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستان‌های کشور و جمع‌آوری داده‌های کل کشور داشته باشد. اما باید اذعان کرد که گستردگی اهداف مورد انتظار از برنامه در کنار تعدد و تفاوت‌های زیاد بیمارستان‌های تحت پوشش، باعث پیچیدگی بیشتر برنامه برای درک و اجرا شده است.

به طور کلی ارزیابی کمی و کیفی این برنامه ابزارهای متعددی را برای بهبود مدیریت منابع مالی؛ افزایش بهره‌وری کارکنان، تجهیزات و تسهیلات؛ ایجاد عدالت در پرداخت و بهبود کیفیت خدمات بیمارستان ایجاد نموده است؛ اما استفاده از این ابزار نسبتاً پیچیده بستگی به ظرفیت‌های اجرایی بیمارستان و تعهد مدیران داخلی آن دارد؛ به علاوه به تعویق افتادن پرداختی‌های کارکنان بزرگترین عامل تهدیدکننده اهداف و اثرات برنامه است.

۵-۲- بحث و نتیجه‌گیری

۵-۲-۱- سیاست‌گذاری برای تدوین و اجرای برنامه

به‌طور کلی وضعیت تأمین مالی ضعیف بیمارستان‌ها و پیدایش دیدگاه «بیمارستان به‌عنوان یک سازمان تولیدکننده» (۱۲۷)، اکثر متولیان خرد و کلان نظام سلامت ایران را به سمت رویکردهای درآمدزا برای بیمارستان

سوق داده است. از این میان تقویت نظام پرداخت کارانه بین ارائه‌کننده و خریداران خدمت، اجرای طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، اجرا و به روز رسانی کتاب ارزش نسبی مهم‌ترین عوامل بوده‌اند. در کنار این تغییرات محیطی، تصویب قوانین مرتبط که اختیارات بیشتری به وزارت و سازمان‌های ذیربط در حصول و توزیع درآمدهای اختصاصی می‌دهد، باعث شده‌اند تا نظام پرداخت بیمارستانی ایران در بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی به تدریج تغییر یابد و پیچیده‌تر گردد. این روند تغییرات از نظام حقوق و دستمزد تا نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد پیش رفته و نسبت به ورودی‌ها و عملکرد افراد برای بیمارستان حساس تر شده است. عمده این مداخلات و تغییرات با هدف افزایش کارایی به واسطه مشوق‌های مالی در مراکز دانشگاهی-دولتی انجام شده‌اند.

بررسی تجارب جهانی نیز نشان می‌دهد که در دهه‌های گذشته برخی کشورها نیز رویکردهای مشابهی را برای پرداخت به کارکنان بیمارستانی خود در پیش گرفته‌اند. در سال ۲۰۰۸ روسیه با هدف افزایش انگیزش کارکنان پزشک و غیرپزشک بیمارستانی، شروع به تغییر نظام پرداخت ثابت حقوق و دستمزد به نظام پرداخت ترکیبی حقوق و دستمزد و پرداخت مبتنی بر عملکرد کرده است (۱۲۸). تنباووم (۲۰۰۹) دو عامل را تحریک‌کننده دولت‌ها برای اجرای برنامه‌هایی با مشوق‌های مالی در سطح نظام‌های سلامت دنیا معرفی کرده است. اول فوریت اجرای برنامه‌هایی برای ایجاد و ارتقای ارزش در نظام سلامت و دوم نبود راهبرد جایگزین سودمند دیگر در این حوزه (۱۲۹).

در سه دهه گذشته، اولین تغییر اساسی نظام پرداخت بیمارستانی ایران در اواخر دهه ۷۰ با عنوان «طرح نظام نوین اداره امور بیمارستانهای کشور» به دنبال ارائه مشوق‌های مالی برای افزایش انگیزش و کارایی کارکنان، تسهیلات و تجهیزات بیمارستانی محدود کشور بوده است.

ارائه مشوق‌های مالی به‌عنوان ابزاری برای افزایش انگیزش برای کارایی بیشتر توسط تئوری‌های اقتصادی پیشنهاد شده است (۲۳، ۳۱). با توجه به مبتلا بودن نظام سلامت کشورهای با درآمد پایین و متوسط به مباحث اثربخشی و کیفیت مراقبت سلامت پایین، یکی از پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت برای بالا بردن اثربخشی در این کشورها خرید راهبردی بوده است (۱۱۶). لذا پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌عنوان نوع خاصی از خرید راهبردی که می‌تواند به‌طور اختصاصی برای پرداخت به اهداف از پیش تعیین شده بکار گرفته شود معرفی شده است. انواع گوناگونی از این نوع برنامه با اهداف متعدد در بسیاری از کشورهای OECD مانند ایالات متحده آمریکا، ایالات پادشاهی انگلستان و آلمان؛ در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و بالاتر مانند چین،

هند، جمهوری کره و برزیل و در برخی کشورهای با درآمد پایین و متوسط مانند رواندا بکار گرفته شده اند (۱۰۳).

علاوه بر اینکه برنامه‌های PFP راهکاری برای خرید بهتر معرفی شده اند، میسین و همکاران (۲۰۱۱) این نوع از برنامه‌ها را به‌عنوان کاتالیزور یا تسریع کننده اصلاحات نظام سلامت معرفی کرده‌اند (۲۸)، بررسی مستندات و مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که IR-PFP نیز به‌عنوان پیش نیاز اصلی برای اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به روز شده در ایران بوده است. به‌علاوه به اذعان مصاحبه شوندگان آگاه این برنامه توانسته است انگیزش کافی را برای انجام حجم زیاد کار ناشی از طرح تحول سلامت در بیمارستان‌ها را تأمین نماید.

متولی IR-PFP در ایران وزارت بوده است؛ بررسی سایر برنامه‌های مشابه در کشورهای دیگر نشان می‌دهد که متولی این‌گونه برنامه‌ها می‌توانند متعدد باشد. به عنوان مثال متولی برنامه نظام بن‌های کیفیت (QBS)^{۱۴۲} در استونی (۲۰۰۶) صندوق بیمه سلامت استونی (EHIF)^{۱۴۳} و متولی نظام «قراردادهایی برای بهبود فعالیت‌های انفرادی» (CAPI)^{۱۴۴} در فرانسه صندوق بیمه سلامت ملی^{۱۴۵} است. بیشتر پرداخت‌های عملکردی در ایالات متحده نیز توسط مدیر و مدیر (پرداخت‌کننده منابع مالی) رهبری و هدایت می‌شوند (۱۰۳). اما متولی یک برنامه دیگر (IFAQ) در فرانسه وزارت بهداشت و مرکز سلامت ملی فرانسه (یکی از مسئولیت‌های این مرکز ارزیابی بیمارستان‌ها است) است (۱۳۰). به نظر می‌رسد در هر کشور اینکه چه ارگانی متولی برنامه پرداخت عملکردی باشد، بستگی به تأمین کننده منابع مالی برنامه دارد. با توجه به اینکه پرداخت کارانه به کارکنان بیمارستانی در کشور بر عهده وزارت است، در ایران نیز متولی برنامه به خوبی اجرا نموده است.

بررسی بازیگران برنامه IR-PFP در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازیگران خارج از وزارت کمترین نقش را ایفا نموده اند. در خصوص نقش بازیگران و گوناگونی رفتار آن‌ها در برنامه‌های حوزه نظام سلامت کدسیه و همکاران (۲۰۱۷) بیان می‌کنند که حوزه سلامت بین احزاب مختلف در کش و قوس است و در نتیجه سیاست‌های این حوزه نیز می‌توانند در داخل دولت، توسط بازیگران غیردولتی و سازمان‌های خارج از سیستم سلامت تدوین گردند، لزوماً در یک نقطه از زمان اتفاق نمی‌افتند و شرایط ایجاد کننده آن به روشنی به یکدیگر متصل نیستند (۷۱). با توجه به اینکه اولاً مسئله پرداخت به کارکنان بیمارستانی در حوزه اختیارات

¹⁴² Quality Bonus System (QBS)

¹⁴³ Estonia Health Insurance Fund (EHIF)

¹⁴⁴ Contracts for Improved Individual Practice (CAPI)

¹⁴⁵ National Health Insurance Fund (NHIF)

داخلی وزارت است و ثانیاً منابع مالی موردنیاز برای ایجاد این تغییرات عمدتاً توسط سازمان‌های وابسته به وزارت تأمین می‌گردد، لذا به نظر می‌رسد که حضور کم رنگ سایر بازیگران خارج از وزارت در این موضوع امری طبیعی است.

در داخل وزارت و سازمان‌های تابعه حمایت‌های همگانی و سیاستی ظاهری خوبی از پرداخت عملکردی از طرف بیشتر معاونت‌های وزارت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های تابعه وجود داشته است، این در حالی است که مصاحبه‌ها و مستندات نشان می‌دهند، این ارگان‌ها و مدیران و کارشناسان آن‌ها دلایل متعددی برای ممانعت با اجرای آن دارند. افزایش بار کاری بدون افزایش در میزان دریافتی و یا حتی کاهش دریافتی، ایجاد تنش در میان کارکنان و مدیران، ضعف دانش مدیریتی و کارشناسی مسئولان سطوح مختلف، غالب بودن فرهنگ برابری خواهی در مقایسه با عدالت خواهی، شفافیت جریان منابع مالی بیمارستان و دانشگاه از جمله مهم‌ترین این عوامل هستند.

این مسئله در سایر کشورها نیز نمود مشابهی داشته است. تنباووم (۲۰۰۹) (۱۲۹) به حمایت سیاسی، قانونی و اجرایی مناسب از برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد اذعان دارد ولی مارکوویتز و رایان (۲۰۱۷) حمایت‌های واقعی حامیان را بسیار محدود می‌دانند (۶۳).

در مورد نحوه اجرای برنامه‌ها به‌طور خلاصه دو دیدگاه خطی (اجرای بالا به پایین یا پایین به بالا) و تعاملی^{۱۴۶}، وجود دارد (۱۳۱). نتایج مصاحبه‌ها و بررسی مستندات نشان می‌دهند که بنا به برخی ضرورت‌ها، ابتدا اجرای برنامه IR-PFP به‌صورت خطی و بالا به پایین دنبال شد. در این مرحله تمام دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها ملزم به اجرای برنامه بودند. اما به تدریج با بروز برخی مسائل رویکرد اجرایی سیاست‌گذاران برای اجرای برنامه به سمت مدل تعاملی اجرای برنامه پیش رفته است.

گریندل و توماس (۱۹۹۱)^{۱۴۷} این مسئله را که سیاست و اجرای آن دو موضوع جداگانه از یکدیگر هستند را رد کرده و بیان می‌کنند که هر سیاستی ممکن است در یکی از مراحل اجرای خود، توسط مخالفان تغییر یابد (۱۳۱). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در سطح کلان (وزارت) عمدتاً تغییر اختیار معاونت‌ها در توزیع منابع مالی، ایجاد شفافیت و احتمال توزیع منابع مالی بیشتر برای کارکنان باعث مخالف‌ها و درخواست‌هایی برای تغییر در برنامه بوده است. تغییر در میزان سهم کارکنان از درآمدهای بیمارستانی یکی از این تغییرات بود.

¹⁴⁶ The interactive model

¹⁴⁷ Grindle and Thomas (1991)

در سطح میانی (دانشگاه) و خرد (بیمارستان) نیز دلایلی برای مخالفت با برنامه مانند تضاد منافع بین معاونت های دانشگاه ها، حجم بار کاری، ناگهانی بودن تغییرات و آموزش های ناکافی وجود داشته است. لذا در طول سال اول اجرای برنامه، دانشگاه های متعدد به دلایل گوناگون خواستار تعویق و تعدیل برنامه در کل دانشگاه یا برخی بیمارستان های تابعه بودند. این گروه از افراد و مؤسسات بنا به نظر لیپ اسکای (۱۹۸۰) تحت عنوان «Street level bureaucracies» معرفی شده اند و بیان می کند که همواره این افراد به طور خودکار در فرآیند «تبدیل سیاست به نتیجه» درگیر نمی شوند ولی محدودیت هایی را در این مسیر ایجاد می کنند. بنا به نظر لونگ (۱۹۹۲)^{۱۴۸} ویژگی های فردی ناشی از «آگاهی و قدرت» این افراد در قالب بندی نتایج سیاست اثرگذار است (۱۳۱).

بعد دیگر اجرای برنامه IR-PFP این است که برنامه ایران به صورت یکجا برای تمام بیمارستان های دولتی - دانشگاهی به اجرا درآمد. اگرچه ادعا بر این است که برنامه پایلوت شده و سپس به اجرا درآمده است، اما مستندات و مصاحبه ها نشان می دهند که فضای سیاستی^{۱۴۹} موجود در زمان اجرای برنامه، سیاستگذاران را ناگزیر از اجرای برنامه ترکیبی نهایی بدون پایلوت کرده است. مهم ترین مسئله در ایجاد این فضای سیاستی فشرده، منوط بودن اجرای برخی برنامه های طرح تحول سلامت خصوصاً اصلاحات مربوط به کتاب ارزش نسبی به اجرای برنامه بوده است.

بررسی مطالعات متعدد نشان می دهد تجارب مشابه در سطح دنیا این مرحله از اعمال برنامه را در فضای سیاستی آرام تر و بازتری پیگیری نموده اند. رویکرد برنامه VIP کره این گونه بوده است که ابتدا به صورت پایلوت دو ساله در دو نوع بخش بیمارستانی خاص (قلب و سزارین) و صرفاً در بیمارستان های آموزشی به اجرا درآمده است. در این مرحله امتیازات خاص به برخی از بیمارستان های رفراال کشوری نیز داده شده بود. بعد از ارزیابی مثبت اثرات برنامه، این برنامه در حال گسترش به سایر بیمارستان های این کشور است (۱۳۲). به علاوه برنامه IFAQ فرانسه نیز در ابتدا به صورت داوطلبانه، هم برای بیمارستان های دولتی و هم برای بیمارستان های بخش خصوصی، به اجرا درآمده است (۱۳۰). به نظر می رسد رویکرد سیاست گذاران در اجرای برنامه ها تا حدی به فضای سیاستی موجود وابسته است و در خصوص برنامه های PFP باید اذعان نمود که این نوع از برنامه ها نیازمند فضای سیاستی بازتر و آرامتری برای تدوین و اجرا هستند.

¹⁴⁸ Long (1992)

¹⁴⁹ Policy space/ room for manoeuvre

۵-۲-۲- چهارچوب طراحی برنامه

درمورد چارچوب برنامه، مطالعه حاضر به معرفی برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران و ابعاد اثربخشی آن پرداخته است. همانند سایر مدل ها، هدف برنامه IR-PFP، ایجاد انگیزه به واسطه مشوق‌های مالی (۲۳، ۳۱)، بهبود کیفیت خدمات، ایجاد احساس عدالت بیشتر، افزایش کارایی سازمانی و فردی و بهبود ابقای کارکنان، با سهم کردن تمام مدیران و کارکنان (۶۷، ۱۳۳) در قسمتی از درآمد بیمارستان است؛ لذا می‌توان این برنامه را نوعی از انواع مدل‌های «سهامدار کردن کارکنان در درآمد»^{۱۵۰} دانست (۱۳۴) و بر اساس این برنامه حدود یک چهارم از مبالغ ریالی جزء حرفه ای ارزش نسبی خدمات سلامت ارائه‌شده، در کنار حقوق و دستمزد (۱۳۵)- (۱۳۷)، تحت عنوان «پرداخت عملکردی» به صورت تحکمی^{۱۵۱} (۶۷) به کارکنان بیمارستان پرداخت می‌شود.

در این برنامه به منظور تقویت فعالیت تیمی در سطح هر بخش، ابتدا سهم هر بخش از کل مبلغ قابل پرداخت تعیین و سپس این مبلغ بین کارکنان آن بخش توزیع می‌گردد. طبق برنامه، هیچ یک از بخش‌ها با یکدیگر مقایسه نمی‌شوند و هر بخش نسبت به گذشته خود مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در صورتی که نمره عملکرد و میزان کارایی بخش کاهش یابد، بخش و کارکنان آن با کاهش مبلغ دریافتی تنبیه می‌گردند، رفتاری که در برنامه HAC^{۱۵۲} مریلند و جمهوری کره در سطح بیمارستان‌ها دیده می‌شود (۱۰۳) در صورتی که در برنامه IFAQ فرانسه این عامل دیده نشده است (۱۳۰).

برای هم‌راستا نمودن اهداف هر بخش بیمارستانی و کارکنان آن با اهداف بیمارستان و برطبق تفاهم‌نامه منعقد شده بین مدیران بیمارستان و بخش‌ها، اداره بخش به مدیران اجرایی بخش واگذار شده است که اثرات مثبت این نوع تمرکززدایی به خوبی ثابت شده است (۱۳۸). بر این اساس مسئولان بیمارستانی نتایج مورد انتظار و سقف پرداختی مدنظر را تعیین می‌نمایند و در مقابل مدیران اجرایی بخش مسئولیت مدیریت نیروی انسانی و عملکرد بخش را برعهده دارند.

درمورد سنجش عملکرد در برنامه‌های متعدد مطالعات بیان نموده‌اند که اصولاً هر فعالیتی که سنجش می‌شود، سمت و سوی فعالیت‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰۳). در برنامه مورد مطالعه، شاخص‌های امتیازدهی بخش و کارکنان بر اساس نوع فعالیت آن‌ها تعیین شدند. این شاخص‌ها مجموعه‌ای از عوامل مؤثر بر ارائه

¹⁵⁰ Revenue Sharing Plan

¹⁵¹ Forced distribution

¹⁵² Hospital Acquired Conditions Program

خدمت شامل تسهیلات، تجهیزات، منابع، دارو، فنآوری اطلاعات و منابع انسانی هستند. ارزیابی این شاخص‌ها از طرق متعدد صورت می‌گیرد (۱۰۳)؛ مدیران میانی، مدیران بالادستی، کارکنان همتراز و زیردست از جمله این ارزیابان هستند. به علاوه به‌منظور درک بهتر ارتباط بین نحوه عملکرد و دریافت عملکردی و با در نظر گرفتن شاخص‌های در حال ارزیابی، ارزیابی‌ها در فواصل کوتاه‌مدت (هر سه ماه) انجام می‌گیرد.

با آگاهی از گستردگی جغرافیایی کشور و وضعیت متفاوت بیمارستان‌های مختلف (موارد خارج از کنترل فرد و بخش که بر دریافت عملکردی تأثیرگذارند) (۱۰۳) همواره اعمال برخی تغییرات در دستورالعمل IR-PFP در هر بیمارستان، در طیفی مشخص با بیان علت و تصویب در سطوح بالادستی، امکان پذیر است. احتمالاً این اقدام منجر به فاصله گرفتن تدریجی برنامه‌های اجرا شده در بیمارستان‌های متعدد خواهد شد با این حال گریزناپذیر است. البته اگر برنامه در فاصله‌های چند ساله مورد بازنگری عمیق قرار گیرد و بر اساس ورودی‌های بیمارستان‌ها تعاریف جدیدی از آنها در برنامه یافت و تدوین گردد، برنامه به نحو منسجم و زنده باقی خواهد ماند.

بررسی‌های علمی درمورد میزان دریافتی کارکنان بیان کرده‌اند که میزان پرداخت کم و متوسط، فاقد توانایی ایجاد انگیزه کاری بیشتر برای کارکنان است (۱۳۹)؛ لذا اصولاً برنامه‌های پرداخت عملکردی نیازمند جریان پولی زیادی هستند (۲۴). در ایران، در سال اول اجرا، به‌طور متوسط مبلغ پرداخت عملکردی برای کارکنان غیرپزشک تا حدود ۳۰ درصد درآمدهای قابل توزیع افزایش یافت. این منابع مالی به‌واسطه اصلاحات افزایش جزء حرفه‌ای خدمات سلامت در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت پیش‌بینی شده است^{۱۵۳} و بیمارستان‌ها برای تأمین آن نیازمند منابع مالی خارج از سازمان نیستند (۶۷). برنامه پرداخت عملکردی بیماری‌های مزمن انگلستان نیز به‌منظور ایجاد انگیزش دریافتی پزشکان خانواده این کشور را تا ۲۵ درصد افزایش داده است (۱۲). به علاوه یکی از ابعاد متمایز برنامه جدید نسبت به نظام نوین این است که در آن کارانه و اضافه کار افراد با یکدیگر ترکیب شده است تا مبلغ پرداختی به کارکنان بالا باشد. اگرچه این اقدام احتمالاً انگیزش بیشتر کارکنان را در پی خواهد داشت، با این حال باعث شده است که نقدینگی مورد نیاز برای پرداخت به کارکنان زیاد شده و بیمارستان را در تأمین آن با مشکل مواجه سازد.

درمورد مکانیسم ارزیابی و ارزشیابی برنامه باید دانست که بررسی اثرات برنامه هم به نحوه طراحی و هم به نحوه اجرای برنامه وابسته است (۱۰۳). لذا در هنگام قضاوت درباره این برنامه باید دقت کافی در هر دو حوزه صورت گیرد. بررسی مؤثر بودن پرداخت پول برای عملکرد و همچنین بررسی بسیاری از جزئیات ساختاری این نوع

^{۱۵۳} مصوبه هیئت وزیران، شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۰۹۸۲، مورخه ۱۳۹۳/۷/۱.

برنامه‌ها می‌تواند برای آگاه‌سازی دیگران مورد استفاده قرار گیرد تا در پیاده‌سازی مشوق‌های مبتنی بر عملکرد بکار گیرند (۳۱). اولاً وضعیت بیمارستان‌های کشور و نحوه مدیریت مسئولان آنها بسیار متفاوت است، لازم است تا اثرات برنامه در سطح هر یک از بیمارستان‌ها و یا حداقل در هر یک از دانشگاه‌ها به صورت موشکافانه بررسی گردد. از همین رو در این مطالعه نیز چندین روش تجزیه و تحلیل کمی در کنار یافته‌های کیفی مورد استفاده قرار گرفته است. ثانیاً نتیجه اجرای برنامه (عادلان‌شدن پرداخت‌ها) از اثرات برنامه (ایجاد انگیزش برای رسیدن به اهداف متعدد) به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

درمورد طراحی برنامه، نتایج نشان داده اند که با هدف پوشش اهداف متعدد، ساختار نسبتاً پیچیده‌ای برای آن طراحی شده است. دو پیش‌نیاز اصلی برنامه طبقه بندی بخش‌ها و عقد تفاهم‌نامه است. اثر مستقیم طبقه بندی بخش‌ها ایجاد تمایز در دریافتی افراد بر اساس دشواری فعالیت در بخش‌های مختلف است. این هدف برای مرتفع کردن مسائل مربوط به حضور معکوس کارکنان (تعداد کمتر و افراد کم تجربه و طرحی) در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی ایران، در بخش‌های حساسی همچون اورژانس و ویژه است (۱۲۵، ۱۴۰). انتظار می‌رود مشوق‌های مالی ناشی از این تغییرات رقابت کارکنان باکیفیت‌تر برای فعالیت در این بخش‌ها را افزایش دهد.

همان‌طور که در بالا آورده شده است، پیش از اجرای برنامه پرداخت عملکردی در بیمارستان‌ها، اصلاحات افزایشی در جزء حرفه‌ای خدمات در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت^{۱۵۴}، نیز روی داده است. بنا به این رویداد پیش‌بینی شده بود که منابع مالی مکفی به بیمارستان‌ها وارد شود که نیاز به مدیریت جزئی‌تر و مناسب‌تر آن احساس شد. به‌منظور مدیریت مناسب این حجم منابع مالی در بیمارستان‌ها، IR-PFP با تفویض اختیار و ارائه مسئولیت به مدیران بخش‌ها در مدیریت منابع انسانی و سنجش وضعیت عملکردی آن‌ها، تمرکززدایی مناسبی را در کل بیمارستان اعمال نمود و انتظار می‌رود تا کارایی کل بخش اعم از افراد و تجهیزات آن را بالا ببرد. اثرات مثبت عدم تمرکز در انگیزش مدیران داخلی سازمان‌ها برای رسیدن به اهداف تعیین شده به خوبی ثابت شده می‌باشد (۱۳۸).

به‌طور کلی فرمول‌های فنی برنامه در تعیین سقف پرداخت به کارکنان، نحوه تعیین درآمد ناخالص، مبنا و قابل توزیع بخش و امتیاز افراد نیز با هدف مرتفع کردن برخی دیگر از مسائل بیمارستان‌های دانشگاهی-دولتی طراحی شده اند. با توجه به سهم بالای حقوق و مزایای کارکنان در کل هزینه‌های بیمارستانی (۱۴۱)، برنامه با

^{۱۵۴} مصوبه هیئت وزیران، شماره ۷۴۴۵۰/ت/۵۵۰۹۸۲، مورخه ۱۳۹۳/۷/۱.

تعیین سقف های پرداختی به کارکنان، به دنبال کنترل کل هزینه های پرداختی به کارکنان بوده است. این ویژگی ها می تواند به عنوان ابزاری برای ایجاد شفافیت در داده ها و خودگردانی مالی بیمارستان ها به کار گرفته شوند (۱۳۸، ۱۴۲).

مبنای محاسبات اعمال شده در محاسبه درآمد ناخالص، پرونده بیماران است و خدمات ثبت نشده از آن حذف می گردند. با در نظر گرفتن این مسئله که بسیاری از کسورات بیمه ای در بیمارستان های کشور به دلیل عدم ثبت خدمات ارائه شده یا نبود مستندات کافی است (۱۴۳) انتظار می رود این نحوه محاسبه منجر به ثبت کمی و کیفی بهتر خدمات ارائه شده در سیستم های اطلاعات بیمارستانی، کاهش نواقص پرونده ای و کسورات و در نهایت منجر به افزایش درآمد بخش و بیمارستان گردد. همان طور که در سایر مطالعات نیز اثر برنامه های پرداخت عملکردی بر تقویت سیستم های اطلاعات الکترونیک نشان داده شده است (۲۳، ۳۱) و برخی مدل ها (مدل PIP استرالیا) نیز خود به گونه ای طراحی شده اند که به استفاده از پرونده های الکترونیک^{۱۵۵} پاداش می دهند (۱۰۳، ۱۴۴).

مبنای محاسبات اعمال شده در درآمد مبنای بخش، به گونه ای ساختار بندی شده تا بتواند از ایجاد انگیزه برای مصرف دارو، لوازم مصرفی و تجهیزات گران قیمت جلوگیری نماید. با توجه به نقش کمرنگ نظارت و ماهیت عملکردی بیمه های پایه و تکمیلی در خرید خدمات و ضعف در راهنماهای بالینی کشور (۱۴۵)، تقاضای القایی می تواند موجبات هزینه های زیادی در نظام سلامت کشور باشد. هر چند از سازوکار تدارک دیده شده در IR-PFP نمی توان انتظار نظارت بر نحوه عملکرد القایی ارائه کنندگان داشت، اما انتظار می رود حداقل به گونه ای باشد که انگیزاننده تقاضای القایی نباشد. به عبارت دیگر در این سازوکار انتخاب ارائه کننده خدمت (پزشک، پرستار و غیره) در تعداد و نوع داروها، تجهیزات و سایر لوازم مصرفی بیمار، منافع مالی مستقیم برای وی در پی نخواهد داشت.

نگاه فنی درآمد قابل توزیع به سمت تعدیل ذات درآمدزایی متفاوت بخش های بیمارستان (برای مثال اتاق عمل در مقایسه با بخش های بستری) است. سهم قابل توزیع بخش ها از درآمد آن بخش به گونه ای طراحی شده است که منجر به کاهش رقابت کارکنان برای فعالیت در بخش های درآمدزاتر باشد.

در مورد امتیاز کسب شده توسط هر فرد، مجموع رویکرد فنی برنامه به گونه ای چیده شده است که تنوع های شغلی و فردی موجود در بیمارستان (۶۷) و کمبودهای کارکنان متخصص بیمارستانی در ایران (۱۴۱) دیده

¹⁵⁵ use of electronic health records (eHealth)

شود، لذا در این مدل ارزش هر امتیاز در یک بخش برای کارکنان آن بخش یکسان ولی با ارزش امتیاز بخش‌های دیگر متفاوت است. بدین وسیله این امکان ایجاد می‌شود که بیمارستان بتوانند به راحتی کارکنان خود را بدون محدودیت در میان بخش‌های مختلف جابجا نماید (حتی در طول یک ماه) و دریافتی نهایی فرد از مجموع دریافتی وی از هر یک از بخش‌ها در یک فاصله زمانی معین تشکیل می‌شود.

۵-۲-۳- نتایج کلان اجرای برنامه

به جز این نتایج مورد انتظار از اجزای فنی برنامه، یک سری نتایج کلی از اجرای برنامه برای کشور مورد انتظار است. با توجه به اهمیت اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های کلان کشوری، تولید و تجمیع داده‌های بیمارستانی از بزرگترین مزیت‌های جانبی این برنامه برای سیاست‌گذاران بود. از آنجایی که داده‌ها و شاخص‌های تولید شده در بیمارستان‌ها به‌طور مستقیم توسط خود آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و به‌گونه‌ای توسط خود کارکنان بیمارستان‌ها تحت نظر (بازخوردهای شخصی افراد به دریافتی‌ها) است، داده‌هایی شفاف و صحیح از سطح درآمد بیمارستان‌ها، بخش‌ها و افراد در حال تولید است.

به علاوه طبق این برنامه، مبنای پرداخت به کارکنان جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات تولید شده است، لذا جزء فنی ارزش نسبی خدمات تحت تأثیر این برنامه قرار نمی‌گیرد. با فرض ارزش ریالی مناسب خدمات، شفاف شدن محل صرف اجزای فنی و حرفه‌ای در این برنامه می‌تواند زیر ساخت مالی را برای خودگردان شدن بیمارستان‌ها فراهم کند (۱۳۸، ۱۴۲).

برنامه‌های مشابه در برخی از کشورها باعث ایجاد تغییراتی در نحوه حاکمیت نظام سلامت (جدایی خریدار از فروشنده، پاسخگویی بیشتر ارائه‌کننده و ممیزی‌های مستقل‌تر)، تأمین مالی، منابع انسانی، اطلاعات و تسهیلات دارویی شده است (۱۱۶). در ایران نیز اجرای برنامه باعث ایجاد و تقویت زیرساخت‌های اطلاعاتی تولید و صرف منابع مالی در بیمارستان‌ها شده است. لذا بهبود تولید و بهره‌گیری از داده‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اثرات جذاب اجرای پرداخت عملکردی معرفی شده است (۱۰۳). به‌علاوه اجرای این برنامه در هماهنگی سازی زیرساختارهای مرتبط با نظام اطلاعات سلامت در کل کشور بسیار مؤثر بوده است.

همانطور که برتون و میسین (۲۰۱۲) اثرات مثبت معنادار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد بر بازتنظیمی سازمانی^{۱۵۶} را گزارش نموده‌اند (۱۱۷)؛ در این برنامه نیز مسیر و میزان انتقال منابع بین دانشگاه‌ها،

بیمارستان‌های وابسته و بخش‌های هر بیمارستان تا حد زیادی تغییر یافته و شفاف شده است. بنا به مطالعات، این مسیرهای تعاملی که توسط قانون گذار و افراد متخصص اعمال شده‌اند می‌توانند خود به ایجاد برخی محدودیت‌های تنظیم کننده امور بعدی (مثبت یا منفی) کمک نمایند (۱۴۶). لذا انتظار می‌رود تا این برنامه در بلند مدت به تغییر در ساختار سازمانی در محیط دانشگاه و بیمارستان منجر شود.

۵-۲-۴- مسائل و مشکلات برنامه

بزرگترین مسئله ای که طراحی برنامه (نسخه اول) با آن مواجه بوده است، بکارگیری گذشته نگر داده های میانگین کارانه و اضافه کار) ورودی فرمول محاسبه سهم کارکنان و بخش در شروع و ادامه برنامه است. این نحوه محاسبه باعث انتقال نواقص نظام پرداخت سابق (نظام نوین بیمارستان) و دیگر مسائل اجرایی آن به این برنامه می‌گردد. به عبارت دیگر ممکن است افرادی که در نظام پرداخت سابق به هر دلیل دریافتی ناعادلانه داشته‌اند در این برنامه نیز ناعادلانه دریافت کنند. این گذشته نگر بودن داده های ورودی، احتمال اینکه کارکنان بخش در صدد بازی با داده ها برای افزایش سهم خود باشند (۲۴) را نیز تقویت می نماید. از جمله انتقادات اجراکنندگان برنامه و سایر مطالعات (۱۹) در به کارگیری پرداخت عملکردی در حوزه مراقبت‌های سلامت، پیچیدگی آن‌ها است. که در ایران به صورت حجم کاری بالا برای مسئولان برنامه، نبود زیرساخت‌های اطلاعاتی و دشواری توضیح و آموزش برنامه برای اجراکنندگان و کارکنان بیان شده است. لذا لازم است تعهد مدیران اجرایی برنامه (۶۷) را تضمین نمود و با بهبود سیستم های اطلاعاتی بیمارستان ها و مکانیزه کردن ورود داده ها در نرم افزارها به کاهش این پیچیدگی کمک نمود.

از طرف دیگر بنا به داده های سنجش رضایت و آگاهی همبستگی بین رضایت کارکنان از درآمد و میزان آگاهی از عوامل تأثیرگذار بر درآمد در سطح بخش و فرد به گونه است که افرادی که آگاهی کمتری دارند رضایت مندی کمتری دارند. این مسئله می تواند بیان کند که پیچیده بودن برنامه به معنای مقاومت و شکایت بیشتر و به خطر افتادن امکان ادامه حیات برنامه خواهد بود. از طرف دیگر با کاهش پیچیدگی برنامه یا با آموزش بیشتر برنامه می تواند تداوم برنامه را تقویت نمود.

نگرانی بیان شده توسط مصاحبه شوندگان و مطالعات (۲۴)، پایداری مالی طرح‌های PFP است؛ با توجه به اینکه محل تأمین منابع مالی برنامه از درآمدهای بیمارستان تعیین شده است، مسئله مهم در اینجا، فاصله زمانی کم بین پرداخت و عملکرد کارکنان است. لازم است تا با پرداخت منظم و با فاصله زمانی کم ارتباط بین عملکرد و پرداخت عملکردی را برای کارکنان قابل درک نمود. این مسئله در ایران و سایر کشورها (۲۳)

به صورت به تعویق افتادن پرداختی های کارکنان ظاهر شده که می تواند کلیه تأثیرات برنامه را تحت تأثیر خود قرار دهد. حل این مسئله نیازمند برنامه ریزی های مدون تر و جامع در سطح کل نظام سلامت و گردش مالی آن است. به نظر می رسد یکی از نتایج ناشی از فشار تأمین مالی برای اجرای طرح تحول سلامت بر بیمه ها و دولت (که بنا به گزارش های حساب های ملی سلامت حدود ۱,۷ برابر شده است)، در زمان بازپرداخت بیمه ها به بیمارستان نمود پیدا کرده است و این مسئله مؤثر بودن این برنامه را با مشکل جدی مواجه نموده است.

بررسی این نتایج در کنار نتایج حاصل از سنجش رضایت و آگاهی کارکنان نکات قابل توجهی را نشان داده است. اولاً رضایت افراد قبل از اجرا به طور معناداری بیشتر از بعد از اجرای برنامه است. این در حالی است که طی اجرای این برنامه و سایر برنامه های طرح تحول سلامت میزان پرداختی به کارکنان به طور محسوسی افزایش یافته است. علت این مسئله را می توان در چند حیطة بیان نمود، عدم قطعیت در زمان و میزان پرداخت و مقایسه دریافتی خود با دیگر کارکنان بدون در نظر گرفتن وضعیت شغلی و فردی می توانند از اصلی ترین عوامل باشند. به طور کلی بنا به یافته های بخش کیفی کارکنان بیمارستان های کشور بیشتر خواهان نظم و پیش بینی پذیری در دریافتی خود هستند و نظامی را که برابری بیشتری ایجاد می کند را به نظام پرداخت عدالت محور ترجیح می دهند.

در کنار همه این موارد، با اجرای بلند مدت برنامه ممکن است عوارض ناخواسته ای نیز بروز کنند. مطالعات به مواردی همچون چشم پوشی از دیگر وظایف مهم، تغییر در گزارش به جای تغییرات در فعالیت، گسترش شکاف منابع بین بیمارستان های با منابع مالی کم و زیاد، وابستگی افراد به انگیزه های مالی، رنگ باختن انگیزش درونی (۲۴) و مسائل مربوط به مشکلات بالقوه پارتی بازی^{۱۵۷} (۲۳) اشاره کرده اند. پیش گیری از این گونه موانع اجرایی به واسطه ارزیابی مداوم و بازخوردهای به موقع به بیمارستان ها ضروری خواهد بود.

همچنین نتایج بررسی های برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد IHA کالیفرنیا عنوان می کند که در کنار میزان و نحوه پرداخت پول به کارکنان، مسئله مهم بعدی انگیزاننده های درونی (پاداش و گزارش های عمومی) است (۱۴۷)، با توجه به مستندات بررسی شده به نظر نمی رسد که در برنامه ایران به این مهم پرداخته شده باشد. علاوه بر این برنامه نیازمند همکاری های بیشتر بیمه های سلامت طرف قرارداد بیمارستان ها در ارائه جزئیات کسورات وارده به پرونده های بیماران به تفکیک ارائه کننده و مشخص شده است.

در توجه به مقوله کیفیت در برنامه پرداخت عملکردی ایران، ژنگ و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کنند که اگر هدف برنامه پرداخت عملکردی کیفیت خدمات است، آنگاه تعیین شاخص‌های سنجش عملکرد در قلب فعالیت‌های برنامه قرار خواهد داشت (۱۱۶). در برنامه ایران با وجود اینکه بهبود کیفیت به صورت رسمی در مستندات برنامه اعلام شده و شاخص‌های آن به خوبی تعیین شده اند، اما جایگاهی که در چارچوب برنامه به کیفیت داده شده است بعد از مقوله ایجاد درآمد قرار دارد. به عبارت دیگر اولین هدف برنامه افزایش بهره‌وری بخش‌های بیمارستانی و افزایش درآمد کارکنان است و اهداف دیگر در مراحل بعد قرار می‌گیرند. این در حالی است که هدف اول در برنامه‌های مشابه موفق در سطح دنیا به طور واضح بهبود کیفیت اعلام شده است. این هدف برای برنامه VIP کره و IHA کالیفرنیا ایجاد انگیزه برای کیفیت بالاتر گزارش شده است و دقیقاً برای این هدف، شاخص‌های کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها مورد سنجش قرار می‌گیرد (۱۳۲، ۱۴۷).

با نگاهی به آینده، به‌طور کلی بیان شده است که هر گونه چالش در نظام سلامت می‌تواند فرآیند سیاست گذاری یک برنامه را تحت تأثیر قرار دهد (۷۱). به عبارت دیگر همواره مسائلی عملیاتی در حوزه نظام سلامت وجود دارند که هیچ کشوری از این فشارها در امان نمی‌باشد. در پس هر تغییری، سیاست‌ها و تغییرات جدید در مواجهه با آن تغییر پدیدار می‌گردند. این تغییرات طیف گسترده‌ای از موارد مرتبط با بیماری و سالمندی گرفته تا تغییرات در حوزه عدالت، برابری و تأمین مالی را شامل می‌شوند (۷۱، ۱۴۸) لذا ضروری است که متولیان برنامه بتوانند آن را در طول سالیان آینده همراهی نمایند، اهداف و مفروضات آن را شفاف تر بیان کنند و در پس هر تغییری در نظام سلامت، تغییرات لازم برای برنامه را اعمال نمایند؛ در غیر این صورت این برنامه نیز مانند برنامه سابق مشابه به تدریج قوت و نکات مثبت خود را ازدست داده و تاریخ در مورد نظام پرداخت بیمارستانی ایران تکرار خواهد شد.

۵-۳- محدودیت‌های پژوهش

یکی از محدودیت‌های مطالعه در ارزیابی و مقایسه، ذات متفاوت برنامه‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد در کشورها و برنامه‌های مختلف است. والت و همکاران (۲۰۰۸) نیز بیان می‌کنند که برخی سیاست‌ها دشواری‌هایی در سنجش، تجزیه و تحلیل و مقایسه با سایر سیاست‌ها دارند که می‌تواند ناشی از ذات مبهم سیاست به هر دلیل باشد (۷۳). چنان که گیلسون و رافعلی (۲۰۰۸) در مطالعه مرور نظام‌مند خود به این مسئله اشاره کرده و بیان کرده‌اند که تجمیع سیاست‌های سلامت (در کشورهای LMICs) در کنار یکدیگر امری دشوار است و نیاز به روش‌ها و پژوهش‌های نظام‌مند تر و تجویزی تر وجود دارد (۷۴). لذا پژوهشگران مجبور به ایجاد روشی خلاقانه و منحصر به فرد برای بررسی و ایجاد شمای شفاف از سیاست مورد مطالعه هستند (۷۱). لذا با

توجه به پیچیدگی های برنامه در این مطالعه نیز سعی شده است از مدل های تحلیل استفاده شود که سابقاً به ندرت در حوزه سلامت (حداقل در ایران) بکار گرفته شده اند.

☆ بکار گیری داده های ثانویه (داده هایی که با هدف پژوهش جمع اوری نشده اند) برای بررسی وضعیت پرسنل در قبل از اجرای برنامه از مهم ترین محدودیت های مطالعه بوده است. برای کاهش این محدودیت، علاوه بر اهتمام پژوهشگر در تمیز کردن داده های در دسترس، از نظر متخصصان این حوزه برای بررسی روایی داده ها استفاده شده است. به علاوه منطبق کردن بیمارستان ها مورد مطالعه در قبل و بعد از اجرای برنامه اثرات سایر عوامل را کاهش داده است.

☆ حجم زیاد داده ها و سخت گیری در محرمانگی داده ها، خصوصاً داده های مربوط به پزشکان محدودیت دیگر پژوهش بوده است. برای برطرف نمودن این مسئله، قبل از اجرای طرح هماهنگی های اولیه با مراکز داده صورت پذیرفته و خط قرمزهای آنان برای گزارش داده ها دریافت شده است. عدم گزارش ریالی پرداختی ها از جمله راهکار استفاده شده در این مطالعه بوده است.

☆ در این مطالعه عمدتاً به بررسی نتایج برنامه (ایجاد مکانیسمی برای توزیع عادلانه پول در میان کارکنان) پرداخته شده است، در صورتی که برای ارزشیابی نهایی بایستی اثرات برنامه (ایجاد انگیزش برای رسیدن به اهداف عالی برنامه) مورد سنجش قرار گیرد.

۵-۴- قوت های پژوهش

☆ وجود تعداد زیاد مطالعات در حوزه پرداخت مبتنی بر عملکرد در کنار قوت یافتن بحث های این حوزه در کشورهای مختلف باعث شده است تا مطالعات مرور نظام مند متعددی در این حوزه وجود داشته باشد.

☆ استفاده از انواع مدل های کیفی جدید در حوزه سلامت (مانند روش هرمانتیک، FFA) در تجزیه و تحلیل داده ها و تدوین مدل جدید برای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد می تواند شواهدی دال بر استواری یافته ها و تلاش پژوهشگران باشد.

☆ مشارکت مستقیم پژوهشگران در تدوین و اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد باعث شده است تا علاوه بر مدنظر قرار گرفتن ابعاد مستند شده در جریان تدوین و اجرا، ابعاد غیر رسمی و منتشر نشده

نیز به خوبی مورد بررسی قرار گیرد که در نزدیک تر شدن تحلیل سیاست گذاری برنامه به واقعیت کمک کننده بود.

☆ حجم بالای داده های کمی استفاده شده در بیمارستان های متعدد و ارتباط مستقیم هر یک از بیمارستان ها در مراحل قبل و بعد از اجرای برنامه توانسه است شواهد قوی و متقن در کنار یافته های کیفی ایجاد کند.

☆ برخی گزارش های تولید شده در این مطالعه برای اولین بار به طور رسمی در حال انتشار هستند. رتبه بندی داده های پزشکان در کنار، ارائه میزان دریافتی کارکنان در سراسر کشور نقطه عطف این گزارش است.

۵-۵- نتیجه گیری

برای حل یک مسئله در نظام سلامت، ممکن است متخصصان مختلف در حوزه ها و بخش های مختلف راهکارهای متعددی را برای حل مسئله در پیش بگیرند. در این مطالعه نیز برای حل مسئله نواقص نظام پرداخت سابق برنامه هایی در سطح بیمارستان ها، قانون گذار و وزارت ارائه شده بود. به عبارت دیگر زمانی که مسئله ای در سطوح پایین نظام سلامت به وجود می آید، مسئولان این سطوح صرفاً منتظر حل این مسئله در کل کشور باقی نمی مانند و لذا راهکارهای متعددی برای حل آن ایجاد و آزمایش می گردد.

به وجود آمدن گروه سیاستی اول در سطح کارشناسان وزارت همزمان با پنجره فرصت تشکیل یک دفتر (نهادسازی) در وزارت، باعث دستور گذاری تدوین برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد در سطح وزارت گردیده است اما این دستور گذاری لزوماً به معنای اجرای برنامه در سطح کشور نبود. اجرای طرح تحول سلامت، پنجره فرصت دوم بود. این پنجره فرصت باعث ایجاد گروه سیاستی دوم در سطح افراد عالی وزارت و معاونین آن گردید که منجر به اتخاذ تصمیم نهایی برنامه پرداخت عملکردی ایران گردید. لذا در اجرایی شدن برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران تشکیل دو گروه سیاستی نقش اساسی را داشته اند. شاید بتوان به عنوان الگو در سایر اصلاحات کلان حوزه سلامت از آن بهره برد.

باید اذعان نمود که جریان های سیاستگذاری متعدد در طول دستور گذاری تا اجرا، دستخوش تغییرات متعدد می گردند. در این مطالعه جریان برنامه ایجاد شده برای رفع مسئله (نجات)، در طول زمان دستخوش تغییرات متعدد شده است و جریان سیاستی (قانون هیئت امنایی) تحت تأثیر سایر جریان ها (تغییر دولت) قوت گرفته است. در این تغییرات افراد با تجربه در حوزه برنامه پرداخت عملکردی بزرگترین تأثیر را داشته اند.

رویکرد بالا به پایین در اجرای برنامه ها که در اجرای برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بکار گرفته شد، شاید در ابتدا ظاهراً اجرای برنامه را تسریع نماید، ولی الزاماتی مانند نیاز به زمان برای یادگیری و ارتقای افراد و سیستم، ممکن است اجرای برنامه به صورت بالا به پایین را تغییر دهد؛ همانطور که در این برنامه به سمت اجرای تعاملی سوق داده شد. شاید بتوان گفت که اجرای بالا به پایین در جاناندازی برنامه در درون سیستم اثرات خوبی دارد اما اجرای تعاملی بعد از آن می تواند باعث تطبیق بیشتر سیستم با مداخله جدید گردد. به عبارت دیگر همواره سازمان های محیطی برای تطبیق با تغییرات جدید سیاست های کلان نیاز به زمان دارد.

با وجود درنظر گرفتن بسیاری از عوامل ایجاد کننده مقاومت، سیستم هنوز فرصت های زیادی برای ابراز مقاومت خواهد داشت، لذا در این مطالعه ذاتی بودن مقاومت در اجرای هر مداخله مورد تأکید مجدد قرار گرفت. اما مشخص شده است که نوع مقاومت و شدت مقاومت در طول زمان تغییر می یابد که این به نحوه مدیریت آن بستگی دارد.

هر یک از ابعاد برنامه IR-PFP با هدف بهبود مسئله یا مسائلی خاص در بیمارستان های دولتی گنجانده شد. ارزیابان متعدد شاخص های چندوجهی را می سنجند و پرداخت عملکردی بخش و فرد تعیین می گردد. برای تقویت کار تیمی تمرکززدایی در مدیریت منابع انسانی و سنجش معیارهای تعیین کننده میزان پرداخت صورت گرفت. منابع مالی موردنیاز پرداخت عملکردی از درآمدهای داخل بیمارستان تأمین می گردد که میزان افزایشی آن در اصلاحات کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت دیده شده بود. لذا برنامه بالقوه می تواند بیمارستان ها دولتی ایران را در مدیریت منابع مالی، انسانی، تسهیلات و تجهیزات توانمند سازد.

یافته های کمی و کیفی مطالعه مؤید نتایج مثبت برنامه در ایجاد عدالت بر اساس ویژگی های فردی و شغلی افراد بوده است، با این حال با توجه به جوان بودن برنامه، هنوز راه های متعددی برای بهبود نتایج آن وجود دارد.

۵-۶- پیشنهادات به مسئولان نظام سلامت کشور

- ☆ از برنامه هایی که باعث شفافیت در جریان منابع مالی و غیرمالی می شوند حمایت مضاعف انجام دهید، چرا قطعاً تضاد منافع در سطوح مختلف منجر به سرکوب شدن این گونه برنامه ها می گردد.
- ☆ در راستای کاهش اثرات پرداخت FFS و حذف تدریجی آن، منابع نظام سلامت خصوصاً نیروی انسانی متخصص، به حد استاندارد برسد. لذا تربیت تعداد و نوع نیروهای متخصص مورد نیاز کشور (به عنوان

یکی از منابع کمیاب) توسط وزارت بهداشت و به صورت کلان و برای بلند مدت طراحی گردد و توسط اعضای برد در دانشگاه ها مدیریت گردد.

☆ در ایران نهاد سازی و تشکیل گروه های سیاستی حامی یک برنامه می تواند یکی از بهترین محرک ها برای اجرای برنامه های بزرگ باشد. لذا برای ایجاد یک تغییر کلان در کشور، ابتدا افراد با تجربه مرتبط با آن حوزه در کشور را بیابید؛ مجموعه اقداماتی را انجام دهید تا این افراد پراکنده به صورت گروه یا تیم های متحد درآیند و سپس آنها را در راستای اهداف تعیین شده حمایت کنید تا تغییر کلان در کشور اتفاق بیافتد.

☆ نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد بیمارستان ها، حداقل! باعث منظم شدن زیرساخت های سازمان های خرد در سطح کشور می گردد و ماهیتاً دارای ابعاد مثبت فراوانی است، برای شناسایی ابعاد آن و تقویت آن اهتمام گردد.

☆ در صورت عدم به روز رسانی و رها کردن برنامه به حال خود، تاریخ درمورد نظام پرداخت بیمارستانی ایران تکرار خواهد شد، همان سرنوشتی که برای نظام پرداخت نوین رقم خورده است، برای آن متصور است.

☆ برای تقویت و حمایت از برنامه بایستی درک آن توسط اجرا کنندگان و کارکنان تسهیل شود، یا از پیچیدگی برنامه کاسته شود یا با آموزش های مداوم به افزایش آگاهی کارکنان کمک شود.

۵-۷- پیشنهادات برای پژوهش های بیشتر

☆ مطالعه موردی روند دریافتی کارکنان بیمارستان ها به تفکیک بخش در طول دوران اجرای برنامه در هر یک از بیمارستان های کشور

☆ مطالعه تأثیر اعمال سقف دریافتی بر رفتار بیمارستان ها و پزشکان ارائه کننده خدمات

☆ مطالعه محل تأمین منابع مالی پرداختی کارکنان بیمارستان ها در طول سه دهه گذشته

☆ مطالعه محل نحوه تأمین منابع انسانی متخصص بیمارستان ها (کمیت و کیفیت به کارگیری در بیمارستان) در طول سه دهه گذشته

☆ مطالعه سیاست گذاری و اجرای قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه های پرستاری در کشور

- ☆ مطالعه اثرات قانون اداره هیئت امنایی وزارت، دانشگاه ها و بیمارستان‌های تابعه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مقایسه با سایر وزارت خانه ها
- ☆ مطالعه روند تغییرات میانگین دریافتی کارکنان بیمارستانی به صورت روند و مقایسه آن سایر کارکنان دولت (خارج از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
- ☆ مطالعه سیاست گذاری و اجرای آیین نامه خرید راهبردی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ☆ مطالعه موردی مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد بکار گرفته شده در بیمارستان هاشمی نژاد تهران

1. Surbone A, Rowe M. Introduction to oncology and medical errors. *Clinical Oncology and Error Reduction: A Manual for Clinicians*. 2015:1.
2. Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *The Rand journal of economics*. 2010;41(1):64-91.
3. Miller G, Babiartz KS. Pay-for-performance incentives in low-and middle-income country health programs. National Bureau of Economic Research; 2013.
4. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*. 2010;10(1):247.
5. Robinson JC. Theory and Practice in the Design of Physician Payments. *The Milbank Quarterly, A Journal of Public Health and Health Care Policy*; 2001.
6. Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M. A structured review of the effect of economic incentives on consumers' preventive behavior. *American journal of preventive medicine*. 2004;27(4):327-52.
7. Gneezy U, Meier S, Rey-Biel P. When and why incentives (don't) work to modify behavior. *The Journal of Economic Perspectives*. 2011:191-209.
8. Musgrove P. Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. *Results-Based Financing for Health, Center for Global Development, World Bank, Washington, DC* <http://www.rbhealth.org/rbhealth/library/doc/381/financial-and-other-rewards-good-performance-or-results-guided-tour-concepts-and-ter>. 2010.
9. Bremer RW, Scholle SH, Keyser D, Houtsinger J, Pincus HA. Pay for performance in behavioral health. *Psychiatr Serv*. 2008;59(12):1419-29.
10. Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(17):1606-15.
11. Siva I. Using the lessons of behavioral economics to design more effective pay-for-performance programs. *The American journal of managed care*. 2010;16(7):497.
12. 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.
13. Guterman S, Drake H. *Developing Innovative Payment Approaches: finding the path to high performance*. New York: The Commonwealth Fund. 2010.
14. Grittner AM. 2013.
15. Eichler R. Can "pay for performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services. Background papers for the Working Group on Performance Based Incentives. 2006.
16. Kaberuka D. Africa's health and the Commission on Macroeconomics and Health. *The Lancet*. 2011;378(9807):1904-5.
17. Gorter A, Meessen B. Evidence review: Results-based financing of maternal and newborn health care in low-and lower-middle-income countries. study commissioned and funded by the German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development through the sector project PROFILE at Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Bonn & Eschborn, Germany. 2013.
18. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management*. 2015;4(10):637.
19. 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. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7(7).
20. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low-and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2(2):CD007899.
21. Marquand D. *Decline of the public: The hollowing out of citizenship*: Blackwell Publishing; 2004.
22. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological bulletin*. 1999;125(6):627.
23. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009a;2(3):184-95.

24. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2009b;2(2):70-83.
25. Ettner SL, Schoenbaum M, Williams JA. 27 The role of economic incentives in improving the quality of mental health care. *The Elgar companion to health economics*. 2006:286.
26. Eldridge C, Palmer N. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health policy and planning*. 2009;24(3):160-6.
27. Christianson JB, Leatherman ST, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence: Health Foundation; 2007.
28. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*. 2011;89(2):153-6.
29. Murray CJ, Frenk J, Evans T. The Global Campaign for the Health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *The Lancet*. 2007;370(9592):1018-20.
30. Uttekar B, Barge S, Khan W, Deshpande Y, Uttekar V, Sharma J, et al. Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Rajasthan. Vadodara, Gujarat: Centre for Operations Research & Training. 2007.
31. Eichler R, Auxila P, Antoine U, Desmangles B. Performance-based incentives for health: six years of results from supply-side programs in Haiti. Center for Global Development working paper. 2007(121).
32. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.
33. Nicolay C, Purkayastha S, Greenhalgh A, Benn J, Chaturvedi S, Phillips N, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*. 2012;99(3):324-35.
34. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. *Jama*. 2007;298(16):1900-10.
35. Giuffrida A, Torgerson DJ. Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *Bmj*. 1997;315(7110):703-7.
36. Beith A, Eichler R, Weil D. Performance-based incentives for health: a way to improve tuberculosis detection and treatment completion? Center for global development working paper. 2007(122).
37. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of internal medicine*. 2006;145(4):265-72.
38. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*. 2013;110(2):115-30.
39. Town R, Kane R, Johnson P, Butler M. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 2005;28(2):234-40.
40. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2001;6(1):44-55.
41. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *The cochrane library*. 1999.
42. Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay CR, Vernby Å, et al. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *The Cochrane Library*. 2007.
43. Chien AT, Chin MH, Davis AM, Casalino LP. Pay for Performance, Public Reporting, and Racial Disparities in Health Care How Are Programs Being Designed? *Medical Care Research and Review*. 2007;64(5 suppl):283S-304S.
44. Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing. 2004.
45. Lagarde M, Palmer N. The impact of contracting out on access to health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009.
46. Lagarde M, Palmer N. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people. Geneva: The Alliance for Health Policy and Systems Research. 2006;67.
47. Chee G, Hsi N, Carlson K, Chankova S, Taylor P. Evaluation of the first five years of GAVI immunization services support funding. *Gavi alliance report*. 2007.
48. Organization WH. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. 2006.
49. Mooney G, Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principles. *Journal of health economics*. 1993;12(2):125-35.

50. Frey B. Not just for the money: An economic theory of personal motivation. Cheltenham: Elgar; 1997.
51. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*. 2001;79(2):149-77.
52. Wharam JF, Paasche-Orlow MK, Farber NJ, Sinsky C, Rucker L, Rask KJ, et al. High quality care and ethical pay-for-performance: a Society of General Internal Medicine policy analysis. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(7):854-9.
53. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(4):368-78.
54. Vina ER, Rhew DC, Weingarten SR, Weingarten JB, Chang JT. Relationship between organizational factors and performance among pay-for-performance hospitals. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(7):833-40.
55. Zaboli RA, Seyedin SH, Khosravi S, Tofighi S. Effect Of Per-Case Reimbursement On Performance Indicators Of A Military Hospital's Wards. *Journal Of Military Medicine*. Fall 2011;13(3-49):155-8.
56. رئیس پوران، علی خانی مهتاب و محمدرضا مبینی زاده (۱۳۸۹). پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید شماره ۲، تابستان، صص ۲۷-۳۶. هاشمی نژاد تهران. فصلنامه مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۲، شماره ۱ و ۲.
57. Najafi-Dolatabadi S, Ahmadi-Jahanabad F, Malekzadeh J, Mohebi-Nobandegani Z. Patient satisfaction before and after implementation of paying per case for employees. *Iran Journal of Nursing*. 2011;23(68):39-46.
58. Hddad abdol abadi M, Ebadi A, Taghi S. Nurses' attitude toward modern care. (*Scientific Quarterly of Birjand Nursing & Midwifery Faculty*). 2005;2(1):18-22.
59. Mohtashami A, Tayyebi S. Proposing a Model for Calculating Amount of Incentive Payments to Employees Using Multiple Criteria Decision Making. *Quarterly Journal Of Industrial Management Studies*. Spring 2011;8(20).
60. Moosavi S. The Effect of Different Compensation Strategies on Their Salary Satisfaction. *Journal of Resarch in Human Resource Management*. Autumn 2014;6(3 (9)):193-215.
61. Javadian S, Babashahi J, Afkhami AM, Ebrahimi M. Flexibility of Compensation and Rewards Systems a Way to Promote Entrepreneurship. *Iranian Journal of Management Sciences*. FALL 2011;6(23):151-67.
62. Roghani A, Abzari M, Soltani I. Key Criteria of Employees' Performance Evaluation in Reward Payment. 2. 2012;25(3):3-23.
63. Markovitz AA, Ryan AM. Pay-for-performance: disappointing results or masked heterogeneity? *Medical Care Research and Review*. 2017;74(1):3-78.
64. Teddlie C, Tashakkori A. Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. 2003:3-50.
65. Academic Writing Center. Writing A Critical Review METU School of Foreign Languages, ODTÜ/Yabancı Diller Yüksek Okulu Akademik Yazı Merkezi. https://awc.metu.edu.tr/system/files/pdfs/writing_a_critical_review.pdf 2016 [
66. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
67. McPhie NA, Sapin BJ. Designing an Effective Pay for Performance Compensation System. *US Merit Systems Protection Board*, 1. 2006;56.
68. Fylan F. Semi structured interviewing. *A handbook of research methods for clinical and health psychology*. 2005:65-78.
69. Duffy K, Ferguson C, Watson H. Data collecting in grounded theory - some practical issues. *Nurse Researcher*. 2004;11(4):67-78.
70. Seidman I. *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*: Teachers college press; 2013.
71. Qudsiah S, Kang C, Fatimah A, Zamzairan Z, Natalia C, Fadli M, et al. Methodological Approaches of Health Policy Analysis in Developing Countries. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. 2017;4(2):19-36.
72. Green J. Epistemology, evidence and experience: evidence based health care in the work of Accident Alliances. *Sociology of Health & Illness*. 2000;22(4):453-76.
73. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning*. 2008;23(5):308-17.
74. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health policy and planning*. 2008;23(5):294-307.

75. Jafari H. Policy Analysis of TFR Decline Based on Policy Triangle Model in Iran and its Influential Factors Using Panel Data during 2002-2012 2016.
76. A. E. Policy Analysis of Healthcare-Associated Infections (HAIs) policies in Islamic Republic of Iran and study of compliance with control infection guidelines with Theory of Planned Behavior and providing some solutions. 2016.
77. Bazyar M. Analysis for policy of merging social health insurance funds in Iran: understanding the challenges and requirements of, and developing an implementation plan for merging health insurance funds: Teheran University of Medical Sciences. 2016.
78. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.
79. Cobb RW, Elder CD. The Politics of Agenda-Building: An Alternative Perspective for Modern Democratic Theory. *The Journal of Politics* 1971;33(4 (Nov.)):892-915.
80. Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehroliassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health promotion international*. 2015;31(4):769-81.
81. Khodayari-Zarnaq R, Ravaghi H, Mosaddeghrad AM, Sedaghat A, Mohraz M. HIV/AIDS policy agenda setting in Iran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:392.
82. Jafari H, Pourreza A, Vedadhir A, Jaafariipooyan E. Application of the multiple streams model in analysing the new population policies agenda-setting in Iran. *Quality & Quantity*. 2017;51(1):399-412.
83. Kingdon JW, Thurber JA. *Agendas, alternatives, and public policies*: Little, Brown Boston; 1984.
84. Ogden J, Walt G. The politics of 'branding' in policy transfer: the case of DOTS for tuberculosis control. *Social Science & Medicine*. 2003;57(1):179-88.
85. Howlett M, McConnell A, Perl A. Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *European Journal of Political Research*. 2015;54(3):419-34.
86. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Force field analysis: An effective tool in qualitative research. *Journal of Current Research in Scientific Medicine*. 2017;3(2):139.
87. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*. 2009;9(2):27-40.
88. Wild PJ, McMahon C, Darlington M, Liu S, Culley S. A diary study of information needs and document usage in the engineering domain. *Design Studies*. 2010;31(1):46-73.
89. Debesay J, Näden D, Slettebø Å. How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies. *Nursing Inquiry*. 2008;15(1):57-66.
90. Chang J. Hermeneutic inquiry: A research approach for postmodern therapists. *Journal of Systemic Therapies*. 2010;29(1):19-32.
91. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*. 1992;5(4):194-7.
92. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalist inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage. 1985.
93. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
94. Kohonen T. Self-organizing maps, ser. *Information Sciences Berlin*: Springer. 2001;30.
95. Kohonen T. Automatic Formation of Topological Maps of Patterns in a Self-Organizing System. 1981.
96. Kohonen T, editor *Phonotopics maps insightful representation of phonological features of speech recognition*. Proceedings of Seventh International Conference on Pattern Recognition, Montreal, 1984; 1984.
97. Vesanto J. *Data mining techniques based on the self-organizing map*. Helsinki University of Technology Thesis M Sc. 1997.
98. Parvizian J, Tarkesh H, Farid S, Atighehchian A. Project Management Using Self-Organizing Maps. *Industrial Engineering and Management Systems, the official journal of APIEMS*. 2006;5(1).
99. Kiviluoto K, Bergius P, Maaranen J. Neural networks for analysis of financial statements. *World Scientific Book Chapters*. 2000:73-84.
100. Parviainen J. *Data Mining for Finding Surface Defects in Steel Strips*. License Thesis, Helsinki university of Technology. 2000.
101. Markey MK, Lo JY, Tourassi GD, Floyd Jr CE. Self-organizing map for cluster analysis of a breast cancer database. *Artificial Intelligence in Medicine*. 2003;27(2):113-27.
102. Kohonen T. *Essentials of the self-organizing map*. Neural networks. 2013;37:52-65.

103. World Health Organization. Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability: OECD Publishing; 2014.
104. 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.
105. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics. 2010.
106. Chee TT, Ryan AM, Wasfy JH, Borden WB. Current state of value-based purchasing programs. *Circulation*. 2016;133(22):2197-205.
107. Figueroa JF, Tsugawa Y, Zheng J, Orav EJ, Jha AK. Association between the Value-Based Purchasing pay for performance program and patient mortality in US hospitals: observational study. *bmj*. 2016;353:i2214.
108. Cashin C, Chi Y-L. Australia: the Practice Incentives Program (PIP). Washington, DC: The World Bank. 2011.
109. McWilliams JM, Song Z. Implications for ACOs of variations in spending growth. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(19):e29.
110. Brunn M, Hassenteufe P. The introduction of pay-for-performance in France and Germany: one size does not fit all. *Matthias Brunn. European Journal of Public Health*. 2015;25(suppl_3).
111. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments—lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*. 2011;364(11):990-1.
112. Drape TG, Quintanilla J, Green SG. Individual pay for performance in Spain: Cognitive sociology and the subsidiary insider perspective. *Thunderbird International Business Review*. 2010;52(3):217-30.
113. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Yücel U, Özdemir R. Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. *BMC family practice*. 2014;15(1):38.
114. Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald R, Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(19):1821-8.
115. La Forgia GM, Couttolenc B. Hospital performance in Brazil: the search for excellence: World Bank Publications; 2008.
116. Zeng W, Gheorghe A, Nair D. A discussion paper of health system level approaches to addressing quality of care in low-and middle-income countries. 2016.
117. Bertone MP, Meessen B. Studying the link between institutions and health system performance: a framework and an illustration with the analysis of two performance-based financing schemes in Burundi. *Health policy and planning*. 2012;28(8):847-57.
118. Blecher M. Country experiences in dealing with fiscal constraint following.
119. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *The Lancet*. 2017.
120. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>. 2/20/2018 [
121. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/ValueBasedPaymentModifier.html>. 2/20/2018.
122. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>. 2/20/2018.
123. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست گذاری. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت، اسفندماه ۱۳۹۰.
124. Ministry of Health and Medical Education. Directive of pay for Performance for Non-medical workforce of hospitals affiliated to university/Faculty of Medical Sciences and Health Services. Therapeutic Deputy, Tehran, Iran [In Persian]. 2014.
125. Tabibi SJ, Najafi B, Shoaie S. Waiting time in the emergency department in selected hospitals of Iran University of Medical Sciences in 2007. *Research in Medicine*. 2009;33(2):117-22.
126. سلامت، رئسی و همکاران (۱۳۸۹). پرداخت کارانه مبتنی بر عملکرد در بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران. *مجله نظام سلامت*، دوره ۲، شماره ۱ و ۲، تابستان.
127. Doshmangir L, Rashidian A, Jafari M, Takian A, Ravaghi H. Opening the Black Box: The Experiences and Lessons From the Public Hospitals Autonomy Policy in Iran. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2015;18(7).
128. Shishkin S, Temnitsky A. From Salary to the Performance-Based Remuneration of Russian Physicians: How Motivation at Work is Changing. 2017.

129. Tanenbaum SJ. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2009;34(5):717-46.
130. Girault A, Bellanger M, Lalloué B, Loirat P, Moisdon J-C, Minvielle E. Implementing hospital pay-for-performance: Lessons learned from the French pilot program. *Health Policy*. 2017;121(4):407-17.
131. Sutton R. *The policy process: an overview*: Overseas Development Institute London; 1999.
132. Kim SM, Jang WM, Ahn HA, Park HJ, Ahn HS. Korean National Health Insurance value incentive program: achievements and future directions. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2012;45(3):148.
133. Marsden D. Performance related pay for government employees: an overview of OECD countries: OECD; 2005.
134. Sappington DE, Weisman DL. Revenue sharing in incentive regulation plans. *Information Economics and Policy*. 1996;8(3):229-48.
135. Coates III EM. Profit sharing today: plans and provisions. *Monthly Lab Rev*. 1991;114:19.
136. Kato T, Morishima M. The nature, scope and effects of profit sharing in Japan: Evidence from new survey data. *The International Journal of Human Resource Management*. 2003;14(6):942-55.
137. Hambly K, Kumar RV, Harcourt M, Lam H, Wood G. Profit-sharing as an incentive. *The International Journal of Human Resource Management*. 2017:1-21.
138. Harding A, Preker AS. *Understanding organizational reforms*. Washington: The World Bank. 2000:12-6.
139. Greene J. An Examination of Pay-for-Performance in General Practice in Australia. *Health services research*. 2013;48(4):1415-32.
140. Sabezqabae A. Evaluation of the standards of the emergency center of 5 educational hospitals of Shahid Beheshti University with the international emergency department standard in 2005. Theses in Shahid Beheshti University. <http://dsp.sbmu.ac.ir:8080/handle/123456789/37644>. 10/10/17 [In Persian]. 2005.
141. Nasiripour aa, nayeri sm. Effect. *Quarterly Journal of Nersing Management*. 2014;2(4):64-70.
142. Suriyawongpaisal P. Potential implications of hospital autonomy on human resources management. A Thai case study. *Human Resources Development Journal*. 1999;3(3).
143. باقری حسن و امیری محمد (۱۳۹۱). بررسی علل کسورات سازمان های بیمه گر از اسناد حق العلاج بیماران در یکی از بیمارستان های ایران. مدیریت بهداشت و درمان، دوره ۴، شماره ۳ و ۴، ص ۱۷-۲۴.
144. Russell G, Mitchell G. Primary care reform. View from Australia. *Canadian Family Physician*. 2002;48:440.
145. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are Health Institutions Involved In Health Care Induced Demand? (A Qualitative Study). *Payavard Salamat*. 2014;8(4):280-93.
146. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A. Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: a review of the evidence. *Journal of international development*. 2003;15(1):41-65.
147. Association IH. 1115 Waiver Renewal Plan-Provider Incentives, Expert Stakeholder Workgroup. Sacramento, California. http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/Waiver%20Renewal/MCO1_IHA_ADA.pdf. 12/19/2017. 2014.
148. Gauld R. *The new health policy*: McGraw-Hill Education (UK); 2009.

پیوست ها

پیوست ۱: پیوست های مرتبط با مدل پرداخت مبتنی بر عملکرد ایران

پیوست ۱-۱: ضرایب تعدیل کارانه بخشهای تشخیصی و درمانی براساس درجه سختی مراقبت

| ردیف | نام بخش | سطح سختی |
|------|---|----------|
| ۱ | درمانگاه، بخش سرپایی اعتیاد (MMT) | سطح یک |
| ۲ | بخش سرپایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EEG, EMG, اکوکاردیوگرافی و...)، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، بینایی سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه) | سطح دو |
| ۳ | بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، بخش سرپایی رادیوتراپی-آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخشهای اسکوپ | سطح سه |
| ۴ | بخشهای جراحی بزرگسالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبتهای پس از زایمان (Post-Partum) و Post CCU | سطح چهار |
| ۵ | انواع بخشهای داخلی (بزرگسالان، اطفال و نوزادان)، عفونی، Intermediate ICU، روانپزشکی، جراحی پیوند، جراحی قلب اطفال، بخشهای جراحی توراکس، جراحی اطفال و نوزادان، جراحی قلب بزرگسالان، جراحی مغز و اعصاب و CCU | سطح پنج |
| ۶ | بخشهای سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و هماتولوژی، شیمی درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته‌ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی بیوگرام سل | سطح شش |
| ۷ | انواع بخش ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (به جز موارد اشاره شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۳ | سطح هفت |
| ۸ | اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند | سطح هشت |

پیوست ۲-۱: امتیاز شغل کارکنان شاغل در بخشهای تشخیصی و درمانی

| شغل | امتیاز |
|---|--------|
| ۱ سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل | ۶,۷۵ |
| ۲ سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسینهای داروخانه، مسئولین واحدهای توانبخشی و پیراپزشکی | ۶,۵ |
| ۳ جانشین سرپرستار یا جانشین مسئول بخشهای پاراکلینیک یا تشخیصی و مسئول کارشناسان یا تکنیسینهای بیهوشی اتاق عمل و مسئول پمپیستها | ۵ |
| ۴ پرستار/مامای شاغل در بخش، تکنسین/کاردان/کارشناس اتاق عمل و بیهوشی، رادیولوژی، داروخانه، تکنولوژیستها و کاردان/کارشناس پرتوکار پزشکی هسته‌ای، کارشناس رادیوتراپی، کارشناسان دارای پروانه فعالیت، کاردان/کارشناس واحدهای توانبخشی، کاردان/کارشناس آزمایشگاه | ۴,۵ |

پیوست ۲-۱: امتیاز شغل کارکنان شاغل در بخشهای تشخیصی و درمانی

| شغل | امتیاز |
|----------------------|--------|
| ۵ بهیار (کمک پرستار) | ۳,۷ |
| ۶ منشی بخش | ۳,۵ |
| ۷ کمک بهیار | ۳,۲ |
| ۸ نیروهای خدماتی بخش | ۳ |

پیوست ۳-۱: امتیاز شغل کارکنان واحدهای پشتیبان و تیم مدیریت بیمارستان

| ردیف | نوع شغل | امتیاز |
|------|--|--------|
| ۱ | رئیس/مدیرعامل بیمارستان | ۱۵ |
| ۲ | مترون، مدیر، معاونین بیمارستان | ۱۱ |
| ۳ | معاون مدیر پرستاری بیمارستان | ۸ |
| ۴ | سوپروایزرهای بیمارستان (درگردش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی) | ۷ |
| ۵ | مدیرمالی (رئیس امور مالی و حسابداری) (به عنوان واحد مستقل) | ۸ |
| ۶ | رئیس واحد حسابداری (زیر مجموعه مدیر مالی) | ۶,۵ |
| ۷ | مدیر امور اداری (به عنوان واحد مستقل) | ۷ |
| ۸ | رئیس واحد کارگزینی (زیرمجموعه مدیر اداری) | ۶,۵ |
| ۹ | رئیس سایر واحدهای پشتیبان | ۶,۵ |
| ۱۰ | کارکنان واحد | ۴,۵ |
| ۱۱ | مسئول دفتر | ۳,۵ |
| ۱۲ | نیروی خدماتی | ۳ |

پیوست ۴-۱: خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

| سطح | بخش تشخیصی-درمانی | دوره محاسبه # | بخش پشتیبانی | دوره محاسبه # |
|----------|---|---------------|---|---------------|
| بخش/واحد | محاسبه درآمد ناخالص بخش | هر ماه | محاسبه درآمد ناخالص بیمارستان | هر ماه |
| | - درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بخش | هر ماه | - درآمد ناشی از دارو و تجهیزات و کسورات بیمارستان | هر ماه |
| | = درآمد مبنای بخش | هر ماه | = درآمد مبنای بیمارستان | هر ماه |
| | ## | | × سهم بخش های پشتیبان از درآمد مبنای بیمارستان | هر سال |
| | ## | | = درآمد مبنای بخش های پشتیبان | هر سال |

پیوست ۴-۱: خلاصه نحوه تعیین دریافتی عملکردی بخش و فرد در بخش های تشخیصی-درمانی و پشتیبانی*

| سطح | بخش تشخیصی-درمانی | دوره محاسبه # | بخش پشتیبانی | دوره محاسبه # |
|-----|--------------------------------------|---------------|--|---------------|
| | × سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش | هر سال | × سهم کارکنان بخش از درآمد مبنای بخش های پشتیبان | هر سال |
| | × نمره کیفیت بخش | سه ماه | × ضریب کیفی بخش | سه ماه |
| | = درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش | هر ماه | = درآمد ماهیانه قابل توزیع بخش | هر ماه |
| | ÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش | هر ماه | ÷ مجموع امتیاز کارکنان بخش | هر ماه |
| فرد | = ارزش هر امتیاز | هر ماه | = ارزش هر امتیاز | هر ماه |
| | × امتیاز هر فرد | هر ماه | × امتیاز هر فرد | هر ماه |
| | = دریافتی عملکردی فرد | هر ماه | = دریافتی عملکردی فرد | هر ماه |

*علامت های +، -، ÷ و × به زبان ریاضی خوانده شود.

محاسبه در طول دوره محاسبه ثابت است.

پیوست ۲: فهرست افراد مصاحبه شونده و حاضر در جلسات

پیوست ۲: اطلاعات افراد مصاحبه شده و سایر ویژگی های آنها

| کد | استان | سابقه/سال | رشته | سمت | حضور در جلسه | مصاحبه فردی |
|----|--------------------|-----------|-----------------------------|---|--------------|-------------|
| ۱ | زنجان | | پزشک عمومی | رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |
| ۲ | بوشهر | ۲۴ | مهندسی کامپیوتر | رابط دانشگاه و وزارت خانه و مدیر IT بیمارستان | * | * |
| ۳ | کهکولیه و بویراحمد | ۱۵ | پزشک عمومی | رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |
| ۴ | کردستان | ۱۵ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | رئیس اداره اقتصاد درمان دانشگاه و رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |
| ۵ | کردستان | ۱۲ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | کارشناس اداره اقتصاد درمان دانشگاه | * | * |
| ۶ | گیلان | ۵ | مهندسی کامپیوتر | مسئول IT معاونت درمان | * | * |
| ۷ | گیلان | ۲۱ | مهندسی کامپیوتر | مدیر آمار و فن آوری اطلاعات گیلان و رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |
| ۸ | مشهد | ۳۰ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | مدیر بیمارستان و رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |

پیوست ۲: اطلاعات افراد مصاحبه شده و سایر ویژگی های آنها

| کد | استان | سابقه/سال | رشته | سمت | حضور در جلسه | مصاحبه فردی |
|----|--------|-----------|-----------------------------|---|--------------|-------------|
| ۹ | مشهد | ۲۱ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | کارشناس مبتنی بر عملکرد و رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | |
| ۱۰ | تهران | ۱۱ | کارشناس ارشد MBA | کارشناس اداره سیاست گذاری تعرفه و نظام پرداخت | * | * |
| ۱۱ | تهران | ۶ | دکترای سیاست گذاری سلامت | کارشناس اداره سیاست گذاری تعرفه و نظام پرداخت | * | * |
| ۱۲ | گلستان | ۱۰ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | * |
| ۱۳ | گلستان | ۷ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | رابط دانشگاه و وزارت خانه | * | |
| ۱۴ | تهران | ۱۵ | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | کارشناس اداره سیاست گذاری تعرفه و نظام پرداخت | * | * |
| ۱۵ | تهران | ۲۵ | کارشناس ارشد پرستاری | مترون بیمارستان | * | |
| ۱۶ | تهران | - | پزشک متخصص | نماینده نظام پزشکی | * | |
| ۱۷ | دبی | | پزشک عمومی | تدوین کننده نظام نوین | * | |
| ۱۸ | تهران | - | پزشک عمومی | نماینده بیمه گر پایه سلامت | * | |
| ۱۹ | تهران | - | دکترای سیاست گذاری سلامت | دانشگاهی | * | |
| ۲۰ | تهران | ۲۵ | دکترای سیاست گذاری سلامت | مسئول تدوین برنامه در وزارت بهداشت | * | |
| ۲۱ | تهران | ۳۰ | | مشاور معاون توسعه وزارت بهداشت | * | |
| ۲۲ | تهران | ۲۵ | | معاون فنی معاونت درمان وزارت بهداشت | * | |
| ۲۳ | تهران | | | رئیس محترم معاونت پرستاری وزارت بهداشت | * | |
| ۲۴ | | | | رئیس دانشگاه | * | |
| ۲۵ | تهران | | | معاون فنی معاونت پرستاری وزارت بهداشت | * | |
| ۲۶ | تهران | | | کارشناس مالی و حسابداری دفتر ذی حسابی وزارت بهداشت | * | |

پیوست ۲: اطلاعات افراد مصاحبه شده و سایر ویژگی های آنها

| کد | استان | سابقه/سال | رشته | سمت | حضور در جلسه | مصاحبه فردی |
|----|---------|-----------|--|---|--------------|-------------|
| ۲۷ | تهران | | | مدیر مالی دانشگاه شهید بهشتی | * | |
| ۲۸ | تهران | | | معاون فنی مرکز بودجه و پایش عملکرد | * | |
| ۲۹ | ایلام | | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | مسئول اجرای برنامه در بیمارستان امام خمینی (ره) | * | |
| ۳۰ | ایلام | | ارشد پرستاری | سرپرستار بخش | * | |
| ۳۱ | کردستان | ۸ | ارشد پرستاری | پرستار بخش ویژه | * | |
| ۳۲ | کردستان | ۲۱ | ارشد پرستاری | سرپرستار بخش | * | |
| ۳۳ | کردستان | ۱۷ | ارشد پرستاری | سرپرستار بخش | * | |
| ۳۴ | تهران | | | معاون برنامه ریزی راهبردی و هماهنگی وزارت بهداشت | * | |
| ۳۵ | تهران | | کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | تدوین کننده برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بیمارستان امام حسین (ع) | * | |
| ۳۶ | تهران | | کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | مشاور معاونت درمان وزارت بهداشت | * | |
| ۳۷ | تهران | | | مسئول درآمد بیمارستان | * | |
| ۳۸ | تهران | | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | مسئول بهبود کیفیت بیمارستان | * | |
| ۳۹ | تهران | | | مدیر بیمارستان | * | |
| ۴۰ | تهران | | | بازرس دانشگاه علوم پزشکی | * | |
| ۴۱ | تهران | | مدیریت خدمات بهداشتی درمانی | مدیر امور اداری و کارگزینی بیمارستان | * | |
| ۴۲ | تهران | | | رئیس بیمارستان | * | |
| ۴۳ | تهران | | کارشناس ارشد | سرپرستار بخش زایمان | * | |
| ۴۴ | تهران | | کارشناس ارشد | سرپرستار بخش نوزادان | * | |
| ۴۵ | تهران | | کارشناس ارشد | سرپرستار بخش CCU | * | |
| ۴۶ | تهران | | کارشناس ارشد | سوپروایزر بیمارستان | * | |

پیوست ۳: قوانین و مقررات انواع روابط استخدامی تعریف شده در بیمارستان ها

۱- آیین نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی کارکنان غیر هیأت علمی وزارت بهداشت درمان و

آموزش پزشکی

ماده ۲. کارمند: فردی است که براساس ضوابط و مقررات مربوط، به موجب حکم و یا قرارداد مقام صلاحیت‌دار در موسسه به خدمت پذیرفته شود.

ماده ۳. استخدام: عبارت است از به کارگیری شخص حقیقی به صورت رسمی یا پیمانی یا قراردادی طبق ضوابط و مقررات مندرج در این آیین‌نامه بمنظور خدمت در موسسه.

ماده ۹. مأموریت: عبارت است از:

الف) محول شدن وظیفه موقت به کارمند، غیر از وظیفه اصلی که در پست سازمانی خود دارد،

ب) اعزام کارمند به طور موقت به واحدهای تحت پوشش موسسه یا سایر موسسه‌ها و واحدهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارتخانه‌ها و موسسات عمومی غیردولتی،

ج) اعزام کارمند برای طی دوره آموزشی یا کارآموزی در داخل یا خارج از کشور برابر مفاد این آیین‌نامه

ماده ۳۱: طبق تبصره ۵ «موسسه در صورت عدم تأمین مجوز استخدام پیمانی از سوی وزارتخانه و حسب ضرورت برای رفع نیازهای موقت خود به نیروی انسانی مجاز است نسبت به به‌کارگیری نیروهای قراردادی اقدام نماید. بدین منظور در سال مربوط (حداکثر دوبر در سال) بر اساس نظریه کمیته‌ای متشکل از معاون توسعه مدیریت و منابع موسسه و مدیرکل منابع انسانی و پشتیبانی وزارتخانه نسبت به بررسی نیاز و تعیین تعداد و ترکیب رشته‌های شغلی مورد نیاز مبادرت می‌نماید. مصوبات این کمیته با ابلاغ معاون توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه قابلیت اجرایی خواهد داشت و بدین ترتیب موسسه می‌تواند با رعایت ماده ۳۳ این آیین‌نامه برابر دستورالعملی که به تصویب هیأت امناء می‌رسد، نسبت به به‌کارگیری نیروی قراردادی مصوب به صورت کار معین با رعایت شرایط احراز طبقه‌بندی مشاغل اقدام نماید.» (قرارداد تبصره ۳)

ماده ۳۵. رابطه استخدامی در موسسه به سه شکل است:

الف) استخدام رسمی، ب) استخدام پیمانی برای مدت معین، ج) استخدام قراردادی برای مدت معین.

تبصره ۱. استخدام در بدو ورود به شکل پیمانی یا قراردادی است. تبدیل وضع کارکنان قراردادی به پیمانی به شرط قبولی در آزمون استخدامی و پیمانی به رسمی بر اساس دستورالعملی است که از سوی هیأت امناء موسسه تصویب می‌شود.

تبصره ۲. مستخدمین پیمانی حداقل ۳ سال و حداکثر پس از شش سال خدمت پیمانی در صورت داشتن شرایط، برابر دستورالعمل مصوب هیأت امناء به مستخدم رسمی آزمایشی تبدیل وضع می‌شوند. در صورت عدم احراز شرایط مصوب برای تبدیل وضعیت به رسمی آزمایشی، تمدید قرارداد پیمانی مقدور نمی‌باشد.

۲- قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۱) مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷

انواع قرارداد: قرارداد معین حرفه ای و غیر حرفه ای، قرارداد حجمی (کار معین)، قرارداد پرکیس (عمدتاً برای پزشکان و کارشناسان پروانه دار) براساس ماده ۸۸ این قانون بکار گرفته شده اند.

ماده ۸۸- در اجرای وظایف اجتماعی دولت به ویژه تکالیف مذکور در اصول بیست و نهم (۲۹) و سی ام (۳۰) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به منظور منطقی نمودن حجم و اندازه دولت و کاهش تدریجی اعتبارات هزینه‌ای و بهبود ارائه خدمات به مردم و جلب مشارکت بخش غیر دولتی و توسعه اشتغال و صرف بودجه و درآمدهای عمومی با رعایت اصول سوم (۳)، بیست و نهم (۲۹) و سی ام (۳۰) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و مصالح عامه، وزارتخانه‌ها، مؤسسات و شرکتهای دولتی که عهده‌دار ارائه خدمات اجتماعی، فرهنگی، خدماتی و رفاهی از قبیل آموزش فنی و حرفه‌ای، آموزش عمومی، تربیت بدنی، «مناطق کمتر توسعه یافته و دارندگان سرانه‌های ورزشی زیر میانگین کشوری»، درمان، توانبخشی، نگهداری از سالمندان، معلولین و کودکان بی‌سرپرست، کتابخانه‌های عمومی، مراکز فرهنگی و هنری، خدمات شهری و روستایی، ایرانگردی و جهانگردی می‌باشند مجازند برای توسعه کمی و کیفی خدمات خود و کاهش حجم تصدی‌های دولت بر اساس مقررات و ضوابط این ماده اقدامات ذیل را انجام دهند:

الف: اشخاص حقیقی و حقوقی غیر دولتی که متقاضی ارائه خدمات بر اساس مفاد این ماده می‌باشند می‌بایست صلاحیتهای فنی و اخلاقی لازم و پروانه فعالیت از مراجع قانونی ذی‌ربط داشته باشند.

ب: ارائه خدمات موضوع این ماده توسط بخش غیر دولتی به سه روش؛ خرید خدمات از بخش غیر دولتی، مشارکت با بخش غیر دولتی و واگذاری مدیریت بخش غیر دولتی انجام می‌شود.

ج: دستگاه‌های اجرایی مشمول این ماده برای توسعه کمی خدمات خود با استفاده از ظرفیتهای موجود در بخش غیر دولتی موضوع بند الف و با پرداخت هزینه سرانه خدمات، نسبت به خرید خدمات و ارائه آن به مردم طبق شرایط دولتی اقدام نمایند.

۳- قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان

ماده ۱- کلیه افراد ایرانی با تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر که پس از تاریخ ۱۳۶۷،۴،۱ از مراکز آموزش عالی گروه پزشکی در داخل و یا خارج از کشور فارغ‌التحصیل شده یا می‌شوند و خدمت آنان از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد نیاز اعلام می‌گردد: مکلفاند حداکثر مدت ۲۴ ماه اول پس از فراغت از تحصیل خود را در داخل کشور و در مناطق مورد نیاز بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تشکیلات تابعه آن خدمت نمایند.

۴- قانون استخدامی کشور

ماده یک: تبصره آیین نامه استخدام پیمانی مقرر می‌دارد، انعقاد قرارداد با مستخدم پیمانی طبق فرمی که توسط سازمان امور اداری و استخدامی کشور ابلاغ می‌گردد صورت می‌گیرد و افراد مذکور مطابق بند «ج» ماده ۴ قانون نحوه تعدیل نیروی انسانی دستگاه‌های دولتی به پست‌های موقت منصوب خواهند شد ضمناً حسب ماده ۳ آیین نامه یاد شده مدت قرارداد استخدام پیمانی یک سال است که با رعایت شرایط مقرر در این ماده تا ده سال قابل تمدید است. با توجه به آنچه مذکور افتاد کارمندان پیمانی شاغل در وزارتخانه‌ها و موسسات دولتی مشمول قانون استخدام کشوری تابع مقررات استخدامی پیمانی بوده و تحت پوشش قانون کار قرار ندارند اما از لحاظ بیمه‌ای از مقررات قانون تأمین اجتماعی تبعیت می‌کنند.

ماده ۶: مستخدم پیمانی کسی است که به موجب قرارداد به طور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام شود در همین رابطه به استناد ماده یک آیین نامه استخدام پیمانی موضوع تبصره ماده قانونی مرقوم، دستگاه‌های مشمول قانون استخدام کشوری می‌توانند به استناد مجوزهای قانونی جهت واگذاری پست‌های موقت سازمانی، نیازهای استخدام پیمانی خود را به موجب قراردادی که طبق مقررات این آیین نامه بین دستگاه‌های دولتی از یک طرف و داوطلبین خدمت پیمانی از طرف دیگر منعقد می‌شود تأمین نمایند.

مواد ۱۷ تا ۱۸: انواع استخدام رسمی: الف) رسمی آزمایشی ب) رسمی قطعی. پیش از آنکه افراد بصورت استخدام رسمی قطعی درآیند باید مدتی بصورت رسمی آزمایشی کار کنند. افرادی که در طی یا پایان دوره آزمایشی صالح برای ابقاء در خدمت مورد نظر تشخیص داده نشود بدون هیچگونه تعهد حکم برکناری آنها از طرف وزارتخانه یا موسسه صادر و جریان به اطلاع سازمان امور اداری و استخدامی کشور می رسد. افراد برکنار شده تا یکسال پس از برکناری حق شرکت در آزمون استخدام رسمی در همان شغل را نخواهند داشت

۵- قانون کار جمهوری اسلامی ایران (قراردادی قانون کار)

ماده ۲- کارگر از لحاظ این قانون کسی است که به هر عنوان در مقابل دریافت حق السعی اعم از مزد ، حقوق ، سهم سود و سایر مزایا به درخواست کارفرما کار می کند.

۶- توضیحات اضافه

- کارمند کسی است که به ازای انجام کار فکری در دستگاهی اداری، حقوق دریافت می کند و بناست که به طور درازمدت اشتغال داشته باشد^{۱۵۸}. کارمندان به دو بخش کارمندان دولتی و کارمندان خصوصی تقسیم می شوند. ویژگی های خاص کارمندان، کارمندان بخش خصوصی را از کارمندان بخش دولتی و این دو قشر را از طبقه کارگر جدا می کند^{۱۵۹}. وضعیت مادی کارمندان و منزلت اجتماعی آنان (هم دولتی و هم خصوصی) با تحولات اقتصادی و اجتماعی نوسان دارد^{۱۶۰}.
- قرارداد تبصره ۴ مشابه قرارداد اداره کار است. در این افراد میزان پایه حقوق و دستمزد بر اساس تغییرات مدرک تحصیلی تغییر نمی کند.
- قرارداد تبصره ۳: در این افراد میزان پایه حقوق و دستمزد بر اساس تغییرات مدرک تحصیلی تغییر می کند.

پیوست ۴ : توصیف داده های کمی ۱۸ بیمارستان مورد مطالعه قبل و بعد

دریافتی پرسنل غیر پزشک، قبل و بعد از اجرای برنامه

^{۱۵۸} ماهنامه دانش و توسعه، صفحه ۳۷ و ۴۴ و لغتنامه دهخدا، سرواژه «کارمند».

^{۱۵۹} ماهنامه دانش و توسعه، صفحه ۳۵.

^{۱۶۰} ماهنامه دانش و توسعه، صفحه ۳۵ و ۳۶.

داده ثانویه مرتبط با مجموع میانگین کارانه و میانگین اضافه کار (دریافتی) ۱۳۹۳ جمع آوری گردید. داده های احصا شده بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی کشور برای قبل از اجرای برنامه ۷۶۳۸ نفر و برای بعد از اجرای برنامه ۱۴۱۲۲ نفر بود. به منظور حفظ محرمانگی داده ها اسامی بیمارستان ها و دانشگاه ها گزارش نشده است.

کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان

کارکنان براساس دو نوع فعالیت آموزشی درمانی و درمانی تقسیم بندی شده اند. عمده آنها بیمارستان های آموزشی درمانی و پژوهشی بوده اند (۷۲ درصد قبل) لذا عمده داده های کارکنان نیز در این نوع بیمارستان ها فعالیت داشته اند (۸۰ درصد قبل و ۸۴ درصد بعد) (جدول ۴-۱).

جدول ۴-۱: توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع فعالیت بیمارستان قبل و بعد از اجرای برنامه

| زمان | نوع فعالیت بیمارستان | تعداد کارکنان | درصد کارکنان به کل | تعداد بیمارستان | درصد تعداد بیمارستان به کل |
|------|-----------------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------------------|
| قبل | آموزشی درمانی، پژوهشی | ۶۱۱۲ | ۸۰ | ۱۳ | ۷۲ |
| | درمانی | ۱۵۲۶ | ۲۰ | ۵ | ۲۸ |
| | کل | ۷۶۳۸ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ |
| بعد | آموزشی درمانی، پژوهشی | ۱۱۸۰۹ | ۸۴ | ۱۳ | ۷۲ |
| | درمانی | ۲۳۱۳ | ۱۶ | ۵ | ۲۸ |
| | کل | ۱۴۱۲۲ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ |

کارکنان و بیمارستان به تفکیک تخصص بیمارستان

بنا به نوع تخصص بیمارستان ها، داده های کارکنان در هفت نوع تخصص نشان داده شد. عمده آنها بیمارستان های عمومی بوده اند (۶۶ درصد) لذا عمده داده های کارکنان از بیمارستان های عمومی بوده است (۸۴,۷ درصد قبل و ۸۸ درصد قبل) (جدول ۴-۲).

جدول ۴-۲: توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل و بعد از اجرای برنامه

| زمان | کد تخصص | تخصص بیمارستان | تعداد کارکنان | درصد تعداد کارکنان | تعداد بیمارستان | درصد بیمارستان |
|------|---------|----------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------|
| قبل | ۲ | اطفال | ۲۵۹ | ۳,۴ | ۱ | ۵ |
| | ۴ | چشم | ۲۲۸ | ۳ | ۱ | ۵ |
| | ۵ | روانپزشکی | ۱۲۲ | ۱,۶ | ۱ | ۵ |
| | ۶ | زنان و زایمان | ۲۳۶ | ۳,۱ | ۱ | ۵ |

جدول ۴-۲: توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک نوع تخصص بیمارستان قبل و بعد از اجرای برنامه

| زمان | کد تخصص | تخصص بیمارستان | تعداد کارکنان | درصد تعداد کارکنان | تعداد بیمارستان | درصد بیمارستان |
|------|---------|------------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------|
| | ۷ | سرطان و انکولوژی | ۱۵۵ | ۲ | ۱ | ۵ |
| | ۸ | سوانح و سوختگی | ۱۶۶ | ۲,۲ | ۱ | ۵ |
| | ۹ | عمومی | ۶۴۷۲ | ۸۴,۷ | ۱۲ | ۶۶ |
| | - | کل | ۷۶۳۸ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ |
| بعد | ۲ | اطفال | ۲۲۳ | ۲ | ۱ | ۵ |
| | ۴ | چشم | ۳۸۸ | ۳ | ۱ | ۵ |
| | ۵ | روانپزشکی | ۲۳۴ | ۲ | ۱ | ۵ |
| | ۶ | زنان و زایمان | ۳۳۶ | ۲ | ۱ | ۵ |
| | ۷ | سرطان و انکولوژی | ۱۷۹ | ۱ | ۱ | ۵ |
| | ۸ | سوانح و سوختگی | ۳۱۲ | ۲ | ۱ | ۵ |
| | ۹ | عمومی | ۱۲۴۵۰ | ۸۸ | ۱۲ | ۶۶ |
| | - | کل | ۱۴۱۲۲ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ |

کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان

بیمارستان ها از لحاظ تعداد تخت بیمارستان در ۵ دسته تقسیم شده اند. عمده آنها بیمارستان های گروه یک و سه بوده اند (۳۹ درصد) و در داده های قبل، بیمارستان های گروه سه بیشترین تعداد کارکنان (۳۵,۸ درصد) و در داده های بعد بیمارستان های گروه ۵ بیشترین تعداد کارکنان (۴۰ درصد) را داشته اند (جدول ۴-۳).

جدول ۴-۳: توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل و بعد از اجرای برنامه

| زمان | گروه | تعداد تخت | تعداد کارکنان | درصد تعداد کارکنان | تعداد بیمارستان | درصد بیمارستان |
|------|------|--------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------|
| قبل | ۱ | ۱-۱۰۰ | ۱۶۲۲ | ۲۱,۲ | ۷ | ۳۹ |
| | ۲ | ۱۰۱-۲۵۰ | ۸۱۱ | ۱۰,۶ | ۲ | ۱۱ |
| | ۳ | ۲۵۱-۴۰۰ | ۲۷۳۸ | ۳۵,۸ | ۷ | ۳۹ |
| | ۴ | ۴۰۱-۵۵۰ | - | - | - | - |
| | ۵ | بالتر از ۵۵۱ | ۲۴۶۷ | ۳۲,۳ | ۲ | ۱۱ |
| | | کل | ۷۶۳۸ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۰۰ |
| بعد | ۱ | ۱-۱۰۰ | ۱۹۹۹ | ۱۴ | ۷ | ۳۹ |
| | ۲ | ۱۰۱-۲۵۰ | ۲۳۵۸ | ۱۷ | ۲ | ۱۱ |
| | ۳ | ۲۵۱-۴۰۰ | ۴۰۶۳ | ۲۹ | ۷ | ۳۹ |
| | ۴ | ۴۰۱-۵۵۰ | - | - | - | - |
| | ۵ | بالتر از ۵۵۱ | ۵۷۰۲ | ۴۰ | ۲ | ۱۱ |

جدول ۴-۳: توصیف تعداد کارکنان و بیمارستان به تفکیک تعداد تخت بیمارستان قبل و بعد از اجرای برنامه

| زمان | گروه | تعداد تخت | تعداد کارکنان | درصد تعداد کارکنان | تعداد بیمارستان | درصد بیمارستان |
|------|------|-----------|---------------|--------------------|-----------------|----------------|
| | | کل | ۱۴۱۲۲ | ۱۰۰ | ۱۸ | ۱۸ |

محل فعالیت کارکنان به تفکیک پشتیبانی/بالینی

بخش محل فعالیت کارکنان در دو گروه کلی بخش های بالینی و واحدهای پشتیبانی تقسیم شده اند. عمده کارکنان در بخش های بالینی (۳،۶۰ درصد قبل و ۷۴ درصد بعد) فعالیت داشته اند؛ در داده های قبل از اجرای برنامه، محل فعالیت ۲۳ درصد از کارکنان نامشخص بود (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴: توصیف محل فعالیت کارکنان به تفکیک بخش/واحد قبل و بعد از اجرای برنامه

| بخش/واحد | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| بالینی | ۴۶۰۷ | ۶۰٫۳ | ۶۷۹۰ | ۵۲ |
| پشتیبانی | ۱۲۶۵ | ۱۶٫۶ | ۷۳۳۲ | ۴۸ |
| نامشخص | ۱۷۶۶ | ۲۳٫۱ | - | - |
| کل | ۷۶۳۸ | ۱۰۰ | ۱۴۱۲۲ | ۱۰۰ |

کارکنان به تفکیک بخش های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش های بالینی در ۸ دسته به شرح جدول ۴-۵ تقسیم بندی شده اند. این تقسیم بندی براساس سختی کار بخش بوده است. این جدول نشان می دهد که در داده های قبل و بعد حدود ۵۰ درصد از کارکنان در دو گروه ۵ و ۶ فعالیت می کرده اند (جدول ۴-۵).

جدول ۴-۵: توصیف کارکنان به تفکیک بخش های بالینی قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | بخش بالینی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|--|-----------|----------|-----------|----------|
| ۱ | درمانگاه، بخش سرپایی اعتیاد (MMT) | ۱۲۷ | ۲٫۸ | ۶۳۴ | ۹ |
| ۲ | بخش سرپایی هموفیلی و تالاسمی، خدمات تخصصی تشخیصی (EEG، EMG، اکوکاردیوگرافی و...)، داروخانه و واحدهای پیراپزشکی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی، بینایی سنجی، تغذیه، روانشناسی و سایر موارد مشابه) | ۱۴۸ | ۳٫۲ | ۵۰۳ | ۷ |
| ۳ | بخش سرپایی پزشکی هسته‌ای، بخش سرپایی رادیوتراپی- آنکولوژی، بخش تصویربرداری پزشکی، آزمایشگاه پزشکی، بخش بستری اعتیاد و بخشهای اسکوپ | ۵۹۱ | ۱۲٫۸ | ۹۶۳ | ۱۳ |

جدول ۴-۵: توصیف کارکنان به تفکیک بخش های بالینی قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | بخش بالینی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|---|-----------|----------|-----------|----------|
| ۴ | بخشهای جراحی بزرگسالان به جزء موارد بند ۵، بخش مراقبتهای پس از زایمان (Post-Partum) و Post CCU | ۳۵۷ | ۷,۷ | ۲۱۵ | ۳ |
| ۵ | انواع بخشهای داخلی (بزرگسالان، اطفال و نوزادان)، عفونی، ICU Intermediate، روانپزشکی، جراحی پیوند، جراحی قلب اطفال، بخشهای جراحی توراکس، جراحی اطفال و نوزادان، جراحی قلب بزرگسالان، جراحی مغز و اعصاب و CCU | ۱۰۴۱ | ۲۲,۶ | ۱۷۳۷ | ۲۴ |
| ۶ | بخشهای سوختگی، مسمومیت، دیالیز، خون و هماتولوژی، شیمی درمانی و آنکولوژی، بخش بستری پزشکی هسته ای، بلوک زایمان سطح ۱ و ۲، اتاق عمل و آنژیوگرافی، آزمایشگاه تخصصی کشت و آنتی بیوگرام سل | ۱۱۵۵ | ۲۵,۱ | ۱۳۷۶ | ۱۹ |
| ۷ | انواع بخش ICU شامل ICU بزرگسالان، ICU کودکان و ICU نوزادان (به جز موارد اشاره شده در بند ۸)، BMT، بخش بارداری پرخطر و بلوک زایمان سطح ۳ | ۵۶۰ | ۱۲,۲ | ۱۱۹ | ۲ |
| ۸ | اورژانس، ICU جراحی قلب اطفال و ICU پیوند | ۶۲۸ | ۱۳,۶ | ۷۹۴ | ۱۱ |
| کل | | ۴۶۰۷ | ۱۰۰ | | |

کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته به شرح جدول ۴-۶ تقسیم بندی شده اند. این تقسیم بندی براساس سختی کار واحد بوده است. جدول ... نشان می دهد حدود ۷۵ درصد از کارکنان در بعد از اجرای برنامه در چهار گروه اول بوده اند. در داده های قبل، نیز کارکنان عمده کارکنان (حدود ۷۵ درصد) در بخش گروه های ۴، ۵ و ۶ بوده اند (جدول ۴-۶).

جدول ۴-۶: توصیف کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | واحد پشتیبانی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|---|-----------|----------|-----------|----------|
| ۱ | واحدهای مخابرات، نگهداری فضای سبز و باغبانی، دبیرخانه و بایگانی اداری، خیاطخانه و تایپ | ۷۵ | ۵,۹ | ۱۵۴۷ | ۲۳ |
| ۲ | واحدهای مهدکودک، سمعی و بصری، سردخانه (Morgue)، واحد نیروهای خدماتی شاغل در واحدهای پشتیبان | ۲۱ | ۱,۷ | ۱۹۸۳ | ۲۹ |

جدول ۴-۶: توصیف کارکنان به تفکیک واحدهای پشتیبان قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | واحد پشتیبانی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|---|-----------|----------|-----------|----------|
| ۳ | واحدهای امور انبارها، جمع‌داری اموال (امین اموال)، آشپزخانه، روابط عمومی، کتابخانه و خدمات آموزشی | ۹۴ | ۷,۴ | ۹۲۷ | ۱۴ |
| ۴ | واحدهای مددکاری اجتماعی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای و طبکار، آمبولانس، امحاء زباله، تغذیه بیمارستان، دفتر فنی (ساختمان و آشنشانی)، تأسیسات، تحقیق و توسعه، برنامه ریزی، نگهداری و انتظامات، کارگزینی و امور اداری، کارپردازی و تدارکات، امور قراردادهای، امور حقوقی و رختشویخانه (لندری) | ۴۲۱ | ۳۳,۳ | ۱۰۳۷ | ۱۵ |
| ۵ | واحدهای استریلیزاسیون مرکزی (CSR)، آمار و مدارک پزشکی، حراست، صندوق، پذیرش، فناوری اطلاعات و تجهیزات پزشکی | ۲۸۹ | ۲۲,۸ | ۷۸۲ | ۱۲ |
| ۶ | واحدهای ارزشیابی عملکرد (اعتباربخشی و بهبود کیفیت)، حسابداری، درآمد و بیمه گری، ترخیص و اقتصاد درمان | ۲۲۹ | ۱۸,۱ | ۵۵ | ۱ |
| ۷ | دفتر پرستاری، واحد کنترل عفونت (به صورت واحد مستقل از دفتر پرستاری) | ۱۱۳ | ۸,۹ | ۲۰۳ | ۳ |
| ۸ | حوزه مدیریت بیمارستان (شامل رئیس یا مدیرعامل بیمارستان، مدیر پرستاری (مترون)، مدیر مالی، مدیر یا معاون پشتیبانی و سایر معاونین بیمارستان) | ۲۳ | ۱,۸ | ۲۵۶ | ۴ |
| | کل | ۱۲۶۵ | ۱۰۰ | ۶۷۹۰ | ۱۰۰ |

لازم به ذکر است که در داده های قبل، محل فعالیت ۱۷۶۶ نفر از کارکنان در اطلاعات جمع آوری شده مشخص نشده بود.

شغل کارکنان در بخش های بالینی

بنا به آخرین دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۶) کارکنان بخش های بالینی در ۸ دسته به شرح جدول تقسیم بندی شده اند. این تقسیم بندی براساس نوع کار فرد بوده است. این جدول نشان می دهد که در داده ها قبل، کارکنان عمدتاً (۸۱,۱ درصد) در گروه ۴ بوده اند. برای گروه های یک و سه اطلاعات ثبت شده وجود نداشت. در داده های بعد نیز کارکنان عمدتاً در گروه ۴ بوده اند (۷۳ درصد)، در این زمان گروه یک کمترین تعداد را به خود اختصاص داده است (۰,۱ درصد) (جدول ۴-۷).

جدول ۴-۷: توصیف شغل کارکنان در بخش های بالینی قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | شغل بالینی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|--|-----------|----------|-----------|----------|
| ۱ | سوپروایزر اورژانس و اتاق عمل | - | - | ۸ | ۰,۱ |
| ۲ | سرپرستار/مامای مسئول بخش، سوپروایزر آزمایشگاه، رادیولوژی و رادیوتراپی، مسئول تکنسینهای داروخانه، مسئولین واحدهای توانبخشی و پیراپزشکی | ۳۹ | ۱,۵ | ۳۱۷ | ۴ |
| ۳ | جانشین سرپرستار یا جانشین مسئول بخشهای پاراکلینیک یا تشخیصی و مسئول کارشناسان یا تکنیسینهای بیهوشی اتاق عمل و مسئول پمپیستها | - | - | ۷۵ | ۱ |
| ۴ | پرستار/مامای شاغل در بخش، تکنسین/کاردان/کارشناس اتاق عمل و بیهوشی، رادیولوژی، داروخانه، تکنولوژیستها و کاردان/کارشناس پرتوکار پزشکی هستهای، کارشناس رادیوتراپی، کارشناس دارای پروانه فعالیت، کاردان/کارشناس واحدهای توانبخشی، کاردان/کارشناس آزمایشگاه- گروه پرستاری | ۲۰۹۶ | ۸۱,۱ | ۵۳۶۸ | ۷۳ |
| ۵ | بهیار | ۱۰۳ | ۴ | ۴۰۲ | ۵ |
| ۶ | منشی بخش | ۱۲۱ | ۴,۷ | ۴۴۰ | ۶ |
| ۷ | کمک بهیار | ۴۹ | ۱,۹ | ۲۳۰ | ۳ |
| ۸ | نیروهای خدماتی بخش | ۱۷۷ | ۶,۸ | ۴۹۴ | ۷ |
| | کل | ۲۵۸۶ | ۱۰۰ | ۷۳۳۲ | ۱۰۰ |

شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی

بنا به دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد (۱۳۹۴) کارکنان واحدهای پشتیبانی در ۸ دسته به شرح جدول ۴-۸ تقسیم بندی شده اند. این تقسیم بندی براساس نوع کار فرد بوده است. این جدول نشان می دهد که کارکنان عمدتاً در گروه ۵ یعنی «کارکنان واحد» بوده اند (۶۴,۱ درصد قبل و ۶۹ درصد بعد). کمترین تعداد داده ها در بعد از اجرای برنامه نیز متعلق به گروه ۱ یعنی رییس/مدیرعامل بیمارستان (۰,۴٪) است (جدول ۴-۸).

جدول ۴-۸: توصیف شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | شغل | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|-------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| ۱ | رییس/مدیرعامل بیمارستان | - | - | ۲۴ | ۰,۴ |

جدول ۴-۸: توصیف شغل کارکنان در واحدهای پشتیبانی قبل و بعد از اجرای برنامه

| گروه | شغل | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|------|---|-----------|----------|-----------|----------|
| ۲ | مترون، مدیر، معاونین بیمارستان | ۶ | ۰,۶ | ۸۸ | ۱ |
| ۳ | سوپروایزرهای بیمارستان (درگرددش، کنترل عفونت، آموزش و بالینی) | ۲۸ | ۲,۹ | ۱۸۵ | ۳ |
| ۴ | رئیس واحد | ۳۸ | ۳,۲ | ۴۸۲ | ۷ |
| ۵ | کارکنان واحد | ۶۹۸ | ۶۴,۱ | ۴۷۱۰ | ۶۹ |
| ۶ | مسئول دفتر | ۱۶ | ۱,۸ | ۲۲۹ | ۳ |
| ۷ | منشی واحد | ۱۰۰ | ۷,۹ | ۳۹۸ | ۶ |
| ۸ | نیروهای خدماتی | ۲۴۵ | ۱۹,۴ | ۶۶۰ | ۱۰ |
| | کل | ۱۲۶۵ | ۱۰۰ | ۶۷۹۰ | ۱۰۰ |

لازم به ذکر است در مواردی که تعداد نوع شغل های ثبت شده با تعداد کل پرسنل در بخش های پشتیبان و درمان همخوانی ندارد، ناشی از عدم ثبت اطلاعات آنان بوده است، که عمدتاً در داده های قبل مشاهده می شود.

نوع استخدام کارکنان

بنا به تعاریف و قوانین و مقررات حوزه استخدام کشور (پیوست)، رابطه استخدامی ۱۵۳۷ نفر از کارکنان ثبت شده بود. در این میان عمده کارکنان به صورت رسمی (۲۹,۴۷ درصد قبل و ۲۵,۵ درصد بعد) بوده اند (جدول ۴-۹).

جدول ۴-۹: رابطه استخدامی کارکنان قبل و بعد از اجرای برنامه

| کد رابطه استخدامی | رابطه استخدامی | تعداد قبل | درصد قبل | تعداد بعد | درصد بعد |
|-------------------|-----------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| ۱ | رسمی | ۲۶۱ | ۱۷ | ۳۱۲۱ | ۲۲ |
| ۲ | پیمانی | ۴۵۳ | ۲۹,۴۷ | ۲۲۸۰ | ۱۶ |
| ۳ | طرحی، متعهد به خدمت | ۲۴۸ | ۱۶,۱۳ | ۲۵۶۹ | ۱۸ |
| ۴ | قرارداد تبصره ۳، قرارداد معین | ۳۷۰ | ۲۴,۰۷ | ۳۱۹۲ | ۲۳ |
| ۵ | قرارداد تبصره ۴، معین غیر حرفه ای | - | - | ۲۴۴۱ | ۱۷ |
| ۶ | شرکتی، قرارداد اداره کار | ۲۰۵ | ۱۳,۳۳ | ۴۹۸ | ۴ |
| ۷ | پرکیس (مشارکتی) | | | ۲۱ | ۰,۱ |
| | کل | ۱۵۳۷ | ۱۰۰ | ۱۴۲۲ | ۱۰۰ |

پیوست ۵: پرسشنامه سنجش آگاهی و رضایت از درآمد

همکار گرامی/ با سلام و احترام: پرسشنامه ذیل با هدف بررسی رضایتمندی کارکنان بیمارستانی از «دریافتی بیمارستان» قبل و بعد از اجرای پرداخت عملکردی تهیه شده است. این پرسشنامه در سه قسمت تهیه شده است. الف: اطلاعات دموگرافیک شما؛ ب: نظر شما در مورد میزان تأثیر عوامل مختلف در دریافت عملکردی و ج: رضایت شما از درآمد. پاسخ های شما صرفاً جنبه پژوهشی دارد و به صورت جمعی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت و به هیچ وجه به صورت فردی گزارش نخواهد شد. صداقت شما در پاسخ گویی به صورت محرمانه حفظ خواهد شد.

الف: اطلاعات دموگرافیک

دانشگاه:، بیمارستان

جنس: مرد ؛ زن وضعیت تأهل: مجرد ؛ متأهل ؛ سایر .

سن سال؛ سابقه کاری: سال

نوع استخدام: پیمانی ؛ رسمی ؛ شرکتی ؛ طرحی ؛ قرارداد تبصره ۳ ؛ قرارداد تبصره ۴

دیگر قراردادها ؛ متعهد به خدمت

بخش / واحد محل فعالیت:؛ شغل / سمت:

ب- میزان تأثیر عوامل مختلف در دریافت عملکردی

ب-۱: لطفاً بفرمایید که هر یک از موارد ذیل تا چه حد در تعیین مبلغ کل متعلق به بخش یا واحد فعالیت شما مؤثر هستند؟

| ردیف | موارد مؤثر | نمره تأثیر در تعیین سطح بخش | | | | |
|------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
| ۱ | میزان درآمد مبنای بیمارستان | نمی دانم | | | | |
| ۲ | تعداد نیروی انسانی بخش | نمی دانم | | | | |
| ۳ | نمره / ضریب کیفی بخش | نمی دانم | | | | |
| ۴ | میزان کسورات بیمه بخش | نمی دانم | | | | |
| ۵ | نمره یا ضریب سختی بخش | نمی دانم | | | | |
| ۶ | میزان ثبت دقیق خدمات | نمی دانم | | | | |

ب-۲: لطفاً بفرمایید که هر یک از موارد ذیل تا چه حد در تعیین سهم کارکنان از درآمد بخش/ واحد مؤثر هستند؟

| ردیف | موارد مؤثر | نمره تأثیر در دریافتی فرد | | | | |
|------|--------------------------|---------------------------|---|---|---|---|
| | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
| ۱ | سمت فرد | نمی دانم | | | | |
| ۲ | تعداد ساعات حضور موظف | نمی دانم | | | | |
| ۳ | تعداد ساعات حضور غیرموظف | نمی دانم | | | | |
| ۴ | تعداد ساعات انکال | نمی دانم | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|---|----------|
| ۵ | مدرک تحصیلی | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | نمی دانم |
| ۶ | سابقه کار | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | نمی دانم |
| ۷ | نمره کیفیت کار فرد | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | نمی دانم |
| ۸ | رابطه استخدامی | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | نمی دانم |
| ۹ | کسورات بیمه مرتبط با فرد | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | نمی دانم |

ج- رضایت شما از درآمد: لطفاً نظر خود در مورد درآمد خود قبل و بعد از اجرای پرداخت عملکردی اعلام بفرمایید.

| پرسشنامه رضایت از دریافتی از بیمارستان | | بعد از اجرای پرداخت عملکردی | | | | | قبل از اجرای پرداخت عملکردی | | | | |
|--|---|-----------------------------|---|---|---|-----|-----------------------------|---|---|---|-----|
| ۱ | احساس من این است که در ازای کاری که انجام می دهم، درآمد منصفانه ای از بیمارستان دریافت می کنم. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۲ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز سایر بخش های بیمارستان محل خدمت من بیشتر است. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۳ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی کارکنان همتراز در سایر بیمارستان های دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۴ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در بخش های ستادی دانشگاه محل خدمت من بیشتر است. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۵ | میزان درآمد دریافتی من از بیمارستان، از دریافتی بسیاری از کارکنان همتراز در مراکز درمانی خصوصی بیشتر است. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۶ | درآمد دریافتی من از بیمارستان، در فاصله زمانی منظم و مناسب پرداخت می گردد. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۷ | در بیمارستان محل خدمت من، برخی از افراد یا بخش ها به دلیل روابط غیرمتعارف (فامیل، دوست، ...) با مسئولین بیمارستان، دریافت های بالاتری دارند. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر |
| ۸ | تمایل دارم به روش قبلی (نظام نوین) پرداخت ها صورت گیرد. | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | صفر | | | | | |